



تحليل الوضع السكاني

مصر 2016

إصدار ديسمبر 2016

رئيس فريق العمل

الدكتور/ ماجد عثمان

المؤلفون حسب الترتيب الأبجدي

الدكتور/ أحمد رجاء راغب

الدكتورة/ هناء جرجس

الدكتور/ حسن زكى

الدكتور/ ماجد عثمان

نهى الخرازاتى

الدكتور/ رمضان حامد

الدكتور/ سعيد المصرى

الدكتورة/ شيرين شوقى

الدكتورة/ زينب خضر

الباحثون

كريم شلبي

عمرو دياب

فادى إسماعيل



تحليل الوضع السكاني

مصر 2016

إصدار ديسمبر 2016

رئيس فريق العمل

الدكتور/ ماجد عثمان

المؤلفون حسب الترتيب الأبجدي

الدكتور/ أحمد رجاء راغب

الدكتورة/ هناء جرجس

الدكتور/ حسن زكى

الدكتور/ ماجد عثمان

نهى الخرازاتى

الدكتور/ رمضان حامد

الدكتور/ سعيد المصرى

الدكتورة/ شيرين شوقى

الدكتورة/ زينب خضر

الباحثون

كريم شلبي

عمرو دياب

فادى إسماعيل

جدول المحتويات

ب	جدول المحتويات.....
و	قائمة الجداول.....
ح	قائمة الأشكال.....
ط	قائمة المربعات.....
ي	فهرس الاختصارات والمرادفات.....
ل	الملخص التنفيذي.....
1	المقدمة.....
4	الفصل الأول.....
4	حالة السكان فى مصر.....
4	1-1 المقدمة.....
4	2-1 حجم السكان ومعدل النمو.....
7	3-1 الديناميات السكانية.....
7	1-3-1 التغير فى معدل الوفيات.....
8	الأسباب المؤدية إلى الاعتلال والوفاة.....
10	وفيات الأطفال حديثى الولادة والرضع ودون سن الخامسة.....
10	معدل وفيات الأمهات.....
11	2-3-1 أنماط الزواج وتكوين الأسر.....
14	3-3-1 تغير معدل الإنجاب.....
16	4-3-1 الهجرة.....
18	4-1 الخصائص السكانية.....
18	1-4-1 التوزيع العمري للسكان.....
19	2-4-1 التعليم ومعرفة القراءة والكتابة.....
20	3-4-1 القوة العاملة والتوظيف.....
21	5-1 الهبة الديموجرافية فى مصر.....
22	1-5-1 التحول الديموغرافى فى مصر.....
23	6-1 الوعى بتحديات النمو السكانى.....
4	الفصل الثانى.....
27	النمو السكانى واستراتيجية السكان والتنمية.....
27	1-2 المقدمة.....
27	2-2 الاستراتيجية القومية للسكان والتنمية 2015م – 2030م.....
27	1-2-2 لماذا نحن فى حاجة ماسة إلى استراتيجية جديدة للسكان؟.....
28	3-2-2 الأعمدة الرئيسية لهذه الاستراتيجية.....
29	3-2-3 الاستراتيجيات الداعمة الأخرى.....
29	1-3-2 استراتيجية الطفل 2015م – 2020م.....
29	2-3-2 استراتيجية الزواج المبكر 2015م – 2020م.....
29	3-3-2 استراتيجية التنمية المستدامة التى تتبناها مصر "رؤية مصر 2030".....
30	4-2 أهداف استراتيجية التنمية المستدامة.....
31	5-2 برنامج الحماية الاجتماعية.....
32	الأسر الفقيرة.....
32	حماية الطفولة.....
33	6-2 ماذا يمكن عمله خلاف ذلك؟.....

34	الفصل الثالث.....
34	الصحة الجنسية والإنجابية.....
34	1-3 المقدمة.....
34	2-3 خدمات الصحة الجنسية والإنجابية.....
35	3-3 الصحة الجنسية والإنجابية، والأنظمة الصحية، وتقديم الخدمات.....
36	4-3 برنامج إصلاح القطاع الصحي.....
37	5-3 خدمات الصحة الإنجابية بالنسبة إلى الشباب.....
37	6-3 كيف تؤدي الصحة الإنجابية وكذلك خفض معدلات المواليد غير المرغوب فيهم إلى خفض معدلات الفقر.....
38	7-3 موقف فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز، والأمراض المنقولة جنسياً وتطورهما.....
39	1-7-3 موقف فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز وتطوره.....
42	2-7-3 حالات العدوى المنقولة جنسياً.....
43	3-7-3 المراهقين والشباب كمجموعة ذو أولوية فيما يتعلق بحالات الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز وكذلك حالات العدوى وحالات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً.....
43	4-7-3 الجهود الوطنية لوقف تفشي أمراض فيروس نقص المناعة المكتسبة والأمراض المنقولة جنسياً.....
47	1-4-7-3 التصدي لأمراض فيروس نقص المناعة المكتسبة والأمراض المنقولة جنسياً على المستوى الوطني.....
50	2-4-7-3 اللوائح الوطنية المرتبطة بمكافحة مرض الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً.....
51	5-7-3 لوائح حماية الطفل فيما يتعلق بمرض فيروس نقص المناعة المكتسبة والأمراض المنقولة جنسياً.....
52	الفصل الرابع.....
52	عدم المساواة وممارسة الحقوق.....
52	1-4 المقدمة.....
53	2-4 عدم المساواة بين السكان وفق عامل الفقر.....
57	1-2 حالات الفقر التي تنتقل بين الأجيال.....
58	2-2-4 عدم المساواة في الصحة.....
59	3-2-4 عدم المساواة في التعليم.....
60	3-4 المناطق العشوائية وأطفال الشوارع والصيدون.....
60	1-3-4 المناطق العشوائية.....
61	العمل.....
62	الحصول على الخدمات العامة.....
62	التعليم.....
62	الصحة.....
62	وسائل المواصلات.....
62	السلامة.....
63	الأمن.....
63	المشاكل.....
63	الدعم والمساعدة.....
64	طلبات فردية.....
64	2-3-4 أطفال الشوارع.....
64	التعريف والأسباب.....
65	مجتمع أطفال الشوارع.....
65	مشاكل أطفال الشوارع.....
65	الاستجابة الحكومية وغير الحكومية لمساعدة أطفال الشوارع.....
66	المعوقات التي تواجه حل قضية أطفال الشوارع.....
66	اقتراحات لمواجهة الظاهرة.....
66	3-3-4 الصيدون.....
68	الفصل الخامس.....

68	وضع المرأة في مصر
68	1-5 مقدمة
68	2-5 لمحة عامة عن الفجوة بين الجنسين
70	الفجوة بين الجنسين في الحصول على التعليم
71	الإناث خارج المدرسة
72	ارتفاع معدلات الأمية
75	الإناث في التعليم الثانوى: تراجع العدالة بين الجنسين
75	انخفاض مستويات التعليم الجامعى للإناث
76	3-5 الفجوة بين الجنسين في سوق العمل
77	1-3-5 المشاركة في قوة العمل
78	2-3-5 تفاوت الأجور بين الجنسين
79	3-3-5 الحماية الاجتماعية وذهاب المرأة للعمل
79	4-5 تمكين المرأة
82	5-5 العنف ضد المرأة
82	1-5-5 ختان الإناث
82	2-5-5 تقييد حرية النساء
83	3-5-5 العنف البدنى
84	4-5-5 العنف الجنسى
84	5-5-5 العنف النفسى
84	6-5 القيود الثقافية على تمكين المرأة
86	الفصل السادس
86	القضايا الناشئة للشباب والمراهقين
86	1-6 مقدمة
86	2-6 العنف القائم على النوع الإجتماعى بين المراهقات
88	3-6 إمكانية حصول الشباب على معلومات الصحة الجنسية والإنجابية
88	1-3-6 إنشاء عيادات صديقة للشباب
89	2-3-6 الحصول على تعليم جنسى شامل
91	4-6 المشاركة السياسية والمدنية للشباب
94	الفصل 7
94	إدارة السياسات العامة وبرنامج السكان
94	1-7 مقدمة
94	2-7 ترابط التغيرات السكانية والتنمية الاقتصادية والاجتماعية والبيئية
95	تحليل التكلفة والعائد من برامج الصحة الجنسية والإنجابية
96	3-7 استراتيجية التنمية المستدامة: الرؤية المصرية 2030
98	مكونات استراتيجية التنمية المستدامة – رؤية مصر 2030
98	الإطار المؤسسى
100	4-7 نحو إدارة أكثر كفاءة وفاعلية لبرنامج السكان
101	1-4-7 الالتزام السياسى
101	2-4-7 الإطار المؤسسى
101	3-4-7 التخطيط على المستوى المركزى والمحلى
101	4-4-7 إدراج النواحي السكانية فى برامج التنمية
101	5-4-7 المتابعة والتقييم
102	6-4-7 التمويل
102	7-4-7 المشاركة العامة والخاصة فى السكان
103	8-4-7 الشراكة الحكومية وغير الحكومية
104	الفصل 8
104	التحديات والتوصيات
104	1-8 مقدمة

104	2-8 التحديات
104	1-2-8 النمو السكاني
104	2-2-8 الخصائص السكانية
105	3-2-8 الصحة الجنسية والتناسلية
106	4-2-8 المرض والوفيات فى مصر
107	5-2-8 عدم المساواة والفئات الأكثر عرضة للمخاطر
107	الأسر الفقيرة
107	المناطق العشوائية
107	أطفال الشوارع
107	الصيادون
108	6-2-8 عدم المساواة بين الجنسين
108	7-2-8 تمكين المرأة
108	8-2-8 العنف ضد المرأة
109	9-2-8 زواج الأطفال
109	10-2-8 المشاركة السياسية للشباب
109	3-8 الطريق إلى الأمام
113	المحلق 1: الهبة الديموغرافية
115	المراجع

قائمة الجداول

- الجدول 1: (1-1) حجم السكان في أكبر خمسة عشر دولة من حيث التعداد السكانى على مستوى العالم سنة 2014م..... 4
- الجدول 2: (2-1) حجم سكان مصر ومعدل النمو السنوى خلال الفترة من 1897 إلى 2015م..... 7
- الجدول 3: 1-3 تطور الطفولة المبكرة في مصر (لكل 1000 مولود حي) في الفترة بين (1965-2014) 10
- الجدول 4: (4-1) معدلات الوفيات للأطفال في مصر (لكل 1000 مولود حي) ، حسب محل الإقامة والنوع. 10
- جدول (5-1) وسيط العمر عند الزواج الأول..... 12
- جدول (6-1) توزيع النساء (15-49) سنة، حسب العمر والحالة الإجتماعية، 2014م..... 12
- جدول 7: (7-1) معدلات الخصوبة حسب العمر في مصر، 2008، 2014م..... 16
- جدول 8: (8-1) عدد السوريين واللبيين الذين هاجروا قاصدين مصر بعد اندلاع ثورات الربيع العربي 17
- الجدول 9: (9-1) اتجاهات توزيع السكان حسب الفئة العمرية، 1988 – 2014..... 18
- الجدول 10: (10-1) الفجوة بين الجنسين ، 2014م..... 19
- الجدول 11: (11-1) المعدلات السوقية والمشاركة الموسعة للقوى العاملة، الشرائح العمرية من 15 إلى 64 سنة حسب الجنس والموقع، 2012م..... 20
- الجدول 12: (12-1) رعاية ما قبل الولادة، حسب حالة عمل المرأة، الشريحة العمرية 15-49، إنجاب طفل حتى في السنوات الخمس التي سبقت المسح، 2014م..... 20
- الجدول 13: (13-1) رعاية ما بعد الولادة، حسب حالة عمل المرأة، الشريحة العمرية 15-49، إنجاب طفل خلال سنتين المسح 2014م..... 21
- الجدول 14: (14-1) معدل المواليد الخام ، ومعدل الإنجاب الخام وتعداد السكان دون سن 15 سنة في بلدان مختارة ، 2015م..... 23
- الجدول 15: (1-3) عدد الشباب ونسبتهم المئوية مقارنة بجملة السكان، 1975م – 2015م..... 37
- الجدول 16: (2-3) معدلات الإنجاب المحددة بالعمر بين الإناث (الشريحة العمرية 15 – 29، من سنة 2000 إلى 2014)..... 38
- جدول 17: (1-4) توزيع القرى حسب معدلات الفقر والنسب المئوية والمناطق (2012/2013)..... 55
- جدول 18: (2-4) بعض خصائص القرى في مصر حسب معدلات الفقر والنسب المئوية والمناطق (2012/2013)..... 56
- جدول 19: (3-4) توزيع الأسر حسب الحجم ومعدل الفقر..... 57
- جدول 20: (4-4) مصدر مياه الشرب بين الفئات الفقيرة وغير الفقيرة..... 57
- جدول 21: (5-4) أنواع مرافق الحمام بين الفئات الفقيرة وغير الفقيرة..... 57
- جدول 22: (6-4) المادة الأساسية المصنوع منها أرضية المراض بين الفئات الفقيرة وغير الفقيرة..... 58
- جدول 23: (7-4) الأطفال دون سن 5 سنوات، الوزن والارتفاع وجوانب الحيود بالنسبة للعمر..... 58
- جدول 24: (8-4) توزيع الأفراد (10 سنوات فما فوق)، حسب المستوى التعليمى ومعدل الفقر (بيانات المسح السكانى والصحى لسنة 2014)..... 59
- جدول 25: (9-4) توزيع النساء الذين سبق لهم الزواج (15 – 49 سنة)، حسب المستوى التعليمى ومعدل الفقر (بيانات المسح السكانى والصحى لسنة 2014)..... 60
- جدول 26: (10-4) متوسط عدد سنوات التعليم بين الأطفال (العمر 8-17 سنة) غير المقيدى بالمدرسة..... 60
- جدول 27: (1-5) درجات مؤشر الفجوة بين الجنسين في مصر 2006 – 2015..... 69
- جدول 28: (2-5) درجات مؤشر الفجوة بين الجنسين في مصر ، الحصول على التعليم 2006 – 2015..... 71
- جدول 29: (3-5) المؤشرات الفرعية للفجوة بين الجنسين في مصر 2015 - التعليم..... 72
- جدول 30: (4-5) معدلات الإنقطاع عن الدراسة للفئة العمرية 6-18 تعداد 2006..... 72
- جدول 31: (5-5) التوزيع النوعى (بين الجنسين) لمعدلات الإنقطاع عن الدراسة في مرحلتى التعليم الابتدائى والإعدادى 2004/2005 مقارنة مع 2011/2012..... 73

- جدول 32: (5-6) توزيع الطلاب المقيدون في مختلف المراحل التعليمية حسب النوع الإجماعي
 73 (2014/2013)
- جدول 33: (5-7) معدلات القيد للطلاب الذكور والإناث في مختلف مراحل التعليم وفقاً للتعداد السكاني
 74
- جدول 34: (5-8) التطورات في معدلات الالتحاق بالدراسة في مختلف مراحل التعليم حسب النوع الإجماعي
 75
- جدول 35: (5-9) الالتحاق ببرامج العلوم والتكنولوجيا والهندسة والرياضيات والبرامج الأخرى على حسب
 النوع 2014/2013
 75
- جدول 36: (5-10) حاملي درجات الدراسات العليا على حسب النوع 2013
 76
- جدول 37: (5-11) مؤشر الفجوة العمالية بين الجنسين في مصر 2006-2015
 76
- جدول 38: (5-12) المؤشرات الفرعية للفجوة بين الجنسين في سوق العمل في مصر 2015
 77
- جدول 39: (5-13) معدلات المشاركة في قوة العمل على حسب الفئة العمرية (15-64) والنوع 1995 – 2013
 78
- جدول 40: (5-14) مقارنة بين دخل الزوج والزوجة وملكية الزوجة للاصول
 80
- جدول 41: (5-15) مقارنة بين دور الزوجين في القرارات المالية وطريقة تأثرها بدخلهم النسبي
 80
- جدول 43: (6-2) نسبة النساء المتزوجات من عمر 15-29 سنة اللاتي تعرضن للعنف العاطفي من الزوج ..
 87
- جدول 44: (6-3) المشاركة في الاحتجاجات والمظاهرات خلال كل من الفترات التالية بين الشباب (18 حتى
 تحت 30 سنة)، 2014
 91
- جدول 45: (6-4) أفكار حول الثورة العربية بين الشباب (18-29 سنة) 2014
 92
- جدول 45: (6-5) الإجراءات السياسية التي تم الإفادة بها ذاتياً من الشباب (18-29 سنة) 2014
 92
- جدول 47: (6-6) المشاركة المدنية التي أفاد بها أصحابها من الشباب (18-29 سنة) 2014
 92
- جدول 48: (7-1) استراتيجية السكان والاستراتيجية المصرية 2030
 98

قائمة الأشكال

- الشكل 1: نسبة الأسر تحت خط الفقر حسب حجم الأسرة – 2015 م.....
- الشكل 2: استخدام وسائل تنظيم الأسرة (بين المتزوجات حالياً) 2014 م.....
- الشكل 3: معدل الإنجاب الكلي ، 2014 م
- الشكل 4: التوزيع العمري للسكان ومعدل الإعالة العمرية 1986، 2016، 2030 م
- الشكل 1: (1-1) معدلات نمو السكان في بعض الأقطار المختارة م
- الشكل 2: (2-1) معدل الوفيات الخام في مصر خلال الفترة من 1960 إلى 2014 م
- الشكل 3: (3-1) يوضح التغيرات في مراتب الأسباب الصحية الرئيسية التي تتسبب في العيش مع الإصابة بالعجز، 1990م/ 2013م م
- الشكل (4-1) الأسباب الرئيسية وراء الوفيات في مصر من واقع شهادات الوفاة، 2013 م
- الشكل 5: (1-5) تطور معدل الزواج الخام في الفترة من 1952م إلى 2013م م
- شكل (6-1) نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج، المتزوجات من قريب من الدرجة الأولى أو الثانية م
- شكل (7-1) تطورات معدل الطلاق الأولي الثانوي خلال الفترة من 1952 إلى 2013 م
- شكل(8-1) توزيع نسب الطلاق حسب مدة الزواج م
- شكل 9: (9-1) عدد المواليد الأحياء ، 2002 – 2015م (مليون) م
- شكل (10-1) تطور معدل المواليد الخام في مصر، 2002-2015م م
- شكل (11-1) تطور معدل الإنجاب الكلي في مصر 1988-2014م م
- الشكل 12: (12-1) الهرم السكاني في 2016/1/1 م
- الشكل 13: (13-1) معدل المواليد الخام ، 1987 – 2015م م
- شكل 14: (14-1) المعرف والإمام بحجم المشكلة السكانية في مصر، حسب العمر، 2016م م
- الشكل 15: (1-2) أعمدة استراتيجية رؤية مصر م
- الشكل 16: (1-3) عدد حالات الإصابة بفيروس بنقص المناعة المكتسبة/ الإيدز المبلغ عنها في مصر في الفترة من 1986 - 2013 م
- الشكل 17: (2-3) الاتجاه في معدلات انتشار وباء نقص المناعة المكتسبة بين الشريحة السكنية العامة والشرائح السكنية الأكثر تعرضاً للخطر م
- الشكل 18: (3-3) تطور حالات العدوى المنقولة جنسياً والمبلغ عنها ذاتياً وأعراضها (الإفرازات غير الطبيعية، وجراح أو قروح الأعضاء التناسلية) في النساء المتزوجات من الشريحة العمرية 15 إلى 49 في مصر م
- الشكل 19: (4-3) معدل انتشار فيروس الإيدز بين الشرائح السكنية الأكثر عرضة للخطر، دون سن 30 سنة في مصر م
- الشكل 20 (3-5) أعراض الأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك الإفرازات التناسلية غير العادية وتقرحات الأعضاء التناسلية، في الشرائح السكنية الأكثر عرضة للمخاطر والمجموعات المعرضة، دون سن 30 سنة، في مصر م
- الشكل 21: (1-4) معدلات الفقر في مصر (2015) حسب المنطقة، دراسة مسحية عن دخول ومعدلات انفاق واستهلاك الأسر في مصر (2015) م
- الشكل 22: (2-4) معدل انتشار الانيميا بين النساء والأطفال والشباب بسبب الفقر م
- شكل 23: (1-5) ترتيب مصر من حيث مؤشر الفجوة بين الجنسين في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا 2015 م
- شكل 24: (2-5) مكونات مؤشر الفجوة بين الجنسين في مصر 2015 م
- شكل 25: (3-5) عدم القيد بالتعليم بالنسبة إلى المستوى الاقتصادي م
- شكل 26: (1-7) الأهداف الرئيسية "للاستراتيجية التنموية المستدامة: رؤية مصر 2030" م
- شكل 27: (2-7) مقارنة الوضع الحالي بأهداف رؤية مصر 2030 م

قائمة المربعات

- المربع 1: استراتيجية التنمية المستدامة 31
- المربع 2: توصيات المؤتمر العالمي حول السكان والتنمية لتقديم خدمات الصحة الإنجابية بين المراهقين..... 37
- المربع 3: أهداف التنمية المستدامة والصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين..... 38

فهرس الاختصارات والمرادفات

شراكة القطاعين العام والخاص في السكان	4Ps
العلاجات المضادة للفيروسات القهقرية	ART
معدلات الإنجاب المحددة وفق الشريحة العمرية	ASFR
فحوصات المراقبة البيولوجية والسلوكية	BIOBSS
الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء	CAPMAS
المعدل مواليد الخام	CBR
حوالة نقدية مشروطة	CCT
معدل استخدام تنظيم الأسرة	CPR
مركز أنشطة التنمية والسكان	CDPA
معدل الوفيات الخام	CDR
مركز البحوث الاقتصادية والمالية	CEFRS
مركز دراسات الهجرة واللاجئين بالجامعة الأمريكية	CMRS
المسح الصحي الديموغرافي / السكاني	DHS
الكلفة الاقتصادية لمسح حالات العنف المرتبطة بالجنس	ECGBVS
المسح السكاني والصحي لمصر	EDHS
التعليم والتمكين والتوظيف	EEE
الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة	EFPA
الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية	EFPRHA
دراسة مسحية لسوق العمل المصري	ELMPS
السجل الطبي الإلكتروني	EMR
المفوضية الاقتصادية والاجتماعية لدول غرب آسيا	ESCWA
جمعية صحة الأسرة الدولية	FHI
تنظيم الأسرة	FP
النساء العاملات في الدعارة	FSW
مشروع العبء العالمي للمرض	GBD
العنف القائم على الجنس	GBV
مزيد من التمكين للأشخاص المصابون بفيروس نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)	GIPA
الأسر	HHs
دراسة مسحية لدخول ومعدلات انفاق واستهلاك الأسر	HIECS
فيروس الورم الحليمي البشري (فيروس بابيلوما)	HPV
برنامج إصلاح قطاع الصحة	HSRP
المؤتمر العالمي حول السكان والتنمية	ICPD
مدمنو المخدرات عن طريق الحقن	IDU
المنظمة الدولية للهجرة	IOM
صندوق تطوير المناطق العشوائية	ISDF
لولب داخل الرحم	IUDs
الشريحة السكانية الأكثر تعرضاً للمخاطر	MARPs
الإخوان المسلمون	MB
وزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات	MCIT
أهداف التنمية للألفية	MDGs
مدمنو المخدرات عن طريق الحقن من الذكور	MIDUs
وزارة التربية والتعليم	MoE
وزارة المالية	MoF
وزارة التعليم العالي	MoHE
وزارة الصحة والسكان	MoHP
وزارة الداخلية	MoI

وزارة التخطيط	MoP
وزارة التخطيط والرقابة والإصلاح الإداري	MoPMAR
وزارة التضامن الاجتماعي	MoSS
الشواذ من الذكور	MSM
انتقال المرض من المرأة للطفل	MTCT
وزارة الشباب والرياضة	MYS
شبكة جمعيات خفض معدلات الضرر	NAHR
البرنامج القومي للإيدز	NAP
المجلس القومي للطفولة والأمومة	NCCM
المجلس القومي للمرأة	NCW
النظام الإلكتروني الوطني لمراقبة الأمراض	NEDSS
المنظمات غير الحكومية	NGOs
المجلس القومي للسكان	NPC
الأشخاص الذين يعيشون مع فيروس نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)	PLHIV
نظرية تكافؤ القوة الشرائية	PPP
الصحة الإنجابية / التناسل	RH
أهداف التنمية المستدامة	SDGs
الصحة الجنسية والتناسلية	SRH
الأمراض المنقولة جنسياً	STIs
الدراسات المسحية للشباب في مصر	SYPE
المعدل الإجمالي للإنجاب	TFR
هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية	THO
المستشفيات التعليمية	THs
برنامج الإيدز التابع للأمم المتحدة	UNAIDS
إطار عمل الأمم المتحدة لدعم التنمية	UNDAF
صندوق السكان التابع للأمم المتحدة	UNFPA
المفوضية السامية لشئون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة	UNHCR
المفوض السامي لشئون اللاجئين التابعة للأمم المتحدة	UNHCR
مكتب الأمم المتحدة للمخدرات والجريمة	UNODC
معهد أبحاث التنمية الاجتماعية التابع للأمم المتحدة	UNRISD
الاستشارات والاختبارات الطوعية	VCT
مستوصفات الشباب	YFCs
عدد سنوات العيش مع الإعاقة	YLD

المخلص التنفيذي

يقدم هذا التقرير تحليلاً جديداً عن آخر تطورات الحالة السكانية في مصر. ونظراً للتغيرات التي طرأت على الساحة السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية خلال السنوات القليلة الماضية، فقد دعت الحاجة إلى إعداد هذا التقرير.

وعليه، فإن هذا التقرير يعد بمثابة:

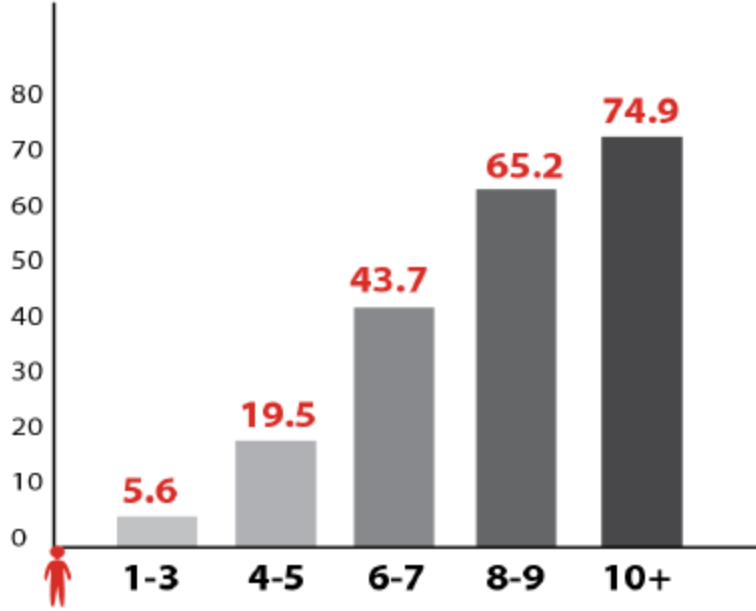
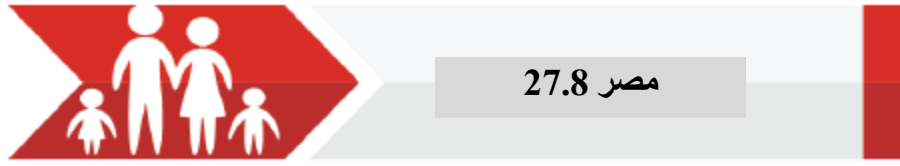
- خط الأساس لمتابعة تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للسكان.
- أحد مصادر المدخلات والتوصيات الفنية للبرنامج القطري العاشر لصندوق الأمم المتحدة للسكان.
- المصدر الأساسي لصندوق الأمم المتحدة للسكان للمدخلات والتوصيات الفنية بالنسبة لإطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية القادم.

وتشير النظرة العامة عن الحالة السكانية في مصر إلى ما أحدثته حالة عدم الاستقرار السياسي - التي شهدتها الفترة من عام 2011 إلى 2014 - من تأثير سلبي على تقديم الخدمات الصحية بما فيها الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، ناهيك عن تأثيرها على النمو الاقتصادي، وفرص العمل، وارتفاع معدلات الفقر. وعلاوة على ما سبق، فقد أدى الافتقار إلى أنشطة المناصرة الداعمة لسياسة إنجاب الطفلين والمباعدة بين الولادات، مقترناً بأساليب التفكير المتحفظ، إلى تحول مستويات الخصوبة من الثبات الذي شهدته الفترة 1995 - 2005 إلى ارتفاع إجمالي نسبة الخصوبة من 3 إلى 3.5 طفل لكل امرأة في عام 2014. لقد أضحت الأدوار التي تؤديها المرأة على الصعيدين الإنجابي والإنتاجي صريعة التنافس داخل مجتمع لا يزال متأخراً عن الأخذ بمفاهيم تمكين المرأة والمساواة بين الجنسين.

وتشير التقديرات السكانية الأخيرة الصادرة عن شعبة السكان التابعة للأمم المتحدة، إلى أن عدد سكان مصر قد يصل، بحسب التقديرات المتوسطة المدى، إلى 151 مليون نسمة مع حلول عام 2050. هذه الزيادة من شأنها أن تؤثر بشكل كبير على الموارد الطبيعية، لا سيما المياه والطاقة، فضلاً عما قد يترتب عليها من عواقب وخيمة على الأمن الغذائي والفقر والاستقرار الاجتماعي، ناهيك عن دلالتها من حيث عدم استفادة الدولة من العائد الديمغرافي إن لم تنخفض مستويات الخصوبة خلال السنوات القليلة القادمة. ومع أخذ تلك التحديات بعين الاعتبار، بالإضافة إلى أهمية وضع السياسات، فقد تبنت مصر مجموعة من السياسات والاستراتيجيات الداعمة التي تشمل الاستراتيجية السكانية والتنمية 2015-2030 ورؤية مصر 2030. ومع ذلك، توضح النظرة العامة عدم تحقيق الأهداف التي تبنتها مراحل التخطيط نظراً لعدم توافر الموارد اللازمة، وضعف العملية التنسيقية، وعدم اكتمال إطار العمل المؤسسي، بالإضافة إلى المركزية وغياب علميتي المتابعة والتقييم.

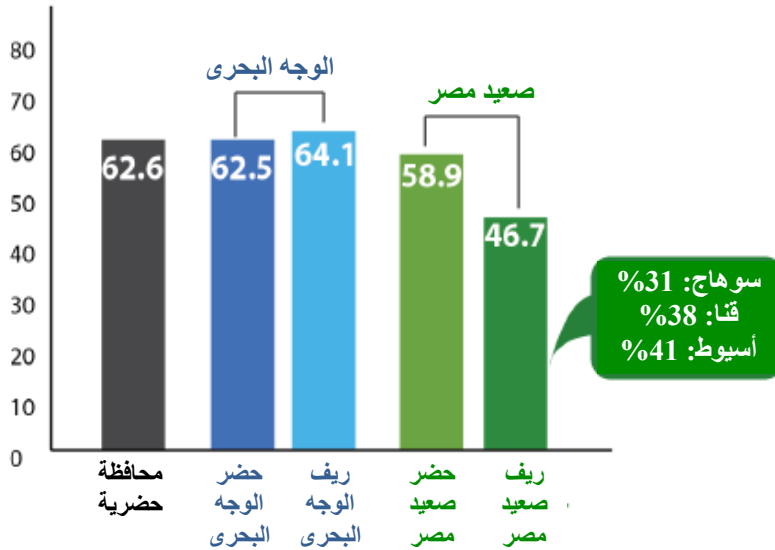
وتكتسب الموضوعات المتعلقة بعدم المساواة أهميتها عند تناول ديناميكيات السكان. ففي مصر، يمكن تفسير التفاوتات الواضحة في التعداد السكاني والنواتج الصحية وفقاً لمستوى الفقر وموقع السكن (المناطق الحضرية عكس الريفية والوجه القبلي عكس الوجه البحري). ويمكن استعراض ذلك من خلال الأشكال (1-2-3) التي تثبت أن الفقر والمستوى المعيشي في ريف صعيد مصر يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بالعائلات الكبيرة و/أو انخفاض مستويات منع الحمل والخصوبة. ولا يتوقف أثر العواقب المذكورة سابقاً على ارتفاع مستويات الخصوبة وحسب، بل ينعكس أيضاً في صورة الهجرة الداخلية وتلك غير الشرعية وارتفاع معدل البطالة والخطر الناجم عن عدم الاستقرار السياسي، مما يؤثر عكسياً على الشباب ويخلق دائرة مفرغة يصعب كسرها. لذلك، ينبغي أن تحظى الخدمات المقدمة في مجالات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة بالأولوية القصوى، لا سيما في المناطق المحرومة وبين الأقليات المهمشة. ومن هذا المنطلق، ينبغي الحرص على وضع خطط تتوافق مع السياق المحلي، مع الأخذ بنهج مختلفة، لا سيما في صعيد مصر الريفية.

الشكل 1: نسبة الأسر تحت خط الفقر حسب حجم الأسرة – 2015

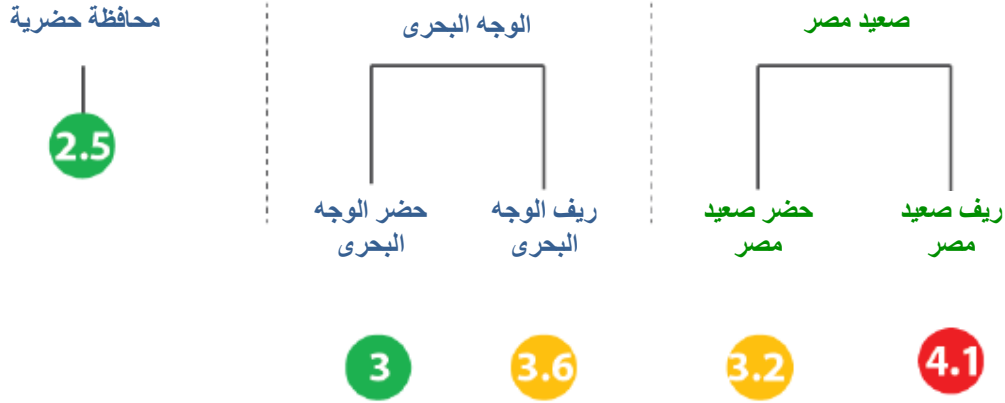


الشكل 2: استخدام وسائل تنظيم الأسرة (بين المتزوجات حالياً) 2014

استخدام وسائل تنظيم الأسرة (بين المتزوجات حالياً) 2014



الشكل 3: معدل الإنجاب الكلي ، 2014

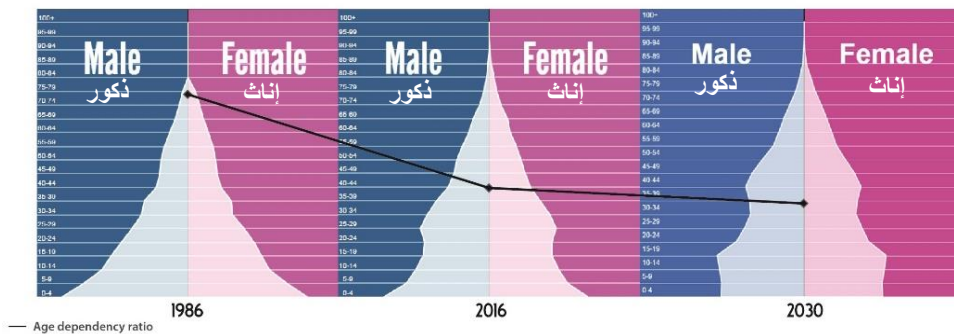


يتيح كل من الالتزام السياسى وإطار العمل التشريعى فرصة فريدة للحد من معدلات النمو السكانى وتحسين المواصفات السكانية، الأمر الذى يودى بدوره إلى الارتقاء بالمستوى المعيشى والفرص المتاحة. ويقدم كلٌّ من الدستور المصرى لعام 2014، ورؤية مصر الجديدة 2030، والاستراتيجية السكانية، وأهداف التنمية المستدامة منهجية شاملة لدمج القضايا السكانية والتنمية. ومع ذلك، ينبغى العمل على تعزيز إطار العمل المؤسسى لمواجهة التحديات التى تتخطى ارتفاع معدلات الخصوبة، كما ينبغى العمل على معالجة الأسباب الجذرية من خلال الاستعانة بنهج تشاركى ومنسق، دون أن تقتصر على الجهات الحكومية.

وفيما يتعلق بالنهج الشامل المتبع إزاء القضايا السكانية، فيجب أن يكون مراعيًا لمزايا العائد الديموغرافى المتمثلة فى الانخفاض الملحوظ والمستمر فى معدل الخصوبة. إن العائد الديموغرافى هو نمو اقتصادى محتمل يمكن أن ينشأ عن تحولات فى الهيكل العمرى للسكان مع انخفاض مستويات الخصوبة، لا سيما حينما تكون نسبة الأفراد العاملين من السكان أكبر من نسبة الأفراد المعالين منهم.

الشكل 4: التوزيع العمرى للسكان ومعدل الإعالة العمرية 1986، 2016، 2030

التوزيع العمرى للسكان ونسبة الإعالة العمرية 1986، 2016، 2030



تستطيع مصر أن تُسخر مكاسبها الديموغرافية من خلال توفير الاستثمارات التى تستهدف الارتقاء بالخدمات الصحية، والتعليمية، والاقتصادية، والسياسية، والحكومية، وإبطاء النمو السكانى فى نهاية المطاف. وجدير بالذكر،

أن النمو الاقتصادي قد يتحقق عندما تتاح أمام الفئات العمرية الأصغر سناً فرص الحصول على تعليم عالي الجودة، وتغذية مناسبة، وخدمات صحية تشمل خدمات الصحة الإنجابية.

نحتاج إلى هذه الجهود من أجل كسر تلك الحلقة المفرغة للفقر، والمستوى التعليمي المنخفض، والحمل في سن مبكرة، وارتفاع معدل الخصوبة، التي حاصرت قطاعاً عريضاً من المجتمع المصري.

في الواقع، يمكن تناول العائد الديموغرافي في إطار أهداف التنمية المستدامة. كذلك، يمكن لنهج التعلم، والتمكين، والتوظيف أن يصبح بمثابة إطار عمل للاستفادة من هذا العائد الديموغرافي.

ويمكن تحقيق التمكين، باعتباره مصطلحاً محورياً، من خلال حصول جميع الأفراد على خدمات الرعاية الصحية الأساسية، خاصة النساء والفتيات، مع الحرص على تمتعهم بالحقوق والحريات في تحديد مسار حياتهم، وذلك عن طريق حمايتهم من التعرض للممارسات الضارة، وزواج الأطفال، وجميع أشكال العنف. وفي مصر، تواجه النساء نماذج متعددة من الإقصاء الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والسياسي. وترجع أسباب هذا الإقصاء بصفة أساسية إلى عاملين رئيسيين وهما فشل السياسات العامة في سد الثغرة الجنسانية المتزايدة على عدة مستويات، واستمرار وقسوة المعايير الاجتماعية التي تحول دون تمكين المرأة على الصعيدين الاقتصادي والقانوني.

وإضافة إلى ما سبق، لا يمكن تحقيق أي عائد ديموغرافي بدون تمكين الشباب، وبالإضافة إلى توفير سبل الحصول على التعليم الجيد، فإن المشاركة السياسية والمدنية للشباب هي الطريق الأساسي لبناء مستقبل مستدام. يجب أيضاً إتاحة التنقيف الجنسي الشامل، والعمل على إدماج خدمات الصحة الإنجابية في النظام الصحي للوقاية من المخاطر ذات الصلة.

وفضلاً عن اعتماده للعائد الديموغرافي كإطار عمل، يعرض التقرير مجموعة من المقترحات:

- توفير التمويل الكافي والمستدام لضمان التغطية الكاملة لوسائل منع الحمل وخاصة في المناطق المحرومة؛
- تعزيز بناء القدرات لتقديم خدمات صحية إنجابية بأفضل جودة من أجل خفض الاحتياجات غير الملباه وحالات التوقف عن استخدام وسائل منع الحمل؛
- الدعوة إلى اعتماد معايير الخصوبة المنخفضة والمباعدة بين الولادات وتجنب الحمل المبكر؛
- تمكين المرأة من خلال الإدماج المالي، والدعم القانوني، وتنمية المهارات، بغية خفض معدلات البطالة وخلق فرص العمل؛
- تمكين الشباب من خلال توفير سبل المعرفة وخدمات تنظيم المشروعات، فضلاً عن إتاحة المعلومات والحصول على الانتماء من أجل خلق فرص عمل وتحسين نوعية الحياة.
- تشجيع المنظمات غير الحكومية للقيام بدور أكثر فعالية في توفير الخدمات في المناطق النائية، والمجموعات السكانية المهمشة، فضلاً عن تنفيذ أنشطة المناصرة؛
- التأكيد على حقوق السكان في برامج التحويلات النقدية المشروطة، باعتبارها طريقة لتعزيز التحول الاجتماعي وتحسين نوعية الحياة؛
- التعاون مع القطاع الخاص في الأنشطة الموجهة للسكان من خلال برامج المسؤولية الاجتماعية المنوطة بالشركات؛
- استخدام وسائل التواصل الاجتماعي والاستعانة بالأفكار المبتكرة للتواصل مع الشباب.

المقدمة

شهدت مصر عدة تغييرات سياسية خلال السنوات الخمس الماضية، بدأت هذه التغييرات عندما خرج المصريون إلى الشوارع في يوم 25 يناير 2011 مطالبين بعدة طلبات محددة وهي "العيش والحرية والعدالة الاجتماعية". ولم تعكس هذه الطلبات احتياجات المصريين فحسب، وإنما عكست أيضاً خارطة طريق لمستقبل مستدام. وبعد فترة انتقالية، أُجريت انتخابات رئاسية في منتصف عام 2012، وفاز المرشح التابع لجماعة الإخوان المسلمين محمد مرسي بالانتخابات وأصبح أول رئيس بعد ثورة 25 يناير. وفي بداية ولايته، ابتداء من يونيو 2012، قدم مرسي مجموعة من الوعود، وتعهد بالوفاء بهذه الوعود في أول 100 يوم من حكمه. وبنهاية فترة المائة يوم، كان 78% من المصريين راضون عن أداء مرسي، وسرعان ما انخفض هذا المستوى العالي للرضا، وبدأ المصريون في تصحيح الوضع رداً على تعديل الدستور، وهي خطوة كانت تُعتبر خرقاً للأحكام الدستورية القائمة إلى حد كبير. واستمر مقياس درجة الرضا في الانخفاض ليصل إلى 32% في أواخر يونيو 2013، أي قبل أيام من ثورة يونيو. ونتيجة لفشل جماعة الإخوان المسلمين في تلبية توقعات المصريين، خرج المصريون إلى الشوارع مطالبين بمغادرة الجماعة، ولم يمض وقت طويل حتى استجاب الجيش لطلب المصريين وخلع مرسي عن السلطة. وفي يونيو 2014، أُجريت انتخابات رئاسية أخرى وفاز بها عبد الفتاح السيسي. ومنذ ذلك الحين، اظهرت استطلاعات الرأي التي اجراها مركز بصيرة تحسناً في حالة الأمن والاستقرار السياسي، كما اظهرت أيضاً في أغسطس 2014 أن حوالي 88% من المصريين اكدوا أن حالة الأمن بدأت في التحسن. واستمرت هذه النسبة على نفس المستوى خلال العامين التاليين، مع تركيز المقياس المرتفع لدرجة الرضا على أداء الرئيس خلال هذه الفترة.

وقد أثرت التغييرات السياسية المشار إليها آنفاً بشكل خطير على وضع السكان في مصر. وقد اظهرت المؤشرات التي اعدتها ونشرتها مصادر مختلفة، في هذا الصدد، تدهوراً في مختلف الجوانب المتعلقة بالسكان والتنمية. وكشفت المؤشرات الاقتصادية التي وضعها الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء عن ارتفاع نسبة الأشخاص الذين يعيشون تحت خط الفقر من 21.6% عام 2009 إلى 27.8% عام 2015. وتتراوح هذه النسبة بين 25% و40% في 6 محافظات، وتتجاوز 40% في 5 محافظات. وتؤكد المؤشرات أيضاً على وجود عيب في تغطية الخدمات المختلفة وجودتها.

واستجابة لتأثير التغييرات السياسية على الاقتصاد المصري، فقد شرعت مصر في تنفيذ مجموعة من المشروعات الضخمة التي تهدف إلى تحسين الوضع الاقتصادي وتوفير المزيد من فرص العمل وإعادة التوزيع الجغرافي.

وقد أشار المسح السكاني الصحي لمصر 2014 إلى تسارع وتيرة الزيادة السكانية، وارتفع المعدل الإجمالي للخصوبة من 3 أطفال لكل امرأة في عام 2008 إلى 3.5 طفل لكل امرأة في عام 2014. وبالتالي، ارتفع العدد الإجمالي للمواليد في مصر من أقل من 2 مليون مولود إلى 2.7 مليون مولود في عام 2015.

وفضلاً عن ما سبق ذكره من حقائق، وظهور أطراف معنية جدد ذوى تأثير كبير على النمو السكاني، إلى جانب التغيرات الثقافية الجارية، فإن ذلك كله يشير إلى ضرورة إجراء تحليل جديد للوضع الراهن في مصر، مع الأخذ في الاعتبار الاستراتيجية القومية الجديدة للسكان والتنمية 2015-2030 التي أطلقت في نوفمبر 2014. وتستند هذه الاستراتيجية إلى أربعة أهداف رئيسية هي:

- 1- تخفيض معدل النمو السكاني؛
- 2- تحسين خصائص السكان؛
- 3- تحقيق التوازن في توزيع السكان؛ و
- 4- الحد من مظاهر عدم المساواة بين مختلف الفئات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية.

ويرتبط كل هدف من الأهداف المذكورة أعلاه بعدد من الأهداف الكمية، ومجموعة من البرامج والأنشطة. شارك مختلف الأطراف المعنية في وضع الاستراتيجية كما التزموا بأداء أدوارهم المعينة، فضلاً عن الأهداف المحددة. والجدير بالذكر أن تنفيذ هذه الاستراتيجية قد بدء بالفعل في عام 2015.

ويعتبر الرصد والتقييم من أهم العوامل اللازمة لتنفيذ الاستراتيجية من أجل ضمان إنجاز الاستراتيجية للهدف النهائي بحلول عام 2030. يعتبر تقرير "تحليل الوضع السكاني" بمثابة خط الأساس لمتابعة تنفيذ الاستراتيجية

الوطنية للسكان، والمساعدة في رصد تطبيق مختلف الأطراف المعنية للإجراءات والأنشطة ذات الصلة، فضلاً عن تقييم مخرجات الأنشطة المنطبقة للتأكد من مدى تحقق الأهداف المحددة من عدمه.

وسيعرض التقرير المزيد من التطورات ويتناول التغيرات الجارية فيما يتعلق بقضايا السكان والتنمية في مصر. وبالإضافة إلى ذلك، سيعالج التقرير البرامج والأنشطة الرامية إلى تحسين وضع مصر، والإجراءات اللازمة لتحقيق أهداف استراتيجية التنمية و السكان .

ووضعاً لهذه النقاط في الاعتبار، سيقدم التقرير ما يلي:

- خط أساس لرصد تنفيذ الاستراتيجية الوطنية للسكان.
- مصدر للمدخلات الفنية وتوصيات البرنامج القطري العاشر لصندوق الأمم المتحدة للسكان.
- مصدر رئيسي للمدخلات الفنية لصندوق الأمم المتحدة للسكان وتوصيات من أجل إطار عمل الأمم المتحدة للمساعدة الإنمائية المقبل.

يتألف التقرير من تسعة فصول تالية لهذه المقدمة، تهدف لتحقيق الأهداف المحددة، ويقدم كل فصل لمحة عامة عن آخر الإحصاءات المتعلقة بالأمر التي يتناولها كل فصل، ويحلل التباين في قيم المؤشرات وفقاً للخصائص الرئيسية المحددة، كلما أمكن ذلك، كما يعرض كل فصل مجموعة من المؤشرات التي تعكس وضع مصر فيما يتعلق بالموضوعات التي تمت مناقشتها، مع التركيز بشكل خاص على المؤشرات المستخدمة لوضع أهداف استراتيجية السكان والتنمية الوطنية.

ويوضح الفصل الأول الوضع السكاني في مصر بما في ذلك النمو السكاني، والديناميكيات، والخصائص، كما يلقي بالضوء على قضايا الزواج والخصوبة والوفيات، ثم يخلص إلى تحليل لمفاهيم المصريين فيما يتعلق بقضايا السكان المختلفة.

ويناقش الفصل الثاني الاستراتيجيات المختلفة التي أطلقت في مصر خلال العامين الماضيين والتي تهدف إلى تحسين حياة المصريين. ويبرز هذا الفصل الإطار اللازم لتنفيذ الاستراتيجية الوطنية للسكان والتنمية.

ويؤكد الفصل الثالث على المسائل المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، وكذلك فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، مع إيلاء الاهتمام الواجب للمراهقين والشباب كمجموعة ذات أولوية.

ويتناول الفصل الرابع مسألة عدم المساواة، والفئات الضعيفة، فأجرى فريق بصيرة عدداً من مناقشات لمجموعات التركيز ومقابلات متعمقة مع المصريين من مختلف الفئات الضعيفة لتعويض النقص في المعلومات التي تخص تلك المجموعات.

ويركز الفصل الخامس على وضع المرأة، وعدم المساواة بين الجنسين، مع التركيز على القضايا المختلفة المتعلقة بتمكين المرأة والعنف القائم على نوع الجنس.

ويتناول الفصل السادس إتاحة حصول المراهقين والشباب على خدمات الصحة الجنسية والإنجابية ومسئلة الزواج المبكر وكذلك الممارسات الضارة الأخرى ضد المراهقات.

يناقش الفصل السابع، بغرض المضي قدماً نحو تحقيق الأهداف الإنمائية، العلاقات التي تربط بين السكان، والوضع الاقتصادي، والقضاء على الفقر، والظروف البيئية. ويؤكد هذا الفصل الحاجة إلى الحماية الاجتماعية، مع مراعاة الهيكل العمري والنهج العالمي للحماية الاجتماعية.

وأخيراً، يلخص الفصل الثامن التحديات الرئيسية التي تواجه مصر فيما يتعلق بقضايا السكان والتنمية ويخلص إلى مجموعة من التوصيات للإسراع من وتيرة إنجاز استراتيجية السكان والتنمية.

الفصل الأول

حالة السكان في مصر

1-1 المقدمة

شهدت الحالة السكانية في مصر طفرات هائلة خلال العقد المنصرم، وتستلزم هذه الطفرات تأمين المزيد من الموارد للوفاء بالاحتياجات السكانية المتنامية وكذلك تحقيق رفاهية المواطن المصري. وفي حقيقة الأمر، يعتمد ذلك إلى حد بعيد على معدل النمو السكاني وخصائص السكان جنباً إلى جنب مع إدراك المواطن المصري ووعيه بمشكلة النمو السكاني وتداعيات ذلك النمو. لمزيد من الإيضاح، يتناول القسم الثاني من هذا الفصل حجم المشكلة السكانية الراهنة، في حين يلقي القسم الثالث المزيد من الضوء على متغيرات النمو السكاني وآلياته، ثم يسלט القسم الرابع الضوء على الخصائص السكانية، ويتناول القسم الخامس بالتفصيل التحول السكاني في مصر والعائد من ورائه، وختاماً، يتناول القسم السادس مدى وعي المصريين بحجم المشكلة السكانية وقيود الموارد الطبيعية.

2-1 حجم السكان ومعدل النمو

بلغ عدد سكان مصر حسب تقديرات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء في شهر نوفمبر 2016م حوالي 92 مليون نسمة مقارنةً بحوالي 72 مليون نسمة في شهر نوفمبر من عام 2006م. على وجه التحديد، قد ارتفع التعداد السكاني في مصر ما يقرب من 20 مليون نسمة خلال عشر سنوات فقط، وتمثل هذه الزيادة في التعداد السكاني خلال العقد من 2006 إلى 2016 ما يقرب من إجمالي حجم سكان بلجيكا والسويد معاً وبالمثل بالنسبة إلى كل من المجر وجمهورية التشيك، ومن الملاحظ أن حجم سكان مصر سنة 2016م كان يعادل تقريباً ثلاث أضعاف سكان ماليزيا، ويربو على ما يقرب من عدد سكان المغرب والمملكة العربية السعودية واليمن معاً، وحوالي 2.5 ضعف سكان كندا.

بلغ التعداد السكاني العالمي سنة 2015 ما يقرب من 7.3 مليار نسمة، وجدير بالملاحظة أن تعداد سكان مصر يعادل تقريباً 1.2% من إجمالي تعداد السكان العالمي، أما فيما يتعلق بتعداد سكان مصر، فقد جاء تصنيف مصر بالمستوى 15 عالمياً سنة 2014م وذلك وفق تقرير (انفو بليز 2015م) كما هو موضح في الجدول رقم (1).

احتلت مصر المرتبة 20 من حيث التعداد السكاني سنة 1950 ثم وصلت للمستوى 15 سنة 1999. تعد مصر ثالث دولة من حيث التعداد السكاني الأكبر في إفريقيا بعد إثيوبيا التي جاء ترتيبها في المستوى 13 بتعداد سكاني تجاوز حد 96.6 مليون نسمة ثم نيجيريا التي جاء ترتيبها في المرتبة السابعة بتعداد سكاني بلغ 177 مليون نسمة.

الجدول 1: (1-1) حجم السكان في أكبر خمسة عشر دولة من حيث التعداد السكاني على مستوى العالم سنة 2014م

الترتيب	القطر / الدولة	حجم السكان
1	العالم	7.174.611.584
2	الصين	1.355.692.576
3	الهند	1.236.344.631
4	الولايات المتحدة	318.892.103
5	إندونيسيا	253.609.643
6	البرازيل	202.656.788
7	باكستان	196.174.380
8	نيجيريا	177.155.754
9	بنجلاديش	166.280.712
10	روسيا	142.470.272
11	اليابان	127.103.388
12	المكسيك	120.286.655
13	الفلبين	107.668.231

96.633.458	أثيوبيا	14
93.421.835	فيتنام	15
86.895.099	مصر	16

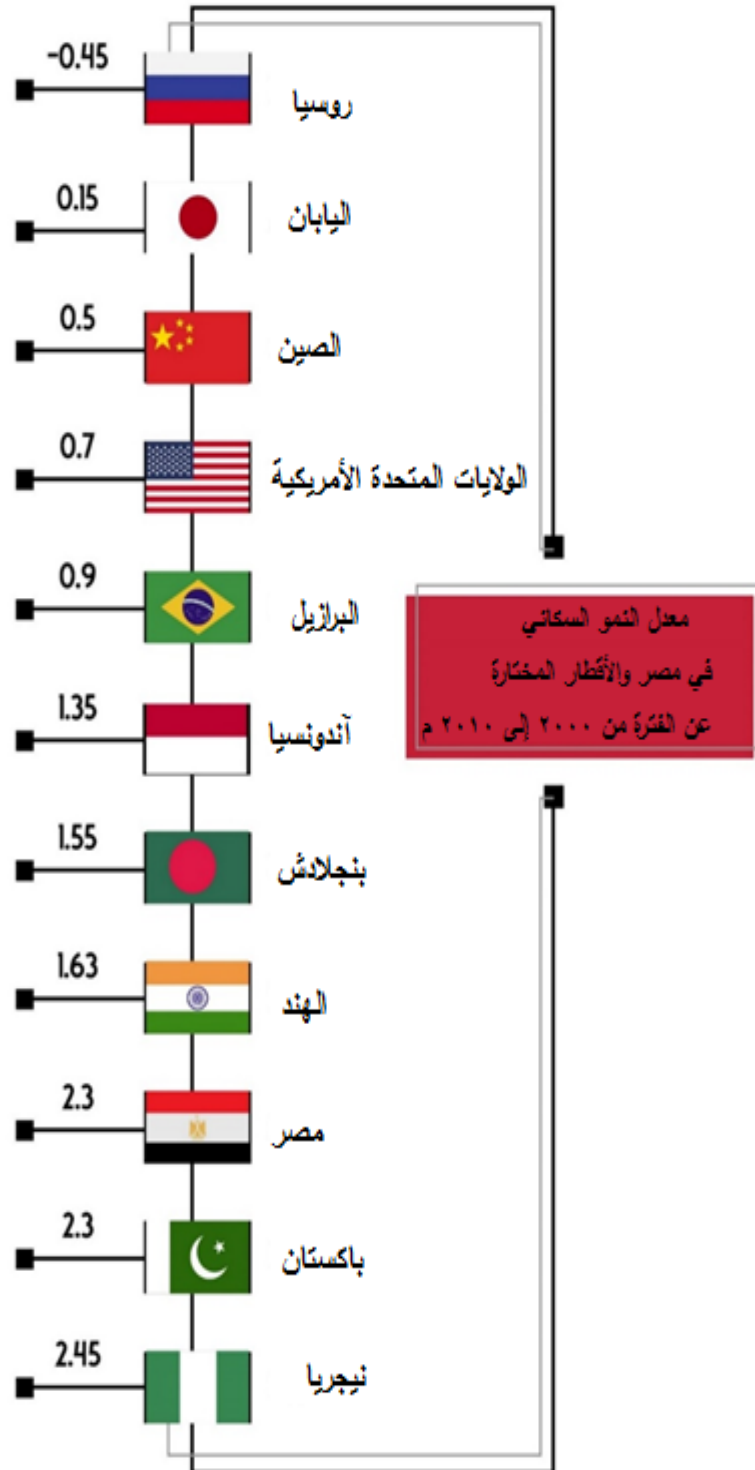
المصدر: انفو بليز، 2015م

يعيش المصريون على مساحة قدرها مليون كيلو متر مربع بكثافة سكانية قدرها 89.2 لكل كيلو متر مربع كما ورد في تقرير سنة 2016، واحتلت مصر المرتبة 115 من حيث الكثافة السكانية على الرغم من حقيقة مفادها أن المصريين يعيشون على قرابة 8% من إجمالي مساحة مصر، وتتركز المناطق السكنية حول ضفاف نهر النيل من الجنوب إلى الشمال، وفي ضوء هذا التركز السكاني بهذه المنطقة الضيقة، تعد الكثافة السكانية عالية للغاية في المناطق المأهولة بالسكان. ارتفعت الكثافة السكانية سنة 2016م لتصل إلى 1136.5 شخص لكل كيلو متر مربع تقريباً وذلك بعد أن أخذنا المناطق المأهولة فقط في الحسبان. وبناء على ذلك انتقلت مصر من المرتبة 115 إلى المرتبة 114 على الصعيد العالمي من حيث الكثافة السكانية، ويمكن ربط الكثافة السكانية بتدني المستويات المعيشية وتدني جودة الخدمات المقدمة خاصة ان كانت تلك المدن تعاني من فقر البنى التحتية، وهذا الأمر يؤكد على ضرورة تناول مشكلة التوزيع السكاني في الإستراتيجية القومية للسكان والتنمية.

طبقاً لتقديرات الأمم المتحدة أن التعداد السكاني العالمي قد نما بمعدل سنوي قدره 1.23% خلال الفترة من 2000 إلى 2010، وببين الشكل (1/1). سجلت الصين التي تعد الدولة الأكبر من حيث التعداد السكاني على مستوى العالم معدل نمو سنوي قدره 0.53% خلال الفترة من 2000 إلى 2010م في حين سجلت دولة الهند وهي ثاني أكبر دولة من حيث التعداد السكاني معدل نمو سنوي قدره 1.64 خلال نفس الفترة. الآن تأتي الصين بوصفها ثالث أقل دولة من حيث معدل النمو السكاني من بين الدول العشر الأكبر من حيث التعداد السكاني وجاء ترتيبها بعد كل من روسيا واليابان وهي أقل بكثير من معدل الولايات المتحدة الأمريكية (0.7%). وفيما يتعلق بمصر، تنمو مصر بمعدل قدره 2.3% وهو معدل أكبر بكثير من العديد من الدول النامية.

تضاعف معدل تعداد سكان مصر خلال الفترة من عام 1897 إلى 2015 تسع مرات، و خلال الخمسين سنة الأولى من القرن الماضي، تضاعف عدد السكان في مصر، وعلى أية حال، فقد تضاعف تعداد سكان مصر خمس مرات خلال الفترة الأخيرة من سنة 1947م إلى سنة 2015 وهو نفس معدل الزيادة الذي بدت به مصر في بدايات خمسينيات القرن الماضي.

الشكل 1: (1-1) معدلات نمو السكان في بعض الأقطار المختارة



الجدول 2: (1-2) حجم سكان مصر ومعدل النمو السنوي خلال الفترة من 1897 إلى 2015م

سنوات التعداد	حجم السكان بالمليون	معدل النمو السنوي %	رقم المؤشر %
1897	9.7		100
1907	11.2	1.43	115.7
1917	12.7	1.31	131.5
1927	14.2	1.10	149.6
1937	15.9	1.15	164.7
1947	18.9	1.75	196.2
1960	26.1	2.30	268.7
1976	36.6	2.12	378.8
1986	48.2	2.86	499.1
1996	59.3	2.06	613.4
2006	72.8	2.05	752.9
2015	89.6	2.30	876.2

يستثنى من هذا البيان المصريين في الخارج عشية يوم التعداد
المصدر: دليل الإحصاء الرسمي للسكان لسنة 2014م الصادر من قبل الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.
انظر موقع الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء على الانترنت، (<http://www.capmas.gov.eg/>)، 2015م.

3-1 الديناميات السكانية

1-3-1 التغير في معدل الوفيات

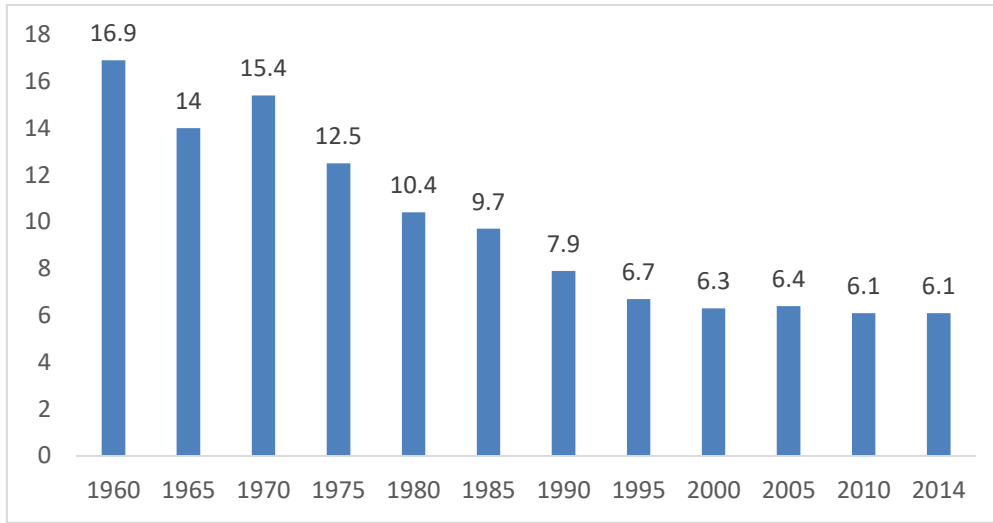
لقد شهدت مصر من بداية عقد الستينات إلى بدايات التسعينات من القرن الماضي تراجعاً ملحوظاً في معدل الوفيات كما هو مبين في الشكل رقم (1-2).

من الملاحظ تراجع هذا المعدل ببطء شديد منذ بداية السبعينات حتى وصل إلى معدل 6.9 متوفى لكل 1000 شخص سنة 1992.

في عام 2000م، بلغ إجمالي معدلات الوفيات الخام السنوي في مصر 6.3 متوفى لكل 1000 شخص وتراجعت إلى 6.1 وفيات لكل 1000 شخص سنة 2014، وبلغت وفيات الذكور حوالى 55% من جملة الوفيات، في حين بلغت وفيات الإناث نسبة 45%.

سجل معدل الوفيات أعلى قيمة له في المناطق الحضرية (8.1 وفيات لكل 1000 شخص) مقارنة بالمناطق الريفية (بمعدل 4.7 وفيات لكل 1000 شخص). لقد شهدت مدينة القاهرة أعلى معدلات الوفيات (9 وفيات لكل 1000 شخص)، ثم جاءت الإسكندرية في المرتبة الثانية بمعدل 8 وفيات لكل 1000 شخص في حين سُجلت المعدلات الأدنى للوفيات في المحافظات الحدودية مثل الوادى الجديد وشمال سيناء ومرسى مطروح حيث بلغت معدلات الوفيات (4.4 وفيات لكل 1000 شخص)، يعزى ذلك بصفة رئيسية إلى معدل الطلب العالى على الخدمات الصحية ذات الجودة العالية المتاحة في كل من مدينة القاهرة والإسكندرية، ولذلك يعتمد الناس إلى السفر إلى هذه المناطق الحضرية سعياً وراء الحصول على الخدمات الصحية ذات الجودة العالية. وواضعين ما سلف ذكره من حقائق في الاعتبار، فإن الوفيات التي تحدث في هذه المناطق الحضرية تم تسجيلها بطبيعة الحال هناك، مما أدى إلى تسجيل معدل وفيات أعلى، ومن الجدير بالذكر أن الذكور تسجل معدلات وفيات أعلى تصل إلى (6.6 وفيات لكل 1000 شخص) مقارنة بالإناث التي سجلت معدل (5.6 وفيات لكل 1000 شخص).

الشكل 2: (1-2) معدل الوفيات الخام في مصر خلال الفترة من 1960 إلى 2014



المصدر: دليل الإحصاء الرسمي للسكان لسنوات مختلفة. صادر عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

نظراً لهذا التراجع في معدلات الوفيات في مصر، فقد تضاعف متوسط العمر المتوقع عند الولادة في مصر تقريباً خلال الفترة من سنة 1937م إلى سنة 2015م. بالنسبة للذكور بلغ متوسط العمر المتوقع عند الميلاد بحوالي 36 سنة وذلك عام 1937، وأرتفع ليصل إلى 69 سنة في العام 2015، وبالنسبة للإناث فقد أرتفع هذا المعدل من 48 سنة في عام 1937م إلى 73 سنة في عام 2015.

الأسباب المؤدية إلى الاعتلال والوفاة

من النتائج الأساسية لمشروع (العبء العالمي للمرض) هي الوقوف على عدد السنوات التي يعيشها الإنسان وهو يعاني من العجز أو أحد عوامل الخطر المؤدية إلى هذا العجز. يوضح الشكل (1-3) أنه خلال الفترة من 1990 إلى 2013 قد تفوقت الأمراض غير المعدية على الأمراض المعدية، فارتفعت معدلات الأمراض مثل مرض السكر، والأمراض البولية التناسلية، وأمراض الدم، والغدد الصماء، وكذلك الاختلالات العصبية مرتبة واحدة بينما تراجعت أمراض سوء التغذية مرتبتين كما انخفضت معدلات أمراض أخرى مثل الإسهال، وعدوى الجهاز التنفسي السفلي، وكذلك الأمراض الأخرى مرتبة واحدة، وجاءت أعلى معدلات التراجع في أمراض المناطق المدارية المهملة مثل الملاريا حيث تراجعت ثلاث مراتب من 9 إلى 12.

الشكل 3: (1-3) يوضح التغيرات في مراتب الأسباب الصحية الرئيسية التي تتسبب في العيش مع الإصابة بالعجز، 1990م/ 2013م



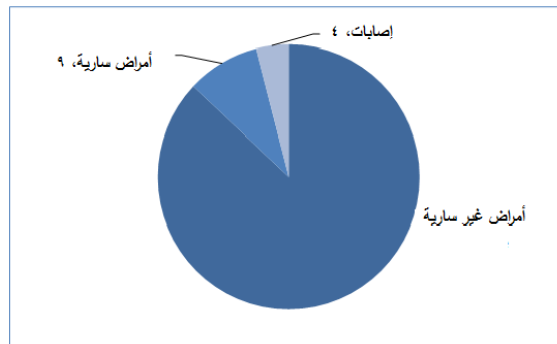
المصدر: معهد مقاييس وتقييم الصحة

وفق تقرير للسيد جايد (2014م) شكلت الأمراض غير المعدية السبب الرئيسي وراء الوفيات بين المصريين بنسبة وصلت إلى 87% من أعداد جميع الوفيات التي وقعت في مصر (انظر الشكل 1.3). ومع ذلك، لا تزال الأمراض المعدية تشكل نسبة كبيرة من أسباب الوفيات في مصر بنسبة 9% ، في حين جاءت الإصابات بوصفها الحصة الأقل من معدلات الوفيات بين المصريين بنسبة وصلت إلى 4%.

من الجلى أن أمراض القلب الوعائية كانت السبب الرئيسي وراء الوفيات بنسبة وصلت إلى 43% من إجمالي حالات الوفاة في مصر وتبعها الأمراض المعدية بنسبة وصلت إلى 9%.

إذا نظرنا عن كثب إلى أسباب الوفاة، ومن ثم قياس مساهمة الأمراض غير المعدية الرئيسية، يتضح أن أمراض القلب الوعائية كانت السبب الرئيسي وراء الوفيات بنسبة وصلت إلى 43% من جميع حالات الوفاة في مصر وتبعها الأمراض المعدية بنسبة وصلت إلى 9% ثم أمراض المخ الوعائية، والأورام الخبيثة بنسبة قدرها 8% و7% على التوالي (انظر الشكل 1-4)، وفيما يتعلق بالأورام الخبيثة، فقد أظهرت البيانات أن نسبة 22% من وفيات هذه الفئة يعزى إلى سرطان الكبد. أما بالنسبة لحالات الوفاة بسبب الإصابات، فإن ما يقرب من نسبة 40% من الوفيات تعزى إلى حوادث الطرق.

الشكل (1-4) الأسباب الرئيسية وراء الوفيات في مصر من واقع شهادات الوفاة، 2013



وفيات الأطفال حديثي الولادة والرضع ودون سن الخامسة

يبين الجدول (1-3) حالات الوفيات بين الأطفال حديثي الولادة، والأطفال الرضع، ومن دون سن الخامسة في مصر خلال الفترة من 1965م إلى 2014، وتبين النتائج تراجع في الفئات الثلاثة نتيجة لتوافر خدمات صحية أفضل، وفيما يتصل بالأطفال دون سن الخامسة فقد بلغت احتمالية الوفاة سنة 1965 حوالي 9 أضعاف المعدل المشاهد في سنة 2014 (243 و27 على التوالي) كما انخفضت وفيات الأطفال الرضع 6 مرات فسجلت 141 في عام 1965م إلى 22 وذلك لكل 1000 مولود حي في عام 2014، وجاء الإنخفاض في نسبة وفيات الأطفال حديثي الولادة أقل بكثير، حيث بلغ ما يقرب من 4 مرات، فانخفض من 63 إلى 14 حالة ولادة، ومن ثم تعكس هذه النتائج بوضوح التغير في نمط الوفيات لمن هم دون سن خمس سنوات، حيث تركزت معدلات الوفيات بشكل رئيسي في الأشهر الأولى من الولادة، ووفق نشرة المسح السكاني لمصر سنة 2014م، فقد سُجِّلت في سنة 1965 حوالي 40% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة وذلك بعد اتمام السنة الأولى من الولادة، مقارنة بنسبة 19% فقط سنة 2014.

الجدول 3: 1-3 تطور الطفولة المبكرة في مصر (لكل 1000 مولود حي) في الفترة بين (1965-2014)

السنة	معدل وفيات حديثي الولادة	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات الأطفال دون سن خمس سنوات
1965 - 1969	63	141	243
1986 - 1990	37	74	103
2005 - 2009	19	30	33
2010 - 2014	14	22	27

المصدر: المسح السكاني الصحي لمصر 2014

وفيات الطفولة المبكرة هو أمر شائع في المناطق الريفية مقارنة بالمناطق الحضرية، حيث يسجل الفارق نسبة 30% أعلى في المناطق الريفية، وقد سجلت الإناث احتمالية أعلى للوفاة من الذكور خاصة هؤلاء اللاتي تقل أعمارهن عن سنة كما هو مبين في الجدول (1-4)، وتشير الدلالة الرئيسية لهذه النتائج إلى أن الذكور لا يزالون يحظون بالأولية والتفضيل حتى فيما يتعلق بالتعامل مع الرضع، مما يستدعي تعزيز المزيد من الجهود لرفع الوعي العام لدى المصريين بأهمية المساواة بين الجنسين حتى فيما يتعلق بالأطفال الصغار.

الجدول 4: (1-4) معدلات الوفيات للأطفال في مصر (لكل 1000 مولود حي)، حسب محل الإقامة والنوع

السنة	معدل الوفيات للأطفال	معدل الأطفال الرضع	الأطفال دون سن خمس سنوات
المناطق الحضرية	13	20	23
المناطق الريفية	18	29	34
ذكور	17	25	30
إناث	15	27	30

المصدر: المسح السكاني الصحي لمصر 2014

معدل وفيات الأمهات

تعد مضاعفات الحمل والولادة من الأسباب الرئيسية للوفاة والاعتلال لدى الأمهات في سن الإنجاب على مستوى العالم، الأمر الذي يشكل خمس عبء المرض بين الإناث في هذه المرحلة العمرية، كما تعد وفيات الإناث بسبب الحمل أو الولادة من الأسباب الرئيسية التي تفضي إلى وفيات الإناث، وقد أجرت وزارة الصحة والإسكان في مصر في الفترة ما بين 1992 إلى 1993 دراسة حول معدلات وفيات الأمهات، فأوضحت نتائجها أن المعدل سجل ما يقرب من 174 حالة لكل 100.000 مولود حي، كما عمدت وزارة الصحة والإسكان في سنة 2000 إلى إجراء نفس الدراسة والتي سجلت انخفاضاً ملحوظاً في معدلات وفيات الأمهات بحيث وصلت النسبة إلى 84 حالة وفاة من الأمهات لكل 100000 حالة مواليد أحياء، بمعدل انخفاض قدره 52%، وانخفضت هذه النسبة إلى 66 حالة وفاة للأمهات لكل 100.000 حالة مواليد أحياء في عام 2010، وحققت نسبة خفض إضافية قدرها 27% في عشر سنوات. تدلل الأرقام الأخيرة على وجود انخفاض مستمر حيث وصلت النسبة إلى 52.5 حالة

وفاة لكل 100.000 حالة مواليد أحياء سنة 2013، وهو ما يدل على أن مصر قد حققت الهدف الخامس من أهداف التنمية للألفية فيما يتعلق بتحسين صحة الأمهات.

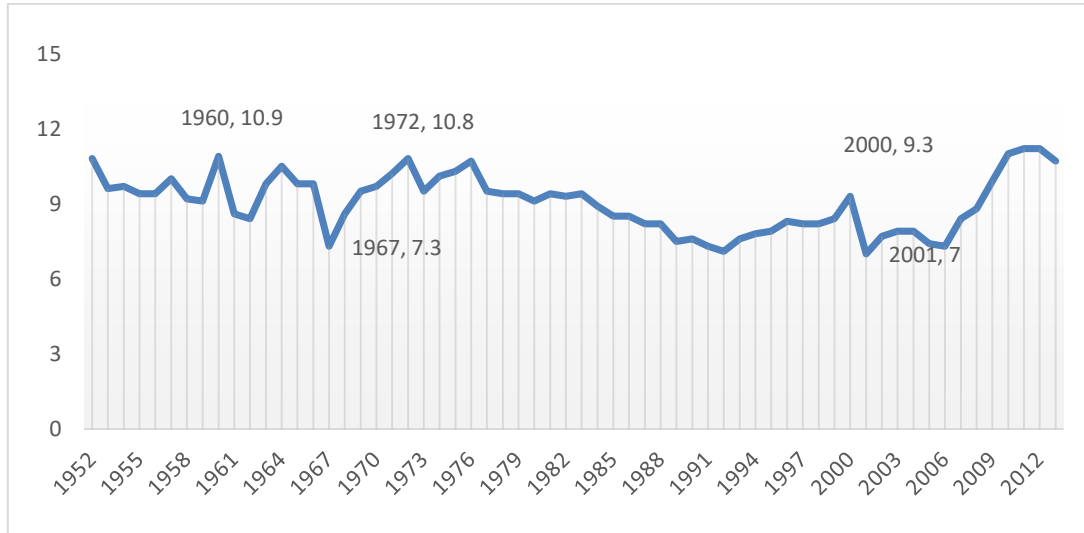
على الرغم من أن معدل وفيات الأمهات كان مرتفعاً في مصر في بداية عقد التسعينات من القرن الماضي، إلا أن النساء كن أكثر تعرضاً للوفاة في المناطق الجنوبية الأقل تنمية في مصر، حيث إن النساء اللاتي يعشن في صعيد مصر كن يجدن صعوبة في الحصول على وسائل رعاية الأمومة عالية الجودة، مما يترتب عليه، تضاعف نسبة تعرضهن للوفاة بسبب الحمل، مقارنة بالنساء في الوجه البحري ولذلك فقد شرعت وزارة الصحة والسكان المصرية استجابة لهذه النتائج إلى إجراء خفض جوهري في معدلات وفيات الأمهات، وأطلقت حملة أعطتها أولوية قومية ركزت فيها على المناطق ذات معدلات الوفاة والإصابة العالية بين الأمهات. ولذلك، عمدت وزارة الصحة والسكان إلى توسيع نطاق خدماتها الصحية من أجل زيادة خدمات الرعاية الدورية ورعاية الولادة في حالات الطوارئ، كما عمدت كذلك وزارة الصحة والسكان المصرية إلى تنفيذ برنامج متابعة لمرحلة ما قبل الولادة الذي ساعد على مراقبة جودة زيارات المتابعة التي تجرى قبل الولادة، فضلاً عن معدل تكرارها. أدت هذه الجهود إلى تحقيق نتائج جوهريّة في الحد من تفاوت مستوى الرعاية الصحية، حيث انخفض معد الوفيات في صعيد مصر بين الأمهات بنسبة 59% بنهاية عقد التسعينات من القرن الماضي، مقارنة بنسبة خفض قدرها 30% في الوجه البحري.

1-3-2 أنماط الزواج وتكوين الأسر

الزواج ظاهرة منتشرة في مصر. وفق بيانات الإحصاء التي جرت سنة 2006، فإن ثلاث من بين كل أربع إناث في الشريحة العمرية 16 فما فوق قد تزوجن، وارتفعت هذه النسبة من 11% بالنسبة لهذه الشريحة العمرية (16-19) لتصل إلى 96% بين الشريحة العمرية (30-39) كما وصلت نسبة الذكور الذين سبق لهم الزواج إلى 91% بين الفئة العمرية (30-39)، ومن بين الذكور في الفئة العمرية 45 فما فوق، كانت هناك نسبة 1% فقط منهم لم يسبق لهم الزواج.

أتوضح بيانات تسجيل الزواج حدوث انخفاض في معدل الزواج الخام في النصف الثاني من القرن الماضي وبداية القرن الحالي، حيث انخفض المعدل من 10.8 لكل 1000 نسمة في سنة 1952م ليصل إلى 7.3 لكل 1000 نسمة سنة 2006م، ثم بدأت هذه النسبة في الزيادة مرة أخرى لتصل إلى أعلى معدلاتها سنة 2011 (11.2 لكل 1000 نسمة)

الشكل 5: (1-5) تطور معدل الزواج الخام في الفترة من 1952م إلى 2013م



المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

عادة ما ترتبط معدلات الزواج العالية بنسبة مواليد عالية حيث أن معظم النساء المتزوجات في مصر يلدن الطفل الأول خلال السنة والنصف الأولى من الزواج.

يؤدي الزواج المبكر إلى زيادة فترة الخصوبة لدى النساء وتبعاً لذلك، سيرتفع عدد الأطفال، وتوضح بيانات وسيط العمر عند الزواج الأول خلال فترة 14 سنة الماضية زيادة بحوالي 1.3 سنة بين النساء اللاتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية من 25 إلى 49 سنة، وارتفع وسيط العمر عند الزواج الأول في جميع الفئات العمرية الخمس.

جدول (5-1) وسيط العمر عند الزواج الأول

2014	2008	2005	2000	
*	*	*	*	19 – 15
*	*	*	*	24 - 20
21.3	21.2	21.3	20.8	29 – 25
21.1	20.9	20.7	19.9	34 – 30
20.8	20.4	19.9	19	39 - 35
20.4	20	19.8	18.7	44 - 40
20	19.6	19.8	18.1	49 – 45
20.8	20.6	20.4	19.5	الإجمالي 49 - 25

المصدر: المسح السكاني الصحي لمصر 2014

يبين الجدول (6-1) توزيع النساء في الشريحة العمرية (من 15 إلى 49 سنة) حسب حالتهم الاجتماعية وفق بيانات المسح السكاني والصحي لسنة 2014، كما يظهر الجدول انتشار حالات الزواج المبكر في مصر حيث أن 6% من النساء (من 15 إلى 17 عام) قد تزوجن أو سبق لهن الزواج. وصل متوسط العمر في حالات الزواج الأول إلى 21 سنة ويزداد هذا المعدل بين النساء القاطنات للمناطق الحضرية إلى (22 سنة) واللاتي أتممن مرحلة الدراسة الثانوية على الأقل (22 سنة)، واللاتي ينتمين إلى أعلى شريحة خمسية للثروة (23 سنة).

جدول (6-1) توزيع النساء (15-49) سنة، حسب العمر والحالة الاجتماعية، 2014م

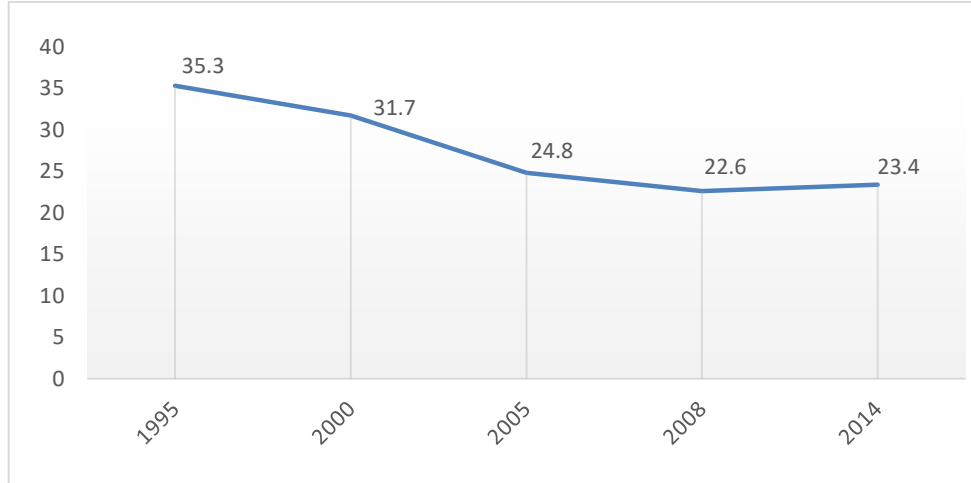
العمر	لم يسبق لها الزواج	متزوجة	مطلقة	منفصلة	أرملة	الإجمالي
19 – 15	85.3	14.40	0.20	0.20	0.00	100
17 – 15	93.6	6.20	0.10	0.00	0.00	100
19 – 18	72.2	27.20	0.30	0.30	0.00	100
24 – 20	38.9	59.60	0.90	0.40	0.10	100
29 – 25	12.9	84.50	1.50	0.80	0.30	100
34 – 30	6.8	89.90	1.90	0.50	1.00	100
39 – 35	3.1	91.00	2.50	0.80	2.60	100
44 – 40	2	88.30	2.50	0.70	6.60	100
49 - 45	1.7	83.00	2.90	1.10	11.30	100
الإجمالي	25.9	69.70	1.60	0.60	2.30	100

المصدر: المسح السكاني الصحي لمصر 2014

يعتبر زواج الأقارب من الأمور الشائعة في مصر حيث يتزوجن تقريباً ثلث النساء من أقارب لهن، و تزداد هذه النسبة لتصل إلى 35% من المناطق الريفية مقارنة بنسبة 22% في المناطق الحضرية، كما أن هذا الأمر شائع كذلك بين النساء اللاواتي لم يتلقين قدر من التعليم (37%) و هؤلاء ممن ينتمين إلى الشريحة الخمسية للثروة الأكثر انخفاضاً (43%)، وسجلت المناطق الريفية بصعيد مصر النسبة الأعلى، حيث أن نصف حالات الزواج قد وقعت بين أقارب من الدرجة الأولى.

تظهر بيانات نشرة المسح السكاني لمصر سنة 2014 أن نسبة النساء المتزوجات من أقارب من الدرجة الأولى أو الثانية قد انخفضت من 35.3% سنة 1995م لتصل إلى 23.4% سنة 2014.

شكل (6-1) نسبة النساء اللاتي سبق لهن الزواج، المتزوجات من قريب من الدرجة الأولى أو الثانية

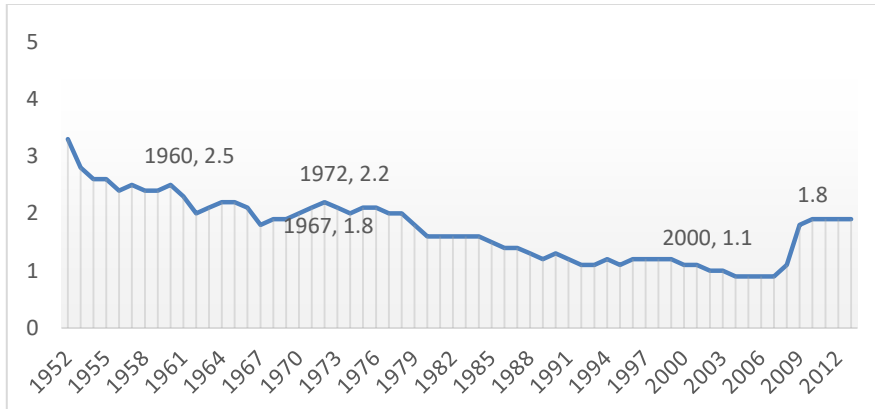


المصدر: المسح السكاني الصحي لمصر 2014

تظهر إحصاءات الزواج الصادرة عن الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء أن نسبة عالية من النساء متزوجات من رجال أقل منهن في المستوى التعليمي، وتزداد هذه النسبة من 13% بين النساء الحاصلات على تعليم أقل من متوسط لتصل إلى 23% بين خريجات الجامعات و35% بين هؤلاء الحاصلات على درجات أكاديمية عليا.

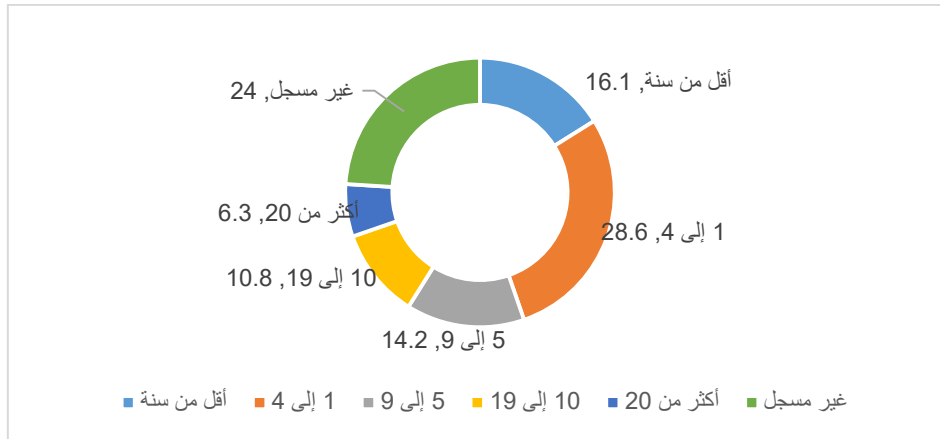
تظهر بيانات إجمالي معدل الطلاق الأولي الثانوي حدوث انخفاض من 3.3 لكل 1000 نسمة سنة 1952 لتصل إلى ثلث هذه القيمة سنة 2000، وظلت هذه النسبة على هذا النحو من الانخفاض حتى سنة 2008م ثم أخذت في الارتفاع من جديد لتصل إلى 1.9 لكل 1000 نسمة سنة 2009، وظلت باقية على هذا المستوى حتى سنة 2013، هذا وتعكس معدلات الطلاق المنخفضة في مصر ميل الأسر المصرية إلى الاستقرار، الأمر الذي يؤثر إيجاباً على الأطفال.

شكل (7-1) تطورات معدل الطلاق الأولي الثانوي خلال الفترة من 1952 إلى 2013



وصل عدد حالات الطلاق في عام 2013 إلى 162.583 حالة طلاق، وقع 16% منها خلال السنة الأولى من الزواج، بينما وقعت 28% منها بين السنة الأولى والخامسة من الزواج، و6.3% منها بعد ما يقرب من 20 سنة من الزواج، ومع ذلك لم تسجل مدة الزواج فيما يتعلق ب 24% من هذه الحالات.

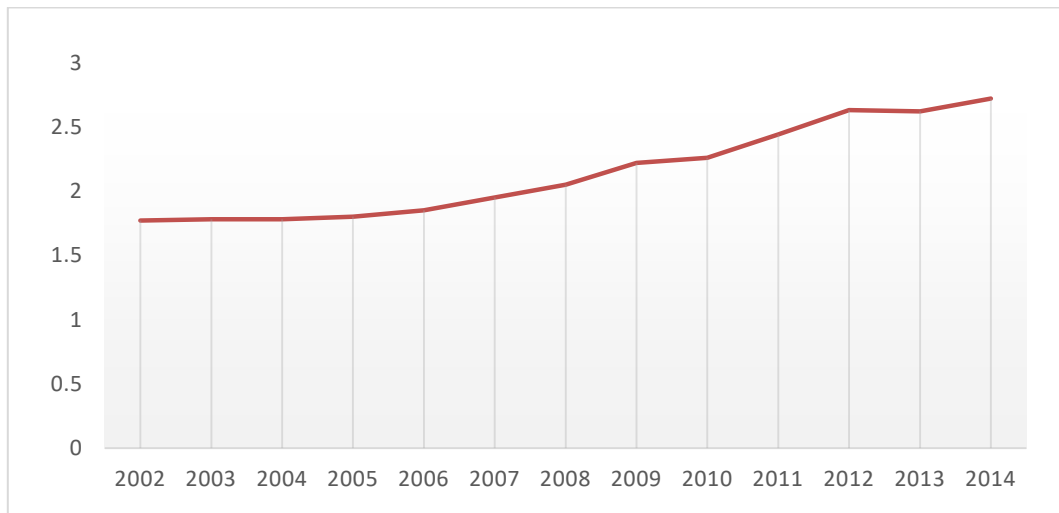
شكل (8-1) توزيع نسب الطلاق حسب مدة الزواج



3-3-1 تغير معدل الإنجاب

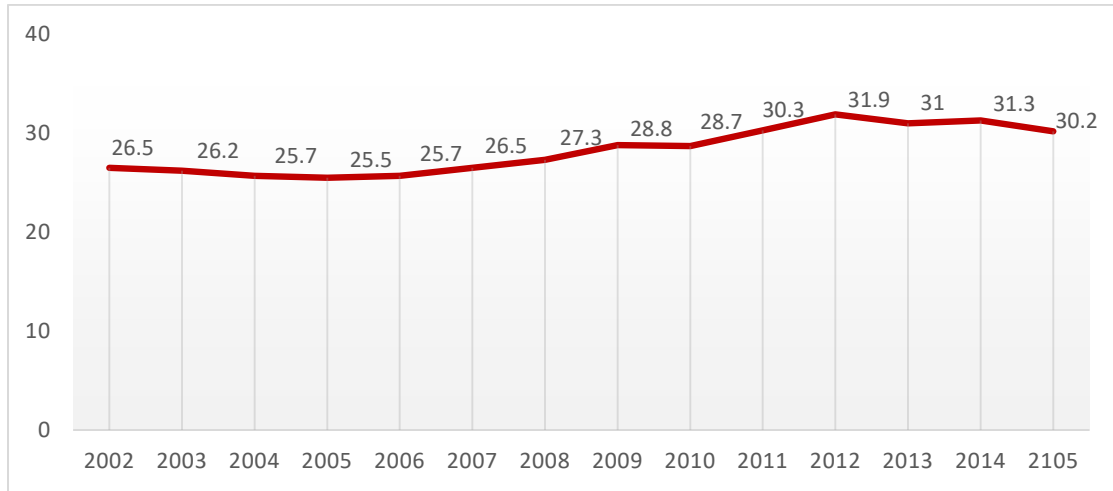
لقد شهدت مصر زيادة في العدد السنوي للمواليد الأحياء منذ مطلع سنة 2000، وكما هو مبين في الشكل (9-1)، فقد ارتفع عدد مواليد مصر من أقل من 2 مليون مولود حي سنة 2006م (1.85 مليون مولود) إلى 2.7 مليون مولود حي في 2014، وهو ما يعكس زيادة تربية على 40%. من الجدير بالذكر، أن عدد المواليد سنة 2014 يزيد عن نصف مجموع المواليد الأحياء لجميع أقطار الاتحاد الأوربي الثمانية والعشرين مجتمعة، والتي يبلغ إجمالي سكانها قرابة نصف مليار نسمة. لقد تأكدت هذه الزيادة بالنظر إلى الارتفاع في معدل المواليد الأولي كما يتضح من الشكل (10-1). وصل معدل المواليد الخام سنة 2014م إلى 31 مولود حي لكل 1000 نسمة، وهو ما يعبر عن مستوى كان سائداً في نهاية عقد الثمانينات من القرن الماضي ومطلع التسعينات. لقد أدت معدل الوفيات الأولي المنخفضة والزيادة الكبيرة في معدل المواليد الأولي إلى ارتفاع معدل الزيادة الطبيعي سنة 2014م ليصل إلى نسبة 2.52% مقارنة بالنسبة المحققة في أواخر التسعينات من القرن الماضي، كما انخفض عدد المواليد سنة 2015 بمقدار 35 ألف الذي يدل على انخفاض معدل المواليد الأولي للمرة الأولى في العقد المنصرم لتصل إلى 20 مولود حي لكل 1000 نسمة.

شكل 9: (9-1) عدد المواليد الأحياء ، 2002 – 2015م (مليون)



المصدر: نشرة إحصاءات المواليد والوفيات لسنوات عدة، الصادرة من قبل الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء

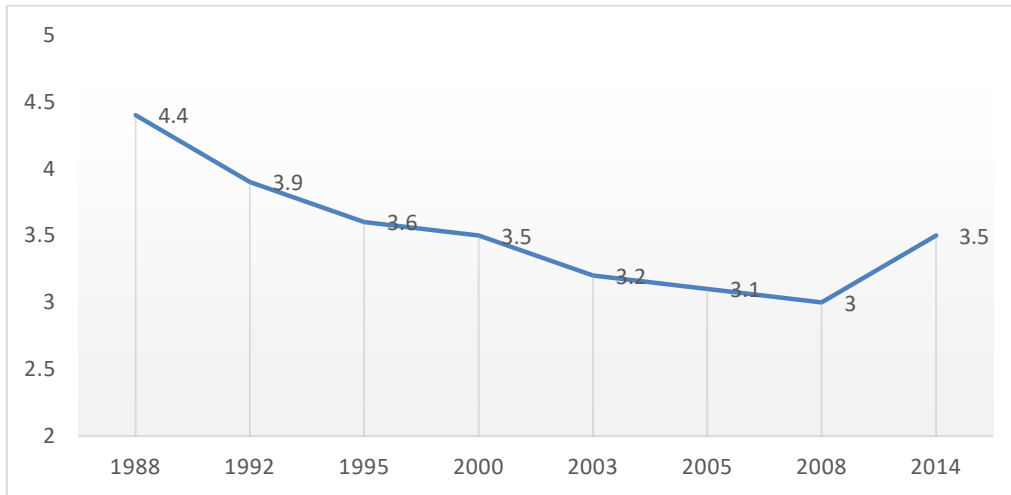
شكل (10-1) تطور معدل المواليد الخام في مصر، 2002-2015م



المصدر: نشرة إحصاءات المواليد والوفيات لسنوات عدة، الصادرة من قبل الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء

وفق المسح السكاني والصحي لمصر الذي أجرى سنة 2014م، وصل معدل الإنجاب الكلي إلى 3.5 مولود حي، تدلل هذه النسبة على حدوث زيادة قدرها 0.5 مولود حي خلال 6 سنوات اعتباراً من سنة 2008م وفقاً للمسح السكاني والصحي لمصر. يتساوى هذا المعدل الحالي المعدل الذي كان سائداً خلال عقد التسعينات من القرن الماضي كما هو مبين في الشكل (1-9)، ويؤكد هذا الصعود حدوث زيادة في كل من معدل الإنجاب الكلي وعدد المواليد الأحياء المشار إليها عالياً، ولمزيد من الإيضاح، توقعت دراسة (زكى، 2004م) التي أجريت في مطلع سنة 2000م حالة الخصوبة الحالية حيث أشارت هذه الدراسة أنه يتوجب علينا ألا نتوقع حدوث انخفاض بالغ في معدل الإنجاب الذي كان سائداً في نهاية عقد التسعينات من القرن الماضي. لقد تأسست هذه القناعة على حقيقة مفادها أن العلاقة القائمة بين توظيف النساء ورغبات الإنجاب لا تعد من العلاقات النمطية في بلد لما بعد المرحلة الانتقالية الخاصة بمعدلات الخصوبة. لم تكن فكرة تكلفة الفرصة البديلة للمرأة والخيارات المنطقية سائدة بعد في ذلك الوقت.

شكل (11-1) تطور معدل الإنجاب الكلي في مصر 1988-2014م



المصدر: المسح السكاني والصحي لمصر 2014

حسب ما كان متوقع، جاء معدل الخصوبة الكلي أعلى بالمناطق الريفية، حيث سجل (3.8 مولود حي لكل سيدة) مقارنة بالنساء في المناطق الحضرية حيث سجل (2.9)، كما كان المعدل أعلى بين النساء غير المتعلمات (3.8) مقارنة بالنساء اللاتي حصلن على تعليم الابتدائي، أو أعلى (3.5) مولود حي، ومن المثير للدهشة، أن النساء اللاتي ينتمين إلى الخميس الأوسط للثروة قد حققن أعلى المستويات وفق معدل الإنجاب الكلي بنسبة (3.9) مولود، مقارنة بتلك الفئة التي تنتمي إلى الشريحة الخمسية للثروة الأكثر انخفاضاً (3.6) مولود وتلك الفئة التي تنتمي إلى

الخميس الرابع (3.5) مولود. وهكذا، فقد جاءت النساء اللاتي تنتمي إلى الخميس الأعلى للثروة لتحقيق أقل معدل إنجاب كلي بنسبة 2.8 مولود لكل سيدة.

تشير بوضوح معدلات الإنجاب التفصيلية حسب العمر إلى أنه هناك تغير في الفئة العمرية التي تحقق أعلى معدلات من المجموعة العمرية التي تتراوح بين 25-29 إلى 20-24 كما هو مبين في الجدول (7-1)، ومن الجدير بالذكر، أن معدلات الإنجاب التفصيلية الأعلى في مصر قد تحققت ضمن الشريحة العمرية التي تتراوح بين 25-29 منذ المسح الخاص بالإنجاب الذي أجرى في مصر نهاية عقد السبعينات من القرن الماضي ومع ذلك، فإن الزيادة الأعلى (تقريباً 25%) في معدلات الخصوبة حسب العمر قد لوحظت في الشريحة العمرية الثانية (20-24).

جدول 7: (7-1) معدلات الخصوبة حسب العمر في مصر، 2008، 2014

الشريحة العمرية	2008	2014
19 – 15	50	56
24 – 20	169	213
29 – 25	185	200
34 – 30	122	134
39 – 35	59	69
44 – 40	17	17
49 – 45	2	4
معدل الخصوبة الكلي	3.0	3.5

المصدر: المسح السكاني والصحي لمصر 2008، 2014

ومع ذلك، لم تكن معدلات الإنجاب الكلية جميعها حالات مرغوب فيها. كما هو مبين في نشرة المسح السكاني والصحي لمصر سنة 2014م، فإن نسبة 80% من حالات الإنجاب كانت مرغوبة (2.8 مولود)، و20% عبارة عن حالات غير مرغوب فيها (0.7 مولود). وتتضح الحالات غير المرغوب فيها في المناطق الريفية وبين هؤلاء النساء التي ينتمين إلى المستويات الثلاث الأدنى من خمسيات الثروة، وظهر التعليم كعامل مشترك بين جميع حالات الإنجاب غير المرغوب فيه. بصفة عامة، فإن 16% من المواليد في السنوات الخمس التي سبقت المسح السكاني والصحي لمصر سنة 2014م، كانت حالات غير مرغوب فيها، وأن نصف هذه النسبة كانت غير مرغوب فيها على الإطلاق، حيث يلدن العديد من النساء ذات معدلات الإنجاب العالية أطفالاً أكثر مما يفضلن، فقد أعربن حوالي 46% من النساء اللاتي أنجبن أربع أطفال، و66% من النساء اللاتي أنجبن خمس أطفال عن رغبتهم في عدد أقل من الأطفال، مما يدعونا بالفعل إلى اتخاذ إجراءات مباشرة لمساعدة الأسر المصرية على تحقيق رغباتها، فقد تعود زيادة عدد الأطفال غير المرغوب فيهم إلى عدم تلبية الاحتياجات الأساسية، حيث وصلت تلك النسبة إلى 12.6% سنة 2014 مقارنة بنسبة 11.6% سنة 2008، وفي سنة 2014 وصلت هذه النسبة في صعيد مصر إلى حوالي 16%، ثم ارتفعت بالمناطق الريفية في صعيد مصر لتصل إلى 17%.

4-3-1 الهجرة

على الرغم من عدم توافر بيانات إحصائية دقيقة حول إجمالي عدد المهاجرين، فإن تقارير المنظمة الدولية للهجرة والمفوضية الاقتصادية والاجتماعية لدول غرب آسيا حول الهجرة الدولية الذي صدر سنة 2015م تقدر عدد المهاجرين المصريين بحوالي 3.47 مليون مهاجر.

أشارت البيانات من واقع الدراسة المسحية الأخيرة التي أجريت من قبل الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، والتي تم تجميعها حول المهاجرين المصريين من أسرهم أن نسبة 98% من المهاجرين هم من الذكور بمتوسط عمر 25.1 سنة في الهجرة الأولى.

إن الهجرة عملية انتقائية. فتستضيف عادة بلدان المهجر المجموعات العمرية العاملة والذين يتمتعون بمهارات عالية، وتدعم الدراسة التي أعدها الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء هذه الحقيقة حيث أنه ما يربو على نصف المهاجرين (نسبة 55%) هم من الشباب دون عمر الـ 35 وأن حوالي 43% منهم واقعين بالمرحلة العمرية (35-59) فينتهي تقريباً جميع المهاجرين إلى الفئات العمرية العاملة.

تعد أقطار العالم العربي الوجهة الرئيسية المقصودة من قبل المصريين الرغبين في الهجرة والعمل بنسبة 95.4% من جملة المهاجرين. كانت الوجهة الأولى المقصودة من قبل المصريين، المملكة العربية السعودية بنسبة وصلت إلى 40% وتلتها ليبيا بنسبة 21% ثم الكويت بنسبة 14% والأردن بنسبة 11% ودولة الإمارات العربية المتحدة بنسبة 4% ثم دولة قطر بنسبة 3%.

لقد أخذت الهجرة تلعب دوراً محورياً بارزاً في التغيرات التي طالت حجم السكان خلال العقود الثلاثة الأخيرة حيث أنه على الرغم من عدم وجود بيانات كافية ودقيقة عن عدد المصريين الذين هاجروا خلال هذه الفترة، إلا أنه هناك العديد من الأدلة التي تثبت أن مصر قد استضافت أعداد هائلة من المهاجرين من البلدان الأخرى، فتضح هذه الظاهرة بجلاء بعد اندلاع حرب العراق حيث هاجر العديد من العراقيين قاصدين مصر سعياً وراء الأمن والاستقرار، وبعد اندلاع ثورات الربيع العربي، تبع السوريون والليبيون نفس النهج.

تعد سوريا وليبيا أقطار تعاني من عدم الاستقرار بعد اندلاع ثورات الربيع العربي حيث لم يجد الملايين من مواطني هذه الدول بد سوى الهجرة إلى أقطار أخرى وذلك من خلال قنوات شرعية وغير شرعية إلى الأقطار المجاورة. جاءت مصر كأحد الأقطار التي يقصدها هؤلاء المهاجرين، وتبين إحصاءات الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء أن ما يقرب من 2.3 مليون سوري وليبي قدموا إلى مصر خلال الفترة من عام 2011م إلى عام 2014م وبلغت نسبة الليبيين منها 70%، إن غالبية هؤلاء المهاجرين لا يعمدون إلى تسجيل أنفسهم كلاجئين وخصوصاً هؤلاء الذين يعيشون دون دعم مالي رسمي وذلك للحيلولة دون رفضهم عندما يتقدمون للحصول على تأشيرات كلاجئين للدول الأوروبية في وقت لاحق.

جدول 8: (8-1) عدد السوريين والليبيين الذين هاجروا قاصدين مصر بعد اندلاع ثورات الربيع العربي

السنة	سوريون	ليبيون
2011	102369	524544
2012	259639	583044
2013	255820	307056
2014	63081	210957
الإجمالي	680907	1625601

المصدر: نشرة الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء لسنة 2015م

إن الحكومة المصرية لا تدير نظام خاص بحق اللجوء السياسي، هؤلاء الساعين وراء الحصول على حق لجوء سياسي في مصر عادة ما يتم بحث طلباتهم من قبل المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين. ومن الجدير بالذكر، أن عدد المهاجرين المسجلين من قبل المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين قد بلغت 140.000 سوري.

- لقد تسبب هذا العدد الهائل من المهاجرين إلى العديد من التحديات التي تجابهها مصر، وعلى وجه التحديد ما يلي:
- 1- الطلب على الخدمات والبضائع المتزايد لتغطية احتياجات المهاجرين الأساسية.
 - 2- لقد أصبح المهاجرون وخصوصاً السوريين منهم منافسين للمصريين في سوق العمل، حيث أظهرت دراسة أجراها مركز دراسات الهجرة واللاجئين التابع للجامعة الأمريكية في القاهرة وكذلك مركز بصيرة اعتماد ما يقرب من ثلث أسر المهاجرين السوريين في مصر (45%) على العمل كمصدر للدخل، وبات رجال الأعمال يفضلون توظيف السوريين لأنهم أكثر التزاماً بالعمل، فضلاً عن تقاضيهم رواتب أقل مقارنة بما يتقاضاها المصريون.
 - 3- أدت ظاهرة المهاجرين إلى زيادة الطلب على الوحدات السكنية وضغط على البنية التحتية والمرافق في مصر.

4-1 الخصائص السكانية

1-4-1 التوزيع العمري للسكان

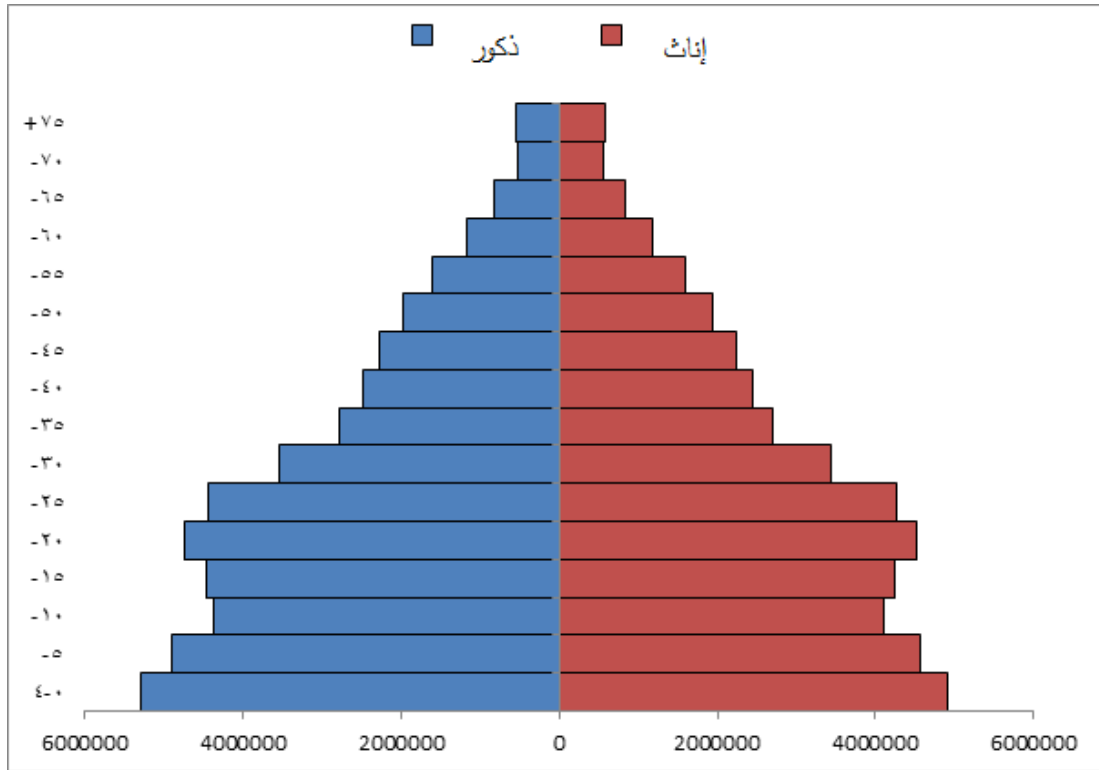
شهدت مصر في حقيقة الأمر، تدنى في معدلات الإخصاب والإنجاب خلال عقد التسعينات وبداية سنة 2000م الأمر الذي أدى إلى حدوث تغير في الهيكل العمري، ومن الواضح أن مصر بلد ذو قاعدة شبابية عريضة تضيق باتجاه القمة. فقد أظهر الهيكل العمري في السابق وجود قاعدة صغيرة نتيجة للانخفاض السابق في معدلات المواليد والأهمية النسبية للفئات العمرية الشابة مقارنة بالمجموعة العمرية العاملة وهو ما يؤدي إلى ظهور ما يطلق عليه مسمى فرصة النافذة الديمغرافية. سيكون للزيادة الراهنة في معدلات المواليد والإنجاب على أية حال، أثر هائل على الهيكل العمري على الرغم من أنها لم تصمم للإجابة على هذا السؤال، وقد أُلقت البيانات المستقاة من نشرة المسح السكاني والصحي لمصر الضوء على بعض النتائج المحتملة لمعدلات الإخصاب والإنجاب وأثارها على الهيكل العمري. يظهر الجدول (1-9) تطور توزيع السكان بفئات عمرية بصورة أكثر اتساعاً خلال الفترة من 1988م إلى 2014م، وذلك باستخدام المعدلات التقريبية لنشرة المسح السكاني والصحي لمصر خلال هذه الفترة، ويبين توزيع نسب السكان بوضوح أن مصر قد شهدت تدنى حاد في نسبة السكان بنسبة تصل إلى أقل من 15%، خلال الفترة من 1992م إلى 2005م تبعها إنخفاض ضئيل خلال الفترة من 2005م و 2008م. بدأت المجموعة العمرية الأصغر للمرة الأولى على مدار 20 سنة تقريباً، في الصعود من جديد حيث قفزت من 34% سنة 2008م لتصل إلى 35.3% سنة 2014م. في حقيقة الأمر أن هذه التراجعات التي بدئت بشكل حاد ثم اتخذت شكل معتدل قد تبعها زيادة في حصة المجموعة العمرية الأصغر وانعكس ذلك على المجموعة العمرية الوسطى (15 – 46)، ومن ذلك يتضح أن المجموعة العمرية (15 – 64) قد حصلت على ما خسرتة المجموعة العمرية الأصغر خلال الفترة من سنة 1992م إلى 2008م وخسرت ما كسبته هذه المجموعة من جديد خلال الفترة الواقعة بين سنة 2008م – 2014م. أدت هذه التغيرات في الهيكل العمري إلى حدوث انخفاض في معدل الإعالة العمري من 82% سنة 1988م إلى 62% سنة 2008م الأمر الذي يدل على وجود فرصة أفضل للعائد الديموغرافي. وعلى الرغم من ذلك، فإن الزيادة الحادثة في معدل الإعالة العمري التي وصلت إلى 66% نتيجة للارتفاع في معدل الخصوبة الكلي قد أفضت إلى تلاشي هذه الفرصة كما سيوضح في القسم (1-5).

الجدول 9: (1-9) اتجاهات توزيع السكان حسب الفئة العمرية، 1988 – 2014

المجموع العمري	1988	1992	1995	2000	2005	2008	2014
أقل من 15	41.2	41.7	40.0	37.3	34.2	34.0	35.3
15 – 64	55.0	54.6	56.3	59.1	61.7	61.9	60.4
65 +	3.8	3.7	3.7	3.6	4.1	4.1	4.3
الإجمالي	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
معدل الإعالة	81.8	83.2	77.6	69.2	62.1	61.5	65.6

المصدر: نشرة المسح السكاني الصحي لمصر 1988-2014

الشكل 12: (1-12) الهرم السكاني في 2016/1/1م



المصدر: مصر بالأرقام 2016م

1-4-2 التعليم ومعرفة القراءة والكتابة

يعد المستوى التعليمي للسكان من بين الخصائص الرئيسية ذات الدلالات العديدة كما أن لها دلالات على إدراك الناس ومشاركتهم الاجتماعية والسياسية ومعدلات الإنتاجية الاقتصادية وكذلك عاملى الرفاهية والسلوك الإنجابى. تبين نشرة المسح السكاني الصحى لمصر سنة 2014م أن تقريباً واحد من كل خمس أشخاص من البالغين لـ (6 سنوات فما فوق) قد نال نوعاً من التعليم، هذا وتعد الإناث أكثر الفئات عرضة للامية حيث أن قرابة 25 من الإناث فى مصر فى المرحلة العمرية (6 سنوات فما فوق) لم يحصلن على أى قسط من التعليم مقارنة بنسبة 14% من الذكور كما هو مبين فى الجدول (1-10). على الرغم من أن الفجوة بين الجنسين جاءت لصالح الذكور مقابل الإناث إلا أن هذه الفجوة تأخذ فى الاتساع كلما توجهنا صوب المناطق فى أدنى شريحة خمسية للثروة حيث يأتى معدل احتمالية عدم حصول الأنثى (الواقعة ضمن المرحلة العمرية 6 سنوات فما فوق) على أى نوع من التعليم مضاعفاً لنسبة الذكور. وتضح بجلاء دلالات هذه الفجوة فى الأعمال الأدبية المصرية ، وكذلك الاحتمالية النسبية العالية للامية وآثارها على عامل تمكين الإناث وتبعاً لذلك السلوك المرتبط بالإنجاب. تشير نشرة المسح السكاني الصحى لمصر سنة 2014م إلى حقيقة مفادها أن السيدات ذوات المستوى التعليمى الأدنى والأقل تمكيناً هن الأكثر عرضة للحمل وإنجاب المزيد من الأطفال وأقل استخداماً لوسائل منع الحمل.

الجدول 10: (1-10) الفجوة بين الجنسين ، 2014م

متوسط سنوات التعليم		% لم تتلق أى قسط من التعليم		خصائص أساسية
ذكور	إناث	ذكور	إناث	المجموعات العمرية المختارة
4.7	4.7	1.5	2.0	10 – 14
10.4	10.2	10.0	20.7	30 – 34
8.7	0.0	25.7	51.7	50 – 54
5.2	0.0	37.5	64.6	60 – 64
				محل الإقامة
9.2	8.2	10.4	17.3	منطقة حضرية

6.2	4.6	16.4	29.5	منطقة ريفية
				خمسيات الثروة
4.9	2.1	22.8	40.2	الخمس الأقل
5.5	3.3	19.2	34.5	الخمس الثانى
7.6	6.2	11.7	21.4	الخمس الأوسط
7.8	7.0	11.9	19.4	الخمس الرابع
11.0	10.7	5.2	8.9	الخمس الأعلى
7.4	5.8	14.0	24.7	الإجمالى

المصدر: نشرة المسح السكاني الصحى لمصر سنة 2014م

1-4-3 القوة العاملة والتوظيف

كما هو حال التعليم، يعتبر التوظيف أحد العوامل الأساسية المؤثرة على السكان والتي تتمتع بتداعيات حيوية سلوكيات الناس ومداركهم، وتشير بيانات الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء وصول معدل المشاركة الاقتصادية إلى نسبة 48% سنة 2014م ارتفع معدل البطالة من 9% سنة 2010م إلى 13% سنة 2014م. وسجلت النسبة بين الذكور 9.6% مقارنة بنسبة 24% بين الإناث سنة 2014م.

تبين آخر الإحصائيات الخاصة بالمسح التتبعى لسوق العمل فى مصر سنة 2012م الإنخفاض المستمر فى مشاركة النساء بسوق العمل المصرى على مدار الوقت، وكذلك على مختلف القطاعات الاقتصادية، على الرغم من أن التعريف الموسع للتوظيف لا يقدم أى تعريف يركز على المقارنة لتعريف معدل مشاركة الذكور (80%)، إلا أن معدل مشاركة النساء فى قوة العمل سنة 2012م يختلف بصورة ملحوظة على وجه الخصوص فى المناطق الريفية

الجدول 11: (1-11) المعدلات السوقية والمشاركة الموسعة للقوى العاملة، الشرائح العمرية من 15 إلى 64 سنة حسب الجنس والموقع، 2012م

الإناث	الذكور	
21.1	81.2	الأسواق الريفية
25.6	78.9	الأسواق الحضرية
23.1	80.2	إجمالى السوق
39.0	82.1	البيانات الريفية الموسعة
28.7	79.1	البيانات الحضرية الموسعة
34.4	80.1	الإجمالى الشامل

المصدر: المسح التتبعى لسوق العمل فى مصر 2012م

كما هو مبين فى نشرة المسح السكاني والصحى لمصر لسنة 2014م، جاءت النساء التى يتمتعن بعمل يدر دخل على أنهن الأكثر احتمالاً للوقوف على خيارات سليمة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وصحة الأطفال، تعتمد النساء العاملات إلى استخدام وسائل لتنظيم الأسرة وبشكل ملحوظ مقارنة بالنساء الأخريات (67% و 57%)، على التوالى، وبينما تميل غالبية النساء إلى الطرق الحديثة، فإن هذه النسبة أعلى بكثير بين النساء العاملات (65.9%) مقارنة بالنساء غير العاملات (57.3%). كما تعتبر الفترات الفاصلة بين كل ولادة وأخرى أطول بالنسبة للنساء العاملات بأجر مقارنة بالنساء الأخريات (39.3 شهر و 36.5 شهر، على التوالى).

الجدول 12: (1-12) رعاية ما قبل الولادة، حسب حالة عمل المرأة، الشريحة العمرية 15-49، إنجاب طفل حتى فى السنوات الخمس التى سبقت المسح، 2014م

غير العاملات	العاملات بأجر	
10.2	5.6	عدم توافر رعاية ما قبل الولادة
89.8	94.4	نسبة من تتلقى أى رعاية صحية فى مرحلة ما قبل الولادة من ممارس ماهر

82.8	88	نسبة من تتلقى رعاية منتظمة في مرحلة ما قبل الولادة من ممارس ماهر
------	----	--

المصدر: نشرة المسح السكاني الصحي لمصر سنة 2014م

لقد كانت إجراءات رعاية الحمل هي الأخرى من الأمور الشائعة في حالات المواليد من سيدات يعملن بأجر مقارنة بالسيدات الأخريات.

الجدول 13: (1-13) رعاية ما بعد الولادة، حسب حالة عمل المرأة، الشريحة العمرية 15-49، إنجاب طفل خلال سنتين المسح 2014م

غير العاملات	العاملات بأجر نقدي	
78.3	75.2	لم تجرى أى فحوصات للرضيع فى الأسبوع الأول بعد مولده.
19.1	12.6	لم تجرى أى فحوصات بعد الولادة للأم فى أول يومين بعد الولادة

المصدر: نشرة المسح السكاني الصحي لمصر سنة 2014م

لقد كان عدد الأمهات العاملات بأجر اللاتي وضعن خلال السنتين التي سبقتا المسح أكثر مقارنة بالنساء الأخريات فيما يخص بإجراءهم لفحوص ما بعد الولادة خلال اليومين الأولين بعد الوضع (87.4% و80.9%، على التوالي)، على الرغم من أن نسبة 78% من المواليد الجدد لم تجرى فحوصات ما بعد الولادة على الإطلاق وأن نسبة 14% فقط من المواليد قد خضعوا للفحص الأولى خلال اليومين التي تلت الولادة. وقد لوحظ الفارق الأكبر في احتمالية تلقي المولود لفحوصات ما بعد الولادة خلال اليومين وفقاً لترتيب الميلاد مما أكد على أفضلية الأمهات العاملات في أى ممارسات من هذا القبيل.

5-1 الهبة الديموجرافية في مصر

التحول السكاني هو تحول من معدلات وفيات أعلى إلى معدلات وفيات أقل ومن معدلات إنجاب أعلى إلى معدلات إنجاب أقل وغالباً ما تجتاز الدول هذا التحول تزامناً مع تطورها. عند انخفاض معدلات الوفيات وتراجع انخفاض معدلات الخصوبة (عدد حالات الميلاد لكل سيدة)، تدخل الدول في فترة نمو سكاني سريع، وفي نهاية الأمر يصل حجم السكان إلى مرحلة الثبات والاستقرار بمجرد ثبات واستقرار معدل الإنجاب عند حد حالتي ميلاد لكل سيدة. قد يكون للتحول السكاني السريع دلالات إيجابية على نمو الاقتصاد، مما يؤدي إلى تحقيق عوائد ديموجرافية.

العائد الديموجرافي هو احتمال النمو الاقتصادي الذي قد ينتج من التحولات في هيكل السكان العمرية، وعلى وجه التحديد، عندما تكون حصة الشريحة السكانية العاملة أكبر من الشريحة السكانية غير العاملة أى دون سن 15 و فوق سن 65 سنة. بعبارة أخرى، إنه نوع من الزخم الاقتصادي لتحقيق عامل الانتاجية والذي يتحقق عندما يكون هناك أعداد متزايدة من الناس تمثل قوة عمل مقارنة بعدد المعالين، فنجد أن الأقطار ذات الأعداد المتزايدة من الشباب و معدلات إنجاب متدنية هي الأوفر حظاً لتحقيق العائد الديموجرافي، ولكي يتحقق النمو الاقتصادي، يجب أن تتاح أمام الشباب فرصة الحصول على تعليم جيد، ومستويات مناسبة من التغذية والخدمات الصحية بما في ذلك إمكانية الحصول على الخدمات الجنسية وتلك المتعلقة بصحة الإنجاب.

مع وجود عدد أقل من المعالين، بسبب تراجع معدلات الإنجاب، ومع وجود عدد أقل من المعالين كبار السن نظراً لأن الأجيال الأكبر سناً لديها فترات احتمال أقل للبقاء على قيد الحياة والقطاع الأكبر بين الشريحة السكانية ذات العمر الإنتاجي العامل، يتراجع معدل الإعالة بشكل ملحوظ مما يؤدي إلى تحقيق العائد الديموجرافي، وعادة ما يرتبط العائد الديموجرافي في العديد من الأقطار بأسر صغيرة الحجم، ونسب مشاركة اقتصادية عالية للإناث مما يحقق الدخل ويزيد من معدلات فترات العمر الافتراضية، ومع تنامي قوة العمل بالمقارنة بالشريحة السكانية المعالة، تتوافر الموارد اللازمة للاستثمار في مجال التنمية الاقتصادية ورفاهية الأسر المعيشية، فيمتد هذا التغيير السكاني لعقود طويلة وغالباً ما يطلق عليه مسمى العائد الأول.

مع نهاية هذه مرحلة الإنتقالية تحد معدلات الإخصاب المنخفضة من معدل النمو بينما تؤدي التحسينات المستمرة المتعلقة بأعداد الوفيات بين كبار السن إلى تعجيل نمو الشريحة السكانية الأكبر سناً، وبالرغم من استواء العديد من الأمور، ينمو الناتج القومي للفرد بصورة أبطأ ويتحول العائد الأول إلى عائد سلبي، بينما يمكن تحقيق عائد آخر

أيضاً. فتمتع الفئة السكانية العاملة من كبار السن التي تواجه فترات تقاعد ممتدة بحافز أعظم على تراكم الأصول الأمر الذي يؤدي إلى تحقيق زيادة في الناتج القومي.

باختصار، يؤدي العائد الأول إلى تحقيق حوافز انتقالية ومن ثم يؤدي العائد الثاني إلى تحويل هذا الحافز إلى أصول أعظم وتنمية مستدامة. ولا تتحقق هذه النتائج تلقائياً، بل أنها تعتمد على تنفيذ سياسات فاعلة. لقد كان لكل من العائد الأول والثاني آثار إيجابية في الفترة الواقعة بين سنة 1970م وسنة 2000 ميلادية في معظم أرجاء العالم.

1-5-1 التحول الديموغرافي في مصر

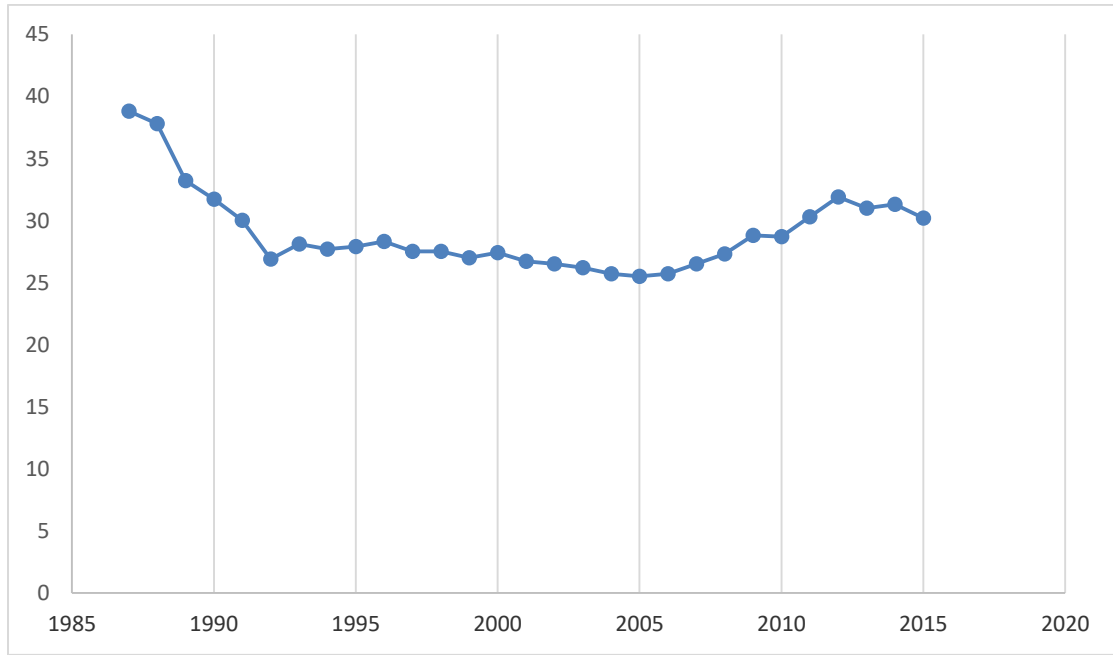
لقد تضاعف عدد سكان مصر أكثر من ثلاث مرات في النصف الثاني من القرن العشرين كنتيجة للإنخفاض السريع في معدلات الوفيات، وعلى وجه الخصوص بين الرضع والأطفال وكذلك الإنخفاض البطيء في معدلات الإنجاب. لقد وصل المعدل السنوي للنمو السكاني في مصر إلى ذورته بنسبة قدرها حوالي 3% تقريباً في نهاية الخمسينات من القرن الماضي، بينما حقق العالم هذه الذروة بنسبة 2% في نهاية الستينات من القرن الماضي، واليوم ينمو سكان مصر بمعدل قدره 2.6% سنوياً وهي نسبة أسرع بكثير من المعدل العالمي الذي يقدر بـ 1.2% سنوياً.

كما هو مبين في الشكل (1-13)، انخفض إجمالي المعدل السنوي للمواليد من 38.8 في الألف سنة 1987م ليصل إلى 30 في الألف سنة 1991م. في الحقبة الواقعة بين سنة 1992م و2010م، بدأ هذا المعدل في التناوب في حدود 27 في الألف ثم أخذ في الزيادة ليصل إلى أعلى مستوى حيث حقق معدل 31.9 في الألف سنة 2012، ويمكن الوصول إلى نفس النتيجة من البيانات الموضحة في الشكل (1-11)، حيث انخفضت إجماليات معدلات الإخصاب والإنجاب في عقد الثمانينيات والنصف الأول من تسعينيات القرن الماضي لتصل إلى 3.6 فـل لكل سيدة سنة 1995م. لقد لوحظ وجود تراجع بطيء في العقد التالي وقد تأكد ذلك بتحقيق زيادة في إجمالي معدل الإنجاب من 3 طفل لكل سيدة سنة 2008م ليصل إلى 3.5 طفل لكل سيدة سنة 2014، ويبدو أن تطور معدل الإنجاب الخام يشكل تحدي أمام احتمال تحقيق هبة ديموغرافية في المستقبل القريب.

إذا قارنا معدل المواليد الخام ومعدل الإنجاب الخام ونسبة السكان دون سن 15 في بعض الأقطار النامية المختارة، يتبين أن الإستقرار النسبي في معدل ومستوى الإخصاب والإنجاب في مصر على مدار العقدين الماضيين كان له آثار في الإحتفاظ بمعدل إعالة أعلى نسبياً. تتراوح نسبة السكان دون سن 15 سنة بين 17% و22% في اندونيسيا، وإيران، وماليزيا، والمغرب، وتركيا بينما تصل النسبة في مصر إلى 31%، ويشكل المعدل المرتفع للإعالة تحدياً أمام تزايد رأس المال البشري، وتحسين تنافسية الدولة، ولهذا فإننا بحاجة إلى برنامج قوى وفاعل في مجال برامج تنظيم الأسرة وصحة الإنجاب لكبح جماح مستويات الإخصاب الحالية.

لتقديم مثال لتتداعيات مستوى الإخصاب والإنجاب الحالي، فإنه من الجدير بالذكر أن عدد المواليد قد تزايد من 1.85 مليون حالة ميلاد حية سنة 2006م لتصل إلى 2.6 حالة ميلاد حية سنة 2012م، ولهذه الزيادة التي تحققت خلال 6 سنوات بنسبة 40% أثارها الهائلة على جودة الحياة، والخدمات الأساسية المقدمة للمواطن بما في ذلك التعليم، ولمواكبة هذه الطفرة، فإننا بحاجة إلى زيادة عدد الفصول التعليمية بنسبة 40% بحلول سنة 2018، الأمر الذي سيتكلف ما قيمته 18 مليار جنيه مصري، مما يمثل إستثمار غير آمن، كما أن طفرة المواليد التي شهدتها الفترة من 2006م – 2012م ستواجه تبعاً ووقتاً صعباً للحصول على نفس المستوى من التعليم الذي كان متاحاً للفئات العمرية الأكبر عمراً، الذين لم يكن يتلقون بدورهم مستوى تعليم يتمتع بالجودة اللازمة ومن ثم تجهيزهم وإعدادهم للمنافسة بأسواق العمل.

الشكل 13: (1-13) معدل المواليد الخام ، 1987 – 2015م



الجدول 14: (1-14) معدل المواليد الخام ، ومعدل الإنجاب الخام وتعداد السكان دون سن 15 سنة في بلدان مختارة ، 2015م

البلد	معدل المواليد الخام	معدل الإنجاب الخام	حجم السكان أعلى من 15
مصر	30	3.5	31%
إندونيسيا	21	2.6	29%
إيران	19	1.8	24%
ماليزيا	17	2.0	26%
موركو	22	2.5	25%
تركيا	17		

المصدر: مكتب المراجع السكانية ، 2015م

توقعت الأبحاث السابقة التي جرت على الهيئة الديموغرافية في مصر حدوث تغيير ديموغرافي يمكن أن يفضى إلى تحقيق تنمية اقتصادية إيجابية، وتتطلب الزيادة الراهنة في معدلات الإنجاب مراجعة للتدخل بغير إحاطة صناع القرار علمًا باحتمالية تحقيق هبة ديموغرافية.

لتعظيم الفائدة من وراء هذه الفرصة السانحة، فإن مصر بحاجة إلى تكيف أنظمتها الاقتصادية والاجتماعية والصحية، ومؤسساتها السياسية مع التغيرات التي سيحدثها هذا العدد الهائل من الشباب بمجرد انتقالهم إلى مرحلة البلوغ.

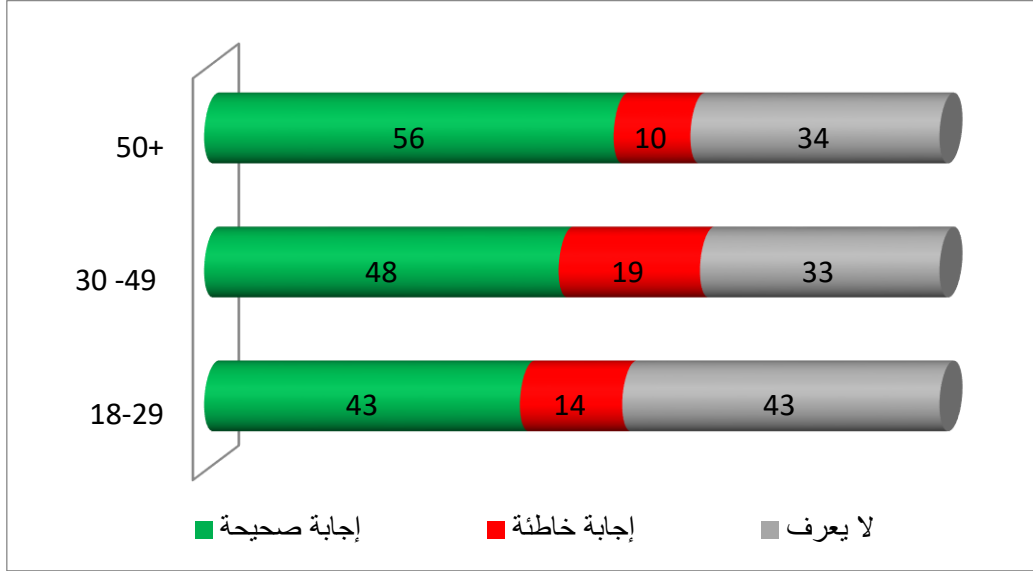
6-1 الوعي بتحديات النمو السكاني

بلغ حجم سكان مصر 91 مليون نسمة في شهر يونيو سنة 2016 وهو ضعف عدد السكان سنة 1984، وثلاث أضعاف سكان مصر سنة 1966، وقد أجرى المركز المصري لبحوث الرأي العام (بصيرة) اقتراحًا في شهر يناير من سنة 2016 للوقوف على مستوى وعي المصريين بحجم المشكلة السكانية في مصر، وعلى بعض القضايا الأخرى التي تتصل بالنمو السكاني. لقد شكلت نسبة الأشخاص الذين أفادوا بأن عدد السكان في مصر يتراوح بين 85 و 95 مليون نسمة حوالي 49% وكانت هذه هي الإجابة الصحيحة، بينما ذكر نسبة 15% من الأشخاص الذين خضعوا لهذه الدراسة أن عدد سكان مصر أقل من 85 مليون نسمة، وأكثر من 95 مليون نسمة، بينما ذكر 36% من عينة هذه الدراسة أنه ليس لديهم أي فكرة عن تعداد السكان في مصر. من الجدير بالذكر أن شريحة الشباب

(من 18 إلى 29 سنة) هم الأكثر جهلاً بحجم المشكلة السكانية، حيث ذكر 43% من العينة فقط الإجابة الصحيحة مقارنة بنسبة 56% بين الفئة الأكبر عمراً أى 50 سنة فما فوق. ولوحظ نفس الفارق بين محافظات الوجه القبلى التى أفاد 42% منها بالإجابة الصحيحة فى مقابل 57% بالمحافظات الريفية.

على الرغم من ذكر أرقام مختلفة لحجم المشكلة السكانية فى مصرفان غالبية المصريين بنسبة 58% أشاروا إلى أن الزيادة السكانية تمثل عيباً، بينما أفاد فقط 29% أنها ميزة، فى حين أشار 3% أنه قد يكون لها آثار إيجابية وسلبية فى حين أشار 10% إلى عدم معرفتهم بالأمر تماماً.

شكل 14: (1-14) المعرفة والإلمام بحجم المشكلة السكانية فى مصر، حسب العمر، 2016م



المصدر: إدراكات المصريين حيال المشكلة السكانية، بصيرة، 2016م

عندما تم السؤال عن مشكلة أن المياه أفادت نسبة 45% من المصريين أن موارد المياه فى مصر كافية لجميع المواطنين ليعيشوا حياة صحية، الأمر الذى يعكس حقيقة مفادها أن هذه النسبة من المصريين ليست على دراية بحقيقة أن مصر واقعة تحت خط فقر المياه. تدرك نسبة تقارب على (40%) أن موارد المياه المتاحة ليست كافية لتأمين وتغطية احتياجات المصريين، وذكرت نسبة 15% أنه ليس لديها أى فكرة عن الأمر، أى ما إذا كانت الموارد المتاحة من المياه يمكن أن توفى احتياجات المصريين منها أم لا.

إن المصريين أكثر وعياً بأن الإنتاج الزراعى غير كافى لتغطية استهلاك المصريين، حيث أفادت نسبة 61% من الأشخاص الذين خضعوا للاستبيان إلى أن الإنتاج الزراعى المصرى غير كافى للوفاء باحتياجات المصريين الاستهلاكية، فى حين أفادت نسبة 26% منها من أنه كافى فى حين لم تبدى نسبة 13% أى معرفة بالأمر.

أجريت مؤخراً فى سنة 2015 دراسة شملت خمس محافظات وهى محافظات الشرقية والإسماعيلية وبورسعيد وسوهاج وقنا (مركز المسوحات والتطبيقات الإحصائية، 2015م) وذلك للوقوف على مدى وعى المصريين بالتحديات السكانية التى تواجهها مصر، وأظهرت الدراسة أن نسبة عالية من هؤلاء الذين خضعوا للدراسة أفادوا بأن الدولة المصرية غير قادرة على توفير الاحتياجات التعليمية والصحية والخدمية، وتراوحت هذه النسبة بين 80% فى بورسعيد و43% فى الإسماعيلية، كما أفادت ثلاث أرباع العينة إلى أن هذه القطاعات ستعانى كثيراً نتيجة للزيادة الكبيرة فى عدد السكان، وفى نفس الوقت أقرت نصف العينة بحق الدولة فى التدخل فى عامل الإنجاب والإخصاب لتوفير حياة أفضل للمصريين. وجاءت نسبة 20% من هؤلاء الذين خضعوا للدراسة دون أى آراء حيال الموضوع أو وجود لديهم فكرة عن مسألة تنظيم الأسرة. لم يحدد تقريباً 60% من العينة أى أدوات لإبقاء الناس على دراية بحجم المشكلة السكانية حيث أفاد جميع المشاركين فى العينة أنه لا توجد أى حملات عامة حول مشكلة الزيادة السكانية.

أفاد استبيان أجراه المركز المصرى لبحوث الرأى العام (بصيرة) فى شهر نوفمبر 2014 أن نسبة 45% من هؤلاء الذين خضعوا للعينة قد أفادوا بأن وجود طفلين بالأسرة هو العدد المثالى للأسرة فى حين أفادت نسبة 42% منها

أن ثلاثة هو العدد المثالي. وفي رد المشاركين على الاستفسار ما إذا كان على الأسرة أن تسعى لطفل إضافي في حال كان جميع المواليد إناث، أفادت نسبة 76% ممن شاركوا في العينة بالإجابة "لا" بينما أفادت نسبة 18% ممن شاركوا في العينة بالإجابة "نعم" بينما لم تستطع نسبة 6% من الوصول إلى قرار بهذا الشأن. تعكس هذه النتائج مدى وعي المصريين ومحاولتهم التغلب على العادات والتقاليد الشائعة والسائدة في مصر منذ سنوات عديدة، كما طُرح سؤال آخر للوقوف على مدى إدراك المصريين للتوقيت المناسب للإنجاب بعد الزواج، فأجابت نسبة 31% ممن شاركوا في العينة أنه يتوجب أن يقع مباشرة بعد الزواج، في حين أفادت نسبة 36% بأنه يجب الإنتظار سنة بعد تاريخ الزواج، بينما أفادت نسبة ضئيلة قدرها 21% بأنه يتوجب تأخيرها سنتين بعد تاريخ الزواج.

لقياس الآراء حول بعض القضايا المتعلقة بتنظيم الأسرة الذي كان يعتقد أنه يشكل تداخلاً مع الاعتقادات والقيم الدينية السائدة في المجتمع، اشتمل الاستبيان على أربع أسئلة مختلفة تتعلق بمسألة استخدام وسائل منع الحمل. أظهرت نتائج هذا الاستبيان أن نسبة 18% ممن شاركوا في العينة قد وافقوا على أن استخدام وسائل منع الحمل لتأجيل الحمل، أو لمد الفترة الواقعة بين حالات الإنجاب، تعد أمور مخالفة للعقائد الدينية، في حين وافقت نسبة أخرى من المشاركين في العينة على أن استخدام وسائل منع الحمل لمنع الإنجاب بعد الطفل الخامس يعد مخالفاً للعقائد الدينية، ومع ذلك، أجابت نسبة أعلى من 22% بأن استخدام وسائل منع الحمل محظور لمنع الحمل بعد الطفل الثاني، وأن نفس النسبة أجابت بأنه يحظر على الزوجين استخدام وسائل منع الحمل قبل الطفل الأول. أشارت النتائج إلى أن نسبة منخفضة من المصريين تعتقد بأن استخدام وسائل منع الحمل يتنافى والمعتقدات الدينية، وأن المشكلة الرئيسية التي تواجهها الدولة تتمثل في أن عدد الأطفال الذي يرغب المواطنون في إنجابه مرتفع نسبياً.

الفصل الثانى

النمو السكانى واستراتيجية السكان والتنمية

1-2 المقدمة

تم تصميم الاستراتيجية القومية للسكان والتنمية 2015م – 2030م من قبل فريق من الخبراء العاملين تحت إشراف المجلس القومى للسكان. أطلقت هذه الاستراتيجية فى شهر نوفمبر 2014م تحت رعاية معالى رئيس الوزراء، وقد حددت الاستراتيجية بجميع الوسائل، وكذلك الخطة التنفيذية المرتبطة بها الأدوار المكلف بها جميع الأطراف المعنية وذلك فيما يتعلق بمشكلة النمو السكانى فى مصر. علاوة على ذلك، يتناول هذا الفصل مشكلة جوهرية وهامة وهى مشكلة الحاجة إلى إرساء روح التعاون مع التركيز بشكل خاص على دور القطاع الخاص فى حل المشكلة. وفيما يتعلق بالدور الذى ستضطلع به المنظمات غير الحكومية، سيتم إلقاء الضوء على هذا الدور فى القسم 5. إضافة إلى ذلك، سيتناول القسم 6 الإجراءات التكميلية الأخرى اللازم اتخاذها لمواجهة مشكلة الزيادة السكانىة فى مصر، والتغلب عليها.

2-2 الاستراتيجية القومية للسكان والتنمية 2015م – 2030م

تنبثق الحاجة إلى وضع استراتيجية جديدة للسكان فى مصر من الموقف السكانى الراهن الذى تشهده مصر والذى يضع الدولة برمتها فى موضع الخطر، وفى حال استمرت المشكلة وتضخمت، فإن معدلات النمو السكانى الراهنة علاوة على مؤشرات سكانىة وتنموية أخرى لن تساعد على تحسين جودة حياة السكان فى مصر كما هو مبين فى الفصل (1).

2-2-1 لماذا نحن فى حاجة ماسة إلى استراتيجية جديدة للسكان؟

- على مدار السنوات القليلة الماضية، اتضحت حقائق هامة فيما يتعلق بالسكان والتنمية وأهمها:
- 1- ازدادت معدلات البطالة ونسبة الأسر الواقعة تحت خط الفقر بعد اندلاع ثورة 25 يناير 2011، ومن جهة أخرى، تقلص دور المرأة فى محل العمل والإنتاج بشكل يؤثر سلباً على معدلات التنمية ويؤدى إلى زيادة فى معدلات المواليد.
 - 2- ستؤدى الزيادة فى معدلات النمو السكانى مقرونة بالانخفاض فى معدلات النمو الاقتصادى مقارنة بالمعدلات التى حققتها مصر قبل الثروة إلى تدنى معدل الإنفاق لكل فرد على الصحة والتعليم والخدمات الأخرى، فى حين ترتفع معدلات البطالة والجهل مما سيكون لكل ذلك آثار سلبية على جودة الحياة ورفاهية المواطن فى مصر.
 - 3- لقد كان للفكر المحافظ آثار كبيرة على العامة فى مصر الأمر الذى جعل المواطن يبتعد عن فكرة الأسرة الصغيرة، ووجوب الحفاظ على فترات متباعدة بين حالات الإنجاب، الأمر الذى تسبب فى ظهور قيم مناوئة لعوامل تمكين المرأة فى مصر، مما أدى إلى تقلص دور المرأة فى الحياة العامة وخفض معدلات توظيفها فى سوق العمل.
 - 4- لقد تم تفعيل واقع تشريعى جديد من خلال إدراج مادة فى الدستور (المادة 41)، والتى تنص على أن الدولة ملزمة بوضع برنامج للسكان يحقق التوازن بين النمو السكانى والاقتصادى فى ذات الوقت.
 - 5- لقد تراجع دور الإعلام فى نشر الوعى بين المصريين حول مخاطر النمو السكانى، ومميزات تنظيم الأسرة. وبالمثل تراجع دور مجموعات المجتمع المدنى فى رفع الوعى بمسألة تنظيم الأسرة وتقديم الخدمات التى تتعلق به.
 - 6- لقد استمر التباين والتفاوت فى مؤشرات النمو السكانى والتنمية بين مناطق عدة (المناطق الحضرية مقابل المناطق الريفية والوجة البحرى مقابل الوجة القبلى والمناطق الحضرية الرسمية مقابل المناطق الحضرية غير الرسمية).

دستور 2014 (مادة 41)
"تلتزم الدولة بتنفيذ برنامج سكاني يهدف إلى تحقيق التوازن بين معدلات النمو السكاني والموارد المتاحة، وتعظيم الاستثمار في الطاقة البشرية وتحسين خصائصها، وذلك في إطار تحقيق التنمية المستدامة"

7- لقد أدت مرحلة ما بعد ثورة 25 يناير 2011م إلى إحداث تغييرات وتحديات هائلة التي ينبغي علينا التصدي إليها مثل عدم انتظام تقديم خدمات عامة بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة، فضلاً عن العجز في برامج بناء القدرات و آليات الرصد والتقييم.

2-2-2 أهداف الاستراتيجية

تركز الاستراتيجية الجديدة على تحقيق مجتمع متجانس ومتماسك، علاوة على تحقيق التوازن بين عاملي النمو السكاني وتوافر الموارد الطبيعية. يؤدي هذا الأمر إلى الوفاء بتطلعات المواطن في الحصول على حياة أفضل وتوفير فرص متساوية لأعضاء المجتمع للحصول على نفس القدر من الخدمات الأساسية وتحسين خصائص السكان وتحقيق معدلات أعلى من التنمية البشرية والتماسك والترابط الاجتماعي والريادة الإقليمية.

تهدف الاستراتيجية القومية للسكان والتنمية إلى تحقيق الأغراض والغايات التالية:

- 1- تحسين جودة الحياة لجميع المصريين وذلك عن طريق خفض معدلات نمو السكان واستعادة التوازن بين معدلات النمو الاقتصادي من جهة ونمو السكان من جهة أخرى.
- 2- استعادة مكانة الريادة الإقليمية التي تربعت عليها مصر في السابق وذلك بتحسين خصائص السكان من حيث عوامل المعرفة والمهارات والسلوكيات.
- 3- إعادة وضع وتصميم خارطة السكان في مصر وذلك بإعادة توزيع السكان حسب المكان وتعزيز عوامل الأمن القومي المصري والوفاء باحتياجات المشاريع الوطنية.
- 4- ترويج مبادئ العدل الاجتماعي والسلام وذلك عن طريق خفض نسب التفاوت القائم بين مؤشرات التنمية في العديد من المناطق المختلفة.

لتحقيق هذه الغايات، حددت الاستراتيجية الجديدة عدد من الأهداف الكمية الهامة يأتي على رأسها مسألة خفض معدلات الإنجاب بحيث تصل إلى متوسط 2.4 بحلول سنة 2030م مقارنة بنسبة 3.5 السائدة في الوقت الراهن.

في حال نجحت الحكومة في خفض معدلات الإنجاب، سيصل تعداد مصر إلى 111 مليون نسمة بحلول سنة 2030م. غير أنه في حال ظلت معدلات الميلاد والإنجاب كما هي عليه في الوقت الراهن، فسيصل تعداد سكان مصر إلى 119 مليون نسمة بحلول سنة 2030م. لكي نصل إلى خفض معدل الإنجاب إلى 2.4 بحلول سنة 2030م، فإن نسبة الإناث التي تلجأ إلى استخدام وسائل تنظيم الحمل يجب أن تزيد بحيث تصل إلى 72% مقارنة بنسبة 59% في الوقت الراهن.

شملت الاستراتيجية القومية عدداً من الأطراف المعنية منها وزارة الصحة والإسكان ووزارة التعليم ووزارة التخطيط ووزارة المالية ووزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات ووزارة الشباب والرياضة والبرلمان المصري والصندوق القومي للتنمية والجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء والمركز القومي للمرأة والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص.

3-2-2 الأعمدة الرئيسية لهذه الاستراتيجية

تستند هذه الاستراتيجية القومية الرائدة إلى ستة ركائز أساسية هي:

- خدمات تنظيم أسرية وصحة إنجابية أكثر فاعلية.
- خدمات صحة محسنة للشباب.
- تحسين خصائص السكان.
- زيادة الوعي بالمشكلة السكانية.
- تمكين المرأة.
- الرصد والنشاط وجهود التقييم.

أشار واضعوا هذه الاستراتيجية إلى أن أهم العوامل لنجاح هذه الاستراتيجية هي قرار صارم وفعال لكبح جماح الزيادة السكانية ومن خلال هذا القرار يمكن أن تتناغم جميع الوزارات والمؤسسات الحكومية معاً وتوحد جهودها لتنفيذ الخطة التنفيذية لهذه الاستراتيجية. لقد أبدى فخامة الرئيس/ عبد الفتاح السيسي وأفراد حكومته التزاماً قوياً وعزم على القضاء على مشكلة الزيادة السكانية في مصر، وفي عام 2016م، تم الإعلان عن اليوم القومي للسكان

وأعلنت تلك السنة على أنها سنة الشباب، ومن المزمع الإعلان عن عام 2017 على أنه عام المرأة المصرية وسيتم إطلاق استراتيجية جديدة لتمكين المرأة والمساواة بين الجنسين تبعاً لذلك.

تضم الأطراف المعنية الرئيسة المشاركة في هذه الاستراتيجية القومية دون حصر: وزارة الصحة والإسكان ووزارة التعليم ووزارة التخطيط ووزارة المالية ووزارة الاتصالات وتكنولوجيا المعلومات ووزارة الشباب والرياضة والبرلمان المصرى والصندوق القومى للتنمية والجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء والمركز القومى للمرأة والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص.

2-3-3 الاستراتيجيات الداعمة الأخرى

وضعت الحكومة المصرية والعديد من المجالس التابعة لها عدد من الاستراتيجيات الداعمة للسكان والتنمية وأهمها استراتيجية الطفل، واستراتيجية للتعامل مع الزواج المبكر واستراتيجية التنمية المستدامة فى مصر.

2-3-1 استراتيجية الطفل 2015م – 2020م

تم وضع استراتيجية الطفل من قبل وزارة التخطيط والمجلس القومى للأمومة والطفولة بالتعاون مع المركز المصرى لبحوث الرأى العام (بصيرة) لتغطية الفترة من 2015م إلى 2020م.

تركز الرؤية الخاصة باستراتيجية الطفل على ضمان تحسين جودة الحياة للأطفال والأمهات ورفاهيتهم وتقديم الدعم والحماية المجتمعية والانخراط فى عملية صناعة القرار وتحسين الصحة البدنية والعقلية، ويأتى كل ذلك فى إطار المساواة والعدالة فى التوزيع بين المجموعات الاجتماعية والمناطق الجغرافية للدولة.

تتمثل الغايات الرئيسية لهذه الاستراتيجية فيما يلى:

- تقديم رؤية قومية وإطار عمل لجميع المحاور الاستراتيجية لتحسين موقف الأطفال والأمهات فى مصر.
- ضمان عدالة توزيع الخدمات وتأمين حقوق الأطفال من بين المجموعات الاجتماعية المختلفة فى مختلف المناطق الجغرافية للدولة.
- تحديد أولويات التدخل والبرامج والسياسات.
- تحسين مبادئ التشبيك والتعاون والتنسيق بين مختلف الفاعلين فى مجال التنمية الخاص بالطفولة والأمومة.
- وضع نظام لقياس الأداء وتقييم التدخلات فيما يتعلق بالطفولة والأمومة.

2-3-2 استراتيجية الزواج المبكر 2015م – 2020م

تتمثل الرؤية وراء استراتيجية الزواج المبكر فى تحقيق مجتمع واع يتسم بالصحة البدنية والنفسية. مجتمع يتمتع مواطنوه بأعلى مستويات الصحة والتعليم، ويؤمنون بمفهوم الأسرة القوية والمساواة فى الحقوق بين الرجال والنساء ويقرون بحقوق الأطفال والبنات فى الحياة السوية وفى عامل الرفاهية ويؤمنون بالدور الجوهري الذى تضطلع به المرأة.

إن الغاية الأساسية المرجوه من وراء هذه الاستراتيجية هو خفض نسبة حالات الزواج المبكر إلى النصف على مدى خمس سنوات من الآن مع التركيز على المناطق الجغرافية التى تنتشر بها وتسود بها عادات الزواج المبكر.

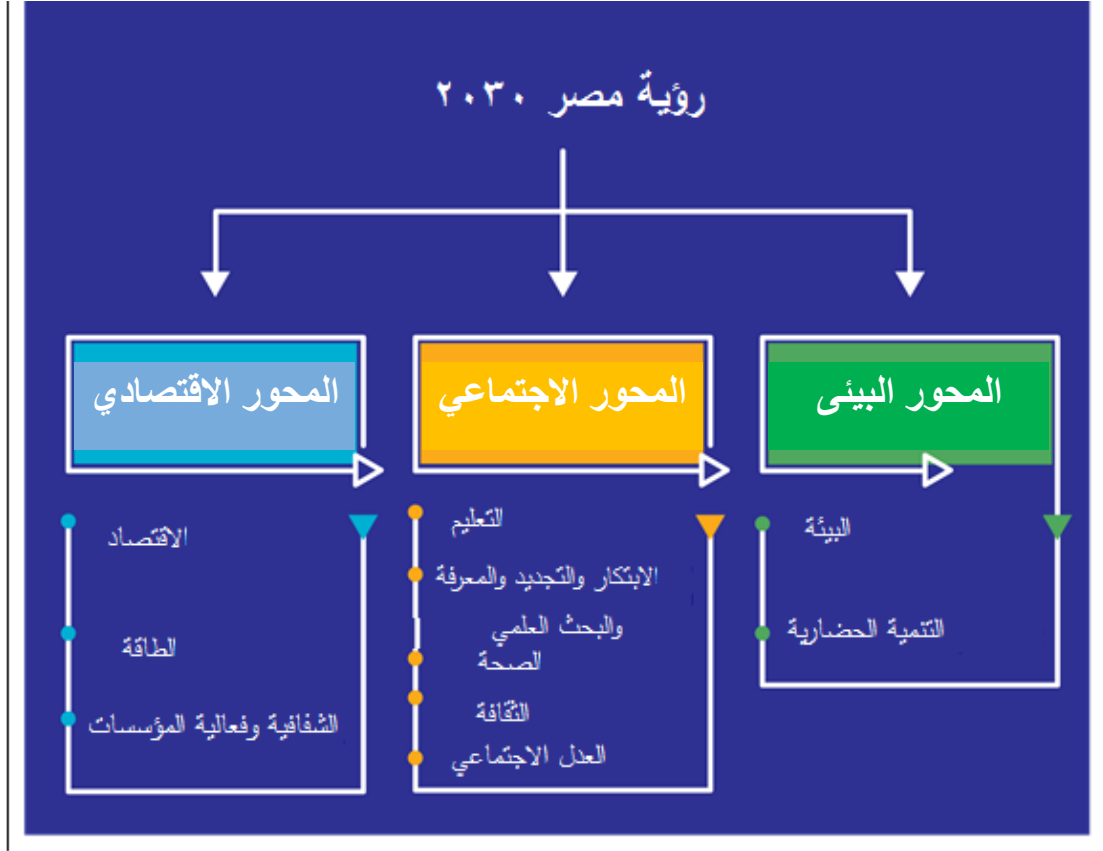
2-3-3 استراتيجية التنمية المستدامة التى تتبناها مصر "رؤية مصر 2030"

تهدف استراتيجية التنمية المستدامة التى تتبناها مصر وأطلق عليها مسمى "رؤية مصر 2030" إلى تعزيز الفرص التنافسية لمصر وإحياء دورها التاريخى بوصفها الدولة الرائدة فى المنطقة، وذلك عن طريق تحسين المستويات المعيشية للمواطن.

تتمثل غاية رؤية مصر فى إعلاء جودة الحياة للمواطن استناداً إلى ثلاث أعمدة رئيسية: وهى العماد الاقتصادى الذى يهدف إلى تحقيق التنمية الاقتصادية، والعماد الاجتماعى الذى يهدف إلى تعزيز خصائص السكان، والعماد البيئى الذى يهدف إلى تأمين بيئة معيشية أفضل. ولهذه الأعمدة الرئيسية الثلاثة أمور فرعية كما هو مبين فى الشكل

(1-2). التكامل بين استراتيجية السكان والتنمية ورؤية مصر سيعمل على تعجيل تحقيق أهداف الاستراتيجية التي تبناها مصر وضماتها. سيتم مناقشة رؤية مصر بالمزيد من الشرح والتفصيل في الفصل 7.

الشكل 15: أعمدة استراتيجية رؤية مصر



4-2 أهداف استراتيجية التنمية المستدامة

طرحت الأمم المتحدة عام 2000م أهداف التنمية للألفية وهي المبادرة التي تبنتها معظم دول العالم بما فيها مصر. نجحت مصر في تحقيق بعض الأهداف بشكل كلي أو جزئي إلا أنها قد أخفقت في تحقيق أهداف أخرى. لإيضاح هذا الأمر، تمكنت مصر من تحقيق أهداف المساواة بين الجنسين فيما يتعلق بانخراط الإناث في مراحل التعليم الابتدائي والثانوي، وخفض معدلات الوفيات دون سن الخامسة، وزيادة الرعاية الصحية لمرحلة ما قبل الولادة وزيادة نسبة السكان فيما يتعلق باستخدام موارد مياه الشرب المحسنة. إلا أنها قد أخفقت في تحقيق أهداف أخرى نتيجة للعديد من التحديات التي ستخضع للدراسة والمناقشة في الفصول التالية.

في شهر سبتمبر من العام 2015م، تبنت دول حول العالم جدول أعمال استراتيجية التنمية المستدامة لسنة 2030م وانطوت على 17 هدف تتناول مسائل تحسين الجودة المعيشية للناس، وكان لهذه الأهداف غايات محددة بلغت في مجملها 169 غاية شملت المجالات المحددة بموجب أهداف التنمية المستدامة، علاوة على الأهداف الجديدة الموضوعية وفق الاستراتيجية الجديدة.

أظهرت مصر التزاماً صارماً بأهداف التنمية المستدامة وكجزء من هذا الالتزام، صدر قرار جمهوري يقضى بتشكيل لجنة قومية لمتابعة تنفيذ أهداف التنمية المستدامة برئاسة رئيس مجلس الوزراء وضمت هذه اللجنة 12 وزارة وهيئة حكومية. في كل وزارة من هذه الوزارات، تم إنشاء وحدة للرصد والتقييم. علاوة على ذلك، فإن الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء قد قام بإنشاء وحدة للتنمية المستدامة تضطلع بمسؤولية تقديم البيانات والمعلومات المتعلقة بمؤشرات أهداف التنمية المستدامة.

شملت استراتيجية التنمية المستدامة (رؤية مصر 2030م) معظم أهداف التنمية المستدامة وكجزء من أعمدها ذلك لضمان التنسيق والترابط بين أهداف التنمية المستدامة من جهة والاستراتيجية القومية من جهة أخرى.

المربع 1: استراتيجية التنمية المستدامة

- الهدف 1: القضاء على الفقر: القضاء على الفقر بجميع أشكاله في كل مكان
- الهدف 2: القضاء على الجوع وتوفير الأمن الغذائي والتغذية المحسنة وتعزيز الزراعة المستدامة
- الهدف 3: ضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار
- الهدف 4: ضمان التعليم الجيد المنصف والشامل للجميع وتعزيز فرص التعلم مدى الحياة للجميع
- الهدف 5: تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين كل النساء والفتيات
- الهدف 6: ضمان توافر المياه وخدمات الصرف الصحي للجميع
- الهدف 7: الهدف ٧ - ضمان حصول الجميع بتكلفة ميسورة على خدمات الطاقة الحديثة الموثوقة والمستدامة
- الهدف 8: تعزيز النمو الاقتصادي المطرد والشامل للجميع والمستدام، والعمالة الكاملة والمنتجة، وتوفير العمل اللائق للجميع
- الهدف 9: إقامة بنى تحتية قادرة على الصمود، وتحفيز التصنيع الشامل للجميع والمستدام، وتشجيع الابتكار
- الهدف 10: الحد من انعدام المساواة داخل الدول وفيما بينها
- الهدف 11: جعل المدن والمستوطنات البشرية شاملة للجميع وأمنة وقادرة على الصمود ومستدامة
- الهدف 12: ضمان وجود أنماط استهلاك وإنتاج مستدامة
- الهدف 13: اتخاذ إجراءات عاجلة للتصدي لتغير المناخ وآثاره
- الهدف 14: حفظ المحيطات والبحار والموارد البحرية واستخدامها على نحو مستدام لتحقيق التنمية المستدامة
- الهدف 15: حماية النظم الإيكولوجية البرية وترميمها وتعزيز استخدامها على نحو مستدام، وإدارة الغابات على نحو مستدام، ومكافحة التصحر، ووقف تدهور الأراضي وعكس مساره، ووقف فقدان التنوع البيولوجي
- الهدف 16: السلام والعدل والمؤسسات
- الهدف 17: تعزيز وسائل التنفيذ وتنشيط الشراكة العالمية من أجل التنمية المستدامة

5-2 برنامج الحماية الاجتماعية

تهدف الحماية الاجتماعية إلى تحسين ظروف الفئات الضعيفة، حيث تعتمد نظم الحماية الاجتماعية إلى الحد من المخاطر التي تؤثر على الظروف المعيشية وجودة الحياة وما يشملها من الحد من الفقر وعدم المساواة.

وحسب تعريف مركز أبحاث الأمم المتحدة للتنمية الاجتماعية، تعتنى الحماية الاجتماعية بمنع المواقف التي تؤثر سلباً على رفاهية المواطنين وإدارتها والتغلب عليها. يهدف هذا البرنامج إلى مساعدة الأفراد على الحفاظ على مستوياتهم المعيشية أثناء حالات طوارئ مثل المرض أو الولادة أو العجز أو الشيخوخة أو مخاطر السوق مثل البطالة فضلاً عن المشكلات أو الكوارث الطبيعية.

تقدم العديد من هذه الدراسات منهج جديد للحماية الاجتماعية يعرف بمسمى "الحماية الاجتماعية العامة". ويهدف هذا المنهج إلى إمداد جميع المواطنين بالمزايا الكافية التي تجعل من الخدمات الاجتماعية والحد الأدنى من الدخل في متناول مواطني هذه الدولة .

تساعد برامج الحماية الاجتماعية العامة على تحقيق ما يلي:

- حماية المستويات المعيشية.
- تقديم مستوى أساسى من الخدمات والاستهلاك لهؤلاء الذين يعيشون على خط الفقر أو المعرضين لذلك.
- تشجيع الاستثمار في مجال رأس المال البشرى وتعزيز الحراك الاجتماعى.

ارتكز هذا المنهج على ثلاثة أعمدة رئيسية وهى الضمان الاجتماعى، والدعم الاجتماعى، ومعايير سوق العمل. يتمثل عامل الضمان الاجتماعى فى البرامج التى تستهدف حماية الموظفين عن طريق تقديم مساهمات من أصحاب الأعمال والموظفين وذلك فى ضوء الدخول والإيرادات المحققة. بينما يظهر عامل الدعم الاجتماعى فى برامج نقل المال إلى الأسر الضعيفة التى يكون أربابها غير قادرين على العمل، فى حين تهدف سياسات سوق العمل إلى ضمان توفير وظائف جيدة لهؤلاء الأشخاص القادرين على العمل أو المستعدين للقيام به.

لقد حققت عدد من البلاد نجاحات باهرة وذلك بقيامها بتبنى هذا المنهج، ومن الأمثلة على ذلك البرازيل، التي عملت على تنفيذ إصلاحات ذات توجه سوقى على التوازي مع تنفيذ برنامج تحويل أموال مشروط أطلقت عليه مسمى "بولصا فامليا" الذى يقوم بإجراء تحويلات شهرية للأسر المعيشية الفقيرة التى تبلغ أعمار أطفالها 15 سنة وللنساء الحوامل، وللأسر المععدة، بغض النظر عن هيكلها. وتشمل شروط هذا البرنامج الأطفال فى برامج التعليم، وضمان الإنتظام فى الذهاب للمدرسة وسهولة الحصول على الرعاية الصحية.

قدمت دولة كوستاريكا نموذج مختلف للالتزام القوى ببرامج التعليم والرعاية الصحية للجميع مع زيادة عدد العمال الذين يساهمون فى برامج الضمان الاجتماعى، فى حين تكفل حماية غير القادرين على المساهمة من خلال الدعم الاجتماعى.

وفيما يتعلق بمصر، فإنها تتبع مسار الحماية الاجتماعية للجميع. كما أسلفنا الذكر عالياً، فإن أهداف استراتيجية التنمية المستدامة التى تنتهجها مصر تهدف إلى تحقيق عامل الحماية الاجتماعية الشامل. واضعين ذلك الأمر فى الحسبان، سنتناول فى الأقسام التالية بعض من سياسات وبرامج الحماية الاجتماعية.

الأسر الفقيرة

تقدم وزارة التضامن الاجتماعى إعانات ومعاشات شهرية للأسر الفقيرة ممن لديهم أطفال بالمرحلة الابتدائية أو الإعدادية أو الثانوية وتتراوح قيمة هذه الإعانة بين 40 و200 جنيه مصرى.

وفى الأونة الأخيرة، عمدت وزارة التضامن الاجتماعى إلى إطلاق برنامج مبادرة التكافل والكرامة وذلك للقضاء على الفقر ومساعدة الأسر ذوات الدخل المنخفضة، حيث يربط البرنامج الحوالات النقدية مع التعليم، والصحة، وتمكين المرأة المصرية بوصفها المستفيد المباشر من وراء هذا البرنامج. يقدم هذا البرنامج إعانات إلى الأسر الفقيرة فى صعيد مصر.

قدم برنامج تكافل وكرامة حتى سبتمبر 2015 مايقرب من 151.6 مليون جنيه إلى أكثر من 123 ألف أسرة/ مستفيدة

حماية الطفولة

يواجه الأطفال فى مصر العديد من المخاطر بما فى ذلك الاستخدام المفرط للعنف كطريقة للتأديب، وختان الإناث وعمالة الأطفال، والزواج المبكر، وتجارة الأطفال، والهجرة غير المشروعة للأطفال دون ذويهم، وأطفال الشوارع، والأطفال فى السجون، والأطفال ذوى الإعاقة.

لقد أولت استراتيجية الطفل 2015م – 2020م اهتماماً بالغاً بحماية الطفل مع التركيز على عاملى الوقاية والحماية من العنف، والاستغلال، والتحرش. كما تناولت هذه الاستراتيجية كل عنصر من المخاطر سالفة الذكر بالتفصيل وخرجت بالتوصيات التالية:

- إعادة تشكيل لجنة إنقاذ الطفل وتفعيل دورها.
- إعداد نظام إدارة الحالة وتفعيله من خلال لجان حماية الطفل والوزارات المعنية.
- الربط بين خط إنقاذ الطفل ولجان الحماية.
- وضع برنامج قومى لأولياء الأمور لتشجيعهم على تربية أطفالهم بصورة إيجابية.
- تطوير نظم لإدارة المعلومات فى مجال حماية الطفل.
- تفعيل آليات الحماية الوطنية.
- تقديم إطار العمل المؤسسى والموارد البشرية والمالية اللازمة لتنفيذ السياسات والتشريعات اللازمة لحماية الطفل.
- إيلاء اهتمام خاص بجميع الأنشطة فى المجالات المتعلقة بالمجموعات المهمشة من الأطفال فى المناطق النائية، والحدودية الفقيرة، والعشوائيات، علاوة على الأطفال ذوى الإعاقة، وكذلك أطفال الشوارع.
- إشراك منظمات المجتمع المدنى فى أنشطة حماية الطفولة، وتوفير التدريب اللازم على بناء القدرات لأعضاء مثل هذه المنظمات.

علاوة على ذلك، تقدم وزارة التضامن الاجتماعي إعانات ومعاشات شهرية للأطفال في حالات استثنائية خاصة ويشمل ذلك المجموعات التالية:

- الأطفال اليتامى والأطفال مجهولى الوالدين.
- الأطفال من مطلقات في حال زواجهن أو حبسهن أو وفاتهن،
- أطفال الآباء المسجونين لفترات لا تقل عن ثلاث سنوات.

يتم تقديم هذه الإعانة للأطفال دون سن 18 سنة الذين يفتقرون إلى مصادر الدخل الأخرى علاوة على معاش شهري للأطفال المنتظمين في المدارس بحد أقصى 200 جنيه شهرياً لمدة 8 أشهر من شهر أكتوبر إلى شهر مايو من كل سنة تعليمية.

2-6 ماذا يمكن عمله خلاف ذلك؟

على الرغم من أن الاستراتيجية القومية تعد استراتيجية شاملة متعددة الجوانب، إلا أن الاستراتيجية القومية للسكان والتنمية قد أغفلت العوامل التالية:

أولاً: أهملت الاستراتيجية وخطتها التنفيذية الإشارة إلى الحاجة إلى الاستثمار في العدد الهائل من الشباب الذي تتمتع به مصر، ونظراً للزيادة السكانية التي تشهدها مصر في السنوات الراهنة، فإن عدد الشباب قد تزايد بشكل كبير لدرجة أن الشباب يشكل ثلث مجموع السكان. وقد يشكل توظيف الشباب في مشاريع التنمية زخم دافع للاقتصاد المصري، ولكن لكي يتسنى تحقيق هذه الغاية، لا بد أن يخضع هؤلاء الشباب لأنشطة تدريبية مكثفة كي يصبحوا شباباً أكثر إبداعاً وابتكاراً، حيث أن العديد من هؤلاء الشباب غير مؤهل للانخراط في سوق العمل وللتنافس عن كسب الوظائف بسبب تدنى مستويات التعليم والمهارات وفقدان الحافز.

ثانياً: على الرغم من العدد الكبير للأحزاب في مصر، إلا أن الاستراتيجية لم تشرك هذه الأحزاب لأى مدى كان، ربما لتدنى شعبية الأحزاب أو لنقص الاهتمام بالشأن العام لديهم. تشير نتائج الاقتراعات التي جرت أن غالبية المصريين لديهم إمام بسيط بالأحزاب، أو بالبرامج التي تنتهجها وتبناها هذه الأحزاب. ومع ذلك، لا تزال تتوفر لدى الأحزاب السياسية في مصر الموارد التي يمكن استخدامها للقضاء على مشكلة الزيادة السكانية بما في ذلك مكاتب الأحزاب ومقراتها المنتشرة في جميع ربوع القطر المصري كما أن أفراد تلك الأحزاب وأعضائها لديهم تواصل مع بقية السكان.

يعد عامل التعاطف والحماس العام من العوامل الجوهرية لإنجاح هذه الاستراتيجية، لن يكون بمقدور المصريين تحقيق النجاح لهذه الاستراتيجية ما لم تعدد الأسر إلى التفكير ليس فقط في مصلحتهم الخاصة، ولكن أيضاً فيما يتوجب عليهم تبنيه لتحقيق صالح الوطن.

ثالثاً: هناك حاجة ماسة إلى مزيد من المعلومات والبيانات لرصد تنفيذ الاستراتيجيات الوطنية سائلة الذكر عن كذب، تنبثق معظم المؤشرات المتعلقة بصحة الإنجاب والإخصاب من مسوحات ودراسات أجريت على مدار فترات زمنية متباعدة وعلى عينات لا تسمح بحساب المؤشرات على مستوى الوحدات الإدارية الصغيرة، وهكذا، يوصى بإنشاء مرصد معنى بتوفير البيانات والمؤشرات السكانية، يصمم بحيث يعتمد على الاضطلاع بالمهام والواجبات التالية:

- تجميع جميع البيانات والمؤشرات المتاحة والتوفيق بينها: تصدر مصر مئات المؤشرات كل سنة ولكن لا يوجد موقع فريد أو بوتقة واحدة لتجمع جميع هذه المؤشرات بطريقة مفيدة وتنظيمها، بهدف تخطيط الاستراتيجية ورصدها وتقييمها. سيؤدي تجميع مثل هذه المؤشرات وكذلك تحديد المناهج الخاصة بالحساب وتوحيدها، وتزويد الباحثين وصناع القرار بها إلى تحسين أداء الأطراف المعنية.
- تقييم المعلومات وسد فجواتها: يمكن أن يساعد هذا المرصد في تقييم فجوة المعلومات التي سيتم معالجتها من خلال الاستبيانات، والأبحاث، والمناهج الجديدة ويشمل ذلك دون حصر تصميم استبيانات وتنفيذها وذلك لمعالجة عجز المعلومات وتطبيق منهجيات جديدة للحصول على البيانات اللازمة مثل المنهجيات الرامية للاستعانة بمجموعة كبيرة من مصادر خارجية.

من المقترح أنه لزاماً على هذا المرصد أن يحدد الأولويات الخاصة بالمؤشرات التي سيتم استخدامها في سياق رصد تنفيذ الاستراتيجية القومية للسكان والتنمية وتقييمها وفق دورية التنفيذ اللازمة.

الفصل الثالث

الصحة الجنسية والإنجابية

1-3 المقدمة

لقد تبنت مصر إعلان الألفية في العام 2000م من بين 189 دولة عضو وما يربو على 20 منظمة دولية. وكحال الدول الأعضاء الأخرى، فقد قطعت مصر على نفسها التزاماً بتحقيق أهداف التنمية للألفية، وقد أطلقت الأمم المتحدة بعد الموعد المحدد لأهداف التنمية للألفية، أهداف التنمية المستدامة، ثم تأسست أولويات أهداف التنمية المستدامة على أساس الإنجاز المحقق والتقدم المحرز لأهداف التنمية للألفية، والدروس المستفادة من تنفيذ تلك الأهداف، وأكثر التحديات التي حالت دون إنجاز وتحقيق تلك الأهداف والغايات. إن تعزيز رفاهية الإنسان وتحسين مستوى المعيشة ليست هي وحدها الغايات التنموية، ولكنها أحد الأدوات الفاعلة لمواجهة متغيرات وديناميات السكان، وكذلك تعزيز المزيد من مسارات التنمية المستدامة، نتيجة لذلك يتوجب على مصر أن تعتمد إلى دمج المتغيرات السكانية في استراتيجيات التنمية التي تتبناها.

وفق ما جرت الإشارة إليه في الفصل الأول، يتزايد عدد سكان مصر بصورة سريعة، وتمثل هذه الطفرة في تعداد السكان ضغطاً هائلاً على الاقتصاد والبيئة الوطنية في البلاد وتهدد صحة الإنسان ورفاهيته، ونتيجة لذلك، تواجه الحكومة المصرية تحديات كبيرة في الوفاء بالاحتياجات الأساسية للمواطنين بما في ذلك خدمات التعليم، والرعاية الصحية، وفرص العمل، والإسكان، والصرف الصحي.

2-3 خدمات الصحة الجنسية والإنجابية

وفق ما أوردنا في الفصل الأول، تزايد إجمالي معدل الإنجاب من 3 إلى 3.5 لكل سيدة خلال الفترة من سنة 2008م إلى سنة 2014م.

يستخدم حوالي ثلاث أخماس تتضح النساء المتزوجات في سن الإنجاب (14 – 49 سنة) وسائل تنظيم الأسرة وفق المسح الصحي السكاني لسنة 2014 وقد شهدت هذه النسبة العديد من التغيرات خلال الفترة الممتدة من سنة 1988م إلى سنة 2014م حيث ارتفعت من 38% سنة 1988م لتصل إلى أعلى مستوياتها سنة 2008م بنسبة قدرها 60% ثم شهدت بعد ذلك انخفاضاً طفيفاً لتصل إلى نسبة 58.5% سنة 2014م.

تبين تقارير استخدام وسائل منع الحمل المسجلة سنة 2014م حالة مختلفة مما ظهر في المسح الصحي السكاني لمصر الذي أجرى سنة 2008م حيث انخفض الاعتماد على الوسائل طويلة الأجل مقارنة بالوسائل قصيرة الأجل (جاء استخدام اللولب داخل الرحم بنسبة 36% سنة 2008م ثم انخفض استخدامه إلى 30% سنة 2014م).

تظهر الفروقات في استخدام وسائل تنظيم الأسرة بجلاء عند النظر إلى محل الإقامة، حيث انخفضت من 64% بالنسبة للنساء اللاتي يقطن في الوجه البحري مقارنة بنسبة 50% فيما يتعلق بتلك النساء اللاتي يقمن في الوجه القبلي. تأتي هذه النسبة المنخفضة بشكل أساسي من النساء اللاتي يقمن في المناطق الريفية بالوجه القبلي بنسبة 74% مقارنة بنسبة 64% بالنسبة إلى النساء اللاتي يقمن في المناطق الريفية في الوجه البحري. علاوة على ذلك، فإن نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة قد شهدت تباين على جميع المستويات الاجتماعية الاقتصادية المختلفة حيث تصل النسبة إلى 56% بين الخميس الأدنى و 61% بين الخميس الأعلى.

لقد تزايدت الحاجة إلى استخدام وسائل تنظيم الأسرة سنة 2014م لتصل إلى 13% مقارنة ب 11% سنة 2008م. من ناحية أخرى، فإنه من المحتمل أن تحصل النساء اللاتي بلجان إلى استخدام وسائل تنظيم الأسرة إلى الحصول على تلك الوسائل من القطاع الصحي العام (57%) مقارنة بالشريحة التي تحصل عليها من القطاع الخاص بنسبة (43%)، وعلى وجه التحديد اللولب التي تتركب أو تزرع داخل الرحم.

فيما يتعلق بالطفرة التي شهدتها مصر في نسبة النساء في مرحلة الإنجاب (15-49 سنة) اللاتي تتلقين الرعاية الصحية لمرحلة ما قبل الولادة، فإنه من الواضح أن هذه النسبة قد زادت خلال 30 سنة الماضية من 57% فقط سنة 1988م لتصل إلى 90% سنة 2014، فظهرت مؤخراً اتجاهات إيجابية خلال فئات تنتمي إلى مستويات

تعليمية مختلفة، وطبقات اجتماعية واقتصادية متباينة: حيث أن نسبة النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) اللاتي تتلقين أي نوع من الرعاية الطبية في مرحلة ما قبل الولادة قد ازدادت من 80% بالنسبة للنساء اللاتي لم يذهبن قط إلى المدرسة لتصل إلى 94% بالنسبة إلى النساء اللاتي أنهين مرحلة التعليم الثانوى على الأقل، ومن نسبة 83% بالنسبة إلى النساء المنتميات إلى الطبقات الاقتصادية والاجتماعية الأكثر إنخفاضاً لتصل إلى نسبة 90% بالنسبة للطبقة الأعلى، هناك أيضاً فروقات وتباينات طبقاً لمحل الإقامة، فتصل النسبة إلى 94% للنساء اللاتي يقطن الوجه البحري، و 85% بالنسبة للنساء اللاتي يقطن الوجه القبلي .

لقد شهدت حالات الولادة التي تتم بمساعدة طبية متخصصة تغيراً هائلاً ابتداء من نهاية عقد الثمانينات حتى سنة 2014م حيث أن نسبة المواليد التي تم توليدهن على أيدي ممارسين طبيين مهرة قد تزايدت من 35% فقط سنة 1988م لتصل إلى 92% سنة 2014م وذلك وفق المسح السكاني الصحى لمصر. ومع ذلك، فإن هذه النسبة العالية تتوزع بشكل غير عادل بين المستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة حيث أنها تصل إلى 82% بالنسبة إلى المستوى الاجتماعى والاقتصادى الأدنى بينما تصل إلى 99% بالنسبة إلى المستوى الأعلى. علاوة على المستوى الاجتماعى والاقتصادى، فإنه من الواضح بجلاء أن مستوى تعليم الأمهات قد كان له أثر بالغ على النسبة المشار إليها حيث أخذت في الازدياد مع ارتفاع المستوى التعليمى وعلى وجه التحديد من 79% بالنسبة إلى النساء اللاتي لم يتلقن قط أى قسط من التعليم لتصل إلى 96% بالنسبة للنساء اللاتي أنهين على الأقل مرحلة التعليم الثانوى. وينطبق الحال عند مقارنة تلك النسبة من حيث محل الإقامة حيث كانت 97% بالنسبة إلى النساء اللاتي يقطن المحافظات الحضرية و 95% بالنسبة إلى النساء اللاتي يقطن الوجه البحري ثم انخفضت لتصل إلى أدنى مستوياتها فى الوجهة القبلى بنسبة قدرها 86%.

لقد بلغت نسبة النساء اللاتي يخضعن للفحوصات الطبية الأولى لمرحلة ما بعد الولادة على يد ممارسين طبيين متخصصين نسبة 82% سنة 2014م. تتباين هذه النسبة بجلاء عند مقارنتها من حيث محلات الإقامة والمستويات الاجتماعية والاقتصادية حيث تصل إلى 94% بالنسبة إلى النساء اللاتي يقمن فى المحافظات الحضرية، بيد أن هذه النسبة تنخفض لتصل إلى 86% بالنسبة إلى النساء اللاتي يقمن فى الوجه البحري و 74% بالنسبة إلى النساء اللاتي يقمن فى الوجه القبلي . وبالمثل، عند مقارنة هذه النسبة وفق المستويات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة، نجد أنها تزداد من 70% بالنسبة إلى المستوى الأدنى لتصل إلى 95% بالنسبة إلى المستوى الأعلى، علاوة على ذلك، من الواضح أن نسبة النساء اللاتي يتلقين الفحوصات الأولى فى مرحلة ما بعد الولادة على يد ممارس طبي لها علاقة طردية بمستوى تعليم الأمهات حيث قدرت بنسبة 66% بالنسبة إلى النساء اللاتي لم يتلقين قط أى قدر من التعليم بينما كانت بنسبة 86% بالنسبة إلى النساء اللاتي قد أنهين مرحلة التعليم الثانوى أو أعلى.

- لكى يتسنى خفض معدلات الإنجاب، يتوجب اتخاذ العديد من الإجراءات منها:
- تقديم خدمات تنظيم الأسرة ذات الجودة العالية بما فى ذلك الخدمات الاستشارية، النصح، والتركيز على الشريحة السكانية من الشباب والفقراء والتركيز على فاعلية وسائل تنظيم الأسرة الحديثة طويلة الأجل.
 - تدريب و إعادة تدريب مزودى الخدمات الصحية والممارسين الطبيين لتقديم مشورة وخدمات أفضل.
 - رفع الميزانية الوطنية المخصصة لتأمين وسائل تنظيم الأسرة.
 - ترويج مختلف أنواع وسائل منع الحمل طويلة الأجل وخصوصاً الوسائل التي تثبت تحت الجلد.
 - ربط الرعاية الطبية التي تقدم بعد الوضع وبعد الإجهاض بآليات تنظيم الأسرة.
 - زيادة الوعى المجتمعى حول مسألة مباحة حالات الولادة، وأهمية استخدام وسائل منع الحمل فور الوضع.

3-3 الصحة الجنسية والإنجابية، والأنظمة الصحية، وتقديم الخدمات

إن المقابلات المتعمقة التي أجراها فريق عمل مركز بصيرة مع الأطراف المعنية وهم خبراء فى مجال السكان وقضايا صحة الإنجاب والهيئات المختصة بوزارة الصحة والإسكان قد أوضحت أن النظام الصحى المصرى ذو طبيعة تعددية حيث هناك شريحة كبيرة من مزودى خدمات الرعاية الصحية يتنافسون ويكملون بعضهم البعض الأمر الذى يسمح للعملاء اختيار مزود الخدمات الأنسب عندما يسعى إلى الحصول على الرعاية الصحية وفق احتياجاته وقدرته على السداد، ومع ذلك فإن الحكومة ملتزمة بتقديم خدمات الرعاية الصحية للشرائح السكانية الفقيرة والمعدمة.

عبر الشاغل الرئيسى الذى عبر عنه مقدمي المعلومات الرئيسيين أن مرافق الصحة العامة فى حالة لا تمكنها من الوفاء باحتياجات المرضى الأمر الذى يدفع المرضى إلى اللجوء إلى الرعاية الطبية المقدمة من قبل القطاع الخاص وهى خدمات مدفوعة الأجر. ومازال التفاوت قائم فى الدخل بين المحافظات وحسب النوع . تمثل آليات السداد

وكذلك انخفاض الأجور بالنسبة إلى الأطباء وأعضاء الفريق الطبي حافظاً ضئيلاً لتحسين الأداء حيث يعتمد هؤلاء إلى الجمع بين مهنتين مما يمثل مشكلة حيث أن غالبية الأطباء يعملون في القطاعين العام والخاص في نفس الوقت.

يمثل آليات تمويل الخدمات الصحية الحالية سواء من خلال الموارد العامة التي تؤمنها وزارة المالية، أو نظام التأمين الصحي، أو الإنفاق الخاص نموذجاً تراجعياً لحشد وتخصيص الموارد، ولا يزال عدم الإنصاف والمساواة ظاهراً بجلاء في العديد من الجوانب من حيث مستويات الدخل، والنوع، والتوزيع الجغرافي، (المناطق الحضرية والريفية أو على مستوى المحافظات) وكذلك نتائج الخدمات الصحية.

يتزايد غطاء نظام التأمين الصحي الوطني بالنسبة للمصريين وذلك بإضافة مجموعات سكانية جديدة تحت مظلة الضمان الاجتماعي والصحي على سبيل المثال مجموعات أطفال المدارس والمواليد الجدد.

3-4 برنامج إصلاح القطاع الصحي

حسب ما اقترحه مقدموا المعلومات فإن النظام الصحي المصري يمتاز بنقاط قوة وضعف نابغة من التغيير المستمر، ويواجه القطاع الصحي المصري العديد من التحديات المتمثلة في تحسين وضمان صحة ورفاهية المواطن المصري حيث أن هذا النظام لا يتحمل فقط عبء مكافحة الأمراض المتأصلة جراء الفقر ونقص التعليم، ولكن الاستجابة كذلك للأمراض الجديدة، وقد حددت وزارة الصحة والسكان وشركائها الرئيسيين جوانب التفاوت في توفير الخدمات الصحية، والاعتماد المتزايد على الرعاية التخصصية وخدمات الرعاية الشاملة منخفضة المستوى باعتبارها أحد المعوقات الرئيسية لتأمين غطاء صحي شامل، لذلك، فقد عمدت الحكومة المصرية إلى إجراء هيكلة رئيسية للقطاع الصحي، وتتمثل الغاية الرئيسية وراء مبادرات إصلاح القطاع الصحي في تحسين الحالة الصحية للسكان بما في ذلك خفض معدلات وفيات الأطفال الموليد ومن هم دون سن الخامسة وكذلك وفاة الأمهات بسبب الإنجاب، وكذلك خفضت معدلات النمو السكاني، والحد من الأمراض المتفشية والمعدية.

لقد تمحور هدف المؤتمر العالمي المنعقد حول السكان والتنمية حول بعدين، يتمثل البعد الأول في تقديم خدمات رعاية صحية أولية ذات جودة عالية، والمساهمة في تأسيس منظومة صحية لامركزية، وتحسين عوامل توافر الخدمات الصحية واستخدامها، ويتمثل البعد الثاني في سعي منظمي هذا المؤتمر إلى إجراء إصلاح هيكلي للمؤسسات الصحية، يقوم على تقسيم عملية الشراء أثناء تقديم المهام التنظيمية التي تضطلع بها وزارة الصحة والسكان.

لقد أظهرت نتائج الاستطلاع الذي أجراه المركز المصري لبحوث الرأي العام- بصيرة حول "دور الحكومة المصرية في تقديم الخدمات الأساسية" أن نسبة 34% من المصريين يسعون للحصول على خدمات الرعاية الصحية من خلال مرافق الصحة العامة، ومن بين هؤلاء الناس الذين يستفيدون من خدمات الصحة العامة أعربت نسبة 36% فقط عن رضاها عن الخدمات المقدمة. ويعد سوء المعاملة من قبل فرق العمل السبب الرئيسي وراء عدم الرضى (41%) وتلاه عدم توافر الأدوية بنسبة (22%) ثم عدم توافر المعدات والزحام بتلك المرافق والذي جاء بنسبة (13%).

حسب ما تم الإشارة إليه مؤخراً، فلقد شهدت مصر تقدماً ملحوظاً فيما يتعلق بمؤشرات الصحة القومية على مدار العقود الماضية. توافر الخدمات الصحية الأساسية يكاد يكون عالمياً، حيث يعيش نسبة 95% من السكان في نطاق 5 كيلو متر بالقرب من مراكز الرعاية الصحية الشاملة.

لقد أظهرت نتائج المسح السكاني الصحي لمصر 2014 أن مؤشرات رئيسية عديدة للصحة الانجابية ومنها الرعاية الصحية لمرحلة ما قبل الولادة، والدعم الطبي أثناء الولادة ومعدلات وفيات المواليد والأطفال تحسناً ملحوظاً لقد أعرب مقدمي المعلومات الرئيسيين قلقهم حيال شئون العدالة الاجتماعية في مجال الرعاية الصحية، فتقدموا بالتوصيات التالية:

- تقديم مجموعة متكاملة من خدمات صحة الأسرة.
- التركيز على مبدأ المساواة في النظام الصحي.
- ضمان تبنى وسائل لضمان ومراقبة الجودة.
- ضرورة إعلاء مبدأ التوزيع العادل للخدمات، والتعامل مع مشكلة تحيز نظام الرعاية الصحية للمناطق الحضرية
- ضمان بناء متواصل لقدرات فرق العمل خاصةً من خلال التدريب الوظيفي. .

المربع 2: توصيات المؤتمر العالمي حول السكان والتنمية لتقديم خدمات الصحة الإنجابية بين المراهقين

توصيات المؤتمر العالمي حول السكان والتنمية لتقديم خدمات الصحة الإنجابية بين المراهقين

- حث منظمو المؤتمر العالمي حول السكان والتنمية الحكومات والمنظمات غير الحكومية على وضع برامج معنية بتناول قضايا الصحة الجنسية والإنجابية بين المراهقين، حيث شجع المؤتمر الدول على رفع الحواجز القانونية والتنظيمية والاجتماعية المتعلقة بمعلومات وخدمات الصحة الإنجابية بالنسبة إلى المراهقين. كما تم تحديد الموارد الهامة للمراهقين والتي شملت ما يلي:
- توفير المعلومات والمشورة حول تنظيم الأسرة.
 - تقديم الخدمات الطبية للمراهقين الممارسين للجنس.
 - تقديم خدمات للمراهقات الحوامل والأمهات.
 - تقديم المشورة حول العلاقات بين الجنسين والعنف والسلوك الجنسي المسئول والأمراض المنقولة جنسياً.
 - الحيلولة دون وقوع حالات الإستغلال الجنسي وزنى المحارم ومعالجتها.

الجدول 15: (1-3) عدد الشباب ونسبتهم المنوية مقارنة بجملة السكان، 1975م – 2015م

الشباب (القيمة بالآلاف)	الشباب (% من إجمالي السكان)	العام
7.560	18.7	1975
8.718	19.4	1980
9.732	19.3	1985
10.260	18.2	1990
11.310	18.5	1995
13.224	20.0	2000
15.165	21.1	2005
15.406	19.7	2010
15.049	17.8	2015

المصدر: <http://www.escwa.un.org/popin/members/egypt.pdf> مقدر 2015/10/5

5-3 خدمات الصحة الإنجابية بالنسبة إلى الشباب

لا تؤثر معدلات الإنجاب لدى المراهقين على صحة المرأة الشابة فحسب وخاصة تعليمها وتوظيفها بل تمتد تلك الآثار لتتطال أطفالها، فالمواليد من النساء ضمن المرحلة العمرية 15 إلى 19 سنة يعانون من أعلى معدلات التعرض لمخاطر الإعتلال والوفيات (منظمة الصحة العالمية 2011). في مصر، بلغ معدلات الإنجاب في أعمار محددة خلال مرحلة المراهقة 72 في سنة 1988 ثم انخفض إلى 48 في سنة 2005 ثم عاد للارتفاع إلى 50 في سنة 2008 ، ثم 56 في سنة 2014 (المسح السكاني الصحي لمصر سنة 2014).

الجدول 16: (2-3) معدلات الإنجاب المحددة بالعمر بين الإناث (الشريحة العمرية 15 – 29، من سنة 2000 إلى 2014)

المجموعة العمرية	2000	2003	2005	2008	2014
15 – 19	51	47	48	50	56
20 – 24	196	185	175	169	213

المصدر: المسح السكاني والصحي لمصر 2014

القيمة العالمية المعطاة للزواج، التي ترافقها إدانة دينية واجتماعية للعلاقات الجنسية قبل الزواج و خارج إطار الزواج، تفرض ضغطاً كبيراً على الشباب، ولا سيما النساء، عند الزواج والبدء في الإنجاب بعد ذلك بوقت قصير ويعطي دستور مصر 2014 قيمة كبيرة للأسرة ويحظر أى اعتداء على حرمة الجسد مما يقتضي من الدولة توفير الخدمات الصحية لجميع المواطنين او إعطاء الاهتمام اللازم لصحة الأم والصحة الإنجابية.

إن الخدمات الصحية المقدمة فى المنطقة قد نشئت فى هذا السياق. ونتيجة لذلك فالخدمات المقدمة لرعاية الأمومة وصحة الطفل

يتوفر فى مصر ما يقرب من 30 عيادة صحية¹ للشباب فى القاهرة وفى الوجه البحرى والوجه القبلى، تقدم الخدمات التالية بأسعار مدعومة:

- (1) مشورات وفحوصات ما قبل الزواج.
- (2) خدمات المشورة والفحص والعلاج والإحالة فيما يتعلق بالأمراض المنقولة جنسياً.
- (3) تقديم المشورة والفحص وعلاج حالات اضطرابات البلوغ.
- (4) تقديم المشورة وتوفير وسائل منع الحمل للشباب المتزوج.
- (5) تقديم الرعاية الطبية فى مرحلة ما قبل الولادة وما بعدها.
- (6) خدمات الاستشارات المعملية

وفق سياسات وزارة الصحة والسكان فإن مزودى هذه الخدمات لا يمكنهم تقديم سوى المعلومات والمشورة إلا للشباب المتزوج، ولايسمح بإجراء فحوصات طبية لشباب غير متزوج، كما ينبغى إحالة الحالات التى تتطلب العلاج الطبى إلى المختصين (الذمنهورى وعبدالحميد 2013، روى فاهيمى والفقى 2011).

المربع 3: أهداف التنمية المستدامة والصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين

أهداف التنمية المستدامة والصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين
 إن الاستثمار المتزايد فى خدمات الصحة الجنسية والصحة الإنجابية وخصوصاً المراهقين ستدفع مصر إلى الوصول إلى تحقيق أهداف التنمية المستدامة الموسومة المحددة المرجوة وغيرها من الأهداف. إن المستهدفات الصحية الخاصة بالهدف رقم 3 تشمل تقديم خدمات الرعاية فى مجال الصحة الجنسية والإنجابية للجميع، ودعم خفض السريع لمعدلات الإنجاب حصرياً عن طريق وسائل طوعية وتحقيق غطاء صحى شامل بما فى ذلك الوقاية من الأمراض المعدية وغير المعدية ومعالجتهم، وتقديم خدمات الصحة الدورية، وتنظيم الأسرة، وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وخدمات التحصين الروتينى، وخدمات الصحة العقلية وفقاً لأولويات الرعاية الصحية الأساسية.

3-6 كيف تؤدي الصحة الإنجابية وكذلك خفض معدلات المواليد غير المرغوب فيهم إلى خفض معدلات الفقر

إن الاستثمار فى مجال الخدمات الصحية بما فى ذلك خدمات الصحة الإنجابية تعد جوهر عملية الأمن بالنسبة للفرد وتؤدي إلى خفض معدلات المرض والوفاة والتي بدورها ستعمل على تحسين إنتاجية المواطن وأفاق التنمية. إن أهداف التنمية للألفية، وأهداف التنمية المستدامة تؤكد على أن الصحة الإنجابية بما فى ذلك الصحة الجنسية هى محور رفاهية المواطن، كما تعزز الوصول العام إلى المعلومات التى تخص الصحة الإنجابية وخدماتها، بما فى ذلك خدمات تنظيم الأسرة وخدمات صحة الأم، والتي بدورها يمكن أن تؤثر على ديناميكيات السكان من خلال خفض الطوعى لمعدلات الإنجاب، علاوة على خفض وفيات المواليد والأمهات والوقاية من تفشى أمراض نقص

¹ تلك العيادات مدعومة من وزارة الصحة والسكان، وهيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية، والجمعية المصرية لتنظيم الأسرة.

المناعة المكتسبة أو الإيدز، كم أن الصحة الإنجابية المحسنة تساعد الأفراد والمجتمعات والدول على التغلب على مشكلة الفقر.

إن تقديم خدمات تنظيم الأسرة واتساع مظللتها سيقبل من الحاجة غير المُلباة ، والتي وصلت إلى 12.6% سنة 2014.

إن الاستراتيجية الوطنية للسكان والتنمية تهدف إلى الوصول بمعدل انتشار وسائل منع الحمل إلى 71.6% وخفض نسبة الحاجة غير المُلباة إلى 6%.

سيؤدي تزايد أعداد المواليد في السنوات الثمانية الماضية من 1.85 مليون نسمة سنة 2006 إلى 2.7 مليون سنة 2015 إلى زيادة عبء تقديم الخدمات العامة بسبب الـ 850000 مولود الإضافيين، فعلى سبيل المثال، فإن قيد هؤلاء المواليد الجدد في المدارس يتطلب تخصيص ميزانية قوامها 18 مليار جنية مصرى لبناء فصول جديدة.

سيعمل تحقيق أهداف الاستراتيجية القومية على خفض المواليد السنوى إلى 2 مليون والذي بدوره سيساعد الدولة على تخصيص موارد للقضاء على مشكلة الفقر وتحقيق عامل العدل الاجتماعى.

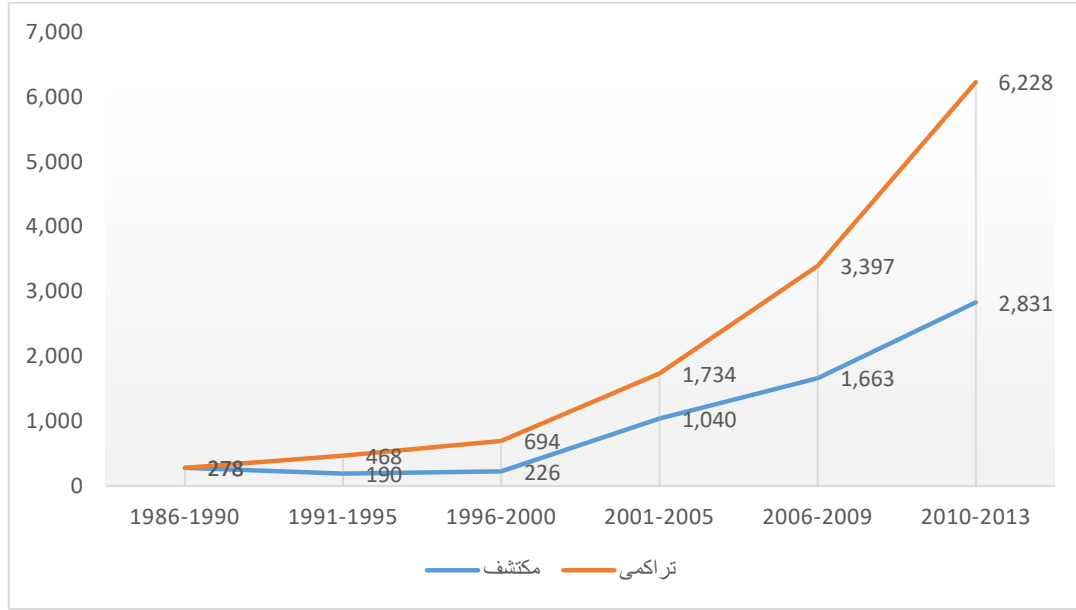
7-3 موقف فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز، والأمراض المنقولة جنسياً وتطورهما

1-7-3 موقف فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز وتطورهما

لقد تم الإعلان عن أول حالة إيدز فى مصر سنة 1986 ومنذ ذلك الحين، كان هناك ازدياد فى أعداد حالات العدوى بفيروس نقص المناعة المكتسبة الإيدز (الشكل 3-1). إن الزيادة فى عدد حالات الإصابة بمرض نقص المناعة المكتسبة الإيدز يمكن إيضاحها جزئياً بنقشى الوباء ولكن جراء الجهود المتواصلة التى يبذلها لبرنامج الإيدز الوطنى لتحسين فرص واختبارات وإعداد تقارير الإبلاغ عن حالات الإصابة بمرض نقص المناعة المكتسبة الإيدز.

إن وباء نقص المناعة المكتسبة الإيدز فى مصر قد أفضى إلى نشوء تكهنات وجدل كبير على مدار العقد الماضى وحتى سنة 2013، تم الإبلاغ عن 6.228 حالة إصابة بعدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة الإيدز منها 5.108 (82%) كانت لمصريين. وبنهاية سنة 2011 تم تحديد 2.310 حالة نتيجة لأمراض مرتبطة بالإيدز إلى أنه بعد ثلاث سنوات لاحقة تم تحديد 4.631 حالة على أنها متعايشة مع نقص المناعة المكتسبة الإيدز. ومن الجدير بالذكر، أنه قد تأكد أن الإحصاءات الوطنية المتاحة بعيدة كل البعد عن الكشف عن الموقف الحقيقى لنقشى وباء الإيدز فى البلاد. علاوة على ذلك، يمكن التخمين أنه على الأقل ثلث حالات الإصابة بنقص المناعة المكتسبة الإيدز تموت جراء أمراض ذات صلة بالإيدز.

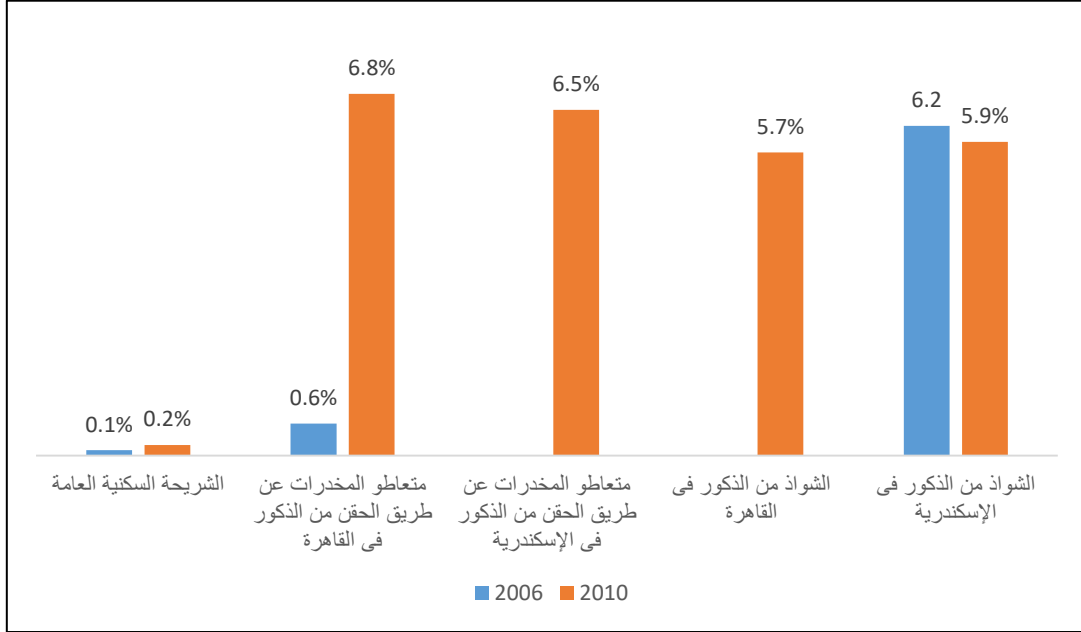
الشكل 16: (1-3) عدد حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز المبلغ عنها في مصر في الفترة من 1986 - 2013



أظهرت تقديرات برنامج الإيدز التابع للأمم المتحدة أن عدد الأشخاص الذين يعيشون بفيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز قد تضاعف تقريباً 3.200 (2.200 إلى 5.800) سنة 2005 ليصل إلى 7.400 إلى 4.800 إلى 12.000 سنة 2013، وأن الوفيات من الأمراض المرتبطة بالإيدز قد تضاعفت ثلاث مرات من 0.2% إلى 0.6% لحالات الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز على مدار نفس الفترة. تُعزى التقديرات غير الدقيقة للإحصاءات الوطنية إلى محدودية آليات المراقبة الفاعلة وكذلك النهج السلبي الشائع لاكتشاف الحالات، وفي ضوء إدراك المخاطر المنخفض، فإن القليل من الناس يلجئون إلى تحاليل الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز طواعية. علاوة على ذلك، ترتكز وسائل الإبلاغ بصفة أساسية إلى فحوصات الدم والإبلاغ السلبي الذي يقوم به المصريون المفترض حصولهم على نتائج سلبية لتحاليلهم كشرط للعمل في الخارج أو للأجانب المقيمين في مصر، وهكذا يتضح أن آليات المراقبة السلبية على الرغم من أنها تقدم رؤية مفيدة لا تزال بعيدة كل البعد عن تقدير الحجم الهائل لمشكلة تفشى وباء نقص المناعة المكتسبة / الإيدز في مصر.

على الرغم من أن وباء الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز لا يعد مرضاً خطيراً يهدد الصحة في مصر إلا أنه هناك أدلة ميدانية على تفاقم هذا الوباء (أنظر الشكل 2-3). يقدر برنامج الإيدز التابع للأمم المتحدة وجود زيادة في معدل انتشار من نسبة $> 0.1\%$ في الشريحة السكانية العامة سنة 2005 إلى 0.2% سنة 2013. تحددت فجوات عديدة للإصابة بهذا الوباء في حالات مدمني المخدرات من الذكور والشواذ جنسياً من الذكور. في العام 2006 أثارت الجولة الأولى من فحوصات المراقبة البيولوجية والسلوكية العديد من الشكوك حول التركيز المحتمل لوباء مرض نقص المناعة المكتسبة/الإيدز بين الشواذ جنسياً من الذكور بنسبة تفشى قدرها 6.2% . بحلول ذلك الوقت، أشار التقدير السكاني إلى وصول نسبة انتشار المرض بين مدمني المخدرات عن طريق الحقن من الذكور إلى 0.6% ، وقد تم قطع هذه الشكوك بعد أربع سنوات لاحقة وذلك عن طريق فحوصات المراقبة البيولوجية والسلوكية الثانية والتي أكدت على تركيز نسبة إنتشار هذا الوباء بين الشواذ من الذكور وكذلك انتشارها بين مدمني المخدرات عن طريق الحقن. ووفق فحوصات المراقبة البيولوجية والسلوكية التي أجريت سنة 2010، فإن التقديرات السكانية لمعدل انتشار هذا المرض بين الشواذ جنسياً من الذكور في القاهرة جاء بنسبة 5.7% في حين جاء بنسبة 5.9% في الإسكندرية. وخلال هذه الفترة وقوامها أربع سنوات أظهر إدمان المخدرات عن طريق الحقن بين الذكور الارتفاع السريع في شيوخ مرض نقص المناعة المكتسبة حتى وصل إلى 6.8% في القاهرة و 6.5% في الإسكندرية. و دللت هذه المؤشرات على أن مصر لم تعد ضمن الدول ذات لنسب الانتشار المنخفضة لمرض نقص المناعة المكتسبة بل ارتقت إلى مستوى تفشى الوباء.

الشكل 17: (2-3) الاتجاه في معدلات انتشار وباء نقص المناعة المكتسبة بين الشريحة السكانية العامة والشرائح السكانية الأكثر تعرضاً للخطر



كشفت كلا المحاولتان الحاليتان التي بذلها برنامج فحوصات المراقبة البيولوجية والسكانية أن مدمني المخدرات عن طريق الحقن من الذكور والشواذ جنسياً من الذكور يمارسون سلوكيات تنطوي على مخاطر جسيمة جراء الحقن بالمخدرات ومشاركة إبر تعاطى المخدرات وكذلك ممارسة الجنس التجارى غير المحمى والاتصال مع أكثر من شريك جنسى وممارسة العلاقات الشاذة بين الذكور. من الجلي أن كلا الاستبيانين قد أفضى بنتائج مفادها أن العديد من أعضاء كلتا المجموعتين الأكثر تعرضاً للمخاطر سالفتي الذكر يرتبطون ارتباطاً وثيقاً بالشريحة السكانية العامة عن طريق الزواج.

علاوة على ذلك، يصعب التعرف علي العدد الفعلي للشرائح السكانية الأكثر تعرضاً للمخاطر. سنة 2011، قدر برنامج الإيدز التابع للأمم المتحدة أن هناك 24.000 ممارسات للدعارة و100.000 متعاطى للمخدرات عن طريق الحقن و48.000 شاذ جنسياً من الذكور في مصر. وفقاً للاستبيان الخاص بالإدمان على المستوى الوطنى الذى أجرى في نفس العام، أن هناك نصف مليون مدمن على أقل تقدير في القاهرة. إن الممارسات التي تنطوي على خطورة عالية غير مقبولة اجتماعياً في مصر حيث أن الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة أمر مذموم ، وغالباً ما يرتبط بسلوكيات خطيرة تجبر أعضاء هذه المجموعات على التخفى والعزوف عن اللجوء إلى خدمات الرعاية الصحية أو إظهار أى معلومات حيال إصابتهم بفيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز.

تشهد مصر مدى واسع من مسارات انتقال عدوى فيروس نقص المناعة المكتسبة محفقة 66.8% من حالات العدوى الواقعة جراء الممارسات الجنسية غير المحمية. في سنة 2013، كانت حالات انتقال الوباء عن طريق الممارسات الجنسية الطبيعية مسؤولة عن 46.2% من حالات العدوى بفيروس الإيدز في حين كانت حالات الانتقال جراء الشواذ الجنسي مسؤولة عن نسبة 20.6%. تعتبر زيادة نسبة مدمني المخدرات عن طريق الحقن مساراً رئيسياً آخرًا للعدوى بنسبة 28.3% من حالات انتقال هذا الوباء. تمثل عدوى هذا الوباء بين الأطفال نسبة 4.9% من جملة الحالات، ويعزى ذلك إلى انتقال العدوى من الأم إلى الطفل.

يهيمن الذكور على نسب انتشار وباء فيروس نقص المناعة البشرية في مصر ، ومع ذلك فقد أظهرت السنوات الأخيرة زيادة في حصة المرأة والتي تمثل حوالي ربع حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، كما يؤدي نمو الوباء في البلد إلى وضع الرجال والنساء على السواء في طريق الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية من خلال سلوكياتهم الخاصة أو سلوكيات الشريك ذات المخاطر العالية، وبالإضافة إلى ذلك، يعتبر الفقر والبطالة من المحفزات القوية لنمو الوباء. وعلاوة على ذلك، تضم مصر الكثير من المجموعات غير المتجانسة، المعرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية كأطفال الشوارع، والشباب، والسجناء، ومن الجدير بالذكر، أن البلاد وفرت المأوى لكثير من المهاجرين، وطالبي اللجوء وغيرهم من النازحين على مدى نصف العقد الماضي نتيجة لعدم الاستقرار السياسي في المنطقة.

تدل الإحصاءات المتاحة انتشار الإصابة بفيروس مرض نقص المناعة المكتسبة في جميع ربوع البلاد وحددت الأعداد الأعلى لحالات الإصابة بهذا الفيروس في القاهرة ثم الإسكندرية والجيزة والغربية. بينما حققت المحافظات الحدودية (مثل الوادي الجديد والبحر الأحمر ومطروح) والأقصر الأعداد الأقل. ويتضح التباين جزئياً في تباين حجم السكان بين هذه المحافظات، وعدم تجانس المجموعات السكانية الفرعية، فضلاً عن تركيز برامج فيروس نقص المناعة البشرية في المدن الكبرى، وخاصة في السنوات الأولى من الوباء.

يجب ألا نغض الطرف عن العلاقة الوثيقة بين وباء نقص المناعة المكتسبة والتهاب الكبد الوبائي من الفئة (ب) والتهاب الكبد الوبائي من الفئة (ج) حيث يعتبر التهاب الكبد الوبائي بين الفئتين من بين التهديدات الرئيسية التي تطال الصحة، كما أنه من الأسباب الرئيسية للوفاة في مصر، فكلتا الفيروسين يتشاركان مع وباء مرض نقص المناعة المكتسبة في العديد من الخصائص. وكما هو الحال بالنسبة إلى وباء فيروس نقص المناعة المكتسبة، فإن لديهم طرق انتقال متشابهة، ولم يتوفر لهما وسائل علاج فاعلة حتى تاريخه، كما يمكن لهما أن يفصيا في نهاية المطاف إلى الوفاة الحتمية. لقد وجد التهاب الكبد الوبائي من الفئتين (ب و ج) طريقهما إلى مصر وسجلا نسب تقشى عالية، الأمر الذي يعرض مصر لمخاطر انتقال وباء فيروس نقص المناعة المكتسبة، كما يشير إلى أن مصر ليست بعيدة عن مسار هذا الوباء.

على الرغم من الجهود المستمرة والحثيثة التي تبذل تحت البرنامج القومي للإيدز لخفض معدل انتشار وباء فيروس نقص المناعة المكتسبة، فإن المعرفة الشاملة حيال هذا الوباء وآليات انتشاره لا تزال غير كافية بين السكان وخصوصاً الشباب والإناث. والامتناع عن ممارسة الجنس واستخدام الواقي الذكري هو أقل ما يمكن الاعتراف به كتدابير وقائية فهناك العديد من المفاهيم الخاطئة، ولا تظهر المعرفة الشاملة لفيروس نقص المناعة البشرية أي تحسن ملحوظ كما أن هناك معلومات محدودة عن استخدام الواقي الذكري بين الشرائح السكانية الأكثر تعرضاً للمخاطر حيث أنه ثبت عدم وجود معلومات كافية حول هذا الوباء وكذلك ممارسات الجنس غير المحمي بين الشرائح السكانية الأكثر تعرضاً لمخاطر ممارسات الرذيلة وكذلك مدمنو المخدرات عن طريق الحقن والشواذ جنسياً من الذكور.

علاوة على ذلك، فإن وسائل العلاج المضاد للفيروسات لا تزال غير كافية، وطبقاً للإحصاءات الوطنية، قد تلقى فقط نسبة 18% من البالغين والأطفال ممن ثبت إصابتهم بفيروس نقص المناعة المكتسبة هذه النوعية من العلاج، كما توقف 25% منهم عن تناول العلاج خلال السنة الأولى.

3-7-2 حالات العدوى المنقولة جنسياً

لا يعتقد أن معدل انتشار الأمراض المنقولة جنسياً مرتفعاً في مصر حيث أنه تتوفر القليل من المعلومات حول حجم انتشاره بين السكان. إن المعلومات القليلة المتاحة حول الشرائح السكانية المعرضة للإصابة بالعدوى وكذلك الشرائح السكانية الأكثر تعرضاً للمخاطر قد وثقت وجود حالات إصابة بالعدوى المنقولة جنسياً في البلاد. خلال العقد التسعينيات من القرن الماضي، تم تقدير حالات العدوى المنقولة جراء العلاقات الجنسية في حدود نسبة 8% تقريباً بين النساء المتزوجات والشرائح السكانية الأكثر تعرضاً للعدوى حيث جاء ممارسوا الرذيلة والشواذ جنسياً من الذكور كأكثر الفئات إصابة بالعدوى.

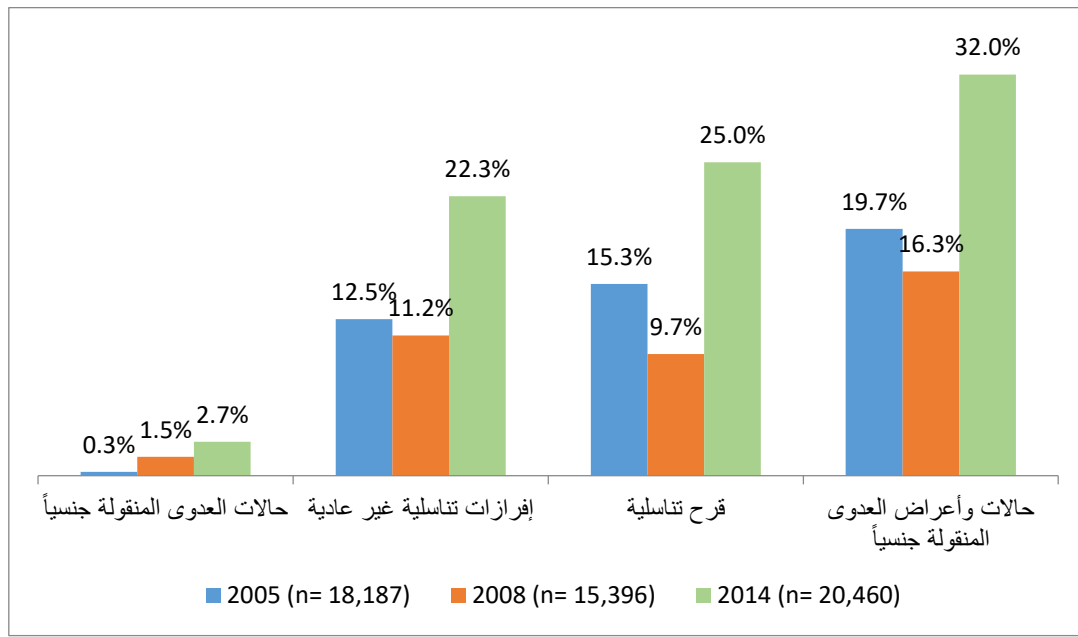
لقد ثبت أن حالات العدوى المنقولة جراء العلاقات الجنسية مردها إلى العديد من الأمراض مثل السيلان والكلاميديا، والتريكوموناس، حيث تم تشخيص هذه الأعراض بين شرائح السكان الأكثر عرضة للخطر، وبين النساء الحوامل اللاتي يترددن على مستوصفات الرعاية الصحية قبل الولادة، والنساء المتزوجات من هن على علاقة بخدمات تنظيم الأسرة، بينما تم رصد أعراض مرض الزهري فقط في الشرائح السكانية الأكثر تعرضاً للخطر. قد تبين أنتشار العدوى المنقولة عن طريق العلاقات الجنسية بشكل أكبر بين المجموعات الاجتماعية والاقتصادية ممن ينتمون إلى طبقات متدنية، وكذلك بين الرجال غير المتزوجين، وغير المتعلمين الذين يمارسون العلاقة الجنسية الطبيعية مع شركاء متعددين ويمارسون الجنس غير الآمن.

يعد فيروس الورم الحليمي البشري من أحد الأمراض المنقولة عن طريق العلاقات الجنسية، وهو دليل دامغ ذو ارتباط بتطور الأمراض السرطانية التي يصاب بها الأعضاء التناسلية. فلا تزال نعانى في مصر من ندرة المعلومات حول فيروس الورم الحليمي البشري والأمراض السرطانية التي يصاب بها الأعضاء التناسلية. ومع ذلك، فإن التقرير الأخير الذي أجراه مركز المعلومات التابع للمعهد الكتانولى للأورام حول فيروس الورم الحليمي

البشرى وتم توثيق حالات الإصابة بسرطان بالشرح بمعدل 0.4 لكل 100.000 رجل وأمرأة، وكذلك حالات الإصابة بسرطان عنق الرحم بمعدل 2.1 لكل 100.000 سيدة، وأيضًا لوحظ أن فيروس الورم الخليمى البشرى أحد أسباب الإصابة بحالات سرطان عنق الرحم بنسبة 81.2% فى مصر.

لقد بدء منظمو الإستبيانات السكانية والصحية فى جمع معلومات حول العدوى المنقولة نتيجة ممارسة العلاقات الجنسية فى مصر منذ عام 2015 وحصرت هذه المعلومات بين النساء المتزوجات بالشريحة العمرية 15 إلى 49 سنة 2005 ، فكانت معدلات انتشار العدوى المنقولة عن طريق العلاقات الجنسية المبلغ عنها من قبل أصحابها محددة بنسبة 0.3% بين النساء المتزوجات ضمن الشريحة العمرية 15 إلى 49، ومع ذلك، وعلى مدار العقد الماضى، ازدادت هذه النسبة 10 مرات ومع مرور السنوات كان هناك كذلك زيادة واضحة فى أعراض الإصابة بالعدوى المنقولة نتيجة لممارسة العلاقات الجنسية المبلغ عنها بما فى ذلك الإفرازات التناسلية غير العادية وكذلك تقرحات الأعضاء التناسلية.

الشكل 18: (3-3) تطور حالات العدوى المنقولة جنسياً والمبلغ عنها ذاتياً وأعراضها (الإفرازات غير الطبيعية، وجراح أو قروح الأعضاء التناسلية) فى النساء المتزوجات من الشريحة العمرية 15 إلى 49 فى مصر



المصدر: المسح السكاني الصحى لمصر سنة 2005 و2008 و2014

لقد وثقت المعلومات الأخيرة المتاحة سنة 2014 وجود العديد من الإختلافات فى تقارير حالات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً والمبلغ عنها ذاتياً وكذلك أعراضها بين النساء المتزوجات الحالات فى الفئة العمرية 15 إلى 49. تلقى الأعراض المبلغ عنها ذاتياً الضوء على مدى خطورة هذه النوعية من حالات العدوى بين الشرائح السكنية الفرعية العديدة وعلى وجه الخصوص بين الشباب والمقيمين فى المناطق الريفية ومواطنى الوجهة القبلى والمجموعات الاجتماعية الأفقر. لقد كان هناك شح كبير فى المعلومات المتاحة حول حالات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً، كما أن نقص المعلومات حول الغطاء العلاجي ونسب الإستشفاء كان شئ بالغ الوضوح.

3-7-3 المراهقين والشباب كمجموعة ذو أولوية فيما يتعلق بحالات الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز وكذلك حالات العدوى وحالات الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً

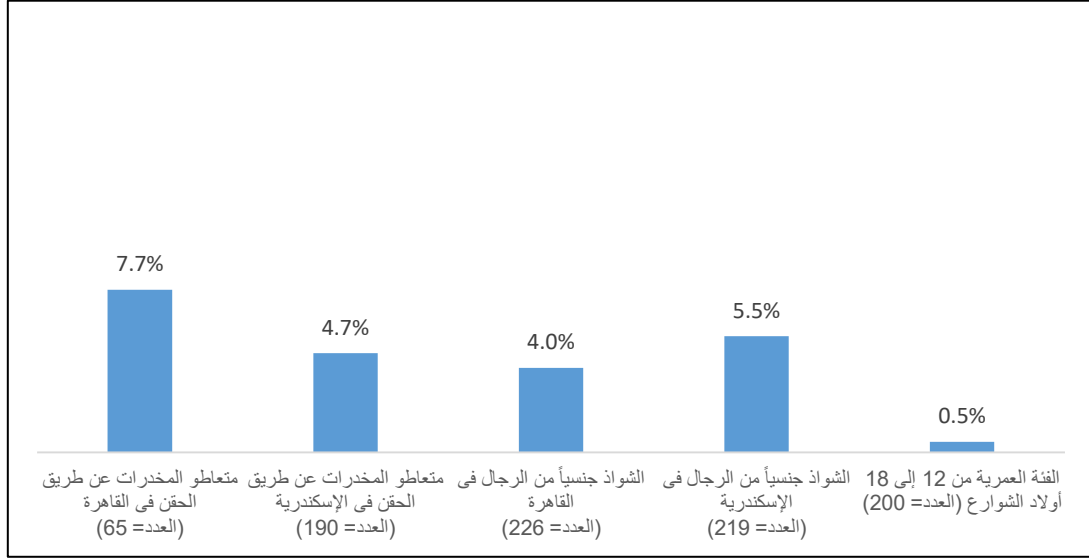
وتزداد نسب الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بسرعة بين الشباب فى جميع أنحاء العالم. وفى عام 2013، أصيب حوالي 670 ألف شاب ممن تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 عاماً بفيروس نقص المناعة البشرية، منهم 250 ألفاً من المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 19 عاماً. وتشكل صحة الشباب مؤشراً على صحة الدول وإنتاجيتها فى الحاضر والمستقبل وتتأثر صحة الشباب بالعوامل السابقة فى الحياة، كما هو الحال فى كل مكان، غالباً ما يتسم الشباب بالتمرد والفضول للخوض فى خبرات حياتية جديدة

مصر هي دولة شابة نسبياً حيث تتمتع بنسبة 40% تقريباً من سكانها بين 10-29 عاماً. وتظهر البيانات القليلة عن سلوك المخاطرة لدى الشباب المصري إنخراط البعض في تعاطي المخدرات وبدء النشاط الجنسي في سن مبكرة مع استخدام نادر للواقي الذكري، فضلاً عن ممارسة الجنس قبل الزواج، بما في ذلك الجنس التجاري. انطلاقاً من فحوصات المراقبة البيولوجية والسلوكية في عام 2010، وجد أن نسبة 15.7% من متعاطي المخدرات عن طريق الحقن من الذكور و 56.5% من ممارسات الرذيلة و 85.2% من الشواذ جنسياً من الذكور هم من الفئة العمرية دون الثلاثين، وفي هذا العمر المبكر تمارس الشرائح السكانية الأكثر تعرضاً للمخاطر العديد من السلوكيات المتداخلة المسببة للمخاطر مثل حقن المخدرات ومشاركة أدوات الحقن بين أعضاء تلك الشريحة وكذلك ممارسة الجنس التجاري غير الآمن.

هناك ندرة في المعلومات حول إصابات الشباب بفيروس نقص المناعة في مصر. ومع ذلك، يتضح من الحالات المبلغ عنها أن هناك توسعاً سنوياً في الوباء بين الشباب. وفي مصر، قدر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أن نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في صفوف الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 عاماً هي أقل من 0.1%، في حين تقدر اليونيسيف حصة المراهقين (10-19 سنة) من حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية تصل إلى 7%. وأظهرت أحدث الإحصاءات الوطنية المتاحة للشباب في عام 2009 أنها تصل إلى 29.2% من حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، وهيمنة الإناث خاصة في الفئة العمرية 20-29 سنة. ويوجه هذا للانتباه إلى خطر انتشار العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية غير الملاحظ بين الفتيات الناشطات جنسياً، في فترة الحمل، وانتقاله منهن إلى ذريتهن. وظهرت بوضوح هذا المرض بالفعل في مصر وتم الاعلان أن هناك 15 طفلاً أقل من سنة و 53 طفلاً دون الخامسة من ضمن المصابين . وقد قدر برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز أن الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 - 14 سنة في مصر قد زادت من 40 (30-70) في عام 2009 إلى >100 (>100- >100) في عام 2013.

لقد جاءت بيانات فحوصات المراقبة البيولوجية والسلوكية أيضاً كمصدر آخر لتوثيق حالات العدوى لمرض نقص المناعة المكتسبة / الإيدز بين الشباب (الشكل 4/3) من المعلومات المتحصل عليها من جميع الشرائح السكنية الأكثر تعرضاً للمخاطر دون سنة 30 سنة والذين أخضعوا لفحوصات الإصابة بعدوى الإيدز، فقد تم اكتشاف الإصابة بالعدوى بنسبة 5.7% من مدمني المخدرات عن طريق الحقن من الذكور، في حين جاء الشواذ جنسياً من الرجال بنسبة 4.7%. أطفال الشوارع أيضاً هي مجموعة أخرى معرضة للإصابة بعدوى نقص المناعة المكتسبة حيث أن 0.5% من أولاد الشوارع بين الفئة العمرية 12 إلى 18 سنة قد ثبتت إصابتهم بعدوى نقص المناعة المكتسبة / الإيدز. إن أطفال الشوارع في مصر مصدر قلق آخر حيث أن عددهم الفعلي في مصر لا يزال غير معلوم و قدر البعض عددهم بأنه يفوق المليون طفل بينما أبلغ آخرون أن العدد لا يتعدى الآلاف. ومع ذلك، يفترض هؤلاء الأطفال إلى الأمن الاقتصادي والحماية القانونية حيث لا تتاح لهم فرص التعليم ويمارس العديد منهم أنشطة تدر دخل لهم، كما أنه هناك خطورة بالغة في انتشار العدوى بالإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز، حيث أنهم يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن ويلجئون نتيجة للخوف أو الفقر إلى الممارسات التي تنطوي على مخاطر متعددة كممارسة الجنس غير الآمن أو أنشطة الشذوذ الجنسي بين الذكور.

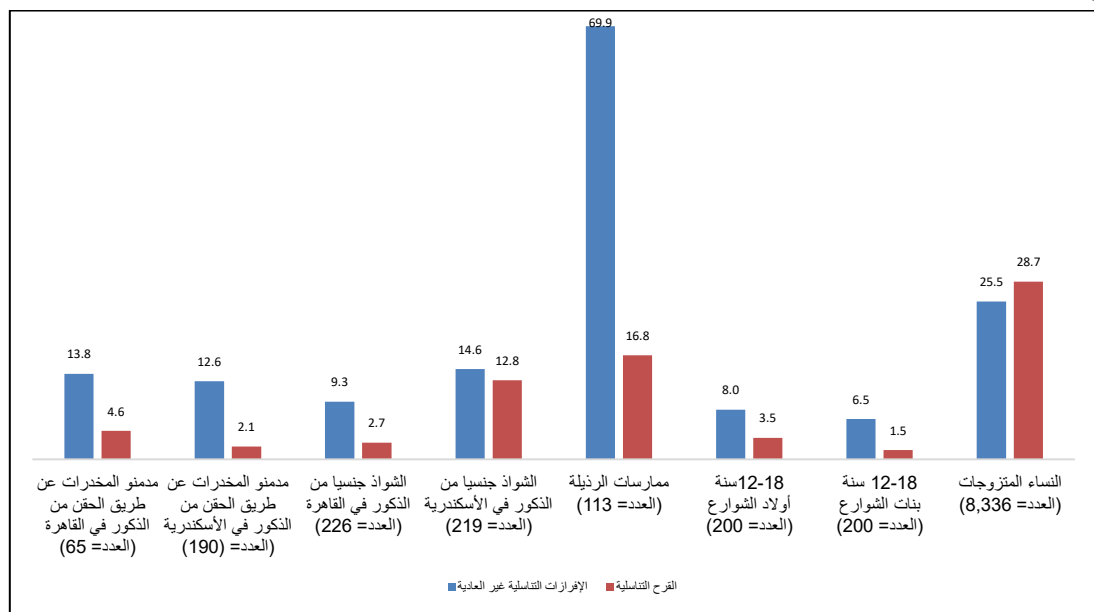
الشكل 19: (4-3) معدل انتشار فيروس الإيدز بين الشرائح السكانية الأكثر عرضة للخطر، دون سن 30 سنة في مصر



المصدر: بيانات فحوصات المراقبة البيولوجية والسلوكية، 2010

ولا تكاد تتوفر معلومات عن الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي في صفوف الشباب، ومع ذلك، مع نمو وباء فيروس نقص المناعة البشرية بين أولئك الذين تقل أعمارهم عن 30 عاماً، أصبح من الواضح أن الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي عدا فيروس نقص المناعة البشرية قد تكون موجودة في وقت مبكر من الحياة وقد وفرت المعلومات القليلة المتاحة من فحوصات المراقبة البيولوجية والسلوكية والدراسة الاستقصائية الديمغرافية والصحية دليلاً على وجود أعراض الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي التي أبلغ عنها ذاتياً لدى الشباب والفئات الضعيفة من السكان، كما أبلغ عن أعراض الأمراض المنقولة جنسياً من قبل ما لا يقل عن 70% من ممارسات الرزيلة من الشباب وعلى الأقل ربع النساء المتزوجات الشبابات تحت سن 30 عاماً. وعلاوة على ذلك، تم الإبلاغ أيضاً عن أعراض الإصابة بالأمراض المنقولة عن طريق ممارسة الجنس بين أولاد وفتيات الشوارع من 12 إلى 18 سنة، فضلاً عن متعاطي المخدرات عن طريق الحقن وممارسي الشذوذ بين الذكور من صغار السن (الشكل 3.5)

الشكل 20 (3-5) أعراض الأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك الإفرازات التناسلية غير العادية وتقرحات الأعضاء التناسلية، في الشرائح السكانية الأكثر عرضة للمخاطر والمجموعات المعرضة، دون سن 30 سنة، في مصر



كما تم توثيق ممارسة السلوكيات الخطرة بين الشباب، وهناك اعتماد متزايد على تعاطي المخدرات وإدمان المراهقين والشباب، مع انخفاض متوسط عمر تعاطي المخدرات. ويبلغ معدل إدمان المخدرات بين المراهقين الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة ما يقرب من 9.5 في المائة من مجموع عدد مدمني المخدرات، وعلى الرغم من انتشار الإدمان لدى الذكور أكثر من الإناث، هناك ارتفاع في معدل الإدمان بين الفتيات، حيث انخفض وسيط العمر عند أول تعاطي للمخدرات إلى 11 عاما.

وعلاوة على السلوكيات عالية الخطورة، قد يتعرض الفتيان والفتيات لعدة عوامل اجتماعية تعرضهم طوال حياتهم للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض المنقولة جنسياً. وفي مرحلة الطفولة، يعيش الفتيان والفتيات في بيئة مليئة بالصراعات حيث أن الأطفال الذين يعيشون مع والديهم أو أولياء أمورهم، الذين يتجنبون مناقشة أمور تتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية، يعتقدون أنه لا ينبغي أن يتعرض الأطفال لمثل هذه المعلومات، كما أن هناك مقاومة واسعة ضد انتشار رسائل الصحة الجنسية والإنجابية. حملات التوعية بفيروس نقص المناعة البشرية غير مرغوب بها كبرامج تبيث في البرامج التلفزيونية أو كبرامج للتربية الجنسية في المدارس. ومع ذلك، ومع التقدم التكنولوجي والسماء المفتوحة، يتعرض الأطفال بشكل حر لجميع أنواع السلوكيات الخطر التي يشاهدونها على شبكة الإنترنت، وسائل الإعلام الاجتماعية أو التلفزيون، كما يسعون للحصول على مزيد من المعرفة من أقرانهم غير الناضجين، الذين تعرضوا للعديد من المفاهيم الخاطئة والسلوكيات الخطرة. وعلاوة على ذلك، تركز خدمات النهوض بالصحة والوقاية بشكل رئيسي على فئتين عمريتين متباعتين، الأطفال حتى سن 5 سنوات، والشباب المتزوجين ممن لا يقل عمرهم عن 18 سنة. ولذلك، فإن مثل هذا النوع من الخدمات غير متوفر للفئة العمرية من 5 إلى 18 سنة. وبناء على ذلك، لا يجد الأطفال أي مساعدة في فهم التغيرات البيولوجية التي يواجهونها خلال سن البلوغ أو الرد على العديد من الأسئلة المتعلقة لديهم، كل هذه العوامل مجتمعة تشكل بيئة خصبة لسلوكيات الخطر كي تزدهر في وقت مبكر من الحياة.

وعندما يكبر المراهقون، يلتزمون بالمعايير الثقافية التي تحض على الزواج باعتباره السياق الشرعي الوحيد للعلاقات الجنسية، ويشجع على الزواج المبكر، وتُحظر العلاقات الجنسية خارج نطاق الزواج، وتعامل الثقافة الجنسية على أنها مسألة حساسة. وترجم هذه المعايير الثقافية في أدوار كلا الجنسين. فمن ناحية، فإن المثل العليا لعفة ما قبل الزواج والإخلاص مدى الحياة تجعل المرأة تواجه حواجز حادة في الحصول على المعلومات الدقيقة عن الأمراض المنقولة جنسياً بشكل عام، وفيروس نقص المناعة البشرية بشكل خاص، فضلاً حرصهم على التحقق بصورة استباقية بغرض ممارسة جنس أكثر أماناً، حيث أنه من غير المتوقع أن تكون على خبرة جنسية مسبقاً. ومن ناحية أخرى، توفر قواعد الذكورة السائدة للرجال مزيداً من الامتيازات والحريات، وغالباً ما يتم التسامح مع فكرة أن الرجال لديهم العديد من التجارب والشريكات كجزء من النسق الذكوري، الأمر الذي يعرضهم لخطر

ممارسة السلوكيات الخطرة، حيث أن صورتهم الذكورية تمنعهم من البحث عن معلومات دقيقة أو الاعتراف بعدم معرفتهم بالجنس والحد من المخاطر، وتزيد هذه المبادئ المعيارية المجتمعية من مخاطر انتقال العدوى بين النساء والرجال وتؤثر على قدرة المصابين على الحصول على خدمات الرعاية. إن الأعراف الثقافية وأدوار النمطية المحددة لكلا الجنسين التي تضع النساء في مرتبة تابعة، وتحصر الرجال في أنماط ضارة من السلوكيات الخطرة يتم الاعتراف بها على نحو متزايد كدوافع أساسية تزيد من الضعف الصحي للسكان، ومصر ليست استثناء لهذا النمط.

وعلاوة على ذلك، تعزز الثقافة المحافظة وأدوار الجنسين، في البلد، من الشعور المتفشي بالخجل من هذا الأمر، والذي يتسبب على نطاق واسع في بطء الاستجابة لمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. إن الخجل والعار المتصورين اللذين يواجهان الأشخاص الذين يمارسون السلوكيات الخطرة أو يعانون من حالات الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي أو فيروس نقص المناعة البشرية يدفعهم إلى إخفاء أنماط حياتهم، ويمنعهم من طلب المشورة أو فحص إصابتهم بفيروس نقص المناعة البشرية أو اللجوء للدعم الاجتماعي أو الرعاية الصحية. وينعكس ثلوث الثقافة - النوع الاجتماعي - الوصمة الاجتماعية على انخفاض معدل انتشار المعرفة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والموقف السلبي تجاه هذه الإصابات في البلد، مقترباً بانخفاض استخدام الواقي الذكري، حتى داخل نطاق أشد فئات السكان عرضة للخطر. وقد تسبب التقليل من أهمية نمو وباء فيروس نقص المناعة البشرية، ووجود الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي إلى غياب الأدلة وطمس الحقائق وتأخر التدخلات.

يزداد الوضع الراهن في مصر سوءاً بسبب عدم الاستقرار السياسي في المنطقة خلال السنوات الماضية. وتحول البلد إلى ملاذ آمن لكثير من المهاجرين مع تزايد عدد الأطفال غير المصحوبين بذويهم، وهو نمط يعرف باسم "الطفل أثناء التنقل". ووفقاً للتقارير الأخيرة للحكومة الإيطالية، تحتل مصر المركز الثاني من حيث عدد اللاجئين غير المصحوبين، وفي حين يفرض القانون فحصاً إلزامياً لفيروس نقص المناعة البشرية على غير المواطنين، يعفى اللاجئون والأشخاص من الأشخاص الذين تعنى بهم مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين من هذا الاختبار الإلزامي لاحتياجات إقامتهم، وعلاوة على ذلك، فقد أدت الجهود المتضاربة التي بذلتها مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين والحكومة إلى الحد من طرد اللاجئين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، ولكن لا يزال الخوف من الترحيل يمنع هؤلاء الأطفال من الخضوع إلى فحوص فيروس نقص المناعة البشرية والعلاج منه. تخلق كل هذه الظروف محوراً للأطفال المعرضين لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي.

3-7-4 الجهود الوطنية لوقف تفشي أمراض فيروس نقص المناعة المكتسبة والأمراض المنقولة جنسياً

3-7-4-1 التصدي لأمراض فيروس نقص المناعة المكتسبة والأمراض المنقولة جنسياً على المستوى الوطني

منذ اكتشاف حالة الإيدز الأولى، فقد أنشأت وزارة الصحة والسكان المصرية البرنامج القومي لمكافحة الإيدز وذلك لكبح جماح هذا الوباء في البلاد. في السنوات الأولى، تميزت استراتيجية مكافحة مرض الإيدز بالاستقلال عن تدابير مكافحة الأمراض المنقولة جنسياً ومع ذلك فإن العلاقة الوثيقة بين هذه النوعية من العدوى قد جعلت من آليات الرقابة على الأمراض المنقولة جنسياً أحد الأبعاد للحد من معدلات انتشار فيروس نقص المناعة المكتسبة.

لقد أدت استراتيجية البرنامج القومي لمكافحة الإيدز إلى بناء استجابة قومية وطنية متعددة القطاعات لكبح معدلات تفشي انتشار فيروس نقص المناعة المكتسبة وكذلك الأمراض المنقولة جنسياً وذلك مع التركيز بوجه خاص على

لقد أدت استراتيجية البرنامج القومي لمكافحة الإيدز إلى بناء استجابة قومية وطنية متعددة القطاعات وذلك لكبح معدلات تفشي انتشار فيروس نقص المناعة المكتسبة وكذلك الأمراض المنقولة جنسياً وذلك مع التركيز بوجه خاص على هؤلاء الأشخاص الذين يتعايشون مع فيروس نقص المناعة المكتسبة والشرائح المجتمعية الأكثر تعرضاً للخطر والمجموعات الأخرى المعرضة للخطر.

هؤلاء الأشخاص الذين يتعايشون مع فيروس نقص المناعة المكتسبة والشرائح المجتمعية الأكثر تعرضاً للخطر وعلى وجه التحديد النساء والأطفال والشباب والمهاجرين وشرائح السكان المتنقلة وكذلك السجناء. لقد طور البرنامج القومي لمكافحة الإيدز شراكات قائمة مع وزارات التعليم والتعليم العالي ووزارة التضامن الاجتماعي علاوة على الهيئات التابعة للأمم المتحدة والوكالات الدولية ومنظمة المجتمع المدني ومع شرائح المجتمع المتعايشة مع مرض الإيدز وذلك لتبني منهجية متعددة القطاعات لمكافحة معدلات تفشي وباء الإيدز.

ركزت جهود البرنامج القومي لمكافحة الإيدز في المرحلة الأولى على الإبلاغ عن حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة المكتشفة من خلال آلية مراقبة سلبية. منذ عام 2004 فإن فحوصات الدم ومنتجات الدم وذلك عن طريق اتخاذ تدابير رقابة صارمة لتفشي المرض قد صارت أمراً إلزامياً في البلاد، لقد تم تحديث العديد من بنوك الدم في جميع ربوع البلاد وكذلك تم تطوير وتحديث نظام لتتبع المتبرعين بالدم وذلك لضمان خلو عينات التبرع من العدوى. خضعت وحدات الدم للرقابة وذلك للوقوف على الأمراض المنقولة عن طريق الدم قبل الشروع في عملية أخذ عينات الدم، ولقد طالبت وزارة الصحة والسكان المصرية بضرورة إنشاء لجنة لمراقبة العدوى في جميع المستشفيات، ومن ثمة تطبيق معايير رقابية صارمة فيما يتعلق بوحدات تحليل البول وبنوك الدم، كما تم توسيع نطاق عمليات فحص حالات الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة لتطال الأجانب المقيمين في مصر لغايات التعليم أو العمل وكذلك المصريين الذين يدرسون أو يعملون بالخارج في أقطار لا تطبق قيود السفر بسبب الإصابة بالإيدز علاوة على هؤلاء الذين يسعون للخضوع إلى الاختبارات طواعية.

منذ سنة 1996 عمد البرنامج القومي لمكافحة الإيدز مدعوماً من مؤسسة فورد وهيئة اليونيسيف إلى إنشاء خطوط هاتفية للحصول على المعلومات حول فيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز والصحة الجنسية على مدار 24 ساعة علاوة على فرص الإحالة لإجراء فحوصات الدم للتحقق من مدى الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة والرعاية الصحية، كما عمد البرنامج القومي لمكافحة الإيدز إلى طباعة ما يقرب من مليون نشرة تعليمية وتثقيفية تقدم معلومات حول فيروس نقص المناعة المكتسبة والإيدز، وبالإضافة إلى ذلك، تم التنسيق مع أعلام الدين والصحافة بغرض التنديد بمخاطر انتشار فيروس نقص المناعة المكتسبة في البلاد وكذلك الحد من الوصم وتقديم الدعم للشرائح المتعاشية مع مرض الإيدز، وكذلك بثت العديد من الحلقات المتلفزة وكذلك إطلاق حملات عالمية حول (الإيدز) بصفة سنوية.

انطلق في عام 2005 "قطار الشباب" قاصداً الوجهة القبلية على متنه عدد من الطلاب وفي كل محطة يتوقف فيها القطار تعقد الندوات وحفلات موسيقية وطنية تحقياً لهذه الغاية. كما تم إنشاء برامج لدعم الأقران في نواحي الشباب وذلك بدعم من منظمات المجتمع المدني فضلاً عن برامج تثقيف الأقران من الشباب التي يقودها الشباب ومجموعة من الطلاب أنفسهم مثل نواحي مكافحة الإيدز التي يقودها الشباب في المدارس الثانوية والأنشطة التطوعية التي تتعد في كليات الطب وكذلك تثقيف الأقران بين الكشافة وجميعها جهود تستوعب أيضاً المهاجرين، كما تم إطلاق برامج تتناول المجموعات الضعيفة، وكذلك شرائح المجتمع الأكثر عرضة للخطر (ممارسات الرذيلة والشواذ جنسياً بين الرجال وكذلك متعاطي المخدرات عن طريق الحقن) والسجناء. لقد عمل البرنامج القومي لمكافحة الإيدز عن كثب بالتعاون الوثيق مع وزارة التعليم ووزارة التعليم العالي وذلك بغية إدراج معلومات تثقيفية حول الإيدز في المقررات الدراسية.

منذ 2004، صارت فحوصات الدم ومنتجات الدم تخضع لإجراءات رقابة صارمة لحالات العدوى وأصبح ذلك إجراء إلزامياً في عموم البلاد.

منذ عام 2004 فإن البرنامج القومي لمكافحة الإيدز قد عمل مع وكالة الأسرة الدولية والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية وصندوق الأسرة التابع للأمم المتحدة ووكالة التعاون الإيطالية لإنشاء مراكز للاستشارات والاختبارات التطوعية في جميع ربوع البلاد. هناك 15 مركز ثابت و9 مراكز متنقلة أقيمت في 17 محافظة لتقديم خدمات المشورة والاختبارات التطوعية المجانية وذلك لجذب شرائح المجتمع الأكثر عرضة للإصابة بالعدوى وخفض معدلات الإحساس بالخزي والعار.

حدد البرنامج القومي لمكافحة الإيدز في عام 2004 خطة مراقبة وطنية لمعدلات تفشي مرض الإيدز وذلك بغية مراقبة معدلات انتشار المرض، كما أنشئ نظام مراقبة إلكتروني للمرض على المستوى الوطني وذلك لخدمة 13 محافظة بغرض تجميع البيانات وتحليلها حول 26 مرض لهم الأولوية بما في ذلك فيروس نقص المناعة المكتسبة. وقد تم إجراء العديد من فحوصات الدم والفحوصات السلوكية لبعض أعضاء شرائح المجتمع الأكثر عرضة للمرض، على الرغم من أنها قد أعدت لغايات محددة ولكنها قد أخفقت في تقديم معلومات حول المرض أو حول نموذج السلوك الخطر السائد في البلاد، وفي نفس السنة، أجرت وزارة الصحة بالتعاون مع مكتب مكافحة المخدرات والجريمة التابع للأمم المتحدة وبرنامج مكافحة الإيدز التابعة لها مسح سلوكي حول متعاطي المخدرات عن طريق الحقن في القاهرة، بينما أجرت وزارة الصحة في عام 2008 بالتعاون مع اليونيسيف والمجلس القومي للسكان دراسة مسحية سلوكية بين أطفال الشوارع في القاهرة وفي الإسكندرية. ، كما عمدت وزارة الصحة في عام 2006 بالتعاون مع وكالة صحة الأسرة إف أنش أي 360 والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية إلى إجراء أول فحوصات للمراقبة البيولوجية والسلوكية وكانت هي الأولى من نوعها في المنطقة حيث قامت بجمع بيانات حول السلوكيات الخطرة وكذلك الأمراض المنقولة جنسياً وعمدت إلى تقييم معدلات تفشي مرض الإيدز بين أطفال

الشوارع وممارسات الرذيلة من النساء والشواذ جنسياً من الرجال وكذلك مدمني المخدرات عن طريق الحقن. قامت وزارة الصحة في عام 2010، بالتعاون مع وكالة الأسرة الدولية والصندوق العالمي بإجراء الجولة الثانية من فحوصات المراقبة البيولوجية والسلوكية من مراقبة معدلات تقشى مرض الإيدز وكذلك السلوكيات المعرضة للمخاطر.

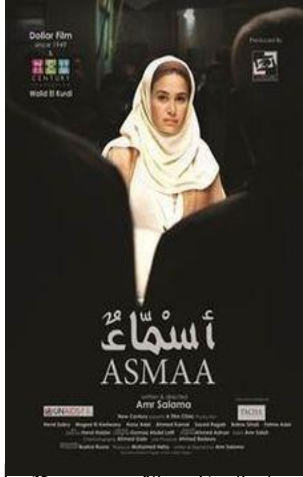
لقد عمل البرنامج القومي لمكافحة الإيدز على إنشاء مجموعات دعم للأشخاص الذين يتعايشون مع مرض الإيدز وأسرهم. في السنوات الأخيرة ازدادت فاعلية منظمات المجتمع المدني في نطاق العمليات الحكومية، كما أن العديد من منظمات المجتمع المدني قد أصبحت منخرطة بشكل أكبر في الخدمات المتصلة بمكافحة مرض الإيدز.

أطلقت حملة "أصدقاء الحياة" من قبل منظمات المجتمع المدني سنة 2008 وهي الأولى من نوعها في مصر التي تقاد من قبل شرائح المجتمع الأكثر تعرضاً للخطر ويدعمها برنامج مكافحة الإيدز واليونيسيف. لقد تم تقديم العناية والدعم لشرائح المجتمع الأكثر عرضة للخطر عن طريق تقديم المشورة والعلاج لحالات العدوى المحتملة وإتاحة فرص المتابعة والعلاج باستخدام الأدوية المضادة للفيروسات

تضطلع جمعية كريتاس مصر كذلك ببرنامج ينطلق من البيوت بالنسبة إلى شرائح المجتمع الأكثر تعرضاً للخطر وذلك من خلال مشروع مزيد من الانخراط لشرائح المجتمع الأكثر عرضة للخطر أو ما أطلق عليه مسمى مشروع (جيبيا). لقد عمدت وزارة الصحة إلى تكامل خدمات المشورة والفحص في مجال مكافحة فيروس الإيدز مع العديد من الخدمات المقدمة لمرضى السل والخدمات التناسلية والإنجابية وخدمات رعاية الأمومة والطفولة. لزيادة الغطاء العلاجي لشرائح المجتمع الأكثر عرضة للخطر، عمد البرنامج القومي لمكافحة الإيدز إلى توسيع نطاق خدماته لتشمل مواقع تقديم العلاجات المضادة للفيروسات من 6 مواقع في 5 محافظات إلى 11 موقع في 11 محافظة (3 منها في الوجهة القبلى و4 بالدلتا و2 بالقاهرة و1 بالجيزة وآخر بالإسكندرية وآخر بمنطقة قناة السويس).

لقد عمد القائمون على البرنامج القومي لمكافحة الإيدز إلى تدريب الأطباء وفريق العمل وفريق التمريض في جميع أنحاء الجمهورية على العناية بمرضى فيروس الإيدز، وتقديم الدعم بالتعاون مع وزارة التضامن الاجتماعي، ومن الجدير بالذكر في هذا المقام أن مصر يتوفر لديها بالفعل شبكة من مراكز رعاية الأمومة والطفولة على مستوى محافظات الجمهورية التي تقديم الرعاية الصحية للأطفال المهمشين.

عمل البرنامج القومي لمكافحة الإيدز مع منظمات المجتمع المدني في عام 2013 - بدعم من وكالة الأسرة الدولية وتمويل من جمعية دروس وفورد العالميتين، وبدعم من وكالات الأمم المتحدة - على إنشاء شبكة من الجمعيات لخفض معدلات الضرر وهي الأولى من نوعها التي تهدف إلى توحيد الجهود المستمرة وتعزيزها في مجال خفض الضرر على جميع شرائح المجتمع الرئيسية في مصر، فعملت على تعزيز القدرات وتحسين معايير التعامل بين منظمات المجتمع المدني بغرض العمل سوياً على هدف خفض سمات الشعور بالخزي والوصم وكذلك ترويج مفهوم التغيير السلوكي وتوسيع نطاق الخدمات الساعية لخفض الضرر بالنسبة للشرائح السكنية الأكثر عرضة للخطر. تقدم هذه الشبكة مجموعة واسعة النطاق من الخدمات بما في ذلك تقديم خدمات المشورة والعلاج والفحص الطوعي لفيروس نقص المناعة المكتسبة وكذلك الأمراض المنقولة جنسياً وكذلك غيرها من الأمراض، علاوة على مستويات العلاج والحقن ووسائل الوقاية الذكرية والمعلومات التثقيفية وخدمات الاتصال ومجموعات الدعم وتثقيف الأقران وخدمات الإحالة وذلك لتزويد المستفيدين بفرص الوصول إلى مراكز التأهيل والحصول على العلاجات المضادة للفيروسات. تعمل أعضاء شبكة جمعيات خفض الضرر في محافظات متعددة بحيث تمكنت من الوصول إلى أكبر شريحة من المستفيدين وتوظيف فرق توعية قادرة على استهداف عدد أكبر من الناس.



لقد عمل البرنامج القومي عن كتب مع شركاء فنيين لتطوير أدلة إسترشادية وطنية جديدة في مجال الرعاية الطبية لمرضى الإيدز

لقد أصبحت مشروعات منظمات المجتمع المدني الهادفة إلى مكافحة الوصم والنبذ الإجتماعي أكثر قوة. ولهذا قد تم إطلاق مشروع برعاية جمعية كريetas مصر سنة 2013 لمكافحة الوصم والنبذ الإجتماعي فضمت داخل فرق العمل المتعايشين مع مرض الإيدز، وقد أولت اهتماماً أكثر بقضايا حقوق الإنسان ذات الصلة بمرض الإيدز وكذلك جوانب الشعور بالخزي والعار المصاحبة للمرض. لقد جاء إطلاق فيلم "أسماء" لتناول مسألة العار المجتمعي والنبذ الممارس ضد سيدة تعيش بفيروس الإيدز، الأمر الذي أثار وألقى الضوء على المشكلة وأولاهها الكثير من الاهتمام الجماهيري. لقد أجرى برنامج الأمم المتحدة لمكافحة الإيدز، وهيئة اليونيسيف بحثاً على الشعور بالخزي من المرض وذلك وفق أدلة مرجعية بهدف تطوير قاعدة للأدلة الشاملة فيما يتعلق بالأشخاص المتعايشين مع مرض الإيدز وما ينتابهم من مشاعر الخزي والعار في مصر.

لقد عمل البرنامج القومي عن كتب مع شركاء فنيين لتطوير أدلة إسترشادية وطنية جديدة في مجال الرعاية الطبية لمرضى الإيدز، وقد أحدث البرنامج تقدماً في معدلات توافر اختبارات عد خلايا (سى دي 4) وكذلك اختبارات الحمل الفيروسي، علاوة على ضمان عدم حصول تأخير في تقديم العلاج اللازم.

وعلى الرغم من وضع مصر استراتيجيات وبرامج محددة بشأن فيروس نقص المناعة البشري، فإن جهود الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي أقل وضوحاً، ولا توجد استراتيجية واضحة، وتركز الخدمات أساساً على إدارة الحالات، ومع ذلك، فقد اتخذت وزارة الصحة خطوات هائلة على طريق تطوير الخدمات من أجل الكشف عن الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وعلاجها، من خلال توفير خدمات التشخيص المختبرى والخدمات العلاجية على بالتعاون بين القطاعين الخاص والعام وقد نفذت وزارة الصحة نهج الأعراض المتلازمة لإدارة حالات الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي كما أجرت أيضاً دراسات سببية للتحقق من مخططات منظمة الصحة العالمية الهيكلية المتعلقة بنهج الأعراض المتلازمة. ومن الجدير بالذكر أن مصر من بين الدول الست فيما يتعلق بإدارة المخاطر الطبية، حيث تقدم خدمات خاصة بالأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي لفئات السكان الأكثر تعرضاً للمخاطر من خلال برامج التوعية والتثقيف بين الأقران وبين السيدات ممارسات الرزيلة، وتقدم خدمات استشارية وعلاجية خاصة لهذه الفئة.

3-7-4-2 اللوائح الوطنية المرتبطة بمكافحة مرض الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً

لقد تأسست الجهود المبذولة في ظل البرنامج القومي في مكافحة الإيدز في ظل بيئة وطنية صلبة. لقد شدد دستور سنة 2014 علاوة على الدساتير السابقة على قيمة الصحة والحق في الرعاية الصحية لجميع المواطنين وحظرت جميع أنواع التمييز. إن مصر من بين الدول الأعضاء الموقعة على أهداف التنمية الألفية وإعلان الالتزام حول مرض الإيدز وكذلك أهداف التنمية المستدامة مع العديد من المعاهدات والاتفاقيات الدولية الأخرى التي ترعى حقوق الإنسان.

وتستند جهود برنامج العمل الوطني إلى بيئة وطنية متينة ويؤكد الدستور المصري لعام 2014، بالإضافة إلى الدساتير السابقة، على الحق في الرعاية الصحية لجميع المواطنين ويحظر جميع أشكال التمييز. مصر من الدول الموقعة على الأهداف الإنمائية للألفية، وإعلان الالتزام بشأن فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وأهداف التنمية المستدامة، إلى جانب جميع المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان. هناك العديد من اللوائح التنظيمية في مصر التي تشدد على الحق في الصحة بالنسبة للفئات السكانية المعرضة للخطر والفئات الضعيفة الأخرى ويكفل قانون السجون 1956/396 على وجه التحديد حق السجناء في تلقي الرعاية الصحية، بما في ذلك علاج فيروس نقص المناعة البشرية ويتضمن القانون المصري لمكافحة المخدرات 1989/122 أحكاماً تسمح للمحاكم بإحالة متعاطي المخدرات إلى العلاج في مرافق إعادة التأهيل كبديل للسجن، ومن حق المواطنين دائماً أن يقدموا دعوى قضائية للمطالبة بحقوقهم ضد الأفعال التمييزية. أما العنف ضد المرأة، بما في ذلك الاعتداء الجنسي، فهو مجرم بموجب قانون العقوبات المصري (المادتان 268 و 306).

في مصر يمكن صرف المعاش التقاعدي للتضامن الاجتماعي إلى المتعاشين بفيروس نقص المناعة البشرية على غرار المعاش الذي يدفع للأشخاص ذوي الإعاقة إذا لم يتمكنوا من العمل.

وعلاوة على ذلك، يرد ذكر الحق في مراعاة الخصوصية والموافقة المستنيرة في قرار وزارة الصحة 2003/238 بشأن أخلاقيات الممارسة الطبية. وتتضمن اللوائح أيضا أحكامًا تحظر على الأطباء الإمتناع عن تقديم الرعاية الطبية لأي شخص وبالإضافة إلى ذلك، يمكن صرف المعاش التقاعدي للتضامن الاجتماعي إلى المتعاشين بفيروس نقص المناعة البشرية على غرار المعاش الذي يدفع للأشخاص ذوي الإعاقة إذا لم يتمكنوا من العمل. المجتمع الأكثر عرضة للمخاطر كما هو الحال بالنسبة للذين يعانون من حالات العجز في حال كانوا غير قادرين على العمل.

3-7-5 لوائح حماية الطفل فيما يتعلق بمرض فيروس نقص المناعة المكتسبة والأمراض المنقولة جنسياً

لقد تبنت مصر عدد من سياسات حماية الطفل وذلك بغية حماية حق الطفل في الحصول على الرعاية الصحية وكذلك حقه في حياة كريمة وهو الأمر الذي انعكس بظلاله على معدلات تعرض الطفل للإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز وكذلك العدوى بالأمراض المنقولة جنسياً، هناك مجموعة كبيرة من مبادرات الحماية التي أطلقتها مصر التي تهدف إلى تناول مثل هذه المشكلات، وعلى وجه التحديد سن الزواج والحق في المواطنة وختان الإناث والعنف ضد الأطفال وعمالة الأطفال، لقد أعادت مصر النظر في هذا الأمر وعمدت إلى تعديل القوانين وذلك لتوفير مزيد من الحماية القانونية للأطفال وهي الآن بصدد تنفيذ تلك القوانين والتشريعات الجديدة التي تشمل قانون الطفل رقم 12 لسنة 1996 الذي تم تعديله بموجب القانون 126 لسنة 2008 وكذلك المواد ذات الصلة بالقانون الجنائي، لقد نص قانون الطفل للمرة الأولى على تجريم بعض الممارسات ضد حياة الطفل الكريمة مثل ختان الإناث والاتجار في البشر كما تم تعديل قانون الحالة المدنية بحيث زاد سن الزواج إلى 18 سنة لكل من الذكور والإناث.

لقد وقعت مصر عدد من المعاهدات والاتفاقات الدولية، كما أنها من بين الأقطار الرائدة في المصادقة على معاهدة حقوق الطفل، كما أن مصر هي أحد الأقطار المؤسسة لمبادرة قمة الأطفال العالمية التي انعقدت سنة 1990.

شدد الدستور المصري لسنة 2014 على حقوق الطفل وأقر بالتزام مصر بالمعاهدات والاتفاقات الدولية التي وقعت عليها والنافاذة بموجب المادة 93 من الدستور بما في ذلك معاهدة حقوق الطفل والميثاق الإفريقي حول حقوق ورفاهية الطفل لسنة 2001 وبعض المعاهدات والاتفاقات الأخرى ذات الصلة. علاوة على ذلك، فقد عمدت مصر إلى إصدار وثيقة العقد الأول في الفترة من 1989 إلى 1999 ووثيقة العقد الثاني في 2000 - 2010 وحماية ورعاية الطفل المصري.

وأخيراً، فإن المجلس القومي للطفولة والأمومة قد عمد إلى وضع استراتيجية للطفولة 2017/ 2022 لضمان حماية

إن المجلس القومي للطفولة والأمومة قد عمد إلى وضع استراتيجية للطفولة 2017/ 2022 لضمان حماية الطفل وصحته وحقه في الحصول على الرعاية الصحية. تهدف هذه الاستراتيجية إلى ترجمة الأحكام النافذة حول حقوق الطفل والتي جرى النص عليها في الدستور المصري وكذلك تناول العديد من التحديات الاجتماعية والاقتصادية والأمنية التي تواجه الأطفال وأمهاتهم

الطفل وصحته وحقه في الحصول على الرعاية الصحية، وتهدف هذه الاستراتيجية إلى ترجمة الأحكام النافذة المتعلقة بحقوق الطفل والتي جرى النص عليها في الدستور المصري وكذلك تناول العديد من التحديات الاجتماعية والاقتصادية والأمنية التي تواجه الأطفال وأمهاتهم. تمثل الاستراتيجية إطار عمل موحد لجميع المؤسسات الحكومية وغير الحكومية المعنية بمشكلات الطفولة والأمومة في

مصر. أعدت هذه الاستراتيجية بالتشاور مع جميع صناعات القرار والمعنيين بالأمر بما في ذلك المجموعات التي تمثل الأطفال في مصر، وإذا أخذنا ما سلف بيانه في الحسبان، فإن الاستراتيجية جاءت لتعكس آمال وطموحات الجيل الجديد في مصر من أجل إعلاء وترويج معايير حماية وصحة الطفل وحقه في الحصول على المعرفة وخدمات الرعاية الصحية.

الفصل الرابع

عدم المساواة وممارسة الحقوق

1-4 المقدمة

قابلية التعرض للمخاطر هي الدرجة التي تكون عندها إحدى الشرائح السكانية أو الفرد أو المؤسسة غير قادرين على توقع المخاطر والكوارث أو مواكبتها أو مقاومة أو التعافي من أثارها. (الصحة البيئية في حالات الطوارئ والكوارث: دليل عملي) (منظمة الصحة العالمية، 2002).

الناس الذين يعيشون في العشوائيات أو الأحياء الفقيرة ويعانون من مظاهر سوء التغذية أو المرض أو نقص المناعة وكذلك العجزة وكبار السن هم على وجه التحديد الشرائح المعرضة للمخاطر عندما تقع الكوارث وغالباً ما يحصلون على حصة عالية نسبياً من عبء المرض المرتبط بأى حالات من هذا القبيل. يأتي الفقر والنتائج العامة مثل حالات سوء التغذية والتشرد وتدنى حالة السكن والفقر الشديد من بين المحددات والمسببات الأساسية لقابلية التعرض للمخاطر.

لقد تناولت التقارير السابقة حول حالة السكان مسألة التقدم في العمر². علاوة على ما سلف ذكره عاليه، فإن هذا الفصل يركز على الأحياء الفقيرة والعشوائية وأولاد الشوارع والصيادين في مصر.

على الرغم من أن هناك العديد من التعريفات المحددة لمصطلح الفق، فإن تعريف الأمم المتحدة قد انطوى على جميع عوامل ونواتج الفقر. تعرف الأمم المتحدة الفقر على أنه عدم القدرة على الحصول على الخيارات والحصول على الفرص المتاحة بعبارة أخرى، فإن هذا يعني نقص الغذاء أو الملابس الكافي للوفاء باحتياجات الأسرة (الطعام)، أو نقص المدارس (التعليم) أو المرافق الصحية (الصحة) أو عدم توفر الأراضي للنمو أو العمل لكسب العيش (الدخل) أو عدم القدرة على الوصول إلى الأدوات الائتمانية، ونتيجة نقص هذه العوامل قد يصل إلى حالة من عدم الأمن أو العجز أو الاستثناء أو التهميش.

مع توفر العديد من التعريفات المحددة لمصطلح الفقر، هناك أيضاً العديد من الطرق المستخدمة في قياسه. ويعتبر مقياس الفقر وفق معيار المال، والطرق القائمة على معدل الإنفاق، ومؤشر معامل جيني، ومؤشرات الفقر متعددة الجوانب من بين أهم المؤشرات المستخدمة في قياس الفقر.

ترتكز أحد معايير قياس الفقر بالمال على مبدأ تعادل القوى الشرائية فيما يتصل بخطوط الفقر ويعتمد هذا المقياس على مبدأ تعادل القوى الشرائية المحدد بقيمة 1.25 دولار أمريكي كحد مرجعي لقياس الفقر في جميع أنحاء العالم بناء على نهج "الرعاية الاجتماعية المتسقة". وبناء على ذلك، فإن الأشخاص الذين يكتسبون أو ينفقون أقل من 1.25 دولار أمريكي وفق مبدأ تعادل القوى الشرائية يصبحون غير قادرين على الوفاء بالاحتياجات المعيشية الأساسية مادياً في أى مكان من العالم. يمثل معيار تعادل القوى الشرائية الدخل (الإنفاق) بالمقارنة عبر الدول لشراء الحد الأدنى من الاحتياجات الأساسية (تقرير البنك الدولي 2013م). وعلى أي حال، سواء سمح خط تعادل القوى الشرائية المحدد بقيمة 1.25 \$ بمقارنة ذات مخزى لحالة الفقر عبر الدول أم لا، أو أن تعادل القوى الشرائية المرتكز على خط الفقر يمكن أن يعكس مستوى الفقر بصورة حقيقية على المستوى الوطني إلا أن الأمر سيظل محل خلاف.

ويستند نهج مقاييس مالية أخرى إلى خطوط الفقر الوطنية الدنيا والعليا، ويحدد هذا النهج خطوط الفقر الدنيا والعليا استناداً إلى الدراسات الاستقصائية للنفقات التي تحدد السكان الفقراء والأكثر تأثراً.

بالإشارة إلى مؤشر جيني لتفاوت الدخل، فهو يستخدم لقياس عدم المساواة ويعتمد إلى تقييم مدى الخلل في توزيع الدخل (أو الإنفاق) بين الأفراد أو بين الأسر مقارنة بالمعدل الأمثل، يمثل الرقم صفر على مؤشر جيني أفضل مستوى للمساواة بينما يمثل الرقم 100 حالة عدم مساواة كاملة.

² الحالة السكانية في مصر: نظرة مستقبلية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، مصر 2012م

فيما يتعلق بمفهوم الفقر متعدد الأبعاد والجوانب، فإنه يتجاوز البعد المتعلق بالمال ويأخذ هذا المقياس في الحسبان العديد من العوامل كأن يكون الفرد محروم من ظروف معيشية لائقة أو النبذ الاجتماعي أو الإفتقار إلى عمل لائق وظروف عمل ملائمة مما يحول دون تحقيق الناس لأغراضهم وغايتهم، وكل ذلك يؤثر على رفاهية الإنسان و تطوره.

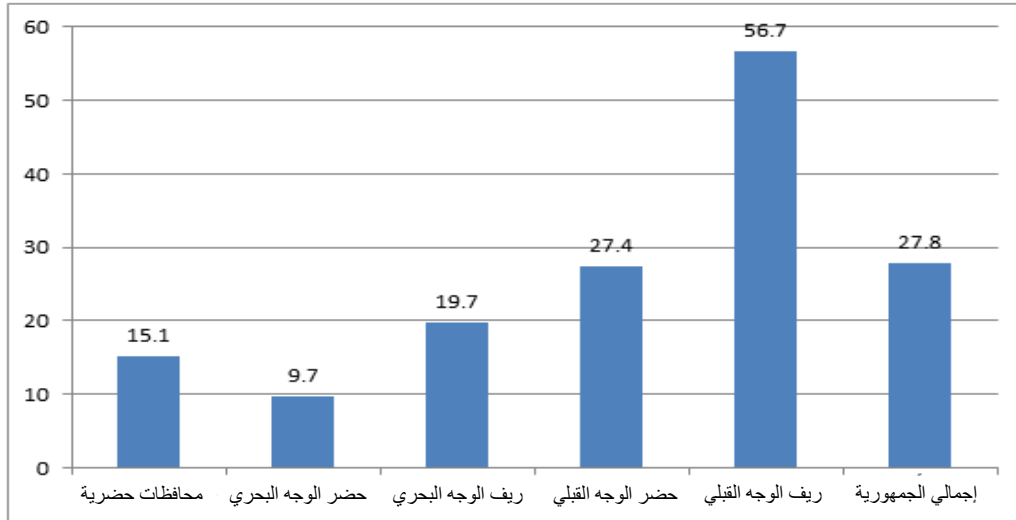
تظهر آخر دراسة أجريت في مصر حول دخول ومعدلات إنفاق الأسر المصرية (2013/2012) تفاقم حالة الفقر في مصر، حيث ازدادت نسبة السكان التي تعيش دون خط الفقر الوطني من 16.7 في العام 2000/1999م إلى 26.3% سنة 2013/2012م، بمعدل تغير قدره 58%. وخلال هذه الفترة تضاعف عدد الفقراء تقريباً من حوالي 11 مليون إلى 22 مليون. وسيوضح القسم الفرعي 2 من هذا الفصل بإيجاز حالات عدم المساواة والتكافؤ بين السكان وفق معيار الفقر، ملقياً الضوء على حالات الفقر وحالات عدم المساواة في الصحة والتعليم التي تنتقل عبر الأجيال، بالإضافة إلى خصائص دينية وثقافية أخرى.

فيما يتعلق بالقسم الفرعي 3 من هذا الفصل، فإنه يركز على الأحياء العشوائية وأطفال الشوارع والصيادين في مصر.

2-4 عدم المساواة بين السكان وفق عامل الفقر

وفي عام 2015، كان معدل الفقر في المناطق الريفية أعلى مقارنة بالمناطق الحضرية وعلى وجه الخصوص، بلغ معدل الفقر في المناطق الريفية في الوجة القبلي حوالي 57% مقارنة بنحو 20% في المناطق الريفية في مصر السفلى شكل (1-4) وعلى الجانب الآخر، كان معدل الفقر في المناطق الحضرية في الوجة القبلي أعلى من جميع المناطق الحضرية الأخرى في مصر. أكثر من ربع السكان في المناطق الحضرية في الوجة القبلي فقراء (30%)، مقابل 15% في المحافظات الحضرية و 12% في المناطق الحضرية في الوجة البحري.

الشكل 21: (1-4) معدلات الفقر في مصر (2015) حسب المنطقة، دراسة مسحية عن دخول ومعدلات انفاق واستهلاك الأسر في مصر (2015)



المصدر: الدراسة المسحية حول دخول ومعدلات انفاق واستهلاك الأسر في مصر

لمعالجة مشكلة ارتفاع معدلات الفقر في المناطق الريفية في مصر، قد اعتمدت تقنية تقوم على تقديرات للمعايير في مناطق صغيرة التي تتمثل في الجمع بين المعلومات الوفيرة عن دخل الأسرة ونفقاتها المتاحة من خلال الدراسة المسحية حول دخول ومعدلات انفاق واستهلاك الأسر في مصر، وبين التغطية الكاملة لبيانات التعداد، من أجل تقدير معدلات الفقر على مستوى جميع المناطق المحلية في مصر. وبناء عليه، يتم تصنيف القرى ال 5000 في مصر حسب معدلات الفقر، ويوضح الجدول (1-4) توزيع القرى بالنسبة المئوية حسب معدل الفقر وحسب

المنطقة. ويشمل الفئة العشرية الأولى أفقر 10 % من القرى، وتشمل الفئة العشرية الثانية 10 % من أفقر القرى بعد الأولى، وتشمل الفئة العشرية العاشرة أغنى 10% من القرى.

توثق نتائج الجدول (4-1) حقيقة مفادها أن الفقر متركز في الوجهة القبلي حيث أن ما يقرب من 80% من القرى الأفقر ونسبتها 20% واقع في المناطق الريفية من الوجهة القبلي، حيث تقع حوالي 778 قرية من بين 1000 أفقر قرية في الوجهة القبلي ويشير هذا الرقم إلى أكثر من ثلث قرى الوجهة القبلي في مصر.

علاوة على ما سلف بيانه، فإن النتائج الواردة بالجدول (4-2) توثق حقيقة مفادها أن القرى الأفقر هي القرى الأقل تعليمًا وتنمية.

- لا تتجاوز نسبة الأسر التي لديها مرافق للصرف الصحي نسبة الـ 5% داخل نسبة الـ 10% من أفقر القرى، في حين تصل إلى 100% في بعض من نسبة الـ 10% من أغنى القرى.
- تتراوح نسبة الأسر التي لديها شبكة مياه بين 51% و 100% داخل نسبة الـ 10% من القرى الأفقر مقابل 99% و 100% داخل نسبة الـ 10% من القرى الأغنى.
- تتراوح نسبة الأمية بين السكان (+10) بين 18% - 79% داخل نسبة الـ 10% من القرى الأفقر، مقابل 10% - 53% داخل نسبة الـ 10% من القرى الأغنى.
- يتراوح متوسط عدد الأشخاص في الأسرة الواحدة بين 3.81 - 5.83 داخل نسبة الـ 10% من القرى الأفقر، مقابل 3.33 - 4.55 داخل نسبة الـ 10% من القرى الأغنى.

جدول 17: (1-4) توزيع القرى حسب معدلات الفقر والنسب المنوية والمناطق (2013/2012)

الإجمالي	الأغنى	%90	%80	%70	%60	%50	%40	%30	%20	الأفقر			
2666	457	444	349	334	333	333	267	124	19	6	العدد	الوجه البحري	المنطقة
%56.63	%97.23	94.27 %	%74.10	%70.91	%70.70	%70.70	%56.69	%26.33	%4.03	%1.28	النسبة المنوية		
1736	3	7	97	124	119	124	175	309	403	375	العدد	الوجه القبلي	
%36.87	%0.64	%1.49	%20.59	%26.33	%25.27	%26.33	%37.15	%65.61	%85.56	%79.79	النسبة المنوية		
306	10	20	25	13	19	14	29	38	49	89	العدد	المحافظات الحدودية	
%6.50	%2.13	%4.25	%5.31	%2.76	%4.03	%2.97	%6.16	%8.07	%10.40	%18.94	النسبة المنوية		
4708	470	471	471	471	471	471	471	471	471	470	العدد	الإجمالي	
100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %	النسبة المنوية		

مقدره من قبل المؤلف

جدول 18: (2-4) بعض خصائص القرى فى مصر حسب معدلات الفقر والنسب المئوية والمناطق (2013/2012)

عدد الأشخاص فى الأسرة		حصة البطالة		معدل الأمية		أسر تتوفر لها شبكة مياه		أسر يتوفر لها شبكة صرف صحي		معدل الفقر		
حد أقصى	حد أدنى	حد أقصى	حد أدنى	حد أقصى	حد أدنى	حد أقصى	حد أدنى	حد أقصى	حد أدنى	حد أقصى	حد أدنى	
5.83	3.81	0.06	0	0.79	0.18	100	51	5	0	74	47	الأفقر
5.61	3.84	0.06	0	0.75	0.17	100	60	6	0	48	38	%20
5.57	3.79	0.11	0	0.70	0.15	100	73	10	0	38	28	%30
5.50	3.45	0.14	0	0.70	0.11	100	75	11	0	28	22	%40
5.25	3.57	0.13	0	0.65	0.13	100	74	15	0	22	17	%50
5.10	3.67	0.14	0	0.62	0.10	100	86	12	0	17	13	%60
5.06	3.52	0.08	0	0.64	0.07	100	93	10	0	17	9	%70
5.00	3.37	0.08	0	0.57	0.06	100	97	50	0	9	6	%80
4.69	3.50	0.08	0	0.53	0.10	100	98	100	0	6	4	%90
4.55	3.33	0.06	0	0.53	0.10	100	99	100	0	4	1	الأغنى

مقدره من قبل المؤلف

النسب
المئوية

1-2 حالات الفقر التي تنتقل بين الأجيال

من المرجح أن يصبح الأطفال الفقراء بالغيين فقراء أيضاً، ولكن هذا ليس هو الحال دائماً حيث وتؤثر خصائص الأسر المعيشية على رفاه الناس على مدى الحياة، وستعرض في هذا القسم الفرعي لبعض هذه الخصائص. تعتمد البيانات المستخدمة هنا على إحصائية فقر الأسر المعيشية وفق نتائج المسح السكاني الصحي لمصر (2014) بناء على مؤشر تطور الفقر 2014، ويمثل الجدول 3-4 توزيع الأسر حسب الحجم ومستوى الفقر على النحو الذي تم حسابه من قبل القائمين على المسح السكاني الصحي لمصر 2014. ويزيد حجم الأسرة الفقيرة بحوالي عضوين أكثر من الأسر غير الفقيرة وسيؤدي الارتفاع في عدد أفراد الأسرة المعيشية إلى ارتفاع معدل الإعالة، وهو ما يمكن بدوره أن يسهم في انتقال الفقر عبر الأجيال بسبب الحد من التنمية البشرية للأطفال والتنشئة الاجتماعية، وما يترتب على ذلك من مكاسب، وقد تكون تكاليف التعليم والرعاية الصحية والغذاء كافية للتسبب في استمرار الفقر المدقع في الأسر التي يرتفع فيها نسبة الإعالة، ومن هذا المنطلق، تضعف احتمالات حصول الأطفال على تغذية جيدة وإكمال المرحلة الثانوية.

جدول 19: (3-4) توزيع الأسر حسب الحجم ومعدل الفقر

متوسط عدد أفراد الأسرة	فقيرة	غير فقيرة	الإجمالي
5.38	3.76	4.20	
7570	20532	28157	إجمالي الحالات

قد تؤثر ممتلكات الأسرة وفرص حصولها على الخدمات على الدخل والاستثمار والمدخرات والاستهلاك والتغذية والصحة والتعليم وتنسب مباشرة في إنجاب فرد فقير بصورة مزمنة. يعرض الجدول (4-4) و(5-4) و(6-4) توزيع الأسر وفق المسح السكاني الصحي لمصر وذلك بعرض فرص حصولهم على مياه الشرب ومعايير الصحة العامة علاوة على تناول المادة المصنوع منها أرضية البيت، للفقراء وغير الفقراء. تتخفف احتمالية أن تحصل الأسرة الفقيرة على مياه الشرب الذي يتم ضخه في أنابيب حتى مقر السكن (87% مقارنة بنسبة 91%)، وتتنخفض احتمالية وجود حمامات مرتبطة بنظام صرف صحي (45% مقارنة بنسبة 65%)، وترتفع احتمالية أن تكون أرضية البيت من التراب أو الرمل (10% مقارنة بنسبة 3%).

جدول 20: (4-4) مصدر مياه الشرب بين الفئات الفقيرة وغير الفقيرة

الإجمالي	غير فقيره	فقيره	
90.6	91.8	87.3	مد مواسير إلى السكن
04	04	0.5	مد مواسير إلى الحوش / قطعة الأرض
3.0	205	4.4	صنبور عام
.5	.4	.7	بئر
.5	.4	.8	بئر محمي
.0	.0	.0	بئر غير محمي
.1	.1	.2	نبع محمي
.0	.0	.0	نهر / خزان / برك / مجرى / قناة / قناة رى
1.7	1.4	2.5	عربة نقل مياه
.1	.1	.0	عربة بخزان صغير
2.7	2.6	3.0	مياه معبأة في زجاجات
.4	.3	.6	أخرى
100.0	100.0	100.0	الإجمالي
28175	20532	7570	

المصدر: مقدر في ضوء بيانات المسح السكاني والصحي لسنة 2014

جدول 21: (5-4) أنواع مرافق الحمام بين الفئات الفقيرة وغير الفقيرة

الإجمالي	غير فقيره	فقيره
----------	-----------	-------

60.0	65.5	45.0	طرد إلى نظام المجاري
17.9	15.9	23.4	طرد إلى خزان صرف
.1	.1	.1	طرد لأماكن أخرى
.1	.1	.1	طرد في مكان غير معلوم
14.7	11.9	22.3	طرد في بيارة
7.1	6.5	8.8	طرد لماسورة تصب في قناة
.0	.0	.0	طرد لماسورة مرتبطة بمياه جوفية
.0	.0	.0	مرحاض الحفر المتهواة المحسنة
.0	.0	.0	مرحاض ببلاط
.0	.0	.0	مرحاض دون بلاطة / غير مغطى
.1	.2	.2	عدم وجود مرافق / المزارع / الحقول
.0	.0	.1	دلو يستخدم كمرحاض
100.0	100.0	100.0	الإجمالي
28161	20532	7570	

المصدر: مقدر في ضوء بيانات المسح السكاني الصحي لسنة 2014

جدول 22: (4-6) المادة الأساسية المصنوع منها أرضية المراض بين الفئات الفقيرة وغير الفقيرة

الإجمالي	غير فقيره	فقيره	
4.7	2.7	10.1	تراب / رمل
.1	.1	.1	الواح خشب
.3	.3	.1	باركيه / خشى مطلى بالورنيش
34.5	39.5	21.1	بلاط سيراميك / رخام
39.3	40.2	37.0	بلاط سيراميك
20.6	16.7	310	أسمنت
.3	.3	.3	سجادة من الجدار إلى الجدار
.1	.1	.1	فينيل
.2	.1	.2	أخرى
100.0	100.0	100.0	الإجمالي
28122	20532	7570	

المصدر: مقدر في ضوء بيانات المسح السكاني الصحي لسنة 2014

2-2-4 عدم المساواة في الصحة

وكثيرًا ما يشار إلى تغذية الأطفال والأمهات باعتبارها العوامل الحاسمة التي تحدد عدم إمكانية محاربة نقل الفقر وذلك بجانب حالتهم الصحية، ويسهم سوء تغذية الأمهات في ارتفاع معدلات وفيات الأمهات والرضع والأطفال دون سن الخامسة ويؤدي سوء التغذية أثناء الحمل أيضًا إلى انخفاض وزن الأطفال عند الولادة مع ارتفاع خطر تعرض الأطفال للتقرم، وتعرضهم دائمًا لقصور في النمو البدني والمعرفي، مما يؤثر بدوره على أداء المدارس وإنجازها. وتؤثر هذه المشاكل على عدد كبير جدا من الأطفال: يعاني أكثر من 200 مليون طفل من التقرم في جميع أنحاء العالم كما يعاني أكثر من 150 مليون طفل في سن ما قبل المدرسة من نقص الوزن. ويؤدي التقرم والهدر إلى تداعيات على المدى الطويل، مما قد يركب احتمالية أن يصبح الطفل فقيرًا بالغًا. ويساهم سوء التغذية الذي ينعكس على انخفاض الوزن بالنسبة للعمر، إلى حد كبير في وفيات الأطفال، لأنه يزيد من خطر الوفاة نتيجة الإصابة بالأمراض الشائعة. ويوضح الجدول 4-7 حقيقة أن الأطفال الفقراء هم أكثر عرضة لفقدان وزنهم وتقرمهم مقارنة بغير الفقراء.

جدول 23: (4-7) الأطفال دون سن 5 سنوات، الوزن والطول وجوانب الانحراف بالنسبة للعمر

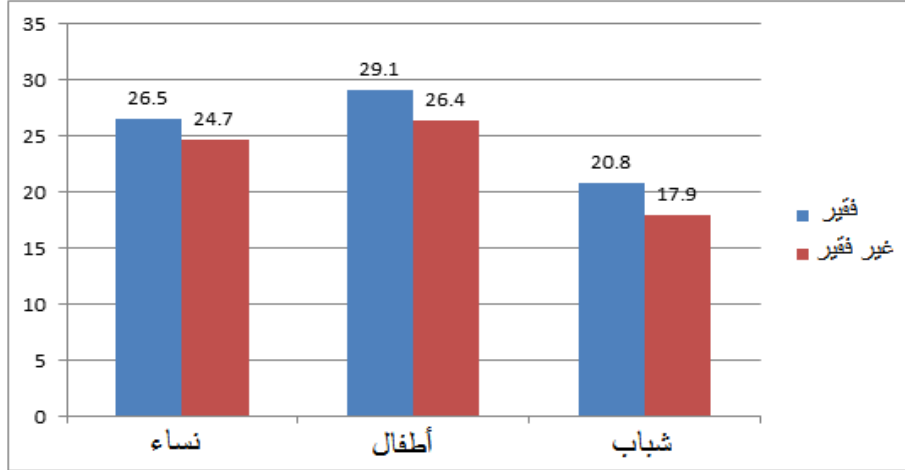
الإجمالي	غير فقيرة	فقيرة
94.4	94.7	93.9

5.6	5.3	6.1	قليل الوزن
21.7	21	23.1	غير مكتمل النمو
13674	9079	4557	

المصدر: مقدر في ضوء بيانات المسح السكاني الصحي لسنة 2014

علاوة على ذلك، يبين الشكل (2-4) ارتفاع معدل انتشار الأنيميا بين النساء والشباب والأطفال بالأسر المعيشية الفقيرة مقارنة بالأسر المعيشية غير الفقيرة

الشكل 22: معدل انتشار الأنيميا بين النساء والأطفال والشباب بسبب الفقر



المصدر: مقدر في ضوء بيانات المسح السكاني الصحي لسنة 2014

3-2-4 عدم المساواة في التعليم

من الجلى وجود فوارق في التعليم بين الأفراد الفقراء وغير الفقراء بين فئة الـ 10 سنوات فأكثر. ووفقاً لبيانات بيانات المسح السكاني الصحي في مصر 2014، فإن 57% من السكان الفقراء لم يذهبوا إلى المدرسة أو لم يكملوا المرحلة الابتدائية، مقابل 45% من غير الفقراء، ومن ناحية أخرى، فقد أكمل 5% فقط من الفقراء التعليم العالي مقابل 14% من غير الفقراء (الجدول 8-4)

جدول 24: (8-4) توزيع الأفراد (10 سنوات فما فوق)، حسب المستوى التعليمي ومعدل الفقر (بيانات المسح السكاني الصحي لسنة 2014)

الإجمالي	غير فقيرة	فقيرة	
31.9	29.9	35.7	لم يتلقى أى نوع من التعليم
17.6	15.6	21.4	لم يكمل المرحلة الابتدائية
3.4	3.4	3.2	أكمل المرحلة الابتدائية
16.7	15.6	18.7	لم يكمل المرحلة الثانوية
19.7	21.8	15.6	أكمل المرحلة الثانوية
10.8	13.7	5.4	مستوى تعليم أعلى
100.0	100.0	100.0	
118364	77295	40733	الإجمالي

المصدر: محسوب في ضوء بيانات المسح السكاني الصحي لسنة 2014

تضح مظاهر عدم المساواة في التعليم بجلاء بين النساء الفقراء وغير الفقراء اللاتي سبق لهن الزواج (15 إلى 49 سنة). يشير الجدول (9-4) إلى أن حوالي نصف النساء اللاتي سبق لهن الزواج لم يحصلن على أى قسط من التعليم أو أخفقن في إتمام مرحلة الدراسة الابتدائية مقارنة بخمس هذا العدد بين النساء من غير الفقراء، كما أن

نسبة النساء من غير الفقراء اللاتي تمكن من الحصول على التعليم الثانوى تبلغ ثلاث أضعاف مثلتها بين النساء الفقراء (18% و6% على التوالي).

جدول 25: (4-9) توزيع النساء الذين سبق لهن الزواج (15 - 49 سنة)، حسب المستوى التعليمى ومعدل الفقر (بيانات المسح السكاني الصحى لسنة 2014)

الإجمالى	غير فقيرة	فقيرة	
30.1	21.6	48.2	غير متعلّقات، ومن لم يكملن المرحلة الابتدائية
17.4	17.7	16.8	من أكملن المرحلة الابتدائية، ومن لم تكملن المرحلة الثانوية
38.5	43.1	28.9	أكملن مرحلة التعليم الثانوية
13.9	17.6	6.0	مستوى تعليم أعلى
100.0	100.0	100.0	
21762	14746	6957	الإجمالى

فى سنة 2011م، أجريت دراسة مسحية فى المناطق الريفية الأفقر بالوجة القبلى (فى محافظة أسيوط وسوهاج)، وذلك على أساس الحوالة النقدية المشروطة. يظهر الجدول 4-10 متوسط عدد سنوات الدراسة للأطفال غير المتحقين بالمدارس اسواء المنقطعين عن الدراسة أو المتخرجين وفق الإستبيان الذى أجرى حول الحوالة النقدية المشروطة. يقدر متوسط عدد السنوات الدراسية بين الأطفال من سن 8/17 سنة فى المناطق الريفية فى الوجة القبلى د حوالى 5.4 سنة وفق الحوالات النقدية المشروطة، يعد متوسط عدد السنوات الدراسية بالنسبة للإناث من سن 8 - 17 سنة أعلى قليلاً من الذكور بغض النظر عن مؤشر الثروة حسب ما أوضحته نتائج دراسة الحوالات النقدية المشروطة (5.67 سنة و5.25 سنة على التوالي).

جدول 26: (4-10) متوسط عدد سنوات التعليم بين الأطفال (العمر 8-17 سنة) غير المقيدون بالمدرسة

قائمة الفقر	مستوى			8 إلى 11			12 إلى 17		
	ذكور	أنثى	إجمالى	ذكور	أنثى	إجمالى	ذكور	أنثى	إجمالى
الأكثر فقراً	2.67	1.40	2.38	5.28	5.68	5.44	5.08	5.52	5.25
الأفقر	6.00	2.67	4.33	4.89	6.06	5.51	4.95	5.91	5.45
الفقراء	1.00	2.50	2.00	5.98	5.78	5.87	5.88	5.67	5.77
الإجمالى	3.17	2.13	2.79	5.37	5.81	5.58	5.25	5.67	5.44

المصدر: مقدره فى ضوء نتائج مسوحات الحوالة النقدية المشروطة

3-4 المناطق العشوائية وأطفال الشوارع والصيدون

1-3-4 المناطق العشوائية

عُرفت المناطق العشوائية فى السياق المصرى باسم "العشوائيات"، والتي تعني حرفياً "الفوضى" أو "عدم الترتيب"، وهذا يشير إلى المناطق غير الرسمية التي تعاني من صعوبة الوصول إليها، والشوارع الضيقة، وغياب الأراضي الفضاء والمساحات المفتوحة، والكثافة السكانية العالية جداً، وعدم كفاية البنية التحتية والخدمات (البنك الدولي، 2008)

عرف برنامج الأمم المتحدة للمستوطنات البشرية (الموئل) مصطلح العشوائيات على أنها: "منطقة، إلى حد ما، تجمع بين مختلف السمات والخصائص التالية (تقتصر على الخصائص المادية والقانونية للتجمع السكنى، وباستثناء الأبعاد الاجتماعية الأصعب): عدم إمكانية الوصول إلى المياه الآمنة وعدم كفاية وسائل الصحة العامة وكذلك البنية التحتية وسوء الجودة الهيكلية للسكن والزحام الشديد والحالة السكنية غير الآمنة (2003a:12)، ويحدد حالة العشوائيات طبقاً لمنهج معزز مقترح من قبل برنامج الأمم المتحدة للاستيطان البشرى فى التقرير المعد سنة 2008م على أنها مجموعة من الأحياء العشوائية يسكن بها فئات عريضة محرومة بشكل طفيف أو محرومة بشدة أو محرومة تماماً من المنافع والخدمات.

في مصر، لم ينص قانون البناء الموحد الحالي رقم 2008/199 والذي يشمل جميع التعريفات المتعلقة بالتخطيط والتنمية العمرانية على مصطلح العشوائيات وهي التجمعات غير الرسمية. و عوضاً عن ذلك يستخدم مصطلح المناطق غير المخططة والتي عرفت على أنها مناطق تم إنشائها على نحو يخالف قوانين ولوائح التخطيط والبناء. من ناحية أخرى، فإن الإدارة العامة للتخطيط ومراقبة المخططات قد عرفت العشوائيات على أنها مناطق سكنية تتميز بكونها مطورة على نحو يخالف قوانين ولوائح التخطيط والبناء في غياب الدور الإشرافي الذي تضطلع به الدولة ومن حيث الجوهر، تفنقر هذه المناطق إلى الخدمات وكذلك البنية التحتية.

تتضمن هذه التعريفات عدد من السلبيات. لذلك، فإن المنحى السائد هو تعريف وتصنيف العشوائيات من جديد من أجل وضع معايير الأولويات لاتخاذ الإجراءات والقرارات ويشمل ذلك المخاطر التي تطال الناس وممتلكاتها.. ووفقاً للإتجاه الذي تبنته مصر مؤخراً من خلال مشروع تطوير المناطق العشوائية- تم استبدال ما كان يطلق عليه في السابق مصطلح "عشوائيات" أو "مساكن غير رسمية" بمصطلحين مختلفين وهما "المناطق الغير مخططة" و"المناطق الغير آمنة"، كما تم تصنيف المناطق التي يطلق عليها المصطلح الأخير على أنها مناطق خطرة حياة الإنسان وممتلكاته- مما يعتبر اتجاه معقول لحل هذا الموقف الصعب

تعد العشوائيات في مصر قنابل موقوتة من المحتمل أن تنفجر في أي لحظة، وتقدم الإحصائيات أرقام متضاربة حول المناطق العشوائية وسكانها حيث أفادت الدراسة التي أجراها الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء بأن عدد العشوائيات في مصر يبلغ 1221 منطقة عشوائية، 20 منها سيتم إزالتها لعدم إمكانية تنميتها، ومع ذلك فإن مركز المعلومات ودعم إتخاذ القرار التابع لرئاسة مجلس الوزراء قد قدر عدد العشوائيات بقرابة 1034 منطقة عشوائية بينما أكد المعهد القومي للتخطيط على أن عددها يفوق 1109 منطقة عشوائية تغطي 20 محافظة من محافظات الجمهورية.

أظهر التقرير الذي أعده الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء أن 14 مليون مصري يعيشون في المقابر والأكواخ والمساجد وخصوصاً مقابر البساتين، والإمام الشافعي، وباب الوزير، والغفير، والمجاورين، والإمام الليثي، وعين شمس، ومدينة نصر.

أقيمت مجموعات بؤرية للمناقشة في عزبة أبو حشيش وحدائق القبة بالقاهرة وشارك فيها خمسة من الإناث واثنين من الذكور وتراوحت أعمار المشاركين بين 30 إلى 64 سنة حيث كان من بين الإناث فتاتان أكملتا مرحلة التعليم الابتدائي، واحدهن مرحلة التعليم المتوسط والأخرى كانت أمية. اثنين من الفتيات قد ولدن في عزبة أبو حشيش واثنين أخريات قد انتقلن إليها بعد الزواج. أحد الذكور من المشاركين حاصل على شهادة الإعدادية وهو من مواليد عزبة أبو حشيش، والآخر يستطيع القراءة فقط وقد انتقل إلى عزبة أبو حشيش عندما كان في سن الرابعة.

أظهرت هذه المناقشة أن العشوائيات في مصر تواجه مشكلات تواجه نقص الخدمات وخصوصاً خدمات التعليم والصحة وذلك علاوة على تدني جودة الخدمات المتاحة وانعدام الأمن بسبب غياب الشرطة الأمر الذي يهدد أرواح هؤلاء الناس الذين يعيشون في مثل هذه المناطق العشوائية.

أكثر المشكلات إثارة هي ضيق المساكن التي غالباً ما تكون عبارة عن غرف بحمامات مشتركة، وأجمع المشاركون في هذا النقاش على استحالة الحصول على الشقق التي تقدمها الحكومة والمشكلة الأخرى متمثلة في انتهاكات الطرق الأمر الذي يعوق سهولة حركة الناس في تلك الشوارع.

العمل

أحد الذكور المشاركين في النقاش لديه قهوة بلدى وهو يزعم بأن الدخل كافي تماماً للوفاء بمتطلباته المعيشية في حين يعمل الآخر نجاراً ويتلقى معاش تقاعد بسيط وهو يعتقد أنه غير كافي لتلبية المتطلبات المعيشية حيث ذكر قائلاً: "380 جنيه يعملوا لبنا إيه".

من ناحية أخرى فإن جميع النساء المشاركات في هذه المناقشة كن ربوات بيوت غير عاملات وكن قلقات بشأن دخل الأسرة حيث اشتكى البعض منهن من أن أزواجهن يعملون أعمال موسمية لا تضمن حياة أو دخل ثابت: "عندما يذهب إلى العمل نكون بخير إلا أنه ليس هناك ثمة عمل في الشتاء وكل ما أرغبه فيه أن يحصل على عمل ثابت".

علاوة على ذلك اشتكت أخرى قائلة أن راتب زوجها لا يغطي جميع احتياجاتها الشهرية.

الحصول على الخدمات العامة

أكد جميع الأفراد المشاركين في المناقشة من الذكور والإناث على توافر المياه في أماكن ومحلات سكنهم وأنها ذات جودة معقولة. وعلى النقيض من ذلك، على الرغم من أن جميع المشاركين في المناقشة قد أكدوا على توافر الكهرباء، فإن الغالبية قد اشتكوا من انقطاع التيار الكهربائي بشكل متكرر في محل إقامتهم وخصوصاً خلال شهر رمضان.

علاوة على ذلك، أكد المشاركون في الدراسة على عدم توافر إمدادات الغاز الطبيعي إلى محلات سكنهم وعضواً عن ذلك فهم يستخدمون اسطوانات الغاز وغالباً ما يعانون من عدم توافر اسطوانات الغاز خلال الشتاء حيث ذكرت إحدى النساء المشاركات: "غالباً ما يصبح ثمن اسطوانة الغاز باهظ التكلفة في الشتاء كما أننا لا يمكن الحصول عليها كذلك".

وفيما يتعلق بشبكة الصرف الصحي، فقد أفاد المشاركون في هذه المناقشات بتوفر شبكة جديدة قد تم إنشائها في منطقتهم في حين أفاد غالبية المشاركين أنها ذات جودة معقولة حتى الآن، ومن ناحية أخرى فإن جميع المشاركين في الدراسة قد اشتكوا من مشكلة جمع القمامة بحيث أن المسؤولين عنها لا يعمدون إلى جمعها في أوقات منتظمة حسبما أفاد جميع الحاضرين.

التعليم

أفاد جميع المشاركين في المناقشة بوجود مدرسة ابتدائية مشتركة في منطقتهم وأخرى للتعليم الثانوي الفنية للأولاد، علاوة على ذلك، أفادوا أن جودة التعليم في كلا المدرستين متدني للغاية وذلك بسبب المدرسين أو بسبب الطلاب أنفسهم.

وأعرب غالبية المشاركين في هذه المناقشة عن رغبتهم في وجود مدرسة اعدادية للبنات واحدة على الأقل في منطقتهم. وفي نفس الوقت، ذكر البعض منهم أن أطفالهم قد التحقوا بمدارس خارج منطقة عزبة أبو حشيش.

الصحة

أفاد بعض المشاركين بتوافر وحدة صحية بالمنطقة وهي منشأة حديثاً، وأفادت إحدى النساء المشاركات في المناقشة بجودة الخدمة في هذه الوحدة طبية حيث أن طفلها قد تم تطعيمه هناك كما أضافت أيضاً قائلة: "لقد خضعت أختي للفحص هناك، وأعطوها أيضاً الدواء".

علاوة على وحدة الصحة فقد أشار جميع المشاركين إلى وجود مستشفتين بمنطقة خارج حدود منطقتهم والتي لا تعتبر بعيدة عن محل إقامتهم حيث يمكنهم الوصول إليها عن طريق وسائل المواصلات المتاحة.

وسائل المواصلات

أفاد المشاركون أن الطرق في منطقتهم مضاءة وليس لديهم أى مشكلة من هذه الناحية، علاوة على ذلك، فإنهم راضين عن توافر وسائل المواصلات حيث أفاد معظم المشاركين أنهم يستخدمون مترو الأنفاق أو الميكروباصات، في حين ذكر البعض منهم أنهم يلجئون لاستخدام التوكتوك كوسيلة مواصلات.

السلامة

معظم المشاركين في هذه المناقشة أفادوا بأن بناتهم علاوة على أفراد أسرهم يمكنهم التجول بالمنطقة ويجيبون الشوارع والطرق دون أى ثمة خوف ليلاً أو نهاراً. في حين أفاد أحد الذكور قائلاً: "أعتقد أن الجميع يمكنهم التجول بحرية حيث أننا جميعاً معلومون لبعضنا البعض البنات والأولاد والزوجات".

وفي المقابل اشتكت إحدى النساء أن بناتها لا يمكنهم التجول في الطرق والشوارع بأمان بسبب ما قد يتعرضن إليه من تحرش.

بينما أنكر المشاركون أن منطقتهم تشهد أى مشاكل للتحرش الجنسى على الرغم من ذكر إحداهن حادثة حدثت لأختها وابنتها.

وفى الوقت نفسه، ذكر المشاركون أنه يمكن أن يكون هناك بعض "السراقات الصغيرة" على حد وصفهم، علاوة على ذلك، أفاد جميع المشاركين أن المنطقة تشهد العديد من المشاجرات سواء بسبب أمور مالية أو اجتماعية (مثل الحمامات المشتركة وغيرها)، كما اتفقوا أيضاً على أن المنطقة لم تعد تشهد أى ممارسات بلطجة، ووفقاً لقول أحدهم " هذا كان يحدث فى الماضى، والممارسين لذلك قد ماتوا الآن والمنطقة خالية الآن من ظاهرة البلطجة".

الأمن

ناقش معظم المشاركين أن قوات الشرطة دائماً ما تتأخر فى الظهور على حد قول أحدهم "يأتون فقط عند نهاية المشاجرة".

واعترضت مشاركة واحدة فقط حيث أخبرت أن الشرطة تتواجد بشكل كبير الآن فى المنطقة، بالإضافة إلى ذلك ابدى جميع الحضور شعور هام بالأمان فى المنطقة، فضلاً أنه عندما سئلوا عن أقرب قسم شرطة، قال الحضور قسم شرطة "حدائق القبة" الذى يقع خارج منطقتهم السكنية بينما أشار أحد الحضور أن هناك نقطة شرطة واحدة بداخل عزبة أبو حشيش.

المشاكل

ذكر الحضور العديد من المشاكل التى يعانون منها نتيجة العيش فى العشوائيات، أحدى تلك المشاكل نقص المخابز فى منطقتهم السكنية مما يضطر النساء إلى الذهاب خارج المنطقة لشراء الخبز لتلبية الإحتياجات الغذائية، فضلاً عن إبداء بعض الحضور استيائهم من النظام الجديد لبطاقات التموين والذى يشمل الخبز مع باقى إمدادات الطعام، وقال أحدهم: "ليس من العدل على سبيل المثال عدم حصولى على الخبز لأنه ليس لدى بطاقة تموين فى أحد الأيام لم اشترى الخبز وفى اليوم التالى دفعت 10 جنيه مصرى للمخبز، وهذا فى الحقيقة ظلم".

واشتكى معظم المشاركين من المخالفات المرورية وإعاقة الناس من التجول بسهولة فى الشوارع وطلب العديد منهم أيضاً سرعة تدخل الحكومة لحل هذه القضية.

تمثلت المشكلة الأكثر شيوعاً فى المباني المتهدمة والتى تؤثر على شعور الناس بالأمان، حيث ذكر أحد المشاركين: "يمكنك أن ترى المنطقة العشوائية التى عمرها 70 عاماً من خلال شقوق الجدران عندما تمر بها".

وكانت أكثر المشاكل شيوعاً بعد الأولى هى المساكن الضيقة والتى فى الأغلب عبارة عن غرف بدورات مياه مشتركة، بينما اتفق الحضور "على أنه فى الغالب لا يمكن الحصول على أحدى الشقق التى تقدمها الحكومة على حد قول أحدهم: "الناس الذين فقدوا منازلهم بالفعل ينتظرون 7 إلى 8 سنوات لاستلام شقة ولم يحصلوا على شيء حتى الآن، لذلك إذا تقدمت بطلب للحصول على أى من تلك الشقق وحتى قبل أن ينهار منزلى فلن أحصل على شيء، فهم بالفعل لهم الأولوية".

وفى نفس السياق، اشتكى أحد المشاركين من ضعف الخدمات فى المنطقة حيث قال: " الناس مدفونون أحياء تقريباً لكونهم فى عشوائيات ضيقة جداً تسمح بالكاد لسير شخصين".

الدعم والمساعدة

نفى جميع المشاركين حصولهم على أى دعم سواء من الجهات الحكومية أو من منظمات القطاع الخاص بينما اعترفوا بدور المنظمات غير الحكومية فى المنطقة بتقديم بعض المساعدات للأيتام، ومن ناحية، طلب المشاركون من تلك المنظمات خدمة الناس بدون محسوبية حيث قال أحدهم: "أنهم يساعدون أقاربهم فقط".

أما بالنسبة للقطاع الخاص، كانت أكثر حاجة المشاركين إلحاحاً لإنشاء مشروعات لتوظيف الشباب ومساعدتهم على الإقلاع عن المخدرات، كما اتفق المشاركون أيضاً على إهمال الحكومة لهم، وذكروا أيضاً أن بناء المدارس وتجديد المباني وإنشائها هي مطالبهم الرئيسية من الحكومة.

وأخيراً عندما سألنا ما إذا كان تحديد محل إقامتهم يسبب لهم إحراج أم لا، جاء الرد واضح بأنهم يشعرون بالحرج بكل تأكيد، حيث يتصرف الناس عادة بعدائية عندما يذكرون عزبة ابو حشيش، وذكر أحد المشاركين أنه رُفض من وظيفة ذات مرة عندما عرف صاحب العمل أنه يعيش هنا، وأضاف أحد المشاركين: "المدارس الخارجية دائماً ترفض الأطفال الذين يجيئون من هنا ولا يقبلون طلاباً من عزبة ابو حشيش".

طلبات فردية

أكد المشاركون رغبتهم في العيش في عزبة ابو حشيش بعد تطويرها، حيث لديهم بالفعل إلتئام للمكان، وكان لدى الجميع نفس الرغبة في الحصول على شقة تصلح للعيش فيها، علاوة على ذلك، عبرت المشاركات عن رغبتهن في التحاق أبنهاتهن بأى من تلك المدارس الجيدة التي رفضت إلحاقهم بها أو تقبل التلاميذ بعد تقديم رشاوى كما قالت إحدى المشاركات: "أعرف احداً من دفعت 500 جنيه مصرى لقبيل ابنها في المدرسة".

2-3-4 أطفال الشوارع

قد يكون من الصعب معرفة عدد الأطفال الذين يعيشون في الشارع في مصر، ولكن بملاحظة الأعداد الكبيرة من الأطفال في شوارع القاهرة والمدن الكبرى في مصر – ممن يتسولون ويعملون في الجراجات/ تنظيف السيارات – وكيف تغيرت تلك الأعداد، فإن هذا يشير إلى تفاقم المشكلة، ويعيش هؤلاء الأطفال حياة غير صحية وأحياناً خطيرة تحرمهم من احتياجاتهم الأساسية للحماية والإرشاد والإشراف والتعرض لمختلف أنواع الاستغلال وسوء المعاملة، وبالنسبة للكثيرين، تعنى الحياة في الشارع التسول والاستغلال الجنسي من البالغين.

أجرى حوار متعمق مع مدير أحد جمعيات الأطفال، وتمثل الهدف الرئيسي من الحوار في تناول الموضوعات التي تتعلق بأطفال الشوارع.

التعريف والأسباب

في البداية سُئل الشخص الذي تجرى معه المقابلة عن تعريف أطفال الشوارع من وجه نظر جمعيتهم فأجاب: "الطفل الذى يقل عمره عن 8 سنوات ذكراً كان أم أنثى الذى تخلت عنه/أسرتها وأخذ من الشارع مأوى، معنى ذلك أنه إذا كان الطفل يعمل في الشارع ولكنه يعود إلى أسرته في نهاية اليوم لا يعتبر بالنسبة لنا طفل شوارع".

بالإضافة إلى، ذكر أحد المشاركين أن هناك 85% - 90% من الأسر التي يأتي منها أطفال الشوارع هي من الأسر الفقيرة وذكر أيضاً أسباب ظاهرة أطفال الشوارع وكان أهمها التفكك الأسرى (والذى حمله الجزء الأكبر من المسؤولية) والفقر والجهل والمعاملة القاسية للأطفال، وأكد المشارك على أن المشكلة عادة تنتج عن اتحاد اثنين أو أكثر من الأسباب السابقة.

وفوق كل هذا، عندما سألنا عن الأماكن التي يتواجد فيها غالباً أطفال الشوارع، ذكر العديد من المناطق مثل السيدة زينب والحسين والعجوزة ونادى الصيد ورمسيس وشبرا الخيمة وحلوان والمعادى وأحمد حلمى، وأضاف أيضاً أن الوجه البحرى الأكثر اكتظاظاً بأطفال الشوارع، وأوضح أن أطفال الشوارع عادة ما يتخذون بعض الأماكن كمأوى غير دائم لهم طبقاً لتوافر احتياجاتهم، فقد يتجمعون حول المولات والمطاعم والشوارع المزدهمة حتى يطردهم البعض بطريقة أو بأخرى قائلاً أن: "سببهم الرئيسي لسكن أماكن معينة هو البحث عن فرصة لممارسة أى عمل يوفر لهم بعض المال مع مكان للنوم في سلام".

كما أشار أيضاً إلى أن نسبة الذكور/ الإناث من أطفال الشوارع تتراوح بين 4 إلى 1 ولكن الإناث بحاجة إلى التعامل معها إلى حد ما بشكل مختلف حيث أفاد " أن الإناث تتعامل بشكل أكثر عنفاً من الذكور من أطفال الشوارع، فهن بحاجة إلى التعامل الخاص، على سبيل المثال، في حال تم التحرش بأى طفل من أطفال شوارع ولدأ كان أو

فتاة، يمكنك التعامل مع الولد من خلال جلسات نفسية في حين يصعب التعامل مع الإناث من هذه الجوانب حيث تعتبر مشاكلهن أكثر تعقيداً من الأولاد.

مجتمع أطفال الشوارع

حدد المشارك أنه من واقع تجربته، يشكل أطفال الشوارع في الغالب مجتمع خاص بهم بنظم وقواعد وحتى لغة محددة كما قال: "في أحد أبحاثنا درسنا لغتهم ووجدنا 400 كلمة خاصة بهم فقط، هناك لغة تطورت في هذا المجتمع، فلهم سلوكهم وأخلاقهم وقوانينهم الخاصة، ولهم مجتمعهم الخاص داخل شوارعنا".

وأضاف أنهم عادة ما يكون لهم قائد من بينهم، شخص ما يخطط وينظم ويتحكم، هذا القائد على حد قوله ليس فقط أكبرهما سناً ولكن أيضاً الأكثر مهارة أو خبرة، كما أكد أيضاً أن هناك غالباً منافسة مع بعضهم البعض لإثبات الجدارة بهذا اللقب، فتنطوى هذه المنافسة في الغالب على أعمال خطيرة، وأضاف أن هذا القائد يمكن أن يكون فتاة في بعض المجموعات.

مشاكل أطفال الشوارع

نقطة أخرى مثيرة للقلق يواجهها أطفال الشوارع، ذكر المشارك أن هؤلاء أطفال الشوارع يواجهون مشاكل صحية تتراوح بين الشعور بالصداع إلى السرطان إلى جانب الأمراض النفسية المنتشرة على نطاق واسع بين أطفال الشوارع، وقال أن أمراض الأسنان تعد واحدة من الأمراض الشائعة بين أطفال الشوارع يليها الجرب والأمراض الجلدية، وأكد أيضاً أن البرد والأنفلونزا منتشرة بينهم في الشتاء بالإضافة إلى الحروق من النيران المستخدمة في التدفئة ليلاً.

ومن ناحية أخرى، ذكر المحاور كيف أن القضايا النفسية- والمقارنة المستمرة مع أعضاء المجتمع الآخرين - تؤثر على أطفال الشوارع وتحض على العنف الذي ينعكس بسهولة على المجتمع، وقال المشارك: "من الناحية النفسية، يمكنني القول أننا نعمل مع ممزقين، ممزقين نفسياً، فمن يعود وجود هذا الطفل في الشوارع بسبب خطأ الأسرة، فيمكن أن تكون الأم العنيفة و/أو الأب أو المدرسة هي السبب وراء ترك هؤلاء الأطفال مشردين والنتيجة أنهم يواجهون عنفاً أكثر من أي وقت مضى، فينشأ الطفل مدمراً ويعانى من بنية نفسية مرتبكة".

وأبدى المحاور استياء بالغ إزاء نظرة المجتمع إلى أطفال الشوارع، بالإضافة إلى ذلك، فقد أدعى من هذا المنطلق أن مصر بحاجة إلى تدخلات وخطط لزيادة الوعي بظاهرة أطفال الشوارع.

الاستجابة الحكومية وغير الحكومية لمساعدة أطفال الشوارع

ذكر المشارك أنه يعمل منذ سنوات مع العديد من الجهات الحكومية من بين ما ذكرهم وزارة التضامن الاجتماعي ووزارة الداخلية والمجلس القومي للطفولة والأمومة.

وأكد أن الحكومة يمكن أن تشارك بفاعلية في مواجهة مشكلة أطفال الشوارع.

كما يعد دور القطاع الخاص في هذا الشأن محدود للغاية ويحتاج للعمل على نطاق أوسع عن طريق التعاون مع جمعيات تنمية المجتمع في مصر، كما علق على دور الجمعيات الخيرية الذي اعتبره محدود للغاية أيضاً، وقال: إن دور الجمعيات الخيرية غير كافي تماماً، فلدينا حوالي 22000 جمعية في مصر يعمل منها 7000 فقط مع الأطفال بوجه عام ومنها 12 أو 13 فقط تعمل مع أطفال الشوارع بوجه خاص، ومن الملاحظ أن هذا العدد من الجمعيات يعتبر عدد قليل فعلاً".

وأعطى المشارك الجمعيات الدولية ترتيب متوسط فيما يتعلق بأدائهم وصنف دورهم بأنه يقتصر بشكل أساسي على تقديم التمويل.

وعبر المحاور عن عدم رضائه عن السياسات التي تتعامل مع هذه الظاهرة، حيث أقر بإهمال وتقصير العديد من الجهات التي تعمل في تلك القضية حيث لم يتمكنوا من فهم هؤلاء الأطفال أو اتخاذ إجراءات وقائية كافية.

المعوقات التي تواجه حل قضية أطفال الشوارع

اعتبر المشاركون أن البطالة والفقر يمثلان عائقين رئيسيين في التغلب على مشكلة أطفال الشوارع حيث قال: "إن والد ذلك النوع من الأطفال الذي لديه بالفعل 12 عاماً لن يقبل عودته/ عودتها إلى رحاب الأسرة حيث لم يعد يستطيع تحمل النفقات الخاصة بهم.

كما تناول أيضاً المعوقات الموجودة في مجعته حيث أنه يواجه باستمرار نقص في العمالة المؤهلة، وذكر أنه لا يمكنه العثور على الكفاءات البشرية والموارد المالية اللازمة لتنفيذ خطط العمل.

وعندما سُئل عن التسهيلات اللازمة لحل مشكلة أطفال الشوارع والقوانين الداعمة لذلك، عبر عن رؤية أن قانون حقوق الطفل المصري مناسب تماماً وأنه فقط يحتاج إلى أن ينفذ تنفيذاً فعالاً.

اقتراحات لمواجهة الظاهرة

اقترح المحاور أحداث تكامل بين المنظمات الحكومية ومنظمات المجتمع المدني كدعائم لحل تلك المشكلة.

كما حدد أيضاً أهمية تغيير عقلية القطاع الخاص في التعامل مع العديد من الأسباب الاجتماعية، وشدد على ضرورة إطلاق حملة لزيادة الوعي لدى القطاع الخاص لدعم مجهودات التغلب على التحديات الاجتماعية الحالية.

وفيما يتعلق بجمعيات تنمية المجتمع، فقد أوصى بتطبيق مبداء التخصص على نطاقات مختلفة من العمل بمعنى آخر، يجب أن تخصص كل جمعية في واحدة من الأسباب الاجتماعية (مثل أطفال الشوارع أو المعاقين أو المدمنين، أو ... وما إلى ذلك) بدعم من الحكومة وتشجيع من المجتمع.

علاوة على ذلك، اقترح الحد من تدخلات المنظمات الدولية والمتبرعين في الاستراتيجيات المتعلقة بالقضايا الاجتماعية التي تعمل عليها الجمعيات الأهلية في الوقت الحالي.

3-3-4 الصيادون

يواجه الصيادون في مصر العديد من المشاكل وخاصة التي تتعلق بسياسات تجفيف البحيرات التي أدت إلى انحسار منطقة الصيد في المنزلة من 750 ألف فدان في 1956 إلى 190 ألف فدان في 1982 وإلى 125 ألف فدان فقط في 1994، كما يستأجر كبار رجال الأعمال مساحات كبيرة من تلك البحيرات الذين يمنعون الصيادين من الصيد فيها، بالإضافة إلى انخفاض نشاط الصيد خلال السنوات القليلة الماضية بسبب زيادة التلوث الناتج عن القاء النفايات الصناعية والمنزلية في المنطقة، كما أن على المراكب الصغيرة أن تتنافس القوارب الكبيرة مما أدى إلى زيادة عدد الصيادين الذين يعملون بدون ترخيص أو يتخذون من الصيد هواية، كما ارتفعت أيضاً أسعار شبكات الصيد مما أدى إلى تضاعف أسعار السمك، وبدون أي تدخل من الحكومة، وكان لإنخفاض عدد السائحين والتضخم في أسعار أسواق الغذاء أثره في تعريض حياة الصيادين للخطر.

أجريت ثلاث مقابلات عميقة في بحيرة البرلس بكفر الشيخ مع ثلاثة من الصيادين، يبلغ اثنين منهم من العمر 53 سنة والأخر كان في سن 35 سنة، وقد عانى الصيادون الثلاثة تقريباً من نفس المشكلات التي تتمثل في المحسوبة والفساد، بالإضافة إلى أنهم اتفقوا على ضعف دور جمعيات الصيد وأحياناً فسادها، التي لا تستجيب لطلباتهم وليس لها تأثير إيجابي على حل مشكلاتهم.

وأشار أحد الصيادين إلى معاناته اليومية مع شرطة المسطحات في سبيل الصيد في البحيرة، وأقر الرجل بأنه كغيره من الصيادين الآخرين يستخدم أحياناً شبكات صيد غير قانونية وليس لديه ترخيص مما يضعهم دائماً تحت ضغط.

وذكر مشارك آخر أنه لا يمكنه ممارسة عمله بحرية حيث أنه يواجه أيضاً العديد من التعقيدات في إصدار الترخيص اللازمة لكسب رزقه إلى جانب أن لديه خمسة أبناء لا يستطيع تحمل نفقات معيشتهم، وهذا الرجل لديه كلى مزروعة ويعيش بالأدوية، وقد حاول عدة مرات الحصول على استثناء نظراً لظروفه الصحية ولكن لم يمكنه الوصول إلى أي شخص ليساعده كما ذكر أيضاً أن عليه دفع رشاوى أحياناً للاستمرار في الصيد في البحيرة.

وأكد المحاورون على ضرورة سن قوانين جديدة لتنظيم عملية الصيد، وأكدوا على ضعف جمعيتهم وعدم قدرتها على حل مشاكلهم.

الفصل الخامس

وضع المرأة في مصر

1-5 مقدمة

دائماً يعكس الحوار السياسى فى مصر ما التزامت به حكومة مصرية لتحسين وضع المرأة وتطوير دورها على المستوى الإجماعى والاقتصادى والثقافى والسياسى، كما ركزت أغلب التشريعات التى تتعلق بالحقوق الإجماعية والاقتصادية على مبادئ العدالة الإجماعية وقيمها، وحق المرأة فى المساواة مع الرجل و العادل فى الحصول على الموارد والخدمات، بالإضافة إلى المشاركة فى الشأن السياسى. وقد شهد وضع المرأة فى مصر خلال النصف الأخير من القرن الماضى تغيرات عظيمة، مع التحسن النسبى فى فرص المرأة فى الحصول على التعليم والتوظيف والمشاركة فى الشؤون العامة للدولة وتقلد المناصب العليا، ولكن مازالت المرأة تعاني من العديد من أشكال الإقصاء الإجماعى والثقافى والاقتصادى والسياسى الناتج أساساً من عاملين هاميين: العامل الأول هو فشل السياسات العامة والمجتمعية على مدار أكثر من نصف قرن، فى تحسين وضع المرأة فى المجتمع وسد الفجوة بين الجنسين التى اتسعت أكثر من ذى قبل على مستويات عديدة، والعامل الثانى هو استمرارية القيود الثقافية وشدها التى تواجه أى جهود حقيقية تمنح المرأة الحرية والمساواة، وتستمد تلك القيود قوتها من هيمنة الثقافة الذكورية على قيم العديد من المصريين ومعتقداتهم، وتفضيل الذكور عن الإناث فيما يتعلق بالحصول على الحقوق الإنسانية بوجه عام.

وعلى الرغم من أن تجربة العديد من البلدان النامية قد أثبتت أن نجاح جهود التنمية مرهون بإرادة سياسية قوية لتحسين حالة المرأة، فإن الاستعداد المجتمعي، فى السياق المصرى، الزاوية أساسية فى قوة وضعف السياسات العامة المعنية بالعدالة وإنصاف المرأة. وبعبارة أخرى، يرتبط اتساع الفجوة بين الجنسين فى مصر بفجوة أوسع فى الحدائى، بين السياسات العامة التى تدعم مبادئ العدالة بين الجنسين والإنصاف من جهة، والقيم المحافظة الإجماعية والمعتقدات والمفاهيم السائدة المتمثلة فى شرعية الاختلافات بين الجنسين من جهة أخرى. ولذلك، فإن السياسات التى تجسد حقوق المرأة سوف تفشل فى تحقيق العدالة بين الجنسين، ما دام للثقافة المحافظة التقليدية اليد العليا، فى ضوء تغاضى المجتمع عن ضرورة مساواة المرأة فى الحقوق.

ومما يدعوا للسخرية أيضاً، ويدل على اتساع فجوة الحدائى، أن مطالب الحرية والعدالة الإجماعية التى عززتها الاحتجاجات الثورية فى 25 يناير 2011 لم تؤد إلى تحسن ملموس فى وضع المرأة على مدى السنوات الخمس الماضية واستمرار التفاوت بين الجنسين فى التعليم والعمالة والمشاركة الإجماعية. وأصبح من الواضح أن الوضع الراهن للمرأة المصرية يشكل أحد التحديات الكبيرة التى تواجهها عملية التحول الديمقراطى فى مصر خلال السنوات المقبلة، كذلك حرمان المرأة من حقوقها الإجماعية والاقتصادية والسياسية، وانخفاض فى جودة حياتهن، وانعدام الثقة فى قدرتهن على المشاركة الفعالة فى تنمية البلد. وفى هذا الصدد، يمكن الزعم بوجود علاقة قوية بين أى تقدم محتمل فى العملية الديمقراطية الإجماعية فى مصر وتحسين وضع المرأة المصرية، ويقدر ما يمكن لأى تدابير ذات طابع ديمقراطى أن تنعكس إيجاباً على وضع المرأة، فإن الانتقال الديمقراطى الحقيقى يمكن أن يحدث فى إطار الهيكل الإجماعى والثقافى للمجتمع المصرى بأسره.

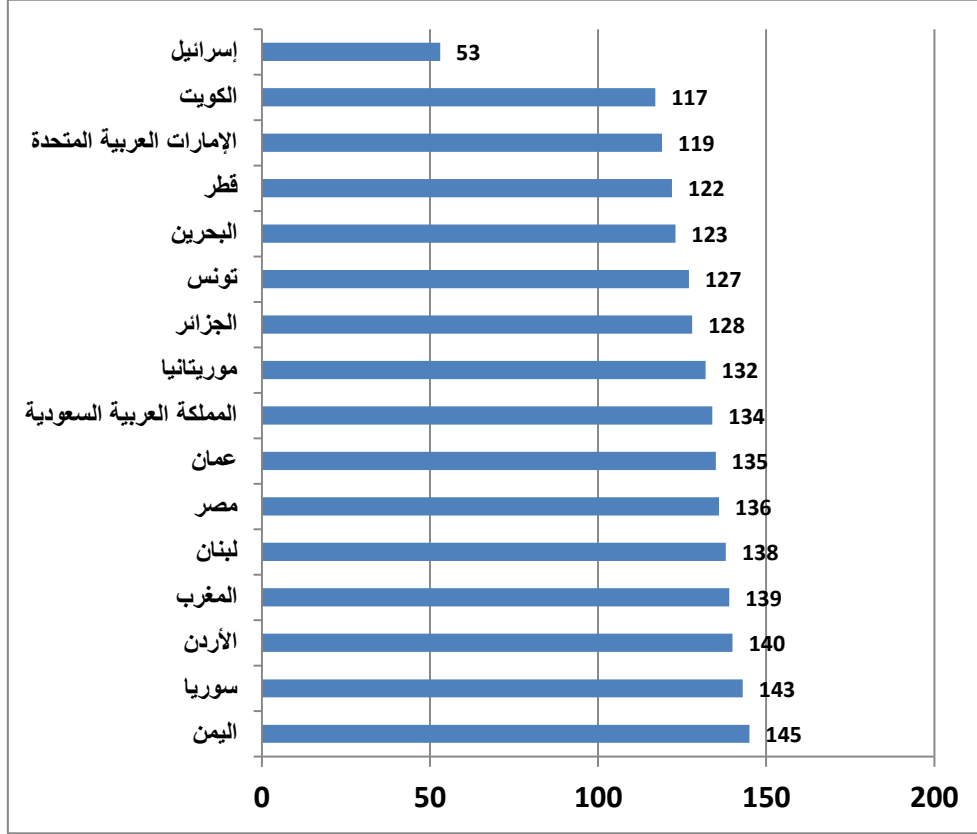
فى ضوء هذه المقدمة، يتناول هذا الفصل وضع المرأة فى المجتمع المصرى وخاصة من ناحية مؤشرات الفجوة بين الجنسين وأثارها وأسبابها، وذلك من خلال 7 عناصر رئيسية، بداية من نظرة عامة حول الخصائص الرئيسية للفجوة النوعية فى مصر، ثم تفاصيل الفجوة بين الجنسين فيما يتعلق بفرص التعليم، والتوظيف، والمشاركة الإجماعية، ومردود برامج التنمية الإجماعية والاقتصادية على تمكين المرأة، علاوة على ذلك، يقدم الفصل تحليلاً للضغوط الإجماعية والثقافية التى تتحملها المرأة الذى يظهر فى مختلف أشكال العنف الممارس ضدها والثقافة الأبوية السائدة التى تعطى الأولوية للذكور عن الإناث من حيث التمتع بالحقوق الإنسانية.

2-5 لمحة عامة عن الفجوة بين الجنسين

تشير البيانات المتوفرة إلى أن مصر مازالت تواجه صعوبات فى تحقيق الأهداف الإنمائية الألفية من حيث تعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، ووجه التحديد عند تناول فرص التعليم والمشاركة فى العمل بأجر وكذلك عند المشاركة السياسية. ومن الجدير بالذكر، أن مؤشر الفجوة بين الجنسين يعكس الفجوة بين الإناث والذكور على

مستويات مختلفة منها التعليم والصحة والمشاركة الاقتصادية والمشاركة السياسية، وكلما زادت قيمة المؤشر كلما ضاقت الفجوة، في 2015، أعطى مؤشر الفجوة بين الجنسين للمنتدى الاقتصادي العالمي مصر 0.599 درجة، لتتسلل بذلك المرتبة رقم 136 بين 145 دولة على مستوى العالم والمرتبة 11 من بين 16 دولة في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، وتأتي بعد دول أخرى مثل إسرائيل ومعظم دول الخليج العربي وتونس والجزائر وموريتانيا.

شكل 23: (1-5) ترتيب مصر من حيث مؤشر الفجوة بين الجنسين في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا 2015



المصدر: تقرير الفجوة العالمية بين الجنسين 2015 الإصدار العاشر للمنتدى الاقتصادي العالمي 2015.

يوضح جدول (1-5) الاتجاه العام لتحسين الفجوة بين الجنسين مع زيادة المؤشر 0.020 بين 2006 و2015، وعلى إثر موجة من الاضطرابات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي شهدتها مصر بعد اندلاع احتجاجات 2011 وأصبح التحسن في مؤشر الفجوة بين الجنسين ضئيل متذبذباً من سنة إلى أخرى. وسجلت سنة 2014 أعلى مستويات التحسن، ثم عادت تلك الفجوة إلى الإتساع مرة أخرى في عام 2015 حتى تبلغ نفس المستويات التي سجلتها تقريباً في عامي 2010 و2012.

جدول 27: (1-5) درجات مؤشر الفجوة بين الجنسين في مصر 2006 – 2015

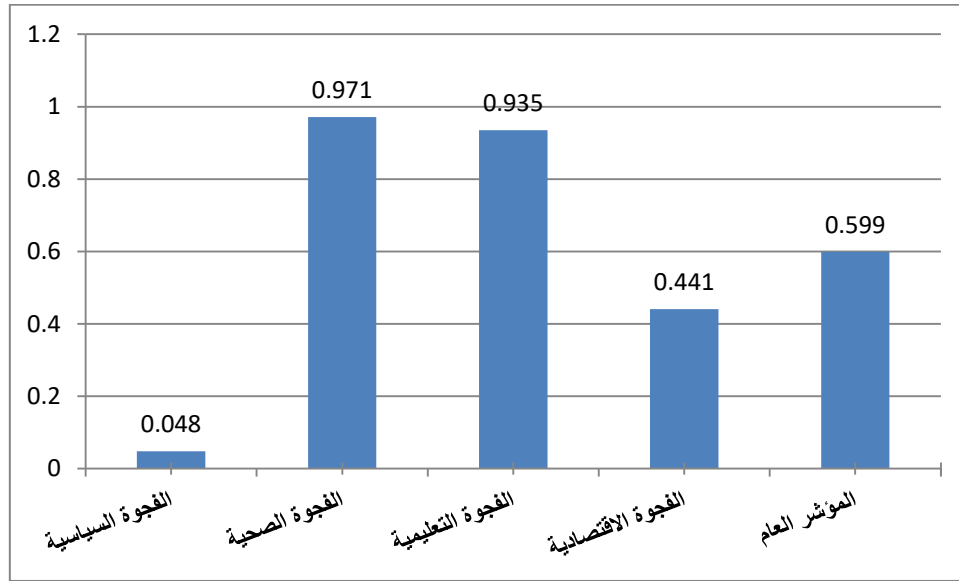
السنة	عدد البلدان	المؤشر العام	
		الترتيب	الدرجة
2015	145	136	0.599
2014	142	129	0.606
2013	136	125	0.594
2012	135	126	0.597
2011	135	123	0.593
2010	134	125	0.590
2009	134	126	0.586

2008	130	124	0.583
2007	128	120	0.581

المصدر: تقرير الفجوة العالمية بين الجنسين 2015 الإصدار العاشر للمنتدى الاقتصادي العالمي 2015.

قد تعود الدرجة المنخفضة لمؤشر الفجوة بين الجنسين حاليًا في مصر إلى اتساع الفجوة بين الذكور والإناث في المؤشرات الاقتصادية والسياسية على وجه الخصوص، ويوضح شكل (2-5) اتساع الفجوة بين الجنسين في المجال الاقتصادي مسجلة 0.441 درجة مما يضع مصر في ترتيب 135 عالميًا على مؤشر المشاركة الاقتصادية، وفي المجال السياسي بلغت الفجوة بين الجنسين حدها الأقصى مسجلة 0.048 درجة لصالح الذكور مما يضع مصر في ترتيب 136 عالميًا على مؤشر الدعم السياسي، ومن ناحية أخرى، شهدت الفجوة بين الجنسين تحسنًا كبيراً في مجال الصحة والتعليم حيث صنفت مصر بالمركز 97 عالميًا في مؤشر الصحة والبقاء على قيد الحياة بدرجة 0.971 كما صنفت بالمركز 112 مؤشر الفجوة بين الجنسين في التعليم بدرجة 0.935.

شكل 24: مكونات مؤشر الفجوة بين الجنسين في مصر 2015 (2-5)



المصدر: تقرير الفجوة العالمية بين الجنسين 2015 الإصدار العاشر للمنتدى الاقتصادي العالمي 2015

في الانتخابات البرلمانية لعام 2015، حصلت المرأة على نسبة 15% من المقاعد والذي كان من المتوقع أن يؤدي إلى تحسين ترتيب مصر في مؤشر الممارسة السياسية.

الفجوة بين الجنسين في الحصول على التعليم

أشارت بيانات مؤشر الفجوة بين الجنسين لعام 2015 إلى أن مؤشر الفجوة بين الجنسين في التعليم سجل 0.903 مما وضع مصر في المرتبة 90 عالميًا، أما في عام 2007، تحسن المؤشر ليصل إلى درجة 0.909 ولكن مرتبة مصر تدهورت إلى المرتبة 101 عالميًا. واستمرت الفجوة في الاتساع تدريجيًا على مر السنين لتصل إلى ذروتها في عام 2010، يليه تحسن بين عامي 2011 و 2015، حين وصل إلى 0.935 درجة مما وضع مصر في المرتبة 115 عالميًا، ويشير الاتجاه التصاعدي العام بين عامي 2006-2015 إلى زيادة عامة في الفجوة بين الجنسين بمقدار 0.032 نقطة. وقد انعكست الأزمات الاقتصادية الشديدة التي حدثت في السنوات العشر الماضية على الفجوة بين الجنسين في التعليم ويمكن توضيح ذلك من خلال تحليل مجموعة من المؤشرات الفرعية المتعلقة بالفجوة بين الجنسين في التعليم، وفقًا لمستويات مختلفة من التعليم على النحو التالي

جدول 28: (2-5) درجات مؤشر الفجوة بين الجنسين في مصر ، الحصول على التعليم 2006 – 2015

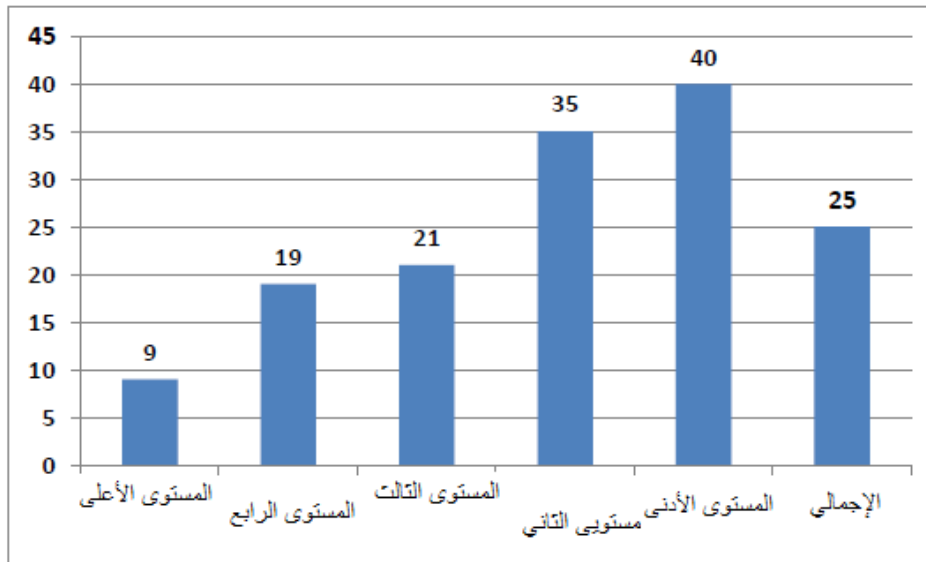
السنة	عدد البلدان	الترتيب	الدرجة
2015	145	115	0.935
2014	142	109	0.947
2013	136	108	0.920
2012	135	110	0.925
2011	135	110	0.908
2010	134	110	0.899
2009	134	107	0.900
2008	130	105	0.902
2007	128	101	0.909
2006	115	90	0.903
التغيير بين 2006 إلى 2015			0.032

المصدر: تقرير الفجوة العالمية بين الجنسين 2015 الإصدار العاشر للمنتدى الاقتصادي العالمي 2015

الإناث خارج المدرسة

وعلى الرغم من الجهود الحكومية إلى استيعاب جميع السكان في سن الدراسة في مختلف مراحل النظام التعليمي، لا تزال الإناث يشكلن غالبية السكان المحرومين من الحصول على التعليم حيث تبلغ نسبة غير الملتحقين بالتعليم في الفئة العمرية 6-18 سنة 7% بين الإناث مقابل 5% بين الذكور، كما أن هناك علاقة واضحة بين الوضع الاقتصادي للأسر المعيشية وعدم التحاق الإناث بالمدارس، وتكشف البيانات الواردة في المسح السكاني الصحي لعام 2014، كما هو مبين في الشكل (3-5)، أن عدم إلتحاق الإناث من الأسر المنتمية إلى أدنى مستوى اقتصادي والمستوى الذي يسبقه بلغ 40% و 35% على التوالي وتتنخفض عدم إلتحاق الإناث بالتعليم بالتدرج كلما ارتفع المستوى الاقتصادي، حيث بلغت النسبة 9% عند أعلى مستوى اقتصادي، مما يدل على وجود صلة قوية بين الفقر وانخفاض مستويات التعليم بين النساء.

شكل 25: (3-5) نسبة عدم إلتحاق الإناث بالتعليم بين الإناث حسب المستوى الاقتصادي للأسرة



المصدر: المسح السكاني والصحي لعام 2014

جدول 29: (3-5) المؤشرات الفرعية للفجوة بين الجنسين في مصر 2015 - التعليم

المؤشر	الذكور %	الإناث %
نسبة الأطفال غير المقيدون بالمدارس في سن المدرسة الابتدائية	24	76
نسبة المقيدون بالتعليم العالي في العلوم والتكنولوجيا والهندسة والرياضيات	68	32
نسبة الخريجين من التعليم العالي في العلوم والتكنولوجيا والهندسة والرياضيات	66	34
نسبة حاملي درجة الدكتوراة	45	55
نسبة مستخدمي الإنترنت	24	19
نسبة مستخدمي الهواتف المحمولة	83	76

المصدر: تقرير الفجوة العالمية بين الجنسين 2015 الإصدار العاشر للمنتدى الاقتصادي العالمي 2015

وتشير البيانات الواردة في تقرير الفجوة بين الجنسين لعام 2015، كما هو مبين في الجدول (5.3)، إلى أن ثلاثة أرباع الأطفال غير الملحقين بالمدارس في سن المدرسة الابتدائية هم من الإناث، وعلى الرغم من انخفاض معدلات الأمية العامة من 30% إلى 26% بين عامي 2007 - 2013، لا تزال النساء يشكلن الجزء الأكبر من السكان الأميين، حيث بلغت نسبة الأمية بين الإناث 34% مقابل 19% بين الذكور في عام 2013. وتشير البيانات الرسمية، كما هو مبين في الجدول (4-5) إلى انخفاض نسبة التسرب الإناث في الفئة العمرية 6 - 18 سنة بنسبة 2%، مقابل 3% بين الذكور.

ويوضح الجدول (5-5) أن معدلات التسرب من الذكور أيضًا لا تزال أعلى من معدلات التسرب بين الإناث في التعليم الابتدائي والإعدادي بين عامي 2004/2005 و2010/2011، مما يعكس مدى جدية ومثابرة الإناث ممن يتيح لهن فرصة إكمال تعليمهن م بالمقارنة بأقرانهم الذكور. وبالرغم من ذلك، ترتفع نسبة التسرب الإناث على مر السنين، وتزداد من مرحلة تعليمية إلى أخرى بسبب القيود الاجتماعية والثقافية التي تضعف من أهمية تعليم الفتيات، وربط مستقبلهن بأفاق الزواج المبكر خاصة في المناطق الريفية.

سجلت محافظات الصعيد مصر، من واقع بيانات المسح الشباب في مصر عام 2009، أعلى معدلات عدم الالتحاق بالتعليم، أغلبهم من الإناث تحت الـ30 و ينتمى معظمهم إلى أدنى مستوى اقتصادي.

وتبين دراسة للبنك الدولي في الوجة القبلي، 82% ممن لم يلتحق بالمدارس هم من الإناث، يعيش 80% منهم في المناطق الريفية وبالأخص في المناطق الريف الوجة القبلي حيث تبلغ معدلات الأمية بين الإناث في هذه المناطق 24%، أي تقريبًا ضعف المعدل بين الذكور، فتزداد الفجوة في التعليم بين الجنسين على نطاق أوسع بكثير في صعيد مصر. وتشير نتائج الدراسة إلى أن واحدة من بين كل خمس فتيات، في الفئة العمرية 6-15 سنة، لا يلتحق بالمدارس أبدًا، وتبعًا لذلك، تصل معدلات تسرب الإناث في المناطق الريفية من مصر إلى 65%.

ارتفاع معدلات الأمية

أظهر تقرير الفجوة بين الجنسين لعام 2015 فجوة حادة في معدلات الإلمام بالقراءة (معرفة القراءة والكتابة) بين الذكور والإناث، حيث قدرت بنحو 65% للإناث مقابل 82% للذكور، مع حصول مصر على درجة 0.80 في مؤشر الإلمام بالقراءة بين الجنسين وترتيب ضعيف جداً برقم 123 عالميًا والأخيرة بين بلدان العالم العربي ومنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ويمكن إرجاع معدلات الأمية المرتفعة بين الإناث إلى عدم جدية الجهود الحكومية والمجتمعية لتحسين وضع تعليم الإناث ولمكافحة توقف الإناث عن الدراسة وخاصة في المناطق الريفية والفقيرة.

جدول 30: (4-5) معدلات الإنقطاع عن الدراسة للفئة العمرية 6-18 تعداد 2006

النوع	السكان 6-18	لم يلتحق مطلقاً	التحق ولم ينقطع	التحق وانقطع
ذكر	9084697	5	93	3
أنثى	8500384	7	91	2
الإجمالي	17585081	6	92	2

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء 2015

ويختلف التفاوت بين الجنسين في الالتحاق بالمدارس اختلافاً واضحاً بالنسبة لأنواع التعليم المختلفة، ومن الجدير بالملاحظة أن التفاوت بين الجنسين في الالتحاق بالمدارس الحكومية أقل منه في الالتحاق بالمدارس الأخرى، وتبلغ الفرق بين نسبة الالتحاق بالمدارس الحكومية بين الذكور والإناث 6%، وتزداد الفجوة في حالة المدارس الخاصة لتصل إلى 8%، وتتضاعف تقريباً في حالة التعليم الأزهرى لتصل إلى 14%. مما يعكس تحسناً ملحوظاً في فرص قيد الإناث بالمدارس الحكومية، وانخفاض فرصهم للقيد بالمدارس الخاصة نسبياً.

ويمكن تفسير حقيقة ارتفاع معدلات الالتحاق بالمدارس الخاصة بين الذكور من خلال اتجاه بعض الأسر من الطبقة المتوسطة إلى توجيه إنفاقها على المدارس الخاصة إلى الأطفال الذكور ويعزى ذلك إلى القيم السائدة التي تبرز هذا السلوك، حيث يُتوقع أن يتحمل الذكور أعباء مستقبلية أثقل مقارنة بالإناث، في سياق الزواج والعائلة؛ وينتج عن ذلك زيادة في الاستثمار في الأطفال الذكور.

أما بالنسبة للتفاوت الشديد بين الذكور والإناث في تعليم الأزهر، فإنه واضح خلال جميع مراحل التعليم ويزداد بشكل كبير في التعليم العالي الأزهرى، حيث يبلغ نسب الذكور والإناث 61% و 39% على التوالي. ويرتبط هذا التوزيع غير المتناسب بانتشار القيم الأبوية في المناطق التي يكون فيها التعليم الديني مطلباً، كما أن التعليم الديني كان أكثر شيوعاً بين الذكور لفترة طويلة جداً بصورة تقليدية، مع التصور العام بأن الذكور أكثر ملاءمة لهذا النوع من التعليم. ولذلك فإن حصول المرأة على التعليم الديني يعتبر ظاهرة جديدة على المؤسسات الدينية من هذا النوع وعلاوة على ذلك، تتسم طبيعة المؤسسات التعليمية الدينية بميل عام لصالح تفضيل الذكور بصورة كبيرة والانفصال الصارم- المبرر بتفسيرات النصوص الدينية- بين الذكور والإناث كونهم من الطلبة أو أعضاء لهيئة التدريس.

جدول 31: (5-5) التوزيع النوعي (بين الجنسين) لمعدلات الإنقطاع عن الدراسة في مرحلتى التعليم الابتدائي والإعدادي 2005/2004 مقارنة مع 2011/2012

نسبة الإنقطاع عن الدراسة		مستوى التعليم	
		2004/2005	2011/2012
ذكور	إناث	ذكور	إناث
0،5	0،3	0،2	0،5
2،9	2،7	6،5	5،8

المصدر: الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء 2015

وبالنظر إلى التوزيع نسب الالتحاق بجميع مراحل التعليم وأنواعه على أساس النوع الإجتماعى، يمكن اكتشاف تفاوت نسبي في إجمالي عدد الطلاب المقيدون في التعليم حيث يسجل الذكور والإناث 52% و 48% على التوالي وتظهر البيانات في هذا الصدد عدة نقاط تتعلق بتحديد التفاوت بين الجنسين في التعليم المصري.

ويزيد التفاوت لصالح الذكور بشكل واضح في توزيع القيد حسب النوع خلال المرحلتين الإعدادية والثانوية، ويرتبط ذلك بميل العديد من الأسر المصرية، وخاصة الأسر ذات الدخل المنخفض والأسر الريفية، إلى إعطاء الأولوية لتعليم الذكور مع منح الإناث الحد الأدنى من التعليم فقط وإتاحة فرصة أكبر للذكور لمواصلة تعليمهم بعد المرحلة الابتدائية.

جدول 32: (6-5) توزيع الطلاب المقيدون في مختلف المراحل التعليمية حسب النوع الإجتماعى (2014/2013)

المجموع		إناث		ذكور		المرحلة التعليمية
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
3.7	839668	48	402440	52	437228	رياض أطفال حكومية
1.2	270650	48	130466	52	140148	رياض أطفال خاصة
0.3	66179	48	31869	52	34310	رياض أطفال أزهري
39.6	9008244	48	4363489	52	4644755	مدارس ابتدائية حكومية
4.0	898005	48	431326	52	466679	مدارس ابتدائية خاصة
4.8	097925	46	505069	54	592856	مدارس ابتدائية أزهري
17.8	4052623	50	2012250	50	2040373	مدارس اعدادية حكومية

1.3	285082	46	130767	54	154315	مدارس اعدادية خاصة
2.1	468052	44	204940	56	263112	مدارس إعدادية أهلية
5.6	1279194	55	698401	45	580793	مدارس ثانوية عامة حكومية
0.8	176278	47	83457	53	92821	مدارس ثانوية عامة خاصة
7.1	1609879	44	709370	56	900509	تعليم فني
1.6	356471	43	151700	57	204771	مدارس ثانوية أهلية
0.2	37331	37	13821	63	23515	تعليم خاص
7.4	1688950	50	844385	50	844565	تعليم جامعي حكومي
2.3	511740	33	170319	67	431421	معاهد فنية ومعاهد عليا
0.5	111522	42	46996	58	64526	تعليم عالي خاص
100	2275798	48	10931065	52	11826733	الاجمالي

جدول 33: (5-7) معدلات القيد للطلاب الذكور والإناث في مختلف مراحل التعليم وفقاً للعدد السكاني

معدل القيد	ذكور	إناث	المجموع
ابتدائي	93	116	113
إعدادي	87	94	91
ثانوي	74	72	73
جامعي	34	29	32

المصدر: المسح السكاني والصحي في مصر 2014

وتشير معدلات الالتحاق في مختلف مراحل التعليم وفقاً للمسح السكاني الصحي في مصر 2014 المشار إليه في الجدول (5-7) إلى الفجوة بين الجنسين في مختلف مستويات التعليم حيث تبلغ معدلات التحاق البنات 116% في التعليم الابتدائي، في مقابل 93% للأولاد مما يشير إلى وجود فجوة كبيرة بين الجنسين تبلغ 23 نقطة لصالح الفتيات. ولا تزال الفجوة بين الجنسين تميل لمصلحة الفتيات فيما يخص التعليم الإعدادي بنسبة 7%. وتنعكس في المستويات العليا من التعليم لصالح الأولاد، وهي تمثل 2% في المدارس الثانوية و 5% أثناء المرحلة الجامعية الجامعة. ويظهر هذا الوضع تقدماً ملحوظاً في فرص تعليم الإناث أثناء المراحل الأولى من التعليم، وإن كان للذكور فرصة أفضل لإكمال الدراسة الثانوية والالتحاق بالجامعة.

مقارنة التغيرات في معدلات الالتحاق بالتعليم الابتدائي عبر ثلاث نقاط زمنية (السنوات الدراسية: 2004/2003، و2008/2007، و2013/2012) كما هو مبين في الجدول (5-8) يسلط الضوء على التحسن النسبي في معدلات التحاق الإناث بالتعليم الابتدائي من 87% في 2004/2003 إلى 97.2% في 2013/2012، على الرغم من الانخفاض الذي شهده في 2008/2007.

وتشير بيانات التحاق الإناث في المرحلة الإعدادية إلى الانخفاض من 99% في 2004/2003 إلى 93% في 2008/2007، ثم الإرتفاع إلى 95% في الفترة 2013/2012 مع تحسن ملحوظ في معدلات التحاق الإناث مقارنة بمعدلات التحاق الذكور خاصة في العام الدراسي 2013/2012.

ويظهر الاتجاه العام تناقص الفجوة التعليم الأساسية كنتيجة الملموسة لجهود الحكومة في منح الإناث فرص أفضل للالتحاق بالتعليم الابتدائي من ناحية والتغيير الإيجابي في نظرة المجتمع للتعليم الابتدائي للإناث من ناحية أخرى. فتزى غالبية الأسر المصرية الآن التعليم الابتدائي مكون أساساً لعملية تربية الفتاة وضرورة لتحسين خيارات الإناث في الحياة حتى إذا تزوجت في سن مبكر كما هو الحال في المناطق الفقيرة الريفية.

جدول 34: (5-8) التطورات في معدلات الالتحاق بالدراسة في مختلف مراحل التعليم حسب النوع الإجتماعي

معدلات الالتحاق الكلية %						المرحلة التعليمية
2013/2012		2008/2007		2004/2003		
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
26.6	26.5	21	22	16	17	ما قبل الابتدائي
97.2	96.6	105	110	87	94	التعليم الابتدائي
95	91.1	93	94	99	106	التعليم الإعدادي
66.3	66.8	82	80	81	86	التعليم الثانوي

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء 2014

الإناث في التعليم الثانوي: تراجع العدالة بين الجنسين

يمكن ملاحظة تراجع في فرص حصول الإناث على التعليم منذ بدء مرحلة التعليم الإعدادي، مع ارتفاع فرص المساواة بين الذكور والإناث في الحصول على التعليم الثانوي. ووفقاً للبيانات الواردة في الجدول (5-8) يمكن ملاحظة انخفاض حاد في معدلات التحاق الإناث من 81% في 2004/2003 إلى 66.3% في 2013/2012، ومع ذلك، يتضح أن الفجوة بين الجنسين تتناقص باستمرار من 5% في 2004/2003 إلى 0.5% في 2013/2012، مما يعني أن الانخفاض في فرص الإناث يسير جنباً إلى جنب مع فرص المزيد من المساواة بين الجنسين في الحصول على التعليم الثانوي، وهكذا، فإن مؤشر الفجوة بين الجنسين في التعليم الثانوي ينخفض إلى درجة 1.0.

انخفاض مستويات التعليم الجامعي للإناث

بلغت معدلات التحاق الإناث في التعليم العالي 31% مقارنة بنسبة 35% للذكور، ومع هذا التفاوت، هبط مؤشر الفجوة بين الجنسين بالنسبة إلى التعليم العالي إلى 0.89 مما وضع مصر في الترتيب 108 بين 141 دولة حول العالم. وعلى الرغم من أن الحصول على التعليم العالي ليس على نفس القدر من الأهمية من الناحية الاجتماعية كالتعليم قبل الجامعي - طبقاً لبرامج الرعاية الاجتماعية في العديد من البلدان - ما زالت مصر تمثل معدلات سيئة للغاية في العالم العربي ومنطقة الشرق الأوسط، حيث تحتل العديد من البلدان مقدمة هذا المؤشر منها قطر والكويت والبحرين وتونس والجزائر وعمان وإسرائيل.

وأشارت دراسة عن تكافؤ الفرص في مرحلة التعليم الجامعي إلى أن لنقص التمويل أهم عامل على إمكانية الالتحاق بالتعليم العالي، حيث تتواجد غالبية الجامعات الثلاث والعشرين الحكومية في إقليم القاهرة والدلتا وتقل سعتها عن الطلب المحلي للتعليم العالي، فمعظم الطلاب لا يستطيعون تحمل نفقات الجامعات الخاصة. أما في الوجه القبلي ترفض العائلات السماح لبناتهن السفر لمسافات طويلة أو العيش في مدن أخرى لطلب العلم، لذلك تواجه الطالبات صعوبة في ترك منازلهن لاستكمال تعليمهن العالي في محافظات بعيدة، بالإضافة إلى أن تكلفة الفرصة البديلة لتخصص معين في التعليم العالي (الالتحاق بالجامعات الخاصة) يعد عائقاً أمام الأسر منخفضة الدخل، لذلك فإن معظم العائلات تختار إرسال بناتهن إلى الكليات الفنية أو المعاهد المتوسطة التي في حدود ميزانيتهم.

عندما يتعلق الأمر بالتفاوت بين الجنسين في الالتحاق بالتعليم على حسب التخصص، تكشف البيانات من تقرير الفجوة بين الجنسين 2015 تفاوت كبير بين التحاق الذكور والإناث ببرامج العلوم والتكنولوجيا والهندسة والرياضيات، حيث وصل نسبة إلتحاق الإناث والذكور نسب 32% و68% على التوالي بفجوة مقدارها 36% لصالح الذكور.

جدول 35: (5-9) الالتحاق ببرامج العلوم والتكنولوجيا والهندسة والرياضيات والبرامج الأخرى على حسب النوع 2014/2013

المجموع	إناث	ذكور	التخصص
100	51	49	البرامج الأخرى
100	84	52	برامج العلوم والتكنولوجيا والهندسة والرياضيات

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء 2015

تظهر البيانات خلل واضح في توزيع الطلاب طبقاً للتخصصات في الجامعة، حيث يدرس ما يقرب من 78% من طلاب الجامعة العلوم الإنسانية، بينما يدرس 22% من الطلاب العلوم، فنجد حوالي 51% من الطلاب الذين يدرسون العلوم الإنسانية هم من الإناث، بينما بلغت نسبة الطلاب الذين يدرسون العلوم 48%، وما زال هناك فجوة بين الجنسين حتى في بعض أفرع العلوم الإنسانية، حيث يرفض الطالبات الالتحاق بكليات عديدة التي تعد أكثر شيوعاً بين الذكور، لذلك فإن الطالبات يمثلن 27% في كليات التربية البدنية و39% في الحقوق و39% في التجارة، كما نجد كلية الآداب شائعة بشكل ملحوظ بين الطالبات الإناث (86.6%). أما في الكليات العلمية فمعظم الطلاب من الذكور، باستثناء كلية الفنون الجميلة وكلية التمريض والتي تبلغ نسبة الطالبات بها 76% و75% على التوالي، وتشير البيانات إلى الفجوة المتسعة بين الجنسين في مجالات العلوم والتكنولوجيا والهندسة والرياضيات، حيث لا تتجاوز نسبة الطالبات 32% فقط تاركين 68% للطلاب الذكور.

وأشارت الأرقام الرسمية للطلاب الخريجين في 2013 الواردة في جدول (5-10) إلى الإنخفاض النسبي بين الإناث في الدراسات العليا حيث وصلت النسبة إلى 48% و 52% بين للذكور. تزيد النسبة الذكور الحاصلين على درجة الماجستير والدكتوراة عن النساء بنسبة 1% فقط، ولكن تشير الأرقام الخاصة بسنة 2015 الواردة في جدول (5-10) إلى يتفوق الإناث بنسبة 55% مقابل 45% بين الذكور في حالة درجة الدكتوراة، مما يعكس قدرة المرأة على التفوق في حالة توفر لها فرص الرجل وبالرغم مما تعانيه من تمييز ضدها.

جدول 36: (5-10) حاملي درجات الدراسات العليا على حسب النوع 2013

الدرجة	ذكور	إناث	المجموع
درجة الدبلوما	52	48	100
درجة الماجستير	53	47	100
درجة الدكتوراة	53	47	100

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء 2015

3-5 الفجوة بين الجنسين في سوق العمل

وتشير بيانات الفجوة بين الجنسين في سوق العمل لعام 2015، على مدى السنوات العشر الماضية، إلى تحسن في خمس سنوات وتدهور في السنوات الخمس الأخرى وكما نلاحظ من الجدول (5-11)، فإن الفجوة بين الجنسين في المشاركة الاقتصادية وفرص الحياة - فالعمل عاملاً هاماً في فرص الحياة- سجلت 0.416 في عام 2006، مما وضع مصر في المرتبة 108 بين دول العالم، وفي السنوات الثلاث التالية ضاقت الفجوة تدريجياً، لتصل إلى 0.450 وبعد ذلك، وباستثناء عامي 2011 و2014 اتسعت الفجوة بين الجنسين تدريجياً بين عامي 2010 و2015 لتصل إلى 0.441 في عام 2015، مما وضع مصر في المرتبة 135 بين دول العالم، ويؤكد الاتجاه العام في السنوات العشر الماضية اتساع الفجوة الاقتصادية بين الجنسين بمقدار 0.025. وتركت الصعوبات الاقتصادية في السنوات القليلة الماضية أثراً ضاراً على الفجوة بين الجنسين في العمل كما يظهر في بعض المؤشرات الفرعية للفجوة بين الجنسين في العمل، كما سنرى في سياق التحليل التالي.

جدول 37: (5-11) مؤشر الفجوة العمالية بين الجنسين في مصر 2006-2015

السنة	عدد البلدان	الترتيب	الدرجة
2015	145	135	0.441
2014	142	131	0.461
2013	126	125	0.443
2012	135	124	0.454
2011	135	122	0.457
2010	134	121	0.453
2009	134	124	0.450
2008	130	120	0.437
2007	128	120	0.421
2006	115	108	0.416

المصدر: تقرير الفجوة العالمية بين الجنسين 2015 الإصدار العاشر المنتدى الاقتصادي العالمي 2015

5-3-1 المشاركة في قوة العمل

يوضح جدول (5-12) زيادة الفجوة بين الجنسين فيما يتعلق بالمشاركة في سوق العمل، مشيرًا إلى 26% للإناث و79% للذكور، وبعبارة أخرى تبلغ نسبة المشاركة في سوق العمل للرجال ثلاثة أضعاف النساء، حتى وصل مؤشر الفجوة بين الجنسين في هذا السياق في 2015 إلى 0.33، ليضع ذلك مصر في ترتيب منخفض (139 على مستوى العالم) في اواخر البلدان عربية أخرى والبلدان في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا منها إسرائيل وقطر والكويت والإمارات العربية المتحدة والبحرين وتركيا وموريتانيا وتونس والمغرب.

جدول 38: (5-12) المؤشرات الفرعية للفجوة بين الجنسين في سوق العمل في مصر 2015

المؤشر	الترتيب	الدرجة	الذكور	الإناث	الإناث إلى الذكور
المشاركة في قوة العمل	139	0.33	79	27	0.33
عمل في تخصصات الفنية وعالية المستوى	104	0.55	64	36	0.55
الوظائف التشريعية والإدارية	121	0.08	93	7	0.08
نسبة العاملين في القطاع المحاسبي إلى الإجمالي	-	-	18	9	-
نسبة العاملين في القطاع غير الرسمي	-	-	93	7	-
معدلات البطالة	-	-	9.9	24.2	-
المساواة في الأجور للوظائف المشابهة	24	0.75	-	-	0.75
الدخل المقدر بالدولار طبقاً لنظرية تكافؤ القوة الشرائية	133	0.30	17353	5218	0.30
إجمالي الفجوة بين الجنسين في الاقتصاد والفرص	135	0.441	-	-	-

المصدر: تقرير الفجوة العالمية بين الجنسين 2015 الإصدار العاشر المنتدى الاقتصادي العالمي 2015

نظراً لأن نسبة الرجال في سوق العمل ثلاثة أضعاف النساء، فقد تفتت البطالة بين النساء بالتحديد، وبلغ إجمالي معدل البطالة للنساء في القوى العاملة أكثر من ضعفه الرجال، وتُظهر البيانات الرسمية للمشاركة في القوى العاملة في جدول (5-13) انخفاض مشاركة المرأة من جميع الفئات العمرية بين 1995-2013 والتي ترتفع بين مجموعة الشباب، ولكن شهدت النساء الأكبر سناً من 30 - 60 سنة زيادة طفيفة في نسب المشاركة في سوق العمل، ويعكس ذلك تأخر دخول المرأة إلى سوق العمل وتناقص دورها الاقتصادي في المجتمع، وكان أعلى نسب للمشاركة المرأة فوق الثلث قليلاً بين الفئة العمرية (20-24) في 1995 وكذلك بنسبة 32% بين الفئة العمرية (25-29) في 2013.

ويظهر المسح السكاني والصحي في مصر لعام 2014 أن نسبة 16% فقط من النساء يعملن، وأعلى نسبة عمل لهن كانت 23% بين الفئة العمرية (45-49). وبلغت نسبة البطالة بين النساء 84%، حيث ظهر أعلى معدل بطالة بين النساء الشابات والمتزوجات والنساء من الأماكن الريفية والأقل دخلاً؛ حيث بلغت نسبة البطالة 87% بين النساء في الفئة العمرية (25-29)، و85% بين النساء المتزوجات، وعلى الرغم من ارتفاع نسبة البطالة بين النساء بشك عام، إلا أنها وصلت لـ 86% بين فئات الدخل المنخفض مقارنة بـ 77% بين فئات الدخل المرتفع.

وتبين الأرقام المستمدة من بحث الشباب لعام 2009 أن مشاركة المرأة في القوى العاملة تتأثر بمستوى التعليم والحالة الزوجية، حيث حوالي 82% من النساء اللواتي لم يلتحقن بالمدارس لا يعملن، مقابل 13.6% فقط بين الرجال، وبعبارة أخرى، هناك ما يقرب من 5.6 مليون امرأة لا يدرسن ولا يعملن. فكلما ارتفع مستوى تعليم المرأة كلما زادت فرص حصولهن على وظيفة، كما نلاحظ أن أقل من 10% من النساء الحاصلات على تعليم ثانوي يعملن بوظائف، ولكن بين الحاصلات على شهادات فنية تتفوق النسبة إلى 18%، وحوالي 32% بين النساء الحاصلن على تعليم فني متوسط و47% بين النساء الحاصلات على شهادات جامعية يعملن بوظائف.

ويتعارض الزواج تعارضًا واضحًا مع المشاركة الاقتصادية للمرأة، حيث تبلغ نسبة النساء المتزوجات في القوى العاملة 11% بين النساء اللاتي سبق لهن الزواج من قبل، مقابل 25% بين النساء اللاتي لم يتزوجن أبداً. وحوالي 66% من النساء الغير العاملات ربات بيوت، وعلاوة على ذلك ذكر 87% من النساء، اللواتي حصلن على شهادات جامعية ولم يعملن، أن الأسرة هي السبب في عدم عملهن، و يدل هذا على وجود تعارض بين العمل والأسرة، حتى أن النساء اللواتي يلتحقن بالتعليم الجامعي يميلن إلى التضحية بالعمل في سبيل المسؤوليات العائلية.

وفي المهن والوظائف الرئيسية، تبين الأرقام أن مشاركة المرأة في الوظائف رفيعة المستوى والوظائف الفنية تمثل 36% مقابل 64% بالنسبة للرجال. وبعبارة أخرى، يتمتع الرجال بضعف حظوظ النساء في الحصول على وظيفة جيدة. بلغت الفجوة بين الجنسين في الوظائف القوية والفنية 0.55 في عام 2015، مما يضع مصر في مرتبة منخفضة نسبياً (104 من بين دول العالم) متخلفة عن إسرائيل ولبنان وتونس وتركيا، ومع ذلك، تصدرت مصر كل من المغرب والكويت والبحرين والمملكة العربية السعودية وقطر في هذا الصدد.

جدول 39: (5-13) معدلات المشاركة في قوة العمل على حسب الفئة العمرية (15-64) والنوع 1995 - 2013

السن	نسب المشاركة في قوة العمل %			
	2013		1995	
	إناث	ذكور	إناث	ذكور
15 -	8	26	11	30
20 -	32	74	35	56
25 -	32	96	23	94
30 -	30	99	27	99
40 -	28	97	21	99
50 -	24	91	16	98
64-60	6	46	5	48
الإجمالي	23	78	22	74

وتشير الأرقام أيضاً إلى وجود فجوة كبيرة بين الجنسين في توزيع الوظائف وفقاً لملكية الأعمال التجارية والتخصص والقطاع الاقتصادي. وتتنخفض نسبة النساء اللواتي يديرن أعمالهن التجارية للغاية (1.6%) بالمقارنة بالرجال (13.7%). وإلى جانب ذلك فإن توزيع فرص العمل غير متساو بين مختلف الوظائف، حيث تبين الأرقام أن 9% فقط من النساء يعملن كمحاسبات مقابل 18% بين الرجال، مما يشير إلى محدودية فرص المرأة في العمل بوظائف جيدة مقارنة بتلك التي لا تحتاج إلى مهارات وقدرات خاصة. على الرغم من أن نوعية الوظائف التي تشغلها النساء منخفضة نسبياً، ي يقل نسبة النساء في القطاع الغير رسمي الذي تتخفف فيه عادة جودة فرص العمل والظروف المحيطة بتلك الأعمال. وتشير الأرقام إلى شغل الرجال معظم الوظائف في القطاع غير الرسمي بنسبة (93%)، ولا يتبق سوى عدد قليل (7%) للنساء. وقد يكون السبب تفضل النساء الوظائف المستقرة في القطاع الرسمي لأسباب تتعلق بالأمن الاقتصادي والاجتماعي، وهناك نسبة عالية من النساء اللاتي سبق لهن الزواج يعملن بوظائف في القطاع العام لأسباب ذات صلة بإمكانيات كمعيد عمل أفضل وضمان إجازة الأمومة ورعاية وغير ذلك من المزايا. كما يمكن أن يكون للعمل بالقطاع الخاص مساوئ أخرى منها أشكال التمييز ترفضها النساء المتزوجات.

2-3-5 تفاوت الأجور بين الجنسين

تشير البيانات المتاحة حول الفجوة بين الجنسين في الأجور إلى أن نسبة المرأة العاملات بمقابل بأجر نقدي تبلغ 39% بالمقارنة بنسبة 57% للرجال. فأكثر من ربع النساء يؤديون وظائف للعائلة بدون أجر مقارنة بنسبة 5% من الرجال، وأن نسبة النساء اللاتي يعملن لدى عائلتهن بدون أجر مرتفعة خاصة في المناطق الريفية (40%) بينما تبلغ النسبة 7% فقط بين الرجال، كما أن نسبة النساء اللاتي يمتلكن مشروعاتهن تقل عن الرجال مما يؤكد أن النساء بوجه عام لديهم فرص أقل من الرجال في الحصول على موارد اقتصادية مما يعوق إدارة أعمالهن الخاصة.

عندما نتناول توزيع الدخل على حسب النوع، نجد أن إجمالي الدخل لكل النساء يبلغ حوالي ثلث كل الرجال في مصر، حيث تكسب النساء 30% مما يكسبه الرجال، مما وضع مصر في الترتيب 133 بين دول العالم. أما بين الرجال والنساء اللاتي يؤديون نفس العمل نلاحظ أن التمييز أقل في الأجور في مصر، وطبقاً لدراسة العديد من

البلدان منها مصر كانت الفجوة بين الجنسين في الأجور ضئيلة، وحصلت مصر على درجة 5.22 في ذلك المؤشر مع تأخر النساء عن الرجال بمقدار 0.75 مما وضع مصر في ترتيب جيد نسبياً (24) على مستوى العالم، أمام بلدان الشرق الأوسط التي تعمل جاهداً على تخفيض المؤشرات الأخرى بين الجنسين ومنها الكويت وتونس وتركيا ولبنان وإسرائيل والجزائر والسعودية، ومن الجدير بالذكر أن ذلك يعتبر أحد جوانب نجاح كفاح المرأة في تساوى الأجور في سوق العمل المصرى.

ووفقاً لدراسة أجراها البنك الدولي، تقل أجور النساء بوجه عام عن أجور الرجال وخاصة في القطاع الخاص، فلا يعزى التمييز في الأجر القائم على النوع الإجتماعى بصور أساسية إلى الفرق في التعليم أو معدل التغيب عن العمل أو أداء المرأة ولكن إلى عدد ساعات العمل، فتقع المرأة المصرية تحت العديد من الضغوط الحياتية التي تؤثر على حياتها العملية، وتتمثل أحد تلك الضغوط في ضعف التزام المرأة بالعمل ولا تستطيع أداء المهام الصعبة ومعرضة للغياب ما يجعل معظم الشركات توظف الرجال بدلاً من النساء.

3-3-5 الحماية الاجتماعية وذهاب المرأة للعمل

وتشير البيانات المتاحة إلى أن النساء العاملات في القطاع الخاص يحصلن على إمتيازات الأمن الوظيفي والحماية الاجتماعية أقل، سواء في نص عقد العمل أو من خلال الخدمات المقدمة كالتأمين الصحي والاجتماعي. وتقيد إحدى الدراسات أن هناك فجوة بين الجنسين تتيح للرجال الحصول على شروط أفضل بنسبة 10% من النساء في عقود العمل والتأمين الصحي. كما تميل الفجوة بين الجنسين في التأمين الاجتماعي لصالح الرجال بنسبة 3.5% تقريباً. وعلى النقيض ذلك، يتيح القطاع العام والحكومة فرصة أفضل للحماية الاجتماعية للنساء، وفي بعض الحالات تحصل النساء على تأمين اجتماعي وصحي أفضل من الرجال، تصل والفجوة بين الجنسين في الحماية الاجتماعية بالنسبة للعاملين في القطاع الحكومى والقطاع العام إلى أقل من 3%.

ومن الجدير بالذكر أن برامج الحماية الاجتماعية في العمل لم تعد مطلباً رئيسياً بالنسبة إلى قطاع عريض من الرجال والنساء العاملين في القطاع الخاص، وتشير دراسة أجريت عن الحماية الاجتماعية إلى رفض العمال ذوى الدخل المنخفض الاشتراك في برامج الحماية الاجتماعية إذا طلب منهم دفع اشتراكات مقابل الحصول على هذه الخدمة قائلين إن أجورهم منخفضة جداً بحيث لا تتحمل تكاليف مثل هذه البرامج ويعتبرونها عبئاً مادياً عليهم. ونجد أن كثير من النساء العاملات في القطاع الخاص غير مؤمن عليهن بأى شكل من الأشكال، وتشير الدراسة نفسها أيضاً إلى أن العاملات من الشابات في القطاعين الخاص والعام لا يفهمن خطط التأمين ومزاياها، والكثير منهن لا يعرفن حتى إذا كن ملتزمات بهذه الخطط أم لا، فالنساء الأصغر سناً يفتقرن إلى الرغبة في الانضمام إلى خطط التأمين الاجتماعي، وليس لديهن اهتمام كبير بالتأمينات الاجتماعية، ولا ينظرن إليها على أنها أحد مميزات العمل، ولا ليس من الشروط الضرورية لقبولهن للعمل. وحتى النساء اللاتي يعترفن بأهمية هذه يشكون في مدى إلتزام أصحاب الأعمال بشروط التأمين الاجتماعي. وتستنتج نفس الدراسة إلى أن السبب الرئيسي لعدم اهتمام الشابات بالتأمين يرجع إلى التقاليد الاجتماعية التي تعتبر المرأة مُعالة على أفراد أسرهم من الذكور، مثل الآباء والأزواج، وأن الرجل مسؤولين عن رعاية المرأة ويدعمها. وعلى الرغم من أن فرص التدريب نادرة بالنسبة لمعظم العاملين في مصر، رجالاً ونساء على السواء، فإن حصول المرأة على هذه الفرص، سواء في القطاع العام أو الخاص، ضئيل جداً. ووفقاً للبيانات المتاحة، فإن نصف الشركات التي توظف نساء لا توفر التدريب لهن، ومن المثير للاهتمام أن البيانات المتوفرة تشير أيضاً إلى أن إحتتمالية ان تغير النساء وظائفهن أقل بـ 50% بالنسبة للرجال، وبعبارة أخرى، فإن النساء أكثر التزاماً بالوظائف التي لديهن بالفعل وأكثر تردداً من الرجال في ترك العمل.

4-5 تمكين المرأة

يمكن تقييم الوضع الحالى لتمكين المرأة من خلال مؤشرات مختلفة منها: الفرق في الدخل بين الزوجين، وملكية الزوجة للأصول الثابتة، والقرارات المتعلقة بنفقات الزوج ودخل الزوجة، ومشاركة الزوجة في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة بالأسرة، ويبين الجدول (5-14) الذي تم تجميعه من بيانات المسح السكاني الصحي لعام 2014 أن 15% فقط من جميع النساء المتزوجات يعملن مقابل أجر، وتزيد هذه النسبة بين النساء اللواتي تبلغ أعمارهن 35 سنة فأعلى حيث أفادت واحدة من كل خمس نساء في هذه الفئة العمرية إنها تعمل من أجل الحصول على أجر. وبصورة عامة، فالنساء تعملن مقابل أجر، حيث أكثر من 8 بين كل 10 سيدات تعملن مقابل أجر، أما النساء

اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 و 24 سنة فهن أقل إجمالاً للحصول على أجر مقابل عملهن، كما أن 5 % فقط من النساء اللواتي سبق لهن الزواج وتتراوح أعمارهن بين 15 - 29 عامًا يملكن منزلاً، وحوالي 2 % فقط يملكن أرضاً.

جدول 40: (5-14) مقارنة بين دخل الزوج والزوجة وملكية الزوجة للاصول

ملكية الأصول %		مقارنة بين دخل الزوج والزوجة %			نساء يعملن بأجر
لا تمتلك أرض	لا تمتلك منزل	نفس الدخل	أقل دخل	أعلى دخل	
98.2	95.2	23	62	9.1	15.4

المصدر: المسح السكاني والصحي لمصر 2014

ويبين الجدول (5-15) أن معظم النساء المتزوجات اللواتي يحصلن على دخل يتخذن قرارات تتعلق بطريقة الإنفاق، ويتخذ حوالي 29% من هؤلاء النساء قرارات مالية بمفردها، في حين يتخذ 63% منهن يتخذن القرارات بالتعاون مع أزواجهن، وكلما زاد مساهمت النساء في دخل الأسرة مثل الرجل كلما زاد احتمال اتخاذهن قرارات بشأن المسائل المالية، وتشير البيانات المتاحة أيضاً إلى أن ثلاثة أرباع النساء يشاركن في اتخاذ القرارات المتعلقة بدخل أزواجهن، في حين أن 6 % يقررن بمفردهن كيفية إنفاق دخل الزوج، وأفادت حوالي 23% من النساء إن أزواجهن لا يتشاورن معهن بشأن كيفية إنفاق الدخل، وبوجه عام، كلما اقتربت دخول كلا الزوجين، زادت فرص المرأة في اتخاذ قرار بشأن طريقة إنفاق دخل الزوج

جدول 41: (5-15) مقارنة بين دور الزوجين في القرارات المالية وطريقة تأثرها بدخلهم النسبي

دخول الزوج مقارنة بدخل الزوج		من يقرر إنفاق دخل الزوج %			من يقرر إنفاق دخل الزوج %		
دخول أعلى	دخول أقل	نفس الدخل	الإجمالي	الزوجة	الزوجين	الزوج	
32.4	60.3	6.4	15.1	13.3	70.2	15.1	
34	58.3	7.1	14	6.3	80	14	
16.1	80.4	3.4	6.4	3	90.4	6.4	
29.4	63	6	23	7	69	23	

المصدر: المسح السكاني والصحي لمصر 2014

يوضح نتائج المسح السكاني الصحي بأن يشارك معظم النساء المتزوجات في اتخاذ العديد من القرارات المتعلقة بحياتهن الشخصية، حيث يتخذ أكثر من 80% من المتزوجات القرارات المتعلقة برعايتهن الصحية، كذلك أفاد حوالي 15% من النساء أنهم يتخذن مثل هذه القرارات بمفردهن بينما أفاد 64% أنهم يتخذن القرارات بالتشاور مع أزواجهن، وتظهر الأرقام أيضاً أن ثلاثة أرباع النساء يتخذن قرارات بزيارة الأصدقاء أو الأسرة سواء بمفردهن (11%) أو بالتشاور مع أزواجهن (64%)، وتنخفض مشاركة النساء عندما يتعلق الأمر بالمشتريات الأسرية الأساسية، وفيما يتعلق بمثل هذه القرارات صرح ما يقرب من ثلثي النساء إنهن يتخذن مثل هذه القرارات إما بمفردهن (6%) أو بالتشاور مع أزواجهن (51%). وبالنسبة لمستوى مشاركة الزوجة في اتخاذ القرارات (فيما يتعلق بالرعاية الصحية والمشتريات والزيارات)، فقد شاركت 59% من النساء في اتخاذ القرارات المتعلقة بالفئات الثلاثة من القرارات، و19% في فئتين منهم، و 12% في فئة واحدة فقط، لم يشاركن حوالي 10% من النساء في أي من هذه القرارات، مما يشير إلى وجود قدر كبير من تمكين المرأة في الحياة الأسرية على نحو يزيد عن تمكين المرأة في الحياة العامة.

هناك القليل من البحوث بشأن أثر البرامج والمشاريع الإنمائية على تحسين ظروف المرأة وتمكينها، ولكن البيانات المتاحة عن مشاريع التنمية تشير إلى وجود فجوة بين الجنسين في الحصول على القروض الصغيرة والتمويل للمشاريع الصغيرة، وعلى الرغم من أن حجم الائتمان الذي طلبه الرجال والنساء على حد سواء لمشاريع التنمية قد زاد على مدى السنوات القليلة الماضية، فقد ازدادت الفجوة بين الجنسين بمرور الوقت. وتعكس الأرقام الصادرة عن وزارة الشؤون الاجتماعية أن حصة المرأة في القروض الصغيرة انخفضت من 46% في عام 2009 إلى 38% في عام 2014 في حين ارتفع نصيب الرجل من نفس القروض من 54% إلى 62%. وتظهر أرقام الصندوق الاجتماعي للتنمية انخفاض حصة النساء في تمويل المشاريع الصغيرة من 24% في عام 2009 إلى 18% في عام 2014، في حين ارتفعت حصة الرجال من 76% إلى 82% خلال نفس الفترة، كما يتضح أن الفجوة بين الجنسين في تمويل المشاريع الصغيرة كبيرة جداً، حيث حصل الرجال أكثر من ثلاثة أضعاف مبلغ التمويل الذي حصلت عليه النساء في عام 2009، وأكثر من أربعة أضعاف هذا المبلغ في عام 2014. وكانت الفجوة بين الجنسين في

القروض الصغيرة ضيقة نسبياً (8%) في 2009، ولكن تلك الفجوة قد اتسعت في عام 2014 حيث حصل الرجال على أكثر من 50٪ من هذه القروض مقارنة بالنساء في ذلك العام.

وكان لبعض المشاريع الإنمائية للمرأة أثر إيجابي على حياة النساء المستهدفات في المناطق الريفية الفقيرة والمحافظة في الوجه القبلي لمصر. ومن الجدير بالذكر هنا مشروعان حققا نجاحاً خاصاً في مجال تمكين المرأة، ولا سيما الشبابات على المستوى الاجتماعي والاقتصادي، الأول يسمى "نقدر نشارك"، والأخر يسمى "إشراق" تحت رعاية مجلس السكان بمساعدة الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية ومجموعات عديدة من المجتمع المدني.

وتمثل الهدف الرئيسي لمشروع "نقدر نشارك" في تمكين المرأة من الناحية الاجتماعية والاقتصادية من خلال توفير مهارات العمل للمرأة ومساعدتها على إيجاد وظائف أو بدء مشروعاتهن الخاصة، كذلك وتوفير المهارات المعيشية الخاصة التي تساعدن على فهم حقوقهن ومسئولياتهن كمواطنات، واستهدف المشروع أيضاً تحسين القبول الاجتماعي لعمل المرأة وانخراطها في الحياة العامة والأنشطة الاجتماعية في المناطق الفقيرة في ريف الوجه القبلي، واستمر البرنامج الذي استهدف 4500 شابة من سن 16-29 سنة في 30 قرية في محافظات الفيوم وقنا وسوهاج لمدة ثلاثة سنوات من سبتمبر 2011 حتى ديسمبر 2014.

ومن النجاحات الجديرة بالملاحظة لمشروع "نقدر نشارك" أن ما يقرب من ربع النساء المستهدفات كن قادرات على بدء مشروعاتهن الخاصة في الحرف اليدوية والحياكة وتربية الدواجن وتصفيف الشعر والأكشاك التجارية وخدمات الطعام وصيانة الهواتف المحمول والكمبيوتر والملابس ودور الحضانة. حصل ما يقرب من 14% من النساء المشاركات في البرنامج على وظائف في المدارس والبرامج الأديبية والمستشفيات ودور الحضانة والصيديات ومجموعات التنمية المجتمعية ومكاتب المحاماة والمصانع، بالإضافة إلى ذلك تم تعبئة الآباء والأزواج والأخوان في القرى المستهدفة لدعم المرأة في الالتحاق بسوق العمل.

يهدف برنامج "إشراق" إلى التمكين الاجتماعي والثقافي للفتيات من عمر 12-15 سنة في المناطق الريفية في العديد من محافظات الوجه القبلي، حيث يتعرض العديد من النساء في هذه المناطق السكانية وخاصة في المناطق الريفية في الوجهة القبلي لخطر التسرب من التعليم سواء لعدم الالتحاق منذ البداية أو التوقف عن الدراسة والتسرب من التعليم لاحقاً، كما يتعرض العديد أيضاً للزواج المبكر وإنجاب الأطفال وضعف الصحة فضلاً عن استمرار حياة الفقر. قدم برنامج إشراق أنشطة تعليمية تقليدية مثل فصول محو الأمية وتدريب النساء على مهارات المعيشة التي تتعلق بالتغذية والرياضة والتدبير المالي، وقد قام المجلس القومي للسكان بتنفيذ البرنامج الذي كان مدرجاً لأكثر من 10 سنوات من 2001 حتى 2013 بالتعاون مع كاريناس مصر، ومركز أنشطة التنمية والسكان، ومؤسسة إنقاذ الطفل، والمنظمات غير الحكومية المحلية.

وتعد أحد الإنجازات الملحوظة لبرنامج إشراق وصوله إلى 3321 فتاة في 54 قرية في خمسة محافظات، وخلصت دراسة تجريبية لتقدير الأثر الاجتماعي لبرنامج إشراق إلى أن البرنامج ساعد الفتيات على تحسين معرفتهن وقدرتهن على القراءة والكتابة، حيث اجتاز ما يقرب من 88% من المشاركات على اختبار محول الأمية بنجاح والتحق حوالي 52% منهن بالمدارس، فقد رفع برنامج إشراق وعى المشاركين عن الصحة الإنجابية والزواج وختان الإناث وكذلك الأدوار التي يقوم بها الجنسين، ولاحظت الدراسة التغيير في رؤية المشاركين للزواج حيث فضل 85% من الفتيات تأخير الزواج، وتبنى العديد نظرة إيجابية لتحديد النسل بعد الزواج معربين عن الرغبة في خفض الإنجاب ورفض ختان الإناث في المستقبل.

ومن ناحية المهارات المعيشية، وجه برنامج إشراق الفتيات حول أسس تخطيط المشروعات، وأفضل العادات الصحية، وخلصت الدراسة إلى أن 82% من المشاركين أصبحوا أكثر ميلاً للجوء إلى المساعدة الطبية للمشاكل الصحية، مقارنة بنسبة 60% بين غير المشاركين، كما أتاح البرنامج للفتيات الفرصة لتعلم الرياضة البدنية والمشاركة في الأنشطة الرياضية والأنشطة التي كانت تقتصر قبل ذلك على الذكور، كما عزز البرنامج أيضاً قدرة الفتيات على التنقل وتنمية علاقاتهن الاجتماعية ودخول أماكن آمنة وتوسيع دائرة معارفهن الاجتماعية، وذكرت بعض المشاركات في "إشراق" أن المهارات التي اكتسبوها من البرنامج حسنت من وضعهن في الأسرة ومنتتهن دور في اتخاذ القرار.

وعلى الرغم من أهمية هذه المشاريع لأغراض تمكين المرأة، فمن المؤسف تشنت تلك الجهود بين مختلف الوكالات والمجموعات المنفصلة، وعلاوة على ذلك، لا تبذل الحكومة جهوداً كافية لتزويد المجتمع المدني بفرصة أكبر للمشاركة بقوة في هذه المساعي وتوسيع نطاق المستفيدين وتكرار النماذج الناجحة بين مختلف المجالات

والمجموعات النسائية، ولذلك، تفتقر هذه البرامج إلى القدرة على الإستمرار من خلال الجهود والقدرات المحلية بمجرد انتهاء الدعم الخارجي ونهاية التمويل.

5-5 العنف ضد المرأة

ويشكل العنف ضد المرأة جزءاً رئيسياً من انتهاك الحقوق الإنسانية للمرأة، التي تتمثل في عدم المساواة في الوضع والحقوق بين الرجل والمرأة في مصر، وتشمل البيانات التي تم جمعها في الدراسة الاستقصائية للصحة الإنجابية لعام 2014 عدة مؤشرات للعنف: التعرض المعتاد للفتيات لمشاهد العنف ضد المرأة خلال سنوات التكوين المعرفي، والخوف الذي تشعر به الزوجات من أزواجهن، والقيود التي يفرضها الأزواج على زوجاتهم، فضلاً عن أنواع أخرى من العنف البدني والجنسي والنفسي.

وفيما يتعلق بالتعرض المعتاد للمرأة للعنف، تشير البيانات إلى أن 18% من النساء أبلغن عن رؤية أبائهم يضربون أمهاتهم، و 9% من النساء أعربن عن خوفهن المستمر من أزواجهن، و 36% من النساء وافقن على ضرب الأزواج لزوجاتهم. ولوحظ أن معظم النساء ممن يوافقن على ضرب الزوجات هم من الشباب ويعيشن بالريف وينتمين للطبقات الفقيرة غير المتعلمة. وعلى العكس من ذلك، تميل المسنات إلى رفض ضرب الزوجات، مما يشير إلى وجود صلة بين قبول ضرب الزوجة وانخفاض جودة الحياة بين النساء. وقد تباين التبرير الذي تم الاستشهاد به لقبول ضرب الزوجة، حيث أشارت 7% من النساء إلى أن الإهمال في إعداد الطعام كان أحد الأسباب للضرب وذكر 13% منهن أن السبب هو "الرد على الزوج" أو مجادلة الأزواج، و 20% أشارن إلى رفض الجماع، و 24% ذكروا إهمال الأطفال، و 26% أشرن إلى مغادرة المنزل دون إذن.

وتشير البيانات المتاحة إلى أن الأنواع الأبرز من العنف ضد المرأة تتركز في خمسة أنواع: الختان، والحد من حرية المرأة، والعنف البدني والجنسي والنفسي، وسيتم تناول هذه الأنواع أدناه بالتفصيل.

5-5-1 ختان الإناث

وعلى الرغم من تجريم القوانين لمثل هذه الممارسة، فإن ختان الإناث لا يزال ممارسة شائعة في مصر، وتشير البيانات المتاحة إلى أن 92% من النساء اللواتي سبق لهن الزواج وتتراوح أعمارهن بين 15 - 49 سنة مختنات، وتنتشر هذه الظاهرة أكثر في أنتشاراً في المناطق الريفية وبين الفئات الأقل تعليماً والفقراء. ومن بين كل خمس نساء دون الـ 19 عاماً، تم ختان أحدهن. وتزداد النسبة الختان مع اقتراب الفتيات من سن البلوغ حيث يتم ختان واحدة من كل 10 فتيات تتراوح أعمارهن بين 8-9 سنوات، ويشيع الختان بين الفتيات والنساء الأكبر سناً، حيث يصل إلى 32% بين الذين تتراوح أعمارهم بين 11 - 12 سنة، ويرتفع إلى 68% بين الذين تتراوح أعمارهم بين 18-19 سنة، وتشير التقديرات إلى أن 56% من الإناث دون الـ 19 سنة سيختنن في المستقبل، أي أكثر من ضعف النسبة الحالية للفتيات المختنات. ومن المرجح أن يحدث ارتفاع متوقع في ختان الإناث في المستقبل في المناطق الريفية، وخاصة في الوجه القبلي. ومع ذلك، فمن المرجح أن تتخفف نسبة الفتيات المختنات في المستقبل بين الأمهات المتعلقات والأسر ذات الدخل المرتفع.

هناك العديد من المفاهيم الخاطئة بين العديد من النساء حول الختان، حيث أن 62% من النساء يعتبرن الختان واجب ديني، و 50% يعتقدن أن الرجال يوافقون على الختان ويميلون إلى الزواج من النساء المختنات، و 46.3% يعتقدون أن الختان حصانة ضد الزنا، وتشيع هذه الآراء بين النساء الأكبر سناً وسكان الريف والأقل تعليماً، ولا سيما اللواتي لا يعملن بأجر أو ممن يعانين من وضع اقتصادي منخفض. وانخفضت منذ التسعينيات نسبة النساء اللواتي يدعمن ممارسة الختان، كما انخفضت نسبة النساء اللواتي وافقن على هذه الممارسة من 82% في عام 1995 إلى 58% في عام 2014، وانخفضت نسبة النساء اللاتي يعتقدن أن الرجال يفضلون النساء المختنات من 61% في عام 1995 إلى 50% في عام 2014 مما يشير إلى أنه كلما ارتفعت جودة الحياة بالنسبة للأسرة المصرية يتغير مفهوم الختان من ممارسة مرتبطة بعفة النساء إلى اعتداء على كرامة المرأة.

5-5-2 تقييد حرية النساء

يضع الأزواج قيوداً اجتماعية على حرية زوجاتهم، بما في ذلك الغيرة والتعبير عن الغضب الشديد خاصتاً عندما تتحدث زوجاتهم إلى رجل آخر، وأفاد بذلك حوالي 73% من النساء معظمهن في سن مبكر ولديهم عدد صغير من

الأطفال، مما يعتبر علامة على حقيقة أن الغيرة يمكن أن تكون أكثر وضوحًا في السنوات الأولى من الزواج، غير أن الغيرة والغضب بين الزوجين كانت أكثر انتشاراً بين النساء الحاصلات على تعليم عال عن الحاصلات على تعليم منخفض، الأمر الذي يؤكد أن التعليم في حد ذاته ليس له أثر إيجابي على القيود المفروضة على حرية المرأة. وأفاد نحو 36% من النساء، معظمهن من الشباب ومنخفضى الدخل، بأن أزواجهن يصرون على معرفة تحركاتهن اليومية.

3-5-5 العنف البدني

إن العنف الجسدي الذي يرتكبه الرجل ضد المرأة أمر شائع. حيث يتعرض حوالي 25% من النساء المتزوجات إلى العنف البدني مرة واحدة على الأقل من قبل أزواجهن، وتشمل الحوادث الأكثر شيوعاً الصفع (22%)، والدفع بقوة (17%)، والتواء الذراع (12%). وتوجد أشكال أخرى من ممارسات العنف الشديد ضد المرأة ولكنها أقل تواتراً، وقد أرتكبت معظم حالات العنف البدني ضد النساء الأكبر سناً وأولئك الأقل تعليماً وذوي الدخل المنخفض. ولوحظ علاقة واضحة بين تعرض المرأة للعنف من قبل الأزواج وتاريخ ممارسة العنف داخل الأسرة، حيث تتضاعف احتمالات التعرض للعنف البدني من قبل الأزواج (53%) بين النساء اللواتي أشارن إلى تعرض أمهاتهن للضرب من قبل أبائهن مقارنةً بالنساء اللواتي لم تتعرض أمهاتهن للضرب من قبل (24%)

4-5-5 العنف الجنسى

العنف الجنسى ضد المرأة أقل شيوعاً من العنف البدنى، فحوالى 4% من النساء أفادوا بأن أزواجهن أجبرهن على الجماع أو القيام بذلك ضد رغبتهن. فليس هناك فرق واضح فى هذا الصدد بين مختلف المناطق السكانية على الرغم من أن النساء اللاتى سبق لهن الزواج يبدون أكثر احتمالاً لمواجهة العنف الجنسى عن النساء اللاتى يتزوجن للمرة الأولى، ويبدو أن الجنس فى بعض الأحيان يستخدم كوسيلة لتخفيف الرغبات الزوجية ولكنه يمكن أيضاً يؤدى إلى تفاقم النزاعات اليومية بين الزوجين وخاصة فى الزواج غير المتكافئ.

5-5-5 العنف النفسى

توضح البيانات المتاحة تعرض 19% من النساء لأحد أشكال العنف النفسى من قبل أزواجهن، فحوالى 13% من النساء أخبرن بحوادث حديثة الوقوع من العنف النفسى، ومعظم تلك النساء من الفقراء وذات مستوى تعليمى متدنئ، كما أبلغت معظم النساء المطلقات عن تعرضهن لأشكال مختلفة من العنف النفسى، ويشمل العنف النفسى بأشكاله المختلفة: الإهانة والحزن والخزى والعار ذلك بنسبة 16% بين النساء، وذكر حوالى 11% من النساء تعرضن إلى كلمات أو قسم من أزواجهن لإهانتهم، كما ذكر حوالى 5% أنهن تعرضن للإهانة أو الضرب أمام أقاربهن أو أصدقائهن بغرض الإهانة. الحياة اليومية للمصريين مليئة بأشكال العنف النفسى غير المباشر، والذى ليس من السهل أن تصفه امرأة، ويشمل ذلك أشكال التحرش الجنسى داخل العائلة وفى المدرسة والعمل والشارع والأماكن العامة، وليس هناك بيانات دقيقة أو حديثة عن نطاق هذه الظاهرة وأثرها الاجتماعى على تمكين المرأة، وأشارت دراسة حديثة إلى قلق المرأة من التحرش الجنسى وخوفها من إهمال المنزل والأطفال والتعديلات المصاحبة للتمييز الجنسى والتحيز الذكورى ضد المرأة فى العمولك ذلك ذكرته النساء كعوائق أمام عمل المرأة.

6-5 القيود الثقافية على تمكين المرأة

هناك اعتقاد منتشر على نطاق واسع فى مصر بأن المكان الأنسب للمرأة هو المنزل مع أسرتها وأولادها، بغض النظر عن أى ميزة تعليمية أو سياسية قد تحصل عليها. كما ينظر إلى الإنجازات التعليمية والعملية للمرأة غالباً على أنها إنجازات ستساعددها فى حياتها الأسرية وخاصة فى العناية بأطفالهن وتربية جيل جيد وتبنى القيم الاجتماعية السليمة، وغالباً ما يمدد الخطاب الدينى النساء فى إطار المسئوليات المنزلية فقط، فالرسالة التى تتردد فى الخطب هى أن البيت هو "المملكة" أو "التاج" أو "الملاذ الأمان" لكرامة وعفة وجمال المرأة.

ويتأثر طموح النساء فى التعليم والعمل بالقيود الاجتماعية ومكانة الأسرة فى حياتها ومستقبلها، وأشارت دراسة حول تطلعات المرأة المصرية بعد ثورة 25 يناير أجراها المركز المصرى لبحوث الرأى العام (بصيرة) إلى أنه على الرغم من النسبة الكبيرة من الأسر المصرية التى تشجع فتياتهم على الدراسة وتوفر لهم الشعور بالثقة فى قدرتهم على النجاح، فإن حوالى ثلاثة أرباع من المبحوثين ذكروا أن الزواج أكثر أهمية للشابات عن العمل، أو أن الحصول على الوظيفة ليس مهماً للمرأة، اثنتان من كل خمسة فتيات مصريات طبقاً لنفس الدراسة ليس لديهن أى رأى فى الأمور الخاصة بالأسرة داخل منزل الوالدين، وبعبارة أخرى، القليل من النساء تتاح لهن فرصة ممارسة اتخاذ القرارات أثناء تربيتهن، وعبرت العديد من النساء بإعجابهم بطريقة التى تتعامل بها أسرهم معهن وخاصة فيما يتعلق بالقيم الأخلاقية وإحترام الجميع والعطف والتدين، ويوضح ذلك أن الأسرة قد نجحت فى أن ينقلوا لبناتهم الكثير من القيم التى تشكل وجهة نظرهم للعالم.

وبوضع ذلك فى الاعتبار، فإن كثيراً ما تقتصر تطلعات المرأة على الحياة الأسرية وأن يكون لها بيت أكبر وشراء طعام جيد والحصول على خدمة صحية موثوقة، ويشير الدليل إلى أن التطلعات الشخصية للمرأة المصرية مقيدة بالعمل والحج والحصول على بيت مستقل والتمتع بالصحة الجيدة عند التقدم فى العمر والوصول إلى رعاية صحية كافية والحصول على معاش لائق فى آخر العمر.

يتعلق الجزء الأكبر من الفجوة بين الجنسين مع القيود الثقافية التى تحد من تطلعات المرأة فى الحياة الأسرية والعلاقات الزوجية بدلاً من الحياة العامة، وبذلك تكون المرأة أكثر انشغالاً بخدمة الأسرة ومشاكلهم بدلاً من أن يكون لها إهتمامتها الخاصة، ويركز الطموح الشخصى للعديد من النساء على هدفين رئيسيين الزواج والأطفال، مما يشير إلى أن تلك القيود تعيق قدرة النساء على تحقيق حتى أقل الأهداف، وتنتشر هذه المشكلة باستمرار وتتعدد كلما ازداد التحيز ضد المرأة، والميل لصالح الأولاد أكثر من البنات فى التعليم.

وعلى الرغم من أن المرأة تمثل نصف المجتمع، مشاركتها في قوة العمل أقل من الرجال وأقل أيضاً من النساء في معظم الدول المتقدمة. وذكرت دراسة أجريت حول تطلعات المرأة المصرية أن معظم النساء يبررن عدم سعيهن وراء المهنة بسبب دورهن في المنزل وأن العمل خارج المنزل مسئولية الرجل، كما يقتنعن أيضاً بأن العمل خارج المنزل لا يناسب المرأة أو أن أماكن العمل لا تقدم لها ظروف العمل الصحيحة.

وعلى الرغم من تلك القيود، فالمرأة الغير العاملة والمرأة العاملة لديهن طموح مهنية والتي في الغالب تضعف بالقيود التي تفرضها الاسر والقيود الاجتماعية والشعور بعدم الأمان وعدم التفضيل. ففي داخل الأسرة، يعترف معظم النساء بأن الدافع الرئيسي للنساء للعمل هو الحاجة إلى الدخل، وعلى الرغم من ذلك، فالنساء لا يتفقدن على أن مكان المرأة من الضروري أن يكون في المنزل مع أطفالهن ولكنهم ويعتبرون أن المنزل هو المسعى الأكثر قيمة وبالتالي تضحى بوظائفهن التي تدر راتب إذا تعارضت مع التزاماتهن تجاه أسرهن. إلى جانب أن شعور بعض النساء بعدم الأمان مما يفرض في الغالب قيود على حياتهم اليومية، فنسبة كبيرة من النساء لا يستطعن ترك أطفالهن في المنزل بمفردهم ولو حتى لمجرد وقت قصير، ولا يستطعن الأخريات البقاء في المنزل وحدهن ليلاً أو تجنب المهام اليومية أو زيارة الأقارب بسبب شعورهن بعدم الأمان.

وختاماً، فإن تطلعات المرأة في مصر بعد الثورة لا تتطابق مع الخطاب التقليدي الذي يشير إلى حقوق المرأة وتمكينها. كما أن هذه التطلعات لا يمكن تفريقه عن السعي للديمقراطية، وإجراء إصلاحات جادة لصالح المرأة والحاجة إلى مشاركتها النشطة في المجتمع. إن أى تغيير في وضع المرأة هو في نهاية المطاف يكون نتيجة لتحسين التعليم وآليات التكامل وتغيير النظام الأبوي للقيم المعادية لتحرير المرأة، وبعبارة أخرى، فإن التحول الديمقراطي الذي وعدت به ثورة 25 يناير من غير المحتمل أن يتحقق في غياب جهود حثيثة لتغيير وضع المرأة بشكل عميق، وتمكين المرأة وتحسين جودة حياتها.

الفصل السادس

القضايا الناشئة للشباب والمراهقين

1-6 مقدمة

شعب مصر شعب شباب ، فربع السكان بين سن 12 - 22 سنة وربع آخر بين سن 23-39 سنة، ويواجه الشباب والمراهقين قضايا مشابهة لتلك التي يواجهها جميع المواطنين المصريين بالإضافة إلى بعض القضايا الخاصة بالشباب التي تتعلق بمعيشتهم ودورهم في المجتمع، ويركز هذا الفصل بشكل أساسي على القضايا التي تتعلق بالشباب والمراهقين، ويناقش الجزء 2 العنف القائم على النوع الاجتماعي بين المراهقات ويركز الجزء 3 على حصول الشباب على خدمات الصحة الجنسية والتناسلية كما يتناول الجزء 4 المشاركة المدنية والمشاركة السياسية للشباب.

2-6 العنف القائم على النوع الاجتماعي بين المراهقات

يشمل مصطلح العنف القائم على النوع الاجتماعي أي ضرر يرتكب ضد إرادة الشخص ويكون نتيجة لعدم تكافؤ القوة على أساس أدوار نوع الجنس، وعالمياً، دائماً ما يكون للعنف القائم على أساس النوع الاجتماعي تأثير سلبي على النساء والفتيات، لذلك يستخدم المصطلح في الغالب بالتبادل مع العنف ضد المرأة، ويأخذ العنف القائم على النوع الاجتماعي عدة أشكال منها البدني والجنسي والنفسي.

العنف البدني يشمل العنف البدني الصفع والدفع واللكم والركل والسحل والتهديد بالسلاح واستخدامه، وتظهر أحدث البيانات أن أقل من خمس النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 18-64 عاماً قد تعرضن للعنف البدني (17%)؛ من واقع مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على النوع الاجتماعي (2015). وتبين الدراسة عن العنف الاقتصادي القائم على النوع الاجتماعي في مصر لعام 2015 أن 19.5% من الشباب - اللواتي تعرضن للعنف من قبل أفراد الأسرة أو الأشخاص ذوي العلاقة الوثيقة وداخل البيئة المحيطة- تتراوح أعمارهن بين 18-19 عاماً، و 19.7% داخل الفئة العمرية 20-24 عاماً و 18.9% داخل الفئة العمرية 25-29 سنة. وتظهر أحدث البيانات أيضاً أن هذه النسبة تجاوزت الثلث بين النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 - 49 سنة (35.5%)، المسح السكاني والصحي في مصر (2014) كما كشفت الدراسة أن 35.5% من الشباب المتزوجات اللواتي تعرضن للعنف البدني من قبل أي فرد تتراوح أعمارهن في الفئة العمرية من 15-19 عاماً، و 39.9% في الفئة العمرية من 20-24 عاماً، و 35.3% في الفئة العمرية من 25-29 عاماً.

جدول 42: (1-6) نسبة النساء المتزوجات في الفئة العمرية من 15-29 سنة التي تعرضن للعنف البدني

مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على الجنس 2015		المسح السكاني والصحي في مصر 2014		العمر
عدد النساء	% النساء المتزوجات واللاتي تعرضن للعنف منذ عمر 18 عاماً	عدد النساء	% نساء متزوجات وتعرضن للعنف البدني منذ عمر 15 عاماً	
		240	35.5	19-15
667	19.5			19-18
1641	19.7	980	39.9	24-20
2620	18.9	1422	35.3	29-25

المصدر: المسح السكاني والصحي في مصر 2014/ مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على الجنس 2015

التحرش الجنسي وقد تم الإبلاغ عنه من حوالي 43% من الشباب سن 13-29 سنة (الدراسات المسحية للشباب في مصر 2014) وكان التحرش الجنسي أكثر شيوعاً بين النساء في المناطق العشوائية بنسبة 65% وفي المناطق الحضرية بنسبة 50% وتتحفز انتشار ظاهرة التحرش الجنسي في المناطق الريفية حيث أبلغ 36% فقط عن تلك القضية.

من بين المشاركين في الدراسات المسحية للشباب في مصر الذين تعرضوا للتحرش الجنسي وبلغ حوالي الثلث فقط (35%) شخص ما بحادث تعرضهم للتحرش، والشابات أكثر احتمالاً من النساء الأكبر سناً في إخبار شخص ما

عن ما تعرضوا له بنسبة 44% من النساء من عمر 15-17 عامًا ، بينما وصلت النسبة 27% من النساء داخل الفئة العمرية من 25 – 29 سنة. ويخبرن نسبة أقل من النساء اللاتي يعشن في المناطق الريفية شخص ما عما حدث لهن مقارنة بمن يعشن في الحضر أو المناطق الحضرية غير الرسمية، ومن بين المشاركين في الدراسات المسحية للشباب في مصر ممن تعرضن للتحرش الجنسي، 23% يخبرن آبائهن و15% يخبرن الأصدقاء و3% يخبرن الأقارب الآخرين، وفي الغالب لا أحد يبلغ الشرطة أو الطبيب (0.2%).

علاوة على ذلك، شمل مسح التكلفة الاقتصادية للعنف القائم على الجنس 2015 بيانات عن حولت العنف الجنسي التي ارتكبتها أفراد الأسرة أو الأقارب المقربين وفي البيئة المحيطة منذ سن 18، فأشار إلى تعرض كل من 5.2% من النساء صغار السن داخل الفئة العمرية من 18-19 عامًا ، و3.4% من النساء داخل الفئة العمرية 20-24 عامًا، و2.9% داخل الفئة العمرية 25-29 سنة للعنف الجنسي مرة على الأقل.

ويشمل العنف النفسي أو العاطفي الإهانة أو التحقير أمام الآخرين أو الترهيب أو التخويف أو التهديد أو كبح السلوك. أظهر المسح السكاني والصحي لمصر 2014 أن 20.6% من النساء المتزوجات من عمر 15-19 سنة تعرضن للعنف النفسي على يد أزواجهن و18% من النساء المتزوجات من عمر 20-24 سنة و19% من النساء المتزوجات من عمر 25-29 سنة أيضًا.

أظهر مسح التكلفة الاقتصادية لحالات العنف القائم على الجنس 2015 وجود انتشار أعلى ملحوظ للعنف العاطفي بين النساء المتزوجات على يد أزواجهن، مسجلاً نسبة 35.9% من النساء المتزوجات من عمر 18-19 تعرضن للعنف النفسي على يد أزواجهن و46.1% من النساء المتزوجات من عمر 20-24 و47.5% من النساء المتزوجات من عمر 25-29.

جدول 43: (6-2) نسبة النساء المتزوجات من عمر 15-29 سنة اللاتي تعرضن للعنف العاطفي من الزوج

مسح التكلفة الاقتصادية لحالات العنف القائم على الجنس 2015		المسح السكاني والصحي لمصر 2014		
العدد	%	العدد	%	العمر
		240	20.6	19-15
199	35.9			19-18
913	46.1	980	18.1	24-20
2343	47.5	1,422	18.8	29-25

المصدر: المسح السكاني والصحي لمصر 2014 / مسح التكلفة الاقتصادية لحالات العنف القائم على الجنس 2015.

يعد ختان الإناث نوع آخر من العنف القائم على النوع الاجتماعي ضد الإناث، فممارسة تشويه الأعضاء التناسلية للإناث يعد من العادات التقليدية في مصر، ولا يزال التمسك بهذه العادة على الرغم من منع الحكومة القيام بتلك الممارسة (الزناى وواى 2015). وفقاً للمسح السكاني والصحي لمصر، 92% من النساء المتزوجات من عمر 15-49 تم ختانهن وضمنياً يمكن القول انه قد تم ختان الجميع قبل سن 15 سنة.

توارد إلى علم الغالبية العظمى من المشاركين في الدراسات المسحية للشباب في مصر 2014 وجود ما يسمى بختان الإناث (94%)، وترتفع النسبة بين النساء (98%) عن بين الرجال (89%)، ومن بين جميع النساء المشاركات في الدراسات المسحية للشباب في مصر من سن 13-35 سنة ممن سمعن عن ختان الإناث ، ذكر 79% أنهن قد تم ختانهن، و19% قلن أنهن لم يتم ختانهن و7% رفضن الإجابة.

أظهر المسح السكاني والصحي في مصر تقديرات إجمالي عدد الإناث من سن صفر - 19 سنة التي تم ختانهن يصل الى نسبة 21% والنسبة المتوقعة لختانهن بلغت 56%، وبالنظر إلى التباين على أساس محل الإقامة من المتوقع أن يسجل انتشار الختان في المحافظات الحضرية أقل نسبة مئوية تصل الى (31%) وتصل إلى النسبة الأعلى في ريف الصعيد (75%).

وأظهر المسح السكاني والصحي لمصر 2014 أن نسبة البنات التي تم ختانهن من سن 11-12 بلغت 32% وبلغت نسبة المتوقع ختانهن في المستقبل داخل نفس المجموعة العمرية 27%، كما أبرزت أيضًا أن نسبة البنات اللاتي تم ختانهن من عمر 13-14 سنة بلغت 50% ونسبة المتوقع ختانهن في نفس المجموعة العمرية 13%، بالإضافة

إلى أن نسبة البنات التي تم ختانهن من سن 15-17 سنة بلغت 61% ونسبة المتوقع ختانهن من نفس المجموعة العمرية 6% بينما بلغت نسبة البنات اللاتي تم ختانهن من سن 18-19 سنة 68% ونسبة المتوقع ختانهن من نفس المجموعة العمرية 2%، ومن الواضح، من واقع النسب المئوية المعلنة سابقاً، أن هناك زيادة حادة في معدل الختان عندما تقترب الفتيات من سن البلوغ..

زواج الأطفال يعد من ضمن انتهاك الحقوق الإنسانية، فعلى الرغم من القوانين التي تجرم أى ممارسات من هذا القبيل، غير أنها مازالت موجودة على نطاق واسع ويرجع ذلك جزئياً إلى الفقر المستمر وانخفاض مستوى التعليم، طبقاً لأخر الأرقام في الدول النامية، واحدة من كل ثلاثة بنات متزوجة قبل بلوغ سن 18 وواحد من كل تسعة متزوجة دون سن 15 (صندوق الأمم المتحدة للسكان)، وتحمل الفتيات التي تجبر على الزواج المبكر غالباً وهن مازلن في مرحلة المراهقة مما يزيد من خطر التعرض لمضاعفات الحمل أو الولادة، تلك المضاعفات التي تعتبر أحد الأسباب الرئيسية للوفاة بين المراهقات الكبار في الدول النامية.

في واقع الأمر، نجد ان زواج الأطفال وثيق الصلة بعدم دخول المدارس أو انخفاض مستوى التعليم للبنات، حيث يتسبب الفقر في بإخراج الكثير من الأسر بناتهن من المدارس وتزويجهن في سن مبكر، وهكذا تحرم أولئك البنات لحد بعيد من فوائد التعليم المحققة بما في ذلك من تحسن للصحة وانخفاض معدل الإنجاب وزيادة الإنتاجية الاقتصادية.

ويذكر المسح السكاني والصحي لمصر 2014 أن النساء المتزوجات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-17 سنة يمثلن 6 %، بينما تبلغ نسبة المطلقات في نفس العمر 0.1% وتمثل نسبة النساء المتزوجات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 18 - 19 عامًا 27 في المائة والمطلقات 0.3 في % والنساء المنفصلات 0.3 %، كما أن ما يقرب من 7% من النساء المتزوجات في الفئة العمرية 15-19 عامًا لديهن أطفال أحياء، و 4% منهن حوامل في أول طفل، ورزقن نحو 7 % من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 - 24 عامًا أول طفل قبل بلوغهم 19 عامًا.

يتناول مسح التكلفة الاقتصادية لحالات العنف القائم على الجنس نسب الشابات المتزوجات اللاتي لم يعبرن عن موافقة حرة على الزواج من أزواجهن الحاليين أو أحدث أزواجهن (مثلاً النساء اللوات اجبرن على الزواج من أزواجهن). وتشير النتائج بوضوح إلى وجود علاقة واضحة بين انتشار الزواج القسري والعمر؛ حيث يرجح أن تجبر النساء الأكبر سناً على الزواج. وعلى سبيل الحصر، فإن النسب المئوية هي كما يلي: 4 % من النساء اللواتي سبق لهن الزواج تتراوح أعمارهن بين 18-19 عامًا، و 5.3 % تتراوح أعمارهن بين 20 - 24 عامًا، و 4.6 في المائة تتراوح أعمارهن بين 25-29 عامًا مقابل 22 % تتراوح أعمارهن بين 60 - 64 عامًا في مقابل 22 % تتراوح أعمارهن بين 60 - 64 عامًا.

3-6 إمكانية حصول الشباب على معلومات الصحة الجنسية والإنجابية

ويمكن للمعلومات المقدمة إلى الشباب بشأن صحتهم الجنسية والإنجابية أن تدعم تطوير القيم والمواقف والممارسات التي تحترم وتحمي صحتهم وحقوقهم الفردية. كم ستؤثر سلوكياتهم خلال فترة المراهقة على حياتهم كبالغين وتؤثر عليهم كأفراد وتعمل على تشكيل علاقاتهم المستقبلية كأزواج وأولياء الأمور.

1-3-6 إنشاء عيادات صديقة للشباب

شرعت مصر عام 2003 في إنشاء العيادات الصديقة للشباب في المستشفيات التعليمية التابعة للحكومة على الصعيد الوطني، وبدأت العيادات الصديقة للشباب مصر من خلال مشروع مشترك بين صندوق الأمم المتحدة للسكان وجمعية الصحة المصرية لتنظيم الأسرة، يسمى "تلبية احتياجات الصحة الإنجابية للمراهقين في مصر". وفي إطار هذا المشروع، أنشأت وزارة الصحة والسكان تسع عيادات صديقة للشباب في المستشفيات التعليمية التابعة للحكومة في ست محافظات في جميع أنحاء مصر، وبحلول عام 2014، كان لدى مصر 25 من العيادات الصديقة للشباب في 14 محافظة، تدار سواء من قبل وزارة الصحة والسكان أو وجمعية الصحة المصرية لتنظيم الأسرة، وتخدم كلا من الشباب المتزوجين وغير المتزوجين.

في البداية، كان الغرض من إنشاء هذه العيادات داخل المستشفيات التعليمية التابعة للحكومة أساساً للاستفادة من موقع المستشفى داخل مناطق شديدة الإزدحام لضمان سهولة وصول الجمهور إليها.

وكان الهدف من إنشاء مستويات الشباب هو تقديم خدمات الصحة الإنجابية التي تشمل تقديم المعلومات والاستشارات التي يحتاجها الشباب بغض النظر عن النوع الاجتماعي والحالة الاقتصادية والديانة والإعاقة أو أى عامل آخر، وتشمل خدمات الصحة الإنجابية الشاملة استشارات وفحوصات ما قبل الزواج، وإدارة تنظيم الأسرة، ومشاكل الإنجاب مثل عدم انتظام الدورة الشهرية، والفحوصات المعملية، والموجات فوق الصوتية الموصى بها، وكان الهدف من ذلك توفير جميع الخدمات سألقة الذكر بصورة ملائمة للشباب تضمن الخصوصية والسرية الطبية. يتطلب تحقيق الأهداف السابقة توفير التدريب لمزودى الخدمة الصحية الذين تم اختيارهم لتقديم خدمات الصحة الإنجابية الشاملة، فضلاً عن تقديم الاستشارات وممارسة أنشطة التهيئة المجتمعية.

وكان من المخطط تقديم الجمعية الدولية لصحة الأسرة المساعدة لتلك العيادات وتقييم مستويات الشباب العاملة تقييماً عاماً، وقد كشفت المقابلات العميقة التي أجريت مع مديري العيادات ومزودى الخدمة والعلماء عن عدد من المعوقات التالية:

- أظهرت المناقشات التي تمت مع مزودى الخدمة أن التردد على العيادة منذ البداية كان كبيراً بسبب الحملة الترويجية للعيادات في المدارس والجامعات، ولكن عندما توقفت الحملة تأثر التردد على العيادة سلباً.
- لم يكن طاقم فريق العمل الداخلى بالمستشفيات التعليمية على علم بوجود مستويات الشباب أو خدماتها، ونظر إليها الآخرين على أنها عيادة تنظيم الأسرة أو عيادات خدمات جنسية واعتقد الغالبية أن العيادة متخصصة في استشارات وفحوصات ما قبل الزواج، وعبر موظفوا المستشفى التعليمية عن ضياع فرصة الترويج لمثل تلك العيادات
- ساعد وجود أطباء من نفس جنس المرضى في الشعور بالراحة بين المريض والطبيب، وهو من أهم العوامل التي جعلت الخدمة ملائمة، وهو ما ذكره جميع الأطباء في المقابلة الهامة التي أجريت معهم.
- ذكرت موضوعات نقص المعدات اللازمة مثل أجهزة الموجات فوق الصوتية، تلك الأجهزة مطلوبة لفحص الذكور والإناث بدلاً من تحويلهم إلى قسم الأشعة، مما قد يزيد من معدل التردد على العيادة.

6-3-2 الحصول على تعليم جنسي شامل

توصى منظمة الصحة العالمية بإدخال الصحة الجنسية والإنجابية في سياق البرامج المدرسية والأنشطة الترويجية الصحية. علاوة على ذلك، عمل صندوق الأمم المتحدة للسكان مع مختلف الحكومات على تعزيز التثقيف الجنسي الشامل، سواء في المدارس أو من خلال التدريب المجتمعي وحملة التوعية. وقد أظهر نطاق واسع من البحوث العلمية في البلدان المتقدمة والنامية على السواء أن برامج التعليم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية قد حسنت من رفاهية الشباب بوجه عام

ووفقاً لتقرير صادر عن مؤتمر الأمم المتحدة للسكان والتنمية في عام 1994، فقد أدرجت وزارة التربية والتعليم المصرية بضعة دروس قصيرة عن الحياة الجنسية، والصحة الإنجابية في مناهج المدارس الحكومية، ويتضمن المنهج العلمي للمرحلة الثانية من التعليم الإعدادى (الصف 8) وصفاً لتكوين الجهاز التناسلى للذكور والإناث ووظائفه، بالإضافة إلى موجز مختصر عن الصحة الإنجابية. الأمراض التناسلية الوحيدة التي تمت مناقشتها هي (عدوى الأعضاء التناسلية بعد الولادة) والزهرى، ومع ذلك، فإن المعلمين لا يشرحون هذا الدرس دائماً ويطلبون غالباً من الطلاب قراءته في المنزل أو مناقشته مع والديهم، وإذا نوقش الدرس داخل الفصل، فلا يسمح المعلمون بطرح الأسئلة أو الضحك في الفصل ولا ترد المعلومات الواردة في هذا الدرس كسؤال في أى امتحان.

في سنة 2011 وبعد اندلاع ثورة 25 يناير وما تبعها من فترة إنعدام الاستقرار السياسى، أمر الوزير المعين حديثاً بشطب تلك الموضوعات بالإضافة إلى طرق تنظيم الأسرة من مناهج 12 صف تعليمى كطريقة لتخفيض محتوى المنهج.

من أهم أحكام خدمات الصحة الجنسية والتناسلية التي فرضتها وزارة الصحة والسكان تلك المبنية على تقديم النصيحة قبل الزواج، والتي تقدم للشباب معلومات عن الصحة الإنجابية، كانت تلك الاستشارات والفحوصات قبل الزواج إلزامية منذ تاريخ 12 يونيو 2008، وفقاً للقرار الجمهورى الذى يتعلق بقانون حقوق الطفل المصرى، علاوة على ذلك زاد الحد الأدنى لسن الزواج للذكور والإناث إلى 18 سنة وتم تحديد الفحوصات والاستشارات قبل الزواج كشرط مسبق لإصدار وثيقة الزواج.

وتقدم بعض البرامج مثل الخط الساخن للشباب والمواقع الإلكترونية www.shababna.org و www.Ma3looma.net خدمات معلومات عن الحياة الجنسية للشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15-24 عامًا. وبطبيعة الحال، تشمل هذه المبادرات العديد من الأمور الصحية الأخرى إلى جانب النشاط الجنسي، مثل التغذية أو التدخين، بينما نجد الشباب المتاح له برامج التثقيف الجنسي المتاحة في مصر محدود إلى حد ما نتيجة لعدم وجود سياسة وطنية تستهدف شرائح مختلفة من السكان تركز على الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للشباب.

واشتملت الدراسات المسحية للشباب في مصر 2014 على سلسلة من الاستبيانات التي تتعلق بمعلومات عن الشباب من سن 13-35 في مصر تخص الصحة الجنسية والإنجابية، وتشير النتائج الهامة للمسح أن عدم وجود إطار رسمي ومصادر موثوق منها للمعلومات، يرغب الشباب عادة إلى اللجوء لأقربائهم أو للإنترنت أو وسائل الإعلام الذي ربما لا يوفر معلومات دقيقة.

أكثر من ثلث العينة عام 2014 (34%) تحدثوا مع أحد والديهم عن البلوغ، وسئل الشباب أيضًا عن مصدرهم الرئيسي للمعلومات المتعلقة بالبلوغ فحوالي نصف نسبة الإناث المتضمنين في الدراسة (48%) و22% من الذكور قد تحدثن مع أحد أفراد الأسرة عن البلوغ. بشكل عام وكان مصدر المعلومات الأكثر شيوعًا هو "الأصدقاء والجيران و / أو الأقارب" بنسبة (41%)، وتليها "الأسرة" بنسبة (27%). وعند تصنيفهم حسب النوع، أشارت نسبة 41% من الإناث المتضمنين في الدراسة إلى "الأسرة" مقابل 13% من الذكور، وبالنسبة للذكور فقد أفاد 51% منهم بأن "الأصدقاء والجيران و / أو الأقارب" هم المصدر الرئيسي للمعلومات المتعلقة بالبلوغ، وكذلك أظهرت نسبة كبيرة من العينة (14%) أن مصدرها الرئيسي للمعلومات هو الأفلام والسينما. وبشكل عام، أشار 59% من الشباب إلى أن كمية المعلومات التي يتلقونها عن سن البلوغ كافية.

واستمرت الدراسات المسحية للشباب في مصر 2014 في طرح سلسلة من الأسئلة تستطلع آراء الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 13 - 35 عامًا حول السن المناسب للتحدث مع المراهقين حول البلوغ، وتعتقد النسبة الأكبر منهم (38%) أن هذه المناقشة يجب أن تتم في بداية مرحلة الحيض / البلوغ، ثم جاء الرأي النقيض بأنه لا ينبغي لأحد أن يتحدث إلى الشباب عن البلوغ (15%) وقد ذكر الشباب من الذكور هذه الإجابة أكثر من الإناث. وعلاوة على ذلك، اعتقد 11% من المشاركين أن أفضل توقيت لهذه المحادثة عند الزواج، وأخيرًا، أعرب 11% من العينة عن عدم تأكدهم من أفضل سن يمكن عنده مناقشة قضايا البلوغ.

سئل جميع الباحثين في الدراسات المسحية للشباب في مصر 2014 عما إذا كانوا قد سمعوا من قبل عن الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، وكانت الإجابة بنعم لأكثر من نصف العينة (54%)، مع وجود عدد أكبر بكثير من المشاركين من الذكور (60%) مقارنة بنظرائهم من النساء (48%). وإجمالاً، شكل أولئك الذين أشاروا إلى أنهم سمعوا عن فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز 73% من إجمالي المشاركين بالعينة. وبينما تكشف البيانات أن نسبة ملحوظة لم يعرف الإيدز كعدوى منقولة جنسيًا، حيث أفاد 43% من الباحثين في الدراسات المسحية للشباب في مصر إلى عدم معرفتهم بالأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي ولكنهم قد سمعوا عن مرض "الإيدز".

وأظهرت نسبة كبيرة من عينة الدراسات المسحية للشباب في مصر (61%) أنهم سمعوا عن فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز من خلال وسائل الإعلام أو الإذاعة أو السينما، تليها عن طريق المدرسة (12%) ثم الأصدقاء (6%). من المرجح تساوى المشاركون من الإناث والذكور (73%) في الإشارة إلى المدرسة كمصدر للمعلومات، بينما يقدر عدد الذكور المشاركين ممن يشير إلى الأصدقاء كمصدر للمعلومات (73%) بثلاثة أضعاف الإناث المشاركات (27%).

كشفت المسح السكاني والصحي لمصر 2014 مستويات أعلى من المعرفة بين الشباب المتزوجات حيث أن 78.3% منهن بين 25-29 سنة قد سمعن عن الإصابة التي يمكن أن تنتقل بالعدوى من خلال الاتصال الجنسي و72.9% قد سمعن عن الإيدز بين النساء من عمر 20-24 سنة و74% عن الأمراض المعدية المنقولة جنسياً و72.9% عن الإيدز، وظهر المستوى الأدنى من المعرفة بين المجموعات الأصغر سناً من النساء المتزوجات حيث أن 58% منهن من عمر 15-19 سنة لم يسمعن قط عن الأمراض المعدية المنقولة جنسيًا، و49.9% سمعن عن الإيدز.

على الرغم من العديد من الجهود المبذولة والمبادرات التي أطلقت لزيادة الوعي العام بالأضرار الصحية المتعددة التي يسببها ختان الإناث، لا تزال تمارس هذه العادة على نطاق واسع بسبب المناقشات الدينية القوية بشأن ضرورة ممارستها، استندت حقيقة وجود ستة من بين عشرة شباب يؤمنون بضرورة ممارسة عملية الختان ضرورة

وجود تدخلات أخرى تستهدف الشباب (سواء الذكور والإناث) في وقت مبكر من أجل مساعدتهم في مراجعة معتقداتهم ومفاهيمهم قبل الزواج وتجنب تعرض بناتهم لتلك الممارسة.

ووفق بيانات المسح السكاني والصحي لمصر 2014، فإن المناقشات مع الأقارب أو الأصدقاء أو الجيران ما زالت المصدر الرئيسي للمعلومات، فخمس (19.4%) من النساء المتزوجات من عمر 15-19 و23% من النساء المتزوجات من عمر 20-19 و25% من النساء المتزوجات من عمر 25-29 قد ناقشن ختان الإناث مع الأقارب أو الأصدقاء أو الجيران

يعرف حوالي 62% من المشاركين في الدراسات المسحية للشباب في مصر 2014 من عمر 13-35 بغض النظر عن الحالة الاجتماعية، طرق تنظيم الأسرة التي يمكن أن تؤخر أو تمنع الحمل بنسبة 72% إناث بالمقارنة بنسبة 52% للذكور المشاركين، وكانت أكثر مصادر المعلومات شيوعاً حول وسائل منع الحمل هي مزودوا الرعاية الصحية بنسبة (33%) وبعد ذلك الراديو والتلفاز بنسبة (27.5%).

كانت أكثر وسائل منع الحمل شيوعاً بين المشاركين في الدراسات المسحية للشباب في مصر في سن 13-35 حبوب منع الحمل التي تؤخذ عن طريق الفم بنسبة 57% من المشاركين وكان اللولب الرحمي ثانياً وسيلة معروفة لمنع الحمل بنسبة (50%)، يليها الحقن (43%)، ويليهما الزرع تحت الجلد بنسبة (10%) والواقي الذكري بنسبة (9%) وبوجه عام كان للمشاركات من الإناث المزيد من المعلومات عن وسائل منع الحمل أكثر من المشاركين من الذكور باستثناء حول ما يتعلق بالواقي الذكري.

4-6 المشاركة السياسية والمدنية للشباب

تعد المشاركة السياسية والمدنية للشباب من الأنشطة الضرورية والحيوية لنجاحهم في انتقالهم إلى أدوار كباغين ناضجين في مجتمعهم والتي من خلالها يمكنهم المشاركة في المجتمع بصورة شاملة، ويساهموا في التطور المجتمعي والقومي، وتضمن الدستور المصري 2014 عدد كبير من البنود التي تشجع المصريين على المشاركة السياسية.

فعلى الرغم من أن الشباب هم من أشعلوا ثورة 25 يناير، يوضح العديد من المؤشرات على ضعف المشاركة السياسية للشباب بعد الثورة، فقد كشف بحث ما بعد التصويت لانتخابات الرئاسية الأخيرة الذي قام به المركز المصري لبحوث الرأي العام "بصيرة" أنه على الرغم من نسبة الشباب (18-30) ممن لهم حق التصويت تصل إلى 37% وصلت النسبة في التصويت الفعلي إلى 27%، ولوحظ نفس النمط في الانتخابات البرلمانية 2015.

أظهرت نتائج بحث "المشاركة السياسية في مصر: المفاهيم والتطبيق" التي أجرتها بصيرة كجزء من مشروع "مسار" أن 23% فقط من الشباب في الفئة العمرية (18-29) قام بالتصويت في أي إنتخابات مرة على الأقل قبل 2011 ارتفعت هذه النسبة إلى 75% بعد ثورة 25 يناير.

منذ فترة الإطاحة بمبارك حتى فترة انتخابات رئاسة محمد مرسي في يونيو 2012، بلغت نسبة الشباب ممن شاركوا في الاحتجاجات أو المظاهرات 17%، وبلغ المستوى العام للمشاركة أعلى مستوى (19.3%) خلال فترة رئاسة محمد مرسي حتى تمت الإطاحة به بعد مظاهرات 30 يونيو 2013.

بعد الإطاحة بالرئيس مرسي، عُين الرئيس السابق للمحكمة الدستورية العليا عدلي منصور رئيس مؤقت للدولة، وانخفض مستوى المشاركة السياسية في الأنشطة غير الرسمية بشكل ملحوظ خلال هذه الفترة، وأظهرت نتائج الدراسة أن 90% من الشباب المصري لم يشارك في أي احتجاجات أو مظاهرات خلال فترة الرئاسة المؤقتة لعدلي منصور، علاوة على ذلك، أنه منذ انتخابات المشير السيسي (وزير الدفاع السابق) حتى وقت استطلاع الرأي في 2014، أفاد 91% من المصريين بعدم المشاركة في أي مظاهرات أو احتجاجات.

جدول 44: (3-6) المشاركة في الاحتجاجات والمظاهرات خلال كل من الفترات التالية بين الشباب (18 حتى تحت 30 سنة)، 2014

مطلقاً	مرة أو اثنتين	أكثر من اثنتين	
97.9	1.4	0.7	1- قبل ثورة 2011

6.1	10.8	83.1	2- من 25 يناير حتى تولى محمد مرسى الرئاسة
3.5	15.8	80.8	3- خلال فترة محمد مرسى وحتى مظاهرات 30 يونيو
2.5	8.0	89.5	4- خلال فترة الرئاسة المؤقتة لعدلى منصور حتى تولى السيسى الرئاسة
1.7	7.4	90.8	5- منذ تولى السيسى الرئاسة

مواطن مشروع مسار 2014 المشاركة السياسية فى مصر: المفاهيم والتطبيق

تناول بحث " التحول الاجتماعى والسياسى فى البلدان العربية" الذي أقامته بصيرة فى نوفمبر 2014 الرأى العام ووجهات النظر فى فترة التحول السياسى والربيع العربى، سئل المبحوثين عن مشاركتهم فى الأحداث الرئيسية خلال الثورة العربية، فكما يوضح الجدول التالى دعم 36% من الشباب الثورات العربية (الربيع العربى) فى يناير 2011.

جدول 45: (4-6) أفكار حول الثورة العربية بين الشباب (18-29 سنة) 2014

الشباب 29-18	
36.2	دعم الثورة العربية (الربيع العربى)
16.6	المشاركة فى الاحتجاجات خلال الثورة العربية (الربيع العربى)
53.2	التصويت فى آخر انتخابات قومية

المصدر: دراسة التحول الاجتماعى والسياسى فى المجتمع العربى بصيرة 2014

كذلك تناول البحث إمكانية المشاركة فى أحداث سياسة معينة ، كان أعلى أشكال من المشاركة السياسية الفعلية هو حضور المظاهرات وهو ما أدلى به خمس الشباب تحت سن 30 سنة. وكان التوقيع على عرائض والمشاركة فى حملات مقاطعة هو أعلى إجراء سياسى كان الشباب على استعداد للقيام به ولكن لم يقوموا به.

جدول 45: (5-6) الإجراءات السياسية التى تم الإفادة بها ذاتيا من الشباب (18-29 سنة) 2014

لن يفعله أبداً	يحتمل فعله	فعله	
70.0	19.0	11.1	التوقيع على العريضة
69.3	21.9	8.8	المشاركة فى حملات المقاطعة
69.4	10.1	20.5	حضور المظاهرات
88.7	9.1	2.2	المشاركة فى إضراب غير رسمى
96.4	2.1	1.5	احتلال المباني أو المصانع

المصدر: دراسة التحول الاجتماعى والسياسى فى المجتمع العربى بصيرة 2014

مباشرة بعد ثورة 25 يناير وحركة 30 يونيو كان لدى المصريين أحساس أكبر بواجب المشاركة المدنية والمساعدة فى تغيير الاتجاه الذى اتخذه الشعب، وبرزت أهمية الشباب مراراً وتكراراً فى إحداث التغييرات فى مجتمعاتهم من خلال المشاركة المدنية ، ولكن أظهرت البيانات التى قامت بصيرة بتجميعها فى "دراسة التحول الاجتماعى والسياسى فى البلدان العربية" فى نوفمبر 2014 مشاركة منخفضة بشكل ملحوظ فى المؤسسات المدنية بين الشباب وهم أنفسهم من أدلوا بذلك. وكانت أعلى نسبة مشاركة مدنية تم الإدلاء بها بين الشباب من عمر 18 حتى 29 سنة كانت خلال الجمعيات المهنية / الاتحاد التجارى (5.1%)، يليها المنظمات الشبابية/ الثقافية/ الرياضية (2.1%) والمنظمات الخيرية (2.1%) وذكر مشاركتهم تحت سن 30 سنة أنه عضو فى حزب سياسى.

جدول 47: (6-6) المشاركة المدنية التى أفاد بها أصحابها من الشباب (18-29 سنة) 2014

%	العضوية فى
2.1	جمعية خيرية
5.1	نقابات مهنية وعملية
2.1	منظمة شبابية/ ثقافية/ رياضية
0.4	حزب سياسى
0.1	منظمة مجتمع مدنى لم تذكر بأعلاه

المصدر: دراسة التحول الاجتماعي والسياسي في المجتمع العربي - بصيرة 2014

الفصل 7

إدارة السياسات العامة وبرنامج السكان

1-7 مقدمة

تشمل أى مناقشة لإدارة برنامج السياسة العامة أو الخيارات المتاحة لإدارة برامج السكان الأكثر فاعلية فى مصر ثلاثة موضوعات رئيسية، أحدها التفاعل بين التغيرات السكانية والتطورات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية الأخرى، والثانى يتمثل فى أهداف الحكومة المصرية كما وردت فى استراتيجية التنمية المستدامة والالتزام المصرى الدولى بأهداف التنمية المستدامة المعتمدة على نطاق واسع من قبل المجتمع الدولى، والثالث داخل الإطار المؤسسى المصرى والحاجة إلى التنسيق بين مختلف الجهات الحكومية والمجتمع المدنى ومطالب المتابعة والتقييم والتمويل، وسيتناول هذا الفصل كل من تلك الموضوعات.

2-7 ترابط التغيرات السكانية والتنمية الاقتصادية والاجتماعية والبيئية

يعتمد أساس التنمية على توسيع نطاق الخيارات المتاحة للشعب، مثل المهام التى تحتوى على تحسين المعرفة والمهارات والصحة البشرية من أجل حصول الشعب على حياة أطول وأفضل وأكثر صحة، وتعد الصلة بين السكان والتنمية صلة قوية حيث يمثل الشعب هدف للتنمية والقوة المحركة لها، فإن لم نزود المصريين بالكفاءة والمهارة والمعرفة ونشجع الشعب على تبني العادات والقيم التى تتوافق مع التنمية، سوف نحيد عن مسار التنمية المنشودة، وللبقاء فى المسار علينا المضى فى عملية تخطيط صارمة قائمة على الحقائق/الأرقام.

يفتقر الشعب المصرى إلى العديد من العوامل الضرورية، على سبيل الإيضاح، فإن رأسمانا البشرى منقوص ذو قيمة إنتاجية أقل من المتوسط، ومشاركة المرأة فى الأنشطة الاقتصادية منخفضة، وسيؤدى انخفاض دخل الأسرة وسوق الإسكان إلى انخفاض إيرادات الدولة ويصعب من تمويل الخدمات الأساسية، وسيقلل عدم توفير تلك الخدمات بدوره من رأس المال البشرى، وندور بذلك فى حلقة مفرغة حيث تعوق خصائصنا السكانية مساعينا من أجل التنمية.

يعد ارتفاع معدل المواليد أحد العوامل الرئيسية التى تصعب الخروج من هذه الدائرة المفرغة والذى يفرض ضغوط قوية على الخدمات وخاصة التعليم، فقد انخفض معدل المواليد فى مصر بشكل ثابت خلال السبعينيات والثمانينيات ثم استقر لعدد من السنوات، ولكن منذ 2006 زادت معدلات المواليد مرة أخرى، وفى 2014 بلغ معدل المواليد الخام حوالى 31.2 لكل 1000 وهو أعلى بقدر كبير من 25.5 لكل 1000 وهى النسبة المسجلة فى 2005 وقد انعكس ذلك فى زيادة عدد المواليد من 1.85 مليون فى 2008 حتى أكثر من 2 مليون فى 2008 ثم مرة أخرى إلى 2.7 مليون فى 2014، بزيادة أكثر من 40% فى عدد المواليد بين 2006 - 2014 وتقلصت قدرة البلاد على تطوير رأسمالها البشرى بشكل كبير.

شهدت مصر فى العقود الثلاثة الماضية من القرن العشرين تحسن ملحوظ فى الالتحاق بالمدارس وخاصة للإناث. وخفضت نسبة عدم الالتحاق بالمدارس فى 2005-2014 من سن 15-19 من 4.4% إلى 2.6% بين الذكور ومن 12.8% إلى 3.9% بين الإناث، ولكن بعد فترة ما، زادت فترة الانخفاض بارتفاع نسبة الذين لم يكملوا المرحلة الابتدائية من عمر 15-19 من 5.2% إلى 7.1% للذكور ومن 4.2% إلى 4.6% للإناث، وتثير هذه الظاهرة تساؤلات عن قدرة الدولة على تعليم جميع الأطفال إذا ما استمر السكان فى النمو بالطريقة الموضحة بعاليه، وإذا ظل الفقر قائمًا، قد تؤدى تكلفة الفرد فى التعليم المجانى إلى خروج اطفال الأسر منخفضة الدخل من المدارس.

جعلت الطفرة التى طرأت على الزيادة فى عدد المواليد بين 2006-2014 من الصعب على منظومة المدارس استيعاب جميع الأطفال فى التعليم الأساسى، لتوفير مساحة لزيادة 40% فى عدد المواليد يلزم زيادة مساوية فى عدد الفصول بدون حتى محاولة تخفيض عدد الطلاب فى كل فصل مما يحد من جودة التعليم حاليًا. تزيد تكلفة بناء 900.000 فصل، وهو العدد المطلوب لاستيعاب الزيادة فى عدد الطلاب، عن 18 بليون جنيه مصرى، ولو لم يتم بناء تلك الفصول الجديد ستخفف نسبة الالتحاق بالتعليم مما يشكل ضرر بالغ لمعظم الأطفال خاصة أطفال الأسر الفقيرة.

بالإشارة إلى جودة التعليم، فقد مال النظام التعليمي حتى الآن نحو الكم مقابل الجودة، وتتوقف جودة التعليم الآن إلى حد بعيد على الحالة المادية للأسر، فيحصل أطفال الأسر منخفضة الدخل على أسوأ تعليم وبالتالي على فرصة أقل في المعيشة، وفي ظل تلك الظروف يصبح تحسين جودة التعليم، والتي تعد أساس رأس المال البشرى، سراًياً.

علاوة على ذلك، يفرض ارتفاع معدلات النمو السكاني ضغط هائل على الموارد الطبيعية مثل المياه والطاقة وبالتالي تدهور البيئة، ويرتبط عدم تحسين مستوى المعيشة مع توقعات زيادة الإحباط والتوتر بين السكان بطريقة تهدد الاستقرار السياسى وتكدر السلام الاجتماعى.

مع زيادة معدل الفقر فى مصر – بسبب زيادة معدلات المواليد وعوامل أخرى – ينخفض مستوى المعيشة لشريحة عريضة من السكان، وبإقرار الجميع، شهدت مصر فترة من النمو الاقتصادى المرتفع فى الماضى ولكن لم يستمر ذلك بالقدر الكافى لمواجهة مستوى المعيشة للفئات منخفضة الدخل أو تحسينها، فالزيادة السكانية الهائلة الملحوظة فى مصر مصحوبة بالتقلبات الاقتصادية لفترة ما بعد الثورة أدت إلى زيادة معدلات البطالة والتضخم، ومع انخفاض العائد من العملات الأجنبية للبلاد انخفضت قدرتها على الاستثمار فى رأس المال البشرى إلى الحد الأدنى.

من المفترض أن تؤثر المحركات السكانية مثل معدل النمو السكاني والتركيبية العمرية على سوق العمل، فكلما زادت معدلات المواليد على سبيل المثال يصبح السكان أصغر سناً وتسعى نسبة أكبر من السكان للالتحاق بسوق العمل، وعندما يفشل الاقتصاد فى خلق فرص عمل حقيقية، يزيد الطلب على الوظائف مقابل العرض. ومما يزداد الأمر سوء، يفتقر الوافدون الجدد لسوق العمل إلى المهارة اللازمة للمنافسة فى أسواق العمل المحلية والإقليمية والعالمية، وبدون اتقان التكنولوجيا أو التمتع بالابتكار، لن يستطيعوا إدارة المشروعات الجديدة، وهى أحد الطرق لامتناس الزيادة فى حجم العمالة، وإجمالاً للأمر، إذا لم يستطيع الاقتصاد توفير وظائف كافية، وإذا لم تتمتع قوة العمل بالتنافسية، ستزيد نسبة البطالة مسببة إحباط بين الشباب، وتزداد فرص الاضطراب السياسى.

فى ضوء ما سبق، لا يمكن مطلقاً دراسة القضايا السكانية بمعزل عن العوامل الاقتصادية والاجتماعية أو يمكن لأحد التركيز على النمو السكاني بمفرده أو التعامل معه على أنه قضية صحية بحتة، فهناك حاجة إلى مواجهة القضايا المعقدة بتجميع الحقائق المتعددة التى تمثل خطراً لا يمكن إنكاره على البلاد، ولكن فى ذات الوقت يجب ملاحظة أن منهج إدارة الامور الصحية كان له بعض الآثار الايجابية فى الثمانينيات، ولكن فى ظل غياب نهج شامل، فشلت الجهود المصرية فى نهاية المطاف فى تحقيق التوازن بين السكان والموارد، ومنذ 1996، زاد عدد السكان فى مصر أكثر من 30 مليون نسمة بزيادة 50% على مر عقدين.

تحليل التكلفة والعائد من برامج الصحة الجنسية والإنجابية

قامت دراسة مشتركة أجرتها وزارة الصحة والسكان ومركز البحوث والدراسات الاقتصادية والمالية فى جامعة القاهرة بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان بتحليل التكلفة والعائد لتنظيم الأسرة المصرى للفترة من 2014 حتى 2050، وجاءت تلك الدراسة كمتابعة للدراسة السابقة التى قام بها المشروع السياسى (شاو 2005) بهدف إظهار الفوائد المالية وتكلفة برامج تنظيم الأسرة فى مصر ومقارنة التكاليف النقدية لتلك البرامج مع المزايا النقدية من منطلق انخفاض مستوى الخدمات الاجتماعية اللازمة فى حالة معدلات الإنجاب المنخفضة.

كانت دراسة تحليل التكلفة والعائد لبرنامج تنظيم الأسرة المصرى للفترة 2014 حتى 2050 هى محاولة لتقدير أثر برامج تنظيم الأسرة على النفقات الحكومية فيما يتعلق بالخدمات الاجتماعية والتى تشمل الصحة والتعليم والإسكان ودعم الغذاء، واعتمدت الدراسة على النفقات الفعلية التى تتعلق بالخدمات الاجتماعية وفقاً للموازنة المصرية للسنة المالية 2012/2013 وقدرت عدد المواليد الذى تم تفاديه بفضل برنامج تنظيم الأسرة بأكثر من 43 مليون مولود للفترة (2014-2050) وقامت بقياس تكلفة برنامج تنظيم الأسرة بحوالى 8 مليون جنيه مصرى خلال تلك الفترة، وعند مقارنة المبالغ المتوفرة من ميزانية الخدمات الاجتماعية نتيجة لبرامج تنظيم الأسرة بتكلفة خدمات تنظيم الأسرة، خلصت الدراسة إلى أن متوسط العائد من وراء كل جنيه مصرى يتم إنفاقه على برنامج تنظيم الأسرة يساوى 56.12 جنيه مصرى عن الفترة (2014-2050)، وتشير هذه الأرقام أنه على مر 35 سنة القادمة يمكن لمصر أن تقوم بتخفيض نفقاتها الاجتماعية بما يقارب من 450 مليار جنيه مصرى فى ضوء تنفيذ برنامج تنظيم الأسرة، واقترح هذا المعدل المرتفع للتكلفة والعائد أن استمرار برنامج تنظيم أسرة ناجح سيساعد الحكومة المصرية كى تتمكن من استخدام ما يمكن توفيره من النفقات العامة فى مجال الخدمات الاجتماعية لتحسين جودة الخدمات الاجتماعية المقدمة فى كل من قطاعات الصحة والتعليم والإسكان.

ومن الجدير بالذكر أنه على الرغم من هذا الوفرة الضخم، غير أن النتائج تعكس فقط العائد النقدي المباشر للاستثمار في تنظيم الأسرة والذي يعد فقط أحد جوانب المزايا الاجتماعية التي سيتم تحقيقها من وراء هذا الاستثمار، علاوة على ذلك سيكون العائد على الاستثمار الناتج من التحكم في الانفجار السكاني أعلى بكثير إذا أخذنا أثار ذلك الانفجار في الحسبان، وتشمل الآثار استثمار إضافية لازمة لإشباع الطلب على الماء والطاقة والإسكان والبنية التحتية ومواجهة تدهور البيئة، وإذا تضمنت تلك التكلفة الإضافية عائد متوقع على الاستثمار يتمثل في مضاعفة الغذاء وأيضاً تكلفة غير محتسبة تتعلق بالاستقرار السياسي والأمن الإنساني مما يجعل العائد على الاستثمار أكبر.

تدعم تلك النتائج إجراء نقاش يركز على أن برنامج تنظيم الأسرة في مصر يعتبر استثمار مالي ذات معدل عائد داخلي عالي ويجب أن يحظى بالمزيد من اهتمام صناع السياسة.

3-7 استراتيجية التنمية المستدامة: الرؤية المصرية 2030

يتضمن مفهوم "التنمية المستدامة" نهج شامل متعدد القطاعات، وتوضح التجارب الدولية أن التركيز على تنمية قطاع بقطاع وطريقة الجانب الواحد للتنمية تمثل إشكالية، ومن أجل تكامل التنمية المستدامة في التخطيط القومي والقطاعي علينا التركيز على الترابط بين مختلف القطاعات، ويمكننا عندئذ فقط المضي في المسار الذي يتوافق مع أهداف التنمية المستدامة.

تبرز الدروس المستفادة من التجارب الدولية الحاجة إلى تكامل التنمية المستدامة مع الاستراتيجية طويلة الأجل وخطة التنمية متوسطة الأجل لعشرة سنوات ومختلف نظم التخطيط ومؤشرات التنمية على المستويات القومية والإقليمية والقطاعية، وتركز تلك الدروس أيضاً على الحاجة إلى دعم المناخ السياسي ووجود مؤسسات قوية قادرة على قيادة جهود التخطيط والتطوير والإنتاج، وتشمل المتطلبات الأخرى الحاجة إلى الوصول إلى المعلومات وتحسين كفاءة الحكومة والمجتمع المدني والمؤسسات الإعلامية.

هناك العديد من الموضوعات التي يمكن أن تعوق التحول إلى التنمية المستدامة خاصة في تنمية البلاد، تشمل هذه المواضيع عدم وجود مشاركة حقيقية من جميع الأطراف المعنية، بجانب الفساد، والاضطراب السياسي، وفقدان الأمن، والاضطرابات الداخلية والخارجية، وارتفاع الدين العام، وعدم كفاية الموارد لتمويل برامج ومشروعات التنمية المستدامة، علاوة على معوقات أخرى للتنمية المستدامة التي تتضمن عدم كفاءة نظام الحكم والشفافية والمسائل وزيادة السكان وعدم القدرة على توفير وظائف كافية للشباب ممن يحاولون الانضمام لقوة العمل.

وفي ضوء ما سبق، قادت وزارة التخطيط والرقابة والإصلاح الإداري بحث متعدد الوكالات لطرح "استراتيجية تنمية مستدامة: الرؤية المصرية 2030" الوثيقة التي تعتبر على نطاق واسع كدليل لاستخدام الموارد المتاحة وتحسين المنافسة واستعادة دور مصر التاريخي كقائد للمنطقة وتوفير حياة كريمة لشعبها.

ووضعوا صانعو رؤية 2030 مصر على طريق مواكبة الجهود الدولية الرامية لتبني أهداف التنمية المستدامة لفترة ما بعد 2015 والتي صدق عليها واعتمدها الدول الأعضاء في الجمعية العمومية للأمم المتحدة. تعزز رؤية 2030 مفاهيم "التنمية المستدامة" و"النمو المشترك" كأساس للتنمية في الوقت الذي فقد فيه مفهوم "انتشار الثروة من أعلى إلى أسفل" للمصداقية، وأصبح مفهوم "انتشار الثروة من أعلى إلى أسفل" غير مقبول سياسياً ولا اجتماعياً بسبب تفاقم الفقر وزيادة الفجوة بين الطبقات المختلفة وتعاطف الشعور بالظلم والتمييز وإعاقة التنمية على المستوى الاقتصادي والاجتماعي والبيئي.

تسعى مصر في الوقت الحاضر للتوصل إلى نظام لمتابعة رؤية 2030، وتسعى هذه المهمة تطوير نظم وقواعد بيانات متكاملة من أجل استخدامها في دعم التخطيط طويل ومتوسط وقصير الأجل بالإضافة إلى قرارات التنمية، لذلك نحن بحاجة إلى وضع خطة شاملة للإصلاح الإداري والمؤسسي تتوافق مع القيادة متعددة الأوجه لتحقيق التنمية المستدامة، ولتحقيق هذا المسعى نحن بحاجة إلى جهاز إداري فعال قادر على تنفيذ رؤية 2030.

وأثناء صياغة رؤية عام 2030، بُذلت كل الجهود للاستفادة من الاستراتيجيات والمبادرات التي سبق أن أعدتها الحكومات والمجتمع المدني والمؤسسات المالية في الماضي، فضلاً عن الاستراتيجيات التي نُفذت بنجاح في بلدان أخرى. وبعبارة أخرى، فإن رؤية 2030 هي إطار شامل يجمع كل الجهود السابقة، مع وضع نهج متكامل، يتضمن وسائل محددة لمعالجة المشاكل الرئيسية في مصر، مع الأخذ بعين الاعتبار المخاطر المختلفة التي قد تبرز على الساحة العالمية خلال السنوات القليلة القادمة.

قد حاولت رؤية 2030 ربط أهدافها بمؤشرات قابلة للقياس، وتوكيل تنفيذ هذه الأهداف لوكالات معينة بطريقة واقعية ووفقاً لجدول زمني محدد، وبذلك عدت الحاجة إلى المساءلة في العمل المقبل شئى مؤكداً.

شكل 26: (1-7) الأهداف الرئيسية "للاستراتيجية التنموية المستدامة: رؤية مصر 2030"



- وضع رؤيا سياسية واقتصادية واجتماعية مترابطة طويلة الأجل تُستخدم كنقطة مرجعية لخطط التنمية متوسطة وقصيرة الأجل على المستويات القومية والمحلية والقطاعية.
- تحويل مصر إلى لاعب اساسى فى بيئة ديناميكية ودولية سريعة الخطى.
- تلبية تطلعات الشعب المصرى، وتحسين مستويات معيشتهم، ورفع كفاءة الخدمات التى تؤثر على حياتهم اليومية.
- تمكين المجتمع المدني والبرلمان من متابعة رؤية 2030 وتقييم تنفيذها عن طريق وضع أهداف واضحة وتنفيذها وتحديد مؤشرات أداء، وأهداف كمية، وبرامج، ومشروعات تنفذ خلال إطار زمنى محدد وواضح.
- العمل بالتنسيق مع أهداف الأمم المتحدة للتنمية المستدامة لما بعد عام 2015 وجدول الاعمال الأفريقى 2063.

شكل 27: (2-7) مقارنة الوضع الحالي بأهداف رؤية مصر 2030



مكونات استراتيجية التنمية المستدامة – رؤية مصر 2030

تمثل رؤية مصر إطار عمل لتحسين مستوى المعيشة للمصريين، كما تدعم أيضاً الأهداف الرئيسية لاستراتيجية السكان والتنمية 2030-2015 كما هي موضحة في الجدول التالية.

جدول 48: (1-7) استراتيجية السكان والاستراتيجية المصرية 2030

أهداف استراتيجية السكان	استراتيجية مصر 2030
خفض معدل النمو السكاني	الركيزة السابعة: التعليم والتدريب
تحسين الخصائص السكانية	الركيزة الأولى: التنمية الاقتصادية
تقليل الفجوة بين الأقاليم والفئات السكانية	الركيزة السابعة: التعليم والتدريب
توزيع جغرافي أكثر توازناً للسكان	الركيزة الخامسة: العدالة الاجتماعية
	الركيزة الأولى: التنمية الاقتصادية
	الركيزة العاشرة: التنمية الحضرية
	الركيزة الخامسة: العدالة الاجتماعية

الإطار المؤسسي

سنتناول الآن الإطار المؤسسي الذي يعيق من كفاءة البرنامج السكاني المصرى وفاعليته

(1) محدودية الإنجازات

يخالف البعض حقيقة عدم إحراز تقدم كبير على طريق تحقيق أهداف السياسة السكانية خلال العقدين الأخيرين، وسواء نظرنا إلى معدل الزيادة السكانية، أو نوعية خصائص السكان، أو التوزيع السكاني، أو عدم التوازن بين

الفئات السكانية والمناطق الجغرافية، فإن أوجه القصور واضحة بكل تأكيد، وحتى عندما تم التخلي تدريجيًا عن الأهداف الطموحة لصالح أهداف أكثر تواضعًا، فقد ظلت الأخيرة دون تحقيق.

ويجب ألا تنفصل نتائج الجهود السابقة عن الأداء العام للمؤسسات الحكومية التي تعاني من ضائقة مالية. ونظرًا لعدم كفاية الموارد أو غيابها، فإن الاستراتيجيات المتعاقبة التي بدأ تطبيقها خلال العقدين الماضيين لم تؤتي بثمارها.

ومن أجل الحد من معدل المواليد، فإن الاستراتيجية السكانية الناجحة بحاجة إلى زيادة الطلب على خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وتحقيق التوازن في تقديمه، تركز الوسيلة لزيادة الطلب على خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية على حث الجمهور على تبني فكرة تكوين أسرة صغيرة والمباعدة بين الولادات، وعلاوة على ذلك، يجب أن تكون الأسر على وعي من وسائل منع الحمل المتاحة، وأن يتاح لها إمكانية الحصول على استشارات صحية وذلك للحد من احتمالية إهمال استخدام وسائل منع الحمل بالكامل بسبب وقوع بعض الآثار الجانبية السلبية على بعض مستخدميها.

في ظل عصر الاتصالات العالمية، مع المنافسة الشديدة بين شبكات الإذاعة، والتلفزيون، ووسائل الإعلام الاجتماعية المتنوعة، من الأهمية بمكان أن نتوصل إلى طرق مبتكرة لتعزيز تنظيم الأسرة. وعلى نفس المستوى من الأهمية، تنوع الرسائل التي تحملها وسائل الإعلام وقدرتها على التكيف مع احتياجات الجمهور. لتعزيز تنظيم الأسرة، نحن بحاجة إلى تهيئة الرسائل السلبية التي يرسلها بعض الدعاة، وقد ثبت أن تداخل المؤسسة الدينية مع قيم تنظيم الأسرة، كما ظهر مؤخرًا، لم يجدي نفعًا. لذلك لا يزال هنال حاجة ملحة لتحديد الخطاب الديني، وعدم الاعتماد على الوعظ الديني فحسب لنشر قيم تنظيم الأسرة.

وفي الوقت نفسه، يجب بذل كل جهد ممكن لتوفير وسائل منع الحمل بطريقة ملائمة، مع تلبية أي زيادة لاحقة في الطلب، إن عدم وجود وسائل متنوعة لمنع الحمل في بعض المواقع وعدم وجود فرق طبية مُحفزة للعمل في المناطق الريفية والبعيدة، فضلاً عن انخفاض مستوى الهياكل الأساسية الصحية دون المتوسط في بعض المناطق الريفية والعشوائية، كلها أمور تتطلب الإهتمام، وإذا توفرت وسائل منع الحمل المتعددة، مجاناً أو بتكلفة ضئيلة، في المناطق الفقيرة، ستقلص كل فرص الحمل غير المرغوب فيه.

لا يشكل الافتقار إلى الموارد على أي حال، المشكلة الوحيدة، وعلى الرغم من ضخامة الأجهزة الحكومية، فهناك نقص في عدد العاملين في المجال الصحي المؤهلين لتقديم خدمات الصحة الإنجابية وتشجيع النساء على استخدام أساليب مختلفة لتحديد النسل، وعلى وجه الخصوص، هناك نقص في عدد الأطباء الإناث والمرضات في المناطق المحافظة حيث تشعر النساء بالحرَج من اللجوء إلى الأطباء الذكور.

الخلاصة، عند محاولة تنفيذ برامج إنمائية شاملة، نحن بحاجة أن نعطي الأولوية للأسر حيث أنهم القطاع الأكثر حاجة إلى خدمات الصحة الإنجابية.

(2) مشاكل تنسيقية

لا يحقق التنسيق بين الوكالات الحكومية الكثير مما هو مرجو، وينطبق ذلك بوجه خاص على حالات التنمية متعددة الأوجه التي تتطلب تعاونًا متناغمًا فيما بين الوكالات الحكومية، حيث أن قضايا السكان معقدة بحكم طبيعتها، وتتطلب إجراءات من ناحية العديد من الوكالات الحكومية. إن كان علينا تعلم شيء من هذا العدد الكبير من السياسات السكانية التي اعتمدها في مواجهة النمو السكاني والخصائص الديموغرافية والتوزيع المكاني والفجوات التنموية، هو أنه يجب علينا أن نواجه قضايا السكان من منظور متعدد الأوجه يجمع بين العوامل الصحية والاجتماعية، والدينية، والاقتصادية، والبيئية، والحضرية، ويعتبر هذا النهج المتماسك هو الأنسب لرؤية التنمية التي تضع الناس في قلب أهداف جهود التنمية، وللتأكيد من جديد، يجب أن يكون لدينا نطاق أكثر اتساعًا من التكامل بين الوزارات والمؤسسات الحكومية.

يعتمد نجاح التنسيق، يمكننا أن نضيف هنا، على مستوى اللامركزية في الخدمة، وكلما ازدادت اللامركزية في تقديم الخدمات، ازدادت الحاجة إلى تحسين التنسيق على الصعيد المحلي، سواء من خلال وضع أطر فعالة للتنسيق أو لتوفير القدرات المحلية القادرة على أداء مهام التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقييم.

وعلى الجانب الآخر، كلما كانت الخدمة أكثر مركزية، زادت الحاجة إلى التنسيق على المستوى المركزي، فضلاً عن التنسيق الرأسي داخل كل وكالة، حتى تكون قادرة على تحقيق السياسات المركزية للوصول إلى نتائج مثمرة على المستوى المحلي.

وبصرف النظر عن التحديات التي تواجه التنسيق بين المؤسسات الحكومية، تظهر مشاكل أخرى عندما يتعلق الأمر بالتنسيق بين الوكالات الحكومية والمنظمات غير الحكومية. فبادئ ذي بدء، فإن الوكالات الحكومية - التي تعتبر مسؤولة دستورياً عن تقديم مثل هذه الخدمات - لا ترغب في التعاون مع المنظمات غير الحكومية، ويقوض انعدام الثقة بين الجانبين التعاون الذي يبرز التنافس بطريقة تعيق الوصول إلى الهدف المشترك المتمثل في خدمة الجمهور، وتفتقر هذه المشكلة بنقص التمويل الكافي لمنظمات المجتمع المدني الذي يعيق استدامة الجهود، ويزيد من تثبيط همم الوكالات الحكومية، مع استثناءات قليلة، لإقامة شراكات مع منظمات المجتمع المدني.

(3) مشاكل المتابعة والتقييم

وقد وضعت الاستراتيجيات السكانية المتعاقبة نقطة لربط المؤشرات الكمية بأهدافها، وهي ممارسة جديدة بالثناء من شأنها أن تسمح بإجراء تقييم موضوعي للأداء، وفي بعض الأحيان، تبنت هذه الاستراتيجيات أهدافاً طموحة على أمل أن تقوم الوكالات المختصة بتقديم أفضل أداء لديها، بينما في أوقات أخرى توصف الأهداف بأنه أكثر واقعية ولكنها أقل طموحاً، بيد أن هاتين الحالتين فشلت في التحقق من معدلات النمو السكاني، أو تحسين الخصائص السكانية، أو تحقيق التوازن في التوزيع الجغرافي للسكان.

ومن الناحية الإدارية، فإن المجلس القومي للسكان هو الجهة المكلفة بمتابعة المكونات المختلفة لجميع برنامج السكان المصري وتقييمها، ومع ذلك، فإن إجراءات المتابعة والتقييم لا ترتقى لما هو مرجو مما قد يفسر في الواقع جزءاً من الإخفاقات السابقة، وبناء على ذلك، يلزم إعادة النظر في آلية المتابعة والتقييم الحالية باستخدام الخطوات التالية:

- أ- تحسين أدوات المتابعة والتقييم، بما في ذلك المؤشرات الواجب استخدامها على الصعيد المحلي، وأساليب جمع البيانات بطريقة محايدة وموثوق منها.
- ب- ربط أدوات المتابعة والتقييم بالمساءلة على الصعيدين المحلي والوطني.
- ج- دمج نتائج المتابعة والتقييم في عملية صنع القرار على المستويين المحلي والوطني، خاصة وأن الأمر يتعلق بتخصيص الموارد وتحديد الأولويات.

(4) مشاكل التمويل

أثبتت الدراسات التي أجريت في العقدين الماضيين حقيقة أن الإنفاق على برامج تنظيم الأسرة يعد استثمار ذو عائد مرتفع، وعلى الرغم من اختلاف التقديرات، يعتقد أن العائد على مثل هذا الاستثمار يتجاوز 100 مرة قيمة الأموال المنفقة، أشارت التقديرات في 2006 أن كل جنيه ينفق على برامج تنظيم الأسرة يوفر في المقابل 143 جنيه من الإنفاق العام.

ومع ذلك، لا يبدو أن الموازنات المخصصة لبرامج تنظيم الأسرة في العقدين الأخيرين قد اتخذت هذه القضية في الحسبان، الأمر الذي أدى إلى زيادة عدد المواليد وارتفاع الضغط على نظم التعليم والصحة وإمداد الغذاء، ناهيك عن الآثار طويلة الأجل على البنية التحتية والإسكان والماء والطاقة والأرض الزراعية وكفاية الغذاء، فنخصيص أموال كافية لضمان تقديم خدمات تنظيم الأسرة عاد ملحاً لتلبية الطلب على تلك الخدمات في الوقت الحالي وفي المستقبل، ولكن لخفض أعداد المواليد، يجب أن يرتفع مسبقاً الطلب على خدمات تنظيم الأسرة، وبعبارة أخرى نحتاج إلى تغيير الثقافة العامة بشأن تنظيم الأسرة عن طريق تعزيز فكرة الأسرة الصغيرة والتباعد بين فترات الإنجاب، لذلك نحن بحاجة إلى إنفاق المزيد من الأموال على الحملات التي تهدف إلى تغيير الثقافة العامة المتعلقة بوسائل منع الحمل، والآثار الجانبية لاستخدامها، وباختصار هناك حاجة إلى زيادة الطلب على تنظيم الأسرة مع تخصيص موارد ملائمة لتلبية هذا الطلب.

4-7 نحو إدارة أكثر كفاءة وفاعلية لبرنامج السكان

يستدعى ترابط القضايا السكانية مع التنمية الاقتصادية والاجتماعية المقترنة مع أهداف التنمية الطموحة المحددة فى رؤية 2030 الدعوة إلى المزيد من الفعالية والكفاءة فى إدارة برنامج السكان، ولكن لزيادة كفاءة وفعالية برنامج السكان علينا الاعتراف بالمشاكل الحالية وبالتحديد الإنجازات المتواضعة للجهود السابقة وعدم فاعلية آليات التنسيق على المستوى المركزى والمحلى وغياب الإدارة الجيدة لنظم المتابعة والتقييم وعدم كفاية التمويل.

وفيما يلى بعض المقترحات للرفع من كفاءة وفعالية برنامج السكان:

1-4-7 الالتزام السياسى

لا بد من بث رسائل منتظمة للجمهور بشأن العواقب الوخيمة لزيادة السكانية على مستوى المعيشة والقدرة على تطوير المستويات المعيشية، ويجب إصدار تلك الرسائل على المستويات المركزية والمحلية وأن تتال الدعم الكامل من السلطات التنفيذية والتشريعية، علاوة على ذلك، يتعين الاستمرار فى بث تلك الرسائل والعمل على تنوعها بالشكل الكافى كى تجتذب جميع شرائح الجمهور، بل يجب استمرار بث الرسائل بشكل ثابت بدلاً من أن تكون بصورة متناثرة أو موسمية.

2-4-7 الإطار المؤسسى

بحث مصر وسائل عديدة لإدارة برنامجها للسكان، وفى بعض الأوقات كلفت بعض الوزارات للقيام بهذا، وفى أوقات أخرى يعهد بالمهمة إلى مجلس مستقل، وبمرور الوقت تحولت أيضاً صلاحيات المجلس القومى للسكان. وعن طريق منح المركز سلطة التخطيط والتنسيق والمتابعة والتقييم، أصبح هو المسؤول عن تقديم خدمات تنظيم الأسرة. تُعد المناقشة حول أفضل الأطر المؤسسية نقطة خلافية حيث لا يبدو أن لأى من البديلين (الوزارة أو المجلس) سجل من النجاح يؤهله، وباختصار لا يمثل وجود أو غياب وزارة مستقلة مسؤولة عن برنامج السكان كعامل حاسم بقدر الاهتمام بالنجاح.

3-4-7 التخطيط على المستوى المركزى والمحلى

تقر استراتيجيات السكان المصرية بالعلاقة بين السكان والتنمية، وقد بذلت جهوداً لضمان تبنى تلك الاستراتيجيات لنهج تشاركى، ومازالت تلك الاستراتيجيات على الأحرى تفشل فى تحقيق أهدافها. ولضمان نجاح الاستراتيجيات السكانية علينا أن نقدم خطط تفصيلية على المستويات المركزية والمحلية، ووضع آليات للمتابعة والتقييم ودمجها مع نظام صارم للمسائلة بحيث يتكامل جميع ماسبق مع الجهود المستقبلية.

4-4-7 إدراج النواحي السكانية فى برامج التنمية

أثناء إطلاق البرامج التى تتكامل مع البعد السكانى فى أهداف التنمية، ينصح بتحقيق التوازن بين الصحة ومدخلات التنمية، ويكون ذلك حقيقياً بالتحديد عندما يوضع برنامج التنمية تحت مظلة وزارة الصحة والسكان ومن شأن هذا التوازن أن يعظم من النجاحات المصاحبة للبرامج التى تقدم دعم مالى شروط (تكافل وكرامة) وبعض برامج التنمية التى تتم فى دول أخرى نامية.

5-4-7 المتابعة والتقييم

وضع نظام شامل للمتابعة والتقييم شرط ضرورى لنجاح البرنامج السكانى، ويجب أن يتضمن هذا النظام مؤشرات تمثل العديد من المسائل السكانية والتنمية، كما عليه أن يعكس الأهداف المختلفة للاستراتيجية. ومع ذلك، فإن تصميم المؤشرات الكمية على المستويات المحلية ليس بالمهمة السهلة، وسيكون من الأفضل المضي قدماً فى اتجاه وضع عدد محدود من المؤشرات التى تسمح بالقياس السريع والدورى على المستويات المحلية. وعلاوة على ذلك، يجب أن يتضمن نظام المؤشرات بطريقة أو بأخرى وسيلة لقياس جودة الخدمات المقدمة، كما يجب أن ترصد المؤشرات أى نقص فى توفير خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية أو عدم اتساق فى تقديمها، ويجب التصدى لأى نقص من هذا القبيل بأقصى سرعة من أجل تجنب ارتفاع حالات الحمل غير المرغوب فيه

7-4-7 التمويل

لا يمكن تحقيق النجاح في تنظيم الأسرة إلا من خلال توفير التمويل الكافي الدائم واللازم لتوفير وسائل منع الحمل وفريق رعاية صحية ماهر ومدرب لتقديم خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية، فضلاً عن إطلاق حملات توعية تهدف إلى الحفاظ على معدلات النمو السكاني تحت السيطرة، وإعلام الجمهور عن توافر وسائل منع الحمل، وعلى السلطات التنفيذية والتشريعية أن تأخذ في الحسبان ما يمكن توفيره في الإنفاق العام عند تنفيذ تلك البرامج، علاوة على ذلك تكلفة الفرصة البديلة للفشل في التخصيص الصحيح للموارد في الوقت المناسب.

7-4-7 المشاركة العامة والخاصة في السكان

تبنت مصر سياسات الانفتاح الاقتصادي منذ الثمانينيات، وخلال تلك السنوات، زاد حجم القطاع الخاص في شكل عدد المشروعات، ورأس المال، وعدد العاملين، واثبتت العديد من المشروعات نجاحها في بناء نظام إداري أفضى إلى نجاح ملحوظ، وفي الحقيقة كان للقطاع الخاص العديد من الميزات يتفوق بها على القطاع العام مما أدى إلى تحقيقه لإنجازات سريعة، تضمنت تلك الإنجازات غياب الروتين الذي يؤدي إلى بطء حركة العمل وتوافر الموارد البشرية عالية المهارة والمبتكرة وتوفير الأموال التي يمكن إعادة تخصيصها لإنجاز أمور مختلفة بأقل تعقيدات.

بعد ثورة 25 يناير، أصبح رجال الأعمال أكثر اقتناعاً بأثر مستوى معيشة السكان على نجاح أعمالهم واستقرارها، مما شجعهم على المزيد من المشاركة في الأنشطة الداخلة ضمن المسؤولية الاجتماعية للشركات.

اقترحت دراسة متعمقة لاستراتيجية السكان والتنمية وخطة تنفيذها، ثلاثة مجالات للشراكة بين القطاع الخاص والقطاع العام في أمور سكانية

■ تقوية تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية على أرض الواقع

تعد أحد المعوقات على طريق تحقيق إنجازات استراتيجية السكان والتنمية، انخفاض خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية ووسائل منع الحمل، وأظهر المسح السكاني والصحي لمصر 2014 أن الاحتياجات التي لم يتم تلبيتها من وسائل منع الحمل تبلغ 12.6% بزيادة 1% إذا ما تم تبليغه بـ 2008، وحوالي 9.7% من الأمهات اللاتي حملن خلال خمسة سنوات قبل الدراسة لم يحصلن على رعاية ما قبل الولادة.

وأظهرت الدراسات المسحية حول جودة الخدمات أيضاً أن أحد أسباب عدم الرضا عن الخدمات الصحية هو أن مقدمي الخدمات الصحية غير مدربين.

ويمكن أن يكون للقطاع الخاص دوراً كبيراً في تمويل عملية تقديم خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية ووسائل منع الحمل وتدريب مقدمي الخدمة.

■ الدعوة ووسائل الإعلام/ الاتصالات

للقطاع الخاص دوراً محدوداً في المشاركة في أنشطة الدعوة خلال العقود الماضية، ولمزيد من الإيضاح، مولت أحد الشركات العملاقة إنتاج إعلان تليفزيوني عن نتائج الزيادة السكانية، ويمكن توسيع دور القطاع الخاص لتوفير المصادر المالية اللازمة للأنشطة التالية بغرض زيادة الوعي بعواقب الزيادة السكانية بالإضافة إلى المعلومات التي تتعلق بتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية:

- خلق أدلة محدثة مبنية على المحتوى/ الرسائل التي تتعلق بالقضايا السكانية
- إنتاج مواد إعلانية قطاعية (طبقاً للعمر ومحل الإقامة والمستوى التعليمي)
- ضمان البث خلال أوقات الذروة
- إنتاج دراما تروج للرسالة الإيجابية: تحديد عدد الأطفال باثنين والتباعد بين فترات الإنجاب.
- الاستفادة من وسائل التواصل الاجتماعي (22 مليون مستخدم للفيس بوك) لتغيير اتجاهات الشباب وتقديم معلومات تتعلق بالصحة الإنجابية.
- إنتاج مواد إعلامية مبتكرة ذات صلة.

■ الإعلام، البحث، الرصد، والتقييم

يعد غياب الرصد والتقييم لسياسات الحكومة المصرية وبرامجها بوجه عام أحد عوامل القصور، ومن الجدير بالملاحظة أن نجاح نظم الرصد والتقييم يتوقف على توافر المعلومات، وتضمن دستور 2014 مادة تضمن حرية المعلومات وتلزم كيانات أخرى بإنتاج المعلومات والإفصاح عنها.

غير أن إنتاج المعلومات اللازمة لرصد وتقييم تنفيذ الاستراتيجية السكانية وتحقيقها يحتاج إلى موارد مالية ضخمة. ويمكن للقطاع الخاص أن يؤدي دورًا محوريًا في تأمين هذه الموارد المالية من أجل إنتاج المعلومات وبناء نظم حاسوبية لازمة لتنظيم واستخدام مدخلات عمليات الرصد والتقييم.

8-4-7 الشراكة الحكومية وغير الحكومية

وينبع دور المنظمات غير الحكومية في تنفيذ الاستراتيجية السكانية من انتشارها في المحافظات المصرية. كما أن معظم المنظمات غير الحكومية المصرية لديها متطوعون يكرسون الوقت والجهد لمجتمعهم، فتؤهل تلك الميزتان المنظمات غير الحكومية للتعامل مع ما يلي:

□ رصد وتقييم تنفيذ الاستراتيجية

ويمكن استخدام الموارد البشرية للمنظمات غير الحكومية في رصد وتقييم الخدمات المتصلة بالمشكلة السكانية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، والصحة الإنجابية، والتعليم ... إلخ، من خلال القيام بزيارات ميدانية منتظمة، وخلال هذه الزيارات، يمكن جمع البيانات عن نوعية الخدمة وتغطيتها ثم إبلاغها إلى المستوى المركزي، من أجل اتخاذ الإجراءات اللازمة في هذا الصدد.

□ رفع مستوى الوعي المجتمعي بقضايا السكان والتنمية

ويمكن للمنظمات غير الحكومية أن تعمل على تنظيم حملات في مجتمعاتها المحلية للدعوة لتغيير القيم السلبية المتعلقة بالجوانب المختلفة للمشاكل السكانية وهذا يحتاج إلى خطوة مسبقة لتدريب فرق إدارة المنظمات غير الحكومية والمتطوعين على القيم والوسائل الحالية لتغيير هذه القيم السلبية من أجل خلق القبول العام للقيم الإيجابية الجديدة.

الفصل 8

التحديات والتوصيات

1-8 مقدمة

قدم التقرير في الفصل السابق الوضع السكاني في مصر وناقش القضايا التي تتعلق بتنمية معيشة المصريين وتحسين مستواهم، وسيقدم هذا الفصل أهم التحديات ومواصلة ما تمت مناقشته في تقرير الفصل السابق وسيتهى بخريطة للمضى قدمًا.

2-8 التحديات

لن يعترض الكثير على حقيقة مفادها أنه في العقدين الماضيين لم يحدث تطور كبير تجاه أهداف السياسة السكانية، سواء نظرنا إلى معدل الزيادة السكانية أو جودة الخصائص السكانية أو توزيع ديموجرافي للسكان أو الخلل بين الطبقات السكانية والمناطق الجغرافية والعجز الواضح، حتى في حالة الأهداف الطموحة التي يجري التخلي تدريجيًا عنها لصالح أهداف متوازنة. كما لم يتم أيضًا تحقيق تلك الأهداف المتوازنة.

1-2-8 النمو السكاني

شهد النمو السكاني في مصر زيادة كبيرة خلال العقد الأخير، فبلغ إجمالي معدل الإنجاب 3.5 طفل حى لكل امرأة في 2014 مقارنة بمعدل 3 طفل حى لكل امرأة في 2014 مما أدى إلى زيادة المواليد الأحياء من 1.85 مليون في 2006 إلى 2.7 مليون مولود حى في 2014 بزيادة قدرها 40%.

تشكل هذه الزيادة ضغطًا كبيرًا على الخدمات والموارد الطبيعية منها المياه والأراضي، وفي الحقيقة لا يعلم حوالى نصف المصريين أن الموارد المائية المتاحة غير كافية لتأمين احتياجات المصريين وأن 2 من كل 5 لا يعلمون أن الإنتاج الزراعى لا يكفى لتغطية استهلاك المصريين مما يزيد الأمر سوءًا.

أصدر تقرير المنظمة الدولية للهجرة والمفوضية الاقتصادية والاجتماعية لدول غرب آسيا فى 2015 تقديرات لعدد المهاجرين المصريين بمعدل 3.47 مليون، وفى الحقيقة تعد الهجرة انتقائية حيث أن الدول المضيفة عادة تستضيف المهاجرين فى سن العمل والذين لديهم مهارات متميزة، وبالتالي تؤثر الهجرة سلبيًا على الخصائص السكانية والقدرة على الابتكار والإنتاج، ومن ناحية أخرى قدم أكثر من 2.3 مليون سورى وليبى إلى مصر خلال الفترة من 2011 حتى 2014، معظم هؤلاء المهاجرين غير مقيدين كلاجئين، وهذا العدد الضخم من المهاجرين سبب العديد من التحديات لمصر، منها توفير المزيد من الخدمات والسلع لتغطية احتياجات المهاجرين والمنافسة العالية بين المهاجرين والمصريين فى سوق العمل وارتفاع الطلب على الوحدات السكنية والضغط على البنية التحتية المصرية.

2-2-8 الخصائص السكانية

تعد مصر دولة شباب حيث تتراوح أعمار ربع سكانها بين 12-22 سنة والربع الآخر بين 23-39 سنة، وكان من المتوقع حدوث نافذة سكانية فى مصر نتيجة انخفاض معدل الإنجاب حتى 2008، ولكن لوحظ أن إجمالي معدل الإنجاب مؤخرًا طبقًا لما أفاد به المسح السكاني والصحي لمصر 2014 يضعف من احتمالية حدوث نافذة سكانية فى مصر فى على المدى القريب

وأظهر المسح السكاني والصحي لمصر 2014 أن حوالى 1 بين كل خمسة أشخاص (البالغين من العمر 6 سنوات وأكثر) لم يحصل على أى نوع من التعليم، والنساء أكثر عرضة للأمية حيث أن ما يقرب من 25% من الإناث المصريات (6 سنوات وأكثر) لم يحصلن على تعليم بالمقارنة بنسبة 14% بين الذكور، والنساء الأقل تعليمًا وقل تمكينًا، هم أكثر احتمالاً لإنجاب أكثر من طفل وقل استخدامًا لووسائل منع الحمل.

زادت معدلات البطالة من 9% في 2010 إلى 13% في 2014، وبلغت هذه النسبة 9.6% في 2014 بين الذكور و24% بين الإناث، وأظهرت بيانات حول مشاركة المرأة في قوة العمل انخفاض مشاركتها في سوق العمل في مصر عبر الوقت وعبر مختلف القطاعات الاقتصادية، وتستخدم المرأة العاملة وسائل تنظيم الأسرة أكثر من النساء الأخريات (67% و57% على التوالي) وفترات التباعد بين مواليدهن أطول من غيرهم، ويقال ما سبق من إجمالي معدل الإنجاب لديهن.

3-2-8 الصحة الجنسية والتناسلية

■ على الرغم من أن مصر تبذل جهوداً مضنية لوقف وباء فيروس نقص المناعة البشرية ومكافحة الأمراض المنقولة جنسياً إلا أن تلك العدوى تمثل تهديداً للشعب، فتوضح المعلومات الواردة في هذا الفصل ارتفاع خطورة فيروس نقص المناعة في مصر، وتواجه مصر الوباء المترکز بين مدمني المخدرات عن طريق الحقن من الذكور وممارسي الجنس من المثليين الذكور. ففي المراحل الأولى من الإصابة بفيروس نقص المناعة، إنتمى غالبية المصابين إلى السكان الأكثر تعرضاً للمخاطر ولكن الآن قد تغيرت مسارات انتقال العدوى، فالانتقال من خلال حقن المخدرات وأنشطة ممارسة الجنس المثلي للذكور مسؤولة عن حوالي نصف حالات الإصابة، بينما انتقال العدوى عن طريق الممارسات الجنسية الطبيعية يمثل جزءاً هاماً من أسباب العدوى للنصف الآخر، بالإضافة إلى أن النساء والأطفال أصبحوا جزءاً من المصابين بوباء فيروس نقص المناعة البشرية.

■ فضلاً عن ذلك، لا يمكن إغفال حالات العدوى المنقولة جنسياً، حيث تؤثر مجموعة من الأمراض المنقولة جنسياً التي تحدث نتيجة لعدد من مسببات الأمراض على كل من الرجال والنساء في البلاد، وتتجاوز الأمراض المنقولة جنسياً كونها تهديداً صحياً بحيث تصبح أحد العوامل المحفزة لانتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة "الإيدز" في البلاد.

■ ظهر المراهقين والشباب بوصفها مجموعة معرضة لخطر الإصابة بالإيدز وغيرها من حالات العدوى المنقولة جنسياً والتي تتمتع بأولوية أولى، حيث تؤثر التجارب في بداية الحياة على الحالة الصحية للشباب ومستوى المعيشة، ويبقى المراهقين والشباب وخاصة الشباب غير المتزوجين محرومين من الحصول على الدعم والخدمات الصحية الوقائية بوجه عام، وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية بوجه خاص، علاوة على ذلك، عدم وجود منهج لدورة الحياة من الطفولة المبكرة إلى مرحلة ما بعد الإنجاب، ومع أخذ ذلك في الحسبان يتضح أن هناك حاجة ملحة إلى توافر الخدمات الصحية لمواكبة العديد من المتطلبات الصحية لكثير من المراهقين والشباب، تعد العناية الصحية في مراحل مبكرة من الحياة وبناء الوعي حول التغيرات العضوية التي تحدث للبنات والأولاد خلال البلوغ أسس الرعاية الصحية ولكننا نفتقر إليها داخل منظومة الخدمات الصحية التي تقدمها الدولة.

تؤثر المعايير الثقافية والأدوار التقليدية للجنسين على تعرض للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة جنسياً، وتمثل الوصمة والإتهام تجربة مشتركة لكل من الفئات الأكثر عرضة للإصابة بالمرض والأفراد المتعاشين مع الإيدز، ومن يحملون الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي، كما أن النزاعات التي تحدث في المنطقة تعرض مصر لنزوح قسري هائل من البلدان المحيطة، مما يحد من قدرة النظام الصحي على الاستجابة للمشكلة ويخلق العديد من نقاط الضعف تجاه مواجهة فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. والقضية الرئيسية التي ظهرت هي التباين في أوضاع فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والمعارف الخاصة بهم، بما في ذلك تجارب الفقر والأمية والبطالة والإقامة الريفية، وتعرض هذه التجارب المختلفة في مسارات الحياة السكان إلى العديد من نقاط الضعف، وتسلب الضوء على الحاجة إلى توجيه البرامج لتحديد متطلبات الناس وضمان أن تكون هذه البرامج شاملة، كما أن هناك الحاجة إلى تعزيز النهج المشترك بين القطاعات والمشاركة الاجتماعية التي يشارك فيها مختلف الأطراف المعنية في مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض التي تنتشر عن طريق الاتصال الجنسي من خلال السياسات الصحية ذات الصلة.

■ تستلزم استجابة مصر لفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز اتباع مجموعة واسعة من السياسات والاستراتيجيات واللوائح مع إشراك العديد من المنظمات والمجتمعات المعنية. وثمة استراتيجية قائمة بالفعل لمكافحة فيروس نقص المناعة البشرية، بالإضافة إلى أن الشبكات والمنظمات أصبحت أكثر دينامية في هذا الصدد، غير أن مثل هذه الجهود لا تزال غير كافية للحد من الوباء. وعلاوة على ذلك،

لا تزال الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي منطقة مهمة لم تحظى باستراتيجية واضحة ولا باستجابة وطنية شاملة. وهذا يؤكد الحاجة إلى تعزيز الجهود التي يبذلها النظام الصحي الوطني لوضع حد لوباء فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي.

8-2-4 المرض والوفيات في مصر

- مع زيادة العمر المتوقع للمواليد في مصر بمقدار 4 سنوات على مدار الفترة ما بين 1990 حتى 2013، فقد الرجال والنساء في مصر 11 و9 سنوات على التوالي من عمرهم بسبب الإعاقة والموت المبكر.
- تشير الأدلة من مواقع تحليل كل من سبب الوفاة ومشروع العبء العالمي للأمراض إلى أن الخسائر البشرية في الأرواح تعزى إلى مجموعة من الأمراض المعدية وغير المعدية.
- ارتفاع ضغط الدم والسكري هما أكثر الأمراض المزمنة انتشارًا في مصر. وارتبط التباين في انتشارها ارتباطًا وثيقًا بالفئات الاجتماعية الضعيفة بين النساء، ولكن ليس بين الرجال.
- أظهرت عوامل الخطر في كل من ارتفاع ضغط الدم والسكري اتجاهات مختلفة من قبل الفئات الاجتماعية، وفي حين انتشرت زيادة الوزن والبدانة انتشارًا أوسع بين الفئات الاجتماعية المتميزة، فإن التدخين كان أكثر انتشارًا بين الفئات الضعيفة.
- سجلت مصر أعلى معدلات الإصابة بالتهاب الكبد الوبائي سي، كما شهدت زيادة كبيرة في معدلات الوفيات بسبب أمراض الكبد.
- يشير التفاوت في انتشار فيروس التهاب الكبد الوبائي إلى أن الفئات الاجتماعية الضعيفة عادة ما تكون متقلبة بهذه العدوى.
- تشير جميع الأدلة إلى حدوث انتقال للعدوى أثناء تلقي الرعاية الصحية سواء على المستوى الرسمي وغير الرسمي، كما أن انتقال العدوى بشكل عمودي مسؤولاً إلى حد كبير عن إصابة الأطفال أقل من 5 سنوات بالعدوى

■ حققت الجهود المبذولة بالنيابة عن الحكومة المصرية والمنظمات غير الحكومية ومنظمات الصحة العالمية في معالجة فيروس التهاب الكبد الوبائي التي تضمن توفير أدوية فعالة وصناعتها محليًا نجاحًا بارزاً في مكافحة أمراض التهاب الكبد الوبائي، وانخفضت معدلات انتشاره من 14.7% في 2008 إلى 7% في 2014.

■ قد تصيب الأمراض المشتركة أقل من 5% من السكان، ومع ذلك، فالفئات الضعيفة هي الأكثر تعرضًا للإصابة مقارنة بفئات المجتمع الأخرى.

■ تعاني البيانات المتوفرة الخاصة بالموضوعات الصحية من ندرتها وقدمها، فمعظم الملفات مبنية على المسح السكاني والصحي لسنة 2008 مضى عليها أكثر من 8 سنوات، ولسوء الحظ فإن مصادر البيانات الأخرى ضئيلة الحجم أو لا تمثل معظم شرائح السكان، وهناك حاجة كبيرة للبيانات لرصد وتقييم الوضع الحقيقي لصحة السكان، ولقد أصبحت الرقابة الصحية بالفعل جزءاً من أنشطة وزارة الصحة والسكان تتمتع بالعديد من الإمكانيات لتوفير المعلومات الصحية، وبشكل أساسي، يجب أن تصبح فعالة بصورة كاملة كي توفر بيانات ذات صلة للباحثين فضلاً عن دورها في إلقاء الضوء على مجالات صالحة للتدخلات السياسية وتقييم المردود على أرض الواقع.

■ إن عدم المساواة، كما تثبت البيانات المتاحة، يضر الفئات السكانية الأضعف، وفي حين يحتل تحسين متوسط الصحة أهمية كبيرة، فرصد أوجه عدم المساواة يحتل أهمية أكبر. تستدعي الفجوة المتزايدة بين الفئات الضعيفة والفئات المميزة من السكان تدخل سياسي لمواجهة هذه الأزمة التي تتحمل بسببها الفئات الاجتماعية الضعيفة العبء الثقيل للأمراض. وعلاوة على ذلك، ينبغي وضع برنامج خاص مصمم لهذه الفئات الاجتماعية، سواء من خلال التغطية الصحية الشاملة أو تعزيز الصحة المستهدفة.

5-2-8 عدم المساواة والفئات الأكثر عرضة للمخاطر

الأسر الفقيرة

تضاعف تقريباً خلال هذه الفترة عدد الفقراء من حوالي 11 مليون نسمة إلى حوالي 22 مليون نسمة، وتقع أكثر من 80% من القرى الأفقر في ريف مصر العليا. وعلى سبيل الحصر، نجد أن 778 قرية من أفقر 1000 قرية تقع في صعيد مصر.

يبلغ حجم الأسرة الفقيرة نحو عضوين أكثر من الأسر غير الفقيرة، وسيؤدي حجم الأسرة الأكبر إلى ارتفاع معدل الإعالة، وهو ما يمكن أن يسهم بدوره في انتقال الفقر بين الأجيال، مما يحد من فرص التنمية البشرية للأطفال والتنشئة الاجتماعية وما يترتب على ذلك من أرباح. ويمكن أن تكون تكاليف التعليم والرعاية الصحية والغذاء كافية لضمان استمرار الفقر المدقع في الأسر التي تعاني من نسبة الإعالة المرتفعة. ومن الجدير بالذكر أن الأطفال الأكثر تعرضاً للحرمان من الإطعام الجيد وإكمال الدراسة الثانوية.

ومن المرجح أن يكون الأطفال الفقراء أقل وزناً وأكثر تقزماً مقارنة بغير الفقراء، كما أن انتشار فقر الدم أعلى بين النساء والشباب وأطفال الأسر الفقيرة مقارنة بالأسر غير الفقيرة.

ووتتضح بشدة الفوارق في التعليم بين الأفراد الفقراء وغير الفقراء، حيث لا يذهب 57% من السكان الفقراء إلى المدرسة أو لم يكملوا المرحلة الابتدائية، في مقابل 45% من غير الفقراء، كما أكمل 5% فقط من الفقراء تعليمهم العالي مقابل 14% من غير الفقراء.

المناطق العشوائية

تواجه المناطق العشوائية مجموعة من المشاكل تشمل نقص الخدمات وخاصة خدمات الصحة والتعليم وضعف جودة الخدمات المتاحة وانعدام الأمن بسبب المباني غير الآمنة التي تهدد حياة السكان وعدم وجود شرطة وأمن.

أكثر المشاكل التي ذكرها المشاركون في المناطق العشوائية هي ضيق المساكن والتي في الغالب تكون عبارة عن غرف بحمامات مشتركة. وفي الوقت ذاته، يتفق كافة المشاركون على أنه في الأغلب يستحيل الحصول على واحدة من الشقق التي توفرها الحكومة، وتتمثل المشكلة الأخرى التي ذكرها المشاركون في المخالفات المروية، الأمر الذي يحول دون حرية حركة المواطن بالشوارع.

أطفال الشوارع

يأتي أطفال الشوارع في الغالب من الأسر الفقيرة، ويمثلون في الغالب مجتمع خاص بهم ذو نظم وقواعد ودوافع وحتى لغة خاصة، لديهم قائد من بينهم، شخص ما يخطط وينظم ويتحكم، وتعد المشاكل الصحية بدأ من الصداق وحتى السرطان والأمراض النفسية هي الأكثر شيوعاً بين أطفال الشوارع، كذلك نجد أن من الأمراض الأكثر انتشاراً بين أطفال الشوارع هي أمراض الأسنان يليها الجرب والأمراض الجلدية.

وجد أن أطفال الشوارع معرضون للإصابة بفيروس ضعف المناعة البشرية حيث أن 0.5% من أولاد الشوارع بين 12-18 سنة مصابون بفيروس ضعف المناعة البشرية، كما يعانون من نقص الأمن الاقتصادي والحماية بموجب القانون، وإضافة إلى ذلك لا يتمتعون بالحصول على التعليم وممارسة العديد من الأنشطة المدرسة للدخل، فهم في خطر كبير من حيث انتشار فيروس نقص المناعة البشرية والإصابة به، حيث أنهم يحققون المخدرات ويجبرون إما تحت تهديد الخوف أو الفقر من ممارسة العديد من السلوكيات الخطرة مثل الجنس غير الآمن وأنشطة الممارسة الجنسية المثلية بين الذكور.

الصيادون

يواجه الصياديون في مصر العديد من المشاكل وخاصة سياسات تجفيف البحيرات التي أدت على سبيل المثال إلى تقلص منطقة البحيرات، كما تم أيضاً تأجير مناطق كبيرة من البحيرات لكبار رجال الأعمال والذين منعوا بالتالي الصيادين من الصيد في تلك البحيرات.

6-2-8 عدم المساواة بين الجنسين

- تشير البيانات المتاحة إلى أن المصريين مازالوا يواجهون صعوبات في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية فيما يتعلق بترويج العدالة بين الجنسين وتمكين المرأة، وتظهر تلك المشكلة على وجه التحديد عندما نتناول قضايا التعليم والمشاركة في التوظيف مقابل أجر والمشاركة السياسية.
- أظهر تقرير الفجوة بين الجنسين لعام 2015 فجوة حادة في معدلات الإلمام بالقراءة بين الذكور والإناث فُدرت بنسبة 65% مقابل 82% للذكور، وأظهرت البيانات أن نسبة عدم الملتهقين بالمدارس بين الفئة العمرية 6-18 بلغت 7% بين الإناث مقارنة بنسبة 5% بين الذكور، وتقل نسبة الإناث غير الملتهقين بالمدارس تدريجياً مع ارتفاع المستوى الاقتصادي، فالإناث اللاتي لهن فرصة الحصول على التعليم أكثر جدً واجتهادً من الذكور فيما يتعلق بإكمال تعليمهن، ولكن نسبة التسرب من الدراسة بالنسبة للإناث تزيد عبر السنوات، وتزيد من مرحلة تعليمية إلى أخرى بسبب القيود المجتمعية والثقافية.
- بلغت نسبة التحاق الإناث بالتعليم العالي 31% مقارنة بـ 35% للذكور، وتتوجد معظم جامعات المحافظات الثلاث والعشرين في القاهرة الكبرى والدلتا والتي تنخفض سعة استيعابها بسبب زيادة الطلب القومي على التعليم العالي، أما في الصعيد، ترفض الاسر السماح لبناتهم للسفر لمسافات طويلة أو العيش في مدن أخرى من أجل التعليم، لذلك تواجه الطالبات صعوبات في ترك منازلهن للالتحاق بالتعليم العالي في المحافظات البعيدة. علاوة على ذلك فإن تكلفة الفرصة البديلة لدراسة تخصص معين خارج التعليم الحكومي (الالتحاق بالجامعة الخاصة) تعوق العائلات ذات الدخل المنخفض، وتظهر البيانات عدم توازن واضح في توزيع الطلاب على حسب العمر والتخصص في الجامعة.
- تشير البيانات المتاحة عن الفجوة بين الجنسين في أجر أن نسبة المرأة العاملة مقابل أجر بلغت 39% مقارنة بمعدل 57% للرجال، ويقمن أكثر من ربع النساء بأداء أعمال غير مدفوعة للعائلة مقارنة بـ 5% من الرجال، وفي مصر تكسب المرأة بوجه عام بنسبة 30% مما يكسبه الرجال، ونجد أن التباين في الرواتب على أساس الجنس لا يعود بشكل رئيسي إلى اختلاف التعليم أو أداء المرأة أو تغييبها، ولكن إلى عدد ساعات العمل لكل منهما.
- طبقاً لدراسة محددة، هناك فجوة بين الجنسين تسمح للرجال العاملين في القطاع الخاص للحصول على شروط أفضل بمعدل 10% عن النساء في عقود التوظيف والتأمين الصحي، كما تميل الفجوة بين الجنسين في التأمين الإجتماعي لصالح الرجال أكثر عن النساء بحوالي 3.5% وعلى العكس يتمتعن النساء العاملات في القطاع العام والحكومة بفرص أفضل في الحصول على الحماية الاجتماعية.

7-2-8 تمكين المرأة

أظهرت البيانات المتاحة أن معظم النساء المتزوجات اللاتي لديهن دخل، يقمن باتخاذ القرارات التي تتعلق بالطريقة التي يتم بها إنفاق دخولهن، ويشاركن ثلاثة أرباع النساء في اتخاذ القرارات التي تتعلق بدخل أزواجهن، كما يتخذن أكثر من 80% من النساء المتزوجات قرارات تتعلق برعايتهن الصحية، وتشارك المرأة بنسبة أقل فيما يتعلق الأمر بالمشتريات الأساسية الأسرة حيث ذكر حوالي ثلثي النساء أنهن من يتخذن تلك القرارات بينما يتشاور أغلبهن مع أزواجهن في اتخاذها.

8-2-8 العنف ضد المرأة

تشير البيانات المتاحة أن 92% من النساء ممن سبق لهن الزواج بين 15-49 سنة تم ختانهن، ومن كل خمسة نساء تحت 19 عاماً هناك واحدة تم ختانها، هناك العديد من المفاهيم الخاطئة بين العديد من النساء حول مسألة الختان،

فيرى 62% من النساء أن هذا الإجراء واجب ديني، بينما يعتقد 50% منهن أن الرجال يوافقوا على الختان ويرغبون في الزواج من النساء المختنات، و يدرك 46% منهن أن الختان حصن ضد الزنا.

ثلاثة من كل خمسة نساء أبلغن بوضع أزواجهن قيوداً اجتماعية على حريتهن زواجهن منها الغيرة والتعبير عن الغضب الشديد عندما يتحدثن إلى رجل آخر.

تعرض ما يقرب من 25% من النساء المتزوجات للعنف البدني على الأقل مرة على يد أزواجهن، وتشمل معظم الحوادث الشائعة الصفع (22%) والدفع بقوة (17%) ولى الذراع (12%) وينتشر العنف الجنسي ضد المرأة بنسبة أقل مقارنة بالعنف البدني وذلك طبقاً لما أبلغ عنه 4% فقط من النساء اللواتي سبق لهن الزواج من قبل.

8-2-9 زواج الأطفال

على الرغم من القوانين التي تحظر زواج الأطفال، غير أنه منتشر في الواقع على نطاق واسع جزء منه بسبب الفقر المستمر وانخفاض مستوى التعليم، ما يقرب من 6% من النساء بين (15-17) متزوجات، وتصل هذه النسبة إلى 27% بين النساء من عمر (18-19).

8-2-10 المشاركة السياسية للشباب

يحتوى الدستور المصرى 2014 على عدد كبير من المواد التي تشجع المصريين على المشاركة السياسية منها المادة 73 و74، ومع ذلك نجد أن المشاركة السياسية للشباب منخفضة، وهو ما لوحظ خلال الانتخابات الرئاسية 2014 والانتخابات البرلمانية، كما تعكس مشاركة الشباب في أشكال المشاركة السياسية غير الرسمية نسب منخفضة.

8-3 الطريق إلى الأمام

بالإضافة إلى الجوانب المؤسسية التي نوقشت في الفصل 7، ينبغي مراعاة الأمور التالية:

1- قام فريق من الخبراء يعمل تحت إشراف المجلس القومى للسكان بوضع الاستراتيجية القومية للسكان والتنمية 2015 – 2030 وتم تدشين الاستراتيجية في نوفمبر 2014 تحت رعاية رئيس الوزراء.

تتطلع استراتيجية السكان والتنمية إلى:

- تحسين مستوى معيشة جميع المصريين من خلال الحد من معدلات النمو السكاني وإعادة التوازن بين معدلات النمو الاقتصادى والنمو السكاني،
- استعادة مصر لريادتها الإقليمية من خلال تحسين الخصائص السكانية في شكل المعرفة والمهارة والسلوك.
- إعادة رسم الخريطة السكانية لمصر من خلال إعادة التوزيع المكاني للسكان بما يعزز من تدابير الأمن القومى المصرى واستيعاب احتياجات المشروعات القومية المخططة.
- تعزيز السلام والعدالة الاجتماعية بواسطة الحد من تباين مؤشرات التنمية بين مختلف المناطق.

خلاصة القول، إن تخفيض معدل المواليد هو نقطة البداية، لذلك تحتاج استراتيجية ناجحة للسكان إلى زيادة الطلب على الصحة الإنجابية وخدمات تنظيم الأسرة، وأيضاً تحسين جودة تلك الخدمات واستقرارها، ومن أحد الفرص التي لا يجب أن تفقدها مصر هي أن الحاجة الغير ملباه لتنظيم الأسرة تصل إلى 12.6% وقرابة 16% من المواليد في الخمسة سنوات التي تسبق المسح السكاني والصحي لمصر 2014 كانت غير مرغوب فيها ونصفهم كان غير مرغوب فيه على الإطلاق، مما يستدعى بكل وضوح التدخل الفوري لمساعدة الأسر على تحقيق رغباتهم، ويتطلب ذلك تدريب مقدمى خدمات الصحة العامة على تقديم خدمة جيدة، وتوفير منشآت صحية عامة مزودة بالأجهزة والعلاج اللازم.

2- يمكن لمصر الاستفادة من هبتها الديمغرافية من خلال الاستثمارات التي من شأنها تحسين جودة الصحة والتعليم والسياسات الاقتصادية والإدارة الرشيدة - وفي نهاية المطاف تؤدي إلى ببطء النمو السكاني، ومن

اللازم بذل تلك الجهود لكسر الحلقة المفرغة للفقر، وانخفاض مستوى التعليم، والإنجاب المبكر، والمعدلات المرتفعة للإنجاب التي تحاصر قطاع عريض من المجتمع المصري. وقد أظهرت التجارب الدولية أن أكثر الاستثمارات فعالية هي تلك التي تركز على تحسين صحة ورفاه الفتيات والنساء، بما في ذلك صحتهم الجنسية والإنجابية.³

يمكن مواجهة التوزيع الديموجرافي من خلال سياق أهداف التنمية المستدامة، ويمكن أن تعمل ثلاثية الحرف ثاء: التعليم والتمكين والتوظيف كإطار لتجنب خسارة الهبة الديموغرافية⁴:

- التعليم (الهدف 4 من أهداف التنمية المستدامة): يعتمد التوزيع الديموجرافي على قيام المواطن بخلق الفرص الجديدة تعظيمها بجانب الإقتصاديات الجديدة المبنية على المعلومات، فتحقيق الهدف 4 من أهداف التنمية المستدامة يعد أمرًا ضروريًا لضمان استمرار الوصول إلى تعليم جامعي عالي الجودة.
- التمكين (الهدف 3 و5 من أهداف التنمية المستدامة): يحتاج جميع الناس إلى الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأساسية، كما يجب أن تكون حقوق النساء والفتيات مكفولة بشأن اتخاذ قرار متى ومن يتزوجن، ومتى يبدئن في تأسيس أسرة. كما أن ضمان تمتع جميع الشابات بحرية تحديد تعريف لحياتهن يتطلب أيضًا حمايتهن من الممارسات الضارة مثل تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، وزواج الأطفال وجميع أشكال العنف.
- التوظيف (الهدف 8 من أهداف التنمية المستدامة): لا يمكن تحقيق الهبة الديموغرافية إلا إذا انتشر التعليم والمهارات على مستوى النشاط الإنتاجي، عن طريق تمكين جميع الأشخاص من المساهمة في الاقتصاد من خلال العمل اللائق.

وعلى الصعيد الوطني، فإن استراتيجية التنمية المستدامة 2030، هي خارطة الطريق التي اعتمدها الحكومة المصرية. وهذه الاستراتيجية، التي وضعت بطريقة تشاركية، متزامنة تمامًا مع أهداف التنمية المستدامة. وبالإضافة إلى ذلك، قد دشنت استراتيجيات قطاعية للسكان والزواج المبكر في عامي 2014 و 2015 لتوجيه الطريق لتحقيق هبة ديموغرافية، ويتعين استكمال هذا الإطار القوى عن طريق توفير الإرادة السياسية، وعلى جميع المستويات، بجانب آليات الرصد والتقييم المقترنة بالمساءلة على الصعيدين المركزي والمحلي.

3- لا يمكن تحقيق النجاح في تنظيم الأسرة إلا من خلال توفير التمويل الكافي والمستدام اللازم لتوفير وسائل منع الحمل وتدريب فرق الرعاية الصحية بتكلفة بتنظيم الأسرة وخدمات الصحة الإنجابية، وإطلاق حملات توعية تهدف إلى إبقاء معدلات النمو السكاني دائمًا قيد الفحص، إبلاغ الجمهور عن توافر وسائل منع الحمل.

4- تتمتع مصر بعدد كبير من المنظمات غير الحكومية والأحزاب السياسية التي تضم مجموعة من المتطوعين والأعضاء، كما تخصص العديد من شركات القطاع الخاص نسبة كبيرة من دخلها للمسؤولية المجتمعية للشركات. ومن شأن التنسيق بين المنظمات الحكومية والمنظمات غير الحكومية والأحزاب السياسية والقطاع الخاص من أجل تقديم خدمات الصحة الإنجابية وحملات التوعية أن يسرع من خطى تحقيق الأهداف الوطنية للسكان واستراتيجيات التنمية.

5- شرعت الحكومة المصرية في عملية إعادة هيكلة كبرى لقطاع الصحة، والهدف النهائي لمبادرات إصلاح القطاع الصحي هو تحسين الحالة الصحية للسكان، وقد أسفرت هذه المبادرات عن انخفاض مستويات الوفيات حيث ينخفض الاتجاه في معدل وفيات المواليد والرضع والأطفال دون سن الخامسة نتيجة للتحسينات التي أدخلت على قطاع الخدمات الصحية واللقاحات، غير أن الدراسات الاستقصائية الأخيرة تبين أن الخدمات الصحية، الحكومية منها والخاصة، تحتاج إلى تحسين أكثر بما يتلائم مع توقعات المصريين.

6- يعكس الخطاب السياسي في مصر دائمًا التزام الحكومة المصرية الواضح بتحسين وضع المرأة تمكينها على كافة المستويات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية. وعلى مدى أكثر من نصف قرن، شهدت أوضاع المرأة المصرية تغيرات كبيرة، مقترنة بالتحسن النسبي في فرص التعليم، والتوظيف، والمشاركة في الشؤون

³ يوسف ه. و عثمان م. و رودى ن. (2014) الاستجابة إلى سرعة النمو السكاني في مصر – مكتب الاستدلال السكاني
⁴ صندوق الأمم المتحدة للسكان (2016) مراقبة التقدم تجاه التقسيم الديموجرافي

العامّة، والتعيين في المناصب العليا. ومع ذلك، لا تزال المرأة تتحمل أشكالاً متعددة من الإقصاء الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والسياسي الناجم أساساً عن عاملين هامين: العامل الأول هو فشل السياسات العامّة والاجتماعية لأكثر من نصف قرن لسد الفجوة بين الجنسين التي تتزايد باستمرار على عدة مستويات، أما العامل الثاني فهو استمرار القيود الاجتماعية والثقافية وحدتها التي تقلص من أي جهود حقيقية تستهدف توفير الحرية والمساواة للمرأة، كما أن هناك حاجة ملحة لتغيير قيم المجتمع فيما يتعلق بالمرأة والقضاء على الصور السلبية والقوالب النمطية للمرأة التي لا تزال قائمة حتى يومنا هذا.

7- تركت بعض المشاريع التنموية الخاصة بالمرأة أثر إيجابي على حياة النساء المستهدفات في المناطق الريفية الفقيرة والمحافظة في صعيد مصر، ويجدر بالذكر هنا مشروعان حققا نجاحاً خاصاً في مجال تمكين المرأة، ولا سيما الشبابات، على المستويين الاجتماعي والاقتصادي: الأول يسمى (تقدر نشارك) والآخر يسمى (إشراق) ، وقد يؤدي تكرار هذه المشاريع وتوسيع نطاقها إلى تحقيق نجاحات غير متوقعة.

8- شرعت مصر عام 2003 في إنشاء عيادات الشباب داخل المستشفيات التعليمية التابعة للحكومة على مستوى القطر، وكان الهدف من إنشاء تلك العيادات هو توفير خدمات الصحة الإنجابية الشاملة، بما في ذلك تقديم المعلومات والمشورة للشباب المحتاجين، بغض النظر عن النوع الاجتماعي، أو الوضع الاقتصادي، أو الدين، أو الإعاقة، أو أي عامل آخر وبحلول عام 2014، كان لدى مصر 25 عيادة للشباب في 14 محافظة يديرها إما وزارة الصحة والسكان أو الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة ، تقدم الخدمة لكل من الشباب المتزوجين وغير المتزوجين. وتتطلب الزيادة في عدد الشباب، المستفيدين من عيادات الشباب، زيادة عدد تلك العيادات وتشجيع الشباب على زيارتها من خلال حملة ترويجية لعيادات الشباب في المدارس والجامعات وفي وسائل الإعلام المختلفة.

9- خفضت مصر معدل وفيات الأمهات من 120 لكل 100000 ولادة في عام 1990 إلى 45 في 2013؛ أي بانخفاض نسبته 62.5%. ومن المرجح أن يرتبط انخفاض معدل وفيات الأمهات بارتفاع معدلات استخدام تنظيم الأسرة، والرعاية السابقة للولادة، والولادات بواسطة مقدم خدمة مدرب ، وقد توسعت تغطية خدمات صحة الأم بشكل كبير، وتضاعفت نسبة الولادات التي تلقت المساعدة الطبية ثلاثة أضعاف من 35% في عام 1988 إلى 92% في عام 2014. ووفقاً لما ذكرته وزارة الصحة في عام 2014، فقد تلقت 90% من الأمهات الرعاية حمل من قبل مقدمي خدمات مدرّبين، ومع ذلك، شهدت السنوات الست الأخيرة انخفاضاً معدل شيوع وسائل منع الحمل، مما أدى إلى زيادة معدلات الإنجاب الإجمالية ومعدل الإنجاب الخام، وعلى الرغم من النجاح الذي تحقق، هناك حاجة إلى خفض معدل وفيات الأمهات أكثر من خلال:

- تعزيز المشاركة المجتمعية في تقديم الرعاية للنساء الحوامل، مما يتطلب زيادة استخدام وسائل الإعلام والتوعية المجتمعية (رائدات ريفيات).
- تثقيف النساء والمجتمعات المحلية حول أهمية كل من الرعاية السابقة للولادة، وإجراء عمليات التوليد بواسطة فرق طبية ماهرة داخل مرافق صحية، وتلقي الرعاية الواجبة بعد الولادة.

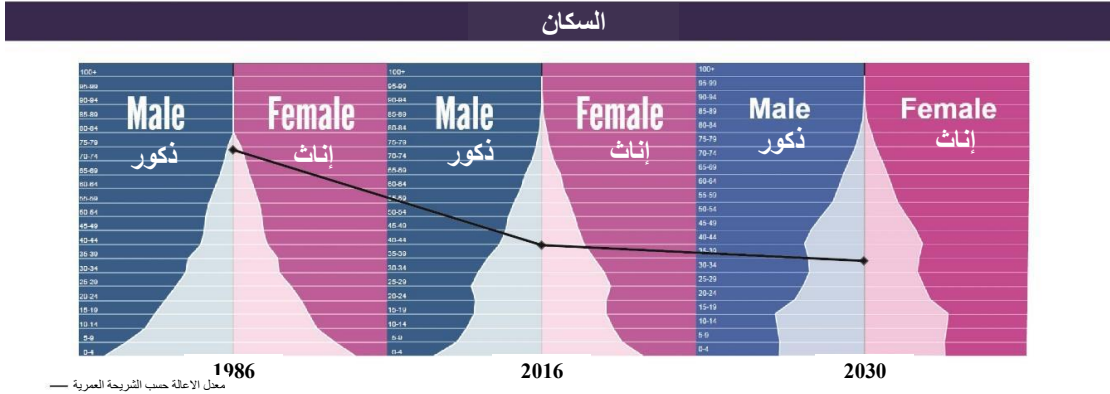
10- نجحت مصر في معالجة معظم الأمراض المعدية الرئيسية، وكان الاستثناء الوحيد هو عدوى فيروس التهاب الكبد الوبائي والمضاعفات ذات الصلة، وأشارت دراسة أجرتها منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة عالية من المسجلين على البوابة الإلكترونية للجنة القومية لمكافحة الفيروسات الكبدية للحصول على العلاج لا تظهر في مراحل العلاج المتعاقبة، الأمر الذي يتطلب استراتيجية جديدة لضمان التزام المرضى ببرنامج العلاج.

11- ومنذ اكتشاف الحالة الأولى للإيدز، أنشأت وزارة الصحة والسكان خطة العمل الوطنية لمكافحة وباء فيروس نقص المناعة البشرية على المستوى الوطني، وقد استندت استراتيجية برنامج العمل الوطنية إلى استجابة وطنية متعددة القطاعات لوقف وباء فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض التي تنتشر عن طريق الاتصال الجنسي. ومن الواضح أن الإحصاءات الوطنية المتاحة أبعد من أن تعطي تصور لحجم وباء فيروس نقص المناعة البشرية في البلد. ولا يُعتقد ارتفاع نسبة انتشار الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي في مصر ولا تتوفر سوى معلومات قليلة عن حجمها بين السكان، وثمة موضوع رئيسي آخر يطفو على السطح، ألا وهو عدم كفاية المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة جنسياً أو نقصها، ويتم الحصول على الإحصاءات فقط من خلال المراقبة السلبية حيث أن البيانات من واقع مسح المراقبة البيولوجية والسلوكية بحاجة إلى تحديث. هناك معلومات محدودة جداً عن الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي والتي تشكل عبئاً على البلد . وعلاوة على ذلك، فإن بحوث فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض التي تنتشر عن طريق الاتصال الجنسي محدودة للغاية، ونادراً ما تكون هناك أدلة قوية لتوجيه

السياسات. ومن ثم، هناك حاجة إلى تعزيز المعلومات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، وإجراء دراسات استقصائية منتظمة للسكان الأكثر عرضة للخطر الإصابة، بالإضافة إلى الاستفادة من أنشطة المسح الديموغرافي والصحي المتاحة لرصد حالة فيروس نقص المناعة البشرية والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي وجميع المعارف ذات الصلة في البلد.

12- من المقترح بناء مرصد للبيانات والمؤشرات الخاصة بالسكان كما يجب أن يصمم هذا المرصد لتجميع البيانات والمؤشرات المتاحة وتنسيقها، فضلاً عن تقييم حجم فجوة المعلومات وسدها. بدأ المجلس القومي للسكان في بناء نظام معلوماتي يهدف رصد التقدم المحرز على مدار مجموعة من المؤشرات على مستويات إدارية مختلفة، ومع ذلك، يعتمد النظام على البيانات المتاحة والتي توصف بالمحدودة إذا ما قورنت بالبيانات اللازمة لرصد تطور الركائز المختلفة لاستراتيجية السكان والتنمية.

مصر
ملاحح التوزيع الديموغرافي



التمكين

حق التحرر من الزواج المبكر أو القسري

زواج الأطفال
نسبة النساء 20-24 الذين تزوجن قبل سن 18 على حسب الإقامة والتعليم ومؤشر الصحة

الإقامة	التعليم	مؤشر الصحة	نسبة النساء
القرى	قوي	قوي	22
القرى	متوسط	متوسط	26
القرى	ضعيف	ضعيف	38
المدن	قوي	قوي	22
المدن	متوسط	متوسط	33
المدن	ضعيف	ضعيف	44

الحمل المبكر 2014
نسبة البنات من سن 15 حتى 19 اللاتي بدأن الإنجاب بصر 2014

الإقامة	معدل الحمل المبكر
القرى	6
المدن	8
المدن	2

الصحة والرفاهية
معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر لكل 1000 مولود حي

تنظيم الأسرة 2014
الحملات الغير مناهة لتنظيم الأسرة والفرز بين جنسا من النساء من عمر 15-19 و20-24 على حسب الإقامة والتعليم ومؤشر الثروة

الإقامة	التعليم	مؤشر الثروة	معدل تنظيم الأسرة
القرى	قوي	قوي	9
القرى	متوسط	متوسط	13
القرى	ضعيف	ضعيف	12
المدن	قوي	قوي	14
المدن	متوسط	متوسط	12

أمن الأطفال 2015
معدل الوفيات لكل 1000 مولود حي

معادلة حياة-العمل 2015
متوسط الإنفاق اليومي (24 ساعة) على الأعمار الداخلية الغير مدفوعة

الجنس	متوسط الإنفاق
نساء	4.57
رجال	0.42

التعليم

الاتحاق بالمدارس الثانوية، النسبة الإجمالية من الأطفال في سن المدارس الثانوية -2014

الجنس	النسبة الإجمالية
بنات	64.9
ولاد	64.3

نسبة التوظيف إلى السكان من عمر 15-24

الجنس	النسبة الإجمالية
بنات	7
ولاد	31.9

معدل جيني للفرد - تكافؤ القوة الشرائية (دولار أمريكي)

نسبة من السكان (29-25 سنة) الذين أكملوا التعليم الثانوي أو أعلى 2014

الجنس	النسبة الإجمالية
بنات	66.3
ولاد	65.9

نسبة العمالة إلى السكان العمر + 15

الجنس	النسبة الإجمالية
بنات	17.2
ولاد	68.6

مشاركة قوة العمل 2014

الجنس	النسبة الإجمالية
بنات	25
ولاد	75

مؤشر معامل جيني

تحليل موقف سياسة التمكين		
التعليق	مؤشر نتائج السياسة	
قانون رقم 31 (مكرر) لقانون حقوق الطفل رقم 126 لسنة 2008 ينص على: يعد غير قانوني إصدار وثيقة زواج للذين لم يبلغوا سن ثمانية عشر عاماً	الحد الأدنى القانوني لسن الزواج مع موافقة الأباء البنات – 18 الأولاد – 18	التحرر من الزواج المبكر والزواج بالإكراه
مادة (41) من دستور جمهورية مصر العربية 2014: على الدولة تنفيذ برنامج سكاني يهدف إلى تحقيق التعادل بين معدلات النمو السكاني والموارد المتاحة ويجب أن يعظم الاستثمار في الموارد البشرية وتحسين خصائصها في إطار تحقيق تنمية مرضية	عدد العيادات التي تتوفر وسائل منع الحمل في 2016: 5600	الحصول على خدمات تنظيم الأسرة
مادة (19) من دستور جمهورية مصر العربية 2014: على الدولة أن تقوم بتوزيع نسبة من الإنفاق الحكومي على التعليم تعادل على الأقل 4% من إجمالي الناتج المحلي والتي يجب أن تزيد تدريجياً لتتماشى مع المعايير العالمية	الإنفاق العام على التعليم: الإجمالي (% من الدخل القومي الإجمالي في مصر): 4%	التحرر من الحمل المبكر
	طبيب أو ممرضة مدربة / داية تساعد في ولادة 92% من جميع الولادات في فترة السنوات الخمسة قبل 2014 مع نسبة 87% تحدث في المنشآت الصحية	الولادة الآمنة
مادة (18) من دستور جمهورية مصر العربية 2014: على الدولة أن تقوم بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي على الصحة تعادل على الأقل 3% من إجمالي الناتج المحلي والتي يجب أن تزيد تدريجياً لتتطابق المعايير العالمية.	نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة تعادل على الأقل 3% من إجمالي الناتج المحلي	الثقة في الصحة والرفاهية
	* نشر وتطبيق القوانين ضد أماكن العمل التي تميز ضد المرأة – نعم * تسهيل التكامل بين قوة العمل والمشاركة والمسئولية الأبوية – نعم * نشر وتطبيق قوانين تمكين أجازة الزواج – لا * نشر وتطبيق القوانين التي تتيح الأجازات – نعم	توازن العمر الإنتاجي الصحي
تحليل وضع سياسة التعليم والتوظيف		
التوظيف	التعليم	
* بحلول 2030 يصل الاقتصاد المصري إلى مرحلة التوازن والإعتماد على المعارف، واقتصاد السوق التنافسي المتنوع الذي يتميز ببيئة اقتصادية شاملة ثابتة قادرة على تحقيق نمو شامل ومستدام، له دور عالمي أساسي يستجيب للتطورات الدولية، ويعظم القيمة المضافة ويخلق وظائف لائقة ومنتجة ونصيب إجمالي ناتج محلي للفرد حقيقي يصل إلى مستوى البلدان التي تتمتع بالدخول المتوسط-العالية. الأهداف: * الوصول بمعدل البطالة إلى 5% في 2030 * الوصول بمشاركة المرأة العاملة إلى 35% في 2030	تشمل رؤية مصر 2030 على ركائز للتعليم وتتمثل أهدافها فيما يلي: * نظام تعليم وتدريب عالي الجودة متاح للجميع دون تمييز من خلال إطار مؤسسي متكافئ وعادل ومناسب ومرن * تزويد الطلاب والمتدربين بالمهارات الرئيسية للتفكير الإبداعي وتمكينهم من الناحية الفنية والتكنولوجية * المشاركة في تطوير مواطن فخور ومبدع ومسئول ومانس و يقبل التنوع والاختلاف وفخور بتاريخ وطنه. الأهداف: * الوصول بمعدل الأمية بين البالغين من العمر (15-35 سنة) التي تقدر بـ 7% إلى (صفر مطلق) في عام 2030 * الوصول بترتيب مصر على مؤشر جودة التعليم الابتدائي إلى المرتبة رقم 30 أو أقل في 2030.	

المراجع

- 1- التير م. (2007) وباء العدوى الالتهاب الكبدي الوبائي فيرس سى الدورية العالمية للجهاز الهضمي 13(17): 2436-2441.
- 2- على ف، عزيز أ.أ. علمي م.ف ومودي أ.أ. درويش م. انتشار الأمراض/ العدوى المنقولة جنسيا في مصر . J إيغبيت بوبليك هيلث أسوك، 1996، 71 (5-6): 553-75
- 3- أمين ت. ت. الأمراض/ العدوى المنقولة جنسيا : الموقف المصري تجاه التأكيد الخاص على فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز. المنتدى الدولي للصحة العامة المجلد 1 رقم 3 أيلول / سبتمبر 2014. متاح في <http://www.researchpub.org/journal/iphf/iphf.html>.
- 4- من المتوقع إطلاق استراتيجية لتمكين المرأة في عام 2017
- 5- ينوفا، ل. عوض، س. ف ميلر، ف. د. أند أبو-رداد، ل. ج (2005) تقديرات الإصابات بفيروس سى الكبدي؛ العدوى الناتجة عن نقل عمودي في مصر. الكبد، 61: 834-842.
- 6- برونى L، باريونيفو روزاس L ، ألبيريو G ، ألدنيا M ، سيرانو B ، فالنسيا S ، بروتونس M ، M مينا، كوسانو، R، مونوز J ، بوش فكس، دى سانجوس S ، ، X. Castellsagué إيكو إنفورماتيون سينتر أون فيروس الورم الحليمي البشري والسرطان (هيف مركز المعلومات. (فيروس الورم الحليمي البشري والأمراض ذات الصلة في مصر. تقرير موجز 20-03-2015. متواجد في <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/EGY.pdf>
- 7- كارل هوب وتوشيكو كانيدا، 2014 صحيفة البيانات السكانية العالمية (واشنطن العاصمة: المكتب المرجعي للسكان، 2014
- 8- الجهاز المركزي للتعينة العامة والإحصاء) كابماس (.الدخل المنزلي، مسح الإنفاق والاستهلاك 2013.
- 9- دوس، وحيد. 2014 مقابلة في برنامج أسورة الكلمة التلفزيوني. على التلفاز. 11 أيلول / سبتمبر 2014
- 10- دوس، وحيد. 2014. الاجتماع مع برنامج الحق في الصحة إيبر في معهد الكبد، 5 مارس 2014.
- 11- المبادرة المصرية للحقوق الشخصية 2014. (المعالجات الطبية لفيروس الكبدي الوبائي في مصر: لماذا تبقى التكلفة تحدى؟ وحدة العدالة الاقتصادية والاجتماعية. القاهرة، مصر. تحميل في 2015/11/28 من http://www.eipr.org/sites/default/files/pressreleases/pdf/hcv_treatment_in_egypt.pdf
- 12- وزارة الصحة والسكان والمجلس الوطنى للأمومة والطفولة بمصر [استراتيجية الطفل 2015-2020: الطفولة المبكرة، الشباب والأمومة]
- 13- إل سادانى، أس. (2010). تقرير المشروع. مركز البحوث الاجتماعية، الجامعة الأمريكية في القاهرة، القاهرة، مصر) (التواصل الخصى).
- 14- السيد منال. 2014. الاستراتيجية الوطنية الجديدة لالتهاب الكبد الفيروسي. العرض التقديمي في ندوة استضافتها نوادي الأهرام للعلوم، 1 يونيو 2014.
- 15- السيد ن، فول ج. الطاهر زد، وآخرون. الخطة الوطنية لمراقبة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والأمراض المنقولة جنسيا. القاهرة، مصر: وزارة الصحة والسكان، منظمة صحة الأسرة / إمباكت، الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية؛ 2004 متاح في <http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/EgyptHIVAIDSSTISurvPlanHV.p>

- 16- الزناتى، أف. واى. آيه. 2009. المسح السكانى والصحى لمصر 2008، كالفرتون، ميريلاند: مصر، وزارة الصحة والسكان، الزناتى وشركاه وماكرو الدولية.
- 17- الزناتى، فاطمة وأن واى. 2006. المسح السكانى والصحى فى مصر 2005. القاهرة، مصر: وزارة الصحة والسكان، المجلس القومى للسكان، الزناتى 7 أسوسياتس، و أورك ماكرو. متواجد فى <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR176/FR176.pdf>
- 18- الزناتى، و، و أ. الطريقة. 2015. المسح السكانى والصحى لمصر. القاهرة، مصر: وزارة الصحة والسكان [جمهورية مصر العربية]، المجلس القومى للسكان، الزناتى وشركاه، وشركة أورك ماكرو.
- 19- الزناتى، فاطمة وأن واى. 2009. المسح السكانى والصحى لمصر 2008. القاهرة، مصر: وزارة الصحة والسكان، الزناتى وشركاه، وماكرو الدولية
DHS2008: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnado806.pdf
- 20- فرانك، C، محمد، M.K، ستريكلاند، G.T، لافانشى، D، آرثر، R.R، ماجدر، L.S، إلبوبى، T، عبد الوهاب، Y، على أوهن، E.S، أنور، W. & إسماعيل، S. (2000). المعالجة بالحقن الوراثة فى انتشار فيروس التهاب الكبد سى فى مصر. انسىت، 6. 887-891. (9207): 355
- 21- فرينك، J، بوبادىلا، J، سيبولفيدا، J، & سيرفانتيس، M. (1989). الانتقال الصحى فى البلدان بمواطنين متوسطى الدخل: التحديات الجديدة للرعاية الصحية. خطة السياسات الصحية، 4 (1)، 29-39.
- 22- غايد، آيه. (2014). تقييم دقة سبب الوفاة وترميزها فى مصر 2013 التى تؤثر على إحصاءات الوفيات. مركز المعلومات الوطنى للصحة والسكان، وزارة الصحة والسكان. القاهرة، مصر.
- 23- حمدى، E، سابرى، N، سيدراك، A، ريفات، O، (2011) المسح القومى للإدمان – نهائى تقرير، وحدة البحوث فى الأمانة العامة للصحة العقلية، وزارة الصحة والسكان، مصر.
- 24- معهد مصفوفة الصحة والتقييم (أ) تحميلها فى 2015/11/28 من <http://www.healthdata.org/gbd/data>
- 25- إسكندر، دينا. 2013. الحق فى الخدمات الصحية: دراسة حالة عن التهاب الكبد الوبائى سى فى مصر، رسالة ماجستير قدمت إلى الجامعة الأمريكية بالقاهرة. متواجد فى: <https://dar.aucegypt.edu/bitstream/handle/10526/3748/Thesis20IHR>
- 26- لافانشى، دى. (2011) تطور علم الأوبئة من فيروس التهاب الكبد C. عدوى علم الأحياء الدقيقة السريرية، 17 (2): 107-115
- 27- لى، أر. أند ماسون، آيه. (2006). ما هبى التوزيع السكانى. التمويل والتنمية : (3) 43
- 28- لوبيز أد إت آل. العبء العالمى والإقليمى لعوامل الأمراض والمخاطر، 2001: تحليل منهجى لبيانات الصحة السكانية. لانسىت، 2006، 367: 1575-1747.
- 29- مدحت، أ، شحاتة، M، ماجدر، L، ميخائيل، ن، عبد الباقي، ل، نافع، م، عبد الحميد، M، ستريكلاند، G، فيكس، (2002). A. التهاب الكبد C فى صعيد مصر: خطر عوامل العدوى. المجلة الأمريكية الطب الاستوائى والنظافة الشخصية. 633-638: (5) 66 .
- 30- ميلر، F.D، أبو-رداد، L.J. (2010). دليل على استمرار انتقال متوطن من فيروس التهاب الكبد سى فى مصر. إجراء الأكاديمية الوطنية للعلوم فى الولايات المتحدة الأمريكية، 107 (33): 14757-14762

31- وزارة الصحة والسكان [مصر]، الزناتي والمنتسبين [مصر]، و إيكف إنترناشونال (2015). (مصر، المسح السكاني والصحي لمصر 2014. القاهرة، مصر وروكفيل، ماريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية: وزارة الصحة والسكان و إيكف الدولية.

32- وزارة الصحة والسكان. مسح المراقبة البيولوجية والسلوكية 2006، وزارة الصحة والسكان /جمعية صحة الأسرة الدولية /الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية. متواجد في <http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/EgyptBioBSSsummaryreport2006>

33- وزارة الصحة والسكان. مسح المراقبة البيولوجية والسلوكية 2010، وزارة الصحة والسكان / FHI360 / CDS. متواجد في http://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/BSS202010_0.pdf

34- وزارة الصحة والسكان ومنظمة الصحة العالمية 2014. بيان صحفي: وزارة الصحة وخطة عمل الحملات السكانية لمنع ورعاية ومعالجة التهاب الكبد الفيروسي في مصر. مؤتمر صحفي عقد في وزارة الصحة والسكان، القاهرة، 16 تشرين الأول / أكتوبر 2014.

35- وزارة الصحة والسكان. حالات فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، تحليل الاستجابة والفجوة لعام 2015، وزارة الصحة والسكان، جمهورية مصر العربية. متواجد في http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/EGY_narrative_report_2015.pdf

36- وزارة الصحة والسكان [مصر]، الزناتي والمنتسبين [مصر]، و إيكف الدولية. 2015. المسح السكاني والصحي لمصر 2014. القاهرة، مصر وروكفيل، ماريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية: وزارة الصحة والسكان و إيكف الدولية. متاح على <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr302/fr302.pdf>

37- وزارة الصحة والسكان. موقف وسياسة المخدرات. وزارة الصحة السكان بالتعاون مع مجموعة بومبيدو التابعة لمجلس التعاون الأوروبي مجموعة مكافحة إساءة استعمال الأدوية والاتجار غير المشروع بها. متواجد في <https://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Images/country20flags/pro%20profiles%20English%20Egypt%20V4.pdf>

38- موقداد، أ، لوبيز، أ، شهرار، S، لوزانو، R، مقداد، أ، ستاناواي، L، موراي، ناغافي، M. (2014). وفيات تليف الكبد في 187 بلدا بين عامي 1980 و 2010: أ تحليل منهجي. بي أم سي الطبية 12: 145.

39- البرنامج القومي للإيدز، وزارة الصحة والسكان. التقدم العالمي في الاستجابة للإيدز تقرير 2014 مصر. متواجد في http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryreports/2014countries/EGY_narrative_report_2014.pdf

40- البرنامج القومي للإيدز، وزارة الصحة والسكان. التقدم العالمي في الاستجابة للإيدز تقرير 2012 مصر. متواجد في [http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryreports/2012countries/ce_EG_Narrative_Report \[1\].pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryreports/2012countries/ce_EG_Narrative_Report%20%20[1].pdf)

41- نيراجان وآخرون، 2015، "نحو تقييم أفضل للفقر وعدم المساواة في الوطن العربي" البلدان"، الإسكوا / WP.12014

42- أومران، أيه. (1971). نظرية الانتقال الوبائي: نظرية علم الأوبئة لتغير السكان. ميلبانك ميم فوندي، 49، 6-47.

- 43- رمضان حامد ونهى الخرازاتي، 2013 فقر الأطفال في ريف مصر العليا" ، ورقة غير منشورة، مركز البحوث الاجتماعية، الجامعة الأمريكية بالقاهرة.
- 44- سكرينر، مارك، نيسان / أبريل 2010، "مؤشر التقدم في الفقر: بطاقة الفقر البسيط في مصر"، مؤسسة غرامين
- 45- ستريلاند، G.T. (2006). أمراض الكبد في مصر: التهاب فيروس الكبدى سى يحل محل البلهارسيا كنتيجة عوامل علاجية المنشأ والبيولوجية. الكبد، 43 (5): 915-922.
- 46- شيبارد، C.W.، فينيلي، L.، أند ألتر، M.J. (2005). الأوبئة العالمية لفيروس التهاب الكبد C عدوى. مرض عدوى لنسبت، 5 (9): 567-558.
- 47- شيرين شوقي الهدف 6 من الأهداف الإنمائية للألفية: مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والملاريا والأمراض الأخرى. [بحتمقدم إلى الجامعة العربية في كانون الأول / ديسمبر 2012.
- 48- شيرين شوقي، شريف سليمان، قاسم كاسك، دعاء عرابي، دانيال خورى، وإينوسا كابورى. مراقبة فيروس العوز المناعى البشرى والوفيات الوبائية فى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. فيروس نقص المناعة البشرية المراقبة والوباء فى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا J. أكبر أمن ديفيك سيندر 2009؛ فول 51 سويل 3-S83 : S95
- 49- شيرين شوقي، شريف سليمان، شريف ساويرس. الجنس وفيروس العوز المناعى البشرى فى الشرق الأوسط و شمال أفريقيا: الدروس المستفادة لسيناريوهات الانتشار المنخفض J. أكبر إمون ديفيك سيندر 2009؛ فول 51 سويل 3-S73-S74.
- 50- مفوضية الأمم المتحدة لشؤون اللاجئين،
page=49e486356?in/txis/vtx/page http://www.unhcr.org/cgi-
- 51- معهد الأمم المتحدة للتنمية الاجتماعية، ومكافحة الفقر وعدم المساواة: التغيير الهيكلى، السياسة الاجتماعية والسياسات، جنيف، 2010
- 52- اليونيسيف. فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز مصر. متاح على
http://www.unicef.org/egypt/hiv_aids.html
- 53- صندوق الأمم المتحدة للسكان (2016) رصد التقدم المحرز نحو تحقيق هبة ديموغرافية
- 54- صندوق الأمم المتحدة للسكان (2006) تبيعات السياسة العامة على الهبة الديمغرافية وعواقبها على سوق العمل: دراسة حالة لمصر.
- 55- تقسيم السكان فى الأمم المتحدة، التوقعات السكانية فى العالم: تنقيح عام 2012، يمكن الوصول إليها عبر الإنترنت
http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/p2k0data.asp
- 56- برنامج الأمم المتحدة للتنمية. التقدم الذى أحرزته مصر نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية لعام 2010. برنامج الأمم المتحدة للتنمية بالتعاون مع وزارة التنمية الاقتصادية. متواجد فى
20MDGs/04_Egy/http://www.eg.undp.org/content/dam/egypt/docs/Publications/Docs
20Report_English_R5.pdf %20MDG %2010
- 57- برنامج الإيدز التابع للأمم المتحدة. تقرير الفجوة. متواجد فى
http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/un
lication / 2014 / UNAIDS_Gap_report_en.pdf aidspub

58- برنامج الإيدز التابع للأمم المتحدة. التقرير العالمي: برنامج الإيدز التابع للأمم المتحدة المعنى بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز عن وباء الإيدز العالمي لعام 2013
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.p

59- صندوق الأمم المتحدة للسكان. إيكيد @ 15 حالة السكان في مصر. الفصل الخامس: الأمراض المنقولة جنسياً والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية (هيف) مركز المعلومات ودعم القرارات بمصر وصندوق الأمم المتحدة للسكان في كانون الأول / ديسمبر 2009.

60- برنامج الإيدز التابع للأمم المتحدة. كيف يغير الإيدز كل شيء. تقرير برنامج الإيدز التابع للأمم المتحدة المعنى بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز لعام 2015

61- اليونيسف (2014) الأطفال في مصر: ملخص إحصائي، اليونيسف مصر، القاهرة. متواجد في
http://www.unicef.org/egypt/Ch13.Monetary_Poverty_and_Inequality.pdf

62- بيانات اليونيسف.
<http://data.unicef.org/hiv-aids/adolescents-youngpeople#sthash.eIfxN4lf.dpuf>

63- برنامج الأمم المتحدة للتنمية. التقدم الذي أحرزته مصر نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية (2010). برنامج الأمم المتحدة للتنمية بالتعاون مع وزارة التنمية الاقتصادية، 2010. متاح في
http://www.mop.gov.eg/MopRep/201020MDGR_English_R51.pdf_622013124506P%http://www.mop.gov.eg/MopRep/2010M.pdf

64- ويبستر، P، كلينرمان، P، دوشيكو، G. (2015). G. التهاب الكبد C. انسييت. 1124-1135: 385.

65- منظمة الصحة العالمية (أ) مستودع بيانات مرصد الصحة العالمية. تحميل في 2015/11/28 من
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.688>

66- منظمة الصحة العالمية تقرير اجتماع مشترك بين البلدان بشأن تنفيذ الاستراتيجيات العالمية للمنظمة من الصحة الإنجابية والوقاية من الأمراض المعدية المنقولة بالاتصال الجنسي ومكافحتها في شرق المغرب، مراكش، المغرب، 29 تشرين الأول / أكتوبر - 2 تشرين الثاني / نوفمبر 2007. القاهرة، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، 2008 (وو-إم / ور / 058 / 100) / E / متاح على
http://applications.emro.who.int/docs/WHO_EM_WRH_058_E_en.pdf

67- بحث فني لمنظمة الصحة العالمية. الاستراتيجية الإقليمية للوقاية من الأمراض الجنسية ومكافحتها الأمراض المعدية المنقولة جنسياً للفترة 2009-2015 اللجنة الإقليمية للشرق الأوسط 6 / RC55 / الشرقية المتوسط أغسطس 2008. متوفر في
http://applications.emro.who.int/docs/EM_RC55_6_en.pdf

68- منظمة الصحة العالمية. الأمراض المنقولة جنسياً (ستيس) 2013. متوفر في
<http://www.Who.Int/Mediacentre/Factsheets/Fs110/En/>

69- منظمة الصحة العالمية 2011. مقدمة عن فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز ومراقبة العدوى المنقولة جنسياً. متاح في
<http://Applications.Emro.Who.Int/Dsaf/Dsa1232.PDF>

70- يوسف، اتش عثمان، إم رودى، (2014) استجابة للنمو السكاني السريع في مصر، المكتب المرجعي للسكان.