

الفصل الثاني :

الرعاية الصحية الأساسية في مصر

المبحث الأول: الرعاية الصحية:

- مدخل.
- أهم العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية في مصر.
- دور المجتمع المحلي في الرعاية الصحية.
- دور المرأة في الرعاية الصحية.
- دور الممرضة في الرعاية الصحية.

المبحث الثاني: الوضع الصحي الراهن في مصر:

- أهم الأمراض التي تصيب المجتمع المصري. جهود الحكومة للحد منها.
- التلوث الكيمبائي وتأثيره في الصحة.
- أهم العوامل التي تؤثر في صحة الأم والطفل في مصر.
- قوة العمل في القطاع الصحي في مصر.
- المنشآت الصحية في مصر.
- التأمين الصحي في مصر.
- حجم النشاط السنوي لخدمات التأمين الصحي.

obeikandi.com

المبحث الأول

الرعاية الصحية

تمهيد

من أهم سمات التقدم والتنمية التي أحرزها المجتمع العربي منذ منتصف هذا القرن نجاحه في قطع أشواط متميزة في مجال الخدمة والرعاية الاجتماعية. هذا المجال الذي يهدف إلى إشباع حاجات الأفراد والجماعات والمجتمع الكبير وتذليل صعوبات الأفراد وزجهم في الحياة الاجتماعية مع تكيف عمل الجماعات وفق أهداف المجتمع وأخيرا ربط موارد المجتمع المادية والبشرية بحاجاته الأساسية والثانوية وأنشطة الرعاية الاجتماعية التي ظهرت لتلبي حاجات الأفراد والجماعات وتذليل مشكلات المجتمع هي أنشطة رعاية الأسرة ورعاية الأمومة والطفولة ورعاية الشباب ورعاية المسنين ورعاية المعوقين^(١).

وينطلق مفهوم الرعاية الاجتماعية من مفهوم معاصر يتمثل في أن العمل الاجتماعي أداة رئيسية من أدوات التنمية القومية بحيث يصبح أحد مجالات الاستثمار المتصل بإعادة تشكيل القوى البشرية بما يمكنها من الالتحام بالموارد والتعامل مع التكنولوجيا الحديثة باقتدار في إطار من القيم السليمة لبناء الوطنية والتراث الحضاري للمجتمع عن طريق نشر مظلة التأمين الاجتماعي لتشمل كافة المواطنين^(٢).

(١) إحصان محمد حسن، "مظاهر التنمية والتقدم في الوطن العربي"، مجلة دراسات عربية (مارس ١٩٨٨، السنة ٢٤، العدد الخامس)، ص ١١
(٢) شوقي الكيال إنجازات على طريق التخطيط طويل المدى، مجلة تنمية المجتمع (السنة التاسعة، ١٩٨٥ العدد الثالث)، ص ٤٥

إن قوانين الرعاية الاجتماعية التي شرعت ونفذت في العديد من الأقطار العربية خلال السنوات الماضية قد ساعدت على نشر الرفاهية الاقتصادية والاجتماعية بين المواطنين كافة.

فالقوانين والتشريعات ضمنت للمواطنين ضد العوز والحاجة المادية وحالات الإعاقة المختلفة التي يتعرضون لها خصوصا حالات العوق الجسماني والعقلي^(١). ومن هنا تبدو أهمية الرعاية الصحية للمواطنين كفرع هام ومؤثر من فروع الرعاية الاجتماعية بل أكثر أهمية على الإطلاق وهو ما سنستعرضه في هذا المبحث.

الرعاية الصحية تعني لعامة الناس العلاج من جميع الأمراض، وهو العلاج الأكثر فاعلية من الوصفات الشعبية بل أن العقاقير الطبية مشهود بفاعليتها من جانب كل من المريض والطبيب قبل استخدامها^(٢).

وهناك مفهوم آخر للرعاية الصحية يقول: إنها كافة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر في صحة الفرد بجانب الرعاية الطبية^(٣).

وهناك مفهوم آخر تقدمه منظمة الصحة العالمية للرعاية الصحية تقول فيه: إنها أسلوب لرعاية يتعلق بمجتمع بعينه، وهي تتكون من أساليب ووسائل مناسبة وغير باهظة التكاليف ومقبولة من المجتمع.

(١) إحصائ محمد حسن، مرجع سابق، ص ١٢.
(٢) إمكانات التنمية بين ذوي مستوى المعيشة المنخفضة (لاهاي - هولندا سنة ١٩٨٣) الترجمة الصادرة عن المركز القومي للبحوث الاجتماعية، ص ١٩٣.
(٣) علي محمد المكاوي، الخدمات الصحية في مصر، دراسة في الأبعاد المهنية والاجتماعية والتقانية (رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة القاهرة، كلية الآداب، سنة ١٩٨٦)، ص ٢٥.

ويعكس التعريف الذي قدمته منظمة الصحة العالمية والتعريف الذي سبقته أبعاد عديدة لنظام الرعاية الصحية في مصر، فإلى الإسئافه إلى العيادات الداخلية والخارجية تدخل عوامل آخر من هذه العوامل:

(١) العوامل الاقتصادية:

العوامل الاقتصادية هي التي تحدد الحجم اللازم من الموارد الاقتصادية لإنتاج الخدمات الصحية وكيفية توزيعها.

(٢) العوامل السياسية:

وهي التي تعكس أولويات توزيع الموارد في الخطط الصحية المختلفة وصورة التشريعات الصحية اللازمة لتنظيم القطاع الصحي.

(٣) العوامل الاجتماعية:

هي التي تؤثر على أسلوب تغذية الأفراد والمفاهيم السائدة إزاء الخدمة الصحية المتوفرة.

(٤) العوامل البيئية:

وتشمل هذه العوامل طبيعة المناخ ومدى توافر المياه النقية ومدى تلوث البيئة التي تلعب دورها في التأثير على المستوى الصحي، وتقوم إستراتيجية الرعاية الصحية في مصر على ثلاثة أبعاد متكاملة هذه الأبعاد هي:

(١) حياة الإنسان المصري.

(٢) انتشار ظاهرة الصحة بين أفراد المجتمع.

(٣) توافر الخدمات الصحية.

وتهدف إلى :

- كفالة كل مواطن في الخدمة الصحية مع الاهتمام بالصحة الوقائية.
 - تطوير وتنسيق نظم العلاج لتحقيق أكبر عائد منها للمواطنين في صورة خدمات فعلية.
 - التوسع في خدمات التأمين الصحي .
 - العناية بالمستشفيات وتحسين خدماتها ورفع كفاءة الآراء بالنسبة للأطباء وهيئة التمريض عن طريق التدريب المستمر والمتابعة والرقابة.
 - تعميم تجربة العلاج الاقتصادي والتوسع في إنشاء العيادات الخارجية وأقسام الاستقبال تبعاً للكثافة السكانية في كل حي أو منطقة.
- ولكن تبقى مشكلة الموارد المحدودة عائقاً على سبيل تحقيق الأمل والطموحات، ومن ثم يبرز دور القطاع الخاص الصحي في المساهمة لتحقيق نوع من التوازن في تقديم الخدمات الصحية وتمويل جزء من المشروعات في المجال الصحي^(١).

برامج انتقائية أم رعاية شاملة:

لقد طال النقاش الدائر حول منهجين اثنين لتوفير الخدمات الصحية في البلدان الفقيرة، وذلك نظراً للظروف الاقتصادية التي تمر بها تلك البلاد، وهذان البرنامجان هما: البرامج الانتقائية أو الرئيسة مقابل نظم الرعاية الصحية الأولية المتكاملة الشاملة.

(١) عبد الحميد حسن يوسف، محافظة الشرقية، دراسة في الجغرافيا الطبية (رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب جامعة الزقازيق، ١٩٩٠)، ص ٢٥٩.

وحجة مؤيدي المنهج الانتقائي في ذلك أن المنهج الانتقائي الشامل يتسم بمثالية تعوق قدرة معظم الحكومات على تطبيقه والرأي البديل أن من الواقعي توجيه الموارد الشحيحة نحو مكافحة الأمراض المستولة عن أعلى معدلات الوفيات وأعراضه، وخاصة حيث تتوفر التكنولوجيات الزهيدة التكلفة للوقاية والمعالجة.

أما الرأي الأخر في النقاش المطروح تأييداً للرعاية الصحية الأولية المتكاملة أو الشاملة فيذهب إلى إنشاء بنية أساسية قائمة على أساس المجتمع ومعالجة المشكلات الصحية من خلال برامج الرعاية الصحية الأولية كجزء ضئيل من التنمية الكلية مع مشاركة المجتمعات المحلية نفسها مشاركة فعالة في عمليتي التخطيط والتنفيذ.

ومما يشير القلق بشأن هاتين المسألتين أن المنهج الانتقائي يناسب التوجه السياسي والتكنولوجي لدى بعض الجهات المانحة التي تسعى لتحقيق أهداف ملموسة ونتائج قيمة في فترة زمنية قصيرة نسبياً. إلا أن مثل هذه البرامج الانتقائية قد تطلقى على المبادئ الأساسية للرعاية الصحية الأولية القائمة على المجتمع.

وقد تتطلب معالجة مشكلة مرضية بعينها بنية أساسية متخصصة يتعذر دمجها في بنية الرعاية الصحية كما يتعذر استمرارها بعد توقف الدعم من الجهة المانحة. فالبرامج الانتقائية تفرضها عادة من الخارج الجهات المانحة مما يعني إغفال مشاركة المجتمع في انتفاء البرامج وتنفيذها.

فضلاً عن تركيز البرامج الانتقائية على العمليات القصيرة الأمد، في حين أن بعض عمليات التنمية المجتمعية الهامة هي بالضرورة طويلة الأجل. ومن أهم

الأمر الحاسمة تطوير البنية الأساسية للرعاية الصحية الأولية، وذلك بالعمل جنباً إلى جنب مع المجتمع المحلي على تطويرها لتصبح آلية للمشاركة المجتمعية ولسد احتياجات المجتمع والاستجابة لهمومه ولزيادة البرامج أو تقليل عددها وفقاً لقرارات يشارك فيها المجتمع ذاته، وإدخال التكنولوجيا الملائمة^(١).

دور المجتمع المحلي في الرعاية الصحية:

إن الدور الذي يضطلع به المجتمع في الرعاية الصحية أمر يبعث على الحيرة. ذلك أن هناك اتفاقاً كبيراً على أهمية مشاركة المجتمع في الخدمات الصحية غير أن ذلك مازال حديثاً لا يوضع موضع التنفيذ إلا قليلاً.

وليس اشتراك المجتمع في الرعاية الصحية لباقة اجتماعية بل هو ضرورة تقنية. فبرامج الرعاية الصحية لا يمكن أن تحقق التغطية وتتحلى بالفاعلية دون أن يشارك فيها المجتمع المحلي مشاركة تامة. ذلك أن أكبر تقدم يحرز في مجال صحة المجتمع هو رهن بالقرارات التي يتخذها الأفراد كتنظيم الأسرة أو علاج الجفاف بتعويض السوائل عن طريق العم أو السعي للحصول على المياه النقية واستخدامها أو مكافحة تلوث البيئة أو تغيير أنماط الحياة.

والخدمات المقدمة من الخارج محدودة الأثر ما لم يستوعبها المجتمع المحلي ويتولاها. ولطالما ظل الأطباء والمرضات في المراكز الصحية يستقبلون المرضى وينتظرون تحسن الوضع الصحي للسكان أو بالمثل فإن مشاركة المجتمع أمر

(١) جون هـ - برايانا - المائدة المستديرة، منبر الصحة العالمي (منظمة الصحة العالمية - العدد ٤/٣، سنة ١٩٩٤) الترجمة الصادرة عن المكتب الإقليمي لشرق المتوسط الإسكندرية، ص ٢٢٦

أساسي في معالجة جوانب التفاعل بين نمو السكان وتدهور البيئة. فالقرارات الشخصية والاجتماعية تشكل لب العمل الفعال لمعالجة هذه المجموعة من المشاكل أيضاً.

ولابد من طلب رأي المجتمع والإصغاء إليه لدى تحديد معالم المشكلات. ويجب حيناً ما يمكن إشراكه في السعي وراء المعلومات وإن يضطلع مثلاً بإجراء المسوحات الاجتماعية، كما أن المجتمع يلعب دوراً رئيسياً في البيت فيما ينبغي عمله، وينبغي بالطبع طرح المعلومات والقضايا ذات الصلة التي يتعين اتخاذ قرار بشأنها أمام المجتمع بالطرق التي تسهل له فهمها. والواقع أن جزءاً هاماً من نظم المعلومات الإدارية هو تكييف طبيعة المعلومات وفقاً لإمكانيات أولئك الذين يملكون سلطة اتخاذ القرارات.

ومما يجعل مشاركة المجتمع أمر أكثر أهمية وأوثق صلة بالموضوع هو أن المجتمع شريك أساسي في تمويل الخدمات الصحية، وهو يملك بالتالي الوسائل اللازمة للإصرار على أن تكون الخدمات مناسبة وفعالة^(١).

وأقيمت العديد من المؤتمرات لتناقش أهمية الرعاية الصحية بالنسبة للمجتمعات منها المؤتمر الذي عقد بمحافظة الإسكندرية في الفترة من ٢٤ - ٢٦ مايو عام ١٩٩٥ تحت عنوان (تنشيط الرعاية الصحية الأساسية)، وتم خلال هذا المؤتمر استعراض العديد من تجارب تدعيم خدمات الرعاية الصحية ومنها المشروع التجريبي لقرية العرايزية مركز الغنايم بمحافظة أسيوط. وتهدف هذه التجربة إلى تحقيق هدفين الأول تنمية شاملة من مدخل صحي، والثاني وضع برنامج عمل

(١) حور هـ برانك، المرجع نفسه، ص ٣٢٢.

يمكن تصميمه في باقي القرى بالمحافظات على مستوى الجمهورية وأيضاً استعمال نفس المدخل في تنمية العشوائيات التي تنتشر في جميع المحافظات وتمثل خطراً داهماً.

وتتلخص إستراتيجيات المشروع في تغيير مفاهيم واتجاهات وسلوكيات الأفراد مع التركيز على دور المرأة نحو المشاركة الفعالة في اتخاذ القرارات التنموية المتكاملة لتوفير الاحتياجات الأساسية والتخطيط الصحي الذي ينبع من أفراد المجتمع لسد الاحتياجات والمشاركة في تقديم الخدمات ومتابعة وتقييم الأداء ضماناً للاستمرارية في الارتقاء بالمستوى الصحي والاجتماعي والاقتصادي من خلال الاعتماد على النفس، وعقد هذا المؤتمر تحت عنوان "تنشيط الرعاية الصحية الأساسية" وأقامته الجمعية المصرية لطب المجتمع بالتعاون مع وزارة الصحة ومنظمة اليونيسيف (١).

دور المرأة في الرعاية الصحية:

يعتبر دور المرأة أمراً حيويًا في تنفيذ برامج الرعاية الصحية على نحو فعال، والرعاية الصحية تركز كثيراً على البيت حيث تعيش الأسر بطريقة صحية أو محفوفة بالمخاطر حيث يؤثر الجيران على أنماط السلوك وتتخذ القرارات التي تترك أثرها على الصحة ولهذا يجب أن تكون الأم على قدر من المعرفة وأن تملك حرية التصرف بما يمكنها من تعزيز الصحة وحمايتها ضمن نطاق الأسرة.

(١) مجلة طبيبك الخاص، يوليو سنة ١٩٩٥، مشروع تجريبي حول الرعاية الصحية، بقلم نصر الدين سلطان، ص ٩٦ - ٩٧.

وأظهرت الدراسات التي أجريت على أن للمرأة دورا هاما في الرعاية الصحية حيث أكدت دراسة أجريت بالجمهورية الليبية على ذلك. فأظهرت الدراسة أن للمرأة دورا تقليديا وطبيعيا في تقديم الرعاية الصحية فهي التي تقوم أساسا بالرعاية الصحية داخل الأسرة وتستطيع أيضا عمل الكثير داخل مجتمعها من خلال تشجيعها للسلوكيات الكفيلة بالمحافظة على الصحة، وخاصة وأن الفرص المتاحة أمام النساء للتعرف على بعضهن البعض كثيرة سواء أثناء تأدية المهام المنزلية، وفي المناسبات الاجتماعية نضمن توصيل قدر كبير من المعلومات الصحية القيمة وغالبا ما يكون الاتصال المتبادل في إطار هذه الإعلامية وتعني بهذه الشريحة أي النساء^(١).

عالمات داخل العائلة يعتبرون المؤثر الأول في سلوك أطفالهن ففي المنزل تتاح للنساء الفرص المناسبة لتربيته وتقوم الأطفال إلى الآثار الضارة لبعض أنواع السلوك التي ينتهجها الطفل خلال سنوات التكوين الأولى في الطفولة. وتستطيع النساء تغيير سلوك أفراد أسرتها بهدف تقليل احتمالات الحوادث والأمراض والاضطرابات النفسية والوفاء المبكرة بأن يضربن بأنفسهن مثلا يحتذى به ويشجعن كل أفراد العائلة على تحمل المزيد من المسؤولية عن صحته الشخصية.

أما على صعيد المجتمع. فإن موقف النساء الفريد فيما يتعلق بالرعاية الصحية ينبع من الفرص المتاحة من حيث الاتصال ببعضهن البعض خاصة اللاتي يعانين من نفس المشاكل الصحية الذاتية والعائلية، إذ تسنح هذه الفرص

(١) حيطان عباد حمزة: مسألة التنكف الصحي ودور الأم في ذلك: بحث مقدم خلال المؤتمر الذي عقد في الجماهيرية الليبية في الفترة من ٥ - ٧ أبريل سنة ١٩٩٢، محلة البحوث الإسلامية (الجماهيرية الليبية السنة الثامنة، ١٩٩٢) العدد الثالث والرابع، ص ٨١ - ٨٢.

مثلا في النوادي والأفراح وحضانات الأطفال والأسواق وفي الحقول والمزارع والحدائق العامة أو عيادات الأطباء، وفي أثناء ساعات العمل داخل المصالح الحكومية..إلخ. وهكذا يتسبب إنجاز المصالح أو فرص الترفيه في اتصال المرأة بأخريات في مجتمعها بحيث ينتهي أمرهن بتكوين شبكة تساعد على تحسين الأنشطة المجتمعية.

ووصف كاربنتر مسؤوليات النساء كمقدمات للرعاية الصحية غير الرسمية^(١) بأنها تتضمن:

- أ - اتخاذ القرارات المتعلقة برعاية أفراد عائلتها صحياً.
- ب - تنشئة أولادها طبقاً للخطوط الصحية السليمة.
- ج - إنتاج واختيار وتحضير ثم توزيع غذاء العائلة.
- د - توفير الخدمات الصحية بالمنزل للنساء وللمرضى المزمنين وللمعوقين من أفراد العائلة.

ومن المسؤوليات الأخرى المنوطة بالنساء الاحتفاظ بسجلات صحية للعائلة والتعرف على الأمراض (التي تسببها وتصيب الآخرين). ومصاحبة المرضى إلى حيث يتلقون العناية اللازمة بالإضافة إلى تقديم خدمات التمريض والعلاج. تقدم الرعاية الصحية حالياً في معظم الأحيان، خارج نطاق النظام الصحي الرسمي عن

(١) يستعمل مصطلح "غير الرسمية هنا" ليعطي الرعاية الصحية التي تقوم بها المرأة في المنزل مثلاً، والعامّة من العاملين بالصحة أو الممارسات التقليدية كالعائلات وهيئات الجهود الذاتية والعون المتبادل بما فيها العيادات والمستوصفات التي تديرها النساء (وعادة ما تكون مخصصة لخدمة النساء فقط)

طريق النساء عموماً، فالنساء يشتركن بصورة عامة في الأنشطة الأساسية التالية في إطار الرعاية الصحية:

أ - التثقيف الصحي لتعليم الحياة العائلية:

يعتبر التعليم الهادف إلى الرقي بالصحة ومقاومة الأمراض أهم مكونات الرعاية الصحية، ففي معظم أنحاء العالم تقوم النساء بالتثقيف الصحي ويروجن المعلومات التي تحفز الناس على الرغبة في البقاء أصحاء، وتوضحن لهم كيف يحافظون على صحتهم ويلتمسون المساعدة الصحية عند الحاجة.

ب- التغذية:

التغذية من أهم العوامل المؤثرة على نوعية الحياة في معظم أنحاء العالم ومعظم الأنشطة المتصلة بالتغذية مكانها المنزل، والمرأة أساساً هي التي تعد الأطعمة، وهي أيضاً المسؤولة عن التغذية السليمة. ويجب توجيه النساء إلى التعرف المبكر على مظاهر سوء التغذية والتدابير اللازمة لتصحيحها.

ج- توفير الماء النقي والإصحاح الأساسي:

تشكل الأمراض التي يمكن للوقاية منها والتي تتصل بإمدادات المياه الملوثة أو بانعدام الإصحاح الأساسي مشكلة صحية عظمى. لذلك يأتي في مقدمة الاحتياطات الصحية الأساسية توفير إمدادات مياه مأمونة وكافية وسهلة المنال. بالإضافة إلى الإصحاح الملائم. فالنساء أساساً مسؤولات عن اتخاذ تدابير النظافة الشخصية الصحيحة وعن ضمان استعمال الماء النظيف للشرب وللأغراض المنزلية الأخرى.

د - التطعيم :

تخفيض برامج التطعيم وقوع الإصابات والوفيات التي تسببها الأمراض التي يمكن الوقاية منها والتي يعتبر بعضها من الأمراض القاتلة في سن الطفولة والنساء أساساً مسؤولات عن تناول وترويج التطعيم ضد الأمراض السارية الرئيسية وذلك لصلحتهن ومصالحة أطفالهن. كما يساعد على الحد من انتشار الأمراض.

هـ - رعاية الأم والطفل، بما في ذلك تنظيم الأسرة:

يشترك النساء والرجال أحياناً في هذا المجال. إلا أن النساء مازنن يلعبن الدور الأكبر فيه. فهن المديرات الأساسيات لرعاية الأم والطفل، بما فيها تنظيم الأسرة. حيث أن معظم القرارات الأكثر أهمية تقع داخل العائلة والمرأة هي التي تتعرف على الحاجة إلى اتخاذ الاحتياطات والحاجة إلى تشريب السلوك الصحي، وهي أيضاً التي تتخذ المبادرة في أحوال كالإسعاف الأولي في حوادث الأطفال وتقرر الحاجة إلى استعمال الخدمات الصحية سواء لنفسها أو لأفراد عائلتها.

و - تدبير الحالات المرضية:

تلعب النساء دوراً عظيماً في الوقاية من الأمراض التي تسود بيئتهن ومكافحتها، وهن يشاركن أيضاً في انتهاج سبل الوقاية، والتعرف المبكر على الأعراض، وفي قرار اللجوء إلى العلاج وإتباع العلاج الموصوف، وفي النشاط البيئي الهادف إلى وقاية الناس وحمايتهم. ويتعاظم دور النساء في معالجة الأمراض والإصابات الشائعة بقدر ما يجري ذلك بالمنزل على هيئة إسعاف أولي.

ز - توفير الأدوية الأساسية:

كثيرا ما تساهم في إنتاج وجمع المقومات الجوهرية للأدوية الأساسية. وهن يشاركن الرجال مهمة توزيع وإعطاء الأدوية في نظم الرعاية الصحية والاحتفاظ بالأدوية بعيداً عن الرطوبة والحرارة، وعن أيدي الأطفال، وظيفه المرأة في المقام الأول^(١).

ح - دور الممرضة في الرعاية الصحية:

يشكل التمريض ركنا هاما وأساسيا في قضية الرعاية الصحية.. وقد احتلت الممرضة المصرية مكانة إنسانية وحضارية مرموقة في المنطقة كلها، ومع التطور العلمي والتكنولوجي الذي حدث خلال القرن الحالي في المجال الصحي فقد واكبه تقدم وتطور في التمريض كعلم وفن.. وأصبح للتمريض دور كبير في تحقيق أهداف الخدمات الصحية.

ومن أكثر التعريفات التي تعبر عن دور التمريض العام ما جاء في تعريف الجمعية الصحية الدولية "التمريض علم وفن يهتم بالفرد ككل جسماً وعقلاً وروحاً ويعمل على تقدم وحفظ صحة الفرد روحيا وعقليا وجسمانيا، كما يساعد على الشفاء من المرض ويمتد الاهتمام إلى الأسرة والمجتمع، ويشمل ذلك أيضا العناية بالبيئة وتقديم التثقيف الصحي والقُدوة الحسنة".

وهذا التعريف يعني دورا جديدا للممرضة يخرج عن نطاق التمريض داخل المستشفيات أو في حجرة العمليات أو العناية بالمرضى إلى دور أكبر في المجتمع

(١) جيلنايزوركي، وآخرون: المرأة وتقديم الرعاية الصحية - منظمة الصحة العالمية - الترجمة الصادرة عن المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط (الإسكندرية، سنة ١٩٨٩) ص ١٢، ١٣، ١٤

نحتاج إليه قدر احتياجنا تماما لدور الممرضة داخل المستشفيات، دور حديد يهتم بالأصحاء قدر الاهتمام بالمرضى دوراً في الرعاية الصحية الأولية^(١).

وتشير الدلائل أن الممرضات هن أكثر من يقدمن الرعاية الصحية ففي ماليزيا مثلا ظهر أن الاتصال بين الجماعات الفردية المنعزلة وبين النظم الصحية الرسمية لا يتم إلا عن طريق الممرضات في معظم الأحوال، ولأن معظم السكان يقطنون القرى ولأن معظم الأطباء يرفضون العمل بالقرى وجدت الممرضات أنفسهن يؤديين دورا شديداً الاتساع دورا ينتظره الجميع منهن ولكن من النادر أن يحظى بالتقدير وهنا في مصر معظم الأطباء أيضا يرفضون العمل بالقرى والمناطق النائية أو يعملون على مريض فترة التكليف. وليست التجربة الماليزية هي الوحيدة من نوعها. فقد تم تغيير برامج تعليم التمريض في كثير من بلدان أمريكا اللاتينية، وجاء هذا التغيير مع القواعد التالية:

- أن تكون صحة المجتمع لا صحة الفرد هي الهدف الغالب في تعليم التمريض.
- أن يكون المكان الطبيعي لتدريب العاملين الصحيين هو مركز صحة المجتمع.
- أن يعتمد تدريب طالبات التمريض قدر المستطاع على مفهوم حل المشاكل والتعلم بالعمل^(٢).

ولأن الإحصائيات والدراسات تقول: إن ما يقرب من ٨٥٪ من الأمراض في دول العالم الثالث يمكن منعها باتباع مبادئ وأساليب الرعاية الصحية الأولية.

(١) مجدي حلمي، أهمية دور الممرضة في المجتمع، مقال ألقى خلال الحلقة الاستشارية حول دور التمريض - اللجنة المصرية الحديثة للصحة. (طبيبك الحاضر - العدد ٢٩٠ - فبراير سنة ١٩٩٣)، ص ٨٢

(٢) هيلينا بيرووكي وآخرون: المرجع نفسه، ص ٧٦

يرفع المستوى الصحي العام للناس بتوعيتهم ومتابعتهم.. وهذا الدور هو ما نسميه بمرضة المجتمع^(١).

ولما كانت الأنشطة المذكورة سابقاً والتي استعرضناها تقع في المجالات الأكثر أنوثة على صعيد العمل الصحي فإنه ليس بالمستغرب أن يقع توفير الرعاية الصحية على عاتق النساء إلى حد كبير.

وضمن تحقيق أهداف الرعاية "التنمية" من خلال حسن تنفيذ الإستراتيجية التي تقوم عليها ليتطلب نوعاً من الوعي لدى الناس رجالاً ونساءً على حد سواء، مما لم يكن لدى الرجل نوع من الوعي بأهمية دور المرأة في الرعاية "التنمية" ووجودها لاستمرار الحياة وحصولها على حقوقها كاملة في هذه الحالة ستستمر مظاهر الظلم الذي تعيشه المرأة وتعطيل قواها للمشاركة في التنمية الأمر الذي يؤثر سلباً على ما تنشده المجتمعات النامية من غايات منطبقة من إستراتيجيات لأن نصف المجتمع "المرأة" مبطل ومعتل عن المشاركة بفعل عدم توافر الوعي الاجتماعي لدى النصف الأول "الرجل"^(٢).

(١) مجدي حلمي، المرجع نفسه، ص ٨٢.
(٢) نائلة إبراهيم عبد الرؤوف، دور التليفزيون في تنمية الوعي الاجتماعي للمرأة الريفية، رسالة دكتوراه غير منشورة (جامعة القاهرة، كلية الإعلام، ١٩٩٣)، ص ١٠٠.

البحث الثاني

الوضع الصحي الراهن في مصر

أكد دستور منظمة الصحة العالمية في كثير من فقراته حق المواطنين في الرعاية الصحية فمن ذلك مثلاً أن التمتع بأعلى مراتب الصحة أحد الحقوق الرئيسية لكل إنسان بغير تمييز بالنسبة لجنسه أو دينه أو عقيدته السياسية أو حالته الاجتماعية والاقتصادية. وأن الحكومات مسئولة عن صحة شعوبها، ولن يتأتى لها أن تضطلع بهذه المسؤولية إلا باتخاذ تدابير فعالة في إطار من العدالة الاجتماعية^(١). وتعكس البيانات المتاحة تحسناً ملحوظاً في الظروف الصحية الرسمية على سبيل المثال توضح أن نسبة التغطية الصحية تبلغ تقريباً ١٠٠٪، وهذا ما يؤكد من ناحية المبدأ الحق الدستوري لكافة المواطنين في الحصول على خدمات صحية مجانية. بالإضافة إلى ضرورة توفر عامل القرب الجغرافي لبعض المؤسسات الصحية من كافة المجتمعات المحلية. (وهو ما يشير إلى ضرورة العدالة في التوزيع الإقليمي لهذه المؤسسات).

ومع هذا فإن إقرار الحق الدستوري لكافة المواطنين في هذه الخدمات شيء والإمكانات الفعلية لاستفادة المواطنين منها شيء آخر إذ تخضع هذه الأخيرة لقيود ثقافية ومالية ومادية ومن ثم يمكن أن نستنتج من مؤشرات مختلفة أن معدل استخدام الخدمات الصحية المهيأة للمواطنين متدني.

(١) مرفت مرمسي: تأثير وسائل الإعلام على تنمية الوعي الصحي، دراسة تحريية على قرية مصرية، مرجع سابق، ص ٦٠، ٦١

وتشير بيانات الجدول التالي عن قوة العمل في قطاع وزارة الصحة وخطة التنمية الصحية خلال الفترة من عام ١٩٩٧ حتى ٢٠١٢م^(١).

المؤشرات	حالياً	عام ٢٠١٢
سرير لكل	٧٠٠ نسمة	٥٠٠ نسمة
مركز حضري	١٥٠ ألف نسمة بالحضر	١٠٠ ألف نسمة
وحدة صحية بالريف	١٢ ألف نسمة بالريف	٥٠٠٠ نسمة بالريف
طبيب لكل	١٠٠٠ نسمة	٥٠٠ نسمة
ممرضة لكل	٩٠٠ نسمة	٤٠٠ نسمة
فني صحي لكل	٣٠٠٠ ألف نسمة	٧٥٠٠ نسمة
وحدة أسنان لكل	٣٧٠٠٠ ألف نسمة	١٥٠٠ ألف نسمة

وتشير بيانات الجدول السابق إلى أن نسبة العاملين بالصحة إلى مجموع السكان في حدود المعقول فيوجد طبيب لكل ١٠٠٠ نسمة حالياً، ممرضة لكل ٩٠٠ نسمة فني صحي لكل ٣٠٠٠٠ ألف نسمة. ومع ذلك فهناك دلائل قوية على أن قوة العمل الممارسة فعلاً في مجال الصحة لا تزيد عن ثلث الرقم المسجل، فأغلب الأطباء يمارسون مهنتهم في القطاع الخاص أما لبعض الوقت أو كل الوقت وهكذا ينخفض استخدام خدمات وزارة الصحة بصفة عامة^(٢).

وتعتبر معدلات الوفيات ومعدلات حالات المرضى أكثر دلالة على الحالة الصحية العامة للسكان والتحسين الذي يطرأ عليها والقيود التي تخضع لها وينبغي هنا التعامل مع البيانات بحذر شديد، فهناك دراسات عديدة تقدم دليلاً على أن

(١) وزارة الصحة، حقائق وأرقام، مبارك وصحة الأسرة المصرية، تقديم علي عبد الفتاح (مطابع الوليد، بت، سنة ١٩٩٥).

(٢) مجلة الدراسات الإعلامية، العدد ٥٥ - ٧٥ - أبريل - يونيو ١٩٩٤، تقرير التنمية في مصر عام ١٩٩٤، ص ٢٢٧، ٢٢٨.

تسجيل وفيات الرضع لا يغطي لكل الحالات خاصة في المناطق الريفية والعشوائيات.

وطبقا لدراسة تحليلية قام بها "اليونسيف" فإن معدلات وفيات الرضع المسجلة تظهر انخفاضا من ٨٧ في الألف سنة ١٩٧٦ إلى ٤٠ في الألف سنة ١٩٨٩. كما انخفضت معدلات وفيات الأطفال من سن ١ - ٤ سنوات من ١٧ إلى ٦ في الألف خلال نفس الفترة ومع ذلك فإن نسبة الحالات التي لا يغطيها التسجيل ربما تتراوح بين ١١٪، ٢٥٪ ومن ثم فإن المعدلات المعدلة لوفيات الرضع تناقضت إلى المدى ١١٦ - ٩٨ في الألف إلى المدى ٥٢ - ٤٥ في الألف.

وهي معدلات مرتفعة كثيرا عما هو متوقع بالمقارنة مع بعض الدول النامية. وطبقا لمسح حديث على المستوى القومي قدر معدل وفيات الرضع للفترة ١٩٨٦ - ١٩٨٩ بـ ٥٦ في الألف: وأيا ما كانت التقديرات فإنه يظل من الممكن دائما التقليل من وفيات الرضع، والأطفال عندما تؤخذ أسباب الوفاة في الاعتبار. فمن الأسباب الرئيسية لوفاة المواليد الجدد تعقيدات الحمل مثل الإصابة بالتيتانوس والإصابات الأخرى أثناء الولادة التي تعد مسؤولة عن ٢٠٪ من وفاة الرضع (١).

ويوضح الجدول التالي توزيع حالات التيتانوس الوليدة في مصر في الفترة ٩١ - ١٩٩٥ موزع حسب السنوات (٢).

(١) المرجع نفسه، ص ٢٨٨، ٢٢٩.

(٢) مبارك وصحة الأسرة المصرية، مرجع سابق، ص ٧٨

السنة	عدد الحالات	معدل الإصابة لكل ١٠٠٠ مولد حي
١٩٩١	٢٧٢٨	٦ر١
١٩٩٢	١٨٣٠	١ر١
١٩٩٣	١٢٧٧	٠ر٨
١٩٩٤	٩٩٣	٠ر٦
١٩٩٥-٦-٣٠	٢٩٤	٠ر٥

ويرجع انخفاض مؤشر الإصابة بمرض التيتانوس الوليدي إلى ارتفاع نسبة التغطية بطعم توكسيد التيتانوس للسيدات في سن الإنجاب من ٩/ عام ١٩٨٤ إلى ٧٨/ عام ١٩٩٣. وتدل مؤشرات التغطية حتى نهاية سبتمبر عام ١٩٩٥ إلى ارتفاع نسبة التغطية إلى أكثر من ٩٠٪ بالإضافة إلى التطعيم الروتيني فقد قامت وزارة الصحة بعمل حملات قومية لتطعيم السيدات في سن الإنجاب دوريا بداية من عام ١٩٨٨ حيث يتم تطعيم مليون سيدة بجرعتين سنويا، حيث وصلت نسبة تحقيق المستهدف إلى أكثر من ٩٠٪ (١).

ومن أصعب الأمراض التي تواجه الكائن الحي تلك التي ترتبط بمولده خاصة إذا وجهت بالإهمال بدلا من العلاج، فمثل هذه الأمراض تظل كافية وقد يصعب التعامل معها بعد مرور فترة من الزمن ويصبح الاستسلام هو العلاج الوحيد لحين انقضاء العمر (٢).

(١) مبارك وصحة الأسرة المصرية، المرجع نفسه، ص ٧٧.

(٢) بسبوني إبراهيم حمادة "العلاقة بين الغالخين والسياميين في الوطن العربي"، بحث منشور في مجلة عالم الفكر، الكويت، المجلد ٢٣، العددان الأول والثاني، يوليو - سبتمبر، أكتوبر، ديسمبر، سنة ١٩٩٤، ص ١٨٣.

وتشير البيانات الأولية عن عام ١٩٩٤ أن معدل وفيات الأطفال الرضع ٢٨٫١ لكل ألف مولود حي. قبل سن الخامسة ونسبة كبيرة في هذه الوفيات نتيجة الأمراض الآتية: أمراض الإسهال تعد مسؤولة عن وفيات عدد كبير من الأطفال، ولكن اهتمام الدولة بعلاج أمراض الإسهال وعمل برنامج قومي لمكافحة الجفاف، والذي بدأ تطبيقه في عام ١٩٨٢ أثارواضح في خفض معدل وفيات الأطفال الرضع من ٥٢٢ في عام ١٩٨٢ إلى ٩٦٫٦ في عام ١٩٩٠ (لكل ألف مولود حي) أي بنسبة ٧٠٪ وخفض معدل وفيات الأطفال أقل من ٥ سنوات بمقدار ٨١٪ في عام ١٩٩٠ مقارنة بمعدلات ١٩٨٢. وزيادة وعي الأمهات لتصل إلى ٩٧٪ من العلاج بمحلول الجفاف عام ١٩٩٢ مقارنة بـ ٣٪ عام ١٩٩٠.

وأصبحت التهابات الجهاز التنفسي الحادة تمثل السبب الأول لوفيات الرضع والأطفال أقل من ٥ سنوات حيث تمثل ٣٠٪ من إجمالي وفيات الرضع و ٣٥٪ من إجمالي وفيات الأطفال أقل من ٥ سنوات. وتبلغ نسبة الإصابة بالالتهابات الرئوية حوالي ١٤٪ من إجمالي إصابات الجهاز التنفسي. وتعتبر مصر من أوائل الدول في العالم النامي في إعداد وتنفيذ برنامج قومي لمكافحة التهابات الجهاز التنفسي الحادة ويهدف هذا البرنامج إلى خفض وفيات الرضع والأطفال أقل من ٥ سنوات بسبب الالتهابات الرئوية التي تمثل ثلث هذه الوفيات. وقد أنشئت جهود البرنامج من علاج أكثر من ١٠٠٠٠٠ طفل وفقا للمقاييس الخاصة بمنظمة الصحة العالمية وبلغت نسبة إتباع الطريقة الموحدة للعلاج السليم للحالات بالعيادات الخارجية حوالي ٥٧٪ تقريبا.

والجدول التالي يوضح نسبة وصول الخدمات الخاصة ببرنامج مكافحة التهابات الجهاز التنفسي الحادة إلى المرضى من عام ١٩٩٠ - ١٩٩٤م (١).

النسبة %	عام
٨	١٩٩٠
٢٢	١٩٩١
٤٨	١٩٩٢
٧٠	١٩٩٣
٨٥	١٩٩٤

وأدت إستراتيجيات صحة الطفل التي طبقت خلال السنوات الماضية إلى انخفاض ملحوظ في معدل وفيات الرضع والأطفال غير أن ذلك لا يعني بالضرورة أن الرضع والأطفال يعيشون في صحة جيدة (٢).

ويستدعى ذلك المزيد من الاهتمام ببذل الجهود في برامج التطعيم والرعاية الصحية خاصة للفقراء وسكان المناطق الريفية وسكان العشوائيات، ولا زالت هناك الحاجة إلى تعزيز التحسن الذي حدث في معدل التغطية للتطعيمات ضد الأمراض المعدية وضرورة إقناع ربات البيوت للذهاب للوحدات الصحية لإعطاء أطفالهن التطعيمات، وهذا لن يأتي إلا عن طريق وسائل الإعلام، حيث إنها لها دور كبير في التأثير على مفاهيم الجماهير خاصة الأمهات نحو وسائل حماية الأطفال والنهوض بحالتهم الصحية بصفة عامة وحماية الرضاعة الطبيعية بصفة خاصة (٢).

(١) مبارك وصحة الأسرة المصرية، مرجع سابق، ص ٦٠ - ٦٥.

(٢) Kalyan Bogchi, Ghada Hafeez, "Eastern Mediterranean Health Journal Vol.1, 1995", pp 35
 (٣) أحمد مصطفى عيسى، دور الإعلام في صحة الطفل والرضاعة الطبيعية، بحث مقدم في المؤتمر القومي الأول عن دور الإعلام في صحة الطفل والرضاعة الطبيعية، الذي عقد بفندق ماريوت القاهرة، بتاريخ ٢٩ يناير ١٩٨٨، ص ٥

ولقد تقدمت خدمات التطعيم في مصر في الثمانينيات والنصف الأول من التسعينيات تقدما ملحوظا أدى إلى السيطرة على كم ليس بقليل من أمراض الطفولة وخاصة التي يمكن منعها بالتطعيم. حيث يكون التطعيم هو السلاح الفعال في مكافحة واستئصال الأمراض المعدية خاصة التي تصيب الأطفال، وهي الدرن والدفتيريا وشلل الأطفال والتيتانوس والسعال الديكي والحصبة والتهاب الكبد الفيروسي ب.

وقد بدأ البرنامج الموسع للتطعيمات عام ١٩٨٠ حيث أجرى مسح صحي عام ١٩٨٤، على مستوى الجمهورية لأول مرة في مصر لتقييم نسبة التغطية بالتطعيمات الإجبارية، حيث دلت نتائج البحث على أن ٣٠٪ من الأطفال فقط قد تطعموا تطعيما كاملا ضد هذه الأمراض، فضلا عن إصابة آلاف الأطفال بهذه الأمراض الخطيرة والتي تؤدي إلى الوفاة أو الإعاقة، وكان من نتيجة ذلك أن وضعت وزارة الصحة خطة لتنشيط التطعيمات للوصول إلى هدف البرنامج الموسع للتطعيمات حيث تم اتخاذ الآتي:

- ارتفعت نسبة التغطية بالتطعيم ضد مرض شلل الأطفال من ٧٨٪ عام ١٩٨٤ إلى ٨٩٪ عام ١٩٩٣ ثم إلى أكثر من ٩٠٪ عام ١٩٩٥ كما ارتفعت نسبة التغطية بالتطعيمات بباقي أمراض الطفولة السنة إلى أكثر من ٩٠٪ عام ١٩٩٥ مقارنة بنسب تغطية تتراوح بين ٧٨ - ٨٨٪ عام ١٩٨٤.
- تم توفير الطعوم اللازمة لتطعيم ٦٠٠.٠٠٠ ر٦ طفل سنويا حيث تم توفير ٧٠ مليون جنيه لأول مرة من ميزانية وزارة الصحة لشراء الطعوم عام ١٩٩٥.

وكذلك توفير ٢٨ مليون محقن بلاستيك ذات الاستخدام الواحد لتلك التطعيمات.

• ونتيجة لهذه الجهود تم تحقيق الآتي: خفض الإصابة بمرض التبتانوس الوليدي إلى ٠.٦ لكل ألف مولود. وخفض معدل الإصابة بشلل الأطفال من ٧.٥ لكل ١٠٠ ألف طفل تحت سن ١٥ سنة عام ١٩٨٣ إلى ٠.٦ لكل مائة ألف عام ١٩٩٣ ثم إلى ٠.١ لكل مائة ألف طفل عام ١٩٩٥.

• استمر الانخفاض في معدل الإصابة بمرض الحصبة نتيجة لرفع نسبة التغطية بالتطعيمات إلى ٨٩.٨٪ حيث كانت معدلات الإصابة بالحصبة ١٦.٦ لكل ١٠٠ ألف من السكان عام ١٩٨٢ وانخفضت إلى ٢.٤ لكل ١٠٠ ألف من السكان عام ١٩٨٥، ثم إلى ٠.٣ لكل ١٠٠ ألف عام ١٩٩٤ لتصل إلى ٠.٩ لكل مائة ألف عام ١٩٩٥. كما انخفضت معدل الإصابة بمرض الدفتيريا من ٤ لكل مائة ألف حتى يولية ١٩٩٥ م^(١).

ومما لا شك فيه أن حماية أرواح الأمهات هدف إنساني وضرورة عملية في أن واحد لأن المرأة تمثل ركيزة أساسية في كل مجتمع بل في كل أمة وأيضا في كل أسرة. وفي مصر تؤدي مضاعفات الحمل والولادة إلى وفاة أكثر من ٢٥٠٠ أم كل سنة يتركز وراثهن ما يقرب من ٢٠٠٠٠ من الأطفال الأيتام ويمكن تجنب هذا العدد من الوفيات إذا توافرت للمرأة المعلومات الصحية عن كيفية الرعاية الصحية خلال فترة الحمل والمعلومات المرتبطة بكيفية تنظيم الأسرة^(٢).

(١) مبارك وصحة الأسرة المصرية، مرجع سابق، ص ٧٦، ٧٧.
(2) Facts for Life, Unicef and Egyptian Pediatric Association, Egypt, 1991, pp 13

فمن المؤشرات التي تدعو إلى القلق نسب الحوامل والأطفال الذين يخضعون للرعاية الصحية. فنسب الحوامل اللاتي يتلقين رعاية قبل الوضع لا يتجاوز ٥٠٪ منهن ١٤٪ فقط يتلقين رعاية دورية منتظمة بالإضافة إلى ذلك أن الأطفال أقل من عمر خمسة سنوات بنسبة من يتلقين رعاية صحية منهم من جهات مختلفة حكومية، عيادات خاصة وصيديات...إلخ. لا تزيد عن ٥٥٪ ويمكن إدراك مدى الانخفاض الفعلي لنسبة التغطية الصحية من انخفاض نسبة حالات الولادة التي تمت في حضور أطباء أو ممرضات والتي تبلغ الثلث، كما تصل نسبة النساء اللاتي يلدن في مؤسسات صحية إلى الخمس.

وتظهر المؤشرات التغطية كما هو متوقع أن هذه النسب أقل من ذلك بكثير في المناطق الريفية والوجه القبلي فضلا عن انخفاض تلك المناطق بالمقارنة بالمناطق الحضرية. كذلك يلاحظ أن هناك ارتباط طردي بين المستوى التعليمي للحوامل ودرجة استفادتهن من الخدمات الصحية.

وتستخدم معدلات وفيات الأمومة كمؤشرات للمستوى الصحي، هنا يلاحظ أن الإحصاءات المصرية الرسمية تعطي تقديرات منخفضة لمعدلات وفيات الأمومة فطبقا لهذه المصادر انخفضت معدلات وفيات الأمهات بالنسبة لكل مائة ألف حالة من المواليد الأحياء من ١٢٤ حالة عام ١٩٨٠ إلى ٥٨ حالة عام ١٩٩٠. ولكن مسحا ببيانها عام ١٩٩٢، ١٩٩٣ عن معدلات وفيات الأمومة أشار إلى أن هذه المعدلات كانت ١٨٤ حالة لكل مائة ألف حالة من الأحياء عام ١٩٩٢م^(١).

(١) مجلة الدراسات الإعلامية، تقرير التنمية في مصر عام ١٩٩٤، مرجع سابق، ص ٢٢٩، ٢٣٠.

ولا تزال البلهارسيا إحدى المخاطر الصحية الكبرى في نحو ٧٦ بلدا ناميا والبلدان والمناطق التي توجد فيها أعداد كبيرة من الحالات هي البرازيل وأفريقيا الوسطى والصين وكمبوديتشيا والفلبين ومصر ويقدران بنحو ٢٠٠ مليون شخص مصابون بالمرض و ٦٠٠ مليون آخرون معرضون لخطر الإصابة به، وقد ساهم إنشاء البحيرات الاصطناعية ويزك تربية الأسماك وشبكات الري في زيادة الإصابة بالمرض^(١)، وهي من أخطر الأمراض المتوطنة التي تصيب الشعر المصري ولاسيما أهل الريف وترتفع معدلات الإصابة بالمرض نتيجة التغيرات التي يحدثها الإنسان في البيئة، وفي مقدمتها تحويل ري الحياض إلى ري دائم في الوجه القبلي بما ترتب عليه زحف القواقع الخاصة بالبلهارسيا المعوية نحو الجنوب وتزايدت نسبة الإصابة بالبلهارسيا في الوجه القبلي بمعدل ٧٥٪ في حين أنها لم تكن قبل تحويل نظام الري تتجاوز نحو ١١٪. وتعد البلهارسيا المشكلة الصحية الأولى في المجتمع المصري لأنها تصيب من ٦٠ - ٦٥٪ من سكان الريف المصري ومن ثم تؤثر البلهارسيا على الاقتصاد القومي بمقدار يصل إلى ٦٨ مليون جنيه سنوياً^(٢).

فتعتبر الأمراض المنوطة أم المشاكل الصحية في مصر حيث تتوطن بعض الأمراض مثل البلهارسيا والملاريا وتؤدي الإصابة بهذه الأمراض إلى قصور في الكفاءة الجسمانية والذهنية مما ينعكس بالسلب على الإنتاج فيبعد ما كانت البلهارسيا تصيب ثلثي سكان مصر عام ٨٢ حيث سجل معدل انتشارها ٣٠٪

(1) J.M. Hunter (et al.) "Pcrasitic Diseases in Water Resources Development, W.H.O. Document (in Preparation) and "acca (et al.) "Outbreak of Interclinal Schistosomiasis in the Sonagal River Basin", Ann las Societe, Belge Medicine Tropicale, Vol.70, 1990, p.173

(٢) شريف حنطة، الصحة والتنمية (القاهرة: دار المعارف، ١٩٦٨) ص ٥٣ - ٥٤.

للبهارسيا البولية ٥٢٨,٦ للبهارسيا المعوية انخفض معدل الإصابة إلى ٥٪
للبولية، ٩٪ للمعوية عام ١٩٩٧.

ويوضح الجدول مدى انخفاض الإصابة بالبهارسيا منذ عام ١٩٣٥ حتى
١٩٩٧م.

السنة/البهارسيا	نسبة انتشار البهارسيا البولية	نسبة انتشار البهارسيا المعوية
١٣٩٥	٤٨٪	٣٢٪
١٩٨٣	٣٥٪	٣٨,٦٪
١٩٨٨	١١,٩٪	١٦,٤٪
١٩٩٣	٦,٦٪	١٤,٨٪
١٩٩٥	٥,٤٪	١٤,٥٪
١٩٩٦	٥٪	١١,٩٪
١٩٩٧	٥٪	٩,٣٪

إذا كانت البهارسيا أصبحت تحت السيطرة كما يوضح الجدول السابق فإن
الملاريا وهي المشكلة الصحية الأولى في قارتي آسيا وأفريقيا قد انتهت إلى غير
رجعة في مصر وأصبحت خالية تماما من الملاريا، حيث كان عدد المصابين بها عام
١٩٨٠. ٣٧٤ حالة انخفضت إلى ٧١ حالة عام ١٩٩٠، ولم تكتشف حالة واحدة في
العامين الماضي والحالي على مستوى جميع محافظات الجمهورية (١).

(١) عبد المحسن سلامة الطريق إلى الإصلاح الصحي. تحقيق مشور بحريدة الأهرام لتاريخ
١٩٩٨/١٠/٢٤، ص ١٣.

يؤدي سوء التغذية إلى وفاة أكثر من ستة ملايين شخص سنويا وتشير التقديرات الرسمية إل وجود ١٨٠ مليون طفل في العالم يعانون من سوء التغذية^(١).

فمن أخطر الأسباب انتشار وسببها في ضعف الصحة سوء التغذية فهو عامل رئيسي في ارتفاع معدلات الوفيات لدى الرضع والصغار في البلدان النامية. فوزن المولود عند الولادة هو العامل الوحيد الأكثر أهمية الذي يحدد فرصته المبكرة في البقاء والنمو الصحي والتطور. ولما كان الوزن عند الولادة تحده حالة الأم الصحية وحالتها فيما يتعلق بالتغذية فإن نسبة الأطفال المولودين ذوي أوزان منخفضة أقل من ٢٥٠٠ جرام تعكس بدقة الحالة الصحية والاجتماعية للأمهات والمجتمعات التي يولد فيها الأطفال^(٢).

وتبين مؤشرات مقاييس جسم الإنسان المستقاة من المسح المصري لصحة الأم والطفل أن المتوسط العام لنسبة الهزل بين الأطفال تتراوح أعمارهم بين ١٢، ١٣ شهرا يبلغ ٤٢٪ عام ١٩٩١ ويرتفع هذا المتوسط في المناطق الريفية ٤٨٪ عنه في المناطق الحضرية، ٣٢٪ وفي العمر ٢٤ - ٥٩ شهرا بلغت نسبة الأطفال ناقص الطول ٣١،٥٪ كما تبلغ نسبة ناقص الوزن بين الأطفال دون سن الخامسة ١٠،٤٪ وتبين هذه المؤشرات أن الطفل المصري في مرحلة العمر قبل سن المدرسة يعاني إلى حد ما من سوء التغذية^(٣).

(١) فائق أبو خضراء، اكتشاف هرمون يحمي ضحايا سوء التغذية، مقالة منشورة بجريدة أخبار اليوم بتاريخ ١٩٩٨/١٠/٢٤، ص ١٢، الملحق رقم ٢.
(٢) مصطفى كمال طلبة، إنقاذ كوكبنا، التحديات والآمال حالة البنية في العالم من ١٩٧٢ - ١٩٩٢ (بيروت مركز الدراسات الوحدة العربية، ١٩٩٢) ص ٢٢٨.
(٣) مجلة الدراسات الإعلامية، مرجع سابق، ص ٢٣٧.

"كبد الشعب المصري مريض" عبارة قالها أ.د. ياسين عبد الغفار في إحدى المؤتمرات العلمية في المملكة العربية السعودية، وهاجت الدنيا عليه وأثبتت الأبحاث صدق هذه العبارة، فمصر من أكثر دول العالم إصابة بأمراض الكبد على اختلاف نوع الفيروس، حيث أجمع الباحثون أن على انتشار العدوى بين الأطفال المصريين بفيروس (أ) يصل إلى حوالي ٩٠٪ لدى بلوغهم العام الثاني عشر بحيث انحدر حدوث الالتهاب الكبدي الحاد المتسبب عن ذلك الفيروس بين الكبار إلا أن الدراسات الحديثة تشير إلى احتمال ازدياد حدوث الإصابة به بين الكبار وعندئذ تكون أشد وأخطر وهو أمر متوقع مع ارتفاع المستوى الصحي العام بين السكان وتراجع انتشار العدوى بالفيروس (أ) بعد توافر لقاح جديد للفيروس، ولكن هذا اللقاح غالي الثمن والعدوى بهذا الفيروس لا تسبب للكبد مرضاً مزمناً.

هناك دراسات عديدة تشير إلى انخفاض نسبة انتشار الفيروس (ب) بين السكان في السنوات الأخيرة إلى حوالي ٢٥٪ بعد أن أجمعت الدراسات في السنوات السابقة على تراوحيهما بين ٥ - ١٠٪ ويتطلب ذلك الانخفاض مزيداً من الدراسة لمتابعة وتأكيده في ضوء أمرين:

١- لأن الانخفاض المتوقع حدوثه في نسبة انتشار العدوى بالفيروس (ب) نتيجة لتعميم تطعيم الأطفال في السنة الأولى لن يحدث تأثيره على شبه الانتشار العام بين السكان قبل عدة سنوات قادمة.

٢- احتمال ظهور وانتشار العدوى بطوائف الفيروس (ب) والتي يصعب الاستدلال على وجودها في الدم بالاختبار المستعمل حالياً *HBSAG* في المسوح الميدانية كما أن بعضها قد يؤثر على كفاءة الأمصال المتاحة حالياً.

ولكن من أهم الإنجازات الصحية في مصر في الأعوام الأخيرة حرص الدولة على التطعيم الوافي من عدوى الفيروس الكبدي الوبائي (ب) وتعميمه ضمن التطعيمات الإجبارية لأطفال لأن هذا الفيروس من أخطر الفيروسات التي تصيب الكبد ويهدد إلى الأطباء وسائر العاملين الصحيين والفئات المخالطة للمريض، وذلك نظرا لخطورة المضاعفات المزمنة لهذا الفيروس وتعدد وسائل العدوى منه والتي لا تقتصر على نقل الدم ومشتقاته والحقن فحسب بل تمتد إلى المخالطة الجنسية والمعيشية.

- مصر أكثر دول العالم إصابة بفيروس (ج). وتصل نسبة إيجابية الأجسام المضادة في بعض المناطق إلى ٤٢٪ وتنخفض إلى ٤٪ بمناطق أخرى، أما بالنسبة لمرض الكبد "التهاب المزمن، التليف، السرطان" فقد بلغت نسبة انتشار الأجسام المضادة للفيروس ج في هذه الأمراض من ٦٠ - ٧٥٪.
- الفيروس د هذا الفيروس لا يصيب إلا المرضى الحاملين للفيروس ب سواء في مصاحبته أو بعد العدوى به ويسبب ٧ - ١٤٪ من حالات التهاب الكبد الحاد ويوجد في حوالي ٣٠ - ٤٠٪ من حملة فيروس ب.
- الفيروس ه يسبب التهاب الكبد الحاد في الأطفال والكبار كحالات فردية لا تؤدي إلى مضاعفات مزمنة ولا يسبب الآن انتشارا وبائيا في مصر.
- ومن أكثر الأمراض التي تصيب الشعب المصري ضغط الدم حيث تشير الإحصائيات أن حوالي ٢٧٪ من الشعب المصري يعانون من مرض ضغط الدم، وهذا نتيجة للممارسات المعيشية الخاطئة بالإضافة إلى تصلب الشرايين^(١).

(١) تقرير المجالس القومية المتخصصة تقرير المجلس للخدمات والتنمية الاجتماعية الدورة السادسة عشر، ١٩٩٥ - ١٩٩٦، ص ص ٢٢٦ - ٢٢٩.

• ٢٥٪ من الشعب المصري يعانون متاعب الجهاز البولي بسبب مضاعفات البلهارسيا وتلوث الغذاء.

هذا ما أكدته المؤتمر العربي لجراحي المسالك البولية الذي عقد في القاهرة خلال شهر أكتوبر سنة ١٩٩٨، وأكد المؤتمر أن العقد الأخير من هذا القرن شهد تزايداً في نسبة الإصابة بأورام الجهاز البولي خاصة في الدول التي تعاني من البلهارسيا والتلوث وأكد الأطباء أن عدد المصابين بسرطان البروستاتا تزايد في العالم خلال السنوات العشر الأخيرة ثلاثة أضعاف الماضي حتى أصبح هذا المرض ثاني أنواع الأمراض القاتلة بعد سرطان الرئة وسادس الأسباب عند الرجال.

ويعتبر تضخم البروستاتا كما يقول الدكتور حاتم البيلي أستاذ المسالك البولية بطلب عين شمس ورئيس المؤتمر أحد التغيرات التي تحدث لـ ٥٠٪ من الرجال فوق سن الستين، وذلك نتيجة تغيرات فسيولوجية تصاحب الشيخوخة مثل تزايد انقباض الأنسجة العضلية للبروستاتا وعنق المثانة مع حدوث ضيق في قناة مجرى البول. وحذر الأطباء من أن ٢٥٪ من المصريين يعانون أمراض الجهاز البولي. كما حذر من انتشار هذه الأمراض بين الأطفال والتي يرجع ظهورها إلى التاريخ الوراثي للعائلة والتشوهات في الرحم^(١).

تعرضت مصر في بداية شهر مايو عام ١٩٩٢ لتفشي وبائي محدود للأمراض المشتركة^(٢) في محافظة أسوان وبعض محافظات الوجه البحري، وتم في ذلك

(١) هالة أبو زيد، يحيى يوسف، المؤتمر العربي لأمراض المسالك البولية، مقالة منشورة بحريّة الأهرام بتاريخ ١٣/١٠/١٩٩٨، ص ٢٩

(٢) الأمراض المشتركة مثل "حمى الوادي المتصدع، والبروسيليا ومرض الطيب، وهذه الأمراض تسبب الإنسان والحيوان وينتقل عدواها من الإنسان إلى الحيوان ومن الحيوان إلى الإنسان

الوقت فحص ١٥٤٦ عينة ومن حيث تبين إيجابية ١٢٨ عينة منها لمرض حمى الوادي المتصدع. وفي عام ١٩٩٤ تم عمل دراسة على الحيوانات والأدميين المرافقين لها والآتية من جنوب الوادي قبل عيد الأضحى لترصد أي إصابات جديدة وتم فحص ٢٧٠٥ عينات دم من المواطنين حيث تبين إيجابية ٢٢ مواطنا لهذا المرض. واستمرت جهود الترصد لهذه الأمراض حيث تم فحص ١٥٥٠ عينة دم عام ١٩٩٥ ولم تكشف أية حالات إيجابية.

تم اكتشاف أول حالة للأيدز في مصر عام ١٩٨٦ ومنذ ذلك الوقت بدأ نشاط البرنامج القومي لمكافحة هذا المرض فتم فحص ٢٦٧٣٢٨٧ ر١ عينة دم من عام ١٩٨٧ إلى عام ١٩٩٥ حيث تبين إيجابية ٦٨٨ عينة لمرض الأيدز منهم ٤١٤ مصريا ٢٧٤٠ أجنبياً^(١).

التلوث الكيميائي وتأثيره على الصحة :

يتعرض البشر لشتى المواد الكيميائية في منازلهم وأماكن عملهم. ويتوفر الآن قدر واسع من المعلومات العلمية عن الآثار قصيرة الأجل للتعرض لمستويات عالية من المواد الكيميائية الخطرة غير أنه لا يعرف سوى القليل مما يحدث للأفراد الذين يتعرضون إلى تركيزات منخفضة للغاية من هذه المواد الكيميائية بعد ٢٠ أو ٣٠ عاما. بيد أنه يمكن قياس الآثار المترتبة على هذا التعرض في السكان على أساس التغيرات الفسيولوجية والأمراض والوفيات، كما أن الطفرة الجينية "إنتاج سلالات وراثية جديدة معظمها مضرّة" يمكن أن تكون لها أسباب كيميائية وأن تكون دائمة.

(١) مبارك وصحة الأسرة المصرية، مرجع سابق، ص ٧٩.

ويعد السرطان والعيوب الخلقية من ضمن الأخطار الأخرى على الصحة التي قد تنتج من التعرض الطويل الأمد للمواد السامة. وتحدث العيوب الخلقية بنسبة ٢ - ٣٪ في جميع حالات الولادة. ومن هذه النسبة تعود ٢٥٪ إلى أسباب خفية على حين تنشأ ٥ - ١٠٪ من تأثير أربعة أنواع من الأسباب المعروفة. الإشعاع، الفيروسات، العقاقير وأخيرا المواد الكيميائية. وتنشأ النسبة المتبقية وتتراوح بين ٦٥، ٧٠٪ عن أسباب غير معروفة ولكنها قد تنأتى من تفاعل عدة عوامل بنية مع عوامل جينية.

ويتوقف تأثير التعرض للموث كيميائي على طول فترة التعرض وشدته ونوع المادة الكيميائية وهناك نوعان رئيسيان من التعرض:

الأولى: يشمل التعرض لمستويات عالية بشكل غير عادي للملوثات، مثل حالات الأخطار العرضي للمواد الكيميائية وحالات التعرض أثناء العمل أو حالات التلوث الشديد. ومن أمثلة حالات طلاق العرضي لايوسيانات المثيل في حادث بوبال^(١)، وكذلك حادث المفاعل النووي بالاتحاد السوفيتي - سابقا - تشيرنوبيل.

(١) هذا الحادث وقع في ليلة ٢ - ٣ ديسمبر ١٩٨٤ حيث حدث انبعاث مفاجئ لحوالي ٣٠ طنا من ايسوتوبات المثيل من مصنع مبيدات الآفات التابع لشركة *Union Carbide* في بوبال بالهند وكان الحادث نتيجة سوء ممارسات إدارة السلامة، وصعب نظم الإنذار المبكر وعدم استعداد المجتمع المحلي له وأدى الحادث إلى وفاة أكثر من ٢٨٠٠ شخص كانوا يعيشون بجوار المصنع وتسبب في أحداث أصرار بالجهاز التنفسي والعيون لأكثر من ٢٠٠٠ آخرين وفرض بوبال لا يقل عن ١٠٠.٠٠٠ شخص خلال الأسبوع الذي أعقب الحادث وتختلف التقديرات المادية اخلقا كبيرا بين ٣٥٠ مليون و ٣ مليارات دولار

الثاني: التعرض للملوثات في البيئة المحيطة بصفة عامة^(١)، وهذا منتشر في مصر بصفة عامة، وخاصة في الريف نتيجة تعرض الفلاح للمبيدات والأفات الزراعية. وكذلك في المدن من الازدحام السكاني والتعرض لعادم المصانع، وكذلك عادم السيارات.

وتكثر الأمراض المهنية في مصر، وذلك بالرغم من التقدم في الأمن الصناعي ومحاولة اتخاذ إجراءات وقائية دقيقة، ولكن عدم تعاون العمال وانعدام الوعي لديهم يزيد من نسبة الأمراض المهنية في الصناعات ولاسيما بين الأطفال الذين يعملون بالورش لأنهم يشكلون نسبة كبيرة من القوى العاملة في هذه الورش. وتقييم الآثار الصحية للتعرض للملوثات الكيميائية في البيئة العامة مهمة صعبة للغاية لأن الإنسان يكون معرض لأكثر من ملوث كيميائي في وقت واحد. وهناك بعض العوامل التي تؤثر على صحة الأم والطفل في مصر

أولاً: الوضع الاقتصادي:

أ - يمثل الإنفاق الحكومي على الصحة في مصر نسبة ضئيلة من الإنفاق الحكومي العام، وهي نسبة تتضاءل عاما بعد عام حيث انخفضت هذه النسبة من ٥٪ عام ١٩٦٥ إلى ٢٫١٪ عام ١٩٨٨ ثم انخفضت إلى ١٪ لسنة ١٩٩٥.

ب - يرتبط توفير المياه النقية والصرف الصحي السليم وإصحاح البيئة خاصة في المجتمعات القروية والصحراوية، وكذلك العشوائيات يرتبط ذلك بانخفاض نسبة الإصابة بالأمراض.

(١) مصطفى كمال طلبية، إنقاذ كوكبنا، مرجع سابق، ص ٢٣٥.

ج - تتأثر الحالة الغذائية للطفل والأم الحامل والرضع بمستوى دخل الأسرة، ولكن هناك بوجه عام سوء توزيع لهذا الدخل، حيث يحظى الأطفال والحوامل والمرضعات بنصيب أقل من هذا الدخل رغم أنها الأولى بالرعاية^(١).

ثانياً: الزيادة السكانية:

تعتبر الزيادة السكانية من أهم المشكلات التنموية فهي بالإضافة إلى آثارها الاقتصادية والاجتماعية تؤثر بوجه خاص على صحة الأم والطفل لقد أثبتت دراسة عن وفيات ما حول الولادة في المنوفية في الأعوام ١٩٨٣ - ١٩٨٥ أن أما تموت من كل ٨ أمهات بسبب مضاعفات الحمل والولادة، وأن الأمهات الأكثر تأثراً كن الفقيرات والأميات اللاتي يلدن في المنزل واللاتي يقمن بعيداً عن الخدمات الصحية كما اتضح من دراسة أخرى عن محافظة المنوفية في الفترة من ١٩٨١ - ١٩٨٣ أن معدل وفيات الأمهات اللاتي تقل أعمارهن عن ٢٠ عاماً بلغ ٥٢ في الألف واللاتي تزيد أعمارهن عن ٣٥ عاماً بلغ ٣ في الألف. في حين أن المعدل العام لوفيات الأمهات بلغ ١٩ في الألف^(٢).

ثالثاً: البيئة:

تؤدي البيئة النقية إلى صحة جيدة بالنسبة للأم والطفل والعكس صحيح، حيث يؤدي الازدحام وسوء التهوية إلى انتشار كثير من الأمراض، وكذلك تلعب

(١) المجالس القومية المتخصصة، تقرير المجلس القومي، الدورة الحادية عشر، سنة ١٩٩٠، ١٩٩١، ص ٣٥٦

(٢) تقرير الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ١٩٨٧، ص

البيئة دورا هاما أيضا في انتشار الأمراض الطفيلية، وخاصة البلهارسيا، وكذلك الطفيليات المعوية والملاريا.

ويلعب تلوث الهواء دورا هاما في أمراض الجهاز التنفسي ويعتبر أحد العوامل التي تؤثر في حدوث العديد من الأورام وأنواع من السرطان، كما أن التدخين من العوامل المؤثرة على صحة الأم والطفل. فتدخين الأم لا يؤثر على صحتها فقط، إنما أيضا على صحة جنينها، وكذلك التعرض السلبي لآثار التدخين يعرضها للخطر. وتلوث البيئة بالمبيدات الحشرية المستخدمة في المنازل كذلك المستعملة في الزراعة. وكذا المواد الحافظة التي تضاف إلى الأطعمة والمواد الكيميائية التي تستعمل في الصناعة تؤثر جميعها على الصحة بوجه عام وصحة الأم والطفل بوجه خاص^(١).

رابعة التوعية والإعلام:

يؤدي الإعلام دورا هاما في تشكيل سلوك الإنسان الصحي وقد كان لوسائل الإعلام الجماهيرية دورا كبيرا في التأثير على سلوك الأمهات على سبيل المثال تجاه معالجة الجفاف، وكذلك معرفة الأمهات وحواء عموما بوسائل تنظيم الأسرة، ولكن قد لا يكون تأثير وسائل الإعلام مماثل في العديد من المشاكل الصحية التي تصيب الأم والطفل والشعب المصري بصفة عامة. هذه هي من أهم العوامل التي تؤثر على صحة الأم والطفل والشعب المصري بصفة عامة.

تمر الخدمات الصحية في مصر في هذه الأيام بمتعطف هام لعدة عوامل منها الزيادة الكبيرة في عدد السكان مما يتطلب زيادة الإنفاق الصحي الحكومي وزيادة تطلعات المواطنين إلى خدمة علاجية عالية المستوى. ثم الارتقاء الكبير الذي حدث

(١) تقرير المحالس القومية المتخصصة، المرجع نفسه، ص ٢٦٣.

في تكلفة الخدمة الصحية وبخاصة الخدمة العلاجية كل هذا في ظل ظروف ضاغطة للتطوير الاقتصادي الذي يتطلب ترشيد الإنفاق الحكومي^(١).

ومع ذلك فالأرقام تقول أن هناك تطور هائل في الخدمات الصحية في مصر وستعرض لهذه الخدمات في السطور الآتية:

الأطباء البشريون:

يمثل الطبيب حجر الزاوية الذي تعتمد عليه كافة الخدمات الصحية. فبلغ عدد الأطباء البشريون بجمهورية مصر العربية طبقاً لما تم تسجيله ١٠٢٥٦٥ طبيباً في ١/١/١٩٩٥ بزيادة قدرها ٥٦١٣١ طبيباً في ١/١/١٩٨٢ أي بمتوسط زيادة سنوية قدرها ٤٣١٨ طبيباً.

بلغ معدل الأطباء البشريين ١٠ر٩ لكل ١٠ر٠٠٠ نسمة في ١/١/١٩٨٢ بينما ارتفع المعدل ليصل إلى ١٧ر٨ لكل ١٠ر٠٠٠ نسمة في ١/١/١٩٩٥. بلغ عدد الأطباء البشريون المقيدون بوزارة الصحة وهيئاتها ٦٠٩٠٨ طبيب بشري.

والجدول التالي يوضح توزيع الأطباء المقيدون بوزارة الصحة وهيئاتها في ١/١/١٩٩٥.

الجهة	العدد	النسبة
ديوان الوزارة	٢٢٢	٠ر٤
محايات	٥٢٦٢٩	٨٦ر٤
هيئات	٨٠٥٧	١٣ر٢
الجملة	٦٠٩٠٨	١٠٠

(١) د أحمد بدران، دور المجتمع في دعم الخدمات العلاجية، مقال، مجلة عالم الصحة، أكتوبر عام ١٩٩٥، ص ٢٩.

يبلغ العدد كما هو موضح بالجدول ٦٠٩٠٨ طبيب بشري منهم ٤٢٢٨٦ طبيب قائم بالعمل فعلا بنسبة ٧١٢٪ ومعظم غير القائمين معاون بالخارج وأجازات بنسبة ٢٨٨٪.

الموقف بالهيئات في ١ / ١ / ١٩٩٥:

يمثل الأطباء البشريون بالهيئة العامة للتأمين الصحي ٦٨٪ / ٥٦٣٥ طبيباً من إجمالي أطباء الهيئات يليهم أطباء هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية ويمثلون نسبة ٢١٪ / ثم المؤسسة العلاجية ٨٪ هذا بخلاف الأطباء المتعاقدين بالهيئات والذين يمثلون ٥٢٢٨٪ من إجمالي القائمين بالعمل فعلاً.

الموقف بمديريات الشؤون الصحية بالمحافظة في ١ / ١ / ١٩٩٥:

بلغ عدد الأطباء البشريون المقيدون بوزارة الصحة ٥٢٦٢٩ طبيباً في ١ / ١ / ١٩٩٥ منهم ٣٦٩٦٥ قائم بالعمل ٧٠٢٪ والباقي حاصلون على أجازات وإما منتدب خارج مديرية الشؤون الصحية.

وتصل جملة الأطباء الأخصائيين ومقيمي التخصص من بين الأطباء القائمين بالعمل فعلاً بالوزارة والذين يعملون في قطاع الطب العلاجي إلى ٢٣١٣٥ طبيباً بنسبة ٦٢٪ أما بالنسبة للأخصائيين الحاصلين على مؤهل التخصص فتصل إلى ٢١٤٪ أي حوالي النصف أخصائي والنصف الآخر يؤهل للحصول على درجة التخصص.

التوزيع حسب القطاع:

قطاع الطب العلاجي يعمل به ٢٠١٨١ طبيباً يمثلون ٥٤٪ من إجمالي الأطباء والقائمين بالعمل فعلاً. ويمثل قطاع الرعاية الصحية الأساسية في الريف

٥٩٢١ طبيب ويمثل قطاع المراكز الصحية الحضرية ٢٤٩٤، رعاية الطفل ٢٢٣٧ وصحة مدرسيه ١٠٦٠ بإجمالي ١٢٨٦٥ طبيبا يمثلون ٣٤٨٪ والباقي يوزع ما بين الخدمات الوقائية والمتوطنة والمعامل والمعاهد والمدارس بالإضافة إلى الوظائف الإشرافية^(١).

أما بقية القوى العاملة في المجال الصحي بوزارة الصحة سواء كانت قوى طبية مساعدة أو غير طبية فهي كالآتي ٦٩٢٠ طبيب أسنان، ٣٦٠٨ صيدلي و ١٠١٣ مشرفة تمريض، ٥٣٧ فنية تمريض، ٥٥٣٨٥ ممرضة، ٦٧٦١ مساعدة ممرضة، ٤٥٣ مولدة، وبذلك يبلغ إجمالي هيئة التمريض ٦٤١٤٩ و ٢٩٧٢ زائرة صحية، ٧٨٢٤ مراقب صحي، ٦١٨٧ فني معمل، ١١٨٣ فني أسنان، ٢٣٩٩ فني إحصاء، ٣٠٢٩ فني أشعة و ٢٤٤ فني صيانة أجهزة.

إذا كان هذا شأن القوى البشرية العاملة في القطاع الصحي بمصر فالأجدربنا التعرض إلى عدد أسرة المستشفيات بجمهورية مصر العربية في ١/٧/١٩٩٥م^(٢).

النسبة	أسرة		القطاع
٥٧ر٩	٦٦٢٨٤	١٢١	وزارة الصحة
٤ر١	٤٦٨٨	١٦	هيئة المستشفيات والمعاهد
٤ر٢	٤٨٥٦	٢٠	المؤسسات العلاجية
٥ر٢	٥٩٥٧	٢٨	التأمين الصحي
١٥ر٨	١٧٩٨٧	٣٣	المستشفيات الجامعية
٢ر١	٢٤١٤	٥١	هيئات أخرى
١٠ر٧	١٢٢٣٨	٦٠٣	القطاع الخاص
١٠٠	١١٤٤٢٤	١٩٢١	الجملة

(١) د سمير جرجس، الأرقام تكلم تطور الموارد الصحية، عالم الصحة، أكتوبر ١٩٩٥، ص ٢٦ - ٢٨.
 (٢) مبارك وصحة الأسرة المصرية، مرجع سابق، ص ١٠٣.

ويوضح الجدول السابق عدد الوحدات وأسرة المستشفيات بجمهورية مصر العربية حتى ١/١/١٩٩٥ ويتضح أن وزارة الصحة تمتلك القدر الأكبر من الأسرة بنسبة ٥٧,٩٪، ثم تأتي المستشفيات الجامعية في المرتبة الثانية من حيث عدد الأسرة بها بنسبة ١٥,٨٪ ثم القطاع الخاص بنسبة ١٠,٧٪ ثم هيئة التأمين الصحي بنسبة ٥,٢٪ ثم المؤسسات العلاجية بنسبة ٤,٢٪ ثم هيئة المستشفيات والمعاهد التعليمية بنسبة ٤,١٪، وتأتي الهيئات الأخرى بنسبة ٢,١٪.

ثم الترخيص المكاني للعديد من المنشآت الطبية الخاصة خلال الفترة من أكتوبر عام ٨١ حتى أكتوبر عام ١٩٩٥ وسيوضح الجدول التالي الزيادة في عدد المنشآت الطبية المسجلة والمرخصة حتى أكتوبر عام ١٩٩٥ (١).

النوع المنشأة/الفترة	من ٨١ - ١٩٨٣	حتى عام ١٩٨٧	حتى عام ١٩٩٣	حتى عام ١٩٩٥
مستشفى خاص	٤٠	٢١٧	٣٥٧	٨٢٤
عيادة خاصة	٢١٦	٣٦٤٥	٦٨٩٢	٢٨٧٠٥
عيادة مشتركة	٢	١٨١	٤١١	٢٢٨٤
مراكز علاج طبيعي	-	-	-	٧٩
عيادات أسنان	-	٦٣٥	٩٧٢	١٤٣٠
مراكز غسيل كلوي	-	-	-	٥٥

ثم زيادة أعداد المنشأة الخاصة والتي تم ترخيصها مكانيا خلال الفترة من أكتوبر عام ١٩٨١ حتى أكتوبر عام ١٩٩٥ وهي كما وضحتها الجدول السابق على النحو التالي:

(١) مبارك وصحة الأسرة المصرية، مرجع سابق، ص ١٢٣

- ارتفع عدد المستشفيات الخاصة من ٤٠ مستشفى عام ١٩٨١ إلى ٢١٧ مستشفى عام ٨٧، ثم إلى ٣٥٧ مستشفى عام ١٩٩٣ وزيادة النسبة إلى أكثر من الضعفين عام ١٩٩٥ ليصبح عدد المستشفيات الخاصة ٨٢٤ مستشفى خاص.
- وتم ارتفاع أعداد العيادات الخاصة المرخصة من ٢١٦ عيادة عام ٨١ إلى ٣٦٤٥ عام ٨٧، ثم إلى ٦٨٩٢ عيادة عام ١٩٩٣ ثم ارتفع عدد العيادات الخاصة ارتفاعا كبيرا عام ١٩٩٥ ليصبح ٢٨٧٠٥. أما العيادات المشتركة فكانت عيادتان عام ٨١، ثم أصبح عددها ١٨١ عيادة عام ٨٧، ٤١١ عيادة مشتركة عام ١٩٩٣ وأصبح عددها ٢٢٨٤ عام ١٩٩٥.
- لم يتم إنشاء مراكز خاصة للعلاج الطبيعي خلال الفترة السابقة حتى عام ١٩٩٣، وعدد المراكز التي تعمل في مجال العلاج الطبيعي ٧٩ مركز عام ١٩٩٥.
- عيادات الأسنان كان عددها ٦٣٥ عام ١٩٨٧، ثم ارتفع إلى ٩٧٢ عام ٩٣، وقفز عددها قفزة هائلة عام ١٩٩٥ لتصبح ١٤٣٠ عيادة أسنان.
- معامل الأسنان كان عددها ٣٥ معمل أسنان عام ١٩٨١ ثم أصبح ٦٨ معمل عام ٨٧، ٩٤ معمل عام ١٩٩٣ ليصبح عددها ٢٨٤ معمل أسنان عام ١٩٩٥.
- مراكز الغسيل الكلوي لم يكن لها أية وجود لدى القطاع الخاص حتى عام ١٩٩٣، وأصبح عددها ٥٥ مركز عام ١٩٩٥.
- ثلث سكان مصر تحت مظلة التأمين الصحي، فخلال عام ١٩٩٤ - عام ١٩٩٥ حدثت زيادة كبيرة في عدد المنتفعين بنظام التأمين الصحي.
- ففي قطاع القوى العاملة زاد عدد المنتفعين بمقدار ٧٣٠ ألف منتفع.

- وفي قطاع الطلاب زاد العدد بمقدار ١٨ مليون طالب، فجانبا هذا التوسع الواضح في أعداد المنتفعين فقد قامت الهيئة العامة للتأمين الصحي بفحص حوالي سبعة ملايين طالب فحصا شاملا بصفة دورية وتم تطعيم ١٢ مليون طالب ضد أمراض الطفولة.
- بل وتم تطعيم طلاب الصف الأول الابتدائي ضد الالتهاب الكبدي الفيروسي، وقد تم ذلك على ١٤ مليون طالب، أما الطلاب المعرضون للإصابة بالبلهارسيا والأمراض المتوطنة فقد قامت الهيئة بفحصهم معمليا وتم علاج المرضى منهم.
- بجانب ذلك قامت الهيئة بعمل زيادة واضحة في منافذ أداء الخدمات، فأصبح عدد الأسرة لمستشفيات التأمين الصحي ٦٠٠٠ ستة آلاف سرير، وتم إنشاء عيادات شاملة جديدة فوصل عددها إلى ١٤٠ عيادة، وفي نفس الوقت قامت الهيئة بالتعاون لتقديم خدماتها داخل العديد من المستشفيات التابعة لهيئات أخرى.

يتلخص حجم النشاط السنوي لخدمات التأمين الصحي على العاملين في

الجدول التالي:

البيانات	عام ١٩٨١	عام ١٩٩٣	عام ١٩٩٥
عرض ممارس عام	٥٥٥٩	١٢٣٥٣	١٣١٤٧
عرض أخصائي	٢٢٤٧	٩٥٤٠	١١٠٥٥
دخول المستشفى	٧٧	١٨٣	٢٠٠
المجموع	٧٨٨٣	٢٢٠٧٦	٢٤٤٠٢

ويتلخص بيان حجم النشاط لخدمات التأمين الصحي على الطلاب خلال فترة التطبيق من فبراير ١٩٩٣ حتى ٣٠/٦/١٩٩٥ في الجدول التالي (١):

المجموع	١٩٩٥/٩٤	١٩٩٤/٩٣	١٩٩٣/٩٢	البيان / العام
				أ - النشاط الوقائي:
٦٧.٣	٣٥٣٨	٣١٦٥	-	فحص شامل
١٦٨٨١.٠	٩.٩١	٧٧٩.٠	-	فحص بلهارسيا
١٤٣٥.٠	٧٨٤٧	٦٥٠.٣	-	تطعيمات
٣٧٩٣٤	٢.٤٧٦	١٧٤٥٨	-	مجمع الحالات
				ب - النشاط العلاجي:
٢٣٨٥٥	٩٢.١	١١١٨٨	٣٤٦٦	ممارس عام
٦٢٤٩	٢٣٣١	٣١٥١	٢٦٧	أخصائي
١٦.٠	٧٧	٦٧	١٦	مستشفى
٣.٢٦٤	١١٦.٩	١٤٤.٦	٤٢٤٩	المجموع

(١) مبارك وصحة الأسرة المصرية، مرجع سابق، ص ١٣٩ - ١٤١.