

الباب الثانى

٢ - ترسيمة مصر

الجغرافيا والاقتصاد والاجتماع والإدارة
والسكان والصحة العامة والبيئة

obeikandi.com

الباب الثاني

٢ — ترسيمة مصر

٢-٣ الفصل الثالث : ترسيمة مصر العامة (بروفيل مصر العام)

٢-٤ الفصل الرابع : الوضع السكاني والصحي

٣-٥ الفصل الخامس: الوضع الصحي: الطفولة ومرحلة الرضاعة

٣-٦ الفصل السادس: الوضع الصحي: الحوادث

٣-٧ الفصل السابع: الوضع الصحي: البيئة ونمط الحياة في مصر

obeikandi.com

٢ - الباب الثانى : ترسيمه مصر

٢-٣ الفصل الثالث : ترسيمه مصر العامة (بروفيل مصر العام)

٢-٣-١ جغرافيه مصر، وتركيبه نظام حكم الدوله والمجتمع، والأرضيه
"الديموجرافيه والاقتصاديه والاجتماعيه"

٢-٣-١-١ نبذه عن جغرافيه مصر

٢-٣-١-٢ نظام حكم المجتمع والدوله فى مصر

٢-٣-١-٣ الوضع الاقتصادى الاجتماعى:

رؤيه عامه للوضع الاقتصادى والاجتماعى

الموازنة الحكوميه والموقف المالى

أوضاع سوق العمل فى مصر "بنية السوق"

الفقر فى مصر

obeikandi.com

٢- الباب الثانى : ترسيمه مصر

٢-٣ الفصل الثالث: ترسيمه مصر العامه

٢-٣-١ جغرافيه مصر، تركيبه نظام حكم الدوله والمجتمع، والأرضيه
"الديموجرافيه والاقتصاديه والاجتماعيه":

٢-٣-١-١ نبذه عن جغرافيه مصر:

تشغل مصر الركن الشمالى الشرقى من القاره الإفريقيه، حيث يحدها شمالا
البحر الأبيض المتوسط (٩٥٥ كم طولاً)، وجنوبا جمهوريه السودان (١٢٨٠ كم
طولاً)، وشرقاً يحدها البحر الأحمر (١٩٤١ كم طولاً، ٢٦٥ كم طولاً كحدود
فلسطينيه - إسرائيليه)، أما غرباً فتحدها الجمهوريه اللبنيه (١١١٥ كم طولاً).
ومساحه مصر تزيد قليلاً عن مليون كيلو متر مربع (١٠٠٢٠٠٠ كم^٢ أى ٢٣٨
مليون فدان)، والمساحه المعموره من أرض مصر لا تكاد تصل إلى ٦% (حوالى
١٢,٨ مليون فدان)، أما مساحه المزروع فيبلغ ٨ مليون فدان، ويبلغ سكانها
المقيمون فى داخلها ٦١٩٩٤٠٠٠ نسمة فى يناير-١٩٩٦، أما المقيمون فى خارج
مصر فقد بلغوا فى يناير-١٩٩٨ حوالى ٢٨٠٦٠٠٠ نسمة، منهم هجرة دائمه
٨٢٤٠٠٠ نسمة، والباقي هجرة مؤقتة. ومتوسط الكثافه السكانيه فى المنطقه
المعموره ١٠٩٦ فرداً لكل كم^٢، بينما تبلغ الكثافه فى القاهره ١٢٧٨٠ فرداً لكل
كم^٢، وتقل فى بعض الأماكن فى أطراف المعمور إلى ٦١ فرداً لكل كم^٢. وتتجه
مصر الآن إلى الخروج من الوادى الخصب المحدود إلى أراضى الصحراء
بمشروعات متعدده وعملقة طويله المدى (مثل: توشكى، وشرق التفريعه، وشمال

وجنوب سيناء)، وكذلك تم انشاء ١٩ مدينة جديدة لجذب السكان بهدف زيادة مساحة المعمور، وتحريك السكان إلى المحيط الخارجى للوادي والدلتا.

وتقسم جمهورية مصر الى أربع مناطق عظمى: الأولى: هي الوادي والدلتا بشقيها الوجه القبلي والبحري، وطول نيلها (داخل مصر) ١٥٣٢ كم، ومساحتها ٤% من مساحة الجمهورية. والثانية: الصحراء الغربية ومساحتها ٦٨% من مساحة الجمهورية، حيث تنقسم الى: قسم شمالي به الهضبة والواحات، وقسم جنوبي به به عدد من الواحات والعوينات. والثالثة: الصحراء الشرقية ومساحتها ٢٨% من مساحة الجمهورية، التي تمتد حتى جبال البحر الأحمر. والرابعة: شبه جزيرة سيناء التي تبلغ مساحتها ٦,١% من مساحة الجمهورية، بأقسامها الثلاثة؛ الجنوبية، والوسطى، والشمالية.

وتنقسم جمهورية مصر العربية إلى ٢٦ منطقة، تسمى كل منها بالمحافظة، ويرأس كل منها محافظ، ويتوفر لديه نظام إدارى يسمى بالإدارة المحلية، وتمثيل شعبى فى مجلس محليّ علي مستوى الحي، وعلي مستوى المحافظة، ولا يرقى النظام الإدارى والتمثيل الشعبى إلى مستوى حكم محلي حقيقى. وهناك أربع محافظات حضرية لا يوجد بأى منها مناطق ريفية، هي: القاهرة، والإسكندرية، وبور سعيد، والسويس. بينما تنقسم المحافظات الأخرى (٢٢ محافظة) إلى ٩ محافظات فى مصر السفلى (الدلتا)، وثمانية محافظات فى مصر العليا (الصعيد) بوادي النيل، وخمس محافظات صحراوية على حدود الوادي والدلتا، شرقاً وغرباً، حتى حدود مصر الدولية.

وتنقسم كل محافظة إلى عدد من الأحياء، بكل حى منها مدينة مركزية أو أكثر تسمى المركز، أو البندر، ومناطق محيطة بالمدينة ذات طابع ريفى، وعادة لا تقل المدينة المركزية (البندر) عن خمسين ألفاً من السكان، ولتلك المدينة دور إدارى خدمي وتجارى، بخلاف الدور الإنتاجى. أما المناطق المحيطة بالبندر ذات الطابع الريفى (زمام المركز) فهي عدد من القرى، بكل قرية سكان من ٥ آلاف إلى أكثر من ١٥ ألف، كما يوجد بها عدد من الوحدات الخدمية ذات الطابع التعليمى والصحي والإدارى، وقد يحيط بالقرية الرئيسية عدد من وحدات أقل فى العدد

السكاني تسمى الكفور أو النجوع، ولا يوجد بأى منها أى منظمات للخدمة العامة، حيث تعتمد على القرية المركزية فى خدماتها. أما المحافظات الحضرية فتتقسم إلى عدد من المناطق، وبكل منطقة عدد من الأحياء، وبكل حى عدد من الأقسام (معادل للمراكز)، وبكل قسم أو مركز عدد من الشياخات، ويندرج تحت هذا النمط من التقسيم عواصم معظم المحافظات فى مصر.

٢-٣-١-٢ نظام حكم المجتمع والدولة فى مصر:

أصبحت مصر جمهورية عقب ثورة ١٩٥٢ (كانت ملكية قبل الثورة)، وانتهى نظامها السياسى ليصبح حالياً نظاماً رئاسياً برلمانياً، وسيطاً بين النظام البرلمانى الإنكليزى، والنظام الرئاسى الأمريكى، والرئيس المصرى فى هذا النظام هو رأس الدولة، وقمة السلطة التنفيذية: الأمانة، والعسكرية، والمدنية، ويساعده فى مهامه عدد من مستشارى وأمناء الرئاسة فى تخصصات مختلفة.

أما الحكومة فيرأسها رئيس للحوكمة، وكوكبة من الوزراء متعددون التخصصات. ويُنتخب البرلمان كل خمس سنوات، ويُفترض أنه مسئول عن التشريع، ومتابعة التنفيذ والأداء الحكومى. وقد استحدث فى عام ١٩٧٩ مجلس نيابى آخر يسمى مجلس الشورى (مماثل لمجلس الشيوخ قبل ثورة ١٩٥٢)، وهو مجلس يتكون أساساً من تمثيل لمجموعة من الخبراء والعارفين بمجالات الحياة المصرية، ويتمتع هذا المجلس بحق المناقشة والتوصية، غير أنه لا يصدر أى تشريعات، وإن كان من الضروري عرض مشروعات القوانين عليه قبل عرضها على مجلس الشعب كي تصبح موافقة الأخير دستورية.

أما فى المستوى المحلى (المحافظة) فيعين لكل إقليم محافظ، بقرار من رئيس الجمهورية، ويساعده فى الأعمال مجلس محافظة ذو طبيعة تنفيذية، أما مجلسى الحى والمحافظة فيتم انتخابهما من سكان الحى، وتجتمع تلك المجالس وما دونها، من مجالس مدن وقرى، بحضور المحافظ وممثلى الوزارات التى لها أعمال ذات طبيعة خدمية فى كل إقليم، فى مستوى اجتماع مجلس المحافظة المنتخب. أما

اجتماعات مجالس الأحياء ومجالس المدن والقرى فتتم بتواجد المستويات التنفيذية المقابلة.

ومنذ عام ١٩٧٦، تم إنشاء نظام سياسي متعدد الأحزاب، وتزايد عدد المنظمات الأهلية ومجموعات المصالح، كما تزايدت قدرات التعبير في الصحافة.

٢-٣-١-٣ الوضع الاقتصادي الاجتماعي:

رؤية عامة للوضع الاقتصادي والاجتماعي:

يتم النظر إلى مصر باعتبارها دولة تقع في مرتبة دنيا من الأقطار متوسطة الدخل، حيث يصل نصيب الفرد فيها إلى ٩٧٠ دولار أمريكي في ١٩٩٥ يـتزايد سنويا وصولا إلى ١٤٢٠ دولار في عام ١٩٩٨.

التوجهات السياسية والاجتماعية والاقتصادية الرئيسية في مصر (خلال المدة من الخمسينات حتى أواخر التسعينات):

المرحلة الأولى: مرحلة التخطيط الحكومي المركزي - وهي المرحلة ذات الطابع الناصري (من الخمسينيات حتى ما بعد أكتوبر ١٩٧٣) Governmental Central Planning وتتميز تلك الفترة بموجة من:

- التأميمات (١٩٦١) للبنوك وقطاع الصناعة والتأمينات.
- ظهور الدستور المصري في ١٩٦١ الذي ينص على أن الاشتراكية هي أساس التوجه والنمو الاقتصادي.
- تتابع ظهور قوانين الإصلاح الزراعي، وقوانين الإجراءات الزراعية، وقوانين الإجراءات العقارية.
- تشريعات ضريبية للحد من الملكية الخاصة ذات النزوع الاستغلالي.
- التأكيد على:

○ تحريك وتوظيف وتعظيم الموارد المحلية المتاحة في اتجاه الادخار والاستثمار.

- تأكيد مفهوم النمو الاقتصادي والتنمية المستقبلية الممولة ذاتياً (نموذج حكومي ذو طابع إشترافي)

وقد انعكس ذلك التوجه على سياسة الرعاية الصحية في تلك الفترة كالآتي:

- في إطار سياسة التحكم في الأسعار كجزء من متلازمة إعادة توزيع الدخل، تحقق تحكم حكومي في أسعار الأدوية والمستلزمات الطبية، وظلت تلك الأسعار تحت التحكم طوال الفترة الناصرية وحتى لما بعدها لفترة ليست بالقصيرة.
- ازدهرت سياسة مجتمعية لتحقيق قدرأ من الرفاهية المجتمعية، في مجالات أربع وهي:

١. الصحة

٢. التعليم

٣. التأمينات الاجتماعية

٤. التوظيف

وذلك بهدف تحقيق عدالة التوزيع ورفع المستوى الصحي والتعليمي والاجتماعي.

المرحلة الثانية: مرحلة سياسة الباب المفتوح — وهي المرحلة ذات الطابع الساداتي (من ١٩٧٤-١٩٨٤) Open Door Policy وتتميز تلك الفترة بتغيرات عميقة في السياسة الخارجية والداخلية:

أ) مناخ السياسة الخارجية:

١. تزايدت العلاقات الدبلوماسية والاقتصادية مع الغرب خاصة مع الولايات المتحدة، وضعفت الروابط القوية السابقة مع الاتحاد السوفيتي.
٢. السلام مع إسرائيل من خلال اتفاقيات السلام (كامب دافيد ١٩٧٩ وما تلاها) واستعادة مصر لأرض سيناء المحتلة منذ حرب ١٩٦٧، وقد كلف ذلك السلام مصر أن تقطع علاقاتها الدبلوماسية مع الأقطار العربية،

وتعانى عزلة سياسية، ومقاطعة عربية، ولكن المعونات الأجنبية خاصة المقدمة من الولايات المتحدة لعبت دوراً أساسياً لتعويض مصر عن تلك العزلة السياسية والمقاطعة الاقتصادية.

ب (مناخ السياسات الداخلية:

حددت ورقة أكتوبر ١٩٧٤ التى أصدرها السادات أهداف "سياسة الباب المفتوح" كالآتي:

- تشجيع الاستثمار الخاص، الأجنبي، والعربى.
- تأكيد دور التجارة الخارجية فى الاقتصاد الوطنى.
- الحد من الدور المتسيد للدولة والقطاع العام الذى ظل طوال المرحلة الناصرية.

ولكن بالرغم من ذلك التوجه، فقد ظلت الحكومة فى نطاق الصحة محافظة على قدر كبير من التوجهات الاجتماعية المشار إليها سابقاً، خاصة فى مجال الرعاية الصحية، وظلت الحكومة تقدم الخدمات الصحية المجانية لعموم المواطنين، بالرغم من التدنى الواضح فى جودة الخدمة الصحية، والتعديلات التى ظهرت خلال تلك السنوات فى الموازنات الصحية.

المرحلة الثالثة: مرحلة "التحرير والإصلاح" — مرحلة مبارك (من ١٩٨٥ حتى أوائل القرن الحادى والعشرين) Liberization & ReForm وتتميز تلك الفترة بالآتي:

فى مجال السياسة الخارجية:

- إستعادت مصر مركزها العربى بينما ظلت محتفظة بروابطها بالولايات المتحدة، بل وتحسنت العلاقات العربية الأمريكية.
- وتعززت روابط مصر مع الدول الأفريقية والشرق الأقصى والصين، وعادت علاقات مصر مع الاتحاد السوفيتى إلى وضع علاقة طبيعية متوازنة دون روابط خاصة.

دور البنك الدولي وصندوق النقد الدولي:

مارسا ضغوطا قوية على الحكومة المصرية للدفع في اتجاه التثبيت الاقتصادي والتعديل (الإصلاح) الهيكلي، وتزايد دورهما في إعادة توجيه توزيع الموارد المصرية على الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية، حتى أن بعض الباحثين يناقشون أن كل ما تم من تغييرات في السياسات الاقتصادية في مصر، منذ عام ١٩٨٥، كانت مدفوعة بتوجيهات البنك الدولي، وصندوق النقد الدولي، ومنظمات (المعونة الأجنبية عن طريق المؤسسات الدولية، والدول المانحة).

وفي المجال الداخلي:

١- تميزت تلك الفترة بالتوجه نحو تحرير إدارة الاقتصاد، وتآكل الدور المركزي للدولة.

٢- وفي إطار خدمة التثبيت الاقتصادي والتكيف الهيكلي حدث الآتي:

- انخفضت قيمة الجنيه المصري الرسمية لتقترب من قيمته السوقية.
- تآكل معظم أنظمة الدعم السلمي والخدمي.
- تحرير القطاع الزراعي من التدخلات الحكومية.
- تحرير التجارة.
- تشجيع الاستثمار الأجنبي.
- الإصلاح والخصخصة وإنهاء الدور السياسي للقطاع العام.

الموقف الحالي:

المسار متقطع وبطيء، فقد أثرت حرب الخليج على تحويلات المصريين للعملة من الدول العربية، وعلى العمالة ذاتها في دول الخليج، وكذلك أثرت الحوادث الإرهابية على موارد السياحة لأعوام عدة، وأثبتت سنوات التسعينيات أن مثل تلك الموارد حساسة وسريعة التأثير بأى خلل في الاستقرار السياسي.

التوجه العام عند المواطنين، مستهلكي الخدمات الصحية، مازال يصر على إستمرارية دور الدولة ومنظماتها، لتحقيق الحماية الاجتماعية للفقراء والفئات الحساسة. بالرغم مما حققه الإصلاح الاقتصادي من خطوات فى مساره، وبالرغم مما حققته الخصخصة فى القطاعات المختلفة من عائد مادي لملاكها ومقدمى تلك الخدمات الاقتصادية، فإن القطاع الخاص الصحى لم يحقق تقدماً فى نموه السنوي، وظل يلعب دوراً طفيفاً بالاستفادة من الحالات المحولة إليه من التأمين الصحى الحكومى GHIO ومن العلاج على نفقة الدولة (CCHF). وحتى الآن لا يجروء السياسيون، من أنصار الخصخصة، على إطلاق صيحة الخصخصة (بمعنى نقل محل الملكية) فى مجال الصحة.

المؤشرات الاقتصادية :

باستعراض الجدول رقم "١" التالي عن المدة من ١٩٩٣ / ١٩٩٤ الى ٢٠٠٠ / ١٩٩٩ يتضح لنا الاتي :

أمكن لمصر أن تحول معدلات النمو المتدنية أثناء فترة ١٩٨٦-١٩٩٢ إلى معدل نمو حقيقي متزايد اعتباراً من ١٩٩٣ / ١٩٩٤ الى ٢٠٠٠ / ١٩٩٩، وكذلك تزايد معدل النمو الحقيقي لدخل الفرد حيث ظل يتزايد سنوياً بدءاً من أقل من ٢ % حتى وصل الي ٤ % فى نهاية عام ٢٠٠٠. أما المتوسط السنوي للتضخم، فقد تدنى من القمة التى كان عليها وهى ٢١ % فى عام ١٩٩٢ إلى أقل من ٤ % فى عام ١٩٩٩. أما عجز الموازنة المالية فقد تدنى كنسبة من الناتج المحلي الاجمالي من نسبة ١٨ % الى أن أصبحت نسبة تتراوح ما بين ١ % الى ٤ % فى الفترة المشار إليها فى الجدول رقم "١". ولا شك أن هناك عدم توازن ما بين: معدل إدخار يتدنى، ومعدل استثمار يتصاعد، بالإستناد إلى تمويل مشكوك فيه من القروض، أو انتظاراً لإستثمارات يتعذر ورودها. أما معدل البطالة فتشير الأرقام الحكومية الي أنها تقل عما كانت عليه بحوالى ٢ %، وان كانت نقطة البداية مختلف عليها، فهناك أرقام جدول "٦" تشير الي أنها كانت فى عام ١٩٩٥ أكثر من ١١ %، بينما تشير أرقام أخرى إلى أنها كانت أكثر قليلاً من ٩ % فقط.

جدول (١) المؤشرات الاقتصادية والمالية من ١٩٩٤ إلى ٢٠٠٠

الاقتصاد العيني	/ ٩٣ ١٩٩٤	/ ٩٤ ١٩٩٥	/ ٩٥ ١٩٩٦	/ ٩٦ ١٩٩٧	/ ٩٧ ١٩٩٨	/ ٩٨ ١٩٩٩	/ ٩٩ ٢٠٠٠
الناتج المحلي الإجمالي بأسعار السوق بالمليار جنيه (أسعار جارية)	١٧٥	٢٠٤	٢٢٩	٢٥٦	٢٨٠	٣٠٢	٣٣٩
الناتج المحلي الإجمالي بأسعار السوق بالمليار جنيه (أسعار ثابتة)*	١٤٩	١٥٦	١٦٤	١٧٣	٢٧١	٢٨٧	٣٠٥
معدل النمو الحقيقي للناتج المحلي (%)	٣,٩	٤,٧	٥,٠	٥,٣	٥,٧	٦,١	٦,٥
معدل النمو الحقيقي لدخل الفرد (%)	١,٩	٢,٥	٢,٩	٣,٤	٣,٧	٣,٧	٤,٢
نسبة مساهمة القطاع الخاص فى الناتج المحلي (%)	٦٣,٣	٦٤,٣	٦٥,٥	٦٨,٨	٧٠,٧	٧٤,٩	٧٣,١
معدل البطالة (%)	٩,٨	٩,٦	٩,٢	٨,٨	٨,٣	٧,٩	٧,٤
المتوسط السنوي للتضخم (%)	٩,١	٩,٤	٧,٣	٦,٢	٣,٨	٣,٨	٢,٨
التضخم السنوي في نهاية السنة المالية (%)	٦,٤	٩,٩	٨,٣	٤,٨	٤,١	٢,٩	٢,٥
الادخار والاستثمار	كنسبة من الناتج المحلي - مالم يذكر غير ذلك						
إجمالي الادخار المحلي (مليار جنيه مصري)	٢٦,٥	٣٠,٦	٢٩,١	٣٧,٠	٤٤,٠	٤٧,٠	٥٥,٧
إجمالي الاستثمارات المحلية (مليار جنيه مصري)	٢٩,٠	٣٣,١	٣٦,٨	٤٥,٢	٥٤,٦	٦٠,٠	٦٧,٠
إجمالي الادخار المحلي (%)	١٥,١	١٥,٠	١٢,٧	١٤,٥	١٥,٧	١٥,٦	١٦,٤
إجمالي الاستثمارات المحلية (%)	١٦,٦	١٦,٢	١٦,١	١٧,٧	١٩,٥	١٩,٩	١٩,٨

المصادر: وزارة التخطيط والجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء وحسابات وزارة الاقتصاد والتجارة الخارجية.

* تم استخدام ٩٦/٩٧ كفترة أساس من عام ٩٧/٩٨ فى حين تم استخدام ٩١/٩٢ كفترة أساس لحساب القيم الحقيقية للسنوات ما قبل ٩٧/٩٨.

١/ يستثنى منها قطاعى السياحة والبتروال للوصول إلى معدل التضخم الحقيقي.

متوسط الدخل والإنفاق العائلي للفرد :

ويوضح الجدول التالي "جدول ٢" متوسط توزيع الدخل في كل من الحضر والريف علي الشرائح السكانية والتي تمثل كل منها ٢٠% من السكان، وتوزيع قاطني الريف والحضر داخل كل شريحة، والسمة العامة هي تدني ذلك الدخل طبقاً لما يشير به متوسط دخل الفرد المشار اليه سابقاً، كما يشير ذلك الجدول الي أن ٤٠% من السكان يحصلون على حصة الأسد من الدخل المتدني، بينما ٦٠% من السكان لايزيد دخلهم كثيراً عن دولار واحد يومياً للفرد. وقد تم تجميع تلك البيانات استناداً إلى دراسات هيئة المعونة الأمريكية، ومسوح الانتفاع وتقييم الرعاية الصحية في القطاع العائلي بمصر الذي تم قبل منتصف التسعينيات وصدر في ١٩٩٥ - EHHUES .

"جدول ٢" متوسط دخل الفرد بالشرائح السكانية الخمس في مصر والنسبة (%)

لكل شريحة بالحضر والريف

شرائح الدخل بالجنيه	متوسط دخل الفرد بالشريحة	نسبة قاطني الريف (%) في الشريحة	نسبة قاطني الحضر (%) في الشريحة
الشريحة الاولى Q1 اقل من ٥٦٠ جنيه	٣٦٢	٧٤,٧٨	٢٥,١٣
الشريحة الثانية Q2 من ٥٦٠ الى ٨٤٠ جنيه	٦٢٩	٦٨,٥٧	٣١,٤٣
الشريحة الثالثة Q3 من ٨٤١ الى ١١١٣ جنيه	٩٠٦	٥٩,٠٨	٤٠,٩٢
الشريحة الرابعة Q4 من ١١١٤ الى ١٧٠٤ جنيه	١٣٠٨	٤٤,٩١	٥٥,٠٩
الشريحة الخامسة Q5 اكثر من ١٧٠٤ جنيه	٣٤٥٦	٣٣,٨٨	٦٦,١٢

EHHUES ١٩٩٥

كما يشير جدول الانفاق العائلي "جدول ٣" (من نفس المصدر) إلي أن إنفاق الأسرة أقل من ستة آلاف جنيه سنوياً (بواقع ١٢٠٠ جنيه سنوياً للفرد، أي ١٠٠ جنيه شهرياً) يصل إلى ٥٦% من السكان، بينما الأسر التي يزيد إنفاقها عن ١٢ ألف جنيه سنوياً تصل نسبتها إلي ثمن السكان فقط.

"جدول ٣" الإنفاق العائلي السنوي بالجنيه في مصر (مقسما الى شرائح إنفاق) عام ١٩٩٥

مدى الاتفاق للأسرة	النسبة للشريحة الإنفاقية (%)
أقل من ٣٠٠٠ جنيه	١٩,٢٢
من ٣٠٠٠ الى ٥٩٩٩ جنيه	٣٧,٠١
من ٦٠٠٠ الى ٨٩٩٩ جنيه	٢١,٣٨
من ٩٠٠٠ الى ١١٩٩٩ جنيه	٩,٤٥
من ١٢٠٠٠ الى ١٣٩٩٩ جنيه	٤,٨٧
من ١٥٠٠٠ إلى ١٧٩٩٩ جنيه	٢,٤٧
من ١٨٠٠٠ فأكثر	٥,٣٥

١٩٩٥ EHHUES

وتظل البطالة مشكلة حقيقية في مصر بحكم حجمها في عام ٩٥ (١١,٣%)، وبحكم ما يقدر إضافته سنويا من الشباب الذين يطلبون العمل وهو حوالى ٥٦٠,٠٠٠ يدخلون سوق العمل سنويا، وما يطلبونه من وظائف للالتحاق بالأعمال.

وكما أوضحنا سابقا فإن الفقر ما زال مرتفعا في مصر، ليس فقط باعتبار الدخل والإنفاق فقط، وإنما أيضا باعتبار تدنى المؤشرات الاجتماعية مثل التعليم والصحة، كما أن التفاوتات في الدخل والمؤشرات الصحية تختلف باختلاف المناطق حتى تصل في الحضر إلى ضعف ما هي عليه في الريف (خاصة ريف الوجه القبلي) - أنظر الجدول رقم ١٨ في الفصل التالي.

ويتصور بعض الباحثين الأجانب (من هيئة المعونة الأمريكية - دراست إدارة المعلومات اللازمة لاتخاذ القرارات الخاصة بالصحة في مصر DDM والتي أصدرت عددا كبيرا من الدراسات والمسوح في مجالات الصحة) أن هناك سيناريوهين في النمو الاقتصادي المنتظر، الأول وهو السيناريو الإيجابي؛ ويفترض أن الإصلاح يظل محدودا، وأن الدين الخارجى يظل فى حدوده الحالية، ونتيجة لذلك يتوقع أن ينمو الناتج المحلى الإجمالى بواقع ٢,٥% سنويا، ويتوقع أن تتزايد البطالة إلى ١٧% حتى عام ٢٠٠٥ حيث يتزايد نمو قوة العمل بينما يظل الإستثمار الخاص محدودا، بما يترتب عليه من تزايد الفقر. أما السيناريو الثانى

وهو سيناريو النمو المرتفع، فيفترض تسارع النمو على أرضية بيئية اقتصادية سليمة، مستندة إلى إصلاحات هيكلية فاعلة في أسواق العمل والتجارة والخصخصة، مع ترشيد للإنفاق الحكومي، ليزيد الإدخار الحكومي والعام، والذي يزيد من المدخرات المحلية. ولكن يظل الإحتياج إلى الاقتراض الخارجى والاستثمار الأجنبى المباشر قائماً، ليمول الفجوة بين الادخار المتحقق والاستثمار المرجو. ونتيجة لذلك فإنه يتوقع في ذلك السيناريو أن ينمو الناتج المحلى الإجمالى بمعدل ٧% سنوياً، وتتناقص البطالة إلى ٦% فى عام ٢٠٠٥، وأن يـتزايد عائد التصدير للسلع غير البترولية بمعدل ١٥% سنوياً، ويؤدى ذلك إلى إرتفاع نسبة الاستثمار إلى الناتج المحلى الإجمالى إلى ٢٥% أو ٢٧% (بالمقارنة بنموها فقط إلى ١٧% أو ١٨% فى السيناريو الاتجاهي).

وللمقارنة بين السيناريوهين يحدد هؤلاء الباحثون الآتي :

- تتناقص البطالة إلى ٦% فقط فى عام ٢٠٠٥ فى سيناريو النمو الأعلى، بالمقارنة بزيادة البطالة إلى ١٧% فى عام ٢٠٠٥ فى سيناريو النمو الاتجاهي.
- تزايد نصيب الفرد من الدخل وصولاً إلى ٢٠٣٠ دولار فى عام ٢٠٠٥ فى سيناريو النمو الأعلى، بدلاً عن الوصول إلى ١٧٢٠ دولار فقط فى عام ٢٠٠٥ فى سيناريو النمو الاتجاهي.
- زيادة قدرة الاقتصاد المصرى على مواجهة الصدمات الخارجية أو الداخلية الناتجة من مصادر الدخل المتولدة من السياحة وقناة السويس والبتروال والعمالة بالخارج، فى حالة اتباع سيناريو النمو الأعلى.
- ارتفاع التكامل فى الميزان التجارى الخارجى (صادرات + واردات) إلى ٣٧% من الناتج المحلى الإجمالى في السيناريو الخاص بالنمو الأعلى، بدلاً عن الوصول إلى ٢٥% من سيناريو النمو القاعدي.

الموازنة الحكومية والموقف المالي:

يتضح من الجدول التالي رقم "٤" موقف إيرادات وإنفاقات الموازنة الحكومية، حيث نوجزه كالآتي:

الموارد: تمويل الحكومة أنشطتها من موارد ضريبية، وأخرى غير ضريبية، وكذلك من إيرادات تحويلية ومن إيرادات الهيئات والإدارة المحلية، ويبلغ إجمالي تلك الموارد نسبة ٢٥% من الناتج المحلي الإجمالي، حيث كانت ٣٠% عام ١٩٩٣/١٩٩٢ واستمرت في التناقص كنسبة مئوية حتى وصلت إلى ٢٣,٥% في عام ٢٠٠٠/١٩٩٩. وتصل نسبة الموارد الضريبية في عام ١٩٩٧ إلى ٦٣% من جملة موارد الحكومة، أما باقي الموارد فتأتي من موارد غير ضريبية مثل تحويلات من إيرادات قناة السويس والبتروول والبنك المركزي.

الإنفاق: وتتفق الحكومة على أنشطتها كإنفاقات جارية واستثمارية، وسداد الفوائد السنوية لقروضها بما يعادل نسبة ٢٨% من الناتج المحلي الإجمالي، حيث كانت تلك النسبة ٣٢,٢% في عام ١٩٩٣/١٩٩٢ وظلت تلك النسبة تتناقص حتى وصلت إلى ٢٧,١% في عام ٢٠٠٠/١٩٩٩.

العجز الإجمالي: وتزايد العجز في الموازنة العامة للدولة، بعد أن كان قد تناقص في أواخر الثمانينيات وأوائل التسعينيات، حيث ظل العجز التمويلي السنوي يتزايد من ٢,١% من الناتج المحلي الإجمالي عام ١٩٩٣/١٩٩٢ حتى وصل إلى ٣,٦% عام ٢٠٠٠/١٩٩٩، وذلك بسبب تناقص نسبة الإيرادات بدرجة تفوق الجهد المبذول لإنقااص نسبة المصروفات.

جدول رقم "٤" الموازنة العامة للدولة ومؤشراتها الأساسية (%)

عن المدة من ١٩٩٤ إلى ٢٠٠٠

مؤشرات الموازنة المختارة	١٩٩٣-١٩٩٤	٩٥-٩٤	٩٦-٩٥	٩٧-٩٦	٩٨-٩٧	٩٩-٩٨	٢٠٠٠-٩٩
إجمالي الإيراد بالمليون جنيه	٥٢٥٦٧	٥٥٧١٩	٦٠٨٩٣	٦٤٤٩٨	٦٧٩٦٣	٧٣٢٧٩	٧٩٤١٦
إجمالي الإيراد (%) من ن.م. إ	٣٠,٠	٢٧,٣	٢٦,٥	٢٥,٢	٢٤,٤	٢٤,٣	٢٣,٥
منها: إيرادات ضريبية (%)	١٧,٩	١٦,٨	١٦,٧	١٥,٨	١٥,٨	١٥,٩	١٥,٤
منها: إيرادات تحويلية (%)	٥,٢	٥,٢	٤,٩	٤,٥	٣,٩	٣,١	٣,٠
منها: إيرادات غير ضريبية (%)	٣,٤	٢,٥	٢,٢	٢,٠	١,٩	١,٧	١,٤
منها: إيرادات محليات وهيئات	٣,٥	٢,٩	٢,٨	٢,٩	٢,٨	٣,٥	٣,٧
إجمالي الإنفاق بالمليون جنيه	٥٦٢٦٤	٥٨٢٥٦	٦٣٨٨٩	٦٦٨٢٦	٧٠٧٨٣	٨٦٠٠٩	٩١٦٨٩
إجمالي الإنفاق (%) من ن.م. إ	٣٢,٢	٢٨,٦	٢٧,٩	٢٦,١	٢٥,٤	٢٨,٥	٢٧,١
منها نفقات جارية (%)	٢٦,٢	٢٣,٠	٢٢,٣	٢٠,٧	١٩,٧	٢٠,٠	١٩,٩
منها: فوائد ديون محلية (%)	٦,٨	٥,٥	٥,٣	٤,٨	٤,٤	٤,٧	٤,٧
منها: فوائد ديون خارجية (%)	٢,٧	١,٨	١,٧	١,٢	١,٠	٠,٨	٠,٥
منها نفقات استثمارية (%)	٦,١	٥,٥	٥,٥	٥,٥	٥,٦	٨,٤	٧,١
إجمالي العجز بالمليون جنيه	(٣٦٩٧)	(٢٥٣٧)	(٢٥٣٧)	(٢٣٢٨)	(٢٨٢٠)	(١٢٧٣٠)	(١٢٢٧٣)
إجمالي العجز (%) من ن.م. إ	(٢,١)	(١,٣)	(١,٣)	(٠,٩)	(١,٠)	(٤,٢)	(٣,٦)
ن.م. إ بالمليار جنيه	١٧٥	٢٠٤	٢٢٩	٢٥٦	٢٨٠	٣٠٢	٣٣٩

المصدر: وزارة المالية ووزارة التخطيط - نشرة وزارة الاقتصاد "يناير - ٢٠٠١"

كما يوضح الجدول التالي رقم "٥" أن الإنفاق علي وزارة الصحة قد تزايد من ٢,٣% من الإنفاق الحكومي الكلي في عام ١٩٩١ إلى ٢,٩% في عام ١٩٩٧، وبالمقارنة بالدول الأخرى ذات الدخل المناظر فإن ذلك الإنفاق الصحي مازال منخفضاً. وحتى لو ضاعفنا الموارد المالية الواردة من مصادر أخرى غير الموازنة الحكومية مثل اشتراكات العاملين وأصحاب الأعمال الموردة عن طريق الشئون الاجتماعية، وحتى بعد زيادة حصة الصحة التمويلية في موازنات الدولة منذ عام ١٩٩٨، وحتى بعد إلحاق المجلس القومي للسكان والمجلس القومي للطفولة بوزارة الصحة في أواخر التسعينيات "كما يتضح لاحقاً في فصل تمويل الصحة بالقسم الثالث"، غير أن نسبة تمويل الصحة في مراكز تقديم الخدمة التابعة لوزارة الصحة

وهيئاتها ومستشفيات وزارة التعليم العالي وغيرها من الوزارات والهيئات الحكومية تظل في حدود تقل عن ٤% من الإنفاق الحكومي الكلي السنوي، بينما هي في الأردن مثلاً ١٠%، ولا تقل أي من الدول المناظرة لمصر - في نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي - عن ٥% كنسبة مئوية للصحة من موازنتها الحكومية (عام ١٩٩٥)، وبالطبع، فتلك أيضاً نسبة متدنية، خاصة وأن أغلب تلك الحكومات تضيف حصة تمويل أصحاب الأعمال والمنتفعين في نظم التأمين الصحي باعتبارها تمويل حكومي، بينما هو في حقيقته تمويل قطاع عائلي.

جدول رقم "٥" الإنفاق الحكومي على الصحة بمصر (من العام المالي ١٩٩١ إلى ١٩٩٧)
بالمليون جنية

١٩٩٧	١٩٩٦	١٩٩٥	١٩٩٤	١٩٩٣	١٩٩٢	١٩٩١	الإنفاق الحكومي
١٤٤١	١٢٩٩	١٠٢٨	٩٦٦	٩٠٠	٧٤٩	٧١٥	الإنفاق الجاري على الصحة
٣٦١	٢٨٩	٢٧٠	٨٦	١٠٦	١٦١	١٨٢	الإنفاق الاستثماري على الصحة
١٨٠٢	١٥٨٨	١٢٢٨	١٠٥٢	١٠٠٦	٩١٠	٨٩٧	الإنفاق الكلي على الصحة
٤٨٦٥١	٧٤١٢١	٣٤٢٩٤	٤٣٢٩٤	٣٦٧٥٥	٢٨٥٨١	٢٣٤٧٩	الإنفاق الكلي الجاري الحكومي
١٤٠٧٠	١٢٥٨١	١١٢٩٩	١٠٦٥٩	١١٠٩٧	١٥٧٤٦	١٥٠٦٧	الإنفاق الكلي الاستثماري الحكومي
٦٢٧٦١	٥٩٧٠٢	٥٤٥٩٣	٥٣١٥٣	٤٧٨٥٢	٤٤٣٢٧	٣٨٥٤٦	الإنفاق الكلي الحكومي
٣,٠	٢,٨	٢,٤	٢,٣	٢,٤	٢,٦	٣,٠	نسبة الإنفاق الجاري على الصحة إلى الإنفاق الجاري الحكومي الكلي (%)
٢,٦	٢,٨	٢,٤	٠,٨	١,٠	١,٠	١,٢	نسبة الإنفاق الاستثماري على الصحة إلى الإنفاق الاستثماري الحكومي الكلي (%)
٢,٩	٢,٧	٢,٤	٢	٢,١	٢,١	٢,٣	نسبة الإنفاق الكلي على الصحة إلى الإنفاق الحكومي الكلي (%)

المصدر: وزارة المالية المصرية - نشرات DDM

٣-٣-١-٣-٢ أوضاع سوق العمل في مصر "بنية السوق"

يوضح جدول رقم "٦" بنية سوق العمل أن تعداد العاملين أصبح ١٧ مليوناً في عام ١٩٩٥ بعد أن كان ١٤,٧ مليوناً في عام ١٩٩١، وتبلغ نسبة عمالة المرأة

٢٢,٥%، وتبلغ نسبة العمالة في الحكومة وقطاع الأعمال ٣٥,٣% من إجمالي العمالة، وتتنوع العمالة إلى ٢٦,٣% في الحكومة، و ٩% في قطاع الأعمال، بينما نسبة العمالة في القطاع الخاص (٤٤,٢%) في القطاع الخاص المنظم، و ١٩,٣% في القطاع غير المنظم)، أما البطالة التي تبلغ حوالي مليوني فرد (١١,٢% من قوة العمل) فتركز في المرحلة العمرية (١٥ إلى ٢٤ سنة) وبالذات بين الإناث، خاصة في مناطق الحضر. وتظل البطالة بين الجامعيين أعلى منها بين خريجي المدارس المتوسطة.

ويتوقع أن تصل قوة العمل "السكان النشطون اقتصادياً" (EAP) في مصر إلى ٢٦,٦ مليون في عام ٢٠١٠ بافتراض أن متوسط الزيادة السكانية سيظل في حدود ٢,١%، بينما تظل نسبة الإسهام (المشاركة) في العمل عند ٤٧,٢%، ومعدل نمو قوة العمل ٢,٨% سنوياً، مما يترتب عليه تزايد سنوي في قوتي مستجدة تدخل سوق طلب العمل تبلغ ٥٦٠ ألف سنوياً (الأمم المتحدة، ومنظمة العمل الدولية).

جدول رقم ٦: أوضاع سوق العمل في مصر في عام ١٩٩٥ "بنية السوق"

قوة العمل الكلية بالمليون	١٦,٩٦٩	١٠٠%
ذكور	١٣,١٤٧	٧٧,٥%
إناث	٣,٨٢٤	٢٢,٥%
من لا يعملون بالمليون	١,٩١٠	١١,٣%
من يعملون بالمليون:	١٥,٨٠٨	٨٩,٢%
بالحكومة	٣,٩٥٥ (٤,٦٠١ عام ٩٧)	٢٦,٣%
بالقطاع العام	١,٣٥٨ (١,٢٠١ عام ٩٧)	٩,٠%
بالقطاع الخاص	٦,٦٥٢	٤٤,٢%
بالقطاع غير المنظم	٢,٩١٣	١٩,٣%
آخرون	٠,١٨٠	١,٢%

ملاحظات: قوة العمل الكلية "بالمليون" تقتصر على السكان العاملين وأعمارهم ما بين ١٥ و ٦٤ سنة ولا تشمل الوافدين والمهاجرين إلى مصر.
من يعملون بالقطاع الخاص تشمل من يعملون لحسابهم.
آخرون تشمل التعاونيات الاستثمارية والأجنبية والزراعية.
المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء - مسح العمالة بالعينة ١٩٩٥

الفقر في مصر:

قدر معدل إنتشار الفقر (كنسبة مئوية من السكان) في مصر في حده الأدنى "الخط الأدنى للفقر" بواقع ٢٣%، أما في حده الأعلى "الخط الأعلى للفقر" فيصل إلى ٤٨%، من بينهم ٧% ممن يعانون من الفقر "المدقع" طبقاً لدراسة القطاع العائلي المشار إليها في الجدول التالي رقم (٧). ولقد تحسن موقف الفقر في حده الأدنى قليلاً في عام ١٩٩٥/١٩٩٦ عما كان عليه في عام ١٩٩٠/١٩٩١ بتناقصه في ريف مصر بما يفوق التزايد الذي تحقق في حضر مصر، وذلك بالرغم من تزايد بصفة مطردة في حده الأعلى، ويعزز تلك الدراسة الواردة في تقرير التنمية البشرية ١٩٩٦ (المعهد القومي للتخطيط) دراسة أخرى غير منشورة لهيئة المعونة الأمريكية، توضح أن انتشار الفقر علي إطلاقه كحد أعلى قد تزايد في مصر، من ٢١% إلي ٤٤% في عام ١٩٩٠/١٩٩١ ثم إلي ٥٨% في عام ١٩٩٥/١٩٩٦.

جدول رقم ٧ "الفقر في مصر (مقارنة ١٩٩٠/١٩٩١ مع ١٩٩٥/١٩٩٦) في الريف والحضر

٩٦-٩٥		٩١-٩٠		مؤشرات
ريف	حضر	ريف	حضر	
خط الفقر الأدنى				
٢٣,٣	٢٢,٥	٢٨,٦	٢٠,٣	معدل الإنتشار (%)
٤,٣	٤,٩	٤,٥	٤,٣	العمق
١,٢	١,٦	١,٤	١,١	الشدة
٩٦٩	٩٦٨	٤٢٣	٥٥٦	خط الفقر للفرد بالأسعار الجارية "جنيه"
٤٣١	٥٤٩	٤٢٣	٥٥٦	خط الفقر للفرد بأسعار ٩١/٩٠ "جنيه"
٦٣٩	١٠٠٢	٧٢٤	١٠٨٨	متوسط الإنفاق الحقيقي للفرد بالجنية
خط الفقر الأعلى				
٥٠,٢	٤٥,٠	٣٩,٢	٣٩,٠	معدل الإنتشار (%)
١٢,٥	١٢,٨	١٢,٠	١٠,٨	العمق (%)
٤,٢	٤,٩	٤,٠	٤,٠	الشدة (%)
٩٢٤	١٣٢٦	٥٠٢	٧٣٩	خط الفقر للفرد بالأسعار الجارية "جنيه"
		٥٠٢	٧٣٩	خط الفقر للفرد بأسعار ٩١/٩٠ "جنيه"

المصدر: المعهد القومي للتخطيط - تقرير التنمية البشرية ١٩٩٦.

فقر الدخل وفقر القدرة:

ويعرف فقر القدرة بأنه معيار آخر يختلف عن معيار فقر الدخل، وهو يقيس قدرة الفقراء علي ممارسة التحكم في تسيير وتسيير الموارد الضرورية لاستمرارية معيشة سليمة وصحية لهم.

وتقاس تلك القدرة من خلال مؤشر مركب يعكس مدى توفر أو حرمان الفقراء من ثلاث قدرات أولها: مدى توافر الغذاء الكافي والملئم والمتوازن، ومدى اللياقة (السلامة) الصحية، والبؤرة المركزية لقياس هذا العنصر هو تحديد النسبة المئوية من الأطفال ناقصي الوزن بين الأطفال أقل من خمس سنوات عمرا. وثانيها القدرة علي توفير ظروف صحية وملئمة لإنجاب سليم، وتقاس تلك القدرة بمدى إمكانية توفير طبيب أو ممرضة أو مولدة أو متدرب صحي للتواجد أثناء الولادة. وثالثها هو القدرة علي توفير التعلم والمعرفة للفقراء، ومعيار تلك القدرة يقاس بتحديد النسبة المئوية من الإناث أكبر من ست سنوات اللاتي لم يحصلن علي تعليم مدرسي.

ولمقارنه فقر القدرة بفقر الدخل (طبقا لبيانات التقرير الصحي السكاني المصري عام ١٩٩٦) فإننا نجد أن الأول يزيد بما يرقى إلى الضعف في أرياف مصر (٤٣% مقابل ٢٣%)، بينما ينقص في المدن فقر القدرة عن فقر الدخل، باعتبار أن معدلات معينة أفضل في المدن عن الأرياف (وزن الطفل تحت ٥ سنوات، نسبة الولادات التي تتم بدون متابعة من مقدم خدمة متدرب، نسبة الأنثى فوق سن ٦ سنوات التي لم تحصل علي أي من سنوات التعليم)، وأخيرا نصل إلي أن فقر الحد الأدنى دخلا يبلغ ٢٣%، علي حين أن فقر القدرة يصل إلي ٣٤% كمتوسط عام في مصر.

٢ - الباب الثاني : ترسيمة مصر

٢ - ٤ الفصل الرابع : الوضع السكاني والصحي

٢ - ٤ - ١ الأساس الديموجرافي والوضع في مصر

٢ - ٤ - ١ - ١ الوضع الديموجرافي:

توزيع السكان الجغرافي.

التوزيع السنّي للسكان.

مستوى السكان من التعليم ومحو الأمية.

الخصائص الأسرية والجنس.

٢ - ٤ - ١ - ٢ الوضع الصحي، والتحول الصحي في النمط الوبائي:

الأسباب الرئيسية للوفاة والعجز:

وفيات الرضع والأطفال.

وفيات الأمهات.

وفيات البالغ.

المرضاة والأسباب الخطرة المهيئة للمرض:

صحة الطفل والرضيع.

صحة الأمهات.

صحة البالغين (مرضاة البالغين).

عوامل الخطورة المهيئة للمرض والحوادث بين البالغين.

صحة الفم والأسنان.

٢ - ٤ - ٢ عبء المرض

٢ - ٤ - ٢ - ١ صعوبة أداء المسنين أو المعاقين للأنشطة الحياتية اليومية.

٢ - ٤ - ٢ - ٢ سنوات التعاي مع الإعاقة أو الموت المبسر.

obeikandi.com

٢ - الباب الثانى : ترسيمة مصر

٢-٤ الفصل الرابع: الوضع السكانى والصحى

٢-٤-١ الأساس الديموجرافى والوضع الصحى فى مصر

٢-٤-١-١ الوضع الديموجرافى فى مصر:

كان النمو السكانى ٢,٥٢% فى المدة من عام ١٩٦٠ إلى عام ١٩٦٦، إلا أنه أصبح ١,٩٢% سنوياً فى المدة بين التعدادين ١٩٦٦ و ١٩٧٦، ثم زاد مرة أخرى ليصل إلى ٢,٧٥% سنوياً فى المدة من ١٩٧٦ إلى ١٩٨٦، ثم تناقص إلى ٢,٠٨% فى المدة بين التعدادين ١٩٨٦ و ١٩٩٦ طبقاً للجدولين رقم "٨" و رقم "٩" التاليين:

جدول رقم "٨" تطور تعداد السكان فى مصر بالآلاف

السنوات	التعداد
١٩٦٠	٢٦٠٨٥
١٩٧٦	٣٦٦٢٦
١٩٨٦	٤٨٢٠٥
١٩٩٦	٦١٤٥٢

جدول رقم ٩ "معدلات النمو السنوي بين كل تعدادين"

السنوات	المعدل (نسبة مئوية)
١٩٦٠ - ١٩٦٦	٢,٥٢
١٩٦٦ - ١٩٧٦	١,٩٢
١٩٧٦ - ١٩٨٦	٢,٧٥
١٩٨٦ - ١٩٩٦	٢,٠٨

ويرجع تراوح ذلك النمو السكاني إلى تغيرات في معدل الخصوبة والوفيات كالآتي:

أ - ارتفاع معدل الخصوبة الذي لا يزال في حدود ٣,٦ لكل امرأة في سن الخصوبة، وهو معدل أكبر من متوسط الدول الأوروبية، وأقل من متوسط دول شرق البحر الأبيض المتوسط. أما معدل المواليد الخام (CBR) فكان ٤٢,٩ لكل ألف في عام ١٩٦٠، ثم ٣٤,٢ في الألف عام ١٩٧٢، ثم ارتفع إلى ٣٩,٨ في الألف عام ١٩٨٥، لينخفض مرة أخرى إلى ٢٧ في الألف عام ١٩٩٤، ثم ٢٧,٥ في الألف عام ١٩٩٨.

ويتزايد معدل الخصوبة في ريف مصر عن حضرها (٤,٢ مقارنة بالـ ٣,٠) ليصل أعلى مستوى له، في ريف الوجه القبلي بواقع ٥,٢ مولود لكل سيدة، وأدنى مستوى له في حضر مصر السفلى حيث يصبح ٢,٧ مولود لكل سيدة (EDHS - 1995).

ويشير تقرير المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالشرق الأوسط في عام ١٩٩٩ إلى أن المعدل الكلي للخصوبة قد بلغ كمتوسط عام في مصر ٣,٣ لكل امرأة في سن الخصوبة.

ب - انخفاض معدل الوفيات العام (CDR) من ٤٠ وفاة لكل ألف من السكان في الأربعينيات من القرن العشرين، إلى حوالي ١٧ وفاة لكل ألف في ١٩٦٠، ثم إلى ٩,٢ وفاة لكل ألف في ١٩٨٦ أما وفيات حديثي الولادة في المدة من ١٩٦٧ إلى ١٩٩٥ فقد انخفضت من ٦٣ إلى حوالي ٣٠ وفاة لكل ألف من السكان، ووفيات الرضع من ١٤١ إلى ٦٣ وفاة لكل ألف طفل مولود حي، والأطفال تحت سن خمس سنوات من ٢٤٣ إلى ٨١ ألف طفل مولود حي (المسح الصحي السكاني EDHS- 1995 - وإحصائيات التعبئة الصادرة في عام ٢٠٠٠).

ويشير قسم السكان في الأمم المتحدة في نشرته "Charting the Progress of Populations" الصادرة عام ٢٠٠٠ إلى أن: وفيات الأطفال أقل من عمر

خمس سنوات ووفيات الرضع في مصر، قد بلغت ٦٥ و ٥١ وفاة علي التتابع لكل ألف مولود حي، وذلك كمتوسط عن المدة من ١٩٩٥ إلى ٢٠٠٠.

أما اليونيسيف، فقد أشار في تقريره باسم "The State of World Children 2000" لعام ٢٠٠٠ - الذي يصدره سنويا - إلى أن ترتيب مصر بالنسبة لوفيات الأطفال أقل من عمر خمس سنوات هو الدولة رقم ٦٨ من بين ١٩٢ دولة بترتيب تصاعدي، بدءا من الدولة التي بها أكبر معدل وفيات أطفال أقل من عمر خمس سنوات، وهي سيراليون باعتبارها الدولة رقم ١، حيث تصل وفيات تلك الشريحة العمرية من الأطفال إلي حوالي ٣٣٣ وفاة من بين كل ألف طفل من تلك الشريحة العمرية، وتتدرج الدول في ترتيب تصاعدي طبقا لتحسن هذا المؤشر، لنصل إلي أفضل المؤشرات في اليابان والسويد والنرويج وسويسرا، حيث لا يتجاوز معدل وفيات تلك الشريحة العمرية ٤ وفيات من بين كل ألف طفل مولود حي. وطبقا لذلك التقرير فقد بلغت وفيات الأطفال في مصر لأقل من عمر خمس سنوات في مصر ٦٩ وفاة لكل ألف طفل مولود حي، من بينهم ٥١ رضيع متوفى عن عمر أقل من عام أغلبهم من حديثي الولادة حيث يموتون عن عمر أقل من شهر، ويعزز أرقامه عن عام ١٩٩٨ بالإشارة إلي أن عدد وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في مصر بلغ ١١٩ ألفا في ذات العام (١٩٩٨)، وذلك من بين إجمالي الوفيات في ذات العام التي بلغت ١,٩ مليون وفاة.

أما التقرير السنوي للمكتب الإقليمي بالشرق الأوسط لمنظمة الصحة العالمية في تقريره الصادر في عام ١٩٩٩ فيبين أرقاما أخرى، حيث يشير إلي أرقام مصر المبلغة إليه ضمن دول المنطقة عن عام ١٩٩٨ توضح أن احتمالية وفيات الأطفال أقل من عمر خمسة أعوام تصل في عام ١٩٩٨ إلى معدل ٣٧,٥ وفاة لكل ألف من تلك الشريحة العمرية، من بينها ٢٧,٥ وفاة من كل ألف رضيع (أقل من اثني عشر شهرا عمرا).

٢-٤-١-١ توزيع السكان الجغرافي في مصر (بيانات مركز المعلومات -

وزارة الصحة ١٩٩٧)

يتمركز السكان أساس في الوادى والدلتا بالتوزيع التالي:

- المحافظات الحضرية الأربع بها ١٨,٦% من السكان.
- محافظات الوجه البحرى بها ٤٣,٥% من السكان.
- محافظات الوجه القبلى بها ٣٦,٥% من السكان.
- محافظات الحدود بها ١,٤% من السكان.

ويتوزع السكان (١٩٩٥) حضريا وريفيا طبقا لجدول رقم "١٠" كالاتى:

- حوالي ٥٨% بالقرى والريف ومحافظات الحدود.
- وحوالي ٤٢% بالحضر والمدن.

ويعيش السكان الحصريون في المدن الكبرى بالمحافظات الحضرية والمدن والمراكز بالوجه البحرى والقبلى "المسح الصحى السكاني ١٩٩٥-EDHS" طبقا لتوزيع الوحدات الادارية المبينة بالجدول رقم ١٠ التالي:

جدول رقم "١٠" نسبة السكان (%) في الوحدات الإدارية في عام ١٩٩٥

البيان	نسبة السكان (%)
نسبة سكان المدن الكبرى بالمحافظات الحضرية	١٨,٦٠
نسبة سكان المدن بالوجه البحرى والقبلى	٢٣,٥٠
نسبة سكان القرى بالوجه البحرى والقبلى	٥٦,٥٠
نسبة السكان فى الأقسام بمحافظات الحدود	١,٤٠

ويبلغ تعداد السكان في مصر في نهاية عام ١٩٩٦ حوالي ٦١٤٥٢٣٨٢ نسمة، يتواجد منهم خارج مصر ٢١٨٠٠٠٠ نسمة طبقاً لجدول رقم "١١"، أما إجمالي السكان داخل حدود الجمهورية ٥٩٢٧٢٣٨٢ نسمة طبقاً للجدول رقم "١٢" الذي يبين التوزيع النسبي للسكان حسب؛ النوع، والإقامة، والشرائح العمرية، وجدول رقم "١٣" الذي يبين أعداد السكان موزعة علي المحافظات التي يقيمون بها (مركز المعلومات _ وزارة الصحة - ١٩٩٧)

جدول رقم "١١" تعداد السكان في مصر عام ١٩٩٦

٥٩٢٧٢٣٨٢	إجمالي السكان داخل حدود الجمهورية
٢١٨٠٠٠٠	تقدير عدد السكان بالخارج
٦١٤٥٢٣٨٢	الإجمالي

جدول رقم "١٢" التوزيع النسبي للسكان في مصر عام ١٩٩٦

النوع	ذكور	%٥١,٢٠
	إناث	%٤٨,٨٠
العمر	أقل من ٦ سنوات	%١٥,٢٠
	٦ إلى أقل من ١٠ سنوات	%٩,١٠
	١٠ إلى أقل من ١٥ سنة	%١٠,٧٠
	١٥ إلى أقل من ٦٠ سنة	%٥٩,٩٠
	٦٠ سنة فأكثر	%٥,١٠

ويوضح الجدول التالي رقم "١٣" داخل الجمهورية حسب المحافظات المقيمين بها (بالألف) في منتصف عام ١٩٩٦:

جدول رقم "١٣" توزيع السكان داخل الجمهورية حسب المحافظات المقيم بها
(بالآلاف-عام ١٩٩٦)

المحافظة	ذكور	إناث	جملة
القاهرة	٩٩٨.٣٤٨	٣٣.٨٤٨١	٦٧٨٩٤٧٩
الاسكندرية	١٧.٢١٥٢	١٦٢٦.٤٤	٣٣٢٨١٩٦
بورسعيد	٢٤.٨١٩	٢٢٨٧١٤	٤٦٩٥٣٣
السويس	٢١٤٢٩١	٢.٣٣١٩	٤١٧٦١.٠
الاسماعيلية	٣٦٤٧٦٥	٣٥.٢٤٤	٧١٥٠.٩
دمياط	٤٦٧٤٧٩	٤٤٧١٣٥	٩١٤٦١٤
الدقهلية	٢١٥٣٦.٠	٢.٧٠.٥٥	٤٢٢٣٦٥٥
الشرقية	٢٢.٥٦٧٥	٢.٨٢١٧٣	٤٢٨٧٨٤٨
القليوبية	١٧.٧٧٦٥	١٥٩٥.٩٥	٣٣.٢٨٦.٠
كفر الشيخ	١١١٧٨٤١	١١.٥٠.٧٩	٢٢٢٢٩٢.٠
الغربية	١٧٢.٢٣١	١٦٨٤٥٩٦	٣٤.٤٨٢٧
المنوفية	١٤٢.١١١	١٣٣٨٣٨٨	٢٧٥٨٤٩٩
البحيرة	٢.٢٩٤١.٠	١٩٥١٧٩٩	٣٩٨١٢.٩
الحيزة	٢٤٧.١٩٥	٢٣.٩٦٧.٠	٤٧٧٩٨٦٥
بنى سويف	٩٤٧٧٩٢	٩١٢٣٨٨	١٨٦.١٨.٠
الفيوم	١.٣.٤٤٤	٩٥٩٤٣٧	١٩٨٩٨٨١
المنيا	١٦٨٩٨٨٥	١٦١٨٩٩.٠	٣٣.٨٨٧٥
اسيوط	١٤٣٥٨٦٨	١٣٦٦٣١٧	٢٨.٢١٨٥
سوهاج	١٥٩٥٢٥٥	١٥٢٧٧٤٥	٣١٢٣.٠.٠
قنا	١٢٢٧٥.٣	١٢١٣٩١٧	٢٤٤١٤٢.٠
اسوان	٤٨٨.٦٢	٤٨٥٦.٩	٩٧٣٦٧١
الاقصر	١٨٤٥٨٣	١٧٥٩٢.٠	٣٦.٥.٣
البحر الاحمر	٨٩٢٧٢	٦٦٤٢٣	١٥٥٦٩٥
الوادي الجديد	٧٣١٢٤	٦٨٦١٣	١٤١٧٣٧
مطروح	١١١.٣٣	١٠.٨٣٣	٢١١٨٦٦
شمال سيناء	١٢٨٩٨٥	١٢٣٧٦٥	٢٥٢٧٥.٠
جنوب سيناء	٣٣٦٦٦	٢.٨٢٩	٥٤٤٩٥
الجملة	٣.٣٣.٨.٤	٢٨٩٤١٥٧٨	٥٩٢٧٢٣٨٢

ولقد ظلت نسبة السكان بالقرى ثابتة منذ ١٩٧٦، ويرجع ذلك إلى تغير نمط الهجرة من مصر إلى الدول العربية البترولية، كهجرة مؤقتة، بدلاً عن نمط الهجرة السابق من القرى إلى المدن. ويلاحظ أن أغلبية الهجرة من الذكور البالغين، بينما يظل الأطفال والنساء في بيوتهم بريف ومدن مصر. ويترتب على ذلك تزايد إشراف النساء على الأسر في غيبة الزوج، مما أوصل نسبة تلك النوعية من الأسر إلى ١٢,٦% من الأسر المصرية عام ١٩٩٦ (EHDR). وظاهرة الهجرة اتسعت مجتمعياً لتشمل الشرائح الريفية، والشرائح الحضرية، واتسعت لتشمل كل المهن من أساتذة الجامعات والأطباء والمدرسين، إلى العمال المهرة، والفلاحين، ولقد أثرت غيبة المهنيين المؤهلين على مستوى وجودة الخدمات. وبالتحديد أدت هجرة المهنيين من المعلمين إلى التأثير على مستوى العملية التعليمية.

كما أدت الأجور الأفضل التي يحصل عليها المهاجرون إلى تغير في نمط الاستهلاك في مصر. ولقد أدت تلك الموارد من الدول البترولية وغيرها، إلى رفع مستوى معيشة شريحة ملموسة من السكان، خاصة في المناطق الريفية، فتزايدت البيوت المبنية بالطوب الأحمر في القرى، محل بيوت القرية التقليدية، وتزايدت إمكانية إدخال الكهرباء إلى بيوت القرى، بما مكن الشريحة المستجدة، من الفلاحين القادرين على شراء أجهزة كهربائية معمرة؛ مثل الثلاجات والتلفزيون وأجهزة التسجيل، والفيديو في بعض الأحيان، وبما يسرّ انتشار المعرفة والمعلومات بين الفلاحين والفلاحات، حتى بالنسبة للأميين وكبار السن.

ولقد وظّفت برامج تنظيم الأسرة، وبرامج الإرواء، وما يماثلها، التلفزيون، كوسيلة اتصال رئيسية تتيح وصول المعلومات لأعداد كبيرة من السكان، فحصلت النساء على معلوماتهن، عن تنظيم الأسرة، ورعاية الأطفال، والتعامل مع المضاعفات المرضية، من التلفزيون بنسبة ٤٠%، ومن الطبيب الحكومي بنسبة ٢٧%، ومن الطبيب الخاص بنسبة ٢٨% (EDHS - ١٩٩٥).

ويشير قسم السكان بالأمم المتحدة في تقريره السنوي (عام ٢٠٠٠) عن سكان دول العالم إلي أن سكان مصر (الموجودون داخل أو خارج مصر) بلغ عددهم ٦٧٢٢٨ ألف، و ٦٨٤٧٠ ألف في عامي ١٩٩٩ و ٢٠٠٠ علي التعاقب.

٢-٤-١-١-٢ توزيع السكان عمرياً: (طبقاً للجدول رقم "١٤"):

ارتفع العمر المتوقع للفرد عند الميلاد من ٥٥ سنة عام ١٩٧٦ إلى ٦٦,٧ سنة ١٩٩٤، وأصبح العمر المتوقع للأنثى عند الميلاد ٦٧,٢ سنة، وللذكور ٦٤,٥ سنة. وكان لتناقص معدل الخصوبة، ومعدل النمو السكاني، تأثير علي التركيب السكاني. فلقد تناقصت نسبة الشريحة السنية تحت ٥ سنوات من ١٥,٩% عام ١٩٦٠ إلى ١٢,٩% عام ١٩٩٥، وكذلك تناقصت نسبة الشريحة العمرية من ٥ سنوات إلى ١٤ سنة من ٢٦,٨% عام ١٩٦٠ إلى ٢٥,٢% عام ١٩٩٥، علي حين تزايدت نسبة شريحة سن العمل "من ١٥ سنة الي ٦٤ سنة" من ٥٣,٨% عام ١٩٦٠ إلي ٥٧,٧% عام ١٩٩٥. وظلت الشريحة السنية ٦٥ سنة فما فوق محققة لزيادة طفيفة من ٣,٥% عام ١٩٦٠ إلي ٤,٢% عام ١٩٩٥.

جدول رقم "١٤" التوزيع السني الحالي والإسقاط المستقبلي للسكان (%)

العمر	الواقع الفعلي						الإسقاط المستقبلي (تقديري)		
	١٩٦٦	١٩٧٦	١٩٨٦	١٩٩٥	٢٠٠٠	٢٠١٠	٢٠٢٠		
من صفر - ١٤	٤٢,٧	٤٠,٠	٤٠,٠	٣٨,١	٣٥,١	٣٠,٠	٢٥,٣		
من صفر - ٤	١٥,٩	١٣,٨	١٥,٣	١٢,٩	-	-	-		
٥ - ١٤	٢٦,٨	٢٦,٢	٢٤,٧	٢٥,٢	-	-	-		
من ١٥ - ٦٤	٥٣,٨	٥٦,٤	٥٦,٧	٥٧,٧	٦٠,٤	٦٥,١	٦٨,٠		
٦٥ فأكثر	٣,٥	٣,٦	٣,٤	٤,٢	٤,٥	٤,٩	٦,٧		
السكان بالمليون	٢٦,٠٨	٣٦٦٣	٤٨,٢٥	٦٢,٩٣	٦٩,١		٩٢,٠٢		

المصدر: من حساب وتقدير DDM ومن الكتاب الإحصائي للجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء لعام ١٩٩٥، والتوزيع السني والجنسوي لسكان العالم الصادر من الأمم المتحدة "١٩٩٤".

وبالرغم من كل المجهودات فإنه يتوقع أن يصبح سكان مصر في عام ٢٠٢٠م محققاً لزيادة تصل تقريباً إلى ٥٠% مما كانت عليه عام ١٩٩٥، حيث تصل إلى ٩٢,٢ مليون نسمة مقابل ٦٢,٩٣ مليون نسمة ١٩٩٥. وإن الإسقاط المستقبلي، علي أساس تلك الفرضية يتوقع أن تتناقص فيه حجم الشريحة السنية من صفر إلى ١٤ سنة إلى ٢٥,٣% عام ٢٠٢٠م مقابل ٣٨,١% عام ١٩٩٥، علي حين تتزايد شريحة سن العمل إلى ٦٨% عام ٢٠٢٠م، وكذلك تتزايد الشريحة السنية ٦٤ سنة فما فوق إلى ٦,٧% عام ٢٠٢٠م مقابل ٥٧,٧% و ٤,٢% علي التتابع عام ١٩٩٥.

ولمثل تلك التغيرات دلالات اقتصادية وصحية، حيث يتوقع تزايد الإنفاق علي الخدمات الأساسية الصحية والتعليمية، وزيادة الضغوط علي طلاب الوظائف، وتزايد الطلب علي الخدمات الاجتماعية، وبالذات الصحية، لتلبية الاحتياج للشريحة السكانية التي يزيد سنها عن ٦٤ سنة، وحتى لشرائح أدنى منها.

ويشير تقرير المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالشرق الأوسط في عام ١٩٩٩ إلي أن السكان أقل من ١٥ سنة مازالت نسبتهم ٣٥% من مجمل السكان بينما الشريحة العمرية ٦٥ عام فأكثر لم تتعدى ٣,٣% من مجموع السكان.

٢-٤-١-٣ تأثير محو الأمية والتعليم علي السكان:

تزايد التوسع في محو الأمية، وتزايدت الإتاحة للخدمات التعليمية، ولقد وصلت معدل معرفة القراءة والكتابة في عام ١٩٩٦ إلي ٦٠,٦% مقابل ٥٠,٤% عام ١٩٨٦ (الكتاب الإحصائي السنوي-التعبئة-١٩٩٣ إلي ١٩٩٩- الصادر عام ٢٠٠٠) وتتركز الأمية "٣٩,٤%" في الشريحة الأكبر سناً من السكان، بحيث تصل إلى ٦٠% من الذكور و ٨٠% من الإناث ممن هم فوق سن ٦٥ سنة حيث لم يحصلوا علي أي تعليم، علي حين يتضاءل ذلك الرقم إلى ٦% في الذكور، ١٨% في الإناث في الفترة السنية من ١٠ إلى ١٩ سنة.

ولا تزال نسبة تعليم الذكور أعلى منها في الإناث، ولكن نسبة تعليم الإناث تتزايد حتى إن الفجوة لتضيق بين الذكور والإناث في الشريحة السكانية الأصغر سناً، حيث نرى أن متوسط عدد السنوات التعليمية تزيد في الذكور عن الإناث في الشريحة السنية ٢٠-٢٤ بمعدل ٣,٣ سنة تعليمية، علي حين أن ذلك الفارق هو سنة واحدة فقط بالنسبة للشريحة السنية أقل من ٢٠ سنة. ولقد أكمل مستوى التعليم الثانوي على المستوى القومي ٥٥,٥% من الذكور و ٤٣,٢% من الإناث، ولعل ذلك نتيجة لإستهداف التوظيف للجنسين، ممن يحملون الدبلوم الفني، أو الدرجة الجامعية. ولعل احتمال عدم توافر فرص التوظيف، لمن يحملون تلك الشهادات، يؤثر على تطور نسبة استكمال التعليم العالي بالنسبة للإناث.

وأيضاً، يتفاوت تعليم الذكور والإناث، في المناطق الجغرافية المتباينة، حيث يتدنى مستوى تعليم الإناث في المناطق الريفية عنه في المناطق الحضرية، بمعنى أن متوسط سنوات التعليم للذكور في المناطق الحضرية يرقى إلى ٧,٦ سنة تعليمية علي حين أنه في المناطق الريفية ٤,٩ سنة تعليمية، وفي الوقت نفسه فإن متوسط سنوات التعليم للإناث في المناطق الحضرية يصل إلي ٦,١ سنة تعليمية، علي حين أنه في المناطق الريفية لا يزيد عن سنة تعليمية واحدة لهؤلاء الإناث. ولعل ذلك يرجع إلي التدني الشديد في حصول المرأة الريفية على التعليم، في الوجه القبلي، خاصة بين كبريات السن منهن، مما يترتب عليه التمايز الشديد بين الذكور والإناث، في المستوى التعليمي، بريف الوجه القبلي.

ومصدر المعلومات السابقة هو المسح القومي السكاني والصحي ١٩٩٥- صادر في ١٩٩٦، وتتباين التقارير الدولية عن مؤشرات الأمية والتعليم في مصر.

ففي تقرير المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالشرق الأوسط لعام ١٩٩٨ يشير إلي أن نسبة معرفة القراءة والكتابة للشريحة العمرية ١٥ عاماً فأكثر تصل في مصر إلي ٥١% "منهم ٦٣% من الذكور و ٣٧% من الإناث" في عام ١٩٩٥، علي حين أن نفس المصدر في تقريره التالي لعام ١٩٩٩ يشير إلي أنه في عام ١٩٩٦ قد أصبحت معرفة القراءة والكتابة لذات الشريحة العمرية ٦١% (بدلاً من ٥١% في العام ١٩٩٥).

٢-٤-١-٤ الخصائص الأسرية والجنسية للسكان في مصر:

يبلغ سكان مصر ١٢,٧ مليون أسرة (الجهاز المركزي للتعبئة الإحصاء - ٩٧)، وبغائل من الإناث كـرأس للأسرة بنسبة ١٢,٦% من تلك الأسر (EHDR - ٩٦). ويبلغ متوسط حجم الأسرة ٤,٦ فرد. ويتدنى حجم الأسرة إلى ٤ أفراد فقط في المحافظات الحضرية، علي حين يصل إلى أعلى عدد من الأفراد وهو ٥ أفراد في محافظات الحدود. وتبلغ النسبة المئوية للإعالة في مصر ٦٦% من السكان في عام ١٩٩٦ (تقرير المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية بالشرق الأوسط - ١٩٩٩).

وعلي حين يتزايد توظيف إناث المناطق الحضرية، خاصة صغيرات السن منهن، وبالرغم من أن التوظيف خارج الأعمال المنزلية ما زال يعتبر إستثناءً في أرياف مصر، فإن كثيراً من إناث الريف يعملن وينشطن اقتصادياً في أعمال الزراعة، والفلاحة، وتربية الدواجن، وإنتاج المنتجات اللبنة وما يماثلها، وقد يترتب على ذلك توجيه تلك المنتجات ليس للاستهلاك العائلي فقط، وإنما أيضاً للسوق المحلية، بما يشكل دخلاً شبه منظم للأسرة يغطي بعض النفقات اليومية، حيث أن دخل الفلاحين الذكور ذا الطبيعة الموسمية مرتبط بموسم الحصاد والتسويق. وتوظف الدخول المتولدة من عمل الإناث في الريف أساساً للمشترىات الأسرية الرئيسية، ذات السعر والإنفاق السنوي الأكبر.

وتشيع في المناطق الريفية في مصر ظاهرة "الأسر الممتدة"، وإن كانت تلك الظاهرة تتناقص في قرى الدلتا، حيث تتزايد بالمقابل الأسر النووية. ويتميز تقسيم العمل المساند داخل الأسرة المصرية، وطبقاً للعمر والجنس، بتوجيه الأولاد الذكور لمساعدة الآباء عندما يكبرون في السن، علي حين تساند النساء الآباء في الرعاية المنزلية والصحية، عندما يكبرون في السن، أما من ليس لديهم أولاد ذكور أو إناث فأمرهم رهين بالجمعيات الخيرية والدينية، والمساندات المحلية إن وجدت. ويلاحظ تزايد الأسر التي تعولها الأنثى، بسبب غياب الزوج المؤقت أو الدائم.

٢-٤-١-٢ الموقف الصحي والتحول الصحي في النمط الوبائي

مع التغير السكاني، تَوَاجَه تحول في النمط الوبائي للأمراض يتميز بالخصائص التالية:

- انخفاض معدل الوفيات، بين الرضع والأطفال، الناتجة من مضاعفات؛ مثل الإسهال، والالتهابات التنفسية الحادة، والأمراض المعدية التي يمكن توقيها بالتطعيمات الملائمة.
- وفي نفس الوقت تزايدت عوامل الخطورة المهيئة للمرض المزمن؛ مثل السمنة، والضغط، والسكر.
- تغير نمط الحياة الاقتصادية والاجتماعية، بما فيها تغير نمط التغذية، وزيادة التصنيع، وتزايد حوادث المرور.

وبناءً على ذلك تعدل توزيع عبء المرض، ومسببات الوفاة، إنتقالاً من سيادة الأمراض المعدية (السارية)، والأمراض الطفيلية، إلى نمط جديد من الأمراض، ومسببات الوفيات، يرتبط بالأمراض غير المعدية (غير السارية).

وأصبحت مصر شأنها شأن كثير من الدول النامية تواجه عبئاً مزدوجاً من الأمراض، ومسببات الوفيات، يتراوح من مواجهة الأمراض المعدية، إلى مواجهة الأمراض غير المعدية أيضاً، وذلك بالإضافة إلى المستجدات من الأمراض الجديدة البازغة.

ونتيجة لذلك التغير السكاني، والتحول الوبائي في نمط الأمراض، أصبحت التحديات الصحية المطلوب مواجهتها هي:

١. استكمال مهام صحة الأمومة والطفولة.
٢. مواجهة عبء الأمراض السارية (أمراض الموجة الأولى)، والأمراض غير السارية (أمراض الموجة الثانية)، والتهديدات المرضية من الأمراض المستجدة والبازغة (أمراض الموجة الثالثة).
٣. الحاجة الشديدة لإنقاص معدل الخصوبة.

وتتوقع الإسقاطات المستقبلية لعام ٢٠٢٠م لكل منطقة الشرق الأوسط، "بما فيها مصر"، أن ينخفض عبء المرض بالنسبة للأمراض السارية إلى ٢٠% فقط من العبء (مقابل ما هو عليه اليوم وهو ٤٨% من عبء المرض)، كما يتوقع

تزايد عبء الحوادث إلى ٢١% من العبء المرضى (مقابل ١٣ % حالياً)، وكذلك يتوقع تزايد عبء الأمراض غير السارية إلى ٦٠% من العبء المرضى (مقابل ٣٩ % حالياً).

ونلاحظ أن العمر المتوقع في مصر، مقارنة بنصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي، يزيد عن متوسط العمر المتوقع في الأقطار الدنيا من شريحة الدول متوسطة الدخل علي مستوى العالم وبالمقارنة بدول شرق البحر الأبيض المتوسط. (حسب الجدول رقم "١٥" التالي)

جدول رقم "١٥" تقدير مقارن لدخل الفرد والمؤشرات الصحية للدول العربية عن عام ١٩٩٥

القطر	نصيب الفرد من الناتج القومي الإجمالي بالدولار	معدل الوفيات تحت ٥ سنوات بالآلاف لكل ألف مولود حي		العمر المتوقع عند الميلاد (٩٥)	
		١٩٧٠	١٩٩٥	ذكور	إناث
اليمن	٢٦٠	--	١٤٥	٥٣	٥٤
مصر	٩٧٠	٢٣٥	٧٦	٦٤	٦٦
المغرب	١١١٠	١٨٧	٧٥	٦٤	٦٧
سوريا	١١٢٠	١٢٨	٤٠	٦٦	٧٠
إيران	١٤٤٦	١٩١	٥٩	٦٨	٦٩
الأردن	١٥١٠	١٠٧	٣٣	٦٨	٧٢
الجزائر	١٦٠٠	١٩٢	٤٢	٦٨	٧١
تونس	١٨٢٠	٢٠١	٥٠	٦٨	٧١
لبنان	٢٦٦٠	--	٤٠	٦٧	٧١
عمان	٤٨٢٠	--	٢٢	٦٨	٧٣
السعودية	٦٨١٠	--	٣١	٦٩	٧١
البحرين	٧٨٤٠	--	٢٣	٧٠	٧٥
قطر	١١٦٠٠	--	٢٢	٦٩	٧٥
الكويت	١٧٣٩٠	٥٤	١٤	٧٤	٧٩
الإمارات	١٧٤٠٠	٨٣	١٩	٧٣	٧٦
العراق	---	١٢٣	١٤٥	٥٩	٦٢
ليبيا	---	--	٧٥	٦٣	٦٦

المصدر: تقرير البنك الدولي - عام ١٩٩٥ عن الشرق الأوسط والشمال الإفريقي.

٢-٤-١-٢-١ الأسباب الرئيسية للوفاة والعجز٢-٤-١-٢-١-١ وفيات الرضع والأطفال :

ما زال معدل وفيات الأطفال مرتفعاً حيث يموت واحد من كل خمسة عشر طفلاً قبل بلوغه عيد ميلاده الخامس (اليونيسيف - تقرير حالة أطفال العالم ٢٠٠٠). وتتفاوت وفيات الأطفال في الريف عن المدن، حيث تبلغ أعلامها في ريف الوجه القبلي، وكذلك تزيد في الإناث عنها في الذكور. وأهم أسباب وفيات الأطفال حسب المسح القومي السكاني الصحي ١٩٩٦ هي: الأمراض المعدية والمتوطنة (٢٦%)، علي حين تناقصت أسباب الوفيات بين الأطفال الناتجة عن الإسهال، غير أن الأسباب الناتجة عن الإلتهابات التنفسية الحادة مازالت مرتفعة (٣٠%). أما الأمراض المعزوة إلى العيوب الخلقية، ومشاكل أثناء الولادة (١٣%) فما زالت هي الأخرى بحاجة إلى تحسين وضعها.

وهناك محددات تغير صورة وفيات الأطفال أقل من عمر خمس سنوات إلسي الأفضل، إذا ما أحسن تقييد تلك المحددات، وإبطال فعلها قدر الإمكان وهي:

١. أحوال الحمل: فكلما كان سن الأم صغيراً، وتناقصت فترات ما بين الحمل، وتزايدت عدد مرات الحمل، وساعت تغذية الحامل كلما تزايدت وفيات الأطفال.

٢. نوعية الرعاية الصحية المقدمة للحامل، أثناء حملها، وأثناء ولادتها، حيث هناك حوالي ٦٧% من الحوامل لا يتلقون رعاية طبية، في مرحلة ما قبل الحمل، وفي الريف تلد حوالي ٨١% من السيدات في منازلهن (ظروف غير صحية).

٣. المستوى الاقتصادي والاجتماعي وخاصة "المسكن": فقد لوحظ أن أبناء الأمهات الأميات يتزايد وفيات أطفالهن ثلاث مرات قدر الأمهات المتعلّقات. وتظهر التفاوتات الجغرافية في الحضر والريف، أو في الوجه البحري والقبلي، حيث قد تصل وفيات الأطفال في ريف وجه قبلي إلى

وفاة طفل من بين كل سبعة أطفال، أى إلى حوالي ضعف الوفيات في المناطق الحضرية.

٤. العادات الغذائية: حيث يتغذى ٦١% من الأطفال بلبن ثدى الأم حتى سن ٣ شهور، بينما تتدنى النسبة إلى ٣١% من الأطفال يتغذون بالثدي عند سن ٥ شهور.

ويشير الجدول التالي رقم "١٦" إلى التفاوتات في معدلات الوفيات، طبقاً للعوامل الاقتصادية والاجتماعية، المتعلقة بمناطق الإقامة والتعليم المتاح، وكذلك طبقاً للرعاية الطبية المتاحة للأمهات، خلال مرحلة الحمل والولادة، حيث تزيد وفيات الأمهات والرضع في المناطق الريفية، إلى ضعف ما هي عليه في المناطق الحضرية.

جدول رقم "١٦" معدل وفيات الأطفال طبقاً لخصائص سكانية مختارة على مدار ١٠ سنوات سابقة على المسح عام ١٩٩٥

(٥)	(٤)	(٣)	(٢)	(١)	
وفيات الأطفال تحت سن خمس سنوات (٤+٣)	وفيات الأطفال	وفيات الرضع (٢+١)	وفيات ما بعد الولادة	وفيات حديثي الولادة	خصائص اقتصادية اجتماعية
<u>الإقامة الريفية أو الحضرية</u>					
٦٤,٥	١٤,١	٥١,١	٢١,٧	٢٩,٤	حضر
١١٦,٠	٣٢,٠	٨٦,٨	٤٤,٥	٤٢,٣	ريف
<u>محل الإقامة</u>					
٥٦,٩	١٤,٦	٤٢,٩	١٩,٢	٢٣,٨	محافظات حضرية
٧٩,٨	٢٠,١	٦٠,٩	٢٧,٧	٣٣,٢	الوجه البحري
٥٠,٣	١٢,٣	٣٨,٥	١١,٤	٢٧,٠	حضر
٨٩,١	٢٢,٨	٦٨,٣	٣٣,١	٣٥,٢	ريف
١٢٩,٢	٣٤,٩	٩٧,٧	٥٠,٥	٤٧,٢	الوجه القبلي
٩٠,٣	١٥,٤	٧٦,١	٣٥,٠	٤١,١	حضر

تابع جدول رقم "١٦" معدل وفيات الأطفال طبقاً لخصائص سكانية مختارة
على مدار ١٠ سنوات سابقة على المسح عام ١٩٩٥

(٥)	(٤)	(٣)	(٢)	(١)	
وفيات الأطفال تحت سن خمس سنوات (٤+٣)	وفيات الأطفال	وفيات الرضع (٢+١)	وفيات ما بعد الولادة	وفيات حديثي الولادة	خصائص اقتصادية اجتماعية
١٤٢,٨	٤٢	١٠٥,٢	٥٥,٩	٤٩,٣	ريف
٦٣	٩,٧	٥٣,٨	٢٩,٣	٢٤,٥	محافظات الحدود
مستوى التعليم					
١٢٣,٤	٣٣	٩٣,٤	٤٧,٣	٤٦,١	بدون تعليم
٩٩,٣	٢٧,٤	٧٢,٩	٣٥,٤	٣٧,٥	بعض التعليم الابتدائي
٦٣,٨	١١,٣	٥٣,١	٢٥,٩	٢٧,٣	الابتدائي مع بعض الثانوي
٣٩,١	٧	٣٢,٤	١١,٧	٢٠,٦	الانتهاء من الثانوي والجامعي
رعاية الأمومة					
—	—	٧٤,٣	٤٣,١	٣١,٢	بلا رعاية قبل الحمل وبلا رعاية عند الوضع
—	—	٦٨,٧	٣٣,٥	٣٥,٢	برعاية ما قبل الحمل أو برعاية عند الوضع
—	—	٣٨,٦	١٤,٨	٢٣,٨	برعاية مزدوجة (ما قبل وأثناء الوضع)
٩٥,٩	٢٤,٨	٧٢,٩	٣٥,٦	٣٧,٢	الرقم الكلي

المصدر: المسح السكاني والصحي المصري - ١٩٩٥.

* يعني بوفيات الأطفال في عمود ٤: أنهم مجموعة الأطفال ما بين أكبر من سنة إلى أقل من خمس سنوات عمراً.

ويوضح جدول رقم "١٧" أن هناك تمايزات إقليمية أعلاها في ريف الوجه القبلي، وأيضاً تمايزات للأطفال الذين يولدون لأمهات أميات، عن هؤلاء الذين يولدون لأمهات متعلّمات، حيث يكن أكثر عرضة لسوء التغذية، وما يتعلق بها من أمراض، أما مرحلة المولودين حديثاً فان وفياتهم ترتفع إلى ثلاثة أمثال المتوسط،

عند غياب الرعاية الطبية للأمهات؛ في فترة ما قبل الحمل، وأثناء الحمل، وأثناء الولادة.

ويجب ملاحظة أن دخل الفرد في المناطق الحضرية، يكاد يبلغ ضعف دخل الفرد في المناطق الريفية، وما يترتب علي ذلك من تمايز الحضري عن الريفي في، الإلمام بالقراءة والكتابة، وفي وفيات الرضع، ووفيات الأطفال أقل من عمر ٥ سنوات. وتنصرف نفس الدلالات بجميع مؤشراتها، إذا ما قورن بين الوجه القبلي وغيره: من المحافظات الحضرية، ومحافظات الوجه البحري، ومحافظات الحدود.

جدول رقم "١٧" التفاوتات في المؤشرات لاقتصادية الاجتماعية الرئيسية داخل الأقاليم المصرية

الإقليم	نصيب الفرد بالجنيه من الناتج القومي	معرفة القراءة والكتابة فوق ١٠ سنوات (%)	وفيات الوضع لكل ألف "ولادة"	وفيات الأطفال تحت سن ٥ سنوات لكل ألف ولادة	الأسر التي تحصل على مياه الشبكية (%)	الأسر التي تحصل على إصحاح سليم (%)
السنوات	١٩٩٤	١٩٩٦	١٩٩٥	١٩٩٥	١٩٩٥	١٩٩٥
المتوسط العام في مصر	٣٤٦١	٦١,٤	٦٢,٦	٨٠,٦	٨٣,٣	٨٤,٣
في الحضر	٤٥٦٥	٧٤,٠	٥١,١	٦٤,٥	٩٦,٥	٩٧,٢
في الريف	٢٦١٨	٥١,٠	٨٦,٨	١١٦,٠	٩٦,٤	٧٠,٩
في المحافظات الحضرية	٥٢٦٥	٧٦,٤	٤٢,٩	٥٦,٩	٩٩,٠	٩٨,٩
في مصر السفلى	٣٠٦٤	٦١,٤	٦٠,٩	٧٩,٨	٨٦,٠	٨٦,٧
في مصر العليا	٢٩٥٢	٥٢,٦	٩٧,٧	١٢٩,٢	٦٧,٠	٦٩,٦
في المحافظات الصحراوية	٤٢٤٧	٦٧,٠	٥٣,٨	٦٣,٠	٥٠,٤	٨٤,٢

المسح السكاني والصحي المصري - ١٩٩٥.

ويشار لاحقاً في "فصل الطفولة ومرحلة الرضيع في مصر" بالتفصيل إلى موضوع المراضة، ووفيات الرضع والأطفال.

١-٢-٢-٢-١ وفيات الأمهات

في عام ١٩٩٢ - ١٩٩٣ تم مسح صحي بالتعاون بين وزارة الصحة وهيئة المعونة الأمريكية من خلال مشروع دوام صحة الطفل، لعدد ٧١٧ حالة وفيات للأمهات، لتحديد أسباب موت الأمهات (حيث بلغ المعدل ١٧٤ لكل مائة ألف مولود حي في مناطق جغرافية مختلفة، واتضح أن الأسباب متفاوتة؛ ٤١% بسبب النزيف، ١٩% بسبب أمراض ضغط الدم، ١٠% بسبب التهابات المخارج التناسلية، ٥% بسبب الإجهاض، ٢٥% لأسباب أخرى.

١-٢-٢-٣ وفيات البالغين

ترجع أسباب الوفيات في مصر خلال الفترة من ١٩٧٠ إلى ١٩٩٠ كما يوضحها الجدول التالي رقم "١٨" إلي:

١. تزايدت أمراض القلب والأوعية الدموية، كمسبب للوفاة، من ١٢,٥% إلى ٤٣% لتصبح السبب الأول للوفاة في مصر.

٢. انتقلت أمراض الجهاز الهضمي كمسبب للوفاة من ٣٠% إلى ٥% لتصبح السبب الخامس للوفاة.

٣. أما أمراض الجهاز التنفسي، فقد ظلت مسببا ثانيا للوفاة (١٣%)، قريبة مما كانت عليه، بالرغم من تناقص وفيات الرضع والأطفال، بسبب الأمراض التنفسية الحادة، ولعل ذلك يرجع إلى محدودية ذلك النقص، واستمرارية الإقبال علي التدخين، وبسبب عودة ظهور الدرن.

٤. وتعتبر الأمراض الطفيلية والمعدية المسبب الثالث للوفاة (٨%).

٥. أما الحوادث فقد زادت نسبتها من ٣,٤% إلى ٤,٥% (انظر فصل الحوادث لاحقا).

٦. كما وصلت وفيات أمراض السرطان إلي أكثر من ٤% (وفيات الذكور ١٦١٧٧، ووفيات الإناث ١٤٨٩٠).

ويشير الجدول رقم "١٩" أيضا إلى أن الموت المبكر بين المسنين في المجتمع المصري يعزى إلى الأمراض الرئيسية الموضحة بذلك الجدول.

جدول رقم "١٨" الأسباب الإجمالية (%) لوفيات الذكور والإناث في مصر ١٩٩١

السبب	ذكور	إناث
أمراض الجهاز الدوري	٤٤,٦	٤٦,٤
أمراض الجهاز التنفسي	١٢,٥	١٣,١
الأمراض المعدية والطفيلية	٧,٢	٨,٥
أمراض الجهاز الهضمي	٥,٤	٣,٦
الحوادث	٥,٤	٢,٩
أخرى	٢٤,٩	٢٥,٥

الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء ١٩٩١

جدول رقم "١٩" أسباب رئيسية للوفاة عند المسنين
لكل ١٠٠,٠٠٠ من السكان (عام ١٩٩٥)

المرض	ذكور	إناث
السكتة الدماغية	٤٩,٩	٣٧,٩
الانسداد الشعبى المزمن	٥١,٩	٣٨,٤
سرطان الرئة	٥,٣	غير متاح

٢-٤-١-٢ المرضاة وعوامل الخطر المهنية للمرض:

٢-٤-١-٢-١ صحة الطفل الرضيع:

ما زالت معدلات المراضة عند الأطفال رهينة بتسديد الأمراض المعدية، خاصة الإسهال والالتهابات التنفسية الحادة، وأحيانا بسبب عدم التطعيم لأمراض يسهل

التوقي منها. ويمكن الربط بين الوفيات، وبين الماء غير النظيف الذي يصل إلى فم الأطفال، بما يقارب ٩٠ ألف وفاة، في إحدى دراسات اليونيسيف لعام ١٩٩٢ (الديب - ٩٢). وتشير دراسة للتعبئة مع اليونيسيف (١٩٩٢) إلى أن حوالي ٩٠% من أطفال أحد المناطق الفقيرة المجاورة للقاهرة، يعانون من الأمراض الطفيلية.

أما معدلات المراضة التي شاعت في الأزمنة السابقة، بسبب أمراض أصبح من الممكن الوقاية منها بالتطعيمات، والتحصينات، فقد انخفضت معدلاتها، وأصبح مأمولا ومستهدفا القضاء على معظمها.

٢-٤-١-٢-٢ صحة الأمهات:

وبالنسبة للأمهات فقد أصبحت الإتاحة متزايدة لرعاية الأم في مرحلة ما قبل الولادة والمساعدة المهنية عند الولادة والتطعيم بالكلز الوليدي كما يتضح من الجدول رقم "٢٠" الذي يوضح تحسن ملموس في رعاية ما قبل الحمل، بتزايد عدد مرات تردد المرأة الحامل علي العيادات، وكذلك بارتفاع نسبة توافر المساعدة المقدمة من متدرب طبي ذو خبرة لرعاية الحامل أثناء الوضع، وأيضا يشير ذلك الجدول إلى تحسن النسبة المئوية لتحسين الحامل ضد التيتانوس، وذلك طبقا للجدول التالي:

جدول رقم "٢٠" مؤشرات صحة الأم (المدة من ١٩٨٨ إلى ١٩٩٥)

المؤشر الحالي لصحة الأم	DHS ١٩٨٨	MCHS ١٩٩١	DHS ١٩٩٢	DHS ١٩٩٥
الحقن بالتيتانوس الوليدي	١١,٤	٤٢,٥	٥٧,٣	٦٩,٥
رعاية ما قبل الوضع:				
١- رعاية ما بدرجة ما	٥٢,٨	٥٢,١	٥٢,٩	٣٩,١
٢- أربع زيارات فاكتر	-	-	٢٢,٥	٢٨,٣
المساعدة الطبية عند الوضع	٣٤,٦	٣٦,٥	٤٠,٧	٤٦,٣

المصدر: المسح الصحي والسكاني EDHS - ١٩٨٨، ١٩٩٢، ١٩٩٥، MCHS الخدمات الصحية للأمومة والطفولة بوزارة الصحة ١٩٩١.

٢-٤-١-٢-٣ صحة البالغين (مرضى البالغين):

تحدد صحة البالغ بخياراته لنمط الحياة التي يحياها؛ إما بالسلوك المحفز للصحة، أو بالسلوك غير المحفز للصحة الذي قد يختاره البالغ. وتلعب العوامل المتعددة دوراً بارزاً في صحة البالغ مثل؛ التدخين، والحياة الرخوة، وحوادث المرور، وتناول المواد المنبهة أو المخدرة، والتغذية، خاصة الإفراط فيها، وفي أنواع معينة منها، ويترتب على تلك الأنماط والخيارات أمراض معينة، وعجز أو إعاقة بين البالغين.

ويشير المسح التالي جدول رقم "٢١" إلى مجموعة الأسباب التي تدفع بالبالغين؛ ذكورا، وإناثا، للتردد على المستشفيات (في مسح اجري عام ١٩٩٣)، حيث يلاحظ ان السبب الأول بين الذكور، يرجع إلى الحوادث والعنف، علي حين أن السبب الأول عند الإناث يرجع إلي مضاعفات الحمل والولادة، وتتقارب نسب التفاوت بين الإناث والذكور مع الأسباب الأخرى.

جدول رقم "٢١" التوزيع النسبي لمجموعات الأسباب الرئيسية للتردد على المستشفيات للذكور والإناث

سبب التردد	الذكور	الإناث
الحوادث والعنف	٢٧,٤	١٢,٠
أمراض الجهاز الهضمي	٢٠,٥	١٤,٤
أمراض الجهاز التنفسي	١٦,١	١١,٢
أمراض الجهاز الدوري	٧,٦	٥,٦
أمراض الجهاز البولي والتناسلي	٨,٤	٧,٧
أمراض الجلد	٤,١	—
أمراض الغدد	٢,٠	—
الأورام	—	١,٥
مضاعفات الحمل والولادة	—	٣٤,٣
أسباب أخرى	١٣,٩	١٣,٣

المصدر: وزارة الصحة والسكان - مركز المعلومات IDDSC - ١٩٩٣ - عينة ٤٠١٧ مرضى خروج من المستشفى.

٤-٢-١-٢-٤ عوامل الخطورة المهيئة للمرض والحوادث بين البالغين:

هناك عوامل خطر مهيئة لأمراض وحوادث، تتوأكب مع تغير نمط وخصائص السكان، والتغير في نمط الأمراض، بحلول الأمراض غير السارية مكان الأمراض السارية، بالإضافة إلى الأمراض المستجدة، والتطور المجتمعي الجديد. ونشير إلى أهم تلك العوامل كالاتي:

- ١- تراجع نمط الأمراض المعدية (السارية)، وأمراض الرضع، وأمراض الأطفال.
- ٢- تزايد نمط الأمراض غير المعدية (غير السارية)، وتزايد عوامل الخطر المهيئة للمرض (الضغط - السكر - أمراض القلب الوعائية - السمنة - الأورام - الأمراض التآكلية - أمراض الجهاز التنفسي المزمنة - المياه البيضاء...).
- ٣- تزايد الحوادث، وتغير مسبباتها، بسبب التحول؛ من المجتمع الزراعي، إلى المجتمع الصناعي، ذي الطابع الحضري.
- ٤- العوامل الرئيسية المهيئة للخطر وهي؛ التدخين، والسمنة، والأمية، وكلها قابلة لإمكان التخلص منها، أما العوامل الأخرى مثل؛ السكر، والضغط، فقابلة للتحكم فيها، إذا ما تم الفحص للسكان، على فترات في نطاق برامج الرعاية الصحية الأولية، وعلاجهم مبكراً في المراحل الأولى، قبل حدوث المضاعفات في نطلق نفس البرامج، كجزء من البرنامج الأكبر المتوجه نحو الإصلاح.
- ٥- معدلات انتشار العوامل الخمسة المشار إليها كالاتي: (طبقاً لدراسة مستقاة من "استراتيجيات التغيير في القطاع الصحي في مصر" إصدارات DDM - هيئة المعونة الأمريكية).

- ١٠% من السكان بعد سن العشرين يعانون من السكر.
- ٣٠% من السكان بعد سن العشرين يعانون من الضغط.
- ٣٨% من السكان بعد سن العشرين يعانون من السمنة.
- ٤٠% من السكان الذكور فوق سن ٣٠ سنة من المدخنين.
- ٦٦% من السكان الإناث، ٣٧% من السكان الذكور هم من الأميين.

وذلك بخلاف عوامل الخطر الأخرى الأقل أهمية مثل: تصليب الشرايين، وفرط الكوليسترول، ونظم التغذية، وخلافه من عوامل بيئية ومجتمعية، مثل؛ التلوث، خاصة في القاهرة، والإسكندرية، ومدن القناة، والحياة الرخوة، خاصة بين سكان الحضر.

٦- عوامل خطر ذات طبيعة خاصة مهينة للأمراض المعدية في مصر ، وهي مجموعتان: ولعل أهمها هو طبيعة العمل في الزراعة والحقول، والعادات الخاصة بالإفراغ في الحقول، وعدم استعمال ماء نقي في الشرب أثناء العمل في الحقل، والاستحمام في الترع والمصارف، (خاصة بالنسبة للأطفال في السن المدرسي)، والعمل والمشي في الحقول دون حذاء طويل الرقبة، والزراعة باستخدام رى الغمر، بما يتطلبه من تعامل مع القنوات الصغيرة المنسابة في الأرض الزراعية.... الخ.

والمجموعة الثانية من تلك العوامل المهينة للأمراض تتمثل في الفقر، ونمط معيشة السكان في القرى والمناطق الهامشية (٤٨% من السكان أو أكثر تحت خط الفقر الأعلى ١٠٨٠ جنية للفرد في العام).

٧- يبلغ معدل انتشار الحوادث المسببة للوفاة بين الأطفال من عمر ١ سنة إلى ٤ سنوات ٢٠% من أطفال تلك الشريحة العمرية.

ويبلغ معدل انتشار الحوادث، الخاصة بالسيارات، في الطرق في مصر ٤,٣ وفاة لكل مائة مليون كم مقطوع علي الطريق.

أما بالنسبة لأسباب الحوادث بصفة عامة فلم يتيسر لي الحصول سوي علي دراسة محلية، أجريت في الإسماعيلية، وتبين أن ٢% من السكان وجدوا بتاريخ إصابة يرجع إلي سنة واحدة، سابقة علي تاريخ المسح المحلي (الإسماعيلية)، وبيان أسبابه كالآتي:

- حوادث المرور بنسبة ٤٤%
- سلوك أسري عنيف ٣٢%
- سقوط من حلق ٢٢%

وقد بينت الدراسة أن ٨٠% من الحوادث تقع في الشارع (وليس في المنزل أو العمل) كما تبين أن نسبة الوفيات المترتبة علي الحوادث مرتفعة، وتصل إلي ١٥% من تلك الحوادث، أكثر من نصفها (٥٤%) نتيجة لحوادث مرور سيارات.

٨- عوامل خطر مهينة للحوادث :

- استعمال حزام السيارة للقائد والركاب غير شائع أو حتى مستساغ في مصر يؤدي للحوادث المهلكة والمميتة، "بدأ الالتزام به من يناير ٢٠٠١".
- الإستحمام في الترع والمصارف مهية للغرق.
- استعمال البوتاس مهية للتعاطي بواسطة الأطفال الصغار، بمضاعفاته الشهيرة.
- مواد خطرة مثل الكبريت والسجاير المشتعلة في متناول الصغار مهينة للحرائق.. الخ.

٩- ينقسم المجتمع المصري أسريا إلي مجاميع متعددة (فئات)، في أقصى هذا التتابع القنوي إلي شريحتين: الأولى هي الشريحة الغنية، والأخرى هي الشريحة الفقيرة، وبينهما عدد من الشرائح المجتمعية، وتتزايد حجم شريحة الأسر كلما قلت درجة الغنى، فكانها هرم أسرى قاعدته الفقر (٤٨% من السكان تحت الحد الأعلى من معدل الفقر وهو ١٠٨٠ جنيه للفرد في العام) إلا أن هناك عوامل أخرى، قد تكون مترتبة على الفقر، تحكم الوضع الصحي للأسر المصرية وهو: التفاوت الجغرافي:

- حضر أو ريف.
- مصر العليا أم مصر السفلى.
- محافظات حضرية / غير حضرية.
- التفاوت التعليمي للأم ثم للأبوين ثم لأطفال الأسرة.
- التفاوت السكنى طبقاً لأحوال السكن، والحي، أو المحيط حوله.

أما الوضع الحاكم فهو الوضع الاقتصادي للأسرة طبقاً لمعايير الدخل أو الإنفاق وأحجامها في مصر كآلاتي:

- فقر تحت خط الفقر الأعلى ١٠٨٥ للفرد في العام (٤٨%).
- فوق خط الفقر.
- متيسر.
- غنى.

بما حدد شخصية الأسرة داخل تلك المؤشرات وارتباط تلك الشخصية الأسرية بوصفه الصحي (ترسيمة الأسرة صحياً أو بروفيل الأسرة الصحي).

وهناك عامل خطر مهيب للمرض والحوادث لم يتسنى لي تفصيله، وهو إدمان مواد منبهة أو مخدرة، ولا شك أنه يحتاج إلى دراسة تفصيلية خاصة.

ونخلص في النهاية إلى زيادة العوامل المهيئة للخطر، بانتشار الأمراض المزمنة، بين الشريحة السكانية متقدمة السن، أو حتى بين الشريحة السكانية متوسطة السن، وذلك يوجب أن نتجه الخدمات الصحية، إلى أن تتحمل أيضاً عبء هذه النوعية من المرضى، لرعاية الأمراض الوعائية: القلبية، والمخية، وما إليها، والأمراض التنفسية المزمنة، وأمراض الأورام.

وكذلك يجب التركيز على البرامج الوقائية لتجنب السمنة، وإنقاص التدخين، والتحكم في الضغط، والسكر، حيث أن ذلك يوفر عمراً أطول، وإنفاقاً أقل، لتجنب الأمراض المزمنة، ومضاعفاتها، والموت المبكر.

٢-٤-١-٢-٥ صحة الفم والأسنان:

أمراض الأسنان وتصل نسبة التآكل إلى أعلى نسبة لها ٨٨% في الشريحة السنية ٣٠-٣٩ وتتراوح تلك النسبة بين ١٩,٢% إلى ٥٧,٢% في شريحة السن المدرسي (من ٦ - ١٩ سنة).

جدول رقم "٢٢" نسبة السكان المصابين بتآكل الأسنان طبقاً للمجموعة العمرية عام ١٩٩٥

الفئات العمرية	النسبة المئوية	الفئات العمرية	النسبة المئوية
صفر - ٢	٢٣,١	٢٠ - ٢٢	٧٧,٨
٣ - ٥	٥٤,٦	٣٠ - ٣٩	٨٨,٢
٦ - ٨	١٩,٢	٤٠ - ٤٩	٨٧,٤
٩ - ١١	٢٩,٣	٥٠ - ٥٩	٨١,٢
١٢ - ١٤	٤٧,٩	٦٠ +	٦٣,٩
١٥ - ١٩	٥٧,٢		

المصدر: الإحصاء القومى لتقييم الأمراض الفموية وأمراض الأسنان بين المصريين - وزارة الصحة - ١٩٩١.

٢-٤-٢ عبء المرض والعجز المترتب عليه:

إن تزايد انتشار ضغط الدم المرتفع، والسكر، والتدخين، في القرن الماضي، يمكن أن يترجم إلى تزايد عبء المرض.

وتبين الدراسة التي أشرنا إليها سابقاً في فقرة عوامل الخطورة المهيئة للمرض والحوادث بين البالغين في نفس الفصل، والتي تمت بالقرب من القاهرة في المناطق الريفية والحضرية: أن ١٠% من السكان فوق سن العشرين يعانون من السكر، ٣٠% من السكان يعانون من الضغط، وأن ٣٨% يعانون من السمنة، ويزداد معدل الوفاة بواقع ٢٠% عند الأفراد الذين يعانون من السكر والضغط، كما يتزايد استخدامهم للخدمات الصحية، والإنفاق المترتب على ذلك.

وهناك أيضاً دراستان:

توضح الأولى صعوبات أداء الأفراد، الذين يعانون من العجز فى أنشطتهم اليومية، وعدم القدرة على أداء أنشطة أساسية بعينها (ADLs) في مصر، وتوضح تزايد تلك الصعوبات كلما تقدم سن الفرد، كما تتزايد الصعوبات أيضاً عند من يعانون من مشاكل مرضية مزمنة، خاصة عند من يعانون من أكثر من عجز واحد.

أما الدراسة الثانية فتوضح قياس سنوات التعايش مع الموت المبكر، ومع الإعاقة كسنوات ضائعة من عمر الفرد (DALYs)، ولم يتيسر لي العثور على دراسة تطبيقية لذلك الموضوع عن مصر، وتم الاكتفاء بتقديم فكرة عامة عن الدراسة الإجمالية عن العالم مستقاة من منظمة الصحة العالمية.

٢-٤-٢ صعوبة أداء المسنين أو المعاقين للأنشطة الحياتية اليومية (ADLs):

الإعاقة الجسدية أو النفسية، بأنواعها المرضية، التي تصيب أجهزة الجسم وأعضائه (الحركية - العصبية - النفسية - العقلية - ٠.٠٠٠) يترتب عليها صعوبة في أداء الوظائف الحياتية اليومية، بما يحدد القدرة على أداء وظائف أساسية هامة بمعرفة الفرد نفسه، وليس بالاعتماد على آخر. ونتيجة للتحول السكاني الحادث في مصر حالياً، فإن شريحة السكان المسنين (٦٠ سنة فأكثر) تتزايد في مصر، فقد زاد عددها نتيجة للزيادة السكانية، وتزايد العمر المتوقع للفرد من مليون واحد عام ١٩٥٠ إلى أربعة ملايين عام ١٩٩٥.

ويتوقع أن يصل العدد إلى عشرة ملايين فرد، أي أن حوالي ١١% من السكان يصل عمرهم إلى ٦٠ سنة فأكثر عام ٢٠٢٥.

ويلاحظ أنه مع ذلك التزايد في تلك الشريحة العمرية يتزايد في الوقت نفسه التحاق المرأة بالعمل (التوظيف)، مما ينعكس على تناقص المساندة التي كانت تقدمها الفتيات والسيدات في المنازل إلى المسنين. وهذا يستوجب تزايد مساندة الحكومة، والقطاع الأهلي، لتلك الشريحة السكانية، في حالة احتياجها للاعتماد على الغير، لأداء الوظائف الحياتية اليومية.

ولقد تم عدد محدود من الدراسات حول موضوع العجز في الشريحة السكانية المسنة في مصر، الأولى في الإسكندرية في عام ١٩٧١ على مجموعة محدودة من المسنين المقيمين في الإسكندرية (٣٦٩ فرداً)، والثانية على مجموعة أخرى في القاهرة حوالي ٥٠٠ فرد، وركزت الدراستان على تقييم الموقف الصحي للمسنين، وعلاقته بالواقع الاقتصادي الاجتماعي لهم. أما الدراسة الثالثة فقد تمت في الثمانينات بمساندة من الأمم المتحدة (عادل عازز - والهام عفيفي في علم ١٩٩٠) وركزت على دراسة حوالي ألف مسن يعيشون في شياختين في محافظة الجيزة، محاولة أن تركز على قدرة المسنين على القيام بالوظائف الأساسية اللازمة للأنشطة

اليومية، ولكن يلاحظ أن الدراسات الثلاث ركزت على دراسة الموقف في الحضر، دون الوصول إلى الريف.

أما دراسة "مسوح الانتفاع والتقييم المصرية للرعاية الصحية في القطاع العائلي EHHUES" الصادرة في ١٩٩٦ والتي نستند إليها فهي ذات طابع قومي شامل يغطي عينة ضخمة وممثلة لكل النوعيات السكانية "تغطي تلك الدراسة ٥٥ ألف فرد، أي ١١ ألف أسرة" وممثلة لعموم الجمهورية.

وتركز تلك الدراسة في أحد جوانبها على قدرة الأفراد عمر ١٦ فأكثر على أداء أنشطة الحياة اليومية، وقد حددت أنشطة ستة تقيس بهم قرات الشرائح العمرية فوق ١٦ سنة، وهي: القدرة على ممارسة الاستحمام - القدرة على ارتداء الملابس - القدرة على ممارسة أنشطة التواليت اليومية - القدرة على التنقل - القدرة على تناول الطعام - والقدرة على المشي.

ويشير جدول عجز القدرة عن أداء الأنشطة اليومية، إلى أن هذا العجز يتزايد مع التقدم في السن، وعموما فإنه، بالنسبة لمختلف الأعمار، هناك عجز يتراوح بين ١% من السكان بمصر (بالنسبة لارتداء الملابس)، إلى ١,٨% لممارسة الاستحمام اعتمادا على الذات، مع تفاوت النسب للأنشطة اليومية الأخرى، طبقا لما يتضح من الجدول رقم "٢٣" التالي.

جدول رقم "٢٣" عجز القدرة على أداء الفرد في مصر فوق سن ١٦ لأنشطة بذاتها

النسبة في العينة	الاستحمام	ارتداء الملابس	أداءات التواليت	التنقل	إطعام الذات	المشي
على المستوى القومي	١,٧٩	١,٠٦	١,٢٥	١,٥	٠,٤٩	١,٣٧
من سن ١٦ - ٢٩	٠,٢٦	٠,١٢	٠,١٨	٠,٢٢	٠,١	٠,٢٢
٣٠ - ٣٩	٠,٠٥	٠,١٩	٠,٢٣	٠,٤٧	٠,١٦	٠,٢٩
٤٠ - ٤٩	١,٢٤	٠,٧٥	٠,٧٥	١,٢٨	٠,١٦	٠,٩٣
٥٠ - ٥٩	٢,٧٨	١,٤٩	٢,٠٥	٢,٦٤	٠,٤٩	٢,٠٥
٦٠ - ٦٩	٥,٦٦	٣,٥١	٢,٧	٤,٦٤	٠,٦١	٤,٠٥
٧٠ - ٧٩	١٢,٤٩	٧,٦٧	٩,٩٧	١٠,١٩	٤,٠١	١٠,٣١
فأكثر من ٨٠	٣٠	١٥,٢١	٦٩,٢١	٦٩,١٧	١٠	٢٥

أما إذا تم تناول الأنشطة اليومية، حسب الشرائح العمرية فإننا نجد أن العجز أعلى ما يمكن في الاستحمام والتنقل، وأقل ما يمكن لإطعام الذات، ويتضاعف العجز لمن يتجاوزون سن الثمانين، إذا ما قورنوا بمن تجاوزوا السبعين.

أما الجدول رقم "٢٤" عجز القدرة في نشاط واحد أو أكثر وصولاً إلى عجز الأنشطة الستة، فإننا نلاحظ أن أقل من ٢,٥% من السكان لديهم عجز في أداء نشاط أو أكثر، أما إذا تم تناول الأنشطة اليومية حسب الشرائح العمرية، فإننا نلاحظ أن من يعانون من عجز، في نشاط أو أكثر، يتزايد إلى حوالي الضعف في الشريحة العمرية من ٦٠ إلى ٦٩ (٧,٤٢%) إذا ما قورنوا بالشريحة العمرية السابقة لها من ٥٠ إلى ٥٩ (٣,٩٩%)، ثم يظل يتضاعف في كل شريحة سنوية أعلى، مما يؤكد الحاجة إلى الاعتماد على الغير في السن المتقدم.

ويتوقع أن تزداد تلك المشكلة بروزاً، مع تزايد متوسط العمر المتوقع للفرد، وتآكل الأسر الممتدة التي تساند بعضها بعضاً، ويقوم بععبء المساندة الأساسية النساء صغيرات السن في الأسرة الممتدة، ولكن مع تزايد عمل المرأة أيضاً ستصبح المشكلة مجتمعية، وليست أسرية فقط.

ويصبح من المحتم بروز تأمين إعاشة عجز الشيخوخة، وتعميم خدمات رعاية كبار السن، ضمن البرامج المجتمعية، وبرامج الرعاية الصحية الأولية، وترتيب آليات تمويلية لتغطية احتياجات الإنفاق لهذه النوعية ذات الوقاية والعلاج الطويل المدى والمتعدد الجوانب الفيزيائية والنفسية والعقلية.

جدول رقم "٢٤" النسبة المئوية للسكان (ذكور وإناث معا) فوق سن ١٦

الذين يعانون من عجز في نشاط واحد فأكثر في مصر

النسبة في العينة	لا يعانون	١ فأكثر	٢ فأكثر	٣ فأكثر	٤ فأكثر	٥ فأكثر	٦ فأكثر
على المستوى القومى	٩٧,٥٢	٢,٤٨	١,٤٧	٠,١٦	٠,٩٧	٠,٦٩	٠,٢٩
من سن ١٦ - ٢٩	٩٩,٥٦	٠,٤٤	٠,٢٦	٠,١٦	٠,١١	٠,١	٠,٠٣
٣٠ - ٣٩	٩٩,٠٨	٠,٩٢	٠,٣٨	٠,٢٤	٠,١٧	٠,٠٩	٠,٠٣
٤٠ - ٤٩	٩٨,٠٥	١,٩٥	١,١٣	٠,٨٢	٠,٦٢	٠,٤٤	٠,١٦

تابع جدول رقم "٢٤" النسبة المئوية للسكان (ذكور وإناث معا) فوق سن ١٦ الذين يعانون من عجز في نشاط واحد فأكثر في مصر

النسبة في العينة	لا يعانون	١ فأكثر	٢ فأكثر	٣ فأكثر	٤ فأكثر	٥ فأكثر	٦ فأكثر
٥٠ - ٥٩	٩٦,٠١	٣,٩٩	٢,٨١	٢,١٢	١,٤٦	٠,٨٣	٠,٢٨
٦٠ - ٦٩	٩٢,٥٨	٧,٤٢	٥,٥٦	٣,٩٥	٣,٠٣	٢,٢٤	٠,٩٨
٧٠ - ٧٩	٨٣,٨٥	١٦,١٥	١٢,٤٩	٩,٨٥	٧,٦٧	٢,٨٤	٢,٦٣
فأكثر ٨٠	٦٥,٣٨	٣٤,٦٢	٣٠	٢٣,٤٦	١٨,٠٨	١٣,٠٨	٦,٥٤

ونلاحظ أن هناك تفاوتات في عجز القدرة لأداء الأنشطة اليومية بين الذكور والإناث، كما يوضح الجدولين الآتيين، حيث يتضح منهما أن السيدات قد أفادوا في المسح بعجز أعلى عموماً من الذكور في جميع المراحل العمرية، ما عدا مرحلتين: الأولى من سن ١٦ إلى سن ٢٩ (سن الزواج)، والثانية في الشريحة العمرية من ٦٠ إلى سن ٦٩ سنة (سن مساندة العائل). وعموماً فإن تلك الدراسة هي الدراسة الأولى، وما زالت بحاجة إلى المتابعة بدراسات أخرى.

جدول رقم "٢٥" النسبة (%) للسكان الذكور فوق سن ١٦

الذين يعانون من عجز في نشاط واحد فأكثر

النسبة في العينة	لا يعانون	١ فأكثر	٢ فأكثر	٣ فأكثر	٤ فأكثر	٥ فأكثر	٦ فأكثر
من سن ١٦ - ٢٩	٤٧,٩٩	٥٣,٠	٣٣,٠	٢٢,٠	١٥,٠	١١,٠	٠,٧,٠
٣٠ - ٣٩	١٤,٩٩	٠,٨٦	٠,٣٥	٠,٢٣	٠,١٢	٠,٠٨	٠,٠٠
٤٠ - ٤٩	٩٨,٤٥	١,٥٥	١,٠	٠,٨٢	٠,٦٤	٠,٥	٠,١٤
٥٠ - ٥٩	٩٦,٩٣	٣,٠٧	٢,٢٧	١,٩٧	١,٤٦	٠,٨٠	٠,٢٩
٦٠ - ٦٩	٩٤,٣٩	٢٦,٠٣	١٩,٠٢	١٤,٤١	١٠,٨١	٧,٧١	٣,٣
٧٠ - ٧٩	٨٨,٧٥	١١,٢٥	٨,٥٦	٦,٨٥	٥,٣٨	٣,٤٢	١,٧١
فأكثر ٨٠	٧١,٣	٢٨,٧	٢٥,٣٩	١٨,٥٢	١٣,٨٩	٩,٢٦	٣,٧

جدول رقم "٢٦" النسبة (%) للسكان الإناث فوق سن ١٦ الذين يعانون من عجز في نشاط واحد فأكثر

النسبة في العينة	لا يعانون	١ فأكثر	٢ فأكثر	٣ فأكثر	٤ فأكثر	٥ فأكثر	٦ فأكثر
من سن ١٦ - ٢٩	٩٩,٦٣	٠,٣٧	٠,٢	٠,١	٠,٠٨	٠,٠٨	٠,٠
٣٠ - ٣٩	٩٩,٠٣	٠,٩٧	٠,٤١	٠,٢٥	٠,٢٢	٠,٠٩	٠,٠٦
٤٠ - ٤٩	٩٧,٦٨	٢,٣٢	١,٢٥	٠,٨٢	٠,٦	٠,٣٩	٠,١٧
٥٠ - ٥٩	٩٥,١٧	٤,٣٨	٣,٣١	٢,٢٥	١,٤٦	٠,٨٦	٠,٢٦
٦٠ - ٦٩	٩٠,٨٦	٩,١٤	٦,٣٨	٤,٥٧	٣,٤٣	٢,١٩	٠,٨٦
٧٠ - ٧٩	٧٩,٥٣	٢٠,٤٧	١٥,٩٥	١٢,٥	٩,٧	٧,٩٧	٣,٤٥
أكثر من ٨٠	٦١,١٨	٣٨,٨٢	٣٢,٨٩	٢٦,٩٧	٢١,٠٥	١٥,٧٩	٨,٥٥

ونستخلص من تلك الدراسة EHHUES ثلاث مؤشرات هامة تتضح من الجداول التالية أرقام ٢٩,٢٨,٢٧ هي:

١. عبء المرض، معبرا عنه بأيام مفقودة، نتيجة المرض، بمتوسط من يوم إلى سبعة أيام.

جدول رقم "٢٧" الأيام المفقودة (%) بسبب المرض في الشهور الستة السابقة للإحصاء

لا يوجد	١ - ٧	٨ - ١٥	١٦ - ٣٠	٣١ فأكثر	الإجمالي
٧٣,٩٥	١٣,٦٣	٥,٢٧	١,٤٢	٥,٧٥	١٠٠

٢. يشير الجدول التالي إلى أن ١٦% من السكان يعانون مشكلة صحية مزمنة لمدة تزيد على ٣ شهور.

جدول رقم "٢٨" السكان (%) من ذوي المشكلات المزمنة لمدة تزيد على ٣ شهور سابقة

لا مشكلة	نعم مشكلة	الإجمالي
٨٣,٧٤	١٦,٢٦	١٠٠

٣. أما السكان الذين يعانون من صعوبة في أداء الأنشطة اليومية والتي سبق توضيحها.

جدول رقم "٢٩" المتوسط العام للسكان الذين يعانون من نقص أو أكثر في أنشطة حياتية

لا يعانون	عجز نشاط	٢ نشاط	٣ نشاط	٤ نشاط	٥ نشاط	٦ نشاط
فاكتر	فاكتر	فاكتر	فاكتر	فاكتر	فاكتر	فاكتر
٩٧,٥٢	٢,٤٨	١,٧٤	١,٢٩	٠,٩٧	٠,٦٩	٠,٢٩

٢-٢-٤ "سنوات التعايش مع الإعاقة أو الموت المبتر"٢

المقصود بها سنوات العمر الضائعة نتيجة لأحد سببين: إما الموت قبل الأوان (الموت المبتر)، وإما التعايش ولكن مع العجز الناتج من الإعاقة.

ويرجع ذلك إلى أسباب متعددة، تجمع تحت ثلاث مجموعات من المسببات:

الأولى: هي مجموعته الأمراض المعدية والطفيلية، وأمراض وظروف ترجع لأسباب تتعلق بالأم؛ في فترة ما قبل الحمل، وأثناء الحمل، وبعد الولادة، أو لأسباب تتعلق بالتغذية.

الثانية: وهي مجموعة الأمراض المزمنة غير المعدية التي تصيب كبار السن والبالغين.

الثالثة: وهي تتعلق بالإصابات سواء كانت بقصد أم بدون قصد.

وتتوزع تلك المسببات في مناطق العالم فتزيد المجموعة الأولى في الدول النامية والأقل نمواً، أما الثانية والثالثة فتزيد في الدول المتقدمة، وهناك تمازج بين القسمين، طبقاً لمعدل نمو الدولة محل الدراسة.

بيانات عالمية عن سنوات التعايش مع العجز (موت مبتر + إعاقة):

ونرى من الجدول "٣٠" الآتي الحقائق التالية:

تبلغ السنوات الضائعة ١٣٧٩ مليون سنة (١٩٩٠)، ٤٤% من تلك السنوات الضائعة بسبب مجموعة الأمراض الأولى، ٤١% من تلك السنوات الضائعة بسبب

مجموعة الأمراض الثانية، ١٥% من تلك السنوات الضائعة بسبب مجموعة الأمراض الثالثة.

وتبلغ النسبة المئوية من سكان الدول المتقدمة ٢٢% من سكان العالم، إلا أنهم يعانون بنسبة ١٢% من سنوات التعايش مع العجز، وتبلغ النسبة المئوية من سكان الدول النامية ٧٨% من سكان العالم، وهم يعانون من عبء سنوات التعايش مع العجز بنسبة ٨٨%.

جدول "٣٠" توزيع سنوات التعايش مع العجز
حسب المجموعة ذات الأسباب والمنطقة في عام ١٩٩٠

منطقة	السكان (بالمليون)	إجمالي سنوات الحياة (بالآلاف)	المجموعة ١ (بالنسبة المئوية)	المجموعة ٢ (بالنسبة المئوية)	المجموعة ٣ (بالنسبة المئوية)
العالم	٥٢٦٧	١٣٧٩٢٣٨	٤٤	٤١	١٥
الدول المتقدمة	١١٤٤	١٦٠٩٩٤	٨	٧٨	١٥
الدول النامية	٤١٢٤	١٢١٨٢٤٥	٤٩	٣٦	١٥
اقتصاديات السوق المستقرة	٧٩٨	٩٨٧٩٨٤	٧	٨١	١٢
الاقتصاديات الاشتراكية السابقة في أوروبا	٣٤٦	٦٢٢٠٠	٩	٧٣	١٩
الهند	٨٥٠	٢٨٧٧٣٩	٥٦	٢٩	١٥
الصين	١١٣٤	٢٠٨٤٠٧	٢٤	٥٨	١٨
آسيا الأخرى والجزر	٦٨٣	١٧٧٦٧١	٤٥	٤١	١٤
إفريقيا جنوبي الصحراء	٥١٠	٢٥٩٢٩٤	٦٦	١٩	١٥
أمريكا اللاتينية والكاريبى	٤٤٤	٩٨٢٥٨	٣٥	٤٨	١٦
هلال الشرق الأوسط	٥٠٣	١٥٠٨٤٩	٤٨	٣٩	١٣

المصدر: الإحصاءات الصحية على مستوى الكوكب (موارى ولوبيز ١٩٩٦).

أما الأسباب المرضية العشرة الرئيسية، لسنوات التعايش مع العجز على مستوى العالم: فنصفها يرجع إلى اضطرابات نفسية (الاكتئاب بنوعيه: الأحادي والثنائي القطبية – انفصام الشخصية – والوسواس القهري – وإدمان الكحول) واثنان بسبب الأنيميا والهزال (أسباب تغذوية)، واثنان من الأمراض المزمنة غير السارية (المرض الرئوي المزمن – والتهاب المفاصل)، وأخيرا واحد بسبب العيوب الخلفية طبقا للجدول "٣١" التالي :

جدول رقم "٣١" الأسباب الرئيسية للعجز على مستوى العالم ١٩٩٠

المرتبة	الأسباب	الإجمالي (بالمليون)	النسبة (%) للمجموع
	كل الأسباب	٤٢٧,٧	
١	إكتئاب شديد أحادى القطب	٥٠,٨	١٠,٧
٢	أنيميا لنقص عنصر الحديد	٢٢	٤,٧
٣	الهزال	٢٢	٤,٦
٤	إدمان الكحول	١٥,٨	٣,٣
٥	المرض الرئوي المزمن الذي يعوق النشاط	١٤,٧	٣,١
٦	إضطرابات ثنائية الأقطاب	١٤,١	٣
٧	الشذوذ الخلقي	١٣,٥	٢,٩
٨	إلتهاب المفاصل	١٣,٣	٢,٨
٩	إنفصام الشخصية	١٢,١	٢,٦
١٠	إضطرابات الوسواس القهري	١٠,٢	٢,٢

المصدر: الإحصاءات المتعلقة بالصحة في هذا الكوكب (موراي ولوبيز، ١٩٩٦)

أما على مستوى العالم النامي فتكون تلك الأسباب العشرة كالآتي: ستة منها من الأمراض المعدية (الإسهال – عدوى الجهاز التنفسي السفلي – ظروف فترة ما قبل الولادة – السل – الحصبة – الملاريا) وسبب نتيجة للاكتئاب أحادى القطب، واثنان من الأمراض المزمنة غير السارية (أمراض عدم تدفق الدم بالقلب –

أمراض الأوعية الدموية المخية)، وأخيراً بسبب العيوب الخلقية طبقاً للجدول "٣٢" التالي:

جدول رقم "٣٢" الأسباب العشرة الرئيسية لعبء المرض (سنوات التعيش مع الإعاقة) DALYs في العالم النامي

المرتبة	الأسباب	الإجمالي (بالمليون)	النسبة (%) من الإجمالي
	كل الأسباب	١٢١٨,٢	
١	عدوى أسفل الجهاز التنفسي	١١٠,٥	٩,١
٢	أمراض الإسهال	٩٩,٢	٨,١
٣	ظروف تنشأ في فترة ما قبل الولادة	٨٩,٢	٧,٣
٤	إكتئاب شديد أحادى القطب	٤١	٣,٤
٥	السل	٣٧,٩	٣,١
٦	الحصبة	٣٦,٥	٣
٧	الملاريا	٣١,٧	٢,٦
٨	أمراض عدم تدفق الدم للقلب	٣٠,٧	٢,٥
٩	الشذوذ الخلقى	٢٩,٤	٢,٤
١٠	أمراض الأوعية الدموية المخية	٢٩,١	٢,٤

المصدر: الإحصاءات المتعلقة بالصحة في هذا الكوكب (موراي ولوبيز، ١٩٩٦).

أما أسباب الوفيات العشر الرئيسية، على مستوى الدول المتقدمة، والدول النامية: فهناك حوادث الطرق كسبب مشترك، غير أربعة أمراض مشتركة كمسبب للوفاة: وهى عدوى أسفل الجهاز التنفسي — ضعف تدفق الدم للقلب — أمراض الأوعية الدموية المخية — المرض الرئوى المزمن، ثم تتناسب باقي مسببات الوفيات، لتتجه في اتجاه الأمراض المعدية في الدول النامية بخمسة مسببات للوفاة: وهى الإسهال — ظروف وأمراض تنشأ قبل الولادة — السل — الحصبة —

الملاريا. أما في الدول المتقدمة فأربعة منها من الأمراض المزمنة غير السارية: وهى سرطان القولون والمستقيم - سرطان المعدة - مجموعه النزلات الشعبية والتهابات القصبة وسرطان الرئة - وأخير مرض السكر، وتتميز الدول المتقدمة بإصابات الإيداء الذاتي كمسبب رئيسي وأخير للوفاة طبقا للجدول "٣٣" التالي:

جدول رقم "٣٣" الأسباب العشرة الرئيسية للوفاة فى العالم عام ١٩٩٠

المناطق المتقدمة	الوفيات بالآلاف	المجموع (%)	المناطق النامية	الوفيات بالآلاف	المجموع (%)
الأسباب جميعا	١٠٩١٢		الأسباب جميعا	٣٩٥٣٤	
١ ضعف تدفق الدم للقلب	٢٦٩٥	٢٤,٧	١ عدوى اسفل الجهاز التنفسي	٣٩١٥	٩,٩
٢ أمراض الأوعية الدموية المخية	١٤٢٧	٣٧,٨	٢ أمراض عدم تدفق الدم للقلب	٣٥٦٥	١٨,٩
٣ النزلات الشعبية-إلتهاب القصبة الهوائية وسرطان الرئة	٥٢٣	٤٢,٦	٣ أمراض الأوعية الدموية المخية	٢٩٥٤	٢٦,٤
٤ عدوى اسفل الجهاز التنفسي	٣٨٥	٤٦,١	٤ أمراض الأسعال	٢٩٤٠	٣٣,٨
٥ المرض الرئوي المزمن	٣٢٤	١٩,١	٥ ظروف تنشأ في فترة ما قبل الولادة	٢٣٦١	٣٨,٧
٦ سرطان القولون والمستقيم	٢٧٧	٥١,٦	٦ السل	١٩٢٢	٤٣,٤
٧ سرطان المعدة	٢٤١	٥٣,٨	٧ المرض الرئوي المزمن	١٨٨٧	٤٦,١
٨ حوادث المرور على الطريق	٢٢٢	٥٥,٨	٨ الحصبة	٨٥٦	٤٨,٧
٩ إصابات الإيداء الذاتي	١٩٣	٥٧,٦	٩ الملاريا	٨٥٦	٥٠,٩
١٠ مرض السكر	١٧٦	٥٩,٢	١٠ حوادث المرور على الطرق	٧٧٧	٥٢,٨

المصدر: الإحصاءات المتعلقة بالصحة فى هذا الكوكب (موراي ولوبيز، ١٩٩٦).

أما عبء المرض والإصابة الذي يعزى إلى عوامل الخطورة العشرة، فهي بالترتيب: سوء التغذية - ضعف الإمداد بالمياه - والرعاية الصحية العامة والفردية - الجنس الغير آمن - الطباقي - إدمان الكحول - المهنة أو الحرفة - الخمول الجسماني - العقاقير المحظورة - تلوث الهواء، وذلك طبقا للجدول "٣٤" التالي:

جدول رقم "٣٤" عبء المرض والإصابة الذي يعزى إلى عوامل الخطورة العشرة

عامل خطر	الوفيات (بآلاف)	مجموع الوفيات (%)	الوفيات المبشرة (بآلاف)	النسبة المئوية المجموع الوفيات المبشرة	التعايش مع العجز بالإعاقة (بآلاف)
سوء تغذية	٥٨٨١	١١,٧	١٩٩٤٨٨٦	٢٢	٢٠٠٨٩
ضعف إمدادات المياه والرعاية الصحية العامة والفردية	٢٦٨٨	٥,٣	٨٥٥٢٠	٩,٤	٧٨٧٢
الجنس غير الأمن	١,٩٥	٢,٢	٢٧٦٠٢	٣	٢١١٠٠
الطباقي	٣٠٣٨	٦	٢٦٢١٧	٢,٩	٩٩٦٥
إدمان الكحول	٧٧٤	١,٥	١٩٢٨٧	٢,١	٢٨٤٠٠
المهنة	١١٢٩	٥,٨	١٧٦٦٥	١,٩	١٤٤١
الخمول الجسماني	١٩٩١	٣,٩	١١٣٥٣	١,٣	٢٣٠٠
العقاقير المحظورة	١٠٠	٠,٢	٢٦٣٤	٠,٣	٥٨٣٤
تلوث الهواء	٥٦٨	١,١	٥٢٦٥	٠,٦	١٦٣٠

أما التغير المستقبلي لعبء المرض المتوقع في عام ٢٠٢٠م فيتوقع طبقاً للجدول "٣٥" أن تتعدل الأسباب الرئيسية لسنوات التعايش مع العجز لتصبح ستة من الأسباب الحالية مستمرة وهي: عدوى أسفل الجهاز التنفسي - ضعف تدفق الدم في القلب - حوادث المرور - الاكتئاب الشديدة أحادى القطب - الدرن - الإسهال ، ويستجد أربعة أسباب أخرى تبرز إلى القائمة العشرية بين الأسباب العشرة الرئيسية في عام ٢٠٢٠ وهي: الأمراض الرئوية المزمنة - أمراض الأوعية المخية - الحروب المحدودة - فيروس نقص المناعة. وفي كل الأحوال يتغير الوضع التصنيفي لتلك القائمة عما هي عليه الآن.

جدول رقم "٣٥" التغيير في الوضع التصنيفي لعبء المرض بالنسبة لعشرة أسباب رئيسية تبرز في العالم من ١٩٩٠ حتى ٢٠٢٠ (سيناريو خط الانطلاق)

المرض أو الإصابة	إجمالي سنوات التعايش مع العجز ٢٠٢٠ (بالآلاف)	أجمالي التعايش مع العجز ١٩٩٠ (بالآلاف)	التصنيف في عام ١٩٩٠
١ - ضعف تدفق دم الشرايين	٨٢٣٢٥	٤٦٦٩٩	٥
٢ - الاكتئاب الشديد أحادى القطب	٧٨٦٦٢	٥٠٨١٠	٤
٣ - حوادث المرور على الطريق	٧١٢٤٠	٣٤٣١٧	٩
٤ - أمراض الأوعية المخية	٦١٣٩٢	٣٨٥٢٣	١٦
٥ - الأمراض الرئوية المزمنة	٥٧٥٨٧	٢٩١٣٦	١٢
٦ - عدوى أسفل الجهاز التنفسي	٤٢٦٩٢	١١٢٨٩٨	١
٧ - السل	٤٣٥١٥	٣٨٤٢٦	٧
٨ - الحرب	٤١٣١٥	٢٠٠١٩	١٢
٩ - أمراض الإسهال	٣٧٠٩٧	٩٩٦٣٣	٢
١٠ - فيروس نقص المناعة	٣٦٣١٧	١١٧٢	٢٨

المصدر: الإحصاءات الصحية على مستوى الكوكب (موارى ولوبيز ١٩٩٦).

٢ - الباب الثاني : ترسيمة مصر

٢ - ٥ الفصل الخامس : الوضع الصحى : الطفولة ومرحلة الرضاعة

١ - ٥ - ٢ الرضع حديثو الولادة

٢ - ٥ - ٢ الطفولة - مرحلة ما قبل السن المدرسى

رؤية إجمالية.

مشاكل المرض والنمو فى مرحلة المراهقة.

٢ - ٥ - ٣ مرحلة السن المدرسى ومرحلة المراهقة

٢ - ٥ - ٤ واجبات مجتمعية ومراعاة المراهقين

obeikandi.com

٢ - الباب الثاني : ترسيمة مصر

٢-٥ الفصل الخامس: الطفولة ومرحلة الرضاعة

٢-٥-١ الرضع حديثو الولادة:

تظل الأدبيات الصحية المحدودة في مصر غير قادرة على حصر وتصنيف معدلات إصابات الرضع، كأسباب متعلقة بالمسببات المرضية، والحوادث، والظروف، خلال مرحلتَي الحمل والولادة، ومراحل الرضاعة، ونمو الطفل، فيما قبل، وخلال، وأثناء السن المدرسي. وسنحاول فيما يلي إيضاح مؤشرات المراضة المتاحة لعام ١٩٩٨، طبقاً للمبلغ منها إلى منظمة الصحة العالمية عن حالات الرضع والأطفال التي تتوافر لها طعوم وأمصال ويمكن توقي الإصابات بها، ومقارنة تلك الأرقام بمؤشر مراضتها "جدول رقم ٣٦" كرقم إجمالي بدول إقليم شرق البحر المتوسط، وبما هو متاح من أرقام عن مصر في منظمة الصحة العالمية.

جدول رقم "٣٦" مؤشرات المراضة المتاحة

(معدلات الاصابه المبلغة سنويا إلى منظمه الصحة العالمية)

الأمراض (الحالات المبلغة من مصر)	الرقم	السنة	الرقم المقارن*	الرقم المتاح عن مصر من منظمة الصحة		
				الرقم المتاح	السنة	المصدر
الكوليرا	صفر	٩٨	٥٥١٢٨	-	-	-
الملاريا المبلغة	١٣ حالات وافدة	٩٨	١٢٥٠٦٤٧٢	١٧	٩٣	WHO
شلل الأطفال	٣٥	٩٨	٥٥١	٤٧	٩٥	WHO

تابع جدول رقم "٣٦" مؤشرات الأمراض المتاحة
(معدلات الاصابه المبلغه سنويا إلى منظمه الصحة العالمية)

الرقم المتاح عن مصر من منظمة الصحة			الرقم المتاح	السنة	الرقم	الأمراض (الحالات المبلغه من مصر)
المصدر	السنة	الرقم المتاح				
WHO	٩٥	١٨٣٣	٨٨٨.٣	٩٨	٤٨٦٨	الحصبة
WHO	٩٥	١٨١١	١٤١٥٢٣	٩٨	١١٠٤٠	الدرن الرئوي
-	-	-	٣٩٩	٩٨	٣	الدفتيريا
-	-	-	٣٨٨٤	٩٨	١١٩٨	الكزاز (التيتانوس)
WHO	٩٥	٧٩٠	٢٩٥٥	٩٨	٤٧١	الكزاز الوليدي
-	-	-	١٠٤٥	٩٨	٣٣	الإيدز
-	-	-	٢١٤٠	٩٨	٣٨٤	الحمى المخية الشوكية
حالات ومعدلات مراضة (مبلغه أو بحثية)						
WHO	٩٥	٤٣٨٥	-	-	-	الجذام
WHO	٩٦	٥,٦	-	-	-	نسبه تضخم الغدة الدرقية في السن المدرسي (%)
WHO	٩١	١٢	-	-	-	متوسط تسوس الأسنان (١٥-١٢ سنه) %
WHO	٩٥	٢٥,٢	-	-	-	نسبه الأنيميا عند الأطفال تحت سن الخامسة %

الرقم المقارن هو متوسط أو إجمالي إقليم شرق المتوسط
مصدر: تقرير منطقة شرق المتوسط منظمة الصحة العالمية عن عام ١٩٩٨ والصادر في ١٩٩٩

التوزيعات النسبية للإصابة بالأمراض، والوفيات للأطفال أقل من عمر ٥ سنوات:

أما المجموعة الثانية من البيانات المتاحة عن التوزيع النسبي لأسباب المراضة من خلال بيانات دخول الأطفال أقل من عمر ٥ سنوات لمستشفيات وزارة الصحة

في عام ١٩٩٦ "جدول ٣٧"، وهي مستقاة من عينة تبلغ نصفاً في المائة من حالات خروج الأطفال تحت ٥ سنوات، وتوضح تلك العينة أن إصابات الأطفال ترجع بصفة أساسية إلى أمراض الجهازين الهضمي والتنفسي، يليهما الحوادث والتسمم والعنف .

جدول "٣٧" التوزيع النسبي للأسباب الرئيسية
لحالات الدخول في المستشفيات العامة والمركزية ١٩٩٦

الحالات المرضية	ذكور	إناث
أمراض الجهاز الهضمي	٢٧,٢	٢٨,٩
أمراض الجهاز التنفسي	٣٧,٨	٣٣,١
الحوادث والتسمم والعنف	١٧,١	١٧,٨
حالات تنشأ في مدة ما حول الولادة	٢,٦	٤
الأمراض الجلدية	١,٨	١,٧
الغدد الصماء	٢,٨	٤,٢
الأمراض المعوية والمعدية	٢,٤	٢,٢
أمراض أخرى	٨,٣	٨,١

المصدر: عينة من مرضى خروج المستشفيات العامة والمركزية حجمها ٥٦٨٤ مريضاً أقل من ٥ سنوات، تمثل ٠,٥% من إجمالي مرضى الخروج بالمستشفيات.

وبمراجعة موقف وفيات الرضع، يتضح أن هناك حتى الآن عدداً من الأرقام لوفيات الرضع:

- ١ - وزارة الصحة: ٢٥,٦ وفيات الرضع والأطفال أقل من ٥ سنوات هي ٢٥,٦ و ٣٨,٢ علي التتابع لكل ألف مولود حي في عام ١٩٩٦.
- ٢ - أما التقرير السنوي للمكتب الإقليمي بالشرق الأوسط لمنظمة الصحة العالمية في تقريره الصادر في عام ١٩٩٩ فيبين ذات الأرقام التي أوردتها وزارة الصحة في بيانات ١٩٩٦، علي أنها أرقام ١٩٩٨.

٣ - أما اليونيسيف: فقد أوردت أن وفيات الرضع والأطفال أقل من خمس سنوات كانت ٦٣ و ٨١ علي التتابع لكل ألف مولود حي في عام ١٩٩٢، ثم يشير اليونيسيف، في تقرير "أحوال أطفال العالم لعام ٢٠٠٠" أن بيانات ١٩٩٨ توضح أن ٥١ رضيع يتوفى عن عمر أقل من عام، وأن وفيات الأطفال أقل من عمر خمس سنوات في مصر بلغت ٦٩ لكل ألف طفل مولود حي.

٤ - أما قسم السكان في الأمم المتحدة فيشير في نشرته "الصادرة عام ٢٠٠٠" فيوضح أن: وفيات الرضع والأطفال أقل من عمر خمس سنوات في مصر، قد بلغت ٥١ و ٦٩ وفاة علي التتابع لكل ألف مولود حي، وذلك كمتوسط عن المدة من ١٩٩٥ إلى ٢٠٠٠.

جدول رقم "٣٨" مؤشرات الوضع الصحي في مصر

المؤشر	الرقم	السنة	الرقم المقارن*	دوليا	
				الرقم المتاح	المصدر
نسبه المولودين حديثا ويقل وزنهم عن ٢,٥ كجم	٩١	٩٢	٨٢	٨٩,٦	WHO ٩٠
نسبه الأطفال الذين وزنهم ملائم لسنهم	٨٨	٩٥	٧٨	٩٠,٨١	WHO ٩٥
معدل وفيات الرضع في كل ألف	٢٥	٩٨	٧١	٦٧,١	UN ٩٥-٩٠
احتمالية الوفاة قبل نهاية السنة الخامسة من عمر الأطفال في كل ألف	٥٥	٩٢	١٠٨	٦٦	UN ٢٠٠٠-٩٥
معدل وفيات الأمهات (لكل ١٠ آلاف مولود حي)	١٧,٤	٩٣	٣٨,٢	١٧	WHO ٩٠
العمر المتوقع عند الميلاد للجنسين	٦٤,٧	٩٦	٦٣,٢	٦٣,٦	UN ٩٥-٩٠
العمر المتوقع عند الميلاد للذكور	٦٢,٩	٩٦	٦٢,٤	٦٢,٤	UN ٩٥-٩٠
العمر المتوقع عند الميلاد للإناث	٦٦,٤	٩٦	٦٣,٩	٦٤,٨	UN ٩٥-٩٠
أعداد وفيات مؤشرات وفيات أخرى					
عدد وفيات ناتجة عن الإسهال للأطفال تحت ٥ سنوات	-	-	-	٢٢٧٤٦	WHO ٩٥
عدد وفيات ناتجة عن السرطان في الذكور	-	-	-	١٦١٧٧	IARC ٨٥

تابع جدول رقم "٣٨" مؤشرات الوضع الصحي في مصر

المؤشر	الرقم	السنة	*الرقم المقارن	دوليا	
				الرقم المتاح	المصدر
عدد وفيات ناتجة عن السرطان في الإناث	-	-	-	١٤٨٩٠	IARC ٨٥
معدل وفيات ناتجة عن الحوادث لكل ألف فرد	-	-	-	٠,١١	ILD ٩٣

*الرقم المقارن هو متوسط أو إجمالي إقليم شرق المتوسط

المصدر: تقرير منطقة شرق المتوسط منظمة الصحة العالمية عن عام ٩٨ والصادر في ٩٩

ويتفاوت هذا المعدل بين المحافظات المختلفة بدرجات مختلفة، وقد يبلغ التفاوت أقصاه عند مقارنة محافظة بورسعيد بمحافظة سوهاج أو قنا، بمعنى أن وفيات الرضع في قنا خمسة أمثال وفيات الرضع في بورسعيد. وأسباب تلك الوفيات قابلة للمنع والتوقي، حيث أن ثلثها قابل للمنع بتكلفة محدودة بالنسبة لعموم الفائدة والانتفاع. وباستعراض مؤشرات الوضع الصحي جدول "٣٨" الخاص بنسبة المولودين حديثا، بأقل من وزنهم الطبيعي، ووفيات الرضع، ووفيات الأطفال تحت ٥ سنوات، ضمن مجموعة أخرى من المؤشرات، المتعلقة بالوضع الصحي في مصر علي اتساعه، وطبقا لما أبلغت به منظمة الصحة العالمية، فإنه يتضح تقارب الأرقام في وفيات الأمهات والأطفال تحت ٥ سنوات، بعكس تباعد أرقام معدل وفيات الرضع.

نسبة وفيات حديثي الولادة إلى وفيات الرضع:

تبلغ وفيات حديثي الولادة نسبة تتراوح بين ٤٠% إلى ٥٠% من وفيات الرضع ككل، إذا أخذنا المعيار لحديثي الولادة، حتى نهاية الأسبوع الأول بعد الولادة، أما إذا كان المعيار لمدة شهر بعد الولادة، فقد تصل النسبة إلي ٦٠% خلال الشهر الأول من وفيات الرضع الكلية .

أسباب وفيات الرضع حديثي الولادة: يمكن تقسيم تلك الأسباب إلى ثلاث مجموعات:

المجموعة الأولى: وترجع لأسباب مباشرة هي:

- الاختناق.
- نقص الحرارة.
- التهاب المخارج التناسلية.
- الكزاز "التيتانوس".
- الإلتهاب الرئوي.
- الولادة المبكرة وصغر حجم الجنين.
- إصابات الولادة أثناء الوضع.

بالإضافة إلى أسباب أخرى مازالت موجودة، حتى في الدول المتقدمة :

- العيوب الخلقية.
- متلازمة الوفاة الفجائية للطفل.
- مضاعفات الحمل لدى الأم.

والأسباب المباشرة المشار إليها مرتبطة بالمحيط غير الصحي، لأماكن إتمام الولادة، حيث تتم الولادة بنسبة ٧٠% في المنازل، خاصة منازل فقراء مصر، وحتى في بعض الوحدات الصحية فقيرة الإمكانيات، والتي تعاني من فقر الإمكانيات البشرية أيضا.

المجموعة الثانية: وهي مرتبطة أيضا بالسلوكيات الصحية، نتيجة لنقص المعرفة لدى الأبوين ومحيط الأسرة الكبيرة. وكذلك بالظروف الاجتماعية، دخلا وسكنا وتغذية ونمطا للحياة .

المجموعة الثالثة: وهي مرتبطة بمراحل ما قبل الولادة (أثناء الحمل)، وتشمل:

- سوء التغذية.
- مشاكل الخصوبة المرتفعة.
- الحمل المتتابع (فترة قصيرة بين حملين متتابعين).
- انعدام أو شكلية الرعاية الصحية في فترة ما قبل الولادة.

- محدودية المعلومات عن الحمل والولادة والرعاية للرضيع، والطفل لدى الأسرة.

وتركز كل الإستراتيجيات على الرعاية الصحية للأم الحامل والجنين في فترة الحمل وما قبل الوضع، باعتبارها فترة البدء لتشكيل بداية صحيحة سليمة للجنين، ثم للطفل مدى حياته، أو بداية لمرض أو أكثر يلزمه طوال حياته، ويقصر من التوقع لفترة عمره، وفي مصر يموت كل عام أكثر من ٥٠ ألف طفل في السنة الأولى من أعمارهم، لأسباب قابلة لل منع، يموت ثلثهم في الأسبوع الأول، وحوالي ثلثهم في الأسابيع الثلاثة التالية، والثلث الأخير في الشهور الـ ١١ التالية.

ومخاطر الحمل والولادة وما بعدها قابلة للاستئصال والتوقي، وبيانها كآآتي:

- الولادة بمعرفة غير مختص (نسبة ٦٧,٥%).
- الولادة في وحدات أو منازل غير صالحة.
- الحمل في السن الصغير.
- الحمل المتكرر بفترات بينية قصيرة.
- الرعاية الصحية في فترة الحمل، وأثناء الولادة، وبعد الولادة حتى نهاية السنة الأولى.
- الأم التي تدخن، أو تتعاطى مخدرات، أو أدوية خطيرة علي الحامل.
- المستوى التعليمي المنخفض للأم.
- المستوى الإقتصادي والاجتماعي المتدني للأسرة.
- التغذية المحدودة وغير المتوازنة للأم الحامل، بما يؤثر على الطفل ونمو المخ.
- السن المتأخر للحمل.
- العوامل البيئية المحيطة بالأم الحامل (الفيروسات / الكيمائيات / الإشعاع).

ولعل الخطوة المركزية لكل ذلك، هي رعاية الأم الحامل في فترة ما قبل الولادة، خاصة عندما تكون الأم فقيرة أو صغيرة السن، وتلك الخطوة ذات طبيعة اقتصادية، حيث أنها النقطة المحورية للحصول على الطفل السليم، خاصة لتوقى ظهور الطفل صغير الحجم، ناقص النمو، الذي يعيش معرضا للمشكلات، حتى لو تم إنقاذه عند الولادة. وتشير بعض الدراسات إلى أن هذه الخطوة الإجرائية وحدها، بما يترتب عليها من تدخلات مبكرة تنقص ضرر الحصول على طفل ناقص النمو، بمقدار الثلث.

أما وفيات الأمهات أثناء الولادة: فبالرغم من أنها نقصت إلى النصف، وأصبحت حوالي ١٧٠ لكل مائة ألف طفل مولود حي، إلا أنه بالمقارنة بالدول المماثلة لنا في النمو، وحتى الأقل نموا، فقد أصبح حالها أفضل من مصر. ولا بد من أن نشير إلى أن الحصر لحالات وفيات الأمهات، أثناء الوضع، قد لا يكون دقيقا، وقد يكون الرقم الحقيقي أكبر من ذلك، حيث يحدث الإبلاغ بسبب الوفاة لأسباب أخرى غير الوفاة أثناء الولادة، كأن يعزى ذلك إلى هبوط في القلب، أو الدورة الدموية، وهذا أمر من معروف في الإحصاءات الطبية، بتقييد بيانات أقل من الواقع.

وتتصدر الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات أثناء الولادة، طبقا لإحصاءات ١٩٩٣ السابق الإشارة إليها في الآتي:

- ٤١% نتيجة لنزيف إما قبل أو أثناء الولادة.
- ١٩% نتيجة لحالة مرضية، ضغط دم مرتفع وغير معالج.
- ١٠% بسبب التهابات وتقرحات المخارج التناسلية.
- ٥% بسبب الإجهاض، وعدم انتظار الولادة.
- ٢٥% لأسباب أخرى متنوعة.

وقد سبقتنا معظم الدول نامية وغير نامية إلى تقليص تلك النسبة إلى أرقام رمزية، بمسارعتها إلى مجموعة الإجراءات التنظيمية التالية:

"تقديم رعاية صحية منتظمة، لمرحلة ما قبل الولادة، بواسطة مختص صحي ذي خبرة، ومستوى تدريبي ملائم (ممرضة عالية المستوى أو طبيب في الدول الأكثر تقدماً)، بديلاً عن القابلة المؤهلة، والقابلة غير المؤهلة، أو بتوظيف الممرضة ذات المستوى المعتاد، والمدرّبة لمدة كافية في الدول الأقل نمواً. وذلك هو ما يمكن من اكتشاف الأمراض في مرحلة ما قبل الوضع (الضغط، السكر، تسمم الحمل، التهابات بالمخارج التناسلية، أو الاكتشاف المبكر للنزيف) والتعامل مع الحالة التي بها مخاطر بمعرفة الطبيب ومتابعته، وترتيب الولادة مكاناً وتوقيتاً".

وللحقيقة فإن هناك وحدات رعاية صحية قروية بها أسرة، ومستشفيات قروية غير موظفة أسرتها حتى الآن إلا توظيفاً رمزياً، بخلاف الوحدات المتخصصة في المدن والحضر، والتي تفضل الحوامل ألا يترددن عليها، إلا إذا تعذر الطبيب الخاص، وحتى في حالة تعذر الطبيب فإنهن لا زلن يستندن، حتى في المدن، إلى القابلات والسيدات ذوات الخبرة المحدودة، وإن كانت الأرقام الرسمية تشير إلى أن ٣٥% (تزايدت إلى ٣٩%) من السيدات الحوامل يشرف على رعايتهن أثناء الولادة مختص صحي مؤهل ومدرّب، غير أن تلك الأرقام تتدنّى إلى ١٥% في المناطق الريفية، بما يصل بنسبة الولادات التي تتم في المنازل إلى ٧٠% من الولادات.

أما نسبة السيدات الحوامل المتابعات بأفراد مدرّبين أثناء الحمل فتبلغ ٥٠%، ولعل عوامل التأخر في طلب الخدمة الصحية بالمستشفى، مع ضعف مستوى الرعاية الصحية أثناء الحمل، مضافاً إليها ضعف الرعاية أثناء عملية الولادة، يشكل ثالوثاً، يعزى إليه ارتفاع نسبة وفيات الأمهات أثناء الولادة.

وتشير دراسة أجريت في محافظة الجيزة إلى أن نسبة تفوق النصف من السيدات، في مرحلة الحمل، يعانين من أعراض بالمخارج التناسلية بسبب: التهابات المخارج التناسلية (٢٢%)، سقوط مهبلي وأسباب طبية أخرى (٦٤%)، إلا أن الغريب أن السيدات الحوامل يعتبرن هذه الأعراض طبيعية، تحدث لكل السيدات في فترة الحمل، ولا تحتاج إلى علاج ومتابعة طبية، وذلك يسبب أضراراً سبق إيضاحها عند الولادة.

أما مستويات المعلومات والمعرفة فبالرغم من تزايدها لدى السيدات الحوامل، خاصة في موضوعات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، حيث أن ٥٧% من سيدات المناطق الحضرية، تستخدمن وسيلة أو أخرى من وسائل تنظيم الأسرة، إلا أن النسبة تصل إلى ٣٨% فقط عند سيدات المناطق الريفية.

ولعل تناقص الزيادة السكانية لتصل إلى ٢,١% فقط، هي خير دليل يوضح مدى انتشار مبادئ تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية، حيث تتحسن مؤشرات الإنجاب، وتتباعد فترة ما بين الحملين، وينخفض عدد أعضاء الأسرة النووية، ويتناقص معدل الخصوبة، غير أن التفاوت مازال واضحا: بين الشرائح الاجتماعية، وبين المحافظات، وفي الريف، وفي الحضر، وطبقا لمستوى التعليم والإنفاق.

ولعله يجب أخيرا إيضاح مؤشرات توضح مدى التغطية بالتطعيم جدول "٣٩" للرضع في السنة الأولى، حيث تشير الأرقام المبلغة لمنظمة الصحة العالمية، إلى أن متوسط التغطية بالتحصينات السنوية الأساسية، بلغ ٨٥% كمتوسط عام، وأن مرض شلل الأطفال دخل أخيرا إلى مرحلة التلاشي (٩ حالات في عام ١٩٩٩)، وأن نسبة الحوامل اللاتي تمت تغطيتهن بالتحصين ضد الكزاز الوليدي بلغت ٦١%.

جدول رقم "٣٩" مؤشرات التغطية بالرعاية الصحية الأولية

المؤشر	الرقم	النسبة	رقم المقارن *	الرقم المتاح دوليا		
				الرقم المتاح	السنة	المصدر
نسبة السكان المتوافر لهم الخدمات الصحية المحلية (إجمالي)	٩٨	٩٦	٨٤	-	-	-
نسبة السكان في الحضر المتوافر لهم الخدمات المحلية	١٠٠	٩٦	٩٨	-	-	-
نسبة السكان في الريف المتوافر لهم الخدمات الصحية المحلية	٩٦	٩٦	٧٠	-	-	-
نسبة الرضع الذين أتموا التطعيم عام ٩٨ بلقاح بي.سي.ص	٩٧	٩٨	٨٩	٨٥	٩٥	WHO

تابع جدول رقم "٣٩" مؤشرات التغطية بالرعاية الصحية الأولية

المؤشر	الرقم	النسبة	رقم المقارن *	الرقم المتاح دوليا	
				الرقم المتاح	المصدر
نسبة الرضع الذين أتموا التطعيم عام ٩٨ باللقاح الثلاثي	٩٦	٩٨		٨٢	WHO ٩٥
نسبة الرضع الذين أتموا التطعيم عام ٩٨ باللقاح الفموي لشلل الأطفال	٩٦	٩٨		٩٣	WHO ٩٥
نسبة الرضع الذين أتموا التطعيم عام ٩٨ بلقاح الحصبة	٩٨	٩٨		٨٢	WHO ٩٥
نسبة الرضع الذين أتموا التطعيم عام ٩٨ بلقاح التهاب الكبد (ب)	٩٦	٩٨		٨٢	WHO ٩٥
نسبة الحوامل المطعمات بجرعتين من التيتانوس (الكزاز)	٦١	٩٨		٥٢	WHO ٩٥
مؤشرات إضافية					
النسبة من السيدات الحوامل المتابعين بأفراد مدربين	٥٠	٩٣-٩١	-	٥٠	WHO ٩٣
النسبة من الولادات التي تتم بأفراد مدربين	٣٣,٥	٩٣-٩١	-	٣٥	WHO ٩٣
النسبة من الأطفال المتابعين بأفراد مدربين	٨٩	٩٣-٩١	-	٠	٠
النسبة من السيدات في سن الحمل المستفيدات بتنظيم الأسرة	٤٧,٨	٩٣-٩١	-	٤٦	UN ٩٢

* الرقم المقارن هو متوسط أو إجمالي إقليم شرق المتوسط

المصدر: تقرير منطقة شرق المتوسط منظمة الصحة العالمية عن عام ٩٨ والصادر في ٩٩

٢- ٥- ٢ الطفولة - مرحلة ما قبل السن المدرسي

رؤية إجمالية

لا زالت نسبة الأمراض المعدية، وأمراض نقص التغذية، ومضاعفات كل منها تلعب الدور الرئيسي في وفيات الأطفال حتى سن الخامسة، وإن كان التطعيم وبرامجه الممتدة الأفقية والرأسية قد حدّ من انتشار الأمراض الستة الخاصة بالطفولة، حتى يكاد يكون قد أدى إلي القضاء علي شلل الأطفال.

وبمراجعة جدول التوزيعات النسبية للإصابة والوفاة لدى اطفال اقل من ٥ عمر سنوات الموضح في أول الفصل الحالي يتضح لنا:

أن أمراض الإسهال، وأمراض التهابات الجهاز التنفسي، مازالا يشكلان السبب الرئيسي لتلك الوفيات في هذه الشريحة العمرية، كما أشرنا سابقا، ولاشك أن هناك تهديدا خطيرا يؤثر علي انتشار أمراض الأطفال في هذه المرحلة العمرية، وهي الظروف الاقتصادية الاجتماعية، بما يترتب عليها من فقر، وهي التي تعد السبب الأساسي لضعف مستويات التعليم، وسوء المؤشرات الصحية خاصة في هذه المرحلة العمرية، وهذه العلاقات وتأثيراتها علي بانوراما الإصابات والأمراض، ليس فقط علي هذه الشريحة العمرية وإنما حتى على شريحة المراهقين، مازالت دراساتها محدودة، وغير مصنفة تفصيليا، كأسباب وشرائح عمرية ثانوية منبثقة من هذه الشريحة الواسعة. ومطلوب إنشاء خريطة أكثر عمقا وتفصيلا، عن المرض والوفاة، تحديدا للمشكلات الفيزيائية والتغذوية والنفسية والعاطفية، وعلاقاتها بالأمراض والسلوكيات.

والسبب التالي لوفيات هؤلاء الأطفال هو الإصابات غير المقصودة، ومعظم تلك الأسباب أيضا مثل سابقتها قابلة للمنع والتوقي، ولعل أبرزها هو إساءة استخدام ومعاملة الأطفال وإهمالهم، والتسمم الحاد والمزمن خاصة بالبرصا، وما يترتب عليه من مشاكل في النمو والتخلف. وهناك أخيرا العنف الواقع علي الأطفال، والذي يشكل سلوكا ما زال مقبولا مجتمعا، أو الذي يمارسه هؤلاء الأطفال عندما يصلون إلي سن المراهقة من إيذاء للذات أو للغير، وبما قد يترتب عليه من جرائم أو انتحار، ويظل عمدة الأسباب هو "حوادث المرور" علي الطرق، من تصادم العربات وحوادثها، حيث لا تستخدم أحزمة الأمان إطلاقا للبالغين أو للأطفال، وحيث تظل صيانة العربات في الدول النامية مشكلة تؤدي إلي الإصابة بل والموت. وتبين إحصائيات الدول التي اتبعت تعليمات الأمان في استعمال العربات، انخفاضاً كبيراً في الإصابات، وانخفاضاً أكبر في الوفيات الناتجة عن حوادث السيارات. وتمتد قائمة الإصابات غير المقصودة إلي الغرق في القنوات والمجاري

المائية للأطفال الأكبر سناً، وفي البانيو للأقل سناً، وأحياناً في حمامات السباحة. أما السقوط من حائق (ارتفاع) فهو غير مرصود ومحدد حتى الآن. والتسمم بسبب الكيماويات والبوتاس، والتعاطي الخاطئ للعقاقير وما إليها، مما يترتب عليه من وفيات أحياناً، وإصابات غير مهلكة، ومضاعفات أحياناً أخرى، فما يزال غير محدد في الإحصاءات المتاحة.

وبالنسبة للإصابات والوفيات بأسباب الحريق، سواء أكانت الحوادث ناتجة عن اختناق، أو احتراق، أو إصابات، فخريبتها غير متاحة حتى الآن. ونشير هنا إلي أن معظم الدول بدأت تهتم كثيراً بالعنف الذي يمارس ضد الأطفال. وتتزايد التقارير التي تشير إلي وفيات الأطفال بسبب ممارسة العنف عليهم أو إهمال الرعاية لهم. وتتنوع الممارسات في عنفها ضد الأطفال فقد تكون ممارسات عنف جسدي أو نفسي أو عاطفي أو جنسي. أما الإهمال فأشهر أنواعه هو إهمال التربية، ثم إهمال التعليم، ثم إهمال الحالة النفسية والعواطف والإنفعالات، وكذلك إهمال الاهتمام بالجسد والصحة الفيزيائية. ولابد من رفع درجة التيقظ والتنبه لمشكلات الطفل، وبالرغم من كل ذلك فإن التسجيل لمثل هذه الحالات لا يزال محدوداً في كثير من دول العالم وبما يصل إلي انعدام التسجيل التوزيعي المفصل في الدول النامية، ومن بينها مصر.

مشاكل المرض والنمو في مرحلة ما قبل السن المدرسي:

وتحتاج مصر إلى إجراء عدد من الدراسات بهدف التوصل إلى معايير نفسية وجسمية لنمو الطفل المصري، في ظل الظروف المجتمعية الحالية التي يعيش بها، حيث تتوافر تلك الدراسات في الدول المتقدمة، وتقل في الدول النامية.

ومن هنا نشير إلى أهمية دراسة قدمها المجلس القومي للطفولة والأمومة، بالتعاون مع جمعية تحسين الصحة، ومع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، عن الطفل المصري في مرحلة السن قبل المدرسي (من ٢-٦ سنوات)، وتحتوي تلك الدراسة على ثلاث دراسات فرعية: اجتماعية - نفسية - صحية، استناداً إلى عينات مختلفة

لمدينة القاهرة فقط، بإنتقاء عينات ممثلة لتسعة أحياء قاهرية، دون أن تتصدى تلك الدراسة لتدارس الوضع على مستوى الجمهورية بالتنوعات السكانية التقليدية. ولذلك نتوقع أن تتلو تلك الدراسة عدة دراسات لمناطق وفئات سكانية متنوعة.

وقد أظهر الفحص الطبي الشامل، لشرائح الأطفال، الأمراض والأعراض الجسمية التالية في تلك العينة المحدودة، (حوالي ٨٠٠ طفل قاهري في السن قبل المدرسي):

تسوس الأسنان (٢٠,٦%)، شحوب (١٤,٦%)، تضخم اللوزتين (١٣,٦%)، التهاب اللوزتين (١١,٣%)، طفح جلدي (٧,٦%)، بقع جلدية (٧%)، التهاب باللسان (٧%)، رمد بالعين (٥,٢%)، علامات جلدية أخرى (٤,٢%)، تشقق باللسان (٤%)، التهاب أركان الشفاه (٣%)، إفرازات من الأذن (٢,١%)، تأخر في ظهور الأسنان (١,٣%)، تشقق باللسان (١%)، لسان أملس (٠,٩%)، لغط بالقلب (٠,٩%)، التهاب باللثة (٠,٧%) ... الخ .

أما علامات سوء التغذية في تلك العينة القاهرية فكانت كالآتي في مرضى سوء التغذية:

تضخم بنهايات العظام الطويلة (٤,٧%)، شحوب الأغشية المخاطية (٣,٣%)، بروز بالجبهة (٢,٩%)، بقع جلدية (١,٦%)، تقوس بالارجل (١,٤%)، تشوهات بالركب (٠,٩%)، تشوهات ولين عظام بالقفص الصدري (٠,٥%)، تشقق بالشفاه (٠,٤%)، تورم بالقدمين (٠,٣%)، التهاب بركن الشفاه (٠,١%)، ونفيس النسبة الاخيرة في علامات بالعين، والتهاب باللثة، وتضخم الغدة الدرقية.

أما الفحوص المعملية (وهي ذات نتائج مؤثرة في نمو الطفل، وأسبابها قابلة للتوقي) فقد أوضحت الآتي:

البراز: طفيل الجيارديا (٢٠,٢%) - أميبا (١٨,١%) - طفيليات أخرى (٩,٣%) - دم بالبراز (٣,٣%) - براز لين (١,٤%) - الدودة الدبوسية (٠,٨%) - هيموليس نانا (٠,٥%) - انكلوستوما (٠,١%) - أما البلهارسيا والاسكارس

والدودة الشريطية فقد انعدمت في العينة القاهرية. وأوضحت عينات البول: املاح ٣٨,٦% - دم ١١,٥% - صديد ٦,٧% - زلال ٠,١%.

وبالنسبة للأطفال المعاقين في تلك العينة بلغت نسبتهم ٩,٢% ومشكلتهم الكبرى، هي عدم فهم الأسرة للأساليب الحديثة لرعايتهم وإدماجهم في المجتمع، لإعادة تأهيلهم، وكشف المهارات والإمكانات الكامنة في الطفل المعوق وتمييزها، وتوفير المؤسسات التي تقدم الخدمات المعاصرة إليهم.

أما الاستبيان الطبي عن أحوال أمهات هؤلاء الاطفال فقد أوضح الآتي:

- وجود تاريخ سابق موجب لحدوث إجهاد أو وفاة الجنين أثناء الحمل بطفل سابق على الإنجاب للطفل محل الدراسة بنسبة ٢٣,٤%.
- تناول الأمهات للعقاقير الطبية أثناء فترة الحمل بنسبة ١٨,٤%.
- تسمم الحمل في الثلث الأخير من الحمل (ارتفاع ضغط - زلال بالبول - تورم) بنسبة ١٠,٨%.
- إصابة الأمهات بأنواع مختلفة من الحمى والطفح الجلدي بنسبة ٥,٨%.
- التعرض للإشعاع في شكل صورة أشعة تشخيصية بنسبة ٣,٣%.
- معاناة الأمهات من أمراض هي: البول السكري بنسبة ١,٧% - حساسية بالصدر بنسبة ١,٧% - أمراض القلب بنسبة ١% - أمراض مزمنة أخرى بنسبة ٦,٧% (كبد - كلي - اعصاب).

وقد أفادت نسبة ٣٤% من الأمهات أنهن وضعن الطفل في المنزل، علي حين أفادت ٦٦% منهن أنهن وضعن الطفل في المستشفى.

وكانت نسبة الولادة الطبيعية ٩١,٢% والقيصرية ٨,٨%.

أما الاستبيان الطبي عن أحوال الاطفال طبقا لإفادة الأمهات فكان كالاتي:

- نسبة التوائم في تلك العينة القاهرية ٣,٧%.
- تمت ولادات مبتسرة (قبل إتمام الأسبوع السابع والثلاثين) بنسبة ١,٤%.

- أفادت الأمهات بأن الأطفال ناقصو الوزن (أقل من ٢,٥% كيلو جرام) بنسبة ٧,٩% أما الأطفال زائدو الوزن فكانت نسبتهم ٥,١%.
- أما فترة ما بعد الولادة (فى الشهر الاول) فقد أصيب: ٤,٦% من الأطفال باليرقان - ٢,٤% باختناق ونقص أكسوجين - ١,٦% بأمراض أخرى - ١,٣% بتشنجات - ٠,٨% بتسمم في الدم.

أما التاريخ المرضى السابق لهؤلاء الاطفال فكان كالآتى:

- بالنسبة للجهاز الهضمي: إسهال متكرر ٢٥,٢% - إسهال مزمن ٩,٤% - يرقان ٠,٩%.
- وبالنسبة للأمراض المعدية والإلتهابات: سعال متكرر ٣٨,٦% - التهاب اللوزتين ٢٣,٨% - الدودة الدبوسية ١٨% - امراض طفيلية اخرى ١٥,٢% - التهابات تنفسية ٩,٢% - سل رئوي طفل واحد - البلهارسيا طفل واحد.
- وبالنسبة للجهاز الحركي: لين العظام ١٢,٢% - أمراض أخرى في الجهاز الحركي ٩% (من بينها التهاب مفصلي بنسبة ٢%).
- وبالنسبة أمراض القلب والدم: ٤ طفل حمى روماتيزمية - طفل واحد روماتيزم في القلب - ٤ أطفال (٠,٥%) أمراض دم مزمنة.
- وبالنسبة لأمراض الكلى والمسالك البولية: ٦,٤% التهابات المسالك - التهاب الكلى والزلال لعدد ٢ طفل فقط - فشل كلوي لعدد ٢ طفل أيضا - ١% أمراض كلوية أخرى غير محددة.
- وبالنسبة للجهاز العصبي: تأخر حركة بنسبة ٢,١% - تشنجات بنسبة ٢% - إعاقة عقلية بنسبة ٠,٩% - عصبية أخرى ٠,٧%.

أما الحالة الغذائية لأطفال العينة القاهرية، فقد اتضح أن معيار السن /الطول وهو المتدني عادة في مصر، مع محيط الرأس، معادلة تقريبا في العينة للمعدل في الدول المتقدمة، علي حين اتضح أن الطول/وزن في تلك العينة القاهرية هو أقل من مثيله في الدول الأكثر نموا.

ويترتب علي مشاكل النمو تنوع في العجز سواء أكان العجز في الحواس الخاصة مثل: السمع، والبصر، أو في التحدث، أم عجز عصبي أو نفسي أو ذهني أو عضلي ومفصلي. فمن الملاحظ أنه متزايد كلما كانت الظروف الاقتصادية ودخل الأسرة محدودا أو متدنيا. ولابد من الإشارة هنا إلي أن هناك مشكلة في النمو ناتجة عن نقشي ارتفاع مستوي الرصاص في دم الأطفال، حتى سن خمس سنوات خاصة (فوق مستوي ٢٠ ميكروجرام / لكل ١ سم^٢) مما يؤدي إلي التخلف العقلي، ونوبات الصرع، والإغماءات أحيانا، وأمراض التمثيل الغذائي. ولاشك أن لإنقاص مستوي الرصاص في الغاز والهواء والطعام فائدة هامة للمجتمع والسلطات الصحية. كذلك لوحظ أن الرصاص موجود في بعض الدهانات، وفي بعض أنواع التربة، وكذلك في الغبار القريب من الأرض، التي يلعب عليها الأطفال في القرى والمناطق الهامشية.

وتتشكل لدى الأطفال والمراهقين عادات صحية ضارة وخطيرة، مثل التدخين، وتعاطي المخدرات، والمسكرات. وبالطبع، فإن محاولة تشكيل عادات وتقالييد صحية، مثل: تعود التغذية الصحية، والمتوازنة، والأنشطة الرياضية المنظمة في تلك المراحل السنية، يصبح واردا ومطلبا علي المجتمع أن يتبناه. وقد لوحظ أن أغلب العادات السنية خاصة التدخين يبدأ في السن المدرسي، وخلال البلوغ، ويكون الأطفال مدفوعين بتقليد الكبار خاصة الآباء، وضغط الزملاء، وسيادة الإعلان عن التدخين والتحريض عليه، وسهولة الحصول علي السجائر وما يماثلها، وأخيرا، بسبب نقص المعلومات عن الآثار الحقيقية للتدخين. أما المخدرات والمسكرات فهي تبدأ في مرحلة عمرية لاحقة تحت ضغوط الزملاء، والتشبه بالكبار أساسا.

أما سوء التغذية، وما يترتب عليه من مشاكل نمو مثل: القصر، وظهور بعض الأمراض الناتجة عن نقص معادن وفيتامينات معينة، فتلك مشكلة تكاد تكون اقتصادية اجتماعية بالمحل الأول. وحلها يكمن في دعم تغذية الطفل في مرحلة الرضاعة، والمرحلة السنية اللاحقة قبل المدرسة وأثنائها، علي أن يكون الدعم مخصصا لرعاية الطفل، سواء في المنزل أو في المدرسة. والحل أيضا يستند إلي المعلومات التي يجب توفيرها للآباء والأمهات والمدرسين، وليس لرجال الصحة فقط.

وفي نفس الوقت وبالنسبة للشرائح الاجتماعية ذات الإمكانيات الاقتصادية الأعلى، يجب مراعاة إنقاص الدهون في التغذية، وتنشئة الطفل علي الوعي بأضرارها، وتعديل الأنماط الغذائية، لتكون أقرب إلي الحبوب والألياف، مع المحافظة علي الاحتياجات الأساسية من البروتينات، والمعادن، والفيتامينات.

ويتم توفير تنمية الجسم عضليا وعظميا، بالإضافة للتنمية الذهنية والمعلوماتية من البرامج الصحية التعليمية والدعوة لتسيدها وتنويعها، في الكورسات الدراسية التقليدية، وفي ممارسات الأنشطة المدرسية، وفي الأندية، والساحات الرياضية، وما يماثلها.

٢-٥-٣ مرحلة السن المدرسي (الصحة المدرسية) ومرحلة المراهقة:

انتقلت الصحة المدرسية كوقاية وعلاج إلى الهيئة العامة للتأمين الصحي، بدلا من توجيهها سابقا بمعرفة وزارة الصحة ومديرياتها بالمحافظات. ولعل هذا التوجه يشير إلى التركيز على التوجه العلاجي الذي لا يزال سائدا بدلا عن التعامل المجتمعي، مع هذا المكون الصحي "الصحة المدرسية"، شأنه شأن غيره من أركان الصحة العامة، حيث أقتطع من موقعه البيئي في الأقليم، إلى التنظيم الرأسي بدءا من المركز بالقاهرة والفروع والمناطق، إلى الأحياء، بدلا من تكامله بمستوى أفقى مع برامج البيئة الجغرافية المتعددة، الصحية بأنواعها، وغير الصحية بتنوعاتها.

وبالطبع، فإن ذلك يقتضى إعادة التنظيم، ليس لهذا البرنامج فحسب، وإنما أيضا باستبدال التكامل الإقليمى بدلا عن النظام القطاعى الرأسى، لجميع الممارسات الصحية، باستثناءات قليلة، وموقوتة بفترة زمنية معينة، ومن بين ذلك تبني الدعوة لتطبيق التأمين الصحي الشامل جغرافيا، بدلا عن تطبيق الممارسات التأمينية وغير التأمينية بالأسلوب الرأسى الموجود حاليا.

وننتقل الآن إلى عناصر هذا البرنامج أيا كانت الجهة القائمة عليه حاليا:

- مقاومة واستهداف القضاء على الطفيليات، والأمراض المتوطنة، وتحجيم الأمراض المعدية، بدءا بتلاميذ المدرسة. ولعل ذلك لا يزيد عن كونه جزءا مما أشرنا إليه في الفقرة السابقة، حيث يعيش الطالب باعتباره جزءا

من مجتمع بإقليم. ونكتفي هنا بالإشارة إلى أهمية التنقيف الصحي للطالب وأسرته، إذا أمكن، لتيسير التجاوب مع السلطات الصحية المحلية، وتوظيف الطفل، مع إتساع مداركه، ونموه الجسمي والعقلي، كنقطة إشعاع خاصة في الأسرة القروية مستقبلاً عند وصوله لسن الشباب، ولابد في هذا المجال من إجتهد وابتكار في التنقيف لإكتساب أنماط السلوك المطلوبة، خاصة للتعامل في الريف مع الأرض، والمجارى المائية، وعادات إخراج الفضلات الجسدية السائلة والصلبة. وحذا لو أمكن الوصول إلى تحصين مصلي يقاوم أو يحد أو يمنع الإصابة لأي من الامراض المحتملة في تلك المرحلة السنية.

- استهداف القضاء على الأمراض الوبائية والتحكم فيها عند حدوثها.
- متابعة تنفيذ برامج التغذية المطلوبة للطفل، فى فترة ما قبل السن المدرسي، وفترة السن المدرسي، سواء بالتنقيف الصحي للأسرة وللطالب، بكل وسائل الإتصال الفردى والجماهيري، وتبسيط المعلومات الغذائية، وتخليق كتيبات مقروءة ومسموعة، تشير إلى التوازن الغذائى وأهميته، والبروتين، وأهميته لنمو الطفل، بأسلوب علمى منظم، ومعلومات للمواطنين موازية للمعلومات المهنية التى تقدم للأطباء وأخصائيي التغذية. ولا تختلف طرق توصيل هذه المعلومات إلا فى التبسيط والألفاظ المستخدمة، مع إصرار السلطات الصحية على أهمية وجبة غذائية حقيقية، تقدم لأطفال المدارس، تكون نموذجاً لتغذية الطفل فى المنزل، بتوازن عناصرها، وتنوع مكوناتها، وليس بتقديم "تصبيرة" كما يتم حالياً من قطعة خبز ومسحة جبن أبيض كثيرة الملح. والإنفاق فى هذا المجال له مردود فى نمو الطفل، وقدرته التحصيلية، ومقاومته للمرض لاحقاً، بما يحقق وفراً بقدر ما يصرف على التغذية.

- ولابد من متابعة المؤشرات التى أشرنا إليها خاصة فى سن ما قبل المدرسة، فيما يتعلق بالقصر (السن/الطول)، ونقص الوزن (الوزن/السن)، والهزال (الوزن/الطول) لإمكان التصحيح، وتدراك استمرار موقف سوء التغذية المزمن، بما يترتب عليه من نقص النمو، ومظاهر فقر

الدم، ونقص العناصر الغذائية الحقيقية، بما يترتب عليها من أمراض قابلة للمنع.

- كذلك يظل مستهدفاً أن تواصل الصحة ما كان مقدما في مرحلة ما قبل السن المدرسى، للتحكم في تسوس الأسنان، والذي يصل في تلك المرحلة إلى إصابة أكثر من نصف الأطفال، وتظل النسبة متزايدة عند الأطفال، حتى أنها تصل عند البالغين إلى أكثر من ٨٠% من السكان. ويشكل مثل ذلك البرنامج لمنع التسوس، وعلاجه المبكر، ومتابعة الكشف على الأسنان، للمحافظة على صحة الفم والأسنان أهمية خاصة تبدأ من الطفولة، وتستمر مدى الحياة، لحماية الفم والأسنان، وتجنب الأمراض، وتقادي الإنفاقات الكبيرة المتعلقة بتلك المضاعفات.
- تعليم الأطفال والبالغين الطرق السريعة لإنقاذ الحياة، وكيفية التصرف لمواجهة الطوارئ. وهو جزء من برامج تعليم الصحة. كهدف دائم لكل المجتمعات، ويمكن تدريس هذا البرنامج والتدريب عليه حتى الإتيان فى المنهج الدراسى، بحيث يتكامل هذا الجهد التطوعي لتلك الشريحة الطلابية، مع جهود المسعفين عند وصولهم لموقع الحادث، أو الحدث الطارىء، حيث يستكملون وسائل الإنقاذ بتوظيف "وسائل الإنقاذ القاعدية المساندة للحياة (الإسعاف) وهذه أيضا تتكامل مع "وسائل الإنقاذ المتقدمة المساندة للحياة" التى تمارس فى أقسام الطوارئ بواسطة الأطباء والممرضات عاليات الخبرة. ومن ذلك نرى أن تعلم وسائل إنقاذ الحياة الأولية التى يقدمها المتمرنون عليها، الموجودون فى موقع الحادث أو الحدث الطارئ له أهمية كبيرة، حيث أنه نقطة البدء فى نظم انقاذ الحياة.
- كما يوصى بأن تقوم برامج الصحة المدرسية بتنقيف الطلاب عن الفروق بين الذكر والأنثى، وأسس العلاقة التكاملية بين الاثنين، ليس جسدياً فقط، وإنما نفسياً وروحياً، ومبادئ تكوين الأسرة، والعلاقات الجنسية كجزء من حياة مستقبلية، ودارسة الأعضاء التناسلية والفروق الجسدية بين الذكر والأنثى، وأسس ممارسة العلاقة الجنسية بطريقة صحية آمنة، ومن خلال

علاقة مجتمعية مريحة للطرفين، ومقبولة من المحيط المجتمعي، وعدم اللجوء إلى استقاء المعلومات المشوهة أو المنحرفة أو المغرضة أو الضارة من مصادر غير مرجعية، مشكوك في صحتها، أو مستندة إلى الإشاعة والتقول، دون بصر، أو دراية، أو بصيرة، أو معرفة.

٢-٥-٤: واجبات مجتمعية ورعاية المراهقين:

وعلي المجتمع أن يوفر برامج تعليمه وتدريبه علي:

١. مقاومة التدخين.
٢. تجنب المخدرات والمسكرات.
٣. التغذية الصحية وأسسها.
٤. التدريبات الرياضية البدنية.
٥. المعلومات الصحية الجنسية.
٦. السلوكيات الصحية في المنزل والمدرسة.
٧. الإسعافات الأولية.
٨. المشاكل والعاهات الخلقية والناجمة عن النمو.
٩. الانتماء للبيئة والمجتمع.

وذلك خلال كافة المراحل العمرية تعليمًا للآباء والأطفال:

- في مرحلة ما قبل السن المدرسي.
 - في مرحلة السن المدرسي قبل البلوغ.
 - في مرحلة السن المدرسي بعد البلوغ.
- مع توجيه جهد خاص لتعليم الآباء:
- كيفية التعامل مع: العاهات والعجز، ومشاكل النمو.
 - كيفية التعامل مع: المحيط وما حول الطفل لإنفاص الحوادث والتسمم.

- التغذية، والأنشطة الرياضية، والسلوكيات.
- التعامل، والرعاية العاطفية، والنفسية.
- التعامل: مع مشاكل الإهمال، والعنف المجتمعي والأسرى ضد الطفل.
- الثقافة الجنسية الصحية.

ولعله يتوجب مراعاة أن المراهقين وصغار البالغين يبدأون إما في توليد عادات وسلوكيات، أو تثبت عادات وسلوكيات تم اكتشافها مسبقاً، وتتعلق تلك العادات:

- بالتغذية.
- والنشاط الرياضي.
- وتجنب التدخين.
- والسلامة الصحية.
- والسلوك الجنسي السوي.

وتتركز أسباب الوفيات لدى المراهقين في تلك الفترة: في الحوادث والإصابات بأنواعها من حوادث سيارات بصفة أساسية، إلي القتل والانتحار. وتتركز الأسباب الأخرى في نسبة محدودة من الأمراض (عادة هي أمراض البالغين) المرتبطة بالعيوب الخلقية، والسرطان، وأمراض القلب الصمامية والخلقية والوعائية، وغيرها.

أما الإضطرابات المرضية، فتتركز في: التدخين، وتناول المخدرات والمسكرات، والسلوكيات الجنسية الضارة، والعادات الصحية الخاطئة. ولعل إضطرابات ووفيات هذه المرحلة السنية قابله للمنع والتوقي إلي درجة كبيرة، حيث أن معظمها ذو أسباب بيئية بالدرجة الأولى، يمكن تفاديها بتنظيم مجتمعي واقتصادي أفضل، وممارسات حياتيه معاشة ذات طابع صحي سليم، بل ومؤثر في مراحل العمر التالية، حيث تكون سلوكا، وعادات، وحياة تقلل فرص المرض، وتؤخر سن الوفاة.

وفى مثل هذا السن من (١٣ إلى ٢٤) فإن الإصابات غير المتعمدة تشكل نصف الوفيات في هذه المرحلة السنوية، ومن ٥٠ % إلى ٧٥ % من هذا النصف ناتج عن حوادث السيارات. ولربما تجمع أكثر من عامل عند حدوث تلك الكوارث. تلك هي الصورة في الدول المتقدمة. أما الصورة لدينا فهي غير واضحة من الإحصاءات المتاحة. وإن كنا نتوقع أن هناك صورتين: الأولى بالمدن الحضرية والصورة فيها قريبة من الصور المشار إليها في الدول المتقدمة، وأخرى في الريف أرقامها وبياناتها غير متاحة. ولاشك أن تنظيمًا مروعًا وصحيا جيدا، مع إتاحة معلومات كافية، يمكن أن يقلل من الأضرار. ويكفي أن نشير إلي أن ربط حزام الأمان بالسيارة للجميع كاف لإنقاذ نسبة الوفيات، الناجمة عن حوادث السيارات، بصورة درامية.

أما باقي صور العنف مثل: القتل، أو الإنتحار، فهو مرتبط بالظروف الاجتماعية أو الاقتصادية بالدرجة الأولى.

obeikandi.com

٢- الباب الثاني : ترسيمة مصر

٢-٦ الفصل السادس: الوضع الصحي: الحوادث

١-٦-٢ الحوادث على مستوى العالم

٢-٦-٢ الحوادث ومضاعفاتها في مصر

١-٢-٦-٢ تلافى حوادث المرور

٢-٢-٦-٢ تلافى حوادث أماكن العمل

٣-٢-٦-٢ تلافى حوادث المنازل

obeikandi.com

٢ - الباب الثانى : ترسيمة مصر

٢-٦ الفصل السادس: الحوادث

٢-٦-١ الحوادث على مستوى العالم

حوادث الطرق المرورية ١٤٠٤ مليون حادثة، وكانت وفيات حوادث الطرق المرورية حوالي مليون حادثة، فى عام ١٩٩٠، ولقد انخفضت حوادث الطرق المرورية فى السنوات الأخيرة، فى الدول المتقدمة، باتباع مؤشرات الأمان وهي:

- عربة سليمة آمنة.
- طريق جيد التصميم والتنفيذ.
- أحزمة مقاعد السيارات.
- تشريعات لتنظيم السوافة الآمنة.
- تعليم وتدريب.

إصابات العمل وأمراض العمل على مستوى العالم (١٩٩٥):

- يقدر عدد إصابات العمل بـ ١٢٠ مليون إصابة.
- تقدر وفيات إصابات العمل بـ ٢٢٠ ألف متوفى.
- يقدر عدد المرضى بسبب العمل بـ ١٦٠ مليون مريض.
- ثلث أمراض العمل تتحول إلى أمراض مزمنة .
- ١٠% من أمراض العمل تؤدي إلى عجز دائم.

٢-٦-٢ الحوادث ومضاعفاتها في مصر

ونركز في ذلك على ثلاثة أمور:

تلافي حوادث المرور.

تلافي الحوادث في موقع العمل.

تلافي الحوادث المنزلية.

ونشير في المجموعة الأخيرة إلى أهمية تلافي العنف وجرائم الاغتصاب.

١-٢-٦-٢ تلافي حوادث المرور:

يتم تلافي حوادث المرور بتجنب حدوثها قدر الإمكان، ومنع وقوعها إذا أمكن، وتقليل جسامه الإصابة أو وصولها بالمصاب إلى الهلاك. ويتم ذلك من خلال التأكد من الآلة (سيارة/قطار)، والتأكد من قدرة السائق الصحية، وصلاحياته الجسدية، وعدم تناوله للمخدرات والمسكرات المغيبة للوعي، والتأكد من خبرته ومهارته وصلاحيته، لتسيير عربة ذات مواصفات محددة، ومراجعة كل ذلك عند وقوع حادث، لتحديد السبب ومعرفة علاقته بالنتيجة. ويتطلب ذلك كله مناظرة السائق، واختباره إكلينيكيًا، وبالفحوص المعملية وتحديد مستوى قدراته الذهنية والعصبية والنفسية، وليس الجسدية البدنية فقط، لتقدير المستوى الملائم له، وإجراء الفحوص المعملية في حالة الحوادث، مثل اختبارات الدم والتنفس، لضمان عدم تناول المسكرات والمخدرات، خارج نطاق السماح الدولي، وإنشاء ملف لكل سائق لفرز النوعية المعروفة بدائمة الحوادث، لمنعه من القيادة، وتغيير عمله، إذا كان ذلك مصدرًا لרرزه.

ويلاحظ أن دراسات محدودة النطاق (الإسماعيلية) -أشرنا إليها سابقا - تشير إلى أن ٤٤% من الحوادث نتيجة لحوادث مرور، بينما ٢٢% نتيجة لسقوط من ارتفاع ما، وتشير إلى أن أغلب الحوادث تحدث في المنازل، أو في الطريق، وليس في العمل، وأن أغلب الحوادث (٦٠%) تقع لأفراد أقل من عشرين عامًا، وأن وفيات الحوادث تصل إلى ١٥% أكثر من نصفها نتيجة لحوادث السيارات.

وطبقاً لإحصائية الجمعية الدولية لأمن الطرق (١٩٩٤) فإن مصر من أعلى الدول في معدل الوفيات نتيجة لحوادث الطرق، حيث أن هناك ٤٣,١ وفاة لكل ١٠٠ مليون كيلو متر تقطعه السيارات، وهو يكاد يكون أعلى معدل سجل عالمياً.

وظل استعمال حزام الأمان في السيارات غير مطبق في مصر، وغير ملزم قانوناً حتى يناير عام ٢٠٠١، وصدر أخيراً قانون بإلزام جميع السيارات بتركيب أحزمة الأمان، وإلزام جميع الركاب بربط الأحزمة، حيث أن نسبة الوفيات تنزل مباشرة نتيجة لإستعمال الأحزمة بمعدل تناقص يصل إلى ٦٠% من الوفيات الناتجة من حوادث السيارات.

٢-٢-٦-٢ تلافى حوادث أماكن العمل:

أما حوادث موقع العمل، فهناك قواعد في مصر تلزم جهة العمل بعلاج العاملين إجبارياً، تحت إشراف التأمين الصحي، حتى ولو لم يكونوا مشتركين في التأمين الصحي، ولكن يصبح لهم حق العلاج كإصابة عمل، بحكم أنهم يدفعون تأميناً إلى هيئتي التأمين والمعاشات، التي تدفع منه إلى التأمين الصحي بواقع ١% في حالة كون العامل من قطاع الأعمال أو القطاع الخاص، ونصف في المائة في حالة كون الموظف تابعاً لجهة حكومية أو هيئات حكومية.

وعلى جهات العمل، طبقاً للقواعد توفير متطلبات الأمان، والممارسة الآمنة، بأدنى مخاطر، أو بمخاطر منعدمة، وعلى العاملين الإلتزام بتلك التعليمات المسماة "بتعليمات الأمان الصناعي" والذي تلتزم به جهات العمل والمنشآت، على اختلاف أنشطتها، بتلبية تلك التعليمات، واتباعها بدقة. وتقوم المحافظـات بمتابعة تنفيذ تعليمات الأمان في المنشأة بواسطة مفتشين في نطاق تعليمات مكتوبة. إلا أن تلك القواعد لا تتطور إلا بقدر محدود جداً، بالرغم من أن الصناعة والمصانع والخدمات والمنشآت تتطور سريعاً "الأمر الذي جعل تلك التعليمات مختلفة عن مسابقة معدلات الأمان المعاصرة". ويقضى الأمر سرعة تطوير تلك الأنظمة، إسترشاداً بالدول المتقدمة، وظهور الأدلة الإرشادية بما يوضح طبيعة كل عمل ومخاطره، والحوادث التي يمكن أن تترتب على الجهل بالآلة، أو عدم اليقظة، أو

نقص التأمين بشركات متخصصة ضد الأخطار، التي قد تصيب المنشأة أو تصيب العاملين بها، أيًا كانت تكاليف تلك التأمينات، حيث تفضل حالياً كثير من المنشآت إختيار مخاطر محدودة للتأمين عليها، مثل الحريق والسرقة، على أن تظل مخاطر العمل والتشغيل بلا تأمين عليها، كمنشأة، أو كعاملين.

أما المنشآت والمصانع التي تعمل بالأنشطة الكيميائية لتخليق مواد وصناعات، فلها قواعد ورعاية خاصة، لتخزين وتفرغ وتداول تلك المواد، وإحتياجات خاصة جداً، وأجهزة إطفاء جاهزة فورياً للتدخل، وجهاز طوارئ عليم وخبير بالكيمائيات والسموم المتداولة أو محتملة التداول مصانع المنطقة.

١-٤-٢-٣ تلافى حوادث المنازل:

وأخيراً، نشير إلى حوادث المنازل، وهي كثيرة ومتنوعة، ويمكن تقسيمها إلى مجموعتين:

مجموعة إصابات وتسممات أثناء التعامل في المنزل، والتي يمكن أن تصيب الصغار خاصة. وهنا لابد من توافر دائرة معارف أو دليل لكل أسرة، يدقق في كل احتمالات الإصابة أو الحادثة الطارئة، ويبين كيف يمكن تلافيها، والتقليل من مخاطرها، وكيفية التصرف الأولى في المنزل للتعامل مع الجروح أو الكسور والإنقاذ الأولي للحياة، وطلب الإسعاف أو الطوارئ، ونقل المصاب، ومواجهة الالتزامات من قبل الأسرة لمن يحبونهم من أعضاء الأسرة المصابين، والمنزل ليس مكاناً آمناً دائماً حيث تتعدد به مخاطر، الغاز، والكهرباء، والحريق، والجروح، والسموم، والأطعمة الفاسدة، والشراب الخطر أو الحارق، مثل الفينول، والبوتاس. بل إن المنزل لا يخلو من أسباب الكسور والسقوط من ارتفاع، أو حتي الإنزلاق أو التعثر بمخاطره علي المسنين ذوي العظام الهشة، وما إلى ذلك.

أما المجموعة الثانية من الحوادث، فهي ناتجة عن طبيعة الأسرة، المكونة من مجموعة من الأفراد، في نطاق عدد محدود (أسرة نووية)، أو تشاركها المعيشة جد وجدة أو أقارب آخرين (أسرة ممتدة) أو أسرة كبيرة، مثل بعض الأسر التي لازالت بالريف المصري. فتلك الأسر يتعايش أفرادها باختلاف مشاربهم، واتحاد معيشتهم،

بأساليب قد لا يكون بعضها كريماً، فبعضها يكون متجاوزاً وصولاً للإيذاء، باللفظ أو إلى الإيذاء باليد، أو بالتعدى بإحداث الجروح والإصابات. وأحياناً يفلت الزمام تحت تأثير المخدرات والمسكرات إلى القتل والتمثيل بالجنّة. والأسرة المصرية شأنها شأن أسر الشعوب الأخرى، يتنازعها عاملان هما: المحبة والتضامن من ناحية، والبغضاء والعنف من ناحية أخرى. وكلما كانت الأسرة تميل إلى الإمتداد، كلما تزايد الميل إلى تسوية الخلافات بالعنف. وكلما ازدادت ظروف الفقر والمعاناة كلما ازداد الميل إلى العنف، وقد تتعدد الأجيال في الأسرة الواحدة، وأحياناً، بعد الزواج. ولابد من أن نفتح أبواب الموضوع من أساسه بكل ما يحمله من تمييز وتمايز بين الذكر والأنثى، زوجاً كان أم إناً. أما الأسرة المنهارة بالطلاق، أو التشتت، وما يترتب عليه من تشرد، وجرائم، وعمل الأطفال كصبية في الورش، أو كخدم في المنازل، بما يهبط بمستوى التعامل الإنساني، ويكون على حساب الضعفاء، وليس هناك أضعف من الطفل ومن المرأة. والأخيرة تعاني من صمت المجتمع المصري، فقد تصل حياتها إلى ممارسة معتادة للعنف معها، أو إلى الاغتصاب في أحيان ليست بالقليلة، خاصة في المجتمعات الهامشية، وبين فقراء الريف، وتوظيف الهيمنة التفضيلية في مجتمع لازالت قطاعات منه تحمل حتى الآن الصفات البدائية. وقد يكون مسرح ممارسة العنف والإغتصاب للضعفاء في المنزل، أو في الشوارع في ساعات معينة، أو في الأماكن المهجورة، أو بالخطف لأماكن خاصة.

لذلك، لابد أن يعد المجتمع المصري، والنظام المصري، والنظام الصحي نفسه، لمثل هذه الممارسات التي يتسع نطاقها في مدن بها أحياء أو أطراف عشوائية غير منظمة. مدن تحمل طابع وحضارة الريف وبعض مظاهر المدن، مدن تخلّى سكانها عن أخلاق ولم يستبدلوها بشيء من أخلاق المدن الإنسانية. فأصبحوا بلا أخلاق في كثير من الممارسات. والوحدات الصحية والمجتمع الصحي والطبي ليس بعيداً عن التعامل مع نتائج هذا كله. ومن هنا فإننا نطلق صيحة صحية تتسع لتصبح اقتصادية اجتماعية سياسية، وأحياناً ذات طبيعة نفسية.

ولنعد أنفسنا لتأهيل من تعرض للإيذاء البدني أو الإغتصاب، مع الاستفادة من الخبرة المتراكمة من دول سبقتنا، عند تحولها إلى مجتمع المدن والصناعة والخدمات، بتشريعات ملائمة، وترشيد كفاء، ومعلومات منشورة للكافة، للأفراد والأسر على وجه التحديد، وتوظيف منظمات المجتمع المدني من جمعيات ومنظمات، لإعادة تأهيل المجتمع، بما يلائم التحول الذي نسير إليه.

٢ - الباب الثاني : ترسيمة مصر

٢-٢ الفصل السابع "الوضع الصحي: البيئة ونمط الحياة في مصر"

١-٧-٢ رؤية عامة

٢-٧-٢ البرامج الأساسية:

١-٢-٧-٢ خطر تلوث الهواء

٢-٢-٧-٢ خطر تلوث الماء

٣-٢-٧-٢ المسكن وخدماته في مصر

٤-٢-٧-٢ مكافحة الحشرات-انتقاء المخصصات-الكماويات

المستعملة

٥-٢-٧-٢ تداول الأغذية وتجميع المخلفات المنزلية

٣-٧-٢ الأوضاع العالمية للتدخين، والحياة الرخوة والمواد المنشطة والمنبهة والمخدرة:

التدخين

الحياة الرخوة

المواد المنشطة للحالة النفسية

obeikandi.com

٢ - الباب الثاني : ترسيمة مصر

٢-٢ الفصل السابع: البيئة ونمط الحياة في مصر

٢-٧-١ رؤية عامة:

يتطلب النمط الحياتي (المعيشي) الصحي بيئة نظيفة، سليمة صحيا، آمنة، يتحقق فيها السلوك الصحي على مستوى المجتمع وأسرته وأفراده، وتترسخ تقاليده سواء داخل المنزل، أو خارج المنزل، بالشارع أو العمل أو النوادي أو دور الترفيه، وما إليها.

وليس هذا المطلوب بسيطا، فهو يتطلب تغييرا في العادات والسلوكيات، مثل مقاومة التدخين وتحجيمه، والقضاء عليه.

ونشير الى ان العلاقات بين التدخين وسوء الصحة وصولا الى المرض هي علاقة ثابتة علميا وإحصائيا. كما أنه سبب رئيسي للعجز والموت المبكر، طبقا لدراسات مختلفة (RCP-83,WHO-1986-USDHHS-1989)، وذلك بخلاف كونه عبئا ماليا على الأسرة، وخطرا على المحيطين بالمدخن، ويقدر عبء الإنفاق على التدخين للفرد الواحد في الأسرة بحوالي ٥% من متوسط دخل الأسرة الشهري في مصر، ويتزايد ذلك العبء في الأسر ذات المستوى الاقتصادي الاجتماعي المتدني. وقد ينعكس ذلك في الأماكن الهامشية ليصل إلى نقص في التغذية (طاقة وتوازنا غذائيا)، كما أنه ينعكس بلا شك على الفئات الأضعف في الأسر، وهى المرأة والطفل. ويشير الجدول التالي المستقى من مسح EHHUES إلى أن أكثر من ٦٠% من الذكور فى الشريحة العمرية من ٣٠ إلى ٥٩ يمارسون التدخين بانتظام. كما تتلاشى الفوارق بين الريف والمدينة في موضوع التدخين، وقد قامت الحكومة

أخيرا بإصدار تشريع منع التدخين في المكاتب والأماكن العامة، إلا أن الأمر يتطلب قناعة وتعلّما، مع توظيف زيادة الضريبة علي التدخين، لصالح تمويل الصحة التي يتسبب التدخين في الإضرار بها والجدول رقم "٤٠" الذي نوردته فيما يلي يوضح أن التدخين يمثل مشكلة صحية واسعة انتشار بين الذكور في مصر، علي حين أنه ليس منتشرا بين الإناث. ولوحظ أن التدخين بين الذكور فوق ١٦ عاما يمتد انتشاره إلي ثلث مجتمع الذكور في الشريحة العمرية من ١٦ إلي ٢٩، ثم يتزايد مع تزايد عمر الذكور وصولا إلي أقصاه (حوالي ٦٣%) في الفترة العمرية من ٣٠ إلي ٤٩، ثم يأخذ في التناقص، وصولا الي أقل من الثلث في الشريحة العمرية أكثر من ٨٠ سنة.

جدول رقم "٤٠" نسبة (%) الأفراد المدخنين سن ١٦ فأكثر (١٩٩٥)

التفاوت	لا يدخن بانتظام	يدخن بانتظام
الذكور		
على المستوى القومى	٥١,٣٧	٤٨,٦٣
حضر	٥٢,٣١	٤٧,٦٩
ريف	٥٠,٥٢	٤٩,٤٨
التوزيع العمري		
عمر ٢٩-١٦	٦٧,٣٤	٣٢,٦٦
٣٠-٣٩	٣٧,٠١	٦٢,٩٩
٤٠-٤٩	٣٦,٩٩	٦٣,٠١
٥٠-٥٩	٣٩,٦٢	٦٠,٣٨
٦٠-٦٩	٤٤,٨٤	٥٥,١٦
٧٠-٧٩	٥٣,٧٩	٤٦,٢١
٨٠ فأكثر	٦٩,٤٤	٣٠,٥٦

تابع جدول رقم "٤٠" نسبة (%) الأفراد المدخنين سن ١٦ فأكثر (١٩٩٥)

التفاوت	لا يدخن بانتظام	يدخن بانتظام
الإناث		
على المستوى القومي	٩٨,٨٣	١,١٧
حضر	٩٩	١
ريف	٩٨,٦٧	١,٣٣
التوزيع العمري		
عمر ٢٩-١٦	٩٩,٣٤	٠,٦٦
٣٠-٣٩	٩٩,٠٣	٠,٩٧
٤٠-٤٩	٩٨,٧١	١,٢٩
٥٠-٥٩	٩٨,٢١	١,٧٩
٦٠-٦٩	٩٦,٨٦	٣,١٤
٧٠-٧٩	٩٦,١٢	٣,٨٨
٨٠ فأكثر	٩٧,١٥	٢,٨٥

كما أن البيئة الصحية والنظيفة تتطلب نظاماً صحية، للتخلص من الفضلات والمخرجات الجسدية الصلبة والسائلة، ونظاماً لجمع المخلفات، وتحديد مساراتها، والتخلص منها، ونظاماً لمقاومة الإدمان للمخدرات والكحوليات، والتوجه نحو أنماط وعادات وسلوكيات مكتسبة جديدة، مثل التوجه لنظام غذائي كاف، لا أكثر ولا أقل - متوازن في عناصره - متنوع وجذاب في مظهره - ذو سعر حراري ملائم لكل عمل وسن - وذو نوعية تتناسب مع مراحل النمو في الصغر، ومع الاحتياجات الغذائية في الكبر، مثل تعظيم النشاط الحركي والرياضي الملائم للمرحلة العمرية، والملائم للعجز والإعاقة، والملائم لحالات المرض، ونظاماً للمسنين والمعاقين للمحافظة على استمرارية أداء الإنسان المسن أو المعاق لوظائف

مثل المشي، والاستحمام، والقدرة على تجهيز طعامه بنفسه، وأداء باقي المهام اليومية حتى السن الكبير، وتطوير قدرات الإنسان المعاق، لاستمرارية النشاط الممكن والمحتمل، بالتدريب والمثابرة.

كل هذا قابل للتحقق، إذا ما توافر شرطان: الأول المعلومات، بحيث تصبح متاحة للكافة عند الاحتياج لأي منها، ليس فقط بإنتاجها وإتاحتها عند طلبها، وإنما أيضا بتميط المعلومات، وجعلها نماذج مخصصة للمنتفعين بها وطالبيها، فور طلبها، وهذا يتطلب قواعد معلومات يمكن الولوج إليها وتصبح متاحة لمن يطلبها. والشرط الثاني هو توافر آليات تطبيق هذه المعلومات، مترجمة إلى نماذج جاهزة ووصفات محددة، تدخل بمن يرغب في مجال التطبيق، بما يقرب المسافة بين المعرفة والتطبيق، ويوفر آليات التطبيق العملي للمعلومات (مثل المعلومات عن الحركة والرياضة، والتطبيقات في النوادي والمدارس تتم بتوفير التجهيزات، والملاعب، والقوى البشرية اللازمة للتعليم والتدريب).

٢-٧-٢ البرامج الأساسية:

٢-٧-٢-١ خطر تلوث الهواء:

وأول البرامج التي تتطلبها البيئة الطبيعية والسليمة صحيا والأمنة هو هواء نظيف صحي غير ملوث، وهذا موضوع مستقل بذاته حيث أن القاهرة الكبرى (الحضرية) والإسكندرية، مدن ملوثة بكل المعايير، وأصبح الوضع خاصة في القاهرة خطرا على المواطنين في جنوبها وشمالها وشرقها على وجه التحديد. ويقوم البنك الدولي بمتابعة معايير التلوث لعشرين مدينة من مدن الدول النامية في العالم. وتعد القاهرة أكثرها جميعا تلوثا وضررا لصحة المواطنين. وبالرغم من تواجد محطات متابعة التلوث الهوائي، فإن التدابير والإحتياطات المطلوبة تتجاوز دور الأجهزة، إلى دور كل من الحكومة والمجتمع، لدرء الخطر عن تلك المدينة التاريخية. والخطر يهدد بالامتداد إلى مدينتي الإسماعيلية والسويس، وكذلك إلى مدينة العاشر من رمضان.

ونشير هنا إلى مناطق بحاجة إلى برامج بيئية عاجلة هي:
"المعلومات من:

– 15390 Egypt Pollution Abatement Project-Staff Appraisal Report -
apr.1996/World Bank”

- منطقة حلوان والتبين وبها ٩٠ صناعة كبيرة وصغيرة، منها ١٨ صناعة كبيرة ملوثة للبيئة، وهي الأسمنت، والحديد والصلب، والكوك ومسابك الرصاص، والمسابك عموماً، وصناعة السيارات، والصناعات الحربية.
- منطقة شبرا الخيمة ومسطرد وبها ٤٠ مشروعاً صناعياً، منها مشاريع الصلب، وصناعة الورق، وصناعات الأسمدة، كما أن هنا حوالي ١٣٠٠ مشروع صغير ومتوسط لسبك المعادن، وصناعات الأغذية، والصابون، والمنظفات الكيماوية.
- أما في إمبابة غرب النيل فتوجد صناعات الأغذية، والمنسوجات، والبويات.
- وعموماً فإن هناك في القاهرة مئات المشروعات الصغيرة من بينها ٥٢ مصبغة، تطلق مواد مثل الكروميوم، بالإضافة إلى ١٢ مسبكاً صغيراً للرصاص وغيرها من لمسابك المعدنية.
- أما الإسكندرية فأخطر مناطقها غرباً هي: المكس والدخيلة، وشرقاً بأبى قير، حيث توجد صناعات مماثلة لبعض الصناعات في القاهرة الكبرى.
- ويقوم البنك الدولي حالياً، بالتعاون مع وزارة البيئة، بمشاريع مشتركة لتصحيح البيئة.

وكنموذج لمستوى التلوث الهوائي في أخطر المناطق، وهي حلوان يبلغ تركيز الغبار، والرصاص، وثاني أكسيد الكبريت ١٠ و ٥٠ و ٣ ضعف (على التوالي) عما هو مسموح به، طبقاً لمؤشرات منظمة الصحة العالمية، وهناك دراسات ممولة

من هيئة المعونة الأمريكية، تحاول أن تقيم مردود هذا التلوث على صحة مواطني القاهرة الكبرى، نكتفي بالإشارة إليها دون الولوج في تفاصيلها.

٢-٧-٢-٢ خطر تلوث الماء:

تلوث المياه (مياه النيل وترعه) من صرف المصانع، وصرف المجارى، وصرف الأراضي الزراعية، مما يسبب تلوثا كيميائيا للمياه السطحية (السيانيد، الفينول، الكروميوم، الكادميوم)، وذلك بخلاف الأمراض الطفيلية والبكتريولوجية المحمولة مائيا. ولما كان هدف الجميع هو كوب ماء نظيف سليم صحيا (أي مستساغ ونقى، خال من الشوائب والطفيليات والبكتريا الضارة، وصالح كيميائيا للاستعمال الآدمي)، والماء النظيف السليم صحيا من المفترض أنه يصل إلى أكثر من ٧٠% من المواطنين، إلا أنه لازال هناك جهد كبير مطلوب لتعميم وصول الماء الصالح آدميا للجميع في القرى والنجوع (العزب)، وبالطبع فلازال المأخذ المائي غير واصل إلى داخل المنازل في كثير من القرى، وكذلك فإن هناك حوالي ٢٧% من السكان أو أكثر، لا يزالون يعتمدون على مياه الآبار، سواء أكانت آبارا خاصة أم مشتركة، ونشير هنا إلى أن هناك نسبة أقل لا تزال تعتمد على النيل وترعه مباشرة.

٢-٧-٢-٣ المسكن وخدماته في مصر: (طبقا للجدول رقم "٤١" التالي)

لا يفوتنا أن نشير إلى جدول المسكن من مدخلين:

المدخل الأول: من خلال الأرضية المستعملة في تبليط أرضية المنزل، حيث أن أغلبية المنازل في مصر، قد تم تبليطها ببلاط أسمنتي (حوالي نصف المنازل) وبالأسمنت فقط لحوالي سبع أرضيات المنازل، أما ثلث المنازل الأخرى فهي من الأرض المدكوكة والمخلوطة بالرمال أحيانا، وهذه النسبة الأخيرة تزيد عن النصف في منازل الأرياف، أما الباركيه والسيراميك والموكيت والرخام فلا يكاد يصل إلى ٩% من أرضيات المنازل.

والمدخل الثاني: يستند إلى أن عدد الأفراد الذين ينامون في غرفة واحدة، بواقع واحد فأكثر، حتى أقل من أربعة يمثلون أربعة أخماس العينة المبحوثة في المسح "١١ ألف أسرة" نصفهم "فرد أو فردين" في غرفة والنصف الآخر ثلاثة أو أربعة أفراد في غرفة واحدة، أما من ينامون بواقع أكثر من أربعة في غرفة واحدة فيمثلون الخمس المتبقي من السكان، تلتهم بواقع ٧ أفراد أو أكثر في الغرفة الواحدة.

أما الصرف الصحي والتخلص من الفضلات التي يخرجها الإنسان، خاصة الفضلات الصلبة، فتشير بعض البيانات إلى أن نظام "التواليت العصري" كما نعرفه، لا يتوافر إلا لحوالي ربع الأسر المصرية (٢٦,٧%) أما الكابينة البلدى مع الكومبينشن أعلى الحائط فيصل إل ٣,٢%، بينما أغلبية المساكن تعتمد على الكابينة البلدى المزود بجردل بلاستيك (كوز) بواقع ٦٠,٩%، ولا زالت الحفرة مستخدمة بنسبة ٨,١% من السكان.

ويظل الإحتياج إلى الصرف الصحي بالأنابيب الخاصة بالصرف، ومجارى الصرف، مطلباً ملحا داخل المدن، ومأمولاً أن يمتد إلى كثير من القرى التى تضخمت أعدادها بهدف محاصرة إمكانيات التلوث والتعامل معها بالنظم المعاصرة، لتحويلها إلى كتلة غير ملوثة.

جدول "٤١": الامداد بالمياه — الاصحاب — أرضية المنزل — عدد الأفراد النائمين بالغرفة(%)

مصر العليا (كلية)	ريف مصر العليا	ريف مصر العليا	مصر السفلى مصر (كلية)	ريف مصر السفلى	حضر مصر السفلى	محافظة الحضرية	الكلية	الريف	الحضر	الخواص
٤٠,٢	٣٤,٢	٥١,١	٥٣,٢	٤٨,٥	٦٣,٤	٦٥,٩	٥١,٧	٤٢,١	٦١,٦	من ١ الى ٢ فرد
٠,٦	٤٣,١	٣٦,١	٣٨	٤١,٧	٢٩,٩	٢٧,١	٣٦,٣	٤٢,٣	٣٠,١	من ٣ الى ٤ فرد
١٢,٦	١٤,٤	٩,٢	٧,٢	٧,٩	٥,٨	٥	٨,٦	١٠,٨	٦,٢	من ٥ الى ٦ فرد
٦,٦	٨,٣	٣,٦	١,٦	١,٩	٠,٩	٢	٣,٤	٤,٨	٢,١	7 افراد أو أكثر
٣٤٩٧	٢٢٥٨	١٢٢١	٤٠٦٤	٢٧٧١	١٢٩٣	٢٣٨٨	٩٩٣١	٥٠٢٩	٤٩٠٢	عدد الأسر موضع المسح

مؤشرات عن خدمات السكن (EHHUES-1995).

٢-٧-٢-٤ مكافحة الحشرات، وانتقاء المخصبات للأراضي، والكيماويات

المستعملة:

أما تقليص دور الحشرات والقوارض كناقل للمرض، وما يتطلبه ذلك من برامج تتنوع بتنوع الحشرات أو القوارض المطاردة، سواء على مستوى المنازل في المدن وفي القرى، أم في الحقول والأراضي الزراعية، مع التركيز على إعطاء أهمية خاصة للمواد الكيميائية المستعملة للقضاء على تلك الحشرات والقوارض، سواء بالرش، أم بغيره من الأساليب، وتوفير المعلومات الإضافية والأدلة الإرشادية إذا لزم الأمر، لمستخدمي تلك المبيدات من العمال الصحيين أو للمواطنين، المتعرضين لأضرار تلك المواد الكيميائية، سواء أكان الاستخدام في المنزل أم في أماكن العمل أو في الحقول، أو حتى على مستوى الموقع الجغرافي ككل (شياخة/قرية أو حي) ولا يفوتنا أن نشير إلى أهمية التصريح بتداول مثل تلك المواد الكيميائية، أو حتى لتداول المخصبات المستديمة لرفع خصوبة الأراضي الزراعية، وأنه لا بد من خضوعه لكل تدقيق عند التصريح بتداوله. وتحديد المصرح لهم بهذا الاستخدام، والمحظورات والتحفظات المطلوبة لإستخدام أى من هذه المخصبات أو المبيدات المسجلة والمرخصة، والمعتمدة للإستعمال، شرط توافر أدلتها الإرشادية، وأخيرا فلا بد من رفع مستوى الثقافة الصحية، لإستخدام مثل هذه المواد الكيميائية، بإشاعة الثقافة الصحية، ونشرها بمختلف الوسائل، خاصة لربات البيوت، وعمال المطابخ الذين يستخدمون الصابون والمذيبات الكيميائية، فى أغراض التنظيف لمهمات وأدوات تناول الطعام، وتقديمه إلى الأسرة والمواطنين. وأعتقد أن إتاحة قواعد معلوماتية واسعة للمتخصصين، وللکافة، كل بأسلوبه المهني المتخصص أو العلمي المبسط، في أدلة الإستخدام، بما يحقق الأمان، ويقلل من الإصابات السمية وآثارها. وأن تكون هناك قاعدة معلوماتية متاحة للمهنيين فى أقسام الطوارئ والحوادث عن المواد الكيميائية المصرح باستخدامها، وبيانات عن أصنافها التجارية ودراسة مخاطرها، واحتمالات ورود إصابات تسممية إلى أقسام الطوارئ. وينصرف ما ورد عن المخصبات والمذيبات الكيميائية، إلى الصناعات الكيميائية والترخيص لها بمنتج معين وإلى المواد الكيميائية المعلقة فى الهواء، أو المذابة فى

الماء، كملوث يمكن أن يترتب عليه أي من الأضرار البالغة، خاصة إذا ما كان المصاب طفلاً، أو متقدماً في السن وذا قدرة حرجة.

١-٥-٢-٥ تداول الأغذية وتجميع المخلفات المنزلية:

سلامة تداول الأغذية وتخزينها، وأسس التعامل معها: هذه السلامة تبدأ من لحظة إنتاج الأغذية كمحاصيل أو لحوم أو أسماك، إلى نقلها وتخزينها ونظم توزيعها وعرضها للبيع، ثم شرائها، ونقلها للمنازل أو المطاعم وما يماثلها، والتعامل معها في المطابخ، وحفظها أو تقديمها بعد الطهي أو طازجة، ويخضع هذا التداول خلال مساره الطويل لإحتمالات خطيرة من التلوث الكيميائي إلى التلوث البكتريولوجي، سواء أصاحب الغذاء أو المشروبات تغير في الخواص الطبيعية، أم لم يصاحبها، وهو الأخطر. وسنكتفي هنا بالإشارة إلى رؤوس موضوعات حيث أن الموضوع كله من الإتساع والخطورة بما يوجب ظهور عدة دراسات عامة ومتخصصة. ويقترح إعادة النظر في جميع التشريعات التي تتعامل مع الأغذية، حيث أن هناك ثلاثة قرارات جمهورية، وعددا من القوانين، وعددا من الوزارات والهيئات يرقى إلى التسعة، تختص بالتنفيذ أو المتابعة، وإجراءات ضبط المخالفة في الميناء، أو في المخازن، أو في التوزيع. ويقترح أن ينظم الموضوع كله في تشريع ضخم موحد بضم إلى قانون ٤ لسنة ١٩٩٤ الخاص بتنظيم البيئة، وإلى القانون التجاري الذي صدر أخيراً. كما اهتمت كثير من الدول الأكثر تقدماً بنظم سلامة تعامل الأفراد مع الأغذية بعد شرائها من محلات الجملة أو القطاعي. وهنا لنا وقفة مع أسواق الخضار، والمجازر، وطرق بيع اللحوم والأسماك، والمحافظة على سلامتها، حتى وصولها إلى محلات البيع، ثم إلى حين وصولها إلى المستهلك. حيث نظمت تلك الدول أدلة إرشادية لإرشاد المشتري إلى كيفية الإنتقاء، وطريقة النقل إلى المنزل أو المطاعم والفنادق والأندية والمستشفيات، ولا يفوتنا أن نشير إلى حتمية توقف وتوقيف الأساليب البدائية لتوزيع الألبان، وتوصيلها إلى المنازل بنظام أواني زنكية "الأقساط"، والذي ثبتت عدم سلامته صحياً، وخطورته، خاصة للشرائح السكانية الحساسة والحرجة. ونشير أيضاً إلى كيفية التعامل مع الأغذية

بأنواعها خضرا أو فاكهة، لحوما أو بقولا، دهونا أو حلوى، فى التخزين المنزلي، ومدد الحفظ ودرجات الحرارة اللازمة، وكيفية التحضير وإعدادها للطهى، والتداول، والإجراءات أثناء عملية الطهي وإعداد الطعام، وتقديمه، أو حفظه لفترة، وتقديمه بالمنزل أو بالأماكن العامة، أصبحت لكل من تلك العمليات برامج وأدلة ترشيدية وقواعد معلومات، ترشد المستخدم والمواطنين إلى اتباع تلك الإرشادات والالتزام بها حرصا على صحتهم، كما أن الأمر يمتد أيضا إلى ما بعد تناول الطعام.

وفيما يتعلق بتجميع المخلفات، وطرق حفظها وتصريفها خارج المنزل، ثم خارج المدينة للتخلص منها بالأساليب الصحية المعاصرة والأمنة علي مستوى الحي أو المدينة، والواقع أن القاهرة تعج اليوم بأكوام من الفضلات الناتجة من المنازل والمؤسسات والمنشآت، وتتوالد بتلك الأكوام الحشرات في بعض مناطق القاهرة العشوائية والشعبية، والتبصير بمخاطرها حيث لا تعرف الحشرات والأمراض حدودا بين الأحياء فقيرها وغنيها. وكذلك تمتد عملية تداول الأغذية إلى كيفية تنظيف أدوات المطبخ وأوانيها بعد عملية تناول الأغذية، وكذلك المواد الكيميائية المستخدمة في التنظيف، وطرق إتباع هذا التنظيف بسلامة، يدويا أو آليا، وحفظ الأواني لعمليات مستقبلية. ولا يفوتنا أن نشير إلى تأثيرات سمية وتأثيرات مرضية، ذات طبيعة بكتريولوجية، تنتج إذا لم نتبع القواعد والأنظمة الصحية المتعلقة بخطوات الإعداد للغذاء الصحي التي أشرنا إليها. وتقوم الكتب الطبية الحديثة بتجميع هذه النوعية من التسممات الكيميائية والمرضية في قواعد معرفية تتيحها لأقسام الطوارئ، وترشد بها الأسر، كأبواب في دوائر المعارف الأسرية الخاصة بربة المنزل.

٢-٧-٣ الأوضاع العالمية للتدخين والحياة الرخوة والمواد المنبهة والمخدرة:

لعله من الأفضل أن يتم تناول ذلك الموضوع في القسم الخاص بالبروفيل الصحي الخاص بمصر، بديلا عن التعامل مع الموضوع المشار إليه في القسم

الأول في فصل الجهود العالمية لنمو الصحة. وسبب ذلك الإختيار هو أن تلك العناصر الثلاثة ترتبط ارتباطا وثيقا بظروف التحضر، والأخذ بأسباب الحضارة الأوروبية، بما يرتبط بها أحيانا من عادات صحية ضارة يعاني منها أبناء الغرب أكثر من غيرهم. ونظرا لخطورة تلك الموضوعات محليا علي الصحة، والعمر المتوقع للفرد، فلعله من الأفضل ربطها مع الأوضاع البيئة المحلية ضمن البروفيل الصحي لمصر.

وعموما، فإن الأمر مازال يتطلب مسحاً ودراسات واسعة، وأكثر تفصيلاً، في بعض الموضوعات التي اشرنا إليها، وفي موضوعات أخرى، تتطلب مسحاً ممثلة للمجتمع المصري، بتفاوتاته المجتمعية والاقتصادية، مثل ما يتعلق بالمواد المخدرة، والمنبهة، واستعمالها، ومثل الحياة الرخوة ومدى انتشارها خاصة في المدن، وتأثيراتها الصحية والطبية. وأخيرا فإن الأمر يحتاج إلي دراسات أوسع وأعمق لقضية التدخين دون الاقتصار علي القدر المحدود الوارد في مطلع الفصل الحالي.

ونشير في نهاية هذا الفصل إلى موجز عن الاوضاع العالمية لتلك المواضيع الثلاثة التي أشرنا إلى أنها لا تزال تتطلب دراسات مصرية معمقة.

التدخين "رؤية عالمية":

وهو سبب مباشر أو مساعد لظهور ٢٥ مرض.

يتزايد تدخين السجائر بين البالغين خاصة في السنوات العشرين الأخيرة من عمر الإنسان من (٧٠-٧٢ الى ٩٠-٩٢) على إتساع العالم، بما جعل نسبة المدخنين بانتظام تصل إلى ٤٧% من الذكور و ١٢% من الإناث، يمارسون تلك العادة يوميا. وظلت النسبة المرتفعة، الموروثة، في الدول المتقدمة، تتزايد حتى نهايات السبعينات، ثم بدأ التناقص في الثمانينات من خلال المجهودات المنتظمة والدعوية لتلك الدول. أما في الدول النامية فإن التزايد لا يزال مستمرا دون انحدار أو تناقص في أغلبها، بل ومتزايدا في بعضها، أما الوفيات المتعلقة بالتدخين فستظل

مرتفعة، ويحتمل استمرارها حتى ليحتمل أن تصل إلى ١٠ مليون وفاة في السنة في عام ٢٠٢٠ م أو في عام ٢٠٣٠ م علي أقصى تقدير.

الحياة الرخوة:

نتيجة لتزايد توظيف التكنولوجيا في الحياة اليومية، تناقص النشاط الفيزيقي للسكان، خاصة عند كبار السن. وأصبحت الحياة الرخوة سمة حضارية غير صحية، يصل ضررها وخطرها أيضا إلى صغار السن، وما لم تقم المدارس والأندية والإعلام بتبني التوجه والتوجيه للرياضة، باعتبارها واجبا قوميا صحيا ووقائيا، فإن النتائج الصحية ستكون مهددة لصحة الفرد والمجتمع.

فإذا ما أضيف إلى خطر الحياة الرخوة، خطر التغذية المفرطة بأسبابها الوراثية، أو بسبب العادات المجتمعية المكتسبة، أو نتيجة لعدم التوازن الغذائي، بما يترتب عليه من السمنة وأمراضها، أو من نقص العناصر الغذائية (المعادن والفيتامينات ومضادات الأكسدة). ولقد بلغت نسبة السمنة في البالغين في الدول المتنامية سويا ما بين ١٠% و ٢٥%.

كما تزيد السمنة إلى ٤٠% بين نساء أوروبا الشرقية وأقطار البحر الأبيض المتوسط. وتتفاوت نسب السمنة في الأقطار النامية.

المواد المنشط للحالة النفسية:

يمثل الكحول العبء الأكبر للمشكلة في الدول الغربية، والدول الآخذة بالتحول إلى ذلك النمط المعيشي. ويتجه الإستهلاك العام لتلك المواد للإنخفاض في الدول المتقدمة منذ الثمانينات، عاما بعد عام، علي حين يتزايد التوجه لإستهلاك تلك المواد المنشطة في دول الاقتصاد المتحول، والدول النامية.

وقد ظهرت مؤشرات توضح إستخدام توليفات جديدة، تحرض علي مزيد من الإستهلاك خاصة للشرائح العمرية ذات السن الصغير، كما امتد إغراء الإستهلاك إلي النساء.