

جمهورية مصر العربية
وزارة الصحة والسكان
المجلس القومي للطفولة والأمومة

استراتيجية الطفولة والأمومة ٢٠١٥-٢٠٢٠

المحتويات

٢	١- المقدمة
٤	٢- رؤية استراتيجية الطفولة والأمومة ٢٠١٥ - ٢٠٢٠
٥	٣- مهمة استراتيجية الطفولة والأمومة ٢٠١٥ - ٢٠٢٠
٥	٤- أهداف استراتيجية الطفولة والأمومة ٢٠١٥-٢٠٢٠
٦	٥- المرتكزات والمحاور التوجيهية
١٠	٦- محاور الاستراتيجية
١٠	٦-١ المحور الأول: حق الطفل في الحماية
٢٥	٦-٢ المحور الثاني: حق الطفل في الصحة وفي الحياة والبقاء والنمو
٤١	٦-٣ المحور الثالث: حق الطفل في التعليم
٤٨	٦-٤ المحور الرابع: حقوق الأطفال الفقراء
٥١	٦-٥ المحور الخامس: حق الطفل في المشاركة
٥٤	٦-٦ الحق السادس: حق الطفل في رعاية الأمومة حماية للطفولة
٦٠	الملاحق

- مع تعاظم التحديات التي تواجه الأسرة المصرية لاسيما الطفل المصري نتيجة للتغيرات السياسية، والثقافية، والاجتماعية، والاقتصادية التي شهدتها مصر بعد ثورتي ٢٥ يناير و ٣٠ يونيو، بات هناك ضرورة ملحة أن يضطلع المجلس القومي للطفولة والأمومة بدوره في أن يؤسس لاستراتيجية حديثة وطموحة للطفولة والأمومة بجمهورية مصر العربية.
- وقد أنشئ المجلس القومي للطفولة والأمومة بالقرار الجمهوري رقم ٥٤ لسنة ١٩٨٨ والمعدل بالقرارات رقم ١٩٨٨/٢٧٣ ورقم ٢٠١١/٢٨، ليعد أعلى سلطة وطنية معنية برسم السياسات القومية من أجل إنفاذ حقوق الطفل والأم في جمهورية مصر العربية. وبموجب الدستور المصري الذي وافق عليه الشعب المصري في يناير ٢٠١٤ بنسبة ٩٨.١% يحدد القانون المجالس القومية المستقلة، ومنها المجلس القومي لحقوق الإنسان، والمجلس القومي للمرأة، والمجلس القومي للطفولة والأمومة، والمجلس القومي للأشخاص ذوي الإعاقة. ويبين القانون كيفية تشكيل كل منها، واختصاصاتها، وضمانات استقلال وحياد أعضائها، ولها الحق في إبلاغ السلطات العامة عن أي انتهاك يتعلق بمجال عملها.
- وتتمتع تلك المجالس بالشخصية الاعتبارية والاستقلال الفني والمالي والإداري، ويُؤخذ رأيها في مشروعات القوانين، واللوائح المتعلقة بها، وبمجال أعمالها. وتعطي المادة ٢١٤ من الدستور المجلس القومي للطفولة والأمومة الشخصية الاعتبارية كجهة وطنية مستقلة، لذلك يقع على عاتقه مسئولية وضع ومتابعة تنفيذ السياسات ذات الصلة ببرامج حماية ورعاية الطفولة والأمومة بالتنسيق مع الوزارات والجهات المعنية.
- ووسط خضم التحديات التي تواجه الطفل المصري، وهي تحديات تتقاطع وتتشابك أضلاعها ومنها التحديات التي تتعلق بالارتقاء بإتاحة وجودة التعليم الصديق للطفل، وتنمية مهاراته وإكسابه السلوكيات، والقيم الوطنية الأصيلة، والمواتية للتنمية، والتحديات المتصلة بتوفير الحماية للأطفال المعرضين للخطر، والتحديات في مجال حق الطفل في الصحة والحياة والبقاء والنمو والتطور السليم.
- كما استحدثت تحديات وظهرت جلية أفرزتها التحولات السياسية في العالم بصفة عامة، وفي المنطقة العربية بصفة خاصة، وألقت هذه التحولات بظلالها على مصر وكان الأطفال هم أكثر الفئات تأثراً بها، فتزايدت قدرة الأطفال على استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات،

ومع التسليم بالآفاق الإيجابية التي تفتحها تكنولوجيا الاتصالات، إلا أنها لا تخلو من مخاطر غير قابلة للتنبؤ، تتمثل في محتوى غير ملائم قد ينتج عنه تعريض أعداد متزايدة من الأطفال المراهقين للاستغلال الجنسي، أو للانخراط في عالم الجريمة أو للتعرض للأفكار الهدامة.

- وعلى الصعيد الوطني، تزايد العنف والتطرف، والاستغلال السياسي للأطفال، والإنفلات الإعلامي وهو ما انعكس بالسلب على الصحة النفسية للأطفال وسلوكياتهم تجاه الوطن، وساهم في إزدياد أعداد الأطفال المعرضين للخطر. يُضاف إلى ذلك تحديات ديموجرافية تمثلت في زيادة معدلات الإنجاب بشكل غير مسبوق خلال العقد الماضي، حيث سجلت أعداد المواليد زيادة تخطت ٤٠% ما بين عامي ٢٠٠٦ و ٢٠١٢ ليتجاوز عدد المواليد السنوي ٢.٦ مليون مولود مما يضع على كاهل العاملين في مجال الطفولة عبء إضافي، ناهيك عن الموارد المالية الإضافية المطلوبة في الموازنة العامة للدولة للحفاظ على المستويات الحالية من الخدمات التعليمية، والصحية والتي لا تلبي تطلعات المواطن المصري في الحصول على خدمات بجودة أفضل.

- وتتناول استراتيجية الطفولة والأمومة (٢٠١٥-٢٠٢٠) التحديات التي تواجه حقوق الطفل المصري، والذي يشكل حوالي ٣٦.١% من إجمالي تعداد السكان من منظور حقوق الأسرة بصفة عامة وحقوق الأمومة بصفة خاصة، والتي تعاضمت خلال السنوات الماضية كما ذكرنا نتيجة لعدم الاستقرار السياسي، والأمني، والاقتصادي الذي شهده المجتمع المصري، والتغيرات السياسية والأمنية التي طرأت على المستوى الإقليمي وما ترتب عليها من زيادة أعداد الأطفال اللاجئين أو ما يعرف بأطفال على مفترق الطريق children on the move.

- وتقدم الاستراتيجية القومية للطفولة والأمومة لصناع القرار، وللمخططين ولمدراء البرامج أولويات العمل خلال السنوات الخمس القادمة في مجالات الطفولة والأمومة بالتركيز على الآتي: صحة الطفل وبقائه وتطوره، نمو الطفل وتعليمه، حماية الطفل، وتنمية مشاركة الأطفال في المجال العام، ولم تغفل الاستراتيجية قضية عدم الإنصاف في الحصول على الخدمات الأساسية لاسيما بين أبناء الأسر الفقيرة بريف وصعيد مصر.

- كما تتناول الاستراتيجية الإطار المؤسسي للعمل في مجال الطفولة والأمومة، وآليات التنسيق والمتابعة والتقييم، وأدوات التواصل المجتمعي التي يجب تفعيلها كشرط ضروري لنجاح

وأستدامة الاستراتيجية، وتتناول كذلك توزيع الأدوار بين المؤسسات الحكومية وغير الحكومية في تنفيذ البرامج والأنشطة.

وتنطلق الاستراتيجية من مرجعيات وطنية تتمثل في الآتي:

- النصوص الواردة بدستور ٢٠١٤ والذي تضمن نصوصاً متطورة في إرساء حقوق الطفل.
- نصوص قانون الطفل ١٩٩٦/١٢ المعدل بالقانون ٢٠٠٨/١٢٦، ومواد قانون العقوبات ذات الصلة.
- كما تستلهم الاستراتيجية ثقافة وقيم المجتمع المصري التي تقوم على التسامح، وقبول الآخر ونبذ العنف.
- وتستند الاستراتيجية أيضاً على الاتفاقيات والمواثيق الدولية التي صدقت عليها مصر، وأصبحت نافذة بموجب المادة ٩٣ من الدستور، ومنها الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل، والميثاق الأفريقي لحقوق ورفاهية الطفل، وغيرهم من الاتفاقيات والمواثيق ذات الصلة.
- وتمثل استراتيجية الطفولة والأمومة (٢٠١٥-٢٠٢٠) إطار عمل موحد لجميع المؤسسات الحكومية وغير الحكومية المعنية بقضايا الطفولة والأمومة في مصر. وقد تم إعداد هذه الاستراتيجية بالتشاور مع كافة الشركاء.
- كما لم يُغفل المجلس القومي للطفولة والأمومة التشاور مع مجموعات ممثلة لأطفال مصر حتى تأتي هذه الاستراتيجية معبرة عن تطلعات جيل جديد، يواجه تحديات أكبر من التحديات التي واجهتها الأجيال التي سبقته، ولكنه في ذات الوقت، ونتيجة للتطور الهائل في التكنولوجيا، ووسائل الاتصال يمتلك أمكنات وتطلعات لم تتوافر لأي جيل آخر.

٢- رؤية استراتيجية الطفولة والأمومة ٢٠١٥ - ٢٠٢٠:

- الارتقاء بجودة حياة الأطفال والأمهات، وتحقيق الرفاه لهم وضمن دعم وحماية المجتمع لهم، وإشراكهم في اتخاذ القرارات الخاصة بهم، ورعاية صحتهم الجسدية والنفسية، في إطار من المساواة وعدالة التوزيع بين الشرائح الاجتماعية والمناطق الجغرافية.

٣- مهمة استراتيجية الطفولة والأمومة ٢٠١٥ - ٢٠٢٠:

- تقدم رؤية وطنية وإطار عمل موحد لجميع المؤسسات الحكومية، وغير الحكومية المعنية بقضايا الطفولة والأمومة في مصر تحقق التنسيق بين الجهود الرامية إلى الارتقاء بصحة الطفل وبقائه وتطوره.
- الإرتقاء بنمو الطفل وتعليمه، وتحقيق الحماية للطفل، وتنمية مشاركته في المجال العام، والحد من مظاهر عدم الإنصاف في الحصول على الخدمات الأساسية.
- تضع الاستراتيجية الإطار المؤسسي للعمل في مجال الطفولة والأمومة، وآليات التنسيق والمتابعة والتقييم، وأدوات التواصل المجتمعي التي يجب تفعيلها كشرط ضروري لنجاح واستدامة الأنشطة والبرامج، وتوزيع الأدوار بين المؤسسات الحكومية وغير الحكومية في تنفيذ البرامج والأنشطة.
- ترجمة النصوص التي أرست حقوق الطفل في الدستور المصري، وكاستجابة للتحديات المعاصرة التي تواجه الطفل والأم سواء كانت إجتماعية، أو اقتصادية، أو أمنية.

٤- أهداف استراتيجية الطفولة والأمومة ٢٠١٥-٢٠٢٠:

- تهدف استراتيجية الطفولة والأمومة ٢٠١٥-٢٠٢٠ إلى إنفاذ حقوق الطفولة والأمومة من منظور تنموي متكامل، بتوفير خدمات أفضل، من أجل رفع جودة حياة الطفل المصري وأسرته في وقت تمر فيه مصر بمنعطف هام في تاريخها المعاصر، تأخذ فيها الديمقراطية، وحقوق الإنسان والطفل موقعاً متقدماً، وينال فيها المواطن البسيط قدراً متزايداً من الاهتمام بأحواله، وبما يقدم له من متطلبات الحياة الرئيسية، وبما يحقق العدالة الاجتماعية والكرامة الإنسانية.

ويمكن إيجاز أهداف الاستراتيجية فيما يلي:

- تقديم رؤية وطنية، وإطار وطني للعمل في المحاور المختلفة للاستراتيجية لتحسين حالة الطفولة والأمومة في مصر.
- ضمان عدالة توزيع الخدمات وتوفير حقوق الطفل بين الفئات الاجتماعية المختلفة وفي المناطق الجغرافية المختلفة.

- تحديد الأولويات للتدخلات والبرامج والسياسات.
- تحسين التشبيك، والتعاون، والتنسيق بين مختلف الجهات المعنية بالتنمية في مجال الطفولة والأمومة.
- وضع نظام لقياس الأداء وتقييم التدخلات في مجال الطفولة والأمومة.

٥- المرتكزات والمحاور التوجيهية:

- تركز هذه الاستراتيجية على عدد من المحاور التي تتسق مع الدستور، ومبادئ وروح الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل، والميثاق الأفريقي لحقوق ورفاهية الطفل، وقانون الطفل ١٩٩٦/١٢ المعدل بالقانون ٢٠٠٨/١٢٦ وقانون العقوبات، والقوانين ذات الصلة وتركز على البعد الحقوقي عند التعامل مع قضايا الطفولة والأمومة وتتضمن المبادئ الآتية:

المبادئ العامة التي تقوم عليها استراتيجية العمل هي احترام كافة حقوق الأطفال النافذة (ذكوراً - إناثاً) باعتبارها حقوقاً أصيلة واجبة الأداء، وهي الحق في الآتي :

- الحياة والبقاء و النماء.
- الحماية من كافة أشكال العنف والإساءة والتعذيب والإهمال.
- الحماية من الاتجار أو الاستغلال الجنسي أو التجاري أو الاقتصادي.
- المشاركة وتمكينه بالمعلومات والمعرفة.
- احترام آرائه الخاصة وحرية التعبير عن آرائه الشخصية ومراعاة مصلحته الفضلي.
- عدم التمييز.
- الخصوصية واحترام حرمة حياته الخاصه كرامته الانسانية.
- حماية الضحايا والشهود علي الجريمة وعدم وصمهم، أو نشر أو إذاعة أى معلومات، أو بيانات أو رسوم لوسائل الإعلام بما يضر بسمعة الطفل.
- إعادة تأهيل الضحايا واندماجهم في المجتمع.
- الحماية من الفقر ولم شمل الأسرة.
- بيئة أسرية ومأوي ملائم أو رعاية بديلة.
- رعاية وحماية الأمومة من منظور حماية الطفولة.

الظهير الدستوري (المادة ٨٠) والإطار التشريعي للطفولة والأمومة في مصر

- كانت مصر من أوائل الدول التي التزمت بالاتفاقيات المختلفة التي تحمي حقوق الطفل، وتعمل على الارتقاء بجودة حياته.
- وقد جاءت المادة ٨٠ من الدستور المصري لتؤكد على حقوق كل الأطفال المصريين بدون تمييز في التعليم والصحة والتغذية، والمأوى والرعاية الأسرية، وتحظر عمل الطفل للاسيما أسوأ أشكال عمالة الطفل. كما تكفل هذه المادة في الدستور الارتقاء بالطفل وتنمية معارفه والارتقاء بوجدانه، وتؤكد على حمايته من كافة أشكال العنف والاستغلال والإساءة.

مادة 80

يعد طفلاً كل من لم يبلغ الثامنة عشرة من عمره، ولكل طفل الحق في اسم وأوراق ثبوتية، وتطعيم إجباري مجاني، ورعاية صحية وأسرية أو بديلة، وتغذية أساسية، ومأوى آمن، وتربية دينية، وتنمية وجدانية ومعرفية.

وتكفل الدولة حقوق الأطفال ذوي الإعاقة وتأهيلهم واندماجهم في المجتمع.

وتلتزم الدولة برعاية الطفل وحمايته من جميع أشكال العنف والإساءة وسوء المعاملة والاستغلال الجنسي والتجاري.

لكل طفل الحق في التعليم المبكر في مركز للطفولة حتى سن السادسة من عمره، ويحظر تشغيل الطفل قبل تجاوزه سن إتمام التعليم الأساسي، كما يحظر تشغيله في الأعمال التي تعرضه للخطر.

كما تلتزم الدولة بإنشاء نظام قضائي خاص بالأطفال المجني عليهم، والشهود. ولا يجوز مساءلة الطفل جنائياً أو احتجازه إلا وفقاً للقانون وللمدة المحددة فيه. وتوفر له المساعدة القانونية، ويكون احتجازه في أماكن مناسبة ومنفصلة عن أماكن احتجاز البالغين.

وتعمل الدولة على تحقيق المصلحة الفضلى للطفل في كافة الإجراءات التي تتخذ حياله.

- تضمن الدستور بديابجته حزمة متكاملة من الحقوق التي تحمي حقوق الطفل الواردة بقانون الطفل ١٩٩٦/١٢ والمعدل بالقانون رقم ٢٠٠٨/١٢٦، والتي تتسق مع الاتفاقيات والمواثيق الدولية، والإقليمية النافذة في مصر.
- ويرتكز الدستور على ركائز هامة تتصل بحماية ورعاية الطفولة والأمومة، آلا وهي العدالة الاجتماعية، تكافؤ الفرص، المساواة، عدم التمييز، الحرية والكرامة الإنسانية وإلزام الدولة بالآتي:
- تدابير استباقية وتميزاً ايجابياً لصالح الفئات المهمشة مثل الأطفال والمراهقين والأمهات، وذوي الإعاقة، وأبناء الشهداء، والأيتام، والموهوبين علمياً ورياضياً، والأقزام، والأطفال بلا مأوى، والمجني عليهم والشهود علي الجريمة، وأبناء أهل النوبة وأبناء الفلاحين والعمال .
- الزم الدستور الدولة برعاية وحماية حقوق الطفولة والأمومة، من منظور تنموي يتسق مع كافة المواثيق والعهود الدولية، التي صدقت عليها مصر وتعتبر نافذة بموجب المادة ٩٣ من الدستور، ومنها الإعلان العالمي لحقوق الانسان، والاتفاقية الدولية لحقوق الطفل، والميثاق الأفريقي لحقوق ورفاهية الطفل.
- إرساء مبادئ حقوق الطفل، وإلزام الدولة بحمايته وتمكينه، من خلال تشريعات تترجم لسياسات قومية لتمكين الأسرة والطفل من منظور حقوقي تنموي، وليس لتقديم خدمات تقليدية أو علاجية فقط، بالإضافة إلى أن الدستور تضمن تدابير لتنمية وبناء قدرات العاملين مع ولأجل الطفل في المجالات الاجتماعية، كما نص علي تعزيز مهارات وقدرات الأطفال الوجدانية والعقلية والثقافية، من مرحلة الطفولة المبكرة إلي مرحلتي المراهقة والشباب، بهدف بناء الشخصية المصرية،
- التزام الدولة بإنفاذ حق الطفل في التعليم المجاني في مؤسسات الدولة التعليمية، وجعله إلزامياً حتي نهاية الثانوية العامة، بهدف بناء الشخصية المصرية، والحفاظ علي الهوية الوطنية، وبرعاية وتنمية الموهبة وتشجيع الابتكار، وترسيخ القيم الحضارية وإرساء مفاهيم المواطنة والتسامح وعدم التمييز.
- يخصص الدستور ولأول مرة في تاريخ الدساتير المصرية نسبة من الناتج القومي الإجمالي لضمان حق الطفل في التعليم والصحة، ويجرم الدستور الامتناع عن تقديم العلاج للطفل في حالات الطوارئ والخطر علي الحياة. بالإضافة إلى ذلك، فقد وقعت مصر علي عدد من الاتفاقيات الدولية وأصدرت عدد من القوانين المتعلقة بالطفل نوجز أهمها فيما يلي:

- كانت مصر من أولى الدول التي صادقت على اتفاقية حقوق الطفل، وكانت واحدة من البلدان صاحبة مبادرة القمة العالمية للأطفال التي عقدت عام ١٩٩٠.
- قانون الطفل المصري رقم (١٢) لسنة ١٩٩٦ والمعدل بالقانون رقم (١٢٦) لسنة ٢٠٠٨ ليتوافق مع أحكام هذه الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل.
- القانون رقم ١٥٤ لسنة ٢٠٠٤ بتعديل أحكام القانون رقم ٢٦ لسنة ٧٥ بشأن الجنسية المصرية ورفع التمييز ضد الطفل المولود لأم مصرية وأب غير مصري.
- القانون رقم ١٠ لسنة ٢٠٠٤ بإنشاء محاكم الأسرة، والقرار الوزاري باستثناء خريجات مدارس تعليم البنات من شرط السن عند الالتحاق بالمدارس الحكومية.
- تعديل قانون العقوبات بموجب القانون رقم ١٢٦ لسنة ٢٠٠٨ بشأن تجريم ختان الإناث وتجريم الاتجار في الأفراد.
- تعديل قانون الأحوال المدنية ورفع سن الزواج إلى ١٨ سنة للفتيات .
- إصدار وثيقة العقد الأول لحماية ورعاية الطفل المصري (١٩٨٩ - ١٩٩٩). وتضمنت هذه الوثيقة مجموعة من الأهداف لعل أهمها؛ القضاء على مرض شلل الأطفال، كفالة التعليم الأساسي لكافة الأطفال، وخفض معدل الأمية بين من تخلف من الأطفال عن التعليم، توفير الساحات الرياضية وأماكن ممارسة الهوايات التي تنمي الإبداع، توفير قدر مناسب من الرعاية الاجتماعية والصحية والنفسية للأطفال المعوقين .
- إصدار وثيقة العقد الثاني لحماية ورعاية الطفل (٢٠٠٠ - ٢٠١٠)، وتضمنت هذه الوثيقة مجموعة من الأهداف شملت العديد من المجالات الخاصة بالتعليم، والصحة، والرعاية الاجتماعية، والرعاية الثقافية.
- إلى جانب ذلك هناك العديد من الاتفاقيات والمواثيق والمعاهدات الدولية والإقليمية التي صادقت أو انضمت إليها مصر (ملحق رقم ١) ربط الاستراتيجيات والخطط، والمبادرات القطاعية القائمة.

٦- محاور الاستراتيجية:

٧-٦ المحور الأول: حق الطفل في الحماية

أولاً: مقدمة وعرض للوضع الحالي:

اتصلاً بما سبق ذكره فإن الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل تنص على حق الطفل في الحماية من العنف والإساءة والاستغلال، بالإضافة إلى أنها تؤكد على مسؤولية الدولة لضمان اتخاذ التدابير اللازمة لإنفاذ هذا الحق الأصيل، والذي أكد عليه دستور مصر ٢٠١٤، وقانون الطفل رقم ١٢ لسنة ١٩٩٦ والمعدل بالقانون ١٢٦ لسنة ٢٠٠٨، والذي استحدث إنشاء آليات حماية وطنية لحماية الأطفال.

تركز حماية الطفل على الوقاية والحماية من العنف والاستغلال والإساءة ضد الأطفال، فالعنف ضد الأطفال يأخذ أشكالاً متعددة منها: (البدني والعاطفي والجنسي والممارسات التقليدية الضارة والإهمال، والاستغلال)، وقام القانون باستعراض فئات الأطفال الأكثر عرضة للإساءة ومنها (عمالة الأطفال - الاستغلال الجنسي - الاتجار بالأطفال. والأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية الكافية - أطفال الشوارع والأطفال الذين يعيشون في دور الرعاية).

كما قامت اتفاقية حقوق الطفل والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية والمبادئ التوجيهية للأمم المتحدة بتحديد معايير لنظام عدالة الأحداث، والمبادئ التوجيهية للأمم المتحدة لحماية الأطفال الضحايا والشهود علي الجريمة، كما قام قانون الطفل في مصر بتحديد الإجراءات القانونية التي يتم اتخاذها مع الأطفال في نزاع مع القانون.

تدرك الدولة بأن هناك حاجة إلى وجود نظم متعددة للتعامل مع الأطفال المعرضين للخطر، والأطفال في نزاع مع القانون، والضحايا والشهود علي الجريمة، وفي كثير من الأحيان نجد صعوبة في الفصل بين هاتين الفئتين. ولهذا تبذل الدولة مزيد من الجهود مع الأطفال المعرضين للخطر لحمايتهم من الانحراف، وإعادة تأهيل الأطفال مرتكبي الجرائم البسيطة في بيئة اسرية ومجتمعية.

■ استخدام العنف المفرط كأحد أساليب التأديب

أفادت الدراسات التي أجراها المجلس القومي للطفولة والأمومة واليونيسف حول العنف ضد الأطفال ٢٠١٥ في محافظات (القاهرة والإسكندرية وأسيوط) أن نسبة ٨٤% من الأطفال المصريين الذين تتراوح أعمارهم بين ٢-١٤ عاماً قد شهدوا استخدام العنف الجسدي والمعنوي كشكل من أشكال التأديب في المنزل، ونسبة ٤% فقط هم من استفادوا من التأديب الإيجابي، كما أشارت الدراسة المشار إليها أن ثلثي الأطفال كانوا ضحايا للعنف الجسدي و٧٨% للعنف المعنوي.

■ ختان الإناث

أوضحت دراسة اليونيسف عام ٢٠١٣ إن مصر لديها أكبر عدد من الإناث اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥-٤٩ واللاتي خضعن لختان الإناث: (27 مليون من إجمالي ١٢٥ مليون في جميع أنحاء العالم) .

ووفقاً للمسح السكاني الصحي (٢٠١٤)، فقد بلغت نسبة انتشار ختان الإناث بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ١٥-٤٩ سنة ٩٢.٣%، حتى وإن كان معدل الانخفاض ضعيف، فقد انخفضت نسبة ختان الإناث بين الفتيات التي تتراوح أعمارهن بين ١٥-١٧ سنة من ٧٦.٥% في عام ٢٠٠٥ إلى ٧٤.٤% في عام ٢٠٠٨ و٦١.١% في ٢٠١٤، وهناك اختلاف على مستوى المحافظات في نسبة من تعرضن للختان بين الفتيات.

ووفقاً للمسح السكاني الصحي فقد تمت ٧٤% من عمليات ختان البنات من قبل أطباء (مقارنة إلى ٤٦% في عام ١٩٩٥)، و١٦% من قبل القابلات التقليديات، و٨% من قبل الممرضات وآخرين من العاملين في مجال الصحة، مما يعد تحدي كبير في مصر حيث يتم إضفاء الطابع الطبي على ختان الإناث.

■ عمالة الأطفال

أوضح المسح القومي الذي قام به الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء بالتعاون مع منظمة العمل الدولية في عام ٢٠١٠ بشأن عمالة الأطفال أن ١.٤ مليون طفل مصري في الفئة العمرية بين ٥-١٧ عام يعملون في الأعمال الخطرة المختلفة، ووفقاً للمسح، فإن أربعة من كل

خمسة من الأطفال العاملين هم من الذكور، ونحو ٦٤% من الأطفال العاملين ينتمون لأسر تعمل عمالة غير منتظمة، كما تمثل نسبة الأطفال العاملين في مجال العمالة الزراعية أكثر من نصف القوى العاملة للطفل، ثم تليها الشركات الصغيرة والمصانع لواحد من بين كل عشرة أطفال عاملين، وجدير بالذكر أن فئة الأطفال العاملين بالزراعة غير مدرجة بقانون العمل.

▪ زواج الأطفال

على الرغم من تجريم قانون الطفل والأحوال المدنية لزواج الأطفال إلا أن الظاهرة مازالت تنتشر، حيث أوضحت الدراسات التي أجراها المجلس القومي للمرأة عام ٢٠١٢ أن ٢٢% من البنات في مصر تزوجن قبل سن ١٨ عام، وأن في محافظتي (بورسعيد والفيوم) ترتفع هذه النسبة لتصل إلى ٣٨% في بورسعيد و ٣١% في محافظة الفيوم.

كما أوضحت نتائج الدراسات والمسوح مثل المسح الصحي الديموغرافي والدراسات التي أعدها المجلس القومي للطفولة والأمومة بمحافظة (الجيزة) عام ٢٠١٠، وأسبوط ٢٠١٠، والفيوم ٢٠١٤ أن انتشار زواج الأطفال يرتفع في ريف الوجه القبلي والصعيد مما يعرض الفتيات الأطفال اللاتي يتم تزويجهن إلى العديد من المخاطر الصحية، ويزيد من معدلات وفياتهن بسبب الحمل المبكر، وكذلك يزيد من معدلات إنجاب أطفال ناقصي النمو، أو ذوي إعاقة، ووفقاً لهذه الدراسات فإن نسبة الأطفال من هن أقل من ١٥ عام بلغت ٤٠% من عدد سكانها، حيث تشير النتائج إلى أن نسب زواج الأطفال بلغت ١١% حيث يتزوج الأطفال بها عند عمر ١٢-١٥ سنة.

وبلغت نسبة السيدات في المرحلة العمرية ٢٠ إلى ٤٩ سنة اللاتي تزوجن قبل سن الثامنة عشرة في المسح الصحي الديموغرافي لسنة ١٩٨٨ (٤٥%) بينما تراجع النسبة إلى ٢٥% في المسح الصحي الديموغرافي لمصر ٢٠٠٨.

وفي دراسة أجراها المجلس القومي للطفولة والأمومة في محافظة أسبوط عام ٢٠١٠ - بلغت نسبة النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين ٢٠ و ٢٤ سنة اللاتي تزوجن قبل أن يبلغن سن الثامنة عشرة عام ٢٠٠٨ نسبة ١٧%. وأشارت الدراسة إلى ارتفاع نسب الزواج المبكر في محافظة أسبوط حيث أن ١١% من الأفراد تزوجوا عند العمر ١٢-١٥ سنة، و ٢١% تزوجوا في العمر من ١٦-

١٨ سنة، و٢٥% تزوجوا في العمر من ١٩-٢١ سنة، وأن ٤٦% من المستجيبين في إجمالي محافظة أسيوط يرون أن زواج الأطفال منتشر إلى حد ما في قراهم أو القرى المجاورة.

كما أظهرت الدراسة المشار إليها أن حوالي ٧٢% من الذين ذكروا أن زواج الأطفال منتشر جداً أو منتشر إلى حد ما في قراهم أو في القرى المجاورة على مستوى إجمالي المحافظة أرجعوا السبب في انتشار زواج الأطفال يرجع إلى العادات والتقاليد، في حين ذكر ٣٦% منهم ذكر أن السبب هو رغبة الأهالي في سترة بناتهم، وهذا يبرز أن المشكلة ثقافية في المقام الأول.

وقد أشارت البحوث والدراسات أيضاً إلى إنتشار هذه الظاهرة في مجتمعاتنا العربية حيث أوضحت أن واحدة من كل سبع فتيات في المنطقة العربية تتزوج قبل أن تتم عامها الثامن عشر.

تعتقد الأسر التي تزوج بناتها في مثل هذه السن أن ذلك من مصلحة الفتيات، ولكن هذه الأسر لا تدرك أنها بذلك تنتهك حقوق الإنسان الخاصة ببناتها. فغالباً ما يعني الزواج المبكر إنهاء تعليم الفتيات وعلاقات جنسية قسرية وحمل في سن مبكرة. وعلاوة على ذلك، الفتيات اللاتي يتزوجن في سن مبكرة عادة ما يكن أكثر عرضة للعنف الزوجي مقارنة بالفتيات اللاتي ينتظرن فترة أطول حتى يتزوجن. وغالباً ما يؤدي زواج الأطفال إلى ديمومة دائرة الفقر والتعليم المنخفض وارتفاع معدل الخصوبة واعتلال الصحة، وهذه كلها عوامل تعيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية للمجتمعات.

كما أوضحت دراسة العنف التي أطلقها المجلس القومي للطفولة والأمومة بالتعاون مع منظمة اليونيسف ٢٠١٥، أنه يعتقد نحو ٨٦% من الآباء الذين شملهم الاستطلاع في كل محافظة من المحافظات الثلاث للدراسة (القاهرة-الإسكندرية-أسيوط) أن لزواج الأطفال آثار ضارة، وكانت ممارساتهم متوافقة مع مواقفهم وأن أقل من ١٠% من الآباء والأمهات في هذه المحافظات، كان لديهم فتيات تزوجن قبل بلوغ سن ١٨ سنة.

■ الاتجار بالأطفال

وفقاً للبحث الذي أعده المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية (٢٠١١) والمقررة الخاص بالاتجار بالبشر (٢٠١١)، فإن أحد أشكال الاتجار بالبشر في مصر تتمثل في (العمل القسري - تجارة الأعضاء - الاستغلال الجنسي - زواج الصفة).

وأشارت لذلك أيضاً دراسات المجلس القومي للطفولة والأمومة في محافظتى الجيزة ٢٠١٠ وفي الفيوم ٢٠١٤ بشأن وجود نمط جديد من الزواج يسمى بزواج الصفة.

▪ الهجرة غير الشرعية للأطفال غير المصحوبين بذويهم

لقد ارتفع عدد الأطفال غير المصحوبين بذويهم والذين لجأوا للهجرة غير الشرعية في السنوات الأخيرة، ووفقاً للتقارير الأخيرة للحكومة الإيطالية فقد احتلت مصر المكانة الثانية من حيث عدد الأطفال غير المصحوبين بذويهم، وقد أوضحت التقارير أن نسبة الأطفال المهاجرين هجرة غير الشرعية قد بلغت ٤١% من إجمالي عدد المهاجرين غير الشرعيين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٨ يمثلون الذين وصلوا إلى إيطاليا في عام ٢٠١٢، وهو ٢٢٨١.

▪ أطفال الشوارع

يقدر عدد الأطفال الذين يعيشون في الشارع بمصر أكثر مما تم حصره حتى الآن من خلال المسوح والدراسات التي أجريت من كافة الجهات الحكومية وغير الحكومية، حيث أشار المسح الذي أجراه المجلس القومي للطفولة والأمومة في محافظة القاهرة عام ٢٠٠٩ أن هناك ٥٠٠٠ طفل يعيشون في شوارع القاهرة، وما يقدر بـ ١٠٠٠٠ من أطفال الشوارع في المحافظات الأربعة الأكبر في مصر. كما أوضح مسح أطفال الشوارع الذي قامت به وزارة التضامن الاجتماعي في عام ٢٠١٤ أن هناك ١٦٠٠٠ من أطفال الشوارع يعيشون في جميع أنحاء مصر. ومع ذلك، فالمنظمات غير الحكومية والأطراف المعنية الذين يعملون مع هؤلاء الأطفال يقدرون عددهم أكثر من ذلك بكثير، والحجم غير الدقيق لتلك المشكلة ما هو إلا واحد من التحديات التي يجب مواجهتها في حالة حماية هذه المجموعة المهمشة والضعيفة، بالإضافة لعدم وجود تعريف موحد لطفل الشارع لدى الجهات المعنية به.

■ الأطفال في مؤسسات الرعاية

على الرغم من وجود عدد من الدراسات حول الأطفال فاقدى الرعاية الأسرية إلا إنه لا يوجد إحصاء دقيق لإعداد هذه الفئة وخاصة فئة الأطفال في دور الرعاية الخاصة ونظام الرعاية البديلة (الكفالة).

أشارت إحصائيات وزارة التضامن الاجتماعي (٢٠٠٩) فهناك أكثر من ١٢٠٠٠ طفل في دور رعاية حكومية موزعين على ٣٧ دار رعاية وأكثر من ٣٠٠ دار للأيتام.

■ الأطفال ذوى الإعاقة

تعتبر فئة الأطفال ذوى الإعاقة أكثر تعرضاً للعنف والإساءة والإهمال والاستغلال وخاصةً خارج المنزل، وقد أشارت إحصائيات الأمم المتحدة أن هناك ٤ مليون طفل ذوى إعاقة في مصر، وأن ٢% من هذا العدد فقط يحصلون على خدمات تأهيلية.

■ تعاطي المخدرات

أوضحت نتائج الدراسات البحثية الأخيرة التي قام بها صندوق مكافحة المخدرات والإدمان أن هناك تفشي وانتشار متزايد للمخدرات، وأن هناك اعتماد على تعاطي المخدرات والإدمان من قبل الأطفال والمراهقين. بالإضافة إلى ذلك فهناك ارتفاع في معدل الإدمان بين الفتيات، حيث انخفض متوسط العمر عند أول تعاطي للمخدرات إلى سن ١١ سنة، في حين أن متوسط العمر لدى الذين بدأوا بالتدخين انخفض إلى ٩ سنوات بين الفتيات. ونسبة معدل الإدمان بين المراهقين الذين نقل أعمارهم عن ٢٠ سنة هو ٩.٥% تقريباً من العدد الإجمالي لمدمني المخدرات، وهذا يمثل مؤشر خطير للغاية. لذا يجب إعطاء أولوية لمكافحة المخدرات على أن تستهدف برامج الوقاية والعلاج من المخدرات الفئات العمرية الأصغر.

▪ عدالة الأحداث

لا توجد أى معلومات رسمية عن عدد حالات قضايا الأطفال من قبل محاكم الطفل أو غيرها من محاكم القضاء. يمكن أن نلقي الضوء على قضيتين رئيسيتين وهما : احتجاز الأطفال فيما يتعلق بجرائم (التسول - السرقات الصغيرة) والاعتماد المفرط على الاحتجاز في مراحل ما قبل المحاكمة وما بعدها وبالتالي خفض فرص إعادة التأهيل الفعال للأطفال.

▪ أطفال الأمهات السجينات

يعد أطفال الأمهات السجينات من الفئات المعرضة للخطر، وقد نص قانون الطفل ٢٠٠٨/١٢٦، علي حقوق هؤلاء الأطفال حيث ينص القانون علي إنشاء دار حضانة في كل سجن للنساء يتوفر فيها الشروط المقررة لدور الحضانه، ويسمح فيها بإيداع أطفال السجينات حتي بلوغ الطفل سن أربع سنوات، علي أن تلتزم الأطفال طفلهما خلال السنة الأولى من عمره في عنبر الأطفال الرضع، وحالياً يبقى الطفل بالسجن مع أمه حتي بلوغه عامين، ومن المفروض وفقاً للقانون أن يستمر حتي سن أربعة سنوات، ولكن نظراً لعدم توفر حضانه أيوائية بسجون النساء، يغادر الطفل السجن وعمره عامين.

ويبقى التحدي الخاص بتفعيل قانون الطفل، وصدور قرار وزير الداخلية لتنظيم كيفية اتصال الأم السجينة بطفلها .

لا يفصل الطفل عن أمه في السجن ولا يجوز حرمانها من رؤيته كجزء لمخالفة ارتكبتها.

خروج الأطفال بعد عامين يعرضهم إلي العديد من المخاطر التي تتطلب إعادة تأهيل نفسي لتأهيلهم قبل الخروج، والعمل علي إيجاد دور أيواء لاستقبالهم، أو ضمان تسليمهم لذويهم أو أهليتهم إذا توفر ذلك، وضمن متابعة حالتهم بشكل دوري، وتحقيق الزيارات اللازمة للتواصل مع أمهاتهم كحق أصيل لهم.

نص الميثاق الأفريقي لحقوق ورفاهية الطفل أيضاً في المادة ٣٠ علي التزام الدولة الطرف بتوفير المعاملة اللائقة للأمهات الحوامل، وأمهات الرضع، والأطفال الصغار، والأخذ في الاعتبار

تشجيع الإجراءات البديلة بالاحتجاز لهؤلاء الأمهات، عدم الحكم بالأعدام علي هؤلاء الأمهات، والإصلاح الاجتماعي لإدماج الأمهات السجينات في الأسرة.

ثانياً: تحديات توفير الحماية للأطفال:

▪ عدم مواءمة السياسات الوطنية لتحقيق حماية الطفل

إن السياسات والإجراءات التنفيذية الخاصة بحماية الطفل (لوائح - قرارات - كتب دورية - أوامر ادارية) لاتتواءم مع الأحكام الواردة في قانون الطفل، فضلاً عن أن السياسة الوطنية لا تحدد أدوار ومسئوليات المؤسسات الحكومية فيما يتعلق بحماية الطفل.

▪ ضعف الإمكانيات المادية والبشرية

- قلة الإمكانيات المادية والبشرية في المؤسسات العاملة في مجال الطفولة والأمومة.
- عدم توفر الكوادر المؤهلة والمدربة للتعامل مع الأطفال في ظروف صعبة.
- الاعتماد في معالجة مشكلات الأطفال على مشاريع محددة بأجل وميزانية معينة (معظمها ممول من الخارج) ومن ثم يكون الحل مؤقت ومحدود بقيود معينة، مما يعني أن حل المشكلات لا يكون جذرياً ولا مستديماً.

▪ قوانين وإجراءات الحماية

- غياب المنهج الحقوقي في التعامل مع الأطفال في ظروف صعبة.
- قصور دور الخدمات القضائية المتخصصة مثل محاكم الأطفال والأخصائيين الاجتماعيين ووحدات الشرطة التي لا تعمل بالشكل الكامل الذي حدده قانون الطفل.
- عدم وجود محاكم عمالية.
- محدودية نطاق عمل لجان حماية الطفل في المحافظات المختلفة.

▪ نقص المعلومات:

- وجود نقص في البيانات المتوافرة عن الإساءات في مجال حماية الطفل والافتقار إلى تطبيق الحقوق المدنية للأطفال.
- عدم وجود قاعدة بيانات خاصة بالأطفال ومشكلاتهم.
- عدم توفر الإحصاءات الدقيقة عن الأطفال في ظروف صعبة وبصفة دورية مما يؤدي إلى صعوبة الوصول لهؤلاء الأطفال.
- غياب التعريف الموحد لمفاهيم حماية الأطفال (مثل مفهوم أطفال الشوارع مثلاً).

▪ التفكك الأسري وسوء الأحوال المعيشية للأسر

- الأطفال المنفصلون عن ذويهم يكونون معرضين لمخاطر الاستغلال الجنسي المرتفعة.
- يعد الفقر سبب رئيسي لعمل الأطفال في المنازل، وقد يكون الطفل العامل في المنزل معرضاً لتزايد مخاطر إساءة المعاملة الجنسية.

▪ غياب التنسيق بين الجهات المعنية

- عدم اتفاق الجهات المسؤولة بالدولة على تبني استراتيجية موحدة لحماية الأطفال وتنفيذها على نحو تشاركي محدد الخطوات والأدوار.
- ضعف التنسيق بين الجهات المعنية ذات العلاقة (داخلياً: بين الأقسام والدوائر والمديريات، وخارجياً بين المؤسسات والوزارات ذات العلاقة)

▪ المخصصات المالية

- عدم وجود مخصصات مالية كافية لتوفير الحماية الكافية للأطفال المعرضين للخطر.

ثالثاً: السياسات المقترحة:

١- تفعيل التشريعات من خلال لائحة النظام الأساسي لعمل لجان الحماية والقرارات المنظمة لتطبيقها كاملة من قبل لجان حماية الطفل كما هو منصوص عليها في قانون الطفل.

إن المجلس القومي للطفولة والأمومة بالتعاون مع الوزارات الشريكة والمجتمع المدني سوف يقوموا بمتابعة لائحة النظام الأساسي لتفعيل اللجان، هذه اللائحة تحدد المهام الرئيسية والإجراءات على مستوى الأحياء والقرى بالمحافظات، مع ضمان آليات رسمية للإحالة من خلال كل من خط نجدة الطفل ومؤسسات رعاية الطفل ومراكز الشرطة ومحاكم الطفل.

٢- تشكيل اللجنة العامة لخط نجدة الطفل

تشكيل هذه اللجنة بقرار من الأمين العام للمجلس وعضوية وزارات (العدل - الداخلية - التضامن الاجتماعي - التنمية المحلية)، ويكون الهدف الأساسي لاتخاذ الإجراءات السريعة في حالات الخطر المحدق.

٣- إعداد وتفعيل نظام إدارة الحالة داخل لجان حماية الطفل والوزارات المعنية

في ظل الارتباط الوثيق بإصدار لائحة النظام الأساسي للجان الحماية ستصبح لجان الحماية الية مستدامة لإدارة الحالة وحماية الطفل، وسوف تقوم هذه اللجان على مستوى المراكز والأحياء بإنشاء وحدة مكونة من موظفين متخصصين للتعامل مع قضايا حماية الطفل، مع ضرورة وجود مدرين للحالة ومسئولى ومشغلي إدخال البيانات لضمان كفاءة القدرة التشغيلية للجان حماية الطفل في المحافظات.

٤- إعداد مبادئ توجيهية لنظام ادارة الحالة

إن الارشادات التوجيهية سوف تحدد اجراءات ومسارات الإحالة حتى يتم تفعيل الاستجابة المستدامة للاحتياجات الفردية للأطفال في خطر.

٥- ربط خط نجدة الطفل بلجان الحماية

إعداد آلية حماية وطنية للإحالة تربط بين خط نجدة الطفل ولجان حماية الطفل، ولضمان فعالية الاحالة يتم وضع معايير واضحة تبين الحالات التي ينبغي ان يتدخل فيها خط نجدة الطفل في الخدمات المباشرة، وإعداد تقارير متابعة وتقييم لتقدم الحالات وتقديمها إلى المجلس القومي للطفولة والأمومة وإلى اللجان العامة لحماية الطفل.

٦- إعداد برنامج قومي للوالدين للتربية الإيجابية للأطفال

يقوم المجلس القومي للطفولة والأمومة بالتعاون مع الهيئات الحكومية والمجتمع المدني بإعداد برنامج قومي لتشجيع الممارسات التأديبية الإيجابية ونبذ العنف، تشتمل على حملة إعلامية متواصلة وبرامج زيارة الأسرة وبرامج تعليم الوالدين كيفية تربية الأبناء التربية الإيجابية.

٧- سياسات التدخل على مستوى البرامج:

- إيلاء اهتمام خاص بالفئات المهمشة من الأطفال في المناطق النائية والحدودية والمناطق الفقيرة والعشوائيات والأطفال ذوي الحاجات الخاصة، وأطفال الشوارع الأهمية الضرورية والاهتمام اللازم حين يتم وضع الأنشطة في كافة المحاور.
- إدماج منظمات المجتمع المدني في أنشطة حماية الطفل وتوفير التدريب اللازم لأعضائها لرفع قدرتهم على ممارسة هذه المهام.
- تعزيز الخدمات المجتمعية لحماية الأطفال من العنف والإساءة والاستغلال عن طريق تعزيز دور المجتمع والحي في حماية الأطفال.
- ضمان وجود وسيلة آمنة لإبلاغ المسؤولين والجهات المختصة التنفيذية عن الانتهاكات.
- وضع قوانين صارمة لمحاسبة كل من يمارس العنف ضد الأطفال. ومعالجة التراخي في إنفاذ الحقوق والتشريعات.
- زيادة وعي المجتمع فيما يتعلق بالممارسات التقليدية الضارة مثل ختان الإناث واستخدام العنف ضد الأطفال في البيت والمدارس وحتى مكان العمل.
- حماية وإعادة دمج الأطفال المحرومين من الرعاية الأسرية مع التركيز بشكل خاص على الأطفال الذين يعيشون ويعملون في الشوارع.

- تطوير نظام دعم الأسر البديلة، وإدخالها ضمن نظام الأسرة.
- وضع برامج لمحاربة عمالة الأطفال عن طريق تقديم مساعدات نقدية لأسرهم مقابل عدم تشغيلهم وإحاقهم بالمدرسة.
- رفع مستوى خدمات الرعاية المؤسسية، وتوفير بيئة لاحتياجات الأطفال النمائية والاجتماعية.
- رفع قدرات الكادر العامل في مؤسسات الرعاية الاجتماعية، وتحسين قيمهم بما يتناسب مع الدور الذي يقومون به.
- تمكين الأسر المعرضة للتفكك بتقديم الرعاية المناسبة لأطفالها.
- رفع مستوى مراكز تربية الأطفال الأحداث، وتأهيلهم وتوفير بيئة لاحتياجات الأطفال النمائية والاجتماعية.
- دراسة ظاهرة الاتجار بالأطفال وتشمل العوامل والأسباب والنتائج المؤدية للظاهرة من حيث المؤشرات الحالية والمستقبلية.
- تشجيع ورفع كفاءة الجمعيات الأهلية المتعاملة مع الأسرة والطفل.
- رفع درجة التوعية المجتمعية خاصة للأسر والتلاميذ والمدرسين والأطباء والأخصائيين الاجتماعيين للإبلاغ عن تعرضهم لأي إيذاء بدني أو اغتصاب أو تهديد.
- التزام حكومي بتنفيذ وسن العقوبات الرادعة للمتعاملين بالاتجار بالأطفال أو استغلالهم ورصدهم من قبل الجهات الأمنية للقضاء على الظاهرة.
- تنفيذ حملات قومية لتسجيل المواليد من مواليد الشوارع الذين عجزت أمهاتهم عن تسجيلهم أو ممن لم يسجلهم ذويهم.
- دمج القطاع الخاص في دعم مراكز الإيواء لأطفال الشوارع من خلال الجمعيات الأهلية التي تعمل في مجال توفير المأكل والمأوى للطفل.
- وضع آليات للمتابعة والتقييم كل ستة أشهر والقيام بالتقييم من خلال المجلس القومي للطفولة والأمومة.

٨- توفير الإطار المؤسسي والموارد البشرية والمالية اللازمة لتنفيذ سياسات وتشريعات حماية

الطفل:

- تحديد طبيعة ونطاق خدمات حماية الطفل الفعالة بما يضمن التوازن بين الخدمات الاستباقية، وتنفيذ أنشطة وقائية، جنباً إلى جنب مع المزيد من الخدمات التفاعلية لمعالجة حالات الضرر الفعلي.
- توفير الخدمات بناءً على الاحتياجات في مقابل الخدمات العادية.
- ضرورة النظر في إعادة تخصيص وإعادة هيكلة الموارد البشرية والمالية الحكومية القائمة.
- دراسة التكلفة/ العائد التي تعود على الدولة من التعاقد مع الجهات غير الحكومية لإيصال الخدمات.
- إعداد كوادر مدربة من الأخصائيين الاجتماعيين للعمل مع الأطفال على مستوى الخدمات الوقائية ومستوى الحالات الخطيرة والخطر المحدق للأطفال المعرضين للخطر.
- التعاون مع المعاهد والكلية الأكاديمية الاجتماعية لوضع مناهج معدلة تتضمن أحدث التقنيات للأخصائيين الاجتماعيين للتواصل مع الأسر المعرضة للخطر، وإدارة الحالات.
- إنشاء ورصد معايير الممارسة وإجراءات منح الشهادات الرسمية للأخصائيين الاجتماعيين في مجال رعاية الطفل، وذلك بالتعاون مع نقابة المهن الاجتماعية والجمعيات المهنية والجهات الحكومية ذات الصلة، ويجب أن تتضمن هذه المعايير المؤهلات، والخبرات والمهارات الأساسية، والتوصيف الوظيفي، والمتابعة والتقييم.
- إعداد خطة تنمية الموارد البشرية لجذب العاملين المؤهلين والاحتفاظ بهم.

٩- تفعيل آليات الحماية الوطنية:

- مراجعة وتعديل بعض نصوص قانون الطفل لتوفير آليات حماية أفضل للأطفال مع التركيز على تعديل عنوان الباب الثامن من قانون الطفل للتمييز بشكل أفضل بين عدالة الأحداث وحماية الطفل. وتعديل بعض المواد المتعلقة بالتدابير.
- إعداد كل اللوائح ذات الصلة اللازمة للتنفيذ الكامل للباب الثامن من قانون الطفل.
- الحظر الرسمي لأي شكل من أشكال العنف ضد الأطفال، وإلغاء أي تشريع يبرر العنف مهما كان القصد منه.

- تعزيز دور المجلس القومي للطفولة والأمومة باعتباره جهة التنسيق بين الحكومة والكيانات ذات الصلة في المجتمع المدني، وتوفير إطار واضح للعمل وفقاً لقانون الطفل لسنة ٢٠٠٨.
- تحديد دور الجهات الحكومية وغير الحكومية في مجال حماية الطفل والإجراءات المشتركة بين تلك الجهات لتقديم خدمات فعالة لحماية الأطفال، بحيث يكون هناك هدف رئيس مشترك لكافة الجهات المعنية.
- ربط سياسة حماية الطفل على المستوى الوطني بالسياسات العامة لحماية الطفولة على مستوى المحافظات بحيث تنسق السياسات الفرعية من الإطار العام لسياسة الحماية العامة وتتلائم مع مشكلات الطفولة في مختلف المحافظات.
- تفعيل لجان حماية الطفولة العامة والفرعية من خلال وحدة خاصة بحماية الطفل في الدواوين العامة للمحافظات والمراكز والقرى، والاستعانة بالمنظمات غير الحكومية والمنظمات المجتمعية وتكليفها بإدارة الحالات.
- ضمان الربط القانوني بين لجان حماية الطفل وخط نجدة الطفل.
- العمل بشكل وثيق مع وزارة التنمية المحلية، ووزارة الشؤون الاجتماعية، ووزارة الصحة والسكان، ووزارة التربية والتعليم لتعزيز التدخلات على مستوى المجتمع، مع التركيز على رفع التوعية، وتحديد الأطفال المعرضين للخطر والتدخلات المبكرة.
- تفعيل أمانات حماية الطفل في لجان حماية الطفل على مستوى المراكز والمحافظات، مع التمييز بينها وبين إدارة الحالات والتأكيد عليها مجدداً كآلية للتنسيق والرصد.
- إعداد تدابير مفصلة للتنفيذ وإجراءات التشغيل القياسية للجان حماية الطفل من خلال لائحة النظام الاساسى للجان حماية الطفل.
- إعداد ميزانية واضحة لتفعيل لجان حماية الطفل.

١٠- تطوير نظم إدارة المعلومات لحماية الطفل:

إعداد إحصاءات وسجلات مفصلة، وتحليل ونشر المعلومات عن حالات الإساءة والإهمال والاستغلال. فهناك حاجة إلى معرفة تفصيلية حول الاتجاهات والقضايا الناشئة حتى يساعد ذلك في دعم اتخاذ قرارات مفصلة حول أولويات السياسات والتخطيط وتخصيص الموارد.

١١ - تطوير التشريعات والمحاكمة والملاحقة الجنائية، Prosecution:

العمل على تفعيل تعديلات قانون الطفل المصري وبروتوكول منع وقمع ومعاقبة الاتجار بالأشخاص، وبخاصة النساء والأطفال، المكمل لاتفاقية الأمم المتحدة لمكافحة الجريمة المنظمة عبر الوطنية واتفاقية الأمم المتحدة المتعلقة بحقوق الطفل، والبروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الطفل وبيع الأطفال ودعارة الأطفال واستغلالهم في المواد الإباحية، وغيرهم من الاتفاقيات الوطنية والدولية المعنية بالاتجار وتهريب الأطفال، وذلك كي تتم محاكمة المتاجرين بنجاح في إطار اهتمام مصر بظاهرة الاتجار بالأفراد وأنشطتها في المجال متعدد الأطراف وإسهامها بصورة إيجابية في صياغة المعايير الدولية التي تتصدى للقضايا الجديدة التي تواجه المجتمع الدولي ومنها الأشكال المتعددة للجريمة المنظمة عابرة الحدود الوطنية وعلى رأسها الاتجار في الأفراد.

٦-٨ المحور الثاني: حق الطفل في الصحة وفي الحياة والبقاء والنمو

أولاً: مقدمة وعرض للوضع الحالي:

- حق الطفل في الصحة وفي الحياة والبقاء والنمو تشمل حق الطفل في إتاحة وجودة وتوفير ومقبولية الرعاية الصحية الأساسية، وفي خدمات الصحة العامة، الوقاية من الأمراض ومكافحتها، والتغذية السليمة، المياه، والمرافق الصحية، فضلاً عن الوعي بالمعلومات المتعلقة بصحة الطفل وتغذيته، وهي مترابطة ارتباطاً وثيقاً بالحق في التمتع بباقي الحقوق، بما في ذلك الحق في التنمية، والحق في الحماية، والحق في المشاركة، والحق في مستوى معيشي لائق.
- تغذية الطفل خلال مراحل النمو والتطور الحياتي قبل الميلاد وبعده، وتأثير ذلك على المدى البعيد على صحته ورفاهيته، مما يساهم في صحة وتطور المجتمع الذي يحيا فيه سواءً كان ذكراً أو أنثى.
- حقوق الطفل في البقاء والصحة، ولا سيما في المرحلة الأولى من الحياة، مترابطة بقوة مع الحالة الصحية وظروف تغذية الأمهات، ومستواهم التعليمي، والمعرفي والظروف الاجتماعية والاقتصادية حيث إن حقوق النساء والامهات في الحياة الكريمة والصحة والتغذية والتعليم والعيش في مستوى معيشي ملائم، يعد ضرورة ملحة لتحقيق حقوق الطفل في البقاء والنمو والصحة.
- ورد الحق في الحياة والبقاء والتنمية في المادة السادسة من (اتفاقية حقوق الطفل)، والحق في الصحة والحصول على خدمات الرعاية الصحية وردت في المادة ٢٤ من (اتفاقية حقوق الطفل).
- صحة الطفل والأم، وأنظمة الرعاية الصحية الأساسية الفعالة هي مرتكزات أساسية من أعمدة "استراتيجية التنمية المستدامة" في مصر: الرؤية المصرية ٢٠٣٠" وتتعكس في مؤشرات الأداء الرئيسية لها.

▪ الموقف الحالي لصحة وبقاء الطفل في مصر

- بقاء الأمهات ورعاية ما قبل الولادة

- كفاءة وإنتظام الرعاية الصحية لفترة ما قبل الولادة، وأيضاً الولادة تحت إشراف وفي وجود الأطباء المهرة يعد عاملاً أساسياً للحد من مخاطر وفيات الأطفال، أو الأمهات خلال فترة النفاس، التقدم المحرز في توفير غطاء من الرعاية قبل الولادة في مصر كان له النصيب الأكبر من الإهتمام في العقد الماضي، وفي عام ٢٠١٤، حوالي ٩٠% من الأمهات حظوا بفحوصات ما قبل الولادة (حوالي ٨٣% من الأمهات بالرعاية الصحية المنتظمة قبل الولادة)، وبين جميع الولادات ٩٢% من حالات الولادة تمت بمساعدة قابلات (مسئولي توليد) ، ٨٧% في مراكز صحية^١، تبدو البيانات المجمعة ما بعد الولادة (للطفل والأم) غير مشجعة بما أن نحو ثلث الامهات، وحصاة تدنو من نحو ثلثي الأطفال حديثي الولادة لم يتلقوا الفحوصات الموصى بها خلال فترة ٤٨ يوماً بعد الولادة.
- وعلى الرغم من حدوث تحسن ملحوظ في تغطية الرعاية قبل الولادة، إلا أن الفوارق الإقليمية لا تزال كبيرة نسبياً، وأظهرت التغطية الملائمة من الرعاية قبل الولادة، في ٢٠١٤، والتي كانت تتراوح بين ٧٣% في المناطق الريفية بصعيد مصر إلى ٩١% في المحافظات الحضرية^٢. وهناك أيضاً دليل على هذه الفوارق في المناطق الحضرية ظهرت بين سكان الأحياء الفقيرة والمناطق العشوائية الفقيرة، نتيجة عدم توفر فرص الحصول على خدمات الرعاية ما قبل الولادة^٣.
- تزايد الاتجاه في تواجده فريق الرعاية الصحية المهرة خلال عملية الولادة، يرافقه النمو السريع في إجراء العمليات القيصرية (التي تمثل مصدر قلق، وذلك لإرتباطها بحالات الولادة المبكرة) في عام ٢٠١٤، حيث أن أكثر من نصف حالات الولادة تمت بالولادة القيصرية ووصلت إلى نسبة ٦٠% في المناطق الحضرية^٤.
- نسبة كبيرة من زيارات الرعاية قبل الولادة، والولادة تتم في المراكز الصحية الخاصة، لاسيما في المناطق الحضرية في عام ٢٠١٣، حيث أفادت نسبة ٥٢% من الأمهات بأنهم تلقوا

^١ المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠١٤ بمصر

^٢ المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠١٤ بمصر

^٣ فقر الأطفال متعدد الأبعاد في الأحياء الفقيرة والعشوائية (٢٠١٣) اليونيسف وصندوق تطوير المناطق العشوائية .

^٤ المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠١٤ بمصر

خدمات الرعاية الصحية في القطاع الخاص^٥. هذا الاتجاه يعكس إنخفاض مستوى الإنفاق العام على الصحة، ولاسيما إنخفاض المخصصات الخاصة بالصحة.

- وفيات الأمهات أظهر إنخفاضاً مماثلاً من ١٧٤ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ مولود حي في عام ١٩٩٢ إلى ٥٠ حالة وفاة لكل ١٠٠ ٠٠٠ من المواليد الأحياء في عام ٢٠١٢^٦، وغالبية حالات وفيات الأمهات تحدث إما أثناء الولادة أو في فترة ما بعد الولادة.

- بقاء الأطفال وصحة الطفل

- على مدى العقود الماضية، قد شهد بقاء الطفل تحسناً ملحوظاً في مصر. وانخفض معدل (وفيات الأطفال دون سن الخامسة) من ١٠٨ حالة وفاة لكل ألف مولود حي في عام ١٩٨٨ إلى ٢٧ حالة وفاة لكل ألف مولود حي في العام ٢٠١٤.
- ومعدل وفيات الأطفال حديثي الولادة (في الشهر الأول من العمر) ومعدل وفيات الرضع (وفيات الأطفال في السنة الأولى من العمر) كانت على التوالي في مستوى ١٤ و ٢٢ حالة وفاة لكل ألف مولود حي في العام ١٩٢٠١٤ وأكثر بقليل من نصف حالات وفاة الأطفال تحت سن الخامسة تقع في الشهر الأول من الحياة "في الأطفال حديثي الولادة".
- وعلى الرغم من التحسن الملحوظ لبقاء الطفل في المناطق الأكثر حرماناً في مصر (ولا سيما في المناطق الريفية)، فلا تزال أوجه التفاوت الإقليمية كبيرة. وتعد وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات في أعلى مستوى في المناطق الريفية بصعيد مصر بمعدل ٤٢ وفاة لكل ألف مولود حي، بالمقارنة مع ٢٠ وفاة للأطفال لكل ألف مولود حي في المحافظات الحضرية، ويستمر التفاوت الواضح بين الفئات الاجتماعية - الاقتصادية^٧.
- التحصين (التطعيمات) عامل محوري آخر للحد من وفيات الأطفال، أو اعتلال صحتهم كما أنه يساهم في تحسين صحة الطفل. فبالغالبية العظمى من الشباب اليوم وقت الطفولة تلقوا التطعيمات المدرجة في الجدول الزمني القومي (على سبيل المثال، في ٢٠١٤، ٩٧% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨-٢٩ شهراً تلقوا الثلاث جرعات ضد الخناق

^٥ مسح تطلعات المرأة المصرية (٢٠١٣)، بصيرة

^٦ نشرة وفيات الأمهات ٢٠١٣ الصادرة عن وزارة الصحة والسكان

^٧ المسح الديموغرافي والصحي لعام ١٩٨٨ بمصر

^٨ المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠١٤ بمصر

^٩ المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠١٤ بمصر

^{١٠} المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠١٤ بمصر، منظمة اليونيسف "الأطفال في مصر (٢٠١٤)"

(الدفترية)، والسعال الديكي، والكزاز (التيتانوس)، و٩٦% تلقوا التطعيم ضد الحصبة^{١١}) في نطاق جغرافي محدود. وعلى الرغم من أن نسبة تغطية التحصين القومي مرتفعة جداً، فإن بعض المناطق مازالت تظهر انخفاضاً في تلقي التطعيمات.

- البيانات الخاصة بانتشار وعلاج الأمراض مثل التهابات الجهاز التنفسي الحادة، والحمى والإسهال لدي الأطفال دون سن الخامسة تظهر أن حصة كبيرة من الحالات لم تحظى بأي استشارة طبية، ولم يتم تقديم العلاج للمرضى من الأطفال (على سبيل المثال تشير بيانات ٢٠١٤ إلى أن خمس الأطفال المصابين بأعراض التهابات الجهاز التنفسي الحادة لم يتلقوا أي استشارة طبية أو علاج^{١٢})

■ موقف تغذية الأطفال الصغار والممارسات الغذائية

- التغذية المناسبة مهمة للنمو الصحي وتنمية الطفل. سوء التغذية في مصر يظهر في أشكال مختلفة، بما فيها التغذية غير الكافية، ونقص المعادن، وزيادة الوزن والسمنة المفرطة خاصة لكبار السن والأطفال الأكبر سناً.
- في عام ٢٠١٤، ٢١% من الأطفال المصريين تحت-٥ سنوات بدو قصار القامة بالنسبة لعمرهم (ظاهرة التقزم)، مما يعكس أثر سوء التغذية المزمن؛ بينما حوالي ٩% من الأطفال يعانون من الهزال (إنخفاض الوزن بالنسبة للعمر، مما يعكس حالة من سوء التغذية الحاد^{١٣}). وفي حين أن هناك انخفاض كبير في مستوي التقزم بالمقارنة مع أواخر الألفية، ظل مستوى التقزم في مصر مسألة من مسائل الصحة العامة. بالإضافة إلى ذلك، تشير إحصاءات التغذية "غير الكافية" إلى أن الأطفال الذين يعيشون في المناطق الحضرية أقل حظاً بالمقارنة مع نظرائهم في المناطق الريفية.
- حوالي ٢٧% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٦-٥٩ شهراً في ٢٠١٤ كانوا مصابين بالأنيميا، والغالبية منهم يعيشون في المناطق الريفية^{١٤}. وبالإضافة إلى ذلك، في بعض المناطق القليلة، فالأطفال هناك معرضون لخطر الاضطرابات الناجمة عن نقص اليود، ويرجع ذلك جزئياً إلى عدم كفاية استخدام الملح المشبع باليود^{١٥}.

^{١١} المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠١٤ بمصر..

^{١٢} المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠١٤ بمصر.

^{١٣} المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠١٤ بمصر.

^{١٤} المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠١٤ بمصر.

^{١٥} المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠١٤ بمصر.

- بالنسبة لتغذية الأطفال فالرضاعة الطبيعية هي أفضل مصدر للتغذية وينصح بالاعتصام على الرضاعة الطبيعية خلال الـ ٦ أشهر الأولى من حياة الطفل. وبوجه عام، يتعين أن يكون هناك تشجيع للرضاعة الطبيعية للأطفال في السنة الأولى من الحياة، إلا أن ممارسات الرضاعة الطبيعية ليست مثالية، ففي عام ٢٠١٤، ١٣% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٤-٥ أشهر تلقوا رضاعة طبيعية فقط^{١٦}. كما إن ارتفاع نسبة الولادة بعمليات قيصرية يسهم في انخفاض نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية في غضون ساعة واحدة من الولادة. ونسبة كبيرة من الأطفال الذين تقل أعمارهم عن عامين لا يتغذوا وفق المعايير الدنيا لتغذية الرضع والأطفال الصغار، ولا تتوفر المصادر الغذائية لديهم، وتتواتر الوجبات. وهناك أيضاً تفاوت في منطقة السكن (في المناطق الحضرية/الريفية) وكذلك الحالة الاجتماعية - الاقتصادية المحدودة^{١٧}.

■ الوصول إلى مياه شرب نظيفة ومرافق صحية سليمة

- الوصول إلى مياه الشرب النظيفة، والمرافق الصحية الكافية هو حق أصيل لكل طفل، مثلها مثل كافة الحقوق الأخرى، بما في ذلك الحق في البقاء والتنمية والصحة.
- الإمداد ببنية تحتية مائية قد نمت بشكل كبير خلال العقود الماضية، وفي ٢٠٠٨ حوالي ٩١% من سكان مصر أصبح لديهم المياه في مجال إقامتهم ولكن منذ عام ٢٠٠٥ كان التقدم في مجال توصيل المياه بطيئاً (النمو السكاني المطرد جزء من قصور التغطية في ذلك الحين)، بينما في المناطق الحضرية تعتبر التغطية شاملة، ويعتمد عليها في المناطق الرسمية، بينما في المناطق الريفية والحضرية الفقيرة، والتجمعات العشوائية توجد حصة كبيرة من المنازل غير متصلة بشبكة المياه الصحية، أو مصدرهم المائي لا يعتمد عليه أو غير مستدام^{١٨}.
- الحصول على المرافق الصحية المحسنة هو مشابه لما لوحظ على وصلات شبكات المياه، مع وجود تفاوتات بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية، الاتجاه نحو الركود منذ منتصف الألفية وبوجه عام، في ٢٠٠٨، حيث أن ٨% من السكان لم يمكنهم الحصول على المرافق

^{١٦} المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠١٤ بمصر.

^{١٧} المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠٠٨ بمصر، منظمة اليونيسف "الأطفال في مصر (٢٠١٤)".

^{١٨} "الأطفال في مصر" (٢٠١٤) منظمة اليونيسف، "فقر الأطفال متعدد الأبعاد في الأحياء الفقيرة والعشوائية" (٢٠١٣) اليونيسف وصندوق تطوير المناطق العشوائية

الصحية المحسنة، أما في المناطق الريفية بصعيد مصر ترتفع هذه النسبة إلى أكثر من ١٥%^{١٩}.

▪ الوضع الصحي والغذائي للأطفال الأكبر سناً والمراهقين

- تشير الاحصائيات إلي أن الظروف الصحية للفئات العمرية من ٥ سنوات فأكثر غير متوفرة بشكل ممنهج، إلا أنه هناك دلائل واضحة على تأثر صحة الأطفال بسبب التعرض للمخاطر البيئية (لا سيما التلوث)، ومخاطر أخرى، على سبيل المثال تلك المرتبطة بحركة المرور على الطرق والحوادث، وتشغيل الأطفال في سن مبكرة، وعدم توافر وكفاية فرص الوصول إلى الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية ذات الجودة. الأطفال الذين يعيشون في المناطق المحرومة والأقل حظاً أو من الفقراء والفئات الاجتماعية - الاقتصادية الضعيفة متوقع أن يكونوا أكثر عرضة لمخاطر صحية وحرمان من التغذية.
- تتداخل مصادر البيانات المختلفة لتظهر زيادة في نسبة التدخين بين الأطفال الذكور عند وصولهم لسن المراهقة، بينما لا تزال هذه النسبة عند مستويات منخفضة جداً بين الإناث. وبالإضافة إلى ذلك، فإن أكثر من نصف المراهقين يتعرضون بانتظام للتدخين السلبي^{٢٠}.
- نسبة كبيرة من المراهقين المصريين لا يتبعون العادات الصحية السليمة وليس لديهم وعي بالنظافة العامة، و التي لها صلة بصحتهم وحالة تغذيتهم فحسب بيانات ٢٠١١ حوالي ١١% من التلاميذ الذين تتراوح أعمارهم بين ١٣-١٥ أبداً أو نادراً ما يغسلون أيديهم بعد استخدام المراض، في حين أن حوالي ٥٣% ينظفون/يلمعون أسنانهم أقل من مرة واحدة في اليوم^{٢١}.
- بين المراهقين، هناك أدلة على تزايد مستويات سوء التغذية، في أشكال من زيادة الوزن أو السمنة المفرطة، خاصة الفتيات. فحوالي خمسي المراهقات (١٠-١٩) سنة يعانين من زيادة الوزن أو في خطر من زيادة الوزن مقارنة بثلاث البنين في نفس العمر. وكان انتشار المشكلة أعلى في المناطق الحضرية الغنية والفئات الاجتماعية - الاقتصادية المرتفعة^{٢٢}. عدم كفاية

^{١٩}الأطفال في مصر" (٢٠١٤) منظمة اليونيسف، فقر الأطفال متعدد الأبعاد في الأحياء الفقيرة والعشوائية (٢٠١٣) اليونيسف وصندوق تطوير المناطق العشوائية

^{٢٠}الأطفال في مصر" (٢٠١٤) منظمة اليونيسف.

^{٢١}الأطفال في مصر" (٢٠١٤) منظمة اليونيسف.

^{٢٢}المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠٠٨ بمصر، "الأطفال في مصر" (٢٠١٤) منظمة اليونيسف.

الغذاء وعدم توازنه، وانخفاض مستويات النشاط البدني من العوامل التي تفسر هذه الاتجاهات^{٢٣}.

■ الجوانب الأخرى ذات الصلة المتعلقة ببقاء الطفل ونمائه، وتنميته وصحته

- الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة: بينما الإحصاءات الحديثة التي يمكن الاعتماد عليها عن مدى الانتشار علي المستوى القومي لمختلف أشكال الإعاقة بين الأطفال فهي غير متوفرة، إلا أنه هناك أدلة تشير إلي أن هذه المسألة ذات صلة في مصر، وأن الاجابة الاجتماعية والطبية على هذا الموضوع لا تزال غير كافية.
- ونفس الأمر فيما يتعلق بالبيانات المتعلقة بالصحة النفسية للأطفال والمراهقين، كما أن هناك عجز في إدراك حجم وطبيعة المشكلة، وعلى الأرجح سوف ينعكس ذلك على كفاءة السياسات الصحية والاجتماعية بالسلب.
- مصر هي الدولة الأولى في العالم من حيث مستوى انتشار التهاب الكبد الوبائي (C) بين عامة السكان في عام ٢٠٠٨، فحوالي ١٥% من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين الفئة العمرية ١٥-٥٩ سنة أظهرت الفحوصات المعملية أن نتائجهم إيجابية في اختبار الأجسام المضادة لفيروس التهاب الكبد الوبائي (C). وأعلى نسبة كانت بين سكان الريف في أفقر الطبقات الاجتماعية - الاقتصادية. وبين المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و ١٩، كانت نسبة الإنتشار في العام ٢٠٠٨ نحو ٤%، وعدد أربعة مراهقين من أصل خمس كانت لديهم معرفة عن طرق انتقال الفيروس^{٢٤}.
- تعد مصر من الدول المنخفضة في معدل إنتشار الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (الأيذز)، بنسبة أقل من ٠.١% من السكان الذين يبلغون أكثر من ١٥ ويتوقع أن يعيشون مع فيروس نقص المناعة البشرية^{٢٥}. وبين المراهقين والشباب الذين لديهم معرفة شاملة على الفيروس وطرق العدوى هي: ١٨% من الذكور و ٥% من الإناث تتراوح اعمارهم بين ١٥-٢٤ عاماً^{٢٦}.

^{٢٣} مسح عن شباب مصر ٢٠٠٩.

^{٢٤} المسح الديموغرافي والصحي لعام ٢٠٠٨ بمصر.

^{٢٥} برنامج الأمم المتحدة للإيدز: قاعدة بيانات مؤشرات فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز ٢٠١٣.

^{٢٦} مسح عن شباب مصر ٢٠٠٩.

ثانياً: التحديات:

■ التطعيمات:

- الارتفاع المطرد في أعداد المواليد والذي زاد بحوالي ٤٠% في عام ٢٠١٢ مقارنةً بالأعداد في ٢٠٠٦ أدى إلى صعوبة التغطية الشاملة للأطفال بالتطعيم.
- ضعف وعي الآباء والأمهات بأهمية حصول أطفالهم على التطعيمات في مواعيدها المحددة من قبل وزارة الصحة.
- ضعف الآليات الرقابية من جانب وزارة الصحة في متابعة التزام الأسر بالتطعيمات، وعدم وجود آليات وإجراءات محددة لإلزام الأسر بهذه التطعيمات.

■ الصحة العامة للطفل:

- عدم توافر مقدمي خدمات صحية مؤهلين في الريف، والوجه القبلي، والمناطق العشوائية بصورة تساعد على إجراء فحص دوري للأطفال خاصةً الأطفال أقل من ٥ سنوات للاكتشاف المبكر للأمراض.
- عدم توافر الدورات التدريبية وبرامج بناء القدرات التي تؤهل مقدمي الخدمات الصحية على تقديم المعلومات والمشورة للأمهات بصورة تناسب الأميات والفقيرات، وكذلك عدم جودتها أو التخطيط الجيد للآليات متابعة وتقييم العنصر البشري المتدرب.
- الارتفاع المطرد في أعداد المواليد أدى إلى تخصيص مزيد من الموارد لتوفير التطعيمات بدلاً من توجيهها إلى مظاهر الرعاية الصحية الأخرى.
- انخفاض نسب الأطفال الذين حصلوا على بعض أنواع التطعيمات بين عامي ٢٠٠٨ و ٢٠١٤ مما يعرض هؤلاء الأطفال لخطر الإصابة بالأمراض.
- عدم توافر أعداد كافية من الرائدات الريفيات نتيجة محدودية المخصصات المالية الموجهة لهم مما يجعل دورهم محدود في توعية الأمهات بكيفية توفير الرعاية الصحية للأطفال، واكتشاف تعرضهم لحالة مرضية.
- ضعف الدور الذي يقوم به المجتمع المدني، والقطاع الخاص في تقديم خدمات الرعاية الصحية وتدريب مقدمي الخدمة الصحية للأطفال والأمهات.

- عمالة الأطفال التي تؤدي إلى ضعف المستوى الصحي للأطفال خاصةً أن معظم هذه الأعمال تكون أعمال عضلية مرهقة تؤدي مع نقص التغذية إلى إصابة الأطفال بالعديد من الأمراض.
- وجود بعض الثغرات المتعلقة بتطبيق قانون التأمين الصحي والتأكدت إلى خروج بعض فئات الأطفال خارج مظلة القانون نتيجة وجودهم خارج منظومة التعليم الرسمي مما أدى إلى عدم الاستفادة من الخدمات الصحية.
- عدم وجود آليات لمتابعة ومراقبة جودة الخدمات الصحية المقدمة للأم والطفل.
- قصور التشريعات وضعف العقوبات التي تضمن المحاسبة في حالة تقصير العاملين، ومقدمي الخدمة الصحية في أداء واجبهم تجاه الطفل والأم، وفي حالة تطبيق الجزاء يكون جزاءاً إدارياً بسيطاً.

■ تغذية الأطفال:

ترتفع نسبة الأمهات والأطفال الذين يعانون من سوء التغذية، ويظهر ذلك في نسبة من يعانون من أنيميا نقص الحديد، وكذلك نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم ونقص الوزن، وكذلك السمنة. ويرجع ذلك إلى عدد من العوامل يمكن تلخيصها فيما يلي:

- ارتفاع نسبة الأسر تحت خط الفقر مما يعوق توفير الغذاء المناسب للأطفال والأمهات.
- عدم وجود مناهج أو برامج للتنقيف التغذوي لطلبة المدارس لتعريفهم بأساليب التغذية الصحيحة.
- عدم وجود توعية كافية للآباء والأمهات بأساليب التغذية السليمة لهم ولأطفالهم.
- عدم وجود موارد لتغطية تكاليف توفير وجبات غذائية لطلاب المدارس خاصةً في المناطق الفقيرة، والمهمشة.
- انتشار مطاعم الوجبات السريعة بمختلف مستوياتها والتي تجذب الأطفال والنشء، بالرغم من أن معظم الغذاء الذي تقدمه لا يعد غذاء صحي.
- تكرار حالات انتشار أنفلونزا الطيور، مما أدى إلى عزوف الأسر محدودة الدخل في الريف عن تربية الطيور التي كانت توفر مصدر للبروتينات التي يحتاجها الأطفال، مما أدى إلى زيادة انتشار وحدة حالات سوء التغذية.
- عدم الالتزام بالرضاعة الطبيعية المطلقة لمدة ٦ شهور، والتوقف عن الرضاعة الطبيعية قبل بلوغ الطفل عامه الثاني.

- عملية رصد نمو الطفل فهي غالباً غير كافية، وتتم عادة بعد السنة الثانية من عمر الطفل. كما أن سوء التغذية بين الأطفال الأكبر سناً والمراهقين (بما في ذلك مشكلة زيادة الوزن والسمنة) لم يتم تناولها من خلال التدخلات.

■ الأطفال ذوي الإعاقة:

المعاق هو الفرد الذي يعاني نتيجة عوامل وراثية أو بيئية مكتسبة من قصور القدرة على تعلم أو اكتساب الخبرات والمهارات اللازمة للتكيف مع متطلبات الحياة اليومية أو أداء الأعمال التي يقوم بها الفرد العادي.

تشكل قضايا الإعاقة عائقاً تنموياً خطيراً حيث أكدت ورقة عمل عربية أعدتها منظمة العمل العربية حول ذوي الإعاقة أن نسبة الإعاقة في الدول النامية تتراوح ما بين ١٠-١٣% من عدد السكان، والتي تزيد في بعض الدول ذات الظروف الخاصة، كما تتوقع الدراسة أن هناك أعداداً كبيرة ستتضم إلى طابور ذوي الإعاقة في المستقبل نتيجة لما تحدته الميكنة الآلية من إصابات وما ينتج عن المدنية والتقدم التكنولوجي من حوادث. وحول أعداد المعوقين في مصر أشارت الدراسة أن عددهم يصل إلى ١٠ مليون شخص معاق.

ويمكن إيجاز التحديات المتعلقة بالمعاقين فيما يلي:

- عدم وجود وإتاحة مراكز متخصصة لتقديم الرعاية الصحية، وخدمات التأهيل للأطفال ذوي الإعاقة.
- استثناء الأطفال ذوي الإعاقة من تقديم خدمات التأمين الصحي وعدم توافر برامج لتوعية الآباء والأمهات بأساليب التعامل مع الأطفال ذوي الإعاقة.
- عدم توافر الكوادر الطبية القادرة على التعامل مع الوضع الطبي للأطفال ذوي الإعاقة، خاصة في حالات الطوارئ.

دستور مصر – مادة ٤٦

لكل شخص الحق في بيئة صحية سليمة، وحمايتها واجب وطني. وتلتزم الدولة باتخاذ التدابير اللازمة للحفاظ عليها، وعدم الإضرار بها، والاستخدام الرشيد للموارد الطبيعية بما يكفل تحقيق التنمية المستدامة، وضمان حقوق الأجيال القادمة.

- غياب التجهيزات التي تساعد المعاقين على ممارسة حياة طبيعية والتفاعل مع المجتمع سواء في مجالات التعليم أو العمل أو الحصول على الخدمات أو الترفيه.
- عدم توافر إحصائيات دقيقة عن عدد ذوي الإعاقة، ونوع الإعاقة ووطأتها مما يعيق وضع الخطط

- والبرامج، اللازمة لتغطية هذه الحالات بالخدمات الصحية اللازمة.
- ضعف خدمات المشورة التي كانت تقدم من خلال الخط الساخن بالمجلس القومي للطفولة والأمومة.

■ العوامل البيئية:

- ارتفاع نسبة الأسر التي لا يتوافر لديها مصدر للمياه النظيفة.
- الزيادة السكانية المطردة مع ثبات حصة مصر من مياه النيل، مما أدى إلى انخفاض متوسط نصيب الفرد من المياه، حيث يحصل المواطن في مصر على أقل من ثلثي حجم المياه اللازمة ليعيش حياة صحية سليمة، والأطفال ليسوا استثناء من ذلك.
- ارتفاع نسبة الأسر غير المتصلة بشبكة الصرف الصحي.
- اختلاط المياه النظيفة بمياه الصرف الصحي في العديد من المناطق مما يعرض صحة الأطفال الذين يستخدمون هذه المياه للخطر.
- تعاني العديد من المناطق في مصر من ضعف البنية التحتية أو عدم قدرتها على تحمل الزيادة السكانية التي تحدث في هذه المناطق، خاصة أن مخالفات البناء (تعلية الأدوار) في هذه المناطق أدت إلى زيادة عدد سكانها بصورة كبيرة مما يعرض صحة السكان، وبالأخص الأطفال للخطر.
- التلوث البيئي الناتج عن انتشار القمامة، وحرقتها، والتخلص غير الآمن من مخلفات المصانع بالرغم من تأكيد المادة ٤٦ من دستور مصر ٢٠١٣ على حق كل إنسان في بيئة صحية وآمنة.

■ الممارسات الضارة بالفتيات الأطفال:

- العادات والتقاليد المنتشرة في العديد من المحافظات بمصر والتي تؤيد ختان الإناث.
- انتشار زواج الأطفال خاصة في ريف الوجه القبلي والصعيد الذي يعرض الفتيات الأطفال اللاتي يتم تزويجهن إلى العديد من المخاطر الصحية، ويزيد من معدلات وفياتهن بسبب الحمل المبكر، ويزيد من معدلات الإصابة بالناصور الشرجي، والنزيف، وكذلك يزيد من معدلات إنجاب أطفال ناقصي النمو، أو مبتسرين، أو ذوي إعاقة.

■ الصحة الجنسية والصحة الإيجابية للمراهقين:

- تقديم خدمات صحية للمراهقين ضمن الخدمات التي تقدم للأطفال مما يجعلها غير ملائمة.
- نقص المعلومات والمعرفة التي تساهم في ضمان نمط حياتي صحي للمراهقين.
- إغفال طبيعة مراحل المراهقة المختلفة المقسمة وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية (ما قبل العاشرة، المراهقة المبكرة، المراهقة المتوسطة والمراهقة المتأخرة).
- عدم توافر مراكز صحية متخصصة لتقديم خدمات الصحة الإيجابية للمراهقين، خاصةً توفير المعلومات والمهارات، والمشورة والمخاطر المتعلقة بالتغيرات النفسية والسيولوجية المتعلقة بطبيعة المرحلة.
- غياب الرسالة الإعلامية الداعمة للمراهقين وأسرهم.
- ضعف مهارات العاملين مع ولأجل المراهقين لاسيما بالمدارس.
- عدم توفر خدمات ترفيهية وثقافية واجتماعية للمراهقين وأسرهم.
- انتشار الممارسات الخطرة بين المراهقين ومنها الزواج العرفي والعنف والجريمة مما يعرضهم للعديد من المخاطر ومنها الاستغلال الجنسي والممارسات الجنسية، والدعارة، والانخراط في الإدمان، والجرائم المنظمة عبر الإنترنت، والإرهاب، والهجرة غير الشرعية، وغير ذلك من مخاطر يسهلها من يستغلون هؤلاء المراهقين.
- وجود نسب تعاطى وإدمان المخدرات بين المراهقين حيث انخفض سن تعاطى المخدرات بين الأطفال والمراهقين إلى ١١ سنة و سن التدخين إلى ٩ سنوات.

■ الصحة النفسية للطفل:

- نقص الخدمات النفسية وعدم توفر برامج لإعادة تأهيل الأطفال الذين يتعرضون للعنف، أو الإساءة، ومنها جرائم التحرش أو الاغتصاب.
- عدم توفر برامج للتعامل مع الأثر النفسي لصدمة ما بعد العنف عند الأطفال post traumatic trauma.
- عدم توفر تمويل كافي للمبادرات المقترحة للتعامل مع الأثر النفسي للعنف السياسي الذي يشهده الشارع المصري، وتبثه قنوات التليفزيون على الأطفال.

■ الفجوات بين المناطق المختلفة:

١. وجود تفاوتات في إتاحة خدمات الرعاية الصحية الأولية، وخدمات الرعاية الصحية للأم والطفل لاسيما في المناطق الريفية، وخاصة في صعيد مصر، فهي الأكثر حرماناً، من حيث توافر البنية التحتية والمعدات الكافية، وأيضاً من حيث توافر قوي عاملة كافية، وماهرة (وخاصة الأطباء الذين يصعب الاحتفاظ بهم في المناطق النائية وفي الحصول علي الرعاية الصحية الأولية).
٢. وجود تفاوتات في مستوى المعرفة والمعلومات التي تضمن حياة صحية سليمة للأم والطفل بين المناطق المختلفة نتيجة لسوء توزيع خدمات التوعية والتثقيف وعدم مناسبة المادة المقدمة للشرائح الاجتماعية والتعليمية المختلفة.
٣. التفاوت في الحصول على الرعاية، بسبب الفقر ووجود عوائق مالية أو عدم وجود المعرفة الأساسية من قبل الأمهات، الأسر والمجتمعات بصحة الطفل والتغذية السليمة. أيضاً سكان الريف، وسكان المدن الفقراء (على سبيل المثال أولئك الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة أو في المناطق غير المخططة الفقيرة فيتعرضون بشكل خاص لعائق الوصول للخدمات).

ثالثاً: السياسات المقترحة:

■ زيادة مخصصات الميزانية الوطنية للرعاية الصحية الأولية، وخاصة لصحة الأم والطفل

ينبغي أن يكون الإنفاق العام على الصحة، وخاصة على الرعاية الصحية الأولية وعلى صحة الأم والطفل كافي للاستجابة للضغوط المتزايدة بسبب النمو الديموغرافي، وذلك للوصول إلى التغطية الشاملة في التدخلات الصحية الأساسية في فترة ما قبل الولادة من أجل تحسين نوعية وقدرة البنية التحتية والقوى العاملة، كما يجب أن يوزع الإنفاق العام بشكل عادل بجميع أنحاء مصر، لضمان تلقي كافة أنحاء البلاد للموارد الكافية. الهدف الرئيسي هو مواصلة تحسين مؤشرات البقاء والصحة، بوتيرة مستمرة، من خلال تقليص التفاوت في الفوارق الجغرافية والاجتماعية والاقتصادية.

■ التصدي للتفاوتات الجغرافية والإتاحة والحصول على الرعاية الصحية الجيدة

ينبغي أن يكون محور السياسات الصحية هو تقليص الفجوة بين المناطق الحضرية والريفية، وبين صعيد مصر وبقية البلاد. بداخل المناطق الحضرية، ينبغي لبرامج الصحة التصدي للحرمان الذي يعاني منه الأطفال والأمهات الذين يعيشون في الأحياء الفقيرة والمناطق غير المخططة. ويتعين وجود استراتيجية لإبقاء قوي عاملة مؤهلة بالمناطق المحرومة وتحقيق توزيع متوازن للكوادر الصحية المؤهلة. والهدف هو تعزيز الجودة والاستفادة من خدمات الرعاية لفترة ما قبل وبعد الولادة، والخدمات الوقائية والعلاجية الأخرى للأمهات والأطفال في جميع البلاد، وخاصة في المناطق الأكثر حرماناً وبين أفقر طبقات السكان، ضمن سياق تغطية عالية نسبياً أو شاملة في التطعيم، والحاجة إلى التركيز بشكل خاص في بعض المناطق التي بلغت نسبة الأطفال المحصنين أقل بكثير من المتوسط القومي.

■ تطوير وتوسيع دور العاملين في المجال الصحي الاجتماعي المؤهلين

ينبغي تعزيز دور العاملين في المجال الصحي الاجتماعي وتأهيلهم بصورة تمكن من تقديم الخدمات الصحية للطفل والأم بصورة دورية من أجل تعزيز وتحسين الصحة والعمل علي وجود اتصال بين المواطن والنظام الصحي. بوجه خاص يجب علي العاملين الصحيين دعم عملية التسجيل في تلقي خدمات الرعاية قبل الولادة والاستمرارية في تلقي الرعاية ودعم نشر الممارسات الإيجابية لتنشئة الطفل والتغذية والنظافة والرعاية الصحية.

■ تعزيز الربط بين الرعاية الصحية والحماية الاجتماعية

ينبغي تكامل الرعاية الصحية ونظم الحماية الاجتماعية بشكل أفضل. كما ينبغي ربط رعاية فترة ما قبل الولادة والرعاية الصحية للأطفال بأنظمة فوائد الأسرة والطفل.

■ مراقبة وتعزيز معايير الرعاية في القطاع الخاص

ينبغي رصد معايير الرعاية خلال فترة ما قبل الولادة، ورعاية الأمومة وصحة الأطفال في القطاع الخاص، ويجب وضع نظام للإبلاغ الإلزامي لضمان أن الرعاية الصحية للأمهات والأطفال في القطاع الخاص تنفذ وتحترم المعايير الوطنية وممارسات الرعاية الصحية.

ثالثاً: الفاعلون الرئيسيون:

- ١- وزارة الصحة
- ٢- وزارة السكان
- ٣- المجلس القومي للطفولة والأمومة
- ٤- وزارة التضامن الاجتماعي
- ٥- وزارة التربية والتعليم

وضع وتنفيذ خطة لتشجيع الممارسات الغذائية الصحية والتغذية الصحية والنشاط البدني طوال مرحلة الطفولة ومسار الحياة

لابد من العمل على تعزيز الترويج للممارسات التغذوية السليمة (بدءاً من الرضاعة الطبيعية والرضاعة الطبيعية الخالصة)، والربط بين التغذية والنظافة الشخصية، فضلاً عن التغذية السليمة والنشاط البدني. وينبغي لهذه الإجراءات دمج التدخلات التي تركز على الصحة والتعليم والتدخلات المعرفية.

زيادة الاستثمار في البنية التحتية للمياه والصرف الصحي للوصول إلى الفئات الأكثر حرماناً، مع الانتباه إلى حماية الموارد المائية وتحسين الممارسات الصحية

تطوير وتوسيع البنية التحتية للمياه والصرف الصحي يجب أن لا يغفل المناطق المحرومة (المناطق الريفية والأحياء الفقيرة) والوصول لشبكات مساكن الأشخاص الأكثر فقراً من السكان. كما ينبغي وضع تدابير الاجتماعية وآليات تمويل مرنة لضمان الحق في المياه والصرف الصحي لجميع المصريين.

تنمية الوعي الوطني بالعلاقة بين صحة الطفل والتعرض للتلوث ومخاطر أخرى (على سبيل المثال عمالة الطفل)

من الأهمية بمكان تنمية الوعي الوطني، وآليات الرصد، على السلوك البيئية والاجتماعية والمخاطر التي تؤثر على صحة الأطفال والمراهقين والعمل بشكل أكثر فعالية على المحددات الاجتماعية لصحة الطفل. يجب على الحكومة أن تستثمر في الترويج لصحة الأطفال والمراهقين بما في ذلك مكافحة استهلاك التبغ، وتعزيز النظم الغذائية الصحية والأنشطة البدنية، ومعالجة الاكتئاب ومشاكل الصحة النفسية الأخرى المتعلقة بفترة المراهقة، وحماية الأطفال والمراهقين من المخاطر البيئية.

السيطرة على الزيادة السكانية المطردة وخفض عدد المواليد السنوي

يجب أن تلتزم الدولة بتنفيذ استراتيجية قومية للسكان تعمل على الحد من الزيادة السكانية لتوجيه موارد الدولة وعوائد التنمية لتحسين الخدمات وتغطيتها لكافة أطفال الجمهورية.

٦-٩ المحور الثالث: حق الطفل في التعليم

أولاً: مقدمة عرض للوضع الحالي:

التعليم حق أساسي لكافة الأطفال دون تمييز، يكفله الدستور المصري والقوانين والمواثيق الدولية ذات الصلة. فنص الدستور المصري في المادة "١٩" على أن "التعليم حق تكفله الدولة، وهو إلزامي حتى نهاية المرحلة الثانوية"، وعلى أن: "التعليم في مؤسسات الدولة التعليمية مجاني بمراحله المختلفة، وتكمن أهمية التعليم في تنمية القدرات الذهنية، والإبداعية، وكذلك الوجدانية والسلوكية لدى الطفل .

وقد شهدت مصر في العقد الأخير زيادة واضحة في توسيع فرص التعليم بمراحل التعليم ما قبل الجامعي، فقد وصلت أعداد المدارس إلى ما يقرب من ٤٧ ألف مدرسة، بها ٤٥٤ ألف فصل في العام الدراسي ٢٠١٢/٢٠١٣.

مادة ١٩

التعليم حق لكل مواطن، هدفه بناء الشخصية المصرية، والحفاظ على الهوية الوطنية، وتأسيس المنهج العلمي في التفكير، وتنمية المواهب وتشجيع الابتكار، وترسيخ القيم الحضارية والروحية، وإرساء مفاهيم المواطنة والتسامح وعدم التمييز، وتلتزم الدولة بمراعاة أهدافه في مناهج التعليم ووسائله، وتوفيره وفقاً لمعايير الجودة العالمية. والتعليم إلزامي حتى نهاية المرحلة الثانوية أو ما يعادلها، وتكفل الدولة مجانيته بمراحله المختلفة في مؤسسات الدولة التعليمية وفقاً للقانون. وتلتزم الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي للتعليم لا تقل عن ٤% من الناتج القومي الإجمالي، تتصاعد تدريجياً حتى تتفق مع المعدلات العالمية. وتشرف الدولة عليه لضمان التزام جميع المدارس والمعاهد العامة والخاصة بالسياسات التعليمية لها.

■ التعليم ما قبل الابتدائي:

- يمكن أن يلعب التعليم ما قبل المدرسي دور كبير في ارتقاء الطفل وإعداده للالتحاق بالمدرسة، وبالرغم من التحسن الذي شهدته مؤشرات الالتحاق بالتعليم في مصر في السنوات الماضية إلا أن معظم الأطفال المصريين لا يتم إلحاقهم بأي تعليم قبل التعليم الابتدائي.
- في العام الدراسي ٢٠١٤/٢٠١٥ التحق ١.٢ مليون طفل في العمر ٤-٥ سنوات بالتعليم ما قبل الابتدائي حيث وصل معدل الالتحاق الإجمالي ٣١% مقابل ٢٤% في العام الدراسي ٢٠١٠/٢٠١١.
- تشير نتائج المسح السكاني الصحي لعام ٢٠١٤ أن ما يقرب من ثلثي الأطفال في العمر من ٣ إلى ٥ سنوات سبق لهم الالتحاق بالتعليم ما قبل الابتدائي، ويرتبط الالتحاق به بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة بينما لا توجد فروق ملحوظة بين الذكور والإناث كما لا توجد فروق ملحوظة بين الحضر والريف.

■ التعليم ما قبل الجامعي:

- في العام الدراسي ٢٠١٣/٢٠١٤ بلغت معدلات القيد الإجمالي للالتحاق بالتعليم ٩٥.٢% في مرحلة الإبتدائي، و ٩١% في المرحلة الإعدادي و ٦٤.٦% لمرحلة التعليم الثانوي. وتشير نتائج المسح السكاني الصحي إلى أن معدل الالتحاق الصافي في عام ٢٠١٤ بلغ ٩٢.٤% بالتعليم الابتدائي وبلغ ٧٧.٧% بالتعليم الثانوي.
- ومع زيادة أعداد المواليد سنوياً وتزايد الرغبة في الحاق الأطفال بالتعليم تتزايد أعداد الأطفال الذين يلتحقون بالتعليم الابتدائي فقد زاد عدد الأطفال الملتحقين بالتعليم الابتدائي بحوالي ٢٨٠ ألف طفل بزيادة بلغت ٢.٥% عن العام السابق.
- وبالرغم من التقارب في نسب الالتحاق بالتعليم بين الذكور والإناث، في مراحل التعليم المختلفة ما زالت نسب الالتحاق بالتعليم في الحضر أعلى من الريف.
- بلغ عدد التلاميذ في التعليم الإعدادي في العام الدراسي ٢٠١٥/٢٠١٤ ٥ مليون تلميذ ٩٠% منهم ملتحقين بالمدارس التي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم والنسبة الباقية ملتحقين بالتعليم الأزهري. وقد قدر عدد الأطفال في سن التعليم الإعدادي الذين لم يلتحقوا بالتعليم الإعدادي في عام ٢٠١٢/٢٠١٣ بحوالي ٣٣١ ألف طفل وهو ما يقدر بحوالي ٧% من الأطفال في سن التعليم الإعدادي، كما أن بلغ معدل التسرب في نفس العام ٤.٥%.

- هناك زيادة ملحوظة في معدل القيد الإجمالي لمرحلة التعليم الثانوي للعام الدراسي ٢٠١٣/٢٠١٤ حيث بلغ ٣٠.٧% مقارنةً بحوالي ٢٢.٥% للعام الدراسي ٢٠٠٨/٢٠٠٩. وقد بلغ عدد الملتحقين بالتعليم الثانوي في العام الدراسي ٢٠١٤/٢٠١٥ حوالي ٣.٥ مليون.

■ جودة التعليم:

- تقع مصر في مرتبة متأخرة جداً بين الدول في جودة التعليم حيث احتلت مصر المرتبة ١٣١ بين ١٣٩ دولة في مقياس الجودة الشاملة للتعليم في عام ٢٠١٠، وفي عام ٢٠١٣ احتلت مصر المرتبة ١٤٥ بين ١٤٨ دولة في جودة تعليم الرياضيات.
- في العام الدراسي بلغت كثافة الفصل في التعليم الابتدائي وفي التعليم الإعدادي وفي التعليم الثانوي، وهو ما يؤثر تأثيراً سلبياً على العملية التعليمية.
- في عام ٢٠١٤/٢٠١٥ بلغ عدد الطلبة الملتحقين في مدارس الفترتين ٨٧٠ ألف طالب معظمهم في المناطق الريفية.
- يبلغ عدد الطلبة لكل مدرس ٢٨ في التعليم الابتدائي و ٢٥ في التعليم الإعدادي، وهو مستوى مرتفع خاصةً إذا وضعنا في الاعتبار أن عدد المدرسين يشمل مدرسي الأنشطة والمواد غير الأساسية.
- المشكلات المتعلقة بجودة التعليم مع انخفاض دخل المدرسين أدت إلى انتشار ظاهرة الدروس الخصوصية حيث يبلغ إنفاق الأسر المصرية على الدروس الخصوصية سنوياً.
- تظهر دراسة أجراها المجلس القومي للطفولة والأمومة بالتعاون مع اليونيسيف في ٣ محافظات أن ٤٣% من الأطفال في القاهرة و ٤٨% في أسيوط و ٥١% في الإسكندرية قد تعرضوا للضرب في المدارس. وبالرغم من أن وجود قانون يمنع الضرب بالمدارس (قانون ٥٩١ لسنة ١٩٩٨) إلا أن معظم المدرسين يعتقدون أن العقاب البدني لتربية التلاميذ ليس ضاراً، كما أن نسبة غير قليلة من أولياء الأمور يوافقون على ذلك.

ثانياً: معوقات تحسين التعليم ما قبل الجامعي في مصر:

■ الالتحاق بالتعليم:

- شهدت مصر خلال السنوات الثمانية الماضية ارتفاعاً كبيراً في عدد المواليد السنوي فقد ارتفع عدد المواليد من ١.٨٥ مليون مولود في عام ٢٠٠٦ إلى ٢.٦ مليون مولود في عام ٢٠١٢ واستمر عند هذا الحد في ٢٠١٣، وهو ما يعني زيادة المواليد في ست سنوات بنسبة ٤١% وهي زيادة غير مسبوقه في مصر.
- وحتى تستطيع مصر استيعاب مواليد عام ٢٠١٢ بالمدارس الإبتدائية عندما يبلغوا من العمر ٦ سنوات في سنة ٢٠١٨ تحتاج مصر إلى إضافة ٩٢ ألف فصل بما يعادل ٧٠٠٠ مدرسة جديدة وذلك بافتراض أن استمرار كثافة الفصل المرتفعة أمر مقبول. وبالتالي إذا بدأ إنشاء هذه المدارس في عام ٢٠١٤ يكون من الضروري بناء ١٤٠٠ مدرسة إبتدائية كل عام لاستيعاب هؤلاء التلاميذ.
- وسيكون لزاماً على الدولة استيعاب هؤلاء التلاميذ في التعليم الإعدادي ابتداءً من عام ٢٠٢٤، وهو ما يعني أنه يجب أن تعمل الدولة على بناء ٧٠٠ مدرسة إعدادية بكل منها ١٣ فصل في المتوسط سنوياً.
- انخفاض الموازنة المخصصة للتعليم من الدخل القومي، وعدم وجود بدائل للإنفاق على التعليم تتسم بالاستدامة حيث تعتبر مشاركة القطاع الخاص، والمنح الخارجية مصدر آخر للتمويل لكنها غير مستمرة، ولا يوجد ما يلزم هذه الجهات خاصةً بالقطاع الخاص للإنفاق على إنشاء المدارس.
- ارتفاع نسب الأسر الفقيرة مما يدفع هذه الأسر إلى عدم إلحاق أبنائهم بالتعليم وتفضيل إلحاقهم بسوق العمل.
- عدم وعي نسبة غير قليلة من الآباء والأمهات بأهمية تعليم الأبناء.
- التمييز ضد الفتيات الأطفال وحرمانهن من التعليم
- افتقار عدد كبير من القرى المصرية لوجود مدارس في مراحل التعليم المختلفة، وقد تكون المدارس المتوفرة في أماكن بعيدة.

■ التسرب من التعليم:

- ارتفاع نسب الأسر الفقيرة مما يدفع هذه الأسر إلى إخراج أبنائهم من التعليم لإلحاقهم بسوق العمل لتحقيق دخل للأسرة.
- ارتفاع تكلفة التعليم على الأسر خاصة في ضوء عدم جودة التعليم داخل المدارس اضطرار معظم الأسر لإعطاء أبنائهم دروس خصوصية بتكاليف عالية وهو ما ليس في مقدور الأسر الفقيرة.
- الرسوب المتكرر الذي يدفع الطلاب إلى عدم استكمال الدراسة.

■ كثافة الفصول:

- الارتفاع المطرد في عدد المواليد السنوي الذي يجعل من الصعب توفير فصول جديدة لاستيعاب هؤلاء المواليد في التعليم دون رفع كثافة الفصول.
- عدم تناسب توزيع المدارس على المناطق المختلفة مع توزيع المؤهلين للالتحاق بالمدارس مما يؤدي إلى زيادة كثافة الفصول في بعض المحافظات عن ٩٠ طالب بالفصل في المرحلة الابتدائية مقارنةً بحوالي ٤٣ على مستوى الجمهورية .

■ محتوى المناهج الدراسية:

- عدم الربط بين المناهج التعليمية واحتياجات سوق العمل، مما يؤدي إلى ضعف مستوى خريجي التعليم المصري.
- عدم مواكبة المناهج التعليمية للتطور التكنولوجي.
- المناهج الدراسية لا تتضمن موضوعات عن قضايا الطفولة.

■ عدد المدرسين وتأهيلهم:

- ضعف الفرص للتعيين مما يزيد فرص العمالة المؤقتة غير المدربة والتي تؤثر على العملية التعليمية تأثيراً سلبياً لاسيما في المدارس الخاصة.
- وجود نقص في المدرسين في عدد من التخصصات وعدم قدرة الوزارة على تعيين المزيد من المدرسين نظراً لضعف المخصصات المالية.

- لا يوجد مدرسين مدربين على مناقشة موضوعات الطفولة والمراهقين، وبعض المدرسين يفضلون عدم شرح الأجزاء الموجودة في المناهج حول تركيب الجهاز التناسلي، والصحة الإنجابية.

■ الأطفال المعاقين:

- نسبة كبيرة من الأطفال المعاقين لا يتم إحاقهم بالتعليم نظراً لعدم وجود مدارس كافية ومناسبة لنوعية إعاقاتهم.

- عدم وجود مناهج تعليمية خاصة بالمعاقين تتناسب مع نوعية إعاقاتهم كما لا يوجد تدريب للمدرسين للتعامل مع التلاميذ المعاقين.

■ محدودية التعليم ما قبل الابتدائي:

- الحاجة إلى إنشاء مزيد من المدارس في مرحلة التعليم ما قبل الابتدائي وهو ما يصعب تنفيذه مع محدودية الموازنة المخصصة للتعليم.

- عدم وعي الآباء بأهمية التعليم ما قبل الابتدائي لتأهيل الأطفال للالتحاق بالتعليم الابتدائي.

ثالثاً: السياسات المقترحة:

١. زيادة الموازنات المخصصة للتعليم ما قبل الجامعي، والاستثمار في تحسين جودة البنية التحتية للتعليم:

ينبغي أن يكون الإنفاق العام على التعليم كافي لتغطية الطلب المتزايد على التعليم بسبب زيادة أعداد المواليد، للوصول والحفاظ على التغطية الشاملة للتعليم الأساسي، وتوسيع نطاق التغطية للتعليم الثانوي، وتحسين نوعية وقدرة البنية التحتية والقوى البشرية العاملة في مجال التعليم، والاستثمار في مجال الابتكار.

٢. تحقيق العدالة في توزيع الإنفاق العام على جميع أنحاء مصر، لضمان توفر الموارد الكافية لتحسين التعليم في كافة مناطق الجمهورية.

٣. القضاء على التسرب من التعليم من خلال:

- ربط استمرار أبناء الأسر الفقيرة في التعليم بمجموعة من الحوافز المادية والعينية لتعويض عائد عمل الأطفال.
 - تجريم العنف في المدارس وتفعيل القوانين الحالية التي تحرم الضرب في المدارس.
 - التدريب المستمر للمدرسين لتحسين كفاءتهم في التعامل مع الطلبة بأسلوب تربوي.
٤. العمل على زيادة معدلات الالتحاق بالتعليم من خلال:
- توعية الآباء والأمهات بأهمية تعليم أبنائهم خاصة الفتيات، وربط التحاق أبناء الأسر الفقيرة بالتعليم بمجموعة من الحوافز المادية والعينية.
 - العمل على توزيع المدارس جغرافياً بصورة تتناسب مع عدد الأطفال في سن التعليم.
 - التوسع في إنشاء المدارس المجتمعية التي تراعي ظروف المجتمع المحلي.
 - البدء في وضع برامج التعلم عن بعد بالاعتماد على التكنولوجيا الحديثة والتي تمت تجربتها في دول أخرى وأثبتت نجاحاً كبيراً.
٥. تحسين جودة التعليم من خلال:
- تحسين المناهج الدراسية المقدمة للطلاب في المراحل المختلفة بالقدر الذي ينمي قدرات الطفل الذهنية وياعد على مواكبة التكنولوجيا الحديثة.
 - ربط المناهج والتخصصات التعليمية باحتياجات سوق العمل .
 - توفير أساليب تعليمية حديثة تساعد الطفل على استيعاب المواد العلمية.
 - رفع كفاءة المعلمين من خلال التدريب المستمر، والعمل على زيادة دخلهم لتوفير حياة لائقة لهم.
٦. رفع معدلات التحاق الأطفال المعاقين بالتعليم من خلال:
- تشجيع الآباء على إدماج أطفالهم المعاقين بالتعليم.
 - بناء مدارس وتجهيزها بالصورة التي تناسب الأطفال المعاقين حسب نوع إعاقاتهم.
 - تطوير مناهج تناسب الأطفال المعاقين حسب نوع إعاقاتهم وتدريب المعلمين على هذه المناهج وعلى كيفية التعامل مع الأطفال المعاقين.
٧. تدريب المدرسين على تدريس المعلومات الخاصة بقضايا الطفولة والصحة الإنجابية للمراهقين.

٦-١٠ المحور الرابع: حقوق الأطفال الفقراء

أولاً: مقدمة وعرض للوضع الحالي:

- فقر الأطفال يعنى حرمان الطفل من إشباع حاجاته الأساسية ليحيا حياة سليمة وصحية. ويشمل فقر الأطفال أكثر من بعد ولا يقتصر فقط على نقص الدخل أو الإنفاق إنما يمتد ليشمل الدخل، المأوى، الطعام، التعليم، المعلومات، الصحة، المياه، الصرف الصحي. ويؤثر حرمان الطفل من بعد واحد من الأبعاد الثمانية على حقه في الاستمتاع بطفولته .
- أوضحت الدراسات السابقة أن أكثر من ٧ ملايين طفل أي ما يعادل طفل من كل أربعة أطفال في مصر يعانون من الحرمان من بعد أو بعدين بينما هناك ما يقرب من ١.٢ مليون طفل يعيشون في الفقر المدقع وهو الحرمان من بعدين على الأقل من حقوقهم. أظهرت نتائج الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء تزايد نسبة الأطفال الذين يعيشون تحت خط الفقر من ٢١ % عام ٢٠٠٠ لتصل إلى ٢٣.٨ % في ٢٠٠٨.
- تعد المنطقة التي يعيش فيها الطفل من محددات فقر الطفل حيث تنتشر ظاهرة فقر الأطفال في الريف والوجه القبلي أكثر من الحضر حيث أوضح تقرير الدخل والإنفاق ٢٠٠٨/٢٠٠٩ أن ٣٠ % من الأسر ممن لديهم أطفال في الريف يعانون من الفقر مقارنةً بحوالي ١٣ % في الحضر، وبلغت النسبة في الوجه القبلي ٢١ % . كما أن الحالة التعليمية للأم من العوامل المؤثرة على فقر الأطفال حيث كلما انخفض المستوى التعليمي للأم زاد احتمال أن يعاني أطفالها من الفقر وخاصةً فقر التعليم حيث أوضحت النتائج أن الأمهات اللاتي حصلن على تعليم ثانوي أو أعلى تقل بينهم فقر الأطفال من التعليم إلى ٠.٠٧ %
- هناك زيادة ملحوظة في نسب الحرمان لأبعاد الفقر المختلفة حيث زادت نسبة الحرمان من المأوى من ١٤.٨ % في ٢٠٠٠ إلى ٢٨ % في ٢٠٠٨، بينما هناك زيادة في عدد الأطفال دون الخامسة الذين يعانون من فقر الطعام حيث بلغ عددهم ١.٥ مليون طفل في ٢٠٠٨ مقارنةً بحوالي ٥٠٩ ألف طفل في ٢٠٠٠.
- وعلى صعيد آخر يوجد تحسن ملحوظ في نسب الحرمان من التعليم حيث انخفضت عدد الأطفال الذين يعانون من الحرمان من التعليم من ١.٢ مليون طفل في عام ٢٠٠٠ إلى ٤٩٠ ألف طفل في عام ٢٠٠٨، وبلغت معدلات الحرمان من التعليم بين الإناث ضعف المعدلات بين الذكور .

- كما توجد فجوة كبيرة بين الريف والحضر بالنسبة لفقير الدخل حيث بلغت نسبة فقر الدخل ٤٥.١% بين الأطفال في ريف الوجه القبلي مقابل ٧% في المحافظات الحضرية.

ثانياً: تحديات مكافحة فقر الأطفال:

- استمرار الزيادة في أعداد المواليد السنوية مما أدى إلى بقاء معدلات الإعاقة مرتفعة.
- عدم وعى الآباء بأهمية إلحاق أبنائهم بالتعليم واستمرارهم فيه.
- زيادة عدد الأطفال داخل الأسرة مع قلة مواردها.
- ارتفاع الأسعار وعلو المعيشة.
- ضعف إنتاجية عائل الأسرة نتيجة لتدنى قدراته ومهاراته.
- عمل عائل الأسرة في قطاع غير رسمي أو القطاع الموسمي وبالتالي فهو يفقد مزايا التأمين الإجتماعي والصحي.
- ارتفاع معدلات البطالة نتيجة لنقص المهارات لديه، وعدم مناسبة مخرجات التعليم لحاجة سوق العمل، ونقص الاستثمارات وانخفاض فرص العمل في السياحة بعد ثورة يناير.

ثالثاً: السياسات المقترحة لمحاربة فقر الأطفال:

١. العمل على زيادة الوعي العام بالمشكلة والتركيز على المشاركة المجتمعية في حلها.
٢. تقديم الدعم للأسر الفقيرة مع العمل على تغطيتها لأكثر عدد ممكن من الأسر مقابل استمرار أولادهم بالتعليم.
٣. توفير برامج لمنح القروض الصغيرة ومتناهية الصغر وذلك لزيادة إنتاجية الأسرة ودمجها في سوق العمل مع تقديم الدعم الفني للأسر لتحقيق أقصى استفادة ممكنة.
٤. وضع برامج تدريبية للمرأة المعيلة على الحرف اليدوية لتحسين الظروف المعيشية والإجتماعية لها.
٥. فتح فصول محو أمية للآباء والأمهات مع تقديم فرص عمل للذين أجازوا برنامج محو الأمية.
٦. تبني فكرة المدارس المزدوجة التي تقوم بتقديم التعليم للأطفال وتدريبهم على بعض الحرف مقابل عائد مادي في نفس الوقت.
٧. التنسيق بين الجهات المختلفة المعنية للعمل على الحد من فقر الأطفال.

٨. تبني رجال الأعمال برامج لتنمية الأسر الفقيرة وتحسين مستوى معيشتها.
٩. الاهتمام بتعليم المرأة وتنمية مهاراتها وإدماجها في سوق العمل لتحسين مستوى معيشتها.
١٠. تقديم برامج مساندة للمرأة المعيلة وتشجيعها على تعليم أبنائها.

رابعاً: الفاعلون الرئيسيون:

١. المجلس القومي للطفولة والأمومة.
٢. وزارة التضامن الاجتماعي.
٣. منظمات المجتمع المدني.
٤. القطاع الخاص.

٦-١١ المحور الخامس: حق الطفل في المشاركة

أولاً: مقدمة وعرض للوضع الحالي:

يجدر الاعتراف بأن من حق الطفل القادر على تكوين آرائه الخاصة التعبير عن تلك الآراء بحرية في جميع المسائل التي تمس الطفل، وأن تولى هذه الآراء الاعتبار الواجب وفقاً لسن الطفل ونضجه، وهو حق وليد بدأ الاعتراف به مؤخراً ويتم تنفيذه في بعض المجالات والمناسبات وبين بعض الفئات، ويحتاج إلى مزيد من الجهد لتعميمه وترسيخه ليصبح جزءاً من الثقافة السائدة.

وقد بذلت جهود حقيقية تتسم بالشفافية والاحترام للطفل، تحتاج للاستدامة والتعميم. وقد أكد تعديل قانون الطفل على حق الطفل في الحصول على المعلومات التي تمكنه من تكوين هذه الآراء والتعبير عنها، والاستماع إليه في جميع المسائل المتعلقة به، بما في ذلك الإجراءات القضائية. ويعتبر هذا التعديل محفزاً للعمل على ضمان حق الطفل في المشاركة كما تحدده الاتفاقية، وإن كان في الوقت الحالي لا يزال في بدايته.

ويشير الواقع المصري إلى أن مشاركة الطفل في محيطه الضيق أو الأوسع مازالت محدودة، ليس فقط لأن البرامج التي تسمح بذلك هي محدودة بطبيعتها ولكن أيضاً لأن المجتمع في الأسرة والمدرسة وغيرها من الأطر ما زال لا يتسع لمشاركة الطفل ولا يثمن هذه المشاركة.

ثانياً: التحديات التي تعوق مشاركة الأطفال:

رغم سعي مصر الحثيث من أجل تفعيل حق الأطفال في المشاركة، فما زالت هناك عقبات كثيرة تحول دون التفعيل الكامل لحق الأطفال في الحصول على المعلومات، ومنها:

١. مشكلة الفقر التي تجعل من العسير على الأسر الفقيرة الحصول على أدوات المعرفة .
٢. استمرار وجود الأمية رغم أن معدلاتها تتناقص .
٣. عدم تدريب الطفل على المشاركة والإدلاء برأيه سواء في البيت أو المدرسة.
٤. عدم وعى أولياء الأمور بأهمية المشاركة كحق أساسي للطفل واعتبارهم ذلك مضيعة للوقت.
٥. عدم وجود وقت كافي لدى الطفل لممارسة المشاركة المجتمعية لانشغاله بالذاكرة.
٦. عدم توافر النوادي الشبابية والمراكز الثقافية في العديد من المناطق في جمهورية مصر العربية.

٧. غياب التنسيق بين النوادي الشبابية والمراكز الثقافية والجمعيات الأهلية لعمل ندوات بأهمية مشاركة الطفل في المجتمع.
٨. قصور وسائل الإعلام في التوعية بضرورة المشاركة بالنسبة للطفل والمجتمع.

ثالثاً: السياسات المقترحة:

١. تنمية قدرات الطفل على المشاركة وحل المشكلات وأخذ القرارات سواء من قبل الأسرة أو المدرسة.
٢. وضع البرامج التي تعمل على تنمية ممارسة كل طفل بهذا الحق في حياته اليومية في إطار الأسرة، والمجتمع المحيط، ومؤسسات الرعاية والتعليم، وخلال الإجراءات القضائية والإدارية المعنية به.
٣. تضمين حق الطفل في المشاركة في التشريع الوطني، ومراعاته في الإجراءات كافة التي "تمس به".
٤. التزام الجهات المعنية بشئون الأطفال بتوفير المعلومات الكافية للطفل؛ لتمكينه من إبداء رأيه في الأمور المؤثرة فيه.
٥. إتباع نهج قائم على تنمية قدرات الطفل، بما في ذلك قدرته على المشاركة الإيجابية في الأنشطة المدرسية كبديل للنظم التقليدية التي تعد الطفل متلقياً لمعلومات تُملى عليه لحفظها.
٦. تطوير البيئة المدرسية والأنشطة التربوية بما يحقق احترام كرامة الطفل، ودعم حقه في المشاركة في الحياة المدرسية، مع إتاحة حق الأطفال في تكوين مجلس للطلبة.
٧. تشجيع الأطفال على المشاركة في أنشطة الإدارة المحلية، وإيجاد آليات لحث الأطفال على المشاركة وإبداء الرأي في البرامج المحلية ومتابعة الخدمات المعنية بالطفولة.
٨. تعديل بعض الإجراءات القضائية لتيسير مشاركة الأطفال، مثل سماع آرائهم في غرفة المداولة أو سماعها من خلال تسجيل فيديو، وتوفير المساعدة القانونية والمعلومات اللازمة للطفل.
٩. إتاحة المساعدة القانونية السريعة للطفل الذي يحرم من حريته، وكفالة حقه في الطعن في شرعية حرمانه من الحرية أمام المحكمة المختصة.
١٠. توفير الألعاب المناسبة لسن الطفل، وتوفير البرامج الإعلامية (الميديا) التي تزيد من قدراته اللغوية واللفظية في تحديد المسؤوليات الأساسية للأسرة في مراحل العمر الأولى للطفل.

١١. دعم السياسات والاستثمارات الاقتصادية لرفاه الأطفال، حيث إن غياب الخدمات الاجتماعية الأساسية وسبل كسب الرزق يقوض فاعلية برامج مشاركة الأطفال بشكل كبير. فخدمات التعليم والصحة الجيدة التي تشكل الأسس اللازمة لبناء مشاركة الأطفال تتطلب الموارد الملائمة لتؤدي عملها بفاعلية. ويمكن لمجموعة إيجابية من السياسات والممارسات الاقتصادية خلق المناخ الملائم لمشاركة الأطفال، فلا بد من توحيد الجهود من أجل وضع نهج منظم من السياسات بشراكة قوية وممنهجة تدعم مشاركة وتضع لها أساس يستمر لعقود تضمن إعداد جيل جديد من الأطفال قادر على مشاركة فاعلة ضماناً لمستقبل أفضل.
١٢. ضمان المشاركة الفاعلة والمتكافئة لجميع الأطفال دون تمييز.
١٣. دعم الآباء والأسر وتوعيتهم لضمان المشاركة الفاعلة للأطفال داخل نطاق الأسرة.
١٤. تعزيز نوعية التعليم والمهارات الحياتية والتفاعل داخل المدارس لضمان المشاركة الفاعلة للأطفال والنشء .
١٥. توفير بيئة محلية صديقة للطفل تمكنه من المشاركة.
١٦. دعم الإعلام للمشاركة الفاعلة للأطفال.

رابعاً: الفاعلين والشركاء الرئيسيين:

١. المجلس القومي للطفولة والأمومة.
٢. وزارة التربية والتعليم.
٣. وزارة الشباب.
٤. الإعلام المملوك للدولة وغير المملوك للدولة.
٥. منظمات المجتمع المدني.
٦. مراكز الشباب والقصور الثقافية ونوادي الطفل.

٦-١٢ الحق السادس: حق الطفل في رعاية الأمومة حماية للطفولة

أولاً: مقدمة وعرض للوضع الحالي:

تعد الأم المصرية هي الراعي الأول لأسرتها، وقد ظهر ذلك جلياً في العديد من المواقف حيث أن الأم هي التي تأخذ زمام أمور أسرتها، وتعمل جاهدة علي أستقرار وبقاء الأسرة، ولعل الاتصالات الواردة علي خط نجدة الطفل وخطوط المساعدة خير شاهد علي ذلك، فترصد دائماً حرص الأم وتضعها في المرتبة الأولي للمتصلين للحصول علي الخدمة، كما تطلب الأم المشورة والإرشاد الأسري في حالة وجود مشكلات نفسية، أو صحية لاسيما أمهات الأطفال ذوي الاعاقة، وأمهات الأطفال في مرحلة المراهقة، وأمهات الأطفال المعرضين للخطر أو ضحايا العنف والاستغلال.

وتعد رعاية وحماية الأمومة حماية للطفولة بمراحلها المتعددة، وهو ما يتطلب تمكين الأمهات في المجالات الاقتصادية والتنموية والاجتماعية والوقوف على الاحتياجات الملحة لبناء القدرات وتنمية الوعي المعرفي، وتعزيز الاتصال المباشر مع الأمهات لاسيما في المناطق المحرومة لإلقاء الضوء على التحديات التي تواجه مشاركة الأمهات في تنمية المجتمع وحماية الأسرة، والعمل على التشبيك مع المؤسسات المعنية لتقديم كافة وسائل الدعم للأمم ومشاركتها في التنمية الشاملة وبناء المجتمع، حيث تعد الرعاية الأسرية هي القضية الأهم في محور الحماية، ويرتبط بها قضية الأطفال في خطر.

وفي مصر تقريباً واحدة من كل ٦ أسر تعيلها امرأة، وهو ما يحمل أولئك السيدات عبء كبير خاصة أن معظم هذه الأسر تقع تحت خط الفقر.

ثانياً: التحديات التي تواجه حماية الأمومة:

- ١- انتشار الفقر مما يؤدي إلى لجوء الأسر إلى تزويج بناتها في سن مبكرة والتنازل عن كثير من حقوق الفتيات اللاتي يتم تزويجهن.
- ٢- انتشار الأمية بين المصريين وعدم وعي المجتمع بدور الأم بصورة كافية.
- ٣- ارتفاع مستوى الأمية بين السيدات حيث تفوق نسبة الأمية بينهن النسبة المقابلة بين الذكور، وهو ما يؤدي إلى عدم معرفة السيدات بحقوقهن وعدم ممارستهن لهذه الحقوق.
- ٤- انخفاض مستوى الخدمات الصحية الموجهة للسيدات والأمهات بصفة خاصة.

- ٥- انتشار العادات والتقاليد والقيم الخاطئة التي تدني من قيمة المرأة في المجتمع.
- ٦- ضعف دور المنظمات غير الحكومية في حماية الأمهات ومساندتهن للقيام بدور فاعل في المجتمع.

ثالثاً: السياسات المقترحة:

- وضع السياسات والبرامج لمساندة الأمهات:
يقترح من خلال الخطة الوطنية **وانفاذاً للمادة ١١ من الدستور** العديد من السياسات والبرامج والمشروعات لمساندة الأمهات في كافة النواحي (الاجتماعية والاقتصادية والقانونية والنفسية)، والعمل علي إعادة بناء الأسرة وحماية الأطفال من التعرض لخطر التفكك الأسري والحرمان من الرعاية، العنف، الاستغلال، والعمالة الجبرية أو القسرية، الخروج إلى الشارع، تعاطي المخدرات والإدمان، والاتجار بالأعضاء البشرية ونزع الأعضاء، والزواج المبكر وزواج القاصرات من أثرياء أجنب، وذلك لتعزيز دور الأمومة ومشاركتها بصورة فاعلة، بدايةً من المساندة النفسية والاجتماعية والاقتصادية حتى المساعدة القانونية للأمهات سواء الأمهات المعيلات أو الأمهات في خطر.
- تغيير قيم المجتمع:
إن وضع المرأة في مكانتها الصحيحة وضمان حصولها على حقوقها يتطلب تغيير قيم المجتمع التي تنظر إلى المرأة بنظرة متدنية باعتبارها أقل من الرجل في الحقوق والكفاءة في القيام بالأدوار المختلفة على المستوى الاجتماعي والاقتصادي والسياسي.
- دور الإعلام:
يجب أن يلعب الإعلام دور قوي في مساندة المرأة للحصول على حقوقها من خلال توعية المجتمع بأن المرأة قادرة على القيام بالأدوار المختلفة وكذلك من خلال توعية المرأة بحقوقها وواجباتها.

رابعاً: الفاعلين والشركاء الرئيسيين:

١. المجلس القومي للطفولة والأمومة.
٢. وزارة الصحة.
٣. وزارة السكان.
٤. المجلس القومي للمرأة.
٥. الإعلام المملوك للدولة وغير المملوك للدولة.
٦. منظمات المجتمع المدني.

عناصر النجاح الحرجة:

إن أى سياسة طموحة لتحديث مصر لا يمكن أن تتجح دون أن يكون الطفل المصري في بؤرة إهتمامها، ومن هنا تأتي أهمية وضع استراتيجية لتنمية وحماية الطفولة تنسم بالواقعية التي لا تخلو من الطموح تتكامل فيها أدوار المؤسسات الحكومية وغير الحكومية وتتضمن آليات فاعلة للتنسيق والمناخ والتقييم.

ويعرض هذا القسم عناصر النجاح الحرجة التي يجب توافرها حتى تتجح استراتيجية الطفولة والأمومة في تحقيق الرؤية الاستراتيجية وفي مواجهة التحديات التي تواجه مصر في مجال الطفولة.

تكامل العمل على المستوى المركزى:

- إن تعدد وتنوع أهداف استراتيجية الطفولة يتطلب قدر كبير من تنسيق، وتكامل أدوار المؤسسات الحكومية وغير الحكومية على المستوى المركزى، وهو ما يتطلب إرادة سياسية يصاحبها إطار مؤسسي فاعل يضمن تكامل الأدوار، ويحد من تضارب الاختصاصات. ومع التسليم بأن لكل مجال من مجالات عمل الاستراتيجية تكامل الأدوار ويحد من تضارب الاختصاصات. ومع التسليم بأن لكل مجال من مجالات عمل الاستراتيجية لاعب أساسي إلا أن مفهوم التنمية المتكاملة يجب أن يضمن تضافر جهود كل الشركاء للوصول إلى الرؤية الاستراتيجية للطفولة التي لا تخلو من تحديات.

- إن طبيعة التحديات التي تواجه الطفولة، وتعقد قضاياها يتطلب قدراً كبيراً من الإبداع في تصميم البرامج والأنشطة يأخذ في الاعتبار إمكانات تكنولوجيا الاتصالات والمعلومات ويضمن مشاركة الطفل المصري باعتباره بؤره الاهتمام وبيّح له تقديم التغذية الراجعة، التي سيكون لها فائدة كبيرة في إعادة تصميم البرامج والأنشطة أو تطويرها لتصبح أكثر كفاءة فاعلية.
- إن العمل على المستوى المركزي يجب أن يتضمن الآليات التي تسمح بالقيام بمهام التخطيط والتنسيق، والمتابعة والتقييم، والدعوة والتواصل المجتمعي. كما أن إنتاج وتحديث وإتاحة المعلومات والدراسات وأوراق السياسات يجب أن يتكامل مع عملية التخطيط والمتابعة والتقييم حتى تصبح عملية اتخاذ القرار مسندة إلى قرائن.
- مع التسليم بأهمية تحديد المسؤوليات وأعمال مبادئ المسائلة بشكل واضح، وشفاف، إلا أن وجود الإرادة السياسية الداعمة وإشاعة الإحساس الجارف بالمسئولية المجتمعية تجاه قضايا الطفولة هو أمر شديد الأهمية. ويجب إطلاق المبادرات التي تضمن استمرارية واستدامة الإرادة السياسية الداعمة من خلال التواصل الفعال مع النخب السياسية بما في ذلك البرلمانين والأحزاب والنقابات العمالية والمهنية.

فاعلية وكفاءة العمل على المستوى اللامركزي:

- إن التخطيط والتنسيق على المستوى المركزي هو شرط ضروري لنجاح استراتيجية الطفولة ولكنه غير كاف إذا لم يترجم إلى برامج وأنشطة يتم تنفيذها بكفاءة وفاعلية على المستوى المحلي.
- ومن ثم يصبح تطبيق اللامركزية في التخطيط والتنفيذ على درجة عالية من الأهمية مع أهمية الاستثمار في تنمية القدرات وتوفير الموارد.
- كما يجب البعد عن البرامج والأنشطة النمطية وإطلاق قدرات المجتمعات المحلية على ترتيب الأولويات وعلى التفكير الابتكاري في مجالات تنمية وحماية الطفولة.

دور المنظمات غير الحكومية:

- إن تنفيذ أنشطة الاستراتيجية ومتابعة وتقييم أثرها لا يمكن أن يتم بنجاح بدون مشاركة المنظمات غير الحكومية والتي يجب أن تلعب دوراً هاماً في مجال حماية الأطفال المعرضين للخطر وفي مجالات

التعليم المبكر وفي مجال التوعية الصحية وفي مجال تنمية قدرات الطفل المصري على المشاركة وفي مجال نشر القيم المواطنة للتنمية.

كما أن دور المنظمات غير الحكومية رئيسي في مجالات متابعة وتقييم البرامج والأنشطة المنفذة في مجالات الطفولة من خلال قدرتها على التواجد على المستوى المحلي. وفي هذا الصدد يصبح بناء قدرات المنظمات غير الحكومية والتنسيق فيما بينها وفيما بينها وبين المنظمات الحكومية على درجة عالية من الأهمية.

إشراك الإعلام الحكومي والخاص والإعلام الاجتماعي في تنفيذ الاستراتيجية:

يضطلع الإعلام الحكومي والخاص بدور كبير في تنفيذ الاستراتيجية، حيث يعد الإعلام من خلال المواد الإعلامية المختلفة (برامج، مسلسلات، ... إلخ) أهم وسائل توعية المجتمع في القضايا المختلفة المتعلقة بالأم والطفل كما أنه يلعب دور في إلقاء الضوء على المشكلات المختلفة التي يواجهها الأطفال والأمهات. لذا يجب أن تتضمن الاستراتيجية والخطة التنفيذية لها دور واضح للإعلام بأنواعه المختلفة في القيام بهذه الأدوار.

وضع آليات المتابعة والتقييم:

إن وجود آليات للمتابعة والتقييم تتسم بالشفافية والحيادية وتنتهج المنهج العلمي هو أحد العوامل الهامة لنجاح الاستراتيجية. وفي هذا الصدد فإنه من الأهمية بمكان إنتاج أحد حزمة متكاملة من التقارير التي تضمن متابعة وتقييم الأنشطة والبرامج المعنية بالطفولة ومنها:

- تقرير سنوي عن حالة الطفولة والأمومة في مصر.
- تقارير دورية مستخرجة من الخطوط الساخنة المخصصة لحماية الأطفال.
- تقارير نوعية عن الأطفال المعرضين للخطر.
- التوسع في المراصد المعنية بقضايا الطفولة وزيادة انتشارها الجغرافي.
- تصميم مؤشر عن حالة الطفولة والأمومة يتناول مجالات اتفاقية حقوق الطفل يمكن حسابه على مستوى المحافظات بصفة دورية.

ومن الضروري أن تراعي هذه المخرجات رصد التفاوتات الجغرافية على نحو يفيد في تخصيص الموارد وإعمال المسائلة وتحديد أولويات العمل.

وعلى التوازي يجب بناء جماعات الضغط ودوائر مساندة قضايا الطفولة والتي تتلقى هذه التقارير لممارسة دورها الرقابي ويشمل ذلك المؤسسات والكيانات القائمة واقتراح استحداث كيانات مؤسسية جديدة ومنها: لجنة للطفل في مجلس النواب، مجلس إقليمي في كل محافظة لحماية الأطفال، أمانة للطفل في كل حزب، لجنة للطفل في المجلس القومي لحقوق الإنسان.

الملاحق

الملحق ١

الاتفاقيات والمعاهدات الدولية التي صادقت أو انضمت إليها مصر

المعاهدة	الحالة الراهنة	تاريخ التوقيع	تاريخ التصديق أو الانضمام
اتفاقية حقوق الطفل	تصديق	١٩٩٠/٢/٥	١٩٩٠/٧/٦
البروتوكول الاختياري بشأن إشراك الأطفال في النزاعات المسلحة الملحق باتفاقية حقوق الطفل	انضمام		٢٠٠٢/٧/١٢
البروتوكول الاختياري بشأن بيع الأطفال واستغلالهم في البغاء وفي المواد الخلية الملحق باتفاقية حقوق الطفل	انضمام		٢٠٠٢/٧/١٢
للبروتوكول الاختياري لاتفاقية حقوق الطفل المتعلق بإشراك الأطفال في النزاعات المسلحة	انضمام		٢٠٠٧/٢/٦
الميثاق الأفريقي لحقوق الطفل ورفاهه	تصديق	١٩٩٩/٦/٣٠	٢٠٠١/٥/٩
الاتفاقية الدولية لإزالة جميع أشكال التمييز العنصري	تصديق	١٩٦٦/٩/٢٨	١٩٦٧/٥/١
العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية	تصديق	١٩٦٧/٨/٤	١٩٨٢/١/١٤
العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية	تصديق	١٩٦٧/٨/٤	١٩٨٢/١/١٤
اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة	تصديق	١٩٨٠/٧/١٦	١٩٨١/٩/١٨
ميثاق حقوق الطفل العربي		١٩٨٣/١٢/٤	١٩٩٤/١/١١
الاتفاقية الخاصة بوضع اللاجئين	انضمام		١٩٨١/٥/٢٢

١٩٨١/٥/٢٢		انضمام	بروتوكول يتعلق بوضع اللاجئين
١٩٩٣/٢/١٩		انضمام	الاتفاقية الدولية لحماية حقوق جميع العمال المهاجرين وأعضاء أسرهم
١٩٨٦/٦/٢٥		إنضمام	اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو الإنسانية المهينة
١٩٥٩/٦ /١٢		إنضمام	اتفاقية قمع الاتجار بالأشخاص وإستغلال الآخرين للبقاء
			اتفاقية حول الموافقة على الزواج، الحد الأدنى للزواج وتسجيل الزواج
	٢٠٠٠/١٢/٢٦	توقيع	نظام روما الأساسي للمحكمة الجنائية الدولية
١٩٩٩/٦/٩		تصديق	اتفاقية الحد الأدنى للسن في العمل
٢٠٠٢/٥/٦		تصديق	اتفاقية منظمة العمل الدولية رقم ١٨٢ (١٩٩٩) بشأن حظر أسوأ أشكال عمل الأطفال والإجراءات الفورية للقضاء عليه.
٢٠٠٨/١٠/١٤		تصديق	اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة