

التركز السكاني بجمهورية مصر العربية 1986-2006

مقدمة :

يمثل التوزيع الجغرافي غير المتوازن للسكان احد الأبعاد الثلاثة الرئيسية للمشكلة السكانية فى مصر، حيث يتركز معظم سكانها حول وادي النيل والدلتا ذلك الشريط الضيق وتلك المساحة المحدودة من مساحة مصر والتي ضاقت بكثرة عدد السكان بها وذلك رغم الجهود التي تبذل لبناء مدن جديدة خارج هذا الوادي الضيق إلا ان مشكلة التركيز السكاني حول وادي النيل مازالت قائمة. مما أدى إلى العديد من المشاكل والسلبيات بالمجتمع مثل الزحف العمراني على الأراضي الزراعية والتلوث البيئي بالإضافة إلى اختناق المرافق والخدمات العامة.

طبقاً لبيانات آخر تعداد اجري فى مصر عام 2006 يتركز 98.2% من المصريين فى مساحة لا تتجاوز نسبتها 7.8% من المساحة الكلية لمصر وتتمثل فى الوادى والدلتا ، بينما ينتشر 1.8% منهم على 92.2% من نفس المساحة فى محافظات الحدود وتبلغ الكثافة السكانية حسب المساحة الكلية لمصر حوالى 73 نسمة/كم²، بينما ترتفع الكثافة السكانية حسب المساحة المأهولة بها إلى حوالى 925 نسمة/كم². (أكثر من أثنى عشر ضعفاً).

ركزت الدراسات السابقة التي اهتمت بالعلاقة بين السكان والتنمية على أثر السكان على التنمية وأن هذا التأثير يسير في اتجاه واحد وبالتالي يتوقع أن السكان يمكن أن يكونوا معوقاً للتنمية ولكن في هذه الدراسة فمن المتصور ان التنمية لها علاقة مباشرة علي تركيز السكان في المناطق الأكثر تنمية وهو ما يسبب الاختلال في التوزيع السكاني علي المساحة. كما أن الأثر السلبي الخاص لهذا الاختلال يبرز من خلال عدم التوازن بين عدد السكان والموارد والخدمات المتاحة ، فتظهر المشكلة بشكل واضح وتتمثل بمعدلات زيادة سكانية مرتفعة ومعدلات تنمية لا تتماشى مع معدلات الزيادة السكانية وانخفاض مستوى المعيشة، وهنا يكون المخرج الوحيد هو اللامركزية في التنمية واعداد الموازنات وادارة الموارد المالية والاقتصادية للمحافظات كافة.

يعتبر دراسة وتحليل بيانات التوزيع السكاني ومدى انتشارهم علي المساحة لأي دولة على درجة كبيرة من الأهمية رغم صعوبته، ويرجع صعوبة تحليل ومتابعة توزيع السكان، إلى أن ظاهرة الانتشار أو التركيز السكاني من أكثر الظواهر البشرية حركة باستمرار سواء بالزيادة أو النقصان.

ذلك ولما لمحافظة الحدود من ظروف خاصة بها حيث تتميز هذه المحافظات بمساحاتها الواسعة وقلة عدد السكان بها، فإن هذه الدراسة ستلقى الضوء على تأثير هذه المحافظات (البحر الأحمر / الوادي الجديد / مطروح / شمال وجنوب سيناء) على كفاءة هذا التوزيع كذلك تهتم الدراسة بوضع التوزيع السكاني في حالة إذا ما نسبت سكان كل محافظة إلى مساحتها المأهولة فقط، وذلك باستخدام بيانات التعدادات السكانية الثلاثة الأخيرة (1986، 1996، 2006).

ففي فترة السبعينيات كانت بداية الحديث الواضح عن تأثير التوزيع السكاني غير المتوازن على المساحة وتركز السكان في الوادي والدلتا وبدء الاهتمام بالخروج من الوادي الضيق إلى الصحراء. حيث تم صدور برنامج العمل الوطني، ثم صدرت الإستراتيجية السكانية عام 1980 متضمنة برنامجا سكانيا يتناول إعادة رسم خريطة مصر السكانية من خلال إنشاء مجتمعات عمرانية جديدة في الصحراء وفي هذا السياق فقد تضمنت الخطة الإستراتيجية للسكان 2007/2012 المحدد الرابع من المحور الثالث والذي يهدف إلى التنمية المكانية وإعادة رسم الخريطة السكانية لمصر ويتحقق هذا المحدد من خلال هدفان فرعيان أحدهما خلخلة الكثافة السكانية بالدلتا والوادي والآخر هو إنشاء المجتمعات العمرانية الجديدة بالدولة.

أهداف الدراسة:

- تهدف الدراسة إلى قياس كفاءة التوزيع السكاني على المساحة الكلية لمصر خلال الثلاث العقود الماضية (1986-2006).
- إلقاء الضوء على تأثير محافظات الحدود (البحر الأحمر، الوادي الجديد، مطروح، شمال وجنوب سيناء) على كفاءة التوزيع السكاني، تلك المحافظات التي تعاني من قلة حجم الاستثمار المخصص لها مع قلة المشروعات التنموية الموجه إليها، ذلك على الرغم من تميز هذه المحافظات بمساحات شاسعة وعوامل طبيعية تمكنها من التنمية الشاملة لتصبح في مقدمة المدن العالمية.

مصدر البيانات:

تعتمد الدراسة على نتائج البيانات النهائية لأخر ثلاث تعدادات صدرت عن الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (1996، 1986، 2006).

منهجية الدراسة :

- تعتمد الدراسة علي استخدام الأساليب الإحصائية متمثلة في جداول وأشكال بيانية لقياس كفاءة توزيع السكان علي المساحة ، وذلك من خلال استخدام أكثر المقاييس شيوعاً متمثلة في التوزيع النسبي لعدد السكان والمساحة الكلية والمأهولة، بالإضافة الي الرقم القياسي للتركز (Δ) (Index of Concentration) من خلال (Lorenz Curve) ومعامل جيني للتركز (Gini Concentration Ratio)

تنظيم الدراسة :

تنقسم الدراسة الي ثلاث أقسام :

أولاً : تطور الكثافة السكانية بمصر خلال الفترة (1986-)

(2006).

ثانياً : كفاءة التوزيع السكاني علي المساحة بمصر خلال الفترة (1986-)

(2006).

ثالثاً : النتائج والتوصيات.

أولاً: تطور الكثافة السكانية خلال الفترة (1986-2006) :

يتناول هذا الفصل تطور الكثافة السكانية بمصر خلال الفترة (1986-2006) ذلك من خلال دراسة الآتي:

- 1- التوزيع السكاني والمساحي لمحافظة الجمهورية .
- 2- الكثافة السكانية للمساحة الكلية والمأهولة لمحافظة الجمهورية.

1- التوزيع السكاني والمساحي لمحافظة الجمهورية خلال الفترة (1986-2006) أ- المساحة الكلية والمأهولة لمصر :

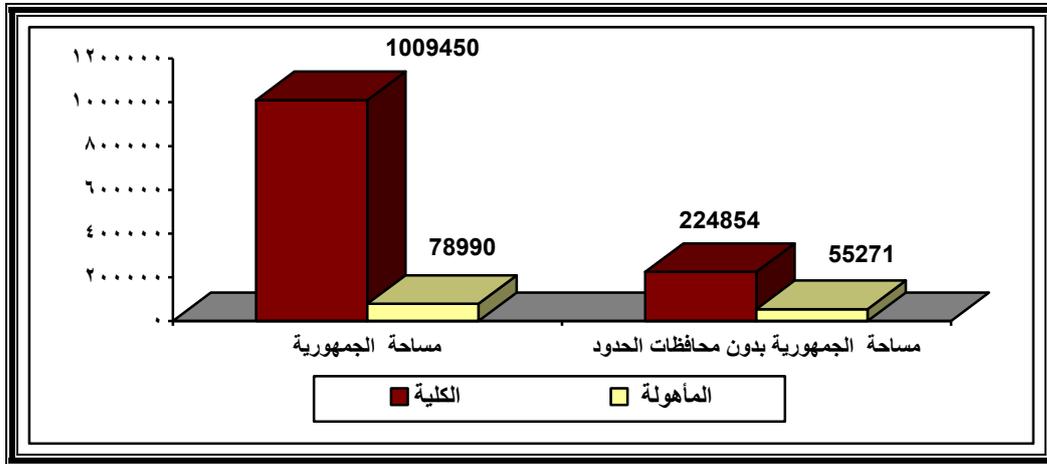
تتكون جمهورية مصر العربية من سبعة وعشرون محافظة منهم خمسة محافظات للحدود وهي (محافظة البحر الأحمر ، محافظة الوادي الجديد، محافظة مطروح ومحافظة شمال وجنوب سيناء) وكلها محافظات تشترك حدودها الإدارية مع حدود دول أخرى، فمثلاً محافظة البحر الأحمر فحدودها مشتركة مع جمهورية السودان، ومحافظة الوادي الجديد لها حدود مع جمهوريتي السودان وليبيا، أما محافظة مطروح فحدودها تشترك مع ليبيا ومحافظة شمال وجنوب سيناء تشترك حدودهما مع حدود فلسطين واسرائيل ، وبالرغم من خطورة مواقع هذه المحافظات و أنها تشغل حوالي 77.7% من المساحة الكلية لمصر إلا إنها ظلت لفترات طويلة لا تحظى إلا بالقليل من برامج التنمية ولا يوجه إليها المشروعات الاستثمارية إلا في أضيق الحدود مما جعلها تحظى بقليل من السكان بالمقارنة بالمحافظات الأخرى، وهو ما أوضحته بيانات جدول (1) فعلي الرغم من أن المساحة الكلية لمصر تزيد قليلاً عن مليون كيلومتر مربع إلا أن المساحة المأهولة لم تتجاوز حوالي 7.8% من جملة المساحة الكلية حيث تركز أغلب المصريين حول وادي النيل والدلتا أما إذا استبعدت مساحة محافظات الحدود فستصبح المساحة الكلية لمصر حوالي 225 ألف كم² ، أما بالنسبة الي المساحة المأهولة فتبلغ حوالي 79 ألف كم² تنخفض الي حوالي 55 ألف كم² إذا استبعدت محافظات الحدود أي إنه علي الرغم من المساحات الشاسعة لهذه المحافظات إلا إنها لا تحظى إلا بثالث المساحة المأهولة للجمهورية.

جدول رقم (1) المساحة الكلية والمأهولة لجمهورية مصر العربية

مساحة الجمهورية بالكيلومتر مربع		البيان
المأهولة	الكلية	
78990	1009450	إجمالي مساحة الجمهورية
55271	224854	إجمالي مساحة الجمهورية بعد استبعاد محافظات الحدود

المصدر: الهيئة المصرية للمساحة.

شكل (1) المساحة الكلية والمأهولة لجمهورية مصر بالكيلومتر مربع



بد الكثافة السكانية لجمهورية مصر خلال الفترة (1986-2006):

الكثافة السكانية هي مقياس يستخدم لقياس معدل تواجد السكان في منطقة ما .
وتحسب كالآتي:

الكثافة السكانية = عدد سكان منطقة ما / المساحة الكلية أو المأهولة لتلك المنطقة

وهو مقياس قد لا يعكس الحقيقة أو قد يكون مضللاً إذا ما أخذ عند حسابه المساحة غير المأهولة بالسكان ويتضح هذا جلياً على جمهورية مصر العربية حيث يلاحظ أن هناك تباين كبير في الكثافة السكانية إذا ما نسب عدد سكان الجمهورية إلى المساحة الكلية للدولة عن ما إذا نسب هذا العدد إلى المساحة المأهولة لها وكذلك إذا ما نسب عدد سكان الجمهورية إلى المساحة الكلية والمأهولة لها بعد استبعاد محافظات الحدود.

تظهر بيانات جدول (2) عدد السكان والكثافة السكانية للجمهورية خلال الفترة من (1986 الي 2006) طبقا لبيانات الثلاثة تعدادات الأخيرة ويتضح من الجدول ارتفاع الكثافة السكانية من 48 نسمة /كم² للمساحة الكلية للجمهورية في تعداد 1986 الي 59 نسمة/كم² في تعداد 1996 بفارق 10 نسمة/كم² ثم ارتفعت الي 72 نسمة/كم² في تعداد 2006 أي بفارق 13 نسمة/كم² عما قبلها، أما إذا نظرنا الي الكثافة السكانية بالنسبة للمساحة المأهولة للجمهورية فيلاحظ ارتفاعها من 611 نسمة/كم² عام 1986 الي 751 نسمة/كم² ثم ارتفعت الي 922 نسمة/كم² عام 2006 ، ويرجع هذا الارتفاع الي زيادة معدلات النمو السكاني خلال الثلاث عقود السابقة.

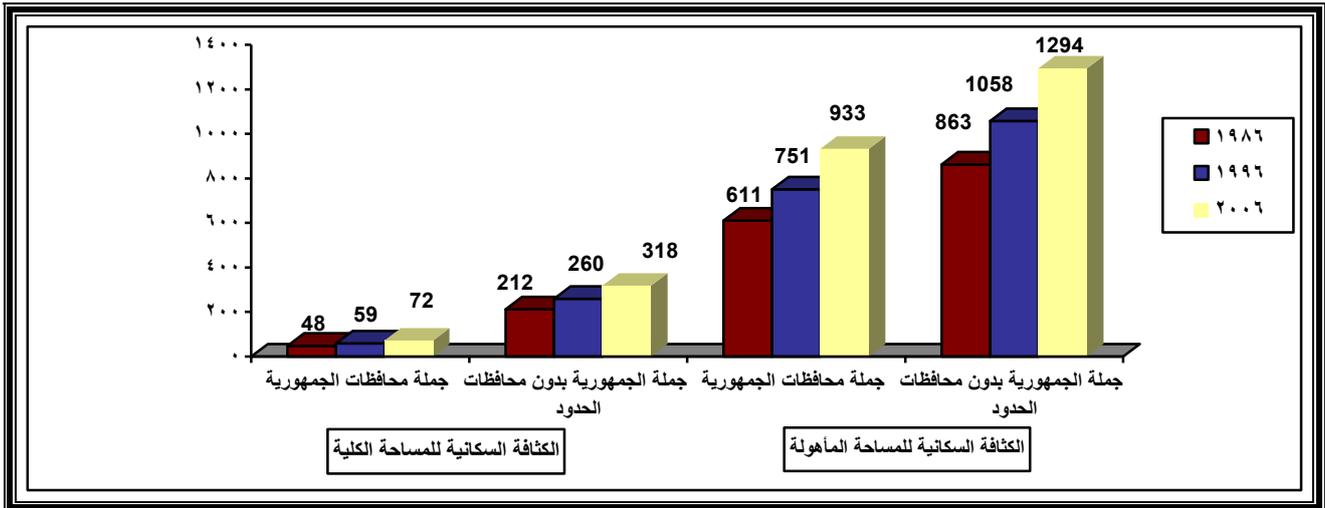
أما إذا ما تم استبعاد محافظات الحدود فإن الكثافة السكانية تصل الي 212 نسمة /كم² للمساحة الكلية عام 1986 ترتفع الي 318 نسمة/كم² عام 2006 ، كما ان الكثافة بالنسبة للمساحة المأهولة تبلغ 863 نسمة/كم² عام 1986 وترتفع الي 1294 نسمة/كم² عام 2006. (انظر شكل (2)).

جدول رقم (2) عدد السكان والكثافة السكانية لجمهورية مصر خلال الفترة (1986-2006)

عدد السكان/كم ² (الكثافة السكانية)			عدد السكان للسنوات التعدادية الأخيرة *			البيان			
للمساحة المأهولة			للمساحة الكلية						
2006	1996	1986	2006	1996	1986	2006	1996	1986	
922	751	611	72	59	48	72798031	59312914	48254238	إجمالي محافظات الجمهورية
1294	1058	863	318	260	212	71504957	58494838	47690182	إجمالي محافظات الجمهورية بعد استبعاد محافظات الحدود

المصدر: * الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء (التعداد العام للسكان 1986 ، 1996 ، 2006).

شكل (2) الكثافة السكانية للمساحة الكلية والمأهولة لجملة الجمهورية بعد استبعاد محافظات الحدود خلال الفترة (2006-1986)



جـ- التوزيع السكاني والمساحي للجمهورية طبقا للمحافظة :

يوضح الجدول رقم (3) التوزيع النسبي للمساحة الكلية وعدد السكان لكل محافظة من محافظات الجمهورية طبقا لبيانات الثلاث تعدادات الأخيرة , ويتضح من بيانات الجدول أن هناك تباينا ملحوظا بين مساحة بعض المحافظات وعدد السكان بها , فعلي سبيل المثال فإن مساحة محافظة القاهرة بلغت 0.31% من المساحة الكلية للجمهورية في حين بلغت نسبة سكانها حوالي 13% من جملة سكان الجمهورية عام 1986 , انخفضت هذه النسبة بحوالي نقطة مئوية خلال العشرين عام الماضية لتبلغ 12% من جملة سكان الجمهورية عام 2006 , وهو ما يشير الى أثر السياسة المتبعة لتخفيف التركيز علي العاصمة وهو ما أكدته بيانات الهجرة الداخلية حيث أصبحت محافظة القاهرة ولأول مرة محافظة طاردة للسكان عام 1996 , واستمرت من المحافظات الطاردة للسكان حتي تعداد 2006 , وتأتي بعد القاهرة من حيث عدد السكان محافظة الجيزة حيث يسكنها حوالي 8% من جملة سكان الجمهورية على مدى الثلاثة تعدادات في حين تبلغ مساحتها 1.3% من جملة المساحة الكلية للجمهورية , يلي ذلك كل من محافظتي الشرقية والدقهلية بنسب 7% من جملة السكان لكل منهما مقابل 0.49% , 0.37% من جملة المساحة الكلية للجمهورية علي التوالي . وعلي الصعيد الآخر يوضح الجدول ان كل محافظة من محافظات الحدود بلغ عدد سكانها اقل من 1% من جملة سكان الجمهورية علي مدى الثلاثة تعدادات , في حين بلغت مساحة محافظة الوادي الجديد وحدها حوالي 44% من جملة المساحة الكلية للجمهورية , وان مساحة محافظة مرسى مطروح بلغت حوالي 17% من المساحة الكلية للجمهورية , وهو ما يعكس

الخلل في التوزيع السكاني والعمراني بتلك المحافظات , الأمر الذي يدعوالي زيادة المشروعات التنموية بها من خلال توجيه الاستثمار إليها ووضع وتنفيذ ومتابعة وتقييم المشروعات التنموية علي ان يكون هناك تنسيق بين هذه المشروعات والأوضاع الداخلية لكل محافظة وأن يكون المحافظ مسئولاً بشكل مباشر عن تحقيق الأهداف المنشودة للمحافظة كما يتعين توفير الدعم المالي والفنى للأجهزة المحلية لمواجهة المشكلة لتحقيق مبدأ اللامركزية في محاولة لجذب السكان للهجرة إليها.

جدول رقم (3) التوزيع النسبي للمساحة الكلية والمأهولة وعدد السكان طبقا للمحافظة
خلال الفترة (1986-2006)

عدد السكان %			* المساحة الكلية للمحافظة %	المحافظة
2006	1996	1986		
11.64	11.47	12.58	0.31	القاهرة
5.66	5.63	6.07	0.23	الإسكندرية
0.78	0.80	0.83	0.13	بور سعيد
0.70	0.70	0.68	0.89	السويس
1.51	1.54	1.53	0.09	دمياط
6.85	7.12	7.22	0.37	الدقهلية
7.35	7.22	7.08	0.49	الشرقية
5.84	5.57	5.21	0.11	القليوبية
3.60	3.75	3.75	0.37	كفر الشيخ
5.51	5.74	5.98	0.19	الغربية
4.49	4.65	4.60	0.25	المنوفية
6.52	6.73	6.73	0.97	البحيرة
1.31	1.21	1.13	0.50	الإسماعيلية
7.86	8.07	7.72	1.31	الجيزة
3.15	3.13	3.00	1.09	بنى سويف
3.45	3.35	3.21	0.60	الفيوم
5.72	5.58	5.48	3.20	المنيا
4.73	4.72	4.59	2.57	أسيوط
5.15	5.27	5.07	1.09	سوهاج
4.12	4.12	4.68	1.07	قنا
1.63	1.64	1.68	6.21	أسوان
0.63	0.61	0.00	0.24	الأقصر
0.40	0.27	0.19	11.80	البحر الأحمر
0.26	0.24	0.24	43.60	الوادى الجديد
0.44	0.36	0.33	16.50	مطروح
0.47	0.43	0.35	2.73	شمال سيناء
0.21	0.09	0.06	3.10	جنوب سيناء
100.00	100.00	100.00	100.00	الجملة %
72798031	59312914	48254238	1009450	بالاعداد

المصدر: * الهيئة المصرية للمساحة.

2. الكثافة السكانية للمساحة الكلية والمأهولة لمحافظة الجمهورية :

يعرض الجدول رقم (4) الكثافة السكانية / كم² للمساحة الكلية والمأهولة لكل محافظة من محافظات الجمهورية خلال الفترة (1986-2006) ومن الجدول يلاحظ الآتي:

عدم اختلاف نمط الكثافة السكانية بالمحافظات خلال الثلاث عقود السابقة وأن هناك تباينا ملحوظا في الكثير من المحافظات بين الكثافة السكانية لإجمالي المساحة الكلية و الكثافة السكانية للمساحة المأهولة لها.

تبلغ الكثافة السكانية بمحافظة القاهرة حوالي ألفي نسمة/كم² للمساحة الكلية عام 1986 في حين إنها تصل الي حوالي 31.9 ألف نسمة / كم² لمساحتها المأهولة لنفس العام ، أما عام 2006 فقد بلغت الكثافة السكانية للقاهرة 2.7 ألف نسمة/كم² للمساحة الكلية وهي قيمة شكلية فقط حيث تزيد قيمة الكثافة السكانية لها لتصل الي 44.5 ألف نسمة/كم² للمساحة المأهولة أي بزيادة تصل إلى أكثر من ستة عشر ضعفا وهي أعلى المحافظات تركزا للسكان على مستوى الجمهورية، وهذا يدل علي ان توزيع السكان بها غير متماثل بالمرّة مع مساحتها مما يجعل تلك المحافظة تئن من مشاكل اجتماعية واقتصادية متفاقمة، فضلا عن عدم وفاء البنية الأساسية لاحتياجات السكان بها. وهنا أصبحت المسألة لا تتعلق فقط بسياسة الدولة التي يجب عليها أن تتبع سياسات جديدة في توزيع مؤسساتها ووزاراتها وجامعاتها في مختلف المحافظات وعلى قدم المساواة، بل تتعلق أيضاً بعقلية المجتمع الذي مازال يفضل العاصمة على غيرها من المدن، والافتناع بأن فرص العمل والحياة الأفضل لن تكون إلا في المدينة وبالأخص في العاصمة ، وهنا لابد من دراسة اجتماعية واقتصادية شاملة لوضع حلول بديلة تتسم بالواقعية وقابلة للتنفيذ.

ارتفاع الكثافة السكانية للمساحة الكلية لمحافظة القليوبية من حوالي 2.2 ألف نسمة/كم² عام 1986 الي حوالي 3.8 ألف نسمة عام 2006 ولم تختلف الكثافة السكانية كثيرا لهذه المحافظة بالنسبة للمساحة الكلية عنها بالنسبة للمساحة المأهولة مما يدل علي ان توزيع السكان بها يميل الي التماثل مع مساحتها، ويلاحظ أن هذا النمط موجود تقريبا في جميع محافظات الوجه البحري .

نلاحظ ارتفاع الكثافة السكانية للمساحة الكلية لمحافظة الجيزة من 283 نسمة/كم² عام 1986 الي 424 نسمة/كم² عام 2006 مع ملاحظة ان هذه القيمة شكلية متأثرة بانضمام الواحات البحرية إداريا الي الجيزة وهي مساحة غير مأهولة بالسكان ، لذلك تصل قيمة الكثافة السكانية لهذه المحافظة للمساحة المأهولة 3.1 ألف نسمة/كم² عام 1986 وترتفع لتصل الي 4.8 ألف نسمة/كم² عام 2006 أي بزيادة تصل الي عشرة أضعاف الكثافة للمساحة الكلية ، وكذلك الحال بالنسبة لمحافظة بني سويف حيث بلغت الكثافة الكلية 132 نسمة/كم² للمساحة الكلية عام 1986 أما الكثافة المأهولة فتصل الي 1.1 ألف نسمة /كم² لنفس العام ، وفي عام 2006 بلغت الكثافة 209 نسمة/كم² للمساحة الكلية بينما تبلغ الكثافة المأهولة 1.7 ألف نسمة/كم² لنفس العام، ويلاحظ وجود نفس النمط في كل من محافظات المنيا وسوهاج وقنا.

أما محافظات الحدود فتراوحت فيها الكثافة السكانية للمساحة الكلية في الثلاث تعدادات بين اقل من نسمة إلى 13 نسمة /كم² بلغت الكثافة السكانية للمساحة الكلية بمحافظة البحر الأحمر 2.4 نسمة/كم² عام 2006 بينما تصل الي 4.1 ألف نسمة/كم² للمساحة المأهولة أي ما يقرب من حوالي 1.7 ألف ضعف.

ومما سبق يتضح التفاوت الكبير في توزيع الثقل السكاني بمحافظات الجمهورية وأن هناك محافظات تعاني من التكدس السكاني (Over population) خاصة محافظة القليوبية، القاهرة ، الغربية والإسكندرية حيث تزيد الكثافة بهذه المحافظات على 1500 نسمة/كم²، وهناك محافظات تعتبر مرتفعة الكثافة حيث تتراوح ما بين 1000 - 1500 نسمة/كم² مثل محافظة الدقهلية ، المنوفية، دمياط والشرقية، بينما تعتبر محافظات كفر الشيخ ، البحيرة، الجيزة ، الفيوم وبورسعيد من المحافظات متوسطة الكثافة حيث تتراوح ما بين : 400 - 1000 نسمة/كم²، ومحافظات أخرى تعاني من الندرة السكانية خاصة محافظات الحدود.

ولهذا يجب أن يعاد النظر في السياسة السكانية والتنمية بكافة محافظات مصر لأنها لا تتناسب مع التوجه للأخذ بمفهوم اللامركزية في التنمية ويجب الأخذ في الاعتبار أن يكون هناك امتداد وظهير صحراوي لكل محافظة وبذلك تتمكن المحافظة من التوسع والامتداد العمراني وهو ما يتوافق مع حركة النمو السكاني و متطلبات التمكين والتنمية المنشودة .

جدول رقم (4) الكثافة السكانية/كم² للمساحة الكلية والمأهولة طبقا للمحافظة
خلال الفترة (1986-2006)

الكثافة السكانية للمحافظة المأهولة/كم ²			الكثافة السكانية للمحافظة الكلية/كم ²			المحافظة
2006	1996	1986	2006	1996	1986	
44490	35716	31870	2746	2205	1967	القاهرة
2461	1993	1747	1793	1452	1273	الإسكندرية
432	358	304	422	350	297	بورسعيد
57	46	36	57	46	36	السويس
1641	1366	1107	1206	1004	814	دمياط
1438	1217	1004	1343	1137	938	الدقهلية
1124	899	717	1090	872	695	الشرقية
3963	3077	2345	3783	2937	2238	القليوبية
699	593	483	699	593	483	كفر الشيخ
2065	1754	1485	2060	1749	1481	الغربية
1343	1133	912	1309	1105	889	المنوفية
684	575	468	483	407	331	البحيرة
188	141	108	188	141	108	الإسماعيلية
4807	4017	3128	434	363	283	الجيزة
1673	1358	1058	209	170	132	بني سويف
1353	1072	836	414	328	256	الفيوم
1728	1373	1097	129	103	82	المنيا
2189	1780	1408	133	108	85	أسيوط
2351	1959	1535	340	283	222	سوهاج
1724	1403	1298	278	226	209	قنا
1181	969	805	19	16	13	أسوان
2017	1593	--	190	150	--	الأقصر
4058	2212	1261	2.4	1.3	0.8	البحر الأحمر
173	131	105	0.4	0.3	0.3	الوادى الجديد
188	124	94	1,9	1,3	1,0	مطروح
85	62	42	12.5	9.1	6.2	شمال سيناء
9	3	2	4.8	1.8	0.9	جنوب سيناء
922	751	611	72	59	48	الجملة

ثانياً: كفاءة التوزيع السكاني على المساحة بمصر خلال الفترة (1986-2006) :
يعرض هذا القسم من الدراسة المقاييس المستخدمة لقياس كفاءة توزيع السكان على المساحة الكلية بمصر.

ولقياس كفاءة توزيع سكان الجمهورية على المساحة الكلية لها سيتم تطبيق مقياسين هما:

1- الرقم القياسي للتركز (Δ) (Index of Concentration)

2- نسبة التركيز أو معامل جيني للتركز (Gini Concentration Ratio)

1- الرقم القياسي للتركز (Δ) (Index of Concentration) :

يعتبر الرقم القياسي للتركز من المقاييس الهامة والأكثر شيوعاً في قياس عدالة توزيع السكان على المساحة ، تعتمد فكرته على (منحني لورنز- Lorenz Curve) ويمتاز هذا المقياس بأنه يعطي قياساً رقمياً لكفاءة التوزيع السكاني على المساحة ومدى تباين هذا التوزيع ، وتتلخص فكرته بحساب المساحة المحصورة بين منحنى لورنز وبين خط المساواة (الخط القطري الواصل بين نقطة الأصل والنقطة (1،1) في الرسم البياني ، ولرسم منحنى لورنز يتم ترتيب محافظات الجمهورية حسب الكثافة السكانية ترتيباً تصاعدي (الأقل فالأكثر) ثم يتم رسم التوزيع النسبي التجميعي للمساحة حسب المحافظة مع التوزيع النسبي التجميعي للسكان حسب المحافظة المقابل له وللمقارنة يرسم خط قطري 45 درجة لعكس حالة التوزيع المتماثل بمعنى أنه كلما كان المنحنى قريباً جداً من الخط القطري دل ذلك على أن هناك توزيعاً متوازناً للسكان حسب المساحة والعكس صحيح بمعنى إذا كان المنحنى بعيداً عن الخط القطري دل ذلك على أن هناك توزيعاً غير متوازن للسكان على المساحة (مرفق الجداول الخاصة بحساب الرقم القياسي).

لذا فإن قيمة الرقم القياسي للتركز تنحصر بين الصفر والواحد، حيث تكون قيمته صفراً عندما ينطبق منحنى لورنز على خط التساوي وتكون المساحة مساوية للصفر ويكون عندها توزيع السكان على المساحة متساوياً في جميع المحافظات بالجمهورية (التوزيع الأمثل للسكان على المساحة)، بينما يكون قيمته مساوية للواحد الصحيح عندما ينطبق منحنى لورنز على الخط الأفقي والخط العمودي وفي هذه الحالة يكون التوزيع السكاني على المساحة في أسوأ أحواله، أي أنه كلما كانت قيمة الرقم القياسي للتركز صغيرة كلما كانت عدالة التوزيع

السكاني على المساحة أفضل، ولقد وجد أن أكبر قيمة للبعد الراسي من الخط القطري إلى المنحنى (Δ) تساوى جبريا الرقم القياسي لعدم التشابه أو التركيز (Δ) ويحسب كالآتي.

$$\text{الرقم القياسي للتركز} (\Delta) = \frac{1}{2} \times \frac{\text{مجمك}}{1 - \text{ن}} \left| \text{س ن} - \text{ص ن} \right| \times 100$$

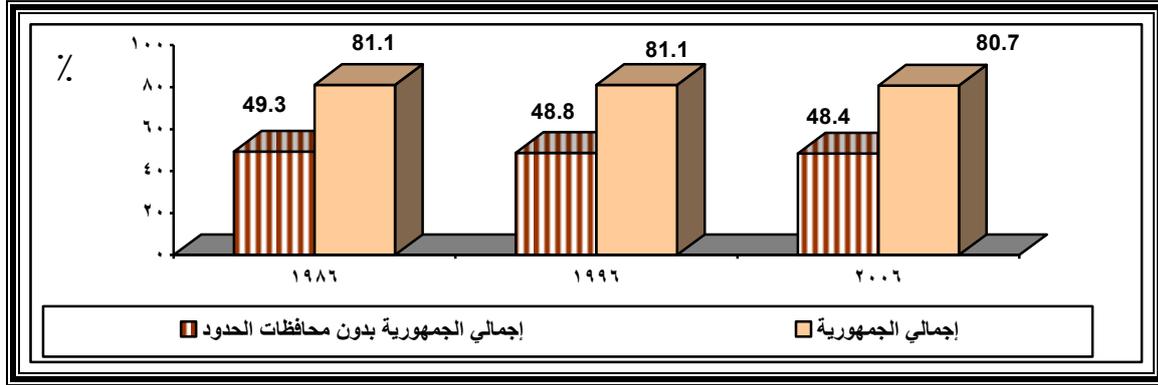
حيث س ن : التوزيع النسبي للسكان وفقا للمحافظة
ص ن : التوزيع النسبي للمساحة وفقا للمحافظة
ك : عدد محافظات الجمهورية

تعكس بيانات جدول (5) الرقم القياسي لتوزيع السكان أو التركيز (Δ) خلال الفترة (1986 - 2006) ومنه يلاحظ نسبة الرقم القياسي للتركز بلغت 81.1% على مستوى اجمالى الجمهورية عام 1986 ثم انخفضت هذه النسبة إنخفاضا طفيفا خلال العقدين التاليين حيث بلغت 80.72% عام 2006، وعند استبعاد محافظات الحدود بلغت النسبة حوالي 49.3% عام 1986 لتصل الي 48.4% عام 2006، وهذا يعنى انه إذا استبعدنا محافظات الحدود فان توزيع السكان على مساحة الجمهورية يكون قريب إلى التماثل بدرجة معقولة.

جدول رقم (5) الرقم القياسي للتركز (Δ) للمساحة الكلية خلال الفترة (1986-2006)

الرقم القياسي للتركز (Δ) (Concentration index)			البيان
2006	1996	1986	
48,39	48,76	49,29	إجمالي محافظات الجمهورية بدون محافظات الحدود على المساحة الكلية
80,72	81,11	81,09	إجمالي محافظات الجمهورية على المساحة الكلية

شكل (3) نسبة الرقم القياسي للتركز (Δ) للمساحة الكلية خلال الفترة (1986-2006)



2- نسبة التركيز (Gini Concentration Ratio):

يعتبر معامل جيني للتركز من المقاييس الهامة لقياس مدى التجانس بين التوزيع السكاني والمساحة هو يقيس نسبة المساحة التي تقع بين الخط القطري ومنحنى لورنز فكلما اقترب معامل جيني من الصفر كلما دل ذلك على تجانس السكان على المساحة وكلما اقترب من الواحد الصحيح كلما دل ذلك على التفاوت الكبير في مستوي التجانس بين التوزيع السكاني على المساحة.

و تحسب هذه النسبة كالاتي:

$$\text{نسبة التركيز} = \frac{\sum_{i=1}^n (س_i \times ص_i)}{n} - \frac{(\sum_{i=1}^n س_i \times ص_{i+1})}{n}$$

حيث $س_i$: النسبة التجميعية لسكان طبقة للمحافظة

$ص_i$: النسبة التجميعية للمساحة طبقة للمحافظة

$ك$: عدد محافظات الجمهورية

ويتضح من بيانات جدول (6) أن نسبة التركيز السكاني علي المساحة الكلية بلغت 0.9132 وذلك على مستوى الجمهورية عام 1986 ثم انخفضت بشكل طفيف لتصل الي 0.9073 عام 2006.

جدول رقم (6) نسبة التركيز السكاني باستخدام معامل جيني خلال الفترة (1986-2006)

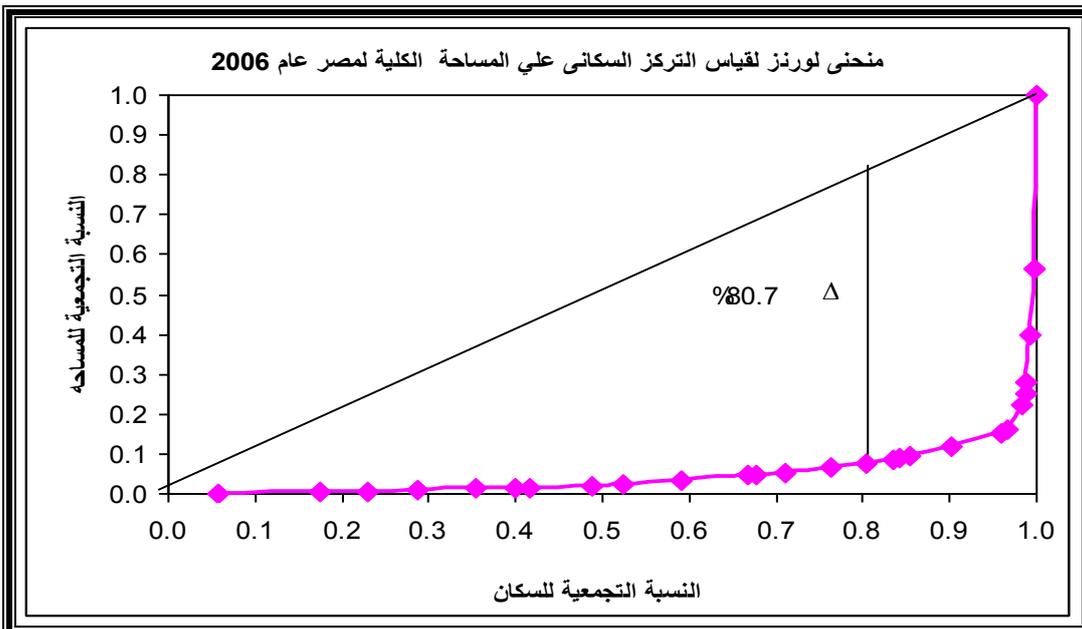
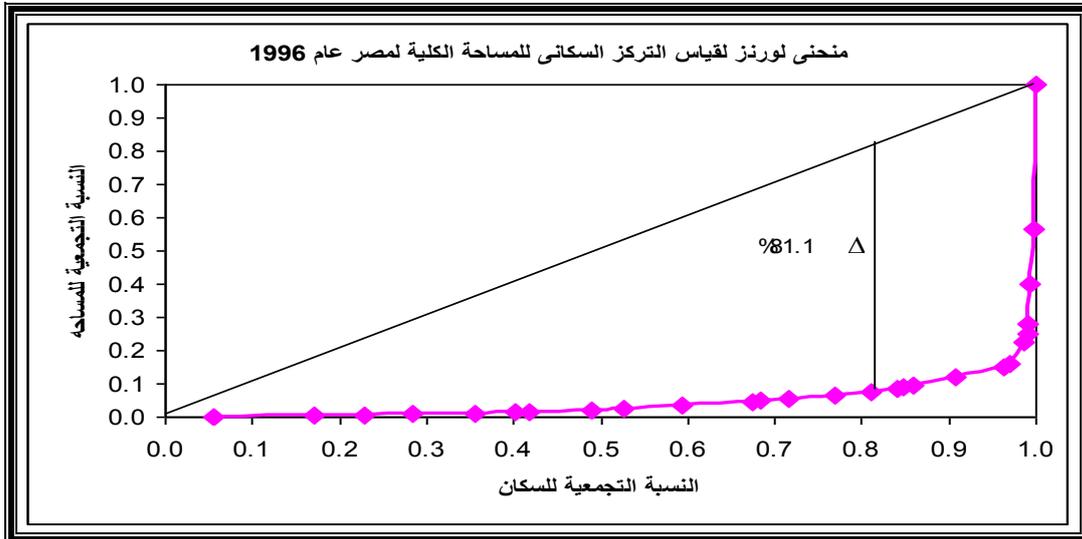
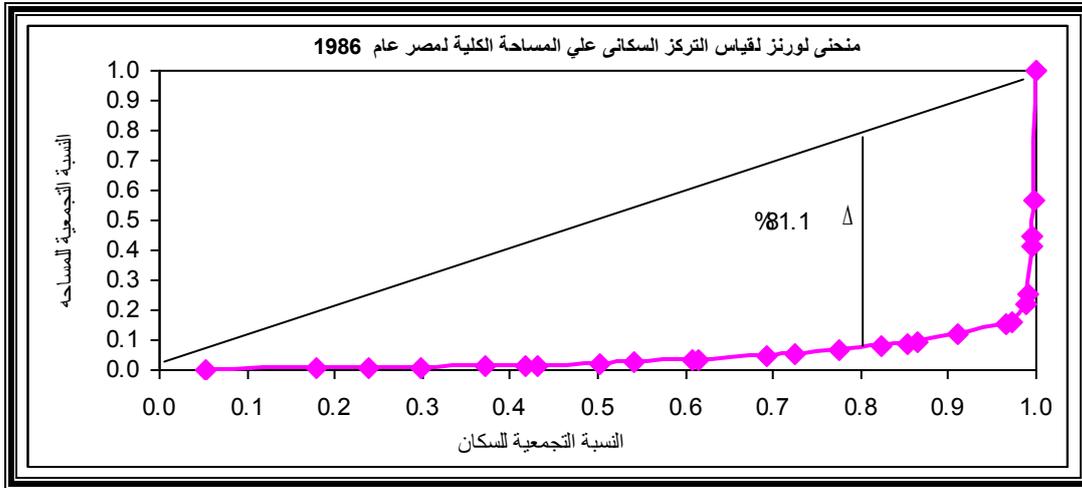
نسبة التركيز			البيان
2006□	1996	1986	
0,6418	0.6439	0,651	إجمالي محافظات الجمهورية بدون محافظات الحدود علي المساحة الكلية
0.9073	0.9103	0.9132	إجمالي محافظات الجمهورية علي المساحة الكلية

أما في حالة استبعاد محافظات الحدود فيلاحظ انخفاض نسبة التركيز السكاني إلى 0.6510 عام 1986 ثم إلى 0.6418 عام 2006 وهذا يعكس عدم التماثل في التوزيع السكاني عند الأخذ في الاعتبار محافظات الحدود والتي تتسم بمساحات كبيرة من الأرض غير المأهولة بالسكان.

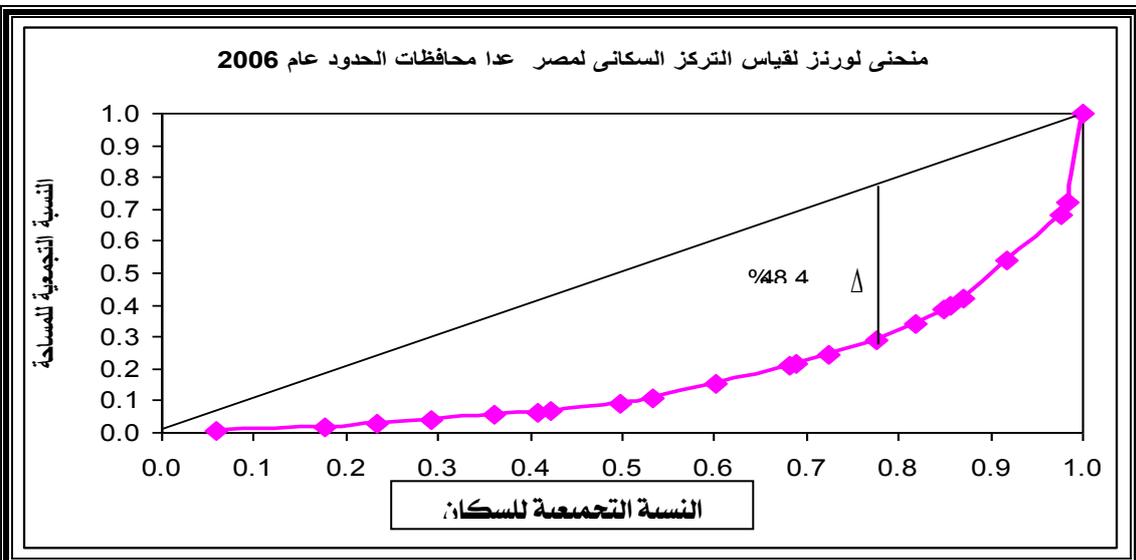
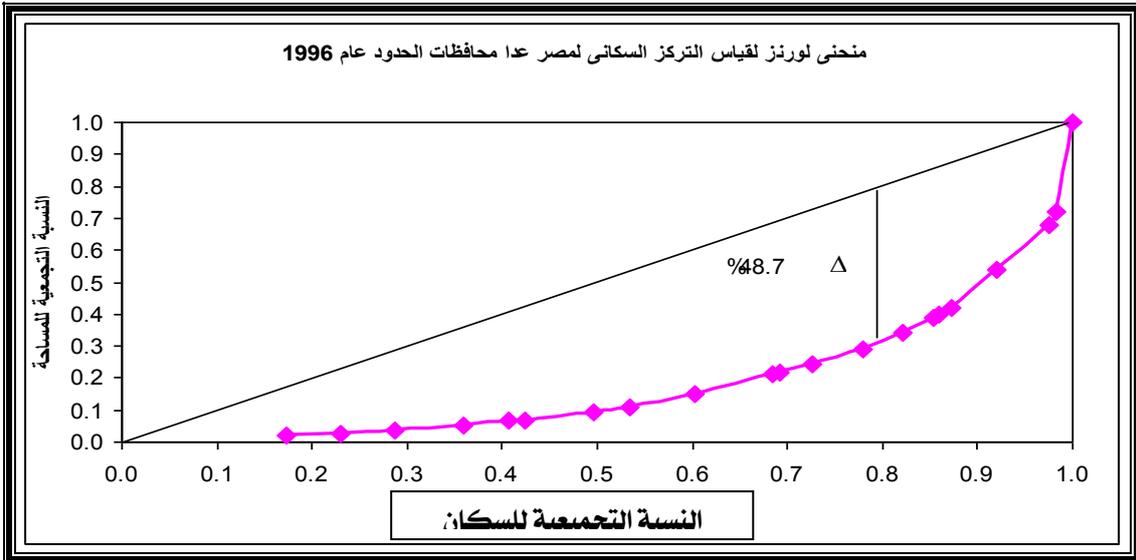
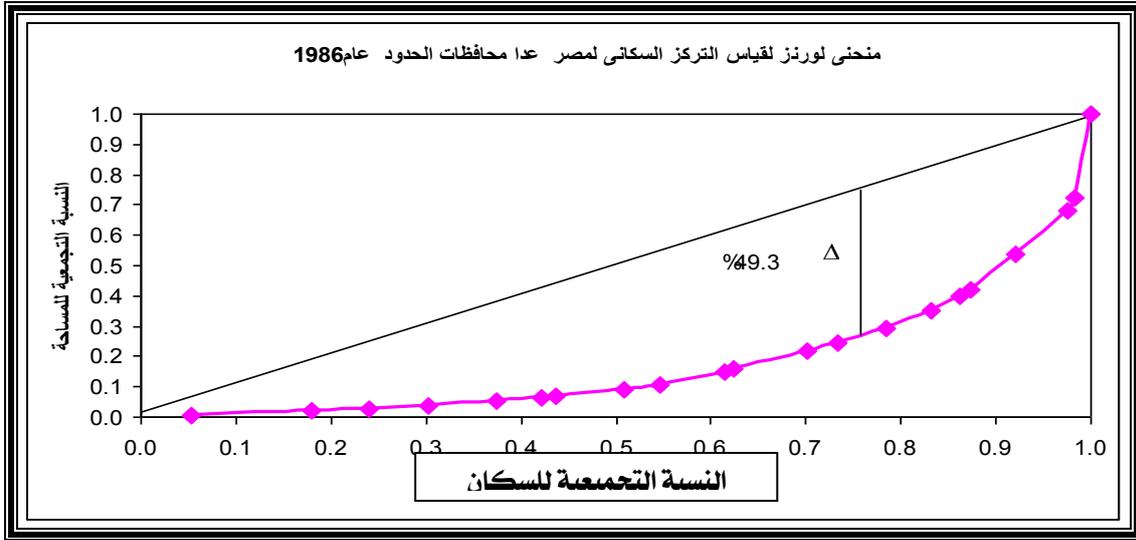
ويتضح ذلك أيضا من الرسم حيث يلاحظ من الشكل رقم (4) ان منحني لورنز يكون ابعدها ما يكون عن الخط القطري في حالة الكثافة السكانية للمساحة الكلية للجمهورية مع ملاحظة تحسن قليل للتوزيع السكاني علي المساحة الكلية لمصر عام 2006.

أما الشكل رقم (5) فيظهر أثر استبعاد محافظات الحدود علي التوزيع السكاني، ويتضح من الشكل ان توزيع السكان علي المساحة يكون بدرجة معقولة في هذه الحالة.

شكل (4) منحني لورنز ونسبة التركيز السكاني علي المساحة الكلية لإجمالي الجمهورية خلال الفترة (2006.1986)



شكل (5) منحني لورنز ونسبة التركيز السكاني علي المساحة الكلية لمصر بعد استبعاد محافظات الحدود خلال الفترة 1986_2006



ثالثاً: ملخص الدراسة والتوصيات :

1 - نتائج الدراسة :

مما سبق عرضه خلصت الدراسة الي الآتي:

أ- تزيد المساحة الكلية لمصر عن مليون كيلو متر مربع قليلا، إلا أن المساحة المأهولة لم تتجاوز حوالي 8.7% من جملة المساحة الكلية حيث يتركز 98.2% من المصريين حول وادي النيل والدلتا بينما ينتشر 1.8% منهم على 92.2% من نفس المساحة

ب- تبلغ الكثافة السكانية حسب المساحة الكلية لمصر حوالي 73 نسمة/كم²، بينما ترتفع إلى حوالي 925 نسمة/كم² للمساحة المأهولة.

ج- تشغل محافظات الحدود حوالي 77.7% من المساحة الكلية لمصر لكنها ظلت ولفترات طويلة لا تحظى إلا بالقليل من برامج التنمية ولا يوجه إليها المشروعات الاستثمارية إلا في أضيق الحدود مما جعلها لا تحظى إلا بالقليل من السكان.

د- ارتفعت الكثافة السكانية من حوالي 49 نسمة/كم² للمساحة الكلية للجمهورية في تعداد 1986 الي 59 نسمة/كم² في تعداد 1996 بفارق 10 نسمة/كم²، ثم ارتفعت الكثافة الي 72 نسمة/كم² في تعداد 2006 بفارق 13 نسمة/كم².

هـ- ارتفعت الكثافة السكانية من حوالي 611 نسمة/كم² للمساحة المأهولة عام 1986 الي 751 نسمة/كم² عام 1996 بفارق 140 نسمة/كم² ثم ارتفعت الي 922 نسمة/كم² عام 2006 بفارق 171 نسمة/كم² (أي حوالي اثني عشر ضعف). ويرجع هذا الارتفاع الي الزيادة السكانية التي عانت منها البلاد في الثلاث عقود السابقة.

و- ارتفعت الكثافة من 212 نسمة/كم² للمساحة الكلية عام 1986 بعد استبعادنا محافظات الحدود الي 318 نسمة/كم² عام 2006 ومن 863

نسمة/كم² للمساحة المأهولة عام 1986 الي 1294 نسمة/كم² في آخر تعداد.

ز- هناك تفاوت كبير في توزيع الثقل السكاني بمحافظات الجمهورية فهناك محافظات تعاني من الاكتظاظ السكاني (Over population) خاصة محافظة القليوبية، القاهرة، الغربية و الإسكندرية حيث تزيد الكثافة بهذه المحافظات على 1500 نسمة/كم².

ح- هناك محافظات مرتفعة الكثافة حيث تتراوح ما بين 1000-1500 نسمة/كم² مثل محافظة الدقهلية، المنوفية، دمياط والشرقية.

ط- هناك محافظات متوسطة الكثافة حيث تتراوح ما بين: 400-1000 نسمة/كم² مثل كفر الشيخ، البحيرة، الجيزة، الفيوم وبور سعيد، ومحافظات أخرى تعاني من الندرة السكانية خاصة محافظات الحدود.

ي- بلغ الرقم القياسي للتركز على مستوى اجمالى الجمهورية عام 1986 الى 81.1 ٪ ثم انخفضت هذه النسبة ببطء شديد خلال العقدين السابقين حيث بلغت 80.72 ٪ عام 2006 .،

ك- باستبعاد محافظات الحدود بلغ الرقم القياسي للتركز 49.3 ٪ عام 1986 ثم انخفض الي 48.4 ٪ عام 2006.

ل- بلغت نسبة التركيز السكاني 0.9132 علي المساحة الكلية على مستوى الجمهورية عام 1986 انخفضت انخفاض طفيف لتصل الي 0.9073 عام 2006.

2. التوصيات :

رغم الجهود المبذولة من قبل الحكومة لحل مشكلة سوء التوزيع السكاني في شكل إنشاء مدن عمرانية جديدة تدعوا فيها الشباب الى تعميرها وكذلك إقامة المشروعات الكبيرة لتعمير الصحراء مثل مشروع توشكي إلا أن مشكلة التركيز السكاني مازالت قائمة ذلك لعدم اكتمال المرافق العامة والخدمات في بعض هذه المدن الجديدة بالإضافة الى انه مازال بعض سكان هذه المدن يحتفظون بوظائفهم وأعمالهم خارج هذه المدن والبعض الآخر منهم من يشغلونها لغير غرض الإقامة مثل استغلالها كمخازن أو ورش صغيرة للتصنيع أو تأجيرها لعمال المصانع المقامة في هذه المدن

أ. توصي الدراسة بالتوسع في إنشاء المدن العمرانية الجديدة المتكاملة والمرافق والخدمات والتي تمتلك جميع المقومات الاقتصادية والاجتماعية التي تجعل منها مراكز حضارية في قلب الصحراء لتكون جاذبة للسكان.

ب. نظرا لارتباط الفرد بمحل عمله فتوصى الدراسة بتطبيق نظام الإسكان الوظيفي للمدن الجديدة بمعنى تمليك وحدات سكنية لكل من له وظيفة داخل المدينة الجديدة .

ج. التوسع في إنشاء مجتمعات عمرانية صناعية في شكل مستعمرات صناعية متكاملة علي نهج منطقة العاشر من رمضان ومدينة السادات والسادس من أكتوبر.

د. وضع استراتيجية شاملة لتنمية المحافظات ذات الكثافة السكانية المنخفضة لجذب السكان للإقامة فيها.

هـ. تحقيق التنمية المتوازنة والعادلة بين المحافظات للحد من عشوائية الهجرة.

و. مما سبق عرضه فيمكن مواجهة التكدس السكاني في الوادى والدلتا عن طريق غزو الصحراء وتعمير شبه جزيرة سيناء وتنمية ساحل البحر الاحمر سياحيا لاجتذاب السكان والعمل على استقرارهم في الاراضى المستصلحة وقد تم بالفعل تنفيذ بعض مشروعات الاستصلاح منها :

(1) في شرق الدلتا : مشروع الصالحية والحسينية بالشرقية .

(2) في غرب الدلتا: مشروع غرب النوبارية ومديرية التحرير في محافظات

البحيرة.

Summary
Population concentration in Egypt
1986 - 2006

Introduction :

One of the major population problems in Egypt is the unbalanced geographical distribution of the population, where the concentrated most of its population around the Nile Valley and Delta, that the limited space of the area of Egypt, despite the efforts being made to build new cities outside of this valley. However, the problem of population concentration around the Nile Valley is still remain. Which led to many problems and disadvantages to society such as environmental pollution.

The main finding:

1- The total area of Egypt is more than one million square kilometers, according to the data of the last census Has been implemented in Egypt at 2006, about 98.2% of Egyptians people concentrated in the area about 7.8% of the total area of Egypt (on the Nile Valley and Delta), while about 1.8% of them are spread in The rest of the area (92.2%).

2- The population density according to Egypt's total area about 73 person /km² , while the population density by populated area reached 925 people /km². (More than twelve times).

3- Egypt is Consisting of twenty-seven governorates including five of the Borders governorates which share borders with the administrative borders of other countries (Red Sea, New Valley, Matrouh and North and South Sinai),

4- The border governorates Characterized by the large area (77.7% of the total area of Egypt) and It's remained for long time with very little of the development programs making it has very little of the population.

5- The population density was about 49 persons/km² of the total area of the Egypt at 1986 increased to 59 persons/km² at 1996 and reached 72 persons/km² at 2006.

6- The population density was 611 persons/km² of populated area at 1986 increased to 751 persons/km² at 1996, and then rose to 922

persons/km² at 2006.

7-The density was 212 persons/km² of total area in 1986 increased after exclude the border governorates to 318 persons/km² at 2006.

8-concerning the populated area The density was 863 persons/km² at 1986 increased to 1294 persons/km² in the last census 2006.

9- There are some governorates suffering from over population such as Qaliubiya, Cairo and Alexandria, where the density in these governorates more than 1500 persons/km².

10-There are some governorates suffering from high density which ranging from 1000to1500persons/km² such as Dakahlia, Menoufia, Damietta and Sharkia.

11-There are some governorates the density ranging between: 400-1000 persons/km²,such as Kafr El-Sheikh, the lake, Giza, Fayoum, Port Said, and the other governorates are suffering from rareness of population particularly the border governorates.

12-The index of_Concentration on the total of the Egypt was 81.1% at 1986 this percentage declined very slowly during the past two decades, reaching 80.72% in 2006.

13- After excluding the border governorates the index decried to 49.3% at 1986 and decreased to 48.4% at 2006.

14- The Gini Concentration Ratio of the total area was0.9132 at 1986 declined slightly to 0.9073 at 2006.

The recommendation:

- Develop a comprehensive strategy for the development of the governorates with low population density to attract people to stay in it
- balanced and equitable development among the governorates to reduce the random migration

الحالة التغذوية للأطفال

في مصر 2008

المقدمة:

أصبح انتشار سوء التغذية malnutrition بين الأطفال أمراً خطيراً، فعلى الصعيد العالمي هناك نحو 195 مليون طفل تقل أعمارهم عن خمس سنوات يعانون من سوء التغذية، وأكثر حالات سوء التغذية وضوحاً هي الموجودة في البلاد النامية حيث غالباً ما تأخذ أشكالاً حادة.

يسبب قصور التغذية under nutrition لدى الأطفال مجموعة من المشكلات الصحية قد يصبح العديد منها مزمناً، فقد تؤدي هذه الحالة المرضية إلى فقد حاد في الوزن وإعاقة النمو وإضعاف مقاومة الجسم وفي أسوأ الحالات قد تؤدي إلى الموت، وبشكل خاص يكون للتأثيرات الناجمة عن نقص التغذية أشد الأضرار خلال السنوات القليلة الأولى من حياة الطفل عندما يكون جسمه في حالة نمو سريع كما أن قصور التغذية خلال مرحلة الطفولة يعتبر مسبباً أساسياً للإعاقة الذهنية .

يعتبر نمو الطفل مقياساً للصحة ويعكس طول الطفل خاصة الآثار التراكمية للفقر المتوارث بين الأجيال، ولسوء التغذية التي تتلقاها الأمهات ونقص التغذية في مرحلة الطفولة المبكرة، كما يعكس أيضاً عدم الكفاية في الحصول على التعليم، والمسكن، والماء، والخدمات الصحية، لذا فإن تحسين التغذية عند الرضع والأطفال الصغار يعتبر أساسياً لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

تستخدم مقاييس النمو للطفل (الوزن و الطول) لتقييم الحالة التغذوية للأطفال وفقاً لمعايير النمو الحديثة الموضوعية من قبل منظمة الصحة العالمية والمقبولة عالمياً.

إعداد : محمد عبد القادر علام

الهدف من الدراسة:

إلقاء الضوء على الحالة التغذوية للأطفال وبعض محدداتها التي تؤثر على الأطفال ونموهم بصورة مباشرة كما سبق الإشارة.

مصادر البيانات :

المسح الديموجرافى الصحى مصر 2008 , وهو المسح القومى التاسع الذى ينفذ فى مصر كجزء من برنامج المسح السكانى الصحى العالمى , بهدف توفير بيانات للمؤشرات الأساسية للسكان فى مجالات صحية عديدة , كالأنجاب ورعاية الأمومة وصحة الطفل والتغذية الخ .

منهجية الدراسة :

استخدام التحليل الوصفى للبيانات الواردة بالمسح والخاصة بتغذية الأطفال وصحتهم وبعض الممارسات التي تؤثر عليهم.

تنظيم الدراسة :

تنقسم الدراسة إلى اربعة أقسام:
أولاً : الحالة التغذوية للأطفال ومحدداتها.
ثانياً : صحة الأطفال.
ثالثاً : بعض الممارسات المتعلقة بالأسر المعيشية والمؤثرة على صحة الأطفال.
رابعاً : نتائج الدراسة.

بعض التعاريف الهامة الواردة بالدراسة:

سوء التغذية للاطفال : ويقصد به عدم احتواء الاغذية المقدمة للاطفال على العناصر الدقيقة اللازمة لنموهم الطبيعى بدايةً من الحمل عن طريق الام ثم مباشرةً للطفل بعد ولاده.

التقزم : ويقصد به قصر قامة الطفل بالنسبة لعمره عن الطول المثالى لهذا العمر.

النحافة: ويقصد بها نقص وزن الطفل بالنسبة للوزن المثالى لعمره وكذلك الوزن المثالى لطوله .

أولاً : الحالة التغذوية للأطفال ومحدداتها:

تعد التغذية من الأمور الهامة لكل فرد في جميع مراحل حياته لأنها ترتبط بالنمو ومقاومة الأمراض والقدرة على تحمل أعباء الحياة ، وتقييم الحالة التغذوية للأطفال يتطلب معرفة الحالة الاقتصادية للأسرة ومستوى الثقافة الغذائية والمستوى الثقافي العام أو الحالة المعيشية والعادات والتقاليد الغذائية السائدة في الأسرة ، كذلك معرفة كمية العناصر التي يتناولها الطفل ونوعيتها.

1 – تطور الحالة التغذوية للأطفال:

يوضح جدول (1) تطور الحالة التغذوية للأطفال دون الخامسة خلال فترة زمنية باستخدام بيانات الوزن والطول بين عام 2000 و 2008 ومنه تبين الآتى :

(أ) ثبات مقياس الطول بالنسبة للعمر بين عامى 2000 ، 2005 حيث كانت نسبة التقرم بين الاطفال 23٪ زادت فى مسح 2008 لتصل الى 29٪.

(ب) بالنسبة لمقياس الوزن للطول والعمر لوحظ أيضاً زيادة النحافة ونقص الوزن بين الاطفال فى عام 2008 عن العامين السابقين وربما يرجع ذلك الى ارتفاع أسعار الدواجن والبيض والذي أعقب إعدام ملايين الدجاج بعد ظهور مرض أنفلونزا الطيور فى مصر عام 2006.

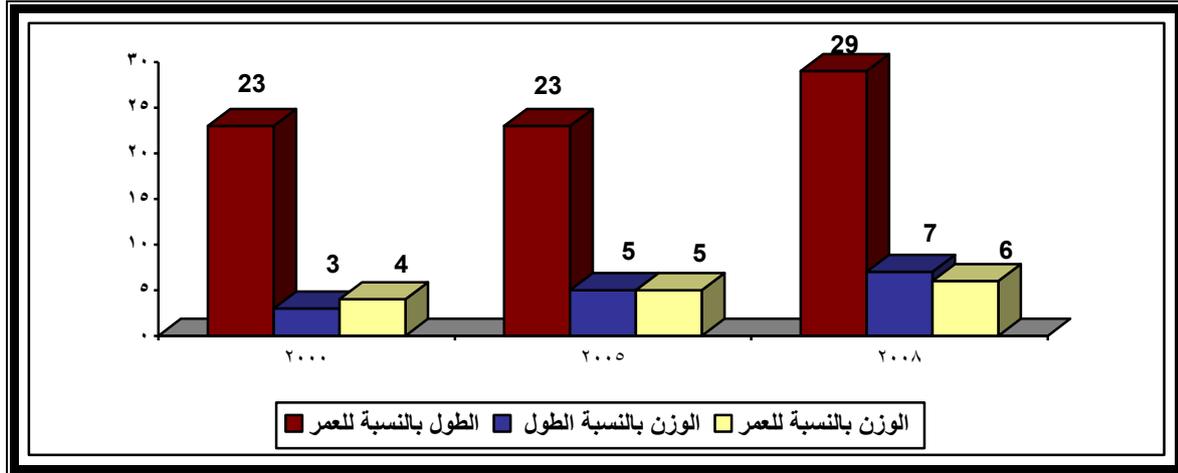
جدول رقم (1) تطور نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين يعانون من سوء التغذية وفقاً لبعض المقاييس التغذوية المرتبطة بالوزن والطول والعمر 2008 – 2000 %

المسح السكانى الصحي 2008	المسح السكانى الصحي 2005	المسح السكانى الصحي 2000	مقاييس الحالة التغذوية*
29,0	23,0	23.0	الطول بالنسبة للعمر (التقرم)
7,4	4,9	2,7	الوزن بالنسبة للطول (السمنة / النحافة)
6,3	5,1	4,0	الوزن بالنسبة للعمر (السمنة / النحافة)

المصدر : المسح الديموجرافى الصحى مصر 2008.

*معايير منظمة الصحة العالمية لنمو الطفل.

شكل (1) تطور الحالة التغذوية للأطفال أقل من 5 سنوات في الفترة من 2000-2008



2. الحالة التغذوية:

الحالة التغذوية هي المحدد لصحة الطفل ونموه وتقاس باستخدام مقاييس الوزن والطول لتقييم الحالة التغذوية للأطفال أقل من 5 سنوات، وباستخدام مقاييس الوزن والطول وبيانات أعمار الأطفال تم إعداد المؤشرات الثلاثة القياسية للنمو الطبيعي:

- الطول بالنسبة للعمر
- الوزن بالنسبة للطول
- الوزن بالنسبة للعمر

وهناك معايير للنمو توضع بمعرفة منظمه الصحة العالمية من خلال دراسة مرجعية للنمو متعددة المراكز وفق نموذج يستخدم لأول مره في المسح السكاني الصحي مصر 2008 لذلك فان النتائج لا يمكن مقارنتها بالمسوح السكانية الصحية السابقة، ولكن يجدر الإشارة الي أن المقارنة في البند السابق تمت من خلال مجتمع مرجعي دولي ثم تحديده بواسطة المركز الدولي للإحصاءات الصحية بالولايات المتحدة وتم الموافقة عليه من منظمه الصحة العالمية ومركز الولايات المتحدة لمراقبة المرض.

أ. مستويات سوء التغذية للأطفال :

الجدول رقم (2) يعرض الحالة التغذوية للأطفال وفقاً لبعض خصائصهم و تعكس بيانات الجدول الآتي :

(1) حوالي 29% من الاطفال اقل من 5 سنوات يعانون من التقزم وحوالي 14% يعانون من قصر قامة حاد.

(2) ظهور حالات التقزم لجميع الاطفال اقل من 5 سنوات في كل الفئات العمرية حتي الأطفال الأقل من 6 شهور كذلك حالات قصر القامة الحاد.

(3) زيادة قصر القامة بسرعة شديدة مع تقدم عمر الطفل فترتفع من حوالي 17% بين الاطفال اقل من 6 شهور لتصل الي حوالي 41% عند العمر 18 شهر حتي اقل من سنتين.

(4) انتشار قصر القامة بين الأطفال الذكور (7,30%) عن الإناث (1,27%).

(5) ارتفاع نسبة التقزم بزيادة ترتيب المولود.

(6) ارتفاع نسبة التقزم بقصر الفترة بين المواليد فبينما تمثل نسبة التقزم حوالي 28% عند المولود الأول , ترتفع بصورة شديدة في حاله إنخفاض الفترة بين المولودين إلى اقل من 24 شهر لتصل الي حوالي 34% وتقل هذه النسبة بتباعد الفترة بين المواليد.

(7) ارتفاع نسبة النحافة إلى 11,9% والنحافة الشديدة إلى 5,9% بين الأطفال أقل من

6 شهور وقد يرجع ذلك إلى العادات الغذائية السيئة بين الأمهات مما قد يؤدي إلى عدم كفاية لبن الأم للرضاعة في هذه الفترة أو عدم احتوائه على العناصر الغذائية المطلوبة للطفل في هذه الفترة من العمر.

(8) ارتفاع نسبة النحافة بين الاطفال الذكور عن الإناث سواءً كانت بالنسبة للوزن إلى الطول أو إلى العمر حيث بلغت النحافة للاطفال للذكور 8,0% مقابل 6,4% للإناث في حالة الوزن بالنسبة للطول , 7.1% للاطفال الذكور مقابل 4,9% للإناث في حالة الوزن بالنسبة للعمر.

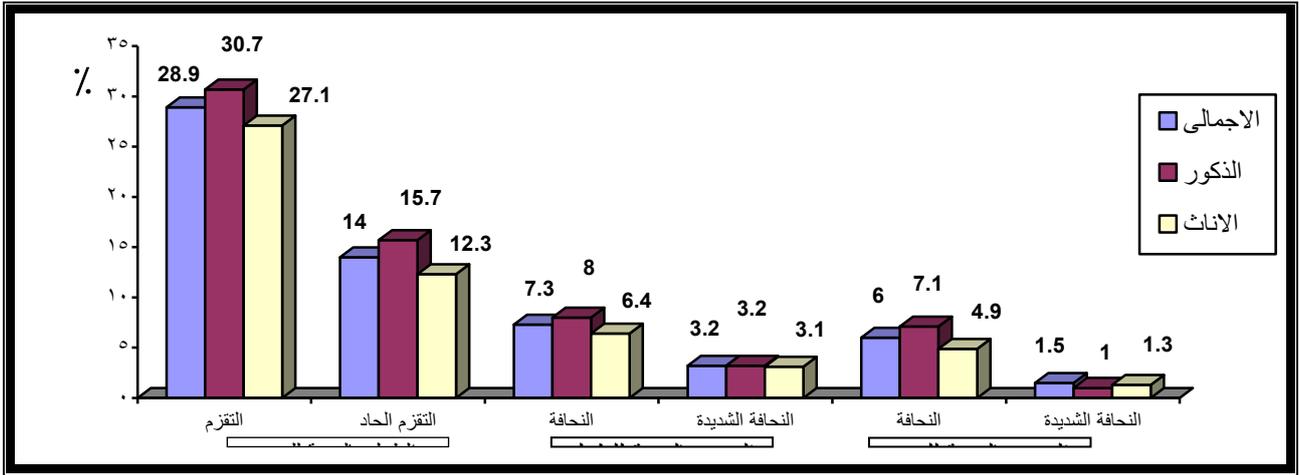
(9) ارتفاع نسبة نحافة الوزن بالنسبة للعمر للاطفال في حالة إذا ما قلت الفترة بين المواليد عن 24 شهر إلى 7,7% , إلى 1,8 عند النحافة الشديدة.

جدول رقم (2) نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين يعانون من سوء التغذية وفقاً لبعض المقاييس التغذوية المرتبطة بالوزن والطول والعمر طبقاً لبعض خصائص الطفل عام 2008 %

الوزن بالنسبة للعمر		الوزن بالنسبة للطول		الطول بالنسبة للعمر		الخصائص/الخلفية
نحافة	نحافة حاده	نحافة	نحافة حاده	تقرزم	تقرزم حاد	
عمر الطفل						
6,3	1,3	11,9	5,9	16,8	7,4	أقل من 6 شهور
5,2	0,6	6,5	2,4	21,9	11,0	6-8 أشهر
5,5	2,9	5,8	1,8	22,0	10,6	9-11 شهر
4,4	0,6	5,2	1,3	28,1	14,2	12-17 شهر
7,5	2,3	8,2	3,6	40,8	22,9	18-23 شهر
6,5	0,9	7,3	3,2	34,9	16,8	24-35 شهر
6,0	1,5	6,8	3,3	31,8	14,9	36-47 شهر
5,9	1,2	6,4	3,0	24,3	10,5	48-59 شهر
النوع						
7,1	1,5	8,0	3,2	30,7	15,7	ذكر
4,9	1,0	6,4	3,1	27,1	12,3	أنثى
ترتيب المولود						
5,6	1,3	7,2	3,4	27,7	13,8	1
6,0	1,1	7,3	3,1	29,3	14,3	3,2
6,8	1,6	8,1	2,8	30,2	13,8	5,4
5,5	1,2	5,7	3,2	28,7	12,5	6 فأكثر
الفترة بين المواليد						
5,7	1,4	7,2	3,4	27,8	13,9	المولود الأول
7,7	1,8	7,2	2,9	34,1	17,3	أقل من 24 شهر
5,8	1,1	7,2	3,1	28,5	13,5	24-47 شهر
5,8	1,0	7,5	3,1	28,4	12,9	48 شهر فأكثر
6,0	1,3	7,3	3,2	28,9	14,0	الاجمالي

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى مصر 2008.

شكل رقم (2) نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين يعانون من سوء التغذية وفقاً لبعض المقاييس التغذوية المرتبطة بالوزن والطول والعمر طبقاً لنوع الطفل عام 2008



ب - محددات الحالة التغذوية للأطفال:

(1) خصائص الأم:

تؤثر خصائص الأم المختلفة سواء العمر أو الحالة التعليمية أو محل الإقامة أو الحالة العملية على الحالة التغذوية لأطفالهم وهي من أهم محددات الحالة التغذوية للأطفال ، ويعرض الجدول رقم (3) الحالة التغذوية للأطفال وفقاً لبعض خصائص الأم ومنه التعرف على نسبة الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية أو سوء التغذية الحاد وتعكس بيانات الجدول الآتي :

- الأطفال للأمهات الصغيرات (15-19 سنة) أكثر تعرضاً للإصابة بنحافة الوزن بالنسبة للعمر 3,7٪ عن قرنائهم للأمهات في باقي الفئات العمرية ربما لحدثة هؤلاء الأمهات وقلة خبرتهن في تغذية أطفالهن .
- تعرض أطفال الريف لقصر القامة أكثر من أطفال الحضر حيث تمثل نسبة التقزم في الريف حوالي 30٪ بينما في الحضر تمثل 27٪ .
- عدم وجود تأثير ملحوظ للمستوي التعليمي للام أو مؤشر الثروة على انتشار التقزم بين الأطفال.
- حوالي 7٪ من الاطفال يعانون من النحافة.
- الأطفال في المحافظات الحضرية أكثر نحافة من باقي المحافظات إذ تبلغ نسبتهم 9,8٪ وهي أعلى من باقي المحافظات.
- هناك حوالي 6٪ من الاطفال اقل من 5 سنوات مصابون بنقص الوزن (نحافة) بالنسبة لأعمارهم.
- معظم الأطفال المصابون بنقص الوزن بالنسبة للعمر في الوجه القبلي حيث بلغت نسبتهم 7٪ مقارنة بالأطفال في المناطق الأخرى.

- (ح) تعرض أطفال الأمهات اللاتي لم تحصل علي أي قدر من التعليم للإصابة بسوء التغذية نقص الوزن بالنسبة للعمر عن باقي الاطفال وبلغت نسبتهم حوالي 8٪ مقابل تقريبا 6٪ لباقي الفئات.
- (ط) نفس الوضع بالنسبة لأطفال الأسر ذات المستوى الأدنى للثروة ينتشر بينهم نقص الوزن بالنسبة للطول ويبلغ نسبتهم حوالي 8٪ بينما عند المستوى الأعلى للثروة كانت هذه النسبة حوالي 5٪.

جدول رقم (3) نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين يعانون من سوء التغذية وفقاً لبعض المقاييس التغذوية المرتبطة بالوزن والطول والعمر طبقاً لبعض خصائص الأم عام 2008

٪

الوزن بالنسبة للعمر		الوزن بالنسبة للطول		الطول بالنسبة للعمر		الخصائص/الخلفية
نحافة	نحافة حاده	نحافة	نحافة حاده	تقرم	تقرم حاد	
						العمر
7,3	2,0	7,0	5,4	25,9	11,9	19-15
5,7	1,1	6,7	2,9	29,6	14,7	24-20
5,9	1,2	7,9	3,3	28,0	13,4	29-25
6,6	1,6	7,5	3,1	29,7	14,1	34-30
5,5	1,1	6,4	2,9	29,1	14,2	49-35
						الإقامة
6,0	1,4	8,2	3,3	27,1	13,6	حضر
6,0	1,2	6,7	3,1	29,9	14,2	ريف
						إقليم الإقامة
5,9	1,4	9,8	4,1	22,3	12,0	محافظة حضرية
5,5	1,3	6,8	3,2	34,3	18,8	وجه بحرى
5,2	1,5	6,3	2,8	39,3	21,2	حضر
5,6	1,2	6,9	3,4	32,7	18,2	ريف
6,7	1,2	6,8	2,8	25,7	9,5	وجه قبلى
7,1	1,4	8,0	2,8	22,7	8,8	حضر
6,5	1,1	6,3	2,7	26,9	9,7	ريف
4,2	0,7	6,4	3,2	28,2	15,0	محافظة الحدود
						الحالة التعليمية
7,6	1,4	8,1	3,7	30,1	12,8	لم يسبق لها الذهاب للمدرسة
5,5	1,2	6,2	2,6	28,4	12,9	لم تتم المرحلة الابتدائية

5,7	1,3	7,0	3,3	30,1	15,6	أتمت الابتدائية/بعض الثانوى أتمت الثانوية / فأعلى
5,3	1,1	7,1	2,9	28,0	14,2	
الحالة العملية						
5,8	1,2	5,6	2,2	29,4	15,4	تعمل بأجر نقدى
6,0	1,3	7,5	3,3	28,8	13,8	لا تعمل مقابل عائد نقدى
مؤشر الثروة						
7,5	1,3	7,1	3,8	29,5	12,6	أدنى مستوى
6,0	1,5	7,9	2,7	30,5	14,7	المستوى الثانى
5,9	1,4	8,0	3,9	27,3	12,4	المستوى الأوسط
5,1	0,8	5,6	2,5	30,3	15,8	المستوى الرابع
5,4	1,3	7,6	2,8	26,9	14,7	أعلى مستوى
6,0	1,3	7,2	3,2	28,9	14	الاجمالى

المصدر : المسح الديموجرافى الصحى مصر 2008

(2) بعض الممارسات المتعلقة بالتغذية:

(أ) الرضاعه الطبيعيه :

يعد البدء المبكر للرضاعه الطبيعيه مهما لكل من الام والطفل حيث تحفز الرضاعه المبكره إفرازات الهرمون الذي يساعد في انتاج اللبن , إكساب الرضيع مناعه طبيعيه , اما اعطاء الطفل أى سوائل أخرى فيعتبر من الممارسات الغير محببه لانه يجد من مرات الرضاعه.

والجدول رقم (4) يوضح نسبه الاطفال (أقل من 3 سنوات) المولودين في الخمس سنوات السابقه للمسح وسبق لهم الرضاعه الطبيعيه وتعكس بيانات الجدول الاتي:

(1) ان معظم الأطفال في مصر سبق لهم الرضاعه فحوالي 88٪ منهم تم وضعهم علي ثدي امهاتهم خلال اليوم الأول من الولادة و حوالي 56٪ منهم وضعوا خلال ساعة واحده من الولادة.

(2) علي الرغم من بدايه الرضاعه في وقت مبكر لغالبية الاطفال الا ان عاده التغذيه قبل الرضاعه ما زالت شائعه حيث ان حوالي 47٪ من الاطفال تلقوا تغذيه ما قبل الرضاعه.

(3) ان مكان الولادة له تأثير علي تغذيه ما قبل الرضاعه حيث تزداد نسبه الاطفال الذين تلقوا هذه التغذيه اذا كانت الولاده خارج المنزل (في مكان طبي) , حيث بلغت 50.3٪ في الوحدات الصحيه بينما بلغت 40.0٪ في الولادة بالمنزل.

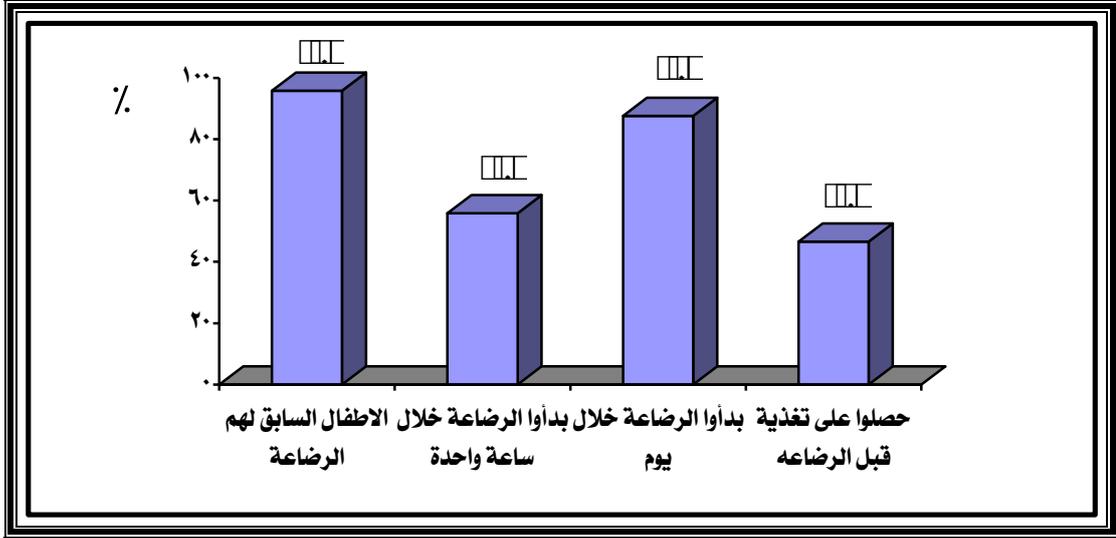
(4) ارتفاع نسبه الاطفال الذين حصلوا على تغذيه قبل الرضاعه في ريف الوجه القبلى (50,5٪) عن باقى الأقاليم و تنخفض بصورة كبيرة بين أطفال الحدود (35,9).

(5) ارتفاع نسبه الاطفال الذين وضعوا على ثدي أمهاتهم خلال ساعة من الولادة لدى الأسر ذات المستوى الأدنى للثروة 60.1٪ وتقل النسبه لدى الأسر ذات المستوى الأعلى 47.3٪.

جدول رقم (4) نسبة الأطفال المولودين في الخمس سنوات السابقة على المسح وسبق لهم الرضاعة الطبيعية والوقت الذي بدأوا فيه الرضاعة بعد الولادة وفقاً لبعض الخصائص عام 2008 %

الخصائص	نسبة الذين سبق لهم الرضاعة	نسبة الذين بدأوا الرضاعة خلال ساعة من الولادة	نسبة الذين بدأوا الرضاعة خلال يوم من الولادة	نسبة الذين حصلوا على تغذية قبل الرضاعة
المساعدة أثناء الولادة				
شخص طبي مُدرب	95,4	51,4	86,5	48,0
داييه	97,2	74,4	92,2	41,0
أخرى / لا يوجد	99,6	64,7	87,2	44,1
مكان الولادة				
وحدة صحية حكومية	93,8	51,5	85,5	47,1
وحدة صحية خاصة / جمعية أهلية	96,0	48,0	86,1	50,3
المنزل / أخرى	97,2	73,1	92,1	40,0
النوع				
ذكر	95,7	55,2	86,9	47,3
أنثى	95,9	56,7	88,4	45,9
الإقامة				
حضر	95,2	51,3	88,9	46,2
ريف	96,1	58,7	86,8	46,8
إقليم الإقامة				
محافظات حضرية	95,2	49,1	89,4	46,3
وجه بحري	96,1	57,3	87,6	45,0
حضر	96,2	53,3	87,1	47,8
ريف	96,1	58,5	87,7	44,1
وجه قبلي	95,6	58,4	86,7	49,0
حضر	94,1	57,3	89,2	45,2
ريف	96,1	58,9	85,6	50,5
محافظات الحدود	95,7	56,2	90,2	35,9
الحالة التعليمية				
لم يسبق لها الذهاب للمدرسة	96,1	60,2	85,7	48,7
لم تتم المرحلة الابتدائية	96,5	58,8	87,6	45,5
أتمت الابتدائية/بعض الثانوى	94,9	57,0	87,4	45,0
أتمت الثانوية / فأعلى	95,7	53,1	88,6	46,2
الحالة العملية				
تعمل بأجر نقدي	94,2	50,9	87,2	43,9
لا تعمل مقابل عائد نقدي	99,0	56,5	87,7	46,9
مؤشر الثروة				
أدنى مستوى	95,9	60,1	86,0	47,9
المستوى الثانى	96,2	59,0	85,7	48,6
المستوى الأوسط	95,1	56,9	87,6	45,7
المستوى الرابع	95,9	56,1	89,7	44,5
أعلى مستوى	95,7	47,3	89,1	46,4
الاجمالي	95,8	55,9	87,6	46,6

شكل (3) نسبة الأطفال المولودين فى الخمس سنوات السابقة على المسح السابق لهم
الرضاعة الطبيعية والوقت الذى بدأ فيه الرضاعة بعد الولادة عام 2008



(ب) تقديم الأغذية المكمله:

هناك توصيه من صندوق الأمم المتحدة للطفولة تنص علي اعطاء الطفل رضاعه طبيعية مطلقه خلال الستة شهور الأولى من العمر أي اعطائهم لبن الثدي فقط دون تناول اشياء اخري مكمله , والجدول رقم (5) يقدم أنماط الرضاعة الطبيعية للاطفال دون الثالثه من العمر ويعيشون مع امهاتهم وتعكس بيانات الجدول الآتي :

(1) ان الاطفال دون الثالثه ويعيشون مع أمهاتهم و لا يرضعون حاليا بلغت نسبتهم حوالى 42%.

(2) انتشار الرضاعة الطبيعية المطلقة بين الأطفال خصوصا عند العمر اقل من شهرين حيث بلغت نسبتهم حوالى 79% وتقل بزيادة عمر الطفل حتى تصل الى 0,1% عندما يكون عمر الطفل من 24 - 35 شهر.

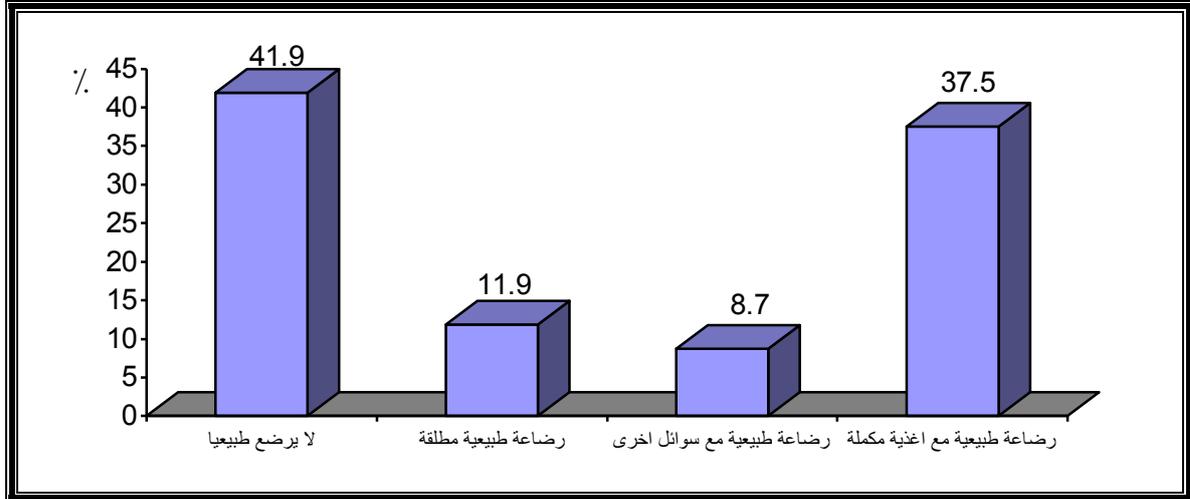
(3) يتلقى معظم الأطفال فى مصر (81.4) عند العمر 11 شهر فأكثر أغذيه أخري أو لبن خارجي بالإضافة إلى لبن الأم .

جدول رقم (5) التوزيع النسبي للاطفال اقل من 3 سنوات ويعيشون مع امهاتهم وفقاً
لحالة الرضاعة الطبيعية عام 2008

العمر بالأشهر	لا يرضع طبيعياً	رضاعة طبيعية مطلقة	رضاعة طبيعية مع ماء/ سوائل / عصير / لبن آخر	رضاعة طبيعية مع أغذية مكملة	الإجمالى
أقل من شهرين	2,1	78,9	18,1	0,9	100
3-2	2,5	57,5	33,7	6,3	100
5-4	6,0	28,8	25,3	30,0	100
8-6	8,7	12,3	15,6	63,5	100
11-9	7,8	3,9	6,9	81,4	100
17-12	22,4	0,7	2,7	74,3	100
23-18	65,5	0,4	0,3	33,7	100
35-24	95,9	0,1	0,0	3,9	100
الإجمالى	41,9	11,9	8,7	37,5	100

المصدر : المسح الديموجرافى الصحى مصر 2008,

شكل (4) نسبة الاطفال اقل من 3 سنوات ويعيشون مع أمهاتهم وفقاً لحالة الرضاعة الطبيعية عام 2008



(ج) الإمداد بعنصر اليود :

يعتبر اليود من العناصر الغذائية الدقيقة التي يسبب نقصها مشاكل صحية كثيرة، فنقص اليود يسبب تضخم الغدة الدرقية ، الصرع ، توقف النمو، العقم وزيادة وفيات الاطفال - كما ان النقص غير المنتظم لليود يعتبر السبب الاكثر شيوعاً للإعاقة الذهنية لذلك تبنت مصر برنامجاً لمعالجة ملح الطعام باليود للتغلب على نقص اليود بالجسم .

والجدول رقم (6) يوضح نسبة الأسر المعيشية التي تستخدم ملح مُعالج باليود وفقاً لبعض الخصائص وتعكس بيانات الجدول الآتي :

- (1) يستخدم حوالي 2% من الاسر ملح غير معالج باليود وان حوالي 79% من الاسر تستخدم ملح به كميته كافيته من اليود .
- (2) ترتفع نسبة الاسر المعيشية التي تستخدم الملح المعالج باليود في الحضر عن الريف حيث بلغت نسبة الاسر التي تستخدم ملحاً غير معالج باليود في الريف تقريبا 4% مقابل 0,6% من الاسر في الحضر.
- (3) تعتبر الأسر المعيشية بريف الوجه القبلي من اكثر المناطق استخداماً للملح الغير معالج باليود 6,5%، بينما تصل نسبة الأسر المستخدمة لهذا الملح في حضر الوجه القبلي مثلاً 1,1%.
- (4) تنخفض نسبة الأسر المستخدمة للملح الغير مُعالج باليود كلما ارتفع مستوى الثروة فتصل النسبة الى 7,3% عند ادنى مستوى للثروة ، 0.2% عند أعلى مستوى للثروة.

(د) تناول العناصر الغذائية الدقيقة بين الاطفال:

يعتبر كل من فيتامين (أ) والحديد من العناصر الهامة للاطفال حيث يؤثران بشكل مباشر علي النمو الطبيعي للاطفال وحمائتهم من بعض الأمراض المعدية مثل الحصبة والإسهال كما أن النقص الحاد في فيتامين (أ) يمكن ان يسبب فقدان البصر، يتواجد فيتامين (أ) بصورة طبيعية في لبن الأم، الألبان الاخري ، اللحوم، الأسماك ، الدواجن والبيض ، كما ان في

مصر يوجد برنامجا تكميليا لفيتامين (أ) للأطفال ابتداء من الشهر التاسع عند تطعيم
 الحصبة حيث يأخذ الطفل كبسولة فيتامين (أ) ، بالإضافة إلى كبسولتين عند العمر 18
 شهر مع الجرعة المنشطة للشلل.

**جدول رقم (6) نسبة الاسر المعيشية التي تستخدم ملح معالج باليود
 طبقاً لبعض الخصائص عام 2008**

٪

مستوى اليود			الخصائص
كافى (اكثر من 15 جزء فى المليون)	غير كافى (اقل من 15 جزء فى المليون)	لا يوجد	
			الإقامة
86,0	13,4	0,6	حضر
71,9	24,5	3,7	ريف
			إقليم الإقامة
			محافظات
86,0	13,6	0,4	حضرية
80,9	17,7	1,4	وجه بحرى
88,3	11,3	0,4	حضر
77,8	20,4	1,8	ريف
70,7	24,8	4,4	وجه قبلى
83,8	15,1	1,1	حضر
62,6	30,9	6,5	ريف
76,8	20,1	3,1	محافظات الحدود
			مؤشر الثروة
56,8	35,9	7,3	أدنى مستوى
70,9	26,0	3,1	المستوى الثانى
78,7	20,0	1,3	المستوى الأوسط
87,5	11,9	0,6	المستوى الرابع
91,4	8,4	0,2	أعلى مستوى
78,7	19,1	2,2	الاجمالى

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى – مصر 2008.

ويعرض جدول (7) نسبة الاطفال اقل من 3 سنوات الذين تلقوا غذاء كاف من فيتامين (أ) والحديد وتعكس بيانات الجدول الاتي :

(1) ان حوالي 36% من بين الاطفال في العمر من 6 شهور الي اقل من 3 سنوات يتناولون طعاما غنيا بفيتامين (أ) يوميا وان ضعفهم تقريبا يتناولون اطعمه غنيه بالحديد حوالي 72%.

(2) ارتفاع نسبة الاطفال اللذين يتناولون طعاما غنيا بفيتامين (أ) وغنياً بالحديد بتقدم عمر الطفل فبلغت نسبة الاطفال الذين تناولوا اطعمة غنية بفيتامين (أ) وغنية بالحديد 15,4% , 32,2% على التوالي فى العمر من 6 – 8 أشهر وترتفع هذه النسبة لتصل الى 46% لتناول فيتامين (أ) , 85% لتناول الحديد وذلك للاطفال فى العمر من 24 – 35 شهر , كذلك تزداد النسبة بين الاطفال الذين لا يرضعون رضاعه طبيعيه عن الذين يرضعون طبيعيا ربما لزياده فرص من لا يرضعون طبيعيا في تناول كميات من الغذاء اكبر من الآخرين حيث ان نسبة استهلاك الاطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية تبلغ 28% من استهلاك أطعمة غنية بفيتامين (أ) , حوالي 60% من استهلاك أطعمة غنية بالحديد بينما تبلغ هذه النسب حوالي 44% , 83% على التوالي بين الاطفال الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية.

(3) زياده نسبة الاطفال اللذين تناولوا اطعمه غنيه بفيتامين (أ) والحديد كلما زاد المستوي التعليمي للام , فالام التي لم يسبق لها الذهاب للمدرسه كانت نسبة الاطفال اللذين تناولوا هذه الاطعمه اقل بحوالي 10 درجات مئوية عن الاطفال للام التي اتمت المرحله الثانويه فاعلي (3,30% , 5,39%) على التوالي.

(4) نفس النمط تقريبا للاطفال لدي الاسر ذات المستوي الادني للثروة مع الاطفال لدي الاسر ذات المستوي الاعلي للثروه , فكلما ارتفع المستوي المعيشى للاسرة كلما ارتفعت نسبة الاطفال اقل من 3 سنوات للاطعمة الغنية بفيتامين (أ) والغنية بالحديد فعند أدنى مستوى للثروة تصل نسبة الاستهلاك إلى 30,6% لفيتامين (أ) , حوالي 64% للحديد. وترتفع هذه النسبة لتصل إلى حوالي 40% , 79% على التوالي عند أعلى مستوى للثروة.

جدول رقم (7) نسبة الاطفال الأقل من 3 سنوات الذين تناولوا غذاءً غنياً بفيتامين (أ) و غنياً بالحديد خلال الـ 24 ساعة السابقة للمسح وفقاً لبعض الخصائص عام 2008

الخصائص/الخلفية	نسبة استهلاك أطعمة غنية بفيتامين أ خلال الـ 24 ساعة السابقة	نسبة استهلاك أطعمة غنية بالحديد خلال الـ 24 ساعة السابقة
عمر الطفل		
6-8 أشهر	15,4	32,2
9-11 شهر	25,5	62,2
12-17 شهر	36,4	74,4
18-23 شهر	41,8	82,2
24-35 شهر	46,0	85,0
النوع		
ذكر	36,6	71,6
أنثى	35,8	71,9
حالة الرضاعة الطبيعية		
يرضع طبيعياً	28,0	59,9
لا يرضع طبيعياً	44,3	83,2
الإقامة		
حضر	37,6	73,2
ريف	35,3	70,8
إقليم الإقامة		
محافظات حضرية	33,9	72,6
وجه بحرى	36,6	74,4
حضر	39,2	76,5
ريف	35,8	73,7
وجه قبلى	36,7	68,1
حضر	42,0	70,9
ريف	34,6	67,0
محافظات الحدود	34,3	74,9
الحالة التعليمية للام		
لم يسبق لها الذهاب للمدرسة	30,3	66,2
لم تتم المرحلة الابتدائية	32,5	64,2
أتمت الابتدائية/بعض الثانوى	35,2	69,8
أتمت الثانوية / فاعلى	39,5	75,6
الحالة العملية للام		
تعمل بأجر نقدى	39,9	73,6
لا تعمل مقابل عائد نقدى	35,7	71,5
مؤشر الثروة		
أدنى مستوى	30,6	63,7
المستوى الثانى	35,2	70,0
المستوى الأوسط	36,5	71,9
المستوى الرابع	38,0	73,8
أعلى مستوى	40,4	79,0
الاجمالى	36,2	71,7

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى - مصر 2008.

ثانياً: صحة الطفل :

من المؤشرات الهامة للحالة التغذوية للطفل وجودتها حالة الصحة , وتمثل صحة الأطفال منعطفًا هامًا في السياسات القومية بغرض إعطاء الطفل كافة حقوقه كما نصت المواثيق والأعراف الدولية وسوف تتناول الدراسة في هذا القسم صحة الطفل من خلال بعض الأمراض التي تصيبه كالإسهال , وحصول الطفل على التطعيمات اللازمة لمختلف الأمراض.

1- حصول الطفل على التطعيمات :

حرصت الدولة على توفير برنامج قومي لتطعيم الأطفال ضد بعض الأمراض الخطيرة التي كانت منتشرة كشلل الأطفال , الدرن , الحصبة وغيرها وفق التطعيمات الموصى بها دوليًا ويعتبر حصول الطفل على كافة التطعيمات في مواعيدها المحددة من أهم الخطوات على طريق ضمان صحة جيدة للأطفال.

ومن خلال نتائج البرنامج المصري واسع التغطية لتطعيمات الأطفال في الفئة العمرية 23-12 شهر يعرض الجدول رقم (8) نسبة الأطفال الذين تلقوا تطعيمًا وفقاً لنوع التطعيم وتشير بيانات الجدول إلى ان :

- أ - لم يتم تطعيم حوالي 0.2% من الأطفال في فئة العمر 23-12 شهر ضد أي من الأمراض التي يمكن الوقاية منها .
- ب - حصل حوالي 99% من الأطفال في فئة العمر 23-12 شهر على التطعيم ضد الدرن.
- ج - حصل حوالي 98% من الأطفال على ثلاثة جرعات من طعم الثلاثي.
- د - بلغت نسبة الأطفال الذين حصلوا على ثلاث جرعات من طعم شلل الأطفال 95% .
- هـ - بلغت نسبة التغطية الكلية للتطعيمات لكل الأمراض 92% .
- و - ارتفاع مستويات التغطية لكل التطعيمات والكبد الفيروسي (رغم انتشاره منذ منتصف التسعينات) لتبلغ النسبة 90% من الأطفال في العمر من 23-12 شهراً.

جدول رقم (8) نسبة الاطفال فى فئة العمر 12-23 شهر الذين تلقوا تطعيما
وفقاً لنوع التطعيم

%

نوع التطعيم	نسبة الاطفال الذين تم تطعيمهم
الدرن	99,0
الثلاثى 1	99,8
الثلاثى 2	99,7
الثلاثى 3	97,6
جرعة منشطة ثلاثى	42,1
شلل 0	86,7
شلل الاطفال 1	99,8
شلل الاطفال 2	99,3
شلل الاطفال 3	94,5
شلل الاطفال 4	79,7
جرعة منشطة شلل الاطفال	43,2
الكبد الفيروسى 1	99,3
الكبد الفيروسى 2	98,9
الكبد الفيروسى 3	96,1
الحصبة	98,3
الحصبة الالمانى / الغدة النكافية	45,6
كل التطعيمات	91,7
كل التطعيمات و الكبدى الفيروسى	90,4
لا توجد تطعيمات	0,2

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى - مصر 2008

2. اتجاه تغطيه التطعيمات خلال الفترة من 1992 - 2008:

يوضح الجدول رقم (9) الاتجاه فى تغطيه التطعيمات للأطفال فى فئة العمر 12 - 23 شهراً وفقاً لنوع التطعيم خلال الفترة ما بين المسح السكاني الصحى مصر 1992-2008 وتعكس بيانات الجدول الآتى :

أ - ارتفاع مستوى التغطية لكل التطعيمات خلال الفترة ما بين المسح السكاني الصحى مصر 1992 , 2008 فقد بلغت نسبة التغطية 67,4% عام 1992 لتصل الى

92,2% عام 2000 ثم تراجعت الى 88,7 عام 2005 لترتفع مرة اخرى لتصل الى 91,7 عام 2008.

ب- ارتفاع نسبه من حصلوا علي تطعيمات الدرن والحصبة وثلاث جرعات من كل من شلل الاطفال والثلاثي (كل التطعيمات) بصوره مضطردة خلال الفترة المذكورة , فعلى سبيل المثال بلغت نسبة تطعيمات الدرن عام 1992 الى 89,5% وارتفعت الى 99 عام 2008 وكذلك الحال لباقي التطعيمات.

جدول رقم (9) اتجاه التغطية لتطعيمات الأطفال في العمر من 12 – 23 شهر وفقاً

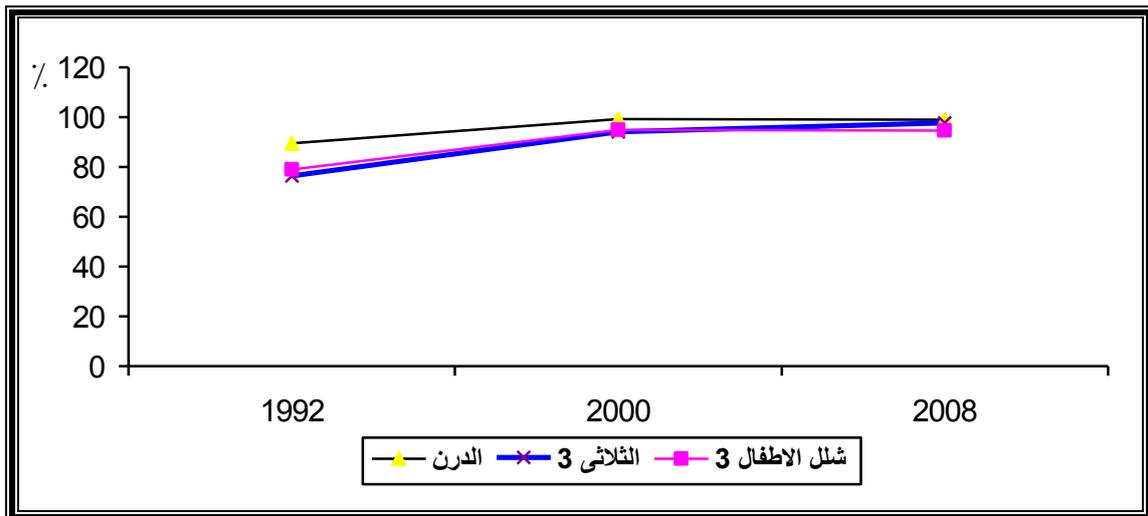
%

لنوع التطعيم خلال الفترة من 1992-2008

سنة إجراء المسح	الدرن	الثلاثي 3	شلل الاطفال 3	الكبدى الفيروسي 3	الحصبة	الحصبة الالمانى / الغدة النكافية	كل التطعيمات	كل التطعيمات والكبدى الفيروسي	لا يوجد تطعيمات
1992	89,5	76,4	78,9	-	-	-	67,4	-	3,8
1995	94,7	83,0	84,2	56,9	89,2	-	79,1	-	2,5
2000	99,3	94,0	94,9	93,0	96,9	-	92,2	91,1	0,2
2005	98,0	93,5	96,6	79,8	96,6	22,6	88,7	75,9	0,2
2008	99,0	97,6	94,5	96,1	98,3	45,6	91,7	90,4	0,2

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى – مصر 2008.

شكل رقم (5) نسبة تطور اتجاه التغطية لتطعيمات الأطفال في العمر من 12 – 23 شهر وفقاً لنوع التطعيم خلال الفترة من 1992-2008



3- بعض الأمراض التي تنتشر بين الاطفال:

أ- أمراض الإسهال :

يعتبر الجفاف الناتج عن الإسهال الحاد سببا أساسيا من أسباب الوفاة بين صغار الاطفال , والجدول رقم (10) يوضح انتشار الإسهال بين الاطفال دون الخامسة وفقاً لبعض الخصائص , تعكس بيانات الجدول الآتي :

(1) بلغت نسبة الاصابه بالإسهال بين الاطفال اقل من خمس سنوات 8.5٪ خلال الاسبوعين السابقين للمسح وكانت نسبة الاصابه بدم في البراز لدي هؤلاء الاطفال 0,4٪.

(2) ارتفاع نسبة الاصابه بين الاطفال اقل من سنه وخاصة بين الاطفال في فئة العمر من 6- 11 شهر حيث بلغت 18,6٪ ثم تقل معدلات الاصابه كلما ارتفع عمر الطفل حتى تصل الى اقل معدلاتها 3,1٪ بين الاطفال من 4 الى اقل من 5 سنوات .

(3) ارتفاع نسب الاصابه بالاسهال بين الاطفال الذكور 8,9٪ عن الاصابه بين الاطفال الإناث 8,0٪.

(4) ارتفاع نسب الاصابه بالاسهال بين أطفال الحضر 9,2٪ عن أطفال الريف 8,0٪.

(5) اعلي معدلات الإصابة بالإسهال كانت بين الاطفال في حضر الوجه القبلي 12,6٪ واقل المعدلات بين أطفال حضر الوجه البحري 5,3٪.

(6) اعلي معدلات الإصابة بالإسهال كانت للاطفال الذين لم تكمل أمهاتهم المرحلة الابتدائية 13,1٪ , وتقل المعدلات بارتفاع المستوي التعليمي للام لتصل الى 8,1٪ بين الاطفال للأمهات التي اتممن المرحلة الثانوية فأعلي ,

(7) ارتفاع معدلات الاصابه بالإسهال للاطفال الذين لا تعمل أمهاتهم باجر نقدي 8,7%
وتقل بين الاطفال لأمهات تعملن بأجر نقدي 6,8%.

(8) تقل معدلات الاصابه بالإسهال للاطفال في الأسر ذات المستوى الأعلى للثروة.

علاج الإسهال حسب بعض الخصائص :

يوضح جدول (11) نسب الاطفال دون الخامسة من العمر المصابون بالاسهال وحصلوا على اى رعاية طبية او لم يحصلوا على اى علاج وفقاً لبعض الخصائص / الخلفية عام 2008 وتعكس بيانات الجدول التالي :-

(1) اعلي نسبة اطفال تلقوا رعاية طبية كانت للاطفال في فئة العمر من 11.6 شهر
65,1% كذلك من تناولوا مضاد حيوي كعلاج كانوا في نفس الفئة , أما الاطفال
في فئة العمر (من سنه الى اقل من سنتين) فهم اكثر من تناولوا محلول معالجه
الجفاف 36,3% أما الاطفال في فئة العمر بين (3 الى اقل من 4 سنوات) فكانوا اقل
الاطفال الذين تلقوا اى رعاية طبييه وتناولوا اى علاج أثناء الاصابه.

(2) أن الذكور هم أصحاب النصيب الوافر في تلقي الرعاية الطبية والعلاج عن الإناث,
فكانت نسبة الاطفال الذكور المصابين بالاسهال الحاصلين على استشارة طبية
57,2% مقابل 53,5% من الاطفال الاناث.

(3) وعلي نفس النمط كان الاطفال في الحضر أصحاب الحظ الوافر في تلقي الرعاية
الطبية والعلاج وبلغت نسبتهم 57,3% مقابل 54,3% في الريف.

(4) الاطفال للأمهات اللاتي لا تعمل باجر نقدي هم الأكثر تلقي للرعاية الطبية
والعلاج بالمضادات الحيوية حيث بلغت نسبتهم 55,8% بينما الاطفال للأمهات
العاملات باجر نقدي 52,8%.

(5) اعلي نسبة اطفال تلقت رعاية طبية كانت للأسر الأعلى مستوى للثروة 61,3%
مقابل 50,6% للأسر فى ادنى مستوى للثروة.

جدول رقم (10) انتشار الإسهال بين الاطفال دون الخامسة وفقاً لبعض
الخصائص الخلفية عام 2008

%

إسهال يصاحبه دم	كل أنواع الإسهال	الخصائص الخلفية
		عمر الطفل
	12,6	أقل من 6 شهور
0,6	18,6	6 - 11 شهر
1,1	11,3	12 - 23 شهر
0,6	6,5	24 - 35 شهر
0,2	3,3	36 - 47 شهر
0,2	3,1	48 - 59 شهر
0,0		
		النوع
0,4	8,9	ذكر
0,4	8,0	أنثى
		الإقامة
0,5	9,2	حضر
0,4	8,0	ريف
		إقليم الإقامة
0,5	9,5	محافظات حضرية
0,4	5,8	وجه بحرى
0,3	5,3	حضر
0,4	6,0	ريف
0,4	11,1	وجه قبلى
0,7	12,6	حضر
0,3	10,5	ريف
0,1	6,1	محافظات الحدود
		الحالة التعليمية للام
0,4	7,5	لم يسبق لها الذهاب للمدرسة
0,8	13,1	لم تتم المرحلة الابتدائية
0,4	9,3	أتمت الابتدائية/بعض الثانوى
0,3	8,1	أتمت الثانوية / فأعلى
		الحالة العملية للام
0,2	6,8	تعمل بأجر نقدى
0,4	8,7	لا تعمل مقابل عائد نقدى
		مؤشر الثروة
0,3	9,8	أدنى مستوى
0,5	8,6	المستوى الثانى
0,6	8,7	المستوى الأوسط
0,4	7,8	المستوى الرابع
0,3	7,3	أعلى مستوى
0,4	8,5	الاجمالى

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى - مصر 2008

جدول رقم (11) نسب الاطفال دون الخامسة من العمر المصابون بالاسهال وحصلوا على اى
 عناية طبية او لم يحصلوا على اى علاج وفقاً لبعض الخصائص الخلفية عام 2008 %

لا يوجد علاج أو رعاية	مضاد حيوى	محلول معالجة الجفاف	الحصول على استشارة	الخصائص الخلفية
19,7	32,0	24,4	60,0	عمر الطفل أقل من 6 شهور
19,4	35,7	32,2	65,1	6-11 شهر
16,2	35,5	36,3	56,0	12-23 شهر
24,6	26,6	25,8	43,6	24-35 شهر
25,0	27,1	23,1	40,9	36-47 شهر
19,2	35,3	30,5	45,3	48-59 شهر
20,9	34,0	32,2	57,2	النوع ذكر
18,4	32,0	28,2	53,5	أنثى
18,7	31,3	30,0	57,3	الإقامة حضر
20,3	34,3	30,6	54,3	ريف
21,9	25,5	35,1	53,7	إقليم الإقامة محافظات حضرية
15,9	36,1	23,1	59,7	وجه بحرى
17,9	26,8	9,2	54,7	حضر
15,4	38,4	26,6	61,0	ريف
21,0	34,1	32,9	53,9	وجه قبلى
15,8	39,4	31,6	62,6	حضر
23,4	31,7	33,5	49,9	ريف
28,6	23,2	33,4	44,0	*محافظات الحدود
21,1	33,5	34,6	54,2	الحالة التعليمية لم يسبق لها الذهاب للمدرسة
18,3	33,0	25,3	53,6	لم تتم المرحلة الابتدائية
24,0	29,8	33,1	52,5	أتمت الابتدائية/بعض الثانوى
17,9	34,0	28,6	57,5	أتمت الثانوية / فأعلى
19,9	29,8	27,4	52,8	الحالة العملية تعمل بأجر نقدى
19,7	33,4	30,7	55,8	لا تعمل مقابل عائد نقدى
22,3	25,5	35,8	50,6	مؤشر الثروة أدنى مستوى
18,7	23,9	34,3	56,5	المستوى الثانى
15,8	16,7	29,7	59,8	المستوى الأوسط
21,9	15,5	24,6	50,4	المستوى الرابع
20,1	15,6	25,1	61,3	أعلى مستوى
19,7	19,8	30,4	55,5	الاجمالى

*النسبة محسوبة لعدد 25-49 حالة غير مرجحة

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى - مصر 2008

ب- أمراض الجهاز التنفسي:

تعتبر أمراض الجهاز التنفسي وخصوصا الالتهاب الرئوي من الأسباب الشائعة لوفيات الاطفال والرضع ولكن التشخيص المبكر واعطاء المضادات الحيوية المناسبة من الاسباب المؤدية للحيلولة دون حدوث نسبة كبيرة من الوفيات بسبب هذه الأمراض وجدول (12) يوضح مدى انتشار السعال بين الاطفال دون الخامسة وتعكس بيانات الجدول الآتي :

(1) حوالي 13% من الاطفال دون الخامسة أصيبوا بالسعال خلال الاسبوعين السابقين للمسح.

(2) حوالي 9% من الاطفال الذين أصيبوا بالسعال كانت لديهم صعوبة في التنفس.

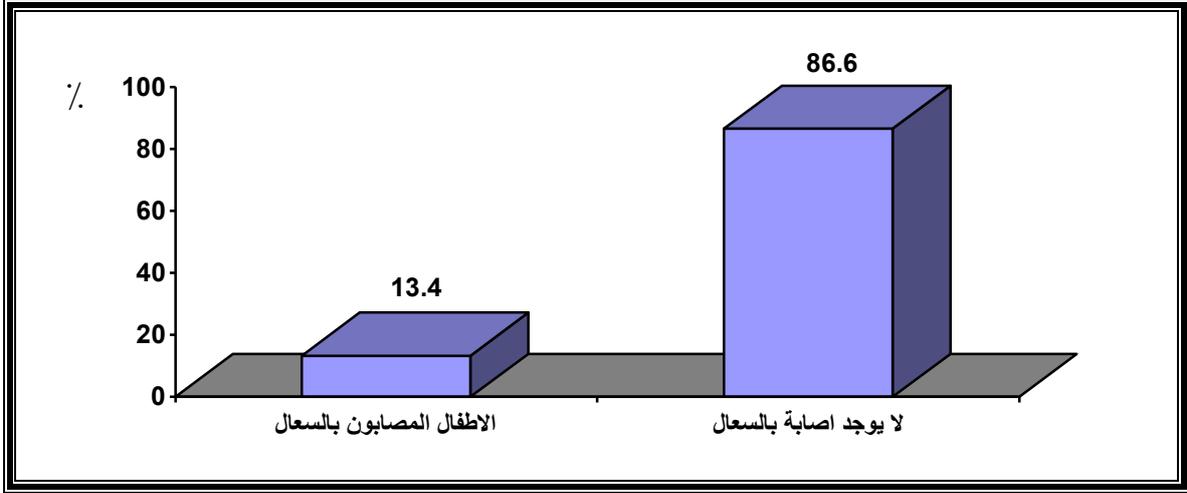
(3) حوالي 3% من الاطفال دون الخامسة الذين أصيبوا بالسعال لديهم مشاكل بالصدر.

جدول رقم (12) التوزيع النسبي للاطفال اقل من 5 سنوات الذين اصيبوا بالسعال او احد الاعراض المصاحبة له عام 2008 %

اعراض الإصابة	نسبة الاطفال المصابين
السعال مع تنفس سريع أو صعوبة في التنفس	9,3
السعال بدون تنفس سريع أو صعوبة في التنفس	4,1
انسداد أو رشح بالأنف	1,4
مرض متعلق بالصدر فقط	3,2
السعال عموماً	13,4
لا يوجد سعال	86,6
الاجمالي	100

المصدر: المسح الديموجرافي الصحى – مصر 2008

شكل (6) نسبة الاطفال اقل من 5 سنوات الذين اصابوا بالسعال او أحد الاعراض
المصاحبة له عام 2008

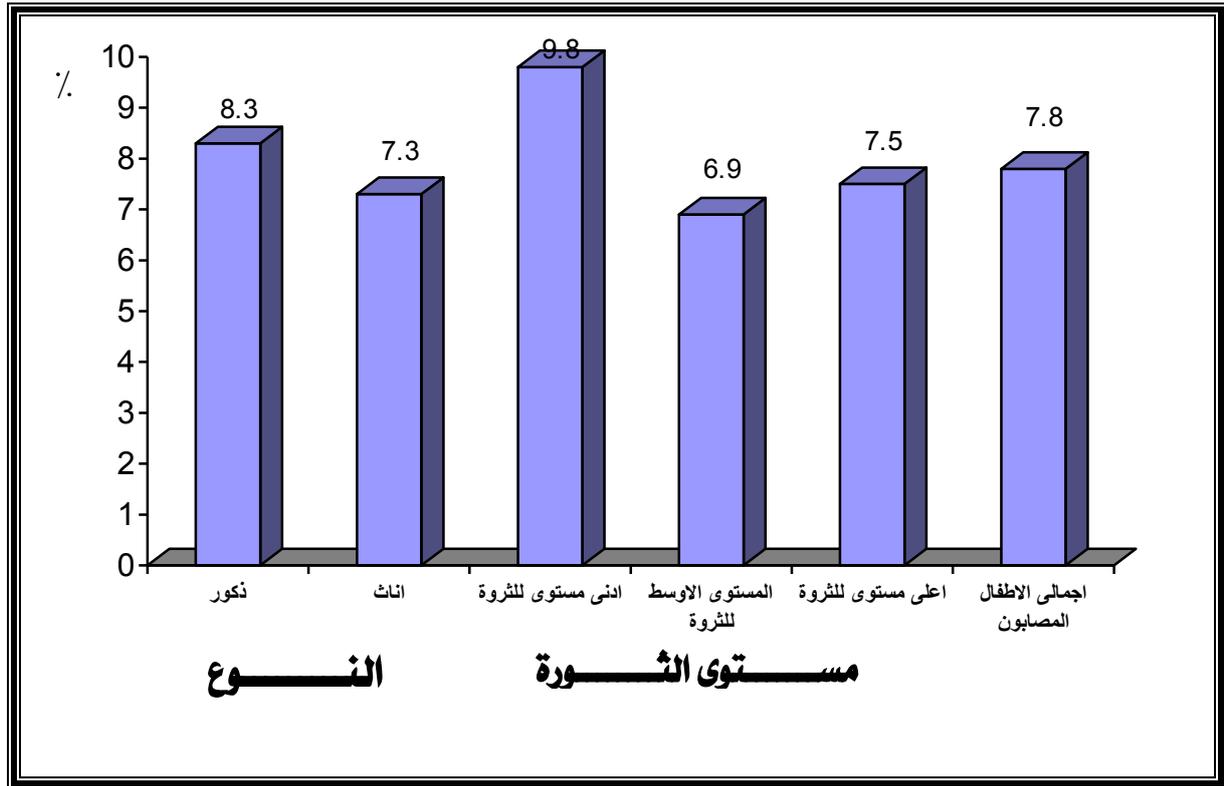


أما عن التباينات في مدي انتشار أعراض أمراض الجهاز التنفسي الحاده وفقاً لبعض الخصائص فتعكس بيانات جدول (13) وشكل (7) الآتي :

- 1- بلغت نسبة الاصابه باعراض أمراض الجهاز التنفسي بين الاطفال دون الخامسة حوالي 7,8%.
- 2- يقل انتشار الاصابه بأمراض الجهاز التنفسي بين الاطفال بتقدم عمر الطفل حيث تبلغ اعلي نسبة لها عند العمر من 6-11 شهر 12,1% وتقل بتقدم العمر حتى تصل الى 5,5% عند العمر من 4 سنوات الى اقل من 5 سنوات .
- 3- ارتفاع نسبة الإصابة بين الاطفال الذكور عن الإناث حيث كانت للذكور 8,3% بينما الإناث كانت 7,3% .
- 4- ترتفع نسبة الإصابة بين الاطفال في الحضر عن الريف حيث بلغت في الحضر 9,1% بينما في الريف 7%، ربما لاختلاف العادات والسلوك في تربيته الاطفال بين سكان الحضر والريف .
- 5- تسجل نسبة الاطفال المصابين باعراض أمراض الجهاز التنفسي اعلي نسبة لها بين الاطفال في حضر الوجه القبلي حيث بلغت النسبة 12,1% مما ينذر بمدي الخطورة في هذه المناطق من انتشار هذه الأعراض ويأتي ريف الوجه البحري بأقل نسبة اصابه حيث

- تبلغ النسبة 4,7٪ متقدماً بذلك علي الوضع الصحي في المحافظات الحضرية التي لا تقل سوءً عن ريف الوجه القبلي في معدلات الاصابه حيث كانت النسبة بها 9,4٪.
6. ترتفع نسبه الاصابه باعراض أمراض الجهاز التنفسي للاطفال الذين لم يسبق لهم مهاتهم الالتحاق بالمدرسة وتقل كلما ارتفع المستوى التعليمي للام حيث بلغت 8,5٪ بين الأمهات الذين لم يسبق لهم الالتحاق بالمدرسة وتقل الى 7,2٪ بين أطفال الأمهات اللاتي اتمن المرحلة الثانوية فاعلي , وتصل الى اعلى نسبة لها 9,6٪ بين الاطفال الذين لم تتم امهاتهم مرحلة التعليم الابتدائي.
7. ترتفع معدلات الاصابه بين أطفال الأمهات اللاتي يعملن باجر نقدي عن مثيلاتها غير العاملات بأجر نقدي حيث كانت النسبة 8,5٪ , 7,7٪ علي التوالي .
8. ترتفع معدلات الاصابه بين الاطفال في الأسر ذات المستوى الأدنى للثروة وتبلغ 9,8٪ ثم تنخفض بين الاطفال للأسر ذات المستوى المتوسط للثروة لتبلغ 6,9٪ وتعاود الارتفاع لدي أطفال الأسر الأعلى مستوى.

شكل (7) الاطفال المصابون بامراض الجهاز التنفسي الحادة طبقاً للنوع ومستوى الثروة عام 2008



جدول (13) نسبة الاطفال المصابين بأمراض الجهاز التنفسي الحادة طبقاً لبعض الخصائص

النسبة الاطفال المصابين بأمراض الجهاز التنفسي الحادة	الخصائص الخلفية
8,6	عمر الطفل
12,1	أقل من 6 شهور
9,9	6 - 11 شهر
6,4	12 - 23 شهر
5,6	24 - 35 شهر
5,5	36 - 47 شهر
	48 - 59 شهر
8,3	النوع
7,3	ذكر
	أنثى
9,1	الإقامة
7,0	حضر
	ريف
9,4	إقليم الإقامة
4,8	محافظات حضرية
5,4	وجه بحرى
4,7	حضر
	ريف

10,5 12,1 9,9 7,2	وجه قبلى حضر ريف محافظات الحدود
8,5 9,6 7,7 7,2	الحالة التعليمية لم يسبق لها الذهاب للمدرسة لم تتم المرحلة الابتدائية أتمت الابتدائية/بعض الثانوى أتمت الثانوية / فأعلى
8,5 7,7	الحالة العملية تعمل بأجر نقدى لا تعمل مقابل عائد نقدى
9,8 6,8 6,9 8,0 7,5	مؤشر الثروة أدنى مستوى المستوى الثانى المستوى الأوسط المستوى الرابع أعلى مستوى
7,8	الاجمالى

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى – مصر 2008

ثالثاً : بعض خصائص الأسر المعيشية والممارسات المؤثرة على صحة الاطفال:

1- الحالة التعليمية للأمهات في فئة العمر 15-49 سنة:

تعكس الحالة التعليمية للسيدات في فئة العمر 15-49 السابق لهن الزواج مدى وعيهم وإدراكهم لمسئوليتهم ودورهم تجاه أبنائهم وكيفيه التصرف حيال المواقف المختلفة ويوضح جدول (14) الحالة التعليمية للسيدات في فئة العمر (15-49 سنة) السابق لهن الزواج طبقاً لبعض الخصائص وتعكس بيانات الجدول الآتي :

أ- انخفاض المستوى التعليمي كلما زاد العمر حيث بلغت نسبة السيدات اللاتي لم يسبق لهن الذهاب الى المدرسة اعلي معدلاتها (9,50) عند فئة العمر 45-49 سنة.

ب- انخفاض المستوى التعليمي للسيدات في كل المراحل في الريف عن الحضر, فنسبة من اتمن المرحلة الثانوية في الحضر 38,5% مقابل 29,4% في الريف.

ج- سجل ريف الوجه القبلي أعلى نسب لانخفاض الحالة التعليمية بين النساء اللاتي سبق لهن الزواج في فئة العمر 15-49 حيث بلغت نسبة من لم تذهب الى المدرسة 54,4%.

د- انخفاض المستوى التعليمي للسيدات اللاتي لا تعملن مقابل اجر نقدي عن السيدات العاملات مقابل اجر نقدي.

هـ- تدني المستوى التعليمي للسيدات في فئة العمر (15-49) السابق لهن الزواج في الأسر ذات المستوى الأدنى للثروة, فنسبة السيدات التي لم يسبق لهن الذهاب الى المدرسة بلغت 68,2% عند ادنى مستوى للثروة , 4,1% عند اعلى مستوى لها , بينما بلغت نسبة السيدات الحاصلات على مؤهل عالي 0,3% عند ادنى مستوى للثروة مقابل 38,1% عند اعلى مستوى للثروة.

جدول رقم (14) التوزيع النسبي للسيدات السابق لهن الزواج فى الفئة العمرية 15- .
49 وفقاً لأعلى مرحلة دراسية التحقن بها طبقاً لبعض الخصائص

%

الاجمالى	أعلى	أتمت المرحلة الثانوية	لم تتم المرحلة الثانوية	أتمت المرحلة الابتدائية	لم تتم المرحلة الابتدائية	لم يسبق لها الذهاب للمدرسة	الخصائص الخلفية
							العمر
100,0	2,2	32,6	30,3	4,8	4,8	25,4	19-15
100,0	11,3	46,0	13,2	3,5	4,8	21,2	24-20
100,0	15,4	40,8	10,8	3,7	6,9	22,3	29-25
100,0	13,9	34,8	13,6	3,4	7,5	26,9	34-30
100,0	11,3	31,2	9,7	2,8	9,0	36,1	39-35
100,0	9,7	24,4	6,4	4,3	12,3	42,9	44-40
100,0	9,6	16,8	4,3	6,2	12,2	50,9	49-45
							الإقامة
100,0	20,6	38,5	11,6	4,9	7,3	17,1	حضر
100,0	5,5	29,4	10,0	3,3	9,2	42,6	ريف
							اقليم الإقامة
100,0	21,1	34,9	13,1	6,0	8,0	17,0	محافظات حضرية
100,0	10,8	38,9	9,7	3,7	8,0	28,9	وجه بحرى
100,0	20,6	45,1	10,4	4,6	6,2	13,1	حضر
100,0	7,4	36,8	9,5	3,4	8,7	34,2	ريف
100,0	8,3	24,7	10,5	3,2	9,3	44,0	وجه قبلى
100,0	20,3	37,2	10,5	3,5	7,6	21,0	حضر
100,0	2,8	19,0	10,6	3,1	10,1	54,4	ريف
100,0	12,0	30,0	12,6	5,7	5,4	34,4	محافظات الحدود
							الحالة العملية
100,0	35,2	39,5	2,9	1,8	4,3	16,2	تعمل بأجر نقدى
100,0	7,6	32,0	12,0	4,3	9,1	34,9	لا تعمل مقابل عائد نقدى
							مؤشر الثروة
100,0	0,3	10,1	7,5	3,1	10,8	68,2	أدنى مستوى
100,0	2,1	22,7	11,3	3,2	10,6	50,0	المستوى الثانى
100,0	4,8	38,3	12,7	5,3	10,6	28,2	المستوى الأوسط
100,0	12,1	47,3	13,4	4,9	7,6	14,6	المستوى الرابع
100,0	38,1	44,1	7,9	3,0	2,8	4,1	أعلى مستوى
100,0	11,7	33,1	10,6	4,0	8,4	32,1	الاجمالى

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى - مصر 2008

2. التعرض لوسائل الإعلام :

تعتبر وسائل الإعلام بأنواعها المختلفة من المؤثرات الهامة على الصحة عموماً وصحة الأطفال علي وجه التحديد نظراً لما تحمله من رسائل صحية تخص كل الجوانب التنموية والتغذوية.

والجدول رقم (15) يوضح نسبة السيدات السابق لهن الزواج في فئة العمر 15-49 طبقاً لتعرضهن لوسائل الإعلام المختلفة وتعكس بيانات الجدول الآتي :

- أ- حوالي 3٪ من السيدات السابق لهن الزواج لا تتعرض لأي وسيلة من وسائل الإعلام.
- ب- التليفزيون هو الوسيلة الأكثر جذباً لكل السيدات في فئات العمر المختلفة حيث تتراوح نسبة المشاهدة من 95,5٪ إلى حوالي 97٪.
- ج- السيدات السابق لهن الزواج في الحضر أكثر تعرضاً لوسائل الإعلام المختلفة عن الريف وبخاصة الصحف والمجلات حيث بلغت النسبة 19,6٪ في الحضر مقابل 4,5٪ في الريف , كما أن حوالي 14٪ من السيدات في الحضر يتعرضن لوسائل الإعلام مره علي الأقل أسبوعياً مقارنة بحوالي 3٪ من السيدات في الريف.
- د- ترتفع نسبة السيدات التي يتعرضن لوسائل الإعلام كلما زاد مستوي تعليم السيدات وتوضح هذه الزيادة في وسائل الإعلام المقرؤه حيث تصل النسبة إلى حوالي 21٪ للسيدات اللاتي اتمن المرحلة الثانوية فأعلي , مقابل حوالي 7٪ لمن اتمن الابتدائية وبعض من الثانوية.
- هـ- ارتفاع نسبة السيدات اللاتي تعرض لوسائل الإعلام بارتفاع مستوي الثروة حيث أن حوالي 25٪ من السيدات عند المستوي الأعلى للثروة تعرضن لكل وسائل الإعلام الثلاث علي الأقل مره أسبوعياً مقابل اقل من 1٪ عند ادني مستوي للثروة.

جدول رقم (15) نسبة السيدات السابق لهن الزواج فى الفئة العمرية 15-49 واللاتى يتعرضن لبعض وسائل الإعلام أسبوعياً طبقاً لبعض الخصائص

%

لا تتعرض لأى وسيلة إعلام على الأقل مرة أسبوعياً	كل الوسائل على الأقل مرة أسبوعياً	تقرأ الصحف أو المجلات على الأقل مرة أسبوعياً	تستمع للراديو على الأقل مرة أسبوعياً	تشاهد التلفزيون على الأقل مرة أسبوعياً	الخصائص الخلفية
					العمر
3,0	2,0	2,9	43,8	95,6	19_15
2,6	5,3	7,3	45,8	96,7	24_20
2,8	8,0	11,3	49,7	96,4	29_25
2,7	7,7	11,0	50,0	96,4	34_30
2,6	7,7	11,3	50,1	96,9	39_35
3,3	9,6	12,6	50,6	95,5	44_40
3,0	9,6	13,0	49,6	95,8	49_45
					الإقامة
1,2	14,1	19,6	55,7	98,1	حضر
4,0	3,2	4,5	44,5	95,0	ريف
					إقليم الإقامة
0,9	15,4	19,7	61,3	98,3	محافظات حضرية
1,1	5,3	7,2	52,8	98,4	وجه بحرى
0,6	10,5	1,6	55,4	99,1	حضر
1,2	3,5	4,7	51,9	98,2	ريف
6,0	7,0	10,6	38,3	92,5	وجه قبلى
2,2	16,2	24,9	48,1	97,0	حضر
7,7	2,8	4,2	33,9	90,6	ريف
7,2	7,7	14,8	41,6	91,1	محافظات الحدود
					الحالة التعليمية
6,2	0,2	0,2	33,4	92,5	لم يسبق لها الذهاب للمدرسة
2,8	1,1	1,5	45,7	95,9	لم تتم المرحلة الابتدائية
1,5	5,2	6,7	53,5	97,6	أتمت الابتدائية/بعض الثانوى
0,9	15,2	21,3	59,6	98,6	أتمت الثانوية / فأعلى
					مؤشر الثروة
12,1	0,7	1,1	27,9	85,5	أدنى مستوى
1,7	1,4	2,3	41,4	97,6	المستوى الثانى
0,6	3,4	5,1	50,4	98,6	المستوى الأوسط
0,4	8,1	11,0	59,3	99,1	المستوى الرابع
0,3	24,2	33,2	63,8	99,4	أعلى مستوى
2,8	7,7	10,7	49,1	96,3	الاجمالى

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى - مصر 2008

3- الحصول علي مياه الشرب وتخزينها :

تعتبر مياه الشرب من أهم المحددات التي تؤثر علي الصحة بصفه عامه وان الحصول علي مياه شرب مأمونة هو احد أهداف الألفية الإنمائية لما لها من تأثير عظيم علي صحة البشر , تشمل المصادر المأمونة للحصول علي المياه الشبكه العامه – حنفية عامه – بئر بماسورة مياه – بئر مغطي لحمايته من التلوث , ويعرض الجدول رقم (16) حصول الأسر علي مياه الشرب ومعالجتها وتخزينها حسب الإقامة وتعكس بيانات الجدول الآتي :

- أ- يحصل حوالي 98٪ من الأسر علي المياه من مصدر مأمون.
- ب- لدى حوالي 92٪ من الأسر مصدر المياه بالمنزل أو الحوش.
- ج- يحصل حوالي 2٪ من الأسر علي المياه عن طريق عربه كارو , وتقريبا 3٪ من الأسر عن طريق حنفية عامه وحوالي 2٪ عن طريق بئر بماسورة مياه.
- د- تتوافر المياه لدى حوالي 71٪ من الأسر باستمرار وحوالي 13٪ تنقطع عنهم المياه قليلا أسبوعياً.
- هـ- يستخدم حوالي 95٪ من الأسر المياه كما هي دون إجراء أي معالجه لها , حوالي 83٪ من الأسر تستخدم المياه دون تخزين وحوالي 17٪ من الأسر تقوم بتخزين المياه لحين استخدامها.

جدول رقم (16) التوزيع النسبي للاسر المعيشية وفقاً لمصدر مياه الشرب وطرق معالجتها
وتخزينها طبقاً لمحل الإقامة عام 2008

%

الاجمالي	الحدود	وجه قبلى			وجه بحرى			محافظات حضرية	ريف	حضر	مياة الشرب
		الاجمالي	تق.	فانز	الاجمالي	تق.	فانز				
98.2	88,4	96,9	95,1	100	98,6	98,1	99,8	99,9	96,7	99,8	مصدر المياه
92.4	81,2	88,2	82,2	98,2	92,2	90,0	97,4	99,6	86,7	98,5	مصدر محسن
2.5	1,4	4,7	6,7	1,4	2,0	2,7	0,4	0,3	4,3	0,6	بالمنزل / الحوش
1.8	0,1	1,7	2,6	0,1	2,8	3,8	0,7	0,0	3,3	0,2	حنفية عامة
1.5	5,6	2,3	3,6	0,2	1,5	1,5	1,4	0,0	2,4	0,5	بئر بياسورة
1.7	11,5	3,0	4,8	0,0	1,3	1,8	0,1	0,1	3,2	0,2	بئر / نبع مغطى
0.0	0,2	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	مصدر غير محسن
1.7	11,3	3,0	4,7	0,0	1,3	1,8	0,1	0,1	3,1	0,2	بئر / نبع غير مغطى
0.0	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	عربية كارو / نقل
											أخرى
70.9	63,2	65,9	63,2	70,5	71,9	70,9	74,1	77,9	67,8	74,3	عدم توفر مصدر المياه
8.5	9,3	7,9	9,3	5,5	8,5	8,8	7,8	8,1	9,1	7,9	متوفرة
13.0	17,6	15,4	17,6	11,8	12,7	13,2	11,3	9,9	15,0	10,9	يوميًا / تقريباً كل يوم
7.1	9,4	10,3	9,4	11,9	6,6	6,6	6,4	3,7	7,7	6,5	مرات قليلة أسبوعياً
0.4	0,5	0,4	0,5	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	قليل جداً
											لا يعرف
95.1	92,2	95,6	97,2	92,9	94,8	95,6	92,8	95,1	96,3	93,8	معالجة المياه قبل الشرب
0.4	0,4	0,5	0,4	0,6	0,4	0,3	0,7	0,5	0,3	0,6	لا يتم معالجتها
0.0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	يتم غليها
0.3	0,4	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,4	0,5	0,1	0,4	يتم إضافة مبيض / كلور
2.9	4,9	2,3	0,7	5,1	2,9	1,7	5,9	3,5	1,3	4,6	يتم تصفيتها
1.5	2,3	1,6	1,6	1,4	1,9	2,5	0,7	0,4	2,2	0,8	يستخدم فلتر للمياه
											تترك المياه حتى تترقد
											وتستقر / أخرى
16,7	50,3	21,2	35,7	13,7	15,0	17,3	9,4	11,8	20,9	12,3	تخزين مياه الشرب
83,2	49,7	78,8	74,2	86,3	85,0	82,7	90,5	88,2	79,1	87,7	مخزنه
											غير مخزنه
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	اجمالي النسبة

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى – مصر 2008

4. الصرف الصحي والتخلص من المخلفات :

إن التأكد من وجود صرف صحي والتخلص من المخلفات احد غايات الأنفية الإنمائية لما له من آثار تعود علي الصحة بصفه عامه , ويعرض الجدول رقم (17) نظام الصرف الصحي لدي الأسر وكيفية التخلص من القمامة والمخلفات تعكس بيانات الجدول الاتي :

أ- حوالي 62٪ من الأسر تستخدم نظام صرف عام وان حوالي 17٪ من الأسر تستخدم البيارات أو الخزانات.

ب- حوالي ربع الأسر تتخلص من مخلفاتها بالقائها في الشارع أو الفضاء وان 37٪ من الأسر تتخلص من مخلفاتها عن طريق جامع القمامة.

جدول رقم (17) نسبة الاسر المعيشية وفقاً لنوع الصرف الصحي المستخدم

الحدود	وجه قبلي			وجه بحرى			محافظة حضرية	ريف	حضر	الاجمالي	الصرف الصحي / القمامة
	الاجمالي	نق.	ك.	الاجمالي	نق.	ك.					
42,8	37,2	13,5	76,5	64,6	52,6	93,1	96,8	37,0	89,8	62,5	طريقة الصرف الصحي
46,0	37,6	51,7	14,4	9,4	13,0	0,8	1,5	28,5	5,4	17,2	صرف عام
9,0	20,7	28,4	8,0	21,9	28,5	6,1	1,3	28,4	4,3	16,8	بيارة
0,1	1,5	2,4	0,0	3,8	5,3	0,0	0,3	4,2	0,1	2,2	خزان / طرنش
0,3	0,4	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,1	ماسورة متصلة بتربة
0,7	1,3	1,8	0,5	0,2	0,3	0,0	0,0	0,9	0,3	0,5	ماسورة متصلة بمياه جوفية
0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,0	0,1	0,2	0,1	0,2	يتم تفريغها/ لا يوجد صرف
0,9	1,0	1,5	0,3	0,1	0,1	0,0	0,0	0,7	0,1	0,4	أخرى
											لا يوجد دورة مياه
21,2	26,9	14,0	48,3	43,0	37,7	55,9	41,0	28,2	46,5	37,0	التخلص من القمامة
31,7	12,5	3,5	27,5	7,5	3,4	17,1	48,3	3,5	34,4	18,4	تجمع من البيت
37,5	25,2	29,7	17,8	30,0	32,0	25,0	9,9	31,2	16,4	24,1	تجمع فى صندوق بالشارع
1,4	13,1	20,4	0,9	10,2	13,9	1,2	0,5	16,4	0,8	8,9	تقلب فى الشارع/أرض فضاء
7,9	19,0	27,4	5,1	5,4	7,5	0,2	0,1	15,5	1,4	8,7	تقلب فى التربة/المصرف
0,2	2,5	3,8	0,3	3,7	5,1	0,5	0,0	4,6	0,2	2,5	تحرق
0,1	0,8	1,3	0,1	0,3	0,3	0,1	0,2	0,7	0,2	0,4	غذاء للحيوانات
											أخرى

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى - مصر 2008

5. التخلص من براز الاطفال:

يعتبر عدم التخلص السليم من براز الاطفال سبباً في انتشار الأمراض سواء عن طريق الاتصال المباشر أو عن طريق الحيوانات.

وجداول (18) يوضح كيفية التخلص من براز الاطفال حسب بعض الخصائص وتعكس بيانات الجدول الاتي :

أ- يتم التخلص من براز الاطفال بأمان بنسبة تبلغ حوالي 85٪.

ب- ترتفع نسب الأمان في التخلص من براز الاطفال في الريف (89,8٪) عن الحضر (76,6٪) حيث في الحضر حوالي 21٪ من الاطفال يتم التخلص من برازهم بالقائه في القمامة وهي طريقة غير آمنة , مقابل 7٪ في الريف ربما لانتشار استخدام الحفاضات التي تستخدم مرة واحدة للاطفال في الحضر عن الريف .

ج- انخفاض نسبه الممارسات الآمنة في التخلص من البراز مع ارتفاع مؤشر الثروة ربما لنفس السبب السابق ذكره حيث أن ما يزيد عن ربع الأمهات تتخلص من براز أبنائهن بالقائه في القمامة .

جدول رقم (18) التوزيع النسبي للأطفال أقل من 5 سنوات المقيمين مع أمهاتهم وطريقة التخلص من البراز طبقاً لبعض الخصائص الخلفية عام 2008

كيفية التخلص من براز الطفل									الخصائص الخلفية
نسبة التخلص من البراز بأمان	الاجمالي	أخرى / لا تعرف / بيانات مفقودة	تترك في الهواء	تلقى في القمامة	تلقى / تشطف في المصرف	تدفن	تلقى / تشطف في دورة المياه	الطفل يستخدم دورة المياه	
عمر الطفل									
58,0	100	0,5	0,0	39,1	2,5	0,2	56,6	1,2	أقل من 6 شهور
70,1	100	0,4	0,2	27,2	2,1	0,0	66,7	3,4	6-11 شهر
80,5	100	0,3	1,2	15,4	2,6	0,1	60,8	19,6	12-23 شهر
91,0	100	0,1	0,8	6,6	1,5	0,2	36,2	54,6	24-35 شهر
90,8	100	0,2	1,2	6,8	1,0	0,3	31,9	58,6	36-47 شهر
90,6	100	0,4	0,7	6,9	1,5	0,2	30,9	59,6	48-59 شهر
الإقامة									
76,6	100	0,2	0,2	21,3	1,7	0,0	33,4	43,2	حضر
89,8	100	0,4	1,2	7,0	2,7	0,3	48,2	41,3	ريف
إقليم الإقامة									
68,7	100	0,1	0,1	28,8	2,2	0,0	26,1	42,6	محافظات حضرية
89,2	100	0,2	0,2	9,3	1,2	0,0	45,7	43,4	وجه بحرى
85,8	100	0,0	0,0	12,7	1,5	0,0	40,2	45,7	حضر
90,1	100	0,3	0,2	8,4	1,0	0,0	47,4	42,8	ريف
86,7	100	0,5	1,8	8,9	2,1	0,4	45,9	40,4	وجه قبلى
79,9	100	0,4	0,4	18,0	1,2	0,0	37,5	42,4	حضر
89,4	100	0,5	2,4	5,2	2,5	0,6	49,3	39,5	ريف
81,0	100	0,5	2,1	14,8	1,6	2,1	42,3	36,6	محافظات الحدود
الحالة التعليمية للام									
89,0	100	0,4	2,5	5,9	2,2	0,4	45,5	43,1	لم يسبق لها الذهاب للمدرسة
89,1	100	0,2	1,2	7,5	2,1	0,3	44,6	44,2	لم تتم المرحلة الابتدائية
85,7	100	0,4	0,6	11,5	1,8	0,2	43,3	42,1	أتمت الابتدائية/بعض الثانوى
81,9	100	0,2	0,0	16,5	1,4	0,0	40,6	41,2	أتمت الثانوية / فأعلى
الحالة العملية للام									
83,7	100	0,2	0,5	14,6	1,0	0,0	34,7	49,1	تعمل بأجر نقدى
84,9	100	0,3	0,9	12,1	1,8	0,2	43,6	41,1	لا تعمل مقابل عائد نقدى
مؤشر الثروة									
90,1	100	0,5	3,4	3,8	2,2	0,7	50,6	38,7	أدنى مستوى
91,0	100	0,3	0,6	6,6	1,6	0,3	49,9	40,8	المستوى الثانى
89,4	100	0,4	0,2	8,8	1,1	0,0	46,6	42,8	المستوى الأوسط
81,4	100	0,1	0,0	16,3	2,2	0,0	39,0	42,4	المستوى الرابع
71,8	100	0,2	0,0	26,6	1,4	0,0	26,5	45,4	أعلى مستوى
84,8	100	0,3	0,8	12,4	1,7	0,2	42,6	42,0	الاجمالي

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى - مصر 2008

رابعاً: نتائج الدراسة و التوصيات:

نتائج الدراسة :

يسبب قصور التغذية لدى الأطفال مجموعة من المشكلات الصحية قد يصبح العديد منها مزمنًا , فقد تؤدي هذه الحالة المرضية إلى فقد حاد في الوزن وإعاقة النمو وإضعاف مقاومة الجسم وفي أسوأ الحالات قد تؤدي إلى الموت, وبشكل خاص يكون للتأثيرات الناجمة عن نقص التغذية أشد الأضرار خلال السنوات القليلة الأولى من حياة الطفل عندما يكون جسمه في حالة نمو سريع كما أن قصور التغذية خلال مرحلة الطفولة يعتبر مسبباً أساسياً للإعاقة الذهنية وكثير من المشكلات , وقد خلّصت الدراسة إلى بعض النقاط الهامة يمكن سردها فيما يلي :

- 1- انتشار حالات سوء التغذية بين الاطفال أقل من 5 سنوات المتمثلة في:
 - أ- التقرم وقد بلغت نسبته حوالى 29٪ عام 2008 بزيادة قدرها 6 نقاط مئوية تقريباً عما كانت عليه فى عام 2005.
 - ب- بلوغ نسبة النحافة ونقص الوزن 7,4 ٪ عام 2008 مقابل 4,9 ٪ عام 2005.
- 2- انتشار قصر القامة بين الأطفال الذكور (7,30 ٪) عن الإناث (1,27 ٪) .
- 3- ارتفاع نسبة نحافة الوزن بالنسبة للعمر وكذلك نسبة التقرم فى حالة إذا ما قلت الفترة بين المواليد عن 24 شهر.
- 4- ارتفاع مستوى النحافة بين الأطفال أقل من 6 شهور إلى 11,9 ٪ وقد يرجع ذلك إلى العادات الغذائية السيئة بين الأمهات مما قد يؤدي إلى عدم كفاية لبن الأم للرضاعة فى هذه الفترة أو عدم احتوائه على العناصر الغذائية المطلوبة للطفل فى هذه الفترة من العمر.
- 5- تعرض أطفال الريف لقصر القامة أكثر من أطفال الحضر حيث تمثل نسبة التقرم فى الريف 30 ٪ مقابل 27 ٪ فى الحضر.

- 6- الأطفال في المحافظات الحضرية أكثر نحافة من باقي المحافظات إذ تبلغ نسبتهم 9,8% وهي أعلى من باقي المحافظات .
- 7- هناك حوالي 6% من الاطفال اقل من 5 سنوات مصابون بنقص الوزن (نحافة) بالنسبة لأعمارهم.
- 8- أعلى نسبة أطفال مصابون بنقص الوزن بالنسبة للعمر كانت في الوجه القبلي حيث بلغت نسبتهم 7% مقارنة بالأطفال في المناطق الأخرى.
- 9- ترتفع نسبة الأسر المعيشية التي تستخدم الملح المعالج باليود في الحضر عن الريف حيث بلغت نسبة الأسر التي تستخدم ملحاً غير معالج باليود في الريف حوالي 4% مقابل 0,6% من الأسر في الحضر.
- 10- يعتبر ريف الوجه القبلي من أكثر المناطق استخداماً لمُح غير معالج باليود 6,5% من الأسر المعيشية في هذه المناطق .
- 11- ان حوالي 36% من بين الاطفال في العمر من 6 شهور الى اقل من 3 سنوات يتناولون طعاماً غنياً بفيتامين (أ) يومية وان ضعفهم تقريباً يتناولون أطعمه غنية بالحديد.
- 12- ارتفاع مستويات التغطية للتطعيم ضد الكبدى الفيروسي رغم انتشاره منذ منتصف التسعينات حيث بلغت النسبة 90% من الأطفال في العمر من 12- 23 شهراً .
- 13- ارتفاع نسبة الاصابه بالإسهال بين الاطفال اقل من سنه وخاصة بين الاطفال في فئة العمر من 6- 11 شهر حيث بلغت 18,6% ثم تقل معدلات الاصابه كلما ارتفع عمر الطفل حتى تصل الى اقل معدلاتها 3.1% بين الاطفال من 4 الى اقل من 5 سنوات .
- 14- ان انتشار الاصابه بأمراض الجهاز التنفسي بين الاطفال تقل بتقدم عمر الطفل حيث تبلغ اعلي معدل لها عند العمر من 6- 11 شهر فتبلغ 12,1% وتقل بتقدم العمر حتى تصل الى 5,5% عند العمر من 4 سنوات الى اقل من 5 سنوات .
- 15- لا تتعرض حوالي 3% من السيدات السابق لهن الزواج لوسائل الإعلام.

- 16- ارتفاع نسبة السيدات اللاتي تعرض لوسائل الإعلام بارتفاع مستوى الثروة حيث أن حوالي 25٪ من السيدات عند المستوى الأعلى للثروة تعرضن لكل وسائل الإعلام الثلاث علي الأقل مره أسبوعيا مقابل اقل من 1٪ عند ادني مستوى للثروة.
- 17- يحصل حوالي 98٪ من الأسر علي مياه الشرب من مصدر مأمون.
- 18- تستخدم حوالي 62٪ من الأسر نظام صرف عام وان حوالي 17٪ من الأسر تستخدم البيارات أو الخزانات.
- 19- يتخلص حوالي ربع الأسر من مخلفاتهم بالقائها في الشارع أو الفضاء , 37٪ من الأسر تتخلص من مخلفاتها عن طريق جامع القمامة.

التوصيات:

- 1- العمل على إيجاد آلية تهدف إلى خفض مستويات سوء التغذية بين الاطفال للحد من التقزم والنحافة التي تنتشر بينهم .
- 2- الإسراع باستكمال البنية الأساسية للصرف الصحي الآمن لما له من آثار سيئة على الصحة عموماً والأطفال بصفة خاصة .

المراجع

- احمد طه محمد , محددات الحالة التغذوية , عمان / الأردن , 1999.
- اشرف احكام , دراسة مقارنة السلوك الغذائي لتلاميذ المرحلة الابتدائية بالرياض , 2006.
- الزناتى وأن واى , المسح الديموجرافى الصحى , جمهورية مصر العربية , 2008 .
- رضوان غزال , نمو وتطور الطفل في سنوات ما قبل المدرسة , 2007 .
- مجلة العلوم , تأثير سوء التغذية والفاقة في النماء الذهني , ابريل / 1996.
- United Nation University , The Determinants of Child Weight and Height in Sri Lanka , Research Paper No. 53/2008

Summary

The Nutritional Status of Children In Egypt 2008

Introduction:

Cause a malfunction of nutrition in children a range of health problems, many of which may become chronic, Could cause the condition to have a severe weight and stunted growth and weaken the resistance of the body and in the worst cases may lead to death, In particular, be to the effects of under nutrition the most damage during the first few years of a child's life when his body in the case of rapid growth and the lack of nutrition during childhood is causing the key to mental disability and many of the problems.

The Main Finding:

- 1- Prevalence of malnutrition among children less than 5 years in :
 - A - Stunting, which reached about 29% in 2008, an increase of almost 6 percentage points from what it was in 2005.
 - B - Thin and Underweight prevalence rate has reached 7,4% in 2008, up slightly more than half what it was in 2005 when it stood at 4,9% .
- 2- The spread between the short stature of male children (30,7%) than females (27,1%) .

- 3- Increasing the proportion of thinner weight for age in the case if what I said the period between births for 24 months, as well as increasing the proportion of stunting .
- 4- The high level of thin among children less than 6 months, 11,9% may be due to poor eating habits among mothers, which could lead to insufficient breast milk for breastfeeding in the period, or it does not contain the nutrients needed for children in this period of life .
- 5- Exposure to the rural children of short stature more than urban children, where the proportion of stunting in rural areas 30% while in urban areas, representing 27% .
- 6- Children in the urban governorates thinner than the rest of the provinces as accounting for 9,8%, higher than the rest of the provinces .
- 7- There are about 6% of children less than 5 years are underweight (thinner) for their age,
- 8- Most children with underweight for age in Upper Egypt when they accounted for 7% compared with children in other regions.
- 9- Increase the percentage of households using iodized salt in urban than rural areas where the percentage of households using iodized salt is in the countryside almost 4% compared to 0,6% of households in urban areas .
- 10- The rural Upper Egypt, one of the most frequently used areas of non-iodized salt 6,5% of households in these areas,

- 11- About 36% of children between the age of 6 months to less than 3 years of eating a diet rich in vitamin A (a) a day, and weakness almost ate foods rich in iron .
- 12- High levels of vaccination coverage against hepatitis Despite its prevalence since the mid-nineties where the percentage reached 90% of children at the age of 12-23 months .
- 13- High incidence of diarrhea among children less than age, especially among children in the age group of 6-11 month, hitting 18,6% and less incidence of the higher age of the child until it reaches the lowest level of 3,1% among children from 4 to less than 5 years .
- 14- The spread of respiratory diseases among children under the age of the child's progress, where the highest rate at the age of 6-11 months amounts to 12,1% and less with age until it reaches 5,5% at the age of 4 years to less than 5 years .
- 15- About 3% of women married the former are not exposed to the media .
- 16- High proportion of women who presented to the media at altitudes where the level of wealth that about 25% of women at the highest level of wealth of exposure for each of the three media at least once a week compared with less than 1% at the lowest level of wealth .
- 17- About 98% of households get drinking water from a secure source .

- 18- About 62% of households use the drainage system a year and about 17% of households use septic tanks or reservoirs .
- 19- About a quarter of households dispose of their waste tissue in the street or space, and 37% of households dispose of their waste by the garbage collector .

Recommendations:

- 1- Working on a mechanism aimed at reducing levels of malnutrition among children to reduce stunting and thin, which spread among them .
- 2- Accelerate the completion of the infrastructure of the sewage safe because of its adverse effects on health in general and children in particular .

تقييم بحث القوى العاملة

المقدمة:

يعتبر بحث القوى العاملة من أهم الأبحاث الأسرية التي ينفذها الجهاز بدورية ربع سنوية لأخذ أثر الموسمية على العمالة والبطالة في الاعتبار وذلك لما يقدمه من بيانات غاية فى الأهمية لكافة مستخدمي البيانات والمخططين. ولذلك فقد تم إعداد دراسة عن تقييم بحث القوى العاملة شاملاً تقييم محتويات الإستمارة وسلسلة من نتائج نشرات القوى العاملة وأيضا المقارنة مع بحث تم تنفيذه خارج الجهاز هو بحث سوق العمل لعام 2006 لصالح المجلس الدولى للسكان (منتدى البحوث الاقتصادية).

ومن أهم أهداف بحث القوى العاملة:

1. قياس حجم قوى العمل المصرية المدنية داخل الدولة وخصائصها المختلفة.
2. قياس مستوى التشغيل والتوظيف بالمجتمع وبالمناطق الجغرافية بالجمهورية.
3. قياس التوزيع الجغرافى للمشتغلين وفقاً للخصائص التالية:
النوع - السن - الحالة التعليمية - الحالة العملية - المهنة - النشاط الاقتصادي - القطاع - حالة الاستقرار فى العمل - ساعات العمل .
4. قياس مستويات البطالة بالمناطق الجغرافية المختلفة بالجمهورية.
5. قياس التوزيع الجغرافى للمتغطلين وفقاً للخصائص التالية:
النوع- السن- الحالة التعليمية- مدة التعطل- نوع التعطل (سبق له العمل / لم يسبق له العمل) المهنة والنشاط الاقتصادي بالنسبة للمتغطل الذى سبق له العمل.
6. قياس التغيرات التى طرأت على سوق العمل المصرى.

أهداف الدراسة :

- 1- دراسة تطور استمارة بحث القوى العاملة
- 2- التعرف على مدى تطبيق التعاريف الدولية لمنظمة العمل الدوليه فى بحث القوى العاملة.
- 3- التقييم الداخلى لنتائج بحث القوى العاملة خلال الفترة 2000_2010.
- 4- التقييم الخارجى بمقارنة بيانات بحث القوى العاملة مع بحث سوق العمل لعام 2006.

مصادر البيانات:

بحث القوى العاملة خلال الفترة 2000- 2010 .

تنظيم الدراسة :

تنقسم الدراسة الى أربعة أقسام:

أولاً: دراسة تطور استمارة بحث القوى العاملة .

ثانياً: دراسة التقييم الداخلي لبحث القوى العاملة خلال الفترة من 2000- 2010 .

ثالثاً: التقييم الخارجى بمقارنة بيانات بحث القوى العاملة مع بحث سوق العمل لعام 2006

رابعاً: نتائج الدراسة .

أولاً: دراسة تطور استمارة بحث القوى العاملة:

1 - تقييم منهجية بحث القوى العاملة :

مسح القوى العاملة هو مسح أسرى بالعينة ينفذه الجهاز بصفة دورية ربع سنوية وذلك لأخذ أثر الموسمية على العمالة والبطالة فى الإعتبار. وتصدر عن الأربع دورات نشرة سنوية مجمعة.

أ- يبلغ حجم العينة لكل ربع سنة 23864 أسره معيشية بإجمالى 95456 أسرة معيشية سنويا ممثلة للمجتمع موزعة على جميع محافظات الجمهورية (حضر - ريف)، كل محافظة طبقا لنسبة عدد الأسر التقديرى لكل محافظة وكذا نسبة الحضر والريف داخل المحافظة.

ب- روعي عند تصميم استمارة المسح، الأخذ بأحدث المفاهيم والتعاريف للقوى العاملة والعمالة والبطالة التي أقرتها منظمة العمل الدولية.

ج- يؤخذ بفترة الإسناد الزمنى القصيرة (أسبوع) عند جمع بيانات المسح خاصة بيانات العمالة والبطالة.

- د- تم استخدام دليل المهن لعام 2005 والذي يتفق مع التصنيف الدولي الموحد للمهن لعام 1988 (ISCO) في ترميز المهن على مستوى ستة حدود وذلك بعد إدخال بعض التعديلات عليه ليلائم ظروف جمهورية مصر العربية.
- هـ- تم استخدام دليل النشاط الاقتصادي لعام 2007 الذي يتفق مع التصنيف الدولي للنشاط الاقتصادي (ISIC) المراجعة الرابعة في ترميز النشاط الاقتصادي للمنشأة التي يعمل بها الفرد على مستوى أربعة حدود. أما بالنسبة للأفراد الذين يعملون خارج المنشآت فيحدد نشاطهم الاقتصادي طبقاً لطبيعة عملهم.

2- تقييم الاستثمار:

اقسام الاستثمار: تحتوى على الاقسام الاتية :

- الظروف السكنية للأسرة المعيشية
- بعض الخصائص الديموجرافية والحالة العملية لأفراد الأسرة المعيشية
- ج. خصائص العمل للأفراد المشتغلين أو المرتبطين بعمل خلال اسبوع البحث
- د. خصائص الأفراد المتعطلين خلال اسبوع البحث

3- اهم مؤشرات النشرة التي يمكن استخلاصها من بحث القوى العاملة:

- أ. معدلات المساهمة فى النشاط الاقتصادي طبقاً للنوع والسن ومحل الإقامة

$$\text{معدل المساهمة} = (\text{عدد أفراد قوة العمل (15-64 سنة)}) / (\text{عدد السكان فى نفس الفئة العمرية}) \times 100$$

- ب. معدل الإعاقة الاقتصادية طبقاً لمحل الإقامة

$$\text{معدل الإعاقة الاقتصادية} = (\text{عدد السكان} - \text{عدد أفراد قوة العمل}) / (\text{عدد أفراد قوة العمل}) \times 100$$

- ج. نسبة المشتغلون للسكان

$$\text{نسبة المشتغلين للسكان} = (\text{عدد الأفراد المشتغلين (15 سنة فأكثر)}) / (\text{عدد السكان فى نفس الفئة}) \times 100$$

- د. التوزيع النسبى للمشتغلين طبقاً للنوع والسن ومحل الإقامة والحالة التعليمية.
- هـ. التوزيع النسبى للمشتغلين طبقاً للنوع والحالة العملية
- و. التوزيع النسبى للمشتغلين طبقاً للنوع والنشاط الاقتصادى.
- ز. التوزيع النسبى للمشتغلين طبقاً للنوع والمهنة.
- ح. التوزيع النسبى للمشتغلين طبقاً لساعات العمل.
- ط. نسبة النساء المشتغلات باجر بالأنشطة الغير زراعية طبقاً لمحل الإقامة (مؤشر لخدمة أهداف الألفية)

- ى - التوزيع النسبى للمتعطلين طبقا للنوع والسن ومحل الإقامة والحالة التعليمية.
- ك - التوزيع النسبى للمتعطلين طبقا لسبب التعطل والنوع والحالة التعليمية.
- ل - معدلات البطالة طبقا للنوع والسن ومحل الإقامة والحالة التعليمية.

$$\text{م - معدل البطالة} = (\text{عدد الافراد المتعطلين (15-64 سنة)}) / (\text{عدد افراد قوة العمل}) \times 100$$

$$\text{ن - معدل البطالة بين الشباب} = (\text{عدد الافراد المتعطلين (15-24 سنة)}) / (\text{عدد افراد قوة العمل}) \times 100$$

ن - معدل البطالة طويلة الأمد

$$\text{معدل البطالة طويلة الامد} = (\text{عدد الافراد المتعطلين لمدة اكثرمن عام}) / (\text{عدد افراد قوة العمل}) \times 100$$

وتم استخراج بعض مؤشرات جودة العمل ابتداء من الربع الأول 2010 بناء على تطوير استمارة المسح

وإضافة بعض الأسئلة الخاصة بقياس جودة العمل مثل:

- ارتباط الفرد بعقد قانونى بجهة عمله أم لا.

- مدى الاستقرار فى العمل (دائم- متقطع- موسمى- مؤقت)

- الاشتراك فى التأمينات الاجتماعية.

- الاشتراك فى التأمين الصحى.

- الاشتراك فى النقابات سواء مهنية أو عمالية.

يتم تنفيذ المسح بأسلوب العينة ويتم تقسيم العينة الخاصة لكل دورة ربع سنوية بكل محافظة الى خمسة أجزاء بحيث يتم جمع البيانات بدورية نصف شهرية وذلك خلال ثلاثة شهور ويتم السؤال عن الحالة العملية للافراد فى الاسبوع السابق للزيارة وبذلك تكون البيانات التى تم جمعها ممثلة لفترة الثلاث شهور(للمنشرة الربع سنوية) وفقا لمعايير منظمة العمل الدولية. ولدراسة التغيرات التى طرأت على سوق العمل المصرى يتم استخدام اسلوب التتبع اعتبارا من الربع الثانى لعام 2010 لحوالى ربع أسر عينة مسح القوى العاملة حيث يتم مقابلة لنفس الأسر فى الربع التالى للتعرف على التغيرات التى طرأت على الخصائص المختلفة لأفراد الاسرة مثل الحالة العملية، المهنة، النشاط .

4- أهم التعاريف المستخدمة فى بحث القوى العاملة:

أ- النشاط الاقتصادي والسكان النشيطين اقتصاديا :

ينص مفهوم النشاط الاقتصادي الذي اعتمده الوكالة الدولية (مؤتمر لخبراء إحصاءات العمل عام 1982) لقياس عدد السكان النشيطين اقتصادياً والمنصوص عليه من قبل نظام الحسابات القومية على أن السكان النشيطين اقتصادياً هم جميع الأشخاص من كلا الجنسين الذين يقومون بإنتاج السلع والخدمات الاقتصادية ، وخلال فترة زمنية محددة ، الفترة المرجعية .

فرق الاجتماع 13 لخبراء إحصاءات العمل بين كل من السكان النشيطين حالياً والسكان النشيطين عادة حيث يقاس النشاط الاقتصادي الحالي لفترة مرجعية قصيرة (أسبوع واحد في الغالب) في حين أن النشاط الاقتصادي المعتاد يقاس لفترة مرجعية أطول (12 شهر) ويشمل تعريف السكان النشيطين اقتصادياً كل من العاملين والعاطلين عن العمل. ويعرف السكان النشيطين حالياً بقوة العمل.

بـ المشتغلون :

يتم تعريفهم بأنهم الأفراد الذين يزاولون أعمالاً من الأنشطة الاقتصادية (لمدة ساعة أو أكثر خلال الفترة المرجعية) مقابل أجر أو ربح أو بدون أجر (في مزرعة الأسرة أو الأعمال التجارية) أو الأشخاص الذين لديهم وظيفة أو أعمال بصورة مؤقتة .

جـ المتعطلون :

يتم تعريف الأفراد العاطلين عن العمل بأنهم الذين لا يعملون وليس لديهم ارتباط بوظيفة خلال الفترة المرجعية للبحث ولكنهم يقدرّون على العمل ويرغبون فيه ومستعدون له إذا سنحت الفرصة ويبحثون عنه ولكنهم لا يجدونه.

دـ الأفراد خارج قوة العمل :

هم الأفراد القادرّون على العمل ولا يعملون ولا يبحثون عن العمل أثناء فترة البحث مثال لذلك الطالب المتفرغ للدراسة، المتفرغات لأعمال المنزل (ربات البيوت)، والأفراد المتقاعدین.

هـ النشاط الغير اقتصادي :

يشمل جميع الأنشطة والخدمات ذات الطابع الخدمي التي تقدمها أفراد الأسرة المعيشية بدون أجر وبهذه الصفة تعتبر أنشطة غير اقتصادية وتقع خارج حدود الإنتاج (لنظام الأمم المتحدة لحسابات القومية) مثل إعداد الوجبات وتقديمها ، صنع وإصلاح وغسل وكي الملابس، التسوق، العناية بالصغار أو بالمرضى أو المعاقين في الأسرة المعيشية) ، أعمال النظافة والحفاظ على مسكن الأسرة المعيشية ، إصلاح السلع المعمرة المنزلية وغيرها من الأعمال .

و- المهنة :

نوع العمل الذي مارسه الشخص خلال الفترة المرجعية أو نوع العمل الذي مارسه قبل أن يصبح عاطلاً عن العمل أو العمل الذي ينشده في المستقبل بغض النظر عن وضع الشخص في الصناعة كما تعرف المهنة بأنها النشاط الاقتصادي أو العمل الذي يدر دخلاً للأفراد وإذا كان الفرد لديه أكثر من مهنة خلال الفترة المرجعية ، فالمهنة التي يقضي فيها أكبر ساعات العمل تعتبر مهنته الرئيسية. وفي حالة ما إذا كان أمضى وقتاً متساوياً في مهنتين ، فالتى توفر أكبر دخل تعتبر المهنة الرئيسية .

ز. النشاط الاقتصادي :

لمن يعمل داخل المنشأة : يوضح بالتفصيل نوع العمل الرئيسى الذى تقوم به المنشأة التى يعمل بها، بغض النظر عن طبيعة عمله ومهنته، فالسائق الذى يعمل فى مصنع مكرونة يكون النشاط الإقتصادى للمنشأة صناعة المكرونة.
لمن يعمل خارج المنشآت: فإن النشاط الإقتصادى بالنسبة له يستمد من العمل الذى يقوم به فمثلا بائع الخضراوات المتجول يكون نشاطه الإقتصادى تجارة الخضراوات بالتجزئة والمزارع أو العامل الزراعى يكون نشاطه الإقتصادى الزراعة.

ح. علاقة المشتغل العملية بعمله وهذه الحالات العملية هى:

- (1) يعمل بأجر: يقوم الفرد بعمل لحساب الغير مقابل أجر نقدى أو عينى ويشمل الأفراد المتكسبين لأجر أو راتب شهري أو المتدرب على صنعة ولم يحصل على عائد .
- (2) يعمل لحسابه: الفرد الذى يعمل لحسابه ولا يستخدم عاملين أو من يعمل بمفرده. وإذا شارك فرد أو أكثر فى عمل ولم يعمل لديهم أحد ومن يعمل مقابل عمولة يدخل ضمن من يعمل لحسابه.
- (3) صاحب عمل: الأفراد الذين يديرون أعمال خاصة بهم أو يزرعون أرضهم أو يرعون أغنامهم ويعمل لديهم آخرين فى هذه الأعمال.
- (4) يعمل لدى الأسرة بدون أجر: الأفراد الذين يعملون فى مشاريع أسرية أو الزراعة بدون أجر. ولا يعتبر العمل التطوعى نشاط إقتصادى، والفرد الذى يعمل فى نشاط تطوعى لا يعتبر مشتغل

5. جداول جديدة مقترحة للتقرير السنوى:

- أ. توزيع السكان النشيطين وغير نشيطين وفقا لفئات العمر والحالة العملية
- ب. توزيع قوة العمل حسب آخر مؤهل حصل عليه الفرد ويفيد فى معرفة العلاقة بين مخرجات التعليم وسوق العمل.
- ج. جدول لتوزيع قوة العمل حسب الحالة التعليمية مع الحالة الزوجية للإناث (حضر/ريف).
- د. توزيع المشتغلين حسب عدد ساعات العمل الأسبوعية والمهن وفئات العمر والنوع.
- هـ. توزيع المشتغلين حسب المهنة والحالة التعليمية و هذا الجدول مؤشر لمستوى التنمية الإقتصادية وسياسات العمالة والتخطيط.

- و- توزيع المشتغلين حسب الحالة العملية والقطاع.
- ز- تصنيف المشتغلين حسب المهن الرئيسية والفرعية.
- ح - توزيع حملة المؤهلات الدراسية حسب المهنة والنشاط ويفيد فى معرفة مدى تشغيل العمالة فى التخصصات المختلفة.
- ط- التوزيع العمرى للأشخاص المشتغلين فى أقسام الصناعة حسب النوع.
- ك- توزيع المتعطلين حسب آخر مؤهل حصل عليه الفرد.
- ل- توزيع المشتغلين حسب القطاع المنظم والغير منظم .

ثانيا: دراسة التقييم الداخلى لبحث القوى العاملة خلال الفترة (2000-2010) :
يستعرض هذا القسم بعض نتائج بحث القوى العاملة والتي من خلالها يمكن الحكم على مدى اتساق هذه النتائج خلال الفترة (2000-2010).

1- السكان :

أ- متوسط حجم الأسرة:

يقاس متوسط حجم الأسرة بخارج قسمة اجمالى أفراد العينة على عدد أسر العينة . يتضح من جدول(1) ان متوسط حجم الاسرة لاجمالى الجمهورية تراوح بين 4.4 فرد خلال الفترة 2000-2010 وقد تراوح هذا المتوسط بالحضر بين 3.7 – 4.1 فرد بينما تراوح بالريف بين 4.4 – 4.7 فرد خلال الفترة 2000-2010 . ويدل ذلك على وجود اتساق فى البيانات فى السنوات محل الدراسة فيما يتعلق ببيانات حجم الاسرة.

جدول رقم (1) متوسط حجم الأسرة خلال الفترة من 2000-2010 (فرد)

السنوات	2010	2008	2006	2005	2004	2002	2000
محل الإقامة							
حضر	4,0	4,1	4,1	3,9	3,8	3,7	3,9
ريف	4,6	4,6	4,6	4,5	4,4	4,5	4,7
جملة	4,3	40,4	4,4	4,3	4,0	4,0	4,2

ب- قياس معدلات النشاط الخام :

يقاس معدل النشاط الخام بخارج قسمة جملة قوة العمل على جملة السكان. وكما يظهر من جدول (2) فقد تراوح المعدل لكل من الحضر والريف واجمالى الجمهورية بين (30٪ - 33٪) خلال الفترة 2000-2010 . وبالنسبة للذكور فقد بلغ المعدل حوالى 46٪ خلال الفترة 2000-2006 لكل من الحضر والريف والجملة، ارتفع الى حوالى 50٪ عامى 2008، 2010.

اما بالنسبة للاناث فقد تراوح المعدل بين (12٪ - 16٪) لكل من الحضر والريف والجملة خلال الفترة 2000-2010.

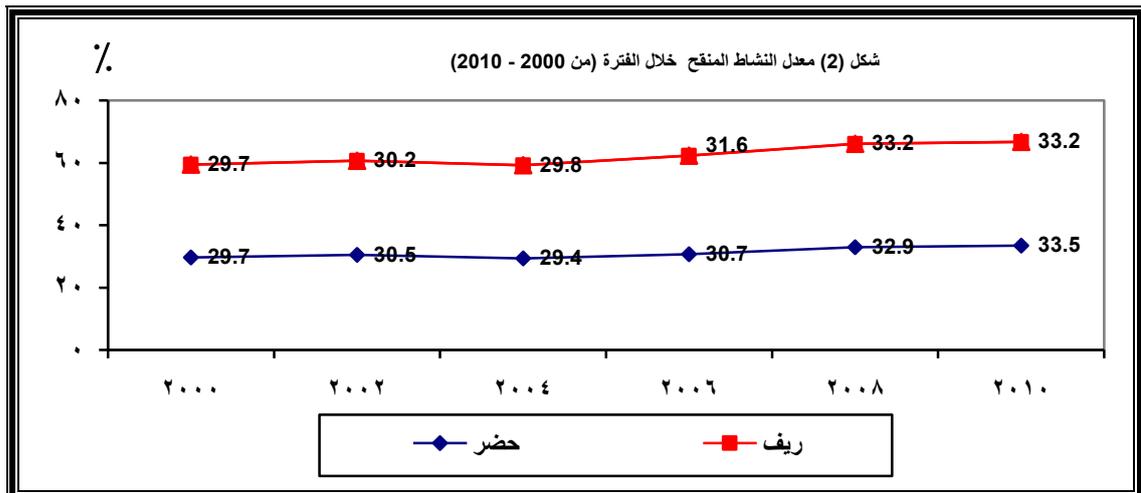
مما سبق يتضح الاتساق في البيانات في خلال فترة الدراسة فيما يتعلق بمعدلات النشاط الخام.

جدول رقم (2) معدلات النشاط الخام في السنوات خلال الفترة 2000 – 2010

%

السنوات	ذكور			اناث			جملة		
	حضر	ريف	جملة	حضر	ريف	جملة	حضر	ريف	جملة
2000	46.1	46.0	46.0	12.6	12.7	12.7	29.7	29.7	29.7
2002	46.2	46.4	46.3	13.9	13.3	13.6	30.5	30.2	30.3
2004	46.5	47.0	46.8	13.7	11.8	12.7	29.4	29.8	29.6
2006	46.6	46.9	46.8	14.2	15.7	15.1	30.7	31.6	31.3
2008	49.8	50.2	50.0	15.4	15.0	15.2	32.9	33.2	33.1
2010	50.7	50.4	50.5	16.2	15.4	15.7	33.5	33.2	33.3

شكل (1) معدلات النشاط الخام في السنوات خلال الفترة 2000 - 2010



ج- معدلات النشاط المنقح :

يقاس معدل النشاط المنقح بخارج قسمة جملة قوة العمل على جملة السكان (15 سنة فأكثر). يوضح جدول (3) ان معدل النشاط المنقح تراوح بين (34%-:39%) لكل من اجمالي الجمهورية والريف في الفترة (2000-2010) وبالنسبة للحضر تراوح المعدل بين (33%- :38%). تراوح معدل النشاط المنقح للذكور بين (52%- :59%) خلال فترة الدراسة وتراوح للاناث ما بين (14%- :18%) لكل سنوات الدراسة.

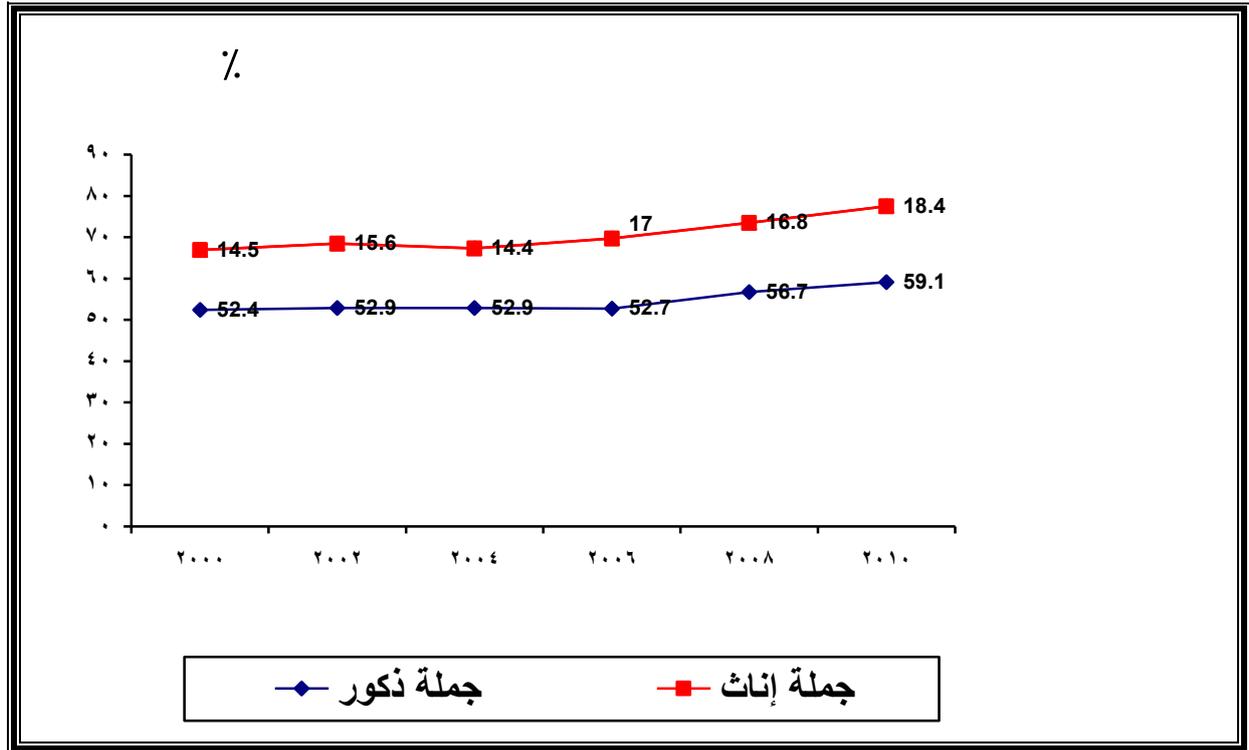
ويتضح مما سبق وجود إتساق البيانات في السنوات محل الدراسة في معدلات النشاط المنقح.

جدول رقم (3) معدلات النشاط المنقح خلال الفترة 2000 – 2010

%.

السنوات	ذكور			اناث			جملة	
	حضر	ريف	جملة	حضر	ريف	جملة	حضر	ريف
2000	51.2	53.3	52.4	14.2	14.7	14.5	33.2	34.4
2002	51.6	53.9	52.9	15.6	15.6	15.6	34.1	35.2
2004	51.6	53.9	52.9	15.2	13.6	14.4	32.6	34.3
2006	51.4	53.7	52.7	15.6	18.0	17.0	33.9	36.2
2008	55.8	57.5	56.7	16.4	17.0	16.8	36.6	37.7
2010	58.1	59.9	59.1	18.5	18.3	18.4	38.3	39.4

شكل (2) معدل النشاط المنقح خلال الفترة (من 2000 . 2010)



د- معدل الاعالة الاقتصادية وفقا للنوع ومحل الإقامة :

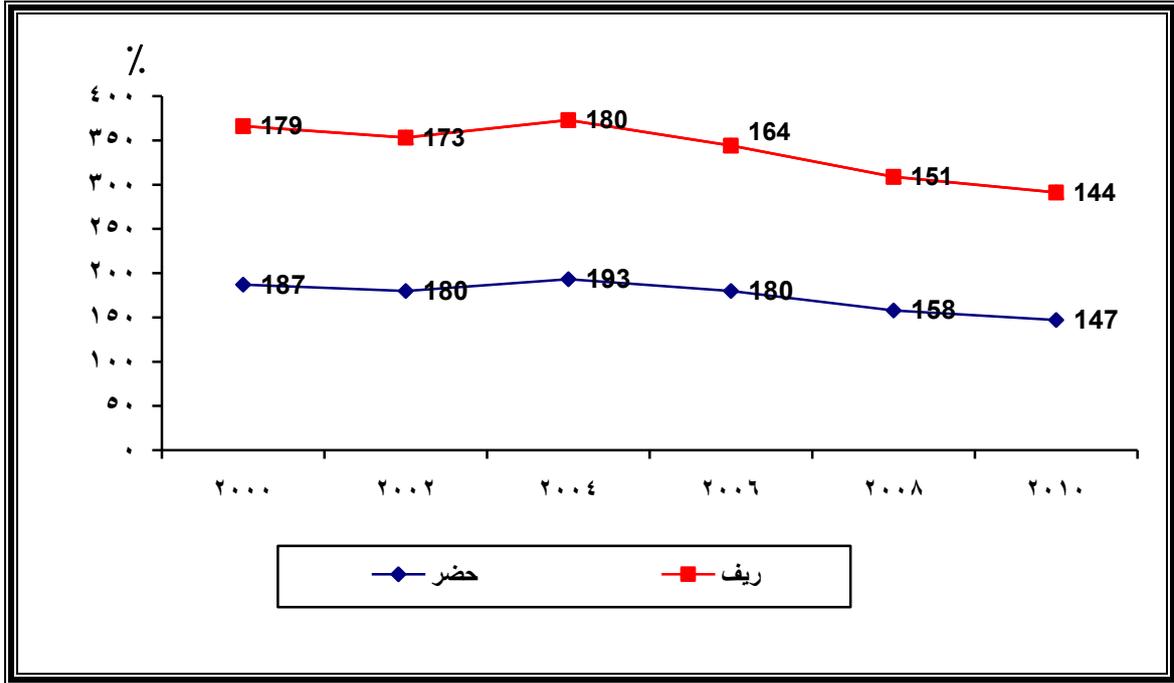
يعرف معدل الاعالة الاقتصادية بأنه عدد الاشخاص خارج قوة العمل لكل 100 فرد من قوة العمل. يظهر من جدول (4) انخفاض معدل الاعالة الاقتصادية بالنسبة لإجمالي الجمهورية من 182٪ عام 2000 الى 176 ٪ عام 2002 ثم ارتفع الى حوالي 185٪ عام 2004 ثم انخفض تدريجيا حتى وصل الى حوالي 145٪ عام 2010 ويسير نفس النمط لكل من حضر وريف الجمهورية . ويلاحظ ايضا من الجدول ارتفاع معدل الاعالة الاقتصادية بالحضر عن الريف وذلك فى جميع السنوات خلال الفترة 2000-2010 . وهذا يرجع الى ما سبق بيانه من ارتفاع معدلات النشاط المنقحة بالريف عن الحضر من الملاحظ عدم وجود إتساق خلال السنوات الثلاثة الاولى من السلسلة بسبب تذبذب معدل الإعالة ولكن إتضح إتساق فى الثلاث سنوات التالية (2006 – 2010) حيث اتجه معدل الاعاله الى الانخفاض وقد يرجع ذلك إلى زيادة فى قوة العمل .

جدول رقم (4) معدل الإعالة ومحل الإقامة خلال الفترة (من 2000 - 2010)

السنوات	حضر	ريف	جملة
2000	187	179	182

176	173	180	2002
185	180	193	2004
171	164	180	2006
154	151	158	2008
145	144	147	2010

شكل (3) معدل الإعالة ومحل الإقامة خلال الفترة (من 2000 - 2010)



هد نسبة المساهمة فى قوة العمل:

توضح نسب المساهمة فى قوة العمل وفقا لفئات السن النمط المعروف للمساهمة ويتميز بنسب مساهمة منخفضة لصغار السن تتزايد سريعا للشباب حتى تصل الى القمة ثم تنخفض تدريجيا ثم بسرعة لكبار السن.

يوضح جدول (5) أن نسب المساهمة فى قوة العمل لإجمالى الجمهورية تذبذبت بين الارتفاع والانخفاض فى الفترة (2000-2010) حتى وصلت الى 49.3% وبالنسبة للذكور ايضا تذبذبت النسب بين الارتفاع والانخفاض حتى وصلت الى 75.1% عام 2010. ويسير نفس النمط على اناث الجمهورية حيث بلغت 23.1% عام 2010.

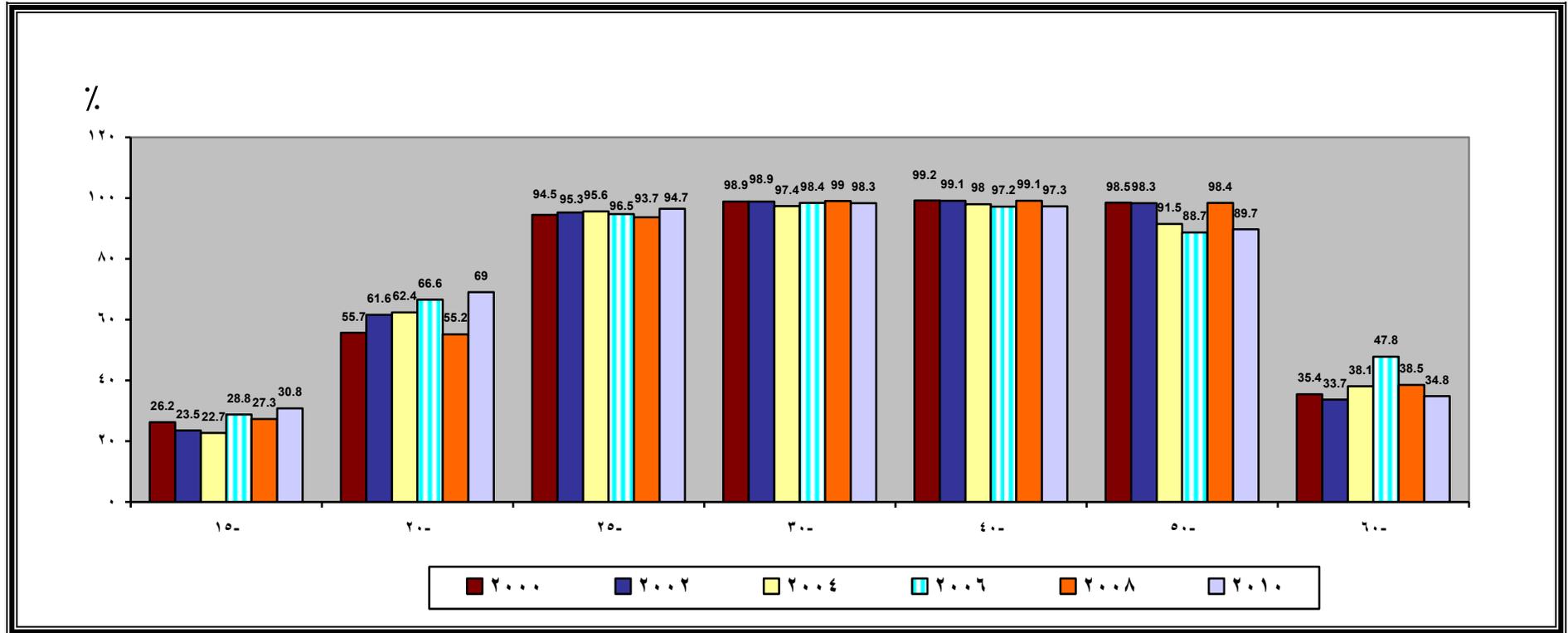
وتمثل أعلى نسبة مساهمة للذكور فى الفئات العمرية (39-30) و (49-40) للسنوات 2000،
2002، 2008 وبلغت أعلى نسبة مساهمة للإناث فى الفئة العمرية (25- 29) فى عام 2000
بينما أعلى نسبة مساهمة للإناث فى الفئة العمرية (20- 24) فى عامى 2002، 2004.
يتضح مما سبق وجود اتساق فى نسب المساهمة فى قوة العمل فى سنوات الدراسة.

جدول رقم (5) نسب المساهمة في قوة العمل وفقاً لفئات السن والنوع خلال الفترة 2000 – 2010

%

جملة						إناث						ذكور						السنوات فئات العمر
2010	2008	2006	2004	2002	2000	2010	2008	2006	2004	2002	2000	2010	2008	2006	2004	2002	2000	
20.1	19.5	20.0	16.9	17.2	18.2	8.7	10.6	10.4	10.3	10.2	8.9	30.8	27.3	28.8	22.7	23.5	26.2	15.
49.9	44.4	50.7	51.3	49.4	43.0	29.1	29.7	31.4	36.4	34.6	27.7	69.0	55.2	66.6	62.4	61.6	55.7	20.
62.3	61.2	60.6	59.6	59.1	62.2	29.3	30.8	28.9	29.8	30.1	32.1	96.5	93.7	94.7	95.6	95.3	94.5	25.
62.2	59.0	60.0	58.6	55.7	61.5	27.7	25.8	25.5	27.6	22.6	28.4	98.3	99.0	98.4	97.4	98.9	98.9	30.
63.4	58.6	62.2	61.1	57.3	60.8	30.2	19.9	27.5	25.8	19.5	23.9	97.3	99.1	97.2	98.0	99.1	99.2	40.
57.4	52.3	52.8	54.0	50.9	53.9	25.1	11.5	15.8	16.9	10.3	13.8	89.7	98.4	88.7	91.5	98.3	98.5	50.
20.4	23.7	26.3	22.9	19.1	21.7	5.4	5.0	3.3	6.1	2.1	3.8	34.8	38.5	47.8	38.1	33.7	35.4	60.
49.3	48.0	49.1	47.3	45.2	46.9	23.1	22.0	22.2	22.7	19.2	21.1	75.1	72.7	75.3	72.0	72.9	72.3	الجملة

شكل (4) نسب المساهمة في قوة العمل وفقاً لفئات السن للذكور خلال الفترة 2000 – 2010



2- قوة العمل والتشغيل :

أ- التوزيع النسبي لقوة العمل وفقاً للحالة التعليمية :

يفيد هذا التوزيع في التعرف على أحد الخصائص الهامة لقوة العمل من حيث المستويات التعليمية لكل من المشتغلين والمتعطلين ويعتبر ذلك من القواعد الأساسية لتخطيط البرامج التعليمية وربطها باحتياجات التنمية الاقتصادية والتوسع في مجالات التعليم المتخصصة لسد احتياجات سوق العمل.

وبمقارنة التوزيع النسبي لقوة العمل حسب الحالة التعليمية خلال الفترة (2000-2010) وكما يظهر في جدول (6) يتضح أن نسبة الأفراد داخل قوة العمل من الأميين في إجمالي الجمهورية قد بلغت حوالي 30٪ عام 2008 وهي أعلى نسبة للأميين في هذه الفترة ثم انخفضت إلى حوالي 24٪ عام 2010. تراوحت نسبة الذكور الأميين بين (21٪ - 28٪) خلال الفترة (2000-2006) ثم ارتفعت إلى 28٪ عام 2008 ثم انخفضت إلى 23٪ عام 2010. بينما تراوحت نسبة الإناث الأميات بين (19٪ - 31٪) خلال الفترة من 2000 إلى 2004 ثم تذبذبت بين الارتفاع والانخفاض حتى بلغت 29٪ عام 2010.

وبالنسبة لحملة المؤهل المتوسط في إجمالي الجمهورية فقد تراوحت نسبتهم بين (28٪ - 33٪) في جميع سنوات الدراسة. وبالنسبة للذكور تراوحت نسبة التعليم المتوسط بين (26٪ - 33٪) في جميع سنوات الدراسة ونسبة الإناث الحاصلات على تعليم متوسط تراوحت بين (25٪ - 46٪) وكانت أقل نسبة عام 2008 (حوالي 25٪).

تراوحت نسبة الحاصلين على مؤهل جامعي على مستوى الجمهورية بين (16٪ - 19٪) خلال الفترة 2000-2010. وقد تراوحت نسبة الذكور بين (14٪ - 16٪)، بينما تراوحت للإناث بين (19-28٪)

يتضح مما سبق وجود اتساق بالنسبة للتوزيع النسبي لقوة العمل حسب الحالة التعليمية لكل من إجمالي الجمهورية والذكور خلال فترة الدراسة وبالنسبة للإناث يوجد تفاوت في نسبة الإناث في مرحلة التعليم المتوسط عام 2002 والإناث الأميين عام 2008، 2002.

بد التوزيع النسبى لقوة العمل وفقاً للحالة العملية :

تعكس الحالة العملية الاطار التنظيمى لسوق العمل فى المجتمع. يظهر من جدول (7) أن اكبر نسب لقوة العمل من العاملين بأجر نقدى لكل من اجمالى الجمهورية والذكور والاناث. حيث تذبذبت النسبة خلال الفترة بين الارتفاع والانخفاض خلال الفترة 2000-2010. حتى استقرت عند 56.6٪ عام 2010. وتراوحت نسب العاملين بأجر من الذكور بين (55٪ - 62٪) للسنوات محل الدراسة بينما تراوحت النسبة للاناث بين (37٪ - 44٪).

تأتى نسبة صاحب عمل ويديره ويستخدم آخرين فى المرتبة الثانية حيث بلغت حوالى 16٪ لاجمالى الجمهورية فى السنوات من (2000 - 2004) ثم تذبذبت بين الانخفاض والارتفاع ووصلت الى 13.4٪ عام 2010، وتراوحت النسب بين (15٪ - 19٪) للذكور فى سنوات الدراسة.

بلغت نسبة من يعمل لحسابه ولا يستخدم احد حوالى 11٪ فى اغلب السنوات لاجمالى الجمهورية وكذلك للذكور خلال الفترة (2000-2010). أما بالنسبة للاناث فقد بلغت حوالى 10٪ فى عامى 2004، 2000 وقد انخفضت فى عام 2002 الى 5.2٪ .

بالنسبة لافراد العاملين لحساب الاسرة بدون أجر فقد تراوحت النسبة بين (11٪ - 13٪) خلال الفترة (2000-2010) ما عدا عام 2002 حيث انخفضت الى حوالى 9٪ بالنسبة لاجمالى الجمهورية.

النسبة للذكور فتراوحت نسبة العاملين لدى الاسرة بدون أجر بين (8٪ - 9٪) فيما عدا عام 2010 انخفضت الى 6٪ فى حين ترتفع النسبة بين الاناث الى حوالى ما بين (20٪ - 28٪) خلال الفترة فيما عدا عام 2002 حيث بلغت 15٪.

أما المتعطلين الذين لم يسبق لهم العمل فقد تراوحت نسبتهم بين (8٪ وحوالى 10٪) وذلك لاجمالى الجمهورية لكل سنوات الدراسة تراوحت نسبة للذكور بين (5٪ وحوالى 6٪) فى سنوات الدراسة ما عدا عام 2010 حيث انخفضت الى 4٪، وتراوحت بين (19٪ - 24٪) للاناث خلال فترة الدراسة.

يتضح مما سبق عدم اتساق بيانات 2004 مع باقى سنوات الدراسة بالنسبة للعاملين بأجر نقدى لاجمالى الجمهورية حيث انخفضت عن باقى سنوات الدراسة لتصل الى حوالى 50٪ فى عام 2004 ويلاحظ عدم اتساق بيانات العاملات بأجر نقدى حيث انخفضت انخفاض ملحوظا فى عام 2004.

حد التوزيع النسبي للمشتغلين وفقاً لأقسام المهن :

يصنف المشتغلين حسب المهنة التي زاولها الفرد بغض النظر عن طبيعة عمل المنشأة التي يعمل بها.

يوضح جدول (8) التوزيع النسبي للمشتغلين حسب أقسام المهن خلال الفترة (2000-2010) يتضح ان نسبة المزارعين وعمال الزراعة و الصيد تمثل اكبر نسبة للمشتغلين حسب أقسام المهن وتتراوح بين (27٪ - 31٪) فى كل السنوات وينطبق نفس النمط على الذكور بنسبة بلغت 27٪ لكل سنوات الدراسة الا انها انخفضت الى حوالى 24٪ عام 2010 وتمثل العاملات فى الزراعة أكبر نسبة استيعاب بالمقارنة بباقي المهن وقد تذبذبت النسبة بين الارتفاع والانخفاض واستقرت عند 43٪ عام 2010. يلى ذلك الأخصائيون أصحاب المهن العلمية حيث تراوحت النسبة لاجمالي الجمهورية (13٪ - 15٪) وحوالى من (10٪ - 12٪) للذكور وتراوحت النسبة للاناث من (20٪ - 25٪) خلال فترة الدراسة.

يلى ذلك الحرفيون ومن اليهم حيث تراوحت نسبة إجمالى الجمهورية ما بين 12٪ الى 18٪ وقد تراوحت للذكور بين 15٪ و 22٪ مقابل (2٪ - 5٪) للاناث خلال فترة الدراسة.

وبالنسبة للعاملين بالخدمات ومحلات البيع فقد تراوحت نسبة إجمالى الجمهورية بين (8٪ - 10٪) . بالنسبة للذكور فقد تراوحت النسبة بين (9٪ - 11٪)، بينما تراوحت للاناث بين (4٪ - 5٪) خلال فترة الدراسة باستثناء عام 2002 حيث بلغت النسبة 7.4٪.

وبالنسبة لمهنة رجال التشريع وكبار المسئولين والمديرين فقد تزايدت النسبة لاجمالي الجمهورية من (9.9٪ عام 2000 الى 11.3٪ عام 2002 ثم اتجهت بصفة عامة الى التناقص حتى بلغت 5.6٪ عام 2010. ينطبق هذا النمط على الذكور بينما اتجهت نسبة الاناث الى التزايد من 4.2٪ عام 2004 حتى بلغت 4.7٪ عام 2008 ثم انخفضت الى 3.9٪ عام 2010.

مما سبق يتضح لنا وجود اتساق فى بيانات العاملين بالزراعة والصيد لكل من إجمالى الجمهورية والذكور وعدم اتساق فى بيانات الاناث حيث بلغت 39٪ عام 2000 ثم انخفضت الى 27٪ عام 2002 وارتفعت الى 46٪ عام 2004، 43٪ عام 2006 وأيضا يلاحظ وجود اتساق فى نسب أصحاب المهن العلمية لكل من إجمالى الجمهورية والذكور والاناث. وينطبق ذلك على مهنة الحرفيون ومن اليهم وأيضا مهنة الخدمات ومحلات البيع وذلك لإجمالى الجمهورية والذكور ويلاحظ عدم اتساق بيانات الاناث من حيث الارتفاع والانخفاض.

د التوزيع النسبي للمشتغلين وفقاً لأقسام النشاط الاقتصادي :

يعرف النشاط الاقتصادي بأنه نوع النشاط الذى تقوم به الجهة التى يعمل بها الفرد وهو أحد الخصائص الاقتصادية الهامة لقوة العمل وترجع أهمية دراسة توزيع السكان حسب النشاط الاقتصادي الى إعطاء صورة عن تركيز الأنشطة الاقتصادية بالمجتمع سواء أكان نشاط زراعى أو صناعى الخ

بدراسة التوزيع النسبي للمشتغلين (15- 64 سنة) حسب أقسام النشاط الاقتصادي والنوع وكما يظهر فى جدول (9)، يتضح أن النشاط الزراعى يستوعب أكبر نسبة من المشتغلين وبنسبة تراوحت بين حوالى 28٪ الى 32٪ خلال الفترة 2000-2010 وذلك لاجمالى الجمهورية. وبلغت نسبة الذكور حوالى 28٪ لكل السنوات انخفضت الى 25٪ فى عام 2010، بينما بلغت نسبة الاناث العاملات فى النشاط الزراعى حوالى 39٪ عام 2000 وانخفضت الى 27.6٪ عام 2002 ثم ارتفعت الى 46.6٪ عام 2004 وانخفضت الى 43٪ عام 2010، 2006

وبالنسبة للمشتغلين فى أنشطة الادارة العامة والتعليم والصحة والخدمات، تراوحت النسبة بين 23٪ الى 28٪ بالنسبة لاجمالى الجمهورية. وبين 20٪ الى 23٪ للذكور. ويختلف النمط بالنسبه للاناث لهذه الانشطة حيث بلغت النسبة حوالى 43٪ عامى 2000، وارتفعت الى 47٪ عام 2002 ثم انخفضت الى 37٪ فى عام 2004 وارتفعت الى 41٪ عام 2010.

- بالنسبة للمشتغلين بالصناعات التحويلية تراوحت نسبة اجمالى الجمهورية بين 11-12٪ لكل السنوات. بلغت النسبة حوالى 13٪ للذكور بينما تراوحت من 5٪ الى 9٪ بالنسبة للاناث. وتتقارب النسب فى نشاط تجارة الجملة والتجزئة مع نشاط الصناعات التحويلية.

يتضح مما سبق الاتساق فى البيانات لجميع الانشطة لكل من اجمالى الجمهورية والذكور وعدم الاتساق فى بيانات الاناث فى النشاط الزراعى وأنشطة التعليم والصحة والخدمات والصناعات التحويلية.

جدول رقم (9) التوزيع النسبي للمشتغلين (64.15) وفقاً لاقسام النشاط الاقتصادي والنوع خلال الفترة 2000-2010

%

جملة						إناث						ذكور						السنوات والنوع النشاط الاقتصادي
2010	2008	2006	2004	2002	2000	2010	2008	2006	2004	2002	2000	2010	2008	2006	2004	200	200	
																2	0	
28.3	31.6	31.2	31.9	27.5	29.6	42.8	45.6	43.3	46.6	27.6	39.3	24.7	28.2	28.3	28.1	27.5	27.4	الزراعة والصيد
0.2	0.2	0.3	0.2	0.2	0.3	-	0.1	0.1	-	0.1	0.1	0.2	2.	0.3	0.2	0.3	0.4	التعدين واستغلال المعاجر
12.1	11.4	11.7	11.0	11.6	11.9	4.8	4.5	5.0	4.9	8.6	5.5	13.9	13.1	13.2	12.7	12.3	13.4	الصناعات التحويلية
1.7	1.3	1.2	1.2	1.4	1.2	0.7	0.4	0.6	0.4	0.7	0.5	2.0	1.5	1.4	1.4	1.5	1.4	الكهرباء والغاز
11.3	10.1	8.9	7.5	7.4	7.9	0.3	0.6	0.4	0.6	1.1	0.8	14.0	12.4	10.9	9.2	8.8	9.5	التشييد والبناء
11.3	10.6	10.6	12.0	12.9	11.7	7.0	5.9	5.3	5.8	7.6	6.3	12.4	11.8	11.9	13.6	14.1	12.9	تجارة الجملة والتجزئة
2.2	2.1	2.0	1.8	1.9	1.6	0.5	0.2	0.4	0.4	1.5	0.4	2.6	2.5	2.4	2.2	2.0	1.8	الفنادق والمطاعم
7.1	7.0	6.06	6.2	6.3	6.5	1.5	1.3	1.5	1.5	2.2	1.8	8.4	8.4	7.8	7.5	7.3	7.6	النقل والتخزين والاتصالات
0.9	2.7	2.09	3.0	3.1	2.9	1.1	2.3	2.5	2.5	3.4	2.7	0.8	2.8	3.1	3.0	3.0	2.9	الوساطة المالية وأنشطة العقارات
24.8	22.9	24.3	25.2	27.7	26.4	41.2	39	40.8	37.3	47.2	42.5	20.8	19.0	20.4	22.1	23.2	22.7	الإدارة العامة والتعليم والصحة والخدمات الشخصية
0.1	0.1	0.3	-	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	-	0.0	0.1	0.2	0.1	0.3	0.0	0.0	0.0	أنشطة غير قابلة للتوصيف

هـ التوزيع النسبي للمشتغلين (15-64) وفقاً للقطاع والنوع :

يوضح توزيع المشتغلين حسب نوع القطاع أهمية كل قطاع ومدى ما يستوعب من عمالة. بمقارنة البيانات خلال الفترة (2000-2010) فى جدول (10) يتضح أن نسبة إجمالى الجمهورية فى القطاع الخاص خارج المنشآت أعلى نسبة عمالة حيث بلغت حوالى 43% عام 2000 ، 40% فى عام 2002 وارتفعت الى حوالى 48% عام 2010 وبالنسبة للذكور بلغت النسبة حوالى 43% فى الفترة (2000-2004) وتراوحت بين (47%-48%) خلال الفترة (2006-2010) وبالنسبة للإناث فقد تذبذبت النسبة بين الارتفاع والانخفاض حتى بلغت 46.7% فى عام 2010 ربما يرجع ذلك الى برنامج الخصخصة حيث ارتفع عدد العاملين فى القطاع الخاص

ويلى ذلك القطاع الحكومى من حيث استيعاب العمالة حيث تراوح إجمالى الجمهورية من حوالى (23% - 28%) فى خلال الفترة وبلغت نسبة الذكور حوالى 24% فى الفترة (2000-2004) ثم استمرت فى الانخفاض حتى وصلت الى 19.3% عام 2010.

وبالنسبة للإناث فان معدلات العمالة فى الحكومة تعتبر مرتفعة نسبيا اذا ما قورنت بالذكور أو إجمالى الجمهورية وتتقارب مع نسب عمالة القطاع الخاص خارج المنشآت. ماعدا عام 2004 حيث انخفضت النسبة الى 36.9%.

ويأتى القطاع الخاص داخل المنشآت حيث بلغت نسبة إجمالى الجمهورية حوالى 22% لكل سنوات الدراسة ماعدا عام 2002 حيث ارتفعت الى 24.4% وعامى 2008، 2010 حيث بلغت النسبة فى كل منهما حوالى 23%. تراوحت نسبة الذكور بين 25% ، 26% لكل سنوات الدراسة وارتفعت الى 27% عام 2010. وتراوحت نسبة الاناث من حوالى (11%-12%) خلال الفترة (2000-2010) ماعدا عام 2002 حيث بلغت النسبة حوالى 23%.

ويمثل القطاع العام وقطاع الأعمال من حوالى 3% الى 7% فى السنوات محل الدراسة وذلك لإجمالى الجمهورية والذكور. وحوالى من 1% الى 3% للإناث وتساهم القطاعات الأخرى والإستثمارى والتعاونيات بنسب ضئيلة جدا (أقل من 1%) لكل من الاجمالي والذكور والاناث.

**مما سبق يتضح لنا وجود اتساق فى بيانات إجمالى الجمهورية والذكور لكل سنوات
الدراسة وعدم إتساق بيانات الإناث وذلك للقطاع الخاص خارج المنشآت وكذلك
قطاع الحكومة والقطاع داخل المنشآت.**

3- البطالة :

تعتبر البطالة بصورها المختلفة أحد أبرز مظاهر إختلال سوق العمل الذى يعكس حالة من عدم التوازن فى الاقتصاد القومى. ويقاس معدل البطالة بخارج قسمة حجم المتعطلين على حجم العمل (المشتغلين+المتعطلين) فى المائة.

أ- التوزيع النسبى للمتعطلين وفقاً للحالة التعليمية والنوع:

وبدراسة التوزيع النسبى للمتعطلين حسب الحالة التعليمية والنوع فى جدول (11) خلال الفترة من (2000-2010) اتضح من الجدول أن الغالبية العظمى من المتعطلين هم حملة المؤهلات الدراسية حيث بلغت نسبة المتعطلين للمؤهلات المتوسطة من حوالى 55% الى 71% فى السنوات محل الدراسة لإجمالى الجمهورية وحوالى 52% الى 67% للذكور و من حوالى 58% الى 74% للإناث. وانخفضت النسبة لكل من اجمالى الجمهورية والذكور والاناث حتى وصلت حوالى 44% عام 2010.

وبلغت نسبة المتعطلين حملة المؤهلات العليا حوالى 23% عام 2000، 2002 ارتفعت الى حوالى 27% عام 2006 والى حوالى 40% عام 2010 لإجمالى الجمهورية ويسير على نفس النمط كل من الذكور والاناث ونسبة المتعطلين الأميين قليلة تكاد تكون معدومة فى سنوات الدراسة المختلفة ويرجع ذلك الى توفر فرص العمل للأميين لأن الأعمال التى يلتحقون بها أعمال بسيطة لاتحتاج لمهارت معينة وكذلك الحال بنسب متفاوتة فى فئتى يقرأ ويكتب وحاملى مؤهل أقل من المتوسط فى كل سنوات الدراسة

يتضح مما سبق وجود اتساق فى بيانات المتعطلين حسب الحالة التعليمية فى كل سنوات الدراسة وكل من إجمالى الجمهورية والذكور والإناث

بد التوزيع النسبي للمتعطلين وفقاً لفئات السن والنوع :

بدراسة التوزيع النسبي للمتعطلين حسب فئات السن والنوع فى الفترة (2000-2010)
أتضح أن أعلى نسبة بطالة فى الأعمار (24.20) حيث تذبذبت نسبة المتعطلين لإجمالى الجمهورية بين الانخفاض والارتفاع حيث بلغت 46.9٪ عام 2010.
وبالمثل نسبة الذكور حيث استقرت عند 48.6٪ عام 2010. ويوجد تفاوت فى نسب الإناث من حيث الارتفاع والانخفاض حيث بلغت النسبة 43٪ عام 2000 إنخفضت الى حوالى 34٪ عام 2002 ثم حدثت تذبذب حتى وصلت 51٪ عام 2008 وانخفضت حتى وصلت 45٪ عام 2010
تذبذبت نسبة المتعطلين فى الفئة العمرية (25-29) لإجمالى الجمهورية ما بين الارتفاع والإنخفاض حتى وصلت 24٪ عام 2010، وبلغت النسبة بين الذكور حوالى 27٪ عام 2000 وارتفعت إلى حوالى 28٪ عام 2002 وظلت تقريباً ثابتة فى الفترة من (2004-2010)
وتذبذبت النسب فى الإناث ما بين الارتفاع والانخفاض حيث بلغت 25.6٪ عام 2010 وكانت مرتفعة عام 2002 الى 32٪ ثم انخفضت الى 20٪ عام 2004 ثم ارتفعت الى 23٪ عام 2006 ووجد حوالى 9٪ من المتعطلين فى الأعمار (30-39) فى السنوات 2000، 2006 وحوالى 12٪ فى عام 2002 انخفضت الى 7.5٪ عام 2004.
وتبدو هذه النسب بسيطة نسبياً الا ان لها آثار خطيرة لان هؤلاء الأفراد غالباً ما يكونوا متزوجين ومسؤولين عن أسر ونسبة المتعطلين فى الأعمار أكثر من 40 سنة تكاد تكون معدومة لا تشكل سوى 1٪ من جملة المتعطلين عام 2006 وترتفع نسبياً عام 2010 لكل من أجمالى الجمهورية و الذكور و الإناث.
يتضح مما سبق أن نسبة المتعطلين فى تزايد فى الأعمار (24.20) مع وجود اتساق فى بيانات اجمالى الجمهورية والذكور فيما عدا عام (2002) لإجمالى الجمهورية وعدم اتساق فى بيانات الإناث حيث يوجد تفاوت كبير من حيث الانخفاض والارتفاع فى البيانات على مدار سنوات الدراسة.
وفى الفئة العمرية (25-29) يوجد عدم اتساق فى بيانات اجمالى الجمهورية والإناث. أما باقى بيانات الجدول تعتبر متسقة الى حد ما.

ثالثاً: التقييم الخارجى بمقارنة بيانات بحث القوى العاملة مع بحث سوق العمل لعام 2006:

1- منهجية البحث : يتبع بحث القوى العاملة نفس منهجية بحث سوق العمل وفقاً لمفاهيم منظمة العمل الدولية والتي تم ذكرها بالتفصيل فى الجزء الأول من البحث ، وتجدر الإشارة إلى أن حجم عينة بحث القوى العاملة الربع السنوى (21 الف أسرة) تزيد مرتين ونصف عن عينة بحث سوق العمل .

2- يمكن مقارنة بيانات الباحثين من خلال الخصائص التالية :

أ- معدل النشاط الممنوح لبحث القوى العاملة وسوق العمل عام 2006:

يتضح من جدول (13) أن معدل النشاط الممنوح ارتفع فى بحث سوق العمل لإجمالى الجمهورية بفارق 2.8 نقطة مئوية وللحضر بفارق 4 نقاط مئوية و1.9 نقاط للريف عن بحث القوى العاملة بالعينة

وبالنسبة للذكور ارتفع بحث سوق العمل عن بحث القوى العاملة بالعينة فى كل من الحضر والريف والجملة بفارق 3.4 ، 1.5 ، 2.3 نقاط مئوية على التوالى. وبالنسبة للإناث ارتفعت معدلات النشاط الممنوح فى بحث سوق العمل عن بحث القوى العاملة بفارق 4 نقاط مئوية لكل من جملة الإناث والريف وبفارق 6.2 نقاط للإناث الحضر.

جدول رقم (13) معدل النشاط الممنوح لبحث القوى العاملة وسوق العمل عام 2006

%

النطاق الجغرافى	بحث القوى العاملة	بحث سوق العمل
ذكور		
حضر	72.8	76.2
ريف	77.3	78.8
جملة	75.3	77.6
إناث		
حضر	21.3	27.5
ريف	22.9	26.2
جملة	22.2	26.8
جملة		
حضر	47.4	51.4
ريف	50.4	52.3
جملة	49.1	51.9

ب- خصائص قوة العمل :

(1) التوزيع النسبى لقوة العمل (15- 64 سنة) وفقاً للحالة التعليمية لعام 2006:

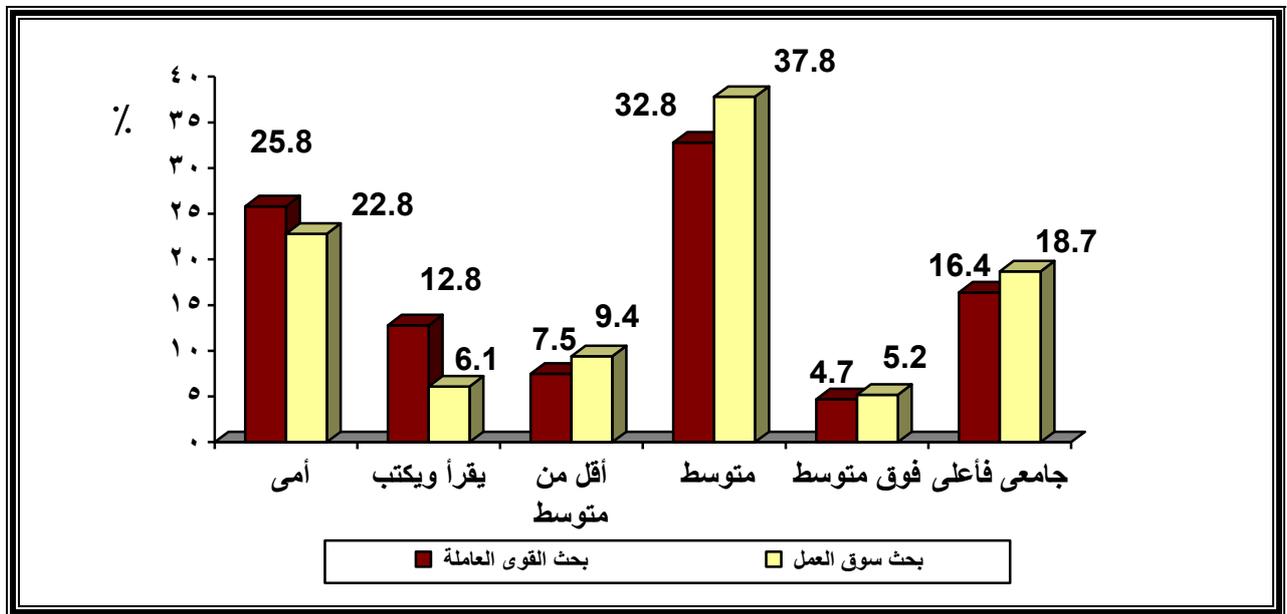
يظهر من جدول (14) ارتفاع نسبة الافراد الاميين من قوة العمل فى بحث القوى العاملة عن بحث سوق العمل بفارق 3 نقاط مئوية وايضا نسبة من يقرأ ويكتب بفارق 6.7

نقطة مئوية مقابل انخفاض نسبة ذوى المؤهلات (متوسطة وعليا) فى بحث القوى العاملة عن بحث سوق العمل.

جدول رقم (14) التوزيع النسبى لقوة العمل (15-64 سنة) وفقاً للحالة التعليمية لعام 2006

الحالة التعليمية	بحث القوى العاملة %	بحث سوق العمل %
أمية	25.8	22.8
يقرأ ويكتب	12.8	6.1
أقل من متوسط	7.5	9.4
متوسط	32.8	37.8
فوق متوسط	4.7	5.2
جامعى فأعلى	16.4	18.7
الجملة	100	100

شكل (5) التوزيع النسبى لقوة العمل (15-64 سنة) وفقاً للحالة التعليمية لعام 2006



(2) التوزيع النسبى للمشتغلين (15-64 سنة) وفقاً للحالة العملية 2006:

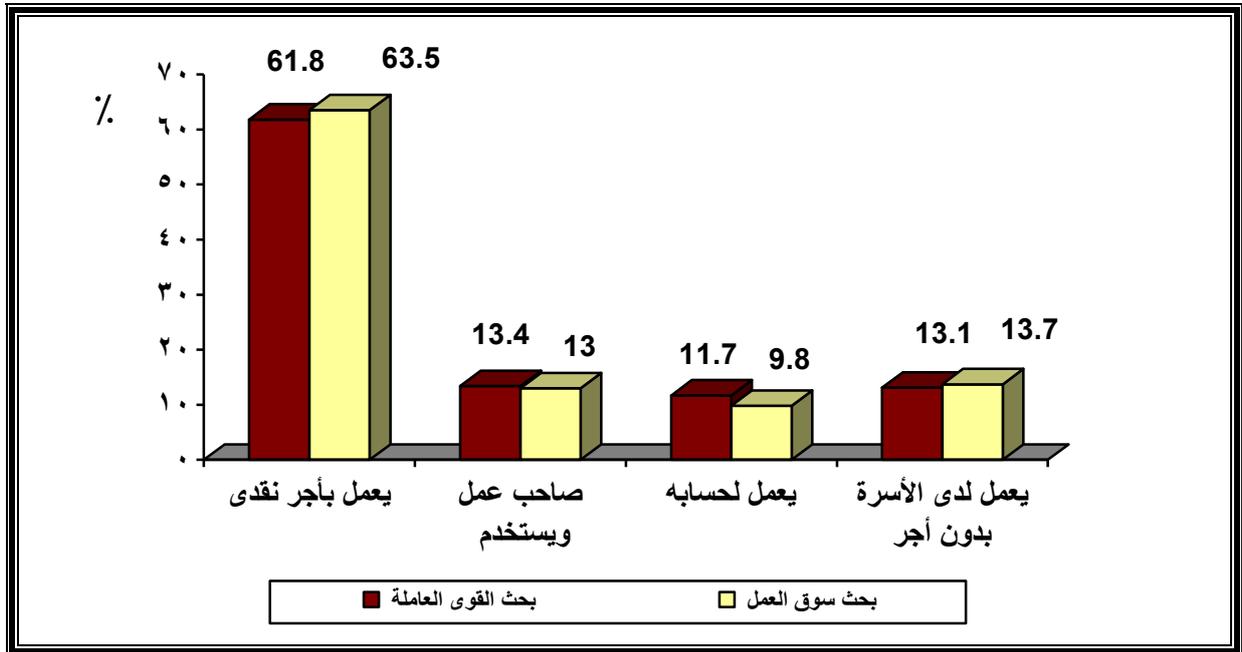
يوضح جدول (15) وجود اتساق فى بيانات بحث القوى العاملة بالعينة وبحث سوق العمل بالنسبة للحالة العملية صاحب عمل ويديره ويستخدم آخرين وايضا الافراد الذين

يعملون لدى الأسرة بدون اجر، يوجد انخفاض بفارق 1.7 نقطة مئوية للحالة العملية يعمل بأجر نقدي في بحث القوى العاملة عن بحث سوق العمل. وارتفاع بفارق 1.9 نقطة مئوية في بحث القوى العاملة بالنسبة للحالة العملية يعمل لحسابه ويلاحظ وجود فروق بسيطة بين التوزيع النسبي لكل من يعمل لدى الأسرة بدون اجر وصاحب عمل ويستخدم وهذا يدل على وجود اتساق بين بحث القوى العاملة وبحث سوق العمل فيما يخص الحالة العملية.

جدول رقم (15) التوزيع النسبي للمشتغلين (15-64 سنة) وفقاً للحالة العملية 2006

الحالة العملية	بحث القوى العاملة	بحث سوق العمل
يعمل بأجر نقدي	61.8	63.5
صاحب عمل ويستخدم	13.4	13.0
يعمل لحسابه	11.7	9.8
يعمل لدى الأسرة بدون أجر	13.1	13.7
الإجمالي	100	100

شكل (6) التوزيع النسبي للمشتغلين (15-64 سنة) وفقاً للحالة العملية 2006



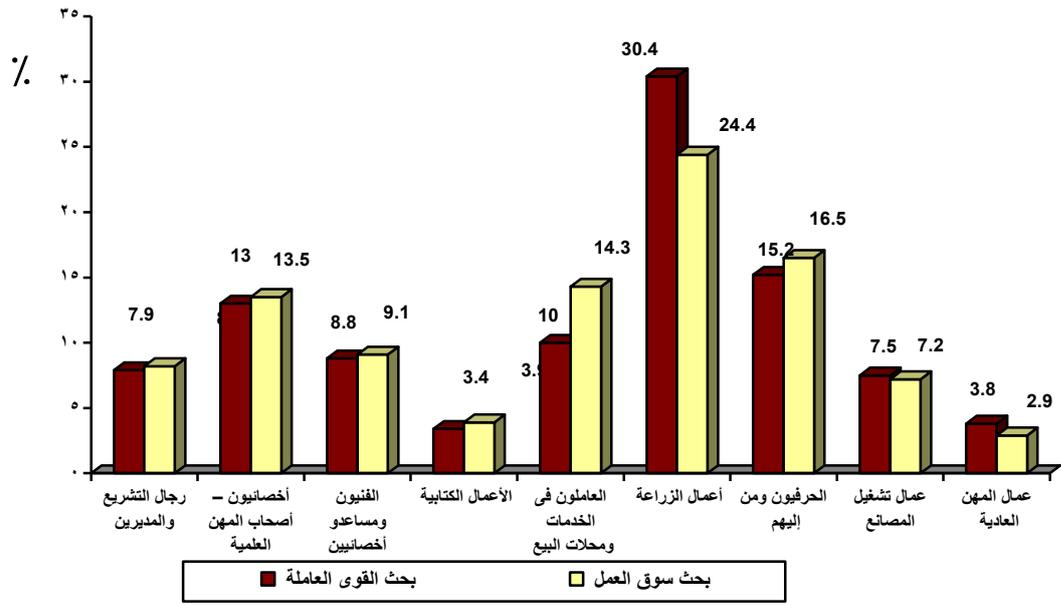
(3) التوزيع النسبي للمشتغلين (15-64 سنة) وفقاً لأقسام المهنة 2006 :

يبين جدول (16) وجود اتساق فى بيانات بحث القوى العاملة بالعينة وبحث سوق العمل 2006 فى أقسام المهن المختلفة ما عدا مهنة العاملون فى الخدمات ومحلات البيع وعمال الزراعة حيث انخفضت النسبة فى بحث القوى العاملة بفارق 4.3 نقاط مئوية للعاملون فى الخدمات ومحلات البيع وبفارق 6 نقاط مئوية للعاملون بالزراعة.

جدول رقم (16) التوزيع النسبى للمشتغلين (15-64 سنة) وفقاً لأقسام المهن 2006 %

المهنة	بحث القوى العاملة	بحث سوق العمل
رجال التشريع والمديرين	7.9	8.2
أخصائيون – أصحاب المهن العلمية	13.0	13.5
الفنيون ومساعدو أخصائيين	8.8	9.1
الأعمال الكتابية	3.4	3.9
العاملون فى الخدمات ومحلات البيع	10.0	14.3
أعمال الزراعة	30.4	24.4
الحرفيون ومن إليهم	15.2	16.5
عمال تشغيل المصانع	7.5	7.2
عمال المهن العادية	3.8	2.9
الإجمالى	100	100

شكل (7) التوزيع النسبى للمشتغلين (15-64 سنة) وفقاً لأقسام المهن 2006



(4) التوزيع النسبي للمشتغلين (64.15 سنة) وفقاً للنشاط الإقتصادي 2006:

من بيانات جدول (17) يتضح وجود إتساق بين بحث القوى العاملة بالعينة وبحث سوق العمل 2006 فى معظم الأنشطة الإقتصادية عدا نشاط الزراعة والصيد وتجارة الجملة والتجزئة حيث ارتفعت نسبة المشتغلين فى الزراعة فى بحث العمالة بحوالى 6 نقاط مئوية عن بحث سوق العمل انخفضت نسبة المشتغلين فى تجارة الجملة والتجزئة فى بحث القوى العاملة بحوالى 4 نقاط مئوية عن بحث سوق العمل.

جدول (17) التوزيع النسبي للمشتغلين (64.15 سنة) وفقاً للنشاط الإقتصادي 2006

%

النشاط الإقتصادي	بحث القوى العاملة	بحث سوق العمل
الزراعة والصيد	31.2	25.2
التعدين	0.3	0.3
الصناعات التحويلية	11.7	13.4
الكهرباء والغاز	1.2	0.9
التشييد والبناء	8.9	7.9
تجارة الجملة والتجزئة	10.6	14.6
الفنادق والمطاعم	2.0	2.8
النقل والتخزين والإتصالات	6.6	7.2
الوساطة المالية وأنشطة العقارات	3.0	1.0
الإدارة العامة والتعليم والصحة والخدمات الصحية	24.5	26.7
الإجمالى	100	100

(5) التوزيع النسبي للمشتغلين (64.15 سنة) وفقاً لنوع القطاع 2006:

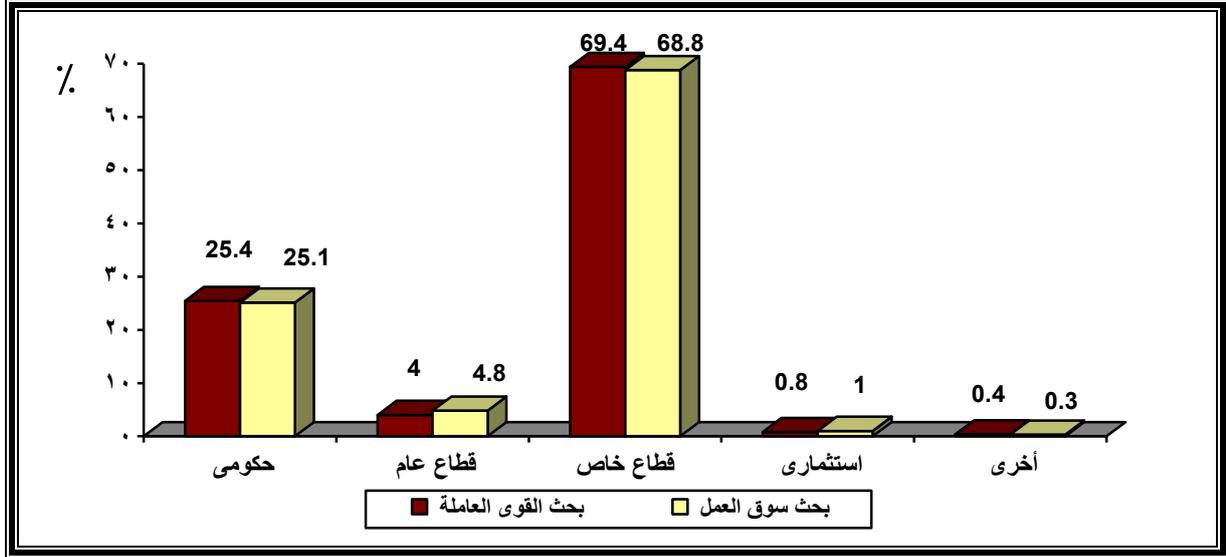
يلاحظ من بيانات جدول (18) وجود إتساق فى بيانات بحث القوى العاملة بالعينة وبيانات بحث سوق العمل فى جميع القطاعات المختلفة.

جدول رقم (18) التوزيع النسبي للمشتغلين (64.15 سنة) وفقاً لنوع القطاع 2006

%

القطاع	بحث القوى العاملة	بحث سوق العمل
حكومى	25.4	25.1
قطاع عام	4.0	4.8
قطاع خاص	69.4	68.8
استثمارى	0.8	1.0
أخرى	0.4	0.3
الإجمالى	100	100

شكل (8) التوزيع النسبي للمشتغلين (64.15 سنة) وفقا لنوع القطاع 2006



ج- البطالة :

(1) التوزيع النسبي للمتغلبين (64.15 سنة) وفقا للحالة التعليمية 2006:

يتضح من جدول (19) وجود إتساق فى بيانات الحالة التعليمية للمتغلبين بصفة عامة فيما بين بحث القوى العاملة بالعينة وبحث سوق العمل مع وجود فارق فى المتغلبين حملة المؤهل المتوسط بفارق 5.6 نقاط مئوية ارتفاعا فى بحث القوى العاملة. وبفارق ارتفاع 5.4 نقطة مئوية فى نسب المتغلبين فى بحث سوق العمل بين حملة المؤهل الجامعى فأعلى.

جدول رقم (19) التوزيع النسبي للمتغلبين (64.15 سنة) وفقا للحالة التعليمية 2006

%

الحالة التعليمية	بحث القوى العاملة	بحث سوق العمل
أمى	1.8	2.5
يقراً ويكتب	1.2	1.0
أقل من متوسط	2.6	2.2
مؤهل متوسط	60.8	55.2
مؤهل فوق المتوسط وأقل من جامعى	6.7	6.8
جامعى فأعلى	26.9	32.3
الإجمالى	100	100

(2) التوزيع النسبي للمتعطلين (15-64 سنة) وفقا لفئات السن 2006:

يتضح من جدول (20) إتساق بيانات نسب المتعطلين وفقا لفئات السن بصفة عامة فى كل من بحث القوى العاملة وبحث سوق العمل 2006 ولوحظ فى الفئة العمرية (15-19) وجود فارق 8.2 نقاط مئوية ارتفاعا فى نسب المتعطلين فى بحث القوى العاملة أما فى الفئة العمرية (30-39) لوحظ وجود فارق 6 نقاط مئوية ارتفاعا فى نسب المتعطلين فى بحث سوق العمل.

جدول رقم (20) التوزيع النسبي للمتعطلين (15-64 سنة) وفقا لفئات السن 2006
%

فئات السن	بحث القوى العاملة	بحث سوق العمل
19_15	20.8	12.6
29_20	69.1	69.8
39_30	8.8	14.8
49_40	1.1	2.0
59_50	0.2	0.7
64_60	-	0.1
الإجمالى	100	100

رابعاً : نتائج الدراسة :

1- نتائج تقييم بحث القوى العاملة :

تهدف هذه الدراسة إلى إجراء تقييم لنتائج بحث القوى العاملة عن طريق المقارنة بين بيانات البحث خلال الفترة (2000-2010) مستخدمين بعض الخصائص منها متوسط حجم الأسرة ومعدلات النشاط الخام والمنقح ونسب الإعاقة ونسب المساهمة والتوزيع النسبي لقوة العمل حسب الحالة التعليمية والعملية والمشتغلين حسب أقسام المهن وأقسام النشاط الاقتصادي ونوع القطاع والبطالة حسب الحالة التعليمية وفئات السن. وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود إتساق كبير بين بيانات النشرة السنوية لبحث القوى العاملة خلال الفترة (2000-2010) ووجود بعض نقاط اختلاف أهمها :

- أ- عدم الاتساق في بيانات نسبة الإعاقة في سنوات الدراسة المختلفة .
- ب- عدم إتساق في بيانات الإناث في مرحلة التعليم المتوسط والجامعي في عام 2004 وبيانات الأمية عام 2002
- ج- عدم اتساق بيانات 2004 مع باقي سنوات الدراسة بالنسبة للعاملين بأجر نقدي لإجمالي الجمهورية. وكذلك بيانات الإناث العاملات بأجر نقدي في عامي 2004، 2006 واللائي يعملن لدي الأسرة بدون أجر في السنوات 2000، 1998، 2002.
- د- عدم اتساق في بيانات الإناث في كل سنوات الدراسة في نسب المشتغلين حسب أقسام المهن .
- هـ- عدم اتساق في بيانات الإناث المشتغلين في النشاط الزراعي والتعليم والصحة والخدمات والصناعات التحويلية في السنوات 2002، 2004، 2006.
- و- عدم اتساق في بيانات العاملات في القطاع الخاص داخل المنشآت وقطاع الحكومة.
- ز- عدم اتساق نسب المتعطلين الإناث لكل سنوات الدراسة وكذلك نسب إجمالي الجمهورية في الفئة العمرية (20-24) ، (25-29) في عام 2002

2- مقارنة بحث القوى العاملة مع بحث سوق العمل :

ويهدف هذا لتقرير إلى المقارنة بين بيانات كلا من "بحث القوى العاملة وبحث سوق العمل في نفس العام 2006 مستخدمين بعض المعدلات والتوزيعات النسبية لبعض الخصائص حيث أظهرت النتائج وجود اتساق كبير بين بيانات بحث القوى العاملة وبحث سوق العمل وبعض نقاط اختلاف أهمها :

- أ- ارتفع معدل النشاط المنقح في بحث سوق العمل علي مستوى إجمالي الجمهورية والحضر والريف والذكور والإناث .
- ب- ارتفاع نسب الحاصلين علي مؤهل دارسي في بحث سوق العمل وارتفاع نسب الأمية في بحث القوى العاملة .
- ج- ارتفاع في الحالة العملية "بعمل بأجر نقدي " في بحث سوق العمل ولن "يعمل لحسابه" في القوى العاملة.
- د- ارتفاع في نسب مهنة العاملين في محلات البيع والخدمات وعمال الزراعة في بحث سوق العمل .
- هـ- ارتفاع في نسبة المشتغلين في نشاط الزراعة والصيد في بحث القوى العاملة وارتفاع في نسبة المشتغلين في نشاط تجارة الجملة والتجزئة في بحث سوق العمل .
- و- ارتفاع نسبة المتعطلين في الحاصلين علي مؤهل متوسط في بحث القوى العاملة وكذلك الحاصلين علي مؤهل جامعي في بحث سوق العمل
- ز- ارتفاع في نسب المتعطلين في بحث القوى العاملة في الفئة العمرية (15-19) وكذلك ارتفاع في نسب المتعطلين في بحث سوق العمل في الفئة العمرية (30-39).
- إن الاختلافات السابق ذكرها قد ترجع الى :

- 1- اختلاف مدلى البيان فى كلا البحثين حيث يشترط فى بحث سوق العمل أن يجيب الفرد بنفسه , أما فى بحث القوى العاملة فلا يشترط ذلك ويمكن لأى فرد فى الأسرة أن يجيب .
- 2- اختلاف بسبب حجم العينة بين البحثين لأن كبر حجم عينة بحث القوى العاملة يجعلها أكثر تمثيلاً للمجتمع .

Summary

Evaluation Labor force Survey

Introduction :

This study aims to evaluate the results of labor force survey by comparing data during the period (2000-2010) using some of the characteristic

The main finding:

I. Evaluation Labor force Survey:

- 1- Inconsistency in the data dependency ratio in the years of the study .
- 2- Inconsistency in the females data in middle school and university in 2004 and the statements of illiteracy in 2002
- 3 - Inconsistencies in the females data for the period of the study in the proportions of the employed by classification of professional.
- 4- Inconsistency in female workers in agriculture, education , health services and manufacturing industries in the years 2002, 2004, 2006
- 5- Inconsistency in female workers in the private sector within the stablishment and the government sector
- 5- Inconsistency in unemployed female ratio during the period as well as the total percentages of Egypt in the age group (20-24) and (25-29) in 2002

II. Compare between labor force survey and labor market survey in the same year 2006:

By using rates and distributions percentage of the properties where the results showed that. there is consistency between labor force survey and the labor market survey and there are some points of difference such as :

- 1- Increased Revised activity in the Labor market survey By place of Resident and sex .
- 2- High percentages of students obtaining a qualification in the labor market survey and high rates of illiteracy in the Labor Force Survey.
- 3- Increase in the, work status of paid cash" in the labor market survey.
And also who "self-employed" in the Labor Force Survey.
- 4- Increase in the percentage of employees in the retail, services and Workers in agriculture in the labor market survey
- 5- Increase in the proportion of workers iagriculture and fishing activity in the Labor Force Survey. and increase in the proportion of workers in the activity of wholesale and retail trade in the labor market survey. □
- 6- High proportion of the unemployed who having intermediate certificate in the Labor Force Survey also who having universty certificate in the labor market survey.
- 7 -The percentage increase in the unemployed age group (15 -19) in the Labor Force Survey also increasing the labor market survey in age group (30-39).

الممارسات الصحية الضارة للأفراد البالغين 2009/2008

المقدمة:

تشكل الممارسات الصحية الضارة للأفراد البالغين خطراً يجب الحث على تجنبه أو إتخاذ التدابير الصحية الوقائية والعلاجية للتخلص من تلك الممارسات التي لها آثاراً مدمرة على صحة الأفراد والمجتمع ككل .

تتناول الدراسة مجموعة من ممارسات الأفراد البالغين والتي تشكل خطراً داهماً على صحتهم وصحة عائلاتهم ، كالتدخين وتأثيراته المعروفة على صحة المدخن وما يصيب به الفرد من أمراض خطيرة وعديدة ، وكذلك ما يصيب الأشخاص المحيطين به من تدخين سلبي والذي لا يقل خطورة عن التدخين الذي يمارسه الشخص نفسه .

تعد التغذية غير السليمة من الممارسات التي لا ينبغي أن نغفل عنها وما تؤدي إليه من أمراض ، سواءً كانت بنقص كمية أو نوع الغذاء التي يتناولها الفرد يومياً ، من حيث كونها اطعمة مؤدية إلى السمنة المفرطة أو النحافة الملحوظة.

ويعتبر ختان الإناث من أكبر الممارسات الضارة التي تخلف آثاراً فسيولوجية ونفسية على النساء وقد سنت الدولة في سبيل القضاء على هذه الممارسة السيئة بحق الإناث ما يكفي من عقوبات للأشخاص الذين يمارسونها .

تمثل ممارسات الحقن غير الآمن وما آلت إليه الأحوال بشأنه حالة من التردى الخطير وخاصة عندما تستعمل كأداة لإدمان المخدرات عن طريق الحقن بواسطة الأشخاص المدمنون بعضهم البعض. بالإضافة إلى مشكلات الأمراض المزمنة ودرجة معرفة الأشخاص بإصابتهم بها من عدمه ، والإجراءات التي يتبعها المريض للعلاج بدءاً من استشارة طبيب بشأن هذا المرض.

تتناول هذه الدراسة بالشرح هذه الممارسات الخاطئة بالتفصيل للوقوف على مدى خطورتها إلى جانب التعرف على آثارها وكيفية الحد منها .

الهدف من الدراسة:

تهدف الدراسة إلى التعرف على :

- 1- الممارسات الخاطئة للتدخين الإيجابي والسلبي وتأثيره على الصحة.
- 2- التغذية غير السليمة وتأثيراتها (نحافة / سمنة) .
- 3- ظاهرة ختان للإناث من سن (15- 49) سنة.
- 4- الجهل بالإصابة بالأمراض المزمنة .
- 5- ممارسات الحقن غير الآمن.

مصادر البيانات :

تعتمد هذه الدراسة على نتائج المسح الديموجرافى الصحى 2008 وكذلك بيانات من بحث التدخين 2009 إلى جانب بعض المصادر الأخرى للبيانات النظرية مثل شبكة المعلومات الإلكترونية (الإنترنت).

منهجية الدراسة :

يتم استخدام المنهج الوصفى فى تحليل بيانات هذه الدراسة وذلك للمدخين من النساء والرجال فى السن من 15-59 وكذلك للسيدات المختنات فى السن من 15-49 وكذلك لباقي الممارسات التى تتناولها بالدراسة.

التعريفات المستخدمة فى الدراسة :

1- التدخين السلبي :

يطلق مصطلح التدخين السلبي على الذين لا يدخنون ولكن يتعرضون وبشكل يومى للغازات و المواد المنبعثة من تدخين السجائر فى الاماكن المختلفة , وهو يحدث نتيجة استنشاق الشخص الغير مدخن للدخان المنبعث من سيجارة المدخن .

2- النحافة :

هى الحالة التى يبدو عليها الشخص الذى يقل وزنه عن أقرانه بـ 20٪ فأكثر , حيث يعانى هذا الشخص من حالة مرضية تسمى النحافة .

3- السمنة :

هى عبارة عن تجميع للطاقة الزائدة عن حاجة الجسم وتغذيتها على شكل نسيج دهنى فى اماكن مختلفة تحت الجلد مسببه بذلك زيادة فى وزن الجسم عن الطبيعى .

تنظيم الدراسة:

تشتمل الدراسة على ستة أقسام كالتالى :

أولاً: التدخين.

ثانياً: التغذية غير السليمة .

ثالثاً: ختان الإناث.

رابعاً: الجهل بالإصابة بالأمراض المزمنة.

خامساً: الحقن غير الآمن.

سادساً: التوصيات.

أولاً: التدخين :

التدخين هو عملية يتم فيها حرق مادة، غالباً ما تكون هذه المادة هي التبغ، حيث يتم فيها استنشاق الدخان. وتتم هذه العملية في المقام الأول باعتبارها ممارسة للترويح عن النفس عن طريق احتراق المادة الفعالة ، وتعد السجائر أكثر الوسائل شيوعاً للتدخين في الوقت الراهن، وهناك وسائل أخرى للتدخين تتمثل في الغليون، السيجار، الشيشة ، ويعد التدخين من أكثر المظاهر شيوعاً لاستخدام المخدرات مثل الحشيش والأفيون. وفي الوقت الحاضر، يعد تدخين التبغ من أكثر أشكال التدخين شيوعاً حيث يمارسه أكثر من مليار شخص في معظم المجتمعات البشرية. وهناك أشكال أقل شيوعاً للتدخين مثل تدخين الحشيش والأفيون. وتعتبر معظم المخدرات التي تدخن نوع من أنواع الإدمان.

يرجع تاريخ التدخين إلى عام 5000 قبل الميلاد، حيث وُجد في العديد من الثقافات المختلفة حول العالم. وقد لازم التدخين قديماً الاحتفالات الدينية؛ مثل تقديم القرابين للآلهة، ثم جاء الاستكشاف والغزو الأوروبي للأمريكتين، لينتشر تدخين التبغ في كل أنحاء العالم انتشاراً سريعاً. وفي مناطق مثل الهند وجنوب الصحراء الكبرى بأفريقيا، اندمج تدخين التبغ مع عمليات التدخين الشائعة في هذه الدول والتي يعد الحشيش أكثرها شيوعاً. أما في أوروبا فقد قدم التدخين نشاطاً اجتماعياً جديداً وشكلاً من أشكال تعاطي المخدرات لم يكن معروفاً من قبل. اختلفت طرق فهم التدخين عبر الزمن وتباينت من مكان إلى آخر، من حيث كونه مباح أم محرم، راقى أم مبتذل، دواء عام أو ترياق أم خطر على الصحة. ففي الآونة الأخيرة وبشكل أساسي في دول الغرب الصناعية، برز التدخين باعتباره ممارسة سلبية.

لقد أثبتت الدراسات الطبية أن التدخين واستخدام منتجات التبغ مرتبط ارتباطاً وثيقاً بصورة كبيرة بالعديد من المشاكل الصحية مثل السرطان ، وأمراض القلب والأوعية الدموية وأمراض الجهاز التنفسي . وتمتد مخاطر التدخين لتشمل الأفراد المعرضين للتدخين السلبي في بيئة تدخين التبغ ، والذي يؤدي إلى العديد من الآثار الصحية التي تتضمن ارتفاع نسبة الخطورة للإصابة بأمراض الجهاز التنفسي وأمراض القلب .

1- المدخنين وفقاً للنوع :

طبقاً لنتائج البحث الديموجرافي الصحي 2008 يعرض الجدول (1) والشكل البياني 1 ، مدى إنتشار استخدام منتجات التبغ بين السيدات والرجال فى الفئة العمرية 15-59 سنة ، حيث وجد أن هناك علاقة وطيدة بين استخدام منتجات التبغ والمستجيبين بعينة البحث فوجد أن نسبة (43.9 %) من الرجال استخدموا أو قاموا بتدخين منتجات التبغ مقارنة 0.7% من بين السيدات وكذلك يتضح من الجدول أن الذكور المدخنين الذين دخنوا السجائر فقط نسبتهم 34.7 مقابل 0.4 % من النساء بينما 3.6 % من الرجال استخدموا التبغ بالإضافة إلى السجائر مقابل 0.1 % من السيدات . وبين الرجال المدخنين للسجائر وجد أن المتوسط اليومي لتدخين السجائر 18.9 سيجارة باليوم ، للسيدات 14 سيجارة .

ويوضح الجدول رقم (1) أيضاً من خلال النسب الإجمالية لتعرض الأشخاص لمخاطر التدخين السلبي نتيجة وجود شخص واحد على الأقل يدخن بالأسرة ان منهم 43.4% معرضون لدخان التبغ ، 35.7% معرضون لدخان السجائر .

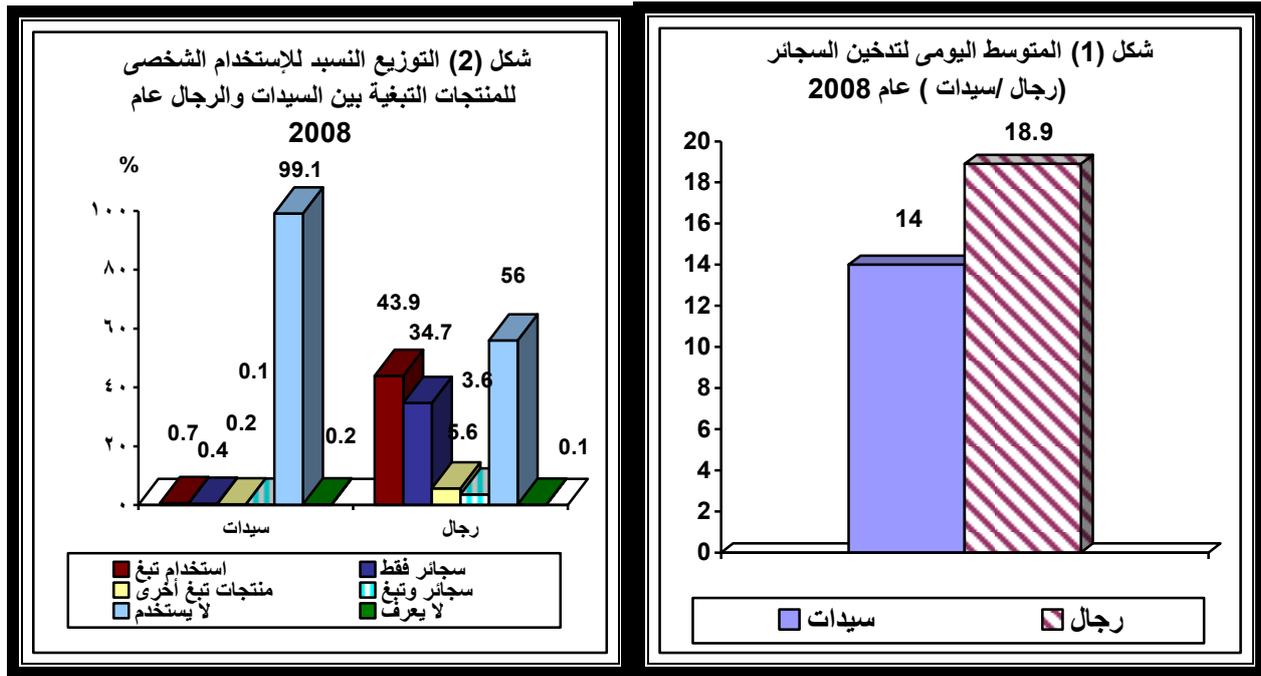
وطبقاً لهذه النتائج وغيرها نستطيع أن نرجع اسباب انتشار التدخين فى المجتمع المصرى إلى حدوث بعض المتغيرات الاجتماعية وتغير نمط المعيشة ، وتزايد المشكلات الأسرية وضغوط الحياة وارتفاع أسعار المنتجات والسلع وكذلك إزدياد الشعور بالإحباط لدى الشباب لندرة إيجاد فرص العمل وتأخر سن الزواج .

جدول رقم (1) التوزيع النسبى لإستخدام المنتجات التبغية بين السيدات والرجال 2008

%

الأجمالى	رجال	سيدات	استخدام المنتجات التبغية
			الأستخدام الشخصى للمنتجات التبغية
21.3	43.9	0.7	- استخدام منتجات التبغ
16.8	34.7	0.4	- السجائر فقط
2.7	5.6	0.2	- منتجات تبغية أخرى فقط
1.8	3.6	0.1	- كلاً من السجائر والمنتجات التبغية الأخرى معاً
78.6	56.0	99.1	- لا يستخدم المنتجات التبغية
0.1	0.1	0.2	- لا يعرف
100	100.0	100.0	إجمالى النسبة
12008	5718	6290	العدد
			متوسط عدد السجائر المدخنة خلال 24 ساعة
18.9	18.9	14.0	عدد مدخنى السجائر
2196	2174	22	
			إستخدام المنتجات التبغية بواسطة شخص آخر بالأسرة
43.4	31.6	54.1	- استخدام منتجات التبغ
35.7	26.0	44.6	- السجائر فقط
4.6	3.1	6.0	- منتجات تبغية أخرى فقط
3.0	2.6	3.5	- كلاً من السجائر والمنتجات التبغية الأخرى معاً
56.1	67.8	45.5	- لا يستخدم المنتجات التبغية
0.5	0.6	0.4	- لا يعرف
100.0	100.0	100.0	إجمالى النسبة
12008	5718	6290	العدد

المصدر : المسح الديموجرافى الصحى 2008



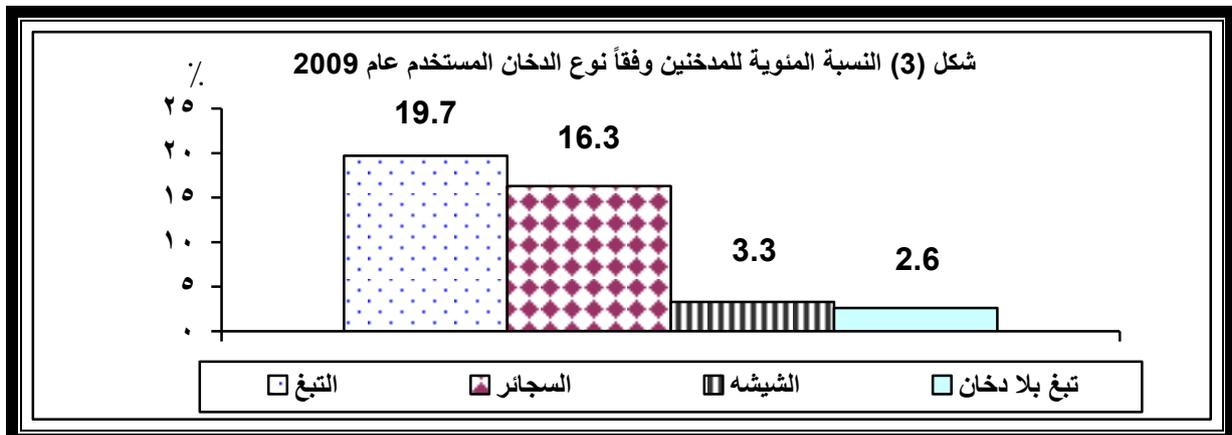
2. التدخين وفقاً لنوع الدخان :

جدول رقم (2) نسبة المدخنين طبقاً لنوع الدخان المستخدم عام 2009

نوع الدخان	النسبة
تبغ بلا دخان	2.6
الشيشه	3.3
السجائر	16.3
التبغ	19.7

المسح العالمى لأستهلاك التبغ بين البالغين 2009 .

من خلال البحث الذى اجراه الجهاز بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية بعنوان (التدخين بين الكبار فى مصر) للوقوف على أسباب إنتشار التدخين وبخاصة بين الشباب وصغار السن . يوضح الجدول رقم (2) أن هناك 9.8 مليون مصرى بنسبة 19.7٪ من مجموع السكان بالمجتمع المصرى إستعمل نوع من منتجات التبغ، 8.1 مليون بنسبة 16.3٪ دخن السجائر، 1.6 مليون بنسبة 3.3٪ دخن شيشه و 1.1 مليون بنسبة 2.6٪ إستعمل تبغاً بلا دخان (نوع من أنواع التبغ التى تمضغ عن طريق الفم)، ويوضح ذلك الشكل رقم (3).



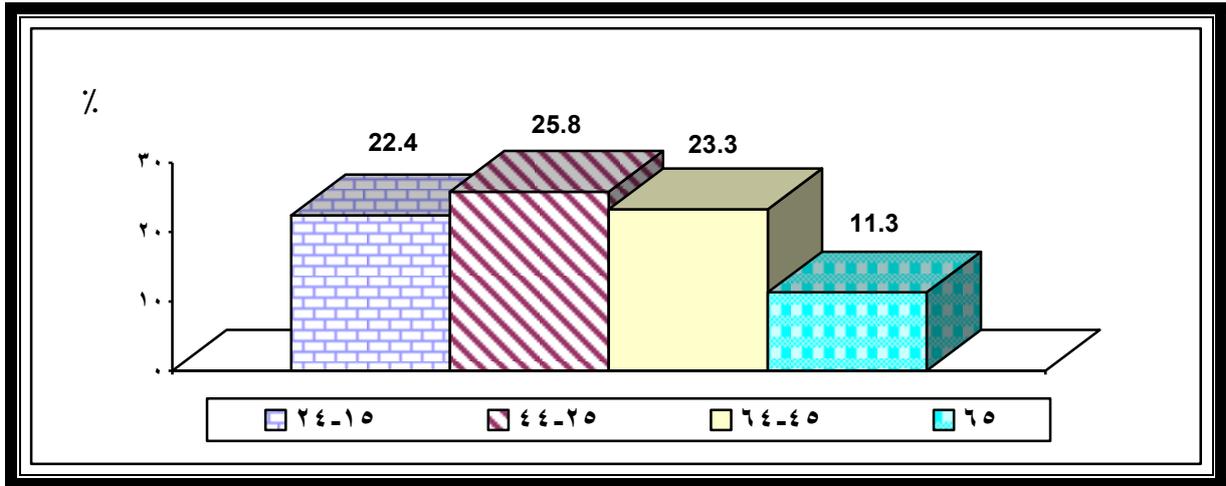
جدول رقم (3) نسبة السكان المستخدمين أي منتج للتبغ وفقا لفئات السن عام 2009 .
%

النسبة	فئات السن
22.4	24.15
25.8	44.25
23.3	64.45
11.3	+65

المسح العالمي لإستهلاك التبغ بين البالغين 2009 .

تشير بيانات جدول (3) إلى أن أعلى نسبة من السكان التي تستخدم أي منتج تبغ بلغت حوالي 25.8٪ لفئة العمر (25 – 44 سنة) وتليها الفئة العمرية (45 – 64 سنة) بلغت 23.3٪ ، بينما بلغت أقل نسبة عند فئة العمر (+65) 11.3٪ من إجمالي السكان . ويوضح ذلك الشكل (4) .

شكل (4) النسبة المئوية للأفراد المدخنين لأي نوع تبغ وفقا لفئات السن عام 2009



3- التدخين وفقاً للخصائص الخلفية للسيدات والرجال:

يوضح الجدول رقم (4) والأشكال البيانية رقم (5, 6, 7) انتشار التدخين بين السيدات والرجال والتعرض للتدخين السلبي بوجود فرد واحد على الأقل يدخن بالأسرة ، تبين أن النسبة المئوية للتدخين بين الرجال المدخنون بأنفسهم بلغ أقصاه (55.4٪) في فئة العمر من (40 – 49) وبين الأسر التي بها رجل واحد على الأقل يدخن كانت (16.8٪)، أما بالنسبة للسيدات فكانت نسبة المدخنات بأنفسهن أقصاه (1.1٪) عند فئة العمر (40 – 49) ، وبين الأسر التي بها فرد واحد على الأقل يدخن كانت أقصاه (57.6٪) عند نفس فئة العمر.

طبقاً لمحل الإقامة تشير البيانات إلى أن المدخنات بالحضر 0.6% وبالريف 0.8% وبين الرجال كانت بالحضر 42.9% وبالريف 42.3%.

ووفقاً للحالة التعليمية وجد أن أعلى نسبة تدخين للسيدات بين من لم يسبق لهم الذهاب للمدرسة 1.1% للرجال 62.0% للذين أتموا المرحلة الابتدائية .
يشير المسح الديموجرافى الصحى إلى أن أقل نسبة سيدات ورجال يعيشون بأسر بها شخص واحد على الأقل يدخن هم الذين يقيمون فى الحضر وحاصلين على شهادة الثانوية العامة أو أعلى ويعيشون فى مستوى معيشة مرتفع.

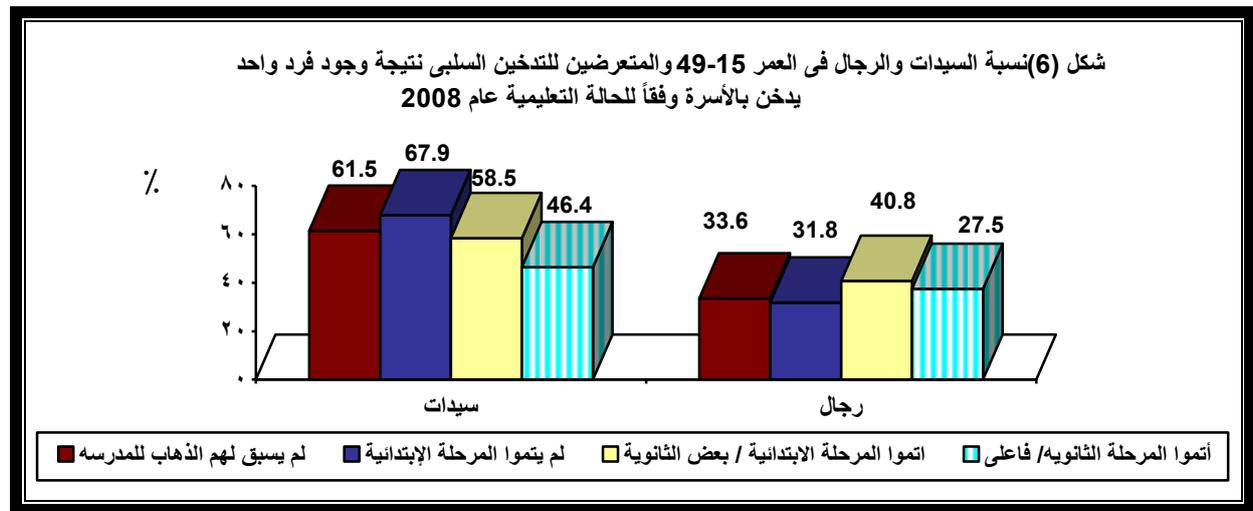
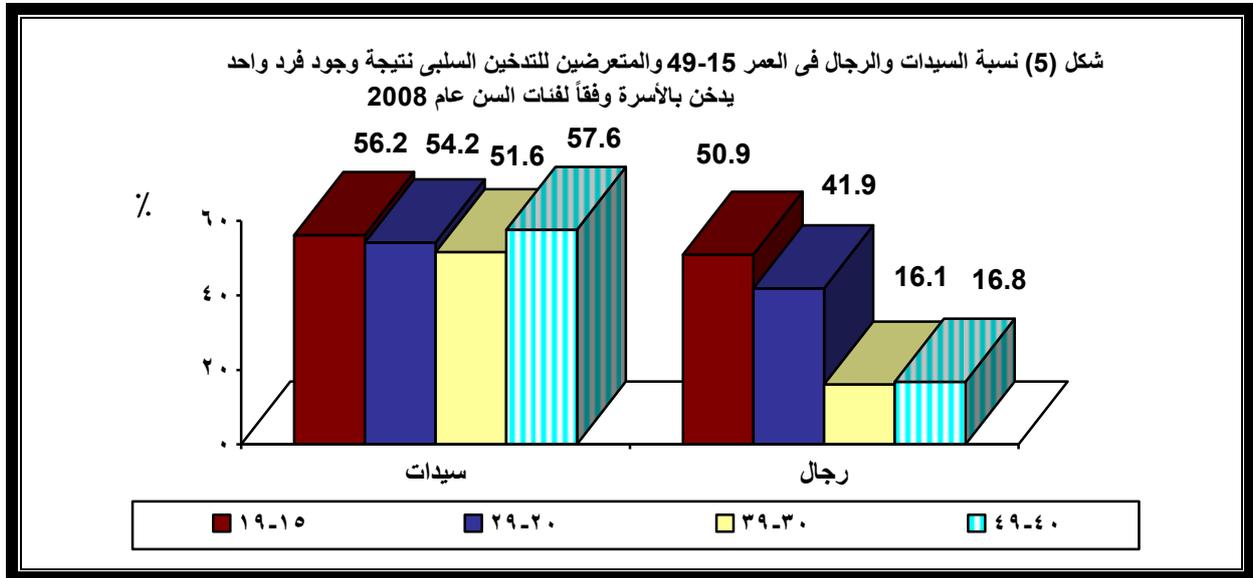
جدول رقم (4) نسبة السيدات والرجال فى العمر 15-49 المدخنين حالياً والمتعرضين للتدخين السلبي وفقاً لبعض الخصائص الخلفية عام 2008.

%

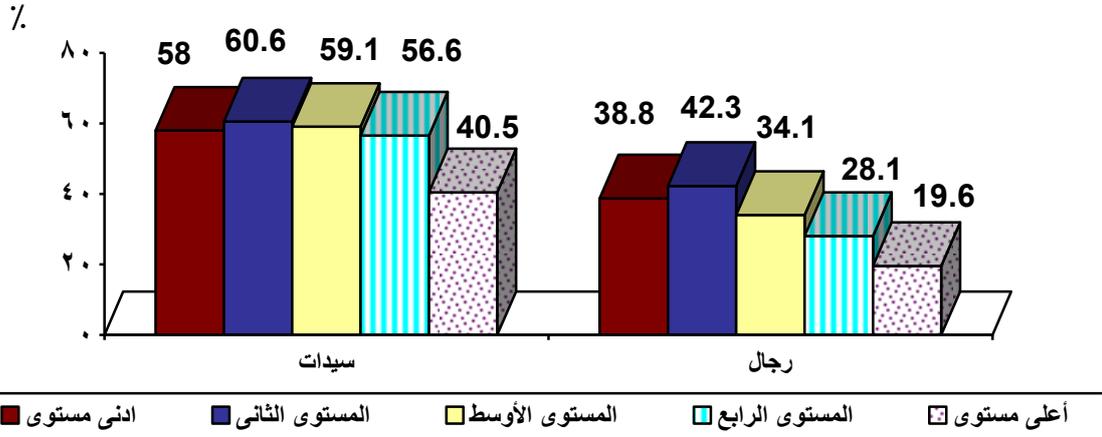
نسبة التدخين الحالي بين الرجال		نسبة التدخين الحالي بين السيدات		الخصائص الخلفية
شخص آخر بالأسره	الرجال انفسهم	شخص آخر بالأسره	السيدة نفسها	
العمر				
50.9	18.9	56.2	0.3	19-15
41.9	43.2	54.2	0.6	29-20
16.1	51.8	51.6	0.7	39-30
16.8	55.4	57.6	1.1	49-40
الحالة الزوجية				
16.8	53.8	54.8	0.8	سبق له /لها الزواج
50.1	29.6	54.2	0.4	لم يسبق له /لها الزواج
محل الإقامة				
28.5	42.9	51.6	0.6	حضر
35.3	42.3	56.9	0.8	ريف
الحالة التعليمية				
33.6	58.3	61.5	1.1	لم يسبق لها/له الذهاب للمدرسة
31.8	62.0	67.9	0.4	لم يتموا المرحلة الابتدائية
40.8	38.5	58.5	0.5	أتموا المرحلة الابتدائية / بعض الثانوية
27.5	38.5	46.4	0.6	أتموا المرحلة الثانوية / فأعلى
الحالة العملية				
27.4	50.7	44.6	0.7	تعمل /يعمل مقابل عائد نقدي
46.9	18.3	56.5	0.7	لا تعمل /يعمل مقابل عائد نقدي
مؤشر الثروة				
38.8	43.2	58.0	1.0	ادنى مستوى
42.3	45.6	60.6	1.1	المستوى الثانى
34.1	44.9	59.1	0.5	المستوى الأوسط
28.1	44.1	56.6	0.3	المستوى الرابع

19.6	35.3	40.5	0.5	اعلى مستوى
------	------	------	-----	------------

المصدر: المسح الديموجرافي الصحي 2008



شكل (7) نسبة السيدات والرجال المتعرضين للتدخين السلبي نتيجة وجود فرد واحد يدخن بالأسرة وفقاً لمؤشر الثروة عام 2008



4- أخطار التدخين السلبي والإيجابي²:

تناولنا فيما سبق التدخين الإيجابي والسلبي كأحد الممارسات الصحية الخاطئة التي يمارسها الكبار، وتبين مدى الأهمية القصوى وبالغة في منع إنتشار التدخين والتوعية المستمرة بإضراره للشخص المدخن نفسه وللأفراد المخالطين والذين هم أكثر عرضة للإصابة بأمراض حساسية الصدر وأمراض الجهاز التنفسي وأمراض القلب.

إذا ما علمنا أن نسبة المدخنين بالمجتمع المصري لكافة أنواع الدخان (تبغ – سجائر مصنعة – شيشة... الخ) قد بلغت حوالي 40% من جملة السكان طبقاً لبيانات بحث التدخين المصري 2009 وهي نسبة عالية جداً ووجب تضافر كل الجهود لمقاومتها والحد منها.

أ- التبغ سبب رئيسي للوفاة والاعتلال والفقر:

إن تعاطي التبغ من أكبر التحديات في مجال الصحة التي شهدتها العالم على مر التاريخ فهو يقتل أكثر من خمسة ملايين شخص سنوياً، بمتوسط شخص كل ست ثوان، ويتسبب في وفاة من بين كل 10 وفيات بين البالغين وسيموت نحو نصف المتعاطين الحاليين في خاتمة المطاف من جراء الإصابة بأمراض ذات صلة بالتبغ.

ويعيش أكثر من 80% من المدخنين البالغ عددهم مليار شخص في العالم في البلدان المنخفضة الدخل والبلدان المتوسطة الدخل، حيث يبلغ عبء الاعتلالات الناجمة عن التبغ ذروته.

إن الوفاة المبكرة لمن يتعاطون التبغ تحرم أسرهم من الدخل وتزيد تكاليف الرعاية الصحية وتعوق التنمية الاقتصادية.

ب- مخاطر التدخين السلبي:

² شبكة المعلومات الدولية للانترنت – منظمة الصحة العالمية.

إن التدخين السلبي منتشر في الأماكن المغلقة، ويستنشق الناس دخانه المنبعث من احتراق منتجات التبغ، كالسجائر والنارجيلة. ولا يوجد أي مستوى مأمون من التدخين اللاإرادي، ولا يتمتع بحماية القوانين الوطنية الشاملة الخاصة بالأماكن الخالية من التدخين إلا 4,5% من الناس. ولذا تعرض الإحصائيات التالية والصادرة عن منظمة الصحة العالمية.

- (1) في عام 2008 زاد عدد من يتمتعون بالحماية من التدخين السلبي بنسبة 74% حيث وصل إلى 362 مليون شخص بعد أن كان 208 ملايين شخص في عام 2007.
- (2) من بين أكثر 100 مدينة اكتظاظاً بالسكان هناك 22 مدينة خالية من دخان التبغ.
- (3) نصف عدد الأطفال تقريباً يتنفسون بانتظام هواءً ملوثاً بدخان التبغ.
- (4) أكثر من 40% من الأطفال يدخن أحد والديه على الأقل.
- (5) التدخين اللاإرادي يتسبب في 600 ألف وفاة مبكرة سنوياً.
- (6) في عام 2004، شكل الأطفال 28% من الوفيات الناجمة عن التدخين السلبي.
- (7) دخان التبغ يحتوي على أكثر من 4000 مادة كيميائية، من بينها 250 مادة على الأقل معروف أنها مضرّة، وأكثر من 50 مادة معروف أنها تسبب السرطان.
- (8) التدخين السلبي يتسبب في إصابة البالغين بأمراض قلبية وعائية وتنفسية خطيرة، بما في ذلك مرض القلب التاجي وسرطان الرئة. ويتسبب في إصابة الرضع بالموت المفاجئ. أما فيما يتعلق بالحوامل فيتسبب في نقص وزن المواليد.

5. الجهود المبذولة للتوعية ومكافحة التدخين:

- أ. الإعلانات الصارمة المضادة للتبغ والتحذيرات على العلب، وخصوصاً التي تحتوي على صور، تقلل عدد الأطفال الذين يشجعون في التدخين وتزيد المقلمون عن التدخين. إن التحذيرات المصورة على أغلفة التبغ في كل من البرازيل وكندا وسنغافورة وتايلاندا وحالياً في مصر تزيد كثيراً من وعي الناس بأضرار تعاطيه، على الرغم من أن الصور أكثر ردياً بكثير من الكلمات في التحذيرات الموضوعة على أغلفة التبغ إلا أن هذه التحذيرات المصورة لا تطبق سوى في 19 بلداً يشكل 24% من سكان العالم، وهناك 15 بلداً فقط، يشكل 7,6% من سكان العالم، هو الذي يفي بأعلى معايير التحذيرات المصورة والتي تنص على أن تكون هذه التحذيرات ملونة وتغطي نصف واجهة وظهر علب السجائر على الأقل.
- ب. لقد قامت الجهات المعنية (وزارة الصحة المصرية، ووزارة المالية) بالعديد من الإجراءات الوقائية والعلاجية لمنع انتشار التدخين مثل منع إعلانات السجائر

بكافة أنواع وسائل الإعلام وتبنى حملات دعائية مضادة تحذر من أضرار التدخين على صحة الأفراد المدخنين وتحذر من مخاطره على المخالطين من الأطفال والنساء ، ونشر الملصقات المصورة على علب التبغ لتكون الصورة أبلغ تعبير عن التحذيرات بأضرار التدخين ، وكذلك إصدار التشريعات التي من شأنها التقليل من إنتشار التدخين مثل منع التدخين بالأماكن المغلقة ووسائل المواصلات وفرضت الحكومة غرامات مالية باهظة للحد من إنتشاره وأخرها كانت رفع أسعار منتجات التبغ جميعها كوسيلة للحد من إنشائه إلى جانب تحمل المدخنين ضرائب على المنتجات التبغية لدعم المنتجات الأخرى التي تفيد المجتمع .

ج- وقد قامت المنظمات الدولية (منظمة الصحة العالمية) هي الأخرى بالمساهمة فى خفض معدلات التدخين من خلال بعض الإجراءات التحذيرية الوقائية للدول والحكومات ، فقامت بإنشاء ما يسمى باليوم العالمى لمنع التدخين دعت فيه الحكومات إلى خفض إنتاج المنتجات التبغية وكذلك إتخاذ التدابير التي تراها مناسبة فى هذا الشأن ومنها سريان اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ فى فبراير 2005. ومنذ ذلك الحين أصبحت إحدى أكثر المعاهدات التي حظيت بالقبول فى تاريخ الأمم المتحدة، حيث يبلغ عدد الأطراف فيها نحو 170 طرفاً، وبهذا تشمل 86٪ من سكان العالم. وتعد اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ أهم أدوات مكافحة التبغ لدى المنظمة، كما تشكل معلماً بارزاً فى مجال تعزيز الصحة وهي معاهدة مدعمة بالبيانات التي تؤكد مجدداً على حق الشعوب فى التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وتوفر الأبعاد القانونية للتعاون الصحي الدولي وتضع معايير عالية للامتثال.

د- وفى عام 2008 أدخلت المنظمة برنامج السياسات الست لتدابير مكافحة التبغ من أجل تعزيز مكافحة الوباء ومساعدة البلدان على تنفيذ اتفاقية منظمة الصحة العالمية الإطارية بشأن مكافحة التبغ. وفيما يلي بيان التدابير الستة التي يشملها هذا البرنامج :

- (1) رصد تعاطي التبغ وسياسات الوقاية
- (2) حماية الناس من دخان التبغ
- (3) عرض المساعدة على الإقلاع عن تعاطي التبغ
- (4) التحذير من أخطار التبغ
- (5) تنفيذ الحظر على الإعلان عن التبغ والترويج له ورعايته
- (6) زيادة الضرائب على التبغ.

ثانياً : التغذية غير السليمة :

التغذية هي إحدى الممارسات التي يمارسها الأفراد البالغين سواء بالإيجاب أو السلب ، فهي تشكل خطراً بالغاً على صحة الأفراد مما قد تؤدي إلى الكثير من الأمراض وأهمها السمنة المفرطة أو النحافة الظاهرة وسوف نتناول في هذا الجزء من الدراسة التغذية وأهميتها وتعريفها والطرق الصحيحة لها ومخاطر الإفراط في تناول الغذاء وكذلك مخاطر قلة الغذاء(النحافة).

1- التغذية وأبعادها :

- أ. الغذاء: هو الدعامة الأولى للصحة فهو الذي يمد أجسامنا بالوقود لتزويدها بالطاقة التي تحتاجها لتأدية نشاطاتنا اليومية
- ب. الغذاء الكامل: هو ذلك الغذاء الذي يحتوي على جميع العناصر الغذائية الضرورية للإنسان وبكميات مناسبة لاحتياجاته اليومية.
- ج. سوء التغذية : يقصد بسوء التغذية الزيادة أو النقصان في تناول بعض العناصر الغذائية مما يسبب ضرراً صحياً على الشخص.
- د. أنواع سوء التغذية:

- (1) سوء تغذية ناتج عن إفراط في تناول المواد الغذائية مما قد يساعد على الإصابة بالسمنة والسكر وأمراض القلب
- (2) سوء تغذية ناتج من عدم تناول بعض العناصر الغذائية مما قد يؤدي إلى فقر الدم والنحافة وضعف النمو.

هـ- أسباب سوء التغذية:

- (1) نقص تناول عنصر أو أكثر من العناصر الغذائية الرئيسية.
- (2) انحسار الرضاعة الطبيعية .
- (3) الفطام المبكر.
- (4) نقص الوعي الصحي والتغذية بين أفراد المجتمع.
- (5) العادات الغذائية السيئة المنتشرة بين أفراد المجتمع.
- (6) انتشار الأمية.
- (7) الإصابة بالأمراض وبخاصة المعدية والطفيلية.

2- أهم أمراض سوء التغذية المنتشرة في المجتمع:

أ- فقر الدم الناتج عن نقص الحديد :

هذا المرض يصيب الشخص إذا حدث نقص في عنصر الحديد الموجود في خلايا الجسم فإذا انخفضت كمية الحديد عن المعدل الطبيعي أصيب الشخص بفقر الدم وأعراض المرض هي الشعور بالصداع والدوار وأن يكون الشخص شاحب اللون ولديه سوء هضم بالإضافة إلى فقد الشهية

للطعام مع خفقان فى القلب وازدياد فى عدد الضربات. ترجع أسباب فقر الدم إلى الأسباب التالية:

- (1) قلة تناول الأطعمة الغنية بعنصر الحديد.
- (2) تناول أطعمة تقلل من استفادة الجسم من الحديد.
- (3) الإصابة بالطفيليات والديدان المعوية.
- (4) النزيف الدموي الشديد .
- (5) الإسهال الشديد المتكرر.
- (6) ممارسة بعض العادات الغذائية السيئة التي تساعد على فقد الحديد من الطعام مثل سلق الخضراوات وعدم استخدام ماء السلق .

ب- النحافة:

أسباب النحافة عديدة منها ما هو راجع إلى أسباب مرضية مثل الإصابة بأمراض القلب، الكلي والكبد، السرطان، السل والسكري ومنها ما هو ناتج عن الإصابة بالطفيليات كالديدان الشريطية والأنكاستوما والإسكارس ، ومنها ما هو ناتج عن أسباب غير مرضية مثل سوء التغذية وقلة تناول الطعام والاستعداد الوراثي والمشاكل والضعف النفسى التي تسبب فقدان الشهية.

وإذا ما تم إهمال الأسباب المرضية للنحافة والتركيز على الأسباب المتعلقة بالغذاء فنجد أن سوء التغذية وقلة تناول الطعام وغيرها من العوامل غير المرضية التي توجد اختلالاً فى قواعد تكوين الوجبات وافتقارها للتنوع مثل الجهل بضرورات التركيز على الأطعمة ذات اللون والطعم والرائحة التي تزيد من إفرازات الأنزيمات الهاضمة ، وكذلك الافتقار إلى تناول الخضراوات الموسمية الطازجة ، والجهل أيضاً بطرق إعداد الطعام من حيث درجات الحرارة والوقت اللازم للإعداد وكذلك قوام الطعام من حيث الصلابة والحجم وكذلك مراعاة الحالة الاقتصادية للأسر والتزام عدم خلو الوجبات وخاصة الإفطار من منتجات الألبان .

ج- السمنة:

هى عبارة عن تجميع للطاقة الزائدة عن حاجة الجسم وتخزينها على شكل نسيج دهني في أماكن مختلفة تحت الجلد مسببة بذلك زيادة في وزن الجسم عن الطبيعي

(1) درجات السمنة:

هناك ثلاثة درجات من السمنة

- (أ) سمنة خفيفة : وتعني زيادة في وزن الجسم الى مايقارب 20٪ عن الوزن المثالي .
- (ب) سمنة متوسطة : وتعني زيادة وزن الجسم ما بين 20٪ -40٪ عن الوزن المثالي.
- (ج) سمنة شديدة : وتعني زيادة في وزن الجسم أكثر من 40٪ عن الوزن المثالي.

و السمنة في أول مراحلها تكون غير مصاحبة بأي أعراض مرضية أو مرض بحد ذاته ولكن مع مرور الزمن وزيادة درجة

السمنة وشدتها نجد أن الزيادة في الدهون والوزن تكون غالباً وراء ظهور وتطور أمراض خطيرة تصيب الإنسان.

(2) أسباب السمنة:

(أ) مرت المجتمعات بعدة مراحل تطورت فيها الحياة الإجتماعية والإقتصادية بسرعة وبصورة غير تدريجية توفرت فيها المواد الغذائية بصورة كبيرة وبنوعيات هائلة ولم يتبع هذا التطور توعية صحية لتحديد الإختيار وتنظيم الغذاء وكان هناك غياب وقصور للتوعية الصحية والغذائية ولم تعطى الأهمية الملائمة مما تسبب في ظهور طفرة في الوزن مع عدم ممارسة الحركة والمشى والخلود للراحة والاسترخاء والنوم بعدالوجبات الدسمة.

(ب) معاملة المجتمع للأم الحامل والمرضع ومحاولة توفير الأغذية العالية السعرات الحرارية وتنفيذ رغباتها في هذه المرحلة والخلود للراحة التامة وعدم الحركة بسبب إعتقادات خاطئة أن الحركة تضر بالأم أو الجنين فساهم هذا في إنتشار السمنة بين الحوامل والمرضعات وأصبحت كل حالة ولادة تعني زيادة إضافية في الوزن مسببة مشكلة مرضية اسمها السمنة.

(ج) إنتشار تناول الأغذية الهشة أو الخاوية وهى تلك الأغذية والمشروبات التي تزود الجسم بالطاقة الحرارية العالية والخالية من العناصر المغذية وتحرم الجسم من تناول الأغذية المفيدة بما تسببه من شبع لدى من يتناولها دون فائدة . وتتضح هذه المشكلة في سن المراهقة وفترة النمو حيث يزداد حجم وعدد الخلايا الدهنية من تناول مثل هذه الأطعمة مما يزيد من حجم المشكلة خاصة عند العلاج فإن أستطعنا حل مشكلة حجم الخلايا مع صعوبة ذلك فإن تقليل عدد الخلايا لايعالج إلا بالعمليات الجراحية والتي لها خطورتها ومضاعفاتها.

(د) زيادة تناول المقلبات والوجبات السريعة المختلفة ذات السعرات الحرارية العالية بدون تنظيم وبصفة مستمرة له دور مهم في انتشار معدل السمنة.

(هـ) الكسل والتراخي وعدم القيام بالأعمال اليومية والإعتماد على الغير في كل صغيرة وكبيرة والجلوس بالساعات أمام التلفزيون وتناول المسليات مع عدم القيام برياضة يومية منتظمة.

(و) من الأسباب الأخرى للسمنة ما هو مرضى وما هو وراثى مثل تناول بعض الأدوية خاصة مركبات الكورتيزون.

يوضح الجدول رقم (5) والأشكال البيانية رقم (8) ، (9) يبين الحالة التغذوية بين السيدات والرجال وفقاً للعدد الفعلي للأفراد في العمر من 15-59 سنة وللخصائص الخلفية مثل العمر ومحل الإقامة والحالة التعليمية ومؤشر الثروة ، والذي يشار فيه إلى النحافة والسمنة طبقاً للمؤشر العالمي لكتلة الجسم للسيدات والرجال ومنه يتبين:

- تزايد نسب السيدات اللاتي تم تصنيفهن على أنهن بدينات تناسباً طردياً مع عمرهن من 9.8 ٪ بين السيدات في الفئة العمرية 15-19 إلى حوالي 65.7 ٪ تقريباً بين السيدات في الفئة العمرية 55-59 .

- تشير الدراسة أن السيدات في الحضر هن الأكثر احتمالاً بأن يتم إعتبارهن بدينات عن السيدات في الريف ، وقد يرجع ذلك إلى ارتفاع المستوى الاقتصادي والاجتماعي لسكان الحضر عن الريف إلى جانب ممارسة المرأة الريفية للعمل جنباً إلى جنب مع الرجال في الحقول ومشاركة الرجل العمل في مختلف الأنشطة الريفية على عكس المرأة في الحضر التي لا تلعب هذا الدور حتى وإن كانت تخرج للعمل في الوظائف المختلفة إلى جانب إنتشار استخدام النساء بالحضر للأطعمة التي تحتوى على الزيوت والدهون المتوفرة بكثرة في أطعمة المطاعم والوجبات الجاهزة المعروفة .

- من حيث مؤشر الثروة وجد أنه عند أعلى مستوى للثروة كانت نسبة السيدات البدينات حوالي ضعف اللواتي ينتمين إلى مؤشر الثروة الأدنى (44.3 ، 24.7) على التوالي ، مما يدل على أن الحالة المادية والاقتصادية لها بالغ الأثر في بلوغ المستوى الاستهلاكي الغذائي الترفي للقادرين مادياً عن غير القادرين.

- بالنسبة للرجال يعرض الجدول أيضاً وجود نفس التباين في حجم وكتلة الجسم ويلاحظ ازدياد نسبة الرجال الذين تم تصنيفهم على أنهم يعانون من البدانة من 5.6 ٪ في فئة العمر من 15-19 سنة إلى 33.2 ٪ بين الرجال في الفئة العمرية من 55-59 سنة . وقد يرجع ذلك إلى ميل الرجال في فئة العمر من 55-59 سنة إلى التراخي والكسل وعدم مزاولة الرياضة إلى جانب الأحساس النفسى باقترابهم من حافة الحياة وظهور العديد من المشكلات الصحية كارتفاع ضغط الدم والسكر وكثير من الأمراض المسببة للسمنة والدافعة حتماً لمزيد من التراخي والتعب المفضى للأمراض .

- وطبقاً لمؤشر الثروة والحالة الاقتصادية وجد أنه عند أعلى مستوى للثروة كانت نسبة الرجال البدناء مرتفعة 23.9 ٪ بينما بلغت 8.6 ٪ عند أدنى مستوى للثروة ، ويعزى

ذلك لنفس الأسباب السابق الإشارة إليها مثل الرفاهية ، الأطعمة المألوفة ، الدهون ، عدم
مزاولة الرياضة وفي النهاية هي السمنة والأمراض .

جدول رقم (5) نسبة السيدات والرجال الذين لديهم مستويات محددة لمؤشر كتلة الجسم
في العمر من 15-59 عام 2008 وفقا للعد الفعلي والخصائص الخلفية.

%

مؤشر كتلة الجسم للرجال (كجم/م ²)*				مؤشر كتلة الجسم للسيدات (كجم/م ²)*				الخصائص الخلفية
بدانة	وزن زائد	نحافة حادة	نحافة	بدانة	وزن زائد	نحافة حادة	نحافة	
30.0	25.0 -	أقل من	أقل من	30.0	25.0 -	أقل من	أقل من	
فاكثر	29.9	16.0	18.5	فاكثر	29.9	16.0	18.5	
العمر								
5.6	16.0	1.3	10.1	9.8	26.1	0.4	4.3	19-15
8.2	28.7	0.5	3.4	16.8	30.6	0.0	2.3	24-20
18.7	35.6	0.0	1.3	32.6	34.0	0.1	0.8	29-25
23.3	41.4	0.1	0.5	43.6	31.6	0.1	1.0	34-30
17.8	46.7	0.0	0.8	53.6	28.6	0.0	0.5	39-35
27.3	39.0	0.0	1.6	59.8	25.2	0.1	0.7	44-40
29.5	41.9	0.0	1.2	65.2	26.4	0.0	0.7	49-45
24.5	43.4	0.2	1.7	64.9	22.6	0.0	0.6	54-50
33.2	40.5	0.0	1.5	65.7	23.8	0.0	0.0	59-55
الأقامة								
21.9	35.6	0.3	3.7	44.8	28.1	0.2	1.0	حضر

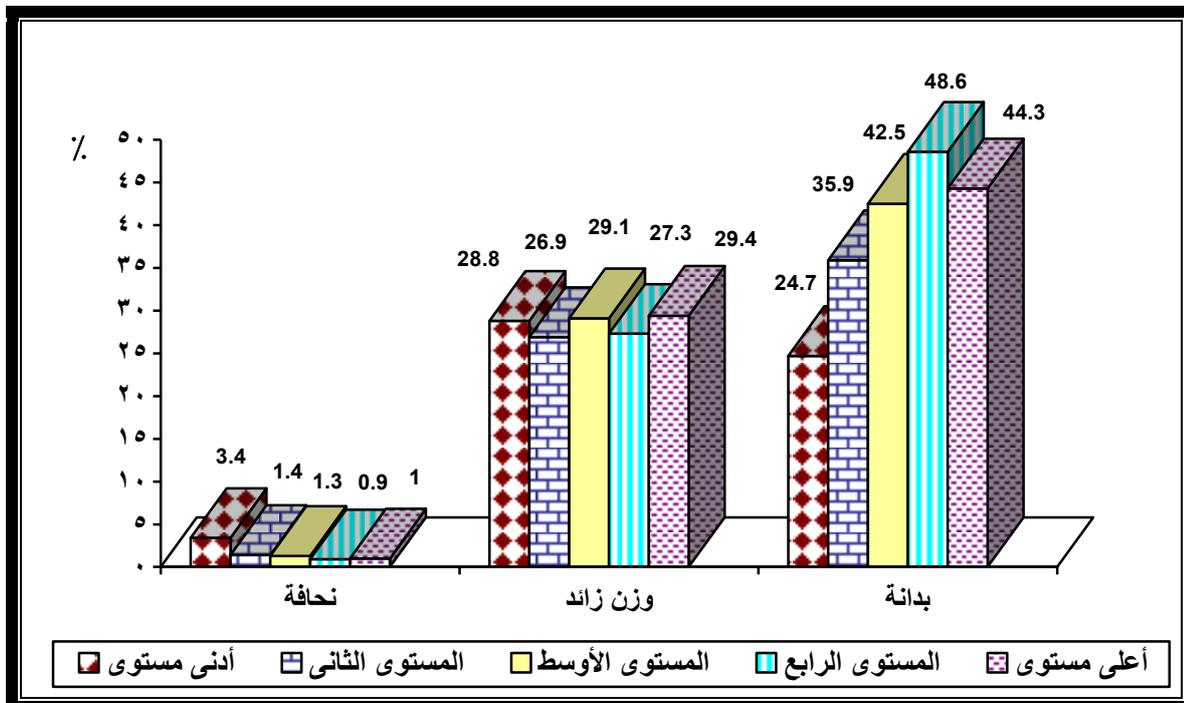
15.3	33.2	0.4	2.8	35.5	28.4	0.0	1.9	ريف
الحالة التعليمية								
18.1	34.3	0.4	2.4	46.2	26.8	0.0	1.3	لم سبق لها/ له الذهاب للمدرسة
19.8	33.4	0.4	2.8	53.5	26.6	0.3	1.2	لم تتم /يتم المرحلة الابتدائية
13.0	27.0	0.9	6.7	30.5	28.9	0.1	2.7	أتمت المرحلة الابتدائية / بعض الثانوي
20.8	38.4	0.0	1.6	36.2	29.5	0.1	1.2	أتمت المرحلة الثانوية/ فأعلى
مؤشر الثروة								
8.6	28.6	0.7	4.8	24.7	28.8	0.1	3.4	أدنى مستوى
12.4	30.4	0.9	4.0	35.9	26.9	0.2	1.4	المستوى الثاني
19.2	35.6	0.0	2.4	42.5	29.1	0.0	1.3	المستوى الأوسط
24.8	34.9	0.2	3.6	48.6	27.3	0.2	0.9	المستوى الرابع
23.9	40.4	0.1	1.7	44.3	29.4	0.1	1.0	أعلى مستوى

المصدر: المسح الديموجرافي الصحي 2008

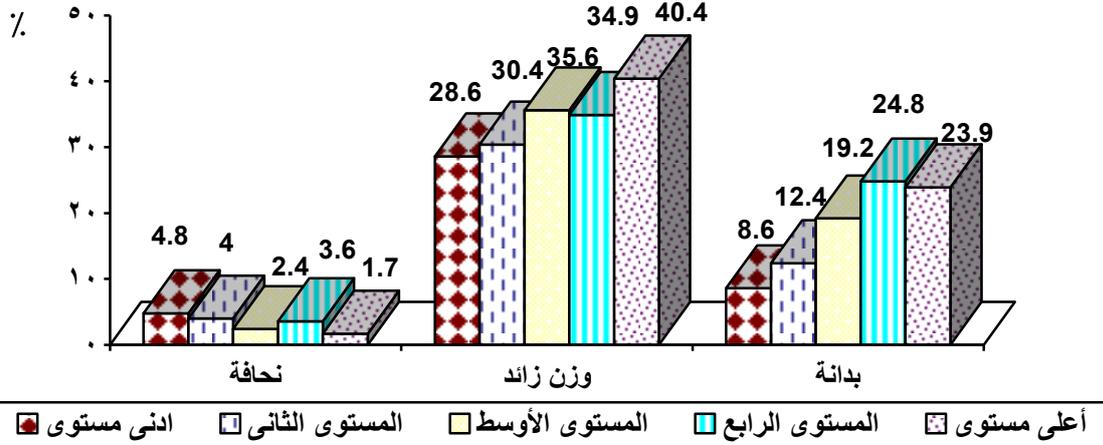
* يتم حساب مؤشر كتلة الجسم (كجم /م²) عن طريق قسمة الوزن بالكيلو جرام على مربع الطول بالمتر.

شكل (8) نسبة السيدات ذوى النحافة والأوزان الزائدة والبدينات وفقا لمؤشر الثروة

2008



شكل (9) نسبة الرجال ذوى النحافة والأوزان الزائدة والبدناء وفقا لمؤشر الثروة 2008



(3) أضرار السمنة:

يتعرض مريض السمنة لعدة أمراض يحلو للبعض تسميتها أمراض الرفاهية المزمنة ، مثل داء السكري غير المعتمد على الإنسولين (60% من المصابين يعانون من السمنة) إرتفاع ضغط الدم الشرياني . سرطان الرحم عند النساء ، القولون والمستقيم عند الرجال ، التهاب المفاصل والعظام والنقرس ، التهاب المرارة وأمراض القلب الوعائية وعلى رأسها أمراض الشرايين التاجية وجلطات القلب ، وأمراض الأوعية الدماغية ومنها السكتة الدماغية وأرتفاع كوليسترول الدم والدهون الثلاثية.

أيضاً هناك أضرار أخرى للسمنة تتمثل في إجهاد المرارة والكلى والإصابة بالعقم المؤقت . بالإضافة إلى الآثار النفسية التي تنبع من إحساس البدين بأن مظهره أمام الآخرين غير لائق ، مما يؤدي به إلى الأنطوائية والإنعزال عن المجتمع والإكتئاب الدائم . كل هذه الأسباب مجتمعة تؤثر وبشكل واضح على وزن الجسم وهي التي تحدد بشكل اساسى صحة الفرد .

3- بعض المؤشرات الخاصة بمخاطر التغذية الغير سليمة³:

أ- نعرض في هذا الجزء من الدراسة بعض المؤشرات الدولية حسب تقارير منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة والتي تبين مايلي :

(1) يقدر العدد الكلى لناقصي التغذية في العالم 1023 مليون شخص في عام 2009 ومن المتوقع ان ينخفض بنسبة 9.6% ليصل إلى 925 مليون شخص في عام 2010 وتسجل الدول النامية 98% من عدد ناقصي التغذية في العالم ، ومع إنتشار نقص نسبة التغذية إلى 16% بعد بلوغها 18% عام

³ المصدر : موقع منظمة الأغذية والزراعة على شبكة الانترنت . www.fao.org

2009 ولكنها ما زالت أعلى بكثير من الغاية التي حددها الهدف الأول من الأهداف الإنمائية للألفية.

(2) هناك تدابير وإجراءات ملموسة قد اتخذت فيما يخص القضايا الرئيسية المرتبطة بالأمن الغذائي والتغذوي وفي مقدمتها حيازة الأراضي، والاستثمار الدولي في الزراعة، وتذبذب أسعار الغذاء، ومواجهة انعدام أوضاع الأمن الغذائي في غضون الأزمات الممتدة، وتأتي هذه النتائج عقب اجتماع دام خمسة أيام بمقر منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة "FAO" في روما، لهذه الهيئة الحكومية الدولية الرفيعة المستوى إثر إصلاحها الذي يرمي إلى أن تصبح حجر زاوية للحكومة الدولية في شؤون الأمن الغذائي والزراعة. وجرّت مداولات اللجنة واتخاذ قراراتها إزاء خلفية من التقلبات المتزايدة في أسعار المواد الغذائية والاستمرار غير المقبول في استشراء الجوع وسوء التغذية، على نحو أكد الحاجة مجدداً إلى ضرورة انتهاج استراتيجية مُحسنة في مواجهة الجوع.

(3) التمعن في النظر واصدار توصيات بشأن أسباب ارتفاع أسعار الأغذية وعواقبه.

(4) تبنت توصيات لجنة الأمن الغذائي العالمي لدى منظمة الفاو، كيميّات ضمان أن تحصل الأمم والسكان من الفئة المُعرّضة لآثار التقلبات على إمداداتها من الغذاء، في حين أن تذبذب الأسعار يعرقل حركة السوق الاعتيادية، مع النظر في سبل الحد من مدى تعرّضها إلى آثار التقلبات، من خلال تطبيق برامج لشبكات الأمان الاجتماعي والإنتاجي.

بد وتبين أحدث تقارير منظمة الأغذية والزراعة للأمم المتحدة أن مصر هي أكبر بلد عربي من حيث عدد السكان، وتمتلك ثاني أكبر اقتصاد في العالم العربي. وكان معدل النمو السكاني السنوي 1.9 ٪ معدل متوسط لفترة من (1995-2000) وأظهرت العقود الثلاثة الماضية الحقائق التالية :

(1) وتيرة التحضر بطيئة بالمقارنة مع سرعة وتيرة المتوقع على مدى العقود الثلاثة التالية.

(2) إمدادات الطاقة الغذائية تزيد في السنوات القادمة.

(3) إزدياد نصيب الفرد من إمدادات الطاقة من كل من الكربوهيدرات والبروتينات خلال العقدين الماضيين بالمقارنة مع مساهمة من الدهون، والتي انخفضت تدريجياً.

(4) إزدياد توافر المجموعات الغذائية الرئيسية، بصرف النظر عن إمدادات الزيوت النباتية والدهون الحيوانية التي انخفضت تدريجياً.

- (5) على الرغم من إزدياد المجموعات الغذائية الرئيسية المتاحة وكذلك زيادة إمدادات الطاقة الغذائية إلا ان هناك سوء توزيع للإمدادات الغذائية المتاحة ، وفقا لفئات مختلفة اجتماعية واقتصادية .
- (6) وأظهرت الدراسات أن استهلاك الأغذية مثل استهلاك البروتين الحيواني والدهون الحيوانية كانت أعلى بين المناطق الحضرية.
- (7) استهلاك الدهون والزيوت والسكر ضمن النطاق الصحي على النحو الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية.
- (8) الحبوب تمثل المصدر الرئيسي للطاقة في غذاء المصريين.
- (9) نمو الطفل والتنمية والرفاهية هي التي تحدد ممارسات التغذية والحالة الغذائية للطفل.
- (10) أظهرت استطلاعات الرأي أن الرضاعة الطبيعية المستمرة لمعظم الأطفال بعد السنة الأولى من الحياة أن النسبة المثوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-9 أشهر على حد سواء الذين تلقوا حليب الأم والأغذية الصلبة المكملية هي أعلى في المناطق الحضرية عنها في المناطق الريفية ، والأمهات هم أكثر عرضة لبدء ومواصلة الرضاعة الطبيعية من الأمهات في المناطق الحضرية.
- (11) نتائج مسوحات التغذية للبلاد تشير إلى أن الحالة التغذوية للأطفال الصغار في مصر قد تحسنت خلال الفترة 1995-2000.
- (12) المشكلة الرئيسية بين الأطفال قبل سن المدرسة هي التقزم الذي يعتبر معتدلا إلا أنها مشكلة صحية عامة وفقا لمعايير منظمة الصحة العالمية.
- (13) خلصت المسوح المختلفة في مصر إلى أن المشكلة الرئيسية التغذوية للبالغين المصريين هي بروز العديد من وجوه الإتجاه نحو السمنة وذلك وجد أن فقر الدم يعتبر الأكثر انتشارا في مصر بخصوص النقص في المغذيات الدقيقة.
- (14) أكثر الفئات تضررا هم الأطفال ما قبل المدرسة وأمهاتهم وفقا لمعايير منظمة الصحة العالمية ويعتبر نقص الحديد وفقر الدم مشكلة صحية عامة في مصر.
- (15) وفقا للارقام في أحدث استطلاعات الرأي ، والاضطرابات الناجمة عن نقص اليود يعتبر مشكلة صحية عامة ، حيث أن معدل تضخم الغدة الدرقية الإجمالي كان أعلى من 5٪ بين مختلف الفئات من السكان .
- (16) تعد البرامج الحالية التي تحتوى على فيتامين (أ) لصغار الأطفال والأمهات خلال فترة ما بعد الولادة ، فضلا عن الملح المعالج باليود ، تحسنا في مؤشرات سوء التغذية بالمغذيات الدقيقة.

ج- فى دراسة أجراها المعهد القومى للتغذية بوزارة الصحة أن 75٪ من النساء فى مصر ممن هم فى سن 30 سنة فأكثر بديناميات بينما تصل النسبة بين الرجال إلى أكثر من 30٪ ، محذرة من إنتشار السمنة بين المصريين ، وقد لفتت الدراسة الأنتباه إلى أن الأنماط الغذائية الخاطئة هي السبب فى إنتشار العديد من الأمراض المزمنة وأشهرها

أمراض السكر وضغط الدم والسرطان والتي تمثل عبئاً اقتصادياً ملموساً على كاهل الدولة , وكشفت الدراسة أيضاً أن 29٪ من الأطفال فى فئة مادون الخمس سنوات يعانون سوء تغذية مزمن .

وبناءً على ما تقدم هناك إهتمام دولى ومحلى بمشكلات الغذاء فى مصر ، ومصر تحاول جاهدة عدم الأنزلاق لهذا المنحدر الخطر لسوء التغذية ، إلا أن ارتفاع الأسعار وانتشار البطالة وعدم عدالة توزيع الدخل بين الفئات ، جعلت هناك تفاوتاً ملحوظاً بين فئات المجتمع فمع الدخل المرتفعة نصل إلى السمنة ومع انخفاضها توجد النحافة ومع ضالتها توجد أمراض سوء التغذية جميعها .

ثالثاً : ختان الإناث :

ختان الإناث من أهم موضوعات الممارسات الخاطئة التى سادت فى مصر خلال حقبة زمنية كبيرة وتزايدت عبر موروث خاطئ.

والختان له كثير من الأضرار والسلبيات على المرأة فهو يخلف عليها أثراً نفسية وفسولوجية مما يجعلها عرضة لكثير من الأمراض النفسية والعضوية . وقد شرعت الدولة الكثير من القوانين وغالطت عقوبة ممارسة عادة الختان لتتلافى وقوع مثل هذه الأضرار من أجل حياة أسرية آمنة ومطمئنة يسودها الحب والتعاطف والتراحم بين الزوجين مما ينعكس إيجاباً على المجتمع .
توضح الأرقام من خلال دراسة المسح الديموجرافى الصحى 2008 الذى يوضح إنتشارالختان بين السيدات فى العمر من 15-49 سنة وفقاً للخصائص الخلفية ، كالعمر ، الحالة الزوجية ، الحالة التعليمية ومستوى المعيشة للوقوف على تقدم أو اختفاء هذه الظاهرة من عدمه وما آلت إليه الأحوال فى هذا الموضوع .

يوضح الجدول (6) والأشكال (10-11-12-13) مدى إنتشار ختان الإناث بين السيدات فى العمر من 15-49 سنة وفقاً لبعض الخصائص الخلفية . وتشير بيانات الجدول إلى أن 91.1% من جميع السيدات فى الفئة العمرية 15-49 مختنات فى مصر وهى نسبة عالية جداً مقارنة بمجتمعات أخرى . ويؤكد الجدول أن ختان الإناث ينتشر إنتشاراً واسعاً بالرغم من القوانين التى سنتها الدولة لإيقاف هذا العمل إلا أن جميع عمليات الختان تتم فى الخفاء مما يزيد الوضع خطورة ، إلا أن هذه النسبة تقل بين النساء فى فئات السن من (25-29) عن السيدات فى الفئة العمرية من (45-49) حيث بلغت 94.3% ، 96% على التوالى .

ويقل أيضاً معدل الختان بين الإناث اللواتى لم يسبق لهن الزواج عن السيدات اللاتى سبق لهن الزواج (80.5% ، 95.2%) على التوالى وقد يرجع ذلك إلى تأخير إجراء بعض عمليات الختان للبنات إلى ما قبل الزواج مباشرة مع وجود نسبة قليلة من النساء فى مصر يتم ختانهن بعد سن 15 سنة .

ويوضح المسح أيضاً أن إنتشار الختان بين النساء فى الحضر أقل من السيدات فى الريف حيث كانت النسبة فى الحضر 85% وفى الريف 96% . وتقل نسب إجراء عمليات الختان للنساء كلما أرتفع المستوى التعليمى ، وكذلك تقل بشكل ملحوظ بين النساء اللواتى هن فى أعلى مستوى للثروة مقارنة بالمستوى الأدنى حيث كانت (78.3% ، 95.4%) على التوالى .

وتلاحظ أنه عند فئات السن الصغيرة الأقل من 25 سنة تقل عمليات ختان الإناث بينما تزداد فى فئات السن الأكبر من (45-49) ، وتقل فى المناطق والمحافظات الحضرية عنها فى المناطق الريفية نظراً لتمسك بعض العائلات بالريف بالعادات والتقاليد والموروثات القديمة عن سكان المناطق الحضرية ، وتشير الدراسة أيضاً أن عمليات الختان بين الإناث تقل بين اللواتى حصلن على مستويات تعليمية أعلى ، وبين الأثرياء أى من هم فى مستويات معيشية مرتفعة .

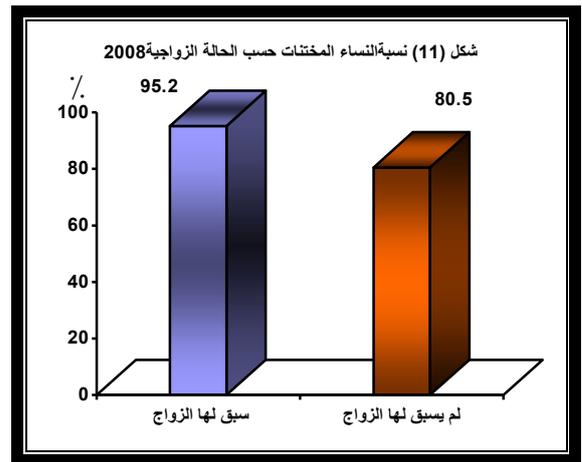
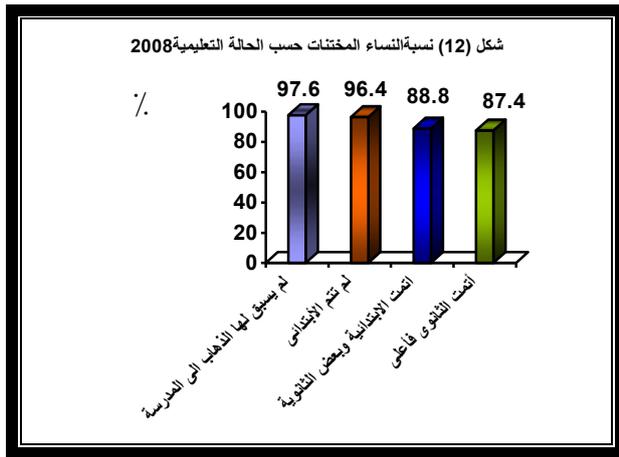
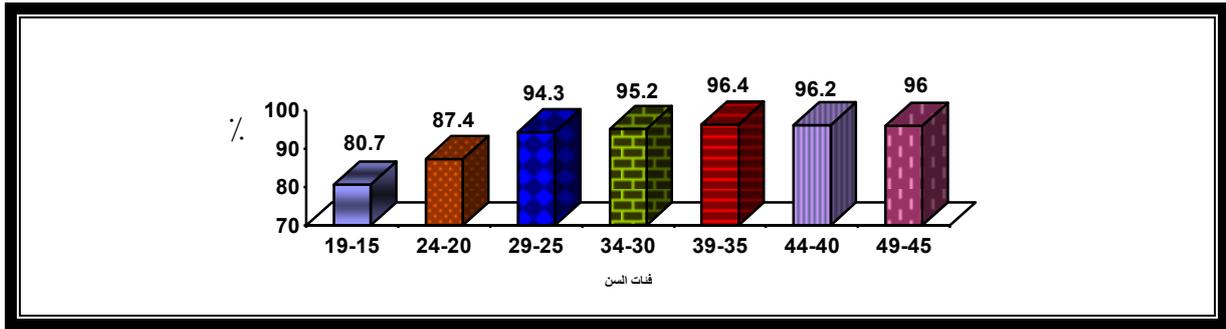
جدول رقم (6) نسبة السيدات فى العمر 15-49 وتم ختانهن حسب الخصائص الخلفية المختارة مصر 2008 .

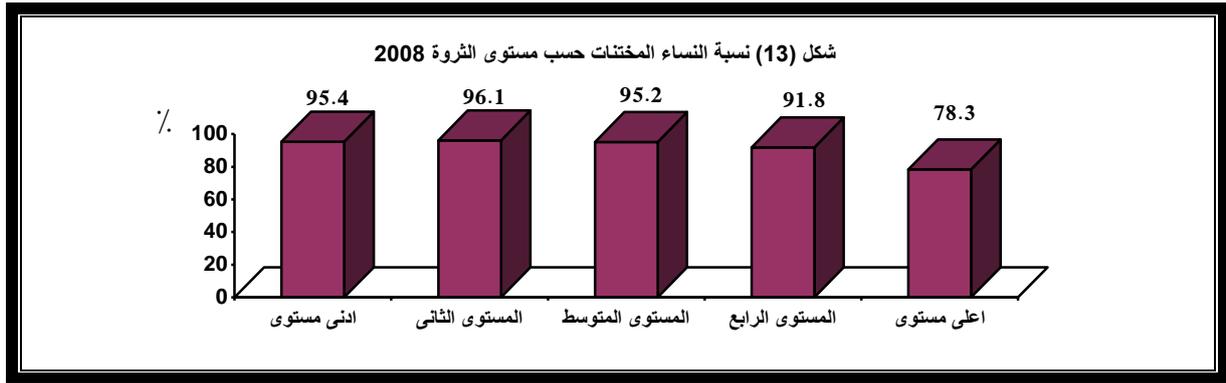
نسبة السيدات المختنات	الخصائص الخلفية
	العمر:
	19.15
80.7	24.20
87.4	29.25
94.3	34.30
95.2	39.35
96.4	44.40
96.2	49.45
96.0	
	محل الإقامة
85.1	حضر
95.5	ريف

95.2 80.5	الحالة الزوجية: سبق لها الزواج لم يسبق لها الزواج
97.6 96.4 88.8 87.4	الحالة التعليمية: لم يسبق لها الذهاب إلى المدرسة لم تتم المرحلة الابتدائية اتمت المرحلة الابتدائية / وبعض الثانوية اتمت المرحلة الثانوية / فأعلى
95.4 96.1 95.2 91.8 78.3	مؤشر الثروة أدنى مستوى المستوى الثاني المستوى الأوسط المستوى الرابع أعلى مستوى
91.1	الإجمالي

المصدر: المسح الديموجرافي الصحي 2008 .

شكل (10) النسبة المئوية للنساء المختنات حسب فئات السن 2008





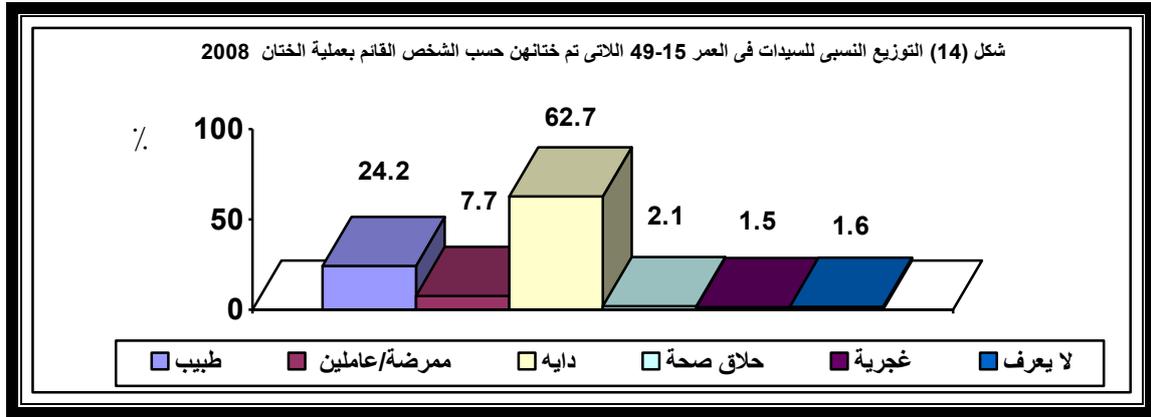
يوضح جدول (7) وشكل (14) التوزيع النسبى للسيدات فى العمر 15-49 اللاتى تم ختانهن حسب الشخص القائم بعملية الختان وفقا للإقامة ومحل الإقامة، وتلاحظ من بيانات الجدول ان غالبية السيدات اللاتى تم ختانهن (63%) ذكرن ان الداية كانت مسئولة عن هذه العملية بنسبة 66% فى الريف و57% فى الحضر، أما الطبيب فقد قام بإجراء حوالى 24% من هذه العمليات بنسبة 22% فى الريف وحوالى 28% فى الحضر وقامت الممرضات بإجراء حوالى 8% منها بنسبة حوالى 6% فى الريف وحوالى 11% فى الحضر وأعلى نسبة عمليات ختان قام بها الطبيب كانت فى محافظات الوجه القبلى 25% أما الداية فقد كانت نسبة قيامها بالختان مرتفعة فى محافظات الحدود 65.7% وأعلى نسبة ختان قامت بها الممرات كانت فى المحافظات الحضرية بنسبة 10.3%.

جدول رقم (7) التوزيع النسبى للسيدات فى العمر 15-49 اللاتى تم ختانهن حسب الشخص القائم بعملية الختان وفقا لمحل الإقامة، عام 2008 .

الشخص القائم بالختان	حضر	ريف	محافظات حضرية	محافظات بحرى	محافظات قبلى	محافظات الحدود	الإجمالى
طبيب	27.5	22.1	23.1	24.1	25.0	24.9	24.2
ممرضة/عاملين آخرين بالصحة	10.6	5.8	10.3	7.9	6.1	7.4	7.7

62.7	65.7	64.5	61.5	62.0	66.3	57.3	دايه
2.1	0.4	2.0	2.7	0.8	2.6	1.4	حلاق صحة
1.5	0.8	0.6	2.4	1.4	1.8	1.1	غجرية
1.6	0.9	1.6	1.4	2.2	1.3	2.1	لا يعرف
100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	إجمالي النسبة
5044	54	1825	2244	922	3044	2000	العدد

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى 2008.



الجهود المبذولة للحد من ظاهرة ختان الإناث :

أطلقت وزارة الصحة المصرية حملات عديدة للتعريف بمخاطر عمليات الختان وما زالت مستمرة إلى الآن حرصاً منها على الصحة الجسدية والنفسية وتلافى الأضرار الناجمة عنه حاضراً ومستقبلاً .

وقد أوردت منظمة الصحة العالمية عبر عدد من البحوث التى أجرتها بعدد من بلدان العالم خطورة ختان الإناث وما توول إليه أحوال النساء بعد إجراء تلك الممارسة فقد ورد فى تقرير لها حول هذا الموضوع الحقائق التالية :

- ترتفع معدلات وفيات الأطفال أثناء الولادة وبعدها مباشرة ارتفاعاً شديداً لدى فئة الأطفال الذين تعرضت أمهاتهم للختان ، فتلك المعدلات أعلى بنسبة 15% فيما يخص النساء اللاتي تعرضن للختان ، وتشير التقديرات إلى أن هناك ، فى أفريقيا ، من 10 إلى 20 حالة وفاة إضافية تحدث فى كل 1000 ولادة جراء تلك الممارسة.
- الختان ظاهرة مألوفة فى عدد من البلدان تقع غالبيتها الكبرى فى أفريقيا.
- تشير التقديرات إلى أن هناك أكثر من 100 مليون من النساء والبنات خضعن لتلك الممارسة فى جميع أنحاء العالم.

كل هذه الحقائق تضع مصر والعالم أمام مشكلة حقيقية وجب الحد منها ومن خطورتها ، فقد لجأت مصرالى تشديد العقوبة على القائمين بهذه الممارسة لمنعها فقد وصلت بالنسبة للعاملين بالمجال الصحى مثل الأطباء والمرضى وغيرهم إلى الشطب من نقابة الأطباء والسجن لمن يثبت أنه قام بإجراء مثل هذه العمليات بعد أن أقر مجلس الشعب المصري في يونيو 2008 قانونا يجرم ختان الإناث إلا في حالة الضرورة، أصبح يعاقب من يقوم بالختان بالسجن لمدة تتراوح بين ثلاثة أشهر وعامين وغرامة قد تصل من ألف جنيه إلى خمسة آلاف جنيه.

جدير بالذكر أن المجلس القومي للطفولة والأمومة في مصر قد نجح بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي في تنفيذ مشروع قرية خالية من ختان الإناث الذي بدأ تطبيقه في يناير عام 2003 وضم 60 قرية في 6 محافظات في صعيد مصر، وبسبب نجاحه الملحوظ يجري حالياً العمل على إضافة 60 قرية أخرى ليصل عدد القرى المستفيدة من هذا المشروع إلى مائة وعشرين قرية في عشر محافظات بالوجهين القبلي والبحري.

وجدير بالذكر أن منظمة الأمم المتحدة عبر منظمة (USAID) أصدرت نشرة تحديثية من خلال المكتب المرجعي للسكان 2010 عن ختان الإناث ذكر بها أن عدد النساء التقديرى اللواتى أجريت لهن عمليات ختان يتراوح ما بين 100 إلى 140 مليون سيدة وفتاة ، وأن هناك ما يزيد عن 3 ملايين فتاة معرضة لخطر الختان فى كل عام فى القارة الأفريقية وحدها ، وهن الفتيات اللواتى تتراوح اعمارهن بين 4 سنوات و12 سنة وفى بعض الثقافات يمارس على الفتيات فى عمر لا يتجاوز بضعة أيام .

ويمارس الختان فى أفريقيا فى 28 دولة على الأقل وعدد قليل فى دول آسيا والشرق الأوسط ويمارس ختان الإناث على كل المستويات التعليمية وفى جميع الطبقات الإجتماعية وجميع العقائد والديانات .

وعلى الصعيد الدولى والعالى إيماناً من منظمة USAID - المكتب المرجعي للسكان 2010 أوصى بضرورة القضاء على ظاهرة ختان الإناث فى العالم ، أصدرت مؤخراً نشرة التحديث للبيانات توضح بها معدل إنتشار ختان الإناث فى إفريقيا بين صغار الفتيات والنساء الأكبر سناً وكذلك الإتجاهات السائدة لمعدل إنتشار ختان الإناث فكانت البيانات دالة على بادرة طيبة من بعض البلدان للتخلى عن ظاهرة ختان الإناث مثل أثيوبيا وكوت ديفوار وكينيا. والجدول رقم (8) والشكل (15) يوضح إتجاه الدول المشار إليها للحد من ظاهرة ختان الإناث

جدول رقم (8) معدلات ختان الإناث فى دول افريقيا 2010

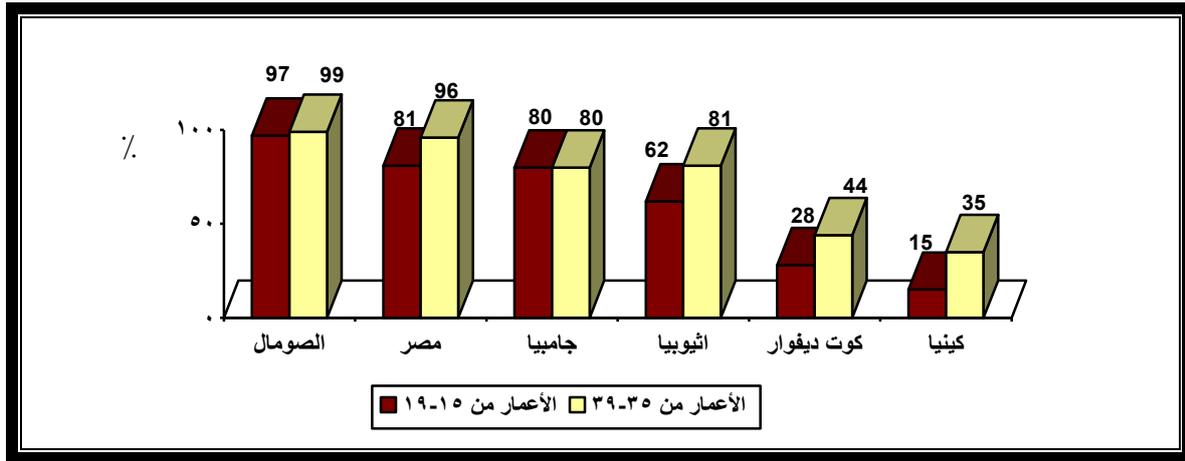
%

الدولة	الأعمار من 15-19	الأعمار من 35-39
الصومال	97	99
مصر	81	96
جامبيا	80	80

81	62	أثيوبيا
44	28	كوت ديفوار
35	15	كينيا

منظمة الأمم المتحدة - المكتب المرجعي للسكان 2010.

شكل (15) معدل إنتشار ختان الإناث في دول افريقيا 2010



رابعاً: الجهل بالإصابة بالأمراض المزمنة:

تعتبر أمراض القلب والأوعية الدموية والسكر من أهم الأمراض التي يصاب بها الكبار ومن الأسباب الرئيسية المسؤولة والمؤدية للوفاه في مصر وهناك بعض الممارسات الصحية الخاطئة في تناول مشكلات هذه الأمراض ، فتختلف طرق العناية بدءاً بالمعرفة بالمرض او الإصابة به من عدمه ، وما هي الممارسات الصحية السليمة التي يتبعها المريض للحد من خطورة هذه الأمراض أو محاولة علاجها والسيطرة عليها .

في هذا الجزء من الدراسة سوف نتعرض لهذا الجانب من الأمراض في محاولة للتعرف على علم الأشخاص من الذكور والإناث بالأصابة بهذه الأمراض والأجراءات المتبعة من قبلهم للسيطرة عليها وعلاجها ، والجدول رقم (9) والشكل (16) يعرض تاريخ مرضى السكر والأزمات القلبية والجلطات بين الذكور والإناث ، ومنه يتبين أن 3.6٪ من السيدات و2.3٪ من الرجال في عينة البحث ذكروا انه تم اخبارهم بإصابتهم بمرض السكر . وأن نسبة 96.6٪ من الرجال والنساء لم يتم اخبارهم بأنهم مصابون بمرض السكر ، وكذلك بالنسبة للأزمات القلبية 0.9٪ فقط هم من أخبروا أن لديهم أزمة قلبية بواسطة أحد مقدمى الخدمة الطبية ، 99.1٪ لم يبلغهم أحد بضرورة المتابعة والفحص سواء لمصابى الأزمات القلبية أو المصابين بجلطات مخية مما يفسر جهل الناس بإصابتهم بهذه الأمراض الخطيرة لكى يتم متابعتها والسيطرة عليها عن طريق العلاج .

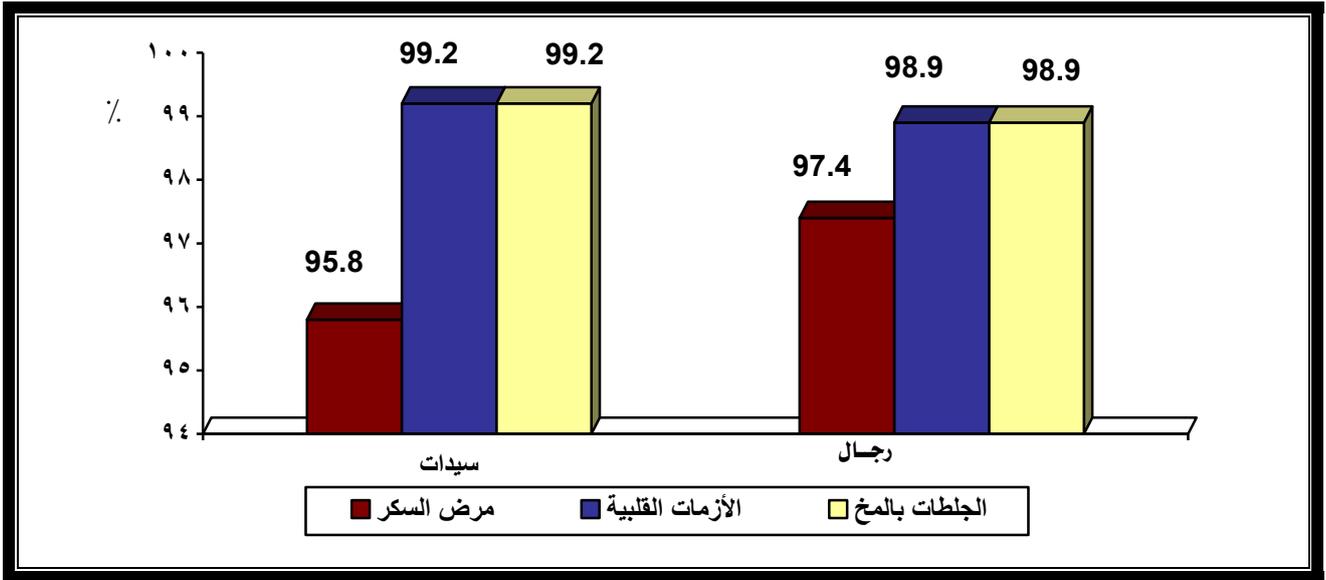
جدول رقم (9) التوزيع النسبي للسيدات والرجال فى العمر 15-59 حسب تاريخ مرض السكر والأزمات القلبية والجلطات بالمخ عام 2008.

%

الأجمالى	رجال	سيدات	تاريخ مرض السكر والأزمات القلبية والجلطات بالمخ
			تاريخ مرض السكر
3.1	2.3	3.6	تم أخباره أن لديه مرض سكري بواسطة ممارس طبي
2.9	2.2	3.4	حصل على العلاج.
0.2	0.1	0.2	لم يحصل على علاج.
96.6	97.4	95.8	لم يتم أخباره.
0.3	0.2	0.5	لا يعرف.
			تاريخ الأزمات القلبية
0.9	1.0	0.8	تم أخباره عن أصابته بأزمة قلبية بواسطة ممارس طبي.
99.1	98.9	99.2	لم يتم أخباره.
0.0	0.1	0.0	لا يعرف.
			تاريخ جلطات المخ
0.9	1.0	0.8	تم أخباره عن أصابته بجلطة بواسطة ممارس طبي.
99.1	98.9	99.2	لم يتم أخباره.
0.0	0.1	0.0	لا يعرف.
100.0	100.0	100.0	إجمالى النسبة
12008	5718	6290	العدد

المصدر: المسح الديموجرافى الصحى 2008.

شكل (16) التوزيع النسبي للسيدات والرجال فى العمر 15-59 الذين لم يتم ابلاغهم بالأصابة بالأمراض المزمنة 2008



اما عن الوعي بين السيدات والرجال المصابين بضغط الدم المرتفع من حيث المعرفة بأصابتهم به من عدمه ، يوضح الجدول رقم (10) والشكل البياني رقم (17) ، (18) أن نسب السيدات اللاتي تم ابلاغهن بإصابتهم بمرض ارتفاع ضغط الدم كانت أعلى من نسب الرجال المصابين إذ بلغت النسبة 12.5٪ للنساء في مقابل 5.6٪ للرجال وأن نسبة 64.2٪ من السيدات و 65.1٪ من الرجال قد قاموا ببدء العلاج واتخذوا الاحتياطات اللازمة للتقليل من نسب ارتفاع ضغط الدم وأن 55.4٪ منهم تناولوا العقاقير الطبية اللازمة لذلك بين الرجال والنساء على حد سواء. وتشير البيانات إلى أن 87.3٪ من السيدات و 94.2٪ من الرجال لم يتم إخبارهم بارتفاع ضغط الدم عندهم ، وهم بذلك يعيشون مرضى ولا يعرفون مما يترتب عليه انعكاسات صحية خطيرة وذلك جراء الممارسات الصحية الخاطئة في المجتمع المصري.

ونستخلص من ذلك أنه يجب متابعة الحالة الصحية للأفراد لإكتشاف مثل هذه الأمراض المزمنة التي تمثل خطراً كبيراً على الصحة وكذلك التيقن من أن القائمين بالعمل في الحقل الصحى يبلغون الأفراد بإصابتهم بمثل هذه الأمراض ليتخذوا الإجراءات الوقائية أو العلاجية لها وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن أمراض القلب والأوعية الدموية منتشرة في مصر إنتشاراً واسعاً وأن هذه الأمراض كانت سبباً في فقد مصر لحوالى 21 عام من الحياة الإنتاجية لكل 1000 من السكان نتيجة الوفاة المفاجئة او العجز الناتج عن الإصابة بأمراض القلب وحوالى 8 سنوات من الحياة الإنتاجية لكل 1000 من السكان نتيجة الإصابة بالجلطات (منظمة الصحة العالمية 2004).

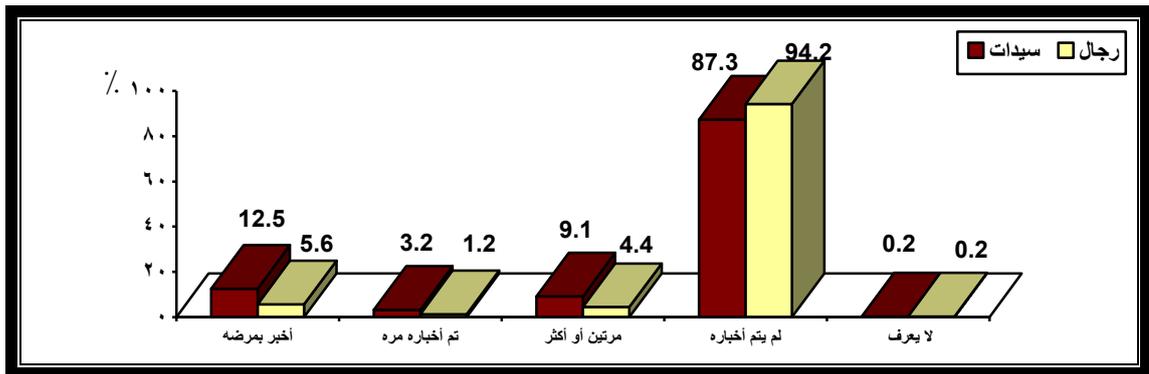
جدول رقم (10) التوزيع النسبي للسيدات والرجال في العمر من 15-59 وفقاً لتاريخ ارتفاع ضغط الدم والإجراءات المتبعة للعلاج

%

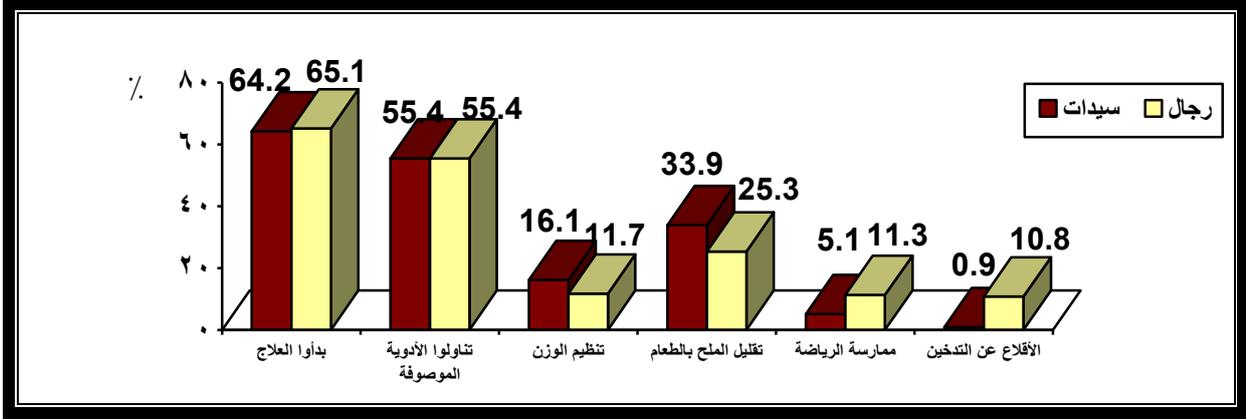
تاريخ المرض والوسائل المتبعة للعلاج	سيدات	رجال	الأجمالي
تاريخ المرض :			
تم إخباره بارتفاع ضغط الدم	12.5	5.6	9.2
- تم إخباره مرة	3.2	1.2	2.2
- مرتين أو أكثر	9.1	4.4	6.9
- لم يتم إخباره	87.3	94.2	90.6
- لا يعرف	0.2	0.2	0.2
إجمالي النسبة	100.0	100.0	100.0
العدد	6290	5718	12008
الإجراءات المتبعة للعلاج:			
- بدأوا إجراءات العلاج	64.2	65.1	64.5
- الحصول على الأدوية الموصوفة	55.4	55.4	55.4
- تنظيم الوزن	16.1	11.7	14.8
- تقليل الملح في الطعام	33.9	25.3	31.4
- ممارسة الرياضة	5.1	11.3	6.9
- التوقف عن التدخين	0.9	10.8	3.8

المصدر: المسح الديموجرافي الصحي 2008

شكل (17) التوزيع النسبي للسيدات والرجال في العمر من 15-59 طبقاً لمعرفةهم أو عدم معرفتهم بالأصابة بمرض ضغط الدم 2008



شكل (18) التوزيع النسبي للسيدات والرجال في العمر من 15-59 طبقاً للإجراءات المتبعة للعلاج



أهمية المعرفة بالإصابة بأمراض السكر والقلب والأوعية الدموية :

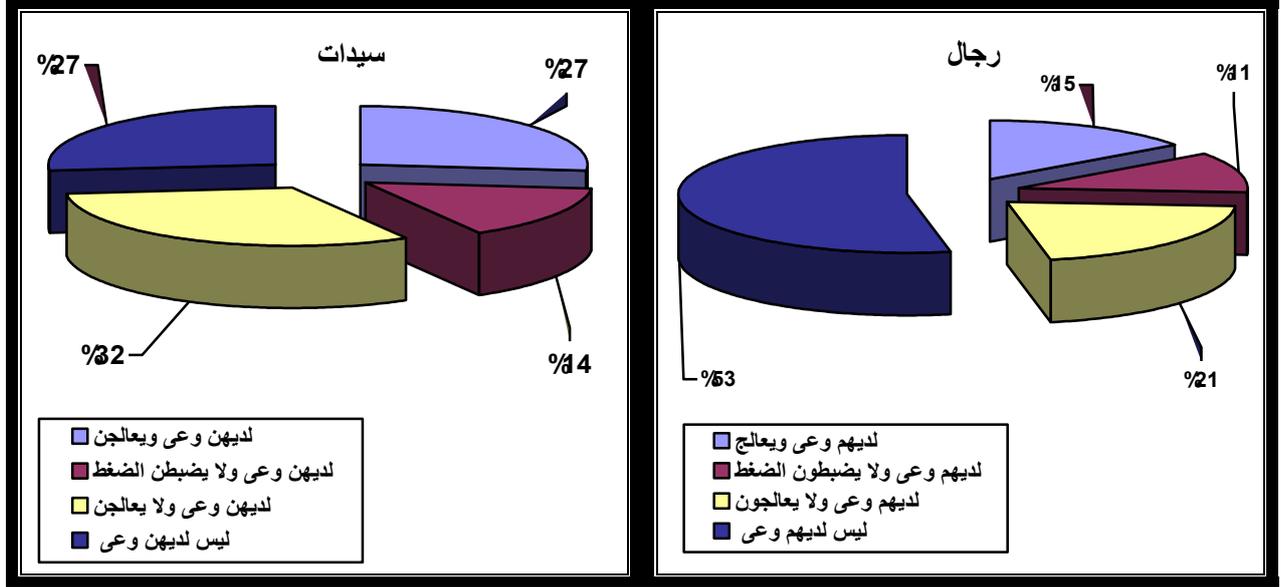
يوضح الجدول (11) والأشكال (19)، (20) عن مدى انتشار المعرفة بالأصابة بالأمراض المزمنة مثل ضغط الدم المرتفع ، بينت الأشكال رقم (19 ، 20) أن نسبة السيدات والرجال المصابون بضغط دم مرتفع وتم تلقيهم العلاج وقاموا بضبط مستوى الضغط لديهم تمثل نسبة 27% بين السيدات في مقابل 15% للرجال . وأن نسبة 14% من النساء و 11% من الرجال تم تلقيهم العلاج ولكنهم مازالوا يعانون من ارتفاع ضغط الدم لديهم ، وعلى الجانب الآخر وهو الأهم وهو المعنى بهذا الجزء من الدراسة أن هناك مانسبته 32% من النساء و 21% من الرجال يعلمون بأنهم مصابون بضغط دم مرتفع ولكنهم لم يتلقوا أى علاج له ، وكذلك نسبة 27% سيدات و 53% رجال مصابون ولا يعلمون أنهم مصابون بمرض ارتفاع ضغط الدم لديهم ، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على ضرورة تزايد الحملات الإعلامية للتوعية بأخطار الأمراض المزمنة لحث الناس على بدء الكشف عن الأمراض ومن ثم المتابعة المستمرة لتلافي الوقوع فى الأخطار التى تتسبب بها هذه الأمراض مثل حالات الشلل والموت المفاجيء.

جدول رقم (11) التوزيع النسبي لحالات الوعى بالأصابة بأمراض ضغط الدم المزمن.

%

رجال	سيدات	الحالات
15%	27%	لديهم وعى ويعالجون
11%	14%	لديهم وعى ولا يضبطون الضغط
21%	32%	لديهم وعى ولا يعالجون
53%	27%	ليس لديهم وعى
100.0	100.0	إجمالى النسبة

شكلي (19)، (20) التوزيع النسبي لحالات الإصابة بأمراض ضغط الدم المزمن لكل من السيدات والرجال في العمر 15-59 عام 2008.



خامساً: الحقن غير الآمن :

إحدى الممارسات الخاطئة التي يمارسها الأفراد هي الحقن غير الآمن ، فقد شاعت بكثرة في الآونة الأخيرة سوء استخدام الأفراد للحقن وخاصة عند متعاطي المخدرات مما ساهم في انتقال العديد من الأمراض الخطيرة والتي تنتقل عن طريق الحقن مثل التهاب الكبد الوبائي (فيروس C) ، نقص المناعة (الإيدز) والذئبان يعدان من الامراض الخطيرة وهما وحدهما مرضان قاتلان. هذا علاوة عما ينتقل خلال عمليات نقل الدم أثناء وبعد العمليات الجراحية، وعمليات جراحات الأسنان وغيرها . ولأهمية هذا الموضوع نلقى بالضوء في هذا الجزء من الدراسة على الحقن واستخدامها في العلاج والوضع الحالي لإستخدامها .

ومن خلال بيانات المسح الديموجرافي الصحي 2008 والتي تم فيها الحصول على معلومات من السكان توضح كيفية التداوى بالحقن خلال فترة ما قبل المسح بـ 6 شهور ، يوضح الجدول رقم (12) والأشكال (21) ، (22) نسبة السيدات والرجال الذين تلقوا خلال فترة علاجهم من مرض ما حقنة واحدة على الأقل وكذلك من تلقوا حقنة واحدة على الأقل من مقدم خدمة طبية (الطبيب ، الممرضة ، تمرجى ، صيدلى مدرّب... الخ) وفقاً لبعض الخصائص الخلفية للسيدات والرجال ، 2008 ومنه يتبين أنه وفقاً لفئات السن وجد أن أعلى نسبة للسيدات الذين

حصلن على حقنة واحدة على الأقل كانت 26.6٪ عند فئة السن من 44-40 ، وأقلها 12.3 ٪ عند فئة السن من 19-15 .

أما بالنسبة للرجال فكانت أعلى نسبة لمن حصلوا على حقنة واحدة على الأقل خلال الستة شهور السابقة للمسح 14.8 ٪ عند فئة السن 55-59 وأقلها كان 5.3 ٪ عند فئة السن من 19-15. وبالنسبة إلى من حصلن على حقنة واحدة على الأقل على يد مقدم خدمة طبية بين النساء كانت أعلى نسبة 18.3 ٪ عند فئة العمر من 35-39 وأقلها كان 9.5 ٪ عن فئة السن من 19-15 وبين الرجال كانت نسبة من حصلوا على حقنة واحدة على الأقل على يد مقدم الخدمة الطبيه كانت أعلى نسبة 11.5 ٪ عن فئة العمر من 50-54 وأقلها 4.1 ٪ عند فئة العمر من 19-15 .

ووفقاً لمحل الإقامة لا توجد فروق كبيرة ملحوظة بين من يعيشون بالحضر ومن يعيشون بالريف كما يبينها الجدول حيث وجد أن نسبة السيدات اللواتي تلقين حقنة واحدة على الأقل 21.6 ٪ في الحضر مقابل 21.3 ٪ في الريف وكذلك الرجال على الترتيب 8.8 ٪ في الحضر و 9.6 ٪ في الريف، وبالنسبة لمن تلقوا حقنة واحدة على الأقل على يد مقدم خدمة من النساء كانت 14.6 ٪ في الحضر و 15.6 ٪ في الريف وبالنسبة للرجال كانت النسب على الترتيب متساوية بقيمة 7.1 ٪ للحضر والريف معاً.

أما بالنسبة لمؤشر الثروة فوجد أن من بين السيدات الذين تلقوا حقنة واحدة على الأقل طوال فترة علاجهم كانت أعلى نسبة 23.7 عن المستوى الأوسط للثروة وأقلها 20.4 ٪ عند أدنى مستوى للثروة وبين الرجال على نفس الترتيب كانت النسبة الأعلى 9.9 ٪ عند المستوى الثاني للثروة وأقلها 8.2 عند المستوى الرابع للثروة ، أما عن من تلقوا حقنة واحدة على الأقل على يد مقدم خدمة طبيه كانت أعلى نسبة بين النساء 17.1 ٪ عند المستوى الأوسط للثروة وأقلها 14.1 ٪ عند أعلى مستوى للثروة ، وبين الرجال على نفس الترتيب أعلى نسبة هي 7.3 ٪ عند أدنى مستوى للثروة وأقلها 6.8 ٪ عند أعلى مستوى للثروة.

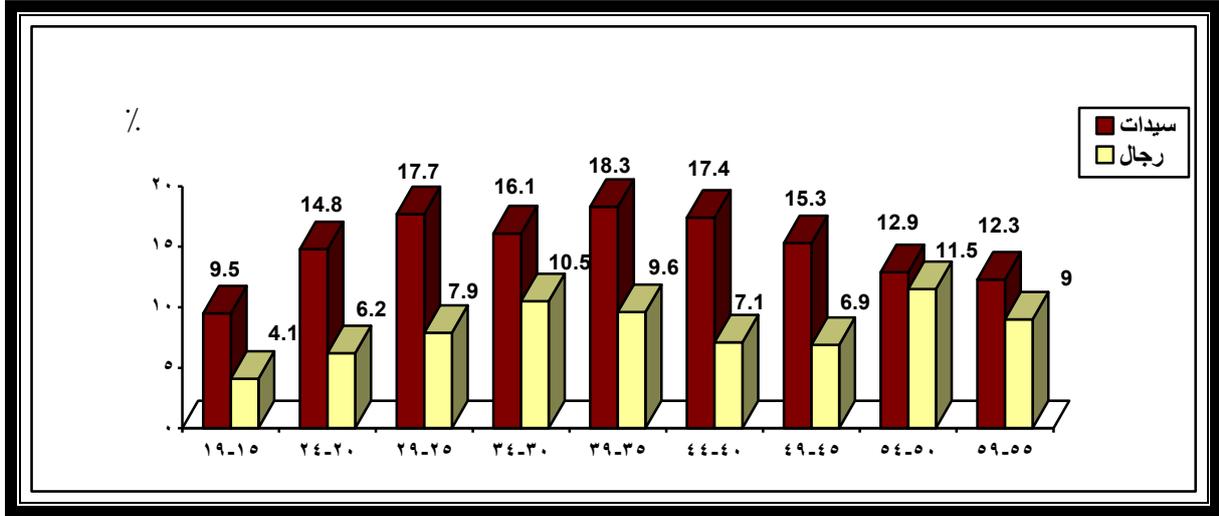
جدول رقم (12) نسبة السيدات والرجال في العمر (15- 59) الذين تلقوا حقنة واحدة على الأقل وكذلك الذين تلقوا حقنة واحدة على الأقل بواسطة مقدم خدمة طبية وفقا للخصائص الخلفية عام 2008.

%

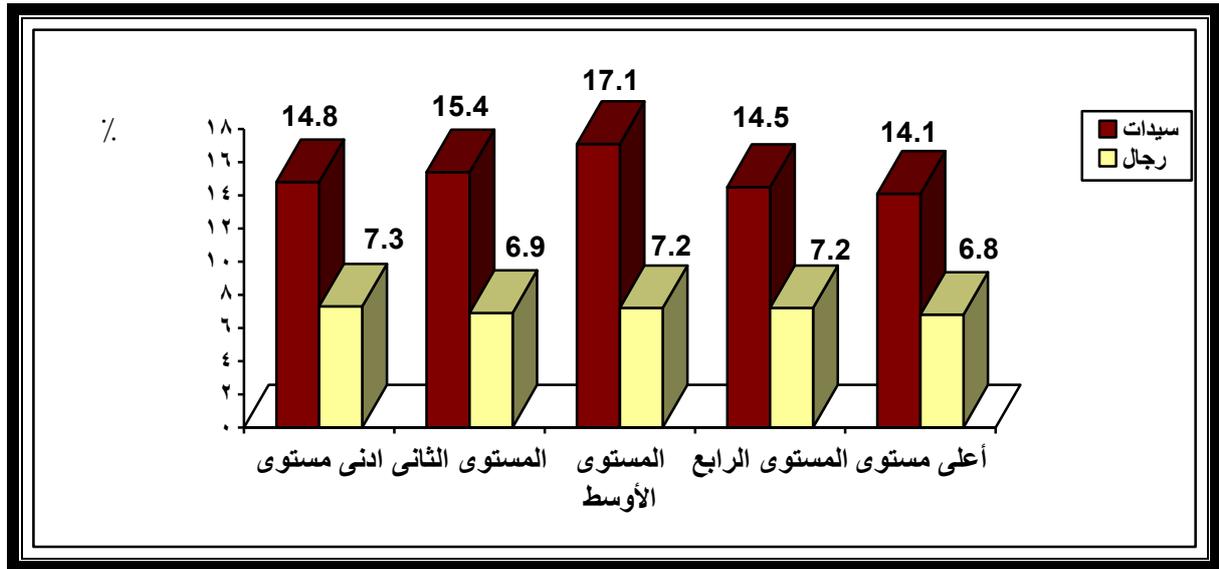
الرجال		السيدات		الخصائص الخلفية
نسبة الرجال الذين حصلوا على حقنة واحدة على الأقل من مقدم خدمة طبية	نسبة الرجال الذين حصلوا على حقنة واحدة	نسبة السيدات اللاتي حصلن على حقنة واحدة على الأقل من مقدم خدمة طبية	نسبة السيدات اللاتي حصلن على حقنة واحدة على الأقل	
العمر				
4.1	5.3	9.5	12.3	19-15
6.2	7.4	14.8	19.5	24-20
7.9	10.2	17.7	23.0	29-25
10.5	12.7	16.1	23.7	34-30
9.6	12.3	18.3	26.5	39-35
7.1	10.3	17.4	26.6	44-40
6.9	11.1	15.3	25.9	49-45
11.5	15	12.9	23.5	54-50
9.0	14.8	12.3	25.5	59-55
الإقامة				
7.1	8.8	14.6	21.6	حضر
7.1□	9.6	15.6	21.3	ريف
مؤشر الثروة				
7.3□	9.8	14.8	20.4	أدنى مستوى
6.9□	9.9	15.4	20.6	المستوى الثاني
7.2□	9.2	17.1	23.7	المستوى الأوسط
7.2	8.2	14.5	21.0	المستوى الرابع
6.8	9.3	14.1	21.4	أعلى مستوى

المصدر: المسح الديموجرافي الصحي 2008

شكل (21) نسبة السيدات والرجال الذين تلقوا حقن على يد مقدمى الخدمة الطبية وفقاً لفئات السن عام 2008



شكل (22) نسبة السيدات والرجال الذين تلقوا حقن على يد مقدمى الخدمة الطبية وفقاً لمؤشر الثروة عام 2008



الجهود المبذولة لزيادة الوعي بممارسات الحقن الآمن:

وسوف نستعرض فى هذا الجزء ما تم إنجازه من برامج توعوية وارشاد للطرق السليمة للحقن الآمن والجهود المبذولة من قبل الدولة والمنظمات الصحية العالمية المعنية بالتصدى لهذه الظاهرة والقضاء عليها . حسب تقرير مركز السيطرة على الأمراض بالولايات المتحدة⁽¹⁾ : فقد أوضحت انه بعد التحقق من أسباب التفشي الكبير للإلتهاب الكبدي الوبائي (سي) والأمراض المعدية بين المرضى فى الولايات المتحدة .

(1) منظمة الصحة العالمية : مركز السيطرة على الأمراض.

وتحددت الأسباب فى الآتى :

- (1) تفشي التهاب الكبد الفيروسي وغيره من الأمراض بسبب عدم الالتزام بالمبادئ الأساسية لتقنية التعقيم لتعبئة الحقن بالأدوية. وتشمل هذا وجوب استخدام معقم استخدام واحد، ويمكن التخلص منها حيث تمنح كل الوقاية من تلوث معدات الحقن.
 - (2) يفضل استخدام ملء الحقن من قارورة دواء واحده كلما أمكن ذلك.
 - (3) ممارسات الحقن غير المأمونة تشير إلى أن بعض أفراد الرعاية الصحية ليسوا على علم أو لا يفهمون ، أو لا تلتزم بالمبادئ الأساسية للعدوى وهى التحكم بتقنية التعقيم.
- وقد جرى استطلاع للرأى بالولايات المتحدة بين العاملين بالرعاية الصحية فوجد أن 1-3 ٪ يسمحون بإعادة استخدام نفس الإبرة لحقن أكثر من مريض. ومن بين أوجه القصور التي تم تحديدها في ناقلات العدوى وعدم وجود الرقابة على الموظفين وال فشل في متابعة الانتهاكات فى ممارسات التحكم فى إعدادات حاويات الحقن .
- ولضمان أن يكون جميع العاملين بالرعاية الصحية يعملون بكفاءة عالية لصحة أفراد المجتمع وهم أيضاً فى أمان تام من الإصابة بالأمراض المتسبب بها الحقن غير الآمن روعى ضرورة تفهم طرق الالتزام بالممارسات الموصى بها ، ومبادئ مكافحة العدوى وتقنية التعقيم ، فلا بد من تعزيز برامج التدريب والرقابة واتباع الآتى:

- (1) استخدم أسلوب التعقيم لتجنب تلوث معدات الحقن المعقمة.
- (2) استخدام الأبر مرة واحدة لمريض واحد فقط ولايسمح بتكرار استخدامها لأكثر من مريض.
- (3) استخدم ضخ السوائل ومعدات الحقن (أي حقن الوريد ، وأنابيب و موصلات) لمريض واحد فقط والتخلص منها بشكل مناسب بعد استخدامها.
- (4) استخدام جرعة وحيدة من زجاجات أدوية الحقن كلما أمكن ذلك.
- (5) لا يتم استخدام الأدوية من قارورة واحدة لعدة أمبولات أوالجمع بين محتوياتها بقايا لاستخدامها لاحقاً.
- (6) لا تستخدم اكياس او زجاجات من المحلول الوريدي كمصدر مشترك للحقن .
- (7) ضرورة إخبار المريض باحتمالية إصابة بالعدوى نتيجة الحقن فى العمليات الجراحية أو عند استخدام الحقن أو فى عمليات نقل الدم طبقاً لمعاهدات حقوق الإنسان وأن عمليات الحقن غير المأمونة تتسبب سنوياً فى نحو 1,3 مليون من الوفيات المبكرة، مما يمثل 26 مليون سنة من سنوات العمر الضائعة وعبء سنوي قدره 535 مليون دولار

أمريكي في شكل تكاليف طبية، حسب تقارير منظمة الصحة العالمية ، وذكرت أن ممارسات الحقن غير المأمونة من الوسائل الفعالة لنقل الطفيليات والفيروسات المعدية التي يحملها الدم. ونظراً لعدم ظهور أية أعراض جراء الإصابة بتلك الفيروسات، فإن الأوبئة الناجمة عنها قد تظل مستترة لفترة طويلة من الزمن. وقد ذكرت إحصاءات لمنظمة الصحة تكشف أن الحقن غير الآمن يتسبب في 21,7 مليون حالة من التهاب الكبد الفيروسي

(8) في البلدان النامية والبلدان التي تمر اقتصادياتها بمرحلة انتقالية، وهذا يمثل 33٪ من الإصابات الجديدة بهذا الفيروس في تلك الدول. وتعد عمليات الحقن غير المأمونة أكثر أسباب الإصابة بعدوى فيروس التهاب الكبد (C) في البلدان النامية، وتحديداً تتسبب في حدوث مليوني إصابة جديدة في كل عام، مما يمثل 42٪ من الإصابات الجديدة بهذا الفيروس. إضافة إلى أنها تتسبب في 2٪ من مجموع الإصابات الجديدة بفيروس الإيدز في العالم. وترتفع هذه النسبة إلى 9٪ من الإصابات الجديدة في جنوب آسيا.

سادساً : النتائج التوصيات :

1- النتائج :

أ-التدخين:

- (1) وجد ان نسبة الرجال المدخنين لأى نوع من أنواع التبغ أعلى بكثير من نسبة السيدات حيث بلغت نسبة الرجال المدخنين فى العمر من (15-59)، (43.9 ٪) مقابل (0.7 ٪) فقط للسيدات.
- (2) بالنسبة للتدخين السلبي وجد أن ما نسبته (43.4 ٪) معرضون لدخان التبغ و نسبة (35.7 ٪) معرضون لدخان السجائر ، نتيجة وجود فرد واحد على الأقل يدخن بالأسرة .
- (3) بلغت أعلى نسبة للأفراد المدخنين لأى نوع من أنواع التبغ (25.8 ٪) من مجموع السكان فى مصر فى الفئة العمرية (25-44) .
- (4) طبقاً لمحل الإقامة وجد أن نسبة المدخنات بالحضر (0.6 ٪) وبالريف (0.8 ٪) وبين الرجال كانت بالحضر (42.9 ٪) وبالريف (42.3 ٪) .
- (5) وجد أن أقل نسبة سيدات ورجال يعيشون بأسر بها شخص واحد على الأقل يدخن هم الذين يقيمون فى الحضر وحاصلين على شهادة الثانوية العامة أو أعلى ويعيشون فى مستوى معيشة مرتفع.
- (6) تبذل الدولة والمنظمات المعنية كل الجهود لخفض هذه المعدلات والنسب

ب-التغذية غير السليمة :

- (1) تزداد نسب السيدات اللواتى تم تصنيفهن على أنهن بدينيات زيادة طردية مع عمرهن من (9.8 ٪) بين السيدات فى الفئة العمرية (15-19) إلى حوالى (65.7 ٪) تقريباً فى الفئة العمرية (55-59) . أما بين الرجال وجد أن هناك ازدياد لنسبة الرجال الذين تم تصنيفهم على أنهم يعانون من البدانة من (5.6 ٪) فى فئة العمر من (15-19) سنة إلى (33.2 ٪) بين الرجال فى الفئة العمرية من (55-59) سنة
- (2) نسبة السيدات البدينيات والرجال البدينين أعلى فى الحضر عن الريف ، وقد يرجع ذلك إلى ارتفاع المستوى الأقتصادى والاجتماعى لسكان الحضر عن الريف.
- (3) كانت نسبة السيدات البدينيات عند أعلى مستوى للثروة حوالى ضعف اللواتى ينتمين إلى مؤشر الثروة الأدنى (44.3 ٪ ، 24.7 ٪) على التوالى ، مما يدل على أن الحالة المادية والأقتصادية لها بالغ الأثر فى بلوغ المستوى الأستهلاكى الغذائى الترفى للقادرين مادياً عن غير القادرين.
- (4) وكذلك عند الرجال وجد أنه عند أعلى مستوى للثروة كانت نسبة الرجال البدناء (23.9 ٪) وتنقص إلى (8.6 ٪) عند أدنى مستوى للثروه.

ج- ختان الإناث:

- (1) وجد أن (91.1 ٪) من جميع السيدات فى الفئة العمرية (15-49) مختنات فى مصر وهى نسبة عالية جداً مقارنة بمجتمعات أخرى.
- (2) تقل نسب النساء المختنات فى فئات السن من (25-29) عن السيدات فى الفئة العمرية من (45-49) حيث بلغت (94.3 ٪ ، 96 ٪) على التوالى .
- (3) ويقل أيضاً معدل الختان بين الإناث اللواتى لم يسبق لهن الزواج عن السيدات اللاتى سبق لهن الزواج (80.5 ٪، 95.2 ٪) على التوالى.
- (4) إنتشار الختان بين النساء فى الحضر أقل من السيدات فى الريف حيث كانت النسبة فى الحضر (85 ٪) وفى الريف (96 ٪). وتقل نسب إجراء عمليات الختان للنساء كلما أرتفع المستوى التعليمى ، وكذلك تقل بشكل ملحوظ بين النساء اللواتى هن فى أعلى مستوى للثروة مقارنة بالمستوى الأدنى حيث كانت (78.3 ٪ ، 95.4 ٪) على التوالى .

(د)- الجهل بالإصابة بالأمراض المزمنة:

- (1) بينت الدراسة أن (3.6 ٪) من السيدات و(2.3 ٪) من الرجال تم اخبارهم بإصابتهم بمرض السكر . وأن نسبة (96.6 ٪) من الرجال والنساء لم يتم اخبارهم بأنهم مصابون بمرض السكر ، وكذلك بالنسبة للأزمات القلبية (0.9 ٪) فقط هم من أخبروا أن لديهم أزمة قلبية بواسطة أحد مقدمى الخدمة الطبية وأن هناك نسبة (99.1 ٪) لم يبلغهم أحد بضرورة المتابعة والفحص سواء لمصابى الأزمات القلبية أو المصابين بجلطات مخية مما يفسر جهل الناس بأصابتهم بهذه الأمراض الخطيرة لكى يتم متابعتها والسيطرة عليها عن طريق العلاج .
- (2) أما عن مدى إنتشار المعرفة بالأصابة بالأمراض المزمنة مثل ضغط الدم المرتفع وجد أن نسبة السيدات والرجال المصابون بضغط دم مرتفع وتم تلقيهم العلاج وقاموا بضبط مستوى الضغط لديهم تمثل نسبة (27 ٪) بين السيدات فى مقابل (15 ٪) للرجال . وأن نسبة (14 ٪) من النساء و (11 ٪) من الرجال تم تلقيهم العلاج .
- (3) هناك مانسبته (32 ٪) من النساء و (21 ٪) من الرجال يعلمون بأنهم مصابون بضغط دم مرتفع ولكنهم لم يتلقوا أى علاج له ، وكذلك نسبة (27 ٪) سيدات و (53 ٪) رجال مصابون ولا يعلمون أنهم مصابون بمرض ارتفاع ضغط الدم لديهم.

(هـ)-الحقن غير الآمن:

- (1) وفقاً لفئات السن وجد أن أعلى نسبة للسيدات الذين حصلن على حقنة واحدة على الأقل كانت (26.6 ٪) عند فئة السن من (40-44) ، وقلها (12.3 ٪) عند فئة السن من (15-19). اما بالنسبة للرجال فكانت أعلى نسبة لمن حصلوا على حقنة

واحدة على الأقل (14.8 ٪) عند فئة السن (59-55) واقلها كان (5.3 ٪) عند فئة السن من (15-19).

(2) وجد أن نسبة السيدات اللواتي تلقين حقنة واحدة على الأقل (21.6 ٪) في الحضر مقابل (21.3 ٪) في الريف وكذلك الرجال على الترتيب (8.8 ٪) في الحضر و (9.6 ٪) في الريف ، وبالنسبة لمن تلقوا حقنة واحدة على الأقل على يد مقدم خدمة من النساء كانت (14.6 ٪) في الحضر و (15.6 ٪) في الريف وبالنسبة للرجال كانت النسب على الترتيب متساوية بقيمة (7.1 ٪) للحضر والريف معاً.

(3) عند مؤشر الثروة ترتفع نسب النساء الذين تلقوا حقنة واحدة على الأقل على يد مقدم خدمه (17.1 ٪) في مقابل (7.3 ٪) للرجال عند المستوى الأوسط للثروة.

2_ التوصيات:

تتلخص التوصيات فى النقاط التالية إجمالاً لأقسام الدراسة والبند الخمس الرئيسية التى تناولناها بالشرح :

أ. التدخين السلبي والإيجابي:

- (1) إتخاذ المزيد من إجراءات الرقابة وتفعيل القوانين والتشريعات للحد من انتشار التدخين الإيجابي والسلبي وتأثيراتها القاتلة ، علاوة على ما فرضته الدولة والجهات الصحية العالمية المعنية من قيود على الإنتاج والتداول وغيرها من الإجراءات والتدابير المتخذة بهذا الشأن.
- (2) تبني مشروع إعلامى قومى كبير طويل المدى للتوعية بأضرار التدخين على الأطفال والنساء والبالغين المعرضون للتدخين السلبي فضلاً عن التدخين العمدى الذى يتم بإرادة المدخن.
- (3) إطلاق حملة دعائية لإستحداث بدائل لمنتجات التبغ أقل ضرراً وبتكلفة ضعيفة بمسابقة علنية بين شركات الدواء أو منتجى الغذاء للحد من التدخين .
- (4) إطلاق نظام حوافز لأرباب الأسر المدخنين للإقلاع عن التدخين كأن يضاف إلى بطاقاتهم التموينية سلع غذائية أكثر ونوعيات أكثر فائدة .

ب. التغذية غير السليمة:

- (1) إيقاف الإرتفاع الجنونى لأسعار المواد الغذائية لسد حاجات المواطنين من الغذاء وخاصة الفقراء والمحتاجين.
- (2) ضرورة التوعية بممارسات التغذية الغير السليمة ومسبباتها عن طريق برامج توعية إعلامية هادفة بعيدة عن الإسفاف الفنى الذى يفرغ الموضوعات عن مضمونها
- (3) نشر الملصقات وبرامج التوعية بكافة الوسائل مصورة أو مكتوبة أو رسومات كاريكاتير أو ماشابه للتوعية ضد مخاطر السمنة أو النحافة.

ج - ختان الإناث:

- (1) إتخاذ المزيد من التدابير الرقابية لمنع ممارسة ختان الإناث وخاصة فى الريف .
- (2) التأكد من سريان القوانين العقابية التى سنت فى هذا الشأن كأسلوب ردع لمن ينوى ممارسة عادة الختان.
- (3) إضافة مواد إعلامية منفردة لممارسة عادة ختان الإناث والترهيب من الآثار السلبية لهذه العادة.

د- الجهل بالإصابة بالأمراض المزمنة:

- (1) التأكيد على الدور الإعلامى الخطير الذى يلعبه فى شتى نواحي الحياة وبخاصة المعرفة بالأمراض المزمنة وأعراضها وطرق تجنبها وعلاجها .
- (2) نشر الحملات الإعلامية القومية المحذرة والمنبهة من أخطار الأمراض المزمنة كالسكر وضغط الدم المرتفع والمنخفض والقلب وغيرها من الأمراض.
- (3) تبنى حملة إعلامية قومية طويلة المدى تحذر من الآثار السلبية لتجاهل الكشف والمتابعة للأمراض المزمنة.
- (4) إتاحة سبل الكشف المجانى بالمستشفيات الحكومية والوحدات الصحية بالريف لإختبارات السكرى وكافة الأمراض المزمنة .
- (5) التحذير بالمزيد من المصقات والصور بالوحدات الصحية والمستشفيات عن خطورة إهمال علاج ومتابعة الأمراض المزمنة.

هـ- ممارسات الحقن غير الآمن:

- (1) المزيد من الرقابة على الصيدليات التى تمارس الحقن غير الآمن باستخدام سرنجات حقن لأكثر من مرة.
- (2) الإعلام المرشد المنوط به التوعية ضد مخاطر استخدام الحقن لأكثر من مرة.
- (3) القضاء أو محاولة السيطرة أمنياً على تعاطى المخدرات المسببة لنقل الأمراض الخطيرة عن طريق الحقن.
- (4) إتخاذ التدابير والإجراءات الطبية الوقائية بالمؤسسات الطبية العلاجية التى تمارس الحقن لسلامة القائمين عليها.

و- على المستوى العام:

ضرورة تضافر كل الجهود الرسمية وغير الرسمية لتجنيب المواطنين خطر الوقوع فى مثل هذه الممارسات الصحية الخاطئة التى تناولناها بالأقسام السابقة بهذه الدراسة ، سواء بالجهود الإعلامية وهى التى يقع على عاتقها الجزء الأكبر من المسئولية إلى جانب كل مؤسسات الدولة المعنية وغيرها ليصبح المجتمع قوياً معافاً .

المراجع

- الزناتى و أن واى , المسح الديموجرافى الصحى , جمهورية مصر العربيه , 2008 .
- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والاحصاء , بحث التدخين القومى , جمهورية مصر

العربيه , 2009 .

- مواقع الأنترنت :

www.who.int/ar/

منظمة الصحة العالمية

www.fao.org/

منظمة الأغذية والزراعة الأمريكية

www.mohp.gov.eg

وزارة الصحة المصرية

Summary

Harmful Healthy Practices for Adults 2008 -2009

The study concluded the following result : □

I. Smoking:

1. The percentage of men who smoke any type of tobacco aged (15-59), much higher than the percentage of women where it was (43.9%) compared to (0.7%) for women.
2. The percentage for the passive smoking exposed to tobacco smoke (43.4%), and the percentage of exposed to cigarette smoke, (35.7%) as a result of the presence of the individual and at least one smoking family.
3. The highest percentage of individuals smoking any kind of tobacco (25.8%) of the total population in age group (25-44).
4. According to the residence found that the proportion of women smokers in urban (0.6%), (0.8%) in rural area and between men in urban (42.9%) , (42.3%) rural area.
5. The lowest percentage of women and men smoked live in household of one person at least , in urban area , obtained a high school diploma or higher and living in the high standard of living.

II. Female genital mutilation:

1. All women in the age group (15-49) affected by very high rate 91.1% in Egypt, compared to other communities.
2. the proportion of women circumcised in age group (25-29) less than in age group (45-49), where were (94.3%, 96%), respectively.
3. the rate of circumcision among females who never married less than women who have been married (80.5%, .95.2%), respectively.
4. The prevalence of circumcision among women in urban areas less than the women in the rural where the percentage in urban (85%) compared to (96%)

rural areas. The rates are less than between women in higher educational level, as well as significantly less among women who are at the highest level of wealth compared to the lowest level (78.3%, 95.4%) respectively.

III. Nutrition is sound:

1. The rates of women who were classified as obese increased proportionately from (9.8%) among women in the age group (15-19) to (65.7%) in the age group (55-59). Among men the proportion increase who were classified as suffering from obesity (5.6%) in the age group (15-19 years) to (33.2%) in the age group (55-59) years.
2. The proportion of women who were overweight and obese is higher than men, and urban than rural areas, may be due to high economic and social levels of urban than rural area.
3. The proportion of women at the highest level of wealth, about twice compared to the lowest wealth index (44.3%, 24.7%) respectively which indicates that the physical and economic condition have a great impact in achieving the level of consumer food recreational.
4. As well as men who were overweight at the highest level of wealth, (23.9%) and decrease to (8.6%) at the lowest level of wealth.

IV. Ignorance of chronic disease:

1. The study showed that (3.6%) of women and (2.3%) of men have been told of infected diabetic. But about (96.0%) of men and women did not tell them they have infected diabetic , as well as for heart attack (0.9%) just have been told they have a heart attack by a medical service providers and that a proportion

(99.1%) did not tell them they need for follow-up and testing whether ARTHRITIS heart attack or infected with stroke cerebral, which explains the ignorance of people infected with these diseases serious in order to be monitored and controlled through treatment

2. . the extent of the spread of knowledge of chronic disease such as high blood pressure found that the proportion of women and men with blood pressure high and they receiving treatment and adjust the pressure were (27%) among women in exchange for (15%) for men. And (14%) of women (11%) of the men were receiving treatment.
3. A gain of (32%) of women and (21%) of men know they are infected with blood pressure is high, but they did not receive any treatment, and the proportion of women (27%) and (53%) of men are infected but they did not know they were infected with increase their blood pressure.

V. Injection unsafe:

1. the highest of women according to age groups found that they have been taken injection at least one was (26.6%) in age group (40-44), and the least percentage (12.3%) in age group (15-19). As for men the highest for those who received the injection at least one (14.8%) in age group (55-59) and the least percentage (5.3%) at age group (15-19).
2. the proportion of women who received an injection at least one (21.6%) in urban compared to (21.3%) as well as the proportion of men, (8.8%) in urban areas and (9.6%) in rural area respectively, and for those who have been taken injection at least one by the service provider of the women were (14.6%) in urban (15.6%) in rural areas and for men the percentages were equal value (7.1%) in urban and rural areas.

The proportions of wealth index rising of women who received an injection at least one by the service provider (17.1%) compared to (7.3%) for men at mid-level of wealth

- 1- About 98% of households get drinking water from a secure source .
- 2- About 62% of households use the drainage system a year and about 17% of households use septic tanks or reservoirs .
- 3- About a quarter of households dispose of their waste tissue in the street or space, and 37% of households dispose of their waste by the garbage collector .

Recommendations:

- 1- Working on a mechanism aimed at reducing levels of malnutrition among children to reduce stunting and thin, which spread among them .
- 2- Accelerate the completion of the infrastructure of the sewage safe because of its adverse effects on health in general and children in particular .

دور المرأة في إتخاذ القرار في الأسرة في عامي 2005 ، 2008

المقدمة

شهدت العقود الأخيرة بداية من انعقاد مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية عام 1994 اهتماما عالميا بقضية تنمية المرأة وتمكينها من أداء أدوارها بفعالية مثل الرجل ومشاركتها في إتخاذ القرار في مختلف نواحي الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية فالمشاركه والتمكين وجهان لعملة واحدة حيث ان مفهوم التمكين يشير الى كل ما من شأنه أن يطور مشاركة المرأة وينمى مصدر قدرتها ووعيها ومعرفتها.

وتلعب المرأة المصرية دوراً محورياً في حياة مجتمعها حيث تمثل نصف الموارد البشرية فيه وتسهم في تنشئة وبناء نصفه الآخر، لذلك تزايد اهتمام المجتمع بقضايا المرأة المصرية إيماناً بتكامل دور المرأة مع دور الرجل ، فالمرأة المصرية محور هام من محاور التنمية وشريك فعال في مسيرتها داخل مجتمعها وأسرتها ، وتتوقف قدرتها على المشاركة الإيجابية في حركة التنمية على ما تتمتع به من حقوق وحرريات، وما يتاح لها من فرص وإمكانيات تمكنها من القيام بدورها والإسهام الحر والواعي في بناء المجتمع.

أوضحت بعض الدراسات أن المرأة المصرية في الريف والحضر تساهم في إتخاذ القرارات الخاصة بأسرتها ، وان هذه المساهمة تتضح في بعض المجالات المختلفة كمشاركتها في القرارات الخاصة بالتصرف في الدخل، وتوزيع ميزانية الأسرة على بنود الإنفاق والادخار ومشاركتها في إتخاذ القرار الخاص باستخدام وسائل تنظيم الأسرة وأشارت الدراسات أيضاً أن قوة المرأة في إتخاذ القرار تتأثر بعوامل كثيرة مثل الحالة التعليمية والعمر والحالة العملية بالإضافة الى محل الإقامة وهذا ما سوف تحاول هذه الورقة إلقاء الضوء عليه.

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الى:

- 1- التعرف على دور المرأة في إتخاذ القرار عن كيفية التصرف في العائد الذي يحصل عليه الزوج والعائد الذي تحصل عليه الزوجة.
- 2- إلقاء الضوء على دور المرأة في إتخاذ القرار النهائي بشأن القرارات اليومية المتكررة مثل (الرعاية الصحية – المشتريات اليومية والكبيرة – زيارة الأسرة والأقارب).
- 3- معرفة مدى مشاركة المرأة في إتخاذ القرارات الخاصة بالصحة الإنجابية.

المنهجية :

استخدام أسلوب التحليل الوصفي والتوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً (15-49) سنة.

مصادر البيانات :

تعتمد الدراسة بصفة عامة علي بيانات المسح السكاني الصحي لعامي 2005 ، 2008

تنظيم الدراسة :

- أولاً: مساهمة المرأة في إتخاذ القرار في التصرف في العائد.
- ثانياً: مشاركة المرأة في إتخاذ القرارات اليومية.
- ثالثاً: دور المرأة في إتخاذ القرارات الخاصة بالصحة الإنجابية
- رابعاً : النتائج و التوصيات .

أولاً: مساهمة المرأة في اتخاذ القرار في التصرف في العائد :

1 – قرار التصرف في العائد الذي يحصل عليه الزوج :

يعبر تمكين المرأة من التصرف في العائد الذي يحصل عليه الزوج أو حتى مشاركتها للزوج في هذا الأمر عن أهمية دورها في الأسرة خاصة إذا كان العائد الذي يحصل عليه الزوج أكبر من عائدها أو حتى مساوى له.

يعرض جدول وشكل (1) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً وفقاً لصاحب القرار الاساسى فى كيفية التصرف فى العائد الذى يحصل عليه الزوج وبعض الخصائص الخلفية للسيدات لعامى 2005 , 2008 ومنه يتبين أن أعلى نسبة للسيدات المتصرفات فى عائد الزوج كانت للسيدات فى فئة العمر (40- 49 سنة) حيث أن حوالى 5٪ من السيدات ذكرن أن القرار يرجع الى الزوجة فى كيفية التصرف فى العائد الذى يحصل عليه الزوج بينما 27.0٪ ذكرن انه للزوج عام 2005 انخفضت النسبة الى 3.1٪ للسيدات اللاتي ذكرن أن القرار يرجع لهن مقابل 22,7٪ ذكرن أنه للزوج عام 2008. تليها السيدات فى فئة العمر من (35- 39 سنة) حيث ذكرت 4٪ منهن أن القرار للزوجة مقابل 26.6 ٪ ذكرن أنه للزوج عام 2008. وبالنسبة لمشاركة الاثنان معا فى اتخاذ القرار الخاص بالتصرف فى عائد الزوج فقد بلغت أعلى نسبة فى فئة العمر (40-44 سنة) حيث بلغت حوالى 69٪ عام 2005 ارتفعت الى 72٪ عام 2008.

كما توضح بيانات الجدول أيضا أن نسبة النساء فى الحضر اللاتي ذكرن أن القرار للزوجة فى التصرف للعائد الذى يحصل عليه الزوج أعلى منها فى الريف بالإضافة الى إنخفاض النسبة بين عامى 2005 ، 2008 حيث بلغت نسبتهم فى الحضر 4.3٪ عام 2005 مقابل 3.3٪ فى الريف وعلى العكس انخفضت إلى 2.2٪ عام 2008 مقابل حوالى 3٪ ، وأوضحت البيانات أيضا أن نسبة السيدات اللاتي ذكرن أن الزوج فى الريف له القرار الأعلى فى التصرف للعائد الذى يحصل عليه بلغت حوالى 31٪ عام 2005 انخفضت الي 23٪ عام 2008. ويسود نفس النمط بالنسبة لمشاركة الاثنان معا فى التصرف لعائد الزوج حيث بلغت النسبة حوالى 74٪ فى الحضر مقابل حوالى 60٪ فى الريف عام 2005 ارتفعت الى 75.3٪ فى الحضر مقابل 67.8٪ فى الريف عام 2008.

وبالنسبة للحالة التعليمية فقد أوضحت البيانات أن السيدات اللاتي لم يسبق لهن الذهاب الى المدرسة يمثلن أعلى نسبة من السيدات اللاتي ذكرن أن القرار فى التصرف لعائد الزوج يرجع للزوج بنسبة حوالى 35٪ عام 2005 مقابل 31.4٪ عام 2008 فى حين أن السيدات اللاتي ذكرن أن قرار التصرف لعائد الزوج يرجع لهن هن اللاتي لم يتمن المرحلة الابتدائية بنسبة 4.5٪ عام 2005 مقابل 3.5٪ عام 2008.

وبالنسبة لمشاركة الاثنان معا فى اتخاذ القرار فى كيفية التصرف فى العائد الذى يحصل عليه الزوج فقد لوحظ أن السيدات اللاتي أتممن المرحلة الثانوية فأعلى يمثلن أعلى نسبة بلغت 75.8٪ عام 2005 وارتفعت الى 80.4٪ عام 2008 . وبالنسبة للحالة العملية للسيدات فقد بلغت أعلى نسبة للسيدات اللاتي يحصلن على عائد نقدي وذكرن ان قرار التصرف فى عائد الزوج للثنتين معا 78.3٪ عام 2005 وارتفعت إلي 82٪ عام 2008 مقابل حوالى 64٪ من السيدات اللاتي لا تحصلن على عائد نقدي عام 2005 وارتفعت الى 69٪ عام 2008. وان حوالى 29٪ من السيدات اللاتي لا يحصلن على عائد نقدي ذكرن ان الزوج هو المتصرف فى العائد الذى يحصل عليه عام 2008 مقابل حوالى 15٪ يحصلن على عائد نقدي.

وبالنسبة لمؤشر الثروة فقد لوحظ من بيانات الجدول أن نسبة السيدات اللاتي ذكرن أن القرار فى كيفية التصرف فى عائد الزوج يعود للزوجة انخفضت عام 2008 عن عام 2005 فى جميع مستويات مؤشر الثروة.

وعلى العكس فقد مثلت السيدات فى المستوى الأعلى من مؤشر الثروة أعلى نسبة حيث ذكرت 79.2٪ منهن ان قرار التصرف فى العائد الخاص بالزوج يتم بالمشاركة معهن عام 2005 انخفضت الى 78.4٪ عام 2008 فى المقابل بلغت اقل نسبة للسيدات اللاتي يقعن فى أدنى مستوى من مؤشر الثروة 54.1٪ عام 2005 ارتفعت الى 58.5٪ عام 2008.

بينما وجد أن أعلى نسبة للسيدات اللاتي يقعن فى أدنى مستوى من مؤشر الثروة واللاتي ذكرن أن هذا القرار يعود للزوج بمفرده حيث بلغت 35.2٪ فى عام 2005 انخفضت الى 29.3٪ عام 2008 وفى المقابل نجد ان اقل نسبة للسيدات اللاتي ذكرن أن القرار فى التصرف فى عائد الزوج يعود للزوج بمفرده فى المستوى الأعلى لمؤشر الثروة بلغت 15.2٪ عام 2005 ارتفعت الى 18.1٪ عام 2008.

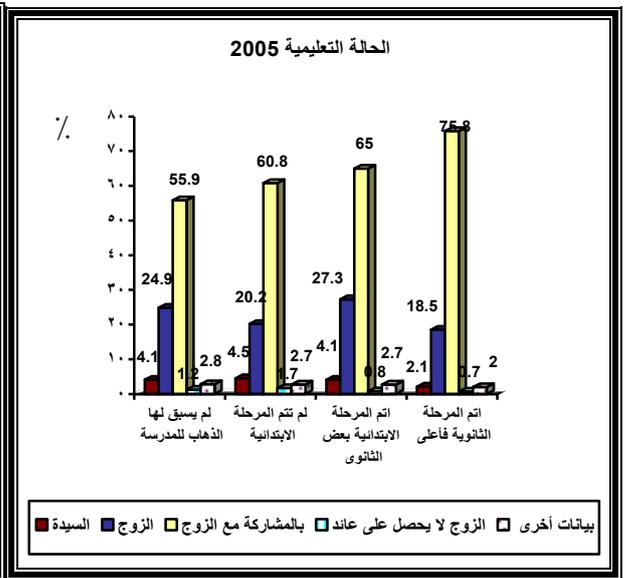
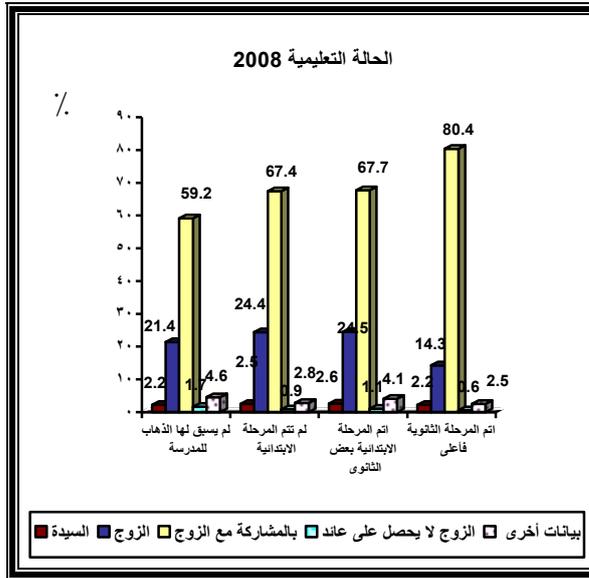
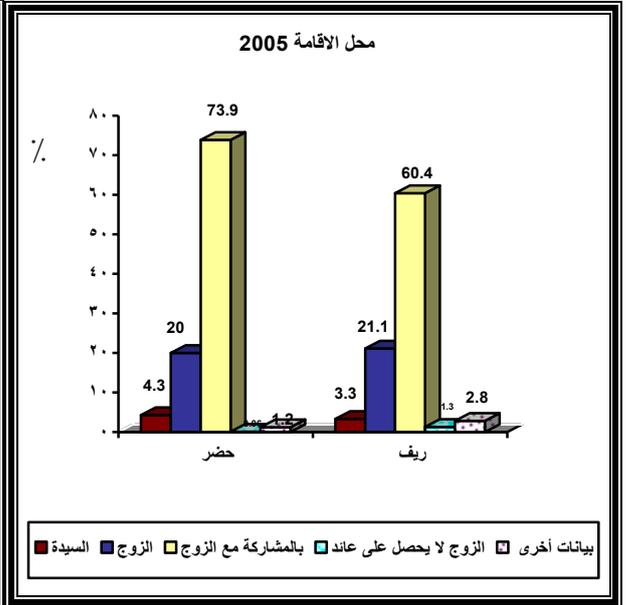
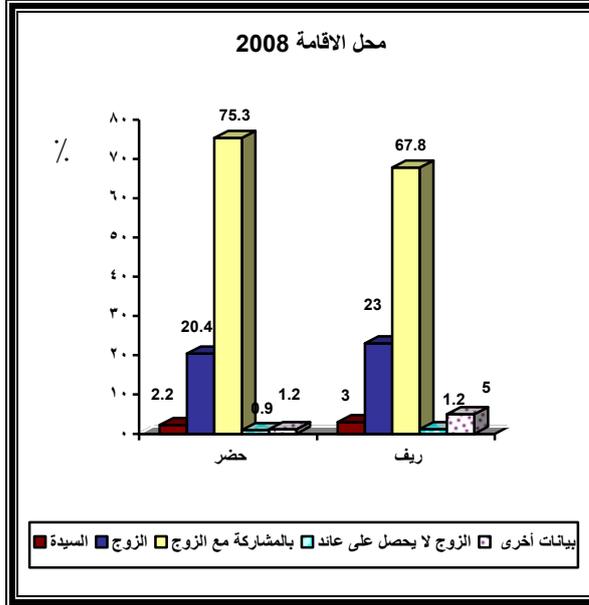
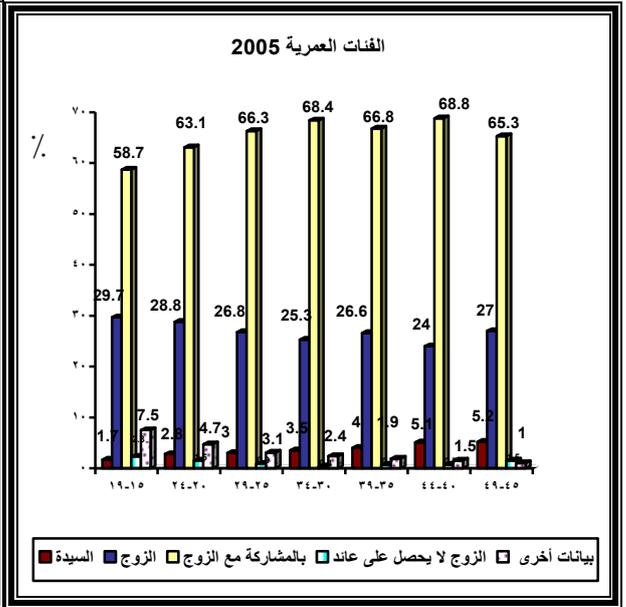
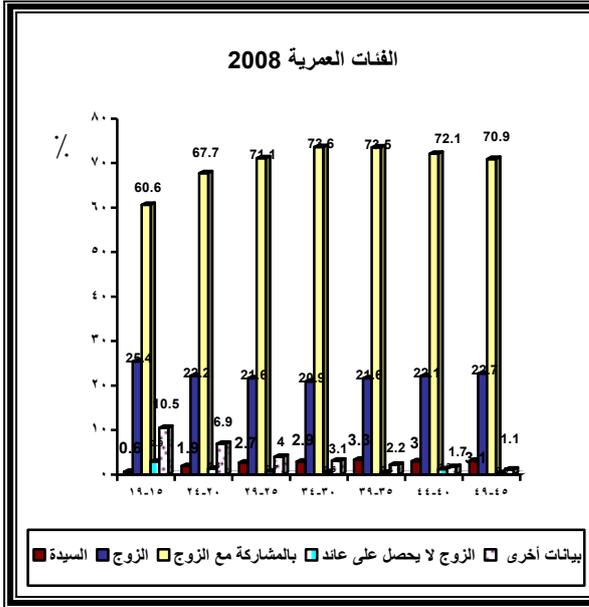
جدول رقم (1) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات وفقاً لصاحب القرار الاساسى فى كيفية التصرف فى العائد الذى يحصل عليه الزوج، والخصائص الخلفية لعامى 2005 ، 2008 ،

%

عدد السيدات المتزوجات حالياً		الاجمالى		اخرى/ بيانات مفقودة		الزوج لا يحصل على عائد		بالمشاركة مع الزوج		الزوج		السيدة		الخصائص الخلفية
2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	
		100.0												العمر
		.0												19.15
		100.0												24.20
		.0												29.25
605	792	100.0	100.0	10.5	7.5	2.9	2.3	60.6	58.7	25.4	29.7	0.6	1.7	34.30
2527	2.898	.0	100.0	6.9	4.7	1.3	1.5	67.7	62.1	22.2	28.8	1.9	2.8	39.35
3264	3.653	100.0	100.0	4.0	3.1	0.7	0.9	71.1	66.2	21.6	26.8	2.7	3.0	44.40
2551	3.077	.0	100.0	2.1	2.4	0.5	0.4	73.6	68.4	20.9	25.2	2.9	3.5	49.45
2406	3.010	100.0	100.0	2.2	1.9	0.4	0.7	72.5	66.8	21.6	26.6	3.3	4.0	
2188	2.525	.0	100.0	1.7	1.5	1.2	0.7	72.1	68.8	22.1	24.0	3.0	5.1	
1855	2.233	100.0	100.0	1.1	.1	.2	1.5	70.9	65.3	22.7	27.0	3.1	5.2	
		.0												الاقامة
		100.0												حضر
6316	7490	.0	100.0	1.2	1.2	0.9	0.6	75.3	73.9	20.4	20.0	2.2	4.3	ريف
9080	10697	100.0	100.0	5.0	3.8	1.2	1.3	67.8	60.4	23.0	31.1	3.0	3.3	
		.0												العالة التعليمية
		100.0												لم يسبق لها الذهاب للمدرسة
4758	6116	.0	100.0	4.6	3.8	1.7	1.2	59.2	55.9	31.4	34.9	3.3	4.1	لم تتم المرحلة الابتدائية
1259	2019	100.0	100.0	3.8	2.7	0.9	1.7	67.4	60.8	24.4	30.3	3.5	4.5	اتمت المرحلة الابتدائية / بعض الثانوى
2273	2564	.0	100.0	4.1	2.7	1.1	0.8	67.7	65.0	24.5	27.3	2.6	4.1	اتمت المرحلة الثانوية / فاعلى
7106	7488	100.0	100.0	2.5	2.0	0.6	0.7	80.4	75.8	14.3	18.5	2.2	3.1	

		.0 100 .0												
2182 13215	2920 15267	100 .0 100 .0	100.0 100.0	2.7 2.8	0.2 1.2	0.2 1.2	11.7 23.6	82.0 69.0	78.3 63.6	15.1 28.8	82.0 69.0	3.1 2.6	3.7 3.7	العالية العملية تحصل على عائد نقدي لا تحصل على عائد نقدي
2764 3014 3172 3268 3178	3266 3509 3675 3897 3840	100 .0 100 .0 100 .0 100 .0	100.0 100.0 100.0 100.0 100.0	7.0 5.7 3.0 1.5 0.9	5.0 4.3 3.1 1.2 0.6	1.8 1.1 1.0 0.9 0.4	1.7 1.4 1.1 0.6 0.3	58.5 64.0 73.5 77.9 78.4	54.1 57.8 62.6 73.3 79.2	29.3 26.1 19.9 17.5 18.1	35.2 33.3 29.5 21.7 15.2	3.4 3.1 2.6 2.2 2.2	4.0 3.1 3.7 3.2 4.7	مؤشر الشروة أدنى مستوى المستوي الثاني المستوي الأوسط المستوي الرابع المستوي الأعلى

شكل (1) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات وفقاً لصاحب القرار الاساسى فى كيفية التصرف فى العائد الذى يحصل عليه الزوج والخصائص الخلفية لعامى 2005 ، 2008



2- قرار التصرف في العائد الذي تحصل عليه الزوجة:

يتم تقييم دور المرأة في إتخاذ القرار داخل الأسرة من خلال مدى تصرفها بنفسها في العائد الذي تحصل عليه ومشاركتها مع الزوج في التصرف في هذا العائد خاصة إذا كان العائد الذي تحصل عليه كبير والمتصرف في عائد السيدة هو الزوج مما يعنى عدم تمكين المرأة داخل أسرتها.

يعرض جدول وشكل (2) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً ويعملن وفقاً لكيفية التصرف في العائد الذي تحصل عليه الزوجة وبعض الخصائص الخلفية لعامي 2005، 2008. ويتضح منه أن أعلى نسبة للسيدات في فئة العمر (49-45) سنة حيث ذكرت 28٪ منهن عام 2005 أن القرار في كيفية التصرف في العائد الذي تحصل عليه هو للزوجة مقابل 3.5٪ ذكراً أنه للزوج ، انخفضت هذه النسبة الى حوالي 26٪ للسيدات اللاتي ذكرن أن القرار في التصرف في العائد هو للزوجة مقابل 1.8٪ ذكراً أنه للزوج عام 2008 ، تليها فئة العمر (25-29) سنة حيث ذكرت حوالي 27٪ منهن أن القرار للزوجة مقابل 5٪ ذكراً أنه للزوج عام 2005 ، انخفضت الى 17.2٪ ذكراً أنه للزوجة مقابل 2٪ ذكراً أنه للزوج عام 2008. أما عن مشاركة الاثنان معا في إتخاذ القرار في كيفية التصرف في عائد الزوجة فقد بلغت أعلى نسبة للسيدات في فئة العمر (30-34) سنة حيث ذكرت 67.5٪ منهن أن القرار للزوجة عام 2005 بينما أعلى نسبة عام 2008 كانت في فئة السن (40-44 سنة) 76.5٪.

وتشير البيانات أيضاً إلى أن 26.7٪ من السيدات في الحضر ذكرن أن القرار للزوجة في التصرف في العائد الذي تحصل عليه مقابل 4.4٪ منهن ذكرن أنه للزوج عام 2005 مقارنة بنسبة 20.4٪ ذكراً أن القرار للزوجة مقابل 1.6٪ ذكراً أنه للزوج عام 2008، بينما بلغت نسبة السيدات اللاتي ذكرن أن إتخاذ القرار الخاص بكيفية التصرف في عائد الزوجة بمشاركة الاثنان معا في الريف 66.5٪ عام 2005 ارتفعت الى 72.2٪ عام 2008.

أما عن الحالة التعليمية للزوجة فقد ظهرت أعلى نسبة للسيدات اللاتي ذكرن أن القرار للزوجة في التصرف في العائد الذي تحصل عليه بنسبة حوالي 28٪ للسيدات اللاتي أتممن المرحلة الابتدائية مقابل 5.8٪ منهن ذكراً أنه للزوج عام 2005 انخفضت الى 16.5٪ ذكراً أنه للزوجة مقابل 8.2٪ ذكراً أنه للزوج عام 2008 . يليهم السيدات اللاتي لم يسبق لهن الذهاب الى المدرسة وذكرن أن القرار للزوج بنسبة 25.5٪ مقابل 10.7٪ ذكراً أنه للزوج عام 2005 انخفضت الى 18.3٪ للزوجة مقابل 6.7٪ للزوج عام 2008 ، اما السيدات اللاتي حصلن على تعليم ثانوى فأعلى فقد بلغت نسبة من ذكرن أن القرار للزوجة حوالي 25٪ مقابل حوالي 4٪ للزوج عام 2005 انخفضت الى 20.3٪ للزوجة مقابل 1.4٪ للزوج عام 2008.

وبالنسبة لمؤشر الثروة فقد أوضحت البيانات أن نسبة السيدات اللاتي ذكرن أن القرار للزوجة في التصرف في العائد الذي تحصل عليه انخفضت عام 2008 عن عام 2005 فيما عدا المستوى الأدنى للثروة فقد ارتفعت نسبتهم عام 2008 عن عام 2005 حيث بلغت 28٪ ، 26٪ على التوالي وعلى العكس نجد أن نسبة السيدات اللاتي ذكرن أن القرار يرجع للأثنين معاً ارتفع عام 2008 عن عام 2005 .

كما نجد أن أعلى نسبة كانت للسيدات في المستوى الرابع من مؤشر الثروة حيث بلغت 72٪ عام 2005 مقابل 75.2٪ عام 2008 في حين بلغت أقل نسبة من السيدات اللاتي يقعن في أدنى مستوى لمؤشر الثروة وذكرن أن القرار في التصرف في عائد الزوجة بمشاركة الاثنان معا حوالي 56٪ عام 2005 ارتفعت الى حوالي 62٪ عام 2008 بينما بلغت نسبة السيدات اللاتي

يقعن فى أدنى مستوى لمؤشر الثروة وذكرن أن القرار فى العائد الذى يحصلن عليه يرجع للزوج
10٪ عام 2005 انخفضت الى حوالى 7٪ عام 2008.

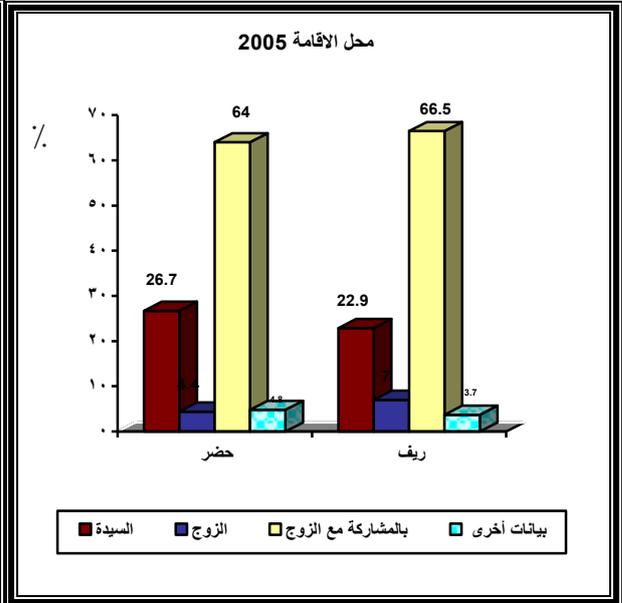
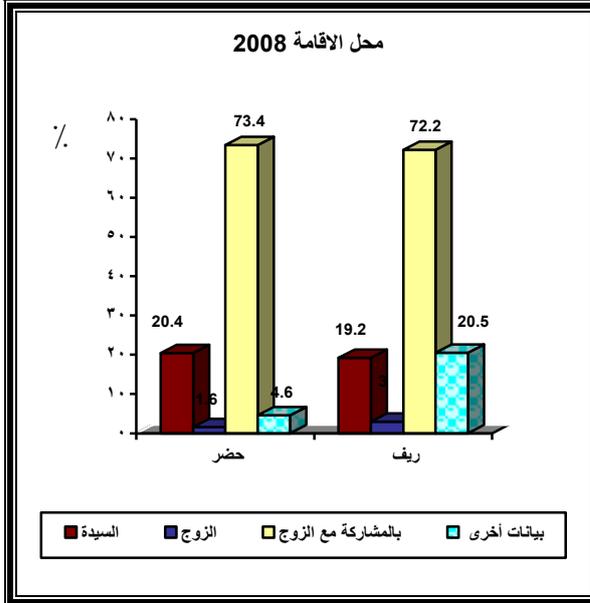
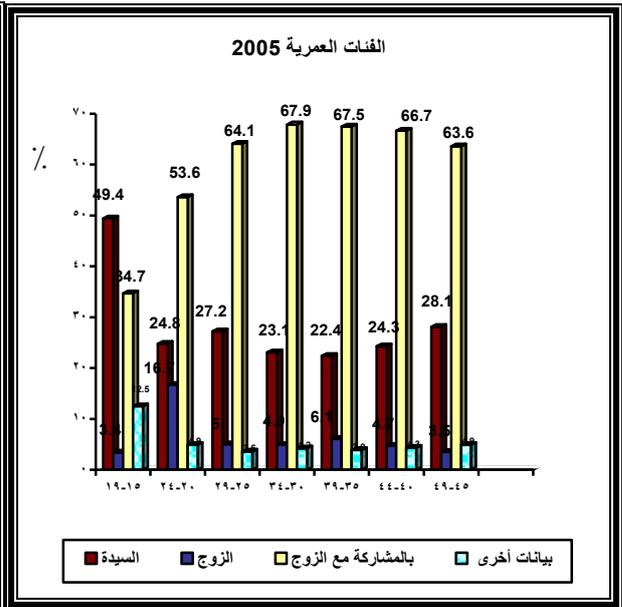
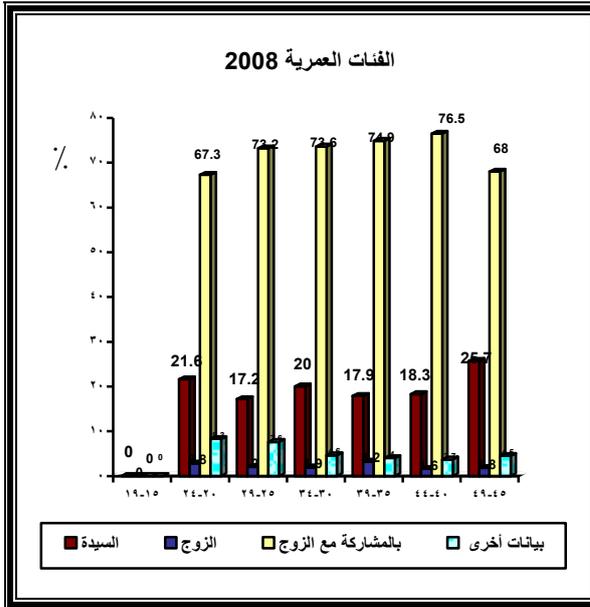
جدول رقم (2) التوزيع النسبى للسيدات المتزوجات حاليا ويعملن وفقا لكيفية التصرف فى
العائد الذى تحصل عليه السيدة والخصائص الخلفية لعامى 2005 ، 2008

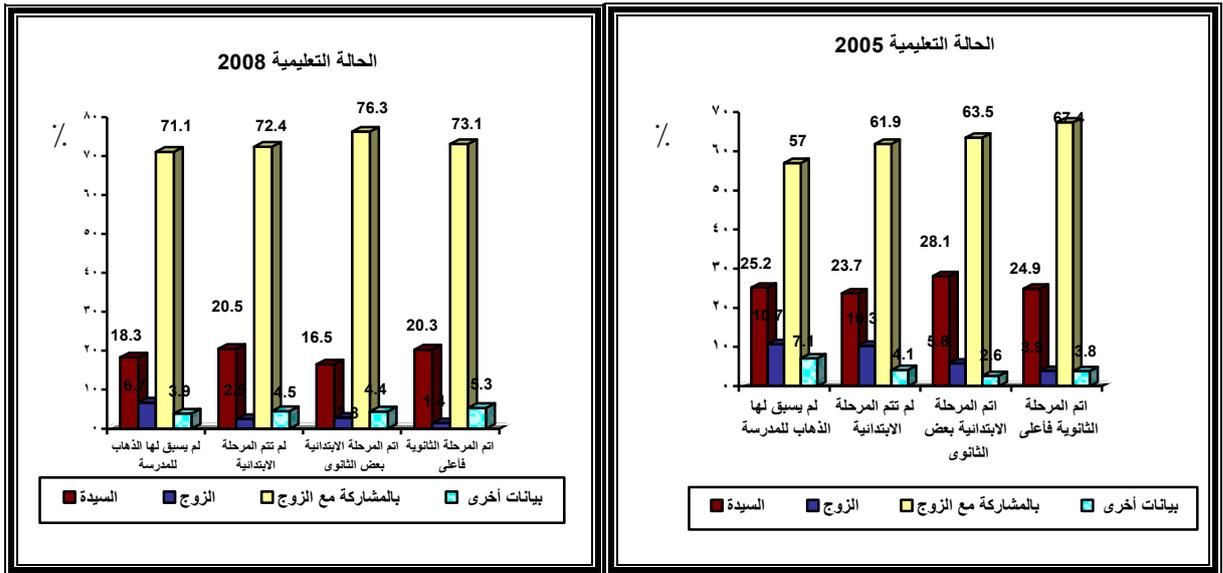
٪

عدد السيدات المتزوجات حاليا ويعملن		الاجمالى		بيانات مفقودة		المشاركة مع الزوج		الزوج		السيدة		الخصائص الخلفية
2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	
العمر												
9	26	100.0	100.0	-	12.5	-	34.7	-	3.4	-	49.4	19.15
118	176	100.0	100.0	8.3	4.9	67.3	53.6	2.8	16.7	21.6	24.8	24.20
386	451	100.0	100.0	7.6	3.6	73.2	64.1	2.0	5.0	17.2	27.2	29.25
384	574	100.0	100.0	4.6	4.2	73.6	67.9	1.9	4.9	20.0	23.1	34.30
426	601	100.0	100.0	4.0	3.9	74.9	67.5	3.2	6.1	17.9	22.4	39.35
471	666	100.0	100.0	3.7	4.3	76.5	66.7	1.6	4.7	18.3	24.3	44.40
430	522	100.0	100.0	4.5	4.9	68.0	63.6	1.8	3.5	25.7	28.1	49.45
الإقامة												
1282	1676	100.0	100.0	4.6	4.8	73.4	64.0	1.6	4.4	20.4	26.7	حضر
942	1339	100.0	100.0	20.5	3.7	72.2	66.5	3.0	7.0	19.2	22.9	ريف
الحالة التعليمية												
304	525	100.0	100.0	3.9	7.1	71.1	57.0	6.7	10.7	18.3	25.2	لم يسبق لها الذهاب
90	155	100.0	100.0	4.5	4.1	72.4	61.9	2.5	10.3	20.5	23.7	للمدرسة
102	142	100.0	100.0	4.4	2.6	76.3	63.5	2.8	5.8	16.5	28.1	لم تتم المرحلة الابتدائية
1728	2193	100.0	100.0	5.3	3.8	73.1	67.4	1.4	3.9	20.3	24.9	اتم المرحلة الابتدائية / بعض الثانوى اتم المرحلة الثانوية / فأعلى
مؤشر الثروة												
177	328	100.0	100.0	3.4	7.9	61.6	55.9	6.9	10.0	28.0	26.2	أدنى مستوى

224	312	100.0	100.0	6.3	8.5	74.0	63.8	3.8	6.4	15.9	21.3	المستوي الثاني
379	442	100.0	100.0	4.9	5.7	75.7	61.5	2.8	7.2	16.6	25.6	المستوي الأوسط
540	729	100.0	100.0	5.8	3.4	75.2	72.0	1.9	2.6	17.1	22.1	المستوي الرابع
904	1205	100.0	100.0	4.6	4.7	72.3	65.2	0.8	2.9	22.3	27.2	المستوي الأعلى

شكل (2) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً ويعملن وفقاً لكيفية التصرف في العائد الذي تحصلن عليه السيدة والخصائص الخلفية لعامي 2005، 2008





3 - نسبة السيدات المتزوجات ويعملن وفقا للعائد الذى يحصلن عليه بالنسبة لعائد الزوج:

يستعرض جدول وشكل (3) التوزيع النسبى للسيدات المتزوجات ويعملن وفقا للعائد الذى يحصلن عليه بالنسبة لعائد الزوج. ومنه يتبين انخفاض نسبة السيدات المتزوجات اللاتى يحصلن على عائد أقل من الزوج وفقا لفئات العمر بدءاً من الفئة العمرية (25-29 سنة) حتى (45-49 سنة) فى عام 2008 عن عام 2005. بينما ارتفعت نسبة السيدات المتزوجات فى الفئة العمرية (20-24 سنة) الى 60.3% عام 2008 مقارنة بـ 58.4% عام 2005. أما السيدات اللاتى يحصلن على عائد أعلى من الزوج فقد انخفضت نسبتهم فى جميع الفئات العمرية عام 2008 عن عام 2005، كما لوحظ ارتفاع نسبة السيدات المتزوجات حالياً اللاتى يحصلن على نفس عائد الزوج عام 2008 فى جميع الفئات العمرية عن عام 2005.

وبالنظر الى محل إقامة السيدات المتزوجات ويحصلن على عائد فأوضحت بيانات الجدول انخفاض نسبة السيدات اللاتى يحصلن على عائد أقل من عائد الزوج فى الحضر من 62% عام 2005 الى حوالى 55% عام 2008، وبالمثل انخفضت نسبة السيدات المتزوجات اللاتى يحصلن على عائد أعلى من الزوج والمقيمات فى الحضر من 8.8% عام 2005 الى 6.3% عام 2005 من اجمالى السيدات المتزوجات حالياً ويعملن.

اما بالنسبة للسيدات المتزوجات اللاتى يحصلن على نفس عائد الزوج فأظهرت بيانات الجدول ارتفاع نسبتهم عام 2008 فى الحضر والريف بنسبة 26%، 23% على التوالي عن عام 2005 حيث كانت 22.1%، 19.2% على التوالي

وتشير البيانات الى ارتفاع نسبة السيدات اللاتى يحصلن على عائد أقل أو على نفس عائد الزوج فى الحضر عن الريف فى كلا العامين إلا أنه لوحظ انخفاض نسبة السيدات اللاتى تحصلن على عائد أعلى من الزوج أو الزوج لا يحصل على عائد فى الحضر عن الريف فى كل من العامين.

إتضح من بيانات الجدول أن أكثر من نصف السيدات المتزوجات اللاتى أتممن المرحلة الثانوية فأعلى يحصلن على عائد أقل من الزوج فى كلا العامين ولكن انخفضت من 65.4% فى عام 2005 الى 56.3% عام 2008. وعلى العكس إرتفعت نسبة السيدات المتزوجات اللاتى

أتمن المرحلة الثانوية ويحصلن على نفس عائد الزوج من حوالى 22٪ عام 2005 الى 25.6٪ عام 2008.

ارتفعت نسبة السيدات المتزوجات اللاتي لم يسبق لهن الذهاب للمدرسة من بين السيدات اللاتي تحصلن على عائد أعلى من الزوج / الزوج لا يحصل على عائد حيث بلغت حوالى 15٪ فى عامى (2005 ، 2008) مقارنة بنسبة السيدات المتزوجات اللاتي أتمن المرحلة الثانوية فأعلى حيث بلغت 7.2٪ عام 2005 انخفضت الى 5.5٪ عام 2008، وبالمثل انخفضت نسبة السيدات المتزوجات وأتمن المرحلة الابتدائية / بعض الثانوى أكثر من النصف قليلا من 15.3٪ عام 2005 الى حوالى 7٪ عام 2008.

اما بالنسبة لمؤشر الثروة فقد أظهرت بيانات الجدول ارتفاع مؤشر الثروة عام 2008 عن عام 2005 فى جميع مستويات مؤشر الثروة لجميع السيدات سواء التى تحصل على عائد اقل أو تحصل على نفس العائد باستثناء اللاتي تحصلن على عائد أعلى فقد انخفضت نسبتهم فى عام 2008 عن عام 2005 وقد بلغت أعلى نسبة للسيدات التى تحصل على عائد اعلى من الزوج فى أدنى مستوى للثروة 13٪ عام 2005 ارتفعت الى حوالى 17٪ عام 2008.

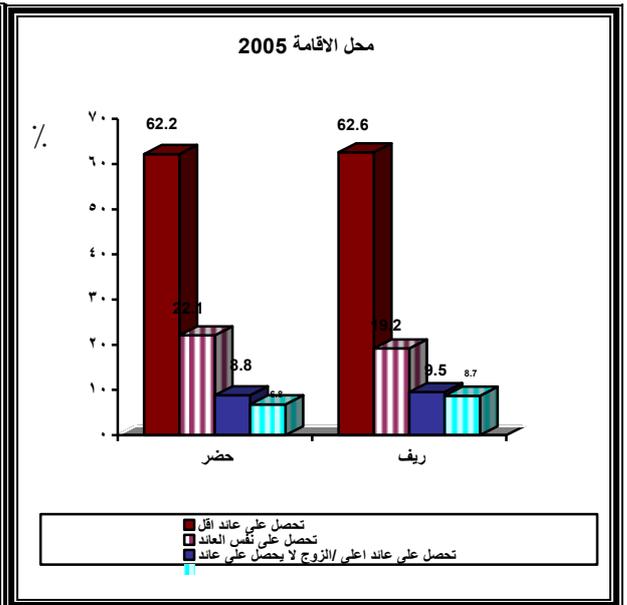
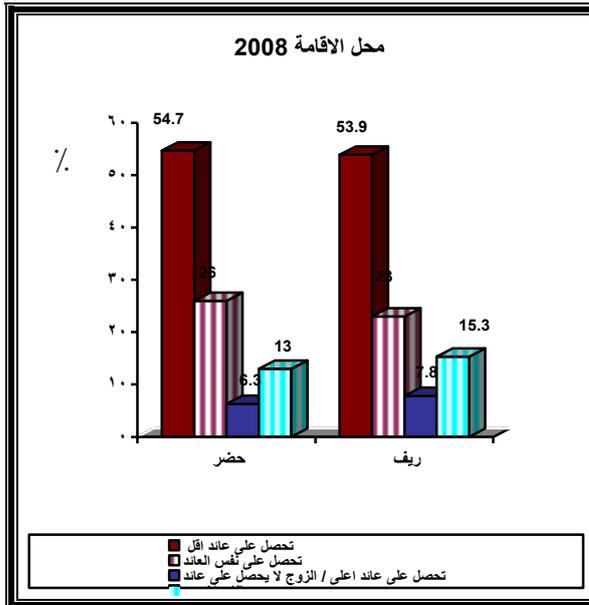
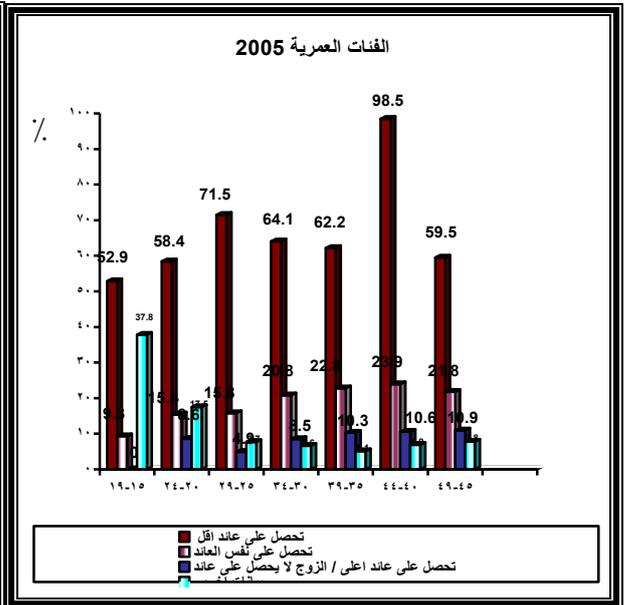
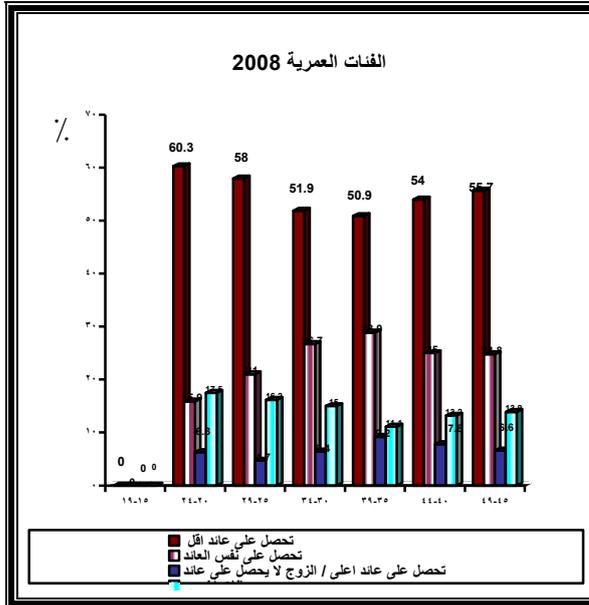
وقد اظهر الجدول إرتفاع نسبة السيدات فى المستوى الأعلى للثروة حيث ذكرت حوالى 23٪ منهن عام 2005 انهن يحصلن على نفس العائد ارتفعت الى حوالى 27٪ عام 2008 ، بينما سجلت السيدات اللاتي يقعن فى أدنى مستوى للثروة وذكرن انهن يحصلن على نفس العائد حوالى 16٪ عام 2005 ارتفعت الى 18.3٪ عام 2008، وفى المقابل نجد أن أقل نسبة فى أدنى مستوى للثروة للسيدات اللاتي ذكرن انهن يحصلن على عائد أقل بلغت حوالى 51٪ عام 2005 ارتفعت الى 54٪ عام 2008 أما السيدات اللاتي يقعن فى أعلى مستوى للثروة وذكرن انهن يحصلن على عائد أقل من الزوج فقد بلغت نسبتهم 65.4٪ عام 2005 انخفضت الى 60.3٪ عام 2008.

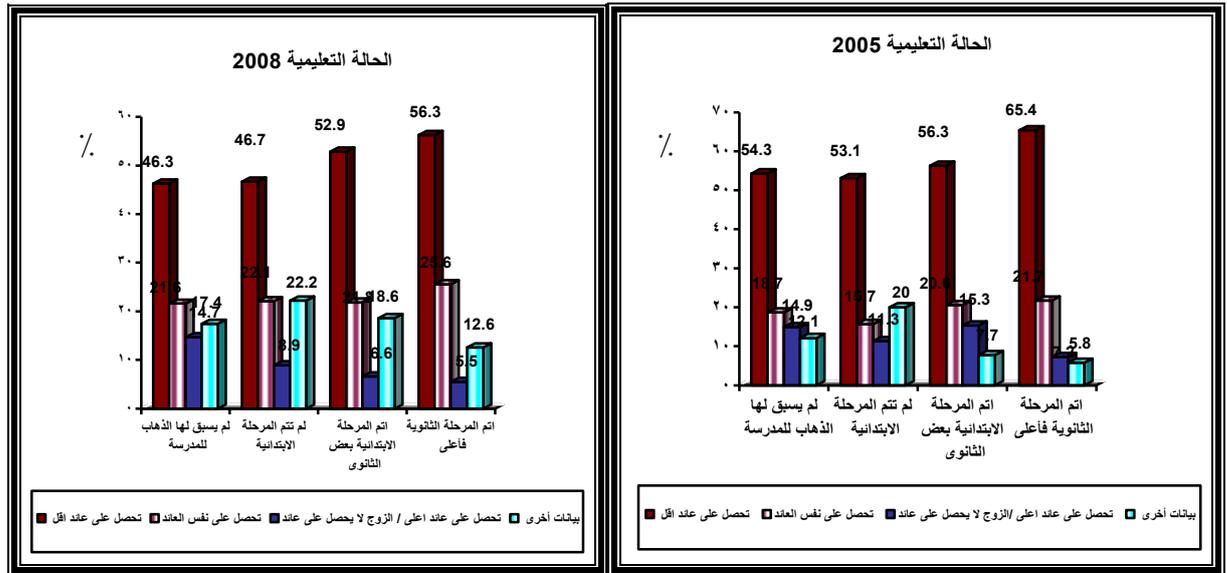
جدول رقم (3) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات ويعملن وفقا للعائد الذي يحصلن عليه
بالنسبة الى عائد الزوج والخصائص الخلفية في عامي 2005، 2008

%

عدد السيدات المتزوجات حاليا ويعملن		الاجمالي		لا تعرف / بيانات مفقودة		تحصل على عائد اعلى / الزوج لا يحصل على عائد		تحصل على نفس العائد		تحصل على عائد اقل		الخصائص الخلفية
2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	
9	26	100.0	100.0	-	37.8	-	-	-	9.3	-	52.9	العمر 19.15
118	176	100.0	100.0	17.5	17.5	6.3	8.6	15.9	15.4	60.3	58.4	24.20
386	451	100.0	100.0	16.2	7.7	4.7	4.9	21.0	15.8	58.0	71.5	29.25
384	574	100.0	100.0	15.0	6.6	6.4	8.5	26.7	20.8	51.9	64.1	34.30
426	601	100.0	100.0	11.1	5.1	9.2	10.3	28.9	22.8	50.9	62.2	39.35
471	666	100.0	100.0	13.2	6.9	7.8	10.6	25.0	23.9	54.0	98.5	44.40
430	522	100.0	100.0	12.9	7.8	6.6	10.9	24.8	21.8	55.7	59.5	49.45
1.282	1.676	100.0	100.0	13.0	6.8	6.3	8.8	26.0	22.1	54.7	62.2	الإقامة حضر
942	1.339	100.0	100.0	15.3	8.7	7.8	9.5	23.0	19.2	53.9	62.6	ريف
304	525	100.0	100.0	17.4	12.1	14.7	14.9	21.6	18.7	46.3	54.3	الحالة التعليمية لم يسبق لها الذهاب للمدرسة
90	155	100.0	100.0	22.2	20.0	8.9	11.3	22.1	15.7	46.7	53.1	لم تتم المرحلة الابتدائية
102	142	100.0	100.0	18.6	7.7	6.6	15.3	21.8	20.6	52.9	56.3	اتمت المرحلة الابتدائية / بعض
1728	2.193	100.0	100.0	12.6	5.8	5.5	7.2	25.6	21.7	56.3	65.4	الثانوي اتمت المرحلة الثانوية / فأعلى
177	278	100.0	100.0	14.6	16.7	13.0	16.1	18.3	15.7	54.1	51.4	مؤشر الثروة أدنى مستوى
224	290	100.0	100.0	19.6	12.2	9.8	9.0	23.0	20.7	47.6	58.1	المستوي الثاني
379	449	100.0	100.0	15.5	9.0	8.8	12.3	23.0	17.6	52.6	61.1	المستوي الأوسط
540	761	100.0	100.0	17.8	4.5	8.1	8.4	25.5	22.1	48.6	64.9	المستوي الرابع
904	1.238	100.0	100.0	9.4	5.4	3.6	6.6	26.7	22.6	60.3	65.4	المستوي الأعلى

شكل (3) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات ويعملن وفقا للعائد الذي يحصلن عليه بالنسبة
 ال، عائد الزوج والخصائص، الخلفية، عام، 2005، 2008





4- قرار التصرف في العائد الذي تحصل عليه الزوجة والزوج طبقا للعلاقة بين مقدار العائد لكل منهما :

يعرض جدول وشكل (4) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حاليا حسب الشخص الذى يقرر التصرف فى العائد الذى تحصل عليه الزوجة والزوج طبقا للعلاقة بين مقدار العائد الذى يحصل عليه كل منهما لعامى 2005، 2008.

يتضح من بيانات الجدول أن نسبة السيدات اللاتي يحصلن على عائد أعلى من عائد الزوج ويتخذن القرار فى كيفية التصرف فى العائد الذى تحصل عليه أعلى من نسبة الأزواج حيث بلغت 42.2% للزوجة مقابل 3.4% للأزواج عام 2005 انخفضت الى حوالى 35% للزوجات مقابل 2.2% للأزواج عام 2008 ، بينما ارتفعت نسبة مشاركة الاثنان معا فى التصرف فى العائد الذى تحصل عليه الزوجة من 53.6% عام 2005 الى 61.6% عام 2008 مما يعنى أن نسبة المشاركة فى اتخاذ القرار بين الزوج والزوجة تحسنت بشكل ملحوظ عام 2008 عن عام 2005 .

ويسود نفس النمط بالنسبة للسيدات اللاتي تحصلن على عائد أقل من الزوج واللاتي تحصلن على عائد مساو لعائد الزوج.

أما بالنسبة لكيفية التصرف فى العائد الذى يحصل عليه الزوج فقد بلغت نسبة السيدات اللاتي يحصلن على عائد أعلى من عائد الزوج ويتخذن القرار فى كيفية التصرف فى عائد الزوج 11.5% مقابل 17.1% للزوج عام 2005 ارتفعت الى 12.8% للزوجة مقابل 15.8% للزوج عام 2008 ، وبالنسبة للسيدات اللاتي يحصلن على عائد اقل من الزوج فقد انخفضت نسبة تصرفهن فى عائد الزوج من حوالى 2.8% للزوجة مقابل 18.1% للزوج عام 2005 لتصل الى 2.7% للزوجة مقابل 13.5% للزوج عام 2008. ويسود نفس النمط بالنسبة للسيدات اللاتي تحصلن على عائد أقل من الزوج واللاتي تحصلن على عائد مساو لعائد الزوج .

وفيما يتعلق بمشاركة الاثنان معا في التصرف في عائد الزوج فقد سجلت أعلى نسبة 89.1% ، في عام 2005 ارتفعت الى 90.1% في عام 2008 للسيدات اللاتي تحصلن على نفس العائد تليها الزوجات اللاتي تحصلن على عائد أقل بنسبة 78.7% عام 2005 إرتفعت الى 83.2% عام 2008 وبلغت نسبة اللاتي تحصلن على عائد أعلى حوالى 71% لكلا العامين.

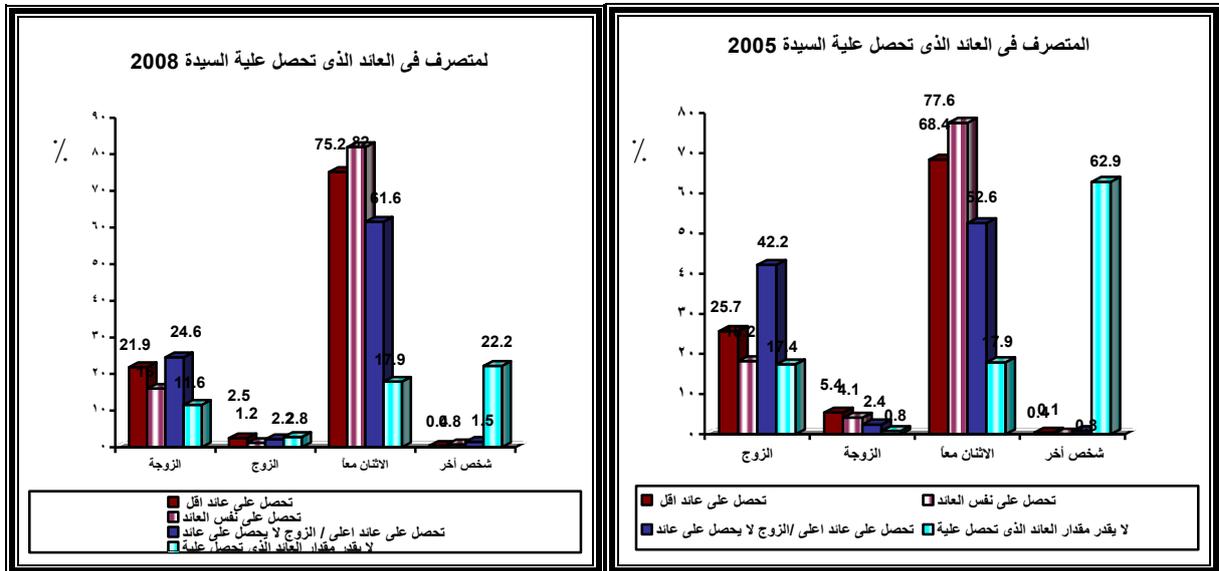
جدول رقم (4) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً حسب الشخص الذى يقرر التصرف فى العائد الذى تحصل عليه الزوجة والزوج فى عامى 2005 ، 2008

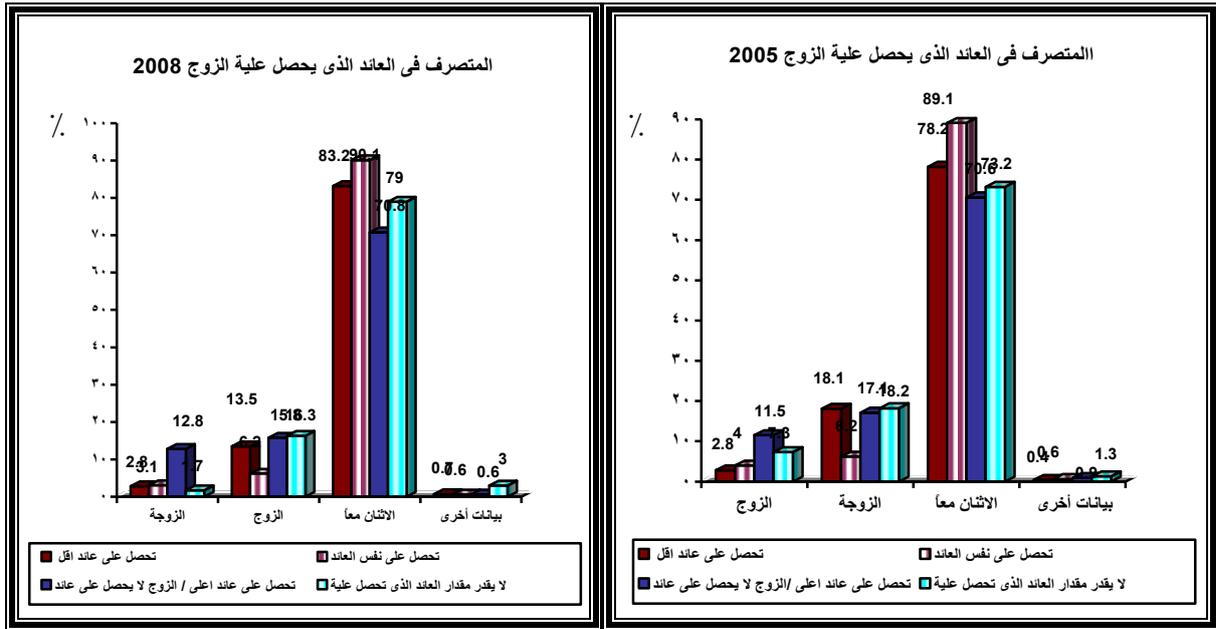
%

نسبة السيدات المتزوجات حالياً		لا يقدر مقدار العائد الذى تحصل عليه		تحصل على عائد اعلى / الزوج لا يحصل على عائد		تحصل على نفس العائد		تحصل على عائد اقل		المتصرف فى العائد
2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	
19.9	25.0	11.6	17.4	34.7	42.2	16.0	18.2	21.9	25.7	المتصرف فى العائد الذى تحصل عليه السيدة
2.2	4.6	2.8	0.8	2.2	3.4	1.2	4.1	2.5	5.4	الزوجة
72.9	65.1	53.5	17.9	61.6	53.6	82.0	77.6	75.2	68.4	الزوج
5.0	5.3	32.2	63.9	1.5	0.8	0.8	0.1	0.4	0.4	الاثنان معاً
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	شخص آخر
2224	3016	310	231	155	276	550	628	1210	1881	اجمالى النسبة عدد السيدات
2.7	3.8	1.7	7.3	12.8	11.5	3.1	4.0	2.8	2.8	المتصرف فى العائد الذى يحصل عليه الزوج
22.2	26.9	16.3	18.2	15.8	17.1	6.2	6.2	13.5	18.1	الزوجة
71.8	66.9	79.0	73.2	70.8	70.6	90.1	89.1	83.2	78.7	الزوج
3.2	2.4	3.0	1.3	0.6	0.9	0.6	0.6	0.7	0.4	الاثنان معاً
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	بيانات مفقودة

15192	17937	309	229	109	204	550	628	1208	1881	اجمالي النسبة عدد السيدات
-------	-------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------------------------------

شكل (4) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً حسب الشخص الذي يقرر التصرف في العائد الذي تحصل عليه الزوجة والزوج في عامي 2005 ، 2008





ثانياً: مشاركة المرأة في اتخاذ القرارات اليومية :

يقع على المرأة إعالة افراد الأسرة كما يقع عليها مسؤولية رئاسة الأسرة بما يعنى تنظيم أمورها واتخاذ جميع القرارات المتعلقة بمختلف شئون أسرتها اليومية من رعاية صحية ، ومشتريات يومية وزيارة الأسرة أو الأقارب.

1 – اتخاذ القرارات بشأن الرعاية الصحية والمشتريات الكبيرة واليومية:

يعرض جدول وشكل (5) نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار بمفردهن أو بالمشاركة مع الزوج وفقاً للخصائص الخلفية للسيدة لعامى 2005، 2008. أوضحت بيانات الجدول ارتفاع نسبة السيدات المتزوجات فى الفئات العمرية الأكبر سناً بدءاً من (30-34 سنة) حتى (44-40 سنة) اللاتي يتخذن القرار بشأن الرعاية الصحية لهن والمشتريات الكبيرة واليومية للأسرة ، زيارة الأسرة أو الأقارب ، ويظهر ذلك فى ارتفاع نسبة السيدات المتزوجات اللاتي يتخذن القرار بشأن رعايتهن الصحية فى فئتي العمر (40-44 سنة) ، (45-49 سنة) الى 89% عام 2008 لكل منهما مقابل 81.3% و 79.2% على التوالي فى عام 2005. تليها نسبة السيدات المتزوجات فى فئتي العمر (30-34 سنة) ، (35-39 سنة) ، بنسبة 88.6% ، 88% على التوالي عام 2008 مقارنة بالسيدات اللاتي يتخذن القرار بشأن الرعاية الصحية عام 2005 بنسبة 81.1% ، 80.9% لنفس الفئتين على التوالي .

أما بالنسبة للسيدات المتزوجات اللاتي يتخذن القرار بشأن شراء طلبات كبيرة للأسرة فقد ارتفعت نسبتهم السيدات فى الفئة العمرية (45-49 سنة) من حوالى 56٪ عام 2005 الى حوالى 59٪ عام 2008 بينما انخفضت نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار بالنسبة لشراء طلبات كبيرة للأسرة فى الفئة العمرية (20-24 سنة) من حوالى 50٪ عام 2005 الى 48.3٪ عام 2008 .

أما بالنسبة لاتخاذ القرار بشأن شراء طلبات الأسرة اليومية فقد لوحظ وجود علاقة طردية بين نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار بمفردهن أو بالمشاركة مع آخرين وبين عمر السيدة حيث ترتفع نسبتهم بارتفاع العمر مع ملاحظة انخفاض نسبتهم فى عام 2008 عن عام 2005 وفقا لفئات العمر وذلك بدءاً من الفئة العمرية (20-24 سنة) حتى (45-49 سنة) فى حين ارتفعت نسبتهم فى الفئة العمرية (15-19 سنة) من 56٪ عام 2005 الى 60.3٪ عام 2008 .

وبالنسبة لاتخاذ القرار فيما يتعلق بزيارة الأسرة أو الأقارب فهناك علاقة طردية بين نسبة السيدات فى اتخاذ القرار داخل الأسرة المعيشية وبين عمر السيدة فكلما زاد عمر السيدة زادت نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار بشأن زيارة الأسرة أو الأقارب عام 2008 مقارنة بعام 2005.

وتوضح بيانات الجدول ارتفاع نسبة السيدات المقيمات فى الحضر فى إتخاذ القرار أو المشاركة مع الزوج عن السيدات المقيمات فى الريف بصفة عامة مع ارتفاع نسبتهم عام 2008 عن عام 2005 بشأن القرار فى رعايتهن الصحية ، المشتريات الكبيرة للأسرة ، زيارة الأصدقاء أو الأقارب بينما إتخفضت نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار الخاص بالمشتريات اليومية للأسرة فى عام 2008 عن عام 2005 فى الحضر والريف حيث بلغت 83.7٪ ، 73.7٪ فى عام 2008 لكل منهما على التوالى بينما بلغت 86.9٪ فى الحضر ، 75.2٪ فى الريف عام 2005 .

بالنسبة لمشاركة السيدة فى اتخاذ القرارات حسب مستواها التعليمى أوضحت بيانات الجدول وجود علاقة طردية بين تعليم السيدة ومشاركتها فى اتخاذ القرارات فكلما ارتفع مستوى تعليم السيدة ارتفعت نسبة مشاركتها فى اتخاذ القرار داخل أسرتها . فقد أظهرت بيانات الجدول ارتفاع نسبة السيدات اللاتي أتممن المرحلة الثانوية /فأعلى فى اتخاذ القرار فى رعايتهن الصحية وزيارة الأسرة أو الأقارب عام 2008 حيث بلغت 92.5٪ ، 88.7٪ على التوالى مقارنة بعام 2005 حيث بلغت نسبتهم 85.1٪ و79.2٪ على التوالى . وعلى العكس بالنسبة لشراء الطلبات الكبيرة للأسرة وشراء طلبات الأسرة اليومية فقد انخفضت نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار بمفردهن أو بمشاركة الزوج واللاتي أتممن المرحلة الثانوية فأعلى فى عام 2008 عن عام 2005 حيث بلغت 63.3٪ ، 81.2٪ على التوالى عام 2008 مقارنة بعام 2005 حيث بلغت 64.2٪ ، 84.1٪ على التوالى.

ويلاحظ أن السيدات اللاتي لم يسبق لهن الذهاب الى المدرسة من أقل السيدات مشاركة في اتخاذ القرارات داخل الأسرة المعيشية ، وأظهرت بيانات الجدول ذلك بوضوح فيما يخص مشاركة السيدة في اتخاذ القرار بشأن المشتريات الكبيرة والمشتريات اليومية حيث انخفضت نسبتهم من 44.2 ٪ ، 74.8 ٪ علي التوالي عام 2005 الي 41.9 ٪ ، 72.9 ٪ علي التوالي عام 2008.

وتعكس بيانات الجدول ارتفاع نسبة السيدات المتزوجات اللاتي يحصلن على عائد نقدي من حيث اتخاذ القرار بشأن رعايتهن الصحية ، شراء الطلبات الكبيرة واليومية للأسرة وزيارة الأسرة أو الأقارب بصفة عامة مقابل السيدات التي لا يحصلن على عائد نقدي بالإضافة الى ارتفاع نسبتهم في عام 2008 مقارنة بعام 2005.

وبالنسبة لمؤشر الثروة فقد لوحظ من بيانات الجدول أن أعلى نسبة للسيدات اللاتي يقعن في أعلى مستوى لمؤشر الثروة وذكرن أن القرار لهن في شراء الطلبات اليومية بلغت 88.3 ٪ عام 2005 إنخفضت الي 84.7 ٪ عام 2008 يليهم اللاتي ذكرن أن القرار لهن بشأن رعايتهن الصحية حيث بلغت 87.9 ٪ عام 2005 ارتفعت الي 94.1 ٪ عام 2008 ثم اللاتي ذكرن ان القرار لهن في شراء طلبات الأسرة الكبيرة بنسبة 67.2 ٪ عام 2005 إنخفضت إلى 64.4 ٪ عام 2008 بينما وجد أن نسبة السيدات اللاتي يقعن في أدنى مستوى من مؤشر الثروة وذكرن أن القرار لهن في شراء الطلبات الكبيرة 42.4 ٪ عام 2005 إنخفضت حوالي 39 ٪ عام 2008 وبلغت نسبة من يتخذن القرار بشأن رعايتهن الصحية وشراء الطلبات اليومية ويقعن في أدنى مستوى للثروة حوالي 73 ٪ عام 2005 ارتفعت الي 77 ٪ عام 2008 للرعاية الصحية ، انخفضت الي حوالي 69 ٪ لشراء الطلبات اليومية يليهم من يتخذن القرار بشأن زيارة الأقارب بنسبة حوالي 66 ٪ عام 2005مقارنة بـ 70 ٪ عام 2008.

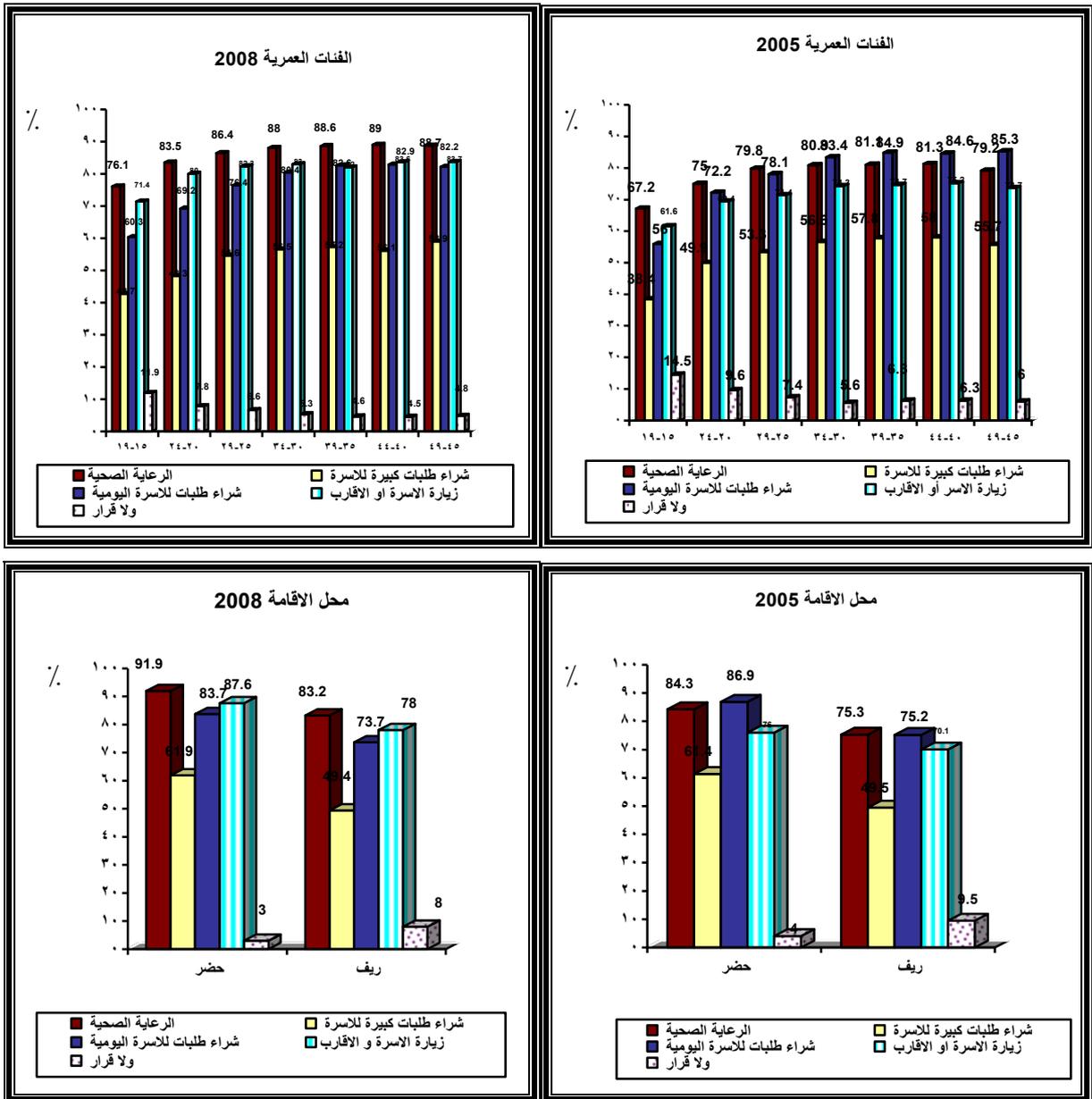
جدول رقم (5) نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار بشأن الطلبات اليومية 2008/2005

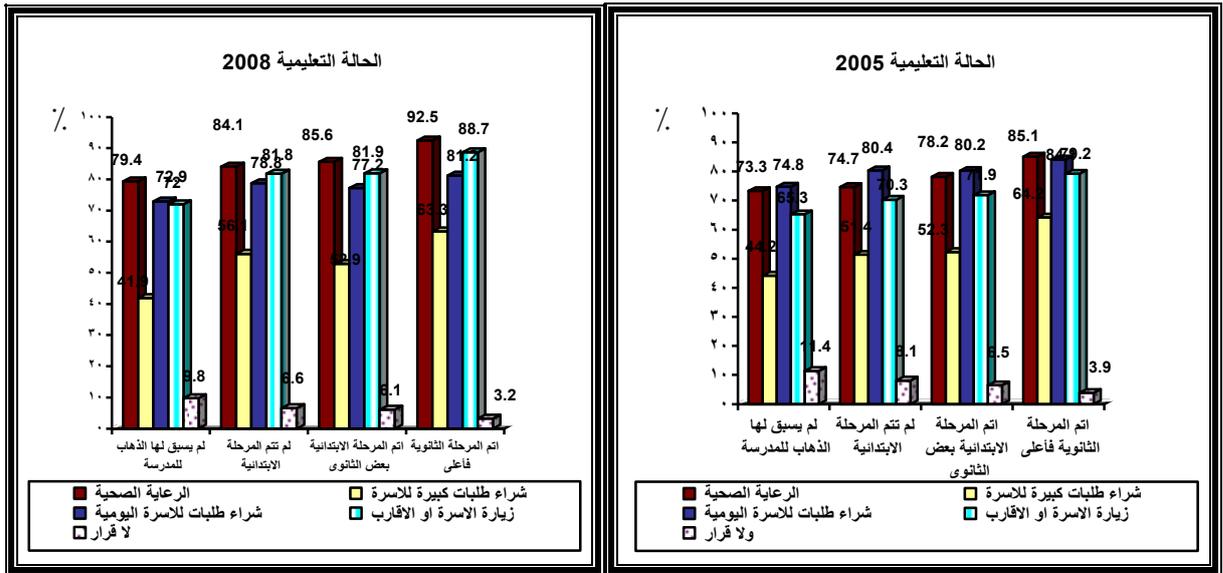
٪

نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار بمفردهن او المشاركة مع اخرين												الخصائص الخلفية
عدد السيدات		ولا قرار		زيارة الأسرة أو الأقارب		شراء طلبات للأسرة اليومية		شراء طلبات كبيرة للأسرة		الرعاية الصحية		
2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	

605	792	11.9	14.5	71.4	61.6	60.3	56.0	42.7	38.4	76.1	67.2	العمر 19.15
2527	2898	7.8	9.6	80.0	69.4	69.2	72.2	48.3	49.9	83.5	75.0	24.20
3264	3656	6.6	7.4	82.3	71.4	76.4	78.1	54.6	53.3	86.4	79.8	29.25
2551	3077	5.3	5.6	83.0	74.3	80.4	83.4	56.5	56.6	88.0	80.9	34.30
2406	3010	4.6	6.3	82.0	74.7	82.6	84.9	57.2	57.8	88.6	81.1	39.35
2188	2525	4.5	6.3	83.6	75.2	82.9	84.6	56.1	58.0	89.0	81.3	44.40
1855	2233	4.8	6.0	83.7	73.7	82.2	85.3	58.9	55.7	88.7	79.2	49.45
6316	7490	3.0	4.0	87.6	76.0	83.7	86.9	61.9	61.4	91.9	84.3	الإقامة حضر
9080	10697	8.0	9.5	78.0	70.1	73.7	75.2	49.4	49.5	83.2	75.3	ريف
4758	6116	9.8	11.4	72.0	65.3	72.9	74.8	41.9	44.2	79.4	73.3	الحالة التعليمية
1259	2019	6.6	8.1	81.8	70.3	78.8	80.4	56.1	51.4	84.1	74.7	لم يسبق لها
2273	2564	6.1	6.5	81.9	71.9	77.2	80.2	52.9	52.3	85.6	78.2	الذهاب للمدرسة
7106	7488	3.2	3.9	88.7	79.2	81.2	84.1	63.3	64.2	92.5	85.1	لم تتم المرحلة
												الابتدائية
												أتمت المرحلة
												الابتدائية / بعض
												الثانوى
												أتمت المرحلة
												الثانوية / فأعلى
2182	2920	1.6	2.8	91.9	82.5	88.7	89.1	69.5	69.3	94.4	87.2	الحالة العملية تعمل بعائد
13215	15267	6.7	8.1	80.3	70.6	76.0	78.3	52.1	51.5	85.5	77.5	نقدى
												لا تعمل بعائد
												نقدى
2764	3266	11.4	11.2	70.1	65.5	68.6	73.2	38.8	42.4	77.2	72.6	مؤشر الثروة أدنى مستوى
3014	3509	8.3	11.8	76.8	67.7	71.9	72.6	45.1	46.4	82.1	72.2	المستوى الثانى
3172	3675	5.8	8.0	81.8	72.5	78.3	78.1	57.0	52.9	87.1	77.2	المستوى الأوسط
3268	3897	3.5	4.3	86.9	74.8	84.0	86.1	64.7	60.3	91.7	83.5	المستوى الرابع
3178	3840	1.7	2.0	92.1	80.6	84.0	88.3	64.4	67.2	94.1	87.9	المستوى الأعلى

شكل (5) نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار بشأن الطلبات اليومية 2008/2005 لعامي 2008/2005





2 – مشاركة المرأة فى اتخاذ القرار وفقاً لنوع القرار:

يعرض جدول وشكل (6) التوزيع النسبى للسيدات المتزوجات وفقاً للشخص صاحب القرار النهائى ونوع القرار لعامى 2005 ، 2008 وقد اوضحت البيانات أن أعلى نسبة للسيدات المتزوجات فى اتخاذ القرار النهائى كانت بالمشاركة مع الزوج.

وكانت اغلب القرارات مشتركة فيما يتعلق بزيارة الأسرة أو الأقارب حيث ارتفعت نسبة السيدات المتزوجات حالياً بالمشاركة مع الزوج فى اتخاذ القرار النهائى بنسبة 72.6٪ عام 2008 مقارنة بـ 58.7٪ عام 2005 تليها اتخاذ القرار النهائى بشأن الرعاية الصحية حيث ارتفعت نسبة السيدات الى 61.2٪ عام 2008 مقارنة بعام 2005 حيث كانت 52.7٪.

بينما أوضحت البيانات ارتفاع نسبة الزوجات اللاتى يتخذن القرار النهائى داخل الأسرة بمفردهن بشأن شراء الطلبات اليومية للأسرة حيث بلغت 60.3٪ عام 2005 وانخفضت الى 43.9٪ عام 2008، وعلى العكس أظهرت البيانات أن الزوجة بمفردها تمثل اقل نسبة فى اتخاذ القرار النهائى بالنسبة لشراء الطلبات الكبيرة حيث بلغت 7.3٪ عام 2005 وانخفضت الى 4.7٪ عام 2008.

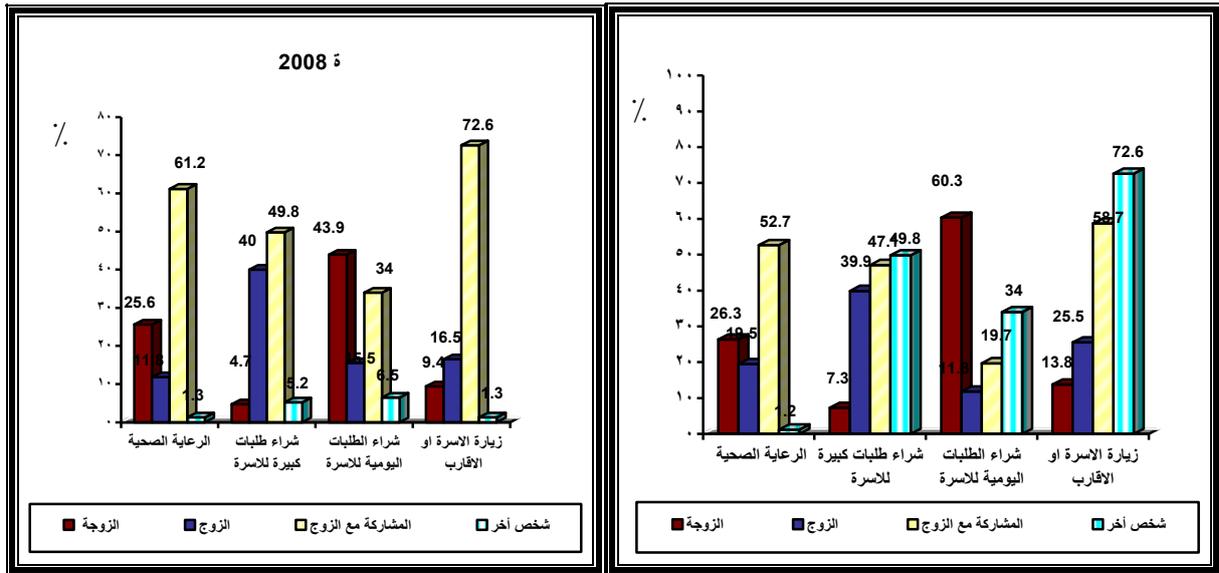
بينما أشارت اقل بقليل من نصف السيدات المتزوجات حالياً بنسبة 47.1٪ عام 2005 ارتفعت الى 49.8٪ عام 2008 إن اتخاذ قرار شراء الطلبات الكبيرة يكون بالمشاركة بين الزوج والزوجة .

جدول رقم (6) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً ويعملن وفقاً للشخص صاحب القرار
النهائي ونوع القرار لعامي 2005، 2008

%

شخص اخر		المشاركة مع الزوج		الزوج		الزوجة		نوع القرار
2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	
1.3	1.2	61.2	52.7	11.8	19.5	25.6	26.3	الرعاية الصحية
5.2	5.5	49.8	47.1	40.0	39.9	4.7	7.3	شراء طلبات كبيرة للأسرة
6.5	7.8	34.0	19.7	15.5	11.8	43.9	60.3	شراء الطلبات اليومية للأسرة
1.3	1.6	72.6	58.7	16.5	25.5	9.4	13.8	زيارة الأسرة أو الأقارب

شكل (6) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً ويعملن وفقاً للشخص صاحب القرار
النهائي نوع القرار لعامي 2005، 2008



ثالثا : دور المرأة في اتخاذ القرارات الخاصة بالصحة الإنجابية :

تشمل الصحة الإنجابية بمفهومها الواسع جميع الإجراءات التي تمكن الأزواج من أن يحيوا حياة زوجية صحية وأمنه وان تكون لديهم القدرة على إنجاب أطفال أصحاء، ولذلك تعتبر مؤشرات الصحة الإنجابية من أهم المؤشرات لقياس مدى استفادة النساء من البرامج التنموية حيث يتداخل في هذا المؤشر وضع المرأة الاقتصادي والتعليمي والاجتماعي والثقافي حيث لا يمكن فصل أوضاع المرأة الصحية عن وضعها العام في المجتمع واهتمامه بها من الناحية التعليمية ومن ناحية تمكينها من اتخاذ القرار وتوفير إمكانيات مادية فهي كلها عوامل تؤثر على الصحة الإنجابية للمرأة بالسلب أو بالإيجاب.

1 – اتخاذ القرار في تفضيلات الإنجاب :

تعتبر دراسة الرغبات الإنجابية في مجتمع ما ذات أهمية خاصة لتقدير عدد الأطفال المرغوب فيه وللتنبؤ بالإنجاب في المستقبل وهو أحد مؤشرات الصحة الإنجابية حيث يعبر عن تخطيط أسرى قائم على أساس الرغبة في الإنجاب والمشاركة في اتخاذ القرار بهذا الشأن مع الزوج.

يعرض جدول و شكل (7) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حاليا وفقا لتفضيلات الإنجاب للزوج وعدد الأطفال الأمثل للزوجة عامي 2005، 2008.

يتضح من بيانات الجدول أن 64.3% من السيدات المتزوجات يعتقدن إنهن يتفقدن مع أزواجهن على نفس عدد الأطفال الذي يريدهن عام 2005 انخفضت الى 62.6% عام 2008، و22% عام 2005 ارتفعت الى 22.7 عام 2008 يعتقدن إن أزواجهن يفضلون إنجاب عدد من الأطفال اكبر من العدد الذي تفضله السيدات .

بلغت نسبة السيدات اللاتي ذكرن أنهن يرغبن في إنجاب طفل واحد وأزواجهن يشاركن نفس الرغبة حوالي 48% عام 2005 ارتفعت الى حوالي 59% عام 2008، أما من ذكرن أن أزواجهن يرغبن في عدد اكبر من طفل واحد فقد بلغت نسبتهم حوالي 39% عام 2005 انخفضت الى حوالي 31% عام 2008.

بلغت نسبة السيدات اللاتي ذكرن أن أزواجهن يشاركن نفس الرغبة في عدد الأطفال الأمثل من (طفلين أو ثلاثة أطفال) حوالي 70% عام 2005 انخفضت الى حوالي 68% عام 2008 مقارنة بالسيدات اللاتي ذكرن أن أزواجهن يرغبوا اكثر من طفلين حيث بلغت نسبتهم حوالي 23% لكلا العامين ، بينما بلغت نسبة السيدات اللاتي ذكرن أن أزواجهن يرغبوا في أكثر من ثلاثة أطفال 18% عام 2005 ارتفعت الى حوالي 22% عام 2008.

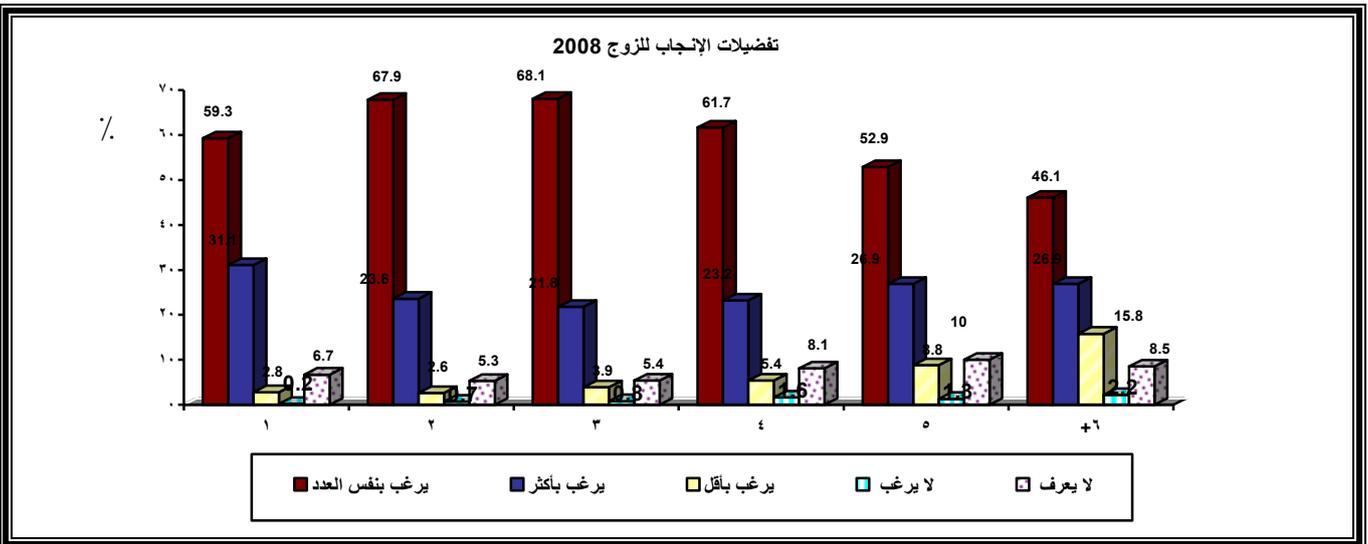
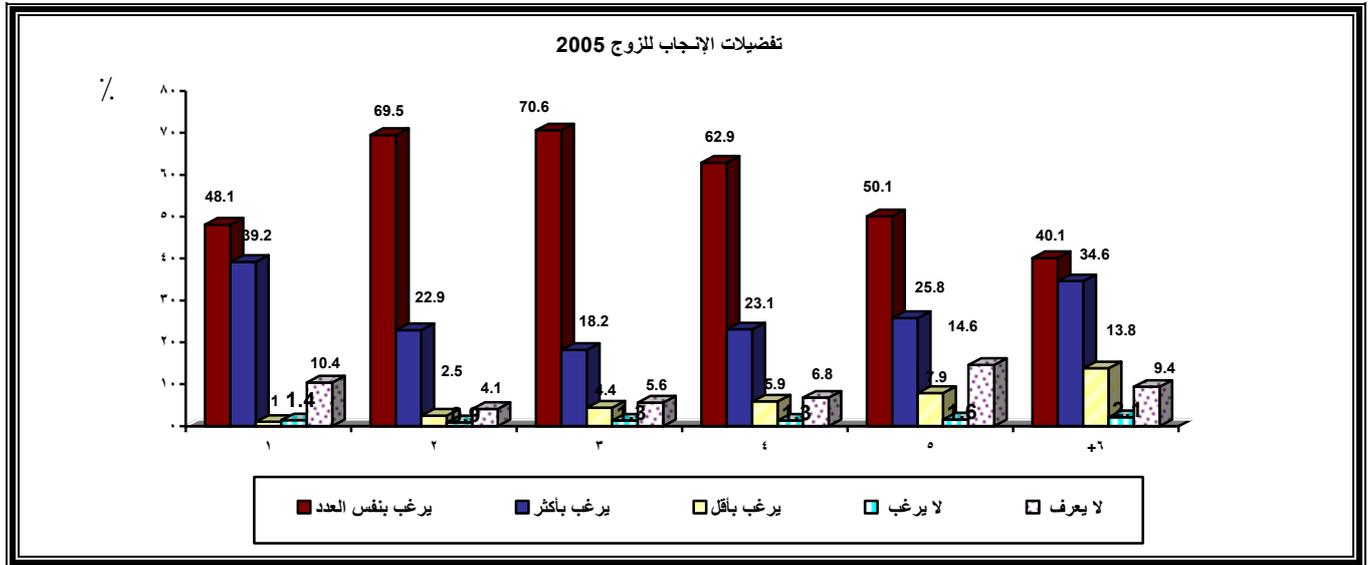
وقد تساوت نسبة السيدات اللاتي ذكرن أن أزواجهن يرغبن في (اقل من طفلين) ، (أقل من ثلاثة أطفال) وبلغت (3%) ، (4%) في عامي 2005 ، 2008 على التوالي.

جدول رقم (7) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً وفقاً لتفضيلات الإنجاب للزوج وعدد الأطفال الأمثل للزوجة عامي 2005 ، 2008

%

الاجمالي		+6		5		4		3		2		1		تفضيلات الإنجاب للزوج
2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	
62.6	64.3	46.1	40.1	52.9	50.1	61.7	62.9	68.1	70.6	67.9	69.5	59.3	48.1	يرغب بنفس العدد
22.7	22.0	26.9	34.6	26.9	25.8	23.2	23.1	21.8	18.2	23.6	22.9	31.1	39.2	يرغب باكثر
4.0	4.1	15.8	13.8	8.8	7.9	5.4	5.9	3.9	4.4	2.6	2.5	2.8	1.0	يرغب باقل
1.0	1.3	2.2	2.1	1.3	1.6	1.6	1.3	0.8	1.3	0.7	0.9	0.2	1.4	لا يرغب
9.7	8.5	8.5	9.4	10.0	14.6	8.1	6.8	5.4	5.6	5.3	4.1	6.7	10.4	لا يعرف
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	الاجمالي

شكل (7) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً وفقاً لتفضيلات الإنجاب للزوج
وعدد الأطفال الأمثل للزوجة عامي 2005، 2008



2. اتخاذ القرار الخاص باستخدام وسائل تنظيم الأسرة :

يظل دور المرأة في اتخاذ القرارات الخاصة بالأسرة محدوداً في بعض المجالات ، وهناك مجموعة من القرارات في اغلب الأحيان من اختصاص الرجل، ونظرياً يظل اتخاذ القرار في استخدام وسائل تنظيم الأسرة من اختصاص الزوجين معا بالتشاور فيما بينهما.

يعرض جدول وشكل (8) التوزيع النسبي للمستخدمات الحاليات وفقاً للشخص المسئول عن قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة وبعض الخصائص الخلفية عام 2008. (وهو ما توفرت بياناته حيث انه لا توجد بيانات لعام 2005).

باستقراء بيانات الجدول تبين أن الغالبية العظمى من المستخدمات الحاليات في جميع الفئات العمرية شاركن أزواجهن في اتخاذ القرار بالنسبة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة ومثلت أعلى نسبة للمشاركة في الفئة العمرية (25-29 سنة) حيث بلغت 87.7% بينما سجلت

أقل نسبة في الفئة العمرية (15-19 سنة) حيث بلغت 79.4%. وفي المقابل أوضحت البيانات أن أقل نسبة في اتخاذ القرار بالنسبة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة كانت للزوج بمفرده ولوحظ انخفاض النسبة بانخفاض الفئات العمرية حيث بلغت 3.3% للفئة العمرية (15-19 سنة) والتي تمثل أعلى نسبة ، بينما سجلت أقل نسبة في فئتي العمر (20-29 سنة) ، (45-49 سنة) وبلغت 1.9% ، 1.4% على التوالي.

أشارت بيانات الجدول الى أن غالبية السيدات المستخدمات المقيمات في الحضر شاركن في اتخاذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة مع الزوج بنسبة 86.5% مقارنة بنسبتهم في الريف حيث بلغت 84.8% ، وأشارت 2% فقط من المستخدمات حالياً أن الزوج هو الشخص المسئول عن اتخاذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة في الريف والحضر ، ولوحظ أن نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار في استخدام وسائل تنظيم الأسرة بمفردهن أعلى في الريف حيث بلغت 11.4% بينما كانت 8.3% في الحضر.

توضح بيانات الجدول أن نسبة السيدات الحاصلات على تعليم ثانوى فأعلى وقمن باتخاذ القرار بمشاركة الزوج في استخدام وسائل تنظيم الأسرة بلغت 88%.

أما السيدات اللاتي لم يتمكن المرحلة الابتدائية فقد مثلن أعلى نسبة بلغت 13.1% من بين السيدات التي يتخذن قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة بمفردهن ، ومثلت السيدات اللاتي أتمن المرحلة الثانوية فأعلى وذكرن أن الزوج هو المسئول عن اتخاذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة أقل نسبة حيث بلغت 1.7%.

بالنسبة لاتخاذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة طبقا لعمل المرأة تبين أن نسبة كبيرة من المستخدمات سواء اللاتي تعملن بعائد نقدي، أولا تعملن بعائد نقدي شاركن الزوج في إتخاذ القرار في استخدام وسائل تنظيم الأسرة حيث بلغت النسبة حوالي 86% لكل منهما . أما السيدات اللاتي تعملن بعائد نقدي ويقررن استخدام وسائل تنظيم الأسرة بمفردهن فقد شكلت نسبتهن 7.9% مقابل 10.5% للسيدات اللاتي لا تعملن بعائد نقدي ، بينما ذكرت نسبة ضئيلة من السيدات مثلت 1.8% أن زوج السيدة التي تعمل بعائد نقدي هو الذى يتخذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة مقابل 2.3% لزوج السيدة التي لا تعمل مقابل عائد نقدي.

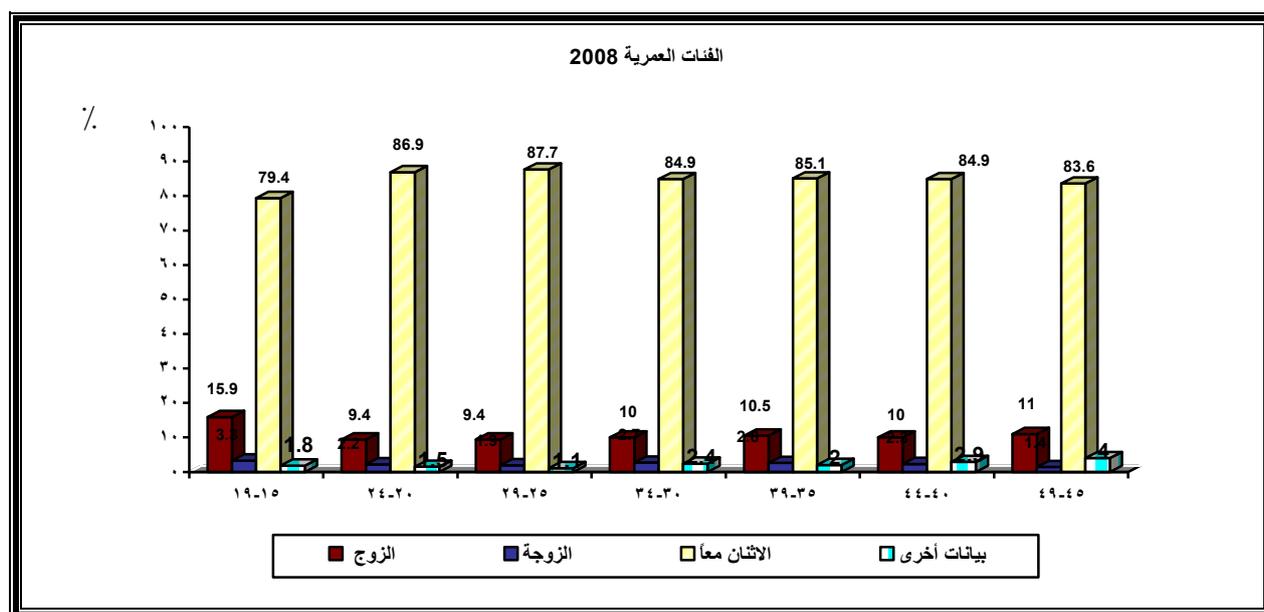
جدول رقم (8) التوزيع النسبي للمستخدمات الحاليات وفقاً للشخص المسئول عن قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة والخصائص الخلفية عام 2008

%

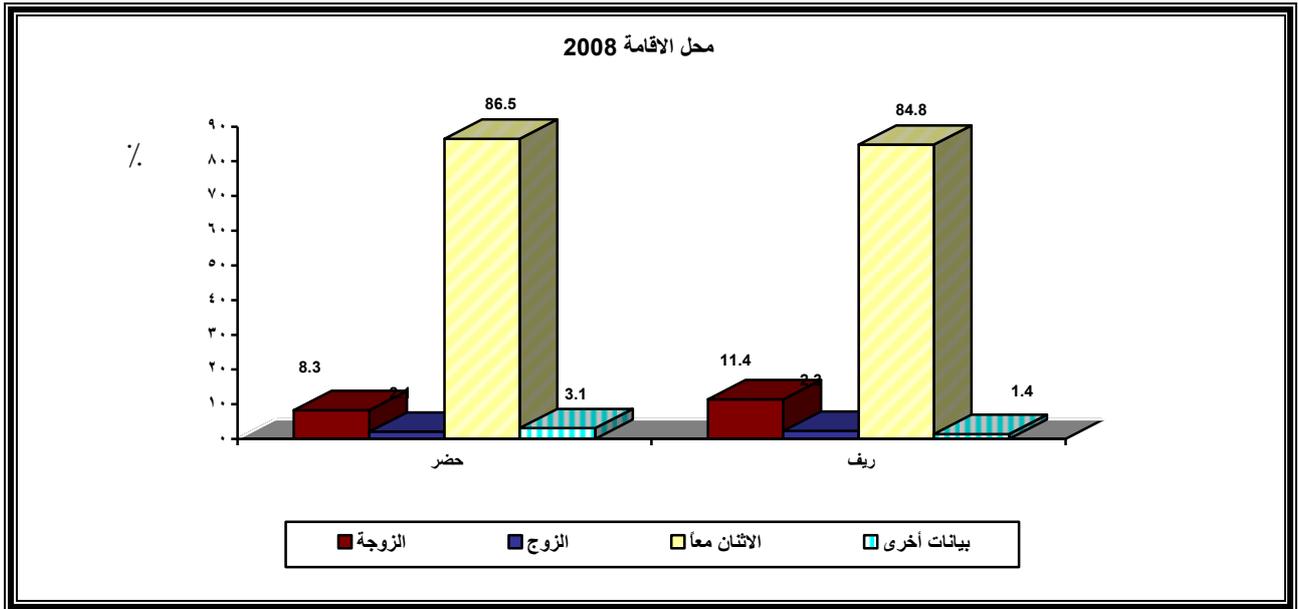
الخصائص الخلفية	الشخص المسئول عن قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة					
	الزوجة	الزوج	الاثنان معا	بيانات مفقودة	الاجمالى	عدد السيدات
العمر						
19.15	15.9	3.3	79.4	1.8	100.0	142
24.20	9.4	2.2	86.9	1.5	100.0	1128

1952	100.0	1.1	87.7	1.9	9.4	29.25
1723	100.0	2.4	84.9	2.7	10.0	34.30
1788	100.0	2.0	85.1	2.3	10.5	39.35
1587	100.0	2.9	84.9	2.3	10.0	44.40
962	100.0	4.0	83.6	1.4	11.0	49.45
الإقامة						
4059	100.0	3.1	86.5	2.1	8.3	حضر
5223	100.0	1.4	84.8	2.3	11.4	ريف
الحالة التعليمية						
2745	100.0	1.4	83.3	2.6	12.6	لم يسبق لها الذهاب للمدرسة
785	100.0	1.3	82.4	3.2	13.1	لم تتم المرحلة الابتدائية
1353	100.0	2.3	83.8	2.6	11.2	انتمت المرحلة الابتدائية / بعض الثانوى
4399	100.0	2.7	88.0	1.7	7.6	انتمت المرحلة الثانوية / فأعلى
الحالة العملية						
1484	100.0	4.6	85.7	1.8	7.9	تعمل بعائد نقدى
7799	100.0	1.7	85.5	2.3	10.5	لا تعمل بعائد نقدى

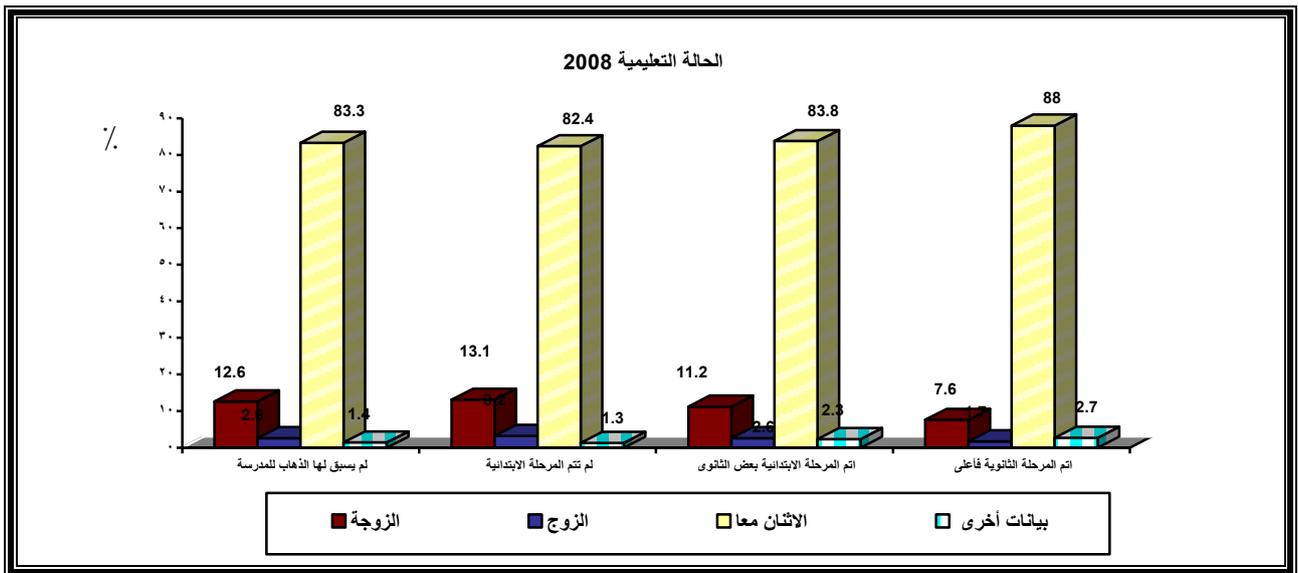
شكل (8) التوزيع النسبي للمستخدمات الحاليات وفقاً للشخص المسئول عن قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة والخصائص الخلفية عام 2008



تابع شكل (8)



تابع شكل (8)



رابعاً : النتائج والتوصيات :

النتائج:

أدت المشاركة الإيجابية للمرأة بكل أبعادها فى الحياة الى التأثير فى صنع القرار وتمكينها من أداء دورها فى المجتمع وداخل أسرتها. وتتلخص بيانات الدراسة فيما يلى:-

- 1- أعلى نسبة للسيدات المتصرفات فى عائد الزوج كانت للسيدات فى فئة العمر (49.45 سنة) حيث بلغت 2.7٪ عام 2005 ارتفعت الى 5.2٪ عام 2008.
- 2- ارتفاع نسبة السيدات فى الحضر اللاتى ذكرن أن القرار للزوجة فى التصرف فى العائد الذى يحصل عليه الزوج عن السيدات فى الريف حيث بلغت فى الحضر 4.3 عام 2005 انخفضت الى 2.2٪ عام 2008 مقابل 3٪ فى الريف لكلا العامين وعلى العكس أوضحت البيانات ان نسبة السيدات اللاتى ذكرن ان الزوج فى الريف له القرار الأعلى فى التصرف فى العائد الذى يحصل عليه بلغت حوالى 20٪ عام 2005 وارتفعت الى 23٪ عام 2008.
- 3- انخفضت نسبة السيدات اللاتى لم يسبق لهن الذهاب الى المدرسة وذكرن ان القرار فى التصرف فى عائد الزوج يرجع الى الزوج من حوالى 35٪ عام 2005 إلى 31.4٪ عام 2008 ، أما السيدات اللاتى أتممن المرحلة الثانوية فأعلى فمثلن اعلى نسبة لمشاركة الاثنان معا حيث بلغت 75.8٪ عام 2005 ارتفعت الى 80.4٪ عام 2008.
- 4- ارتفاع نسبة السيدات اللاتى يحصلن على عائد نقدى وذكرن ان التصرف فى عائد الزوج للاثنين معاً من 78.3٪ عام 2005 إلى 82٪ عام 2008.
- 5- مثلت السيدات فى المستوى الأعلى لمؤشر الثروة أعلى نسبة ذكرت أن قرار كيفية التصرف فى العائد الخاص بالزوج يتم بالمشاركة مع الزوجة حيث بلغت 79.2٪ فى عام 2005 انخفضت الى 78.4٪ عام 2008.
- 6- ذكرت اعلى نسبة للسيدات فى فئة العمر (49.45 سنة) بلغت 28٪ عام 2005 ان القرار للزوجة فى كيفية التصرف فى العائد الذى تحصل عليه الزوجة انخفضت الى حوالى 26٪ عام 2008.
- 7- ذكرت 26.7٪ من السيدات فى الحضر أن القرار للزوجة فى التصرف فى العائد الذى تحصل عليه عام 2005 مقارنة 20.4٪ عام 2008 مقابل 66.5٪ من السيدات ذكرن ان القرار فى التصرف فى العائد كان بالمشاركة مع الزوج عام 2005 ارتفعت الى 72.2٪ عام 2008.
- 8- ذكرت أعلى نسبة من السيدات اللاتى اتتمن المرحلة الابتدائية حوالى 28٪ أن القرار للزوجة فى التصرف فى العائد الذى تحصل عليه عام 2005 مقابل 16.5٪ عام 2008.
- 9- مثلت السيدات فى المستوى الرابع من مؤشر الثروة أعلى نسبة فى مشاركتهن مع الزوج فى التصرف فى عائد الزوجة حيث بلغت 72٪ عام 2005 ارتفعت الى 75.2٪ عام 2008.

- 10- انخفاض نسبة السيدات المتزوجات اللاتي يحصلن على عائد أقل من الزوج بدءاً من الفئة العمرية (29-25 سنة) حتى (49-45 سنة) عام 2008 عام 2005.
- 11- انخفاض نسبة السيدات المتزوجات ويحصلن على عائد أقل من عائد الزوج فى الحضر من 62٪ عام 2005 الى حوالى 55٪ عام 2008 ، ولوحظ ارتفاع نسبة السيدات اللاتي تحصلن على عائد أعلى من الزوج فى الريف عن الحضر فى كلا العامين.
- 12- ارتفاع مؤشر الثروة عام 2008 عن عام 2005 فى جميع مستويات الثروة لجميع السيدات سواء التى تحصل على عائد أقل أو تحصل على نفس العائد باستثناء التى تحصل على عائد أعلى فقد انخفضت نسبتها فى عام 2005.
- 13- ارتفاع نسبة السيدات اللاتي يحصلن على عائد أعلى من عائد الزوج ويتخذن القرار فى كيفية التصرف فى العائد الذى تحصل عليه عن نسبة الأزواج حيث بلغت 42.2٪ مقابل 3.4 ٪ على التوالى عام 2005 انخفضت الى حوالى 35٪ للسيدات مقابل 2.2 ٪ للأزواج عام 2008 ، بينما ارتفعت نسبة مشاركة الاثنان معا فى التصرف فى العائد الذى تحصل عليه الزوجة من 53.6٪ عام 2005 الى 61.6٪ عام 2008 وهذا يعنى تحسن ملحوظ فى المشاركة فى اتخاذ القرار بين الاثنان عام 2008 عن عام 2005.
- 14- ارتفعت نسبة السيدات اللاتي يحصلن على عائد أعلى من عائد الزوج ويتخذن القرار فى كيفية التصرف فى عائد الزوج من 11.5٪ عام 2005 الى 12.8٪ عام 2008.
- 15- انخفضت نسبة السيدات اللاتي يحصلن على عائد أقل من الزوج ويتصرفن فى عائد الزوج ، واللاتي تحصلن على عائد مساو لعائد الزوج عام 2005 عن عام 2008.
- 16- سجلت اعلى نسبة للسيدات اللاتي تحصلن على نفس العائد ويتخذن القرار فى التصرف فى عائد الزوج حيث ارتفعت من 89٪ عام 2005 الى 90٪ عام 2008.
- 17- ارتفاع نسبة السيدات المتزوجات فى الفئات العمرية الأكبر سناً بدءاً من (30-34 سنة) حتى (40-44 سنة) اللاتي يتخذن القرار بشأن الرعاية الصحية لهن والمشتريات الكبيرة واليومية للأسرة ، زيارة الأسرة والأقارب.
- 18- ارتفاع نسبة السيدات المتزوجات اللاتي يتخذن القرار بشأن رعايتهن الصحية فى الفئتين العمريتين (40-44 سنة) ، (45-49 سنة) حيث بلغت 89٪ لكل منهما عام 2008 مقابل 81.3٪ ، 79.2٪ على التوالى عام 2005.
- 19- ارتفعت نسبة السيدات المتزوجات اللاتي يتخذن القرار بشأن طلبات كبيرة للأسرة فى الفئة العمرية (45-49 سنة) من حوالى 56٪ عام 2005 الى 59٪ عام 2008.
- 20- وجود علاقة طردية بين نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار بمفردهن أو بالمشاركة مع آخرين بشأن شراء طلبات الأسرة اليومية وبين عمرهن حيث ارتفعت نسبتها بارتفاع العمر مع انخفاض نسبتها عام 2008 عن عام 2005.
- 21- وجود علاقة طردية بين نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار فيما يتعلق بزيارة الأسرة أو الأقارب وعمر السيدة فكلما زاد عمر السيدة زادت نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار بشأن زيارة الأسرة أو الأقارب فى عام 2008 مقارنة بعام 2005.

22. ارتفعت نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار بمفردهن أو بالمشاركة مع الزوج المقيمت في الحضر عن السيدات المقيمت في الريف بصفة عامة مع ارتفاع نسبتهن عام 2008 عن عام 2005 بشأن القرار في رعايتهن الصحية ، المشتريات الكبيرة للأسرة زيارة الأصدقاء أو الأقارب بينما انخفضت نسبة السيدات اللاتي يتخذن القرار الخاص بالمشتريات اليومية للأسرة في عام 2008 عن عام 2005 في الحضر والريف.
23. وجود علاقة طردية بين تعليم السيدة ومشاركتها في اتخاذ القرارات فكلما ارتفع مستوى تعليم السيدة ارتفعت نسبة مشاركتها في اتخاذ القرار داخل أسرتها.
24. ارتفاع نسبة السيدات المتزوجات اللاتي يحصلن على عائد نقدي من حيث اتخاذ القرار مقابل السيدات التي لا يحصلن على عائد نقدي عام 2008 عن عام 2005.
25. ذكرت 70% من السيدات المتزوجات أن أزواجهن يشاركن نفس الرغبة في عدد الأطفال الأمثل (طفلين أو ثلاثة أطفال) عام 2005 انخفضت نسبتهن الى حوالي 68% عام 2008.
26. أعلى نسبة مشاركة بين الزوجين في قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة كانت في الفئة العمرية (25-29 سنة) حيث بلغت 87.7%، بينما سجلت اقل نسبة في الفئة العمرية (15-19 سنة) حيث بلغت 79.4% عام 2008. كما أشارت النتائج الى أن غالبية السيدات المستخدمات المقيمت في الحضر شاركن في اتخاذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة مع الزوج بنسبة 86.5% مقارنة بنسبتهن في الريف حيث بلغت 84.8% في نفس العام.
27. بلغت نسبة السيدات الحاصلات على تعليم ثانوى فأعلى وشاركن أزواجهن في اتخاذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة 88% ، أما اللاتي لم يتمكن المرحلة الابتدائية فقد مثلن نسبة 13% من بين السيدات اللاتي يتخذن قرار الاستخدام بمفردهن . وتبين أن نسبة كبيرة من المستخدمات سواء اللاتي تعملن بعائد نقدي أو لا تعملن بعائد نقدي يشاركن أزواجهن قرار الاستخدام بلغت 86% لكل منهما . أما نسبة من قررن الاستخدام بمفردهن ويعملن بعائد نقدي بلغت حوالي 8% مقابل 10.5% للسيدات اللاتي لا تعملن بعائد نقدي في عام 2008.

التوصيات :

- 1- زيادة توعية المرأة بحقوقها وضرورة مشاركتها في اتخاذ القرارات الخاصة بأسرتها والمجتمع عن طريق وسائل الإعلام المختلفة والمنظمات غير الحكومية.
- 2- تشجيع تعليم السيدات خاصة في الريف لكي تساهم في اتخاذ القرارات الخاصة بأسرتها وتوعيتها عن طريق الرائدات الريفيات.
- 3- الاهتمام بمشاركة المرأة في سوق العمل لأنه محور من محاور تنمية المرأة لمساعدتها في المساهمة في اتخاذ القرارات اليومية ، الرعاية الصحية ، تنظيم الأسرة من خلال فتح أسواق جديدة للمرأة للعمل بها.

4- زيادة برامج التوعية بأهمية تنظيم الأسرة وخاصة للأزواج وذلك عن طريق مختلف وسائل الإعلام ، وعقد ندوات لزيادة التوعية بمميزات الأسرة صغيرة الحجم .

Summary

Women and decision-making in the household

Introduction:

This study has attempted to shed light on women participation in decision-making concerning their families, and this contribution is reflected in some different areas such as participation in decisions concerning the disposition of income distribution, household budget and their participation in decision-making on the use of family planning methods.

Studies strength that women in decision-making are affected by many factors such as education, age and place of residence.

Objectives:

The study aims to:

- 1- Analyze the role of women in decision-making in the spending there earning and these hub one.
- 2- Highlight the role of women in the final decision on the daily resolutions (daily purchases / health care / visit family and relatives).
- 3- Determine how women's participation in decision-making about reproductive health.

The main finding:

- 1- More than one quarter (27%) of women in age group (40-49) stated that their husbands has the decision in the way of spending his earning compared to only (5%) to the wife in 2005 reduced in 2008 to (22.7%) for husband and (3.1%) for wife.
- 2- Percentage of women who stated that decision in how to spend earning is return to the wife decreased in rural compared to urban area in 2008 than 2005 while increased for women who have completed secondary education or above, which the highest percentage from (75.8%) in 2005 to (80.4%) in 2008.

- 3- Highest proportion represented in older age groups starting from (30-34 years) until (40-45 years) who make the decision on health care and large daily purchases and everyday family, visit family and relatives.
- 4- More than three thirds (78.3%) of women who are working for cash stated that they jointly with there husbands in decide the way of spending. The husband earning in 2005 increased to (82%) in 2008.
- 5- More than to thirds (70%) of women stated that their husband have the same desired number of children in 2005 decreased to (68%) in 2008.
- 6-As expected the contribution of women in decision making has positive relation with there educational level.
- 7- Women in age group (25-29 year) has the highest percentage (87%) of who jointly with the husband in decision to use family planning, while the age group (15-19 year) has the lowest one (79.4%) in 2008.

Recommendations:

1. Mass media programs should include awareness of women wrights to participate and promoting women in decision making in here family and society.
2. Encourage the education of rural women in particular to contribute to their decisions.
3. Promote in the participation of women in the labor market because it is one of women's development axis in day-to-day decision-making, health care, family planning.
4. Awareness programmers about family planning should target men in varies mass media, and conduct meeting to increase awareness of advantages of small family.