



المجلس القومي للسكان

عدم المساواة في الصحة الإنجابية في مصر



نوفمبر 2020

تقديم

تعد القضية السكانية من القضايا ذات الأهمية التي واجهت الدولة منذ زمن بعيد ولا تزال تستحوذ على حيز كبير من تفكير القيادات السياسية بالدولة وعلى رأسها رئيس الجمهورية الذي دائما يواجه بضرورة مواجهة تلك القضية من خلال جميع وزارات الدولة، كما كانت من ضمن أولويات واهتمامات معالي الأستاذة الدكتورة/ هالة زايد وزير الصحة والسكان من خلال رئاستها للمجلس القومي للسكان، والذي يعتبر الجهة المنوط بها مسئولية مواجهة القضية السكانية جنبا إلى جنب مع جميع الأجهزة الحكومية والأهلية التي تتعاون في تحمل هذه المسئولية للحد من ظاهرة النمو السكاني المتزايد والوصول بمعدل الانجاب الكلى إلى 2,4 طفل لكل سيدة بحلول عام 2030 كهدف عام للاستراتيجية القومية للسكان، ولقد كان الهدف الرئيسي من كتابة هذه الأوراق المعرفية، تقديم المعلومات اللازمة والموثقة المتعلقة بالأوضاع السكانية، والاجتماعية للمهتمين، ولتخذي القرار من أجل الإسهام في التعرف على الوضع الحالي والرؤية المستقبلية للسكان في مصر من اجل المساهمة في صياغة السياسات، وإعداد الخطط، والبرامج التنموية التي يشكل البعد السكاني المحور الرئيسي فيها، وربط وإبراز النتائج المتوقعة للهبّة الديموجرافية التي تشهدها مصر الان بالوقائع الاجتماعية، والخدمية، والاقتصادية، والبيئية، والبنية التحتية اللازم توافرها، وكذلك بالمتغيرات الاقتصادية الكلية، وبخاصة انعكاسها على سوق العمل، ودور الإصلاحات التنموية للهيكلة الاقتصادي في تعظيم الاستفادة من هذه الفرصة، متمنيا من الله ان تساهم هذه الأوراق في رسم صورة المستقبل للسياسات التنموية الواجب اتخاذها على المستوى القومي والمحافظات في ضوء الوضع الراهن واهداف التنمية المستدامة.

أ.د/ طارق توفيق

نائب وزير الصحة والسكان

لشئون السكان

عدم المساواة في الصحة الإنجابية في مصر

مقدمة

لا تزال هناك تحديات عديدة امام جمهورية مصر العربية نحو تحقيق التنمية الاقتصادية، فعلى الرغم من وجود بعض الانجازات في العديد من النواحي الاجتماعية والصحية والاقتصادية الا ان خفض الزيادة السكانية يمثل عائق كبير في تحقيق التنمية، فقد تخطى عدد سكان مصر 100 مليون نسمة خلال هذا العام، كما ان ارتفاع معدل الخصوبة الكلى 3.2 طفل لكل سيدة يمثلان التحدى الاكبر للوصول الى التنمية الاقتصادية المنشودة، كما ان هناك تحديات اخرى كثيرة تقف عائق في سبيل تحقيق ذلك ومنها عدم المساواة في الحصول على التعليم أو الصحة أو المساهمة في قوة العمل والتي تظهر جلية سواء على المستوى الإقليمى (ريف - حضر) او على مستوى النوع (ذكور - اناث) أو حتى على مستوى الثروة بمختلف درجاتها.

الصحة والحقوق الإنجابية والجنسية



إد/ طارق، توفيق

وقد اظهر التقرير الذى اصدره مركز الدراسات والبحوث الاجتماعية - الجامعة الامريكية بالقاهرة 2019¹ والذى سنتعرض فيه للعديد من اهم أوجه عدم المساواة الخاصة في الصحة الإنجابية والجنسية في المجتمع المصري والذى سنتناول اهم ما جاء به في هذه الورقة ومنها:-

التزامات وجهود الدولة نحو الصحة الإنجابية في مصر

- الصحة الإنجابية محور جدول الأعمال السياسي. ويتجلى ذلك في العديد من المواد والإصلاحات القانونية التي تدعم إطاراً تنظيمياً بالصحة الإنجابية وفي اعتماد استراتيجية طموحة للصحة والسكان، فضلاً عن إقرار الإعلانات السياسية والالتزامات الدولية، وتشمل الاستراتيجية الصحية، على وجه الخصوص، استراتيجية مفصلة للصحة الإنجابية (2015-2030) تُرجمت لمعالجة العديد من جبهات الصحة الجنسية والإنجابية، ولا سيما من حيث زيادة فرص الحصول على الخدمات وإلى توسيع نطاق شمول خدمات الصحة الإنجابية حسب الفئات العمرية والحالة الاجتماعية.
- على مستوى الالتزامات والجهود الوطنية والدولية، فإن مصر بلد تحترم فيه حقوق الإنسان المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية وتستلهم الحماية والوفاء بها.
- على المستوى الوطني، تسعى القوانين والاستراتيجيات والبرامج إلى توفير الحماية والخدمات في الصحة الجنسية والإنجابية
- تحظر القوانين الزواج قبل سن الثامنة عشرة، وتحمي المرأة من العنف القائم على نوع الجنس، وتحمي حقوق الزوج والزوجة في أن يقررا بحرية عدد الأطفال والمباعدة بين الولادات.
- لدى مصر استراتيجيات وبرامج سكانية وصحية مع عنصر قوي لتنظيم الأسرة والحصول على خدمات الصحة الإنجابية.
- على الصعيد الدولي أكدت مصر التزاماتها بالإتفاقيات الدولية الرئيسية ذات الصلة بالصحة الجنسية والإنجابية.
- ومع ذلك، تواجه مصر معتقدات ثقافية والتي غالباً ما تعيق الترجمة الملائمة للخطاب الوطني والجهود الوطنية في إحراز مكاسب واضحة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية.

عوامل الخطر على الصحة الإنجابية والجنسية في مصر

وفقا لشكل (1) فان عوامل الخطورة الخاصة بالصحة الانجابية والجنسية في مصر تتمثل في

الاتي: -

- بلغت نسبة زواج الاقارب ما لا يقل عن 30 في المائة كما ان حوالي ربع الحالات بين النساء في سن الانجاب يعانين من فقر الدم، و 15.5% من أطفالهن لديهم انخفاض الوزن عند الولادة، وحوالي 30% من السيدات تعرضن للعنف الزوجي، وتتعرض 6.6 في المائة من النساء للعنف البدني الزوجي وحتى أثناء الحمل.

- على الرغم من وجود القانون الذي يحظر زواج الفتيات قبل سن الثامنة عشرة، لا تزال نسبة 27.3 في المائة من النساء اللاتي يتزوجن قبل بلوغ السن القانونية. ونتيجة لذلك فقد كانت نسبة الحمل بين المراهقات (15-19 سنة) حوالي 11%، وكثيرا ما تجبر هذه الممارسات الفتيات على ترك المدارس والانسحاب من سوق العمل.

شكل (1) عوامل الخطورة على الصحة الإنجابية



أوجه عدم المساواة في الصحة الإنجابية والجنسية في مصر

جدول (١) التوزيع الجغرافي لتحديات الصحة الإنجابية والجنسية في مصر

محافظة حدودية	ريف وجه قبلي	حضر وجه قبلي	ريف وجه بحري	حضر وجه بحري	محافظة حضرية	
6.0	18.0	15.0	12.0	8.0	12.0	وفيات الأطفال حديثي الولادة
13.0	29.0	20.0	19.0	14.0	16.0	وفيات الرضع
2.1	2.8	2.4	2.0	2.9	2.8	تأخر الانجاب
0.7	1.1	2.1	0.8	1.1	2.2	التهاب الكبد الوبائي B عند الرجال (١-٥٩ سنة)
0.5	0.9	1.0	0.5	0.5	1.2	التهاب الكبد الوبائي B عند النساء (١-٥٩ سنة)
27.6	34.7	33.3	32	30.2	27.1	الامراض المنقولة جنسيا
						عوامل الخطورة
15.0	21	16.6	11.5	5.7	8.0	ختان الاناث (١-١٤ سنة)
37.2	47.9	30.0	27.7	19.2	20.7	زواج الاقارب
25.8	41.8	23.3	26.1	15.3	14.4	الزواج المبكر - اقل من ١٨ سنة
11.0	14.2	5.1	14.3	6.5	3.6	الحمل بين المراهقات (١٥-١٩ سنة)
16.5	23.9	14.3	9.4	6.0	5.6	ولادة خمس أطفال فاكثر
27.6	23.2	18.9	17.8	16.4	17.6	المباعدة بين الولادات
20.2	31.4	28.9	21.6	23.9	21.2	فقر الدم بين النساء في سن الانجاب
19.1	17.7	17.3	15.0	11.7	14.5	انخفاض وزن المولود (٢,٥ كجم)
25.5	33.8	29.5	28.8	30.1	29.0	العنف الزوجي
3.6	8.0	6.1	5.5	6.5	7.5	العنف الزوجي اثناء الحمل

المصدر : Reproductive Health Inequalities in Egypt: Evidence for guiding policies. 2019.

- تشير الدراسات الاستقصائية السكانية التي تم تحليلها إلى عدم المساواة في الصحة الجنسية والإنجابية في المناطق الجغرافية الست في مصر (المحافظات الحضرية، وريف وحضر الوجه البحري - وريف وحضر الوجه القبلي والمحافظات الحدودية حيث يتميز كل موقع جغرافي بمجموعة مختلفة من تحديات الصحة الجنسية والإنجابية كما هو موضح بجدول (1) ويعتبر ريف الوجه القبلي أكثر المواقع الجغرافية حرماناً وتحمل معظم هذه التحديات، وفيما يتعلق بمؤشرات تأثير الصحة الجنسية والإنجابية، فإن وفيات المواليد الجدد، ووفيات الرضع، والأمراض المنقولة جنسيا هي الأعلى في هذه المنطقة

- وفيما يتعلق بعوامل الخطر المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، تشهد المناطق الريفية في صعيد مصر أعلى معدل انتشار لحنان الاناث في الجيل الجديد من الفتيات اللاتي يبلغن من العمر سنة إلى 14 سنة وجميع الممارسات الثقافية والجنسية الأخرى، اضافة الى ارتفاع نسب زواج الاقارب والزواج المبكر.

- وفيما يتعلق بعوامل الخطر المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، تشهد المناطق الريفية في صعيد مصر أعلى معدل انتشار لحنان الاثناث في الجيل الجديد من الفتيات اللاتي يبلغن من العمر سنة إلى 14 سنة وجميع الممارسات الثقافية والجنسية الأخرى، إضافة الى ارتفاع نسب زواج الاقارب والزواج المبكر إضافة الى الحمل بين المراهقات، إضافة الى ارتفاع نسب فقر الدم بين النساء في سن الإنجاب وانخفاض الوزن عند الولادة.

- في حين كان ريف الوجه البحري به أعلى نسبة من حمل المراهقات وتحتل المرتبة الثانية الزواج المبكر، في حين كانت المحافظات الحضرية في مصر اقل المناطق خطورة في الصحة الانجابية والجنسية مقارنة بالمناطق الاخرى ، ومع ذلك، فإنها تحتل المرتبة الأولى في نسبة الخصوبة المتأخرة والمرتبة الثانية في العنف الزوجي.

- وتحتل المحافظات الحدودية المرتبة الأولى بأعلى نسب فترات الولادة المخوفة بالمخاطر وانخفاض الوزن عند الولادة. كما تحتل المحافظات الحدودية المرتبة الثانية من حيث زواج الاقارب، وعلى الرغم من أنه من المتوقع أن تتمتع المحافظات الحضرية بالخصائص الأكثر ملاءمة وتغطية أفضل للخدمات، إلا أن هذه المنطقة تحتل المرتبة الأولى فيما يتعلق بعدوى فيروس التهاب الكبد B لدى الذكور والإناث، والثانية في الخصوبة المتأخرة والعنف البدني الزوجي أثناء الحمل.

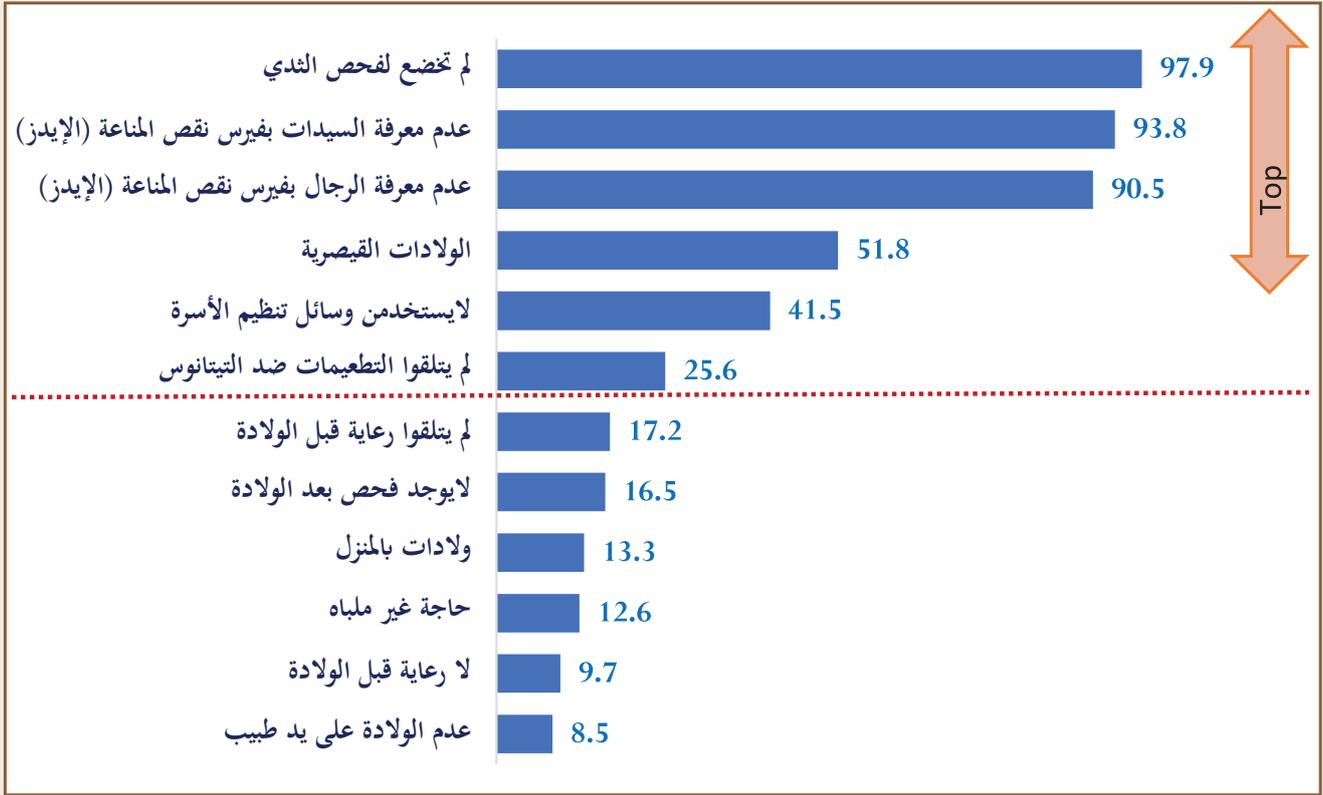
اهم تحديات النظام الصحي لاحتياجات الصحة الجنسية والإنجابية

- تقع أعلى تحديات أداء نظام الرعاية الصحية في برامج الوقاية حيث ان أكثر من 97 % من النساء المتزوجات في سن الانجاب من 15-49 سنة من العمر لم يقمن بفحص سرطان الثدي، في حين أن أكثر من 90 % من الرجال والنساء ليس لديهم معرفة شاملة عن فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز.

- ارتفاع نسب الولادات القيصيرية بشكل لافت للنظر حيث ان أكثر من نصف الأطفال الذين ولدوا في السنوات الخمس السابقة للمسح الديموجرافي الصحي 2014 تم ولادتهم عن طريق الولادة القيصيرية. وهذا الانتشار المرتفع للولادات القيصيرية أبعد ما يكون عن أن يكون مبررا طبيا أو مجرد تفسير بفشل النظام الصحي في التصدي لتحديات الصحة الإنجابية، كما ان نسبة 13.3 % من النساء يولدن في المنزل.

- لا تزال برامج تنظيم الأسرة تشكل مصدر قلق لأن أكثر من 40 % من النساء غير الحوامل المتزوجات حاليا في سن 15-49 سنة لا يستخدمن وسيلة لمنع الحمل، و 12.6 % من النساء المتزوجات في سن الإنجاب لديهن حاجة غير ملبأة في مجال تنظيم الأسرة. وعلاوة على ذلك، لم يتلق ربع النساء التطعيم ضد التيتانوس خلال فترة ما قبل الولادة، كما أن 17.2 % من النساء الحوامل لا يذهبن بانتظام للزيارات السابقة للولادة.

شكل (2) مكونات نظام الرعاية الصحية للإنجابية والجنسية في مصر



المصدر : Reproductive Health Inequalities in Egypt: Evidence for guiding policies. 2019.

أوجه عدم المساواة الجغرافية في التحديات المتصلة بالصحة الجنسية والإنجابية في النظام الصحي

يظهر جدول (2) التفاوتات الجغرافية لمكونات الصحة الإنجابية على مستوى كل اقليم، وتحمل منطقة ريف الصعيد العبء الأكبر المتمثل في عدم كفاية أداء النظام الصحي وقدرته باستثناء ارتفاع معدل انتشار عمليات الولادات القيصرية وانخفاض تغطية تطعيمات التيتانوس، وهو ما يفسر تأثير الصحة الجنسية والإنجابية في هذه المنطقة. وفي المناطق الحضرية في صعيد مصر ترتفع معدلات الولادات القيصرية. وعلاوة على ذلك تعاني من نسبة عالية من عدم توافر مقدمي الخدمة، ونقص الأدوية والرعاية الصحية التي لا يمكن تحملها.

جدول (2) التوزيع الجغرافي لمكونات النظام الصحي في مصر

محافظات حدودية	ريف الوجه القبلي	حضر الوجه القبلي	ريف الوجه البحرى	حضر الوجه البحرى	محافظات حضرية.	
						أداء النظام الصحي
45.0	53.3	41.1	35.9	37.5	37.4	لا توجد وسائل تنظيم أسرة
11.0	17.0	13.5	10.3	10.9	11.1	حاجة غير ملبأة
12.9	16.2	10.7	6.7	4.6	5.9	لا توجد رعاية قبل الولادة
21.3	27.2	17.1	13.7	9.9	9.1	لا توجد رعاية منتظمة قبل الولادة
35.4	22.0	27.1	22.9	33.2	36.2	عدم تلقى تطعيم ضد التيتانوس
15.7	23.9	9.5	10.2	3.5	5.0	ولادة بالمنزل
10.8	16.9	5.6	5.6	1.9	2.6	عدم الولادة لدى طبيب
41.1	35.9	50.2	57.8	70.6	62.0	الولادة القيصرية
20.1	28.4	14.5	12.7	7	4.8	لا يوجد فحص بعد الولادة
95.9	95.8	88	95.3	91.8	91.7	عدم معرفة النساء بفيروس نقص المناعة (الإيدز)
90.5	91.1	88.3	92.2	89.3	87.2	عدم معرفة الرجال بفيروس نقص المناعة (الإيدز)
96.0	99.6	97.1	98.4	96.7	95.5	لم تقم بفحص سرطان الثدي
						قدرة النظام الصحي
24.0	25.3	17.4	17.1	12.6	11.4	بعد وحدات الرعاية الصحية
29.1	28.4	20.6	20.0	15.0	13.1	صعوبة المواصلات
51.8	59.5	51.7	44.1	37.9	36.9	عدم وجود مقدم خدمة
25.7	35.6	24.9	29.7	23.5	20.7	عدم وجود مقدم خدمة / سيدة
60.0	64.8	59.3	50.6	45.7	43.6	عدم وجود ادوية
6.6	16.2	13.3	8.1	7.6	6.1	عدم وجود خدمات رعاية صحية بأسعار مقبولة

المصدر : Reproductive Health Inequalities in Egypt: Evidence for guiding policies. 2019. :

وعلى الرغم من أنه من المتوقع أن يكون لدى المناطق الحضرية خدمات رعاية صحية أفضل، فإن المحافظات الحضرية والمنطقة الحضرية في ريف الوجه البحرى تعاني من نسبة عالية جداً من حالات ولادة قيصرية وتغطية منخفضة بتطعيمات التيتانوس، تتميز المناطق الريفية ريف الوجه البحرى بالمعرفة الشاملة لفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز منخفضة للغاية لدى الذكور والإناث. وتتميز المحافظات الحدودية بانخفاض المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لدى الإناث والافتقار إلى تغطية بتطعيمات التيتانوس. ومن الواضح أن المحافظات الحدودية تعاني من عدم إمكانية الوصول إلى الخدمات كما هو مبين مع ارتفاع نسبة الإبلاغ عن مرافق الرعاية الصحية البعيدة إلى جانب صعوبة النقل وعدم توافر الأدوية، ويبين تقييم مستويات التفاوت الجغرافي أن أعلى أوجه عدم المساواة الجغرافية في النظام الصحى تشمل جميع خدمات التوليد سواء خلال فترة ما قبل الولادة أو الولادة أو ما بعد الولادة.

تحديات النظام الصحي ذات الأولوية مقابل أوجه عدم المساواة في النظام الصحي ذات الأولوية

من الواضح أن النظام الصحي في مصر يواجه العديد من التحديات ولا يستجيب دائماً لاحتياجات الصحة الجنسية والإنجابية واحتياجات مختلف الفئات الاجتماعية. ويتضح من الجدول (3) ان النظام الصحي يواجه ثلاثة أنواع رئيسية من التحديات وهي:-

- الأول هو التحديات على الصعيد القومي التي تتراوح بين أعلى الأولويات ولكن لم يكن هناك تفاوت كبير من جانب أي من الفئات المختارة. وفيما يتعلق بأداء النظام الصحي، تشمل هذه التحديات عدم كفاية استخدام وسائل منع الحمل والافتقار إلى المعرفة الشاملة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز بين النساء والرجال. ويبدو أن تدخل تنظيم الأسرة لا يحقق النتيجة المطلوبة، مما يستلزم تقييم الاستراتيجيات والتدخلات وتعزيزها، ويشكل الافتقار إلى المعرفة بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز مصدر قلق على الصعيد الوطني، مما قد يسهم في انتشار العدوى على نطاق واسع، وتشكل الحساسية الثقافية والوصم الشديد أكبر تحد أمام زيادة وعي السكان بالعدوى المنقولة عن طريق الطرق الجنسية، وفيما يتعلق بقدرة النظام الصحي، يلاحظ النوع الأول من التحديات في عدم توافر الدواء. ومن المؤكد أن توافر الخدمات يتأثر بعدم كفاية الموارد المالية.

- والنوع الثاني من التحديات هو تحديات النظام الصحي التي تُدرج بين أعلى الأولويات وتظهر بعض أوجه عدم المساواة بين بعض الفئات الطبقية، إن عدم كفاية فحص سرطان الثدي، والولادات القيصرية الواسعة النطاق، وعدم كفاية التطعيم ضد التيتانوس، هي أولويات الأداء الصحي على الصعيد الوطني مع عدم المساواة الواضحة عبر السياق الثقافي القائم على نوع الجنس، وبالنسبة للقدرة الصحية، تتمثل الأولوية الرئيسية في صعوبة النقل إلى المرافق الصحية وعدم المساواة الواضحة من حيث الثروة والفقراء الذين يعانون أكثر من ذلك، وبالمثل فإن عدم توافر مقدمي الخدمات والجهات المقدمة للخدمات على وجه الخصوص من بين الأولويات على الصعيد الوطني، وكان عدم المساواة بينهم مرتفعاً بسبب السياق الثقافي القائم على نوع الجنس حيث تعاني الحليات الأكثر تحفظاً أكثر من غيرها.

جدول (3) النتائج الرئيسية لتحديات النظام الصحي ذات الاولوية

النوع (rCI%≥10%)	الثروة (rCI%≥10%)	جغرافيا (ID%≥10%)	اهم التحديات (≥20%)	
				أداء النظام الصحي
				لا توجد وسائل تنظيم اسرة
الأكثر تحفظا		ريف الوجه القبلى		حاجة غير ملبأة
الأكثر تحفظا		ريف الوجه القبلى		لا توجد رعاية قبل الولادة
الأكثر تحفظا		ريف الوجه القبلى		لا توجد رعاية منتظمة قبل الولادة
الأكثر تحفظا				عدم تلقى تطعيم ضد التيتانوس
الأكثر تحفظا	الفقراء	ريف الوجه القبلى		ولادة بالمنزل
الأكثر تحفظا	الفقراء	ريف الوجه القبلى		عدم الولادة لدى طبيب
الأقل تحفظا				الولادة القيصرية
	الفقراء	ريف الوجه القبلى		لا يوجد فحص بعد الولادة
				عدم معرفة النساء بفيروس نقص المناعة (الإيدز)
				عدم معرفة الرجال بفيروس نقص المناعة (الإيدز)
الأكثر تحفظا				لم تقم بفحص سرطان الثدي
				قدرة النظام الصحي
		المحافظات الحدودية		بعد وحدات الرعاية الصحية
	الفقراء			صعوبة المواصلات
متحفظ				عدم وجود مقدم خدمة
متحفظ				عدم وجود مقدم خدمة / سيدة
				عدم وجود ادوية
	الفقراء	ريف الوجه القبلى		عدم وجود خدمات رعاية صحية بأسعار مقبولة

المصدر : Reproductive Health Inequalities in Egypt: Evidence for guiding policies. 2019.

- ويشمل النوع الثالث أولويات المستوى المنخفض أو المتوسط ولكنه يظهر مستويات عالية من أوجه عدم المساواة بين بعض الفئات الطبقيّة، وفيما يتعلق ببعده أداء النظام الصحي تشمل هذه الأبعاد الولادة المنزلية، وعدم الولادة عند طبيب متخصص، حيث يعاني سكان الريف في صعيد مصر والفقراء وأولئك الذين يعيشون في السياق الثقافي الأكثر تحفظاً أكثر من غيرهم، لم تكن الرعاية بعد الولادة والولادات المنزلية أكثر شيوعاً بين الفقراء والمقيمين في ريف الصعيد من الطبقات الاجتماعية الأخرى، وفيما يتعلق ببعده القدرات، كانت الرعاية الصحية غير ميسورة التكلفة أكثر انتشاراً بين سكان ريف صعيد مصر والفقراء. وكانت مرافق الرعاية الصحية بعيدة عن متناول اليد في ريف صعيد مصر والمحافظات الحدودية وبين الفقراء.

عدالة المحددات الهيكلية

تشكل الحالة الصحية بشكل عام من خلال التفاعل بين الظروف الاجتماعية والاقتصادية، وقوى النظام الصحي والقوى الاجتماعية الأخرى، فضلا عن الاستعداد على المستوى الفردي والسلوكيات. يتطلب الطريق إلى تحسين الصحة مزيجًا من:

- سياسات التنمية الاجتماعية والاقتصادية
- تحسين تمويل وفعالية النظام الصحي.
- الممارسات الصحية المستنيرة من قبل الأفراد المدعومين من قبل المجتمع المحلي .

جدول (٤) عدم المساواة في الخصائص الجغرافية للأسر المعيشية في مصر

محافظات حدودية	ريف الوجه القبلي	حضر الوجه القبلي	ريف الوجه البحري	حضر الوجه البحري	محافظات حضرية.	
0	4.7	1.3	1.5	0.6	1.2	النسبة المئوية للأسر المعيشية التي لديها مرافق صرف صحي مشترك
80.9	94.6	88.8	90.3	82.8	85.7	النسبة المئوية للأسر المعيشية التي لديها مصدر للمياه لا يتم معالجتها
21.9	40.8	6.1	22	2.7	0.5	النسبة المئوية للأسر المعيشية التي تضم أفقر السكان
22.9	38.6	17.8	23.3	11.9	11.9	النسبة المئوية للامية بين الاناث
81.4	89.1	82.2	82.8	77.1	83.4	النسبة المئوية للبطالة بين الاناث

المصدر : Reproductive Health Inequalities in Egypt: Evidence for guiding policies. 2019.

ويتجلى عدم المساواة في الصحة الجنسية والإنجابية بين المناطق الجغرافية بوضوح في الاختلافات في الموارد والخدمات المخصصة لكل اقليم، وبين الجدول (4) مدى التباين والحرمان على مستوى الإقليم، ومن الملاحظ أيضا ان ريف الوجه القبلي هو أكثر المناطق الجغرافية التي تحتاج الى تحقيق المساواة والعدالة في كافة النواحي الاجتماعية والصحية والتعليمية وليس على مستوى الصحة الإنجابية والجنسية فقط.

أهم التوصيات

- وتطرق التقرير بإيجاز إلى عدد من التوصيات الهامة ولا سيما: -
- ينبغي إثبات الالتزام بمعالجة عدم المساواة في الصحة الجنسية والإنجابية من خلال نظام معلومات قادر على قياس ورصد وتتبع أوجه عدم المساواة بصورة منهجية لأسبابها الجذرية الهيكلية وعدالة هذه الأسباب.
- يتطلب التحدي المتمثل في عدم المساواة في الصحة الجنسية والإنجابية مزيداً من الاهتمام لا سيما بالنظر إلى ارتفاع مستوى عدم المساواة واختلاف تحديات عدم المساواة في الصحة الجنسية والإنجابية ذات الأولوية عن التحدي ذي الأولوية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية.

- يحتاج النظام الصحي إلى مواصلة جهوده للتصدي للتحديات المتصلة بنظام الصحة الجنسية والإنجابية. ولا يمكن للقطاع الصحي أن يعالج العديد من هذه المشاكل بمفرده، بل يدعو إلى مساهمات قطاعات اجتماعية أخرى.

- ينبغي أن يكون أداء النظام الصحي وقدراته أكثر استجابة للاحتياجات المتباينة للفئات الاجتماعية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية.

- ينبغي أن تعتمد السياسات الهيكلية (ولا سيما تلك المتعلقة بالحوكمة، وتوزيع المخصصات الإقليمية للموارد، والثروة، فضلاً عن المعايير النوعية) منظوراً للإنصاف. وتتطلب هذه العدسة أن تلتزم هذه السياسات بمبدأ تكافؤ الفرص التحويلية لجميع الفئات الاجتماعية، ويستكمل باعتماد نهج التمييز الإيجابي لمعالجة التوزيع غير العادل للطبقات الاجتماعية.

- تعزيز نظام المعلومات الصحية لتكون قادرة على قياس ورصد عدم المساواة بصورة منهجية ودورية. كما يتطلب بناء نظام معلومات للصحة يتضمن أجزاء إضافية من المعلومات اللازمة لتتبع أوجه عدم المساواة وربطها بأسبابها الجذرية الهيكلية وعدالة هذه الأسباب.

- الحاجة إلى دعم ورعاية القدرات البحثية والتحليلية لضمان وجود مؤسسات مؤهلة تأهيلاً جيداً وأفراد لديهم من المهارات اللازمة لتحليل البيانات والمعلومات ويمكنهم استخلاص توصيات تستند إلى الأدلة في مجال السياسات..

- ضرورة إشراك وتطوير قدرات صانعي السياسات ومنتخذي القرار والممارسين الصحيين، فضلاً عن إنشاء مننديات للحوار بشأن السياسات وتوسيع فرص المشاركة. وتتيح الحوارات المتعلقة بالسياسات المجال لاستكمال دورة السياسات وربط مختلف أصحاب المصلحة. وهي توفر الجسر اللازم بين السياسات والخطط، والإنجازات الفعلية على أرض الواقع من حيث الصحة والرفاه. وهي تسمح بتبادل الأدلة لتعديل الإجراءات ودعم تحقيق الأثر المنشود. وهي تؤمن إطاراً شاملاً اجتماعياً لوضع السياسات وتمكن الجهات الفاعلة من غير الدول من المشاركة والمساهمة في تحقيق المساواة في الصحة الجنسية والإنجابية.

- دعم الطلب العام المستنير على السياسات الاجتماعية العادلة والإنصاف في مجال الصحة. وتركز الضجة العامة الحالية على الصحة الجنسية والإنجابية على إلقاء اللوم على النظام الصحي وعلى طلب رعاية صحية جيدة وتكنولوجيات طبية متطورة. ولا يُعترف بالتخصيص العادل للموارد والترتيبات الاجتماعية بوصفها المحددات الرئيسية للوقاية من سوء الصحة الجنسية والإنجابية وتعزيز الرفاه. ومن الواضح أن المطالب العامة تحتاج إلى أن تبنى على المعلومات والمعرفة.

المصدر : <https://documents.aucegypt.edu/docs/src/reproductive%20health%20inequalities%20in%20egypt.pdf>

- Reproductive Health Inequalities in Egypt: Evidence for guiding policies. 2019.

Professor Dr. Tarek Tawfik Amin, Deputy Minister of Health for Population Affairs, Egypt:

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2502-110X>

Sherif Gamal, Research Department, National Population Council, Egypt.