

عبد المنعم تراج Farag
M.D. أمراض نساء وتوليد

عاصم أنور Em Anwar
M.D. أمراض نساء وتوليد

أ

ومقرها

- مراحل تنفيذ الدراسة
- 1- تحديد الاحتياجات
- 2- تحديد كيفية تلبية الاحتياجات
- أ) عملية الاختيار
- ب) نظرة عامة
- -عناصر
- - عناصر
- - عناصر
- 3- التدريب
- 4-مراقبة الأداء وإعداد التقارير
- تحسين البنية التحتية
- التحديات التي واجهت
- إنجازات التدخل
- النتائج والتوصيات

وعروض الأزياء، والسياسات التي
في تقدم بحوث الصحة الإيجابية التي
صناع السياسات، ومديرى البرامج
الحقول المعرفية. وهي بهذه الطريقة
الاحتياجات الصحية لنساء الدول النامية

نادين كراز شوربجى

د. دينا جلال

جامعة الأزهر

د. نبيل يونس

د. عبد المنعم فرج

د. عاصم أنور

مجلس السكان

د. كريمة خليل

ميرال بريبارت

كلية العلوم الطبية - الجاه

د. هدى زريق

أبدته الدكتور هدى زريق من
ويود المؤلفون كذلك أن يعبروا
والسكان سواء على المستوى
ونقدر كذلك كثيراً تقدير تكلفة
الخدمات الصحية الأولية الذين
لقد دعم دراسة مداخلات الص
UNFPA ، ومجلس السكان
فيه التعاون مع وزارة الصحة
و يدعم نشر هذه الورقة منحة

وقد اعترف مقدمو الخدمة و
الإنجابية وكانوا يحاولون تحدد
الخدمات الصحية.
لقد قام أعضاء فريق دراسة ت
عمل الصحة الإنجابية في مص
بصياغة مفهوم الدراسة المشر
العالمى بالقضايا التي تم تسجي
ولكى نمضى قدماً، فإن علينا
يكفى من الموارد. والإرادة ال
بعض الأحيان، كذلك تغيير ال

¹ عقد المؤتمر بالقاهرة سنة 1994

² منظمة الصحة العالمية (1997) وصندوق
الحارة (1997) Tropical Medicine
Council (1999) ماكرو انترناشيونال
جميعها بين من حاولوا تحديد المؤشرات ال
³ باتشوارى (1994) Pachauri هاردى و
Elias هاردى ومشاركوه (1999) et al.

قطاع الصحة العامة على تشخيص
، ولكن الدراسة الحالية تقترح
بمشاكل الولادة وأمراض النساء
ومن بين المكونات الأولية للإصابة
والممرضات، والفنيين، وتحسين

السياق المصري

لقد حققت مصر نجاحاً كبيراً
المناطق التي عنيت فيها البرامج
وقد كان النجاح أقل في مجال

⁴ كاتينو (1999) Catino, J.

⁵ خطاب ومشاركوها (1999) ab et al.

⁶ يونس ومشاركوه (1993) unis, et al.

⁷ خطاب، خليل، ويونس (1996) Younis

⁸ واسرهيت (1989) Wasserheit حسين

⁹ واسرهيت (1989) Wasserheit و خان

الصحة والسكان على امتداد
متاحة للسكان جميعاً في نطاق
خدمات تنظيم الأسرة، و التحص
وصيدلية. ولوزارة الصحة ك
تتولى النصيب الأكبر من علا
ورغم الجهود المتواصلة للحك
من مشاكل في الموارد الاقتص
الخدمات. ويجب كذلك ألا يغي
النساء الوصول إلى الخدمات
1992 و1996).

وتتصف هذه الورقة بالخدمات
يركز على المبرر المنطقي لا
اللازم لمقدم الخدمة لكي يمكننا
التحديات التي ستنشأ عن ذلك

اتخاذ الصحة الإيجابية مد

ماذا يعني اتخاذ الصحة الإيجابية
إن اتخاذ الصحة الإيجابية مد
الوفاء باحتياجات المرأة الص
أخذ هذا في الاعتبار، فإن خد
وعلاج حالات أمراض النساء

¹⁰ أشىء فريق العمل للصحة الإيجابية G
العالم العربي وتركيا
¹¹ نشر عرض كامل لتجربة الدراسة بكامل
نشرت في كتيبات كل على حدة.

8000 نسمة على التوالي وتبين
موقعاً لدراسة الأمراض الانج
يعملون بالزراعة ونسبة الأمي
و4 ممرضات في المتوسط ،
التالي منهجية وتتابع الأحداث

¹² يونس ومشاركوه (1993)

عداوى الجهاز البولي 1
الزهرى 1
فقر الدم (هيموجلوبين اقل من 12
السمنة (الوزن/الطول 2 أكثر من 5
ارتفاع ضغط الدم (الانبساطى أكثر
عدد النساء 3
1- فحص مخبري lab. 2- فحص
أدرجنا متوسط عدد النساء فى كل

ملخص
1- المسح القاعدى
2-تصميم وتطوير الإطار
3-التنفيذ الميدانى
4- المراقبة وإعادة التدريب
التقييم والتحليل

- العلاجات الموصوفة
- لاتعالج حالات مثل الجهاز التناسلى S على كيفية التعامل صحية أخرى

رعاية ما قبل الولادة

- رغم أنه من المفرد لا يوجد إلا التحص
- لقاء الطبيب/المري
- ثلاث دقائق مما لا
- يتم فحص المريض إلى التاريخ الطبى
- يجرى فى العادة قياس ضغط الدم

• المسئوليات لا تتج

وتعقد المسئوليات

على الإدارة

لقد أظهر المسح القاء

معارفهم الطبية بالص

ولكن أيضاً لتطوير م

ثانياً: الممرضات

أظهرت ملاحظات المسح

من المعرفة والمهارات فو

ومن بين النواقص التي تد

بساعات العمل الرسمية، و

المحددات

توسيع الخدمات

شكل 1: إطار مبسط لدراسة

يُصور شكل 1 الإطار الم

الإنجابية الممثل في المسند

موضع اهتمامنا هو خدمات

¹³ مقتبسة من برتراند تسوي (1995) مؤ

البيئة الطبيعية، وكل هذا
طور أدوات للرقابة ومؤش

مراحل تنفيذ الدراسة

1- تحديد الاحتياجات الصحية

إن الحالات التي سجلتها دراس
الحالات المرضية السائدة التي
قصر الفريق الحالات التي يج
تشخيصها وعلاجها بواسطة
تتضمن الكثير من الأمراض
علاج عدوى الجهاز التناسلي
المستوى الأولي primary. أ
تحتاج للإحالة إلى موقع لخدم

أ-عملية الاختيار:

حاول الفريق أن يحدد الخدمات
يزيد من العبء على الموارد
يمكن تكراره على المستوى الـ

وقد أخذت الموضوعات التالية

1- حالات الأمر

خدمات في م

2- حالات الصحن

والحالات التـ

3- الخدمات المصـ

4- معوقات الإمدـ

5- تقبل كل من

6- التدريب المـ

7- مستوى البنية

جدول 2 : مقارنة بين الخدمات الموجودة من قبل وإطار تقديم الخدمات الموسعة المقترح

○ خدمات بعد الولادة ○		○ أمراض النساء ○		○ رعاية قبل الولادة ○		○ تنظيم الأسرة ○	
الخدمات الموسعة	الخدمات قبل التدخل	الخدمات الموسعة	الخدمات قبل التدخل	الخدمات الموسعة	الخدمات قبل التدخل	الخدمات الموسعة	الخدمات قبل التدخل
<p>علاج قياسي لحالات: - عداوى الجهاز التناسلى - فقر الدم - ارتفاع ضغط الدم - السكرى - عداوى الجهاز البولى</p> <p>-شكاوى menopause -تزويد المراهقين بالمعلومات -إرشاد حول العقم -معايير صارمة للتحويل</p>	<p>علاج غير منهجى لبعض عداوى الجهاز التناسلى</p>	<p>زيارات منزلية لتحديد وتحويل حالات: -نزيف بعد الولادة -مضاعفات الإجهاض -حمى النفاس -تنظيم الأسرة</p>	<p>حد أدنى من الزيارات المنزلية</p>	<p>-تشجيع الزيارات المنزلية - 4 زيارات للتحرى screening والعلاج لحالات: - عداوى الجهاز البولى - فقر الدم -ارتفاع ضغط الدم السكرى diabetes التحصين ضد التيتانوس</p> <p>الارشاد حول التغذية والرضاعة الاطبيعية</p> <p>معايير واضحة لتحويل الحالات</p>	<p>التحصين ضد التيتانوس</p> <p>بعض المراقبة لضغط الدم</p> <p>بعض المراقبة لفقر الدم</p>	<p>التركيز على: المشورة عن: -تعدد الوسائل -الآثار الجانبية</p> <p>علاج لحالات: -عداوى الجهاز التناسلى -فقر الدم -تدلى الأعضاء التناسلية prolapse -ارتفاع ضغط الدم -السكرى -السمنة</p> <p>مكافحة شديدة للعدوى</p>	<p>تقديم الوسائل</p> <p>علاج غير منهجى لبعض عداوى الجهاز التناسلى</p> <p>بعض مكافحة العدوى</p>

توضح المصفوفات التالية التي تم وضعها لكل نوع من الخدمات المقدمة الحالات التي ينبغي التعامل معها ، و المدخلات اللازمة للخدمات التي تشكل جزءاً من إطار تدخل الفريق . وتظهر المصفوفة المقترحة لخدمات ما قبل وما بعد الولادة في الجدول 3 بينما يظهر في الجدول 4 المصفوفة التي وضعت لخدمات أمراض النساء. وفي جدول 5 تظهر عناصر خدمات تنظيم الأسرة التي ركز عليها الفريق. يبين العمود الأيسر من كل مصفوفة الحالات المختارة التي شعر الفريق بضرورة التعامل معها ضمن الخدمات المقدمة بالمركز الصحي. وعلى قمة المصفوفة وضعت أفقياً قائمة بالمكونات التي يجب البدء فيها بالمركز الصحي. وتبين العلامات في الخانات أي الخدمات هي الضرورية للحالات المقابلة لها.

جدول 3: عناصر من خدمات ما قبل وما بعد الولادة اختيرت ضمن الإطار

فحص بدني	مختبر *	تجهيزات	أدوية	إرشاد	زيارات منزلية	إحالة	إمدادات	
				X	X			قبل الولادة
X	X	X	X	X	X	X	X	تحرى وعلاج العدوى التناسلية
			X		X		X	تحصين التيتانوس
X	X	X	X	X		X	X	تحرى وعلاج فقر الدم
		X	**	X		X	X	تحرى وعلاج ارتفاع ضغط الدم
X	X	X		X		X	X	عدوى الجهاز البولى
X	X	X	**	X		X	X	تحرى وعلاج السكرى
				X				نصح غذائى
						X		نزيف قبل الولادة
					X			بعد الولادة
					X		X	نزيف بعد الولادة
		X	X	X		X	X	مضاعفات الإجهاض
		X	X	X		X	X	حمى النفاس
		X	X	X	X		X	تنظيم الأسرة

*ستتضمن خدمات الجهاز البولى تحرى وجود عدوى ليمنح التحويل لعمل مزرعة . وسيتم زرع البول فى

المركز الصحى ** رغم أن الفريق يوصى بهذا إلا أن تعميمه على المستوى القومى يتوقف على وجود

ميزانية كافية لتوفير الأدوية

جدول 4: عناصر خدمات أمراض النساء المختارة ضمن الإطار

إمدادات	إحالة	زيارات منزلية	إرشاد	أدوية	تجهيزات	مختبر *	فحص بدنى	
X	عند الحاجة		X	X	X	X	X	عداوى الجهاز التناسلى
X	X		X		X	X	X	عداوى الجهاز البولى
X	X		X	**	X	X	X	السكرى
	عند الحاجة		X				X	تدلى (سقوط) الأعضاء التناسلية prolapse
X	عند الحاجة		X	X	X	X	X	فقر الدم
	X		X	**	X		X	ارتفاع ضغط الدم
	عند الحاجة		X				X	شكوى سن انقطاع الطمث
X	عند الحاجة		X	X		X	عند الطلب	خدمات المراهقين
	X		X				X	العقم

*ستتضمن خدمات الجهاز البولى تحرى وجود عدوى ليمنح التحويل لعمل مزرعة . وسيتم زرع البول فى المركز الصحى ** رغم أن الفريق يوصى بهذا إلا أن تعميمه على المستوى القومى يتوقف على وجود ميزانية كافية لتوفير الأدوية

وفيما يخص تنظيم الأسرة فقد ركزت الدراسة على المشورة، والتحرى screening ، ومكافحة العدوى تجنباً لتكرار خدمات تنظيم الأسرة التى تقدمها وزارة الصحة والسكان والموجودة بالفعل فى الموقع. أما خدمات تدلى (سقوط) الأعضاء التناسلية prolapse ، فلا بد بالضرورة من قصرها على التشخيص والمشورة مع تحويل المريضات إلى مراكز المستوى الأعلى لإعطاء العلاج الذى تتطلبه الحالة. ويوضح الجدول 5 مكونات الخدمة المطلوبة لكل نشاط من هذه الأنشطة.

جدول 5: مكونات خدمات تنظيم الأسرة المختارة لتضمينها في الإطار المقترح

إمدادات	إحالة	زيارات منزلية	إرشاد	أدوية	تجهيزات	مختبر *	فحص بدني	
X			X					نطاق الوسائل المتاحة
								تحرى وعلاج حالات موجودة من قبل
X	*		X	X	X	X	X	عداوى الجهاز التناسلى
X	*		X		X		X	تدلى (سقوط) الأعضاء التناسلية prolapse
X	*		X	X	X	X	X	فقر الدم
	*		X	*	X		X	ارتفاع ضغط الدم
X	*		X	*		X	X	السكري diabetes
X					X		X	مكافحة العدوى
* تتم الإحالة طبقاً للمعايير المتفق عليها فقط وليس في كل الحالات								

ولتوضيح الكيفية التي حدد بها الفريق اختيار الخدمات التي يتم إدراجها فقد قمنا بتجزئة كل منها إلى خطوات منفصلة ، وأعطينا أمثلة من مصفوفة خدمات أمراض النساء في الجدول التالي. إن استعراضاً للخدمات التي تتعامل مع عداوى الجهاز التناسلى والعقم توضح كيف يعطى الإطار تقدماً للخدمات فى نفس الموقع، وكذلك الحالات المحولة للنساء اللاتي تحتاج حالاتهن لرعاية أكثر تقدماً (انظر مصفوفة التمثيل البيانى). ويصور مثال لطخة بابانيكولاو Pap smear (وهى مسحة من المهبل أو عنق الرحم أو كليهما) نمط التفكير الذى أدى إلى استبعاد خدمات معينة.

المثال الأول : عدوى الجهاز التناسلى

لقد وجد أن 51% من النساء فى الدراسة المجتمعية السابقة يعانين من نوع واحد على الأقل من عدوى الجهاز التناسلى (يونس ومشاركوه 1993) ولا بد من أن تتعامل الخدمات مع تلك العدوى. ويتطلب التشخيص إجراء فحص بدنى، وفحص مخبري بسيط باستخدام الشرائح الزجاجية والمجهر (الميكروسكوب) الضوئى ، وينبغى توفير الأدوية المناسبة فى العيادة، وكذلك إعطاء إرشادات كيفية استعمالها وتجنب العدوى فى المستقبل. ومن الضرورى إعادة تعويض الإمدادات ، كما أن الأمر يحتاج إلى وجود نظام لتحويل الحالات ذات المضاعفات أو المستعصية على العلاج .

المثال الثانى: العقم

إن التعامل مع العقم يحتاج إلى مرافق أكثر تقدماً من المتاحة حالياً على مستوى الرعاية الصحية الأولية . وعلى أى حال فقد أظهر تحليل لأنماط استخدام النساء للخدمات الصحية من المشاهدات التى تم تجميعها خلال دراسة المرض بالجيزة (خطاب ومشاركوها 1996) أن الاستشارات من أجل العقم هى الأكثر طلباً بين حالات المرض الأخرى. مما يحتم ضرورة التعامل مع هذا الاحتياج. وبينما تحتاج حالات العقم الحقيقية إلى التحويل إلى مركز علاجى من المستوى الثانى فإن الفحص البدنى القاعدى basic physical exam والإرشاد المناسب سيكونان من المكونات ذات القيمة للرعاية على المستوى الأولى للرعاية الصحية.

المثال الثالث: لطخة بابانيكولاو Pap smear (وهى مسحة من المهبل أو عنق الرحم أو

كليهما)

استبعد الفريق تماماً أى احتمال لإجراء لطخة بابا نيكولاو فى الموقع رغم أنه من الممكن تريب مقدمى الخدمة فنياً على القيام بأخذ اللطخة smear وأن المستفيدين سيقبلون الخدمة وربما أيضاً يستطيعون دفع تكلفتها. إذ أنه لن توجد مرافق قريبة لقراءة اللطحات . لذلك استبعدت لطخة بابانيكولاو من الإطار ، واتفق على تحويل الحالات المشتبه بها من عنق الرحم إلى المستوى الثانى.

3- التدريب

أ) تدريب الأطباء

تم تنفيذ هذا على مرحلتين . غطت الأولى منهما الخلفية النظرية والوسائل السريرية (الإكلينيكية) المطلوبة لتقديم الخدمات الموسعة . وذلك فى دورة مكثفة مدتها 12 يوماً بالعيادة الخارجية للمستشفى الجامعى لجامعة الأزهر التى ينتمى إليها أساتذة أمراض النساء والولادة الثلاثة أعضاء الفريق

¹⁴ إن شكاوى العقم تكون فى معظم الأحوال غير معيرة عن عقم حقيقى، بعض النساء كن مهمومات لأنهن لم يحملن فى الشهور القليلة الأولى للزواج . وبعد مرور 12 شهراً على زواج طبيعى بدون حمل يمكن أن تعتبر الحالة عقمًا حقيقياً.

وتولى أساتذة فى أمراض النساء والولادة و الطب النفسى، التدريب الفنى وتسلم الدارسون نشرات ومواد قراءة مبسطة تستهدف كلها تحسين الخلفية النظرية وكذلك الممارسة للدارسين. وتم تصميم بروتوكولات لحالات النساء والولادة لتكون مرجعاً يسهل الرجوع إليه وجداول تطرح طرقاً مبسطة للتشخيص التفريقي Differential diagnosis لإرشاد الأطباء خلال ممارساتهم اليومية. ولم تكن تلك توضح خطوات التشخيص فقط ولكن أيضاً تتضمن اعتبارات طبية واجتماعية وتصف دور كل واحد من أفراد فريق العاملين الصحيين بالمركز الصحى. إن خطوات اللقاء بين الطبيب والمريض قد وضحت بالتفصيل بدءاً من التحية وأخذ تاريخ مختصر وجيد للمريض والإجراءات التالية فى الكشف البدنى العام أو الموضعى.

مكونات المرحلة الأولى من التدريب:

أ- مفهوم الصحة الإيجابية: تم تعريف مقدمى الخدمة بمفهوم الصحة الإيجابية الذى يتضمن القدرة على الإنجاب ، وتنظيم الخصوبة، و أمان الحمل والولادة، والوفاء باحتياجات الصحة مدى الحياة ، والتمتع بعلاقات جنسية آمنة.

ب- المهارات: غطى هذا الجزء التشخيص والعلاج البسيطين لحالات أمراض النساء الشائعة، مثل عدوى الجهاز التناسلى (المونيليا، الترايكوموناس، التهابات المهبل البكتيرية) وتدلى (سقوط) الأعضاء التناسلية genital prolapse، والاضطرابات النزفية bleeding disorders، والعقم، والاضطرابات الجنسية النفسية. وفى الولادة كان التركيز على الرعاية الجيدة قبل الولادة، بما يتضمن خمس زيارات منزلية على الأقل خلال الحمل؛ وكذلك التحرى screening عن الحمل المحفوف بالمخاطر ؛ والمشاكل الشائعة لفترة ما بعد الولادة.

وتضمن التدريب على الولادة وأمراض النساء علاج الاضطرابات البسيطة وتحديد الحالات التى تتطلب التحويل إلى مراكز متخصصة. وقد تم إعطاء دورات تدريبية على تنظيم الأسرة من قبل كجزء من برنامج منفصل، ولذا فإن تدخل الفريق فى هذا المجال ركزت على تنظيم الأسرة باعتباره جزءاً مدمجاً فى خدمات الصحة الإيجابية. كان الغرض الرئيسى لهذا التدريب هو التحقق من أن الحالات التى كانت موجودة من قبل قد عولجت كما ينبغى وأن وسائل تنظيم الأسرة التى استعملت كان يتم استعمالها ضمن شروط التعقيم الواجبة مع التأكيد

على مكافحة العدوى خاصة خلال تركيب (إدخال) اللولب. كذلك حدد التدريب العوائق الطبية الممكنة لموانع الحمل و طرق علاجها.

ج- الجوانب الاجتماعية- الثقافية للرعاية الصحية . تم فى التدريب تناول الجوانب الاجتماعية- الثقافية فى حياة المرأة من النواحي النظرية والإكلينيكية، لخلق وعى بين الأطباء بوجود صلة وثيقة تربط بين السياقات الاجتماعية- الثقافية والاقتصادية للمجتمع الذى يعملون فيه. وقد وجه فريق البحث اهتمامه للتعرف على مفهوم الأطباء وسلوكهم تجاه النساء، للتعرف على كيفية تأثير المفهوم والسلوك من قبل الأطباء على التأثير سلباً على سلوكيات النساء فى طلب الخدمة الصحية، وقدم الفريق تدريباً على الطرق ذات الحساسية الثقافية فى السلوك خلال المجتمع الريفى.

د-الاتصال وأهمية الإنصات . قام استشارى ذو خبرة فى الاتصال والمشورة بتنفيذ هذا الجزء من تدريب الأطباء مخاطباً مجموعة واسعة من الموضوعات فى كيفية تعامل الأطباء مع مراجعيتهم، وكيف ينقلون إليهم المعلومات البسيطة والصعبة، واستعملت طريقة حل المشاكل، وطريقة لعب الأدوار إلى جانب المحاضرات والمقالات وتوزيع النشرات المجانية التى تتناول إرشاد المستفيدين من الخدمة، حول الاتصال، ومفهوم المرأة عن صحتها، وعن علاقتها بطبيها.

المرحلة الثانية من التدريب.

كانت المرحلة الثانية هى التدريب العملى فى ثلاثة مراكز صحية . وقد استمر هذا التدريب لمدة ثلاثة شهور، تخللها زيارة أو زيارتان أسبوعياً لفريق الدراسة لكل مركز من المراكز الثلاثة.

أ- مهارات التعليم والاتصال. ركز التدريب فى الموقع على أساليب التشخيص واستعمال المرافق المخبرية، لدعم التشخيص مع التأكيد على أهمية العمل بروح الفريق والتعاون بين الطبيب والمرضة وفنيي المختبر والحراس. وأعطى اهتمام خاص للاعتبارات الاجتماعية والثقافية ومن بينها التفاعل بين مقدم الخدمة والمريض، وتفهم الحالة الاقتصادية للمريض خاصة قدرته على تكلفة إجراءات التشخيص وخيارات العلاج. وقد تم تشجيع الأطباء على ممارسة مهارات المشورة والاتصال . ومن مزايا التدريب فى الموقع أنه يساعد على فهم

مشاكل تقديم الخدمة التي لم توضع في الحسبان مثل نقل العينات من الملاقط المنظارية specula إلى المختبر.

ب . حفظ السجلات. تم تدريب كل من الأطباء والممرضات على تعبئة واستعادة السجلات الطبية التي صممها الفريق. صمم السجل باللغة العربية محتويًا على جزء خاص لمختلف أنواع خدمات ومستلزمات الصحة الإنجابية ولزيارات المتابعة. وإقناع مقدمي الخدمة بضرورة حفظ تلك السجلات وأن ذلك سيفيدهم في علاج المرضى فقد شدد الفريق على فائدة التسلح بالمعلومات السابقة عند عودة النساء إلى المركز الصحي طلباً للعناية الصحية.

ج. إنشاء نظام إحالة نشط. اجتمع مقدمو الرعاية الأولية مع مقدمي الخدمات في مراكز الإحالة من أجل إنشاء نظام إحالة نشط وأعطيت لهم قائمة بأسماء الأخصائيين وجدول المناوبات الأسبوعي للتأكد من أن المستفيدين من الخدمة المحولين سيستطيعون الاستفادة من التحويل عند وصولهم للمستشفى. وقد أنشأ الفريق رابطة بين أطباء الرعاية الأولية وأخصائيي المستشفى المركزي وشجع تلك الرابطة، كما حدد الفريق أيضاً معايير واضحة لتحويل الحالات موضح بها أي الحالات هي التي تحول وصمم الفريق بطاقة للتحويل يدون بها طبيب الرعاية الأولية ملاحظاته واستعان في تصميمها بأراء الأطباء. وتضمنت المعايير الحالات التي تحتاج إلى مزيد من الفحوصات investigation والحالات المحتمل إجراء جراحات لها أو تدخلات أخرى غير متوافرة على المستوى الأولي مثل العقم وتدلي (سقوط) الأعضاء التناسلية prolapse واشتباه مرض التهابي بالحوض (PID) وحالات تسمم الحمل.

د. المهارات الإدارية. رغم أن تدريب الأطباء على المهارات الإدارية الأولية كان مدرجاً ضمن التدريب، إلا أن خبير الإدارة رأى أن الأمر يحتاج إلى تدريب أطول وأكثر كثيفاً ولكنه في المرحلة الحالية من التدخل يعتبر غير عملي. ولأن مرحلة من انتقال التدخل مستوى أعلى كان يجري الإعداد لها متضمنة إشراك هيئات الإشراف في عدد كبير من المواقع فقد رؤى أن منهج الإدارة سيكون أكثر فعالية في ذلك الوقت. وفي غضون ذلك كانت تعطى الملاحظات في الموقع كلما اقتضى الأمر.

ب. تدريب الممرضات . قامت ممرضات ذوات خبرة بعمل تدريب مكثف في الموقع لمساعدة الممرضات على معاونة الأطباء بشكل أكثر فعالية خاصة في غرف الكشف. وقد اهتمن بما يقع ضمن مسؤولية الممرضات من مهام مثل النظافة، والتعقيم، و استعمال معدات الكشف

بطريقة صحيحة، والحفاظ على سرية وخصوصية المرضى، وتحضير المرضى للكشف،
وتعبئة الأجزاء المناسبة في السجلات الطبية. وكان التدريب ناجحاً إلى حد كبير حسب ما
ورد تفصيلاً في مطبوعة منفصلة.¹⁵

ج. تدريب فنيي المختبر

قرر فريق الدراسة أن يدرّب فنيي المختبر بدلاً من الأطباء على تحضير وفحص العينات
المهبلية لكيلا تضاف أعباء جديدة على الأطباء المثقلين بقدر كبير من الأعمال ولاختصار
الوقت الذي تقضيه المريضات في الانتظار. واستمر التدريب لمدة سبعة أيام عمل على مدى
أسبوعين في أحد المراكز الصحية. وقام بإعطاء المقدمة النظرية القصيرة أستاذ في
الاختبارات الطبية الإكلينيكية بينما قام بالتدريب العملي فني مختبر ذو خبرة وله معرفة
بالعمل في الإفرازات المهبلية بالإضافة إلى الاختبارات الأخرى.

4-مراقبة الأداء monitoring وإعادة التدريب

أ) مراقبة أداء الأطباء

بعد التدريب قام الفريق برصد أداء الإطار مستعملاً أداة رصد صممت خصيصاً لهذا
الغرض. ومرفق كمثل بالملحق 1 قائمة الرصد checklist¹⁶ المستعملة للزيارات المنزلية
قبل الولادة. وقد تم زيارة كل مركز صحي ثلاث مرات في مدة أربعة أسابيع.

وأظهرت الرقابة أن بعض نواحي الخدمة مثل تعقيم المعدات وشرح التشخيص والعلاج قد
تقدمت تقدماً كبيراً. ولكن بعض الأطباء مازال أداؤهم ضعيفاً في نواحي أخرى ، مثل عدم
استخلاص تاريخ طبي كافي من المريض أو القيام بفحص بدني عام منهجياً ، وكانوا عموماً
ضعافاً في الإنصات والإجابة على أسئلة المرضى.

¹⁵ Intervention study manual on nurses' training. Khattab et al. (2002)
¹⁶ Intervention study manual on monitoring tool (Khattab et al. (2002)

إعادة التدريب على موضوعات مختارة

صمم الفريق تمريناً لمعاودة التدريب بالتركيز على النواحي التي ظهر فيها ضعف ملحوظ في الأداء، وقد استغرقت إعادة التدريب شهرين آخرين تخللها زيارة واحدة لكل مركز صحي أسبوعياً ووصل مجموع الزيارات إلى ثمانية أو تسعة زيارات .

(ب) رقابة أداء الممرضات:

في نهاية فترة التدريب الأولى أظهر أداء الممرضات تحسناً ملحوظاً . لوحظ التقدم الأكبر في قدرتهن على تعقيم المعدات بطريقة صحيحة وفي مهارات الاتصال لديهن. كما تحسنت الزيارات المنزلية كثيراً .

(ج) رقابة أداء مساعدي المختبر:

في نهاية فترة التدريب أظهر مساعدي المختبر المختلفين تقدماً بدرجات مختلفة ، وقد بدأت دورة تدريب أخرى للفنيين استمرت ثلاثة أشهر زار المدرب خلالها كل مختبر منها مرة واحدة شهرياً للتحقق من أداء سليم لكل المختبرات، ولضبط الجودة بها. كذلك تم التأكيد على التعاون بين الطبيب وفني المختبر. وحالما كان تشخيص الإفرازات المهبليّة يجري في مركز ما بطريقة منهجية، فإن المستفيدات من الخدمة كن يبدين تقديرهن للخدمات المخبرية من خلال استعدادهن لانتظار ظهور نتائج الفحص المخبري ليحصلن على العلاج المناسب.

أهمية تداول النتائج findings بين العاملين بالمركز الصحي

عندما تم تحليل قائمة الرصد فإن الفريق قد أشرك في ذلك العاملين في كل مركز صحي ممتدحا جودة الأداء وما طرأ من تحسينات، ومناقشاً معهم بانفتاح حلول المشاكل. وقد ساعد هذا في إزالة الشكوك وتهدئة التوترات التي صاحبت تواجد الفريق في العيادات، وقد شجع هذا أيضا الروح الإيجابية التي ساعدت ما تلا ذلك من إعادة التدريب.

5) مكونات البنية الأولية

كان من الضروري تحسين البنية الأولية المادية للمراكز الصحية ، وقد صمم فريق الدراسة عدداً من قوائم الرصد لتسجيل حالة الماء الجارى والكهرباء والمعدات والصحة العامة. ثم قاموا بعد ذلك بعمل قائمة بالاحتياجات آخذين فى الاعتبار أن يكون التحسين مناسباً لخدمات الرعاية الأولية. وقد تم تجديد المباني من خلال التبرعات الخاصة وتم التزود بالمعدات من وزارة الصحة والسكان؛ أما البقية القليلة من لوازم التحسين فقد تم شراؤها من ميزانية الدراسة.

على سبيل المثال فقد تم إمداد المختبرات بمعدات ومواد بسيطة وقليلة التكلفة تلزم لتحليل البول وتقدير نسبة هيموجلوبين الدم (باستعمال مقياس ساهلى للهيموجلوبين Sahli haemoglobinometer) وتقدير سكر الدم (باستعمال اختبار فحص سكر الدم glucocheck test). كذلك تم تزويد المختبرات بكواشف reagents تصنيف الريسوس Rhusus typing واختبارات الحمل، ومواد اختبار إفرازات المهبل مثل تقدير درجة الحامضية/القلوية PH determinants، ولطخة النقطة المبتلة (عبارة عن أخذ قطرة من الإفرازات المهبليّة لفحصها) wet drop smear، واختبار KOH، وصبغة جرام للمساعدة فى تشخيص عداوى الجهاز التناسلى، وقد تكلف كل ذلك أقل من جنيه مصرى واحد للعينة¹⁷. وقد أصدر الفريق كتيباً يفصل الاحتياجات المادية اللازمة لمراكز الرعاية الأولية¹⁸ التى أوردنا هنا عرضاً لخطوطها العامة.

¹⁷ الجنيه المصرى يساوى تقريباً 25 سنت أمريكى

¹⁸ Intervention study manual for upgrading PHC facilities, Khattab et al>(2000)

1- التدريب

كان الفريق على وعى تام بأن مقدمى الخدمات قد مارسوا العمل لفترة ما دون أن يكون لهم اتصال بشكل أو بآخر بالتعليم المستمر منذ تخرجهم ، ولكن واحدة من مقدمى الخدمات أدهشت الفريق بأنها رغم ممارستها للعمل لمدة 23 سنة فى الرعاية الأولية كانت أكثر الأطباء تحمساً، كما أنها قد أظهرت أكبر قدر من التحسن فى أدائها بعد التدريب. ونحن نشعر أن عمل المدربين بشكل رسمى وإخلاصهم الظاهر قد لعبا دوراً كبيراً فى اكتساب قبول مقدمى الخدمات، الذين أقاموا صداقات حميمة مع فريق البحث الميدانى . وكان مقدموا خدمات الرعاية الأولية هم أنفسهم على وعى بأن وظائفهم لم تعطهم فرصة كافية للاطلاع على الأفكار والمهارات الجديدة

2- تغيير العادات المتأصلة

إن تغيير العادات والسلوكيات المتأصلة أصعب بكثير من تعليم مهارات جديدة . وقد وجد الأطباء صعوبة فى التخلي عن عادة الوصول إلى تشخيص بالاستعانة بأقل قدر من تسجيل التاريخ المرضى، وقد أسهم التدريب فى الموقع ثم إعادة التدريب فى التغلب على الكثير من المقاومة، ولكن الموجود منها لازال يطرح سؤال: متى يتم التخلص منها؟

3- المفاهيم الخاطئة

شعرت إحدى الطبيبات أن رزقها مهدد بوجود المدرب لأن المستفيدين من الخدمة يكثر ترددهم على العيادة فى وجوده، ويرغبون فى أن يقوم هو بمناظرتهم¹⁹ وكان يتم طمأننتها باستمرار بأن الهدف لم يكن إحلال طبيب كبير مكانها ولكن أن يقوم الطبيب الكبير بتدريبها لتقديم خدمة أفضل. ولهذا فقد كانت تقوم بفحص المرضى المعتادين وحدها بمساعدة المدرب بينما تنتظر الحالات التى تتطلب فحص المدرب حتى ينتهى فحص المرضى طبية الوحدة

¹⁹ أحست النساء المريضات بأمراض طويلة الأمد أو مستعصية على العلاج أن وجود طبيب كبير فرصة لابد من انتهازها ليكشف عليهن

4- موضوعات تتعلق بالنوع الاجتماعي Gender issues

كان استخدام مدربين طبيين من الذكور مشكلة بالنسبة لقلّة من المريضات. ولكن بصفة عامة فإن معظم المريضات يتقبلن الوضع عندما يشرح طبيب المركز مهمة المدرب وصفته وأنه أخصائي تابع لمستشفى حضر ليساعد في رفع كفاءة المركز

5- تحفيز مقدمى الخدمات

ليس من السهل تحفيز مقدمى الخدمة الذين يتقاضون مرتبات هزيلة²⁰ والذين هم مثقلون بالفعل بالمسئوليات ، وبعد الكثير من التفكير قرر فريق الدراسة إعطائهم حوافز مادية متوسطة طوال مدة الدراسة . وكان جملة ما أعطى للطبيب على وجه التقريب ما يعادل 40 دولاراً حسب سعر الصرف فى وقتها. وذلك كتقدير رمزى لحماسهم ومشاركتهم. وأعطى بقية مقدمى الخدمات حوافز أقل قليلاً من حوافز الأطباء. وعبر بعض الأطباء عن رضاهم البالغ بالمهارات الجديدة التى اكتسبوها وكانوا متفائلين بأن تلك المهارات ستساعد فى زيادة دخلهم فى المستقبل إذ سيتمكنون من التعامل مع احتياجات المرضى الفعلية بقدر أكبر من الكفاءة.

6- الإمدادات

إن الإمدادات غير المنتظمة للأصناف المستهلكة تمثل تحدياً رئيسياً يحول دون تحسين تقديم الخدمات. وتم التصرف فى هذا الأمر طبقاً للمقاييس الآتية:

- على المدى القصير، قام الفريق طوال مدة الدراسة بتوفير الإمدادات المستهلكة اللازمة لفحوص الصحة العامة وأخذ العينات (مثل القفازات التى تستخدم مرة واحدة، ومحاليل وشرائح المختبر)
- أثارت المقابلات مع المشرفين وصناع السياسات بوزارة الصحة والسكان مناقشات حول وسائل الإقلال من حجم الأعمال الورقية المطلوبة من أطباء المراكز الصحية لاستعاضة ما تم استهلاكه من المواد المخزنية المستهلكة.
- وافقت وزارة الصحة والسكان على إضافة القائمة التى أعدها الفريق بأدوية علاج عدوى الجهاز التناسلى إلى قائمة الوزارة للأدوية الأساسية التى توزع بانتظام

²⁰ متوسط مرتب طبيب الوحدة الصحية ما يعادل 100 دولار أمريكى شهرياً (حسب سعر الصرف وقت إجراء الدراسة)

على المراكز الصحية للرعاية الأولية على المستوى القومى . ويعتبر هذا حافظاً كبيراً للنساء للتردد على عيادات تلك المراكز. وهن يعتبرن الحصول على الأدوية المجانية واحداً من الأسباب الرئيسية للحضور إلى العيادات بالإضافة إلى التكلفة المنخفضة للخدمات. وقبل التدخل لم تكن أدوية علاج عداوى الجهاز التناسلى وغيرها من الحالات المرتبطة بها متاحة.

7- التكلفة

باستعمال البرمجيات software التى قدمتها وزارة الصحة والسكان وبمعمونة فنية من الوزارة سجل الفريق أن التكلفة لكل مستخدم للخدمات على المستوى القاعدى فى ثلاث من المراكز الصحية كانت 7,1 جنيهاً مصرياً (بالنسبة لوزارة الصحة والسكان) . وحالما بدأ تنفيذ الإطار صار متوسط تكلفة مستخدم الخدمات (فى المراكز الثلاثة) 7,0 جنيهات مصرية . وقد وضعت تلك الحسابات على أساس قسمة إجمالى المنصرف على كل مركز صحى من جانب وزارة الصحة والسكان على عدد مستخدمى الخدمات فى كل منها. ولم تكن هناك بيانات متاحة يمكن بها تقدير تكلفة كل نوع من الخدمات على حدة. ولأن إمدادات الأدوية من وزارة الصحة والسكان للمراكز الصحية لم تكن ثابتة فقد كان من الصعب تقدير تكلفة التشغيل على مدار السنة المالية.

8- مشاكل الصيانة

كانت الصيانة مشكلة فى بداية الدراسة لسببين رئيسيين، فالأطباء باعتبارهم متخذو القرار على مستوى المراكز والمسئولين عن الصيانة بها لم يكونوا قادرين على توقع المشاكل، ولم يكونوا أيضاً قادرين على مواجهتها بسرعة فور حدوثها، كما أن نظام وزارة الصحة والسكان لتغطية نفقات الصيانة كان بيروقراطياً للغاية. وتسبب تغيير النظام فى تحويل كل الأموال إلى الحكومة المركزية، ولذلك فإن تقدير ميزانيات الإصلاح كان عملية معقدة ومعوقة. وتعامل الفريق مع تلك المشكلة بنوعين من الحلول للمدى القصير والمدى البعيد:

- كان حل المدى القصير هو اجراء فيه الصيانة والإصلاح للمواقع كجزء من التحسين المادى.
- عقد الفريق اجتماعات مع المشرفين الإداريين المتعاطفين مع التجربة على مستوى المركز الإدارى واتفقوا معهم على الإقلال من الأعمال الورقية التى يقوم بها اطباء العيادات إلى الحد الأدنى.
- تقابل الفريق مع كبار صناع القرار، وأعضاء اللجنة التوجيهية للدراسة بوزارة الصحة لمناقشة مشاكل المدى البعيد.
- سوف تناقش هذه الموضوعات مرة أخرى فى منهج الإدارة فى مرحلة انتقال الدراسة إلى المستوى الأعلى

9- دورة تنقلات العاملين

توقع الفريق وجود مشكلة يسببها تغيير الأطباء بسبب دورة تنقلات الأطباء مما قد يتطلب تكرار إعادة التدريب. وفى الحقيقة فقد ظل الأطباء ثابتين فى أماكنهم بينما تغير المديرون على المستوى الإشرافى عدة مرات، وقد اقتضى هذا عقد اجتماعات إضافية مع المديرين الجدد لتعريفهم بالدراسة وضمان مشاركتهم.

10- تفويض وتقسيم المسئوليات بين الممرضات

أدى التدريب فى الموقع إلى حل معظم المشكلات المتعلقة بتفويض المسئوليات بشكل أراضى وأسعد الطرفين كل من الأطباء والممرضات . وكانت الممرضات متحمسات للغاية بزيادة إشراكهن فى مساعدة الأطباء وأحسن أنهن قد حصلن على الكثير من التعليم. كذلك كان الأطباء مرحبين بمساعدة الممرضات لهم.

قاوم الأطباء فى البداية تفويض الممرضات فى بعض المسئوليات متعللين بأن المرضى لن يتقوا فى إجراء قياس ضغط الدم مثلا لو قامت به ممرضة. وكان بعض الأطباء يفضلون العمل مع ممرضة بالذات ويرفضون أن تساعدهم أى ممرضة أخرى. وكان تقسيم العمل بين الممرضات مشكلة أيضاً ولم يكن واضحاً كيف تمضى عملية الإحلال لو تغيبت ممرضة ما أو كان لديها عمل آخر بالمركز خاصة فى نهاية كل شهر حيث تكون الممرضات فى قمة

الانشغال بعملية تستهلك الكثير من الوقت وهى إنهاء الإحصاءات التى تم تجميعها لرفعها إلى الإدارة الصحية على مستوى المركز الإدارى.

11- نظام الإحالة

لم يعمل نظام التحويل بالشكل الذى كان الفريق يأمل فى تحقيقه، و اختلفت طبيعة المصاعب كما هو مبين فيما يلى.

قلة فقط من المرضى كانوا يصلون للمستشفى المركزى المخصص وقد يكون ذلك راجعاً إلى عدم توضيح أطباء الرعاية الأولية حاجة مشكلاتهم الصحية إلى رعاية متخصصة. كما أن المرضى كانوا مترددين فى التوجه إلى المستشفيات المركزية تحسباً لسوء المعاملة أو التأخير أو التكلفة .

المرضى المحولون لم يتمكنوا من رؤية الأخصائى بعض المديرين على مستوى مستشفى المركز لم يكن لديهم وعى بالنظام التجريبي لتحويل المرضى ومنعوا المرضى من الدخول إلى الأخصائيين . كما كان بعض المرضى يظنون أن بطاقة التحويل تعفيهم من دفع قيمة تذكرة دخول المستشفى، وعادوا أراجهم عندما طلب منهم ثمن التذكرة.

بعض الأخصائيين لم يعطوا معلومات ارتجاعية بعض المرضى قابلوا الأخصائيين بالفعل، ولكن الأخصائيين لم يسجلوا معلومات ارتجاعية على بطاقة التحويل ليطلع عليها طبيب الرعاية الصحية الأولية الذى قام بتحويل الحالة

التحويل إلى جهة غير مناسبة فى بعض الأحيان يقوم أطباء الرعاية الأولية بتحويل الحالات إلى المستوى الثالث tertiary level بدلاً من المستشفى المخصص لهم (ربما لأن أعضاء الفريق أعضاء هيئات التدريس فى مستشفيات المستوى الثالث) وقد ناقش الفريق تلك المشاكل عند إعادة التدريب بالتركيز على ما يأتى:

- أهمية تحويل المرضى إلى المستوى الثانى إذا ماكان يلزم لهم مزيد من الفحوص أو العلاج. وتم التأكيد على أن يكون ذلك طبقاً لمعايير التحويل.
- ضرورة شرح دواعى التحويل للمريض المحول.
- ضرورة شرح إجراءات التحويل بوضوح ، وكذلك ماذا ينتظر من المستشفى.

- ضرورة توضيح أن بطاقة التحويل لا تعفى المرضى من رسوم دخول المستشفى ولا تعطيمهم الحق فى علاج تفضيلى.
- ضرورة أن يقوم أخصائيو المستشفى المركزى بتيسير إجراءات التحويل.

12- حفظ السجلات

كان من الصعب للغاية فى البداية إقناع الأطباء بتعبئة صحائف sheets السجلات الطبية للمرضى التى صممها الفريق. وكان من الصعب أيضاً إقناع الممرضات اللاتى لم يكن معتادات على مساعدة الأطباء بأن يقمن بمساعدة الأطباء عند فحص المرضى. ومساعدة الأطباء بتعبئة البيانات الشخصية للمريض. وكان هناك تحد آخر هو التأكد من أن الطبيب كان يملأ البيانات صحيحة وكاملة. وتم عمل هذا من خلال المراجعة المستمرة للسجلات فى الموقع، وإعطاء الأطباء بيانات ارتجاعية بالملاحظات.

13- تحديات مراقبة الأداء

لاحظ الفريق لقاءات الأطباء بالمرضى لتسجيل نوعية الخدمة المقدمة ، وكان يلزم بالضرورة وجود موافقة مسبقة من جانب المرضى، ولكى لا تكون الملاحظة مصدراً لتهديد الأطباء فقد شدد الفريق على أن الغرض من الملاحظة هو المساعدة فى التعرف على المشكلات ومحاولة حلها . وقد حاول الملاحظون أن يكونوا غير ظاهرين بقدر الإمكان وألا يتدخلوا فى الإجراءات . وبتلك الطريقة فإن مقدمى الخدمة قد اعتادوا وجود المراقبين بسرعة ، وتوجد المعلومات عن هذا فى قائمة الرصد التى سنوردها فيما بعد.

إنجازات التدخل

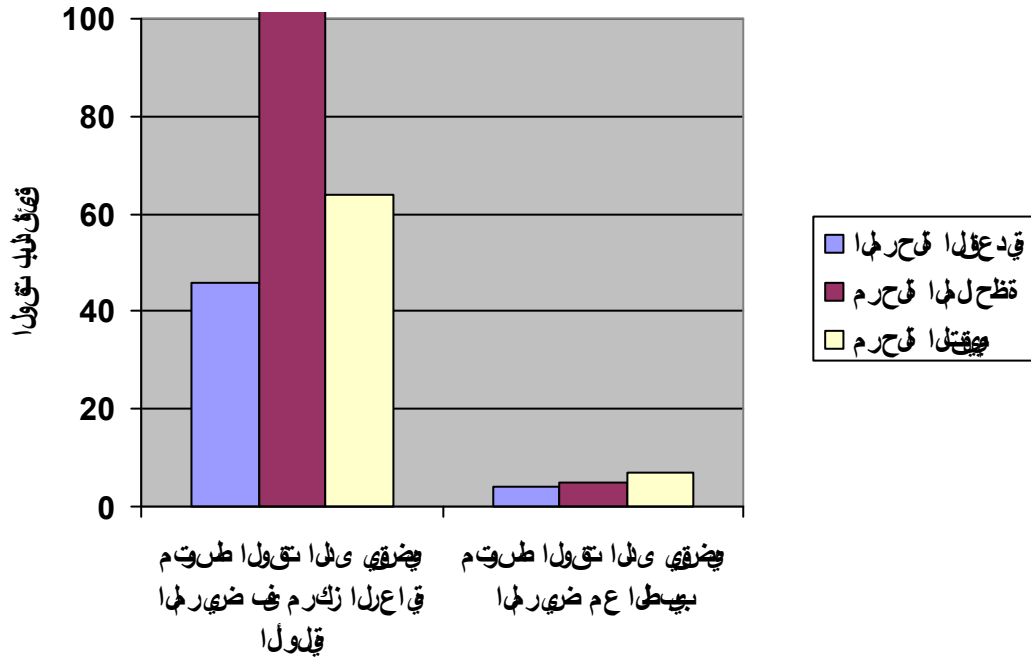
تم تكرار المنهج الذى اتبعناه من قبل على المستوى القاعدى بالنسبة للملاحظة الذى شمل الملاحظات المباشرة للقاءات والمقابلات مع مقدمى الخدمات والنساء وذلك لتقييم منجزات الدراسة. وفيما يلى أهم المنجزات:

1- أدت علاقة العمل الجيدة بين الفريق ومقدمى الخدمات فى المركز الصحى والمديرين فى المستوى الإشرافى إلى نشوء علاقة تفهم متبادل وثقة، وتعاون. ولم تعد النظرة

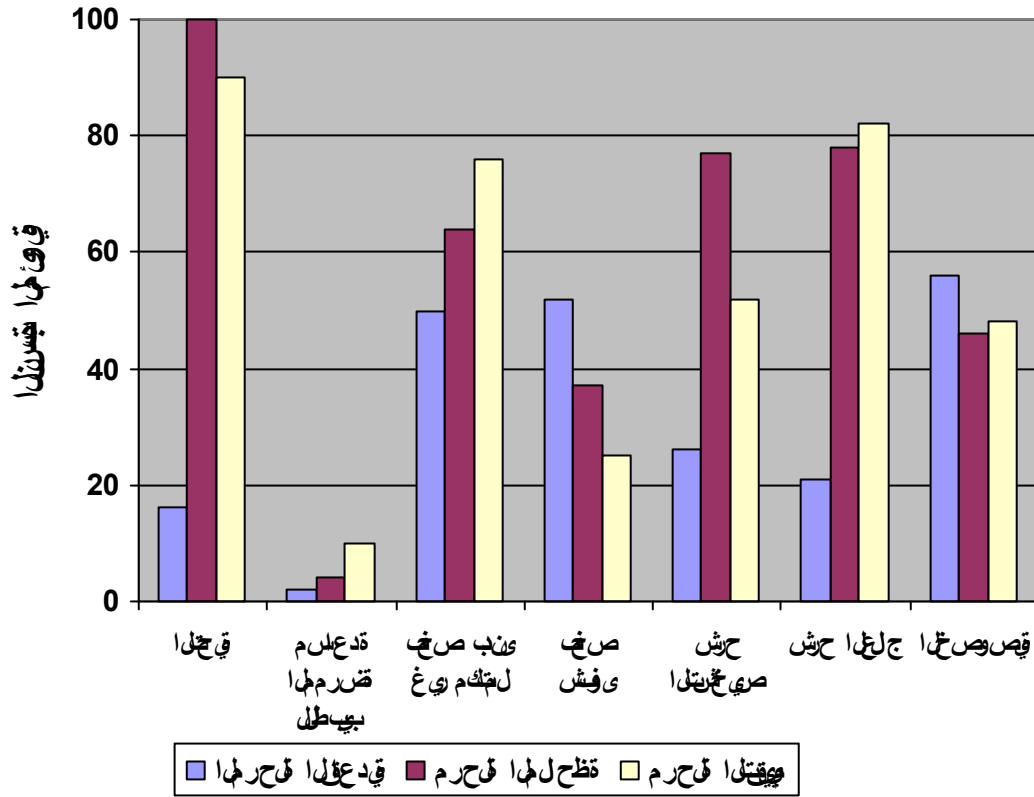
إلى فريق البحث على أنه عنصر تهديد ، ولكن على أنه عنصر للتيسير يهدف لتذليل الصعوبات.

2- أظهر التقييم النهائي وجود تحسن في جودة الرعاية . وأن انتظار النساء في المركز الصحي قد أصبحت مدته أقل وأن مدة لقائهن بالأطباء قد أصبحت أطول عما كان يجرى في الفترة السابقة على الدراسة. وقد سجل التقييم كذلك ارتفاعاً في جودة أداء الأطباء وفي حساسيتهم تجاه خصوصية النساء . وكان أخذ التاريخ المرضي أكثر كمالاً مما سبق. وحدث تحسن مثير في إجراءات الفحص. وصارت التشخيصات أكثر دقة وازداد تبادل المعلومات أثناء اللقاء. كما تضاعف الوقت الذي يقضيه الطبيب مع المريضة. وتوضح الرسوم البيانية التالية مستويات الأداء المختلفة في ثلاث مراحل زمنية هي المستوى القاعدي، وخلال المراقبة، وعند التقييم النهائي ، وتظهر الرسوم البيانية التوجهات التي سجلت للقرى الثلاث.

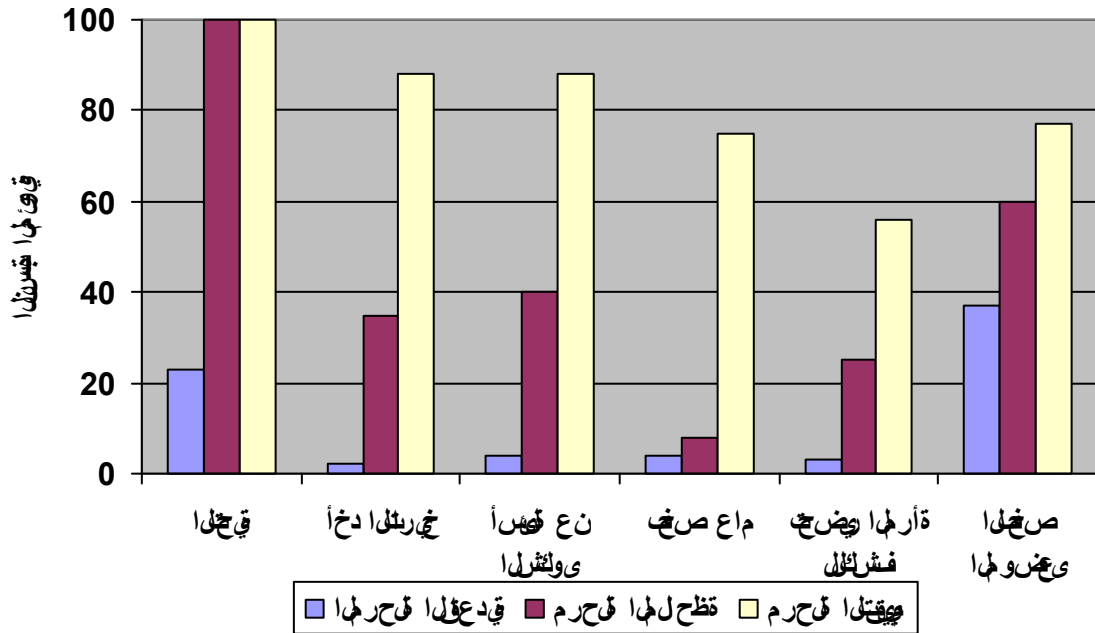
الرسم البياني (1) متوسط مدة البقاء بالمركز الصحي وعلاقتها بمتوسط مدة اللقاء مع الطبيب في المراكز الثلاثة



الرسم البياني (2) مراقبة لقاء المريض والطبيب- مقارنة بين المرحلة القاعدية ومرحلة الملاحظة ومرحلة التقييم في غرفة الفحص العام بالقرى الثلاثة

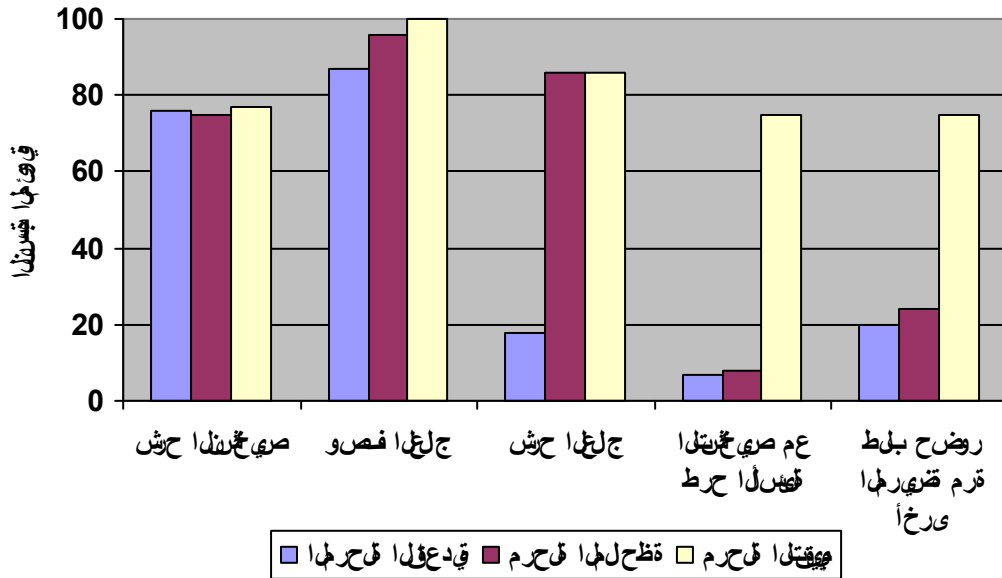


الرسم البياني (3) مراقبة لقاء المريض مع الطبيب : مقارنة بين المراحل القاعدية، الملاحظة، والتقييم في غرفة أمراض النساء في القرى الثلاثة



3- أعطيت أهمية أكبر لحفظ السجلات الفردية للمستفيدين من الخدمة وقد عبر الأطباء للفريق عن استفادتهم كثيراً من تلك السجلات فيما يخص التشخيص والعلاج وأقروا أن هذا ساعدهم في تتبع الزيارات المتكررة للنساء للمركز الصحي.

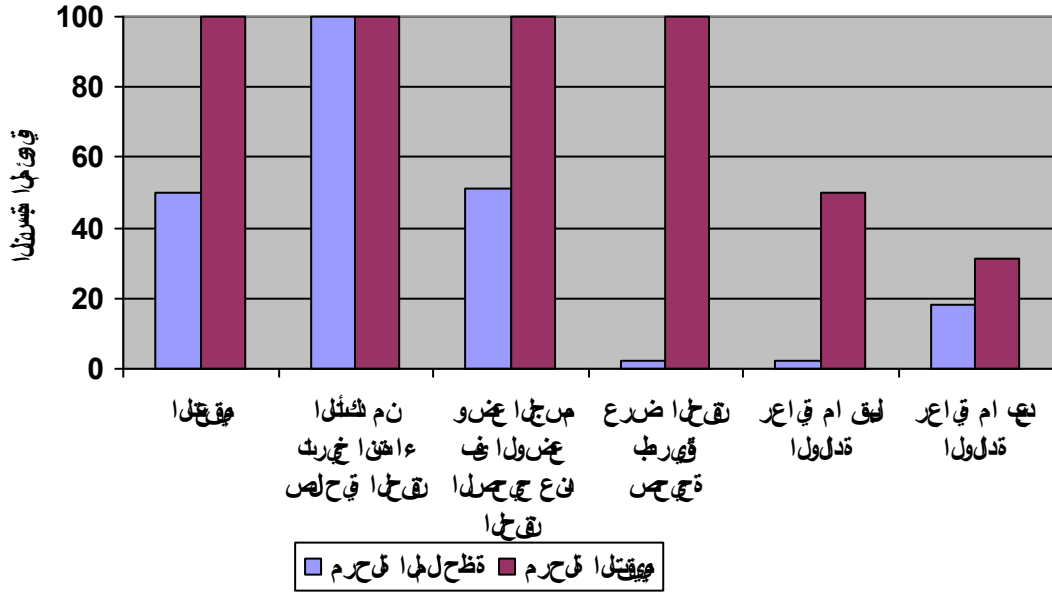
الرسم البياني (4) مراقبة لقاء المريض مع الطبيب : مقارنة بين المراحل القاعدية، الملاحظة، والتقييم في غرفة أمراض النساء في القرى الثلاثة



4- تحسن أداء الممرضات . لقد ازدادت مساعدة الممرضات للأطباء وصرن متحمسات بشكل ملحوظ لأداء أعمالهن . ويظهر الجدول التالي الدرجات المختلفة في تحسن مختلف المهارات . وتبين الرسوم البيانية 5 و6 بعض النتائج findings التي سجلت في مركز صحي واحد، وكانت النتائج المتحصلة من المركزين الآخرين مماثلة لذلك.

درجة التحسن في أداء أنشطة الممرضات		
أقل تحسناً	تحسن متوسط	أكثر تحسناً
التقييد بساعات العمل	أخذ العلامات الحيوية	أساليب التعقيم
إعادة توزيع التكاليفات عند غياب إحداهن	إعطاء الحقن والتخلص من المحاقن	مهارات الاتصال
تسجيل احتياجات الصيانة	التتقيف الصحي	ارتداء الزي الموحد
الاستخدام السليم للمعدات وصيانتها	التسجيل	الزيارات المنزلية

الرسم البياني (5) ملاحظات الممرضات الطبية مقارنة بين مرحلتى الملاحظة والتقييم فى القرية أ

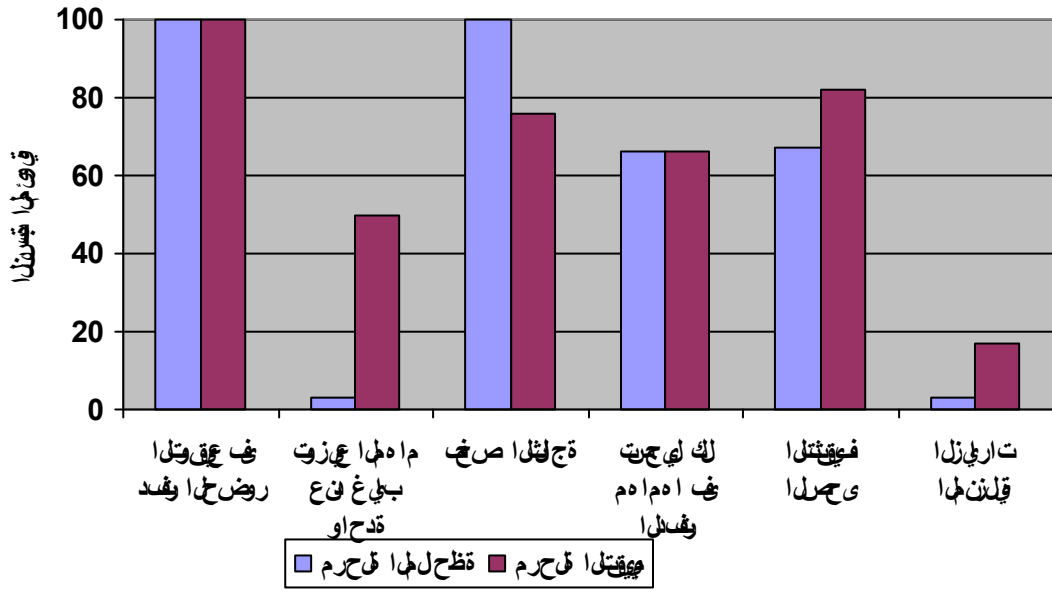


5- أتضح أن وسائل التشخيص المخبرية فى الموقع والتي تساعد فى المختبر فى المساعدة على تشخيص عداوى الجهاز التناسلى تعمل بالفعل على تحسين جودة الرعاية والعلاج. ولم يعد الأطباء يصفون أدوية بناء على أسلوب يعتمد على الأعراض syndromic approach يستعمل بلا كفاءة، وبدلاً من ذلك كانوا يدعمون مشاهداتهم الطبية بالأدلة المخبرية. وقد سجلت الفريق هذه الملاحظة فى زيارته ولكن لم يتم إخضاعها للقياس.

6- إن ما توصل إليه فنيو المختبر من التعرف الصحيح على عداوى الجهاز التناسلى الرئيسية بعد حصولهم على تدريب أساسى على استعمال المجهر الضوئى يوضح أن إمدادهم بوسائل تشخيص بسيطة لعداوى الجهاز التناسلى أمر ذو جدوى من الناحية الفنية للعاملين بالمختبر على هذا المستوى من تقديم الخدمات الصحية.

7- كان تقدير وزارة الصحة والسكان للأسلوب والنتائج واضحاً كما ظهر من طلب الوزارة من أعضاء الفريق أن يقوموا بالإسهام فى تطوير سجل طبي متكامل ، وكذلك طلب الوزارة من الفريق أن يستمر فى التعاون معها.

الرسم البياني (6) ملاحظات الممرضات مقارنة بين مرحلتى الملاحظة والتقييم فى القرية أ



النتائج والتوصيات

لقد أظهرت هذه الدراسة أن تقديم خدمات الصحة الإنجابية على مستوى الرعاية الصحية الأولية يمكنه أن يرفع من جودة الرعاية باستخدام الموارد الحالية. ومن المأمول أن تشجع هذه التجربة صناعات السياسات فى مصر وغيرها على إدماج خدمات الصحة الإنجابية ضمن خدمات الوحدات الحكومية وعياداتها فى المناطق الريفية والحضرية. وليس المطلوب بياض التكلفة و لا هو بالغ التعقيد، فرفع المستوى المطلوب ليس إلا أساسياً وقليل التكلفة. وقد أوضح هذا الفريق أنه من الممكن طرح إطار بسيط للخدمات الأولية للصحة الإنجابية يقدم فيه العلاج لحالات أمراض النساء البسيطة الشائعة، جنبا إلى جنب مع خدمات تنظيم الأسرة ورعاية ما قبل الولادة ورعاية ما بعد الولادة

توصيات تتعلق بالنظام

- إن سجلات طبية متكاملة ومصممة بعناية تعزز النظرة الشمولية لصحة النساء وتؤدي إلى رعاية أعلى جودة. أما السجلات الطبية المصممة لتجميع البيانات الإحصائية بأكثر مما تخدم الأغراض الطبية فإنها لا تساعد الأطباء فى علاج الحالات.

- ضرورة إعطاء الأطباء سلطة اتخاذ القرارات فى حدود ميزانية محددة لتسهيل إعادة التزود بالمستلزمات المستهلكة فذلك سوف يزيل الكثير من العقبات التى لا لزوم لها و التى تعوق أداء الخدمات . فإن الأعباء البيروقراطية الزائدة عن الحد تسبب التأخير ومن ثم تؤثر سلباً على أداء الخدمات.

توصيات تتعلق بالإدارة

- يزيد تحسين المهارات الإدارية من الكفاءة وبهذا يسمح بتوسيع الخدمات وتحفيز مقدمى الخدمات عن طريق الزيادة المتوقعة فى دخلهم بسبب زيادة الإقبال على المراكز الصحية. ولكن يجب مع ذلك ألا نغفل العبء الثقيل لزيادة الحالات.
- فيما يتعلق بمقدمى الخدمات والأخصائيين ، فليس مطلوباً منهم تقديم أى من الأنشطة الموصوفة فى هذا الإطار حتى يكون الإطار سهل التطبيق نسبياً فى برامج الصحة العامة لتوسيع الخدمات حسب ما هو مقترح.
- يمكن تدريب فنى المختبرات على مستوى الخدمات الصحية الأولية على الأعمال المخبرية البسيطة الخاصة بعدوى الجهاز التناسلى باستعمال المجهر (الميكروسكوب) الضوئى light microscope ، والشرائح والمحاليل المناسبة فقط.

ملحق 1

قائمة الرصد لملاحظات المستفيد من الخدمة - الطبيب: رعاية ما قبل الولادة

القرية: التاريخ:
 الباحث: وقت الدخول: وقت الخروج:
 وقت الملاحظة بالدقيقة: شهر الحمل:

تقديم خدمة ما قبل الولادة	نعم	لا	تقدمها النساء
أ - الزيارة الأولى			
1- الاسم			
2- العنوان			
أولاً: التاريخ : هل سأل مقدم الخدمة عن؟			
3- السن			
4-1 آخر حيض			
3-2 تاريخ الولادة المتوقع			
5- هل أبلغت المرأة بتاريخ الولادة المتوقع؟			
6- هل أبلغت المرأة بمرحلة الحمل؟			
** هل سأل مقدم الخدمة عن:			
7- عدد الأبناء			
8- عدد المولودين أحياء			
9- الإجهاض وولادة جنين ميت			
10- تفاصيل مرات الحمل السابقة (طبيعي، بمساعدة، قيصرية)			
11- التاريخ السابق			
12- تاريخ العائلة			
13- الصداع			
14- زغللة البصر			
15- القىء			
16- النزيف			
17- الإفرازات			
18- آلام بالبطن			
19- تشنجات			
20- أخرى			
ثانياً: الفحص: العام:			
21- هل أبلغت المريضة ببدء الفحص؟			
22- هل تم التأكد من الخصوصية؟			
23- هل كانت الملاءات نظيفة أم لا؟			
24- هل وقف الطبيب على اليمين؟			

				25- العينين
				26- الشفتين
				27- الثديين
				28- تورم بالأطراف السفلى
				29- الصدر والقلب
				30- ضغط الدم

المراجع

Bang, R.A. and Bang, A.T., Baitule, M., Chaudhury, Y., Sarmukaddam, S., and Tale, O. (1989). "High Prevalence of Gynecological Diseases in Rural Indian Women". *Lancet* 1 (8629):85-88.

Catino, J. (1999). *Meeting the Cairo Challenge: Progress in Sexual and Reproductive Health. Implementing the D Program of Action.* Family Care International.

Chowdhury, S.N.M., Y.H. Ahmed, E. Karim, A.E. Masum. (1995) "A Study to Determine the Prevalence of Reproductive Tract Infection Among Health Care Users of a Bangladesh Women's Health Coalition Clinic" BWHC, Dhaka, Bangladesh.

Costello, M., (1998) *Integrating RTI Services in Public Sector Health Clinics in the Philippines.* In: Improving Reproductive Health: International Shared Experience, Pattern, J. (ed). Proceedings of a two-day international workshop, Bogor, Indonesia, 4-5 December, 1997.

Elias, C. (1996). "A Puzzle of Will: Responding to Reproductive Tract Infections in the Context of Family Planning Programs". *Social Change*. September-December 1996: Vol. 26 No. 3-4.

Fortney, J. A. (1995). "Reproductive Morbidity: A Conceptual Framework". *Family Health International – Working Papers*. Sept. No. WP95-02.

Hardee, K. and K. Yount. (1995). "From Rhetoric to Reality: Delivering Reproductive Health Promises Through Integrated Services". *Family Health International Working Papers*.

Hardee K., K. Agarwal, N. Luke, E. Wilson, M. Pendzich, M. Farrel and H. Cross. (1999). "Reproductive Health Policies in Eight Countries: Progress Since Cairo". *International Family Planning Perspectives*, Vol. 25, Supplement, p. S2-S9.

Hussain, M. A., G.S. Rahman, N.G. Banik, N. Begum. (1996). "A Study on Prevalence of RTI/STDs in a Rural Area of Bangladesh", *Save the Children (USA)*. Dhaka.

Iskandar, M., (1998). *Integration of RTI/STD Services into Family Planning Clinics in North Jakarta: Preliminary Results from a Two-part study.* In: Improving Reproductive Health: International Shared Experience, Pattern, J. (ed.) Proceedings of a two-day international workshop, Bogor, Indonesia, 4-5 December, 1997.

Khalil, K., A.M. Farag, Anwar, D. Galal, O. Kamal, N. K. Shorbagi, M. Breebaart, H. Khattab, N. Younis and H. Zurayk. (2000) "Integrating a Reproductive Health Framework within Primary Care Services: The Experience of the Reproductive Health Intervention Study." *The Reproductive Health Working Group. Policy Series No. 6.*

Khan, M., S. R. Rao, R.B. Gupta, B. Patel, L. Caleb, J. Tuladhar and J. Townsend. (1998). "Integrating RTI services in primary health care system: observations from an operations research in Uttar Pradesh, India". *Improving Reproductive health: International Shared Experience (Proceeding of a two-day International Workshop in Bogor, West Java, December 4-5, 1997)*. Jakarta: The Population Council. P. 169-186.

Khattab, H., K. Khalil and N. Younis. (1996). "Socio-medical Dimensions of Women's Utilization of Reproductive Health Services in Giza, Egypt". *Proceeding of the arab Regional Population Conference in Cairo, December 8-12*, Vol. 3. Liege: International Union for the Scientific Study of Population, p. 101-122.

Khattab, H., M. Geneidy and N. Karraz Shorbagi. (1999). Health Education as a Component of Health Promotion. Reproductive Health Intervention Study Policy Paper. Cairo, 2000.

Khattab, H., A. M. Farag and O. Kamal. (2000). *Manual for Upgrading of Primary Health Care Facilities*. Reproductive Health Intervention Study Manual. Cairo, 2000.

Khattab, H. and O. Kamal. (2000). *Training and Working Manual for PHC Nurses*. Reproductive Health Intervention Study Manual Cairo, 2000.

Kamal, O., D. Galal, A.M. Farag, K. Khalil and B. Rabab. (2000). Manual for Monitoring of RH Services at PHC Facilities. Reproductive Health Intervention Study Manual. Cairo, 2000.

Pachauri, S. (1995). Defining a Reproductive Health Package for India: A Proposed Framework. Regional The Population Council. Working Papers, No. 4, The Population Council.

Bertrand, J., A. Tsui (1995) Indicators for reproductive health program evaluation: Overview. Carolina Population Center/tulane university/The Futures Group; 5-40.

Wasserheit, J. (1989). "The Significance and Scope of reproductive Tract infections Among Third World Women". *International Journal of Obstetrics and Gynecology*. Supplement 3 (1989): 145-68.

Younis, N., H. Khattab, H. Zurayk, M. El-Mouelhy, M. Fadel Amin and A.M. Farag. (1993). "A Community Study of Gynecological and Related Morbidities in Rural Egypt" *Studies in Family Planning*, Vol. 24, No. 3, pp. 175-186.

Younis, N., A.M. Farag, A. Anwar, K. Khalil and D. Galal. (2000). *Physician Training Manual for Primary Health Care*. Reproductive Health Intervention Study Training Manuals. Cairo, 2000.

'''