

بحث بعنوان**التخطيط للرعاية الصحية للمرأة الريفية من منظور الخدمة الإجتماعية****إعداد****رياب السيد حبيب****المعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالمنصورة**

2022

بحث بعنوان
التخطيط للرعاية الصحية للمرأة الريفية من منظور الخدمة الإجتماعية

تمهيد

المبحث الأول : التخطيط الصحي والرعاية الصحية للمرأة

أولاً: التخطيط للرعاية الصحية للمرأة الريفية :

أ- التخطيط الصحي (المفهوم - الأهداف - الأسس).

ب- التخطيط الصحي للقطاع الريفي (الأهداف - المعوقات) .

ثانياً: أدوار الخدمة الإجتماعية في مجال الرعاية الصحية .

ثالثاً: الحق في الرعاية الصحية في المواثيق العالمية والإتفاقيات الدولية .

رابعاً: مبادئ وقواعد الرعاية الصحية الأولية .

المبحث الثاني: مؤشرات تخطيطية لصحة المرأة .

خامساً : المشاكل الصحية الأكثر شيوعاً التي تتعرض لها المرأة .

سادساً: خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرأة .

سابعاً: مؤسسات تقديم الرعاية الصحية للمرأة .

ثامناً: رؤية تحليلية لمستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرأة :

أ- مستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرأة .

ب- أسباب قصور خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرأة.

ج- العوامل التي تؤثر على الرعاية الصحية للمرأة.

د- الإرتقاء بالوضع الصحي للمرأة .

تعقيب

تمهيد :

من المتفق عليه أن المرأة تمثل نصف الموارد البشرية الموجودة في المجتمع ومن أجل تأكيد مشاركة المرأة في تنمية مجتمعتها والقيام بدور إيجابي لابد من الإهتمام بكافة الجوانب المرتبطة بها وبخاصة الجانب الصحي لأنه يمثل مدخل هام لرفع مستوى تنمية المرأة نظراً لطبيعة المرأة الفسيولوجية وطبيعة أدوارها في عمليات الإنجاب والتنشئة الإجتماعية، ومن هنا ظهر الإهتمام بالرعاية الصحية للمرأة.

حيث تلعب الرعاية الصحية دوراً بارزاً في عملية التنمية في المجتمع لهذا ينبغي مراعاة عند إجراء عملية التخطيط الشامل للمجتمع مراعاة التخطيط الصحي .

وهنا يظهر دور الخدمة الإجتماعية في التخطيط الصحي للمرأة الريفية حيث يعتبر المجال الصحي أحد المجالات التي تهتم بها الخدمة الإجتماعية كما يشار إلى سياسة الرعاية الصحية باعتبارها جزء من السياسة الإجتماعية، حيث أن المشكلات الصحية جزء من المشكلات الإجتماعية التي تحاول مهنة الخدمة الإجتماعية من خلال طريقة التخطيط الإجتماعي المساهمة في حلها والعمل على الإرتقاء بمستوى الرعاية الصحية للمرأة إلى أعلى المستويات التي تمكن المرأة من الإستفادة منها بأقصى درجة ممكنة وبخاصة المرأة الريفية باعتبارها من أهم الفئات المستهدفة لخدمات الخدمة الإجتماعية .

وفي ضوء ذلك فقد تضمن الفصل الرابع التخطيط في الخدمة الإجتماعية من حيث المفهوم، والأهمية، والأهداف، والمبادئ .

بالإضافة إلى التخطيط الصحي والتخطيط الصحي للقطاع الريفي كما يتناول الفصل الحق في الرعاية الصحية في الإتفاقيات الدولية ومبادئ وقواعد الرعاية الصحية بالإضافة إلى المؤشرات التخطيطية لصحة المرأة الريفية والمشاكل الصحية الأكثر شيوعاً التي تتعرض لها المرأة، ثم تضمن الفصل عرضاً لخدمات ومؤسسات الرعاية الصحية المقدمة للمرأة وأخيراً تقييم مستوى هذه الخدمات والتعرف على أسباب قصور خدمات الرعاية الصحية للمرأة .

أولاً: - الحق في الرعاية الصحية في المواثيق العالمية والاتفاقيات الدولية:

إن الحق في الصحة هو حق من حقوق الإنسان وهو حق إجتماعي وإقتصادي كما إعترفت به المنظومة الدولية كالإعلان العالمي لحقوق الإنسان والعهد الدولي الخاص بالحقوق الإجتماعية والعقلية الذي يمكن بلوغه.⁽¹⁾

فالحق في العلاج والصحة من الحقوق الأساسية لحقوق الإنسان وقد تضمنتها ونصت عليها العديد من المعاهدات والمواثيق الدولية كما تنص عليها الدساتير والقوانين المحلية للعديد من البلاد. ويعنى حق الإنسان في الحصول على رعاية صحية مناسبة مما يكفل له حياة جديدة ولا يشترط خلوه من الأمراض فقط ولتحقيق هذا الحق يتضمن سهولة وصوله للخدمات الصحية بسهولة وتوفر الدولة المقومات الحياتية الأساسية مثل توفير مرافق صحية ملائمة وضمان جودة الغذاء والصرف الصحي والعمل في ظروف صحية ومساكن آمنة صحيه.⁽²⁾

والحق في الرعاية الصحية هو أحد تلك الحقوق الأساسية التي نص عليها صراحة الإعلان العالمي لحقوق الإنسان حيث نصت المادة 25 من الإعلان العالمي لحقوق الإنسان 1948 على أن :
1) لكل شخص حق في مستوى معيشه يكفي لضمان الصحة والرفاهية له ولأسرته خاصة على صعيد المأكل والملبس والعناية الطبية.⁽³⁾

2) وقد نص العهد الدولي الخاص بالحقوق الإجتماعية والإقتصادية والثقافية بحق الإنسان في الحصول على الرعاية الصحية حيث جاءت المادة 12 تنص على:

1. تقرر الدول الأطراف في هذا العهد بحق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى من الصحة الجسمية والعقلية يمكن بلوغه .

2. تشمل التدابير التي يتعين على الدول الأطراف في هذا العهد اتخاذها كتأمين الممارسة الكاملة لهذا الحق وتلك التدابير :

- أ. العمل على خفض معدل وفيات المواليد والرضع ونمو الطفل نمواً صحياً .
- ب. تحسين جميع جوانب الصحة البيئية والصناعية .
- ج. الوقاية من الأمراض الأخرى وعلاجها ومكافحتها .
- د. تهيئة ظروف من شأنها تأمين الخدمات الطبية والعناية الطبية للجميع في حالات المرض.⁽⁴⁾

ويوجد العديد من المعاهدات والمواثيق الدولية التي تعمل على ضمان الحق في الصحة والعمل على وجود عدالة إجتماعية لدى الدول في توزيع تلك الخدمات على المواطنين ومنها:

1) الإعلان العالمي لحقوق الإنسان عام 1948 .

2) العهد الدولي للحقوق الإقتصادية والإجتماعية والثقافية عام 1976.

3) الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان عام 1981 .

والذى نص على أن لكل شخص الحق في التمتع بأفضل حاله صحية بدنية وعقلية يمكنه الوصول إليها كما تتعهد الدول الأطراف في هذا الميثاق بضمان حصول مواطنيها على العناية الطبية في حالة المرض.⁽⁵⁾

• كما لم يغفل الميثاق العربى لحقوق الإنسان عام 2004 فى المادة 39 من بنوده حقوق مواطنين الدول الأعضاء فى الرعاية والخدمات الصحية وحصول المواطن مجاناً على خدمات الرعاية الصحية الأساسية ونشر الوعى والتثقيف الصحى.⁽⁶⁾

• كما أن هناك هيئات دولية حكومية وغير حكومية تمثل فى حد ذاتها آليات حماية للحق فى الصحة ومن تلك الهيئات الحكومية الدولية هيئات وأجهزة الأمم المتحدة المعنية فى الحق بالصحة كمنظمة الفاو - الصندوق العالمى لمكافحة الإيدز والسل - منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة لرعاية الطفولة.⁽⁷⁾

وقد جاء الدستور المصرى حفاظاً لذلك الحق مؤكداً عليه فى عدة مواد منها المادة 18 والتي جاءت صريحه وواضحه فى حق الرعاية الصحية وحق المواطنين فى توفير الرعاية الصحية لهم كما أكدت تلك المادة على التزام الدولة على رفع كفاءة الخدمات الصحية وإنتشارها الجغرافى وإقامة نظام تأمين صحى شامل لجميع المصريين.⁽⁸⁾

ثانياً:- التخطيط للرعاية الصحية للمرأة الريفية :

يمكن إعتبار المجال الصحى من بين مجالات الرعاية الإجتماعية فى مصر حيث ينظر لسياسة الرعاية الصحية بإعتبارها جزء من سياسة الرعاية الإجتماعية.⁽⁹⁾ حيث أن الرعاية الصحية ليست تشخيصاً وعلاجاً للمرض بل هناك جوانب أخرى كالوقاية وتحسين المستوى والتأهيل الاجتماعى ويدخل فيها مهنيون آخرون.⁽¹⁰⁾ ومن تلك المهن الأخرى مهنة الخدمة الإجتماعية فالرعاية الصحية من أهم قطاعات الخدمة الإجتماعية .

أ- التخطيط الصحى:

عرف بأنه: "عملية تطوير وإعادة توجيه مصادر الصحة لتواجه إحتياجات السكان الحالية وفى المستقبل"، وتلك العملية تتطلب الآتى:

- 1) تقييم الحاجات الصحية الحالية والمستقبلية فى المجتمع .
- 2) تطوير الخطة الصحية للإستفادة من المصادر الصحية الموجودة مع تقييم الإحتياجات الصحية الحالية .
- 3) تنفيذ الخطة .

4) أخذ بيان مفصل بكل المصادر في منطقة محددة جغرافياً مثل مدينة، أو منطقة في مجتمع، أو بلد. (11)

وعرفت منظمة الصحة العالمية في مؤتمر (ألمأتا) التخطيط للرعاية الصحية بأنه:

- 1) الإهتمام بالمشاكل الصحية الرئيسية في المجتمع من حيث الجانب الوقائي والتنموي والعلاجي.
 - 2) رفع مستوى التعليم الصحي المرتبط بالمشاكل الصحية والطرق التي تستخدمها لمنع هذه الأمراض الغير صحية وكيفية السيطرة عليها والوقاية منها ورعاية الطفولة والأمومة .
 - 3) الإهتمام بكل القطاعات المرتبطة بقطاع الصحة وعلاقتها بالمواطن وتنميته .
 - 4) توفير أقصى درجات الاعتماد الذاتي للفرد والمجتمع والمشاركة في عملية التخطيط الصحي والمشاركة في الرعاية الصحية الأساسية. (12)
- ويشمل التخطيط الصحي على برامج لعدد من السنوات سواء أكان ذلك فى حياة الأفراد أم حياة الجماعات وهي تشمل الآتى :

- 1) برنامج علاجي : يتناول علاج من أصابهم المرض وتمثله المستشفيات والعمليات الجراحية .
- 2) برنامج وقائي : يتناول حماية الأفراد مما يعيدهم من مرض وتمثله مناطق عزل المصابين .
- 3) برنامج إنشائي : يتناول تقوية الأفراد ورفع مستوى قوتهم وقدرتهم على إحتمال وبذل الجهد (ممارسة الرياضة - الرحلات - برامج التغذية) (13)

• أهداف التخطيط الصحي :

- وقد حددت الأمم المتحدة أهداف التخطيط لقطاع الصحة كأحد قطاعات الرعاية الإجتماعية كالاتى :
 - 1- إن الغرض الأساس لتخطيط الرعاية الصحية هو توفير صحة جيدة للسكان وذلك يتضمن الوقاية وتوفير وسائل لعلاج الأمراض والحماية والوقاية .
 - 2- صحة السكان لا تعنى توفير أسرة مستشفيات وعدد الأطباء بالنسبة للمرضى فقط بل تعنى توفير البيئة الصحية السليمة والتغذية الجيدة المناسبة والسيطرة على الأمراض المعدية .
 - 3- إرتباط الرعاية الإجتماعية بوسائل الصحة الأساسية وكيف تساهم أنشطة الرعاية الإجتماعية فى تحسين المستوى الصحي للسكان والإرتقاء بالصحة العامة للمواطنين (14)

• العوامل المؤثرة على تخطيط خدمات الرعاية الصحية (15)

يتم تخطيط الخدمات الصحية إستناداً إلى أسس وإعتبرات عامه يتم مراعاتها عند التخطيط وهي :

أ - أسس عامة لتخطيط الخدمات الصحية :

- 1- التوزيع الجغرافي للمنشآت الصحية وعلاقتها بالتجمعات السكانية بالنوع والتبعية .
- 2- مدى كفاية المنافذ المتاحة لتغطية الإحتياجات السكانية .
- 3- المناطق المكدسة سكانياً والمناطق المحرومة من الخدمة .
- 4- تحديد المواقع الفعلية وفقاً لإحتياجات المواطنين .

5- وضع تصور لنظام الإحالة والربط الجغرافي للوحدات على المستويات الأعلى .
6- التعرف على الموانع الطبيعية والتي تؤثر على الحصول على الخدمة الصحية ووضع بدائل لتوفير الخدمة الصحية .

7- وضع المقترحات المستقبلية وفقاً للنمو السكاني وطبيعة المجتمعات .

ب - الأسس السياسية والتشريعية :

- تؤثر البيئة السياسية والتشريعية على العديد من عناصر تقديم الخدمات الصحية كما يلي :
- تحديد طبيعة الخدمات المقدمة بواسطة المنشآت الصحية من حيث النوع والكثافة .
 - تحديد أسعار الخدمات الطبية والعمليات الجراحية بأنواعها المختلفة .
 - التراخيص الممنوحة لمقدمي الخدمات الصحية سواء أفراد أو منشآت .
 - تحديد القوانين والأخلاقيات المتعلقة بأداء الخدمات الصحية .
 - تحديد التوزيع الجغرافي لأماكن تقديم الخدمات الصحية بأنواعها .

ج - العوامل المؤثرة على طلب الخدمات الصحية :

- عدد السكان المتزايد.
- زيادة الوعي الصحي.
- توفير خدمات صحية رفيعة المستوى من خلال القطاع الخاص.
- التغيرات الاجتماعية والإقتصادية في المجتمع المصري.

د - العوامل المؤثرة على توفير الخدمات الصحية :

- إنخفاض مستوى الإنفاق على الخدمات الصحية الحكومية .
- زيادة التكاليف الدولية للخدمات الصحية بشكل عام .
- غياب الرقابة الإدارية على الخدمات الصحية مما يؤثر على مستواها .
- قصور في عدد ومستوى هيئة التمريض والفنيين .

ب-التخطيط الصحي للقطاع الريفي :

• أهداف التخطيط الصحي للقطاع الريفي :

يعتمد إنجاز الأهداف الصحية فى القطاع الريفي على ما تقدمه الوحدة الصحية من

خدمات صحية وطبية ومنها :

(1) خدمات رعاية الأمومة والطفولة وتشمل :

- أ- رعاية الحوامل فى المنزل أو الوحدة أو العيادة وتوفير وسائل الإسعاف بالمستشفى وإجراء الفحوص المعملية البسيطة .
- ب- الولادة سواء فى البيت أو فى المستشفى فى الحالات المتعسرة .
- ج- رعاية الأم بعد الولادة فى المنزل أو الوحدة .

د- رعاية الرضيع سواء فى المنزل أو الوحدة .

هـ- رعاية الطفل فى سن ما قبل المدرسة .

(2) الوقاية والسيطرة على الأمراض المعدية :

ويشمل البرنامج إجراءات الوقاية النوعية، والتحصين ضد الأمراض، ومكافحة الحشرات، وإجراءات الإكتشاف المبكر والعلاج الفورى لمنع خطر العدوى، وتسهيل إجراءات التبليغ عن الأمراض المعدية، وعزل الحالات، ومراقبة المخالطين .

(3) صحة البيئة :

وتشمل صحة الحياة، والمراحيض، وردم البرك والمستنقعات، وصحة الأغذية، والقضاء على القوارض، والتتقيف الصحى فى هذه المجالات .

(4) حفظ السجلات الصحية البسيطة ومنها الإحصاءات السكانية، سجل المواليد والوفيات، وحساب وفيات الرضع وحديثى الولادة، ووفيات الأمراض المعدية، وسجلات الأمراض المعدية .

(5) التربية الصحية :

وتعتمد على طرق مواجهة الأمراض المنتشرة واللجان الصحية ومقابلة المرضى ومتلقى الخدمة أثناء أداء الخدمة الصحية.(16)

• معوقات تحقيق الأهداف الصحية فى المجتمعات الريفية :

يعوق تحقيق الأهداف الصحية فى المجتمعات الريفية العوامل الآتية :

(1)الفقر: وهو يؤدى إلى انخفاض مستوى المعيشة والمستوى الصحى وسوء التغذية وانتشار الأمراض وإرتفاع معدل الوفيات .

(2)الأمية: وترتفع نسبة الأمية بين سكان ريف مصر وهى تبلغ 63% بين الرجال و83% بين

النساء وذلك بالمقارنة ب 5% بين الرجال و7% بين النساء فى البلدان المتقدمة وتعوق الأمية التوعية الصحية .

(3)الحواجز الثقافية ومنها :

أ- التقاليد حيث تقف التقاليد فى ريف مصر عائقاً أمام التقدم الصحى .

ب- السلالية والرغبة فى إنجاب الذرية والأسرة الممتدة .

ج- تفضيل الذكور على البنات مما يؤثر على صحة الإناث فى الأسرة .(17)

ثالثاً: أدوار الخدمة الإجتماعية في مجال الرعاية الصحية :

وتقوم الخدمة الإجتماعية بأدوارها في ميادين الرعاية الصحية على ثلاث مستويات:

• الخدمة الإجتماعية الوقائية :

وهي تتوقع الإحتمالات لإحداث المشكلات وتبادر في التعامل مع العوامل التي تتفاعل في تواجدها بطرق وقائية.

ويتحقق ذلك بإستخدام وسائل الإعلام وعقد المؤتمرات وتنظيم المحاضرات وعمل المنشورات

• الخدمة الإجتماعية العلاجية :

تتضح في مساعدة الأفراد والجماعات للتعرف على مشكلاتهم الناجمة عن عدم التوازن بينهم وبين بيئاتهم التي يعيشون فيها والعمل على حلها فهي تعمل على إستعادة قدراتهم على الأداء الإجتماعي.

• الخدمة الإجتماعية التنموية :

وتسعى فيها مهنة الخدمة الإجتماعية إلى إحداث تغير في البيئة التي يشك في إنها تؤدي إلى الأمراض .

• الخدمة الإجتماعية التأهيلية :

وهي المستوى الذي ينتج عنه حدوث إعاقة يحتاج معها المريض إلى تأهيل لمحاولة إعادته للمجتمع كشخص سوى متعايش مع قدراته الجسمانية التي وصل إليها ويتضمن أيضاً التأهيل الإجتماعي للأسرة وباقي أفراد المجتمع لتقبل الشخص المعاق بينهم والتعامل معه.⁽¹⁸⁾
وبناء على ذلك فالخدمة الإجتماعية تساهم في الرعاية الصحية عن طريق:

1- المشاركة في التخطيط الوقائي الصحي .

2- قيادة البحوث الصحية في المجتمعات الفقيرة المحلية .

3- قيادة ما يعرف بالتنمية الصحية أي الإشراف على تعليم الإسعافات الأولية و التوعية الصحية والوقائية .

4- كما تقدم المعلومات المناسبة ذات العلاقة بالخدمات الصحية للمواطنين والتوعية بالأبعاد الإجتماعية للمرضى.⁽¹⁹⁾

رابعاً- مبادئ و قواعد الرعاية الصحية الأولية:

والرعاية الصحية الأولية تعتمد على العديد من المبادئ والقواعد التي يجب الإلتزام بها ومراعاتها عند وضع السياسات الصحية .

أ - مبادئ الرعاية الصحية الأولية :

1) إن الرعاية الصحية الأولية يجب أن تتناسب الإحتياجات والمتطلبات الإجتماعية في المجتمع .

- (2) يجب أن تكون جزءاً من نظام الصحة القومية .
- (3) تؤكد الرعاية الصحية الأولية على مشاركة المواطنين .
- (4) الرعاية الصحية الأولية تستخدم الفهم المتزن والمتكامل للخدمات التنموية والعلاجية والوقائية من أجل الفرد والأسرة .
- (5) العاملين في الرعاية الصحية الأولية يجب أن يكونوا قادرين على إجراء المقابلات المهنية مع أفراد المجتمع ولديهم المهارات الخاصة بالإستجابة لإحتياجات المجتمع الدائمة.(20)

ب- قواعد الرعاية الصحية الأولية:

- (1) إعتادها على وسائل تكنولوجيا صالحة عملياً وسليمة علمياً ومقبولة إجتماعياً وميسرة لكافة أفراد المجتمع .
 - (2) مشاركة المجتمع في كل مرحلة من مراحل تطورها .
 - (3) الإعتداد على الذات وحرية الإرادة .
 - (4) كونها جزء من التنمية الإجتماعية والإقتصادية الشاملة .
 - (5) كونها جزء لا يتجزأ من النظام الصحي بل محوره الرئيسي .
 - (6) تمثل المستوى الأول لاتصال الأفراد والأسر والمجتمع بالنظام الصحي .
- والشكل رقم (4) يوضح قواعد الرعاية الصحية الأولية(21).

إشترك المواطنين



شكل رقم (4) يوضح قواعد الرعاية الصحية الأولية

خامساً - مؤشرات تخطيطية لصحة المرأة :

- بالرغم من أن المرأة تشكل غالبية المرضى نظراً لإستهلاكها نسبة كبيرة من المواد الطبية إلا أنه يصعب قياس الوضع الصحي للمرأة بشكل دقيق وذلك للأسباب الآتية :
- (1) أبحاث الرعاية الصحية لم تقم بالترقية من حيث الجنس عند تقرير المعلومات عن الحالة الصحية للمجتمع .

(2) تقرير المعلومات عن الحالة الصحية يعتمد بشكل أساسي على الحالة التعليمية والإقتصادية ومن ثم فحالة المرأة الإجتماعية لم تنعكس بصورة كافية في تلك التقارير .

(3) المعلومات التي تجمع من خلال العاملين والمستفيدين من نظام التأمين الصحي تكون غير كاملة لأن المرأة هي أقل توظيفاً في الشركات التي تقدم هذه المزايا .

(4) إفتراض إن مرض المرأة هو مرض نفسى أكثر من كونه جسدي ربما تمنع كثير من السيدات عن الإبلاغ في معظم الأحوال فربما لا تبلغ المرأة عن الإجهاض أو الإغتصاب أو الأمراض الإنجابية وعلى هذا من الصعب حصر المرض إحصائياً.⁽²²⁾

وبناء على ذلك يمكن التعرف على صحة المرأة من خلال مجموعة من المؤشرات وهي مؤشرات

صحة المرأة :

(1) معدلات الإنجاب .

(2) إستخدام وسائل تنظيم الأسرة .

(3) مؤشرات رعاية الأمومة .

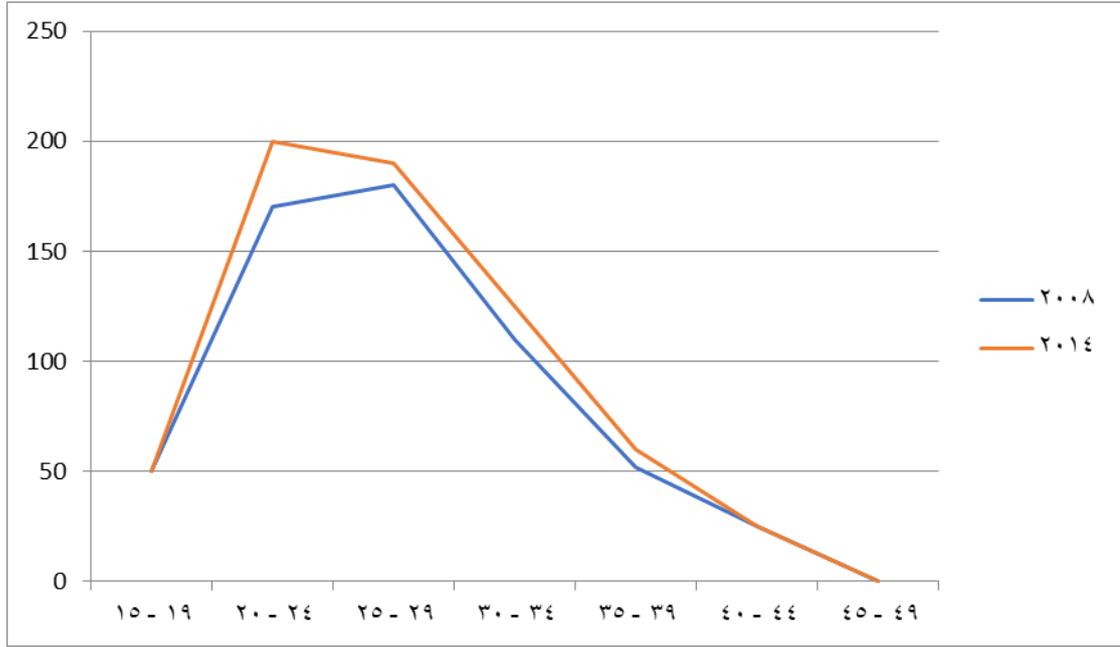
(4) مؤشرات الصحة الإنجابية للسيدات.

(5) وفيات الأمهات

1- معدلات الإنجاب:

تشير نتائج المسوح المختلفة إن معدل الإنجاب الكلى إنخفض بصورة مستمرة خلال الفترة بين مسح الخصوبة المصري 1980م والمسح السكاني الصحي 2008م وإستمر الإنخفاض بشكل بطيء خاصة في الفترة بين المسح السكاني الصحي مصر 1995م والمسح السكاني الصحي 2008م ثم إرتفع معدل الإنجاب الكلى بصورة واضحة خلال الفترة بين المسح السكاني 2008م والمسح السكاني 2015م⁽²³⁾ حيث إرتفع معدل الإنجاب من 3.0 مولود لكل سيدة إلى 3.5 مولود لكل سيدة ويؤكد هذا الصعود حدوث زيادة في من معدل الانجاب الكلي وعدد المواليد.(24) ويوضح الشكل التالي تطور

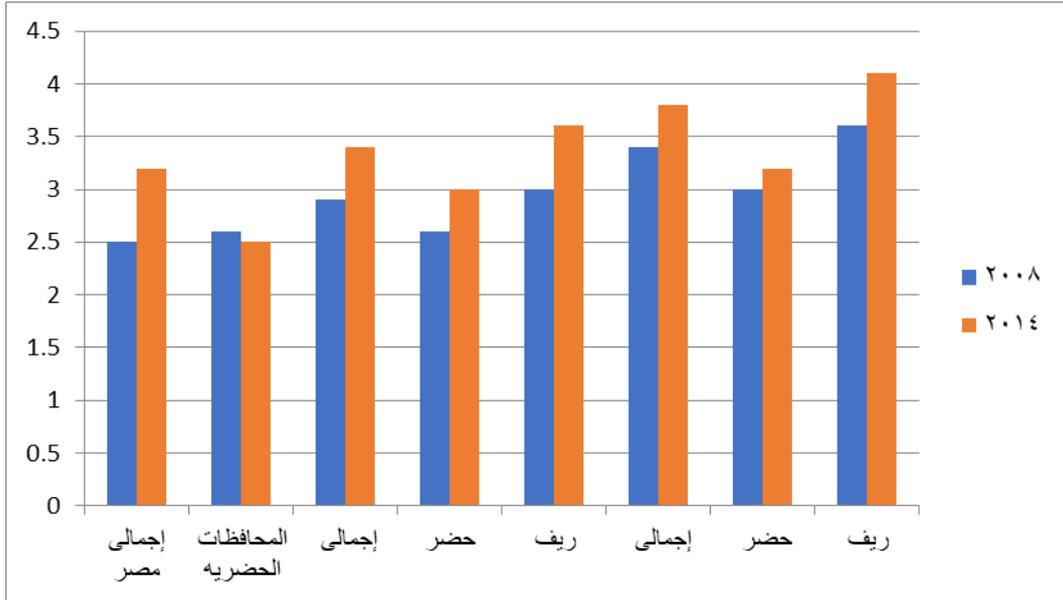
معدلات الإنجاب - مصر 2008 - 2014 حسب العمر



شكل رقم (5) يوضح تطور معدلات الإنجاب - مصر 2008-2014 حسب العمر

وبتحليل الشكل السابق نجد أن معدلات الإنجاب قد زادت بمقدار 26% بين المسح السكاني الصحي - مصر 2008 والمسح السكاني الصحي - مصر 2014 وذلك في الفئة العمرية 20-24 سنة مما يوضح أن هناك قصوراً في الرسالة الإعلامية المرتبطة بتنظيم الأسرة (2008-2014).⁽²⁵⁾

ويعتبر معدل الإنجاب الكلي ومعدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة من أهم المؤشرات العامة التي تدل على نجاح السياسات السكانية وبرامج تنظيم الأسرة في الدول التي تهدف إلى الحد من النمو السكاني.⁽²⁶⁾ ويوضح الشكل التالي تطور معدلات الإنجاب الكلي حسب الإقامة مصر 2008 - 2014



شكل رقم (6) يوضح تطور معدلات الإنجاب الكلي حسب الإقامة مصر 2008 - 2014

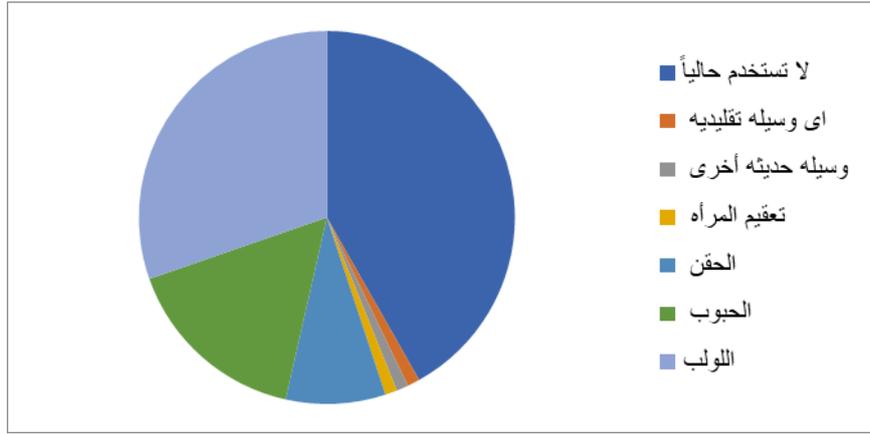
(1) وبتحليل هذا الشكل نجد أن معدل الإنجاب قد إنخفض في الحضر ما بين عامي 1988 إلى 1992 من 3.5 مولود إلى 2.9 مولود ثم انخفض إلى 2.6 مولود 2003 ثم إرتفع معدل الإنجاب في الحضر من 2003م ليصل في المسح السكاني مصر 2014م إلى 2.9 مولود.

(2) أما في الريف فقد حدث إنخفاض مستمر في مستوى الإنجاب من 5.4 مولود لكل سيده وقت إجراء المسح السكاني مصر 1988 إلى 3.2 مولود لكل سيده وقت إجراء المسح السكاني مصر 2008 ثم زاد بمقدار 1.9% ليصل إلى 3.8 مولود عام 2014 ونلاحظ أن الزيادة المطلقة في معدل الإنجاب الكلي في الريف بين عامي 2008، 2014 تمثل ثلاثة أضعاف الزيادة الملحوظة خلال نفس الفترة في المناطق الحضرية .

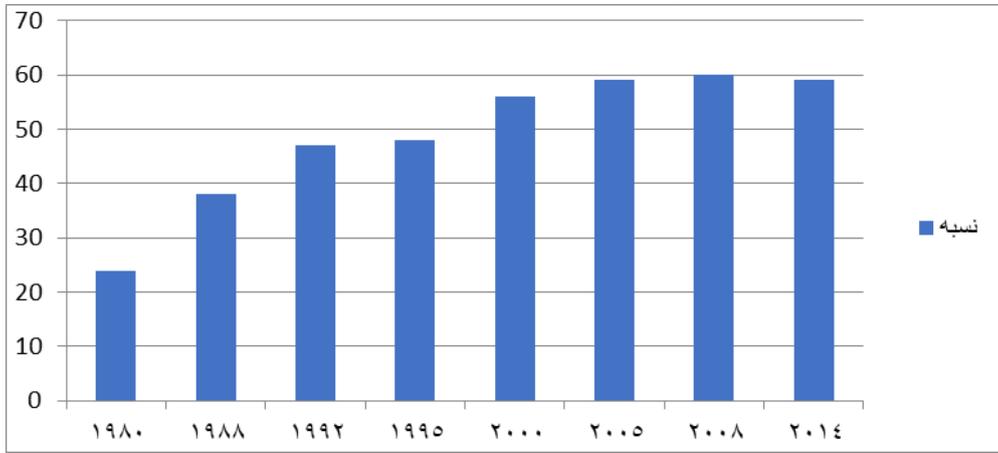
(3) ولقد لوحظ إرتفاع مطلق في معدل الإنجاب الكلي في محافظات الحدود وريف الوجه البحري.⁽²⁷⁾

2- استخدام وسائل تنظيم الأسرة :

تشير الإحصاءات إلى أن 59% من السيدات المتزوجات حالياً في مصر يستخدمن وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة وهذا يمثل إنخفاضا عما كان الوضع عليه في المسح السكاني الصحي 2008 حيث كانت النسبة 62% وتزيد نسبة الاستخدام لتنظيم الأسرة في الوجه البحري والمناطق الريفية حيث تمثل النسبة (64%) وفي المحافظات الحضرية (63%) وتقل النسبة في محافظات الوجه القبلي (50%) والمحافظات الحدودية (55%) ويوضح الشكل رقم (7) الاستخدام الحالي لتنظيم الأسرة حسب الوسيلة والشكل رقم (8) التطور في استخدام وسائل تنظيم الأسرة منذ (1980 - 2014).⁽²⁸⁾



شكل رقم (7) يوضح الاستخدام الحالي لتنظيم الأسرة حسب الوسيلة



شكل رقم (8) يوضح التطور في الإستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة - مصر 1980 - 2014

وبتحليل هذه النتائج يمكن القول إن هناك تراجعاً في استخدام وسائل تنظيم الأسرة بالمقارنة بالمستويات التي كانت عليها في المسح السكاني الصحي - مصر 2000 حتي المسح السكاني الصحي - 2008 نجد أن نسبة الإستخدام إرتفعت من عام 1980 حيث كانت 24% زادت إلى 47% عام 1992 حتى إرتفعت إلى نسبة 60% عام 2008 ثم إنخفضت إلى 59% عام 2014 ، ويشير ذلك إلي أن العشر سنوات الأخيرة لم تشهد أي تقدم في نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة، ومع الإنخفاض الحالي في مستوى الإستخدام فإنه من الصعب أن تحقق مصر على أي من المستوي القومي أو المحلي هدف الألفية الخاص باستخدام وسائل تنظيم الأسرة.⁽²⁹⁾

3- مؤشرات رعاية الأمومة:⁽³⁰⁾

- رعاية الحمل (إنتشار رعاية الحمل - تطعيم التيتانوس).
- الرعاية أثناء الولادة (مكان الولادة - المساعدة أثناء عملية الولادة - الولادات القيصرية).
- تطور مؤشرات رعاية الحمل والولادة .
- رعاية ما بعد الولادة (رعاية ما بعد الولادة للأم والطفل).

أ - رعاية الحمل:

أ) إنتشار رعاية الحمل :

- أكدت 9 من كل 10 سيدات إنهم رأين طبيباً للرعاية الصحية وإن 40% من السيدات تعاملوا مع ممرضه .
- كما ذكرت 8 من كل 10 سيدات الحصول على رعاية الحمل من مقدم الخدمة في القطاع الخاص وحصلت 14% من السيدات على رعاية الحمل في مكان حكومي من الوحدات الصحية .
- كما زارت الأمهات مقدم الخدمة الصحية للحصول على رعاية الحمل في 90% من حالات آخر مولود .
- وذكرت 83% حصولهن على أربع زيارات رعاية حمل أو أكثر .
- وإن 72% من الأمهات حصلن على رعاية حمل منتظمة بالنسبة لرعاية الحمل وفقاً لمحل الإقامة نجد أن المناطق الحضرية أكثر احتمالاً للحصول على رعاية الحمل وخاصة رعاية الحمل المنتظمة عن الأمهات في المناطق الريفية وإن معدلات تغطية خدمات الحمل أقل كثيراً في الوجه القبلي وفي محافظات الحدود عنه في المحافظات الحضرية .

ب) **التطعيم ضد التيتانوس:** كل 3 من 4 مواليد أحياء محميين تماماً من التيتانوس الوليدي. وتشير نسبة الإحصاءات أن نسبة النساء في سن الإنجاب التي تتلقين أي نوع من الرعاية الطبية في مرحلة ما قبل الولادة قد زادت الي 80% بين النساء التي لم يذهبن الي المدارس.⁽³¹⁾

ب - الرعاية أثناء الولادة :

- المساعدة أثناء عملية الولادة: نلاحظ أن الطبيب ساعد في ولادة 88% من الولادات وتساعد الممرضة في 3% من الولادات والداية في الولادات .
- الولادة القيصرية: تشير النتائج إن المواليد الأحياء في فترة الخمس سنوات السابقة ولدوا بولادة قيصرية وإن 66% من السيدات اللاتي يلدن في مكان طبي خاص يكن أكثر تعرضن للولادة القيصرية من السيدات اللاتي يولدن في مكان حكومي 45% كما أن السيدات الأصغر سناً والأكثر سناً معرضين للولادة القيصرية.

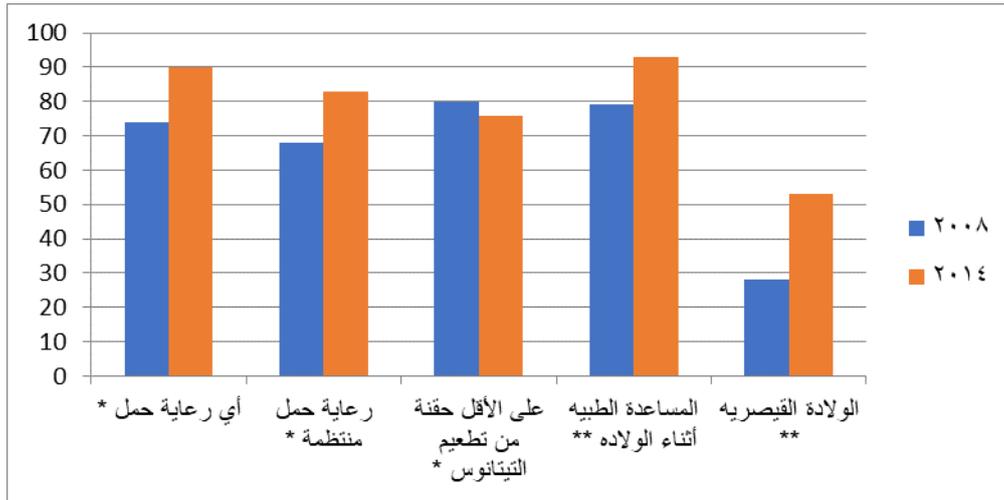
ج- مكان الولادة:

ذكرت 87% من السيدات إنه تمت الولادة تحت إشراف أخصائيين وإجريت الولادة في مؤسسات صحية، بينما مازال هناك نحو (13%) من الولادات تتم في المنازل.⁽³²⁾

د - تطور مؤشر رعاية الحمل والولادة:

يشير الشكل التالي إلي أن أغلب مؤشرات رعاية الحمل قد زادت خلال فترة الست سنوات بين المسحين حيث إن نسبة الأمهات اللاتي حصلن على أي خدمة من خدمات رعاية الحمل قد زادت من

74% عام 2008 إلى 90% عام 2014 ونسبة الأمهات التي حصلن على رعاية حمل منتظمة (أربع مرات على الأقل) زادت من 67% عام 2008 لتصل إلى 83% عام 2014 وحصلت 76% من السيدات عام 2014م على حقنة تطعيم واحده على الأقل ضد التيتانوس خلال الحمل في آخر مولود كما أن 90% من الولادات تمت بمساعدة أحد الأشخاص العاملين في مجال الصحة وغالباً طبيب وذلك بالمقارنة ب 79% عام 2008 ، كما أن الولادات القيصرية زادت من 28% عام 2008م إلى 52% عام 2014م ،ولكن النتائج تشير إلى أن معدلات رعاية الحمل في المناطق الريفية منخفضة عن نظيرتها في المناطق الحضرية كما أن الوجه القبلي مازال يتخلف عن باقي المناطق في مؤشرات الحمل.(33)



شكل رقم (9) يوضح تطور مؤشر رعاية الحمل والولادة من عامي (2008 حتى 2014)

* آخر مولود خلال فترة الخمس سنوات السابقة على المسح .

** جميع المواليد خلال فترة الخمس سنوات السابقة على المسح .

4- مؤشرات الصحة الإيجابية للسيدات:

(أ) الكشف عن سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم :

- أوضحت بيانات المسح السكاني الصحي مصر - 2014م إن عدد قليل من النساء في العمر (15-59) قمن بعمل فحص سرطان الثدي حيث أن 6% فقط قد قمن بعمل فحص ذاتي للثدي خلال الفترة الـ 12 شهر السابقة للمسح و 2% فقط سبق لهن إجراء أي فحص طبي.
- 7% فقط من السيدات في العمر 15 - 59 قد سمعن عن إختبار مسحة عنق الرحم (pap smear) للكشف عن وجود سرطان عنق الرحم ، ونسبه قليله جداً (0.3%) سبق لهم القيام بإجراء إختبار مسحة عنق الرحم (pap smear) .

(ب) الولادات القيصرية :

من بين السيدات اللاتي سبق لهن الزواج واللاتي أنجبن مولود 4 من كل 10 سيدات كان لديهن على الأقل واحد من أولاهن قد ولد ولاده قيصرية ، و فقط أقل من ربع السيدات قد أنجبن مولودين أو أكثر قيصرياً .

- في أغلب الأحيان يتم إتخاذ قرار الولادة القيصرية أثناء الحمل، حيث أن سيده واحد فقط من بين كل 6 سيدات قد ذكرن أنه تم إتخاذ قرار ولادة آخر مولود عن طريق الولادة القيصرية.
- 8 من كل 10 سيدات سبق لهن الزواج ويعرفن الولادة القيصرية يعتقدن أن الطبيب يفضلها.
- أقل من نصف السيدات اللاتي سبق لهن الزواج (44%) واللاتي يعرفن الولادات القيصرية لديهن الوعى بأن السيدة التي قد أجريت ولاده قيصرية لديها فرصة أن تتجب طفل طبيعي في المستقبل.⁽³⁴⁾

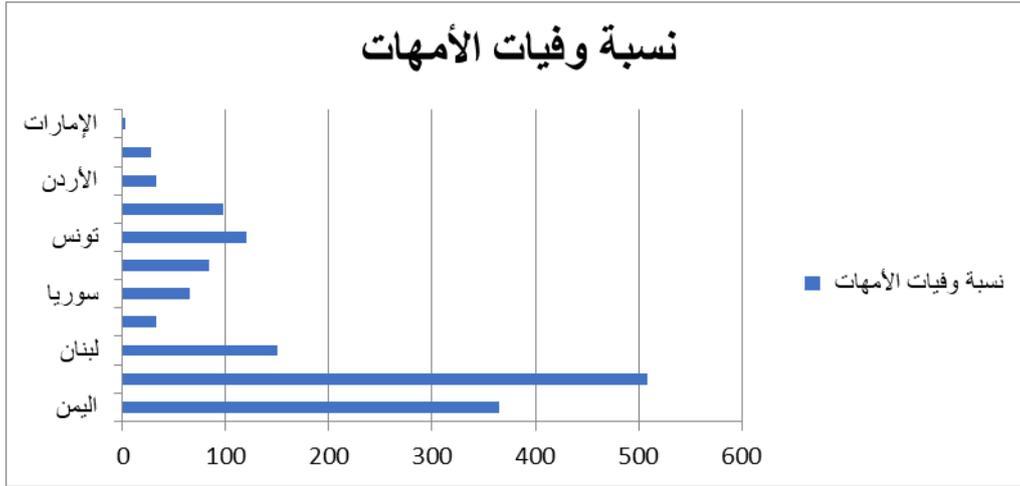
5- وفيات الأمهات:

تعرف "وفيات الأمومة":

" بأنها وفاة المرأة أثناء حملها أو في خلال 42 يوماً من إنتهاء الحمل أو أي سبب من الأسباب التي تتعلق بالحمل أو تتفاقم بسببه ولكن لا تعد ضمن ذلك الحوادث والأسباب العرضية التي يتصادف حدوثها أثناء الحمل.⁽³⁵⁾

وحسب تقديرات الأمم المتحدة فقد بلغت نسبة وفيات الأمهات على المستوى العالمي 400 امرأة لكل 100.000 مولود حي أي عالمياً تحدث نحو 536000 وفاة امرأة في سن الإنجاب نتيجة مضاعفات الحمل والولادة كل عام تتحمل الدول النامية 400 وفاة لكل مائة ألف مولود حي من هذه الوفيات بينما نصيب الدول المتقدمة 8 وفيات فقط لكل 100.000 مولود حي ومقابل كل امرأة تموت من المضاعفات المتصلة بالحمل والولادة تعاني 20 امرأة من إصابات عميقة تؤثر سلباً على حياتهن الصحية والأسرية والإقتصادية.⁽³⁶⁾

ويبلغ معدل الوفيات في البلدان العربية 270 حالة لكل مائة ألف مولود حي مقارنة ب 14 حالة فقط لكل 100,000 حالة ولادة بالولايات المتحدة الأمريكية⁽³⁷⁾ وحسب إحصاءات المنظمة العالمية للأمومة والطفولة الخاصة بوفيات الأمهات والمبلغ عنها في المنطقة العربية قدرت في الإمارات 3 وفيات في المتوسط لكل مائة ألف ولادة حية والكويت 5 وفيات في المتوسط لكل 100.000 مولود حي بينما في موريتانيا بلغت 750 وفاة لكل 100.000 مولود حي والشكل التالي يوضح نسبة وفيات الأمهات في الدول العربية.⁽³⁸⁾



شكل رقم (10) يوضح نسبة وفيات الأمهات في الدول العربية

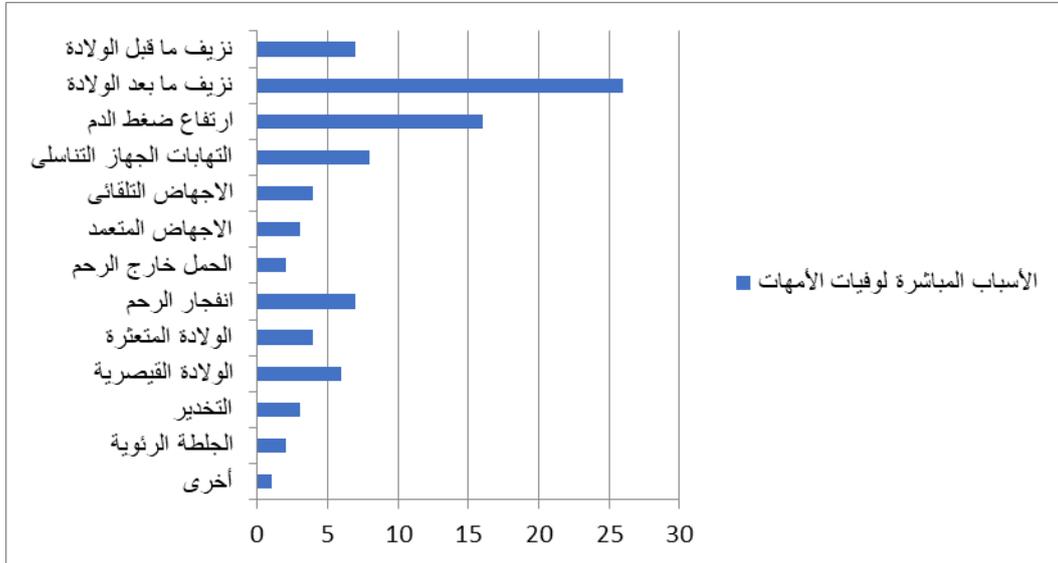
بينما في مصر إنخفضت النسبة من 174 حالة وفاة لكل مائة ألف مولود حي حتى وصل هذا المعدل إلى 84 حالة وفاة بكل مائة ألف مولود حي والهدف الحالي هو تقليل معدل وفيات الأمهات إلى خمسين أو أقل من خمسين حالة وفاة لكل مائة ألف مولود حي بحلول عام 2020.⁽³⁹⁾ ويوضح الشكل التالي نسبة وفيات الأمهات وفقاً للفئة العمرية للنساء



شكل رقم (11) يوضح نسبة وفيات الأمهات وفقاً للفئة العمرية للنساء (40)

- وقد توصلت الدراسات القومية لمعدل وفيات الأمهات التابعة لوزارة الصحة والسكان إلى النتائج التالية:
- 1) ساهم الإفتقار إلى خدمات رعاية الحمل في حدوث 19% من وفيات الأمهات وساهم ضعف مستوى جودة خدمات رعاية الحمل في حدوث 15% من وفيات الأمهات .
 - 2) وقعت 26% من حالات وفيات الأمهات أثناء الولادة أو خلال الأربع وعشرون ساعة الأولى من الولادة .
 - 3) 34% من أسباب الوفاة تعود إلى أسباب طبية مباشرة بسبب نزيف ما بعد الولادة .

(4) حدثت 62% من الوفيات في المنشآت الصحية و29% في المنازل و92% أثناء الانتقال .
(5) أما 54% من حالات وفيات الأمهات بسبب الرعاية ذات المستوى المنخفض من جانب مقدمي الخدمة.(40) والشكل التالي يوضح الأسباب الطبية المرتبطة بالصحة الإنجابية في مصر لوفيات الأمهات



شكل رقم (12) يوضح الأسباب الطبية المرتبطة بالصحة الإنجابية في مصر لوفيات الأمهات (41)

سادساً: المشاكل الصحية الأكثر شيوعاً التي تتعرض لها المرأة حسب المراحل

العمرية: (42)

بالرغم من الاهتمام بصحة المرأة وتوفر الخدمات الصحية التي تراعى إحتياجات المرأة الصحية إلا أن هناك مجموعة من المشكلات الصحية تؤثر بدرجة كبيرة أو محدودة على صحة المرأة وهي :

أولاً في مرحلة الطفولة :

- 1) سوء التغذية .
 - 2) الإسهال .
 - 3) أمراض الجهاز التنفسي خاصة الإلتهاب الرئوي .
 - 4) الأمراض المتوطنة والطفيليات .
 - 5) الختان وما يترتب عليه من آثار جانبية سيئة، آثار نفسية سيئة تحدث للطفلة وتوصف بالصدمة النفسية المستمرة :
- مشكلات جنسيه عند الزواج .
 - مشكلات عند الولادة تجعل الولادة غير طبيعية .
 - مشكلات خاصه بالتخدير الكلى وحدوث وفيات .

- النزيف المؤدى للوفاة .
- إصابة مجرى البول أثناء العملية .
- إحداث تشويه للفتاه.

ثانياً- مشاكل مرحلة المراهقة :

أ- **المشاكل النفسية:** يصاحب هذه المرحلة زيادة الرقابة على الفتاه قلة الحوار والتفاهم وبالأخص فيما يتعلق بالتساؤلات عن التغيرات الجسدية والفسولوجية ويؤدى ذلك إلى الإكتئاب وترسيخ مفاهيم خاطئة .

ب-المشاكل البدنية:

- 1- سوء التغذية والأنيميا .
- 2- مشاكل الدورة الشهرية .
- 3- تضخم الغده الدرقية .

ج- المشاكل الإجتماعية :

- 1- التسرب من الدراسة في المراحل المختلفة .
- 2- الزواج المبكر وما ينتج عنه من مشاكل جسدية وإجتماعية .

ثالثاً- مشاكل المرحلة الإنجابية :

أ- مشاكل إجتماعية / نفسية :

- 1) القلق من عدم الإنجاب أو تأخره .
- 2) الحمل في سن مبكر والذي يؤدي لآثار نفسية سيئة .
- 3) مشاكل العقم وعدم القدرة على الإنجاب .

ب-المشاكل الصحية المرتبطة بالحمل والإنجاب:

- 1) إلتهاب الجهاز الإنجابي .
- 2) النزيف أثناء الحمل وأثناء الولادة وبعدها .
- 3) الإجهاض وموت الجنين داخل الرحم .
- 4) تسمم الحمل .
- 5) فقر الدم / الأنيميا .
- 6) سقوط الرحم .
- 7) العقم .
- 8) الحمل خارج الرحم .
- 9) إزدیاد ظاهرة التوائم والحمل الثلاثي بسبب إستخدام المنشطات والهرمونات .

10) المشاكل الصحية الناتجة عن إستخدام وسائل منع الحمل وعدم صلاحية كل الوسائل المتاحة في بعض الحالات .

ج- المشاكل الصحية العامة :

- 1) سوء التغذية والأنيميا .
- 2) إلتهاب الجهاز الإنجابي والبولي .
- 3) إرتفاع ضغط الدم وأمراض القلب .
- 4) مرض البول السكرى .
- 5) الفتق السرى في عضلات البطن .
- 6) إلتهاب الزائدة الدورية .
- 7) سرطان الثدي .
- 8) هشاشة العظام .

د- مشاكل ما بعد إنقطاع الطمث والشيخوخة:

- 1) البدانة / السمنة .
- 2) إرتفاع ضغط الدم .
- 3) إلتهابات المسالك البولية .
- 4) النزيف .
- 5) الأورام السرطانية خاصة سرطان الثدي وسرطان عنق الرحم .
- 6) المشاكل النفسية والعصبية .

رابعاً- مرحلة ما بعد الإنجاب:

- 1) إرتفاع ضغط الدم .
- 2) أمراض القلب .
- 3) خشونة المفاصل .
- 4) آلام الأطراف .
- 5) مرض الداء السكرى .
- 6) ضعف الإبصار . والشكل التالي يوضح المشكلات الصحية التي تؤثر على صحة المرأة خلال مراحل عمرها الإنجابي

<p>مرحلة الطفولة بما فيها الشهر الأول من العمر (صفر-٩ سنوات)</p> <ul style="list-style-type: none"> - التميز في التغذية . - الختان . - التميز في الرعاية الصحية . - التهاب الجهاز التنفسي . 	<p>مرحلة المراهقة (١٩-١٠ سنه)</p> <ul style="list-style-type: none"> - الحمل المتكرر . - الإجهاض . - سوء التغذية . - تزايد معدلات الإستغلال .
<p>المشكلات الصحية على مدى العمر</p>	
<p>مرحلة ما بعد الإجاب (٥٤ سنه) وما بعدها</p> <ul style="list-style-type: none"> - أمراض الجهاز الدوري . - هشاشة العظام . - التهاب المفاصل . - السكر . - أورام . 	<p>مرحلة الإجاب (٤٤-٢٠ سنه)</p> <ul style="list-style-type: none"> - الحمل غير المرغوب . - الإجهاض . - مضاعفات الحمل . - نقص الحديد وسوء التغذية . - الأمراض التي تنتقل عن طريق الجهاز الإجابى الإيدز .

شكل رقم (13) يوضح المشكلات الصحية التي تؤثر على صحة المرأة

سابعاً- خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرأة الريفية:

- لقد تزايد الإهتمام في العقدين الأخيرين بصحة المرأة على المستوى العالمي بسبب الجهود التي تبذلها الحركة النسائية ودعاة التنمية الشاملة والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات الدولية العاملة في مجال الصحة والتنمية، ولقد إهتمت الدولة متمثلة في وزارة الصحة والسكان والهيئات العاملة في مجالات تنظيم الأسرة والأمومة والطفولة بإبراز قضية صحة النساء كقضية نوعيه وتزايد السعي لتكثيف الخدمات المقدمة للمرأة بشكل خاص.⁽⁴³⁾ وظهر هذا الإهتمام من خلال الخدمات الصحية المقدمة للمرأة والمستفادة منها .

- وتصنف الخدمات الصحية المقدمة للمرأة وفقاً لنوعين من الخدمات :

أولاً- خدمات الرعاية الأساسية الوقائية:

إن الرعاية الصحية الأساسية هي صمام الأمان لإعطاء الرعاية التعزيزية والوقائية للمواطنين وهي التي تقدم الرعاية للأسرة وخاصة المرأة والطفل.(44)

وتقدم الخدمات من خلال شبكة ممتدة من وحدات الرعاية الصحية الأولية في الريف والحضر يقرب عددها من 4000 وحدة وتشمل الوحدات الصحية الريفية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ومكاتب الصحة ومستشفيات التكامل الصحي - الوحدات الصحية الريفية وهي تقدم خدمات الرعاية الصحية الأولية.

وتشمل هذه الخدمات على :

- (1) التثقيف الصحي .
- (2) خدمات رعاية الأمومة والطفولة .

3) خدمات الصحة الإنجابية وصحة المرأة وتنظيم الأسرة .

4) مكافحة الأمراض المعدية .

5) مكافحة وعلاج الأمراض المستوطنة .

6) إصحاح البيئة.

7) مكافحة أمراض الإسهال.

8) تطعيمات الأطفال.

9) الرعاية العلاجية لبعض الأمراض الشائعة والرعاية العاجلة للإصابات والحوادث البسيطة.⁽⁴⁵⁾

وتتضمن الخدمات الصحية الوقائية خدمات الحجر الصحي ويقوم هذا القطاع بالعبء الأكبر في توفير خدمات الوقاية والحفاظ على البيئة وتوفير الغذاء والأمن الصحي من خلال المراقبة المستمرة للأغذية ومياه الشرب.⁽⁴⁶⁾

ومن الفئات الهامه والحساسة المستهدفة من هذه الخدمات هي فئة الأمهات ويظهر ذلك في خدمات الطوارئ والخدمات العلاجية وتوفير الأدوية الأساسية.⁽⁴⁶⁾

وتعطى مصر منذ زمن طويل أولوية عالية لتوفير خدمات الصحة العمومية وتزايد الاهتمام مؤخراً بالرعاية الصحية الأولية.⁽⁴⁷⁾

ومن أهم البرامج والخدمات التي تقدمها وزارة الصحة والسكان هي خدمات الصحة الإنجابية والتي تتضمن :

1) توفير وسائل منع الحمل لتجنب الإجهاض غير المأمون والحمل غير المرغوب فيه .

2) علاج عدوى الجهاز الإنجابي .

3) المشورة والمعلومات والاتصال في مجال تنظيم الأسرة .

4) الأمومة والطفولة الآمنة .

5) رعاية صحة الأم والطفل .

6) علاج العقم وتأخر الإنجاب .

7) الإجهاض وعواقبه .

8) العناية بالصحة الإنجابية للمراهقين .

9) الإكتشاف المبكر لأورام الثدي والجهاز الإنجابي .

وتقدم هذه الخدمات من خلال مراحل العمر المختلفة التي تمر بها المرأة بداية من مرحلة الطفولة والمراهقة مروراً بمرحلة الفحص قبل الزواج ومرحلة الزواج ورعاية الأم أثناء الحمل ورعاية الأم بعد الولادة وصولاً لمرحلة ما بعد الإنجاب (سن اليأس).⁽⁴⁸⁾

ثانياً- الخدمات الصحية العلاجية :

- 1) خدمات خاصه بالولادات المستعصية.
- 2) توفير حبرات مجهزه للولادة .
- 3) متابعة الأم بعد الولادة منعاً لحدوث نزيف وتلوث .
- 4) توفير الأدوية اللازمة للأم بعد عمليات الولادة .
- 5) التحصين ضد التيتانوس .
- 6) المتابعة الطبية أثناء الحمل .
- 7) توفير الفيتامينات الضرورية للحمل.⁽⁴⁹⁾

ثامناً- مؤسسات تقديم الرعاية الصحية للمرأة:

وفى مصر تزايد الإهتمام بصحة المرأة وتنامى عدد الجمعيات الأهلية التي تعمل في هذا المجال سواء بتقديم الخدمات الصحية المباشرة أو التثقيف أو التوعية.⁽⁵⁰⁾

تأتى وزارة الصحة والسكان في مقدمة القائمة على النظام الصحي في مصر وتقدم خدماتها من خلال شبكة واسعة من المستشفيات والمؤسسات العلاجية ومن وحدات ومراكز الرعاية الصحية المنتشرة في كافة المجتمعات الريفية.⁽⁵¹⁾

ويمكن القول أن مصر لها أكثر من ثمان قطاعات تقدم الخدمة الصحية للمرأة وهى :

- 1) وزارة الصحة: من خلال وحدات علاجيه ومراكز حضرية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ومستشفيات عامه ومركزيه .
- 2) التأمين الصحي .
- 3) المؤسسات العلاجية .
- 4) المستشفيات الجامعية .
- 5) القوات المسلحة بقطاعاتها .
- 6) القطاع الخاص .
- 7) قطاعات أخرى مثل النقابات.⁽⁵²⁾
- 8) الجمعيات الأهلية (المستوصفات - مراكز تنظيم الأسرة).
- 9) الهيئة العامة للمستشفيات والمعاهد العلاجية.

كما يمكن القول أن الخدمات التي تقدم للمرأة تتم من خلال عدة قطاعات مختلفة:

- 1) قطاع الرعاية الصحية الأساسية بإدارته المتخصصة .
- 2) قطاع رعاية الأمومة والطفولة .
- 3) قطاع الإدارة العامة للصحة الريفية حيث تنتشر الوحدات الريفية.

4) قطاع الرعاية العلاجية وتشمل المستشفيات العامة والمركزية بما تحويه من عيادات متخصصة لأمراض النساء والتوليد وعيادات الأطفال والمتخصصين التي تقدم خدماتها للإناث.
5) قطاع الرعاية الوقائية، مستشفيات الجمعيات، الخدمات المعملية، مراكز الصحة.⁽⁵³⁾

تاسعاً - رؤية تحليلية لمستوى خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرأة:

بالرغم من تعدد الخدمات الوقائية والعلاجية التي تقدم للمرأة وتعدد المؤسسات التي تسعى لتقديم الخدمة بها، ومع التقدم الذي قطعتة المرأة في مجال الصحة خلال العقود الثلاثة الماضية فقد بقيت الإنجازات متواضعة مقارنة بما حققته دول أخرى كانت عند نفس مستوى مصر.⁽⁵⁴⁾
ومازال هناك قصوراً في مستوى الخدمة الصحية التي تقدم للمرأة حيث أوضحت الدراسة التي قامت بها وزارة الصحة والسكان لمعرفة أسباب وفيات الأمهات إن 54% من وفيات الأمهات يمكن تجنبها هذا لأن هذه الوفيات حدثت بسبب الرعاية الصحية ذات المستوى المنخفض من جانب مقدمي الخدمة الصحية ولاسيما أطباء الولادة والممارسين العاميين ، كما أن 30% من حالات وفيات الأمهات هو التأخر في الاستعانة بالرعاية الصحية ومقدمي الخدمة لعدم معرفتهم بها وقصور الخدمات الصحية المقدمة في أماكن الرعاية الصحية.⁽⁵⁵⁾

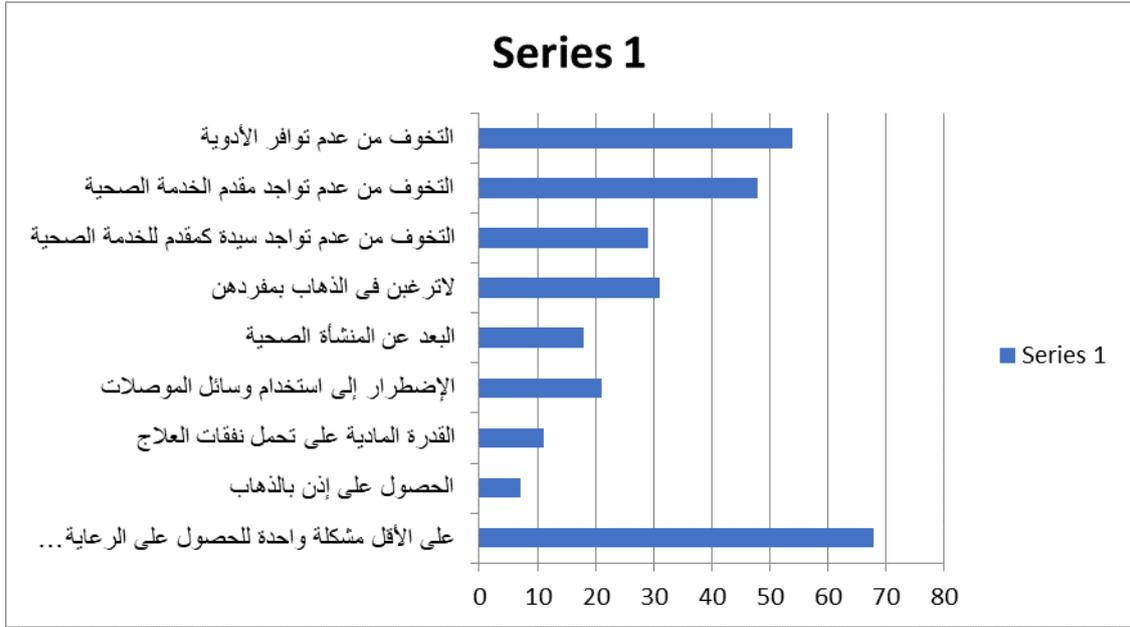
وعلى الرغم من الإلتزام بزيادة التغطية بنظام الرعاية الصحية الأولية وتحسين خدماته فلا تزال الرعاية الصحية في مصر تواجه بعض القصور والمشكلات.⁽⁵⁶⁾
كما أن فاعلية الخدمات لاتزال دون الكفاية المطلوبة ولا تزال هناك تحديات صحية كثيرة تواجه المسؤولين عن الرعاية الصحية في مصر.⁽⁵⁷⁾

أ- مستوى خدمات الرعاية الصحية وهناك مؤشران يدلان على ذلك :

1) مستوى الرعاية الصحية المقدم للمرأة :

أكدت إحصاءات المسح السكاني الصحي مصر 2014 بأن نسبة 68% من السيدات اللاتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-49) أكن على وجود مشكلات وعوائق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية وذكرت 54% من السيدات من تخوفهم بأن الوحدات الصحية لن يكون بها الأدوية اللازمة وإن 48% غير متأكدين من وجود شخص يقدم لهم الخدمة الصحية كما أكدت 18% من السيدات إن المنشأة الصحية بعيدة عن منازلهم .

ويوضح الشكل التالي نسبة السيدات اللاتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-49) وواجهن مشكلة في الحصول على الرعاية الصحية



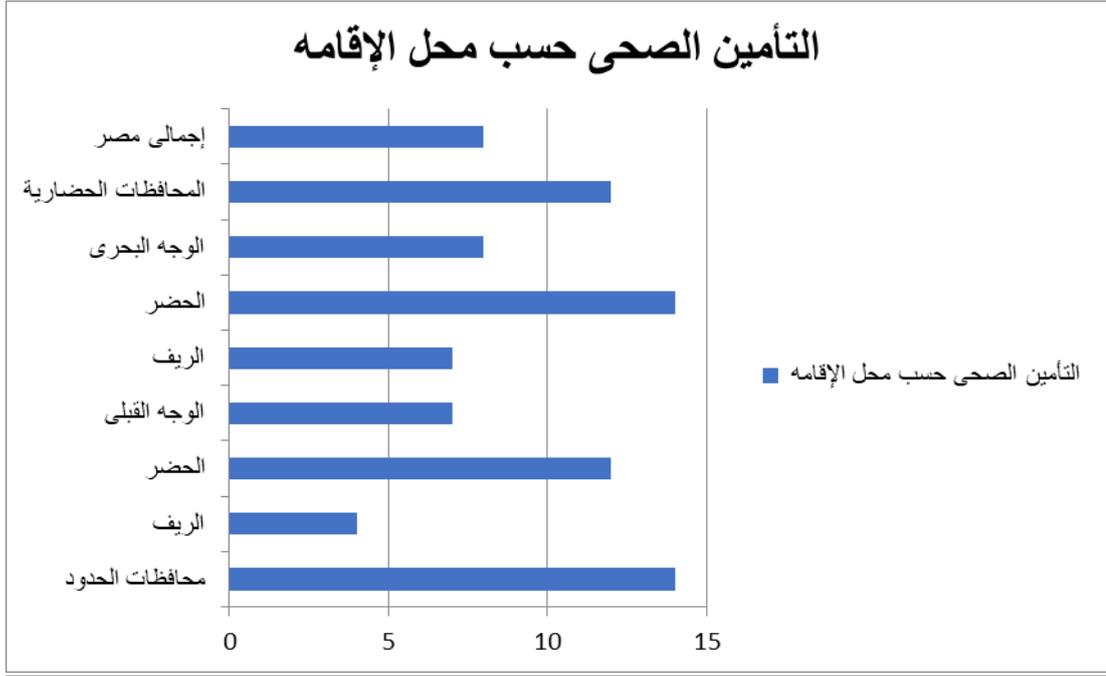
شكل رقم (14) يوضح نسبة السيدات اللاتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-49) وواجهن مشكلة في الحصول على الرعاية الصحية

ذكرت أكثر من ثلثي السيدات وجود مشكلات في الحصول على الرعاية الصحية . وعلى الأغلب، فإن السيدات كان لديهن تخوف بأن الوحدات الصحية لن يكون بها الأدوية اللازمة أو مقدم الخدمة الصحية.

(2) مستوى خدمات التأمين الصحي للمرأة :

أكد المسح السكاني الصحي مصر - 2014 إن غالبية السيدات في مصر ليس لديهن تأمين صحي حيث تمثل المرأة نسبة 8% فقط من إجمالي المؤمن عليهم ويقعوا تحت مظلة التأمين الصحي كما أن معظم السيدات في المناطق الريفية ليس لديهن أي تأمين صحي ويوضح الشكل التالي نسبة السيدات اللاتي لديهن تأمين صحي حسب محل الإقامة⁽⁵⁸⁾

ويوضح الشكل التالي التأمين الصحي للمرأة حسب محل الإقامة



شكل رقم (15) يوضح التأمين الصحي للمرأة حسب محل الإقامة

ب- أسباب قصور خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرأة:

بالرغم من المعرفة بالجوانب العادية المرتبطة بصحة المرأة مثل الحمل ومضاعفاته وسرطان الثدي والرحم ومشكلات سن اليأس⁽⁵⁹⁾ والتي تم مناقشتها في أدبيات البحث إلا أن الدراسات والمناقشات أوضحت حقيقة وهى أن هناك القليل من المعرفة عن إحتياجات ومتطلبات الرعاية الصحية للمرأة ويترتب على ذلك قصوراً في تقديم تلك الإحتياجات وعدم كفاءة وجودة الخدمات الصحية المتوفرة بالفعل ولعل ذلك يرجع إلى عدة أسباب كالاتي :

أولاً- أسباب تتعلق بمستوى تقديم الخدمة الصحية:

- 1) ضعف أداء العاملين وعدم ملائمة مستويات تأهيلهم لطبيعة العمل وخاصة في مستوى الرعاية الصحية الأولية .
- 2) عدم وجود وحدات رقابة داخل المستشفيات والوحدات الصحية وكل الهيئات المقدمة للخدمات الصحية أدى ذلك إلى ضعف مستوى الخدمة .
- 3) ضعف مهارة وكفاءة العاملين بسبب التوزيع الجغرافي الغير ملائم .
- 4) عدم وجود برامج وقائية أولية مع قلة أعداد الأطباء يؤدي إلى ضعف مستوى الخدمة وارتفاع عدد المرضى .
- 5) عدم تطبيق البرامج الوقائية لمكافحة العدوى بسبب سوء الخدمة الطبية داخل المنشأة ويساعد ذلك على إنتشار الأمراض المعدية .
- 6) ضعف الأجور والحوافز المالية مع غياب معايير الجودة والسلامة المهنية خاصة في الوحدات الريفية ووحدات الرعاية الأولية قد يؤدي إلى ضعف مستوى الخدمة.⁽⁶⁰⁾

7) عدم تجهيز الوحدات الصحية الريفية بشكل جيد وعدم توافر إجراء التحاليل بها وعدم وجود تخصص أمراض النساء والتوليد بها .

8) عدم توافر خدمات إسعافيه بالوحدات الريفية.⁽⁶¹⁾

9) عدم تساوى مستوى التدريب اللازم لدى الأطباء القائمين على الخدمة الصحية مع عدم التساوي في توفير الإمكانيات اللازمة لتجهيز الوحدات الصحية وخاصة في الريف.⁽⁶²⁾

ثانياً- أسباب تتعلق بالسياسات الصحية القائمة :

1) ضعف المعلومات الصحية الدقيقة المتوفرة عن تلك السياسات للمرضى ومؤسسات المجتمع المدني والعاملين في مجال الصحة .

2) بعض السياسات القائمة قد تؤدي إلى صعوبة الحصول على الخدمات الصحية الملائمة وذلك في ظل سياسات الخصخصة واستعادة النفقات من المستهلك.⁽⁶³⁾

3) عدم وجود إجراء مسح شامل لأعداد المرضى بشكل دقيق وبالتالي صعوبة حصر المرض.⁽⁶⁴⁾

4) عدم التساوي في توزيع المرافق الصحية والعاملون الصحيون حيث كل التركيز على الحضر ولاسيما في مدينتي القاهرة والإسكندرية دون التركيز على المناطق الريفية.⁽⁶⁵⁾

5) وعلى سبيل المثال متوسط عدد أسرة المستشفيات لكل مائة ألف مواطن هي 38 في القاهرة، 28 في الإسكندرية بالمقارنة مع 16 سرير بالوجه البحري و12 سرير في الوجه القبلي.⁽⁶⁶⁾

6) وجود فجوة بين التخطيط والتنفيذ حيث يظهر ذلك بين ما يتم عرضه من ممثلوا وزارة الصحة والسكان في جهود تبذل في هذا المجال وبين ما يتم رصده من قبل المجتمع المدني ومؤسساته في صور تقديم الخدمة للمواطنين .

7) وجود قطاعات كامله من النساء يفتقدن إلى تأمين صحى يأتي على رأسهم العاملين في القطاع الزراعي والخاص وربات البيوت .

8) غياب تشخيص دقيق لنوعية المشاكل الصحية التي تتعرض لها المرأة وغياب المعلومات الدقيقة على الخريطة الصحية في مصر.⁽⁶⁷⁾

ثالثاً- أسباب اقتصادية:

1) ارتفاع تكلفة العيادات المتخصصة والخاصة في تقديم الخدمة وبعدها عن محل الإقامة .

2) التفاوت في تقديم الرعاية الصحية للمرأة حيث إن المرأة المقتدرة تستفيد من كل القطاعات الصحية أما الغير مقتدرة فلا سبيل لها إلا خدمات وزارة الصحة المجانية وبأثمان رمزية غير إن سوء المعاملة وإنخفاض الأداء وقلة الإمكانيات لهذه الخدمات يجعلها تلجأ إلى الصيدليات وممارس الطب الشعبي.⁽⁶⁸⁾

رابعاً- أسباب تتعلق بالأطباء في المستشفيات:

حيث أن السلوك الشخصي لأطباء المستشفى يكون أكثر سلبية تجاه النساء مقارنة بالرجال وذلك لأسباب عديدة منها :

- إن النساء تتجه إلى تقديم شكاوى غير واضحة ومحدده أكثر من الرجال .
- تقديم النساء شكاوى من أمراض ربما تكون إجتماعية ونفسية أكثر منها صحية .
- النساء تزيد مناقشة حالتهم ومشاعرهم أكثر من الرجال .
- إعتقاد كثير من الأطباء إن الشكاوى التي تقدمها النساء لا تكون جادة .

خامساً: أسباب تتعلق بخصوص قضايا المرأة الصحية وطبيعتها الإيجابية والتي تستدعى التعامل مع الخدمات الصحية حتى في غياب المرض:(69)

ج - العوامل التي تؤثر على الرعاية الصحية للمرأة :

وبعد إستعراض أسباب قصور خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرأة يجب الإشارة إلى أن هناك قصور في الوعي الصحي للمرأة الريفية في كيفية الإستفادة من هذه الخدمات أو كيفية تلقى العلاج في الوحدات الصحية المنتشرة بالريف.

كما أن بعض المشكلات الصحية التي تتعرض لها المرأة مرتبطة بطبيعة المرأة وطبيعة الدور الذي خلقت من أجله ولكن جزء من هذه المشكلات يرجع إلى ضعف الوعي الصحي للمرأة وبعض العوامل التي تؤثر على صحتها .

(1) عوامل إجتماعية:

تزيد المشكلات الصحية التي تتعرض لها المرأة الريفية لأن هذه المشكلات لها أبعاد إجتماعية وثقافية والتي لا يتطلب مواجهتها مجرد إعطاء الدواء والعلاج فقط بل تحتاج مزيد من الإهتمام بالأسباب والدوافع المسببة لها مثل :

(أ) مواجهة بعض العادات والتقاليد والقيم السلبية المنتشرة في المجتمع الريفي .

- زواج الفتاه الريفية من الأقارب الأمر الذى يؤدي إلى إصابة الأطفال بالعديد من الأمراض الوراثية .
- ختان الإناث .
- الزواج المبكر للفتيات الصغيرات.(70)

(ب) إنتشار الأمية بين النساء في الريف وتسرب الفتيات من التعليم مما يؤدي إلى تدنى الوعي الصحي بالمشاكل الصحية للمرأة .

(ج) عدم الإهتمام من قبل وسائل الإعلام بتقديم الرسالة الصحية السليمة .

(2) عوامل إقتصادية:

(أ) حيث إن تدنى الوضع الإقتصادي في الريف وضغوط الحياة الأسرية يزيد من الضغوط النفسية للمرأة وعدم الإهتمام بالتغذية السليمة لها.(71)

ب) كما أن المرأة الريفية وخاصة الفقيرة تستهلك الكثير من الوقت في البحث عن الطعام المناسب لدخل الأسرة وقد تعمل في السوق أو أي عمل دون التدقيق في الأجر ، وهذا كله يؤثر على صحتها العامة.(72)

(3) عوامل أسرية :

- أ) العبء الزائد على النساء في الأعمال المنزلية وتربية الأطفال .
- ب) التمييز بين البنات والأولاد في المعاملة وأحياناً في التغذية والرعاية الصحية.
- ج) عدم إستقرار الأسرة والخلافات بين الأب والأم .
- د) العادات الغذائية غير الصحية مثل تناول الأغذية المملحة والسكريات .
- هـ) بعض العادات الشخصية السيئة التي تؤدي إلى عدم الطهارة والنظافة.

(4) عوامل بيئية :

- أ) عدم وجود صرف صحي في القرى .
- ب) عدم توافر المياه الصالحة للشرب وتلوثها .
- ج) إلقاء الملوثات والمخلفات البيئية للمصانع في الترع والمصارف.(73)
- د) تعرض المرأة الريفية للعديد من الأمراض البيئية نتيجة التعامل المباشر مع الحيوانات دون إحتياجات صحية وما تتعرض له المرأة الريفية من إستخدام الأفران الريفية.(74)

د- الإرتقاء بالوضع الصحي للمرأة :

لاشك إن مؤشرات صحة المرأة قد تحسنت في العقدين الأخيرين إلا أن الوعي الصحي مازال في حاجة إلى الإرتقاء سواء للحفاظ على الصحة أو تحسينها ولهذا يجب أن يشارك المجتمع المدني بمؤسساته وجمعياته الأهلية وأفراده للنهوض بهذا الوعي لحياة أفضل كما يلي :

أولاً- على مستوى المجتمع:

- 1) إن الشراكة بين المجتمع المدني والحكومة والمجتمع المحلي ضرورة فلا يكفي أن نطعم الأطفال والأمهات فأكثر الأمراض ليس لها تطعيم وأسلوب المعيشة يؤثر فيها وتغير السلوك إلى سلوك صحي يتطلب سنوات عديدة من التعاون بين المجتمع المحلي والجهات الرسمية والمجتمع المدني وذلك ضرورة لارتقاء مستوى الصحة .
- 2) التنسيق بين الجمعيات في مجال التوعية الصحية والبيئية وتبادل الخبرات.(75)
- 3) تفعيل ومساندة دور الجمعيات الأهلية في تقديم الرعاية الصحية للنساء والتوعية بها .
- 4) مكافحة الأمية وخاصة بين النساء .
- 5) الإهتمام بإحتياجات المرأة وعدم التمييز بينها وبين الرجل في الإحتياجات الصحية .
- 6) دعم مشاركة الرجال وتوعيتهم بالإحتياجات الصحية للأسرة والمرأة والعوامل المؤثرة فيها .
- 7) رفع الوعي الصحي بشكل عام في المجتمع.(76)

8) التنسيق بين القطاعات الصحية والقطاعات الأخرى مثل التعليم والزراعة والإعلام وغيرها .
9) الإرتقاء بالإهتمام الكافي في تقديم خدمات الأمومة الآمنة للمناطق الريفية والفئات المهمشة والفقيرة .

10) ضرورة التعاون بين الجهات الحكومية المختلفة متضمناً الإعلام والجمعيات الأهلية للإرتقاء بمستوى صحة المرأة في إطار إتفاقيات القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة .
11) على الدولة ووزارة الصحة والسكان أن تعطي مسؤولية الوحدات الصحية الريفية إلى المجتمع المحلى وعليها الإشراف الفني والتركيز على الوقاية من الأمراض .

ثانياً - على مستوى الخدمات الصحية:

- التنسيق بين القطاعات الصحية في نفس المنطقة ضروري حتى يستطيع المريض الإستفادة من الخدمات الصحية المقدمة وحتى لا تهدر الموارد المتاحة.
 - الإرتقاء بصحة المرأة الريفية وتوعيتها بأهمية الوقاية الصحية لها ولأسرتها والاعتناء بنظافة البيئة في إطار متكامل بمشاركة المجتمع.⁽⁷⁷⁾
- وهناك إتفاق عام بالنسبة لمستوى الخدمات الصحية على أهمية الإجراءات التالية :

- 1) توفير وتجديد التجهيزات وصيانتها حسب ما هو مطلوب في كل مستوى من مستويات الخدمة.
- 2) إصلاح وصيانة المباني الصحية ومنع تدهورها .
- 3) رفع الخدمة الطبية وإستخدام الوسائل الحديثة وإعطاء الأولوية لبرامج الاكتشاف المبكر للأمراض .
- 4) الإهتمام ببرامج مكافحة العدوى داخل المستشفيات وخارجها .

ثالثاً - على مستوى الإعلام:

- 1) ضرورة تكثيف برامج للتوعية الصحية بشكل عام .
- 2) زيادة البرامج والندوات الموجهة لتوعية الأسرة بأساليب التنشئة السليمة لأبنائها من الجنسين وعدم التمييز بينهم .
- 3) توصيل المعلومات الصحية والسليمة عن صحة الفتاه والمرأة في مراحل العمر المختلفة بطرق مبسطة وجذابة .
- 4) الإهتمام بالبرامج الموجهة للرجل لتوعيتهم بالعوامل التي تؤثر على صحة المرأة والأسرة وعن التغذية السليمة.

رابعاً - على مستوى الأسرة:

- 1) تخفيف الضغوط الإجتماعية والنفسية الواقعة على المرأة داخل الأسرة.
- 2) إتباع الآباء والأمهات لوسائل التربية السليمة في التعامل مع بناتهم يزيد من صحة الفتاه داخل الأسرة وتحسين الحالة النفسية للفتاه.⁽⁷⁸⁾

خامساً - على مستوى فريق العمل الصحي:

- التدريب المستمر للأطباء والممرضات لتحسين أدائهم للخدمة .
- متابعة عملهم وأدائهم وتقييم عملهم .
- محاولات تدريب الأطباء في مجالات التوعية الصحية والإتصال وتنظيم الأسرة عليها أن تبدأ أثناء ممارسة الطب وليست فقط بعدها .
- تكليف فريق العمل الصحي بضرورة التوعية الغذائية ونظافة الغذاء والتوعية عن طريق إنتشار العدوى للمرأة وخاصة المرأة الأمية لخفض نسبة إنتشار الأنيميا والطفيليات والأمراض المعدية بينهن وبين أطفالهن وأسرهن.⁽⁷⁹⁾

تعقيب :

فى هذا الفصل تم التعرف على مفهوم التخطيط الإجماعى وأهميته وأهدافه ومبادئه والتعرف على التخطيط الصحى المفهوم، والأهداف بالإضافة إلى أدوار الخدمة الإجماعية فى مجال الرعاية الصحية وكذلك الحق فى الرعاية الصحية فى المواثيق الدولية .

وإهتم هذا الفصل بالمشاكل الصحية الأكثر شيوعاً التى تتعرض لها المرأة ، وخدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرأة، وتقييم خدمات الرعاية الصحية وصولاً بمعرفة مستوى هذه الخدمات الصحية وإستعراض الفصل كذلك أسباب قصور خدمات الرعاية الصحية والعوامل التى تؤثر فى الرعاية الصحية للمرأة .

المراجع:

1. تقرير تنمية المرأة العربية 2015 : المرأة العربية والتشريعات القاهرة، منظمة المرأة العربية، 2016، ص203.
2. الأمم المتحدة : الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ، المجلد الأول ، نيويورك ، حقوق الإنسان ، ص1.
3. وحدة تحليل السياسة العامة وحقوق الإنسان : تحسين مستوى الخدمات الصحية في مصر ورقة سياسات، ماعت للسلام والتنمية وحقوق الإنسان، القاهرة، 2016، ص6.
4. القمة العربية السادسة عشر : الميثاق العربي لحقوق الإنسان ، تونس ، 2004.
5. وحدة تحليل السياسة العامة وحقوق الإنسان : مرجع سبق ذكره ، ص6.
6. جمهورية مصر العربية : مشروع الدستور 2013 الوثيقة الدولية الجديدة بعد تعديل دستور 2012، القاهرة ، مطابع أخبار اليوم ، 2014، ص9.
7. سليم شعبان سليمان : إتجاهات سياسة الرعاية الصحية فى ضوء التحولات الإقتصادية والإجتماعية فى مصر، مجلة دراسات فى الخدمة الإجتماعية والعلوم الإنسانية ، العدد الثالث عشر ، الجزء الثانى ، كلية الخدمة الإجتماعية ، جامعة حلوان ، 2002، ص824.
8. شفيق أحمد شفيق : علاقة بعض المتغيرات لإكساب الأخصائى الإجتماعى المهارات التخطيطية فى المجال الطبى ، مجلة دراسات فى الخدمة الإجتماعية والعلوم الإنسانية ، العدد العاشر ، 9.Edward A.Mckinney : Health Plannhg In Encyclopedia of Social Work 2001. Part2, 19th Ed , Washington , DC,NASW press , 1995 , p:1199.
- 10.Sarah Gouley : Public Health in Policy and Practice Asources for Health Visitors and Community Nurses, Edina , Bailliere Tindall, 2002,p.99.
11. حسين عبد الحميد أحمد : التخطيط مدخل اقتصادى اجتماعى ، الإسكندرية ، مؤسسة شباب الجامعة، 2010، ص107
- 12.United Nation Department of Economic and Social Affairs ; special welfare planning in the context of National Development plans , New York 1970.,p.59.
13. وزارة الإسكان والمرافق والمجمعات العمرانية ، الهيئة العامة للتخطيط العمرانى : دليل المعدلات والمعايير التخطيطية للخدمات بجمهورية مصر العربية ، المجلد الثانى (الخدمات الصحية) ، القاهرة ، 2014، ص27.
14. حسين عبد الحميد أحمد : المرجع السابق ذكره ، صص235:237.
15. حسين عبد الحميد : المرجع السابق ذكره، ص237 : ص238.
16. مصطفى محمد قاسم : دور الخدمة الإجتماعية فى تنمية وعى المرأة بالسلوك الصحى ، المؤتمر العلمى السادس عشر، كلية الخدمة الإجتماعية ، جامعة حلوان ، 2003، ص ص244:248.
17. أحمد حنفى محمود : العمل الفريقى للخدمات الصحية بالمستشفيات دور وموقع الأخصائى الإجتماعى الطبى ، المؤتمر العلمى الرابع ، كلية الخدمة الإجتماعية ، جامعة القاهرة ، فرع الفيوم ، 25023 إبريل ، 1991، صص165:161.
18. عبد الفتاح عثمان ، على الدين السيد : الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى مجال رعاية المعوقين رؤيا متطورة للواقع العربى ، مكتبة عين شمس ، 1997، صص118:119.
- 19.Anne Mimutray : Community Health and Welleness Asocio Cological Approach , 2Ed – London , Mosby , 2003, p.18.
19. منظمة الصحة العالمية : الكتاب الطبى الإدارة الصحية ، المرجع السابق ذكره ، ص.413
- 20.Marian A. Aguilar : Women and Health car in Encyclopedia of social work. part 3, 19 the Ed, Washington, Dc , NASw press , 1995, p.2543.

21. فاطمة الزناتي وآخرون: المسح السكاني الصحي مصر 2014، القاهرة، وزارة الصحة والسكان، 2015، ص 43.
22. المجلس القومي للسكان وآخرون، تحليل الوضع السكاني في مصر 2016، القاهرة، المجلس القومي للسكان، 2016، ص 15.
23. فاطمة الزناتي وآخرون : المسح السكاني الصحي مصر – 2014، المرجع السابق ذكره، ص 44.
24. المجلس للسكان وآخرون: مراجعة الخطة التنفيذية، 2015-2020 في إطار الإستراتيجية القومية للسكان والتنمية (2015-2020)، القاهرة، المجلس القومي للسكان، 2019، ص 11.
25. فاطمة الزناتي وآخرون: المسح السكاني الصحي – مصر 2014، المرجع السابق ذكره، ص 44.
26. فاطمة الزناتي وآخرون : المسح السكاني الصحي – مصر 2014، المرجع السابق ذكره، ص 44 .
27. هدي صالح النمر: الأهداف الإنمائية لما بعد 2015 (في سياق توجهات التنمية في مصر) سلسلة قضايا التخطيط والتنمية، القاهرة، معهد التخطيط القومي، 2015، ص 60.
28. فاطمة الزناتي وآخرون : المسح السكاني الصحي مصر – 2014، المرجع السابق ذكره، ص 109 : ص 114.
29. المجلس القومي للسكان وآخرون : المرجع السابق ذكره، ص 34.
30. هدي صالح النمر : المرجع السابق ذكره، ص 59.
31. فاطمة الزناتي وآخرون: المسح السكاني مصر 2014، المرجع السابق ذكره، ص 110: 114.
32. وزارة الصحة والسكان وآخرون : مسح الجوانب الصحية مصر – 2015، القاهرة، وزارة الصحة والسكان، 2015، ص 95 .
33. سلمى جلال، هالة الدمهوري: المرجع السابق ذكره، ص 248.
34. جويده عميرة : مرجع سبق ذكره، ص 94.
35. تقرير التنمية الإنسانية للعام 2005 : حقائق وأرقام نحو النهوض المرأة في الوطن العربي، U.N.D.P ، 2006 ، ص 3.
36. نجوى خلاف: استراتيجيات وسياسات الرعاية الصحية في الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، 2005، ص 16.
37. سلمى جلال ، هاله الدمهوري : مرجع سبق ذكره ، ص 170.
38. وزارة الصحة والسكان وآخرون: مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية في مصر 2002، مرجع سبق ذكره، ص 129 .
39. سلمى جلال و هاله الدمهوري : المرجع السابق ذكره ، ص 27.
40. عمرو عباس حلمي وآخرون : الوضع الراهن للحالة الصحية للمرأة المصرية ، ط2، القاهرة، مشروع الدعم المؤسسي للمنظمات غير الحكومية، 2002، ص ص 79: 82.
41. سلمى جلال، هالة الدمهوري : المرجع السابق ذكره، ص 248.
42. وحدة تحليل السياسات العامة وحقوق الإنسان : المرجع السابق ذكره، ص 24.
43. نجوى خلاف: الوصف الهيكلي والوظيفي للنظام العام الصحي، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية، القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئية، 2005، ص 57.
44. الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة: الأسرة: نحو حياة أفضل للشابات المصريات، وثيقة المعلومات، معهد التدريب والبحوث لتنظيم ، 1993، ص 139.
45. وزارة الصحة والسكان، صندوق الأمم المتحدة للسكان : الإستراتيجية القومية للدعوة لكسب التأييد في مجال الصحة الإنجابية والسكان، تطوير برنامج السكان في مصر، 2001، ص 77.
46. وثائق : يوم الصحة العالمي، 2001، ص 1.
47. المجلس القومي للسكان : شبكة المعلومات السكانية، المرأة، العدد الثاني، 2000، ص 15.

48. رئاسة الجمهورية، المجالس القومية المتخصصة : مستقبل المرأة والتنمية في مصر ، تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية، القاهرة، الدورة الثامنة عشر، 1998، ص114.
49. سلمى جلال، هالة الدمهورى : صحة المرأة، المرجع السابق ذكره، ص245.
50. وزارة الصحة والسكان، صندوق الأمم المتحدة للسكان : المرجع السابق ذكره، ص77.
51. سلمى جلال : صحة المرأة من نيروبي إلى بكين، المؤتمر الدولي الرابع للمرأة، بكين، 1995، ص15.
52. الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة : المرجع السابق ذكره، ص139.
53. رفيقه سليم حموده: المرجع السابق ذكره، 1997، ص15.
54. فاطمة الزناتي وآخرون: مسح دراسة عناصر تقديم الخدمة الصحية في مصر – 2002، المرجع السابق ذكره، ص129.
55. وثائق يوم الصحة العالمي : المرجع السابق ذكره، ص5.
56. رفيقة سليم حموده : المرجع السابق ذكره، ص15.
57. فاطمة الزناتي وآخرون : مسح السكان الصحى مصر – 2014 ، المرجع السابق ذكره، ص130 .
58. Marian A.Aguilar ; op . cit. p2239.
59. وحدة تحليل السياسة العامة وحقوق الإنسان : المرجع السابق ذكره، ص9:ص10.
60. عمرو عباس حلى وآخرون : المرجع السابق ذكره .
61. عايدة سيف الدولة : المرجع السابق ذكره، ص21.
62. رئاسة الجمهورية، المجالس القومية المتخصصة : مستقبل المرأة والتنمية في مصر، تقرير المجلس القومي للخدمات والتنمية الاجتماعية، القاهرة، الدورة الثامنة عشر، 1998، ص128.
63. وحدة تحليل السياسة العامة وحقوق الإنسان : المرجع السابق ذكره، ص9.
64. وثائق يوم الصحة العالمي : المرجع السابق ذكره، ص30.
65. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء : النشرة السنوية لإحصاءات الخدمات الصحية لعام 2015، جمهورية مصر العربية، 2016، ص131.
66. عايدة سيف الدولة : ملتقى الحوار حول إتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة، الجلسة الختامية، 2000، ص21.
67. سلمى جلال : صحة المرأة من نيروبي إلى بكين، المؤتمر الدولي الرابع للمرأة ببكين، 1995، ص7.
68. عايدة سيف الدولة : المرجع السابق ذكره، ص21.
69. رئاسة الجمهورية، المجالس القومية المتخصصة : المرجع السابق ذكره، ص129.
70. عمرو عباس حلمى وآخرون : المرجع السابق ذكره، ص63.
71. وزارة الصحة والسكان، صندوق الأمم المتحدة : المرجع السابق ذكره، ص50.
72. عمرو عباس حلمى وآخرون : المرجع السابق ذكره، ص64.
73. رئاسة الجمهورية، المجالس القومية المتخصصة : المرجع السابق ذكره، ص129.
74. سلمى جلال ،هاله الدمهورى : المرجع السابق ذكره ، ص288 .
75. عمرو عباس حلمى وآخرون : المرجع السابق ذكره ، ص184.
76. سلمى جلال ، هاله الدمهورى : المرجع السابق ذكره ، ص288.
77. عمرو عباس حلمى و آخرون : المرجع السابق ذكره ، ص84 .
78. أميره منصور يوسف : المدخل الإجتماعى للحالات الطبية والنفسية ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث ، 1999 ، ص13.