



# قضايا الصحة الانجابية



## مؤسسة المرأة الجديدة

١٤ شارع عبد المنعم سند - متفرع من شارع الرشيد

أحمد عرابي، المهندسين

تلفون وفاكس: (٢٠٢) ٣٤٦٤٩٠١ - ٨٩٨

البريد الإلكتروني: nwrc@nwrcegypt.org

الآراء الواردة في المقالات المنشورة في هذا العدد تعبر عن كاتباتها،  
وليس بالضرورة عن رأي مؤسسة المرأة الجديدة

يصدر هذا العدد بتمويل من مجلة الصحة الإنجابية بإنجلترا Reproductive Health Matters

# قضايا الصحة الانجابية

## العدد العاشر

صفحة

في هذا العدد:

- ٢ \* الموارد البشرية، تعبير بارد عن مقدمي الرعاية الصحية  
مارج بيرر
- ٩ \* نظم الصحة وتسهيل الحصول على مضادات الفيروسات القهقرية  
في أفريقيا الجنوبية  
هيلين شنايدر، ديواني بلاو، لوسي جيلسون، نزابوروندي تشاكوكولي، جين جودج
- ٢٦ \* تعزيز نظام الصحة والارتفاع بالعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية،  
ويم فان دام، جاي كجلز
- ٣١ \* معالجة أزمة الموارد البشرية في مالاوي  
دببي بالمن
- ٤٨ \* تأثير نقص المهنيين الصحيين في مجال صحة الأمومة  
في إفريقيا جنوب الصحراء  
نانسي جيرين، أندرو جرين، ستيفن صيرسون
- ٦٣ \* المولدات في المغرب شريكات ماهرات في رعاية الأمومة  
فاطيماء تمار، بلكيش فيساندجيه، ماري حاتم، أليشا أباد، ديفورا كويلوك
- ٧٣ \* مواقف الممرضات/القابلات من احتياجات المراهقين الجنسي  
والإنجابية في كينيا وزامبيا  
لينيا وارينوس، إليزابيث فاكسليد، سترونيلا تشيشميما، فيويس موساندو،  
أنطونيو أونجاناني، آيتشا نيسن
- ٨٦ \* الارتفاع برعاية ما بعد الإجهاض في جواتيمالا  
إدجار كستلر، ليندا فالنسيا، هيئيشيو دل فالي، ألياندرو سيلفا
- ٩٩ \* قواعد مرشدة حول الاعتبارات الأخلاقية في مسألة الاعتراض  
الضميري
- ١٠١ \* إطالة
- ١٠٩ \* قاموس المصطلحات

مختارات مترجمة من مجلة  
Reproductive Health Matters  
تصدر في بريطانيا وتتولى تحريرها  
مارج بيرر

تصدر الطبعة العربية عن  
**مؤسسة المرأة الجديدة**

**هيئة التحرير**  
آمال عبد الهادي  
هالة الدمنهوري

**ترجمة**  
أحمد محمود  
سلاف طه  
شهرت العالم  
عثمان مصطفى  
ماريان مكرم

**الإخراج الفني والطباعة**  
Promotion Team Tel : 336 7449

الصور الداخلية من إعداد

**صورة الغلاف**  
صورة غلاف العدد الإنجليزي  
رقم ٢٧ مايو ٢٠٠٦  
حفل تخرج الممرضات  
مدينة مكسيكو ١٩٩٦  
تصوير: ستيلارت فرانكلين ماجن

# الموارد البشرية: تعبير بارد عن مقدمة الرعاية الصحية

مارج بيرر\*

ترجمة مصطفى عثمان

الموضوع الذي يدور حوله هذا العدد من المجلة موضوع محوري: حيث تعرّب الأوراق الواردة، برفيع البيان، عن أهمية مقدمي الرعاية الصحية في أداء الخدمات الصحية لوظائفها، مقيسةً بمستوى تدريبهم ومهاراتهم، ومدى الدعم الإداري الذي يحصلون عليه، والأجور والحوافز الأخرى التي يتلقونها، وفرص تقدمهم المهني، والظروف المتوقعة أن يعملوا فيها، والموارد المتاحة لهم لأداء مهامهم. وتشتت تلك الأوراق بمدى احتياج خدمات الصحة العامة إلى دعم مقدمي رعاية صحية على مستوى عالٍ من التدريب، والأجور والحماس للعمل. في كل الدول التي شملتها تلك الدراسات.

يتضمن هذا العدد أبحاثاً عن النساء والرجال الذين يشكلون معًا قاعدة الموارد البشرية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية العامة في بإنجلترا، وجواتيمالا، وإندونيسيا، وكينيا، وليتوانيا، ومنغوليا، والمغرب، وزامبيا، وفي برامج علاج الإيدز في ما لا يرى وجنوب إفريقيا، وفي كل الحالات هناك العديد من أوجه الشبه. ونظراً للناس من الأنظمة الصحية والعاملين في مجال الصحة - على سبيل المثال تخفيض الوفيات بين الأمهات ومنع الإصابة بالفيروس المسبب لمرض الإيدز - فهناك حاجة إلى المزيد من العاملين في الصحة، وإلى تدريب أفضل، ومهارات أكبر، وكذلك تحسين كبير في ظروف العمل ورواتب العاملين.

ويوضح مقال جيرين، وجرين، وبيرسون - استناداً إلى بيانات وطنية وإقليمية - تأثير القصور في عدد القابلات والممرضات والأطباء في إفريقيا جنوب الصحراء على رعاية صحة الأم، والتوزيع غير المتساوい للأخصائيين صحة الأم على المناطق الجغرافية والمرافق الصحية المختلفة. وأبلغ تصوير لهذا الوضع يتضح، في هذا العدد من المجلة، من خلال رسالة إلى المحرر<sup>٥</sup> تصف كيف أن طبيباً شاباً تخرج لته من أحد كليات الطب في أوروبا وذهب لزيارة قسم رعاية الأمومة في دولة إفريقية جنوب الصحراء ففشل في العثور على الأطباء الذين ذهب لرؤيتهم، بل لم يجد أيّاً من العاملين هناك. وفي غضون ساعة من وصوله وجد نفسه منخرطاً

## المزيد من العاملين، والتدريب، والمهارات، ونظم صحية أقوى

تزايديت بسرعة التقديرات الكمية لمدى تفاقم مشكلة الموارد البشرية، وتتوفر إطلاالة هذا العدد من المجلة بعض البيانات، وصورة أوسع للمشكلة. لا تركز الكثير من البيانات المتوفرة على خدمات بعينها، ولكن على القوى العاملة في النظم الصحية كلّ. لذلك، فقد جمعنا في هذا العدد من المجلة أوراقاً عن قضايا الموارد البشرية في مجال رعاية الصحة الجنسية والإنجابية تحديداً، وكذلك أوراق تركز بشكل أساسى على تنظيم الأسرة، ورعاية الأمومة، والإجهاض غير الآمن، وبرامج علاج الإيدز.

\* رئيسة تحرير مجلة شئون الصحة الإنجابية التي تصدر بالإنجليزية في المملكة المتحدة. والمقال هو افتتاحية العدد ٢٧ (١٤) مايو ٢٠٠٦.

<sup>5</sup> المقالات التي تحمل هذه العلامة غير منشورة في هذا العدد ويمكن الرجوع إليها في العدد الإنجليزي رقم ٢٧ (١٤) مايو ٢٠٠٦.

في مساعدة سيدتين على الولادة، ثم طلب منه أن يجري بجراحة قصيرة عاجلة. إن استخدام تعبير "قصور عدد المختصين في الرعاية الصحية" لوصف مثل هذا الوضع غير مناسب بالمرة.

وصفاً لبرنامج استغرق ١٨ شهراً، واشتمل على تعزيز المعرفة والقدرات الفنية للعاملين، والتوعي برعاية ما بعد الإجهاض، وتحسين البنية التحتية المرتبطة بها، وتوزيع مواد معلوماتية، وإدخال نظام إشراف على الإجهاض. ولكن على الرغم من تقديم نوعية أفضل من الخدمة لعدد أكبر من النساء في تلك المستشفيات، فإن مستوى الوفيات والمضاعفات الحادة ظل دون تغير خلال الفترة التي أجريت فيها الدراسة. ويرجع ذلك إلى أن عمليات الإجهاض التي تمر بها أولئك النساء قبل وصولهن إلى المستشفيات وتلقى الرعاية ظلت على درجة عدم الأمان نفسها التي كانت قائمة قبل بداية تطبيق البرنامج. فكل ما استطاع مقدمو الرعاية الصحية أن يفعلوه - وهو مهمة أساسية في الصحة العامة في تلك الظروف أن يقدموا أفضل ما في الإمكاني من علاج للمضاعفات التي أصابت النساء. ولو كان باستطاعتهم أن يحصلوا على إذن الحكومة بإعلام النساء بتوفير تلك الخدمات، فلربما كان بمقدورهن التقييم مبكراً لتلقيها قبل أن تصبح المضاعفات حادة. ولكن على المدى الطويل، فإن البدء بجعل الإجهاض آمناً هو الحل لتلك المشاكل.

الواقع أن استمرار التجاهل الصارخ لاحتياجات النساء لا يقتصر على ما يتعلق بالإجهاض فقط: ففي معظم البلدان الفقيرة في العالم لا تستطيع أن نطلق على الممرضات وغيرهن من مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط، والذين يعهد إليهم برعاية الأئمة، إلا "مساعدين مهرة" لأن قلة منهن فقط قابلات كاملاً التدريب. وعلى الرغم من أن أولئك الذين يطلق عليهم قابلات مجازاً يُلْجأُ إليهن بشكل متزايد لتقديم الرعاية الماهرة للأئمـاتـ الحـوـامـلـ والأـطـفـالـ حـدـيـشـ الـولـادـةـ، فإنهـنـ لاـ تـلـقـيـنـ ماـ يـجـبـ لهـنـ منـ تـقـدـيرـ. فـنـيـ المـغـرـبـ، عـلـىـ سـبـيلـ المـثـالـ، هـنـاكـ نـقـصـ دـائـمـ فـيـ الـاعـتـرـافـ الـمـهـنـيـ بـالـقـبـالـةـ، يـرـىـ تـيـمـارـ، وـفـيـسـانـدـيـ، وـحـاتـمـ، وـآـبـلـ، وـكـوـبـلـوكـ، أـنـ ذـلـكـ يـتـسـقـ مـعـ اـنـتـشـارـ دـعـمـ الـمـساـوـةـ بـيـنـ الـجـنـسـيـنـ، وـتـدـنـيـ وـضـعـ النـسـاءـ عـمـومـاًـ. وـتـتـاـوـلـ وـرـقـتـهـمـ فـيـ هـذـاـ العـدـدـ مـنـ الـمـجـلـةـ تـارـيـخـ التـدـرـيـبـ عـلـىـ التـولـيدـ فـيـ الـمـغـرـبـ مـنـ ذـخـرـ خـمـسـيـنـيـاتـ الـقـرـنـ الـمـاضـيـ مـعـ بـرـنـامـجـ يـتـطـلـبـ مـجـدـ

لـلـ أـوـضـعـ بـدـاـيـةـ أـمـامـناـ لـلـتـعـامـلـ مـعـ الـنـقـصـ فـيـ الـخـدـمـاتـ الـأـسـاسـيـةـ، مـثـلـ رـعـاـيـةـ الطـوـارـئـ وـرـعـاـيـةـ الـإـنـجـابـيـةـ. تـتـمـثـلـ فـيـ إـلـحـاقـ الـمـزـيدـ مـنـ الدـارـسـيـنـ بـكـلـيـاتـ الـطـبـ وـالـتـدـريـبـ، وـتـرـقـيـةـ الـتـدـريـبـ وـالـمـهـارـاتـ. بـيـدـ أـنـ تـلـكـ لـيـسـ بـالـمـهـمـةـ الـيـسـيـرـةـ. فـيـ هـذـاـ الصـدـدـ، يـصـفـ لـنـاـ إـسـلـامـ، وـحـقـ، وـوـاـكـسـمـانـ، وـبـهـويـانـ<sup>٥</sup>ـ بـرـنـامـجـاـ وـطـنـيـاـ تـمـ تـفـيـدـهـ فـيـ بـنـجـلـادـيشـ عـلـىـ مـدـىـ أـرـبـعـ سـنـوـاتـ، وـتـضـمـنـ تـلـقـيـ الـعـالـمـلـيـنـ الـطـبـيـيـنـ، وـالـمـمـرـضـاتـ، وـمـدـيـرـيـ الـمـرـاـفـقـ، وـفـيـيـ الـمـعـاـمـلـ تـدـريـيـاـ فـيـ الـمـسـتـشـفـيـاتـ الـجـامـعـيـةـ الـثـمـانـيـةـ بـالـبـلـادـ.

وتـمـثلـ الـهـدـفـ مـنـ هـذـاـ بـرـنـامـجـ فـيـ تـحـقـيقـ الـفـعـالـيـةـ الـكـامـلـةـ لـمـرـاـفـقـ رـعـاـيـةـ الطـوـارـئـ وـرـعـاـيـةـ الـإـنـجـابـيـةـ فـيـ مـسـتـشـفـيـاتـ الـمـنـاطـقـ وـالـمـنـاطـقـ الـفـرعـيـةـ بـالـبـلـادـ. وـفـيـ عـامـ ٢٠٠٤ـ كـانـتـ ١٠٥ـ مـسـتـشـفـيـ منـ بـيـنـ مـسـتـشـفـيـاتـ الـمـنـاطـقـ الـفـرعـيـةـ الـبـالـغـ عـدـدـهـاـ ١٢٠ـ، قـدـ أـصـبـحـ عـاملـةـ تـامـاـ فـيـ مـجـالـ رـعـاـيـةـ الطـوـارـئـ وـرـعـاـيـةـ الـإـنـجـابـيـةـ، كـماـ أـصـبـحـتـ ٥٣ـ مـنـ بـيـنـ ٥٩ـ مـسـتـشـفـيـ منـ مـسـتـشـفـيـاتـ الـمـنـاطـقـ تـقـدـمـ خـدـمـاتـ رـعـاـيـةـ طـوـارـئـ وـرـعـاـيـةـ إـنـجـابـيـةـ شـامـلـةـ، مـقـارـنـةـ بـ ٢٥ـ فـقـطـ سـنـةـ ١٩٩٩ـ. وـإـنـهـاـ لـمـاهـمـ شـاقـةـ تـلـكـ الـمـتـمـثـلـةـ فـيـ حـفـاظـ عـلـىـ هـؤـلـاءـ الـعـالـمـلـيـنـ وـاحـتـاطـهـمـ بـوـظـائـهـمـ، وـالـاستـمـرـارـ فـيـ إـشـراكـ الـأـطـرـافـ الـفـاعـلـةـ الرـئـيـسـيـةـ (ـخـاصـةـ الـمـدـرـيـبـيـنـ)، وـإـدخـالـ مـتـدـرـيـبـيـنـ جـددـ، وـتـبـنيـ نـظـمـ جـديـدةـ ثـبـتـ فـاعـلـيـتـهـاـ مـنـ أـجـلـ إـتـبـاعـ مـعـايـرـ ثـابـتـةـ فـيـ الـمـارـافـقـ وـتـحـسـيـنـ نـوـعـيـةـ الـرـعـاـيـةـ، وـتـرـقـيـةـ الـمـزـيدـ مـنـ الـمـرـاـفـقـ الـقـائـمـةـ، وـضـمـنـ توـفـيرـ الـخـدـمـةـ عـلـىـ مـدارـ أـرـبـعـ وـعـشـرـيـنـ سـاعـةـ.

عـلـىـ أـنـ أـفـضـلـ الـتـدـرـيـبـاتـ لـاـ يـكـفـيـ وـحـدهـ. فـقـيـ وـرـقةـ عنـ التـوـسـعـ فـيـ خـدـمـاتـ رـعـاـيـةـ ماـ بـعـدـ الإـجـهاـضـ فـيـ ٢٢ـ مـنـ بـيـنـ ٣٢ـ مـسـتـشـفـيـاتـ مـسـتـشـفـيـاتـ الـمـنـاطـقـ الـعـامـةـ فـيـ جـوـاتـيـمـالـاـ، قـدـمـ كـيـسـلـرـ، وـفـالـيـنـسـيـاـ دـيـلـ فـالـ، وـسـيـلـفاـ

وذهبا إلى أن البلدان التي تصل نسبة مرضى الإيدز فيها أكثر من ٢٠٠٠ مريض يعيشون مع الإيدز لكل طبيب، عليهما أن تطور نماذج تقديم علاج مضادات الفيروسات القهقرية مختلفة عن تلك المتبعة في جنوب أفريقيا، وبالقطع عن تلك المتبعة في البرازيل أيضاً، التي يتوفرون فيها طبيب لكل مريضين من مرضى الإيدز.

وتقديم بالمر دراسة حالة عن احتياجات الموارد البشرية في النظام الصحي المتابع في مالاوي، والتي تميز بانخفاض حاد في أعداد العاملين في قطاع الصحة، مقارنة حتى بالمعايير الإقليمية. وقد ساعد الممولون الحكومية على تطوير برنامج مواردبشرية طارئ، وتمويله، بهدف التعامل مع العوامل التي تدفع العاملين في خدمات الصحة العامة إلى ترك المهنة. وتتفاوت هذه الورقة، أيضاً،حقيقة أن المانحين كانوا متربدين في ضخ استثمارات مهمة يحتاجها التعامل مع مشكلة بهذا الحجم والتعقيد، بسبب الحساسيات الاجتماعية والسياسية المتعلقة بها، وبسبب القلق حول استدامة التدخل، ومخاطر رفع الاعتمادية على المانحين.

**الوجه الإنساني للموارد البشرية في رعاية الصحة الجنسية والإنجابية**، عادة وجه امرأة تركز العديد من الأوراق البحثية في هذا العدد على القضايا النوعية - الجانب الإنساني من الموارد البشرية في رعاية الصحة الجنسية والإنجابية - ووجهات النظر الواردة فيها هي في الأساس وجهات نظر المريضات ومقدرات الخدمة. تدرس وود وجوكس<sup>٥</sup> (مقال غير مترجم في هذا العدد) آثار سعي ممرضات تخفيط الأسرة لوصم ممارسة المراهقات للجنس لأنهن لا يقرنونها. فذلك يؤدي إلى معاملة فظة للمراهقات وعدم الاستعداد للإقرار بتجاربهن كمستخدمات لوسائل منع الحمل، وهو ما ينسف استخدامهن الفعال لتلك الوسائل. على أنه، إلى جانب التعريف، فهناك قضايا أخرى مثل احترام العاملين في مجال الصحة للسرية، حيث يفتقر المراهقون عادةً لضمان السرية في مرافق الرعاية الصحية الأولية.

الحصول على شهادة التعليم الابتدائي، بينما كانت معظم النساء يتلقين الرعاية من معاونات أو ممرضات أو "دائيات"، مدربات أو غير مدربات. ولم تقم الدولة بإنشاء برنامج لمرحلة ما بعد الدراسة الثانوية لتدريب القابلات على المهارات الأساسية إلا في التسعينيات. ويؤكد كتاب هذه الورقة على أهمية الاعتراف بالقابلات ومعاملتهن بوصفهن على كفاءة ومهارة والنظر إليهن على أنهن شريكات مقدرات للممرضات وأخصائين أمراض النساء والتوليد. وهم يرون أنه على هذا الأساس فقط يمكن لممارسة التوليد في دول مثل المغرب أن تتطور إيجابياً لتصبح رعاية للأمومة معتمدة على النساء.

تبدأ الورقة التي تقدمها شنايدر، وبلاو، وجليسون، وتشابيكولي، وجودج، من فرضية أنه من غير المرجح ارتفاع مستوى النفاذ إلى علاج مضادات الفيروسات القهقرية في العديد من الدول النامية دون وجود نظم صحية قوية وتتوفر العاملين الصحيين الماهرین والمتحمسين بشكل كاف، وهم الذين ينظرون إليهم الآن على أنهم قاعدة التوسيع في علاج الفيروس المسبب لمرض الإيدز. ويعنى ذلك في أفريقيا جنوب الصحراء التعامل مع مشاكل التوفر، والهجرة، والتوزيع، وتوزع المهارات، والمكافآت، والإنتاجية والإدارة، وكذلك الاهتمام بمجموعة متنوعة من مهام القيادة. وينبغي، أيضاً، النظر في القيود التي يضعها الاقتصاد الكلى على توظيف مقدمي الرعاية الصحية، كما أن هناك حاجة إلى تقييم كواذر العاملين متوسط المستوى والعاملين في الصحة المجتمعية ودورهم الممكن في التوسيع في علاج الفيروس المسبب لمرض الإيدز.

وتقدم فان دام وكigelz تعليقاً قيماً على هذه الورقة يتعلق بحقيقة أن الأنظمة الصحية التي أنشئت في الأصل لتقدم الخدمات الصحية المتعلقة بالمراحل الحادة من المرض للألم والطفل، أصبح عليها، فجأة، أن تقدم الخدمة لأعداد هائلة من مرضى الإيدز الذين يحتاجون إلى رعاية الحالات المرضية المزمنة طوال العمر. وتتوفر الورقة بيانات حول مدى توفر الأطباء والممرضات مقارنة بأعداد مرضى الإيدز في ١٣ دولة،

لصحة المجتمع وتميته في الهند، ذى توجه واضح لصالح النساء، لا يزال التحسن في صحة النساء وتمكينهن مختلفاً كثيراً عما أنجزه الرجل في هذا المجال. ويعتقد كتاب هذه الورقة أن السبب في ذلك هو المجتمع الذي يستخدم - بمثابة الشديد نحو الذكور - المراافق الصحية وببرامج التعليم والتوظيف لمصلحة الرجل والصبي أكثر من استخدامه لها لمصلحة المرأة والفتاة.

ومن أمثلة الأوضاع الأخرى التي يتعارض فيها ما يفضله المجتمع مع ما يفضله العاملون في مجال الصحة مكان تقديم الرعاية ونوعيتها. وهو ما توضحه الورقة التي قدمها من بنجلاديش بولوم، وشارمان، ورونسمانز.<sup>5</sup> فقد نظرت تلك الدراسة في جدوى الإنجاب في البيت مقارنة بالإنجاب في المراافق الصحية من منظور مساعدات الولادة الماهرات. وقد أوضحت نتائج الدراسة وجود قيود كبرى تواجهها هؤلاء المساعدات أثناء الولادات المنزلية، وتشمل سوء النقل، وعدم ملائمة البيئة للوضع، وعدم كفاية المواد والأدوات، والافتقار للأمان، وعدم ملائمة التدريب والإشراف الطبي، وهي كلها أمور تتعلق، في بعض الأحيان، بتقديم رعاية ماهرة، وكان أصعب ما في الأمر الضغوط التي تمارسها الأسر من أجل الالتزام بمعايير الولادة التقليدية وإقناع تلك الأسر بالقبول بضرورة إحالة النساء إلى مرافق طبي ما عندما تواجه مشاكل في الولادة. ومع ذلك تفضل بعض الأسر أن تلد النساء في البيت.

أخيراً، قد تتلوّن الجهدات الوطنية الهادفة إلى بناء مهارات العاملين في مجال الصحة وتقديم خدمة على مستوى راقٍ عندما تغير الحكومة فيؤدي ذلك إلى تغيير السياسة. وقد تتأثر تلك الجهود سلباً، أيضاً، عندما يُفترى إلى إجماع بين الحكومة والجماعات المانحة، ويوجد تناقض بين الأولويات الصحية، ويتم تسييس المناقشات حول قضايا مثل الخصوبية والإجهاض؛ وقد أوضح هيبل، ودود، وداشدورج حدوث ذلك مؤخراً في منغوليا، وهي بلد كانت تحرز تقدماً ملحوظاً في استخدام وسائل منع الحمل، وتعليم النساء، وتقلصاً في وفيات

وقد توصلت دراسة أجرتها جاروسفيسيين، وليفاسور، وليلجيستراند على ليتوانيا، وقيمن فيها قرارات الممارسين العاميين فيما يتعلق باحترام أو عدم احترام سرية من هم أقل من 18 سنة، إلى أن تلك القرارات كانت تتأثر كثيراً بقوى خارجية. وتشمل تلك القوى الإطار القانوني والموقف الاجتماعي من ممارسة المراهقين للجنس، والجوانب المؤسسية في المراافق الصحية مثل وجود ممرضة أثناء إجراء الفحص، ومدى إتاحة نظام حفظ الملفات الصحية. وتشمل العوامل الفردية علاقات الممارسين العاميين مع أسر المراهقين وموافقتهم الشخصية من قضايا الصحة الجنسية والإنجابية. وعلى ذلك، فهناك تركيبة من العوامل التي لا يمكن الفصل بينها بسهولة، التي تدفع مقدمي الخدمة إلى محاكاة المعايير الاجتماعية للعالم المحيط بهم.

بيد أن العاملين في مجال الصحة لا يُنظر إليهم بشكل سلبي دائماً. ففى ورقة مقدمة من إندونيسيا<sup>6</sup> حول هذا الموضوع، ارتقى وصف مقدمي الرعاية الصحية بهم إلى مصاف الملائكة. فقد وصف أوتومو، وأرسيا، وهاسي الدور المحوري الذى تلعبه متطلبات تخطيط الأسرة على مستوى القرية في إندونيسيا، واللاتى لا يقتصر دورهن على الترويج لتنظيم الأسرة وتقديم ما يساعد عليه، ولكن تخطأه إلى تنظيم اللقاءات، وتقديم المعلومات، وتنظيم أنشطة مدرة للدخل، وتقديم المساعدة الادخارية والائتمانية، وجمع البيانات وتقديمهما وتوفير خدمات رفاه الأسرة الأخرى. وقد أصبح عملهن -الذى كان له عميق الأثر فى التعاطى مع تخطيط الأسرة فى البلاد- ينظر إليه على أنه من المسلمات، حتى أنهن لا تقاضين عليه أجراً حتى اليوم. ويبدو أن ذلك يعود فى المقام الأول إلى كونهن نساء تعملن فى أبعد المناطق عن مراكز السلطة.

على أن المجتمع الذى تخدمه مقدمات الرعاية الصحية قد يحبط، في بعض الأحيان، ما تسعين إلى إحدايه من تأثير إيجابى على صحة النساء فى تلك المجتمعات، وهو ما تصفه الورقة المقدمة من جاكوب<sup>7</sup> وآخرون. فعلى الرغم من العمل لخمسة عقود فى برنامج

الاستمرار في الحياة. على أنه نظراً لأن الإنجابية الاقتصادية بدأت تقدم دورهن الإيجابي في بعض الأسر، فإن أثر ذلك على القرارات المتعلقة بالإنجاب قد تزداد وطأة في المستقبل.

وعلى النقيض من ذلك، نجد أن معظم الشابات في اليابان لا تتجبن، حيث انخفض معدل الخصوبة في عام ٢٠٠٤ إلى ١,٢٩، لقد دأبت سياسة السكان الدولية منذ ستينيات القرن الماضي على تشجيع تقليص نمو عدد السكان في العالم، بيد أن النجاح الذي أحرزته سياسات تحفيظ الأسرة في تحقيق هذا الهدف بدا أنه تسبب فجأة في عودة بعض الديموجرافيين وصناع السياسة إلى تشجيع زيادة النسل. في هذا الصدد، تناقض ورقة جوتو، وياسومورا، وياب، ورياخ السبب الذي جعل اليابان تواجه حالياً صراعاً بين الرغبة في تقليص حالات الحمل غير المرغوب فيه وزيادة معدلات الخصوبة على المستوى الوطني في الوقت نفسه. وقد توصلوا إلى وجود مشاكل نفسية - اجتماعية في الأسر التي تم فيها التخلص من الحمل غير المرغوب فيه. وقد وجدوا أيضاً أن الشباب يعتبرون تربية الأطفال حملًا لا يرغبون في تحمله في معظم الأحيان: وتلك مشكلة متزايدة في بلدان أخرى كثيرة غير اليابان. وهم يرون أن على الحكومة أن تتعامل مع التحديات الاجتماعية التي تؤثر على حيوات الناس داخل الأسر، والتي تقف وراء معدلات الخصوبة المنخفضة الحالية، بدلاً من التركيز على محاولة عكس تقليص معدلات الخصوبة في حد ذاتها.

إن حق المرأة في تقرير ما إذا كانت راغبة في الاستمرار في الحمل أم لا حق التزمت مجلة الصحة الإيجابية بالترويج له على صفحاتها منذ البداية. ومن دواعي سرورنا أننا استطعنا في هذا العدد أن ننشر ورقة لهنرى ديفيد<sup>٥</sup> في هذا الموضوع، ركز فيها على التبعات التي تقع على الأطفال الذين يولدون لأمهات مُنْعِنَّ من الإجهاض. وقد جمعت تلك الورقة نتائج دراسة استمرت لخمس وثلاثين سنة، وأجريت علىأطفال ولدوا بين عامي ١٩٦١ و١٩٦٣ في براج لأمهات حُرمن من إجهاض حمل غير مرغوب فيه. وتذهب نتائج هذه

الأمهات، ونجحت في إيجاد خدمات صحية مبتكرة صدقة للمرأهقين، وطورت ممارسات لجماعات الأسر وصلت إلى المهمشين من السكان. وهكذا قد تختلف السياسة أهدافاً للصحة العامة تؤدي في كثير من الأحيان إلى إضعاف مقدمي الخدمة الصحية.

## ملامح أخرى

بدأت مجلة الصحة الإيجابية، منذ فترة، في نشر موضوعات عن قضايا الصحة الجنسية والإيجابية للمرأهقين، بشكل منتظم، وهناك العديد من المساهمات في هذه الأبيات في عدتنا هذا. من تلك المساهمات، ورقة قدمها وارنيوس، وفاكسليد، وتشيشيمبا، وموساندو، وأنجانى ونيسن حول معارضه الممرضات/ القابلات للمواقف من احتياجات المراهقين الجنسية والإيجابية في كينيا وزامبيا. وقد وجدت الدراسة أن من تلقين تعليمًا أكبر وتعليمًا مستمراً ملنا إلى تبني مواقف أكثر قرآناً من الشباب. لذلك يقترح كتاب هذه الورقة التركيز على التفكير النقدي تجاه الأبعاد الثقافية والأخلاقية لممارسة المراهقين للجنس في التدريب ما قبل الجامعي والتعليم المستمر، من أجل مساعدة الممرضات القابلات على التعامل بتعاطف أكبر مع الواقع الممارسة الجنسية للمرأهقين.

من تلك المساهمات أيضًا، الورقة التي قدمها رشيد<sup>٦</sup> حول المراهقات المتزوجات في الأحياء الحضرية الفقيرة في بنجلاديش، واللائي تمثلن جماعة شديدة الضعف. وقد وُشت الطموحات الثقافية والاجتماعية بأن ١٢٨ من بين ١٥٣ فتاة أجريت معهن مقابلات رزقن بأطفال قبل أن تكن مستعدات لذلك عاطفياً أو جسمانياً. ٢٧ من بينهن تخلصن من الحمل، أجبرت ١١ من بينهن على ذلك من أعضاء الأسرة الذين يعتمدون على ما يدرنه من دخل ويرغبون في بقائهن في العمل. إن الفقر، والظروف الاقتصادية، وعدم الإحساس بالأمان في الحياة الزوجية، والسياسات المتبعة في الأسرة، وغياب المهر، والتناقض بين أعضاء الأسرة، والزوجات، والأنسباء اجتمع كلها لتدفع تلك الشابات إلى الإذعان للقرارات التي يتخذها الآخرون فيما يتعلق بحقهن في إنجاب الأطفال من أجل

سوء رعايتها يلعب في ذلك دوراً ثانوياً. وقد ساعدت التكنولوجيا الجديدة، خاصة الأشعة بال摩جات فوق الصوتية قبل الولادة، على أن تصبح سياسة الطفل الواحد في الممارسة "طفل واحد على الأقل". تصف هذه الورقة أيضاً كيف قام العاملون في تحفيظ الأسرة في البلدة بإجراء اختبار الحمل بشكل إيجابي كل شهرين أو ثلاثة على كل المتزوجات دون الخمسين، وكيف كان يتم بإبلاغ مكتب تحفيظ الأسرة بالبلدة بنتائج كل حمل، وما إذا كان قد أسفر عن سقوط حمل، أو إجهاض، أو ولادة طفل متوفى، أو ولادة طفل حي، أو وفاة طفل حديث الولادة. هذا المستوى من فرض النظام والسيطرة على الحمل نفسه يستحق المزيد من الاهتمام.

أخيراً، بدا أنه من المناسب أن نعيد نشر الخطوط الإرشادية الأخلاقية للإتحاد الدولي لاطباء امراض النساء والتوليد حول الاعتراض الأخلاقي في هذا العدد من المجلة، نظراً لتأثير الاعتراض الأخلاقي على ممارسة أخصائي التوليد وأمراض النساء، وغيرهم من مقدمي رعاية الصحة الجنسية والإنجابية. فهذه الخطوط الإرشادية توضح مسؤولية مقدمي الخدمة "في كل وقت" عن علاج المرضى الذين يتولون رعايتهم، أو تقديم ما يفيدهم ومنع ما يضرهم. وأى اعتراض أخلاقي على علاج مريض يجب أن يأتى في مرتبة تلى واجبه الأول هذا."

### منظور النوع الاجتماعي

هناك جانب شبه غير مرئي فيما يتعلق بمسألة الموارد البشرية، وتظهره الأوراق المنشورة في هذا العدد، وهو الجانب الخاص بالنوع الاجتماعي. ففى البلدان التي يتندى فيها وضع المرأة كثيراً عن وضع الرجل، على وجه الخصوص، لا ترتفع فقط احتمالات إهمال المريضات أو سوء علاجهن، ولكن وضع العاملات فى صحة المرأة عادة ما يكون أقل، أيضاً، من وضع أخصائيي الصحة والعاملين فيها من الرجال، وكذلك الحال أيضاً بالنسبة لأجرها (إن تقاضت أجراً فى الأصل). كذلك، عادةً ما تقل مهارات النساء، فى تلك

الدراسة، فى مجملها، إلى أن منع إجهاص الحمل غير المرغوب فيه ينجم عنه ارتفاع احتمالات تأثير ذلك سلباً على التطور النفسي - الاجتماعي والصحة العقلية لأطفال هذا الحمل حتى مرحلة الشباب، ويشمل ذلك احتياج الطفل إلى علاج نفسي، خاصة لو كان طفلاً وحيداً.

شارك نيدادافولو وبراكين<sup>5</sup> بورقة حول مجتوى المواد المعلوماتية المتعلقة بالإجهاص وتحديد نوع المولود في منطقة راجاسثان بالهند، ورؤية الناس لها. ومعظم المواد المعلوماتية حول الإجهاص فى تلك المنطقة قدمها مقدم خدمة إجهاص واحد. وقد وفر القطاع العام مواد حول عدم قانونية تحديد نوع الجنين، بعضها لم يستطع التمييز بين اختيار النوع وأسباب الإجهاص الأخرى. وفي غياب معرفة الوضع القانوني للإجهاص، ساهمت الرسائل السلبية واللغة العنيفة للمواد المناهضة لاختيار النوع فى النظر إلى الإجهاص على أنه غير مشروع فى الهند. وبناءً على ما توصل إليه من الدراسة، قاما بوضع كتيب مصور ممتاز موجه للمرأة ذات المستوى الضعيف فى القراءة والكتابة، ودليل للمعلمين، يغطي الإجهاص وتحديد نوع الجنين، وقانون الإجهاص فى الهند، ومخاطر الإجهاص غير الآمن، وال الحاجة إلى السعي للحصول على إجهاص آمن على يد مقدمي خدمة مدربين.

أخيراً، قام وو، وفيسانين وهيمينكى<sup>6</sup> فى دراستهم بتحليل المساهمات النسبية لقصور التقارير عن وفيات النساء، وإجهاص الجنين الأنثى وزيادة وفيات الأطفال حديث الولادة من الإناث على ارتفاع نسبة أحد النوعين بين الأطفال حديثي الولادة فى بلدة ريفية فى مقاطعة أنهوى الصينية، بناءً على عينة شملت ٣٦٩٧ حالة حمل. وهى ليست أول دراسة تنشرها مجلة الصحة الإنجابية حول تفضيل أحد الجنسين فى أجزاء من آسيا، ولا يتوقع أن تكون الأخيرة. وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن الإجهاص الانقائى للأجنحة الإناث ربما كان أكبر مسامح فى الارتفاع الشديد لنسبة الذكور بين الأطفال حديثي الولادة. ويبعد أن قصور الإعلام بالمواليد من الإناث وإهمال الأطفال حديثي الولادة من الإناث أو



قبابلات تحملن أدوات جديدة من اليونيسيف، منطقة الدلتا، مصر ٢٠٠٢

فعلى الدول أن تعمل معًا للتعامل مع الاحتياج العالمي لمقدمي خدمات الرعاية الصحية المهرة على مستوى العالم. وللوفاء باحتياجات السكان - الذين يتزايدون

دائماً - المت坦مية لمزيد من الرعاية الصحية التي تلعب فيها الموارد البشرية دوراً محورياً، ينبغي أن تخصص للصحة نسب أكبر من الميزانيات الوطنية. وينطبق ذلك على العالم المتقدم الذي يملك المال لتدريب كل ما يحتاج من عاملين في مجال الصحة دون انتزاعهم من النظم الصحية التي تعانى موارد أقل بكثير. أخيراً، ينبغي على مقدمي الرعاية الصحية أن ينضموا معًا في جمعيات مهنية ونقابات حتى يناضلوا من أجل الحصول على تدريب وظروف عمل أفضل، ومن أجل إيجاد نظم صحة عامة قوية، لأن مصلحتهم من مصلحة مرضاهن.

البلدان، مما يتطلبه تقديمهم لمستوى مناسب من الرعاية للمرضى. إنه ليس من قبيل المصادفة ولا سوء الحظ أن تظل وفيات النساء، بما فيها تلك الناجمة عن تعقيدات الإجهاص غير الآمن، مشكلة صحة عامة كبرى في هذا العدد الكبير من البلدان. فمرد ذلك أن النساء هن الطرف الأساسي والمتأثر الأساسي..

### الخلاصة

من المحيط إلا يؤدى إنتاج المعرفة، في كثير من الأحيان، إلى تحرك ملموس. ومن المقلق أيضاً أن أفضل الأفكار والجهود تبذل لوصف أسباب وأبعاد المشاكل، بينما يعاني الأفراد والمؤسسات الموجودة على الأرض، والمسؤولين عن تنفيذ الحلول، دائماً، من نقص العمالة، والتمويل، والدعم. إن الاستنتاجات التي يمكن أن نخلص إليها من الأوراق المقدمة في هذا العدد واضحة جلية.

# **نظم الصحة وتيسير الحصول على عقاقير مضادات الفيروسات القهقرية لعلاج فيروس نقص المناعة البشرية في أفريقيا الجنوبية: تقديم الخدمة والتحديات التي تواجه الموارد البشرية**

هيلين شنايدر<sup>(ا)</sup>، ديواني بلاو<sup>(ب)</sup>، لوسي جيلسون<sup>(ج)</sup>، نابفوروendi تشافيكولي<sup>(د)</sup>، جين جودج<sup>(هـ)</sup>  
ترجمة: د. شهرت العالم

## **ملخص**

في ظل غياب نظم قوية للصحة، من غير المرجح أن يحصل عدد كبير من البلدان النامية على العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية. تناقش هذه الورقة البحثية التحديات المنهجية التي تواجه توسيع نطاق إمكانات الحصول على العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في البلدان التي تعاني حالات وبائية ضخمة ونظاماً صحية ضعيفة. وترتکز الورقة على خبرة كتابها في أفريقيا الجنوبية، كما ترتكز على إطار منظمة الصحة العالمية المعنى بأداء نظم الصحة. وعلى الرغم من إقرارنا باستمرار وجود فجوة كبيرة في مجال التمويل، ترکز الورقة على التحديات المطروحة أمام إعادة توجيه تقديم الخدمات نحو رعاية الأمراض المزمنة وأزمة الموارد البشرية في نظم الصحة. وقد ازداد اعتبار عدم كفاية الإمدادات، وسوء التوزيع، وانخفاض المكافآت، والتسرّع في معدلات هجرة العمالة في مجال الصحة، من العوائق الرئيسية الموجودة بتُنظيم الصحة وتحول دون توسيع نطاق علاج فيروس نقص المناعة البشرية. على أن المشكلات تتراوح قضية الأعداد، وأصبحت تشمل إنتاجية وثقافات تقديم الخدمة. ومع زيادة عدد البلدان التي تحصل على تمويل لبرامج العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، تزداد ضرورة وجود إشراف وطني قوي على هذه البرامج. وتقترح الورقة مجموعة من المهام الإشرافية قصيرة وطويلة المدى، تضم: مقاومة الطابع الرأسي لعلاج فيروس نقص المناعة البشرية، وتقدير العاملين الصحيين بالمجتمع المحلي، ودورهم الممكّن في إتاحة الحصول على علاج فيروس نقص المناعة البشرية، والجهود الدولية حول قضية نزف العقول، وزيادة الاستثمار في الموارد البشرية الوطنية في مهام التخطيط والإنتاج والمكافأة والإدارة.

- Health Systems and Access to Antiretroviral Drugs for HIV in Southern Africa: Service Delivery and Human Resources Challenges. May 2006. 14 (27).

Helen Schneider et al

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٦

## **كلمات مفتاحية:**

**أدوية مضادات الفيروسات القهقرية، توسيع نطاق الخدمات والعلاج، النظم الصحية**

(ا) أستاذ مشارك، مركز سياسة الصحة، جامعة ويتواترزراند، جوهانسبرغ، جنوب أفريقيا. البريد الإلكتروني: Helen.Schneider@nhls.ac.za

(ب) كبير الباحثين، مركز سياسة الصحة، جامعة ويتواترزراند.

(ج) أستاذ مشارك، مركز سياسة الصحة، جامعة ويتواترزراند، ومراجع بوحدة سياسة الصحة في كلية لندن للصحة العامة والطب الاستوائي، لندن، المملكة المتحدة.

(د) كبير الباحثين، مركز سياسة الصحة، جامعة ويتواترزراند.

(هـ) كبير الباحثين، مركز سياسة الصحة، جامعة ويتواترزراند.

يمكن أن يواجه الاحتياجات قصيرة المدى، لكنه لا يمكن أن يشكل الأساس لتيسير الوصول للعلاج بشكل شامل: إن علاج فيروس نقص المناعة البشرية -كما هو الحال بالنسبة لخدمات الصحة الإنجابية أو رعاية السل الرئوي، وعلى العكس من التحصين ضد شلل الأطفال أو التسويق الاجتماعي لشبكات الأسرة (اللو迦ية من البعض) والواقي الذكري- لا يمكن توفيره في برنامج رأسى منفصل دون إعادة إنشاء بنية أساسية لنظام صحي موازٍ وجديد برمته. ولوصول مضادات الفيروسات القهقرية إلى الأعداد الضخمة من المرضى الذين يحتاجون إليها، وبأسلوب منظم ودوري، من الضروري إعادة النظر في البنية الأساسية الحالية للرعاية الصحية. وعلى الرغم من إمكان وجود دور مهم للقطاع الخاص الهدف للربح، والقطاع غير الحكومي، وقطاع مكان العمل، فإن تلك القطاعات لا يمكن أن تحل محل الوظيفة الجوهرية لقطاع الصحة العام، سواء بوصفه جهة لتقديم الخدمات أو لإدارة عجلة العمل.<sup>(11)</sup>

كما تناقض هذه الورقة مهمة توسيع نطاق علاج فيروس نقص المناعة البشرية في مواجهة الانتشار العام للحالات الوبائية (أي ضخامة الاحتياج) وهشاشة نظم الصحة. وترتکز الورقة على تقدیرات منشورة وخبرات الكتاب في منطقة أفريقيا الجنوبية، حيث يوجد خليط من النظم الصحية ببلدان منخفضة ومتوسطة الدخل. وبناء على إطار منظمة الصحة العالمية المعنى بـأداء نظم الصحة، تبدأ الورقة بعرض موجز للتحديات المطروحة أمام تحقيق نفاذ عالمي. ثم تناقض بعد ذلك، وبمزيد من العمق، الحاجة إلى دمج نظم رعاية الأمراض المزمنة في سلسلة متصلة لرعاية فيروس نقص المناعة البشرية، فضلاً عما يقتضيه ذلك من وجود قاعدة للموارد البشرية وثقافات الرعاية. على حين يظل تيسير النفاذ الشامل إلى العلاج هدفاً بعيداً في أغلب الأماكن، تتضمن جميع نظم الصحة تقريباً على عناصر لجودة الأداء يمكن أن تُشكل أساساً للمشروع في عملية تطوير تعلم -في الوقت نفسه أيضاً- على تقوية نظام الصحة ذاته. وتطرح إدارة هذه الفرص تحديات "الإشراف" الفورية والمهمة، وخاصة في مواجهة

لقد أصبح عدم تيسير النفاذ إلى العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، سواء على أساس ارتفاع سعره أو لعدم توفر بنية أساسية مناسبة، من الأمور التي يتعدّر الدفاع عنها على المستوى العالمي: إذ من شأن هذا العلاج إنقاذ حياة العديد من المرضى. وقد أوضحت العديد من الواقع والمشاريع الرائدة، والتي يحظى البعض منها بالشهرة على الصعيد الدولي، إمكان استخدام مضادات الفيروسات القهقرية بفاعلية في بيئات منخفضة الموارد.<sup>(12)</sup>

وهناك عدد من التساؤلات التي تواجه البلدان متزايدة العدد التي تحصل على موارد خارجية للشروع في برامج علاج فيروس نقص المناعة البشرية. هل يمكن إتاحة مضادات الفيروسات القهقرية لأعداد كبيرة من المرضى الذين يحتاجون إليها، وما المعوقات التي يجب التغلب عليها؟ وكيف يمكن الحفاظ على مبدأ العدالة مع الزيادة الحتمية في عملية التطوير؟ وهل يمكن عملياً إدارة الاستثمار في مجال مضادات الفيروسات القهقرية بما لا يؤدي إلى إبعاد الموارد شديدة الندرة عن الأنشطة الجوهرية الأخرى، وفي المقابل إفادة نظام الصحة من أجل تقديم جميع البرامج الصحية؟<sup>(13)</sup>

ولا تقتصر هذه التساؤلات على توسيع نطاق العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية؛ فقد اصطدم الاهتمام العالمي المتجدد لمواجهة أعباء المرض الساحقة على الجنوب "بعدم استقرار أوضاع نظم الصحة في كثير من البلدان النامية".<sup>(14)</sup> وتقع حالات إخفاق نظم الصحة في جذر النتائج المثيرة للإحباط في مجال استراتيجيات الرقابة على مرض السل الرئوي<sup>(15)</sup>، والإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة<sup>(16)</sup>، وإدخال خدمات الصحة الإنجدافية<sup>(17)</sup>. وقد حذر عديد من الكتاب<sup>(18)</sup> من تقشّي التمزق والفوضى في النظم الصحية في أعقاب الانتشار العالمي للشراكة بين القطاعين العام والخاص عند محاولة تناول فيروس نقص المناعة البشرية بشكل أو بأخر، على أن الميل لتخطي النظم الصحية، بإنشاء هيكل رأسية تستند الموارد من "المركز المتهالك".<sup>(19)</sup>

نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز بدرجة كبيرة خلال السنوات الماضية، فإن الموارد المنشودة للعلاج لا تزال تقتصر عن الاحتياج،<sup>(١٤)</sup> ناهيك عما تتطلبه عملية إعادة بناء نظم الصحة.<sup>(٨)</sup> على أن قسماً كبيراً من التمويلات الجديدة لا يزال يتدفع خارج وأحياناً يهدد بالطغيان على - الآليات الوطنية القائمة لإدارة المساعدات الخارجية لنظام الصحة، مثل المقاربة الشاملة للقطاعات.<sup>(١٥)</sup> ومع ذلك، وحتى مع توفر التمويل الكافي من خلال نظم متكاملة، أدت سنوات من محدودية الاستثمارات في قاعدة الموارد لنظم الصحة - وخاصة الناس والبنية الأساسية - إلى ترسیخ صعوبات يتعدى التخلص منها على المدى القصير. كما أن هذه الأبعاد الكلية لنظم الصحة لها ما يناظرها في مجموعة من التحديات التي تواجه تقديم الخدمة على المستوى الجرئي، وهي تحديات تقترب بإنشاء نظم لرعاية الأمراض المزمنة. وستتناول في الأقسام التالية هذه التحديات بمزيد من التفصيل.

### **تحديات تقديم الخدمة: العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية بوصفه رعاية لأحد الأمراض المزمنة**

إن العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، كما هو متاح حالياً، يتسم بفاعلية كبيرة، لكن إدارته شديدة التعقيد؛ إذ أن استخدامه يستلزم الاستمرار طوال الحياة في استخدام ثلاثة عقاقير على الأقل من مضادات الفيروسات القهقرية (علاج ثلاثي أو علاج عالي النشاط بمضادات الفيروسات القهقرية HAART). كما أن مقاومة العقار، وما يليها من زيادة في الأحمال الفيروسية والفشل الإكلينيكي، تعد أموراً شائعة نسبياً، حتى مع ارتفاع مستويات الامتثال للعلاج.<sup>(١٦)</sup> وهو الأمر الذي يستلزم رقابة إكلينيكية ومعملية مستمرة، مع تيسير النفاذ إلى الخط الثاني للعلاج. ويتكرر نسبياً حدوث الآثار الجانبية للعقاقير، وخاصة في بداية العلاج، ويترافقها بخطورة تتطلب إجراء تعديلات على العلاج، وقد ظهرت نسبة ذات دلالة من الوفيات (حتى ٣٪) في الشهور الأولى من العلاج بإحدى مناطق جنوب أفريقيا.<sup>(١٧)</sup>

تعدد المبادرات والسرعة الشديدة المطلوبة للتطوير في بلدان عديدة. ونخلص في النهاية إلى تقديم موجز لما تعتبره مهام الإشراف، التي تتحدد خطوطها العريضة في مصفوفة تضم مهام تعزيز النظم الصحية قصيرة وطويلة الأمد والجزئية والكلية.

### **نظرة عامة حول التحديات المطروحة أمام نظم الصحة**

ثير حالة نظم الصحة العامة القلق، وخاصة في أفريقيا جنوب الصحراء حيث تصل الحاجة إلى مضادات الفيروسات القهقرية إلى أقصاها. لقد أدت عقود تتواء بالازمات الاقتصادية وببرامج التكيف الهيكلي وانخفاض الإنفاق العام إلى توقيض حاد في القدرة على توفير شبكات الأمان الصحي الأساسية في العديد من الأماكن. وهناك قيود عديدة تحول دون التدخلات الجديدة ب مجال الصحة في تلك البيئات، وقد وصفها على نحو شامل هانسون وأخرون<sup>(١٨)</sup> باعتبارها تضم ما يلي: الحواجز أمام الطلب للوصول إلى الخدمات (على سبيل المثال: القدرة المالية، الوصمة الاجتماعية)، والبنية الأساسية غير الملائمة لتقديم الخدمات، وضعف نظم تنظيم العقاقير وتوفيرها، وصعوبة إدارة المدخلات العديدة التي تقدمها الهيئات المانحة. ويقدم جدول رقم ١ صورة موجزة للقيود التي تعانيها نظم الصحة في مجال توسيع نطاق العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، بما يتماشى والإطار الذي طرحته منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠٠.<sup>(١٩)</sup> يقسم هذا الإطار نظم الصحة إلى ثلاثة أهداف (الجودة، والعدل، والاستجابة) ومجموعة من الوظائف (تقديم الخدمات، وإيجاد الموارد، والتمويل، والإشراف) المطلوبة لتحقيق تلك الأهداف. وعلى الرغم من نظرية البعض إلى هذا الإطار باعتباره تمثيلاً ضيقاً لنظام الصحة أو التطوير،<sup>(٢٠)</sup> فإنه يُعد بالفعل مرشدًا مفيداً لتدخل كلاسيكي في مجال تقديم الخدمة مثل علاج مرضى فيروس نقص المناعة البشرية.

يمثل توفير التمويل المناسب التحدي الأساسي أمام توسيع نطاق العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية. وعلى الرغم من زيادة التمويل العالمي للعلاج من فيروس

جدول رقم ١

تعريف أبعاد نظام الصحة، والتحديات التي تواجهه توسيع نطاق العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية

| أبعاد نظام الصحة | التعريف   | التحدي الأساسي الذي يواجه العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية   |
|------------------|---|---|
| <b>الأهداف</b>   |   |   |
| الجودة           | الوضع الصحي   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● إطالة نوعية الحياة وكفالتها</li> <li>● تعزيز الوقاية من خلال الرعاية</li> </ul>  |
| الاستجابة        | درجة تلبية نظام الصحة لتوقعات السكان حول كيفية علاجهم   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● تغيير العلاقة بين المريض ومقدم الخدمة، وكذا تغيير ثقافات تقديم الخدمة</li> </ul>   |
| العدل            | العدل في توزيع الموارد والمخرجات  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● الحفاظ على مبادئ المساواة في عملية توسيع نطاق استخدام مضادات الفيروسات</li> </ul>  |
| <b>الوظائف</b>   |   |   |
| تقديم الخدمات    | أية خدمات؟ من يقدمها؟ وكيف؟   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● تيسير إتاحة إلى الخدمات الصحية</li> <li>● إعادة صياغة توجيه الخدمات، من رعاية الحالات الحادة إلى رعاية الحالات المزمنة</li> </ul>  |
| المتمويل         | مصادر تمويل نظم الصحة وتخفيضه   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● تأمين استدامة التمويل اللازم لعلاج فيروس نقص المناعة البشرية</li> <li>● إدارة المدخلات العديدة التي تقدمها الهيئات المانحة</li> </ul>  |
| إيجاد الموارد    | الموارد البشرية، والبنية الأساسية الرئيسية والعاققيروغيرها من المواد القابلة للاستهلاك، والمعلومات المطلوبة لتقديم الخدمة | <ul style="list-style-type: none"> <li>● تحسين البنية الأساسية في مجال تقديم الخدمة - وخاصة في مجالات توفير الإمدادات، والجودة، والمكافآت، وتوزيع الموارد البشرية</li> </ul>  |
| الإشراف          | المراقبة الكلية، ووضع القواعد للعبة، وتنظيم استخدام الموارد، وجمع المعلومات وفحصها  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● كفالة أن يصبح تمويل علاج مرض فيروس نقص المناعة البشرية جزءاً من المناهج القطاعية</li> <li>● تعزيز إتاحة الخدمات على قدم المساواة</li> <li>● كفالة مناهج ذات توحيد قياسي، وتنسيق تنظيم استخدام العقاقير</li> <li>● تقوية إدارة الأقليم وغيرها من الوظائف الأساسية لنظام الصحة</li> <li>● الترويج لثقافات تنظيمية جديدة</li> </ul> |

أ.منظمة الصحة العالمية (بتصريف) (١٣)



متطوعتان بمنظمة "أطباء بلا حدود" لتقديم المشورة حول الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل زامبيا، ٢٠٠٥.

وكقاعدة، تمكنت هذه المشروعات الأولية الرائدة من وضع وإظهار أداء عالٍ في مجالات متابعة العلاج، والامتثال له، وبقاء المرضى على قيد الحياة. على أن هذا الأداء يرتكز على قاعدة موارد مهمة، تضم مزيجاً معقداً نسبياً من الموارد البشرية والنظم ويسفر عن نطاق واسع من الأشطمة. وتشمل البرامج العلاجية ما يلي: الفريق الطبي، العمالة الصحية من المستوى المتوسط (التمريض والمساعدين الإكلينيكين)، فنيي المعامل، المستشارين العاديين، العمالة الصحية بالمجتمع المحلي أو المساندين للعلاج، ومديري البرنامج (الإطار). وعلى حين أوضحت الخبرة إمكان تنظيم رعاية مرضى فيروس نقص المناعة البشرية (بما في ذلك العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية) في إطار حزمة من الإجراءات المرتبطة وفق الاحتمالات المختلفة يتولى تطبيقها العاملون من المستويات المتوسطة، وخاصة إذا توأمت مع وجود نظم قوية للصحة العامة

على أن الخبرات الأولية في عديد من البلدان النامية توضح أن هذه التحديات يمكن التعامل معها وحلها.<sup>(١)</sup> فقد شرعت بوتسوانا -وهي بلد متوسط الدخل، يضم ١,٧ مليون يعانون من الإصابة المدمرة بفيروس نقص المناعة البشرية الوبائي- في برنامج لتيسير إتاحة العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية بشكل شامل. وفي أبريل ٤، ٢٠٠٤، كان البرنامج قد التحق به ما يزيد على ١٧,٠٠٠ نسمة، وكانت معدلات الامتثال للعلاج مرتفعة ارتكازاً على قياسها بواسطة نتائج مثل الأحمال<sup>(٢)</sup> الفيروسية.<sup>(٣)</sup> ويوجد لدى منظمة أطباء بلا حدود مشروعات على مستوى المناطق في ٢٥ بلداً، تعامل بشكل شامل مع فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، بما في ذلك العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية.<sup>(٤)</sup> كما تشرع الحكومات في برامج العلاج العديدة الأخرى، في ظل تمويل ثانوي ومتحدد الأطراف من جانب الهيئات المانحة.

## منج العاملين في مشروعين من مشروعات علاج مرض فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز

تتولى منظمة "أطباء بلا حدود" مشروعًا شاملاً لعلاج مرضي فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز في إقليم تيولو<sup>(٢١)</sup> في مالاوي، ويضم المشروع المزيج التالي من العاملين:

- طببيين
- متخصصون في علم الوبائيات
- ٥ مسؤولين إكلينيكين، ومساعد طبي
- ٢٦ من أفراد التمريض (بما في ذلك من يقومون بتقديم الاستشارات والرعاية على مستوى المجتمع المحلي)
- ٦ من العاملين للزيارات الخارجية
- طاقمًا إداريًّا يضم فرددين
- فني معمل

تتطلب رعاية مرضي فيروس نقص المناعة البشرية، وخدمة العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية -التي تقدمها منظمة أطباء بلا حدود في خاليتشا في كيب تاون بجنوب أفريقيا- توفر التالي على أساس يومي بكل موقع للخدمة الإكلينيكية:

- ممرضة متخصصة (حاصلة على تدريب في الرعاية الإكلينيكية للصحة الأولية)
- طبيب لبعض الوقت
- مستشار يتابع الامتثال للعلاج
- موظف لبعض الوقت

المصدر: اتصال شخصي مع أندرو بول عن مشروع خاليتشام (أطباء بلا حدود)، ٢٠٠٤.

نظم متابعة الرعاية يمثل أهمية مركزية لنجاح العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية. كما أن اختبار فيروس نقص المناعة البشرية على نطاق واسع وبواسطة أفراد جيدين لن يتحقق، بدوره، إلا إذا كان الناس يتذمرون إلى مقدمي الخدمة باعتبارهم متعاطفين وجديرين بالثقة. ففي بعض البرامج، يُعزى قدر كبير من نجاح العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية إلى أنشطة المجتمع المحلي التي تضم مجموعات دعم المرضى، والمنظمات غير الحكومية، أو المستشارين العاديين. ويمكن اعتبار هؤلاء الفاعلين وسطاء مهمين يشجعون الطلب، ويقلصون الحواجز الاجتماعية أمام الدخول إلى الرعاية و يقدمون الدعم الاجتماعي للمرضى بمجرد تشخيص الحالات والمشروع في العلاج. وتختلف من مكان آخر طبيعة

على مستوى المناطق<sup>(٢١)</sup> إلا أن الوضع لا يزال يقتضي حشد تشكيلات مختلفة من المهارات، وفي فترات مختلفة. وعلاوة على ذلك، تقوم تلك الأنشطة على اعتماد مكثف على الأطباء أكثر من غيرها من أنشطة الرعاية الصحية الأولية الأخرى مثل التحضين ورعاية ما قبل الولادة.

في هذه المشروعات الرائدة، يجري أيضًا إدماج مضادات الفيروسات القهقرية في مجموعة أوسع تضم الصحة العامة والأنشطة الإكلينيكية والبعيدة، وذلك في "سلسلة متصلة" من الرعاية والمساندة وأحياناً الوقاية، وتقدم كلها مجانًا في موقع الاستخدام. إن توسيع اختبار فيروس نقص المناعة البشرية وإدخال المرضى في

الاجتماعية الاقتصادية، وتهتم بتأمين كرامة المرضى ودورهم كفاعلين إيجابيين. إن هذا التحول -الذى زبما يُعد أعقد جوانب تكرار برامج العلاج الناجحة بمضادات الفيروسات القهقرية- يستلزم نوعاً جديداً من العلاقة أو التعاقد (الطبيعية التفاوضية للحقوق، والمسئوليات، والالتزامات) بين مقدمي الخدمة والمريض. هذا التعاقد يرتكز على مستويات إدراك عالية ("معرفة العلاج") من جانب المستخدمين، وتوفير نظم دعم العلاج التي تتطلب أن يضطلع المرضى بمسئولييات جديدة، أي يتخذون قرارات تتعلق بالرعاية، والامتثال للعلاج، فضلاً عن المشاركة في أنشطة المجتمع المحلي والوقاية.

إن ما تشتهر فيه نماذج رعاية مرضى فيروس نقص المناعة البشرية مع رعاية الأمراض المزمنة يزيد عما تشتهر فيه مع الرقابة على السل الرئوي. وتطرح المناهج المعاصرة لرعاية الأمراض المزمنة بوضوح الحاجة إلى توفير موارد كافية لتقنيات التدخل (على سبيل المثال: البروتوكولات والنظام)، فضلاً عن تشكيل "فرق تضم عدداً كافياً من الأفراد المتمرسين والمسلحين بالمعرفة"، ويعملون في شراكة مع "المرضى الذين يمتلكون المعلومات والتمكين".<sup>(٢٢)</sup> وعلى حين يُعد كلاماً مكوناً ضرورياً للعمل بكل، كانت برامج الأمراض على مستوى العالم تميل للتوكيد على التقنيات وليس على العلاقات بين الناس، أي على "المكونات المادية" وليس "الجوانب الإنسانية" عند تقديم الخدمة.<sup>(٢٣)</sup>

هناك حدود أمام تقليص تعقيد الأبعاد الشخصية والاجتماعية لرعاية الأمراض المزمنة، وذلك من خلال التصميمات والبروتوكولات المعيارية. إن التخلص من الحاجز الثقافية والمادية أمام الرعاية، فضلاً عن طرح ثقافات تنظيمية يستجيب خلالها مقدمو الخدمة لاحتياجات المرضى، تُعد عمليات يجري التفاوض بشأنها محلياً، وتتوقف على مدى القدرة على صنع القرار وحل المشكلات على المستوى المحلي. ولهذا، مما يثير المفارقة أن بناء القدرة على رعاية فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز المزمن يتطلب نشر التوحيد القياسي للممارسة من ناحية، وتوسيع

وتركيبية تلك المساندة الاجتماعية وما إذا كان مقدمو الخدمة بالمجتمع المحلي متطوعين أم يحصلون على مكافآت.

وعلى الرغم من أن علاج فيروس نقص المناعة البشرية يمكن إدارته أساساً داخل نظام الرعاية الصحية الأولية، فإن تحقيقه بفاعلية ليس أمراً بسيطاً: ذلك أن كفالة العلاج طول العمر، وتسخير النفاذ إلى المنشآت الصحية وجودة أدائها لوظائفها، وإدارة علاقات الإحالة، والشراكة مع الفاعلين من غير الدول، والرقابة والتقييم، والتخلص من الحاجز العديدة أمام الدخول في الرعاية والبقاء، في ظلها يتطلب مستوى عال من النظم والقدرة الإدارية. وهو الأمر الذي يجعل التعامل مع مضادات الفيروسات القهقرية أكثر تقييداً من العديد من تدخلات الرعاية الصحية الأخرى.

ولعل رعاية مرضى السل الرئوي هي أقرب نظم الصحة شبههاً بالعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية؛ إذ تتسم الأخيرة بالعديد من العناصر الموجودة في متابعة حالات السل الرئوي. وعلاوة على ذلك هناك سمة مشتركة مع الأمراض المزمنة غير المعدية مثل السكر، من حيث كونها غير قابلة للعلاج وتطلب علاجاً يمتد لسنوات وليس لشهر. إن خبرات التحكم في السل الرئوي - وخاصة استراتيجية "المراقبة المباشرة للعلاج، دورة قصيرة" - توفر قاعدة مهمة يمكن على أساسها إعداد تصميم البرامج وتطبيقاتها.

على أن برامج علاج فيروس نقص المناعة البشرية، كما وصفناها أعلاه، قد ابتعدت في جوانب مهمة عن منهج المراقبة المباشرة للعلاج، وبوجه خاص في فلسفتها ومناهجها المتعلقة بالشراكة مع المرضى. لقد ركزت الاستراتيجيات على التخلص من حاجز الاستخدام (مثل جلب العقاقير للمرضى)، وتوفير المعلومات وكذلك المساندة الاجتماعية للمرضى.<sup>(٢٤)</sup> وفي هذه السياقات، غالباً ما يقع الامتنال للعلاج في إطار خطابات تتمرّكز حول المريض وحقوقه وتسعي لتمكين المرضى ومشاركتهم، والتخلص من الحاجز

خارج المنطقة، مع كفالة تيسير تنفاذ جميع العاملين في مجال الرعاية الصحية إلى العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية. وقد أمكن إلى حد كبير تببير الإمداد بالعقاقير وتوزيعها من خلال الآليات القائمة.

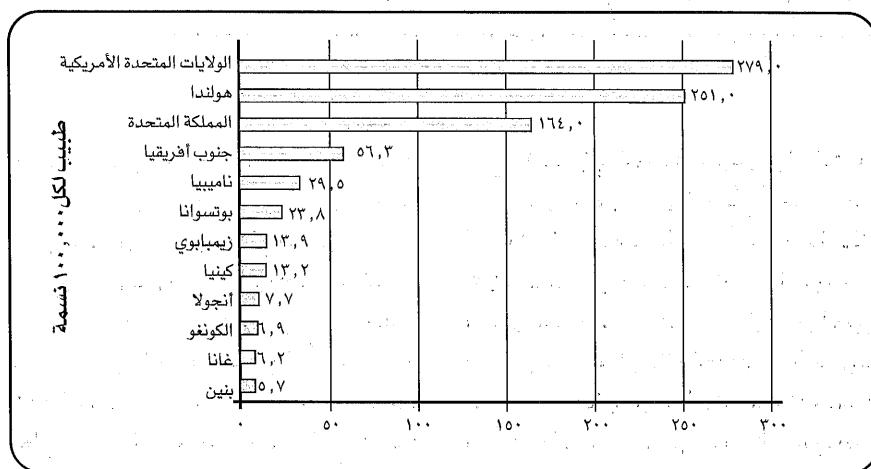
وتقديم مثل تلك المبادرات المحلية أمثلة مهمة حول تعزيز نظم الصحة من خلال فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز، وخاصة إذا حصلت على المساعدة من عمليات وطنية تعمل على تشجيع مقاسمة الدروس المستفادة وتوجيه الموارد الجديدة نحو تكرار تلك الخبرات في أماكن أخرى. على أن تلك المبادرات لا تشير سوى إلى القليل من تحقيق هذه الآثار في مجتمع النظام الصحي على المستوى الوطني. فقد قام المشروع بتوظيف ٤١ من مواطني مالاوي، وهو الوضع الذي يصعب تحقيقه عملياً في كل منطقة دون وجود عمل وطني متسلق يستهدف زيادة الإمداد بالموارد البشرية. ويبعد أن توظيف العمالة في المشروعات غير الحكومية المعنية بفيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز بهذا البلد يمثل السبب الرئيسي لفقدان الموظفين من مؤسسات القطاع العام.

القدرات المحلية على اتخاذ القرار من ناحية أخرى، كما يتطلب تشجيع الابتكار، وفي الوقت نفسه ضمان الاتساق مع الخطوط الإرشادية. يتطلب الأمر إذن تركيباً مؤلفاً يضم عمليات تراتبية من أعلى إلى أسفل، بالإضافة إلى آليات لتيسير عملية تعلم مرنة من أسفل إلى أعلى يشكلها الفاعلون المحليون. وبدوره، يتطلب بناء القدرة المحلية التركيز مجدداً على قيام بني النظم الصحية الأساسية بوظائفها، وتحديد الرعاية الصحية الأولية والنظام الصحي في المناطق.

إن مشروع منظمة "أطباء بلا حدود" في مالاوي ل توفير رعاية شاملة لمرضى فيروس نقص المناعة البشرية، والذي وصفناه في الإطار (١) استثمر في تقوية مستشفى المنطقة عن طريق جذب موظفين إضافيين من الخارج وتطوير معمل المستشفى المحلي.<sup>(٢٠)</sup> ومن خلال المفاوضات، أدخل المشروع حافزاً مرتبطة بالأداء لجميع العاملين بالمنطقة من أجل معالجة التوترات المحلية حول التباين في المرتبات بين العاملين في الحكومة وبين العاملين في المنظمات غير الحكومية. جذب المشروع أيضاً موظفين وطنيين من

الشكل رقم ١

**نسبة الأطباء لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة في مجموعة مختارة من البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل في أفريقيا ومجموعة مختارة من البلدان مرتفعة الدخل (١٩٩٥-١٩٩٩)<sup>(٢٠)</sup>**



متضخمة،<sup>(٢٩)</sup> فإن نسب العمالة في مجال الصحة بالنسبة للسكان في نظم الصحة بالبلدان النامية أقل كثيراً من تلك الموجودة في الأمم الصناعية (الشكل ١).

وعند القياس على أساس الاحتياج، نجد العجز في البلدان النامية كبيراً. فقد طرح كوروسيكي وأخرون<sup>(٣٠)</sup> تقديرًا لمتطلبات الموارد البشرية الضرورية لتلبية الاحتياجات الجوهرية في مجال الرعاية الصحية، بما في ذلك علاج فيروس نقص المناعة البشرية، في تزانيا وتشاد، وأشارت دراسات الحالة التي قاموا بها إلى وجود فجوة تصل إلى ٥٤٪ على الترتيب في الحجم الضروري لقوة العمل بقطاع الصحة (جدول رقم ٢). كما ظهر أيضًا عدم التوازن بين العمالة الماهرة وغير الماهرة.

### التحدي المتعلق بإيجاد الموارد

على الرغم من اشتغال أغلب نظم الصحة على أمثلة ناجحة في مجال تقديم خدمات لمرضى السل الرئوي والأمراض المزمنة ومؤخرًا مضادات الفيروسات القهقرية، فإن التوسع بما يتجاوز جزر النجاح يواجه عقبات كبيرة. إن عدم كفاية (وفي الواقع تزايد أزمة توفر) العمالة الصحية الماهرة التي تمتلك الدافع، يعتبر الآن العقبة الرئيسية التي تواجهها النظم من أجل توسيع نطاق علاج فيروس نقص المناعة البشرية.<sup>(٣١-٣٤)</sup>

وتشمل مشكلة تطوير الموارد البشرية عدداً من الجوانب: العرض، والهجرة، والتوزيع، والمهارات، والمكافآت، والإنتاجية.<sup>(٣٨)</sup> وعلى الرغم من الرؤية التقليدية التي تعتبر قطاعات الصحة العامة في أفريقيا

جدول رقم ٢

احتياجات الموارد البشرية في تزانيا وتشاد في عام ٢٠١٥<sup>(٣٠)</sup>

| تشاد   | تزانيا |   |
|--------|--------|---|
| ٢,٥٠٠  | ٢٧,٠٠٠ | التوفر المتوقع في عام ٢٠١٥ (ما يعادل كل الوقت)                      |
| ١٨,٨٠٠ | ٩٩,٠٠٠ | الاحتياج في عام ٢٠١٥ (ما يعادل العمل لكل الوقت)                     |
| ٠,٥١   | ٠,٤٢   | النسبة المتوقعة للعمالة غير الماهرة - الماهرة في عام ٢٠١٥           |
| ٠,٢٩   | ٠,١٨   | نسبة العمالة غير الماهرة - الماهرة التي هناك حاجة إليها في عام ٢٠١٥ |

وبالنظر إلى المسألة مع مرور الوقت، يمكن القول إن المعروض من المهنيين في مجال الصحة بأغلب البلدان الأفريقية لم يكن دوماً محدوداً كما هي الحال الآن. وبعد فترة أولية من تعاظم العرض، مرت أغلب البلدان بخبرة الهبوط المستمر في توفر الموارد البشرية. ويُعد الوضع الحالي نتاج العديد من الضغوط على مدار عدة عقود -تقليص إنفاق القطاع الاجتماعي، حالات هبوط حادة وأحياناً بين عشية وضحاها في الدخل الحقيقي للمهنيين في مجال الصحة، وما يتربّط عليه

ووفقاً لحسابات حكومة جنوب أفريقيا، هناك حاجة إلى ١٣,٨٠٥ من المهنيين الجدد في مجال الصحة (الأطباء، أطقم التمريض، الصيادلة، أخصائيو التغذية، الاستشاريون) مع حلول عام ٢٠٠٨ لتلبية أهداف "الخططة العملياتية للرعاية الشاملة لمريض فيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز، الإدراة والعلاج".<sup>(٣١)</sup> ومع ذلك، في عام ٢٠٠٣ كان هناك ٥٧٤؛ موقعاً شاغراً للمهنيين بقطاع الصحة العام في جنوب أفريقيا، مما كان يمثل ١,٣١٪ من معدل الأماكن الشاغرة.<sup>(٣٢)</sup>

المنظمات غير الحكومية، قد أتاحت فرصاً للهروب خارج القطاع العام والمناطق الريفية داخل البلدان.<sup>(٢٠)</sup> لكن النتائج المترتبة على تلك التدفقات لا تقتصر فحسب على النقص، وإنما تضم أيضاً زيادة تغيير الوظائف وفقدان الذكرة المؤسسية.

وهناك ضعف شديد في توثيق المبادرات التي تمت مع مرور الوقت بهدف حماية قاعدة الموارد البشرية للنظم الصحية، ولا يوجد حالياً سوى القليل من الأدبيات حول خبرة العقود العديدة مع كوادر المستوى المتوسط (على سبيل المثال: المساعدون) في العديد من البلدان.<sup>(٢١)</sup> كما أن الاستجابات لفيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز قد أدت هي نفسها إلى تشكل بنية أساسية كبيرة من العاملين على مستوى المجتمع المحلي وفي البيوت الذين غالباً ما يعملون من خلال المنظمات غير الحكومية. كما أن الاعتماد -في أغلب الأحيان- على قاعدة من المتطوعين أو العاملين الذين يحصلون على مكافآت جزئية، يشكل بحد ذاته وجوداً لقوة عمل فعلية كبيرة في قطاع الصحة. وعلى سبيل المثال، كان هناك ما يقدر بحوالي ٣٠،٠٠٠ من مقدمي الرعاية بالمجتمع المحلي في جنوب أفريقيا عام ٢٠٠٢، ٢٠٠٢ من مقدمي والذين تخططت الحكومة إلى إدخالهم رسمياً إلى بنية أساسية للعملة في مجال الصحة بالمجتمع المحلي تحت إدارة إدارة المنظمات غير الحكومية، لكن يحصلون على الدعم والتنظيم من الدولة.<sup>(٢٢)</sup> ويمكن القول أيضاً بنقص مدى الإدراك بأهمية حشد قاعدة المهارات الناشئة في نظم الصحة بغية رعاية مرضى نقص المناعة البشرية.

وقد يمثل ارتفاع مستويات عدوى فيروس نقص المناعة البشرية بين العمالة الصحية أحد العوامل التي تسهم في استغلال العاملين في بعض البلدان.<sup>(٢٣)</sup> ومع حلول نهاية التسعينيات، كانت الوفيات تشكل أكثر من ٤٠٪ من جميع الممرضات اللاتي فقدن القطاع العام في ملاوي وزيمبابوي،<sup>(٢٤)</sup> بينما في جنوب أفريقيا عام ٢٠٠٠، أصابت عدوى فيروس نقص المناعة البشرية ١٦,٣٪ من العمالة الصحية.<sup>(٢٥)</sup>

من انخفاض في "قيمة المجتمعية" ومكانتهم،<sup>(٢٦)</sup> فلة الاستثمارات في التدريب وإنجاز كواذر جديدة، الفشل في الإبقاء على من حصلوا على التدريب، وعدوى فيروس نقص المناعة البشرية.

وعلى حين مرت القارة الأفريقية لعقود بخبرة نزف العقول من الموارد البشرية الماهرة، تشير الدلائل إلى عملية الهجرة الدولية السريعة مؤخراً، والتي تولدت من أزمة الموارد البشرية (وإن كانت نسبية) في نظم الصحة بالشمال الصناعي.<sup>(٢٧)</sup> وعلى الرغم من ندرة البيانات والافتقار إلى مقاييس معيارية لتوثيق اتجاهات الهجرة، تؤكد المؤشرات التدفق المذهل للعاملين في مجال الصحة إلى خارج البلدان النامية. وعلى سبيل المثال، تضم الوثائق قيام حوالي ٥٠٠ طبيب وأكثر من ١،٠٠٠ ممرضة من جنوب أفريقيا بالتسجيل سنوياً لدى المجلس الطبي العام بالمملكة المتحدة.<sup>(٢٨)</sup> لقد فقدت كينيا ٤،٠٠٠ ممرضة إلى المملكة المتحدة والولايات المتحدة؛ وفي زيمبابوي، فإن ٣٦٠ طبيباً فقط من بين ١،٢٠٠ طبيب حاصل على التدريب في التسعينيات كانوا لا يزالون يمارسون الطب في بلدتهم في عام ٢٠٠٠.<sup>(٢٩)</sup>

وهكذا، وعلى حين كان التدفق التقليدي خارج البلدان من الأطباء، فقد أصبح اجتذاب الممرضات للعمل في الخارج حالياً يتجاوز تدفق الأطباء.<sup>(٣٠)</sup> لقد ارتفعت معدلات الأماكن الشاغرة في بعض البلدان بشدة، على الرغم من عدم كفاية العمالة بالمؤسسات، بدرجة تصل إلى ٤٠-٥٠٪ من وظائف القطاع العام للعاملين المهنيين.<sup>(٣١)</sup> وحتى بتوسّعها، وهو بلد متوسط الدخل قادر على اجتذاب المهنيين من البلدان الأخرى، لم تتمكن من شغل سوى ٧٨٪ من وظائف الأطباء و ١٨٪ من وظائف التمريض.<sup>(٣٢)</sup>

إن النسب الكلية للعمالة في مجال الصحة على المستوى الوطني تحفي تفاوتات ضخمة داخل البلدان، كما يُعد نزف العقول مشكلة داخلية بقدر ما يُمثل مشكلة دولية. كما أن الخصخصة وتزايد دور القطاع الخاص الهدف للربح في كثير من البلدان، فضلاً عن انتشار

فرص الترقى، وغالباً خطورة ظروف العمل، وخبرة تخلى الأطباء المسؤولين رسمياً عن رعاية المرضى. لقد كان هذا الشعور بالإساءة يتحول كاملاً، في أسوأ الأحوال، إلى ثقافة الإساءة للمرضى (ص ٨).<sup>(٤٢)</sup> كما أن السلوك الاستغلالى تجاه نظام الصحة العام/الحكومي من ناحية، وتجاه المرضى من ناحية أخرى، ينتشر بدرجة تجعله يُشكل مجموعة من الأعراف أو القيم التي تصوّر بقوّة الممارسة اليومية لمقدمي الخدمات الصحية في كثير من نظم الصحة.<sup>(٤٣)</sup> وتضم مظاهر ذلك ما يلي: الممارسة شبه السائدة لدفع رسوم غير رسمية وغير قانونية في البلدان الفقيرة، واستخدام المنشآت العامة لتحقيق مكاسب خاصة، والتغيب لفترات طويلة عن العمل، وبيع العاقير التي توفرها الدولة، وإهمال رعاية الحالات الطارئة ما لم تتدفع تلك الحالات نقوداً.

وعلى الرغم من أن تحسين العرض ومكافآت العاملين في مجال الرعاية الصحية تمثل شروطاً ضرورية مُسبقة للتغيير تلك الأعراف، فهي لا تكفي في حد ذاتها: "إن مشكلات انخفاض المعنويات وزيادة السلوكيات السلبية أكثر تعقيداً من المشكلات المتعلقة بالنقود، والأمر يدعو إلى برنامج متعدد الأبعاد لإعادة التأهيل يتضمن استخدام الثواب والعقاب أو الجزرة والعصا".<sup>(٤٤)</sup> وبالتالي، لا يجب اعتبار استغلال المرضى مجرد ظاهرة للحصول على المال في مواجهة الفقر. ونجد وصفاً جيداً لمثل تلك السلوكيات في نُظم الصحة، حيث العمالة الصحية تحصل على رزقها من خلال الأجر. ففي جنوب أفريقيا، على سبيل المثال، عادة ما توصف العمالة الصحية في القطاع العام بأنها فاسية وغير متعاطفة ومستعدة لانتهاك أسرار المريض.<sup>(٤٥)</sup>

وفي سياق علاج مرضى نقص المناعة البشرية، تؤدي هذه الأعراف البالية في تقديم الخدمات إلى الحد من القدرة على بناء علاقة شراكة علاجية مع الأفراد ترکز على المريض، وتقوم على الحقوق والمساواة بين مقدمي الخدمة والمريض. وعلاوة على ذلك، فإن إدخال عقاقير جديدة دون تخطيط جيد وبتعجل شديد في

لقد كانت رواتب العاملين الصحيين في بلدان عديدة، وخاصة كواذر المستوى المنخفض، تقل عن مستويات الإعاشة. ناهيك عن عدم دفع الرواتب أحياناً.<sup>(٤٦)</sup> وعلاوة على ذلك، فإن ما تفرضه برامج التكيف الهيكلية من تحفيض قيمة العملة وتجميد الرواتب، أدى إلى معاناة كثير من العاملين الصحيين من الانخفاض العاد في دخولهم بمرور الوقت.<sup>(٤٧)</sup> إن قوة العمل التي تحصل على مكافآت ضعيفة من غير المرجح أن تكون إنتاجية. وقد لاحظ ماكباك وأخرون<sup>(٤٨)</sup> في أوغندا أن "مستويات الاستخدام أقل من المتوقع... وأن عباء العمل تديره مجموعة صغيرة مُكملة للموظفين تعمل خلال فترة قصيرة من أسبوع العمل". وبعد تقييم مدى التوفّر واستخدام الوقت لدى العاملين في حالي الدراسة بيديهما، خلص كوروسي وأخرون<sup>(٤٩)</sup> إلى أن المكافآب الرئيسية في العرض الخاص بالموارد البشرية يمكن تحقيقها بالتركيز للوهلة الأولى على تحسين إنتاجية العاملين. وكان في تقديرهما أن تحسين الإنتاجية من شأنه أن يؤدي إلى زيادة عرض العاملين بمقدار ٢٦٪ في تنزانيا و٣٥٪ في تشاد.

### **ثغرات تقديم الخدمة**

أحد الأبعاد المهمة وإن كان ملحوظاً بدرجة أقل - لأزمة الموارد البشرية هو ضعف المعنويات والدلوافع لدى من لا يزالون يعملون داخل النظام.<sup>(٥٠)</sup> إن العمالة الصحية التي تفقد الدافع تصبح أقل ميلاً نحو توجيه أعمالها تجاه تحقيق الأهداف التنظيمية، وقد يقل استعدادها على تحقيق التوازن بين السلوك الذاتي وإيثار الغير والتضامن مع مستخدمي الخدمات.<sup>(٥١)</sup> وفي العديد من نظم الصحة، كانت العمالة الصحية محدودة الأجر تتضرر بتزايد إلى نظم الصحة باعتبارها وسيلة لضمان الرزق وليس بوصفها طريقة للتعبير عن الأعراف المهنية والمجتمعية في مجال الرعاية وإيثار الغير.<sup>(٥٢،٥٣،٥٤)</sup>

لقد وصف ماكتوش وتيباندياج كيف كانت خبرتهم في أحد مستشفيات تنزانيا: "كانت الممرضات تتعرضن لأنسوأ ضغوط النظام: تدني الأجور وانخفاضها، وسوء

المنشآت أو المناطق أو بؤر النظام الصحي التي تُعبر ممارساتها عن الأعراف والقيم الملائمة، يمكن أن تشكل نقطة الانطلاق للتأثير على الأعراف والقيم بصورة أكثر عمومية.<sup>(٤٢)</sup>

ظل ظروف تلك البيئات قد يعزز العوافز المنحرفة والاقتصادات غير الرسمية في مجال استخدام العقاقير، مما يقود إلى تقويض النفاذ إلى العلاج وزيادة مقاومة البكتيريا للعقاقير.

تشكل صياغة القيم جزءاً جوهرياً من عملية الرقابة على نظم الصحة، وهي العملية التي تشير إليها منظمة الصحة العالمية بمصطلح "الإشراف"، أي عملية وضع قواعد اللعبة، ولا يقتصر الأمر على تحديد محتوى السياسة الصحية فحسب وإنما تحديد أيضاً آليات تنفيذ تلك السياسة.<sup>(٤٣)</sup> وعلى الرغم من أن الإشراف الفعال مهم ووطني، فإنه يشغل بالقدر نفسه اهتماماً عالياً، في علاقة ذلك بما أدت إليه الاستجابات الدولية للأزمة الصحية في أفريقيا جنوب الصحراء من تقدير وليس تعزيز القدرة السيادية لنظم الصحة في البلد.<sup>(٤٠,٤١)</sup>

وفي سياق الضغوط العديدة - التوقعات الدولية والوطنية، وانتشار مساعدات الهيئات المانحة، وخطر مقاومة العقاقير، وال الحاجة إلى تطوير القدرات والابتكار على جميع مستويات نظام الصحة - فإن الإشراف الوطني المناسب على برامج علاج فيروس نقص المناعة البشرية لا يُعد جوهرياً فحسب وإنما يمثل أيضاً مهمة استراتيجية ضخمة، تتضمن الاستعداد للتعامل مع حشد الموارد لفيروس نقص المناعة البشرية باعتباره فرصة لإعادة بناء نظم الصحة على المستوى الوطني، بينما يجري - في الوقت نفسه - بناء القدرة على الاستجابة إلى الحاجة المباشرة للنفاذ إلى العلاج. ويمكن تلخيص التحدي بوصفه مجموعة من الأهداف قصيرة وطويلة المدى، تُركز على تطوير نظم علاج فيروس نقص المناعة البشرية بشكل خاص (بما يتجسد في فكرة رعاية الأمراض المزمنة) والنظام الصحي بشكل عام (الجدول رقم ٣).

### التحدي المتعلق بالإشراف

وفي مواجهة الصعوبات الغامرة، غالباً ما يرسم كل من صانعي السياسة والجمهور صورة مفرقة في سلبيتها للخدمات العامة في الدول النامية ويعاملون معها باعتبارها قدرًا لا فكاك منه. إلا أن ماكتوش وتيبانديبايج يحذّزان من الرؤية شديدة التشاوئ لنظم الصحة، ويطرحان أن الثقافات التنظيمية تُعد، في واقع الأمر، شديدة التغيير ومفتوحة أمام مختلف التأثيرات. وبالتالي، شهد السياق التائزاني نفسه الموصوف أعلاه: "وجود عدد من المنشآت، تتسم بالغرابة فيما يبدو، لأنها كانت توفر رعاية يمكن الوصول إليها في ظروف لائق، وتعمل على توسيع الموارد بفاعلية لمصلحة المستخدمين، وتتعامل مع المرضى باحترام".<sup>(٤٢)</sup> (ص ١).

وللأسف تفشل البيانات الموجزة حول المشكلات التي تواجه نظم الصحة في الاعتراف بما يمكن أن يُشكّل عناصر مهمّة للمرونة والفاعلية الوظيفية داخل النظم. وهو الأمر الذي يوفر مفاتيح إمكانات البناء على جوانب القوة القائمة: فهناك عوامل - مثل جودة المنشأة والقيادة في المنطقة - يمكن أن تُشكّل أساساً لمثل تلك التغيرات، كما تستحق مزيداً من الاهتمام. ويمكن القول أيضاً إن العدالة في تخصيص فرص العمل والتدريب، على سبيل المثال، غالباً ما تمثل إشارات قوية على ثقافات الإدارة على المستوى المحلي، وتلعب دوراً مؤثراً في إثارة حماس العاملين.<sup>(٤٣)</sup> لقد حدد القادة والمديرون، من خلال خطابهم وممارساتهم، الأطر العامة للممارسات المقبولة أو غير المقبولة داخل نظم الصحة. فالقيادة التي تقر وتحمي وتنفذ

٢ جدول رقم

**الأهداف قصيرة وطويلة المدى لتعزيز نظم الصحة من أجل توسيع نطاق علاج مرض فيروس نقص المناعة البشرية**

| الأهداف طويلة المدى   | الأهداف قصيرة المدى   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● تغيير ثقافات تقديم الخدمة</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● توسيع نطاق ومؤسسة نظم تقديم الرعاية القبالية للأمراض المزمنة</li> <li>● تعزيز القدرة الإدارية الإقليمية/المحلية</li> <li>● ترويج التعلم من أسفل إلى أعلى</li> </ul>  | تطوير نظم رعاية الأمراض المزمنة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية في سلسلة متصلة من الوقاية والعلاج |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● تطوير الموارد البشرية: الإمدادات، المكافآت، والإدارة</li> <li>● تغيير الثقافات التنظيمية والحوافز</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● إدماج علاج فيروس نقص المناعة البشرية في مجالات تقديم الخدمة حالياً</li> <li>● استخدام علاج فيروس نقص المناعة البشرية لتحسين نظم الصحة المحلية وعلى مستوى الأقاليم</li> <li>● إدماج استراتيجيات علاج فيروس نقص المناعة البشرية في مجالات التمويل الوطني، والإمداد بالعاقفيين، ونظم الرقابة</li> </ul> | تعزيز نظم الصحة  |

وتدبير الحصول على الموارد، ومراقبة البرامج على المستوى الوطني.

وهناك اتفاق متواطم على ضرورة أن يتصدى المنظور بعيد المدى لتوسيع نطاق العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية مسألة النقص الحاد في الموارد البشرية.<sup>(١٨)</sup> وهو الأمر الذي يتضمن في حده الأدنى ما يلي:

- تعزيز الجهود الدولية فيما يتعلق بقضية نزف العقول.
- على المستوى القطري، (إعادة) الاستثمار في الوظائف التقليدية للموارد البشرية مثل: التخطيط، والإنتاج، والمكافآت، وإدارة مقدمي الرعاية الصحية.
- مواجهة قيود الاقتصاد الكلي في مجالات التوظيف والمكافآت الخاصة بمقديمي الرعاية الصحية.
- تقييم أداء الكوادر الحالية المتطرفة على المستوى الوطني مثل العمالة الصحية من المستوى المتوسط

تضُم نظم رعاية الأمراض المزمنة وضع المعايير الوطنية (على سبيل المثال حول نظم تناول العقاقير)، وتمكين المشاركة في الخبرات المحلية والدوروس المستفادة، وفتح نقاش حول العلاقة بين المرضى ومقدمي الخدمة، بالإضافة إلى مراقبة عدالة النفاذ إلى العلاج مع استمرار عملية التوسيع في توفيره. كما يتطلب الإشراف الفعال أيضاً مقاومة الميل نحو التوجّه الرئيسي لمبادرات البرنامج (عادة من أجل تلبية الأهداف)، وكفالة النفاذ إلى العلاج عبر نمط متكامل يقدر الإمكان من خلال نظام الصحة العام القائم. وهو الأمر الذي يتطلب تحديد الفرص للبناء على مواطن القوة الموجودة (مثل المناهج القطاعية)، وإيجاد السبل لجذب الفاعلين المتعددين على أطراف النظام الصحي الرسمي. ويمكن النظر إلى التكامل على عدد من المستويات: عند نقطة تقديم الخدمة، وفي إدارة البرامج على مستوى المنطقة أو المستوى المحلي، وفي تمويل

وبالمجتمع المحلي، ودورهم المحتمل في الارتقاء  
بتreatment الفيروسات القهقرية لفت الانتباه إلى نقاط  
الضعف في نظم الصحة، فإنها توفر فرصة أولًا لإعادة

تأكيد منهج متماضك تجاه نظم الصحة، وثانيًا للفحالة  
توجيه التمويل المحسود للنفاذ إلى العلاج نحو الأهداف  
طويلة المدى وليس للأهداف قصيرة المدى فحسب.

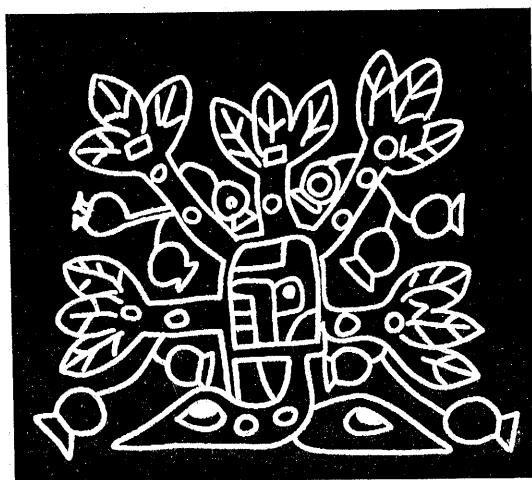
### كلمات شكر:

ترجع أصول هذه الورقة إلى دراسة متخصصة  
أُعدت للشبكة العالمية لبحوث السياسة الصحية، بتمويل  
من مؤسسة بيل وميليندا جيتس في مركز التنمية  
العالمية، واشنطن العاصمة، ويمكن الاطلاع عليها على  
الموقع التالي على شبكة الإنترنت:

<http://www.wits.ac.za/chp>

### استنتاجات

يصعب، دون وجود نظم صحية وطنية قوية أو حتى  
متغيرة، تحقيق استمرارية النفاذ إلى العلاج بمضادات  
الفيروسات القهقرية في البلدان التي تتسم نظمها  
الصحية بالضعف. ويطلب تحقيق الفاعلية إدخال  
مضادات الفيروسات القهقرية أيضًا على نحو متكامل  
في سلسلة متصلة من رعاية فيروس نقص المناعة  
البشرية، وهو أفضل نموذج يقوم على فهم ميداني متتطور  
حول رعاية الأمراض المزمنة. ولا يمكن تقليل قدر نطاق  
هذا التحدي في البلدان التي تعاني الانتشار العام لوباء  
فيروس نقص المناعة البشرية. على أنه يقدر ما يتعلق



1. Farmer P, Leandre F, Mukherjee J, et al. Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy). *Bulletin of World Health Organization* 2001;79(12):1145–51.
2. Kasper T, Coetzee D, Louis F, et al. Demystifying antiretroviral therapy in resource-poor settings. *Essential Drugs Monitor* 2003; 32:20–1.
3. Joint Learning Initiative. Human Resources for Health and Development: A Joint Learning Initiative. New York: Rockefeller Foundation, 2003.
4. Nunn P, Harries A, Godfrey- Fausset P, et al. The research agenda for improving health policy, systems performance and service delivery for tuberculosis control: a WHO perspective. *Bulletin of World Health Organization* 2002;80: 471–76.
5. Bryce J, el Arifeen S, Pariyo G, et al. Multi-country evaluation of IMCI Study Group. Reducing child mortality: can public health deliver? *Lancet* 2003; 362:159–64.
6. Lush L, Cleland J, Walt G, et al. Integrating reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of World Health Organization* 1999;77:771–77.
7. Wemos Foundation. Good intentions with side-effects: Information on Global Public- Private Initiatives in Health. Amsterdam: Wemos Foundation, 2004.
8. McCoy D, Chopra M, Loewenson R, et al. Expanding access to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa: avoiding the pitfalls and dangers; capitalizing on opportunities. *American Journal of Public Health* 2005; 95(1):18–22.
9. Saunders DM, Chopra M. Confronting Africa's health crisis: more of the same will not be enough [Education and Debate]. *BMJ* 2005;331:755–8.
10. Loewenson R, McCoy D. Access to antiretroviral treatment in Africa [Editorial]. *BMJ* 2004; 328:241–42.
11. World Health Organization. Health and the Millennium Development Goals. Geneva: WHO, 2005.
12. Hanson K, Ranson KM, Oliveira- Cruz V, et al. Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding constraints to scaling up. *Journal of International Development* 2003;15:1–14.
13. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.
14. Rosen S, Sanne I, Collier A, et al. Rationing antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Africa: choices and consequences (Policy Forum). *Public Library of Science Medicine* 2005;2(11):e303. At: <<http://medicine.plosjournals.org>>.
15. Cassels A. A Guide to Sector- Wide Approaches for Health Development: Concepts, Issues and Working Arrangements. Geneva: World Health Organization, 1997.
16. Singh N, Berman SM, Swindells S, et al. Adherence of human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases* 1999; 29(4):824–30.
17. Coetzee D, Hildebrand K, Boulle A, et al. Outcomes after two years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha, South Africa. *AIDS* 2004;18: 887–95.
18. Coetzee D, Boulle A, Hildebrand K, et al. Promoting adherence to antiretroviral therapy: the experience from a primary care setting in Khayelitsha, South Africa. *AIDS* 2004;18(Suppl.3): S27–31.
19. MASA Antiretroviral Therapy. Access for All: The Masa Programme – providing all Batswana with access to care and treatment. Vol.9, June/July 2004.

20. Médecins sans Frontières. Antiretroviral Therapy in Primary Health Care: Experience of the Chiradzulu Programme in Malawi Case Study. Briefing Document. Malawi: MSF, 2004.
21. Kemp J, Aitken JM, Le Grand S, et al. Equity in health sector responses to HIV/AIDS in Malawi. Discussion Paper 5. Harare: Equinet, 2003.
22. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *Journal of the American Medical Association* 2002;288:1909–14.
23. Blaauw D, Gilson L, Penn-Kekana L, et al. Organisational relationships and the “software” of health sector reform. Background paper. Disease Control Priorities Project. At: <[www.fic.nih.gov/dcpr/](http://www.fic.nih.gov/dcpr/)>.
24. Hongoro C, McPake B. Human resources in health: putting the right agenda back to front [Editorial]. *Tropical Medicine and International Health* 2003; 8:965–6.
25. Liese B, Blanchet N, Dussault G. The Human Resource Crisis in Health Services in Sub-Saharan Africa. Background paper. Washington DC: World Bank, 2003.
26. Kober K, van Damme W. Scaling up access to antiretroviral treatment in southern Africa: who will do the job? *Lancet* 2004;364(9428):103–07.
27. Chen L. Hanvoravongchai HIV/AIDS and human resources [Editorial]. *Bulletin of World Health Organization* 2005;83(4): 243–44.
28. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 2004;364:1984–90.
29. USAID. The Health Sector Human Resource Crisis in Africa: An Issues Paper. Washington DC: USAID, AED, SARA, 2003.
30. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, et al. Human resources for health: requirements and availability in the context of scaling-up priority interventions in low-income countries. Case studies from Tanzania and Chad. Report to the Department for International Development. London: LSHTM, IDRC, STI, 2004.
31. South African Department of Health. Operational Plan for Comprehensive HIV and AIDS Care, Management and Treatment for South Africa. Pretoria: Department of Health, November 2003.
32. Padarath A, Ntuli A, Burthiaume L. Human resources. In: Ijumab PI, Day C, Ntuli A, editors. *South African Health Review 2003-04*. Durban: Health Systems Trust, 2004.
33. Marchal B, Kegels G. Health workforce imbalance in terms of globalization: brain drain or professional mobility. *International Journal of Health Planning and Management* 2003;18(Suppl.1):S89–S101.
34. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, et al. Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health* 2003;1(1):8. At: <<http://www.human-resources-health.com/>>.
35. Padarath A, Chamberlain C, McCoy D, et al. Health personnel in southern Africa: confronting maldistribution and brain drain. Equinet Discussion Paper No.3. Zimbabwe: Equinet, Health Systems Trust, MEDACT, (undated).
36. Dovlo D. Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. *Human Resources for Health* 2004;2:7. At: <<http://www.humanresources-health.com/>>.
37. Friedman I. CHWs and Community Care-givers: Towards a Unified Model of Practice. In: Ijumba P, Barron P, editors. *South African Health Review 2005*. Durban: Health Systems Trust, 2005.

38. Tawfik L, Kinoti S. The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector in Sub-Saharan Africa: the Issue of Human Resources. Washington DC: SARA, AED, USAID, 2002.
39. Shisana O, Hall E, Maluleke KR, et al. The Impact of HIV/AIDS on the Health Sector: National Survey of Health Personnel, Ambulatory and Hospitalised Patients and Health Facilities, 2002. Pretoria: Human Sciences Research Council, Medical University of South Africa, Medical Research Council, 2002.
40. McPake B, Asimwe D, Mwesigye F, et al. Informal economic activities of public health workers in Uganda: implications for quality and accessibility. *Social Science and Medicine* 1999;49:849–65.
41. Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Social Science and Medicine* 2002;54:1255–1266.
42. Mackintosh M, Tibandebege P. Sustainable redistribution with health care markets? Rethinking regulatory intervention in the Tanzanian context. Discussion Papers in Economics No.23. Milton Keynes: Open University, 2000.
43. Van Lerberghe W, Conceição C, Van Damme W, Ferrinho P. When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bulletin of World Health Organization* 2002;80(7): 581–84.
44. Segall M. District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas. *International Journal of Health Planning and Management* 2003;18(Suppl.1):S5–26.
45. Gilson L, Palmer N, Schneider H. Trust and health worker performance: exploring a conceptual framework using South African evidence. *Social Science and Medicine* 2005;61: 1418–29.
46. Travis P, Egger D, Davies P, et al. Towards Better Stewardship: Concepts and Critical Issues. In: Murray CJL, Evans DB, editors. *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism*. Geneva: WHO, 2003.

# تعزيز نظام الصحة والارتقاء بالعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية: النهاية إلى نهادج ترتبط بالسياق في مجال تقديم الخدمة: تعليق على مقال شنايدر وزملائهما\*

ويم فان دام<sup>(ا)</sup>، جاي كجلز<sup>(ب)</sup>  
ترجمة شهرت العالم

تشير شنايدر وزملاؤها<sup>(ا)</sup> في مقالهم بهذا العدد إلى بعض التحديات التي تواجهه نظام الصحة من أجل توسيع نطاق العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لأغلبية المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز، والذين سيحتاجون إليه في السنوات القادمة. ويفترضون في المقال أن الموارد المالية وتوفير العقاقير في البلدان ذات الدخل المنخفض لم تُشكّل أهم العقبات أمام استخدام مضادات الفيروسات القهقرية. وفي واقع الأمر، قامت الآن عديد من البلدان الأكثر إصابة بفيروس نقص المناعة البشرية بزيادة ميزانياتها المقررة لرعاية مرضى الإيدز زيادة كبيرة، إما من خلال ميزانيات حكوماتها أو عبر مصادر أخرى مثل: "الصندوق العالمي"، وـ"خطبة الرئيس الطارئة للإغاثة من مرض الإيدز"، والبنك الدولي. وعلى الرغم من توفر التمويل، كان توسيع نطاق العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية أبطأ من المأمول: فلم يتحقق هدف منظمة الصحة العالمية المتمثل في علاج ٣ ملايين مريضًا مع نهاية عام ٢٠٠٥<sup>(٣ × ٥)</sup>، وإن أمكن – في المقابل – بدء علاج ما يصل تقديره إلى ١,٦ مليون مريض بمضادات الفيروسات القهقرية.<sup>(٢)</sup> ويحدد أيضًا مقال شنايدر وزملائهما<sup>(ا)</sup> العقبات الرئيسية أمام عملية توسيع نطاق العلاج على النحو التالي: ضرورة إعادة توجيه تقديم الخدمات نحو رعاية الأمراض المزمنة، وعدم كفاية الإمداد بالموارد البشرية اللازمة للصحة، والثقافات الحالية السائدة في مجال تقديم الخدمة. ويبدو ذلك تقريبًا عادلًا للموقف في كثير من بلدان أفريقيا الجنوبية.

التحديات المطروحة غير مسبوقة بالفعل؛ فتنظم الصحة التي أنشئت في الأساس لتقديم الخدمات والرعاية الصحية للأمهات والأطفال في نوبات المرض الحادة، أصبح عليها فجأة أن ترعى أعدادًا كبيرة من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز، والذين يحتاجون للرعاية طوال حياتهم من مرض مزمن.

- Health Systems Strengthening and Scaling Up Antiretroviral Therapy: The Need for Context-Specific Delivery Models: Comment on Schneider et al. May 2006. 14 (27).  
Wim Van Damme and Guy Kegels

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٦

(ا) كبير المحاضرين، قسم الصحة العامة، معهد الطب الاستوائي، أنتويرب، بلجيكا. البريد الإلكتروني: wvdamme@itg.be

(ب) كبير المحاضرين، قسم الصحة العامة، معهد الطب الاستوائي، أنتويرب، بلجيكا.

العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، والزيادة السريعة في أعداد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز، سيطلب الأمر في النهاية استخدام جميع المرضى لمضادات الفيروسات القهقرية.

ومما يثير الدهشة الإشارة إلى أنأغلب البلدان التي نالها الثناء على أدائها في مجال الارتفاع باستخدام مضادات الفيروسات القهقرية هي من بين تلك البلدان التي لديها أقل عدد من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز لكل طبيب (أسفل الخط المنقوص في الجدول). ويبدو الوضع أكثروضوحاً في البرازيل وتايلاند وكمبوديا، حيث يبلغ عدد مرضاهابفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز ٢٠ و٧٥ على الترتيب لكل طبيب. لكن أفريقيا جنوب الصحراء تشهد تتوعاً كبيراً أيضاً؛ إذ أن عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز لكل طبيب يقل عن ١،٠٠٠ ولكل مريض يقل عن ١٠٠ في جنوب أفريقيا وأوغندا وبوتسوانا، على حين نجد هذه النسب أكثر ارتفاعاً في بلدان أخرى. وتمثل مالاوي وموزمبيق وزيمبابوي أقصى الحالات؛ إذ أن عدد مرضاهابفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز يزيد ١٠ أضعاف لكل طبيب بما عليها الحال في جنوب أفريقيا. بل يوجد لدى تلك البلدان عدد من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز يزيد بدرجة كبيرة لكل ممرضة مؤهلة عما يوجد لدى جنوب أفريقيا أو كمبوديا من عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز لكل طبيب.

ومع معرفة وجود عائق عدم توفر الموارد البشرية، هناك نظرياً طريقان: (١) إحداث زيادة سريعة في أعداد الأطباء وأطقم التمريض المتاحة لتقديم الخدمة؛ أو (٢) اعتماد نماذج لتقديم العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية تتطلب عدداً أقل من الأطباء وأطقم التمريض. وقد حصل الخيار الأول على اهتمام كبير مؤخراً<sup>(٥)</sup>، أما الخيار الثاني فكان الاهتمام به أقل. وسوف نركز هنا على موضوع نماذج تقديم العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية.

ويتمكن القول إن أقرب تشابه للعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في نظام الصحة في أفريقيا جنوب الصحراء هو رعاية مرضى السل الرئوي، لكن قائدة هذه المقارنة محدودة؛ فالاستراتيجيات التي أمكن تطويرها لضمان الامتثال للعلاج لمدة ٦ شهور -مثل استراتيجيات المتابعة المباشرة لعلاج مرضى السل الرئوي- قد لا تُشجع كثيراً على ضمان الامتثال طول العمر. وفي الواقع، أكدت الوثائق أن عددًا قليلاً فحسب من نماذج تقديم خدمة العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية يمكن أن يقوم مباشرة على خبرة ما يتم مع حالات السل الرئوي.

وفي المقابل، فإن ما ورد في توثيق عملية استخدام مضادات الفيروسات القهقرية بالمشاريع الرائدة، كما تشرح شنايدر وزملاؤها<sup>(٤)</sup>، عادة ما توضع داخل إطار خطاب يركز على المرضى وحقوقهم -أي حول تمكين المرضى ومشاركتهم. ويحتاج دوماً مثل هذا النهج إلى عمل كثيف تقوم به عماللة ماهرة. ولا يزال أمامنا أن نرى ما إذا كانت تلك المناهج التي تركز على المريض ستسفر عن نتائج ذات جدوى على نطاق كبير في جميع البلدان التي تصابها بقوة فيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز.

وتحتفل التحديات المطروحة باختلاف البلد، كما توضح بيانات جدول رقم ١. يقدم الجدول ببساطة بيانات مأخوذة من الواقع الإلكتروني لمنظمة الصحة العالمية و"البرنامج المشترك لوكالات الأمم المتحدة حول فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز"<sup>(٤،٦)</sup> بشأن مجموعة مختارة من البلدان حول مدى توفر الأطباء وأفراد التمريض في مقابل عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز في كل بلد، كما يطرح تقديرًا لعدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز لكل طبيب وكل فرد من أفراد التمريض. وغالباً ما تطرح التقديرات أن حوالي ٢٠٪ من المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز يحتاجون حالياً إلى العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية. على أنه بعد اتساع نطاق استخدام

جدول رقم ١  
عدد الأطباء والممرضات المتوفرين، وعدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز في مجموعة مختارة من البلدان<sup>٤٤</sup>

| البلدان      | عدد الأطباء لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة | عدد الممرضات لكل ١٠٠,٠٠٠ نسمة | العدد الكلي للسكان (بالآلاف) | عدد المصابين بالفيروس والمرض (بالآلاف) | عدد المصابين بالفيروس والمرض لكل نسمة | عدد المصابين بالفيروس والمرض لكل طبيب | عدد المصابين بالفيروس والمرض لكل نسمة | عدد المصابين بالفيروس والمرض لكل نسمة | البلدان                 |
|--------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| مالاوي       | ١                            | ٢٦                            | ١٢,١٠٥                       | ٩٠٠                                    | ٧,٤٣٥                                 | ٧,٤٣٥                                 | ٢٨٦                                   | ٧,٤٣٥                                 | الفيروس والمرض لكل نسمة |
| موزمبيق      | ٢                            | ٢١                            | ١٨,٨٦٣                       | ١,٣٠٠                                  | ٣,٤٤٦                                 | ٦,٨٩٢                                 | ٣٢٨                                   | ٣,٤٤٦                                 | الفيروس والمرض لكل نسمة |
| زمبابوي      | ٦                            | .٥٤                           | ١٢,٨٣٥                       | ١,٨٠٠                                  | ٢,٢٣٧                                 | ١٤,٠٢٤                                | ٢٦٠                                   | ٢,٢٣٧                                 | الفيروس والمرض لكل نسمة |
| تنزانيا      | ٢                            | .٣٧                           | ٣٦,٩٧٧                       | ١,٦٠٠                                  | ٢,١٦٤                                 | ٤,٣٢٧                                 | ١١٧                                   | ٢,١٦٤                                 | الفيروس والمرض لكل نسمة |
| رواندا       | ٢                            | .٢١                           | ٨,٣٨٧                        | .٢٥٠                                   | ٢,٩٨١                                 | ٢,٩٨١                                 | ١٤٢                                   | ١,٤٩٠                                 | الفيروس والمرض لكل نسمة |
| زامبيا       | ٧                            | .١١٣                          | ١٠,٨١٢                       | .٩٢٠                                   | ٨,٥٠٩                                 | ١,٢١٦                                 | ٧٥                                    | ١,٢١٦                                 | الفيروس والمرض لكل نسمة |
| سوازيلاند    | ١٨                           | .٣٢٠                          | ١,٠٧٧                        | .٢٢٠                                   | ٢٠,٤٢٧                                | ١,١٣٥                                 | ٦٤                                    | ١,١٣٥                                 | الفيروس والمرض لكل نسمة |
| بوتسوانا     | ٢٩                           | .٢٤١                          | ٢٥٠                          | .٢٥٠                                   | ١٩,٦٠٨                                | ١,٧٨٥                                 | ٨١                                    | ٦٧٦                                   | الفيروس والمرض لكل نسمة |
| أوغندا       | ٥                            | .٥٤                           | ٥٣٠                          | .٥٣٠                                   | ١,٩٨٥                                 | ٢٦,٦٩٩                                | ٣٧                                    | ٣٩٧                                   | الفيروس والمرض لكل نسمة |
| جنوب أفريقيا | ٦٩                           | .٣٨٨                          | ٥,٣٠٠                        | .٤٥,٠٢٦                                | ١١,٧٧١                                | ١٧١                                   | ٣٠                                    | ١٧١                                   | الفيروس والمرض لكل نسمة |
| كمبوديا      | ١٦                           | .٦١                           | ١٧٠                          | .١٧٠                                   | ١٤,١٤٤                                | ١,٢٠٢                                 | ٢٠                                    | ٧٥                                    | الفيروس والمرض لكل نسمة |
| تايلاند      | ٣٠                           | .١٦٢                          | .٥٧٠                         | .٦٢,٨٣٣                                | ٩٠٧                                   | ٣٠                                    | ٦                                     | ٣٠                                    | الفيروس والمرض لكل نسمة |
| البرازيل     | ٢٠٦                          | .٥٢                           | .٦٦٠                         | .١٧٨,٤٧٠                               | ٣٧٠                                   | ٢                                     | ٧                                     | ٢                                     | الفيروس والمرض لكل نسمة |

في البرازيل حيث يعالج الطبيب الواحد اثنين فقط من المرضى بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز.

ويُعد هذا التحدي الذي يواجه نظم الصحة تحدياً غير مسبوق، لكن الخدمات الصحية والمجتمعات المحلية تشغل عملياً بالتأقلم معه ومواجهته. وبالتالي من المرجح أن هناك جهوداً لتطوير حلول إبداعية، ربما

تمكناً رؤيتها في أن نماذج تقديم العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية يجب أن ترتبط بالسياق. فالبلدان الواردة في أعلى الجدول، والتي يزيد عدد مرضاهما بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز على ٢٠٠٠ فرد لكل طبيب، عليها أن تعمل على تطوير نماذج لتقديم العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية تختلف بدرجة كبيرة عن النماذج الموجودة في بوتسوانا أو جنوب أفريقيا، وتختلف قطعاً عن النماذج الموجودة

وقد نشرت مؤخرًا بعض المشروعات الرائدة في البلدان منخفضة الدخل نتائج علاج مجتمعات مرضاهن<sup>(٧١)</sup>، وكانت الأخبار جيدة: يحقق العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية نجاحًا، حتى في البلدان فقيرة الموارد، وحتى لدى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز الذين بدأوا العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في فترة متأخرة، مع انخفاض شديد في عدد أحد أنواع خلايا الدم البيضاء CD4 التي تعمل كمستقبلات لفيروس نقص المناعة البشرية.

ورغم أن حالات الوفاة بين المصابين بالفيروس ومرض الإيدز، الذين يُعالجون بمضادات الفيروسات القهقرية في تلك المشروعات الرائدة، تصل إلى حوالي ١٠٪ في السنة الأولى فإنها تقل كثيراً بعد ذلك. لكن تكلفة هذه الأخبار الجيدة مرتفعة؛ إذ أن العبء الواقع على كاهل المرضى الذين يُعالجون بمضادات الفيروسات القهقرية من المرجح أن يزداد بضراوة، وبما يتجاوز كثيراً التقديرات الحالية، بحيث يمكننا القول إن علاج مرضي فيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز بمضادات الفيروسات القهقرية لن يستمر لأكثر من فترة تصل في المتوسط إلى ٣ سنوات فقط.<sup>(٧٢)</sup> وعلى المدى القصير، كان التحدي يتمثل في علاج ٣ ملايين مريض بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز بمضادات الفيروسات القهقرية مع نهاية عام ٢٠٠٥. أما على المدى الطويل، فيمكن أن يتمثل التحدي في الحفاظ على استمرار علاج ١٥٠ مليون مريض بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز بمضادات الفيروسات القهقرية. لكن تحقيق ذلك يتطلب اتباع مناهج مبتكرة، ولا توجد ببساطة أية سوابق على مستوى مماثل في أفريقيا جنوب الصحراء.

ولا يشير هذا الأفق إلا إلى أهم التحديات المطروحة أمام نظم الصحة: كيف يمكن إحداث تقليص جوهري في العدوى الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية في

ليس عن طريق الأكاديميين وإنما بالأحرى من جانب العاملين الميدانيين والمجتمعات المحلية. وكما تصف شنайдر وزملاؤها،<sup>(٧٣)</sup> تستعين بعض المشروعات الرائدة بنماذج تركز على المريض، وتعتمد بدرجة كبيرة على عاملين ذوي كفاءة عالية. لكن هناك مشروعات أخرى تعمل بشكل متزايد على تكليف عماله أقل كفاءة بأغلب المهام، مع توسيع التوحيد القياسي والبساطة إلى أبعد حد ممكن. وقد يزيد اعتماد مشروعات أخرى على كادر جديدة، مثل المُقدمين العاديين للخدمة والمرضى الخبراء.

وهناك القليل نسبياً من المعلومات حول واقع الفئات الشعبية، وقد يرجع ذلك جزئياً إلى أن القضايا العملية في مجال تنظيم الخدمات الصحية غالباً ما تُعتبر "محليّة"، وبالتالي وثيقة الارتباط بالسياق بحيث يصعب أن يصبح اهتماماً "علمياً". وقد يمثل الأمر أيضاً في محاولة بعض الفاعلين إخفاء الحقيقة لحماية أنفسهم من الانتقاد. وفي واقع الأمر، من المرجح أن تمثل هذه الحقائق الجديدة تحدياً أمام مهنتي الطبيب والتمريض بأنماط عملها الراسخة وما يرتبط بها من احتكار. وربما حتى لو أن هؤلاء الفاعلين قاموا بعمل "اختيارات" تقنية -مثل الكف عن المتابعة المعملية للمرضى الذين يُعالجون بمضادات الفيروسات القهقرية- وهي التي يمكن أن تعتبرها معايير أطباء بعضهم غير مقبولة. لكن تلك المناهج قد تكون المناهج الوحيدة العملية لتحقيق تطوير مهم بالفعل للعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، وهو المطلوب لإحداث التأثير المطلوب.

وفي المجتمعات المحلية التي تتواء بأعباء الإصابات بالفيروس والمرض، نجد أن الوفيات بين الشباب شديدة الارتفاع بحيث يُمثل التطوير على نطاق واسع أمراً جوهرياً بحق. وبالتالي، يجب تحقيق التوازن بين المنظور الفردي التقليدي للطبيب (ما الأفضل للمريض الفرد؟) والمنظور الجماعي (كيف يمكننا وقف التدهور الاجتماعي في هذا المجتمع المحلي؟).

بمضادات الفيروسات القهقرية على مدى أطول، سوف تتوقف أساساً على تناقص نقل عدو فيروس نقص المناعة البشرية على المدى القصير. وفي الوضع الراهن، ستحتاج كل عدو جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية إلى العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية لعشر سنوات تقريباً، كما ستحتاج إلى استمراره لسنوات عديدة. وستحتاج البلدان التي تحمل أعباء ثقيلة من الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز إلى نظم قوية في مجال الصحة لتحقيق ذلك، لكن مواصفات النظام الصحي العملي القادر على التأقلم مع تلك التحديات يجب أن تنشأ.

البلدان التي ينتشر فيها بدرجة كبيرة، وعلى الرغم من بعض الرطانة حول التسويق بين عمليتي العلاج والوقاية، فحتى الآن لا يتوفّر سوى قدر محدود من الأدلة القوية حول كيفية الاستعانت بالفرص التي أتاحها العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية من أجل تكثيف الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية. ولم يتخلص جوهرياً نقل عدو فيروس نقص المناعة البشرية إلا في عدد قليل من البلدان التي تحمل عبئاً ثقيلاً. أما كيف حدث ذلك، فلا يزال الأمر خلافياً. على أن قدرة نظم الصحة على التأقلم مع زيادة أعداد المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ومرض الإيدز، الذين يجري علاجهم

#### المراجع:

1. Schneider H, Blaauw D, Gilson L, et al. Health systems and access to antiretroviral drugs for HIV in southern Africa: service delivery and human resources challenges. *Reproductive Health Matters* 2006;14(27):12–23.
2. World Health Organization. The 3 by 5 Initiative. At: <<http://www.who.int/3by5/en/>>. Accessed 21 February 2006.
3. World Health Organization. Global Atlas of the Health Workforce. At: <<http://www.who.int/globalatlas/default.asp>>. Accessed 21 February 2006.
4. UNAIDS. HIV data. At: <[http://www.unaids.org/en/Regions\\_Countries/default.asp](http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/default.asp)>. Accessed 21 February 2006.
5. Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 2004;364:1984–90.
6. Severe P, Leger P, Charles M, et al. Antiretroviral therapy in a thousand patients with AIDS in Haiti. *New England Journal of Medicine* 2005;353: 2325–34.
7. Coetzee D, Hildebrand K, Boulle A, et al. Outcomes after two years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha, South Africa. *AIDS* 2004;18:887–95.
8. Salomon JA, Hogan DR, Stover J, et al. Integrating HIV prevention and treatment: from slogans to impact. *Public Library of Science Medicine* 2005;2:e16.



# معالجة أزمة الموارد البشرية في مالاوي

ديبي بالمر\*

ترجمة: أحمد محمود

ملخص:

تعاني النظم الصحية في إفريقيا جنوب الصحراء بشكل كبير الهشاشة وعدم كفاية العاملين لتلبية الاحتياجات الصحية المتتصاعدة. وبالرغم من الاهتمام الدولي المتتامي، فقد كانت الجهات المانحة متعددة في القيام بالاستثمارات الكبيرة المطلوبة لمعالجة مشكلة الموارد البشرية على نحو شامل، وذلك في ظل الحساسيات الاجتماعية والسياسية، والمخاوف فيما يتصل باستدامة التدخلات ومخاطر الاعتماد المتزايد على الجهات المانحة. ففي مالاوي، وهي إحدى أفق الدول في إفريقيا، أدى تدني مستويات الموارد البشرية إلى تسرع انهيار خدمات الصحة العامة منذ تسعينيات القرن العشرين. وفي مسعى لتحسين النتائج الصحية، طرحت الحكومة في عام ٢٠٠٤ مبادرة صحية لتقديم حزمة صحية أساسية تشمل زيادة كبيرة في الخدمات المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية والإيدز. والمشكلة الأكبر التي تتجدد تفاصيل هذه المقاربة هي تحسين مستويات التوظيف. وقد اتفقت الهيئات المانحة على مساعدة الحكومة في وضع برنامج طوارئ للموارد البشرية ذي خمسة أوجه: تحسين الحوافز لتوظيف العاملين واستبقاءهم من خلال زيادة الرواتب، وتوسيع قدرة التدريب المحلية، والاستفادة من المتطوعين الدوليين من الأطباء ومعلمات التمريض كإجراء لسد الفجوات، وتوفير المساعدات الفنية الدولية لتعزيز القدرات والمهارات التخطيطية والإدارية، وتطوير قدرات مراقبة وتقدير أكثر كفاءة. وكانت العلاقات الاقتصادية اعتباراً بارزاً عند تحديد شكل البرنامج. ويبدو أن توليفة الإجراءات قصيرة المدى والإجراءات طويلة المدى تساعده في الحفاظ على الالتزام بالبرنامج.

- Tackling Malawi's Human Resources Crisis. May 2006. 14 (27).

Debbie Palmer

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٦

كلمات مفتاحية:

الموارد البشرية، البرامج والنظم الصحية، تمويل الجهات المانحة، متلازمة العوز المناعي وفيروس نقص المناعة البشرية، مالاوي

والنتائج الصحية، التي كثيراً ما وُصفت بأنها الغراء الذي يمسك أجهزة الصحة ببعضها. فعلى سبيل المثال، نجد أن نتائج البحث الذي أُجري بتكليف من مبادرة التعليم المشتركة بشأن الموارد البشرية "تؤكد بقوة أهمية الموارد البشرية الخاصة بالصحة في التأثير على النتائج الصحية".<sup>(١)</sup> وعلى المستوى العملي، يشير تقرير منظمة الصحة العالمية لعام ٢٠٠٣ عن المكافحة

في أعقاب العمل الذي قامت به لجنة الاقتصاديات الكلية والصحة بشأن أهمية تحسين الصحة بالنسبة للنمو الاقتصادي والتنمية البشرية، تركز الاهتمام العالمي على توفير آليات تمويل تتسم بقدر أكبر من المساواة وفاعلية تكلفة لجعل الخدمات الصحية متاحة للفقراء، إلى جانب تقوية أجهزة الصحة القومية كي توفرها.<sup>(٢)</sup> وقد سلطت الأضواء على الصلات بين الموارد البشرية

\* مستشار التنمية الدولية للصحة، المملكة المتحدة قسم التنمية الدولية-مالاوي ليلونجوى. بريد إلكترونى: d-palmer@dfid.gov.uk

العالمية للتدرب الرئوي (السل) إلى العجز في الموارد البشرية باعتباره السبب الرئيسي في تأخير تحقيق أهدافها في الفترة من ٢٠٠٥ إلى ٢٠١٤<sup>(٤)</sup>.

تشير الأدلة الواردة من مالاوي، وهي أحد أفرع بلدان جنوب إفريقيا، حيث كانت مؤشرات الصحة ضعيفة على امتداد الفترات السابقة، إلى أن تدني مستويات الموارد البشرية أدى إلى تسرّع انهيار خدمات الصحة العامة منذ منتصف تسعينيات القرن العشرين. ونتيجة لذلك، كان قطاع الصحة يكافح من أجل مساعدة الطلب على الخدمات، وخاصة في ظل النمو السكاني وارتفاع مستوى الإصابة بالفيروس المسبب لمرض الإيدز. وذكر تقرير صادر في أبريل من عام ٢٠٠٤ عن وزارة الصحة أن وضع الموارد البشرية "خرج ويشك بشكل خطير على الانهيار، ومنهار، ومفكك" وأن قطاع الصحة "يواجه أزمة كبيرة ملحة وعميقة فيما يتصل بالموارد البشرية"<sup>(٥)</sup>.

تساهم المساعدات الدولية المقدمة لمالاوي بحوالي ٤٥ دolar أمريكي للفرد وكانت تمثل ٣١٪ من إجمالي الناتج المحلي في عام ٢٠٠٢، وهي نسبة أعلى بكثير مما في الأقطار الأخرى الواقعة في إفريقيا جنوب الصحراء<sup>(٦)</sup>. وفي قطاع الصحة، توفر إسهامات الجهات المانحة حوالي ٤ دولارات أمريكية من نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق الصحي وقدره ٤٢ دolar أمريكي. ويصل ما تفقهه الحكومة على الفرد ٣ دولاراتأمريكية والباقي تقدمه مصادر خاصة، تأتي في حالة الفقراء في الغالب من المصروفات الفعلية<sup>(٧)</sup>.

البنية الصحية التحتية في مالاوي على قدر معقول من التطور، حيث تشمل أربعة مستشفيات مرکزية (من مستوى الرعاية الثالث)، ومستشفيين للعلاج النفسي، و٢٢ مستشفى إقليمياً، و٢٢ مستشفى تابعاً للبعثات التبشيرية (تدار على أساس خاص لا يقوم على الربح) و٢٩٧ مركزاً صحياً، بالإضافة إلى مراكز صحية ومستوصفات أصغر حجماً. ومع ذلك فهي في حالة شديدة من السوء: فقد أظهر مسح أجري في عام ٢٠٠٣ أن ٢٤٣ منها ليس به مصدر يعمل للمياه، وأن ٣٩٤ بلا مصدر يعمل للكهرباء، و٤٤ بلا نظام يعمل للاتصالات (اللاسلكي أو تليفون)<sup>(٨)</sup>. والإسكان الحكومي للعاملين في قطاع الصحة الذين يخدمون في مناطق ريفية كثيرة على القدر نفسه من التدهور ويفتقرون إلى الخدمات الأساسية.

تعكس مؤشرات مالاوي الصحية عمق فقرها وشدة. فقد هبط متوسط الأعمار من ٤٦ سنة في عام ١٩٩٦ إلى ٣٧,٥ سنة في عام ٢٠٠٣، وهو ما يرجع بشكل أساسي إلى الإصابة بالفيروس المسبب لمرض الإيدز: فمعدلات الإصابة مرتفعة وتقدر بـ ٢١٪ بين

أثناء الزيارة المشتركة لمالاوي في عام ٢٠٠٤، نصح صيتر صيوت، رئيس برنامج الأمم المتحدة المشتركة المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز، وسوما تشاكرا باهاري، السكرتير الدائم لإدارة التنمية الدولية بالململكة المتحدة، وكالتيهما بدعم تطوير مبادرة في مالاوي لمعالجة أزمة الموارد المالية. وكان ما يثير القلق هو أنه بدون الزيادة المستدامة في العاملين في مجال الصحة لن يكون نشر علاج الفيروسات القهقرية ممكناً بدون توسيع نظام الصحة الضعيف أصلاً. وكانت النتيجة تحول الجهات المانحة عن الدعم التدريجي لعدد من المبادرات التي لا يوجد بينها تسييق إلى مقاربة أكثر شمولًا من خلال "برنامج طوارئ الموارد البشرية" الذي يجري تنفيذه في الوقت الراهن.

## خلفية ديمografية واقتصادية

بما أن نصيب الفرد من إجمالي الدخل القومي في مالاوي هو ١٤٩ دولاً في عام ٢٠٠٣، فسكانها من بين أفراد السكان في إفريقيا<sup>(٩)</sup>. وبما أن ما يزيد على نصف سكانها البالغ عددهم ١٢ مليون نسمة يعتمد على

زاد إلى ٤٢٪ من إجمالي عدد الأسر المعيشية، وتم الحفاظ على معدلات الشفاء من التدرب الرئوي (السل) بمعدلات تزيد على ٧٠٪ بالرغم من معدل الوفيات الذي يرفعه الفيروس المسبب لمرض الإيدز.<sup>(١٤)</sup> إلا إن هذه المكاسب تتحقق بشكل أساسى من خلال التدخلات الرئيسية المستهدفة الممولة من الجهات المانحة. وفي الوقت نفسه تدنت القدرة الإجمالية لنظام الصحة العامة تدريجياً مطرداً بينما تجاهد الحكومة لتوفير رعاية صحية شاملة مجانية للسكان الذين يتزايد عددهم بنسبة ٢٢٪ كل عشر سنوات.<sup>(١٥)</sup> وتعكس هذه القدرة المتاقضة في قطاع الصحة تدنياً مساوياً في فاعلية الخدمات العامة الملاوية وكفاءتها بصورة عامa.<sup>(١٦)</sup> توسيع التحسينات واستدامتها في مؤشر الصحة الملاوية لتحقيق أهداف التنمية المئوية أمر غير مرجح بدون التعزيز الضخم للأجهزة. وأهم ما في ذلك هو معالجة العجز الكبير في الموارد البشرية.

من تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٤٨ سنة.<sup>(١٠)</sup> ويعاني نصف الأطفال الذين دون الخامسة تقريباً سوء التغذية على نحو مزمن، وبالرغم من التحسن الذي طرأ على معدلات وفيات الرُّضُّع والأطفال خلال السنوات الخمس الماضية، فمازال الحال هو أن طفلاً واحداً تقريباً من بين كل سبعة يموت قبل بلوغه الخامسة من عمره.<sup>(١١)</sup> وقد تضاعفت وفيات الأمهات في تسعينيات القرن العشرين من ٦٢٠ / ١٠٠٠٠ ولادة حية إلى ١١٢٠ / ١٠٠٠٠ ولادة حية في عام ٢٠٠٠، وهو ما يعد من بين أعلى المعدلات في العالم.\*

بالرغم من مؤشرات الصحة الضعيفة بصورة عامة، شهدت مالاوي بعض النجاح المهم في السنوات القليلة الماضية. فقد تم القضاء على التيتانوس بين حدثي الولادة من خلال برامج التطعيم، كما أن استخدام الناموسيات المعالجة بالمبيدات الخضراء كعلاج للمalaria

جدول رقم ١  
الفريق الطبي لكل ١٠٠,٠٠١ نسمة ، ٢٠٠٤<sup>(١٨)</sup>

| مالاوي | تanzania | زامبيا | غانا | بوتسوانا | جنوب أفريقيا | الكادر |
|--------|----------|--------|------|----------|--------------|--------|
| ١,١    | ٢,٣      | ٦,٩    | ٩,٠  | ٢٨,٧     | ٦٩,٢         | أطباء  |
| ٢٥,٥   | ٢٦,٦     | ١١٣    | ٦٤,٠ | ٢٤١,٠    | ٣٨٨,٠        | ممرضات |

٧١ و ١٠٠٪. وتصل هذه النسبة بين الممرضات إلى ٦٥٪. كما يمثل التوزيع غير المتساوい للعاملين تحدياً كبيراً كذلك؛ فمثلاً يعمل نصف أطباء مالاوي في واحد من أربع مسشفيات مرکزية، في حين لا يوجد طبيب واحد تابع لوزارة الصحة في ١٦ مقاطعة، وكانت أربع مقاطعات تخلى حتى وقت قريب من أي طبيب على الإطلاق (اتصال شخصي مع مسئول بوزارة الصحة في فبراير ٢٠٠٣). وأظهر مسح أجري عام ٢٠٠٣ أن متوسط

الموارد البشرية في قطاع الصحة بمالاوي . الوضع الحالي للعاملين الطبيين في مالاوي هو الأقل في المنطقة، كما يبين جدول رقم ١ ، وهو غير كافٍ للمحافظة على المستوى الأدنى من الرعاية الصحية. هناك عجز في الكوادر المهنية كلها، حيث يوجد طبيب واحد لكل ٦٢ ألف نسمة، وتوجد وظائف شاغرة في تخصصات: أمراض النساء والتوليد، والأطفال، والجراحة، وغيرها من التخصصات الطبية تتراوح بين

\* تشير المؤشرات المبدئية للمسح الديموغرافي الصحي ٢٠٠٤ في مالاوي إلى انخفاض طفيف في نسبة وفيات الأمهات مقارنة بعام

ممرضة عند الوضع وهي ٥٧٪ لم تغير منذ ١٩٩٢.<sup>(١٤)</sup> يبرز النشر الأخير لـ"خريطة الطريق من أجل تسريع الحمد من وفيات ومرض الأمهات والأطفال حديثي الولادة في مالاوي" العجز في العاملين وضعف إدارة الموارد البشرية باعتبارهما العاملين الأوليين من بين العوامل المتعددة التي تؤثر على مستويات الإشراف الماهر.<sup>(١٥)</sup> كما أن ١٣٪ فقط من المنشآت الصحية بها تغطية طوال الأربع والعشرين ساعة بالقابلات.<sup>(١٦)</sup>

كجزء من الحزمة الصحية الأساسية، وضعت الحكومة المالاوية خطة طموح للوقاية من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والفيروس المسبب لمرض الإيدز والمضاعفات المتصلة به وعلاجها، بما في ذلك مضادات الفيروسات القهقرية والمشورة والاختبارات الطوعية. وهناك حوالي مليون مصاب بالفيروس المسبب لمرض الإيدز تتراوح أعمارهم بين الخامسة عشرة والتاسعة والأربعين، وهناك حوالي ١٧٠ ألف شخص يحتاجون في الوقت الراهن إلى العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية.<sup>(١٧)</sup>

ومنذ منتصف عام ٢٠٠٤، وبالرغم من العوائق الشديدة، حققت الحكومة المالاوية نجاحاً في إعداد برنامج علاج ناجح باستخدام مقاربة بسيطة ولكنها فعالة من خلال نظام الصحة العامة. وفي منتصف ٢٠٠٣ كان توفير مضادات الفيروسات القهقرية يقتصر على ثلاثة مواقع، حيث كان يفيد أقل من ١٪ من هم بحاجة إليه.<sup>(١٨)</sup>

وبحلول ديسمبر من عام ٢٠٠٥، وفي أعقاب استثمار ضخم للصندوق العالمي لمكافحة الإيدز والملاريا والتدبر الرئوي (السل) وغيره من الجهات المانحة، بدأ حوالي ٢٨ ألف مريض العلاج، مجاناً، في ٦٠ منشأة صحية عامة، وكانت ٢٣ منشأة خاصة قد بدأت علاج حوالي ألف مريض آخرين.<sup>(١٩)</sup> والمعدل الذي يمكن به

عدد الممرضات لكل منشأة صحية كان ١,٥ ممرضة /المنشأة في ١٥ مقاطعة من مقاطعات مالاوي المست والعشرين، وكان المتوسط في خمس مقاطعات أخرى أقل من ممرضة واحدة.<sup>(٢٠)</sup>

## ضرورة زيادة التوظيف

طرحت الحكومة مبادرة صحية جديدة في عام ٢٠٠٤ لتقديم حزمة صحية أساسية، حيث أعطيت الأولوية فيها للتدخلات التي تتسم بفاعلية التكلفة لمعالجة ١١ سبباً رئيسياً للمرض والوفاة.<sup>(٢١)\*</sup> وتتمثل هذه الحزمة المقدمة مجاناً للملاويين كافياً شكلاً صريحاً من أشكال التقني، مما يحدد بعض الخدمات على أنها ذات أولوية متقدمة، ولكنها تعرف بدورها بأنه "إذا كان لابد من تقديم الخدمات للكل، فحينئذ لن يكون بالإمكان تقديم كلها".<sup>(٢٢)</sup> وهي تتناقض مع المقاربات الرأسية السابقة المتصلة بالأمراض في تركيزها على تقديم الخدمات على مستوى المقاطعات، الأمر الذي يدمج الرعاية الأولية مع التحويل الفعال. وهي تهدف من بين ما لها من غايات أخرى إلى تقديم خدمات الصحة الإنجابية، بما في ذلك إتاحة رعاية الحمل الأساسية والإحالة إلى رعاية ولادة الطوارئ الشاملة، وهو الأمر الضروري لخفض مستوى وفيات الأمهات المرتفع في مالاوي.

تحسين مستويات العاملين هو التحدى الأكبر الذي يواجهه تفريد المقاربة الجديدة. وقد انتهت مراجعة مستقلة لمشروع الأمومة الآمنة - الذي تموله جهة مانحة وأدى "بسرعة إلى الهبوط بنسبة الوفيات بين ولادات المستشفى إلى النصف" - إلى أنه "بالرغم من التدريب والدعم الموسعين للعاملين، فقد ثبت أن العجز الشديد في العاملين الناشئ عن مشاكل تتصل باستبقاء القابلات وتفاقص عدهن المستمر يمثل عقبة كبيرة أمام زيادة تغطية الولادات بالمشيرفات الماهرات، وعرض المكاتب التي تتحقق في جودة الرعاية للخطر".<sup>(٢٣)</sup> الواقع أن النسبة الحالية للولادات التي تتم بمساعدة طبيب أو

\* تشمل الحزمة الصحية الأساسية: التطعيمات للأمراض المعدية التي يمكن الوقاية منها، الملاريا، الصحة الإنجابية، السل، البليارسيا، العدوى التنسجية الحادة، أمراض الإسهال العادة، العدوى المنقولة جنسياً، متلازمة العوز المناعي وفيروس نقص المناعة المكتسبة البشري، أمراض سوء التغذية، عدوى العين والأذن والجلد والإصابات الشائعة.

علاج العدوى الطفيلي والوقاية من انتقال العدوى من الأم للطفل، وهي الأنشطة التي تسع كذلك.<sup>(٢١.٢٢)</sup> عند بدء تلك الخدمات في عام ٢٠٠٤، كان هدف الحكومة المحدد هو تحقيق حصول ٥٣٥ ألف مريض على مضادات الفيروسات القهقرية بحلول يوليو ٢٠٠٥، غير أنه وضع كذلك "هدف طموح" لزيادة العدد إلى ٨٠ ألف مريض بحلول أواخر عام ٢٠٠٥، وهو ما يتفق مع مبادرة منظمة الصحة العالمية ٥٣٥.<sup>(٢٣.٢٤)</sup>

الحصول على العاملين الطبيين وتدريبهم قيد كبير على السرعة التي يتم بها توسيع نطاق الخدمات المتعلقة بمرض الإيدز والفيروس المسبب له.<sup>(٥)</sup> وقد تلقى أكثر من ١١٠٠ طبيب وممرضة من القطاع العام وكذلك حوالي ٢٢٠ من القطاع الخاص تدريباً متخصصاً على تقديم مضادات الفيروسات القهقرية والاستشارة والاختبار الطوعيين. وبالإضافة إلى ذلك، هناك حاجة إلى عاملين للقيام بالأنشطة التكميلية، بما في ذلك

#### جدول رقم ٢

#### الأعداد التقديرية للعاملين المطلوبين لخدمات الصحة العامة اللازمة للخدمات المتعلقة بمرضى العوز المناعي المكتسب وحاملي فيروس نقص المناعة المكتسب، ٢٠٠٥ - ٢٠١٠<sup>(٦)</sup>

| الكادر                  | مضادات الفيروسات القهقرية | المشورة والطوعي | العدوى بالفيروبات الانتهازية | منع نقل العدوى من الأم للطفل | الأعداد المطلوبة | المجموع الحالي |
|-------------------------|---------------------------|-----------------|------------------------------|------------------------------|------------------|----------------|
| أطباء                   | ١٠                        | -               | -                            | -                            | ١٠               | ١٣٩            |
| ممرضات                  | ٢١١                       | ١٦٧             | ٢,٨١٣                        | ٢١٠                          | ٣,٤٠١            | ٤,٧١٧          |
| نواب                    | ٢٢١                       | -               | ٤٦٨                          | -                            | ٦٨٩              | ٩٤٢            |
| مساعدات                 | -                         | -               | ٥٠٠                          | -                            | ٥٠٠              | ٧١٨            |
| فنيو المعامل والمساعدون | ٨                         | ٣٧٨             | -                            | -                            | ٣٨٦              | ٢٥١            |
| صيادلة                  | ٣٤٤                       | -               | -                            | -                            | ٣٤٤              | ٩٣             |
| مسؤولو صحة البيئة       | ١٠                        | -               | -                            | -                            | ١٠               | ٣٠٤            |

\* عدد النساء اللاتي يتلقين علاجاً للوقاية من انتقال العدوى من الأم للطفل في الوقت الحالى منخفض. في عام ٢٠٠٤ كانت النساء اللاتى تم اختبارهن لفيروس نقص المناعة البشرى يمثلن ٩٪ من ٥٤٠٠٠ حالة ولادة. ومن بين النساء اللاتى كن يحتاجن إلى العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، تلقت نسبة محدودة من النساء العلاج (٢٪). وتهدف مالاوى لزيادة عدد النساء اللاتى يتم اختبارهن من ١٠٠٠٠ في عام ٢٠٠٦ إلى ٤٠٠٠٠ عام ٢٠١٠، وان يتم توفير العلاج إلى ٦٥٠٠٠ امرأة طفل بحلول عام ٢٠١٠. كما يتضاعف الطلب على المشورة والاختبار الطوعيين أيضاً: في عام ٢٠٠٤ تم عمل اختبارات فيروس نقص المناعة البشرية لحوالي ٢٨٥٠٠٠ شخص، في ١٤٦ من مواقع القطاع العام (وكان الرقم ١٥٠٠٠ في عام ٢٠٠٢). وتشير وزارة الصحة أيضاً إلى تصاعد الإصابات بالدرن الرئوى، والسرطان، والتهابات المخ البكتيرية، وعدوى المريء بالفطريات.

في السنوات العشر الأخيرة، زاد التناقص في عدد العاملين المرتبط بمرض الإيدز والفيروس المسبب له في قطاع الصحة من العجز.<sup>(٢٢)</sup> وافتقرت الخطة الخمسية المalaوية لتنمية الموارد البشرية ١٩٩٩-٢٠٠٤ أن هناك فاقداً سنوياً إجمالياً نسبته ٨٪ بناءً على بيانات العاملين.<sup>(٢٣)</sup> وهناك اعتقاد على نطاق واسع بأن هذا أقل من التدفقات إلى خارج القطاع: فعلى سبيل المثال، أظهرت دراسة أجيرت في عام ٢٠٠٢ على المناطق الريفية وشبه الحضرية في مالاوي أن معدل الوفاة بين مقدمي الرعاية الصحية بالمستشفيات وخدتها هو ٦٪.<sup>(٢٤)</sup>

وتتأثر مرض الإيدز والفيروس المسبب له على العاملين يتجاوز تناقص الأعداد، وهناك تقارير تتحدث عن ممرضات يتذكرن عملهن لخوفهن من التعرض للإصابة بالفيروس المسبب لمرض الإيدز، خاصة وأن عدم وجود القفازات وغيرها من المعدات يعيق الالتزام بالاحتياطات العالمية.<sup>(٢٥)\*</sup> ويبينغ وقت العاملين في حضور الجنائز، وربما يغيب العاملون لفترات طويلة بسبب المرض. وليس هناك سياسة، ولا ما يكفي من القوى الاحتياطية كي تحل محل العاملين الذين يعانون مرضًا مزمناً، وبينما يزداد عب العمل، مما يعكس الزيادة في عدد السكان والمرض المتزايد المرتبط بالإيدز، هناك عدد أقل من العاملين للمشاركة في تحمل العبء. وعلاوة على ذلك، غالباً ما تستدعي الممرضات على وجه خاص للقيام بعمل مقدمي الرعاية الأولية للمرضى من أفراد أسرهن أو أبناء مجتمعهن المحلي.<sup>(٢٥)</sup>

ثالثاً: يُبيِّن الكثير من الاستثمارات في تدريب العاملين في مجال الصحة، حيث تختار أعداد متزايدة من المهنيين والفنين العاملين ترك القطاع العام. وبينما كانت رواتب العاملين الصحيين في الكثير من الأقطار الإفريقية تعتبر جذابة قبل ٢٠ سنة، لم تفلح الأجور

في ظل التأثير الكبير لوضع العاملين، تم عمل تدابير سريعة للمطالبات المتوقعة (جدول رقم ٢). وأبرز تلك التوقعات بقوة حجم التحدى الذي يمثله تأمين العدد الكافي من العاملين لدعم تلك الأنشطة دون الإضرار بالخدمات الأساسية الأخرى، ومنها خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المكملة الضرورية للعلاج من الفيروس المسبب لمرض الإيدز على المدى الطويل. كما بدأ العمل كذلك في بحث المقاربات الأكثر إبداعاً للتوظيف، مثل الاستفادة من الكوادر الدنيا وغير السريرية لمتابعة المرضى ومراقبتهم، وتدريب الممرضات على توزيع الأدوية على المرضى لتحفيظ الطلب على الخدمات الصيدلية. (اتصال شخصي، مسؤول بوحدة الإيدز والفيروس المسبب له)<sup>(٢٦)</sup>

### أسباب أزمة الموارد البشرية

هناك ثلاثة أسباب رئيسية للعجز المزمن في عدد العاملين الصحيين. السبب الأصلي هو الفقر: فما لا ي足以 عاجزة منذ فترة طويلة عن تحمل تكاليف تدريب وتوظيف ما يكفي من العاملين في قطاع الصحة لتلبية احتياجات الرعاية الصحية الأساسية. وهي تعتمد منذ عقود على الأطباء من الخارج، وحتى بعد إنشاء كلية الطب الخاصة بها في عام ١٩٩١ لم تكن تخرج سوى ٢٠ طبيباً في العام حتى عام ٢٠٠٥، وكان نصفهم يتوجه إلى الأبحاث والتدريس والحصول على مزيد من التدريب أو فتح العيادات الخاصة في مالاوي أو في الخارج. وفي السنوات القليلة الأخيرة، خرجت مالاوي ما بين ٤٠ و٦٠ ممرضة سنوياً إلى جانب حوالي ٣٥٠-٣٠٠ ممرضة مُدرجة.<sup>(٢٧)</sup> في حين تضم مؤسسة التمريض في القطاع العام (تشمل مستشفيات البعثات التبشيرية) تضم ٨٩٦٣ وظيفة، منها ٤٩٣٤ وظيفة شاغرة.<sup>(٢٨)</sup> وحتى لو افترضنا أن كل الممرضات اللاتي جرى تدريبيهن انضمنن إلى القطاع العام، مع زيادة تدفق العاملين للخارج، لما كان معدل التدريب مواكباً للاحتياجات.

\* كشف مسح أجرى عام ٢٠٠٢ أن ٤٩٪ من العاملين الصحيين الذي يقدمون خدمة التطعيم، ٥٧٪ من الذين يعطون الحقن الفلاحية قد أفادوا بخوضهم من الأبر في الأثنى عشر شهراً السابقة على المسح. وبينما يستطيع العاملون الصحيون الحصول على مضادات الفيروسات القهقرية، وأن الوقاية فور التعرض للعدوى أصبحت متوفرة مؤخرًا، تعكس التقارير غير الرسمية درجة من تردد العاملين في التقدم للختبارات بسبب الوصمة الاجتماعية والخوف من رفض المرضى لتلقي العلاج منهم.

كلية طب مالاوي). ومنذ عام ١٩٨٨ سُمِح للأطباء البشريين وأطباء الأسنان بفتح عيادات خاصة إلى جانب التزاماتهم في الخدمة الحكومية. وقد حقق ذلك نجاحاً كبيراً فيما يتعلق بالاحتفاظ بالأطباء، إلا أن القدرة التنظيمية الضعيفة في مالاوي تشير التساؤلات حول توافر الساعات التي يقضيها الطبيب في عمل القطاع العام وتلك التي يقضيها في العيادة الخاصة.

وقد عدلت مالاوي الهياكل التدريبية مراراً منذ أواخر التسعينيات من القرن العشرين استجابةً للعجز المتزايد في عدد العاملين. فعلى سبيل المثال، أعيد إدخال تدريب المساعدين الطبيين (وهو كادر تختص به مالاوي ويغلب عليه الذكور، ويشترك في المهارات مع الممرضات ويخدم في الأساس في المراكز الريفية) في عام ٢٠٠١ بعد انقطاع لمدة خمس سنوات. وأن المساعدين الطبيين ليس لهم مؤهلات معترف بها دولياً فلم يهاجر منهم أحد تقريباً إلى خارج مالاوي، على العكس مع زميلاتهم الممرضات.

### فحص الأدلة

عندما واجهت وزارة الصحة وضع الموارد البشرية الذي يزداد سوءاً والتزمت بطرح حزمة الصحة الأساسية تشمل مدى طموحاً لخدمات الإيدز والفيروس المسبب له، أعلنت في أوائل عام ٢٠٠٤ أن هناك أزمة في قطاع الصحة.<sup>(٣)</sup> واستجابت الجهات المانحة لذلك بتوفير الخبرة الفنية لمساعدة الوزارة في تحديد أهداف التوظيف وحساب الآثار المالية لتنفيذ برنامج الموارد البشرية الطارئ ومدته ست سنوات. ويقوم تصميم البرنامج على الأبحاث والتقارير السياسية والمعلومات المتاحة عن المنتشرات ومعدلات الوظائف الشاغرة.

وبينما لم تكن هناك نماذج دولية لبرامج مشابهة شاملة وواسعة النطاق للموارد البشرية في مجال الصحة، فقد اعتمد البرنامج على الدروس المستفاده من المبادرات التي جُرِيت في أماكن أخرى من المنطقة.<sup>(٤)</sup> كما اعتمدت الحكومة على عدد من المبادرات المنفصلة الموجودة من قبل في مالاوي، ومنها خطة تنمية الموارد

الحقيقة للعاملين في الحكومة بمااوي وغيرها في التماشي مع الأسعار الاستهلاكية المتزايدة في السنوات الأخيرة.<sup>(٥)</sup> وانتقلت أعداد كبيرة من العاملين في مالاوي إلى القطاع الصحي الخاص الصغير ولكنه يتسع، حيث الرواتب في العادة ثلاثة أو أربعة أضعاف رواتب الحكومة، بما في ذلك العدد المتزايد بسرعة من المنظمات غير الحكومية والمبادرات البحثية، التي ترتبط في أغلب الأحيان بوباء الإيدز والفيروس المسبب له.<sup>(٦)</sup>

ليس الأجر المنخفض إلا جزءاً من سبب ترك العاملين الخدمة في القطاع العام. فظروف العمل السيئة مع ضعف الإشراف والدعم، ونقص الأدوية الأساسية والإمدادات والمعدات، والفرص الوظيفية المحدودة أسهمت في حدوثها إلى حد ما الحواجز المهنية الجامدة، وأعباء العمل الكبيرة وغير المتساوية، وغياب سياسة واضحة للتوظيف، وعدم المساواة في الحصول على التدريب، والإسكان غير الملائم، حيث أسهمت جميعها في انخفاض الروح المعنوية والإحباط. ويقدر مجلس الممرضات والقابلات في مالاوي أن ما يصل عددهن إلى ١٢٠٠ ممرضة مؤهلة يعشن في مالاوي اخترن التوقف عن العمل في قطاع الصحة تماماً، حيث انتقلن إلى مهن أفضل أجرًا أو أقل ضغطاً.<sup>(٧)</sup>

زادت الهجرة الدولية للعاملات في مجال التمريض في مالاوي زيادة كبيرة في السنوات القليلة الماضية. فمنذ عام ٢٠٠٠ تسعى ما بين ٨٠ و١٠٠ ممرضة كل سنة إلى توثيق شهاداتهن من أجل العمل في الخارج (جدول رقم ٣)، في المملكة المتحدة في المقام الأول.<sup>(٨)</sup> وفي عصر العولمة، أصبح المهنيون الطبيون ذوو المؤهلات المعترف بها دولياً "سلماً قابلاً للتبادل"، حيث ينتقلون بسهولة نسبية عبر الحدود. ولا يُستثنى من ذلك الممرضات المالاويات، رغم الحاجة الشديدة إليهن في الداخل.

وفي المقابل، فإنه رغم عدم كفاية أعداد الخبريين من الأطباء، فإن مالاوي لديها تاريخ معقول من الاحتفاظ بمن يدخلون الخدمة الحكومية (اتصال شخصي، عميد

جدول رقم ٣

الممرضات الملاويات المسجلات واستعدادهن للتنقل إلى الخارج حسب السنوات (٢٨)

| الجهة المقصدودة  | ٢٠٠١-٢٠٠٠ | ٢٠٠٥ | ٢٠٠٤ | ٢٠٠٣ | ٢٠٠٢ | ٢٠٠١-٢٠٠٠ | الكل ماعدا<br>٢٠٠١-٢٠٠٠ |
|------------------|-----------|------|------|------|------|-----------|-------------------------|
| الولايات المتحدة | -         | ٣    | ٩    | ١٠   | ٣    | -         | ٢٥                      |
| أستراليا         | -         | ٠    | ٠    | ٤    | ٠    | -         | ٤                       |
| بتسوانا          | -         | ١    | ١    | ١    | ٣    | -         | ٥                       |
| كندا             | -         | ٠    | ٠    | ٠    | ١    | -         | ١                       |
| نيوزيلندا        | -         | ١    | ١    | ١    | ٥    | -         | ٧                       |
| جنوب أفريقيا     | -         | ١    | ٢    | ٧    | -    | -         | ١٥                      |
| المملكة المتحدة  | -         | ٨٣   | ٩٠   | ٦٤   | ٨٠   | -         | ٣١٧                     |
| زيمبابوي         | -         | ١    | ٢    | ٠    | ٠    | -         | ٣                       |
| أوغندا           | -         | ٠    | ١    | ٠    | ٠    | -         | ١                       |
| المجموع الكلي    | ٢٠٣       | ١٠٣  | ١٠٨  | ٧٩   | ٨٨   | ٢٧٨       |                         |

مدى والأكثر تعقيداً لا يقل أهمية، ومنها القدرة على إدارة الموارد البشرية، والهيكل الوظيفية، وتوزيع العاملين، وظروف العمل. وأبرزت عملية الاستشارة هذه ضرورة تعزيز لجنة الخدمات الصحية الجديدة (تأسست في عام ٢٠٠٢) وضمان قدر أفضل من التسييق بين هذه الجهة ووزارة الصحة. كما أحيت العملية اللجان الاستشارية للموارد البشرية (للحصة) التي تشكلت عام ٢٠٠٠ للجمع بين الفاعلين في هذا المجال ولكنها دخلت في حالة من السبات. ومنذ ذلك العين تتولى هذه المجموعة توجيهه تفاصيل البرنامج والإشراف عليه.

كانت العلاقات مع الدول الصناعية أحد الاعتبارات البارزة عند اتخاذ القرارات بشأن شكل البرنامج. فعلى سبيل المثال، رغم أن العجز في التمريض هو المعوق الأكثر أهمية أمام توفير الخدمة الصحية فقد اتفق على

البشرية لعام ١٩٩٩، وبرنامج التدريب الطارئ لعام ٢٠٠١ والاستفادة طويلاً المدى من الأطباء من خارج البلاد في المناصب الرئيسية، والإجراءات السابقة الأكثر تدريجاً لتحسين الحوافز المجزية، بما في ذلك حزمة الحوافز المستهدفة لمعلمات الممرضات. (٤٢:٤١٤٠)

في ظل قلة المعلومات المفصلة عن المستويات والعوامل المؤثرة على الاستبقاء والحفاظ، اعتمد البرنامج اعتماداً كبيراً على الاستشارات الرسمية وغير الرسمية لاستخراج معارف وخبرة الأطراف المعنية من مقدمي الخدمات الحكوميين وغير الحكوميين، ومدارس التدريب، والوكالات النظامية، والجمعيات المهنية، والجهات المانحة. وقد وافق هؤلاء الذي استشيروا بالإجماع على أن هناك حاجة ماسة إلى معالجة قضية الأجر، ولكنهم أبزوا أيضاً أن معالجة القضايا الأطول

- زيادة قدرة التدريب المحلية بما يزيد على ٥٠٪ بصورة عامة، ويشمل ذلك مضاعفة عدد الممرضات وزيادة عدة الأطباء تحت التدريب ثلاثة مرات.
- الاستفادة من الأطباء ومعلمي الممرضات الدوليين المتطوعين لإجراء لشنل الوظائف المهمة بينما يجري تدريب المزيد من الملاويين.
- توفير المساعدات الفنية الدولية لتعزيز القدرة وبناء المهارات في إطار وظائف وزارة الصحة الخاصة بتخطيط الموارد البشرية وإدارتها وتطويرها.
- خلق قدرة أكثر كفاءة على مراقبة الموارد البشرية وتقييمها في قطاع الصحة تكون داخل أنظمة المعلومات إدارة الصحة الحالية الخاصة التي يجري تقويتها للدعم تفاصيل الحزمة الصحية الأساسية.<sup>(٢)</sup>

بالإضافة إلى التنفيذ الفوري لتلك الأنشطة، يعترف البرنامج صراحةً بأهمية العمل لفترة أطول بشأن مجموعة من العوامل الإضافية التي تؤثر على الاستبقاء، ومنها السياسات الخاصة بالتعيينات والترقيات، والتدريب، وتحسين المهارات، وفرض التطور الوظيفي. وقد بدأ العمل بشأن وضع سياسة وحوافز لتوزيع العاملين على المناطق النائية وتحسين توزيع التوظيف في أنحاء البلاد. ويشمل ذلك مجهوداً كبيراً لتحسين إسكان العاملين والاعتماد على الخبرة المكتسبة من أماكن أخرى في المنطقة في تجريب حزم الحوافز المختلفة التي تحدد وفقاً لمكان التوظيف.

تمت صياغة البرنامج على نحو يكمل تفاصيل الحزمة الصحية الأساسية، الأمر الذي سوف يؤثر على الرضا بمكان العمل. ويشمل ذلك صيانة المنشآت والمعدات وتحديثها على نحو أفضل، والتزويد الملائم والمنتظم بالأدوية الأساسية والإمدادات الطبية: مع ضمان أن العاملين في مجال الصحة لديهم الأدوات التي يحتاجون إليها لأداء وظائفهم. ويجري كذلك تعزيز الهياكل الإشرافية الداعمة من خلال إنشاء أربعة مكاتب دعم مناطقية.

أن هناك احتمالات محدودة للاستفادة من المتطوعين من خارج البلاد لملء الفجوات في كادرات التمريض. فيبينما كان توظيف معلمات الممرضات من الخارج مقبولاً بسبب تخصصهن غير المتوفر في ملاوي، كان خيار توظيف ممرضات من خارج البلاد مرفوضاً بسبب المخاطرة العالمية المدركة (بناءً على التجارب السابقة) للإجراءات الاحتجاجية التي تتخذها الممرضات الملاويات. ومن ناحية أخرى، فيبينما كان هناك اعتراف بالممرضات على أنهن الكادر الذي يحتاج أكثر من غيره إلى حواجز إضافية، فإن رفع مكافأة الممرضات دون عمل الشيء نفسه للكادرات الاختصاصية والفنية الأخرى كان سيؤدي إلى مشكلة داخل القوة العاملة الصحية.

### وضع استراتيجية للعمل

بدأ برنامج الموارد البشرية الطارئ بداية جادة في أبريل ٢٠٠٥. يمتد البرنامج عبر ست سنوات بتكلفة ٢٧٢ مليون دولار أمريكي، معظمها من حكومة ملاوي، ووزارة التنمية الدولية البريطانية، والصندوق العالمي لمكافحة الإيدز وال الدرن الرئيسي (السل) والمalaria.

ويهدف البرنامج إلى رفع العمالة في ملاوي إلى المستويات التزامية، التي بينما تظل دون الحد الأدنى الذي أوصلت به منظمة الصحة العالمية وهي تمثل هدفاً طموحاً ولكن يمكن تحقيقه. ويقوم البرنامج على نموذج تفصيلي محسوب التكاليف، يربط مستهدفات العمالة المتضاعدة عبر ١١ كادراً تخصصياً وفتياً باحتياجات التوظيف والتدريب.\* يتيح البرنامج مقاربة من خمسة أفرع تهدف إلى تحقيق تحسينات قصيرة المدى في الوقت نفسه الذي تسعى فيه لتحقيق الأهداف ذات المدى الأطول. وتشمل مجالات الاهتمام:

- تحسين الحوافز بالنسبة لتوظيف واستبقاء العاملين الملاويين في المستشفيات الحكومية ومستشفيات العيادات التبشيرية من خلال زيادة قدرها ٥٢٪ خاصة للضرائب لأحد عشر كادراً اختصاصياً وفتياً بالإضافة إلى مبادرة مهمة لتوظيف وإعادة تعيين العاملين الملاويين المؤهلين.

\* الأطباء، والممرضات، والأطباء المقيمين، والصيادلة، وفنيو المعامل، وفنيو الأشعة، وأخصائيو العلاج الطبيعي، أطباء الأسنان، ضباط الصحة المهنية، والمهندسين.

النقد الدولي أو مشاكل حقوق الإنسان التي قد تجعل الجهات المانحة تحد من تدفق المساعدات من خلال الحكومة. ولإيقاع الحكومة بالدخول في مخاطرة المستويات الأعلى من الإنفاق المدعوم من المساعدات، التزمت وزارة التنمية الدولية بإعطاء إنذار مدته عامان (٤٢) بالانسحاب من مكون الرواتب في مساعدتها. وبالإضافة إلى ذلك وضعت زيادة المرتبات عمداً في إطار سياسة الأجور الخاصة بالحكومة. وبمرور الوقت، سوف تتضاعل مع الزيادات الأوسع في الأجور، في ظل معدل التضخم المرتفع في مالاوي، ما لم يُتخذ قرار لاحق بزيادتها.

### ما تتحقق من تقدم حتى الآن

بدأ تنفيذ البرنامج جدياً في أبريل من عام ٢٠٠٥ ببدء زيادة الرواتب. وفي ذلك الحين كانت المنظمات التطوعية العالمية - ومنها منظمة الخدمات التطوعية فيما وراء البحار البريطانية، ومتطوعو الأمم المتحدة - قد حققت تقدماً طيباً بشأن حشد الدعم الدولي لسد الفجوة، حيث كان هناك بالفعل ١٩ من العاملين الأجانب في مالاوي. ومن المقرر بحلول أبريل من عام ٢٠٠٦ أن يكون ٥١ طبيباً و ١٥ معلمة متبرِّض من خارج البلاد قد تسلموا مهام مناصبهم. (٤٣) وكان ثلاثة خبراء مواردبشرية قد تولوا مناصبهم في أغسطس من عام ٢٠٠٥ لتعزيز قدرة وزارة الصحة ودعم تنفيذ البرنامج. وبحلول يناير من عام ٢٠٠٦ بدأت المرحلة الأولى من البناء، بما يتفق مع خطط تطوير البنية التحتية التي أُعطيت لها الأولوية وحددت تكاليفها لزيادة القدرة التدريبية.

وتشير النتائج حتى الآن إلى أن زيادة الرواتب لها أثر إيجابي على مستويات التوظيف (جدول رقم ٤). وارتفاع عدد العاملين الذين يتلقون الزيادات بمقدار ٤٣٠ بعد تسعه أشهر، مقارنة بما يستهدفه البرنامج وهو ٧٠٠ في السنة الأولى. وتشير المقابلات غير الرسمية مع مديري المستشفيات في أنحاء البلاد إلى أن زيادة المرتبات قبضت بشكل كبير على تدفق العاملين، وبشكل خاص للممرضات، إلى خارج القطاع العام. وما زال جمع البيانات الخاصة بالتدفقات للخارج يجري.

كان التحدي الكبير هو ضمان أن البرنامج، وخاصة المقترنات الخاصة برفع المرتبات، حساساً بالنسبة لوضع البلد الاقتصادي الكلي الحرج. ولذلك تُصبح بأن يكون تمويله بالكامل من الجهات المانحة، على أن تساهمن الحكومة جزئياً ببعض من الموارد التي تحصل عليها من فرض ضرائب على العلاوات الممولة من الجهات المانحة. وفي البداية قدّمت أربعة سيناريوهات لزيادة المرتبات ونوقشت بتفصيل شديد على مدى شهور. كما بحث أكثر من اثنى عشر بديلاً. ولما كانت زيادة تعويضات العاملين تؤثر على صندوق معاشات الحكومة، فقد تم التوصل إلى اتفاق خاص مع صندوق النقد الدولي.

غكس قرار زيادة المرتبات في قطاع الصحة قراراً صريحاً من الجهات المانحة "بحث الإجراءات التي قد تُرفض لو ذلك باعتبارها غير مستدامة" بسبب حجم الأزمة وآثارها. (٤٤) وكان رأي الممولين هو أن من المرجح أن تتلقى مالاوي مستويات عالية من المساعدات في المستقبل المنظور. وبالإضافة إلى ذلك، كان شكل المساعدات يتغير كذلك في القطاع، باتجاه دعم الميزانية العامة وليس مشروعات مجدهدة. وكان هناك تساؤلان فيما يتعلق بالتمويل: ماذا سيحدث لزيادة المرتبات في نهاية البرنامج؛ والأهم من ذلك ما إذا كان حجم الإنفاق على الصحة (لدعم القوى العاملة الصحية الموسعة) يمثل نسبة يمكن توفيرها من ميزانية الحكومة فيما بعد في إطار السنوات الست الحالية أم لا.

انتهت إدارة التنمية الدولية إلى أنه معأخذ موارد الحكومة المالية في الاعتبار وافتراض استمرار تدفق المساعدات، فمن المرجح أن تكون هناك موارد كافية لتمويل مستويات العاملين الأعلى في مجال الصحة التي يستهدفها البرنامج. يُضاف إلى ذلك أن الجهات المانحة توصلت إلى اتفاق صريح مع الحكومة على الحفاظ على النسبة التي تتفق على الصحة من ميزانية الحكومة أو زيادتها على مدار السنوات الست (اتصال شخصي مع رئيس مكتب إدارة التنمية الدولية في مالاوي). وكانت المخاطر الرئيسية هي أن تدفق المساعدات قد ينقطع لأسباب أخرى، مثل انتهاء شروط برنامج صندوق

**جدول رقم ٤**

**العدد الإجمالي للعاملين الذين يتلقون ٥٢٪ حواجز من راتبهم الأصلي  
ويشمل الموظفين العاملين في المستشفيات الحكومية والتابعة للبعثات التبشيرية  
أبريل- ديسمبر ٢٠٠٥ (٤٧,٤٦)**

| المجموع | العاملون في المستشفيات<br>التبشيرية | العاملون في الحكومة | الشهر  |
|---------|-------------------------------------|---------------------|--------|
| ٥,٣٤٥   | ١,٥٨٢                               | ٣,٧٦٣               | أبريل  |
| ٥,٣٥٨   | ١,٥٧٩                               | ٣,٧٧٩               | مايو   |
| ٥,٤٤١   | ١,٦٥٠                               | ٣,٧٩١               | يونيو  |
| ٥,٤٥٣   | ١,٦٦١                               | * ٣,٧٩٢             | يوليو  |
| ٥,٤٣٥   | ١,٦٦٧                               | * ٣,٧٦٨             | أغسطس  |
| ٥,٢٣٦   | ١,٦٦٤                               | * ٣,٦٧٢             | سبتمبر |
| ٥,٥١٠   | ١,٧٠٢                               | ٣,٨٠٨               | أكتوبر |
| ٥,٦١١   | ١,٧٧٧                               | ٣,٨٣٤               | نوفمبر |
| ٥,٧٧٥   | ١,٧١٨                               | ٤,٠٥٧               | ديسمبر |

**جدول رقم ٥**

**التوظيف الخارجي والتعزيزات الداخلية عن طريق وزارة الصحة  
٢٠٠٥ (٤٦)  
(ماعدا المستشفيات التابعة للبعثات التبشيرية)**

| يوليو - ديسمبر | يناير - يوليو |  |
|----------------|---------------|--|
| ٥٧٢            |               | استكمال التعينات الخارجية                          |
| ٥٩١            |               | إقرار التعينات التالية<br>(تحديد مواعيد المقابلات) |
| ٥٣١            | ٥٨٠           | الترقيات الداخلية لوزارة الصحة                     |

\* طبقت حكومة ملاوى نظام دفع جديد في يوليو ٢٠٠٥، أدى إلى بعض الفروق في أعداد الموظفين المسجلين بين يوليو وسبتمبر ٢٠٠٥.

تركنا العمل بدون إذن في عام ٢٠٠٥ قد انخفض انخفاضاً كبيراً عما كان عليه في السنوات الماضية، وهو ما يعني أن هؤلاء الممرضات اللائي يذهبن للخارج ربما يكن قد تقاعدن أو يعملن في القطاع الخاص. وبغض النظر عن المكان الذي جئن منه، فقد فقدت مالاوي هؤلاء الممرضات الأقدم والأكثر خبرة بشكل مؤقت على الأقل، وعدم وجودهن ضمن دوائر من قد يعاد تعينهم في ظل البرنامج.

أدخلت الحكومة فترة خدمة إجبارية في مجال الصحة العامة بالنسبة للممرضات المسجلات للتدريب على نفقة الدولة. وتشير التجربة الدولية إلى أن مثل هذا الإلزام غير فعال في معالجة الهجرة الدولية، ولكن هذه المبادرة تستهدف هؤلاء الذين يتذرون الخدمة في القطاع العام بعد وقت قصير من تأهيلهم للحصول على وظائف ذات أجور أفضل داخل مالاوي، ولن يكون أثر ذلك مرئياً إلى حين تأهيل هؤلاء الممرضات.

وأخيراً، فإن التقدم في بناء قدرات قوية على المراقبة والتقييم كان بطيئاً. كما أن جمع البيانات المنتظمة عن الموارد البشرية في السنوات القليلة الماضية كان محدوداً، والقدرة الإدارية التي تتطلبها دقة التقارير وإبلاغها في الوقت المناسب مازالت بعد في طور البناء، والأمر نفسه مع قدرات تحليل البيانات وتقييمها. وحتى الآن ترتكز مراقبة البرنامج على القضايا التشغيلية باستخدام مجموعة من المصادر. وترتبط إجراءات تقوية قدرة أنظمة المعلومات الإدارية الصحية بتنفيذ الحزمة الصحية الأساسية، وتتقدم إلى الأمام.

**لماذا كانت هذه المقاربة ممكنة في مالاوي؟**

في الماضي، كانت الجهات المانحة تتردد في الإسهام في حزم الحواجز أو الرواتب في ظل مخاوف تتعلق بالاعتماد على الجهات المانحة واستدامة تدخلاتها.<sup>(٤٨)</sup> وكان دعم الجهات المانحة للموارد البشرية المتعلقة بالمشروعات يتم بشكل جزئي؛ ولم يكن حجمه ونمطه متوافقاً مع حجم المشكلة. غير أنه بات واضحًا من خلال تقييم الجهات المانحة أن غياب الموارد المالية

كانت بداية تطبيق البرنامج بطيئة حيث كانت وزارة الصحة تسعى للحصول على إذن من الجهات الحكومية الأخرى بتعيين عاملينجدد وترتيبات محسنة يجري التفاوض عليها من أجل إعادة التعاقد مع هؤلاء الذين وصلوا إلى سن التقاعد الإجباري وهو ٥٥ سنة (أو أمضوا ٢٠ سنة في الخدمة). غير أنه بحلول الرابع الأخير من عام ٢٠٠٥ تحقق تقدم طيب بتعيين ٥٩١ موظفًا من الخارج (جدول رقم ٥). وبعض الذين وظفوا لم يباشروا أعمالهم بعد ومن ثم فهم غير محسوبين في أرقام كشوف الرواتب في (جدول رقم ٤). يضاف إلى ذلك أن ما يزيد على ١١٠٠ جرت ترقيتهم داخلياً. وكان الكثير من هؤلاء ممرضات حالت قواعد الخدمة المدنية دون ترقياتهن في أعقاب التغيير السابق في المنهج الدراسي الخاص بالتمريض. وكان ذلك مصدر إحاطة لمهنة التمريض وكان له تأثيره على استبقاء الممرضات.

بالإضافة إلى ذلك، استكمل مؤخراً مسح للمهنيين الصحيين الملاوين المؤهلين الذين تقاعدوا أو استقالوا من الحكومة. ومن بين أكثر من ألف مستجيب، أشار حوالي ٧٠٠ إلى رغبتهم في العودة إلى الوظيفة الحكومية بشرط تقديم زيادة في الرواتب والمزيد من المرونة بشأن قرارات التوزيع، على أن يصعب ذلك وجود فرص للحصول على المزيد من التدريب (اتصال شخصي مع رئيس لجنة الخدمات الصحية بمالاوي).

باختصار، يبدو أن لزيادة الرواتب تأثيرها على اجتذاب العاملين في القطاع وتحسين استبقاءهم، وخاصة فيما يتعلق بالكوادر الوسطى والدنيا. الاستثناء الوحيد هو الهجرة الدولية للممرضات التي لم يجد أنها قلت في عام ٢٠٠٥ (جدول رقم ٣). ومن المرجح أن هؤلاء الممرضات بدأن الاستعداد للهجرة قبل بداية البرنامج، ولذلك فمن المبكر القول بما إذا كان البرنامج (ومعه الإجراءات الجديدة التي اتخذتها وزارة الصحة البريطانية) قد حد من الهجرة (اتصال شخصي مع مدير مجلس الممرضات والقابلات بمالاوي). بل إن بيانات وزارة الصحة، وإن كانت محل شك، تشير إلى أن عدد الممرضات المسجلات المستقيمات أو اللائي

العقاقير والقفازات والمعدات والبنية التحتية المناسبة والإشراف الكافي تلعب دوراً مركزياً في تحسين الروح المعنوية والاستبقاء.

ثالثاً: في حين أنه من السابق لأوانه الحكم بما إذا كانت هذه الإجراءات سوف تؤثر على المخرجات الصحية في مالاوي أم لا، فمن الواضح أن توليفة الإجراءات قصيرة المدى وطويلة المدى تساعده في الحفاظ على الالتزام بالبرنامج، من خلال إعطاء انطباع بالتغيير على المدى القصير. فعلى سبيل المثال، كان لزيادة الرواتب أثر مباشر وسوف تساعده شيئاً فشيئاً على تخفيف عبء العمل. كما أن ظهور العاملين الأجانب في مقاطعات العمل من قبل بلا أطباء دليل مرئي آخر على التغيير. ومن الواضح أن البرنامج يكسب الوقت إلى أن يمكن الإحساس بنتائج الإجراءات طويلة المدى مثل زيادة القدرة التدريبية وتحسين الهياكل الوظيفية وتغيير الممارسات الإدارية.

رابعاً: يقع ضعف القدرة المؤسسية في صميم وضع الموارد البشرية الخاص بمالاوي. فمستويات الوظائف الشاغرة مرتفعة في كل جوانب الخدمة المدنية، وخاصة بين الإدارة الوسطى، وقد تدنت قدرة الخدمة المدنية ونظمها على نحو ملحوظ منذ أوائل تسعينيات القرن العشرين.<sup>(١٧)</sup> وقد أثر نقص القدرة المزمن في عمل الموارد البشرية بوزارة الصحة، وتشظي مسؤوليات الموارد البشرية داخل الوزارة وفي أنحاء الجهات الحكومية، على قدرة مالاوي على إدراك الصعوبات المتزايدة ومعالجتها حتى وقت طويل بعد بلوغها أبعاد الأزمة. وأن الوزارة أوكلت أمر تصميم البرنامج والمرحلة الأولى من تنفيذه إلى نواة صغيرة من العاملين الأكفاء والمخلصين المسؤولين مسؤولية مباشرة أمام المسؤولين الكبار، فقد تحقق تقديم سريع. ولكن ذلك أدى أيضاً إلى الملكية غير المتساوية للمبادرة داخل الوزارة، مما عوق إدماج تدخلات الموارد البشرية في عمليات التخطيط والمراقبة الحكومية الأوسع. وتفاقم الجهات المانحة تلك المشاكل بقدر ما تتضمن شروط محددة على المساعدات، وهو ما يمكن تحاشيه حيثما تجمع الجهات المانحة تمويلها.

عقبة مقيدة تحول دون نجاح المشروعات التي تمولها، وخاصة تلك التي تركز على الصحة الجنسية والإنجابية والأمومة الآمنة.

ما تغير هو أن بعض الجهات المانحة والحكومة تحركها الآن المقاربة القائمة على النتيجة. ويرتبط هذا بالتحول عن دعم المشروعات باتجاه دعم البرامج، بما في ذلك دعم الميزانيات. وفي هذه الحالة التزمت الجهات المانحة وحكومة مالاوي بزيادة توفير العقاقير المضادة للفيروسات القهقرية، في الوقت الذي كانوا يتقدمون فيه كذلك نحو الأهداف الصحية الأخرى، وأهمها تلك المتعلقة بوفيات الأمهات. فقد أظهر تحليلهم أن القيد الذي يمنع من الحركة هو وضع العاملين.

ومع ذلك، فقد احتاج الأمر لتدخل رئيسي الوكالتين الدوليتين الأكثر استعداداً للدخول في المخاطرات. وهما برنامج الأمم المتحدة المشترك المعنى بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز وإدارة التنمية الدولية البريطانية. وتقويض مكتبيهما المحليين كي يساندا المبادرة. وقد حذرت حذوها الوكالات الأخرى الأقل استعداداً للمخاطرة، مثل الصندوق العالمي. وما أن أشارت إحدى الجهات المانحة علنًا إلى أنها مستعدة لبحث "اتخاذ إجراءات استثنائية لولاها لكان غير مستدامة"، حتى قدمت وزارة الصحة مجموعة كاملة من المقترنات المحددة.

وهذا درس مهم للبلدان الأخرى. ففي مالاوي كان الدور القيادي للجهات المانحة ضروريًا، بسبب رفض الممولين لفترة طويلة المساهمة في معالجة مسألة الأجور. وربما تستفيد دول أخرى في إفريقيا بشكل مشابه من الدعم واسع المدى. والقيادات العليا لبعض الوكالات المانحة تشجع التوصل إلى حل شامل.

ثانياً: لا يكون للاستثمار الكبير في الموارد البشرية في مالاوي معنى إلا في سياق برنامج أوسع لمعالجة توفير الخدمات الصحية. وتمثل ظروف العمل والممارسات الإدارية حافزاً مهماً مثل الأجور: كما أن توفير

والمهارات المهنية الأعلى. واعتمد ذلك على سابقة البدلات التعويضية السابقة للعاملين في مجال الصحة (مع أن وزارة المالية كانت تتخذ الخطوات اللازمة لإلغاء تلك البدلات في الأجهزة الحكومية كجزء من جهود ترشيد الرواتب).\*

سادساً: من السابق لأوانه القول بما إذا كان البرنامج الطارئ للموارد البشرية سوف يساعد على الحد من هجرة الممرضات أم لا. فحتى عندما تُتخذ الإجراءات لوقف التوظيف النشط (كما حدث بالنسبة لتشديد قانون الممارسة في وزارة الصحة البريطانية حول التوظيف الدولي للمهنيين الصحيين)، يبدو من الصعب وقف قوة الدفع السلبية للهجرة مادامت قد وجدت.<sup>(٤٩)</sup> والهجرة الدولية الحالية للممرضات الملاويات أمر يبعث على القلق. فهي تجذب أعلى العاملات مرتبة وأكثرهن خبرة، حيث خدم معظمهن عشر سنوات أو أكثر داخل البلاد. وسوف يكون الإلزام غير ملائم بعد تلك الخدمة الطويلة، وليس معروفاً إن كانت قد أوقفت الهجرة العالمية في مكان آخرأم، فالطلب على العاملين المهرة في الدول الغنية سوف يستمر في الارتفاع، ولذلك فمن المرجح أن تظل الأقطار الإفريقية، ومنها ملاوي، تفقد أكثر العاملين خبرةً فيها. وبذلك سيكون على ملاوي أن تنتج من العاملين ما يفيض على المطلوب داخلياً. وسوف تُضطر لمسايرة اتجاهات الهجرة، وكذلك تسرب الممرضات من القطاع العام إلى وظائف أخرى داخل ملاوي، وهو ما يبدو أن البرنامج لا يحد منه.

أخيراً: تمثل ضرورة الاستجابة لمرض الإيدز والفيروس المسبب له تحدياً مستمراً للموارد البشرية في ملاوي، وقد حثت المنظمات المبكرة الرائدة الحكومة في أواخر عام ٢٠٠٥ على وضع خطة توسيع طموحة للخدمات المتصلة بمرض الإيدز والفيروس المسبب له، حيث شمل ذلك توفير العلاج بالعقاقير المضادة للفيروسات القهقرية لـ ٢٤٥ ألف شخص بحلول عام

والدليل على ضعف القدرات يظهر في صعوبة بناء قدرات البرنامج على المراقبة والتقييم البيان التقدم فيما يخص المخرجات والنتائج. وهناك ضغط قوي من أجل "إضفاء طابع المشروع" على المراقبة والتقييم عن طريق خلق نظام مواز أكثر فاعلية، ولكن هذا سوف يفوت فرصة تقوية الأنظمة على نحو أوسع. ومن غير الواضح بعد ما هي المقاربة الأفضل.

خامساً: تلقي تجربة ملاوي الضوء على مدى أهمية إدارة العلاقات الوظيفية واستهلاكها للوقت، سواء داخل قطاع الصحة أو في علاقتها بالقطاعات الأخرى. وقد ثبت أن المعرفة الجيدة بالسياسات، وهي حساسيات يختص بها هذا البلد، أمر حاسم لنجاح التنفيذ في بداية البرنامج. والأمر المثير للدهشة أن المجموعة الوحيدة التي كان لها رد فعل عند تنفيذ زيادة المرتبات كانت بعض المنتفعين: فقد نظمت الممرضات في أحد المستشفيات المركزية إضراباً في اليوم الأول لتسليمهن مرتباهن بعد رفعها: احتجاجاً على فرض ضرائب على الزيادات، واتهمن الحكومة باحتجاز أموال الجهات المانحة التي هي من حقهن. وقد حلّت المسألة خلال ساعات، ولكنها أفلتت الضوء على أهمية اتصال الحكومة بالعاملين. ذلك أن التصريحات التخمينية الصادرة عن أعضاء الحكومة قبل الاتفاق على حجم الزيادات، إلى جانب الاتصالات اللاحقة غير الكافية، سمحت لتوقعات العاملين بالارتفاع على نحو غير واقعي في الشهور السابقة للتنفيذ. وكان يمكن لملاوي أن تستفيد من المدخل الأكثر احترافاً في هذا الأمر. ذلك أنه رغم كون مفاوضات الأجور المجال المناسب لمشاركة الجهات المانحة مباشرة، فإن بإمكانها تزويد الحكومة بنصائح الخبراء.

على عكس التوقعات، لم يحتاج الموظفون العاملون الآخرون على تحسين أجور العاملين في مجال الصحة. فقد كانت حجة الحكومة في رفع أجور العاملين في مجال الصحة هي أن ذلك مكافأة لهم على طول فترة التدريب

\* ساعد نمط النقابات الموجود في ملاوي على تقاضي التوتر. فبينما توجد جماعات مهنية خاصة للممرضات والأطباء، لا توجد جماعات مشابهة للعاملين الصحيين الآخرين، ويغلوون بذلك على نقابة العاملين المدنيين لتمثيلهم، التي لم تتخذ موقفاً معارضاً لتطبيق زيادة المرتبات، حيث إن بعض أعضائها سوف يستفيدون من زيادة المرتبات، وإن كان البعض الآخر لن يستفيد.

## **شكر وتقدير**

كل الشكر والامتنان للدكتور مايك أوكارول والدكتورة فوليما كيمبوروفر ويلسون على تعليقاتهم على مسودة هذا المقال. كما أدين بالشكر للكثير من المسؤولين بوزارة الصحة وللجنة الخدمات الصحية والممرضات والقابلات والمجلس الطبي بما لاوي والجمعية الصحية المسيحية بما لاوي، ومعاهد التدريب الصحي بما لاوي على ما قدموه لي من معلومات وعلى كرم المشاركة بالبيانات.

(٢٤). ولهذا التسريع تأثير واضح على الموارد البشرية، ويحاطر بسحب العاملين من الخدمات الأساسية الأخرى، ومنها خدمات الصحة الجنسية والإيجابية الضرورية للإدارة طويلة المدى للفيروس المسبب لمرض الإيدز.<sup>(٥)</sup> ويخطط حالياً لعمل تحليل كامل لأعباء العمل من أجل خدمات مرض الإيدز والفيروس المسبب له، وسوف يكون البحث المتأني لتوارث العاملين في مختلف الخدمات ضروريًا.

## **المراجع:**

1. WHO Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: WHO, 2001.
2. Anand S, Baernighausen T. Human Resources and Health Outcomes Joint Learning Initiative - Human Resources for Health and Development Working Paper 7/2, 2003. At: <<http://www.globalhealthtrust.org/Publication.htm>>.
3. Harries AD, Zachariah R, Bergstrom K, et al. Human Resources for Control of Tuberculosis and HIV-Associated Tuberculosis. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 2005;9(2):128–37.
4. World Health Organization. *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*. Geneva: WHO, 2003.
5. Ministry of Health, Malawi. *Human Resources in the Health Sector: Towards a Solution*. Lilongwe: Government of Malawi, 2004.
6. Malawi Country Data Profile. World Bank Group. At: <<http://devdata.worldbank.org/external/CPProfile.asp?CCODE=MWI&PTYPE=CP>>.
7. Economist Intelligence Unit. Malawi Country Background. At: <<http://www.viewswire.com>>. Accessed 7 February 2006.
8. Malawi Global Fund Coordinating Committee. *An Integrated Response to HIV/AIDS and Malaria: Application to the Global Fund*. National AIDS Commission. Lilongwe: Government of Malawi, 2002.
9. National Statistics Office, Malawi. *1998 Integrated Household Survey: Summary Report*. Zomba: National Statistics Office, 2000.
10. United Nations Development Programme. *Human Development Report 2005*. New York: UNDP, 2005.
11. Data from Organisation for Economic Cooperation and Development. At: <<http://www.oecd.org/dataoecd/23/20/1882063.gif>>.
12. Ministry of Health and Population. *Malawi National Health Accounts: a broader perspective of the Malawian Health Sector*. Lilongwe: Ministry of Health, 2001.
13. Ministry of Health and Population. *Malawi Health Facility Survey*. Lilongwe: Government of Malawi, 2003.
14. National Statistics Office. *Malawi Demographic and Health Survey. Preliminary Report*. Zomba: National Statistics Office, 2004.

15. Ministry of Health. National Tuberculosis Programme Annual Report 2004. Lilongwe: Government of Malawi, 2004.
16. UNFPA. State of the World's Population 2005. New York: UNFPA, 2005.
17. Dureval D. Reform of the Malawian public sector: incentives, governance and accountability. In: Kayizzi- Mugerwa S, editor. Reforming Africa's Institutions: Ownership, Incentives, and Capabilities. Tokyo: UNU Press, 2003.
18. WHO. Global Health Atlas – An Interactive World Map. <http://atlas.globalhealth.org/>
19. Planning Department, Ministry of Health. Annual Report of the Work of the Malawi Health Sector for the Year July 2004–June 2005. Lilongwe: Government of Malawi, 2005.
20. Planning Department, Ministry of Health. Joint Programme of Work for a Health Sector Wide Approach (SWAp) 2004–2010 Annex 6. Lilongwe: Government of Malawi, 2004.
21. Essential Health Package Working Group, Ministry of Health and Population/UNICEF. Malawi Essential Health Package, Revised Content and Costings. Lilongwe: Government of Malawi, December 2001/ May 2002. p.6.
22. Lenton C, Gibson S, Maclean G, et al. 2003 Output to Purpose Review of the Safe Motherhood Project Malawi London. UK Department for International Development, 2003.
23. Ministry of Health. Road Map for Accelerating the Reduction of Maternal and Neonatal Mortality and Morbidity in Malawi. Lilongwe: Ministry of Health, 2005.
24. Lilongwe. Treatment of AIDS: Five-Year Plan for the Provision of Antiretroviral Therapy and Good Management of HIVRelated Diseases to HIV-Infected Patients in Malawi 2006–2010. Lilongwe: Government of Malawi, December 2005.
25. Kemp J, Aitken J-M, LeGrand S, et al. Equity in Health Sector Responses to HIV/AIDS in Malawi. Equinet Discussion Paper No.5. Lilongwe: EQUINET/ Oxfam GB; August 2003.
26. HIV and AIDS Unit, Ministry of Health. 12-Monthly Report from the Clinical HIV Unit, MOH: January–December 2005. Lilongwe: Ministry of Health, 2005.
27. Ministry of Health. Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: A Five Year Plan for the Provision of PMTCT Services in Malawi 2006–2010, Draft (V2). Lilongwe: Government of Malawi, 2005.
28. Lee J-W. Global health improvement and WHO: shaping the future. Lancet 2003;362:2083–88.
29. Malawi Global Fund Coordinating Committee. Health Systems Strengthening and Orphan Care and Support: Application to the Global Fund Fifth Call for Proposals. Lilongwe: National AIDS Commission, Government of Malawi, 2005.
30. Martin-Staple AL. Proposed 6-Year Human Resource Relief Programme for the Malawi Health Sector. London: Department For International Development, June 2004.
31. University of Malawi College of Medicine, University of Malawi Kamuzu College of Nursing and Malawi College of Health Sciences. Unpublished data on student enrolments.
32. United Nations Development Programme. The Impact of HIV/ AIDS on Human Resources in the Malawi Public Sector. Lilongwe: UNDP, 2002.
33. Ministry of Health and Population. Five-Year Human Resources Development Plan 1999–2004 (Vol. III). Lilongwe: Government of Malawi, 1998.
34. Harries AD, Hargreaves NJ, Kwanjana JH, et al. High death rates in health care workers and teachers in Malawi. Transactions of Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2002;96:34 –37.
35. Aitken J-M, Kemp J. HIV/AIDS, Equity and Health Sector Personnel in Southern Africa Equinet Discussion Paper No.12 EQUINET/Oxfam, September 2003. At: <<http://www.equinetafrica.org>>.

36. Valentine TR. Towards a Medium Term Pay Policy for the Malawi Civil Service: Final Report. Presented to Department of Human Resource Management and Development and Ministry of Finance and Economic Planning, Malawi. Lilongwe: Government of Malawi, 2003.
37. Banda EN, Walt G. The private health sector in Malawi: opening Pandora's Box. *Journal of International Development* 1995;7(3):403–21.
38. Nurses and Midwives Council of Malawi. Data, 19 January 2006.
39. Joint Learning Initiative. *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*. Cambridge MA: President and Fellows of Harvard College, 2004.
40. Public Sector Change Management Agency, Government of Malawi. Ministry of Health and Population Unit Review: Implementation Report and Action Plan. Lilongwe: Government of Malawi, 1998.
41. Ministry of Health and Population. Government of Malawi Project Financing Proposal for Human Resources Development in the Health Sector. Lilongwe: Government of Malawi, 2000.
42. Planning Department, Ministry of Health and Population. A 6-Year Emergency Pre-Service Training Plan. Lilongwe: Government of Malawi, November 2001/July 2002.
43. Department For International Development. Improving Health in Malawi: £100 million UK Aid (2005/6–2010/11). A Sector Wide Approach including Essential Health Package and Emergency Human Resources Programme. Programme Memorandum, November 2004. London: DFID, 2004.
44. Piot P, Chakrabarti S. Malawi Visit by the Director of UNAIDS and the Permanent Secretary of DFID 8–11 February 2004. Joint Report. Geneva: UNAIDS and London: Department For International Development, February 2004.
45. Ministry of Health Human Resources Management and Development Section, Data, 2006.
46. Ministry of Health. Human Resources Management and Development Section, Data, February 2006.
47. Christian Health Association of Malawi Secretariat. Data, February 2006.
48. Martineau T, Martinez J. Human Resources in the Health Sector: an International Perspective. D Palmer / Reproductive Health Matters 2006;14(27):27–39 London: DFID Health Systems Resource Centre, 2002.
49. Department of Health, UK. *Code of Practice for the International Recruitment of Healthcare Professionals*. London: Department of Health, 2004.
50. Harries AD, Nyangulu D, Hargreaves N, et al. Preventing antiretroviral anarchy in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2002; 358(9279):410–14.

# تأثير نقص المهنـيين الصـحـيين في مـجـال صـحة الأمـومة في إفـريقيـا جـنـوب الصـحرـاء

نانسي جيرين(ا)، أندره جرين(ب)، ستيفن صيرسون(ج)

ترجمة: أحمد محمود

ملخص:

تناقش هذه الورقة آثار العجز في عدد القابلات والممرضات والأطباء اللازدين لخدمات صحة الأمومة في إفريقيا جنوب الصحراء، والتوزيع غير العادل لاختصاصي صحة الأمومة بين المناطق الجغرافية والمنشآت الصحية. ويحد العجز في عدد المهنيين الصحيين من عدد المنشآت المجهزة لتقديم رعاية الحمل الطارئة على مدار الأربع والعشرين ساعة، كما يرتبط ارتباطاً كبيراً بنوعية الرعاية ومعدلات وفيات الأمهات. وتعاني بعض الدول تدنياً في قوتها العاملة بسبب الهجرة والأمراض المتصلة بالفيروس المسبب لمرض الإيدز. والملمع الآخر هو الانتقال من المنشآت الصحية العامة إلى الخاصة، وإلى منظمات الصحة والتنمية العالمية. وقد تؤدي قلة عدد العاملين إلى تقليل عدد المشرفين المهرة على الولادة، وربما يقلل أيضاً حجم رعاية الحمل الطارئة، وخاصةً في المناطق الفقيرة الريفية. وقد تعاني القوة العاملة الحالية زيادةً في أعباء العمل الملقاة عليها وعدم الرضا الوظيفي، وربما تُضطر للقيام بأعمال لم تُدرب عليها. وإذا كانت الحكومات وشركاء التنمية جادين بشأن بلوغ هدف التنمية الألفية في مجال صحة الأمومة، فسوف يكون من اللازم وجود أعداد كبيرة من المهنيين الذين يتمتعون بخبرة التوليد. ولابد من معالجة العجز في عدد اختصاصي صحة الأمومة في إطار سياسة الموارد البشرية الشاملة. ولابد من إعادة النظر في إصلاحات قطاع الصحة وسياسات التنمية الاقتصادية الجزئية للتركيز على المساواة وتعزيز دور الدولة.

- Implications of Shortages of Health professionals for Maternal Health in Sub-Saharan Africa, May 2006. 14 (27). Nancy Gerein et al

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٦

كلمات مفتاحية:

صحة الأم، الموارد البشرية، القابلات، التغير السريع للعاملين واسترزفهم، إفريقيا

بالقياسات المتاحة حول معدل وفيات الأمهات، تظل مازالت منطقة إفريقيا جنوب الصحراء المنطقـة التي تتحمل أكبر أعباء سوء صحة الأمومة. ومع أنه من المستويات المطلقة مرتفعة مقارنةً بالمناطق الأخرى التي تتراوح بين ٢٤ (موريشيون) و ٢٠٠٠ (سيراليون) حالة وفاة للأمهات لكل ١٠٠ ألف ولادة حية.<sup>(١)</sup>

أ- مدرس بمركز نيوفيلد للصحة العالمية والتنمية، مؤسسة علوم الصحة وأبحاث الصحة العامة جامعة ليذن، ليذن إنجلترا البريد الإلكتروني: n.gerein@leeds.ac.uk

ب- البروفيسور نيوفيلد بمركز نيوفيلد للصحة العالمية والتنمية

ج- زميل أبحاث كبير بمركز نيوفيلد للصحة العالمية والتنمية

تم الحصول على الأدلة من الأبحاث الموجودة في قواعد البيانات البليوجرافية والتقارير والأوراق المنشورة والاستعلام من الخبراء العالميين، وبما أن البحث ركز على الأديبيات المكتوبة باللغة الإنجليزية، فإن الأدلة المقدمة قد يغلب عليها تمثيل الدول الإفريقية الناطقة بالإنجليزية. واعتمد المؤلفون كذلك على خبراتهم الخاصة بأبحاث الأنظمة الصحية، والاستشارات، والتدريس، وما علموه من المهنيين الصحيين الأفارقة الذين يقومون بالدراسات العليا في مركز نيوفيلد للصحة العالمية والتنمية بجامعة ليدز (المملكة المتحدة).<sup>(4)</sup>

**قضايا القوى العاملة في صحة الأمومة، العجز، وسوء التوزيع، والهجرة، والإيدز**  
حظيت قضايا القوة العاملة الصحية في إفريقيا جنوب الصحراء مؤخراً بقدر كبير من الاهتمام<sup>(5-6)</sup> وستعرض هنا بإيجاز الأديبيات المتعلقة بذلك، مع التركيز على مقدمي خدمات صحة الأمومة. وهناك عديد من الصعوبات تمثل في مدى كفاية البيانات، وتقسيلها وفقاً للجنس، وقابليتها للمقارنة فيما يتعلق بأعداد القوى العاملة وتడفتها فيما بين الدول المختلفة<sup>(7)</sup> في هذه بما يمكن من تحديد الأنماط والاتجاهات.<sup>(8)</sup> كما يتطلب تحديد العجز توفر تقديرات حول تنويع مهارات القوى العاملة وتوزيعها ومعايير تحديد عدد المهنيين مقابل المرضى، وهو أمر موضع نقاش وجدل.<sup>(9)</sup> كلمة "عجز" مصطلح نسبي: فالولايات المتحدة التي فيها نسبة ٧٧٢ ممرضة لكل ١٠٠ ألف شخص من السكان تتحدث عن عجز في هيئات التمريض، تماماً كما تشكوا أوغندا التي تبلغ النسبة فيها ٦ ممرضات لكل ١٠٠ ألف شخص من السكان.<sup>(10)</sup>

تتراوح التقديرات المتعلقة بعدد الأطباء والممرضات والقابلات الإضافيين اللازمين في إفريقيا جنوب الصحراء لتوفير التدخلات الطبية الأساسية المتصلة بأهداف التنمية الألفية بين مليون و٤٠٠ مليون.<sup>(11)</sup> وقدر منظمة الصحة العالمية -في محاولة استشراف

أسباب وفيات الأمهات معروفة جيداً، وهي ناتجة في المقام الأول عن عجز النظام الصحي في التعامل بكفاءة مع المضاعفات، وخاصة أثناء الولادة أو بعدها بقليل.<sup>(2)</sup> وتوفير مقدمات الرعاية الصحية الماهرات ( وخاصة القابلات والممرضات والأطباء واحتصاصيون التوليد) أمر مهم لضمان وجود خدمات طوارئ ما قبل الولادة والولادة ورعاية الحمل وما بعد الولادة. الواقع أنه من غير المرجح أن يتحقق هدف التنمية الألفية فيما يتعلق بصحة الأمومة بدون الاهتمام بتوظيف المهنيين الصحيين واستبقائهم.<sup>(4)</sup>

تركز هذه الورقة على إفريقيا جنوب الصحراء، وهي منطقة تحمل عبئاً كبيراً من سوء صحة الأمومة، حيث يعتبر وضع القوة العاملة في حالة أزمة.<sup>(5)</sup> وقد تمت مراجعة منهجية لقضايا القوة العاملة، وخاصة فيما يتعلق بالقدرة على الاستفادة من المقاربías السياسية والإدارية المتجددة في حل المشاكل. كما بحثت الورقة كيفية جعل مرض الإيدز والفيروس المسؤول له والظروف الاقتصادية "زييف العقول" أمراً ضاراً، وبعض قوى سياسة التنمية والقوى الاقتصادية الكلية المؤثرة على توفير الموارد البشرية للرعاية الصحية.

أولاً: تستعرض الورقة الأدلة على العجز الحالي في عدد احتصاصي صحة الأمومة وسوء توزيعهم، مع إبراز دور الهجرة العالمية. ثانياً: تبحث الورقة كيف يؤثر العجز في عدد المهنيين الصحيين على صحة الأمومة من خلال عمليتين متداخلتين هما: التأثير على القوة العاملة الحالية، والتأثير على رعاية صحة الأمومة. وتختتم الورقة بمناقشة الإجراءات الواجب اتخاذها لتحسين إدارة الموارد البشرية لضمان تمكن النساء ( وخاصة في المناطق الريفية الفقيرة) من الحصول على رعاية صحة الأمومة ذات النوعية الجيدة. كما تشير الورقة إلى التأثير الأوسع نطاقاً لأوجه النقص تلك على رعاية الصحة الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة، والعدوى المنقولة جنسياً ومرض الإيدز والفيروس المسؤول له.

ما سبب وجود ذلك العجز؟ يتأثر عدد المهنيين الصحيين العاملين في مجال صحة الأمومة في قطاع الصحة العام بـأي دولة من الدول بما يلي:

- التدفقات إلى القطاع الصحي من التدريب والهجرة وموظفي القطاعات الأخرى.
- الحالة الوظيفية: موظف، أو عاطل، أو غير نشط اقتصادياً.
- التدفقات خارج القطاع الصحي نتيجة للوفاة، أو العجز، أو التقاعد، أو الهجرة، أو التوظيف في القطاعات الأخرى.

تفاوت الأهمية النسبية لهذه العوامل تبعاً للنظام الصحي والمنطقة الجغرافية، وبمرور الوقت، وإنحدر القضايا البارزة في المقارنات الدولية هي تدريب مشرفات الولادة الماهرات. ففي بعض الدول الإفريقية (وفي غيرها)، تمثل القبالة المؤهل الوحيد المطلوب: بينما في دول أخرى يتم التدريب على القبالة - لمدة عام أو عامين إضافيين - بعد التأهيل للعمل في التمريض، مع زيادة المرتب بما يتماشى مع ذلك.<sup>(٦)</sup>

ومع ذلك فإن القابلات الممرضات يعملن بعد ذلك كممرضات وليس كقابلات. ورغم اختلاف التكلفة المالية للتدريب وفرصه المتوفرة اختلافاً كبيراً في ظل هذين

الاحتياجات المستقبلية - أنه لابد من جهد كبير لتغطية العجز الضخم في عدد المهنيين الصحيين المهرة خاصة في مجال التوليد في إفريقيا جنوب الصحراء لكي يصل عددهم إلى التغطية الكلية لصحة الأمومة والأطفال حديثي الولادة والأطفال.<sup>(٧)</sup> وقدرت إحدى الدراسات أنه طبقاً لمستويات عام ٢٠٠٢، لابد من الوصول بعدد العاملين في تزانيا إلىضعف بحلول عام ٢٠٠٢ وإلى ثلاثة أضعاف بحلول عام ٢٠١٥، بينما يجب زيادة العدد في تشاد إلى تسعة أضعاف بحلول عام ٢٠١٥.<sup>(٨)</sup> وكانت الفجوة الأكبر بين العدد المطلوب من العاملين وما هو متاح في الممرضات والقابلات.

تعطي معدلات الوظائف الشاغرة في المجالات المتصلة بخدمات صحة الأمومة مقاييساً آخر للعجز، ولكن لم يتم العثور إلا على القليل من التقديرات المنشورة (وهي ربما لا تكون متوفرة حتى في وزارات الصحة). ويعوق عدم وجود تلك البيانات التخطيط لتعليم هؤلاء العاملين وتوظيفهم وتسكينهم. وتتوفر بعض الأرقام حول الوظائف الشاغرة في كل الوظائف الصحية في القطاع العام (جدول ١)، وإن كان ينبغي تأويتها بحرص، حيث إنها تعكس القيود المفروضة على الأنظمة الصحية (بما في ذلك القيود الاقتصادية) وليس احتياجات الصحة، ولا تقتصر على صحة الأمومة.<sup>(٩)</sup>

جدول رقم ١  
معدل الوظائف الحالية في القطاع العام للصحة في بلدان مختارة

| البلدان  | الممرضات المسجلات | الأطباء | السنة     |
|----------|-------------------|---------|-----------|
| غانا     | %٥٧               | %٤٧     | (١١) ٢٠٠١ |
| ليثوبيا  | %٤٨               | %٨      | (١٢) ١٩٩٨ |
| مالاوي   | %٤٧               | %٣٦     | (١٢) ١٩٩٨ |
| ناميبيا  | %٣                | %٢٦     | (١٢) ١٩٩٨ |
| زيمبابوي | %٥٥               | %٤٠     | (١٤) ٢٠٠٢ |

ومع ذلك فتوزيع<sup>(١٧)</sup> العاملين بين المناطق الجغرافية والمنشآت الصحية مهم كأهمية أعداد اختصاصي صحة الأمومة. والنطء العام السائد هو وجود نسبة أعلى من المهنيين الصحيين إلى عدد السكان في المناطق الحضرية والغنية وفي منشآت الرعاية الثلاثية، جنباً إلى جنب مع العجز في عدد العاملين في الأماكن الريفية الفقيرة، وفي منشآت الرعاية الصحية الأولية.<sup>(١٨,١٩)</sup> وتعتبر منشآت الرعاية الصحية الأولية هي الأقرب مناً لغالبية السكان، لكنها أكثر عدداً وأوسع انتشاراً، وأرخص في الاستفادة منها. وعادة ما تعمل بها الممرضات والقابلات اللائي يوفرن رعاية الأمومة الأساسية ويحولن إلى المنشآت الأعلى مستوى، إلى جانب الخدمات التي تحول دون الوفيات مثل تنظيم الأسرة (في بعض السياقات) الإجهاض الآمن.

الملمح الآخر في بعض الدول الإفريقية هو انتقال المهنيين الصحيين من المنشآت العامة إلى الخاصة (الربحية أو غير الربحية)<sup>(٢٠)</sup> وإلى منظمات التنمية والصحة والأبحاث الدولية.<sup>(٢١)</sup> ويتنوع تأثير الانتقال من القطاع العام إلى القطاع الخاص على صحة الأمومة، حيث يتوقف ذلك على نوعية الخدمات التي يوفرها مقدمو الخدمات في القطاع الخاص، وتكتيفها، ومواقعها، وكذلك على صلاتهم بالرعاية الصحية الأخرى. تشير الأدلة الواردة من جنوب إفريقيا إلى أن مبالغة الممارسين العاملين في القطاع الخاص في إضفاء الطابع الطبي (مثل معدلات الولادة القصيرة المرتفعة) قد يمثل مشكلة، ولكن من جانب آخر توفر رعاية ما قبل الولادة ذات نوعية أفضل.<sup>(٢٢)</sup> وبما أن ٧٥٪ من أخصائيي جنوب إفريقيا يعملون في القطاع الخاص، فلنا أن نتساءل حول نوعية الخدمات المقدمة للنساء اللائي يلدن في القطاع العام.

النموذجين، فإنه لا توجد أدلة قوية تساعد على اتخاذ القرارات بشأن المحتوى الأمثل لتدريب ما قبل الخدمة وال فترة الكافية له.<sup>(٢٣)</sup>

هناك عاملان يؤديان إلى العجز في عدد المهنيين الصحيين في إفريقيا جنوب الصحراء، وهما الهجرة ومرض الإيدز والفيروس المسبب له. واعتلال الصحة بسبب العامل الثاني بين العاملين في مجال الصحة أكبر ما يكون في الدول الإفريقية التي بها أعلى معدلات انتشار الفيروس المسبب لمرض الإيدز. وفي الآونة الأخيرة تزايدت الهجرة من دول مثل مالاوي ونيجيريا وسوازيلاند وزامبيا وزيمبابوي. على سبيل المثال، زاد عدد القابلات-الممرضات في غانا اللاتي قدمن طلبات للعمل في المملكة المتحدة من ٤٠ إلى ٣٤ فيما بين ١٩٩٨/٢٠٠٤ و ١٩٩٩/٢٠٠٣، وزاد عدد القابلات-الممرضات من زامبيا من ١٥ إلى ١٦٩، وعدد القابلات-الممرضات من جنوب إفريقيا من ٥٩٩ إلى ١٦٨٩.<sup>(٢٤)</sup> ولكن نضع هذه الأرقام في السياق وندرك مغزى وخطورة الوضع، تقارن هذه الأعداد بأعداد الخريجات، فقد كان عدد الممرضات المسجلات المتخريجات في تلك الدول ٢٥٧ في غانا (٢٠٠٢)، (٧) و ٢٢٠ في زامبيا (٢٠٠٣)، (٢٥) ١٥٣٨ في جنوب إفريقيا (٢٠٠٢).<sup>(٢٦)</sup>

يتأثر وقع الهجرة بحجم القوة العاملة الموجودة وتتدفقات (تدريب وهجرة) المهنيين إلى النظام الصحي. فالدول التي بها قوة عاملة وتدفقات صغيرة نسبياً، مثل مالاوي (جدول ٢)، يمكن أن تتأثر تأثراً كبيراً بالتتدفق للخارج. ويشير الجدول ٢ إلى ملمح آخر يتضح في الأديبيات: فكلما كان العاملون في مجال صحة الأمومة أكثر تأهيلاً كان احتمال البحث عن وظيفة على المستوى الدولي أكبر.

\* تعبير الأرقام عن مجموع كل من الممرضات والمولادات، حيث لا توجد أرقام منفصلة لكل منها. يسجل المهنيون الصحيون أسماءهم في هيئة مهنية في البلدان المستقبلة للعملة المهاجرة عندما يسعون للعمل بها، وهو ما يتيح مصدراً للبيانات عن الهجرة. على أي حال، لا تقوم بعض البلدان بنشر معلوماتها وفقاً للبلد المنشأ (أو جنسية طالب العمل). من جانب آخر، فإن من يسجل نفسه في البلدان المستقبلة قد لا يهاجر بالفعل ويعمل هناك.

جدول رقم ٢  
المُخرج الإجمالي وعدد الكوادر المهاجرة، مالاوي، ١٩٩٣-٢٠٠٢<sup>(١٧)</sup>

| الكادر                               | إجمالى الخريجين | عدد المهاجرين | % من الإجمالي |
|--------------------------------------|-----------------|---------------|---------------|
| أخصائيو أمراض النساء والتوليد        | ٥               | ١             | %٢٠           |
| الممارسون العاملون، الأطباء المقيمون | ١٥٤             | ١٤            | %٩            |
| الممرضات/ القابلات المسجلات          | ٢٠٩             | ١٦٦           | %٧٩           |
| الممرضات المسجلات                    | ٤٤٥             | ١٦٧           | %٣٨           |
| الممرضات المُدرجات                   | ١٢٠٠            | ١٩            | %٢            |

خطيرة على الأنظمة الصحية،<sup>(١٩)</sup> مما يدعو إلى تقييم أكثر وضوحاً لتأثير الإصلاحات على الموارد البشرية.<sup>(٢٠)</sup>

هل أثر مرض الإيدز والفيروس المسبب له على الهجرة<sup>٥</sup> في دول جنوب الصحراء الكبرى التي ينتشر فيها الفيروس المسبب لمرض الإيدز. يتصور المهنيون الصحيون، أن المخاطر المحتملة للإصابة المهنية بعديو الفيروس المسبب لمرض الإيدز عالية -ناهيك عن الخطير الشخصي- وعادة ما تكون التصورات أكبر من الخطير الفعلي.<sup>(٢١،٢٠)</sup> وليس معروفاً ما إذا كانت هذه التصورات عن المخاطر المحتملة الكبيرة، إلى جانب التماส مع الدم وسوائل الجسم أثناء الولادة، يمكن أن يجعل القبالة منهأ أقل قبولاً، أو تتفر المهنيين من تقديم العون أثناء الوضع، أو تزيد نوايا الهجرة إلى البيئات التي يقل فيها انتشار الفيروس المسبب لمرض الإيدز أم لا.<sup>(٧)</sup>

ومع ذلك فاللوباء آثار أخرى واضحة. فنسبة كبيرة من العاملين في مجال الصحة يعيشون بمرض الإيدز والفيروس المسبب له، وتتراوح نسبتهم بين ١٨% و٤١%. كما أن في الكثير من دول إفريقيا جنوب الصحراء.<sup>(٢٠)</sup> كما أن كثرة التغيب عن العمل الناتج عن الإجهاد بسبب عباء العمل الزائد عن الحد المتصل بمرض الإيدز والفيروس المسبب له يمكن أن يكون كبيراً.<sup>(١)</sup> وفي رعاية الأمة،

وأسباب هجرة أخصائيي صحة الأمة من إفريقيا جنوب الصحراء معروفة جيداً<sup>(١٢،٢٠)</sup>، وتتفاصل فيها المكونات المداخلة لعملية التوظيف عبر عوامل "الدفع" و"الجذب":

- المرتب والضمان الاجتماعي والمزايا الأخرى.
- الرضا الوظيفي.
- البيئة التنظيمية وفرض المستقبل الوظيفي.
- توفر الموارد (البنية التحتية والمعدات والإمدادات).<sup>(١)</sup>

تعمل تلك المكونات في إطار سياق سياسي واقتصادي واجتماعي ثقافي. ويمكن أن تكون الحرب والخلاف الأهلية والتدحرج الاقتصادي عوامل "دفع" على سبيل المثال تدفق المهنيين الصحيين الزيمبابويين للخارج.<sup>(٢٢)</sup> والعامل الذي تأثيره غير مؤكد بشكل أكبر هو التمويل الدولي. لقد ترا مت الهجرة المتزايدة للمهنيين الصحيين مع تشديد السياسة التنموية من تسعينيات القرن العشرين على الاستقرار الاقتصادي والتكيف الهيكلي وإصلاحات القطاع الصحي، والشخصية. وفرض رسوم على الخدمات، وتقلص عدد القوة العاملة. ولم تهتم تلك التحولات السياسية بالقدر الكافي بقضايا الموارد البشرية، وساعدت على تقويض مغنيات العاملين في مجال الصحة وروح العمل الجماعي للخدمات العامة، الأمر الذي كانت له نتائج

أطباء مقابل القابلات على أنها "رابط قوي لوفيات الأمهات، حيث تؤكد أهمية الشراكات بين مقدمي الرعاية" (ص ١٢٤).<sup>(٢٨)</sup> وبدلًا من مجرد التركيز على ما إذا كان هناك مشرفون مهرة (قابلات في العادة) لكل الولادات أم لا، تشير هذه النتائج إلى أنه من المهم كذلك التأكيد على إمكان الحصول على رعاية الحمل في الحالات الطارئة (التي يقدمها الأطباء في المقام الأول). ومع ذلك فمن المهم ملاحظة أن تحليلات العوامل المتعددة تضعفها العوامل غير المقاسة العديدة: فعلى سبيل المثال، لا تعني المؤهلات المهنية بالضرورة أن مقدم الخدمة ماهر بالفعل، وقد تكون البيئة التي يعمل فيها المهنيون مساعدة أو معوقة، بمعنى مدى توفر بنية تحتية وعقاقير وإمدادات مناسبة.

ومع أن تحليلات العوامل المتعددة هذه على المستوى الوطني لا تكشف عن الآليات السببية، فإن هناك إشارة إلى نوعين من الآثار المتداخلة قد يؤثر من خلالهما العجز في عدد العاملين على رعاية صحة الأمومة ونتائجها:

- الآثار الواقعية على القوة العاملة الموجودة بالفعل وتسببها عوامل "الدفع" المرتبطة بتناقص عدد العاملين.

- الآثار الواقعية على رعاية صحة الأمومة، بما في ذلك تقييد إمكانية توفير الخدمات وإمكانية الحصول عليها، وتقلص حجم الخدمات وتوزيعها.

#### **الأثار الواقعية على القوة العاملة الموجودة بالفعل**

"الكثير من المنشآت الصحية ليس به ولو حتى قابلاً، ولذلك تأتي المريضات جمیعاً إلى المستشفى التخصصي (من المستوى الثالث) حيث زاد نیبع العمل في السنوات الأخيرة. إنك ترى القابلات يكافحن: فلا يمكنهن ولو تناول فنجان من الشاي." (رئيسة الممرضات، مستشفى من المستوى الثالث، جامبيا).<sup>(٢٩)</sup>

يعطي المهنيون الصحيون أهمية كبيرة للرضا المهني الذي يحصلون عليه من تقديم رعاية ذات نوعية جيدة، وهو محفز جوهري لأداء العمل على نحو جيد ومحدد

يرجع ذلك إلى الزيادة الهائلة في أمراض الأمومة المتصلة بالفيروس المسبب لمرض الإيدز والوفيات الناجمة عن المسببات المباشرة (مثل مضاعفات أمراض الولادة) أو غير المباشرة (مثل الملاريا والدرن).<sup>(٣٠)</sup>

ويمكن أن تدفع الحاجة إلى توسيع نطاق العلاج بالعقاقير المضادة للفيروسات الرجعية العاملين بعيداً عن الخدمات الأساسية مثل صحة الأمومة، وبعيداً عن الخدمات العامة إلى المنظمات غير الحكومية التي توفر القدر الأكبر من برامج العلاج بالعقاقير المضادة للفيروسات الرجعية. وبصورة عامة، فإن الحاجة المتزايدة لهذا العلاج ولرعاية المكثفة للنساء الحوامل المصابة بأمراض تتصل بفيروس نقص المناعة الطبيعية/الإيدز، إلى جانب تناقص القدرة على توفير تلك الرعاية -في سياق يهاجر فيه المهنيون الصحيون أو ينتقلون إلى القطاع الخاص، أو يهتمون بأفراد عائلاتهم المصابين بالفيروس المسبب لمرض الإيدز، أو يصابون هم أنفسهم بالمرض- يُشكّل عبئاً ثقيلاً على الأنظمة الصحية، بما في ذلك خدمات صحة الأمومة.

#### **آثار العجز في عدد المهنيين الصحيين على صحة الأمومة**

ما العلاقة بين مستويات تعيين الموظفين، وغير ذلك من قضايا الموارد البشرية، والحصول على الخدمات، ونوعية رعاية صحة الأمومة، والنتائج الصحية؟ يجعل عدم توفر الأدلة التي تربط هذه الموضوعات بعضها الإجابة عن هذا السؤال صعبة، وخاصةً في الأقطار منخفضة الدخل.

كشف تحليل الانحدار لبيانات ١١٧ دولة - عند ضبط العوامل الأخرى مثل دخل الفرد والأمية النسائية والفقر المطلق- أن كثافات الأطباء والممرضات والقابلات ترتبط ارتباطاً كبيراً بمعدلات وفيات الأمهات.<sup>(٣١)</sup> كما أنه من المرجح أن وجود التوزع المناسب في المهارات والعمل الجماعي من أجل الولادة الآمنة تمثل عوامل مهمة في العدد من وفيات الأمهات، وأظهرت البيانات الخاصة بالأوبئة أن نسبة الولادات التي أجراها

ومن ذلك، فإن الإحلال المقصد والمدعّم للمهام، أو تحسين أدوار ومهارات الكوادر الدينية، قد يزيد من فعالية الخدمات وجودتها، إن كان هناك حرص في تخطيّطه وإدارته. ويستخدم العديد من الأقطار (مثل بوركينا فاسو وما لاوي، وموزمبيق، وتزانيا، وزامبيا) هيئات عاملين متوضطي المستوى في مجال الصحة لإدارة الخدمات الإكلينيكية، بما في ذلك مضااعفات الولادة والولادات القيصرية. ويمكن أن يضاهي الإنتاج السنوي لهؤلاء إنتاج الأطباء أو يتعداه.<sup>(٣٦)</sup> ورغم قلة الدراسات المتاحة، فإن مقارنات العمليات الجراحية والولادات القيصرية التي قام بها الأطباء وبلاّؤهم في موزمبيق تشير إلى أنه مع الإشراف والدعم المناسبين، يمكن أن تكون القرارات الإكلينيكية التي يتخذها أولئك البالاء وما يترتب عليها من نتائج بالجودة نفسها التي يتخذها بها المهنيون.<sup>(٣٧،٣٨)</sup>

يجعل معدل ترك المهنيين الصحيين للعمل من الصعب على المديرين الحفاظ على العاملين الكافيين وجودة الرعاية.<sup>(٣٩)</sup> فعلى سبيل المثال، تركت ٥٧ ممرضة مسجلة المستشفى التعليمي الرئيسي في جامبيا في الفترة من عام ١٩٩٨ إلى عام ٢٠٠٣ مما أسهم في حدوث معدل وظائف شاغرة قدره ٣٣٪ في عام ٢٠٠٣. وفي الفترة نفسها تخرجت حوالي ٢٢٣ مسجلة على المستوى الوطني، وهكذا فإن ما يساوي ربع الخريجات غادر البلاد من مستشفى تعليمي واحد.<sup>(٤٠)</sup> ومن بين حالات ترك العمل تلك، لم تتحصل ٣٦ منها (٦٣٪) الفترة الواجبة بعد الإنذار بترك العمل، بل إن بعضهن لم يقدم إنذاراً أصلاً. وأثناء العمل في ظل قواعد الخدمة المدنية البيروقراطية، يفتقر مدير الموارد البشرية إلى القدرة على توظيف العمال المؤقتة على وجه السرعة. وفي سياق العجز الشامل، قد لا يشغل المديرون أنفسهم حتى بالإعلان عن الوظائف الشاغرة التي يعرفون أنه من الصعب ملؤها، على سبيل المثال، في الأماكن التي تحظى بقدر أقل من الإقبال.<sup>(٤١)</sup> وتفرض التكاليف المالية وغيرها من التكاليف المرتبطة باستبدال العاملين والتوظيف ضغطاً كبيراً على الميزانيات وقدرة الإدارة.

قوي لرضا المريضات الشامل بالرعاية.<sup>(٤٢)</sup> والعمل في بيئة يتقاضن فيها عدد العاملين يمكن أن يقلل من الرضا الوظيفي. كما يحد من فرص التفاعل والدعم بين الزملاء، التي تعرف بأنها تسهم في الرضا الوظيفي.<sup>(٤٣)</sup> والعمل الجماعي مكون أساسياً من مكونات رعاية صحة الأمومة ذات النوعية الجيدة، فقدان أفراد الفريق يمكن أن يحد كذلك من الرضا الوظيفي وينال من الروح المعنوية.<sup>(٤٤)</sup>

وتتأثر نوعية الرعاية وأمانها سلباً بزيادة عبء العمل، وتغير التوقعات بتغيير الأدوار، وزيادة مستويات الضغط العصبي والإجهاد، والإرهاق العاطفي. وربما يُضطر أفراد الفريق للعمل وقتاً إضافياً بلا أجراً لاستكمال العمل ليصل إلى المستوى الذي يرضيهـم. وهناك قدر أقل من المرونة المتاحة فيما يتعلق بالحصول على إجازة بأجر أو بدون أجـر، أو المشاركة في أنشطة التطوير أو التدريب الخاصة بالعاملين، مما يكون له أثره على كل من نوعية الرعاية وفرص التطور المهني.<sup>(٤٥)</sup> ويمكن أن يسهم العجز المستمر عن توفير الرعاية الجيدة في انعدام الرضا الوظيفي والضغط العصبي وغياب الدافع وجود نوايا للبحث عن وظيفة أخرى، مما يخلق دائرة مفرغة من تناقض عدد العاملين.

علاوة على ذلك، ربما يتولى العاملون الموجودون بالفعل أدواراً جديدة، سواءً أكانت تلك الأدوار خارج المجال المعتمد لممارستهم، أو غير متناسبة مع مستوى خبرتهم. ومن المرجح أن التبديل غير المعتمد وغير المدعّم للمهام، كما في حالات الاستجابة الطارئة للعجز في عدد العاملين، يؤدي إلى تقليل جودة الرعاية. وتوجد أمثلة لقبارات وممرضات يقدمون رعاية العمل الطارئة الأساسية في المناطق الريفية النائية التي يغيب عنها الأطباء،<sup>(٤٦)</sup> وهناك حكايات عن العاملين غير المدربين الذين يقومون بالتوليد. وربما تُضطر مشرفات العناصر والقريبات والمرافقـات للقيام بالمزيد من رعاية المريضات (الاستحمام والتغذية والمرافقـة) بسبب العجز في عدد العاملين.<sup>(٤٧،٤٨)</sup>

العمل (بما في ذلك الوقت الإضافي) آثاراً معاكسة فيما يتعلق بإصابة العاملين ومرضهم، وإن كانت الآثار على نتائج المريضات أقل وضوحاً.<sup>(٤١)</sup> فقد أظهر استعراض كوشران لرعاية الحمل أن الوجود المستمر لشخص يقدم العون يقل الحاجة إلى مسكنات الآلام والولادة بالجراحة ويؤدي إلى أن يكون الطفل المولود حديثاً في حالة أفضل.<sup>(٤٢)</sup> وذكرت دراسة أجريت في المملكة المتحدة أن العجز في عدد القابلات وسوء توزيعهن أدية إلى آثار معاكسة مثل الإصابة الشخصية، وتكرار ما كاد يتتحول إلى كوارث مثل التأخير في عملية الولادة القيصرية الطارئة، وهو ما لم يؤد كثيراً لتحسين الحظ إلى إصابة الأم أو الطفل.<sup>(٤٣)</sup>

ومع ذلك فهناك القليل من الأبحاث المنشورة من إفريقيا جنوب الصحراء عن آثار العجز في هيئة العاملين على نوعية الرعاية، وخاصة فيما يتعلق بصحة الأمومة. وفي الوقت الحالي تتركز مبادرات الأمومة الآمنة على إستراتيجيتين متداخلتين هما المشرفات الماهرات عند الولادة ورعاية الحمل الطارئة. وتحتاج كلتا الإستراتيجيتان إلى بيئة ممكّنة تشمل المعدات الملائمة والإمدادات ونظم الإحالة والتدريب والإشراف والتوزيع الفعال للموارد البشرية.<sup>(٤٤)</sup>

أبرز تقدير للاحتياجات في خمسة أقطار في إفريقيا كيف قلل العجز في أعداد المهنيين الصحيين عدد المنشآت المجهزة لتقديم رعاية الحمل الطارئة (الأساسية والشاملة)، كما قلل العدد الذي يمكن أن يظل مفتوحاً طوال الأربع والعشرين ساعة في اليوم.<sup>(٤٥)</sup> وكما هو متوقع، فقد كانت التغطية أكثر سوءاً في المناطق الريفية والمنعزلة. وتتصل بعض المنشآت بالمهنيين الصحيين في حالات الطوارئ في غير ساعات العمل الرسمية، ولكن فاعلية ذلك تتوقف على البنية الأساسية للاتصال والمسافة بين المنشأة ومقر إقامة الاختصاصي. ففي تزانيا، وُجد أن توفر هيئة العاملين المؤهلة محدد مهم للاستفادة من رعاية الحمل الطارئة، بالإضافة إلى عوامل أخرى خاصة بحوافز هيئة العاملين، وتتوفر المعدات والعقاقير، والمقدرة الإدارية.<sup>(٤٦)</sup>

لجأت الكثير من الدول إلى لا مركزية توظيف العاملين وتقويضها لمستويات الدنيا من النظام الصحي، ولكن القدرة الإدارية اللازمة تحتاج إلى وقت وموارد لتطويرها. وبوضوح مثال من جنوب أفريقيا تأثير عدم الكفاءة في إدارة الموارد البشرية والاهتمام بحوافز العاملين في مجال الصحة، حيث جرى توثيق الإساءات الجسدية واللفظية للنساء في وحدات التوليد.<sup>(٤٧)</sup>

وأخيراً، تعني طبيعة تدفقات الهجرة أن ترك عدد قليل من العاملين لعملهم قد يسرع من تناقص هيئة العاملين؛ إذ يلاحظ العاملون الباقون في عملهم أن العثور على وظيفة جديدة أمر ممكّن، وربما يتعلمون من تجربة -أو يسيرون على خطى- العاملين الذي تركوا العمل.

### **آثار العجز على رعاية صحة الأمومة**

هناك باستمرار عجز في عدد العاملين في مكان العمل. وهذا المستشفى مزدحم جداً. فلدينا حوالي ٨٠ حالة ولادة في الأربع والعشرين ساعة. ولذلك يمكن أن تخيل كيف أديره مع ما لدى من الحد الأدنى من هيئة العاملين. لم يكن الأمر سهلاً. إذ لا يمكنك إرضاء عميلاتك. لأنه لو كان هناك صف طويل فإنك تحاول الكفاح من أجل إنهاء ذلك الصف الطويل وليس لديك الوقت للحديث مع مريضتك كي تقدم لها المشورة... ولذا كانت لا ترضى المريضة ولا ترضى نفسها، وتحبط. فالطابور طويل جداً. ولذلك تصبح عصبية. إنك حتى لا تزيد سماع أي شخص يتحدث. وهكذا تحبط رئيسك في العمل بما أنك لا تقدم الخدمات المناسبة.<sup>(٤٨)</sup> (ممرضة، مستشفى حضري، كينيا، ص ١٨)

ما العلاقة بين العجز في العاملين ونوعية رعاية المرضى؟ تأتي معظم الأدلة من النظم الصحية في الدول ذات الدخل المرتفع، وهي بصورة عامة تدعم الارتباط البديهي بين العجز وتضاؤل جودة الرعاية. وأظهر استعراض لمستويات "التوظيف الآمن" لرعاية التمريض أن هناك علاقة عكسية بين مستويات توظيف الممرضات المسجلات ووفيات المريضات، وأن لضغط

وتشمل الآليات الأخرى التي يمكن أن ينبع من خلالها انخفاض في جودة الرعاية:

#### • زيادة عبء العمل

تتراوح نسب الممرضات إلى المرضى في ما لا يزيد عن ١٢٠:١ في العناصر العامة، و٥٠:١ في عناصر الأمومة والطفولة<sup>(٢٠)</sup>، و٢٦:١ في عناصر الولادات الحديثة، و١:٥١ لمريضات قسم أمراض النساء<sup>(٢١)</sup>، وهو ما يعتبره المهنيون الصحيون نسباً منخفضة جداً بالنسبة للرعاية الأئمة. واكتشفت دراسة أجريت في زيمبابوي -في الفترة من عام ١٩٩٥ إلى عام ٢٠٠٠- على تقلبات عبء العمل الخاص بالأطباء والصيادلة والقابلات والممرضات، أن عبء العمل تضاعف تقريباً على مدى ثلاث سنوات بالنسبة للقابلات في العيادة الشاملة (المركز الصحي الأولي).<sup>(٢٠)</sup>

#### • زيادة أوقات الانتظار

يقلل هذا في حدوث الأدنى رضا المريضات (مما يؤدي إلى تناقص الاستخدام)، ولكن في طوارئ رعاية الحمل يمكن أن يؤدي التأخير إلى الوفاة أو المرض أو العجز بالنسبة للأم أو الطفل.

#### • تقليل الوقت المخصص للمريضة

هناك ارتباط بين عجز الممرضات عن مراقبة حالة المريضات -اللائي يعانين أمراضاً حادة- مراقبة دقيقة والتفاعل معها على نحو سريع وبين زيادة وفيات المريضات.<sup>(٤٦)</sup>

#### • مقاومة أضعف للعدوى

لا توجد أدلة على انتشار عدوى ما بعد الولادة بين نساء إفريقيا جنوب الصحراء. ومع ذلك فإن الأطفال حديثي الولادة معرضون على نحو كبير لخطر العدوى، ويشيع الإبلاغ عن وفياتهم بسببها. وعن انتشار العدوى في عام ٢٠٠٥ بأحد مستشفيات جنوب إفريقيا، حيث أدى ذلك إلى ٢١ حالة وفاة أطفال حديثي الولادة، قيل إن العوامل التي أسهمت في ذلك كانت المعدلات المرتفعة لشغف الأسرة، وضعف إجراءات الوقاية من العدوى، والعجز في العاملين، وثقل عبء العمل على العاملين.<sup>(٤٧)</sup>

تضج النتائج الخطيرة لتلك الآليات في ما لا يزيد عن كل عشرة مستشفى مغلق بسبب العجز في عدد العاملين؛ وفي بعض الحالات يؤدي العجز في عدد القابلات إلى قيام عاملات النظافة بالمستشفى بالتوليد. وفي المناطق الريفية قد يكون على قابلة واحدة إدارة مركز صحي بالكامل لمدة أربع وعشرين ساعة في اليوم.<sup>(٢٢)</sup> وأدى انخفاض جودة الرعاية واستخدام المنشآت الصحية للولادة، إلى جانب زيادة وفيات الأمهات نتيجة للإصابة بمرض الإيدز والفيروس المسبب له إلى تدهور ضخم في صحة الأمومة على امتداد العقد المنصرم.<sup>(٢٣)</sup>

تؤدي الآثار غير المباشرة الأخرى إلى تقليل جودة رعاية صحة الأمومة. فقدان "الذاكرة المؤسسية" بسبب الإحلال الكبير لهيئة العاملين يؤدي إلى مضاعفة العمل وإهدار الموارد. ويرتبط هذا على نحو خاص بالبرامج التي تتتطور تطويراً سريعاً في الصحة الإنجابية، ومرض الإيدز والفيروس المسبب له، والدور الرئيسي (السل)، حيث لابد من إعادة اختراع الإستراتيجيات وإعادة تعليمها، بسبب فقدان العاملين الأساسيين وما ينبع عن ذلك من فقدان للاستمرارية. كما أن هجرة الأكاديميين وأصحاب الوظائف الإشرافية الرئيسية ذوي الخبرة يمكن أن يؤدي إلى وجود عجز في الاتصال المهني والإشراف على الخريجين الجدد، أو داخل معاهد التدريب. فعلى سبيل المثال، فإنه في مستشفى ندوala المركزي بزامبيا في عام ٢٠٠٣ كان ٣٢٪ فقط من هيئة العاملين المعتمدة في مدرسة التمريض والقابلة هم الموجودين.<sup>(٤٨)</sup>

وبصورة أعم، فإن فقدان القيادة المحترفة أمر يبعث على قدر كبير من القلق. فالمجلس العالمي للممرضات يعتبر تطوير القيادة دعماً مهماً لتحسين كل من الجوانب السريرية والإدارية للاستفادة من مهارات الممرضات، ويوفر الدعم لنقابات الممرضات الوطنية في كثير من البلدان لتطوير القدرة على التعامل مع قضايا الموارد البشرية.<sup>(٢٤)</sup> ومجالس ومنظمات التمريض والقابلة والتوليد لها أدوار محورية في الدعاية وتطوير السياسات

والمجتمعات المحلية في بعض الأماكن على أنها ملائمة طبيعياً<sup>(١)</sup>. غير أن السنوات الخمس الماضية شهدت فقدان بعض أجهزة الصحة لمزيد من أخصائيي صحة الأئمة، وخاصةً بسبب الهجرة واعتلال الصحة المتصل بالفيروس المسبب لمرض الإيدز، وتتأثر النساء الفقيرات والريفيات تأثيراً بالغاً، حيث يُتركن لتلقي الخدمات من العاملين المضطغوطين بشدة وغير المؤهلين التأهيل الكافي، أو من الممارسين الصحيين التقليديين غير المؤهلين، أو من المنشآت الخاصة مرتفعة التكلفة في كثير من الأحيان.

على المستوى العالمي، انخفض عدد وفيات الأمهات بشكل كبير منذ ثمانينيات القرن العشرين، ويرتبط ذلك ارتباطاً قوياً بالاستفادة من المشرفين المهرة عند الولادة، وهو ما زاد بنسبة تتراوح بين ٤٢٪ و٥٢٪ في الدول النامية.<sup>(١)</sup> وقد زادت الولادات القصيرة (وهي مؤشر على الحصول على الرعاية المتنفذة للحياة فيما يتعلق بمضاعفات التوليد في المناطق التي ينخفض فيها معدل الحصول على الرعاية الصحية) من ٢٪ إلى ١٤٪ في آسيا وشمال إفريقيا. ومع ذلك فقد حدث في إفريقيا جنوب الصحراء تغير قليل في استخدام المشرفين المهرة (من ٤٠٪ إلى ٤٣٪)، وزادت الولادات القصيرة من ٣٪ إلى ٤٪ على امتداد العقد، وظل معدل وفيات الأمهات أعلى مستوى في العالم، وهو ٩٢٠ وفاة من بين ١٠٠٠ ولادة حية.<sup>(١)</sup>

ما الذي يلزم لتحسين نتائج صحة الأئمة؟ الرد الذي يتسم بالتبسيط هو: التأكيد من أن النساء جميعاً يستحقن من الرعاية الماهرة أثناء الحمل والولادة وفترتها ما بعد الولادة، ولكن كيف يمكن لجهاز الصحة توفير خدمات تضمن مستويات عالية من الاستخدام؟ من الواضح أن الأعداد المناسبة والتوزيع المناسب للمهنيين الصحيين أمر ضروري، ولكنه ليس بالكافи. فلابد أن يقدم العاملون الرعاية الجيدة: كل من الرعاية التي تستجيب لاحتياجات الأمهات وتجعل الخدمات أكثر جاذبية لهن وللمجتمع المحلي، وتراعي في الوقت نفسه المعايير المهنية. ورغم أن هذه الورقة تركز على توفر

يمكن أن يقضي عليها فقدان حتى القيادات المحترفة القليلة الموجودة. ويمكن للأكاديميين والمديرين ذوي الخبرة تدريب الجيل التالي من المهنيين وتوجيهه النطح له، وإجراء الأبحاث لتوجيهه سياسات الصحة وهيئات العاملين، والإسهام في التطوير الشامل لقطاع الصحة. غير أن هذه القيادات ليست عديدة وربما تكون أكثر المهنيين الصحيين "قابلية للتصدير".

### الآثار السياسية

"توفر الموارد البشرية المناسبة... أمر مركزي بالنسبة لأية محاولة واسعة المدى لزيادة رقعة الأنظمة الصحية. كما أنه من المرجح أن يحدد توفر الموارد البشرية القدرة على استيعاب الموارد المالية الإضافية وبالتالي على إيقاع التطور" (ص ٥)<sup>(١)</sup>.

على المستوى العالمي، وعلى مدى العقد المقبل، لابد من تخريج ٣٣٤ ألف أخصائية ولادة ماهرة لديها مهارة القبالة مع تطوير مهارات ١٤٠ ألفاً غيرهن.<sup>(٢)</sup> وعلاوة على ذلك، لابد من تعليم ٢٧ ألفاً من الأطباء والفنين مهارات دعم رعاية الأئمة والأطفال حديثي الولادة. وتقدر منظمة الصحة العالمية أنه هناك حاجة إلى ٩١ مليار دولار أمريكي لتوسيع نطاق خدمات الأئمة والأطفال حديثي الولادة؛ كما تقدر أن مضاعفة المرتبات، أو حتى زيادتها إلى ثلاثة أضعاف، هو الحد الأدنى اللازم لتوظيف العاملين وإيقائهم في وظائفهم.<sup>(٣)</sup> وهذه أرقام مثيرة. فاحتمال العثور على تلك الموارد أمر مشكوك فيه، كما أن زيادة مرتبات العاملين في قطاع الصحة العام، مع استبعاد القطاعات الأخرى والمهنيين الآخرين أمر صعب من الناحيتين السياسية والاقتصادية.<sup>(٤)</sup> وحتى إذا زادت الدول النامية قواها العاملة، يظل من الضروري أن يتلاءم إنفاق الرعاية الصحية في إطار توقعات النمو الاقتصادي ومتطلبات الاستدامة المالية.<sup>(٥)</sup>

ليس العجز في عدد المهنيين الصحيين وسوء توزيعهم في إفريقيا جنوب الصحراء ظاهرتين جديدين، وربما ينظر إليهما العاملون في مجال الصحة والمديريون

بالمرونة، والاتصال بالعاملين المحالين المتقاعدين، ودفع أجور للتلميذات التمريض والقابلة أثناء عطلاهن.<sup>(٢٢,١٩)</sup>

وتحدد البيئة السياسية قدرة المديرين على الاستجابة بسرعة وبالشكل المناسب: إذ نجد على سبيل المثال أن المستشفيات المستقلة وأجهزة الصحة اللامركزية تتسم بقدر أكبر من المرونة في الاستجابة لقضايا الموارد البشرية. ومن المهم أن يكون لديها أيضاً القدرة الإدارية على القيام بذلك. وبما أنه من المحتل استمرار استنزاف المهنيين الصحيين (إن لم يزد) على المدى القصير في بعض الأقطار، فلابد من تعاون مديرى الموارد البشرية ومديري خدمات الأمومة لتحديد كيفية تحسين إدارة العاملين والحصول على أداء جيد في هذه البيئة المعقدة.

وعلى المستوى الوطنى، تتضمن استجابة الحكومات للعجز في عدد المهنيين الصحيين بصورة عامة إجراءات مثل: التفاوض مع الأقطار مرتفعة الدخل على تقلييل الطلب على التوظيف، وتحسين تحظيط القوة العاملة، ومراجعة التشريعات لتمكين مقدمي الرعاية في المستوى المتوسط من أداء المهام التي يحظر القيام بها حالياً على غير الممارسين الطبيين، والتدرج المتزايد من التدريب، وإلزام الخريجين بالعمل في القطاع العام (وفي بعض الأحيان المناطق الريفية) لفترة محددة من الزمن. ولزيادة تدفق التدريب أهمية أساسية، ولكنه مكلف ويستغرق وقتاً ويعتمد على زيادة عدد المعلمين. وبعض أنظمة الصحة أكثر مرونة في تعين المتدربين، مثل قبول الأشخاص البالغين الأعلى مرتبةً، وانتقاء المتدربين من المناطق الصعبة وتدريسيهم على المستوى المحلي أملاً في أن يكون من الأرجح أن يعملوا هناك، أو الاعتراف بالمؤهلات الإضافية كجزء من التدريب الاختصاصي.

بصورة عامة، لم يوثق تأثير العجز في عدد المهنيين الصحيين وسوء توزيعهم على الصحة والمساواة في إفريقيا جنوب الصحراء التوثيق الجيد. وهناك القليل

للعاملين والمنشآت للحمل والولادة ورعاية ما بعد الولادة، فإن الخدمات الأخرى مهمة كذلك للحد من وفيات الأمهات. فعلى سبيل المثال، فإن القابلات والممرضات اللائي يوفرن تنظيم الأسرة والإجهاض الآمن ورعاية ما بعد الإجهاض، وخاصة على مستويات الرعاية الأولية، لهن أهميتها في الحد من وفيات الأمهات التي تقدر نسبتها بـ ١٣٪ في أنحاء العالم نتيجة لمضاعفات الإجهاض غير الآمن.<sup>(٢)</sup>

يظهر المزيد من الأدلة على تداخل الرضا الوظيفي واستبقاء العاملين ومستويات التوظيف ومزيج المهارات وممارسات الإدارة الجيدة للموارد البشرية والنوعية الجيدة للرعاية الصحية والنتائج الصحية الإيجابية. كما أن الثقافات التنظيمية التي تدمج ممارسات التوظيف المرنة لتمكين العاملين من الجمع بين التزامات العمل وغيرها من الالتزامات مفيدة على نحو كبير لمقدمي رعاية صحة الأمومة، وكثير منهم نساء. ويرحب كل العاملون بالمشاركة في اتخاذ القرارات، والعمل الجماعي، وفرص التطور المهني، والروابط المناسبة والتقدير، ولكن ذلك مهم على نحو خاص للقابلات والممرضات في النظم الصحية التي يهيمن عليها الأطباء. وترتبط هذه العوامل كلها بانخفاض معدلات ترك الوظيفة وزيادة الرضا الوظيفي والنتائج الصحية الأفضل. ولتقليل عوامل "الدفع" فيما يتعلق بالهجرة، لابد من تصميم تلك الممارسات بحيث تتلاءم مع السياقات وأسواق العمل المحلية: ذلك أن المقاربة " ذات الحجم الواحد التي تصلح لـ"كل" لن تنجح، حتى داخل القطر الواحد.

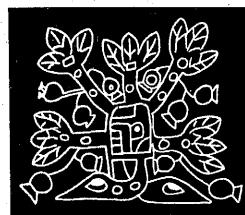
على مستوى المنطقة المحلية والمنشأة المحلية تصبح إستراتيجيات الحد من تناقص أعداد المهنيين الصحيين واجتذاب هؤلاء الذين تركوا العمل من جديد هي الإجراءات الأكثر جدوى والأسرع تفهماً. ففي غانا وجامايكا، على سبيل المثال، يمكن للمديرين توفير الحوافز المادية (قرصنة ميسرة للإسكان، وبدلات لوقت العمل الإضافي)، ويسمحون بالعمل لبعض الوقت وبجدال مواعيد عمل للقابلات والممرضات تتسم

اهتمامها المتزايد. وقد بدأت للتو برامج المساعدة التنموية للدول الفنية في وضع استجابات، على سبيل المثال عن طريق تمويل الرواتب، وتوسيع برامج التدريب، ودعم المهنيين الصحيين كي يعملوا في الدول النامية، أو بالسماح للمهاجرين بالمشاركة بشكل مؤقت بمهاراتهم في بلادهم الأصلية دون الإضرار بوضعهم كمهاجرين.

وبشكل أساسي، لابد من إعادة النظر في إصلاحات قطاع الصحة وسياسات تنمية الاقتصاد الكلي بصورة عامة، للتركيز على المساواة، ومشاركة الفقراء، وتنمية دور الدولة. وفي كثير من الأحيان ترتبط مشاكل الدول ذات الدخل المنخفض بالمشاكل التي في الدول الفنية، وفي هذه الحالة يؤثر إخفاق الأقطار الفنية في إنتاج ما يكفي من المهنيين الصحيين لسكنها تأثيراً خطيراً على الدول ذات الدخل المنخفض. والأمر الأخير والأكثر تحدياً هو أنه لابد من الاعتراف بأن القضية الأساسية الكامنة وراء هجرة المهنيين الفنيين من المناطق والأقطار الفقيرة إلى المناطق والأقطار الفنية، وعدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية، والنتائج الصحية غير المتساوية، هي ذلك الفرق الشاسع وغير المبرر في الثروة بين بعض دول غنية والكثير من الدول الفقيرة.

من المعلومات الموثوق بها عن أعداد المهنيين الصحيين الذين يتركون العمل، بل ومعلومات أقل عن تأثير ذلك على توفر رعاية صحة الأمة ونوعيتها. كما أن التكلفة الاقتصادية لتناقص العاملين غير معروفة إلى حد كبير، ولم يجره تقدير فاعلية/تكلفة نماذج التدريب المختلفة في مجال التمريض والقابلة، أو توظيف مجموعات المهارات المختلفة. الفجوة البارزة في قاعدة الأدلة هي تقييم التدخلات لمعالجة العجز في الموارد البشرية وسوء توزيعها، وكذا التدخلات التي تهدف لاستمرار إتاحة خدمات رعاية الأمة وجودتها في هذا السياق، وبينهن هذه الأدلة، يواجه المجتمع المدني والمنظمات المهنية والحكومات الوطنية وشركاء التنمية صعوبات جمة في الدعوة بفاعلية من أجل الاستجابات المطلوبة.

إذا كانت الحكومات وشركاء التنمية جادين بشأن بلوغ هدف التنمية الألفية الخاص بصحة الأمة وحماية حقوق النساء الإنجلالية، فلا بد من إعطاءزيد من الاهتمام للعجز في عدد أخصائيي صحة الأمة، وإلى سياسة شاملة للموارد البشرية في إفريقيا جنوب الصحراء، ومنظمة الصحة العالمية في وضع يمكنها من تولي القيادة الدولية، ويعكس مركز اهتمام ترتير الصحة العالمية للعام ٢٠٠٦ عن قوة العمل الصحية



1. AbouZahr C. Assessing Trends in Maternal Mortality. Geneva: Global Forum for Health Research, 2003 At: <<http://www.globalforumhealth.org/Forum7/CDRomForum7/Tuesday/InvestingAbouFull.Doc>>. Accessed 6 January 2006.
2. World Health Organization, UNICEF, UNFPA. Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Geneva: WHO, 2004.
3. World Health Organization. The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count. Geneva: WHO, 2005.
4. Wyss K. An approach to classifying human resources constraints to attaining health-related Millennium Development Goals. *Human Resources for Health* 2004;2(1).
5. Joint Learning Initiative. *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*. Cambridge MA: The President and Fellows of Harvard College, 2004.
6. Buchan J, Calman L. *The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions*. Geneva: International Council of Nurses, 2004.
7. Munjanja OK, Kibuka S, Dovlo D. *The Nursing Workforce in Sub-Saharan Africa*. Geneva: International Council of Nurses, 2005.
8. Diallo K. Data on the migration of health-care workers: sources, uses, and challenges. *Bulletin of World Health Organization* 2004;82(8):601–07.
9. Kurowski C. *Scope, Characteristics and Policy Implications of the Health Worker Shortage in Low- Income Countries of Sub-Saharan Africa*. Washington DC: World Bank, 2004.
10. Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, et al. *Human Resources for Health: Requirements and Availability in the Context of Scaling Up Priority Interventions in Low-Income Countries. Case Studies From Tanzania and Chad*, HEFP Working Paper 01/ 04. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2004. p.5.
11. Dovlo D. *The Brain Drain and Retention of Health Professionals in Africa. A Case Study*. Paper Presented at: Regional Training Conference on Improving Tertiary Education in Sub-Saharan Africa: the Things That Work! Accra, 23–25 September. 2003.
12. Dovlo D. *Report on Issues Affecting the Mobility and Retention of Health Workers/ Professionals in Commonwealth African States*. London: Commonwealth Secretariat, 1999.
13. Mackintosh LS. *A study identifying factors affecting retention of midwives in Malawi*. Dissertation, Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine, 2003.
14. Brain drain haunts health sector. *The Herald (Zimbabwe)*. 29 April 2005.
15. Nursing and Midwifery Council. *Statistical Analysis of the Register, 1 April 2003 to 31 March 2004*. London: Nursing and Midwifery Council, 2004.
16. Africa Working Group of the JLI on Human Resources. *The Health Workforce in Africa: Challenges and Prospects*. Cambridge MA: Global Health Trust, 2004.
17. Malawi Institute of Management. *The Migration of Health Workers in the African Region: the Malawi Scenario*. Lilongwe: University of Malawi, 2003.
18. Olsen EO, Ndeki SS, Norheim OF. Human resources for emergency obstetric care in northern Tanzania: distribution of quantity or quality? *Human Resources for Health* 2005;3(5).
19. UN Millennium Project. *Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children*. London: Earthscan, 2005. p.18.
20. Awases M, Gbary A, Nyoni J, et al. *Migration of Health Professionals in Six Countries: a Synthesis Report*. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa, 2004.
21. Vujicic M, Zurn P, Diallo K, et al. The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Human Resources for Health* 2004;2(1).

22. Chikanda A. Medical Leave: The Exodus of Health Professionals from Zimbabwe. Cape Town: Southern African Migration Project, 2005.
23. Van Lerberghe W, Adams O, Ferrinho P. Human resources impact assessment. Bulletin of World Health Organization 2002;80(7):525.
24. Hall EJ. The challenges HIV/ AIDS poses to nurses in their work environment. In: Centre for Health Policy, editor. HIV/AIDS in the Workplace: Symposium Proceedings Johannesburg: University of the Witwatersrand, 2004. p.109–22.
25. Narasimhan V, Brown H, Pablos- Mendez A, et al. Responding to the global human resources crisis. Lancet 2004;363(9419): 1469–72.
26. McIntyre J. Maternal health and HIV. Reproductive Health Matters 2005;13(25):129–35.
27. Anand S, Barnighausen T. Human resources and health outcomes: cross-country econometric study. Lancet 2004;364(9445):1603–09.
28. Graham W, Bell JS, Bullough CHW. Can skilled attendance at delivery reduce maternal mortality in developing countries? In: Van Lerberghe W, De Brouwere V, editors. Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence. Antwerp: ITGPress, 2001.
29. Jagne MM. Human resource issues affecting nurses in Royal Victoria Teaching Hospital, Gambia: what can be done? Dissertation, Leeds: University of Leeds, 2004.
30. Baumann A, O'Brien-Pallas LL. Commitment and Care: The Benefits of a Healthy Workplace for Nurses, their Patients and the System. Ottawa: Canadian Health Service Research Foundation, 2001.
31. Hall EJ. Nursing attrition and the work environment in South African health facilities. Curationis 2004;27(4):28–36.
32. Xaba J, Phillips G. Understanding Nurse Emigration: Final Report. Pretoria: Trade Union Research Project, 2001.
33. Al-Hassan MM. The causes and effects of international migration of health professionals: the case of nurses at the Korle-Bu Teaching Hospital in Ghana. Dissertation, Leeds: University of Leeds, 2004.
34. Pearson L, Shoo R. Availability and use of emergency obstetric services: Kenya, Rwanda, Southern Sudan, and Uganda. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005;88(2):208–15.
35. Aitken JM, Kemp J. HIV/AIDS, Equity and Health Sector Personnel in Southern Africa. Equinet Discussion Paper No12. Harare: Equinet, 2003.
36. Dovlo D. Using mid-level cadres as substitutes for internationally mobile health professionals in Africa. A desk review. Human Resources for Health 2004;2(1).
37. Vaz F, Bergstrom S, Vaz ML, et al. Training medical assistants for surgery. Bulletin of World Health Organization 1999;77(8): 688–91.
38. Pereira C, Bugalho A, Bergstrom S, et al. A comparative study of caesarean deliveries by assistant medical officers and obstetricians in Mozambique. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1996;103(6): 508–12.
39. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. Social Science and Medicine 1998;47(11): 1781–95.
40. Van Eyck K. Women and International Migration in the Health Sector. Ferney-Voltaire: Public Services International, 2004. p.18.
41. Kovner C. The impact of staffing and the organization of work on patient outcomes and health care workers in health care organizations. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety 2001;27(9):458–68.

42. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003;3:CD003766.
43. Ashcroft B, Elstein M, Boreham N, et al. Prospective semistructured observational study to identify risk attributable to staff deployment, training, and updating opportunities for midwives. BMJ 2003;327(7415): 584–86.
44. UNFPA. Making Safe Motherhood a Reality in West Africa. Using Indicators to Programme for Results. New York: UNFPA, 2003.
45. Dugger CW. An exodus of African nurses puts infants and the ill in peril. New York Times 12 July 2004, p.A6–A7.
46. Aiken LH, Smith HL, Lake ET. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. Medical Care 1994;32(8):771–87.
47. Sturm AW. Analysis of Klebsiella Outbreak in Neonatal Nursery at Mahatma Ghandi Hospital. Pietermaritzburg: Kwazulu-Natal Department of Health, 2005.
48. Ammassari S. Migration and Development: New Strategic Outlooks and Practical Ways Forward. The Cases of Angola and Zambia. Geneva: International Organization for Migration, 2005.
49. Green A, Gerein N. Exclusion, inequity and health system development: the critical emphases for maternal, neonatal and child health. Bulletin of World Health Organization 2005;83(6):402.
50. High Level Forum on Health MDGs. Addressing Africa's Health Workforce Crisis: an Avenue for Action. Abuja: WHO, 2004.
51. Department of Health. Saving Mothers: Report on the Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa 1998. Pretoria: Department of Health, 1999.

# المولدات في المغرب: للعيا إلى الاعتراف بهن كشريكات ماهرات في رعاية الأمومة المتمركزة حول النساء

فاطيما تمار<sup>(ا)</sup> ويلكيس فيساند جيه (ب) وماري حاتم (ج) وأليشا أبيال (د) وديفورا كوبلوك (ه)  
ترجمة سلاف طه

## ملخص

تزايد الاستعانة حول العالم بالمولدات لتقديم الرعاية التي تتطلب مهارة خاصة للحوامل والمواليد الجدد. يبد أن عمل المولدات في المغرب لا يزال غير معترف به مهنيا، وهو الأمر الذي يتسبق مع انتشار عدم المساواة بين التوعين في البلد والوضعية الدنيا للنساء. تطور التدريب على التوليد منذ الستينيات إلى برنامج جامعي مدته ثلاثة أعوام. وعلى الرغم من ذلك، ثمة نقص حاليا في عدد المولدات المطلوبات للوفاء بالأعداد الكبيرة من حالات الولادة في المغرب، فلم تحل المولدات محل القابلات التقليديات إلا بشكل جزئي، ولا سيما في المناطق الريفية. كذلك فإن وفيات الأمهات ما زالت مرتفعة. ومع ذلك تعكس العديد من السياسات الحكومية الأخيرة تزايد الاهتمام باحتياجات النساء، فمنذ فبراير/شباط ٢٠٠٦، على سبيل المثال، أصبح من حق المولدات الحصول على تعويض مادي في حالة عدم تواجد طبيب. ومنذ ١٩٩٠، تعمل رابطة المولدات المغربية بشكل نشط على تشجيع مراجعة مناهج التوليد ورفع مستوى التدريب وتحسين الوضع المهني للمولدات. وقد كشفت الشراكات مع الجمعيات الدولية للمولدات النقاب عن التحديات التي تواجهها المولدات في مناطق أخرى من العالم وساعد ذلك على وضع استراتيجيات محددة لتعزيز التقدير المهني لعمل المولدات وتسلیط الضوء عليه وكفالة استقلاليته. وفي سياق ثقافي كسياق المغرب، يبدو الربط بين المولدات والمجتمع الطبي ضرورة حتمية، فلا يمكن لممارسات التوليد في المغرب أن تتتطور إلى رعاية الأمومة المتمركزة حول النساء إلا بالاعتراف بالمولدات وتقديرهن كشريكات مؤهلات و Maherat.

• Midwives in Morocco: Seeking Recognition as Skilled Partners in Women- Centered Maternity Care. May 2006. 14 (27).

Fatima Temmar et al

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٦

## كلمات مفتاحية:

التوليد، وضع النساء، وفيات الأمهات، القابلات التقليديات، قضايا النوع الاجتماعي، تدريب مقدمي الخدمة، المغرب

أ - طالبة ماجستير كلية التمريض جامعة مونتريال مونتريال كندا ن مدرس زميل في مؤسسة التدريب على المهن الطبية المساعدة ن رياط المغريز

ب- أستاذ بمدرسة التمريض جامعة مونتريال كندا

ج- استاذ مساعد كلية الطب قسم طب المجتمع والطب الوقائي جامعة مونتريال وممرضة وقابلة وكذلك مدرس زميل بمدرسة التمريض بجامعة سان جوزيف بيروت لبنان

د- منسق ابحاث مدرسة التمريض جامعة مونتريال

ه- باحث مساعد، كلية التمريض جامعة مونتريال

المغرب إلى التقارير البحثية المتاحة والبيانات الإحصائية الصادرة عن وزارة الصحة المغربية والأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية.

**التدريب على التوليد في المغرب: مسار معقد**  
يعتبر التوليد بالشكل الذي يمارس به حاليا في المغرب ناتج تاريخ معقد من أشكال متعددة من التدريب التعليمي. فقبل عام ١٩٥٠ اقتصر تقديم الرعاية المتعلقة بالتوليد على القابلات التقليديات غير المدربات فحسب، وكانت الخدمة تقدم في منازل النساء في الأقاليم الريفية وشبه الحضرية. واليوم تستمر القابلات ذوات التدريب الرسمي المحدود في تقديم المساعدة في ما يتعلق بالتوليد ورعاية ما بعد الوضع في المناطق النائية. وتقدر المجتمعات الريفية خدماتهن وتعاملهن باحترام لضجهن وخبرتهن ودورهن ككاتمات أسرار. وبينما توفر طبيعة الرعاية التي يقدمها في حد ذاتها فرصة للتمكين الإنجابي للنساء الريفيات - يتركزها على النساء وتقديمها من خلال نساء - إلا أنها تعزز أيضا عن غير قصد من الأنماط والهيابن النوعية السائدة في المجتمع المغربي.

ومنذ الخمسينيات وحتى الستينيات من هذا القرن، صممت برامج رسمية للنساء المهتمات بالتوليد، والمعروفات باسم المولدات. (إطار ١) بدأ الأمر بتتنظيم برنامج على امتداد عامين في مدينة الرباط، عاصمة

تزايدين الاستعانة في المغرب بالمولادات للوفاء بمتطلبات رعاية الأسرة والموايد الجدد في مراكز الوضع ومستشفيات التوليد والمركز الريفي المنعزلة. وعلى الرغم من الحاجة الملحة إلى الرعاية الشاملة المتمركزة حول المرأة، تظل ممارسة التوليد شديدة التأثير بالتركيز الطبي على الحالات المرتبطة بالحمل والولادة. كذلك يستمر عدم تقديره، ممارسة التوليد في المغرب كمهنة مستقلة تتطلب مهارات خاصة، وهو الأمر الذي يتوقف مع انتشار نظام «تأصل من عدم المساواة بين النوعين في البلد يبقى على الأغلبية الكبرى من النساء في مرتبة أدنى من الرجال»<sup>(٢)</sup>. وبالتالي تظل الخدمات التي تقدمها المولدات غير منظورة إلى حد كبير، مثلها مثل احتياجات النساء اللاتي يدربن على تقديم هذه الخدمات لهن.

وعلى الرغم من الافتقار الحاد إلى أدلة علمية ومعلومات مؤثثة بشكل منهجي حول ممارسة التوليد في المغرب، فإن مناقشة هذه الممارسة تجيء في الوقت المناسب لعدد من الأسباب من بينها الإحصاءات الحديثة حول وفيات الأمهات والموليد بالإضافة إلى التغيرات التي طرأت على اللوائح المنظمة لعمل المولدات. ويقدم هذا المقال وصفاً لتطور تعليم التوليد، ومارسته في المغرب منذ منتصف القرن العشرين، وهو الوقت الذي نتجت فيه اتفاقية الأمم المتحدة المتعلقة بحماية الأسرة<sup>(٤)</sup>. ويستند توضيح تاريخ ممارسة التوليد في

### إطار رقم ١

تاريخ المستويات المختلفة للتدريب على تقديم الرعاية المتعلقة بالتوليد في الفترة من ١٩٦٣ إلى ٢٠٠٣

accoucheuse infirmiere ●: ممرضة تدرب لمدة عام قبل أن يسمح لها بمتابعة الحمل والتوليد.

CAP en obstétrique ●: شهادة في التوليد: تدريب لمدة عامين

Specialise en obstétrique ●: ممرضة/مولدة تدرب على المستوى ما بعد الجامعي (دراسات عليا)

(بعد الإصلاح التعليمي لعام ١٩٩٣)

Sage-femme "nouveau régime" ●: ممرضة/مولدة تدرب لمدة ثلاثة أعوام على المستوى الجامعي.

وفي السنتينيات، صممت وزارة الصحة برنامجاً تدريبياً على التوليد لخريجات الجامعة مدة عامان في كلية الكوادر في الرياط لمعالجة نقص عدد المولدات المتزمرات. وسمح بانضمام الممرضات إلى البرنامج شرط إتمام ثلاثة سنوات من الدراسة الجامعية في مجال التمريض والمواد الصحية ذات الصلة. وبسبب قضايا النوع الاجتماعي نفسها التي حدثت من نجاح تدريب المولدات، لم يتمكن هذا البرنامج أيضاً من تدريب أعداد كافية من المولدات للوفاء بالاحتياجات في المغرب، ولا سيما في المناطق الريفية. وواقع الأمر هو أن معدل المولدات اللاتي حصلن على دبلوم دراسات عليا من هذه الكلية لم يزد على سبع مولدات سنويًا بمجموع ٢٣٩ خريجة فقط على مدار ٣٠ عاماً ممتدة من عام ١٩٦٤ إلى ١٩٩٥. وإضافة إلى ذلك، عادة ما انتهي المآل بالخريجات بالعمل في المراكز الحضرية، فانتفي بذلك الغرض الأساسي من البرنامج وهو توزيع المولدات في جميع أنحاء البلد<sup>(٥)</sup>.

وبحلول عام ١٩٨٦، كانت وزارة الصحة قد غيرت من نهجها وبدأ قسم التدريب التابع لها في تشجيع الممرضات في كليات التمريض في جميع أنحاء المغرب على الحصول على تدريب في التوليد كجزء من برنامج جامعي مدة عامان يتضمن تخصصاً في التوليد. وفي عام ١٩٨٨ كان إتمام النساء لعامهن الثالث في الدراسة الثانوية مؤهلاً كافياً للتسجيل في هذا التدريب المتخصص. ووصل مجموع الممرضات/المولدات اللاتي تخرجن من هذا البرنامج في الفترة من ١٩٨٦ إلى ١٩٩١ إلى ٨٢٠ ممرضة ومولدة.<sup>(٦)</sup>

وفي عام ١٩٩٣، قامت الوزارة بإصلاح شامل وكامل للبرامج التدريبية لمجموعة من العاملين في المجالات الصحية ذات الصلة بمن فيهم الممرضات/المولدات<sup>(٧)</sup>. وبعد عام ١٩٩٣، توقف للأسف التدريب الذي كان يقدم على مستوى الدراسات العليا، وصمم معهد تدريب الفئات الصحية المساعدة بدلاً من ذلك برنامجاً تدريبياً جامعياً مدة ثلاثة سنوات<sup>(٨)</sup> للعاملين في المجال الصحي بمن فيهم الممرضات. واليوم، يقدم هذا التدريب

المغرب في ظل الوصاية الفرنسية<sup>(٩)</sup>. وعلى الرغم من أن المؤهلات المطلوبة للانضمام للبرنامج التدريبي لم تزد على شهادة إتمام الدراسة الابتدائية، فإن عدد النساء اللاتي دربن كان محدوداً حيث كان انتقال النساء للدراسة في الرياط غير مقبول اجتماعياً آنذاك. وفي السنتينيات، زادت المتطلبات بحيث أصبحت المولدات بحاجة -بالإضافة إلى تدريب المولدات- إلى الحصول على دورة تمتد على مدار عام تنتهي بالحصول على شهادة مهنية، ليتمكن من ممارسة التوليد وتقديم الرعاية المتعلقة بالولادة. ومدت فترة الدورة في ١٩٧٠ لتصبح عامين<sup>(١٠)</sup> وكان من المتوقع أن تعلم النساء اللاتي حصلن على هذه الشهادة في المناطق الريفية بالأساس على الرغم من استمرار القابلات غير المدربات في تقديم مثل هذه الرعاية في تلك المناطق أيضاً.

وفي غضون ذلك، أصبحت متابعة الحمل وتوليد الأطفال في المؤسسات الصحية في الخمسينيات إحدى المسؤوليات التي تضطلع بها عاملات صحبيات آخرías سواء مساعدات أو ممرضات، على أن عملهن كان خاضعاً دوماً للإشراف الطبي<sup>(١١)</sup>. وتاريخياً لم يقدم الأطباء من الرجال في المغرب خدمات متعلقة بالتوليد إلا فيما ندر ولاسيما في ظل وجود بدائل أكثر ريجا لهم. ومع ذلك، بدأ الأطباء والممرضون، بغض النظر عما إذا كانوا متخصصين في أمراض النساء والولادة أم لا، تدريجياً فيأخذ مسؤوليات المولدات، ولا سيما في المناطق الحضرية، وجاء ذلك جزئياً استجابة لتزايد معدلات الحمل.

وفي المناطق الريفية، وعلى الرغم من أن المولداتكن المسؤولات عن متابعة الحمل والتوليد، فقد كان عليهن رفع تقرير إلى طبيب حتى يحدد الأخير طريقة تقديم الرعاية كما ترإى له. جاء ذلك مع الظهير (قانون أصدره الملك) الذي يرجع تاريخه إلى ١٩٦٠<sup>(١٢)</sup>، الذي منح الطبيب (وهو في العادة رجل) سلطة على المولدة. وقد قبل ذلك ولا يزال مقبولاً على نطاق واسع في المجتمع المغربي مما يعزز عن غير قصد من البنـي النوعية السائدة في المجتمع.

على جذب النساء للتسجيل في البرنامج بهدف الوصول إلى معيار منظمة الصحة العالمية بحلول ٢٠١٠<sup>(٤)</sup>

وعلى الرغم من ذلك، فإن موازنة التوزيع الجغرافي للمولدات بشكل ملائم بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية لا تقل أهمية عن إجمالي أعدادهن. وواقع الأمر أن التوصية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية تشير إلى ضرورة توافر مولدات وطبيبات ولادة متخصصات لتوليد ٩٠٪ من المواليد في المناطق التي افتقرت فيما سبق إلى مولدات متخصصات بحلول عام ٢٠١٥. وفي هذا الصدد، يتوجب التذكير بأن ٤٠٪ من المواليد في المغرب في عام ١٩٩٧ لم تكن على يد مولدات متخصصات ٥. وإضافة إلى ذلك، وعلى الرغم من أن إدارة التدريب تسند إلى المولدات حديثات التخرج تكليف أولي بالعمل في منطقة ريفية، فقد تزوجت معظمهن تزامنا مع إتمام تدريبيهن وبالتالي أصبح من المستحبيل بالنسبة إليهن أن يترکن منازلهن للعمل في منطقة ريفية.

وفي عام ٢٠٠٠، قامت وزارة الصحة (المسؤولة عن تدريب الممرضات-المولدات على مستوى المعاهد) بالتعاون مع وزارة التعليم (المسؤولة عن التدريب على المستوى الجامعي) بتشكيل لجنة مشتركة لمراجعة المناهج والمقاربات التربوية الخاصة بالتدريب على التوليد. ضمت اللجنة أطباء نساء ولادة ومولدات وممرضات. وعلى الرغم من تحديث المحتوى فقد ظل تركيز المناهج على الجوانب التقنية الأساسية، ولا سيما في ما يتعلق بالعلاج الطبي للأمراض، عوضا عن انتهاج مدخل وقائي أو قائم على تعزيز الصحة في سياق كامل تجربة الحمل. زاد من ذلك حقيقة أن الأبعاد الاجتماعية للصحة لا تزال تعتبر ثانوية وأن التمكّن من المهارات العملية والفنية يضفي هيبة واعتباراً أكبر على مقدمي الرعاية. وقد انعكس ذلك في التركيز على النواحي الفنية الخاصة بعملية الولادة نفسها عوضا عن تناول الاحتياجات العاطفية للنساء الحوامل. وإضافة إلى ذلك، لا يزال من الضروري تواجه الأطباء -سواء كانوا حاصلين على تدريب متخصص في مجال النساء

في ثمانية معاهد تدريب إقليمية في أغادير والدار البيضاء وفاس ومراکش ومکناس ووجدة والرباط وتطوان. ومنذ ١٩٩٧، تخرج ٢٠٠٠ ممرضة توليد في المتوسط سنويا من البرنامج في جميع أنحاء البلد، ويبلغ عدد الخريجات ٢١٢ و٢٩٣ و٣٣٢ ممرضة ومولدة في ٢٠٠٢ و٢٠٠٣ و٢٠٠٤ على التوالي. والإحصاءات مشجعة، ففي الفترة ما بين ١٩٦٣ و٢٠٠٣، تدرب مجموع ٢٤٩٥ مولدة في المعاهد الإقليمية الثمانية<sup>(١١)</sup>. وجاء تقييم مستوى عمل هذه الخريجات الجدد إيجابيا. كان هذا التقييم قد أجري في بعض المناطق الريفية المنتقدة (ازيلال والحووز وشيشاوة وسيدي يوسف بن علي) إضافة إلى بعض المناطق الحضرية (منارة ومدينة وسيبا). وعلى الرغم من ذلك، فيبينما ظهرت كفاءة المولدات من الناحية الفنية، استمر الافتقار إلى نهج شامل قائم على احتياجات النساء<sup>(١٢)</sup> وإضافة إلى ذلك، فإن كلاً من معدل دوران العمالة وصفقات المعاش المبكر قد تسببا في توقف ٢٠٠٠ مولدة سنويا عن عملها وتركها لوظيفتها. وبالتالي، فقد ظل عدد المولدات ثابتًا لبعض الوقت بحسب لم يزد على ٢٠٠٠ مولدة<sup>(١٣)</sup>.

في أكتوبر/تشرين الأول ٢٠٠٤، بلغ عدد العاملات في القطاع العام ١٦٢١ مولدة، وبلغ عدد المواليد ٣٩٦,٦٦٥ مولوداً ومولودة<sup>(١٤)</sup> وهو ما يعني مولدة واحدة لكل ٢٨٩ حالة ولادة، بينما معيار منظمة الصحة العالمية هو مولدة لكل ٢٠٠ مولود ومولودة. قد يبدو أن هذا المعدل مرتفع للغاية بحيث لا يتسع للمغرب أن تتحقق في الوصول إليه لا سيما في ضوء انتشار المخاطر والأمراض المصاحبة للحمل والولادة في المناطق الريفية، إلا أن المغرب على المسار الصحيح فيما يتعلق بإجمالي عدد المولدات. بالرغم من النقص الحالي في الممرضات-المولدات فإن المغرب يمكنه الوصول إلى معيار منظمة الصحة العالمية خلال الأعوام الخمسة التالية. وبناء على تقرير صادر عن لجنة الموارد البشرية، يبلغ عدد المولدات المطلوب للقيام بكل عمليات التوليد ما يقرب من ٢٥٢٨ مولدة، وبالتالي يقدر النقص الحالي بحوالي ٩٥٠ مولدة. وبينما لا يمكن التيقن من إمكان الوصول إلى هذا الرقم، فإن إدارة التدريب تعمل جاهدة،

وأطباء الولادة تعكس بشكل متزايد وخفى على التفاعل ما بين المولدات أنفسهن، وعلاقتهن بالكوادر الأخرى من المهنيين الطبيين. كذلك يشير المسح إلى غياب تقدير المولدات لأقرانهن، وتفشى الشعور بالخوف والتوتر بينهن، إضافة إلى عدم التعاون والانتقادات لبعضهن البعض<sup>(٢)</sup>. ونتيجة لذلك، تسهم المولدات عن غير قصد في عدم تقدير المجتمع لإسهامهن المهني المميز في الرعاية الصحية وعدم الاعتراف به.

ومع ذلك فإن فلسفة ممارسة التوليد تتطوى وتقوم بشكل قوي على مفهوم متعدد الجوانب لرعاية الصحة الجنسية والإنجابية للنساء. فالهدف الأساسي من عمل المولدات هو تقديم رعاية متمركزة حول المرأة وحساسة لاحتياجاتها يكون فيها إشراك الشريك (وهو في العادة الزوج) في خبرة الحمل والولادة و التربية الأطفال ذات الأهمية كبرى<sup>(٣)</sup>. وفي هذا السياق، تعد مهنة التوليد شكلاً من الاستجابة لعدم مساواة المرأة مع الرجل في الوصول إلى الموارد والفرص والظروف الاجتماعية الضرورية للصحة. فالرعاية المتعلقة بالتوليد تهدف إلى خفض معدل الأمراض والوفيات الناتج عن الافتقار إلى الرعاية الكافية وعدم الوفاء باحتياجات النساء فيما يتعلق بصحتهم الجنسية والإنجابية، وهو الأمر الذي لا يمكن تحقيقه إلا من خلال رفع الاستجابة لاحتياجات النساء ومراعاة مصالحهن في جميع قطاعات المجتمع<sup>(٤)</sup>.

ولا يتوجب أن يقع الاهتمام بأهمية الأدوار الاجتماعية في تعزيز الصحة الإنجابية وصحة الأم على عاتق مقدمات الرعاية الصحية دون غيرهن، إلا أن البناء الاجتماعي النمطي للعلاقات النوعية في المغرب، ولا سيما في ما يتعلق بدور النساء في الفضاءين العام والخاص، عادة ما يمنع مقدمي الرعاية الصحية من الرجال من التعرف على مساهمات النساء المتعددة وتقديرها، وهو ما قد يؤثر بدوره على خبرات النساء في الحصول على الرعاية الطبية والمخرجات الصحية. فلما تزال بعض الممارسات منتشرة حالياً من قبيل الولادة في وضع الاستثناء على الظهر أو الإضجاع أو تعليق أقدام النساء في ركابات أو شق العجان بصورة روتينية

والولادة أم لا - "للإشراف" على الرعاية التي تقدمها الممرضة/المولدة بغض النظر أيضاً عن مدى خبرتها أو التدريب الذي حصلت عليه. والسيناريو المعتاد هو أن تقييم الممرضة/المولدة وضع المرأة في حالة المخاض "فنياً"، و تعرضه على الطبيب - وهو في العادة رجل - حتى يوجهها إلى ما يجب اتخاذه من خطوات بعد ذلك (وهي في العادة الإجراءات نفسها التي توصي بها الممرضة/المولدة). وبالرغم من تزايد عدد الممرضات/المولدات في المناطق الريفية التي طورن مهاراتهن لمعالجة آية مضاعفات، يظل الطبيب هو الشخص المعترف به رسمياً كمتخذ القرار النهائي، ولا سيما في الأوضاع التي يحتمل رفعها أمام القضاء.

### **التوليد وعلاقات القوى القائمة على النوع الاجتماعي ووضعية المرأة في المغرب**

وإذ نضع ذلك في الخلفية، ينظر البعض إلى سياسة تعزيز عمليات الرعاية أثناء الحمل والولادة التي تقدمها المولدات المتمرسان في المنازل كاستراتيجية قد تساعد بشكل أكثر في ضوء هيمنة النساء على المجال المنزلي - على تكييف رعاية الحمل والولادة وفق احتياجات النساء والموارد المتاحة لهن والقيود الاجتماعية المفروضة عليهن. ولكن ذلك قد يعقد أيضاً من هياكل النوع الاجتماعي السائد أو يعززها عن غير عمد، كما يمكن أيضاً أن يكرس تهميش النساء الذي يحد من حصولهن على رعاية الأئمة المتكاملة ومن ظهورهن في سياق المجتمع المغربي الأوسع<sup>(٥)</sup>. لقد تعرضت الأديبيات المختلفة لنقاوش موسح حول الطبيعة السياسية لعلاقات القوى القائمة على النوع الاجتماعي، ومدى تمثيل النساء وظهورهن في سياق رعاية الصحة الإنجابية والجنسية<sup>(٦)</sup>. وفي ظل السياسة الحالية التي تنهجها وزارة الصحة في المغرب، فإن قرارات الممرضات-المولدات المتعلقة بالرعاية المتعلقة بالولادة لا تولى أهمية كبيرة إلا إذا جاءت القرارات في غياب ممارس عام أو طبيب نساء وولادة.

يشير المسح الصحي الوطني الذي أجري حديثاً<sup>(٧)</sup> إلى أن العلاقة التراتبية بين المولدات

المخضن من الاستخدام ليس بالضرورة علامة على المقاومة ولا هو بالضرورة اختيار مقصود<sup>(١٤)</sup>. (ترجمة بتصرف)

أو عمليات الولادة القيصرية المتكررة واستخدام المصطلحات الطبية بشكل زائد مع نساء لا يمكنهن أن يفهمنها. وهذه الممارسات هي الأسباب الرئيسية التي تجعل من الولادة في المنزل شكلاً من الملاذ المطمئن للنساء، ولا سيما للمستضعفات منهن.

وتوضح نسبة وفيات الأمهات طبيعة المشكلة، حيث توضح آخر الإحصاءات لعامي ٢٠٠٣-٢٠٠٤ أن عدد الوفيات لكل ١٠٠٠ ولادة هو ٢٦٧ امرأة في المناطق الريفية مقابل ١٨٧ امرأة في المناطق الحضرية<sup>(١٥)</sup>. وهذا التفاوت يرتبط بلا شك بالعديد من العوامل من أمثلة وجود بعض الأمراض المصاحبة والفقر وقلة الموارد المالية والاعتماد المالي على الآخرين والعوامل الجغرافية التي تحدد مدى إمكان الحصول على الخدمات الصحية الملائمة للأم والطفل<sup>(١٦، ١٧)</sup>. ولكن زيادة عدد الممرضات-المولدات المدربات والعمل على الإقرار بقيمة عملهن يفترض أن يأتي في صالح أولئك اللاتي هن في أشد الحاجة لهذه الخدمات لمنع المضاعفات وحالات الوفاة. وبالتالي، يمكن هكذا أن تقلل الفجوة بين معدل الوفيات في المناطق الريفية والحضرية.

ومن منظور السياسات، يمكن لتزايد الحساسية النوعية في ما يتعلق بالرعاية الصحية المهنية المقدمة للنساء أن تحسن من إمكانية حصولهن على الرعاية وأن تزيد من جودة الرعاية المقدمة. ومن منظور تصميم الخدمات، سيعني ذلك معالجة أوجه القصور الدائمة مثل ساعات عمل الرعاية المتقلقة المحدودة التي لا تتحترم ديناميكية الأسرة، والتكلفة الباهظة للعقاقير التي يوصي بها الطبيب التي تشى الناس عن شرائها. وفيما يتعلق برعاية الأمومة، فإن تكلفة الأشعة فوق الصوتية المتكررة والتي لا ضرورة لها قد تقلل مما ينفق على غير ذلك من نواحي الرعاية، لا سيما عندما لا تكون صحة المرأة على قائمة أولويات ميزانية الأسرة. ويقادم اعتماد النساء المغربيات مالياً من هذا السياق<sup>\*</sup>.

ومن بين القضايا المتكررة التي تقلق النساء ومقدمي خدمات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية قضية دور الرجال في تنظيم الأسرة. فلا يزال الرجال في المغرب هم المحكمون سواء بشكل صريح أو خفي في خصوبة النساء. ولا تزال هناك معارضة شديدة لعدد من وسائل تنظيم الأسرة مثل موانع الحمل الرحيمية (اللولب) أو حتى الواقي الذكري<sup>(١٨، ١٩)</sup>. وهذه القضايا الناجمة عن المعايير الاجتماعية السائدة تخلق تعقيدات للنساء الراغبات في التحكم في أجسادهن، كما تصعب على العاملين في الرعاية الصحية تنفيذ أنشطة تنظيم الأسرة. وعلى الرغم من التحكم الذكوري الواضح في خصوبة النساء، لا يزال ينظر إلى الحمل والولادة على أنها خبرات حياة طبيعية يتعين على النساء التعامل معها بقدر ما يمكنهن من تكتم وسرية.

## تحسين حصول النساء على الرعاية المتعلقة بالولادة

إضافة إلى القضايا العديدة المتعلقة بافتقار النساء إلى التحكم في خصوبتهن، تطرح المولدات هما إضافياً، فال MERCHANTABILITY بالخصوصية والتكتم لا تسمح للنساء بالسعى إلى الحصول على استجابات ملائمة وفورية في حالة حدوث مضاعفات أثناء الولادة. وفي هذا الصدد، تفتديلامي الانتباه إلى أن:

"قانون الرعاية الحالي هو في الواقع قانون عكسي، حيث النساء الأكثر حاجة إلى خدمات الرعاية الصحية، وهن بالأساس من المناطق الريفية، يحصلن على أقل رعاية. المستوى

\* في عام ٢٠٠٥ أصدرت وزارة الصحة قراراً يسمح لكل امرأة حامل بالحصول على مسح بالموجات فوق الصوتية يمكن استعاضة تكلفته من خلال التأمين الصحي الخاص بها<sup>(٢٥)</sup>.

النساء وتعزيز مصالحهن في سياق التخطيط الاجتماعي. فالعديد من السياسات الحكومية الجديدة، تعكس تزايد الاهتمام باحتياجات النساء ومصالحهن، مثل مدونة الأسرة لعام ٢٠٠٤ التي تقر بحقوق النساء في ما يتعلق بالأحوال الشخصية، وإنشاء وزارة الأسرة والتضامن والعمل الاجتماعي لدفع أنشطة المجتمع المدني بشكل عام. كذلك، سمح نظام "الكوتا" الذي أدخل العمل به عقب الانتخابات البرلمانية لعام ٢٠٠٣ بانضمام المزيد من النساء للبرلمان، وهكذا زاد عدد المقاعد التي تتولاها النساء من مقعدين إلى ٢٢ مقعداً<sup>(٢٠)</sup>. ومنذ فبراير/شباط ٢٠٠٦، أصبح من حق المولدات الحصول على تعويض مادي في الأحوال التي لا يكون فيها الطبيب متاحاً.

يجب أن تتعهد الحكومة حثما بالاستثمار في البنية التحتية الخاصة بالصحة العامة اتساقاً مع أهداف الألفية التنموية. وواقع الأمر أن منظمة الصحة العالمية تعرف بالمولدات على أنهن "مجموعة تلعب دوراً رئيسياً في خفض معدلات الوفيات والإصابات لدى النساء المرتفعة بشكل غير مقبول نتيجة للحمل".<sup>(٢١،١٨)</sup>

**المنظمات والشبكات المهنية: الحلفاء الطبيعيون**  
إن إنشاء شبكات تعاونية وتنظيم مشاريع واجتماعات مشتركة في إطار مهنة الرعاية الصحية في المغرب لا يقل في أهميته عن خلق شبكات وشراكات لممتهني التوليد على المستوى الدولي.

تتركز رابطة المولدات المغربيات منذ تأسيسها في ١٩٩٠، على توفير التعليم المستمر للمولدات (بالشراكة مع الكلية الأمريكية للمولدات ووكالة التنمية الدولية الأمريكية). و تعمل الرابطة بشكل نشط على المسائل المتعلقة بالتدريب والتكوين وتطوير المستقبل المهني للمولدات، بما في ذلك مراجعة المناهج ورفع جودة تدريب المولدات وزيادة الدورات التدريبية المقدمة لهن، كما تعمل أيضاً مع عدد من الوكالات غير الحكومية على تزويد المجموعات الأكثر تعرضاً للمخاطر والمحرومة من الامتيازات بالتعليم والرعاية.

**المولدات: مصدر قوة يجب أن تستغلها النساء لصالحهن بالتعاون مع بعضهن البعض**  
إن تصور إطار مفاهيمي لصحة النساء الجنسية والإيجابية في سياق التوليد يتعدى الجنس وإنجاب، كذلك فإن أهداف التوليد تنطوي على ما هو أكثر من غياب المرض. فالصحة الجنسية والإيجابية يجب أن تعالج عوضاً عن ذلك من خلال الالتزام مدى الحياة على مستوى قطاعات متعددة بالاهتمام بصحة النساء في سياق الظروف الاجتماعية والثقافية بالشكل الذي تدعمه العديد من الوكالات الدولية وهيئات البحث والتنمية. ويتضمن هذا الالتزام الأخذ في الحسبان بالمحيط الذي تعيش فيه النساء، والأعراف والمفاهيم المتعلقة بالنوع الاجتماعي، وتمثيل المرأة وتوليه للمناصب القيادية في المنتديات السياسية والاقتصادية والالتزام الإجمالي المتعلق بكفالة حصول النساء والرجال بشكل متكافئ على الموارد والفرص. وفي المغرب، يتضمن تحسين صحة النساء الجنسية والإيجابية خلق مزيد من الفرص من أجل دعم قيم النساء الشخصية وخياراًهن<sup>(٢٢)</sup>.

وتلقي التجربة المغربية بالضوء على أهمية فهم كيف تقوم النماذج الطبية المهيمنة عالمياً بصياغة ممارسات التوليد، وبالتالي مدى إسهام التوليد في توفير رعاية للنساء المغربيات بشكل يأخذ مسألة النوع الاجتماعي في الاعتبار. وتأتي كيفية المصالحة بشكل خلاق بين أفضل عناصر النموذج الطبي وأفضل المعارف والممارسات المحلية، وكيفية تحقيق ذلك مع النساء، على قمة التحديات التي تواجه المولدات في المغرب حالياً من أجل الخروج بأنمط جديدة من الرعاية الصحية المتعلقة بالإنجاب وصحة الأم<sup>(٢٣)</sup>. وتتوافق هذه الرؤية مع الممارسات الصحية ذات الصلة بالثقافة والاهتمام بقيم النساء وتعبيراتهن وسلوكياتهن فيما يتعلق بالحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة<sup>(٢٤،٢٥)</sup>.

كذلك تتسق رؤية المولدات وغيرهن من مقدمي الرعاية الصحية بشأن رعاية صحية متمركزة حول المرأة مع الخطة الاستراتيجية الوطنية التي وضعتها المغرب<sup>(٢٦)</sup>، والتي توفر مساحة خاصة للوفاء باحتياجات

قوى لتراتبية قائمة على النوع الاجتماعي. وهذه التراتبية تتعكس بقوة على مهنة المولدات، وهي مهنة تسعى جاهدة إلى الحصول على المزيد من الاستقلالية والتقدير. وتقودنا المناقشة الحالية إلى الدعوة إلى اعتماد استراتيجية للإمساك بزمام ممارسة التوليد من جديد بالشراكة مع النساء بوصفهن المستفيدات الأساسية من الرعاية المتعلقة بالتوليد. وتتضمن تحديات تفيد ممارسة التوليد المواتية للمعايير كفالة وجود روابط كافية مع المجتمع الطبي والاعتراف بكفاءة وقيمة المولدات والتعامل معهن بوصفهن شريكات ماهرات في إطار فريق أوسع من مقدمي الرعاية الصحية، رجالاً ونساء، بمن فيهم العاملون بالتمريض وأمراض النساء والولادة. وعلى هذا الأساس فقط يمكن لعملية تطوير ممارسة التوليد ذات الطبيعة الإنسانية أن تقدم وتكمل.

#### شكراً وتقدير

تتقدم كتابات هذه الورقة بالشكر لمحررات مجلة القابلات العالميات، لسماحنن بتقديم نسخة مطولة من الورقة الأصلية المنشورة في مجلة القابلات العالميات: تيمار ف، فيساندجي ب، كيرواك س، تقوية ممارسة القبالة في المغرب: منظور نوعي، ٢٠٠٥ (العدد ١٨ (١)).

والكاتبة الأولى لهذه الورقة هي واحدة من مؤسسيات الجمعية المغربية لقابلات، ١٩٩٠، ولها خبرة ميدانية طويلة كما أنها كانت نشطة في تصميم تدريب للممرضات القابلات في مرحلة البكالوريوس في المغرب. وشكراً خاصاً لسوزان كيرواك، التي بدون مساعدتها ودعمها المستمر لم يكن لهذه الورقة أن تكمل. ونحن جميعاً، خاصة الكاتبة الأولى نتوجه بجزيل الشكر إلى عدد كبير من القابلات والنساء وأمهات الأمس واليوم وغداً.

لاقت الجهود التي تبذلها رابطة المولدات المغربيات نحو الاعتراف المنهجي بالتوليد كممارسة مهنية معارضة شديدة من الكلية المغربية لأطباء النساء والولادة، ولا سيما في القطاع الخاص. ويرجع ذلك جزئياً إلى التراتبية النوعية الشديدة داخل النظام الطبي في المغرب، وأيضاً إلى تأثير -الأكثر أهمية وإن كان أقل وضوحاً- اللوائح الخاصة بالطهير الصادر في ١٩٦٠ الذي كرس هيمنة الطب على غيره من العلوم الطبية المساعدة بما في ذلك مهنتا التمريض والتوليد. ثمة حاجة إلى أن تبذل المولدات والممرضات والفتات الطبية المساعدة جهداً بالشراكة مع الأطباء لوقف هذه الهيمنة.

على مدى الأعوام القليلة الماضية، جاءت الشراكات مع الجمعيات المهنية الدولية مثل السكرتارية الدولية للممرضات في العالم المتحدث بالفرنسية، والكلية الأمريكية لقابلات، والكونفدرالية الدولية للمولدات، ومولدات العالم بمخرجات إيجابية. فقد مكنت هذه الشراكات الرابطة من فهم التحديات التي تواجه مهنة المولدات في مناطق أخرى من العالم، كما مكنتها أيضاً من إنشاء علاقة أقوى مع الرابطة المغربية للتمريض والصحة المساعدة من أجل تحديد استراتيجيات وإطار تعزيز التقدير المهني لعمل المولدات وتسليط الضوء عليه وكفالة استقلاليته في المغرب. وهذه الشراكات غير متعارف أو معتمد عليها في البلد ولكن يظل على المولدات أن يعقدن تحالفات مع من يمكنه أن يضييف صوتاً إضافياً حتى يحين الوقت الذي تتضمن فيه أصوات كل رابطات المهن الطبية في المغرب إلى صوتها.

#### ختاماً

تفق ممارسة التوليد المعاصرة في المغرب على العديد من مفترقات الطرق الشائكة في المجتمع تخضع فيها العلاقات والتفاعلات بين النساء والرجال بشكل

1. Bourdieu P. *La domination masculine*. Paris: Édition du Seuil, 1998.
2. Filali H, Temmar F. Étude qualitative sur les conditions d'exercice des sages-femmes. Régions de Marrakech, Tensift, Alhaouz et province d'Azilal. Projet FNUAP MOR/PO1/02. Maroc: Ministère de la Santé, Division de la Formation, 2003.
3. Bakchach W, Benmchich R, Elghaouti A. Insertion des sages femmes formées depuis 1997 dans le milieu de travail, région Tanger – Tétouan, mémoire non publié. Rabat, Maroc: Institut de Formation aux Carrières de Santé, 2003.
4. United Nations General Conference. *The Maternity Protection Convention Revised and Recommendation*. Geneva: UN, 1952.
5. Temmar F. La formation de la sage-femme au Maroc: entre les besoins en santé reproductive et les défis de la profession. Tétouan: Communication au 1<sup>er</sup> congrès des sages-femmes de Tétouan, 2003.
6. Temmar F, Kamri X. Nouvelles stratégies de développement de la profession de sage-femme au Maroc. Rabat: 6<sup>e</sup>Congrès Médical, 1996.
7. His Majesty the King Mohammed V. *The dahir – a royal decree – Code of Personal Status*. Rabat, Morocco, 1957–58.
8. Commission Responsible for Developing Midwifery Training Programmes, 1999.
9. Ministry of Education. Decree No. 2-93-602, 29 October 1993.
10. Ministry of Education. Bill 001– Higher Education Reform, 2000. Rabat, 2000.
11. Système d'information, Division de la formation, Ministère de la santé, 2004.
12. Division de la formation, Ministère de la santé. Rapport d'activités du projet MSP/ FNUAP MOR/92/POI visant l'amélioration de la qualité de la formation des sages-femmes, Rabat, 1995.
13. Système d'information, Ministère de la santé. *Santé en chiffres*, 2001.
14. Système d'information, Ministère de la santé. *Santé en chiffres*, 2004.
15. Anderson BF. Public health professor teaches classes in Mexico, Morocco, Tibet, Tunisia and Turkey. Today, 2001. At: <<http://www.llu.edu/news/today/nov2801/sph.html>>. Accessed September 2005.
16. Boumia R. Les connaissances, les attitudes et les pratiques des prestataires des services de santé reproductive par rapport a` l'approche genre; étude qualitative réalisée dans le cadre du projet: genre et développement. Rabat: Association marocaine de planification familiale, 2001.
17. Berer M. Access to reproductive health: a question of distributive justice. *Reproductive Health Matters* 1999;7(14):8–13.
18. Barclay L. Midwifery in Australia and surrounding regions: dilemmas, debates and developments. *Reproductive Health Matters* 1998;6(11):149–56.
19. Lock M, Kaufert P, editors. *Pragmatic Women and Body Politics*. Berkeley: University of California Press, 1998.
20. Ministry of Health. *National Health Survey 2003–2004*. Rabat, 2004.
21. Farmer P. *Pathologies of Power: Health, Human Rights and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press, 2003.
22. Kim JY, Millen JV, Irwin A, et al, editors. *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*. Bangor: Common Courage Press, 2000.

23. World Health Organization. Make Every Mother and Child Count. Report. Geneva: WHO, 2005. At: <<http://www.who.int/whr/2005/en/>>. Accessed August 2005.
24. Dialmy A. La gestion socioculturelle de la complication obstétricale dans les régions de Fes-Boulemane et Taza Alhoceïma – Taounate. Rabat: Division de la population, Ministère de la santé, 2000.
25. Ministère de la santé. Loi 65.00. Couverture médicale de base, 2005.
26. Makhlouf Obermeyer C. Pluralism and pragmatism: knowledge and practice of birth in Morocco. Medical Anthropology Quarterly 2000;14(2):180–201.
27. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices Journal of Transcultural Nursing 2002;13(3):189–92.
28. Seisser MA. Madeleine Leininger on transcultural nursing and culturally competent care [Interview]. Journal for Healthcare Quality 2000;24(2):18–21.
29. Statement on the National Strategic Plan. Rabat: Government of Morocco, 2003.
30. Population and Family Health Survey 2003–2004. Rabat: Ministry of Health, 2004.
31. The 10/90 Report on Health Research 2003-2004. Global Health Forum for Research: Helping Correct the 10/90 Gap. At: <[www.globalforumhealth.org](http://www.globalforumhealth.org)>. Accessed April 2005.

# **مواقف الممرضات القابلات من احتياجات المراهقين الجنسية والإنجابية في كينيا وزامبيا**

**لينيا وارينيوس<sup>(ا)</sup>، إليزابيث فاكسليد<sup>(ب)</sup>، صترونيلا تشيشميما<sup>(ج)</sup>، فويس موساندو<sup>(د)</sup>،  
أنطوني أونجاناني<sup>(ه)</sup>، إيقنا نيسن<sup>(و)</sup>**

**ترجمة أحمد محمود**

## **ملخص**

الشئون الجنسية عند المراهقين قضية أخلاقية شديدة الحساسية في كينيا وزامبيا . والممرضات / القابلات هن المقدمات الأساسية لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين، غير أن المراهقين لا يستفدين من منشآت الصحة العامة كما يجب. وهدف هذه الدراسة هو بحث مواقف الممرضات / القابلات في كينيا وزامبيا من مشاكل صحة المراهقين الجنسية والإنجابية من أجل تحسين الخدمات للمراهقين. وقد جُمعت البيانات من خلال استبيان. وأظهرت النتائج أن الممرضات / القابلات لا يواافقن على النشاط الجنسي للمراهقين، بما في ذلك العادة السرية واستخدام وسائل منع الحمل والإجهاض، لكنهن أيضًا يتبنّين موقفاً براجماتياً من معالجة تلك القضايا. وقد أبدت الحاسلات منهن على تعليم أعلى أو من تلقين تشقيقاً متواصلاً في شئون المراهقين الصحية الجنسية والإنجابية ميلًا نحو المواقف الأكثر تعاطفاً مع الشباب. لذا نوصي بضرورة التأكيد على التفكير النقدي بشأن الأبعاد الثقافية والأخلاقية لشئون المراهقين الجنسية في المناهج التعليمية للممرضات / القابلات سواء قبل التخرج أو في برامج التعليم المتواصل، وذلك لمساعدتهن على التعامل بتعاطف مع واقع شئون المراهقين الجنسية. ويمكن كذلك لمن يتولون مناصب قيادية في مجال التمريض أو غيره القيام بدور مهم في التشجيع على المناقشة الاجتماعية الأوسع لهذه القضايا. وسوف يخلق هذا بيئه تكون أكثر تسامحاً مع شئون المراهقين الجنسية تعرف بالأثر المفيد للصحة العامة على المراهقين الذين يحصلون بشكل أوسع على خدمات الصحة الإنجابية والجنسية الصديقة للشباب.

- Nurse-Midwives' Attitudes towards Adolescent Sexual and Reproductive Health Needs in Kenya and Zambia. May 2006. 14 (27). Linnea Warenius et al

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٦

## **كلمات مفتاحية:**

المراهقة، الشئون الجنسية، المعتقدات، المسلمات، القيم، تدريب مقدمي الخدمات الصحية، الخدمات الصديقة للشباب، التفكير الناقض، كينيا، زامبيا

(ا) طالبة دكتوراه، شعبة الصحة الدولية، قسم العلوم الصحية العامة، معهد كارولينسكا، ستوكهولم، السويد. البريد الإلكتروني Linnea.Warenius@ki.se

(ب) كبيرة المحاضرين والأستاذة المساعدة بشعبية الصحة الدولية، قسم العلوم الصحية العامة، معهد كارولينسكا

(ج) كبيرة المعلمات، مدرسة كيتوى للتمريض، كيتوى، زامبيا

(د) محاضر أول، قسم علوم التمريض، جامعة نيروبي، نيروبي، كينيا

(ه) محاضر، قسم علوم التمريض، جامعة نيروبي، نيروبي، كينيا

(و) محاضرة أولى، شعبة رعاية الصحة الإنجابية وما حول الولادة، قسم صحة النساء والأطفال، معهد كارولينسكا، ومدرسة علوم الحياة،

جامعة سكوفده، ستوكهولم، السويد

إلا أن معظم الجماعات العرقية تشرط ألا يكون للشباب أطفال غير شرعيين.<sup>(٥-٦)</sup> وكل من كينيا وزامبيا بها ميول دينية قوية، والديانة السائدة في كلا البلدين خليط من المعتقدات التقليدية والمسيحية وهناك أقلية من السكان تدين بالإسلام.<sup>(٧)</sup> وبغض النظر عن الانتهاء الديني، فممارسة الجنس السابقة للزواج أمر محظوظ. والتثقيف الجنسي، الذي كان يعتمد فيما مضى على كبار السن داخل الأسر، تتواله حالياً وبصورة كبيرة في المدارس والكنائس والمنظمات غير الحكومية. وغالباً ما تكون لدى هذه المؤسسات أجندة مختلفة، مما يؤدي إلى رسائل متضاربة. فالبعض منها، وخاصة المنظمات غير الحكومية، يدعوا الشباب النشط جنسياً إلى استخدام الواقي، بينما يؤكد غيره، وخاصة المنظمات الدينية، على الامتناع عن ممارسة الجنس قبل الزواج.<sup>(٨)</sup> وعلاوة على ذلك، فإن التحديات أطال فترة التعليم الرسمي وأخرّ سن الزواج. ومع أن معظم المراهقين يقولون إنهم لا يواافقون على ممارسة الجنس قبل الزواج، حيث إنه يعتبر إثماً، فإن معظمهم نشطون جنسياً لأنهم يعيشون قصص حب ويرغبون في التجربة.<sup>(٩)</sup>

في كينيا، متوسط العمر عند ممارسة الجنس لأول مرة هو ١٧ سنة لكل من الأولاد والبنات.<sup>(١٠)</sup> أما في زامبيا فمتوسط عمر الأولاد ١٨ سنة والبنات ١٧ سنة.<sup>(١١)</sup> والفقربسبب آخر من أسباب دخول البنات في علاقات جنسية قبل الزواج. ففي كينيا يتلقى ٢١٪ من البنات المراهقات أموالاً أو هدايا أو خدمات مقابل الجنس، في حين دفع ١٧٪ من الأولاد مالاً مقابل الجنس.<sup>(١٢)</sup> والأرقام المقابلة في زامبيا هي ٤٠٪ من الأولاد و٢٧٪ من البنات.<sup>(١٣)</sup>

السياسة الحكومية في كل من كينيا وزامبيا هي تزويد كل النساء والرجال النشطين جنسياً بخدمات منع الحمل،<sup>(١٤-١٥)</sup> ولكن الواقع هو أن حصول المراهقين على تلك الخدمات محدود.<sup>(١٦)</sup> ويجعل هذا من الامتناع عن ممارسة الجنس بشكل دورى الخيار الوقائي الوحيد المتاح للمراهقين، كما يجعل الحمل أثناء المراهقة هماً

الحمل غير المرغوب فيه، والإجهاض غير الآمن، والعدوى المنقوله جنسياً، بما في ذلك الفيروس المسبب لمرض الإيدز، جميعها مشاكل صحية كبيرة بين المراهقين والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ سنة في أنحاء كثيرة من العالم.<sup>(١)</sup> وفي عام ١٩٩٤ وضعت الصحة والحقوق الإنسانية للمراهقين على الأجندة الدولية لأول مرة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. غير أنه رغم الاتفاق العالمي، فما زالت خدمات الصحة الإنسانية غير كافية على نحو كبير وما زالت احتياجات المراهقين الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية مهملة في أقطار كثيرة.<sup>(٢)</sup>

وضع هذا المشروع لاستهداف قضايا الصحة الإنسانية بين الشباب، من خلال شبكة تضم المرضيات / القابلات من كينيا وزامبيا والسويد، في المناطق التي كانت فيها تجربة المرضيات / القابلات مع المراهقين تمثل مشكلة، وهو ما يؤدي إلى عدم استفادة الشباب بالقدر الكافي من الخدمات الجنسية والإنجابية. وقد قررنا دراسة المواقف في بلدان مجاورتين بهما نظاماً صحة مختلفان إلى حد ما وقوانين مختلفة بشأن الإجهاض القصوى. والدراسة المذكورة في هذه الورقة جزء من مشروع أكبر يهدف إلى تحسين خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين في كينيا وزامبيا.

### صحة المراهقين الجنسية والإنجابية

تغير السياق الاجتماعي الثقافي الذي يجد فيه المراهقون أنفسهم داخل كينيا وزامبيا تغيراً كبيراً خلال الأجيال القليلة الماضية. وفي كلا البلدين، كما هو الحال في جزء كبير من إفريقيا، يعيش المراهقون اضطراباً اجتماعياً ناتجاً عن القيم المتضاربة، حيث أصبح البلدان أكثر تصنيعاً وحضرياً. وتختلف المعايير المجتمعية بشأن الشؤون الجنسية للمراهقين في الجماعات العرقية المختلفة. فعلى سبيل المثال، تتوقع بعض الجماعات العرقية الكبيرة في المناطق التي أجريت بها الدراسة مثل اللوو في كينيا والبيبا في زامبيا، أن تكون البنات أبكاراً قبل الزواج. ومن ناحية أخرى يسمع الكيوا في زامبيا بعلاقات جنسية محدودة ومنفصلة بين الصغار.

الصحية، وهن أكثر فئة بين العاملين في مجال الصحة يتعامل معها المراهقون للحصول على احتياجاتهم الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية.<sup>(٢٠)</sup> وتشمل الخدمات المقدمة المشورة والعلاج المتصلين بالعدوى المنقولة جنسياً وتوفير وسائل منع الحمل. وعلاوة على ذلك توفر الممرضات /القابلات خدمات رعاية الأمومة والطفولة،<sup>(٢١)</sup> وكذلك رعاية الإجهاض، وإن كانت مقيدة تقيداً كبيراً.

تتوافر خدمات الصحة العامة بصورة كبيرة في البلدين، ولكن المراهقين لا يستفيدون منها الاستفادة الواجبة لأسباب عديدة. وتمثل السرية ومواقف مقدمي الخدمة الصحية مسألتين مهمتين فيما يتعلق باستقادة الشباب من المنشآت الصحية أو عدم الاستفادة منها.<sup>(٢٢)</sup> وتشير الدراسات التي خرجت من كينيا وزامبيا إلى أن سلوك العاملين في الهيئات الصحية يمنع الشباب من التردد على العيادات أو متابعة الزيارات. فعلى سبيل المثال يلجأ المصابون بالعدوى المنقولة جنسياً إلى المعالجين التقليديين بسبب موقف المهنيين الصحيين الذين لا يتعاملون معهم بتفهم، ويواجه المراهقون صعوبات في الحصول على وسائل منع الحمل في المنشآت الصحية العامة.<sup>(٢٣-٢٤)</sup> والإجهاض مسألة في غاية الحساسية، وعادةً ما تعاني الشابات الساعيات للحصول على الإجهاض أو رعاية ما بعد الإجهاض من المواقف السلبية للعاملين في مجال الصحة.<sup>(٢٥)</sup>

قد تؤثر القيم والأراء الشخصية للاختصاصيين الصحيين، ومنهم الممرضات /القابلات، على نوعية الرعاية وأيضاً على إمكانية الحصول على الخدمات. ولذلك فمن المهم زيادة فهمها لمواقف مقدمي الخدمات هؤلاء، وإذا استدعي الأمر إيجاد الطرق لتغيير المواقف غير الودية كي نتمكن من تشجيع المراهقين على الاستفادة من الخدمات الصحية من أجل احتياجاتهم الصحية الجنسية والإنجابية. وكان هدف هذه الدراسة هو بحث مواقف الممرضات القابلات في كينيا وزامبيا تجاه الشئون الجنسية للمراهقين وما يتصل بذلك من

كبيراً.<sup>(١٤)</sup> فعلى سبيل المثال، حُدد حمل المراهقات على أنه سبب رئيسي للتسرب من المدارس في كينيا وكذلك في زامبيا.<sup>(١٦)</sup> وُجُد أن الرغبة في مواصلة التعليم هي السبب الأساسي في لجوء البنات غير المتزوجات الزامبيات إلى الإجهاض القصدى. ورغم أن الإجهاض مقرّ قانوناً في زامبيا، فإن البنات يجرين عمليات الإجهاض غير القانونية لعدم الحصول على خدمات الإجهاض القانوني وعدم قبولها.<sup>(١٧)</sup> وكشفت النتائج التي تم التوصل إليها في المنطقة الغربية من زامبيا أن فتاة واحدة من بين كل ١٠٠ فتاة تموت بسبب المضاعفات المتعلقة بالإجهاض. وأظهرت الدراسات التي أجريت في المستشفيات في نيروبى بكينيا أن الإجهاض غير الآمن تسبب في حوالي ٣٥٪ من وفيات الأمهات.<sup>(١٨)</sup>

وعلاوة على ذلك، تعكس نتائج الجنس غير المحمي انكاساً واضحاً في شدة انتشار الفيروس المسبب لمرض الإيدز بين المراهقين في كلا البلدين. ومقاطعة نيازا في كينيا، حيث أُجري جزء من هذه الدراسة، بها أعلى معدلإصابة بالفيروس المسبب لمرض الإيدز في البلاد، حيث تصل النسبة إلى ١٤٪ بين الرجال والنساء الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٤٩ سنة. أما نسبة انتشار الإصابة بالفيروس المسبب لمرض الإيدز بين المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و١٩ سنة فهي حوالي ٢٪.<sup>(١٩)</sup> مقاطعة العزام النحاسي بزامبيا، حيث أُجريت هذه الدراسة، بها ثاني أكبر نسبة انتشار للفيروس المسبب لمرض الإيدز (٢٠٪) بين السكان عموماً، وحوالي ٥٪ بين المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و١٩ سنة مصابون بالفيروس المسبب لمرض الإيدز.<sup>(٢٠)</sup> ومن ثم يشارك بعض المراهقين في الجنس غير المحمي قبل الزواج مع ما لذلك من نتائج مدمرة، بالرغم من الحظر الأخلاقي.

### **توفر الممرضات / القابلات لرعاية الصحة**

#### **الجنسية والإنجابية**

في شرق وجنوب إفريقيا، تمثل الممرضات والممرضات / القابلات العدد الأكبر من مقدمي الرعاية

فيها من أسئلة على نحو سري. ولكي تظل أسماء المشاركات مجهولة، لم تُسجل أسماء على استمرارات الاستبيان.

في كينيا، شاركت في البحث ٤٢٠ من الممرضات / القابلات المُدربات والممرضات القابلات المسجلات<sup>\*</sup> البالغ عددهن ٦٠٠ تقريباً ويعملن في خدمة الصحة الجنسية والإنجابية، من المستشفيات ومن المراكز الصحية الحكومية والخاصة. وقد استبعدت المنشآت الصحية النائية والصغيري التي بها ممرضة قابلة واحدة إلى ثلاثة ممرضات / قابلات لأسباب لوجستية. وفي زامبيا شاركت ٤٠٠ من بين حوالي ٤٥٠ ممرضة قابلة مدرجة وممرضة قابلة مسجلة يعملن في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية من المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية والخاصة.

ونحن نركز في هذه الدراسة على ١٧ من هذه العبارات متصلة بشئون المراهقين الجنسي، واستخدام وسائل منع الحمل والإجهاض، والإباحية\*\*. وكل عبارة أمامها أربعة اختيارات: عدم الموافقة، وعدم الموافقة التامة، والموافقة، والموافقة التامة.

مقاييس الاتجاهات في الظواهر المعقدة لها حدود معروفة، لكنها قد تفيد في الحصول على صورة شاملة من الجماعات الكبيرة. ولتحاشي التحييز التي يوجد اتجاه الإجابات ولتحسين المصداقية الداخلية، تضمنت أداتنا عبارات صيفت على نحو إيجابي وسلبي. وعلاوة على ذلك، فقد أردنا أن يتخد المشاركون موقفاً واضحاً من كل عبارة، ولذلك قررنا استبعاد خيار "لا هذا ولا ذاك". ويفيد شكل الإجابة المكونة من أربعة نقاط عند دراسة التغيرات في المواقف على مر الزمن، مثل قبل

مشاكل الصحة الإنجابية من أجل تحسين خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين.

### منهج البحث

أُجري مسح مقطعي للممرضات / القابلات العاملات في خدمات الصحة الجنسية والإنجابية في مقاطعتين في كينيا وزامبيا في الفترة من سبتمبر إلى ديسمبر من عام ٢٠٠١. أجازت لجان الأخلاقيات في كل من كينيا وزامبيا السويد الدراسة. وقبل جمع البيانات، أبلغت الممرضات القابلات اللائي دُعين إلى المشاركة بأهداف الدراسة، وبأن مشاركتهن طوعية، وبأن من حقهن الانسحاب في أي وقت.

أُجريت الدراسة في المناطق الحضرية والريفية من مقاطعتي ناكورو وكيسومو في كينيا اللتين تضممان ١٥ قسماً اختيارياً أكبر ١٠ أقسام منها تكون إطار المعاينة. وفي زامبيا شكلت مقاطعتاً كيتوي وندولا إطار المعاينة. وكانت الجماعات الفرعية السائدة في مناطق الدراسة اللدو والكيكويو والكالينفين في كينيا، والبيبا في زامبيا. غير أن العاملين في مجال الصحة في البلدين ينتمون إلى جماعات عرقية مختلفة، حيث إنهم يوظفون من أنحاء مختلفة من البلاد.

كانت معايير التضمين الأساسية الخاصة بهذه الدراسة هي ضرورة أن تكون المشاركات ممرضات أو قابلات أو ممرضات / قابلات مدربات (وللتيسير سنستخدم في هذه الورقة تعبير "الممرضات / القابلات") يعملن في خدمات صحة المراهقين الجنسية والإنجابية في المناطق المختارة. وتلقت المشاركات المتوفّرات جميعاً، بما في ذلك العاملات في نوّبات العمل الليلية، استمرارات استبيان يجبن عما

\* الممرضات / القابلات المدربات هن من حصلن على التمريض عام واحد من التدريب على القبالة، ويقتصر دورهن المهني على العمل السريري. أما الممرضات / القابلات المسجلات فهن من حصلن على ثلاثة أعوام من التدريب على التمريض عام واحد من التدريب على القبالة؛ ودورهن المهني يشمل العمل الإداري وكذلك السريري.

\*\* يحمل تعبير "الإباحية" الكثير من المعاني في كينيا وزامبيا، حيث يعتقد أن الشخص الذي يوصف بالإباحية عادة ما يكون له شركاء جنسين عديدين وبذلك يعتبر سيناً من الناحية الأخلاقية. وغالباً ما ترتبط العدوى المنقوله جنسياً بسلوك تعدد العلاقات الجنسية عادة ما يكون عرضي العدوى المنقوله جنسياً موصومين في العيادات.

وجدنا أن هناك اختلافات ضعيفة وقليلة جداً في المواقف بين الجماعات العمرية المختلفة، ولم تدل الاختلافات التي اكتشفناها على وجود اتجاه بعينه. ففي إحدى العبارات كانت الممرضات القابلات صغيرات السن أكثر تشدداً، وكانت الممرضات القابلات الأكبر سنًا أكثر تشدداً في عبارة أخرى. ولهذا السبب قررنا عدم عرض تلك النتائج. وعلاوة على ذلك، لم تكشف اختلافات في المواقف بين الممرضات/ القابلات تبعاً للدين. وقد عُرِضَت فقط العبارات التي تكشف عن اختلاف كبير يتعلق بمتغيرات الخلفية تلك.

### معدل الاستجابة

في كينيا، طلب من ٤٢٠ ممرضة قابلة المشاركة، فلم ترد ثمانى وتسعون منهن على القسم الخاص بالخلفية أو المواقف من الاستبيان. وليس لدينا معلومات أخرى عن هؤلاء. ومن ثم حللت البيانات الآتية من ٢٢٢ ممرضة قابلة، وكانت نسبة الاستجابة ٧٧٪ (جدول ١). وفي زامبيا طلب من ٤٠٠ ممرضة قابلة المشاركة، فلم ترد ١٥ منهن على أي من هذين الجزئين من الاستبيان، وليس لدينا معلومات أخرى عن هؤلاء. ومن ثم حللت البيانات الواردة من ٣٨٥ ممرضة قابلة، وكانت نسبة الاستجابة ٩٦٪ (جدول ١).

التدخل وبعده، حيث تكون هناك حاجة إلى أداة دقيقة. ومع ذلك ففي هذه الدراسة المقطعية، ومن أجل إبراز الاتجاهات العامة والمحصول على رؤية شاملة وعريضة لمواصفات المبحوثات، جمعت العبارات في صيغة إجابة من نقطتين تكون فيها الإجابات "لا أوفق" و"لا أوفق بالمرة" من ناحية و"أوفق" و"أوفق تماماً" مجتمعة.

استُخدم البرنامج الإحصائي SPSS v. 10 for windows لعمل التحليل الإحصائي. وقد عُرِضَت البيانات الوصفية على المستوى الاسمي بواسطة الجداول العرضية. أما البيانات الخاصة بمستوى الفاصل فمقدمة على أنها متوسط. واستُخدم اختبار مربع كاي في التحليلات التي اقتضت عمل مقارنات للنسب. وقد حُدد مستوى الدلالة عند ٠٠٥.

جمعت النتائج في أربعة موضوعات: شئون المراهقين الجنسية، واستخدام وسائل منع الحمل، والحمل والإجهاض، والإباحية. النتائج الآتية من البلدين مقدمة بشكل منفصل تحت رأس كل موضوع. كما حللت المواقف حسب التعليم المتواصل في الصحة الجنسية والإنجابية، والممرضات/ القابلات المُدربات والمسجلات. وفيما يتعلق بالاختلافات تبعاً للعمر،

جدول رقم ١  
إطار المعاينة الخاص بالممرضات القابلات في كينيا وزامبيا

| زمبيا | كينيا |  |
|-------|-------|--|
| ٦٠٠   | ١٥٠٠  | متوسط عدد الممرضات/ القابلات في منطقة الدراسة  |
| ٤٥٠   | ٦٠٠   | متوسط عدد الممرضات/ القابلات العاملات في رعاية الصحة الجنسية والإنجابية المشاركات في الدراسة |
| ٤٠٠   | ٤٢٠   | عدد الممرضات/ القابلات الالائي طلب منها المشاركة   |
| ٣٨٥   | ٣٢٢   | استمارات الاستبيان المحللة (البيانات الخلفية والعبارات)                                      |
| ٩٦٪   | ٧٧٪   | معدل الاستجابة   |

## المشاركات

في كلا البلدين كانت غالبية المشاركات من الممرضات/ القابلات. وفي كينيا كان العمر يتراوح بين ٢٢ و٥٤ سنة (متوسط ٣٧)، وفي زامبيا كانت أعمار المبحوثين تتراوح بين ٢٢ و٦٠ سنة (متوسط ٣٩). وبسبب الاختلافات في هيكل الجهازين الصحيين، وعدم إدراج عدد من المراكز الصحية الصغيرة (بشكل رئيسي)

كانت أسباب عدم ملء استمرارات الاستبيان نقص الوقت والمسافة الكبيرة إلى المراكز الصحية، مما جعل من الصعب على مساعدي الباحثين تذكر الممرضات/ القابلات بملء استمرارات الاستبيان. وكان السبب الثاني هو الحال على وجه خاص في كينيا. وكان معدل عدم الاستجابة في العبارات المفردة من ١ إلى ١٥ عبارة (٥٪) في كينيا ومن ١ إلى ٨ عبارات (٢٪) في زامبيا.

جدول رقم ٢  
بيانات خلفية عن الممرضات/ القابلات في كينيا وزامبيا

| زامبيا |       | كينيا |       | الجنس  |
|--------|-------|-------|-------|--|
| %      | عدد   | %     | عدد   |  |
| (٣٨٥)  | (٣٢٢) | (٣٢٢) | (٣٢٠) |  |
| (٩٧)   | ٣٧٤   | (٨٦)  | ٢٧٧   |  |
| (٣)    | ١١    | (١٤)  | ٤٥    | الديانة  |
| (٣٨٥)  | (٣٢٠) | (٣٢٠) | (٣١٧) |  |
| (٧٦)   | ٢٩٢   | (٧٠)  | ٢٢٤   |  |
| (٢٣)   | ٩٠    | (٢٩)  | ٩٢    |  |
| (٠)    | صفر   | (٠,٩) | ٣     | الخلفية المهنية  |
| (١)    | ٣     | (٠,٣) | ١     |  |
| (٣٨٥)  | (٣١٧) | (٣١٧) | (٣١٩) |  |
| (٦٩)   | ٢٦٦   | (٧٤)  | ٢٣٦   |  |
| (٣١)   | ١١٩   | (٢٦)  | ٨١    | مكان العمل   |
| (٣٨٥)  | (٣١٩) | (٣١٩) | (٣١٩) |  |
| (٣١)   | ١٢٠   | (٧١)  | ٢٢٥   |  |
| (٥٩)   | ٢٢٧   | (٢٢)  | ٧٠    |  |
| (٩)    | ٣٥    | (٤)   | ١٣    | التشييف المتواصل المتعلق بصحة المراهقين الجنسية والإنجابية |
| (١)    | ٣     | (١)   | ٦     |  |
| (٠)    | صفر   | (٢)   | ٥     |  |
| (٣٨٤)  | (٣٢٠) | (٣٢٠) | (٣٢٠) |  |
| (١٦)   | ٦١    | (١٩)  | ٦١    | نعم (١)  |
| (٨٤)   | ٣٢٣   | (٨١)  | ٢٥٩   | لا   |

(١) عدد الأيام: كينيا: ٢٥٥-١ (المتوسط ٧,٥)، زامبيا: ١٨٠-١ (متوسط ١٤)

### **استخدام وسائل منع الحمل**

لم تتوافق حوالي ثلثي (٦٩٪) المبحوثات الكينيات وحوالي نصف (٥٢٪) المبحوثات الزامبيات على مقوله أنه "ينبغي تشجيع البنات اللائي في السادسة عشرة خارج المدرسة\*\* على استعمال الواقي". ومع ذلك فقد وافقت الممرضات القابلات الكينيات (٥٥٪) والزامبيات (٦٧٪) على مقوله أنه "إذا كانت هناك طالبة بالمدرسة نشطة جنسياً ينبغي السماح لها باستعمال وسائل منع الحمل".

فيما يتعلق بالمشورة بشأن الواقي الذكري، وافق حوالي نصف المبحوثين (٥٤٪) في كينيا والثلاثين (٦٨٪) في زامبيا على "ضرورة إبلاغ طلاب المدارس بكيفية استخدام الواقي". إلا أن ٥٩٪ من المبحوثين الكينيين و٤٧٪ من الزامبيين لم يوافقوا على أن "طلب طلبة المدارس للواقي يدل على المسئولية".

### **الحمل والإجهاض**

وافقت أغلبية كبيرة من المبحوثين في كينيا (٨٨٪) وزامبيا (٨٧٪) على أنه "ينبغي السماح للبنات الحامل بمواصلة الدراسة"، ولم تتوافق أغلبية مماثلة (كينيا ٨٣٪، زامبيا ٨٤٪) على "ضرورة طرد الطالب الذي يتسبب في حمل إحدى البنات من المدرسة".

فيما يتصل بالإجهاض، لم تتوافق الأغلبية من البلدين (كينيا ٨٠٪، زامبيا ٩٤٪) على "ضرورة السماح بالإجهاض للمرأهقات ذوات الحمل ذات المرض المرغوب فيه". إلا أن ٥٩٪ من الممرضات القابلات الكينيات و٥٥٪ من الزامبيات لم يوافقن على أنهن "سوف يشعرن بالضيق إذا جاءت إحدى المرأةهقات وقد بدلت عليهما أعراض ناجمة عن الإجهاض القصدى".

في كينيا) ضمن إطار المعاينة، فقد اختلف مكان العمل بين البلدين. ففي الحالة الكينية كانت معظم الممرضات القابلات يعملن في مستشفيات، بينما في زامبيا كان معظم الممرضات القابلات يعملن في مراكز صحية. وفي كينيا، أمضت المبحوثات ما بين سنة واحدة و٣٩ سنة في المهنة (متوسط ١٢ سنة) وفي زامبيا ما بين سنة واحدة و٣٤ سنة (متوسط ١٥ سنة). ولم تلقى غالبية الممرضات القابلات في البلدين أي تعليم متواصل يتعلق بقضايا الصحة الجنسية والإنجابية للمرأهقات (جدول ٢).

### **المواقف من مشاكل المرأةهقات الشؤون الجنسية للمرأهقات**

وافقت غالبية الممرضات القابلات في البلدين (كينيا ٧٧٪ وزامبيا ٨١٪) على أن "خيارهن الأول هو توصية الأولاد والبنات المرأةهقات غير المتزوجين بالامتناع عن ممارسة الجنس عندما يطلبون وسائل منع الحمل". ولم تتوافق كل الممرضات/ القابلات الكينيات (٩٥٪) والزامبيات (٩٤٪) تقريباً على عبارة "الحصول على خبرة قبل الزواج أكثر أهمية للأولاد من البنات". وبالمثل لم تتوافق أكثر من ٩٦٪ في كلا البلدين على أنه "ينبغي ترك الأولاد المرأةهقات والبنات المرأةهقات على حريةهم لإرضاء احتياجاتهم الجنسية".

فيما يعلق بالعادة السرية\* وافقت أغلبية الممرضات/ القابلات الكينيات (٨٢٪) وكذلك الزامبيات (٨٦٪) على أنه "ينبغي تعريف الأولاد المرأةهقات بخطر العادة السرية". وعلاوة على ذلك لم يوافق ٧٢٪ و٦٣٪ في كينيا وزامبيا على الترتيب على أن "العادة السرية طريقة جيدة لمنع الحمل غير المرغوب فيه والعدوى المنقولة جنسياً والفيروس المسؤول لمرض الإيدز بالنسبة للبنات".

\* الآراء المشتركة في البلدين هي أن العادة السرية عمل آثم، بل يمكن أن يكون خطراً. فعلى سبيل المثال يقال إن الذين يمارسون العادة السرية يصابون باضطرابات عقلية أو مشاكل في الخصوبة.

\*\* تشير عبارة "خارج المدرسة" إلى الفتيان /الفتيات الذين لم يلتحقوا بالمدارس أبداً، أو انقطعوا عن دراستهم.

جدول رقم ٣

**جدول ٣. مقارنة مواقف الممرضات/ القابلات الكنينيات الالائي تلقين تثقيفاً متواصلاً في صحة المراهقين الجنسية والإنجابية (المجموع ٦١) بمن لم يتلقين تثقيفاً (المجموع ٢٥٩)**

| القيمة الاحتمالية | النسبة المئوية (%) الموقفات | عدد (%) المتواصلاً | تلقى تثقيفاً متواصلاً | العبارة  |
|-------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------|--|
| ٠,٠٠١             | (٪٧٣)                       | ٤٤                 | نعم                   | ضرورة السماح للطالبة النشطة جنسياً<br>باستخدام وسائل منع الحمل               |
|                   | (٪٥٠)                       | ١٢٩                | لا                    |  |
| ٠,٠٠٢             | (٪٥٩)                       | ٣٥                 | نعم                   | عندما يطلب الطالب الواقي فإن هذا يدل على المسئولية                           |
|                   | (٪٣٧)                       | ٩٥                 | لا                    |  |
| ٠,٠٠٩             | (٪٣٣)                       | ٢٠                 | نعم                   | أظن أنه ينبغي السماح بعمليات الإجهاض<br>للمراهقات ذوات الحمل غير المرغوب فيه |
|                   | (٪١٨)                       | ٤٥                 | لا                    |  |
| ٠,٠٠٨             | (٪٢٦)                       | ١٦                 | نعم                   | سأشعر بالضيق إذا جاءت مراهقة عليها أعراض<br>تتصل بالإجهاض القصدى             |
|                   | (٪٤٥)                       | ١١٢                | لا                    |  |

جدول رقم ٤

**جدول ٤. مقارنة مواقف الممرضات/ القابلات الزامبيات الالائي تلقين تثقيفاً متواصلاً في صحة المراهقين الجنسية والإنجابية (المجموع ٦١) بمن لم يتلقين تثقيفاً (المجموع ٣٢٣)**

| القيمة الاحتمالية | النسبة المئوية (%) الموقفات | عدد (%) المتواصلاً | تلقى تثقيفاً متواصلاً | العبارة   |
|-------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------|---|
| ٠,٠٠٨             | (٪٦٤)                       | ٣٠                 | نعم                   | أظن أنه من الضروري تشجيع البنت البالغة من<br>العمر ١٦ سنة خارج المدرسة على استعمال الواقي |
|                   | (٪٤٥)                       | ١٤٦                | لا                    |   |
| ٠,٠٠٧             | (٪٨٢)                       | ٥٠                 | نعم                   | ضرورة السماح للطالبة النشطة جنسياً باستخدام<br>وسائل منع الحمل                            |
|                   | (٪٦٤)                       | ٢٠٦                | لا                    |   |
| ٠,٠٠٢             | (٪٨٥)                       | ٥٢                 | نعم                   | ينبغى إبلاغ الولد البالغ من العمر ١٦ سنة خارج<br>المدرسة بكيفية استخدام الواقي            |
|                   | (٪٦٥)                       | ٢١٠                | لا                    |   |
| ٠,٠٠٧             | (٪٣٤)                       | ٢١                 | نعم                   | سأشعر بالضيق إذا جاءت مراهقة عليها أعراض<br>تتصل بالإجهاض القصدى                          |
|                   | (٪٥٣)                       | ١٧٠                | لا                    |   |
| ٠,٠١٥             | (٪٤٩)                       | ٣٠                 | نعم                   | من المرجح أن يكون طالب الثانوي المصايب بخرج<br>في الأعضاء التناسلية شخصاً إباحياً         |
|                   | (٪٦٦)                       | ٢٠٨                | لا                    |   |

## الإباهية

في كينيا، لم يوافق أكثر من نصف المبحوثين على أنه "من المرجح أن يكون طلاب الثانوي (%) ٥٦)، أو طلاب الثانوي (٪٥٥)، الذين يعانون من قرح في الأعضاء التناسلية أشخاصاً إباهيين". وفي زامبيا كانت الأرقام المقابلة ٪٣٧ للطلاب و ٪٤٠ للطالبات. وعلاوة على ذلك وافق ٪٦٧ من المبحوثين الكينيين و ٪٤٦ من المبحوثين الزامبيين على أن "احتمال أن يكون المراهقون خارج المدرسة متعدد العلاقات الجنسية أكبر منه بين المراهقين في المدرسة".

## مناقشة

تضع النتائج التي توصلنا إليها الممرضات/القابلات اللائي يوفرن خدمات الصحة الجنسية والإنجابية عند نقطة تقاطع حرجة بين معايير المجتمع وقيمه والتي تدعوا إلى الامتناع عن ممارسة الجنس قبل الزواج - والواقع الجنسي للمراهقين قبل الزواج، و حاجتهم إلى الواقعى ووسائل منع الحمل والإجهاض. ومع أن هذه الدراسة قامت على أربع مقاطعات في كينيا وزامبيا، فإن الممرضات/القابلات في كلا البلدين جرى توظيفهن من أنحاء مختلفة من البلاد ويتوازنن على أساس منتظم العمل بين العيادات الصحية، وبذلك يتعرضن للمناطق الريفية والحضارية. ولذلك قد يمكن تعميم النتائج التي توصلنا إليها على الأنهاء الأخرى من كينيا وزامبيا، حيث يشارك الأفراد في الخلطية الثقافية نفسها مثل المبحوثين في هذه الدراسة. وعموماً فإن كلاً من الممرضات/القابلات الكينيات والزامبيات أبدى مواقف مشابهة، وفيما يلي توصياتنا للقطرين:

### • التضارب حول شئون المراهقين الجنسية

تأكد في هذه الدراسة أن شئون المراهقين الجنسية قضية أخلاقية مشحونة إلى حد كبير في كينيا وبنزانيا. وبصورة عامة لم تتوافق الممرضات/القابلات من البلدين على ممارسة المراهقين للجنس قبل الزواج وعلى استخدامهم لوسائل منع الحمل والعادة السرية والإجهاض. وهذه تعبيرات دلالية عن تأييد الامتناع عن الجنس قبل الزواج والسلوك الجنسي "الصحيح"، حيث إن لها جذوراً في كل من الثقافة والدين.<sup>(٨٤٣)</sup> ومع ذلك،

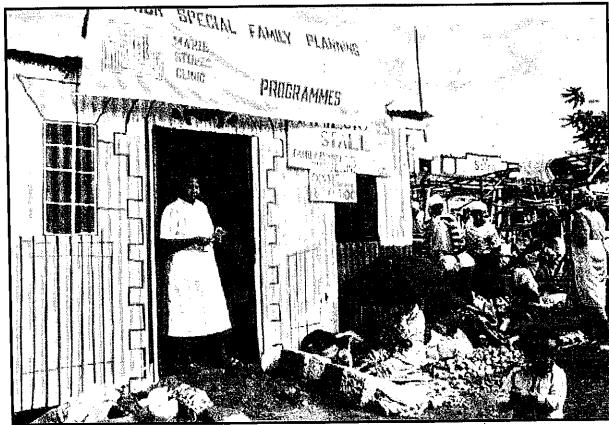
## التحقيف المتواصل والمواقف

في كينيا يزيد كثيراً عدد الذكور الممارسين للتمريض والقابلة (٪٣١) الذين تلقوا تحقيفاً متواصلاً فيما يتعلق بصحة المراهقين الجنسية والإنجابية عن عدد الممرضات القابلات (٪١٧) اللائي تلقين التحقيف نفسه (القيمة الاحتمالية ٠٢٦). وبصورة عامة وافق عدد أكبر بكثير من الممرضات/القابلات ذوات ذات التحقيف المتواصل على استخدام المراهقين لوسائل منع الحمل. وفي الوقت نفسه لم يوافق معظمهن على الإجهاض، سواءً كان من حصلن على تحقيف أم لم يحصلن. غير أن تلك المواقف كانت أقل كثيراً بين المجموعة التي تلقت تحقيفاً متواصلاً (جدول رقم ٣).

في زامبيا، تلقى عدد من الذكور (٪٢٧) يزيد على عدد الممرضات القابلات (٪١٦) تحقيفاً حول صحة المراهقين الجنسية والإنجابية (٪٣٩٢). وبصورة عامة أبدت الممرضات القابلات اللائي تلقين ذلك التحقيف مواقف أكثر تعاطفاً مع الشباب فيما يتعلق باستخدام وسائل منع الحمل والإجهاض وقرحة الأعضاء التناسلية مقارنة بمن لم يتلقين هذا التحقيف (جدول رقم ٤).

## مقارنة مواقف الممرضات/القابلات

في كينيا، وافق عدد من الممرضات/القابلات المُدرجات (٪٢٨) يقل عن عدد الممرضات/القابلات المسجلات (٪٤٠) على "ضرورة تشجيع البنت التي عمرها ١٦ سنة خارج المدرسة على استخدام الواقي"



عيادة تنظيم الأسرة في منطقة السوق، كينيا  
بيتر باركر / صور بانوس

قد تعكس هذه الرؤى المتضاربة أن الممرضات/ القابلات، شأنهن في ذلك شأن أي مهنيين صحيين آخرين في مجال الصحة الإنجابية، يقعن في نقطة تقاطع حرجة بين معايير وقيم المجتمع وواقع المراهقين الممارسين للجنس قبل الزواج. وقد يرجع ميلهن إلى اتباع مقاربة أكثر برامجاتية إلى إدراك النتائج القاسية للجنس غير المحمي بالنسبة للمراهقين، وهو الأمر الذي لا بد لهن من مواجهته باعتبارهن مقدمات للرعاية الصحية. ولاحظت دراسة أجريت في فيتنام وجود مواقف متضاربة بين طلبة القبالة فيما يصل بشئون المراهقين الجنسية، فهم لا يوفرون بصورة عامة على العلاقات الجنسية والإجهاض قبل الزواج بالنسبة للمراهقين، ولكنهم أبدوا في الوقت نفسه موقفاً متعاطفاً واستعداداً لدعم الشابات اللائي يتحملن نتائج الحمل غير المرغوب فيه.<sup>(٣٠)</sup>

**• استثارة التفكير النقطي في التدريب والتشقيق**  
أظهرت النتائج التي توصلنا إليها كذلك أن هناك اتجاهًا نحو المواقف الأكثر صدافة للشباب بين الممرضات/ القابلات الحاصلات على تعليم أعلى واللاتي حصلن على تشقيق متواصل حول الشئون الجنسية والإنجاب عند المراهقين. وبناءً على هذه

فقد أبدت الممرضات القابلات في الوقت نفسه موقفاً برامجاتياً تجاه مشاكل صحة المراهقين الجنسية والإيجابية، حيث أقرت الأغلبية استخدام البنات النشطات جنسياً لوسائل منع الحمل وكمن على استعداد تقديم المشورة للأولاد بشأن استخدام الواقي.

وعلاوة على ذلك أظهرت النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة إلى أن الممرضات/ القابلات من كلا البلدين يعارضن الإجهاض بشدة. واللافت للنظر أن هذا كان أكثر شيوعاً بين المبحوثين الزامبيين، بالرغم من كون زامبيا أحد الأقطار الإفريقية القليلة التي تسمح بالإجهاض، على أساس اجتماعية ولأسباب أخرى.<sup>(٣١)</sup> وأظهرت الدراسات التي أجريت في زامبيا وجنوب إفريقيا وكينيا أن مقدمي الرعاية الصحية لا يبدون اهتماماً بالنساء اللائي ينهين العمل غير المرغوب فيه.<sup>(٣٢)</sup> وقد وجد روجو في كينيا<sup>(٣٣)</sup> وكوستاريكانا<sup>(٣٤)</sup> في زامبيا<sup>(٣٥)</sup> أن مقدمي الرعاية الصحية يعارضون بشدة الإجهاض لأسباب دينية وأخلاقية. ومع ذلك فإنه لا يزمع نصف المبحوثين في دراستنا أن ييدو على إحدى البنات علامات الإجهاض القصوى. وتعكس نتائج الدراسة وجود كلا من الموقف الذي يدين والموقف الأكثر تفهمًا.

إحدى المعضلات الأخلاقية والتحليل النقدي للمعتقدات الفردية والقيم المتصلة بها (وذلك من خلال تدريبات توضيح القيم)، وبذلك يصبح الشخص واعياً بموافقه وتحيزاته والأثر الذي يمكن أن يكون لتلك المواقف والتحيزات على المراهقين في هذه الحالة. ونتيجة لذلك قد يمكن التوصل إلى رؤى جديدة وفهم جديد. وبالإضافة إلى التقسيم الذاتي والتأمل، وهو ما يمكن القيام به مع شريك أو مجموعة، هناك طرق مثل البحث عن المعلومات التي تعارض آراء الشخص نفسه التي يمكن أن تيسر تطوير التفكير النقدي.<sup>(٢٤،٢١)</sup>

بالإضافة إلى ذلك فإن غرس موقف التشكيك وإثارة التساؤلات حول ما يقدم على أنه "حقيقة ثابتة" أمر له أهميته في تكوين تفتح الذهن وسماحتها. كما ينبغي تشجيع الممرضات/القابلات على التفكير على نحو مستقل وتبني ممارسات المشورة غير القائمة على الأحكام المسبقة أو على التوجيهات. ومع ذلك فإنه لا يمكن تكوين التفكير النقدي أو المحافظة عليه في فراغ.<sup>(٢٥،٢١)</sup> ويمكن لتلك القيادات التتربيّة وغيرها القيام بدور مهم في تشجيع المناقشة الاجتماعية الأوسع لتلك القضايا. وقد يخلق ذلك بيئات أكثر تساماً مع شئون المراهقين الجنسية وتعترف بالتأثير المفید لإتاحة خدمات صحية جنسية وإنجابية صديقة للشباب على نحو أكبر على الصحة العامة للمراهقين.

### شكر وتقدیر

يتقدم المؤلفون بالشكر والامتنان لمجلس الأبحاث السويدي ومدرسة الأبحاث القومية في علوم الرعاية الصحية على الدعم المالي. والشكر لكل الممرضات/القابلات اللائي شاركن في هذه الدراسة، وإلى الدكتورة زفينافشي والراحلة مس موشينجي اللتين شاركتا في البحث أثناء المرحلة الاستكشافية. كما نود شكر البروفيسور ب. هوير والبروفيسور ب. إريكسون على تعليقاتهما القيمة.<sup>(٢٢)</sup>

النتائج نقترح ضرورة التأكيد على التفكير النقدي المتصل بشئون المراهقين الجنسية خلال فترة الدراسة، وكذلك في التثقيف المتواصل لمساعدة الممرضات/القابلات على التعامل مع واقع شئون المراهقين الجنسية. ولا تشمل بعض الموضوعات التي لابد من مناقشتها أثناء التدريب الإجهاض واستخدام وسائل منع الحمل وشئون المراهقين الجنسية فحسب، بل كذلك بحث الوضع الحاد للفيروس المسبب لمرض الإيدز في كينيا وزامبيا، والمواقف السلبية من العادة السرية، وأن العادة السرية لا تسبب ضرراً وتعد شكلاً من أشكال الجنس الآمن. وعلاوة على ذلك، لابد من بحث الأشكال الفعلية للعلاقات الجنسية بين المراهقين، وكون الإصابة بالعدوى المنقوله جنسياً ليست بالضرورة دليلاً على "الإباحية".

يشجع مواجهة الممرضات/القابلات للمعضلات الأخلاقية.<sup>(٢١)</sup> إلا أن التركيز على التثقيف الذي ينبع المهنيين المهرة في حل المشكلات الأخلاقية في إفريقيا محدود.<sup>(٢٢)</sup> وبدا أن تقديم المشورة للمراهقين الذين يعانون من مشكلات صحية إيجابية يتسبب في معضلات أخلاقية لمبحثينا، مما يشير إلى أنهم لم يكونوا معدين بالإعداد الصحيح للتعامل مع شئون المراهقين الجنسية. وعلاوة على ذلك كان هناك ميل إلى اتخاذ مواقف على قدر أكبر من التعاطف مع الشباب بين الممرضات/القابلات المسجلات وهؤلاء الذين يتلقون تثقيفاً متواصلاً يتصل بصحة المراهقين الجنسية وإنجابية.

إحدى الطرق المفيدة للتعامل مع الحواجز الخاصة بالمواقف هي تشجيع مديري البرامج لتطوير التفكير النقدي أثناء التدريب خلال فترة الدراسة، مع التركيز على الأبعاد الثقافية والأخلاقية المتصلة بشئون المراهقين الجنسية. والتفكير النقدي هو عملية التفكير الهدف المستخدم على نطاق واسع في تدريس الأخلاق.<sup>(٢٣)</sup> وتشمل الملامح الرئيسية لهذه العملية بحث

1. Blum RW, Nelson-Mmari K. The health of young people in a global context. *Journal of Adolescent Health* 2004;35:402–18.
2. United Nations Population Fund. State of the World Population. Investing in Adolescents' Health and Rights. New York: UNFPA, 2003.
3. Fedders A, Salvatori C. Peoples and Cultures of Kenya. Nairobi: Trans Africa, 1980.
4. Pillai VK, Barton TR. Modernization and teenage sexual activity in Zambia. *Youth & Society* 1998;29(3):293–310.
5. Kiragu K, Zabin LS. Contraceptive use among high school students in Kenya. *International Family Planning Perspectives* 1995;21: 108–13.
6. Gall TL. *Worldmark Encyclopedia of Culture and Daily Life*. Cleveland: Eastword Publications Development, 1998.
7. Miller P. The Lesser Evil. The Catholic church and the AIDS epidemic. Washington: Catholics for a Free Choice, 2001.
8. Carmody B. Religious heritage and premarital sex in Zambia. *Journal of Theology for Southern Africa* 2003;115:79–90.
9. Central Bureau of Statistics. Kenya Demographic and Health Survey. Preliminary report. Nairobi: CBS, 2003.
10. Central Statistical Office. Zambia Sexual Behaviour Survey. Lusaka: CSO, 2003.
11. Chatterji M, Murray N, London D, et al. The Factors Influencing Transactional Sex Among Young Men and Women in 12 Sub-Saharan African Countries. Washington DC: Policy Project for USAID, 2004.
12. National Council for Population and Development. Adolescent and Reproductive Health Development Policy, Kenya. Nairobi: NCPD, 2003.
13. World Health Organization. An assessment of the need for contraceptive introduction in Zambia. Geneva: WHO, 1995.
14. Ahlberg BM, Jylk7s E, Krantz I. Gendered construction of sexual risks: implications for safer sex among young people in Kenya and Sweden. *Reproductive Health Matters* 2001;9(17):26–36.
15. Mmari KN, Magnani RJ. Does making clinic-based reproductive health services more youth-friendly increase service use by adolescents? Evidence from Lusaka, Zambia. *Journal of Adolescent Health* 2003;33:259–70.
16. Koster-Oyekan W. Why resort to illegal abortion in Zambia? Findings of a community-based study in Western province. *Social Science & Medicine* 1998;46(10):1303–12.
17. Okumu M, Chege I. Female Adolescent Health and Sexuality in Kenyan Secondary Schools: A Report. Nairobi: African Medical Research Foundation, 1994.
18. Rogo K. Induced abortion in Kenya. Paper for International Planned Parenthood Federation. Nairobi: Centre for the Study of Adolescence, 1993.
19. Central Statistical Office. Zambia Demographic and Health Survey. Lusaka: CSO, 2001–2002.
20. World Health Organization. Adolescent health and development in nursing and midwifery education. Geneva: WHO, 2004.
21. Liljestrand J. Supporting midwifery. Issue paper. Health Division Document No. 2. Stockholm: SIDA, 1998.

22. Deciding women's lives are worth saving: expanding the role of midlevel providers in safe abortion care. Ipas Issues in Abortion Care No.7, 2002.
23. Muturi NW. Communication for HIV/AIDS prevention in Kenya: social-cultural considerations. *Journal of Health Communication* 2005;10:77–98.
24. Ndubani P, Hojer B. Traditional healers and the treatment of sexual transmitted illnesses in rural Zambia. *Journal of Ethnopharmacology* 1999;67(1):15–25.
25. Oindo ML. Contraception and sexuality among the youth in Kisumu, Kenya. *African Health Sciences* 2002;2(1):33–40.
26. Ndhlovu M. Nurses' experiences of abortion in South Africa and Zambia. Unpublished thesis, University of the Western Cape, South Africa, 1999.
27. Magadi M, Kuyoh M. Abortion: attitudes of medical personnel in Nairobi. In: Rogo K, editor. *Unsafe Abortions in Kenya: Findings from Eight Studies*. Nairobi: Population Council, 1996.
28. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Social Science & Medicine* 1998;47:1781–95.
29. Rogo K, Ororo S, Ogutu M. Preventing unsafe abortion in Western Kenya: an innovative approach through physicians. *Reproductive Health Matters* 1998;6(11):77–83.
30. Klingberg-Alvin M, Tam VV, Nga NT, et al. Ethics of justice and ethics of care. Values and attitudes among midwifery students on adolescent sexuality and abortion in Vietnam and their implications for midwifery education: a survey by questionnaire and interview. *International Journal of Nursing Studies* 2006; Jan 12; [E-publication ahead of print].
31. Botes A. Critical thinking by nurses on ethical issues like the termination of pregnancies. *Curationis* 2000;23(3):26–31.
32. Haegert S. An African ethic for nursing. *Nursing Ethics* 2000;7(6):492–502.
33. Thompson A. Bridging the gap: teaching ethics in midwifery practice. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2004;49: 188–93.
34. Williams B. Developing critical reaction for professional practice through problem-based learning. *Journal of Advanced Nursing* 2001;34(1):27–34.
35. Kozier B, Erb G, Blair K. *Professional Nursing Practice. Concepts and Perspectives*. 3rd ed. NewYork: Addison-Wesley, 1997. p.236–37.

# الارتقاء برعاية ما بعد الإجهاض في جواتيمالا النجاحات الأولى على المستوى الوطني

بقلم: إدجار كستلر<sup>(أ)</sup>، ليندا فالنسيا<sup>(ب)</sup>، فينيشيو دل فالي<sup>(ج)</sup>، ألياندرو سيلفا<sup>(د)</sup>  
ترجمة د. شهرت العالم

## ملخص:

يصف هذا المقال برنامجاً للارتقاء بخدمات رعاية ما بعد الإجهاض في ٢٢ من ٣٣ مستشفى من مستشفيات القطاع العام في جواتيمالا خلال الفترة من يوليو ٢٠٠٣ إلى ديسمبر ٢٠٠٤. وقد ضمت تدخلات البرنامج الأساسية تعزيز المعارف والقدرة التقنية لدى العاملين، والتوسيع في رعاية ما بعد الإجهاض، وتعزيز البنية الأساسية ذات الصلة، وتوزيع المواد الإعلامية، وإنشاء نظام لمراقبة حالات الإجهاض. يتولى أحد المدربين دعم العمل من خلال زيارات شهرية للمستشفيات، تمتد كل زيارة منها لأسبوع كامل. كما كان هناك اهتمام أيضاً ببناء اتفاق مؤسسي لدعم رعاية ما بعد الإجهاض على مستوى المستشفيات الحكومية ومستشفيات الأقاليم وعلى مستوى العاملين بالمستشفيات. وخلال تلك الفترة، سجل ٢٢ مستشفى دخول ١٣,٩٢٨ امرأة تعاني إجهاضاً غير مكتمل. وقد ازداد استخدام الشفط الهوائي اليدوي لعلاج الإجهاض غير المكتمل في الشهور الثلاثة الأولى من ٦٨٪ إلى ٣٨٪ (p<0.0001). كما ازداد أيضاً تقديم استشارات تطهير الأسرة من ٣١٪ إلى ٧٨٪ من النساء (p<0.0001)، وزادت نسبة النساء اللاتي يختزنون وسيلة لمنع الحمل قبل مغادرة المستشفى من ٤٩٪ إلى ٧١٪ (p<0.0001). وقد اقتربت ٧١٪ من حالات الإجهاض غير المكتمل بوجود عدوى، كانت ٩٠٪ منها حالات تعفن الدم. كما حدثت ٩ حالات وفاة، وعانت ٧٨ امرأة من مضاعفات خطيرة ظل مستوي خطرتها دون تغيير خلال فترة الدراسة. ولا يزال أمام جواتيمالا الكثير الذي يجب إنجازه لتحقيق المؤسسية الكاملة لرعاية ما بعد الإجهاض وتقليل الوفيات والمضاعفات، لكن الجهود التي بذلناها حتى الآن سوف تفيد غيرنا من المهتمين بالموضوع.

Scaling Up Post-Abortion Care in Guatemala: Initial Successes at National Level. May 2006. 14 (27). Nancy Gerein et al.

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٦

## كلمات مفتاحية:

الإجهاض غير الآمن، عناية ما بعد الإجهاض، الارتقاء بالخدمة، مقدمو خدمات الإجهاض، جواتيمالا.

(أ) مدير مركز البحوث الوبائية المعنى بالصحة الجنسية والإنجابية، مدينة جواتيمالا، جواتيمالا.

البريد الإلكتروني: ciesar@concyt.gob.gt

(ب) المنسق الفرعي، مستوى الرعاية الثالث بوحدة تقديم خدمات المستشفى، مدينة جواتيمالا، جواتيمالا.

(ج) المنسق الوطني، برنامج الأمومة والطفولة، البرنامج الوطني للصحة الإنجابية والجنسية، مدينة جواتيمالا، جواتيمالا.

(د) المدير الوطني، البرنامج الوطني للصحة الإنجابية والجنسية، مدينة جواتيمالا، جواتيمالا.

رعاية ما بعد الإجهاض.<sup>(٩)</sup> لكنهما لم يجدا أية أمثلة للارتقاء ببرامج ما بعد الإجهاض في نظام الصحة الوطني، كما لم تحول أية مبادرة رائدة إلى سياسة حكومية.<sup>(١٠)</sup> وفي المقابل، هناك مشروعات رائدة مبعثرة في مجال الرعاية الناجحة لما بعد الإجهاض، لكنها لم تتطور إلى أكثر من ذلك.

وقد أوضح مسح أجري عام ٢٠٠٠ في جمهورية جواتيمالا أن نسبة وفيات الأمهات بلغت ١٥٢ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ من المواليد الأحياء. وزادت النسبة في المناطق الريفية بمقدار٪٨٣، حيث بلغ عدد وفيات الأمهات ٦٥١ لكل ١٠٠,٠٠٠ من المواليد الأحياء على مستوى الأمة. إن الإجهاض في جواتيمالا يتسبب في ١٠٪ على الأقل من وفيات الأمهات، وبعد السبب الرابع الرئيسي لوفيات الأمهات.<sup>(١١)</sup> فقد شهد ٢٢ مستشفى من مستشفيات الأقاليم في جواتيمالا، خلال الفترة من يوليو ٢٠٠٣ إلى يونيو ٢٠٠٥، ما يصل تقديره إلى ١٨,٩٦٥ من حالات الإجهاض غير المكتمل، واقتربت بها ١٢ حالة وفاة. ولا يزال تقلص وفيات الأمهات إحدى الأولويات الأساسية التي حدتها وزارة الصحة العامة في جواتيمالا لسياساتها وخطط عملها.

وفي ظل القانون الحالي في جواتيمالا، لا يُسمح بالإجهاض الاختياري إلا لإنقاذ حياة المرأة<sup>(٨)</sup>: وبالتالي تجري عمليات الإجهاض عادة في سرية وهي ظروف غير آمنة تؤدي غالباً إلى تبعات ضارة على الصحة، بما في ذلك الوفاة. وقد تعاون كل من البرنامج الوطني للصحة الإنجابية ومستوى الرعاية الثالث بوحدة تقديم خدمات المستشفيات، ومركز البحوث الوبائية المعنى بالصحة الجنسية والإنجابية (مركز مستقل مرتبط بوزارة الصحة العامة)، من أجل إدخال رعاية ما بعد الإجهاض في الإطار الكلي لاستراتيجية وزارة الصحة العامة لتقلص وفيات الأمهات.

وفي عام ١٩٩٦، وبدعم من وزارة الصحة العامة، بدأ مركز البحوث الوبائية المعنى بالصحة الجنسية والإنجابية سلسلة من الدورات لتدريب المدربين وفرق

لا يزال الإجهاض السري وغير الآمن يمثل مشكلة مهمة من مشكلات الصحة العامة في كثير من البلدان النامية: فارتفاع معدلات وفيات الأمهات يرجع إلى حد كبير إلى الوفيات الناتجة عن مضاعفات الإجهاض غير الآمن، فهو أحد ثلاثة أسباب رئيسية لوفيات الأمهات على مستوى العالم.<sup>(١)</sup> وعلاوة على ذلك، تُعد تكلفة علاج مضاعفات الإجهاض بالمستشفيات عبئاً اقتصادياً على كاهل الميزانيات الصحية الحكومية المحدودة (وعادة المهددة).<sup>(٢)</sup> وعلى الرغم مما كشفت عنه الدلائل المتزايدة من آثار ضخمة للإجهاض غير الآمن على نظم الصحة، فلا توجد سوى القليل من الجهود الناجعة لتنفيذ الاستراتيجيات التي تجعج في تقليص المضاعفات المقترنة بحالات الإجهاض غير الآمن على المستوى الوطني.

ومنذ ثلاثة عقود بدأت جهود تطوير استراتيجية تقديم رعاية ما بعد الإجهاض في البيئات التي ينتشر فيها الإجهاض غير الآمن. تسعى الاستراتيجية لدمج عدد من التدخلات في النظام الصحي الوطني: العلاج الفوري والمناسب للأثار الناجمة عن الإجهاض غير المكتمل في حالات الطوارئ، وتوفير التثقيف الصحي والممشورة للمساعدة على التخفيف من توتر المرأة قبل العملية وبعدها، وتقديم وسيلة فعالة لمنع الحمل وغيرها من الخدمات الصحية قبل أن تفادر المرأة المستشفى، وربط النساء بالخدمات الإنجابية وغيرها من الخدمات الصحية في المجتمع المحلي، فضلاً عن منع الإجهاض غير الآمن والحمل دون تخطيط مسبق.<sup>(٣)</sup>

على أن نتائج بحوث العمليات أو المشروعات الرائدة، غالباً في مجال الصحة الإنجابية وبوجه خاص في برامج رعاية ما بعد الإجهاض، لم تتحث صناع السياسة على الارتقاء بالتنفيذ على المستوى الوطني. وخلال العقد الماضي، مثلت بحوث العمليات النسبة الأكبر من البحوث التي أجريت في ميدان رعاية ما بعد الإجهاض. وفي هذا السياق، قدم بيلينجز وبنسون استعراضاً قيّماً لإنجازات المستشفيات العامة في سبعة بلدان بأمريكا اللاتينية في مجال مأسسة تقديم العناصر الأساسية

بلدان أمريكا الوسطى المجاورة.<sup>(١٠)</sup> ويعيش غالبية السكان (٦٥٪) في المناطق الريفية، ويعيش ٪٨٠ من سكان الريف هؤلاء في مُحليات تضم أقل من ٥٠٠ ساكن.<sup>(١١)</sup> ويكون قطاع الصحة من مؤسسات عامة وخاصة، ومنظمات غير حكومية، بالإضافة إلى الطب التقليدي الذي لا يزال باقياً من ثقافة المايا، وهو قطاع كبير ويوجد أساساً في المناطق الريفية بين السكان الأصليين.

أما غطاء الصحة المؤسسي، على المستوى الوطني، فيشتمل على المؤسسات التالية: وزارة الصحة العامة والمساعدة الاجتماعية (٢٥٪)، نظام التأمين الاجتماعي (١٧٪)، الخدمة الصحية للجيش (٥٪)، المنظمات غير الحكومية (٤٪)، القطاع الخاص (١٠٪). لكن باقي السكان (٤١,٥٪) يفتقرن إلى النفاذ للخدمات الحديثة في مجال الصحة، كما يعانون الفقر بدرجة هائلة - سواء كانوا من السكان الأصليين أو الريفيين. وفي المجمل، تضم شبكة المنشآت الصحية التابعة لوزارة الصحة العامة ٤٣ مستشفى، من بينها ٣٣ مستشفى تقدم خدمات رعاية صحة الأم.<sup>(١٢)</sup>

لقد كان تأثير برنامج تدريب المدربين متواضعاً: إذ اقتصر تركيز الدورة على تقديم رعاية ما بعد الإجهاض، وتدریب إكلينيكي لمقدمي الخدمة على الشفط الهوائي اليدوي. وقد أفاد ٪٧٣ من المهنيين الذين حصلوا على التدريب بأنهم كانوا أول من أجرى الشفط الهوائي اليدوي على الإطلاق في مستشفياتهم. لكننا لا نملك بيانات عن تلك الفترة حول جودة الاستشارات أو مداها أو تقديم موانع العمل، أو حول مدى ملاءمة البنية الأساسية للمستشفيات المختلفة فيما يتعلق بتقديم رعاية ما بعد الإجهاض.

قام معهد البحث الوثائقي المعنى بالصحة الجنسية والإنجابية بتوظيف مدربين يمتلكون مهارات قيادية وخبرات تدريبية، وإن تباينت خبراتهم بقطاع الصحة إلى حد كبير. خلال الفترة الواقعة بين ١ يوليو ٢٠٠٣ إلى ٣١ ديسمبر ٢٠٠٤، جرى اختيار ٢٢ مستشفى من

الأطباء والتمريض على المفاهيم والجوانب التقنية المختارة لرعاية ما بعد الإجهاض، وذلك في المستشفيين التعليميين بالبلد. وقد اشتملت الدورة التي امتدت لأسبوع على تقييم حالات ما بعد الإجهاض وتشخيصها، وعمليات تفريغ الرحم وتقويتها وبخاصة الشفط الهوائي اليدوي، ومنع العدوى، والتعامل مع الألم والمضاعفات، وتقديم المشورة، والإحالات إلى خدمات الصحة الإنجابية الأخرى، وتقديم الاستشارات الخاصة بموانع الحمل وتوفيرها، وإعادة استخدام وتخزين أدوات الشفط الهوائي اليدوي، وتقديم رعاية ما بعد العملية ومتابعتها.

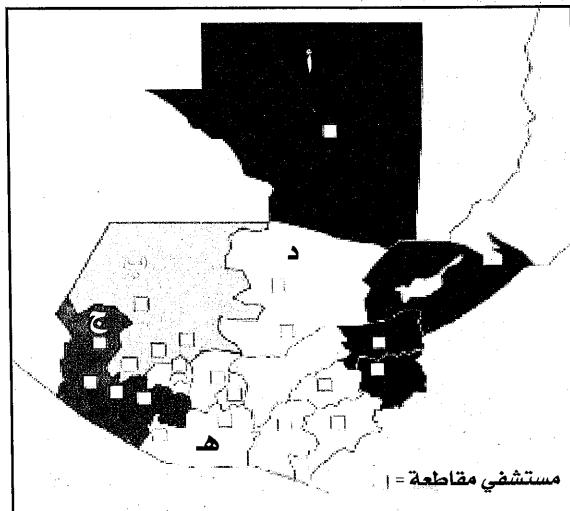
وقد حضرت هذه الفرق من الأطباء وأطقم التمريض من جميع مستشفيات الأقاليم في البلد وهم يدركون أنهم سيتولون تكرار التدريب في مستشفياتهم. وأتاحت لنا هذه الدورات الأولية تقديم مفهوم رعاية ما بعد الإجهاض لأخصائي أمراض النساء والولادة في الأساس، وللأطباء الممارسين العاملين الذين يقدمون خدمة رعاية الأمهات في مستشفيات الأقاليم، وخاصة رعاية ولادة الطوارئ في غير ساعات العمل الرسمية. كما أتاحت لنا خبرة برنامج تدريب المدربين، والعلاقات التي بنيت خلاله، تحديد نقاط القوة والضعف في التدريب وفي استراتيجية التنفيذ، فضلاً عن إتاحة فرصة تعديل تلك الاستراتيجية في أثناء مواصلة العمل.<sup>(١٣)</sup>

بدءاً من عام ٢٠٠٣، بدأنا فترة امتدت ١٨ شهراً للارتقاء ببرنامج رعاية ما بعد الإجهاض. ونحن نقدم في هذا المقال النتائج الأساسية لهذا الجهد المبذول في ٢٢ من مستشفيات الأقاليم التي تقدم خدمات الأمومة في جواتيمالا، كما نحدد الخطوط العريضة لاستراتيجيات الرئيسية التي استخدمناها لتحقيق تلك الأهداف.

## المواد والأساليب

تقسم جواتيمالا سياسياً وإدارياً إلى ٢٢ قسماً. وقد بلغ عدد سكان جواتيمالا حوالي ١٢,٧ مليون نسمة عام ٢٠٠٤، على حين كان معدل النمو السنوي للسكان يصل إلى ٦,٢٪، وهي نسبة شديدة الارتفاع مقارنة إلى

## خريطة جواتيمالا، ٢٢ قسمًا إداريًّا



### • تعزيز الفهم العلمي والقدرات التقنية للعاملين بالمستشفى

وهو ما يضم التدريب على إجراء الشفط الهوائي اليدوي لتفريغ الرحم في حالات الإجهاض غير المكتمل حتى ١٣ أسبوعاً من الحمل بدلاً من الوسيلة السائدة الأقلأماناً والأعلى تكلفة وهي التوسيع والكحت<sup>(١٠)</sup>، وتوفير استشارات لمنع الحمل بعد الإجهاض، وتمكن النساء من اختيار وسيلة لمنع الحمل والحصول عليها قبل مغادرتها المستشفى<sup>(١١)</sup>.

عدد ٢٣ مستشفى بأقاليم البلد - أي مستشفى واحد من كل قسم إداري من أقسام جواتيمالا البالغ عددها ٢٢ قسمًا - للمشاركة في الارتقاء بالبرنامج، وتقسيمهم إلى خمس مجموعات (أ-هـ) حيث تضم كل مجموعة ٤ أو ٥ مستشفيات (انظر خريطة جواتيمالا). وكانت معايير اختيار المستشفى تتحقق توازنًا بين الرغبة في أقصى تغطية جغرافية ممكنة للبلد وبين الحاجة إلى وصول المدربين إلى جميع المستشفيات التي كانوا مسئولين عن زيارتها كل شهر.

### • الإسراع في تطوير برنامج رعاية ما بعد الإجهاض واستقلاله داخل كل مستشفى

وهو ما يضم عقد اجتماعات تنسيق شهرية بين المدربين وأفراد من وزارة الصحة العامة، والقيام بزيارات متابعة شهرية للمستشفى بكل إقليم، وكذلك عقد اجتماعات إقليمية لمستشفيات الأقاليم، وتشكيل فرق رعاية ما بعد الإجهاض بكل مستشفى تضم أفراداً من العاملين في المجالين الطبي وغير الطبي، ويتولى رسميًّا

كان لدى البعض خلافية حول إدارة الأعمال أما من كانت لديهم خلافية صحية فقد كانوا من الباحثين أو الأطباء (كان أحدهم مديرًا سابقًا لأحد المستشفيات). وكان على مدرب كل مجموعة من المستشفيات أن يمكث أسبوعاً بكل مستشفى للمساعدة على تفريد التدخلات، ثم يعود إلى كل مستشفى بعد أربعة أو خمسة أسابيع لمراقبة التقدم المتحقق ومتابعة العمل. وفيما يلي التدخلات الأساسية المنفذة بكل مستشفى:

بالإضافة إلى "عربة متحركة خاصة بالشفط الهوائي اليدوي" لتخزين جميع الأدوات المتعلقة بتقديم خدمات تلك العملية. ويمكن باستخدام تلك العربة المتحركة تخزين الأدوات اللازمة لتلك العملية وتحريكها بين عيادة الشفط الهوائي اليدوي ومنطقة خدمات الطوارئ، حسب الحاجة. كما حصل أيضاً كل مستشفى إقليمي على صندوق تخزين يضم مختلف وسائل منع الحمل، ويعمل على الجدار في موقع تقديم رعاية ما بعد الإجهاض. وقد اعتبر العاملون بالمستشفى أن ذلك يُعد أحد أبسط وأرخص الاستراتيجيات التي أدت إلى زيادة جوهرية في استخدام النساء لوسائل منع الحمل قبل مغادرتهن المستشفى. وقد تعاون المدربون أيضاً مع مديرى المستشفيات والجهاز الإداري بها في محاولة لتأمين توفير إمدادات كافية ومستمرة للأدوات والمستلزمات الطبية الالزمة لرعاية ما قبل الإجهاض.

#### • تطوير واختبار وتوزيع المواد الإعلامية

تعاون مركز البحث الوبائي المعنى بالصحة الجنسية والإيجابية مع البرنامج الوطني للصحة الإيجابية، في إعداد ملصق يشرح عملية الشفط الهوائي اليدوي والخطوات الرئيسية التي يستعمل عليها تطبيقها - وهو ملصق يتضمن المفاهيم الأساسية لتقديم المشورة المناسبة - وبطاقة للجيب تضم التعليمات المتعلقة بالاستشارات، وسلسلة مفاتيح (للدعائية)، ونشرة نصف سنوية تضم النتائج الأساسية التي أسفر عنها برنامج رعاية ما بعد الإجهاض. وقد استهدفت هذه المواد بدرجة كبيرة العاملين بالمستشفيات، كما جرى تصديقها بما يسهم في بناء المهارات والمعرفة والالتزام.

#### • إنشاء نظام لرصد البيانات المتعلقة بالإجهاض، والاستعانة به لزيادة توفير رعاية ما بعد الإجهاض

التعاون بين المدربين والعاملين بالمستشفيات لجمع بيانات شهرية من كل مستشفى تضم: عدد النساء اللاتي دخلن المستشفى للعلاج من إجهاض غير مكتمل: عدد عمليات الشفط الهوائي اليدوي ونسبتها في حالات الإجهاض غير المكتمل حتى ١٣ أسبوعاً من الحمل،

مدير المستشفى تشكيل فريق رعاية ما بعد الإجهاض، على أن يضم الفريق رئيس قسم أمراض النساء والولادة، وممرضة متخصصة في أمراض النساء والولادة، وموظفاً إدارياً، وأخصائياً في أمراض النساء والولادة خلال فترة استكماله العام الأخير من التدريب على الخدمات الريفية، وباحثاً اجتماعياً. يقوم الفريق بتقديم خدمات رعاية ما بعد الإجهاض، ويتولى تدريب غيره من الأفراد الذين يقدمون تلك الخدمات، ويراجع الإنجازات المتحققة، ويحدد المجالات التي تحتاج إلى تحسين.

وقد ساعدت المجتمعات الشهرية المنتظمة للمدربين والباحثين والفنين بالبرنامج الوطني للصحة الإيجابية وبمستوى الرعاية الثالث بوحدة تقديم خدمات المستشفى، على التعاون في تحديد المشكلات والتوصيل إلى حلول ممكنة في الوقت المناسب. وعلاوة على ذلك، كانت تعقد اجتماعات سنوية مع المدربين في كل مستشفى من مستشفيات المناطق الخمس والعاملين الأساسيين بها، سواء الأطباء وغير الأطباء. وفي تلك الاجتماعات، كان المشاركون يتداولون الرأي حول التقدم المتحقق بكل مستشفى، ويعملون على تطوير الحلول المبتكرة للمشاكل المشتركة، فضلاً عن تعزيز المهارات وتشكيل فرق العمل. كما أسهمت هذه الاجتماعات أيضاً في تحقيق التواصل بين التزام وزارة شؤون الصحة بالعمل في المجال وزيادة شرعية رعاية ما بعد الإجهاض ومكانتها، مما يقود بالتالي إلى بناء التزام المشاركيين. وأخيراً، يتولى العاملون في كل من مركز البحث الوبائي المعنى بالصحة الجنسية والإيجابية والبرنامج الوطني للصحة الإيجابية ومستوى الرعاية الثالث بوحدة تقديم خدمات المستشفى القيام بزيارات إضافية للمتابعة والتقييم على المستشفيات التي تواجه مشكلات أو التي تعكس مؤشرات التقدم فيها تحسناً محدوداً في عملها.

#### • تعزيز البنية الأساسية لرعاية ما بعد الإجهاض بكل مستشفى

عمل المدربون مع العاملين الإداريين بالمستشفيات لإنشاء موقع مكرس لعيادة الشفط الهوائي اليدوي وتقديم تبرع أولي للأدوات الالزمة لتلك العملية،

الوطني ومديرى المستشفيات والعاملين بال المجالين الطبى وغير الطبى بها حول أهمية مأسسة خدمات رعاية ما بعد الإجهاض قبل وأثناء فترة التدخل وبعدها. وكان الاستمرار في بناء الاتفاق يتسم بأهمية جوهرية لتنفيذ تلك الخدمات ومواصلتها على المدى البعيد. وقد وضعت بالفعل قيادة وزارة الصحة العامة قائمة أولويات للجهود الرامية إلى تقليل وفيات الأمهات، وعلى نحو أكثر تحديداً ألمت نفسها بالحيلولة دون حدوث وفيات ناتجة عن الإجهاض غير الآمن. كما أسمهم تدخلنا في الارتفاع الفعلى بالمقاييس والإرشادات الموجودة، مثل "الإرشادات الوطنية في مجال الصحة الإنجابية"، مع المزيد من دعمها في أثناء عملية تطوير "إرشادات عام ٢٠٠٥ بشأن حالات الولادة الطارئة"، والتي أكدت أهمية التعامل مع وعلاج مضاعفات الإجهاض.<sup>(١٦,١٧)</sup> لقد أدت تلك السياسات إلى دعم شرعية خدمات رعاية ما بعد الإجهاض ومكانتها، وخاصة بين العاملين بمستشفيات الأقاليم. كما ازداد تيسير هذه الجهود الرامية إلى الارتفاع بخدمات رعاية ما بعد الإجهاض، من خلال الأدوار الرائدة التي اضطلع بها مركز البحوث الوبائية المعنى بالصحة الجنسية والإنجابية، فضلاً عن الشخصيات الرئيسية بالبرنامج الوطني للصحة الإنجابية، ومستوى الرعاية الثالث بوحدة تقديم خدمات المستشفى - وجميعهم في إطار وزارة الصحة العامة - علاوة على الاشتراك في مسئوليات إدارة المشروع والإشراف عليه.

### **البيانات المتعلقة بتقديم رعاية ما بعد الإجهاض وموانع الحمل**

لقد جُمعت البيانات من ٢٢ مستشفى، خلال فترة ١٨ شهراً، حول معدل إجراء عمليات الشفط الهوائي اليدوى، وعدد النساء اللاتي حصلن على استشارات لمنع الحمل، وعدد النساء اللاتي اخترن وسيلة فعالة لمنع الحمل، وما جرت الإفاده عنه من حالات اعتلال الصحة والوفيات المترتبة بالإجهاض غير الآمن. كما استُخدمت حزمة برامج الحاسوب الإحصائية StatsDirect 2.4.5 لحساب كاي<sup>٢</sup> للاتجاه الخطى، بغية تقييم الدلالة الإحصائية للنتائج.

ومن ١٣ إلى ٢٠ أسبوعاً من الحمل؛ والنساء اللاتي دخلن المستشفى للعلاج من إجهاض غير مكتمل ويحتاجن إلى المشورة حول موانع الحمل؛ والنساء اللاتي غادرن المستشفى ولديهن وسيلة فعالة لمنع الحمل؛ وأخيراً ببيانات حول حالات اعتلال الصحة والوفاة المتعلقة بالإجهاض غير الآمن. كما قمنا بتحديد المضاعفات الخطيرة التي تنشأ عند حدوث مشكلات أخرى للإجهاض غير المكتمل - مثل التزلف، وانخفاض الضغط، وتعفن الدم، والتواتج المتبقية، والأنيميا، وثقب الرحم، أو مضاعفات ناجمة عن التخدير.

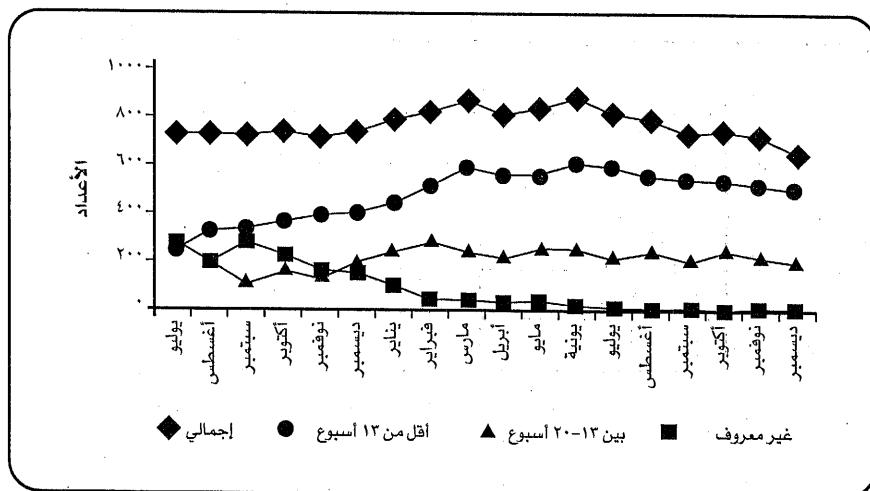
وقد كان المدير الإداري للمستشفى، ومديريها، والعاملون في مجالها الطبى وغير الطبى، قادرين على تحليل بيانات برنامج الرصد وتقديرها واستخدامها لتحديد الجوانب التي يمكن استهداف تحسينها. وللمرة الأولى، كان لدى العاملين المنخرطين بالموضوع في المستشفى صورة محددة وكمية لأداء مؤسستهم في مجال تطبيق ممارسة صحية محسنة. وعلاوة على ذلك، كان بمقدور مدير المستشفى مقارنة أداء مؤسسته في مجال برنامج رعاية ما بعد الإجهاض بآداء المستشفيات الأخرى، أو بمتوسط أداء المجموعة. لقد كان هذا النظام للبيانات فريداً وبارزاً في وزارة الصحة العامة لجودته وتيسير استخدامه. كما أن وجود قياسات كمية توضح أداء برنامج رعاية ما بعد الإجهاض كان يمثل قيمة أيضاً في بناء وتعزيز التزام وزارة الصحة العامة الواسع بالعمل. وتتجدر الإشارة إلى أن كلًا من مركز البحوث الوبائية المعنى بالصحة الجنسية والإنجابية، فضلاً عن المدربين، قد لعب دوراً جوهرياً في إقامة هذا النظام وتعليم العاملين بالمستشفى كيفية وموقع الحصول على بيانات بعينها لإدارة النظام والحفاظ عليه.

### **بناء إجماع حول دعم رعاية ما بعد الإجهاض**

عمل مركز البحوث الوبائية المعنى بالصحة الجنسية والإنجابية بالتعاون مع الشخصيات الرئيسية بالبرنامج الوطني للصحة الإنجابية ومستوى الرعاية الثالث بوحدة تقديم خدمات المستشفى، لبناء اتفاق بين صناع القرار

شكل رقم ١

عدد حالات الإجهاض غير المكتمل التي دخلت المستشفى في أسابيع مختلفة من الحمل  
العدد الكل اقل من ١٣ أسبوع من ٢٠ - ١٣ أسبوع غير معروف

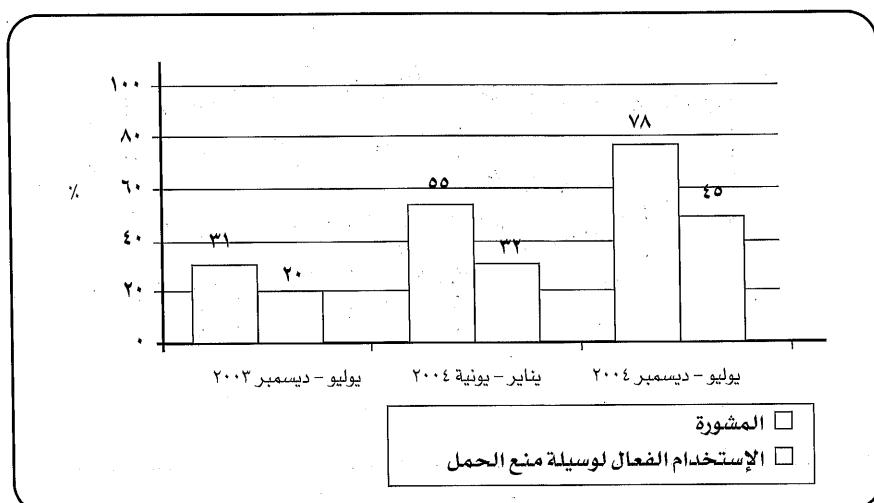


بدأت مستشفيات الأقاليم في تقديم استشارات متزايدة قبل وأثناء عمليات الشفط الهوائي اليدوي أو بعدها . ويوضح الشكل (٢) نتائج الفترة التي امتدت ٦ شهور . لقد تحسنت نسبة النساء اللاتي حصلن على استشارات ، وذلك خلال كل الفترات التي تمتد كل منها ٦ شهور ، من ٣١٪ إلى ٥٥٪ وأخيراً إلى ٧٦٪ (اتجاه خططي  $p<0.0001$ ) . كما كان هناك تحسن مماثل في عدد النساء اللاتي اخترن وسيلة فعالة لمنع الحمل قبل مغادرة المستشفى - من ٢٠٪ إلى ٢٢٪ وأخيراً إلى ٤٩٪ (اتجاه خططي  $p<0.0001$ ) . وفي نهاية الفترة التي امتدت ١٨ شهراً ، كانت نصف النساء اللاتي دخلن المستشفى للعلاج الإجهاض غير المكتمل قد غادرنها ولديهن معرفة بوسيلة فعالة لمنع الحمل : إما بالحقن (٦١٪)، أو الحبوب (٢٢٪)، أو الواقي الذكري (٤٪)، أو تعقيم الإناث (٥٪)، أو اللولب (٣٪)، أو وسيلة طبيعية (٤٪) . ويمكن مقارنة هذه المجموعة من وسائل منع الحمل بمجموعة الوسائل التي تستخدمها نساء جواهيملا على مستوى الأمة .<sup>(١٩)</sup>

وخلال الفترة الواقعة بين يوليو ٢٠٠٣ وديسمبر ٢٠٠٤ ، استقبلت مستشفيات الأقاليم - وعدها ١٣،٩٢٨ امرأة تعاني من إجهاض غير مكتمل (حوالى ٦٦٪ من مجمل النساء اللاتي عولجن من حالات الإجهاض غير المكتمل في نظام الرعاية الصحية الحكومي في جواهيملا) ويوضح الشكل (١) عدد النساء اللاتي عانين من الإجهاض غير المكتمل وحصلن على العلاج شهرياً ، وذلك وفقاً لعدد أسابيع الحمل . كما تحسنت ، خلال فترة الدراسة ، قدرة العاملين بالمستشفى على تشخيص مدة الحمل في حالات الإجهاض غير المكتمل عند دخول المرأة إلى المستشفى ، وعلى تسجيل التشخيص في سجلات العيادة . وبناء على ذلك ، تزايد ، خلال فترة الدراسة عدد حالات الإجهاض غير المكتمل الأقل من ١٣ أسبوعاً من الحمل ، وتناقص عدد حالات الإجهاض التي مدة الحمل فيها غير معروفة ، بينما ظل عدد الحالات في الشهور الثلاثة الثانية نفس الشيء تقريباً .

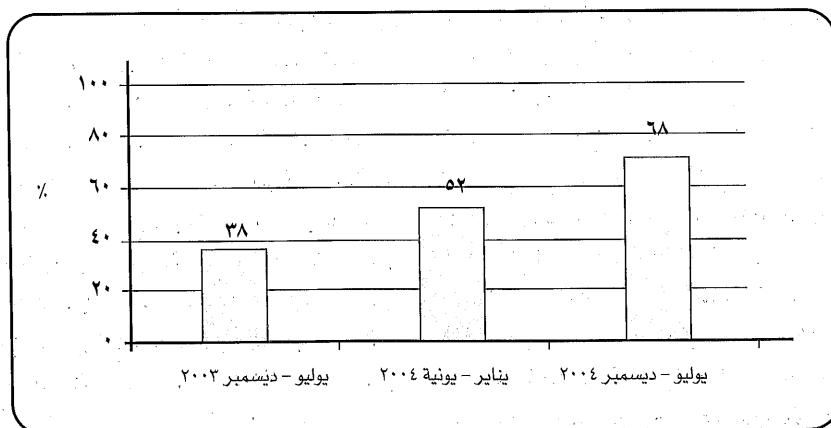
شكل رقم ٢

نسبة النساء اللاتي يحصلن على استشارات لمنع الحمل ويغادرن المستشفى ولديهن معرفة بوسيلة فعالة لمنع الحمل، وذلك خلال فترات تمتد كل منها إلى ٦ شهور  
**المشورة استخدام وسيلة فعالة لمنع الحمل**



شكل رقم ٣

نسبة النساء اللاتي يعانين من إجهاض غير مكتمل، أقل من ١٣ أسبوعاً من الحمل، وأمكن علاجهن بواسطة الشفط اليدوي للتجويف، وذلك خلال فترات تمتد كل منها إلى ٦ شهور



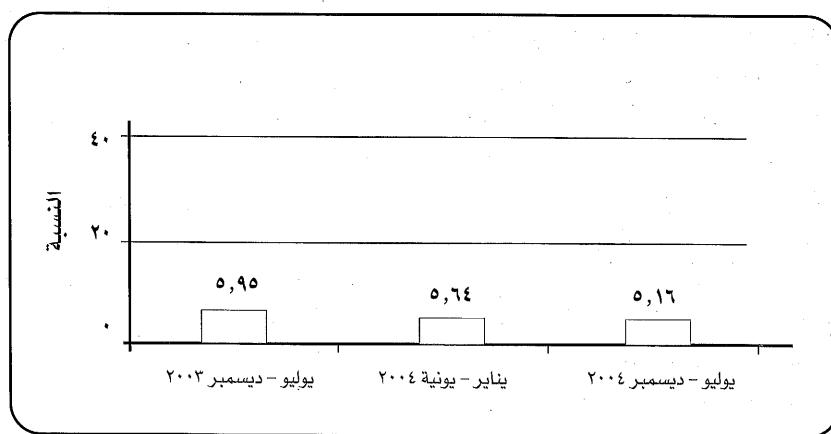
إن كثيراً من النساء اللاتي يعانيين من إجهاض غير مكتمل يصلن إلى مستشفى الإقليم للعلاج في مرحلة متاخرة أو عندما يصل التهون أو العدوى وأو النزف شديداً. وتتأخر النساء نتيجة لمجموعة من العوامل، بما في ذلك طول المسافة التي يجب اجتيازها للوصول إلى المستشفى، والعثور على وسيلة مواصلات، والفقر، والأعراف الثقافية التي تحظر الحصول على رعاية من الأطباء الذكور، والوصمة التي تقترب بالسعى إلى رعاية ما بعد الإجهاض. أما النساء اللاتي يحصلن على الرعاية في المنشآت العامة، فغالباً ينتهي إلى فئات السكان الأصليين، وهؤلاء النساء أفقير وأقل تعليماً من النساء اللاتي يحصلن على رعاية صحية بالقطاع الخاص. وبسبب هذه الحواجز وغيرها، لا تتوجه أبداً نساء كثیرات يعانيين من الإجهاض غير المكتمل إلى المستشفى للحصول على الرعاية. وقد أفاد التقرير الصادر عن مسح عام ٢٠٠٣ بشأن مقدمي الرعاية الصحية بأن حوالي ٤٠٪ من النساء الريفيات والمنتسبات إلى فئات السكان الأصليين ويعانين إجهاضاً غير مكتمل لا يحصلن على أية رعاية بالمستشفى.

ويوضح الشكل (٣) نسبة إجراء عمليات الشفط الهوائي اليدوي ٨,٣٥٩٪ من إجهاض غير مكتمل حتى ١٣ أسبوعاً من الحمل، خلال فترات تمتد كل منها إلى ٦ شهور. وقد زادت النسبة من ٢٨٪ إلى ٥٢٪ وأخيراً إلى ٦٨٪ حالة (اتجاه خطى  $p<0.0001$ ).

وأخيراً، من مجموع يبلغ ١٣,٩٢٨ امرأة دخلن المستشفى خلال فترة الدراسة للعلاج من الإجهاض غير المكتمل، كانت هناك ٩ حالات وفاة مرتبطة بالإجهاض؛ أي بمعدل وفيات بسبب الإجهاض يبلغ ٦,٤٪ لكل ١٠,٠٠٠ امرأة دخلت إلى ٢٢ مستشفى للعلاج من الإجهاض غير المكتمل، بالإضافة إلى ذلك عانت ٧٦٨ امرأة (٦٪) من مضاعفات شديدة. وظل مستوى المضاعفات الشديدة دون تغيير عملياً: من ٥٪ إلى ٦٤٪ و ٥٪ و ١٦٪ (اتجاه خطى  $p=0.445$ ) طوال فترة الدراسة (الشكل ٤). ومن بين ١٣,٩٢٨ امرأة، كانت ٧١٪ منها تعاني إجهاضاً غير مكتمل يرتبط بعدوى، ومن بينهن ٩٠٪ جرى تشخيص حالاتهن بأنها إجهاض مصحوب بتهون الدم.

شكل رقم ٤

#### نسبة مضاعفات الإجهاض الشديدة، وذلك خلال فترات تمتد كل منها إلى ٦ شهور



## مناقشة

وفي فترة زمنية قصيرة نسبياً، لوحظ وجود تحسن دال في توفير خدمات رعاية ما بعد الإجهاض من خلال البرنامج الوطني، بما في ذلك زيادة استخدام عمليات الشفط الهوائي اليدوي بوصفها مقياساً للرعاية في علاج الإجهاض غير المكتمل حتى ١٣ أسبوعاً من الحمل، وتوفير الاستشارات في الموقع حول منع الحمل ووسائله. وتطور بياناتها أن العاملين بالمستشفيات تمكناً -على مدار فترة الدراسة- من تحسين قدرتهم على تشخيص عدد أساسيات العمل عند دخول المرأة إلى المستشفى للعلاج من الإجهاض غير المكتمل، فضلاً عن تحسين قدرتهم على تسجيل هذا التشخيص في سجلات العيادة. إن معدل استخدام عمليات الشفط الهوائي اليدوي في العلاج قد ازداد من ٦٪ إلى ٦٨٪، كما ازدادت إلى أكثر منضعف نسبة النساء اللاتي يدخلن المستشفى للعلاج من الإجهاض غير المكتمل وغادرنها ولديهن معرفة بوسيلة فعالة لمنع الحمل. لكننا نفتقد حتى الآن إلى بيانات لمتابعة معدلات الاستمرار في استخدام وسائل منع الحمل أو مدى استمرارية النساء في الاتصال بعد ذلك بالنظام الصحي، وهناك حاجة إلىبذل مزيد من الجهد في هذا المجال.

وفي المجمل، حققت تدخلاتنا تقدماً في مأسسة ثلاثة من خمسة أعمدة أساسية لرعاية ما بعد الإجهاض في بيئه يُعد فيها الإجهاض غير آمن ومقيد قانوناً. على أننا لا نزال نحتاج إلىربط النساء بخدمات الصحة الإنجابية، وغيرها من الخدمات الصحية في المجتمع المحلي، فضلاً عن العمل على مستوى المجتمع المحلي لمنع الإجهاض غير الآمن والحمل دون تخطيط مسبق.

وعلى الرغم مما اتخذته السلطات المسئولة عن الصحة في جواتيمالا من خطوات مهمة نحو تحسين نوعية الرعاية المقدمة للنساء عبر إدخال رعاية ما بعد الإجهاض في ثلاثي مستشفيات الأقاليم بالبلد: لم تتقلص حالات الوفاة أو اعتلال الصحة الخطير المرتبطة بالإجهاض. على أن هذه التدخلات أتاحت، للمرة الأولى، معرفة وتسجيل التفاصيل المتعلقة بنوع وعدد المضاعفات المرتبطة بالإجهاض غير الآمن لدى النساء

لم تكن الأدبيات المتعلقة بالتطوير تركز -حتى مؤخراً- على الصحة الإنجابية<sup>(٢٠,٢١)</sup> ولا تزال هناك حاجة إلىبذل مزيد من الجهد لتوضيح التعريفات والنماذج بغية تحديد أكثر الاستراتيجيات فاعلية للارتقاء ببرامج الصحة الإنجابية. وعلى حين يمكن اعتبار ذلك تكراراً للبرنامج أو توسيعاً له -أي توسيع عدد أو مواقع أو أماكن تقديم الخدمات، وعدد من يحصلن عليها<sup>(٢٢)</sup>- فإن المشروع الحالي يضيف إلى هذا التعريف ترجمة مبادرة صغيرة النطاق إلى سياسة حكومية. وتضم المراجع مناقشة للخطوات الرئيسية للارتقاء بالمشروع بنجاح، فضلاً عن الدروس المستفادة.<sup>(٢٣,٢٤)</sup> ونطّر فيما يلي الجوانب التي نعتقد أنها اتسمت بدلالة خاصة في خبرتنا في جواتيمالا: بناء الاتفاق والإرادة على المستوى السياسي، تعزيز إدارة المستشفيات من خلال الاجتماعات الدورية، المراجعة الدورية للبيانات المتعلقة بالإجهاض من جانب العاملين بالمستشفى، قيادة وزارة الصحة العامة، تقديم التدريب والمساعدة التقنية والمواد الإعلامية.

كان الإجهاض يشير تقليدياً في جواتيمالا وصمة رهيبة، كما كانت عمليات الشفط الهوائي اليدوي ترتبط سلباً في كثير من الأذهان بتزايد إجراء الإجهاض العمدى. ومن هنا كانت أهمية نهجنا في الترويج لرعاية ما بعد الإجهاض (و عمليات الشفط الهوائي اليدوي) بوصفها استراتيجية للصحة العامة تستهدف تقليل وفيات الأمهات. وعلاوة على ذلك، فقد كنا نرى أن المبادرة بهذا العمل وتشجيعه من داخل وزارة الصحة العامة في جواتيمالا، وليس من جانب هيئة أو وكالة خارجية مانحة، قد أسهم في توفير الالتزام. كما كان استخدام البيانات المتعلقة بالإجهاض غير المكتمل سندًا مهمًا أيضًا لجهودنا: فقد كان أمراً غير مسبوق لمديرى المستشفيات حصولهم على بيانات في موعدها (شهرياً) حول التقدم المتحقق الناتج عن اتباع منهج محسن في الرعاية الصحية العامة، ونرى أنه ساعد بدرجة كبيرة -مع استمرار التدخلات- في بناء التزام أوسع عبر وزارة الصحة العامة.



عيادة ريفية، جواتيمالا ٢٠٠٠

وتتطلب هذه الجهود شن حملات التعليم العام حول الآثار الخطيرة للإجهاض غير الآمن وأهمية السعي للحصول على رعاية ما بعد الإجهاض، والترويج لفتح نقاش عام أوسع حول قضايا الإجهاض، وتيسيير نفاذ النساء والرجال إلى الوسائل الفعالة والأمنة لمنع الحمل.

إن وفيات النساء بسبب مضاعفات الإجهاض غير الآمن، بين النساء اللاتي شملتهن الدراسة، هي الأكثر إثارة للقلق، نظراً لامكانية تجنبها، وتؤكد إحصاءاتها خطورة الموقف.<sup>(١)</sup> وفي المقابل، كان المعدل الكلي لوفيات النساء بين عامي ١٩٨٨-١٩٩٧ في الولايات المتحدة، حيث يبيح القانون الإجهاض الاختياري، يبلغ ٧،٠٠٠ من حالات الإجهاض.<sup>(٢)</sup> وحتى بعد مرور ١٨ شهراً من العمل المكثف وإجراء العديد من التحسينات، فإن خدمات رعاية ما بعد الإجهاض ذات المؤسسة الكاملة، واستمرارها، وكفالة توفر أدوات عمليات الشفط الهوائي اليدوي ووسائل لمنع الحمل، لا تزال تمثل تحدياً. فالمستشفيات لا تزال تعمل من أجل إدخال بند شراء أدوات عمليات الشفط الهوائي اليدوي في ميزانياتها السنوية، كما لا تزال وزارة الصحة العامة

اللائي يدخلن أغلبية مستشفيات الأقاليم في جواتيمالا. ونحن نأمل في أن النساء إذا عرفن أن بإمكانهن الذهاب إلى المستشفى للحصول على رعاية ما بعد الإجهاض، وأن بإمكانهن الوصول إلى المستشفيات دون تأخير، يمكن بسهولة منع المضاعفات أو الحيلولة دون تفاقمها. ومع ذلك، ليس لدينا حتى الآن الدليل على ذلك.

وفي غضون ذلك، واصلنا جهودنا الرامية إلى الارتقاء برعاية ما بعد الإجهاض، ونجحنا -مع حلول نهاية عام ٢٠٠٥- في التعاون مع جميع مستشفيات الأقاليم في البلد، والبالغ عددها ٣٣ مستشفى، علاوة على المستشفيين التعليميين في جواتيمالا. ومن الأهمية بمكان كفالة التنفيذ الكامل لخدمات رعاية ما بعد الإجهاض في أنحاء البلد كافة، وليس على مستوى المستشفى فحسب، بمعنى نقل تقديم رعاية ما بعد الإجهاض إلى المراكز الصحية أيضاً. ولا تزال هناك حاجة ملحة أيضاً إلى ربط النساء بخدمات الصحة الإنجابية وغيرها من الخدمات الصحية في المجتمع المحلي، والعمل على مستوى المجتمع المحلي لمنع الإجهاض غير الآمن والحمل دون تخطيط مسبق.

التدريب على رعاية ما بعد الإجهاض في المستشفيات تعد ذات قيمة عالية في البلدان التي تتشابه ظروفها مع جواثيملا، وبالتالي نأمل أن تشهد جهودنا المبذولة حتى الآن في تقديم خبرة ذات قيمة للأخرين.

### كلمات شكر

لم يكن من الممكن إصدار هذا المقال دون مشاركة أخصائيي الصحة الملتزمين في النظام الوطني للصحة في جواثيملا. ونود أيضًا أن نتوجه بالتقدير إلى المدربين بالمستشفيات - فرانشيسكو راميريز، ليوناردو أورتونو، كونسيبليو أريولا، روبرتو فلوريس، إيفانوفا رويز، ماريسول ساندوفال، ماريا دل روساريو تابيرا - لما بذلوه من جهد لا يكمل لدعم المستشفيات وتشجيعها على تبني تقديم رعاية ما بعد الإجهاض. وأخيرًا، فإننا نشعر بالامتنان لدعم مؤسسة إريك إ. وإديث هـ برجستروم، وخاصة جهد سارة جين هولكوب، في مراجعة المخطوطة الأصلية والتعليق عليها.

تعمل من أجل تعزيز مشترياتها من موائع الحمل، فضلاً عن تعزيز نظم التوزيع. وعلاوة على ذلك، ومع معرفة التغيرات التي تحدث في مواقع العاملين بالمستشفيات، هناك حاجة إلى إدخال تدريب رعاية ما بعد الحمل في التعليم الطبي الأساسي للأطباء والعاملين بالتمريض، واعتباره جزءاً لا يتجزأ منه. وقد بدأنا عملنا في هذا المجال من خلال التعاون مع المستشفيين التعليميين في البلد.

ونحن نأمل أن تقود زيادة التوسيع في برنامج رعاية ما بعد الإجهاض وزيادة إدراك تأثير مضاعفات الحمل على صحة النساء إلى تعزيز الالتزام<sup>(٢٧)</sup> بالبرنامج واستمراريته في المستقبل. على أن يبحث سبل نقل المعرفة والقدرة التكنولوجية، في مجال رعاية ما بعد الإجهاض، من مشروعات المستشفى الصغير إلى نظم وطنية كاملة بالمستشفيات لا يُعتبر حتى الآن أحد مجالات البحث المهمة. وتتجدر الإشارة إلى أن مشروعات

### المراجع:

1. World Health Organization. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Instances of Unsafe Abortion and associated Mortality in 2000. 4th ed. Geneva: WHO, 2004. At: <[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion\\_estimates\\_04/estimates.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion_estimates_04/estimates.pdf)>.
2. Johnson BR, Benson J, Bradley J, et al. Costs of Alternative Treatments for Incomplete Abortion World Bank Working Paper. Washington, DC: World Bank, 1993.
3. Hardy E, Herud K. Effectiveness of a contraceptive education program for post abortion patients in Chile. Studies in Family Planning 1975;6(7):188–91.
4. Postabortion Care Consortium Community Task Force. Essential Elements of Postabortion Care: An Expanded and Updated Model PAC Consortium. July 2002. At: <[www.pac-consortium.org/Pages/pacmodel.htm](http://www.pac-consortium.org/Pages/pacmodel.htm)>.
5. Billings D, Benson J. Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. Health Policy and Planning 2005;20(3):158–66.
6. Kohl R, Cooley L. Scaling up a conceptual and operational framework. A preliminary report to the MacArthur Foundation's Program on Population and Reproductive Health. Management Systems International, 2005.
7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe Final Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000. Guatemala: MSPAS, Marzo 2003.
8. Guatemala Penal Code Decree No.17-73, Art.133, 137, 1999.
9. Kestler E, Valencia L. Disponibilidad y Calidad de la Atención del Postabortion en Guatemala. Guatemala: Editorial F&G Editores, 2004.

10. Instituto Nacional de Estadística. Guatemala: proyecciones de población a nivel departamental y municipal por año o calendario, período 2000–2005. Guatemala: Instituto Nacional de Estadística, 2001.
11. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998–99. Guatemala: INE, MSPAS, USAID, UNICEF, DHS, 1999.
12. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Pué blicas. Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que Afectan sus Vidas Reproductivas. New York: CRLP, 1997.
13. Organizacióén Panamericana de la Salud. Mejorando la salud de los pueblos de las Américas. Perfiles baésicos de salud, resúmenes 1999. At: <[www.paho.org](http://www.paho.org)>.
14. Red de Servicios de Salud. Ministerio de Salud Pué blica, Repué blica de Guatemala, Publicacióén Interna. Guatemala: Unidad de Programacióén, Ministerio de Salud Pué blica, 2000.
15. Forna F, Gglmezoglu AM. Surgical procedures to evacuate incomplete abortion (Cochrane Review). In: The Reproductive Health Library, Issue 8, 2005. Oxford: Update Software Ltd. At: <<http://www.rhlibrary.com>>.
16. Farfan O, Kestler E, Abrego de Aguilar M, et al. Informacióén y consejería en planificación familiar postaborts Experiencia en cuatro hospitales de Centro América. Revista Centro-Americana de Ginecología y Obstetricia 1997;7(2):46–56.
17. Ministerio de Salud Pué blica y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala: Protocolos de Salud Reproductiva, 2003. p.21–6.
18. Ministerio de Salud Pué blica y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Guatemala: Guía de Manejo de Emergencias Obstétricas, 2005. p.66–9.
19. Ministerio de Salud Pué blica de Guatemala. Expandiendo Opciones en Salud Reproductiva. Diagnóstico para Identificar Intervenciones Prioritarias que Mejoren el Acceso y la Calidad de los Servicios Baésicos de Salud Materna en Guatemala. Geneva: World Health Organization, Panamerican Health Organization, 2002.
20. Prada E, Kestler E, Sten C, et al. Abortion and Postabortion Care in Guatemala: a report from health care providers and health facilities. Occasional Report. New York: Guttmacher Institute, 2005. No. 18.
21. Simmons R, Schiffman J. Scaling Up Reproductive Health Service Innovations: A Conceptual Framework. Paper prepared for the Bellagio Conference: From Pilot Projects to Policies and Programmes. 21 March–5 April 2003. November 2002.
22. Simmons R, Brown J, Díaz M. Facilitating large-scale transitions to quality of care: an idea whose time has come. Studies in Family Planning 2002;33(1):61–75.
23. Uvin P. Fighting hunger at the grassroots: paths to scaling up. World Development 1995;23(6): 927–39.
24. Gonzaé les F, Arteaga E, Howard- Grabman L. In: Burkhalter BR, Graham VL, editors. Scaling up the WARMI project: lessons learned mobilizing Bolivian communities around reproductive health. Arlington VA: USAID by the CORE Group, Washington DC and Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project, 1999.
25. Sternin M, Sternin J, David M. Scaling up a poverty alleviation and nutrition program in Vietnam. In: Marchione T, editor. Scaling Up, Scaling Down: Overcoming Malnutrition in Developing Countries. Australia: Gordon and Breach, 1999. p.97–117.
26. Bartlett L, Berg C, Shulman H, et al. Risk factors for legal, induced abortion–related mortality in the United States. Obstetrics & Gynecology 2004; 103:729–37.
27. Kestler E, Valéncia L, Del Valle V, Silva A. Calidad de la prestacióén de servicio en la atención postaborts en Guatemala. Unpublished paper, 2005.

# قواعد مرشدة حول الاعتبارات الأخلاقية في مسألة الاعتراض الضميري موقف الاتحاد الدولي لأمراض النساء والتوليد

## ترجمة عثمان مصطفى

قامت لجنة الجوانب الأخلاقية لصحة النساء والإنجاب في الاتحاد الدولي لأطباء أمراض النساء والتوليد بالنظر في الجوانب الأخلاقية للقضايا المؤثرة في تخصص التوليد وأمراض النساء وصحة النساء. وتمثل الوثيقة التالية نتيجة هذا النقاش الذي حظى ببحث دقيق وإمعان نظر. ولا تعكس هذه المادة الموقف الرسمي للاتحاد الدولي، ولكنها تقدم مادة للاعتبار والنقاش حول الجوانب الأخلاقية لتخصصنا موجهة للمنظمات الأعضاء والأفراد الأعضاء في تلك المنظمات.

© 2005 International Federation of Obstetricians and Gynecologists.

All rights reserved.

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الإنجابية ٢٠٠٦

### خاصة

١. يمثل الالتزام الأول لأخصائيي أمراض النساء والتوليد (الممارسين) في خدمة صحة المرأة الإنجابية ورفاهها. إن الممارسين الذين يجدون أنفسهم غير قادرين على تقديم الرعاية الطبية المفروضة لمريضاتهم لأنسباب تتعلق بضميرهم الشخصي يظلون متحمليين لمسؤولياتهم الأخلاقية تجاه أولئك المريضات. وعندما يشعر هؤلاء الممارسين بضرورة تقديم ما يملئه الضمير الشخصي على ما تميله مصلحة المريضة يحدث نوع من تضارب المصالح. ورغم أن تحاشي كل حالات التضارب هذه غير ممكن، فإنه من الممكن، عند تعدد ذلك، حلها بالإفصاح الواجب، أي أنه ينبغي على الممارس أن يعلم المريضة بالعلاج الذي يعترض على تفيذه لأسباب تتعلق بضميره الشخصي.

٢. على الممارسين واجب إعلام المريضات بكل الخيارات الطبية الممكنة لرعايتهن، بما في ذلك الخيارات التي يمتنع الممارسون عن الاشتراك فيها. وعندما تتجاوز المريضة إلى هذا الاختيار، يخضع الممارسون لإمرة إطار فيجو الأخلاقي لرعاية أمراض النساء والتوليد (١٩٩٤)، الفقرة ٤، والتي تنص على أنه: "لو لم يستطع الطبيب أن يقدم الخدمة الطبية المطلوبة لأسباب غير طبية، أو لم يرغب، فعلية/عليها بذلك كل جهد ممكن لتحويل المريضة إلى جهة مناسبة".

٣. للممارس الحق في اتخاذ الإجراءات الطبية أو الاعتراض على تفيذهها تبعاً لضميره الشخصي. ينبغي على الممارسين، بوصفهم مدربياً ومرخصاً لهم بمزاولة المهنة، أن يتزموا بتطبيق مفاهيم المهنة المتعلقة بعلم الطب والإنجاب، وألا يستبدلواها بتوصيف إجراءات أخرى قائمة على معتقداتهم الشخصية.

٤. عندما تكون هناك حالة طارئة لا يمكن الحفاظ فيها على حياة المريضة أو صحتها الجسمية أو العقلية إلا بإجراءات عادةً ما يمتنع الممارس عن تطبيقها، ولا يستطيع الممارس أن يحول المريضة في الوقت المناسب إلى ممارس غير معترض، ينبغي على الممارس أن يقدم حياة المريضة وصحتها وسلامتها فيقوم باتخاذ الإجراءات المفروضة أو المشاركة في تطبيقها.

## قواعد مرشدة

١. الواجب الأخلاقي الأول لأخصائيي أمراض النساء والتوليد ("الممارسين" فيما بعد) في كل الأوقات هو علاج المريضات اللاتي يتولون مسؤولية رعايتها، أو إفادتها، أو منع الضرر عنهن. أي اعتراض ضميري على علاج المريضة ينبغي أن يأتي تاليًا لهذا الواجب الأول.
٢. إفادة المريضة ومنع الضرر عنها يتطلب أن يقدم الممارس للمريضة الخدمات الطبية في الوقت المناسب، بما في ذلك المعلومات حول خيارات الإجراءات الطبية الممكنة لرعايتها، وأى من تلك الإجراءات يعرض الممارس على المشاركة فيه لأسباب تتعلق بضميره الشخصي.
٣. على الممارسين واجب مهنى بالالتزام بالتعريفات المحددة علمياً ومهنياً لخدمات الصحة الإنجابية، وممارسة الرعاية وأمانة لا يسيئوا عرض تلك التعريفات أو توصيفها على أساس من معتقداتهم الشخصية.
٤. للممارسين الحق في احترام قناعاتهم الأخلاقية فيما يتعلق بالقيام بالإجراءات القانونية أو عدم القيام بها، وفي لا يعنوا من التمييز على أساس قناعاتهم.
٥. يتطلب حق الممارسين في احترام خياراتهم المتعلقة بالإجراءات الطبية التي يشاركون فيها أن يحترموا اختيارات المريضات في إطار الخيارات الطبية المتاحة لرعايتها.
٦. للمريضة الحق في التحويل الأمين إلى ممارس لا يعترض على تطبيق إجراءات الرعاية الطبية المطلوبة لها عندما يعرض الممارس المتابع لحالتها على تطبيقها. الإحالات إلى خدمة طبية ما لا يمثل اشتراكاً في أي إجراءات يتفق عليها بين المريضة والممارس الذي تم تحويلها إليه.
٧. على الممارس أن يقدم الرعاية في الوقت المناسب لمريضته عندما لا يكون التحويل إلى ممارس آخر ممكناً ويكون هناك احتمال أن يؤدي التأخير إلى تعريض صحة المريضة وسلامتها للخطر، كما يحدث عندما تمر المريضة بحالة حمل غير مرغوب فيه (انظر تعريف فيجو للحمل، وتوصيات حول القضايا الأخلاقية في التوليد وأمراض النساء، نوفمبر ٢٠٠٣، ص. ٤٣، والذي ينص على أن الحمل "يبدأ بغرس البويضة الملقحة في رحم المرأة").
٨. في الحالات الطارئة، ومن أجل الحفاظ على حياة المريضة أو صحتها الجسدية أو العقلية، ينبغي على الممارس أن يقدم الرعاية الطبية المطلوبة وفقاً لخيار المريضة بغض النظر عن اعتراضات الممارس الشخصية.

لندن، مارس ٢٠٠٥  
Web: [www.figo.org](http://www.figo.org)

# أطلال

## الأبحاث الازمة لتحديد الإستراتيجيات الفعالة لتحسين أداء العاملين في مجال الصحة

الأداء غير المناسب للعاملين في مجال الصحة مشكلة شائعة تنشأ عن التفاعل المعقّد للعوامل التي تشمل مستويات المعرفة، والمهارات، والراتب، والمكانة، وطبيعة الأمراض، ونوعية المنشآت، والفساد. وفي البلاد المنخفضة ذات الدخل المنخفض والمتوسط على نحو خاص، تسهم الممارسات السيئة للعاملين في مجال الصحة في عدم استفادة السكان المعرضين للخطر بالقدر المطلوب، وهو ما يؤدي وبالتالي إلى عدم الاستقادة الكافية من تدخلات إنقاذ الحياة. ولابد من فهم ضعف الأداء فهـما صحيحاً لمعالجته، وتشير الدراسات إلى أن نشر القواعد الإرشادية المكتوبة وحده غير فعال في أغلب الأحيان في تحسين الأداء، بينما الإشراف والمراجعة مع التغذية الارتجاعية أكثر فاعلية بصفة عامة. وتتأثر الحلقات التدريبية وورش العمل متباعدة، لكنها أكثر فاعلية عندما تتم مع المجموعات الصغيرة، وبالتركيز على موضوعات محددة، وباستخدام مناهج التعليم التفاعلي. ومن المرجح أن تكون التدخلات متعددة الأوجه أكثر فاعلية من التدخلات المفردة، ولكن القليل من التدخلات جرى تقييمه التقييم الصحيح لمعرفة فاعلية التكاليف. ولابد من وجود المزيد من البحث بشأن محددات الأداء وفاعلية الإستراتيجيات المحددة لتحسينه. وبعد ذلك لابد من ترجمة هذا البحث إلى عمل لتحسين أداء العاملين في مجال الصحة وبالتالي الصحة نفسها.<sup>(1)</sup>

- (1) Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, et al. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? [Review]. Lancet 2005; 366: 1026-35
- \*\*\*\*\*

## "التحديات الكبرى" لجيتس في الصحة الكونية تقوم على فرضية مغلوطة

وفرت مؤسسة بيل وميلندا جيتس ٢٠٠ مليون دولار في صورة منح بحثية لمن يعملون على حل المشاكل الصحية في العالم النامي. ويشمل ١٤ "تحدياً كبيراً" مقسمة إلى سبعة أهداف منها: تحسينات في التطعيم، وتقديم حلول لتعذية القراء، والقضاء على الأمراض الجرثومية، ومعالجة الالتهابات، وتحسين السياسات الصحية. ومطلوب من الباحثين البحث عن حلول علمية وفنية خالصة، بالرغم من وجود أدلة على أن التدخلات الفنية ذات كفاءة محدودة عندما لا تصاحبها إجراءات للحد من عدم المساواة وتحسين الإسكان والصرف الصحي والتغذية. ولا تعرف التحديات بأن التدخلات القائمة الثابتة من أجل الوقاية من الأمراض ومعالجتها لا يُستفاد منها الاستقادة الواجبة في الوقت الراهن نتيجة لأنظمة الصحية غير المتطورة. ويحاول هذا المقال إثبات أن التمويل المتاح للبحث سوف يستخدم أسوأ مما هو الحال حالياً في اعتباره كل العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية وكذلك العلمية، وإلى أي حد يكون لكل منها أثره على الوضع الصحي. ولا تقتضي المقاربة الفعالة للصحة الإرادة السياسية لمعالجة القضايا المحلية فحسب، بل كذلك القضايا الكونية الخاصة بالتجارة الدولية والاستغلال الاقتصادي الذي يعيق قدرة الحكومات على تحسين بلادها الاجتماعية وخدمات الرعاية الصحية فيها.<sup>(1)</sup>

- (1) Birn AE. Gates's grandest challenge: transcending technology as public health ideology. Lancet, 2005; 366:514-19.

## **الوظائف المزدوجة للمهنيين الصحيين**

يشير في الأماكن قفيرة الموارد ازدواج الوظائف في قطاعي الصحة العام والخاص بالنسبة للأطباء وغيرهم من المهنيين الصحيين، مما يعكس محدودية موارد القطاع العام، انخفاض المرتبات، ومحدودية القدرة الحكومية على تنظيم الممارسة. وفي بنجلاديش على سبيل المثال، يضيق الأطباء الذين يعملون في الحكومة دخلهم بهذه الطريقة. وفي الدول الإفريقية الناطقة بالبرتغالية، كان لدى ثلثي أطباء القطاع العام الذين أجريت معهم مقابلات أنشطة أخرى مولدة للدخل. ويتراوح تنظيم الممارسة بين الحظر في كندا والسماح الصريح بالعمل في القطاعين في فرنسا وألمانيا والمملكة المتحدة. وفي الصين وتايلاند ليس مسموحاً بالممارسة، غير أنها منتشرة وغير مقيدة. والميزة التي يستفيد منها القطاع العام هي أن زيادة الدخل تساعد على الاحتفاظ بالعاملين المهرة. ومع ذلك فمن الممكن أن تؤدي الممارسة كذلك إلى اختلاس الموارد العامة الشحيحة إلى القطاع الخاص، مثل الاستفادة من المنشآت والعقاقير وموظفي الدعم. وفي تايلاند، هناك أدلة على أن أصحابي العيون والظامان يفعلون ذلك. وقد يحول الأطباء المرضى إلى القطاع الخاص، وهو ما يوجد دليلاً عليه في بيرو وزيمبابوي. وإذا كان الأطباء يتغيبون في أغلب الأحيان عن القطاع العام، فإن أوقات الانتظار وقوائم الانتظار في القطاع العام تطول. والتنظيم من خلال العقود الحصرية أو الأجور المرتفعة أحد الخيارات السياسية. والدليل لذلك هو إمكان اعتبار ازدواجية الوظائف حلاً ضرورياً للقيود المؤسسية، والهيكل التنظيمي الحكومي الضعيف، والقدرة المحدودة للقطاع العام على تلبية توقع الدخل الخاصة بالأطباء، والتفاعل بين قوى السوق والموارد البشرية. ولا بد من وجود درجة من التنظيم الذاتي المهني.<sup>(1)</sup>

- (1) Jan S, Bian Y, Jumpa M, et al. Dual job-holding by public sector health professionals in highly resource-constrained settings: problem or solution? *Bulletin of World Health Organization* 2005;83 (10):771-76.
- 

## **الصحة وحقوق الإنسان والإسلام في السياسة الصحية اليمنية**

الصحة وحقوق الإنسان والإسلام أمور مكملة لبعضها. وليس الأمر هو عدم وجود أساس دينية لمعارضة مقاربات حقوق الإنسان لقضايا الصحة العامة في الدول التي يغلب عليها الإسلام فحسب، بل إن العمل القائم على الحقوق الذي يحسن الصحة العامة ضروري للتنمية الاقتصادية واستقلال البلد في العالم الإسلامي. ويعارض هذا المقال الدعاوى القائلة بأن حقوق الإنسان مفهوم سياسي غربي على نحو خاص يتعارض مع الشريعة الإسلامية، وأنها بمثابة غطاء للعولمة التي يسيطر عليها الغرب. وتتطلب حقوق الإنسان بالأحرى أن يكون للناس قدرة على المشاركة في تحديد سياسة الدولة، وقد وجدت تلك المفاهيم صدى بين الشعوب المسلمة. واليمن بما فيه من خصوبة مرتفعة، مع انخفاض في معدل استخدام وسائل منع الحمل، وارتفاع في نسبة وفيات الأمهات، واستخدام محدود لرعاية ما قبل الولادة أو الرعاية الماهره عند الولادة، يعد نموذجاً للبلد الذي يمكن لنسائه الاستفادة من السياسة الصحية القائمة على الحقوق وتعترف بأن انتهاك حقوق الإنسان، بما في ذلك العنف ضد النساء في المجال الخاص والقيود المفروضة على حصول النساء على الخدمات الصحية في المجال العام، يقلل فاعلية السياسات الصحية العامة.<sup>(1)</sup>

- (1) Chase AT, Alaug AK. Health, human rights and Islam: a focus on Yemen. *Health and Human Rights* 2004;8(1):114-137.  
Round Up: Law and Policy/Reproductive Health Matters 2006;14(27):207-212.

## **المداومة على تدريب عضلات قاع الحوض لتقليل سلس البول**

تعاني ما بين ٢٠ و٣٠٪ من النساء من سلس البول ما بعد الولادة، وتعاني ٥٪ من سلس البراز. وتتفاوت طريقة التعامل، ولكن تمرينات عضلات قاع الحوض تلقى التشجيع في العادة. وفي هذه الدراسة جرت مقارنة النساء اللائي يعانيين من سلس البول وأعطين وصفاً موجزاً لتدريب عضلات قاع الحوض، مع مجموعة أُعطيت توجيهًا أكثر تفصيلاً على مدى خمسة وسبعة وتسعة شهور بعد الولادة، حيث استُكمِل ذلك بتدريب المثانة على مدى سبعة وتسعة أشهر. وأبدت مجموعة الدراسة تحسناً كبيراً مقارنة بالمجموعة الضابطة في كل من سلس البول (٦٪ مقابل ١٩٪) وسلس البراز (٤٪ مقابل ١١٪) في سنة واحدة. ومع ذلك فإنه بالنسبة لـ ٥٦ امرأة اللائي جرى تقييمهن من خلال متابعة استمرت ست سنوات، فإن ذلك التحسن لم يستمر. ولم يكن هناك فرق بين المجموعتين، حيث زاد السلس بصورة عامة في المجموعتين. وعلى المدى القصير، شجع التدخل الفعال المزيد من النساء على أداء تمرينات عضلات قاع الحوض (٥٥٪ مقابل ٨٣٪) ولكن هذه النسبة هبطت إلى ٥٠٪ في المجموعتين على المدى الطويل. وهكذا فإن النساء اللائي كن يعانيين من سلس البول بعد ثلاثة أشهر من الولادة كن مازلن يعانيين منه بعد ذلك بست سنوات.<sup>(١)</sup>

- (1) Glazener CMA, Herbion GP, MacArthur C, et al. Randomised controlled trial of conservative management of postnatal urinary and faecal incontinence: six year follow up. BMJ 2005;330(7487):337.

## **تقدير عدد عمليات الإجهاض السري؛ بوركينا فاسو**

في هذا المسح الذي شمل ٩٦٥ امرأة في سن الإنجاب في واجادوجو ببوركينا فاسو في عام ٢٠٠١، استخدمت الباحثات فاعلية "أسلوب المؤوث بهن" لجمع بيانات كمية عن الإجهاض السري. ويشبه هذا الأسلوب أسلوب الأختية المستخدم لتقدير وفيات الأمهات. وقد طلبت الباحثات من المستجيبات حصر قريباتهن وبيان ما إذا كانت أي منهن قد أجري لها إجهاض قصدى خلال السنوات الخمس السابقة. وطبقاً للبيانات التي جمعت بهذه الطريقة، كانت هناك ٤٠ عملية إجهاض قصدى بين كل ألف امرأة تتراوح أعمارهن بين الخامسة عشرة والتاسعة والأربعين في واجادوجو سنوياً، و٦٠ بين كل ألف امرأة تتراوح أعمارهن بين الخامسة عشرة والتاسعة عشرة. وقد تلت من عمليات الإجهاض التي أبلغ عنها آثار صحية ضارة، وتلتقت ١٤٪ العلاج في المستشفى. وعند تقييم هذه النتائج مقارنةً بالمدينة كل، كان التقدير هو أن مستشفياتها تعالج حوالي ألف حالة مضاعفات إجهاض في السنة. وقورنت هذه الإحصائيات ببيانات المستشفى الفعلي الخاصة بالمدينة كل، وهو ما أظهر أن ٩٤٪ امرأة أدخلت مستشفيات في المدينة للعلاج من مضاعفات ما بعد الإجهاض في عام ٢٠٠١. وكان نجاح هذا الأسلوب في جمع البيانات يعود في المقام الأول إلى استعداد النساء للحديث عن عمليات إجهاض النساء الآخريات. وربما تثق النساء في عدد من الأشخاص الذين يصبحون مشاركين في تقرير السعي للإجهاض أو مساعدة النساء في الوصول إلى شبكة أوسع من النساء كي يجدن من يوفر لهن الإجهاض.<sup>(١)</sup>

- (1) Rossier C., Guiella G, Oue'draogo A, et al. Estimating clandestine abortion with the confidants method - results from Ouagadougou, Burkina Faso. Social Science and Medicine 2006(62):254-66.

## **إلغاء رسوم الاستخدام في إفريقيا:**

تعتبر رسوم الاستخدام هي أكثر أشكال تمويل الرعاية الصحية ارتداً حيث تفرض على الأسر الفقيرة تكالفة لا يمكنهم تحملها. وحتى عندما تكون الرسوم منخفضة، فإنها تسهم في العلاج الذاتي غير الملائم (وغير الوافي) وقد تمثل حاجزاً يحول دون استخدام المرافق الصحية. ومع ذلك، يتطلب إتمام إلغاء رسوم الاستخدام نوعاً من الحذر حيث أنها سوف تسبب على الأرجح في زيادة كبيرة ودائمة لاستخدام الخدمات. وبالتالي توجد حاجة إلى زيادة مستويات التمويل المتاحة للرعاية الصحية، سواء عن طريق إلغاء الدين وتحسين معدل التبادل التجاري وزيادة دعم الممولين (على الرغم من هذا الأمر لا يمكن الاعتماد عليه) أو من آلية مصادر أخرى للتمويل الداخلي والتي تعتبر دائمة ومنصفة. كما يمكن اعتماد عدد من الاستراتيجيات دعماً لـ تغيير السياسة باتجاه إلغاء رسوم الاستخدام. ويتضمن ذلك تخصيص مهمة تسيير إلغاء رسوم الاستخدام والأعمال وثيقة الصلة لجهة حكومية محددة وفتح الحوار مع العاملين الصحيين والمديرين حول ما يتضمنه تغيير السياسة، وإتاحة التمويلات الجديدة محلياً، مع خلق الوعي الشعبي وتحطيم الموارد لزيادة الاستخدام، وتحسين عملية الوصول الفعلي إلى الخدمات وتوفير نظام مراقبة مناسب.

1. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care in Africa: the need for careful action. BMJ 2005;331:762-65.

## **رعاية ما بعد الإجهاض وتوفير وسائل منع الحمل؛ بتزانيا وأمريكا اللاتينية**

تحتاج العديد من النساء في تزانيا إلى علاج المضاعفات التي تنتج عن الإجهاض غير الآمن، كما توجد حاجة إلى توفير وسائل منع الحمل الملائمة لرعاية ما بعد الإجهاض وذلك لتجنب حدوث مزيد من الأحمال غيرها لمرغوب فيه، والإجهاض غير الآمن. وفي هذه الدراسة قامت ممرضات تلقين تدريباً خاصاً بتقديم المشورة حول وسائل منع الحمل إلى ١,٣٥٦ امرأة ممن تقدمن إلى ١٣ مستشفى في تزانيا للعلاج من الإجهاض غير المكتمل. كانت هناك نسبة تقبل عالية لوسائل منع الحمل بين غالبية النساء، وعندما غادرن المستشفيات كانت غالبية النساء قد حصلن على وسيلة لمنع الحمل، ٩٣٪ من نساء الحضر و٧١٪ نساء الريف. وقد لا توفر المستشفيات التي تديرها الكنيسة الكاثوليكية أو تملكها وسائل منع الحمل الحديثة وينبع التفكير في ضرورة أن تقدم بدائل لأماكن تقديم الوسائل. وتوصلت استعراض لعشرين دراسات حول المراكز التي قوم بتقديم رعاية ما بعد الإجهاض في منشآت الصحة العامة في سبع دول بأمريكا اللاتينية على مدار أحد عشرة سنة (حتى عام ٢٠٠٢) إلى أن العلاج السريع لمضاعفات الإجهاض غير الآمن عن طريق استخدام جهاز الشفط اليدوي ومسكنات الآلام التي يمكن توازيرها بالعيادات الخارجية يمكنه إنقاذ حياة النساء وخفض تكاليف خدمات الرعاية الصحية. ومع ذلك، حتى مع وجود خدمات جيدة لرعاية ما بعد الإجهاض، ما زال الإجهاض غير الآمن يشكل خطراً كبيراً، وبعد توفير خدمات قانونية للإجهاض اختياري ضروريًّا لخفض حدوث مضاعفات الإجهاض إلى حد كبير وإنقاذ حياة الكثيرات.

1. Rasch V, Yambesi F, Kipingili R. Scaling up post-abortion contraceptive service - results from a study conducted among women having unwanted pregnancies in urban and rural Tanzania. Contraception 2005;72:377-82.
2. Billings DL, Benson J. Post-abortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. Health Policy and Planning 2005;20(3):158-66.

## **النساء الأفقر فرعن أقل للوصول إلى رعاية الصحة الإنجابية، الولايات المتحدة**

تناول مسح حول الوصول إلى الخدمات الصحية بين ٢,٧٦٦ سيدة في الولايات المتحدة، المعوقات التي تحول دون وصول النساء إلى الرعاية الصحية، وتکاليف الرعاية الصحية والتأمين الصحي والعلاقة مع مقدمي الرعاية الصحية ودورهم في الحفاظ على صحة الأسرة. فيما يتعلق بقضايا الصحة الجنسية، أوضح المسح أن أقل من ثلث النساء تحدثن مع طبيب حول أمور الصحة الجنسية. وقام عدد قليل من الأطباء بإدخال تعزيز الصحة أو النصائح الوقائية في محادثاتهم مع المريضات على الرغم من أن مثل هذه المعلومات يمكن أن يكون لها أثراً كبيراً على الصحة الإنجابية للنساء.

أما بالنسبة لمجالات الرعاية الصحية الأخرى، فقد كانت احتمال وصول النساء ذوات الدخول المنخفضة إلى خدمات الصحة الإنجابية أقل مقارنة بالنساء ذات الدخول الأعلى. كانت احتمالات زيارة أطباء النساء والتوليد - في العام السابق على المسح - أقل بين النساء ذوات الدخول الأقل والصحة الأضعف. أما احتمالات إجراء هؤلاء النساء لمسح عنق الرحم فكانت أقل بدرجة كبيرة مقارنة بالنساء ذوات الدخول الأعلى أو اللاتي لديهن تأمين طبي خاص.

1. Salganicoff A, Ranji UR, Wyn R. Women and health care, a national profile: key findings from the Kaiser Women's Health Survey. Kaiser Family Foundation. July 2005. At: <http://www.kff.org/womenshealth/upload/Women-and-Health-Care-A-National-Profile-Key-Findings-from-the-Kaiser-Women-s-Health-Survey>.
- 

## **دراسة إثنوجرافية حول النساء المصريات أثناء الولادة**

تتبر جودة الرعاية التي تتلقاها النساء الحوامل مقياساً هاماً لأي نظام رعاية صحية وتعتمد على فلسفة من يقدم الخدمة. ولقد قامت هذه الدراسة الإثنوجرافية باستكشاف الرعاية المقدمة أثناء الوضع للنساء المتوقعات ولادات طبيعية في مستشفى مصرى. تضمنت الدراسة ملاحظة النساء اللاتي تلدبن ومقابلات معهن بعد الولادة بوقت قصير. ولقد تألفت البيانات من ثلاثة أفكار رئيسية: الجودة الفنية لرعاية المستشفى، وخبرة الولادة بالمستشفى والذى تقابلت على نحو سلبي مع خبرات الولادة بالمنزل، ومدى "تقديم العون من القلب". وتعبر هذه الأخيرة عن طريقة الولادة المفضلة للنساء. وقام المؤلفون بإلقاء الضوء على الحاجة إلى إدراك التباين فى "المعرفة والمعتقدات والقيم" بين مستخدمات خدمات رعاية الأمومة ومقدميها، وإيجاد طرق للتوفيق بين الجوانب الإيجابية للطرق المتعددة لكيفية رؤية الولادة، مع نبذ إغراء تصوير أي من النماذج الموجودة بشكل رومانسي. وقد يقدم مفهوم المساعدة الماهرة من القلب وسيلة لهذه الغاية. بعبارة أخرى، ينبغي أن تُمنع النساء أفضل ما يمكن أن تمنحه التقنية الغربية بالإضافة إلى الرعاية التقليدية واحترام الفرد المتجلسان في تقاليد الولادة في المنزل المعروفة في العالم العربي. وسوف يتطلب ذلك الأمر تغيير الموقف نحو طبيعة الولادة الطبيعية مع الاتجاه نحو رعاية الأم الحامل وبذل الجهد الوعي من أجل تمكين كل من مقدمي رعاية الأمومة والأمهات اللاتي تلدبن.

1. El-Nemer A, Downe S, Small N. "She would help me from the heart": an ethnography of Egyptian women in labour. Social Science & Medicine 2006;62:81-92.

## **استخدام الباحثين المعاونين في التوعية حول استراتيجيات الأمومة الآمنة في نيبال**

تعتبر متابعة مقدمي المعلومات الأساسية آلية تُستخدم في جمع المعلومات من السكان باستخدام الباحثين الأقران من داخل هذه المجموعة السكانية، وهي مقاربة مفيدةً بشكل خاص في المجتمعات شديدة الطبقية حيث يميل المستجيبون إلى التحدث بحرية مع باحثين من قلب مجتمعهم.

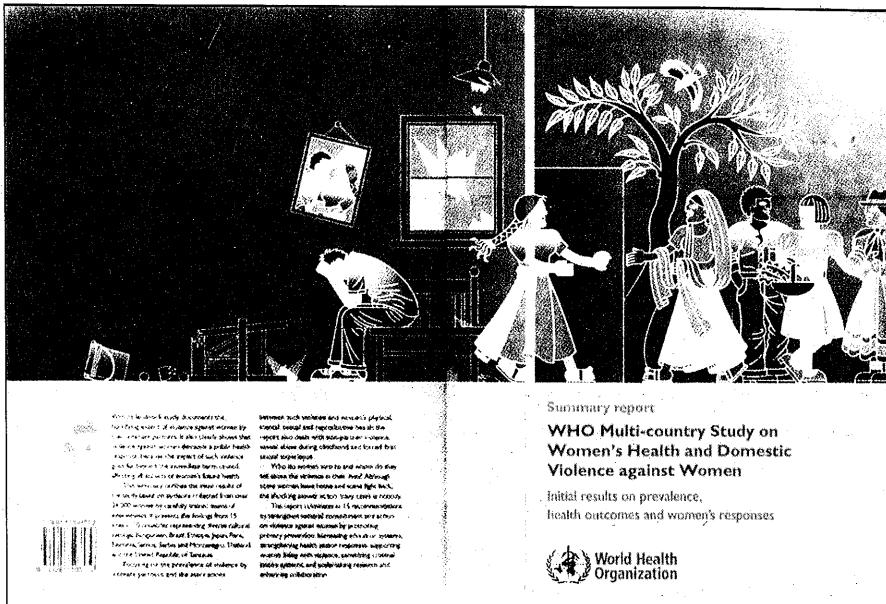
واستخدم مشروع نيبال للأمومة الآمنة هذا المدخل لتصميم استراتيجية للأمومة الآمنة، وتقدير تأثيراتها فيما بعد وذلك باستخدام ٧٢ باحثة يمثلن مجتمعهن المحلي. وقد ركزت المقابلات على إدراك النساء للحواجز التي تعوق خدمات رعاية الولادة، وجودة خدمات التوليد، وقدرة النساء على اتخاذ القرار، ونتيجة للمسح الأولي، تم تطوير حملات توعية حول علامات الخطر خلال فترة الحمل، وعمل دورات تدريبية للمعالجين التقليديين بهدف تحسين سلوكيات البحث عن الصحة. وتم التصدى لتدني جودة الرعاية عبر تغيير البيئة المادية، وتدريب مقدمي الخدمة على شرح العلاج وتقادري التمييز. كما تم تحسين وسائل المواصلات. وتم إنشاء صناديق الطوارئ لدعم وصول النساء للخدمات، ولقد تم إجراء محاولة لتطوير قدرة النساء على اتخاذ القرار والموافق المستقلة، خصوصاً من خلال جماعات خدمة المجتمع (المجموعات المحلية). وبمضي عام، زاد اللجوء إلى العاملين الصحيين للأمومة والطفولة للمساعدة في إجراء الولادات، لكن ما زال العديد من النساء يفضلن الولادة بالمنزل بمساعدة قابلات غير الماهرات. كما ازدادت المعرفة بعلامات الخطر مما نتج عنه اتخاذ المعالجين التقليديين قرارات مبكرة عن ذي قبل للذهاب إلى المراقب الصحية وإحاله المزيد من الولادات الصعبة إلى المستشفيات.

ولقد أدى برنامج المواصلات في كل منطقة إلى تيسير نقل النساء في حالات الطوارئ أكثر يسراً، وعلى الرغم من ذلك فضلت النساء "سلة الخيزران" عن السيارة الجيب بسبب سوء أحوال الطرق وصعوبة الصعود إلى السيارة الجيب. وكان لا يزال هناك حواجز نقل وخصوصاً للنساء من الطبقات الدنيا اللاتي لا يمكن أن ينقلن الرجال من الطبقات الأعلى، وعلى الرغم من أنه تم توفير تمويل الطوارئ في جميع المناطق إلا أن النساء لا تزلن في حاجة إلى إذن أزواجهن للحصول على قروض من هذا التمويل. كما ذكرت المقابلات أن تحسين المراقب في العيادات كوجود غرفة خاصة للفحص الطبي وتوفير الستائر ووجود أكثر تواتراً للعاملين وعدم التمييز الطبقي أدى زيادة الثقة لكل في العاملين الصحيين وتحسين ملحوظ في نوعية الرعاية المقدمة.

ولقد كان هناك زيادة مستمرة في عدد النساء اللاتي يفنن عن لجوئهن لرعاية ما قبل الولادة والتحدث عن مشكلاتهن مع أزواجهن. لكن احتمالات حصول النساء في الأسر المشتركة على مساعدة أزواجهن في أعباء المنزل كانت أقل مقارنة بالزوجات في الأسر النووية. ولم تقدم الحماوات دعماً كبيراً في عملية اتخاذ القرار حول صحة الحوامل. ولقد ازداد استقلال مجموعات النساء واحترام المجتمع الأكبر لهن، ولكن حيث وجد أعضاء من الرجال في مجموعة، كان يتم تجاهل النساء في عملية اتخاذ القرار. ولقد عملت الباحثات أنفسهن دوراً مفيدةً سواء عبر كونهن مصدر للمعلومات، أو كمحفزات لعملية التغيير، من خلال دورهن في رفع الوعي حول القضايا الأساسية. ولقد قامت هذه الدراسة بتدعيم نجاح استراتيجية متابعة مقدمي المعلومات الأساسية كأداة لتصميم الاستراتيجيات وتحقيق التغيير.

1. Price N, Pokharel D. Using key informant monitoring in safe motherhood programming in Nepal. Development in Practice 2005;15(2):151-64.

# مطبوعات



## صحة النساء والعنف الأسري ضد النساء: دراسة متعددة البلدان النتائج الأولية حول مدى الانتشار، والنتائج الصحية، واستجابات النساء كلوديا جارسيما مورينو، هنريكا جانسن، ماري إليسبرج وآخريات. منظمة الصحة العالمية

تبحث هذه الدراسة حول العنف الأسري العنف الذي يمارسه الشركاء الحميمون، وعنف غير الشركاء، والإساءة الجنسية في الطفولة، والممارسات الجنسية الأولى القسرية والارتباط بين هذا العنف وبين صحة النساء الجسدية، والعقلية، والجنسية والإنجابية. وتعرض النتائج من 15 موقعًا في عشرة بلدان، وهي أكبر دراسة تمت حتى الآن حول العنف ضد النساء. وقد وجدت الدراسة أن العنف ضد النساء يتطلب استجابة على مستوى الصحة العامة، حيث أن تأثير العنف يتتجاوز الضرر الفوري. يقدم التقرير 15 توصية حول كيفية تقوية الالتزام والعمل على المستوى الوطني لمواجهة العنف ضد النساء.

**متوفّر في:**

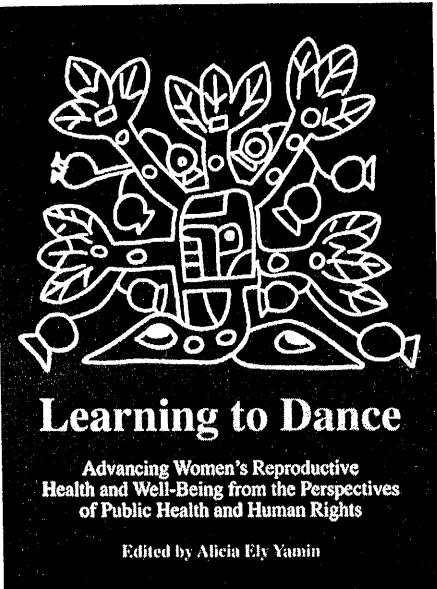
Department of Gender, Women and Health

WHO

Geneva, Switzerland

e-mail: bookordres@who.int

Web: <www.who.int>



**تعلم الرقص: تحسين صحة النساء الإنجلابية ورفاهيتهن من منظور الصحة العامة وحقوق الإنسان**  
أليشا إيلي يمين، محررة، ٢٠٠٥

يضم هذا الكتاب ست دراسات حالة تتعلق بتجارة الجنس، والأشخاص النازحين داخلياً، والحصول على الرعاية الصحية، والعنف القائم على النوع، ووفيات الأمهات، والتوجه الجنسي. وكل دراسة يحللها خبير في الصحة العامة وخبير في حقوق الإنسان بهدف تعزيز فهم الطريقة التي يمكن بها للمجالين أن يعملاً معًا على نحو أفضل للتعامل مع انعكاسات تدخلات الصحة الإنجلابية على حقوق الإنسان، ومن أجل تعزيز وضع القوانين والسياسات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجلابية انتلاقاً من حقوق الإنسان.

**متوفر في:**

François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights  
Harvard School of Public Health, Boston, USA  
Web: <[www.hspf.harvard.edu/fxbcenter/Harvard\\_Series\\_.htm](http://www.hspf.harvard.edu/fxbcenter/Harvard_Series_.htm)>

\*\*\*\*\*

### **أسطوانة مدمجة تضم وثائق ومحفوظات المواقع الإلكترونية**

إدارة الصحة والأبحاث الإنجلابية، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٥. وتشمل مجالات العمل الموضوعية الخاصة بالإدارة: الترويج لتنظيم الأسرة، وجعل الحمل أكثر أمناً، والحد من الأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي والتهابات الجهاز التناسلي، ومنع الإجهاض غير الآمن، ومراقبة وتقييم الصحة الإنجلابية. وتضم هذه الأسطوانة المدمجة وثائق ومحفوظات المواقع الإلكترونية ذات الصلة بهذه الموضوعات.

**وهي متوفرة في:**

WHO RHR  
Web: <[www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health)>

## قائمة المصطلحات:

|  |   |
|--|---|
| Abstinence   | الإمتناع عن ممارسة الجنس                        |
| AIDS   | متلازمة نقص المناعة البشرية (الإيدز)            |
| Algorithm  | الخوارزميات - العمل وفق خطوات متسلسلة           |
| Antiretrovirals  | مضادات الفيروسات القهقرية                       |
| CD4  | *الخلايا المقاوية الثانية*                      |
| Condom   | الواقي الذكري                                   |
| Confidence interval (99%CI 731-787)                                | معدل الثقة للفرضية الإحصائية عند احتمال ٩٩%     |
| Emergency obstetric care (EmOC)                                    | رعاية الحمل في حالات الطواريء                   |
| Empirical evidence   | الأدلة الإمبريقية (التجريبية)                   |
| Episiotomy   | شق العجان                                       |
| FIGO (International Federation for Obstetrician and gynecologists) | الاتحاد الدولي لأطباء أمراض النساء والتوليد     |
| Hepatitis B and C  | الالتهاب الكبدي الوبائي بي و سي                 |
| High activity Antiretrovirals (HAART)                              | العلاج مرتفع الفعالية للمضاد للفيروسات القهقرية |
| HIV  | فيروس نقص المناعة البشرية                       |
| Implantation of the conceptus                                      | غرس البويضة الملتحمة في الرحم                   |
| Induced Abortion   | الإجهاض العمدى (المستحدث)                       |
| Manual vacuum Aspiration (MVA)                                     | الشفط الهوائي اليدوى                            |
| Midwife  | قابلة   |
| Mother-To-Child Transmission (MTCT)                                | انتقال (الفيروس) من الأم للجنين                 |
| Perinatal mortality rate   | وفيات ما حول الولادة                            |
| Pills  | أقراص منع الحمل                                 |
| Post-abortion care   | رعاية ما بعد الإجهاض                            |
| Professional Aptitude Certificate                                  | شهادة احتراف                                    |
| Promiscuity  | الإباحية  |
| Q Square   | كاي تربيع                                       |

\* نوع من خلايا الدم البيضاء تموت أو تتضعف أثناء عدوى فيروس نقص المناعة البشرية. وتقوم هذه الخلايا عادة بتنسيق الاستجابة المناعية، وإعطاء الإشارة لخلايا الجهاز المناعي الأخرى للقيام بوظائفها الخاصة. ويعتبر تدمير هذه الخلايا السبب الرئيسي للعوز المناعي الذي يحدث في الإيدز، ويعود انخفاض مستوياتها أفضـل مؤشر على الحالة المرضية للمصابين.

|  |  |
|--|--|
| Regression analysis                    | التحليل الإحصائي                                 |
| Placenta                               | المشيمة  |
| Sector- wide approaches(SWAP)          | المقاربة الشاملة للقطاع                          |
| T.B                                    | مرض الدرن  |
| TBAs                                   | المولادات الشعبية (الدایات)                      |
| TB-DOTS Direct Observational Treatment | استراتيجية الملاحظة المباشرة لعلاج الدرن         |
| Strategies.                            | البرنامج المشترك لوكالات الأمم                   |
| UNAIDS                                 | المتحدة حول فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز |
| USAID                                  | وكالة التنمية الدولية الأمريكية                  |
| Uterine prolapse                       | السقوط الرحمي                                    |
| VCT (Voluntary counseling and testing) | المشورة والإختبار الطوعيين                       |
| Viral Load                             | الحمل الفيروسي                                   |