

TIME RECEIVED	REMOTE CSID	DURATION	PAGES	STATUS
January 16, 2014 11:10:21 AM GMT+01	41 22 7384415	333	16	Received
16/01/2014 11:48	41-22-7384415	MISSION EGYPTE		PAGE 01/16

*Permanent Mission of the Arab Republic of Egypt  
to the United Nations Office  
of International Organisations  
in Geneva*



البعثة الدائمة لجمهورية مصر العربية  
لدى الأمم المتحدة  
والمنظمات الدولية  
في جنيف

**URGENT**

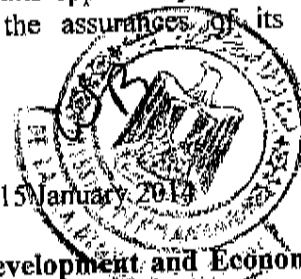
CHAN. 2014.013

The Permanent Mission of the Arab Republic of Egypt to the United Nations and Other International Organizations in Geneva presents its compliments to the Office of the High Commissioner for Human Rights, and with reference to your note verbale OHCHR/RRDD/DESIB/HRESI Section/ FM/ IGD/ IS dated November 21<sup>st</sup> 2013 regarding Preventable Mortality and Morbidity for Children under 5 years of age as a human rights concern- Human Rights Council resolution 24/11, has the honor to attach herewith the submission that the Ministry of Health and Population of the Arab Republic of Egypt prepared in relation to the questionnaire contained in the aforementioned note verbale.

The Permanent Mission of the Arab Republic of Egypt to the United Nations and Other International Organizations in Geneva looks forward that the transmitted information further enriches the process of the preparation of the concise technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce and eliminate preventable mortality and morbidity of children under 5 years of age, pursuant to operative paragraph 7 of Human Rights Council resolution 24/11.

The Permanent Mission of the Arab Republic of Egypt to the United Nations and Other International Organizations in Geneva avails itself of this opportunity to renew to the Office of the High Commissioner for Human Rights, the assurances of its highest consideration.

Geneva, 15 January 2014



**Office of the High Commissioner for Human Rights (Development and Economic and Social Issues Branch), Attention: Ms Imma Guerras-Delgado, Advisor on Child Rights  
Fax: +41-22 917 9008**

PERMANENT MISSION OF THE ARAB REPUBLIC OF EGYPT  
TO THE UNITED NATIONS & OTHER INTERNATIONAL ORGANIZATIONS  
49 AVENUE BLANC, 1202 - GENEVE  
TEL: +41-22-731.6530 FAX: +41-22-738.4415  
[mission.egypt@ties.itu.int](mailto:mission.egypt@ties.itu.int)

## Report on child health

### Introduction

In the context of the Egyptian government's efforts to accomplish the Millennium Developmental Goals (MDGs) and attain individual and family health, the ministry of health has successfully developed a package of services that does not only encompass curative and preventive services, but also health support activities that have positive impact on improving health status and community awareness.

Maternal and child health care (MCH) services are provided through a network of about 5000 primary health care and family health units in 274 districts in 27 governorates in rural and urban areas. In addition, mobile clinics have been established to reach slum areas. The Ministry of Health provides MCH services as part of a comprehensive package of primary health care services through family medicine program in an effort to achieve the MDGs as follows:

- The 4th. Millennium Developmental Goal (Reduction of Under 5 Years Children Mortality By 2/3 by the year 2015).
- The 5th. Millennium Developmental Goal (Reduction of maternal mortality by 3/4 by the year 2015).

The Ministry of Health (MOH) has highly prioritized child survival interventions since the early 1980s introducing many interventions during this period. As a result, child health programs achieved appreciable progress in terms of child survival, as well as building technical and management capacity.

### I. Maternal and child health situation analysis

#### Health system

The health system in Egypt is complex. The system is characterized by a multiplicity of organizations/entities in charge of providing health care (29 entities), of sources of financial support, of management structures, and of types of service outlet. Constitutionally, the Ministry of Health and Population is the entity responsible for the health of the people. The health system includes three main sectors:

- The governmental sector including the Ministry of Health and Population and some other ministries, mainly the Ministry of Higher Education through university hospitals, Ministry of Defense and Ministry of Interior;
- Para-state organizations including health insurance and medical care organizations, and teaching hospitals and institutes;
- The non-governmental sector, including non-profit civil-community organizations (non-governmental organizations), charitable clinics and private health service outlets.

The Ministry of Health and Population is the prime player in the health sector at national and sub-national levels, providing all levels of care (primary, secondary and tertiary). The Ministry is also the single provider of preventive services for "civil" communities. A total of 1156 health facilities provide inpatient care (including some primary health care facilities) encompassing 52.8% of total beds in the country. In addition, a total of 5146 health facilities provide primary health care services, out of which 1384 facilities serve

Maternal health is the key issue in child health so you can not separate child care from maternal care

the urban communities and 3762 serve the rural communities. This primary health care network allows a more than 95% geographical access of the population to primary health care services. In terms of human resources availability, there are 11.3 physicians and 15.4 midwives per 10,000 population respectively

### **Maternal and child health policies and strategies**

Health of women and children is the key to progress on all development goals; investing more in their health will help in building peaceful, productive societies and reduce poverty. With this vision, the country has adopted a number of policies and strategies in favour of maternal and child health including:

- \* user fee protection for women and children (for preventive care)
- \* International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes
- \* child law No. 12 issued in 1996
- \* Establishment of childhood and motherhood national council in 1988
- \* Ministerial decree on abandoned children
- \* two presidential declarations on child care and protection
- \* notification of maternal deaths by Ministerial Decree No. 159/1999
- \* maternity protection in accordance with Convention 183: 3 months paid postnatal leave for women
- \* medical insurance for under-5 children
- \* national food and nutrition policy and strategy 2007–2017.
- \* national Regulatory measures for wheat flour fortification by iron and folic acid,
- \* national Regulatory measures for salt iodization
- \* National Regulatory measures for vegetable oil by vitamin A and D.
- \* low osmolarity oral rehydration salts (ORS) and zinc for management of diarrhoea
- \* The 2013 draft Constitution has a full article on maternal and child health care for free .
- \* signatory to the MDGs and to the pledge to Child Survival Call to Action: A Promise Renewed for ending child preventable deaths;
- \* maternal and child health as the main components of the joint plans with United Nations organizations (mainly WHO, UNICEF and UNFPA);

### **1.3 Child Current Status**

The UN interagency group for child mortality estimation report that Egypt has shown a remarkable decreasing trend in under-5 mortality since 1980, with a decline of 75.4% between 1990 and 2012 from 86 per thousand live births to 21 per thousand live births. Neonatal mortality also decreased significantly, by 63%, between 1990 and 2012 although at a slower reduction level than under-5 and infant mortality from 33 per thousand live births to 12 per thousand live births.

Recent MOH&P data of 2012 indicate an under-five mortality rate of 20.4 per thousand live births (76.3% decline between 1990 and 2012) and a neonatal mortality of 6.1 per thousand live births (30% of under-five mortality)

The highest differential seen in under-5 mortality in Egypt is related to wealth: under-5 mortality was about 3 times as high among children in the poorest households (lowest

wealth quintile) as among those in the richest households (highest wealth quintile). Under-5 mortality was also 2-fold higher among children whose mothers had the lowest level of education as compared to those whose mothers had the highest level of education. Starting with the highest under-5 mortality rates in 1990, rural Upper Egypt has shown the steepest slope and reduction rate compared to urban and rural Lower Egypt. Under-5 children living in rural areas were 30% more likely to die than those living in urban areas.

The major causes of under 5 mortality in Egypt were preterm birth-related complications (20%) followed by pneumonia (11%) and congenital abnormalities (10%). Infectious diseases, such as pneumonia and diarrhoea, accounted for about 18% of under-5 mortality.

Despite the impressive decreasing trend in under-5 mortality, recent data (2008) suggest that the prevalence of stunting, wasting and underweight in children under 5 years in Egypt may have been increasing in the past years. This adversely affects the health of children in the country.

<b>Maternal:</b>	
Anaemia in pregnant women [2010]	34.0%
<b>Newborn:</b>	
Low birth weight in newborns <sup>2</sup>	13%
<b>Child:</b>	
Children under 5 with suspected pneumonia (2006) <sup>3</sup>	7.8%
Children under 5 with diarrhoea (2006) <sup>3</sup>	8.5%

	<b>Nutritional status in children under 5<sup>4</sup></b>		
	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2008</b>
Stunting	23%	23%	29%
Wasting	3%	5%	7%
Underweight	4%	5%	6%

<sup>4</sup>WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Regional Health Observatory. Website: [www.http://rho/rhodata/](http://rho/rhodata/)

accessed on 27 January 2013

<sup>1</sup>WHO: *World Health Statistics 2012* (estimates for 2005 - 2010)

<sup>2</sup>Demographic and health survey 2008

<sup>3</sup>Demographic and health survey 2000, 2005, 2008

#### **Package of child health and nutrition key cost effective interventions implemented at primary health care level**

- Case management of neonatal sepsis, pneumonia, diarrhoea and jaundice.
- Child case management:
  - pneumonia case management and prevention
  - diarrhoea case management and prevention
  - malnutrition and anaemia case management
- Neonatal care
- Neonatal screening for cretinism
- Early initiation of breastfeeding
- Promotion of exclusive breastfeeding
- Promotion of sound complementary feeding
- Prompting early care-seeking from qualified sources
- Increasing immunization coverage
- Growth and development monitoring
- Micronutrients deficiency control (vitamin A, iron, folic acid supplementation and iodized salt)
- Hand washing
- Deworming

## **II. Challenges yet to be addressed**

- Despite that Egypt has achieved high coverage of implementation of cost effective-interventions, yet there are still inequities in access to quality services between geographical areas, rural and urban, rich and poor.
- While a lot of efforts and achievements have been made in the country in the area of child and maternal health, sustaining those achievements will be a challenge.
- There are areas deprived of adequate numbers of qualified workforce at primary health care level due largely to mal-distribution.

- Despite of the high level of access to primary health care that has played a major role in availing services for children under-5 years and mothers, the public health care service utilization is low particularly in the southern governorates. In addition, the high turnover of qualified staff poses a threat to the continuity of those services.
- Insufficient health expenditure in particular resources allocated to child and maternal health.
- Supportive supervision – which is key to a good quality health system – still requires focus and improvement.
- Availability of medicines and other medical supplies has been adversely affected by the economic hardship during the recent transitional period.
- Inadequate referral system poses another threat in saving the seriously sick children and mothers.
- Deficiencies of the existing health information system in terms of completeness and quality which adversely affects decision making and planning.
- A large proportion of under-5 deaths occur in the neonatal period, where more focus is increasingly placed; yet coverage of interventions is not satisfactory. In addition, this should not be made at the expense of the post-neonatal period of life which risks losing the achievements so far.
- Immunization coverage which is key to the reduction of under-5 mortality in Egypt is high, however on other hand new vaccines that address two major causes of under-5 mortality and morbidity have not yet been introduced (pneumococcal and rotavirus vaccines).
- There is lack of policies and regulations to make the private sector and other health sectors providers accountable to comply with the MOH&P maternal and child health protocols.
- The in-service training of the health workforce (physicians and paramedics) is a burden on the Ministry of Health and Population. Efforts have been made to strengthen the child health component in the pre-service education of doctors and nurses; yet medical and paramedical teaching institutions are not fully committed to teaching those public health approaches. This continues to place a burden on Ministry of Health and Population resources.
- Insufficient focus on the role of community health workers in creating demand on MCH services and in promotion of key health care practices.

#### **MOHP develop Acceleration MCH plan: Response to the situation**

- In response to the initiative of saving lives of mothers and children, Egypt has decided to develop an MCH acceleration plan to speed up the progress in further reduction of maternal and child deaths.
- Child and maternal health strategies to be implemented through the plan
- The Ministry of health and population has adopted the following packages to address child and maternal health:

##### **Child health:**

- Immunization.
- Neonatal care: including
  - Management of sick newborn at PHC.
  - Neonatal resuscitation at maternity facilities.
  - Neonatal mortality surveillance.
  - Neonatal screening for thyroid hormone.
  - Neonatal hearing screening.
- IMCI strategy that includes the package of child health cost effective interventions.

- Nutrition based interventions (including Infant and Young Child Feeding, breastfeeding promotion, complementary feeding, nutrition surveillance, micronutrient supplementation).
- Growth monitoring.

### Strategic directions of the plan

1. Prioritizing the most in need and deprived areas.
2. Working along the continuum of care.
3. Assuring quality of services through:
  - a. Capacity building
  - b. Ensuring adherence to the ministry of health approved MCH protocols
  - c. Strengthening supportive supervision.
  - d. Strengthening referral system.
  - e. Strengthening health information system (including maternal death, neonatal death and nutrition surveillance).
  - f. Ensuring continued availability of essential medicines and supplies.
4. Complementarity between the maternal and child health programmes in the area of newborn health to increase the coverage.
5. Adopting approaches that ensure sustainability and consolidation of achievements.
6. Utilization of the community health workers to empower families to care for mothers and children and create demand.
7. Regular monitoring and evaluation of implementation.
8. Coordination with the private sector and other health organizations providing services to children and mothers through revitalization of legislations regulating their practice and capacity building of the concerned health cadre.
9. Increasing the coverage of maternal and child health cost effective interventions along the continuum of care through the implementation of the relevant integrated strategies and delivery approaches outlined in the following plan.

### Overall goal of the plan

Accelerate progress in improving maternal, newborn and child health in most disadvantaged areas:

1. For maternal health: Achieving a level of 43 per 100 000 live births of maternal mortality ratio by 2015.
2. For child health: Further reduction of under five child mortality to reach a level of 19 per 1000 live births (to reach an overall reduction of 77.8% from the rate of 1990).

### Sites of implementation of the plan

The ultimate target is to achieve universal coverage by the MCH package of cost-effective interventions in a phased manner.

The acceleration plan will target areas in need according to one or more of the following prioritization criteria, and then will expand to other areas:-

- Highest under-five Mortality rates according to 2011 data
- Highest maternal mortality ratio according to 2011 data
- Population most in need (poverty ranking)
- Larger population size as of mid-2011 estimated population
- Low coverage by the MCH interventions
- Areas where MCH activities started but the implementation did not reach the targeted coverage.

On the other hand, the following selection criteria for communities to implement the community based initiatives (within the targeted districts) are:

- Availability of CHWs.
- Health facility is not available within this community.

### **Objectives and outcomes:-**

#### **1. Reduce Inequities in under-5 child mortality by addressing the areas most in need**

- 1.1: Access of under-five children to high quality health care is increased to at least 90% of PHC facilities in the targeted 51 districts according to standards (70% overall PHC coverage in the country).
- 1.2: Families empowered to care for children at home in targeted communities (improve child care home practices)
- 1.3: Access of newborns to high quality health care is increased to 90% of facilities at different levels in the targeted districts
- 1.4 Access of newborns to high quality health care is available in 30 communities in the targeted districts
- 1.5: at least 95% of children will receive their immunization according to the national schedule

#### **2. Improve equitable access to quality maternal and neonatal health services in targeted areas**

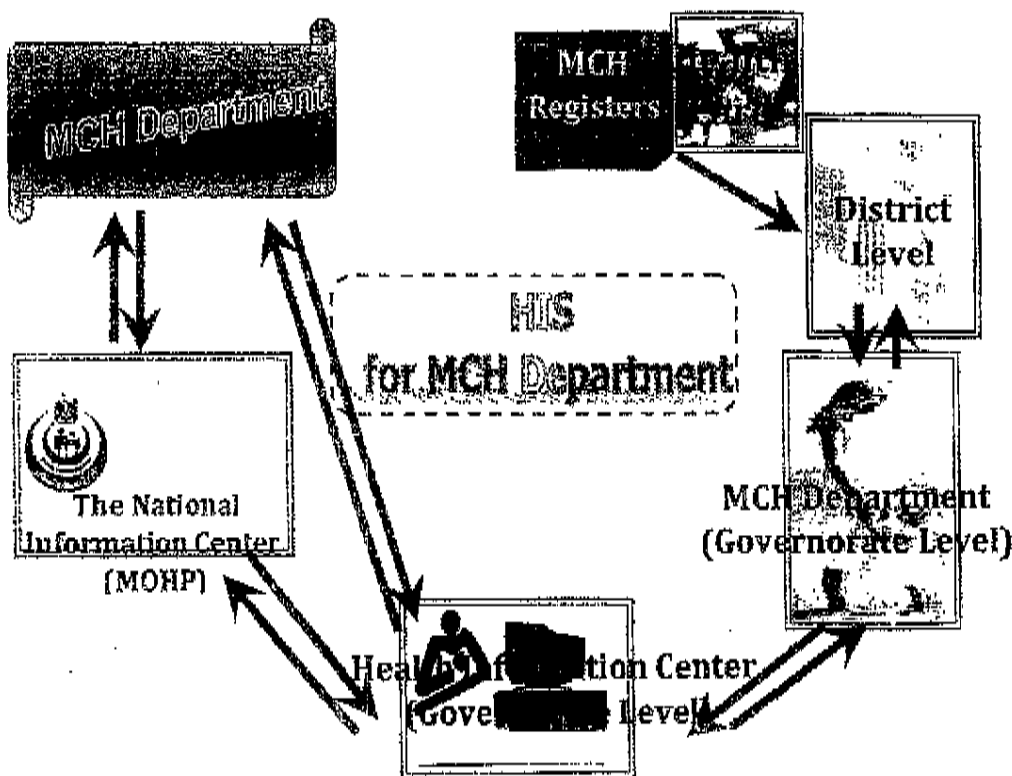
- 2.1: Access of mothers to quality primary health care services is increased in targeted areas to 90% at the end of 2015 (including access to basic emergency obstetric and neonatal care)
- 2.2. Access of mothers and newborn to quality comprehensive essential obstetric care is increased in targeted areas to 90% at the end of 2015. education
- 2.3 Functioning maternal mortality surveillance, monitoring and evaluation and supervision systems at targeted areas.
- 2.4 .Communities are empowered to care for mothers at the targeted areas
  - 2.4.1 Raising awareness of the community through conveying health messages to promote antenatal care, dangerous signs of pregnancy, safe delivery, post-partum and postnatal care, family planning, spacing and breast feeding through behavior change communication strategy BCCS

#### **3. Overall monitoring of the implementation of the plan through:-**

- 3.1. Strengthening supportive supervision at level of district, governorate and central level
- 3.2 Regular continued documentation of the implementation of the plan.
- 3.3 Keep updating the database of child and maternal health service indicators
- 3.4 Mid-term review of the implementation of the plan (outputs)
- 3.5 End of 2015 review/ evaluation of the implementation of the plan (outcomes)

### Data collection:-

The data at the level of PHC facility are collected daily from the child care monitoring records manually and monthly report is sent to the district in the first 3 days of the month. At the district level, data from different PHC facilities are entered electronically and processed to conduct the district report which is sent to the governorate within the first 10 days of the month. At the level of the governorate, data from different districts are received electronically from the district level through the network or email and are processed to conduct the governorate directorate report which is sent electronically to the maternal and child general directorate and the information center of the ministry of health within the first 20 days of the month conduct monthly report at the national level. The report, indicators are disseminated to decision makers and stakeholder manually to develop strategies, interventions according to the situation and the indicators.





## Coordination, Monitoring and evaluation mechanisms

1. To ensure the effective implementation of the child health programs, Egypt has developed many different mechanisms:-
  - Establishment of surveillance systems for :-
    - Poliomyelitis disease
    - Infectious diseases
    - Perinatal mortalities
    - Nutrition
    - Hearing defects
    - Congenital hypothyroidism
    - Phenyl ketnuria
  - The surveillance systems objectives :-
    - To know the magnitude of the problem
    - To determine the trend
    - To evaluate the successful strategies
2. Supervisory field visits by the different levels (central, governorate, districts).
3. Coordination with NGOs to implement the different child health programs,
4. Cooperation with the community leaders, mass media, religious men to be oriented by child health problems
5. The ministry of health representative attends the meeting of the national council for human rights to present the child health situation report
6. The ministry of cooperates with national council for childhood and motherhood to develop the strategies, polices for child promotion.

## سبل مراعاة الاعتبارات ذات الصلة بصحة الطفل

أن البيئة تعتبر جزءاً أساسياً وهاماً من مكونات البرنامج الصحي للمجتمع إذ يعد برنامج صحة البيئة من أهم العوامل التي تساهم في خفض نسبة انتشار كثير من الأمراض وخاصة أمراض الأطفال كما اتضح أننا لا يمكننا فهم المرض وأسباب انتشاره دون فهم السياق البيئي الذي يوجد به هذا المرض كذلك فهم المجتمع والأسرة والغرض للمرض وكيفية

الاستجابة له ومواجهته ونقصد هنا البيئة الداخلية والخارجية المؤثرة على الطفل.

في السنوات الأخيرة تزايد الاهتمام بالبيئة ومشكلاتها بصورة واضحة وبدأ الباحثون في دراسة كيفية تأثير البيئة على صحة الطفل وإذا كانت مرحلة الطفولة من أهم مراحل الحياة وتترك بصماتها على حياته المستقبلية بناء على ما تنتجه البيئة التي يعيشها الطفل من إشباعها لحاجاته المختلفة سواء الصحية والاجتماعية فإن عجز البيئة عن تحقيق قدرها من الإشباع لهذه الاحتياجات سيؤدي إلى طفل يعاني من مشكلات عديدة.

إن أكثر وفيات الأطفال يرجع إلى اضطرابات صحية عند الولادة وإلى مجموعة من الأمراض المعدية التي يمكن علاجها، ومنها الإسهال والالتهاب الرئوي والحصبة. كما أن أكثر من نصف هذه الوفيات يمكن إرجاعه إلى شدة ضعف الأطفال الذين يعانون نقصاً في الأغذية والوزن.

كما أن الطفل أيضاً يتفاعل نفسياً مع أسرته والأم بالأخص وأيضاً يتفاعل طبيعياً بالظروف البيئية المحيطة مما يكون له تأثير مباشر على نموه والأمراض التي قد تصيبه ومنها: -

( الإسهال - سوء التغذية - الجفاف - الأمراض المعدية - الأطفال المبتسرين )

وبصفة عامة فإن من أهم عوامل الخطر الرئيسية في سنوات العمر عامل الجوع وسوء التغذية، بما في ذلك نقص الوزن، ونقص الزنك والحديد وفيتامين (أ) وعدم سلامة مياه الشرب والصحة العامة وهذه تسهم في سوء التغذية لأنها سبب التهابات تمنع الهضم وامتصاص المغذيات. لذلك فإن هناك متغيرات اجتماعية وبيئية هامة يجب الوقوف عليها وتحليلها لما لها من أهمية في صحة الأطفال كمستوى التعليم مستوى الإلتحاق في الأسرة

## سبل مراعاة الاعتبارات ذات الصلة بصحة الطفل

أن البيئة تعتبر جزءاً أساسياً وهاماً من مكونات البرنامج الصحي للمجتمع إذ يعد برنامج صحة البيئة من أهم العوامل التي تساهم في خفض نسبة انتشار كثير من الأمراض وخاصة أمراض الأطفال كما اتضح أننا لا يمكننا فهم المرض وأسباب انتشاره دون فهم السياق البيئي الذي يوجد به هذا المرض كذلك فهم المجتمع والأسرة والغرض للمرض وكيفية الاستجابة له ومواجهته ونقصد هنا البيئة الداخلية والخارجية المؤثرة على الطفل.

في السنوات الأخيرة تزايد الاهتمام بالبيئة ومشكلاتها بصورة واضحة وبدأ الباحثون في دراسة كيفية تأثير البيئة على صحة الطفل وإذا كانت مرحلة الطفولة من أهم مراحل الحياة وتترك بصماتها على حياته المستقبلية بناء على ما تنتجه البيئة التي يعيشها الطفل من إشباعها لحاجاته المختلفة سواء الصحية والاجتماعية فإن عجز البيئة عن تحقيق قدرها من الإشباع لهذه الاحتياجات سيؤدي إلى طفل يعاني من مشكلات عديدة.

إن أكثر وفيات الأطفال يرجع إلى اضطرابات صحية عند الولادة وإلى مجموعة من الأمراض المعدية التي يمكن علاجها، ومنها الإسهال والالتهاب الرئوي والحصبة. كما أن أكثر من نصف هذه الوفيات يمكن إرجاعه إلى شدة ضعف الأطفال الذين يعانون نقصاً في الأغذية والوزن.

كما أن الطفل أيضاً يتفاعل نفسياً مع أسرته والأم بالأخص وأيضاً يتفاعل طبيعياً بالظروف البيئية المحيطة مما يكون له تأثير مباشر على نموه والأمراض التي قد تصيبه ومنها:

( الإسهال - سوء التغذية - الجفاف - الأمراض المعدية - الأطفال المبتسرين )

وبصفة عامة فإن من أهم عوامل الخطر الرئيسية في سنوات العمر عامل الجوع وسوء التغذية، بما في ذلك نقص الوزن، ونقص الزنك والحديد وفيتامين (أ) وعدم سلامة مياه الشرب والصحة العامة وهذه تسهم في سوء التغذية لأنها سبب التهابات تمنع انهمضم وامتصاص المغذيات. لذلك فإن هناك متغيرات اجتماعية وبيئية هامة يجب الوقوف عليها وتحليلها لما لها من أهمية في صحة الأطفال كمستوى التعليم مستوى الإنفاق في الأسرة

الغذاء الصحة التعليم المستوى الثقافي للأسرة - المستوى الاقتصادي للأسرة - حجم الأسرة - التلوث البيئي (الهواء - الماء - التربة - نمط السكن وخصائصه).

يؤثر السياق البيئي الذي يعيش فيه الطفل سواء بيئة خارجية أو داخلية على صحته، وقد يسهم هذا السياق في إصابة الطفل ببعض الأمراض، فعلى سبيل المثال تلوث الهواء قد ينتج عنه الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي، وأمراض الحساسية، وقد يؤثر أيضاً التدخين بكافة أنواعه على إصابة الطفل. وقد يأتي هذا التلوث في الهواء داخل نطاق الأسرة وليس خارجياً فقط؛ كما أن هناك تلوثاً غذائياً يمكن أن يصيب الطفل أيضاً بالعديد من الأمراض وقد يكون هذا التلوث داخل المنزل، حيث سوء نظافة أدوات الطعام، أو طريقة إعداد الطعام، أو شرب بعض الأطفال مادة البوتاس، أو المبيدات الحشرية والمنظفات الكيماوية، وقد ينتج التلوث نتيجة إهمال الام للرضاعة الطبيعية واعتمادها على التغذية الصناعية واستخدام زجاجة التغذية في تغذية الطفل مما يعرض الطفل لسوء التغذية وكثير من الأمراض وقد يكون تلوث من خارج المنزل كتناول الطفل للأطعمة المكشوفة من الباعة الجائلين مما قد يضره بالتسمم الغذائي، أو الإسهال، أو النزلات المعوية بالإضافة إلى تلوث الهواء، كذلك تلوث الماء فقد يتناول بعض الأطفال مياه شرب ملوثة نظراً لأن محل إقامتهم يقتصر إلى المرافق الأساسية الصحية أو يكون من المناطق العشوائية أو الأحياء الشعبية المتخلفة.

ولقد كان ولا يزال للعوامل البيئية دور هام في دراسة البناء الاجتماعي لأي مجتمع قاي دراسة للإنسان لا يمكن لها أن تكتمل دون دراسة العلاقة بينه وبين البيئة المحيطة به وقد تساهم الملامح الايكولوجية في صياغة وتشكيل أنماط ثقافية واجتماعية معينة نحو المرض كما في المجتمعات الريفية والحضرية والبدوية كما ساهمت في وجود أنماط معينة من الأمراض دون غيرها ونذكر من هذه الأمراض هنا أمراض سوء التغذية لدى الأطفال في مرحلة الطفولة.

### - الغذاء الصحي المتوازن:

هو الغذاء القادر على تلبية احتياجات الجسم المختلفة من بناء وترميم وطاقة ومقاومة للأمراض، والذي يحتوي على جميع العناصر الغذائية الأساسية كالبروتينات والنشويات والدهون والأملاح المعدنية، إضافة إلى كمية كافية من الماء لضمان استمرار الحياة بشكل سليم.

### الهرم الغذائي:

من الضروري تناول الأطعمة بمقادير مختلفة وفقاً لحاجة الجسم الفعلية لها، حيث يحتاج الجسم إلى مقادير كبيرة من الحبوب (النشويات)، وإلى مقادير أقل من الخضار والفواكه الطازجة (الأملاح والمعادن)، كما يحتاج الجسم إلى مقادير معتدلة من اللحوم والألبان والأجبان (البروتينات)، ومقادير قليلة من الدهون والزيوت والدهن، والتي لا يمكن الاستغناء عنها بشكل كامل.

إن الترابط الوثيق بين التغذية والصحة الجيدة حقيقة مؤكدة لذا يعد الغذاء من العوامل المستقلة المؤثرة في صحة الطفل لذلك لا بد من الاهتمام بالعادات الغذائية للأسر حتى في تبنيها اقتصادياً واجتماعياً وثقافياً وفي انتماءاتها الريفية والحضرية فلا بد من تغيير وتطوير هذه العادات بما يتلاءم مع الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والمستحدثة حتى يمكننا تجنب أمراض سوء التغذية وما ينجم عنها من مخاطر.

يلاحظ أن هناك تمييزاً اقتصادياً واجتماعياً واقع على المرأة فعلياً ولا يمكن إنكاره، وهو واقع موجود في كثير من المجتمعات وإن تفاوتت مستويات هذا التمييز، الأمر الذي يؤدي إلى وقوع المرأة في كثير من المشكلات الصحية.

وهذا يتضح في التغذية والعناية الصحية بالأطفال الذكور على حساب الأطفال الإناث وهذه مشكلة اجتماعية معقدة وترجعها بعض الدراسات إلى عاملين الأول يتمثل في عدم إدراك احتياجات الإناث والعامل الثاني النظرة إلى المرأة بصورة متدنية اجتماعياً وفي وضع ثانوي بالنسبة للرجل وعلى سبيل المثال عدم المساواة في توزيع الغذاء في العديد من المجتمعات وخاصة في محافظات الوجه القبلي والمناطق الريفية بالإضافة إلى تفضيل الأم إعطائها

للأبناء أفضل الأكل وخاصة من اللحوم عند توزيعها حتى ولو علي حساب نصيبها هي وابتائها من الاتث من الطعام وهذا نلاحظه في كثير من أسرنا المصرية.

### شروط البيئة الصحية بوجه عام :-

تعتمد شروط البيئة الصحية علي مدى توفر الشروط الصحية بالمسكن بالنسبة للبيئة الداخلية

- كتوفر المياه النقية الصالحة للشرب
- التهوية الجيدة
- وجود الصرف الصحي السليم
- عدم تربية الحيوانات أو الطيور داخل المسكن
- توفر مكان خاص بإعداد الطعام

هذا أما البيئة الخارجية فتشمل :-

- نظافة الشوارع
- اتباع الطرق الصحية للتخلص من القمامة والنفايات الخطر
- خلو المنطقة السكنية من الغازات أو الأبخرة أو عوادم السيارات أو غيرها من الملوثات الهوائية



## سبل مراعاة الاعتيارات

٢٠١٤/١/١٦

### ذات الصلة بصحة الطفل كمياه الشرب الأمنة والصرف الصحي

#### النقاط الأساسية:

بالنسبة لتسياسات والاستراتيجيات والخطط فيما يخص خفض معدلات المراضة والوفيات للأطفال أقل من

#### خمس سنوات :

- توفير وإعطاء التطعيمات الإجبارية ضد عشرة أمراض (التنن - شلل الأطفال - اندفتريا - النيتانوس - السعال الديكي - الالتهاب الكبدي الفيروس ب - الحصبة - الحصبة الألمانية - التكايف - الأنفلونزا البكتيري) لجميع المواليد من عمر يوم حتى ١٨ شهر لخفض معدلات المراضة والوفاة بسبب هذه الأمراض.

#### بالنسبة لمياه الشرب :

- نسبة التغطية بمياه الشرب النقية على مستوى الجمهورية ٩٧% ويتم مراقبة جودة مياه الشرب من جانب وزارة الصحة والسكان التي قامت بوضع معايير مياه الشرب طبقاً للقرار الوزاري رقم ٥٨ لسنة ٢٠٠٧ والمأخوذ عن دلائل جودة مياه الشرب الصادر عن منظمة الصحة العالمية ويتم متابعة التغطية والعينات المأخوذة من مأخذ محطات مياه الشرب ومن طرود محطات مياه الشرب ومن شبكات المياه بجميع محافظات الجمهورية من جانب وزارة الصحة .
- يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة بشأن العينات التي ترد غير مطابقة ويتم مخاطبة الجهات المختصة لتلك أوجه القصور الموجودة والتي تتسبب في عدم المطابقة للعينات ويتم التتييه على مديريات الشئون الصحية بالمحافظات للمتابعة مع تلك الجهات وإعادة أخذ العينات ائفير مطابقة ومتابعة نتائجها حتى ترد مطابقة لمعايير مياه الشرب كما يتم مخاطبة الجهات المختصة من جانب الوزارة لزيادة نسبة التغطية بمياه الشرب لتوفير مياه شرب أمنة لجميع المواطنين بالإضافة إلى إشترك وزارة الصحة مع وزارات معنية بقطاع مياه الشرب و الصرف الصحي بعديد من اللجان لحل المشكلات المتعلقة بالقطاع ووضع الاستراتيجيات و الخطط التنفيذية وتقوم وزارة الصحة بتلك من منظور الدور الرقابي للوزارة على مصادر المياه المختلفة بداية من مأخذ محطات المياه وحتى وصول المياه الي المواطنين من خلال شبكات مياه الشرب لكي تكون المياه نقية وأمنة من أجل الحفاظ على الصحة العامة للمواطنين .

٢٠١٤

Ministry of Health and Population  
First Undersecretary  
Preventive Affairs and Endemic Diseases



وزارة الصحة والسكان  
رئيس قطاع  
الشئون الوقائية والمتوطنة

### بالنسبة للصرف الصحي :

- نسبة التغطية بالصرف الصحي على مستوى الجمهورية ٥٠% ويتم متابعة العينات المأخوذة من محطات معالجة مياه الصرف الصحي بجميع محافظات الجمهورية ويتم اتخاذ الإجراءات اللازمة نحو العينات الغير مطابقة ويتم مخاطبة الجهات المختصة لتلافي أوجه القصور الموجودة والتي أدت الى عدم مطابقة العينات ويتم المتابعة من جانب وزارة الصحة في تلافى أوجه القصور وإعادة اخذ العينات الغير مطابقة ومتابعة نتائجها حتى ورودها مطابقة ،كما يتم مخاطبة الجهات المختصة من جانب الوزارة لزيادة نسبة التغطية بالصرف الصحي حفاظا على الصحة العامة للمواطنين.

رئيس قطاع  
الشئون الوقائية والمتوطنة  
د/ عمرو شبل

١٥  
٢٠