

2022



السنة الثانية

العدد (19- الجزء 2) - 2022

سلسلة أوراق ديموجرافية

إدارة خاصة بمؤتمر جودة حياة

الجزء 2 : محور التدخل الصحي (الصحة الإيجابية)

تصدر عن المركز الديموجرافي بالقاهرة
سلسلة أوراق سياسات



تحت رعاية

أ.د/ هالة السعيد

وزيرة التخطيط والتنمية الاقتصادية
ورئيس مجلس إدارة المركز الديموجرافي

سلسلة اوراق ديموجرافية

سلسلة أوراق سياسات تصدر عن المركز الديموجرافى تهدف السلسلة إلى مساعدة ودعم متخذي القرار ضمن مشروع "التخطيط السكاني فى إطار رؤية مصر 2030" وذلك للخروج بخطط لإدارة البرنامج السكانى فى مصر على مختلف القطاعات

لجنة الاستشاريين والمحكمين

أ.د. ماجد عثمان	وزير الاتصالات السابق
أ.د/ حسين عبد العزيز	مستشار رئيس الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء
أ.د/ محمود السعيد	عميد كلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة
أ.د/ السيد خاطر	عميد كلية الدراسات العليا للبحوث الإحصائية - جامعة القاهرة
أ.د/ هبة نصار	أستاذ الاقتصاد بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة
أ.د/ أحمد زايد	أستاذ الاجتماع بكلية الآداب - جامعة القاهرة
أ.د / كمال سامى سليم	أستاذ الحوسبة الاجتماعية بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة
أ.د/ أيمن عبد الوهاب	نائب مدير مركز الاهرام للدراسات السياسية والاستراتيجية
أ.د. حسام عبد العال	أستاذ ورئيس قسم الاقتصاد والمالية العامة والتشريع الضريبي كلية الحقوق- جامعة عين شمس
أ.د/ محمد صالح	وكيل كلية الحاسبات والذكاء الاصطناعي - جامعة القاهرة
أ.د. منى عصام	أستاذ الاقتصاد بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة
أ.م.د/ أمل كامل حمادة	أستاذ مساعد علوم سياسية بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة
أ.م.د. أميرة تاوضروس	أستاذ مساعد الحوسبة الاجتماعية بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية- جامعة القاهرة
أ.م.د. عمرو حسن حسين محمود	الأستاذ المساعد بكلية الطب- جامعة القاهرة

د. خيرى الحارثي	نائب رئيس مجلس الدولة ومنتدب لتدريس مواد القانون بكلية العلوم الإدارية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية
د. فاطمة رزق الله محمد فرج	مدرس بقسم الحوسبة الاجتماعية كلية الاقتصاد والعلوم السياسية- جامعة القاهرة والخبير الرقمي ومدير وحدة التدريب والاستشارات بالمركز الديموجرافى
د. ياسمين غريب	مدرس الاقتصاد بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة



هيئة التحرير

رئيس التحرير

أ.م.د. أميرة تاوضروس

أستاذ مساعد الحوسبة الاجتماعية بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة
ومدير المركز الديموجرافي بالقاهرة

نائب رئيس التحرير

د. ياسمين غريب

مدرس الاقتصاد بكلية الاقتصاد والعلوم السياسية - جامعة القاهرة
وخبير اقتصادي بالمركز الديموجرافي بالقاهرة

مدير التحرير

د. قياتي عاشور

مدرس علم الاجتماع السياسي بكلية الآداب - جامعة بني سويف

المحررون

د. نهلة محمد شوقى

أ. داليا عبد الغنى محمد

أ. تيسبا أسامة سالم

التنفيذ والإخراج

أ. عياد فارس

المصمم الجرافيكي لسلسلة أوراق ديموجرافية

قواعد النشر

- 1 - في حالة قبول مقترح ورقة السياسات للنشر، تؤول كل حقوق النشر للمركز، ولا يجوز نشرها في أي مجلة أو دورية أو مؤتمر سواء ورقيا أو إلكترونيا، إلا بعد موافقة هيئة التحرير.
- 2 - يتم اختيار المحكمين ذوي الخبرة في مجال التخصص.
- 3 - يتم تحكيم أوراق السياسات بالسلسلة وفقا لأسلوب Double-Blind Review
- 4 - الالتزام بقواعد النشر العلمي الموجودة في دليل المؤلفين.
- 5 - الالتزام بقواعد الأمانة العلمية والاقْتباس العلمي.
- 6 - الالتزام بالرد على أي استفسارات خلال عملية النشر.
- 7 - الالتزام بإجراء التعديلات المطلوبة من قبل هيئة التحكيم.
- 8 - الالتزام بعدم إجراء أي تعديلات جوهرية على ورقة السياسات بعد إقرار التعديلات من قبل لجنة التحكيم.
- 9 - الالتزام بالمواعيد المحددة لتسليم النسخة النهائية لورقة السياسات.
- 10 - يتم ترتيب عملية نشر أوراق السياسات في سلسلة أوراق ديموجرافية وفقا لأولوية ورودها إلى هيئة التحرير بعد إجازتها من قبل المحكمين، ووفقا أيضا لاعتبارات علمية وفنية قد تراها هيئة التحرير.

العملية التحكيمية لسلسلة أوراق ديموجرافية

هناك عدد من المراحل في العملية التحكيمية لأوراق السياسات المقدمة على النحو التالي:

1 - مرحلة التقديم

- يتم استقبال الأوراق المُقدمة للنشر في إطار الخطة البحثية التي يضعها المركز.
- يقوم الباحث بتقديم مقترح للدراسة أو ورقة السياسات في حدود 1000 كلمة.
- يتضمن المقترح عرضاً مختصراً لموضوع الدراسة، وأهمية وهدف الموضوع محل البحث والمنهجية المستخدمة ومصادر البيانات، بالإضافة إلى استعراض بعض الدراسات ذات الصلة بالموضوع محل البحث، وأيضاً تقسيم الدراسة.
- يتم عرض المقترح على هيئة التحرير لتقييم المقترح، ويتم الرد على الباحث بنتيجة تقييم المقترح خلال أسبوع من تاريخ التقديم، لإتاحة الفرصة له للنشر في مجلة أخرى في حالة رفض المقترح.
- يتم الاعتماد في التحكيم على أسلوب مخفي الهوية Double-Blind Review لضمان الكفاءة والنزاهة والشفافية.
- في حالة قبول المقترح، تطلب هيئة التحرير من الباحث تقديم الدراسة كاملة خلال ثلاثة أسابيع، مع الالتزام بدليل المؤلفين الخاص بسلسلة أوراق ديموجرافية.
- في حالة استخدام استقصاء أو أي أداة تحليلية، يتم تقديم نسخة كاملة منها إذا لم توجد في متن الدراسة.

2 - مرحلة التقييم

- يتم الاعتماد أيضاً في تحكيم الدراسة كاملة على أسلوب التحكيم مخفي الهوية Double-Blind Review
- يتم عرض الدراسة كاملة على هيئة تحكيم خارجية، تتكون من نخبة مميزة من الخبراء ذوي الألقاب العلمية والعملية المتقدمة، والتي تتمتع أيضاً بخبرة طويلة في مجال التخصص.
- توضح هيئة التحكيم الخارجي مستوى الأبحاث المرسله إليها اعتماداً على استمارة تقييم يتم

إرسالها إلى المحكمين مع الدراسة، وتتضمن الاستمارة عددًا من المعايير لتقييم الدراسة من مختلف الجوانب، بالإضافة إلى تقرير عن نقاط القوة والضعف في الدراسة والتوصيات المقترحة.

- تستغرق عملية التحكيم الخارجي للدراسة فترة زمنية تتراوح من أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع.

3 - مرحلة التعديل

- تُرسل تقارير المحكمين إلى الباحثين لإتمام التعديلات المطلوبة وإرسال الدراسة مرة أخرى بعد التعديل، وذلك خلال أسبوع من استلام الباحث للتعديلات، ثم يتم التأكد من إتمام كل التعديلات التي تم تقديمها في استمارة التقييم لاستكمال باقي إجراءات النشر.

4 - مرحلة النشر

- في هذه المرحلة يتم نشر أوراق السياسات المقبولة في العدد المحدد للسلسلة، وإصدار العدد بصورته النهائية.

في إطار رؤية مصر 2030، والتي يأتي على رأس أولوياتها الارتقاء بجودة حياة المواطن المصري، وتماشياً مع المشروع القومي لتنمية الأسرة المصرية تحت رعاية فخامة السيد رئيس الجمهورية، والذي يسعى للارتقاء بالخصائص السكانية وضبط النمو السكاني، جاءت فكرة تدشين مؤتمر علمي بعنوان **”جودة حياة“** والذي يُعنى بتحسين جودة حياة الفرد والأسرة والخصائص السكانية من خلال تهيئة البيئة اللازمة لدعم واستحداث خيارات جديدة تعزز مشاركة المواطن في الأنشطة الصحية والثقافية والتعليمية والانماط الأخرى الملائمة التي تساهم في تعزيز جودة حياة الفرد والأسرة، وتوليد الوظائف، وتنويع النشاط الاقتصادي، وتعزيز مكانة المواطن المصري.

ويُعد مؤتمر **”جودة حياة“**، والذي تم عقده خلال شهر مارس 2022، هو المؤتمر العلمي الأول الذي يخدم أهداف المشروع القومي لتنمية الأسرة المصرية، حيث جاء هذا المؤتمر ليلسط الضوء على أحد أهم مجالات البحوث والسياسات الأسرع نموًا واهتمامًا في العالم في الوقت الحالي، والمتمثل في مجال السياسات الداعمة للارتقاء بجودة حياة المواطن وتحسين الخصائص السكانية بجمهورية مصر العربية، وهو ما يهدف إليه المشروع القومي لتنمية الأسرة المصرية.

ومن هنا، يهدف هذا المؤتمر إلى الوقوف على مفاهيم جودة الحياة ورفاه الأفراد والمجتمعات، والانتقال من الفهم الضيق للتنمية بمؤشراتها المادية التقليدية إلى مفهوم يرتبط بالعيش الكريم للمواطن وكيفية بناء نموذج اقتصادي جديد للتنمية يحقق جودة الحياة، وتوسيع مفهوم القضية السكانية بحيث أنه لا يقتصر فقط على محور الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، والتعرف على مسؤولية الأطراف ذات الصلة (الأفراد، المنظمات، المجتمع المدني، الحكومات) بقضية تحقيق جودة الحياة، والاضطلاع على سبل الاستفادة من مختلف العلوم للوصول إلى جودة الحياة.

وفيما يتعلق بالمشاركة والتحكيم، يعد مؤتمر **”جودة حياة“** مؤتمرًا دوليًا، حيث حظى بمشاركة دولية من عدد من الدول (الإمارات العربية المتحدة - فلسطين - الجزائر - مصر). وتقدم إلى المؤتمر عدد (120) ورقة سياسات، وقُبل منها عدد (50) ورقة سياسات. وقد تم قبول أوراق السياسات باللغتين العربية والانجليزية في إطار خمسة محاور متعلقة بجودة حياة المواطن، وهي: محور التمكين الاقتصادي للمرأة، ومحور الصحة الإنجابية، والمحور الثقافي والإعلامي، ومحور التحول الرقمي، والمحور التشريعي والأمني. وقد مرت عملية تحكيم أوراق السياسات المقدمة بعدد من المراحل، وهي: مرحلة التقديم، ومرحلة النقيوم، ومرحلة التعديل، ومرحلة النشر. وتشمل هذه الإصدار على عدد من أوراق السياسات التي تم قبولها للنشر بدورية سلسلة أوراق ديموجرافية، والتي تصدر عن المركز الديموجرافي بالقاهرة منذ عام 2021.

أ.م.د. أميرة تاووضروس

مدير المركز الديموجرافي بالقاهرة

محتويات العدد

الصفحة	الموضوع	
القسم العربي		
29-11	أ. هبة مجاهد أحمد – أ. إسراء عبد الناصر بهنسي الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء	1 - محددات استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المحافظات الأعلى والأقل انخفاضاً في المواليد
50-30	أ. شيما عبد الفتاح راشد عطوان باحث سياسي بمركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار بمجلس الوزراء	2. تجارب دولية ناجحة في مجال الصحة الإنجابية (إندونيسيا- ماليزيا- إيران)
64-51	أ.د.م. عبد المعبود محمد عبد الرسول عبد اللطيف أستاذ مساعد علم الاجتماع وقائم بعمل رئيس قسم الدراسات السكانية - كلية الآداب والعلوم الإنسانية - جامعة قناة السويس	3. آليات الاحتواء الاجتماعي لتعزيز خدمات الصحة الإنجابية للفئات المستهدفة
80-65	د. نصر سعيد نصار استشاري امراض النساء والتوليد مؤسس ورئيس الجمعية المصرية للألام الحوض المزمن للمرأة	4. الدمج المناسب والمحكم والمجهز بعناية فائقة لاحتواء السيدات التي تعاني بأمراض الحوض المزمنة (ربع سيدات مصر) داخل منظومة تنظيم الأسرة بمصر
القسم الإنجليزي English Section		
	Subject	Page
Ministry of Health and Population's Integrated Efforts for Better Family Planning Outcomes in Egypt	Dr.Mai Dawoody ¹ , Dr.Marwan Sobhy ¹ , Dr.Nahla Demerdash ² , Dr.Hussam Abbas ² , Dr.Sally Saher ³ , Dr.Wafaa Mohamed ⁴ ,Dr. Chuanpit Chua-Oon ¹ ¹ John Snow, Inc ² Ministry of Health and Population ³ United States Agency for International Development ⁴ Ain Shams University, department of community, environmental and occupational medicine	5 - 20
Fertility Trend and Determinants in Palestine (2000 -2020)	Mrs.Riham Mousa Acting Department of Health Statistics	21 - 48
Assessing of Provided Premarital Health Care Services in Three Family Health Centers in Egypt	Dr. Hanem Hamed ¹ , Dr .Monira Gad ² , Dr.Thoraya Abd El Fatah ³ , Dr.Hanan Abd El Moneim ⁴ , Dr. Heba Mohamed Abd Elgalil ⁵ ¹ Ministry of health ² Professor of Obstetrics and Gynecology ³ Professor of Community and Occupational Medicine ⁴ Professor of Obstetrics and Gynecology ⁵ Assistant professor of Community and Occupational. Faculty of Medicine, Al-Azhar University, Cairo, Egypt	49 - 71

محور التدخل الصحي (الصحة الإيجابية)



محددات استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المحافظات الأعلى والأقل انخفاضاً في المواليد

أ. هبة مجاهد أحمد¹ - أ. إسرائ عبد الناصر بهنسي²

المستخلص

إن الحصول على وسائل تنظيم الأسرة حق من حقوق الإنسان، كما يُعد تنظيم الأسرة أمراً أساسياً لتحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، وهو عامل رئيسي في الحد من الفقر. إن تنظيم الأسرة من أكثر العوامل تأثيراً على الصحة الإنجابية والتي تُعرف بأنها حالة من الرفاه البدني والعقلي والاجتماعي في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي، في جميع مراحل الحياة. لكل فرد الحق في التمتع بالصحة الإنجابية، والتي تُعد أساس إنجاب أطفال أصحاء وإن للزوجين الحرية في اختيار وممارسة الوسائل الأمثل لتنظيم الأسرة. تهدف الدراسة لمعرفة محددات استخدام وسائل تنظيم الأسرة للسيدات المتزوجات في الفئة العمرية (15-49 سنة) وذلك في المحافظات الأعلى والأقل انخفاضاً في أعداد المواليد في مصر، وتشمل المحددات الاجتماعية والاقتصادية والديموجرافية لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة للسيدة وتقدير أثر البيئة المحيطة بها على استخدامها لتلك الوسائل وتفسيره. وللوصول للهدف اعتمدت الدراسة على بيانات مسح «دراسة أسباب انخفاض المواليد 2020» السيدات المتزوجات حالياً أو السابق لهن الزواج في فئة العمر (15 - 49 سنة) بشرط أن تكون العلاقة الزوجية قائمة خلال الفترة المرجعية للمسح (2015-2020)، أتبعته الدراسة المنهج التحليل الثانوي لبيانات المسح من خلال إجراء تحليل نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي متعدد المستويات، حيث تم الاعتماد على متغير ثنائي وهو استخدام وسائل تنظيم الأسرة والذي ينقسم إلى فئتين: (صفر) إذا لم تستخدم السيدة اي وسيلة لتنظيم الأسرة و(1) تستخدم وسيلة. وقد تكونت المتغيرات المفسرة من مجموعة من العوامل وهي العوامل المرتبطة بقرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة والعوامل المحفزة لتكرار الإنجاب والعوامل الاجتماعية والاقتصادية للزوجين وكذلك خصائص البيئة المحيطة بالسيدة. وتوصلت الدراسة إلى أن العوامل الأكثر أهمية على مستوى خصائص السيدة في تحديد ممارسة النساء لتنظيم الأسرة هي الحالة التعليمية للسيدة، وتفضيل النوع، ومعرفة السيدة بمكان قريب لتقديم خدمات تنظيم الأسرة. كما اتضح ان متوسط العدد الأمثل للأطفال من العوامل المؤثرة على مستوى خصائص البيئة المحيطة للسيدة.

الكلمات الدالة: التحليل متعدد المستويات، وسائل تنظيم الأسرة، البيئة المحيطة

¹ الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء
² الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء

Determinants of the use of family planning methods in the governorates with the highest and lowest number of births

Abstract

Access to family planning is a human right, and family planning is fundamental to achieving gender equality and empowering women, it is a major factor in poverty reduction. Family planning is one of the most influential factors on reproductive health, which is defined as a state of physical, mental and social well-being in all matters related to the reproductive system, at all stages of life. Everyone has the right to enjoy reproductive health, which is the basis for having healthy children, and the spouses are free to choose and practice the best means of family planning. The study aims to know the determinants of the use of family planning methods for married women in the governorates with the highest and lowest number of births in Egypt, include the social, economic and demographic determinants of the use of family planning methods for women and assessing the impact of the surrounding environment on their use of these methods and its interpretation. To reach the goal, the study relied on the data of the survey of “studying the reasons for the decrease/increase of births 2020” Currently or previously married women in the age group (15-49 years) provided that the marital relationship existed during the reference period of the survey (2015-2020). The most important factors in determining women’s practice of family planning are the woman’s educational status, gender preference, and the woman’s knowledge of a location near to provide family planning services, as it turned out that the average optimal number of children is one of the factors affecting the level of characteristics of the surrounding environment for the woman. The study followed the method of secondary analysis of the survey data by conducting a multi-level binary logistic regression model analysis, where it relied on a binary variable which is the use of methods Family planning, which is divided into two categories: (zero) if the woman does not use any family planning method and (1) she uses one. The explanatory variables consisted of a group of factors, the factors related to the decision to use family planning methods, the factors motivating the recurrence of childbearing, and the factors related to the duration of exposure to childbearing. And the social and economic factors of the spouses, as well as the characteristics of the surrounding environment for the dependent variable.

Keywords: Multi-level Model, Family planning methods, Contextual effects

المقدمة

يُعد استخدام وسائل تنظيم الأسرة من العوامل المؤثرة بشكل مباشر على الصحة الإنجابية والتي تحدد حجم وشكل السكان في أي مجتمع. كما يساهم في ممارسة الزوجين الحق في تحديد عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم وتحديد فترات المباشرة بين الولادات مما يضمن للسيدة تجنب العديد من المخاطر الصحية نتيجة الحمل الغير مخطط له او غير المرغوب فيه. ولتنظيم الأسرة دور أساسي في تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، كما أنه من العوامل الرئيسية للحد من الفقر. كما يساهم في خفض معدلات وفيات الرضع ومعدلات حمل المراهقات والعمل على كبح النمو السكاني³. وعلى الرغم من أهمية وسائل تنظيم الأسرة إلا انه يوجد حوالي 222 مليون سيدة في حوالي 69 بلد حول العالم ترغبن في استخدام طرق آمنة وموثوقة لتنظيم الأسرة إلا انهم غير قادرين على القيام بذلك لافتقارهم للوصول لها أو بسبب عدم وجود دعم من الأزواج والمجتمع⁴.

وفقاً لتقرير العالمي للخصوبة وتنظيم الأسرة 2020 اتضح ارتفاع نسبة استخدام السيدات في الفئة العمرية (15-49 سنة) في جميع دول العالم خلال الفترة من 1990 حتى 2019. حيث ارتفعت نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة من 42% لتسجل 49% خلال نفس الفترة. وكمثال على ذلك نجد ان نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة في مصر قد ارتفعت من 27.8% في عام 1990 لتسجل 43.2% عام 2019 وهي أعلى نسبة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة في دول شرق أفريقيا. كما تباينت نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة من دولة لأخرى خلال عام 2019، حيث ارتفعت النسبة عن 55% في 37 دولة في حين تتخفض النسبة عن 20% في 23 دولة حول العالم. تعد دول أوروبا وأمريكا الشمالية من أكثر الدول استخدام لوسائل تنظيم الأسرة وكذلك دول شرق وجنوب شرق آسيا حيث بلغت النسبة 58% و60% على التوالي في عام 2019. وهو ما يتناسب مع انخفاض معدلات الإنجاب الكلي في هذه المناطق⁵.

مصر هي الدولة الأكثر عددًا في السكان في دول الشرق الأوسط والثالثة على المستوى الأفريقي، وفي عام 2018 بلغ معدل الإنجاب الكلي 3.1 طفل لكل سيدة في مصر. تعتبر مستويات الخصوبة هي المحدد الرئيسي لنمو السكان حيث بلغ أعلى معدل لها عند 3.5 في عام 2014، ولكن المعدلات أخذت في الانخفاض، ولكن بوتيرة بطيئة لتصل في عام 2017 إلى 3.4 وفي عام 2018 شهدت انخفاض حاد لتصل لـ 3.1⁶. ووفقاً لبيانات المسح السكاني الصحي اتخذت نسبة الاستخدام الحالي للسيدات المتزوجات في الفئة العمرية (15-49 سنة) اتجاه عام بالزيادة وذلك بداية من عام 1980 حتى عام 2008، ثم انخفضت نسبة الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة لأول مرة في عام 2014 بشكل طفيف مقارنة بنسبة الاستخدام في عام 2008 كما هو موضح بالشكل رقم (1).

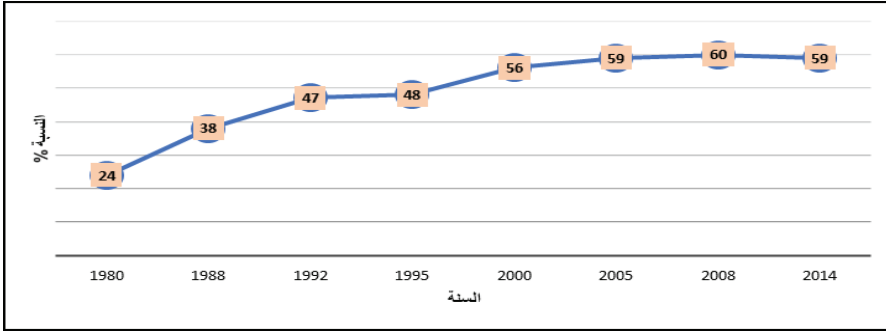
³ تنظيم الأسرة (who.int)

⁴ UNFPA Egypt | تنظيم الأسرة

⁵ https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/World_Fertility_and_Family_Planning_2020_Highlights.pdf

⁶ UNFPA Egypt | تنظيم الأسرة

الشكل رقم (1) التطور الزمني لنسب الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة في مصر 1980-2014



المصدر: وزارة الصحة والسكان - المسح السكاني الصحي مصر 2014

تمتلك مصر أحد برامج تنظيم الأسرة الناجحة، والتي حققت نجاحًا كبيرًا خلال أكثر من 30 عام حيث زادت نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة من عام 1980 حتى عام 2014 أكثر من الضعف. ولكن على الرغم من الجهود المتواصلة والكبيرة لبرامج تنظيم الأسرة في مصر إلا أن معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة شهد ثبات خلال عامي 2005 و2008 عند حوالي 60% وانخفضت النسبة بشكل بسيط في عام 2014 لتصل إلى 59%. كما تبين استخدام وسائل تنظيم الأسرة وفقًا لمحل الإقامة حيث ترتفع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة في محافظات وجه بحري والمحافظات الحضرية مقارنة بمحافظات وجه قبلي حيث بلغت نسبة الاستخدام 64%، 63% و50% على التوالي. بالرغم من ارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة واقتربها من النسب العالمية إلا أن هذه النسبة لا تنعكس بشكل واضح على معدلات الإنجاب التي ما زالت مرتفعة، وقد يرجع ذلك لاستخدام بعض السيدات لوسائل تنظيم الأسرة بشكل عشوائي وتأثير العوامل الثقافية والاجتماعية على استخدام السيدات لوسائل تنظيم الأسرة، حيث يؤثر المستوى التعليمي على السلوك الإيجابي للسيدة، كما يؤثر محل الإقامة والتمكين الاقتصادي للسيدة على قدرتها على اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتها الإنجابية. (Khalifa et al., 2020).

تبين أن استخدام النساء للأساليب الحديثة لتنظيم الأسرة يختلف باختلاف المناطق، فقد تبين أن النساء من المناطق الحضرية أكثر عرضة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة من النساء الريفيات، وأقل استخدام لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة هو بين النساء المقيمات في المناطق الريفية بصعيد مصر. كما يختلف استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة وفقًا للعمر، حيث تستخدم 21% فقط من النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 عامًا ووسائل منع الحمل، مقارنة بـ 73% بين النساء المتزوجات في الفئة العمرية 35-39 عامًا. كما تبين أن 16% من الولادات في الخمس سنوات السابقة للمسح كانت ولادات غير مطلوبة وقت الحمل وكانت هذه النسبة أعلى من النسبة في مسح السكان الصحي 2008 والتي شكلت 14%.

ولتحسين خدمات تنظيم الأسرة وضعت الحكومة المصرية استراتيجية قومية للسكان (2015 - 2030) لمواجهة المشكلة السكانية، والتي تستهدف بحلول 2030، والتي تهدف إلى خفض معدل الإنجاب الكلي من 3.5 إلى 2.4 وزيادة معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة من 58.5 إلى 71.6%. وخفض نسبة الحاجة غير المُلبَّاه من 9.2% إلى 6% وخفض متوسط العدد الأمثل للأطفال من وجهة نظر السيدات المتزوجات في الفئة العمرية (15-49 سنة) من 2.9 إلى 2.4، والعمل على التوسع في تنفيذ قوافل الصحة الإنجابية لاستهداف المناطق ذات المؤشرات المنخفضة لرفع معدلات الاستخدام، من خلال تقديم خدمات مكثفة لمدة يومين بالمجان، وبمشاركة الرائدات الريفيات ومسئولي الإعلام.

⁷ تقرير المسح السكاني الصحي مصر 2014.

ولقد اهتمت العديد من الأبحاث بدراسة محددات استخدام السيدات في الفئة العمرية من (15-49 سنة) لوسائل تنظيم الأسرة. منها دراسات اهتمت بتحديد أهم العوامل المؤثرة على نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة على المستوى الفردي (السيدات) (Mihoko Tanabe and others, 2017) (Zeynep et al., 2017)، من خلال دراسة المتغيرات المؤثرة على استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة. بينما التقت بعض الأبحاث لتقدير أثر البيئة المحيطة بالسيدة على استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة مثل: (Esther B. Kaggwa, 2020)، (Noura Anwar, 2020)، (Caterina Giusti and Daniele Vignoli, 2006) (and others, 2008).

وتهدف الدراسة الحالية إلى معرفة محددات استخدام وسائل تنظيم الأسرة للسيدات المتزوجات في الفئة العمرية من (15-49 سنة) بالمحافظات الأعلى والأقل انخفاضاً في أعداد المواليد في مصر، من خلال دراسة بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية للزوجة والزوج، وكذلك دراسة أثر خصائص البيئة المحيطة بالسيدة على استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة وتقرير أثر البيئة المحيطة بها على استخدامها لتلك الوسائل وتفسيره. وذلك من خلال التحليل المتمم لبيانات مسح "دراسة أسباب انخفاض/زيادة المواليد 2021".

وسوف يتم تحقيق الهدف العام للدراسة من خلال الأهداف الفرعية التالية:

- دراسة العلاقة بين خصائص السيدة وأسرتها مثل العوامل الديموجرافية، الاجتماعية والاقتصادية، العوامل المحفزة لتكرار الإنجاب، والعوامل الخاصة بتنظيم الأسرة.
- تقدير أثر البيئة المحيطة على استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة.

الدراسات السابقة

كما سبق أن ذكرنا في مقدمة البحث أنه قد أجريت العديد من الأبحاث التي تهتم بدراسة محددات استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة. وقد أهتم بعضها بقياس نسب استخدام الوسائل والعوامل المؤثرة عليه على المستوى الكلي. في حين أهتم آخرون بدراسة محددات الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة على مستوى السيدة نفسها، وذلك لمحاولة الوصول لأهم الأسباب التي قد تشجع السيدة على استخدام وسائل تنظيم الأسرة. وسوف نعرض فيما يلي بعض الأبحاث التي نشرت في هذا المجال:

أجريت دراسة عن دور الفرد والمجتمع في استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء في مالي، وذلك من خلال تحليل البيانات الخاصة بـ 7671 امرأة من المسح الديموجرافي الصحي لمالي عام 2001 باستخدام نموذج متعدد المستويات وذلك لتقييم آثار العوامل الفردية والمجتمعية على اعتماد وسائل تنظيم الأسرة الحديثة. وأظهرت النتائج أن 5% فقط من النساء المتزوجات يستخدمن طرق تنظيم الأسرة الحديثة، وارتفعت احتمالات استخدام وسائل تنظيم الأسرة عند النساء اللائي وافقن على ذلك وكذلك الزوج، وعلى مستوى المجتمع ارتفعت احتمالات استخدام وسائل تنظيم الأسرة في النساء التي تعرضن لحملات تنظيم الأسرة، وأظهرت النتائج النهائية أن الموافقة على استخدام وسائل تنظيم الأسرة من جانب الأزواج من العوامل التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً باستخدام وسائل تنظيم الأسرة. (Esther B. Kaggwa and others, 2008)

في دراسة عن محددات استخدام وسائل تنظيم الأسرة في مصر كان من الواضح أن الاستخدام المتزايد لأساليب التنظيم هو المحدد الوسيط الذي يؤثر على انخفاض الخصوبة في الدول النامية خصوصاً تلك التي تمر بمرحلة متقدمة في التحول الديموجرافي مثل مصر، يمثل الهدف من الدراسة تحليل محددات استخدام وسائل تنظيم الأسرة بالإشارة إلى الاختلافات التي قد تحدث بسبب الفروقات الاجتماعية والاقتصادية والجغرافية وذلك لدراسة تأثير كل عامل فردي وإقليمي على استخدام أساليب تنظيم الأسرة. لتقدير تأثير كل عامل فردي وإقليمي

على استخدام وسائل تنظيم الأسرة، تم الاعتماد على نموذج الانحدار اللوجستي متعدد المستويات لبيانات مسح السكاني الصحي مصر لعام 2000 EDHS؛ وتم التحليل على مستويين، وحدات المستوى الأول هي السيدات، ووحدات المستوى الثاني هي مناطق إقامتهم وأظهرت النتائج ان الموافقة على قرار تنظيم الأسرة ومناقشة الزوجين حول تنظيم الأسرة وتعليم الزوج وفرق العمر بين الزوجين لهم دور كبير في خيارات الصحة الإنجابية على مستوى السيدة، في حين اتضح ان مؤشر الثروة من العوامل المؤثرة على المستوى الثاني. (Caterina Giusti 2006), and Daniele Vignoli

كما أجريت دراسة عن تحديد تأثير المجتمع على استخدام وسائل تنظيم الأسرة في مصر، باستخدام بيانات المسح السكاني الصحي لعامي 2000 و2014. حيث استهدفت دراسة التغير في تأثير البيئة المحيطة بالسيدة على استخدامها للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة في عامي 2000 و2014 ولتحديد العوامل المؤثرة على استخدام السيدات المتزوجات في الفئة العمرية (15-49 سنة) لوسائل تنظيم الأسرة وفقاً لخصائص السيدة وخصائص البيئة المحيطة تم استخدام تحليل متعدد المستويات بهدف تقدير تباين استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة في عامي 2000 و2014. أظهرت النتائج أن حوالي 7.5% من التباين في الاستخدام الحالي لأي وسيلة حديثة ترجع إلى الفروق بين وحدات المستوى الأعلى (محافظات مصر) في عام 2000. وانخفضت هذه النسبة لتصل إلى 6.6% في عام 2014. كما اتضح أن مستوى تعليم السيدة وزوجها ومناقشتها لتنظيم الأسرة وموافقة زوجها على تنظيم الأسرة من أهم العوامل المؤثرة على احتمال استخدامها لوسائل حديثة لتنظيم الأسرة وذلك على مستوى السيدة، ووفقاً لخصائص محل الإقامة تبين ان متوسط عدد الأطفال الأحياء ومؤشر الثروة على مستوى المناطق من أهم المتغيرات التي تؤثر على احتمال استخدام وسائل حديثة لتنظيم الأسرة. (Noura Anwar, 2020)

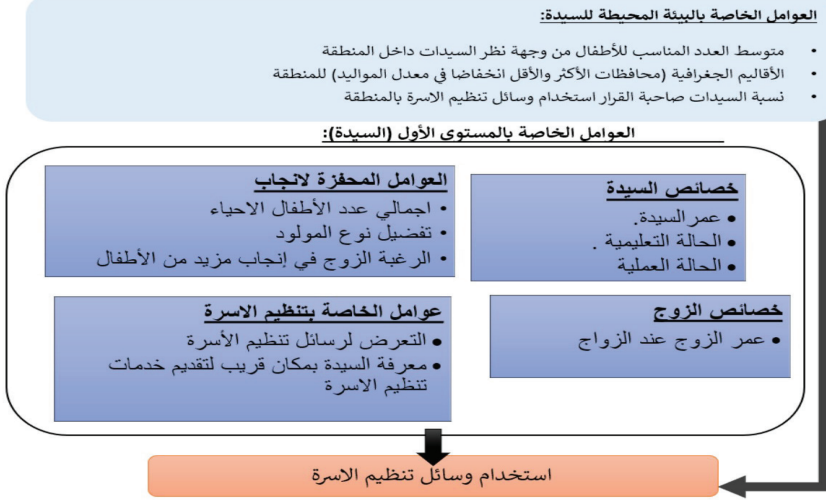
أجريت دراسة عن العوامل التي تؤثر على استخدام وسائل تنظيم الأسرة في منطقة قونية بتركيا، حيث استهدفت الدراسة تحديد العلاقة بين المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والاقتصادية، وطرق تنظيم الأسرة المفضلة للسيدة. اعتمدت الدراسة على أسلوب المقابلة الشخصية لأكثر من 10 الاف سيدة من المترددات على العيادات الخاصة بخدمات تنظيم الأسرة خلال الفترة من 2010 حتى 2015. اتبعت الدراسة الأسلوب الوصفي لدراسة العلاقة بين الأنماط المختلفة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة وعمر السيدة ومدة الزواج، وعدد حالات الحمل، وعدد المواليد الأحياء، والحالة الاجتماعية والاقتصادية، ومستوى التعليم، وطريقة تنظيم الأسرة المفضلة للسيدة. وأظهرت النتائج أن استخدام الأساليب الحديثة الفعالة والولب زاد مع تحسن المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والاقتصادية للسيدة. (Zeynep et al., 2017)

كما أجرى مفوض الأمم المتحدة السامي لشؤون اللاجئين والمفوضية النسائية للاجئين تقيماً للعديد من البلدان لتوثيق المعرفة بتنظيم الأسرة ومعتقدات وممارسات اللاجئين، وحالة تقديم الخدمة في مناطق اللجوء مثل الأردن وبنجلاديش، وجيبوتي، وعمان، وكينيا، وأوغندا. واعتمدت الدراسة على طرق متنوعة ما بين المسح المنزلي والمقابلات المتعمقة وتقييم المرافق والمناقشات الجماعية في 12 منطقة مختلفة في عامي 2011 و2012. واتبعت الدراسة أسلوب التحليل الوصفي ودراسة العلاقة بين خصائص الديموجرافية والاجتماعية والاقتصادية للسيدة ومعرفتها واستخدامها لوسائل تنظيم الأسرة. وأظهرت نتائج الدراسة أن النساء البالغات التي تتراوح أعمارهن بين 20 و29 عاماً كنّ الأكثر وعياً واستخداماً للطرق الحديثة مقارنة بالفتيات التي تتراوح أعمارهن من 15 و19 عاماً، كما أظهرت النتائج الخاصة بتقييم المرافق توافر محدود للوسائل خاصة الوسائل طويلة المفعول والدائمة وأظهرت المناقشات الجماعية ان هناك العديد من العوائق التي تحد من الوصول للخدمات منها: بعد مكان تقديم الخدمات، وتكلفة الانتقال، ونقص المعرفة حول أنواع الأساليب المختلفة، والمعلومات الدينية والمفاهيم الخاطئة بالإضافة إلى العوامل الثقافية. (Mihoko Tanabe and others, 2017)

الإطار العلاقي ومتغيرات الدراسة والأسئلة البحثية

يوضح الشكل التالي الإطار العلاقي الخاص بالعوامل المؤثرة على استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة وقد تم تقسيم هذه العوامل إلى أربع مجموعات خاصة بخصائص السيدة ومجموعة خاصة بالبيئة المحيطة بها كما يلي:

الشكل رقم (2) الإطار العلاقي المقترح للدراسة



المصدر: من إعداد الباحثين بالاعتماد على الدراسات السابقة

- الأسئلة البحثية

- هل هناك تأثير للخصائص الاجتماعية والاقتصادية للسيدة (العمر، والحالة التعليمية للسيدة، والحالة العملية) وعمر الزوج على استخدام وسائل تنظيم الأسرة؟
- هل هناك تأثير للعوامل المحفزة للإنجاب (إجمالي عدد الأطفال الأحياء - رغبة الزوج في إنجاب المزيد من الأطفال - تفضيل النوع) على استخدام وسائل تنظيم الأسرة؟
- هل هناك تأثير للعوامل الخاصة بوسائل تنظيم الأسرة (سماع أو مشاهدة أي إعلان أو دعاية أو ملصقات عن تنظيم الأسرة خلال 6 شهور السابقة للمسح - معرفة السيدة بمكان قريب لتقديم خدمات تنظيم الأسرة) على استخدام وسائل تنظيم الأسرة؟
- هل يختلف نمط استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة باختلاف بعض خصائص البيئة المحيطة بالسيدة مثل المحافظة الأكثر أو أقل انخفاضاً للمواليد، متوسط العدد الأمثل للأطفال بمنطقة المستوى الثاني التابعة لها، نسبة السيدات صاحبة القرار في استخدام وسائل تنظيم الأسرة؟

مصدر البيانات والمنهجية

تعتمد الدراسة على بيانات مسح "دراسة أسباب انخفاض المواليد 2020". وقد صممت عينة طبقية عمدية غير احتمالية، حجمها 12,000 أسرة معيشية، تم تخصيصها على محافظات البحث المستهدف تخصيصاً متناسباً مع الحجم المقدر لحجم السكان بكل محافظة، كما تم أيضاً مراعاة تمثيل الحضر والريف بكل محافظة.

واستهدف المسح السيدات المتزوجات حالياً أو اللاتي سبق لهن الزواج في فئة العمر (15 - 49 سنة) بشرط أن تكون العلاقة الزوجية قائمة خلال الفترة المرجعية للدراسة (2015-2020)، تم تطبيق المسح على تسع محافظات وتم اختيارهم وفقاً للتغير في معدل المواليد الخام بين عامي 2015 و2020. وتنقسم المحافظات الى مجموعتين: الأولى تتضمن أكثر خمس محافظات انخفاضاً في معدل المواليد الخام خلال عامي (2015 و2019)، وهي محافظات (بور سعيد- السويس- دمياط - القليوبية - الفيوم). أما المجموعة الثانية تتضمن الأربع محافظات الأقل انخفاضاً في معدل المواليد وهي محافظات (المنيا- أسيوط- سوهاج - قنا). ويعتمد المسح على استمارتين لجمع البيانات: استمارة الأسرة المعيشية، والاستمارة الفردية للسيدات التي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية 15-49 سنة. وقد تم تحليل استجابات عدد 8261 سيدة مؤهلة للمقابلة.

حدود الدراسة

- اقتصر المسح على المحافظات الأعلى والأقل انخفاضاً للمواليد.
- توجيه الأسئلة الخاصة باتجاه رأي الرجل للزوجة بدلاً عنه.

منهجية الدراسة

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي والتحليلي وذلك لمعرفة محددات استخدام السيدات لوسائل تنظيم الأسرة في المحافظات الأكثر و الأقل انخفاضاً للمواليد سواء كانت اجتماعية واقتصادية وديموجرافية وكذلك معرفة أثر البيئة المحيطة عليها، ويعتبر نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي متعدد المستويات (Binary Logistic Multilevel regression Model) هو النموذج الإحصائي الملائم لتحقيق أهداف الدراسة حيث يسمح بدراسة محددات استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة وكذلك تقدير أثر خصائص البيئة المحيطة بالسيدة على أرجحية استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة مع التحكم في أثر جميع المتغيرات المدرجة بالنموذج.

النموذج والتحليل

نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي متعدد المستويات

تُستخدم نماذج التأثيرات العشوائية (Random Effects Models) أو نماذج الانحدار متعدد المستويات (Multilevel Models) لفهم السلوك على المستوى الفردي في ظل وجود التأثير المجتمعي على تلك السلوكيات، حيث يتم تجميع العناصر في مجموعات متجانسة نسبياً في شكل هرمي (Hierarchical System). لذلك تم اختياره لتحليل محددات استخدام وسائل تنظيم الأسرة على مستويين؛ وهما المستوى الأول، «أدنى» مستوى السيدة وثنائي «أعلى» مستوى، وهي مناطق العد الأولية (PSUs).

وقد تم الاعتماد على متغير استخدام وسائل تنظيم الأسرة كمتغير تابع وتم استخدامه بصورته الأصلية المدرجة في بيانات المسح. ولذلك تم اختيار دالة الربط (link function) اللوجستية الثنائية نظراً لطبيعة المتغير التابع والذي يمثل استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة والذي ينقسم إلى فئتين (صفر: إذا لم تستخدم السيدة أي وسيلة لتنظيم الأسرة و(1): استخدمت السيدة أي وسيلة لتنظيم الأسرة (أنظر معادلة (1)). وتعتبر معادلة (2) عن دالة قياس تأثير متغيرات المستوى الثاني على المتغير التابع، حيث تعتبر معاملات المستوى الأول هي المتغير التابع في معادلة (2) ومتغيرات المستوى الثاني هي المتغيرات المفسرة، وتحتوي معادلة (2) على u_{ij} ، والذي يعبر عن التأثير العشوائي للمستوي الثاني على معاملات المستوى الأول ومن ثم على المتغير التابع محل الدراسة.

الصيغة الرياضية لنموذج الانحدار اللوجستي الثنائي متعدد المستويات

$$(1) \log \left[\frac{\pi_{ij}}{1-\pi_{ij}} \right] = \beta_{0j} + \beta_{1j}X_{1ij} + \beta_{2j}X_{2ij} + \dots + \beta_{qj}X_{qij}.$$

$$(2) \beta_{qj} = \gamma_{q0} + \gamma_{q1}W_{1j} + \gamma_{q2}W_{2j} + \dots + \gamma_{qsq}W_{sqj} + u_{qj},$$

حيث: π_{ij} = احتمال ظهور حدث استخدام وسائل تنظيم الأسرة،

X_{qij} = المتغيرات المفسرة على المستوى الأول،

β_{qj} = معاملات المستوى الأول،

W_{sqj} = المتغيرات المفسرة على المستوى الثاني،

γ_{qsq} = معاملات المستوى الثاني، و u_{qj} = التأثير العشوائي للمستوى الثاني.

تم اختيار وحدات المستوى الأعلى ووحدات العد الأولية ("PSUs Primary Sampling Units")، والتي من الضروري أن تتميز السيدات بداخلها بدرجة مرتفعة من التجانس، ولكن تتباين فيما بين الوحدات وبعضها البعض. فقد تم إجراء النماذج الصفرية⁸ (Null Model) وحساب نسب الارتباط داخل الفئة في النماذج الصفرية لتأكد من وجود تأثير للبيئة المحيطة بالسيدة.

متغيرات الدراسة

المتغير التابع المستخدم في هذه الدراسة تم السؤال عنه بشكل مباشر في المسح- "يا ترى أنت دلوقتي بعملية حاجة أو بمستخدمي أي وسيلة لتأجيل أو منع الحمل؟" - وهو مكون من فئتين "صفر" إذا كانت السيدة لا تستخدم وسائل تنظيم الأسرة، و"واحد" إذا كانت السيدة تستخدم أي وسيلة لمنع أو المباشرة.

تم تضمين العديد من المتغيرات التي ارتبطت باستخدام وسائل تنظيم الأسرة والتي تم الاعتماد عليها في العديد من الدراسات السابقة كمتغيرات مستقلة. يمكن تصنيفها إلى مجموعتين: المتغيرات على المستوى السيدة، والمتغيرات على مستوى البيئة المحيطة.

المتغيرات على المستوى السيدة

تمثل المتغيرات على هذا المستوى من التحليل خصائص السيدة وزوجها، والتي تشمل عمر السيدة، والحالة التعليمية، والعملية للسيدة، وعمر الزوج عند الزواج الأول. بإضافة إلى المتغيرات المحفزة للإنجاب والتي تم قياسها من خلال إجمالي عدد الأطفال الأحياء ورغبة الزوج في إنجاب المزيد من الأطفال، وتفضيلات الإنجاب من حيث النوع.

بالنسبة للعوامل الخاصة بوسائل تنظيم الأسرة والتي تشمل سماع، أو مشاهدة أي إعلان، أو دعاية، أو ملصقات عن تنظيم الأسرة خلال 6 شهور السابقة للمسح ومعرفة السيدة بمكان قريب لتقديم خدمات تنظيم الأسرة.

⁸ النموذج الصفرية هو نموذج للمتغير التابع ولا يشمل على أي متغير مفسر وهو يعتبر خطوة أولى وإسبابية في التحليل حيث من خلاله يتم تقدير الجزء الثابت والجزء العشوائي لثابت المعادلة (β_0)، ويعبر أسي الجزء الثابت ($\exp_{-}\beta_0$) عن ارجحية وقوع الحدث في المنطقة المتوسطة في العينة بينما يعبر الجزء العشوائي عن تباينات الارجحية فيما بين مناطق المستوي الأعلى، وبالتالي يتم استخدام التباين المقدر لـ β_0 لحساب نسبة الارتباط داخل الفئة "ICC"

المتغيرات على المستوى البيئة المحيطة بالسيدة

تم الاعتماد في هذا المستوى على بعض المتغيرات لقياس أثر البيئة المحيطة بالسيدة على نمط استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة مثل:

- محافظات الإقامة وهو متغير تم تكوينه ليعبر عن المحافظات الأكثر والأقل انخفاضاً في المواليد.
- متوسط العدد الأمثل للأطفال بمنطقة المستوى الثاني التابعة لها، تم تكوين هذا المؤشر عن طريق حساب متوسط العدد الأمثل لكل منطقة عد.
- نسبة السيدات صاحبة القرار في استخدام وسائل تنظيم الأسرة تم حساب المؤشر من خلال حساب نسبة السيدات صاحبة القرار داخل كل منطقة من مناطق المستوى الثاني.
- ولتقادي التداخل بين متغيرات مستويين التحليل، تم حساب المتغيرات على مستوى البيئة المحيطة بالسيدة باستخدام المتوسط أو النسب. وتم تخصيص قيمة لكل امرأة تمثل متوسط الاستجابة لجميع المستجيبين الآخرين في مجموعتها.

نتائج النموذج

- دراسة خصائص السيدة والبيئة المحيطة وعلاقتها باستخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة: يستعرض هذا الجزء التحليل الوصفي للمتغيرات المفسرة واستخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة وتوزيعها النسبي، ودراسة العلاقة بين المتغير المستقل والمتغيرات المفسرة باستخدام اختبار مربع كاي (Chi-square test).

متغيرات المستوى الأول (السيدة)

يوضح الجدول (1) وجود علاقة ارتباط معنوية بين استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة وعمر السيدة، والحالة التعليمية، والعملية للسيدة، وإجمالي عدد المواليد الأحياء وتفضيل السيدة لإنجاب طفل ذكر وتعرض السيدة لأي دعاية عن وسائل تنظيم الأسرة ومعرفة السيدة لمكان قريب لتقديم خدمات تنظيم الأسرة. كما يتضح أن إجمالي نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة هي ضعف نسبة عدم الاستخدام. حيث بلغت نسبة استخدام السيدات المتزوجات في الفئة العمرية (15-49 سنة) لوسائل تنظيم الأسرة 69.7%.

الجدول رقم (1) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات

في الفئة العمرية (15-49 سنة) وفقاً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة والحالة التعليمية للسيدة

المتغير	استخدام وسائل تنظيم الأسرة	
	لا تستخدم	تستخدم وسائل تنظيم الأسرة
	عمر السيدة	
19- 15	46.0 %	54.0 %
24-20	40.2 %	59.8 %
29-25	31.4 %	68.6 %
34-30	26.9 %	73.1 %

% 22.5	% 77.5	39-35
% 27.6	% 72.4	44-40
% 43.5	% 56.5	49-45
الحالة التعليمية للسيدة		
% 35.6	% 64.4	لم تذهب للمدرسة
% 31.4	% 68.6	لم تحصل على شهادة
% 34.5	% 65.5	الابتدائية/ محو أمية
% 37.3	% 62.7	الإعدادية
% 26.5	% 73.5	ثانوي عام/فني / أزهرى
% 25.5	% 74.5	فوق المتوسط
% 27.9	% 72.1	جامعة/ معهد عالي
% 23.4	% 76.6	أعلى من الجامعي
الحالة العملية للسيدة		
% 28.3	% 71.7	تعمل حالياً / سابقاً
% 30.7	% 69.3	ست بيت / لم تعمل ابداً
إجمالي عدد المواليد الأحياء		
% 95.4	% 4.6	0
% 39.0	% 61.0	2-1
% 21.8	% 78.2	4-3
% 30.2	% 69.8	5+
رغبة الزوج في إنجاب المزيد من الأطفال		
% 30.1	% 69.9	يرغب في نفس العدد أو أقل
% 30.4	% 69.6	يرغب في المزيد من الأطفال
تفضيل النوع (في حال أن الخلفة كلها بنات تحبي تخلفي ثاني عشان تحبيي ولدا؟)		
% 34.8	% 65.2	نعم
% 28.1	% 71.9	لا
تعرض السيدة خلال ال6 شهور وتعرض السيدة لاي دعاية أو اعلان عن وسائل تنظيم الأسرة		
% 28.2	% 71.8	نعم
% 32.2	% 67.8	لا
معرفة مكان قريب لتقديم خدمات تنظيم الأسرة		
% 28.8	% 71.2	نعم
% 39.8	% 60.2	لا
% 30.3	% 69.7	الإجمالي

• **عمر السيدة**

يتضح ان السيدات في الفئة العمرية من (35-39) سنة هن الاكثر استخداماً لوسائل تنظيم الأسرة، في حين ان السيدات الأصغر من 25 سنة والأكبر من 45 سنة هن النسبة الأكبر في عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

• **الحالة التعليمية للسيدة**

كما تبين ان السيدات الحاصلات على مؤهل أعلى من جامعي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة بنسبة 76.6% في حين أن 23.4% فقط منهن لا يستخدمن الوسائل وهي النسبة الأعلى وفقاً لتعليم السيدة. في حين بلغت نسبة السيدات اللاتي لم تذهب للمدرسة ويستخدمن وسائل تنظيم الأسرة 64.4%. ويلاحظ من الجدول ان للحالة التعليمية دور وأثر في استخدام وسائل تنظيم الأسرة فكلما ارتفعت الحالة التعليمية للسيدة كانت نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة أكبر.

• **الحالة العملية**

بلغت نسبة السيدات اللاتي تستخدم وسائل تنظيم الأسرة وتعمل حالياً اوكانت تعمل في السابق 71.7% مقابل 69.3% من السيدات التي لم تعمل ابدا ويستخدمن وسائل تنظيم الأسرة.

• **اجمالي عدد المواليد الاحياء**

ترتفع نسبة استخدام السيدات لوسائل تنظيم الأسرة إذا زاد عدد الأطفال الأحياء عن 3 اطفال.

• **رغبة الزوج في إنجاب المزيد من الاطفال**

يتضح أن 69.9% من السيدات يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة إذا كان الزوج يرغب في نفس عدد الأطفال اواقل، بينما بلغت نسبة السيدات اللاتي تستخدم الوسائل إذا كان الزوج يرغب في مزيد من الأطفال 69.6%.

• **التعرض لرسائل تنظيم الأسرة**

تزيد نسبة استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة إذا تعرضت لرسائل تنظيم الأسرة حيث بلغت نسبة السيدات التي تستخدم وسائل تنظيم الأسرة 71.8% وتعرضن لرسائل توعية مقابل 67.8% من السيدات اللاتي لم تتعرضن لأي من وسائل التوعية عن وسائل تنظيم الأسرة ويستخدمن وسائل تنظيم الأسرة. مما يدل على ان للدعاية والاعلان دور في زيادة نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

• **تفضيل النوع**

تزيد نسبة استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة إذا كانت لا تفضل إنجاب ذكور مقارنة بالسيدة التي تفضل إنجاب الذكور. حيث اتضح أن 72% من السيدات اللاتي تستخدم وسائل تنظيم الأسرة من السيدات اللاتي لا يفضلن إنجاب ذكور.

• **معرفة مكان قريب لتقديم خدمات تنظيم الأسرة**

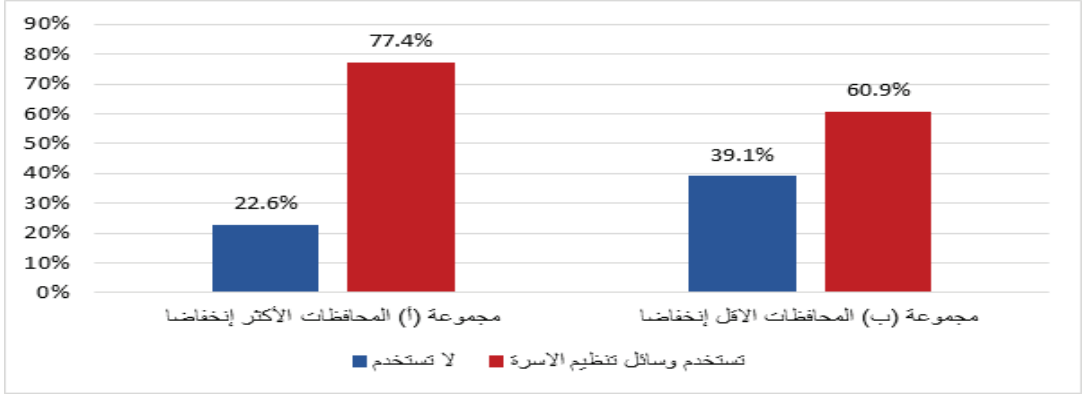
تبين أن 71.2% من السيدات اللاتي تعرفن مكان تقديم الخدمة يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة، وان 60.2% من السيدات اللاتي لا تعرفن المكان يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة.

متغيرات المستوى الاعلى (وحدة العد الاولى)

• محل الإقامة (المحافظات)

يوضح الشكل (3) ان نسب استخدام السيدات لوسائل تنظيم الأسرة في المحافظات الأكثر انخفاضاً اعلى من نسبة الاستخدام في المحافظات الأقل انخفاضاً في معدل المواليد. حيث بلغت النسبة 77.4% و 60.9% على التوالي. كما يوجد علاقة معنوية بين محل الإقامة على استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

الشكل رقم (3) التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات في الفئة العمرية (15-49 سنة) وفقاً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة ومحل الإقامة



كما يوضح جدول (2) تراوح متوسط العدد المناسب للأطفال بمناطق العد بين طفلين لأربع أطفال، كما تراوحت نسبة السيدات متخذة قرار تنظيم الأسرة بمناطق العد بين 1.75% و 70.59%. مما يدل على تفاوت كبير بين مناطق العد.

الجدول رقم (2) بعض المقاييس الإحصائية لكلا من متوسط العدد الأمثل للأطفال من وجهة نظر السيدة وكذلك نسبة السيدات متخذة قرار تنظيم الأسرة

اسم المتغير	متوسط	أقل قيمة	أكبر قيمة	الانحراف المعياري
متوسط العدد المناسب للأطفال	2.99	2	4	0.411
نسبة السيدات متخذة قرار تنظيم الأسرة	31.81%	1.75%	70.59%	19.13%

المحددات المفسرة لاستخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة باستخدام تحليل متعدد المستويات

النموذج الصفري (Null Model)

من خلال النموذج الصفري يتم دراسة أثر الاختلافات بين مناطق العد الأولية على المتغير التابع "استخدام وسائل تنظيم الأسرة". أوضحت النتائج في جدول (3) أن نسبة الارتباط داخل الفئة ICC (Intra-Class Correlation)، قد بلغت 9.5%، وتُعبّر هذه النسبة عن نسبة التباينات في متوسطات نسبة الأرجحية لاستخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة والتي قد ترجع إلى التباينات بين مناطق العد الأولية (وحدات المستوى الأعلى)، مما يشير إلى تأثير البيئة المحيطة بالسيدة على اتجاهاتها وسلوكيات المؤثرة على استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة.

يتضح من جدول (3) أن المتغيرات المفسرة على مستويين (السيدة والبيئة المحيطة) كان لها قدرة على تفسير أثر البيئة المحيطة بالسيدة على استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة حيث انخفضت قيمة نسبة الارتباط داخل الفئة "ICC" من 9.5 إلى 4.8 أي بنسبة 50% تقريباً، مما يوضح أثر المتغيرات المستقلة في تفسير التباينات في استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة.

الجدول رقم (3) نسبة الارتباط داخل الفئة للنموذج الصفري والنموذج النهائي.

النموذج النهائي	النموذج الصفري	نسبة الارتباط داخل الفئة (ICC)
4.8%	9.5%	

محددات استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة

تم دراسة تأثير الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للسيدة وعمر الزوج، والعوامل المحفزة لتكرار الإنجاب، وعوامل تنظيم الأسرة وأثر البيئة المحيطة على ارجحية استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة. ويستعرض جدول (4) تأثير كل متغير مع ثبات تأثير العوامل الأخرى.

وفقاً للخصائص الاجتماعية والاقتصادية للسيدة اتضح ان العمر والحالة التعليمية من محددات استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة، في حين ان الحالة العملية غير مؤثرة. حيث كلما زاد عمر السيدة بمقدار سنة فان فرصة استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة تساوي 0.945 من فرصة عدم استخدامها لأي وسيلة لتنظيم الأسرة. كما اتضح اختلاف تأثير الحالة التعليمية للسيدة على نسبة ارجحيتها استخدام وسائل تنظيم الأسرة وفقاً للمستوى التعليمي. أوضحت النتائج أن فرصة السيدة إذا كان مستواها التعليمي فوق جامعي تزيد بحوالي الضعف تقريباً عن فرصة السيدة إذا كانت لم تذهب للمدرسة في إنها تنتمي إلى فئة السيدات اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة نسبة إلى السيدات التي لم تستخدم أي وسيلة حيث بلغت نسبة الأرجحية 1.6. كما أن فرصة السيدة التي مستواها التعليمي فوق متوسط وثنائي تزيد عن فرصة السيدة إذا كانت لم تذهب للمدرسة في أنها تنتمي إلى فئة السيدات اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة نسبة إلى السيدات التي لم تستخدم أي وسيلة، حيث بلغت نسبة الأرجحية 1.402 و1.2 على التوالي. مع ثبات المتغيرات المستقلة الأخرى.

كما تبين أن فرصة السيدة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة كلما زاد عمر الزوج عند الزواج تقل عن فرص عدم استخدامها، حيث بلغت نسبة الأرجحية 0.991، مع ثبات المتغيرات المستقلة الأخرى. واتضح عدم وجود تأثير معنوي للحالة العملية على أرجحية استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة.

وفقاً للعوامل المحفزة لتكرار الإنجاب اتضح ان عدد الأطفال الأحياء من أكثر العوامل المؤثرة على استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة، حيث تزيد فرصة السيدة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة الضعف تقريباً عن فرص عدم استخدامها لأي وسيلة كلما زاد إجمالي عدد الأطفال الأحياء، حيث بلغت نسبة الأرجحية 1.7 مع ثبات المتغيرات المستقلة الأخرى. بالنسبة لمتغير تفضيل نوع المولود (تفضيل الذكور) يصاحبه ارتفاع في أرجحية استخدام وسائل تنظيم الأسرة إذا كانت السيدة لا تفضل نوع معين للمولود، حوالي 1.23 مع ثبات باقي المتغيرات المستقلة. أما عند رغبة الزوج في إنجاب المزيد من الاطفال كانت تصاحبه انخفاض في أرجحية استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة إذا ما قورنت بعدم رغبة الزوج في إنجاب المزيد من الأطفال.

الجدول رقم (4) محددات استخدام السيدات المتزوجات في الفئة العمرية (15-49 سنة) لوسائل تنظيم الأسرة

نسبة الأرجحية	اسم المتغير وفتاته		
**5.4	الحد الثابت		
**0.945	العمر		متغيرات المستوى الأدنى (السيدة)
	لم تذهب للمدرسة (ف.م)	الحالة التعليمية	
1.10	لم تحصل على شهادة		
0.815	ابتدائي		
0.823	إعدادي		
*1.192	ثانوي		
**1.402	فوق متوسط		
1.147	جامعي		
**1.599	فوق جامعي		
0.979	ربة منزل/ لم تعمل ابدا	الحالة العملية	
	تعمل اوسبق لها العمل(ف.م)		
	*0.991	عمر الزوج عند الزواج	
	**1.686	إجمالي عدد الأطفال الأحياء	
*0.853	يرغب الزوج في إنجاب المزيد من الأطفال	رغبة الزوج في الإنجاب المزيد من الأطفال	
	لا يرغب الزوج في إنجاب المزيد من الاطفال (ف.م)		
**1.228	لا يوجد تفضيل للنوع	تفضيل النوع	
-	يوجد تفضيل للنوع (ف.م)	(يفضل إنجاب ذكر)	
**0.832	لم تسمع	سماع أو مشاهدة أي إعلان أو دعاية أو ملصقات	
	سمعت (ف.م)	عن تنظيم الأسرة خلال 6 شهور السابقة للمسح	
**0.621	لا تعرف	معرفة السيدة بمكان قريب لتقديم خدمة تنظيم	
	تعرف (ف.م)	الأسرة	
**0.644	المحافظات الأقل انخفاضا	المحافظات	
	المحافظات الأكثر انخفاضا (ف.م)		
**0.355	متوسط العدد المناسب للأطفال		
*1.006	نسبة السيدات متخذة قرار تنظيم الأسرة		
(ف.م): الفئة المرجعية * معنوي عند مستوى معنوية 0.05 ** معنوي عند مستوى معنوية 0.01			

وفقا لعوامل تنظيم الأسرة تبين أن فرصة السيدة إذا كانت لا تعرف مكان قريب لتقديم خدمات تنظيم الأسرة تقل عن فرصة السيدة التي تعرف مكان قريب لتقديم خدمات تنظيم الأسرة في أن تنتمي الى فئة السيدات اللاتي يستخدمن وسائل نسبة الى فئة السيدات اللاتي لم تستخدم أي وسيلة حيث بلغت نسبة الأرجحية 0.621 مع ثبات المتغيرات المستقلة. كما أوضح التحليل أن فرصة السيدة إذا كانت لم تسمع أو تشاهد أي إعلان أو دعاية

أو ملصقات عن تنظيم الأسرة خلال 6 شهور السابقة للمسح تقل عن فرصة السيدة التي سمعت أو شاهدت أي إعلان أو دعاية أو ملصقات عن تنظيم الأسرة خلال 6 شهور السابقة للمسح في أن تنتمي الى فئة السيدات اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة نسبة الى فئة السيدات اللاتي لم تستخدم أي وسيلة. حيث بلغت نسبة الأرجحية 0.832، في ظل ثبات المتغيرات المستقلة الأخرى.

بالنسبة لمتغيرات خصائص البيئة المحيطة (المستوى الأعلى) اتضح ان متغير متوسط العدد المناسب للأطفال له تأثير معنوي إحصائياً وله القدرة على تفسير التباينات في احتمال استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة فيما بين المناطق وبعضها البعض. حيث كلما ارتفع مؤشر متوسط العدد المناسب للأطفال بوحدة واحدة قلت أرجحية استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة (0.355).

كما تبين ان فرصة السيدة بالمحافظات الأقل انخفاضاً في المواليد تقل عن فرصة السيدة بالمحافظات الأكثر انخفاضاً في معدل المواليد في أن تنتمي الى فئة السيدات اللاتي تستخدم وسائل تنظيم الأسرة نسبة الى السيدات اللاتي لم تستخدم أي وسيلة حيث بلغت نسبة الأرجحية 0.644. مع ثبات المتغيرات المستقلة الأخرى.

كما اتضح ان متغير نسبة السيدات اللاتي تتخذ قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة له تأثير معنوي إحصائياً وله قدرة على تفسير التباينات في احتمال استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة فيما بين المناطق وبعضها البعض. حيث كلما ارتفع مؤشر نسبة السيدات صاحب قرار استخدام وسائل تنظيم الأسرة بوحدة واحدة زادت أرجحية استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة (1.01)

مناقشة النتائج: الخلاصة والتوصيات

الخلاصة

تطبق مصر أحد برامج تنظيم الأسرة القوية حيث بلغت نسبة استخدام السيدات المتزوجات في الفئة العمرية (15-49) لوسائل تنظيم الأسرة 59% عام 2014 و من المستهدف وفقاً لاستراتيجية القومية للسكان ان تصل هذه النسبة الى 71.6% بحلول عام 2030. ولتحقيق هذه النسبة يجب تحديد اهم العوامل المؤثرة في استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة ليس على مستوى السيدة فقط ولكن على مستوى خصائص البيئة المحيطة. حيث تبين استخدام وسائل تنظيم الأسرة وفقاً لمحل الإقامة.

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد مجموعة العوامل التي تؤثر على نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المحافظات الأكثر والأقل انخفاضاً لمعدل المواليد في مصر عام 2020، وقد تم تحقيق ذلك من خلال: أولاً، قياس تأثير البيئة المحيطة على احتمالات استخدام أي وسيلة تنظيم الأسرة بين السيدات المتزوجات حالياً اللواتي تتراوح أعمارهن بين (15-49). ثانياً، دراسة العوامل على مستوى خصائص السيدة ومستوى خصائص البيئة المحيطة التي تؤثر على احتمالات استخدام أي وسيلة لتنظيم الأسرة. ولتحقيق هدف الدراسة وللتعرف على تلك المحددات على مستوى السيدة ومستوى البيئة المحيطة تم الاعتماد على تحليل متعدد المستويات.

وأظهرت نتائج التحليل، أن جزءاً كبيراً من التباين في احتمالات استخدام وسائل تنظيم الأسرة يرجع إلى الاختلافات بين مناطق العد الأولية (وحدات المستوى الأعلى). مما يشير إلى أنه على الرغم من ارتفاع نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة مازال يوجد تفاوتات في الاستفادة من بعض الخدمات الصحية وفقاً لمحل الإقامة. هذا ليس فقط بسبب نقص أو التوزيع غير المتكافئ للخدمات، ولكن أيضاً بسبب التباين في سلوك السيدة، وهذا بسبب تأثير البيئة المحيطة للسيدة على ثقافتها وعاداتها.

كما تبين ان إضافة المتغيرات المفسرة على مستوى السيدة ومستوى البيئة المحيطة كان لها قدرة على تفسير أثر البيئة المحيطة بالسيدة على أرجحية استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة حيث انخفض التباين بين مناطق العد بنسبة 50%. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Esther B. Kaggwa and others, 2008) و (Caterinai و (Giusti and Daniele Vignol 2006) و (Noura Anwar,2020).

كما اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج العديد من الدراسات ومنها (Caterina Giusti and Daniele 2006) و (Vignoli و (Esther B. Kaggwa and others, 2008) و (Mihoko Tanabe and others, 2017) و (Zeynep et al., 2017) أوضحت النتائج ان عمر السيدة من العوامل المؤثرة على أرجحية استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة .

واتسقت نتائج تعليم السيدة مع نتائج التحليل الوصفي. حيث كلما ارتفع مستوى التعليم ارتفعت نسبة استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة، وهو نفس التأثير على أرجحية استخدام السيدة للوسائل. واتفقت هذه النتيجة مع دراسة (Zeynep et al., 2017)

بالنسبة للحالة العملية للسيدة لم يكن لها تأثير معنوي على أرجحية استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة وهذا على عكس ما توصلت اليه دراسة (Esther B. Kaggwa and others, 2008) حيث كان تأثير الحالة العملية معنوي.

وأظهرت النتائج انه كلما زاد عدد الأطفال الاحياء لدى السيدة كلما زادت فرصة استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة، وقد اختلفت هذه النتيجة مع دراسة (Noura Anwar,2020) والتي اشارت لوجود علاقة عكسية بين عدد الأطفال واحتمال استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة.

كما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية في وجود تأثير معنوي لتعرض السيدة لرسائل تنظيم الأسرة على أرجحية استخدام السيدة للوسائل مع دراسة (Esther B. Kaggwa and others, 2008). حيث يقل احتمال استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة إذا كانت لم تسمع او تشاهد أي دعاية عن تنظيم الأسرة خلال 6 شهور السابقة للمسح. وكان لمعرفة السيدة بمكان قريب لتقديم خدمة تنظيم الأسرة تأثير معنوي على استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة، وهي نفس النتيجة التي توصلت اليها دراسة (Mihoko Tanabe and others, 2017)

وفيما يخص متغيرات المستوى الأعلى اتفقت نتائج الدراسة على وجود تأثير معنوي لمتوسط عدد الأطفال المناسب على أرجحية استخدام السيدة لوسائل تنظيم الأسرة مع دراسة (Esther B. Kaggwa and others, 2008) في حين اختلفت نتائج التحليل مع نفس الدراسة في وجود تأثير معنوي لنسبة السيدات متخذة قرار تنظيم الأسرة.

التوصيات

- الاهتمام بتعليم الفتيات بعد الثانوي لما له من دور في زيادة الوعي حول الصحة الإيجابية.
- زيادة حملات التوعية حول أهمية تنظيم الأسرة.
- العمل على قياس المزيد من المتغيرات اللازمة لتفسير السلوك الإيجابي للسيدة وقياس بعض المتغيرات النفسية والسلوكية للسيدة.
- تحديد المناطق التي ينخفض بها استخدام وسائل تنظيم الأسرة ودراسة أسباب الانخفاض.

المراجع

المراجع العربية

- المجلس القومي للسكان. (2015). الاستراتيجية القومية للسكان والتنمية (2015-2030). المركز القومي لبحوث الرأي العام "بصيرة".
- وزارة الصحة والسكان، الزناتي ومشاركوه. (2015). المسح السكاني الصحي مصر 2014. القاهرة: برنامج DHS.

المراجع الأجنبية

- Anwar, Noura. (2020). Quantifying the Community Effect on Contraceptive use in Egypt. Athens Journal of Social Sciences,7(1).
- Tanabe, Mihoko et al. (2017). Family planning in refugee settings: findings and actions from a multi-country study. Cross Mark. <https://www.biomedcentral.com/>
- Khalifa, Mona et al. (2022). The impact of method choice on the risk of contraceptive discontinuation: Egypt 2014. Journal of Humanities and Applied Social Sciences, 4 (1). <https://www.emeraldgrouppublishing.com/>
- İnal, Zeynep Öztürk et al. (2017). The level of using family planning methods and factors that influence the preference of methods in the Konya-Meram area. Journal of the Turkish-German Gynecological, 18: 72-6 (İstanbul, Turkey).
- Kaggwa, Esther B. (2008, June). The Role of Individual and Community Normative Factors: A Multi-level Analysis of Contraceptive Use Among Women in Union in Mali. National Center for Biotechnology Information, 34 (2). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Giuști, Caterina and Vignoli, Daniele. (2006). Determinants of contraceptive use in Egypt: a multilevel approach: Journal of the Italian Statistical Society. https://www.researchgate.net/publication/24064973_Determinants_of_Contraceptive_Use_in_Egypt_A_Multilevel_Approach?enrichId=rgreq-bbcf16e12b88ababbb-0fb5ae419dad22-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI0MDY0OTczO0FTO-jk2MzIzMjg4MTcyMTM0NUAxNjA2NjY0MDIzODQ2&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf
- El Moselhy, Essam A et al.. (2017) Trends and Determinants of Contraceptive Use among Young (15-24 Year) Married Women: A Secondary Analysis Based on the 2008 and 2014 Egypt Demographic and Health Survey. The Egyptian Journal of Hospital Medicine 66, 170 - 187.

Stephonson, Rob; Beke, Andy; and Tshibangu , Delphin . (2008). Community and Health Facility Influences on Contraceptive Method Choice in Eastern Cape, South Africa. International Family Planning Perspectives, 2 ((34, 62–70

Stephonson, Rob et al.. (2007) Contextual Influences on Modern Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa. American Journal of Public Health 97(7) , 1233 - 1240

Siegel, J. a. (2004). The Methods and Materials of Demography. 2nd Edition. San Francisco, USA.: Elsevier Science & Technology.

Khalifa, M.; A. Aziz, W. and Metwally, S.(2020). Contraceptive discontinuation in Egypt as fertility returns to its 2000 level. Journal of Humanities and Applied Social Sciences 2(1):19-32. Emerald Publishing Limited 2632-279X. doi: 10.1108/JHASS-09-2019-0056

المواقع الإلكترونية

https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/World_Fertility_and_Family_Planning_2020_Highlights.pdf

تنظيم الأسرة (who.int)

UNFPA Egypt | تنظيم الأسرة



تجارب دولية ناجحة في مجال الصحة الإنجابية (إندونيسيا - ماليزيا - إيران)

أ. شيماء عبدالفتاح راشد عطوان¹

المستخلص

تعرف الصحة الإنجابية بأنها " حالة من السلامة الجسدية والنفسية والاجتماعية الكاملة في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي، بمعنى قدرة الإنسان على التمتع بحياة إنجابية مرضية وأمنة، والقدرة على إنجاب الأطفال، وحرية القرار فيما يتعلق بإنجاب الأطفال وموعده وعدد مراته ". وتختلف كل دولة في تحديد الأولويات في تحقيق أهداف الصحة الإنجابية، ففي بعض الدول تركز على منع انتقال الأمراض المعدية جنسياً، ودول أخرى تركز على تقليل عدد المواليد من خلال دعم تنظيم الأسرة والتباعد بين ولادة الأطفال وهكذا، وفي هذا الإطار نرى أن مصر تركز في الصحة الإنجابية على قضية تنظيم الأسرة للتغلب على الزيادة السكانية ورفع الوعي بفائدة الأسرة الصغيرة وتقليل عدد المواليد، وفي هذا السياق، وضعت مصر الاستراتيجية القومية للسكان والاستراتيجية القومية للصحة الإنجابية علاوة على أهداف رؤية مصر 2030، وتتعاون لتحقيق ذلك مع جهات خارجية مثل صندوق الأمم المتحدة للسكان والاتحاد الأوروبي والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، بالإضافة إلى دعم منظمات المجتمع المدني المهمة بهذه القضية، والتعاون كذلك مع القطاع الخاص، وبالرغم من ذلك تواجه خدمات الصحة الإنجابية مجموعة من التحديات تعيق من تحقيق الأهداف المرجوة، لذلك تركز الورقة البحثية على عرض بعض التجارب الدولية التي نجحت في التغلب على الزيادة السكانية وحقق أهدافها بتقليل نسبة المواليد، والاستفادة منها في دعم الاستراتيجية المصرية للتغلب على الزيادة السكانية، مثل التجربة الإيرانية والتجربة الماليزية والتجربة الإندونيسية، فقد ركزت هذه التجارب على نشر التعليم والوعي وخاصة تعليم المرأة، علاوة على توفير الخدمات، مما انعكس على وعي المجتمع بخطور الزيادة السكانية وفائدة الأسرة الصغيرة.

الكلمات الدالة: الصحة الإنجابية، تنظيم الأسرة، المسح السكاني 2014، مصر، إيران، إندونيسيا، ماليزيا

Successful International Experiences in Reproductive Health (Indonesia - Malaysia - Iran)

Abstract

Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not mere the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Each country differs in setting priorities in achieving reproductive health goals. In some countries, they focus on preventing the transmission of sexually diseases, and other countries focus on reducing the number of births by supporting family planning and spacing the birth of children, and so on, and in this context, we see that Egypt focuses the issue of family planning to overcome the overpopulation and raise awareness of the benefit of the small family and reduce the number of births. In this context, Egypt has developed the National Population Strategy and the National Reproductive Health Strategy, in addition to the goals of Egypt's Vision 2030, and cooperates to achieve this with external parties such as the United Nations Population Fund, the European Union and the United States Agency for International Development, in addition to supporting civil society organizations which interested in this issue, and cooperation with the private sector. Despite this, reproductive health services face a set of challenges that hinder the achievement of the desired goals, so the research paper focuses on presenting some international experiences that have succeeded in overcoming the overpopulation and achieved its goals by reducing the birth rate, and using it to support the Egyptian strategy to overcome the population increase, such as The Iranian model, the Malaysian model, and the Indonesian model. these experiences focused on spreading education and awareness, especially women's education, in addition to providing services, which was reflected in society's awareness of the danger of overpopulation and the benefit of the small family.

Keywords: Reproductive health, family planning, EDHS 2014, Egypt, Iran, Malaysia, Indonesia

المقدمة

تعرف الصحة الإنجابية بأنها، «حالة رفاه كاملة بدنيًا وعقليًا واجتماعيًا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مأمونة، والحرية في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره. ويشتمل هذا الشرط الأخير ضمناً على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تتجاوز بأمان فترة الحمل والولادة».

ويرجع تاريخ الاهتمام الدولي باحتياجات الصحة الإنجابية إلى المؤتمر الدولي المعني بالسكان المعقود في مكسيكو سيتي في عام 1984، وتم التأكيد على الصحة الإنجابية في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد بالقاهرة عام 1995، ثم تبنت الأمم المتحدة قضايا الصحة في أهداف الألفية ثم في أهداف التنمية المستدامة (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية لشعبة السكان، الأمم المتحدة، 2002، ص 1-2).

وتستهدف الصحة الإنجابية كلا من الرجال والنساء في سن الإنجاب، والمراهقون والشباب لتجنيبهم السلوكيات الضارة التي قد تؤدي إلى انتشار الأمراض المنقولة جنسياً، والنساء ما بعد سن الإنجاب، وذلك لوقايتهم من الأمراض التي تتعلق بالجهاز التناسلي، ومواجهتها، الأطفال ما بعد الولادة، للحفاظ على صحتهم وبقائهم وحمايتهم.

ويتضح من التعريف أن مفهوم الصحة الإنجابية أوسع من مجرد تقليل معدل الخصوبة، فهي تشمل الرعاية الصحية للمرأة والطفل، ومنع انتقال الأمراض الجنسية، بصورة تحقق الهدف الأكبر هو حياة صحية سليمة لكافة الأفراد بما ينعكس على تحسين القدرة الإنتاجية للمواطنين.

ويلاحظ كذلك من التعريف أن الدول تختلف في توجيه الأولوية تجاه أهداف الصحة الإنجابية، فمثلا الدول التي تزيد فيها معدلات الأمراض المنقولة جنسيا مثل الإيدز، في حين لا تعاني من مشكلة الزيادة السكانية، توجه مواردها لمعالجة هذه الأمراض، على العكس من بعض الدول الأخرى وخاصة النامية التي تواجه زيادة في معدلات النمو السكاني بصورة تؤثر بشكل واضح على التنمية الاقتصادية، مما يدفعها بتوجيه مواردها واهتمامها إلى خدمات تنظيم الأسرة، وتوعية الأفراد بسلبيات العدد الكبير من الولادات ومميزات الأسر الصغيرة، كذلك الاهتمام بصحة الأم والطفل.

ورغم اختلاف الأولويات فإن الاستثمار في أهداف الصحة الإنجابية يؤدي إلى تحقيق الأمن الصحي للفرد، باستهدافها خفض معدلات المرض والوفاة، وخلق أجيال أصحاء يساهمون في تحسين إنتاجية المواطن بما ينعكس إيجابيا على مؤشرات التنمية الاقتصادية والبشرية والتغلب على الفقر (عثمان، ديسمبر 2016، ص 39).

ورغم ذلك تواجه الصحة الإنجابية معوقات عديدة في مختلف دول العالم، على سبيل المثال، نقص المعلومات أو عدم كفايتها عن الجانب الجنسي في حياة الأفراد، الموروث الثقافي والديني، وانتشار العلاقات الجنسية غير السليمة والممارسات الاجتماعية التمييزية تجاه المرأة، وضعف أو غياب قدرة النساء على التحكم في حياتهن الجنسية والإنجابية، وتعرض المراهقون للخطر بسبب افتقارهم إلى المعلومات وعدم قدرتهم للحصول على الخدمات ذات الصلة في معظم الدول، وغياب توجيه الاهتمام للصحة الجنسية والإنجابية للمسنين، علاوة على صعوبات في إدماج خدمات الصحة الإنجابية في الرعاية الصحية الأولية بطريقة توفر إتاحة هذه الخدمات وبأسعار معقولة في متناول الجميع. (إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية لشعبة السكان، الأمم المتحدة، 2002، ص 3).

وفي هذا الإطار تنقسم الورقة إلى جزأين، الجزء الأول يستعرض أوضاع الصحة الإنجابية في مصر سواء مناطق التقدم والإخفاقات، والاستراتيجيات والمبادرات التي تبنتها لتحقيق أهداف الصحة الإنجابية، وأخيرا التحديات التي تواجه تحقيق الأهداف. بينما يتناول الجزء الثاني ثلاث تجارب دولية حققت تقدما في الصحة الإنجابية وخاصة في مجال تقليل معدلات الخصوبة وخفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال، وهذه الدول هي إندونيسيا، وماليزيا، وإيران، وتم اختيار هذه الدول على أساس إنها دول إسلامية وبالتالي تتشابه مع مصر في الأفكار الدينية حول قضايا الصحة الإنجابية، وكيفية تغلب هذه الدول على هذه الأفكار، أيضا هذه الدول مثلت الزيادة السكانية بها عائق أمام التنمية.

مصر وأهداف الصحة الإنجابية

تبنت مصر أهداف الصحة الإنجابية التي اعتمدت في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام 1995، كما تبنت أهداف الأمم المتحدة للألفية وأهداف التنمية المستدامة لتحسين مستوى الصحة العامة وخاصة صحة الأمهات والأطفال، وأدرجت أهداف الصحة الجنسية والإنجابية في استراتيجيتها مثل الاستراتيجية القومية للسكان والتنمية (2015-2030) واستراتيجية الصحة الإنجابية (2015-2020) والبرنامج الوطني لمكافحة الإيدز، كما وضعت الحكومة أهداف الصحة الجنسية والإنجابية في استراتيجيات أخرى داعمة وأهمها استراتيجية الطفل، واستراتيجية للتعامل مع الزواج المبكر واستراتيجية التنمية المستدامة في مصر (عثمان، ديسمبر 2016، ص. 27، 35)، وفي رؤية مصر 2030.

وتعاونت مصر في تحقيق أهداف الصحة الإنجابية مع المنظمات الدولية مثل الهيئة الدولية لصحة الأسرة وصندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونيسيف، والاتحاد الأوروبي، ومجلس السكان الدولي، والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، ومنظمة الصحة العالمية وغيرها. وقدمت هذه المنظمات مساعدات متنوعة ما بين تمويل مستلزمات أدوات موانع الحمل وتوزيعها مجانا، وتمويل تدريب المتطوعين في مجال نشر المعلومات عن الصحة الإنجابية، وبناء القدرات لمقدمي الخدمات، علاوة على دعم تدريب القابلات والممرضات لضمان توفير ولادات آمنة وحماية الأمهات من خطر تعرضهم للوفاة. (UNFPA، Egypt Situation، 2020)

كذلك تطلق الحكومة بشكل دوري مبادرات وحملات لتشجيع تنظيم الأسرة والتوعية بأهمية ومميزات العدد القليل للأطفال للأسرة، مثل حملة "حقك تنظمي"، التي اطلقتها وزارة الصحة والسكان في عام 2021، وهي حملة تشييطية لتقديم خدمات ووسائل تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية بالمجان في 10 محافظات على مستوى الجمهورية تحت شعار "حقك تنظمي (الصبيحي، أغسطس 2021). كذلك مبادرة "أيامنا أحلي" لرفع الوعي الصحي بأهمية تنظيم الأسرة وإيجابياته علي صحة الأم والطفل. (عزت، يونيو 2021)

أيضا تسير العيادات المتنقلة خاصة في المناطق الريفية والنائية لتقديم المساعدة الطبية للأمهات بما يشمل وسائل منع الحمل والأدوية والفحص والمتابعة، وكذلك قوافل الصحة الإنجابية الخدمية والتوعوية التي يتم تسيرها للوصول لأكبر عدد من السيدات في مختلف أنحاء المحافظات. (زيدان، يناير 2022)

كما تعاونت وزارة الشباب والرياضة مع صندوق الأمم المتحدة للسكان لتنفيذ عدد من أندية السكان بمراكز الشباب لرفع وعي الشباب بالقضايا السكانية من خلال تنفيذ أنشطة توعوية للشباب من الجنسين حول القضايا السكانية. (عبد الوهاب، نوفمبر 2021)

وتعاونت منظمات المجتمع المدني المعنية بهذه القضية مع المؤسسات الدولية في تمويل إنشاء العيادات صديقة الشباب (YFCs)، وهي عيادات تختص في بعض أهدافها لتقديم الخدمات الخاصة بالصحة الإنجابية لفئة الشباب، بحيث تشمل معلومات عن الصحة الإنجابية، تنظيم الأسرة، مشورة وفحص ما قبل الزواج والأمراض المنقولة جنسياً، متابعة الحمل ورعاية ما بعد الولادة، الفحوص المعملية والموجات فوق الصوتية، توفير الكتب والكتيبات التي تحتوي على معلومات خاصة بالصحة الإنجابية بالمجان، وعقد ندوات وورش عمل في المدارس ومراكز الشباب (حافظ، ديسمبر 2017، ص. 14)

نتائج تطبيق أهداف الصحة الإنجابية

منذ تطبيق مصر لأهداف الصحة الإنجابية، حققت العديد من الإنجازات في بعض الأهداف، لكن مازلت تواجه تحديات في أهداف أخرى.

على سبيل المثال:

- **معدل الخصوبة في مصر:** تراجعت مستويات الخصوبة منذ الستينات من 6.7 طفل إلى 3 أطفال لكل امرأة في نهاية حياتها الإنجابية في المسح السكاني لعام 2008، إلا أن نتائج المسح السكاني الصحي لعام 2014 كشفت عن توقف هذا الاتجاه التنازلي لمستويات الإنجاب وارتفع متوسط عدد الأطفال لكل امرأة إلى حوالي 3.5 طفل²، و3.3 طفل في عام 2019 (المسح الصحي السكاني لمصر 2014، مايو 2015، ص 39-41)، و3.3 طفل في عام 2019 (World data, total Fertility rate, Egypt, 2019)، وقد انعكس ذلك على استمرار ارتفاع معدل النمو السكان، حيث سجل 1.94 % في 2020، مقارنة بـ 1.85 في 2010، (Worldometers, population growth rate in Egypt) 2020

- **معدل وفيات الأمهات والأطفال:** ورغم استمرار ارتفاع معدلات الخصوبة، حققت مصر نجاحاً كبيراً في تخفيض معدل وفيات الأمهات والأطفال خلال العقود الأربعة الماضية، حيث تؤكد نتائج البحوث السكانية الصحية والإحصائيات الدورية الانخفاض الملحوظ لوفيات الأطفال وكذا انخفاض نسبة وفيات الأمهات. فقد انخفضت نسبة وفيات الأطفال تحت سن 5 سنوات من 85.6 طفل لكل 100 ولادة حية في عام 1990، إلى 19.5 طفل في 2020 (unicef, Trends in under-five mortality rate in Egypt, 2020). وقد انخفضت وفيات الأمهات من 64 امرأة لكل 100 ألف ولادة حية في عام 2000 إلى 37 امرأة في عام 2017. (World bank data, Maternal mortality ratio, Egypt, 2017) حيث حققت انخفاضاً كبيراً مقارنة بـ 174 حالة وفاة في عام 1990.

ومع ذلك، تواجه مصر تحديات في الحد من وفيات الأمهات بسبب انخفاض معدل انتشار وسائل منع الحمل، وحمل المراهقات (مخاطر الزواج المبكر)، والاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة، وكذلك الولادة في أماكن غير مرخصة مثل العيادات الخاصة (unfpa, Egypt Situation, 2020).

- **معدل استخدام وسائل منع الحمل:** نجحت البرنامج الوطني لتنظيم الأسرة في رفع معدل انتشار وسائل منع الحمل من 48 % عام 1991 إلى 59 % عام 2014. وقد عزت الحكومة ارتفاع معدل استخدام وسائل منع الحمل إلى جهود توعية النساء بالخدمات الصحية، وتوفيرها مجاناً وأسعار مخفضة وسهولة الحصول عليها سواء من القطاع العام والخاص، ومع ذلك، وجد المسح الديموجرافي والصحي لعام 2014 أن واحدة من كل ثماني نساء متزوجات كانت بحاجة إلى تنظيم الأسرة وقت إجراء المسح، بحيث تبلغ الاحتياجات غير الملباة لتنظيم الأسرة في مصر 12.6 %.

² المسح الصحي السكاني لمصر 2014، وزارة الصحة، مايو 2015، ص 39-41

- كما أظهر المسح السكاني لعام 2014 استخدام السيدات في الحضر لوسائل تنظيم الأسرة أكثر من غيرهن في الريف (61%، 57%) على الترتيب، وتجدر ملاحظة أن الاستخدام أعلى في الوجه البحري 64% مقارنة بالوجه القبلي حوالي 50%، ونسبة 55% في محافظات الحدود). المسح الصحي السكاني لمصر 2014، مايو 2015، ص 69-71

- **توفير خدمات رعاية الحمل وما بعد الولادة:** تشير نتائج مسح 2014 أن تغطية رعاية الحمل والولادة قد زادت بشكل جوهري في مصر منذ الثمانينيات، على سبيل المثال، نسبة السيدات اللاتي حصلن على أي خدمة من خدمات رعاية الحمل أثناء حملهم في فترة الخمس سنوات السابقة على المسح قد زادت من 57% عام 1988 إلى 90% عام 2014، أيضا فإن نسبة المواليد الذين تمت ولادتهم بمساعدة طبية زادت حوالي ثلاث أضعاف في من 35% في عام 1988، إلى 92% في عام 2014 (المسح الصحي السكاني لمصر 2014، مايو 2015، ص 109-115)

- **الحمل غير المرغوب فيه:** يتضح من المسح السكاني أن معدلات الإنجاب الكلية لم تكن جميعها حالات مرغوب فيها، فنسبة 80% من حالات الإنجاب كانت حالات مرغوبة (2.8 مولود)، و20% عبارة عن حالات غير مرغوب فيها (0.7 مولود)، وتظهر الحالات غير المرغوب فيها في المناطق الريفية وبين السيدات الأقل تعليما وثروة؛ وهذا يدعو إلى اتخاذ إجراءات مباشرة لمساعدة الأسر المصرية على تحقيق رغباتها، فقد تعود زيادة عدد الأطفال غير المرغوب فيهم إلى عدم تلبية الاحتياجات الأساسية. (المسح الصحي السكاني لمصر 2014، مايو 2015، ص 58)

- **المباعدة بين الولادات:** كشفت الإحصائيات أن هناك تباعد بين الولادات في مصر، حيث أن حوالي أربع أخماس الولادات قد تمت بعد فترة سنتين على الأقل من المولود السابق وأكثر من نصف الولادات تمت بعد فترة ثلاث سنوات على الأقل من المولود السابق، كما يتضح أن المباعدة بين الولادات كانت أطول بين السيدات اللاتي يعملن مقابل عائد نقدي عنها بين مواليد غير العاملات، وكذلك يظهر الفرق وفقا لمؤشر الثروة. (المسح الصحي السكاني لمصر 2014، مايو 2015، ص 46-48)

- **الختان:** مازال ينتشر ختان الإناث بالرغم من تشديد الحكومة على منع هذه الممارسة، حيث كشف المسح السكاني 2014 على أن ممارسة ختان الإناث تنتشر بصورة واسعة في مصر؛ حيث تم ختان 92% من السيدات اللاتي سبق لهن الزواج وفي الفئة العمرية 15 - 49 سنة، وتختلف النسبة بشكل طفيف وفقا لطبيعة المحافظات، ففي الحضر تنتشر هذه الممارسة بنسبة 86%، بينما في الريف بنسبة 95%، وهذه العادة أقل شيوعا في محافظات الحدود بنسبة 70% (المسح الصحي السكاني لمصر 2014، مايو 2015، ص 185-186)

- بمعنى آخر، 9 من كل 10 من بين الفتيات والنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا خضعن لممارسة الختان، وفي الغالبية العظمى من المحافظات، ما لا يقل عن 7 من كل 10 فتيات وسيدات تعرضن لهذه الممارسة.

- كما يتضح أن هذه الممارسة أكثر شيوعًا إلى حد ما في المناطق الريفية، وفي الأسر الأقل ثراءً وبين الفتيات والنساء الأقل تعليماً، بمعنى آخر، تقل عملية الختان مع ارتفاع المستوى التعليمي وبين السيدات الأكثر ثراءً. وبالرغم من استمرار ممارسة ختان الإناث، إلا أن الإحصائيات كشفت عن انخفاض معدل هذه الممارسة على المستوى الوطني خاصة بعد عام 2000، ولكن هذا الانخفاض لا يجعل مصر على المسار الصحيح لتحقيق

أهداف التنمية المستدامة خاصة هدف القضاء على تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية ؛ لأن التقدم يجب أن يكون أسرع بحوالي 15 مرة للوصول إلى القضاء بحلول عام 2030. حيث لا يزال أكثر من نصف المصريين يعتقدون بوجوب استمرار هذه الممارسة، وإنها مطلوبة وفقاً لتعاليم الدين. (Unicef, Female Genital Mutilation in Egypt, 2020)

- **الأمراض المنقولة جنسياً (فيروس نقص المناعة المكتسبة-الإيدز):** بالرغم من أن وباء الإصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز لا يعد مرضاً خطيراً يهدد الصحة في مصر، إلا أنه هناك أدلة على تزايد أعداد المصابين به، حيث يقدر برنامج الإيدز التابع للأمم المتحدة وجود زيادة في معدل انتشار المرض من 200 حالة عام 1990 إلى متوسط 24 ألف حالة لعام 2020، وتصل نسبة الإصابات لكافة الأعمار 0.03 لكل 1000 من السكان في الدولة. (unaids, People living with HIV (all ages) in Egypt, 2020)

- في المقابل، اتخذت الحكومة المصرية خطوات لمكافحة المرض، أبرزها إنشاء البرنامج القومي لمكافحة الإيدز منذ اكتشاف أول حالة مصابة بالمرض، كما طور البرنامج شراكات مع وزارات التعليم والتعليم العالي ووزارة التضامن الاجتماعي، علاوة على الهيئات التابعة للأمم المتحدة والوكالات الدولية ومنظمة المجتمع المدني لمكافحة المرض، ونشر الوعي به، وتقديم رعاية أفضل للمصابين. (عثمان، ديسمبر 2016، ص 47-50)

- أيضاً وضعت استراتيجية قومية نشطة تغطي الفترة من 2015 إلى 2020، لها أهداف طموحة تتبنى وتتواءم مع الأهداف العالمية (90% من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشرية يعرفون حالتهم الصحية، و90% ممن يعرفون عن حالتهم الصحية مسجلون للعلاج، و90% من المتعالجين يستمرون حتى القضاء على الفيروس)، وهي الأهداف التي أقرت عالمياً بالإعلان السياسي في 2016 للقضاء على الإيدز نهائياً في 2030 (اليونسيف، البرنامج الوطني للقضاء على الإيدز، فبراير 2018).

معوقات تعرق تحقيق أهداف الصحة الإنجابية

تظهر مجموعة من التحديات تعيق تحقيق أهداف الصحة الجنسية والإنجابية في مصر، أبرزها ماكشف عنه المسح السكاني لعام 2014 من انخفاض مستوى التوعية حول الخدمات المقدمة لتنظيم الأسرة عن طريق الزيارات المنزلية أو نشر الوعي في الوحدات الصحية، حيث لا تتعدى نسبة 7% فقط من السيدات قد تمت زيارتهن في المنزل بواسطة أحد العاملين الميدانيين وناقش معهم تنظيم الأسرة، ونفس النسبة من السيدات اللاتي قامت بزيارة مكان يقدم خدمة صحية قد ناقشت تنظيم الأسرة خلال الزيارة مما يشير إلى وجود فرص كثيرة "ضائعة لتقديم معلومات وتحفيز المتزوجات على تنظيم الأسرة.

- وبمقارنة مستويات التعرض لرسائل الإعلام في 2014 مقارنة بإحصائيات 2005 و2008 يتضح انخفاض واضح في التعرض لرسائل تنظيم الأسرة، على سبيل المثال، نسبة السيدات التي تعرضن لرسائل تنظيم الأسرة من خلال التليفزيون قد انخفضت من حوالي 90% لعام 2005 إلى أقل من 40% في عام 2014، أيضاً انخفضت النسبة من خلال الراديو من حوالي 63% عام 2005 إلى 5% عام 2014 (المسح الصحي السكاني لمصر 2014، مايو 2015، ص. 86-88)

- الخط بين الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، فالأولى مفهوم واسع، لكن يفهم إنه قاصر فقط على المتزوجات. -عدم تفضيل بعض الإناث مناقشة قضايا الصحة الإنجابية مع الذكور سواء مع أطباء ذكور أو موظفين أو

متطوعين ذكور، ونفس الإشكالية عند الذكور، حيث يرفض كثير من الرجال التعامل مع طبيبه في مشكلاتهم الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية.

-النظرة إلى الخدمات المقدمة للصحة الإنجابية على إنها لها أهداف حقيقية لخدمة الأجانب والمنظمات العدائية.

- أغلب المعتقدات التي يتم مناقشتها في مجال الصحة الإنجابية غير مقبولة عند بعض الفئات باعتبار إنها تتناقض مع معتقداتهم الدينية مثل الختان أو تنظيم الأسرة وتقليل عدد المواليد.

أيضا تواجه العيادات الصديقة للشباب مجموعة من التحديات أبرزها، انخفاض تردد أغلب الناس على العيادات نظرا لعدم وجود دعاية كافية لها. كذلك هناك اعتقاد سائد لدى معظم الأسر إن تردد فتاة غير متزوجة على عيادة للصحة الإنجابية خاصة في المناطق الريفية فهذا يعطى انطباع على ارتكابها لعمل غير أخلاقي؛ لذلك قد يؤدي تردد الفتيات على تلك العيادات على تشويه سمعتهم.

- ترفض بعض الأسر تردد أبنائهم وبناتهم على تلك العيادة لأن الموضوعات التي يتم مناقشتها في العيادة غير مقبولة بالنسبة لهم من الناحية الدينية والاجتماعية مثل فترة البلوغ والأمراض المنقولة جنسيا.

- عدم قبول فكرة تواجد البنين والبنات في نفس المكان معا، وفقدان بعض الخصوصية عند إجراء حوار مع مقدم خدمة المعلومات في العيادة.

-بعض العاملين في هذه العيادات لم يتوفر لديهم معلومات كافية عن قضايا الصحة الإنجابية مما يجعلهم عاجزين عن تقديم المشورة صحيا. (حافظ، ديسمبر 2017، ص.20-25)

- وبالنسبة للإيدز، لا تزال الإحصائيات عن المصابين بمرض الإيدز غير دقيقة في مصر لعدد من الأسباب، أبرزها النظرة السلبية للمجتمع للمصابين، مما يجعلهم يعزفون عن اللجوء إلى خدمات الرعاية الصحية أو إظهار أى معلومات حول إصابتهم بالمرض، كما أن هناك مقاومة واسعة ضد حملات التوعية بالمرض وبثها في البرامج التلفزيونية أو الإذاعية أو كبرامج للتربية الجنسية في المدارس.(عثمان، ديسمبر 2016، ص.39-41)

التجربة الإندونيسية

- في عام 2020، بلغ معدل الخصوبة في إندونيسيا 2.27 طفل لكل امرأة، فقد انخفض معدل الخصوبة تدريجياً من 5.41 طفل لكل امرأة في عام 1971 إلى 2.27 طفل لكل امرأة في عام 2020 (knoema, Total Fertility rate in Indonesia, 2020).

- نجاح آخر في مجال تحسين صحة الأم والطفل، حيث كانت الفترات المتباعدة بين الولادات نتيجة لزيادة استخدام موانع الحمل عاملاً هاماً في انخفاض معدل وفيات الأطفال من 84 حالة في عام 1990 لكل 1000 طفل إلى 23 حالة في عام 2020، Mortality rate for children under 5 years old in Indonesia, 2020، بينما انخفض معدل وفيات الأمهات تدريجياً من 261 حالة وفاه لكل 100,000 ولادة حية في عام 2003 إلى 177 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2017. (World bank data، ma-ternal mortality rate in Indonesia, 2017)

-ارتفع معدل استخدام وسائل منع الحمل من 53.1% عام 1993 إلى 64% في عام 2017.(World bank data, Contraceptive prevalence in Indonesia, 2017)

- في عام 2020، بلغ معدل النمو السكاني في إندونيسيا 1.1%، فقد انخفض معدل النمو السكاني تدريجياً من 2.7% في عام 1971 إلى 1.1% في عام 2020. (Population growth rate in Indonesia, 2020). (World bank data)

تاريخ برنامج تنظيم الأسرة في إندونيسيا

- بدأت إندونيسيا برنامج تنظيم الأسرة منذ 1957، من خلال قيام جمعية تنظيم الأسرة (IPPA) بتقديم استشارات وخدمات تنظيم الأسرة، بما في ذلك رعاية الأم والطفل.

- وقد تأكد دعم خطة الحكومة لتنظيم الأسرة بانضمام الرئيس الإندونيسي في ذلك الوقت "محمد سوهارتو" إلى رؤساء الدول الآخرين في التوقيع على إعلان زعماء العالم في عام 1967 الذي اعتبر النمو السكاني السريع أحد أسباب إعاقة التنمية الاقتصادية.

- ولتعزيز التزامها أطلقت الحكومة سياستها السكانية، حيث بدأت في عام 1968 بإنشاء المعهد الوطني لتنظيم الأسرة، والذي أعيد تنظيمه ليصبح المعهد الوطني لتنسيق تنظيم الأسرة (NFPCB)، حيث يقدم تقاريره مباشرة إلى الرئيس.

- واعتمدت الحكومة الإندونيسية على أربع خطوات رئيسية وهي الوصول إلى المناطق الريفية، وتعزيز قواعد الأسرة الصغيرة، وإشراك القطاع الخاص، وتحسين جودة الرعاية.

- وقد طورت إندونيسيا من مفهوم تنظيم الأسرة فهو من وجهة نظرها ليس مجرد السيطرة على عدد المواليد، بل وفقاً لقانون عام 1992 يُعرّف تنظيم الأسرة بأنه "الجهود لزيادة اهتمام المجتمع ومشاركته في تأخير الزواج وضبط المواليد ورعاية الأسرة وتحسين رفاهية الأسرة لتكوين أسرة صغيرة وسعيدة ومزدهرة"، بحيث يكون الهدف النهائي لبرامج تنظيم الأسرة هو إضفاء الطابع المؤسسي على قاعدة الأسرة الصغيرة والسعيدة والمزدهرة.

- ولتحسين الوصول إلى هذا الهدف، سنت الحكومة القانون رقم 22 في عام 2000 بشأن اللامركزية، والتي تمكن الحكومات على مستوى المقاطعات من التخطيط وتنفيذ برامج التنمية الخاصة بكل منها، بما في ذلك تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية (Indonesia Demographic and Health Survey 2002-2003, December, p53-64, 2003).

- وبالرغم من وصول أندونيسيا إلى هدفها بتخفيض نسبة الخصوبة وتقليل معدل المواليد واقتناع الأسر الأندونيسية بأهمية ومميزات الأسرة الصغيرة، فما زالت تواصل إدخال تحسينات على جودة الخدمات المقدمة في مجال تنظيم الأسرة، حيث انضمت إندونيسيا إلى الالتزامات العالمية لـ FP2020 في عام 2012 لتلبية احتياجات شعبها من خدمات تنظيم الأسرة؛ وذلك من خلال زيادة استثماراتها المحلية لتنظيم الأسرة، على سبيل المثال، في عام 2017 قامت بتخصيص 1.6 مليار دولار أمريكي لبرنامج تنظيم الأسرة بين عامي 2015 و2019، وقامت كذلك بتوسيع نطاق خطة التأمين بحيث يتم إشراك القطاع الخاص وإدراج خدمات ما بعد الولادة وما بعد الإجهاد في المخطط، كما التزمت حكومة إندونيسيا بتعزيز النهج المتكامل لبرامج تنظيم الأسرة القائمة على الحقوق، حيث وضعت وزارة الصحة استراتيجية تنظيم الأسرة القائمة على الحقوق وخطة التنفيذ المحسوبة التكاليف (Family planning) (2017-2019) بالتنسيق مع وزارة التخطيط والمجلس الوطني لتنسيق تنظيم الأسرة. (partnership 2030 Indonesia, 2020)

عناصر نجاح التجربة الأندونيسية

- **الدعم الديني والمجتمعي:** ووضعت حكومة إندونيسيا عدة برامج لتنظيم الأسرة وتطويرها بالتعاون مع القادة الدينيين والمجتمعيين، فقد جاءت شراكة تنظيم الأسرة لتشمل عناصر من القطاع الخاص، والجمعيات المهنية مثل جمعية القابلات الإندونيسيات، والجمعية الإندونيسية لأطباء التوليد وأمراض النساء، ومنظمات الرعاية الاجتماعية القائمة على الدين مثل الجمعية الإسلامية، منظمات المحمدية ونهضة العلماء.

- **مفهوم الأسرة الصغيرة السعيدة المزدهرة:** تبنت إندونيسيا هذا المفهوم، ووضعت كميّار اجتماعي جديد، (USAID, BKKBN, June 2006, p7) وعملت على إقناع السكان به وبمميزاته من خلال عدد من الوسائل المختلفة خاصة وسائل الإعلام التي شملت الإذاعة والتلفزيون والصحف مع البرامج المباشرة والدراما والتقارير والمناقشات والمسلسلات المنتظمة. بحيث يتم عرض البرامج التلفزيونية والإذاعية لتنظيم الأسرة في كل من المحطات المركزية والإقليمية التي تديرها الحكومة والقطاع الخاصي جميع أنحاء الدولة.

- **دور العاملون الميدانيون والمتطوعون في مجال تنظيم الأسرة:** اعتمدت الحكومة الإندونيسية في نشر الوعي والمعلومات بأهمية تنظيم الأسرة كذلك على العاملون في تنظيم الأسرة والمتطوعون، وخاصة العاملون الميدانيون ومشرفو العمل الميداني والكوادر المجتمعية في القرى، والتعاون مع المنظمات المجتمعية مثل نوادي الأمهات والجماعات الدينية والمنظمات النسائية، بحيث يركز العاملون في تنظيم الأسرة جهودهم على توفير معلومات حول تنظيم الأسرة، وتشجيع استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وتسجيل إحصاءات الخدمات (Indone- sia Demographic and Health Survey 2002-2003, December 2003, p.56).

- **الدعم الدولي:** الشراكة الناجحة بين المجلس الوطني لتنسيق تنظيم الأسرة في إندونيسيا (BKKBN) والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية. لأكثر من نصف قرن، لعبت الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية دورًا داعمًا رئيسيًا في قصة نجاح إندونيسيا، حيث قدمت الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية المساعدات المالية وعملت جنبًا إلى جنب مع BKKBN وشركائها الآخرين لتطوير قدرة المنظمات المحلية على تعزيز تنظيم الأسرة، وتعزيز أمن وسائل منع الحمل، وتقديم نوعية جيدة من خدمات الصحة الإنجابية على الصعيد الوطني.

- كما طور BKKBN والوكالة الأمريكية للتنمية الدولية وشركاء آخرون أدوات ومعايير لتقديم برامج تنظيم الأسرة المستدامة وفقا للمعايير الدولية لجودة الرعاية، أحد الأمثلة على ذلك، هو نشر المبادئ التوجيهية لتقديم خدمات تنظيم الأسرة، وهو أول دليل شامل للأطباء، والذي تبنته المنظمات المهنية. بالإضافة إلى مبادرة Blue Circle المصممة لتوفير خدمات عالية الجودة ومبادرة BKKBN المختصة بتوفير قابلات مدربات بجودة عالية (USAID, BKKBN, June 2006, p.8-11)

- يتعاون صندوق الأمم المتحدة للسكان مع المجلس الوطني للسكان وتنظيم الأسرة (BKKBN) ووزارة الصحة (MOH) لتطوير وتنفيذ استراتيجيات تنظيم الأسرة القائمة على الحقوق، وضمان السياسة المناسبة لتنظيم الأسرة في إطار مخطط التغطية الصحية الشاملة. (unfpa, Rights-Based Family Planning, Indonesia) (2022)

- **حجم القطاع الخاص في تقديم خدمات تنظيم الأسرة:** نمت حصة القطاع الخاص في السوق لخدمات تنظيم الأسرة بشكل كبير، حيث أصبح يساهم بنسبة 72% من توفير وسائل منع الحمل وفي تقديم خدمات تنظيم الأسرة، وما يقرب من 90% من مستخدمي تنظيم الأسرة يدفعون مقابل الحصول على الخدمات،

في مقابل اقتصار القطاع العام على خدمة الفقراء أو الذين لا يستطيعون الدفع. فقد أصبح التركيز الجديد على خدمات القطاع الخاص معروفاً باسم **تنظيم الأسرة المعتمد على الذات** (Ekorian & others, July 2018, p9)

- **التغلب على مجموعة من العوائق:** ركزت خطة الحكومة على التغلب على مجموعة من العوائق أمام تقديم خدمات تنظيم الأسرة، على سبيل المثال لا الحصر، سكان الريف المنتشرون عبر 13000 جزيرة، والمستويات المرتفعة من الفقر والأمية، والمواقف الاجتماعية والدينية المحافظة، وثقافة العائلة الكبيرة، حيث نجحت جهود الحكومة في تغيير المواقف المحافظة حول الإنجاب وفي تمكين الأزواج من تبني "الأسرة الصغيرة والسعيدة والمزدهرة" كمعيار اجتماعي جديد، أيضاً توفير وصول واسع النطاق إلى مجموعة من وسائل منع الحمل والخدمات عالية الجودة في جميع أنحاء الدولة (USAID, BKKBN, June 2006, P. 7)

تحديات التجربة الإندونيسية

- في كثير من الأحيان تحرم النساء غير المتزوجات أو اللاتي ليس لديهن أطفال من النطاق الكامل لخدمات منع الحمل المتاحة، ويرجع ذلك جزئياً إلى وجهات النظر المحددة حول أدوار الجنسين وأهمية الإنجاب.

- لا يزال استمرار معارضة بعض التوجهات الدينية لتنظيم الأسرة، والثقافة التقليدية، علاوة على غياب استخدام وسائل الإعلام الجديدة، وخاصة وسائل التواصل الاجتماعي في نشر الوعي حول خدمات تنظيم الأسرة.

- لا يزال في إندونيسيا، معدل إنجاب الأطفال في سن 15-19 عاماً في المناطق الريفية هو أكثر من ضعف معدل في المناطق الحضرية، مما دفع الحكومة بتركيز جهودها في السنوات القادمة على سكان الريف، وخاصة الذين يفتقرون للوصول إلى مرافق الرعاية الصحية الثابتة مثل أولئك الذين يعيشون في المناطق والجزر النائية، والمناطق الحدودية، وفي مناطق الأحياء الفقيرة من خلال زيادة أنشطة الخدمات المتنقلة. (Seiff, February 2014)

خلاصة القول بأن نجاح تاريخ تنظيم الأسرة في إندونيسيا جاء نتيجة لمجموعة من العوامل المترابطة والمتزامنة أبرزها تغيير وعي المواطنين وحماسهم حول الأسرة الصغيرة، ثانياً التنسيق والتوافق بين الحكومة الإندونيسية والقطاع الخاص والمنظمات الدينية والجهات المانحة الخارجية خاصة الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، علاوة على زيادة التعليم بين النساء (مما يؤخر الزواج)، وزيادة السن عند الولادة الأولى، والبعد بين الولادات، فقد وصل الفارق بين الولادة الأولى والثانية إلى 54 شهراً، (Indonesia Demographic and Health Survey 2002-2003, December 2003, p48) وزيادة الرغبة في إنجاب عدد أقل من الأطفال، وزيادة استخدام وسائل منع الحمل، حيث وصل نسبة استخدام هذه الوسائل في عام 2017 إلى 64%.

التجربة الماليزية

- في عام 2020، بلغ معدل الخصوبة في ماليزيا 1.7 طفل لكل امرأة، فقد انخفض معدل الخصوبة تدريجياً من 4.9 طفل لكل امرأة في عام 1970 إلى 1.7 طفل لكل امرأة في عام 2020 (Total Fertility rate) (in Malaysia, 2020)

- انخفض معدل وفيات الأطفال من 16.6 حالة في عام 1990 لكل 1000 طفل إلى 8.6 حالة في عام 2020، (Under-five mortality rate in Malaysia 2020) بينما انخفض معدل وفيات الأمهات تدريجياً من 38 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2000 إلى 29 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2017. (maternal mortality rate in Malaysia, 2017)

- ارتفع معدل استخدام وسائل الحمل في ماليزيا من 33 % عام 1974 إلى 52.2 % عام 2014 (Contraceptive use rate in Malaysia, 2014)

- في عام 2020، بلغ معدل النمو السكاني لماليزيا 1.3 %. انخفض معدل النمو السكاني لماليزيا تدريجياً من 2.4 % عام 1971 إلى 1.3 % عام 2020 (Malaysia's population growth rate, 2020)

تاريخ برنامج تنظيم الأسرة في ماليزيا

- بدأت حركة تنظيم الأسرة التطوعية في عام 1938 بمبادرة من مجموعة من الأطباء الذين شكلوا لجنة لتقديم المشورة والخدمات في مجال تنظيم الأسرة، وتطورت اللجنة إلى إنشاء أول جمعية لتنظيم الأسرة FPA في كوالالمبور في عام 1953، وتبع ذلك إنشاء جمعيات في مختلف أنحاء الدولة، حيث إنه بحلول عام 1962، تم إنشاء FPAs في كل ولاية من الولايات الـ 11 في ماليزيا، ووسعت من نطاق خدماتها لتشمل بجانب خدمات تنظيم الأسرة أيضاً خدمات الصحة الإنجابية والجنسية.

- تتميز هذه الجمعيات بأن أعضائها المؤسسين وداعميها من الأطباء، وسيدات رجال الأعمال والسياسين، فكانت في ذلك الوقت "شريفة روضة"، زوجة رئيس الوزراء الراعي الأول لـ FFPA، حيث كانت في وضع يمكنها من تجنيد الموارد البشرية والمالية لتوسيع وتعزيز أنشطة تنظيم الأسرة (Robinson & A. Ross, 2007, p. 259-260)

حتى أوائل الستينيات، لم يتم دمج تنظيم الأسرة في خطط التنمية، لأنه كان يُنظر إلى ماليزيا على أنها تعاني من قلة عدد السكان نسبياً ولم تدعم الحكومة هذه الأنشطة، لكن مع إجراء الدراسات حول معدل البطالة والعمالة في ذلك الوقت تأكدت خطورة ارتفاع معدلات النمو السكاني كعقبة أمام التنمية، مما دفع الحكومة إلى تبني سياسة تنظيم الأسرة وجعلها جزءاً من حزمة صحية أوسع لتحسين صحة الأمهات والأطفال ورفاهية الأسرة، حيث تتضمن أهداف خدمات تنظيم الأسرة تحسين حياة الأسرة والوضع الاجتماعي والاقتصادي للمرأة، بحيث يؤدي التعليم والفرص المتاحة للمرأة إلى خفض معدل الخصوبة بشكل غير مباشر. (Robinson & A. Ross, 2007, P.261)

عناصر نجاح التجربة الماليزية

- الأداة التشريعية والمؤسسية: في عام 1966، أقر البرلمان الماليزي قانون تنظيم الأسرة الوطني "الذي أنشأ المجلس الوطني لتنظيم الأسرة NPFDB لصياغة سياسات وأدوات لتعزيز ونشر المعرفة والممارسات المتعلقة بتنظيم الأسرة على أساس صحة الأمهات والأطفال ورفاهية الأسرة. وكان الهدف الأساسي تشجيع النساء المتزوجات على استخدام وسائل منع الحمل. وكان الهدف المعلن هو خفض معدل النمو السكاني الوطني إلى 2 % سنوياً، وتركزت الخدمات في البداية في المناطق الحضرية، لكنها توسعت لتشمل المناطق الريفية من خلال العيادات الخاصة والوحدات المتنقلة.

ويعتبر هذا المجلس بمثابة هيئة مستقلة تتبع رئيس الوزراء مباشرة له سبعة أهداف: (1) صياغة سياسات وطرق لتعزيز معرفة وممارسة تنظيم الأسرة مع التركيز على صحة الأمهات والأطفال ورفاهية الأسرة (2) برمجة وتنسيق وإدارة أنشطة تنظيم الأسرة الوطنية (3) مسؤولية تدريب جميع الأفراد المشاركين في أنشطة تنظيم الأسرة (4) المسؤولية عن إجراء البحوث على الأساليب الطبية والبيولوجية الخاصة بتنظيم الأسرة (5) إجراء الدراسات والبحوث حول التغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والسكانية المتعلقة بتنظيم الأسرة (6) إنشاء آليات تقييم لنقييم دوري لفعالية البرنامج والتقدم نحو تحقيق الأهداف الوطنية و(7) تعيين الأطباء والمساعدين المسؤولين عن التوعية بتنظيم الأسرة. (Akir, et al., 2020, p.19)

- **الأداة الدينية:** اعتمدت الحكومة الماليزية عند إطلاق البرنامج الوطني لتنظيم الأسرة أولاً الحصول على دعم رجال الدين، حيث آثار التخوف من أن تنظيم الأسرة مخالفاً لتعاليم الإسلام، حيث جاء رد الهيئة الدينية الرسمية في الدولة على أن تنظيم الأسرة لا يتعارض مع تعاليم الدين طالما أن الحكومة ليس لديها نية لإجبار أي شخص مسلمين أو غير مسلمين، على قبول خدمات تنظيم الأسرة.

- **الدعم الدولي:** لعبت المساعدة الخارجية دوراً مهماً في المراحل الأولى من برنامج تنظيم الأسرة من خلال الوكالات الدولية والمؤسسات الأجنبية، مثل مؤسسة فورد، مجلس السكان السويدية للتنمية الدولية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، كما قدم الصندوق والبنك الدولي مساعدات مالية وتقنية كبيرة.

- **توافر المرافق الصحية:** يتم تنفيذ خدمات تنظيم الأسرة من خلال نهج متعدد القطاعات بين الوكالات المنفذة، حيث يعمل NPFDB كمنسق بينهم، حيث يتم تقديم خدمات تنظيم الأسرة حالياً من خلال شبكة واسعة من العيادات سواء التابعة لمجلس تنظيم الأسرة وعيادات وزارة الصحة، وعيادات FPAs، والعيادات العسكرية، علاوة على العيادات المتنقلة، كما تتوفر خدمات تنظيم الأسرة في المستشفيات العامة والخاصة والمراكز الصحية الحضرية والمصانع والعيادات، كما يتم توفير الخدمات في المناطق الريفية. (Robinson & A. Ross, 2007, P. 262-263)

وقد دعمت خدمات تنظيم الأسرة من خلال دمجها في نظام الصحة الشامل وربطها بجهود الصحة الإنجابية.

- **توفير البيانات والإحصائيات حول نتائج برامج تنظيم الأسرة:** تقوم الحكومة بإجراء مسح الحياة الأسرية الماليزي (MFLS) بشكل دوري لنقييم برامج تنظيم الأسرة، والحصول على معلومات مفصلة مثلاً لزوج وتوقيت الولادات، واستخدام موانع الحمل ووفيات الأمهات والأطفال، وقياس انعكاس تخصيص موارد الأسرة على وضع المرأة. (Babiarz, et al., December 2007, p1)

- **خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين:** توفر وزارة الصحة الماليزية بشكل أساسي معلومات وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية عبر العيادات التي تقدم خدمات متعددة التخصصات بشراكة مع NPFDB و FRHAM ووكالات أخرى مثل وزارة التربية والتعليم، حيث وفرت وزارة الصحة المبادرات لتوفير خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والمتزوجين وغير المتزوجين.

وبصفة عامة يتم تقديم الخدمات والبرامج بشكل رئيسي بواسطة ثلاث هيئات أساسية، وهي: وزارة الصحة، ومجلس التنمية الأسرية (NPFDB) واتحاد جمعيات الصحة الإنجابية (MianLim (ed), 2020, FRHAM. (p.10-11)

وبصفة عامة يعود الانخفاض في معدل الخصوبة الإجمالي بشكل رئيسي إلى تأخير المزيد من النساء الماليزيات للزواج وإنجابهن لعدد أقل للأطفال لمتابعة تعليمهن ووظيفتهن، حيث يتضح من خلال العدد المتزايد

للإناث المشاركة في القوى العاملة، والتي زادت من 46.1% في 2007 إلى 55.8 في 2019 (Female Labour Participation Rate, Malaysia, 2019)

تحديات التجربة الماليزية

تواجه ماليزيا مشكلة شيخوخة السكان وانخفاض الخصوبة وتأثيرها السلبي على القوى العاملة، مما دفع الحكومة في الخطة الاستراتيجية الثانية للسكان إلى التوازن بين معالجة تدهور الخصوبة على المدى الطويل، واستمرار خدمات الصحة الإنجابية لتعزيز صحة السكان.

التجربة الإيرانية

- في عام 2020، بلغ معدل الخصوبة في إيران 2.15 طفل لكل امرأة، فقد انخفض معدل الخصوبة تدريجياً من 6.68 طفل لكل امرأة في عام 1970 إلى 2.15 طفل لكل امرأة في عام 2020. (Total Fertility rate in Iran, 2020)

- انخفض معدل وفيات الأطفال من 57.5 حالة في عام 1990 لكل 1000 طفل إلى 12.9 حالة في عام 2020، (Under-five mortality in Iran, 2020) بينما انخفض معدل وفيات الأمهات تدريجياً من 48 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2000 إلى 16 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 2017. (Maternal mortality in Iran, 2017)

- ارتفع معدل استخدام وسائل الحمل في إيران من 49% عام 1990 إلى 77% عام 2011 (Contraceptive use rate in Iran, 2011)

- في عام 2020، بلغ معدل النمو السكاني في إيران، 1.3، حيث انخفض المعدل تدريجياً من 2.65 في عام 1971 إلى 1.3 عام 2020 (population growth rate in Iran, 2020)

تاريخ برنامج تنظيم الأسرة في إيران

- في عام 1967 كانت أول سياسة لتنظيم الأسرة في إيران في عهد الشاه رضا بهلوي، حيث هدفت إلى تسريع النمو الاقتصادي وتحسين وضع المرأة، وقد تم تفعيل ذلك من خلال إصلاح قوانين الطلاق، وتشجيع توظيف الإناث، والاعتراف بتنظيم الأسرة كحق من حقوق الإنسان.

- ولكن تم التراجع عن هذه المبادرة في عام 1979 مع اندلاع الثورة الإسلامية، حيث كان يُنظر إلى برامج تنظيم الأسرة على أنها تأثيرات وأفكار غربية، كما دفعت حرب إيران مع العراق بين 1980 و1988، إلى رؤية العدد الكبير من السكان على أنه ميزة نسبية. وبناءً على ذلك، شجع آية الله الخميني الإنجاب لزيادة عدد الجيش الإيراني.

- أدى هذا الموقف القوي المؤيد للإنجاب إلى ارتفاع معدل نمو السكان بنسبة تزيد عن 3% سنوياً، وتظهر بيانات الأمم المتحدة أن عدد سكان إيران تضاعف في غضون 20 عامًا فقط من 27 مليوناً في عام 1968 إلى 55 مليوناً في عام 1988.

- لكن تسببت الحرب في خسائر اقتصادية كبيرة نتج عنها نقص في الوظائف، ومع بدء إيران في مرحلة إعادة الإعمار، أصبح النمو السكاني السريع عقبة أمام التنمية، مما دفع المرشد الأعلى آية الله الخميني إلى إعادة

فتح الحوار حول موضوع تحديد النسل، وفي عام 1989 أعادت إيران إحياء برنامجها الوطني لتنظيم الأسرة.

- وقد ارتكز البرنامج على تحقيق 3 أهداف رئيسية، أولاً المباشرة بين الولادات، قصر حجم الأسرة على ثلاثة أطفال، خفض إنجاب النساء الأصغر من 18 عاماً أو أكبر من 35 عاماً أو منع الحمل المبكر.

عناصر نجاح التجربة الإيرانية

اعتمدت سياسة تنظيم الأسرة في إيران على مجموعة من الأدوات المتزامنة مع بعضها البعض:

- **الأداة التشريعية:** ففي مايو 1993، أصدرت الحكومة الإيرانية قانون تنظيم الأسرة الوطني الذي شجع بشكل فعال الأزواج على إنجاب عدد أقل من الأطفال من خلال تقييد مزايا إجازة الأمومة بعد ثلاثة أطفال.

- **الأداة التعليمية:** فُرض على وزارات التربية والتعليم والثقافة والتعليم العالي والصحة والتعليم الطبي إدراج معلومات عن السكان وتنظيم الأسرة ورعاية صحة الأم والطفل في مواد المناهج الدراسية.

- **الأداة الإعلامية:** طُلب من وزارة الثقافة الإسلامية والإرشاد السماح لوسائل الإعلام برفع مستوى الوعي بقضايا السكان وبرامج تنظيم الأسرة، كما تبنت إذاعة جمهورية إيران الإسلامية بث مثل هذه المعلومات.

- **الأداة الدينية:** دعم الزعماء الدينيين العائلات الصغيرة، وتم إدراج قضايا تنظيم الأسرة في الخطاب الديني بشكل مكثف، كما أصدرت فتاوى دينية بأن منع الحمل لا يتعارض مع المبادئ الإسلامية، والتشجيع على استخدام جميع أنواع وسائل منع الحمل، مما يعني أنه كان هناك اتفاق من كل من كبار القادة الدينيين وصناع السياسة، مما ضمن هذا قبول شعب إيران لتنظيم الأسرة من وجهة نظر الدين.

- **توفير تمويل برنامج تنظيم الأسرة:** حولت إيران الأموال الموفرة من تخفيض إجازة الأمومة إلى تمويل البرامج التعليمية المعنية بتنظيم الأسرة، كما كانت تغطي الحكومة في ذلك الوقت حوالي 80% من تكاليف تنظيم الأسرة.

- **انتشار المراكز الصحية:** تعتمد الحكومة على توفير خدمات تنظيم الأسرة على شبكة المراكز الصحية منتشرة في جميع أنحاء الجمهورية، بينما في المناطق النائية، يتم تنفيذ هذه الخدمات من خلال العيادات المتنقلة لأكثر من 80% من السكان في إيران.

- **مشاركة الرجال في برامج تنظيم الأسرة:** تتمثل إحدى نقاط القوة في ترويج إيران لتنظيم الأسرة في مشاركة الرجال، حيث يجبر كلا من الرجال والنساء على حد سواء أخذ فصل دراسي حول وسائل منع الحمل الحديثة قبل الحصول على رخصة الزواج، كما هي الدولة الوحيدة في المنطقة التي لديها مصنع للواقيات الذكرية معترف به من قبل الحكومة، وتعتبر إيران أول دولة إسلامية تجيز إجراء عمليات تعقيم للذكور والإناث، علاوة على توفير مختلف وسائل منع الحمل مجاناً. (Larsen, August 2003)

- **تنفيذ برامج الصحة الجنسية والإنجابية للشباب:** نفذت إيران مجموعة من هذه البرامج التي تخدم هدفها الأصلي لتقليل عدد السكان، مثل برامج المشورة الإلزامية قبل الزواج واستلام شهادة كشرط من شروط الزواج، لأن هدف البرنامج هو زيادة مشاركة الذكور ومسؤوليتهم في تنظيم الأسرة.

- كذاك تطوير وتنفيذ عدد من البرامج التعليمية التي توفر معلومات عن صحة المراهقين، والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، وفيرس نقص المناعة البشرية / الإيدز، من خلال برامج تعليمية في المدارس والجامعات،

بشرط أن يكون محتواها مناسباً لظروف ولأعمار الشباب، ويتم ذلك بإشراف الوالدين. (Vakilian, et al., Mar 2011)

ونتيجة للسياسات الحكومية المتزامنة، فقد انخفض معدل الخصوبة الكلي (TFR) في إيران من 6.5 في عام 1976 وصولاً إلى أقل معدل للخصوبة في 2012 بنسبة 1.6 ولادة لكل امرأة، ومن السمات التي جعلت تجربة إيران فريدة من نوعها، هي انخفاض معدل الخصوبة الإجمالي في المناطق الريفية (جنباً إلى جنب مع المدن)، من 8.1 في عام 1976 إلى 2.4 مولود لكل امرأة في عام 2000. ومع ذلك، فاقت سرعة ومستوى الانخفاض في معدل الخصوبة الإجمالي التوقعات؛ حيث تم تحديد الهدف الرسمي الأول لإيران في خفض معدل الخصوبة الإجمالي إلى 4.0 مولود لكل امرأة بحلول عام 2011، لكنه انخفض المعدل بالفعل إلى 2.0 بحلول عام 2000 وقد أدى الانخفاض الملحوظ في مستوى الإنجاب وكذلك زيادة صحة الأم والطفل إلى جعل إيران نموذجاً يحتذى به في جميع أنحاء العالم، وتم منح وزير الصحة - علي رضا ماراندي - إنذاك جائزة من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO) في عام 2001 عن برامج تنظيم الأسرة الإيرانية الفعالة والناجحة تحت إشرافه (Kar-amouzia et al., 2014, p. 231)

تحديات التجربة الإيرانية

-على الرغم من تجربة إيران الناجحة، فقد تغير نهجها إلى رفع الدعم عن خدمات تنظيم الأسرة خاصة منذ تولي الرئيس الإيراني أحمدى نجاد الحكم في إيران، الذي اعترض على انخفاض عدد السكان وأيده في ذلك المرشد الأعلى، وبالفعل تم اتخاذ خطوات للتحويل عكس السياسات السابقة، من خلال تقييد الوصول إلى استخدام موانع الحمل للحد من الولادة، وتخفيض ميزانية برنامج تنظيم الأسرة إلى حد كبير، ومحاولة الحكومة جعل خدمات تنظيم الأسرة غير متوفرة أو باهظة الثمن، علاوة على ذلك، حظر البرلمان الإيراني مؤخراً عمليات التعقيم إلا لإنقاذ حياة الشخص. وبناءً على هذا التشريع، فإن أي ممارس طبي يثبت إجراء أي عملية جراحية تقلل الخصوبة، قد يواجه عقوبة تصل إلى السجن لمدة خمس سنوات (Karamouzia, et al., 2014 P 232-233)

-وتأكيداً على توجه الحكومة الجديد، فقد أصدر البرلمان الإيراني „ قانون ”السكان الشباب وحماية الأسرة“ في نوفمبر 2021، لزيادة عدد المواليد ورفع معدلات النمو السكاني، من خلال تقويض المكاسب التي تحققت في مجال تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية، فهو يشدد على حق الإجهاض، ومنع الحمل، وخدمات التعقيم الطوعي والمعلومات ذات الصلة، حيث يحظر القانون التوزيع المجاني لوسائل منع الحمل، ويفرض حظراً على التعقيم الطوعي للرجال والنساء، باستثناء بعض الحالات لأسباب صحية، (Nori, November 2021) مما أدى إلى العودة إلى ارتفاع معدل الخصوبة من 1.8 عام 2010 إلى 2.4 عام 2020 (Total fertility in Iran, 2020)

وينتهك هذا القانون حقوق الصحة الجنسية والإنجابية للنساء الإيرانيات، كما يمثل انتهاكاً للحق في الحياة والصحة، والحق في عدم التمييز والمساواة، حيث أن تقييد وصول النساء إلى السلع والخدمات المجانية لمنع الحمل سيؤدي إلى الحمل غير المرغوب فيه وارتفاع معدل وفيات الأمهات. وقد يسهم هذا القانون في زيادة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وغيره من الأمراض المنقولة جنسياً، وسيؤدي إلى زيادة الإجهاض غير القانوني (Nori, November 2021)

الخاتمة

تعتبر الصحة الإنجابية عامل من عوامل تحقيق التنمية وضمان الوفرة الاجتماعية والاقتصادية، لأنها تهدف إلى تحسين صحة المواطن وتقليل معدلات المرض والوفاة بما ينعكس إيجابيا على الإنتاجية وتوجيه الموارد إلى مشاريع تنموية.

وبالرغم من أهميتها فإنها تواجه مجموعة من التحديات أبرزها نقص الموارد، عدم التخطيط والتنسيق الجيد بين الجهات المنفذة لأهداف الصحة الإنجابية والخلط بين مفهوم الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، والأفكار المحافظة.

وقد تبنت مصر أهداف الصحة الإنجابية وأدرجتها في استراتيجياتها الصحية والسكانية، وحققت إنجازات في بعض الأهداف مثل خفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال، وانتشار استخدام وسائل منع الحمل، والمباعدة بين الولادات، وتوفير وتحسين الرعاية للأم والطفل، في المقابل لا تزال مصر تواجه إخفاقات في بعض قضايا الصحة الإنجابية أبرزها استمرار ارتفاع معدل الخصوبة إلى 3.4 طفل لكل امرأة، وارتفاع كذلك معدلات النمو السكاني، واستمرار ظاهرة الختان، والزواج المبكر.

كذلك من ضمن التحديات هو تراجع نشر الوعي بأهمية الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، فقد كشفت إحصائيات المسح السكاني لعام 2014 عن تراجع الرسائل عن الصحة الإنجابية من 90% إلى 50% عبر التلفزيون، و5% عبر الراديو، أيضا استمرار الأفكار المحافظة عن الرغبة في العدد الكبير من الأطفال ودعم ممارسة الختان وذلك لأسباب دينية.

وبالنسبة إلى التجارب الدولية في إندونيسيا وإيران وماليزيا ونجاحهم في خفض معدلات الخصوبة، تظهر عوامل مشتركة بين التجارب الثلاث ساعدت على نجاح سياستهم الإنجابية وهي الدعم الديني، فالدول الثلاث وهي دول إسلامية، استطاعت حشد الدعم الديني حول ضرورة تنظيم الأسرة مما كان له أكبر الأثر في إقناع المواطنين بهذا الهدف، كذلك دعم حكومات الدول الثلاث وشرعنة التعقيم للذكور والإناث كوسيلة من وسائل منع الحمل، وتشجيع المواطنين على هذه الوسيلة بجانب الوسائل الأخرى، أيضا تركيز حكومات هذه الدول الثلاث إلى ضمان وصول خدمات الصحة الإنجابية إلى المناطق النائية والريفية التي تتسم بارتفاع معدلات الخصوبة، وعامل آخر مهم هو نشر الوعي بخدمات الصحة الإنجابية سواء عبر وسائل الإعلام المختلفة الحكومية والخاصة، وعن طريق العاملون والمتطوعون الميدانيون.

وبناء على ذلك، يمكن للحكومة المصرية الاستفادة من هذه التجارب الناجحة في تبني الأدوات التي تناسب طبيعة المجتمع المصري، ومن أهم الأدوات التي يجب أن يركز عليها القائمون على تنفيذ أهداف الصحة الإنجابية هي الحصول على الدعم الديني، لأن في مصر لا تزال الأفكار الدينية المحافظة تسيطر على بعض قضايا الصحة الإنجابية مما تجعل المواطنين يحجمون عن الاقتناع بها، كذلك ضرورة نشر الوعي بأهداف الصحة الإنجابية عبر مختلف وسائل الإعلام وخاصة وسائل التواصل الاجتماعي باعتبارها أكثر الوسائل مشاهدة في الفترة الحالية، أيضا ضرورة توفير خدمات الصحة الإنجابية بالمجان أو أسعار مخفضة وتحسين جودة الخدمات المقدمة حتى تقبل عليها السيدات، وأخيرا وليس آخرا القيام بدراسات ميدانية دورية للوقوف على المعتقدات المعيقة لتحقيق أهداف الصحة الإنجابية والعمل على مواجهتها بالوسائل المختلفة علاوة على التقييم الدوري للخدمات التي تقدمها الجهات المعنية بالصحة الإنجابية.

المراجع

المراجع العربية

إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية وشعبة السكان، الأمم المتحدة.(2002). السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على فيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، تقرير موجز .

حافظ، زينب وآخرون.(2007، ديسمبر). توفير احتياجات الصحة الإنجابية للشباب في مصر: التقييم الكمي للعيادات الصديقة للشباب، الهيئة الدولية لصحة الأسرة والجمعية المصرية لتنظيم الأسرة.

وزارة الصحة.(مايو2015). المسح الصحي السكاني لمصر 2014

عثمان، ماجد.(2016 ديسمبر). تحليل الوضع السكاني: مصر 2016، المركز المصري لبحوث الرأي العام (بصيرة).

اليونسيف.(2018 فبراير). اليونسيف تقدم الدعم لبرنامج الوطني للقضاء على الإيدز بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان المصرية، تم الاسترجاع من الموقع <https://www.unicef.org/egypt/ar/hivaid>

زيدان، منى.(2021،يناير،13). الصحة: تقديم خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية لـ1.483 مليون سيدة خلال 2021، جريدة الشروق، تم الاسترجاع من الرابط، <https://bit.ly/3lhMyBn>

عزت، المرسي.(2021، يونيو9). وزيرة الصحة: إطلاق قوافل مجانية لتنظيم الأسرة في 4 محافظات، جريدة المال نيوز، تم الاسترجاع من الرابط، <https://bit.ly/3lkU7r1>

الصبيحي، عبد الله. (2021، أغسطس14). إطلاق حملة تشييطية لتقديم خدمات الصحة الإنجابية بالمجان في 10 محافظات، بوابة الأهرام، تم الاسترجاع من الرابط، <https://gate.ahram.org.eg/News/2894043.aspx>

عبد الوهاب، خالد.(2021، نوفمبر28). شراكة بين صندوق الأمم المتحدة للسكان بمصر ووزارة الشباب للتوعية بقضايا السكان والصحة الإنجابية، موقع الأمم المتحدة، تم الاسترجاع من الرابط <https://news.un.org/ar/story/2021/11/1087982>

المراجع الأجنبية

Akir, Hairil Fadzly Md.et al. .(2020). Situational analysis on family planning and reproductive health education in Malaysia and other selected Muslim countries, National Population and Family Development Board (NPFDB)

Babiarz, Kimberly Singer et al. .(2007 December). Family Planning and Fertility Behavior: Evidence from Twentieth Century Malaysia, (Working Paper 470), The Center for Global Development,

- Department of Statistical Malaysia Official Portal Female. (2019). Labour Participation Rate, Retrieved from, <https://bit.ly/3ltjtmC>
- Department of Statistics, Malaysia official portal. (2020). Total Fertility rate in Malaysia, Retrieved from, <https://bit.ly/3LJwISi>
- Ekorian, Mario et al.. (2018, July). Family Planning in Indonesia: Sub-National Heterogeneity and Strategic Priorities, Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/330619452>,
- Family Planning Partnership. (2020). Indonesia commitment maker since 2012, Retrieved from, <https://fp2030.org/indonesia>
- Indonesia Demographic and Health Survey 2002–2003. (December 2003). Statistics Indonesia, National Family Planning Coordinating Board,
- Karamouzia, Mohammad et al. (2014 Oct). Iran's shift in family planning policies: concerns and challenges, National Center for Biotechnology Information, Retrieved from, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4204741/>
- Knoema data platform. (2020). Total Fertility rate in Indonesia, Retrieved from, <https://knoema.com/atlas/Indonesia/topics/Demographics/Fertility/Fertility-ratehttps://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=ID>
- Knoema data platform .(2020). Total Fertility rate in Indonesia, Retrieved from, <https://knoema.com/atlas/Indonesia/topics/Demographics/Fertility/Fertility-rate>
- Larsen, Janet .(2003, August 3). Iran: A Model for Family Planning? Could Iran serve as an example of how best to curtail world overpopulation, Retrieved from, <https://www.theglobalist.com/iran-a-model-for-family-planning/>
- MianLim, Hwei (ed). (2020). Country profile on universal access to sexual and reproductive health Malaysia, the Federation of Reproductive Health Associations , Malaysia, Nori, Sajad .(2021, 16 November). Iran death penalty threat for abortion unlawful: UN rights experts ,Retrieved from ,<https://news.un.org/en/story/2021/11/1105922>
- Robinson, Warren C. and A. Ross, John (Editors). (2007). The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs, 2007 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
- Seiff, Abby. (2014, February 22). Indonesia to revive national family planning programme, THE LANCET, volume 383, (ISSUE 9918) Retrieved from, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60244-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60244-0/fulltext)

Statista, The Statistics Portal for Market Data. (2020). Total Fertility rate in Iran, Retrieved from, <https://www.statista.com/statistics/1069654/fertility-rate-iran-historical/>

UNAIDS Data.(2020). People living with HIV (all ages) in Egypt, Retrieved from, <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/egypt>

UNFPA Egypt Situation. (2020). Retrieved from,<https://egypt.unfpa.org/en/topics/maternal-health-1>

UNFPA Indonesia, Rights-Based Family Planning. (2022). Retrieved from <https://indonesia.unfpa.org/en/topics/rights-based-family-planning>

UNICEF Data. (February 2020). Female Genital Mutilation in Egypt, Recent trends and projections, unicef, Retrieved from,<https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilation-in-egypt-recent-trends-and-projections/>

UNICEF Data. (2020). Trends in under-five mortality rate in Egypt, Retrieved from, <https://data.unicef.org/country/egy/>

UNICEF Data(2020),Under-five mortality in Iran,Retrieved from, <https://data.unicef.org/country/irn/>

UNICEF Data. (2020). Mortality rate for children under 5 years old in Indonesia Retrieved from, <https://data.unicef.org/country/idn/>

UNICEF Data. (2020). Under-five mortality rate in Malaysia, Retrieved from, <https://data.unicef.org/country/mys/>

USAID,BKKBN. (2006, June). 35 year commitment to family planning in Indonesia, BKKBN and USAID's Historic Partnership, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health ,Center for Communication Programs,

Vakilianm Katayon et al. (2011 Mar). Reproductive Health in Iran International Conference on Population and Development Goals, Retrieved from, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3191677/>

World Bank Data. (2017). maternal mortality rate in Indonesia, Retrieved from, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=ID>

World Bank Data .(2017).Maternal mortality ratio, Egypt, Retrieved from,<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=EG>

World Bank Data. (2011). Contraceptive use rate in Iran, Retrieved from,<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CONU.ZS?location=IR>

World Bank Data. (2017). Maternal mortality in Iran, Retrieved from,<https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=IR>

World Bank Data. (2017). maternal mortality rate in Malaysia, Retrieved from, <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT?locations=MY>

World Bank Data. (2020). population growth rate in Iran, Retrieved from,<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW?locations=IR>

World Bank Data. (2020). Malaysia's population growth rate, Retrieved from<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW?locations=MY>

World Bank Data. (2020). Population growth rate in Indonesia, Retrieved from,<https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.GROW?locations=ID>

World Bank Data. (2017). Contraceptive use Rate in Indonesia, Retrieved from,<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CONU.ZS?locations=ID>

World Bank Data. (2020).

Contraceptive prevalence in Indonesia (2020),Retrieved from,<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CONU.ZS?locations=ID>

World Bank Data. (2014). Contraceptive use rate in Malaysia, Retrieved from,<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CONU.ZS?locations=MY>

World Bank Data. (2019). total Fertility rate in Egypt, Retrieved from<https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=EG>

Worldometers.(2020). Population growth rate in Egypt, Retrieved from,<https://www.worldometers.info/world-population/egypt-population/>,



آليات الاحتواء الاجتماعي لتعزيز خدمات الصحة الإنجابية للفئات المستهدفة

أ.د.م. عبد المعبود محمد عبد الرسول عبد اللطيف¹

المستخلص

تهدف الدراسة إلى رصد وتحليل بعض آليات ومجالات الاحتواء الاجتماعي للأفراد والأسر والفئات المستهدفة والذي يعني إعدادهم وتهيئتهم لتحسين وتنمية قدراتهم وخصائصهم السكانية وتوسيع خياراتهم والحصول على كافة الخدمات الصحية والإنجابية وإدماجهم واندماجهم وتحسين جودة ونوعية حياتهم مما يؤدي إلى تحقيق أهداف التنمية المستدامة ورؤية مصر 2030 وما بعدها. وتقدم الدراسة مجموعة من النتائج والتوصيات، منها جدية وفاعلية الدولة المصرية الجديدة في الوصول للفئات المستهدفة والأكثر احتياجا وتمكينهم صحيا واجتماعيا واقتصاديا، ولكن من الملاحظات الواقعية على جملة هذه المبادرات والمشروعات المنفذة سواء حكوميا أو أهليا أنها تحتاج للتخطيط المدروس والتنسيق المسبق والمتابعة والتقييم المستمر. لذا توصي الدراسة بالإسراع بتشكيل المجلس الأعلى للاحتواء الاجتماعي برئاسة رئيس الجمهورية ورئيس مجلس الوزراء، وعضوية الوزراء المختصين والخبراء والمهتمين من القادة المحليين والبرلمانيين ورجال الدين والإعلام، وتكون له فروع بالمحافظات ووحداتها المحلية، ويتم تشكيل فرق عمل جماعية متضامنة وقادرة على تحقيق الاستهداف والإتاحة والجودة اللازمة لكل الخدمات والاحتياجات الضرورية لتحقيق جودة الحياة وخاصة لأكثر احتياجا، مع رقمنة الملف السكاني والصحي وتنفيذ برنامج تنقيفي واحتوائي واسع النطاق وسهل الوصول، وتحقيق النمو الاحتوائي والمستدام للجميع دون إقصاء أو تمييز.

الكلمات الدالة: الاحتواء الاجتماعي، الصحة الإنجابية، الفئات المستهدفة

¹ أستاذ مساعد علم الاجتماع وقائم بعمل رئيس قسم الدراسات السكانية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية - جامعة قناة السويس

Social Containment Mechanisms to Enhance Reproductive Health Services Among Target Groups

Abstract

The paper aims to monitor and analyze some mechanisms and areas of social containment of individuals, families and target groups, which means preparing them to improve and develop their capabilities and population characteristics, expand their options, access to all health and reproductive services, integrate them, and improve the quality of their lives, which leads to achieve the sustainable development goals and Egypt's Vision 2030. The paper presents a set of results and recommendations, including the seriousness and effectiveness of the new Egyptian state in reaching the target groups and the most needy and empowering them healthily, socially and economically. However, one of the realistic observations on all these initiatives and projects implemented, whether governmental or private, is that they need thoughtful planning, advance coordination, follow-up and continuous evaluation. Therefore, the paper recommends accelerating the formation of the Supreme Council for Social Inclusion, and making branches of it in the governorates and their local units, in addition to forming teams helping in achieving quality of life for the most needy. Also, the paper recommends digitization of population and health files, implementation of extensive and easy to access educative containment program, and achieving containment and sustainable growth for all.

Keywords: Social containment, reproductive health, target groups

مقدمة

تتبنى الدولة المصرية الجديدة سياسات مغايرة تستهدف تغييرا مقصودا وتحديثا وتنمية احتوائية مستدامة، تنطلق من محورية المواطن والتركيز والاهتمام بالفئات ذات الأولوية والأكثر احتياجا، لأنهم الأكثر حجما والأدفع فقرا والأكثر إنجابا مبكرا ومتكررا ومتوارثا والادني ثقافة وتعلما، والأضعف صحة وقدرة على مواجهة تحديات العصر وتنوع مخاطره التي أصبحت واقعا ومصيرا مشتركا، علاوة على أنهم الأقل انسيقا والتزاما بتحقيق أهداف التنمية المستدامة ورؤية مصر 2030 والانطلاق نحو التنافسية العالمية ويتطلب تنفيذ هذه السياسات والأهداف القومية تشكيل وعي جمعي ومجتمعي وتنفيذ مجموعة من الإجراءات المخططة والمدروسة للاحتواء الشامل - الاجتماعي - والاستيعاب الكامل لكل الأفراد والأسر والفئات المستهدفة، والتي أصبحت أكثر انفتاحا على مجتمع العولمة وعصر التفكير من الأسرة إلى المؤسسات والمجتمعات، وبالتالي كثرة الاحتجاجات والكوارث وتصدير وتوارث المخاطر والمشكلات المتشابكة والمتلاحقة بما يهدد باستقرار المجتمع وتقدمه وتحقيق أهدافه.

تتوقف الدراسة شيئا ما عند مفهوم واستراتيجية وممارسة الاحتواء الاجتماعي لتشكيل ثقافة وممارسة الإدماج والاندماج الاجتماعي لكل الأفراد والفئات السكانية، لإمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية والتمتع بها ولتحقيق الارتقاء بجودة الحياة.

أولاً: أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في رصد وتحليل سوسيو ديموجرافي وصحي مبتكر لآليات الاحتواء الاجتماعي للفئات المستهدفة والأكثر احتياجا لخدمات الصحة الإنجابية بمكوناتها المتعددة، وبمراحلها خلال دورة حياة الإنسان، خاصة وأنها أصبحت ضرورة حتمية في ظل عالم ضخم ومحفوف بالمخاطر وعمليات الاستبعاد والإقصاء الاجتماعي وغيره لهذه الفئات التي قد يُعيق التقدم والتنمية المستدامة.

ثانياً: مشكلة الدراسة (الفئات المستهدفة بين فرص الاحتواء ومخاطر الإقصاء)

على الرغم من من كثرة وتنوع الإجراءات والتدابير والاستراتيجيات التنموية والسكانية والصحية التي تنفذها الحكومة حالياً، وتحقق إنجاز بما يشبه الإعجاز، متضامنة مع مؤسسات المجتمع المدني العالمي والإقليمي والمحلي، بالإضافة إلى جملة المبادرات والمشروعات القومية التي تنطلق من منظور تنموي متكامل ومن خلال استراتيجية التنمية المستدامة ورؤية مصر 2030، والتي تركز على مفاهيم وممارسة « النمو الاحتوائي » والمستدام والتنمية الإقليمية المتوازنة، وبما يؤكد مشاركة الجميع في البناء والتنمية ويضمن استعادة كافة الأطراف من ثمار هذه التنمية، التي تبتغي العدالة والاندماج الاجتماعي لجميع الأفراد والأسر والفئات المستهدفة لا سيما الأكثر احتياجا، لتحسين نوعية وجودة الحياة لهم وبما يحقق أهداف التنمية المستدامة والتنافسية العالمية.

ولكن يلاحظ من خلال الرصد التتبعي والتحليل المتعمق للمشاهدات الميدانية، وكذا للإحصاءات الرسمية والتقارير السكانية والصحية والتنموية المتاحة في السنوات الأحدث (2010-2020) أن هناك بعض التحديات والعقبات التي تحول دون الوصول الفعلي لكثير من الفئات المستهدفة سكانيا وصحيا واجتماعيا إلى كافة خدمات الصحة الإنجابية والأكثر شمولية بمفهومها ومكوناتها الأساسية والتي تم إعلانها منذ 1994 م وما يعدها على أنها حالة الرفاه الصحية والعقلية والاجتماعية وليس فقط الخلو من الأمراض واعتلال الجهاز الإنجابي ولذلك فهي تعد مستقبل مصر الواعد لبناء أجيال قوية خالية من الأمراض الوراثية وتتمتع بارتقاء الخصائص السكانية ومن خلال هذه الملاحظات الواقعية تتبلور المشكلة الراهنة فيما يلي:

• ما زالت نسبة كبيرة من الأسر والفئات المستهدفة وهؤلاء يمثلون الكتلة الحرجة « التي تعاني من صعوبة الوصول والحصول على الخدمات والمكونات الأساسية للصحة الإيجابية، خاصة في المناطق الريفية والحدودية وبعض المناطق العشوائية وأبرزها فحوص ما قبل الزواج ومتابعة الحمل وأثناء الولادة وما بعدها، وافتقاد عمليات المشورة والاتصال السكاني المباشر وما يترتب عليه من افتقاد محاولات الاحتواء والاندماج وتعديل بعض الأفكار والاتجاهات المحفزة علي السلوك الإيجابي المبكر والمتكرر لهم ولذويهم. (تقرير التنمية البشرية، 2021؛ المجلس القومي للسكان، 2020؛ واستراتيجية الصحة الإيجابية 2015 - 2020).

• عدم تخصص أماكن مناسبة ومستقلة للفحوصات والمتابعة وتقديم الخدمات والمشورة، ولذلك تنخفض مرات وحالات المشورة، والحوار والاتصال السكاني والصحي الجاذب بصفة عامة، والحياة الزوجية والأسرية وما ينجم عنها، من صعوبة احتواء الأفراد والأسر والفئات الأكثر احتياجا للاحتواء والمشورة وغيرها.

• عجز وندرة الكوادر الصحية المتخصصة سواء من الأطباء والمرمضين الأكفاء والرائدات الريفيات في مراكز ووحدات الصحة الإيجابية وتنظيم الأسرة -الحكومية والأهلية- نتيجة تفضيلهم العمل بمنظومة التأمين الصحي الشامل، لكثرة المزايا المادية والمعنوية، مما أدى إلى تراجع واضح في الأنشطة المتعلقة بالصحة الإيجابية وكذلك ندرة القوافل الصحية والتثقيفية والزيارات الميدانية، خاصة لدي الأسر والفئات المستهدفة والأكثر احتياجا (المجلس القومي للسكان؛ الزيارات والمقابلات الميدانية لبعض هذه المراكز بمحافظة الإسماعيلية).

• انخفاض فرص الاتصال السكاني المباشر، وضعف فرص التسويق الاجتماعي لأنشطة وعناصر الصحة الإيجابية وبالتالي استمرار سيطرة وانحسار المفهوم الضيق للصحة الإيجابية ومكوناتها الأساسية والمتنوعة، في عملية استخدام موانع الحمل، خاصة بين الأسر والفئات الأدنى ثقافة وتعليما وفقرا متعددا، مما يؤدي إلى استمرار وتوارث ثقافة الفقر وما يترتب عليها من مخاطر الزواج المبكر والإنجاب المبكر والمتكرر، ولا شك في أن وسائل منع الحمل لا تخلق الرغبة في استخدامها وإنما تضع الرغبة موضع التنفيذ، والافتقار بالرغبة وتشكيلا وممارستها يستلزم قبله التهيئة والإتاحة لفرص والحوار والاحتواء بكل مكوناته ومراحله.

• يشكل الشباب ما يزيد عن 60% من سكان مصر مما يؤكد على أن سلوكيات وخيارات الشباب الإيجابية هي التي سوف تشكل وضع الصحة الإيجابية للمصريين في المستقبل

• أظهرت الدراسات التحليلية والمسح الديموجرافي الصحي 2014 أن نمط الإنجاب غير صحي حيث أن 40% من الولادات الحية السنوية هي الولادات الخطرة على الأمهات والأبناء، فهناك الولادات لأمهات أقل من 18 سنة، وولادات لأمهات تزيد أعمارهن عن 40 سنة، وأن فترة المباشرة بين الولادات أقل من سنتين.

ثالثاً: خلفية الدراسة (النظرية والتطبيقية)

تكشف مراجعة التراث العلمي- النظري والتطبيقي- عن العديد من المفاهيم المتردفة، والمداخل والتفسيرات المتنوعة، وكذا البحوث والدراسات الميدانية والتطبيقية المتناثرة، وجملة من التقارير العالمية والعربية والمحلية المتخصصة، وبإيجاز يمكن استخلاص ما يلي:

- توتر مفهوم الاحتواء منذ بداية التجمعات الإنسانية، حيث إن هناك استخدامات متقاربة، فمنها الاستيعاب والإدماج والاندماج، والتضامن والتماسك، وتعبر جميعها عن جمع الشمل ودبلوماسية اللين والاسترخاء لحين إزالة الالتباس وسوء الفهم ورأب الصدع وتهدئة الخواطر لدرء المخاطر، وتحقيق الأهداف العامة والخاصة.

- تزايد استخدام مفهوم ونظرية واستراتيجية الاحتواء بكل أنواعه عامة أو الاحتواء الاجتماعي والسياسي خاصة في القرون والعقود الأحدث، لا سيما بعد تزايد حدة الصراع والاستبعاد الاجتماعي والاقتصادي وغيره، وهو ما دفع خبراء الأمم المتحدة ومجموعة النيل الدولي إلى ضرورة الإسراع بتنفيذ استراتيجية الاحتواء الاجتماعي لبناء المنعة ودرء المخاطر في تقرير التنمية البشرية 2014 وقد ورد في تقرير « التنمية البشرية في العالم (2019-2020) تعريف الاحتواء الاجتماعي بأنه « تحسين قدرات الأكثر حرمانا في المجتمع وزيادة الفرص المتاحة لهم وحفظ كرامتهم».

فيما أكد - عالم الاجتماع- فيليب بيسنار على أن الاحتواء الاجتماعي مقدمة للاندماج الاجتماعي يعبر عن امتلاك الوعي المشترك وتقاسم المشاعر والمعتقدات والممارسات والتفاعل الإيجابي والسعي نحو تحديد الأهداف المشتركة (بوخرصي، 2018)

واتفق كل من (بيري دبل، وجوهان لويس، وجادلبيس والتر بيث) على أن الاحتواء الاجتماعي استراتيجية كاملة لاستيعاب كافة الفئات السكانية خاصة الأقل حظا حتى يمكن القضاء على الفوارق الطبقيّة وغيرها، وفي هذا السياق أشار زايد (2018) على أن الاحتواء والشمول الاجتماعي يقصد به قدرة الدولة على احتواء الجميع واستنابت الإجماع العام والرضا، وبعث الهمة والإرادة، مع الحفاظ على تسوية الخلاف، واتفق معظم علماء النفس والاجتماع على أن للاحتواء الاجتماعي مدخلين أساسيين هما « الاحتواء الداخلي» والذي يعبر عن مجموعة من العوامل الاجتماعية المتفاعلة كالشعور بالذات والثقة والعلاقات الأسرية والاجتماعية القوية، أما الاحتواء الخارجي فيشمل السياق الاجتماعي والسياسات الاجتماعية والتنموية وقدرتها على احتواء الجميع.

-في حين أكد أستاذ علم الاجتماع ومستشار رئيس وزراء بريطانيا « أنتوني جيندز » على أنه يمكن تحقيق مجتمع الاستيعاب والاحتواء للفئات الهامشية- الطبقة المسحوقة- من خلال المساواة باعتبارها استيعابا، والاستثمار الاجتماعي والتمكين وغيره (جيندز، 2010. ص 145-170)

وبالتالي يمكن تعريف الاحتواء الاجتماعي بأنه مجموعة الأنشطة والآليات الهادفة لتعزيز وتنمية قدرات الإقرار والأسر خاصة من الفئات المستهدفة للاندماج الاجتماعي في كل مجالات الحياة وتحقيق الأهداف الشخصية والمجتمعية والاستفادة من خدمات الصحة الأولية والإيجابية وتعزيزها بينهم.

هذا ما تؤكد عليه بعض التجارب الدولية والتي حققت معظم أهدافها التنموية: إن نجاحها وتقدمها يرجع إلى انطلاقها من الاحتواء والاستثمار البشري وتنمية القدرات السكانية الوطنية، وقد أكد ذلك خبراء الأمم المتحدة والبنك الدولي والأسكوا ومنهم روبرت مكنمارا، وادوارد عازر، وشانج فون، وامارتين، ونيودوشولز وغيرهم، وهو ما ظهر جليا في أجندة العالم لخطه أهداف التنمية المستدامة 2030، والذي ورد في ديباجتها ومحتواها « أن التنمية المستدامة تنمية احتوائية » (تقرير التنمية، 2019) وبالإضافة إلى ما أكدت عليه جملة من الدراسات والبحوث الميدانية المهمة، منها دراسة دارون أوغلو وجيمس رينسون والتي استمرت لمدة 15 عاما: لماذا تفشل الأمم؟؛ جذور السلطة والرفاهية والفقر، 2014.

رابعاً: المنهجية وتجميع الأدلة والبيانات

تعتمد الدراسة على أسلوب الرصد والتحليل والتركييب لكل ما هو متاح نظريا وميدانيا، من المقولات النظرية والدراسات والبحوث والتقارير السكانية والتنموية والصحية، بالإضافة للملاحظات الميدانية للباحث، بالإضافة للمقابلات الشخصية لبعض الخبراء والتنفيذيين المهتمين بموضوع الاحتواء الاجتماعي والصحة الإيجابية (عدد 6

من الخبراء وعدد 7 من التنفيذيين المهتمين)². كما تستخدم الدراسة أسلوب دلفي المطور لأولويات السياسة وذلك بغرض استشراف المستقبل وبناء سيناريوهات من خلال رصد الواقع وابتكار آليات لاحتواء الفئات المستهدفة من خدمات الصحة الإيجابية والأكثر احتياجا لها.

خامساً: تحليل موجز للسياسات المنفذة والبدائل المقترحة

منذ القدم تبحث الدول والمجتمعات دوما لسكانها عن حياة كريمة وحقبا أكثر عدلا وإنصافا واستحقاقا مستداما، وتبرهن على ذلك جملة المأثورات والبرامج والمشروعات والسياسات السابقة واللاحقة، خاصة منذ الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، وما يتبعه من سياسات تضمن الأهداف السكانية مع السياسات التنموية

ومنها ما أشار إليه (بان كي مون- الأمين العام السابق للأمم المتحدة- في الاجتماع التشاوري لفريق عمل أهداف التنمية المستدامة: إن الولوج إلى عصر جديد لما بعد 2015م يعتمد على الاحتواء والعدالة للجميع، يقتضي رؤى جديدة وإطارا قادرا على الاستجابة لتحقيق التنمية المستدامة)

وتتعدد النماذج والسياسات العالمية والقطرية التي تتبنى استراتيجية الاحتواء الاجتماعي لكافة السكان، وخاصة في سبيل التعليم المنصف وجودة خدمات الصحة الأولية والإيجابية ومكافحة الفقر المتعدد وغيره، منها على سبيل الذكر لا الحصر: مجموعة البرامج الاحتوائية التي نجح في تنفيذها فرانكلين روزفلت في الفترة من 1929-1933 م، والسياسة السكانية الأولى لليابان منذ منتصف القرن العشرين، وكذلك تجربة كوريا والنمور الآسيوية الجنوبية وإندونيسيا والبرازيل وتركيا وإيران في جني ثمار العائد الديموغرافي عن طريق سياسات وبرامج الحماية الاجتماعية والاحتواء الشامل، علاوة على المؤتمرات السكانية العالمية وما يتتبعها من استراتيجيات تنفيذية منذ مؤتمر روما 1951م، وبوخارست 1974م والذي أكد على أن التنمية هي المدخل الحقيقي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة، ثم مؤتمر المكسيك 1984، والأهم مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية 1994 والذي يعد من أهم المؤتمرات السكانية العالمية لتأكيد على المفهوم الشامل للصحة الإيجابية، وما تبعه من الاتفاق الدولي على الأهداف الإنمائية للألفية، ثم الإجماع الدولي على أهداف التنمية المستدامة (2015-2030) وتضمينها لكل مكونات وعناصر الصحة الإيجابية وقد ورد في ديباجتها بأنها تنمية احتوائية.

هذا بالإضافة إلى أن كثيرا من الدول خصصت وزارات وهيئات ومراكز تنفيذية خاصة بالاحتواء الاجتماعي ومنها بعض الدول العربية، والإقليمية، علاوة على تخصيص بعض التقارير التنموية المعتمدة على الاحتواء الاجتماعي كمدخل تنموي وسكاني شامل مثل تقارير التنمية في العالم منذ 2014م، وتقارير الإسكوا وغيرها.

ويحظى المجتمع المصري في السنوات الأحدث بالعديد من المبادرات والبرامج والمشروعات والسياسات الحكومية والأهلية، وتحديدا منذ سنة 2014م، والإلزام الدستوري بتضمين البرنامج السكاني ولأول مرة بالمادة (41) والذي جاء فيها « تلتزم الدولة بتنفيذ برنامج سكاني يهدف إلى تحقيق التوازن بين معدلات النمو السكاني والموارد المتاحة وتعظيم الاستثمار في الطاقة البشرية، وتحسين خصائصها السكانية وذلك في إطار تحقيق التنمية المستدامة». بالإضافة إلى إطلاق عدد 12 استراتيجية سكانية وصحية ومنها الاستراتيجية القومية للسكان 2015-2030 والتي استهدفت تحسين نوعية الحياة، وتحقيق العدالة الاجتماعية وإتاحة وجودة خدمات الصحة الإيجابية لكل الأفراد والأسر والفئات الأكثر احتياجا، وفيما يلي يمكن إيجاز أهم المبادرات والسياسات الحكومية والأهلية المنفذة بالمجتمع المصري الآن، وتحليل بعض إيجابياتها وتحدياتها وتقديم بعض الخيارات والسياسات البديلة والمقترحة كما يلي:

² مرفق قائمة بالأسماء والتوصيف العلمي والعملية لهم بالملحق.

جدول رقم (1) بعض الإجراءات والسياسات التقنية والبيانات المطروحة

آليات التنفيذ	الخيارات المطروحة	التحديات	الإيجابيات	الجهات التنفيذية	الإجراءات	
<ul style="list-style-type: none"> - إنشاء إدارة خاصة بالاحتواء الاجتماعي بكل محافظة، ولها فروع بكافة الوحدات المحلية الريفية والحضرية. - عقد لقاءات وندوات تقنية شهرية مجمعة على مستوى الوحدات المحلية بالمراكز والفروع والتعاون مع الإعلام ورجال الدين وغيرهم. 	<ul style="list-style-type: none"> - استراتيجية الاحتواء الاجتماعي للفتات المستهدفة، محددة المؤشرات والأهداف وباستثمار القوى الناعمة للجامعات والمراكز البحثية العلمية والعملية وبعض الطلاب المشاركة بفاعلية من خلال قطاع شؤون البيئة وتنمية المجتمع في كل الجامعات والكليات خاصة بعد تزايد أعداد الجامعات بكل محافظات مصر. - تكثيف التعاون بين الوحدات المحلية والجامعات والمراكز العلمية في ظل احتياجات المجتمع المحلي. 	<ul style="list-style-type: none"> - اختلاف معايير الاختيار وعدم وجود قاعدة بيانات سكانية شاملة ومحددة لاستهداف الأفراد والأسر المستهدفة والفتات الأكثر احتياجاً. - ندرة الأطباء المهرة المخصصين في مجالات الصحة الإنجابية. - غياب فرق التواصل السكاني والصحي للتأهيل للاحتواء والاندماج الاجتماعي. 	<ul style="list-style-type: none"> - استهداف 58 مليون مواطن في 4500 قرية، لتحسين المعيشة والاستثمار في البشر. - إنشاء تحمعات ريفية مستدامة بما يحقق الحياة الكريمة وعودة الحياة. - النهج التشاركي والحشد والاحتواء والشمول لكافة الأفراد والأسر والفتات. - تفعيل وتكثيف خدمات الصحة الإنجابية بالفروع والمناطق النائية والأسر الأكثر احتياجاً. 	<ul style="list-style-type: none"> - استهداف 58 مليون مواطن في 4500 قرية، لتحسين المعيشة والاستثمار في البشر. - إنشاء تحمعات ريفية مستدامة بما يحقق الحياة الكريمة وعودة الحياة. - النهج التشاركي والحشد والاحتواء والشمول لكافة الأفراد والأسر والفتات. - تفعيل وتكثيف خدمات الصحة الإنجابية بالفروع والمناطق النائية والأسر الأكثر احتياجاً. 	<ul style="list-style-type: none"> - استهداف 58 مليون مواطن في 4500 قرية، لتحسين المعيشة والاستثمار في البشر. - إنشاء تحمعات ريفية مستدامة بما يحقق الحياة الكريمة وعودة الحياة. - النهج التشاركي والحشد والاحتواء والشمول لكافة الأفراد والأسر والفتات. - تفعيل وتكثيف خدمات الصحة الإنجابية بالفروع والمناطق النائية والأسر الأكثر احتياجاً. 	<ul style="list-style-type: none"> - استهداف 58 مليون مواطن في 4500 قرية، لتحسين المعيشة والاستثمار في البشر. - إنشاء تحمعات ريفية مستدامة بما يحقق الحياة الكريمة وعودة الحياة. - النهج التشاركي والحشد والاحتواء والشمول لكافة الأفراد والأسر والفتات. - تفعيل وتكثيف خدمات الصحة الإنجابية بالفروع والمناطق النائية والأسر الأكثر احتياجاً.
<ul style="list-style-type: none"> - تشكيل فريق عمل متكامل من المتخصصين في كافة مجالات الوعي الاجتماعي والصحي والثقافي وغيره. - برنامج وعي وتثقيف واسع النطاق وسهل الوصول لكل الأفراد والأزواج والأسر والمناطق المستهدفة، ويتضمن آليات المتابعة. 	<ul style="list-style-type: none"> - استراتيجية محددة لنشر الوعي والتثقيف الصحي والسكاني معتمدة على فريق عمل متكامل من خريجي أقسام علم الاجتماع والنفس والدراسات السكانية والإعلام والدعوة بالإضافة إلى بعض القيادات المحلية والإعلاميين لتنفيذ ومتابعة الرسائل التثقيفية والمتابعة الفعلية للبرنامج بالتعاون مع قيادات الوزارة والمديريات والوحدات الاجتماعية بإنهاء الجمهورية. 	<ul style="list-style-type: none"> - استمرار عملية الأزواج المبكر والتسرب من التعليم وما يترتب عليه من الإحجاب المبكر والمكرر لذي الأكثر احتياجاً. - نقص فرص الفحص قبل الزواج ومخاطرة. - استمرار عملية زواج الأقارب. - ضعف فرص الاتصال السكاني المباشر ودور تحقيق الاحتواء الاجتماعي والمتابعة المستمرة للمستهدفين. 	<ul style="list-style-type: none"> - تبني مفهوم متكامل للحماية الاجتماعية للفقر. - تقديم الدعم المادي مشروطاً باستمرار الاهتمام بالتعليم والحصول على الخدمات الصحية والتطعيمات المقررة. - تفعيل بعض الأفكار والثقافات الفرعية المحفزة على السلوك الإيجابي لبعض المتفعين ارتفاع متوسط السن عند الزواج، وانخفاض نسبة ختان الإناث، المساعدة بين الولادات. 	<ul style="list-style-type: none"> - تبني مفهوم متكامل للحماية الاجتماعية للفقر. - تقديم الدعم المادي مشروطاً باستمرار الاهتمام بالتعليم والحصول على الخدمات الصحية والتطعيمات المقررة. - تفعيل بعض الأفكار والثقافات الفرعية المحفزة على السلوك الإيجابي لبعض المتفعين ارتفاع متوسط السن عند الزواج، وانخفاض نسبة ختان الإناث، المساعدة بين الولادات. 	<ul style="list-style-type: none"> - تبني مفهوم متكامل للحماية الاجتماعية للفقر. - تقديم الدعم المادي مشروطاً باستمرار الاهتمام بالتعليم والحصول على الخدمات الصحية والتطعيمات المقررة. - تفعيل بعض الأفكار والثقافات الفرعية المحفزة على السلوك الإيجابي لبعض المتفعين ارتفاع متوسط السن عند الزواج، وانخفاض نسبة ختان الإناث، المساعدة بين الولادات. 	<ul style="list-style-type: none"> - تبني مفهوم متكامل للحماية الاجتماعية للفقر. - تقديم الدعم المادي مشروطاً باستمرار الاهتمام بالتعليم والحصول على الخدمات الصحية والتطعيمات المقررة. - تفعيل بعض الأفكار والثقافات الفرعية المحفزة على السلوك الإيجابي لبعض المتفعين ارتفاع متوسط السن عند الزواج، وانخفاض نسبة ختان الإناث، المساعدة بين الولادات.
				وزارة التضامن الاجتماعي	1- حياة كريمة (مشروع القرن) 2- برنامج وعي للتنمية المجتمعية	

<p>- إنشاء إدارة خاصة لتنفيذ المشروعات الصحية بالمشاركة مع وزارة الصحة والسكان والمستشفيات الجامعية والمراكز العلاجية المتخصصة.</p> <p>- دعم الوحدات الصحية الريفية بالطبيبات والممرضات وإخصائيي المشورة والمتابعة والتقييم.</p>	<p>- استراتيجيات الاحتواء الاجتماعي والتسويق مع الهيئات الأخرى وزيادة المحصنات المالية مما يعزز فرص الاستجابة والمشاركة للمشروطين الصحية.</p> <p>- مشاركة الجامعات بقطاعاتها المختلفة في متابعة وتنفيذ وتقييم البرنامج وتأنيجه الثقافي والاجتماعية والسكانية.</p> <p>- التأهيل النفسي والاجتماعي للزوجات والأسر المستهدفة و... ما يجعلهم راغبين وقادرين على الحضور بفاعلية جلسات الحوار والمتابعة ومتابعة إجراءات تحقيق الأهداف.</p>	<p>- صعوبة حصول بعض الأسر على الخدمات الصحية الأولية وخدمات الصحة الإيجابية من الأطباء الأكفاء.</p> <p>- ندرة وجود طبيبات متخصصات معظم الوقت.</p> <p>- ضعف وندرة فرص المشورة والحوار والاتصال السكاني المباشر والمتابعة والتعليم المستمر.</p>	<p>- استهداف بناء رأس المال البشري للجيل القادم ورفع معدل التطعيمات ومتابعة نمو الطفل.</p> <p>- تقليل حدوث المضاعفات أثناء الحمل، وخفض معدلات فقد الأجنة ووفيات الرضع والأطفال وأعضاء انخفاض نسبة وفيات الأمهات.</p> <p>- تحسين مستوى نمو الأطفال وتقليل التفرم.</p> <p>- ارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة من المستهدفين.</p>	<p>وزارة التضامن الاجتماعي</p>	<p>3- برنامج تكافل لدعم التقني المشروط (المشروطين الصحية)</p>
<p>- عقد ورش عمل وجلسات عصف ذهني للخبراء والمستشارين بالوزارات والجامعات والمراكز العلمية للتشاور في تشكيل فريق العمل على مستوى الجمهورية والمحافظات ووحداتها المحلية.</p> <p>- تحديد الحوافز الإيجابية للأسر والفئات الأكثر احتياجا والتي ما زالت تنتظر للأطفال كقيمة اقتصادية واجتماعية.</p>	<p>- خطة محددة وفريق تنفيذي مختص لكل أهداف المشروع ومرحلة تخصص للمتابعة الفعلية والتقييم المستمر على مستوى المحافظات والقرى.</p> <p>- التنسيق مع الكليات والجامعات لإعداد كورس تنفيذية لكل إجراءات المشروع ومرحلة مع الوضع في عين الاعتبار أسس وآليات الاحتواء الاجتماعي للزوجات والزوجات لكل المناطق المستهدفة.</p> <p>- تخصيص فرص عمل بالمشروعات القومية والسكن الاجتماعي للزوجات والأسر المتزمة تعليميا وصحيا.</p>	<p>- عدم وضوح الجهات التنفيذية كل في مجال تخصصه دون متابعة وتقييم مرحطي.</p> <p>- صعوبة الاعتماد على مكلفات الخدمة العامة وكثيرا منهم يفقدن الفترة الخاصة للتدريب على الاحتواء والمتابعة للمبيات والأسر المستهدفة.</p> <p>- في النساء والتوليد ومكانية تنفيذ 12 مليون زيارة منزلية، و 30 ألف ندوة، و 500 فعالية تستهدف 6 مليون سيدة في سن الإنجاب.</p> <p>- محاولة وضع إطار تشريعي وحكم للسياسات.</p>	<p>- استهداف جودة الحياة للأسر المصرية من خلال ضبط النمو السكاني والارتقاء بالخصائص السكانية.</p> <p>- التركيز على الأكثر فقرا، والأعلى إنجابا وعدم الحصول على الحاجة غير الملباة.</p> <p>- تدريب 2 مليون سيدة على ريادة الأعمال بما يساعد على الاحتواء الاجتماعي والتكهن الاقتصادي وتوسيع فرص الاختيار لهن وأسرهن في مكونات وعناصر الصحة الإيجابية.</p> <p>- توطين 1500 طبيبة متخصصة.</p>	<p>وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية</p>	<p>4- مشروع تنمية الأسرة المصرية</p>

<p>- تبنى وسائل غير تقليدية لتوصيل خدمة الصحة الإيجابية للفئات المستهدفة من خلال فروع هذه الجمعيات وأصدقاء الشباب والمشورة.</p> <p>- التنسيق الكامل مع وزارة الصحة والسكان في الحصول على الخدمات الصحية اللازمة واللوات الهاموني بالمجان لأكثر الأثر وأستخداما.</p>	<p>- تكاليف الطيبات والممرضات المتخصصة للعمل بهذه الجمعيات والمراكز الأكثر قربا للمواطنين، مع إعطائهم كافة مزايا العمل بمنظومة التأمين الصحي الشامل.</p> <p>- إعادة تجهيز الجمعيات بأحدث الأجهزة الطبية والمختصين، وكذلك تجهيز إخصائين المشورة والمتابعة، بحيث تتيح فرص الحوار والخصوصية ومكانية الإحتواء وحسن المتابعة.</p>	<p>- إدارة الطيبات المتخصصة في تقديم خدمات الصحة الإيجابية خاصة بعد تنفيذ منظومة التأمين الصحي الشامل.</p> <p>- ارتفاع تكلفة اللواتب الأكثر أمانا مثل الهاموني.</p> <p>- ضعف التمويل والدعم الحكومي. - العيادات لا تتوافر بها الإحتياجات الضرورية.</p>	<p>- كثرة أعداد الزوجات اللاتي يرغبن في الحصول على الخدمات الصحية وتطمح الأسرة من الأثر الأكثر احتياجا.</p> <p>- توجد غرف المشورة ولكن غير ملائمة وليس بها متخصصين.</p> <p>- تنفيذ بروتوكولات الإحالة للمستشفيات العامة.</p> <p>- سهولة الوصول للشباب والفئات.</p>	<p>الجمعية المصرية لتطعيم الأسرة والصحة الإيجابية</p>	<p>5- مجموعة مبادرات وإجراءات الجمعية المصرية للصحة الإيجابية منها (إثارة واثين كفاية وصحة المراهقين وديانة الطريق) إعادة صياغة اللواتب وثقافة الفوائد</p>
<p>- التنسيق مع الجامعات والمراكز العلمية كقوى ناعمة وقادرة على التفكير في آليات وتدابير مبتكرة لاستهداف الأكثر احتياجا وخدمهم لمنظومة العمل والأحتواء للحصول على الخدمات والمزايا المختلفة.</p>	<p>- استراتيجيّة تسقيية محددة الأهداف وجهات التنفيذ ومخضمة فريق المتابعة والتقييم.</p> <p>- تكيف اللواتب التثقيمية المرتبطة بتقديم الخدمات الصحية الأولية والإيجابية وضرورة تيسير سبل الوصول للشباب والأرواح المستهفين.</p>	<p>- التركيز على خدمات تطعيم الأسرة، وتوزيع موانع الحمل دون التطرق لخدمات وبشر الوعي المحتسعي وعدم استحداث أساليب مبتكرة للوصول للأحتواء الإجتماعي للأرواح وللزوجات والشباب المقبلين على الزواج.</p> <p>- عدم التنسيق مع الجهات الأخرى وضعف فرص المتابعة والتقييم.</p>	<p>- المساهمة في رفع نسبة استخدام وسائل تطعيم الأسرة بين الفئات المستهدفة بالمشكلة السكانية وقضايا الصحة الإيجابية.</p> <p>- ماهرة ختان الإناث، وتوضيح مخاطر الزواج المبكر وتيسير فرص الحصول على التطعيمات.</p> <p>- نشر الوعي الصحي من خلال اللواتب والأفلام التثقيمية والتوضيحية (العنف ضد المرأة وعلاقته بالصحة الإيجابية والأطفال وغيره).</p>	<p>المجلس القومي للسكان وفروعه بالمحافظات بالمشاركة مع بعض المهتمين من قصور الثقافة والشباب والرياضة والتخامن الإجتماعي والتربية والتعليم والجامعات</p>	<p>6- مجموعة الأثشطة السكانية للمجلس القومي للسكان وفروعه بالمحافظات</p>

<p>- استثمار المتخصص من الجامعات والمراكز البحثية والمهتمين من الإعلاميين وغيرهم في تدعيم فرص التنسيق وتنفيذ عمليات الاستهداف والاحتواء الاجتماعي لكل الأفراد والأسر.</p> <p>- تكاليف بعض الطلاب من خلال مزاي معينة للتواصل السكاني مع ذويهم وقربائهم.</p>	<p>- إعداد استراتيجية صحية سكانية شاملة بالتنسيق مع المجلس الأعلى للاحتواء الاجتماعي وتساعد على التوسع النوعي والكمي في إنشاء مرافق خدمات الصحة الإيجابية بالمناطق النائية وتطوير البنية التحتية لها، مع ضمان توفير الأطباء الكفاء بها والأجهزة والخدمات والوسائل اللازمة.</p> <p>- تفعيل نظام طب الأسرة... وفريق عمل جماعي.</p>	<p>- لا تزال الجهود المبذولة متناثرة وتفاوتت بين المناطق والوحدات الصحية النائية والأكثر قربا لحواسم المحافظات.</p> <p>- عدم وجود فرق مدربة على التواصل والتثقيف السكاني والمباشر للأزواج والأسر المستهدفة.</p> <p>- عدم تحديث قواعد البيانات السكانية والصحية وندرة المسوح السكانية الصحية منذ 2014م حتى الآن.</p> <p>- عدم استثمار نظام طب الأسرة.</p>	<p>- إحداث حراك صحي وتوعوي لدى الكثير من الأسر والفئات المستهدفة.</p> <p>- تنفيذ واستحداث عدة حملات صحية فعالة مثل:</p> <p>- حملة 100 مليون صحة، والتطعيمات والكثف المبكر، والصحة الإيجابية.</p> <p>- إعداد ملف الصحة الريفية وإيجابيات في مواجهة جائحة كورونا وغيرها.</p>	<p>وزارة الصحة والسكان</p>	<p>7- مجموعة الأنشطة والعيادات والقوافل والخدمات الصحية</p>
--	--	--	--	----------------------------	---

المصدر: من إعداد الباحث

سادسًا: الخلاصة والتوصيات

يبدو جليا أن الدولة المصرية الجديدة بدأت بجدية وفاعليه ملموسة في تنفيذ مجموعة من السياسات والتدابير الجديدة المهمة بالمسألة السكانية عامة والصحة الإنجابية خاصة، والتي تستهدف الفئات الأكثر احتياجا، وفقا لما ورد في الدستور الأحدث 2014، وأولويات العدالة الاجتماعية والاستراتيجية القومية للسكان (2015-2030) رؤية مصر 2030، وضرورة تحقيق أهداف التنمية المستدامة كتنمية احتوائية، وأكد ذلك افتتاح السيد رئيس الجمهورية عبد الفتاح السيسي - المشروع القومي لتنمية الأسرة المصرية في نهاية فبراير 2022، وما جاء فيه من خطة عمل مجلس الوزراء ووزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية وغيرها.

ومن أهم هذه المبادرات والبرامج والخدمات المنفذة حاليا هي: محاولة تصحيح مفهوم الصحة الإنجابية ونشر خدماتها ومكوناتها والمراحل المختلفة لدي السكان والفئات المستهدفة خاصة، والوعي وحياه كريمة والمشروطيه الصحية، وإجراءات المجلس القومي للسكان وزارة الصحة والسكان، بالإضافة إلى بعض المبادرات الأخرى لمنظمات المجتمع المدني وغيرها ، ولكن يبدو أنها تحتاج إلى مزيد من التنسيق والمتابعة المستمرة والتقييم الذاتي والمجمعي، ولذلك هنالك حاجة ماسة لتكثيف عمليات التشاور والتنسيق وإعداد الخطط المحددة والجهات المنفذة وآليات التنفيذ وإجراءات علمية للمتابعة والتقييم المستمر .

والاحتواء الاجتماعي يعني تنمية وتحسين قدرات وخصائص السكان، خاصة الأكثر احتياجا، والحصول على طاقة للخدمات وتوسيع الخيارات، ويمكن تحقيقه عن طريق سعة علاقات أساسيه هي: الموارد المادية، والعمل والتعليم والمهارات والصحة والتفاعل الاجتماعي والحصول على كافة الخدمات التموينية والصحية، ويمكن تنفيذه عن طريق الاحتواء المعرفي والمعلوماتي، والاحتواء الوجداني والسلوكي، والاحتواء المهاري، والاحتواء المالي، والاحتواء الصحي والأسري، والاحتواء الرقمي، ولا شك في أن عدم تحقيق الاحتواء الاقتصادي والاجتماعي يؤدي إلى تفاقم المشكلات الشخصية والأسرية، والمجتمعية وغيرها، وبالتالي يوجد ضرورة حتمية في ظل تنامي الظروف والضغوط الاجتماعية والصحية والتي كثيرا ما تحول الثروة البشرية الفاعلة إلى طاقات مهدرة.

التوصيات المقترحة

هناك عدد من التوصيات التي يمكن أن تساعد في تحقيق الاحتواء الاجتماعي للفئات الأكثر احتياجا، وتتمثل في:

- إنشاء المجلس الأعلى للاحتواء الاجتماعي برئاسة رئيس الجمهورية ويتم تشكيله من الوزراء المختصين والخبراء المهتمين وقادة الرأي والإعلام والدين ويتم عقده شهريا، ويكون له في فروع بالمحافظات وجميع الوحدات المحلية، وخاصة بالمناطق الحدودية والريفية والعشوائية، ويتم من خلال إعداد استراتيجية محدودة الأهداف وجهات وآليات التنفيذ، وعمليات المتابعة والتقييم المرحلي والزمني والمكاني، وحساب التكلفة والعائد الديموجرافي، وقياس تتبعي لمدى تحقيق الأهداف: التنويه والصحية الموضوعة والمنشودة.
- تكثيف عمليات وآليات الإتاحة والجودة وتعزيز خدمات الصحة الإنجابية لجميع الشباب المقبلين على الزواج والمتزوجين، وغيرهم من الفئات المستهدفة، وتقديم بعض الحوافز التعليمية والتدريبية والمهنية لهم لإمكانية احتوائهم ومتابعتهم باستمرار، ويمكن استثمار منظومة التأمين الصحي الشامل بالتعاون مع المشروع القومي لتنمية الأسرة المصرية، والمشروطية الصحية لبرنامج تكافل، وكذلك التنسيق مع كافة البرامج والمبادرات التوعوية والخدمية الأخرى، والشمول المالي وغيره.

- الإسراع والتوسع في رقمنة قاعدة البيانات السكانية والاجتماعية من خلال المرصد السكاني، والتقارير الاجتماعية والصحة الشهرية، على أن يتم التركيز على قياس المؤشرات والرصد والتحليل والمتابعة المستمرة في جميع القرى وتوابعها والمناطق الحدودية والعشوائية ولجميع الأسر والفئات السكانية.
- استمرار دعم القيادة السياسية والتنسيق الشامل مع كافة الجهات الحكومية والأهلية والدولية لتحقيق أهداف الاستراتيجية السكانية، ورؤية مصر 2030 وما يعدها من طموحات الريادة الإقليمية والتنافسية العالمية
- وكما يقول المفكر الاجتماعي بول فاليري «المستقبل بناء، يتوقف على استنكارنا للماضي، وتحليلنا للحاضر واستباقنا للمستقبل» (مايو 2004)، ولا شك في أن الاحتواء الاجتماعي يستلزم سياسات ومؤسسات تتسم بالاحتوائية لتحقيق المستهدف وضمان التنمية الاحتوائية المستدامة في ظل الأوضاع الحالية وطموحات الدولة المصرية الجديدة في تحقيق جودة الحياة والريادة والتنافسية العالمية.

المراجع

المراجع العربية

- البنك الدولي. (2020). خمسه أشياء يجب أن تعرفها عن الاستدامة الاجتماعية والاحتواء. تاريخ الاسترداد 2 سبتمبر 2020 على الرابط:
[five-things-about-/02/09/https://www.albankaldawli.org/ar/news/feature/2020-social-sustainability-and-inclusion](https://www.albankaldawli.org/ar/news/feature/2020-five-things-about-social-sustainability-and-inclusion)
- البنك الدولي. (2019). تقرير عن التنمية في العالم (الطبيعة المتغيرة للعمل).
- الفندري، عزه عمر وخشبه، محمد ماجد. (2020). فجوات وتحديات النظام الصحي في مصدر سياسات مقترحه لتعزيز الأمن الصحي في ضوء خبرات جائحة كورونا. المجلة المصرية للتنمية والتخطيط. 1 (28)
- المجلس القومي للسكان. (2020). عدم المساواة في الصحة الإيجابية في مصر. القاهرة.
- المجلس القومي للسكان. (2020). التسويق الاجتماعي لوسائل تنظيم الأسرة. القاهرة.
- المجلس القومي للسكان. الاستراتيجية القومية للسكان. 2015-2020
- وزارة الدولة للأسرة والسكان وآخرون. (2021). «دليل الصحة الإيجابية». القاهرة.
- المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. (2019). استطلاع رأي عينة من الجمهور العام حول منظومة الرعاية الصحية في مصر. القاهرة.
- المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. (2019). دور الرائدات الريفيات في تقديم خدمات تنظيم الأسرة: محافظة الشرقية نموذجا.
- بري، ديان. (2016). التواصل الصحي (النظرية والممارسة). المركز القومي للترجمة، القاهرة.
- تاوضروس، أميرة. (2021). التخطيط السكاني وتنمية الأسرة. مجلة أحوال مصرية، (82). السنة العشرون.

جبرة، دميانة محروس. (2020). رأس المال الاجتماعي وعلاقته بجودة خدمات الرعاية الصحية. دراسة ميدانية مقارنة بمحافظة الإسماعيلية. رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة قناة السويس. صادق، محمد حسن. (2018). الحماية الاجتماعية لمؤشر لإشباع الحاجات الصحية للفقراء. مجلة بحوث الشرق الأوسط، (38).

عبد الرسول، عبد المعبود محمد. (2017). متطلبات العدالة الاجتماعية في ضوء الاستراتيجية القومية للسكان والتنمية (بحث سوسيوذغرافي). حوليات عين شمس، (17).

عبد الرسول، عبد المعبود محمد. (2020). الاحتواء الاجتماعي كآلية لمواجهة المخاطر السكانية. دار المنظومة وبنك المعرفة المصري.

عبد الرسول، عبد المعبود محمد. (2020). المشروعات القومية الكبرى وآليات الاحتواء الاجتماعي لسكان المناطق النائية. بحث ميداني في مشروع قرية الأمل بالقنطرة شرق قناة السويس. المجلس الأعلى للثقافة. القاهرة.

مجلة عمران للعلوم الاجتماعية والإنسانية. (2013). جدليات الاندماج الاجتماعي وبناء الدولة الوطنية في الوطن العربي. المؤتمر السنوي الثاني للعلوم الاجتماعية والإنسانية. قطر، (1).

مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار. (2021). القاعدة القومية للدراسات: قائمة ببلوجرافية عن الرعاية الصحية. القاهرة، (184).

وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي. (2021). تقرير التنمية البشرية في مصر (التنمية حق الجميع: مصر المسيرة والمسار).

عبد الجواد، مروة عزت وعبد الحلیم، وليد محمد. (2021). رؤية مستقبلية لتعزيز الاحتواء الاجتماعي للتلاميذ المهشمين في ضوء يعني المواثيق والتشريعات. المجلة التربوية، كلية التربية، جامعة سوهاج.

المراجع الأجنبية

Debile, Tewyl. (1978). Gaddis Jahan Lewis (eds). Containment: Concept and Policy. National, Defense University Press. Washington, Dc.

الملحق

أسماء بعض الخبراء والتنفيذيين الذين تم إجراء المقابلات الشخصية والهاتفية معهم:

أولاً: الخبراء:

- 1 - أ/د/ يوسف وهيب - أستاذ طب المجتمع والأسرة - جامعة قناة السويس
- 2 - أ/د/ عاطف محمد شحاتة - أستاذ علم الاجتماع الطبي - كلية الآداب بجامعة الزقازيق وقناة السويس
- 3 - أ/د/ هشام مخلوف - أستاذ الإحصاء السكاني بجامعة القاهرة ومدير المركز الديموجرافي بالقاهرة سابقاً
- 4 - أ/د/ مصطفى خلف عبد الجواد - أستاذ ورئيس قسم الدراسات السكانية السابق كلية الآداب - جامعة بني سويف
- 5 - أ/د/ خالد عبد الفتاح - أستاذ ورئيس قسم علم الاجتماع وكلية الآداب جامعة حلوان، ومستشار وزارة التضامن الاجتماعي (حياة كريمة)
- 6 - أ/د/ عاطف الشيتاني - رئيس قطاع الأسرة والسكان سابقاً ومستشار وزارة التضامن الاجتماعي.

ثانياً: التنفيذيين

- 1 - أ/ أحمد علي أحمد - مدير عام مديرية التضامن الاجتماعي بالإسماعيلية
- 2 - د/ أيمن جلهوم مدير إدارة تنظيم الأسرة بمديرية الصحة والسكان بالإسماعيلية
- 3 - د/ رانيا محمد - طبيبة نساء وتوليد بالجمعية المصرية لتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية بالإسماعيلية
- 4 - د/ عفاف الكومي - مقرر المجلس القومي للمرأة بالإسماعيلية
- 5 - الأستاذة / نشوي الطحاوي - مقرر المجلس القومي للسكان بالإسماعيلية
- 6 - الأستاذة / مني خليفة مدير مشروع تكافل وكرامة بمديرية التضامن الاجتماعي بالإسماعيلية
- 7 - الأستاذة / منه الله على - إخصائي المشورة بالجمعية المصرية لتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية بالإسماعيلية.

الدمج المناسب والمُحكَم والمُجهز بعناية فائقة لأحتواء السيدات التي تعاني بآلام الحوض المزمنة (رُبْع سيدات مصر) داخل منظومة تنظيم الأسرة بمصر

د. نصر سعيد نصار¹

المستخلص

مصر تواجه مشكلتين أو تحديين قوميين مهمين يواجهان عملية التنمية. التحدي الأول هو التضخم السكاني، والتحدي الثاني هو آلام الحوض المزمنة عند النساء، وهي مشكلة صحية خطيرة ومنتشرة حيث تؤثر على أكثر من رُبْع (52%) أعداد النساء المصريات. ويجب تغطية كل هؤلاء النساء (ومعظمهن في سن الإنجاب) بواسطة برامج تنظيم الأسرة. وتتمثل خطوات تنفيذ هذا الاقتراح في خطوتين فقط: (1) إنشاء أو تحديد عيادة متخصصة للآلام الحوض المزمنة عند النساء لمدة ساعتين فقط في اليوم - مرتين أو ثلاث مرات في الأسبوع في جميع عيادات تنظيم الأسرة الموجودة فعلا في جميع أنحاء مصر. فالأمر لا يحتاج إنشاء عيادات جديدة أو أي تكلفة إضافية ولكن فقط يافطة ومحدد بها الميعاد ونفس طاقم العمل الأصلي الموجود في العيادة الأساسية. (2) دورات تدريبية تعليمية طبية قصيرة ومختصرة موجزة (يومين - ثلاثة أيام) لأعضاء عيادات تنظيم الأسرة. والهدف من هذا الاقتراح هو: تعزيز فعالية خدمات برامج تنظيم الأسرة المصرية من خلال توسيع انتشارها والوصول لأكبر عدد من النساء في سن الإنجاب وذلك بإضافة أعداد كبيرة والتي تزيد عن الربع (أكثر من 52%)، وعلاج أكثر من 52% من النساء المصريات اللواتي يشكين من آلام الحوض المزمنة، وإجراء العديد من الإحصائيات والدراسات والأبحاث الطبية الميدانية.

الكلمات الدالة: تنظيم الأسرة، عيادات آلام الحوض المزمنة للمرأة، التضخم السكاني، الجمعية المصرية للآلام الحوض المزمنة للمرأة

¹ أستاذي امراض النساء والتوليد - مؤسس ورئيس الجمعية المصرية للآلام الحوض المزمن للمرأة- رئيس قسم أمراض النساء والتوليد (سابقاً) مستشفى المنيرة العام، القاهرة، زميل زائر جامعة كولومبيا، نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية - دبلوم الجامعات الأوروبية لمناظير أمراض النساء، فرنسا - دبلوم القانون الطبي، كلية الحقوق، جامعة بني سويف

Integrating women suffering from chronic pelvic pain into the family planning system in Egypt

Abstract

Egypt faces two important national problems or challenges facing the development process. The first challenge is population inflation, and the second challenge is Chronic pelvic pain in women is a serious and widespread health problem that affects more than a quarter (25%) of all Egyptian women. All of these women, most of them at childbearing age, should be covered by family planning program. The steps to implement this proposal are only two steps: (1) Establishing a specialized clinic for chronic pelvic pain in women for only two hours per day – two or three times per week in all family planning clinics already in every place throughout Egypt. (2) Short and concise medical educational training courses (two to three days) about chronic pelvic pain and pelvic dysfunction in women for family planning clinics members. The aim of this proposal is to enhance the effectiveness of Egyptian family planning services by expanding their reach and reaching the largest number of women of childbearing age by adding large numbers that exceed a quarter (more than 25%) of all Egyptian women who suffer from chronic pelvic pain who are not officially covered by family planning program, treat of more than 25% of Egyptian women who complain of chronic pelvic pain and pelvic dysfunction, which is frequently and often described as a major health problem for women, and conduct many statistics, studies and field medical researches on the incidence and prevalence of chronic pelvic pain in Egyptian women and many related statistics, studies, and medical researches.

Keywords: Family planning ,Chronic Pelvic Pain Clinics ,Population inflation, Egyptian Society of Chronic Pelvic Pain for Women

المقدمة

من خلال نطاق عملي بعد أكثر من أربعين عامًا من الخبرة الواسعة في المجال الطبي ، نحن نواجه مشكلتين أو تحديين قوميين مهمين يواجهان عملية التنمية في مصر .

التحدى الأول: التضخم السكاني

معدل النمو السكاني في مصر مرتفع بشكل ملحوظ. آخر إنذار وإعلان جدي جاء من شهر قليلة كان مباشرة من

الدكتور مصطفى مدبولي، رئيس الوزراء، 11 أكتوبر 2020 حيث صرح :

(الزيادة السكانية هي واحدة من أكثر تحديات مهمة مواجهة عملية التنمية في مصر. تستقبل مصر الآن طفلًا كل 13.5 ثانية.)

عدد سكان مصر الحالي في عام 2021 هو 102.662 زيادة 1.94% عن ما قبلها.

لا يوجد دليل على الإهمال أو التراخي من جانب صانعي السياسات ومقدمي الخدمات لبرامج تنظيم الأسرة لوجود هذه النتيجة التي أدت إلى :

1 - زيادة السكان

2 - زيادة نسبة التوقف عن استخدام وسائل منع الحمل، ولكن السبب في هذا قد يرجع الى :

* ان الوسائل التقليدية وطرق ونوعية المشورة لإقناع الأزواج قد أصبحت غير كافية وغير متوافقة مع الأجيال الحديثة وان احتياجاتهم الجديدة غير مُلباة.

* وأيضًا يوجد سبب آخر مهم وهوانه لا يتم أذخال وتضمين قطاعات كبيرة من النساء في برامج تنظيم الأسرة.

ينبغي اتخاذ إجراءات عاجلة لهذا السبب، يجب ابتكار أو تطوير تدخلات جديدة مفيدة مبتكرة.

التحدى الثاني: آلام الحوض المزمنة عند النساء هي مشكلة صحية خطيرة ومنتشرة حيث تؤثر على أكثر من رُبُع (25%) من جميع أعداد النساء المصريات.

واحد من أكثر

حقوق الإنسان أهمية

هو العيش بدون ألم مزمن.

آلام الحوض المزمنة عند النساء له معدل حدوث وانتشار مرتفعين للغاية، ويشكو أكثر من رُبُع النساء (25%) في أي مجتمع من هذا المرض أو هذا العرض.

تُعرف آلام الحوض المزمنة للمرأة بأنها أي آلام (أو مجرد الشعور بعدم الراحة) الذي يستمر لأكثر من 6 أشهر في المنطقة الواقعة بين السرة ونزولاً إلى منتصف الفخذين من الأمام أو أسفل الظهر من

الخلف، وآلام الحوض المزمنة عند النساء مرض (أو عرض) مُرهق وقد يكون مُدمر للغاية ، والإلام غالباً ما تكون شديدة وشائعة ويرجع ذلك الألم إلى أسباب متعددة تنتمي إلى معظم أجهزة الجسم المختلفة (الجهاز التناسلي، الجهاز الهضمي، الجهاز البولي، الطب النفسي، طب الأعصاب والعظام ... إلخ.)

تنتشر آلام الحوض المزمنة عند النساء على نطاق واسع، وتؤدي إلى الضعف، وتسبب الإعاقة، وتقلل من نوعية الحياة والرفاهية العامة وتؤدي إلي الإحباط والاكتئاب لأكثر من ربع (25%) إعداد النساء في سن الإنجاب في أي مجتمع معين. (Annex 1 for some global studies on the incidence of disease in different communities).

وآلام الحوض المزمنة عند النساء مرض أو عرض شائع عند النساء في عُمر مرحلة الإنجاب، وغالبًا ما يتم إهماله من قبل المتخصصين في الرعاية الصحية بسبب عدم وجود فهم واضح للحالة وندرة البيانات الوبائية عالية الجودة المتاحة.

يجب تغطية كل هؤلاء النساء ومعظمهن في سن الإنجاب) بواسطة برامج تنظيم الأسرة آلام الحوض المزمنة واضطراب وظائف الحوض عند النساء شكوى شائعة جدًا، لأسباب متعددة العوامل وتسببها العديد من أجهزة الجسم وتنتمي إلى العديد من التخصصات المختلفة.

فمثلا هذه القائمة فيما يلي (باللغة العربية والانجليزية) من الأمراض المختلفة المتعددة لأجهزة الجسم المختلفة التي تسبب آلام الحوض المزمنة واضطراب وظائف الحوض:

أمراض النساء

الانتباز البطني الرحمي (الأندوميتريوزيس)، ومرض التهاب الحوض، ومرض التصاقات بالحوض، وتكيسات المبيض المتكررة، والتكيسات الملحقة ، الأورام الليفية، العضال الغدي (أدينوميوزيس)، التهابات وصدید بالانابيب، العجز الجنسي للأنثى، المضاعفات المتأخرة لقطع الأعضاء التناسلية الأنثوية (ختان الأنثى) ، آلام ما بعد ربط البوق، التهاب الفرج والدلهيز، هبوط او سقوط أعضاء الحوض مثل سقوط الرحم و المثانة البولية، عسر الطمث، عسر الجماع، الحمل خارج الرحم المزمن، التهاب بطانة الرحم المزمن أو التهاب الرحم بالكلاميديا، الأورام الحميدة في الرحم وبطانة الرحم أو عنق الرحم، وضيق عنق الرحم، ونزيف رحمي غير طبيعي ... إلخ.

الجهاز العضلي الهيكلي

انقباضات عضلات قاع الحوض أو غير المسترخية، نقاط مؤلمة في عضلات قاع الحوض، ألم عضلي في جدار البطن، ألم عضلي ليفي (فيبرومايالجا)، ألم العصعص، توتر قاع الحوض، ألم عضلي بعضلة البيريفورم.

المسالك البولية

التهاب المثانة الخلالي(متلازمة المثانة المؤلمة)، التهاب المثانة المتكرر، عسر البول، تكرار البول، سلس بولي، الإجهاد والإلحاح البولي. التهاب المثانة الإشعاعي، تحص البول المزمن، رتج مجرى البول، سرطان المثانة، متلازمة مجرى البول، التهاب المسالك البولية المزمنة ... إلخ

الجهاز الهضمي

متلازمة القولون العصبي، الداء البطني، مرض التهاب الأمعاء، سرطان القولون والمستقيم، التهاب القولون المزمن، مرض الرتج، مشاكل الشرج وبعض أنواع الفتاق.

العصبية / الأوعية الدموية

انحباس العصب اللعابي، انحباس العصب اللغائفي المعدي، الألم العصبي الفرجي، إصابة الحبل الشوكي، متلازمة احتقان الحوض، اعتلال الأعصاب المحيطية، والدوالي الفرجية. تشمل الاضطرابات النفسية ما يلي: اضطرابات الشخصية، والاكتئاب، واضطرابات النوم، وسبق التعرض الاعتداء الجنسي و/ أو الجسدي.

(أسماء الأمراض باللغة الإنجليزية)

Gynecological – endometriosis, pelvic inflammatory disease, pelvic adhesion disease, recurrent ovarian cysts, adnexal cysts, leiomyoma, adenomyosis, hydrosalpinx, female sexual dysfunction, delayed complications of Female Genital Cutting (FGC), post-tubal ligation pain syndrome, vulvodynia, vestibudynia, pelvic organs prolapse, dysmenorrhea, dyspareunia, chronic ectopic pregnancy, chlamydial endometritis or salpingitis, endosalpingiosis, chronic endometritis, endometrial or cervical polyps, cervical stenosis, and abnormal uterine bleeding etc

Musculoskeletal – Non-relaxed pelvic floor muscles, painful pelvic floor triggers points, abdominal wall myofascial pain, fibromyalgia, coccygodynia, pelvic floor tension myalgia, piriformis syndrome.

Urological – Interstitial cystitis (painful bladder syndrome), recurrent cystitis, dysuria, frequency of urine, stress incontinence and urgency. Radiation cystitis, chronic urolithiasis, urethral diverticulum, bladder cancer, and urethral syndrome, Chronic urinary tract infection ...etc

Gastro-enterological – Irritable bowel syndrome, celiac disease, inflammatory bowel disease, colorectal carcinoma, chronic constipation, colitis, diverticular disease, anal problems and hernias.

Neurological/vascular – ilioinguinal nerve entrapment, iliohypogastric nerve entrapment, pudendal neuralgia, spinal cord injury, pelvic congestion syndrome, peripheral neuropathy, and vulvar varicosities.

Psychologic and other disorders include the following: Personality disorders, Depression, Sleep disorders, Sexual and/or physical abuse

Women with chronic pelvic pain rotates between different specialized clinics (gynecology, urology, gastroenterology, psychology, neurology and orthopedic Clinicsetc.)

النساء المُصابات بآلام الحوض المزمن تتناوب وتلف وتدور بين عيادات متخصصة مختلفة (أمراض النساء، المسالك البولية، أمراض الجهاز الهضمي، عيادات الطب النفس، عيادات طب الأعصاب وجراحة العظام ... إلخ).

يحاول كل اختصاصي منهم تفصيل تشخيص حسب تخصصه ويكون مختلف عن تشخيص زميلة بالتخصص المختلف بحيث في النهاية، وعملياً، تتوة المريضة وتضيع بين العيادات المختلفة ولا تصل إلى التشخيص المناسب والعلاج الصحيح. في النهاية تشعر بالإحباط.

بالرغم من أن مشكلة آلام الحوض المزمنة عند النساء هي مشكلة اجتماعية واقتصادية ليست فقط مشكلة طبية ونفسية لأكثر من رُبع السيدات والأنسات في مجتمعنا. ولكن لا يوجد مكان محدد ومعروف لاستقبال النساء اللاتي يشكين من آلام الحوض المزمنة .

(هن ليسوا مثل أي فئة أخرى من المرضى، على سبيل المثال، يذهب مرضى القلب إلى مستشفيات القلب أو مراكز القلب، وكذلك مرضى الصدر، والمصابين بالحمى، ومرضى السرطان، والمرضى النفسيين ... إلخ، كل فئة من المرضى تعرف مكاناً متخصصاً للذهاب إليه، باستثناء النساء اللاتي يشكين من آلام الحوض المزمنة ليس لديهن أي مكان متخصص معروف يذهبن إليه.)

يقترح مشروعنا أن التكامل والدمج المناسب والمُحكم والمُجهز بعناية فائقة بين التحديين أو المشكلتين معاً سيكون مفيداً ومثمراً للغاية لكليهما، وفي النهاية مفيداً للمجتمع كلة كما هو موضح أدناه.

* التحدى الأول: التضخم السكاني.

* التحدى الثاني: آلام الحوض المزمنة عند النساء هي مشكلة صحية خطيرة ومنتشرة حيث تؤثر على أكثر من رُبع (25%) من جميع أعداد النساء المصريات.

يقترح مشروعنا أنه يجب تضمين وأضافة بعض القطاعات الكبيرة من النساء بالمجتمع من هن في عمر اوسن الإنجاب اللواتي لا تشملهن برامج تنظيم الأسرة رسمياً ، فيجب أضافتهن وشمولهن بخدمات برامج تنظيم الأسرة.

أهم الخطوات الضرورية للمساهمة في معالجة هاتين المشكلتين القوميتين هي معاونة ومساعدة جميع أنظمة الرعاية الصحية لبرامج تنظيم الأسرة.

معدل انتشار آلام الحوض المزمنة عند النساء

* لا يوجد أحصاء حكومي رسمي مصري لمدى أنتشار آلام الحوض المزمنة بين النساء المصريات.
* في دراسة مهمة (في الولايات المتحدة الأمريكية) على النساء في سن أو عُمر الإنجاب في مستوى الرعاية الصحية الأولية، كان معدل انتشار آلام الحوض المزمنة بين النساء المبلغ عنها هو 39%.

وأن معدل انتشار بعض أعراض آلام الحوض المزمنة مثل:

- عسر الطمث، 90% من النساء.
- عسر الجماع، 46% من النساء.

- آلام الحوض، 39% من النساء.
- القولون العصبي، 12% من النساء.

وجد ان السيدات ذوى الدخل المنخفض يزداد عاملا لخطورة لعسر الطمث وعسر الجماع. وبخلاف ذلك، فإن عسر الطمث وعسر الجماع وآلام الحوض ومتلازمة القولون العصبي لم ترتبط بالعمر أو التكافؤ أو الحالة الاجتماعية أو العرق أو الدخل أو التعليم. (Jamieson, & Steege, 1996)

* 10% من بين جميع التحولات أو الإحالات إلى أطباء أمراض النساء، ممن يشتكين من آلام الحوض المزمنة. (Reiter, 1990)

* انتشار آلام الحوض المزمنة لدى النساء في المملكة المتحدة: وفقاً لمراجعة منهجية كان 39% (Zondervan, et al., 1998).

* في نيوزيلندا، كانت آلام الحوض المزمنة أكثر شيوعاً لدى النساء ذوات المؤهلات العليا (33.0%) منه لدى النساء الحاصلات على مؤهلات مدرسية متوسطة (21.5%) أو بدون مؤهلات (23.2%).

اختلف انتشار آلام الحوض المزمنة حسب العمر مع أدنى معدل (19.7%) في الفئة العمرية الأصغر (18-25) مشابهاً لتلك التي وجدها Zondervan, et al، في دراسة المملكة المتحدة (20%). وكان أعلى معدل في دراسة نيوزيلندا في الفئة العمرية 26-30 سنة (31.8%) والمجموعة 31-35 (31%) مقارنة بأعلى معدل في دراسة المملكة المتحدة وجد في المجموعة الأكبر 36-40 سنة (28%). (Grace, & Zondervan, 2004).

نلاحظ مما سبق أن آلام الحوض المزمنة لدى النساء في عُمر الإنجاب موجود بنسبة كبيرة والمشروع المقترح هو أضافه هذه الفئة إلي برامج تنظيم الأسرة فتكتسبت قطاعاً كبيراً من السيدات للتصرف معهم و عمل المشورة المقنعة الفعالة لغرض تنظيم النسل. وذلك بالتأكيد سيساعد قطاع تنظيم الأسرة في تحقيق أهدافه القومية.

* المراجعة المنهجية لمنظمة الصحة العالمية لانتشار آلام الحوض المزمنة.

كان هناك 178 دراسة (459975 مشاركاً) في 148 مقالة كان معدل :

- عسر الطمث 16.8 إلى 81% ،

- وعسر الجماع من 8 إلى 21.8%،

- والآلام الغير خاصة بالدورية الشهرية تصل إلى 24%.

كل الاختلافات في معدلات نسبة وجود الأم الحوض المزمنة في جميع أنحاء العالم بسبب جودة الدراسات المتغيرة، حيثما توفرت معطيات صحيحة، تم معرفة تكلفة وعبء مرضي مرتفع لجميع أنواع آلام الحوض. (Latthe, et. Al., 2006)

* كانت أعباء تكلفة المرض كبيرة لدى النساء في أستراليا المصابات بآلام الحوض المزمنة (16.970 دولاراً إلى 20.898 دولاراً أمريكياً لكل امرأة في السنة).

أظهرت النتائج ان قوة وشدة الألم لها علاقة بارتفاع تكاليف العلاج للمرض، كلما زادت شدة الالم زادت التكاليف، فتكاليف الألم الشديد تزداد بزيادة قدرها 12.5 ضعفاً في التكاليف بالنسبة

للألم الأدنى او البسيط .

نظرًا لأن الألم هو العامل الأكثر أهمية، يجب إعطاء الأولوية لتحسين السيطرة على الألم لدى النساء في آلام الحوض المزمنة. (Armour, et. Al., 2019)

معدل انتشار التوقف عن استخدام موانع الحمل

* تعد ديناميكيات استخدام موانع الحمل، والتوقف، والتبديل، والفشل علامات مهمة لمدى تلبية البرنامج لاحتياجات تنظيم الأسرة للنساء والأزواج لوحظ وجود مدى واسع في اختلافات ديناميكيات استخدام موانع الحمل.

التوقف او الامتناع عن استخدام موانع الحمل القابلة للعودة (أي الحمل عند الرغبة) في المتوسط هو 38% من النساء بحلول الشهر الثاني عشر و64% بحلول الشهر السادس والثلاثين في 19 دولة.

ولوحظ أقل نسبة توقف لمدة 12 شهرًا بالنسبة للولب 13% ((في حين أن اللولب الرحمي تم تصميمه وتركيبه لمدد أطول تصل لعشرة سنوات وهذا يعتبر فشل، فيجب علينا أن نبحث ونتقصى لماذا تتوقف السيدات عن استخدام اللولب وتقرر أستخراجها منها فتتعرض للحمل الغير مرغوب فيه، والحل لهذه المشكلة موجود عند معالجة بآلام الحوض المزمنة كما سيتبين لاحقاً.))
والأعلى في نسبة التوقف كان للواقى الذكري (50%)، بينما توقفت وامتنعت حوالي 40% من المستخدمين عن استخدام حبوب منع الحمل والحقن بعد أول 12 شهرًا من الاستخدام. (Ali, et al., 2012)

* كان معدل التوقف والامتناع بعد مدة 12 شهرًا لجميع الطرق 34.7%.

سجلت التوقف عن استخدام اللولب الرحمي (18.4%) بينما لوحظت معدلات أعلى للحبوب اليومية (38%) والحقن (32.7%) والواقى الذكري (62.9%). (Barden-O'Fallon, et al., n.d)

* كانت هناك دراسة لتقييم العوامل المحتملة المرتبطة بالتوقف عن استخدام موانع الحمل لأسباب شخصية بين المستخدمين في غضون 12 شهرًا بعد التركيب (26%). (أسباب شخصية مثل رأي الزوج أو الأسرة ضد استخدام اللولب) وهذا يتطلب مشورة متطورة ذكية فعالة مناسبة. (Petta, 1994)

* التوقف والامتناع عن استخدام وسيلة منع الحمل بعد البدء باستخدامها قد يعتبر في بعض الحالات فشل في أداء برنامج تنظيم الأسرة مما يؤدي ارتفاع نسبة الزيادة السكانية.

* قد يحتاج الأطباء إلى استخدام مشورة حديثة مُستحدثة فعالة لتشجيع السيدات على مناقشة أسباب رغبتهم في التوقف عن استخدام وسيلة فعالة لمنع الحمل ومساعدتهم في مخاوفهم أو التحول إلى طرق فعالة أخرى لحماية أنفسهم من الحمل غير المقصود. (Huber, et al., 2006)

الهدف من هذا الاقتراح:

1 - تعزيز فعالية خدمات برامج تنظيم الأسرة المصرية من خلال توسيع انتشارها والوصول لأكثر عدد من النساء في سن الإنجاب وذلك بإضافة أعداد كبيرة والتي تزيد عن الربع (أكثر من 25%)

من جميع النساء المصريات وهن الآتي يعانين من آلام الحوض المزمنة وهن غير مشمولات رسمياً بخدمات برامج تنظيم الأسرة ومن ثم لإقناعهم باستخدام وسائل منع الحمل وعدم التوقف والأستمرار باستخدامها لتقليل معدل النمو السكاني في مصر.

2 - علاج أكثر من 25% من النساء المصريات اللواتي يشكين من آلام الحوض المزمنة التي كثيراً وغالباً ما توصف بأنها مشكلة صحية رئيسية للمرأة.

أ - ومن أهم الفوائد والتي سيستفيد بها برنامج تنظيم الأسرة نتيجة علاج أكثر من 25% من النساء المصريات اللواتي يشكين من آلام الحوض المزمنة هو انه عملياً سيقبل عدد السيدات اللاتي تتوقف او تمتنع عن استخدام موانع الحمل مثل اللولب الرحمي لأنه التوقف عن استخدام اللولب الرحمي يكون أساساً لثلاثة أعراض وهم 1 - الألم و 2 - الالتهابات و 3 - النزيف الرحمي الغير طبيعي وعلاج هذه الأعراض من صميم علاج آلام الحوض المزمنة وبذلك تقل أعداد السيدات التي ستتوقف عن استخدام وسيلة منع الحمل و هذا من الأهداف الهامة لبرنامج تنظيم الأسرة .

ب - العلاج باستخدام ,, الفوائد الهرمونية لوسائل منع الحمل الهرمونية ,, التي ممكن أن تساعد في علاج آلام الحوض المزمنة لدى بعض النساء بالإضافة الى استخدامها لمنع الحمل ، بمعنى أن علاج العديد من حالات آلام الحوض المزمنة لدى بعض النساء يكون باستخدام وسائل منع الحمل الهرمونية ، وهذا ما يؤكد ويوثق العلاقة القوية بين تنظيم الأسرة و آلام الحوض المزمنة.

و أمثلة بعض الأمراض التي تسبب آلام الحوض المزمنة المرأة و يمكن أن تستعمل وسائل منع الحمل الهرمونية في علاجها :

- 1 - اضطرابات نزيف الدورة الشهرية
- 2 - عسر الطمث
- 3 - متلازمة ما قبل الحيض (PMS) / اضطراب ما قبل الحيض المزعج
- 4 - تكيسات المبيض
- 5 - الانتباز البطاني الرحمي / العضال الغدي
- 6 - مرض الورم الليفي بالرحم
- 7 - التهاب الحوض (PID)
- 8 - سرطان المبيض
- 9 - تضخم بطانة الرحم / سرطان بطانة الرحم
- 10 - سرطان القولون

بالأضافة الى :

- 1 - الصداع النصفي أثناء الدورة الشهرية
- 2 - التهاب المفاصل الروماتويدي
- 3 - أمراض الثدي الحميدة.

(أسماء الأمراض باللغة الإنجليزية)

- 1- Menstrual bleeding disorders
- 2-Dysmenorrhea
- 3-Premenstrual syndrome (PMS) / Premenstrual dysphoric disorder
- 4-Ovarian cysts
- 5-Endometriosis / adenomyosis
- 6-Myoma
- 7-Pelvic inflammatory disease (PID)
- 8-Ovarian cancer
- 9-Endometrial hyperplasia / Endometrial cancer
- 10-Colon cancer

In addition to ;

- Menstrual migraine
- Rheumatoid arthritis
- Benign breast diseases

3- التحويل أو الإحالة المناسبة الصحيحة للنساء المصابات بآلام الحوض المزمنة ، وتحويلها إلى عيادة التخصص الطبية المناسبة الصحيحة وعدم تركها للتنقل والتردد بشكل مُحير بين عيادات مختلفة غير مرتبطة بسبب ألأمها الحقيقي حتى لا تتوه بين عيادات التخصصات الطبية المختلفة .

4 - دراسة مدى نسبة حدوث ومدى انتشار ألأم الحوض المزمنة لدى النساء المصريات.

5 - دراسة مدى انتشار كل عرض من أعراض ألأم الحوض المزمنة للمرأة المصرية (حتى الآن لا توجد احصائيات موثقة لمدى انتشار ألأم الحوض المزمنة وأعراضه بين النساء المصريات).

6 - إجراء العديد من الإحصائيات والدراسات والأبحاث الطبية الميدانية الخاصة بوسائل تنظيم الأسرة المختلفة و المتابعة والتسجيل الطبي الدقيق للوصول الى نتائج مثبتة طبياً تُدرج فى البروتوكولات العالمية ذات الصلة بمنع الحمل لتطوير الممارسات الطبية فى هذا المجال.

7 - الدراسة والتحقيق فى بعض العلاقات الطبية - الأسرية - الاجتماعية للمجتمع المصرى على سبيل المثال :

العلاقة بين ألأم الحوض المزمنة وأعراضها لدى السيدات المصريات مع:

- الفئات العمرية وآلام الحوض المزمنة.
- العمل، المهنة، الوظيفة وآلام الحوض المزمنة.
- التعليم أو مستوى التأهيل وآلام الحوض المزمنة.
- العلاقات الزوجية والعائلية وآلام الحوض المزمنة.
- الحمل وآلام الحوض المزمنة.

- 8 - تقدير عوامل الخطورة لآلام الحوض المزمنة بالنسبة للفتيات ولل سيدات.
- 9 - تقدير أعباء آلام الحوض المزمنة على النساء المريضات وعلى المجتمع .
- 10 - اكتشاف منطقة الانتباز البطني الرحمي (الأندوميترئوزيس) لدى المراهقات .
- 11 -الدراسات الوبائية عالية الجودة من شأنها تحسين فهم آلام الحوض المزمنة للنساء وتحديد عوامل الخطر بهدف تطوير وتحديث استراتيجيات طرق العلاجات المناسبة.
- 12 - ونتيجة ما سبق من الدراسات المقترحة وتنفيذ العديد من الأبحاث التي لم يسبق لها مثيل، مما سيجعل برامج تنظيم الأسرة المصرية من بين أفضل الدول المتقدمة نظرًا لسمعتها الممتازة بسبب هذا النشاط الطبي الحديث المتميز.

خطوات تنفيذ هذا الاقتراح:

خطوات تنفيذ هذا الاقتراح هما خطوتين فقط :

(1) - إنشاء أو تحديد عيادة متخصصة لآلام الحوض المزمنة عند النساء لمدة ساعتين فقط في اليوم - مرتين أو ثلاث مرات في الأسبوع في جميع عيادات تنظيم الأسرة الموجودة فعلا في جميع أنحاء مصر.

لا نحتاج إنشاء عيادات جديدة أو أي تكلفة إضافية. فقط يافطة ومحدد بها الميعاد ونفس طاقم العمل الأصلي الموجود في العيادة الأساسية.

(2) - دورات تدريبية تعليمية طبية قصيرة ومختصرة موجزة (يومين - ثلاثة أيام) لأعضاء عيادات تنظيم الأسرة، لكل من:

- الأطباء
- والممرضات
- وكذلك بعض الأطباء من التخصصات المختلفة ذات الصلة الوثيقة.

دورات حول آلام الحوض المزمنة واختلال وظائف الحوض لدى النساء بعد أتمام الدورات، سيكون أعضاء عيادات تنظيم الأسرة والأطباء المحيطين ذات الصلة جميعهم على دراية بأعراض وأسباب آلام الحوض المزمنة واختلال وظائف الحوض لدى النساء، وقادرون على إدارة عيادات آلام الحوض المزمنة للمرأة وسيكونون مستعدين جيدًا للتعامل أما :

- بالمعالجة

- أو التحويل للتخصصات المناسبة

للنساء اللواتي يعانين من آلام الحوض المزمنة واختلال وظائف الحوض إما عن طريق:

أولاً

* أعضاء عيادات تنظيم الأسرة سوف يتعاملون بسهولة مع بعض النساء المصابات بألم الحوض المزمّن باستخدام وسائل منع الحمل الهرمونية المتاحة لديهم، وذلك باستخدام الفوائد والاستخدامات الأخرى لموانع الحمل الهرمونية (غير منع الحمل) التي تساعد في معالجة آلام الحوض المزمنة لدى بعض النساء.

* أيضاً، سيعرفون المزيد حول كيفية تجنب الآثار الجانبية لوسائل منع الحمل المتاحة التي تؤدي إلى التوقف عن استعمال وسائل منع الحمل، ثم معالجة هذه الآثار الجانبية لتقليل معدل التوقف المرتفع عن استعمال وسائل منع الحمل.

* أيضاً، سيعرفون المزيد عن الارتباط أو العلاقة بين آلام الحوض المزمنة واختلال وظائف الحوض مع وسائل منع الحمل وعدم الرضا عنها.

ثانياً

* بعد الانتهاء من الدورة التدريبية، سيحصل أعضاء عيادات تنظيم الأسرة على خبرات ممتازة في الاستشارة والمشورة الطبية الحديثة المناسبة للسيدات لمنع الحمل.

* ونتيجة للفهم العميق المتكامل لأعراض وأسباب آلام الحوض المزمنة سيقومون بأجراء التوجيه بخبرة واعية والإحالة المناسبة الصحيحة للنساء المصابات بآلام الحوض المزمنة أو اختلال وظائف الحوض إلى العيادة الطبية المتخصصة الصحيحة والمناسبة لحالتها ولا يسمح لها بالتنقل العشوائي بشكل مُحير بين العيادات المختلفة غير ذات الصلة .

بعد الانتهاء من الدورة التدريبية لأعضاء عيادات تنظيم الأسرة (أطباء وممرضات) سيكونون على دراية بأعراض وأسباب آلام الحوض المزمنة واختلال وظائف الحوض عند النساء. مثل:

- أنتباز بطانة الرحم.
- مشاكل الجهاز العضلي الهيكلي.
- مرض التهاب الحوض المزمّن.
- العجز الجنسي لدى السيدات.
- بقايا المبيض.
- الأورام الليفية.
- أورام الجهاز التناسلي،
- نزيف الرحم غير الطبيعي.
- عسر الجماع.
- عسر الطمث.
- هبوط أو سقوط أعضاء الحوض.
- متلازمة القولون العصبي.

مشاكل المسالك البولية

- مثل عسر و آلام عند التبول.
- كثرة التردد على التبول.
- سلس البول.
- الإلحاح في التبول.
- ومتلازمة المثانة المؤلمة (التهاب المثانة الخلالي).
- متلازمة احتقان الحوض.
- أسباب عصبية،
- أسباب بالعظام،
- عوامل نفسية.
- مضاعفات الختان (بتر وتشوية الأعضاء التناسلية الأنثوية) ...الخ.

توعية و تثقيف و تقديم المشورة الجيدة لجميع النساء اللواتي يعانين من آلام الحوض المزمنة اللواتي يزرن مراكز تنظيم الأسرة حول طرق تنظيم الأسرة، وكيفية منع الحمل خاصة ما بعد الولادة، وما بعد الإجهاض، وللمتزوجين حديثاً، وكيفية المباشرة المناسبة بين الولادات و المشورة و شرح وسائل منع الحمل المختلفة و ذلك من خلال التواصل اللفظي، و المناقشات و جهاً لوجه و توزيع الكتيبات و أفلام و وثائقية عن تنظيم الأسرة الخ.

تقديم المشورة المباشرة المُطورة ، و يفضل أن تكون بمساعدة الأفلام الوثائقية و أن تركز على مزايا استخدام اللولب النحاسية داخل الرحم، و السلامة و الفعالية و الآثار الجانبية لزيادة المواقف الإيجابية و الحفاظ عليها و تقليل معدل التوقف المرتفع لاستخدام وسائل منع الحمل.

يجب أن يكون نهج المشورة المُطور و المُعدّل و المؤثر موجهاً لتقليل حدوث آلام الحوض المزمنة لدى النساء و في نفس الوقت مساعدة برنامج تنظيم الأسرة من خلال:

1 - تقليل عدد المواليد.

2 - المباشرة الصحيحة بين الولادات.

كلاهما لتجنب تكرار إصابات الحوض و إصابات أعضاء الحوض من كثرة الولادات و عدم المباشرة الصحيحة بين الولادات، مما يزيد من حدوث آلام الحوض المزمنة لدى النساء.

المشورة المتطورة الخاصة بتنظيم الأسرة.

ما هي مشورة تنظيم الأسرة الجيدة؟

في مايو 2019، FIGO (الاتحاد الدولي لأمراض النساء و الولادة) ينضم إلى مجتمع تنظيم الأسرة في WHO (منظمة الصحة العالمية) لمعالجة سبب عدم وجود توافق في الآراء حول أفضل السبل لتقديم و مراقبة جودة المشورة لمنع الحمل.

مشورة تنظيم الأسرة الجيدة هي توفير المعلومات و المساعدة في اختيار طريقة تلبية احتياجات المرأة و تفضيلاتها، و التي أعطتها FIGO الأولوية في برنامج تنظيم الأسرة بعد الولادة.

مشورة تنظيم الأسرة المتطورة الحيدة لديها إمكانية قوية جذرية لزيادة استخدام الأساليب الحديثة وتقليل معدلات التوقف عن استخدام وسائل منع الحمل.

في مايو 2019، اجتمع المفكرون والمخططون (مجمع المفكرين) لمشروع تحفيز وتنشيط تنظيم الأسرة التابع لمنظمة الصحة العالمية (WHO) في جنيف وكان حول تحسين المشورة في مجال تنظيم الأسرة بشأن الأساليب الحديثة.

كما توضح التوصيات القادمة (طبقاً للمراجعة المنهجية) من منظمة الصحة العالمية WHO، أنه لا يوجد حتى الآن إجماع حول أفضل السبل لتقديم المشورة بشأن وسائل منع الحمل وضمان الوصول الشامل إلى خدمات الرعاية الصحية الجنسية والإنجابية.

نحتاج إلى طرح بعض الأسئلة الصعبة:

- هل جودة المشورة الموجودة حالياً جيدة بما فيه الكفاية؟
- ماذا تحتاج المشورة لتحسن؟
- هل لدينا حتى تعريف متفق عليه لماهية المشورة الجيدة؟

بصفتنا نحن أطباء أمراض النساء والتوليد ومعنا أيضاً السادة الأطباء مقدمي خدمات تنظيم الأسرة فإن الدفاع عن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية هو تلقائياً جزء من عملنا ولكننا في الغالب لسنا من يصل إلى أكبر عدد من النساء.

(<https://www.figo.org/news/what-quality-family-planning-counselling>)

سوف نأخذ هذه العبارة أو الجملة السابقة وهي :

((لكننا في الغالب لسنا من يصل إلى أكبر عدد من النساء))

إنها في الحقيقة مشكلة أو عقبة أمام انتشار خدمات تنظيم الأسرة.

من خلال اقتراحنا، سيتم تضمين قطاع كبير من النساء اللواتي يعانين من آلام الحوض المزمنة (أكثر من رُبْع النساء في سن الإنجاب في مجتمعنا) اللواتي لا تشملهن برامج تنظيم الأسرة رسمياً. سيكون لدينا الكثير من النجاح في تقديم المشورة الفعالة في مجال تنظيم الأسرة، وسوف يتم ذلك لأكثر عدد من النساء بشكل فعال.

بعض المعلومات والحقائق الطبية التي تؤكد مدى الارتباط الوثيق بين علاج آلام الحوض المزمنة لدى النساء وكل من اللولب الرحمي ووسائل منع الحمل الهرمونية المركبة.

أولاً: - العلاقة أو الارتباط بين آلام الحوض المزمنة والتوقف وعدم الاستمرار في استعمال اللولب الرحمي مما يؤدي الى حمل قد يكون غير مرغوب فيه أسرياً أو اجتماعياً .

أهم ثلاثة أعراض أو مشاكل مزمنة بالحوض يعتقد انها أعراض جانبية للولب الرحمي والتي تجعل السيدة تقرر استخراجة من الرحم وعدم الاستمرار في استعماله هي :

1- نزيف رحمي غير طبيعي غالبا ما يكون مجرد نقط دم بسيطة وأحيانا كثيرة مع احتمال غزارة الدورة الشهرية.

2- الاعتقاد الخاطئ بأن اللولب يؤدي التهابات بالحوض

3 - الألم :

- ألم فوري أثناء إدخال اللولب داخل الرحم. وهذا ألم بسيط ومؤقت و ينتهي بسرعة.

- الألم طويل المفعول بسبب عدم تناسق تجويف الرحم واللولب ، عندما يكون اللولب أطول من طول التجويف الرحمي .

كما أنها هي نفسها أهم ثلاثة أعراض شائعة لآلام الحوض المزمنة عند النساء. وتوجد اجراءات عديدة لمنع هذه المشاكل الثلاثة ، لذلك فإن علاجها سيقبل من عدد السيدات الاتى تقررن أستخراج اللولب من الرحم و عدم الأستمرار في أستعماله.

لذلك ستكون الفوائد مزدوجة لصالح كل من قطاع تنظيم الأسرة والنساء اللاتي يعانين من آلام الحوض المزمنة.

ثانيًا : علاج العديد من حالات آلام الحوض المزمنة لدى بعض النساء يكون باستخدام وسائل منع الحمل الهرمونية ، وهذا ما يؤكد ويوثق العلاقة القوية بين تنظيم الأسرة و آلام الحوض المزمنة .

المراجع

المراجع الأجنبية

Ali, M. M., Cleland, J. G., Shah, I. H., & World Health Organization. (2012). Causes and consequences of contraceptive discontinuation: evidence from 60 demographic and health surveys.

Annex 1 for some global studies on the incidence of disease in different communities.

Armour, M., Lawson, K., Wood, A., Smith, C. A., & Abbott, J. (2019). The cost of illness and economic burden of endometriosis and chronic pelvic pain in Australia: a national online survey. PloS one, 14(10), e0223316.

Barden–O’Fallon, J., Speizer, I. S., Calhoun, L. M., & Corroon, M. Women’s contraceptive discontinuation and switching behavior in urban Senegal.

Grace, V. M., & Zondervan, K. T. (2004). Chronic pelvic pain in New Zealand: prevalence, pain severity, diagnoses and use of the health services. Australian and New Zealand journal of public health, 28(4), 369– 375.

Huber, L. R. B., Hogue, C. J., Stein, A. D., Drews, C., Zieman, M., King, J., & Schayes, S. (2006). Contraceptive use and discontinuation: findings from the contraceptive history, initiation, and choice study. American journal of obstetrics and gynecology,

194(5), 1290– 1295.

Jamieson, D. J., & Steege, J. F. (1996). The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstetrics & Gynecology*, 87(1), 55– 58.

Latthe, P., Latthe, M., Say, L., Gülmezoglu, M., & Khan, K. S. (2006). WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. *BMC public health*, 6(1), 1– 7.

Petta, C. A., Amatya, R., Farr, G., & Chi, I. C. (1994). An analysis of the personal reasons for discontinuing IUD use. *Contraception*, 50(4), 339347–.

Reiter, R. C. (1990). A profile of women with chronic pelvic pain. *Clinical obstetrics and gynecology*, 33(1), 130– 136.

Zondervan, K. T., Yudkin, P. L., Vessey, M. P., Dawes, M. G., Barlow, D. H., & Kennedy, S. H. (1998). The prevalence of chronic pelvic pain in women in the United Kingdom: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 105(1), 93– 99.

المواقع الالكترونية

<https://www.figo.org/news/what-quality-family-planning-counselling>

Rashid BA, Kamil AP.(2021). Evaluation of Premarital Screening tests in Babylon Governorate. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*. 25;25(6):13836-46.

Haider M. K.(2016). Assessing the quality of health services applied research 5qs in Baghdad teaching hospital. *J Econ Adm Sci*. 22(92). 9.

Al-Enezi K, Mitra AK.(2017).Knowledge, attitude, and satisfaction of university students regarding premarital screening programs in Kuwait. *Eur J Environ Public Heal*. 1(2):1–11.

See L-C, Teng F-L, Peng P-I, Shen Y-M, Lo Y-J.(2010).Implementation of premarital health examination (PHE): an importance-performance analysis from participants who took PHE in Taiwan. *Open Fam Stud J*. 3(1).1–9. 16.

Abbasi-Moghaddam MA, Zarei E, Bagherzadeh R, Dargahi H, Farrokhi P. (2019). Evaluation of service quality from patients' viewpoint. *BMC Health Serv Res*. 19(1):1–7. 17.

Lafta R, Al-Ani W, Dhiaa S, Cherewick M, Hagopian A, Burnham G.(2018). Perceptions, experiences and expectations of Iraqi medical students. *BMC Med Educ*. 18(1):1–8.

14(1):1-7.

Al-Aama JY .(2010). Attitudes towards mandatory national premarital screening for hereditary hemolytic disorders. *Health Policy*, 97:32–37.

Oluwole OC, Alison AD, Olateju OB .(2010). Awareness of premarital genetic counseling among youth corpsers in South-West Nigeria. *TAF Prev Med Bull*, 9:575–578.

Reham El-Adawi. Is pre-marital health care vital to a happy marriage? *Al-Ahram weekly newspaper in Egypt*, 2002, Issue No. 601.

World- Health Organization [WHO] (2000a). Source book for HIV/AIDS counseling training. Geneva; 4: 65-78.

Wang P, Wang X, Fang M, Vander Weele TJ.(2013). Factors influencing the decision to participate in medical premarital examinations in Hubei Province, Mid-China. *BMC Public Health*.13(1):1-7.

Hassan HZ, Tayel S and Shukair NF .(2001). Premarital counseling. knowledge and attitude of Alexandria medical students. *Bulletin of the High Institute of Public Health*; 31(2):335-350.

Conway T, Hu T, Mason E and Mueller C .(1995). Are Primary Care Residents Adequately Prepared To Care for Women of Reproductive Age? *Fam. Plann. Perspect*; 27 (2).

Sobhy SI, Shoeib FM and Zaki NH .(2001). Assessment and upgrading of Alexandria University nursing students' knowledge and attitudes about genetic counseling: *J. Egypt Public Health. Assoc*; 76(3-4):205-222.

Kitamura K, Fetters M and Ban N .(2005). Preconception care by family physicians and general practitioners in Japan .*BMC Fam. Pract. J*; 6:89-94.

Sanghvi T, Merkatz IR, Bernstein P and Reprod S (2000). Improving preconception care. *J. Med*; 45(7): 546-552.

Alkhaldi SM, Khatatbeh MM, Berggren VE, Taha HA. (2016). Knowledge and attitudes toward mandatory premarital screening among university students in North Jordan. *Hemoglobin*; 40:118-24.

Mürüvvet B, Tulay O, Pinar T, Evrim AB and Sultan T (2011). Services provided at the premarital counseling center and characteristics of the clients, in Kayseri, Turkey; 3(6): 333-337.

- medical and non-medical students at El Minia University regarding premarital screening and counseling. *American Journal of nursing science*. 4(5):270-9.
- Farahat TM, Shaheen HM, Mohamed HM, Mohaseb MM.(2014). Knowledge and attitude of students in Menoufia University, Shebin Elkom city toward premarital care in 2012. *Menoufia Medical Journal*. 1;27(2):347.
- Bener A, Al-Mulla M, Clarke A.(2019). Premarital screening and genetic counseling program: Studies from an endogamous population. *Int J Appl Basic Med Res*; 1:20–26.
- Al Kindi R, Al Rujaiabi S, Al Kendi M.(2012). Knowledge and attitude of university students towards premarital screening program. *Oman Med J*; 27:291.
- Ibrahim N, Bashawri J, Al Bar H, Al Ahmadi J, Al Bar A, Qadi M, et al.(2013). Premarital screening and genetic counseling program: Knowledge, attitude, and satisfaction of attendees of governmental outpatient clinics in Jeddah. *J Infect Public Health*; 6:41–54.
- Mohamed, A.(2015). Premarital care: Health promotion program for female students in Ain shams university Hostel” page 68-87.
- Hebatallah J, Kamilia R, Sahar M, Amal F.(2019). Evaluation of Nursing Students’ Concept Concerning Premarital Counseling and Examination. *Egyptian Journal of Health Care*, EJHC Vol.10 No.2. 227-236.
- Zaidi, S.S.A. and AlJohani, N.A.(2019). Perception and Knowledge of Primary Health Care Doctors Toward the Premarital Screening Program at the Ministry of Health, Jeddah-Saudi Arabia.
- Al Ali N, Alqurneh M, Dalky H, Al-Omari H.(2017). Factors affecting help-seeking attitudes regarding mental health services among attendance of primary health care centers in Jordan. *Int J Ment Health*; 46:38–51.
- Alghamdi AM, Alqadheb AF, Alzahrani AM, Aldhahri AS, Alsharif ZM. (2016). Knowledge of premarital screening among male university students in Riyadh, Saudi Arabia. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 5(4):735-42.
- Kabbash I, Abo Ali E, Elgendy M, Abdrabo M, Salem H, Gouda M, et al.(2018). HIV/AIDS related, stigma and discrimination among health care workers at Tanta University hospitals, Egypt. *Environ Sci Pollut Res Int* ; 25:30755–30762.
- Al-Farsi OA, Al-Farsi YM, Gupta I, Ouhtit A, Al-Farsi KS, Al-Adawi S.(2014). A study on knowledge, attitude, and practice towards premarital carrier screening among adults attending primary healthcare centers in a region in Oman. *BMC Public Health*.

References

Al-Shroby WA, Sulimani SM, Alhurishi SA, Dayel ME, Alsanie NA, Alhraiwil NJ. (2021). Awareness of Premarital Screening and Genetic Counseling among Saudis and its Association with Sociodemographic Factors: a National Study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 14:389.

Alkalash SH, Badr SA, Eldeen AG.(2021). Awareness, attitude, and satisfaction of Egyptian adults by premarital care services. *Menoufia Medical Journal*. Oct 1;34(4):1284.

Carlson RG, Daire AP, Hipp CJ.(2020). Prevention of Couple Distress: Education, Enrichment Programs, and Premarital Counseling. *The Handbook of Systemic Family Therapy*. May 11;3:49-76.

Al-Nood H, Al-Akmar M, Al-Erynai E.(2016). Knowledge and attitudes of Sana'a University medical students towards premarital screening. *Yemeni J Med Sci*; 2:39–47.

Abd Al-Azeem S, El sayed E, El Sherbiny N.(2011). Promotion of knowledge and attitude towards premarital care: an interventional study among medical student in Fayoum University. *J Public Health Epidemiol*; 3:121–128.

United Nations Population Fund Agency (UNFPA). (2010). Premarital manual. Egypt. *Indian Journal of Pediatrics*; 71:797-801.

Ministry of Health and Population [MOHP] .(2005). Standards of practice for integrated MCH/RH services. 1st Ed

Saleh WF, Gamaleldin SF, Abdelmoty HI, Raslan AN, Fouda UM, Mohesen MN, Youssef MA.(2014). Reproductive health and HIV awareness among newly married Egyptian couples without formal education. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 126(3), pp.209-212.

Khater T.R., and EL Ghazaly H.S. (2003). Pre-marriage Checkup in Egypt. *BMJ*; 4: 111-118.

Zaky HH, Khattab HA and Galal D .(2007). Assessing the quality of reproductive health services in Egypt via exit interviews. *Matern Child Health J*; 11(3):301–6.

Oyedele E, Emmanuel A, Gaji L, Ahure D.(2015). Awareness and acceptance of premarital genotype screening among youths in a Nigerian community. *Int J Med Health Res*; 1:17–21.

Mohamed HA, Lamadah SM, Hafez AM.(2015). Improving knowledge and attitude of

The present study demonstrates the average percentage of the overall process evaluation was low 37.9%. This percentage was consistent with the findings of a previous study done in Iraq by *Lafta et al.*, which revealed that 53.4% of physicians had poor performance due to working conditions in the health institutions. It might be worthwhile to develop a standard protocol related to pre-marital care applied by healthcare staff.

Conclusion

There is a gap between what we need from PMC program and the actual situation. The present study findings revealed defects in detailed knowledge and practices among both studied groups that necessitate a need for proper more information and education about the program that may help increase the rate of voluntary utilization. The positive attitude associated with decisions to participate should be used as a strength point from the decision makers and policy applicators. These findings might reflect the need to improve the work policies at primary health centers.

Recommendation

There is a fundamental need of governmental, healthcare providers, educational and religious supports in providing more health education regarding different aspects of PMC services.

Enlightening the public regarding the PMC program should be provided through media which plays a prominent role to transform message today.

Application of continuous health education programs for under graduating students focusing on the concept of the premarital care with implementation of a practical training course to improve their knowledge and attitude.

More care for the content of the medical schools curricula concerning PMC as well as skills with continuous medical education and training of service providers with continuous evaluation. Encouraging and motivating service providers to play a positive role to enforce premarital care program.

Further researches are needed to in all governorates in Egypt should be done to get a clear understanding towards such an important health issue.

revealed that few medical students showed positive attitudes towards religious role.

There were some discrepancy between HCPs' perception and practice in the present as nearly half provided health certificate to couples without doing any care and attributed that to weak resources mainly and lack of benefit by 13.3%. Moreover, they viewed that utlizers adopted PMC actually to complete the process of marriage preparation and not as an essential step. In accordance, *Mürüvvet et al.*, conducted a study in Turkey and discovered that the number of the tests conducted was very small. . Similarly, *Ibrahim et al.*, revealed that counseling before screening was provided for only 11.7% of the individuals tested. This conflict indicates improper training of health team beside weak performance and judgment. The other view of *Al Kindi et al.*, may be considered as PMC is performed just before marriage. It is usually done in the period between the engagement and marriage. An unexpected result may be ignored by couples or their families for various cultural, social, and emotional reasons. Thus, the test should be done at an early stage so that both couples who decide to marry know the results prior to engagement.

Concerning assessment the process of PMC services provision, the results of this study indicated that all the studied centers had a good evaluation score regarding welcoming the couple or ending the visit and presented a kind care with statistical significant difference between centers ($P < 0.05$). This result was in agreement with the finding of some studies in Baghdad *Rashid, & Haider*. While, providing counseling, accurate advice regarding vaccination as well as recommended laboratory investigations and physical examination were observed defects in all studied centers without statistical significant difference. Therefore, continuous monitoring and evaluation of the progress being made in achieving program outcomes are very important. These results to some extent similar to a study done in Kuwait by *Al-Enezi and Mitra* which found that 56.0% of the health workers did not explain the procedure of the premarital screening program. Also, *See et al.*, where only (36.6%) of the participants had required counseling by physician. *Ibrahim et al.*, noted that laboratory testing was the most common conducted measures provided during premarital care (83.1%). Determining a history of diseases, determining a family history of genetic diseases and physical examinations were (35.1%, 34.6% and 38.5%) respectively. Only 11.7% provided premarital counseling. These findings might reflect the need to improve the impact of work policies at primary health centers. There are no written policies or protocols that are standardized in practice which would identify the role of medical team members and expected outcomes of the process. Therefore, the outcome is dependent on personal commitment of staff and their availability.

This result was in disagreement with the study findings conducted in Tehran by *Abasi-Moghaddam et al.*, which found that 78.3% of the studied sample was good for Physician's consultation.

were aware about the basics of PMC objectives, components and the concept of applying it to all couples preceding the marital process. Moreover, all held positive perceptions toward its importance and usefulness especially in consanguineous marriage. These findings tie into *Zaidi et al.*, result where 98.7% of the studied physicians agreed that the national PMC program is important and supported its compulsory application, moreover 90.1% of them believed in its role in controlling the commonest hereditary diseases. Similarly, *Bener et al.*, stated that PMCS is effective in reducing the overall prevalence of many known congenital diseases by reducing the number of high risk marriages and of its being cost effective strategy in the management of these diseases.

These favorable findings in the present study may be explained by age of participants since being older over 40 years gave some idea about their work experience and supposed to be well informed as well as better perception regarding this issue which supported by *Wang et al.*, who found that older age and higher profession contributed to increased perception.

On the contrary, low scores of knowledge were reported by *Conway et al.*, among internal medicine residents and family physicians whose scores were 5.0 and 8.5 respectively (out of a possible 18 point score). They ascribed this to their residency training which does not appear to have adequately provided the appropriate knowledge. Lack of knowledge was also reported by *Sobhy et al.*, in their studies involving Egyptian nurses.

The current study denoted that mainly relatives & friends were significantly cited as the first source of information for HCPs at Shebin and Alnozha centers versus those at Nasr gharb center who reported mostly previous training or conferences; so medical sources must be enriched with updated services. In agreement, *Kitamura et al.*, revealed that physicians who received little training about PMC was consequently reflected on their practice. This supported by *Sanghvi et al.* who stated that health education intervention improved the knowledge of health care providers significantly and affirming that it is the corner stone in promotion of PMC. Moreover, undergraduate education is not satisfactory, but access to continuing education and professional development is necessary to maintain competence and improve performance of health worker everywhere *Mohamed et al.*

Concerning the Islamic point of view toward PMC in the current study, only half of HCPs agreed with adding religious consultation in PMC contents, and nearly two fifths has an intention to notify the other partner upon discovering reproductive health problem while the rest preferred to provide advice for the diseased one. This was consistent with *Mohamed et al.*, who showed that 52.5% of medical students agreed to inform the other couple in case of chronic or genetic diseases in his/her family. Also, *AlKhalidi et al.*,

The striking features of the current study regarding results of premarital testing; as mostly of studied utilizers saw that marriage decision must be left for freedom of couples and nearly one third accept to proceed with the marriage even if they received a positive test result, as well as only 20.0% favored legislation of preventing marriage in this case, similar to *Al-Farsi et al.*, Thus it is better to conduct a qualitative research to find out the reasons for these decisions.

In the current study, some couples remained unconvinced about the worth of PMC and listed various barriers such as interference with God's will, embarrassing, thinking of unavailability of services, afraid of a positive result which will prevent continuation of marriage, having no time and believing that PMC is unnecessary. This finding was also reported in some neighboring Arabic countries *Al-Nood et al & Al Kindi et al. & Ibrahim et al.* In addition, *Reham* stated that although young women are convinced of the importance of such examinations, their suitors remain embarrassed about being seen at a pre-marital health clinic. Therefore, these misconceptions need to be corrected through intensive religious health education by religious leaders.

Another point worth discussion in the present study; that health examinations were mere ink on paper as nearly half of attendees had the medical certificate without actual medical checkup being carried out. In agreement, *Mohamed et al.*, stated that in some families in Upper Egypt, the suitor is the one who does the pre-marital medical check only but his fiancée is not allowed. Couples could get two sealed certificates listing no physical impediments to marriage and issued by the hospital. In accordance *WHO* (2000) which reported similar findings in many governments especially in the Arabic-speaking world that indicates a great cultural challenge need to be addressed by the counselors.

On the basis of logistic regression analysis, our analyses suggested that willingness to participate in PMC tended to be associated significantly with high education, knowledge about PMC and positive attitudes towards it consistent with some previous research *Zaidi et al. & Al-Farsi et al. & Wang et al.* On the contrary, *Hassan et al.*, in their study conducted on students nurses in Alexandria found that the age influence on their attitude toward (PMC). This controversy may relate to different studied groups where nurses have some background about the program in comparison to general population.

It has been emphasized that primary healthcare workers' ability to possess good knowledge about and positive perceptions toward the national PMC program is essential to ensuring that this program becomes successful and effective throughout the country *Mohamed et al.* Therefore, this study was designed to explore HCPs' Knowledge and views towards PMC program in three family health centers. Nearly two thirds were physicians.

The current study revealed that all healthcare workers in each family medicine center

These data supports the necessity to educate the population especially young and unmarried couples still in their prime of life about the potential benefits of PMC services focusing on its aspect, hence, they can make the right decisions for themselves and their families.

Regarding source of information about PMC, the present study noted that family and friends not health professionals was cited as the primary source of information accounted for nearly two thirds then their previous study came in the second rank this can be significantly improved by adapting various strategies such as including PMS program in the school curriculum and arranging regular educational lectures on PMS and its objectives, while mass media reported by only one fifth of the sample. Similarly, *Alghamdi et al.*, showed that about three quarters of participants obtained their information regarding premarital screening and genetic counseling (PMSGC) from friends and family. In accordance, *Al-Shroby et al.*, reported over half of participants gained their knowledge from relatives and/or friends, about a third from health practitioners, another third through the social media, and 25.0% through TV and radio.

These results disagreed with *Alkalash et al.*, who found that nearly two fifth of their respondents were informed about PMC services by healthcare workers, while relatives and friends represented only (16.3%) of the sample. Whereas, *Kabbash et al.*, reported media as the main source of information. This controversy might be due to the minimum role of educational television programs regarding the PMC in Egypt or reporting of more than one type of mass media in other studies.

Concerning attitude, the current study revealed favorable attitude as regard to acceptance of PMC as well as an obligatory law for screening, Ma'zoon should complete marriage contract only for couples who documented PMC and intention to carry out it especially in case of consanguineous marriage, almost all participants agreed that PMC has the potential to limit the spread of some genetic diseases and STDs. These findings reflect a good understanding of the preventive value of PMC screening tests as nearly two thirds of sample was females who will be the future mothers and the hope of any mother is to have a healthy baby, they wish to pass them with the least possible complications. In agreement, *Mohamed et al.*, mentioned that making PMC screening as an compulsory procedure before marriage was favored by about one half participants. Also, *Al-Farsi et al.*, found that the majority believed that (PMCS) was necessary for limiting the spread of hereditary disease and preventing transmission of diseases to their children but only half agreed with the view of making PMCS mandatory. Similar view has been noted in other studies in Saudi Arabia *Al-Aama* and other non-western population such as those in Nigeria *Oluwole et al.* Furthermore, *Ibrahim et al.* reported agreement of participants on the right of Ma'zoon to accept marriage contract only if the future couple did PMS.

Discussion

Many young women and men enter into marriage with insufficient information on sexuality, reproduction, and parenthood. PMC service offers an opportunity for the future couples to eliminate their misunderstanding about sexual matter and reproductive health. It seems to be very promising in decreasing the burden of hereditary diseases, STD's, birth defects and divorce rates (Mohamed et al., 2015).

For these benefits, this study was designed to elicit attendees' as well as health care team perception concerning PMC and to answer the question about what we are in PMC services after long time of its establishment in Egypt.

In the current study, most of attendees family health centers were females and single, their age ranged between 18-35 years during this age we can encourage and improve their concept regarding premarital care. These findings are nearly similar to, *Alkalash et al.* who reported that 74% of the participants aged 20–30 years and females represented 53.5% of the sample.

It was evident from the results of the present study that approximately all attendees heard about PMC and aware of its importance Similarly *Farahat et al.* found 75.1% of Menoufia-Egypt University students were aware of PMC services. Also, a study done in Oman by *Bener et al.* revealed higher frequency of participants' awareness.

On the contrary to previous studies *Al Kindi et al.* & *Ibrahim et al.* conducted in Qatar and Jeddah which revealed that knowledge about PMC program was low in population. Also, *Mohamed, 2015* detected nearly one third only had correct knowledge regarding PMC. These differences can be explained by differences in educational level of study participants as most (94.3%) of our participants were either university or secondary educated.

In line with previous researches *Al Kindi et al.* & *Hebatallah et al.*, the current study revealed that most of attendees gave correct knowledge about the target group eligible for PMC. However, there was remarkable insufficient knowledge with respect to certain aspects of PMC as slightly more than half of them mentioned it targets blood genetic disorders alone, nearly two fifths for pre-marital counseling and only 15.6% for immunization. In agreement, 25% in Oman reported PMC for genetic blood disorders alone. Also, a community community-based survey was conducted in Saudi Arabia, which reported that 94% of the general population considered that both the premarital screening program and the available counseling sessions were important for preventing genetic blood diseases (Zaidi and Al Johani, 2019). This Similar to *Al Ali et al.*, who stated that the participants were conscious about the availability of PMC services in Egypt, but showed lack knowledge regarding what it includes and what diseases it focuses and targets.

investigations (32.6%). While the other items had insignificant poor score ($p.>0.05$) between centers as the required counseling and advice for HBV and MMR.

Finally, the total mean of the score for an overall evaluation had lower score than the pass level on the degree of 37.9%. The highest significant mean was recorded for Nasr gharb center ($83.3\pm$) represented 42.1% from total score compared to Alnozha and Shebin Qanater centers ($7.43\pm$ and $6.23\pm$ respectively) represented as (39.0%& 32.6% respectively) ($P <0.05$).

Table (6): Summary statistics of observed process items of provision PMC services for the studied health centers

Premarital clinics Items of process (Followed)	Total No.261		Nasr gharb No.74		Al Nozha No.81		Shebin No.76		p.
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Welcome the couple	228	87.4	74	100.0	78	96.3	76	100.0	0.06
Determine the degree of consanguinity between the couple	118	45.2	42	56.8	51	63.0	25	32.9	0.001*
Take the medical history of each partner	109	41.8	32	43.2	53	65.4	24	31.6	0.001*
Obtain the family history for both partners	117	44.8	43	58.1	50	61.7	24	31.6	0.001*
Asking about complaint of STDs	106	40.6	41	55.4	43	53.1	22	28.9	0.001*
^a Asking about receiving MMR vaccine before	2	0.8	1	1.4	1	1.2	0	0.0	0.600
^a Advising for MMR vaccine	3	1.2	1	1.4	0	0.0	2	2.6	0.400
Asking about receiving HBV vaccine before	2	0.8	1	1.4	1	1.2	0	0.0	0.600
^b Advising for HBV vaccine	6	2.3	2	3.7	1	1.2	3	3.9	0.400
Perform the physical examination for each partner using stethoscope	12	4.7	3	7.7	4	4.9	5	6.6	0.800
Measurement of blood pressure	8	3.1	2	3.7	3	3.7	5	6.6	0.200
Discuss health problems	36	13.8	16	21.6	9	11.1	11	14.5	0.200
Explain the recommended lab investigation	85	32.6	36	48.6	33	40.7	16	21.1	0.001*
Make the required counseling about the promotion of health and quality of life after marriage	14	5.4	5	6.8	3	3.7	6	7.9	0.7
Discuss the abnormal finding and describe medical treatment for partner with health problems	17	6.5	9	12.2	2	2.5	6	7.9	0.2
Determine the time to have the investigation results	76	29.1	32	43.2	30	37.0	14	18.4	0.012*
Presented a kind care	225	86.2	71	95.9	78	96.3	76	100.0	0.2
Well ending the visit	228	87.4	74	100.0	78	96.3	76	100.0	0.06
**Overall evaluation	37.9%		(42.1%)		(39.0%)		(32.6%)		0.001*
Mean of total score	14±2.7		8±3.3		7.4±3		6.2±3.2		

* $P <0.05$, using test of significance: ANOVA for quantitative data and chi square for qualitative data

^aMMR: measles, mumps, rubella; ^bHBV: Hepatitis B vaccine

Table (5): Attitudes and Practice of Health care service providers toward PMC

Attitude	Agree		Disagree	
	No.	%	No.	%
Utilized PMC by couples is important	28	100.0	0	0.0
PMC is important in consanguineous marriage	28	100.0	0	0.0
Intention to notify the other partner in case of health problem that affect reproduction	12	42.9	16	57.1
Prefer to add religious consultation in PMC contents	14	50.0	14	50.0
Practice				
Giving a health certificate before to couples without doing care (no.,%)				
-No	13	(46.4%)		
-Yes	15	(53.6%)		
Giving certificate without care due to:				
- Weak resources	10	(66.7%)		
- People are always in a hurry and do not like change	3	(20.0%)		
- It has no benefit	2	(13.3%)		
-				

From HCPs view, the biggest reasons for utilization of PMC is obtaining the certificate for the completion of the marriage procedures 60.7%, effective health education 28.6%, the service is free 7.1% and to identify genetic diseases 3.6% (Figure: 5)

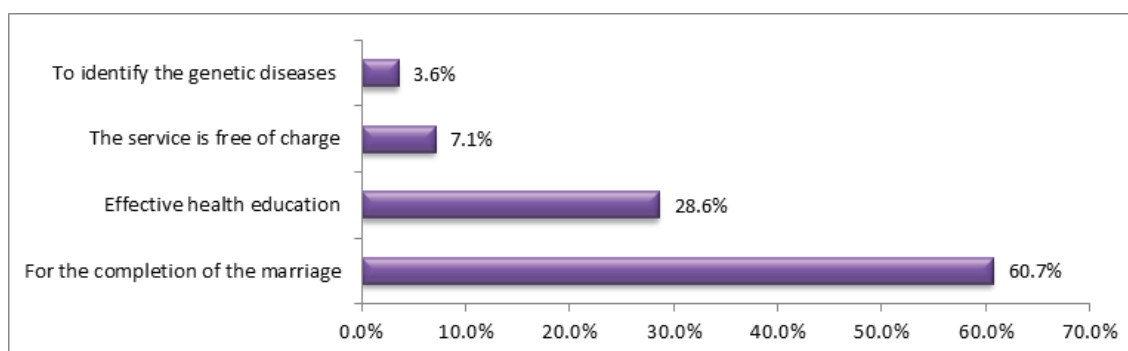


Figure (5): View of health care providers towards reasons of utilization of PMC Services

Concerning the assessment of provided services by an observational check list, based on Table: (6) it was observed that all centers had good total evaluation score regarding duties and tasks of HCPs towards the couple as welcoming the couple or ending the visit (87.4%) and presented a kind care (86.2%). There were some indicators had significant lower score ($p < 0.05$) between centers as determining degree of consanguinity (45.2%), obtaining the family history (44.8%) as well as medical history (41.8%) for both partners, asking about complaint of STDs (40.6%) and explaining the recommended laboratory

It was found that all service providers (100.0%) in each family medicine center were knowledgeable about PMC objectives, components and should involve both partners even without health problems.

The frequent source of information reported by HCPs in Nasr gharb center were mostly having previous training or attending conferences about it (85.7%) or studying it before in their undergraduate curriculum (71.4%), while relatives & friends was chosen as first source of information either in Alnozha 45.5% and Shebin Qanater 80.0% followed by their study (36.4%, 50.0%) respectively with statistical significant difference ($p. <0.05$). **(Figure:4)**

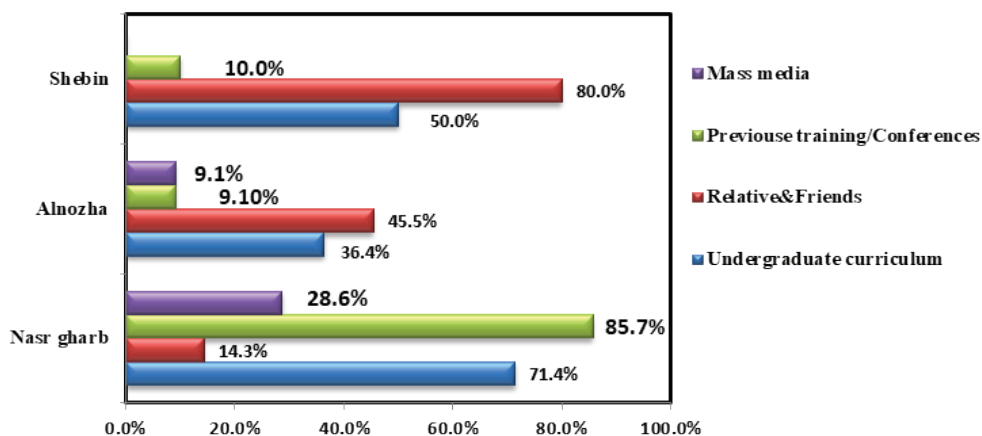


Figure (4): Source of information regarding PMC services among Health care providers of the studied family centers

Concerning attitude of HCPs, all of them in the studied centers reported that it is essential to carry out PMS especially in case of consanguineous marriage, only 42.9% has intention to notify the other partner in case of presence reproductive health problem while the rest preferred to provide advice for the diseased one and 50.0% believed that religious consultation should be involved in PMC contents.

Regarding practice, more than half (53.6%) gave a health certificate to couples without doing care and they attributed that to weak resources 66.7%, people are always in a hurry and do not like change 20.0% and only 13.3% reported that it has no benefit. **(Table:5)**

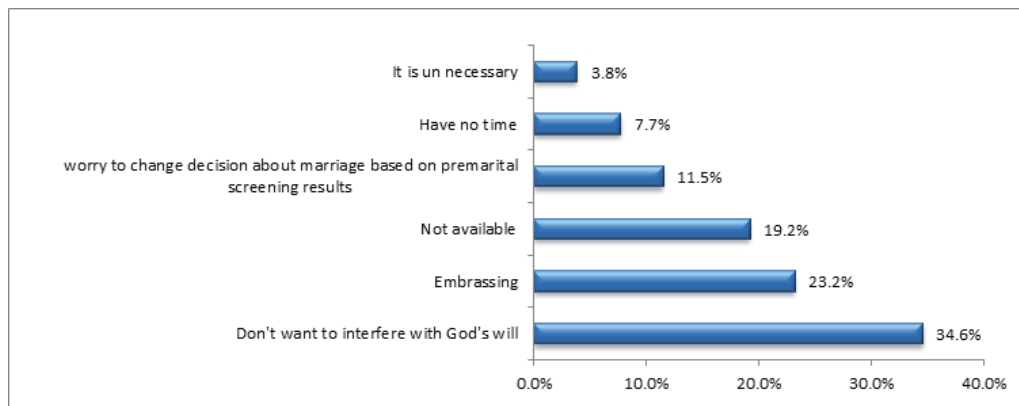


Figure 2: Reasons of unaccepting PMC among the studied attendees

Ma'zoon should proceed marriage contract only for couples who have a certificate for PMC was reported by 71.7%. Nearly half (51.7%) of participants obtained a certificate without PMC (Figure: 3)

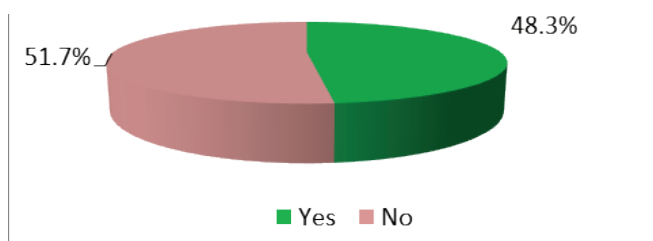


Figure (3): Distribution of the studied attendees regarding having certificate before with carrying out PMC.

It was found that had previous knowledge about PMC and agreement with importance of PMC in reducing genetic diseases and higher educational level affect significantly on attainment the service. ($P < 0.05$) (Table:4)

Table (4): Logistic regression analysis for the factors that may influence the decision to have PMC

Factors	B	Wald	P.
^a PMC has a significant impact on reducing genetic diseases	1.6	19	0.001*
Had previous knowledge about PMC	2.7	10.0	0.001*
Level of education	0.42	5.8	0.016*

^a couples who agree with that

The study included 28 healthcare providers (HPs) from the studied centers, physicians represented 64.0% of them, while nurses 28.6% and only 7.1% social workers. Their ages ranged between 28 and 57 years with a mean \pm SD age of 44.9 ± 9.2 years. Females represented 75.0% of them.

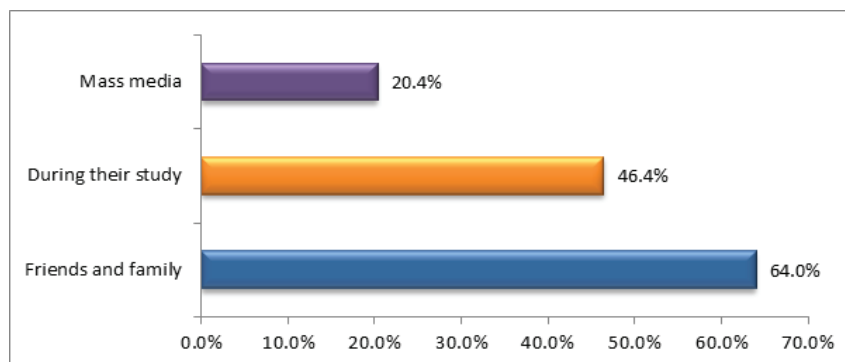


Figure 1: Source of information regarding PMC services among attendees of family centers

Table (3) illustrated the responses to attitude statements toward PMC among the attendees. Mostly (84.6%) of them agreed to conduct premarital care procedure. Those who refused justified their reasons as they don't want to interfere with God's will (34.6%), embarrassing (23.2%), unavailability of services (19.2%), worry that the test results will not be in favor of their choice (11.5%), and only have no time (7.7%) or it is unnecessary (3.8%). (Figur:2)

Nearly three quarters (74.0%) agreed that PMC is important in case of consanguineous marriage, almost all (92.0%, 90.0%) agreed that PMC services contribute to reduction of genetic diseases and STDs respectively and only (31.0%) found presence of genetic diseases an obstacle for continuation of marriage. The majority (80.5%) agreed on the law that obligates premarital screening. However, in case of positive results; 88.1% agreed that decision must be left to the discretion of the couple. And only (26.8%) were neutral and 20.7% agreed on making laws and regulation to prevent marriage in this case.

Table (3): Response to attitude statements toward premarital care program among the attendees of premarital clinics in family medicine

Attitude	Agree		Neutral		Disagree	
	No.	%	No.	%	No.	%
Acceptance to carry out PMC	221	84.6	14	5.4	26	10.0
PMC is important in consanguineous marriage	175	74.0	64	25.6	1	0.4
PMC has a significant impact on reducing genetic diseases	240	92.0	15	5.7	6	2.3
If the PMCEs indicate the presence of genetic diseases may be an obstacle in the marriage	81	31.0	94	36.0	86	33.0
aPMC will contribute to reduce the prevalence of some STDs	235	90.0	19	7.3	7	2.7
The law that obligates premarital screening is important	210	80.5	26	10.0	25	9.5
Do you think that marriage decision should be solely left for freedom of the couple in case of positive premarital screening	230	88.1	19	7.3	12	4.6
Agreement on making laws and rules to inhibit marriage in case of PMS test positivity	54	20.7	70	26.8	137	52.5
Ma'zoon should proceed marriage contract only for couples who have a certificate for premarital care	187	71.6	33	12.6	41	15.8

^aSTDs: Sexually transmitted diseases

Table (2): Knowledge of attendees in the studied family medicine centers towards PMC

Attendees to premarital clinic	Total	
	No.261	
Knowledge	No.	%
Heard about PMC?		
-Yes	250	95.8
- No	11	4.2
**Knew the importance of PMC		
-Yes	256	98.1
■To cover genetic blood disorders	146	58.4
■In case of consanguineous marriage.	144	57.6
■ To determine negative Rh factor	125	50.0
■For pre-marital Counseling.	104	41.6
■For prevention of congenital anomalies	83	33.2
■For immunization	39	15.6
■For happy marriage.	34	13.6
■To obtain the certificate for completion of marriage	2	0.8
-I don't know.	5	1.9
To whom PMC is provided?		
- Both partners	218	87.2
- Females only	9	3.6
- Males only	7	2.8
- I don't know	16	6.4
PMC for couples wishing to marry should be done in case of:		
- Both healthy &diseased	159	63.6
- Presence of health problems	19	7.6
- I don't know	72	28.8

* $P \leq 0.05$, **percent more than 100% as some gave more than one answer.

Friends and family was reported as a first source of knowledge on premarital care in 64.0% of attendees, followed by their study (46.4%) and mass media 20.4%. **(Figure: 1).**

Table (1): Socio-demographic characteristics of premarital care services utilizers in the studied family medicine centers

Attendees to premarital clinics		No.=261	100%
Socio-demographic characteristics			
Age (years)	Range	18-64	
	Mean \pm SD	27.2years \pm 5.5	
Age groups(years)	18-25	115	31.7
	26-35	158	43.5
	36-50	59	16.3
	>50	31	8.5
Sex	- Female	165	63.2
	- Male	96	36.8
Marital status	- Single	198	75.8
	- Married	58	22.2
	-Divorced/widow	5	2.0
Level of education	-University education	175	67.1
	- Secondary education and above	71	27.2
	- Read & write or Illiterate	15	5.7
Employment:	Employed	203	77.8
	Unemployed	58	22.2
Health Center	-Nasr gharb(Cairo)	104	39.8
	-Al nozha(Cairo)	81	31.0
	-Shebin Qanater (kalyoubia)	76	29.2

Based on **Table (2)** the vast majority of participants (95.8% & 98.1%) heard about PMC and knew its importance respectively. They mentioned that PMC targets blood genetic disorders (58.4%), especially in case of consanguineous marriage (57.6%), as well as negative Rh factor (50.0%), pre-marital counseling (41.6%), preventing congenital anomalies in the future off springs (33.2%), and only (15.6% & 13.6%) reported to obtain immunization and to attain happy marriage respectively. Most of them (87.2%) knew that PMC should involve both partners either healthy or diseased (63.6%).

2)-A self administered questionnaire for HCPs which contains items of: personal, work related data, knowledge about objectives and contents of PMC program, attitude; their view towards giving the related certificate without provision of the service and reasons for utilization of PMC services.

3)-Assessment of provision of the PMC service: using an observational check list which prepared by the research team. It included 18 items; scoring was done as follow: (2) for followed, (1) for not followed. The score ranged from 18-36. Validity of test was carried out and it was excellent (0.87) as measured by Cronbach's Alpha.

Pilot Testing was done for testing clarity, arrangement of the items, applicability of the data collection tools, time consuming and the required correction were done.

Statistical analysis: Data collected were reviewed, coded, and statistical analysis was done by using SPSS program version 16. Quantitative data were described as mean and standard deviation [SD] while qualitative data were expressed in numbers and percentages. ANOVA –test was used for comparison of quantitative data while Chi square-test was used for qualitative data. Logistic regression analysis was carried out to assess the influence of the significant variables. Significance level was taken at a P -value <0.05 .

Results

Table (1) showed that the attendees to premarital clinics were nearly equally distributed in the three family medicine centers (Nasr gharb 39.8% Alnozha 31.0%- Shebin Qanater 29.2%). The mean age of studied utilizes was (27.2 ± 5.5) years, ranged from 18 to 64 years. Most of them (75.2%) were in age group less than 36 years. Females represented 63.2%. Nearly three quarters (75.8%) were single, (67.1%) had acquired university education and 77.8% were employed.

Unfortunately, after about 20 years of implementing the program of PMC in Egypt, there has not yet been a comprehensive evaluation of this program implementation and the issues that should be tackled for best benefits; accordingly this study was **aiming to** assess three PMC services in centers in Egypt.

- 1) To explore factors that influence couples' decision to utilize the PMC program.
- 2) To assess the PMC services process provided by three family health centers (FHCs) in Egypt to find out possible defects in attempting to eliminate them.
- 3) To assess healthcare workers' perception regarding premarital care that may affect the output of the services.

Subject and methods

Study design: a cross-sectional study was conducted between December 2018 to September 2019 in three randomly selected Family Health Centers (Nasr gharb - Alnozha) from Cairo governorate and (Shebin Qanater) from kalyoubia governorate. The target population of this study was the premarital utilizers attending the centers and health care providers who provide premarital care service in these centers during the study period.

Sampling design: A minimum acceptable sample size of utilizes was calculated using Epi-Info version 7 with a confidence level 95% and confidence interval 5%. A total of 261 were enrolled in the study to compensate for drop outs. Systematic random sample technique (one out of two) was adopted from attendees of these centers to select the target number; the starting point for selection was drawn with simple random.

All health care providers (28) in the three centers were included (18 physicians, 7 nurses and 2 social workers).

-Official approvals from ministry of health and local health authorities were carried out. The researcher clarified the objective of the study to participants to obtain their consent. Ethically those who agreed to participate were enrolled in the study. The researcher assured maintaining anonymity and confidentiality of the subject data.

Tool of the Study: The data were collected using:-

1)-A specially designed, semi-structured, interview questionnaire elicited information on socio demographic characteristics, knowledge, attitudes and practice with respect to the individuals who conducted PMC service.

Introduction

Marriage for many is central to building healthy, happy, and stable family relationships (Al-Shroby et al., 2021) Promotion of the health and wellbeing of a woman and her partner before pregnancy can promote the health of future generation (Alkalash et al., 2021).

Premarital care (PMC) is a worldwide activity known as the primary preventive approach offered to the future couples on their way to marriage to guide, educate, and prepare them for the establishment of a healthy family (Carlson et al., 2020) It can identify modify behavioral, medical, and other health risk factors which may affect the quality of marriage and pregnancy outcomes (Al-Nood et al., 2016).

PMC is aiming to diagnose, treat unrecognized disorders, reduce transmission of diseases between them and support couples planning for conception. ⁽⁵⁾ Many nations considered it as a public health measure towards saving the society and allowing people to enjoy life as they will benefit from early appropriate interventions to manage and prevent suspected diseases (Alkalash et al., 2021).

By the year 2008, it became compulsory by law in many Arab countries including Egypt (United Nations Population Fund Agency (UNFPA), 2010). The Ministry Of Health and population (MOHP); in (2005) established the premarital components package which are premarital counseling, premarital history taking and examination, premarital investigations and premarital immunization with numerous objectives that considered the ethical, religious, economic, and psychological aspects of the individuals and community (Ministry of Health and Population [MOHP], 2005).

The law was stipulated in 2008 and the National Council for Childhood and Motherhood has succeeded in making it mandatory for engaged couples to undergo pre-marital medical check-ups before legalizing their marriage contracts (Saleh et al., 2014). Although the first PMC checkup center has been operated since mid-2001 in Egypt, and the success of this center in controlling many health problems, the attendants' number is still limited (Khater, & EL Ghazaly, 2003). Zaky et al., 2007 reported that nearly 90% of married Egyptian couples had not received premarital counseling and two-thirds of the couples had not used the premarital testing service.

For the successful implementation of premarital care program as an essential part of primary and preventive care, rather than an isolated visit, there is a crucial for adequate awareness in the community as well as accessibility of the services according to population needs and availability of health resources (Oyedele et al., 2015).

تقييم خدمات الرعاية الصحية قبل الزواج المقدمة في ثلاثة مراكز صحة الأسرة في مصر

المستخلص

تهدف الدراسة إلى تقييم رعاية ما قبل الزواج في ثلاثة من مراكز صحة الأسرة في مصر. حيث تهدف رعاية ما قبل الزواج والخاصة بالأزواج المستقبليين الي تشخيص وعلاج الاضطرابات الغير معترف بها وتقليل انتقال الأمراض بينهم ودعم التخطيط للحمل. وتشمل مكونات حزمة ما قبل الزواج، المشورة قبل الزواج؛ والتاريخ المرضي؛ التحاليل المعملية وجلسات المشورة الطبية والتطعيمات. على الرغم من تشغيل أول مركز فحص ما قبل الزواج منذ منتصف عام 2001 في مصر، تم العثور على القليل من الدراسات المتعلقة بالاستفادة من خدمات رعاية ما قبل الزواج؛ (زكي وآخرون، 2007؛ صالح وآخرون، 2014)؛ سجلت أن بحثهم في (Pub Med) لم يتم العثور على أي دراسات متعلقة بالإرشاد والاختبار قبل الزواج في مصر. المنهجية: تم استخدام أداة الاستبيان مكونة من 261 من المتقدمين لمراكز رعاية ما قبل الزواج في ثلاثة والذين تم اختيارهم بعد تقدير العينات. تم استخدام نموذج استبيان التقييم الذاتي لتقييم معرفة مقدمي الرعاية الصحية (28 طبيباً وممرضاً وعاملين اجتماعيين) وموقفهم وممارساتهم في برنامج رعاية ما قبل الزواج. كما تم إجراء تقييم لعملية تقديم الخدمة باستخدام قائمة اختيارات تضمنت ثمانية عشر (18) بنداً لتقديم كل عنصر في الاستبيان في خيارين (متابعين أم لا). وأظهرت النتيجة الرئيسية أن متوسط عمر المستخدمين كان (27.2 ± 5.5) سنة؛ ومثلت الإناث 63.2 % والغالبية 67.1 % من زوي التعليم الجامعي. كانت مصدر المعرفة الرئيسي لمستخدمي مراكز رعاية ما قبل الزواج هم الأصدقاء والعائلة بنسبة 64%. كما أن 58.4% منهم لديهم معلومات حول أهمية فحص ما قبل الزواج في الكشف عن الاضطرابات الوراثية في الدم قبل الزواج. فيما يتعلق بموقف المستفيدين وقبولهم لفحص ما قبل الزواج؛ فقد وافق 84.6% على إجراء الفحص، وترتبط درجته الموافقة إيجابياً بالمستوى الاجتماعي. وقدم الراضون لفحص ما قبل الزواج العديد من الأعدار الثقافية. وادلى مقدمو الخدمة للرعاية الصحية أن المناهج الجامعية والتدريب تعد المصدر الرئيسي للمعرفة. وكان أكثر أسباب ضرورة الفحص ما قبل الزواج هو «حصولهم على شهادة إتمام إجراءات الزواج» (تراوحت بين 42.9% و 72.7%). والسبب الآخر هو «التثقيف الصحي الفعال» تراوح بين 9.1% إلى 42.9% وذلك في المراكز الثلاثة محل الدراسة. وفيما يتعلق بتقييم عملية تقديم خدمة الفحص قبل الزواج، فإن درجة تقديمها لم تكن مرضية. وبهذا استنتجت الدراسة وجود عيوب في المعرفة والممارسات التفصيلية لبرنامج فحص ما قبل الزواج بين مجموعات الدراسة. لذا يجب معالجة المنطقة المعيبة في البرنامج لتعظيم فوائده.

الكلمات الدالة: تقييم، رعاية ما قبل الزواج، برنامج فحص ما قبل الزواج، المعرفة، السلوك، المستفيدين، مقدمو الخدمات الصحية

(ranged from 42.9%, to 72.7%). Other cause was effective health education ranged from 9.1% to 42.9% in the three centers. Concerning assessment of the process of provision of PMC services, the degree of provision was not satisfactory. In conclusions, the study showed defects in PMC program detailed knowledge and practices among both groups of the study. A defective area in the program should be tackled to maximize its benefits.

Keywords: Assessment, Premarital care, premarital screening program, knowledge, attitude, utilizers, health providers



Assessment of provided premarital health care services in three family health centers in Egypt

Dr. Hanem Hamed¹, Dr. Monira Gad², Dr. Thoraya Abd El Fatah³, Dr. Hanan Abd El Moneim⁴, Dr. Heba Mohamed Abd Elgalil⁵

Abstract

The study aims to assess the PMC services in three family health centers (FHCs) in Egypt. Where the Premarital care (PMC) is a care provided to the future couples aiming to diagnose, treat unrecognized disorders, reduce transmission of diseases between them and support couples planning for conception. Components of the premarital package are premarital counseling, history taking; examination, investigations and immunization. Although the first PMC checkup center has been operated since mid-2001 in Egypt, few studies related to utilization of premarital care services are found (Zaky et al.2007; Saleh et al., 2014) recorded that their search of Pub Med didn't find any studies related to premarital counseling and testing in Egypt. Methodology: A questionnaire tool was used on 261 PMC utilizers who were selected after sampling estimation. A self-assessment questionnaire format was used to assess health care providers' (28 physicians, nurses and social workers) knowledge, attitude and practice of PMC program. Also, assessment of process of provision of the service using an observational check list was carried out. It included eighteen (18) items. Each item in the questionnaire was presented in two choices followed or not. The main Result shows that, the mean utilizers' age was 27.2 (\pm 5.5) years; (63.2%) were females. The majority (67.1%) had university education. The main sources of PMC utilizers' information were friends (64%) and family. Also, 58.4% of them had knowledge about the importance of PMC in detecting blood genetic disorders before marriage. Concerning utilizers' attitude and acceptance of premarital care; 84.6% agreed to conduct premarital care procedures and the degree of positivity is related to the social level of the PMC's area. Those who refused to PMC program, presented many cultural related excuses. Health care providers recorded the undergraduate curriculum and training as the main sources of knowledge. The biggest reasons for clients' utilization of PMC were obtaining the certificate for the completion of the marriage procedures

¹ Ministry of health

² Professor of Obstetrics and Gynecology

³ Professor of Community and Occupational Medicine

⁴ Professor of Obstetrics and Gynecology

⁵ Assistant professor of Community and Occupational. Faculty of Medicine, Al-Azhar University, Cairo, Egypt.

_____ (2020). Palestinian Multiple Indicator Cluster Survey 2010-2014.

_____ (2021). Palestinians at the End of 2020.

<https://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2546.pdf>

Pedersen, J., Randall S., and Khawaja M. (eds.). (2001). Growing Fast the Palestinian Population in the West Bank and Gaza Strip. Fafo Institute for Applied Social Science (2001). AS Norway Central trickeries.

Simard-Gendron, A., and Bignami, S. (2015). Contextual and Individual Effects Behind Fertility Change in The West Bank and Gaza Strip.

Ssenyonga, K. (2009). Trends, Levels and Determinants of Fertility in Uganda 2006. Diploma Thesis. Cairo Demographic Centre.

United Nations (2019). World Population Prospects: The 2019 Revision.

Yaqoub, M., (2004). Socioeconomic Factor Influencing Women's fertility in Ramallah. Master Thesis. College of Graduate Studies. (In Arabic), Al-Najah National University Nablus, Palestine.

Ying, S. L. (1992). Determinants of Fertility in Malaysia - How Much do We Know. Journal of Southeast Asian Studies, 23(1):112-132.

ZANOUN, F., (1990). Fertility preferences of the Arab population in the West Bank. PhD thesis. University of Glasgow. <http://theses.gla.ac.uk/6815/>

References

- Adhikari, R. (2010). Demographic, Socio-economic, and Cultural Factors Affecting Fertility Differentials in Nepal. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 10, no. 19: 1-11.
- Aurig, G. (2012). Socio-economic Determinants of Fertility and Female Labor Force Participation in the Philippines- Investigating Continuities and Discontinuities 1993 and 2008. Master Thesis. Department of Economic History.
- Bongaarts, J., (1987); "A Frame Work for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility". *Population and Development Review* 4, No. 1 (March 1978).
- David, K. and J Blake (1957). "Social Structure and Fertility, An Analytic Framework". In *Economic Development and Cultural Change*, Volume 4.
- De Bruijn, B. (2006). *The Netherlands Demography: Analysis and Synthesis*. Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute.
- Simard-Gendron, A. (2013). Determinants of Fertility Change in the West Bank and Gaza Strip. IUSSP - August 26-31, 2013. Korea. Determinants of Fertility Change in the West Bank and Gaza Strip.pdf (iussp.org)
- Hank, K. (2002). Regional Social Contexts and Individual Fertility Decisions: A Multilevel Analysis of First and Second Births in Western Germany. *European Journal of Population*, 18(3):281-299.
- Indongo, N. and Pazvakavambwa, L. (2012). Determinants of fertility in Namibia. *African Journal of Reproductive Health*, 16(4): 84-91
- Khali, N., (2014). Socio-economic and Cultural Factors Influencing Desired Family Size in Sierra Leone. Master Thesis. Graduate College of Bowling Green State University.
- Khawaja, M. (2003). The fertility of Palestinian women in Gaza, the West Bank, Jordan and Lebanon. *Population*, 53(3), 273-302.
- Khawaja, M., Assaf, S., & Jarallah, Y. (2009). The transition to lower fertility in the West Bank and Gaza Strip: Evidence from recent surveys. *Journal of Population Research*, 26(2), 153-174.
- Palestinian Central Bureau of Statistics, Health Survey 2000 -2006. Palestine.

- The study showed that fertility in Palestine mostly affected by current age of woman, age at birth, child loss experience, women education and using family planning methods. In addition; There was no evidence that type of residence of women affects fertility.
- There is a positive and significant relationship between age of women, child loss and using family planning methods. While; a negative and significant relationship was found between age at birth, Women educational level and the wealth index.

Recommendations

In the light of the conclusion summarized above, and given the importance of age at first marriage on fertility the study recommends stakeholder to increase the awareness of the importance of reproductive health of women, and increase awareness of the dangers of early marriage through educational projects.

The government priority should also be providing family planning services and to be able to cater for unmet needs and to ensure the affordability, accessibility and acceptability of family planning methods for all women and men. In addition, it is important to increase the awareness of the importance of family planning methods.

The study recommends increasing the studies and researches on this area to make better understanding of the fertility behavior in Palestine, and to conduct these studies for each of West Bank and Gaza Strip to better understanding of fertility determinants, as there is substantial differences between the two regions.

Table (10): Summary of the Results of Multiple Regression on Children Ever Born, Palestine 2020

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constant)	1.547	.169		9.145	.000
Current Age of Woman (X1)	.151	.004	.601	41.228	.000
Women Age at Birth (X2)	-1.260	.066	-.287	-19.157	.000
Women Education (X4)	-.117	.040	-.044	-2.915	.004
Contraception Use (X5)	.459	.061	.106	7.583	.000
Children dead (X6)	1.005	.073	.188	13.736	.000
Wealth index quintile (X7)	-.116	.021	-.075	-5.452	.000
Area (X8)	.012	.038	.004	.327	.744

Source: Researcher Calculated from PMICS, 2019-2020 raw data

Conclusion and Recommendations

Conclusion

This study aims to determine the fertility levels and trends, and to examine the demographic and social economic differentials in fertility and to examine factors the factors that affect fertility among women aged 15 – 49 years in Palestine. The main conclusions of the study can be summarized as follow:

- The total fertility rate in Palestine has decline during the last two decade. The total fertility rate declined from 4.9 births per women in 2000 to 3.8 births per women in 2020. Most of this decline was mainly due to the decline in the fertility in Gaza Strip, where fertility decreased to reach 3.7 birth per women in 2020 while it was 4.5 births in 2014. On the other hand, West Bank maintained an almost constant level of fertility as it was 4 births per women and reach 3.9 births per women in 2020.
- The remarkable decline in fertility could be due to many factors, of them the rise in the median age of marriage from 18 years in 2000 to 21 years in 2020. Also, the increasing of using contraceptive methods where, it increased from 42 percent in 2010 to 59 percent

The study reveals that fertility varies by age at first birth of woman, education level of women, use of contraceptive method and by living standard with substantial differences between West Bank and Gaza strip was found due to several factors such as the differences in level of socio-economic development, level of education ... etc.

births. Which Also, has the largest reducing effect on number of children ever born. As the standardized coefficient (beta= - 0.287) indicates.

Women's Education

Women educational level has a significant negative relationship with number of children ever born in which, as women get more educated the less to have children born by 0.117 births. This relationship is sig at level 0.004.

Contraception Use

Family planning is also an important variable determining fertility. Increasing the use of contraceptive methods by one percent leads to increase in number of children ever born by nearly 0.459 births. This relationship is significant at level of 0.00. this positive relation can be explained that women start to use family planning methods after reaching certain number of children, this also compatible with what was presented in section 2 (about 53 percent of women who ever use contraceptive method have 4 or more children in Palestine).

Children loss

The number of children dead has positively significant relation with the number of children ever born; an increase of death of 1 child will increases the number of children ever born by about 1 live birth. This relationship is significant at level of 0.00 and has the second positive large impact on children ever born as (beta = 0.188).

Wealth index quintile

The regression results indicated that living standard measured by wealth index has a significant negative relationship with number of children ever born in which, as women get wealthier the less to have children born by 0.116 births. This relationship is sig at level 0.00.

Area

Area is the type of residence (urban, rural and camps) the regression results suggested that the relationship of children ever born with type of residence is not significant at 0.05 significancy level.

Table (8) and Table (9) show summary Anova test and regression result of the model. The value of R² in the model represents that 57% of the variation in the dependent variable (CEB) is explained by the independent variables included in the model. Results also show that the F-statistic was about 449, which is a measure of the overall significance of the estimated model. It can be said that this model is statistically significant and can be used in the analysis of the relationship between fertility measured by total number ever born and all the independent variables that are statistically significant.

The variables that are not statistically significant and should be eliminated from the model is only area as showed in Table (10).

Table (8): Regression Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
	.752 ^a	.566	.564	1.397
a. Predictors: (Constant), Area, Children dead, Wealth index quintile, FP, Women Education, Women Age at birth, Age of woman				

Table (9): ANOVA Table of Regression Model for Children Ever Born, Palestine 2020

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	6133.711	7	876.244	448.949	.000 ^b
Residual	4711.569	2414	1.952		
Total	10845.280	2421			
a. Dependent Variable: Children ever born					
b. Predictors: (Constant), Area, Children dead, Wealth index quintile, FP, Women Education, Age at birth, Age of woman					

Regression interpretation

Current Age of Woman

The regression indicates that there is a significant positive relationship between the current age of women and the number of children ever born. Increasing the age of women by one year causes an increase in the number of children ever born by 0.151 live births. Age of women has the largest positive effect on the number of children ever born among the other variables since (beta= 0. 601).

Women Age at Birth

According to the regression result there is a significant inverse relationship with number of children ever born at level 0.00. The findings indicate that increasing age at first marriage by one year is associated with reduction in children ever born by 1.260

The definition & measurement of variables of the model are shown in table (7). The table also explains how the variables are entered in the Linear Regression Model. The table indicates the dependent variable, which is the number of children ever born per woman (CEB), and the independent variables used in the multiple regression.

Table (7): Definition of the Variables Used in the Multiple Regression Analysis Model for Total Children Ever Born by Women Aged between 15-49, Palestine 2020

Variable Name	Description and Categories
Dependent Variable:	
Number of Children Ever Born (CEB)	Continuous Variable
Independent Variables	
Current Age of Woman (X1)	Continuous Variable
Age at Birth (X2)	Continuous Variable
Women Education (X4)	dummy variable where X4 = "0" if no education or less than secondary X4 = "1" if secondary education or above
Contraception Use (X5)	dummy variable where FP = "0" if never used contraceptive method FP = "1" if ever used contraceptive method
Children dead (X6)	Continuous Variable
Wealth index quintile (X7)	1= Poorest where are the rest of other quintiles 2= Second 3= Middle 4= Fourth 5= Richest
Area (X8)	1= Urban 2= Rural 3=Camps

Source: Researcher work from MICS 2019-2020 raw data.

Estimated Model

Using cross sectional data and multiple regression analysis the estimated model was:

$$CEB = 1.547 + 0.151X1 - 1.260X2 - 0.117X4 + 0.459X5 + 1.005X6 - 0.116X7 + 0.012X8$$

middle to richest household have fewer children compared to those in poorest to second wealth quintile. About 30 percent of women in fourth and above wealth quintile have 4+ children compared with 31.1 percent of women in poorest households. The percentage of having 4+ children among women in the different quintile in West Bank, ranged from 29 percent in richest quintile to 32 percent in poorest quintile. Meanwhile the difference between poorest women and richest is more obvious in Gaza Strip and it's the opposite of what expected, where the percentage of women who had 4+ children was 42.1 percent among women living in richest household compare to 33.3 percent among women living in poorest household. The chi-square test showed statistical significance at level 0.00.

Table (6): Percentage of Children ever born for women age 15-49 by Wealth Index and Region, 2020

Children Ever Born	Wealth index quintile					Pearson Chi-Square
	Poorest	Second	Middle	Fourth	Richest	
	West Bank					
No children	36.2%	47.5%	40.2%	38.3%	41.6%	Pearson Chi-Square: 44.718 Sig: 0.00
1-3	30.5%	23.0%	30.1%	31.2%	29.0%	
4-6	21.9%	20.8%	23.4%	24.9%	24.8%	
7+	11.4%	8.7%	6.3%	5.6%	4.6%	
	Gaza Strip					
No children	39.5%	41.7%	42.1%	48.4%	42.1%	Pearson Chi-Square: 54.936 Sig: 0.00
1-3	29.5%	24.0%	23.2%	20.4%	15.8%	
4-6	20.8%	24.6%	28.6%	26.8%	36.8%	
7+	10.3%	9.8%	6.2%	4.5%	5.3%	
	Palestine					
No children	39.3%	43.1%	40.7%	39.0%	41.6%	Pearson Chi-Square: 118.877 Sig: 0.00
1-3	29.5%	23.8%	28.4%	30.5%	28.6%	
4-6	20.8%	23.7%	24.7%	25.0%	25.2%	
7+	10.3%	9.5%	6.3%	5.5%	4.6%	

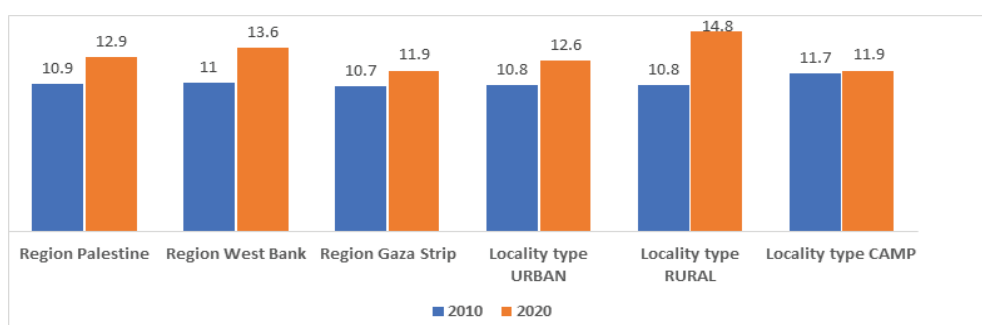
Source: Researcher work from MICS 2019-2020 raw data.

Fertility Determinants in Palestine

This section presents the Multiple Regression Analysis that is used to explain the effect of some selected demographic and socioeconomic variables such as; education level of women, current age of women, place of residence, age at first marriage, contraceptive use, and income (wealth index) on fertility. Using total children ever born by women aged 15 –49 years as a fertility measure.

In 2020, unmet need was 13 percent (5 percent for limiting and 8 percent for spacing). Figure (9) presents changes from 2010 to 2020, there was an increase of unmet need by around 18 percent, which is the opposite of what expected. This increase with unmet need reflects also the surprisingly result of women who had ever used contraceptives with more children ever born compared with those who had never used them. Table (5) shows that 52.7 percent of women who had ever used contraceptives have 4+ children ever born compared with 19.2 percent of women who have never used contraceptives. The chi-square test showed statistical significance at level 0.0

Figure (9): Percentage of women who are currently married with unmet need for family planning, 2010 and 2020



Source: Palestinian Central Bureau of Statistics. The Palestinian Multiple Indicators Cluster Survey, 2014 and 2019-2020.

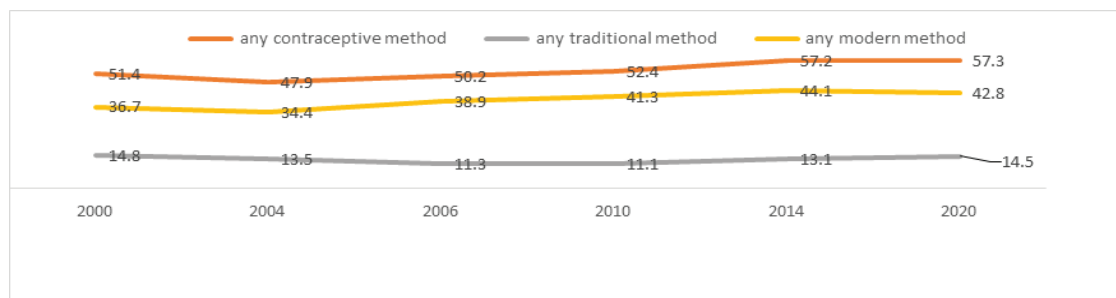
Table (5): Percentage of Children ever born for women age 15-49 by use of contraception Methods, 2020

Number of children ever born	Ever used contraceptive method	Never used contraceptive method	Pearson Chi-Square
West Bank			
No children	0.5%	25.8%	Pearson Chi-Square: 320.185 Sig: 0.00
1-3	47.6%	53.9%	
4+	51.9%	20.2%	
Gaza Strip			
No children	0.0%	28.3%	Pearson Chi-Square: 183.731 Sig: 0.00
1-3	45.3%	55.8%	
4+	54.7%	15.9%	
Palestine			
No children	0.3%	26.4%	Pearson Chi-Square: 491.866 Sig: 0.00
1-3	46.9%	54.4%	
4+	52.7%	19.2%	

Source: Researcher work from MICS 2019-2020 raw data.

Wealth Index: Wealth index is one of indicators of social status of women, the higher women’s social status the fewer the children ever born. The study shows that women in

Figure (7): Percentage of Using Contraceptive Methods among married women aged 15-49 years, 2000-2020

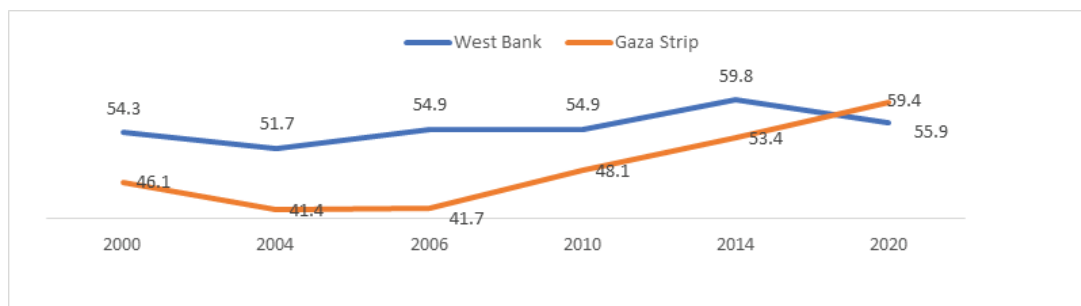


Source: Palestinian Central Bureau of Statistics. Health surveys 2000-2006 and The Palestinian Multiple Indicators Cluster Survey, 2010, 2014 and 2019-2020.

The percentage of those who used modern contraceptives is high and stands at 43 percent as compared with those used traditional contraceptive methods, which stands at 15 percent in 2020. Although, using modern contraceptive is decreasing after 2010, on the contrary of using traditional methods as it increased after 2010 as figure (7) pointed out.

At regional level, the reproduction behavior changed remarkably. As figure (8) shows the fast increase in using contraceptive methods after 2006 among women in Gaza Strip. This could be due to oriented programs from UNFPA and WHO and other NGO’s organizations in Palestine. Meanwhile, the use of any contraceptive method among women in West Bank declined after 2014 to reach 56 percent.

Figure (8): Percentage of Using Any Contraceptive Methods among married women Aged 15-49 years by Region, 2000-2020



Palestinian Central Bureau of Statistics. Health surveys 2000-2006 and The Palestinian Multiple Indicators Cluster Survey, 2010, 2014 and 2019-2020

Unmet need for family planning is often related as a problem of access, leaving the perception that women do not use contraceptives because they cannot find or afford them. However, unmet need is associated with poor quality of service, weak counselling and negative providers’ attitudes towards family planning, which combined discourage women from using any method.

Table (4): Percentage Distribution of Children Ever Born by Mother Age at First Birth according to Region, 2020

Children Ever Born	Mother's age at first birth			Pearson Chi-Square
	<20	20-34	35+	
	West Bank			Pearson Chi-Square: 348.181 Sig: 0.00
1-3	33.4%	56.3%	100.0%	
4-6	48.5%	37.4%	0.0%	
7+	18.1%	6.3%	0.0%	
	Gaza Strip			Pearson Chi-Square: 163.850 Sig: 0.00
1-3	29.8%	54.2%	94.1%	
4-6	44.5%	36.9%	5.9%	
7+	25.7%	8.8%	0.0%	
	Palestine			Pearson Chi-Square: 519.653 Sig: 0.00
1-3	32.3%	55.7%	98.6%	
4-6	47.2%	37.3%	1.4%	
7+	20.5%	7.0%	0.0%	

Source: Researcher work from MICS 2019-2020 raw data.

Contraception use: Knowledge of family planning methods is closely related to population policies related to reducing fertility and health policies that seek to rationalize the reproductive behavior pattern to avoid dangerous pregnancies and those that aim to reduce maternal, infant and child mortality rates. On the other hand, family planning indicators are linked to policies that seek to improve the quality of life and raise the standard of living, and which seek to consolidate human rights, considering family planning a human right.

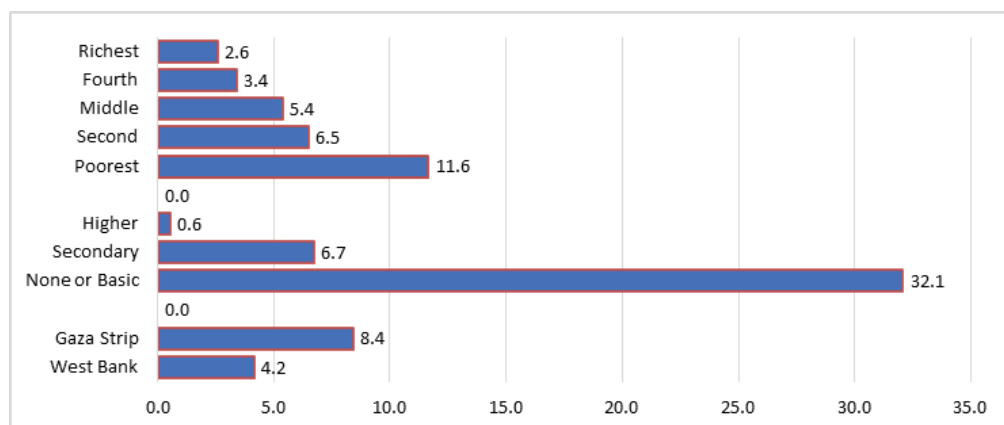
Though there is no clear family planning policy in Palestine aiming at controlling fertility levels, the Ministry of Health pointed out in its National Strategic Health Plan of Palestine “Building sensitive social and cultural intervention programs to support educational campaigns on reproductive health.” (National Strategic Health Plan of Palestine: Palestine 2017-2022). There are several institutions that provide family planning services such as; government run health centers, NGOs, and the United Nations Relief and Works Agency (UNRWA).

Figure (7) presents the trend of using contraceptives method of married women. The using of any contraceptive method among married women (15-49 years) in Palestine increased since 2000 from 51 percent to 57 percent in 2020. Modern contraceptive use slightly decreases from 2014. Moreover, using traditional contraceptive is increasing since 2014.

Percentage of women aged 20-24 years who had a live birth before age 18 have dropped remarkably were it was 17 percent in 2010 according to the Palestinian family health survey and decrease to 6 percent in 2020. A clear variation by region, level of education and the wealth index of household is noted. Never the less, about 4.2 percent women aged 20-24 years have had a live birth before age 18 in West Bank meanwhile it was 8.4 percent for women in the same age group in Gaza Strip. In addition, it is higher among mothers with none or basic education level and among women who live in poor households.

The fact of decreasing early childbearing is compatible with the increase in the median age of marriage among women where it was 18 years in 2000 and reached 21 years in 2020.

Figure (6): Percentage of Women 20-24 Years who had a Live Birth before Age 18 by background Characteristics, 2020



Source: Palestinian Central Bureau of Statistics. The Palestinian Multiple Indicators Cluster Survey, 2019-2020.

About 68 percent of women who gave birth at ages under 20 years had 4+ children compared to about 44.3 percent whose age at first birth was 20-35 years. Meanwhile, Women with their first birth above the age 35 years mostly have 1-3 children. The data showed that children ever born for women who became mothers before 20 years is higher in Gaza Strip than in West Bank (70.2 and 66.6 percent respectively). The chi-square test was significant at 0.001, suggesting strong statistical association between age at first birth and number of children ever born.

About 30 percent of women with secondary education have 4+ children ever born compared with 50.1 percent of women with basic or no education. The chi-square test showed statistical significance level, suggesting strong statistical association between educational status of women and number of children ever born.

Table (2): Total Fertility Rate by Education Level, 2000, 2010 and 2020

Education level	2000	2010	2020
Non or basic	6.6	4.5	4.4
Secondary	5.4	4.1	4.1
Higher	4.1	3.9	3.6

Source: Palestinian Central Bureau of Statistics. Health survey 2000 and The Palestinian Multiple Indicators Cluster Survey, 2010, and 2019- 2020.

Table (3): Percentage Distribution of Number of Children Ever Born by Women’s Educational Level, 2020

Children Ever Born	Education			Chi-Square
	None or Basic	Secondary	Higher	
	West Bank			Pearson Chi-Square: 602.285 Sig: 0.00
No children	31.1%	42.7%	45.5%	
1-3	19.1%	28.2%	35.1%	
4-6	34.7%	23.7%	18.2%	
7+	15.2%	5.4%	1.2%	
	Gaza Strip			Pearson Chi-Square: 341.736 Sig: 0.00
No children	32.5%	41.9%	45.8%	
1-3	16.5%	26.1%	30.8%	
4-6	29.2%	22.8%	20.5%	
7+	21.8%	9.2%	2.8%	
	Palestine			Pearson Chi-Square: 917.497 Sig: 0.00
No children	31.4%	42.4%	45.6%	
1-3	18.5%	27.5%	33.8%	
4-6	33.3%	23.4%	18.9%	
7+	16.8%	6.6%	1.7%	

Source: Researcher work from MICS 2019-2020 raw data.

Age at first Birth:

Child marriage put girls under the risk of exposes to early pregnancy in which put them under the risk of pregnancy related deaths. Data of 2020 showed that 2 percent of Palestinian women of childbearing age were married at the age of 15 or less. Meanwhile, about 22 percent of women aged 20 - 49 years in Palestine were first married before their 18th birthday.

Fertility Differentials by Demographic and Some Socioeconomic Characteristics

Fertility is known to vary by many factors and background characteristics such as Education, place of residence and age of woman at first married and at first birth and other background characteristics. This section highlights the most important determinants of fertility.

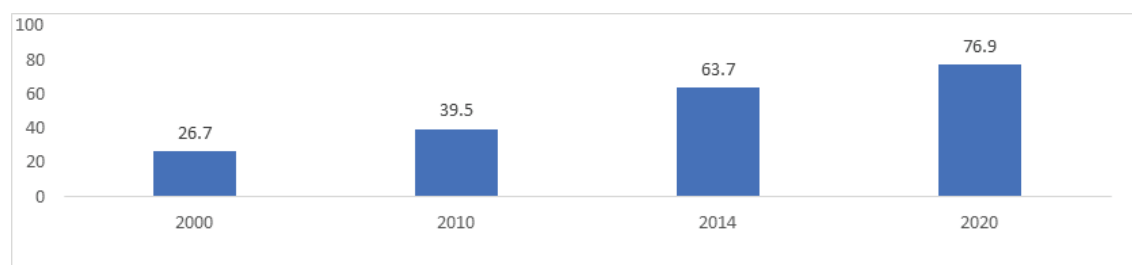
Education

Education is one of the important indirect factors of fertility. There is evidence that increasing level of women’s education have a negative impact on fertility; that is as women with higher education levels are more likely to have fewer children than women with lower education levels.

Education enrollment among Palestinian community is consider one of the highest in the Arab region, due to relatively low costs of education. Also, the free education that the UNRWA provide in schools under their provisions. Illiteracy rate dropped among women 15 years and above from 7.1 percent in 2010 to reach 1.1 percent in 2020.

As female enrollments in education increases, schooling years also increased, and enrollments in secondary and higher education also increased, Figure (5) provide a glance of changes of education levels among women aged 15- 49 years since 2000 to 2020.

Figure (5): Percentage of Women 15-49 years with Secondary and above Education Level, 2000- 2020



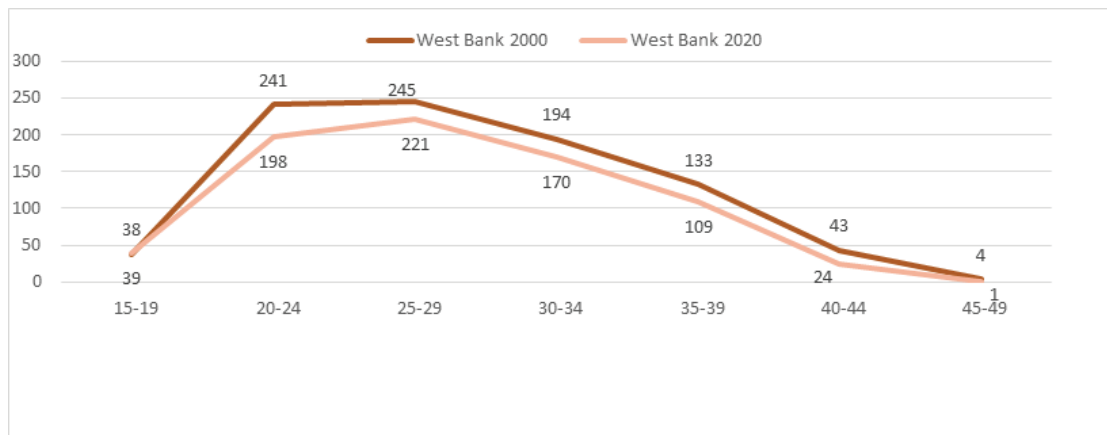
Source: Palestinian Central Bureau of Statistics. Health survey 2000 and The Palestinian Multiple Indicators Cluster Survey, 2010, 2014 and 2019-2020.

As expected, women with secondary education and above are likely to have fewer children compared with women with basic or no education. The number of children ever born is negatively associated with level of education as depicted in table (2) and table (3), Total fertility rate of women aged 15-49 years with higher education 3.6 births per women compared with 4.4 births per women with less than secondary education level in 2020. Also shown in (Table 2) how fertility mostly decreased through the last decade for women with less than secondary education level.

In Figure (3) and Figure (4): As we can see for the region, it is most likely that the fertility rates in the West Bank are lower than in the Gaza Strip. The clear difference is that the fertility rate for the 25–29 years group is the highest, reaching 221 births in the West Bank in 2020, while in the Gaza Strip, the age group 20-24 years occupies the first place in 2000, with 261 births per 1,000 women. This rate was changing for Gaza Strip and women at age group of 25-29 become the highest fertility. Also, its shown that the fertility behavior for women in age 30-34 age group significantly changed as it decreased from 229 births in 2000 to reach 145 births in 2020. This indication that women were having their children in relatively young age.

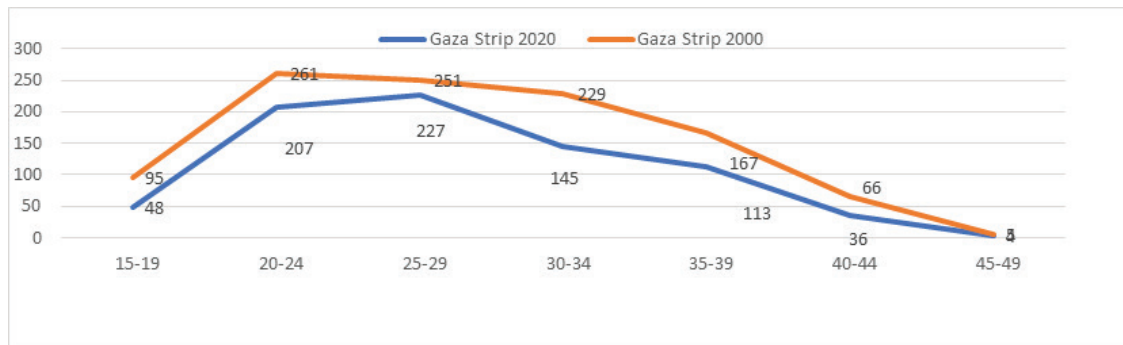
These changes can be referred to the occurrence of some variations in the direct fertility determinants especially changing marriage patterns and the use of contraceptives.

Figure (3): Age-specific fertility rates in West Bank, 2000 and 2020



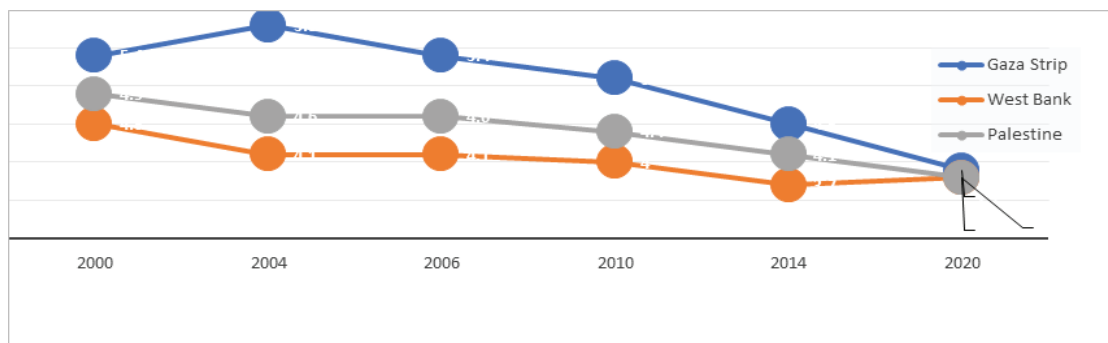
Source: Palestinian Central Bureau of Statistics. Health survey 2000 and The Palestinian Multiple Indicators Cluster Survey, 2019-2020.

Figure (4): Age-specific fertility rates in Gaza Strip, 2000 and 2020



Source: Palestinian Central Bureau of Statistics. Health survey 2000 and The Palestinian Multiple Indicators Cluster Survey, 2019- 2020.

Figure (1): Total Fertility Rate in Palestine by Region, 2000-2020

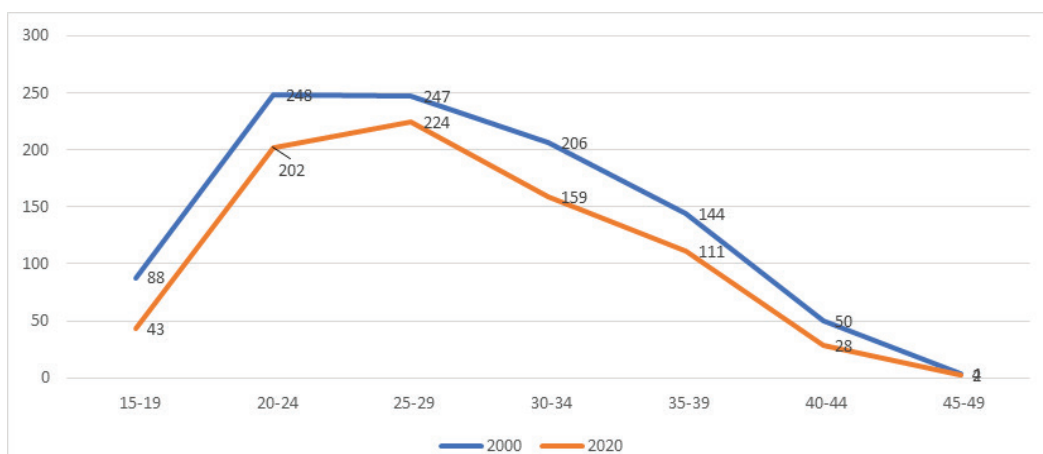


Source: Palestinian Central Bureau of Statistics. Health surveys 2000-2006 and The Palestinian Multiple Indicators Survey, 2010, 2014 and 2019-2020.

Age-fertility rates are defined as the number of live births that women in a particular age group have per 1000 women of childbearing age for the corresponding age group in that year. Fertility is closely related to the variable of age, and its levels vary from one age to another within the same society, as fertility is low in the first age group 15-19 years, but reaches its peak in one of the two age groups 25-29 years or 30-34 years and then begins to decline to reach to its lowest value in the last age groups.

The data of the MICS survey 2020 and Health survey 2000 show in Figure (2), that the fertility rate decline for all age groups. It also shows that the age group 20-24 years occupies the greatest value, as the fertility rate was 248 births per 1000 A woman. Meanwhile, in 2020 the highest number of livebirths shifted to age group 25-29. This shift could be as a result of delaying the age at first married, and the increase of enrollment rates in education among women, especially higher education.

Figure (2): Age-specific fertility rates in Palestine, 2000 and 2020



Source: Palestinian Central Bureau of Statistics. Health survey 2000 and The Palestinian Multiple Indicators Cluster Survey, 2019-2020.

Organization of the Study

This study includes Four sections. Organized as follow: The first section covers the introductory part. Section two, a detailed descriptive analysis of the study samples and the variables. Section three represent inferential analysis and the estimation of the model. The last section, consists of the main of conclusions and recommendations of the study.

Level, Trend and Differentials of Fertility

This section presents a descriptive analysis of fertility in terms of level, trend and the differentials between West Bank and Gaza Strip. Also, a selected number of key demographic and socio-economic variables that affect fertility studied such as; education level of women, current age of women, place of residence, age at marriage, contraceptive use, type of delivery, income (wealth index). using data from Palestinian MICS and household surveys for the years 2000-2020.

Fertility level and trends

According to the results of the Palestinian Multiple Indicator Cluster Survey (PMICS6), the total fertility rate in 2020 was 3.8 births per women. This rate fell gradually from 5.9 live births per woman in 1999 (PCBS, 2001). As Figure (1) shows the drop of the fertility rate was most remarkable for Gaza Strip compared to the West Bank. Moreover, in 2014 the data indicated that the TFR was 4.5 live births per women in Gaza Strip and dropped to reach 3.9 in 2020 (PMICS, 2020). Meanwhile; in West Bank the rate is about the same 3.8 live births per women. This drop of fertility was accompanied with increase in contraceptive prevalence rate from 51 percent in 2000 to 57 percent in 2020.

Despite the reduction, there are major differences between the West Bank and Gaza Strip. While the former experienced a constant decrease, the TFR in the latter stalled during the period 2000-2005 which could be explained as mentioned in (Khawaja et al., 2009) there is evidence that Palestinian fertility rates in the West Bank and Gaza Strip, began to slow especially in the West Bank, but stalled in Gaza Strip during the second Intifada. Many studies argued the impact of conflicts and wars on fertility behaviors, of which supported Khawaja study and come with a result that after every rise in fertility after war. According to (Simard-Gendron, A., and Bignami, S., 2015): “The permanent state of belligerence and the frequent uprisings must be part of the reason for a high demand for children as the risk of losing older children or husbands increases as mortality rises in periods of conflict or war and that they live in a permanent state of uncertainty.”

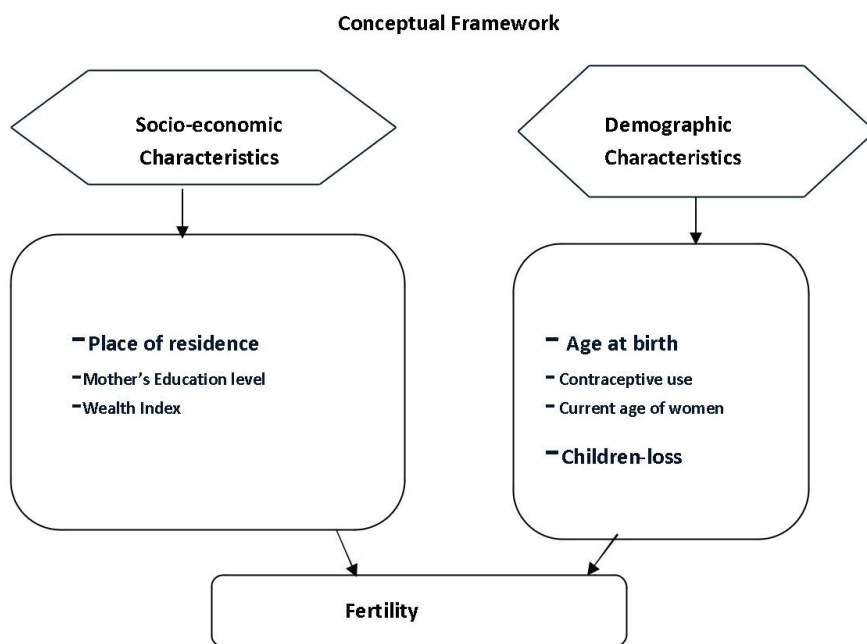
Caldwell’s theory (The fertility decline theory). Caldwell formulated the fertility decline theory in 1982. He aimed to conduct a model of the African society, which would be able to explain population and fertility pattern. He did so through conducting investigations on fertility behavior in the Asiatic populations. He concluded that there is a contrast between the African and Eurasian fertility behavior (Caldwell, 1982).

The main point of the Caldwell theory that is called ‘supporting flow’, which means the transfer of goods, money, and services between generations. Furthermore, his theory states that any economic activity should be followed by social goals (Suset, 2005). Caldwell argued that fertility decline, is not affected by the level of economic development or the level of industrialization. He claims that economic growth is accelerated by fertility decline.

According to Caldwell (1982) the level of fertility and family size are determined by economic and social benefits. When there are no economic stimuli to restrain reproduction, children can be a source of trouble for parents.

Conceptual Framework

To meet the objective of the study, analysis of the data from PMICS6, 2020 is carried out according to the following conceptual framework. Figure below shows the expected relationship between dependent and independent variables within the framework which is used to examine the relationship between fertility and socio-demographic factors.



Source: Developed by researcher

According to previous studies, there are many factors that influence fertility the most important of which were Found in these study that; is current age of woman, age of woman at first birth, preceding birth interval, child loss experience. In addition, type of residence and educational level of women and the standard of living.

Kingsley Davis and Judith Blake published a study in 1956 suggesting that the variables influencing fertility can be classified on several levels: first, the variables they labelled as “intermediate”, through which any social factors influencing the level of fertility must operate; second, “social norms”, strongly linked to cultural conditions, which influence fertility and marriage behaviors and the other intermediate variables; and third, the “characteristics of economic and social structures” which establish an individual’s position in society. This classification proved highly fruitful, and the long list of intermediate variables proposed by Davis and Blake drew attention to many factors that had been largely ignored until then.

Bongaarts, (1978), mentioned that there are basically two ways in which a population can control its fertility below the levels implied by natural marital fertility rates. First, the number of years of exposure to childbearing can be limited. Delayed marriage and marital disruption have reduced the duration of the actual childbearing years to less than the potential maximum in all known human societies. Second, deliberate control of marital fertility can be exerted, either through the use of contraception or by resorting to induced abortion. He also classified the most important determinants of fertility variables as the following categories:

- 1- Proportion married among women.
- 2- Contraceptive use and their effectiveness.
- 3- Prevalence of induced abortion.
- 4- Duration of postpartum infecundability.

Demographic Transition theory: Demographic transition is defined as the process by which fertility rates eventually decline to replacement levels (Todaro, 2012). Models tend to explain transformations that focus on shifting from high fertility to low fertility follows with a lag a decline to low mortality levels and is associated, in a general way, with the process of urbanization and industrialization.

Poorest women had significantly higher children ever born than the richest. For women with a child-death children ever born increases.

Furthermore, women less familiar with family planning methods had significantly higher children ever born than women who had knowledge of family planning approaches. However, women who had used family planning methods previously had a larger number of CEB than females who had never used them.

(Indongo and pazvakawamba, 2012). The objective of this study is to identify determinants of population fertility in Namibia. Using data from secondary sources, from demographic and health surveys. Multiple regression analysis was used to achieve this goal. The dependent variable in the study model represents the number of children born. The independent variables were the level of education of the wife, the current age of the wife, the age of the wife at marriage, the wife's work, and contraceptive methods. The study found a positive relationship between the number of children born and the age of the current wife and the use of contraception. The positive relationship between the use of contraception and the number of children born was explained by the ineffectiveness of contraception. There is an inverse relationship between the number of children raised and the level of education of the wife, the age of the wife at marriage, and the wife's work.

(Yaqoub, 2004) investigated the social and economic variables affecting the fertility in Ramallah. The study used the measures of central tendency, correlation coefficient, regression coefficient as well as demographic analysis method. The model of the study included the variable number of children born as a dependent variable, both the level of education of the spouses, the current age of the wife, the age of the wife at marriage, the work of women, religion, customs and traditions as independent variables. Data on the variables of the study were collected from secondary sources, namely, the Palestinian Central Bureau of Statistics, and the primary data using questionnaire. The study found a positive relationship between the number of children born and the age of the current wife, customs, traditions and religion. Moreover, an inverse relationship between the number of children born and the age of women at marriage, the level of education of spouses and the work of women.

(Khali, 2014) aimed to investigate economic and diffusion theories on the desired family size Sierra Leone by utilizing multivariate regression analyses. Using data from demographic and health survey in 2008. The study finds support for both economic and ideation/diffusion theories, with exceptions. In addition to economic determinants such as household income, a woman's education, and occupation in agriculture, factors such as religion and child mortality, are all significant in determining desired family sizes.

between the various variables. The study found that on average, West Bank families prefer an early age at marriage for females, while age at marriage for males has increased gradually as a direct result of education. Children's economic contribution to their families is very small. Thus, the costs and benefits of having children are not considered to be crucial factors in determining West Bank fertility behavior. The findings reveal significant differences in couple's attitudes towards fertility preference. Variables such as place of residence, age, educational level and women's employment is significant in explaining attitudes to fertility.

(Ssenyonga, 2009) Found in his study that; the most important factor influencing fertility in Uganda is current age of woman, age of woman at first birth, preceding birth interval, child loss experience. In addition, type of residence and educational status of women and their partners, have less impact on fertility in Uganda. This result was analyzed using multiple regression analysis method. Many data sources were used for this study; the Uganda Demographic and Health Surveys (UDHS) 2006 and a series of UDHS since 1995 and Uganda population and housing census of 2002 for comparison and to establish the trends.

(Simard-Gendron, 2013) is one of the researches that studied the factors surrounding the ever-high Palestinian fertility. It induced a better understand of the mechanisms of fertility change in West Bank and Gaza Strip by estimating trends in annual marital conception probabilities.

(Aurig, 2012) conduct a multivariate linear regression to analyze the socio-economic determinants of completed fertility and a binary logistic regression in order to investigate the effect of socio-economic variables on female labor force participation in Philippines, Based on empirical data from the Demographic and Health Surveys for the years 1993, 1998, 2003 and 2008. He found that Secondary and higher educational attainment of females and males is identified as main determinant for the fertility decline in the considered period. Among Philippine women with at least four children, the chances of labor participation diminished noticeably.

(Adhikari, 2010) study in Nepal aimed to detect the demographic, socio-economic, and cultural factors, which contribute to fertility differentials. He used DHS data from 2006 and applied a bivariate analysis as well as multiple linear regressions for the purpose to report the effect of each independent variable on the dependent variable after controlling for the impact of other predictors. He found that among literate women, on average, the number of children ever born is half the size of those for illiterate women. Besides, the age of women at first marriage has significant negative relation with children ever born.

prevalence has not changed during these years, and the transition to lower fertility was mainly due to changes in nuptiality. Demand for children remains high, although there is evidence of unmet need for contraception. The continuing conflict and worsening economic situation provide clues to the persistence of high fertility among Palestinian women.

As the role of contextual variables is of central importance to best capture the mechanisms of fertility change in Palestine (Simard-Gendron, and Bignami, 2015) used data from the Demographic and Health survey conducted by the Palestinian Central Bureau of Statistics in 2004 and argued that the status of women, especially through higher education, is the main factor behind the decline of Palestinian fertility, especially among older women. The decline in infant mortality only has a slightly negative impact on fertility. Meanwhile, the presence of Jewish settlers contributes to decrease Palestinian fertility as regions with a higher proportion of settlers had a significantly lower fertility. To have better understand the fertility behavior of Palestinian women over time, modeling a multilevel discrete-time logistic regression on the birth histories of ever-married women aged 15-49 at the time of the survey.

(Khawaja, 2003) this paper aimed to document and analyze fertility and fertility-related behaviour among Palestinian women in four different national settings (West Bank, Gaza Strip, Jordan and Lebanon), with a focus on refugee status. Using household micro-data. The findings show that fertility levels have been relatively high among Palestinian women, and have increased in the West Bank and Gaza during the Intifada years. It drops everywhere but in Gaza, owing mainly to a postponement of marriage and an increase in the proportion of women remaining single. While ages at marriage and childbirth. Rapid adoption of modern contraceptives and expansion of family planning services have paralleled the fall in fertility. In addition, the study showed that fertility is lower among refugees than non-refugees in every setting. For female education and fertility, a relationship between education and fertility declines among refugees as well as non-refugees in the various settings. However, the negative relationship between fertility and education is rather erratic, and most of the fertility reduction occurs at the secondary levels of education.

(Zanoun, 1990) the study examined the factors and attitudes, beliefs and behavior of child rising that affects desired family size in West Bank. Primary data were gathered from a sample using a questionnaire method. The data were from different environments to include urban and rural areas and refugee camps within the district of Nablus. Using various statistical measures such as means, correlations, chi-square tests, probabilities and multivariate discriminate analysis were performed in order to examine associations

Table (1) presents selected demographic and socio-economic indicators of Palestine based on most recent available estimates of 2020. Table also shows the differences between the West Bank and the Gaza Strip.

Table (1): Selected Demographic and Socio-economic Indicators of Palestine, 2020

	Palestine	West Bank	Gaza Strip
Population size	5.2 million	3.1 million	2.1 million
Age structure: 0-14 years:	38%	36%	41.2%
15-64 years:	58.6%	60.4%	56%
65 years and over:	3.4%	3.6%	2.8%
Median Age	20.8 years	21.9 years	19.2 years
Population growth rate	2.5%	2.2%	2.9%
Crude Birth Rates	29.9 births per 1,000 population	27.5 births per 1,000 population	33.5 births per 1,000 population
Crude Death Rates	3.7 deaths per 1,000 population	3.9 deaths per 1,000 population	3.4 deaths per 1,000 population
Infant mortality rate	12.1 deaths per 1,000 livebirths	11.7 deaths per 1,000 livebirths	12.7 deaths per 1,000 livebirths
Life expectancy at birth	74.1 years	74.4 years	73.7 years
Total Fertility rate	3.8	3.8	3.9
Illiteracy rate	2.5	2.8	2.0

Source: Palestinian Central Bureau of Statistics. Palestinians at the End of 2020. Palestinian Central Bureau of Statistics. The Palestinian Multiple Indicators Survey 2019-2020 (PMICS6).

Literature review

A large and growing demographic, economic, and sociological literature has aimed at understanding the fundamental drivers of demographic change in general and the determinants of fertility decline in particular. This section presents some of these studies.

According to (Khawaja et al., 2009) there is evidence that Palestinian fertility rates in the West Bank and Gaza Strip, began to slow especially in the West Bank, but stalled in Gaza Strip during the second Intifada. The study also shows that the most of the decline in Gaza’s fertility appears to have taken place during the early 1990s, before the onset of the second Intifada. In Gaza Strip, the TFR decreased from 7.4 to 5.7 during the 1990s, but changed only slightly during the second Intifada period to 5.6 using data from three national-level surveys conducted in 1995, 2000, and 2004, Surprisingly, contraceptive

- 1.Track the changes of fertility in Palestine during the last decay.
2. Explore fertility differentials by demographic and some socioeconomic characteristics focusing on comparison between West Bank and Gaza Strip.
- 3.To indicate the factors affecting and contributing to changes in fertility in Palestine.

Data Source and its Limitations

Secondary data from the multiple indicator cluster survey for the years 2006, 2010, 2014, 2020 in addition to the demographic survey in 2000.

The MICS and DHS survey is a nationally representative, which interviewed women aged 15-49 years providing detailed data of their reproductive health. But one of limitation is that some factors will not be presented such as employment status, because they are not included in MICS.

Methodology of the study

To investigate the determinants of fertility in Palestine, a descriptive and inferential analysis is conducted using data from previously mentioned surveys. The method of multiple regressions will be used in analysis with application of OLS model. Besides, a detailed descriptive analysis to show the characteristics of the study sample.

Fertility varies not only by socio-economic variables such as education, but also by proximate determinants including the proportion of women married, contraceptive prevalence, sterility, abortion, coitus frequency, and breastfeeding (Bongaarts, 1978). In our context, the Model included; Total children ever born as a dependent variable. Numbers of socio- economic variables are selected as the independent variables according to previous studies. Such as; education level of women, current age of women, place of residence, women age at birth, contraceptive use, and income (wealth index). Fertility measures at this study are based on reported birth histories of ever married women aged 15-49 years.

Country Profile

Palestine (within its historical borders) is considered the heart of the Levant and the link between the Asian part and the African part of the Arab world, rather between the three continents, Asia, Africa and Europe. Palestine is characterized by great geographic diversity with its small area of only 27,000 km². It has coastal plains bordering the Mediterranean Sea, mountains and deserts, and the Jordan Valley, which is the lowest point on earth from sea level, where its low reaches about 400 m below sea level. Palestine is divided into 16 governorates distributed into two regions (West bank; 11 governorates and Gaza Strip; 5 governorates).

to the benefit of the economic and social community. Also, by showing the comparison between West Bank- Gaza Strip and urban, rural and camps, the study highlights if there is a need for more attention from the governorate to make more improvement or change their policy. This study focuses on levels, trends and determinants of fertility in Palestine for the period 2000 to 2020.

Problem Statement

Even the fertility rate in Palestine through the last 20 years declined, however, this decline is still did not reach the rates prevailing in the Arab countries which, indicated by the United Nations population data on the state of world population 2019 report, as follows: Jordan 2.7 births, Egypt 3.3 births, Syria 2.8 births, and Lebanon 2.1 births (United Nations, 2019).

Studies of fertility showed many elements that affects fertility, one important factor is education. Which, is often perceived as a key determinant of fertility decline. In Palestine education rate are high and women and children in Palestine consider among the most educated in the Arab world.

Also, a decline in infant mortality is often accompanied by a reduction in fertility as parents, irrespective of background, will compensate for higher infant mortality with more births (Ying, 1992). In Palestine, infant mortality rate is among the lowest in the Arab world. The population is predominantly urban, especially in Gaza Strip. Characteristics associated with urban living and life styles initiate and promote a desire for smaller families which leads to a reduction in fertility (Hank, 2002). Finally, the same contraceptive prevalence is observed in Palestine as in neighboring countries but there is a smaller gap between actual and desired fertility.

Fertility rate differs much between West Bank and Gaza Strip. Moreover, since 2014 the rate in West Bank almost stable, meanwhile, it has been a huge drop in the rate for women in Gaza Strip, which could be also related with the UNFPA's productive health care programs. So, it's important to understand the trend and level of fertility and to explore the possible determinants of the recent fertility decrease in Palestine.

Objectives of the Study

This study aimed to explore trend and level of fertility of Palestinian women in the West Bank and Gaza Strip, and to examine the main determinants of fertility and the reproductive behavior of Palestinian women. Therefore, the following objectives are the specific objectives for this study:

Introduction

Scope of the Study

Fertility is one of the most important determinants of population dynamics. therefore, it is necessary to study it and analyze it to understand the dynamics of the different stages of population growth. Many factors play significant role of the reproductive behavior of the families; different cultures between peoples and different knowledge and educations in addition to industrial levels result in different levels of fertility.

Fertility trends have changed dramatically in the world over the last few decades. Global fertility has reached unprecedented low levels. Still there are remarkable differences in childbearing patterns across countries and regions (United Nations, 2019). According to UN 2019 Revision of World Population Prospects, total fertility is 2.5 live births per woman globally. This global average is widely differentiated between regions. Africa has the highest fertility at 4.4 live births per woman. Meanwhile, Europe has the lowest fertility of 1.6 live births per woman. Both Asia and Latin America and the Caribbean have total fertility of two live births per woman.

In Palestine, the total fertility rate was 3.8 live births per woman of childbearing age in 2020 according to Palestinian Central Bureau of statistics (PMICS, 2020). This rate fell gradually from 5.9 live births per woman in 1999 (PCBS, 2001). The drop of the fertility rate was most remarkable for Gaza Strip compared to the West Bank. Moreover, in 2014 the data indicated that the TFR was 4.5 live births per women in Gaza Strip and dropped to reach 3.9 in 2020 (PMICS, 2020). Meanwhile; in West Bank the rate is about the same 3.8 live births per women. This drop of fertility was accompanied with increase in contraceptive prevalence rate from 51 percent in 2000 to 57 percent in 2020.

Many studies show different explanations to describe why fertility varies from one country to another and among different groups or individuals within the same country. This study represents a response to modern trends, about the need for attention and explanations for the fertility behavior. In Palestine as the researcher acknowledge, this study is one of the few studies that analyze the determinants of fertility and explore the reasons behind differences between West Bank and Gaza Strip.

This study could add scientific benefit of all who wants to recognize the contribution of socio-economic factors on the decision of having more live births in Palestine, such as decision and policy makers, families, researchers, students and academicians. For policy makers, by knowing the economic and social factors affecting fertility and its impact on the society of the study, they can improve these factors and guide fertility levels and trends

اتجاهات ومحددات الخصوبة في فلسطين (2000-2020)

المستخلص

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة العوامل المؤثرة على معدل الخصوبة خلال الفترة 2000-2020 في فلسطين، وتتبع اتجاهات ومستويات الخصوبة خلال فترة الدراسة. بالإضافة إلى ذلك، لإجراء مقارنة بين مستويات الخصوبة والسلوك الإنجابي للنساء في الضفة الغربية وقطاع غزة. تم إجراء تحليل وصفي واستنتاجي باستخدام بيانات ثانوية من المسح الديموغرافي والمسح العنقودي متعدد المؤشرات للأعوام 2000، 2006، 2010، 2014 و2020، للتحليل تم استخدام أسلوب الانحدار المتعدد باستخدام برنامج SPSS. تضمن النموذج عدد المواليد الأحياء كمتغير تابع. أما المتغيرات المستقلة وهي المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي تم اختيارها وفقاً للدراسات السابقة فهي؛ المستوى التعليمي للمرأة، والعمر الحالي للمرأة، ومكان الإقامة، والعمر عند الولادة، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، عدد الاطفال المتوفين ومؤشر الثروة. أظهرت النتائج أن الخصوبة انخفضت بشكل ملحوظ في فلسطين مع وجود اختلافات كبيرة بين الضفة الغربية وقطاع غزة على مدى العقدين الماضيين. كما أظهرت الدراسة أن الخصوبة في فلسطين تتأثر في الغالب بالعمر الحالي للمرأة، والعمر عند الولادة، وعدد الأطفال المتوفين، وتعليم المرأة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة. حيث توجد علاقة إيجابية وذات دلالة إحصائية بين عمر المرأة وفقدان الطفل واستخدام وسائل تنظيم الأسرة. بينما وجدت علاقة معنوية وسلبية بين العمر عند الولادة والمستوى التعليمي للمرأة ومؤشر الثروة.

الكلمات الدالة: الخصوبة، الزواج، فلسطين، تعليم المرأة



Fertility Trends and Determinants in Palestine, 2000-2020

Mrs.Riham Mousa¹

Abstract

This study, aims to investigate the factors influencing fertility rate during the period 2000-2020 in Palestine, and to track fertility trends and levels during the study period. In addition, to conducts a comparison of the fertility levels and reproductive behavior of women in West Bank and Gaza Strip. A descriptive and inferential analysis were conducted using secondary data from demographic survey and the multiple indicator cluster surveys for the years 2000, 2006, 2010, 2014 and 2020, applying multiple regression with application of OLS model using SPSS program. The model included total children ever born as a dependent variable. Numbers of socio- economic variables are selected according to previous studies as the independent variables which are; educational level of women, current age of women, place of residence, age at birth, contraceptive use, children loss and income (wealth index). The result shows that fertility declined remarkably in Palestine with major differences between the West Bank and Gaza Strip for the past 2 decades. The study also showed that fertility in Palestine mostly affected by current age of woman, age at birth, child loss experience, women education and using family planning methods. Where there is a positive and significant relationship between age of women, child loss and using family planning methods. Meanwhile, a negative and significant relationship was found between age at birth, Women educational level and the wealth index.

Keywords: Fertility, Marriage, Palestine, Women's education

¹ Acting Department of Health Statistics

Figure (6): Single hormonal CYPs in Task sharing PHCs and in other facilities

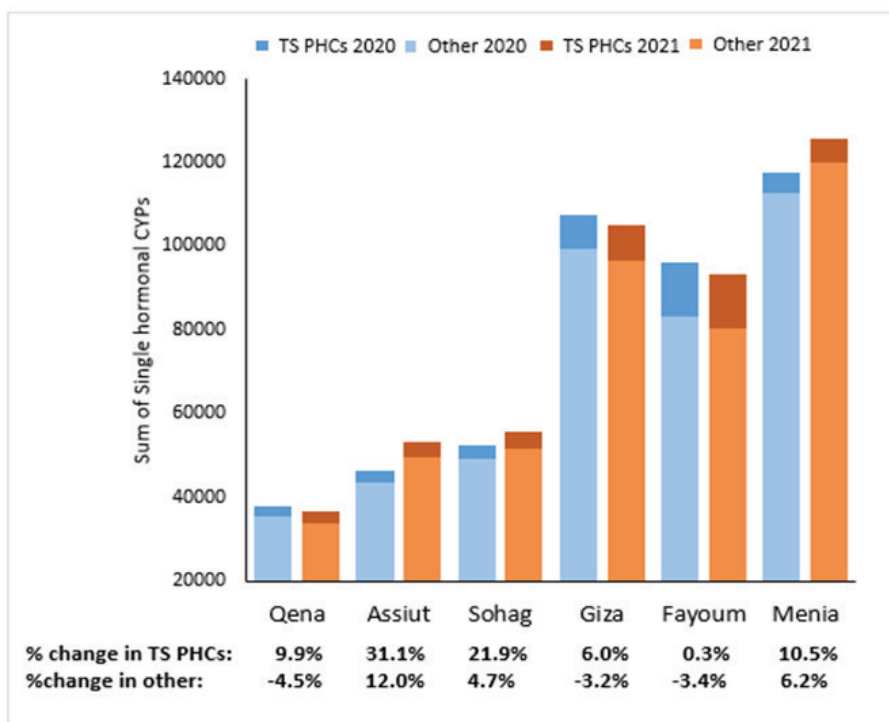


Figure (4): The proportion of post cesarean IUD out of all CS plotted against the number of CS and trained physicians

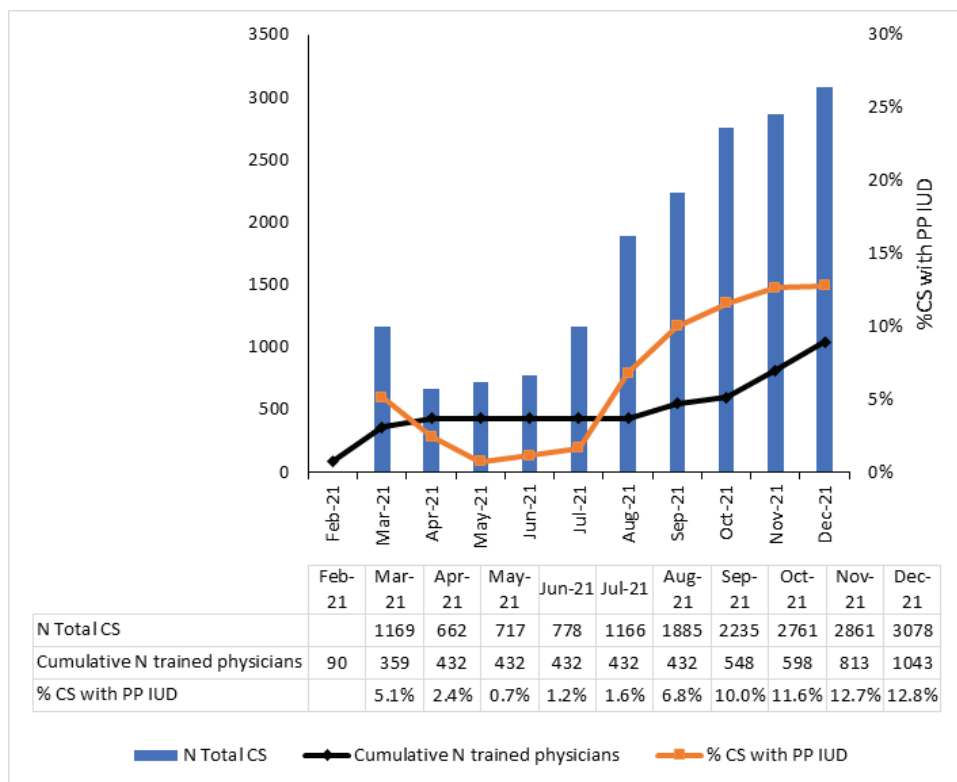


Figure (5):

- a) The total number of CS (in 2021) and the proportion of post cesarean IUD by governorate,
- b) The total number of CS (in 2021) and the proportion of post cesarean IUD by hospital type.

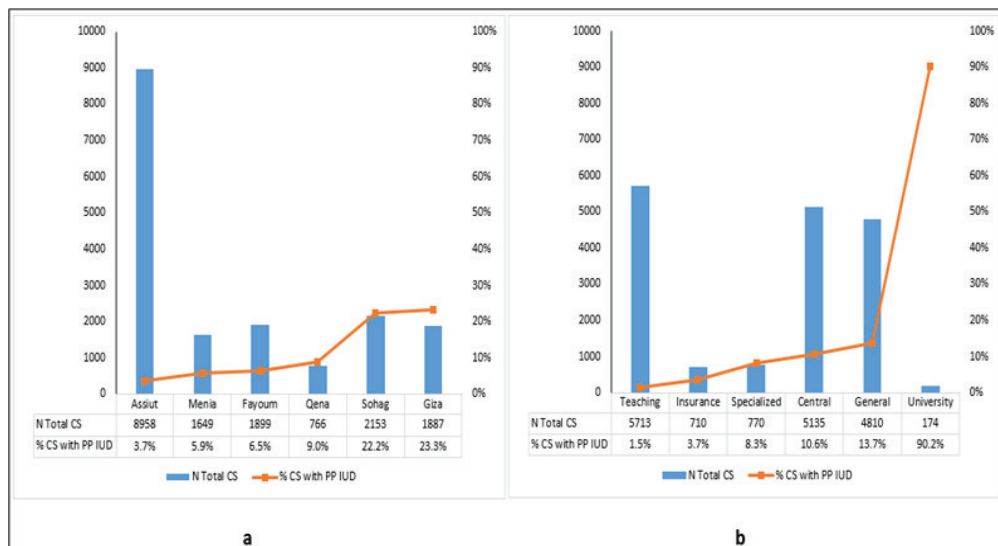


Figure (2): The proportion of clients who received family planning counseling at the hospitals

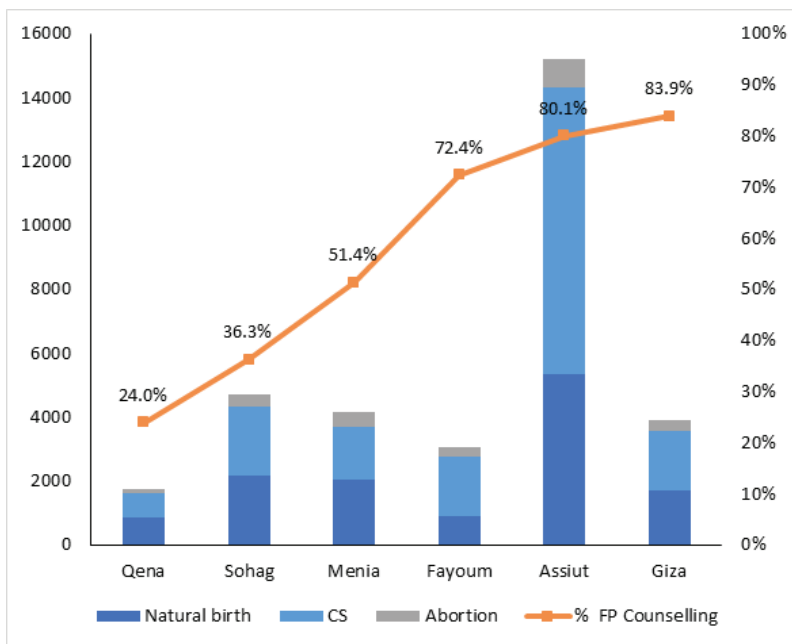
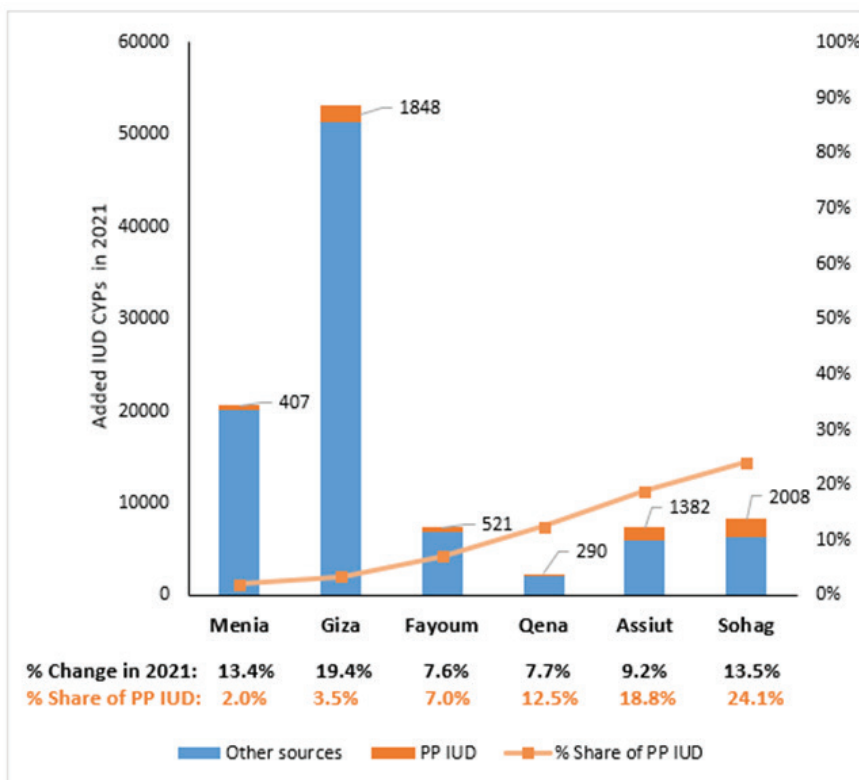
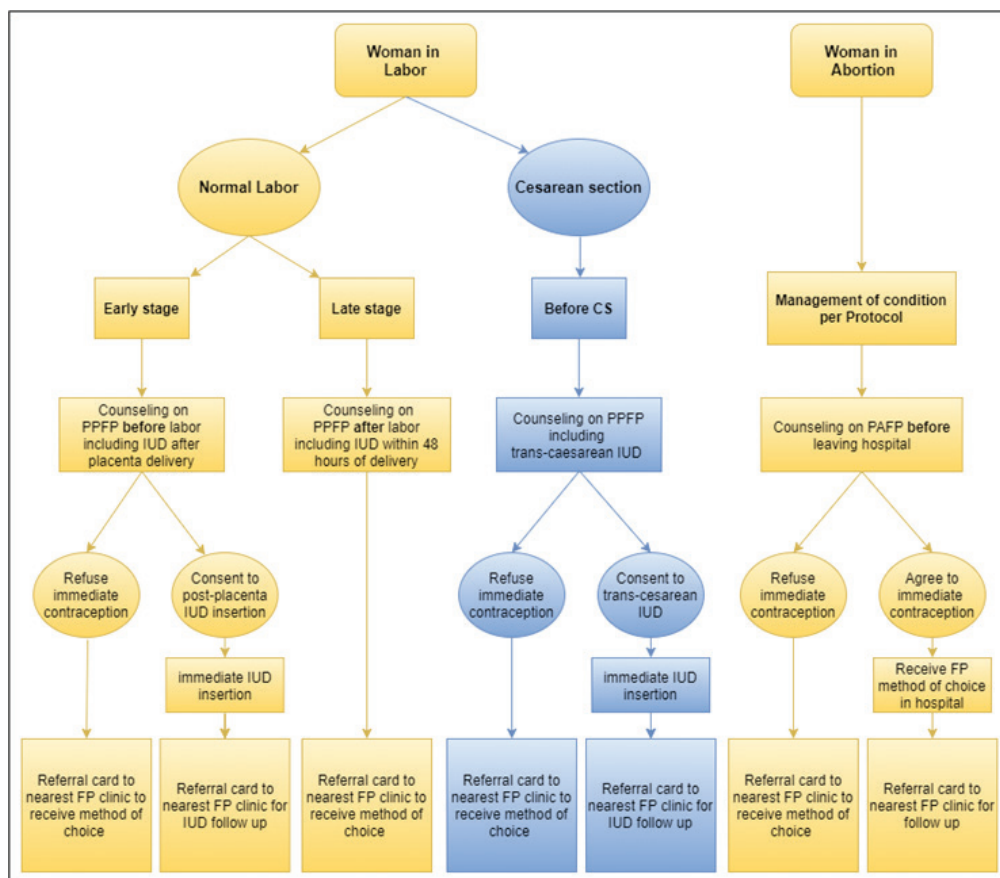


Figure (3): The number of added IUD related CYPs in 2021 compared to 2020 including the share of postpartum IUD intervention



Figures

Figure (1): Immediate PFPF/PAFP service pathways for hospital clients



Evidence from a stepped-wedge cluster randomized trial in Nepal. PLoS ONE 16(3): e0249106. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249106>

SHAHIENAZ, H., MANAL, M. A., HASSAN, N. M., & AMR, M. (2018). Immediate Postplacental Insertion of Copper Intrauterine Device and Evaluation of Expulsion Rate in Cesarean Section. *The Medical Journal of Cairo University*, 86(December), 4403-4407.

USAID Last updated. (2022, January 12). Couple-years of protection (CYP), <https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/family-planning/couple-years-protection-cyp> Accessed February 22, 2022.

USAID, 2019, Postpartum Family Planning, PROGRESS Research Findings and Next Steps. Meeting, Washington, D.C., July 19, 2012 <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Postpartum%20Family%20Planning.pdf> Accessed 23 February 2022

World Health Organization (WHO).(2017).Task sharing to improve access to Family Planning/Contraception. Geneva, Switzerland: WHO,. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259633/1/WHO-RHR-17.20-eng.pdf>. Accessed February 22, 2022

World Health Organization (WHO).(2007). Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing. Geneva: WHO; http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/WHO_RHR_07_1/en/. Accessed October 17, 2017.

World Health Organization. (2012). From Evidence to Policy: Expanding Access to Family Planning Optimizing the health workforce for effective family planning services.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75164/WHO_RHR_HRP_12.19_eng.pdf?sequence=1 Accessed 23 February 2022

World Health Organization. (2013). Programming strategies for Postpartum Family Planning.https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93680/9789241506496_eng.pdf Accessed 23 Feb 2022.

References

- EL Tmamy, E., Abd ELfttah, A., ELMohandes, M., Mohamed, A. (2018). Prospective Study of Intraoperative Intrauterine Contraceptive Device Application during Cesarean Section. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 70(10), 1627-1630.
- Grimes, D. A., Lopez, L. M., Schulz, K. F., Van Vliet, H. A., & Stanwood, N. L. (2010). Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- High Impact Practices in Family Planning (HIPs). (2017b). Immediate postpartum family planning: A key component of childbirth care. Washington, DC: USAID; Nov. Available from: <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/immediate-postpartum-family-planning/>
- High Impact Practices in Family Planning (HIPs). (2017a). Family planning high impact practices list. Washington, DC: United States Agency for International Development; Available from: <http://www.fphighimpactpractices.org/high-impact-practices-in-family-planning-list>. Accessed Feb 5, 2021.
- Levi, E. E., Stuart, G. S., Zerden, M. L., Garrett, J. M., & Bryant, A. G. (2015). Intrauterine Device Placement During Cesarean Delivery and Continued Use 6 Months Postpartum: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and gynecology*, 126(1), 5–11. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000882>
- Ministry of Health and Population [Egypt], El-Zanaty and Associates [Egypt], and ICF International. (2015). *Egypt Demographic and Health Survey 2014*. Cairo, Egypt and Rockville, Maryland, USA: Ministry of Health and Population and ICF International.
- Mohamed, S. A., Kamel, M. A., Shaaban, O. M., & Salem, H. T. (2003). Acceptability for the use of postpartum intrauterine contraceptive devices: Assiut experience. *Medical principles and practice*, 12(3), 170-175.
- Moore, Z., Pfitzer, A., Gubin, R., Charurat, E., Elliott, L., & Croft, T. (2015). Missed opportunities for family planning: an analysis of pregnancy risk and contraceptive method use among postpartum women in 21 low-and middle-income countries. *Contraception*, 92(1), 31-39.
- Ouedraogo, L., Habonimana, D., Nkurunziza, T., Chilanga, A., Hayfa, E., Fatim, T., ... & Onyiah, P. (2021). Towards achieving the family planning targets in the African region: a rapid review of task sharing policies. *Reproductive Health*, 18(1), 1-12.
- Puri, MC, Huber-Krum S, Canning D, Guo M, Shah IH (2021) Does family planning counseling reduce unmet need for modern contraception among postpartum women:

Declarations

- ***Ethical approval***

Secondary analysis was done on routinely collected data in the Family planning sector in the ministry of health, so no prior approvals were needed

- ***Availability of data and materials***

The datasets used and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

- ***Competing interests***

The authors declare that they have no competing interests

- ***Funding***

John Snow INC

The proportion of cesarean sections with PP/IUD insertion was the highest in university hospitals and lowest in teaching hospitals. A study in Rwanda reported variations between healthcare facilities performing PP/IUD and concluded that the high performance was attributed to highly motivated providers supported by engaged managers (USAID, 2019).

Even though nearly 80% of maternal health clients at the hospitals received postpartum family planning counseling in Assiut, only 3.7% of cesarean sections received PP/IUDs. This may raise questions about effectiveness of the counseling process or the factors affecting client's decisions. Nearly 73.6% of the workforce in Assiut hospitals were trained in PP/IUD, but the rate of cesarean sections performed per physician was much higher in Assiut compared to other governorates like Sohag and Giza (32.0 vs 5.4 vs 3.6 respectively). As such, the workload may hinder physicians' ability to consistently adhere to PP/IUD insertion. The WHO has recognized the severe shortage of skilled healthcare workers trained in family planning and contraception provision as a key constraint to improving access to family planning services (WHO, 2012). On the other hand, the differences in the absolute numbers of cesarean sections in each governorate and in each hospital, type should be considered while planning IUD supplies, since shortages may affect the PP/IUD insertion rates.

The single hormonal CYPs have increased in the task sharing PHC units in all governorates except in Fayoum. Both Assiut and Sohag had the lowest single hormonal CYPs of the six governorates at base line, but they achieved the highest proportional improvement from the preceding year. A survey led by MOHP was conducted in September 2021 to assess the beneficiaries' satisfaction with the task sharing model in the six governorates. The survey showed that Assiut ranked first among the governorates in terms of service quality as perceived by the beneficiaries followed by Quena and Sohag (82%, 79%, and 76% respectively). The increase in the distribution of the single hormonal method may be partially attributed to client satisfaction with the service quality.

Conclusion and Recommendations

The task sharing model had significantly increased the single hormonal CYPs in the units where it was implemented, especially in Menia, Sohag, and Assiut. PP/IUD insertion can potentially improve the IUD-related CYPs especially in governorates with high rates of hospital deliveries. Continuous monitoring and evaluation are required to spot the gaps and improve the performance.

delivery, but postpartum family planning has been shown to be effective in reducing this unmet need (Moore, 2015, Puri, et al., 2021). In this study, more than half of all the maternal health clients attending the 76 hospitals have received postpartum family planning counseling including cesarean sections, out of which 8.9% have received PP/IUD. This is close to the PP/IUD adoption rate of 10% reported in a postpartum family planning PP/IUD services program in India that started in 2007 (World Health Organization, 2013). However, there was a wide variation in the proportions of counseling between governorates. In Assiut (the governorate with the most hospital deliveries), more than 80% of the clients attending hospitals received postpartum family planning counselling. In Qena (the governorate with the least hospital deliveries), around a quarter of admitted clients received such counselling. The proportion of trained nurses in Assiut was higher than that in Qena (20.5% and 8.4% of the nurse work force respectively); this could explain the variation in the counselling services provided by the nurses in both governorates. Other potential factors need to be investigated including the quality of training, the availability of an enabling environment, and the quality of reporting.

There has been an increase in the total IUD-related CYPs in all six governorates in 2021, especially in Giza, which has the largest proportional increase in the total IUD-related CYPs. Giza also had the second largest absolute number of PP/IUD insertions (after Sohag). However, due to the strong contribution of other sources of IUD distribution, PP/IUD constituted only 3.5% of the total increase in the governorate. On the other hand, PP/IUD contributed considerably to the increased proportion of IUD CYPs in Sohag and in Assiut (24% and 19% respectively). Given the large numbers of hospital deliveries in Assiut (of which more than 60% are cesarean sections), it seems that PP/IUD holds a future potential for increasing IUD CYPs in the governorate.

IUD placement in the immediate postpartum period has the potential to increase overall IUD use (Grimes, et al., 2010). Furthermore, placement at the time of cesarean delivery has been associated with a higher proportion of IUD use at 6 months postpartum compared to interval IUD placement (Levi, et al., 2015). As expected, the proportion of cesarean sections receiving PP/IUD was correlated with the number of trained physicians. The proportion of cesarean sections receiving PP/IUD gradually increased at the beginning of the training in February through April 2021. A drop occurred when the training shifted to lower Egypt in May, before a new rise as the training resumed in Upper Egypt in August 2021. This highlights the need for consistent follow up with the trained hospitals to maintain the momentum of the postpartum/post-abortion -IUD and replace trainees who may be lost due to turnover (World Health Organization, 2013).

The highest absolute numbers of PP/IUD insertions during cesarean sections were performed in general and central hospitals (658 and 546 respectively). However, these numbers constituted only 13.7% and 10.6% of all cesarean sections performed in general and central hospitals respectively. The largest numbers of cesarean sections were performed at teaching hospitals, but only 1.5% of them received PP/IUDs in 2021 (Figure 5b).

B.Task sharing

We compared the change in single hormonal CYPs between 2020 and 2021 in the task sharing PHCs and in other facilities in the six governorates. Overall, the single hormonal CYPs increased by 9.3% in 2021 compared to the preceding year. While single hormonal CYPs decreased in the other facilities in some governorates in 2021, the single hormonal CYPs in the task sharing PHC units increased in all governorates except in Fayoum where it remained approximately the same (Figure 6). Table 3 shows a statistically significant increase in the median (interquartile range) for the single hormonal CYPs in the PHCs in Menia, Assiut, and Sohag.

Table 3 : Comparing change in mediana SH CYPs in task sharing PHCs in the 6 governorates

Governorate	SH CYPs in TS PHC units				P value
	2020		2021		
	Median	IQR	Median	IQR	
Assiut	158.3	96.7–231.7	260.8	177.7–324.5	0.001*
Fayoum	462.6	337.5–1100.3	476.9	337.8–1075.4	0.157
Giza	419.2	243.4–554.3	431.1	251.8–552.8	0.078
Menia	346.5	231.1–480.2	401.6	254.5–550.8	0.004*
Qena	114.8	86.7–212.5	169.4	85–254.1	0.061
Sohag	110.6	66.2–140.7	133.6	98.5–178.3	0.002*

IQR: interquartile range

Wilcoxon signed rank test was used.

*Statistical significance ($p \leq 0.05$)

Discussion

In this study we attempted to evaluate the outcome of two interventions implemented in six governorates in Upper Egypt on the distribution of family planning methods by comparing the method-specific CYPs one year before and after implementation. The first intervention involved postpartum family planning counseling and PP/IUD insertion during cesarean sections. The second intervention was sharing the task of distributing single hormonal methods by nurses in PHCs where full-time physicians were unavailable.

Nearly 60% of women around the world do not use family planning immediately after

Table 2: The numbers of facilities and trainees for PP IUD by type of hospital

Hospital type	Hospitals	FP Nurse workforce	Trained FP nurses	Physician workforce	Trained physicians
Central	50	541	171	821	562
General	11	366	54	680	294
Insurance	6	16	21	44	31
Specialized	1	45	8	52	54
Teaching	3	24	15	154	59
University	3	7	16	NA	38
Other	2	NA	5	35	5
Total	76	999	290	1786	1043

• some hospitals task forces were not available due to restructuring in the period of COVID19

Statistical analysis

Statistical analysis was performed using SPSS version 25. Trends of change in the indicators were described using line charts. The change in single hormonal CYPs in the task sharing PHC units were compared before and after the intervention using Wilcoxon signed rank test.

Results

A. Postpartum IUD

Out of 32,790 clients admitted to the 76 hospitals in all six governorates, 66.9% have received family planning counseling. Figure 2 shows the numbers and types of clients and the proportion who received counseling in each governorate.

The total IUD-related CYPs increased by 14.2% in all six governorates in 2021. The increase in IUD-related CYPs ranged between 7.6% in Fayoum to 19.4% in Giza (Figure 3). A total of 1537 (8.9%) cesarean section clients received PP/IUDs in 2021 in 76 hospitals in the six governorates. Overall, PP/IUD insertion after cesarean section contributed nearly 6.5% of the total added IUD-related CYPs in 2021 and 1% of the total IUD share in the CYP. The task share of PP/IUD insertion after cesarean sections out of the total added IUD CYPs in 2021 ranged between 2.0% in Menia to 24.1% in Sohag (Figure 3).

The proportion of PP/IUD during cesarean sections increased over time (from 5.1% in February to 12.8% in December) along with an expanding number of trained physicians (Spearman’s Rho= 0.783, p=0.007). Figure 4 shows that by December 2021, a total of 1043 physicians were trained in 76 hospitals in all six governorates (Figure 4). The proportion of cesarean sections with PP/IUDs was highest in Sohag and Giza (Figure 5a). When the types of hospitals were compared, we found that PP/IUD insertion was done in 90% of the cesarean sections performed in the university hospital (in Sohag) (Figure 5b).

Description of the interventions

A. Immediate post-partum IUD insertion

In 2020, the MOHP family planning sector approved an operational manual for postpartum and post-abortion family planning program implementation, developed in collaboration with SEFPP. The manual described the protocol of service provision in the hospitals (Figure 1). The postpartum family planning training began in February 2021 and included 76 hospitals in the six governorates. A total of 1043 physicians were trained on PP/IUD insertion and 290 family planning nurses were trained on postpartum family planning counseling (Table 1). Table 2 shows the distribution of trainees by the type of hospital.

B. Task sharing

By January 2021, SEFPP completed the training of 240 nurses from 98 PHC centers in six governorates on the basic task sharing module. The basic training module encompassed theoretical aspects of family planning. The best nurses were selected to take an advanced module (Table 1), which focused on hands-on training at the PHC units.

Table 1: The numbers of facilities and trainees for PP/IUD and Task sharing interventions in each governorate

Governorate	Postpartum IUD					Task sharing		
	Hospitals	FP Nurse workforce	Trained FP nurses	OBGYN physicians workforce	Trained OBGYN physicians	PHCs	Trained nurses (Basic)	Trained nurses (Advanced)
Assiut	13	254	52	280	206	15	40	24
Menia	12	83	52	228	283	14	40	18
Fayoum	8	114	24	174	83	18	40	18
Qena	10	467	39	186	108	15	40	18
Sohag	15	81	61	401	179	18	40	18
Giza	18	NA	62	517	184	18	40	25
Total	76	999	290	1786	1043	98	240	121

In 2020, the Ministry of Health and Population (MOHP) in collaboration with the U.S. Agency for International Development -funded Strengthening Egypt's Family Planning Program (SEFPP) began expanding the availability of contraceptive methods by introducing immediate postpartum/post-abortion family planning services provided by trained obstetric physicians and family planning nurses in MOHP hospitals. The MOHP has also introduced sharing the task of providing single hormonal methods by nurses in primary health care (PHC) units where full-time physicians are unavailable in six governorates in Upper Egypt. This study aims to assess these two interventions over one year before and one year after implementation in these governorates namely, Giza, Fayoum, Menia, Assiut, Sohag, and Qena.

Methods

Study design

We used a pre-post design to evaluate the change in couple years of protection (CYPs) for single hormonal methods and intrauterine devices (IUDs) after the implementation of task sharing and immediate postpartum and post-abortion insertion of IUDs (PP/IUD) insertion over 2021 compared to the year before implementation (2020).

Definition of the CYP indicator

CYP is the estimated protection provided by family planning methods during a one-year period, based on the volume of all contraceptives sold or distributed free of charge to clients during that period. CYP is calculated by multiplying the quantity of each method distributed to clients by a conversion factor to yield an estimate of the duration of contraceptive protection provided per unit of that method. CYP conversion factors are based on how a method is used, failure rates, wastage, and how many units of the method are typically needed to provide one year of contraceptive protection for a couple. The following are the CYP calculation conversion factors for the methods included in the PP/IUD and task sharing interventions (USAID Last updated, 2022, January 12).

Method	CYP equation
IUD	Amount distributed \times 4.2
Single hormonal pills	Amount distributed \div 13
Single hormonal injections	Amount distributed \div 4

Study setting

Task sharing was implemented in six Upper Egypt governorates and postpartum family planning training was held in 11 governorates (nine Upper Egypt governorates, Cairo, and Alexandria). In this paper, we present data from the six governorates where both interventions were fully implemented.

Background

The World Health Organization (WHO) recommends an interval of at least 24 months after childbirth before attempting the next pregnancy to reduce the risk of adverse maternal, perinatal, and infant outcomes (World Health Organization, 2007). However, around 60% of women globally do not use effective contraception within 24 months postpartum (Moore, 2015). Proactive offering of family planning services as part of the immediate postpartum care is an important approach to addressing gaps in access to services. According to the 2014 Egypt demographic and health survey, caesarean sections comprised more than 50% of deliveries (Ministry of Health and Population et al., 2015). As such, hospitals are increasingly an important venue to reach women with family planning services.

Postpartum family planning is one of several proven High Impact Practices recommended for widespread implementation as part of a comprehensive family planning strategy, provided that there is monitoring of coverage, quality, and cost as well as research to strengthen impact (High Impact Practices in Family Planning, 2017a).

Egypt has made several attempts in the past to establish postpartum contraception in hospitals. While previous studies conducted by Assiut, Cairo, and El-Azhar universities concluded that the practice is safe, convenient, and effective, it was not adopted for dissemination (Mohamed et al., 2003 & EL Tmamy et al., 2018) .

Several barriers within the health system can impair the effectiveness and sustainability of postpartum family planning services including lack of updated and communicated national guidelines, inadequate training and support to maternity staff to counsel and provide methods, shortage or unavailability of contraceptives or instruments, lack of well-maintained registries at the maternity ward, and scarceness of data collection and tracking through information systems(High Impact Practices in Family Planning, 2017b).

A key intervention is task sharing, which is defined as the systematic redistribution of family planning services, including counseling and provision of contraceptive methods, to expand the range of health workers who can deliver services (World Health Organization, 2007). African countries have widely adopted task sharing policies, which have shown to play a role in increasing contraceptive uptake and in promoting universal access to family planning (Ouedraogo et al., 2021). While national policies and service delivery guidelines dictate which cadres of providers can offer specific family planning services, WHO guidelines consider the provision of some contraceptive methods including progesterone-only pills (POPs) and injectable contraceptives to be within the typical scope of practices of nurses. WHO even recommends extending nurses' scope of practice to the provision of implants and intrauterine devices (World Health Organization, 2007).

الجهود المتكاملة لوزارة الصحة والسكان من أجل تحسن نتائج تنظيم الأسرة في مصر

المستخلص

إن توافر خدمات تنظيم الأسرة في المجتمع المصري هام لزيادة انتشار استخدام هذه الوسائل. لذا فإن وزارة الصحة والسكان تعمل على نطاق واسع على توفير هذه الوسائل، لا سيما في المجتمعات المحرومة من هذه الخدمات، وذلك من خلال تدخلين جديدين. التدخل الأول هو الاستخدام الفوري بعد الولادة للأجهزة داخل الرحم (PP / IUD) التي يقدمها الأطباء المدربون في مستشفيات وزارة الصحة والسكان. يتمثل التدخل الثاني في توفير وسائل هرمونية تقوم بها ممرضات وحدات الرعاية الصحية الأولية (PHC) حيث لا يتوفر أطباء بدوام كامل. ويهدف البحث لتقييم نتائج الاستخدام الفوري لـ PP / IUD وتوفير الوسائل الهرمونية، وذلك من خلال مقارنة التغيير في CYPs لطريقتي الحماية لمدة عامين، على مدى عام واحد قبل التنفيذ وعام واحد بعد التنفيذ في ست محافظات في صعيد مصر. وتم تدريب مجموعه مكونة من 1043 طبيباً على إدخال PP / IUD وتم تدريب 290 ممرضة على استشارات تنظيم الأسرة بعد الولادة. وكذلك تدريب مجموعه 121 ممرضة على المشاركة في مهمة توفير الوسائل الهرمونية في 98 وحدة رعاية صحية أولية. ثم تم استخدام تصميم ما قبل النشر لتقييم التغيير في الوسائل الهرمونية المفردة واللولب الرحمي بعد تنفيذ مشاركة المهام وإدخال PP / IUD الفوري على مدى 12 شهراً في عام 2021 ومقارنته بـ 2020، قبل عام من التنفيذ. وأوضحت النتائج بزيادة برامج CYPs المرتبطة بالطريقة الهرمونية المفردة بنسبة 9.3% في عام 2021 في وحدات الرعاية الصحية الأولية التي تشارك المهام مقارنة بالعام السابق. تم إدخال ما مجموعه 1537 من اللولب أثناء الولادة القيصرية في 76 مستشفى. زاد إجمالي CYPs المرتبطة باللولب بنسبة 14.2% في جميع المحافظات الست في عام 2021. ساهم إدخال PP / IUD بعد العملية القيصرية بنسبة 6.5% من اللولب الإضافي المرتبط باللولب في عام 2021 وما يقرب من 1% من إجمالي اللولب المرتبط بـ CYP. الخلاصة: أن نموذج المستخدم قد أدى إلى زيادة كبيرة في CYPs الهرموني الفردي في الوحدات التي تم تطبيقه فيها، خاصة في المنيا وسوهاج وأسيوط. يمكن أن يؤدي تركيب اللولب بعد الولادة إلى تحسين CYPs المرتبطة باللولب وخاصة في المحافظات ذات معدلات الولادة المرتفعة في المستشفى، خاصة بعد الولادة القيصرية.

الكلمات الدالة: استخدام موانع الحمل، الإتاحة، النفاس، الأجهزة الرحمية، مشاركة المهام، موانع الحمل الهرمونية



Ministry of Health and Population's integrated efforts for better family planning outcomes in Egypt

**Dr.Mai Dawoody¹, Dr.Marwan Sobhy², Dr.Nahla Demerdash³, Dr.Hussam Abbas⁴, Dr.Sally Saher⁵, Dr.Wafaa Mohamed⁶,
Dr. Chuanpit Chua-Oon⁷**

Abstract

Background: The availability of family planning services in Egypt is important to increase the prevalence of contraceptive use in communities. The Ministry of Health and Population (MOHP) is expanding the availability of contraceptive methods, especially in underserved communities, by introducing two new interventions. The first intervention is immediate postpartum insertion of intrauterine devices (PP/IUD) provided by trained physicians in MOHP hospitals. The second intervention is sharing the task of providing single hormonal methods by nurses in primary health care (PHC) units where full-time physicians are unavailable.³ The aim of the study is to evaluate the outcomes of immediate PP/IUD insertion and task sharing interventions by comparing the change in method's specific couple years of protection (CYPs) over one year before and one year after implementation in six Upper Egypt governorates. **Methods:** A total of 1043 physicians were trained on PP/IUD insertion and 290 nurses were trained on post-partum family planning counseling. A total of 121 nurses were trained on sharing the task of providing single hormonal methods in 98 PHC units. A pre-post design was used to evaluate the change in CYPs for single hormonal methods and IUDs after the implementation of task sharing and immediate PP/IUD insertion over 12 months in 2021 and compared it to 2020, a year before implementation. **Results:** The single hormonal method-related CYPs increased by 9.3% in 2021 in the task sharing PHC units compared to the preceding year. A total of 1537 IUDs were inserted during cesarean section deliveries in 76 hospitals. The total IUD-related CYPs increased by 14.2% in all six governorates in 2021. PP/IUD insertion after cesarean section contributed 6.5% of the added IUD-related CYPs in 2021 and almost 1% of the total IUD related the CYP. **Conclusion:** The task sharing model significantly increased the single hormonal CYPs in the units where it was implemented, especially in Menia, Sohag, and Assiut. Postpartum IUD insertion can potentially improve IUD-related CYPs especially in governorates with high rates of hospital deliveries, particularly following caesarian sections.

Keywords: Contraceptive use, availability, postpartum, intrauterine devices, task sharing, single hormonal contraceptives

¹ Corresponding author-John Snow, Inc- Email: mai_dawoody@eg.jsi.com

²John Snow, Inc

³ Ministry of Health and Population

⁴Ministry of Health and Population

⁵United States Agency for International Development

⁶Ain Shams University, department of community, environmental and occupational medicine.

⁷ John Snow, Inc

Reproductive Health Pillar

Second: English Section



Demographic Papers Series

Special Edition of the

“Quality of Life” Conference

Issue (19- section 2) - 2022

**Policy Papers Series
Issued by Cairo Demographic Center**

ISSN: 2786 - 0175



2022

Issue (19- section 2) - 2022

Second Year

Demographic Papers Series

Special Edition of the “Quality of Life” Conference

section 2 : **Reproductive Health Pillar**

Policy Papers Series
Issued by Cairo Demographic Center