



المجلة الجغرافية العربية

تصدر عن الجمعية الجغرافية المصرية

التباين الجغرافي لبعض مؤشرات صحة الطفل بالمسوح السكانية الصحية بمصر (١٩٨٨-٢٠١٤)

د. شيماء أحمد محمد السيد
مدرس الجغرافية البشرية،
كلية التربية - جامعة الإسكندرية

فهرس المحتويات

صفحة	الموضوع
١	الملخص.
٢	المقدمة.
٣	أهمية الدراسة وإطارها المكاني.
٥	الدراسات السابقة.
٨	أهداف الدراسة.
٩	فروض الدراسة.
١٠	مناهج الدراسة وأساليبها.
١٠	مصادر الدراسة.
١١	مؤشرات الدراسة.
١٣	أولاً: مؤشرات صحة الطفل على مستوى الجمهورية.
٢١	ثانياً: مؤشرات صحة الطفل على مستوى حضر وريف الجمهورية.
٢٦	ثالثاً: مؤشرات صحة الطفل على مستوى الأقاليم الجغرافية.
٣٤	رابعاً: مؤشرات صحة الطفل على مستوى محافظات الجمهورية عام ٢٠١٤.
٤٩	الخاتمة.
٥٣	الملاحق
٧٢	المراجع والمصادر.
٧٦	الملخص الأجنبي.

فهرس الجداول

صفحة	عنوان الجدول	م
١٤	تطور مؤشرات صحة الطفل على مستوى الجمهورية ما بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤ مقارنة بالمؤشرات على مستوى العالم.	١
١٥	مؤشرات صحة الطفل بمصر مقارنة بدولتي تونس والمغرب عام ٢٠١٤.	٢
٢٠	مؤشرات صحة الطفل على مستوى الجمهورية عام ٢٠١٩.	٣
٢٢	تطور الفجوة بين الحضر والريف بمؤشرات صحة الطفل بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤.	٤
٣٣	العلاقات الارتباطية بين مؤشرات صحة الطفل على مستوى الأقاليم الجغرافية عام ٢٠١٤.	٥
٤٤	دليل صحة الطفل على مستوى محافظات الجمهورية تبعًا للمسح السكاني الصحي ٢٠١٤.	٦

فهرس الأشكال والخرائط

م	عنوان الشكل أو الخريطة	صفحة
١	الخريطة الإدارية لجمهورية مصر العربية عام ٢٠١٧ موضح عليها الأقاليم الجغرافية.	٤
٢	تطور مؤشرات المجموعتين الأولى والثانية لصحة الطفل على مستوى الجمهورية خلال الفترة (١٩٨٨-٢٠١٤).	١٦
٣	تطور مؤشرات المجموعتين الثالثة والرابعة لصحة الطفل على مستوى الجمهورية خلال الفترة (١٩٨٨-٢٠١٤).	١٧
٤	تطور الفجوة المكانية بين الحضر والريف بمؤشرات المجموعتين الأولى والثانية بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤.	٢٣
٥	تطور الفجوة المكانية بين الحضر والريف بمؤشرات المجموعتين الثالثة والرابعة بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤.	٢٤
٦	مقدار التغير الكلي في مؤشرات المجموعتين الأولى والثانية بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤ على مستوى الأقاليم الجغرافية.	٢٧
٧	مقدار التغير الكلي في مؤشرات المجموعة الثالثة والرابعة خلال عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤ على مستوى الأقاليم الجغرافية.	٢٨
٨	تصنيف المحافظات المصرية تبعًا لنسبة الأطفال أقل من ٥ سنوات من إجمالي سكانها عام ٢٠١٧.	٣٥
٩	مؤشرات المجموعة الأولى (مؤشرات ما قبل الولادة) بالمحافظات المصرية تبعًا للمسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤.	٣٧
١٠	مؤشرات المجموعة الثانية (وفيات الأطفال) بالمحافظات المصرية تبعًا للمسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤.	٣٨
١١	مؤشر نسبة الحصول على التطعيمات الكاملة ضد أمراض الطفولة الشائعة بالمحافظات المصرية تبعًا للمسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤.	٣٩
١٢	دليل صحة الطفل بمحافظات الجمهورية تبعًا للمسح السكاني الصحي ٢٠١٤.	٤٥

فهرس الملاحق

م	عنوان الملحق	صفحة
١	الخصائص الزمانية والمكانية للمسوح السكانية الصحية التي أجريت في مصر واعتمدت عليها الدراسة.	٥٤
٢	مؤشرات صحة الطفل التي اعتمدت عليها الدراسة من واقع المسوح السكانية الصحية.	٥٥
٣	التطور النسبي لمؤشرات ما قبل الولادة على مستوى الأقاليم الجغرافية في مصر (١٩٨٨-٢٠١٤).	٥٧
٤	التطور النسبي لمؤشرات وفيات الأطفال على مستوى الأقاليم الجغرافية في مصر (١٩٨٨-٢٠١٤).	٥٩
٥	التطور النسبي لمؤشرات الرعاية الصحية (الوقائية والعلاجية) للأطفال على مستوى الأقاليم الجغرافية في مصر (١٩٨٨-٢٠١٤).	٦٢
٦	التطور النسبي لمؤشرات تغذية الأطفال على مستوى الأقاليم الجغرافية في مصر (١٩٨٨-٢٠١٤).	٦٤
٧	العلاقات الارتباطية بين مؤشرات صحة الطفل وبعض المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية.	٦٦
٨	نسبة الأطفال أقل من ٥ سنوات بمحافظات الجمهورية عام ٢٠١٧.	٦٨
٩	بعض مؤشرات صحة الطفل على مستوى محافظات الجمهورية تبعًا للمسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤.	٦٩
١٠	نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط بين متغير نسبة انتشار التقرم والتقرم الحاد ومتغير وفيات حديثي الولادة.	٧٠
١١	نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط بين متغير نسبة انتشار نقص الوزن ونقص الوزن الحاد ومتغير نسبة المواليد الذين تمت ولادتهم تحت إشراف مقدم خدمة طبية.	٧٠
١٢	ترتيب بعض مؤشرات صحة الطفل على مستوى محافظات الجمهورية تبعًا للمسح السكاني الصحي ٢٠١٤.	٧١

الملخص

يتناول البحث دراسة ١٣ مؤشرًا من مؤشرات صحة الطفل دون الخامسة من واقع بيانات المسوح السكانية الصحية التي أجريت في مصر خلال الفترة من ١٩٨٨ إلى ٢٠١٤، وذلك بهدف تحليلها على أربعة مستويات مكانية: الجمهورية، والحضر والريف، والأقاليم الجغرافية، والمحافظات المصرية. وقد تم تصنيف مؤشرات الدراسة إلى أربع مجموعات؛ ضمت الأولى مؤشرين عن رعاية ما قبل الولادة، والثانية خمسة مؤشرات عن معدلات وفيات الأطفال، والثالثة ثلاثة مؤشرات عن الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية للطفل، والرابعة ثلاثة مؤشرات عن تغذية الطفل، وهدفت الدراسة من خلال تتبع هذه المؤشرات إلى إبراز مدى تباينها الجغرافي للوصول إلى المناطق الأولى بالرعاية والاهتمام والتدخل من قبل واضعي السياسات الصحية في مصر.

وانتهت الدراسة إلى أن معظم المؤشرات قد حققت تحسنا خلال فترة الدراسة، وأن مستوى المؤشرات عام ٢٠١٤ بالجمهورية كان أفضل من المتوسط العالمي بذات العام، وأن الفجوة في هذه المؤشرات بين الريف والحضر قد انكشفت وإن ظلت لصالح الحضر بمؤشرات المجموعات الأولى والثانية والثالثة ولصالح الريف بمؤشرات المجموعة الرابعة، كما انتهت الدراسة إلى أن مؤشرات المجموعة الأولى والثانية اتخذت اتجاهًا واضحًا نحو التحسن خلال فترة الدراسة على مستوى جميع الأقاليم الجغرافية، بينما تباين مستوى تحسن مؤشرات المجموعتين الثالثة والرابعة، حيث سجلت بعض مؤشراتنا تحسنا كبيرًا كمؤشر التحصين الكامل ضد أمراض الطفولة، في حين تذبذب وتراجع البعض الآخر خاصة مؤشر انتشار النحافة بين الأطفال، وقد سجل إقليم الوجه القبلي أكبر تحسن بمؤشرات الدراسة فيما بين عامي ١٩٨٨ و٢٠١٤، بينما سجل إقليم المحافظات الحضرية أفضل مؤشرات لصحة الطفل خلال عام ٢٠١٤، وجاءت نتائج الدراسة على مستوى المحافظات لتوضح ارتفاع مستوى صحة الطفل ببعض محافظات الوجه البحري كدمياط وكفر الشيخ والمنوفية فضلا عن المحافظات الحضرية كبورسعيد والقاهرة، بينما ينخفض المستوى في ضوء مؤشرات الدراسة وقيمة دليل صحة الطفل بمحافظات الوجه القبلي كأسيوط وسوهاج والأقصر، وهي تعد الأولى بالتدخل والرعاية.

الكلمات المفتاحية: التباين الجغرافي، صحة الطفل، المسوح السكانية الصحية، مصر.

المقدمة:

تواجه مصر والعالم مع بداية العقد الثالث من القرن الحادي والعشرين تحديات صحية جديدة تتطلب تعديل الخطط الصحية القائمة واستحداث سياسات وإجراءات جديدة لمواجهة هذه التحديات، وقبل كل ذلك ينبغي على كل دولة تحديد وضعها وموقعها من التحديات الصحية القائمة بالفعل، وتقييم نتائج السياسات الصحية التي اتخذت لمواجهة هذه التحديات ومدى نجاحها أو إخفاقها في تحقيق أهدافها، وهو ما يمكن الكشف عنه من خلال تتبع عددٍ من المؤشرات الصحية وتحديد مدى تحسنها واقتربها من المستويات العالمية المأمولة أو بعدها عنها، والجدير بالذكر أن ذلك ما تم بالفعل عام ٢٠١٥ عند الانتقال من الأهداف الإنمائية للألفية إلى أهداف التنمية المستدامة^(١)، حيث كانت المحاور الصحية المرتبطة بأهداف التنمية المستدامة نابعة إما من تحديات صحية جديدة تواجه العالم، أو من البرنامج غير المكتمل للأهداف الإنمائية للألفية والتي لم تحقق فيه الدول المستوى المطلوب فتم إدراجه ضمن أهداف التنمية المستدامة التي تسعى الدول لتحقيقها بحلول عام ٢٠٣٠ (منظمة الصحة العالمية، ديسمبر ٢٠١٥، ص ٤).

ويعد الأطفال - خاصة دون الخامسة - أحد أكثر الفئات العمرية عرضة للمخاطر الصحية، وهو ما يعطي القضايا الصحية للطفل أولوية ليس في مصر فقط بل في كل دول العالم، حيث يختص الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة بالصحة^(٢)، ويندرج تحته ١٣ غاية وهدفاً فرعياً ينص الثاني منها على "وضع حد لوفيات المواليد والأطفال دون الخامسة التي يمكن تفاديها بحلول ٢٠٣٠" (منظمة الصحة العالمية، ديسمبر ٢٠١٥، ص ١٣)، ولتحقيق هذا الهدف ينبغي تحسين كل من الرعاية الصحية المقدمة للأم أثناء الحمل والولادة، والخدمات الصحية الوقائية والعلاجية للأطفال دون الخامسة فضلاً عن متابعة وتحسين حالتهم الغذائية.

(١) صاغت منظمة الأمم المتحدة أهداف التنمية المستدامة عام ٢٠٠٠ وعملت الدول على تحقيقها بحلول عام ٢٠١٥، وفي أوائل عام ٢٠١٦ أعلنت المنظمة ذاتها عن أهداف التنمية المستدامة كأجندة للتنمية بدول العالم حتى عام ٢٠٣٠.

(٢) ينص الهدف الخاص بالصحة ضمن أهداف التنمية المستدامة على أن "يتمتع الجميع بأمناط عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار".

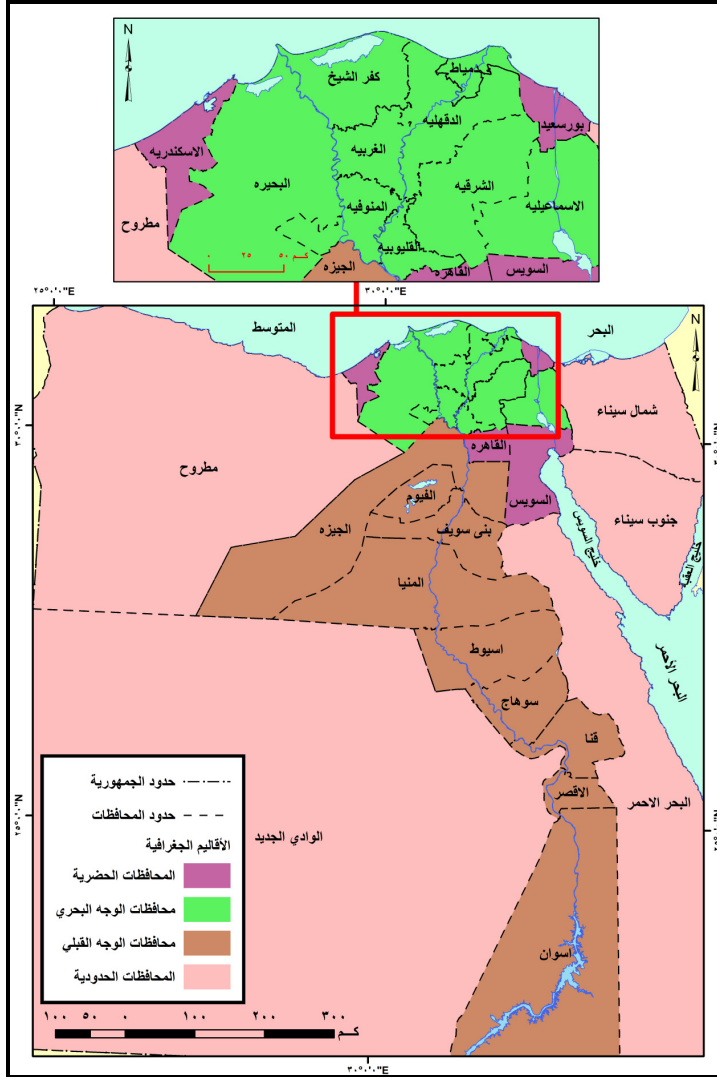
أهمية الدراسة وإطارها المكاني:

ينحدد مستقبل أي دولة أو مجتمع في ضوء عدد من العوامل يأتي في مقدمتها صحة الأطفال، حيث يمثل الأطفال الفئة المنوط بها العمل والحركة في المستقبل والمتوقف عليها إحداث التنمية والتقدم للمجتمع شرط أن يتمتعوا بصحة جيدة، وقد دفع ذلك كلاً من منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفل (اليونيسيف) للتعاون معاً عام ١٩٩٥ وإعلان ما يعرف بمبادرة التدبير المتكامل لصحة الطفل^(١) Integrated Management of Child Health (IMCI) بهدف خفض معدلات المرض والعجز والوفاة لدى الأطفال دون الخامسة وتحسين نموهم في كل دول العالم، وتشتمل المبادرة على إجراءات للتعامل مع الحالات المرضية للطفل مثل: تقديم الخدمات العلاجية للأطفال المصابين بأمراض الجهاز التنفسي والإسهال والحصبة وغيرها، كما تضم أيضاً إجراءات لتعزيز صحة الطفل من خلال متابعة الحالة الغذائية لهم والتحصين ضد أمراض الطفولة الشائعة، وقد تم إدراج هذه المبادرة ضمن برنامج الرعاية الصحية الأولية وبدأت مصر في تطبيقه منذ عام ١٩٩٩ (المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، يناير ٢٠٢١).

ويتناول هذا البحث دراسة بعض مؤشرات صحة الطفل في مصر والتي ضمّنتها منظمتا الصحة العالمية واليونيسيف في مبادرة التدبير المتكامل لصحة الطفل، وعادت هيئة الأمم المتحدة ووضعتها ضمن أهداف التنمية المستدامة، وسيتم دراسة هذه المؤشرات اعتماداً على بيانات المسوح السكانية الصحية (DHS) Demographic and Health Surveys، والتي يُعتمد بشكل أساسي على بياناتها من جانب صناع القرار ومخططي السياسات الصحية في الدول النامية، فضلاً عن استخدامها من قبل الهيئات والمنظمات الدولية في إعداد تقاريرها عن الاتجاهات العالمية للمؤشرات السكانية والصحية، وعقد المقارنات بين الدول بعضها البعض أو بين الأقاليم الجغرافية داخل الدولة ذاتها (Manesh, et al., 2008, pp. 194-195). وقد بدأت مصر في إجراء المسوح السكانية الصحية منذ أواخر ثمانينيات القرن الماضي بإصدار أول مسح عام ١٩٨٨، في حين صدر آخر المسوح السكانية الصحية عام ٢٠١٤.

(١) مع بداية هذه المبادرة كانت تسمى التدبير المتكامل لأمراض الطفولة Integrated Management of Child Illness (IMCI) وتم تعديلها لاحقاً للتدبير المتكامل لصحة الطفل مع بقاء الاسم المختصر كما هو.

أما عن الإطار المكاني للبحث، فتعتمد الدراسة على تتبع بعض مؤشرات صحة الطفل في مصر بهدف الكشف عن مدى تباينها جغرافياً على ٤ مستويات: إجمالي عينة المسح على مستوى الجمهورية، الحضر والريف، الأقاليم الجغرافية الأربعة (المحافظات الحضرية، محافظات الوجه البحري، محافظات الوجه القبلي، المحافظات الحدودية)، ومستوى المحافظات المصرية، ويوضح الشكل (١) الخريطة الإدارية لمصر موضحاً عليها الأقاليم الجغرافية.



شكل (١) : الخريطة الإدارية لجمهورية مصر العربية عام ٢٠١٧ موضح عليها الأقاليم الجغرافية.

المصدر: الهيئة المصرية العامة للمساحة، ٢٠٢١.

الدراسات السابقة:

تحظى دراسة صحة الطفل من واقع بيانات المسوح السكانية الصحية بأهمية بالغة، وهو ما انتهت إليه دراسة "فابيك Fabic" وزملائه عام ٢٠١٢ التي ركزت على الكشف عن مدى اعتماد الأوراق البحثية على بيانات المسوح السكانية الصحية وفي أي الموضوعات البحثية التي استخدمتها، حيث قامت الدراسة بتحليل ١١١٧ ورقة بحثية نشرت في ٢٣٢ دورية علمية عالمية^(١) مستخدمة المسوح التي تمت خلال الفترة من ١٩٨٤ حتى ٢٠١٠ وعددها ٢٣٦ مسحاً، وانتهت إلى أن هذه الأوراق البحثية ركزت على ١٣ موضوعاً، كان أهمها وأكثرها تناولاً هو صحة الطفل والأم وحالتها الغذائية، والذي استحوذ على ٥٠,٩% من الأوراق البحثية التي شملها البحث، وأجريت معظم هذه الدراسات في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين (٢٠٠١-٢٠١٠)، وارتبط ذلك بزيادة عدد البيانات المتاحة المتعلقة بصحة الطفل والأم بالمسوح السكانية الصحية (Fabric, et al., 2012, pp. 605-608).

ومن الدراسات التي اعتمدت على بيانات المسوح السكانية الصحية وتناولت بعض مؤشرات صحة الطفل في عدد من دول العالم ومن بينها مصر، دراسة "وانج Wang" (٢٠٠٣) عن العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال في ٦٠ دولة من الدول الأقل تقدماً (LDCs) واعتمدت على بيانات أول ثلاثة مسوح أجريت في مصر أعوام ١٩٨٨ و ١٩٩٢ و ١٩٩٥ (Wang, 2003). ودراسة البنك الدولي (٢٠١٠) عن التحديات التي تواجه التحول الصحي بدول إقليم الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (MENA)، وركزت في أحد أجزائها على صحة وتغذية الأم والطفل، واعتمدت على بيانات المسح السكاني الصحي لمصر عام ٢٠٠٨ (World Bank, 2010).

وتأتي دراسة "كريك Kruk" وزملائه (٢٠١١) ضمن هذه الدراسات أيضاً، والتي ركزت على الكشف عن أثر الإنفاق الحكومي وسياسات إعادة توزيع الخدمات الصحية على معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في ٤٧ دولة من الدول منخفضة ومتوسطة الدخل، واستندت على بيانات المسح السكاني الصحي لمصر عام ٢٠٠٠ (Kurk, et al., 2011). وأيضاً دراسة "فان مالدرين Van Malderen" وزملائها (٢٠١٣) عن العوامل التي تؤثر في تفاوت معدل وفيات الأطفال دون الخامسة خاصة بين الأسر المتباينة في مستوى دخلها، وأجريت الدراسة على ١٣ دولة أفريقية بناءً على بيانات المسوح التي تمت خلال الفترة من ٢٠٠٧ وحتى ٢٠١٠، واعتمدت بالنسبة لمصر على بيانات المسح السكاني الصحي لعام ٢٠٠٨ (Van Malderen, et al., 2013).

(١) منها على سبيل المثال دورية Demography، ودورية Social Science and Medicine.

وبالإضافة إلى الدراسات السابقة التي تناولت عددًا من دول العالم كانت مصر من بينها، ركزت العديد من الدراسات على مؤشرات صحة الطفل في مصر استنادًا على بيانات المسوح السكانية الصحية ومن أهمها:

- دراسة "عثمان" (١٩٩٨) التي قدمت فهمًا أفضل للحالة الغذائية للأطفال في مصر وتفسيرها في ضوء العديد من العوامل البيئية، حيث ركزت على الكشف عن نسبة انتشار التقزم بين الأطفال دون الخامسة في مصر وتباينه المكاني بين الريف والحضر من جانب وبين الأقاليم الجغرافية من جانب آخر، والكشف عن أهم العوامل البيئية المسببة والمفسرة لهذا التباين معتمدة في ذلك على بيانات المسح السكاني الصحي لعام ١٩٩٥، وانتهت الدراسة إلى أن ثلث الأطفال في مصر يعانون من التقزم والذي لا يرجع فقط إلى عوامل جينية بيولوجية بل يرتبط أيضًا بعوامل بيئية تتعلق بالمسكن وعوامل اجتماعية ترتبط بالأسرة، وكان تقزم الأطفال أكثر انتشارًا في الريف عن الحضر خاصة ريف محافظات الوجه القبلي (Osman, 1998).
- دراسة "بينوفا Benova" وزملائها (٢٠١٥) عن العلاقة بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للأسرة من جانب وسلوك الأسرة نحو تلقي أطفالها المصابين بالإسهال وأمراض الجهاز التنفسي الحادة لخدمات الرعاية الصحية من حيث نوع الخدمة (حكومية أم خاصة) من جانب وتوقيت التوجه لتلقي الخدمة الصحية من جانب آخر، وذلك اعتمادًا على بيانات المسح السكاني الصحي لمصر عام ٢٠٠٨، وانتهت الدراسة إلى أن عُشر الأطفال دون الخامسة التي شملتهم عينة المسح قد أصيبوا بالإسهال وأمراض الجهاز التنفسي الحادة خلال الأسبوعين السابقين على إجراء المسح، وأن ما يتراوح بين ثلثي إلى ثلاثة أرباع المصابين لجأوا إلى خدمات الرعاية الصحية، وأن التوجه نحو تلقي الخدمة الصحية كان في الأغلب لمؤسسات صحية خاصة وكان في التوقيت المناسب، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود ارتباط بين توجه الأسرة بالطفل المصاب لتلقي الخدمة الصحية وخصائص الأسرة الاجتماعية والاقتصادية، في حين كانت هناك ارتباط إيجابي بين هذه الخصائص ونوع الخدمة الصحية وتوقيت اللجوء إليها (Benova, et al., 2015).
- دراسة "رضوان وعدوي" (٢٠١٩) عن الخريطة الصحية لمصر، والتي هدفت أولاً إلى الكشف عن مستوى تغطية الخدمات الصحية ومدى تباينه بين الريف والحضر من جانب وبين الأقاليم الجغرافية من جانب آخر، وثانيًا إلى إبراز العلاقة بين مستوى

كفاية الخدمات الصحية ومعدلات الوفيات السائدة، وقد اعتمدت الدراسة على العديد من المصادر منها المسح السكاني الصحي لمصر عام ٢٠١٤، وكانت أهم النتائج التي توصل إليها البحث اتساع مجال تغطية الخدمات الصحية في مصر متمثلة في المستشفيات العامة وسيارات الإسعاف وغرف العناية المركزة وخاصة وحدات العناية المركزة للأطفال حديثي الولادة، كما أشار إلى وجود تباين مكاني في مستوى التغطية بين الريف والحضر وأيضاً بين الأقاليم الجغرافية، وانتهت الدراسة إلى أن ارتفاع مستوى كفاية الخدمات الصحية لم يرتبط بشكل إيجابي بمعدلات الوفيات خاصة الناتجة عن أمراض القلب والجهاز الدوري وتليف الرئة، في حين ارتبط بشكل إيجابي بمعدلات وفيات الأطفال والأمهات (Radwan & Adawy, 2019).

- دراستا "بيجليز- جارسيا Pugliese-Garcia" عامي (٢٠١٩) و(٢٠٢٠) عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة للأم أثناء الحمل والولادة والطفل حديث الولادة، حيث استندت الدراستان على تتبع مجموعة من مؤشرات الخدمات الصحية المقدمة للأم والطفل من حيث مستوى التغطية ونوع الخدمة ومدى جودتها من خلال الاعتماد على بيانات خمس مسوح أجريت في مصر خلال الفترة من ١٩٩٥ إلى ٢٠١٤، وكانت أهم مؤشرات صحة الأم أثناء الحمل التي اعتمدت عليها الدراسة الأولى (قياس الوزن، إجراء تحليل للدم والبول، تلقي معلومات عن مضاعفات الحمل، قياس ضغط الدم، الحصول على تطعيم التيتانوس، الحصول على أقراص أو شراب للحديد)، بينما استندت الدراسة الثانية إلى مؤشرات أهمها (قياس وزن الطفل بعد الولادة، الكشف على الأم بعد الولادة وتحفيزها على البدء في الرضاعة الطبيعية، والإقامة في المستشفى مدة مقبولة)، وانتهت الدراستان إلى أن مستوى تغطية الخدمات الصحية المقدمة للأم أثناء الحمل والولادة وللطفل حديث الولادة قد اتسع خلال فترة الدراسة وإن تباين بين الأقاليم الجغرافية، وكان الدور الأكبر للخدمات الصحية الخاصة التي لجأ إليها النسبة الأكبر من عينة المسح، في حين كان هناك انخفاض في جودة الخدمات الصحية في ضوء المؤشرات التي تناولتها الدراستان، وتمثلت أهم توصيات الدراستين في ضرورة رفع مستوى جودة الخدمات المقدمة للأم والطفل خاصة الحكومية منها حتى لا يضيع على مصر فرصة الاستفادة من اتساع مجال تغطية هذه الخدمات (Pugliese-Garcia, et al., 2019).

ومن عرض الدراسات السابقة يتضح أولاً: أنها اعتمدت إما على بيانات مسح واحد أو بيانات خمسة مسوح بحد أقصى، في حين لم يعتمد أي منها على المسوح السبعة التي أجريت في مصر، ثانياً: تناولت هذه الدراسات عددًا محدودًا من مؤشرات صحة الطفل مما لا يعطي صورة واضحة وشاملة إلى حد ما عن صحة الطفل في مصر من واقع بيانات المسوح السكانية الصحية، ثالثاً: لا تنتمي معظم هذه الدراسات إلى ميدان علم الجغرافيا عامة والجغرافية الطبية أو جغرافية السكان خاصة، وهو ما أدى إلى عدم التركيز على البعد المكاني في تحليل البيانات ومدى تباينها الجغرافي، وأخيراً: اقتصرت معالجة بيانات المسوح في هذه الدراسات على ثلاثة مستويات مكانية وهي: إجمالي الجمهورية، والريف والحضر، والأقاليم الجغرافية، في حين لم يتناول أي منها مؤشرات لصحة الطفل على مستوى المحافظات المصرية والتي وردت بالمسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤، ومن ثم تسعى هذه الدراسة إلى تتبع ١٣ مؤشرًا من مؤشرات صحة الطفل من واقع بيانات سبعة مسوح سكانية صحية أجريت في مصر خلال أكثر من ربع قرن (١٩٨٨-٢٠١٤) وتحليلها على أربعة مستويات مكانية هي (إجمالي الجمهورية، الحضر والريف، الأقاليم الجغرافية، محافظات الجمهورية)، بهدف إبراز مدى تباينها الجغرافي والوصول إلى صورة أكثر وضوحًا لصحة الأطفال دون الخامسة في مصر.

أهداف الدراسة:

- تسعى الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:
١. الكشف عن مقدار التغير - الإيجابي أو السلبي - الذي طرأ على مؤشرات صحة الطفل على مستوى الجمهورية من واقع بيانات المسوح السكانية الصحية التي أجريت خلال الفترة (١٩٨٨-٢٠١٤)، ومقارنتها بالمستويات العالمية لهذه المؤشرات، لتحديد موقعها بالنسبة للمتوسطات العالمية.
 ٢. إبراز الفجوة بين حضر وريف الجمهورية في مؤشرات صحة الطفل والتغير الذي شهدته هذه الفجوة خلال فترة الدراسة.
 ٣. تتبع مؤشرات صحة الطفل من خلال بيانات سبعة مسوح سكانية صحية أجريت في مصر على مستوى الأقاليم الجغرافية وإظهار مدى تباينها المكاني، وقياس مدى الارتباط بينها، وذلك لتحديد الأقاليم الأولى بالرعاية.

٤. تفسير التغيرات التي طرأت على مؤشرات الدراسة وتباينها المكاني في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية لعينة المسوح السكانية الصحية.
٥. دراسة مؤشرات صحة الطفل المتاحة على مستوى المحافظات المصرية بناء على بيانات المسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤، والاستفادة من العلاقات الارتباطية بين هذه المؤشرات للتنبؤ بالاتجاه العام لبعض المؤشرات غير المتاحة على مستوى المحافظات من خلال تطبيق تحليل خط الانحدار البسيط.
٦. حساب دليل صحة الطفل للمحافظات المصرية في ضوء مؤشرات صحة الطفل المتاحة ببيانات المسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤ وتصنيف المحافظات تبعاً لقيمة الدليل لتحديد المحافظات الأولى بالتدخل والرعاية.

فروض الدراسة:

- تستند الدراسة على عدد من الفروض وهي كما يلي:
١. تحسّن مؤشرات صحة الطفل التي تتناولها الدراسة على مستوى الجمهورية تبعاً لبيانات المسوح السكانية الصحية خلال الفترة (١٩٨٨-٢٠١٤).
٢. تقلص الفجوة بين حضر وريف الجمهورية بمؤشرات الدراسة لصحة الطفل.
٣. تسجيل إقليم المحافظات الحضرية أفضل مستوى من مؤشرات صحة الطفل التي شملتها الدراسة، بينما تكون أقل المستويات من نصيب إقليم محافظات الوجه القبلي.
٤. وجود علاقة بين التغير بمؤشرات الدراسة وتباينها المكاني وبعض المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية لعينة المسوح.
٥. تباين العلاقات الارتباطية بين مؤشرات الدراسة لصحة الطفل ببعضها البعض في قوتها واتجاهها.
٦. تصدر المحافظات الحضرية (القاهرة والإسكندرية والسويس وبورسعيد) المحافظات المصرية كأفضل مؤشرات لصحة الطفل وفقاً لبيانات مسح عام ٢٠١٤.
٧. إمكانية التنبؤ بالمؤشرات غير المتاحة على مستوى المحافظات في ضوء العلاقات الارتباطية القوية بين مؤشرات الدراسة، وبتطبيق تحليل خط الانحدار البسيط.
٨. حصول محافظات القاهرة والإسكندرية والسويس وبورسعيد على المراتب الأولى بين المحافظات المصرية وفقاً لدليل صحة الطفل الذي تم حسابه في ضوء مؤشرات الدراسة ومن واقع بيانات المسح السكاني الصحي لعام ٢٠١٤.

مناهج الدراسة وأساليبها:

اتبعت الدراسة عددًا من المناهج؛ وهي: المنهج الموضوعي حيث ركزت على التباين الجغرافي في صحة الطفل بمصر كموضوعها الرئيسي معتمدة في ذلك على مجموعة من المؤشرات، والمنهج الإقليمي حيث تناولت مؤشرات صحة الطفل بالجمهورية عامة، والحضر والريف، وعلى مستوى الأقاليم الجغرافية والمحافظات، كما اعتمدت في بعض أجزاءها على منهج البحث التاريخي في تتبع التغير الذي طرأ على مؤشرات الدراسة خلال الفترة ما بين إصدار أول وآخر مسح سكاني صحي (١٩٨٨-٢٠١٤) ومحاولة تفسير هذا التغير، فضلا عن أنها استخدمت بعض مناهج الجغرافية الطبية؛ منها منهج التحليلات الارتباطية في قياس مدى الارتباط بين مؤشرات الدراسة بعضها البعض من جانب ومدى ارتباطها ببعض المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية.

وعن أساليب الدراسة، فقد استخدم البحث بعض أساليب التحليل الإحصائي في حساب مقدار التغير الكلي والسنوي لمؤشرات الدراسة، وإيجاد الفجوة بين الريف والحضر بذات المؤشرات، وحساب دليل صحة الطفل على مستوى المحافظات، فضلا عن تطبيق معامل الارتباط المتعدد لقياس العلاقات الارتباطية على مستوى الأقاليم الجغرافية، وتطبيق تحليل الانحدار الخطي البسيط للتنبؤ بالاتجاه العام لبعض مؤشرات الدراسة غير المتاحة على مستوى المحافظات المصرية، وقد أجريت هذه العمليات الإحصائية باستخدام برنامج (SPSS 22). كما استخدمت الدراسة أيضًا بعض الأساليب الكارتيوجرافية في عرض البيانات خرائطياً وبيانياً اعتماداً على برنامج (ArcMap 10.2)، وبرنامج (Excel 365).

مصادر الدراسة:

يعد برنامج المسوح السكانية الصحية The DHS Program أحد البرامج الممولة من قبل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID)، والذي يهدف إلى إجراء مسح تتناول الجوانب السكانية والصحية بالدول النامية، مما يوفر بيانات قابلة للمقارنة عالمياً وموجهة لصناع القرار وواضحة السياسات في هذه الدول، كما تتسم هذه البيانات بأنها موقعة جغرافياً بما يمكن من استكشاف أنماطها المكانية (Mansour, et al., 2012, p. 350). وقد بدأ هذا البرنامج في عام ١٩٨٤ وبلغ عدد المسوح التي تم إجراؤها ٤٠٠ مسح حتى نهاية عام

٢٠١٩ في ٩٠ دولة من دول العالم، وتأتي مصر في مقدمة الدول من حيث عدد المسوح التي أجريت بها (١٤ مسحاً) متساوية مع دولة تنزانيا، وبذلك تحتل كلا الدولتين المركز الثاني بعد السنغال (٢٣ مسحاً) (The DHS Program, 2021).

وتُصنف المسوح التي أجريت في مصر إلى ثلاث فئات، **الأولى**: المسوح السكانية الصحية الأساسية (Standard) وعددها سبعة مسوح، تضم بيانات عن الخصوبة والسياسات الإنجابية وصحة الأم والطفل وحالتها الغذائية، ومع الوقت أضيفت موضوعات أخرى تتعلق بالالتهاب الكبدي وختان الإناث وغيرها، **والثانية**: المسوح السكانية الصحية المؤقتة (Interim) وعددها ثلاثة مسوح وهي لا تشمل كل البيانات والموضوعات التي تضمها المسوح الأساسية، **والثالثة**: المسوح الخاصة (Special) وعددها أربعة مسوح، وهي تركز على موضوعات محددة كمسح الخدمات الصحية عامي ٢٠٠٢ و ٢٠٠٤، ومسح بعض الجوانب الصحية عام ٢٠١٥ (The DHS Program, 2021).

وتعمد هذه الدراسة في تناولها لبعض مؤشرات صحة الطفل على تحليل بيانات المسوح السكانية الصحية الأساسية التي أجريت في مصر أعوام (١٩٨٨، ١٩٩٢، ١٩٩٥، ٢٠٠٠، ٢٠٠٥، ٢٠٠٨، ٢٠١٤)، ويوضح ملحق (١) الخصائص الزمانية والمكانية التي أجري فيها كل مسح من هذه المسوح. ويخالف هذه المسوح اعتمدت الدراسة على قاعدة بيانات الطفل والمرأة بمنظمة اليونيسيف (UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women)، فضلا عن بيانات التعداد العام للسكان في مصر عامي ١٩٨٦ و٢٠١٧.

مؤشرات الدراسة:

تناولت الدراسة ١٣ مؤشراً من مؤشرات صحة الأطفال دون الخامسة في مصر، ويوضح ملحق (٢) تعريفات هذه المؤشرات وكيفية حسابها بالمسوح السكانية الصحية، حيث تم تصنيفها إلى ٤ مجموعات كما يلي:

- **الأولى**: تختص بمؤشرات ما قبل الولادة، وتضم مؤشرين هما: نسبة حصول الأم على رعاية منتظمة أثناء الحمل من مقدم خدمة مدرب^(١)، ونسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم بواسطة مقدم خدمة مدرب.

(١) يشمل الطبيب أو ممرضة مُدربة، راجع ملحق (٢).

- **الثانية:** هي مؤشرات وفيات الأطفال وعددها خمسة مؤشرات تتمثل في معدل وفيات حديثي الولادة، ومعدل وفيات ما بعد حديثي الولادة، ومعدل وفيات الرضع، ومعدل وفيات الأطفال^(١)، ومعدل وفيات دون الخامسة.
- **الثالثة:** تشمل مؤشرات عن خدمات الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية المقدمة للطفل، وهي ثلاثة مؤشرات: نسبة الحصول على كل التطعيمات الأساسية ضد أمراض الطفولة الشائعة، ونسبة الأطفال المصابين بأعراض أمراض الجهاز التنفسي الحادة وحصلوا على رعاية صحية، ونسبة الأطفال المصابين بالإسهال وحصلوا على رعاية صحية.
- **الرابعة:** تضم مؤشرات عن الحالة الغذائية للطفل، وتشمل ثلاثة مؤشرات هي: نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم والتقرم الحاد، نسبة الأطفال الذين يعانون من النحافة (الهزال) والنحافة الحادة، نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن ونقص الوزن الحاد.

وتعد مؤشرات المجموعتين الأولى والثالثة مؤشرات إيجابية لصحة الطفل، أي كلما ارتفعت نسبتها دل ذلك - نظرياً - على ارتفاع المستوى الصحي للأطفال، في حين تعد مؤشرات المجموعتين الثانية والرابعة مؤشرات سلبية لصحة الطفل، ومن ثم كلما قلت نسبتها كان ذلك دليلاً - نظرياً - على تحسن المستوى الصحي للطفل.

وتحظى المؤشرات التي حددتها الدراسة بأهمية بالغة لقياس مستوى صحة الأطفال دون الخامسة، حيث يدخل بعضها ضمن مؤشرات قياس أهداف التنمية المستدامة بالنسبة للأطفال كما ورد في التقرير الإحصائي (الأطفال في مصر عام ٢٠١٦) (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة: اليونيسيف - مصر، يناير ٢٠١٧، ص ص ١٨-٢٢)، كما تظهر هذه المؤشرات ضمن مؤشرات قياس أهداف محور الصحة ضمن البعد الاجتماعي باستراتيجية التنمية المستدامة (مصر ٢٠٣٠) (وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح الإداري، ٢٠١٥، ص ص ٥١-٥٨)، فضلاً عن اعتماد التقرير الذي أصدره الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء بالتعاون مع هيئات أخرى (٢٠١٧) عن فقر الأطفال متعدد الأبعاد على بعض هذه المؤشرات (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء وآخرون، ديسمبر ٢٠١٧، ص ١٤).

(١) يختص هذا المعدل بوفيات الأطفال في الفئة العمرية من سنة لأقل من خمس سنوات، في حين يختص معدل الوفاة دون الخامسة بوفيات الأطفال منذ الميلاد إلى ما دون الخامسة، راجع ملحق (٢).

وتتقسم الدراسة إلى أربعة عناصر أساسية، يشمل الأول دراسة المؤشرات على مستوى الجمهورية، والثاني يتناولها على مستوى الحضر والريف، بينما يكشف الثالث عن تباينها الجغرافي على مستوى الأقاليم الجغرافية لمصر، ويضم الأخير دراسة لبعض المؤشرات عام ٢٠١٤ على مستوى المحافظات المصرية، للوصول في النهاية إلى تحديد المؤشرات والمناطق الجغرافية الأولى بالتدخل والرعاية والتركيز عليها ضمن الخطط الصحية المستقبلية.

أولاً - مؤشرات صحة الطفل على مستوى الجمهورية :

انخفضت نسبة الأطفال دون الخامسة من إجمالي سكان الجمهورية انخفاضاً محدوداً ما بين تعدادي ١٩٨٦ و ٢٠١٧ من ١٥,٣% إلى ١٣,٦% على الترتيب بمقدار تغير سنوي يقل عن (-٠,١%)، ورغم هذا الانخفاض النسبي فإن حجم هذه الفئة قد زاد من ٧,٣ مليون نسمة إلى ١٢,٩ مليون نسمة (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ١٩٩٠، ٢٠١٧)، ويعطي هذا الحجم الكبير والمتزايد أهمية بالغة لهذه الفئة السكانية.

ويتضح من الجدول (١) أن كل مؤشرات الدراسة لصحة الطفل قد شهدت تحسناً ملحوظاً منذ إجراء أول مسح عام ١٩٨٨ وحتى آخر المسوح عام ٢٠١٤، باستثناء مؤشر واحد فقط ينتمي لمؤشرات تغذية الأطفال وهو نسبة انتشار النحافة بين الأطفال والذي شهد تراجعاً واضحاً بزيادة نسبة الأطفال الذين يعانون من النحافة والنحافة الحادة في مصر خلال عامي المقارنة من ١,١% إلى ٨,٤% ليتخطى بذلك المستوى العالمي لهذا المؤشر والذي بلغ ٨% عام ٢٠١٤.

ورغم هذا التحسن بمؤشرات الدراسة في مصر خلال الفترة بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤ إلا أنه بمقارنة مؤشرات صحة الطفل بمصر عام ٢٠١٤ بمثيلتها بدولتين من دول العالم العربي وهما تونس والمغرب (جدول ٢) يتضح أن معظم المؤشرات في دولتي المقارنة تعكس وضعاً أفضل لصحة الطفل عن مثيله في مصر، حيث كانت الفجوة بينهما لصالح تونس في اثني عشر مؤشراً، خاصة مؤشرات وفيات الأطفال وحالتهم الغذائية، في حين كانت الفجوة لصالح المغرب بثمان مؤشرات، خاصة مؤشرات تغذية الأطفال، بينما كانت بقية المؤشرات أفضل في مصر مقارنة بمثيلتها في المغرب ومنها مؤشر نسبة حصول الأطفال المصابين بالإسهال على الخدمات الصحية العلاجية ومؤشري ما قبل الولادة. ومن ثم يمكن القول إن شوطاً كبيراً قد قطعتة مصر لتحسين صحة الطفل غير أنه مازال هناك الكثير من الجهود ينبغي أن تبذل للوصول إلى وضع صحي أفضل.

جدول (١) : تطور مؤشرات صحة الطفل على مستوى الجمهورية ما بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤ مقارنة بالمؤشرات على مستوى العالم.

العالم	الجمهورية			مؤشرات صحة الطفل
	٢٠١٤	مقدار التغير	٢٠١٤	
٥٨	٧٠,٢+	٨٢,٨	١٤,١	نسبة الحصول على رعاية منتظمة أثناء الحمل من مقدم خدمة مدرب
٧٥	٥٦,٩+	٩١,٥	٣٤,٦	نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم بواسطة مقدم خدمة مدرب
١٩,٧	٣٤-	١٦	٥٠	معدل وفيات حديثي الولادة
١٢,٨	٤٦,٥-	٩	٥٥,٥	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة
٣٢,٥	٦٨,٣-	٢٦	٩٤,٣	معدل وفيات الرضع
١٢	٣٨,١-	٤	٤٢,١	معدل وفيات الأطفال
٤٤	١٠٢,٤-	٣٠	١٣٢,٤	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة
٧١	٥٦,٣+	٩١	٣٤,٧	نسبة الحصول على كل التطعيمات الأساسية ضد أمراض الطفولة الشائعة
٦٣	٢٠,٩+	٦٨,١	٤٧,٢	نسبة الأطفال المصابين بأعراض أمراض الجهاز التنفسي الحادة وحصلوا على رعاية صحية
٤١	٩,٥+	٥٥,٣	٤٥,٨	نسبة الأطفال المصابين بالإسهال وحصلوا على رعاية صحية
٢٤	٩,٤-	٢١,٤	٣٠,٨	نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم والتقزم الحاد
٨	٧,٣+	٨,٤	١,١	نسبة الأطفال الذين يعانون من النحافة والنحافة الحادة
١٤	٧,٨-	٥,٥	١٣,٣	نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن ونقص الوزن الحاد

المصدر:

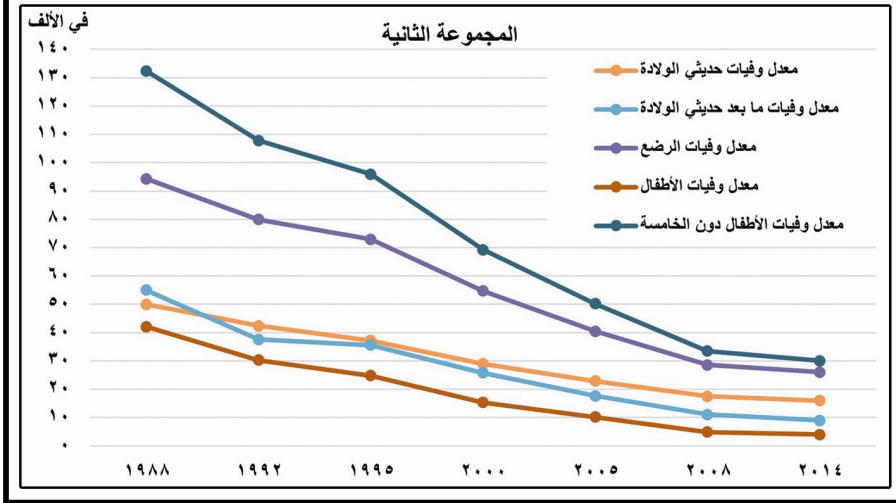
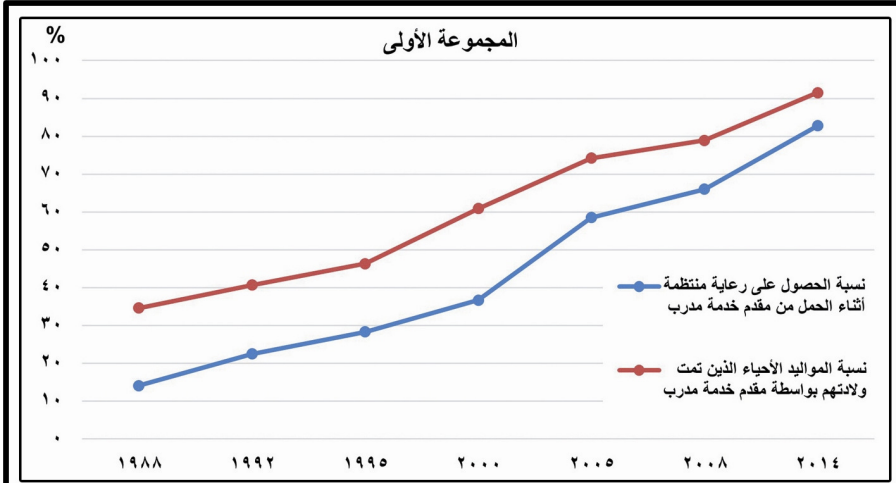
- Sayed, et al., Oct. 1989 (بيانات الجمهورية ١٩٨٨)
- Ministry of Health and Population, et al., May 2015 (بيانات الجمهورية ٢٠١٤)
- UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women, Jun. 2016 (بيانات العالم ٢٠١٤)

جدول (٢) : مؤشرات صحة الطفل بمصر مقارنة بدولتي تونس والمغرب عام ٢٠١٤.

مؤشرات صحة الطفل			
المغرب	تونس	مصر	
مؤشرات ما قبل الولادة			
٥٥	٨٥	٨٢,٢	نسبة الحصول على رعاية منتظمة أثناء الحمل من مقدم خدمة مدرب
٧٤	٩٩	٩١,٥	نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم بواسطة مقدم خدمة مدرب
مؤشرات وفيات الأطفال			
١٨	٨	١٦	معدل وفيات حديثي الولادة
٦	٤	٩	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة
٢٤	١٢	٢٦	معدل وفيات الرضع
٤	٢	٤	معدل وفيات الأطفال
٢٨	١٤	٣٠	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة
مؤشرات الرعاية الصحية (الوقائية والعلاجية) للأطفال			
٩٥	٩٧,٤	٩١	نسبة الحصول على كل التطعيمات الأساسية ضد أمراض الطفولة الشائعة
٧٠	٦٠	٦٨,١	نسبة الأطفال المصابين بأعراض أمراض الجهاز التنفسي الحادة وحصلوا على رعاية صحية
٢٢	٦٥	٥٥,٣	نسبة الأطفال المصابين بالإسهال وحصلوا على رعاية صحية
مؤشرات تغذية الأطفال			
١٥	١٠	٢١,٤	نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم والتقزم الحاد
٢	٣	٨,٤	نسبة الأطفال الذين يعانون من النحافة والنحافة الحادة
٣	٢	٥,٥	نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن ونقص الوزن الحاد

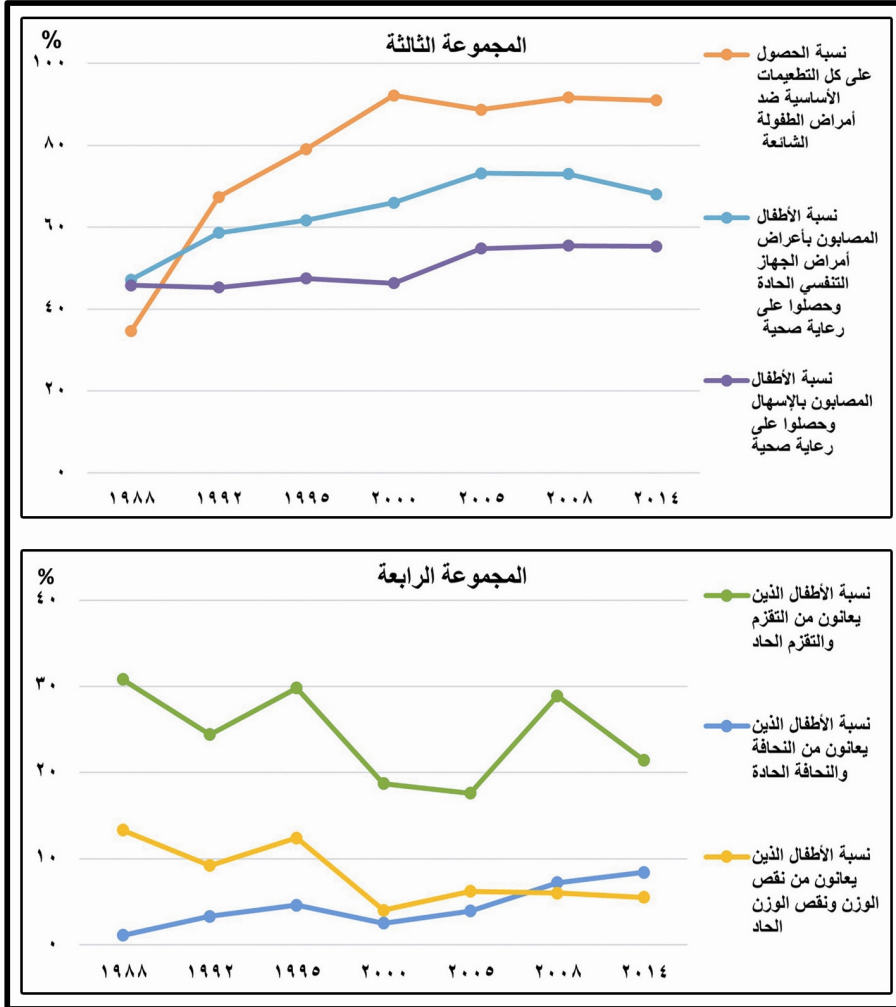
المصدر:

- Sayed, et al., Oct. 1989 (بيانات الجمهورية ١٩٨٨)
- Ministry of Health and Population, et al., May 2015 (بيانات مصر)
- UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women, Jun. 2016 (بيانات تونس والمغرب)



شكل (٢) : تطور مؤشرات المجموعتين الأولى والثانية لصحة الطفل على مستوى الجمهورية خلال الفترة (١٩٨٨-٢٠١٤).

المصدر: الملحقان (٣)، (٤).



شكل (٣) : تطور مؤشرات المجموعتين الثالثة والرابعة لصحة الطفل

على مستوى الجمهورية خلال الفترة (١٩٨٨-٢٠١٤).

المصدر: الملحقان (٥)، (٦).

ويعكس الشكلان (٢، ٣) التطور الإيجابي والتحسين الذي حققته مؤشرات الدراسة خلال الفترة (١٩٨٨-٢٠١٤)، خاصة مؤشرات المجموعتين الأولى والثانية والتي تحسنت جميعها بوتيرة متقاربة بشكل كبير، في حين كانت نسبة التحسن أقل في مؤشرات المجموعة الثالثة، كما اختلفت مؤشرات هذه المجموعة فيما بينها في وتيرة التحسن، فقد كانت أسرع في مؤشر الخدمات الوقائية عنها في مؤشري الخدمات العلاجية، وجاءت المجموعة الرابعة لتعكس وضعًا مختلفًا فلم تحقق جميعها التحسن، فضلاً عن أن مقدار التحسن كان الأقل بين مؤشرات الدراسة.

وبنظرة تحليلية أكثر تفصيلاً لمؤشرات الدراسة على مستوى الجمهورية مقارنة بالمتوسط العالمي يمكن ملاحظة ما يلي:

- شهدت مؤشرات المجموعة الأولى ارتفاعاً كبيراً خلال عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤ خاصة نسبة حصول الأم على رعاية حمل منتظمة، والتي سجلت مقدار تغير كلي بلغ (+٢٠,٧%) ومقدار تغير سنوي مقداره (+٢,٦%)، وهو ما ترك أثره على انخفاض وفيات الأطفال - مؤشرات المجموعة الثانية - خاصة في المراحل العمرية المبكرة، حيث أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن النساء اللاتي يتلقين رعاية صحية منتظمة أثناء الحمل أقل عرضة بنسبة ١٦% لوفاة مواليدهن وأقل بنسبة ٢٤% لحدوث ولادة مبكرة وما تتسبب فيه من مضاعفات صحية للمولود قد تؤدي إلى وفاته (WHO, Sep. 2020).
- انخفضت مؤشرات المجموعة الثانية والخاصة بوفيات الأطفال خلال عامي المقارنة لتسجل معدلات نقل عن المتوسطات العالمية عام ٢٠١٤، لتقترب بذلك من تحقيق هدف التنمية المستدامة لوفيات الأطفال والذي يسعى إلى خفض معدل وفيات حديثي الولادة إلى ما دون ١٢ في الألف ووفيات دون الخامسة إلى ما يقل عن ٢٥ في الألف (UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women, Sep. 2020) وهو ما تحقق عام ٢٠١٩ (جدول ٣). ومن الملاحظ أن معدل وفيات حديثي الولادة كان أقل مؤشرات المجموعة الثانية انخفاضاً، وهي سمة عالمية لا ترتبط بمصر فقط، حيث أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن معدل وفيات حديثي الولادة كان الأبطأ عالمياً في التراجع من بين كل معدلات وفيات الأطفال خلال الفترة من ١٩٩٠ و ٢٠١٩، وهو ما أدى عالمياً إلى زيادة الوزن النسبي لوفيات الأطفال خلال الشهر الأول من إجمالي وفيات الأطفال دون الخامسة من ٤٠% إلى ٤٧% بذات العامين

على الترتيب (WHO, Sep. 2020) ويرجع ذلك إلى أن الشهر الأول من العمر يعد أكثر الفترات التي يواجه فيها الطفل مخاطر صحية مسببة للوفاة (UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women, Sep. 2020).

• أظهرت مؤشرات المجموعة الثالثة تفاوتًا واضحًا فيما بينها في مقدار التغير ونسبة التحسن التي سجلتها خلال عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤، فقد حقق مؤشر الخدمات الصحية الوقائية المتمثل في نسبة الحصول على التطعيمات الكاملة ضد أمراض الطفولة أعلى مقدر تغير كلي بلغ (+٥٦,٣%) ومقدار للتغير السنوي قدره (+٢,٢%) وبالتالي قفز من كونه أدنى مؤشرات المجموعة عام ١٩٨٨ ليصبح أعلى وأفضل مؤشرات عام ٢٠١٤. أما مؤشرات الخدمات العلاجية للأطفال المصابين بأمراض الجهاز التنفسي الحادة والإسهال فقد حققت تحسنا بنسبة أقل خلال ذات العامين، خاصة نسبة حصول الأطفال المصابين بالإسهال على الرعاية الصحية والتي تتجاوز النصف بقليل عام ٢٠١٤. وترجع أهمية حصول الأطفال المصابين بأمراض الجهاز التنفسي الحادة والإسهال على الرعاية الصحية إلى أنهما يتسببان في ١٢% و ٥% من وفيات الأطفال دون الخامسة بمصر عام ٢٠١٧ على الترتيب (UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women, Oct. 2020a,b).

• تخصص مؤشرات المجموعة الرابعة بتغذية الطفل، حيث يؤثر سوء التغذية ونقصها للطفل على جوانب نموه المختلفة، ويعكس مؤشر التقدم انخفاض طول الطفل مقارنة بعمره نتيجة بطء نمو الهيكل العظمي بسبب نقص بعض العناصر الغذائية والبروتين عن احتياجاته، فضلا عن تكرار الإصابة بالأمراض المعدية والطفيلية، في حين يعكس مؤشر النحافة انخفاض وزن الطفل مقارنة بطوله والنتائج عن نقص التغذية المزمن، بينما يعبر مؤشر نقص الوزن عن عدم تناسب وزن الطفل أو كتلة الجسم مع عُمر الطفل (Osman, 1998, p. 96). وقد سجلت مؤشرات هذه المجموعة أقل نسبة تحسن مقارنة بمؤشرات الدراسة الأخرى، كما تعد المجموعة الوحيدة التي حقق أحد مؤشراتها - السلبية - زيادة كبيرة خلال عامي المقارنة، وهو مؤشر النحافة والذي بلغ مقدار تغيره الكلي (+٧,٣%)، ومقدار تغيره السنوي (+٠,٣%). وتكمن خطورة انتشار التقدم والنحافة ونقص الوزن بين الأطفال في تأثير ذلك المستقبلي على الأطفال من حيث انخفاض أدائهم الدراسي وقدرتهم على العمل والإنتاج وزيادة احتمالية إصابتهم بالأمراض المزمنة وبالتالي زيادة الحاجة لخدمات الرعاية الصحية (وزارة الصحة والسكان المصرية وشركة الزناتي ومشاركوه، مايو ٢٠١٥، ص ١).

جدول (٣) : مؤشرات صحة الطفل على مستوى الجمهورية عام ٢٠١٩.

القيمة	المؤشر
مؤشرات ما قبل الولادة	
٨٣	نسبة الحصول على رعاية منتظمة أثناء الحمل من مقدم خدمة مدرب
٩٢	نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم بواسطة مقدم خدمة مدرب
مؤشرات وفيات الأطفال	
١١	معدل وفيات حديثي الولادة
٧	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة
١٨	معدل وفيات الرضع
٣	معدل وفيات الأطفال
٢١	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة
مؤشرات الرعاية الصحية (الوقائية والعلاجية) للأطفال	
٩٣,٩	نسبة الحصول على كل التطعيمات الأساسية ضد أمراض الطفولة الشائعة
٨٦	نسبة الأطفال المصابين بأعراض أمراض الجهاز التنفسي الحادة وحصلوا على رعاية صحية
٦٨	نسبة الأطفال المصابين بالإسهال وحصلوا على رعاية صحية
مؤشرات تغذية الأطفال	
٢٢	نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم والتقرم الحاد
٩	نسبة الأطفال الذين يعانون من النحافة والنحافة الحادة
--	نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن ونقص الوزن الحاد

المصدر: UNICEF, 2019.

ونخلص مما سبق ذكره إلى أن مصر شهدت تحسنا في معظم مؤشرات الدراسة، وإن كان هناك بعض المؤشرات ما زالت تحتاج لمزيد من التحسن، من خلال زيادة الإجراءات والسياسات الحكومية الداعمة لهذه المؤشرات خاصة مؤشرات الخدمات العلاجية للأطفال المصابين بالأمراض التنفسية والإسهال، ومؤشرات الحالة الغذائية للأطفال. وعلى الرغم من أن آخر المسوح السكانية الصحية بمصر قد أُجري عام ٢٠١٤، إلا أنه أمكن تتبع هذه المؤشرات على مستوى الجمهورية حتى عام ٢٠١٩ من خلال بيانات التقرير السنوي لمنظمة اليونيسيف عن حالة الأطفال في العالم (The State of the World's Children, SOWC)، والتي تشير إلى ثبات مستوى مؤشرات المجموعة الأولى تقريبا بذات مستواها عام ٢٠١٤، في حين حققت مؤشرات المجموعة الثانية تحسنا كبيرا خاصة مؤشري وفيات حديثي الولادة والأطفال الرضع ودون الخامسة والتي انخفضت إلى ما دون المعدل المستهدف بأهداف التنمية المستدامة. وبالمثل شهدت مؤشرات المجموعة الثالثة تحسنا خاصة مؤشري الخدمات

العلاجية للأطفال، بينما على النقيض سجلت مؤشرات تغذية الطفل بالمجموعة الرابعة تراجعاً، حيث ارتفعت نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم والنحافة عما كانت عليه عام ٢٠١٤ لتظل مؤشرات هذه المجموعة الأولى بالتدخل والرعاية على مستوى الجمهورية. وتفيد العناصر التالية للدراسة في تحديد أكثر دقة للمناطق الأولى بالرعاية أو البؤر ذات الأولوية للتدخل بناء على بيانات المسوح السكانية الصحية من عام ١٩٨٨ وحتى ٢٠١٤.

ثانياً - مؤشرات صحة الطفل على مستوى حضر وريف الجمهورية :

يُعد من الضروري إبراز مدى التباين الداخلي للجمهورية بين الحضر والريف في مستوى تحسن مؤشرات الدراسة، وقياس حجم الفجوة بينهما وتطوره خلال فترة الدراسة، ويوضح جدول (٤) مؤشرات صحة الطفل على مستوى الحضر والريف لعامي ١٩٨٨ و٢٠١٤، في حين يُظهر الشكلان (٤) و(٥) تطور حجم الفجوة المكانية بينهما، ومن الجدول والشكلين يمكن ملاحظة ما يلي:

- سجلت مؤشرات المجموعتين الأولى والثانية لصحة الطفل قيماً أفضل في الحضر مقارنة بالريف خلال عامي المقارنة، وهو ما أوجد فجوة بهذه المؤشرات لصالح الحضر، ورغم تقلص هذه الفجوة بشكل كبير من عام ١٩٨٨ إلى عام ٢٠١٤ إلا أنها ظلت الأكبر بين حضر وريف الجمهورية مقارنة بمؤشرات المجموعتين الثالثة والرابعة.
- كانت قيم مؤشرات المجموعة الثالثة جميعها أعلى في الحضر عنها في الريف خلال عامي المقارنة، وهو ما أوجد فجوة لصالح الحضر، مع ملاحظة عدم تقلص هذه الفجوة بجميع مؤشرات المجموعة بين ١٩٨٨ و٢٠١٤، فبينما انكشفت الفجوة في مؤشر الخدمات الوقائية ومؤشر الخدمة العلاجية للأطفال المصابين بالأمراض التنفسية الحادة إلى مستوى منخفض جداً بلغ ١% أو أقل، اتسعت الفجوة في نسبة حصول الأطفال المصابين بالإسهال على الخدمة الصحية لتصل إلى ٤,٧% عام ٢٠١٤، وهو ما يمكن تفسيره بنظرة الأسرة في الريف للإسهال على أنه ليس من أمراض الطفولة الخطيرة، والذي يمكن علاجه ببعض الأساليب التقليدية كالأعشاب العلاجية وتناول الطفل للسوائل أو حتى اللجوء للصيدلية للحصول على محلول الجفاف، في حين يصعب علاج الأمراض التنفسية خاصة الحادة منها بهذه الأساليب حيث يتطلب الأمر العرض على الطبيب لتحديد نوع المرض التنفسي ووصف العلاج، أما الخدمات الوقائية فهي إجبارية ولا يمكن الحصول عليها إلا من خلال التوجه لمؤسسات الخدمة الصحية الحكومية، ويتم توثيقها في بطاقة الطفل الصحية التي تعد أساسية لالتحاقه بالتعليم مستقبلاً.

جدول (٤) : تطور الفجوة بين الحضر والريف بمؤشرات صحة الطفل بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤.

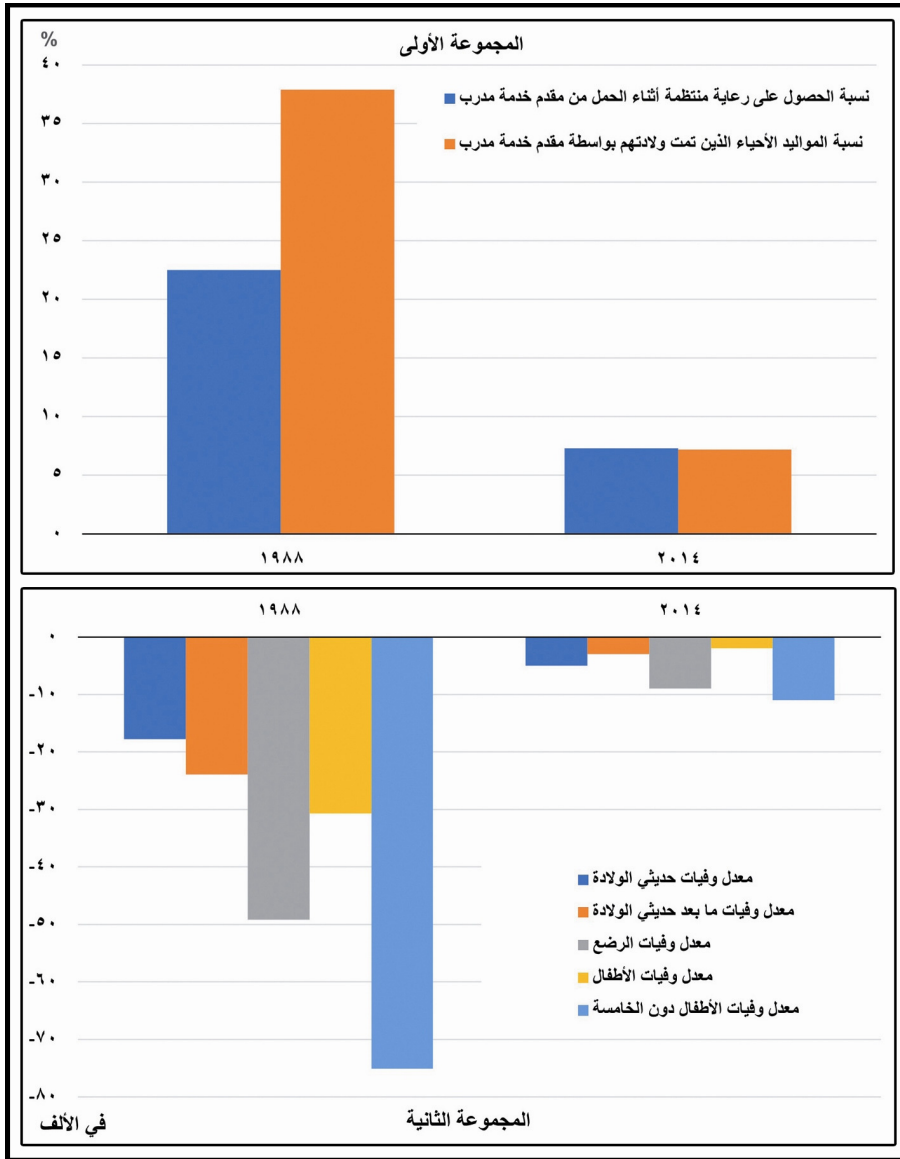
٢٠١٤		١٩٨٨			المؤشر	
الفجوة المكانية	الريف	الحضر	الفجوة المكانية	الريف		الحضر
مؤشرات ما قبل الولادة						
٧,٣+	٨٠,٥	٨٧,٨	٢٢,٥+	٤,٩	٢٧,٤	نسبة الحصول على رعاية منتظمة أثناء الحمل من مقدم خدمة مدرب
٧,٢+	٨٩,٣	٩٦,٥	٣٧,٩+	١٩,١	٥٧	نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم بواسطة مقدم خدمة مدرب
٧,٣+	-	-	٣٠,٢+	-	-	متوسط الفجوة المكانية للمجموعة
مؤشرات وفيات الأطفال						
٥-	١٨	١٣	١٧,٨-	٤٩,٣	٣١,٥	معدل وفيات حديثي الولادة*
٣-	١١	٧	٢٣,٩-	٤٦,٩	٢٣	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة*
٩-	٢٩	٢٠	٤٩,٢-	١١٤,٨	٦٥,٦	معدل وفيات الرضع
٢-	٥	٣	٣٠,٧-	٥٥,٥	٢٤,٨	معدل وفيات الأطفال
١١-	٣٤	٢٣	٧٥,١-	١٦٣,٩	٨٨,٨	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة
٦-	-	-	٣٩,٣-	-	-	متوسط الفجوة المكانية للمجموعة
مؤشرات الرعاية الصحية (الوقائية والعلاجية) للأطفال						
٠,٥+	٩٠,٩	٩١,٤	٣٣,٥+	٢٠,٢	٥٣,٧	نسبة الحصول على كل التطعيمات الأساسية ضد أمراض الطفولة الشائعة
١,١+	٦٧,٨	٦٨,٩	١٥,٧+	٣٩,٤	٥٥,١	نسبة الأطفال المصابين بأعراض أمراض الجهاز التنفسي الحادة وحصلوا على رعاية صحية
٤,٧+	٥٤	٥٨,٧	٣,٣+	٤٤,٥	٤٧,٨	نسبة الأطفال المصابين بالإسهال وحصلوا على رعاية صحية
٢,١+	-	-	١٧,٥+	-	-	متوسط الفجوة المكانية للمجموعة
مؤشرات تغذية الأطفال						
٢,٣+	٢٠,٧	٢٣	٩,٦-	٣٥,١	٢٥,٥	نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم والتقزم الحاد
٠,٦+	٨,٢	٨,٨	٠,٤+	٠,٩	١,٣	نسبة الأطفال الذين يعانون من النحافة والنحافة الحادة
٠,٣+	٥,٤	٥,٧	٨,١-	١٧	٨,٩	نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن ونقص الوزن الحاد
٣,٢+	-	-	٥,٨-	-	-	متوسط الفجوة المكانية للمجموعة

المصدر:

Sayed, et al., Oct. 1989

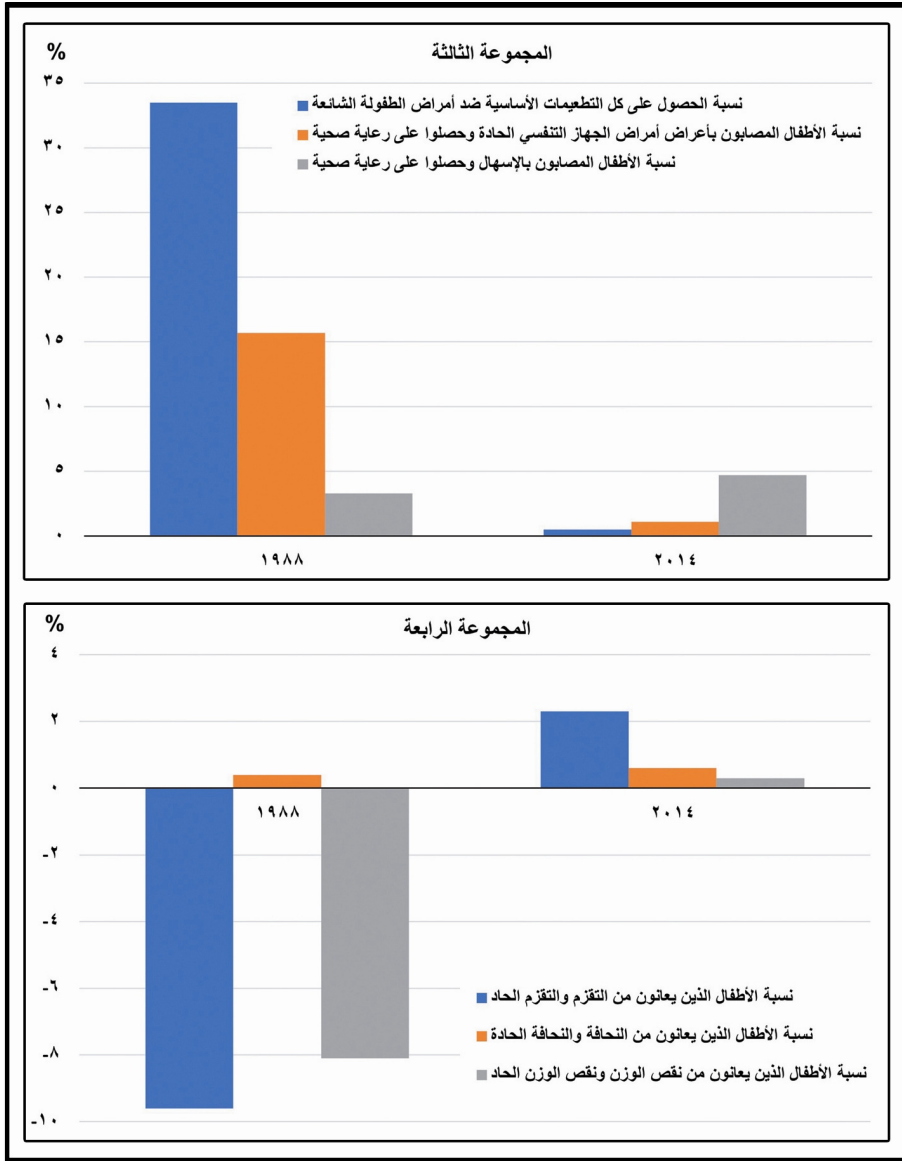
Ministry of Health and Population, et al., May 2015

* تحسب الفجوة لمعدلي وفيات حديثي الولادة وما بعد حديثي الولادة ما بين عامي ١٩٩٢ و ٢٠١٤ حيث لم يشمل المسح السكاني الصحي عام ١٩٨٨ بيانات عن هذين المعدلين على مستوى الحضر والريف.



شكل (٤) : تطور الفجوة المكانية بين الحضر والريف بمؤشرات المجموعتين الأولى والثانية بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤.

المصدر: جدول (٤).



شكل (٥) : تطور الفجوة المكانية بين الحضر والريف بمؤشرات المجموعتين

الثالثة والرابعة بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤.

المصدر: جدول (٤).

• اتسمت قيم مؤشرات المجموعة الرابعة لصحة الطفل بسمتين رئيسيتين، الأولى هي اقتراب القيم في الحضر من مثيلتها بالريف خلال عامي المقارنة، فلم يزد حجم الفجوة بينهما عن ١٠% بأي مؤشر خلال العامين، والأخرى أن الفجوة لم تكن لصالح الحضر على طول الخط كما في مؤشرات المجموعات الثلاث السابقة، ففي عام ١٩٨٨ كانت الفجوة بمؤشري نسبة التقزم ونقص الوزن لصالح الحضر، في حين كانت بمؤشر النحافة لصالح الريف، في عام ٢٠١٤ أصبحت الفجوة بالمؤشرات الثلاثة لصالح الريف حيث سجل الحضر نسبة مرتفعة عن الريف بالمؤشرات الثلاثة وهي مؤشرات سلبية لصحة الطفل، وهو ما يمكن تفسيره بعدة عوامل من أهمها التباين بين الريف والحضر في مدى حرص الأم على الرضاعة الطبيعية وطول مدتها، حيث ارتبط الارتفاع في مؤشرات هذه المجموعة في الحضر بتقلص عدد شهور الرضاعة الطبيعية للطفل خلال فترة الدراسة من ١٨ شهر إلى ١٦ شهر من واقع عينة المسح بالحضر، فضلا عن انخفاض نسبة الأطفال الذين يحصلون على رضاعة طبيعية بالحضر عام ٢٠١٤ (٩٤%) عن مثيلتها بالريف (٩٦,٥%)، يضاف إلى ذلك انتشار أنماط غير صحية لتغذية للأطفال بالحضر أكثر منها بالريف، خاصة مع التحول نحو تناول الوجبات السريعة والأغذية المغلفة والمعبأة والتي تفتقر للعناصر الغذائية الضرورية لنمو الطفل.

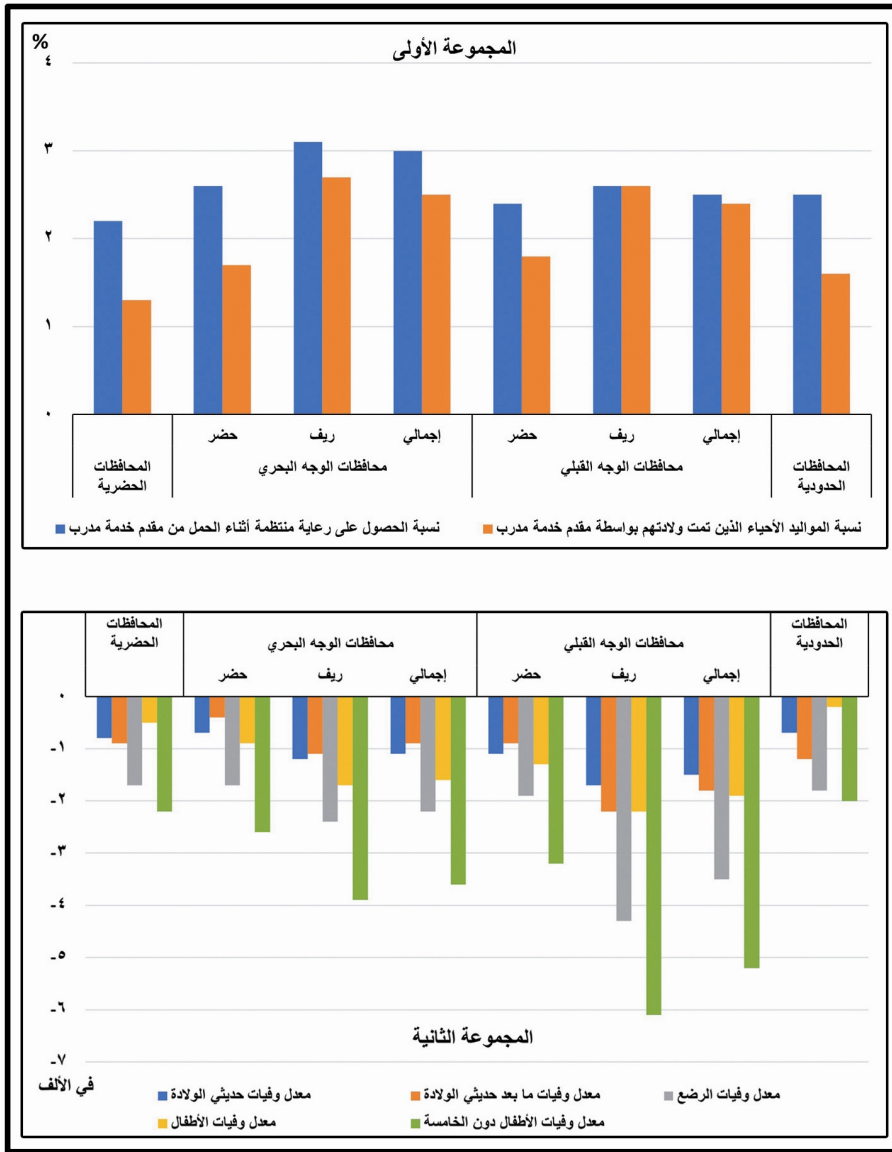
ومما سبق ذكره يتضح أن مصر قد استطاعت خلال الفترة ما بين إجراء أول مسح عام ١٩٨٨ وآخر مسح عام ٢٠١٤ أن تحقق ليس فقط تحسناً في معظم مؤشرات صحة الطفل التي تناولتها الدراسة، بل نجحت أيضاً في تسجيل معدلات مقاربة إلى حد ما لهذه المؤشرات ما بين الحضر والريف عام ٢٠١٤ وتقليص الفجوة بينهما عما كانت عليه عام ١٩٨٨، وتظل رغم ذلك مؤشرات الخدمات العلاجية للأطفال خاصة المصابين بالإسهال في الريف ومؤشرات تغذية الأطفال خاصة في الحضر هي الأولى بالتدخل والتحسين لتلحق ببقية مؤشرات صحة الطفل.

ورغم ما بدأت الدولة بالفعل عام ٢٠٠٧ حيث تعاونت وزارة الصحة والسكان مع المركز القومي للبحوث وبعض الهيئات الدولية لتطوير استراتيجية وطنية للغذاء والتغذية تهدف لضمان التوفير الشامل للطعام الآمن والصحي للأطفال والأمهات وتسهيل

الوصول إليه (World Bank, 2010, p. 42) إلا أن المعدلات المرتفعة للتقزم والنحافة ونقص الوزن للأطفال دون الخامسة على مستوى الحضر والريف، تدل على أن هذه الاستراتيجية لم تحقق المأمول منها مع تقلص مدة الرضاعة الطبيعية للأطفال واتباع الأسر لأنماط غذائية غير صحية مما يتطلب البدء في تشغيل برامج شاملة لتوعية الأسر ومقدمي الخدمات الصحية بأهمية الرضاعة الطبيعية للطفل وطبيعة الغذاء السليم المتوازن له، وأن تصبح الاستشارة التغذوية جزءاً أساسياً من الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل والطفل (وزارة الصحة والسكان وشركة الزناتي ومشاركوه، مايو ٢٠١٥، ص ٣)، وهو ما تم البدء في تطبيقه جزئياً من خلال حملة علاج سوء التغذية للأطفال والتي أُجريت على ٣ مراحل خلال الفترة من أكتوبر ٢٠١٨ إلى إبريل ٢٠١٩ (حملة علاج سوء التغذية عند الأطفال، ٢٠١٨).

ثالثاً - مؤشرات صحة الطفل على مستوى الأقاليم الجغرافية :

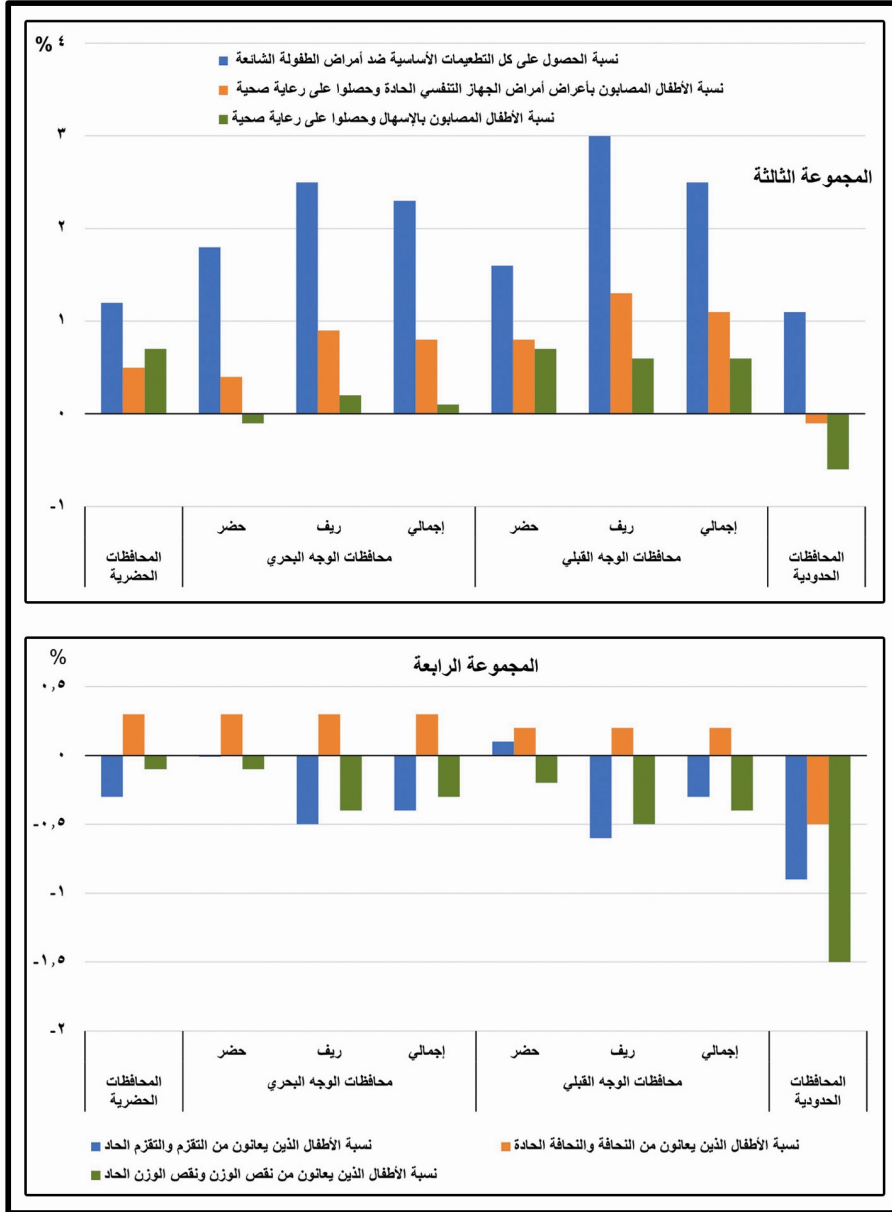
أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن التفاوت في الصحة داخل الدولة يعد التحدي الأهم الذي يواجه الدول في مجال صحة الإنسان عامة والطفل خاصة، ففي مارس عام ٢٠٠٥ أنشأت المنظمة لجنة المحددات الاجتماعية للصحة The Commission on Social Determinates of Health (CSDH) بهدف مساعدة الدول على التغلب على العقبات الاجتماعية التي تتسبب في التفاوت في الصحة داخل هذه الدول (WHO, 2008). وجغرافياً تنقسم مصر إلى أربعة أقاليم، تتباين فيما بينها في مؤشرات صحة الطفل التي تتناولها الدراسة من واقع المسوح السكانية الصحية، وبخلاف هذه المؤشرات توفر المسوح بيانات عن بعض المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية التي تسهم في تفسير تباين مؤشرات صحة الطفل بين الأقاليم الجغرافية، ومن هذه المتغيرات معدل الخصوبة الكلية للإناث بعينة المسح، وعمر الأم عند ولادة الطفل الأول، مدى التباعد بين المواليد، والمستوى التعليمي للأم، ونسبة الأطفال الذين يحصلون على رضاعة طبيعية ومدة استمرارها، وتوضح الملاحق من (٣) إلى (٦) تطور مؤشرات الدراسة بالأقاليم الجغرافية، والملحق (٧) العلاقات الارتباطية بين مؤشرات الدراسة وبعض المتغيرات السابق الإشارة إليها. ومن هذه الملاحق والشكلين (٦) و(٧) يمكن استخلاص النقاط التالية:



شكل (٦) : مقدار التغير الكلي في مؤشرات المجموعتين الأولى والثانية

بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤ على مستوى الأقاليم الجغرافية.

المصدر: الملحقان (٣) و (٤).



شكل (٧) : مقدار التغير الكلي في مؤشرات المجموعة الثالثة والرابعة

خلال عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤ على مستوى الأقاليم الجغرافية.

المصدر: الملحقان (٥) و (٦).

- كانت مؤشرات المجموعة الأولى الأقل تذبذبًا خلال المسوح السبع التي اعتمدت عليها الدراسة، حيث اتخذت اتجاهًا عامًا بالارتفاع في كل الأقاليم وفي كل المسوح عدا إقليم واحد وهو إقليم المحافظات الحدودية، وفي مسح واحد الذي أجري عام ٢٠٠٠ حيث سجل مؤشر نسبة حصول الأمهات على رعاية حمل منتظمة تراجعًا طفيفًا، في المقابل يُعد مؤشر نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم تحت إشراف طبي هو المؤشر الوحيد من بين مؤشرات الدراسة الذي لم يشهد تذبذبًا خلال فترة الدراسة بكل الأقاليم، وقد سجل إقليم الوجه البحري أكبر مقدار تغير سنوي بمؤشري هذه المجموعة، بينما كان أقل مقدار تغير سنوي بإقليم المحافظات الحضرية، ورغم ذلك كان إقليم المحافظات الحضرية هو الأعلى بمؤشري هذه المجموعة وفقًا لمسح ٢٠١٤ بينما كان الوجه القبلي هو الأقل بين الأقاليم بذات المسح.
- ارتبط التغير في مؤشري المجموعة الأولى بمتغير اجتماعي مهم وهو مستوى تعليم الأم، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين حجم التغير بمؤشري هذه المجموعة والتغير بقيمة وسيط سنوات التعليم للأُم بعينة المسوح (+٩٠٠,٠)، وفي الوقت الذي حقق فيه إقليم الوجه البحري ارتفاعًا كبيرًا خلال فترة الدراسة في وسيط سنوات التعليم للأُم، ما زال إقليم المحافظات الحضرية الأعلى.
- سجلت مؤشرات المجموعة الثانية والخاصة بوفيات الأطفال انخفاضًا بكل الأقاليم، وسجلت تذبذبًا محدودًا خلال فترة الدراسة مقارنة بمؤشرات المجموعتين التاليتين، حيث كان التذبذب في كل مؤشر بما لا يتعدى إقليمين في بيانات مسحين من المسوح السبعة، ويظهر إقليم الوجه القبلي كإقليم مميز بمؤشرات هذه المجموعة لثلاثة أسباب؛ أولها أنه الإقليم الوحيد الذي لم يشهد تذبذبًا بمؤشرات وفيات الأطفال، حيث حققت انخفاضًا متواصلًا طوال ما يزيد عن ربع قرن هي فترة الدراسة، وثانيها أنه الإقليم الذي سجل أكبر قدر من التغير السنوي بكل مؤشرات المجموعة، وآخرها أنه رغم ذلك ظل هو الإقليم الأعلى في كل معدلات وفيات الأطفال بالمسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤، وهو ما يدل على أن كثيرًا من الجهود الحكومية بُذلت بمحافظة هذا الإقليم لخفض وفيات الأطفال، غير أن هذه المحافظات تحتاج إلى استمرار ذات الجهود للوصول بالمعدلات إلى مستويات أقل كغيرها من أقاليم مصر، في المقابل شهد إقليم الوجه البحري على غير المتوقع والمأمول ارتفاعًا في ثلاثة معدلات لوفيات الأطفال فيما بين آخر مسحين (٢٠٠٨ و ٢٠١٤) وهو يعد أمر جدير بالملاحظة والمتابعة والتفسير.

- كان التحسن في مؤشرات المجموعة الثانية مرتبطاً ببعض متغيرات الخصوبة التي اهتمت المسوح برصدها، وأهمها فترة التباعد بين المواليد للأُم، حيث جاءت العلاقة الارتباطية بين مؤشرات هذه المجموعة ووسيط الشهور الفاصلة بين آخر مولود والمولود السابق له عكسية قوية، وتراوحت قيم المعامل بين (-٠,٩٧٥) و(-٠,٩٩٠)، وكان إقليم الوجه القبلي أكثر الأقاليم التي سجلت تغيراً في قيمة وسيط الشهور الفاصلة بين المواليد خلال فترة الدراسة من ٢٨ شهراً إلى ٣٦ شهراً، وإن ظلت القيمة الأعلى عام ٢٠١٤ من نصيب إقليم المحافظات الحضرية وبلغت ٣٩ شهراً، والذي سجل أقل معدلات لوفيات الأطفال بين الأقاليم الجغرافية بذات العام.
- تتسم مؤشرات المجموعة الثالثة على مستوى أقاليم مصر ومن خلال تتبع سبعة مسوح سكانية صحية بعدد من السمات؛ أولها أنها رغم اتجاهها نحو الارتفاع إلا أنها سجلت تذبذباً واضحاً شمل كل الأقاليم وفي بيانات ثلاثة مسوح بحد أقصى لكل إقليم، وثانيها أن إقليم الوجه القبلي كان الأعلى في قيمة التغير السنوي بمعظم مؤشرات هذه المجموعة بينما كان إقليم المحافظات الحضرية هو الأعلى في قيمة معظم المؤشرات عام ٢٠١٤، إلا أن السمة الأهم على الإطلاق بمؤشرات هذه المجموعة أنها شهدت انخفاضاً ما بين آخر مسحين (٢٠٠٨ و ٢٠١٤) حدث ذلك في إقليمين بالنسبة لمؤشر الحصول على الرعاية الصحية للأطفال المصابين بالإسهال، وعلى مستوى ثلاثة أقاليم في مؤشر الحصول على التطعيمات الكاملة ضد أمراض الطفولة، بينما شهدت كل الأقاليم انخفاضاً خلال ذات المسحين في نسبة الحصول على رعاية صحية للمصابين بأمراض تنفسية حادة، ويُعد إقليم الوجه البحري الإقليم الوحيد الذي شهد انخفاضاً في كل مؤشرات هذه المجموعة بين آخر مسحين، وهو ما قد يرتبط بارتفاع بعض معدلات الوفيات بالإقليم ذاته خلال نفس المسحين.
- ارتبط التغير بمؤشرين من مؤشرات المجموعة الثالثة ارتباطاً طردياً قوياً بعدد سنوات التعليم للأُم وهما مؤشر الخدمات الوقائية ومؤشر الحصول على الخدمة العلاجية للأطفال المصابين بالأمراض التنفسية الحادة، وبلغت قيمتا معامل الارتباط بين هذين المؤشرين ووسيط سنوات التعليم للأُم (+٠,٩٠٠) و(+٠,٧٩١) على الترتيب، أما التغير في مؤشر الحصول على خدمة صحية للأطفال المصابة بالإسهال فقد ارتبط بمتغير آخر وهو نسبة الأمهات دون سن العشرين بعلاقة عكسية قوية (-٠,٨٧٢) وهو من المتغيرات التي حقق فيها إقليم الوجه القبلي أكبر تغير خلال فترة الدراسة،

حيث كانت نسبة الأمهات اللاتي لم يبلغن سن العشرين في بداية فترة الدراسة ١٢,٣% وانخفضت إلى ٧,٣% لنقل بذلك عن مثيلتها بالوجه البحري (٧,٦%)، وإن ظلت النسبة في المحافظات الحضرية عند أقل مستوى لها (٢%).

- شهدت مؤشرات المجموعة الرابعة تبايناً في اتجاهها العام، ففي الوقت الذي سجل مؤشران بهذه المجموعة اتجاهاً عاماً بالانخفاض وهما نسبة انتشار التقرم ونقص الوزن بين الأطفال، شهد المؤشر الثالث والخاص بانتشار النحافة ارتفاعاً خلال فترة الدراسة، وقد كانت مؤشرات هذه المجموعة الأكثر تذبذباً خلال الفترة من ١٩٨٨ إلى ٢٠١٤ مقارنة بباقي المجموعات، والنذري شمل كل الأقاليم وفي بيانات خمسة مسوح بحد أقصى، وقد سجل إقليم المحافظات الحدودية أعلى مقدار تغير سنوي بكل مؤشرات المجموعة، وحظي أيضاً بأقل نسبة انتشار للتقرم بين أطفاله عام ٢٠١٤، في حين كان أقل انتشار للنحافة ونقص الوزن بالأقاليم الجغرافية من نصيب الوجه القبلي والوجه البحري على الترتيب وفي غياب تام لإقليم المحافظات الحضرية، وفيما بين مسح عام ٢٠٠٨ ومسح عام ٢٠١٤ شهد إقليم الوجه القبلي ارتفاعاً في مؤشرات المجموعة الثلاث، وإقليم الحدود في مؤشرين، وإقليم الوجه البحري في مؤشر واحد.
- وعن المتغيرات الأكثر ارتباطاً بمؤشرات تغذية الطفل، فقد سبقت الإشارة إلى ارتباطها بنسبة الأطفال الذين يحصلون على رضاعة طبيعية - والتي تقل لأدنى مستوى لها بالمحافظات الحضرية - بعلاقة ارتباطية عكسية وإن تباينت قيمة معامل الارتباط بين المؤشرات الثلاثة خاصة مع تذبذبها طوال فترة الدراسة فتراوحت قيم الارتباط ما بين (-٠,١٠٣) و (-٠,٧٠٧)، كما ارتبط تباين هذه المؤشرات عكسياً بالمباعدة بين المواليد حيث تراوحت قيمة الارتباط بينها وبين وسيط الشهور الفاصلة بين آخر مولود والمولود السابق له (-٠,٤١٠) و (-٠,٩٤٩).

ويتضح من العرض السابق أن معظم المؤشرات مالت للتحسن بأقاليم الدراسة خلال الفترة من ١٩٨٨ إلى ٢٠١٤، مع وجود تباين مكاني في قيم مؤشرات الدراسة وفي مقدار هذا التحسن بين الأقاليم الجغرافية، غير أنه من الملاحظ أن كثيراً من المؤشرات قد مالت للتراجع فيما بين آخر مسحين (٢٠٠٨-٢٠١٤) كمؤشرات المجموعة الثانية في إقليم الوجه البحري خاصة، ومؤشرات الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية وتغذية الأطفال بمعظم أقاليم الدراسة تقريباً، ويعد المتغير الأهم الذي ارتبط بهذا التراجع هو معدل الخصوبة

الكلية^(١)، والذي بعد أن مال للانخفاض من ٤,٤ مولود/أنثى عام ١٩٨٨ إلى ٣ مولود/أنثى عام ٢٠٠٨، وحدث هذا الانخفاض بكل الأقاليم خاصة إقليم الوجه القبلي، عاد المعدل للارتفاع المفاجئ ما بين آخر مسحين ليسجل ٣,٥ مولود/أنثى كمتوسط عام لعينة المسح، وهو ما تسبب في التراجع الذي شهدته مؤشرات المجموعات من الثانية إلى الرابعة نظرًا؛ لأن معظم هذه المؤشرات ارتبطت بمعدل الخصوبة الكلية بعلاقات سواء كانت عكسية أم إيجابية تراوحت ما بين المتوسطة والقوية، يؤيد هذا التفسير أيضًا ارتفاع معدل المواليد الخام في مصر من ٢٦,٨ في الألف عام ٢٠٠٨ إلى ٣٠,٧ في الألف عام ٢٠١٤ (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٢١) بعد الانخفاض الذي حققه مع بداية القرن الحادي والعشرين، ومن المؤكد أن هذا الارتفاع كان على غير المتوقع والمأمول من قبل مخططي خدمات الرعاية الصحية في الدولة مما أدى إلى تراجع نسبي ببعض مؤشرات الدراسة بين آخر مسحين.

وبناءً على قيمة مؤشرات الدراسة بالأقاليم الجغرافية في المسح السكاني الصحي الأخير عام ٢٠١٤ تم قياس العلاقات الارتباطية فيما بينها، لتحديد مدى ارتباطها ببعضها البعض، ويوضح جدول (٥) العلاقات الارتباطية الدالة إحصائيًا بين المؤشرات، وعددها ١٢ علاقة ارتباطية كانت جميعها قوية جدًا في حين كان نصفها علاقات طردية والنصف الآخر علاقات عكسية، وقد تباينت مؤشرات الدراسة في مدى ارتباطها بغيرها من المؤشرات، حيث سجلت أربع مؤشرات من مؤشرات الدراسة ثلاث علاقات ارتباطية لكل منها، وهي مؤشر المجموعة الأولى ومؤشر وفيات الأطفال، ومؤشر انتشار نقص الوزن، وكانت بذلك أكثر المؤشرات التي سجلت علاقات ارتباطية بغيرها، في حين لم تسجل ثلاثة مؤشرات من مؤشرات الدراسة أي علاقات ارتباطية دالة إحصائية بغيرها وهي مؤشر الخدمات العلاجية بالمجموعة الثالثة ومؤشر انتشار النحافة بالمجموعة الرابعة، ومن الملاحظ أن مؤشرات المجموعة الأولى والثانية سجلت علاقات ارتباطية داخلية بين مؤشرات المجموعة ذاتها، في حين كانت مؤشرات المجموعتين الثالثة والرابعة غير مرتبطة ببعضها البعض داخل كل مجموعة، وإنما ارتبطت بمؤشرات من خارج مجموعتها أو لم تسجل علاقات ارتباطية من الأساس، وهو ما يمكن تفسيره بأن مؤشرات المجموعتين الأولى والثانية كان تذبذبها محدودًا خلال فترة الدراسة واتجهت جميعها للتحسن، في حين كانت مؤشرات المجموعة الثالثة ودرجة أكبر المجموعة الرابعة أكثر تذبذبًا وتباين اتجاهها العام خلال ذات الفترة مما قلل من ارتباطها ببعضها البعض خاصة بمؤشرات الدراسة عامة.

(١) معدل الخصوبة الكلية هو متوسط عدد المواليد الذين يمكن أن تنجبهم المرأة الواحدة طوال سنوات قدرتها على الإنجاب. (أبو عيانة، ٢٠٠٠، ص ١٠٦).

جدول (٥) : العلاقات الارتباطية بين مؤشرات صحة الطفل
على مستوى الأقاليم الجغرافية عام ٢٠١٤.

قيمة معامل الارتباط	المؤشرات المرتبطة بها	مؤشرات الدراسة
٠,٩٩٧+	نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم بواسطة مقدم خدمة مدرب	نسبة الحصول على رعاية منتظمة أثناء الحمل من مقدم خدمة مدرب
٠,٩٨٤-	معدل وفيات الأطفال	
٠,٩٧٠-	نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن ونقص الوزن الحاد	نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم بواسطة مقدم خدمة مدرب
٠,٩٩٧+	نسبة الحصول على رعاية منتظمة أثناء الحمل من مقدم خدمة مدرب	
٠,٩٧٠-	معدل وفيات الأطفال	نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن ونقص الوزن الحاد
٠,٩٧٤-	نسبة الحصول على كل التطعيمات الأساسية ضد أمراض الطفولة الشائعة	
٠,٩٩٧-	نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم والتقزم الحاد	معدل وفيات حديثي الولادة
٠,٩٩٥+	معدل وفيات الرضع	
٠,٩٧٢+	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة
٠,٩٦٩+	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة	
٠,٩٧٢+	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة	معدل وفيات الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن ونقص الوزن الحاد
٠,٩٨٠+	نسبة الحصول على رعاية منتظمة أثناء الحمل من مقدم خدمة مدرب	
٠,٩٨٤-	نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم بواسطة مقدم خدمة مدرب	معدل وفيات الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن ونقص الوزن الحاد
٠,٩٧٠-	نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن ونقص الوزن الحاد	
٠,٩٦٣+	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة
٠,٩٦٩+	معدل وفيات الرضع	
٠,٩٨٠+	معدل وفيات حديثي الولادة	نسبة الحصول على كل التطعيمات الأساسية ضد أمراض الطفولة الشائعة
٠,٩٩٧-	نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم والتقزم الحاد	
٠,٩٨٦-	معدل وفيات حديثي الولادة	نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم والتقزم الحاد
٠,٩٩٥+	نسبة الحصول على كل التطعيمات الأساسية ضد أمراض الطفولة الشائعة	
٠,٩٨٦-	نسبة الحصول على رعاية منتظمة أثناء الحمل من مقدم خدمة مدرب	نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن ونقص الوزن الحاد
٠,٩٧٠-	نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم بواسطة مقدم خدمة مدرب	
٠,٩٧٤-	معدل وفيات الأطفال	
٠,٩٦٣+		

المصدر: المصفوفة الارتباطية ببرنامج SPSS.

ونخلص من دراسة تباين مؤشرات صحة الطفل بأقاليم مصر الجغرافية إلى أن إقليم الوجه القبلي كان أكثر الأقاليم التي حققت مقدار تغير سنوي خلال فترة الدراسة وذلك في سبعة مؤشرات تركزت في مؤشرات المجموعتين الثانية والثالثة، ورغم هذا التحسن الكبير فإن الإقليم ذاته كان الأدنى في المستوى بعشرة مؤشرات من مؤشرات الدراسة عام ٢٠١٤، وعلى النقيض كان إقليم المحافظات الحضرية الأفضل على مستوى تسعة مؤشرات عام ٢٠١٤، يليه إقليم الحدود بثلاثة مؤشرات، أما إقليم الوجه البحري فعلى الرغم من أن مؤشرات عام ٢٠١٤ تقترب كثيراً من إقليم المحافظات الحضرية خاصة على مستوى حضر الوجه البحري، إلا أنه شهد تراجعاً في قيمة سبعة مؤشرات فيما بين آخر مسحين (٢٠٠٨-٢٠١٤)، ويعكس النصيب النسبي لكل إقليم من أقاليم مصر الجغرافية من فئة الأطفال دون الخامسة بالجمهورية وفقاً لتعداد عام ٢٠١٧ خطورة ما انتهت إليه دراسة هذا العنصر من عناصر الدراسة، حيث يستحوذ إقليما الوجه البحري والوجه القبلي على النصيب الأكبر من هذه الفئة (٤٢,٩% و ٤١,٨% على الترتيب)، بينما لا يتجاوز نصيب إقليم المحافظات الحضرية ١٣,٥% ويضم إقليم المحافظات الحدودية النسبة المتبقية (١,٨%).

رابعاً - مؤشرات صحة الطفل على مستوى محافظات الجمهورية عام ٢٠١٤ :

تتباين المحافظات المصرية^(١) في نسبة الأطفال دون الخامسة من إجمالي سكانها تبعاً لتعداد عام ٢٠١٧ (ملحق ٨)، حيث ترتفع النسبة عن المتوسط العام للجمهورية والبالغ ١٣,٦% بأربع عشرة محافظة في حين تقل عنه ببقية المحافظات، ويمكن من الشكل (٨) أن نميز ثلاث فئات من المحافظات المصرية تبعاً لنسبة الأطفال دون الخامسة من إجمالي سكانها كما يلي:

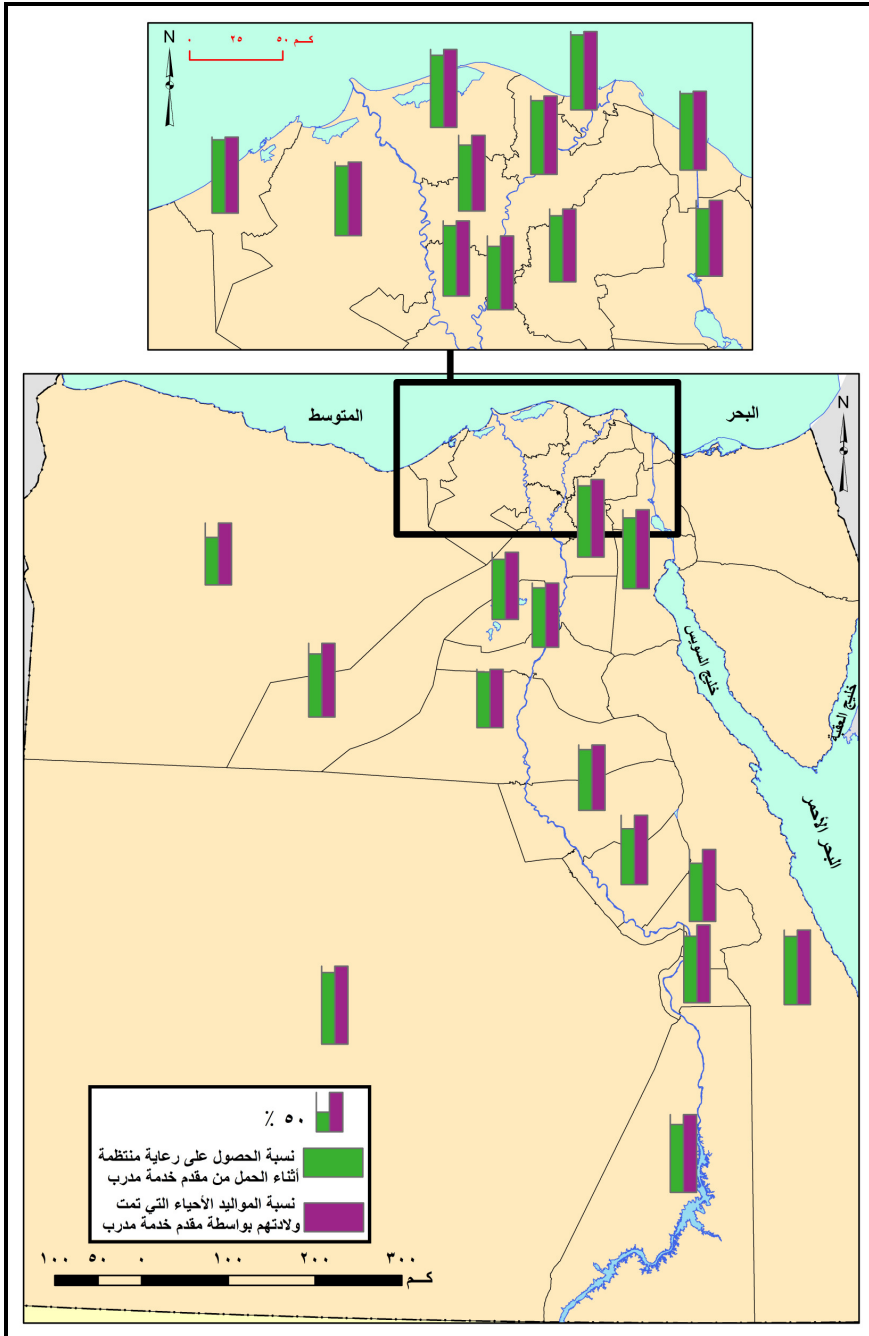
- الأولى: محافظات بلغت نسبة الأطفال دون الخامسة بها ١٥% فأكثر من إجمالي سكانها: تشمل خمس محافظات بنسبة ٢٠% من المحافظات المصرية، وتضم ١٦,٩% من الأطفال دون الخامسة بالجمهورية، وتقع ثلاث من محافظات هذه الفئة بالوجه القبلي وهي الفيوم وبني سويف وسوهاج، بينما تمثل مطروح إحدى المحافظات الحدودية وتنتمي الإسماعيلية للوجه البحري، وتحتفي تماماً المحافظات الحضرية، وتراوحت نسبة الأطفال بهذه الفئة ما بين ١٥,٢% لمحافظة الإسماعيلية و ١٧,٥% بمحافظة مطروح التي سجلت أعلى نسبة بين المحافظات المصرية.

(١) لا تشمل دراسة هذا العنصر محافظتي شمال وجنوب سيناء، نظراً لعدم وجود بيانات لهما بالمسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤. راجع ملحق (١).

- الثانية: محافظات تراوحت نسبة الأطفال دون الخامسة بها من ١٣ إلى أقل من ١٥% من إجمالي سكانها: تضم ١٤ محافظة تشكل النسبة الأكبر من المحافظات المصرية (٥٦%)، وتستحوذ على ٥٩,٢% من الأطفال دون الخامسة بالجمهورية عام ٢٠١٧. ويدخل ضمن هذه الفئة ست محافظات من الوجه القبلي تمثل بقية محافظات الإقليم، ومثلهم من محافظات الوجه البحري، ومحافظة واحدة من محافظات الحدود وهي البحر الأحمر ومثلها من المحافظات الحضرية وهي السويس، وسجلت محافظات هذه الفئة نسبةً للأطفال دون الخامسة تراوحت ما بين ١٣,١% بدمياط و١٤,٧% بقنا والمنيا.
- الثالثة: محافظات قلت نسبة الأطفال دون الخامسة بها عن ١٣% من إجمالي سكانها: هي ست محافظات، تمثل ٢٤% من إجمالي المحافظات وتضم ٢٣,٣% من الأطفال دون الخامسة بالجمهورية، وتتنوع محافظات هذه الفئة بواقع ثلاث محافظات حضرية ومحافظتين بالوجه البحري ومحافظة حدودية واحدة وهي الوادي الجديد، وتراوحت نسبة الأطفال دون الخامسة بمحافظات هذه الفئة ما بين ٩,٨% بالقاهرة وهي أقل نسبة بالجمهورية، و١٢,٧% بالقليوبية.

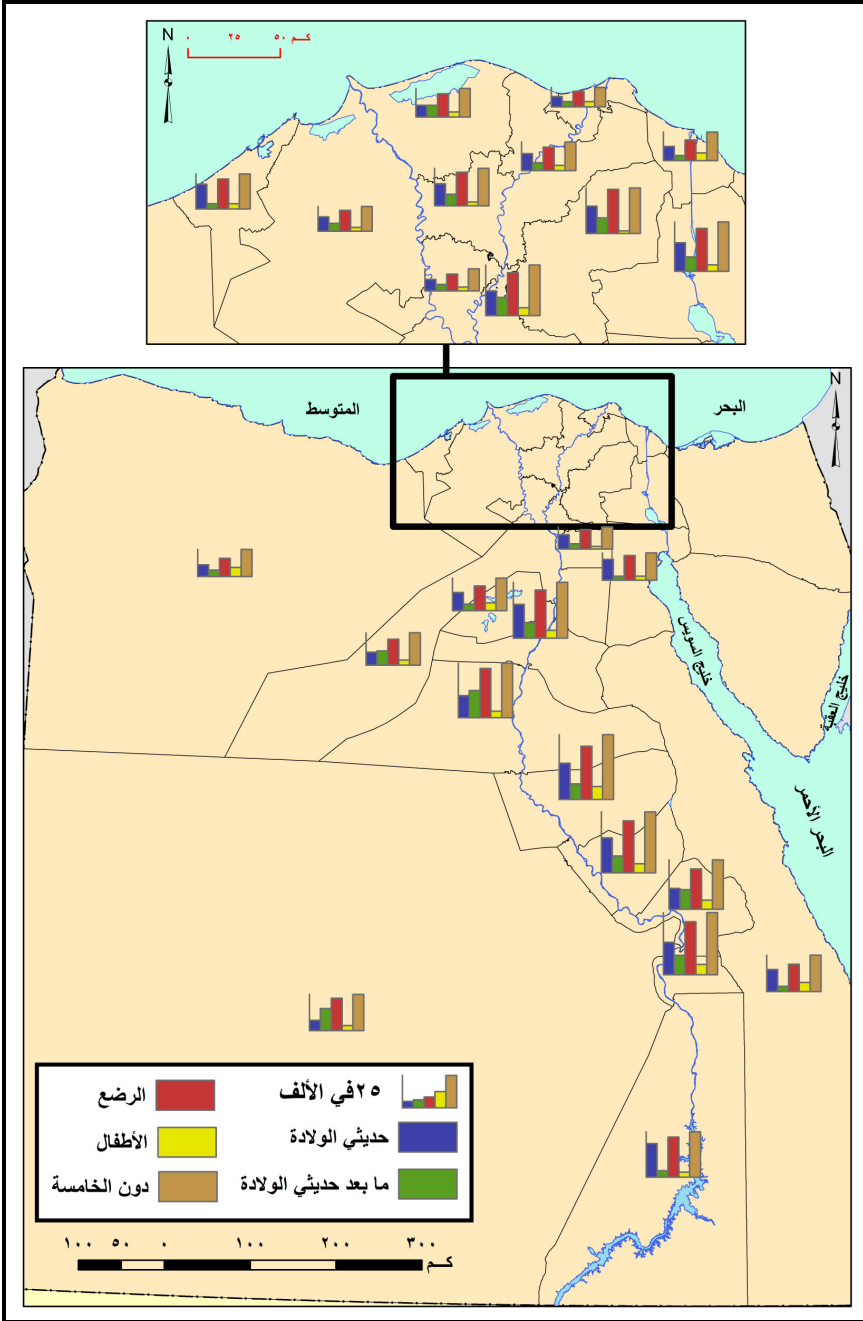
ويعد المسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤ هو المسح الوحيد الذي ضم بيانات على مستوى المحافظات المصرية والتي وردت في ملحق خاص بها في المسح دون عرضها وتحليلها، كما أنها لم تغط كل الموضوعات التي تناولها المسح بل اقتصر على بعضها فقط، وبالنسبة لصحة الطفل، يوفر هذا المسح بيانات على مستوى المحافظات لثمانية مؤشرات فقط من مؤشرات الدراسة، وهي مؤشرات المجموعتين الأولى والثانية ومؤشر الخدمات الوقائية بالمجموعة الثالثة، في حين لم تتوافر بيانات عن مؤشري الخدمات العلاجية ومؤشرات تغذية الطفل رغم أهميتهما البالغة، ويوضح الملحق (٩) والأشكال (٩، ١٠، ١١) قيمة المؤشرات الثمانية على مستوى المحافظات والتي يمكن منها ملاحظة ما يلي:

- رغم تسجيل إقليم المحافظات الحضرية المستوى الأفضل في معظم مؤشرات الدراسة عام ٢٠١٤، فإن المحافظات الحضرية الأربع (القاهرة والإسكندرية وبورسعيد والسويس) لم تكن هي الأفضل في كل المؤشرات، حيث تظهر فقط بورسعيد كأفضل مستوى بمؤشري المجموعة الأولى، وتتصدر كل من القاهرة والسويس المحافظات في مؤشر واحد فقط لكل منهما من مؤشرات المجموعة الثانية، بينما لم تظهر الإسكندرية كأفضل محافظة بأي مؤشر من المؤشرات الثمانية المتاحة على مستوى المحافظات.



شكل (٩) : مؤشرات المجموعة الأولى (مؤشرات ما قبل الولادة) بالمحافظات المصرية تبعاً للمسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤.

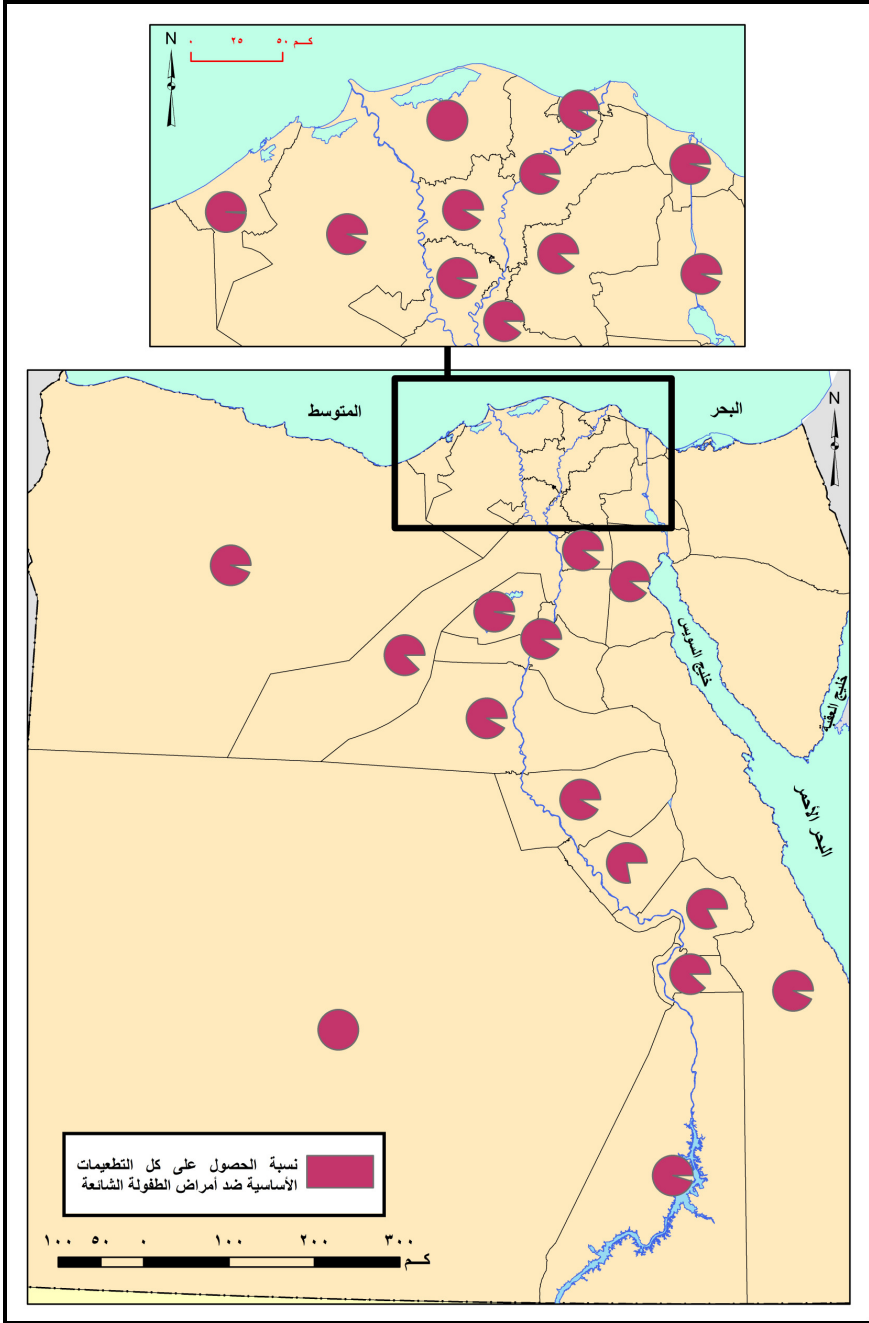
المصدر: بيانات ملحق (٩).



شكل (١٠) : مؤشرات المجموعة الثانية (وفيات الأطفال) بالمحافظات المصرية

تبعاً للمسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤.

المصدر: بيانات ملحق (٩).



- ظهرت بعض محافظات الوجه البحري في صدارة المحافظات المصرية مسجلة أفضل مستوى ببعض مؤشرات صحة الطفل، مثل دمياط التي سجلت أقل معدل لوفيات الرضع ووفيات دون الخامسة، وكفر الشيخ والتي سجلت أعلى نسبة من تغطية التطعيمات الكاملة ضد أمراض الطفولة.
- على الرغم من ظهور الوادي الجديد كأقل محافظة في معدل وفيات حديثي الولادة، فإن ذلك يتناقض مع تسجيلها لأعلى معدل في وفيات ما بعد حديثي الولادة، وهو ما يمكن تفسيره بعدم الدقة في تسجيل تاريخ الميلاد وتسجيل العمر عند الوفاة، فضلا عن التحيز في تسجيل الأعمار عند الوفاة للشهر ١٢ من عمر الطفل، وهو ما أشار إليه المسح السكاني الصحي كأكثر العوامل تأثيرًا على دقة معدلات وفيات الأطفال في مصر (Ministry of Health and Population, et al., May 2015, p. 100) وإذا وضع في الاعتبار طبيعة المحافظة الصحراوية واتساع مساحتها وعادات وتقاليد سكانها يكون من الصعب الوثوق في معدل وفيات حديث الولادة للمحافظة، وبالمثل يتناقض تسجيل مطروح لمعدلات منخفضة إلى حد ما في مؤشرات وفيات الأطفال على الرغم من انخفاض مستوى مؤشرات المجموعة الأولى سواء نسبة الإناث التي تتلقى رعاية حمل منتظمة أم نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم تحت إشراف طبي، وهو ما يمكن تفسيره أيضًا بعدم الدقة في تسجيل المواليد والعمر عند الوفاة.
- تظهر محافظات الوجه القبلي في مراكز متأخرة مقارنة بغيرها من المحافظات وذلك في سبعة مؤشرات من الثمانية المتوفرة على مستوى المحافظات، وجاءت أسويط في المرتبة الأخيرة بين المحافظات في أربعة مؤشرات بالمجموعة الثانية مسجلة أعلى معدل لوفيات حديثي الولادة، ووفيات الرضع، ووفيات الأطفال، ووفيات دون الخامسة، وينبغي أن يؤخذ في الاعتبار عند تفسير هذه المعدلات وضع أسويط بين محافظات الوجه القبلي كمركز للخدمات الصحية يتوافد عليها السكان من المحافظات المجاورة لتلقي الخدمات الصحية خاصة بمستشفيات جامعة أسويط ومنها مستشفى للأطفال، وهو ما قد يتسبب في تحيز البيانات ورفع معدلات الوفاة بالمحافظة بمستوى أعلى من واقع المحافظة ذاتها، خاصة أنها لم تكن الأقل في نسبة مؤشري رعاية الحمل المنتظمة والولادة تحت إشراف طبي، ولا في نسبة تغطية التطعيمات الكاملة وهي مؤشرات ارتبطت ببعض معدلات وفيات الأطفال على مستوى الأقاليم الجغرافية ارتباطًا عكسيا قويا كما سبقنا الإشارة.

ويعيق غياب البيانات الخاصة بمؤشري حصول الأطفال المصابين بالإسهال والأمراض التنفسية الحادة على الخدمات الصحية ومؤشرات تغذية الأطفال على مستوى المحافظات التوصل إلى المحافظات ذات المستوى المقلق في هذه المؤشرات والأكثر احتياجًا للتدخل وتنفيذ سياسات صحية عاجلة بها لتحسين صحة الطفل، خاصة وأن هذه المؤشرات كانت الأقل تحسناً والأكثر تذبذباً خلال فترة الدراسة على مستوى الجمهورية وأقاليمها، ويمكن من خلال العلاقات الارتباطية التي تم قياسها بين مؤشرات الدراسة بالأقاليم الجغرافية أن يتم التوصل بشكل أولي وجزئي إلى اتجاه عام وتفسير مبدئي لبعض المؤشرات التي لا تتوافر بيانات لها على مستوى المحافظات ولكنها ارتبطت بغيرها من المؤشرات المتاحة ارتباطاً قوياً طردياً كان أم عكسياً.

ومن العلاقات الارتباطية بين قيم مؤشرات الدراسة على مستوى الأقاليم الجغرافية (جدول ٥) يمكن ملاحظة ما يلي:

- لم يرتبط مؤشرا الخدمات الصحية العلاجية المقدمة للأطفال المصابين بالإسهال وأمراض الجهاز التنفسي الحادة ومؤشر نسبة انتشار النحافة بأي مؤشر آخر من مؤشرات الدراسة بعلاقات قوية دالة إحصائية، وبالتالي لا يمكن التنبؤ بها على مستوى المحافظات.
- ارتبط مؤشر نسبة انتشار التقرم بمؤشرين من مؤشرات الدراسة وهما معدل وفيات حديثي الولادة ونسبة تغطية التطعيمات الكاملة، ومن خلال تطبيق تحليل الانحدار الخطي البسيط (ملحق ١٠) بين مؤشر نسبة التقرم كمتغير تابع ومؤشر معدل وفيات حديثي الولادة^(١) كمتغير مُفسر، تبين أن هناك ارتباطاً طردياً قوياً جداً بينهما بلغت قيمته (+٠,٩٩٥)، وأن نحو ٩٨% من التغيرات في نسبة التقرم يمكن إرجاعها إلى التغير في معدل وفيات حديثي الولادة، ومن ثم من المتوقع أن تكون المحافظات التي ينخفض فيها معدل وفيات حديثي الولادة كدمياط وكفر الشيخ والمنوفية هي الأقل أيضاً في انتشار التقرم، بينما المحافظات التي يرتفع فيها معدل وفيات حديثي الولادة كسوهاج وأسيوط وبني سويف هي الأعلى في نسب انتشار التقرم بين أطفالها دون الخامسة، وهي الأولى بالتدخل والرعاية.

(١) تم اختيار معدل وفيات حديثي الولادة لتطبيق تحليل الانحدار الخطي البسيط لأنه الأعلى في قيمة معامل الارتباط بنسبة انتشار التقرم، راجع جدول (٥).

• سجل مؤشر نسبة انتشار نقص الوزن ونقص الوزن الحاد بين الأطفال ثلاث علاقات ارتباطية، اثنتان منهما عكسية بمؤشري ما قبل الولادة، والثالثة طردية بمؤشر معدل وفيات الأطفال، وبتطبيق تحليل الانحدار الخطي البسيط (ملحق ١١) بين مؤشر نسبة انتشار نقص الوزن كمتغير تابع ومؤشر نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم تحت إشراف طبي^(١) كمتغير مُفسر تبين أن قيمة الارتباط بينهما سلبية قوية جدًا بلغت (-٠,٩٧٤) وأن نحو ٩٢% من التغير في نسبة نقص الوزن لدى الأطفال يمكن إرجاعها وتفسيرها بالتغير في نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم تحت إشراف طبي، وبالتالي يمكن القول بأن المحافظات التي ترتفع فيها نسبة المواليد تحت إشراف مقدم خدمة مدرب كبورسعيد والسويس ودمياط والدقهلية من المتوقع أن تكون نسبة انتشار نقص الوزن بين أطفالها محدودة، بينما المحافظات التي تتخفف بها نسبة الولادة تحت إشراف طبي كمطروح والمنيا وبنى سويف من المتوقع أن ترتفع بين الأطفال نسبة انتشار نقص الوزن، وبالتالي هي المحافظات ذات الأولوية لتعميم الاستشارة الغذائية ضمن خدمات صحة الطفل بها.

ومن المفيد بعد دراسة مؤشرات صحة الطفل على مستوى المحافظات أن يتم تصميم دليل لصحة الطفل بالمحافظات المصرية لإبراز مدى تباينها بمؤشرات الدراسة وذلك من خلال الخطوات التالية:

١. إعطاء ترتيب للمحافظة في كل مؤشر من المؤشرات الثمانية المتوفرة على مستوى المحافظات بالمسح السكاني الصحي ٢٠١٤.
٢. المحافظة التي يرتفع بها أي مؤشر من المؤشرات الإيجابية لصحة الطفل (نسبة الحصول على رعاية حمل منتظمة، نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم تحت إشراف طبي، نسبة الحصول على التطعيمات الكاملة ضد أمراض الطفولة الشائعة) تعد محافظة ذات وضع جيد لصحة الطفل، ومن ثم تحصل على الترتيب الأول في هذا المؤشر، وهكذا وصولاً إلى أقل محافظة في كل مؤشر من المؤشرات الثلاثة والتي تُعد صحة الطفل بها في وضع غير جيد.

(١) تم اختيار هذا المؤشر تحديداً لأنه الأعلى في قيمة معامل الارتباط بنسبة انتشار نقص الوزن لدى الأطفال، راجع جدول (٥).

٣. المحافظة التي ينخفض بها أي مؤشر من المؤشرات السلبية لصحة الطفل (معدل وفيات حديثي الولادة، معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة، معدل وفيات الرضع، معدل وفيات الأطفال، معدل وفيات دون الخامسة) تعد محافظة ذات وضع جيد بالنسبة لصحة الطفل، ومن ثم تحصل على الترتيب الأول في هذا المؤشر، وهكذا وصولاً إلى أعلى محافظة في كل مؤشر من المؤشرات الخمسة والتي تعد محافظة ذات وضع مقلق لصحة الطفل.

٤. في حالة تساوي أكثر من محافظة في قيمة أي مؤشر تمنح هذه المحافظات ذات الترتيب مع إلغاء الرتب التالية^(١).

٥. بعد الانتهاء من ترتيب المحافظات في المؤشرات الثمانية (ملحق ١٢)، يتم تجميع رتب كل محافظة والحصول على متوسطها الحسابي والذي يمثل قيمة دليل صحة الطفل للمحافظة، ثم يتم إعادة ترتيبهم تبعاً لقيمة الدليل.

ووفقاً لدليل صحة الطفل بجدول (٦) وشكل (١٢) يمكن أن نميز خمس فئات من المحافظات المصرية تبعاً لقيمة الدليل وهي كما يلي:

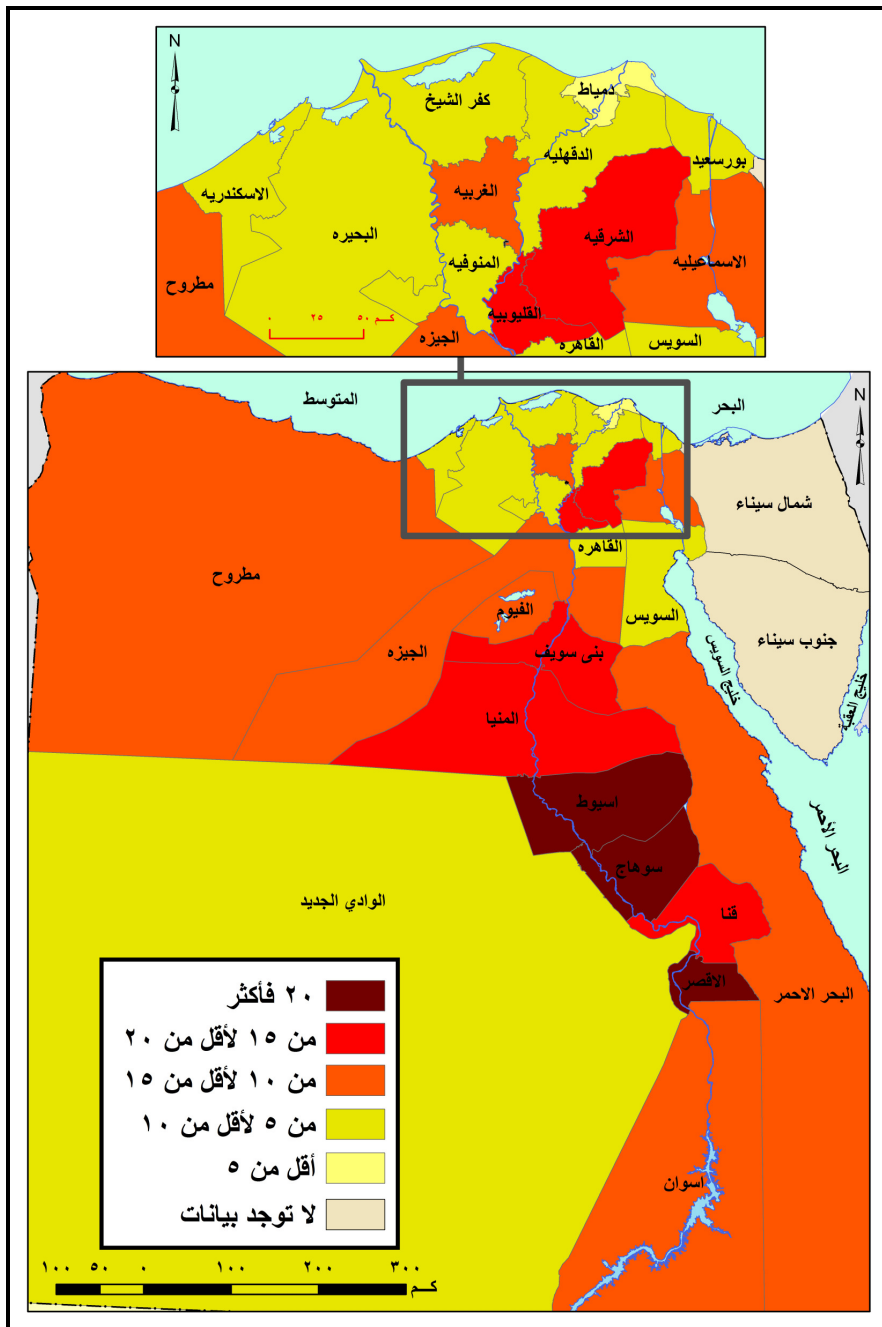
- **الأولى:** محافظات تقل فيها قيمة الدليل عن (٥): تعد محافظات هذه الفئة هي المحافظات ذات الوضع الصحي الأفضل للأطفال دون الخامسة على خريطة المحافظات المصرية عام ٢٠١٤ وفقاً لمؤشرات الدراسة، وتضم هذه الفئة محافظة واحدة هي دمياط والتي تصدرت بقية المحافظات حيث سجلت قيمة دليل صحة الطفل بلغت (٤,١) وكان ذلك محصلة لتصدرها المحافظات في ثلاثة مؤشرات هي معدلات وفيات حديثي الولادة، وفيات الأطفال، وفيات دون الخامسة، بينما جاءت في المرتبة الثانية في مؤشرين هما رعاية الحمل المنتظمة للأم ومعدل وفيات ما بعد حديثي الولادة، وكانت ثالث أفضل المحافظات في مؤشر نسبة المواليد الذين تمت ولادتهم تحت إشراف طبي، ورغم ما حققته دمياط من مستوى مرتفع بكثير من مؤشرات صحة الطفل إلا أن مؤشر نسبة حصول الأطفال على التطعيمات الكاملة ضد أمراض الطفولة يحتاج لمزيد من التحسن حيث احتلت فيه الترتيب السادس عشر بين غيرها من المحافظات.

(١) على سبيل المثال إذا تساوت أول محافظتين في الترتيب يمنح كلاهما الرتبة (١)، ويستكمل ترتيب المحافظات التالية من الرتبة (٣).

جدول (٦) : دليل صحة الطفل على مستوى محافظات الجمهورية
تبعاً للمسح السكاني الصحي ٢٠١٤.

المحافظات	قيمة دليل صحة الطفل	ترتيب المحافظات تبعاً لقيمة دليل صحة الطفل
الفئة الأولى		
دمياط	٤,١	١
الفئة الثانية		
بورسعيد	٥,٥	٢
المنوفية	٥,٩	٣
كفر الشيخ	٦,٠	٤
القاهرة	٦,٣	٥
الدقهلية	٧,٠	٦
السويس	٧,٥	٧
البحيرة	٨,٣	٨
الإسكندرية	٨,٥	٩
الوادي الجديد	٩,١	١٠
الفئة الثالثة		
أسوان	١١,٦	١١
مطروح	١١,٨	١٢
الفيوم	١٢,٣	١٣
البحر الأحمر	١٢,٤	١٤
الغربية	١٣,٠	١٥
الجيزة	١٣,٣	١٦
الفئة الرابعة		
الإسماعيلية	١٥,٠	١٧
الشرقية	١٥,٩	١٨
القليوبية	١٧,٦	١٩
قنا	١٩,١	٢٠
بني سويف	١٩,٥	٢١
المنيا	١٩,٨	٢٢
الفئة الخامسة		
الأقصر	٢١,١	٢٣
أسيوط	٢١,٤	٢٤
سوهاج	٢٢,٣	٢٥

المصدر: من حساب الباحثة اعتماداً على الملحق (١٢).



شكل (١٢) : دليل صحة الطفل بمحافظات الجمهورية

تبعاً للمسح السكاني الصحي ٢٠١٤.

المصدر: جدول (٦).

- **الثانية:** محافظات تتراوح قيمة الدليل فيها ما بين (٥) وأقل من (١٠): تشمل تسع محافظات تمثل ٣٦% من إجمالي محافظات الجمهورية، وتحل الترتيب من الثاني حيث محافظة بورسعيد بقيمة دليل بلغت (٥,٥)، إلى العاشر والذي تحتله محافظة الوادي الجديد بقيمة بلغت (٩,١)، وتدخل بهذه الفئة جميع المحافظات الحضرية، وأربع محافظات من الوجه البحري ومحافظة حدودية واحدة، وتحتفي محافظات الوجه القبلي، وتتباين مؤشرات الدراسة بمحافظات هذه الفئة حيث تظهر مؤشرات جيدة لصحة الطفل كما في القاهرة التي سجلت أدنى مؤشر لوفيات الأطفال، والسويس ذات أدنى معدل لوفيات ما بعد حديثي الولادة، والوادي الجديد التي تصدرت محافظات مصر بأقل معدل لوفيات حديثي الولادة، وبورسعيد التي حظيت بأعلى نسبة بمؤشري ما قبل الولادة، وكفر الشيخ التي سجلت أعلى نسبة للأطفال الحاصلين على التطعيمات الكاملة، ورغم ذلك فإن هناك مؤشرات تحتاج إلى تحسين وضعها أهمها معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة بالوادي الجديد والتي احتلت به المرتبة قبل الأخيرة، ومؤشر الخدمات الصحية الوقائية للطفل والذي جاءت فيه السويس والقاهرة بالمرتبتين ١٨ و ٢٠ على الترتيب.

- **الثالثة:** محافظات تتراوح قيمة الدليل فيها ما بين (١٠) وأقل من (١٥): تضم ست محافظات تمثل ٢٤% من إجمالي المحافظات وتحل الترتيب من الحادي عشر حيث أسوان بقيمة للدليل بلغت (١١,٦) وحتى الترتيب السادس عشر والذي احتلته الجيزة وبلغت قيمة دليلها لصحة الطفل (١٣,٣)، وتدخل ثلاث محافظات بهذه الفئة ضمن إقليم الوجه القبلي، كأول ظهور لمحافظات هذا الإقليم التي خلت منها الفتتان السابقتان، في حين تنتمي محافظتان بهذه الفئة لإقليم المحافظات الحدودية وتقع واحدة وهي الغربية بالوجه البحري، وقد سجلت محافظات هذه الفئة بعض المؤشرات الجيدة لصحة الطفل كالبحر الأحمر التي جاءت في المرتبة الثانية في معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة، ومطروح التي شغلت المرتبة الثالثة بمؤشري معدل وفيات حديثي الولادة ومعدل وفيات الرضع، والغربية التي احتلت المرتبة الثالثة في معدل وفيات الأطفال، والفيوم في المرتبة الرابعة في مؤشر الخدمات الوقائية للطفل، في حين كانت هناك الكثير من المؤشرات التي تحتاج إلى رفع مستواها خاصة مؤشرات المجموعة الأولى الخاصة برعاية الأم أثناء الحمل والولادة تحت إشراف طبي، حيث

احتلت مطروح فيهما المرتبة قبل الأخيرة والأخيرة على الترتيب ومؤشر نسبة الحصول على التطعيمات الكاملة الذي جاءت فيه الجيزة بالمرتبة ٢٣ بين المحافظات المصرية.

- **الرابعة:** محافظات تتراوح قيمة الدليل فيها ما بين (١٥) وأقل من (٢٠): عددها ست محافظات تمثل ربع المحافظات المصرية تقريباً، جاءت في الترتيب من ١٧ حيث الإسماعيلية بقيمة للدليل بلغت (١٥) وحتى الترتيب ٢٢ والذي شغلته المنيا وبلغت قيمة دليلها (١٩,٨)، ويتقاسم إقليم الوجه القبلي محافظات هذه الفئة مع الوجه البحري بواقع ثلاث محافظات لكل إقليم، ولا تظهر بهذه الفئة أية مؤشرات جيدة لصحة الطفل عدا مؤشر معدل وفيات الأطفال والذي تصدرت فيه الشرقية محافظات الجمهورية، في حين كانت الكثير من المؤشرات متدنية بمحافظات هذه الفئة وجاءت فيها بالمرتبة قبل الأخيرة كمؤشر نسبة حصول الأطفال على التطعيمات بالفيوم ومؤشر رعاية الحمل المنتظمة بالمنيا، أو المرتبة الأخيرة كما في مؤشر الولادة تحت إشراف مقدم خدمة طبي بالمنيا.

- **الخامسة:** محافظات ترتفع فيها قيمة الدليل عن (٢٠): تشمل ثلاث محافظات تشكل ١٢% من محافظات الجمهورية احتلت أدنى ثلاث مراتب وفقاً لقيمة الدليل من ٢٣ إلى ٢٥ وهي على الترتيب محافظات الأقصر وأسبوط وسوهاج والتي تنتمي جميعها لإقليم الوجه القبلي، وتراوحت قيمة دليلها ما بين (٢١,١) للأقصر و(٢٢,٣) لسوهاج، وقد شغلت هذه المحافظات المرتبة قبل الأخيرة بخمسة مؤشرات جميعها بمعدلات وفيات الأطفال، كان ثلاثة منها من نصيب الأقصر، كما جاءت هذه المحافظات بالترتيب الأخير بأربعة مؤشرات ثلاثة منها لمعدلات وفيات الأطفال جميعهم من نصيب أسبوط والرابع خاص بحصول الطفل على التطعيمات الأساسية وهو لمحافظة سوهاج، ويعد ارتفاع معدلات وفيات الأطفال بمحافظات هذه الفئة مؤشراً خطيراً على وضع صحة الأطفال بالمحافظات الثلاث.

ومما سبق ذكره يتضح تصدر بعض محافظات الوجه البحري والمحافظات الحضرية بقية المحافظات المصرية واحتلالها الخمس مراتب الأولى بالدليل، في حين كانت محافظة الوادي الجديد أفضل محافظات الحدود وفقاً للدليل وجاءت في المرتبة العاشرة، وكانت أسوان الأفضل بين محافظات الوجه القبلي رغم احتلالها للمرتبة

الحادية عشرة بين المحافظات المصرية وفقا لدليل صحة الطفل، في حين تذيلت محافظات الوجه القبلي دليل صحة الطفل وكانت آخر ست مراتب بدليل صحة الطفل من نصيبها.

وتتجاوز أهمية مؤشرات صحة الطفل التي تم الاعتماد عليها في حساب الدليل للمحافظات المصرية الجوانب الصحية للطفل حيث ترتبط وتتعكس على حالة ووضع الطفل اجتماعيا وتعليميا واقتصاديا، كما يتجاوز تأثيرها السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل لسنواته ومراحل عمره التالية، حيث أظهرت قيم معاملات الارتباط وجود علاقات ارتباطية طردية متوسطة القوة بين قيمة دليل صحة الطفل من جانب وقيمة مؤشر الفقر متعدد الأبعاد^(١) للأطفال من جانب آخر في ثلاث مراحل عمرية وهي دون الخامسة، والمرحلة (٥ - ١١) سنة، والمرحلة (١٢-١٧) سنة (الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء وآخرون، ديسمبر ٢٠١٧، ص ٤٣)، وبلغت قيم معاملات الارتباط على الترتيب (+٠,٦٦١) و(+٠,٥٦٣) و(+٠,٥٦٠).

ونخلص من العرض السابق إلى أنه وفقا لمؤشرات صحة الطفل على مستوى المحافظات المصرية عام ٢٠١٤ فقد ظهرت محافظات الوجه البحري (دمياط والمنوفية وكفر الشيخ) والمحافظات الحضرية (القاهرة وبورسعيد) كأفضل المحافظات المصرية بمؤشرات صحة الطفل، وأن محافظات الوجه القبلي خاصة سوهاج وأسيوط هي الأقل في مستوى هذه المؤشرات والأولى بالرعاية والتدخل والتنفيذ العاجل للبرامج الصحية الحكومية لتحسين هذه المؤشرات وتحديدًا مؤشرات المجموعة الثانية، خاصة وأن كلا المحافظتين ترتفع بهما نسبة الأطفال دون الخامسة من إجمالي سكانهما (%١٤,١ و %١٥,٩ على الترتيب) مقارنة بالمتوسط العام للجمهورية (%١٣,٦). كما أظهر العرض السابق ضرورة جمع بيانات عن الخدمات العلاجية المقدمة للأطفال المصابين بالإسهال وأمراض الجهاز التنفسي الحادة ونسب انتشار التقزم والنحافة ونقص الوزن بالمحافظات المصرية خاصة محافظات الوجه القبلي.

(١) يحسب مؤشر الفقر متعدد الأبعاد للأطفال اعتمادا على ٨ أبعاد ترتبط أربعة منها بخصائص البيئة السكنية وبعد واحد لكل من خصائص الطفل الصحية والتعليمية وحالته الغذائية وتعرضه للعنف البدني. راجع الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ديسمبر ٢٠١٧، ص ١٤.

الخاتمة:

يعد الأطفال ركيزة المستقبل للدولة المصرية، ويمثل تمتعهم بأنماط عيش صحية كغيرهم من الفئات العمرية أحد أهداف التنمية المستدامة والتي تندرج تحتها أهداف فرعية تفصيلية تركز على خفض معدلات وفيات الأطفال بالمرحل العمرية المختلفة من خلال الوقاية من مسببات الوفاة أو علاجها ومنع تطورها، وقد هدفت الدراسة إلى تتبع ١٣ مؤشراً من مؤشرات صحة الطفل دون الخامسة في مصر، تم تصنيفهم إلى ٤ مجموعات (مؤشرات ما قبل الولادة، مؤشرات وفيات الأطفال، مؤشرات حصول الأطفال على الخدمات الصحية، مؤشرات تغذية الأطفال)، ومن واقع بيانات سبعة مسوح صحية سكانية أجريت في مصر خلال الفترة من ١٩٨٨ إلى ٢٠١٤، وتناولت الدراسة بالتوزيع والتحليل هذه المؤشرات على مستوى الجمهورية، والحضر والريف، والأقاليم الجغرافية، وأخيراً المحافظات المصرية، للوصول في النهاية إلى تحديد أكثر المؤشرات والأقاليم والمحافظات احتياجاً لدعم السياسات الصحية الحكومية والأولى بالرعاية.

وقد جاءت نتائج الدراسة لتثبت صحة الفرض الأول جزئياً، حيث شهدت جميع مؤشرات الدراسة تحسناً خلال الفترة من ١٩٨٨ إلى ٢٠١٤ عدا مؤشر نسبة انتشار النحافة بين الأطفال والذي شهد تراجعاً خلال فترة الدراسة، وبمقارنة مستوى مؤشرات الدراسة عام ٢٠١٤ بالمتوسط العالمي اتضح أن جميع المؤشرات سجلت مستويات أفضل من المتوسط العالمي عدا مؤشر نسبة انتشار النحافة بين الأطفال.

أظهرت نتائج الدراسة صحة الفرض الثاني والخاص بتقلص الفجوة بين ريف وحضر الجمهورية بجميع مؤشرات صحة الطفل التي اعتمدت عليها الدراسة فيما بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠١٤، وكانت هذه الفجوة طوال فترة الدراسة لصالح الحضر بمؤشرات المجموعات الثلاث الأولى، أما الفجوة في مؤشرات تغذية الطفل فكانت لصالح الحضر عام ١٩٨٨ وأصبحت لصالح الريف عام ٢٠١٤ حيث سجل الحضر نسب انتشار للتقرم والنحافة ونقص الوزن أعلى من مثيلتها بالريف، ارتبط ذلك عكسياً بمدى حرص الأمهات على الرضاعة الطبيعية ومدتها التي تتخفف بالحضر مقارنة بالريف.

أيضاً أثبتت الدراسة صحة الفرض الثالث والمتعلق بتفوق إقليم المحافظات الحضرية عن غيره من الأقاليم الجغرافية بمؤشرات صحة الطفل التي شملتها الدراسة، حيث سجل هذا الإقليم المستوى الأفضل في ٩ مؤشرات لصحة الطفل، يليه إقليم المحافظات الحدودية في ٣

مؤشرات عام ٢٠١٤، وعلى الرغم من أن إقليم الوجه القبلي قد حقق أكبر قدرٍ من التغيير خلال فترة الدراسة بسبعة مؤشرات، إلا أنه ظل الأقل في المستوى بعشرة مؤشرات لصحة الطفل بعام ٢٠١٤.

وقد أظهرت الدراسة ارتباط التغيير الذي طرأ على مؤشرات صحة الطفل على مستوى الأقاليم الجغرافية بعدد من المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية وهو ما يؤكد صحة الفرض الرابع للدراسة، وكانت أهم هذه المتغيرات معدل الخصوبة الكلي، فضلا عن عدد سنوات التعليم للأم، ونسبة الأطفال الذين يحصلون على الرضاعة الطبيعية، ومدى التباعد بين المواليد، وعمر المرأة عند ولادة طفلها الأول.

وجاءت نتائج الدراسة لتؤكد صحة الفرض الخامس الخاص بتباين العلاقات الارتباطية بين مؤشرات الدراسة لصحة الطفل ببعضها البعض في قوتها واتجاهها، حيث لم تسجل ٣ مؤشرات من مؤشرات الدراسة لصحة الطفل أي علاقات ارتباطية قوية دالة إحصائيا بغيرها من مؤشرات الدراسة، وتركزت هذه المؤشرات بالمجموعتين الثالثة والرابعة نتيجة تذبذبها خلال فترة الدراسة وتباين اتجاهها العام خلالها، في حين سجلت بقية مؤشرات الدراسة ١٢ علاقة ارتباطية قوية ببعضها البعض، سواء كانت طردية أم عكسية، وسواء كانت بين مؤشرات المجموعة ذاتها أم بين مؤشرات أكثر من مجموعة من مجموعات الدراسة الأربع.

وقد انتهت الدراسة إلى خطأ الفرض السادس من فروض الدراسة حيث لم تتصدر المحافظات الحضرية جميعها بقية المحافظات المصرية كأفضل مؤشرات لصحة الطفل وفقا لبيانات مسح عام ٢٠١٤، حيث زاحمت بعض محافظات الوجه البحري المحافظات الحضرية واستحوذ بعضها على أفضل مستوى لمؤشرات صحة الطفل خاصة محافظة دمياط التي سجلت أقل معدل لوفيات حديثي الولادة ووفيات الرضع ووفيات دون الخامسة، ومحافظة كفر الشيخ التي سجلت أعلى نسبة من تغطية التطعيمات الكاملة ضد أمراض الطفولة، وعلى النقيض سجلت سوهاج وأسيوط أقل مستوى لصحة الأطفال عام ٢٠١٤ وفقا لمؤشرات الدراسة.

لم تتوافر بيانات لخمس مؤشرات على مستوى المحافظات بمسح عام ٢٠١٤، وهي مؤشرات الخدمات العلاجية للأطفال وتغذية الطفل، ونظرًا لأن بعض هذه المؤشرات لم ترتبط بأي مؤشر آخر من مؤشرات الدراسة فلم يمكن التنبؤ بها، وهو ما يثبت خطأ الفرض

السابع للدراسة، حيث أمكن التنبؤ فقط بمؤشري النقرم ونقص الوزن، وكانت نتيجة تطبيق تحليل الانحدار الخطي البسيط أن التغيير في وفيات حديثي الولادة يفسر بنسبة كبيرة التغيير في نسبة انتشار النقرم، وأن التغيير في نسبة المواليد الذين تمت ولادتهم بإشراف طبي يفسر التغيير في نسبة انتشار نقص الوزن عند الأطفال، وفي ضوء ذلك تعد أكثر المحافظات الأولى بالتدخل والرعاية التغذوية للأطفال هي محافظات سوهاج وأسيوط والمنيا وبني سويف ومطروح.

خلصت الدراسة أيضًا إلى خطأ الفرض الثامن للدراسة، حيث لم تحصل محافظات القاهرة والإسكندرية والسويس وبورسعيد على المراتب الأولى بين المحافظات المصرية وفقا لدليل صحة الطفل الذي تم حسابه في ضوء مؤشرات الدراسة ومن واقع بيانات المسح السكاني الصحي لعام ٢٠١٤، بل تصدرت دمياط المحافظات المصرية وفقًا لهذا الدليل، واحتلت بورسعيد والمنوفية وكفر الشيخ والقاهرة المراتب الأربع التالية لتصبح هذه المحافظات هي الأفضل بالنسبة لصحة الطفل وفقا لمؤشرات الدراسة، بينما احتلت محافظات قنا وبني سويف والمنيا والأقصر وأسيوط وسوهاج أدنى المراتب بالدليل.

وفي ضوء النتائج التي تم التوصل إليها، تعد مؤشرات حصول الأطفال المصابين بأمراض الجهاز التنفسي والإسهال فضلا عن مؤشرات تغذية الأطفال هي المؤشرات الأولى بالرعاية والتدخل من قبل مخططي السياسات الصحية خاصة مؤشر انتشار النحافة الذي ارتفع خلال فترة الدراسة، كما يعد الريف هو الأولى بالرعاية في مؤشرات المجموعة الأولى والثانية والثالثة والحضر في المجموعة الرابعة، وعلى مستوى الأقاليم كان إقليم الوجه القبلي هو الذي يحظى بأولوية للرعاية والتدخل بكل مؤشرات الدراسة، والوجه البحري بمؤشرات وفيات الأطفال وخدماتهم الصحية، وإقليم المحافظات الحضرية بمؤشرات التغذية، أما على مستوى المحافظات فقد كانت معظم محافظات الوجه القبلي خاصة سوهاج وأسيوط والأقصر والمنيا وبني سويف ومحافظة مطروح من إقليم المحافظات الحدودية والإسكندرية من المحافظات الحضرية والقلوبية والشرقية والإسماعيلية من إقليم الوجه البحري هي الأولى بالتدخل في ضوء ترتيبها بدليل صحة الطفل، فضلا عن ذلك ينبغي التركيز على المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية التي ارتبطت بالتغيير في مؤشرات صحة الطفل، فينبغي ألا تركز السياسات الصحية على المؤشرات ذاتها فقط، بل أيضًا على المتغيرات المرتبطة بالخصوبة والرضاعة الطبيعية ووعي الأم الصحي ومستواها التعليمي.

وتوصي الدراسة في ضوء هذه النتائج بما يلي:

١. العمل على استمرار خفض معدلات وفيات الأطفال خاصة معدل وفيات حديثي الولادة إلى ما دون ١٢ في الألف لتحقيق هدف التنمية المستدامة فيما يتعلق بوفيات حديثي الولادة، ويتطلب تحقيق ذلك مستوى أعلى من التغطية لمؤشرات ما قبل الولادة سواء رعاية الحمل المنتظمة أو الولادة تحت إشراف طبي خاصة بريف محافظات أسيوط وسوهاج وأسوان والأقصر وبنى سويف، وهو ما يتطلب دراسة تفصيلية لمعوقات حصول المرأة على هذه الخدمات سواء اجتماعية أو اقتصادية أو جغرافية محاولة الحد منها.
٢. الحفاظ على معدل وفيات دون الخامسة بمستوى أقل من ٢٥ في الألف وهو أحد أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بصحة الأطفال، وذلك من خلال الاهتمام باتساع مجال التغطية للتطعيمات الأساسية ضد أمراض الطفولة خاصة بمحافظات أسيوط والأقصر وسوهاج والمنيا.
٣. تحسين الحالة الغذائية للأطفال عامة وبالمحافظات الحضرية وحضر وريف محافظات الوجه القبلي على وجه الخصوص.
٤. العمل على توسيع مجال تغطية خدمات الرعاية الصحية ما قبل الولادة ورعاية الأطفال حديثي الولادة خاصة بريف محافظات الوجه القبلي والبحري.
٥. تكثيف الجهود لتوسيع مجال تغطية الخدمات الصحية للأطفال المصابين بأمراض الجهاز التنفسي والإسهال خاصة بالريف.
٦. توفير بيانات عن مؤشرات التغذية ومؤشرات حصول الأطفال على الخدمات العلاجية لأمراض الجهاز التنفسي الحادة والإسهال على مستوى المحافظات المصرية، بما يسهم في تحديد دقيق للمناطق الأولى بالرعاية.
٧. التوسع في حملة علاج سوء التغذية للأطفال ضمن حملة ١٠٠ مليون صحة، وتوسيع مجالها الجغرافي، وتكثيف البرامج التثقيفية عن التغذية السليمة للطفل وإدراجها كنشاط مهم من أنشطة القوافل الصحية والطبية بكل الأقاليم الجغرافية وفي الحضر والريف على السواء.
٨. ضرورة بناء قاعدة بيانات جغرافية لمؤشرات صحة الطفل على مستوى المحافظات المصرية كخطوة أولى والمراكز والأقسام كخطوة لاحقة وتحديثها سنويًا بهدف التقييم المستمر لصحة الطفل.

الملاحق

ملحق (١) : الخصائص الزمانية والمكانية للمسوح السكانية الصحية
التي أجريت في مصر واعتمدت عليها الدراسة.

المسح السكاني الصحي	الفترة الزمنية	عدد المحافظات التي شملها المسح	ملاحظات
١٩٨٨	٣ شهور (من أكتوبر إلى ديسمبر ١٩٨٨)	٢١ محافظة	<ul style="list-style-type: none"> لم يشمل محافظات الحدود (شمال سيناء وجنوب سيناء والبحر الأحمر والوادي الجديد ومطروح). لم يشمل محافظة الأقصر حيث كانت لا تزال مركزًا إداريًا من مراكز محافظة قنا.
١٩٩٢	شهرًا (نوفمبر وديسمبر ١٩٩٢)	٢١ محافظة	<ul style="list-style-type: none"> لم يشمل محافظات الحدود (شمال سيناء وجنوب سيناء والبحر الأحمر والوادي الجديد ومطروح). لم يشمل محافظة الأقصر حيث كانت لا تزال مركزًا إداريًا من مراكز محافظة قنا.
١٩٩٥	شهرًا (نوفمبر وديسمبر ١٩٩٥)	٢٦ محافظة	<ul style="list-style-type: none"> لم يشمل محافظة الأقصر حيث كانت تعد مدينة ذات طابع خاص على خريطة مصر فتم ضمها إلى محافظة قنا.
٢٠٠٠	شهرًا (فبراير ومارس ٢٠٠٠)	٢٦ محافظة	<ul style="list-style-type: none"> لم يشمل محافظة الأقصر حيث كانت تعد مدينة ذات طابع خاص على خريطة مصر فتم ضمها إلى محافظة قنا.
٢٠٠٥	شهرًا (أبريل ومايو ٢٠٠٥)	٢٦ محافظة	<ul style="list-style-type: none"> لم يشمل محافظة الأقصر حيث كانت تعد مدينة ذات طابع خاص على خريطة مصر فتم ضمها إلى محافظة قنا.
٢٠٠٨	٣ شهور (من مارس إلى مايو ٢٠٠٨)	٢٦ محافظة	<ul style="list-style-type: none"> لم يشمل محافظة الأقصر حيث كانت تعد مدينة ذات طابع خاص على خريطة مصر فتم ضمها إلى محافظة قنا.
٢٠١٤	شهرًا (أبريل ومايو ٢٠١٤)	٢٥ محافظة	<ul style="list-style-type: none"> لم يشمل محافظتي شمال وجنوب سيناء.

Sources:

- Sayed, et al., Oct. 1989
- El-Zanaty, et al., Nov. 1993
- El-Zanaty, et al, Sep. 1996
- El-Zanaty, et al., Jan. 2001
- El-Zanaty, et al., Mar. 2006
- El-Zanaty, et al., Mar. 2009
- Ministry of Health and Population, et al., May 2015

ملحق (٢) : مؤشرات صحة الطفل التي اعتمدت عليها الدراسة من واقع المسوح السكانية الصحية.

ملاحظات	طريقة حساب المؤشر	المؤشر باللغة الإنجليزية	المؤشر باللغة العربية
مؤشرات ما قبل الولادة			
في المسح السكاني الصحي عام ١٩٨٨ لم يتم تحديد فئة عمرية للسيدات. المسح السكاني الصحي عام ١٩٩٢ لم يشمل النسبة على مستوى الأقاليم الجغرافية.	نسبة السيدات في الفئة العمرية (١٥-٤٩) اللاتي أنجبن مولودًا حيًا خلال الخمس سنوات السابقة على إجراء المسح وحصلن على رعاية حمل منتظمة (على الأقل ٤ زيارات) من مقم خدمة مدرب (طبيب أو ممرضة مدربة)	Percentage of Receiving Regular Antenatal Care from A Skilled Provider	نسبة الحصول على رعاية منتظمة أثناء الحمل من مقم خدمة مدرب
	نسبة المواليد الأحياء خلال الخمس سنوات السابقة على إجراء المسح والذين تمت ولادتهم بواسطة مقم خدمة مدرب (طبيب أو ممرضة مدربة)	Percentage of Live Birth Delivered by A Skilled Provider	نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم بواسطة مقم خدمة مدرب
مؤشرات وفيات الأطفال			
تمثل متوسط معدلات العشر سنوات السابقة على إجراء المسح	مجموع عدد وفيات المواليد خلال الشهر الأول من العمر إلى عدد المواليد الأحياء خلال نفس الفترة معياراً عنه لكل ألف مولود	Neonatal Mortality Rate	معدل وفيات حديثي الولادة
تمثل متوسط معدلات العشر سنوات السابقة على إجراء المسح	الفرق بين معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات حديثي الولادة	Post- Neonatal Mortality Rate	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة
تمثل متوسط معدلات العشر سنوات السابقة على إجراء المسح	مجموع عدد وفيات الأطفال خلال العام الأول من العمر إلى عدد المواليد الأحياء خلال نفس الفترة معياراً عنه لكل ألف مولود	Infant Mortality Rate	معدل وفيات الرضع
تمثل متوسط معدلات العشر سنوات السابقة على إجراء المسح	مجموع عدد وفيات الأطفال في الفئة العمرية من عام إلى أقل من خمسة أعوام إلى عدد المواليد الأحياء خلال نفس الفترة معياراً عنه لكل ألف مولود	Child Mortality Rate	معدل وفيات الأطفال
تمثل متوسط معدلات العشر سنوات السابقة على إجراء المسح	مجموع عدد وفيات الأطفال أقل من عمر خمسة أعوام إلى عدد المواليد الأحياء خلال نفس الفترة معياراً عنه لكل ألف مولود	Under-Five Mortality Rate	معدل وفيات دون الخامسة

تابع ملحق (٢) : مؤشرات صحة الطفل التي اعتمدت عليها الدراسة من واقع المسوح السكانية الصحية.

ملاحظات	طريقة حساب المؤشر	المؤشر باللغة الإنجليزية	المؤشر باللغة العربية
			مؤشرات الرعاية الصحية (الوقائية والعلاجية) للأطفال
في المسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤ كان تحديد فئة عمرية للأطفال (١٨-٢٩ شهوراً)	نسبة الأطفال في الفئة العمرية (١٢- ٢٣ شهور) الذين حصلوا على كل التطعيمات الأساسية وتشمل (تطعيم الدرن، ثلاث جرعات من تطعيم الثلاثي، ثلاث جرعات من تطعيم شلل الأطفال، تطعيم الحصبة)	Percentage of Receiving all Basic Vaccinations against Common Childhood Illnesses	نسبة الحصول على كل التطعيمات الأساسية ضد أمراض الطفولة الشائعة
في المسح السكاني الصحي عام ١٩٨٨ كانت الفترة الزمنية شهراً قبل إجراء المسح	نسبة الأطفال دون الخامسة المصابين بأعراض الجهاز التنفسي الحادة خلال أسبوعين قبل إجراء المسح وحصلوا على رعاية صحية	Percentage of Children III with ARI Symptoms Receiving Medical Care	نسبة الأطفال المصابين بأعراض أمراض الجهاز التنفسي الحادة وحصلوا على رعاية صحية
في المسح السكاني الصحي عام ١٩٨٨ كانت الفترة الزمنية أسبوعاً واحداً قبل إجراء المسح	نسبة الأطفال دون الخامسة المصابين بالإسهال خلال أسبوعين قبل إجراء المسح وحصلوا على رعاية صحية	Percentage of Children III with Diarrhea Receiving Medical Care	نسبة الأطفال المصابين بالإسهال وحصلوا على رعاية صحية
			مؤشرات تغذية الأطفال
في المسح السكاني الصحي عام ١٩٨٨ كانت الفئة العمرية الأطفال دون الثالثة	نسبة الأطفال دون الخامسة الذين يقل طولهم بالنسبة لعمرهم عن (٢-) انحراف معياري عن الوسيط	Percentage of Children as Stunted and classified Severely Stunted	نسبة الأطفال الذين يعانون من القزم والتقزم الحاد
في المسح السكاني الصحي عام ١٩٨٨ كانت الفئة العمرية الأطفال دون الثالثة	نسبة الأطفال دون الخامسة الذين يقل وزنهم بالنسبة لطولهم عن (٢-) انحراف معياري عن الوسيط	Percentage of Children classified as Wasted and Severely Wasted	نسبة الأطفال الذين يعانون من النحافة والنحافة الحادة
في المسح السكاني الصحي عام ١٩٨٨ كانت الفئة العمرية الأطفال دون الثالثة	نسبة الأطفال دون الخامسة الذين يقل وزنهم بالنسبة لعمرهم عن (٢-) انحراف معياري عن الوسيط	Percentage of Children classified as Underweight and Severely Underweight	نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن ونقص الوزن الحاد

المصدر : Ministry of Health and Population, et al., May 2015

ملحق (٣) : التطور النسبي لمؤشرات ما قبل الولادة على مستوى الأقاليم الجغرافية في مصر (١٩٨٨-٢٠١٤).

مقدار التغير السنوي ** (١٩٨٨-٢٠١٤)	٢٠١٤	٢٠٠٨	٢٠٠٥	٢٠٠٠	١٩٩٥	* ١٩٩٢	١٩٨٨	الأقاليم الجغرافية
أولاً: نسبة الحصول على رعاية منتظمة أثناء الحمل من مقدم خدمة مدرب.								
٢,٢+	٩٠,٩	٨٥,١	٧٨,٩	٥٦	٥٥,١	-	٣٣,٨	المحافظات الحضرية
٢,٦+	٩٠,١	٧٩,٩	٨٠,٦	٥٦,٢	٥٢	-	٢٢,١	حضر
٣,١+	٨٦,٣	٦٤,٢	٦٢	٣٢,٨	٢٠,٢	-	٥,٢	ريف
٣+	٨٧,١	٦٧,٧	٦٦,٥	٣٨,٩	٢٧,٩	-	٩,٤	إجمالي
٢,٤+	٨٢,٩	٧٥,٤	٦٥,٧	٤٩,٨	٤٠,٦	-	٢١,٤	حضر
٢,٦+	٧٢,٨	٤٩,٢	٣٧,٢	١٩,٢	١٠,١	-	٤,٦	ريف
٢,٥+	٧٥,٦	٥٦,٤	٤٥	٢٧,٢	١٧,٩	-	٩,٥	إجمالي
٢,٥+	٧٨,٧	٦٤,٧	٥٨,٨	٢٨,٥	٣٠,٦	-	-	المحافظات الحدودية
٢,٣+	٨٧,٨	٨٠,٥	٧٤,٧	٥٣,٩	٥٠	-	٢٧,٤	إجمالي الحضر
٢,٩+	٨٠,٥	٥٧,٤	٤٩,١	٢٥,٩	١٤,٩	-	٤,٩	إجمالي الريف
٢,٦+	٨٢,٨	٦٦	٥٨,٥	٣٦,٧	٢٨,٣	٢٢,٥	١٤,١	إجمالي المسح

تابع ملحق (٣) : التطور النسبي لمؤشرات ما قبل الولادة على مستوى الأقاليم الجغرافية في مصر (١٩٨٨-٢٠١٤).

مقدار التغير السنوي ** (٢٠١٤-١٩٨٨)	٢٠١٤	٢٠٠٨	٢٠٠٥	٢٠٠٠	١٩٩٥	* ١٩٩٢	١٩٨٨	الأقاليم الجغرافية
١,٣+	٩٧,٤	٩٢,٣	٩٠,٧	٨٣,٧	٦٩,٢	٦٨,٣	٦٤,٩	المحافظات الحضرية
١,٧+	٩٨,١	٩٢	٩٢,٩	٨٤,٧	٧٥,١	٦٢,٩	٥٤,٤	محافظات الوجه الحضري
٢,٧+	٩٤,٤	٨٣,٤	٧٨	٥٨,١	٤٣,٩	٣٢,٥	٢٣,٣	ريف إجمالي
٢,٥+	٩٥,١	٨٥,٣	٨١,٦	٦٥,١	٥١,٤	٣٩,٧	٣١,١	إجمالي
١,٨+	٩٤,٤	٨٥,٦	٨٣,٨	٧٤,٧	٥٩,٦	٥١,٨	٤٦,٩	محافظات الوجه القبلي
٢,٦+	٨٣,١	٥٩,٢	٥٤,٨	٣٨,٢	٢٢,٩	٢٣	١٤,٤	حضر
٢,٤+	٨٦,١	٦٦,٤	٦٢,٦	٤٧,٨	٣٢,٢	٢٩,٧	٢٣,٩	ريف إجمالي
١,٦+	٨٩,٢	٧٩,١	٧١,٨	٦٠,٤	٥٩,٣	-	-	المحافظات الحدودية
١,٥+	٩٦,٥	٩٠,٢	٨٨,٧	٨١,٤	٦٧,٩	٦٢,٥	٥٧	إجمالي الحضر
٢,٧+	٨٩,٣	٧٢,٢	٦٥,٨	٤٨	٣٢,٨	٢٧,٥	١٩,١	إجمالي الريف
٢,٢+	٩١,٥	٧٨,٩	٧٤,٢	٦٠,٩	٤٦,٣	٤٠,٧	٣٤,٦	إجمالي المسح

Sources:

- Sayed, et al., Oct. 1989.
- El-Zanaty, et al., Nov. 1993.
- El-Zanaty, et al., Sep. 1996.
- El-Zanaty, et al., Jan. 2001.
- El-Zanaty, et al., Mar. 2006.
- El-Zanaty, et al., Mar. 2009.
- Ministry of Health and Population, et al., May 2015.

* لم يشمل بيانات عن نسبة الحصول على رعاية منتظمة أثناء الحمل من مقدم خدمة مدرب على مستوى الأقاليم الجغرافية.

** بحسب مقدار التغير السنوي لإقليم المحافظات الحدودية للفترة (١٩٩٥-٢٠١٤).

ملحق (٤) : التطور النسبي لمؤشرات وفيات الأطفال على مستوى الأقاليم الجغرافية في مصر (١٩٨٨-٢٠١٤).

مقدار التغير السنوي -١٩٨٨) ** (٢٠١٤	٢٠١٤	٢٠٠٨	٢٠٠٥	٢٠٠٠	١٩٩٥	١٩٩٢	*١٩٨٨	الأقاليم الجغرافية
أولاً: معدل وفيات حديثي الولادة								
٠,٨-	١٤	٢٠,٨	١٦,٥	٢٣,٦	٢٣,٨	٣١,٥	-	المحافظات الحضرية
٠,٧-	١٠	١١,٢	٢٤,١	٢٨,٩	٢٧	٢٥,٧	-	محافظات حضر
١,٢-	١٦	١٥	٢٢,١	٢٥,٧	٣٥,٢	٤١,١	-	ريف الوجه
١,١-	١٤	١٤,١	٢٢,٦	٢٦,٥	٣٣,٢	٣٧,٢	-	إجمالي البحري
١,١-	١٤	١٩,٦	٢٤,٧	٢٨,٨	٤١,١	٣٧,٣	-	محافظات حضر
١,٧-	٢١	٢٠	٢٤,٩	٣٥,٤	٤٩,٣	٥٧,٣	-	ريف الوجه القبلي
١,٥-	١٩	١٩,٩	٢٤,٨	٣٣,٧	٤٧,٢	٥٢,٤	-	إجمالي القبلي
٠,٧-	١٢	١٥,٩	٢٤,٥	٢١,٥	٢٤,٥	-	-	المحافظات الحدودية
٠,٨-	١٣	١٧,٦	٢١,٤	٢٦,٥	٢٩,٤	٣١,٥	-	إجمالي الحضر
١,٤-	١٨	١٧,٤	٢٣,٥	٣٠,٥	٤٢,٣	٤٩,٣	-	إجمالي الريف
١,٢-	١٦	١٧,٥	٢٢,٩	٢٩	٣٧,٢	٤٢,٤	٥٠	إجمالي المسح
ثانياً: معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة								
٠,٩-	٤	٨,٩	٩,٦	١٣,٩	١٩,٢	٢٣	-	المحافظات الحضرية
٠,٤-	٩	٣,٧	٥,٨	١١,٤	١١,٤	١٨,١	-	محافظات حضر
١,١-	٨	٨,٤	١١,٤	٢١,٣	٣٣,١	٣١,٩	-	ريف الوجه
٠,٩-	٩	٧,٣	١٠,١	١٨,٨	٢٧,٧	٢٨,٤	-	إجمالي البحري
٠,٩-	٨	١٠,٤	١٤,٦	٢٥,٥	٣٥	٢٧,٨	-	محافظات حضر
٢,٢-	١٤	١٨,٦	٣١,٣	٤١,٩	٥٥,٩	٦١,٨	-	ريف الوجه القبلي
١,٨-	١٣	١٦,٤	٢٦,٧	٣٧,٥	٥٠,٥	٥٣,٤	-	إجمالي القبلي
١,٢-	٧	٨,٢	٨,٧	١٥,٨	٢٩,٣	-	-	المحافظات الحدودية
٠,٧-	٧	٧,٩	١٠,٣	١٦,٦	٢١,٧	٢٣	-	إجمالي الحضر
١,٦-	١١	١٣,١	٢١,٧	٣١,٤	٤٤,٥	٤٦,٩	-	إجمالي الريف
١,٣-	٩	١١,١	١٧,٧	٢٥,٨	٣٥,٦	٣٧,٦	٥٥	إجمالي المسح

تابع ملحق (٤) : التطور النسبي لمؤشرات وفيات الأطفال على
مستوى الأقاليم الجغرافية في مصر (١٩٨٨-٢٠١٤).

مقدار التغير السنوي (١٩٨٨- ٢٠١٤)**	٢٠١٤	٢٠٠٨	٢٠٠٥	٢٠٠٠	١٩٩٥	١٩٩٢	*١٩٨٨	الأقاليم الجغرافية
ثالثاً: معدل وفيات الرضع								
١,٧-	١٧	٢٩,٧	٢٦	٣٧,٤	٤٢,٩	٥٤,٥	٦١,٧	المحافظات الحضرية
١,٧-	١٩	١٤,٩	٣٠	٤٠,٣	٣٨,٥	٤٣,٧	٦٣,٩	حضر
٢,٤-	٢٤	٢٣,٤	٣٣,٦	٤٧	٦٨,٣	٧٣	٨٥,٥	ريف
٢,٢-	٢٣	٢١,٣	٣٢,٧	٤٥,٣	٦٠,٩	٦٥,٧	٨٠,٢	إجمالي
١,٩-	٢٣	٣٠	٣٩,٣	٥٤,٣	٧٦,١	٦٥	٧٣,٢	حضر
٤,٣-	٣٥	٣٨,٦	٥٦,٢	٧٧,٣	١٠٥,٢	١١٩,١	١٤٦,٧	ريف
٣,٥-	٣٢	٣٦,٣	٥١,٦	٧١,٢	٩٧,٧	١٠٥,٨	١٢٤,١	إجمالي
١,٨-	١٩	٢٤,١	٣٣,٣	٣٧,٣	٥٣,٨	-	-	المحافظات الحدودية
١,٨-	٢٠	٢٥,٤	٣١,٧	٤٣,١	٥١,١	٥٤,٤	٦٥,٦	إجمالي حضر
٣,٣-	٢٩	٣٠,٥	٤٥,٢	٦١,٨	٨٦,٨	٩٦,٢	١١٤,٨	إجمالي الريف
٢,٦-	٢٦	٢٨,٦	٤٠,٥	٥٤,٧	٧٢,٩	٧٩,٩	٩٤,٣	إجمالي المسح
رابعاً: معدل وفيات الأطفال								
٠,٥-	٢	٢,٥	٨,٢	٧,٧	١٤,٦	١٤,٤	١٥,٢	المحافظات الحضرية
٠,٩-	٢	٣,١	٤,٦	١٢,١	١٢,٣	١٢,٤	٢٦,٦	حضر
١,٧-	٤	٤,٤	٦,٢	١٤,٥	٢٢,٨	٢٧,٦	٤٩,٣	ريف
١,٦-	٣	٤,١	٥,٨	١٣,٩	٢٠,١	٢٣,٦	٤٣,٧	إجمالي
١,٣-	٥	٤,٥	٩,٥	١١,٦	١٥,٤	٢٩,٦	٣٨,٧	حضر
٢,٢-	٧	٧,٤	١٦,٣	٢٣	٤٢	٥١,٥	٦٢,٩	ريف
١,٩-	٦	٦,٦	١٤,٤	١٩,٨	٣٤,٩	٤٥,٧	٥٤,٨	إجمالي
٠,٢-	٦	٩,٦	٩,١	٩,٣	٩,٧	-	-	المحافظات الحدودية
٠,٨-	٣	٣,٤	٧,٦	١٠,١	١٤,١	١٧,٦	٢٤,٨	إجمالي حضر
١,٩-	٥	٥,٩	١١,٤	١٨,٥	٣٢	٣٩,١	٥٥,٥	إجمالي الريف
١,٥-	٤	٤,٩	١٠,٢	١٥,٣	٢٤,٨	٣٠,٣	٤٢,١	إجمالي المسح

تابع ملحق (٤) : التطور النسبي لمؤشرات وفيات الأطفال على مستوى الأقاليم الجغرافية في مصر (١٩٨٨-٢٠١٤).

مقدار التغير السنوي (١٩٨٨-٢٠١٤)**	٢٠١٤	٢٠٠٨	٢٠٠٥	٢٠٠٠	١٩٩٥	١٩٩٢	*١٩٨٨	الأقاليم الجغرافية
خامساً: معدل وفيات الأطفال دون الخامسة								
٢,٢-	٢٠	٣٢,٢	٣٤	٤٤,٩	٥٦,٩	٦٨,١	٧٥,٩	المحافظات الحضرية
٢,٦-	٢١	١٨	٣٤,٥	٥١,٩	٥٠,٣	٥٥,٦	٨٨,٨	محافظات حضر
٣,٩-	٢٨	٢٧,٦	٣٩,٦	٦٠,٨	٨٩,٦	٩٨,٥	١٣٠,٦	الوجه ريف
٣,٦-	٢٦	٢٥,٣	٣٨,٤	٥٨,٦	٧٩,٨	٨٧,٧	١٢٠,٤	الوجه البحري إجمالي
٣,٢-	٢٧	٣٤,٤	٤٨,٤	٦٥,٢	٩٠,٣	٩٢,٧	١٠٩,١	محافظات حضر
٦,١-	٤٢	٤٥,٧	٧١,٥	٩٨,٥	١٤٢,٨	١٦٤,٤	٢٠٠,١	الوجه ريف
٥,٢-	٣٨	٤٢,٧	٦٥,٢	٨٩,٦	١٢٩,٢	١٤٦,٧	١٧٢,١	الوجه القبلي إجمالي
٢-	٢٥	٣٣,٥	٤٢,١	٤٦,٢	٦٣	-	-	المحافظات الحدودية
٢,٥-	٢٣	٢٨,٧	٣٩,١	٥٢,٨	٦٤,٥	٧١,١	٨٨,٨	إجمالي الحضر
٥-	٣٤	٣٦,٢	٥٦,١	٧٩,٢	١١٦	١٣١,٦	١٦٣,٩	إجمالي الريف
٣,٩-	٣٠	٣٣,٥	٥٠,٢	٦٩,٢	٩٥,٩	١٠٧,٨	١٣٢,٤	إجمالي المسح

Sources:

- Sayed, et al., Oct. 1989.
- El-Zanaty, et al., Nov. 1993.
- El-Zanaty, et al., Sep. 1996.
- El-Zanaty, et al., Jan. 2001.
- El-Zanaty, et al., Mar. 2006.
- El-Zanaty, et al., Mar. 2009.
- Ministry of Health and Population, et al., May 2015.

* لم يشمل بيانات عن معدل وفيات حديثي الولادة ومعدل وفيات ما بعد الولادة على مستوى الأقاليم الجغرافية.
 ** يحسب مقدار التغير السنوي لمعدل وفيات حديثي الولادة ومعدل وفيات ما بعد الولادة فقط للفترة (١٩٩٢-٢٠١٤) ويحسب لإقليم المحافظات الحدودية في كل المعدلات للفترة (١٩٩٥-٢٠١٤).

ملحق (٥) : التطور النسبي لمؤشرات الرعاية الصحية (الوقائية والعلاجية)
للأطفال على مستوى الأقاليم الجغرافية في مصر (١٩٨٨-٢٠١٤).

مقدار التغير السنوي (١٩٨٨- ٢٠١٤)*	٢٠١٤	٢٠٠٨	٢٠٠٥	٢٠٠٠	١٩٩٥	١٩٩٢	١٩٨٨	الأقاليم الجغرافية
أولاً: نسبة الحصول على كل التطعيمات الأساسية ضد أمراض الطفولة الشائعة.								
١,٢+	٩٣,٣	٩٤,٣	٩٠,٣	٩١,٩	٨٧,٤	٨١,٧	٦٢,٤	المحافظات الحضرية
١,٨+	٨٨,٥	٩٥,٩	٨٩,٥	٩٢,٦	٩١,٧	٨٣,٤	٤٢,٦	محافظات حضر
٢,٥+	٩٣,٩	٩٣,١	٩١,٢	٩٢,٥	٧٨,٥	٧١,٧	٢٩,١	الوجه ريف
٢,٣+	٩٢,٨	٩٣,٧	٩٠,٩	٩٢,٥	٨١,٩	٧٤,٤	٣٢,٧	البحري إجمالي
١,٦+	٩٢,٢	٩٠,٩	٨٧,٥	٩٥	٧٩,٩	٦٣,٦	٤٩,٥	محافظات حضر
٣+	٨٧	٨٧,٥	٨٥,٩	٩١,٣	٦٩,٧	٥٢	٩,٢	الوجه ريف
٢,٥+	٨٨,٣	٨٨,٤	٨٦,٣	٩٢,٣	٧٢,٤	٥٤,٨	٢٢,١	القبلي إجمالي
١,١+	٩٥,٢	٨٦,٢	٨٥,٦	٨٥,٦	٧٤,١	-	-	المحافظات الحدودية
١,٥+	٩١,٤	٩٣,٧	٨٩,١	٩٢,٨	٨٦,٥	٧٧,١	٥٣,٧	إجمالي الحضر
٢,٧+	٩٠,٩	٩٠,٥	٨٨,٥	٩١,٨	٧٣,٩	٦١,٧	٢٠,٢	إجمالي الريف
٢,٢+	٩١	٩١,٧	٨٨,٧	٩٢,٢	٧٩,١	٦٧,٤	٣٤,٧	إجمالي المسح
ثانياً: نسبة الأطفال المصابين بأعراض أمراض الجهاز التنفسي الحادة وحصلوا على رعاية صحية.								
٠,٥+	٧٢,٥	٨٣,٩	٧٧,٤	٧٩,٨	٧٣,٤	٧١,٨	٥٩,٧	المحافظات الحضرية
٠,٤+	٦٥,٧	٧٤	٧٤,٨	٨١,٢	٧١,٣	٧٣,٦	٥٤,٩	محافظات حضر
٠,٩+	٧٠,٣	٧٣,٢	٧٢	٦٤,٣	٦٣,٢	٥٧,٩	٤٦,٢	الوجه ريف
٠,٨+	٦٩,٤	٧٣,٤	٧٢,٧	٦٨,٦	٦٥	٦١,٩	٤٨,٧	البحري إجمالي
٠,٨+	٦٩,٥	٧٣,١	٨٥,١	٧٣,١	٦٥	٤٦	٤٧,٦	محافظات حضر
١,٣+	٦٤,٨	٦٦,٦	٦٦,٣	٥٨,٩	٤٩	٥٢,٣	٣٠,٢	الوجه ريف
١,١+	٦٥,٨	٦٨,٧	٧٢,٦	٦٢,١	٥٤,١	٥٠,٧	٣٧,٢	القبلي إجمالي
٠,١-	٦٠,٤	٨٤,٢	٥٦,٦	٦٢,٢	٦٢	-	-	المحافظات الحدودية
٠,٥+	٦٨,٩	٧٨,١	٧٩,٨	٧٧,٤	٧٠	٦٤,٥	٥٥,١	إجمالي الحضر
١,١+	٦٧,٨	٦٩,٢	٦٨,٢	٦٠,٦	٥٦,٣	٥٥,١	٣٩,٤	إجمالي الريف
٠,٨+	٦٨,١	٧٣	٧٣,٢	٦٦	٦١,٧	٥٨,٦	٤٧,٢	إجمالي المسح

تابع ملحق (٥) : التطور النسبي لمؤشرات الرعاية الصحية (الوقائية والعلاجية)
للأطفال على مستوى الأقاليم الجغرافية في مصر (١٩٨٨-٢٠١٤).

مقدار التغير السنوي (١٩٨٨- ٢٠١٤)*	٢٠١٤	٢٠٠٨	٢٠٠٥	٢٠٠٠	١٩٩٥	١٩٩٢	١٩٨٨	الأقاليم الجغرافية
ثالثاً: نسبة الأطفال المصابين بالإسهال وحصلوا على رعاية صحية.								
٠,٧+	٦٥,٥	٥٣,٧	٥٨	٥٤	٦٥,٣	٥١,٦	٤٧,٥	المحافظات الحضرية
٠,١-	٥٣,١	٥٤,٧	٦٧,٧	٥٩,٤	٣٥	٥٤,٨	٥٦,٩	محافظات حضر
٠,٢+	٥٣,٨	٦١	٥٥	٥٢	٤٥,٤	٥٠,٧	٤٩,٥	الوجه ريف
٠,١+	٥٣,٧	٥٩,٧	٥٦,٢	٥٣,٩	٤٢,٦	٥١,٧	٥١,٤	البحري إجمالي
٠,٧+	٥٨,٦	٦٢,٦	٥٦,٣	٤٥,٤	٥٠,٨	٣٨,١	٤٠,٧	محافظات حضر
٠,٦+	٥٤,٣	٤٩,٩	٥٢,١	٣٧,٨	٤٣,٦	٣٨,٣	٣٩,١	الوجه ريف
٠,٦+	٥٥,٢	٥٣,٩	٥٣,٢	٣٩,٥	٤٥,٦	٣٨,٣	٣٩,٦	القبلي إجمالي
٠,٦-	٤٢,٩	٤٤	٤٢,٢	٤٤,٢	٥٣,٧	-	-	المحافظات الحدودية
٠,٤+	٥٨,٧	٥٧,٣	٥٩,٤	٥٢,٢	٥٢,٤	٤٧,٧	٤٧,٨	إجمالي الحضر
٠,٤+	٥٤	٥٤,٣	٥٢,٤	٤٣,٤	٤٤,٤	٤٣,٨	٤٤,٥	إجمالي الريف
٠,٤+	٥٥,٣	٥٥,٥	٥٤,٨	٤٦,٣	٤٧,٥	٤٥,٣	٤٥,٨	إجمالي المسح

Sources:

- Sayed, et al., Oct. 1989.
- El-Zanaty, et al., Nov. 1993.
- El-Zanaty, et al., Sep. 1996.
- El-Zanaty, et al., Jan. 2001.
- El-Zanaty, et al., Mar. 2006.
- El-Zanaty, et al., Mar. 2009.
- Ministry of Health and Population, et al., May 2015.

* بحسب مقدار التغير السنوي لإقليم المحافظات الحدودية للفترة (١٩٩٥-٢٠١٤).

ملحق (٦) : تطور النسبي لمؤشرات تغذية الأطفال على مستوى الأقاليم الجغرافية في مصر (١٩٨٨-٢٠١٤).

مقدار التغير السنوي -١٩٨٨) * (٢٠١٤	٢٠١٤	٢٠٠٨	٢٠٠٥	٢٠٠٠	١٩٩٥	١٩٩٢	١٩٨٨	الأقاليم الجغرافية
أولاً: نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم والتقزم الحاد.								
٠,٣-	١٩	٢٢,٣	١٦,٩	٨,٥	١٨,٤	١٦,١	٢٧,٨	المحافظات الحضرية
٠,٠١-	١٩,٣	٣٩,٣	١٥,١	١٣,٧	٢٥,٦	١٩,٥	١٩,٤	محافظات الوجه البحري
٠,٥-	١٧,٦	٣٢,٧	١٣,٣	١٦,٨	٢٨,٨	٢٧,٦	٣١,٥	حضر
٠,٤-	١٧,٩	٣٤,٢	١٣,٧	١٦	٢٨	٢٥,٦	٢٨,٣	ريف
٠,١+	٢٩,٨	٢٢,٧	١٦,٦	٢١,٩	٢٧,٢	٢٢,٧	٢٦,٧	إجمالي
٠,٦-	٢٤,٨	٢٦,٩	٢٣,٢	٢٧,٢	٣٩,٧	٢٨	٣٩,٣	محافظات الوجه القبلي
٠,٣-	٢٦,٢	٢٥,٧	٢١,٤	٢٥,٨	٣٦,٤	٢٦,٧	٣٥,٢	حضر
٠,٩-	١٥,١	٢٨,٢	١٤,١	١٦,٧	٣٢,٥	-	-	ريف
٠,١-	٢٣	٢٧,١	١٦,٢	١٣,٨	٢٢,٨	١٨,٨	٢٥,٥	إجمالي
٠,٦-	٢٠,٧	٢٩,٩	١٨,٤	٢١,٨	٣٤,٤	٢٧,٨	٣٥,١	المحافظات الحدودية
٠,٤-	٢١,٤	٢٨,٩	١٧,٦	١٨,٧	٢٩,٨	٢٤,٤	٣٠,٨	إجمالي الحضر
ثانياً: نسبة الأطفال الذين يعانون من النحافة والنحافة الحادة.								
٠,٣+	٨,٦	٩,٨	٧,٧	١,٨	٥,٤	٤,٣	٠,٣	المحافظات الحضرية
٠,٣+	٨,٩	٦,٣	٢,٧	٣,٣	٢,٤	٢,٣	٠,٢	محافظات الوجه البحري
٠,٣+	٨,٣	٦,٩	٣	٣,١	٣,٢	٢,٥	٠,٤	حضر
٠,٣+	٨,٤	٦,٨	٢,٩	٣,١	٣	٢,٥	٠,٣	ريف
٠,٢+	٩	٨	٤,٢	٢,٣	٤,٧	٢,٩	٤,١	إجمالي
٠,٢+	٨	٦,٣	٣,٣	٢,٢	٥,٣	٣,٩	١,٦	محافظات الوجه القبلي
٠,٢+	٨,٣	٦,٨	٣,٥	٢,٢	٥,٢	٣,٧	٢,٩	حضر
٠,٥-	١٤,١	٦,٤	٥,٢	٠,٨	٢٦,١	-	-	ريف
٠,٣+	٨,٨	٨,٢	٥,٢	٢,٣	٤,٧	٣,٣	١,٣	إجمالي
٠,٣+	٨,٢	٦,٧	٣,١	٢,٦	٤,٥	٣,٢	٠,٩	المحافظات الحدودية
٠,٣+	٨,٤	٧,٢	٣,٩	٢,٥	٤,٦	٣,٣	١,١	إجمالي الحضر
								إجمالي الريف
								إجمالي المسح

تابع ملحق (٦) : تطور النسبي لمؤشرات تغذية الأطفال على مستوى الأقاليم الجغرافية في مصر (١٩٨٨-٢٠١٤).

مقدار التغير السنوي (١٩٨٨-٢٠١٤)*	٢٠١٤	٢٠٠٨	٢٠٠٥	٢٠٠٠	١٩٩٥	١٩٩٢	١٩٨٨	الأقاليم الجغرافية
ثالثاً: نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن ونقص الوزن الحاد.								
٠,١-	٤,٣	٥,٩	٨,٢	٢,٥	٩,١	٧,٤	٧,٨	المحافظات الحضرية
٠,١-	٤,٣	٥,٢	٤,٢	١,٩	٨,٨	٤,٤	٥,٥	محافظات حضر
٠,٤-	٤,٢	٥,٦	٣,٩	٢,٨	٩,٩	٨,٨	١٤,٥	الوجه ريف
٠,٣-	٤,٢	٥,٥	٤	٢,٦	٩,٦	٧,٧	١٢,٢	إجمالي البحري
٠,٢-	٨,١	٧,١	٦,٥	٥	١١	٨,٣	١٣,٧	محافظات حضر
٠,٥-	٦,٩	٦,٥	٧,٨	٦,٨	١٧,٨	١٢,٤	١٩,٧	الوجه ريف
٠,٤-	٧,٣	٦,٧	٧,٥	٦,٣	١٦	١١,٤	١٧,٧	إجمالي القبلي
١,٥-	٦,٧	٤,٢	٤,٣	٢,٣	٣٥,٢	-	-	المحافظات الحدودية
٠,١-	٥,٧	٦	٦,٥	٣	٩,٩	٦,٨	٨,٩	إجمالي الحضر
٠,٤-	٥,٤	٦	٦	٤,٧	١٤,١	١٠,٦	١٧	إجمالي الريف
٠,٣-	٥,٥	٦	٦,٢	٤	١٢,٤	٩,٢	١٣,٣	إجمالي المسح

Sources:

- Sayed, et al., Oct. 1989.
- El-Zanaty, et al., Nov. 1993.
- El-Zanaty, et al., Sep. 1996.
- El-Zanaty, et al., Jan. 2001.
- El-Zanaty, et al., Mar. 2006.
- El-Zanaty, et al., Mar. 2009.
- Ministry of Health and Population, et al., May 2015.

* بحسب مقدار التغير السنوي لإقليم المحافظات الحدودية للفترة (١٩٩٥-٢٠١٤).

ملحق (٧) : العلاقات الارتباطية بين مؤشرات صحة الطفل
وبعض المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية.

قيمة معامل الارتباط	المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية	مؤشرات صحة الطفل
مؤشرات ما قبل الولادة		
٠,٩٠٠+	- وسيط سنوات التعليم للأم	نسبة الحصول على رعاية
٠,٥٠٠-	- معدل الخصوبة الكلية	منتظمة أثناء الحمل من مقدم خدمة مدرب
٠,٩٩٩+	- وسيط سنوات التعليم للأم	نسبة المواليد الأحياء الذين تمت
٠,٦٠٠-	- معدل الخصوبة الكلية	ولادتهم بواسطة مقدم خدمة مدرب
مؤشرات وفيات الأطفال		
٠,٩٧٥-	- وسيط الشهور الفاصلة بين آخر مولود والمولود السابق له	معدل وفيات حديثي الولادة*
٠,٩٧٥+	- معدل الخصوبة الكلية	
٠,٨٢١-	- وسيط الشهور الفاصلة بين آخر مولود والمولود السابق له	معدل وفيات ما بعد حديثي
٠,٩٧٥+	- معدل الخصوبة الكلية	الولادة*
٠,٩٩٩-	- وسيط الشهور الفاصلة بين آخر مولود والمولود السابق له	معدل وفيات الرضع
٠,٩٠٠+	- معدل الخصوبة الكلية	
٠,٩٧٥-	- وسيط الشهور الفاصلة بين آخر مولود والمولود السابق له	معدل وفيات الأطفال
٠,٨٧٢+	- معدل الخصوبة الكلية	
٠,٩٩٩-	- وسيط الشهور الفاصلة بين آخر مولود والمولود السابق له	معدل وفيات الأطفال دون
٠,٩٠٠+	- معدل الخصوبة الكلية	الخامسة
مؤشرات الرعاية الصحية (الوقائية والعلاجية) للأطفال		
٠,٩٠٠+	- وسيط سنوات التعليم للأم	نسبة الحصول على كل
٠,٨٠٠-	- معدل الخصوبة الكلية	التطعيمات الأساسية ضد أمراض الطفولة الشائعة*
٠,٧٩١+	- وسيط سنوات التعليم للأم	نسبة الأطفال المصابين بأعراض
٠,٩٤٩-	- معدل الخصوبة الكلية	أمراض الجهاز التنفسي الحادة وحصلوا على رعاية صحية
٠,٨٧٢-	- نسبة الأمهات دون سن العشرين	نسبة الأطفال المصابين بالإسهال
٠,٠٥١-	- معدل الخصوبة الكلية	وحصلوا على رعاية صحية

تابع ملحق (٧) : العلاقات الارتباطية بين مؤشرات صحة الطفل

وبعض المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية.

قيمة معامل الارتباط	المتغيرات الديموجرافية والاجتماعية	مؤشرات صحة الطفل
مؤشرات تغذية الأطفال		
٠,١٠٣- ٠,٥٦٤+	- نسبة الأطفال الذين يحصلون على الرضاعة الطبيعية - معدل الخصوبة الكلية	نسبة الأطفال الذين يعانون من التقزم والتقزم الحاد
٠,٧٠٧- ٠,٧٠٧+	- نسبة الأطفال الذين يحصلون على الرضاعة الطبيعية - معدل الخصوبة الكلية	نسبة الأطفال الذين يعانون من النحافة والنحافة الحادة
٠,٦٣٢- ٠,٩٤٩+	- نسبة الأطفال الذين يحصلون على الرضاعة الطبيعية - معدل الخصوبة الكلية	نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن ونقص الوزن الحاد

المصدر: من حساب الباحثة ببرنامج SPSS بناء على بيانات الملاحق من ٣ إلى ٦.

ملحق (٨) : نسبة الأطفال أقل من ٥ سنوات بمحافظات الجمهورية عام ٢٠١٧.*

المحافظات	% من سكان المحافظة	% من الأطفال دون الخامسة بالجمهورية*	المحافظات	الأطفال دون الخامسة %	% من الأطفال دون الخامسة بالجمهورية*
القاهرة	٩,٨	٧,٣	الجزيرة	١٤,٢	٩,٥
الإسكندرية	١٢,١	٤,٩	بني سويف	١٦	٣,٩
بورسعيد	١٠,٤	٠,٦	الفيوم	١٧,٢	٤,٨
السويس	١٣,٣	٠,٧	المنيا	١٤,٧	٦,٣
إجمالي المحافظات الحضرية	١٠,٧	١٣,٥	أسيوط	١٤,١	٤,٨
دمياط	١٣,١	١,٥	سوهاج	١٥,٩	٦,١
الدقهية	١٣,٤	٦,٧	قنا	١٤,٧	٣,٦
الشرقية	١٤,٣	٧,٩	أسوان	١٣,٧	١,٦
القليوبية	١٢,٧	٥,٥	الأقصر	١٣,١	١,٣
كفر الشيخ	١٤,١	٣,٧	إجمالي محافظات الوجه القبلي	١٤,٩	٤١,٨
العربية	١٢,٤	٤,٨	البحر الأحمر	١٣,٦	٠,٤
المنوفية	١٣,٨	٤,٦	الوادي الجديد	١٢	٠,٢
البحيرة	١٣,٨	٦,٦	مطروح	١٧,٥	٠,٦
الإسماعيلية	١٥,٢	١,٥	إجمالي المحافظات الحدودية	١٤,٨	١,٢
إجمالي محافظات الوجه البحري	١٣,٥	٤٢,٩			

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠١٨.

* لم يشمل الجدول محافظتي شمال وخبوب سيناء اللتين يمثل الأطفال دون الخامسة بهما ٠,٦% من إجمالي الأطفال دون الخامسة في الجمهورية، كما يشكلون ١٤,٧% و ١٤,٥% من إجمالي سكان المحافظتين على الترتيب.

ملحق (٩) : بعض مؤشرات صحة الطفل على مستوى محافظات الجمهورية تبعا للمسح السكاني الصحي عام ٢٠١٤.

المحافظات	نسبة الحصول على رعاية منتظمة أثناء العمل من مقدم خدمة تدريب	نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم بواسطة مقدم خدمة تدريب	معدل وفيات حديثي الولادة	بعد حديثي الولادة	معدل وفيات الرضيع	معدل وفيات الأطفال	معدل وفيات مواليد الخامسة	نسبة الحصول على كل التطعيمات الأساسية ضد الأمراض الطفولية الشائعة
المحافظات الحضرية								
القاهرة	٨٩,٩	٩٧,٨	١١	٤	١٥	٢	١٧	٩٠,٤
الإسكندرية	٩٢,٧	٩٦	١٩	٤	٢٣	٤	٢٧	٩٨,٧
بورسعيد	٩٦,٨	٩٩,٦	١١	٤	١٦	٦	٢٢	٩٥,٩
السويس	٨٩	٩٩,٣	١٦	٣	١٩	٣	٢١	٩٠,٢
محافظات الوجه البحري								
دمياط	٩٤,٦	٩٨,٩	٨	٤	١٢	٤	١٥	٩١,٧
القليوبية	٩٣,١	٩٨,٩	١٣	٦	١٨	٤	٢٢	٩٤,٢
الشرقية	٨٣,٥	٩٢,٢	٢١	١٢	٣٤	٢	٣٥	٨٩,٢
القليوبية	٨٠,١	٩٤,٢	١٩	١٤	٢٣	٦	٣٩	٩٠,٤
كفر الشيخ	٩١	٩٨,٥	٩	٩	١٨	٤	٢٢	١٠٠
الغربية	٨٣,٣	٩٥,٧	١٧	٩	٢٦	٣	٢٩	٩١,٤
المنوفية	٨٩	٩٥,١	٩	٥	١٣	٣	١٧	٩٣,٩
البحيرة	٨٨	٩٢,٨	١١	٦	١٦	٣	١٩	٩٣,٩
الإسماعيلية	٨٥,٣	٩٥,٧	٢٢	١١	٣٣	٥	٣٨	٩٣,٨
محافظات الوجه القبلي								
العيزة	٧٩,٦	٩٣,١	١٠	١١	٢٠	٤	٢٥	٨٧,٥
بنى سويف	٧٤,٨	٨٠,٧	٢٦	١٢	٣٧	٦	٤٣	٩١,٨
الفيوم	٧٥,٦	٨٤,٥	١٤	٥	١٩	٦	٢٥	٩٦,٨
المنيا	٧٠,٢	٧٣,٥	١٧	١١	٣٨	٥	٤٢	٩٢
أسيوط	٧٦,٧	٨٢,٤	٢٨	١٢	٤١	١٠	٥٠	٩١,٩
سوهاج	٧٠,٣	٨٧,٣	٢٧	١٣	٤٠	٧	٤٧	٧٧,٩
قنا	٧٣,٢	٩٠,٦	١٦	١٥	٣١	٧	٣٨	٨٢,٧
أسوان	٨٥,٧	٩٨,١	٢٦	٥	٣١	٤	٣٥	٩٥,٣
الأقصر	٨٣,٧	٩٧,٩	٢٥	١٥	٤١	٨	٤٨	٨٨,٢
المحافظات الحدودية								
البحر الأحمر	٨٦	٩٤	١٧	٤	٢١	٧	٢٨	٩٣,٣
الوادى الجديد	٩٠,٢	٩٨,٣	٨	١٧	٢٥	٤	٢٨	٩٩,٥
مطروح	٥٩,٩	٧٨	٩	٥	١٤	٧	٢١	٩٤,٣

ملحق (١٠) : نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط بين متغير نسبة انتشار التقرم والتقرم الحاد ومتغير وفيات حديثي الولادة.

Sig.	F	Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R
0.005 ^b	209.446	0.56312	0.986	0.991	0.995 ^a

المصدر: من حساب الباحثة باستخدام برنامج SPSS على أساس أن المتغير التابع: نسبة التقرم، والمتغير المفسر: معدل وفيات حديثي الولادة.

ملحق (١١) : نتائج تحليل الانحدار الخطي البسيط بين متغير نسبة انتشار نقص الوزن ونقص الوزن الحاد ومتغير نسبة المواليد الذين تمت ولادتهم تحت إشراف مقدم خدمة طبية.

Sig.	F	Std. Error of the Estimate	Adjusted R Square	R Square	R
0.026 ^b	37.190	0.44462	0.923	0.949	0.974 ^a

المصدر: من حساب الباحثة باستخدام برنامج SPSS على أساس أن المتغير التابع: نسبة نقص الوزن، والمتغير المفسر: نسبة المواليد تحت إشراف مقدم خدمة طبية.

ملحق (١٢) : ترتيب بعض مؤشرات صحة الطفل على مستوى محافظات الجمهورية تبعاً للمسح السكاني الصحي ٢٠١٤*.

المحافظات	نسبة الحصول على كل التطعيمات الأساسية ضد أمراض الطفولة الشائعة	معدل وفيات الأطفال	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة	معدل وفيات حديثي الولادة	نسبة المواليد الأحياء الذين تمت ولادتهم بواسطة مقدم خدمة مربي	نسبة المواليد الذين تمت حديثي الولادة	معدل وفيات حديثي الولادة	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات الأطفال	معدل وفيات من الخامسة	نسبة الحصول على كل التطعيمات الأساسية ضد أمراض الطفولة الشائعة
المحافظات الحضرية														
القاهرة	١٨	٢	٤	٤	٢	٧	٩	٧	٧	٢	٤	١	٢	١٨
الإسكندرية	٣	١٢	١٣	١٣	٢	١٧	١٠	١٧	١٧	٢	١٣	٧	١٢	٣
بورسعيد	٥	٧	٥	٥	٢	٧	١	٧	٧	٢	٥	١٦	٧	٥
السويس	٢٠	٥	٩	٩	١	١٢	٢	١٢	١٢	١	٩	٣	٥	٢٠
محافظات الوجه البحري														
دمياط	١٦	١	١	١	٢	١	٣	١	١	٢	١	٧	١	١٦
الدقهية	٨	٧	٧	٧	١١	١٩	٣	١٩	١٩	١١	٧	٧	٧	٨
الشرقية	٢١	١٦	٢٠	٢٠	١٧	١٩	١٨	١٩	١٩	١٧	٢٠	١	١٦	٢١
القليوبية	١٨	٢٠	١٨	١٨	٢١	١٧	١٤	١٧	١٧	٢١	١٨	١٦	٢٠	١٨
مركز الشيخ	١	٧	٧	٧	١٣	٣	٥	٣	٣	١٣	٧	٧	٧	١
الغربية	١٧	١٥	١٥	١٥	١٣	١٤	١١	١٤	١٤	١٣	١٥	٣	١٥	١٧
المنوفية	٩	٢	٢	٢	٧	٣	١٣	٣	٣	٧	٢	٣	٢	٩
البحيرة	٩	٤	٥	٥	١١	٧	١٧	٧	٧	١١	٥	٣	٤	٩
الإسماعيلية	١١	١٨	١٨	١٨	١٥	٢٠	١١	٢٠	٢٠	١٥	١٨	١٤	١٨	١١
محافظات الوجه القبلي														
الجيزة	٢٣	١٠	١١	١١	١٥	٦	١٦	٦	٦	١٥	١١	٧	١٠	٢٣
بنى سويف	١٥	٢١	٢١	٢١	١٧	٢٢	٢٣	٢٢	٢٢	١٧	٢١	١٦	٢١	١٥
الفيوم	٤	١٠	٩	٩	٧	١١	٢١	١١	١١	٧	٩	١٦	١٠	٤
المنيا	١٣	٢١	٢٢	٢٢	٢٥	١٤	٢٥	١٤	١٤	٢٥	٢٢	١٤	٢١	١٣
أسوط	١٤	٢٥	٢٤	٢٤	١٧	٢٥	٢٢	٢٢	٢٢	١٧	٢٤	٢٥	٢٥	١٤
سوهاج	٢٥	٢٣	٢٣	٢٣	٢٠	٢٤	٢٠	٢٠	٢٠	٢٠	٢٣	٢٠	٢٣	٢٥
قنا	٢٤	١٨	١٦	١٦	٢٢	١٢	١٩	١٢	١٢	٢٢	١٦	٢٠	١٨	٢٤
أسوان	٦	١٦	١٦	١٦	٧	٢٢	٧	٧	٧	٧	١٦	١٦	١٦	٦
الأقصر	٢٢	٢٤	٢٤	٢٤	٢٢	٢١	١٨	٢١	٢١	٢٢	٢٤	٢٤	٢٤	٢٢
المحافظات الحدودية														
البحر الأحمر	١٢	١٣	١٢	١٢	٢	١٤	١٥	١٤	١٤	٢	١٢	٢٠	١٣	١٢
الوادى الجديد	٢	١٣	١٤	١٤	٢٤	١	٦	١	١	٢٤	١٤	٧	١٣	٢
مطروح	٧	٥	٣	٣	٧	٣	٢٤	٣	٣	٧	٣	٢٠	٥	٧

المصدر: ملحق (٩) بناء على: Ministry of Health and Population, et al., May 2015. تم ترتيب المحافظات في مؤشرات ما قبل الولادة ومؤشر نسبة الحصول على التطعيمات الكاملة تنازلياً حيث ترتبة الأولى النسبة الأعلى، في حين كان الترتيب لمؤشرات وفيات الأطفال تصاعدياً حيث ترتبة الأولى المعدل الأقل، وفي حالة تساوي المحافظات في قيمة أي مؤشر يتم منحها نفس الرتبة.

المراجع والمصادر

أولاً: باللغة العربية:

١. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، (١٩٩٠). التعداد العام للسكان والإسكان والمنشآت ١٩٨٦.
٢. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة: اليونيسيف - مصر، (يناير، ٢٠١٧). الأطفال في مصر ٢٠١٦: موجز إحصائي.
https://www.unicef.org/eg_Children_In_Egypt_2016_Arabic_Version.pdf
٣. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، (ديسمبر، ٢٠١٧). التعداد العام للسكان والإسكان والمنشآت ٢٠١٧.
٤. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ووزارة التضامن الاجتماعي، (ديسمبر، ٢٠١٧). فقر الأطفال متعدد الأبعاد في مصر.
<https://www.unicef.org/egypt/media/411/file/Understanding%20Child%20Multidimensional%20Poverty%20in%20Egypt-AR.pdf>
٥. فتحي محمد أبو عيانة. (٢٠٠٠). جغرافية السكان: أسس وتطبيقات. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
٦. منظمة الصحة العالمية، (ديسمبر، ٢٠١٥). الصحة في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠: تقرير من الأمانة.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_14-ar.pdf
٧. وزارة التخطيط والمتابعة والإصلاح الإداري، (٢٠١٥). استراتيجية التنمية المستدامة - مصر ٢٠٣٠: الغاية - المحاور الرئيسية - الأهداف - مؤشرات القياس.
http://www.crci.sci.eg/wp-content/uploads/٠٦/٢٠١٥/Egypt_٢٠٣٠.pdf
٨. وزارة الصحة والسكان وشركة الزناتي ومشاركوه، (مايو، ٢٠١٥). تحسين تغذية الطفل في مصر: موجز السياسات من خلال ورشة عمل من أجل استخدام بيانات المسح السكاني الصحي - مصر ٢٠١٤.
<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PB11/PB11.2A.pdf>

ثانياً: باللغة الإنجليزية:

1. Benova, L., Compbell, O. & Ploubidis, G. (2015). Socio-Economic Inequalities in Curative Health-Seeking for Children in Egypt: Analysis of the 2008 Demographic and Health Survey. *BMC Health Services Research*, (15): 1-14.

2. El-Zanaty F., Hussein, E., Shawky G., Way, A. & Kishor S. (Sep. 1996). Egypt Demographic and Health Survey 1995. Cairo (Egypt) and Calverton, Maryland (USA): National Population Council and Macro International Inc.
3. El-Zanaty, F., Sayed, H., Zaky, H. & Way, A. (Nov. 1993). Egypt Demographic and Health Survey 1992. Cairo (Egypt) and Calverton, Maryland (USA): National Population Council and Macro international Inc.
4. El-Zanaty F. & Way, A. (Jan. 2001). Egypt Demographic and Health Survey 2000. Cairo (Egypt) and Calverton, Maryland (USA): Ministry of Health and Population, National Population Council and ORC Macro.
5. El-Zanaty, F., & Way, A. (Mar. 2006). Egypt Demographic and Health Survey 2005. Cairo (Egypt): Ministry of Health and Population, National Population Council, El-Zanaty and Associates, and ORC Macro.
6. El-Zanaty, F., & Way, A. (Mar. 2009). Egypt Demographic and Health Survey 2008. Cairo (Egypt): Ministry of Health and Population, El-Zanaty and Associates, and ORC Macro.
7. Fabric, M., Choi, Y. & Bird, S. (Aug. 2012). A systematic review of Demographic and Health Surveys: data availability and utilization for research. *Bulletin of the World Health Organization*, 90 (8): 604-612.
8. Kurk, M., Prescott, M., de Pinho, H. & Galea, S. (Apr. 2011). Equity and the child health Millennium Development Goal: the role of pro-poor health policies. *Journal of Epidemiology and Community Health*, (65): 327-333.
9. Manesh, A., Sheldon, T., Pickett, K. & Carr-Hill, R. (Feb. 2008). Accuracy of child morbidity data in demographic and health surveys. *International Journal of Epidemiology*, 37 (1): 194-200.
10. Mansour, S., Martin, D. & Wright J. (2012). Problems of spatial linkage of a geo-referenced Demographic and Health Survey (DHS) dataset to a population census: A case study of Egypt. *Computers, Environment and Urban Systems*, 36(4): 350-358.
11. Ministry of Health and Population, El-Zanaty and Associates & ICF International (May 2015). Egypt Demographic and Health Survey 2014. Cairo (Egypt) and Rockville, Maryland (USA): Ministry of Health and Population and ICF International.
12. Osman, M., (Jul. 1998). Stunting among Egyptian Children: Differentials and Risk Factors. In A. Mahran, F. El-Zanaty, & A. Way (Ed), Perspectives on the Population & Health Situation in Egypt. DHS Further Analysis Reports No. 25, pp. 95-112. Calverton, Maryland, (USA). Macro International.
13. Pugliese-Garcia, M., Radovich, E., Hassanein, N., Campbell, O., Khalil, K., Benova, L. (Jul. 2019). Temporal and regional variations in use, equity and quality of antenatal care in Egypt: A repeat cross-sectional analysis using Demographic and Health Surveys. *BMC Pregnancy and Childbirth*, (19): 1-12.

14. Pugliese-Garcia, M., Radovich, E., Hassanein, N., Campbell, O., Khalil, K., Benova, L. (Jun. 2020). Childbirth care in Egypt: a repeat cross-sectional analysis using Demographic and Health Surveys between 1995 and 2014 examining use of care, provider mix and immediate postpartum care content. *BMC Pregnancy and Childbirth*, (20): 1-14.
15. Radwan, G. & Adawy, A. (Jul. 2019). The Egyptian health map: a guide for evidence-based decisionmaking. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 25 (5): 350-361.
16. Sayed, H., Osman, M., El-Zanaty, F. & Way, A. (Oct. 1989). Egypt Demographic and Health Survey 1988. Cairo (Egypt) and Columbia, Maryland (USA): Egypt National Population Council and Institute for Development/Macro Systems, Inc.
17. UNICEF, (2019). The State of the World's Children 2019 Children, Food, and Nutrition: Growing Well in a Changing World. New York (USA): UNICEF.
<https://www.unicef.org/media/63016/file/SOWC-2019.pdf>
18. Van Malderen, C., Van Oyen, H., & Speybroeck, N. (Aug. 2013). Contributing determinants of overall and wealth-related inequality in under-5 mortality in 13 African countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, (67): 667-676.
19. Wang, L., (2003). Determinants of child mortality in LDCs: empirical findings from demographic and health surveys. *Health Policy*, (65): 277-299.
20. World Bank. (2010). Meeting the Challenges of Health Transition in the Middle East and North Africa: Building Partnerships for Results – Time for Strategic Action. Washington, DC.
<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/12986>

ثالثا: المواقع الإلكترونية:

١. الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، (٢٠٢١). إحصاءات: ديموجرافيا، معدل المواليد. متاح على:
https://www.capmas.gov.eg/Pages/IndicatorsPage.aspx?page_id=6135&ind_id=1097
٢. المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، (يناير، ٢٠٢١). استراتيجية التدبير المتكامل لصحة الطفل، منظمة الصحة العالمية. متاح على:
<http://www.emro.who.int/ar/child-health/imci-strategy/imci-strategy/All-Pages.html#integrated>
٣. الهيئة المصرية العامة للمساحة، خريطة جمهورية مصر العربية، ٢٠٢١، متاح على
<http://www.esa.gov.eg/egyptmap.aspx>
٤. حملة علاج سوء التغذية عند الأطفال، (٢٠١٨). متاح على:
<http://www.stophcv.org/>

5. The DHS Program. (2021). Countries: Show Map.
<https://dhsprogram.com/Countries/index.cfm?show=map>
6. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women, (Jun. 2016) The State of the World's Children 2016: statistical tables.
<https://data.unicef.org/resources/state-worlds-children-2016-statistical-tables/>
7. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women, (2020). Datasets. <https://data.unicef.org/resources/resource-type/datasets/>
8. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women. (Sep. 2020). Child survival and the SDGs.
<https://data.unicef.org/topic/child-survival/child-survival-sdgs/>
9. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women. (Oct. 2020 a). Diarrhoea. <https://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/>
10. UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women. (Oct. 2020 b). Pneumonia. <https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/>
11. WHO. (2008). Commission on Social Determinants of Health, 2005-2008.
https://www.who.int/social_determinants/thecommission/en/
12. WHO. (2020 Sep.). Newborns: improving survival and well-being.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

The Geographical Variation for Some Child Health Indicators in Egypt Demographic and Health Surveys (1988-2014)

ABSTRACT

The research analyzed 13 under-five child health indicators based on data of the Egypt demographic and health surveys from 1988 to 2014, to show their variation at four spatial levels: total survey sample, urban and rural, geographical regions, and Egyptian governorates. The study indicators were classified into four groups. Hence, the first: included two indicators for prenatal care, the second: included five for child mortality rates, the third: involved three for preventive and curative health services for children, and the fourth: involved three for child nutrition. Through tracking these indicators, the study aimed to conclude to the indicators and areas requiring the highest care, interest and intervention by health policy-makers in Egypt.

The study concluded that most of the study indicators in 2014 have recorded a better level in the total survey sample than the global average, and the gap in these indicators between rural and urban areas has shrunk, although it remained in favor of the urban according to the indicators of the first, second and third groups, and in favor of the rural based on the indicators of the fourth group. The study also concluded that the indicators of the first and second groups have acquired a clear trend towards improvement during the study period at the level of all geographical regions. However, the level of improvement of the indicators of the third and fourth groups varied, as some of their indicators have recorded a significant improvement, such as the complete immunization against childhood diseases. On the other hand, others fluctuated and declined, especially the proportion of children who are wasted. The Upper Egypt Region recorded the largest improvement in the study indicators between 1988 and 2014, while the Urban Governorates Region recorded the best child health indicators in 2014.

The results of the study at the governorate level revealed the high level of child health in some governorates of Lower Egypt, such as Damietta and Kafr El Sheikh, as well as the urban governorates, Port Said and Cairo. On the other hand, the level of the study indicators declined in the governorates of Upper Egypt, such as Assiut and Sohag, which are the ones requiring intervention and care.

Key Words: Geographical Variation, Child Health, Demographic and Health Surveys, Egypt.