



معهد التخطيط القومي

سلسلة قضايا التخطيط والتنمية

رقم (١٧٧)

تحسين الجودة الشاملة لبعض مجالات
القطاع الصحى

يوليو ٢٠٠٤

جمهورية مصر العربية
معهد التخطيط القومي

سلسلة قضايا التخطيط والتنمية
رقم (١٧٧)

تحسين الجودة الشاملة لبعض مجالات القطاع الصحى

يوليو ٢٠٠٤

أسماء فريق البحث

أولاً : من داخل المعهد :

١. أ.د. عبد القادر حمزة - الباحث الرئيسي
٢. أ.د. أماني عمر
٣. أ.د. محمد الكفراوي
٤. أ.د. عبد الله الدعوشي
٥. د. زلفى شلبي
٦. أ.د. عفاف نخلة
٧. أ.د. ماجدة إبراهيم
٨. أ.د. زينات طبالة
٩. د. عزة الفندري
١٠. عوض محمد

ثانياً : من خارج المعهد :

١. أ.د. راوية سعد الدين يونس - استشاري صحة عامة ومدير عام مركز تكنولوجيا التعليم بالروضة - مدير تنفيذى برنامج فاعلية الإدارة - وزارة الصحة والسكان
٢. د. فريد حامد عبد الرحمن - مدرب بمركز تكنولوجيا التعليم الطبي بالروضة وبرنامج فاعلية الأولية وزارة الصحة والسكان

محتويات الدراسة

رقم الصفحة	البيان
١	الفصل الأول : دراسة حول تنظيم الأسرة
٢	١-١ مقدمة
٤	٢-١ حول المؤشرات الصحية ذات الصلة
١٣	٣-١ تكلفة وسائل تنظيم الأسرة
١٤	٤-١ عوامل المراضة والوفيات للأمهات
١٧	٥-١ عرض لنتائج بعض الدراسات الخاصة بتنظيم الأسرة
٢٣	٦-١ التوصيات
٢٥	- المراجع
٢٦	الفصل الثاني : مقترح نظام معلومات لبنوك الدم
٢٧	١-٢ مشكلة ارتفاع نسبة أكياس الدم المهترئة لانتهاؤ الصلاحية
٣٠	٢-٢ نظم المعلومات
٣٤	٣-٢ مقترح نظام معلومات لبنوك الدم
٤٦	٤-٢ مميزات النظام المقترح
٤٧	الفصل الثالث : دراسة مشكلة النفايات الطبية في المستشفيات مع تصميم نظام معلومات لإدارتها
٤٩	١-٣ مقدمة
٤٩	٢-٣ تصنيف المخلفات الطبية
٥٣	٣-٣ الأخطار الصحية للنفايات الطبية
٥٦	٤-٣ أهم المبادئ والقواعد الأساسية والإجراءات الخاصة للتخلص من النفايات الطبية وتخزينها
٥٩	٥-٣ طرق المعالجة والتخلص من مخلفات وحدات الرعاية الطبية
٦٣	٦-٣ المشكلات التي تتضح من الأسلوب الحالي لإدارة النفايات .
٦٤	٧-٣ مخلفات وحدات الرعاية الطبية وقانون البيئة
٦٥	٨-٣ مقترح نظام معلومات المخلفات الرعاية الطبية
٧٤	٩-٣ التوصيات

■ مقدمة :

من أجل اللحاق بركب التطور والإصلاح في جميع المجالات بدأت مصر في عملية الإصلاح الصحي لتقديم خدمة صحية لجميع المواطنين ذات كفاءة وجودة. وقد بدأت في تحديث المنشآت الصحية ورفع مستوى أداء القوى البشرية واستحداث نظم جديدة لإدارة النظام الصحي في التخطيط والتنظيم والتمويل والمعلومات.

ولضمان دوام واستمرارية عملية الإصلاح الصحي والتحسين المستمر في المنظمات الصحية ومواجهة التحديات التي تواجهها هذه المنظمات . تم إدخال برنامج فعالية الإدارة بالتعاون بين وزارة الصحة والسكان ومنظمة الصحة العالمية لإدخال نظم الإدارة الحديثة وتحسين الجودة الشاملة ، ويعتبر هذا البرنامج أو تجربة رائدة في دول حوض البحر المتوسط وهو من أحدث البرامج الصحية في مجال الإدارة . وترجع أهمية برنامج فعالية الإدارة الى عدم وجود برامج للإدارة في وزارة الصحة والإسكان على الرغم من الاحتياج الشديد لمثل تلك البرامج لتفعيل النظام الصحي .

وتم اختيار مركز تكنولوجيا التعليم الطبي بالروضة ليكون مركز تدريبي رئيسي للبرنامج كما تم عمل شبكة للمعلومات وربطها بمواقع العمل المختارة لضمان استمرارية رفع قدرات المراء والعاملين بهذه المواقع .

يقوم البرنامج فعالية الإدارة بدعم وإدخال عمليات قياس التحسين المستمر في الإدارة بالتركيز على احتياجات العملاء وذلك بتعاون القيادات وكل أفراد الفريق الصحي . ويهدف البرنامج لبناء القدرات الإدارية وتحسين الجودة الشاملة للخدمات الصحية خلال :

- استخدام الأساليب العلمية الحديثة في الإدارة
- تنمية المهارات الأساسية من كمبيوتر ولغات .
- تطوير المهارات الإدارية والقيادية وفهم تطبيق الجودة الشاملة .
- فهم النظام الصحي الحالي لسد الفجوة بينة وبين النظام المثالي المتوقع .
- إدارة عملية التغيير والتحسين المستمر .

- الاستخدام الأفضل للموارد البشرية والمالية .
- استخدام المعلومات والتخطيط الإستراتيجي .
- عمل برامج تطوير مستمرة داخل كل القطاعات .
- تحديث مستمر للبيانات والمعلومات .
- تدعيم واستخدام نظم للرقابة والتقييم والتغذية الاسترجاعية المستمرة .
- المشاركة الفعلية بين متخذي القرار والعاملين .
- التواصل بين المجتمع والوزارة .
- تبادل المعلومات والخبرات عن طريق شبكة تعليمية .

لذلك نرى أن عملية تفعيل نظم المعلومات في القطاعات الصحية وعلى مستوى كل قطاع يعتبر أساس لتدعيم عمليتي التحسين المستمر للجودة الشاملة ، وتمكن من وضع المعايير اللازمة لعملية التحسين .

وتركز الدراسة الحالية على ثلاث قطاعات حيث يستعرض الفصل الأول : على مشكلة تنظيم الأسرة منتهيا ببعض التوصيات لعلاج المشكلة .

أما الفصل الثاني من الدراسة فهو يركز على مشكلة بنوك الدم ودور هذه البنوك في العملية الصحية منتهيا بوضع نظام معلومات يستطيع الوفاء باحتياجات المراكز الصحية المختلفة .

أما الفصل الثالث فهو يتعرض لمشكلة النفايات في المستشفيات والوحدات الصحية وتم في هذا الفصل مقترح لنظام معلومات تتوافر فيه عدة مزايا ومرونة لإدارة النفايات والتخلص منها .

الفصل الأول

دراسة حول تنظيم الأسرة

تقديم ،

يهدف هذا الجزء من الدراسة إلى إلقاء الضوء على اتجاهات تنظيم الأسرة في مصر وبالتالي على أهم أسباب عزوف السيدات في سن الحمل عن استخدام وسائل تنظيم الأسرة. ولتحقيق هذا الهدف سوف يتم التعرف سريعاً على بعض المؤشرات الصحية ذات الصلة بتنظيم الأسرة وذلك من خلال استعراض وتحليل نتائج بعض المسوح السكانية الصحية ، وأيضاً تقارير التنمية البشرية في مصر، منذ بداية أول إصدار لها عام ١٩٩٤ حتى آخر إصدار عام ٢٠٠٣. كما سيتم التعرف على بعض عوامل المراضة والوفيات للأمهات مع مناقشة سريعة حول وفيات الأمهات في مصر، كذلك يتم إلقاء الضوء على تكلفة وسائل تنظيم الأسرة. هذا بالإضافة إلى لاستعراض نتائج بعض الدراسات (الميدانية) ذات الصلة ببرامج تنظيم الأسرة. وفي نهاية الدراسة سوف يتم استخلاص لأهم التوصيات التي يمكن للقيادة السياسية أن تسترشد بها لمواجهة أسباب عزوف السيدات عن استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

١-١ مقدمة :

حددت السياسة القومية للسكان بمصر ثلاثة أبعاد للمشكلة السكانية وهي بعد النمو السكاني المرتفع، تدني الخصائص السكانية وكذا اختلال التوزيع الجغرافي للسكان، كما ارتكزت السياسة القومية للسكان على عدد من القيم والمبادئ منها :

- إقرار حق الأسرة في اختيار العدد المناسب من الأطفال وحققها في الحصول على المعلومات والوسائل التي تمكنها من تحقيق اختياراتها.
- تجنب استخدام الإجهاض والتعقيم كوسائل لتنظيم الأسرة.
- تشجيع الجهود التطوعية ومشاركة المجتمع في حل المشكلة السكانية.

ولاشك أن الزيادة السكانية التي شهدتها مصر قد ابتلعت جزء كبير من جهود التنمية كما أن هناك جدلاً حول كفاءة وفاعلية البرنامج السكاني، لذلك فإن تقييم برامج تنظيم الأسرة تعد من الأهمية حيث يمكن من خلالها دراسة الأبعاد المختلفة التي يستند إليها بناء مقياس رقمي لكل من السياسة السكانية، الخدمات، التقييم، إتاحة الوسائل. ومن خلال الدراسات المتخصصة في هذا الشأن حصلت مصر عام ١٩٩٤ على درجة إجمالية قدرها ٥٩% وكانت الدرجات التفصيلية لهذه الأبعاد هي ٦٧%، ٦٤%، ٧٠%، ٣٣% على التوالي ويرجع ذلك إلى اعتماد البرنامج المصري على عدد محدود من الوسائل وتجدر الإشارة إلى أن رتبة مصر تعكس مركزاً متوسطاً بين الدول التي تعاني من المشكلة السكانية والتي تتشابه ظروفها مع مصر .

(*) منتدى العالم الثالث - مشروع ٢٠٢٠، السكان وقوة العمل ، ٢٠٠٠.

هذا وقد أوضح المسح السكاني الصحي لعام ٢٠٠٠ انخفاض معدلات الإنجاب^(*) في مصر حوالي مولودين خلال العشرين عاماً (ففي مسح عام ١٩٨٠ كان ٥٣ مولود انخفض إلى ٣٥ مولود بمسح ٢٠٠٠). كما زاد مستوى الاستخدام بأكثر من الضعف بين عامي ١٩٨٠، ٢٠٠٠ من ٢٤% إلى ٥٦% وذلك نظراً لانتشار الوعي وتوفير الحكومة لهذه الخدمات وزيادة فاعلية الرسائل الإعلامية حول تنظيم الأسرة، إلا أنه لوحظ وجود تباينات واضحة في مستويات الاستخدام ففي المحافظات الحضرية وحضر وريف الوجه البحري تتعدى معدلات الاستخدام ٦٠%، أما ريف الوجه القبلي ومحافظات الحدود فيبلغ ٤٠%. ويرتبط معدل الاستخدام بالحالة التعليمية للسيدات حيث يتراوح بين ٥٢% بين السيدات التي لم يسبق لهن الذهاب إلى المدرسة، ٦١% بين السيدات الحاصلات على تعليم ثانوي فأكثر كذلك أظهر المسح الصحي أن كلا من القطاعين الحكومي والخاص يلعب دوراً هاماً في تقديم خدمات تنظيم الأسرة مثلاً في وحدات وزارة الصحة أو وحدات حكومية أخرى وذلك فيما يخص وسائل بعينها. كذلك بين المسح الصحي عام ٢٠٠٠ أن مقدمي خدمات تنظيم الأسرة لا يعطون السيدات المعلومات الكافية التي تساعدنهم على اختيار أنسب وسيلة لهن، وبصفة خاصة، لا يتم إعطاء المستخدمات اختيارات للوسيلة، وبالرغم من أن الأعراض الجانبية هي سبب توقف كثير من المستخدمات عن الاستخدام، إلا أن كثيراً من مقدمي الخدمة لا يعطون السيدات استشارة عن الأعراض الجانبية.

وفي هذا الصدد ركزت السياسة القومية للسكان على التنمية الشاملة للمرأة بوجه عام والصحة الإنجابية بوجه خاص على اعتبار إنها العنصر المؤثر في الزيادة السكانية، بالإضافة إلى الدعوة الجادة لتحسين الخصائص السكانية وإعادة التوزيع السكاني وذلك من خلال تحقيق الأهداف التالية:

- زيادة ممارسة تنظيم الإنجاب باعتباره المدخل الوقائي لمعظم مشكلات الصحة الإنجابية وصحة المرأة.
- التركيز على صحة المرأة في فترة ما قبل الخصوبة، وفترة الخصوبة، وفترة ما بعد الخصوبة، ومساعدة الزوجين على تحقيق أهدافهم الإنجابية.
- التنسيق والتكامل مع كافة الجهات المعنية بالسكان بهدف تحسين الخصائص السكانية.
- الدعوة إلى إعادة توزيع السكان في مصر ودراسة أفضل الطرق لذلك.
- رعاية المرأة منذ الطفولة وحتى الشيخوخة صحياً ونفسياً واجتماعياً وثقافياً
- تلبية احتياجات المناطق المحرومة من الخدمات الصحية.
- حق كل منتفعة في الحصول على أحدث وسائل تنظيم الأسرة.
- ضرورة توافر المعرفة والمعلومات والمهارات لمقدمي برامج تنظيم الأسرة لتوفير الخدمة على أعلى مستوى.
- أن تكون خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة جزءاً من الخدمات التي تكلفها الدولة للجميع وتضمن ذلك في برامج الإصلاح الصحي.

(**) وزارة الصحة والسكان، المجلس القومي للسكان، الوكالة الأمريكية الدولية للتنمية، المسح السكاني الصحي-مصر ٢٠٠٠،

- توفير كافة الإمكانيات للقطاع الأهلي من تدريب وتوفير مستلزمات العمل في تكامل وتنسيق بينه وبين وزارة الصحة ضرورة يحتمها العمل في الوقت الحاضر^(١).
- الحضور الدولي لمصر بين الدول والهيئات الدولية أمر ضروري للحصول على الجديد والحديث من برامج ودراسات وتبادل الخبرات وإبراز دور مصر الريادي ومكانتها الحضارية يعتبر جزء من الاستراتيجية.
- تعتمد وزارة الصحة والسكان في تنفيذ استراتيجيتها على :
 - أن تكون الخدمة في متناول جميع أفراد المجتمع بطريقة ميسره.
 - أن تكون في حدود الإمكانيات الاقتصادية لكافة الأسر.
 - أن يكون توزيع هذه الخدمات عادلة بين الريف والحضر وبين الفقراء والأغنياء.

إن إستراتيجية الصحة والسكان تشمل ثلاثة أهداف رئيسية هي^(٢) :

- ١ - تحسين جودة الخدمات القائمة حاليا ومدتها للمناطق النائية .
- ٢ - السيطرة على المشكلة السكانية.
- ٣ - رفع عبء المرض والعجز والوفاة.

وتترجم هذه الأهداف الرئيسية إلى مجموعة من الأهداف التفصيلية يتركز أحدها على السيطرة على المشكلة السكانية من خلال زيادة عدد المستفيدين باستخدام وسائل تنظيم الأسرة والتعامل مع المشكلة من خلال الحلول المتكاملة في إنشاء نوادي للمرأة لتثقيفها ومحو أميتها وتعليمها بعض الحرف البيئية وذلك لرفع مستواها الفكري والاقتصادي .

الهدف النهائي للسياسة السكانية أن يصل معدل الزيادة السكانية إلى مايعرف بالاستقرار السكاني وهو طفلان لكل أسرة عام ٢٠١٧ بمعنى أن يحمل الطفلان محل والدهما في المستقبل.

٢-١ حول المؤشرات الصحة ذات الصلة

ويتبع تطور مؤشرات الصحة الواردة بتقارير التنمية البشرية الصادرة من معهد التخطيط القومي بالتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي على مدى السنوات ١٩٩٤ حتى ٢٠٠٣ يمكن الوقوف على تحسن المؤشرات الصحية بشكل عام وهو ما يلخصه الجدول رقم (١) حيث يظهر زيادة الأنفاق العام على الصحة مما ينعكس أيضا على زيادة توقع الحياة عند الميلاد، كما يبين الانخفاض في معدل وفيات الرضع لكل ١٠٠٠ مولود حي والانخفاض التدريجي في معدلات وفيات الأمومة لكل ١٠٠٠٠ مولود حي وزيادة نسبة الأطفال المخصنون في س الواحدة حيث يصل إلى ٩٧ر٩% عام ٢٠٠١... الخ .

(١) احمد حلمي، المشكلة السكانية في بداية القرن الجديد، ملخص تنفيذي، مجلس الشورى - لجنة الصحة والسكان والبيئة ،

فبراير ٢٠٠٢ .

(٢) استراتيجية الصحة والسكان في الخطة الخمسية ٢٠٠٣-٢٠٠٧

جدول رقم (1)

تطور مؤشرات قطاع الصحة الواردة بتقارير التنمية البشرية

تقرير ٢٠٠٣	تقرير ٢٠٠١/٢٠٠٠	تقرير ١٩٩٨/٩٧	تقرير ١٩٩٦	تقرير ١٩٩٥	تقرير ١٩٩٤	
٢٠٠١/٢٠٠٠ عام ٧,٢ % ٢٠٠١/٢٠٠٠ عام ٢,٤ %	١٩٩٩/٩٨ عام ٦,٩ ١٩٩٩/٩٨ عام ٢,٢	١٩٩٤ عام ٤ر % ١٩٩٤ عام ١,٦ %	١٩٩٤ عام ٤ر % ١٩٩٤ عام ١,٦	١٩٩٢ عام ٣ر % ١٩٩٢ عام ١,٥ %	١٩٩٠ عام ٢,٨ ١ر عام ١٩٩٠	* الإنفاق العام على الصحة % من إجمالي الإنفاق العام % من الناتج المحلي الإجمالي
٢٠٠١ عام ٦٧,١ ٢٠٠١ عام ٦٨,١	٢٠٠٠ عام ٦٧,١ ٢٠٠٠ عام ٦٨,١	١٩٩٣ عام ٦٥,٩ ١٩٩٤ عام ٦٦,٧ ١٩٩٣ عام ٦٧,٢	١٩٩٤ عام ٦٦,٧ ١٩٩٣ عام ٦٥,٩ ١٩٩٣ عام ٦٧,٢	١٩٩١ عام ٦٤,٥ ١٩٧٦ عام ٥٥ ١٩٩١ عام ٦٥,٦	١٩٩٠ عام ٦٣,٣ ١٩٨٩ عام ٦٢,٨ ١٩٨٩ عام ٦٣,٦	* توقع الحياة عند الميلاد توقع الحياة عند الميلاد للمرأة
٢٠٠١ عام ١٠٠ % ٢٠٠١ عام ٩٩ %	٢٠٠٠ عام ١٠٠ % ٢٠٠٠ عام ٩٩ %	١٩٩٤ عام ١٠٠ % ١٩٩٤ عام ٩٩ %	١٩٩٤ عام ١٠٠ % ١٩٩٤ عام ٩٩ %	١٩٩٢ عام ١٠٠ % ١٩٩٢ عام ٩٩ %	١٩٩٠ عام ١٠٠ % ١٩٩٠ عام ٩٩ %	* السكان الذين يحصلون على خدمات صحية % حضر % ريف
١٩٩٦ عام ٤٢٥٨,٠	١٩٩٦ عام ٤٢٥٨,٠	١٩٩١ عام ٣٧٠٠ ١٩٧٦ عام ٣٣٤٠	١٩٩١ عام ٣٧٠٠ ١٩٧٦ عام ٣٣٤٠	١٩٩٢ عام ٣٧٠٠ ١٩٧٦ عام ٣٣٤٠	١٩٧٦ عام ٣٣٤٠ ١٩٨٦ عام ٣٥٠١	* الأسعار الحرارية للفرد يوميا
٢٠٠١ عام ١٠٥,٩	١٩٩٨ عام ٧١,٥	١٩٩٣ عام ٧٣,١	١٩٩٥ عام ٧٣,١	١٩٩١ عام ٧٢,٩	١٩٨٩ عام ١٠٦	* أطفال يموتون دون سن الخامسة (بالآلاف)
٢٠٠١ عام ١٦١,١	١٩٩٧ عام ٧٩٨,٨	١٩٩٥ عام ١٠٣٧,٥	١٩٩٥ عام ١٠٣٧,٥	١٩٩٢ عام ٧٢٩	١٩٩١ عام ٨١٥	* أطفال دون سن الخامسة يعانون من سوء التغذية (بالآلاف)
١٩٦٠ مسجل عام ١٠,٨ ٢٠٠١ مسجل عام ٢٧,٣ ٢٠٠١ معدل عام ٣٠,٠	١٩٦١ مسجل عام ١٠,٨ ١٩٩٨ مسجل عام ٢٩,٢ ١٩٩٨ معدل عام ٣٢,٤	١٩٦١ مسجل عام ١٠,٨ ١٩٩٣ مسجل عام ٣١,٨ ١٩٩٣ معدل عام ٣٧,٥	١٩٦١ عام ١٠,٨ ١٩٩٣ مسجل عام ٣١,٨ ١٩٩٣ معدل عام ٣٧,٥	١٩٦١ عام ١٠,٨ ١٩٩١ عام ٣٦,٢	١٩٦١ عام ١٠,٨ ١٩٨٩ عام ٤٠	* معدل وفيات الرضع لكل ١٠٠٠ مولود حي)
٢٠٠١ عام ٦٠,٧	١٩٩٨ عام ٩٦,٥	١٩٩٢ عام ١٧٤	١٩٩٢ عام ١٧٤	١٩٩٢ عام ١٧٤	١٩٩٢ عام ١٨٤	* معدل وفيات الأمومة (لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي)

تابع جدول (١)

١٩٦١ مسجل ٢٠٤ ٢٠٠١ مسجل ٣٥,٦ ٢٠٠١ معدل ٣٩,١	١٩٦١ مسجل ٢٠٤ ١٩٩٨ مسجل ٣٩,١ ١٩٩٨ معدل ٤٢,١	١٩٦١ مسجل ٢٠٤ ١٩٩٣ مسجل ٤٥,٧ ١٩٩٣ معدل ٥١,٧	١٩٩٣ مسجل عام ٤٥,٧ ١٩٩٣ معدل عام ٥١,٧	١٩٦١ عام ٢٠٤ ١٩٩١ مسجل عام ٥٣,٧ ١٩٩١ معدل عام ٦٠	١٩٦١ عام ٢٠٤ ١٩٨٩ عام ٦٢	• وفيات الأطفال دون الخامسة (لكل ١٠٠٠ مولود حي)
٢٠٠١ عام %٩٣,٣	٢٠٠٠ عام ٩٥,٥	١٩٩٥ عام %٩٤,٩	١٩٩٥ عام %٩٤,٩	١٩٩٢ عام %٩٤,١	١٩٩١ عام %٧٧	• الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية في سن ١٢-١٥ شهرا
٢٠٠١ عام %٥٦,٥	٢٠٠٠ عام %٤٨,٢	١٩٩٥ عام %٤٦,٣	١٩٩٥ عام %٤٦,٣	١٩٩٢ عام %٤٠,٧	١٩٩١ عام %٩٣,٥	• حالات الولادة تحت إشراف صحي %
٢٠٠١ عام %٩٧,٩	٢٠٠٠ عام %٩٢,٢	١٩٩٥ عام %٧٩,١	١٩٩٥ عام %٧٩,١	١٩٩٢ عام %٦٧,٤	١٩٩٠ عام %٨٧	• الأطفال المحصنون في سن الواحدة
٢٠٠١ عام %٦١,١	٢٠٠٠ عام %٥٢,٩	١٩٩٥ عام ٣٩,١	١٩٩٥ عام %٣٩,١	١٩٩٢ عام %٥٢,٩	١٩٩١ عام %٥٢,٢	• الحوامل اللاتي يحصلن على رعاية قبل الولادة
٢٠٠١ عام %٨,٨	٢٠٠٠ عام %٤	١٩٩٥ عام %١٢,٤	١٩٩٥ عام %١٢,٤	%٩,٢	١٩٩١ عام %١٠,٤ ١٩٩١ عام %٤,٢ ١٩٩١ عام %٣١,٥	• سوء التغذية ناقصو الوزن (دون الخامسة) للمصابون بالهزال (١٢-٢٣ شهر) المصابون بتوقف النمو (٢٤-٥٩ شهر)
١٩٨٢ عام ٥,٤ ٢٠٠١ عام ٦,٠	١٩٨٢ عام ٥,٤ ١٩٩٨ عام ٦,٩	١٩٨٢ عام ٥,٤ ١٩٩٤ عام ٦,٥	١٩٨٢ عام ٥,٤ ١٩٩٤ عام ٦,٥	١٩٨٢ عام ٥,٤ ١٩٩٤ عام ٦,٥	١٩٨٢ عام ٥,٤ ١٩٩٢ عام ٧,٩	• عدد الأطباء بوزارة الصحة لكل ١٠,٠٥٠ نسمة
١٩٨٢ عام ٩,١ ٢٠٠١ عام ١٣,٥	١٩٨٢ عام ٩,١ ١٩٩٤ عام ١١,٦	١٩٨٢ عام ٩,١ ١٩٩٤ عام ٨,٦	١٩٨٢ عام ٩,١ ١٩٩٤ عام ٨,٦	١٩٨٢ عام ٩,١ ١٩٩٤ عام ٨,٦	١٩٨٢ عام ٩,١ ١٩٩٢ عام ١٠,٥	• عدد الممرضات بوزارة الصحة لكل ١٠,٠٠٠ نسمة
٢٠٠١ عام ٢٠ ٢٠٠١ عام ١٦,٧	١٩٩٨ عام ٢١ ١٩٩٨ عام ١٨	١٩٩٤ عام ٢٠ ١٩٩٤ عام ١٢	١٩٩٤ عام ٢٠ ١٩٩٤ عام ١٢	١٩٩٤ عام ٢٠ ١٩٩٤ عام ١٢	١٩٩٢ عام ٢٠ ١٩٩٢ عام ١٢	• عدد الأمثلة لكل ١٠٠٠٠ نسمة (الإجمالي) وزارة الصحة
٢٠٠١ عام ٢,٤	١٩٩٨ عام ٣,٦	١٩٩٤ عام ٥,٩	١٩٩٤ عام ٥,٩	١٩٩٤ عام ٥,٩	١٩٩٢ عام ٢,٨	• عدد الوحدات الصحية لكل ١٠٠٠٠٠ نسمة

تابع جدول (1)

السكان (بالآلف)	١٩٦٠ عام ٢٥٩٨٤,٠	١٩٦٠ عام ٢٥٩٨٤,٠	١٩٦٠ عام ٢٥٩٨٤,٠	١٩٦٠ عام ٢٥٩٨٤,٠	١٩٦٠ عام ٢٥٩٨٤,٠	١٩٦٠ عام ٢٥٩٨٤
	١٩٨٦ عام ٤٨٢٥٤,٠	١٩٨٦ عام ٤٨٢٥٤,٠	١٩٩٤ عام ٥٧٨٤٩,٠	١٩٩٤ عام ٥٧٨٤٩,٠	١٩٩٢ عام ٥٥١٦٢,٠	١٩٨٦ عام ٤٨٢٥٤
	١٩٩٦ عام ٥٩٣١٣,٠	١٩٩٦ عام ٥٩٣١٣,٠	٢٠٠١ عام ٦٧٩٢٣,٠	٢٠٠١ عام ٦٧٩٢٣,٠	٢٠٠١ عام ٦٧٩٢٣,٠	٢٠٠١ عام ٦٧٩٢٣
	٢٠٠١ عام ٦٥٣٣٥,٦	٢٠٠٠ عام ٦٤٦٥٣,٠				
معدل النمو السنوي للسكان %	٨٦-٦٠ ٢,٤	٨٦-٦٠ بين ٢,٤	١٩٩٤-٦٠ بين ٢,٤	١٩٩٤-١٩٦٠ بين ٢,٤	١٩٩٢-١٩٦٠ بين ٢,٤	١٩٨٦-١٩٦٠ بين ٢,٤
	٩٦-٨٦ ٢,١	٩٦-٨٦ بين ٢,١	٢٠٠١-٩٤ بين ٢,٣	٢٠٠١-١٩٩٤ بين ٢,٣	٢٠٠١-١٩٩٢ بين ٢,٣	٢٠٠١-١٩٨٦ بين ٢,٤
	٢٠٠١-٩٦ ٢,١	٢٠٠٠-٩٦ بين ٢,٢				
تاريخ تضاعف السكان المعدل الحالي	٢٠٣٤	٢٠٢٩	٢٠٢٣	٢٠٢٣	٢٠٢٣	٢٠٢٢
معدل انتشار إستعمال وسائل منع الحمل	٢٠٠١ عام % ٥٨,١	١٩٨٤ عام % ٣٠,٣	١٩٨٤ عام % ٣٠,٣	١٩٨٤ عام % ٣٠,٣	١٩٨٤ عام % ٣٠,٣	١٩٨٨ عام % ٣٧,٨
		٢٠٠٠ عام % ٥٦,١	١٩٩٥ عام % ٤٧,٩	١٩٩٥ عام % ٤٧,٩	١٩٩٢ عام % ٤٧,١	١٩٩١ عام % ٤٧,٦

كذلك فمن الجدول رقم (١) يتضح أن معدل انتشار استعمال وسائل منع الحمل قد ارتفع من ٤٧,٦% عام ١٩٩١ إلى ٥٨,١% عام ٢٠٠١ مع وجود تفاوت واضح بين المحافظات المختلفة، وتلازم هذا الارتفاع مع ارتفاع نسبة الحوامل اللاتي يحصلن على رعاية قبل الولادة من ٥٢,٢% عام ١٩٩١ إلى ٦١,١% عام ٢٠٠١ ، كما واكبه أيضا ارتفاع نسبة حالات الولادة تحت إشراف صحي من ٤٠,٧% عام ١٩٩٤ إلى ٥٦,٥% عام ٢٠٠١ . واستخلاصا سريعا من ذلك يتضح أن المتابعة الصحية للحوامل والولادة تحت إشراف صحي يمكن أن تساهما معا في رفع معدل انتشار استعمال وسائل منع الحمل ، بالإضافة إلى تأثير كل هذه العوامل مجتمعه بمعدل النمو السكاني الذي انخفض من ٢,٤% فى الفترة ٦٠-١٩٨٦ إلى ٢,١% فى الفترة ٩٦-٢٠٠١ .

ولكن المتابعة الصحية للحوامل ، والولادة تحت إشراف صحي تستلزم درجة من الوعي الصحي لدى هؤلاء السيدات ومستوى من التعليم يتيح لكل منهن إدراك أهمية هذه المتابعة . ومن هنا يمكن الوصول إلى حقيقة أن للتعليم دوراً هاماً فى السيطرة على المشكلة السكانية هذا بالإضافة إلى رفع مستوى خصائص السكان بشكل عام.

وفى محاولة لرصد تطور متوسط عدد المواليد أحياء لكل سيدة خلال السنوات ١٩٨٠-٢٠٠٠ تبعاً للفئات العمرية فى ضوء المسوح الديموجرافية المختلفة فى مصر يتضح أن هناك تحسن فى هذا المتوسط حيث انخفضت القيم فى عام ٢٠٠٠ عنه فى عام ١٩٨٠ بعد تدرج فى الانخفاض شهدته هذه الفترة (جدول رقم ٢) .

جدول رقم (٢)

مقارنة متوسط عدد المواليد أحياء لكل سيدة من عام ١٩٨٠-٢٠٠٠

تبعاً للفئات العمرية فى ضوء المسوح الديموجرافية

٢٠٠٠	١٩٨٠	السنوات
عدد المواليد	عدد المواليد	فئات العمر
٧١	٦٣	١٩-١٥
٧٦	١٨١	٢٤-٢٠
١٩٩	٣٠٧	٢٩-٢٥
٣٢١	٤٦١	٣٤-٣٠
٤٢١	٥٧٩	٣٩-٣٥
٤٨٧	٦٤٦	٤٤-٤٠
٥٤٢	٦٨٧	٤٩-٤٥

المصدر : بيانات عام ١٩٨٠ من الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء بحث الخصوبة المصرى ١٩٨٠، القاهرة

١٩٨٢، بيانات عام ٢٠٠٠ من المجلس القومى للسكان-المسح السكاني الصحى ٢٠٠٠

ويلعب العمر عند الزواج الأول دوراً في تحديد هذا المتوسط، فكلما كان الزواج في سن مبكرة كلما اتسعت فترة الإنجاب ومن ثم زاد متوسط عدد المواليد وهو ما يؤكد جدول رقم (٣) حيث وصل متوسط عدد المواليد أحياء لمن تبلغ أعمارهن ٤٥-٤٩ سنة عام ١٩٩٥ وتزوجن في أعمار ١٥ سنة عدد ٧٦٤ طفل على مستوى الجمهورية، ٦٨٨ طفل على مستوى الحضر، ٨١٢ طفل على مستوى الريف .

جدول رقم (٣)

متوسط عدد الأطفال السابق إنجابهم، حسب العمر الحالي، والعمر عند الأرواح الأول ونوع محل الإقامة طبقاً لبيانات المسح السكاني العام ١٩٩٥ الفئات العمرية

٤٥-٤٩	١٥-١٩	العمر عند الزواج الأول
٧٦٤	٩٨	إجمالي الجمهورية أعلى من ١٥ سنة
٦٨٨	٤٨	١٧-١٥ سنة
٦٠٨	٢٢	١٩-١٨ سنة
٥٦٩	-	٢١-٢٠ سنة
٤٥٣	-	٢٤-٢٢ سنة
٣٨٨	-	٢٩-٢٥ سنة
١٨٠	-	+٣٠
٦٨٠	١١٤	حضر أقل من ٢٥ سنة
٦٣٩	٥٣	١٧-١٥
٥٠١	٢٠	١٩-١٨
٥٠٧	-	٢١-٢٠
٣٨٩	-	٢٤-٢٢
٢٢٩	-	٢٩-٢٥
١٦٣	-	+٣٠
٨١٢	٩٤	ريف أقل من ١٥ سنة
٧٢٣	٤٦	-١٧-١٥
٦٩٤	٢٢	١٩-١٨
٦٢٨	-	٢١-٢٠
٥٣٥	-	٢٤-٢٢
٤٩٥	-	٢٩-٢٥
٢١٩	-	+٣٠

المصدر : المجلس القومي للسكان المسح السكاني الصحي ١٩٩٥ - القاهرة.

ومقارنة تطور الاستخدام الحالى لتنظيم الأسرة حسب محل الإقامة وذلك من خلال تطور التوزيع النسبى للسيدات المتزوجات حالياً فى فئة العمر ١٥-٤٩ والمستخدمات لهذه الوسائل وذلك عبر المسوح السكانية الصحية من ١٩٨٤ وحتى المسح السكانى الصحى بمصر عام ٢٠٠٠ والمعروضة بالجدول رقم (٤) حيث يتضح أن الإقامة مابين الريف أو الحضر لها تأثير إيجابى على استخدام هذه الوسائل حيث ترتفع نسب الاستخدام بصفة دائمة فى الحضر مقارنة بنسب الاستخدام فى الريف ، وينطبق نفس النمط مابين الوجه البحرى والوجه القبلى عموماً ، كما تظهر بوضوح بين ريف الوجه البحرى وريف الوجه القبلى.

كما يعرض الجدول رقم (٥) لتطور نسب الاستخدام الحالى لتنظيم الأسرة بالمحافظات المختلفة وذلك من خلال المسوح السكانية من ١٩٨٨ وحتى سنة ٢٠٠٠.

حيث يلاحظ التطور الإيجابى عبر هذه السنوات على مستوى جميع المحافظات إلا أنه فى المسح الخاص لسنة ٢٠٠٠ يلاحظ وجود تباين بين المحافظات المختلفة حيث نجد أن أعلى نسب الاستخدام موجودة بمحافظة الغربية تليها محافظة الإسكندرية وغيرها من المحافظات الحضرية ومحافظات الوجه البحرى عموماً إلا أن محافظات الوجه القبلى فتختلف نسب الاستخدام كثيراً (ماعدا محافظة الجيزة) ويظهر ذلك جلياً فى محافظة سوهاج وأسيوط وقنا.

جدول (٤)

تطور الاستخدام الحالي لتنظيم الأسرة حسب محل الإقامة
التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات حالياً في العمر ١٥-٤٩ ومستخدمات
لوسائل تنظيم الأسرة حسب الإقامة ومحل الإقامة، مصر ١٩٨٤-٢٠٠٠.

الإقامة	مسح مدى ممارسة طرق تنظيم الأسرة ١٩٨٤	المسح السكني الصحي-مصر ١٩٨٨	المسح السكني الصحي-مصر ١٩٩٢	المسح السكني الصحي-مصر ١٩٩٥	المسح السكني الصحي-مصر ٢٠٠٠
الإقامة					
حضر	٤٥١	٥١٨	٥٧٠	٥٦٤	٦١٢
ريف	١٩٢	٢٤٥	٣٨٤	٤٠٥	٥٢٠
محل الإقامة					
محافظة حضرية	٤٩٦	٥٦٠	٥٩١	٥٨١	٦٢٧
وجه بحري	٣٤١	٤١٢	٥٣٥	٥٥٤	٦٢٤
حضر	٤٧٦	٥٤٥	٦٠٥	٥٩١	٦٤٩
ريف	٢٨٥	٣٥٦	٥٠٥	٥٣٨	٦١٤
وجه قبلي	١٧٣	٢٢١	٣١٤	٣٢١	٤٥١
حضر	٣٦٨	٤١٥	٤٨١	٤٩٩	٥٥٤
ريف	٧٩	١١٥	٢٤٣	٢٤٠	٤٠٢
محافظة الحدود	٠	٠	٠	٤٤٠	٤٣٠
الإجمالي	٣٠٣	٣٧٨	٤٧١	٤٧٩	٥٦١

المصدر : الزناني وآخرون، ١٩٩٦، جدول ٥-٣ و ٥-٦.

جدول (٥)

تطور الاستخدام الحالي لتنظيم الأسرة حسب المحافظة

نسبة السيدات المتزوجات حالياً في فئة العمر ١٥-٤٩، والمستخدمات الحائضات لوسائل تنظيم الأسرة حسب

المحافظة، مصر ٢٠٠٠.

المحافظة	نسج على تازية طرق تنظيم الأسرة ١٩٨٨	النسج السكان الصحي-مصر ١٩٩٢	النسج السكان الصحي-مصر ١٩٩٥	النسج السكان الصحي-مصر ٢٠٠٠
مافظات حضرية	٥٨,٩	٥٨,١	٥٦,٩	٦٢,٣
القاهرة	٥١,٦	٦٢,١	٥٩,٨	٦٤,٧
الإسكندرية	٤٨,٢	٦٠,٥	٥٩,٧	٥٧,٧
بور سعيد السويس	٥٠,٣	٥٧,٣	٦٢,٤	٥٨,٠
وجه بحرى	٥٤,١	٥٣,٤	٥٧,٤	٥٨,٨
دمياط	٤١,٣	٥٢,٨	٥٤,٩	٦٢,٨
الدقهلية	٣٥,٢	٤٩,٢	٥٣,١	٦١,٤
الشرقية	٤٢,٣	٥٧,٩	٥٥,٦	٦٤,٠
القليوبية	٤١,٧	٤٧,٢	٥٤,٤	٦٤,٢
كفر الشيخ	٥٠,١	٥٥,٩	٥٥,٩	٦٥,٧
الغربية	٤٣,٩	٥٥,٧	٥٤,٣	٦١,٣
المنوفية	٣٢,٥	٥٤,٧	٥٨,٧	٥٩,٨
البحيرة	٤١,٠	٥٠,٢	٥٨,٥	٥٨,٩
الإسماعيلية	٤٥,٧	٤٩,٩	٥٠,٩	٦٠,٥
وجه قبلى	١٥,٣	٢٩,٢	٣٠,٤	٥٣,٠
الجيزة	٢٠,٢	٣٣,٣	٣٤,٠	٥٠,٤
بنى سويف	١٦,٦	٢١,٩	٢٤,٣	٤٦,٧
الفيوم	١٢,٧	٢٨,٢	٢٢,١	٣٢,٩
المنيا	١٦,٢	١٩,٨	٢١,٧	٢٧,٥
أسيوط	١٢,٢	٢٤,٧	٢٦,٣	٣٤,٦
سوهاج	١٨,٦	٣١,٩	٣٦,٠	٤٤,٨
قنا				
أسوان				
الإجمالي	٣٧,٨	٤٧,٩	٤٧,٩	٥٦,٩

المصدر: الزناتي وآخرون، ١٩٩٦، جدول ٥-٧.

١-٣ تكلفة وسائل تنظيم الأسرة

وفي دراسة لتقدير احتياجات المجتمع^(١) من الأنفاق على خدمات تنظيم الأسرة حتى عام ٢٠١٧ بالمقارنة بما سوف يتم توفيره من نفقات في مجالات التعليم والصحة والدعم الغذائي والإسكان وتنقية المياه ومعالجة الصرف الصحي اتضح أن :-

- يتكلف الوصول إلى الاستقرار السكاني (طفلان لكل أسرة) عام ٢٠١٧ حوالي ٢٠٥ مليار جنيه.

- تحقيق الاستقرار السكاني يؤدي إلى توفير ٧٥ مليار جنيه للدولة خلال ١٩ عاماً، حيث أشارت دراسة للمجلس القومي للسكان عام ١٩٩٤ بعنوان " تنظيم الأسرة في مصر استثمار جيد" أن إنفاق جنيه واحد في مجال تنظيم الأسرة يوفر ٣٠ جنيه على الدولة في الإنفاق على التعليم والصحة والدعم الغذائي والصرف الصحي وتنقية المياه والإسكان".

هذا من وجهة النظر المجتمعية أما ما تشكله الوسائل من عبء على المستخدمات فقد أهتم المسح السكاني الصحي لسنة ٢٠٠٠ بدراسة تكلفة وسائل تنظيم الأسرة، وما أبدته السيدات من استعداد للدفع نظير الحصول على الوسيلة، فقد وجد أن بالنسبة للجنس فإن غالبية السيدات تحصلن عليها في المتوسط في حدود جنيه وهذا المبلغ أيضاً فضلتته ٩٣% من السيدات وعلى استعداد لدفعه بينما نسبة ٧٠% منهن على استعداد لدفع ٢ جنيه للحصول على الشريط ولكن هناك عدم استعداد لدفع أكثر من ذلك.

أما بالنسبة للولب فتختلف قيمة الحصول عليه حسب المصدر وقد لوحظ أن أقل وسيط تكلفة كان (٣١١ جنيه) للآتي حصلن عليه من مصدر تابع للقطاع الحكومي بينما وسيط التكلفة في العيادات التابعة للجمعيات الأهلية هو (١١٨١ جنيه) وهذه التكلفة أقل أيضاً من التكلفة التي تدفعها المستخدمات لدى الطبيب الخاص أو المستشفى الخاص. وعن مدى استعداد السيدات لدفع قيمة أكبر في سبيل الحصول على الوسيلة فقد تراوحت القيمة ما بين خمسة جنيهات وحتى أكثر من (٢٠٠ جنيه) غير أنه تبين أن كل المستخدمات تقريباً على استعداد لدفع خمسة جنيهات، ٦٦% منهن على استعداد لدفع ٢٥ جنيه والثالث الآخر على استعداد لدفع (٥٠ جنيه) على الأقل ونسبة قليلة جداً على استعداد لدفع (١٠٠ جنيه) و ٤% على استعداد لدفع (٢٠٠ جنيه) وقد خرجت الدراسة بنتيجة مؤداها أن سعر اللولب حالياً أقل من القيمة المفروض أن تكون عليه في كل من القطاعين الحكومي والخاص. وهنا يجب التأكيد على توحى الخذر في النتائج الخاصة يمثل هذه الأسئلة حيث أنها أسئلة افتراضية من ناحية وتدعو إلى الإحراج والخجل من ناحية أخرى.

(١) أحمد حلمي، مجلس الوزراء - مركز دعم واتخاذ القرار، مرجع سابق.

أما وسيلة الحقن فهي مستحدثة وأدخلت في برنامج تنظيم الأسرة منذ حوالي خمس سنوات على المسح الصحي ٢٠٠٠ وتعتبر الوحدات التابعة لوزارة الصحة والسكان هي المصدر الرئيسي لغالبية مستخدمات الحقن ويعتبر وسيط التكلفة حوالي (٢٣ جنيه) كما قامت الوزارة بخفض قيمة الحقن إلى (جنيه واحد) قبل إجراء المسح الصحي ٢٠٠٠ كما أنها تقدم مجانا للسيدات من خلال العيادات المتقلة. وعن مدى استعداد السيدة لدفع مبلغ أعلى مقابل الحصول على الوسيلة تبين أن كل مستخدمات الحقن تقريبا ٩٨% على استعداد لدفع (٢ جنيه) وحوالي ٨٠ % على استعداد لدفع (٥ جنيه) ، ٤٧% على استعداد لدفع (واحد جنيه) وعدد قليل أبدى استعداده لدفع أكثر من ذلك .

وستعرض فيمايلي لعوامل المراضة ووفيات الأمهات وأسبابها عموما وكذا وفيات الأمهات في مصر.

١-٤ عوامل المراضة والوفيات للأمهات (*) :-

أشارت " مجلة إضافات " سكانية التي تصدرها جامعة الدول العربية في دراسة " قضايا سكانية " إلى إن ظاهرة مراضة ووفيات الأمهات نتيجة الحمل والولادة هي ظاهرة تنتج عن عدة عوامل متداخلة ومتشابكة بين متغيرات اقتصادية وديموجرافية وثقافية . فهناك متغيرات اقتصادية ذات التأثير الاجتماعي وثيق الصلة بصحة الأم مثل فرصتها في الحصول على الغذاء وإتاحة الخدمات الصحية لها واستفادتها منها، وهي متغيرات تزيد من احتمالات إصابة المرأة بالأمراض والوفاة.

ويمكن أن نحدد داخل هذه المتغيرات متغيرين هما فقر المرأة وتميشتها اقتصاديا باعتبارهما متغيرين مركبين يؤثران في فرص حصولها على التدخلات الصحية الضرورية والغذاء والوقاية والعلاج من الأمراض . فمثلاً :

- تؤكد الدراسات أن الفقر يؤثر في فرص المرأة التعليمية والصحية مما يقلل من فرص المرأة في الوقاية والعلاج حيث يرتبط بالفقر :-

- أمية المرأة وتسربها من التعليم ورسوبها المتكرر.
- تدنى مستوى التغذية ومفرداتها أو عناصرها.
- تدنى الشروط الصحية لمسكن أسرة المرأة من حيث مساحته ومرافقه والوسط البيئي كما في العشوائيات والعشش الصفيح والقرى التي تفتقر إلى المرافق الأساسية مقارنة بالمدن خاصة فيما يتعلق بالمياه المأمونة والصرف الصحي.
- الزواج المبكر حيث تميل الأسرة التخفيف من أعباء الأنفاق على الأثني.
- انخفاض معدلات استعمال موانع الحمل لدى المرأة الفقيرة مقارنة بالمرأة الميسورة والمتوسطة.
- كثرة الإنجاب.

(*) جامعة الدول العربية-إدارة السياسات السكانية، قضايا سكانية، إضافات سكانية، مجلة ٢٠٠٣.