

دمج إطار الصحة الإيجابية في خدمات الرعاية الأساسية

تجربة دراسة تدخل الصحة الإيجابية

"سلسلة سياسات الصحة الإيجابية"

رقم 6

عبد المنعم فرج، طبيب
أمراض نساء وولادة

كريمة خليل
ماجستير صحة عامة

دينا جلال
ماجستير صحة عامة

عاصم أنور، طبيب
أمراض نساء وولادة

نادين كراز شوربجي
ماجستير أنثروبولوجيا طبية

ألفيا كمال، ماجستير
اقتصاد وعلوم سياسية

هند خطاب
دكتوراه أنثروبولوجيا

ميرال بريارات
بكالوريوس علوم الحاسب الآلي

هدى زريق، دكتوراه
إحصاء حيوية

نبيل يونس
طبيب أمراض نساء وولادة

يسعى مجلس السكان إلى تحسين الرفاهة والصحة الإيجابية للأجيال الحالية والقادمة في سائر أنحاء العالم، والمساعدة في تحقيق توازن إنساني، عادل ومستدام بين السكان والموارد.

وقد تأسس المجلس في عام 1952 كمنظمة أبحاث غير حكومية لا تستهدف الربح، ويديره مجلس أمناء متعدد الجنسيات؛ ويدعم مقره الرئيسي في نيويورك شبكة عالمية من المكاتب الإقليمية والقطرية.

ويتولى إصدار سلسلة سياسات الصحة الإيجابية مجموعة بحوث الصحة الإيجابية ومقرها المكتب الإقليمي لمجلس السكان بغرب آسيا وشمال أفريقيا، صندوق بريد 115، الدقي، الجيزة، مصر.

© حقوق الطبع 2000

مجلس السكان

7	فوائد تعدد التخصصات:
8	فوائد مدخلات وزارة الصحة والسكان:
10	إطار العمل الذى تم وضعه:
10	أ – جانب العرض
10	1- المكون الأول: توسيع نطاق خدمات الصحة الإنجابية:
19	2- المكون الثانى: تدريب مقدمى الخدمات – المبادئ الرئيسية
21	3- المكون الثالث: الارتقاء بالبنية التحتية المادية وتوفير المعدات
22	ب- جانب الطلب: التثقيف الصحي وزيادة الوعى
22	هل تدرك النساء شروط الصحة للوضع الراهن للصحة الإنجابية؟
23	ما الذى استهدف تحقيقه برنامج التثقيف الصحي؟
26	المراقبة والتقييم:
26	وسائل المراقبة:
26	كيف جرت المراقبة؟
28	ما أظهره تدريب المراقبة:
28	التقييم: الجدوى وليس الأثر
29	التغيرات الإيجابية:
30	ما الذى تعلمناه؟
31	التحديات
34	مضامين السياسة دلالات على السياسات
35	النظر إلى الأمام: الخطوة التالية
37	المراجع:
i	ملحق 1: الملف الطبى

مقدمة: سلسلة سياسات الصحة الإنجابية

تهدف الورقات الواردة في سلسلة سياسات الصحة الإنجابية إلى المشاركة بالدراسات التي يقوم بها أعضاء مجموعة بحوث الصحة الإنجابية مع صانعي السياسة، ومديري البرامج، والمؤيدين لأهمية الرعاية الصحية في المنطقة، والعالم النامي، والمجتمع الدولي. وقد تكونت مجموعة بحوث الصحة الإنجابية في عام 1988 كجزء من برنامج خاص عن صحة النساء والأطفال في نطاق الأسرة والمجتمع، بدأه المكتب الإقليمي لمجلس السكان بغرب آسيا وشمال أفريقيا. وتضم مجموعة البحوث مهنيين متخصصين في علوم الأنثروبولوجيا، والإحصاء الحيوية، والسكان، والطب، والصحة العامة، والاجتماع، من المقيمين في مختلف بلدان المنطقة.

وقد حددت مجموعة البحوث ثلاث قضايا رئيسية تعد قضايا محورية بالنسبة للصحة الإنجابية للمرأة في منطقة غرب آسيا وشمال أفريقيا، وهي: أولاً، الصحة البدنية للمرأة بالنسبة للحالات المرضية ذات الصلة بالوظيفة الإنجابية؛ وثانياً، مفاهيم النساء عن حالتهم الصحية وكرامتهم بالنسبة للإنجاب؛ وثالثاً، من ناحية الخدمة الصحية، جودة خدمات الصحة الإنجابية الموجهة للنساء. وقد قامت مجموعة البحوث بإجراء دراسات تعالج هذه القضايا في بلدان المنطقة منذ عام 1989. ويبرز حالياً المزيد من الاهتمامات البحثية التي تعنى بوضع إطار للتدخل من أجل تحسين الصحة الإنجابية في نطاق مرافق الرعاية الأساسية، وباستقصاء مفاهيم الأطباء لصحة النساء.

وتعتبر سلسلة سياسات الصحة الإنجابية وسلسلة الرسائل العلمية في الصحة الإنجابية مجموعتين متكاملتين من الإصدارات عن مجموعة بحوث الصحة الإنجابية. وتقدم الرسائل العلمية في الصحة الإنجابية بحوثاً مبتكرة ومراجعة أدبيات ومناقشات نظرية. وهي موجهة أساساً للباحثين والدارسين وتهدف إلى الإسهام في تقدم المناهج متعددة التخصصات في مجال البحوث الخاصة بالصحة الإنجابية. وتستهدف سلسلة سياسات الصحة الإنجابية بيان الأطر، والمنهجيات، والأدلة البحثية لصانعي السياسة، ومديري البرامج، ومؤيدي الرعاية الصحية، موضحة رؤى التخصصات المختلفة. وبهذه الطريقة، فإنها تهدف إلى الإسهام في تطوير مناهج أكثر شمولاً وأكثر قدرة على تلبية الاحتياجات الصحية للنساء في البلدان النامية.

أعضاء فريق دراسة تدخل الصحة الإيجابية

دلنا للاستشاريين

د. هند خطاب

الأستاذة ألفيا كمال

الأستاذة نادين كراز شوربجي

د. دينا جلال

جامعة الأزهر

ا.د. نبيل يونس

ا.د. عبد المنعم فرج

ا.د. عاصم أنور

مجلس السكان

د. كريمة خليل

الأستاذة ميرال بريبارت

كلية العلوم الصحية - الجامعة الأمريكية في بيروت

ا.د. هدى زريق

شكر و عرفان

يود المؤلفون الإشادة بالمشاركة القيمة للباحثين الميدانيين في دلنا للاستشاريين كجزء من الفريق التنفيذي الذي أجرى الدراسة. ويجدر تقديم الشكر لكل من د. ميرفت الجنيدى وكذلك لمدربات الممرضات نعمت أبو السعود، وبشرى رباب، وصوفى فرج. كما يتعين توجيه الشكر لفاتن محمد التي قامت بتدريب فنيي المختبر. ويعرب المؤلفون أيضا عن امتنانهم لأعضاء مجموعة بحوث الصحة الإنجابية على إعطائهم الصدى الرجعي خلال تقدم مراحل الدراسة المختلفة. وقد كان إسهام د. صلاح مواجده في تصميم الملفات الطبية بالغ القيمة.

ويقر المؤلفون بفضل التعليقات القيمة التي قدمتها د. سينثيا مينتى على مسودة هذه الورقة. ويودون كذلك تقديم الشكر إلى د. برباره إبراهيم على مساهمتها في التحرير، ونهى جاب الله وميرال بريبارت على مساعدتهما في إعداد الورقة للنشر.

كما يود المؤلفون الإعراب عن تقديرهم لموظفي وزارة الصحة والسكان على المستويات المركزية في القاهرة والحيزة، ومستوى الإدارة الصحية في أوسيم على دعمهم. كما يعربون عن كل التقدير للدكتور عماد عزت على مساعدته في تقدير تكلفة إطار العمل. ونود توجيه الشكر بصفة خاصة لمقدمي الرعاية الأساسية الذين تعاونوا بحماس حقيقي في تنفيذ إطار العمل.

وقد حظيت دراسة تدخل الصحة الإنجابية بدعم صندوق الأمم المتحدة للسكان، ومجلس السكان، ومؤسستي فورد وروكفيلر. وكانت الدراسة محصلة لجهود التعاون مع وزارة الصحة والسكان المصرية. وقد تم إصدار هذه الورقة بفضل المنحة المقدمة من مؤسسة فورد إلى مجموعة بحوث الصحة الإنجابية.

الخلاصة

تصف هذه الورقة تجربة دراسة تدخل الصحة الإنجابية. وقد تضمنت الدراسة تصميم واختبار نموذج لخدمات الصحة الإنجابية الضرورية. وحددت إطاراً لمكونات الخدمات الأساسية التي تعالج الصحة الإنجابية، وأوضحت أن تقديمها أمر ممكن على المستوى الأساسى. وتهدف هذه الورقة إلى إعطاء صورة شاملة لهذه التجربة، توضح كيفية ترجمة نهج الصحة الإنجابية إلى خطوات لتقديم خدمة فعلية على مستوى الرعاية الأساسية فى نطاق البلدان النامية. وتقدم الورقة الخطوط العامة لإطار العمل الذى قام الفريق بوضعه واختباره فى ثلاث عيادات ريفية للرعاية الأساسية فى الجيزة، بمصر، باعتباره مثالا ملموسا على أرض الواقع لـ " تطبيق القاهرة ". وتعرض الورقة الإنجازات الأساسية وكذلك التحديات، وتناقش أبرز المضامين السياسية.

تعتبر الصحة الإنجابية نهجا جديدا نسبيا. وهى تنشئ معالجة صحة النساء بصورة متكاملة، وتتضمن تنظيم الأسرة ومسائل الأمومة، ولكنها لا تقتصر على ذلك فقط. ومن التفسيرات المختلفة المستخدمة حاليا لتعريف الصحة، هناك اتفاق عام على أنها تتضمن " حالة من السلامة البدنية، والعقلية، والاجتماعية الكاملة، وليس مجرد عدم وجود المرض أو العجز " (1) وفى هذا السياق، لا تقتصر الصحة الإنجابية على عدم وجود مرض أو خلل فى العملية الإنجابية، وإنما تعنى ضرورة أن يتمتع الناس بالقدرة على العيش طوال سنوات الإنجاب وما بعدها مع خيار الإنجاب، والكرامة، والسلامة فى إنجاب الأطفال، والخلو من أمراض ومخاطر الإنجاب " (2).

وقد اكتسب هذا النهج قبولا واسعا منذ المؤتمر الدولى للسكان والتنمية، (3) وهو المنتدى الذى عقد فى القاهرة حيث حظيت الصحة الإنجابية بالتأييد لأول مرة فى عام 1994. وقد قامت الأمم المتحدة، بمناسبة الذكرى الخامسة للمؤتمر الدولى للسكان والتنمية، بإجراء مراجعة على مستوى العالم لما تم إنجازه فى تنفيذ أجندة المؤتمر. وأوضحت سلسلة الاجتماعات طوال العام، والمعروفة بعبارة "المؤتمر الدولى للسكان والتنمية+5"، أنه رغم التقدم الملحوظ الذى تحقق، فإنه لا تزال هناك عوائق تعترض سبيل التنفيذ الكامل لبرنامج العمل الطموح للمؤتمر. (4)

(1) دستور منظمة الصحة العالمية.

(2) فتح الله (1991).

(3) المؤتمر الدولى للسكان والتنمية الذى عقد فى القاهرة عام 1994.

(4) للوقوف على عرض للتقدم والتحديات، انظر J. Catino, (1999).

ماذا يعنى تبني هذا النهج بالنسبة لخدمات الرعاية الأساسية؟

يعتبر هذا النهج جديدا ومثيرا للتحدي من نواحي كثيرة. ذلك أن تبنيه يعنى أن على مرافق الخدمات القائمة أن تغير مما تقدمه من خدمات ومن كيفية تقديمها. كما يعنى أنه ينبغي تغيير التركيز على أهداف منع الحمل وعن النظر إلى النساء على أنهن أمهات بالدرجة الأولى. ولأن الرعاية الأساسية تقتصر على الضروريات في ما يمكن تقديمه، فإنه يصبح من اللازم توخي الانتقاء عند التخطيط لدمج خدمات الصحة الإنجابية في هذه الخدمات. ويصبح السؤال هو " ما الذى ينبغي أن تتضمنه الخدمات الأساسية للصحة الإنجابية؟".

وقد حاولت دراسة تدخل الصحة الإنجابية التى تناولتها هذه الورقة الإجابة عن هذا السؤال. وقامت بتصميم واختبار نموذج للخدمات التى يمكن ملاءمتها للتطبيق على نطاق أوسع فى مصر وغيرها. وحددت الدراسة إطارا لمكونات الخدمة الأساسية التى تتصدى للصحة الإنجابية، وأوضحت أن تقديمها أمر ممكن على المستوى الأساسى. وتهدف هذه الورقة إلى إلقاء نظرة عامة على هذه التجربة، التى توضح كيف يمكن ترجمة نهج الصحة الإنجابية إلى واقع عند تقديم الخدمة على مستوى الرعاية الأساسية، فى محيط دولة نامية. وتلخص الإطار الذى قام الفريق بوضعه واختباره فى ثلاث عيادات ريفية للرعاية الأساسية فى الجيزة، بمصر، التى تعتبر مثالا ملموسا على أرض الواقع لـ " تطبيق القاهرة".

دراسة تدخل الصحة الإنجابية

أجرت هذه الدراسة مجموعة منبثقة عن مجموعة بحوث الصحة الإنجابية،⁽⁵⁾ التى تعاونت مع باحثين آخرين لتشكيل فريق دراسة تدخل الصحة الإنجابية. وقد تكون الفريق من عالم أنثروبولوجيا، ومدير للبحوث الميدانية، وطبيب صحة عامة، وإخصائى تنقيف صحي (بدلتا للاستشاريين)، وثلاثة أطباء توليد وأمراض نساء (بكلية طب جامعة الأزهر)، وباحث فى علم السكان والإحصاء الحيوية، وطبيب صحة عامة، وباحث مساعد (بمجلس السكان). وقام الفريق بوضع التصور للدراسة، وتصميمها، وتنفيذها. وتولى أعضاء الفريق جمع الأموال اللازمة لإجراء الدراسة، وإجراء التحليل الأساسى، وتنفيذ وتقييم أداء مكونات إطار العمل المختلفة.

(5) تأسست مجموعة بحوث الصحة الإنجابية عام 1987، وهى مجموعة إقليمية من الباحثين متعددى التخصصات، تتخذ العالم العربى وتركيا مقرا لها، وهم يشتركون فى الاهتمام بالصحة الإنجابية. وتتضمن اهتماماتهم البحثية انتشار الأمراض المتعلقة بالإنجاب فى مختلف البيئات، والوعى الصحى وسلوكيات التماس الصحة، ومفاهيم النساء بالنسبة للصحة والمرض، والعمليات التى تشكل مفاهيم الطبيب بالنسبة للصحة الإنجابية للمرأة، وموضوعات أخرى.

وقد كانت هذه الدراسة ثمرة لتضافر الجهود مع وزارة الصحة والسكان المصرية، وقد تلقت دعماً من جانب صندوق الأمم المتحدة للسكان، ومجلس السكان، ومؤسستي فورد وروكفيلر. وقد ورد وصف تفصيلي لمختلف مكونات إطار العمل في ورقات وكتيبات منفصلة.

خلفيات العمل: ماذا نعرف في الحقيقة عن الصحة الإنجابية للمرأة؟

نشأ اهتمام الفريق بوضع إطار للخدمات الأساسية للصحة الإنجابية انطلاقاً من عمل سبق للفريق تنفيذه على مستوى المجتمع، في ريف الجيزة أيضاً. وقد أوضح هذا البحث، الذي أصبح يعرف عامة باسم دراسة الجيزة، أن النساء كان مستوى الإصابة لديهن بأمراض النساء وغيرها من الأمراض ذات العلاقة مرتفعاً " على نحو غير متوقع، (6) (انظر الجدول 1). وقد ورد ذلك في دراسات عديدة أخرى (7) في أماكن أخرى من العالم. والحقيقة أن حالات مثل التهابات الجهاز التناسلي وجد أنها شائعة كثيراً في أغلب البلدان النامية التي تناولتها الدراسات بالبحث. (8) وقد دفعت مثل هذه النتائج الفريق إلى دراسة الفجوة القائمة بين عبء المرض والخدمات التي تتوافر للنساء في مرافق خدمات الرعاية الأساسية. وقد تطابقت اهتمامات الفريق مع الاهتمام العالمي (9) الذي نما مع المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، لتحديد كيفية تحقيق تطوير أفضل للخدمات الأساسية لتعكس نهج الصحة الإنجابية.

جدول 1 النسبة المئوية لانتشار الحالات المرضية الرئيسية المكتشفة، عن يونس وآخرين.

الحالة	%
عدوى الجهاز التناسلي ^(أ،ب)	51
التهاب المهبل ⁽¹⁾	44
الالتهاب المهبلي البكتيري	22
الترايكوموناس	18
الكانديدا	11
التهاب عنق الرحم(ب)	10
مرض التهاب الحوض(ب)	2

(6) يونس وآخرون. (1993).

(7) فاسر هايت (1989)، شودري وآخرون (1995)، حسين وآخرون (1996).

(8) فاسر هايت (1989)، ام. اى. خان (1998).

(9) باتشوارى (1995)، هاردي ويونت (1995)، فورتني (1995)، إلياس (1996)، هاردي وآخرون (1999)، ضمن آخرين.

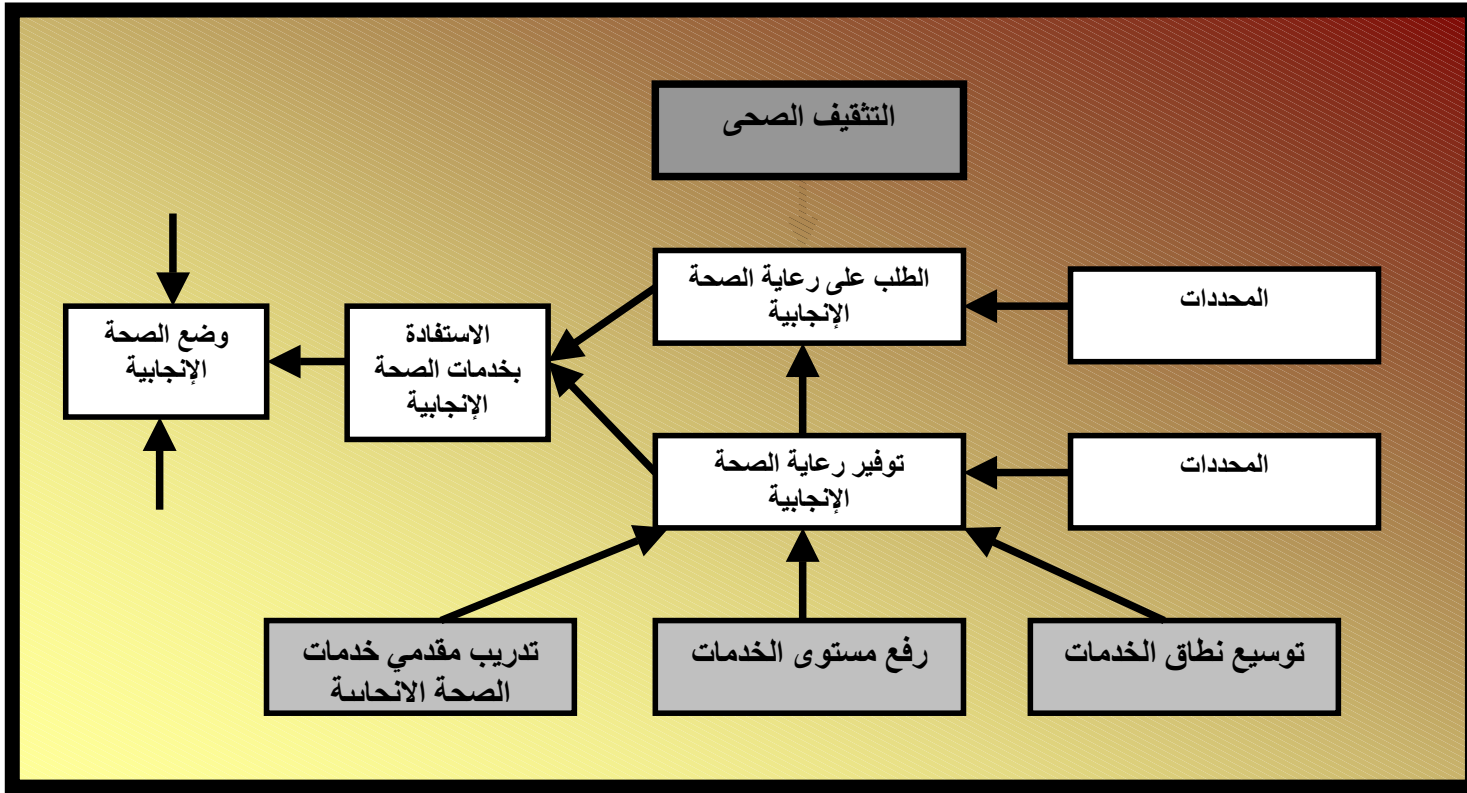
الحالة	%
خروج عنق الرحم/انتباز/ بروز بطانة عنق الرحم(ب)	22
تغيرات مريية في خلايا عنق الرحم ^(أ)	11
سقوط الأعضاء التناسلية ^(ب)	56
السقوط المهبلى الخلفى أو الأمامى	27
السقوط المهبلى الخلفى و الأمامى	21
السقوط المهبلى والرحمى	8
عدوى المسالك البولية ^(أ)	14
الزهرى ^(أ)	1
فقر الدم (الأنيميا) (هموجلوبين >12جم/ دل) ^(أ)	63
البدانة (الوزن/ الطول ² < 25) ^(ب)	43
ارتفاع ضغط الدم (انبساطى < 90) ^(ب)	18
عدد النساء(ج)	502

(أ) اختبار معملى

(ب) فحص طبي

(ج) تغيبت بعض النساء فى كل حالة، ولذلك يتم بيان متوسط عدد النساء لجميع الحالات.

الشكل 1: إطار مبسط لدراسة تدخل الصحة الإيجابية



ما هي المكونات الرئيسية لإطار العمل؟

يوضح الشكل 1 الإطار الفكري لدراسة التدخل. ويمثل وضع الصحة الإنجابية للسكان في الإطار الخانة بعنوان "وضع الصحة الإنجابية"، في أقصى يسار الرسم البياني. ومع إدراك أن وضع الصحة الإنجابية يتأثر بالعديد من العوامل، فإن اهتمامنا ينصب على خدمات الصحة الإنجابية المتاحة وعلى العوامل التي تؤثر على استيعاب الانتفاع بالخدمة. وتعتبر الاستفادة من الخدمات بالدرجة الأولى نتاج عاملين اثنين هما: الطلب على الرعاية وتوفيرها. وهما يتأثران بدورهما بعوامل اجتماعية - ثقافية ومادية عديدة، ترد في الرسم البياني لأغراض التبسيط تحت عنوان "المحددات"، وتشير الخانات المظلمة في الرسم البياني إلى عناصر التدخل التي وضعها الفريق ونفذها، وهي: التثقيف الصحي الذي يؤثر على الطلب على رعاية الصحة الإنجابية، وتوسيع نطاق الخدمات ورفع مستواها، وتدريب مقدمي الخدمات بهدف توفيرها.

ما هي الأهداف الرئيسية للدراسة؟

- أولاً - من ناحية العرض:
- (أ) **التوسع في خدمات الصحة الإنجابية المتاحة في المراكز الصحية.** ويتضمن ذلك، كما سيرد أدناه، توسيع نطاق ما كان يجري تقديمه ليشمل خدمات جديدة، ودمج المكونات المختلفة للخدمات، ومراقبة الجودة، ودعم التنظيم والإدارة، والخدمات الميدانية والإحالة؛ وأخيراً، تأكيد استمرار الإمدادات.
- (ب) **تنفيذ عملية الارتقاء بالبيئة المادية لملائمة هذا المستوى من الرعاية بتكلفة منخفضة.**
- (ج) **تدريب مقدمي الخدمات لاكتساب المهارات في النواحي الفنية ومهارات التواصل.**
- ثانياً - من ناحية الطلب، **تنفيذ برنامج تثقيفي لزيادة الوعي الصحي للمجتمع من رجال ونساء على السواء، بهدف تمكين المرأة من فهم جوانب صحتها الإنجابية واتخاذ القرارات بشأنها.**
- ثالثاً - **تطوير مؤشرات ملائمة ووسائل للتقييم تكون قادرة على مراقبة أداء عناصر التدخل.**
- رابعاً - **نقل الدروس المستفادة إلى وزارة الصحة والسكان.**

وقد قام التعاون مع وزارة الصحة والسكان منذ البداية. وتشكلت لجنة توجيهية من كبار صانعي السياسة فى الإدارات المعنية. وكانت اللجنة تنعقد دوريا" لمراجعة التقدم الذى يتم إحرازه واتخاذ القرارات بشأن أنشطة المشروع. وقد نتج إطار الخدمات الذى تمت صياغته فى نهاية الأمر عن هذا الجهد الجماعى.

أين تم أداء العمل؟

توجد مراكز الرعاية الأساسية الثلاثة التى حددها فريق الدراسة لتنفيذ إطار العمل، فى الجيزة، على بعد 20 إلى 40 كيلومترا من القاهرة. وتعتبر هذه المراكز جزءا من التغطية القومية للرعاية الأساسية التى تنفذها وزارة الصحة والسكان. وتضم هيئة العاملين فى كل منها طبيبة واحدة، وأربع ممرضات فى المتوسط، وفنى مختبر، ومشرفا، ومسجلا، ومعاون صحة. وتقوم المراكز بصورة روتينية بعمليات تطعيم الأطفال وعلاج الحالات البسيطة. وفيما يتعلق بالخدمات الخاصة بالمرأة، تركز هذه المراكز بصفة أساسية على تقديم خدمات تنظيم الأسرة، مع وجود خدمات ما قبل الولادة وما بعدها، نظريا فى أغلب الأحيان وليس فى الواقع. ويقارن الجدول 2 إطار الخدمة الذى تقترحه الدراسة مع ما كان يجرى تقديمه على المستوى الأساسى قبل التدخل. وتحظى الخدمات فى هذه المراكز بدعم مكثف من جانب الحكومة. وفى الصباح، يطلب من المريض شراء تذكرة بمبلغ جنيه مصرى واحد،⁽¹⁰⁾ فى مقابل الفحص الطبى وصرف الدواء مجانا. و يرتفع هذا الرسم إلى 3 جنيهات بعد الساعة 11 صباحا، و يحق للطبيب فرض الرسوم التى يقررها بدءا من الساعة الواحدة بعد الظهر.⁽¹¹⁾

كيف وضع الفريق إطار العمل:

فوائد تعدد التخصصات:

قام الفريق بدراسة كافة نواحى تقديم الخدمات فى المراكز الصحية على مدى فترة استمرت عدة شهور فى بداية الدراسة. كما نظر بعمق فى أنماط وتوجهات واتجاهات الاستفادة من الرعاية الصحية فى المجتمع. وقد تم وضع جميع هذه المسائل فى الاعتبار عند صياغة إطار الخدمات.

وقد استغرقت عملية وضع إطار العمل وتقرير أى من المكونات يتضمنه أو لا يتضمنه الإطار وقتا طويلا. ومن الأهمية بمكان الإشارة إلى أن تعدد التخصصات التى يتمتع بها الفريق قد أثر فى هذه العملية إلى حد كبير. وكان الفريق المكون من علماء اجتماع، وأطباء ممارسين، وخبير إحصاء حيوية، وأطباء صحة عامة، يلتقى أسبوعيا كمجموعة طوال الفترة التى استغرقتها الدراسة. وتم

(10) الجنيه المصرى يساوى 30 سنتا أمريكيا.

(11) تم استحداث هذا النظام لتشجيع الأطباء على العمل فى المناطق الريفية.

اتخاذ جميع القرارات كفريق واستفاد الإطار النهائى من مساهمة كل عضو على أساس تخصصه أو تخصصها.

وقد قدم علماء الاجتماع، على سبيل المثال، خبراتهم فى المناقشات حول المكونات الطبية للإطار وكذلك فى محتويات منهج تدريب الأطباء، كما أسهم الأطباء فى وضع محتويات برنامج التثقيف الصحى. كذلك تم تصميم ومراجعة وسائل المسح القاعدى الأساسى، والوسائل التى تم وضعها خصيصا لأغراض المراقبة والتقييم، بواسطة الفريق ككل، حيث أضاف كل عضو بطبيعة الحال خلفيته أو خلفيتها فى تفسير النتائج التى تم التوصل إليها.

فوائد مدخلات وزارة الصحة والسكان:

استفادت عملية وضع إطار العمل بقدر كبير من مدخلات موظفى وزارة الصحة والسكان على المستويات المركزية ومستويات الإدارات والوحدات الصحية. وقد راجعت اللجنة التوجيهية تصميمات الإطار وكانت فعالة فى حل المشكلات. وجاءت مشاركة موظفى الوزارة على مستوى الإدارات الصحية حاسمة بالنسبة للإمدادات. وكانت مدخلات مقدمى الخدمات بالوحدات الصحية بشأن العناصر التى يمكن تقديمها على هذا المستوى من الرعاية بالغلة الأهمية بالنسبة للعملية.

جدول 2: مقارنة الخدمات السابقة مع الإطار الموسع لتوفير الخدمات الذي اختبره الفريق (12)

أمراض النساء		خدمات فترة النفاس		رعاية الحمل		تنظيم الأسرة	
خدمات موسعة	خدمات ما قبل التدخل	خدمات موسعة	خدمات ما قبل التدخل	خدمات موسعة	خدمات ما قبل التدخل	خدمات موسعة	خدمات ما قبل التدخل
<input type="checkbox"/> علاج معياري لـ: - أمراض عدوى الجهاز التناسلي - فقر الدم (الأنيميا) - ارتفاع ضغط الدم - مرض السكري - أمراض المسالك البولية <input type="checkbox"/> الشكاوى المتعلقة بسن الحكمة (البأس) <input type="checkbox"/> معلومات للمراهقين <input type="checkbox"/> الاستشارة بشأن العقم <input type="checkbox"/> معايير صارمة للتحويل	علاج غير منتظم لبعض أمراض عدوى الجهاز التناسلي	<input type="checkbox"/> زيارات ميدانية لاكتشاف وتحويل حالات: - نزيف ما بعد الولادة - مضاعفات الإجهاض - حمى النفاس - تنظيم الأسرة	الحد الأدنى من الخدمات الميدانية	<input type="checkbox"/> تشجيع الزيارات الميدانياً <input type="checkbox"/> 4 زيارات لفحص وعلاج: - أمراض عدوى المسالك البولية - فقر الدم (الأنيميا) - ارتفاع ضغط الدم - مرض السكري <input type="checkbox"/> التطعيم ضد التيتانوس <input type="checkbox"/> المشورة بشأن التغذية والرضاعة الطبيعية <input type="checkbox"/> معايير واضحة للتحويل	التطعيم ضد التيتانوس بعض المراقبة لضغط الدم بعض المراقبة لفقر الدم (الأنيميا)	التركيز على: <input type="checkbox"/> المشورة بشأن: - الأختيارات المتاحة من وسائل تنظيم الأسرة - الآثار الجانبية <input type="checkbox"/> علاج ما يلي: - أمراض عدوى الجهاز التناسلي - سقوط الأعضاء التناسلية - فقر الدم (الأنيميا) - مرض السكري - ارتفاع ضغط الدم - البدانة <input type="checkbox"/> إجراءات صارمة لمكافحة العدوى	إعطاء وسيلة العلاج غير المنظم لبعض أمراض عدوى الجهاز التناسلي درجة معينة من مكافحة العدوى

(12) تفاصيل تقديم الخدمات لاحقة في جداول منفصلة.

إطار العمل الذى تم وضعه:

أ – جانب العرض

1- المكون الأول: توسيع نطاق خدمات الصحة الإنجابية:

1-1 توفير ما ينقص: توسيع نطاق الخدمات المتاحة من أجل المعالجة الأفضل لتبنيه أفضل لاحتياجات الصحة الإنجابية للنساء:⁽¹³⁾

أجرى الفريق مسحا قاعديا" أظهر أن الخدمات الأساسية التى تقدمها العيادات للنساء تقتصر بالدرجة الأولى على خدمات تنظيم الأسرة وخدمات محدودة لصحة الأم والطفل، كما يتضح فى الجدول 2.

وتعتبر خدمات تنظيم الأسرة جزءا" من برنامج نشيط يجرى تمويله رأسيا، وكان يركز حتى وقت قريب على حشد الراغبين الجدد.⁽¹⁴⁾ وفى حين أن خدمات صحة الأم والطفل تبدو شاملة نظريا، فإنها مقصورة فى الممارسة على الخدمات الأساسية لرعاية الحمل، والتى تركز بدورها على تطعيم الحوامل ضد التيتانوس، وهو وضع شائع فى كثير من البلدان النامية. وليست هناك خدمات منظمة متاحة لشكاوى أمراض النساء البسيطة. ويتضح عند مقارنة هذه الأنشطة بعبء الأمراض الموثقة فى تلك المجتمعات أن هناك قدر جدير بالاعتبار من الحاجات غير الملباة للعديد من الخدمات لمواجهة حالات مثل أمراض عدوى الجهاز التناسلى،⁽¹⁵⁾ وكذلك لخدمات الإحالة إلى مراكز المستوى الثانوي للخدمة للحالات الأكثر تعقيدا مثل الحالات المتقدمة لسقوط الأعضاء التناسلية وأمراض عدوى الجهاز التناسلى المستعصية. وينبغى التأكيد على أن عناصر الخدمة المذكورة فى هذه الورقة والواردة فى الجداول 3 و 4 و 5 قد تم اختيارها على أساس مدى ملاءمتها لمرفق فى مستوى الرعاية الأساسية.

(13) للاطلاع على عرض مفصل للأساس المنطقى لبنود الخدمات المختارة للتضمين، يرجى الرجوع إلى الدراسة المتاحة لمجموعة بحوث الصحة الإنجابية حول إطار المكونات الطبية ليونس وآخرين (2000).

(14) يسود استخدام اللولب كوسيلة لمنع الحمل فى مصر إلى حد كبير وفقا للمسح الديموغرافى والصحى فى مصر لعام 1995 (الزناى، 1996).

(15) ترتبط أمراض عدوى الجهاز التناسلى بفقد الجنين، وانخفاض وزن المولود، والعدوى الخلقية. وهذه تسهم بدورها فى ارتفاع معدلات وفيات المواليد والأطفال، وتعتبر سببا هاما" للمراضة. كما توضح الدلائل أن خطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية يتزايد مع وجود بعض أمراض عدوى الجهاز التناسلى. ويؤدى تعرض الجهاز التناسلى العلوى للعدوى إلى مرض التهاب الحوض الذى قد يؤدى بدوره إلى العقم، والحمل خارج الرحم، والإلام المزمنة. كما أن أمراض عدوى الجهاز التناسلى لها تأثير على برامج تنظيم الأسرة، سواء من ناحية زيادة الطلب أو التوقف عن استخدام الوسائل، إذا اعتبرت أمراض عدوى الجهاز التناسلى "أثارا" جانبية" للاستخدام (الياس، 1996).

خدمات رعاية الحمل وفترة النفاس

ركز الفريق اهتمامه على الخدمات الضرورية لرعاية الحمل والتي يمكن تقديمها على في هذا المستوى، وهي موضحة في الجدول 3. ولا تجرى عمليات الولادة في مرافق الرعاية الأساسية، ولذلك لم تتم معالجتها في إطار التدخل. وقد ألقى الضوء على فقر الدم (الانيميا)، على سبيل المثال، لأنه أحد الحالات الأكثر انتشارا والتي كثيرا " ما تكون خطيرة، وفقا لما سجلته دراسة الجيزة السابقة. كذلك أكد الفريق على خدمات ما بعد الولادة. ويرد في العمود الأيمن للجدول 3 المكونات المختارة لتضمينها من خدمات ما قبل الولادة وما بعدها. ويبين الصف الأعلى من الجدول عناصر الخدمات التي يمكن توفيرها لكل مكون مختار، على في هذا المستوى من الخدمات الصحية.

جدول 3: عناصر خدمات رعاية الحمل وفترة النفاس المختارة لتضمينها في إطار العمل

الإمدادات	التحويل	الخدمات الميدانية	المشورة	الأدوية	المعدات	المختبر*	الفحص الطبي	
		X	X					رعاية الحمل
X	X		X	X	X	X	X	فحص وعلاج أمراض عدوى الجهاز التناسلي
X		X		X				مصل التيتانوس
X	X		X	X	X	X	X	مسح لأكتشاف وعلاج فقر الدم (الأنيميا)
	X		X	¶(16)	X		X	مسح لأكتشاف وعلاج ارتفاع ضغط الدم
X	X		X		X	X	X	أمراض عدوى المسالك البولية
X	X		X	¶(17)	X	X	X	مسح لأكتشاف وعلاج مرض السكري
			X					النصائح الغذائية
	X						X	نزيف ما قبل الولادة
		X	X					فترة النفاس
	X	X					X	نزيف ما بعد الولادة
X	X		X	X	X		X	مضاعفات الإجهاض
X	X	X		X			X	حمى النفاس
X		X	X	X	X	X	X	خدمات تنظيم الأسرة

* تتضمن خدمات المختبر الخاصة بأمراض عدوى المسالك البولية اكتشاف وجود العدوى، بهدف تحويل الحالة لعمل مزرعة، حيث لا تجرى مزرعة البول في الوحدة الصحية. تشير إلى أنه بالرغم من توصية الفريق، فإن قرار التضمين في الخدمات القومية هو في نهاية الأمر قرار يتوقف على الميزانية من جانب الوزارة، بسبب تكاليف هذا العلاج.

(16) أماكن توفير الأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم من خلال النظام الصحي العام يظل مسألة تكلفة ينبغي تركها للنظام الصحي.

(17) مثل الحاشية 16.

خدمات أمراض النساء والشكاوى ذات العلاقة:

حيث أن الخدمات الخاصة بحالات أمراض النساء البسيطة لم تكن متوفرة على هذا المستوى من تقديم الخدمات، رغم انتشارها على نطاق واسع، فقد ركز الفريق اهتمامه على إدخال خدمات التشخيص والعلاج والإحالة منخفضة التكلفة. وكما هو الحال في الخدمات الأخرى، فقد بنى الفريق اختياره للحالات التي يتم علاجها على أساس ما دلت دراسة الجيزة السابقة على شيوعه في المجتمع. ولذلك تتضمن الخدمات المختارة تشخيص وعلاج عدوى أمراض الجهاز التناسلي الأكثر شيوعاً (مثل المونيليا والتريكوموناس)، والتشخيص والإحالة بالنسبة لسقوط

الأعضاء التناسلية، وتقديم المشورة والإحالة إذا لزم الأمر بالنسبة للعقم.⁽¹⁸⁾ ويورد الجدول 4 عناصر الخدمات الإرشادية لمعالجة كل نوع من الحالات. وتشير علامة الاستفهام في خانة الأدوية الخاصة بارتفاع ضغط الدم ومرض السكري إلى أنه ينصح بتوفيرها ولكن ذلك يتوقف في نهاية الأمر على ما تسمح به ميزانية العيادات.

(18) في حين أن دراسة الجيزة لم توثق وجود ارتفاع في مستوى العقم الفعلي، فقد أظهر العمل الإثنوغرافي قلماً "بالغا بشأن احتمال الإصابة بالعقم مما يؤدي إلى عبء ثقيل" واقعا على الخدمات، الأمر الذي كثيراً ما يؤدي إلى تقديم علاج غير ملائم وغير ضروري.

جدول 4: عناصر خدمة أمراض النساء المختارة لتضمينها في إطار العمل

الإمدادات	التحويل	الخدمات الميدانية	المشورة	الأدوية	المعدات	المختبر*	الفحص الطبي	
X	عند الحاجة		X	X	X	X	X	أمراض عدوى الجهاز التناسلى
X	X		X		X	*X	X	أمراض عدوى المسالك البولية
X	X		X	؟	X	X	X	مرض السكرى
	عند الحاجة		X				X	سقوط الأعضاء التناسلية
X	عند الحاجة		X	X	X	X	X	فقر الدم (الأنيميا)
	X		X	؟	X		X	ارتفاع ضغط الدم
	عند الحاجة		X				X	شكاوى انقطاع الحيض
X	عند الحاجة		X	X		X	في حالة الطلب	خدمات للمراهقين
	X		X		X	X	X	العقم

* تتضمن خدمات المختبر الخاصة بأمراض عدوى المسالك البولية اكتشاف وجود العدوى، بهدف تحويل الحالة لعمل مزرعة، حيث لا تجرى مزرعة البول في الوحدة الصحية. ؟ تشير إلى أنه بالرغم من توصية الفريق، فإن قرار التضمين في الخدمات القومية هو في نهاية الأمر قرار يتوقف على الميزانية من جانب الوزارة، بسبب تكاليف هذا العلاج.

خدمات تنظيم الأسرة

روعى عدم ازدواج الخدمات الناجحة لتنظيم الأسرة التي توفرها وزارة الصحة والسكان بالفعل. ولذلك ركزت الدراسة على ثلاثة بنود هي: المشورة، والفحص المسحي (انظر جدول 5)، ومكافحة العدوى. ويوضح الجدول 5 مكونات الخدمات اللازمة لكل نوع من الأنشطة.

2-1 تكامل الخدمات:

توسيع نطاق الكفاءة الفنية لمقدمي الخدمات لتوفير خدمات متعددة:

يؤدي توسيع معارف مقدمي الخدمات ورفع كفاءتهم الفنية إلى إكسابهم المهارات التي يحتاجونها لتناول المشكلات المختلفة للصحة الإنجابية في نفس الوقت، مما يؤدي إلى خدمات أكثر تكاملاً وأكثر شمولاً. كما يساعد ذلك على تحقيق الاستفادة من خلال تأمين استمرارية الخدمات في حالة تغير الموظفين. غير أنه يتعين مراعاة عدم تحميل الموظفين أعباء زائدة عن قدرتهم، واعتبار المراقبة، والإشراف، والدعم الفني أموراً ضرورية.

قيمة السجلات الطبية البسيطة والشاملة

وجد الفريق أن الخدمات المختلفة المقدمة في مركز الرعاية الأساسية كانت غير متكاملة إلى حد كبير، رغم تقديمها بواسطة نفس مقدم الخدمة غالباً. ومثال ذلك نظام حفظ السجلات الذي يتم به حفظ سجلات صحة الأم والطفل وخدمات تنظيم الأسرة، ويحتفظ بكل منها على حدة، عادة في غرف مختلفة داخل المركز الصحي. ويعتبر ذلك انعكاساً شائعاً لبرامج رأسية منفصلة تقدم خدمات مختلفة في العديد من البلدان ولا يقتصر على نظام الرعاية الأساسية المصري. غير أن لذلك أثراً كبيراً على كل من جودة الرعاية التي تتلقاها النساء وشموليتهما، حيث أن أي امرأة تتردد في ظروف مختلفة من رعاية الحمل أو خدمات فترة النفاس أو تنظيم الأسرة يجرى تسجيل كل زيارة لها في سجل منفصل ومكان منفصل. وعلاوة على ذلك، فإن المعلومات التي يتم جمعها كانت لأغراض الإفادة الإحصائية بصفة أساسية. ويحول ذلك تماماً دون معرفة مقدم الخدمة لتاريخ المرأة وحالتها ككل. ونظراً لأن نهج الصحة الإنجابية ينظر إلى النساء بطريقة كلية، فإن إحدى الطرق لضمان ذلك تقوم على وضع نظام بسيط للتسجيل الطبي يحتفظ بجميع المعلومات في مكان واحد ولا يركز على الإفادة الإحصائية على حساب الصورة الإكلينيكية ومعالجة الحالة.

جدول 5: خدمات تنظيم الأسرة المختارة لتضمينها في إطار العمل المقترح

الإمدادات	التحويل	الخدمات الميدانية	المشورة	الأدوية	المعدات	المختبر	الفحص الطبي	
X			X					الاختيارات المتاحة من وسائل تنظيم الأسرة
								اكتشاف وعلاج الحالات الموجودة من قبل مثل:
X	*		X	X	X	X	X	أمراض عدوى الجهاز التناسلي
	*		X		X		X	سقوط الأعضاء التناسلية
X	*		X	X	X	X	X	فقر الدم (الأنيميا)
	*		X	؟	X		X	ارتفاع ضغط الدم
X	*		X	؟		X	X	مرض السكري
			X		X	X	X	البدانة
X							X	مكافحة العدوى

* تتم الإحالة عند اللزوم، وليس في كل حالة.

ومن أجل تحقيق ذلك، قضى الفريق وقتاً طويلاً للغاية، أولاً فى التصميم ثم فى تجربة نظام تسجيل طبي مبسط. وكان الهدف هو إعداد ورقة واحدة ذات وجهين لكل امرأة، تقسم إلى أجزاء وأعمدة حسب الخدمات المختلفة (مثل رعاية الحمل، أو تنظيم الأسرة). مع وجود مكان لعدة زيارات، بحيث يمكن الإطلاع على تحسن أو تفاقم الشكوى مع مرور الوقت. وتضمن السجل مساحات للشكوى، وقائمة لمراجعة الأعراض وعلامات المرض، والتشخيص، والعلاج والإحالة.⁽¹⁹⁾ ومرفق مثال لذلك كملحق لهذه الورقة.

3-1 وضع معايير للرعاية

أوضحت الملاحظات الأساسية للفريق حول كيفية تقديم الخدمات أن هناك مساحة كبيرة للتحسينات فى مجالات متعددة. وعلى سبيل المثال، فإن التفاعل بين مقدم الخدمة والعميل كثيراً ما كانت محدودة للغاية، ولا تزيد عن دقيقتين فى كثير من الحالات، وتقتصر أساساً على توجيه الأسئلة الشفوية. وكثيراً ما كان مقدمو الخدمات يتجاهلون الاستماع إلى العملاء كما أنهم لم يكونوا يشجعونهم فى العادة على توجيه الأسئلة. ولم يكن مقدمو الخدمات يهتمون كثيراً بتقديم شرح واف لتعليمات العلاج أو يحاولون التأكد من أن العملاء قد فهموها. وكان الافتقار إلى الخصوصية يمثل مشكلة أيضاً. وتنطوى كل هذه العوامل على عدم احترام العملاء، وهى المشكلة التى حاول المكون الاجتماعى لهذه الدراسة جاهداً علاجها، حيث إنها تمثل جانباً بالغ الأهمية فى نهج الصحة الإنجابية. لم تكن الممارسات التصحيحية تتبع فى أغلب الأحيان فى عمليات الفحص، وكانت الأوضاع المتعلقة بالنظافة والصحة بصفة عامة سيئة للغاية فى المراكز الصحية. وذلك يفسر قيام الفريق بتحديد إجراءات معيارية للتشخيص والعلاج وكذلك للنظافة والصحة العامة.

4-1 تحسين التنظيم والإدارة:

أظهرت الملاحظات الأولية كذلك ضرورة معالجة قضايا التنظيم والإدارة. فرغم أن عدد العاملين فى كل مركز صحى لم يكن كبيراً، فإن التوصيف الدقيق للوظائف وتقسيم المسؤوليات لم يكن متبعاً، خاصة بين طاقم الممرضات. كانت المواظبة على الحضور غير منتظمة فى بعض الحالات، بينما كانت هناك مشكلة فى مراعاة مواعيد العمل. وكان مقدمو الخدمات فى الواقع هم مديرو وحداتهم الصحية، ولكنهم لم يكونوا قد تلقوا أى تدريبات على الإدارة قبل تعيينهم.

(19) للاطلاع على مناقشة مستفيضة للسجل الطبى الذى تم وضعه، يرجى الرجوع إلى دليل دراسة التدخل حول وسائل المراقبة الذى أعدته جلال وآخرون.

5-1 تأمين توافر الإمدادات:

إن من الصعوبة بمكان تأمين ذلك، خاصة في ظل نظام لا يحصل فيه الأطباء على التدريب الكافي على الإدارة قيل تولى مسؤولياتهم. وعلى سبيل المثال؛ كانت توريدات الأدوية للوحدة غير منتظمة، وكان ذلك يؤثر على الإقبال على الخدمات إلى حد كبير. وقد استكشف الفريق مختلف الاحتمالات لتأمين انتظام توفير المحاليل اللازمة والمعدات الأساسية مثل الشرائح، والقفازات ذات الاستخدام الواحد، على سبيل المثال، وهي توصيات قدمها الفريق ولم تدخل بعد في البنية الأساسية للوزارة.

6-1 تقوية الروابط مع المستويات الأخرى:

يعتبر نظام الإحالة الفعال، ثنائي الاتجاه، إلى مستويات علاجية أعلى أمرا ضروريا دائما لنجاح الخدمات الأساسية. ولهذا السبب، أمضى الفريق الكثير من الوقت في إقامة الروابط مع المراكز الثانوية، وهي المستشفيات المحلية بالمراكز التي يعتبر الوصول إليها سهلا من الناحية الجغرافية بالنسبة للمتريدين على العيادات. وقد تركز التأكيد على عملية استرجاع المعلومات (التغذية الاسترجاعية - الصدى الرجعي) لمقدم الرعاية الأساسية بعد زيارة الإحالة واعتبر ذلك أمرا حاسما. وقد تدرب مقدمو الخدمات على معايير الإحالة وتم تصميم وتوفير بطاقات الإحالة مع مدخلاتها.

7-1 الانتقال إلى المجتمع المحلي بالخدمات الميدانية

تدربت الممرضات أيضا على كيفية نقل الخدمات الميدانية إلى المجتمع. فعقدت سلسلة من الدورات التدريبية وشملت خدمات رعاية الحمل، والولادة، والمواليد، وخدمات فترة النفاس، مع إجراء مناقشات حول أساليب التواصل، لإطلاع الممرضات على:

- كيفية الاستعداد للزيارات المنزلية.
- كيفية استخدام لغة بسيطة، وحسن المظهر الملائم، ومراعاة حالة الأسرة.
- كيفية الاحتفاظ بالملاحظات في الذاكرة وتجنب كتابة الملاحظات في أثناء الزيارة نفسها. (20)

(20) للاطلاع على مزيد من التفاصيل، يرجى الرجوع إلى دليل دراسة التدخل حول الخدمات الميدانية، إعداد خطاب وآخرين (2000).

2- المكون الثانى: تدريب مقدمى الخدمات – المبادئ الرئيسية

كانت هناك ثلاثة مبادئ بالغة الأهمية: الأول إدراك أنه من الضرورى تدريب جميع مقدمى الخدمات العاملين فى المراكز وليس الأطباء وحدهم؛ والثانى أن يجرى الجانب الأساسى من التدريب فى الموقع؛ والأخير التأكيد على النواحي الاجتماعية لتقديم الخدمات مثل التواصل وأهمية مراعاة البيئة الاجتماعية للنساء، علاوة على المسائل الفنية الأساسية.

من الذى تدريب؟

يعتبر الأطباء فى هذا المستوى من الرعاية بصورة نمطية ممارسين عموميين. وعادة ما يحصلون على الخبرة لعدة سنوات قبل أن يعهد إليهم بمسئولية المركز الصحى. كما تكون لديهم إمكانية حضور دورات تدريبية فى أثناء العمل حول تنظيم الأسرة، ومكافحة أمراض الإسهال وعلاج الجفاف عن طريق الفم للإرواء، ومعالجة أمراض عدوى الجهاز التنفسى الحادة. وقد كان لدى الأطباء الذين دربهم الفريق متوسط عشر سنوات من الخبرة على الأقل، كما أنهم حضروا جميع هذه الدورات التدريبية. وقد قام الفريق بتدريب كل من الأطباء، والممرضات، وفنى المختبر، والمشرفين فى الموقع. كما تلقى الأطباء تدريباً استغرق 12 يوماً فى العيادة الخارجية لمستشفى تعليمى حضرى كبير. وكما ذكر من قبل، كانت الأهداف الكلية تتمثل فى زيادة وعى مقدمى الخدمات بالصحة الإنجابية كمفهوم متكامل، وتدريبهم على كيفية تقديم الخدمات المضافة، وكيفية التعامل مع الحالات الطبية المختلفة من وجهة النظر الاجتماعية والطبية على السواء.

من الذى تولى التدريب؟

تولى التدريب الفنى لكل نوع من مقدمى الخدمات إخصائيون فى ذلك المجال نفسه. فقد قام أطباء التوليد وأمراض النساء فى الفريق بتدريب الأطباء. وقام كبار استشاريي التمريض بتدريب الممرضات. وتولى تدريب فنى المختبر أحد الأطباء وكذلك فنى مختبر لديه خبرة عدة سنوات. وقام علماء الاجتماع من أعضاء الفريق بتدريب جميع مقدمى الخدمات على النواحي الاجتماعية التى ينبغى أن يأخذوها فى الحسبان عند تقديم الخدمات.

ما الذى تناوله تدريب مقدمى الخدمات؟

أ) أهمية السياق الاجتماعى:

بالنسبة لجميع مقدمى الخدمات، أكد المنهج التدريبي على أهمية الاستماع إلى النساء وتشجيعهن على توجيه الأسئلة. وأكد على أهمية مراعاة التقاليد الريفية، وحجم ما تتحمله النساء من عمل، والظروف الاجتماعية، والعادات، وحق المرأة فى الخصوصية والمشورة. كما أوضح التدريب الاجتماعى لمقدمى الخدمات مفاهيم النساء عن الصحة والخدمات الصحية.

ب) النواحي الفنية فى عملهم:

1- بالنسبة للأطباء:

- تشخيص، وعلاج، ومتابعة حالات أمراض النساء البسيطة التى يمكن معالجتها على مستوى الرعاية الأساسية.
- معالجة متابعة حالات رعاية الحمل، والتأكيد على التشخيص المبكر لعوامل الخطر فى الحمل، وإحالة حالات الحمل الخطر ، على أساس أربع زيارات لرعاية الحمل كحد أدنى لكل حالة.
- تقديم المشورة لتنظيم الأسرة ومكافحة العدوى.
- معايير التحويل
- ملء الملفات الطبية واسترجاعها
- المشورة والتواصل

2- بالنسبة للممرضات:

- التدريب الفنى على دور الممرضات فى رعاية الحمل، وتنظيم الأسرة، وتوفير خدمات أمراض النساء.
- الحفاظ على الصحة بصفة عامة والتعقيم بصفة خاصة
- كيفية الاحتفاظ بالملفات وتسجيل تاريخ كل حالة
- كيفية القيام بزيارات ميدانية
- كيفية توجيه رسائل التثقيف الصحي
- كيفية التواصل بشكل أفضل مع المرضى

3- بالنسبة لفنى المختبر:

حيث إن كل مركز صحى فى مصر به مختبر أساسى، وفنى مختبر، فقد اتخذ الفريق قرارا فى بداية الدراسة بالاعتماد على أساليب التشخيص المعملى الفعلى لتحديد أمراض عدوى الجهاز التناسلى بدلا من المعالجة على أساس الأعراض.⁽²¹⁾ وقد كان الهدف من تدريب الفنيين هو تمكينهم من القيام بإجراءات بسيطة مثل تشخيص أمراض عدوى الجهاز التناسلى الشائعة باستخدام المجهر، وتحليل البول، وتقدير الهيموجلوبين فى الدم، وقياس مستويات مستوي السكر، وإجراء اختبارات الحمل وتحديد فصيلة الدم من نوع ريسس. ولمشاركة الفنيين فائدة مضافة حيث إنها تخفف عبء القيام بهذه العمليات عن الأطباء.

وقد أعقب التدريب المبدئى عقد دورات تنشيطية فى الموقع، مرتين أسبوعيا، لمدة ثلاثة أشهر. وبعد فترة من المراقبة، أمكن معالجة نقاط الضعف بتنظيم دورة إضافية شملت زيارتين أسبوعيا لمدة شهرين آخرين.

3- المكون الثالث: الارتقاء بالبنية التحتية المادية وتوفير المعدات

□ البنية التحتية المادية:

كانت المراكز الصحية فى حاجة ماسة إلى إصلاحات مادية أساسية. وحرص الفريق على أن تكون أى تحسينات أو إضافات للبنية التحتية المادية متفقة مع مستوى الرعاية الأساسية للعيادات. وكان من الأمور المهمة للغاية أن تكون تكلفة التغييرات منخفضة إلى أقصى حد ممكن حتى تستطيع وزارة الصحة والسكان تكرارها على نطاق أكبر.

وقد تضمنت التحسينات المادية أعمالا مثل دهان حجرات الفحص، والتأكد من سلامة الأعمال الصحية والكهرباء، وتركيب ستائر لأسرة الفحص لتوفير الخصوصية، وتركيب سلك للنوافذ لمنع الذباب والبعوض. كما تمت تغطية أسطح العمل بالمختبرات بالبلاط. وقد أسهم المجتمع فى صورة تبرعات فردية فى تغطية نفقات الجانب الأكبر من التحسينات المادية.

(21) لمناقشة الحجج المؤيدة والمعارضة للمعالجة على أساس الأعراض بالنسبة لأمراض عدوى الجهاز التناسلى، يرجى الرجوع إلى ممدانى (1999).

□ احتياجات المعدات:

تعتبر نوعية المعدات المطلوبة لتوفير الخدمات الوارد ذكرها في إطار دراسة الفريق أساسية تماما، وهي موجودة بصورة عادية في غالبية عيادات المستوى الأول، وتكمن المشكلة عادة في الصيانة وليس في شراء الأجهزة الغالية. وقد قام الفريق بفحص واختبار جميع المعدات مثل أجهزة التعقيم، والمجاهر، والمناظير. وتم تغيير عدسات المجاهر الضوئية بأخرى جديدة كانت في المخازن، وتم توفير الشرائح الزجاجية وأعطيتها. وتولت وزارة الصحة والسكان توفير الجانب الأكبر من احتياجات المعدات المطلوبة للمراكز الصحية الثلاثة، وذلك من مخازنها، وتم شراء القدر القليل المتبقى من ميزانية الدراسة. وقد وفرت الدراسة أساسا" أجهزة التعقيم وأدوات التنظيف.

ب- جانب الطلب: التثقيف الصحي وزيادة الوعي هل تدرك النساء شروط الصحة للوضع الراهن للصحة الإيجابية؟

كانت أعمال الفريق السابقة قد أوضحت أن النساء لا يعانين فقط من مستوى مرتفع غير متوقع من الإصابة بالأمراض التناسلية، وإنما يعانين أيضا من مستوى متدن من الوعي الصحي وانخفاض بالغ في مستوى استيعاب الإنفتاح بالرعاية الصحية. (22) وحيث أن الخدمات لا تؤدي وظيفتها بمعزل عن الطلب، فقد رأى الفريق أن وجود برنامج لزيادة الوعي الصحي ينبغي أن يكون جزءا أساسيا من إطار العمل. وكان الفريق على دراية تامة بالقيود الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية في حياة النساء والتي تؤثر في قدرتهن على الحصول على الرعاية الصحية، غير أنه كان هناك شعور قوى بأن التثقيف الصحي سيزود النساء بالمعلومات مما سيمنهن من اتخاذ القرارات. وتم تدريب المثقفين الصحيين من العاملين بوزارة الصحة والسكان على أيدي علماء الاجتماع من أعضاء الفريق، وذلك باستخدام منهج المشاركة. (23)

(22) خطاب وآخرون (1996).

(23) للاطلاع على وصف تفصيلي، يرجى الرجوع إلى ورقة سلسلة السياسات لدراسة التدخل حول مكون التثقيف الصحي، إعداد خطاب وآخريين (1999).

ما الذى استهدف تحقيقه برنامج التثقيف الصحي؟

- زيادة وعى النساء والرجال بشأن صحتهم بصفة عامة وبالصحة الإنجابية بصفة خاصة.
 - تمكين النساء بتزويدهن بالمعلومات لاتخاذ القرارات الخاصة بصحتهن.
 - تدريب العاملين فى وزارة الصحة والسكان على التثقيف فى الصحة الإنجابية على المستوى المجتمعى ، كجزء من عملية نقل إطار العمل وكذلك تشجيع الاستدامة.
- وقد أعدت سلسلة من الرسائل الصحية المحددة القصيرة بلغة محلية سلسلة ملائمة؛ وقامت بتطبيقها فى الميدان إحصائية الأنثروبولوجيا وفريقها الميدانى من أجل:
- مساعدة النساء فى إعادة ترتيب أولوياتهن بشأن صحتهن بصفة عامة.
 - مساعدة النساء على التعرف على أعراض الأمراض التناسلية.
 - تشجيع النساء على التماس المشورة الطبية كلما استلزم الأمر ذلك.
 - المساعدة على تمكين النساء من اتخاذ قراراتهن الخاصة بشأن صحتهن.
 - تشجيع النساء على تكوين نظام تشبيك فعال.
 - تعزيز الثقة لدى النساء بأن مساهمتهن فى البيت وفى المجتمع ضرورية وجديرة بالاهتمام وتستحق التقدير.

كذلك تم إعداد رسائل مناسبة للرجال، ولصانعى السياسة، ومقدمى الخدمات.

تسلسل الأنشطة

- 1- كانت المهمة الأولى للفريق إجراء مسح قاعدى الأساسى للوضع فى مواقع تقديم الخدمات وفى المجتمع المحلى على مدى تسعة أشهر. وقد أوضح ذلك كيفية تقديم الخدمات فى المراكز الصحية، وكان أمرا ضروريا لفهم السلوكيات المتعلقة بصحة المجتمع المحلى وأنماط الاستفادة بالرعاية الصحية. وكان الفريق حريصا على جمع البيانات النوعية الكيفية والكمية على السواء. وتضمن هذا التقييم الأساسى مراقبة شاملة للمرافق لعملية تقديم الخدمات فعليا" ، ومراقبة المقابلات (بين العميل ومقدم الخدمة)، وإحصاء خصائص المستفيدين بالخدمة، وإجراء مقابلات مع مقدمى الخدمات، ومسح لرضاء العملاء عن الخدمة، ودراسة تكلفة تقديم الخدمة لكل مستفيد بالنسبة لوزارة الصحة. وتم أيضا استكشاف البيئة المادية والاحتياجات المطلوبة لتحسينها. وتضمن جمع البيانات المجتمعية إجراء مسح أسرى للأسر المعيشية مع النساء لتوثيق النطاق الاجتماعى والاقتصادى، والتاريخ الإنجابى، والإفادات عن الأمراض التناسلية، وأنماط الاستفادة بالخدمة الصحية. كما أجرى الفريق مقابلات مع الرواة الرئيسيين فى المجتمع المحلى، ومناقشات جماعية مركزة لمجموعات بؤرية.
- 2- تصميم ووضع إطار العمل
- عمل الفريق، فى الوقت نفسه، على اختيار المناسب من مكونات الخدمات لتضمينه فى إطار الصحة الإنجابية فى هذا المستوى من الرعاية الصحية. واستغرق ذلك عدة أشهر من الفحص لقضايا عديدة شملت:
- (أ) احتياجات الصحة الإنجابية الموثقة على مستوى المجتمع المحلى.
- (ب) الخدمات الفعلية التى يجرى تقديمها.
- (ج) الثغرات الموجودة بين الاحتياجات والخدمات: تحديد العناصر التى يمكن إضافتها إلى مجموع الخدمات على المستوى الأساسى والشكل الذى ينبغى تقديمها فيه.
- (د) دراسة شاملة لجدوى تقديم مثل هذه الخدمات واسعة النطاق، مع الأخذ فى الحسبان مدى القبول، واحتياجات التدريب، والتكاليف، والاستدامة.
- (هـ) التدريب المطلوب لمختلف أنواع مقدمى الخدمات.
- (و) تصميم التحسينات الأساسية للبيئة المادية بتكلفة منخفضة.

حزيران/
يونية 1996
إلى شباط/
فبراير 1997

حزيران/
يونية 1996
إلى شباط/
فبراير 1997

- ز) تصميم مكون التثقيف الصحي.
ح) تصميم أدوات المراقبة لتقييم العملية.

3- التطبيق الميداني

أيار / مايو 1997
1997 إلى حزيران/يونية 1998

جرى التطبيق الفعلي لمختلف المكونات في الميدان في شتاء 1997 وربيع وأوائل صيف 1998. وتم البدء في برنامج التثقيف الصحي وتنفيذه لفترة استمرت سبعة أشهر،⁽²⁴⁾ بعد اختبار مسبق للوعي الصحي في المجتمع المحلي. وجرى تدريب مختلف أنواع مقدمى الخدمات خلال هذه الفترة.⁽²⁵⁾ واستكملت عملية التحسينات منخفضة التكاليف للبيئة المادية⁽²⁶⁾ وبدأت مشاركة المجتمع المحلي في العملية.

كانون الثاني/يناير 1998
إلى أيار/مايو 1998

4- المراقبة وإعادة التدريب: في كانون الثاني/يناير 1998، بدأ الفريق في مراقبة أداء المكونات المختلفة في الميدان، مستخدماً وسائل المراقبة وقوائم المراجعة المصممة خصيصاً لذلك. واستغرقت هذه المرحلة خمسة أشهر. وبعد تحليل البيانات، أعيد التدريب لمدة شهرين بالمراكز الصحية لمعالجة المشكلات التي تم تحديدها.

5- التقييم والتحليل

شتاء 1998 وما بعده

تم إجراء التقييم النهائي لأداء مكونات التدخل المختلفة في شتاء 1998-1999 على مدى ستة أشهر. ثم بدأ الفريق في تحليل ونشر النتائج، وهذا ما زال جارياً حتى كتابة هذا التقرير. ويؤجرى إصدار الأدلة الخاصة بكل مكون من مكونات إطار العمل، حتى يستطيع الآخرون محاكاة التجربة، وذلك بالإضافة إلى إصدار سلسلة السياسات التي تتناول بالتفصيل مختلف نواحي العمل.

(24) للاطلاع على مزيد من المناقشات التفصيلية لعملية تصميم واختبار أدوات المراقبة والتقييم وتطوير مؤشرات العملية، يرجى الرجوع إلى ورقة مجموعة بحوث الصحة الإنجابية حول المؤشرات، من إعداد زريق وآخرين.
(25) للاطلاع على وصف تفصيلي لمحتويات وعملية تدريب مقدمى الخدمات، يرجى الرجوع إلى أدلة الدراسة.
(26) للاطلاع على وصف تفصيلي لعمليات التحسين، يرجى الرجوع إلى دليل الارتقاء بوحدة الرعاية الأساسية الصادر عن الدراسة.

المراقبة والتقييم:

وسائل المراقبة:

بعد أن انتهت عمليات التحسين المادية ووضعت المعدات فى أماكنها، وتم تدريب مقدمى الخدمات، وتنفيذ برنامج التثقيف الصحي، أصبح إ ط ا ر العمل جوهريا" فى موضع التنفيذ. ومن أجل اختبار أدائه، قام الفريق بوضع واختبار وسائل المراقبة بغرض مراقبة وتقييم كل مكون من مكونات العمل. وتم إعداد قوائم مراجعة مختلفة لكل نوع من مقدمى الخدمات، وتصميم أدوات منفصلة لنواحي المراقبة، وتردد المرضى، واستعدادات المرفق.

كيف جرت المراقبة؟

بدأ الفريق بعد ذلك فى مراقبة تقديم الخدمات وخصائص مستخدمى المراكز الصحية، من خلال الملاحظة المنتظمة من جانب الباحثين الميدانيين وأطباء الفريق. وقاموا بتجميع المعلومات الكمية والنوعية والكيفية، مستخدمين قوائم المراجعة التى تم إعدادها لأغراض الملاحظة.

وقد تم تقييم برنامج التثقيف الصحي بإجراء اختبار قبلى وآخر بعدى للوعى الصحي، بالإضافة إلى الحصول على الصدى الرجعى من المدربين فى أثناء عملية التدريب بالمشاركة.

وكانت قوائم المراجعة التى وضعها الفريق من أجل المسح القاعدى الأساسى للوضع الأسمى للمراكز الصحية قد خضعت لمزيد من التدقيق لتسجيل كل جانب من جوانب الخدمات الموسعة وتم استخدامها فى عمليات المراقبة والتقييم. واستخدم مختلف المدربين قوائم المراجعة هذه فى مراقبة وتسجيل كل ناحية من نواحي أداء مقدمى الخدمات فى الموقع. وبتقسيم مسئوليات مختلف مقدمى الخدمات إلى خطوات منفصلة ومراقبة تقديم الخدمات، وضع أعضاء الفريق أيديهم على تفاصيل العناصر المختلفة لأداء الخدمات. وقد حاولوا ألا يكونوا معوقين للأنشطة اليومية لمقدمى الخدمات. وكان من المهم عدم كتابة معلومات فى أثناء الملاحظة، وأن يكون ذلك فى وقت لاحق، وبشكل غير ملفت. وقد ذكر لمقدمى الخدمات أن الغرض من هذه الملاحظات هو المساعدة فى تحديد المشكلات والمساعدة فى حلها.

وقد تناوب القائمون بالملاحظة العمل بين المراكز الصحية وكانوا حريصين على عدم التدخل فى المقابلات حتى فى حالة ملاحظة وجود إجراءات خاطئة. وقد تم بعد ذلك تنظيم دورات خاصة لإعطاء صدى رجعى بهذا الشأن. كما تم جمع بيانات من المجتمع المحلى عن طريق إجراء مقابلات مع المستفيدين وغير المستفيدين بخدمات العيادات لاستكمال المعلومات التى تم جمعها من المرفق، وتوثيق أنماط الاستخدام، وكذلك المساعدة فى تقييم تأثير مكون التثقيف الصحي.

ويوضح الجدول 6 الوسائل المختلفة التي وضعها الفريق للمراقبة والتقييم. وقد تم اختيار مؤشرات العملية ويجرى وصفها بالتفصيل، مع الوسائل نفسها، في إصدار ر قادم آخر.

جدول 6: وسائل المراقبة المستخدمة في المراحل المختلفة

التقييم	المراقبة	المسح القاعدي الأساسي	
			1- المجتمع المحلي
√		√	<input type="checkbox"/> مقابلات منزلية مع النساء
		√	<input type="checkbox"/> مقابلات مع الرواة المبحوثين الرئيسيين
		√	<input type="checkbox"/> المناقشات الجماعية المركزة مجموعات بؤريه
√		√	<input type="checkbox"/> التثقيف الصحي (مسح أولى واختبار بعدى عند التقييم)
			2- المركز الصحي
√	√	√	<input type="checkbox"/> خصائص المستفيدين
√	√	√	<input type="checkbox"/> ملاحظات عن المقابلة بين المريض والطبيب
√	√	√	<input type="checkbox"/> ملاحظة المرفق (عدد المرضى ونظافة المركز الصحي)
√	√	(27)	<input type="checkbox"/> ملاحظة المهارات الفنية للممرضات
√	√	(28)	<input type="checkbox"/> ملاحظة المسؤوليات العامة للممرضات
	(29)	√	<input type="checkbox"/> مقابلة مقدمى الخدمات
	(30)	√	<input type="checkbox"/> مقابلات المستفيدين عند الخروج
√		√	<input type="checkbox"/> دراسة التكاليف
√	√	(31)	<input type="checkbox"/> الملفات الطبية

(27) لوحظت المهارات الفنية للممرضات فى أثناء المرحلة القاعدية، ولكن بدون استخدام قائمة مراجعة تفصيلية.

(28) انظر الايضاح السابق.

(29) لم تتكرر مقابلة مقدمى الخدمات لأن هدفها الرئيسى كان فهم الهيكل الإدارى للمركز الصحى. وبعد أن أصبح ذلك معلوماً، لم تعد هناك حاجة للتكرار. كذلك، أدى الحوار الذى جرى بين أعضاء الفريق وهيئة العاملين فى المراكز الصحية إلى توفير معلومات مستمرة حول المسائل الأخرى التى كانت جزءاً من المقابلة الأصلية.

(30) لم تتكرر وتم جمع المعلومات عن طريق المقابلات المنزلية بدلاً منها.

(31) يشير ذلك إلى أداء الملف الطبى الذى وضعه الفريق، والذى لم يكن موجوداً فى الأساس.

ما أظهره تدريب المراقبة:

بينما أظهرت عملية المراقبة تحسنا عاما، فإنها حددت أيضا المجالات التي تحتاج إلى مزيد من الاهتمام والتدريب. وبعد إعادة التدريب، أظهر التقييم قدرا من التحسن بالنسبة لجميع المؤشرات المطبقة تقريبا. وقد تراوحت هذه التغيرات بين حدوث تقدم كبير في بعض المجالات وبدرجة أقل في غيرها، حسب الوصف الوارد أدناه. وبصفة عامة، كانت نظافة المراكز وتعقيم الأدوات هما المجالين اللذين شهدا أكبر قدر من التحسن. وأوضحت المراقبة أيضا أن خدمات جديدة مثل تشخيص أمراض عدوى الجهاز التناسلي وعلاجها أصبح في الإمكان تقديمها فنيا، وأنها لقيت قبولا كبيرا وتقديرا" من جانب المستفيدين. كما حققت المهارات الاجتماعية لمقدمي الخدمات تحسنا ملحوظا. وظلت بعض المسائل تمثل مشكلات كما سيجرى شرحه أدناه.

التقييم: الجدوى وليس الأثر

صعوبة إسناد الأثر:

رأى الفريق منذ بداية الدراسة ألا يحاول توثيق الأثر المحتمل لإطار الخدمات على الوضع الصحي للمجتمع المحلي، ذلك أن محاولة توثيق الأثر تعد صعبة عندما تستهدف التدخلات مجتمعات بأكملها تخضع لتأثير متغيرات مختلفة مادية واجتماعية وثقافية. وتعتبر الاستفادة من الخدمات الصحية، التي عالجها الفريق، مجرد عامل واحد منها. ويؤدي ربط تغير ما في الوضع الصحي (أو غيابها) بإطار العمل إلى إغفال دور كثير من المتغيرات المختلطة التي تؤثر أيضا على الصحة على مستوى المجتمع. وفي حين أنه من المقبول بصفة عامة أن يكون لهذه الخدمات تأثير إيجابي على الصحة الإنجابية للنساء، فإن مثل هذا التأثير يصعب تحديده مقداره.

توثيق العملية والنتائج عملية التوثيق ونتائجها:

لم يكن الهدف هو قياس الأداء مقابل الأهداف الكمية. فغالبا ما يكون التركيز المقتصر على الأهداف الكمية على حساب الجودة، ولهذا السبب لم يركز الفريق على مؤشرات النتائج الكمية لقياس أداء المكونات المختلفة. وبدلا من ذلك، ركز الفريق على مؤشرات العملية (التي تسمى أحيانا بالمرجات الوسيطة) في محاولة لفهم العوامل المختلفة التي تؤثر على جدوى تقديم هذه الخدمات في عيادات الرعاية الأساسية.

ونورد فيما يلي التغيرات المهمة والدروس المستفادة:

التغيرات الإيجابية:

- 1- زيادة الطلب على خدمات الصحة الإنجابية: تزايدت نسبة النساء المترددات على خدمات الصحة الإنجابية في المراكز الثلاثة جميعها.⁽³²⁾
- 2- تقدير النساء للخدمات الجديدة: على سبيل المثال أن المستفيدات تعودن على وجود خدمات التحليل المعملى وعلاج أمراض عدوى الجهاز التناسلى فى الموقع، وأبدىن اهتمامهن بالحصول على هذه الخدمات وبدأن يطلبنهن.
- 3- انتظار النساء وقتاً أقل وتوفر وقت أطول للاتصال: تحسنت نسبة إجمالى الوقت الذى تقضيه النساء فى المركز الصحى إلى الوقت الذى يمضينه فى الاتصال الفعلى مع الطبيب. وانخفض الوقت الذى يمضينه فى انتظار الخدمات، ووجد أن الوقت مع مقدمى الخدمات قد تضاعف تقريباً " عما كان عليه فى الأساس.
- 4- تحسن نوعية الرعاية: أصبح الأطباء أكثر مراعاة لخصوصية النساء. وأصبح تسجيل تاريخ الحالة أكثر اكتمالاً، وتحسنت إجراءات الفحص بصورة ملحوظة، وهو نفس ما حدث بالنسبة للتشخيص الملائم وتبادل المعلومات فى أثناء المقابلة.
- 5- شعر مقدمو الخدمات بقيمة الاحتفاظ بالملفات الفردية للعملاء، حيث أصبحوا يقدرون قيمتها فى متابعة تاريخ حالة المرأة عبر الوقت.
- 6- تحسن أداء الممرضات: أصبحت الممرضات يقمن أكثر بمساعدة الأطباء كما أصبحن أشد حماساً لوظائفهن بصورة ملحوظة.
- 7- تحسن مكافحة العدوى: وجد أن إجراءات تعقيم الأدوات بصفة خاصة قد تحسنت بدرجة كبيرة وثابتة.
- 8- تدريب فنيو المختبر على تحديد أمراض عدوى الجهاز التناسلى: يعتبر التشخيص البسيط لأمراض عدوى الجهاز التناسلى أمراً ممكناً فنياً فى هذا المستوى من تقديم الخدمات، بشرط إعطاء الفنيين التدريب الأساسى اللازم.
- 9- كانت عمليات التشخيص المعملى فى الموقع مفيدة: أدى قيام فنيي المختبر بتقديم المساعدة فى تشخيص حالات أمراض عدوى الجهاز التناسلى المختلفة إلى تحسين نوعية الرعاية المقدمة ومعالجة الحالات.⁽³³⁾
- 10- أصبحت المراكز أكثر نظافة: بدت حالة المراكز الثلاثة من ناحية المواصفات الصحية

(32) بالرغم من أن هذه الزيادة انخفضت إلى حد ما فى مرحلة التقييم، فقد فسر ذلك بتوافقها مع دخول المدارس سنوياً، وهى الفترة التى ينخفض فيها استخدام الرعاية الصحية بصفة عامة.

(33) فى ضوء الأداء المرضى بصفة عامة لفنيي المختبر وقدرتهم على التحديد الدقيق لأمراض عدوى الجهاز التناسلى، فقد روى أن وجود التشخيص المعملى البسيط أفضل من استخدام منهج التشخيص على أساس الأعراض الذى يتسم بصفة عامة بضعف قيمته التنبؤية.

بصفة عامة أفضل بصورة ملحوظة.

11- كان برنامج التثقيف الصحي مؤثرا: أثر التثقيف الصحي بسرعة فائقة على طلب خدمات الصحة الإنجابية ولبى حاجة ماسة لدى المجتمع.

ما الذى تعلمناه؟

- إن إطارا بسيطا من خدمات الصحة الإنجابية الأساسية يمكن توفيره على مستوى الرعاية الأساسية.
- إن هذه الخدمات ينبغي أن تتضمن علاج حالات أمراض النساء البسيطة، وتنظيم الأسرة، ورعاية الحمل وفترة النفاس.
- إن هناك حاجة كبيرة لهذه الخدمات وهي تحظى بتقدير المستفيدين.
- إن الأطباء الذين يقدمون هذه الخدمات لا يشترط أن يكونوا إخصائين.
- إن الأطباء يمكنهم أن يتعلموا إجراءات جديدة حتى وإن كانوا معتادين على تقديم نفس الخدمات لسنوات.
- إن الممرضات يمكنهن التجاوب كثيرا مع الخدمات الجديدة وأن يتحمسن للمشاركة.
- إن بإمكان الفنيين العاملين فى المراكز أن يتعلموا وأن يقوموا بأنشطة عملية بسيطة بالنسبة لحالات الصحة الإنجابية.
- إن المراكز ليست فى حاجة إلى الكثير من المعدات الجديدة لكي تقدم خدمات الصحة الإنجابية.
- إن المعدات المطلوبة ليست مرتفعة التكلفة أو معقدة.
- إن التحسينات المادية المطلوبة لتقديم هذه الخدمات أساسية وليست عالية التكلفة.
- إن استخدام ملف مصمم بعناية، ومتكامل ، وبه مساحات لتسجيل الزيارات اللاحقة، يعطى لمقدمى الخدمات خلفية عن التاريخ الطبى للعميل، مما يؤدي إلى تقديم رعاية أفضل جودة.
- إن السجلات الطبية المصممة لجمع الإحصاءات بدلا من التركيز على الصورة الإكلينيكية للفرد لا تساعد المسؤولين فى العيادات فى معالجة الحالات.
- إن تزايد استخدام المراكز يعنى زيادة دخل مقدمى الخدمات.
- إن تزايد الإقبال يمكن التغلب عليه إلى حد كبير بتحسين المهارات الإدارية والعمل الجماعى.
- إن هناك اهتماما بالغا بين مقدمى الخدمات والمشرفين بالحصول على التدريب فى مجال

الإدارة.

- إن توافر الأدوية مجاناً أو بصورة مدعمة يمثل عاملاً مهماً في إقدام النساء على اتخاذ القرارات الخاصة بالاستفادة من الخدمات.⁽³⁴⁾
- إن إشراك مقدمى الخدمات فى اتخاذ القرارات أمر مهم، وينبغى أن يتمتعوا بمزيد من الاستقلال الذاتى الإدارى.
- إن الثقافة الصحية التى تتوافر تقدم بعناية تودى بالفعل إلى رفع الوعى الصحى وتزود النساء بالمعلومات التى تمكنهن من اتخاذ القرارات بشأن صحتهن.
- إن المثقفين الصحيين بوزارة الصحة والسكان الذين اعتادوا تقديم الرسائل عن تنظيم الأسرة يمكن إعادة تدريبهم بنجاح لتقديم المعلومات الخاصة بالصحة الإنجابية ويمكنهم أنفسهم العمل كمدرسين.

التحديات

لم يخل تصميم وتنفيذ إطار الصحة الإنجابية من بعض التحديات من ناحية المفاهيم والإمدادات، منها:

أولاً - تصميم الإطار: كان يمثل تحدياً من ناحية المفهوم، نظراً لأنه كان يعنى الاختيار، من بين مجال واسع جداً من الخدمات، فقط تلك التى تلبى احتياجات النساء، ويمكن مع ذلك تقديمها فى المستوى الأساسى. وقد أخذت فى الاعتبار عوامل كثيرة من أجل الوصول إلى المكونات الموضحة عليه.

ثانياً - مسائل الإمدادات الأكثر تحدياً تضمنت ما يلى:

1- مسائل إدارة المركز الصحى:

يعد الأطباء العاملون فى هذه المراكز الصحية أكثر من مجرد مقدمى خدمات. فهم أيضاً يديرون المركز الصحى ويتعاملون مع جميع المسائل الناشئة ذات الصلة بمشكلات الإمدادات، والصيانة، والتوظيف. وقد مثلت المسائل الإدارية إلى حد ما تحدياً للفريق من النواحي الآتية:

(34) أعد فريق الدراسة قائمة بالأدوية منخفضة التكلفة لأكثر أمراض عدوى الجهاز التناسلى انتشاراً. ووافقت وزارة الصحة والسكان على إضافتها إلى قائمة الأدوية الأساسية التى تزود بها مستوى وحدات الرعاية الأساسية على أساس قومى. ويتوقف تقديمها حالياً على الميزانية المتاحة.

(أ) كان تأمين استمرار الإمدادات يمثل مشكلة. إذ لم تكن الإمدادات المطلوبة لتشخيص وعلاج أمراض عدوى الجهاز التناسلي (على سبيل المثال) جزءا من نظام وزارة الصحة والسكان. واستكشف الفريق الاحتمالات المختلفة لتأمين الإمداد المنتظم للمحالييل الضرورية والمعدات الأساسية مثل الشرائح، والقفازات ذات الاستخدام الواحد. وكان من بين الخيارات تجنب جزء من دخل المختبر من إجراء اختبارات معينة لشراء المواد اللازمة المطلوبة للمحافظة على استمرار عمل المختبر. وحلت وزارة الصحة والسكان مشكلة الأدوية الخاصة بحالات الصحة الإنجابية بأن عرضت دمج قائمة الأدوية التي اقترحها الفريق في قائمتها الدوائية الأساسية. (بيد أن توريد هذه الأدوية كان غير منتظم إلى حد ما).

(ب) أدت بعض المسائل الإدارية مثل تأخير أعمال الصيانة إلى خلق مزيد من العقبات أمام جودة الخدمة المتاحة أكثر مما أثارته المسائل المتعلقة بالمهارة الفنية، وانسحب ذلك على كل مستويات مقدمى الخدمات. (وعلى سبيل المثال: كان جهاز التعقيم فى إحدى الوحدات لا يستعمل بسبب احتراق مأخذ التيار الكهربائى، ولم يعالج هذا الأمر لبعض الوقت. وفى حالة أخرى، أدى تعطل الصرف فى أحد المختبرات إلى توقف خدمات المختبر لبعض الوقت).

(ج) **مشكلات الموظفين**، مثل الدقة فى مراعاة المواعيد، والافتقار إلى التوصيف الوظيفى، والملابس الملائمة، كانت تنشأ أحيانا.

ونظرا لأن المشكلات كانت تنشأ بين الحين والآخر بسبب العجز عن اتخاذ القرارات، فقد شعر الفريق بأن الأطباء سيستفيدون كثيرا من تنظيم دورة تدريبية قصيرة لهم فى الإدارة. وقد لقي ذلك اهتماما بالغا.

-2- التدريب:

بينما كان تدريب مقدمى الخدمات ناجحا فى حالات كثيرة، فإن ذلك لم يكن الحال دائما. فقد كان بعض العاملين فى حاجة إلى تدريب أكثر من غيرهم، الأمر الذى يثير مسألة حجم إعادة التدريب المطلوب للوصول إلى مستويات أداء مقبولة، وتحديد من يقوم بالتدريب والتكاليف المرتبطة بذلك.

-3- التأكد من الأداء الملائم لنظام التحويل

بالرغم من جهود أعضاء الفريق، فإن نظام التحويل ثنائى الاتجاه لم يكن يعمل بصورة مرضية. ولم ينظر إلى هذا الأمر على أنه ناجم عن مفهوم نظام التحويل بقدر ما هو نتيجة للبيروقراطية فى مراكز التحويل الثانوية. وربما يصبح نظام التحويل ككل أكثر نجاحا فى مرحلة التوسع، المقرر أن تتضمنت 1415 مركزا صحيا فى إدارة صحية

واحدة، تتبع مستشفين اثنين.

4- قضايا الحوافز:

بينما كان لدى بعض مقدمى الخدمات حافزاً قوياً، فذلك لم يكن صحيحاً فى جميع الأحوال. وينبغى التفكير ملياً فى مسألة حفز مقدمى الخدمات فى أية محاولة لتوسيع نطاق واجباتهم ومسئولياتهم. ويسمح للأطباء، فى إطار نظام وزارة الصحة والسكان المصرية، بالاحتفاظ بنسبة معينة من الإيرادات، التى يقتسمونها مع مختلف مقدمى الخدمات فى العيادة. وقد وجد الفريق أنه بعد تنفيذ إطار العمل، زاد الاستخدام، وزاد معه دخل مقدمى الخدمات. وقد ثبت أن ذلك يمثل حافزاً جيداً.

5- مسائل الإشراف

لكى يكون أداء إطار العمل مرضياً؛ يستلزم الأمر إشرافاً صارماً على مستوى الإدارة الصحية. وقد حظى الفريق بالتأييد الكامل من جانب كبار صانعى السياسة على المستوى المركزى ومستوى المحافظة. بيد أن معدل تغيير الموظفين على مستوى الإدارة الصحية كان عالياً. ومن المنتظر أن يصبح مشرفو الإدارة أكثر مشاركة فى مرحلة التوسع.

ثالثاً - مراقبة تكلفة إطار العمل:

كانت إحدى المسائل التى اهتم بها الفريق مسألة تكلفة إطار العمل بالنسبة للخدمات، والنتائج المترتبة على ذلك بالنسبة لكل من الجدوى والاستدامة. ومن أجل تقييم التكاليف الفعلية التى تتحملها وزارة الصحة والسكان لتقديم هذه الخدمات، قام الفريق بتوثيق تكاليف الخدمات القائمة التى تتحملها الوزارة على مدى السنة المالية. وتكرر هذا العمل بعد أن استقر الوضع بالنسبة لإطار العمل. وقد وثق الفريق عند مرحلة الأساس متوسط تكلفة لكل فرد من المترددين على المراكز الصحية الثلاثة (بالنسبة لوزارة الصحة والسكان) 7.1 جنيه مصرى. ومع تنفيذ إطار العمل، أصبح متوسط تكلفة الخدمات لكل فرد من المترددين (على المراكز الصحية الثلاثة نفسها) 7.4 جنيه مصرى. وقد كان سبب استقرار التكلفة إلى حد كبير هو الزيادة الملحوظة فى أعداد المترددين. بيد أن إمدادات الأدوية لم تكن منتظمة ومازالت حتى كتابة هذا التقرير، مما يجعل تقدير التكاليف الجارية الحقيقية لإطار العمل على مدى السنة المالية أمراً صعباً. ومن المتوقع أن تزيد التكاليف التى تتحملها وزارة الصحة والسكان كثيراً مع انتظام إمدادات الأدوية وسد النقص الذى تحتاجه خدمات الصحة الإنجابية.

وتشير هذه التقديرات، كما سبقت الإشارة إليه، إلى ما يحمله تشغيل إطار هذه الخدمات نظرياً من تكلفة على الخدمات الصحية العامة. ولا يتضمن ذلك تكلفة مساهمة الفريق فى وضع إطار العمل. كما أنه لا يتضمن تكاليف مكون التثقيف الصحى أو ما سيتكلفه

تنفيذ برنامج تدريبي شامل.

مضامين السياسة دلالات على السياسات

ينبغي أن يؤدي حسن الأداء الشامل لإطار العمل الذي وضعه الفريق إلى تشجيع صانعي السياسة على دمج الخدمات الأساسية للصحة الإنجابية في المستوى الأساسي للخدمات. وقد كانت لخبرات الفريق مضامين ملحوظة بالنسبة لاستيعاب مفهوم خدمات الرعاية الأساسية وطريقة تقديمها في البلدان النامية.

وسوف تحتاج الخدمات إلى صياغة جديدة من أجل توفير هذا المنهج الذي يتركز بصورة أكبر على النساء. وقد جاء مفهوم إطار العمل الوارد هنا استجابة للاحتياجات المحلية في الجيزة. وينبغي أن يكون قابلاً للتطبيق بسهولة في محافظات أخرى في مصر وكذلك في البلدان النامية الأخرى. ومن أجل نشر التجربة ومساعدة الآخرين المهتمين بتوسيع خدمات الرعاية الأساسية على معالجة مشكلات الصحة الإنجابية الشائعة، أصدر الفريق أدلة يشرح فيها المكونات المختلفة للإطار، كما يتضح أدناه.

وتعتبر المضامين الخاصة بالتدريب على جانب كبير من الأهمية. وإذا أخذت هذه الأطر وضعها الصحيح، فإن الأجيال القادمة من الأطباء والممرضات ستدخل تلقائياً في نظام جديد مماثل للنظام الذي تم وصفه. غير أن النظام، في الوقت الراهن، لا بد أن يوفر التدريب لمقدمي الخدمات الممارسين الحاليين حتى يتمكنوا من تقديم الخدمات. كما تستطيع نظم الرعاية الأساسية الاستفادة من طاقم الموظفين الموجودين بالفعل، القادرين على أداء مهام جديدة. كما يمكن الاستفادة من فنيي المختبر العاملين في هذه المرافق. وقد أظهرت تجربة الفريق أنه بتوفير الحد الأدنى من التدريب، يستطيع فنيو المختبر أداء اختبارات التشخيص البسيطة على نحو مرض، وغالباً ما يتحمسون لأدائها.⁽³⁵⁾

كذلك كانت للتجربة مضامين تبعات بشأن الطريقة المتبعة في مراقبة الخدمات والإشراف عليها. وقد كانت هذه حتى الآن تركز بقدر كبير على الأهداف الكمية، وهو اهتمام زائد قد يحول التركيز عن العميل وعن عملية تقديم الخدمات ذاتها. ويجري بذل الجهود في أنحاء مختلفة من العالم لوضع مؤشرات جديدة تركز على احتياجات الأفراد

(35) تؤيد نتائج مماثلة الأداء المرضى للفنيين على هذا المستوى بعد تلقى التدريب الأساسي. خان، ام. أى، وآخرون (1998).

وعلى جودة الخدمات. وسوف تحتاج النظم إلى التكيف من أجل الاستفادة من المناهج الجديدة فى أثناء تطورها. وسوف يحتاج مقدمو الخدمات والمشفرون إلى التدريب على كيفية استخدام هذه الوسائل الجديدة لتقويم التقدم. وستكون هناك حاجة إلى قوائم مراجعة ووسائل مراقبة، والأمل معقود على أن ما وضعه الفريق يمكن تكييفه لهذا الغرض بواسطة الآخرين.⁽³⁶⁾

كما أن تجربة فريق الدراسة لها أيضا مضامينتبعات خاصة بالإدارة على مستوى المركز الصحى. وقد أوضحت المراجعة التى أجراها المؤتمر الدولى للسكان والتنمية + 5 بشأن التقدم العالمى فى تطبيق نهج الصحة الإنجابية⁽³⁷⁾ أن مهارات الإدارة مطلوبة كثيرا على كافة مستويات النظم الصحية، وعلى المستويات الأدنى بصفة خاصة. وقد اتضح لفريق الدراسة بالتأكيد أن لا مركزية صنع القرارات وحل المشكلات من شأنها أن تساعد فى التغلب على بعض العقبات الإدارية الصعبة التى تواجه تقديم الخدمات. كما أن المزيد من المرونة فى تخصيص الموارد ومدخلات ومساهمة مقدمي الخدمات المحليين فى عملية تقدير الإمدادات المطلوبة وقدرتهم على تنظيم مسائل الصيانة، من شأنه أن يسهم بقدر كبير فى حل المشكلات البسيطة، والمتكررة، التى تعوق تقديم الخدمات عالية الجودة. غير أن لا مركزية صنع القرارات تستلزم قدرات إدارية كبيرة وهياكل عالية الكفاءة تربط بين المستويات المختلفة فى داخل النظام. وبينما تشير الشواهد العالمية (انظر المصدر السابق) إلى أن نجاح جهود اللامركزية لا يزال أمرا غير مؤكد، فإن هناك حاجة ماسة لاتخاذ خطوات للحد من العقبات البيروقراطية إلى أقصى درجة ممكنة.

وتمر مصر حاليا بمرحلة التخطيط لإصلاحات واسعة النطاق فى قطاعها الصحى التى ستتضمن قدرا من اللامركزية. والأمل معقود على أن تحظى الصحة الإنجابية بأولوية بين مجموعة الخدمات الأساسية التى يجرى اختيارها عبر عملية إصلاح القطاع الصحى.⁽³⁸⁾ وتدلل تجربة الفريق على أن التثقيف الصحى المتعمق يلعب دورا أكبر كبيرا فى زيادة الوعى الصحى. ويوصى بوسائل التدريب بالمشاركة.

النظر إلى الأمام: الخطوة التالية

يقوم الفريق حاليا بتوسيع نطاق تجربته لتشمل عددا أكبر من المراكز الصحية. وتتضمن هذه المرحلة 15 موقعا فى الجيزة لتقديم الخدمات، وذلك بناء على اقتراح وزارة الصحة والسكان. ويتولى إخصائيون على مستوى الإدارة الصحية مهمة

(36) جلال وآخرون (وشيك).

(37) كاتينو، جى. (1999).

(38) تتم مناقشة الأساس المنطقى لإدخال خدمات الصحة الإنجابية ضمن إصلاح القطاع الصحى فى العدوى، م، وخليلى، ك. (1998).

المدرّبين التدرّيب فى مختلف جوانب إطار العمل. وتتضمنت مرحلة التوسع تدرّيب مقدمى الخدمات على مستوى المركز الصحى، وكذلك تدرّيب المشرفين على مستوى الإدارة الصحىة على وسائل المراقبة التى وضعها الفريق. وفى حين أن تجربة الفريق فى المراكز الصحىة الثلاثة أولاً"الأولى كانت مشجعة للغاية، فإن الاختبار الحقيقى لأداء إطار العمل يكمن فى تقييم المرحلة التالىة.

أدلة أعدتها دراسة تدخل الصحة الإنجابىة

- دليل الارتقاء بوحداث الرعاية الصحىة الأساسىة
- دليل عمل الأطباء العاملين فى الرعاية الصحىة الأساسىة - خدمات الصحة الإنجابىة
- دليل تدرّيب أطباء الرعاية الصحىة الأساسىة
- دليل عمل لمرضات وحدات الرعاية الصحىة الأساسىة
- دليل عمل لمرضات وحدات الرعاية الصحىة الأساسىة- - للزىارات المنزلىة
- دليل نظام الإحالة لأمراض الصحة الإنجابىة بوحداث الرعاية الصحىة الأساسىة
- دليل عمل الفنى المعمل العاملين بوحداث الرعاية الصحىة الأساسىة - خدمات الصحة الإنجابىة
- دليل وسائل المراقبة لمتابعة وتقييم أنشطة وخدمات الصحة الإنجابىة - بوحداث الرعاية الصحىة الأساسىة
- دليل مؤشرات خدمات الصحة الإنجابىة بوحداث الرعاية الصحىة الأساسىة
- دليل التثقيف الصحى - رسائل صحىة موجهة للمرأة
- دليل التثقيف الصحى - رسائل صحىة موجهة للرجال
- دليل مشاركة المجتمع المحلى فى الرعاية الصحىة الأولىة

- Catino, J. (1999). Meeting the Cairo Challenge: Progress in Sexual and Reproductive Health. Implementing the ICPD 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 Infections Among Health Care Users of a Bangladesh Women's Health Coalition Clinic" BWHC, Dhaka, Bangladesh.
- El-Adawy, M and K. Khalil. (1998). "An Overview of Health Reform in the MENA Region: The Rationale for Including Reproductive Health Services" Q . Background paper for Population Challenges in the Middle East and North Africa: Towards the 21 st Century, Workshop organised by the Economic Research Forum, Cairo, November 1998.
- El-Zanaty, F., E. M. Hussein, G. A. Shawky, A. A. Way, and S. Kishor. (1996). *Egypt Demographic and Health Survey (EDHS) 1995*. Calverton, Maryland [USA]: National Population Council [Egypt] and Macro International Inc.
- 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.
- Fathalla, M. F. (1991). "Reproductive Health: A Global Overview". *Annals of New York Academy of Sciences*. Vol. 1, P. 1-10.
- 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. Farrell 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
- 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". *Proceedings 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*. Intervention Study Policy Paper.
- Khattab, H., O. Kamal, A.M. Farag and N. Abou-Seoud. (2000). *Nurses Outreach Manual for Primary Health Care*. Reproductive Health Intervention Study Manuals. Cairo, 2000.
- Mamdani, M. (1999). "Management of Reproductive Tract Infections in Women: Lessons From the field". In Saroj Pachauri and Sangeeta Subramanian (eds.) *Implementing a Reproductive Health Agenda in India: The Beginning*. New York: The Population Council, p. 435-505.
- Tsui, A. et al., eds., *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions* (Washington, DC: National Academy Press, 1997).
- Pachauri, S. (1995). *Defining a Reproductive Health Package for India: A Proposed Framework*. Regional Working Papers, No. 4, The Population Council.
- 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., Khattab, H., Zurayk, H., El-Mouelhy, M., Fadel Amin, M., and Farag, A.M. (1993). "A Community Study of Gynecological and Related Morbidities in Rural Egypt" *Studies in Family Planning*, Vol. 24, no. 3, pp.175-186.

ملحق 1: الملف الطبي

المركز الصحي:	الرقم المسلسل
تاريخ الزيارة الأولى:	
الاسم:	السن:
العنوان	
عدد مرات الولادة	عدد مرات الإجهاض:
عامل ريسس (RH)	عدد المواليد الأحياء:
نوع الولادات السابقة:	تاريخ حالات الولادة (O.H.): <input type="checkbox"/> طبيعية <input type="checkbox"/>
بالمساعدة <input type="checkbox"/> قيصرية <input type="checkbox"/>	
تاريخ حالات الولادة (التاريخ السابق)	
تعليقات على التحويل:	تاريخ التحويل: _____
تقييم الحمل الحالي:	_____

رعاية الحمل

تاريخ آخر دورة شهرية: _____ التاريخ المنتظر للولادة: _____

التاريخ	الشكوى	ضغط الدم	الوزن	تورم الأطراف السفلية	مستوى ارتفاع الرحم	نبض الجنين	وضع الجنين	الهيموجلوبين	تحليل البول	سكر الدم	التحويل	ملاحظات/العلاج

تعليقات على التحويل: _____ تاريخ التحويل: _____
تقييم الحمل الحالي: _____

متابعة فترة النفاس

تاريخ الولادة: _____ نوع الولادة: _____
مكان الولادة: _____ من وجد في أثناء الولادة: _____

التاريخ	الشكوى	مستوى ارتفاع الرحم	الحرارة	ضغط الدم	حالة الرضيع	الثدي	الرضاعة الطبيعية	اختبارات	ملاحظات

