

2007 - 2002

2008

شكر وتقدير

ان المجلس القومى للسكان - برئاسة السيد الدكتور رئيس مجلس الوزراء- هو الاطار المؤسسى الذى يدار من خلاله البرنامج القومى للسكان فى مصر , حيث يلعب المجلس دورا محوريا فى صياغة ومتابعة وتقييم السياسات والاستراتيجيات والبرامج الخاصه بالقضايا السكانيه من خلال دراسة وتقييم التغير فى المؤشرات السكانيه لتحديد مدى التقدم نحو تحقيق الأهداف القوميه للبرامج السكانيه.

ومن خلال عمليات المتابعه والتقييم التى يقوم بها المجلس القومى للسكان لوحظ أن هناك انخفاضا فى سنوات الحمايه المحققه من توزيعات وسائل تنظيم الأسره على المستوى القومى وفى بعض المحافظات ولعدة سنوات , ومن ثم كان التنبيه الى دراسة هذه الظاهره للتعرف على العوامل وراءها .

وقد قامت كلية طب القصر العينى -قسم الصحه العامه - باجراء هذه الدراسه للتعرف على أسباب انخفاض سنوات الحمايه المحققه من توزيعات وسائل تنظيم الأسره فى مصر 2002- 2007 .

وفى هذا المقام نتقدم بخالص الشكر للسيد اللواء أ.ح. محمد خليفه فرغلى مقرر المجلس القومى للسكان ورئيس اللجنه التنفيذيه للمجلس .

كما نتقدم بالشكر للساده أعضاء اللجنه العليا للبحوث ولكل من الاداره العامه للبحوث وادارة الاحصاء على تعاونهم فى اتمام هذه الدراسه .

وشكرنا الجزيل للمسئولين بوزارة الصحه والسكان / قطاع السكان وتنظيم الأسره , والاداره المركزيه للدعم الفنى والمشروعات على الوقت والجهد الذى بذلوه معنا للتعرف على تفاصيل ما يجرى فى البرنامج القومى لتنظيم الأسره وما يجرى فى اصلاح القطاع الصحى وتبادل التأثير بينهما.

كما نتقدم بالشكر للمسئولين عن كل من القطاع الأهلى (الجمعيه المصريه لتنظيم الأسره, وجمعية تحسين الخدمات) والقطاع الخاص (شركات الأدوية) على جهودهم معنا للتعرف على دور كل من القطاع الأهلى والقطاع الخاص فى البرنامج القومى لتنظيم الأسره .

كما كان لقاءنا مع مديرى تنظيم الأسره بمحافظة البحريه هاما وأساسيا حيث ألقى الضوء على ما يجرى على أرض الواقع بالمحافظات والوحدات الصحيه , فلهم منا جزيل الشكر والتقدير .

وأخيرا خالص الشكر لفريق البحث والمساعدين بكلية طب القصر العينى على انجاز هذا العمل ومعاونتهم العلميه والفنيه والاداريه .

أ . د . مديحه سعيد

الباحث الرئيسى

فريق البحث

أ.د. مديحه سعيد محمد عبد الرازق
أستاذ الصحة العامه كلية طب القصر العيني
والباحث الرئيسي

د. رحاب عبد الحى أحمد عبد الحى
مدرس الصحة العامه كلية طب القصر العيني

د. هدى ابراهيم ابراهيم رزق
مدرس مساعد الصحة العامه كلية طب القصر العيني

الفهرس

الصفحة

	شكر وتقدير	
	فريق البحث	
	قائمة الجداول	
	قائمة الأشكال	
1	الملخص التنفيذي.....	
	الفصل الأول:	
	المقدمة ومنهجية الدراسة	
1	1-1 مقدمه.....	
5	2-1 أهداف الدراسة.....	
6	3-1 منهجية لدراسه.....	
8	4-1 خطة تحليل البيانات.....	
9	5-1 محدودية الدراسة.....	
9	6-1 تنظيم تقرير الدراسة.....	
	الفصل الثاني:	
	نظرة عامه على برنامج تنظيم الأسره فى مصر	
10	1-2 تطور السياسه القوميہ للسكان فى مصر.....	
12	2-2 دور وزارة الصحة والسكان/ قطاع السكان فى برنامج تنظيم الأسره.....	
13	3-2 برنامج اصلاح القطاع الصحى واستمرارية خدمات تنظيم الأسره.....	
16	4-2 دور الجمعيات الأهليه فى برنامج تنظيم الأسره.....	
17	5-2 دور القطاع الخاص فى برنامج تنظيم الأسره.....	
18	6-2 الطلب على خدمات تنظيم الأسره.....	
19	7-2 دور المجلس القومى للسكان فى متابعة كفاءة برنامج تنظيم الأسره.....	
	الفصل الثالث:	
	تطور معدلات المواليد ومعدلات استخدام وسائل تنظيم الأسره فى مصر 1995-2007	
21	1-3 مؤشرات المتابعه والتقييم لبرنامج تنظيم الأسره.....	
22	2-3 معدل الزياده الطبيعیه فى مصر 2001-2006.....	
24	3-3 معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسره 1992-2005.....	
27	4-3 معدلات التغطيه بسنوات الحمايه المحققه من وسائل تنظيم الأسره الموزعه 2002-2007.....	
	الفصل الرابع:	
	احصاءات المجلس القومى للسكان ومتابعة وتقييم برنامج تنظيم الأسره	
30	1-4 الاسهام النسبى من منافذ التوزيع المختلفه فى الحمايه المحققه 2002-2007.....	
32	2-4 تطور الاسهام النسبى لوسائل تنظيم الأسره فى سنوات الحمايه المحققه 2002-2007.....	
38	3-4 العرض والطلب على وسائل تنظيم الأسره.....	
	الفصل الخامس:	
	دور وزارة الصحة فى برنامج تنظيم الأسره	
51	1-5 تطور اعداد وحدات / عيادات تنظيم الأسره – وزارة الصحة والسكان 1995-2008.....	
56	2-5 الأطباء والممرضات المدربين فى تنظيم الأسره بوحدات وزارة الصحة والسكان.....	
57	3-5 الأطباء المدربين فى تنظيم الأسره ويعملون بالجمعيات الأهليه.....	
58	4-5 جودة خدمات تنظيم الأسره فى وحدات وزارة الصحة والسكان.....	
62	5-5 المنتفعات بخدمات تنظيم الأسره بوحدات وزارة الصحة والسكان.....	
	الفصل السادس:	
	رؤية أطباء قطاع السكان ومديرى تنظيم الأسره بالمحافظات لبرنامج تنظيم الأسره	
66	1-6 الدعم السياسى والقيادى لبرنامج تنظيم الأسره.....	
68	2-6 العوامل التى تؤثر على العرض لخدمات تنظيم الأسره.....	
75	3-6 العوامل التى تؤثر على الطلب على خدمات تنظيم الأسره.....	
77	4-6 المقترحات لزيادة كفاءة وفاعلية برنامج تنظيم الأسره.....	

تابع الفهرس

	الفصل السابع:	تقديم خدمات تنظيم الأسرة من خلال برنامج طب الأسرة
78	1-7	العلاقة بين برنامج اصلاح القطاع الصحى وخدمات تنظيم الأسرة
78	2-7	توفير خدمات تنظيم الأسرة من خلال برنامج طب الأسرة
79	3-7	نظم ادارة خدمات تنظيم الأسرة من خلال برنامج طب الأسرة
82	4-7	تقديم خدمات تنظيم الأسرة من خلال برنامج طب الأسرة
84	5-7	استمرارية خدمات تنظيم الأسرة من خلال برنامج الاصلاح الصحى
		الفصل الثامن:
		رؤية الجمعيات الأهلية فى برنامج تنظيم الأسرة(الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة، وجمعية تحسين الخدمات الطبيه .
		أولاً- الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة
86	1-8	توافر مراكز الجمعيه المصريه لتنظيم الأسرة على مستوى الجمهوريه
87	2-8	ادارة خدمات تنظيم الأسرة من خلال الجمعيه المصريه
87	3-8	تقديم خدمات تنظيم الأسرة فى مراكز الجمعيه المصريه
88	4-8	العوامل التى تؤثر على طلب خدمات تنظيم الأسرة فى مراكز الجمعيه المصريه
		ثانياً - جمعية تحسين الخدمات الطبيه
88	5-8	توافر عيادات جمعية تحسين الخدمات الطبيه على مستوى الجمهوريه
89	6-8	ادارة خدمات تنظيم الأسرة من خلال جمعية تحسين الخدمات الطبيه
89	7-8	تقديم خدمات تنظيم الأسرة فى مراكز جمعية تحسين الخدمات الطبيه
90	8-8	العوامل التى تؤثر على الطلب على خدمات تنظيم الأسرة فى مراكز جمعية تحسين الخدمات
		الفصل التاسع:
		دور شركات الأدوية فى البرنامج القومى لتنظيم الأسرة
91	1-9	دور شركات الأدوية فى توفير وسائل تنظيم الأسرة
91	2-9	العلاقة بين قطاع السكان وشركات الأدوية التى تعمل فى وسائل تنظيم الأسرة
92	3-9	شركات الأدوية الخاصه ووسائل تنظيم الأسرة المتوفره فى الصيدليات
93	4-9	رؤية القطاع الخاص فى برنامج تنظيم الأسرة
94		الفصل العاشر:
		الخلاصه والتوصيات
99		المراجع

قائمة الجداول

الصفحة	
15	جدول (1-2): الأهداف المتعلقة بتنظيم الأسرة طبقا للخطة الاستراتيجية القومية للسكان 2007-2017

25	جدول (1-3): معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة (حديثه وتقليديه) فى الأعوام 1992,1995,2000,2005, على مستوى الجمهوريه ومستوى بعض المحافظات

26	جدول (2-3): نسبة مشاركة القطاع الحكومى والقطاع الخاص فى معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة (الحيوب واللوالب) فى الفترة 1995-2005

26	جدول (3-3): نسبة السيدات اللانى شملهن المسح السكاني الصحى 1995,2000, 2005 طبقا لنسبة الاحتياجات الغير ملياه

31	جدول (1-4): نسبة مساهمة القطاعات المختلفه فى سنوات الحمايه من وسائل تنظيم الأسرة الموزعه فى منافذ تقديم الخدمه 2007-2002 على مستوى الجمهوريه وعلى مستوى المحافظات موضع الدراسه

57	جدول (1-5): توزيع الأطباء والمرضات المدربين فى تنظيم الأسرة بوحدات وزارة الصحه والسكان طبقا لمحافظات الدراسه واجمالى وحدات وزارة الصحه والسكان 2008

57	جدول (2-5): الجمعيات الأهليه التى تعمل فى مجال تنظيم الأسرة ويعمل بها أطباء مدربين من وزارة الصحه والسكان ومتوسط عدد الأطباء المدربين العاملين بها على مستوى الجمهوريه ومحافظات الدراسه.....

62	جدول (3-5): المتوسط اليومى لعدد المنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة لكل عياده من عيادات وزارة الصحه والسكان على مستوى الجمهوريه وعلى مستوى محافظات الدراسه 2007-2003

65	جدول (4-5): التوزيع النسبى للمنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة طبقا لسبب الزياره لعيادات تنظيم الأسرة وطبقا لوسيلة تنظيم الأسرة التى حصلت عليها المنتفعه

قائمة الأشكال

7	الاطار النظرى للعوامل التى تؤثر على معدل التغطية بسنوات الحماية المحققة بوسائل تنظيم الأسرة	شكل(1-1):
21	مؤشرات المتابعة والتقييم لبرنامج تنظيم الأسرة	نموذج (3-1):
23	معدل الزيادة الطبيعيه فى جمهورية مصر العربية 2006-2001	شكل(1-3):
23	معدل المواليد الخام فى مصر والمحافظات موضع الدراسه فى عامى 2006-2005	شكل(2-3):
24	معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثه فى مصر 2005-1992	شكل(3-3):
25	نسبة مشاركة كل من القطاع الحكومى والقطاع الخاص والأهلى فى معدلات استخدام تنظيم الأسرة 2005-1995 ...	شكل(4-3):
27	معدلات سنوات الحماية المحققة من توزيعات وسائل تنظيم الأسرة فى مصر 2007-2002	شكل(5-3):
27	معدلات سنوات الحماية المحققة من توزيعات وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى الاسكندريه والسويس 2007-2002	شكل(6-3):
28	معدلات سنوات الحماية المحققة من توزيعات وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى المنوفيه ودمياط 2007-2002	شكل(7-3):
28	معدلات سنوات الحماية المحققة من توزيعات وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى الغربيه وكفر الشيخ 2007-202 ...	شكل(8-3):
29	معدلات سنوات الحماية المحققة من توزيعات وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى سوهاج وقنا 2007-2002	شكل(9-3):
32	الإسهام النسبى لوسيلة اللولب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة على مستوى الجمهوريه - المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(1-4):
32	الإسهام النسبى لوسيلة الحبوب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة على مستوى الجمهوريه - المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(2-4):
33	الإسهام النسبى لوسيلة الحقن فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة على مستوى الجمهوريه - المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(3-4):
33	الإسهام النسبى لوسيلة الكسولات فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة على مستوى الجمهوريه - المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(4-4):
33	الإسهام النسبى لوسيلة اللولب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى الاسكندريه والسويس المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(5-4):
34	الإسهام النسبى لوسيلة الحبوب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى الاسكندريه والسويس المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(6-4):
34	الإسهام النسبى لوسيلة الحقن فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى الاسكندريه والسويس المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(7-4):
35	الإسهام النسبى لوسيلة اللولب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى المنوفيه ودمياط المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(8-4):
35	الإسهام النسبى لوسيلة الحبوب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى المنوفيه ودمياط المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(9-4):
35	الإسهام النسبى لوسيلة الحقن فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى المنوفيه ودمياط المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(10-4):
36	الإسهام النسبى لوسيلة اللولب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى كفر الشيخ والغربيه المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(11-4):
36	الإسهام النسبى لوسيلة الحبوب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى كفر الشيخ والغربيه المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(12-4):
37	الإسهام النسبى لوسيلة الحقن فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى كفر الشيخ والغربيه المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(13-4):
37	الإسهام النسبى لوسيلة اللولب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى سوهاج وقنا المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(14-4):
38	الإسهام النسبى لوسيلة الحبوب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى سوهاج وقنا المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(15-4):
38	الإسهام النسبى لوسيلة الحقن فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى سوهاج وقنا المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007- 2002	شكل(16-4):
39	متوسط عدد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب / وحده ومتوسط عدد سنوات الحماية المحققة/وحده على مستوى الجمهوريه 2007-2002	شكل(17-4):
39	نسبة التغير فى اعداد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب , الوحدات الصحيه , سنوات الحماية المحققة 2003-	شكل(18-4):
40	2007 مقارنة بسنة الأساس 2002 على مستوى الجمهوريه متوسط عدد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب/وحده ومتوسط عدد سنوات الحماية المحققة/وحده - محافظة الاسكندريه 2007-2002	شكل(19-4):
41	نسبة التغير فى عدد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب , الوحدات الصحيه , سنوات الحماية المحققة 2003-2007 مقارنة بسنة الأساس 2002 - محافظة الاسكندريه	شكل(20-4):

شكل(4-21) متوسط عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب/وحده, ومتوسط عدد سنوات حمايه المحققه/وحده , محافظة السويس 2007-2002

تابع قائمة الأشكال

41	شكل(4-22) نسبة التغير في اعداد السيدات المتزوجات في سن الانجاب بالوحدات الصحيه , سنوات الحمايه المحققه 2003-2007
42	شكل(4-23) متوسط عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب/وحده ومتوسط عدد سنوات الحمايه المحققه /وحده , محافظة دمياط 2007-2002
43	شكل(4-24) نسبة التغير في اعداد السيدات المتزوجات في سن الانجاب , الوحدات الصحيه , سنوات الحمايه المحققه 2003-2007 مقارنة بسنة الأساس 2002 – محافظة دمياط
44	شكل(4-25) متوسط عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب /وحده ومتوسط عدد سنوات الحمايه المحققه/وحده, محافظة المنوفيه 2007-2002
44	شكل(4-26) نسبة التغير في اعداد السيدات المتزوجات في سن الانجاب, الوحدات الصحيه , سنوات الحمايه المحققه 2003-2007 مقارنة بسنة الأساس 2002 – محافظة المنوفيه
45	شكل(4-27) متوسط عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب/وحده ومتوسط عدد سنوات الحمايه المحققه/ وحده , محافظة الغربية 2007-2002
46	شكل(4-28) نسبة التغير في اعداد السيدات المتزوجات في سن الانجاب , الوحدات الصحيه, سنوات الحمايه المحققه 2003-2007 مقارنة بسنة الأساس 2002 محافظة الغربية
46	شكل(4-29) متوسط عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب /وحده ومتوسط عدد سنوات الحمايه المحققه /وحده , محافظة كفر الشيخ 2007-2002
47	شكل(4-30) نسبة التغير في اعداد السيدات المتزوجات في سن الانجاب, الوحدات الصحيه , سنوات الحمايه المحققه 2002-2007 مقارنة بسنة الأساس 2002 – محافظة كفر الشيخ
47	شكل(4-31) متوسط عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب/وحده, ومتوسط عدد سنوات الحمايه المحققه/ وحده , محافظة سوهاج 2007-2002
48	شكل(4-32) نسبة التغير في اعداد السيدات المتزوجات في سن الانجاب , الوحدات الصحيه , سنوات الحمايه المحققه 2003-2007 – محافظة سوهاج
49	شكل(4-33) متوسط عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب /وحده ومتوسط عدد سنوات الحمايه المحققه/وحده – محافظة قنا 2007-2002
49	شكل(4-34) نسبة التغير في اعداد السيدات المتزوجات في سن الانجاب, الوحدات الصحيه , سنوات الحمايه المحققه 2003-2007 مقارنة بسنة الأساس 2002- محافظة قنا
51	شكل(5-1) تطور في أعداد عيادات تنظيم الأسرة : نسبة التغير في اعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 مقارنة بسنة الأساس 1996 – وزارة الصحة والسكان
52	شكل(5-2) تطور في أعداد عيادات تنظيم الأسرة : نسبة التغير في اعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 مقارنة بسنة الأساس 1996 – وزارة الصحة والسكان – محافظة الإسكندريه
53	شكل(5-3) تطور في أعداد عيادات تنظيم الأسرة : نسبة التغير في اعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 مقارنة بسنة الأساس 1996 – وزارة الصحة والسكان- محافظة السويس
53	شكل(5-4) تطور في أعداد عيادات تنظيم الأسرة : نسبة التغير في اعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 مقارنة بسنة الأساس 1996 – وزارة الصحة والسكان- محافظة دمياط
54	شكل(5-5) تطور في أعداد عيادات تنظيم الأسرة : نسبة التغير في اعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 مقارنة بسنة الأساس 1996 – وزارة الصحة والسكان –محافظة المنوفيه
54	شكل(5-6) تطور في أعداد عيادات تنظيم الأسرة : نسبة التغير في اعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 مقارنة بسنة الأساس 1996 – وزارة الصحة والسكان – محافظة الغربية
55	شكل(5-7) تطور في أعداد عيادات تنظيم الأسرة : نسبة التغير في اعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 مقارنة بسنة الأساس 1996 – وزارة الصحة والسكان محافظة كفر الشيخ
55	شكل(5-8) تطور في أعداد عيادات تنظيم الأسرة : نسبة التغير في اعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 مقارنة بسنة الأساس 1996 - وزارة الصحة والسكان – محافظة سوهاج
56	شكل(5-9) تطور في أعداد عيادات تنظيم الأسرة : نسبة التغير في اعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 مقارنة بسنة الأساس 1996 – وزارة الصحة والسكان – محافظة قنا
58	شكل(5-10) التطور في نسبة عيادات تنظيم الأسرة / وزارة الصحة والسكان الحاصله على النجمه الذهبية 1996-2007 اجمالى الجمهوريه
59	شكل(5-11) التطور في نسبة عيادات تنظيم الأسرة / وزارة الصحة والسكان الحاصله على النجمه الذهبية 1996-2007 محافظة الاسكندريه , محافظة السويس
59	شكل(5-12) التطور في نسبة عيادات تنظيم الأسرة / وزارة الصحة والسكان الحاصله على النجمه الذهبية 1996-2007 محافظة دمياط , محافظة المنوفيه
60	شكل(5-13) التطور في نسبة عيادات تنظيم الأسرة / وزارة الصحة والسكان الحاصله على النجمه الذهبية 1996-2007 محافظة الغربية , محافظة كفر الشيخ
	شكل(5-14) التطور في نسبة عيادات تنظيم الأسرة / وزارة الصحة والسكان الحاصله على النجمه الذهبية 1996-2007 محافظة سوهاج , محافظة قنا

المخلص التنفيذي

لقد نجح برنامج تنظيم الأسرة في مصر على مدى العقدين الماضيين في خفض معدل الانجاب من 4,4 طفل لكل سيده عام 1988 الى 3,1 طفل لكل سيده عام 2005 – الا أن هناك تحديات تواجه البرنامج للوصول الى مستوى الاحلال وهو 2,1 طفل لكل سيده بحلول عام 2017 – والتي يمكن أن يكون لها آثارا سلبية على القضييه السكانيه , لذلك كانت أهمية المتابعه والتقييم لبرامج تنظيم الأسرة باستخدام مؤشرات تساعد على التنبؤ بأى قصور فى البرنامج حتى يمكن التصدى له بل وادخال استراتيجيات جديده تتواءم مع التغيرات السياسيه والاقتصاديه والاجتماعيه , ومن هذه المؤشرات المؤشر الخاص بمعدل تغطيه السيدات المتزوجات فى سن الانجاب بوسائل تنظيم الأسرة – وهو من المؤشرات التي تعكس كفاءة البرنامج – وهو يشكل أحد المؤشرات التي تستخدم فى نظام المعلومات والاحصاء بالمجلس القومى للسكان .

فى بداية عام 2008 تم اكتشاف أن سنوات الحمايه المحققه من توزيعات الوسائل قد تناقصت بصورة كبيره فى عامى 2006 , 2007 مقارنة بعام 2005 , وهذا الأمر استلزم القيام بعمل دراسه للتعرف على أسباب انخفاض معدل التغطيه بسنوات الحمايه وذلك فى سياق متكامل لكل العوامل المتعلقة بالعرض والطلب لوسائل تنظيم الأسرة فى الفتره 2002-2007 .

تضمنت الدراسه بيانات كميّه وتحليلات ثانويه للتقارير واحصاءات المؤسسات العامله فى مجال السكان وتنظيم الأسرة (الجهاز المركزى للتعبيه العامه والاحصاء , المجلس القومى للسكان , وزارة الصحه والسكان /قطاع السكان) وكذلك بيانات المسح السكاني الصحى وذلك لتغطيه سلسله زمنيّه 1996-2008 .

كما تضمنت الدراسه معلومات وتحليلات للسياسات والنظم الخاصه بتقديم خدمات تنظيم الأسرة وتوفير وسائل تنظيم الأسرة لكل من القطاع الحكومى والأهلى والخاص – وذلك من تحليل البيانات الكيفيه التي تم جمعها أثناء اللقاءات المتعمقه والمناقشات البؤريه مع أطباء قطاع السكان/ وزارة الصحه والسكان على المستوى المركزى ومديرى تنظيم الأسرة بمحافظات الاسكندريه, السويس, دمياط , المنوفيه , كفر الشيخ , الغربيه , سوهاج وقنا , وكذلك اللقاءات المتعمقه مع أطباء الاداره المركزيه للدعم الفنى والمشروعات المنوط بها اداره برنامج الاصلاح الصحى وطب الأسرة , وكذلك اللقاءات المتعمقه مع بعض مديرى شركات الأدوية الخاصه التي تعمل فى مجال وسائل تنظيم الأسرة , كما تم عمل مناقشات بؤريه مع المسؤولين فى الجمعيه المصريه لتنظيم الأسرة , وجمعيه تحسين الخدمات على المستوى المركزى , وفيما يلى عرض لمخلص نتائج الدراسه

■ معدل المواليد فى مصر 2005-2006

انخفضت سنوات الحمايه المحققه من توزيعات وسائل تنظيم الأسرة بنسبه 2,6% عام 2007 مقارنة بسنة 2005 , وواكب هذا الانخفاض ارتفاعا فى معدل المواليد من 25,5 مولود / 1000 نسمة عام 2005 الى 25,8 مولود / 1000 نسمة عام 2006 وسجلت محافظات الاسكندريه, دمياط , المنوفيه , الغربيه , كفر الشيخ , ارتفاعا فى معدل المواليد , بينما سجلت محافظة سوهاج وقنا انخفاضاً فى معدل المواليد .

■ أشارت بيانات المسح السكاني الصحى 2005 لنقاط محوريه فى برنامج تنظيم الأسرة

- انخفاض دور القطاع الخاص فى تنظيم الأسرة من 62,7% عام 1995 الى 42,9% عام 2005
- محافظة الاسكندريه هى المحافظه الوحيدة التي انخفض بها معدل الاستخدام لتنظيم الأسرة بين عامى 1992 , 1995 وبين عامى 2000, 2005
- محافظة السويس هى المحافظه الوحيدة التي انخفض بها معدل الاستخدام لتنظيم الأسرة بين عامى 1995-2000
- محافظة المنوفيه انخفض بها معدل الاستخدام بين عامى 1992-1995

- محافظة الغربية هي المحافظه الأولى على مستوى الجمهوريه بالنسبة لمعدل الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة 2005
- نجحت محافظة قنا فى تحقيق زيادة فى معدل استخدام وسائل تنظيم الأسره بمقدار 13 نقطه مؤويه بين عامى 2005 – 2000

■ أشارت بيانات المجلس القومى للسكان الى انخفاض كفاءة برنامج تنظيم الأسره 2006-2007

حدث انخفاض فى معدل التغطيه للسيدات المتزوجات فى سن الانجاب بسنوات الحمايه المحققه من توزيع وسائل تنظيم الأسره على مستوى الجمهوريه من 58% عام 2005 الى 53,4% عام 2007 وقد انخفضت هذه النسبة أيضا فى كل المحافظات موضع الدراسه

■ كفاءة الوحدات الحكوميه والجمعيات الأهليه فى تنظيم الأسره

- هناك انخفاض فى الاسهام النسبى لوسيلة اللولب فى سنوات الحمايه المحققه وارتفاع فى الاسهام النسبى للحقن والحبوب على مستوى الجمهوريه فى الفتره 2002-2007 , وهذه الظاهره يمكن تعميمها فى المحافظات موضع الدراسه
- بالرغم من زياده فى عدد الوحدات بنسبة 11% عما كانت عليه عام 2002 , انخفضت نسبة الزياده فى سنوات الحمايه من 35% عام 2005 الى 29% عام 2007 مقارنة بعام 2002
- يبلغ متوسط عدد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب لكل وحده (عام 2007) حوالى 2093 سيده /وحده , ولكن كفاءة الوحده فى المتوسط هى 971 سنة حمايه فى السنه – أى بمعدل 3,2 سنة حمايه فى اليوم أو لولب واحد فى اليوم .
- كفاءة الوحدات فى تنظيم الأسره تعتبر منخفضه فى المحافظات موضع الدراسه بوجه عام , الاسكندريه (6,4 سنة حمايه /الوحده فى اليوم) , السويس (2) , دمياط (2,1) , المنوفيه (3,1) , الغربيه (3,9) , كفر الشيخ (2,7) (سوهاج (1,5) , قنا (1,3))

■ ادارة موارد برنامج تنظيم الأسره- وزارة الصحه والسكان

- حدث زياده فى عدد عيادات تنظيم الأسره خلال الفتره 1996-2008 بنسبة 123%
- يشكل الأطباء المدربين فى تنظيم الأسره 57% من اجمالى الأطباء العاملين بعيادات تنظيم الأسره بينما 82% من الممرضات قد حصلن على التدريب فى تنظيم الأسره (2008)
- نسبة الوحدات التى بها أطباء مدربين هى 62% بينما 88% من الوحدات بها ممرضات مدربات فى تنظيم الأسره (2008)
- انخفضت نسبة العيادات الحاصله على النجمه الذهبيه من 39% عام 2002 الى 26% عام 2006
- شهد المتوسط اليومى لعدد المنتفعات بخدمات تنظيم الأسره بالوحدات زياده من 4,1 منتفعه / عياده/ اليوم 2003 الى 4,7 منتفعه / عياده / اليوم 2007
- توزيع المنتفعات طبقا لسبب الزياره هو 4% صحه انجابيه (التهابات الجهاز التناسلى, مضاعفات الوسيله) , 96% يزنر الوحده للحصول على وسيله
- نمط المنتفعات لحصول على وسيله هو 28% حبوب , 19% لولب , 49% حقن , 4% نوريلانت , امبلانون , واقى ذكرى

■ يمر برنامج تنظيم الأسره بمرحله انتقاليه تتسم بالملاح التاليه

- التحول من البرامج الرأسيه الى برامج الرعايه الأساسيه المتكامله والتى تشمل تنظيم الأسره
- تناقص / توقف الدعم الخارجى لمشروعات تنظيم الأسره
- بعد توقف الدعم الأجنبى تمر المؤسسات المصريه حاليا بمرحله اختبار القدرات الذاتيه وتطوير النظم الخاصه بالامداد بالوسائل والتنميه البشريه فى مجالات تنظيم الأسره

- توقف الدعم الخارجى والحكومى للجمعيات الأهليه
- عمليات تجديد واحلال للكثير من وحدات وزارة الصحة والسكان فى بعض المحافظات – والتوقف المؤقت عن العمل فى برنامج تنظيم الأسره
- عدم وضوح الآليات التى يمكن من خلالها دعم دور القطاع الخاص لاثراء برنامج تنظيم الأسره خاصة بعد توقف الدعم الأجنبى .
- ظهور تغيرات فى الاتجاهات الانجابيه وانتشار ثقافة الطفل الثالث
- تجمد وتناقص كفاءة الوحدات مما يستدعى ادخال استراتيجيات غير تقليديه
- هناك محافظات تحتاج الى دعم أكثر من غيرها فى هذه المرحلة الانتقاليه مما يتطلب ترشيد استخدام الجهود والموارد طبقا لخطة قائمه على احتياجات حقيقيه

■ تحول الدعم السياسى لبرنامج تنظيم الأسره الى دعم برامج الرعايه الأساسيه المتكامله

- يحتل اعادة تشكيل النظام الصحى والتركيز على الرعايه الأساسيه والتغطيه الشامله بالتأمين الصحى الأولويه الأولى فى أجندة السياسات الخاصه بالصحه
- السياسات الخاصه بدعم تنظيم الأسره أصبحت سياسات ضمنيه (دعم الرعايه الصحيه الأساسيه من خلال طب الأسره) وليست سياسه معلنه خاصه بالوصول لمستوى الاحلال عام 2017 من خلال برنامج تنظيم الأسرة كبرنامج رأسى .
- عدم التنسيق بين السياسات - والاستقرار غير الواضح لبعض السياسات – حيث ترصد وزارة التضامن الاجتماعى دعما ماديا للحوامل والمرضعات مما يفسره العامه على أنه اتجاه جديد من قبل الدوله لزيادة الانجاب وليس تنظيم الأسره
- يأخذ برنامج تنظيم الأسره موقعا متأخرا فى ترتيب الأولويات فى أجندة المجالس الاقليميه للسكان بالمحافظات – حيث الانشغال بالموضوعات الاقتصادية والوبائيه .
- توقف الاعلام الدينى عن عرض رسائل تتعلق بفوائد تنظيم الأسره لصحة الأم والطفل ووجود دعايات مضاده فى الفضائيات

■ تواجه نظم تقديم خدمات تنظيم الأسره تحديات نقص الدعم المؤسسى والمادى

- بالرغم من الزيادة المضطرده فى أعداد عيادات تنظيم الأسره التابعه لوزارة الصحة – الا أن هناك تحديات تواجه الاستمراريه فى جودة الخدمات
- بالرغم من أن فلسفة طب الأسره تعتمد على تكامل الخدمات المقدمه للأسره ومنها تنظيم الأسره – وكذلك الاستخدام الأمثل للعيادات بالوحدات الصحيه – الا أنه مازالت مشكلة الخصوصيه وعدم وجود غرفه للمشوره فى تنظيم الأسره – من التحديات التى تواجه البرنامج
- هناك اعفاء للمنتفعات بتنظيم الأسره من رسوم الخدمه فى وحدات طب الأسره , ولكن عدم الالتزام بهذه السياسه يؤثر سلبا على اعداد المنتفعات بخدمات تنظيم الأسره
- الاشراف المتكامل من خلال تطبيق القرار 75 لسنة 2006 على كل وحدات وزارة الصحة والسكان يعطى فرصه لتقييم الوحدات ككل وربط الجوده بالحوافز – الا أنه يقلل من فرصة التدريب على رأس العمل أثناء الاشراف
- التدريب فى تنظيم الأسره من خلال طب الأسره لا يعطى التوجيه اللازم عن دورة المنتفعه ودور الطبيب والممرضه طبقا لمعايير تقديم الخدمه مما ينعكس على أداء مقدمى الخدمه
- تقوم العيادات المتنقله بتقديم خدمات علاجيه " قوافل طبيه " فى كل المحافظات – الا أن نمط تقديم الخدمه لا يعطى مقومات لنجاح تقديم خدمات تنظيم الأسره فى المناطق المحرومه من الخدمه أثناء زيارات القوافل الطبيه
- تغير دور الرائد الريفيه لتصبح رائده مسيسه لكل البرامج مما يؤثر على مصداقيتها أمام الجمهور فى الموضوعات الحساسه مثل تنظيم الأسرة.

■ تواجه الجمعيات تحديات الاستمرارية في تقديم خدمات تنظيم الأسره

- ثقافة الاعتماد على الدعم الحكومي لدى الجمعيات الأهليه فيما يتعلق بتوفير الأطباء والمرضات والوسائل – مازالت قائمه مما يؤدي الى استمرار الأداء التقليدي وعدم تطوير قدراتهم الذاتية .
- ضعف آليات التعامل مع القطاع الخاص لمساندة الجمعيات في الحصول على الوسائل بتخفيضات مناسبة مقابل قيام الجمعيات بالدعايه للشركات بالأسماء العلميه لمنتجات هذه الشركات .
- لا يوجد انفتاح على شركات القطاع التجارى الخاص التى يمكن أن تساعد فى توفير الأجهزة والمعدات مقابل الاعلان عن منتجاتها داخل عيادات الجمعيات الأهليه

■ تتوافر مقومات لتفعيل دور القطاع الخاص فى تنظيم الأسره

- هناك شركات دوائيه خاصه تعمل فى مجال وسائل تنظيم الأسره الأساسيه (اللوالب , الحبوب , الحقن) ولكن لا توجد قنوات اتصال بين هذه الشركات وادارة البرنامج القومى لتنظيم الأسره
- لا يوجد آليات للحوار مع الشركات الخاصه لحل المشكلات الخاصه بالتسجيل والتسعير والدعايه حتى يمكن أن يساهم بشكل أكثر فاعليه فى البرنامج القومى لتنظيم الأسره .
- هناك شبكه كبيره من الصيدليات , لكنها غير مفعله بشكل جيد لخدمة البرنامج القومى لتنظيم الأسره لعدم وجود برنامج لرفع كفاءة الصيادله فيما يتعلق بتقديم المشوره والتعريف بالمستحدث من وسائل تنظيم الأسره
- هناك تسرب للوسائل من وحدات تنظيم الأسره الحكوميه الى الصيدليات وذلك لوجود سياسات تربط الحافز بمستهدفات تنظيم الأسره
- ثبت أن برنامج اسأل/ استشير والذى يقوم بتدريب الصيادله على المشوره فى تنظيم الأسره – له دور فعال- ومازال ماثلا فى ذاكرة أطباء قطاع السكان بالوزاره

■ للمجلس القومى للسكان دورا محوريا فى متابعة وتقييم برامج تنظيم الأسره فى المرحله

الانتقاليه

- يقوم المجلس القومى للسكان برئاسة السيد الدكتور رئيس مجلس الوزراء بمتابعة وتقييم البرامج السكانيه – الا أنه بالنسبة لبرنامج تنظيم الأسره لا يوجد لجان متخصصه يمثل فيها قطاع السكان , وشركات الأدوية , والجمعيات الأهليه – لزيادة الشراكه فى اتخاذ القرار
- تتوافر البيانات الاحصائيه والمعلومات التى يمكن بها اعداد تقارير متكامله من عدة مصادر تصف الوضع فى مصر والمحافظات – ولكن لا يوجد نظام للمتابعه والتقييم يقدم المؤشرات المختلفه واستقراء هذه المؤشرات بصورة متكامله (المردود غير المباشر , المردود المباشر , المخرجات, ادارة الموارد) فى تقرير واحد.

التوصيات

■ الدعم السياسى لبرنامج تنظيم الأسره :

- ايجاد آليات للتنسيق بين الوزارات المختلفه بالنسبة للسياسات التى تتعلق بالسكان والصحه الانجابيه وتنظيم الأسره وذلك لتوحيد المفاهيم تجاه السياسه العامه للدوله بالنسبة للمؤشرات السكانيه الخاصه بالوصول لمستوى الاحلال بحلول عام 2017

- نشر ثقافة تكامل الخدمات الصحية والتي تشمل خدمة تنظيم الأسرة على مستوى المخططين والمنفذين والمنتفعين فى برنامج تنظيم الأسرة – باعتبار أن تكامل الخدمة هو من السياسات التى تضمن الفائدة الأكبر مع أقل تكلفه - وترشيد استخدام موارد الوحدات الصحية
- اثراء دور المجالس الاقليمية للسكان بقيادة المحافظين فى دعم برنامج تنظيم الأسرة – واقتراح وتنفيذ حلول غير تقليديه بكل محافظه بما يتفق مع وضعها الثقافى والاقتصادى للنهوض ببرامج تنظيم الأسرة

❏ دعم خدمات تنظيم الأسرة فى وحدات وزارة الصحة والسكان

- مراجعة البرنامج التدريبى لأطباء طب الأسرة وذلك لزيادة أيام التدريب العملى المخصصه للتدريب فى تنظيم الأسرة , ورفع جودة التدريب بتقليل عدد المتدربين الى عشرة متدربين فى الدوره
- تحديث دليل معايير تقديم خدمات تنظيم الأسرة واستخدامه فى برنامج طب الأسرة لاحتوائه على دورة المنتفعه , وتكامل دور كل من الطبيب والممرضه
- توفير حجره لتقديم المشوره فى تقديم خدمات تنظيم الأسرة فى الوحدات الصحية التى تعمل بنظام طب الأسرة
- دعم دور المشرف الاكلينيكى من المستشفى المركزى للوحدات للقيام بالتدريب على رأس العمل فى وحدات طب الأسرة
- اعادة صياغة معايير الجوده لخدمات تنظيم الأسرة التى تقدم من خلال عيادات طب الأسرة حتى يمكن الوقوف على عناصر الجوده التى تتفق مع متطلبات مخطى البرامج (تنظيم الأسرة) ومتلقى الخدمة من خلال طب الأسرة
- توضيح نظام الدفع مقابل خدمه ونظام التأمين الصحى – فى طب الأسرة لدى جميع العاملين فى البرامج الصحية , مقدمى خدمه والجمهور المستهدف حتى لا يكون العامل المادى من المعوقات فى برنامج تنظيم الأسرة
- اعادة النظر فى نظام المعلومات ومؤشرات المتابعه والتقييم وعلاقتها بالحوافز فى طب الأسرة حتى يمكن تنفيذ البرامج بطريقه تتفق وأهداف البرنامج وحرية المنتفعه فى اختيار الوسيله , ودقة البيانات المسجله
- توفير العيادات المتنقله ومتابعة وتقييم أدنها فى تقديم خدمات تنظيم الأسرة فى المناطق المحرومه
- ايجاد حلول غير تقليديه لزيادة كفاءة عيادات تنظيم الأسرة

❏ ايجاد آليات لتقوية دور الجمعيات الأهليه فى تنظيم الأسرة

- دراسة السياسات التى يمكن أن تحد من قدرات الجمعيات الأهليه من الاعتماد على الذات فى دعم برنامج تنظيم الأسرة
- مشاركة ممثلى الجمعيات الأهليه مع الهيئات الأخرى : القطاع الخاص , وزارة الصحة والسكان فى لجان التنسيق لبرامج تنظيم الأسرة على المستوى القومى من خلال المجلس القومى للسكان وذلك لايجاد استراتيجيات جديده لدعم دور الجمعيات فى تنظيم الأسرة
- توسيع دور الجمعيات التى تقدم خدمات اكلينيكيه وتسجيلها فى نقابة الأطباء حتى يمكن أن تقدم خدمات الصحة الانجابيه ومنها تنظيم الأسرة
- دراسة تطبيق سياسات الحوافز للأطباء والممرضات العاملين فى الوزاره على الأطباء والممرضات المنتدبين للعمل فى الجمعيات الأهليه (قرار 75 لسنة 2006)
- دراسة المعوقات التى تواجه الجمعيات للتعاقد مع صندوق صحة الأسرة لتقديم خدمات طب الأسرة شامله تنظيم الأسرة

❏ وضع صيغه لزيادة شراكة القطاع الخاص فى برنامج تنظيم الأسرة

- ضم كل من مدير الصيدله بمديرية الشؤون الصحيه , وتقيب الصيادله بالمحافظه الى المجلس الاقليمي للسكان برئاسة الساده المحافظين وذلك لتقديم تقرير عن حجم مبيعات الشركات الخاصه من وسائل تنظيم الأسره بالمحافظات – وتوفير هذه المعلومات للمجلس القومي للسكان لتحليلها وعرضها في تقرير الاحصاء السنوي
- ايجاد آليات لخلق قنوات اتصال والتنسيق وخلق رويه مشتركة بين الشركات العامله في مجال وسائل تنظيم الأسره ووزارة الصحة والسكان والجمعيات الأهليه والمجلس القومي للسكان
- ايجاد آليات للتعرف على وايجاد حلول للتحديات التي تواجه شركات القطاع الخاص لتوفير وسائل تنظيم الأسره مثل التسعير والتسجيل والدعايه
- عدم ربط الحافز بمستهدفات تنظيم الأسره في وحدات وزارة الصحة والسكان للأطباء والممرضات والرائدات حتى لا يتم تسريب الوسائل خاصة اللولب الى الصيدليات مما يؤثر على عمل شركات القطاع الخاص .
- ايجاد آليات لتدريب الصيادله على عمليات المشوره في تنظيم الأسره

استثمار نظم المعلومات السكانيه والبحوث بالمجلس القومي للسكان لدعم اتخاذ القرار

- تدريب فريق العمل بمكاتب المجلس القومي للسكان لاعداد تقارير المتابعه والتقييم باستخدام المؤشرات السكانيه ومؤشرات تنظيم الأسره وجمع البيانات الميدانيه التي تساعد على استقراء هذه المؤشرات - حتى يمكن اتخاذ القرارات في الوقت المناسب للارتقاء ببرنامج تنظيم الأسره
- ايجاد قنوات اتصال بين مكاتب المجلس القومي للسكان والمجالس المحليه على مستوى المراكز بالمحافظه وذلك للتعرف بدقه على اسباب التقدم / القصور في برنامج تنظيم الأسره لوضع التوصيات طبقا لموقع المشكله
- اصدار تقارير سكانيه دوريه تحتوى على كل المؤشرات السكانيه ومؤشرات تنظيم الأسره على المستوى القومي ومستوى المحافظات – يعطى صورته للقيادات العليا على مستوى المحافظات وعلى المستوى المركزى حتى يمكن توجيه الموارد والجهود وترشيد الجهود الموجهه للبرنامج على مستوى المحافظات
- عقد مؤتمر سنوي لفريق مكاتب المجلس القومي للسكان بالمحافظات لعرض مؤشرات المحافظات في سلسله زمنيه وعرض التوصيات ويمكن الاستفادة من المؤشرات المستخدمه في هذه الدراسه
- تقوية برنامج بحوث العمليات وتوفير بعض البيانات الأساسيه مثل تقارير الوسائل الموزعه من العيادات المتنقله والقوافل الطبيه وعيادات طب الأسره حتى يمكن متابعة وتقييم بعض التداخلات من حيث الكفاءه والفاعليه , والتكلفه والعائد .

ايجاد استراتيجيات جديده للاعلام والتعليم والاتصال في مجال تنظيم الأسره

- ارتباط برامج الاعلام السكاني ببرامج التنميه وتنظيم الأسره
- أن تتصف الحملات الاعلاميه بصفة الاستمراريه وأن تصمم بشكل علمي تساهم فيه كليات الاعلام من حيث الدراسات القبليه وعمليات التقييم وقياس رجع الصدى
- أن يتم التكامل بين الاعلام والمؤسسات الدينيه وأن يتصف الخطاب الدينى بالصراحه فيما يتعلق بتنظيم الأسره
- ايجاد طرق اعلاميه جديده لمواجهة ثقافة الطفل الثالث
- اعاده النظر في دور الرائد الريفيه
- تدريب الأجيال الجديده من رجال الدين في مجال تنظيم الأسره

:

تهدف السياسة السكانية في مصر الى خفض معدل النمو السكاني . وقد تم وضع هدف كمي لهذه السياسة يتمثل في الوصول الى مستوى الاحلال (طفلين لكل أسرة) بحلول عام 2017 . حيث ان تبني هذه السياسة تمكن الدولة من الاستخدام الأمثل للموارد ومن ثم الاهتمام بتحسين الخصائص السكانية والتي تتعلق بالتعليم والصحة والبيئة والعمل والانتاج .

ولتحقيق هذه السياسة السكانية استلزم ذلك وضع أهداف استراتيجية منها زيادة معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة ليصل الى نسبة 73% بحلول عام 2017 .

وعلى الرغم من أنه قد حدثت زيادة في معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثه والذي ارتفع من 53,9% عام 2000 الى 56,5% عام 2005 (طبقا للمسح السكاني الصحي 2005)⁽¹⁾ الا أنه هناك عدة تحديات تواجه البرنامج القومي للسكان تتمثل في : البطء في زيادة معدلات الاستخدام للوسائل و ارتفاع نسبة التوقف عن الاستخدام (31,8%) ومازال هناك احتياجات غير ملبأه تصل الى (10,3%).

وعلى ذلك فان هناك حاجة ماسه لتضافر الجهود لمواجهة التحديات التي تواجه برنامج تنظيم الأسرة في مصر وهذه الجهود يجب أن توجه الى :

- توفير وسائل تنظيم الأسرة المختلفه ذات الفاعليه العاليه والأقل في الآثار الجانبيه .
- التغطيه الجغرافيه بوحدات تقديم خدمات ووسائل تنظيم الأسرة للسيدات في المجتمع على أن تكون هذه الوحدات قادره على تقديم الخدمه ذات الجوده العاليه لشرائح المجتمع بما يتناسب مع حاله الاقتصاديه والاجتماعيه لهذه الفئات . وهذه الوحدات تشمل القطاع الحكومى والأهلى والخاص شاملا الصيدليات .
- دعم السياسات التي تضمن ارتفاع السيدات بخدمات تنظيم الأسرة في الوحدات الصحيه وغيرها دون وجود أى عوائق ماديه أو اجتماعيه أو ثقافيه .
- دعم السياسات والاستراتيجيات الخاصه بالاعلام والتعليم والاتصال خاصة التي تقوم على الاتصال الشخصى (الرائدات الريفيات) وذلك لزيادة الطلب على الخدمات من وحدات تقديم وسائل تنظيم الأسرة
- دعم السياسات الخاصه بالدعايه للوسائل (بأسمائها العلميه Generic Names) وذلك لدعم دور الصيدليات/ القطاع الخاص في برنامج تنظيم الأسرة .

ويقوم المجلس القومي للسكان بدور أساسى في دعم برنامج تنظيم الأسرة حيث تحددت رساله ومهام المجلس القومي للسكان عام 1996 لتتضمن على مايلى :

- صياغة ومتابعة وتقييم السياسات الخاصه بالقضايا السكانيه .
- ادارة التخطيط الاستراتيجى للبرامج السكانيه على كل من المستوى القومى ومستوى المحافظات
- اجراء البحوث السكانيه وبعوث الصحه الانجابيه وتنظيم الأسرة (بحوث بيوطبيه , بحوث برامج , بحوث عمليات , بحوث سياسات , بحوث نظم صحيه , بحوث اقتصاديه واجتماعيه , بحوث ديموجرافيه) وذلك لتقديم المعلومات التي تساهم في صنع القرارات الخاصه بالقضايا السكانيه
- الدعوه وكسب التأييد في مجال تنظيم الأسرة والصحه الانجابيه والارتقاء بالخصائص السكانيه
- دعم دور الاعلام والتعليم والاتصال لرفع الوعى السكاني لدى القطاعات المختلفه من الجماهير .
- متابعة وتقييم البرامج السكانيه على كل من المستوى القومى والمحلى (المحافظات) من خلال تحليل البيانات السكانيه , تحديثها وعرضها على المجالس الاقليميه برئاسة المحافظ في كل محافظه
- متابعة حركة وسائل تنظيم الأسرة من خلال تحليل بيانات توزيع وسائل تنظيم الأسرة واعداد تقارير يمكن عن طريقها اتخاذ القرارات في الوقت المناسب لحل أى مشكله تتعلق بتوافر وتوزيع وسائل تنظيم الأسرة .

مشكلة الدراسة:

في اطار متابعة وتقييم الأداء في برنامج تنظيم الأسره قامت الاداره العامه للأحصاء بالمجلس القومى للسكان⁽²⁾ بمراجعة وتحليل البيانات الخاصه بالحمايه المحققه من وسائل تنظيم الأسره الموزعه عن الأعوام من 2002-2007 وتم اكتشاف عدة مشكلات تستدعى البحث والدراسه وهذه المشكلات تتلخص فيما يلي :

- انخفاض معدلات التغطيه بسنوات الحمايه المحققه لوسائل تنظيم الأسره على المستوى القومى الى 53,4% عام 2007 بعد أن كانت قد وصلت الى 56% عام 2002 و 58% عام 2005 .
- انخفاض معدلات التغطيه بسنوات الحمايه المحققه فى كل أقاليم الجمهوريه فعلى سبيل المثال انخفض معدل سنوات الحمايه المحققه فى اقليم الوجه البحرى من 62% عام 2004 الى 57,5% عام 2007 .
- هناك تباينات بين المحافظات من حيث التغيرات فى معدل التغطيه بسنوات الحمايه المحققه .فقد لوحظ الانخفاض فى معظم المحافظات وبصفة خاصه محافظات الاسكندريه , السويس , دمياط , المنوفيه , الغربيه , كفر الشيخ , سوهاج , قنا.

تحليل مشكلة الدراسه والتساؤلات البحثيه :

للتعرف على أهمية المشكله البحثيه فانه يجب دراسه تأثير المشكله موضع الدراسه على القضييه السكانيه من حيث المردود الغير مباشر لانخفاض معدل التغطيه بسنوات الحمايه على معدلات المواليد , فهل هناك زياده فى معدل المواليد فى عام 2006؟

كما يمكن تحليل أسباب مشكله الدراسه من خلال كل من جانبي العرض والطلب . ونعنى بجانب العرض المعروض من وسائل تنظيم الأسره من خلال ما توفره وزارة الصحه والسكان (بالتصنيع أو الاستيراد أو الشراء من الشركات الوطنيه للوسائل المصنعه محليا أو من خلال المنح الخارجيه) وكذلك ما يوفره القطاع الحكومى والخاص (شركات الأدوية) الى جانب وحدات التوزيع (وحدات وزارة الصحه , الوحدات الأهليه والصيديليات) والذي يتأثر بالطلب (أوما يطلبه الجمهور المستهدف من السيدات المتزوجات فى سن الانجاب) .

□ جانب العرض (المعروض من الوسائل)

- أظهر تقرير الاحصاء السنوى⁽²⁾ 2007 أن الاسهام النسبى لوسيلة اللولب فى اجمالى سنوات الحمايه قد انخفض بطريقه ملحوظه فى السنوات الأخيره , وهذه المعلومه هامه جدا , حيث أن وسيلة اللولب هى الوسيله الأكثر استخداما فى مصر , فطبقا لبيانات المسح السكاني الصحى 2005 نجد أن معدل استخدام الوسائل الحديثه هو 56,5% وقد شكل اللولب 36,5% من معدل الاستخدام للوسائل , كما أظهرت نتائج المسح السكاني أيضا أن 62% من مستخدمات اللولب يحصلن عليه من الوحدات الحكوميه , ومن ثم يمكن القول بأن هناك مشكله فيمايتعلق بتوفير اللولب فى وحدات وزارة الصحه والسكان , أو انه قد حدث تغيرات أدت الى انخفاض الاقبال على وسيلة اللولب , والسؤال البحثى هو " ما هى التغيرات التى حدثت فى كميات وتوليفه وسائل تنظيم الأسره الموزعه بوحدات وزارة الصحه والسكان (خاصة اللولب) وماهى مصادر هذه الوسائل , وهل هناك معوقات خاصه بتوفير الوسائل وما هى ؟
- أظهر تقرير الاحصاء السنوى 2007 أن هناك انخفاض فى نسبة الجمعيات الأهليه التى أبلغت عن نشاط تنظيم الأسره والبالغ عددها 162 عياده حيث وصلت نسبة الابلاغ الى 33% , كما أن نسبة الابلاغ لعيادات الجمعيه المصريه لتنظيم الأسره قد وصل الى 83% وعلى الجانب الآخر أظهر التقرير أن نسبة الابلاغ من قبل وحدات وزارة الصحه والسكان والبالغ عددها 5237 عياده عام 2007 قد وصل الى 98% . وهنا يظهر مجموعه من الأسئلة البحثيه: ما هو الدور الحالى والمعوقات التى تواجه الجمعيات الأهليه للقيام بدورها فى تنظيم الأسره ؟ " ما هو مدى تغطية وحدات / عيادات تنظيم الأسره بالأطباء والممرضات المدربين ؟ وما هو مستوى جودة الخدمات المقدمه فى عيادات وزارة الصحه والسكان ؟

وما هو مدى كفاءة وحدات تنظيم الأسرة (المتوسط السنوى لسنوات الحماية المحققة لكل وحده)؟

- اعتمد تقرير الاحصاء السنوى على البيانات الخاصه بالوسائل التى يتم عرضها وصرها من خلال وحدات / عيادات تنظيم الأسرة (وزارة الصحة والسكان , الجمعيه المصريه , الجمعيات الأهليه الأخرى , التأمين الصحى , المؤسسه العلاجييه , المراكز التخصصييه , الكنيسه الانجيلييه, الكنيسه الأورثوذكسيه) وكذلك الموزع على الصيدليات من خلال الشركه المصريه لتجارة الأدوية والشركات المنتجه .
الا أن التقرير الاحصائى لا يتضمن معلومات عن وسائل تنظيم الأسرة التى تتوافر فى الصيدليات التى يقوم بتوفيرها جميع شركات الأدوية الخاصه والتى لا ترد فى تقرير الشركه المصريه لتجارة الأدوية , وعلى الرغم من أن هناك دورا للشركات الخاصه للمساهمه فى برنامج تنظيم الأسرة (مثال القرار الوزارى لوزير الماليه 2000 بخفض الرسوم الجمركيه على اللوالب المستورده من قبل القطاع الخاص)
الا أنه لا توجد آليات لمتابعة المنصرف من الوسائل من هذه الشركات الى الصيدليات
والسؤال البحثى هو " ماهى الشركات الخاصه التى تعمل فى مجال وسائل تنظيم الأسرة , وما هى الوسائل التى توفرها للصيدليات ؟ "

□ الطلب على وسائل تنظيم الأسرة

المقصود بالطلب على وسائل تنظيم الأسرة – فى هذه الدراسه – هو حجم السيدات المتزوجات فى سن الانجاب ومدى الزياده السنويه فى اعداد السيدات فى سن الانجاب
والسؤال البحثى هو " هل تتناسب أعداد وحدات وزارة الصحة والسكان والجمعيات الأهليه مع الأعداد المتزايد من السيدات فى سن الانجاب؟ "

□ عوامل تؤثر على كل من العرض والطلب :

- ◆ سياسات تقديم خدمات تنظيم الأسرة بوزارة الصحة والسكان :
بدأ برنامج اصلاح القطاع الصحى فى مصر عام 1997 والذى يهدف الى وضع نظام صحى يضمن التغطيه التأمينيه الشامله لجميع المواطنين بمجموعه من خدمات الرعايه الصحيه المتكامله ذات الجوده .
يتضمن برنامج الاصلاح الصحى تقديم الخدمات من خلال طب الأسرة حيث تم تحديد حزمه من الخدمات الأساسيه التى تقدم للمواطنين ومنها تنظيم الأسرة وتدفع الأسر التى تم تغطيتها بالتأمين الصحى 3 جنيه ثمن الكشف فى حالات الطب العلاجي وكذلك ثلث ثمن الدواء طبقا للقرار الوزارى رقم 147 لسنة 2003.
وادخال المشاركه الماديه من قبل المنتفعين بالخدمه بصفه عامه – قد يؤثر على اقبال السيدات على الخدمات الصحيه التى تقدمها الوحدات الصحيه مما قد يؤثر على برنامج تنظيم الأسرة .
ويعمل برنامج الاصلاح الصحى حاليا فى محافظات الاسكندريه , المنوفيه , سوهاج , قنا , السويس . وهى من المحافظات التى لوحظ فيها انخفاض فى معدل سنوات الحمايه , ويلاحظ أيضا أن برنامج الاصلاح الصحى يشمل برنامجا للجوده والاعتماد – وهذا البرنامج قد انتشر فى معظم وحدات وزارة الصحة على مستوى الجمهوريه وحتى الآن تم اعتماد أكثر من 800 وحده .

والسؤال البحثى هو " ما هو تأثير برنامج الاصلاح الصحى على خدمات تنظيم الأسرة ؟ "

◆ السياسات الخاصه بالتوعيه بتنظيم الأسرة :

اعتمدت وزارة الصحة والسكان على برنامج قوى فى الاعلام والتعليم والاتصال سواء فى وسائل الاتصال الجماهيرى (اذاعه وتلفزيون) أو الاتصال الشخصى من خلال الرئدات والعيادات المتنقله وكذلك القوافل الطبيه .

فما هو الدور الذى يقوم به الاعلام حاليا فى مجال تنظيم الأسرة؟ وما هو دور الرائدة؟

♦ سياسات دعم دور القطاع الخاص لتوفير المعلومات عن الوسائل الموزعه بالصيدليات : اعتمد البرنامج القومى لتنظيم الأسره على دعم دور القطاع الخاص من خلال الدعايه للوسائل (وسائل تنظيم الأسره الموزعه بالصيدليات وذلك باستخدام ال (Generic Names) وذلك من خلال برنامج اسأل / استشير

فهل هناك اهتمام حقيقى بدور القطاع الخاص وبرامج خاصه بالصيداله لدعم برنامج تنظيم الأسره ؟ وما هو شكل هذا الدور حاليا؟

♦ الجمهور المستهدف بخدمات تنظيم الأسره:

اعتمد تقرير الاحصاء السنوى على حساب معدل التغطيه بسنوات الحمايه المحققه على النسبه المئويه لسنوات الحمايه المحققه للوسائل الموزعه الى اجمالى السيدات المتزوجات فى سن الانجاب .

يتم تثبيت نسبة السيدات المتزوجات فى سن الانجاب باعتباره 6/1 عدد السكان (16,7%) والذى يتم حسابه سنويا طبقا لعدد السكان التقديرى .

ولقد تم الوصول الى هذه النسبه(السيدات المتزوجات هم 6/1 السكان) منذ تعداد 1996 - ويبدو أن هناك تغييرات يجب أن تؤخذ فى الحسبان حيث أن نسبة السيدات المتزوجات فى سن الانجاب نتيجة التغيرات فى تركيبه السن والجنس على مدى عشر سنوات , فعلى سبيل المثال تم اجراء بحث ميدانى فى منطقة الدرب الأحمر⁽³⁾ (14 شياخه) عام 2008 ووجد أن نسبة السيدات المتزوجات فى سن الانجاب هو 52% من العدد الكلى للسيدات المتزوجات (مقابل 62% كما ورد فى تقرير المسح السكانى الصحى 2005)

وفى نفس التقرير 2008 يتبين أن نسبة الأسر التى تعولها أمراه فى نفس المنطقه هو 22% مقابل 12,4% على المستوى القومى كما فى تقرير المسح السكانى الصحى 2005 وعلى الرغم من أنه لايجوز تعميم نتائج منطقه محدوده فى القاهره , الا أن هذه المعلومات ترجح أن هناك تغيرات فى الخصائص الديموجرافيه والاقتصاديه والاجتماعيه فى مصر ويعنى أيضا أن الشريحه من السيدات المستهدفات بخدمات تنظيم الأسره قد تغير حجمها وخصائصها مما يؤثر على الطلب على خدمات تنظيم الأسره وللوصول الى هذه المعلومه – يجب الاعتماد على البيانات التى سوف يعلنها التعداد لعام 2006 وكذلك المسح السكانى الصحى عام 2008

♦ حجم وخصائص المنتفعات بخدمات تنظيم الأسره بوحدهات وزارة الصحه والسكان

لا يتوافر فى تقرير الاحصاء السنوى أى معلومات عن المنتفعات بخدمات تنظيم الأسره بوحدهات وزارة الصحه والسكان – وتوافر هذه المعلومات قد يساعد فى تفسير أسباب انخفاض معدلات التغطيه بسنوات الحمايه لذلك فهناك مجموعه أسئله بحثيه هى :

" ماهى الاتجاهات فى اعداد المنتفعات بخدمات تنظيم الأسره طبقا لأسباب الزياره : الحصول على وسيله أو

تلقى خدمات صحه انجابيه ؟ "

" ما هى الاتجاهات فى التوزيع النسبى للحاصلات على وسيله تنظيم الأسره من وحدهات وزارة الصحه طبقا

لنوع الوسيله ؟ "

♦ المتغيرات الثقافيه والاقتصاديه فى المجتمع المصرى فى الوقت الحالى

نظرا للمتغيرات الثقافيه والاقتصاديه فى المجتمع المصرى فى الوقت الحالى فان هناك تساؤلا يفرض نفسه هو ..هل هناك تغيرات فى الاتجاهات نحو تنظيم الأسره واتجاهات نحو استخدام وسائل معينه دون غيرها ؟

♦ تكنولوجيا الوسائل :

لوحظ أن الوسائل التى لها معامل تحويل أكبر وتؤثر فى سنوات الحمايه اللولب (3,2 سنة حمايه) والكبسولات (نوربلانت 3,2 سنه حمايه وامبلانون 2 سنة حمايه) هى الوسائل التى ثبت من التقارير انخفاض مساهمتها النسبيه فى العدد الكلى لسنوات الحمايه .

وعلى الجانب الآخر فإن الوسائل التى لها معامل تحويل أقل مثل الحبوب (13/1 سنة حمايه) والحقن (4/1 سنة حمايه) قد زادت نسبة مساهمتها فى سنوات الحمايه الكليه .
ولقد اعتمدت وزارة الصحة والسكان على المعونة الأمريكية لتوفير اللوالب . فكيف يتم الحصول على اللوالب بعد توقف المعونة الأمريكية؟ وهل اللوالب متوفرة بجودة عالية للايفاء بالطلب على الوسيلة؟

أهمية الدراسة :

ان التعرف على أسباب انخفاض معدلات سنوات الحمايه المحققه له اهميه كبرى لوضعى السياسات والاستراتيجيات فى مجال تنظيم الأسره .

فالمعلومات التى ستوفرها الدراسة تساعد فى :

- 1- توجيه الجهود لعلاج المشكلات الخاصه بالعرض والطلب فيما يتعلق بوسائل تنظيم الأسره .
- 2- تقوية دور ادارة الاحصاء بالمجلس القومى للسكان فى متابعة برامج تنظيم الأسره
- 3- مساعدة قطاع السكان وتنظيم الأسره بوزارة الصحة والسكان فى التعرف على التحديات الحاليه التى تواجه البرنامج .
- 4- دعم خدمات تنظيم الأسره من خلال برنامج طب الأسره واستثمار تكامل الخدمات الصحيه لزيادة الطلب على وسائل تنظيم الأسره
- 5- تحديد المشكلات المتعلقة بوسائل تنظيم الأسره والخاصه بشركات الأدوية التى لها علاقه بتوفير وسائل تنظيم الأسره (استيراد .. تسجيل .. تسعير .. الخ) , ووزارة الصحة للعمل على حلها
- 6- تحديد المشكلات المتعلقة بالجمعيات الأهليه ودورها فى تنظيم الأسره لحل هذه المشكلات
- 7- تحديد المشكلات الخاصه بالاعلام والتعليم والاتصال (.. التعريف بالوسائل الحديثه التى يوفرها القطاع الخاص والصيديات) .واقترح عدة بدائل

2-1 أهداف الدراسة

الهدف العام : تقديم المعلومات اللازمه لمتخذى القرار لزيادة كفاءة وفعالية برامج تنظيم الأسره من خلال توفير المعروض من الوسائل من ناحيه وزيادة الطلب عليها من ناحية أخرى هذا بالاضافة الى تقوية دور المتابعه والتقييم لهذه البرامج .

الأهداف المحدده :

- 1-التعرف على التغيرات فى معدل المواليد فى الفتره التى حدث بها انخفاض فى سنوات الحمايه المحققه من توزيعات الوسائل
- 2-التعرف على نمط وأسباب تغيير توليفة الوسائل فى الفتره 2002-2007 على المستوى القومى والمحافظات
- 3-التعرف على تأثير برنامج اصلاح القطاع الصحى على برنامج تنظيم الأسره باعتبار أن برنامج الاصلاح الصحى أساسيا فى تغطية كل وحدات وزارة الصحة والسكان
- 4-التعرف على حجم وخصائص الخدمه المقدمه للمنتفعات بخدمات تنظيم الأسره بوحدات وزارة الصحة والسكان
- 5-التعرف على التغيرات التى طرأت على نشاط الجمعيات الأهليه (الجمعيه المصريه فى الفتره 2002-2007)
- 6-التعرف على التغيرات التى طرأت على نشاط جمعيه تحسين الخدمات فى الفتره 2002-2007
- 7-تحديد أنواع وسائل تنظيم الأسره التى يوفرها القطاع الخاص ولا يتم تسجيلها فى تقارير المجلس القومى للسكان

8- التعرف على أنشطة الاعلام والتعليم والاتصال فى مجال تنظيم الأسره ودور الرائدات الريفيات

9- التعرف على التغييرات فى الاتجاهات نحو تنظيم الأسره فى ظل التغييرات الاقتصادية والثقافية والاجتماعيه من وجهة نظر مديرى تنظيم الأسره على المستوى المركزى وعلى مستوى المحافظات .

10- التعرف على التغييرات فى أدوار وحدات وزارة الصحة والسكان ودور العيادات المتنقله فى برنامج تنظيم الأسره فى الفترة 2007-2002

3-1 منهجية الدراسة

□ الإطار النظرى للدراسه (انظر شكل 1-1)

تم تناول موضوع الدراسه من خلال ثلاث محاور أساسيه :

المحور الأول : خاص بالعرض لوسائل تنظيم الأسره , من حيث دور الجهات المختلفه فى توفير هذه الوسائل للوحدات الصحيه الحكوميه والأهليه والصيدليات , وهذه الجهات هى : وزارة الصحة والسكان , شركات الأدوية (القطاع الخاص (شركات الأدوية (القطاع العام) وهيئة المعونه الأمريكيه .

المحور الثانى : هو جانب العرض للوسائل من خلال وحدات / منافذ تقديم الخدمه (أو الأماكن التى يتم بها توزيع الوسائل) وهى تتضمن : وحدات وزارة الصحة والسكان , وحدات الجمعيات الأهليه , الصيدليات .

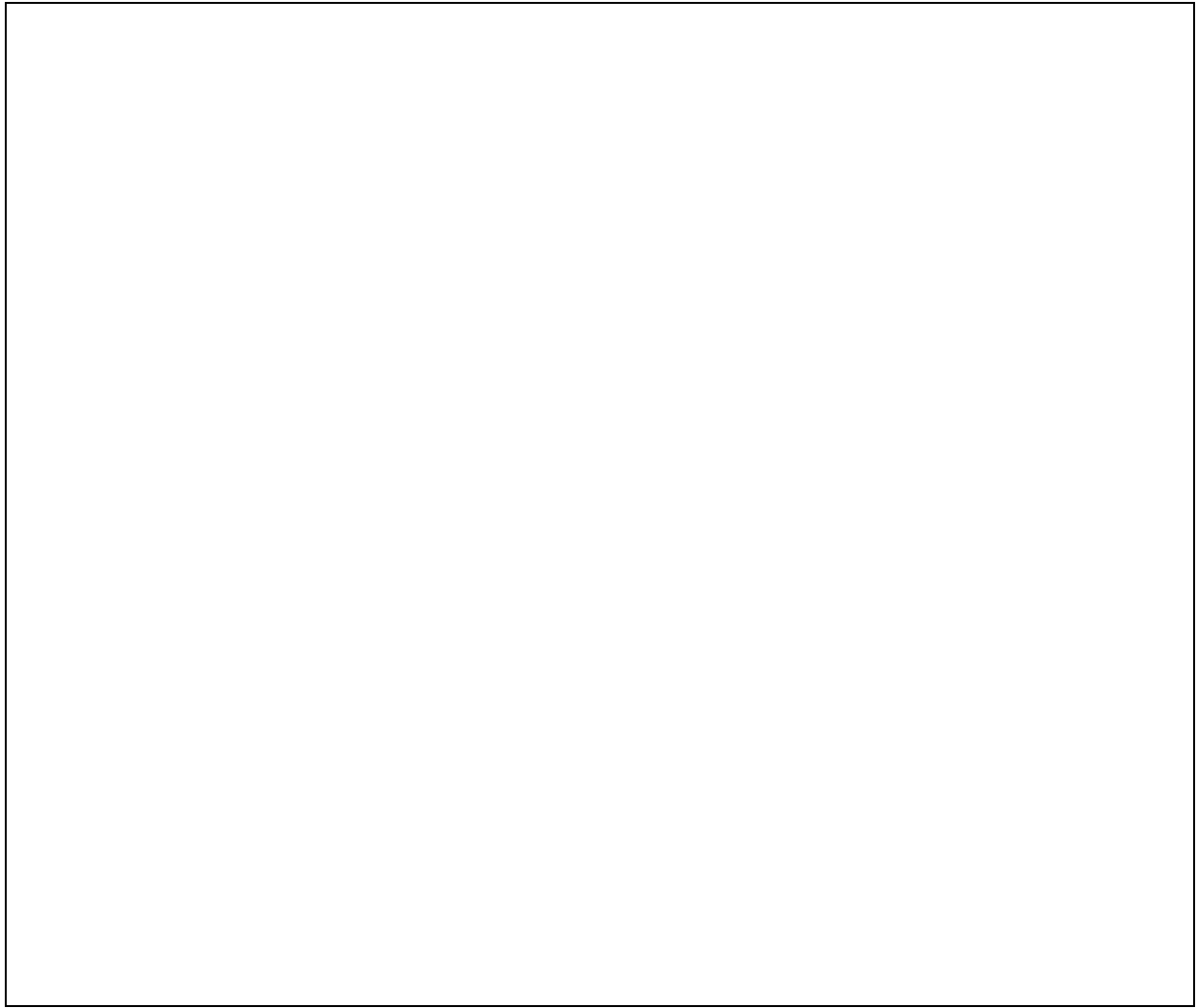
المحور الثالث : ويتضمن العوامل التى تؤثر على كل من العرض والطلب مثل :

- تكنولوجيا الوسائل – من حيث الفاعليه – ومدة الاستخدام
- سياسات تقديم خدمات تنظيم الأسره داخل الوحدات مثل الدفع مقابل الخدمه
- سياسات الاعلام والتعليم والاتصال لتحفيز المجتمع على استخدام الوسائل
- السياسات الخاصه بالتعريف والاعلان عن وسائل حديثه معينه فى الصيدليات والوحدات الخاصه
- حجم الاحتياجات الغير ملباه
- نوعية وخصائص المنتفعات بخدمات تنظيم الأسره
- الاتجاهات المجتمعيه نحو تنظيم الأسره فى ظل المتغيرات الخاصه بالظروف الاقتصادية والاجتماعيه

□ تصميم الدراسه :

دراسه استكشافية تحليليه باستخدام بيانات كميه (احصائيات المجلس القومى للسكان ووزارة الصحة والسكان 2002-2007 بيانات المسح السكانى الصحى , بيانات الجهاز المركزى للتعبئه العامه والاحصاء) وبيانات كيفيه (لقاءات متعمقه – ومناقشات بوريه)

شكل 1-1 : الإطار النظرى للعوامل التى تؤثر على معدل التغطيه بسنوات الحمايه المحققه بوسائل تنظيم الأسره



□ _____ :

- كل الاحصاءات الخاصه بإدارة الاحصاء - المجلس القومى للسكان خلال الفتره 2002-2007
- كل الاحصاءات المتوفرة الخاصه بوحدة المعلومات بقطاع السكان وتنظيم الأسره عن الفتره 2002-2007
- مناقشات بؤريه مع أطباء قطاع السكان (30 طبيب) والذين يعملون فى الوحدات الآتيه : (المعلومات - البحوث - السياسات - النشاط الميدانى - الاشراف - الزائدات - نوادى المرأه - المتابعه والتقييم - التدريب - النظام اللوجستى للوسائل - التخطيط- العشوائيات - القوافل والعيادات المتنقله - الاعلام)
- مناقشات بؤريه مع أعضاء الاداره المركزيه/ جمعيه تحسين الخدمات
- مناقشات بؤريه مع أعضاء الاداره المركزيه/ الجمعيه المصريه لتنظيم الأسره
- لقاءات متعمقه مع قيادات من ذوى الخبره فى الجهات الآتيه
 - قطاع السكان وتنظيم الأسره بوزارة الصحه والسكان
 - بعض مديرى شركات الأدوية العامله فى مجال وسائل تنظيم الأسره
 - أطباء قطاع الدعم الفنى والمشروعات/ الاداره المركزيه بوزارة الصحه والسكان
- :

- الاسكندرية – السويس (محافظات حضرية)
- دمياط – المنوفية – الغربية – كفر الشيخ (وجه بحرى)
- سوهاج – قنا (وجه قبلى)

□ _____ :

- نموذج لتفريغ البيانات السنويه لبعض المتغيرات المتعلقة بموضوع الدراسه من تقرير الاحصاء السنوى للمجلس القومى للسكان
- نموذج لتفريغ البيانات السنويه لبعض المتغيرات من تقارير وحدة معلومات وزارة الصحة والسكان
- الخطوط الارشاديه للمناقشات اليوريه
- الخطوط الارشاديه للقاءات المتعمقه

4-1 خطة تحليل البيانات :

أولا : **البيانات الكمية** : تم ادخال البيانات الكمية على الكمبيوتر برنامج Excel وعمل حساب المؤشرات المختلفه والرسوم البيانيه

- **بيانات ادارة الاحصاء بالمجلس القومى للسكان :**
 - 1-نسبة مساهمة وسائل تنظيم الأسره المنصرفه من الوحدات طبقا لكل قطاع (وزارة الصحة والسكان, الجمعيات الأهليه , الصيدليات) فى اجمالى سنوات الحمايه لكل محافظه سنويا عن الفتره 2002-2007
 - 2-نسبة مساهمة وسائل تنظيم الأسره المختلفه (الحبوب , اللوالب ... الخ) فى اجمالى سنوات الحمايه لكل محافظه سنويا (2002-2007)
 - 3-متوسط عدد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب لكل عياده تنظيم أسره (وزارة الصحة, الجمعيات الأهليه) لتحديد حجم الطلب / المجتمع المستهدف لكل وحده
 - 4-الاتجاهات فى نسبة زيادة أعداد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب , عدد الوحدات الصحيه , عدد سنوات الحمايه المحققه مقارنة بسنة الأساس 2002
 - 5-مقارنة التغير فى كفاءة وحدات تنظيم الأسره فى سلسله زمنيه 2002-2007 (كفاءة الوحده هى متوسط سنوات الحمايه لكل وحده فى السنه)
- **بيانات وزارة الصحة والسكان :**
 - نسبة الأطباء والمرضات المدربين فى تنظيم الأسره , نسبة الوحدات التى بها أطباء ومرضات مدربين
 - نسبة الوحدات الحاصله على النجمه الذهبية خلال السلسله الزمنيه 1996-2007
 - المتوسط اليومى لعدد المنتفعات بخدمات تنظيم الأسره الكلى لكل محافظه على المدى الزمنى 2003-2007
 - التوزيع النسبى للمنتفعات طبقا لأسباب الزياره : الحصول على وسيله أو صحة انجابيه (التهابات جهاز تناسلى ومضاعفات وسيله على مستوى كل محافظه وللفترة الزمنيه 2003-2007

ثانيا – **البيانات الكيفيه :**

- **دور شركات الأدوية الخاصه فى برنامج تنظيم الأسره :**

تسجيل شركات الأدوية الخاصه التى تعمل فى مجال وسائل تنظيم الأسره والمسجلة فى قطاع السياسات الدوائيه بوزارة الصحة والسكان وأنواع وسائل تنظيم الأسره التى تقوم بتوزيعها هذه الشركات مع ذكر أمثله للوسائل الموجوده بالصيدليات المصريه وأثمانها

- **رؤية اطباء وزارة الصحة والسكان لبرامج تنظيم الأسره فى الفتره 2002-2007** منافذ تقديم الخدمه , سياسة الاصلاح الصحى , توافر الوسائل لدى الوزاره , سياسة الاعلام والتعليم والاتصال , العيادات المتنقله , الرائدات , الدعايه لدعم دور الصيدليات
- **دور الجمعيات الأهليه فى برامج تنظيم الأسره فى الفتره 2002-2007** وتشمل الجمعيه المصريه لتنظيم الأسره وجمعية تحسين الخدمات

اعتمد عرض البيانات الكمية على جداول ورسومات بيانية لعرض نمط التغيرات فى سلاسل زمنية موضع الدراسة - ولقد اهتمت هيئة البحث بعرض رسومات بيانية لتصف الوضع فى المحافظات حتى يمكن الاستفادة من هذه النتائج وطرق العرض فى المتابعه والتقييم للمحافظات الأخرى وبما يفيد أيضا القائمين على المتابعة والتقييم لبرامج تنظيم الأسره على المستويات المختلفه

5-1 محدودية الدراسة

اعتمدت البيانات الكمية للدراسة على الاحصاءات الحيوية واحصاءات الخدمه - وبالرغم من أن هذه الاحصاءات تعكس الوضع الكلى ولا تعتمد على عينه من أى نوع - الا أن دقة البيانات وطريقة اعداد التقديرات (مثال : تقديرات أعداد السيدات فى سن الانجاب) ترتبط بالطرق التى تنتهجها كل جهه - وليس للباحث أى تدخل فيها - حتى يمكن مضاهاة النتائج باحصاءات الجهات المعنيه بذلك

6-1 تنظيم تقرير الدراسة

بعد عرض مقدمه ومنهجية الدراسة فى الفصل الأول يتعرض الباب الثانى للدراسات السابقه التى تطرقت لتطور السياسه السكانيه , والاطار المؤسسى لبرنامج تنظيم الأسره ودور القطاعات المختلفه فى البرنامج

ويعرض الفصل الثالث تطور معدلات المواليد ومعدلات استخدام وسائل تنظيم الأسره من خلال التحليل الثانوى لمؤشرات معدلات المواليد (الجهاز المركزى للتعبئه العامه والاحصاء) ومعدلات استخدام وسائل تنظيم الأسره (تقارير المسح السكانى الصحى) ومعدل التغطيه بسنوات الحمايه المحققه من توزيعات وسائل تنظيم الأسره (تقارير الاحصاء - المجلس القومى للسكان)

ويعرض الفصل الرابع تحليلا تفصيليا لتقارير الاحصاء للمجلس القومى للسكان 2002-2007 لعرض الاتجاهات وأنماط توزيعات الوسائل خلال سلسله زمنية - وكفاءة أداء الوحدات الصحيه فى توزيع وسائل تنظيم الأسره

ويعرض الفصل الخامس تحليلات لاحصاءات الخدمه لقطاع السكان/ وزارة الصحه والسكان حيث يتم دراسة مؤشرات الموارد (اعداد الوحدات) ومؤشرات ادارة الموارد (تدريب الأطباء والممرضات وجودة الخدمه) ومؤشرات الكفاءه (حجم وخصائص المنتفعات بخدمات تنظيم الأسره)

ويعرض الفصل السادس رؤية أطباء قطاع السكان للوضع الحالى لبرنامج تنظيم الأسره من حيث الدعم السياسى والعوامل التى تؤثر على العرض والطلب لخدمات تنظيم الأسره والمقترحات لزيادة كفاءه وفاعلية البرنامج

ويعرض الفصل السابع رؤية أطباء قطاع الاداره المركزيه للدعم الفنى للمشروعات / وزارة الصحه والسكان فى كيفية تقديم خدمات تنظيم الأسره من خلال برنامج طب الأسره وفى اطار العرض والطلب لتلك الخدمات

ويعرض الفصل الثامن رؤية قطاع الجمعيات الأهليه للوضع الحالى لبرنامج تنظيم الأسره - وأسباب انخفاض دور الجمعيات الأهليه فى البرنامج

ويعرض الفصل التاسع شركات الأدوية الخاصه ووسائل تنظيم الأسره التى تتعامل فيها والغيروارده فى تقارير المجلس القومى للسكان , ورؤية بعض الأطباء العاملين فى هذه الشركات من حيث المعوقات التى تواجه القطاع الخاص فى برنامج تنظيم الأسره

ويعرض الفصل العاشر , أهم النتائج المستخلصه من الدراسة والتوصيات

الفصل الثانى: نظره عامه على برنامج تنظيم الأسره فى مصر

1-2 تطور السياسه القوميه للسكان فى مصر

السياسة السكانية تعنى الجهود الواعية من جانب الحكومة التى تهدف للتأثير على جوانب المشكله السكانيه (النمو السكاني - التوزيع السكانى على خريطة مصر - وتحسين الخصائص السكانيه) وذلك من خلال مجموعه من التدخلات المخططة فى كل جانب من هذه الجوانب .

ويتم عادة صياغة السياسة فى شكل اطار عام يشمل الأهداف التى تسعى الدولة الى تحقيقها و المبادئ التى يجب الالتزام بها وأخذها فى الاعتبار أثناء ترجمة السياسة الى خطط وبرامج تجنباً لما يخالف قيم المجتمع وعاداته وتقاليده , كما تشمل السياسة أيضا اساليب تحقيق هذه الأهداف .

وحيث أن الأوضاع الديموجرافية متغيره وليست ثابتة , فان موقف الدولة لا بد أن يواكب هذه التغيرات الديموجرافية ويعمل على اعادة صياغة السياسة السكانية كل فترة لتواكب هذه التغيرات .

■ **فى مرحلة الخمسينيات(4)** اهتمت ثورة 1952 بقضية السكان حيث شكلت لجنة سميت اللجنة القومية لمسائل السكان فى ديسمبر 1953 كأحد لجان المجلس الدائم للخدمات العامه وذلك برئاسة وزير الشؤون الاجتماعيه والتى تحولت بعد ذلك الى الجمعيه المصريه للدراسات السكانيه , تلا ذلك انشاء (20) عياده لتنظيم الأسره فى عام 1958.

■ **وفى منتصف الستينيات** تم انشاء المجلس الأعلى لتنظيم الأسره برئاسة رئيس الوزراء وتم انشاء مجلس تنفيذى له وتم وضع أول هدف سكاني فى مصر وهو خفض معدل المواليد بمقدار 1000/1 سنويا .

■ **وفى مرحلة السبعينيات(5)** حدث تحول ملموس فى فلسفة البرنامج القومى لتنظيم الأسره فى هذه المرحله حيث أصبح ينظر للمشكله السكانيه باعتبار أنها الأصل وأن تنظيم الأسره هو أحد الحلول لهذه المشكله وذلك بجانب حلول وعوامل أخرى , وبناء على هذه الفلسفه تم اتخاذ خطوتين :

الأولى تغيير اسم المجلس الأعلى لتنظيم الأسره الى المجلس الأعلى لتنظيم الأسره والسكان .
الثانيه اصدار وثيقه تحمل اسم " السياسه القوميه للسكان وتنظيم الأسره " وذلك فى أكتوبر 1973 تم فيها وضع هدف كمى ديموجرافى يتمثل فى :

- خفض معدل النمو السكاني من 20,6 فى الألف عام 1973 الى 10,6 فى الألف عام 1982 (بمعدل واحد فى الألف سنويا) .

- الوصول بحجم السكان الى 48 مليون نسمة عام 1982 .

■ **فى مرحلة الثمانينيات(8,7,6)** فى مارس 1984 تم عقد أول مؤتمر قومى للسكان برئاسة السيد رئيس الجمهوريه واتخذ هذا المؤتمر عدة قرارات وتوصيات تمثل نقله نوعيه للبرنامج القومى للسكان فى مصر منها :
- انشاء المجلس القومى للسكان (وصدر القرار الجمهورى رقم 19 لسنة 1985 بانشائه برئاسة السيد رئيس الجمهوريه) .

- اعتماد خريطة مصر السكانيه كأساس لاعادة توزيع السكان .

- نقل الصلاحيات الخاصه بالبرامج السكانيه للمحليات .

- وضع سياسه سكانيه جديده (تم وضع هذه السياسه عام 1986) وتتضمن ثلاث أهداف (خفض معدل النمو السكاني - تحسين الخصائص السكانيه - تحقيق توزيع سكاني أفضل) .

■ **فى مرحلة التسعينيات(4)** تميز البرنامج القومى للسكان خلال هذه المرحله بعدة ملامح نذكر منها :

- انشاء وزاره دوله للسكان بجانب المجلس القومى للسكان .

• تطوير الهيكل الإدارى لوزارة الصحة بحيث أصبح هناك قطاع للسكان وتنظيم الأسرة على المستوى المركزى وأقسام ومديرين لتنظيم الأسرة على مستوى مديريات الصحة والادارات الصحية وأطباء لتنظيم الأسرة على مستوى الوحدات الصحية .

- انعقاد المؤتمر العالمى للسكان والتنمية فى القاهرة فى سبتمبر عام 1994 والذى انتهى بعدد من التوصيات التى تتناول المشكله السكانيه وقضايا التنمية المستدامه من جميع الجوانب مثل : الربط بين السكان والتنمية الاقتصادية , ادماج كل من الاستراتيجيات السكانيه واستراتيجيات التنمية الاقتصادية والاجتماعيه , الاهتمام بالشباب والأطفال , الرعاية الصحيه الأوليه والأمومه الآمنه , الربط بين السكان والتعليم , أهمية الاعلام والتثقيف والاتصال السكاني , الاهتمام بالبيانات والمعلومات والبحوث والدراسات ومنها بحوث الصحة الانجابيه والبحوث الاقتصادية والاجتماعيه ذات العلاقه , مشاركة كل من القطاع الخاص والأهلى فى برامج السكان والتنمية

وقد كان لهذه التوصيات أثرا واضحا فى تطوير البرنامج القومى للسكان فى مصر حيث قام المجلس القومى للسكان بوضع استراتيجيه للسكان على المستوى القومى للأعوام 1992-1997 شاركت فيها جميع الوزارات والمنظمات الأهليه وكذلك القطاع الخاص . وقد تضمنت هذه الاستراتيجيه تسعة استراتيجيات فرعيه هى :تنظيم الأسرة , رعاية الأمومه والطفوله , المرأة والتنمية , الاعلام والتعليم والاتصال , العمل والعماله , الشباب , البيئه , التعليم ومحو الأميه , استخدام الأرض

■ منذ بداية القرن الواحد والعشرين وحتى الآن :

- ان أبرز ملامح هذه الفتره فيما يتعلق بإدارة البرنامج القومى للسكان وتنظيم الأسرة
- 1- قيام وزارة الصحة والسكان⁽⁹⁾ عام 2002 باصدار وثيقه " الخطه الاستراتيجيه القوميه للسكان فى مصر (2002-2017) فى جزئين الجزء الأول يضم السياسه السكانيه والجزء الثانى يشمل الاستراتيجيات السكانيه , وفيما يتعلق بالسياسه السكانيه تم اضافة هدف رابع الى الأهداف الثلاثه فى السياسه السكانيه التى صدرت عام 1986 فأصبحت أهداف السياسه السكانيه (خفض معدل النمو السكاني , تحقيق توزيع جغرافى أفضل للسكان , الارتقاء بالخصائص السكانيه , تقليل التفاوتات الديموجرافيه والاجتماعيه والاقتصاديه فيما بين المجموعات السكانيه والمناطق الجغرافيه المختلفه) وفيما يتعلق بالاستراتيجيات السكانيه فأصبحت 11 استراتيجيه تغطى الفتره من 2002 – 2017 .
 - 2- صدور القرار الجمهورى⁽¹⁰⁾ رقم 139 لسنة 2007 باعادة تشكيل المجلس القومى للسكان حيث يعتبر الاطار المؤسسى الذى يدار من خلاله جميع البرامج والمشروعات التى تعالج المشكله السكانيه والصحة الانجابيه , وهو مشكل برئاسة رئيس مجلس الوزراء وعضوية وزراء (الدوله للتنميه الاقتصاديه , الاعلام , التضامن الاجتماعى , الصحة والسكان, الدوله للتنميه المحليه , بالاضافه الى أربعة من الشخصيات العامه ممن لهم خبره فى مجال السكان ويعقد اجتماعاته كل ثلاث شهور وتعتبراللجنه التنفيذيه المتفرعه من المجلس القومى للسكان بنص القرار الجمهورى ,هى الاطار المؤسسى الثانى المسئول عن ادارة البرنامج القومى للسكان , وهذه اللجنه برئاسة مقرر المجلس القومى للسكان وعضوية (رئيس الجهاز المركزى للتعبئه العامه والاحصاء , رئيس مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار لمجلس الوزراء , بالاضافه الى ثلاث خبراء متخصصين يختارهم وزير الصحة والسكان) .
 - 3- قيام المجلس القومى للسكان بوضع مجموعه من الخطط الاستراتيجيه على مستوى كل محافظه عن المده 2007-2012 وأصبح لكل محافظه خطه استراتيجيه وهدف سكاني عام تسعى الى تحقيقه.

2-2 دور وزارة الصحة والسكان/ قطاع السكان فى برنامج تنظيم الأسرة

عرضت رسالة قطاع السكان/ وزارة الصحة والسكان⁽¹¹⁾ فى الخطه السنويه لمشروع تنظيم الأسره 2005 والتي تضمنت

" ان رسالة قطاع السكان / وزارة الصحة والسكان هى تحسين صحة الأم والطفل من خلال خدمات تنظيم الأسره والصحة الانجابيه التى تشمل علاج بعض الأمراض النسائيه . ويحظى قطاع السكان بالدعم السياسى على المستويات المختلفه , ويقدم القطاع خدمات تنظيم الأسره ذات الجوده من خلال عيادات تنظيم الأسره المنتشره فى كل من وحدات الرعاية الصحيه الأوليه فى الريف والحضر وكذلك فى المستشفيات والعيادات المتنقله , ويعتبر قطاع السكان من أحد قطاعات الوزاره التى تشمل القطاع العلاجى والقطاع الوقائى , ويوجد علاقه وثيقه بين الثلاث قطاعات – كما أن هناك علاقه وثيقه بين قطاع السكان والجمعيات الأهليه التى تقدم خدمات تنظيم الأسره – كما أن لقطاع السكان علاقه وثيقه مع شركات الأدوية الحكوميه والخاصه التى تعمل على توفير وسائل تنظيم الأسره . وقطاع السكان لديه مقومات لادارة برنامج الجوده فى تنظيم الأسره والذى يغطى كل عيادات تنظيم الأسره على مستوى الجمهوريه والذى يضمن توفير وسائل تنظيم الأسره الحديثه والتحكم فى العدوى وكفاءة نظم المعلومات , وقطاع السكان يعمل على تنمية عدة نظم اداريه منها نظام التدريب , والاشراف, والمعلومات , الاعلام والتعليم والاتصال , على كل المستويات من خلال الرائدات الريفيات والحضرىات , وقد أثبتت وزارة الصحة والسكان نجاحا كبيرا فى رفع معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسره كما ورد فى المسح السكانى 2005 ."

ويتكون قطاع السكان من 14 وحده هى : وحدة السياسات والتخطيط والبحوث , المتابعه والتقييم , الاعلام والتعليم والاتصال, الشئون الميدانيه , نوادى المرأه , الارتقاء بالعشوائيات , شئون الرائدات , شئون الوسائل / التمويل , العشوائيات , شئون الجمعيات الأهليه , نظم المعلومات , وحدة الجوده , الاداره الماليه , اداره التدريب

أعد قطاع السكان دليل معايير الأداء فى تنظيم الأسره⁽¹²⁾ , وهذا الدليل تم تحديده خمس مرات خلال الفتره 1995-1999 , ويتضمن الدليل دورة المنتفعه , ودور كل من الممرضه والطبيب فى المشوره وتقديم الوسيله والمتابعه وطرق التعامل مع الآثار الجانبيه للوسيله وكان الاهتمام بجوده خدمات تنظيم الأسره من أولويات البرنامج. فلقد استنتجت الدراسه التى قام بها الزناتى ومشاركوه 1998 الارتباط الوثيق بين تقديرات الجوده ومعدلات استخدام خدمات تنظيم الأسره بوحدات وزارة الصحة⁽¹³⁾

فى دراسه عن تقييم برنامج التدريب الأساسى للأطباء والممرضات فى تنظيم الأسره لوزارة الصحة والسكان⁽¹⁴⁾ كان هناك اشاره واضحه لاستفادة المتدربين من التدريب وأبدوا استقاداتهم العظمى من التدريب على رأس العمل , ولكن يوجد قصور فى توفير قاعدة بيانات عن الأطباء المدربين فى تنظيم الأسره.

فى عام 1994 تم اعداد دليل السياسات والاجراءات لنظام الاشراف⁽¹⁵⁾ , وهذا الدليل يحتوى على قائمة معايير الجوده لخدمات تنظيم الأسره ومهارات الاشراف , والاشراف على مهارات نظام الاشراف .

قامت وزارة الصحة والسكان بعمل دراسه عام 2005 لتقويم نظام الاشراف⁽¹⁶⁾ فى تنظيم الأسره وأظهرت نتائج الدراسه أن جوانب القوه فى نظام الاشراف هى : وجود نظام مؤسسى للاشراف على المستوى المركزى والمديرىات , الادارات الصحيه , استخدام قائمة معايير الجوده فى الزيارات الاشرافيه , تقديم التدريب على رأس العمل , ولكن هناك قصور فى عملية الاشراف نتيجة لانشغال كل وحده من وحدات قطاع السكان بنشاط معين , نقص المشرفين المدربين , محدودية سلطة المشرفين لاتخاذ القرار أو حل المشكلات الخاصه بالوحدات على مستوى المحافظه , وعدم التنسيق بين اشراف قطاع السكان والاشراف فى طب الأسره .

أما الدراسه التى تناولت تقييم فريق الاشراف على مستوى الاداره والذى يتكون من المشرف الطبى (اخصائى أمراض نساء من المستشفى المركزى) , ومدير تنظيم الأسره , ومشرفه التمريض , وتقييم أداء المشرف الطبى⁽¹⁷⁾ بصفة خاصه , وجد أن المشرف الطبى له دور محورى فى التدريب على رأس العمل , تدريب الأطباء الجدد فى حالة تغيير الأطباء , ولكن لا يوجد العدد الكافى من المشرفين الطبيين – وكذلك عدم وجود تنسيق فى الاشراف بين المشرف الطبى والعاملين فى برنامج طب الأسره .

عرضت الدراسة الخاصة باستمرارية العيادات المتنقلة⁽¹⁸⁾ أن العيادات المتنقلة تقدم خدمة اللولب ل 50 سيده/ الشهر / عياده فى عام 1999 وتقوم بتوزيع 50 حقنه شهريا وحوالى 40 شريط لحبوب منع الحمل .

فى عرض متميز عن نواى المرأة⁽¹⁹⁾ - التى توجد فى وحدات وزارة الصحة وعددها 1100 نادى امرأه - أثبتت الدراسة التى قامت بها كلية الآداب جامعة المنوفيه أن نواى المرأة كان لها تأثيرا قويا فيما يتعلق بزيادة الاقبال على خدمات تنظيم الأسره خاصة السيدات صغيرات السن.

أوضحت الدراسة الخاصة باستمرارية برنامج تنظيم الأسره⁽⁴⁾ أنه يمكن خفض التكاليف التقديرية للبرنامج حتى عام 2017 وذلك من خلال برنامج طب الأسره حيث يمكن خفض تكلفة التدريب.

3-2- برنامج اصلاح القطاع الصحى واستمرارية خدمات تنظيم الأسره :

قدمت لنا أجنده المؤتمر العالمى للسكان الذى عقد فى القاهره عام 1994 رؤيه جديده لكيفية تقديم خدمات تنظيم الأسره , حيث أن برامج الصحة الانجابيه /تنظيم الأسره يجب أن تتخطى المشروعات التقليديه الرأسيه وتأخذ بنظام الاصلاح الصحى المتكامل على المستوى القومى , وكذلك القطاعات الأخرى ذات العلاقه بالصحة الانجابيه وتنظيم الأسره , وبذلك أصبحت برامج الصحة الانجابيه / تنظيم الأسره تواجه تحديا كبيرا حيث يتطلب ذلك نقله نوعيه فى الاتجاه نحو الأخذ بشمولية وتكامل خدمات الصحة الانجابيه / تنظيم الأسره ضمن مجموعه متكامله وشامله من الخدمات وضمان العدالة فى وصول هذه الخدمات بصفة خاصة الى الفئات التى تعانى من ندنى المستوى الاقتصادى من خلال مشاركة الحكومه والقطاع الخاص والقطاع الأهلى فى تقديم هذه الخدمات الى الأسره باعتبارها هى محور الاهتمام والاستجابه لأحتياجات المرأة على المستوى الشخصى⁽²⁰⁾ .

وبالنظر الى الوضع فى مصر فان وجود البرامج الرأسيه مثل برنامج تنظيم الأسره وان كان قد أخذ دعما كبيرا فى فترة كانت هناك ضرورة ملحه لمواجهة الزيادة السريعه فى معدل النمو السكانى - الا أنه من خلال تحليل الموقف تظهر حاليا أهمية الأخذ بفكر جديد يتبنى المشكله السكانيه من منطلق تحسين حاله الصحيه بصفة عامه والصحة الانجابيه كجزء من حزمه متكامله من الخدمه الصحيه , من هنا بدأت مصر فى تبني " برنامج اصلاح القطاع الصحى " ⁽²¹⁾ .

ان برنامج الاصلاح الصحى يركز على خدمات الرعاية الصحيه الأوليه باعتبارها خط التماس الأول فى تقديم الخدمات الصحيه المثلى لتلبية كثير من الاحتياجات الصحيه لغالبية المواطنين , فكان لزاما على برنامج الاصلاح الصحى البدء بها كخطوه أولى لعملية الاصلاح من أجل توفير الرعاية المتكامله للأسره والفئات الأكثر احتياجا كالطفل والأم وكذلك المساعدة فى خفض الأعباء الماليه الناتجه عن اللجوء للمستويات الأعلى من الخدمه ذات التكلفة الباهظه دون مبرر - حيث أن برنامج الاصلاح الصحى يضمن تقديم خدمات أساسيه من خلال حزمه من الخدمات الأساسيه والمكونه من 26 خدمه وتقدم لكل السكان مهما كان مستواهم الاقتصادى وتشمل تنظيم الأسره , المشوره , التوعيه , الوسيله , الاحاله , علاج حالات العقم ^(17 و 22).

كما أن برنامج الاصلاح الصحى ينتهج فكرا متطورا لمفهوم الرعاية الصحيه الأوليه ومن ثم تم فى الفتره الأخيره⁽²¹⁾ :

- تطوير المفهوم الخاص بالحفاظ على حياة الطفل ليصبح تنمية الطفل ومتابعة نموه
- تطبيق مفهوم الرعاية المتكامله بديلا عن التعدديه فى المشروعات الرأسيه من تقديم مجموعه من الخدمات الأساسيه ذات الجوده العاليه للأسره ككل وليس لفرد واحد فى الأسره .
- اتجاه السياسه الصحيه لتطبيق اللامركزيه كأسلوب جديد لإدارة النظام الصحى .

حتمية تبني برنامج الاصلاح الصحى لاستمرارية برنامج تنظيم الأسره

ان تحليل الموقف بالنسبة للبرامج الرأسيه فى مصر والتي تشمل تنظيم الأسره يوصلنا الى أن هناك تحديات كبيره تواجه استمرارية هذا البرنامج (برنامج تنظيم الأسره), فقد ورد فى الدراسه التى قام بها مكتب الزناتى وشركاه 2006 أن هناك تحديات تواجه استمرارية برنامج تنظيم الأسره(4) .

ان تجربه المصريه غنيه بالدروس المستفاده التى يجب أن تؤخذ فى الاعتبار خلال هذه المرحله الانتقاليه من المشروعات الرأسيه الى المشروع المتكامل لاصلاح القطاع الصحى وذلك لعدة أسباب(4):

1. ان الاعتماد الكامل على المشروع الأجنبى يعرض الخطه المصريه للاهتزاز وخطر عدم الاستمراريه فى حالة توقف أو انسحاب المشروع الأجنبى .
2. أن تكلفة هذه المشروعات عاليه للغاية حيث يمثل مكون الاعلام فى بعضها ثلث ميزانية المشروع , هذا بالإضافة الى عمل كل منها بشكل مستقل عن الآخر (تنظيم الأسره , الاعلام , رعاية الأمومه والطفوله , التطعيمات الخ) يؤدى الى تكرار كثير من الأنشطة واهدار وقت كثير من العاملين سواء كانوا مدربين أو متدربين أو مقدمى خدمه الخ .
3. ان كل برنامج مستقل يتطلب هيكل تنظيمى مستقل أيضا مما يترتب عليه ميزانيات خاصه بهذه الهياكل .
4. يتم الصرف على هذه المشروعات مركزيا ومن ثم حرمان المستويات المحليه (خاصة الوحدات الصحيه) من اكتساب أى خبرات ماليه أو اداريه أو ماليه هذا بالإضافة الى قلة نصيبها من هذه الميزانيات .
5. التناقض فيما بينها فى معايير تقديم خدمه مثل مكافحة العدوى .

دور برنامج اصلاح القطاع الصحى فى التخطيط لخدمات تنظيم الأسره :

برنامج الاصلاح الصحى هو برنامج تابع لوزارة الصحه والسكان بجمهورية مصر العربيه وتتولى ادارته الاداره المركزيه للدعم الفنى والمشروعات – احدى ادارات وزارة الصحه والسكان, وقد بدأ العمل بالبرنامج منذ عام 1997 فى ثلاث محافظات استرشاديه (الاسكندريه , المنوفيه , سوهاج) ثم امتد نشاطه الى محافظتى قنا والسويس تمهيدا لتعميمه فى كافة محافظات الجمهوريه وتقوم الحكومه المصريه بتمويل البرنامج الى جانب الجهات المانحه (البنك الدولى , الاتحاد الأوروبى , الوكالة الأمريكيه للتنميه الدوليه , البنك الأفريقى) ويعمل البرنامج وفقا للقوانين واللوائح المصريه ويبنى البرنامج استراتيجيه جديده لدعم وتطوير الخدمه الصحيه فى مصر تهدف الى تقديم خدمه صحيه متكامله لجميع المواطنين وفق معايير الجوده الشامله مع ضمان استمرارية التمويل وذلك من خلال تطبيق نظام طب الأسره وصندوق صحة الأسره تحت مظلة المساواه والعداله للوصول الى رضا المنتفعين بالخدمات الصحيه .

الدعم السياسى لبرنامج الاصلاح الصحى(23) :

طبقا للخطة الخمسيه لوزارة الصحه والسكان 2007-2010 للتوسع فى نموذج طب الأسره فانه قد تم اعتماد 2,9 مليون جنيه على أن يتم تخصيص 48% من الميزانيه لاستمرارية جودة خدمات الرعاية الصحيه الأوليه .

وقد وافق السيد رئيس الوزراء على الخطه وتم عرضها على مجلس الشعب فى 12 ديسمبر 2004 وقد تضمنت المرحله الأولى من الخطه تحسين خدمات الرعاية الأوليه على المستوى القومى .

وتعكس الخطه التحول الكامل لتوجيه استثمارات الحكومه تجاه خدمات طب الأسره المتكامله بدلا من الخدمات العلاجيه ذات التكلفة الباهظه , ولقد تم وصف وحدات صحة الأسره على أنها وحدات قويه تتمتع بقسط من الحريه فى اتخاذ القرارات , ووجود قواعد اقتصاديه قويه وفريق من الأطباء والممرضات الأكفاء القادرين على تقديم الخدمات الشامله لكل الأسر المصريه .

ولقد أعلن السيد الدكتور وزير الصحه عام 2007 أنه بحلول عام 2020 ستكون كل منافذ الخدمات الصحيه فى مصر حاصله على شهادة الاعتماد الدوليه (24,25) .

الخطه الاستراتيجيه لبرنامج الاصلاح الصحى :

تضمن التقرير (26) الذى أعدته وزارة الصحة والسكان 2003 "تحليل وضع النظام الصحى فى مصر والاستراتيجيات المستقبلية". مجموعه من الأهداف الاستراتيجية مشتقة من الخطة الاستراتيجية القومية للسكان 2002-2017 التى قامت وزارة الصحة والسكان بإعدادها عام 2001 (جدول:1-2) وتتضمن الخطة مجموعه من الأهداف المتعلقة بتنظيم الأسرة هى كما يلى :

جدول(1-2) الأهداف المتعلقة بتنظيم الأسرة طبقا للخطة الاستراتيجية القومية للسكان 2002-2017

2017	2007	2000	المؤشر
17,3	24,6	27,5	- معدل المواليد (لكل 1000 من السكان)
73,1	63,1	56,1	- معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة (%)
%0	%6	11,2	- نسبة الاحتياجات غير الملباه فى تنظيم الأسرة (%)
13,34	9,79	7,67	- سنوات الحماية من سائل تنظيم الأسرة الموزعه (مليون)
2,1	2,5	3,5	- معدل الخصوبة الكلى (طفل /سيده)

المصدر: وزارة الصحة والسكان (2001): الخطة الاستراتيجية القومية للسكان 2002-2017

كما تم وضع اطار التخطيط الاستراتيجى لتقديم الخدمات الصحيه والتى سوف تقدم من خلال نظام طب الأسرة وهى :

المردود الايجابى المتوقع لبرنامج الاصلاح الصحى على برنامج تنظيم الأسرة (27,22) :

■ **التغطية بخدمات تنظيم الأسرة :** يعمل برنامج اصلاح القطاع الصحى على زيادة التغطية بخدمات تنظيم الأسرة وهى وحدات طب الأسرة, مراكز طب الأسرة, المستشفيات المركزيه , كما يتيح البرنامج التعاقد مع الجمعيات الأهليه والعيادات والمستشفيات الخاصه لتقديم خدمات الرعاية الأوليه وتنظيم الأسرة , كما سيتم بناء وحدات جديده طبقا لدراسات تحديد الاحتياجات بالمناطق الجغرافيه والمناطق السكنيه . ويهتم برنامج اصلاح القطاع الصحى بأن يكون موقع الوحدات الصحيه يسهل الوصول اليه (المسافه بين الوحده وأبعد منطقه سكنيه أقل من 2,5 كم)

■ **توفير خدمات تنظيم الأسرة :** تم اعداد قائمه الخدمات الأساسيه والتى تشمل الرعاية الاكلينيكيه والمعملية وتقديم وسائل تنظيم الأسرة.

■ **توفير مقدمى خدمات تنظيم الأسرة (28) :** يعمل برنامج اصلاح القطاع الصحى على اعاده توزيع الأطباء والمرضات بما يتفق مع الاحتياجات (توزيع التجمعات السكنيه) وبذلك يتناسب عدد أطباء ومرضات طب الأسرة بالوحده الصحيه مع حجم المجتمع المستهدف , هذا الى جانب تواجد نوبتجيات صباحيه ومسائيه تضمن توافر الخدمات على مدار اليوم. كما يتم تنظيم العمليه الاداريه داخل الوحده حتى لا تزيد فترة انتظار المتفعه عن 20 دقيقه.

■ **ادارة الموارد البشريه (29):** يتم تحديد عدد 750 -1000 أسره لكل طبيب طب أسره أى أن هناك طبيب لكل 5000 نسمة , وبذلك يتحدد عدد الأطباء فى كل وحده وفى كل مركز لطب الأسرة .

ويتم التدريب على برامج طب الأسرة والتى تشمل تنظيم الأسرة تدريبا نظريا وعمليا .ويتم الاشراف على أداء مقدمى الخدمه من خلال فرق الاشراف : مديريه الشؤون الصحيه , ادارة الدعم الفنى , الاداره الصحيه وصندوق صحة الأسرة.

■ **دورة المنتفعه (28):** يتضمن البرنامج دوره للمنتفعه بما يمكنها من الحصول على الخدمه فى أقل وقت ممكن , فقد تم تحديد عدد الحالات الكلى لكل طبيب بعدد 24 حاله فى اليوم وبذلك تقل فترة الانتظار لتلقى الخدمه . ودوره منتفعه تنظيم الأسرة وفقا لنظام طب الأسرة تتضمن استخراج الملف ثم الدخول للطبيب للحصول على الخدمه.

■ **التسويق لبرنامج طب الأسرة (29,30):** لا يوجد خطة اعلام للتعريف بنظام طب الأسرة وخدماته من خلال قنوات الاتصال الجماهيرى (اذاعه , صحافه , تلفزيون) ويقتصر التعريف بالبرنامج والتعريف بخدماته من خلال :

1. اللقاءات الشخصيه مع الأسر أثناء عمليات الحصر
2. أثناء اعداد الملف العائلى للأسر
3. جودة الخدمه ورضا المنتفعه مما يشجع على اجتذاب عدد أكبر من المنتفعات الجدد

4. قيام الممرضات والرائدات بالتوعية ببرنامج طب الأسرة بما فى ذلك تنظيم الأسرة كأحد مكوناته .

2-4 دور الجمعيات الأهلية فى برنامج تنظيم الأسرة

منذ بداية البرنامج القومى لتنظيم الأسرة فى مصر ويلاحظ الدعم السياسى للجهود الأهلية , ويظهر ذلك من خلال(31):

- جميع الوثائق الرسمية (السياسات , والخطط , والبرامج , حيث يشار باستمرار الى تشجيع الجهود الأهلية جنبا الى جنب مع الجهود الحكوميه
 - وفيما يتعلق بتشكيل اللجان الخاصه بادراة البرنامج القومى لتنظيم الأسرة يلاحظ باستمرار وجود ممثلين عن الجمعيات الأهلية والنشاط الأهلى جنبا الى جنب مع ممثلى الحكومه
 - وعلى مستوى التنفيذ والعمل اليومى نجد ذلك واضحا فى قيام مراكز وعيادات الجمعيات بتقديم خدمات ووسائل تنظيم الأسرة فى المدن والقرى .
 - وفيما يتعلق بدعم الحكومه لدور الجمعيات الأهلية يظهر ذلك واضحا فى قيام وزارة الصحة والسكان بمد مراكز وعيادات الجمعيات بالأطباء والممرضات الذين يتولون تقديم الخدمات الطبيه بمراكز وعيادات الجمعيات قامت كليةالاعلام جامعة القاهرة مع المجلس القومى للسكان بدراسة عن " دور الجمعيات الأهلية فى برامج تنظيم الأسرة " حيث أشارت الدراسة الى أنه من واقع بيانات وزارة الشؤون الاجتماعيه (التضامن الاجتماعى حاليا) لعام 1996 أن العدد الكلى للجمعيات الأهلية هو 20329 جمعيه تعمل فى مجالات متعدده , وأن نسبة الجمعيات المسجله للعمل فى تنظيم الأسرة يصل الى 0,8% من اجمالى عدد الجمعيات , والجمعيات التى تعمل فى مجال رعاية الأمومه والطفوله 8% والجمعيات التى تعمل فى رعاية الأسرة بصفة عامه 7,2% .
- الا أن نتائج الدراسه أشارت من جانب آخر الى :
- اعتماد الجمعيات الأهلية على الدعم المالى سواء من جانب الحكومه أو من الجهات الأجنبيةه .
 - الاعتماد على وزارة الصحة والسكان فى توفير الأطباء والأجهزه والمستلزمات لمراكز تنظيم الأسرة التابعه لها
 - عدم وجود مشاركته شعبيه فيما يتعلق بالتبرعات لخدمات تنظيم الأسرة
 - املاء الجهات المانحه شروطها على الجمعيات ومن ثم تعطى هذه الجمعيات أولويه أولى لمتطلبات هذه الجهات على حساب ما تراه هاما لاحتياجات مجتمعاتها .

بينت الدراسه التى بحثت مقومات عيادات الجمعيات الأهلية لتقديم خدمات تنظيم الأسرة ذات الجوده(32) أن نقص الامكانيات يعتبر عائقا كبيرا – كما أن الأطباء لا يفضلون العمل بالجمعيات الأهلية ويفضلون فى المقام الأول العمل بالجهات الحكوميه لوجود فرص للتدريب, توافر الامكانيات , التحكم فى العدوى , وتوافر وسائل تنظيم الأسرة , وفرصة الحصول على حوافز أعلى

وأوضحت الدراسه أن تكلفة المنتفعه بخدمات تنظيم الأسرة فى الجمعيات الأهليه 43,3 جنيه وهى أقل من ذلك فى وحدات وزارة الصحة (56,9 جنيه) لكنها أكبر من العيادات المنقله (32,3 جنيه)

فى دراسه التكلفة عن خدمات جمعيه تحسين الخدمات(33) , اثبتت الدراسه أن الخدمه تصل الى 12,3 جنيه لزيارة المنتفعه , وأن التكلفة لكل سنة حمايه من وسائل تنظيم الأسرة الموزعه من جمعيه تحسين الخدمات هى 12,5 جنيه (ولكن هذه التكلفة لا تتضمن المصاريف على المستوى المركزى) وأن نسبة المصروفات الى الايرادات هى 1,6 أى أن كل 16 جنيه يتم صرفه على العياده – يكون هناك عائد عشرة جنيهات فقط من المنتفعات

2-5 دور القطاع الخاص فى برنامج تنظيم الأسرة

يقصد بالقطاع الخاص فى البرنامج القومى للسكان وتنظيم الأسره فى مصر الصيادله وأطباء القطاع الخاص , كما يشمل أيضا شركات الأدوية التى تعمل فى مجال وسائل تنظيم الأسره فيما يتعلق بالانتاج أو الاستيراد أو التوزيع , وتشير تقارير تقييم برنامج اسأل / استشير (34 و 35) الصادرة عن مشروع السكان الرابع فى اتفقيه السكان بين جمهوريه مصر العربيه وهيئه المعونه الأمريكيه الى أنه منذ عام 1995 بدأ البرنامج القومى لتنظيم الأسره فى مصر يهتم بهذا القطاع من خلال برنامج (اسأل / استشير) وقد صمم هذا البرنامج للقطاع الخاص بهدف:

1. تطوير المعارف والمعلومات العلميه لكل من الصيادله والأطباء فى القطاع الخاص ورفع قدراتهم فيما يتعلق بعمليات الاتصال وتقديم المشوره الخاصه بتنظيم الأسره ووسائله
2. التنسيق وتقوية العلاقه بين الصيادله والأطباء وشركات الأدوية بما يعود بالنفع على الجميع (الصيادله , الأطباء , شركات الأدوية , الجمهور) .

ومن خلال برنامج (اسأل / استشير) تم تصميم وتنفيذ برنامج تدريب للصيادله والأطباء , كما تم تصميم وتنفيذ مجموعه من الحملات الاعلاميه والاعلانات بالتلفزيون , والاذاعه , والصحافه للتعريف بالبرنامج وأنشطته بهدف حث المستفيدين من الجمهور على التردد على الصيدليات والعيادات التى تحمل هذا الشعار , وخلال الفتره من 1995-2002 امتدت شبكة الصيادله والأطباء الى 21 محافظه ووصل عدد أعضائها الى 10,500 عشرة آلاف وخمسائة صيدلى – وستة آلاف طبيب (وقد أدى البرنامج الى:

1. زيادة وعى السيدات بالوسائل الحديثه مثل حبوب الرضاعه وحقن منع الحمل واللولب من خلال الحملات الاعلانيه التى تم بثها فى كل من التلفزيون والاذاعه فى هذه الفتره من البرنامج القومى لتنظيم الأسره .
 2. زيادة معارف ومهارات الصيادله والأطباء فيما يتعلق بالمشوره ومن ثم اكتساب الصيادله الثقه بالنفس فيما يقدمونه من معلومات للسيدات خلال تردهم وأسالتهم واستفساراتهم عن الوسائل وذلك نتيجة التدريب والمعلومات العلميه التى توفرت لهم .
 3. زيادة مشاركة شركات الأدوية فى دعم البرنامج
 4. تطوير البرنامج لأساليب جديده لزيادة معارف الصيادله والأطباء من خلال برنامج "التعليم عن بعد" حيث تم عمل شبكه اتصال لهم تشمل العناوين والتليفونات والبريد الالكترونى وكان يتم امدادهم بشكل دورى (كل 3 شهور) بال نشرات والكتيبات وشرائط الكاسيت ويتم طرح الأسئلة عليهم للتأكد من مدى استيعابهم لما يصل اليهم من معلومات
- الا أن المشروع توقف الآن سواء فيما يتعلق بالاعلانات أو برامج التدريب أو التعليم الطبى المستمر .

وقد قام المركز الديموجرافى⁽³⁶⁾ بالقاهرة والمجلس القومى للسكان (2002) بعمل دراسه عن دور القطاع الخاص (الأطباء والصيادله) فى برنامج تنظيم الأسره , وقد توصلت دراسه الى :

يتميز القطاع الخاص فى مجال الصحه فى مصر بالديناميكيه والمرونه فى الاستجابيه لمتطلبات المجتمع وفى اطار التغييرات فى السياسات التى تتبناها وزارة الصحه والسكان .

يعمل حوالى 88% من الأطباء العاملين فى القطاع الخاص فى القطاع الحكومى فى نفس الوقت , وبذلك تكون لديهم الفرصه للمشاركة فى البرامج التدريبيه وتحديث المعلومات والتعليم المستمر الذى تقوم به وزارة الصحه .

لقد ساعد توافر كليات الطب (حوالى 15 كلية طب حكوميه موزعه على محافظات الجمهوريه) على توفير الأطباء الخصوصيين فى جميع أنحاء الجمهوريه خاصة فى الوجه القبلى وفى الريف بوجه عام – وهذا أيضا أدى الى توافر وتوزيع جيد للطببيات فى جميع أنحاء الجمهوريه .

ولقد أثبتت دراسه أن الطبيب الخاص لا يقوم بأى مبادره أو مباداه بالحديث مع السيدات بالعياده عن تنظيم الأسره – وبالتالي تكون هناك فرصه ضائعه كان يمكن بها زيادة الاستخدام لتنظيم الأسره – خاصة للسيدات بعد الولاده أو الاجهاض .

ولقد وجد أيضا أن حوالى ثلث العيادات الخاصة والتي تعمل فى مجال تنظيم الأسرة تفتقد للامكانيات الخاصة بمنع انتشار العدوى .

وأثبتت الدراسة أيضا أنه بالرغم من توافر الصيدليات والتي قد توفر المعلومات عن وسائل تنظيم الأسرة , إلا أن السيدات لاتذهب الى الصيدليه ولكن ترسل الزوج أو الأبناء للحصول على الوسيله .

كما أثبتت الدراسة أن حبوب منع الحمل متوافره فى الصيدليات وأن اللولب متوفر فى 70% من العيادات الخاصه , كما أن اللولب متوفر فى 17% من الصيدليات , كما تتوافر الحقن فى حوالى 50% من العيادات الخاصه , بينما تتوافر الحقن فى 72% من الصيدليات .

وتتمتع جمهورية مصر العربيه بشبكه كبيره من الصيدليات(37) تغطى جميع المحافظات والمدن والقرى , وتلعب هذه الشبكه من الصيدليات دورا هاما وأساسيا فى توفير احتياجات المجتمع من الأدوية والمستلزمات الطبيه , كما أن هذه الشبكه تتطور سنة بعد أخرى , فحسب الجهاز المركزى للتعبئه العامه والاحصاء فيما يتعلق بتطور عدد الصيدليات فى جمهوريه مصر العربيه عن الفتره 2000-2005 يتبين من التقرير أن عدد الصيدليات على مستوى الجمهوريه كان عام 2000 (19544 صيدليه) و ارتفع الى 27550 صيدليه عام 2005 .

وللصيدليات عديد من المزايا بالنسبة للمواطن المصرى حيث أنها:

- قريبه من السكن
- توفر احتياجاته من الأدوية والمستلزمات الطبيه فى أى وقت ليلا ونهارا وبسهولة ويسر .
- تقدم له خدمات طبيه عاجله
- تقدم له المشوره الطبيه ومنها تنظيم الأسرة بالمجان

6-2 الطلب على خدمات تنظيم الأسرة :

هناك اقبال على الطبيب الخاص من قبل السيدات فى الريف , وكذلك من هن فى مستوى اقتصادى متدنى وذلك فى حالة طلب خدمات رعاية الأمومه , وعلى النقيض نجد أن السيدات ذات المستوى الاقتصادى المرتفع يحصلن على وسيله تنظيم الأسرة من وحدات وزارة الصحه بدون أى مقابل مادي(38)

تعتبر العوامل الماديه من أهم المعوقات التى تحد من فرصه السيدات للحصول على الخدمات الصحيه وتنظيم الأسرة(39) .

تعرضت الدراسه الخاصه بخدمات ما بعد الولاده لمشكله عدم استثمار فرصه خدمات الولاده لتقديم المشوره فى تنظيم الأسرة وبالتالي تضييع فرصه حصول السيدات على وسيله تنظيم الأسرة للمباعده , وقد أشارت الدراسه الى أن الأطباء أكثر ارتباطا بالبرامج الرأسية عنه عن حال السيدات اللاتى يتلقين الخدمة , فلا يحدث أى نوع من التحويل لتلقى خدمه أخرى فى برنامج آخر مثل برنامج الأمومه الآمنه وبرنامج تنظيم الأسرة(40) .

وفى الدراسه الخاصه بتأثير القروض الصغيره على الشباب , وجد أن الزوجات اللاتى نجح أزواجهن فى استثمار القروض قد اهتموا بالانجاب والاكتثار من الأبناء , لذلك فقد أوضحت الدراسه أهمية تبنى الصندوق الاجتماعى لمجموعه برامج خاصه بالتوعيه بالصحه الانجابيه للشباب المشاركين فى مشروعات القروض(41) .

أشارت الدراسه الخاصه بدور الأزواج فى القرارات الخاصه بتنظيم الأسرة أن معظم الأزواج يأخذون القرار الخاص بتنظيم الأسرة بالمشاركه مع زوجاتهم وأبدى الأزواج أهمية أن يكون مكان خدمة تنظيم الأسرة متميزا بجوده الخدمه خاصه مدة الانتظار , والاحترام , وألا يكون غالى الثمن(42) .

قام المركز الديموجرافى بالقاهره بعمل دراسه عن اسباب زياده استخدام وسائل تنظيم الأسرة فى الفيوم مقارنة بسوهاج على الرغم من تدنى مستوى التنميه البشريه فى الفيوم عنه فى سوهاج (طبقا لتقرير التنميه البشريه) وأظهرت الدراسه

أن وجود رائدات ريفيات مدربات والاهتمام بجودة الخدمة المقدمة فى عيادات وزارة الصحة والسكان بمحافظة الفيوم كان له أكبر الأثر على معدلات الاستخدام لتنظيم الأسرة(43).

2-7 دور المجلس القومى للسكان فى متابعة كفاءة برنامج تنظيم الأسرة :

يصدر المجلس القومى للسكان تقارير سنويه (2) عن احصاءات توزيعات وسائل تنظيم الأسرة وسنوات حمايه المحققه من توزيع الوسائل , وتعكس هذه التقارير ما يلى :

- 1- **توافر وسائل تنظيم الأسرة :** يتم توفير وسائل تنظيم الأسرة فى السوق المصرى من خلال ثلاث قطاعات :
القطاع الحكومى حيث تقوم وزارة الصحة والسكان بتوفير ما يحتاجه البرنامج القومى لتنظيم الأسرة سواء باستيراد المواد الخام الخاصه بتصنيع الوسائل أو من خلال المناقصات المحليه بين الشركات العامله فى مصر وبعد توقف المعونه الخارجيه أصبحت الوزاره توفر احتياجات البرنامج القومى لتنظيم الأسرة من الوسائل بنسبة 100% وتتولى الشركه المصريه لتجارة الأدوية مسئولية توزيع الوسائل على جميع المحافظات من خلال تسليمها لمخازن التموين الطبى بوزارة الصحة والسكان بكل محافظه .
- 2- تقوم شركات الأدوية التابعه للقطاع العام (سيد والنيل) بتخصيص جزء من انتاجها من الوسائل ليوزع عن طريق الشركه المصريه لتجارة الأدوية , أما الجزء الباقى من انتاجها من الوسائل فتقوم بنفسها بتوزيعه على الصيدليات مع باقى انتاجها من الأدوية الأخرى (حتى هذا الجزء الأخير الذى تقوم بتوزيعه على الصيدليات تخطر به شهريا الشركه المصريه لتجارة الأدوية لتضمنه تقريرها الذى يرسل للمجلس القومى للسكان ووزارة الصحة والسكان .
- 3- شركات الأدوية الخاصه التى تقوم بأخذ الموافقه على تصنيع أو استيراد وسائل تنظيم الأسرة وكذلك تسعير هذه الوسائل من وزارة الصحة والسكان (قطاع السياسات الدوائيه) وهذه الشركات لا ترسل أى تقارير مما تقوم بتوزيعه على الصيدليات الى المجلس القومى للسكان.

توزيع الوسائل (ويتضمن نظامين لتوزيع الوسائل):

- النظام الأول :** وتقوم به الشركه المصريه لتجارة الأدوية نيابة عن وزارة الصحة والسكان حيث تقوم بتوزيع ما تتلقاه من الوزاره أو من شركات القطاع العام على مديريات الصحة بالمحافظات وذلك وفقا للنظام التالى :
- 1) توفير رصيد من الوسائل يكفى 3 شهور على مستوى فروع الشركه فى المحافظات .
 - 2) توفير رصيد من الوسائل يكفى من 2-3 شهور على مستوى مخازن التموين الطبى لوزاره الصحة بالمحافظه ونفس كميات الرصيد على مستوى الادارات الصحيه والوحدات الصحيه .
 - 3) كما يتم العمل بهذا النظام أيضا بالنسبه لوحدات الجمعيات الأهليه التى تأخذ رقم كود من المجلس القومى للسكان .

النظام الثانى : وتقوم به شركات الأدوية العامه والخاصه وتتولى بنفسها عملية التسويق الذى يعتمد على أساليب كل شركه فى عمليات البيع وذلك وفقا لنظام العرض والطلب .

نظام المعلومات عن الموزع من الوسائل

- 1- نظام (ت . أ . 8) يعمل بهذا النظام منذ مده طويله فى البرنامج القومى لتنظيم الأسرة وهو نظام يعكس ما يتم توزيعه من الوسائل بمعرفة القطاع الحكومى (وحدات وزاره الصحة والسكان ووحدات القطاع الأهلى التى تعمل فى مجال تنظيم الأسرة ولها رقم كود من المجلس القومى للسكان) حيث تقوم هذه الوحدات برفع تقاريرها وفقا لنماذج معينه الى المستويات الأعلى حتى مستوى المحافظه (مديريه الصحة فى الوزاره ورئاسة الجمعيات الأهليه) جمعيه تنظيم الأسرة , جمعيه تحسن الخدمات , الكنائس .. الخ) وتقوم هذه الأخيره بارسال هذه التقارير الى مكتب المجلس القومى للسكان الذى يجرى عليها بعض العمليات ثم يرسلها لادارة الاحصاء بالمجلس بالقاهره لتضمينها فى تقرير الاحصاء

▪ تقرير الشركة المصريه لتجارة الأدوية عن توزيع الصيدليات ونعنى به توزيع شركات القطاع العام على الصيدليات بمعرفتها مباشرة وهذا بخلاف النسبه التى تسلمها للشركه المصريه لتجارة الأدوية كما سبق الاشاره اليه , حيث مازالت هذه الشركات ملتزمه بارسال تقارير شهرية بمبيعات الوسائل الى الشركه المصريه لتقوم بدورها بتضمينها فى تقريرها الشهري الذى ترسله الى المجلس القومى للسكان ووزارة الصحه والسكان ,

يشتمل تقرير المجلس القومى للسكان جزئين :

الأول: بيانات الوحدات سواء كانت حكوميه أو أهليه

الثانى: مبيعات الصيدليات الموزع بمعرفة شركات القطاع العام والمتضمن فى تقرير الشركه المصريه لتجارة الأدوية والشركات المنتجه.

حساب سنوات الحمايه المحققه من الوسائل الموزعه :

يقصد بالحمايه هو الحمايه من حدوث الحمل نتيجة استخدام وسائل تنظيم الأسره , ويتم تحويل المنصرف من الوسائل الى سنوات حمايه عن طريق ضرب الكميه المنصرفه من كل وسيله فى " معامل تحويل معين " - الحبوب (13/1) (اللولب(3,2) (الواقى الذكري (100/1) حقن الديبوبروفيرا والنيروسبت (4/1) وحقن الميسجينا والميزوسبيت (12/1) والنوربلانت (3,2) والامبلانون (2). **وسنة حمايه يقصد بها سيده محميه لمدة عام نتيجة استخدام وسائل تنظيم الأسره**

حساب معدل التغطية بسنوات الحمايه المحققه :

يتم حساب النسبه المئوية بين عدد سنوات الحمايه المحققه من وسائل تنظيم الأسره الموزعه (سيدات محميات لمدة عام نتيجة لتوزيع وسائل تنظيم الأسره) وعدد السيدات المتزوجات فى المجتمع المستهدف

المؤشرات التى يتضمنها تقرير الاحصاء السنوى للمجلس القومى للسكان :

يتكون تقرير المجلس القومى للسكان من ثلاث أقسام

- القسم الأول : وحدات تقديم خدمات تنظيم الأسره والتوزيع الجغرافى لها (ريف حضر) وعلى مستوى الأقاليم والمحافظات - ونسبة الابلاغ عن توزيعات وسائل تنظيم الأسره خلال العام
- القسم الثانى : ويتضمن وسائل تنظيم الأسره المنصرفه من الوحدات والصيدليات طبقا لأنواع الوسائل والتوزيع الجغرافى
- القسم الثالث : يتضمن حجم سنوات الحمايه المحققه من وسائل تنظيم الأسره وكذلك نسبة التغطية بسنوات الحمايه المحققه لمجتمع السيدات المتزوجات فى سن الانجاب على مستوى المحافظات.

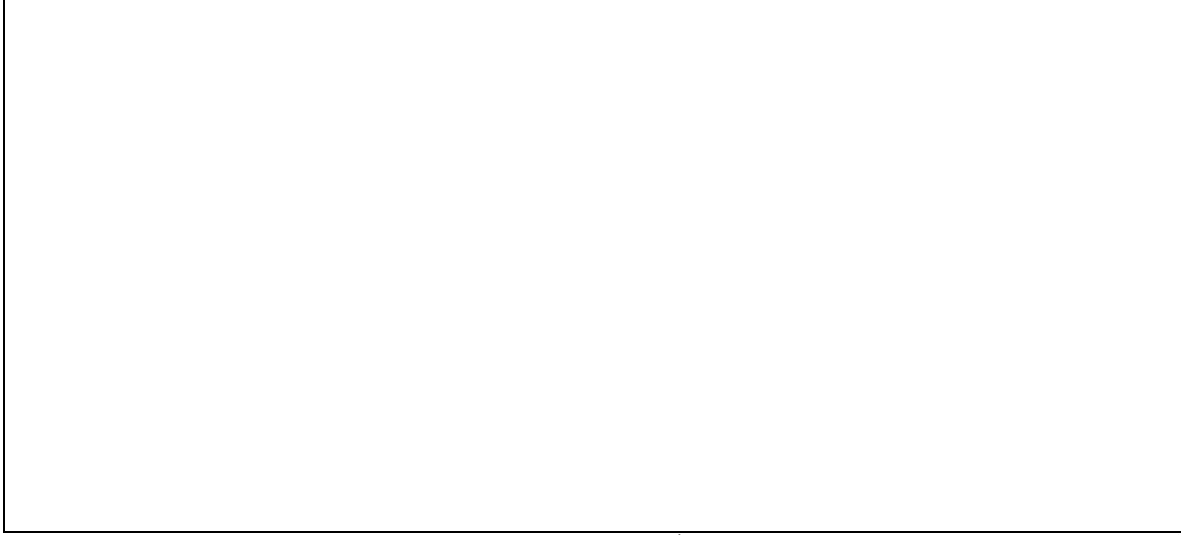
الفصل الثالث: تطور معدلات المواليد ومعدلات استخدام وسائل تنظيم الأسره فى مصر

2007-1995

نعرض فى هذا الفصل مجموعه مؤشرات المتابعه والتقييم لبرنامج تنظيم الأسره طبقا لنوع المؤشر وأهميته فى اتخاذ القرار على المستويات المختلفه , كما نعرض السلسله الزمنيه لهذه المؤشرات من ثلاث مصادر أساسيه وهى كتاب الاحصاء السنوى للجهاز المركزى للتعبئه العامه والاحصاء , والمسح السكانى الصحى , وتقرير الاحصاء السنوى للمجلس القومى للسكان

3-1 مؤشرات المتابعه والتقييم لبرنامج تنظيم الأسره :

تعتمد عملية متابعه وتقييم برنامج تنظيم الأسره على المستوى القومى على استخدام مؤشرات الفاعليه (مؤشرات المردود الغير مباشر لبرنامج تنظيم الأسره , وكذلك مؤشرات المردود المباشر لبرنامج تنظيم الأسره) والكفاءه (معدل التغطيه بسنوات الحمايه المحققه من وسائل تنظيم الأسره الموزعه (انظر نموذج 3-1)



نموذج 3-1 مؤشرات المتابعه والتقييم لبرامج تنظيم الأسره

◆ مؤشرات المردود غير المباشر لبرنامج تنظيم الأسره على النمو السكانى: وتتضمن هذه المؤشرات معدل المواليد , معدل الزياده الطبيعيه (معدل النمو السكانى) , معدل الخصوبه العام . ومصادر هذه المؤشرات الثلاث , الجهاز المركزى للتعبئه العامه والاحصاء , ووزارة الصحه والسكان.

و"معدل الخصوبه الكلى" مصدره المسح السكانى الصحى والذى ينفذ كل 4 سنوات على مستوى الجمهوريه .

ويتميز هذا النوع من المؤشرات أنه يعكس كل العوامل التى تؤثر على المشكله السكانيه مثل الخصائص السكانيه والاقتصاديه والاجتماعيه والصحيه والثقافيه – الى جانب أنها تعكس أداء برنامج تنظيم الأسره .

ويتميز هذا النوع من المؤشرات بالديناميكيه – لأن بيانات معدلات المواليد – على سبيل المثال – يتم تسجيلها يوميا- ويمكن الحصول عليها من الاحصاءات الحيويه بمكاتب الصحه – وبذلك يمكن المتابعه الدقيقه لهذه المؤشرات والتنبؤ بأى زياده سكانيه , أو زياده فى أعداد المواليد على مستوى كل قريه وكل محافظه على مستوى الجمهوريه .

◆ مؤشرات المردود المباشر لخدمات تنظيم الأسره على المجتمع وهى تشمل: معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسره ,معدلات التوقف عن الاستخدام , نسبة الاحتياجات غير الملباه , نسبة فشل وسائل تنظيم الأسره . ويتم حساب هذه المؤشرات من بيانات المسح السكانى الصحى .

ومن مميزات هذه المؤشرات , أنها تعكس الاستخدام الحقيقى لوسائل تنظيم الأسره فى المجتمع ومن خلال عدة محددات مثل الخصائص السكانيه (الاقتصاديه والاجتماعيه) , مصدر الوسيله (القطاع الحكومى , القطاع الأهلى) , ومدة الاستخدام , والانقطاع , بالاضافه الى بقية البيانات السكانيه والصحيه الأخرى .

ولكن هناك قصورا فى نوعية المؤشرات الخاصه بالمردود المباشر لبرنامج تنظيم الأسره وهى أنها تعتمد على بيانات المسح السكانى الصحى – والذى يرتبط بتوافر دعم مادى لاجراء المسح . وأنها تعتمد على عينه على المستوى القومى والأقاليم – ولا توجد بيانات تفصيليه على مستوى المحافظات الا بالنسبة للمؤشر الخاص بمعدل الاستخدام لوسائل تنظيم الأسره.

كما أن البيانات تتوفر كل أربع سنوات – فهو لا يقدم المعلومه بطريقه سريعه تساعد فى المتابعه والتقييم واتخاذ القرار بطريقه ديناميكيه.

◆ مؤشرات قياس كفاءة برنامج تنظيم الأسره من خلال الوسائل الموزعه فى منافذ تقديم الخدمه

يتم اعداد مؤشرات خاصه بسنوات الحمايه (باستخدام معاملات تحويل) وبذلك يمكن اعداد مؤشرات محدده وبديله لمعدلات الاستخدام لوسائل تنظيم الأسره , مثل معدلات التغطيه بسنوات الحمايه المحققه للسيدات المتزوجات فى سن الانجاب , ومن مميزات هذه المؤشرات أنها تعكس الموزع من الوسائل على كل الجمهوريه بمحافظاتها المختلفه ومن خلال منافذ التوزيع المختلفه (وحدات وزارة الصحيه , القطاع الخاص , القطاع الأهلى) – كما أنها تعكس توليفه الوسائل الموزعه من كل منافذ التوزيع وعلى مستوى المحافظات .

والمؤشرات التى تعتمد على الوسائل الموزعه تتميز بالديناميكيه لأنها تدخل ضمن نسيج نظام المعلومات فى المجلس القومى للسكان والذى يلزم كل الهيئات الموزعه للوسائل باستيفاء للنماذج المختلفه وارسالها فى مواعيد محدده للمجلس القومى للسكان

ونتيجة لتوافر المعلومات الكامله وبصورة منتظمه فانه يمكن الحصول على المعلومات فى أى وقت واتخاذ القرارات فى الوقت المناسب وبصورة دقيقه طبقا للتطورات فى البيانات على مستوى الجمهوريه وعلى مستوى المحافظات .

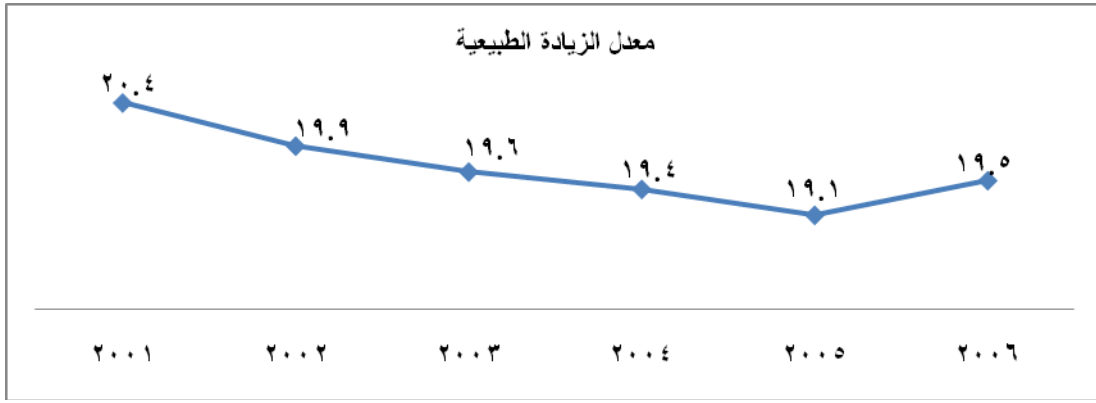
أما عن نواحي القصور فى بيانات احصاءات الوسائل الموزعه هو أنها تعكس توزيع وسائل , ولا تعكس معدلات استخدام حقيقيه , كما أنها تعكس بيانات من احصاءات الخدمه والتى تتأثر بمدى دقة التسجيل فى تلك الاحصاءات .

لذلك فانه من الضرورى لاعطاء صورته متكامله وتقييم برنامج تنظيم الأسره فى مصر من خلال نظم المعلومات القائمه ومتكامله من خلال مراجعة الثلاث أنواع من المؤشرات وايجاد العلاقات ومدى الاتساق , وعرض كيفية التنبؤ المستقبلى لبرنامج تنظيم الأسره فى مصر وعلى مستوى بعض المحافظات – على سبيل المثال .

ونعرض فى هذا الباب نموذجا لعرض مؤشرات المتابعه والتقييم لبرنامج تنظيم الأسره باستخدام مؤشرات الفاعليه والكفاءه وذلك فى اطار ايجاد العلاقه بين مشكلة الدراسه (والخاصه بانخفاض حجم سنوات الحمايه المحققه من توزيعات الوسائل فى عامى 2006 , 2007 مقارنة بعام 2005) والمؤشرات الأخرى (التى تعكس فاعليه برنامج تنظيم الأسره)

2-3 معدل الزيادة الطبيعیه فى مصر 2001-2006

أظهرت بيانات الجهاز المركزى للتعبئه العامه والاحصاء (2001-2005) أن هناك انخفاض ملحوظا فى معدل الزيادة الطبيعیه من 20,4/ لكل الف من السكان عام 2001 ليصل الى 19,1/ لكل ألف من السكان عام 2005 – ولكن لوحظ أنه فى عام 2006 حدث ارتفاع مفاجئ فى معدل الزيادة الطبيعیه من 19,1/ لكل ألف من السكان عام 2005 الى 19,5/ لكل ألف من السكان عام 2006 (شكل 1-3)

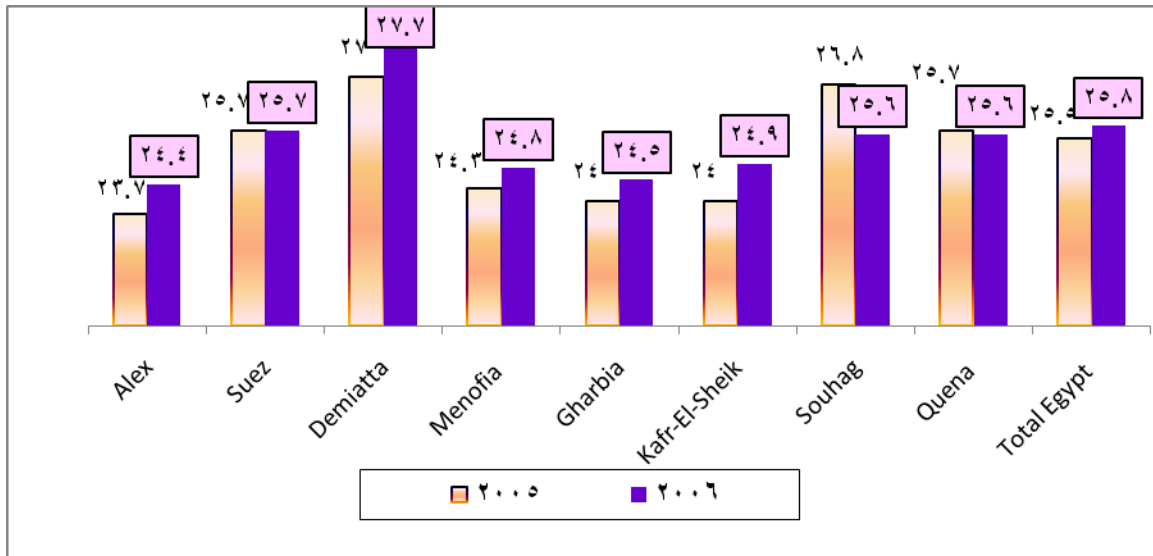


شكل 1-3 معدل الزيادة الطبيعية في جمهورية مصر العربية 2006-2001 (المصدر : كتاب الاحصاء السنوي - الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء)

معدل المواليد في مصر 2006-2005

يوضح (شكل 2-3) أنه بين عامي 2005 و2006 حدث زيادة في معدل المواليد , فعلى المستوى القومي زاد معدل المواليد من 25,5 مولود لكل ألف من السكان عام 2005 الى 25,8 لكل ألف من السكان عام 2006 .

ولقد سجلت محافظة كفر الشيخ أعلى معدلات ارتفاع في معدل المواليد من 24 لكل ألف من السكان عام 2005 الى 24,9 لكل ألف من السكان عام 2006 , تليها محافظتي الاسكندرية ودمياط حيث سجلت محافظة دمياط زيادة في معدل المواليد من 27 لكل ألف من السكان عام 2005 الى 27,7 لكل ألف من السكان عام 2006 , ومحافظة الاسكندرية من 23,7 لكل ألف من السكان عام 2005 الى 24,4 لكل ألف من السكان عام 2006 , ولكن يلاحظ أيضا أن هناك انخفاضا في معدل المواليد في محافظتي قنا وسوهاج .

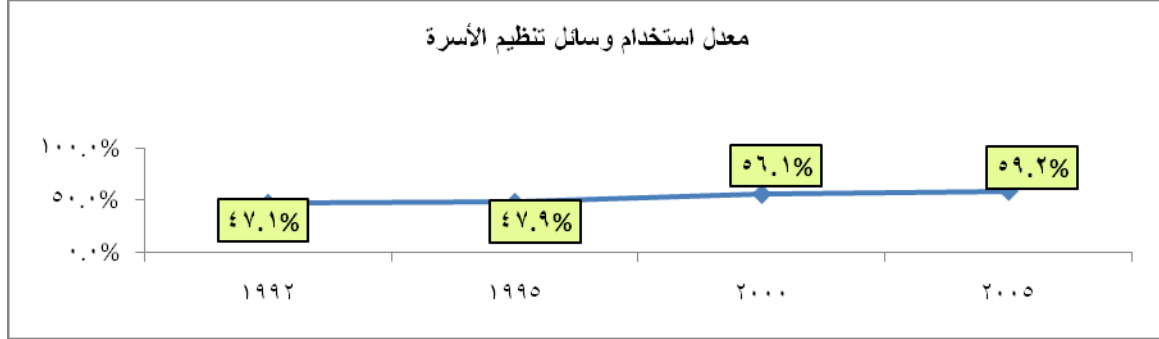


شكل 2-3) معدل المواليد الخام في مصر والمحافظات موضع الدراسة في عامي 2005-2006 (المصدر : كتاب الاحصاء السنوي - الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء)

3-3 معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة 1992-2005

لقد نجح برنامج تنظيم الأسرة في مصر على مدى العقدين الماضيين حيث ارتفع معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة من 42% عام 1980 الى 59% عام 2005 , وكان لبرنامج تنظيم الأسرة دورا قويا في خفض معدلات الانجاب من 4,4 طفل لكل سيده عام 1988 الى 3,1 طفل لكل سيده عام 2005

وأظهرت بيانات المسح السكاني الصحي 1992-2005 أن هناك زيادة مستمرة في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة – لكن كما يلاحظ من شكل 3-3 أن البرنامج قد تعرض لمراحل توصف بالثبات النسبي في معدلات الاستخدام , فكانت 47,2% عام 1992 , 47,9% عام 1995 – ثم تعرض البرنامج لمرحلة ثبات نسبي آخر بين عامي 2000 , 2005 حيث كان معدل الاستخدام 56,1 عام 2000 و 59,2% عام 2005 .



(شكل 3-3) معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة والتقليدية في مصر 1992- 2005 (المصدر : المسح السكاني الصحي 1992, 1995, 2000 - 2005)

ويبين جدول (3-1) التطور في معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة طبقا لبيانات المسح السكاني الصحي 1992 و 1995 , 2000 , 2005 – وذلك على المستوى القومي وعلى مستوى بعض محافظات الجمهورية موضع الدراسة . يلاحظ من الجدول عدة نقاط هامة تستدعي التوقف للدراسة وهي :

- يلاحظ بوجه عام أن هناك زيادة مضطردة في معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة في الفترة 1992-2005 ماعدا في محافظة الاسكندرية (حدث انخفاض 2,3 نقطة مئوية بين عامي 1992-1995) ومحافظة السويس (حدث انخفاض 4,4 نقطة مئوية بين عامي 1995 و 2000)
- كان هناك زيادة في معدلات الاستخدام في عام 2005 عنه في عام 2000 ماعدا محافظة الاسكندرية والتي كانت المحافظه الوحيدة التي انخفض بها معدل الاستخدام لتنظيم الأسرة 0,2 نقطة مئوية.
- تراوحت الزيادة في معدلات الاستخدام في عام 2005 عنه عام 2000 بين 1:6 نقاط مئوية ماعدا محافظة قنا التي حدث بها طفرة في معدلات الاستخدام حيث زادت 13 نقطة مئوية في معدلات الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة عام 2005 مقارنة بعام 2000 .

وبذلك يعرض جدول 3-1 نموذجا ناجحا لمحافظتين هما محافظة الغربية (التي وصل معدل الاستخدام 69,7% عام 2005 وهو أعلى معدل على مستوى الجمهورية) , ومحافظة قنا التي سجلت زيادة كبيرة (13 نقطة مئوية في معدلات الاستخدام لتنظيم الأسرة في فترة وجيزه بين 2000 و 2005) .

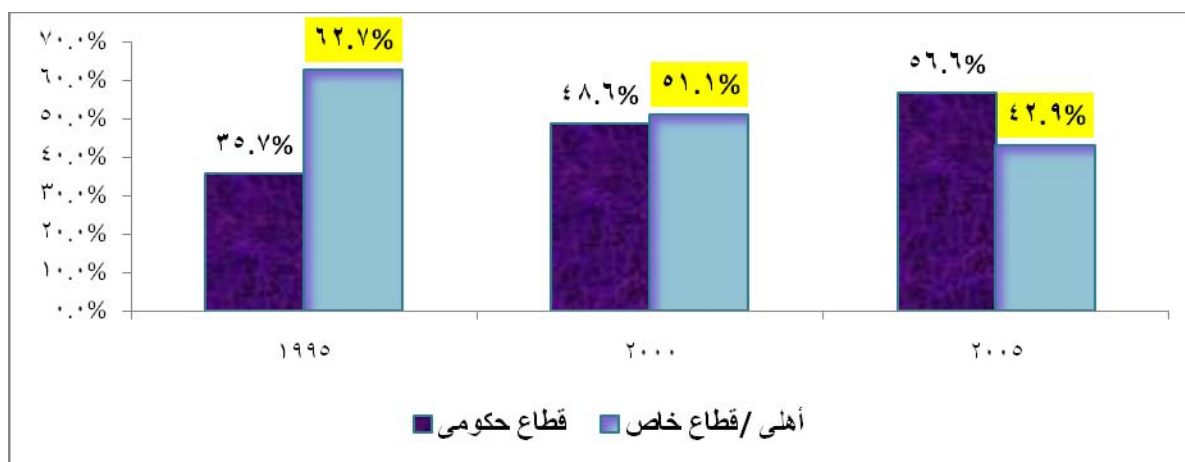
جدول 3-1 معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة (حديثه وتقليديه) فى الأعوام 1992 , 1995 , 2000 , 2005 على مستوى الجمهورية ومستوى بعض المحافظات

المحافظة	1992	1995	2000	2005
المحافظات الحضرية : الاجمالي	59,1%	58,1%	62,7%	63,9%
• الاسكندريه	62,1%	59,8%	64,7%	64,5%
• السويس	57,3%	62,4%	58,0%	64,0%
محافظات الوجه البحرى : الاجمالي	53,5%	55,5%	62,4%	65,9%
• دمياط	53,4%	57,4%	58,8%	63,9%
• المنوفيه	55,7%	54,3%	61,3%	64,2%
• الغربية	55,9%	55,9%	65,7%	69,7%
• كفر الشيخ	47,2%	54,4%	64,2%	65,8%
محافظات الوجه القبلى : الاجمالي	31,4%	32,1%	45,1%	49,9%
• سوهاج	19,8%	21,7%	27,5%	32,7%
• قنا	24,7%	26,7%	34,6%	47,2%
محافظات الحدود : الاجمالي	-	44,0%	43,0%	49,3%
اجمالي الجمهورية	47,1%	47,9%	56,1%	59,2%

المصدر : (المسح السكاني الصحى فى مصر 1992 , 1995 , 2000 , 2005)

تطور مشاركة القطاع الحكومى والخاص/الأهلى فى معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة :

يبين شكل (3-4) أن دور القطاع الخاص/الأهلى فى برنامج تنظيم الأسرة قد تناقص بين عامى 2000 و 2005 مقارنة بعام 1995 , فبعد أن كان القطاع الخاص/الأهلى يشارك بنسبة 62,7% فى معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة عام 1995 , أنخفضت نسبة مشاركته الى 51,1% عام 2000 و 42,9% عام 2005 وبذلك يكون البرنامج معتمدا فى المقام الأول على القطاع الحكومى فى توفير الوسائل ل 56,6% من المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة .



شكل (3-4) نسبة مشاركة كل من القطاع الحكومى والقطاع الخاص/الأهلى فى معدلات استخدام تنظيم الأسرة 1995-2005 (المصدر : المسح السكاني الصحى 1995-2000-2005)

ويبين جدول 3-2 انخفاض نسبة مشاركة القطاع الخاص/أهلى فى معدلات استخدام اللولب من 55% عام 1995 الى 38% عام 2005 أى بانخفاض 17 نقطة مئوية .

وبالرغم من أن القطاع الخاص (الصيدليات) هو المصدر الرئيسي لحبوب منع الحمل للسيدات فى مصر (المصدر الرئيسى ل 88,9% من مستخدمات الحبوب عام 1995) , إلا أنه لوحظ فى الآونة الأخيرة (عام 2005) انخفاضا فى نسبة مشاركة القطاع الخاص كمصدر للوسيلة لمستخدمات الحبوب حيث وصلت هذه النسبة الى 79,6% أى بانخفاض 9,3 نقطة مئوية

جدول (2-3) نسبة مشاركة القطاع الحكومى والقطاع الخاص/الأهلى فى معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة (الحبوب واللولب) فى الفترة 2005-1995

الوسيلة ومصدر الحصول عليها	1995	2000	2005
الحبوب : حكومى خاص	8,1%	10,8%	19,4%
اللولب : حكومى خاص	44,5%	54,0%	61,8%
الكلى : حكومى خاص	35,7%	48,6%	56,6%
	62,7%	46,0%	42,9%

المصدر المسح السكاني الصحى - مصر 1995-2000-2005

الطلب على وسائل تنظيم الأسرة :

يبين جدول (3-3) نسبة الاحتياجات الغير ملباه لتنظيم الأسرة على المستوى القومى والتي تعد تحديا كبيرا أمام مديرى برامج تنظيم الأسرة على كل من المستوى القومى والاقليمى , فبالرغم من تناقص نسبة الاحتياجات الغير ملباه لتصل الى 10,3% على المستوى القومى عام 2005 – نجد أن هذه النسبة قد وصلت الى 14,6% فى الوجه القبلى و 11,5% فى الريف عام 2005 .

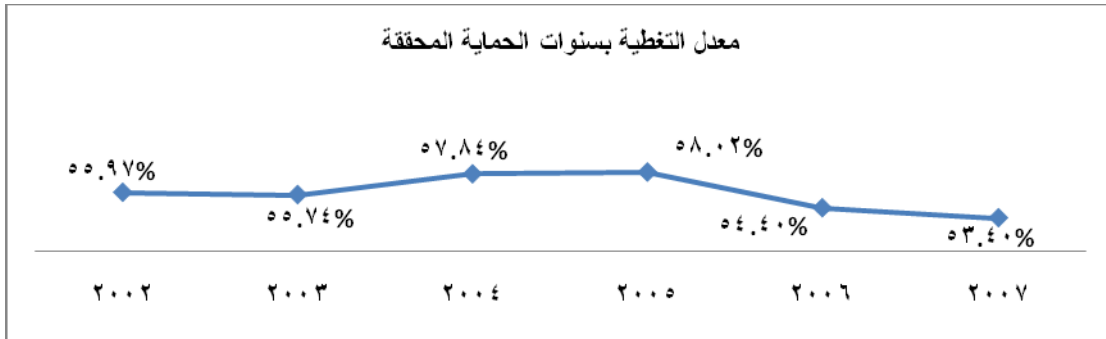
جدول (3-3) نسبة السيدات اللاتى شملهن المسح السكاني الصحى 1995 , 2000 , 2005 طبقا لنسبة الاحتياجات الغير ملباه

أقاليم الجمهوريه	1995	2000	2005
أجمالى الجمهوريه :			
• اجمالى احتياجات غير ملباه	16,0%	11,2%	10,3%
• احتياجات غير ملباه للمباede	5,3%	3,6%	3,6%
• احتياجات غير ملباه للتوقف عن الانجاب	10,7%	7,6%	7,6%
• الطلب الكلى	65,1%	68,2%	70,3%
اجمالى حضر :			
• احتياجات غير ملباه	11,4%	8,7%	8,5%
• الطلب الكلى	68,9%	70,8%	77,0%
اجمالى الريف :			
• احتياجات غير ملباه	19,9%	13,1%	11,5%
• الطلب الكلى	61,8%	66,2%	69,3%
محافظات حضرية :			
• احتياجات غير ملباه	10,8%	7,2%	8,5%
• الطلب الكلى	69,6%	70,7%	73,6%
الوجه البحرى :			
• احتياجات غير ملباه	13,8%	8,8%	7,5%
• الطلب الكلى	70,9%	72,1%	74,5%
الوجه القبلى :			
• احتياجات غير ملباه	22,0%	16,1%	14,6%
• الطلب الكلى	55,2%	62,4%	65,3%
محافظات الحدود :			
• احتياجات غير ملباه	15,4%	14,5%	9,1%
• الطلب الكلى	60,9%	58,5%	61,1%

4-3 معدلات التغطية بسنوات الحمايه المحققه من وسائل تنظيم الأسرة الموزعه 2002-2007 :

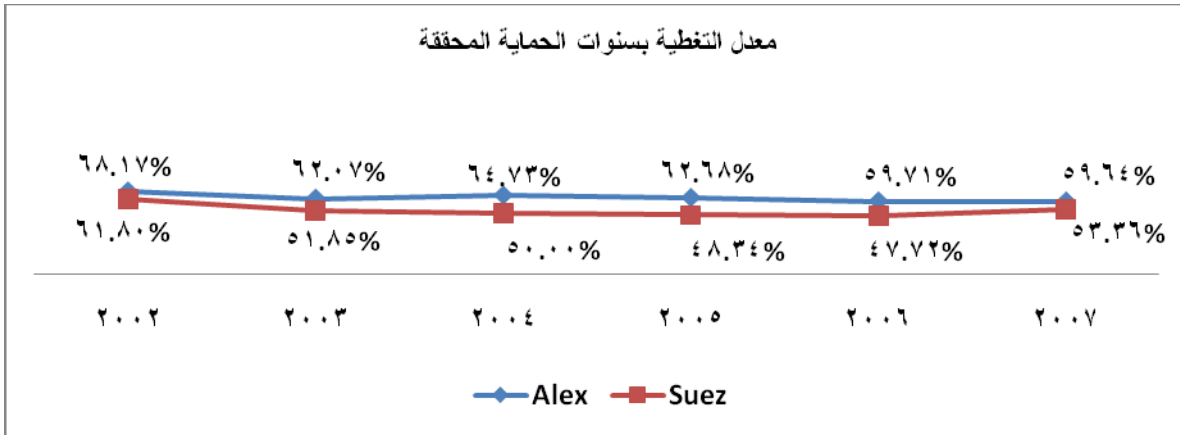
يعتبر معدل التغطية بسنوات الحماية المحققة من المؤشرات الهامة التي تعكس بشكل ديناميكي حركة وسائل تنظيم الأسرة ومدى تغطيتها للسيدات المتزوجات في سن الانجاب .

ويعد تقرير الاحصاء السنوي الذي يصدره المجلس القومي للسكان هو المصدر الأساسي لهذا المؤشر والذي يعكس دور كل من القطاع الحكومي والخاص والأهلي في برنامج تنظيم الأسرة
ويبين شكل (3-5) معدل التغطية بالوسائل أو معدل سنوات الحماية المحققة في الفترة 2002-2007. ويلاحظ من الشكل أنه بعد أن حدث ارتفاعا في قيمة المؤشر من 55,97% عام 2002 الى 58,02% عام 2005 حدث انخفاضا ليصل الى 53,4% عام 2007 أى انخفض معدل التغطية بسنوات الحماية من وسائل تنظيم الأسرة الموزعه حوالى خمس نقاط مئوية .



شكل (3-5) معدلات التغطية بسنوات الحماية المحققة من توزيعات و وسائل تنظيم الأسرة في مصر 2007-2002
المصدر: تقرير الاحصاء السنوي - المجلس القومي للسكان

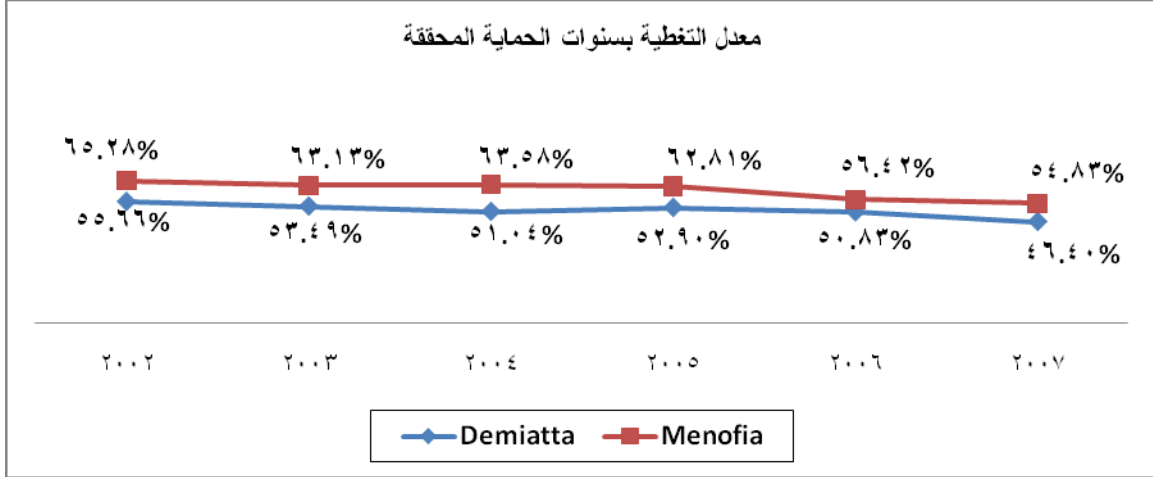
وقد حدث انخفاض ملحوظ في نسبة التغطية بسنوات الحماية المحققة بوسائل تنظيم الأسرة للسيدات المتزوجات في سن الانجاب على مستوى المحافظات حيث يبين شكل (3-6) أنه بعد أن كانت وسائل تنظيم الأسرة الموزعه بمحافظة الاسكندرية تعمل على حماية 68% من السيدات المتزوجات في سن الحمل عام 2002 انخفضت هذه النسبة لتصل الى 59,6% عام 2007 (بانخفاض يصل الى حوالى 9 نقاط مئوية) أما محافظة السويس فيلاحظ أنه كان هناك أيضا انخفاضا تدريجيا في نسبة السيدات المحميات من الحمل عن طريق الوسائل الموزعه من 61,8% عام 2002 الى 53,9% عام 2007 (أى بانخفاض 8 نقاط مئوية)



شكل (3-6) معدلات التغطية بسنوات الحماية المحققة من توزيعات و وسائل تنظيم الأسرة في محافظتى الاسكندرية والسويس 2007-2002 . (المصدر: تقرير الاحصاء السنوي - المجلس القومي للسكان)

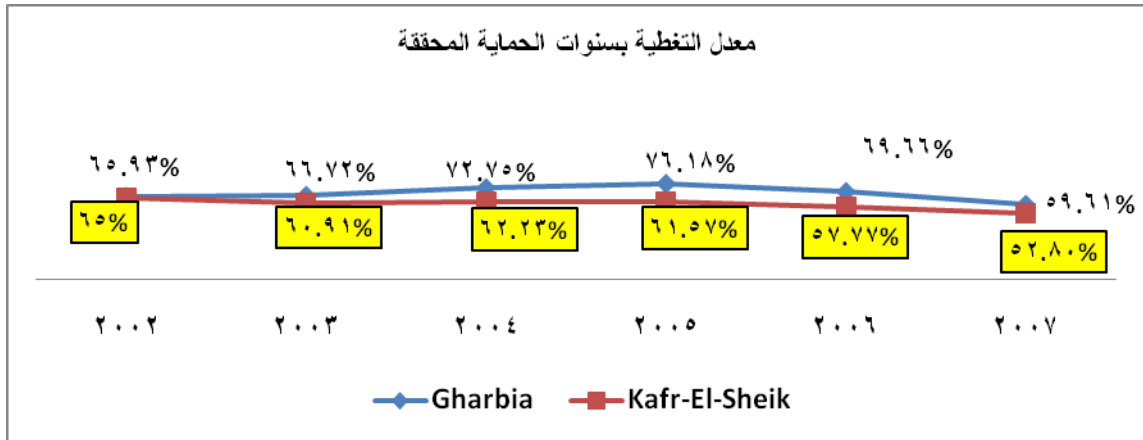
ويبين شكل (3-7) أنه حدث انخفاضا تدريجيا في نسبة السيدات المحميات من الحمل عن طريق الوسائل الموزعه في محافظة دمياط , فبعد أن وصلت هذه النسبة الى 55,7% عام 2002 – انخفضت هذه النسبة الى 46,5% عام 2007 أى أنها انخفضت 9 نقاط مئوية

أما في محافظة المنوفية فان الانخفاض فى نسبة السيدات المحميات من الحمل عن طريق الوسائل الموزعه قد انخفض 11 نقطه بين عامى 2002- 2007 من 65,3% الى 54,8%.



شكل (7-3) معدلات التغطية بسنوات الحماية المحققة من توزيعات وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى المنوفية ودمياط 2002 - 2007 (المصدر : تقرير الاحصاء السنوى - المجلس القومى للسكان)

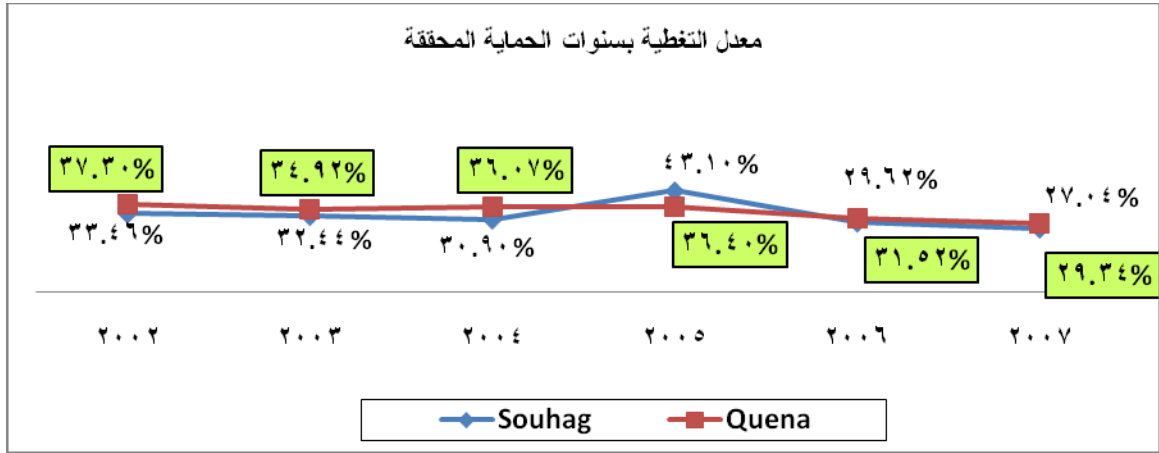
ويبين شكل (8-3) نسبة السيدات المحميات من وسائل تنظيم الأسرة الموزعه فى محافظتى الغربية وكفر الشيخ - فيلاحظ من الشكل أن محافظة الغربية كانت قد وصلت الى نسبة التغطية بوسائل تنظيم الأسرة الموزعه الى 76% عام 2005 - وهو أعلى نسبه على مستوى الجمهوريه - ولكن هذه النسبه انخفضت خلال العامين 2006 و 2007 لتصل الى 59,6% عام 2007 أى بانخفاض حوالى 17 نقطه مئوية , وهو أعلى انخفاض فى نسبة التغطية بسنوات الحماية على مستوى الجمهوريه - أما محافظة كفر الشيخ فقد سجلت انخفاضا فى معدل التغطية بسنوات الحماية بحوالى 12 نقطه مئوية بين عامى 2002 و 2007



شكل (8-3) معدلات التغطية بسنوات الحماية المحققة من توزيعات وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى الغربية وكفر الشيخ 2002 - 2007 (المصدر : تقرير الاحصاء السنوى - المجلس القومى للسكان)

ويعرض شكل (9-3) نسبة التغطية بسنوات الحماية المحققة بالوسائل الموزعه فى محافظتين فى الوجه القبلى وهما سوهاج وقنا. فيبين الشكل أن محافظة سوهاج كانت قد وصلت الى نسبة التغطية بسنوات الحماية الى 43,1 عام 2005 , ولكنها انخفضت الى 27% عام 2007 أى بانخفاض 16 نقطه مئوية .

أما محافظة قنا والتي سجلت معدل التغطية بسنوات الحماية بمقدار يصل الى 36,4% عام 2005 قد سجلت انخفاضا ملحوظا ليصل معدل التغطية الى 29,3% عام 2007 أى بدرجة انخفاض 7 نقاط مئوية



شكل (9-3) معدلات التغطية بسنوات الحماية المحققة من توزيعات وسائل تنظيم الأسرة في محافظتى سوهاج وقنا 2002 - 2007 (المصدر: تقرير الاحصاء السنوى - المجلس القومى للسكان)

الفصل الرابع: احصاءات المجلس القومى للسكان ومتابعة وتقييم برنامج تنظيم الأسرة

تعتبر الاحصاءات الخاصه بتوزيع وسائل تنظيم الأسرة عن طريق القطاعات المختلفه (حكومى / أهلى / خاص) من الأدوات الهامه التى يعتمد عليها المجلس القومى للسكان فى المتابعه والتقييم المستمر لبرنامج تنظيم الأسرة - والتعرف والتنبيه بأى مشكلات قد تعوق برنامج تنظيم الأسرة حتى يمكن اتخاذ الاجراءات اللازمه فى الوقت المناسب

ويحتوى تقرير الاحصاء السنوى على العديد من المؤشرات التى يمكن بها قياس أداء برنامج تنظيم الأسره, ولكنه فى هذا الفصل سيتم عرض مجموعه من المؤشرات التى تعتمد على الاتجاهات والنمط خلال الفتره 2002-2007 وذلك للاجابة على الأسئلة البحثيه الآتية :

- هل هناك تغير فى نسبة مساهمة القطاعات المختلفه (حكومى / خاص / أهلى) فى سنوات الحمايه المحققه ؟
- هل هناك نمط معين بالنسبة لمساهمة القطاعات المختلفه فى سنوات الحمايه على مستوى المحافظات خلال الفتره 2002-2007 مما يؤثر على جملة سنوات الحمايه على مستوى المحافظه ؟
- هل تغيرت توليفة الوسائل الموزعه حتى أصبح الاتجاه نحو استخدام الحبوب والتي تعطى سنوات حمايه أقل من اللولب والكبسولات ؟
- هل حدث انخفاض فى عدد الوحدات الصحيه (الحكوميه , والجمعيات الأهليه) المسجله فى المجلس القومى للسكان والتي تقدم وسائل تنظيم الأسره خلال الفتره 2002-2007 ؟
- هل هناك انخفاض فى كفاءة الوحدات الصحيه حتى أصبحت سنوات الحمايه المحققه من توزيع الوسائل فى تلك الوحدات أقل مما كانت عليه فى عام 2002 ؟
- هل هناك عدم توازن بين الزيادة فى أعداد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب على المدى الزمنى وبين اضافة وحدات جديده لمواجهة زيادة الطلب على الوسائل ؟ وذلك فى حالة ثبات مستوى الكفاءه ؟
- هل هناك نماذج من المحافظات يمكن أن تفسر ظاهرة انخفاض عدد سنوات الحمايه من 67071777 عام 2005 الى 6532526 عام 2007 وانخفاض معدل التغطيه بسنوات الحمايه المحققه من 58,2% عام 2005 الى 53,4% عام 2006 ؟
- اذا كان هناك اجابه واحده لسؤال لماذا انخفضت قيمة سنوات الحمايه المحققه من وسائل تنظيم الأسره الموزعه , فما هى هذه الاجابه ؟

4-1 الاسهام النسبى من منافذ التوزيع المختلفه فى الحمايه المحققه 2002-2007 :

يعرض جدول (4-1) نسبة مساهمة القطاعات المختلفه (الحكومى/ الأهلى / الخاص) فى سنوات الحمايه المحققه من توزيع وسائل تنظيم الأسره على المستوى القومى ومستوى المحافظات خلال الفتره 2002-2007 يتضح من الجدول أن القطاع الحكومى يساهم بالقسط الأكبر فى سنوات الحمايه والتي وصلت الى 82% عام 2007 , ويلاحظ أيضا أن دور القطاع الأهلى يتضاءل تدريجيا حتى أصبحت نسبة مشاركته فى سنوات الحمايه لا تتعدى 5% , كما يلاحظ أيضا أن القطاع الخاص بدأ ازدياد دوره فى سنوات الحمايه المحققه ليساهم بنسبة 13% فى عام 2007 , ولكن هذا النمط على المستوى القومى لا يشكل مسارا فى معظم الأحيان على مستوى المحافظات , فهناك محافظات تعتمد اعتمادا كليا على القطاع الحكومى والذى يساهم فى سنوات الحمايه بنسبة 90% مثل محافظة كفر الشيخ والتي يكاد ينعدم فيها دور القطاع الأهلى (1%) وهناك ثلاث محافظات تعتمد بشكل كبير (مقارنة بالمستوى القومى) على القطاع الخاص مثل محافظة قنا (23%) , سوهاج (16%) ودمياط (16%) وفى هذه المحافظات ينخفض دور القطاع الحكومى لأقل من 80% .

ويستنتج من هذا الجدول ثلاث نقاط هامه قد يعزى لها مبدئيا انخفاض عدد سنوات الحمايه المحققه من توزيع وسائل تنظيم الأسره :

- 1- تناقص دور القطاع الأهلى
- 2- بدأ زيادة دور القطاع الخاص والذى تمثل وسيلة الحبوب 96% من اجمالى سنوات الحمايه المحققه لتوزيعاته وتمثل الحقن 4% من سنوات الحمايه لتوزيعاته (تقرير الاحصاء – المجلس القومى للسكان /2007) وهذه الوسائل بها نسبة توقف عالى كما أنها تعطى سنوات حمايه أقل من اللولب.
- 3- يبقى الدور الأعظم للوحدات الحكوميه فى سنوات الحمايه المحققه والتي تتأثر بمجموعه من السياسات والنظم التى تؤثر على كل محافظات الجمهوريه .

4-1 نسبة مساهمة القطاعات المختلفه فى سنوات الحمايه المحققه من وسائل تنظيم الأسره الموزعه فى منافذ تقديم الخدمه
2002-2007 على مستوى الجمهوريه وعلى مستوى المحافظات موضع الدراسه

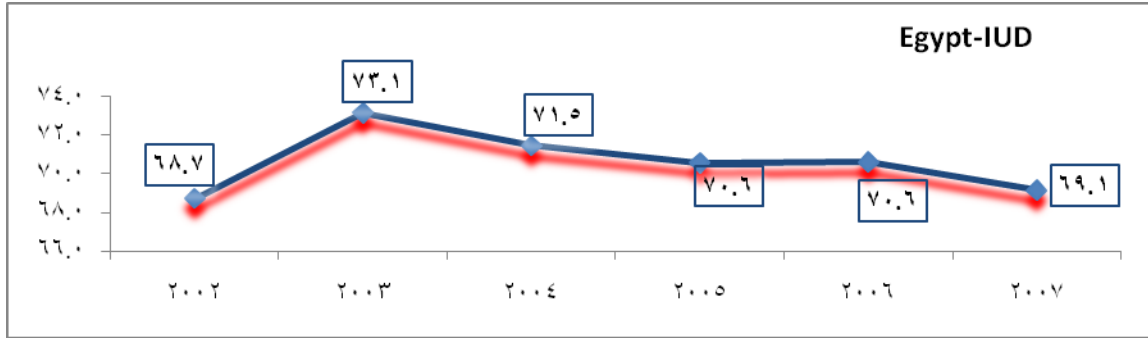
المحافظات	2007	2006	2005	2004	2003	2002
الاسكندريه :						
• حكومى	%85	%84	%82	%82	%83	%82
• أهلى	%4	%5	%5	%5	%6	%6
• خاص	%11	%11	%13	%13	%11	%12
السويس :						
• حكومى	%80	%80	%79	%78	%78	%70
• أهلى	%8	%8	%8	%9	%9	%7
• خاص	%12	%14	%13	%13	%13	%23
دمياط :						
• حكومى	%77	%78	%80	%80	%81	%79
• أهلى	%7	%8	%8	%9	%8	%7
• خاص	%16	%14	%12	%11	%11	%14
المنوفيه :						
• حكومى	%84	%85	%85	%86	%86	%84
• أهلى	%5	%6	%6	%7	%7	%7
• خاص	%11	%9	%9	%7	%7	%9
الغريبه :						
• حكومى	%88	%88	%87	%87	%86	%81
• أهلى	%4	%4	%5	%5	%6	%7
• خاص	%8	%8	%8	%8	%8	%12
كفر الشيخ :						
• حكومى	%90	%90	%90	%88	%88	%86
• أهلى	%1	%2	%3	%4	%5	%6
• خاص	%9	%8	%7	%8	%7	%8
سوهاج :						
• حكومى	%78	%76	%78	%76	%77	%75
• أهلى	%6	%6	%7	%9	%12	%13
• خاص	%16	%18	%15	%15	%11	%2
قنا :						
• حكومى	%71	%72	%72	%73	%76	%65
• أهلى	%6	%8	%8	%9	%10	%9
• خاص	%23	%21	%20	%18	%14	%26
مصر العربيه (الجمهوريه) :						
• حكومى	%82	%82	%81	%82	%83	%79
• أهلى	%5	%6	%7	%7	%8	%6
• خاص	%13	%12	%12	%11	%9	%15

4-2 تطور الاسهام النسبى لوسائل تنظيم الأسره فى سنوات الحمايه المحققه 2002-2007 :

تبين أشكال 1-4 , 2-4 , 3-4 , 4-4 تطور الاسهام النسبى لوسائل تنظيم الأسره , اللولب , الحبوب , الحقم ,

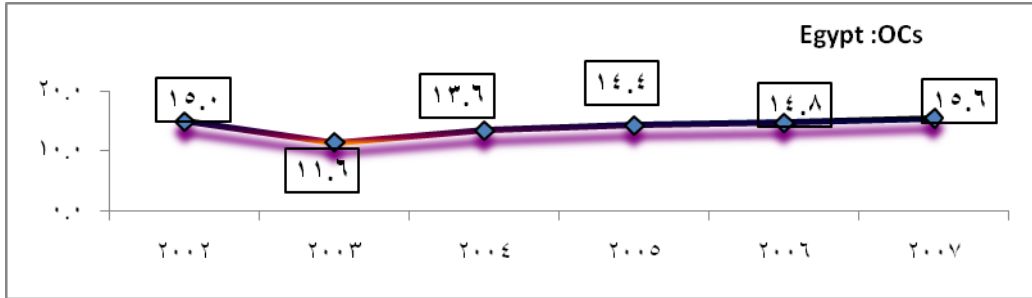
الكبسولات فى سنوات الحمايه المحققه خلال الفتره 2002-2007

يلاحظ فى شكل 1-4 تناقص الاسهام النسبى لوسيلة اللولب فى سنوات الحمايه من 73% عام 2003 الى 69% عام 2007 . وتتناقص اسهام اللولب فى سنوات الحمايه يعكس قصورا فى أداء الوحدات الصحيه (الصحه والجمعيات) ولكن على الأخص وحدات وزارة الصحه والسكان والتي تمثل المصدر الأساسى للولب كما فى تقارير المجلس القومى للسكان



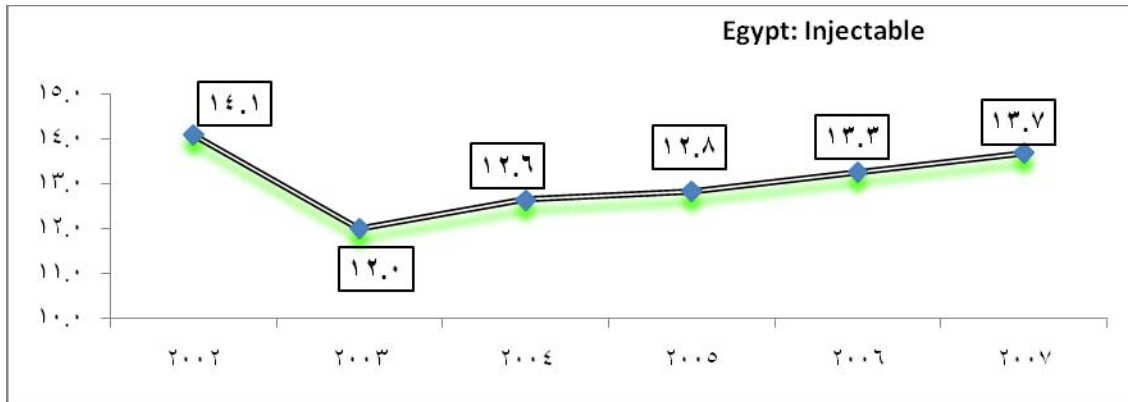
شكل (1-4) الاسهام النسبى لوسيلة اللولب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة على مستوى الجمهورية- المجلس القومى للسكان -تقرير الاحصاء السنوى 2007-2002

ويبين شكل 2-4 تصاعد الاسهام النسبى للحبوب الفمويه فى سنوات الحماية من 11,6% عام 2003 الى 15,6% عام 2007 , وهذا قد يعنى زياده دور الصيدليات فى البرنامج القومى لتنظيم الأسرة .



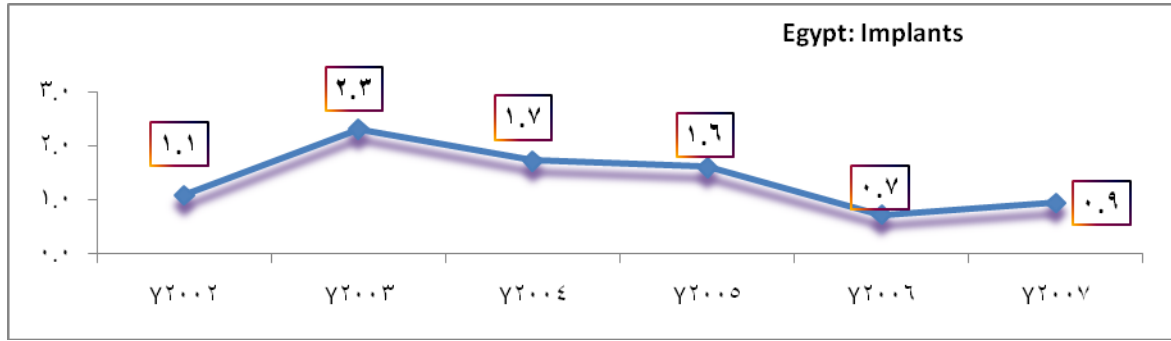
شكل (2-4) الاسهام النسبى لوسيلة الحبوب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة على مستوى الجمهورية- المجلس القومى للسكان -تقرير الاحصاء السنوى 2007-2002

ويبين شكل 3-4 الارتفاع التدريجى فى الاسهام النسبى للحقن فى سنوات الحماية المحققة من 12% عام 2003 الى 13,7% عام 2007 – وحيث أن المصدر الرئيسى للحقن هو القطاع الحكومى فانه قد يمكن استخلاص أن هناك تغير فى نمط تقديم الخدمة قد أدى الى التحول الى استخدام الحقن والحبوب بدلا من اللولب .



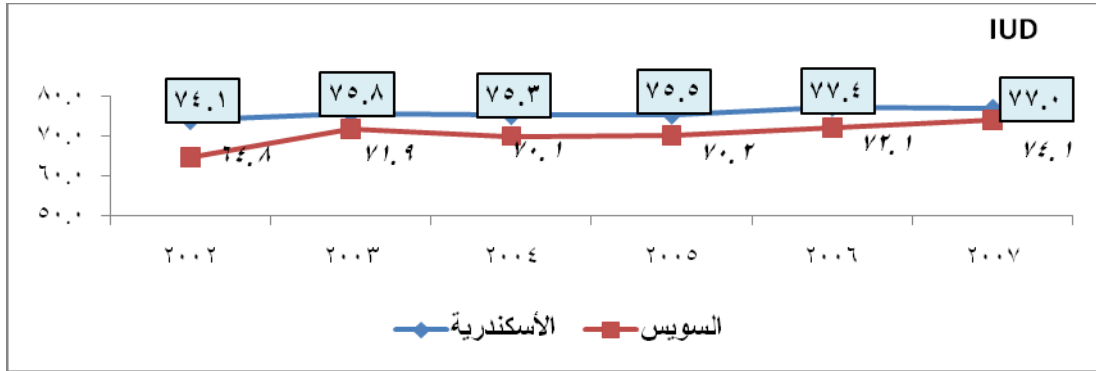
شكل (3-4) الاسهام النسبى لوسيلة الحقن فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة على مستوى الجمهورية- المجلس القومى للسكان -تقرير الاحصاء السنوى 2007-2002

ويشير شكل 4-4 الى أن الاسهام النسبى لوسيلة الكبسولات فى سنوات الحماية المحققة قد انخفضت من 2,3 عام 2003 الى 0,9 عام 2007



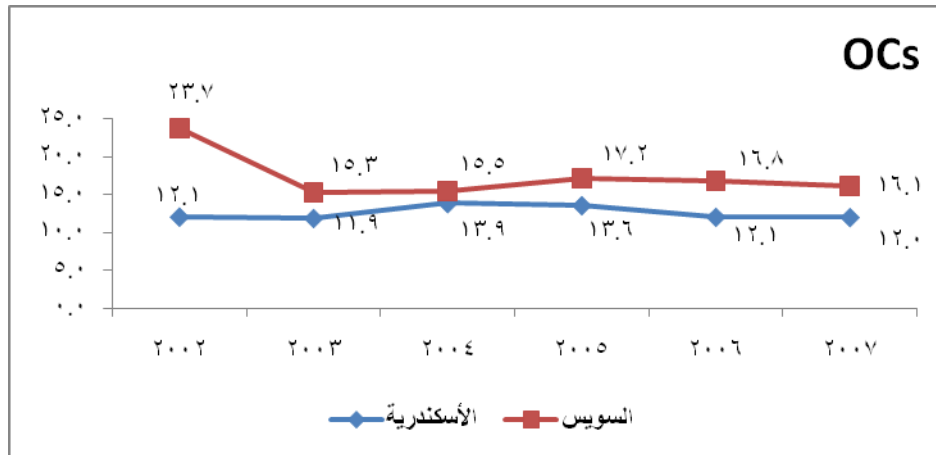
شكل (4-4) الاسهام النسبى لوسيلة الكبسولات فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة على مستوى الجمهورية- المجلس القومى للسكان -تقرير الاحصاء السنوى 2007-2002

اما بالنسبة للمحافظات موضع الدراسة فيتضح من شكل 4-5 أن الاسهام النسبى فى سنوات الحماية لوسيلة اللولب قد أثبت ارتفاعا خلال الفترة 2002- 2007 ليصل الى 77% من اجمالى سنوات الحماية المحققة من وسائل تنظيم الأسرة الموزعه فى محافظة الاسكندرية , ووصل الاسهام النسبى لوسيلة اللولب 74% من اجمالى سنوات الحماية المحققة من الوسائل الموزعه فى محافظة السويس .



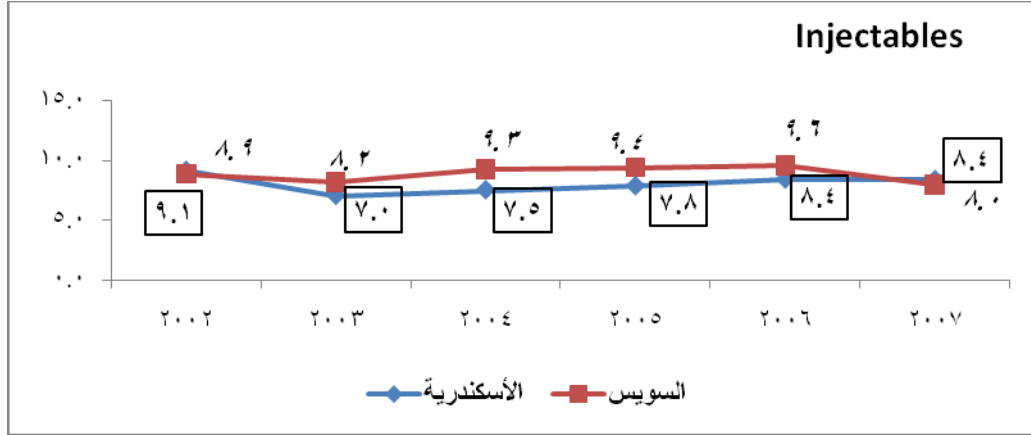
شكل (5-4) الاسهام النسبى لوسيلة اللولب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة- فى محافظتي الاسكندرية والسويس - المجلس القومى للسكان -تقرير الاحصاء السنوى 2007-2002

وعلى الجانب الآخر تتناقص قيمة الاسهام النسبى فى سنوات الحماية لوسيلة الحبوب لتصل الى 16 % فى محافظة الاسكندرية , 12% فى محافظة السويس (شكل 4-6)



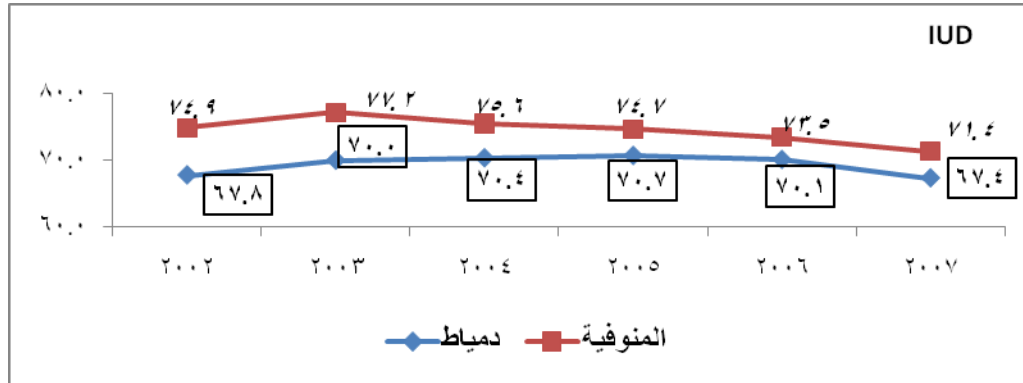
شكل (4-6) الاسهام النسبى لوسيلة الحبوب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة- فى محافظتي الاسكندرية والسويس - المجلس القومى للسكان -تقرير الاحصاء السنوى 2007-2002

ويبين شكل 4-7 شبه استقرار حول 8% كاسهام نسبى لوسيلة الحقن فى اجمالى سنوات الحماية بمحافظة الاسكندرية بينما يتناقص الاسهام النسبى للحقن فى سنوات الحماية المحققة ليصل الى 8,4% فى محافظة السويس عام 2007 .



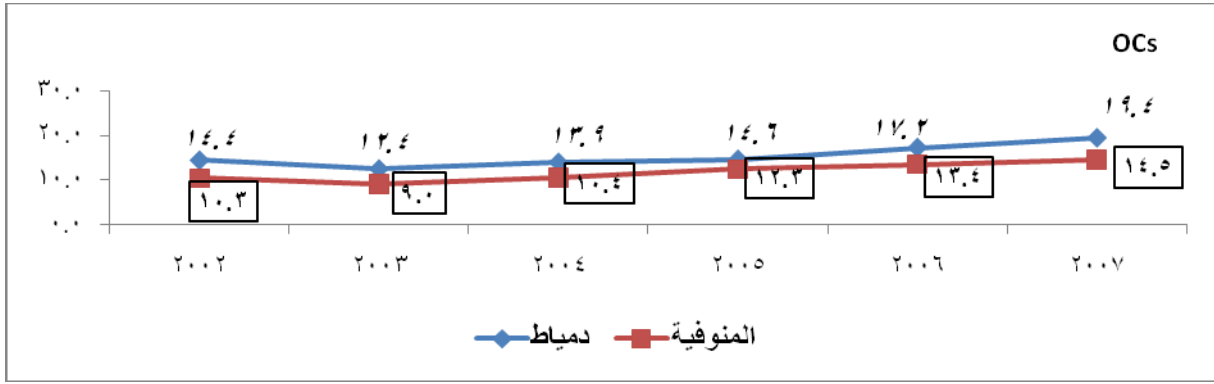
شكل (4-7) الاسهام النسبى لوسيلة الحقن فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة- فى محافظتي الاسكندرية والسويس - المجلس القومى للسكان -تقرير الاحصاء السنوى 2007-2002

وتبين أشكال (4-8 , 4-9 , 4-10) الاسهام النسبى لوسائل اللولب , الحبوب , الحقن , فى اجمالى سنوات الحماية المحققة من توزيعات وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتي المنوفية ودمياط .
يبين شكل 4-8 الانخفاض التدريجى فى الاسهام النسبى لوسيلة اللولب فى سنوات الحماية فى محافظة المنوفية فيعد أن كانت هذه النسبة 77,2% عام 2003 انخفضت لتصل الى 71,4% عام 2007 , وهذه الظاهره تنطبق أيضا على محافظة دمياط حيث انخفض الاسهام النسبى للولب من 70% عام 2003 الى 67,4% عام 2007

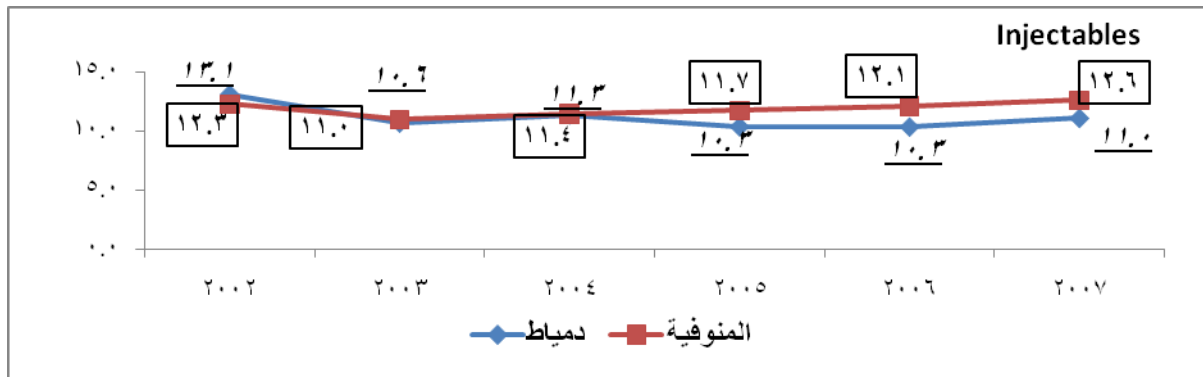


شكل (4-8) الاسهام النسبى لوسيلة اللولب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة- فى محافظتي المنوفية ودمياط - المجلس القومى للسكان -تقرير الاحصاء السنوى 2007-2002

واستكمالاً لنمط الاسهام النسبى للوسائل فى سنوات الحماية نجد أن شكل 4-9 يبين أن محافظة دمياط قد تزايد فيها الاسهام النسبى للحبوب فى سنوات الحماية من 12,4% عام 2003 الى 19,4% عام 2007 . وتتنطبق هذه الظاهره أيضا على محافظة المنوفية حيث زاد الاسهام النسبى للحبوب من 9% عام 2003 الى 14,5% عام 2007

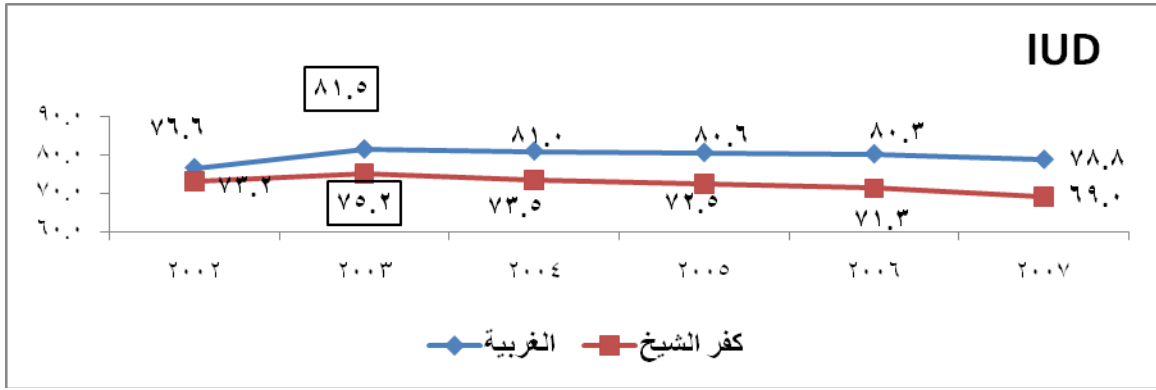


شكل (9-4) الاسهام النسبي لوسيلة الحبوب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظات المنوفيه ودمياط - المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007-2002
ويبين شكل 4-10 زيادة طفيفة فى الاسهام النسبى للحقن فى اجمالى سنوات الحماية المحققة ليصل الى 12,6% فى محافظة المنوفيه , 11% فى محافظة دمياط عام 2007 مقارنة بعام 2006 .



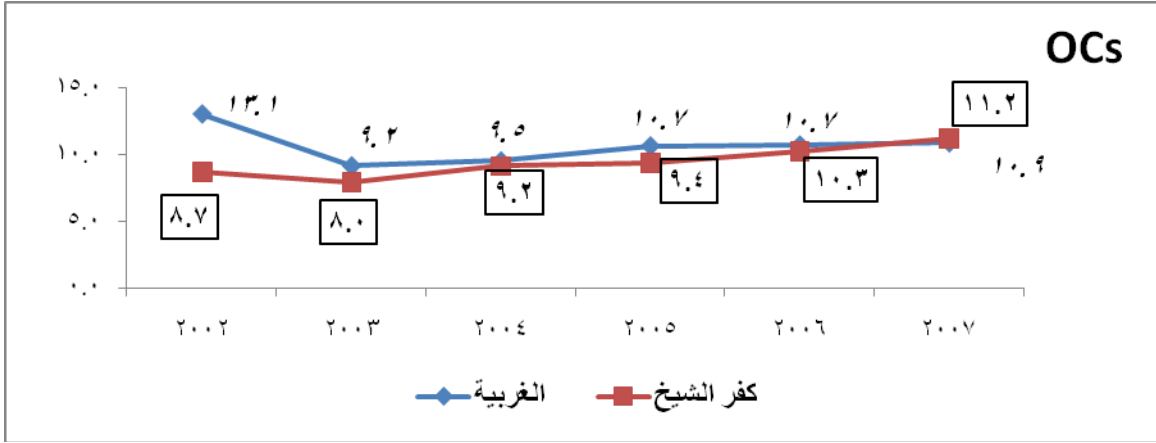
شكل (10-4) الاسهام النسبى لوسيلة الحقن فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى المنوفيه ودمياط - المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007-2002
ويستنتج من ذلك أنه فى محافظتى المنوفيه ودمياط أنه قد حدث تحول من وسيلة اللولب (التى تتميز بقلّة فرص التوقف عن الاستخدام) الى وسيلتى الحبوب والحقن (اللذين يتميزان بفرص أعلى للتوقف)

وتكرر ظاهرة انخفاض الاسهام النسبى لوسيلة اللولب فى سنوات الحماية أيضا كما يظهر فى شكل 4-11 لمحافظة الغربية وكفر الشيخ فبعد أن وصل الاسهام النسبى للولب فى سنوات الحماية المحققة فى محافظة الغربية الى أعلى رقم على مستوى الجمهوريه (81%) عام 2003 - انخفضت هذه النسبه الى 78,8% عام 2007 - وفى محافظة كفر الشيخ انخفضت هذه النسبه من 75,2% عام 2003 الى 69% عام 2007



شكل (4-11) الاسهام النسبى لوسيلة اللولب فى سنوات الحمايه المحققه من توزيع وسائل تنظيم الأسره فى محافظتى كفر الشيخ والغريبيه - المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007-2002

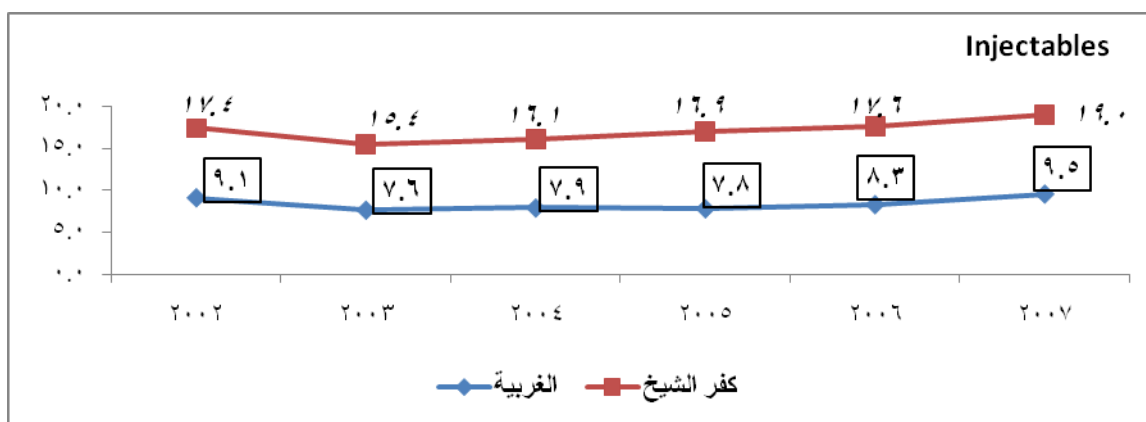
ويبين شكل 4-12 أن الاسهام النسبى لوسيلة الحبوب فى سنوات الحمايه قد سجل تزايدا فى محافظة الغربية من 9,2% عام 2003 الى 10,9% عام 2007. والتزايد فى الاسهام النسبى للحبوب فى سنوات الحمايه كان أكثر وضوحا فى محافظة كفر الشيخ حيث ارتفعت النسبه من 8% عام 2003 الى 11,2% عام 2007 .



شكل (4-12) الاسهام النسبى لوسيلة الحبوب فى سنوات الحمايه المحققه من توزيع وسائل تنظيم الأسره فى محافظتى كفر الشيخ والغريبيه - المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007-2002

ويتضح أيضا من شكل 4-13 أن هناك تزايد فى الاسهام النسبى للحقن فى سنوات الحمايه فى محافظة الغربية من 7,6% عام 2003 الى 9,5% عام 2007 - أما فى محافظة كفر الشيخ فان حوالى خمس (19%) من اجمالى سنوات الحمايه ناتج من توزيعات الحقن عام 2007 مقارنة ب 15,4% عام 2003 .

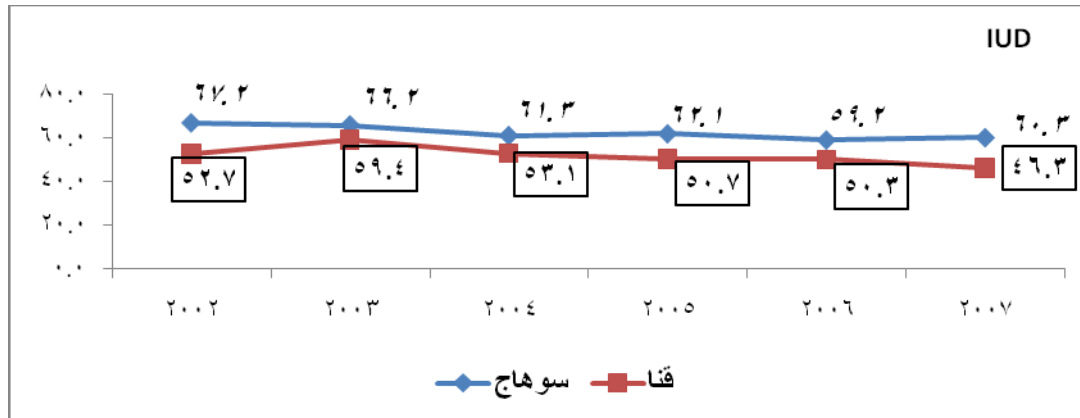
وهذا دليل آخر على التحول من وسيلة اللولب للوسائل الهرمونية الأخرى مما يثير التساؤلات حول موضوع اللولب والذى يشكل وسيلة تنظيم الأولى فى مصر .



شكل (4-13) الاسهام النسبى لوسيلة الحقن فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى كفر الشيخ والغربيه - المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2002-2007

وتعرض أشكال 4-14 , 4-15 , 4-16 الاسهام النسبى لوسائل تنظيم الأسرة , اللولب , الحبوب والحقن فى سنوات الحماية المحققة من الوسائل الموزعة فى محافظتين من محافظات الوجه القبلى هما سوهاج وقنا وذلك خلال الفترة 2007-2002.

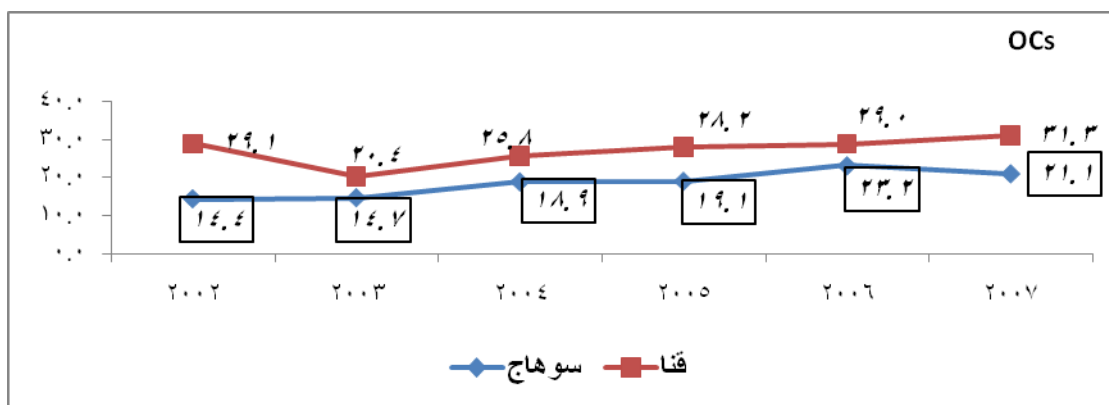
يتضح من شكل 4-14 أنه بعد أن وصلت نسبة الاسهام النسبى لوسيلة اللولب فى اجمالى سنوات الحماية المحققة الى 67,2% عام 2002 بمحافظة سوهاج - حدث انخفاض تدريجى لنصل هذه النسبه الى 60,3% عام 2007 , أما محافظة قنا فقد حدث انخفاضاً شديداً فى الاسهام النسبى للولب فبعد أن وصل الى 59,4% عام 2003 انخفضت النسبه الى 46,3% عام 2007.



شكل (4-14) الاسهام النسبى لوسيلة اللولب فى سنوات الحماية المحققة من توزيع وسائل تنظيم الأسرة فى محافظتى سوهاج وقنا-المجلس القومى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2002-2007

ويبين شكل 4-15 أن الاسهام النسبى للحبوب فى سنوات الحماية المحققة قد سجل تزايداً ملحوظاً بمحافظة قنا (من 20,4% عام 2003 الى 31,3%) وبذلك تصبح قنا من المحافظات التى يسجل فيها أعلى اسهام للحبوب فى اجمالى سنوات الحماية المحققة مقارنة بالمحافظات الاخرى .

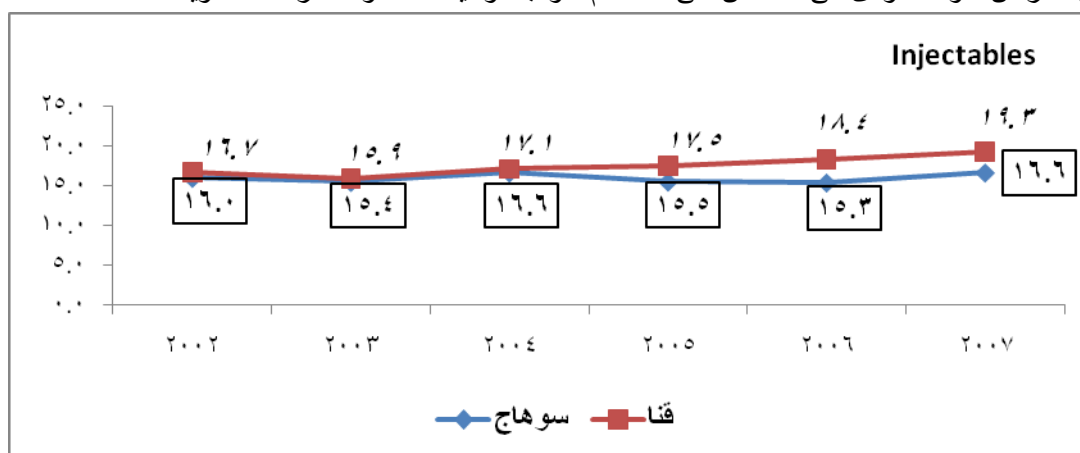
ويبين الشكل أن التزايد فى الاسهام النسبى للحبوب فى سنوات الحماية فى محافظة سوهاج قد أدى الى أن حوالى خمس (21,1) سنوات الحماية المحققة تعتمد على الحبوب عام 2007 مقارنة ب 14,7% عام 2003.



شكل (4-15) الاسهام النسبى لوسيلة الحبوب فى سنوات الحمايه المحققه من توزيع وسائل تنظيم الأسره - فى محافظتى سوهاج وقنا - المجلس القبمى للسكان - تقرير الاحصاء السنوى 2007-2002

ويبين شكل 4-16 التزايد فى دور الحقن فى الاسهام النسبى لسنوات الحمايه المحققه حيث وصل الى 19,3% فى قنا , و16,6% فى سوهاج .

وبذلك يمكن استنتاج أن محافظات الوجه القبلى والتي يقل فيها استخدام اللولب بوجه عام كما تشير بيانات المسح السكانى الصحى تتعرض لعوامل تؤدي الى التناقص فى استخدام اللولب كوسيله فعاله ومستمره لمدة طويله .



شكل (4-16) الاسهام النسبى لوسيلة الحقن فى سنوات الحمايه المحققه من توزيع وسائل تنظيم الأسره - فى محافظتى سوهاج وقنا - المجلس القومى للسكان- تقرير الاحصاء السنوى 2007-2002

3-4 العرض والطلب على وسائل تنظيم الأسره :

يلقى شكل 4-17 الضوء على قضيتين هامتين , الأولى هي مدى توافر وحدات / عيادات تنظيم الأسره بالنسبة للأعداد المتزايدة للسيدات فى سن الانجاب , والقضيه الثانيه هي ماهى كفاءة الوحدات فى تقديم خدمات /وسائل تنظيم الأسره ؟

يعرض شكل 4-17 متوسط عدد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب لكل وحدة/ تنظيم أسره (حكوميه وأهليه) خلال الفتره 2007-2002 , يتضح من الشكل أنه على المستوى القومى أن الزيادة فى عدد الوحدات لم تواكب الزيادة المضطرده فى اعداد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب فبعد أن كان متوسط نسبة السيدات هو 2014 سيده/ وحده عام 2004 أصبح هناك 2093 سيده لكل وحده عام 2007 أى أن هناك زياده فى الطلب على خدمات الوحده أو هناك زياده فى حجم المجتمع المستهدف.

نجد فى نفس الشكل 4-17 أن متوسط عدد سنوات الحمايه لكل وحده صحيه قد انخفض من 1034 سنة حمايه /وحده عام 2003 الى 971 سنة حمايه / وحده عام 2007 . وهذا يعنى انخفاض فى كفاءة أداء الوحدات فى برنامج تنظيم

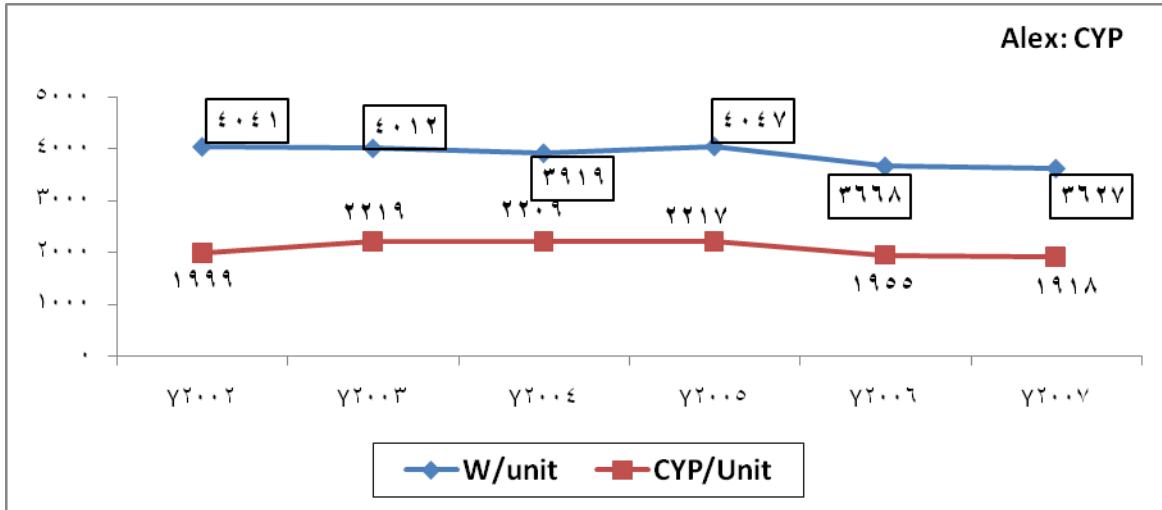
الأسره على المستوى القومى – ويمكن ترجمة هذا الأداء الى أن 971 سنة حمايه فى السنه لكل وحده تعنى فى المتوسط 3,2 سنة حمايه فى يوم عمل بالوحده الصحيه أى لولب واحد فى اليوم لكل وحده .

وباستخدام مؤشرات أخرى تعكس الاستنتاج السابق تم استخدام 3 أنواع من المؤشرات وعرضها فى سلسلة زمنية 2002-2007 فى شكل 4-18 . يبين شكل 4-18 نسبة التغير فى اعداد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب 2003-2007 باعتبار أن سنة 2002 هى سنة الأساس . ويتضح من الشكل أن عدد السيدات قد زاد بنسبة 12% عما كان عليه عام 2002

ومن الملاحظ أيضا أنه قد واكب الزيادة فى نسبة السيدات فى سن الانجاب زياده أيضا فى اعداد وحدات تقديم الخدمه حيث سجلت زياده مضطرده وصلت الى 11% زياده عما كانت عليه فى عام 2002 . أى أن العرض ممثلا فى تقديم الخدمه والطلب لعدد السيدات المستهدفات بالخدمه يعتبران فى توازن – ويبقى كيفية تقديم الخدمه ومدى توافر الوسائل ومدى استجابته للوحدات من أجل زياده استخدام وسائل تنظيم الأسره فى كل وحده .

يعرض شكل 4-18 أن هناك زياده فى سنوات الحمايه المحققه مقارنة بسنة الأساس 2002 بنسبة تتراوح بين 31% , 35% وذلك بين عامى 2004 -2006 , ولكن انخفضت هذه النسبه الى 29% عام 2007 أى أن هناك عوامل تتعلق بكفاءة توفير واستخدام وسائل تنظيم الأسره على مستوى الوحدات .

ويبين شكل 4-19 دراسة حاله للوضع فى محافظة الاسكندريه حيث نجحت المحافظه فى زياده عدد الوحدات الصحيه / عيادات تنظيم الأسره حتى أصبح هناك وحده تنظيم أسره لكل 3627 سيده عام 2007 بدلا من وحده لكل 4041 سيده كما كان عام 2002, ولكنه على الرغم من زياده العيادات/الوحدات – كان هناك انخفاض فى كفاءة الخدمه حيث انخفض متوسط سنوات الحمايه المحققه /وحده من 2217 عام 2005 الى 1918 سنة حمايه محققه من الوسائل الموزعه لكل وحده .

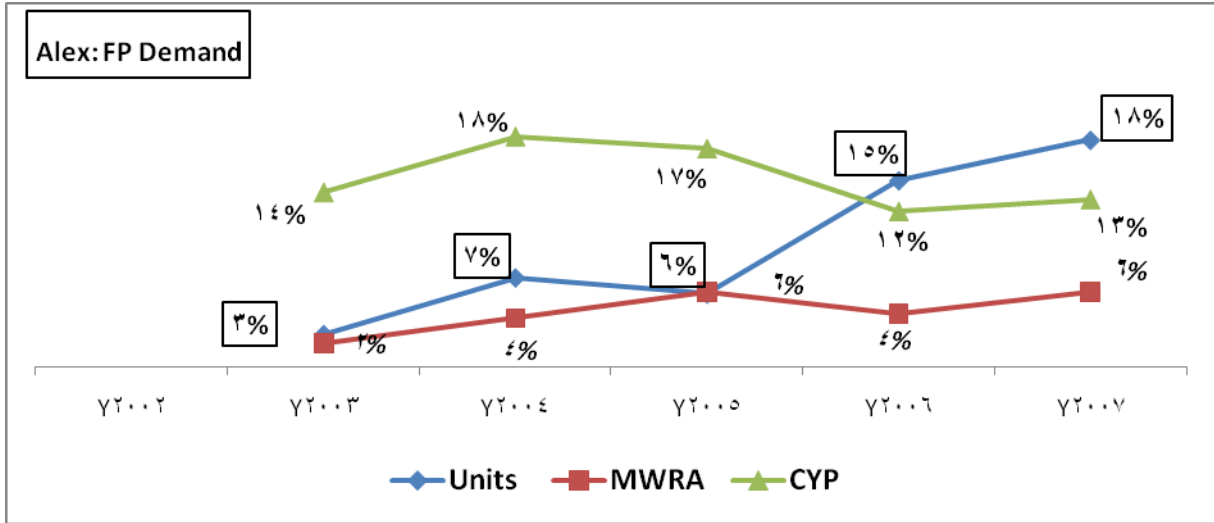


شكل (4-19) متوسط عدد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب / وحده ومتوسط عدد سنوات الحمايه المحقق / وحده – محافظة الاسكندريه 2002-2007

ويعطى شكل 4-20 صورته تؤكد أن العرض من الوحدات قد فاق الطلب , حيث زادت الوحدات عام 2007 بنسبة 18% عن سنة الأساس (2002) بينما كانت نسبة الزيادة فى عدد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب 6% عن سنة الأساس ,

ومع زياده الوحدات كان من المتوقع زياده سنوات الحمايه المحققه بصورة تتناسب مع الموارد ولكن بعد أن وصلت نسبة الزيادة فى سنوات الحمايه الى 18% مقارنة بسنة الأساس عام 2004 تناقصت هذه النسبه لتصبح 13% عام 2007 ,

ويلاحظ أن محافظة الاسكندريه محافظه حضرية وبها مراكز صحيه حيث أن المركز به عدد أكبر من الأطباء وبه امكانيات أكبر .

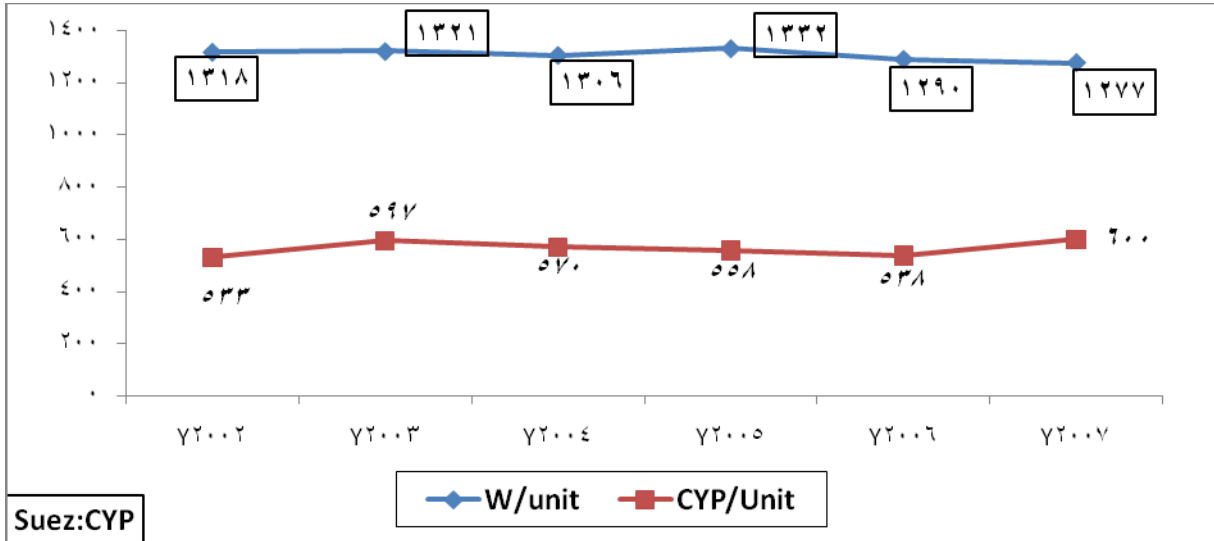


شكل (4-20) نسبة التغير في عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب , الوحدات الصحيه , سنوات الحمايه المحققه 2003-2007 مقارنة بسنة الأساس 2002 – محافظة الاسكندريه

ويبين شكلي 4-21 , 4-22 دراسة حاله لمحافظة السويس – يلاحظ أنه في السنوات الأخيره 2006 , 2007 , تزايدت الوحدات – فأصبح كل وحده تخدم 1277 سيده في المتوسط عام 2007 مقارنة ب 1332 سيده/ وحده عام 2005

ولقد سجلت وحدات محافظة السويس تقدما ملحوظا في السنه الأخيره حيث أصبح متوسط سنوات الحمايه الناتجه عن أداء عيادات تنظيم الأسره 600 سنه حمايه / وحده والتي كانت على مدى السنوات السابقه 2002-2006 أقل من 600 .

ولكن من الملاحظ أن هناك ضعفا شديدا في الأداء على مدى السنوات 2002-2006 – حيث أن متوسط انتاجية الوحده هو 2 سنه حمايه في اليوم أي أقل من لولب .

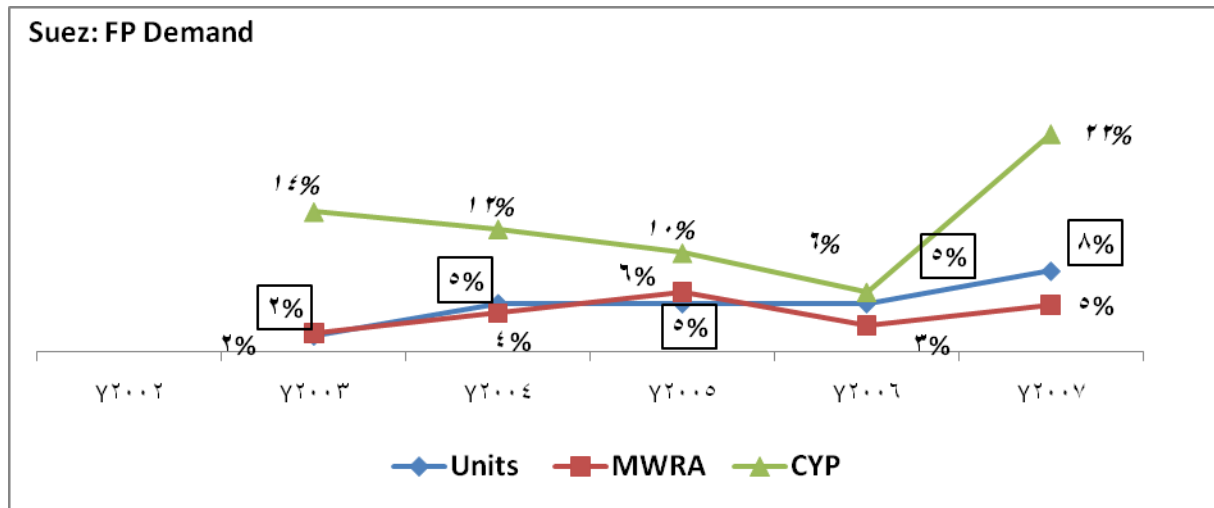


شكل (4-21) متوسط عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب / وحده , ومتوسط عدد سنوات الحمایه المحققه / وحده , محافظة السويس 2007-2002

ويبين شكل 4-22 السلسله الزمنيه لتطور نسبة التغير في عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب , الوحدات الصحيه , سنوات الحمایه المحققه مقارنة بسنة 2002 كسنة أساس بمحافظه السويس .

يتضح من الشكل أن عيادات تنظيم الأسره ظلت ثابتة في عددها خلال الفتره 2004 , 2006 وأن الزيادة في أعداد الوحدات قد حدثت عام 2007 لتزيد بنسبة 8% عما كانت عليه عام 2002 – وفي نفس السنه 2007 حدث زياده غير مسبوقة في حجم سنوات الحمایه المحققه من توزيع الوسائل في الوحدات الصحيه بنسبة تصل الى 22% عما كانت عليه في عام 2002

وهنا نجد الارتباط بين زيادة عدد الوحدات وزيادة اجمالي سنوات الحمایه المحققه – ولكن بمقارنة هذه النتيجة وما تم عرضه في شكل 4-21 نجد أن الزيادة في سنوات الحمایه لم تكن مرتبطه بزياده كفاءة الوحدات – ولكن ارتبطت بالتغويه بالوحدات والوصول الى مجتمعات جديده مع الحفاظ على مستوى كفاءة شبه ثابت



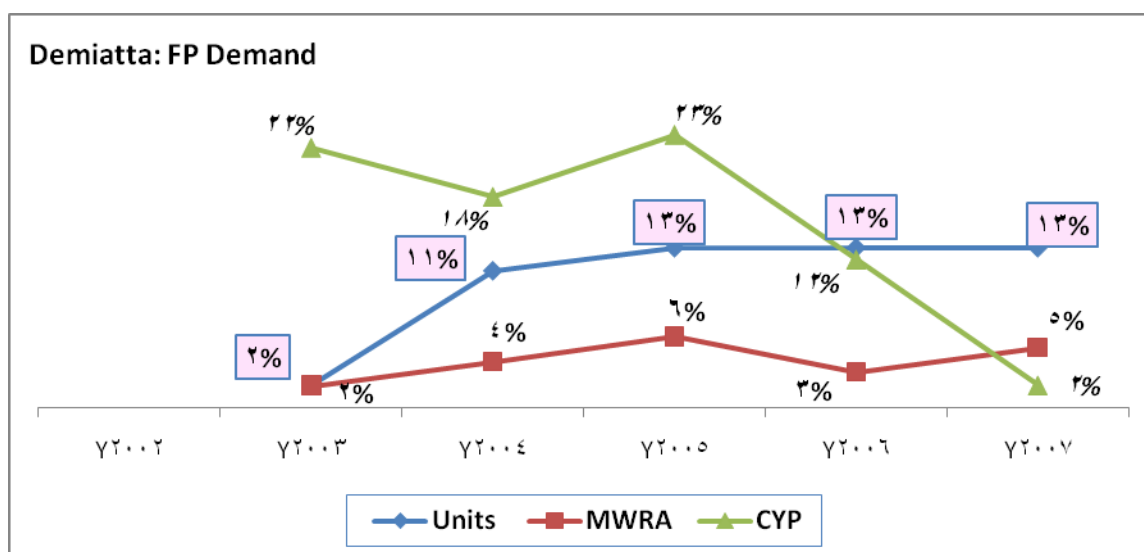
شكل (4-22) نسبة التغير في اعداد السيدات المتزوجات في سن الانجاب بالوحدات الصحيه , سنوات الحمایه المحققه 2003-2007 مقارنة بسنة الأساس 2002 – محافظة السويس

ويشير شكلى 23-4 , 24-4 الى الوضع بالنسبة لأنشطة وحدات تنظيم الأسره والخاصه بتوزيع الوسائل بمحافظة دمياط
فبيين شكل4- 23 السلسله الزمنيه لمتوسط عدد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب لكل وحده , وكذلك السلسله الزمنيه
لمتوسط انتاجية الوحده من سنوات الحمايه خلال الفتره 2002- 2007

يتضح من شكل 23-4 أن هناك زياده مضطرده فى اعداد الوحدات والتي أدت الى أن يصل متوسط عدد السيدات لكل
وحده هو 1588 بدلا من 1714 سيده لكل وحده عام 2002 لكنه يلاحظ أنه مع بدأ زياده الوحدات فى 2004 بدأ يقل
متوسط سنوات الحمايه المحققه لكل وحده – واستمرت كفاءة الوحدات فى التناقص خلال الفتره 2004-2007 ,
ولتصبح كفاءة الوحده 617 سنة حمايه سنويا أو 2 سنة حمايه يوميا (أى أقل من لولب فى اليوم)

ويبين شكل 24-4 أن محافظة دمياط قد حافظت على عدد ثابت من الوحدات خلال الفتره 2005-2007 وهذا العدد
يزيد عن سنة الأساس بنسبة مقدارها 13% , ويلاحظ من الشكل أنه بعد أن ارتفعت قيمة انتاجية الوحدات من سنوات
الحمايه لتصل الى زياده قدرها 23% عن سنة الأساس (2002) وذلك عام 2005 – نجد أن هناك هبوطا سريعا فى
حجم سنوات الحمايه لتصل الى 12% عام 2006 بل ويصل الى 2% فقط عام 2007 مقارنة بسنة الأساس – وذلك
بالرغم من وجود زياده فى الطلب من حيث حجم السيدات المتزوجات فى سن الانجاب والذي سجل زياده قدرها 5% عن
سنة الأساس.

ويمكن استنتاج أن نموذج مثل وحدات تنظيم الأسره بمحافظة دمياط قد تعرض خلال الفتره 2005- 2007 الى عوامل
أثرت سلبا على كفاءة البرنامج وأصبحت الوحدات التى كانت أكثر كفاءة عام 2005 – تعاني من تدنى مستوى الكفاءه



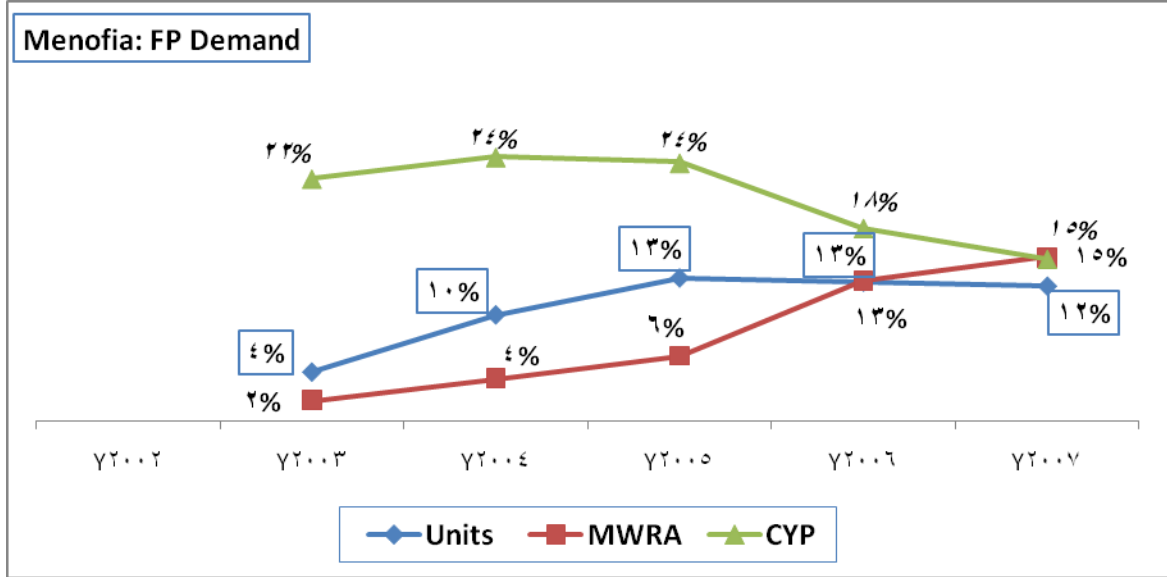
شكل(24-4) نسبة التغير فى اعداد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب , الوحدات الصحيه , سنوات الحمايه المحققه
2007-2003 مقارنة بسنة الأساس , 2002 – محافظة دمياط

أما شكل 25-4 فيقدم نمودجا لأداء محافظة المنوفيه فى تنظيم الأسره من حيث حجم الطلب (متوسط عدد السيدات لكل
وحده) وكفاءة الوحده (متوسط عدد سنوات الحمايه المحققه لكل وحده فى السنه)

يتضح من الشكل أن وحدات محافظة المنوفيه قد سجلت مستوى عال من الكفاءه عام 2003 حيث كان متوسط عدد
السيدات لكل وحده 1789 سيده / وحده , وقامت الوحدات بتقديم وسائل تنظيم الأسره بما يقدر بحوالى 1055 سنة حمايه
فى كل وحده – فى المتوسط أى أنه كان متوسط التغطيه بسنوات الحمايه على مستوى كل وحده هو 60% , ولكن يلاحظ

أنه بدءا من عام 2003 بدأت كفاءة الوحدات في الانخفاض لتصل الى 49% عام 2007 مقارنة ب 60% عام 2003 , الا أنه يمكن القول بأن المتوسط اليومي لانتاجية الوحدة عام 2007 هو 3 سنوات حمايه .

ويبين شكل 4-26 أن نسبة الزيادة في عدد وحدات تنظيم الأسره كانت دائما تفوق نسبة الزيادة في عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب – ولكن يبدو أنه في عام 2007 قد تعرضت بعض الوحدات للأحلال والتجديد والتوقف عن العمل- ولكن في نفس الوقت لم تقم الوحدات العامله بزيادة كفاءتها لمواجهة الطلب على وسائل تنظيم الأسره .



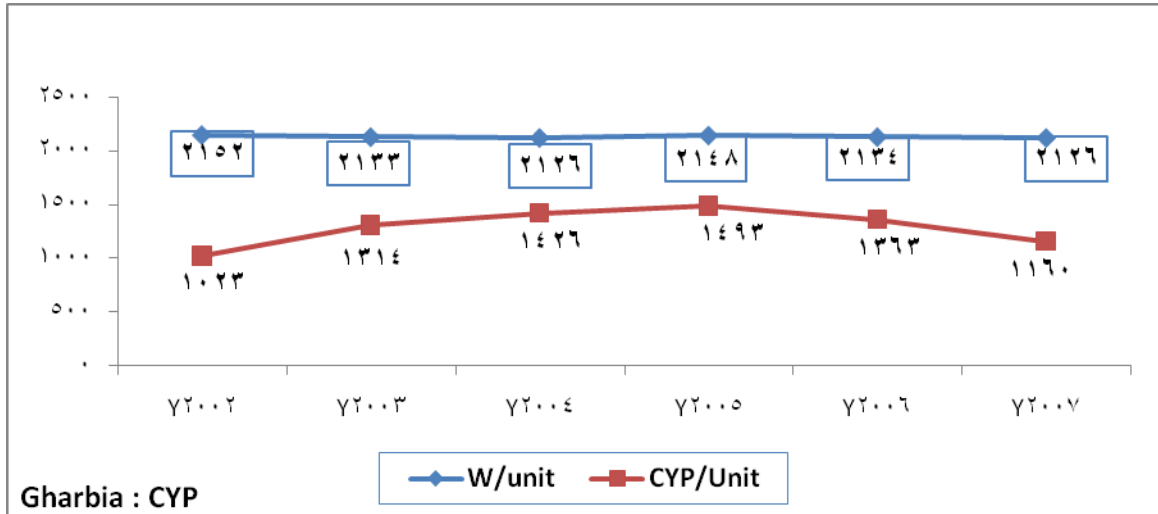
شكل (4-26) نسبة التغير في اعداد السيدات المتزوجات في سن الانجاب , الوحدات الصحيه , سنوات الحمايه المحققه 2003-2007 مقارنة بسنة الأساس 2002 – محافظة المنوفيه

ونموذج وحدات المنوفيه يستحق الدراسه لأن لديه المقومات لزيادة الكفاءه حيث تشير البيانات أن الوحدات قد أثبتت كفاءتها عامى 2003, 2004 – وأن عوامل جديده قد تدخلت منذ عام 2005 واستمرت هذه العوامل لتؤثر بالسلب على برنامج تنظيم الأسره بالمنوفيه حيث انخفضت نسبة الزيادة في سنوات الحمايه المحققه من 24% (2005-2004) الى 15% عام 2007.

ويعرض شكل4- 27 نموذج وحدات محافظة الغربيه – المحافظه التي حصلت على لقب المحافظه النموذجيه في تنظيم الأسره عام 2005 نظرا لاحترازها أعلى معدل استخدام لوسائل تنظيم الأسره على مستوى الجمهوريه – طبقا لبيانات المسح السكانى الصحى عام 2005 , لكن ماذا بعد ذلك ؟

ينضح من شكل 4-27 النمط شبه الثابت لمتوسط عدد السيدات المتزوجات / لكل وحده صحيه والذي يتفق تقريبا مع متوسط عدد السيدات / وحده على مستوى الجمهوريه عام 2007 (2093 سيده / وحده عام 2007 شكل 4-17)

الا أننا نجد تميز محافظة الغربيه في كفاءةالوحدات في تقديم وسائل تنظيم الأسره حتى بلغ متوسط سنوات الحمايه المحققه بالنسبة لكل وحده هو 1493 سنة حمايه عام2005 – وهو ما يعبر عن مستوى 70% تغطيه للسيدات المتزوجات في سن الانجاب بوسائل تنظيم الأسره لمدة عام , ولكن بعد الوصول الى هذا النجاح بدأالانخفاض في كفاءة الوحدات ليصل الى 55% عام 2007 الا أن أداء محافظة الغربيه يعتبر من الأداء المتميز مقارنة بالمحافظات الأخرى حيث وصل حاليا(2007) متوسط سنوات الحمايه اليومي للوحده 4 سنوات حمايه .



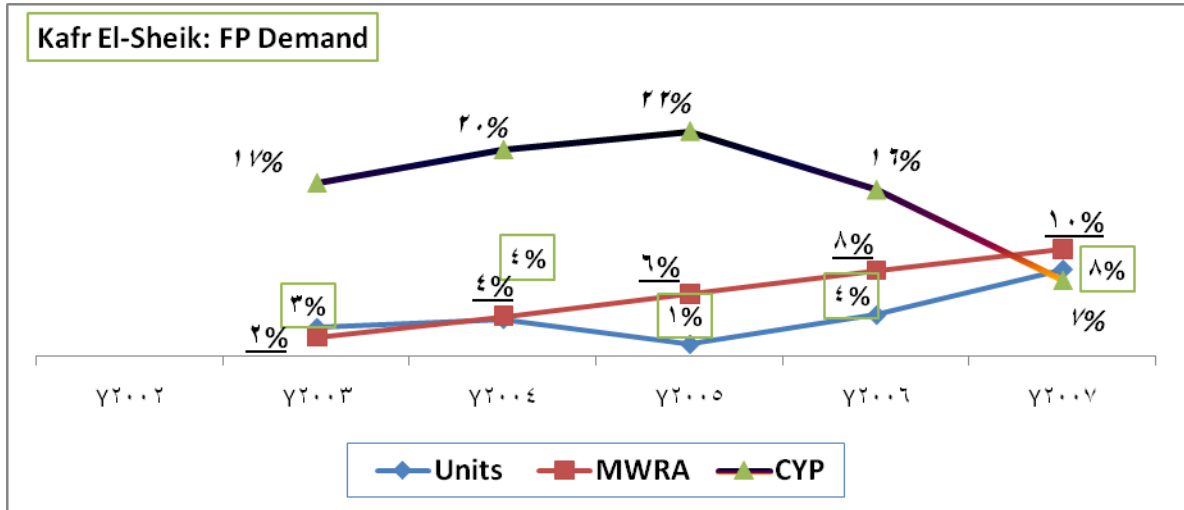
شكل (4-27) متوسط عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب/وحده ومتوسط عدد سنوات الحماية المحققة/وحده - محافظة الغربية 2002-2007

ويعرض شكل 4-28 أنه بعد عام 2005 قلت كفاءة الوحدات في توزيع وسائل تنظيم الأسرة فبعد أن وصلت نسبة الزيادة في عدد سنوات الحماية عام 2005 مقارنة بنسبة الأساس 2002 الى 55% نجد الانخفاض السريع في هذه النسبة لتصل الى 25% عام 2007 ويلاحظ أيضا من نفس الشكل توازن الزيادة في اعداد الوحدات مع الزيادة في عدد السيدات في سن الانجاب خلال السلسلة الزمنية 2002- 2007 - ولكن يلاحظ أن عدد الوحدات مازال محدودا بالنسبة لعدد السكان حيث أن الوحدة الصحيه تخدم في المتوسط 2126 سيده في سن الانجاب كما ورد في بيانات عام 2007 وهي تعتبر نسبة كبيره .

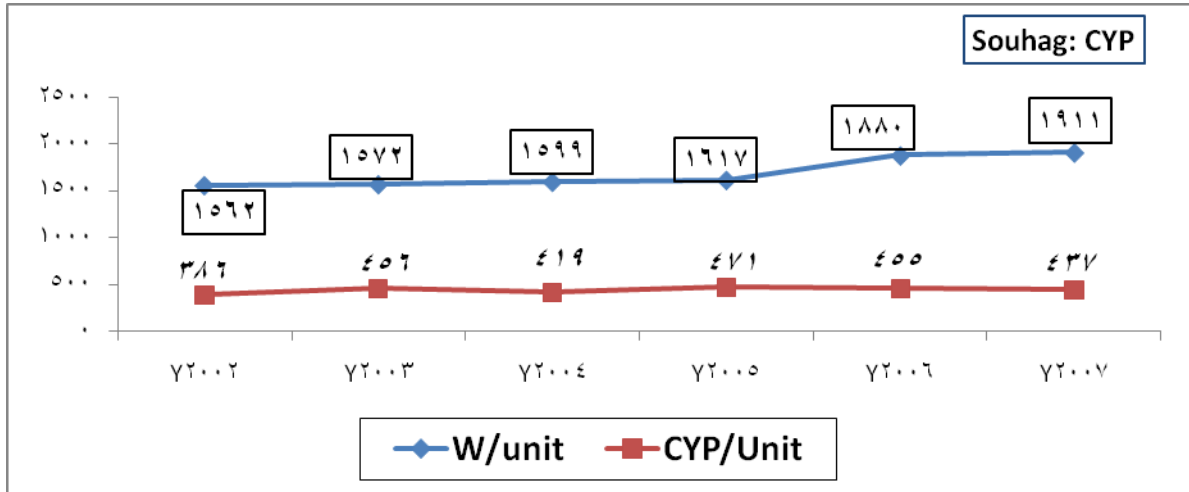
يبين شكل 4-29 أداء وحدات محافظة كفر الشيخ في برنامج تنظيم الأسرة - يتضح من الشكل أن متوسط عدد السيدات لكل وحده أقل من مثيله على المستوى القومى في أى سنه من سنوات السلسلة الزمنية 2002-2007. ويلاحظ أن متوسط عدد السيدات لكل وحده قد وصل الى 1670 سيده / لكل وحده عام 2007.

أما عن كفاءة الوحدات في توزيعات وسائل تنظيم الاسره خلال السلسلة الزمنية 2002- 2007 فيبين شكل 4-29 أنه في عام 2005 كان هناك أعلى متوسط لعدد السيدات لكل وحده (1718) وفي نفس السنه سجلت الوحدات أعلى معدل كفاءه خلال الفتره 2002-2007 حيث كان متوسط سنوات الحماية المحققة للوحده هو 978 , أى بمتوسط تغطيه للسيدات بسنوات الحماية تصل الى 57% وعلى النقيض عندما زاد عدد الوحدات لتخدم الوحده في المتوسط 1670 سيده - أنخفضت كفاءة الوحده لتصل الى 48% ويمكن استنتاج أن زيادة كفاءة الوحدات في بعض المحافظات قد يكون له الأولويه عن زيادة عدد الوحدات للوصول الى مستهدفات تنظيم الأسرة .

ويبين شكل 4-30 أن كفاءة الوحدات ككل مقاسه بنسبة الزيادة في سنوات الحماية مقارنة بسنة الأساس 2002 قد انخفضت من 22% عام 2005 الى 7% عام 2007 بالرغم من الزيادة المضطرده في عدد الوحدات في عامى 2006, 2007 وزيادة الطلب على خدمات تنظيم الأسرة حيث الزيادة في عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب التي وصلت الى زياده قدرها 10% عن سنة الأساس(2002)



شكل (30-4) نسبة التغير في اعداد السيدات المتزوجات في سن الانجاب , الوحدات الصحيه , سنوات الحمايه المحققه 2002-2007 مقارنة بسنة الأساس 2002 – محافظة كفر الشيخ
 يبين شكل 4-31 كفاءة اداء الوحدات بمحافظة سوهاج مقاسه بمتوسط انتاجية الوحدة من سنوات الحمايه في ظل حجم معين من الطلب مقاسا بمتوسط عدد السيدات لكل وحده وذلك خلال سلسله زمنيه تمتد من 2002- 2007 .

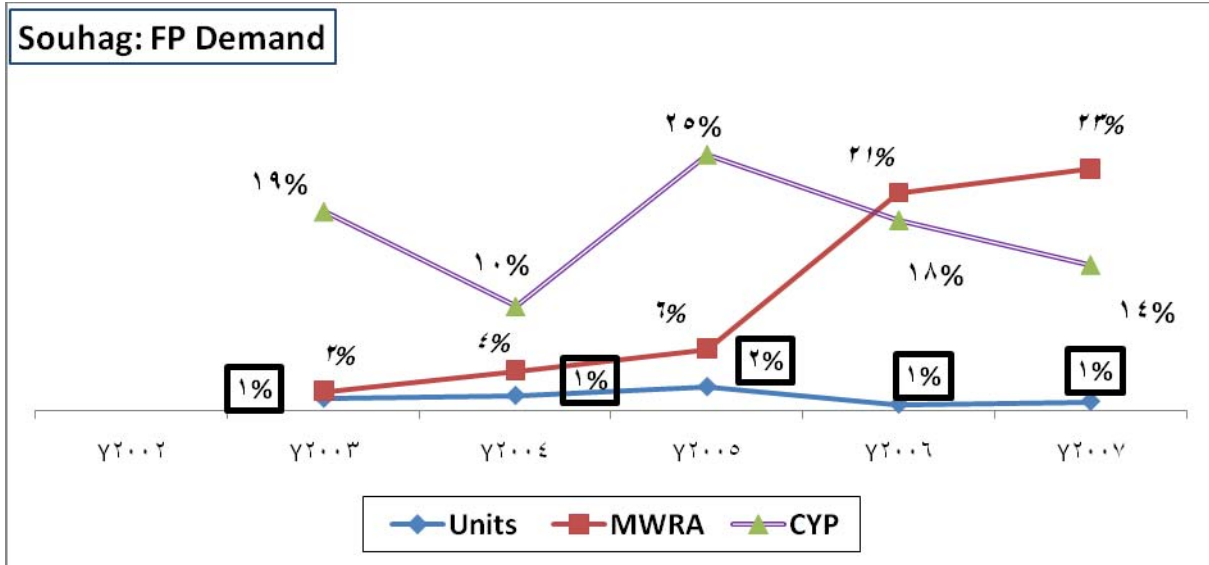


شكل (31-4) متوسط عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب / وحده , ومتوسط عدد سنوات الحمايه المحققه / وحده , محافظة سوهاج 2002-2007

ينضح من الشكل أن الزيادة في عدد السيدات لم يواكبه زيادة في عدد الوحدات وبالتالي هناك زيادة مضطرده في متوسط عدد السيدات لكل وحده حتى وصلت الى 1911 سيد/ وحده وهذه الزيادة تشكل حجم مجتمع مستهدف لكل وحده ويتطلب توفير وسائل تنظيم الأسره له , أى يتطلب زياده كفاءة الوحدة , ولكنه لوحظ العكس حيث أخذ متوسط عدد سنوات الحمايه المحققه من الوسائل الموزعه بالوحده في الانخفاض ليصل الى 455 سنة حمايه لكل وحده عام 2006 , 437 سنة حمايه لكل وحده عام 2007 , أى أن وحدات سوهاج تعمل بكفاءه تقدر 23% تغطيه للسيدات بسنوات الحمايه أو 1,5 سنة حمايه في اليوم .

ويبين الشكل 4-32 أن الزيادة في عدد السيدات المتزوجات (بغض النظر عن طريقة حساب عدد السيدات التقديرى) قد قابله ثبوت في عدد الوحدات التي ظلت لمدى خمسة أعوام 2005-2007 دون تغير في عددها – والذي يمثل زياده قدرها 1% عن سنة 2002 , وقد تكون المشكله في أن هناك مجتمعات جديده ليس لها فرصه الحصول على الخدمه في

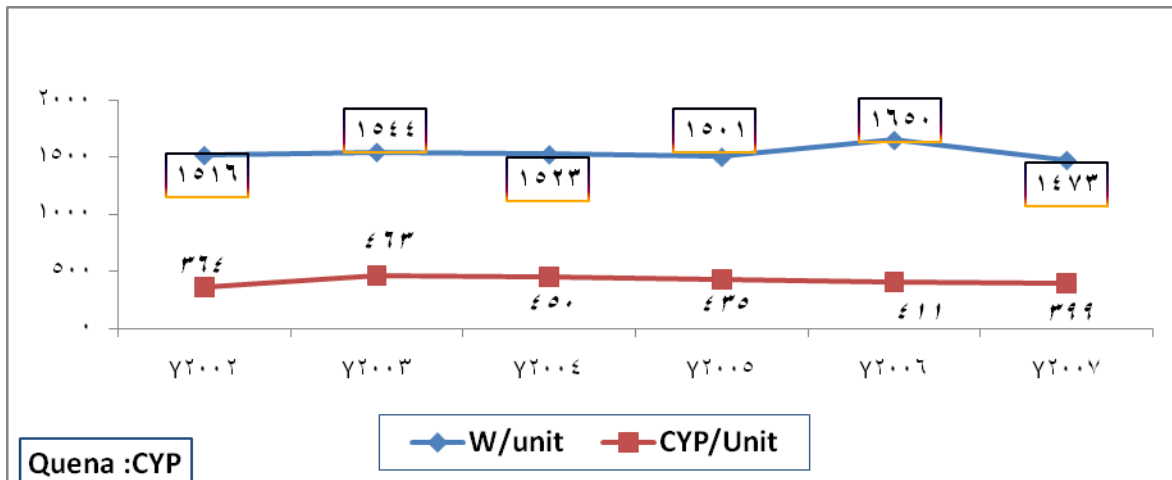
العيادات القائمة والتي تعمل منذ عام 2002 – ولكن وجود وحدات ذات عدد ثابت والتي عملت عام 2005 على زيادة سنوات الحماية بمقدار 25% عن سنة الأساس – قد انخفضت كفاءتها لتقل نسبة الزيادة في سنوات الحماية عن سنة الأساس لتصل الى 18% عام 2006 , 14% عام 2007



شكل (4-32) نسبة التغير في اعداد السيدات المتزوجات في سن الانجاب , الوحدات الصحية , سنوات الحماية المحققة 2003-2007 – محافظة سوهاج

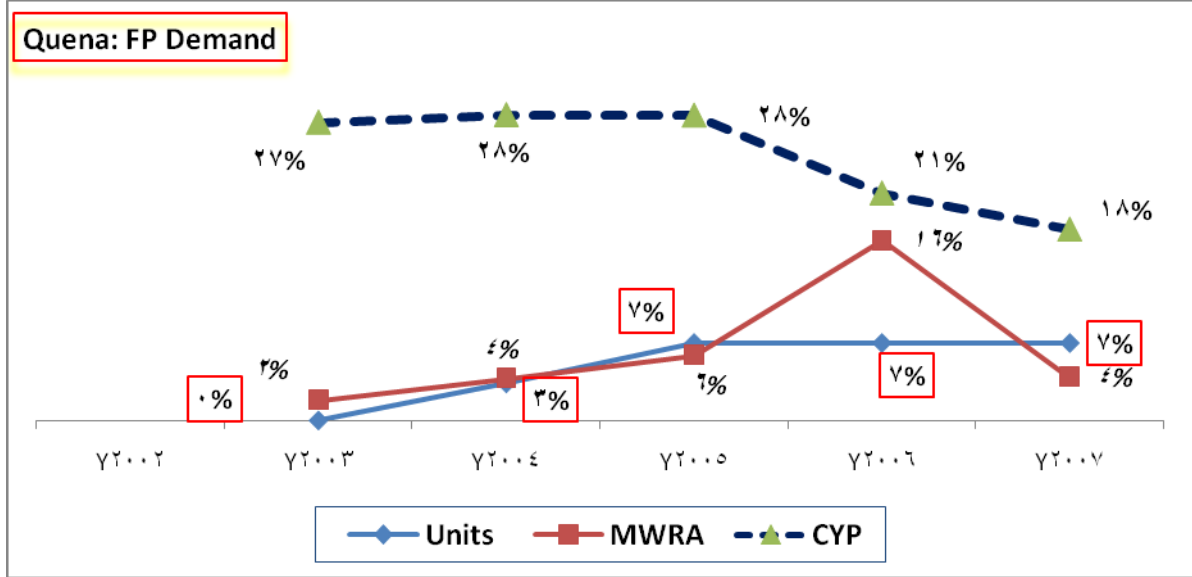
يعرض شكل 4-33 أداء وحدات تنظيم الأسرة بمحافظة قنا خلال سلسله زمنييه 2002-2007 يتضح من الشكل أن حجم المجتمع المستهدف لكل عياده أقل منه على المستوى القومي , وهذا يعنى توافر الوحدات (العرض) بغض النظر عن توزيع الوحدات فى المحافظه , حيث وصل عدد السيدات لكل وحده الى 1473 سيده/ وحده عام 2007 .

أما عن كفاءة العيادات فيلاحظ من الشكل تدنى مستوى الكفاءه من 463 سنة حمايه / وحده عام 2003 الى 399 سنة حمايه عام 2007 أى انخفاض نسبة التغطيه بسنوات الحماية من 30% الى 27% لكل وحده بالرغم من زيادة عدد الوحدات بالنسبة لحجم المجتمع المستهدف , وتبين بيانات عام 2007 أن وحدات قنا تعمل بمتوسط كفاءه 1,3 سنة حمايه فى اليوم للوحده



شكل (33-4) متوسط عدد السيدات المتزوجات في سن الانجاب/وحده ومتوسط عدد سنوات الحماية المحققة/وحده - محافظة قنا 2002-2007

ويظهر من شكل 4-34 أنه خلال الأعوام 2003 ، 2004 ، 2005 كان هناك شبه ثبات في نسبة الزيادة في عدد سنوات الحماية المحققة عن سنة الأساس (28%) ولكن بعد سنة 2005 حدث انخفاض في نسبة الزيادة في عدد سنوات الحماية المحققة لتصل الى 18% ويمكن الاستنتاج من الشكلين السابقين أن الكفاءة المنخفضة لوحدات محافظة قنا هي مشكلة مزمنة وقد ترجع الى ما قبل عام 2002 وتظهر لنا هذه المشكلة أن مجتمع قنا مجتمع مختلف فيجب أن يكون هناك نظام معين يمكن أن يتقابل فيه العرض والخاص بالوحدات مع الطلب/ رؤية السيدات في المجتمع لخدمات تنظيم الأسرة .



شكل (34-4) نسبة التغير في اعداد السيدات المتزوجات في سن الانجاب , الوحدات الصحيه , سنوات الحماية المحققة 2003-2007 مقارنة بسنة الأساس 2002 – محافظة قنا

المستنتج من الفصل الرابع :

يتميز تقرير الاحصاء السنوى للمجلس القومى للسكان بالثراء فى المعلومات والشموليه والاستمراريه- الا أنه يحتاج الى اضافات جديده فى المؤشرات تساعد على تشخيص النجاحات وأوجه القصور فى البرنامج بطريقة تساعد متخذى القرار – وعلى الجانب الآخر يجب أن يكون هناك نظاما احصائيا دقيقا وثابتا لحساب عدد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب لكل محافظه حتى يمكن الاستفادة من المؤشرات المختلفه .

من خلال تحليل بيانات تقارير الاحصاء السنويه يمكن الاجابه على الأسئلة البحثيه التى تم طرحا فى أول هذا الفصل

- استمر القطاع الحكومى كمصدر أول فى مصروكل المحافظات بلا استثناء لوسائل تنظيم الأسرة وبإسهام نسبى 82% على مستوى الجمهوريه فى سنوات الحماية المحققة من الوسائل الموزعه فى مصر طبقا لبيانات المجلس القومى للسكان .

- يتضاءل اسهام القطاع الأهلى فى سنوات الحماية المحققة ويصل حاليا الى 5% .
- هناك زياده طفيفه فى دور القطاع الخاص تصل الى اسهام نسبى 13% , وهذا الاسهام فى سنوات الحماية ناتج من الموزع من الحبوب والحقن عن طريق الصيدليات – ولا يتوافر فى تقارير المجلس القومى للسكان أى معلومات عن الوسائل الأخرى والأنواع الأخرى من الوسائل التى توزع فى الصيدليات عن طريق القطاع الخاص .
- تغيرت توليفة الوسائل بالنسبة للاسهام النسبى لكل وسيله حيث يتناقص دور اللولب ويرتفع الاسهام النسبى للحبوب والحقن – مما يلقى الضوء على دور الوحدات الصحيه (وزارة الصحه والأهليه) وكفاءة الأداء فى تقديم كافتيريا وسائل مختلفه خاصة اللولب الذى يتميز باستمرارية الاستخدام
- حدث زياده فى وحدات تقديم الخدمه ولكن مقدار الزياده لم يتواكب مع الزياده فى عدد السيدات المتزوجات فى سن الانجاب – كما أن الزياده فى عدد الوحدات لم يكن متجانسا بالنسبة للتوزيع على المحافظات خلال السلسله الزمنيه .
- هناك انخفاض فى كفاءة الوحدات فى توزيع وسائل تنظيم الأسره خاصة فى عامى 2006 , 2007 , وبالذات محافظات الوجه القبلى – وبعض المحافظات يكون بها ثبات فى كفاءة الأداء والذى يمكن أن يوصف أنه عدم الاستخدام الأمثل لموارد تنظيم الأسره ممثلة فى الوحدات لتحقيق المستهدف
- وللإجابة على سؤال , ما هو السبب وراء انخفاض سنوات الحماية فى مصر عام 2006-2007 : السبب هو انخفاض وعدم احراز أى تقدم فى كفاءة وفاعلية الوحدات الصحيه (وزارة الصحه والجمعيات الأهليه) لزيادة سنوات الحماية للمجتمع المستهدف .

الفصل الخامس : دور وزارة الصحه فى برنامج تنظيم الأسره

تقوم وزارة الصحه والسكان بدور محورى فى برنامج تنظيم الأسره ، ونعرض فى هذا الفصل تطور دور وزارة الصحه فى البرنامج من حيث عدد الوحدات / عيادات تنظيم الأسره , والموقف الحالى بالنسبة لتدريب الأطباء والممرضات فى وحدات وزارة الصحه ومراكز الجمعيات الأهليه (2008)

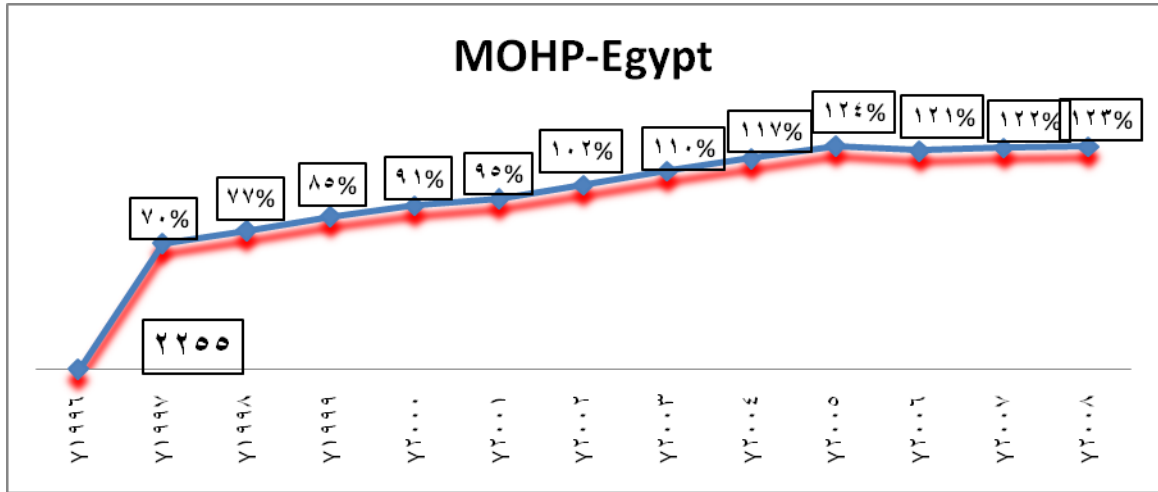
كما نعرض فى هذا الفصل التطور فى برنامج تحسين جودة خدمات تنظيم الأسره , والنجمه الذهبية 1996-2007

كما نعرض فى هذا الفصل أيضا حجم الخدمات التى تقدمها وزارة الصحه والسكان فى عيادات تنظيم الأسره من حيث متوسط العدد اليومى للمنتفعات وتوزيع المنتفعات سبب زيارة عيادة تنظيم الأسرة وحسب وسيله تنظيم الأسرة

1-5 تطور أعداد وحدات / عيادات تنظيم الأسره – وزارة الصحه والسكان 1996-2008

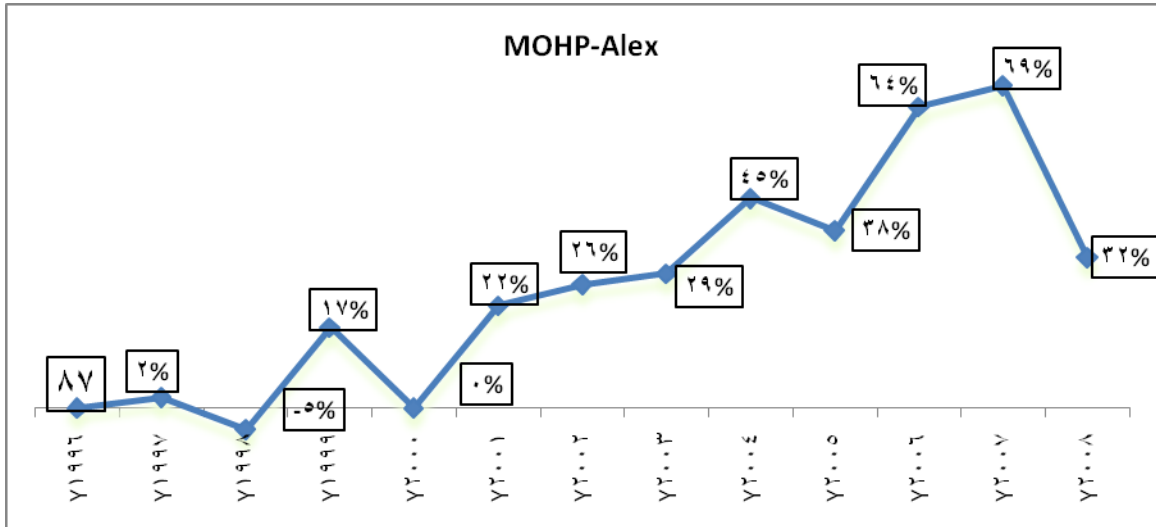
بعد المؤتمر العالمى للسكان عام 1994 برزت فكرة اعطاء اهمية أكبر لتنظيم الأسره وذلك من خلال وجود هيكل تنظيمى يبدأ من المستوى المركزى بالوزارة وحتى مستوى القرية – حيث يختص بالتخطيط والتنفيذ لبرنامج تنظيم الأسره , وبذلك تم تدعيم ادارة تنظيم الأسره فى الوزارة لتصبح " قطاع السكان وتنظيم الأسره " والذى بدأ العمل عام 1996 . ومنذ ذلك التاريخ حدثت نهضة كبيره فى البرنامج الذى كان يحظى بدعم سياسى ومؤسسى الى جانب الدعم الأجنبى للمشروعات وأهمها مشروع تنمية النظم فى تنظيم الأسرة.

ومن أهم التغييرات التى حدثت منذ انشاء قطاع السكان هو الزيادة المضطردة فى عدد عيادات تنظيم الأسره فى كل من الريف والحضر . ويبين شكل (1-5) مدى التطور فى عدد عيادات تنظيم الأسره منذ عام 1996 وحتى 2008 فبعد أن كان عدد العيادات 2255 عيادة عام 1996 على مستوى الجمهوريه ارتفع الى 3827 عياده عام 1997 أى بزياده قدرها 70% , واستمرت الزيادة فى عدد العيادات سنويا حيث بلغت أقصاها عام 2005 , فأصبح عدد العيادات 5047 عياده أى بزياده قدرها 124% عن سنة الأساس (1996) , ويلاحظ أنه بعد عام 2005 بدأ هناك تناقصا فى أعداد العيادات – حيث أصبح عدد العيادات عام 2008 هو 5034 وقد يرجع السبب الى أن هناك 13 عياده تحت التجديد أو الاحلال والتى توقفت عن العمل فى الوقت الحالى (2008)



شكل (1-5) تطور أعداد عيادات تنظيم الأسرة: نسبة التغير فى أعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 – مقارنة بسنة الأساس 1996- وزارة الصحة والسكان

وبدراسة بيانات وزارة الصحة وجد أن نسبة الزيادة فى اعداد عيادات تنظيم الأسره على المستوى القومى لا تتطابق مع الزيادة على مستوى كل محافظه على حده , ففي محافظة الاسكندريه يلاحظ فى شكل (2-5) أنه فى عام 1996 كان هناك 87 عياده تنظيم أسره وفى عام 1997 تم اضافة عيادتين فقط , وفى عام 1998 تعرضت ستة عيادات للاحلال والتجديد – فتناقص عدد العيادات بنسبة 5% عن سنة الأساس 1996 – ولكن فى عام 2001 أصبح هناك زياده مضطرده فى عدد عيادات تنظيم الأسره لتصل أقصاها عام 2007 (147 عياده) بزياده قدرها 69% عن سنة الأساس . ولكن فى عام 2008 – ومع انتشار برنامج طب الأسره على مستوى محافظة الاسكندريه – كان هناك حركه واسعه للاحلال والتجديد لعدد 32 عياده / وحده , وبذلك انخفض عدد العيادات عام 2008 ليصل الى 115 عياده (أى أن عدد العيادات الحالى يزيد عنه فى سنة الأساس 1996) بمقدار 32%.

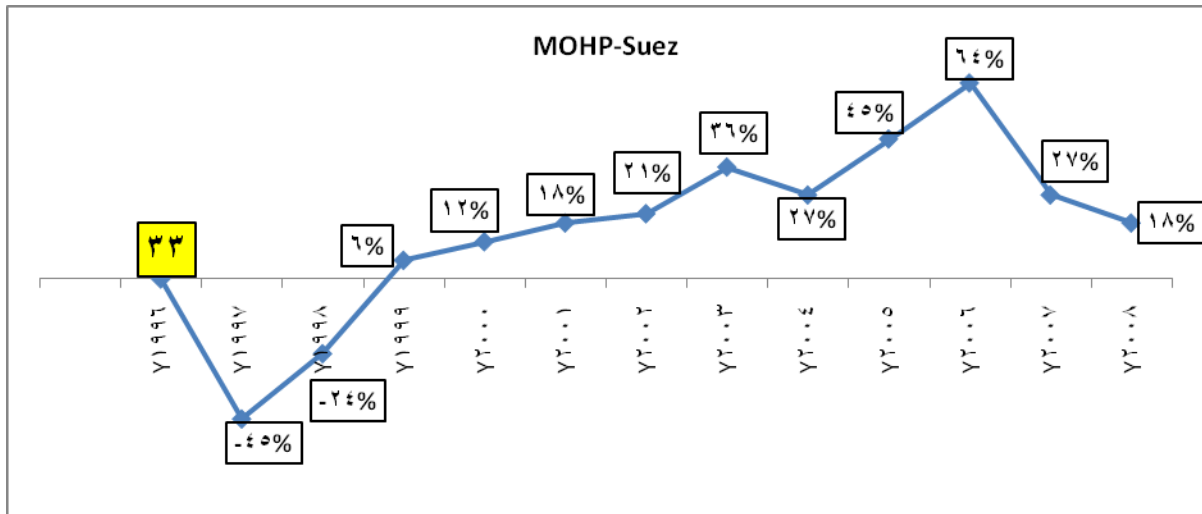


شكل (2-5) تطور أعداد عيادات تنظيم الأسرة: نسبة التغير في أعداد أعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 - مقارنة بسنة الأساس 1996- وزارة الصحة والسكان - محافظة الاسكندرية

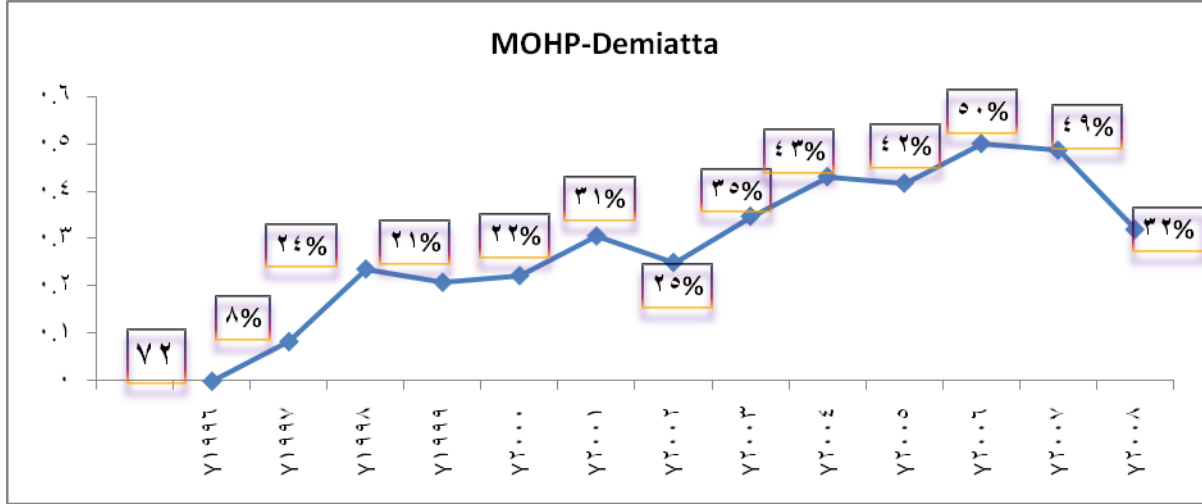
ويبين شكل (3-5) معدل الزيادة في عدد عيادات تنظيم الأسرة بمحافظة السويس خلال الفترة 1996-2008. يتضح من الشكل أنه مع بداية عمليات التطوير في برنامج تنظيم الأسرة قد اكتشف وجود عيادات تحتاج الى تجديد واحلال - وبالتالي تناقص العدد الكلى للوحدات العاملة في تنظيم الأسرة (والتي كان عددها 33 وحده عام 1996) بنسبة 45% ثم بدأت الوحدات تتزايد تدريجيا لتصل الى 45 وحده عام 2006 أى بزياده قدها 64% عن سنة الأساس 1996. ولكن يلاحظ أنه بادخال برنامج الاصلاح الصحى عام 2003-2008 حدثت عمليات تجديد واحلال - وتوقف بعض العيادات عن العمل ليصل

عدد العيادات فى عام 2008 الى 39 عياده بعد أن كان 45 عيادة عام 2006

ويبين شكل (4-5) التطور فى اعداد عيادات تنظيم الأسرة بمحافظة دمياط , حيث يلاحظ الزيادة المضطرده فى اعداد الوحدات ليصل الى زروته عام 2006 , حيث زاد عدد الوحدات بنسبة 50% عما كان عليه عام 1996 (بلغ عدد الوحدات عام 1996 فى دمياط 72 وحده , وارتفع هذا العدد الى 108 وحده عام 2006 , الا أنه بعد عام 2006 بدأ عدد الوحدات فى التناقص الى أن وصل الى 95 وحده عام 2008 , ورغم هذا مازال هذا العدد يمثل زياده قدرها 32% عما كانت عليه عام 1996).



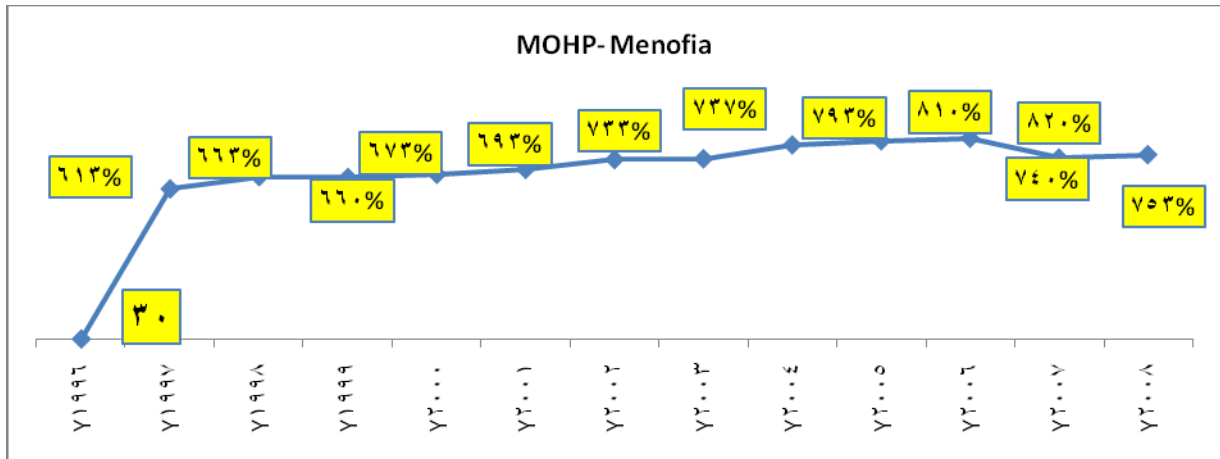
شكل (3-5) تطور أعداد عيادات تنظيم الأسرة: نسبة التغير في أعداد أعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 - مقارنة بسنة الأساس 1996- وزارة الصحة والسكان - محافظة السويس



شكل (4-5) تطور أعداد عيادات تنظيم الأسرة: نسبة التغير في أعداد أعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 - مقارنة بسنة الأساس 1996- وزارة الصحة والسكان - محافظة دمياط

ويبين شكل (5-5) أن محافظة المنوفية كان بها طفره كبيره جدا وغير مسبوقة في زيادة عدد الوحدات , فقد زاد عدد الوحدات من 30 عياده عام 1996 الى 214 عياده عام 1997 (بزيادة قدرها 613 %) وبلغت عملية الزيادة الى زروتها عام 2006 حيث وصل مقدار الزيادة في عددالوحدات عن سنة الأساس الى 820% ليبدأ بعد ذلك في التناقص حيث وصل عدد العيادات في عام 2008 الى 256 عياده بعد أن كان 276 عياده عام 2006 .

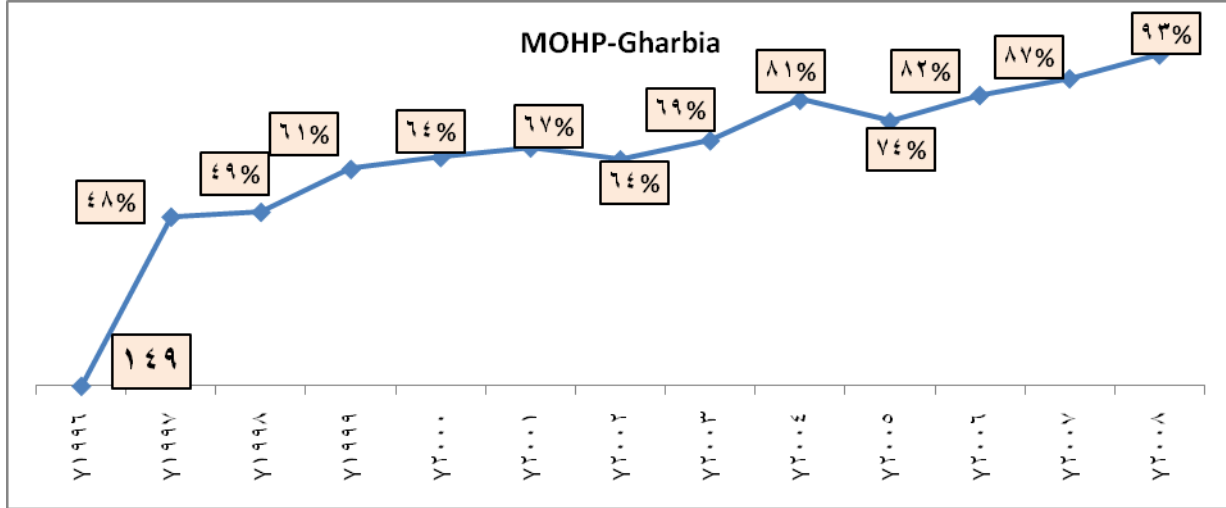
وجدير بالذكر أن برنامج الاصلاح الصحى يعمل بمحافظة المنوفيه منذ عام 2003 وهوغطى حاليا جميع وحدات محافظة المنوفيه .



شكل (5-5) تطور أعداد عيادات تنظيم الأسرة: نسبة التغير في أعداد أعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 - مقارنة بسنة الأساس 1996- وزارة الصحة والسكان - محافظة المنوفيه

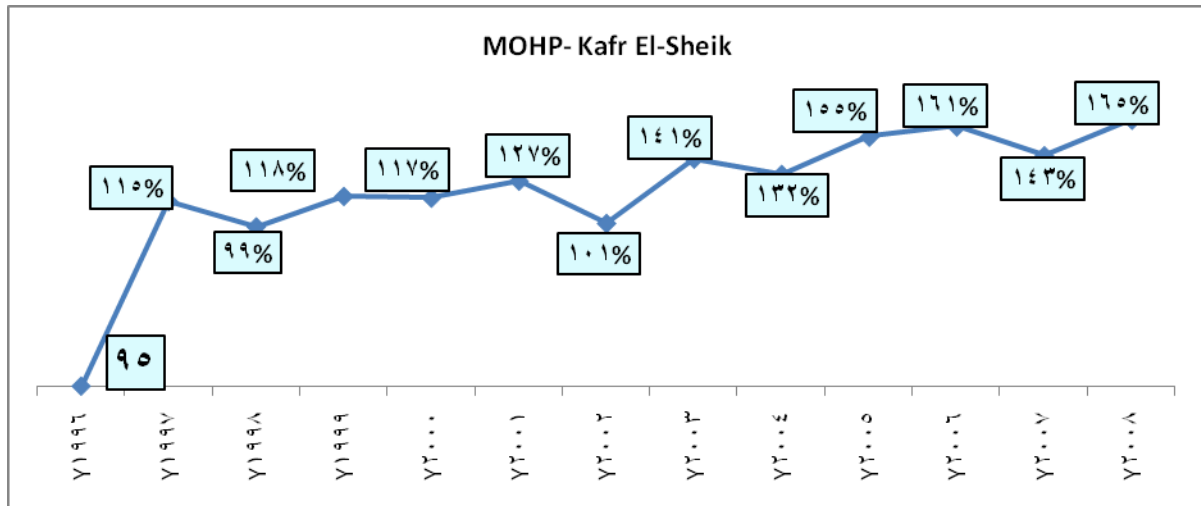
يلاحظ من شكل (5-6) أن الارتفاع في عدد وحدات تنظيم الأسرة بمحافظة الغربية كان تدريجيا منذ عام 1997 فصاعدا , حيث بدأ بزيادة العيادات من 149 عيادة عام 1996 الى 220 عيادة عام 1997 (بزياده قدرها 48%)

وتعتبر محافظة الغربية من المحافظات التي أثبتت ارتفاعا في عدد وحدات تقديم خدمات تنظيم الأسرة من عام 2005 وحتى عام 2008 – دون توقف خلال ثلاث سنوات متعاقبه .



شكل (5-6) تطور أعداد عيادات تنظيم الأسرة: نسبة التغير في أعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 – مقارنة بسنة الأساس 1996- وزارة الصحة والسكان - محافظة الغربية

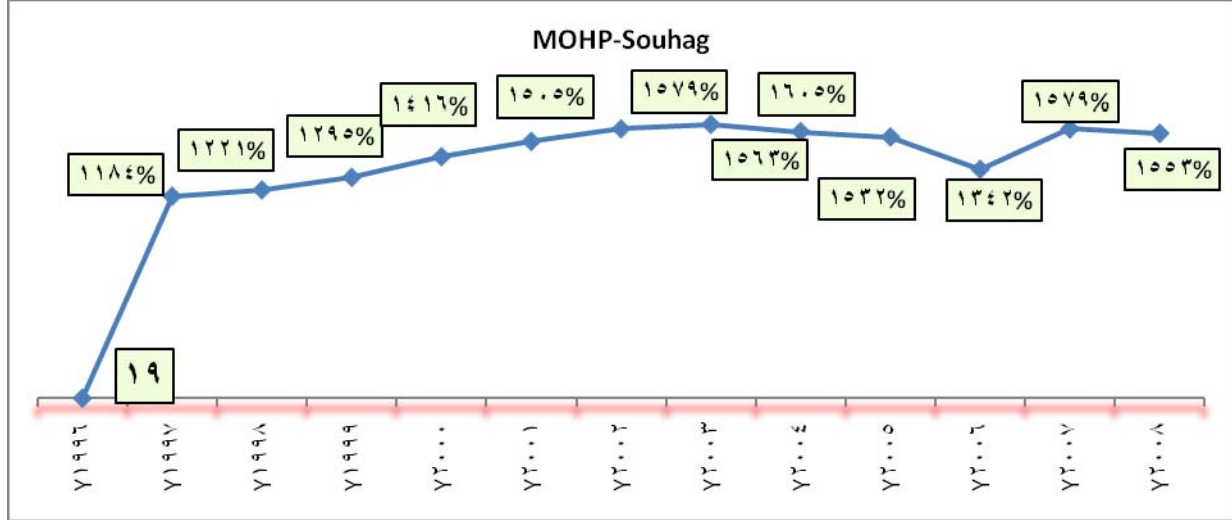
ويعرض شكل (5-7) تطور حجم أعداد عيادات تنظيم الأسرة لمحافظة كفر الشيخ , حيث تضاعف عدد الوحدات منذ سنة 1996 من 95 عيادة تنظيم أسره عام 1996 الى 252 عيادة / وحده عام 2008 بزياده مقدارها 165%



شكل (5-7) تطور أعداد عيادات تنظيم الأسرة: نسبة التغير في أعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 – مقارنة بسنة الأساس 1996- وزارة الصحة والسكان - محافظة كفر الشيخ

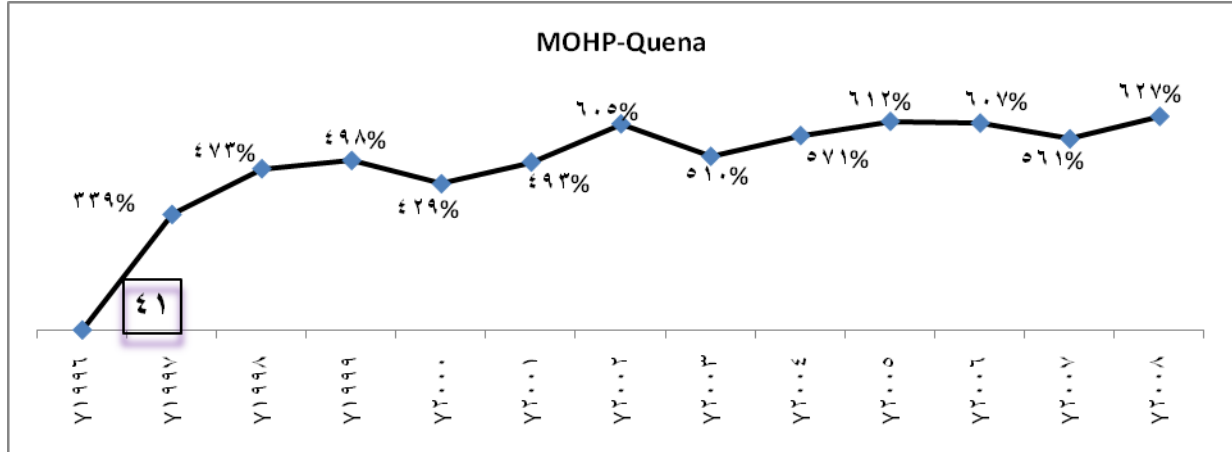
ويمثل شكل (5-8) لمحافظة سوهاج نموذجا فريدا من المحافظات التي أولتها الدولة اهتماما كبيرا من حشد الموارد , حيث كان عدد الوحدات 19 وحده فقط عام 1996 – وأصبح 244 وحده في العام التالي 1997 – أى بزياده قدرها 1184% وهذا يعنى أن محافظة سوهاج منذ بدأ العمل في قطاع السكان كانت من الأولويات كمحافظة تستحق وتحتاج

الى موارد وامكانيات لتقديم خدمات تنظيم الأسرة , واستمر دعم المحافظه بزيادة عيادات تنظيم الأسرة ليصل عددها عام 2008 الى 314 عياده بزيادة قدرها 1553% عما كانت عليه عام 1996



شكل (5-8) تطور أعداد عيادات تنظيم الأسرة: نسبة التغير في أعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 - مقارنة بسنة الأساس 1996 - وزارة الصحة والسكان - محافظة سوهاج

وكانت محافظة قنا أيضا من المحافظات التي شملها اهتمام وزارة الصحة / قطاع السكان , حيث كان عدد الوحدات / العيادات 41 عياده تنظيم أسرته عام 1996- واستمرت عملية اضافة وحدات جديده لكي يصل العدد الى 298 وحده / عياده تنظيم أسرته عام 2008 بزيادة قدرها 627% عما كانت عليه عام 1996 (شكل 5-9) .



شكل (5-9) تطور أعداد عيادات تنظيم الأسرة: نسبة التغير في أعداد عيادات تنظيم الأسرة 1997-2008 - مقارنة بسنة الأساس 1996 - وزارة الصحة والسكان - محافظة قنا

مما سبق يتضح أن كل محافظات الجمهوريه قد شملها زيادة تدريجيه في عدد الوحدات الصحيه حتى عام 2008 - لكن خلال الاعوام 2005-2008 تعرضت عدة وحدات للحلال والتجديد مما نقص معه عدد الوحدات العامله في مجال تنظيم الأسرة في محافظات الاسكندريه , والسويس, ودمياط , والمنوفيه , كفر الشيخ وسوهاج وقنا.

5-2 الأطباء والمرضات المدربين في تنظيم الأسرة بوحدهات وزارة الصحة والسكان :

يبين جدول 5-1 توزيع الأطباء والمرضات العاملين بعيادات تنظيم الأسرة / وزارة الصحة والسكان على مستوى الجمهورية وعلى مستوى المحافظات موضع الدراسة طبقاً للتدريب الأساسي في تنظيم الأسرة .

يتضح من الجدول أنه على مستوى كل عيادات وزارة الصحة والسكان يوجد 15 طبيب و 27 ممرض لكل 10 وحدات , أى أنه يوجد فى المتوسط أكثر من طبيب وأكثر من ممرضتين لكل عيادة تنظيم أسرته , ولكن طبقاً لإحصاءات وزارة الصحة يتبين أن 57% من الأطباء , 62% من الممرضات فقط قد حصلوا على التدريب الأساسي فى تنظيم الأسرة – أى أن هناك 43% من الأطباء و 38% من الممرضات يقدمون خدمات تنظيم الأسرة دون حصولهم على تدريب .

أما عن تغطية الوحدات بالأطباء والمرضات المدربين على تنظيم الأسرة نجد أن 62% من الوحدات بها أطباء مدربين 38% من الوحدات بها أطباء غير مدربين فى تنظيم الأسرة , 88% من الوحدات بها ممرضات مدربات على تنظيم الأسرة .

يلاحظ أيضاً من جدول 5-1 أن هناك تبايناً بين المحافظات من حيث توزيع الأطباء والمرضات وتغطية الوحدات بالأطباء والمرضات المدربين – فيمقارنة بيانات المحافظات بالمتوسطات على المستوى القومى نجد أن فى محافظات دمياط وكفر الشيخ , وقنا , وسوهاج يبلغ متوسط عدد الأطباء لكل عيادة تنظيم أسرته أقل مما هو عليه على المستوى القومى .

وبالنسبة للممرضات نجد أن محافظات الاسكندرية , كفر الشيخ , دمياط , قنا , سوهاج بها متوسط عدد الممرضات لكل عيادة تنظيم أسرته أقل منه على المستوى القومى .

ويلاحظ أيضاً أن أقل من نصف أطباء تنظيم الأسرة فى وحدات وزارة الصحة بمحافظة قنا والمنوفية والسويس قد حصلوا على تدريب فى تنظيم الأسرة , كما يلاحظ أيضاً أن أكثر من نصف وحدات وزارة الصحة بمحافظة قنا بها أطباء غير مدربين (51%) و 26% من وحداتها بها ممرضات غير مدربات .

ويتضح من الجدول أيضاً أن محافظة الغربية من المحافظات المتميزة حيث أن أكثر من 95% من وحداتها بها أطباء وممرضات مدربات فى تنظيم الأسرة .

جدول 5-1 توزيع الأطباء والمرضات المدربين فى تنظيم الأسرة بوحدات وزارة الصحة والسكان طبقاً لمحافظة الدراسة وإجمالى وحدات وزارة الصحة والسكان 2008

المحافظة	عدد عيادات تنظيم الأسرة	نسبة الأطباء لكل وحدة	نسبة الممرضات لكل وحدة	نسبة الأطباء المدربين	نسبة الممرضات المدربات	نسبة الوحدات التى بها أطباء مدربين	نسبة الوحدات التى بها ممرضات مدربات
الاسكندرية	115	1,7	1,5	67%	73%	77%	87%
السويس	39	2,5	3,9	46%	74%	69%	100%
دمياط	95	0,9	2,0	51%	98%	56%	97%
المنوفية	256	1,7	3,5	43%	55%	55%	99%
الغربية	288	1,5	2,7	85%	92%	97%	98%
كفر الشيخ	252	1,2	1,8	54%	94%	54%	96%
سوهاج	314	1,4	2,5	54%	65%	55%	84%
قنا	298	1,3	2,4	43%	49%	49%	74%
جملة وحدات وزارة الصحة	5034	1,5	2,7	57%	62%	62%	88%

المصدر: وحدة المعلومات / قطاع السكان / وزارة الصحة والسكان 2008

3-5 الأطباء المدربين فى تنظيم الأسرة ويعملون بالجمعيات الأهلية:

يبين الجدول 5-2 أن 462 جمعية أهلية على مستوى الجمهوريه تعمل في مجال تنظيم الأسره تتلقى دعما من وزارة الصحة والسكان من خلال توفير الأطباء المدربين في تنظيم الأسره , ومتوسط عدد الأطباء لكل جمعيه هو 1,8 طبيب , ومعظم الأطباء الذين يعملون بالجمعيات الأهليه مدربين على تنظيم الأسره (92%).
يبين جدول 5-2 أن هناك تباينات في توزيع الجمعيات الأهليه التي تقدم خدمات تنظيم الأسره ومدعمه بأطباء من وزارة الصحة والسكان , حيث يوجد 32 جمعيه في الاسكندريه , و24 جمعيه في سوهاج تقدم خدمات تنظيم الأسره , بينما يوجد في كل من المنوفيه وكفر الشيخ أربع جمعيات فقط مدعمه بأطباء مدربين من وزاره في كل من المحافظتين.
أما عن توزيع الأطباء المدربين بين الجمعيات في المحافظات المختلفه , فتحتضن جمعيات المنوفيه الأربع بحوالى 6 اطباء مدربين , بينما محافظات الاسكندريه ودمياط وسوهاج فالأطباء المدربين المعارين لها قد يعملون في أكثر من جمعيه وذلك لنقص عدد الأطباء المدربين المنتدبين من وزارة الصحة والسكان .

جدول (5-2) الجمعيات الأهليه التي تعمل في مجال تنظيم الأسره ويعمل بها أطباء منتدبين من وزارة الصحة والسكان ومتوسط

عدد الأطباء المدربين العاملين بها على مستوى الجمهوريه وعلى مستوى محافظات الدراسه 2008

المحافظة	الجمعيات المنتدب لها أطباء من وزاره	عدد الأطباء المنتدبين	عدد الأطباء المدربين	نسبة الأطباء المدربين/جمعية
الاسكندريه	32	14	14	0,4
السويس	13	21	21	1,6
دمياط	9	8	8	0,9
المنوفيه	4	23	20	5,8
الغريه	9	20	20	5,8
كفر الشيخ	4	7	6	1,8
سوهاج	24	22	20	0,9
قنا	13	13	11	1,0
اجمالي الجمهوريه	462	816	754	1,8

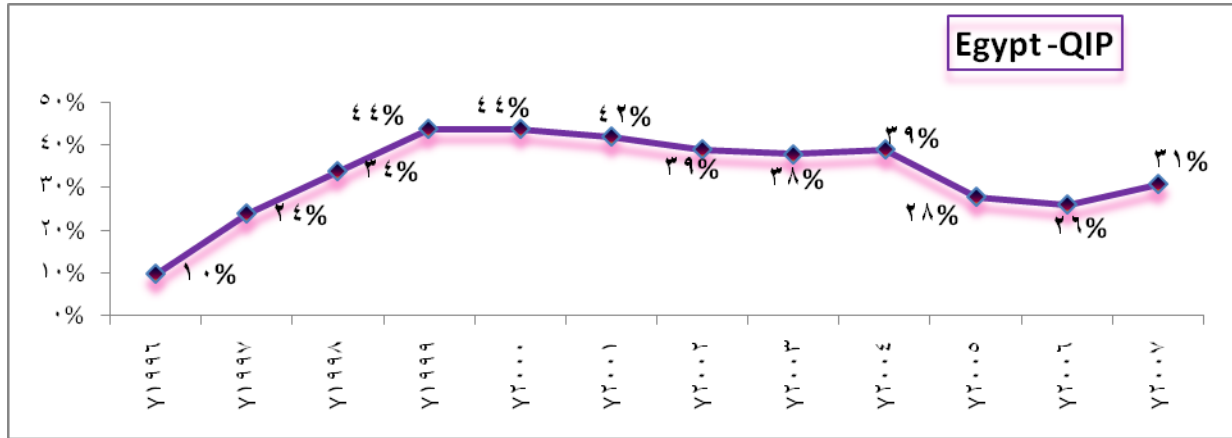
المصدر: وحدة المعلومات / قطاع السكان/ وزارة الصحة والسكان

4-5 جودة خدمات تنظيم الأسره في وحدات وزارة الصحة والسكان :

بدأ قطاع السكان برنامج تحسين جودة خدمات تنظيم الأسره عام 1996 حيث يقوم مشرفين على مستوى الاداره بعمل زيارات اشرافيه وتقييم أداء عيادات تنظيم الأسره طبقا لقائمة معايير جوده الخدمه وكتابة تقارير ربع سنوى بها تقديرات مستوى الجوده – وبناءا على تقارير التقييم تحصل الوحده على " النجمه الذهبيه " اذا حصلت على تقدير 100% على مدى ربعين متتاليين .

ويبين شكل (5-10) نسبة الوحدات التي حصلت على النجمه الذهبيه لتنظيم الأسره من اجمالى وحدات الجمهوريه خلال الفتره 1996-2007

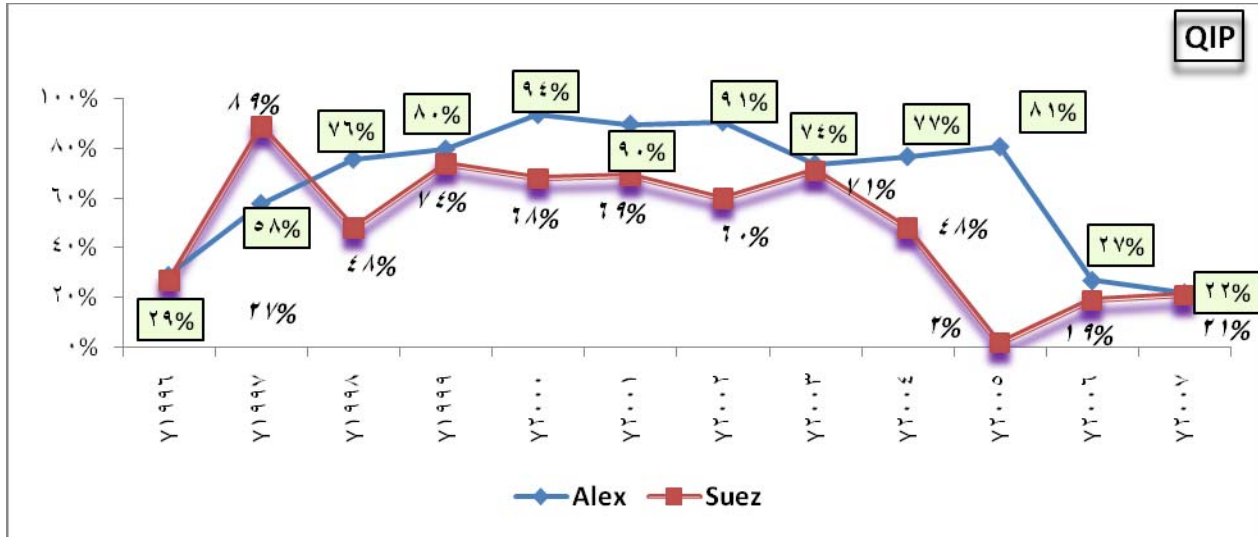
ويلاحظ من الشكل أنه قد حدثت زياده في معدل حصول الوحدات على النجمه الذهبيه لتستمر 44% من الوحدات في تميزها بالجوده خلال عامى 1999-2000 ولكن بعد عام 2000 بدأ الانخفاض التدريجى في نسبة العيادات الحاصله على النجمه الذهبيه خاصة في عامى 2005 و2006 , ولكن في عام 2007 وصلت نسبة عيادات تنظيم الأسره الحاصله على النجمه الذهبيه 31% من اجمالى عيادات وزارة الصحة والسكان .



شكل (5-10) التطور في نسبة عيادات تنظيم الأسرة / وزارة الصحة والسكان الحاصلة على النجمة الذهبية 1996-2007 - اجمالى الجمهوريه

ويبين شكل 5-11 أن برنامج النجمة الذهبية قد أحرز توفيقا ملحوظا في محافظة الاسكندريه خلال الأعوام 2000,2001,2002 حيث تراوحت نسبة عيادات تنظيم الأسرة الحاصلة على النجمة الذهبية بين 90% و 94% وتتأرجح هذه النسبه في الانخفاض لتصل الى 27% عام 2006 و 22% عام 2007 .

أما محافظة السويس فقد نجحت في الحصول على النجمة الذهبية ل 89% من وحداتها عام 1997 - لكنها ما لبست أن فقدت هذا التميز في الأعوام التاليه حتى وصل الحال الى أن 2% فقط من عياداتها قد حصل على النجمة الذهبية عام 2005 , ولكن في عام 2007 كان نسبة عيادات تنظيم الأسرة الحاصلة على النجمة الذهبية يمثل 21% من اجمالى العيادات .

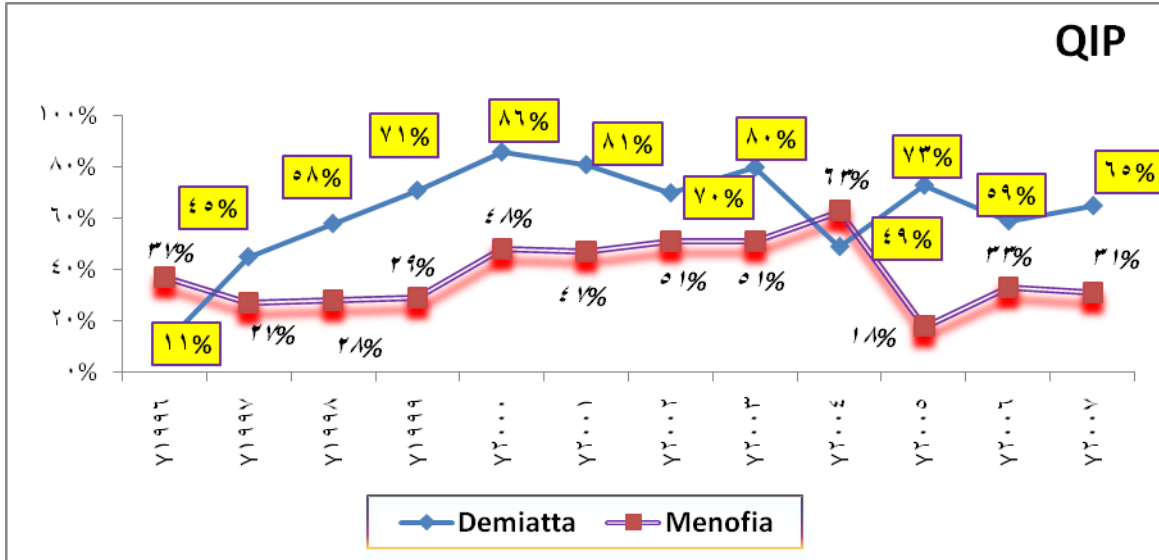


شكل (5-11) التطور في نسبة عيادات تنظيم الأسرة / وزارة الصحة والسكان الحاصلة على النجمة الذهبية 1996-2007 - محافظة الاسكندريه و محافظة السويس

ويبين شكل 5-12 نسبة عيادات تنظيم الأسرة التي حصلت على النجمة الذهبية خلال المده 1996-2007 بمحافظتى دمياط والمنوفيه , فيبين الشكل أنه في محافظة دمياط قد استمرت 70%-86% من عياداتها في الحصول على النجمة الذهبية خلال الأعوام من 1999-2003 - لكنه لوحظ حدوث انخفاض في نسبة الوحدات الحاصلة على النجمة الذهبية الى 49% عام 2004 , 59% عام 2006 .

ويبين الشكل أنه في عام 2007 قد حصلت 65% من عيادات تنظيم الأسرة بوحدة محافظة دمياط على النجمة الذهبية.

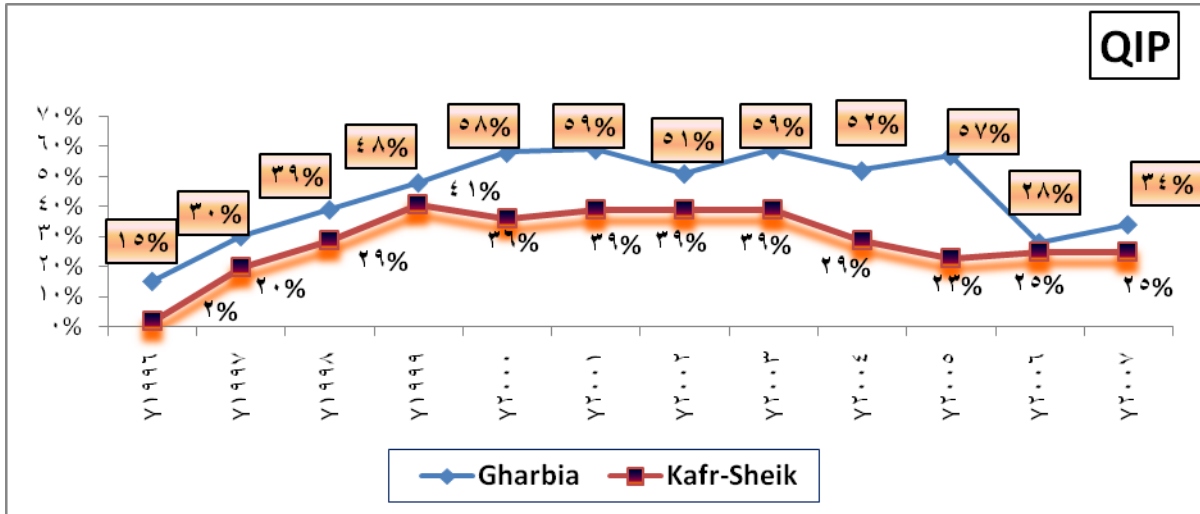
أما بالنسبة لمحافظة المنوفية فكانت فرص الوحدات ضعيفة في الحصول على النجمة الذهبية ، فالسنة الوحيدة التي سجلت فيها محافظة المنوفية أعلى نسبة بالنسبة لعدد عيادات تنظيم الأسرة الحاصله على النجمة الذهبية هي سنة 2004 حيث كانت نسبة هذه الوحدات هي 63% ، لكن بعد سنة 2004 حدث انخفاض شديد في نسبة عيادات تنظيم الأسرة الحاصله على النجمة الذهبية ففي عام 2007 حصلت 32% فقط من عيادات تنظيم الأسرة بالمحافظة على النجمة الذهبية. ويلاحظ أن برنامج طب الأسرة بدأ يعمل بمحافظة المنوفية عام 2002



شكل (5-12) التطور في نسبة عيادات تنظيم الأسرة / وزارة الصحة والسكان الحاصله على النجمة الذهبية 1996-2007 - محافظة دمياط و محافظة المنوفية

بين شكل 5-13 نسبة عيادات تنظيم الأسرة الحاصله على النجمة الذهبية في محافظتى الغربية وكفر الشيخ في المدة 1996-2007 ، فيبين الشكل أن حوالى أكثر من نصف عيادات تنظيم الأسرة بوحدة محافظة الغربية قد حصل على النجمة الذهبية خلال ستة أعوام متتاليه 2005-2000 ثم انخفضت بعد ذلك نسبة الوحدات التي حصلت على النجمة الذهبية لتصل الى 34% عام 2007

أما عيادات تنظيم الأسرة بمحافظة كفر الشيخ فهي أقل حظا في الحصول على النجمة الذهبية ، حيث وصلت أقصى نسبة لعيادات تنظيم الأسرة بالوحدات والحاصله على النجمة الذهبية 39% خلال ثلاث أعوام متتاليه 2001, 2002, 2003، ثم حدث بعدها انخفاض تدريجى في نسبة عيادات تنظيم الأسرة الحاصله على النجمة الذهبية ليصل الى أن ربع عيادات تنظيم الأسرة فقط قد حصل على النجمة الذهبية عام 2007 بوحدة محافظة كفر الشيخ

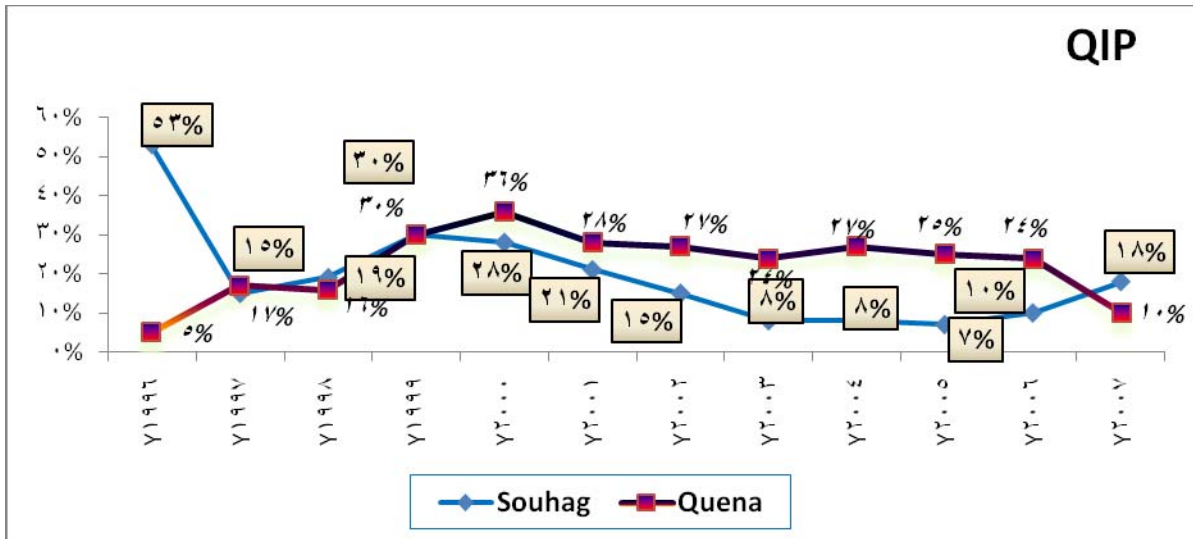


شكل (5-13) التطور في نسبة عيادات تنظيم الأسرة / وزارة الصحة والسكان الحاصلة على النجمة الذهبية 1996-2007 - محافظة الغربية و محافظة كفر الشيخ

ويعرض شكل 5-14 التطور في نسبة عيادات تنظيم الأسرة / وزارة الصحة والسكان الحاصلة على النجمة الذهبية خلال الفترة 1996-2007 بمحافظتي سوهاج وقنا

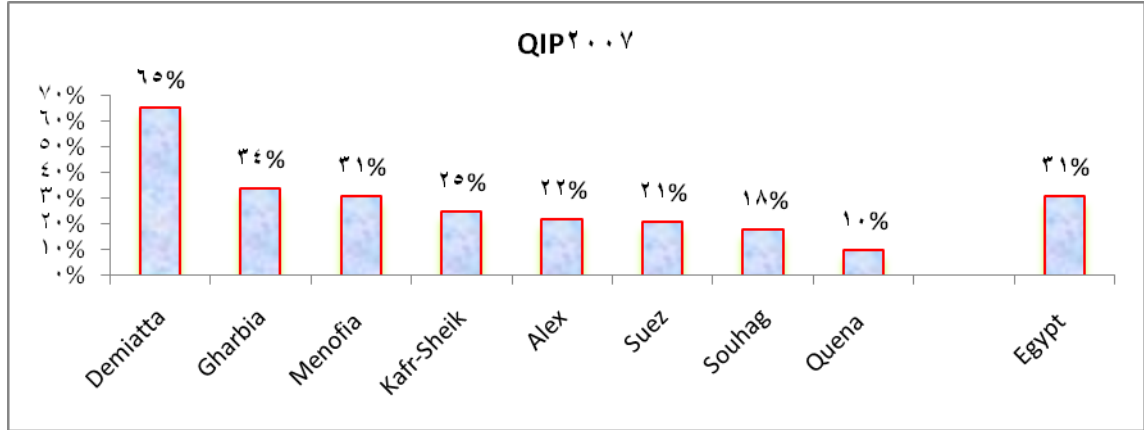
يلاحظ أنه في بداية برنامج تحسين الجودة (1996) كانت 53% من عيادات تنظيم الأسرة بوحدات محافظة سوهاج حاصلة على النجمة الذهبية ثم انخفضت بعد 1996 لتصل الى 15% فقط في العام التالي ولكن في عام 1999 حصلت 30% من عيادات تنظيم الأسرة بوحدات محافظة سوهاج على النجمة الذهبية , لكن لم تحتفظ وحدات سوهاج بالنجمة الذهبية في السنوات التالية حيث حدث انخفاض تدريجي في نسبة عيادات تنظيم الأسرة الحاصلة على النجمة الذهبية حتى وصلت الى 7% عام 2005 , لكنه لوحظ ارتفاع مفاجئ في نسبة الوحدات الحاصلة على النجمة الذهبية ليصل الى 18% عام 2007 , (يلاحظ أن برنامج طب الأسرة يعمل بمحافظة سوهاج منذ عام 2002)

أما محافظة قنا فلقد حافظ أكثر من ربع وحداتها تقريبا على النجمة الذهبية في الفترة من 1999-2006 - لكن في عام 2007 حدث هبوط مفاجئ في نسبة عيادات تنظيم الأسرة الحاصلة على النجمة الذهبية ليصل الى 10% فقط . (ويلاحظ أن برنامج طب الأسرة يعمل في محافظة قنا منذ عام 2005).



شكل (5-14) التطور في نسبة عيادات تنظيم الأسرة / وزارة الصحة والسكان الحاصلة على النجمة الذهبية 1996-2007 - محافظة سوهاج و محافظة قنا

ويشير شكل 5-15 الوضع الحالي بالنسبة لعدد عيادات تنظيم الأسرة الحاصلة على النجمة الذهبية عام 2007 . يتضح من الشكل أن أقل من ثلث (31%) عيادات تنظيم الأسرة التابعة لوزارة الصحة قد حصلت على النجمة الذهبية عام 2007 (1562 عياده من 5017 عياده) , ولقد حققت محافظة دمياط أعلى نسبة في عدد العيادات الحاصلة على النجمة الذهبية تليها محافظة الغربية . أما في الاسكندرية والسويس فان واحدة من كل خمس عيادات قد حصلت على النجمة الذهبية , أما في سوهاج وقنا فان أقل من خمس العيادات (18% - 10%) قد حصل على النجمة الذهبية عام 2007.



شكل (5-15) نسبة عيادات تنظيم الأسرة الحاصلة على النجمة الذهبية عام 2007 على مستوى الجمهورية وعلى مستوى محافظات الدراسة .

5-5 المنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة بوزارة الصحة والسكان :

يبين جدول 5-3 المتوسط اليومي لعدد المنتفعات في عيادات تنظيم الأسرة بوزارة الصحة والسكان على مستوى الجمهورية وعلى مستوى المحافظات موضع الدراسة خلال الفترة 2003-2007

يبين الجدول أن المتوسط اليومي للمنتفعات بتراوح بين 4,1 منتفعه/عياده / يوم عام 2003 الى 4,7 منتفعه/عياده / يوم عام 2007 .

ويوضح الجدول أن هناك أربع محافظات قد سجلت انخفاضا في متوسط عدد المنتفعات اليومي عام 2007 عنه في عام 2006 وهذه المحافظات هي : الاسكندرية , الغربية , سوهاج , دمياط . وهناك ثلاث محافظات سجلت ارتفاعا في متوسط عدد المنتفعات في اليوم وهي محافظات السويس, كفر الشيخ , وقنا , أما محافظة المنوفية فقد سجلت ثباتا في متوسط عدد المنتفعات (3,7) في عامي 2006 و 2007 , وبوجه عام هناك نمط شبه ثابت لكل محافظه على حده في متوسط عدد المنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة / لكل عياده في اليوم , والتي يمكن تقسيمها الى :

- كفاءه جيده : أعلى من المتوسط على مستوى الجمهورية (محافظة الاسكندرية)
- كفاءه متوسطه : في نفس مستوى المتوسط على المستوى القومي (الغربية وكفر الشيخ)
- كفاءه ضعيفه : أقل من مستوى المتوسط على المستوى القومي (السويس , دمياط , المنوفية , سوهاج , قنا)

جدول 3-5 المتوسط اليومي لعدد المنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة لكل عياده من عيادات وزارة الصحة والسكان على مستوى الجمهورية وعلى مستوى محافظات الدراسة 2003- 2007

المحافظة	2007	2006	2005	2004	2003
الاسكندرية :					
• عدد الوحدات	147	143	120	126	112
• متوسط عدد المنتفعات	6,6	6,7	7,8	7,2	7.1
السويس :					
• عدد الوحدات	42	54	48	42	45
• متوسط عدد المنتفعات	3,6	2,7	2,9	3,0	2,7
دمياط :					
• عدد الوحدات	107	108	102	103	97
• متوسط عدد المنتفعات	3,0	3,1	3,3	3,3	3,1
المنوفية :					
• عدد الوحدات	312	317	342	310	311
• متوسط عدد المنتفعات	3,7	3,7	3,2	3,3	3,0
الغربية :					
• عدد الوحدات	278	271	260	269	252
• متوسط عدد المترددات	4,5	4,8	5,0	4,5	4,0
كفر الشيخ :					
• عدد الوحدات	231	248	242	220	229
• متوسط عدد المترددات	4,1	3,9	4,0	4,0	3,4
سوهاج :					
• عدد الوحدات	319	274	310	316	324
• متوسط عدد المترددات	2,7	3,0	2,6	2,2	2,6
قنا :					
• عدد الوحدات	271	290	292	275	250
• متوسط عدد المترددات	3,7	3,1	3,1	3,2	3,4
المستوى القومى (الجمهورية)					
• عدد الوحدات	5017	4984	5047	4887	4730
• متوسط عدد المترددات	4,7	4,7	4,4	4,2	4,1

المصدر: وحدة المعلومات / قطاع السكان/ وزارة الصحة والسكان

ويعرض جدول 4-5 نمط الاستخدام لخدمات تنظيم الأسرة والصحة الانجابيه بعيادات تنظيم الأسرة بوزارة الصحة والسكان عن الأعوام 2005 و2006 و2007 وذلك على مستوى الجمهورية وعلى مستوى المحافظات موضع الدراسة

يقدم لنا الجدول تسعة أنماط مختلفه لاستخدام خدمات تنظيم الأسرة والصحة الانجابيه :

• النموذج على المستوى القومى :

يبين الجدول أن من 3% -4% من المنتفعات بخدمات عيادات تنظيم الأسرة يتلقين خدمات الصحة الانجابيه (علاج التهابات الجهاز التناسلى , علاج آثار جانبيه للوسيله أو التوقف) بينما من 96% - 97% يزرن العياده للحصول على وسيلة تنظيم الأسرة

ويبين الجدول أنه فى عام 2005 كان من كل 10 سيدات يزرن العياده للحصول على وسيله فان توزيع المنتفعات كان كالتالى (عدد 2 منتفعات حبوب , 2 لوالب , 5 للحقن , عدد 1 منتفعه للوسائل الأخرى) , ولكن فى الأعوام 2006 و 2007 انخفضت نسبة استخدام الحقن والوالب وارتفعت نسبة الاستخدام للحبوب . يلاحظ من الجدول أن البرنامج القومى قد أعاد تركيبة الوسائل المستخدمه , فيلاحظ الاختفاء التدريجى لوسيلة النوربلانت على المستوى القومى والمحافظات , وظهور الامبلانن فى عام 2005 – ولكن قلت الكمية المطرحة فى الوحدات من الامبلانن وبالتالي انخفض عدد المنتفعات بهذه الوسيلة خلال عامى 2006 , 2007

- **نموذج محافظة الاسكندرية :**
شكلت نسبة السيدات المستخدمات لخدمات عيادات تنظيم الأسرة واللائى تتلقين خدمات الصحة الانجابيه نسبة أعلى مقارنة بالمستوى القومى حيث حصل 6% - 8% من المنتفعات فى محافظة الاسكندريه على خدمات الصحة الانجابيه مقابل 3%-4% من المنتفعات على المستوى القومى
ويلاحظ ايضا أن المتفعات اللائى يحصلن على الواقى الذكرى قد سجلن نسبة أكبر من تلك التى على المستوى القومى (8% - 9% من المنتفعات بالاسكندريه مقابل 3% على المستوى القومى) وتتميز المنتفعات فى محافظة الاسكندريه بالتركيز على اللولب كوسيله أولى (31%-32% فى الاسكندريه مقابل 19% -20% على المستوى القومى)

- **نموذج محافظة السويس :**
يتميز منتفعات خدمات عيادات تنظيم الأسرة بمحافظة السويس أن الحبوب الفميه هى الوسيله الأولى (36% - 42% من منتفعات عيادات تنظيم الأسرة بالسويس يحصلن على الحبوب من الوحده – مقابل 26% - 30% على المستوى القومى) كما ينخفض الاستخدام للحقن بين منتفعات خدمات عيادات تنظيم الأسرة بمحافظة السويس مقارنة بالمستوى القومى (32%-39% من منتفعات السويس مقابل 48%-50% على المستوى القومى).
هذا النمط من الاستخدام يختلف عن النمط فى محافظة الاسكندريه بالرغم من أن كلا المحافظتين من المحافظات الحضرية . وهذا قد يرجع لعدة احتمالات:
عدم توافر طبيبات أو عدم توافر أطباء مدربين على تركيب اللولب , أو أن مجتمع السويس مجتمع محافظ ولا ترغب السيدات فى كشف النسا , لكن يرجح السبب الأول والمرتببط بتوافر أطباء/ طبيبات

- **نموذج محافظة دمياط :**
هذا النموذج يعرض اكبر نسبة من المنتفعات بخدمات الصحة الانجابيه مقارنة بالمستوى القومى (6% - 9%) وأيضاً فى زيادة الاستخدام للواقى الذكرى (6%) ويتزايد استخدام منتفعات محافظة دمياط للحبوب والحقن ويقل استخدام اللولب على مدى الثلاث سنوات موضع الدراسة , وهذا النموذج قد يعكس مشكله خاصه بجوده الخدمه وعدم توافر الأطباء المدربين على تركيب اللولب.

- **نموذج محافظة المنوفيه :**
وهذا النموذج يعرض تزايد الاقبال على وسيله الحبوب والحقن على مدى الأعوام 2005- 2007 وانخفاض نسبة الاقبال على اللولب خاصة فى 2006 و 2007 حيث بلغت نسبة المنتفعات الحاصلات على اللولب 18%.

- **نموذج محافظة الغربية :**
وهذا النموذج يعرض انخفاضا شديدا حوالى 5 نقطه مئوية فى الاقبال على اللولب واتجاه المنتفعات لاستخدام الحبوب والحقن

- **نموذج محافظة كفر الشيخ :**
سجلت منتفعات كفر الشيخ أعلى معدلات اقبال على الحقن (أكثر من 60%) وأقل محافظه فى الاقبال على الحبوب (15%-18%) وتتناقص الاقبال على استخدام اللولب , ومحافظة كفر الشيخ من أقل المحافظات التى يكون فيها سبب الزياره للوحده هو الحصول على خدمات الصحة الانجابيه (1%) على مدى الثلاث أعوام موضع الدراسة.

- **نموذج محافظة سوهاج :**

يتميز منتفعات محافظة سوهاج خلال الفترة 2005-2007 بزيادة الاقبال على الحبوب (من 34% عام 2005 الى 38% عام 2007) وتناقص الاقبال على كل من اللولب والحقن.

• نموذج محافظة قنا :

سجل منتفعات محافظة قنا أعلى معدلات اقبال على الحبوب (47%-49%) وأقل اقبال على اللولب (7%-8%) وبذلك يكون نمط المنتفعات بالوسائل هو أن من كل عشرة حاصلات على الوسيله يكون 5 منتفعه للحبوب , 4 للحقن , منتفعه واحده للوسائل الأخرى شاملة اللولب .
وقد يعكس هذا النمط مشكلة التعامل مع المجتمعات المحافظه على استخدام وسيله ذات فاعليه وأقل فى فرص التوقف عن الاستخدام مثل اللولب .

المستخلص من الفصل الخامس :

يتبين لنا أن برنامج تنظيم الأسره فى وزارة الصحة والسكان يواجه مجموعة تحديات هى :

- على الرغم من الزيادة المضطرده فى الوحدات الصحيه / عيادات تنظيم الأسره والذى بدأ منذ عام 1997 , الآن صعوبة الحفاظ على البنيه التحتيه والصيانه أدى الى تأرجح الاعداد وتعرض الوحدات للاحلال والتجديد وتوقف العمل على مدار 12 سنه. وذلك يؤثر على نسبة الابلاغ للوحدات الى المجلس القومى للسكان
- بدأ برنامج الجوده / النجمه الذهبيه قويا ثم تأثر مستوى الجوده ليقبل نسبة الوحدات التى حصلت على النجمه الذهبيه بمرور الوقت .
- لا يوجد تغطيه جيده بالأطباء المدربين لكل وحدات وزارة الصحة
- قلة الامداد بالأطباء للجمعيات الأهليه
- انخفاض متوسط عدد المنتفعات بخدمات تنظيم الأسره بالعيادات يدل على انخفاض مستوى الكفاءه فى استخدام الموارد وعلى مستوى كل المحافظات
- يتعرض نمط الاقبال على وسائل تنظيم الأسره الى تغيرات تعكس الاقبال على الوسائل التى بها نسبة توقف أعلى (الحبوب والحقن) وقلة الاقبال على اللولب وهذا يعكس اما عدم توافر الوسيله الجيده أو عدم توافر الأطباء المدربين. .

جدول 4-5 التوزيع النسبى للمنتفعات بخدمات تنظيم الأسره طبقا لسبب الزياره لعيادة تنظيم الأسره , وطبقا لوسيلة تنظيم الأسره التى حصلت عليها المنتفعه

المحافظة	السنة	منتفعات كلى	منتفعات صحة انجابيه	منتفعات للحصول على الوسيله	حبوب	لوالب	حقن	نوربلانت	امبلانون	واقى
الاسكندريه	2005	28117	6%	265386	17%	32%	42%	0.02%	1%	8%
	2006	289010	6%	272102	21%	31%	41%	0.02%	0.05%	8%
	2007	293050	8%	269159	19%	32%	39%	0.0%	1%	9%
السويس	2005	41149	3%	40075	36%	20%	38%	0%	1%	5%
	2006	44394	3%	43230	42%	21%	39%	0%	0.4%	5%
	2007	45693	3%	44300	41%	21%	32%	0%	1%	5%
دمياط	2005	99867	9%	90813	27%	22%	43%	0.01%	2%	6%
	2006	101801	9%	93014	33%	20%	40%	0%	0.4%	6%
	2007	95815	6%	89957	33%	19%	42%	0%	1%	6%
المنوفيه	2005	330506	2%	325196	33%	21%	43%	0.02%	0.3%	3%
	2006	347940	1%	343551	37%	18%	41%	0.03%	0.2%	3%
	2007	347368	1%	347638	35%	18%	43%	0.01%	0.4%	4%

%3	%4	%0.01	%37	%31	%29	383266	%3	393504	2005	الغربية
%3	%0.2	%0	%37	%28	%31	380971	%3	391224	2006	
%3	%0.2	%0	%40	%26	%31	361104	%3	373976	2007	
%2	%0.4	%0.01	%62	%20	%15	284485	%1	287523	2005	كفر الشيخ
%2	%0	%0	%61	%19	%18	285578	%1	287231	2006	
%2	%0.2	%0	%62	%17	%18	285787	%1	287342	2007	
%3	%1	%0	%48	%14	%34	236408	%3	242682	2005	سوهاج
%3	%1	%0	%47	%13	%36	241435	%2	247198	2006	
%3	%0.4	%0	%46	%12	%38	248968	%2	254516	2007	
%1	%1	%0	%43	%8	%47	261281	%4	272200	2005	قنا
%2	%0.5	%0	%44	%7	%47	263374	%3	272190	2006	
%2	%1	%0	%42	%7	%49	272757	%3	281950	2007	
%3	%1	%0.01	%50	%20	%26	6443891	%3	6676170	2005	الجملة
%3	%0.3	%0.004	%48	%19	%30	6763937	%3	6993482	2006	
%3	%0.4	%0.001	%49	%19	%28	6787539	%4	7070841	2007	

المصدر: وحدة المعلومات / قطاع السكان / وزارة الصحة والسكان

الفصل السادس:

رؤية أطباء قطاع السكان ومديري تنظيم الأسره بالمحافظات لبرنامج تنظيم الأسره

تم عقد أربعة جلسات للمناقشات البؤريه مع أطباء وزارة الصحة والسكان حيث شارك أطباء قطاع السكان – الاداره المركزيه فى ثلاث جلسات , كما شارك مديرو تنظيم الأسره بمحافظة الاسكندريه والسويس وكفر الشيخ والغريبه والمنوفيه ودمياط وسوهاج وقنا فى جلسة واحدة.

كما تم عقد لقاءات متعمقه مع بعض الشخصيات فى قطاع السكان والتي تتميز بالخبره المتخصصه والمكتسبه – من خلال العمل فى برنامج تنظيم الأسره على فترات متعاقبه وحتى الوقت الحالى .

كانت المناقشات واللقاءات المتعمقه موجهة نحو السؤال البحثى الخاص بأسباب انخفاض اجمالى سنوات الحماية المحققة من توزيعات وسائل تنظيم الأسره فى عامى 2006 و 2007 مقارنة بعام 2005 وكذلك نسبة التغطيه بسنوات الحماية المحققة لوسائل تنظيم الأسره للسيدات المتزوجات فى سن الانجاب.

ولقد تم عمل تحليل نتائج المناقشات وعرضها من خلال أربعة محاور رئيسيه تعكس الوضع الحالى لبرنامج تنظيم الأسره

- الدعم السياسى والقيادى لبرنامج لتنظيم الأسره

- العوامل التي تؤثر على العرض لخدمات تنظيم الأسرة :توافر خدمات تنظيم الأسرة , نظام ادارة خدمات تنظيم الأسرة , تقديم خدمات تنظيم الأسرة
- العوامل التي تؤثر على الطلب على خدمات تنظيم الأسرة :الاعلام والتعليم والاتصال ,التغيرات فى اتجاهات الجمهور نحو تنظيم الأسرة
- المقترحات لزيادة كفاءة وفاعلية برنامج تنظيم الأسرة

1-6 الدعم السياسى والقيادى لبرنامج تنظيم الأسرة :

□ الدعم السياسى لبرنامج تنظيم الأسرة على المستوى المركزى والمحافظات :

عبر المشاركون فى المناقشات عن احساسهم بأن برنامج تنظيم الأسرة لم يعد يحتل الأولويه فى أجندة القيادات السياسيه حيث ذكرت عدة آراء :

● يتمثل الدعم السياسى فيما يرد فى خطب وأحاديث وتوجيهات القيادة السياسيه من اعطاء أولويه خاصه لقضية السكان وتنظيم الأسرة , وقد درجت القيادة السياسيه لفترات طويله على وضع قضية السكان وتنظيم الأسرة فى مقدمه الأجنده الرسميه لجميع المحافظين , بل وأن يكون التقدم فى برنامج تنظيم الأسرة فى المحافظه هو أحد مؤشرات نجاح المحافظ فى محافظته وقد ذكرت قيادات قطاع السكان ومديرو تنظيم الأسرة فى المحافظات أنه " تلاحظ خلال المرحله القصيره الماضيه أن قضية السكان وتنظيم الأسرة بدأت تأخذ ترتيب أقل فى الأجنده الرسميه سواء على المستوى المركزى أو على مستوى المحافظات وظهر أثر ذلك على مستوى المحافظات وساد احساس لدى المحليات أن قضية تنظيم الأسرة أصبحت تأخذ أولويه متأخره فى أجندة القضايا الداخليه مثال ذلك " عدم انعقاد المجالس الاقليميه للسكان بالمحافظات برئاسة الساده المحافظين بشكل منتظم بل يمر عام أحيانا لبعضها بدون اجتماع".

عرض مديرو تنظيم الأسرة فى المحافظات أن "المجالس الاقليميه للسكان تعقد مجرد اجتماعات لا تنتهى بخطط قابله للتنفيذ بل المسأله مجرد مناقشات , كما أنها مشغوله بموضوعات ملحه لها أولويه سياسيه مثل ختان الاناث , انفلونزا الطيور , مشكله الخبز , أما مشكله الزياده السكانيه وتنظيم الأسرة فقد تم نسيانها".

● أشار المشاركون أن "برنامج تنظيم الأسرة قد اعتمد على تمويل المعونه الأمريكيه بشكل أساسى ولعدة سنوات – حيث كان هذا التمويل يدعم جميع الأنشطة والتجهيزات , والأثاث , والأدوات ووسائل الانتقال مما كان يعطى قوة دفع للبرنامج , الا أنه منذ عدة سنوات بدأ تخفيض تمويل البرنامج من جانب هيئه المعونه الأمريكيه ولم يتم بالتوازي توفير التمويل اللازم للبرنامج من جانب الحكومه المصريه (ميزانيه الدوله) مما أدى الى تقليص عدة أنشطه تتعلق ببرنامج تنظيم الأسرة".

● ذكر بعض المشاركين أنه قد "حدث تغير فى الأهداف العامه والاستراتيجيات للمشروعات المموله من المعونه الأمريكيه حديثا والتي تعمل مع قطاع السكان فعلى سبيل المثال كان مشروع السكان الرابع 1999-2001 ومشروع تحسين 2002-2006 له هدف عام هو " مساعده جمهوريه مصر العربيه فى الوصول لمستوى الاحلال (طفلين لكل أسره بحلول عام 2017) , لكن " مشروع تكامل "الحالى 2007-2011 له هدف عام آخر هو " خفض معدل وفيات الأطفال والأمهات " وبذلك لم يعد يظهر تنظيم الأسرة كاستراتيجيه لحل مشكله زياده معدلات الانجاب".

● أجمع المشاركون على أنه "لوحظ فى الفتره الأخيره أن السيد رئيس الجمهوريه عند تعيين المحافظين أعطى توجيهاته لضرورة الاهتمام بقضية السكان , هذا بالإضافة الى أن أخبار الاعداد لعقد المؤتمر القومى للسكان فى شهر يونيو 2008 , أعطى شعورا بعودة الاهتمام مرة أخرى بالمشكله السكانيه واعطائها أولويه على أجندة العمل القومى".

□ التنسيق بين الوزارات المعنيه بالسكان :

● أجمع المشاركون على أن " القرارات التي أصدرتها وزارة التضامن والخاصة بالدعم المادى للسيدات خلال فترة الحمل ومابعد الولادة – قد ساعدت على تشجيع السيدات على التوقف عن استخدام وسائل تنظيم الأسره – والاعتقاد الخاطئ بأن الدوله تدعم الصحه الانجابيه – أو الانجاب كسياسه عامه"

● ذكر بعض المشاركون أن سياسة العمل للمرأة فى القطاع الحكومى نصف الوقت وثلث الوقت قد أعطى فرصه للمرأة للتفكير فى زيادة الانجاب .

● تضم اللجنه التنفيذيه بالمجلس القومى للسكان خبراء من كل من المجلس القومى للسكان , ومركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار, .. الخ لكن ليس بها ممثلا لقطاع السكان وتنظيم الأسره بوزارة الصحه والسكان مما يحول دون مشاركة القطاع بخبراته فى مناقشة القضايا الخاصه بالسكان وتنظيم الأسره .

● عرض بعض المشاركين فى المناقشات البؤريه – ان " استراتيجيات الدوله فى مكافحة مرض انفلونزا الطيور قد أثر بالسلب على تنظيم الأسره – حيث أن عمليات التبليغ عن مربي الطيور واغلاق عشش الطيور فى المنازل أدى الى توقف كثير من السيدات فى الريف عن تربية الدواجن ومن ثم اعادة النظر فى التفكير فى الانجاب لحاجتها الغريزيه الى شئ تهتم به , تربيته , وترعاه " .

□ السياسات الخاصه بتقديم خدمات تنظيم الأسره من خلال برنامج طب الأسره :

يرى المشاركون فى المناقشات البؤريه واللقاءات المتعمقه "أن اتجاه وزارة الصحه باعادة صياغة سياسات تقديم الخدمات الصحيه من خلال نظام التأمين الصحى والمشاركه الماديه فى ثمن الخدمه وتطبيق نظام طب الأسره – كان له آثارا سلبيه على برنامج تنظيم الأسره , حيث أثر ذلك على اعداد المترددات , وكذلك على أداء مقدمى الخدمه فى تنظيم الأسره"

□ الخطه القوميه للسكان وتنظيم الأسره :

● اعتمد قطاع السكان على اعداد خطط تشمل 12 نشاطا أساسيا أهمها التدريب , الاعلام , الجوده , الاشراف , نوادى المرأه , العشوائيات – وكانت هذه الخطط مموله من المعونه الأمريكيه – لكن نتيجة تقلص حجم المعونه – وعدم توافر ميزانيه موازيه من قبل الحكومه تقلصت أنشطة قطاع السكان

● ذكر الأطباء أن هناك موازنه حكوميه لتوفير وسائل تنظيم الأسره بكميات كافيه , وأتينا أصبحنا نعلم كليا على الموازنه المصريه فى توفير الوسائل بدون مساعده خارجيه لكن هناك أنشطة ليس لها اعتمادات فى الخطه مثل الاعلام سواء فى الإذاعه أو التلفزيون أو الندوات على مستوى الوحدات الصحيه . كما أن الميزانيه الخاصه ببدلات الانتقال للمشرفين من المستوى المركزى غير مجزيه للانتقال للمحافظات وبصفه خاصه المحافظات النائيه نظرا للارتفاع الحالى لأسعار الفنادق .

2-6- العوامل التى تؤثر على العرض لخدمات تنظيم الأسره :

◆ توافر خدمات تنظيم الأسره :

◆ توافر الوحدات الثابته : هناك زياده ملحوظه فى عدد الوحدات فى جميع المحافظات , كما أن جميع هذه الوحدات تعمل (ولا توجد وحدات مغلقة) وبصفة خاصه بعد القرار 75 لسنة 2006 , بل أن هناك وحدات تعمل بعد الظهر مثل ما يحدث فى محافظتى المنيا وأسيوط .

◆ توافر العيادات المتنقله : اعتمد برنامج تنظيم الأسره على العيادات المتنقله فى تحقيق اهداف البرنامج فى الوصول الى المناطق البعيده والمحرومه من الخدمه – وتواجه العيادات المتنقله حاليا مشكله هامه فيما يتعلق باستخدامها لأهداف أخرى غير الأهداف التى أنشئت من أجلها فى البرنامج القومى لتنظيم الأسره (تقديم خدمات تنظيم الأسره), فأصبحت تستخدم من جانب الوزاره لتقديم خدمات صحيه علاجيه مما أثر بالسلب على خدمات تنظيم الأسره حيث تستخدم العياده المتنقله 4 أيام أسبوعيا فى القوافل الطبيه , ويوم للصيانه الأسبوعيه , مما يقلل من فرصة استخدامها فى تنظيم

الأسره , عدم الاقبال على العيادات المتنقله لتلقى خدمات تنظيم الأسره حيث أن القوافل الطبيه يصاحبها أنشطه أخرى مثل عمل سرادقات وتصوير فوتوغرافى وتلفزيونى وغيرها مما يجعل السيدات لا تقبل على استخدام خدمات القافله فيما يتعلق بتنظيم الأسره لما لهذه الموضوعات من حساسيه خاصه , تقوم القوافل بعمل سرادقات بجوار الوحدات الصحيه الثابته فتصبح السيده أمام ثلاث مصادر لتقديم الخدمه , فى السرادق , والوحده الصحيه الثابته , والعياده المتنقله , وحيث أن الخدمه تقدم بالمجان داخل السرادقات ومن ثم قل الاقبال على كل من العيادتين الثابته والمتنقله فى يوم وجود القافله .

" يوم القافله بتبقى زفه وتصوير والدنيا مقلوبه – الست تتكسف طبعاً انها تروح فى وسط الزفه علشان تركب لولب فى العياده المتنقله "
مدير تنظيم الأسره بأحد المحافظات

مثلا " فى كفر الشيخ هناك 42 منطقه عشوائيه كانت العيادات المتنقله تقدم لهم الخدمه , بعد التحول واستخدام العيادات المتنقله مع القوافل الطبيه لم تعد تزور المناطق العشوائيه . "
مدير تنظيم الأسره بكفر الشيخ

♦ **توافر الأطباء والممرضات :** يتم اختيار الأطباء العاملين فى طب الأسره من تخصصات مختلفه ويتم تدريبهم فى طب الأسره ونتيجة هذا الاختيار يحدث الآتى :

- الطبيب الذى لديه تخصص أطفال أو متوطنه وغيرها لا يكون لديه اهتمام أو خبره فى تنظيم الأسره وبالتالي يركز فى تقديم الخدمه المتعلقة بتخصصه مع الاهمال الشديد لتنظيم الأسره .
 - كما أن ذلك يؤثر أيضا على اختيار الوسيله فى حالة وجود منتفعه بتنظيم الأسره فهو / أو هى (الطبيب أو الطبيه) غالبا ما يختار الحقن أو الحبوب لأنه أو لأنها لا يستطيع / تستطيع تركيب اللولب .
 - كان تخصص تنظيم الأسره من التخصصات التى يقبل عليها كثير من الأطباء – ولقد وصلوا الى مرحله أصبح فيها طبيب أو طبيبه تنظيم الأسره أحسن من اخصائى النسا نتيجة التدريب المستمر والممارسه والخبره المتراكمه , لكن فى الوقت الحالى لا يوجد اقبال على هذا التخصص بل ترك الكثير العمل فى تنظيم الأسره من الكوادر المدربه واتجهوا للعمل فى تخصصات أخرى فى المعامل أو فى الطب العلاجى وذلك لأن برنامج تنظيم الأسره أصبح ضعيفا فى ظل برنامج طب الأسره .
 - كذلك انخفض عدد المشرفين فى تنظيم الأسره على مستوى الاداره , ولا يوجد من يحل محل من يترك العمل كمشرف تنظيم أسره , وأصبحت الاداره خاليه من المشرفين والكل أصبح يعمل طبقا للقرار 75 لسنة 2006 .
- ♦ **توافر وسائل تنظيم الأسره :**

- 1- رصدت الدوله مبلغ 29 مليون جنيه سنويا لشراء الوسائل , ومن ثم لا توجد لدينا مشكله فيما يتعلق بشراء الوسائل بعد توقف المعونه الأمريكيه .
- 2- استطاعت وزارة الصحه وضع معايير للوسائل التى يتم استيرادها حيث تكون مدة الصلاحيه 3 سنوات ويكون المتبقى من هذه المده 27 شهرا بدءا من تاريخ الوصول على الاقل . وبعد استيراد الوسائل يتم فحص مجموعه منها للتأكد من بلد المنشأ وتاريخ الانتاج .
- 3- يتم عمل ورش عمل لدراسة الاحتياجات المحليه وتحديد الكميات المطلوبه وفقا لمعايير علميه دقيقه – حتى يتم توفير الكميات المطلوبه وتوفير المخزون الاستراتيجى منها على مستوى المخازن الرئيسيه بالوزاره والمديريات والادارات والوحدات الصحيه بما يكفى لمدة 3 شهور .
- 4- استطاعت وزارة الصحه تخطى مشكله دعم المعونه الأمريكيه لوسائل تنظيم الأسره فأصبحت وزارة الصحه قادرة على التعامل مع الشركات العالميه واجراء عمليات المناقصات ولجان لل عقود والمشتريات ولجان فحص الوسائل ولجنه عليا استشاريه لتسجيل المستحضرات الجديده من الوسائل .
- 5- هناك اقبال على وسيله الامبلانون – وتستورد الوزاره كميات كبيره منه , وبما أن معامل التحول فى الامبلانون (2) فان ذلك يؤثر على اجمالى سنوات الحمايه
- 6- تقوم لجنة الوسائل بمراجعة عروض الوسائل وفحص عينه منها للتأكد من مطابقتها للمواصفات القياسيه , كما تقوم اللجنة بتسعيرها , لكن هناك بعض النقاط الفنيه التى يصعب اكتشافها عند الفحص

- 7- قامت لجنة فحص اللوالب بقبول نوع من اللوالب , والذي يختلف عن اللوالب السابقة ورغم أن كليهما من نوع (cu T 380) لكن هناك بعض الاختلافات بينهما , وقد وصلت شحنة منها بكميات كبيره , وأدى توزيعها على الوحدات الصحية الى مشكلات وشكاوى كثيره عند استخدامها فى الوحدات .
- 8- ان النوعية الجديده من اللوالب لم يتم تدريب الأطباء عليها بشكل جيد قبل توزيعها بوقت كاف مما أدى الى اعتراض الأطباء على استخدام هذه النوعية من اللوالب .
- 9- لكن هناك بعض المشكلات مثل مشكلة اللولب فيعد موافقة لجنة الفحص عليها ظهرت منها مشكلات كثيره من جانب الأطباء , فبينما أرجع أطباء قطاع السكان المشكله الى نقص تدريب الأطباء قبل التعامل مع اللولب الجديد , أرجعها أطباء المحافظات الى الوسيله نفسها حيث أن لولب من كل ثلاثة يصلح للتركيب . والمشكلة أن هناك كميات كبيره تكفى لمدة ثمانية شهور من هذا النوع على مستوى الجمهوريه.

◆ دور الجمعيات الأهليه :

أبدى أطباء قطاع السكان مجموعه من الأسباب أدت لتراجع وضعف دور الجمعيات الأهليه فى برنامج تنظيم الأسره منها:

- لا يوجد تنسيق بين وزارة الصحة والجمعيات الأهليه التى تقدم خدمات تنظيم الأسره
- اعتماد الجمعيات على الحكومه لتوفير الوسائل والأطباء والمرضات وقد نقص الدعم حاليا للجمعيات من قبل وزارة التضامن , كما أن الوسائل تصرف من الوزاره للجمعيات بنفس ثمن البيع للجمهور .
- هذا الى جانب أن الأطباء الذين يعملون بالجمعيات لا ينطبق عليهم نظام الحوافز المعمول به فى القرار 75 وبالتالي يقل اقبال الأطباء والمرضات على العمل بالجمعيات الأهليه ,
- ترتب على نقص الامكانيات اغلاق بعض مراكز الجمعيات أو تقليل نشاطها , أو تغيير النشاط , أو رفع اسعار الخدمه (سعر الوسيله ثابت طبقا لقرارات الوزاره)
- عدم قدرة الجمعيات على توفير الأجهزة والتجهيزات الطبيه لعياداتها
- عدم تطبيق معايير الجوده على وحدات الجمعيات
- سوء مبانى المراكز الطبيه وحاجتها الى اعاده الترميم والاصلاح

◆ القطاع الخاص (الصيدليات):

- لا يوجد تدريب أساسى أو تنشيطى للصيدله كما كان يحدث فى السابق – وذلك لتزويد الصيدله بالمعلومات الحديثه فيما يتعلق بوسائل تنظيم الأسره حيث كان يتولى هذه المهمه مشروع (اسأل / استشير)
- تلعب الصيدليات دورا هاما وأساسيا فى توزيع وسائل تنظيم الأسره خاصة الحبوب , والحقن الشهرية وغيرها , الا أنه يوجد حاليا عدة مشكلات تؤدى الى قلة المعروض فى الصيدليات من بعض الوسائل كما فى الأمثله التاليه :

• تقوم وزارة الصحة والسكان بشراء المواد الخام – وتتولى شركة (سيد للأدويه) تصنيع الحبوب ويتم توزيع المنتج من الحبوب على كل من وحدات وزارة الصحة والسكان ويخصص جزء للصيدليات الخاصه , وحيث أن شركة سيد (الشركه المصنعه) بدأت تعاني من ارتفاع أسعار الانتاج مقابل ما تتقاضاه من الوزاره , فبعد أن كانت تنتج مليون شريط مثلا من نوع معين من الحبوب خفضت الكميه من مليون الى 600 ألف شريط فقط , فالشركه لا تريد تعطيل خط الانتاج فى عمليات غير مربحه بالنسبة لها وتسبب لها خساره فعلييه , ولقد ترتب على ذلك خفض الكميه المنتجه وتخفيض الكميه التى تصرف للصيدليات .

• مشكلة تسعير الوسائل , فمشكلة التسعير والدعم تحد من فرصه القطاع الخاص فى المشاركة بشكل فعال فى البرنامج القومى لتنظيم الأسره

◆ نظم ادارة خدمات تنظيم الأسره :

♥ خطة برنامج تنظيم الأسره على مستوى قطاع السكان بوزارة الصحة والسكان :

اعتمد قطاع السكان لسنوات عديدة على اعداد خطط استراتيجيه وتنفيذه مموله من المعونه الأمريكيه – الى جانب خطط أخرى فى مناطق محدوده يقوم بتمويلها جهات أجنبية أخرى .

ويرى أطباء قطاع السكان أن تناقص الدعم المالى من قبل المعونه الأمريكيه لبرنامج تنظيم الأسره خاصة الفتره 2002-2007 قد أدى الى نقص فى عدد الدورات التدريبيه لأطباء وممرضات تنظيم الأسره فى الوحدات الصحيه فى معظم المحافظات .

♥ المشاركه فى تكلفة الخدمه كأحد سياسات برنامج اصلاح القطاع الصحى :

بالرغم من أن برنامج طب الأسره يتضمن الاعفاء من دفع رسوم ماديه لثلاث أنواع من الخدمات هى , تنظيم الأسره, رعاية الحمل , التطعيمات , الا أن هناك بعض الأمور الغير واضحه – والتي أدت الى لبس فى عمليات التطبيق وكان لها آثارا سلبيه على برنامج تنظيم الأسر ومنها :

هناك ضغوط على الأسر لفتح ملف الأسره بواقع 10 جنيه لكل فرد من أفراد الأسره وبحد أقصى 30 جنيه الأسره , هذا الى جانب الاشتراك السنوى لخدمات الاخصائى , ودفع 3 جنيه عند تلقى خدمات الكشف الطبى ودفع 3/1 ثمن العلاج .

فى كثير من الأحيان تحصل منتفعة تنظيم الأسره على الوسيله دون مقابل مادى (مقابل رمزى) ولكن عند زيارات المتابعه أو عند حدوث أى مضاعفات , أوالعودة للحصول على الوسيله فى الموعد المقرر لها (حبوب , حقن الخ) فعليها أن تدفع 3 جنيه ثمن الكشف و ثمن التحاليل وغيرها باعتبارها مريضه وليست منتفعة , وقد أثر ذلك بالسلب على الاقبال على خدمات تنظيم الأسره .

" السيده أصبح أوفر لها أن تشتري الوسيله من الصيدليه بدلا من دفع كشف 3 جنيه فى كل مره "

هناك ثلاث نظم بوحدهات وزارة الصحة من حيث ثمن الوسيله / او الخدمه :

- تقديم الوسيله والخدمه بدون مقابل فى العيادات المتنقله – وهذا النظام يؤدى الى تسرب الوسائل , وتسجيل غير حقيقى , مما لايعكس الانجازات الفعلية للعيادات المتنقله .
- عيادات طب الأسره بعض الأطباء يطلب ثمن الخدمه المقدمه - وهدفه أن يصل الى المستهدف من عدد الزيارات والفحوصات ليحصل على الحافز .
- عيادات لم يطبق بها طب الأسره وهذه مازالت تعمل بسعر الوسيله المدعم والخدمه المجانيه .

♣ ادارة الموارد البشريه والتدريب :

هناك استقرار فى اعداد مقدمى الخدمه واستمراريه فى تواجدهم بالوحدات وقلة نسبة التغير وذلك لعدة أسباب : قرار 75 لسنة 2006 وفرصة تحسين دخل الطبيب , طب الأسره وفرصة الحوافز , فرصة عمل الطبيب فى التأمين الصحى , وجود جامعات اقليميه فعلى سبيل المثال كليات الطب فى سوهاج وأسيوط أعطت الفرصه لتوافر الأطباء فى تلك المحافظات وكثيرا ما نجد طبيب يعمل بالوحده فى نفس القرية التى بها سكنه .

وبالنسبة للممرضات وبسبب فتح عدد كبير من مدارس التمريض فى كل اداره , لوحظ وجود أعداد كبيره من الممرضات , ولقد وجد فى أحد وحدات أسيوط 42 ممرضه , لذلك اتجهت وزاره الى نقل عدد كبير من الممرضات للعمل بالمستشفيات , كما أغلقت بعض مدارس التمريض . الا أن مشكلة التوزيع طبقا للاحتياجات مازالت قائمه .

هناك دعم مادى كبير ولأول مره لتدريب الأطباء , حيث رصدت وزارة المالىه 12 مليون جنيه لتدريب الأطباء (تدريب ما قبل الخدمه فى طب الأسره) وذلك لمدة ستة أسابيع .

أبدى الأطباء عدم ارتياحهم للتدريب الحالى حيث عرض معظمهم هذه العبارة:

(الأطباء غير مدربين من خلال طب الأسره على اللوالب وبذلك يتم تحويل السيدات لاستخدام وسائل أخرى مثل الحقن , والحبوب وهذه الوسائل معدلات الانقطاع فيها أعلى , هذا بالإضافة الى أن معاملات التحويل لسنوات حمايه أقل).

وقد عرض أحد أطباء قطاع السكان نتائج تقييم الزيارات الاشرافيه بوحدهات طب الأسره بمحافظة الاسكندريه, سوهاج , قنا وقد ركز على عدة نقاط : عدم وجود غرفه منفصله للمشوره , بعض الأجهزة لا تعمل مثل السونار والأتوكلاف , الأطباء ينقصهم التدريب العملي خاصة فى تنظيم الأسره , بالرغم من وجود دليل الاجراءات الطبيه فى صورة أقراص ممغنطه الا أنه لا يوجد على الورق فى صورة دليل مقروء , بالرغم من وجود توصيف وظيفى لعمل كل من الطبيب والممرضه الا أنهم غير ملمين به , طرق منع العدوى لا تطبق بشكل سليم , قصور الاشراف على المستوى المحلى ولا يوجد تدريب على رأس العمل , لاتوجد مهارات التثقيف الصحي , أماكن التدريب غير ملائمه , مدة التدريب غير كافيه , التركيز فى التدريب على الجانب النظرى , عدم الاستفادة الكامله من المدربين المحليين بالمحافظات .

كما عرض أحد مديرى تنظيم الأسره فى المحافظات أن من المشكلات التى يواجهها أثناء الاشراف فى المحافظه , أن هناك قصور فى التدريب العملى الخاص بتركيب اللوالب , وقد لاحظ سوء الأداء مثل احداث ثقب فى الرحم , وفى كثير من الأحيان يعمد مقدم الخدمه الغير مدرب على اقناع السيده باستخدام وسيله أخرى مثل الحقن أو الحبوب حتى لو كانت هى تفضل اللوالب .

وذكر أن التدريب الحالى (6 أسابيع) لكن ما يتم فى المحافظات غير كاف بالنسبة لتنظيم الأسره (6 أيام) منهم يومين عملى فقط بينما برنامج تنظيم الأسره مقرر له عشرة أيام منهم خمسة أيام نظرى وخمسة أيام للتدريب العملى . كما أن عدد الأطباء فى دوره 30 طبيب ومن ثم فان التدريب العملى يصبح فى غاية الصعوبه فكيف يمكن عمل تدريب عملى على حالات تركيب لولب مع هذا العدد من المتدربين , انه فى نظام التدريب السابق على تنظيم الأسره كانت دوره لا تزيد على عشرة أطباء .

"الإصلاح الصحى يتعاقد مع عدد محدد من الدكاترة والممرضات -ويأخذوا حوافز- والباقى يبقى بدون حوافز- وقاعد يعمل دعاية مضادة فى الوحدة - ودى تاتر على عدد المترددات"

• نظام الحوافز :

وفقا لنظام طب الأسره فكل طبيب له مستهدف من الأسر يضمن له الحافز , وعندما يحقق هذا المستهدف يتوقف , واذا كان هناك زياده فى عدد المترددات لتنظيم الأسره يقوم الطبيب بترحيلها الى الشهر التالى ليضمن استكمال المستهدف فى طب الأسره, كما اختلف المستهدف فى طب الأسره عن المستهدف فى تنظيم الأسره ويصرف الحافز وفقا لنظام طب الأسره .

بعد صدور القرار 75 الخاص بالجهود الغير عاديه , تضمن القرار مجموعه من المعايير والمؤشرات لتقييم الأداء يتم على أساسها صرف الحوافز واصبح تنظيم الأسره أحد هذه المؤشرات بعد أن كان له نظام خاص بالحوافز

• نتيجة الغاء نظام الحوافز فى برنامج تنظيم الأسره بالنسبة للأطباء والممرضات أدى هذا لانعدام حماسهم للبرنامج

• قلة حوافز فرق الاشراف (المديرىات والادارات) مقارنة ببقية المشرفين من قطاعات الوزاره الأخرى

• نقص الحوافز الماليه لمسئولى الاعلام بالمديرىات والادارات الصحيه أدى الى قلة عدد الندوات فى الوحدات الصحيه

• الحوافز فى طب الأسره , يتم التعاقد مع عدد محدود من الأطباء والممرضات مع صندوق صحة الأسره , وبموجب هذا التعاقد يحصل مقدمى الخدمه على الحوافز الشهرية , بينما باقى فريق العمل لا يحصل الى حوافز , وهؤلاء يتواجدون فى الوحده دون عمل بل ويأخذون موقف مضاد ضد الوحده ومن يعملون بها ويروجون سمعه سيئه عن الوحده

◆ نظم الاشراف :

تعدد أنواع الاشراف , مشرف من الدعم الفنى , ومشرف من صندوق صحة الأسرة وكل منهما ليس لديه فكره عن تنظيم الأسرة أو أن تنظيم الأسرة لا يمثل أولويه أولى عنده , كما ذكر الحاضرون العديد من الملاحظات منها :

- عدم تدريب الأعضاء الجدد فى فرق الاشراف فى كل من الادارات والمديريات
- انشغال فرق الاشراف بالقرار 75 وعدم وجود فرصه للاشراف على تنظيم الأسرة على المستوى المحلى
- استغلال سيارات تنظيم الأسرة فى عمل المديريات والادارات الصحيه وعدم استخدامها فى الاشراف على الوحدات الصحيه , مما أدى الى قلة عدد الزيارات الاشرافيه التى تتم للوحدات الصحيه
- تكليف أعضاء المستوى المركزى بمتابعة القرار 75 قلل من الزيارات الاشرافيه للمحافظات فيما يتعلق بتنظيم الأسرة
- وبالنسبة لسلبيات القرار (75) من حيث قائمة مؤشرات الجوده فهى لا تعكس مستوى الأداء فى تنظيم الأسرة , فقد تحصل الوحده على تقدير مرتفع بالنسبة لاجمالى عناصر الجوده – لكنها فى نفس الوقت تحصل على تقدير منخفض جدا فى تنظيم الأسرة , ورغم ذلك يحصل الطبيب والمرضه على الحوافز على الرغم من انخفاض جودة الأداء فى تنظيم الأسرة .

• ومن سلبيات القرار 75 أنه يتضمن 126 نقطه للتقييم منها أربعة نقاط لتنظيم الأسرة ومن ثم فان أى قصور فى الأداء بالنسبة لتنظيم الأسرة لا يؤثر على الحافز . ومن ثم فمشرف تنظيم الأسرة فقد سلطته , فطبيب الوحده لا يعطى أهميه لوجوده فى الوحده لكنه فى نفس الوقت يهتم بزيارة مشرف طب الأسرة لأن لديه سلطه الحافز وبالتالي الطبيب لا يستجيب لأى توجيهات فنيه خاصه بتنظيم الأسرة . فالاشرف بالنسبه لتنظيم الأسرة أصبح يتم بشكل ودى وعلاقات شخصيه بين مدير تنظيم الأسرة وبين الأطباء , وبالتالي ضعفت عملية الاشراف الخاص بتنظيم الأسرة بعد تطبيق برنامج طب الأسرة .

" مشرف تنظيم الأسرة يستنى شويه ونتقابل فى البريك "

" قد يكون التقدير عال فى القرار 75 , لكن تنظيم الأسرة واقع "

" لا يتم التدريب على رأس العمل فى تنظيم الأسرة من خلال القرار 75 " .

ولقد ذكر بعض المشاركين مميزات للقرار (75) فى عملية الاشراف منها :

بدلا من تقييم عيادة واحده هى عيادة تنظيم الأسرة , أصبح الاشراف متكامل ليغطى الأداء على مستوى كل خدمات الوحده ككل .

" حدث تقدم ملحوظ فى الوحدات من حيث النظافه والتزام فريق الوحده " وبقت حاجه تفرح " الاشراف عن طريق قرار 75 جعل الدكاتره والممرضات مهتمين بالوحده مشرف مركزى من قطاع السكان

أصبح الطبيب المشرف يحصل على 130% من المرتب نظير زياره اشرافيه واحده فى الشهر , والزيارات الاشرافيه موزعه على ادارات الرعايه الأساسيه بالوزاره – قطاع السكان مسئول عن 8 محافظات ويغطى الوحدات مره فى الشهر , وبذلك أصبح الاشراف المركزى من خلال 75 مشرف بدلا من 14 مشرف – فالاشرف أصبح أقوى والعيب الجوهرى – أنه لا يتم مراجعة تقارير الاشراف بنظام موحد يضم كل المحافظات من خلال التنسيق مع جميع ادارات الوزاره , خاصة اذا احتاج قطاع السكان التعرف على تنظيم الأسرة فى كل المحافظات عليه الاتصال بالمشرفين فى ادارات الوزاره الأخرى – لكن هذا لا يتم فاذا لا فائده للاشراف غير الحوافز , ولا يتم استخدام المعلومات لرفع كفاءة الأداء وحل المشكلات الموجوده فى بعض المحافظات .

◆ نظم المعلومات :

- اعتمد نظام الحوافز فى برنامج طب الأسره على تحديد مستهدف من الوسائل الموزعه لكل طبيب , وبالتالي تم وضع الطبيب فى اطار ثابت بواقع 2-4 لولب فى الشهر على سبيل المثال , وأصبح نظام المعلومات يأخذ وضع ثابت ومتجمد ولا يعكس الحقيقه – ولا يعطى فرصه لاتخاذ قرارات لزيادة معدلات الاستخدام .
- يعتبر أطباء قطاع السكان أن المعلومات التى تحتويها استمارات طب الأسره غير كافيه لاعداد مؤشرات المتابعه والتقييم – مما أدى الى قيام قطاع السكان باضافة استماره تنظيم الأسره الى الملف العائلى وأصبح هناك تحميل على الطبيب (أعمال ورقيه وسجلات) يجب استيفائها
- ربط الحافز بتحقيق المستهدف فى تنظيم الأسره أدى الى تأثير سلبي على نظام المعلومات فأصبح لا يعكس حقيقه الاستخدام ومن أمثله ذلك :
- من الأسهل على الطبيب شراء وتسجيل (4) لولب وكتابة أسماء وهميه وذلك للحصول على الحافز الشهرى هذا الموقف ينطبق على كل الخدمات التى ترتبط بهذا النظام للحوافز , فقد يدفع الطبيب من جيبه الخاص قيمة الكشف ويسجل أسماء وهميه ليحصل على الحافز كاملا .
- من السهل على الرائده شراء 15 لولب ب 30 جنيهه وتسجيل 15 اسم وهمى والحصول على مرتب 150 جنيهه شهريا

♣ المتابعه والتقييم :

- لا يوجد نظام للمتابعه والتقييم يمكن من خلاله التنبؤ بالمشكلات الخاصه بتنظيم الأسره
- لا يوجد بحوث عمليات تعمل على تقييم بعض التدخلات فى برنامج تنظيم الأسره مثل تأثير القوافل العلاجيه على برامج تنظيم الأسره
- نظام المعلومات الحالى لا يعكس الحقيقه بالنسبة لخدمات تنظيم الأسره , فعلى سبيل المثال ارتبطت المعلومات المسجله عن معدل التغطيه بسنوات الحمايه بوجود سياسات تحفيز الرائدات , ففى اداره مطويس / كفر الشيخ فى عام 2003 كان معدل التغطيه بسنوات الحمايه هو 92% – وفى عام 2007 كان معدل التغطيه لنفس الاداره هو 45,6% وقد أرجع مدير تنظيم الأسره هذه الظاهره الى أن الرائدات الريفيات كن يشترين اللولب ويسجلون أسماء وهميه مما أدى الى الرفع الكاذب لمعدلات التغطيه بسنوات الحمايه – وبعد الغاء السياسه الخاصه بالحوافز انخفض معدل التغطيه انخفاضاً كبيراً .

♥ تقديم خدمات تنظيم الأسره :

- ♦ البنيه التحتيه لوحدات تقديم الخدمات والتجهيزات : عرض أطباء تنظيم الأسره بعض المشكلات الخاصه بتقديم الخدمه
- لا يوجد نظام لصيانة الأجهزة المستخدمه فى عيادات تنظيم الأسره ولا يوجد عاملين مدربين على صيانة الأجهزة على مستوى الاداره الصحيه ومديريات الشؤون الصحيه .
- نتيجة لتقديم خدمات تنظيم الأسره من خلال برنامج طب الأسره حيث تقوم أكثر من عياده بتقديم خدمات تنظيم الأسره مع وجود قصور فى التجهيزات – يوجد عيادات تقدم بها خدمات تنظيم الأسره دون توفر سرير كشف لأمراض النساء .
- طبقاً لنظام طب الأسره لانتوافر غرفه للمشوره فى تنظيم الأسره , وهذا قد يقلل من جودة الخدمه المقدمه .

•توافر وسائل تنظيم الأسره بالوحدات : هناك اتجاه فى اللامركزيه , فهناك أفكار فى برنامج الاصلاح الصحى بأن تقوم الاداره الصحيه بعمل التعاقدات وشراء وتوفير وسائل تنظيم الأسره – ولكن هذه الفكره قد لاقت اعتراضاً شديداً من قبل أطباء قطاع السكان – وذكر الأسباب فى التالى :

- لا تتوافر الخبره الكافيه لعمل الحسابات اللازمه لتقدير الاحتياجات المستقبلية من كميات ونوعيات الوسائل المطلوبه
- لا تتوافر الكوادر والخبرات الماليه لاجراء المناقصات العالميه لتوفير الوسائل .

تعدد نوعيات الوسائل على مستوى الادارة – وبالتالي فلن يكون هناك توحيد فى توليفة ونوعية الوسائل على مستوى المحافظه الواحده وكذلك على مستوى الجمهوريه – مما يؤدى الى صعوبه توحيد التدريب على استخدام الوسائل وكذلك عمليات المتابعه والتقييم ونظم المعلومات -اختلاف نوعيات الوسائل بين المحافظات يؤثر على الاستمراريه فى استخدام الوسيله التى تستخدمها المنتفعه فى محافظتها فى حالة انتقالها لمحافظة أخرى -يعتمد توفير الوسائل على رؤية كل محافظه بالنسبة للمشكله السكانيه وبالتالي طريقه اداره برنامج تنظيم الأسره وطريقه توفير الوسائل مما يؤثر على البرنامج القومى -لا تستطيع الاداره الصحيه التصرف فى الزيادات من الوسائل مما يؤدى الى وجود فائض وفاقد فى الوسائل بما يؤثر على تكلفه البرنامج .

♦ **مقدمى الخدمه : (التوصيف الوظيفى والتوزيع)**: فى طب الأسره , صيغه التوصيف الوظيفى غير واضحه لتحديد دور كل من الطبيب والممرضه فى تقديم خدمات تنظيم الأسره , ويقدم الطبيب كل الخدمات الطبيه وليس هناك مسميات , هذا طبيب تنظيم اسره , وطبيب للرعايه الخ فالطبيب يؤدى خدمه طبيه متكامله وكل طبيب له عدد من الأسر , وكل منتفعه تتابع مع الطبيب التابعه له .

كما زادت الأعباء الاداريه على الطبيب حيث يقوم بتسجيل الملفات وتسجيل الأدوية المنصرفه لعدم وجود صيدلى بالوحدهز

" **بعض الرجال لا يثقون فى طبيبه تنظيم الأسره التى أصبحت تعمل طبيبه للأسره ككل فى نظام طب الأسره , فكيف لها أن تكشف على الرجال , ومن ثم فقدت المصداقيه كطبيبه لكل أفراد الأسره كطبيبه تنظيم أسرة"**

♦ **دوره المنتفعه داخل الوحده الصحيه / حجم خدمات تنظيم الأسره :**

" **فى برنامج طب الأسره – بما أن منتفعه تنظيم الأسره تحصل على الخدمه بالمجان , من ثم فهى ليست أولويه أولى لدى الطبيب فى الكشف وبالتالي قد تنتظر طويلا – وقد تؤجل الى يوم آخر وقد لا تعود . كذلك لا يوجد بروتوكول للتعامل مع حالات تنظيم الأسره من حيث الخطوات ودور كل من الطبيب والممرضه فى كل خطوه"** .

♦ **جوده الخدمات :** مسألة الانتظار , (فترة الانتظار , ومكان الانتظار) من الأمور الهامه فى نظام الجوده , فيعد أن كانت متردده تنظيم الأسره لها حجرة للمشوره بها وسائل ايضاح , أصبحت تنتظر مثل غيرها , رجال , نساء لا علاقة لهم بتنظيم الأسره , وعندما يكون الهدف من تردها لتركيب لولب تعرف القرية كلها هذا الموضوع ومن ثم تنتفى الخصوصيه والسريه .

- هناك نقص شديد فى الميزانيه المخصصه لبعض المطهرات والقفازات مما يؤثر على توفير عناصر الجوده فى تنظيم الأسره

- عدم اهتمام الأطباء والممرضات بالاطلاع ومراجعة أكلاسير المعايير القياسيه لتنظيم الأسره , والذى تم تسليمه كعهده بالوحدات الصحيه

- لا يوجد تنسيق واتساق فى المعلومات عن معايير الجوده فى بعض عناصر الجوده المشتركه مثل التحكم فى العدوى بين قطاع السكان وقطاعات وزارة الصحه (ادارة منع العدوى) , مما يؤدى الى تضارب المعلومات التى تصل لمقدمى الخدمه من مصادر متعدده وبطرق مختلفه .

- هناك عدة قوائم لمعايير الجوده , قائمه تتبع برنامج الاصلاح الصحى , وقائمه خاصه بتنظيم الأسره , وقائمه خاصه بمشروع تكامل - ان تعدد هذه القوائم قد يؤدى الى عدم الوصول الى نظام قياسى لمستوى الجوده يمكن تطبيقه ومقارنته على مستوى وحدات الجمهوريه .

" **تعتبر مشكله الخصوصيه والتى لا توفرها عيادات طب الأسره من الأولويات التى تداركها أطباء قطاع السكان – وهذا العنصر قد لا يتم نكره من قبل المنتفعات بالخدمه بالرغم من تأثرهم بهذا الموضوع"** .

♦ ذكر بعض الأطباء ايجابيتان لطب الأسره منها : حقوق المنتفعه – أصبح هناك ورقه تثبت موافقة السيده على الوسيله المستخدمه , الحقن , الامبلانون , اللولب الخ

♦ سلبيات الجوده نظام الاعتماد: هناك خطه للاسراع فى عملية اعتماد الوحدات , لكن قد يتم اعتماد وحدات ومزال بها نقص فى الامكانيات مثل المياه أو الأحواض .
"هناك ضغوط على السيدات لعمل الملف العائلى ودفع الرسوم فى طب الأسره – لذلك فان بعض السيدات لجأت للاقتراض وعمل جمعيات لدفع الرسوم لأن اجراءات الاعفاء طويله ومعقده للغاية" .

♦ معايير تقديم الخدمه : دليل معايير تقديم الخدمه فى تنظيم الأسره يتسم بالوضوح ويبين الاجراءات والخطوات الأساسيه للتعامل مع المنتفعه , وتكون مرجعا لمقدمى الخدمه فى أى وقت لمراجعتهم وضمان الالتزام بمعايير الجوده , لكن طب الأسره – أعد دليل الاجراءات الطبيه ولا يعتبر وافيا فيما يتعلق بالمعلومات الخاصه بتقديم الخدمه فى تنظيم الأسره .

♦ النجمه الذهبية :

على الرغم من النجاح الذى حققه برنامج النجمه الذهبية , الا أنه لا يوجد اهتمام بهذا النظام حاليا ويتم صرف حافز النجمه الذهبية مره فى السنه .

3-6 العوامل التى تؤثر على الطلب على خدمات تنظيم الأسره :

○ الاعلام والتعليم والاتصال :

▪ الاتصال الجماهيرى : ذكر الحاضرون ان عدم اعطاء أولوية لتنظيم الأسره والسكان من جانب القيادات السياسيه أثر على اهتمام الاعلام بهذا الجانب , كما أن قطاع السكان اصبح لا يقوم بنشاط اعلامى وبصفه خاصه الندوات فى الوحدات الصحيه لعدم وجود ميزانيه للاعلام أو للصرف على الندوات للمترددات وبصفه خاصه السيدات خلال فترة النفاس . وذلك اعتبارا من أول يناير 2008 .

كذلك يتلاحظ نقص برامج الاعلام الخاص بتنظيم الأسره فى جميع وسائل الاعلام فى الاذاعه والتلفزيون من اعلانات وتنويهات وأحاديث ومسلسلات ودراما اجتماعيه ' بل الأكثر من ذلك وجود رسائل مضاده لتنظيم الأسره على بعض الفضائيات الدينيه وكذلك أحاديث لبعض الأطباء فى التلفزيون ضد تنظيم الأسره ولا توجد برامج أخرى لتقنين ذلك والرد على هذه الرسائل السلبيه ,

الا أنه كانت هناك آراء أخرى تعكس عدم جدوى الأخذ باستراتيجيات التنويهات الاعلاميه عن تنظيم الأسره فى الوقت الحالى وذلك لارتفاع أسعار تلك التنويهات بما لا تتحملة الميزانيه الوطنيه المخصصه لتنظيم الأسره , هذا الى جانب أنه بعد ظهور الفضائيات فان اقبال الجماهير على القنوات الأرضيه أصبح ضعيفا مما يقلل فرص استخدام وسائل الاعلام المرئيه كوسيله لزيادة الوعي والطلب على تنظيم الأسره ,

ويوجد حاليا مشروع ممول من هيئة المعونه الأمريكيه خاص بالاعلام عن تنظيم الأسره والصحه الانجابيه الا أنه يطبق فى عشرة محافظات فقط وفى بعض القرى بهذه المحافظات ومن ثم فان فرصته فى خلق طلب كامل على البرنامج القومى لتنظيم الأسره يعتبر محدودا للغاية . كما أنه ليس له نشاط مع القطاع الأهلى , وكذلك القطاع الخاص فيما يتعلق بتدريب الصيادله .

▪ الخطاب الدينى: الخطاب الدينى يهتم بالقضايا القوميه , لكن واقع الأمر أن كثيرا من رجال الدين غير مقتنعين بتنظيم الأسره , فبالرغم من التدريب السابق لرجال الدين فى برامج تنظيم الأسره – الا أن القيادات الجديده غير مدربه وغير مقتنعين بتنظيم الأسره , ولاقتناع رجال الدين فان هذا يحتاج الى وقت ودعم من وزارة الأوقاف خاصة فى المحافظات .

"وقبل سنتين أو ثلاث سنوات الكل كان يقدم خطه , الأوقاف , المحليات , الشباب الخ , هذه الخطه

كان لها تمويل – كل ذلك توقف , لكن أخيرا بدأت يقظه بعد اعلان الرئيس عن عقد مؤتمر للسكان "

" بقالنا سنتين نايمين, وكل حاجه متوقفه لغاية مالرئيس قال عاوزين مؤتمر سكان , الكل صحى ثانى "

• **الاتصال الشخصى من خلال الرانده الريفيه**: أدى انشغال الرائدات الريفيات ببرامج صحيه أخرى مثل انفلونزا الطيور الى الابتعاد عن الدور الحقيقى للرانده فيعد أن كانت تلعب دورا هاما وأساسيا فى عمليات الاتصال الشخصى سواء فى القيام بالزيارات المنزليه للسيدات وتنظيم الندوات داخل الوحدات الصحيه ونزولها القرية للزيارات المنزليه والتوعيه مع القوافل الطبيه للتوعيه بتنظيم الأسره تغير دورها كليا فى بعض المحافظات وجزئيا فى محافظات أخرى وذلك على النحو التالى :

حدث تغيرات لدور الرائدات الريفيات فى المحافظات التى تطبق نظام طب الأسره تغير دورها تماما لأن طب الأسره ليس به وظيفه رانده ريفيه ومن ثم تم تسكينها وظيفيا على أعمال اداريه وكتايبه فأصبحت تقوم بأعمال التسجيل وفتح الملفات وحصر وترقيم المنازل , هذا بالاضافة الى اسناد عمليات التوعيه الخاصه بانفلونزا الطيور فأصبحت تسمى **رانده انفلونزا الطيور** والدرن وختان الاناث والأمراض المنقوله جنسيا .

" **وبالنسبة لانفلونزا الطيور أصبح دور الرانده (باعتبارها من القرية وتعرف أهاليها) تقوم الرانده بالابلاغ عن الأسر التى تربى الطيور ومن ثم فقد جمهور القرية ثقتهم بها فلم تصبح مصدر ثقة لأى رسائل اعلاميه وأصبحو يعتبرونها طاورا خامسا وجاسوسه ويقذفونها بالطوب ومن ثم أصبحت عنصر سلبى غير اجابى بالنسبة لتنظيم الأسره"**
(مدير و تنظيم الأسره بالمحافظات)

- ويبلغ عدد الرائدات الريفيات 13000 رانده (ثلاثة عشر ألف) معين منهم فقط على درجات 2500 رانده , ومن ثم لا يوجد استقرار وظيفى لهن وبالتالي اذا لاحت لأيهن فرصه عمل أخرى تترك العمل كرانده فورا
 - وفى حالة الرائدات الجدد ليس هناك برنامج تدريب أساسى أو تنشيطى .
- من كل ذلك يتضح أن دور الرانده الخاص بتنظيم الأسره قد تغير كليا مما أثر بالسلب على خلق طلب متجدد على خدمات ووسائل تنظيم الأسره .

• **الندوات** : كان لنقص الحوافز لمسئولى الاعلام بالمديريات والادارات الصحيه , ولعدم وجود ميزانيه للإعلام وبصفه خاصه للندوات سواء بالوحدات الصحيه مع المترددات أو الندوات الموسعه خارج الوحده مع الجمهور أن قل عدد الندوات بالوحدات الصحيه والندوات الموسعه فى التجمعات الشعبيه مما أدى الى ضعف دور الاعلام والتعليم والاتصال فى مجال تنظيم الأسره .

• **التغيرات فى اتجاهات الجمهور نحو تنظيم الأسره** : ذكر أطباء قطاع السكان أن وزارة التضامن الاجتماعى تعطى حوافز حاليا عن الطفل الثالث حيث تصرف هذه الحوافز أثناء الحمل وعند الولاده وأثناء فترة الرضاعه , ومن ثم بدأت تسود ثقافه وجود الطفل الثالث وبالتالي عدم الاقبال على تنظيم الأسره الا بعد انجاب الطفل الثالث بل وبدأت بعض السيدات فى التوقف عن الاستخدام (خلع اللولب) لانجاب الطفل الثالث , وبدأ جيل جديد من الفتيات لا يفضلن العمل بل يفضلن تكوين أسره وانجاب أكثر من طفلين , وأمتدت هذه الظاهره الى الممرضات والطبيبات فلم يعدن قدوه بالنسبة لتنظيم الأسره .

يضاف الى ذلك فى محافظة كفر الشيخ فان مجتمع الصيادين يمنعون زوجاتهم من استخدام أى وسائل لتنظيم الأسره بسبب غياب الأزواج مده طويله فى السفر من أجل الصيد , هذا بجانب ارتفاع نسبة الأميه خاصة بين النساء يودى الى سيادة القيم التى تحض على الميل للأنجاب الزائد وبصفه خاصه عند هذه الفئات بالاضافة الى المعلومات الخاطئه لدى السيدات على سبيل المثال الاعتقاد بأن الرضاعه الطبيعيه تكفى وحدها كوسيله لتنظيم الأسره , كل هذ بسبب غياب الاعلام بشقيه الجماهيرى والشخصى لتصحيح هذه الأفكار الخاطئه .

4-6 المقترحات لزيادة كفاءة وفاعلية برنامج تنظيم الأسره :

- استمرار دعم السيد رئيس الوزراء فى دعم البرنامج القومى لتنظيم الأسره حيث بدأ منذ شهرين الحديث مع المحافظين عن القضايا السكانيه مثل زيادة معدلات المواليد .
- تفعيل الخطه القوميه للسكان على كل من المستوى المركزى والمحلى
- دعم السيد وزير الصحه لقطاع السكان بالوزاره والاجتماع مع أطباء تنظيم الأسره للاستفاده من خبراتهم فى كيفية تفعيل برنامج تنظيم الأسره
- تفعيل دور لجان التنسيق بالمحافظات والخاصه بتنظيم الأسره وعرض أعمالها على الساده المحافظين والمجالس الاقليميه للسكان بالمحافظات .
- اعادة النظر فى البرنامج التدريبي فى طب الأسره – فى الجزئيه الخاصه بتنظيم الأسره – والتأكيد على استخدام معايير جودة الأداء فى تنظيم الأسره خاصة المشوره
- اعدة تفعيل دور العيادات المتنقله فى تنظيم الأسره
- تفعيل دور الاشراف والتدريب على رأس العمل فى وحدات وزارة الصحه
- الاحتفاظ بعيادة تنظيم الأسره لتخدم كل السيدات المترددات على الوحدات
- عودة غرفة المشوره – والتي تقوم ممرضه تنظيم الأسره بتقديمها
- دقة وضبط البيانات والاستفاده منها فى تحديد جوانب القصور فى برنامج تنظيم الأسره واستخدامها فى عمليات المتابعه والتقييم من خلال مؤشرات علميه تسمح بالرقابه والشفافيه دون خطوط حمراء
- اعادة الاهتمام بدور رجال الدين فى برنامج تنظيم الأسره وفتح حوار معهم واضح وصريح من خلال أشكال كثيره تم تجربتها خلال المراحل الأولى من البرنامج فعندما يقتنع رجل الدين فانه يمكنه أن يلعب دورا مؤثرا فى الاقبال على برنامج تنظيم الأسره
- ادخال وسائل جديده فى برنامج تنظيم الأسره مثل الوسائل للحالات الطارئه, والوسائل الموضوعيه , ولوالب من نوع جديد (معالجه هرمونيا) لتقليل الآثار الجانبيه , على أن يسبق ادخال أى وسيله جديده برنامج تدريب قوى للأطباء على هذه الوسائل .
- الاهتمام بفحص الوسائل والتأكد من فاعليتها قبل توزيعها على الوحدات

الفصل السابع : تقديم خدمات تنظيم الأسره من خلال برنامج طب الأسره

تم عقد عدة لقاءات متعمقه مع أطباء الاداره المركزيه للدعم الفنى والمشروعات بوزارة الصحه والسكان والمسؤولين عن التخطيط والتدريب وشئون الادارات الصحيه والمتابعه والتقييم فى برنامج اصلاح القطاع الصحى . وكان الهدف من هذه اللقاءات التعرف على دور برنامج طب الأسره – كنموذج متكامل لتقديم خدمات الرعايه الصحيه الأوليه شاملا تنظيم الأسره – فى دعم برنامج تنظيم الأسره من حيث التخطيط , تغطية الجمهوريه بعيادات تنظيم الأسره , دعم نظم تقديم الخدمه , وتوفير خدمات تنظيم الأسره على مستوى الوحدات الصحيه والمراكز الصحيه , كما تم اثاره ومناقشة بعض آراء أطباء قطاع السكان (المركزى والمحافظات بالنسبة لتأثير برنامج طب الأسره على تنظيم الأسره – وذلك لاستيضاح بعض النقاط الهامه التى تلتقى/ تتباعد فيها استراتيجيات تقديم خدمات تنظيم الأسره من خلال طب الأسره من جهه – وطرق تقديم خدمات تنظيم الأسره من خلال البرامج الرأسيه) كما تم استيضاح الخطه المستقبليه لوزارة الصحه والسكان للتعرف على الوضع بالنسبة لادارة برنامج تنظيم الأسره واستمراريته فى ظل برنامج اصلاح القطاع الصحى .

ونعرض فى هذا الفصل تحليل نتائج المناقشات المتعمقه مع أطباء الاداره المركزيه للدعم الفنى والمشروعات/ وزارة الصحه والسكان

1-7 العلاقة بين برنامج اصلاح القطاع الصحى وخدمات تنظيم الأسره

عرف المشاركون معنى برنامج الاصلاح الصحى "ان برنامج الاصلاح الصحى ما هو الا اعادة صياغته لآليات تقديم الخدمات الصحيه والتي تشمل تنظيم الأسره والصحه الانجابيه الحاليه عن طريق تكامل الخدمات من خلال طب الأسره".

لذلك يرتبط برنامج طب الأسره بالأهداف العامه والاستراتيجيات التى وضعت للبرامج الرأسيه فى خدمات تنظيم الأسره والصحه الانجابيه .

2-7 توفير خدمات تنظيم الأسره من خلال برنامج طب الأسره

توفير الخدمات الصحيه : يتم توفير الوحدات الصحيه وبناء وحدات جديده اذا لزم الأمر , ولقد أعدت ميزانيه لتطوير وانشاء وحدات جديده , ولكن هناك معوقات منها ما يتعلق بالحصول على ترخيص الهدم واعادة البناء من الجهات المحليه , ومنها عدم توافر أماكن (اراضى) يتوافر لها المواصفات الخاصه بأن تكون وحده صحيه من حيث سهوله وصول المجتمع المحلى اليها.

وتقوم العيادات المتنقله حاليا بتقديم خدمات طبيه ووقائيه شامله الصحه الانجابيه وليس فقط تنظيم الأسره , وفى هذا المجال **يعتبر دور العيادات المتنقله مؤقتا** حيث يتم التخطيط لتوفير الخدمات لتكون فى متناول الجميع , ان هناك التزام كامل بتوفير وسائل تنظيم الأسره بالوحدات ولا يوجد أى نقص فيما يتعلق بالوسائل (وهذه الجزئيه تتبع قطاع السكان بوزارة الصحه والسكان) ولكن يجب أن يكون هناك اعداد جيد للدارات الصحيه لكى يقوموا بشراء الوسائل كجزء أساسى من الأدوية والمستلزمات الطبيه , وأثار المشاركون فى اللقاءات أنه عند اعداد الوحده الصحيه يتم توفير الأجهزة اللازمه لخدمات تنظيم الأسره ومنها السونار .

تسهيل الحصول على الخدمه : رد المشاركون على الشكوى الخاصه بارتفاع سعر الملف العائلى عشره جنيه عن كل شخص ودفع ثمن الخدمه ثلاثه جنيه ودفع ثلث ثمن العلاج –بأن هذه المبالغ تعتبر مدعمه لأنه مازالت الحكومه تتكفل بمرتبات العاملين – وبالتالي مع مرور الوقت سيرتفع ثمن الخدمه – ولكن مع الإبقاء على خدمات تنظيم الأسره مقدمه بدون مقابل مادى وكذلك وجود نسبة اعفاء تصل الى 15% لغير القادرين , وأعرب المشاركون على أن عدم التواصل مع المجتمع وطرح " مفهوم التأمين الصحى كأداة للتكافل " من المعوقات التى تواجه البرنامج , أما عن ادارة الخدمات داخل الوحدات الصحيه فتقوم على دراسات مستقيضه , حيث أن عدد الحالات محدد لكل طبيب (24 حاله فى اليوم) وعدد مقدمى الخدمه محدد – ويتم تنظيم العمل داخل الوحده حتى لا تكون هناك فترة انتظار طويله – وتقدم الخدمه فى وقت مناسب يضمن جودة الخدمه , كما أن هناك حرية فى اختيار الطبيب الذى تتعامل معه الأسره – واذا حدث عدم رضا من بعض الأسر عن أداء الطبيب – فانه يمكنهم الارتباط بطبيب آخر وذلك بعد ستة شهور , ويتم حاليا توفير نظام الكترونى قوى يعمل على سهوله الحصول على الخدمه من عدة مصادر فى أى محافظه وأى مكان وذلك باستعمال كارت معين – وتتم هذه التجربه حاليا فى السويس .

3-7 نظم ادارة خدمات تنظيم الأسره من خلال برنامج طب الأسره

التكلفه والمصروفات فى خدمات تنظيم الاسره

أثبتت الدراسات التى قامت بها وزارة الصحه للتعرف على نظم التأمين الصحى فى عدة دول – أن **النظم والقوانين واللوائح التى وضعت لهيئة التأمين الصحى فى مصر هى من أحسن النظم , حيث أنها تعتمد على التأمين الاجتماعى** (وليس على الضرائب مثل انجلترا) ولكن المشكله هنا فى التطبيق . لذلك قام برنامج الاصلاح الصحى باعادة بلورة نظام التأمين الصحى الذى يتضمن عدة بنود :

♦ فصل الخدمه عن التمويل – أى أنه سيتغير مفهوم التأمين الصحى الحالى (كما فى هيئة التأمين الصحى) من ممول ومقدم خدمه الى ممول للخدمة فقط , كما توجد هيئات أخرى مسئوله عن تقديم الخدمه فقط .

♦ خلق هيئته جديده تسمى " صندوق صحة الأسره " تقوم بالتمويل والتعاقد مع الهيئات والأفراد ووحدات القطاع الحكومى والخاص والأهلى لتقديم الخدمات الصحيه الأساسيه .

♦ يتميز " صندوق صحة الأسره " بأن اشتراكات التأمين للمواطنين (الموظفين , تلاميذ المدارس , الأطفال دون الخمسه وما يتم دفعه من قبل مستخدمى الخدمات) تدخل فى ميزانية الصندوق مباشرة ولا تدخل فى ميزانية الدوله – مما يعطى للصندوق الاستقلاليه التامه والحريه فى التعاقد على خدمات ذات نطاق واسع ومع جهات متعدده وذلك لتشجيع المنافسه من أجل تقديم خدمه ذات جوده للمواطنين

♦ وضعت معايير لعمل " صندوق تحسين الخدمه " بحيث تكون المصاريف الاداريه أقل من 10% مقارنة بهيئة التأمين الصحى حيث كان 60% من الايرادات تصرف كمرتبات وحوافز .

♦ فى محافظة الاسكندريه يوجد مبنى خاص " لصندوق صحة الأسره " أما فى محافظتى السويس وقنا فيوجد مكتب " لصندوق صحة الأسره " داخل مبنى المديرية .

المعوقات التى يواجهها برنامج التأمين الصحى فى طب الأسره والتى تؤثر على خدمات تنظيم الأسره

♦ القطاع الخاص والأهلى الذى سيشارك فى برنامج طب الأسره لديه خبره متواضعه فى عمل المفاوضات وعرض أسعار الخدمه بما يحقق التوازن بين – الجوده وقائمة الخدمات , وتقليل هامش ربح , والاستمراريه , وهذا يستلزم وقت وتدريب .

♦ هناك مقاومه من قبل المجتمع للمشاركة فى دفع ثمن الملف العائلى وثمان الخدمه – فعلى الرغم من أنه يدعم حاليا من قبل الحكومه فعلى سبيل المثال يتم دفع مرتبات مقدمى الخدمه فى وحدات طب الأسره من الجانب الحكومى , بينما الحوافز من صندوق " صحة الأسره " , وأشار المشاركون فى اللقاءات المتعمقه أن المقاومه لفكرة دفع ثمن الخدمه ناتجه من القصور فى التعريف بفكرة التأمين الصحى الجديد – خاصة أن الناس لديهم فكره سيئه جدا عن خدمات التأمين الصحى السابق – وهنا نحتاج لوقت (فتره انتقاليه) لتغيير هذه الفكره , وهذه الفتره الانتقاليه يعانى منها " صندوق صحة الأسره " لزيادة ميزانيته

♦ يعتمد " صندوق صحة الأسره " فى ميزانيته على ثلاثة مصادر أساسيه (اشتراكات التأمين الصحى , الدعم الأجنبى) 50% (من الميزانيه) - ووزارة الصحه –) , ولكن لأن التأمين الصحى مازال يعمل فى اطار قوانين حكوميه بيروقراطيه معقده لا تتسم ولا تواكب الديناميكيه المطلوبه وذلك فى المرحله التجريبيه , يترتب على ذلك تأخير حصول أطباء الوحدات الصحيه على الحوافز .

♦ صرح المشاركون أنه لا يوجد فى الفتره الحاليه دعم مادى حكومى " لصندوق صحة الأسره " وفى نفس الوقت هناك ضعف فى الايرادات . كما تعتمد نظم التسجيل والمتابعه الماليه على الطرق اليدويه , ويترتب على ذلك تأخر صرف مستحقات الأطباء وهيئة التمريض من الحوافز .. الا أنه بعد ميكنة النظام فسوف يكون هناك سرعه وسهوله ومرونه فى اتمام هذه العمليه .

♦ اللامركزيه من خلال هيئة مقدمى الخدمه على مستوى الاداره :

يعتمد برنامج الاصلاح الصحى على اللامركزيه فى ادارة الخدمات والبرامج الصحيه وذلك من خلال " ادارة مقدمى الخدمه " – التى تستلزم اعاده صياغة دور الاداره الصحيه وتكوين كوادر قادره على ابرام تعاقدات مع " صندوق صحة الأسره " لتقديم الخدمات من خلال الوحدات الصحيه على مستوى الاداره , وفى هذا المجال فان هناك عدة معوقات يواجهها البرنامج هى :

" ان ادخال نظام جديد بفكر مستحدث على نظام قديم قائم بفكر ثابت يترتب عليه الصراع والتحدى وصعوبه فى تقبل النظام الجديد , فعلى سبيل المثال وجد أن أحد الإدارات الصحية بها طبيب واحد وأكثر من 200 موظف - وفى كل محاوله لاعادة هيكله الاداره الصحيه يوجد مقاومه من قبل المحليات للابقاء على العماله الزائده" .

يقوم الفكر الجديد الذى يتعلق " بادراة مقدمى الخدمه " على حرية التفكير وحرية اتخاذ القرار الا أن الاداره الصحيه مازالت تتبع مديريه الشؤون الصحيه وكذلك الاداره على المستوى المركزى - من ثم لا يوجد لامركزيه بالمعنى الصحيح - والذى يلزمه وجود سلطات لامركزيه للاداره وكذلك المسئوليه تجاه وحدات تقديم الخدمه , فعلى سبيل المثال مازال هناك اشراف من قبل البرامج الراسيه من المستوى المركزى , والمديريه , والاداره الى جانب الاشراف من قبل " صندوق صحه الأسره " - هذه الازدواجيه تعوق دور " اداره مقدمى الخدمه فى لا مركزية الاداره .

يقوم صندوق الأسره بالمتابعه والتقييم للوحدات المتعاقده معه - وحيث أن صندوق صحه الأسره الموجود على مستوى كل محافظه لا يستطيع المتابعه والتقييم لكل وحدات المحافظه (عدد العاملين بصندوق صحه الأسره على مستوى المحافظه هو 20 فرد فقط) فانه يعتمد على دور الاداره الصحيه فى المتابعه والتقييم , ويقوم صندوق صحه الأسره بعمل جشنى لبعض الوحدات .

ادارة الموارد البشريه :

يتسم برنامج اصلاح القطاع الصحى بالاعداد الجيد للطبيب من حيث التعريف والتدريب بمجموعه الخدمات التى يجب أن يقدمها , ومعايير تقديم هذه الخدمات . وفى نفس الوقت هناك توجيه لتحقيق أهداف ونتائج كل البرامج الأخرى باعتبار أن هذه الخدمات تتكامل مع بعضها , وهنا يوجد اختلاف بين طب الأسره والبرامج الراسيه التى تؤدى الى تشتيت الطبيب بين مجموعه برامج لكل برنامج أهداف محدده ومجموعه من النتائج مطلوب تحقيقها بمعزل عن البرامج الأخرى , حيث أنه فى الفتره السابقه كان هناك " استقطاب " للطبيب من عدة برامج ومشروعات كانت كلها تستنزف وقت الطبيب فى تكرار عمليات تدريب فى نفس الموضوع من جهات متعدده - فعلى سبيل المثال يتضمن البرنامج التدريبى لمقدمى الخدمه " التدريب المتكامل فى طب الأسره " على التدريب فى برامج الصحه الانجابيه وتنظيم الأسره - ومدة التدريب 33 يوم وتقوم اداره الدعم الفنى بالوزاره بادراة هذا البرنامج ويتميز هذا البرنامج التدريبى بأنه :
• يتم التدريب فى مرحله ما قبل الخدمه لكل خريجى كلية الطب وقبل استلامهم العمل بالوحدات
• نمطى ضمانا للالتزام كل مقدمى الخدمه لمعايير محدده طبقا لمقاييس الجوده

• قام باعداد ماده العلميه للمحتوى التدريبى مجموعته من الخبراء والأطباء العاملين فى البرامج الراسيه وغيرهم للاستفاده من خبراتهم

• يتضمن التدريب الجانب العملى والنظرى لكل الخدمات الأساسيه

• يتم التدريب فى المحافظات

• تتم عملية التدريب طبقا لتتابع الأفكار والمعلومات دون تكرار , فعلى سبيل المثال يتضمن التدريب فى البرامج الراسيه الموضوع الخاص بمهارات الاتصال , وهذا الموضوع يتكرر وبطرق مختلفه طبقا لنوع البرنامج , بينما فى برنامج طب الأسره - يتم التدريب على مهارات الاتصال مره واحده ليتم تطبيق هذه المهارات على كل الخدمات , وبذلك تقل مدة التدريب فى كل موضوع .

• يتم التدريب قبل استلام العمل بالوحده الصحيه - وبذلك يضمن كفاءة مقدم الخدمه منذ البدايه - وكذلك لا يتم " سحب " الطبيب بين حين وآخر للمشاركة فى التدريبات المختلفه كما يحدث فى البرامج الراسيه .

• الاستمراريه فى عملية التدريب , حيث أصبح اعداد الأطباء قبل الخدمه من الأنشطة الأساسيه التى تتبناها وزاره الصحه , وهنا يجب الاشارة الى أن " التدريب ما قبل الخدمه " الذى كانت تقوم به الوزاره سابقا كان عبارته عن مجرد تعريف بدور الطبيب فى اداره الوحده فى صورة محاضرات نظريه وزيارات ميدانيه , ولكن التدريب المتكامل فى طب الأسره يهتم بكل من التدريب العملى والنظرى لخريجى كلية الطب ويقدر العدد المطلوب للاستجابيه لاحتياجات مصر 14000 طبيب على المستوى القومى للعمل فى طب الأسره

ادخال تخصص طب الأسره فى الجامعات المصريه :

نجد برنامج اصلاح القطاع الصحى فى تشجيع الجامعات على ادخال تخصص طب الأسره فى البرامج الدراسيه التعليميه وتشجيع خريجي كلية الطب على التخصص فى طب الأسره – ماجستير والزماله , ومن مظاهر هذا التشجيع :

- زيادة فرص الأطباء للعمل بالبلاد العربيه والتي ترغب فى هذا التخصص بمستوى معين .

- طرح فكرة تميز طبيب الأسره عن الاخصائى فى المرتبات والحوافز .

- ادخال فكرة التعليم الذاتى لأطباء الامتياز باستخدام الدليل الاكلينيكي فى طب الأسره واعطاء الفرصه لحرية اختيار مكان التعيين لكل من يجتاز الامتحان المعد لذلك .

الهيكل التنظيمى للعاملين بوحدات طب الأسره وأثره على خدمات تنظيم الأسره

أشار المشاركون فى اللقاءات المتعمقه أن نظام الخدمه يعتمد على هيكل تنظيمى معين وعدد محدد من العاملين بالوحده وتخصصات محدده طبقا لحجم المجتمع المستهدف , وقد استلزم هذا اعاده توزيع العاملين بالوحدات , الا أن ذلك ووجه بعدم تقبل لاعادة التوزيع , فعلى مستوى الأفراد على سبيل المثال الأطباء لا يريدون الانتقال الى وحده أخرى لأن الوحده التى يعملون بها قريبه من محل اقامتهم , "وهناك معلومه لا يدركها العاملون بالوحدات هي " أنه كلما زاد عدد العاملين بالوحده – كلما قل الحافز - فعلى سبيل المثال انخفضت مرتبات الرائدات الريفيات نتيجة زيادة عددهم"

نظم المعلومات: يعتمد نظام المعلومات على حصر كامل للأسر داخل القريه / الحى وتسجيل البيانات فى ملف الأسره , ثم يعاد توزيع الأسر بواقع 750 - 1000 أسرة لكل طبيب . , وبهذه الطريقه يمكن التعرف على احتياجات سكان القريه من الخدمات الطبيه بنسبة 100% ومنها تنظيم الأسره من خلال نظام المعلومات الاكلينيكي , وهنا يمكن تحديد حجم السيدات فى سن الانجاب والمستهدفات فى برنامج تنظيم الأسره .

أما عن المتابعه والتقييم فقد ركز برنامج الاصلاح الصحى على مجموعه من المؤشرات تعكس الأداء فى كل البرامج الخدميه ومنها تنظيم الأسره .

وتختلف هذه المؤشرات عن المؤشرات المستخدمه فى البرامج الرأسية- انها ملخصه وتعكس الأداء دون الدخول فى تفاصيل كثيره من البيانات والمؤشرات -الا أنها تعطى صورته لتكامل الخدمات مثل تنظيم الأسره , رعاية الأمومه والطفوله .

نظام الاشراف: يتم الاشراف على وحدات طب الأسره من قبل الاداره الصحيه وصندوق صحة الأسره – وفقا لمجموعة مستهدفات (نقاط) يجب تحقيقها للحصول على الحافز المادى الشهرى , ويتميز الاشراف فى طب الأسره عنه فى البرامج الرأسية بما يلى :

يتم تقييم الوحده ككل كنتاج لعمل الفريق بالوحده وفى كل الخدمات .

كما يتم الأخذ فى الاعتبار عناصر تقديم الخدمات الاكلينيكيه والعناصر الأخرى المساعده والخاصه ببيئة العمل , مكافحة العدوى والتردد على الخدمات المختلفه متضمنة خدمات تنظيم الأسره .

مجموعة المؤشرات المستخدمه فى عملية الاشراف محدده بعدد 11 مؤشر تتغير طبقا للأداء فى كل شهر , فعلى سبيل المثال اذا كان هناك قصورا فى أحد الشهور بالنسبة لخدمه معينه – يزيد التركيز عليها بعدد مؤشرات أكثر فى الزياره الاشرافيه التاليه .

وتختلف عملية الاشراف من خلال برنامج الاصلاح الصحى عنه فى القرار 75 لسنة 2006 على النحو التالى :

يطبق القرار 75 فى كل الوحدات الصحيه والادارات بالجمهوريه ولا يطبق على وحدات طب الأسره

ان القرار 75 قرار سياسى يهدف الى تشجيع الأطباء والممرضات من خلال (الحافز المادى) وتشجيعهم على كفاءة وجودة الأداء وخاصة فى المناطق النائية . كما أنه لايشمل جميع العاملين بالوحده لكن يشمل فقط الأطباء والممرضات. ولكن أهمية قرار 75 أنه يعد فريق العمل بالوحدات لتكامل جودة الخدمة استعدادا للدخول فى برنامج طب الأسرة .

المعوقات التى تواجه نظام الاشراف :

مازال الأطباء العاملين بالبرامج الرأسيه يقومون بالاشراف على مقدمى الخدمة فى وحدات طب الأسرة , وهنا يتعرض طبيب الوحده الذى يعمل بمفهوم طب الأسرة والذى يتسم بتكامل الخدمة – الى تشتيت أفكاره مره أخرى من خلال البرامج الرأسيه

4-7 تقديم خدمات تنظيم الأسرة من خلال برنامج طب الأسرة

البنية التحتية لوحدات تقديم الخدمة :

اهتم برنامج اصلاح القطاع الصحى بالبنية التحتية للوحدات الصحيه (تجديد والاحلال وبناء لمنشآت صحيه) حتى يمكن تقديم كل الخدمات بطريقه تتفق مع فكرة تكامل وجودة الخدمات المقدمه لكل فرد من أفراد الأسرة , ولكن ذكر المشاركون بعض المعوقات منها:

ان عملية التجديد والاحلال والانشاء لوحدات جديده تحتاج الى ميزانيات صحمه , الى جانب عمليات التجهيز , وهذا يؤثر على الانجاز خلال مده زمنيه صغيره , الى جانب عدم تعاون المحليات على التراخيص المطلوبه .

كما أنه مازال هناك تعثر فى اشتراك القطاع الخاص والأهلى فى برنامج الاصلاح الصحى .

الامدادات والتجهيزات الخاصه بخدمات تنظيم الأسرة

أشار المشاركون أنه يتم حاليا توفير كل المستلزمات ووسائل تنظيم الأسرة من ميزانية وزارة الصحه وصندوق صحة الأسرة – الا أنه مستقبلا وبعد استكمال دور كل من صندوق صحة الأسرة وادارة مقدمى الخدمه / الاداره) ستكون مسئولية الشراء للوسائل والأجهزه والمستلزمات من اختصاص ادارة مقدمى الخدمه , والتي ستكون قادرة على التنافس بعرض قائمة الخدمات المختلفه وبالإمكانيات المختلفه حتى تشجع صندوق صحة الأسرة على التعاقد معها .

معايير تقديم الخدمه – والتدريب فى تنظيم الأسرة

أشار المشاركون أنه تم اعداد معايير تقديم خدمات طب الأسرة وهذه تشمل كل خدمات تنظيم الأسرة الى جانب الخدمات الأخرى ويتم تدريب الأطباء عليها , ومعايير تقديم خدمات تنظيم الأسرة مشتقه من معايير تقديم الخدمه للبرامج الرأسيه مع حذف المكرر من الموضوعات , ومن ثم أصبح للطبيب مصدر معلومات واحد للخدمات الصحيه المتكامله يمكن الرجوع اليه والاعتماد عليه بدلا من الرجوع والاطلاع على أكثر من مصدر (معايير خدمات تنظيم الأسرة , معايير خدمات رعاية الحمل , معايير خدمات رعاية الطفل... الخ) والتي تكون غير كامله , بمعنى أنها لا تتضمن الخدمات الأساسيه الأخرى والاسعافات الأوليه التى يقدمها طبيب الرعاية الأساسيه .

وبالنسبة للمدربين الذين يتم اختيارهم للتدريب على معايير تقديم الخدمه فانهم يحصلون على دورة اعداد مدربين قبل القيام بالتدريب فى المحافظات , ويشمل المحتوى التدريبى على معايير تقديم الخدمه , التوصيف الوظيفى للطبيب وفريق العمل ومن ثم يتحدد دور كل عضو من أعضاء الفريق الصحى فى تقديم الخدمه الصحيه شاملة تنظيم الأسرة .

دورة المنتفعه : ذكر المشاركون انه قد تم القيام بعدة دراسات انتهت الى وضع تصور لدورة المريض / المنتفع/ المنتفعه داخل الوحده الصحيه , فعلى سبيل المثال هناك 1-3 عيادات – وعدد الحالات اليومى المخصص لكل طبيب هو 24حاله, اى أن الوحده يجب أن تكون على استعداد لاستقبال 24-48 حاله يوميا , ان تحديد عدد الحالات يسمح للطبيب بتقديم الخدمه ذات الجوده لكل حاله , كذلك السماح بحركه المرضى داخل الوحده دون تعطيل أو فترة انتظار طويله .

تكامل الخدمات : يتسم برنامج اصلاح القطاع الصحى/ طب الأسره بتقديم خدمات الرعاية الأساسية بصورة متكاملة لكل أفراد الأسره شاملة تنظيم الأسره – فبرنامج تكامل الخدمات له مواصفات وطرق ومبادئ محدد (ملف عائلى – طبيب أسره لكل الخدمات الصحيه – خدمات متكامله لكل الأعمار – خدمات تستجيب لكل فتره من دورة الحياه (الأطفال , الكبار , سن الشيخوخه خدمات طبيه متكامله " استشارات , معمل , أدويه ") وبهذا يتم توفير نوعيات معينه من الخدمات لم تهتم بها أو تتناولها البرامج الرأسيه .

وهذا الأسلوب يودى بطريقة مباشرة لزيادة الاقبال على خدمات تنظيم الأسره فالأسر التى لديها حالات امراض مزمنه (سكر , ضغط) تنتفع بخدمات الكشف والعلاج وتتعرف فى نفس الوقت على الخدمات الأخرى المقدمه (خدمات تنظيم الأسره) ومن ثم يزيد الطلب والاستخدام لهذه الخدمات .

وبالنسبة للإشراف , فقد واكب التغيير فى نمط تقديم الخدمه تغيرا فى طريقة الاشراف فأصبح الاشراف متكامل يعكس الفلسفه الجديده فى تكامل الخدمه وأصبح يوجه لتقييم الأداء للخدمات المتكامله .

كما ذكر المشاركون أن هناك معوقات تواجه طب الأسره فى عملية الاشراف وهى أنه مازالت البرامج الرأسيه تقوم بتشتيت الفكر الخاص بتكامل الخدمات من خلال الاشراف المركزى للوحدات .

هناك بعض المشروعات التى تضع فى استراتيجياتها " تكامل الخدمات " الا أنها تضيف برنامجا رأسيًا آخر حيث أنها تركز على تكامل خدمات تنظيم الأسره , رعاية الأمومه ولا تهتم بمنظومة طب الأسره وشمولية الخدمات الصحيه , فعلى سبيل المثال فقد تقوم هذه المشروعات بتطوير جزء من المستشفى وهو قسم النساء دون بقية المستشفى وبالتالي فهى تركز على خدمه معينه وليس كل الخدمات .

نظام الاحاله: مازال حتى الآن التطبيق العملى لنموذج صحة الأسره يطبق على مستوى الوحده الصحيه , المركز الصحى , العياده الخارجيه ورعاية الحالات الحرجه بالمستشفى المركزى , ولكن هناك صعوبه فى تطبيق نظام احاله قوى حيث أنه **حاليا** من حق المريض الذهاب للمستشفى مباشرة دون اشتراط التحويل من الوحده الصحيه .

جودة الخدمه / نظام الاعتماد: أكد المشاركون على أن برنامج اصلاح القطاع الصحى يهتم بجودة الخدمه وجودة الأداء , ولقد اعتمد البرنامج على مجموعه من المعطيات منها برامج الجوده التى تتبناها مشروعات تنظيم الأسره ورعاية الأمومه والطفوله ومشروع رفع الكفاءه فى الرعاية الصحيه الأوليه وكذلك برامج الجوده والتحكم فى العدوى .

ويتم التقييم المستمر للجوده فى الأداء والخدمات باستخدام قائمه مؤشرات يستخدمها فريق الاداره الصحيه , وكذلك فريق صندوق صحة الأسره – وترتبط الجوده ببرنامج الاعتماد والحوافز مما يعمل على استمرارية المحافظه على مستوى الجوده .

ومع تحديد معايير الجوده وتوحيدها تم حل مشكله كبيره كانت تواجه البرامج الرأسيه حيث أن معايير الجوده تختلف من برنامج لآخر منها على سبيل المثال التحكم فى العدوى

الاعلام والتعليم والاتصال فى مجال تنظيم الأسره من خلال برنامج الاصلاح الصحى :

أشار المشاركون أنه لا يوجد أنشطة للأعلام يتبناها برنامج الاصلاح الصحى على المستوى القومى لبرامج محدد وذلك لعدة أسباب منها:

أن نموذج طب الأسره مازال فى المرحله التجريبيه – وأى اعلام على المستوى القومى لبرنامج طب الأسره سوف يخلق الطلب دون أن يكون هناك عرض جاهز للأمداد الكافى من خدمات طب الأسره.

كما تعتمد فكرة التسويق للخدمات على مقدرة الفريق الصحى فى تقديم خدمات متميزه تعمل على جذب أكبر عدد ممكن من المستفيدين – وبذلك فهى تتميز بالاستمراريه ,اضافه لذلك فان برنامج الاصلاح / طب الأسره هو عبارته عن آليه تقديم خدمات يعرفها الجمهور ويحتاج اليها , ويلاحظ أن عمليات الاتصال الشخصى كمكون رئيسى وقوى ومؤثر وأقل تكلفة فى عمليات الاعلام والتعليم والاتصال تتم من خلال الممرضات حيث هناك نسبة منهن لم يتم تسكينهن على هيكل

طب الأسرة يقمن بعمل زيارات منزليه ويقمن بالدعايه لبرنامج طب الأسرة بمكوناته بما فيها تنظيم الأسرة , كما تقوم الرائدات الريفيات بالدعايه أيضا لكل من البرامج الرأسيه وبرنامج طب الأسرة , اضافة لذلك فان عملية حصر الأسر وعمل الملفات لسكان القرية تغطى السكان بنسبة 100% ومن ثم فهى من أفضل الفرص للاتصال الشخصى والتعريف بمكونات برنامج طب الأسرة بمكوناته المختلفه بما فيها تنظيم الأسرة .

5-7 استمرارية خدمات تنظيم الأسرة من خلال برنامج الاصلاح الصحى

استمرارية الدعم المادى لبرنامج تنظيم الأسرة أشار المشاركون فى اللقاءات المتعمقه الى أن برنامج تنظيم الأسرة يقوم على دعم مادى وفنى من المشروعات الأجنبيه لكثير من أنشطته , وهذا يؤثر على استمرارية هذا البرنامج بالكفاهه المطلوبه وخاصة بعد القرارات الخاصه بتوقف المعونه بحلول عام 2011 – فعل سبيل المثال : تتأثر أنشطة التدريب الأساسيه بوجود الدعم الأجنبى من عدمه مما يؤثر على عدد المتدربين , ومدة التدريب , وحوافز المتدربين . تتأثر أنشطة الاشراف من المستوى المركزى الى المحافظات الى الاداره الصحيه – فتقل عدد الزيارات الاشرافيه , وتغطية الوحدات بالاشراف مع تناقص حجم المعونه .

تتوقف وتقل بعض الأنشطة مثل الاعلام وبصفه خاصه وسائل الاتصال الجماهيرى (التلفزيون والاذاعه)

ادخال مشروعات موازيه لا تتفق مع أولويات او استراتيجيات الوزاره – مثل طلب الجهات المانحه العمل فى مجال الايدز فقط أو ختان الاناث فقط – ولا تهتم بمنظومة الخدمات الصحيه بوجه عام .

ويوجد حاليا مشروع للاعلام يركز على مجموعه معينه من المحافظات , ومشروع آخر يتبع قطاع السكان لكنه يركز على عمليات تجديد الوحدات ويقوم بتنفيذ برامج تدريب لتكامل تنظيم الأسرة مع رعايه الأمومه كبرنامج رأسى آخر بعيدا عن منظومة طب الأسرة .

تقوم الدول المانحه بدعم الدول الناميه ببعض المشروعات الا أن هذه المشروعات لا تتفق مع الاحتياجات والأولويات فى الدول المستقبليه لهذه المعونات , وأكثر من هذا فان نسبه كبيره من ميزانيه هذه المشروعات يذهب للخبراء والمستشارين الأجانب ولايتبقى الا الجزء القليل لاصلاح الوحدات والخدمات الصحيه , بالاضافه الى تركيز هذه المشروعات على البرامج الرأسيه التى أصبحت تتناقض مع الرؤيه الشامله والجديده لاصلاح القطاع الصحى ومن ثم استمرارحاله الازدواجيه بين القديم والجديد .

تعتمد بعض قطاعات وزاره الصحه والسكان مركزيا على وجود التمويل الأجنبى " قطاع السكان وتنظيم الأسرة فمازال غير ممول من التنظيم والاداره , ومن ثم فان هذا القطاع يصبح مهدد فى حالة توقف التمويل الأجنبى " .

استراتيجية وزاره الصحه والسكان لاستمرارية الدعم المادى لبرنامج طب الأسرة شاملا تنظيم الأسرة :

فصل الخدمه عن التمويل – ودعم دور صندوق صحتة الأسرة

المشاركه فى ثمن الخدمه من خلال الملف العائلى وتكلفة الخدمات الصحيه

الاتجاه فى التعامل مع الدول المانحه من منطلق ومفهوم مختلف عن المشروعات السابقه- وذلك بالعمل بنظام "دعم الميزانيه " حيث يكون هناك خطه استراتيجيه مصريه واضحه ويكون الدعم الأجنبى وفقا لهذه الاستراتيجيه من أجل تحقيق أهداف وطنيه محدده ويكون دور الدول المانحه مجرد التحقق من أنه قد تم تحقيق الأهداف التى تم تمويلها .

الاستمراريه المؤسسيه لنظام الخدمات الصحيه :

فى ظل برنامج اصلاح القطاع الصحى سيتم اعادة صياغة دور وزارة الصحة والسكان وبالتالي الهيكل التنظيمى على المستوى المركزى . وسيكون دور الوزاره وفقا لما يلى :

وضع السياسات الخاصه بالصحه العامه وتلك الخاصه بتقديم الخدمات الصحيه .

وضع ومراقبه السياسات الدوائيه وسياسات التسعير .

وضع السياسات الخاصه بترخيص مزاوله المهنة وترخيص المنشآت الصحيه

التخطيط الاستراتيجى للخدمات الصحيه

وضع معايير جودة الخدمات الصحيه ومكافحة العدوى .

الاشراف والمتابعه والتقييم لبرامج الطب الوقائى

وخلال المرحله القادمه سيتقلص دور اداره الدعم الفنى والمشروعات بعد اكتمال النموذج الخاص بطب الأسره , ونتيجة لذلك لن تكون الوزاره مسئوله عن تقديم الخدمه , فلن يكون هناك حاجه الى هيكل تنظيمى كبير , وسوف يتقلص الجهاز الحكومى بالوزاره ليكون عباره عن مجموعه من الادارات الفنيه , والادارات المقترحه هى :

اداره الطب الوقائى والرعايه الأساسيه شاملا برامج الصحه الانجابيه وتنظيم الأسره , اداره التراخيص , اداره الجوده , اداره السياسات الدوائيه والصيدله , اداره نظم المعلومات الصحيه , اداره التخطيط و اداره المتابعه والتقييم.

الفصل الثامن: رؤية قطاع الجمعيات الأهليه فى برنامج تنظيم الأسره

" الجمعيه المصريه لتنظيم الأسره وجمعيه تحسين الخدمات الطبيه"

تم عقد جلسة مناقشه بؤريه مع مسئولى الجمعيه المصريه لتنظيم الأسره على المستوى المركزى – وكذلك تم عقد جلسة مناقشه بؤريه مع مسئولى جمعيه تحسين الخدمات على المستوى المركزى , ولقد تحددت نقاط النقاش الاسترشاديه والتي تساعد على الاجابه على الأسئلة البحثيه لتشمل :

- مدى توافر مراكز تقديم خدمات تنظيم الأسره التابعه للجمعيه
- مدى توافر الأطباء والممرضات
- توافر وسائل تنظيم الأسره
- العمليه الاداريه لمراكز تنظيم الأسره (نظام التخطيط الاشراف , المتابعه والتقييم , اداره الموارد البشريه والتدريب)
- تقديم خدمات تنظيم الأسره بالمراكز التابعه لكل جمعيه (البنيه التحتيه , توافر الوسائل بالمراكز , جودة الخدمه)
- العوامل التى تؤثر على طلب خدمات الجمعيات الأهليه

وفيما يلى عرض لنتائج المناقشات البؤريه مع مسئولى الجمعيه المصريه لتنظيم الأسره , وكذلك عرض لنتائج المناقشات البؤريه مع مسئولى جمعيه تحسين الخدمات .

أولا - الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة

تم عقد جلسته للمناقشات البؤرية مع قيادات الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة (القائم بعمل المدير التنفيذي , وكل من مسؤولي الاحصاء والاعلام, والوسائل , والشباب) وذلك بمقر الجمعية , وكانت المناقشات تجيب عن السؤال البحثي الخاص بأسباب انخفاض التغطية بسنوات الحماية المحققة من توزيعات وسائل تنظيم الأسرة , وتم عمل تحليل لنتائج المناقشات وعرضها كما يلي:

8-1 توافر مراكز الجمعية المصرية لتنظيم الأسرة على مستوى الجمهورية

● **توافر مراكز وعيادات تقديم خدمات تنظيم الأسرة :** ذكر الحاضرون نقص العدد الكلى لمراكز وعيادات الجمعية على مستوى المحافظات , حيث كان عدد فروع الجمعية 25 فرع (فرع لكل محافظة) الا أن هذا العدد انخفض الى 19 فرع في 19 محافظة وذلك بسبب انسحاب ستة فروع من ستة محافظات لعدم التزامهم بتطبيق تعليمات الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة التي تقضى بالعمل في مكون الصحة الانجابيه ككل وليس فقط تنظيم الأسرة , بالإضافة للعمل مع الشباب أيضا .

ترتب على ذلك نقص في عدد مراكز وعيادات تنظيم الأسرة من 400 مركز الى 175 مركز منها 108 مركز تخضع للإشراف المباشر من الجمعية المصرية وعدد 67 مركز تخضع اداريا وماليا وفنيا لفروع المحافظات وتزودها الجمعية المصرية بالوسائل فقط .

● **توافر الأطباء والممرضات :** ذكر الحاضرون عدم توافر العدد الكافي من الأطباء والممرضات لمراكز تنظيم الأسرة بالمحافظات وذلك بسبب رفض الأطباء والممرضات الانتداب من وزارة الصحة لأن الانتداب خارج الوزارة وفقا للنظام الجديد يحرم المنتدب من الحوافز , ولا تستطيع الجمعية تعويضهم عن الحوافز بسبب ضعف الامكانيات الماليه للجمعية . كما ذكر الحاضرون أنه لا يوجد رائدات ريفيات بمراكز الجمعية , لكن يوجد اخصائيات اجتماعيات .

● **توافر وسائل تنظيم الأسرة :** ذكر الحاضرون أنه في فترة وجود المعونه الأمريكية كانت الجمعية تحصل على الوسائل من وزارة الصحة بالمجان , أما الآن فتحصل المراكز على الوسائل من الوزارة بسعرييها للجمهور وعلى هذا تم رفع سعر الخدمة وتحميل الجمهور بالقيمة .

"كنا نحصل على اللولب من الوزارة ب 20 قرش وبعد توقف المعونه بنحصل على اللولب من الوزارة ب 2 جنيه يعنى نفس البيع للجمهور"

8-2 ادارة خدمات تنظيم الأسرة من خلال الجمعية المصرية

● **نظام التخطيط :** ذكر المشاركون أنه يتم وضع خطه تمويل جزئيا من الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة ويتم الصرف منها على الفروع الرئيسييه بالمحافظات للمرتبات والمصروفات الاداريه , لكن لا يوجد ميزانيه للأنشطه بل يتم الاعتماد على الجمعيات صديقه الشباب وهى جمعيات صغيره والتي تعمل فروع الجمعية المصريه بالمحافظات كجمعيات حاضنه لها , والجمعيات صديقه الشباب تعتبر حلقة وصل بين الجمعية المصريه والمجتمع , ومصادر دخل هذه الجمعيات من العيادات التي تديرها والتي يقدم بها بعض الخدمات الطبيه مثل الصحة الانجابيه وعلاج الأسنان .

● **نظام الاشراف والمتابعه والتقييم :** ذكر المشاركون أنه يوجد بالجمعية المصريه ثلاث ادارات :

- ادارة البرامج : وهى تشرف على العيادات , كما تشرف على التدريب , وهى مسئوله على الاشراف على الجمعيات صديقه الشباب .
- ادارة النظم والمعلومات: وهى مسئوله من تسجيل البيانات الكترونيا متضمنة البيانات الخاصه بتنظيم الأسرة , والأمراض المنقوله جنسيا , وبيانات متابعة الحمل , والبيانات الخاصه بالكشف قبل الزواج .

- الاداره الماليه: وهى تشرف على المراكز (العيادات) بالمحافظات ثلاث مرات سنويا .

وتقوم فروع الجمعيه بالمحافظات بابلاغ تقارير (ت أ , 8) شهريا للمجلس القومى للسكان
أما عن المراكز بالمحافظات التى انفصلت عن الجمعيه الأم (محافظات القاهره , الاسكندريه , الجيزه , أسيوط , سوهاج ,
الغريبيه) فهى لم تبلغ المجلس القومى للسكان عن انفصالها عن الجمعيه المصريه – وتعمل فى مجال تنظيم الأسره
وتحصل على الوسائل من وزارة الصحه وترسل تقاريرها الى المجلس القومى للسكان لأن لها كود فى المجلس القومى
للسكان

● **ادارة الموارد البشريه والتدريب :** ذكر الحاضرون ان الجمعيه وفروعها تعتمد على الأطباء والممرضات المنتدبين
من وزارة الصحه والسكان للجمعيات , الا أن رفض الانتداب من جانب الأطباء والممرضات بسبب نظام الحوافز
الجديد أصبح أمرا يهدد العمل بعيادات الجمعيه , ولذا يرى المشاركون استمرار وزاره فى صرف الحوافز للأطباء
المنتدبين خارج الوزاره وبصفه خاصه فى مراكز الجمعيه التى تعمل فى مجال تنظيم الأسره باعتباره برنامجا قوميا .

● **نظام الحوافز :** ذكر الحاضرون أنه لا يوجد نظام حوافز بل يحصل الأطباء على نسبة من دخل العيادات التى
أصبحت تقدم خدمات طبيه أخرى مثل الأسنان وخدمات الصحه الانجابيه , والكشف قبل الزواج .

3-8 تقديم خدمات تنظيم الأسره فى مراكز الجمعيه المصريه:

● **البنية التحتية والتجهيزات فى مراكز الجمعيه:** أشار المشاركون الى أن مبان مراكز الجمعيه اما ان تكون مباني
تمليك أو ايجار قديم , وهذه يمكن عمل أى اصلاحات بها دون اعتراض الملاك ومن ثم تحسين الأداء بها , أما النوع
الثانى من مراكز الجمعيه فيسرى عليه قانون الايجار الجديد , وهذه لايجوز ادخال أى تعديلات عليها , أما بالنسبة
للتجهيزات فجميع المراكز تحتاج الى أجهزة للسونار

● **توافر وسائل تنظيم الأسرة بمراكز الجمعيه:** تعتبر وزارة الصحه والسكان هى المصدر الأول للحصول على
الوسائل وتحصل المراكز على الوسائل من وزاره بنفس السعر الذى تتبع به الوزاره للجمهور بعد أن كانت الجمعيات
تحصل عليها بسعر قدره 10% من سعر بيعها للجمهور , والمصدر الثانى للحصول على الوسائل هو القطاع التجارى ,
وتقوم مراكز الجمعيه بتقديم خدمات أخرى أو من خلال الجمعيات صديقه الشباب لتغطية خدمات تنظيم الأسره .

● **جودة الخدمه :** ذكر الحاضرون عدة أسباب لضعف الجوده بمراكز الجمعيه وهى:

- عدم وجود أجهزة سونار بعيادات الجمعيه بسبب ضعف الامكانيات الماليه للجمعيه
- **انخفاض جودة بعض الوسائل مثل اللولب الموجود حاليا بالسوق , حيث يسبب مشاكل لكل من الطبيب والعميله**
- **صعوبة تطبيق السياسات الخاصه ب " شروط الجوده والاعتماد " اللازمه لفتح العيادات الطبيه وذلك وفقا للشروط التى تستلزمها نقابة الأطباء وادارة العلاج الحر بوزارة الصحه والسكان .**

4-8 العوامل التى تؤثر على طلب خدمات تنظيم الأسره فى مراكز الجمعيه المصريه:

الاعلام والتعليم والاتصال : ذكر الحاضرون أن الاهتمام فى وسائل الاعلام الجماهيرى – الاذاعه والتلفزيون – بالمشكله
السكانيه وتنظيم الأسره أصبح غير موجود تقريبا , كما أن الميزانيات المخصصه لعمليات الاتصال الشخصى، الندوات
والمصفاة والزيارات المنزليه واللقاءات الجماهيريه وغيرها قد انخفضت للغاية ومن ثم قل حجم هذه الأنشطة , كما
يتلاحظ أيضا اختفاء دور رجال الدين فيما يتعلق بتنظيم الأسره سواء داخل المسجد أو فى اللقاءات الجماهيريه مع
المجتمع أو من خلال الاذاعه والتلفزيون .

ثانيا - جمعيه تحسين الخدمات الطبيه

تم عقد جلسة للمناقشات البؤريه مع قيادات جمعية تحسين الخدمات وذلك بمقر الجمعيه حضرها , المدير التنفيذي, وكل من مسئول التسويق ومسئول الاحصاء , وكانت المناقشات تجيب عن السؤال البحثى الخاص بأسباب انخفاض التغطية بسنوات الحمايه المحققه من توزيعات وسائل تنظيم الأسره .

5-8 توافر عيادات جمعية تحسين الخدمات الطبيه على مستوى الجمهوريه

✚ **توافر مراكز تنظيم الأسره :** ذكر المشاركون فى المناقشات البؤريه أن المشروع كان له قبل أن يتحول الى جمعيه 91 عياده فى 18 محافظه , وكان له 18 مكتب اقليمى كل مكتب يشرف فى المتوسط على 5 محافظات

وبعد أن تحول المشروع الى جمعيه عام 2006 , انخفض عدد مراكز تنظيم الأسره ليصبح 75 مركزا بدلا من 91 , كما انخفض عدد المكاتب الاقليميه من 18 مكتب الى خمسة مكاتب فقط .

✚ **توافر الأطباء والممرضات :** هناك عجز فى عدد الأطباء والممرضات بسبب احجامهم عن الانتداب للجمعيات خوفا من فقدان للحوافز التى يحصلون عليها من الوزاره .

✚ **توافر وسائل تنظيم الأسره :** ذكر المشاركون **نقص كميات الوسائل بالمراكز** فكانت الجمعيه تحصل على الوسائل من الوزاره ب 10% من ثمن بيعها للجمهور , أما الآن فتباع للجمعيه بنفس ثمن بيعها للجمهور , **وقد نجحت الجمعيه فى التفاوض مع القطاع التجارى للحصول على الوسائل بخصم 12% عن سعر السوق** , الا أن ذلك كله مازال فوق القدره الماليه للجمعيه وبصفه خاصه خلال هذه المرحله الانتقاليه بعد توقف المعونه الأمريكيه عنها , ومن ثم تعمل الجمعيه على رفع سعر الخدمه وتحميل المنتفعه بفرق السعر الذى كانت تعامل به قبل ذلك , **كل ذلك بطبيعه الحال له مردود سلبى على عدد المترددات .**

6-8 ادارة خدمات تنظيم الأسره من خلال جمعية تحسين الخدمات الطبيه

● **نظام التخطيط :** يقوم بوضع الخطه كل من المستوى المركزى والمكاتب الاقليميه (الخمسة مكاتب) وتلتزم الخطه بأهداف البرنامج القومى لتنظيم الأسره , كما تشارك الجمعيه فى عمليات التخطيط لتنظيم الأسره التى تتم على مستوى المحافظات من خلال المجالس الاقليميه للسكان .

● **نظام ادارة الموارد البشريه و التدريب:** يتكون فريق العمل فى كل مركز (عياده) من طبيب وعدد من الممرضات ومسئول مالى وادارى ومسئول عن نظام المعلومات , وتوضع خطه سنويه للارتقاء بكفاءة العاملين بالمراكز والعيادات وكذلك المكاتب الاقليميه للجمعيه , كما توجد خطه للتدريب على رأس العمل لجميع الفئات .

● **نظام المعلومات:** ان عدم وجود موارد كافيه لدى الجمعيه , أدى لعدم القدره على تجديد نظام المعلومات كما أن هناك مشكلات خاصه بكفاءة عملية الاتصالات مع فروع الجمعيه ومراكزها ومن ثم أثر سلبا على تدفق المعلومات من والى المحافظات وتأخير ورود البيانات والمعلومات وعدم دقتها فى بعض الأحيان . أما بالنسبة لنظام (ت.أ . 8) فمازالت الجمعيه ملتزمه بورود البيانات وابلاغها لادارة الاحصاء بالمجلس القومى للسكان .

● **نظام الاشراف والمتابعه والتقييم:** ذكر الحاضرون أنه بعد توقف المعونه الأمريكيه , وكذلك دعم الحكومه المصريه (حصه الحكومه فى المشروع) قامت الجمعيه بعمل تقييم لمراكز و عيادات الجمعيه ومكاتبها الاقليميه وذلك وفقا للتكافه والعائد لكل منها على حده , وبناءا على هذا التقييم اتخذت قرارا باعادة هيكله الجمعيه والمكاتب الاقليميه ومراكز تنظيم الأسره , والعماله المنتدبه لهذه المراكز , **فكل عياده لا تتمتع بمستوى معقول من التردد** , او بها عيادات ومراكز تنظيم أسره تابعه لجهات أخرى - **قامت الجمعيه باغلاقها حتى تستطيع أن توائم بين الدخل والمنصرف للعيادات** , وتحاول الجمعيه أن تتجاوز مشكلاتها خلال هذه المرحله من حيث انشاء عيادات متخصصه ذات جوده عاليه ببعض المحافظات (4 عيادات بالقاهره , 2 بالاسكندريه , 2 بالدلتا , واحده بسوهاج , وواحد بأسبوط) لتقدم خدمات طبيه أخرى ذات جوده عاليه بهدف زيادة الدخل , وتعتمد على نفسها ذاتيا ., وبصفة عامه يقوم المستوى المركزى والمكاتب الاقليميه بالاشراف

على مراكز تقديم الخدمة للتأكد من الالتزام بتحقيق المستهدف لكل مركز , هذا بالإضافة للالتزام بمستوى جودة الخدمة التي دأبت عليها جمعية تحسين الخدمات , ومدى تكامل خدمة تنظيم الأسره مع خدمات رعاية الأمومه والطفوله . ويتم التقييم كل ستة شهور .

● **نظام الحوافز :** تمنح الحوافز على أساس ما تحققه العياده من ايرادات حيث يحصل العاملين على نسبة من هذه الايرادات , من ثم فكلما زاد الايراد زادت الحوافز .

8-7 تقديم خدمات تنظيم الأسره فى مراكز جمعية تحسين الخدمات الطبيه

● **البنية التحتية والتجهيزات :** ذكر المشاركون أنه بالإضافة الى نقص عدد مراكز تقديم الخدمة من 91 الى 57 مركز , الا أن الجمعيه أيضا غير قادره حاليا على فتح مراكز جديده بسبب صعوبة شروط الترخيص التي تطلبها كل من نقابة الأطباء والعلاج الحر بوزارة الصحة والسكان وبالنسبة للصيانه فيتم تخصيص مبلغ يتراوح ما بين 500- 1000 جنيه لصيانة العياده , وفى حالة وجود احتياج يتطلب أكثر من هذا المبلغ يتولى المستوى المركزى عمل مناقصه لذلك , كل هذا لتبقى عيادات الجمعيه على نفس المستوى الذى اعتاده جمهور جمعية تحسين الخدمات ومن ثم تظل الثقة موجوده بين الجمعيه وبين جمهورها . وبالنسبة للتجهيزات , فلا توجد وحدات للسونار بجميع المراكز بينما وجود السونار أصبح أمرا عاديا فى جميع الوحدات والمراكز المماثله مما يصبح معه أمر المقارنه واردة عند المترددات مما يؤثر على عمليات التردد على مراكز الجمعيه .

● **توافر مقدمى الخدمة:** نبه الحاضرون الى وجود مشكلة توفير الأطباء والممرضات من وزارة الصحة والسكان بعد قرار الحوافز الأخير الذى يحرم من ينتدب خارج الوزارة من هذه الحوافز , ومن ثم امتنع كل من الأطباء عن الانتاب خوفا من خصم الحوافز , الا أن نظام الجمعيه باعطاء نسبة من الايرادات كحوافز , وفرصة ارتفاع قيمة الحافز كلما ارتفع ايراد العياده من الأمور التي ساعدت على اجتذاب بعض الأطباء والممرضات , وتبذل الجمعيه قصارى جهدها لاقامة مراكز تقدم خدمات طبيه ذات جوده عاليه وبشكل متكامل ويكون تنظيم الأسره أحد مكونات هذه الخدمة , كل هذا بهدف زيادة الايرادات والارتقاء بجودة الخدمة.

● **توافر الوسائل :** حدث نقص فى الوسائل حيث كانت الجمعيه فى السابق تحصل على الوسائل من وزارة الصحة ب10% من سعر البيع للجمهور أما الآن فتحصل الجمعيه على الوسائل بنفس سعر البيع للجمهور ومن ثم فرق السعر بين النظامين أثر على توفير الوسائل فى مراكز الجمعيه , ويضاف الى ذلك سوء نوعية اللوب الموجود/ المتوفر من الوزاره حاليا فأصبح الأطباء يرفضون شراءها من الوزاره ويشتررون بديل عنه من السوق التجارى , كل ذلك أصبح يشكل صعوبات فى توفير الوسائل , واذا كانت الجمعيه قد نجحت فى المفاوضات مع القطاع التجارى على تخفيض 12% بالنسبة للوسائل , الا أن ذلك مازال يشكل عبئا ماليا على الجمعيه خلال هذه المرحه الانتقاليه , مما يضطر المراكز لرفع ثمن الخدمة , بما ينعكس بالسلب على عدد المترددات .

● **جودة الخدمة:** تعمل الجمعيه على الالتزام بمعايير الجوده التي وضعتها وزارة الصحة والسكان فتعمل على بقاء الوحده فى حاله جيده من النظافه والصيانه المستمره لتحقيق رضاء المنتفعات منذ دخول العياده , وفتح أو استخراج الملف , وتقديم المشوره حتى الحصول على الخدمة .

8-8 العوامل التي تؤثر على الطلب على خدمات تنظيم الأسره فى مراكز جمعية تحسين الخدمات

● **الاعلام والتعليم والاتصال :** اتفق قيادات الجمعيه فى انخفاض اهتمام اجهزة الاعلام بالمشكله السكانيه وتنظيم الأسره مقارنة بالسنوات السابقه , هذا بالإضافة الى اختفاء الأحاديث الدينيه لرجال الدين فيما يتعلق بالسكان وتنظيم الأسره.

● **الاتصال الشخصي:** تقتصر عمليات الاتصال الشخصي فى الجمعيه ومراكزها على تقديم المشوره داخل المراكز والعيادات وتتم بشكل علمى وجيد للمترددات , ومن ثم فهناك ثقه متبادله بين العاملين بالجمعيه وبين جمهور المتفعات , لكن لا يوجد بالجمعيه نظام الرائدات ولا العيادات المتنقله .

● **التغير فى اتجاهات الجمهور:** ان جمهور الجمعيه من الطبقة المتوسطة يثق فى عيادات الجمعيه على ما تقدمه من خدمات , وتعمل الجمعيه وعياداتها على استمرار كسب ثقة العميل وراحته باستمرارية بقاء العياده على درجه عاليه من النظافه , ومراعاة وقت المنتفعه ومكان انتظارها وتقديم المشوره لها , كل هذه العوامل تشكل اتجاها ايجابيا لدى المنتفعات بخدمات الجمعيه من هذه الشريحه من المجتمع .

الفصل التاسع: دور شركات الأدوية فى البرنامج القومى لتنظيم الأسره

للإجابة عن السؤال البحثى الخاص بوجود شركات أدويه قطاع خاص تعمل على توفير وسائل تنظيم الأسره , كان لابد من الوصول لهذه المعلومه من خلال معرفة شركات الأدوية التى تعمل فى تصنيع واستيراد وسائل تنظيم الأسره ونوعية الوسائل التى توفرها بالصيديات , ولقد تم التعرف على هذه الشركات من خلال عدة مصادرهى : ادارة الوسائل بقطاع السكان وتنظيم الأسره بوزارة الصحة والسكان , اللقاء مع أحد مديرى شركات الأدوية الخاصه التى تعمل فى مجال توفير وسائل تنظيم الأسره منذ بدأ البرنامج وحتى الآن , المناقشات البؤريه مع أطباء وزارة الصحة والسكان ومديرى تنظيم الأسره بالمحافظات, تقارير الشركه المصريه لتجارة الأدوية , ومن خلال الزيارات لبعض الصيديات.

وللتعرف على العلاقه بين شركات الأدوية التى تعمل فى مجال تنظيم الأسره (وزارة الصحة والسكان) تمت عدة لقاءات مع الدكتور مسؤل الوسائل بقطاع السكان/وزارة الصحة والسكان.

أما عن وسائل تنظيم الأسره (وسيلة اللولب) المتوفره بالصيديات فقد تم الحصول على هذه المعلومه بشراء مجموعه من اللولب المتوفره بالصيديات.

ولمعرفة رؤية شركات القطاع الخاص فى برنامج تنظيم الأسره , كان هناك لقاء مع أحد المسئولين باحدى الشركات المصريه التى تعمل بالاستيراد وتوزيع الوسائل لشركاتها ولشركات أخرى.

ومن خلال المعلومات المتوفره من المصادر السابقه نعرض فى هذا الفصل دور القطاع الخاص فى البرنامج القومى لتنظيم الأسره

9-1 دور شركات الأدوية في توفير وسائل تنظيم الأسره :

تعمل في مصر حوالى 30 شركة قطاع عام وقطاع خاص في مجال توفير وسائل تنظيم الأسره , وتقوم هذه الشركات بعمليات التصنيع والاستيراد وتوزيع وسائل تنظيم الأسره في السوق المصرى بعد الحصول على التراخيص اللازمه لذلك من قطاع التخطيط والسياسات الدوائيه بوزارة الصحه والسكان.

9-2 العلاقة بين قطاع السكان وشركات الأدوية التي تعمل في وسائل تنظيم الأسره

يتم استيراد المواد الخام والاتفاق مع احدى شركات القطاع العام على التصنيع , وتحدد وزاره حصه من المنتج للشركه المنتجه لتتولى توزيعها على الصيدليات نظير عملية التصنيع , وتأخذ الوزاره الكميه المصنعه وتقوم بتوزيعها على عيادات تنظيم الأسره بوحدهات وزارة الصحه والجمعيات الأهليه والمستشفيات التعليميه على مستوى المحافظات (بمعرفة الشركه المصريه لتجارة الأدوية) . والمعلومات عن هذه الوسائل وتوزيعها ترد في تقرير المجلس القومى للسكان .

تقوم الوزاره باجراء مناقصات بين الشركات التي تعمل في مجال وسائل تنظيم الأسره (شركات عالميه ومحليه) لتوفير احتياجات البرنامج من الوسائل وبصفه خاصه الوسائل الرئيسيه من الحبوب واللواكب والحقن والامبلانول . وما يتم توزيعه أيضا من هذا الجزء يرد في تقرير المجلس القومى للسكان .

أما الجزء الذى يقوم بتوزيعه شركات القطاع الخاص , حيث يوجد ما يقرب من 30 شركه تعمل في جميع الوسائل(الحبوب للوالب والحقن والواقى الذكري واللوسات) فتقوم بتغطية احتياجات السوق من هذه الوسائل منها خمسة شركات لها ثقل في السوق المصرى حيث تعمل في الوسائل الأساسيه للبرنامج (الحبوب والحقن واللواكب) , وفيما يتعلق بموضوع الدراسه وهو حساب سنوات الحمايه من خلال معرفة كمية الوسائل المباعه , فان هذا الجزء من المبيعات لا يظهر في تقرير المجلس القومى للسكان حيث لا يعرف حجم مبيعات هذه الشركات من مختلف الوسائل , فعمليات المنافسه فيما بينها لها قانونها وسريه بياناتها ومعلوماتها .

9-3 شركات الأدوية الخاصه ووسائل تنظيم الأسره المتوفره في الصيدليات

تبين من المعلومات التي تم جمعها أن هناك شركات توفر وسائل تنظيم الأسره الرئيسيه (اللواكب , والحقن , والحبوب):

اللواكب

Multi load cu 380 , Bariam sulphate ,Nova T Coper, U-kare Model Cu375 , Model T)
(Cu 380 ,Nugaed, Cu 380 , Monaliza Cu 375
والشركات التي توفر هذه الوسائل هي (أورجانول , شرنج , مدتك , ايجى سيبت , وشركه أكاديما)

الحقن: الأنواع:

Megestron, Gynodian ,Mesigyra , Mesocept , DepoProvera)

وتعمل على توفيرها في السوق المصرى شركات (أورجانول , شرنج , وفايزر , ومن شركات القطاع العام شركه سيد)

هناك بعض أنواع من الحقن لا يتم انتاجها حاليا وحل محلها أنواع أخرى لكن مازال منها بقايا ترد في تقرير المجلس القومى للسكان مثل الميسيجينا حيث حل محلها ميسوسيبت .

الحبوب

يوجد فى السوق المصرى ما يقرب من 17 نوع هى (مارفيلون , ميكروجينون , اكسيليتون , جينيرا , ميكرولوت , ترنديول , منيوليت , بوستينور , سلست , ميكروديت , نورديت , ميكروفلار , ترايوفلار , ميكروسيبت , ترايوسيب , ليفينور)

وتقوم بتوفيرها شركات (أوجانون , شرنج , وايت , أدفنتيس , جانسون/سيلاج , أكاديما , ومن شركات القطاع العام شركة سيد والنيل) وبالنسبة للحبوب أيضا توقف انتاج بعضها وحل محلها أنواع أخرى مثل ميكروفلار حل محلها ميكروسيبت , وترايوفلار حل محلها ترايوسيب لكن يبدو أن هناك بقايا من الأصناف التي توقف انتاجها حيث مازالت تظهر فى تقارير المجلس القومى للسكان

الواقى الذكري واللبوسات

فيوجد ما يقرب من عشرين شركة تعمل على توفيرها وهى (مالتى فارما, بى ام ايجبت, المركز التجارى الدولى , بيونيرز جروب , ايجى ست , جنرام مديكال جروب , بيوتك فارما, فيمتوتريد , سان جورج , ايجبت للمستلزمات الطبيه , ميد مارك للمستحضرات , المصريه للخدمات الطبيه والصيدلانيه , ميدكان للأجهزة والمستلزمات الطبيه والمعملية , الشركه العالميه , كايرو ميدكال سيرجيكو , الشفافية المصريه للمستلزمات الطبيه , مؤسسة البسمله للاستيراد والتصدير) .

وتبين من الزيارات الميدانيه للصيديات وجود عدة أنواع من اللوالب وهى مختلفه فى الأسعار فعلى سبيل المثال
pregna : Model T Cu 380 A ثمنه 7,75 جنيه بالصيديات ولولب U Kare : Model Cu 375 ثمنه
17,75 جنيه بالصيديات ولولب Nova T schering ثمنه فى الصيديات 30,0 جنيه

4-9 رؤية القطاع الخاص فى برنامج تنظيم الأسرة

من خلال اللقاء مع الأطباء العاملين بشركات أدويه بالقطاع الخاص تم استخلاص أسباب قصور مشاركة القطاع الخاص فى برنامج تنظيم الأسرة وذلك من خلال العبارات الآتية :

الفصل العاشر: الخلاصه والتوصيات

لقد نجح برنامج تنظيم الأسره فى مصر على مدى العقدين الماضيين فى خفض معدل الانجاب الكلى من 4,4 طفل لكل سيده عام 1988 الى 3,1 طفل لكل سيده عام 2005 – الا أن برنامج تنظيم الأسره يواجه حاليا عدة تحديات وكان من أحد مؤشرات هذه التحديات انخفاض سنوات الحمايه المحققه من توزيعات وسائل تنظيم الأسره فى عامى 2006, 2007 مقارنة بسنة 2005 , ولذلك كانت هذه الدراسه التى كشفت عن مجموعه من القضايا التى تحتاج الى التدخل السريع لاعطاء البرنامج دفعة جديده للوصول الى أهداف السياسه السكانيه .ويستخلص من هذه الدراسه مجموعة قضايا محوريه فى برنامج تنظيم الأسره فى مصر:

■ واكب انخفاض معدل التغطية بسنوات الحمايه المحققه من توزيعات وسائل تنظيم الأسره ارتفاعا فى معدل المواليد ومعدل النمو السكانى فى مصر بين عامى 2005-2006

■ يمر برنامج تنظيم الأسره بمرحلة انتقاليه تتسم بالملاح التاليه:

- التحول من البرامج الرأسيه الى برامج الرعايه الأساسيه المتكامله والتى تشمل تنظيم الأسره
- توقف الدعم الخارجى لمشروعات تنظيم الأسره
- بعد توقف الدعم الأجنبى تمر المؤسسات المصريه بمرحلة اختبار القدرات الذاتيه وتطوير النظم الخاصه بالامداد بالوسائل والتنميه البشريه فى مجالات تنظيم الأسره
- توقف الدعم الخارجى والحكومى للجمعيات الأهليه
- عمليات تجديد واحلال للكثير من وحدات وزارة الصحه والسكان فى بعض المحافظات – والتوقف المؤقت عن العمل فى برنامج تنظيم الأسره
- عدم وضوح الآليات التى يمكن من خلالها دعم دور القطاع الخاص لاثراء برنامج تنظيم الأسره خاصة بعد توقف الدعم الأجنبى .

- ظهور تغيرات في الاتجاهات الانجابيه وانتشار ثقافة الطفل الثالث
- تجرد وتناقص كفاءة الوحدات مما يستدعى ادخال استراتيجيات غير تقليديه
- هناك محافظات تحتاج الى دعم أكثر من غيرها في هذه المرحلة الانتقاليه مما يتطلب ترشيد استخدام الجهود والموارد طبقا لخطة قائمه على احتياجات حقيقيه

■ تحول الدعم السياسى لبرنامج تنظيم الأسرة الى دعم برامج الرعاية الأساسيه المتكامله

- يحتل اعادة تشكيل النظام الصحى والتركيز على الرعاية الأساسيه والتغطيه الشامله بالتأمين الصحى الأولويه الأولى فى أجندة السياسات الخاصه بالصحه
- السياسات الخاصه بدعم تنظيم الأسرة أصبحت سياسات **ضمنيه** (دعم الرعاية الصحيه الأساسيه من خلال طب الأسرة) وليست سياسه **معلنه** خاصه بالوصول لمستوى الاحلال عام 2017 من خلال برنامج تنظيم الأسرة كبرنامج رأسى .
- عدم التنسيق بين السياسات - والاستقراء غيرالواضح لبعض السياسات – حيث ترصد وزارة التضامن الاجتماعى دعما ماديا للحوامل والمرضعات مما يفسره العامه على أنه اتجاه جديد من قبل الدوله لزيادة الانجاب وليس تنظيم الأسرة
- يأخذ برنامج تنظيم الأسرة موقعا متأخرا فى ترتيب الأولويات فى أجندة المجالس الاقليميه للسكان بالمحافظات – حيث الانشغال بالموضوعات الاقتصادية والوبائيه .
- توقف الاعلام الدينى عرض رسائل عن فوائد تنظيم الأسرة لصحة الأم والطفل ووجود دعايات مضاده فى الفضائيات

■ تواجه نظم تقديم خدمات تنظيم الأسرة تحديات نقص الدعم المؤسسى والمادى

- بالرغم من الزيادة المضطرده فى أعداد عيادات تنظيم الأسرة التابعه لوزارة الصحة – الا أن هناك تحديات تواجه الاستمراريه فى جودة الخدمات
- بالرغم من أن فلسفة طب الأسرة تعتمد على تكامل الخدمات المقدمه للأسره ومنها تنظيم الأسرة – وكذلك الاستغلال الأمثل للعيادات بالوحدات الصحيه – الا أنه مازالت مشكلة الخصوصيه وعدم وجود غرفه للمشوره – من التحديات التى تواجه البرنامج
- هناك اعفاء للمنتفعات بتنظيم الأسرة من رسوم الخدمه فى وحدات طب الأسرة , ولكن عدم الالتزام بهذه السياسه يؤثر سلبا على اعداد المنتفعات بخدمات تنظيم الأسرة
- الاشراف المتكامل من خلال تطبيق القرار 75 لسنة 2006 على كل وحدات وزارة الصحة والسكان يعطى فرصه لتقييم الوحدات ككل وربط الجوده بالحوافز – الا أنه يقلل من فرصة التدريب على رأس العمل أثناء الاشراف
- التدريب فى تنظيم الأسرة من خلال طب الأسرة لا يعطى التوجيه اللازم عن دورة المنتفعه ودور الطبيب والممرضه طبقا لمعايير تقديم الخدمه مما ينعكس على أداء مقدمى الخدمه
- تقوم العيادات المتنقله بتقديم خدمات علاجيه " قوافل طبيه " فى كل المحافظات – الا أن نمط تقديم الخدمه لا يعطى مقومات لنجاح تقديم خدمات تنظيم الأسرة فى المناطق المحرومه من الخدمه أثناء القوافل الطبيه
- هناك انخفاض فى كفاءة عيادات تنظيم الأسرة والذى قد يرجع الى انخفاض مستوى جودة الخدمه شاملا جودة الوسائل
- تغير دور الرائد الريفيه لتصبح رائده ميسيه لكل البرامج مما يؤثر على مصداقيتها أمام الجمهور

■ تواجه الجمعيات تحديات الاستمراريه فى تقديم خدمات تنظيم الأسرة

- ثقافة الاعتماد على الدعم الحكومي لدى الجمعيات الأهلية فيما يتعلق بتوفير الأطباء والمرضات والوسائل - مازالت قائمه مما يؤدي الى استمرار الأداء التقليدي وعدم تطوير قدراتهم الذاتية .
- ضعف آليات التعامل مع القطاع الخاص لمساندة الجمعيات في الحصول على الوسائل بتخفيضات مناسبة مقابل قيام الجمعيات بالدعايه للشركات بالأسماء العلميه لمنتجات هذه الشركات .
- لا يوجد انفتاح على شركات القطاع التجارى الخاص التى يمكن أن تساعد فى توفير الأجهزة والمعدات مقابل الاعلان عن منتجاتها داخل عيادات الجمعيات الأهلية

■ تتوافر مقومات لتفعيل دور القطاع الخاص فى تنظيم الأسره

- هناك شركات دوائيه خاصه تعمل فى مجال وسائل تنظيم الأسره الأساسيه (اللوالب , الحبوب , الحقن) ولكن لا توجد قنوات اتصال بين هذه الشركات وادارة البرنامج القومى لتنظيم الأسره
- لا يوجد آليات للحوار مع الشركات الخاصه لحل المشكلات الخاصه بالتسجيل والتسعير والدعايه حتى يمكن أن يساهم بشكل أكثر فاعليه فى البرنامج القومى لتنظيم الأسره .
- هناك شبكه كبيره من الصيدليات , لكنها غير مفعله بشكل جيد لخدمة البرنامج القومى لتنظيم الأسره لعدم وجود برنامج لرفع كفاءة الصيادله فيما يتعلق بتقديم المشوره والتعريف بالمستحدث من وسائل تنظيم الأسره
- هناك تسرب للوسائل من وحدات تنظيم الأسره الى الصيدليات وذلك لوجود سياسات تربط الحافز بمستهدفات تنظيم الأسره
- ثبت أن برنامج اسأل/ استشير والذى يقوم بتدريب الصيادله على المشوره فى تنظيم الأسره - له دور فعال- ومازال ماثلا فى ذاكرة أطباء قطاع السكان بالوزاره

■ للمجلس القومى للسكان دورا محوريا فى متابعة وتقييم برامج تنظيم الأسره فى المرحله الانتقاليه

- يقوم المجلس القومى للسكان برئاسة السيد الدكتور رئيس مجلس الوزراء بمتابعة وتقييم البرامج السكانيه - الا أنه بالنسبة لبرنامج تنظيم الأسره لا يوجد لجان متخصصه يمثل فيها قطاع السكان , وشركات الأدوية , والجمعيات الأهليه - لزيادة الشراكه فى اتخاذ القرار
- تتوافر البيانات الاحصائيه والمعلومات التى يمكن بها اعداد تقارير متكامله من عدة مصادر تصف الوضع فى مصر والمحافظات - ولكن لا يوجد نظام للمتابعه والتقييم يقدم المؤشرات المختلفه واستقراء هذه المؤشرات بصورة متكامله (المردود الغير مباشر , المردود المباشر , المخرجات, ادارة الموارد) فى تقرير واحد

التوصيات

📖 الدعم السياسى لبرنامج تنظيم الأسره :

- ايجاد آليات للتنسيق بين الوزارات المختلفه بالنسبة للسياسات التى تتعلق بالسكان والصحه الانجابيه وتنظيم الأسره وذلك لتوحيد المفاهيم تجاه السياسه العامه للدوله بالنسبة للمؤشرات السكانيه الخاصه بالوصول لمستوى الاحلال بحلول عام 2017
- نشر ثقافة تكامل الخدمات الصحيه والتى تشمل خدمة تنظيم الأسره على مستوى المخططين والمنفذين والمنتهجين فى برنامج تنظيم الأسره - باعتبار أن تكامل الخدمه هو من السياسات التى تضمن الفائده الأكبر مع أقل تكلفه - وترشيد استخدام موارد الوحدات الصحيه
- اثناء دور المجالس الاقليميه للسكان بقيادة المحافظين فى دعم برنامج تنظيم الأسره - واقتراح وتنفيذ حلول غير تقليديه بكل محافظه بما يتفق مع وضعها الثقافى والاقتصادى للنهوض ببرامج تنظيم الأسره .

- تضمين اللجنة التنفيذية بالمجلس القومي للسكان لقيادات من قطاع السكان وتنظيم الأسرة بوزارة الصحة والسكان وكذلك من شركات الأدوية وممثلين عن الجمعيات الأهلية .

❏ دعم خدمات تنظيم الأسرة فى وحدات وزارة الصحة والسكان

- مراجعة البرنامج التدريبي لأطباء طب الأسرة وذلك لزيادة أيام التدريب العملى المخصصه للتدريب فى تنظيم الأسرة , ورفع جودة التدريب بتقليل عدد المتدربين الى عشرة متدربين فى دوره
- ايجاد آليات لتوفير وسائل تنظيم الأسرة ذات الجودة خاصة اللولب.
- تحديث دليل معايير تقديم خدمات تنظيم الأسرة واستخدامه فى برنامج طب الأسرة لاحتوائه على دورة المنتفعه وتكامل دور كل من الطبيب والممرضه
- توفير حجره لتقديم المشوره فى تقديم خدمات تنظيم الأسرة فى الوحدات الصحيه التى تعمل بنظام طب الأسرة
- دعم دور المشرف الاكلينيكي من المستشفى المركزى للوحدات للقيام بالتدريب على رأس العمل فى وحدات طب الأسرة
- اعاده صياغة معايير الجوده لخدمات تنظيم الأسرة التى تقدم من خلال عيادات طب الأسرة حتى يمكن الوقوف على عناصر الجوده التى تتفق مع متطلبات مخططى البرامج (تنظيم الأسرة) ومتلقى الخدمه من خلال طب الأسرة
- توضيح نظام الدفع مقابل الخدمه ونظام التأمين الصحى – فى طب الأسرة لدى جميع العاملين فى البرامج الصحيه ومقدمى الخدمه والجمهور المستهدف حتى لا يكون العامل المادى من المعوقات فى برنامج تنظيم الأسرة
- اعاده النظر فى نظام المعلومات ومؤشرات المتابعه والتقييم وعلاقتها بالحوافز فى طب الأسرة حتى يمكن تنفيذ البرامج بطريقه تتفق وأهداف البرنامج وحرية المنتفعه فى اختيار الوسيله , ودقة البيانات المسجله
- توفير العيادات المتنقله ومتابعة وتقييم أدائها فى تقديم خدمات تنظيم الأسرة فى المناطق المحرومه
- ايجاد حلول غير تقليديه لزيادة كفاءة عيادات تنظيم الأسرة

❏ ايجاد آليات لتقوية دور الجمعيات الأهليه فى تنظيم الأسرة

- دراسة السياسات التى يمكن أن تحد من قدرات الجمعيات الأهليه من الاعتماد على الذات فى دعم برنامج تنظيم الأسرة
- مشاركة ممثلى الجمعيات الأهليه مع الهيئات الأخرى : القطاع الخاص , وزارة الصحة والسكان فى لجان تنسيق لبرامج تنظيم الأسرة على المستوى القومى من خلال المجلس القومى للسكان وذلك لايجاد استراتيجيات جديده لدعم دور الجمعيات فى تنظيم الأسرة
- توسيع دور الجمعيات التى تقدم خدمات اكلينيكيه وتسجيلها فى نقابة الأطباء حتى يمكن أن تقدم خدمات الصحة الانجابيه ومنها تنظيم الأسرة
- دراسة تطبيق سياسات الحوافز للأطباء والمرضات العاملين فى وزاره على الأطباء والمرضات المنتدبين للعمل فى الجمعيات الأهليه (قرار 75 لسنة 2006)
- دراسة المعوقات التى تواجه الجمعيات للتعاقد مع صندوق صحة الأسرة لتقديم خدمات طب الأسرة شامله تنظيم الأسرة

❏ وضع صيغه لزيادة شراكة القطاع الخاص فى برنامج تنظيم الأسرة

- ضم كل من مدير الصيدله بمديرية الشئون الصحيه , ونقيب الصيادله بالمحافظه الى المجلس الاقليمى للسكان برئاسة الساده المحافظين وذلك لتقديم تقرير عن حجم مبيعات الشركات الخاصه من وسائل تنظيم الأسرة بالمحافظات – وتوفير هذه المعلومات للمجلس القومى للسكان لتحليلها وعرضها فى تقرير الاحصاء السنوى

- ايجاد آليات لخلق قنوات اتصال والتنسيق وخلق رويه مشتركه بين الشركات العامله فى مجال وسائل تنظيم الأسره ووزارة الصحه والسكان والجمعيات الأهليه والمجلس القومى للسكان
- ايجاد آليات للتعرف على وايجاد حلول للتحديات التى تواجه شركات القطاع الخاص لتوفير وسائل تنظيم الأسره مثل التسعير والتسجيل والدعايه
- عدم ربط الحافز بمستهدفات تنظيم الأسره فى وحدات وزارة الصحه والسكان للأطباء والمرضات والرائدات حتى لا يتم تسريب الوسائل خاصة اللولب الى الصيدليات مما يؤثر على عمل شركات القطاع الخاص .
- ايجاد آليات لتدريب الصيادله على عمليات المشوره فى تنظيم الأسره

استثمار نظم المعلومات السكانيه والبحوث بالمجلس القومى للسكان لدعم اتخاذ القرار

- تدريب فريق العمل بمكاتب المجلس القومى للسكان لاعداد تقارير المتابعه والتقييم باستخدام المؤشرات السكانيه ومؤشرات تنظيم الأسره وجمع البيانات الميدانيه التى تساعد على استقراء هذه المؤشرات - حتى يمكن اتخاذ القرارات فى الوقت المناسب للارتقاء ببرنامج تنظيم الأسره
- ايجاد قنوات اتصال بين مكاتب المجلس القومى للسكان والمجالس المحليه على مستوى المراكز بالمحافظه وذلك للتعرف بدقه على اسباب التقدم / القصور فى برنامج تنظيم الأسره لوضع التوصيات طبقا لموقع المشكله
- اصدار تقارير سكانيه دوريه تحتوى على كل المؤشرات السكانيه ومؤشرات تنظيم الأسره على المستوى القومى ومستوى المحافظات - وذلك لاعطاء صورته واقعيه للقيادات العليا على مستوى المحافظات وعلى المستوى المركزى حتى يمكن توجيه الموارد والجهود وترشيد الجهود الموجهه للبرنامج على مستوى المحافظات
- عقد مؤتمر سنوى لفريق مكاتب المجلس القومى للسكان بالمحافظات لعرض مؤشرات المحافظات فى سلسله زمنيه وعرض التوصيات ويمكن الاستفاده من المؤشرات المستخدمه فى هذه الدراسه
- تقوية برنامج بحوث العمليات وتوفير بعض البيانات الأساسيه مثل تقارير الوسائل الموزعه من العيادات المتنقله وعيادات طب الأسره حتى يمكن متابعة وتقييم بعض التداخلات من حيث الكفاءه والفاعليه , والتكلفه والعائد .

ايجاد استراتيجيات جديده للاعلام والتعليم والاتصال فى مجال تنظيم الأسره

- ايجاد طرق اعلاميه جديده لمواجهة ثقافة الطفل الثالث
- اعاده النظر فى دور الرائده الريفيه
- تدريب الأجيال الجديده من رجال الدين فى مجال تنظيم الأسره

المراجعReferences

- (1) **Egypt Demographic and Health Survey (1995, 2000, 2005)**
- (2) **NPC- Annual Statistical reports** تقرير الاحصاء السنوى
2002,2003,2004,2005,2006,2007
- (3) **El-Zanaty and Associates (2008)** Health Baseline Survey for Al Darb al Ahmar (ADAA), Cairo governorate, Egypt
- (4) **El-Zanaty and Associates (2006):** Population program Sustainability in Light of the Phasing out of Foreign Funds. National Population Council-
- (5) **المجلس القومى للسكان "السياسة القومية للسكان وتنظيم الأسره 1973" - وثائق المجلس القومى للسكان**
- (6) **توصيات المجلس القومى للسكان عام 1985 - وثائق المجلس القومى للسكان**
- (7) **السياسة القومية للسكان 1986 - وثائق المجلس القومى للسكان**
- (8) **القرار الجمهورى رقم 19 لسنة 1985 بإنشاء المجلس القومى للسكان**
- (9) **وثيقة (2002) الخطه الاستراتيجيه للسكان فى مصر (2001- 2017)** وزارة الصحة والسكان (2002)
(
- (10) **القرار الجمهورى 139 لسنة 2007** ووثائق المجلس القومى للسكان
- (11) **Ministry of Health and Population /Population and Family Planning Sector (2005)** Improving and Sustaining Population Programs Project (ISPP Project): 2005 Work Plan
- (12) **Ministry of Health and Population (1999)** National Standards of Practice for Family Planning and Reproductive Health Clinical Services Delivery

- (13)EI-Zanaty and Associates (1998)** Quality of Care and Family Planning Utilization in Ministry of Health and Population Clinics. National Population Council
- (14)Development, Training and Research Center (DTRC) (2001)** Impact of Ministry of Health and Population/Population Sector Basic Family Planning/Reproductive Health Training on Service Providers' Performance. National Population Council
- (15)Ministry of Health (1994)** Supervision Management System: Policy and Procedure Manual, Family Planning Department- Systems Development Project , Cairo, Egypt
- (16)Ministry of Health and Population/Population Sector (2005)** MOHP/PS-FP/RH Supervision System Self-Assessment Study
- (17)Ministry of Health and Population/Population Sector (2005)** Role of the MOHP/PS Clinical Supervisors in Improving Performance of the Family Planning Services' Providers
- (18)EI-Zanaty and Associates (2001)** Sustainability of Mobile Clinics in reproductive Health and Family Planning service Delivery. National Population Council
- (19)Department of Sociology, Faculty of Arts, El-Menofia University (2004)** Capitalizing on Women's Clubs to Confront Challenges to Family Planning and Reproductive Health Programs. National Population Council
- (20)Krasovec K. and Shaw R. P. (2000):** Reproductive Health and Health Sector Reform Program: Linking Outcome to Action. World Bank Institute
- (21)Ministry of Health and Population –Central Department for Technical Support and Projects (2005):** Health reform between Theory and Practice
- (22)Ministry of Health and Population –Central Department for Technical Support and Projects (2004):** Basic Benefit Package (Chapter 3): Family Health Facility Implementation Manual. Version 2, May, 2004
- (23)Ministry of Health and Population –Central Department for Technical Support and Projects (2005):** Egypt Health System Profile, October 2005
- (24)Ministry of Health and Population –General Directorate of Quality (2007):** Standards for Primary Health Care Centers and Units
- (25)Ministry of Health and Population –General Directorate of Quality (2007):** Standards for Ambulatory Clinics
- (26)Ministry of Health and Population – Central Department for Technical Support and Projects (2003):** Egypt Health Sector Analysis and Future Strategies. Version 2. www.hsrp.gov.eg
- (27)Ministry of Health and Population – Central Department for Technical Support and Projects (2004):** District provider Organization Guidelines-Summary and Outlines www.hsrp.gov.eg

- (28) Ministry of Health and Population – Central Department for Technical Support and Projects (2004):** Levels of care and Scope of services (Chapter 1): Family Health facility Implementation Manual, Version 2
- (29) Ministry of Health and Population – Central Department for Technical Support and Projects (2004):** Human Resources, Staff Norms and Job Description (Chapter 2). Family Health facility Implementation Manual, Version 2
- (30) Ministry of Health and Population – Central Department for Technical Support and Projects (2004):** Family Health Fund and Contracting Strategy (Chapter 6): Family Health facility Implementation Manual, Version 2
- (31) National Population Council and Cairo University (1998)** Study of the role of Non-governmental Organizations in family planning program
- (32) El-Zanaty and Associates (2002)** Role of Non-Governmental Family Planning /Reproductive Health clinics for Providing Quality Services
- (33) Community Medicine Department, Faculty of Medicine, Al-Azhar University (1998)** Cost and Revenue Analysis of Clinical Services Improvement Units in Egypt, 1997-1998. National Population Council
- (34) Ministry of Health and Population (1999)** Ask/Consult Project Report (1), POP IV Project, USAID
- (35) Ministry of Health and Population (2001)** Ask/Consult Project Report (1), POP IV Project, USAID
- (36) Cairo Demographic Center (2002)** Promoting the Role of the Private Sector in Family Planning /Reproductive Health Services Delivery. National Population Council
- (37) Center Agency for Public Mobilization and Statistics (2002-2006):** Statistics Year Books. **Egypt**
- (38) Zaky H. (2003)** Pattern of Reliance on Public and Private Providers for Reproductive health Services in Egypt. Perspectives on Women's and Children's Health in Egypt. MEASURE DHS+
- (39) Abdel-Razik M. S. A. (2003)** Access to Health Care among Egyptian Women. Perspectives on Women's and Children's Health in Egypt. MEASURE DHS+
- (40) Faculty of Medicine, Cairo University, Public Health department (2003):** Improving the Utilization of Postpartum Care Services: An Intervention Study. National Population Council
- (41) Business and Economics Research Group (2002):** Micro-credits and their Impact on Youth Life Style. National Population Council
- (42) Al-Azhar University-International Islamic Center for Population (2004)** Role of Husbands in Family Planning /Reproductive Health Decisions within the Family. National Population Council
- (43) Cairo Demographic Center (2003) Family Planning in Souhag and Fayoum Governorates.** National Population Council

