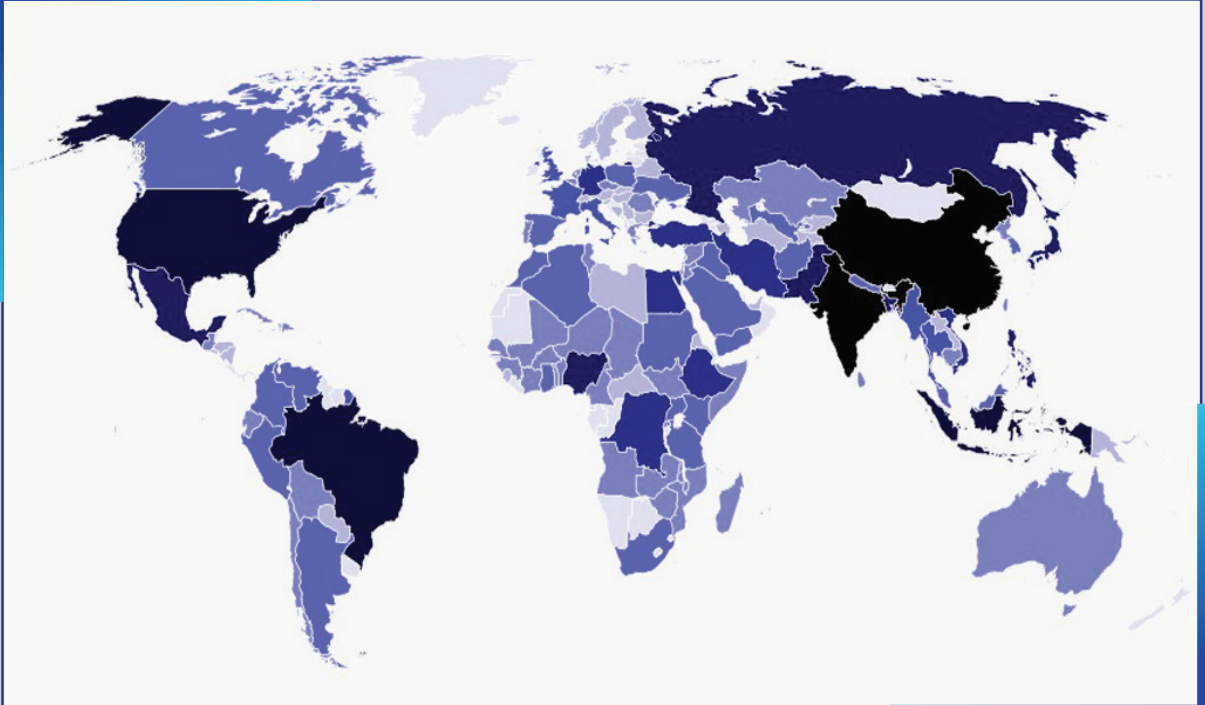


المجلس القومي للسكان

# ضبط النمو النمو السكاني في مصر - تجارب دولية



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 يوجه 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 مسؤولية مواجهة القضية السكانية جنبا إلى جنب مع جميع الأجهزة الحكومية والأهلية التي تتعاون في تحمل هذه المسؤولية 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 للهيكل 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

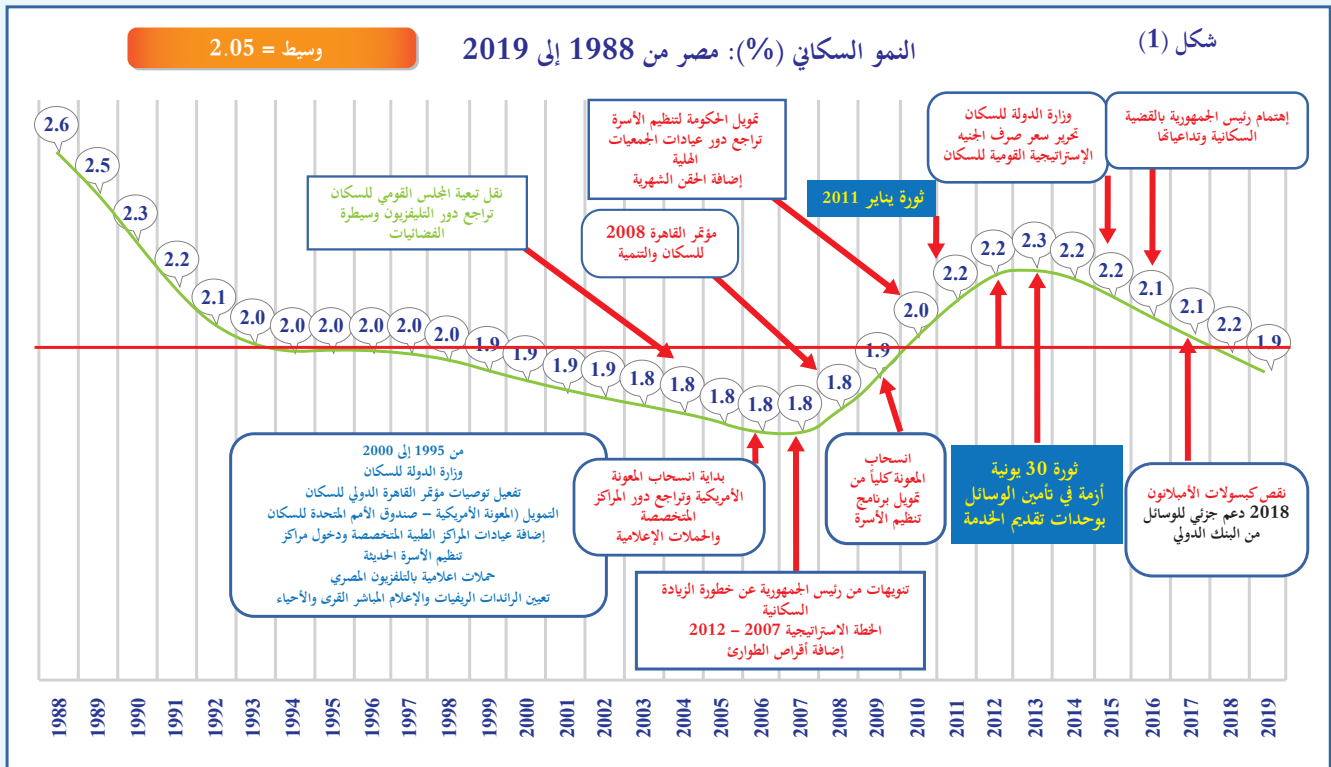
نائب وزير الصحة والسكان

لشئون السكان

# تجارب بعض الدول لضبط النمو السكاني

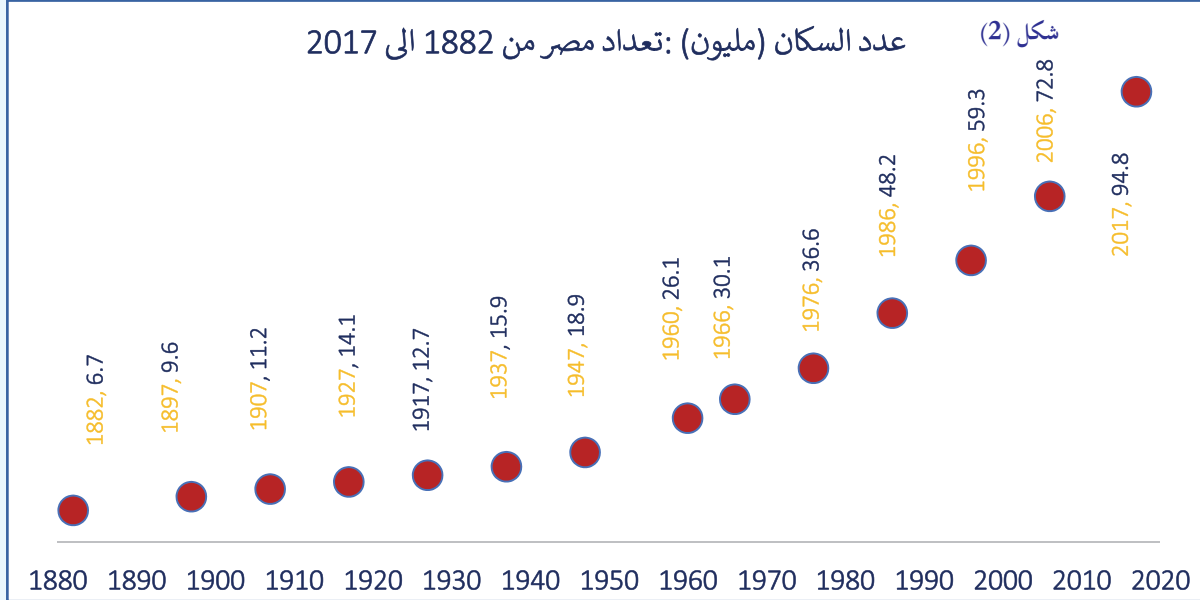
## مقدمة

تعتبر المشكلة السكانية في مصر من أهم وأخطر المشكلات التي تواجه المجتمع المصري، ذلك لأنها مشكلة ذات أبعاد استراتيجية ويترتب عليها موضوعات حيوية ستلقى بظلالها على أوضاعنا السياسية والاقتصادية والاجتماعية، وتلك التي تتعلق بأمننا القومي على مر العصور وتتابع الأجيال، والذي يقصد به امتلاك الدولة لعناصر القوة الاستراتيجية، وتأمين كيان الدولة ضد الأخطار الداخلية والخارجية التي تهددها، وهيئة الظروف المناسبة والمناخ المناسب للانطلاق باستراتيجية مخططة للتنمية الشاملة بهدف تأمين الدولة من الداخل والخارج، بما يمنع التهديدات باختلاف أبعادها بالقدر الذي يكفل للشعب حياة مستقرة توفر له أقصى طاقة للنهوض والتقدم، وهو ما يتحقق عن طريق التنمية الاقتصادية والمشاركة السياسية"، الأمر الذي يقتضى تضافر جهود كافة مؤسسات وهيئات الدولة بجانب الأحزاب السياسية ومؤسسات المجتمع المدني، للتقليل من حدة المشكلة السكانية وتفادي آثارها السلبية على الفرد والمجتمع.



وقد شهدت الحالة السكانية في مصر طفرات هائلة خلال العقد المنصرم، وتستلزم هذه الطفرات تأمين المزيد من الموارد للوفاء بالاحتياجات السكانية المتنامية وكذلك تحقيق رفاهية المواطن المصري. وفي حقيقة الأمر، يعتمد ذلك إلى حد بعيد على معدل النمو السكاني وخصائص السكان جنباً إلى جنب مع إدراك المواطن المصري ووعيه بمشكلة النمو السكاني وتداعيات ذلك النمو، فقد بلغ عدد سكان مصر بحسب تقديرات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء في 1 / 1 / 2020 حوالي 99.8 مليون نسمة مقارنةً بحوالي

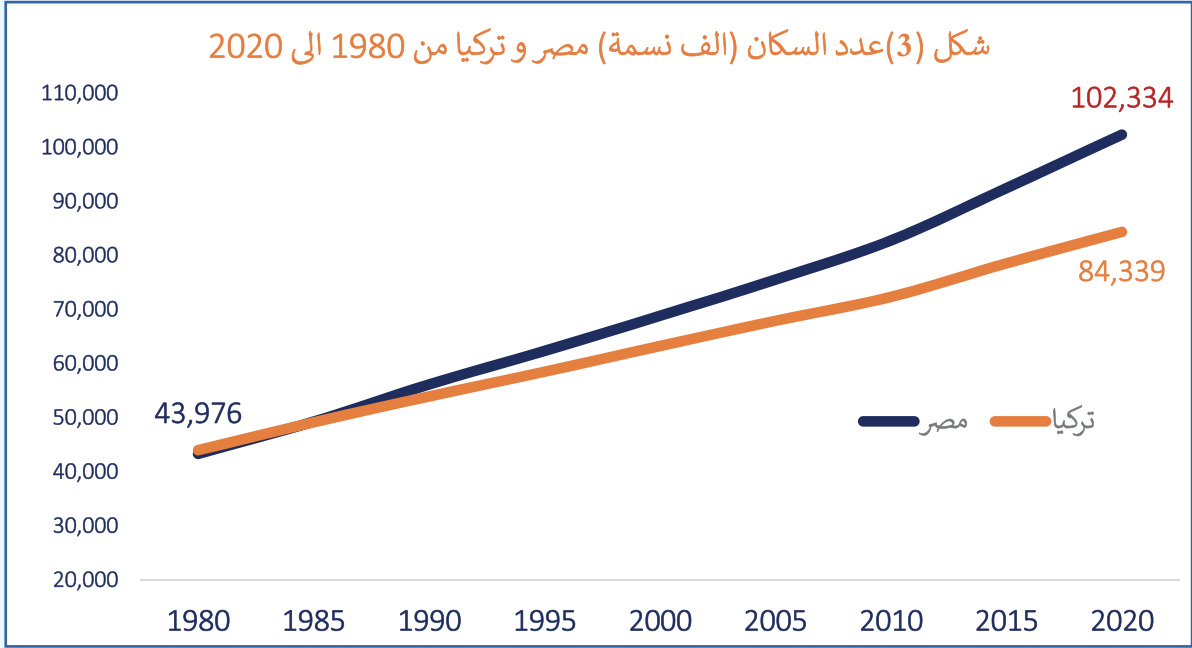
72 مليون نسمة في نوفمبر عام 2006، و قد ارتفع عدد السكان في مصر حوالى 50 مليون نسمة خلال الفترة من عام 1986 إلى عام 2019، كما قدر معدل نمو السكان خلال الفترة 2015 – 2020 بنحو 2.03 % سنوياً، بعد أن كان يقدر ب 1.86 % سنوياً خلال الفترة 2000 – 2005، كما قدرت الكثافة السكانية عام 2020 بنحو 102.8 نسمة/ كيلو متر مربع مقارنة بنحو 69.1 نسمة/ كيلومتر مربع عام 2000.



وتستحوذ المشكلة السكانية على حيز كبير من تفكير القيادات السياسية بالدولة وعلى رأسها رئيس الجمهورية الذى دائما يواجه بضرورة مواجهة تلك القضية من خلال جميع وزارات الدولة، بهدف تحقيق تنمية متناسقة بين السكان من جهة، وبين الموارد الاقتصادية والاجتماعية والبيئية المتاحة من جهة أخرى، وضرورة تبنى سياسة شاملة للتحكم في حجم السكان والارتقاء بخصائصهم والترويج لفكرة تبنى مفهوم الأسرة الصغيرة، والتركيز على توفير فرص أكبر للسيدات للحصول على التعليم والعمل وتحسين صحتهم ورفع مكانتهم للمساهمة في تقدم المجتمع وتحقيق الرخاء الاقتصادي، وقد حققت العديد من الدول نجاحا ملموسا في ضبط النمو السكاني ومنها (تركيا - إيران - إندونيسيا - تونس) استنادا الى بيانات تلك الدول والتي يوضحها الجدول والشكل التالي:-

جدول (1): اعداد السكان (ألف نسمة) في الدول الخمسة من 1980 الى 2020

السنة	تركيا	إيران	تونس	إندونيسيا	مصر
1980	43,976	38,650	6,374	147,448	43,309
1985	49,134	47,347	7,330	164,982	49,259
1990	53,922	56,366	8,243	181,413	56,134
1995	58,486	61,443	9,125	196,934	62,334
2000	63,240	65,623	9,708	211,514	68,832
2005	67,903	69,762	10,107	226,289	75,524
2010	72,327	73,763	10,635	241,834	82,761
2015	78,529	78,492	11,180	258,383	92,443
2020	84,339	83,993	11,819	273,524	102,334



فقد تزايد عدد سكان مصر بحوالي 59 مليون نسمة في الفترة من عام 1980 الى عام 2020 في حين كانت الزيادة في تلك الفترة في دولة تركيا بحوالي 40 مليون نسمة بفارق حوالي 19 مليون نسمة، على الرغم من ان تعداد كلا من الدولتين كان متقاربا الى حد كبير فقد كان تعداد سكان مصر في عام 1980 حوالي 43.309 مليون نسمة في حين كان تعداد تركيا حوالي 44 مليون نسمة، لذلك كان لابد من استعراض تجارب تلك الدول والتي حققت نجاحات في حل المشكلة السكانية إضافة الى التجربة المصرية، وذلك اعتمادا على العوامل الآتية: -

1. وجود تشريعات وقوانين لضبط النمو السكاني.
2. الدعم السياسي للقضية السكانية.
3. توافر خدمات تنظيم الأسرة.
4. وجود سياسات وخطط محددة.
5. دور رجال الدين.
6. وجود نظام مؤسسي.
7. وجود حوافز إيجابية / سلبية.

## اولاً: القوانين والتشريعات

### تركيا

- صدور القانون رقم 2827 المؤرخ 24 مايو 1983 والذي يهدف إلى تنظيم مبادئ التخطيط السكاني، إجراءات إنهاء الحمل والتعقيم، الحالات التي تسمح بالتدخل الطارئ، والموافقة على حيازة وإنتاج عقاقير ووسائل منع الحمل.
- ينص القانون على أنه "يمكن للأفراد أن يكون لديهم أكبر عدد من الأطفال كما يريدون، وسيكون الأفراد أحراراً في استخدام ممارسات تحديد النسل للسيطرة على حجم أسرهم"
- المؤسسة الرئيسية المسؤولة عن تنفيذ الأنشطة المذكورة أعلاه فيما يتعلق بالتخطيط السكاني، وزارة الصحة والتضامن الاجتماعي، وتتعاون في هذا الصدد مع الجامعات والإذاعة والتلفزيون، التنظيم، منظمات الضمان الاجتماعي، جميع منظمات ومؤسسات الدولة، المنظمات المهنية المؤهلة كمؤسسات الدولة والمنظمات التطوعية. ولهذا الغرض، يُصرح لوزارة الصحة والرعاية الاجتماعية بذلك إنشاء منظمة خاصة للحصول على أو إنتاج أو الترتيب لإنتاج الأدوية ووسائل منع الحمل، واتخاذ التدابير اللازمة للتوزيع المجاني لهذه الأدوية أو الوسائل إما من خلال منظماتها، أو من خلال وكالات أخرى، وكذلك من أجل بيعها بأقل من سعر التكلفة للأشخاص المحتاجين إليها.
- إنتاج وسائل منع الحمل واستيرادها إلى البلاد، يخضع إلى تفويض من وزارة الصحة والتضامن الاجتماعي.
- تمنح الموافقة على مواصفات أدوية ووسائل منع الحمل من قبل وزارة الصحة والتضامن الاجتماعي عند استلام التعليقات المكتوبة من قبل اللجنة التي تشمل، بالإضافة إلى الأعضاء الآخرين، أعضاء من كليات الطب.
- ايجاز "التعقيم" تتم لإزالة قدرة الرجل أو المرأة على الانجاب دون التدخل في تلبية احتياجاتهم الجنسية.
- يمكن إخلاء الرحم حتى نهاية الأسبوع العاشر من الحمل بشرط عدم وجود موانع طبية.

### إيران

- صدور قانون السكان وتنظيم الاسرة في جمهورية الاسلاميه إيران الإسلامية في 23 مايو 1993 ويتخلص في الآتي:
- يتمتع الأطفال - حتى الطفل الثالث - بالامتيازات التي يقرها هذا القانون فيما يتعلق بعدد الأطفال ، بينما لا يتمتع بها الأطفال من ذوى الترتيب الرابع فما فوق والمولودون بعد سنة من تنفيذ هذا القانون (لا يسرى ذلك بأثر رجعي).
- أجازات الامومة الممنوحة للنساء العاملات وفقاً لقانون العمل رقم 19 لسنة 1990 عن الاطفال من الترتيب الرابع فما فوق المولودين بعد سنة من صدور قانون السكان يتم دراستها بشكل منفصل و يتم محاسبة المؤمن عليهم عنها وفقاً لأسعار مؤسسة الضمان الاجتماعي في ذلك الوقت
- تتولى الوزارات المعنية تنفيذ المهام الموكلة إليها:
- تقوم وزارة التعليم بدمج المواد التعليمية الخاصة بالسكان والرعاية الصحية للام والطفل بشكل فعال في المناهج الدراسية.
- تقوم وزارتا الثقافة والعليم العالي، والصحة والتعليم الطبي بتضمين موضوعات السكان وتنظيم الاسرة في جميع المناهج التعليمية الخاصة بكل منها.

- تقوم وزارة الثقافة والارشاد الإسلامي بتهيئة المناخ للمشاركة الفعالة من رجال الإعلام والفنون ذوى العلاقة وذلك بهدف زيادة وعى المواطنين ببرامج السكان وتنظيم الاسرة.
- تكون إذاعة جمهورية إيران الاسلامية مسئولة عن إنتاج وإذاعة البرامج المباشرة وغير المباشرة لزيادة الوعى القومي بالسكان والرعاية الصحية للام والطفل.
- اهتم القانون أيضا بتعليم المرأة وعملها من منطلق الضمان الاجتماعي وإعانات التقاعد لتشمل جميع الاء والأمهات، لكي لا يكون الدافع على الانجاب استخدام الأبناء لتأمين ودعم الوالدين عند تقدم السن.

## تونس

- قانون تمكين المرأة 1956
- حظر زواج الاطفال والتعددية.
- ايجاز تعقيم الاناث والاجهاض بعد الطفل الخامس (1973 الى الان).
- ايقاف الضمان الاجتماعي للطفل الخامس.
- تقديم كل خدمات تنظيم الاسرة مجانا بكل منافذ تقديم الخدمة خصوصا المستشفيات والوصول للمرأة في الريف عن طريق الوحدات المتحركة، 1964.

## إندونيسيا

- وضعت إندونيسيا قانون عام 1992 خاص بالتنمية السكانية اهتم بصورة أساسية على الربط بين مفهوم الاسرة السعيدة والعدد القليل من الأبناء في الاسرة واكد على العلاقة اللازمة للتوازن بين السكان والبيئة والعلاقة بين قدرات البشر والتنمية الصحية والتعليمية.
- ونص القانون على ان أي انتهاك له سوف يتم تجريمه بما يتمشى مع القواعد والقوانين السائدة في المجتمع.
- اعتمد برنامج تنظيم الاسرة في إندونيسيا على ما يلي: -
- زيادة المعرفة بخدمات تنظيم الاسرة وفوائدها.
- إتاحة الوسائل ذات الجودة والكفاءة العالية.
- إقناع جميع فئات وشرائح المجتمع بفكرة الاسرة الصغيرة السعيدة.
- عدم تشجيع الانجاب للسيدات في مرحلة السن أقل من عشرين سنة أو أكثر من ثلاثين سنة لمن لديها ثلاث أطفال فأكثر.
- رفع الحد الأدنى لسن الزواج.

## مصر

- لا يوجد

## ثانياً: الدعم السياسي للقضية السكانية

### تركيا

- الحكومات السابقة تبنت قضايا السكان ودورها في اعاقه التنمية الاقتصادية ومن ثم تم اصدار قانون التخطيط السكاني عام 1983.
- الحكومة الحالية تحث على زيادة الإنجاب على أن يكون الحد الأدنى لكل أسرة ثلاثة أطفال - بينما كانت الحكومات السابقة حثت ودعمت خفض معدلات الإنجاب.

### إيران

- كانت الحكومة الإيرانية خلال حكم الرئيس خاتمي تتولى نسبة 80 % من تكاليف برنامج تنظيم الأسرة.
- تم تشييد شبكة صحية واسعة تتكون من عيادات متنقلة و15 ألف بيت رعاية صحية تمنح خدمات تنظيم الأسرة والخدمات الصحية الأخرى لـ 80 % من سكان الريف في إيران.
- وحملت الحكومة على عاتقها مسؤولية توفير الواقيات الذكرية، وحبوب منع الحمل، وتكاليف عمليات التعقيم للرجال والنساء.

### تونس

وجود إطار مؤسسي يجمع مختلف الوزارات والمنظمات الوطنية لرسم التوجهات والسياسة العامة للسكان.

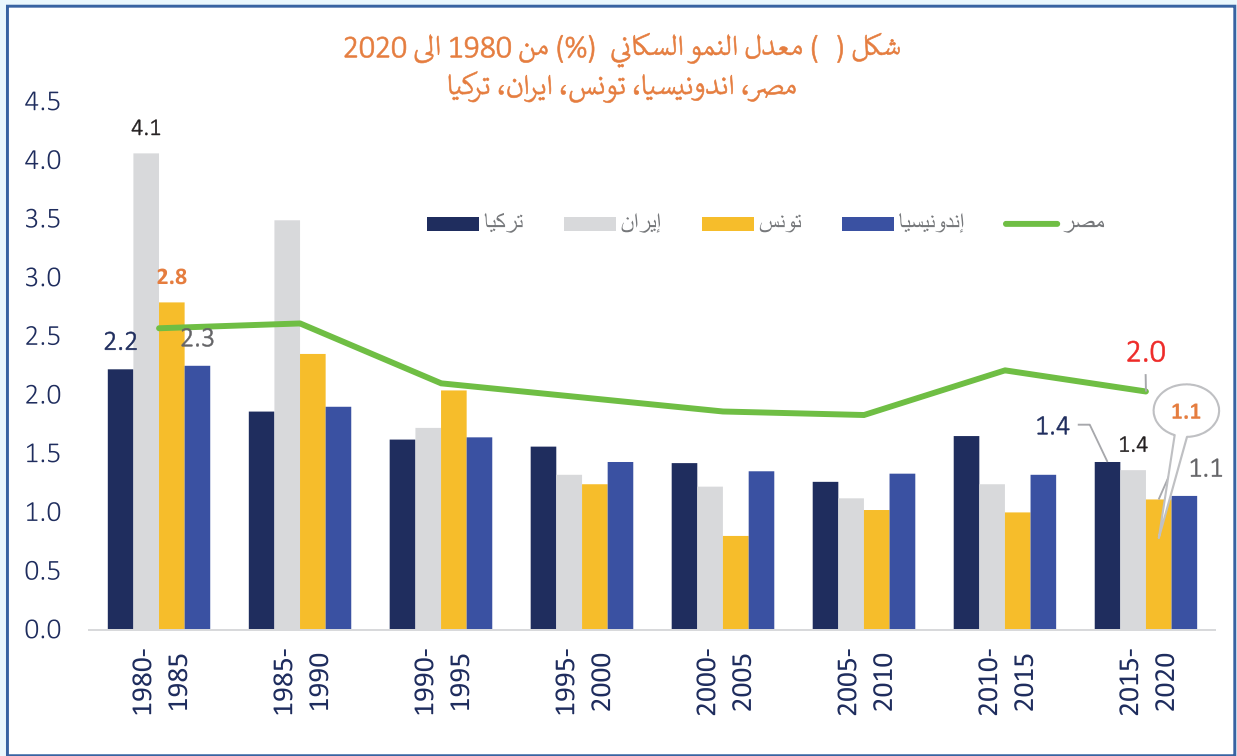
### إندونيسيا

- وجود دعم سياسي من خلال اصدار قانون السكان عام 1992.
- إتاحة خدمات تنظيم الاسرة وتوفير الوسائل ذات الكفاءة العالية وتبنى برامج لرفع الوعي وتغيير الاتجاهات.

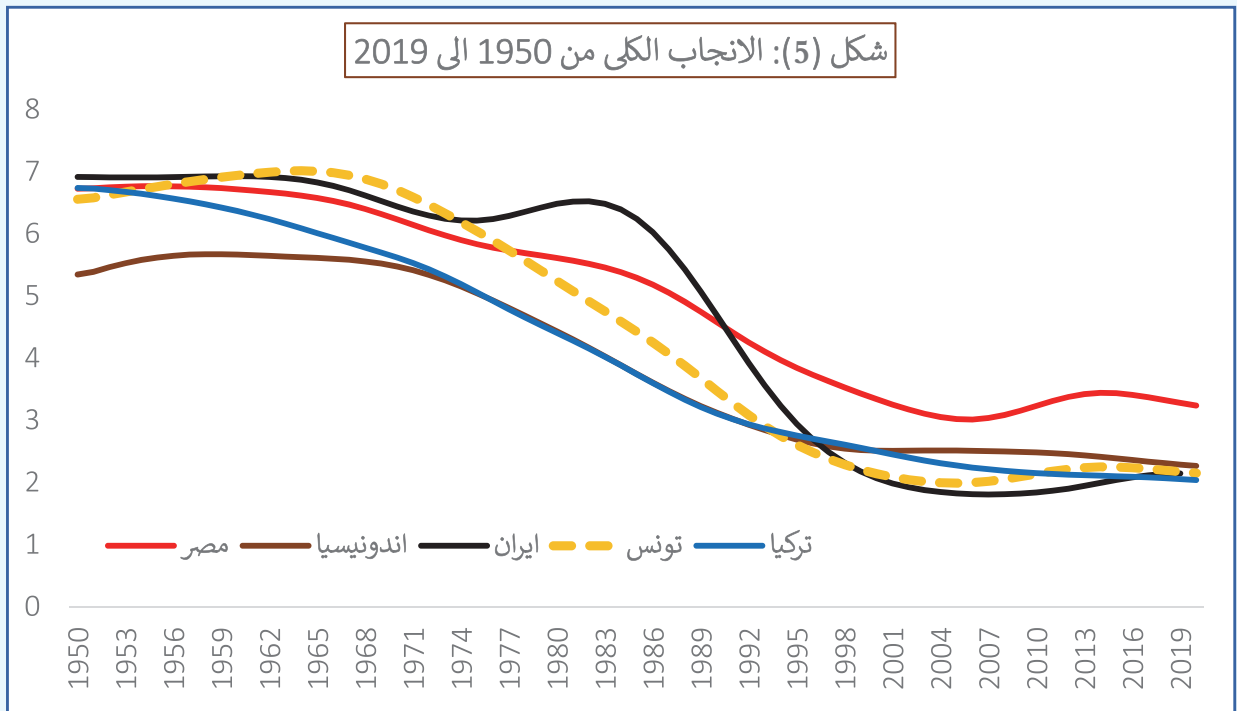
### مصر

هناك دعم سياسي واهتمام من الحكومة في الفترة الأخيرة بالمشكلة السكانية ولكن بدون صلاحيات كاملة للمؤسسة القائمة على ادارة البرنامج السكاني للقيام بمهام التخطيط والتنسيق والمتابعة والتقييم للبرنامج.

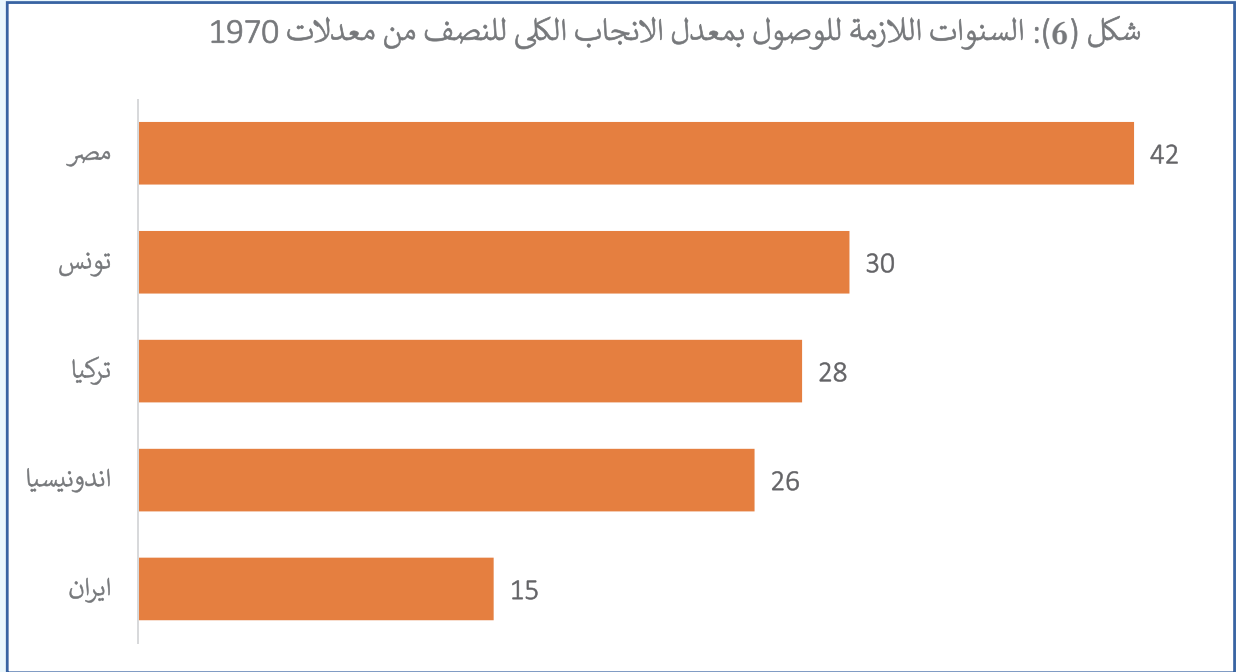




وفقا لما يظهره شكل (4) من معدلات النمو السكاني للدول الخمس فقد انخفض معدلات النمو السكاني في الدول (تركيا، ايران، تونس، وإندونيسيا) في الفترة من 1980 الى 2020 بما فيهم مصر الا ان هناك طفرة حدثت في الفترة من 2010 إلى 2015 فقد ارتفع معدل النمو السكاني من 1.83 عام 2005 الى 2.21 عام 2015، ولكنها عادت في الانخفاض الى 2.03 عام 2020، وقد انخفض معدل النمو انخفاضا كبيرا في دولة ايران (من 4.06 عام 1985 الى 1.36 عام 2020)، وكذلك تونس (من 2.79 عام 1985 الى 1.1 عام 2020) وفقا لما اتخذته كلال الدولتين من سياسات وتشريعات ودعم سياسي لضبط النمو السكاني.



شكل (6): السنوات اللازمة للوصول بمعدل الانجاب الكلى للنصف من معدلات 1970



شكل 5 و6 يوضحان تطور معدلات الانجاب الكلى والمدة الزمنية للوصول الى المعدل الى نصف معدلات سنة 1970 في الدول الخمس.

## ثالثاً: توافر خدمات تنظيم الاسرة

### تركيا

- إنشاء منظمة خاصة للحصول على أو إنتاج أو الترتيب لإنتاج الأدوية ووسائل منع الحمل، واتخاذ التدابير اللازمة للتوزيع المجاني لهذه الأدوية أو الوسائل، وكذلك من أجل بيعها بأقل من سعر التكلفة للأشخاص المحتاجين إليها.
- إنتاج وسائل منع الحمل في تركيا محلياً.
- قيام التمريض بتركيب اللوالب وصرف الوسائل الهرمونية.
- اباحة الاجهاض كوسيلة للتخلص من الحمل الغير مرغوب فيه واجراء عمليات التعقيم الطوعي.

### إيران

- توفير وسائل تنظيم الاسرة مجاناً وإزالة العوائق الاقتصادية والاجتماعية امام موردي هذه الوسائل مع العمل على توفير الدعم المالي.
- أهم مصنع لإنتاج الواقي الذكري في الشرق الأوسط موجود بإيران.
- التعقيم الطوعي للرجال كوسيلة لتنظيم الاسرة.

## تونس

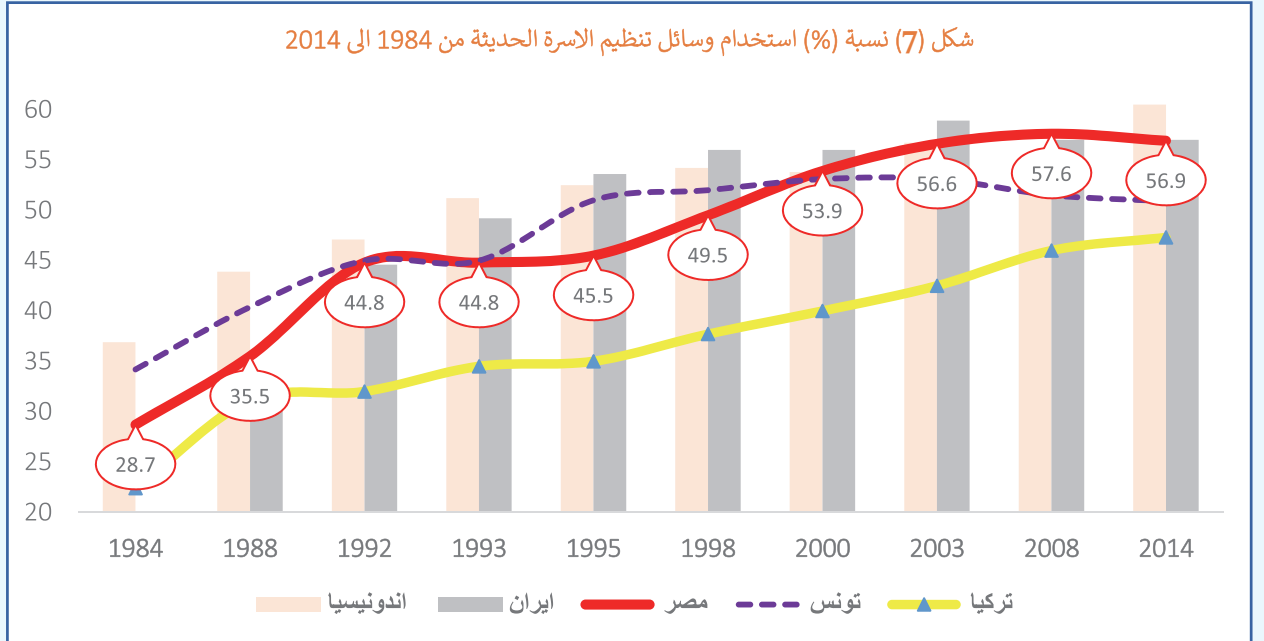
- دمج خدمات تنظيم الاسرة ضمن الخدمات الصحية الأساسية والحصول على النصائح والخدمات من خلال المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة والديوان.
- اباحة الاجهاض والتعقيم الطوعي للنساء.

## إندونيسيا

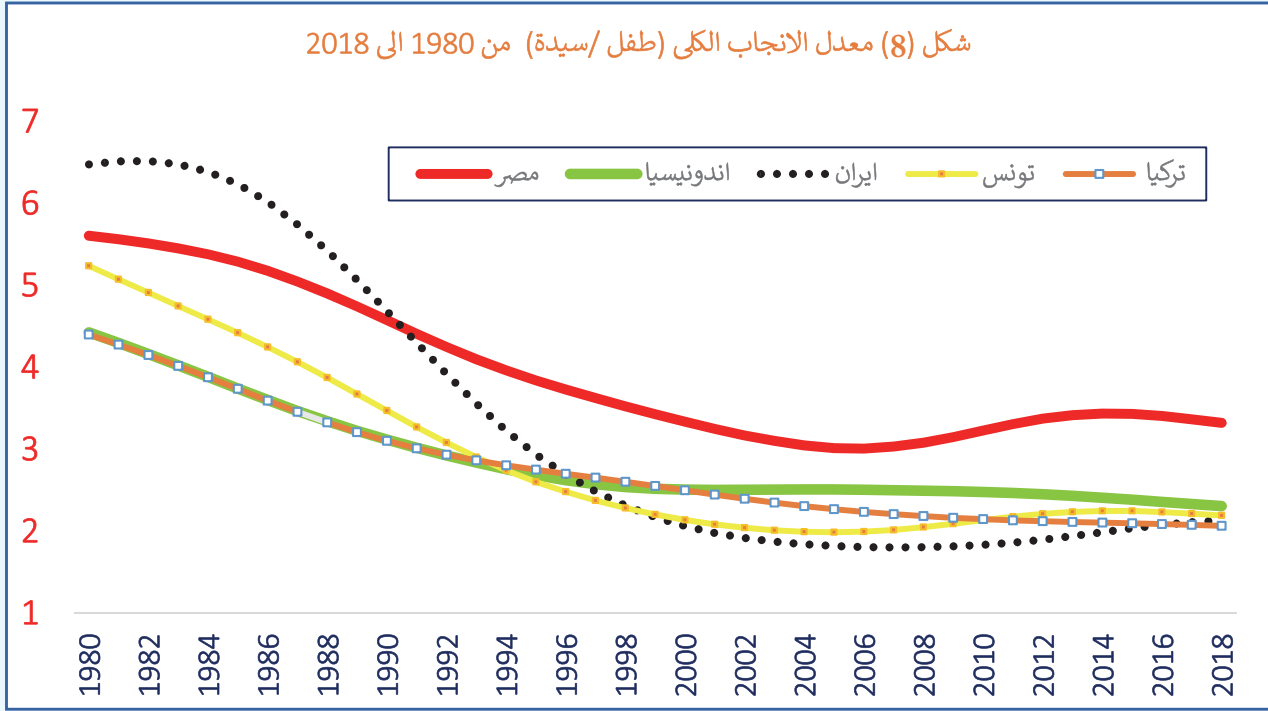
- اتاحة الوسائل ذات الكفاءة العالية.
- زيادة المعرفة بخدمات تنظيم الاسرة وفوائدها.

## مصر

- توافر خدمات تنظيم الاسرة بوحدها المنتشرة بكافة مناطق الجمهورية وإتاحة الوسائل مجاناً او بأسعار رمزية.
- الطبيب الزائر لسد العجز في مقدمي الخدمة (في بعض المحافظات).
- ادخال بعض الوسائل الحديثة وتنوع كافتيريا الوسائل.
- الوصول للاماكن النائية عن طريق الحملات والعيادات المتنقلة.
- تقديم خدمات تنظيم الاسرة ما بعد الولادة وخلال ال 1000 يوم من خلال مراكز الرعاية الصحية الاولية.

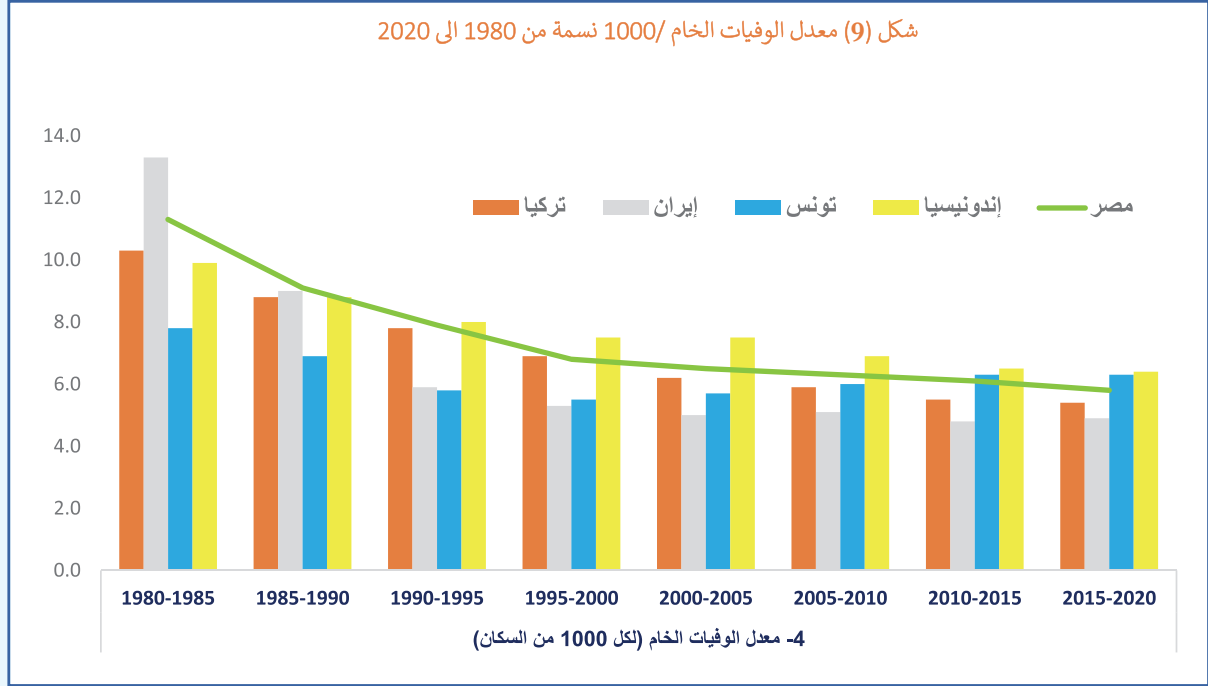


شكل (8) معدل الانجاب الكلي (طفل /سيدة) من 1980 الى 2018



من الواضح ان هناك تطور كبير في توافر خدمات تنظيم الاسرة في الدول الخمس في الفترة 1980 الى الان ويتضح ذلك وفقا لمعدلات الاستخدام الخاصة بتنظيم الاسرة ومعدلات الإنجاب الكلي والتي يظهرها شكل (7 ، 8) فعلى سبيل المثال فقد ارتفع معدل استخدام وسائل تنظيم الاسرة في دولة تركيا من 22.4 % عام 1984 الى 57 % عام 2014 الامر الذي بدوره أدى الى انخفاض معدلات الانجاب الكلي من 3.9 طفل لكل سيده عام 1984 الى 2.1 طفل لكل سيده عام 2018، وفي تونس ارتفع معدل الاستخدام لوسائل تنظيم الاسرة من 34.2 % عام 1984 الى حوالي 60 % عام 2014 وانخفض معدل الانجاب الكلي من 4.6 طفل لكل سيده عام 1984 الى 2.2 عام 2018، وفي مصر أيضا ارتفع معدل الاستخدام 28.7 % عام 1984 الى حوالي 57 % عام 2014، وانخفض معدل الانجاب الكلي من 5.4 طفل لكل سيده عام 1984 الى 3.1 طفل لكل سيده عام 2008 الا انه في الفترة من 2008 الى الان ارتفع مره أخرى حتى وصل الى 3.5 طفل لكل سيده عام 2014، وعلى العموم فقد حدثت طفرة كبيرة في توافر خدمات تنظيم الاسرة في جميع الدول، وفي مصر أيضا الا ان هناك سياسات خاصة بتنظيم الاسرة في دول مثل تركيا وإيران وتونس قد اثرت بشكل فعال في زيادة معدلات استخدام الوسائل وبالتالي حدث انخفاض واضح في معدلات الانجاب الكلية للسيدات في هذه الدول، الامر الذي يدعو الى الاستفادة من تلك التجارب في مصر حتى نصل الى معدلات إنجاب تتناسب مع معدلات التنمية في مصر.

شكل (9) معدل الوفيات الخام /1000 نسمة من 1980 الى 2020



ولا شك ان هناك تطور كبير حدث في القطاع الصحي في مصر وهذا ما يؤكد التغير في معدلات الوفيات الخام والتي انخفضت من 11.3 لكل 1000 نسمة عام 1985 الى 5.8 لكل 1000 نسمة عام 2020، كما ان معدلات وفيات الاطفال الرضع قد انخفضت من 107 لكل 1000 مولود حي عام 1985 الى 16 لكل 1000 مولود حي عام 2020 وكذلك في معدلات الاطفال دون الخامسة حيث كانت 149 لكل 1000 مولود حي عام 1985 وانخفضت الى 20 لكل 1000 مولود حي عام 2020 مما يدل على تطور النظام الصحي في مصر بصورة ملحوظة.

جدول (2): معدلات وفيات الرضع والاطفال ما دون الخامسة /1000 مولود حي.

المعدل	الفترة الزمنية	مصر	تركيا	إيران	تونس	إندونيسيا
وفيات الأطفال الرضع / 1000 مولود حي	1980-1985	107	95	71	66	79
	1985-1990	74	73	50	49	68
	1990-1995	60	56	39	35	56
	1995-2000	37	37	32	29	45
	2000-2005	29	25	25	23	37
	2005-2010	23	16	19	18	30
	2010-2015	19	12	15	15	25
	2015-2020	16	9	13	13	19
وفيات الأطفال دون الخامسة / 1000 مولود حي	1980-1985	149	118	88	77	111
	1985-1990	102	93	65	57	93
	1990-1995	80	73	50	41	75
	1995-2000	49	50	39	33	59
	2000-2005	38	34	30	26	48
	2005-2010	30	23	22	20	37
	2010-2015	24	17	18	15	30
	2015-2020	20	13	15	13	25

## رابعاً: وجود سياسات وخطط محددة

### تركيا

- المرحلة الاولى: اعتمدت تركيا في سياستها على زيادة معدلات الإنجاب نظرا للخسائر البشرية التي عاقت الحرب العالمية الثانية، بالإضافة إلى عامل هجرة الشباب خاصة إلى ألمانيا.
- المرحلة الثانية: بداية من عام 1965 بدأت تركيا في تنفيذ سياسة جديدة لخفض معدلات الزيادة السكانية وذلك من خلال خطط خمسية للتنمية اعتمدت في الأساس على النهوض بمحوري الصحة والتعليم.

### إيران

وجود برنامج قومي لتنظيم الاسرة ومشاركة كافة الوزارات المعنية كما هو وارد بالقانون

### تونس

وجود إطار مؤسسي يجمع مختلف الوزارات والمنظمات الوطنية لرسم التوجهات والسياسة العامة للسكان ويهدف الى خفض النمو السكاني وحماية صحة الام.

### إندونيسيا

وجود برنامج قومي لتنظيم الاسرة يهدف الى اتاحة خدمات ووسائل تنظيم الاسرة بجودة وكفاءة، -اقناع جميع فئات وشرائح المجتمع بفكرة الاسرة الصغيرة.

### مصر

- وجود برنامج تنظيم الاسرة في 1985 ولم يكن هناك استراتيجية قومية للسكان.
- خطة سكانية 2007 الى 2012 ولم يتم تنفيذها.
- وجود الخطة الاستراتيجية القومية للسكان 2015-2030.
- الخطة الخمسية 2015-2020. (غير ممولة)
- خطط محلية سنوية لجميع محافظات الجمهورية (غير ممولة)

## خامساً: دور رجال الدين

### تركيا

من المهم الإشارة إلى أن الدين كان مفيداً أيضاً في دعم تحديد النسل. وحقيقة أن الإسلام لا يحظر الحد من حجم أسر الأزواج، وأنه يوفر حتى "أساساً أيديولوجياً للحد من الأطفال في تركيا الإسلامية عبر التاريخ" وكان هذا مصدر ارتياح لصانعي السياسات لأن إقناع الناس بالعمل ضد الدين كان سيكون صعباً

### إيران

انضم القادة الدينيون في إيران إلى حملة الحث على تكوين أسر صغيرة العدد، وكانوا يشيرون إلى هذا النوع من العائلات على أنه واجب اجتماعي يتولاه رب كل أسرة في جميع الخطب التي يلقيونها في أيام الجمعة، كما قاموا حتى بإصدار الفتاوي التي تشجع استعمال جميع وسائل تحديد النسل، والتي تضمنت التعقيم الدائم لكل من الذكور والإناث —الذي تعتبر إيران الدولة المسلمة الوحيدة والأولى التي شرعته آنذاك.

### تونس

وجود دعم كامل من رجال الدين نحو تبني مفهوم تنظيم الأسرة وحث المجتمع على ذلك.

### إندونيسيا

وجود دعم كامل من رجال الدين لتبني قضية تنظيم الأسرة.  
(توافق كل رجال الدين على اخراج ميثاق علاقة الأديان والأسرة الصغيرة)

### مصر

—وجود دعم كامل من رجال الدين نحو تبني مفهوم تنظيم الأسرة وحث المجتمع على ذلك من خلال وزارة الأوقاف والازهر الشريف والكنيسة.

## سادساً: وجود نظام مؤسسي

### تركيا

تتكاتف كل مؤسسات الدولة لتطبيق سياسات الدولة الخاصة بقانون التخطيط السكاني ولكن العائق الأكبر يقع على كل من وزارة الصحة ووزارة التضامن الاجتماعي.

### تونس

- انشاء الديوان الوطني للعائلة والسكان عام 1973.

### إندونيسيا

- انشاء وزارة شؤون المرأة من مهامها متابعة برنامج تنظيم الاسرة.

### مصر

- وجود مجلس قومي للسكان 1985.

- قطاع للسكان وتنظيم الاسرة بوزارة الصحة.



## سابعاً: الحوافز الإيجابية والسلبية

### تركيا

#### حوافز إيجابية

اعتمدت تركيا في المرحلة الأولى (بعد الحرب العالمية الأولى) على توفير حوافز إيجابية مالية للأسر لكي يكون لها ستة أطفال على الأقل. ومن الأمثلة على الحوافز المالية المقدمة انخفاض الضرائب على الدخل للآباء الذين لهم أطفال كثيرون وبدل رعاية الأطفال لموظفي الدولة. وبالرغم من مطالبة الحكومات السابقة بخفض معدلات الإنجاب الآن، إلا أن الحكومة الحالية توفر حوافز إيجابية لتشجيع على الإنجاب.

### إيران

#### حوافز إيجابية:

اعانات التقاعد لتشمل الإباء والامهات لكيلا يكون الدافع على الانجاب استخدام الأبناء لتأمين ودعم الوالدين عند تقدم السن.

#### حوافز سلبية: -

- تقليص مدة عطلة الأمومة والمزايا التي ترافقها بعد إنجاب الطفل الثالث  
- يتمتع الأطفال حتى الطفل الثالث بالامتيازات التي يقرها القانون فيما يتعلق بعدد الأطفال بينما لا يتمتع بها الأطفال من ذوي الترتيب الرابع.

### تونس

لا توجد

### إندونيسيا

#### حوافز إيجابية:

تتمثل في منظومة الإعفاء الضريبي لمن له طفلين أو أقل.

### مصر

لا توجد

## ثامناً: مؤشرات النجاح

### تركيا

- انخفاض معدل النمو السكاني من 2.2% عام 1980 إلى 1.4 عام 2020.
- انخفاض معدل المواليد من 32.8 في الألف عام 1980 إلى 16.2 في الألف عام 2020.
- انخفاض معدل الوفيات الخام من 10.3 في الألف عام 1980 إلى 5.3 عام 2020.

### إيران

- انخفاض مستويات الإنجاب في المناطق الريفية من 8.1 مولود لكل سيدة عام 1976 إلى 2.4 عام 2000.
- انخفاض مستويات الإنجاب في المناطق الحضرية من 4.5 مولود لكل سيدة عام 1976 إلى 1.8 عام 2000.
- ارتفاع نسب استخدام تنظيم الأسرة من 27% عام 1976 إلى 74% عام 1996.
- ارتفاع متوسط سن الزواج من 19.7 إلى عام 1976 إلى 22.4 عام 1996.

### تونس

- ارتفاع نسب استخدام تنظيم الأسرة من 59% عام 1994 إلى 63% عام 2008.
- انخفاض معدل الخصوبة إلى طفلين لكل سيدة عام 2002.
- تقلص نسب الأمية إلى 23.3% عام 2008.
- ارتفاع الولادة تحت إشراف طبي من 80% عام 1994 إلى 90% عام 2002.

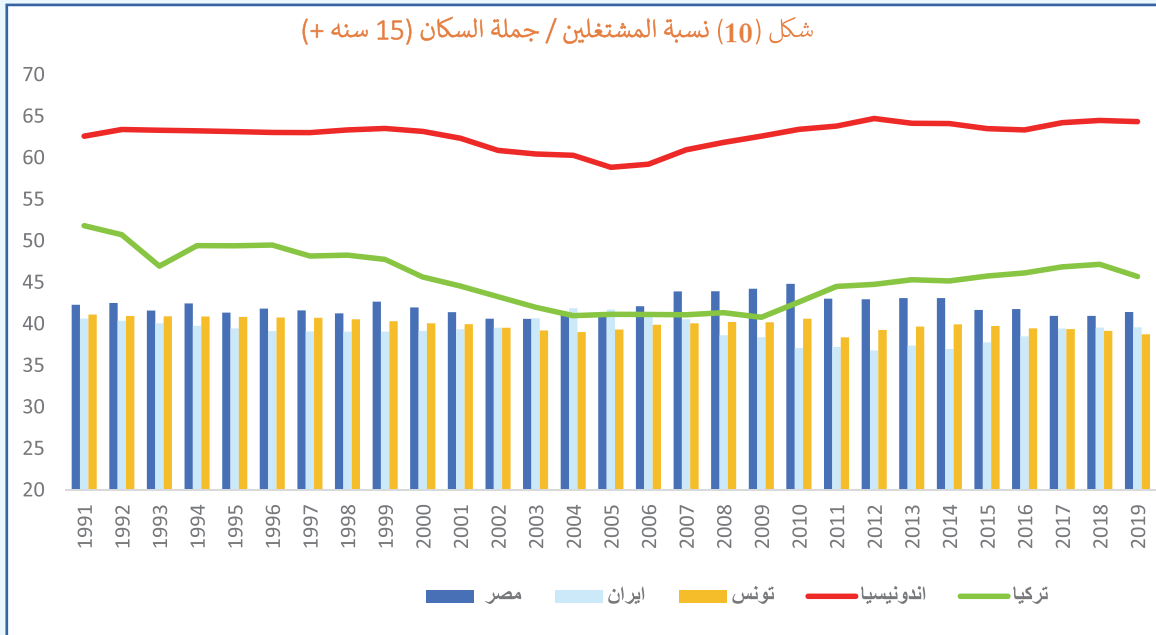
### إندونيسيا

- انخفاض مستويات الإنجاب 5.5 مولود لكل سيدة في التسعينات إلى 2.6 عام 2008.
- انخفاض حاد في وفيات الأطفال الرضع من 126 في الألف منتصف التسعينات إلى 48 في الألف عام 2000.
- وصل معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة 61% عام 2008
- تراجع معدلات نمو السكان من 1.8% عام 1990 إلى 1.5% عام 2008.

- مؤشرات نجاح في الفترة من 1985 - 2002:-
- انخفاض معدل المواليد من (39.8) في الألف عام 1985 إلى (26.5) في الألف عام 2002
- انخفاض معدل الإنجاب الكلي من (4.9) طفل/سيدة عام 1984 إلى (3.2) طفل/سيدة عام 2003.
- مؤشرات اخفاق في الفترة من 2002-2011:-
- ارتفاع معدل المواليد من (25.5) في الألف عام 2005 إلى (30.3) في الألف عام 2011
- مؤشرات متباينة في الفترة من 2011-2017:-
- ارتفعت معدلات المواليد من (30.3) في الألف عام 2011 إلى (31.9) في الألف عام 2012 ثم انخفضت إلى (31) في الألف عام 2013 ثم عاودت الارتفاع مرة أخرى إلى (31.3) في الألف عام 2014 ثم عادت إلى الانخفاض مرة أخرى حتى وصلت إلى (26.8) في الألف عام 2017.

جدول (3) نسبة الاعالة الكلية من 1980 الى 2020: مصر، تركيا، إيران وتونس

الفترة الزمنية	مصر	تركيا	إيران	تونس
1980	82.7	79.7	87.1	84.0
1985	82.6	73.9	94.1	77.6
1990	83.0	67.8	95.5	72.7
1995	79.2	61.9	82.7	64.9
2000	71.7	58.0	62.2	56.9
2005	63.2	54.5	46.3	49.0
2010	59.6	51.8	41.2	44.5
2015	62.4	50.3	42.2	45.9
2020	64.6	49.1	45.6	49.6



من الواضح ان مؤشرات النجاح لم تكن تقتصر قط على المؤشرات الخاصة بخفض النمو السكاني وزيادة معدلات استخدام وسائل تنظيم الاسرة، إضافة الى انخفاض في معدلات الانجاب الكلي بهذه الدول وانما امتدت لتشمل تحسن في المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية والتنموية على مستوى تلك الدول، ويتضح ذلك جليا في انخفاض معدلات الاعالة الكلية (جدول 3) ، فقد انخفضت معدلات الاعالة الكلية في ايران من 87 % عام 1980 الى 45.6 % عام 2020 وفي تركيا من 79.7 % عام 1980 الى 49.2 % عام 2020، وفي تونس من 84 % عام 1980 الى 49.6 % عام 2020، وفي مصر انخفضت أيضا معدلات الاعالة الكلية ولكن ليس بنسب ومعدلات الانخفاض في هذه الدول فقد انخفضت من 82.7 % عام 1980 الى 64.6 % عام 2020.

## تاسعاً: عوامل نجاح البرامج السكانية في هذه الدول

### تركيا

- وجود سياسات واضحة مرتبطة بخطة خمسية خاصة بالبعد التنموي.
- توفير الدعم اللازم سواء ماديا أو فنيا لتطبيق هذه السياسات.
- الاهتمام بالتركيز على الجوانب الصحية والتعليمية كمحورين أساسيين في عملية التنمية.
- توفير وسائل تنظيم الأسرة الحديثة لجميع فئات المجتمع بأسعار رمزية وقد تصل إلى المجان في بعض المناطق الريفية.

### إيران

- المساهمة الإيجابية لرجال الدين.
- محور الامية وتوسيع نطاق التعليم لا سيما للمرأة.
- توفير وسائل تنظيم الاسرة مجاناً وإزالة العوائق الاقتصادية والاجتماعية امام موردي هذه الوسائل مع العمل على توفير الدعم المالي.
- وجود مسؤولية مشتركة بين الأزواج والزوجات.
- نجاح البرنامج الإعلامي في إزالة العقبات الثقافية والاقتصادية لتنظيم الاسرة والتأكيد في الحملات الإعلامية على تنظيم الاسرة يتفق مع المبادئ الإسلامية ولا يهدد القيم العائلية.
- الاستثمارات في البنية التحتية.
- توسيع دائرة استخدام وسيلة الإجهاض طالما كانت بموافقة الزوجين.
- استخدام وسيلة التعقيم للرجال أو النساء كأحد وسائل تنظيم الأسرة.
- تأييد رأى الدين في حق كل أسرة في تحديد العدد الأمثل لها.

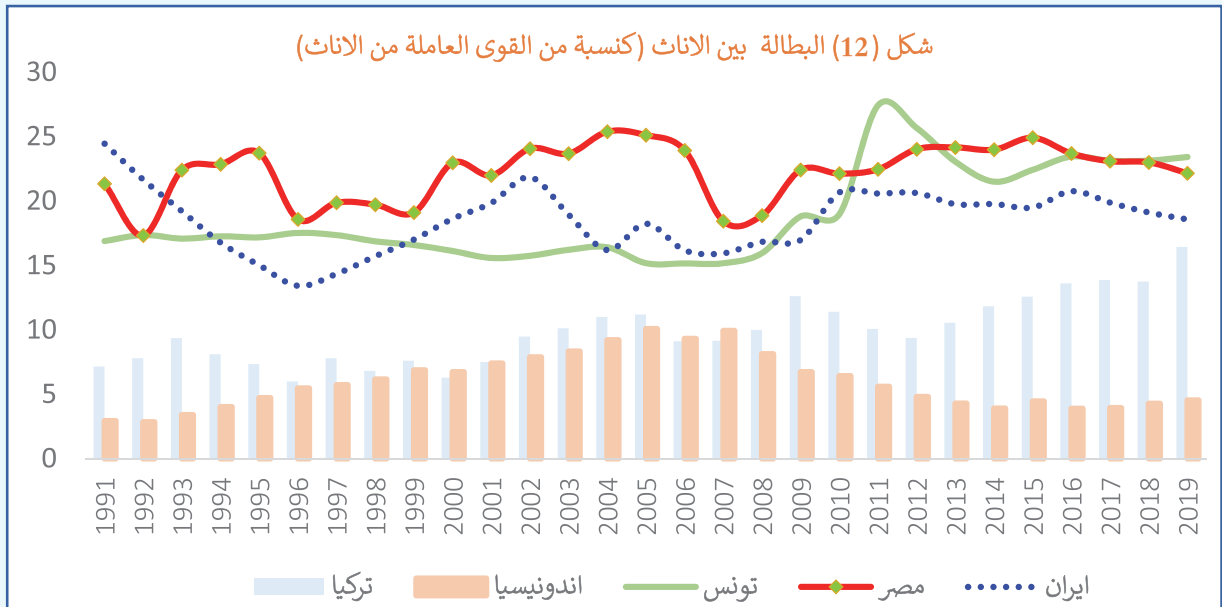
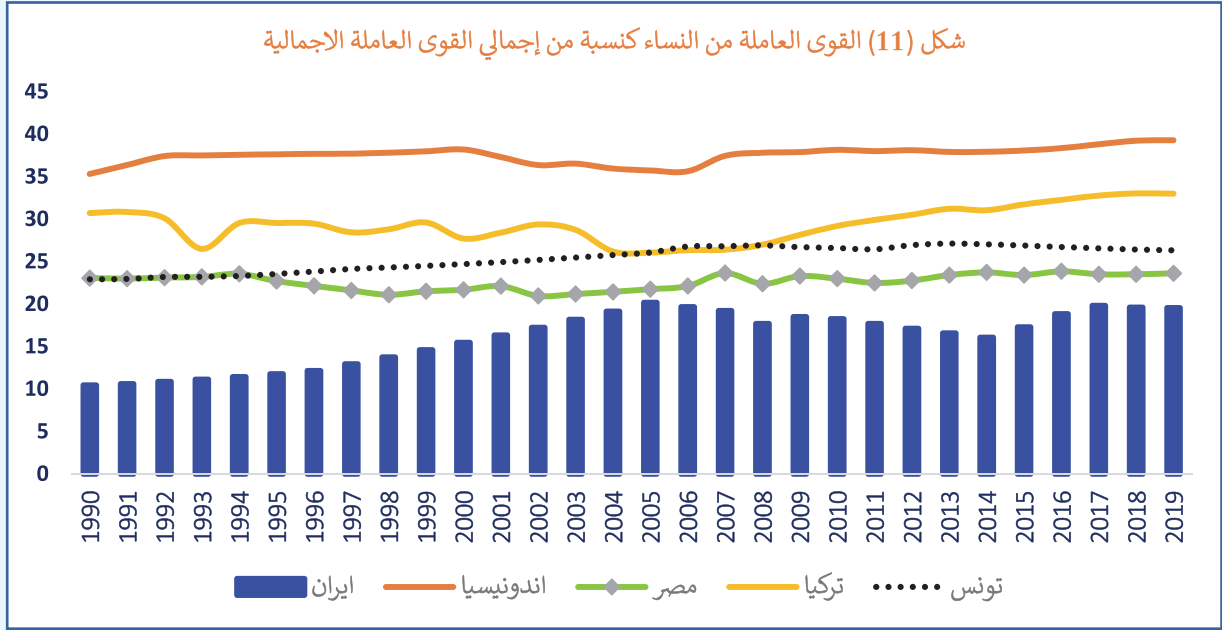
## تونس

- الاهتمام بالبحوث والدراسات كبعد من ابعاد رسم السياسة السكانية.
- شمولية التجربة والتركيز على البعد التنموي ودمج خدمات تنظيم الاسرة ضمن الخدمات الصحية الأساسية.
- العمل على التثقيف السكاني للشباب في مجال الصحة الإنجابية والجنسية.
- رفع سن الزواج وخفض معدلات وفيات الأطفال.
- تفعيل دور المنظمات الحكومية والغير حكومية في إطار منظومة متكاملة لمواجهة المشكلة السكانية.
- تبنى القضايا السكانية ضمن مؤشرات التنمية البشرية (الصحة - التعليم - الدخل - الخدمات).

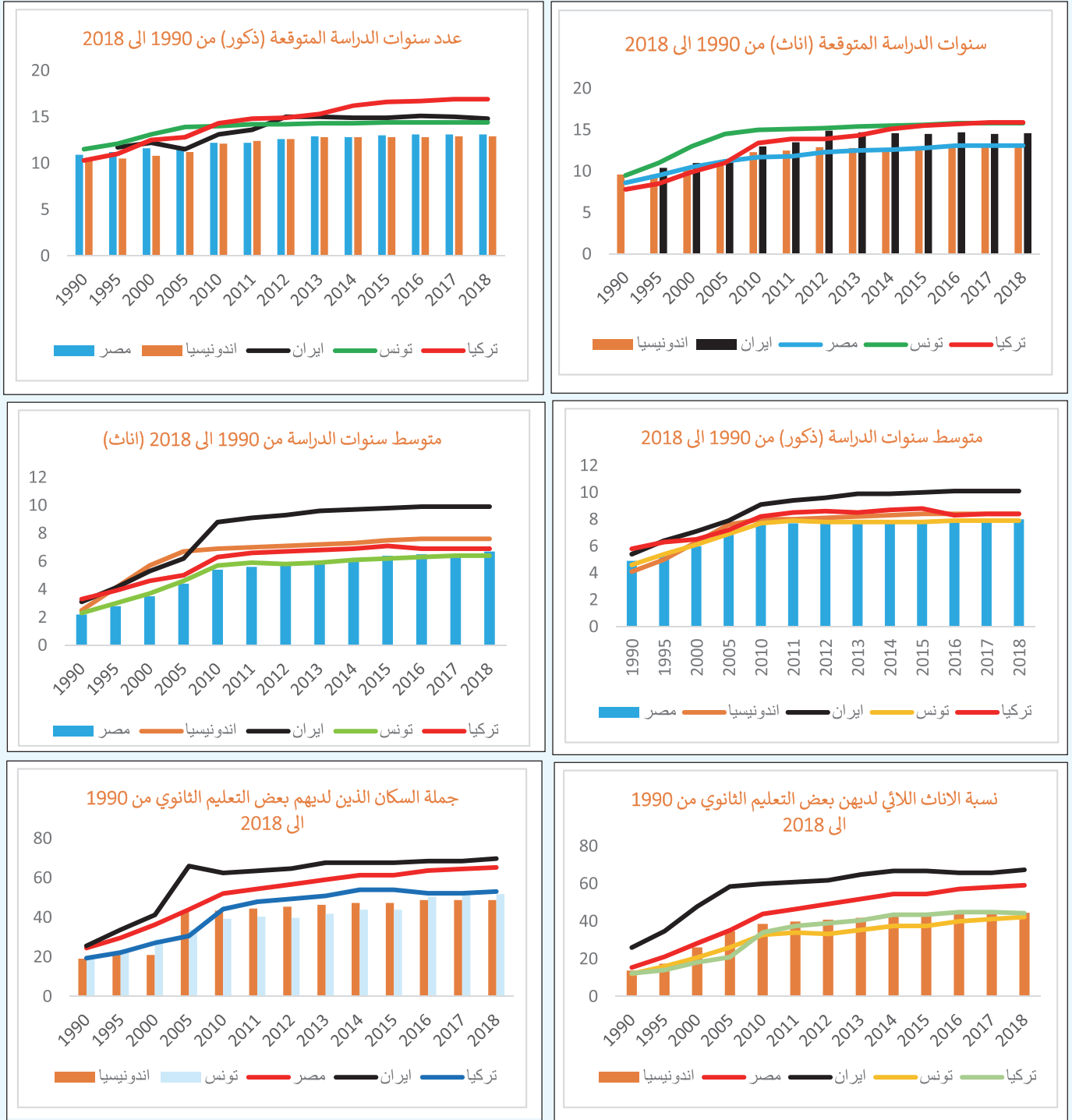
## إندونيسيا

- وجود نظام مؤسسي.
- التمكين الاقتصادي والاجتماعي للمرأة.
- دعم كامل من رجال الدين وتبنيهم قضية تنظيم الاسرة.
- اعداد المقبلين على الزواج وإعطاء برامج للإقناع بمزايا الاسرة الصغيرة.
- مشاركة القطاع الخاص واللامركزية في تقديم الخدمات.
- توفير وإتاحة الوسائل الحديثة و إتاحتها في كل المناطق بنفس الكفاءة والجودة.
- الاهتمام بمحو الامية والتعليم بصفة عامة.

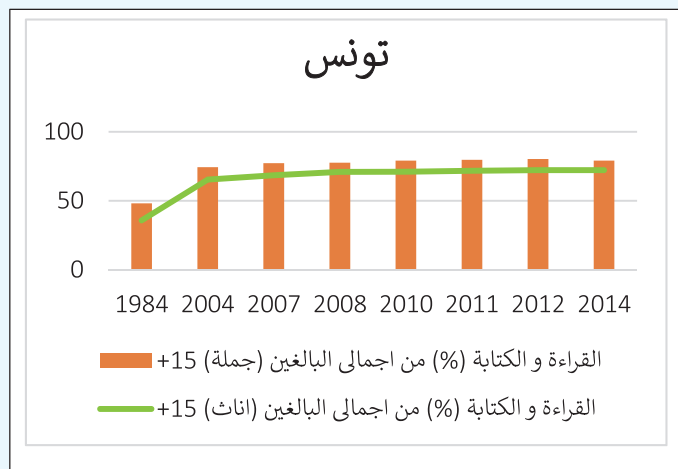
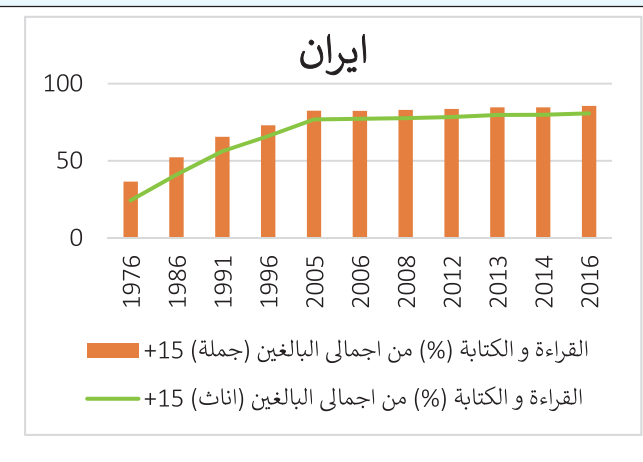
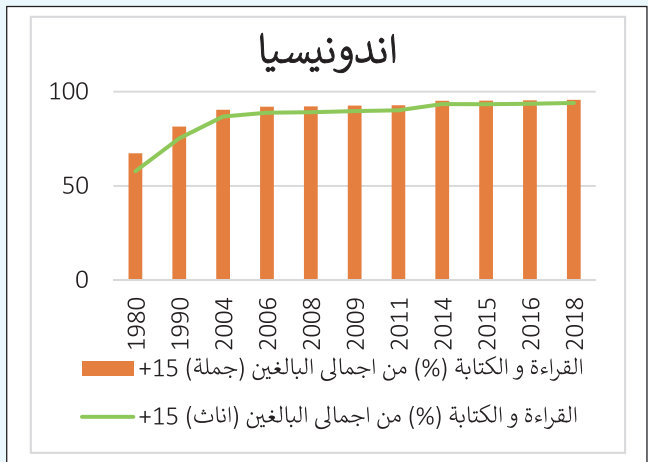
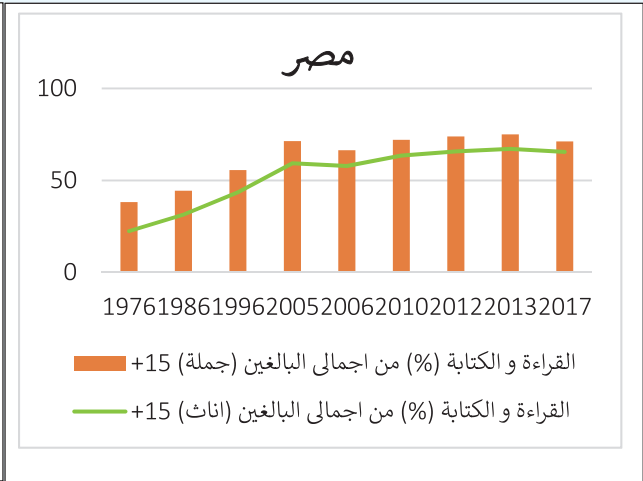
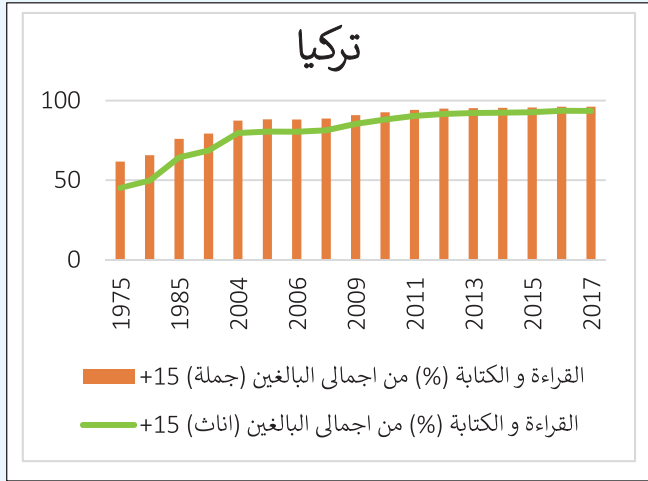
ولقد كانت من اهم عوامل النجاح في هذه الدول هي الاهتمام بالمرأة وتمكينها وارتفاع نسب مشاركتها في قوة العمل، ففي إيران ارتفعت مشاركة النساء في قوة العمل من 10.4 عام 1990 الى 21.1 عام 2005 ولكنها انخفضت في عام 2019 الى 19.5 وفي تركيا ارتفعت مشاركة النساء في قوة العمل من 30.7 عام 1990 الى 33 % عام 2019 وفي اندونيسيا انخفضت نسب البطالة بين الاناث من 10 % عام 2005 الى 4.5 % عام 2019، وفي إيران انخفضت من 24.5 % عام 1991 الى 18.6 % عام 2019.



وكان للاهتمام بالتعليم وخصوصا تعليم الاناث عظيم الأثر وعامل من اهم عوامل النجاح في تجربة هذه الدول وفقا لما توضحه الاشكال الآتية من سنوات الدراسة للإناث والذكور، ونسب الاناث في التعليم الثانوي إضافة الى جملة السكان الذين لديهم تعليم ثانوي.

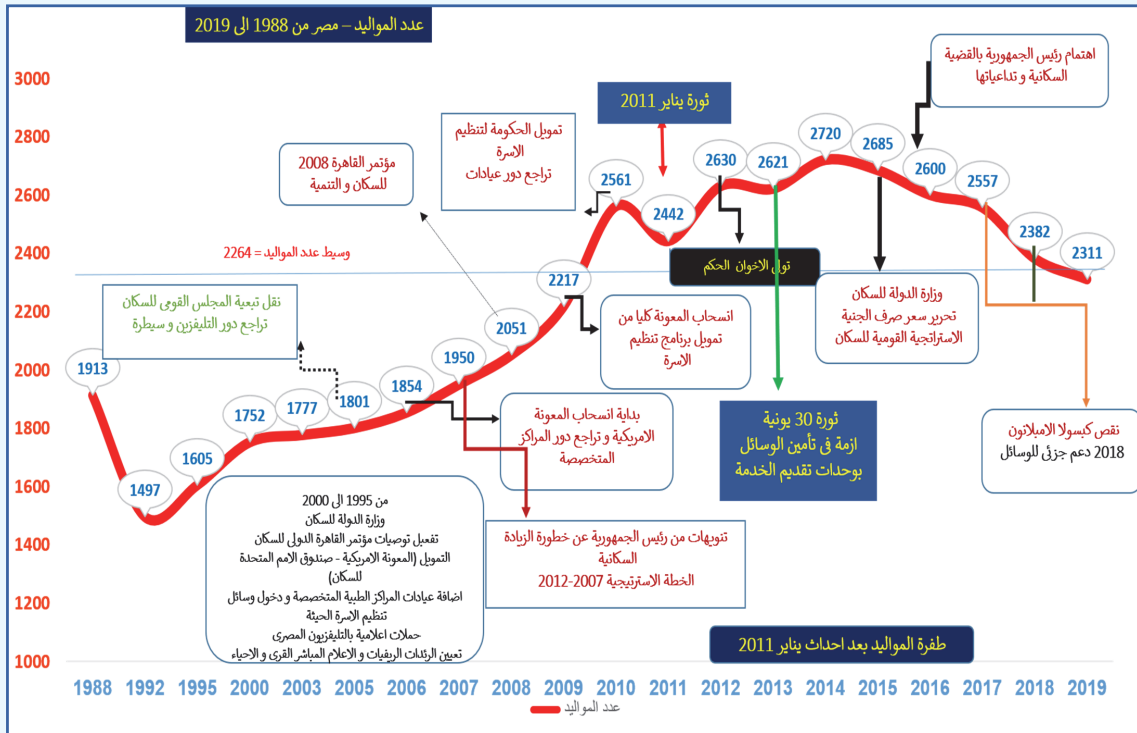


كما أن الاهتمام بارتفاع نسب من يعرفون القراءة والكتابة من إجمالي البالغين وخصوصا بين الاناث له بالغ الأثر في نجاح تجارب هذه الدول في ضبط النمو السكاني.





## أهم ملامح البرنامج السكاني في مصر



مر البرنامج السكاني في مصر بعدة مراحل جانبها الصواب أحيانا وبعض الإخفاقات أحيانا أخرى، ويمكن تلخيص أهم ملامح البرنامج السكاني في مصر الى الآتي:

### عوامل النجاح في الفترة من 1985 - 2002

- وجود مجلس قومي للسكان برئاسة دولة رئيس الوزراء يتمتع بكافة الصلاحيات في التنسيق والمتابعة والتقييم ووضع الخطط والسياسات السكانية العامة للدولة.
- وجود العديد من المنح الأجنبية التي ساهمت بشكل كبير في تحسن وتطوير البرنامج القومي للسكان.

### عوامل الاخفاق في الفترة من 2002 - 2011

- ضعف الدعم السياسي.
- تشكيل وزارة للسكان وتنظيم الاسرة 2009 والغائها 2011.
- عدم دورية انعقاد المجلس القومي للسكان.
- عدم اعتماد الخطة الاستراتيجية للسكان 2012-2017.

### عوامل التذبذب في الفترة من 2011 - 2017

- عدم تمويل الخطة الاستراتيجية للسكان.
- ازدواجية وتعدد الأنشطة وتشتتها بين الجهات والوزارات دون وجود إطار عام للمتابعة والتقييم.
- لا يوجد ما يلزم الوزارات أو الجهات التي شاركت في وضع الاستراتيجية القومية للسكان بتنفيذ بنود الاستراتيجية أو حتى ارسال تقارير إنجازاتها فيما يخص المكون السكاني بشكل دوري للمجلس القومي للسكان، ويرجع ذلك أيضا لعدم وجود صلاحيات للمجلس القومي للسكان لمتابعة وتقييم هذه التقارير كما كان متبعاً من قبل خلال السنوات السابقة.

## أولاً الدروس المستفادة:

- إن التجارب السابقة والتي تم سردها بينها قواسم مشتركة أدت الى نجاح جهود الحد من النمو السكاني في هذه الدول ولعل منها ما يلي: -
- 1- تمكين المرأة والارتقاء بها من حيث التعليم والعمل والدفع بها الى سوق العمل.
  - 2- الارتقاء بسن الزواج وتشجيع الإنجاب بعد سن العشرين الى 35 سنة.
  - 3- استخدام وسائل تنظيم اسرة حديثة وعلى اعلى كفاءة واطاحتها لجميع الفئات وفي كل المناطق الجغرافية.
  - 4- اشراك المجتمع المدني والمحليات مع الحكومة في تنفيذ البرنامج السكاني.
  - 5- اللامركزية في التطبيق ومراعاة الظروف المحلية للمناطق الجغرافية المتباينة داخل كل دولة.
  - 6- استخدام التربية السكانية كمادة أساسية سواء في المدارس او الجامعات.
  - 7- برامج توعوية للمقبلين على الزواج.
  - 8- الدعم الكامل لرجال الدين وتبنيهم للوعي بموضوع تنظيم الاسرة ومفهوم الأسرة الصغيرة.
  - 9- وجود حوافر إيجابية كما في إيران.
  - 10- الارتقاء بالنظام المؤسسي المسئول عن مواجهة القضية السكانية الى حد انشاء وزارة متخصصة كما في إندونيسيا.
  - 11- الاهتمام بالبحوث والدراسات كبعد من ابعاد رسم السياسة السكانية.

## ثانياً أهم التوصيات :

- من الصعوبة نقل اية تجربة من التجارب السابقة كما هي لدول اخرى، فكل تجربة يجب ان تكون متوافقة مع ثقافة المجتمع حتى تنجح، وبالطبع فان الثقافة الموجودة في المجتمع المصري تختلف وتباين الى حد كبير مع ثقافات تلك الدول، فالمجتمع المصري له من العادات والتقاليد والثوابت الدينية التي ترفض فكرة تحديد النسل لطفل واحد أو أكثر، كما انها ترفض فكرة الإجهاض والتعقيم كوسيلة من وسائل تنظيم الاسرة وترفض أيضا بشكل قاطع فكرة الحوافز والعقوبات السلبية في مجال تنظيم الاسرة ولكن لا بد من ان هناك فائدة من عرض مثل هذه التجارب ونوجزها في الآتي:-
- 1- وجود التشريعات والقوانين الملزمة لضبط النمو السكاني فيما يتفق مع الاعتبارات الدينية والدستور المصري.
  - 2- فيما ورد في التجارب الدولية بالنسبة للإجهاض والتعقيم الطوعي كوسيلة لتنظيم الاسرة والحمل غير مرغوب فيه، لا بد من الرجوع الى رأى هيئة كبار العلماء لإقراره من عدمه وضمان الضوابط اللازمة لتفعيله إذا تم اقرار أي هذه الوسائل.
  - 3- توفير الوسائل الحديثة لتنظيم الاسرة ذات الكفاءة العالية وبأقل تكلفة وتغطي جميع أنحاء الجمهورية.
  - 4- ادخال الثقافة السكانية في مناهج التعليم المختلفة سواء بالمدارس او الجامعات.
  - 5- لا بد ان يكون لرجال الدين دور فعال أكثر من ذلك ولا يقتصر على قيادات رجال الدين فقط بل لا بد من ان يشمل ذلك كافة الدعاة المنتشرين في ربوع مصر.
  - 6- تضمين السياسات والبرامج السكانية ضمن خطط التنمية المختلفة وخطط التنمية المستدامة.
  - 7- ضرورة وجود مواد في القانون تلزم أجهزة الدولة معاونة المؤسسة المعنية بإدارة البرنامج السكاني في أداء مهامه وتيسير مباشرته لاختصاصاته وتزويده بما يطلبه من بيانات ومعلومات وإحصائيات تتعلق بعمله وذلك وفقا للقوانين والقواعد والضوابط المنظمة لذلك.
  - 8- ضرورة توفير التمويل اللازم لتنفيذ أنشطة الخطط السنوية المدرجة ضمن الخطة الاستراتيجية للسكان وخططها الخمسية، وتجنب تأخيرها عند بداية كل سنة مالية.
  - 9- اعادة تشكيل المجلس القومي للسكان برئاسة دولة رئيس الوزراء، وعضوية مقرر المجلس القومي للسكان، ويضم كافة الوزراء المعنيين بتنفيذ الاستراتيجية القومية للسكان، وتكون قراراته ملزمة لكافة أعضائه.
  - 10- ايجاد إطار عام للمتابعة والتقييم ملزم لكافة الجهات.

## المراجع

- M. Murat Yüceşahin± A. Sinan Türkyılmaz Tuğba Adalı. Population Policies in Turkey and Demographic Changes on a Social Map. December 2016 Volume: 6, No: 2, pp. 240 – 266 ISSN: 2046-4436 e-ISSN: 2046-4444 [tplondon.com/bordercrossing](http://tplondon.com/bordercrossing)
- Başar, E. (2010). *Demografiye Giriş (Introduction to Demography)*, Ankara: Özbaran Ofset Press.
- Behar, C. (1995). The Fertility Transition in Turkey: Reforms, Policies and Family Structure, In *Family, Gender and Population in the Middle East*. Cairo: The American University in Cairo Press, pp. 36–57.
- Büyüker-ışler, D. (2010). Çok Boyutlu Ölçekleme (Multidimensional Scaling, MDS), In Ş. KALAYCI ed., *SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri (Multivariate Statistical Techniques with SPSS Applications)*, Ankara: Öz Baran Publishing, pp. 379– 386.
- Farooq, G.M., Tuncer, B. (1974). Fertility and Economic and Social Development in Turkey: A Cross-Sectional and Time Series Study, *Population Studies* 28, pp. 263–276.
- Aloosh M, Aloosh A. Iran: the health cost of a political order. *Lancet* 2014; 384: 1926–27.
- Statistical Centre of Iran. Implementation of the 2011 Iranian population and housing census in autumn 2012. <http://www.amar.org.ir/Default.aspx?tabid=765> (accessed Nov 30, 2014).
- Karamouzian M, Sharifi H, Haghdoost AA. Iran’s shift in family planning policies: concerns and challenges. *Int J Health Policy Manag* 2014; 3: 231.
- Erfani A, McQuillan K. The changing timing of births in Iran: an explanation of the rise and fall in fertility after the 1979 Islamic Revolution. *Biodemography Soc Biol* 2014; 60: 67–86.
- Erfani A, Mcquillan K. Rapid fertility decline in Iran: analysis of intermediate variables. *J Biosoc Sci* 2008; 40: 459–78.
- Derradji A–R. Tunisia: Form Bourguiba’s Era To The Jasmine Revolution; Fall of Ben Ali. *ADAM Akad Sos Bilim Derg*. 2016;1(2). <https://dergipark.org.tr/download/article-file/230570>.
- Robinson WC, Ross JA. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. World Bank; 2007.
- Richard H. Curtiss. Tunisia’s Family Planning Success Underlies Its Economic Progress. *Washington Report On Middle East Affairs*. <https://www.wrmea.org/1996-november-december/tunisia-s-family-planning-success-underlies-its-economic-progress.html>.
- Track 20 Project. Family Planning Effort Index (FPE). [http://www.track20.org/pages/data\\_analysis/policy/FPE.php](http://www.track20.org/pages/data_analysis/policy/FPE.php). Accessed July 13, 2019.
- United Nations. Department of Economic and Social Affairs. *Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015* United Nations.; 2015.
- Lapham RJ. Family Planning and Fertility in Tunisia. *Demography*. 1970;7(2):241. doi:10.2307/2060414
- Ouadah–Bedidi Z, Vallin J. Toward replacement level: unexpected recent changes in maghrebian fertility. In: *XXXVII IUSSP International Population Conference*; 2013.
- Amroussia N, Hernandez A, Goicolea I. Reproductive Health Policy in Tunisia: Women’s Right to Reproductive Health and Gender Empowerment. *Helath Hum Rights J*.
- UNFPA, UNDESA, UN–HABITAT, IOM (2013). *Population Dynamics in the Post–2015 Development Agenda: Report of the Global Thematic Consultation on Population Dynamics*. United Nations. URL <http://www.worldwe-want2015.org/file/313464/download/340868>.
- Kohler, H. P. and Behrman, J. R. (2014). *Population and demography: Benefits and costs of the population and demography targets for the post–2015 development agenda*. Copenhagen Consensus Project: Post–2015 Consensus, URL <http://www.copenhagenconsensus.com/post-2015-consensus/populationanddemography>. 3Population trends and indicators reported here are obtained from UN Population Division (2012a).
- *World Population Prospects, the 2012 revision: Standard (median) forecasts*. United Nations, Department of

Economic and Social Affairs, Population Division, URL <http://esa.un.org/unpd/wpp/>. In addition, because of the likely higher accuracy for recent years, estimates of the total fertility rate are obtained from Indonesia DHS (2013).  
– Indonesia Demographic and Health Survey 2012: Preliminary Report. Jakarta, Indonesia and Calverton, Maryland: Statistics Indonesia, National Population and Family Planning Board, Ministry of Health and Measure DHS.

– Seiff, A. (2014). Indonesia to revive national family planning programme. *The Lancet* 383(9918): 683–. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60244-0. URL [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60244-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60244-0/abstract).

– هشام مخلوف، تجارب دولية ناجحة في مواجهة المشكلة السكانية، سلسلة أوراق شباب الجامعات والقضية السكانية رقم (5)، مايو – 2010 – المجلس القومي للسكان

---

Professor Dr. Tarek Tawfik Amin, Deputy Minister of Health for Population Affairs, Egypt: [dramin55@gmail.com](mailto:dramin55@gmail.com)

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

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