تقييم خدمات تنظيم الأسرة*

"العيادات المتنقلة"

نادية حليم**

تتعدد جهود ومنافذ تقديم خدمات تنظيم الأسرة. ويتناول التقرير تقييما لأحد هذه الخدمات وهو العيادات المتنقلة، وهو التقرير الأول فى سلسلة أبحاث تتناول باقى البرامج، وبهدف إبراز جوانب القوة لتدعيمها وجوانب الضعف لعلاجها. يعرض التقرير تاريخا مختصرا للاهتمام بقضية السكان بصفة عامة وبرامج تنظيم الأسرة بصفة خاصة، ثم تتناول فصول التقرير إبراز نواحى القوة وجوانب القصور، ومدى فاعلية المشروع وجودته، وإسهاماته الحقيقية، وقدرته على تلبية الاحتياجات للمناطق التى هدف البرنامج الوصول إليها وهى المناطق النائية والمحرومة من خدمات تنظيم الأسرة.

مقدمة

تشكل العلاقة بين السكان والموارد محورًا رئيسيًا فى خطط واستراتيجيات التنمية على مستوى دول العالم. وفى مصر بدأت تحذيرات من اختلال هذه العلاقة قبل أن تكون معدلات الزيادة السكانية تشكل تهديدًا لجهود التنمية. بدأت التحذيرات منذ عام ١٩٣٢ عندما أوصى الدكتور محمد عوض محمد

---

* يستند محتوى هذا العرض على نتائج دراسة عن العيادات المتنقلة: إشراف وتحرير الأستاذة الدكتورة نادية حليم، وعضوية هيئة بحث مكونة من الدكتورة محاسن عمر، الدكتور أحمد حسين باحثًا رئيسًا، الدكتورة أسماء فؤاد، أ. غادة رياض، أ. أحمد كساب، بالإضافة إلى عدد من مسئولى صحة المرأة وقطاع تنظيم الأسرة بوزارة الصحة.

** أستاذ علم الاجتماع، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

فى كتابه "سكان هذا الكوكب" بضرورة اتخاذ الحيطة والحذر لتحاشى الدخول فى خطر الزيادة السكانية، أما أول فتوى تتحدث عن تنظيم الأسرة فهى فتوى مفتى الديار المصرية (الشيح عبد المجيد سليم) عام ١٩٣٧. وبدأت مصر تدخل مرحلة الانفجار السكانى منذ عام ١٩٤٦، وبدأ الاهتمام الرسمى من قِبل الدولة فى إنشاء اللجنة القومية لمسائل السكان فى ديسمبر عام ١٩٥٣، تضمن عمل هذه اللجنة دراسة الاتجاهات السكانية والعوامل التى تؤثر على هذه الاتجاهات، لا سيما ما يتعلق بالعلاقة بين النمو السكانى والتقدم الاقتصادى. واعتبر ميثاق العمل الوطنى الصادر عام ١٩٦٢ أن مشكلة التزايد السكانى هى أخطر العقبات التى تواجه جهود الشعب المصرى فى انطلاقه نحو رفع مستوى الإنتاج، وأهمية توجيه الجهود المخلصة لتنظيم الأسرة كإحدى أدوات إبطاء النمو السكانى السريع.

ثم كان إنشاء المجلس الأعلى لتنظيم الأسرة عام ١٩٦٥، وبدأ نشاطه فى فبراير ١٩٦٦. وحتى صدور أول وثيقة للسياسة القومية للسكان عام ١٩٧٣ كان حجم سكان مصر (٣٥ مليون نسمة)، ولم تكن نسبة ممارسة وسائل تنظيم الأسرة تتعدى ١٢,٧٪.

وعلى مدار السنوات من ١٩٤٦ وحتى الآن. وقضية السكان تأخذ حيزًا كبيرًا من الاهتمام فى بعض الفترات ثم يخبو هذا الاهتمام ويتوارى فى فترات أخرى. ومع صدور العديد من الاستراتيجيات ظل برنامج تنظيم الأسرة يعد محورًا رئيسيًا فيها جميعًا، هذا البرنامج تحديدًا شهد أيضًا توفيقًا ونجاحًا كما شهد انتكاسات وتراجعًا.

البعد التاريخى لبرنامج تنظيم الأسرة

يعد البرنامج القومى لتنظيم الأسرة هو البرنامج الأساسى الذى تعتمد عليه الدولة فى أى تعديل على سياساتها السكانية منذ إعلانها منتصف عقد

الستينيات وحتى الآن. بدأ البرنامج باستخدام الوحدات الصحية القائمة- والتى كان عددها ١٩٩١ وحدة- فى تقديم خدمات تنظيم الأسرة. وأصبح عدد هذه الوحدات ٢٨٥٢ وحدة عام ١٩٧٠، ثم زادت بنسبة ٢١٪ عام ١٩٧٥، وشهدت الفترة ١٩٧١-١٩٧٤ اهتمامًا عالميًا متزايدًا باتجاه المشكلات السكانية فى الدول النامية وانعكاساتها. من أبرز هذه الانعكاسات لهذا الاهتمام ما قام به صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية من تمويل وصل إلى ٩,٣ مليون دولار للإنفاق على مكونات البرنامج القومى لتنظيم الأسرة وأنشطة أخرى فى مجال محو الأمية، وتشغيل المرأة، ورعاية الأمومة.

عام ١٩٧٥ أعيد تعديل السياسات السكانية لتشمل أبعادًا ثلاثة لمشكلة السكان: بعد النمو السكانى السريع، وبعد التوزيع الجغرافى غير المتوازن للسكان، وبعد تدنى الخصائص السكانية. وتبنى جهاز تنظيم الأسرة والسكان المدخل التنموى لمواجهة المشكلة السكانية بديلاً عن المدخل الطبى.

عام ١٩٧٨ قدمت وكالة التنمية الدولية الأمريكية دعمًا ماليًا قدره ٤ ملايين دولار لأجهزة تنظيم الأسرة، وأنشئ مركز الإعلام والتعليم والاتصال تابعًا للهيئة العامة للاستعلامات لتقديم أنشطة الإعلام فى مجال تنظيم الأسرة. عام ١٩٨١ زاد عدد وحدات تنظيم الأسرة من ٣٨٦٢ وحدة إلى ٤٠٤٣ وحدة بنهاية عام ١٩٨٥.

تعاظمت جهود البرنامج القومى لتنظيم الأسرة فى الفترة ١٩٨٧-١٩٩٣ بفعل اتفاقية منحة السكان الموقعة بين الحكومة المصرية وحكومة الولايات المتحدة الأمريكية لتمويل ودعم أنشطة السكان وتنظيم الأسرة فى مصر، وبرنامج صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية للفترة ١٩٨٦-١٩٩١، وأدت هذه الجهود إلى زيادة مطردة فى حركة توزيع الوسائل، وزيادة أعداد النساء المستخدمات لتلك الوسائل، كما أدخلت وسائل جديدة ذات فاعلية عالية مثل

الحقن. وانخفضت معدلات المواليد من ٣٠,٩ فى الألف عام ١٩٨٥ إلى ٣٠,٨ فى الألف عام ١٩٩١، وانصب دور الحكومة على ممارسة الأنشطة السكانية من خلال الإطار المؤسسى للدولة، بينما تسهم الميزانيات الخارجية فى توفير الأجهزة والوسائل والمواد الخام لتصنيع هذه الوسائل، والبرامج التدريبية والإعلام والتعليم والاتصال، وما ينفق على الأبحاث. وقد أدى حجب هذه التحويلات إلى تعويق الجهود المبذولة فى هذا الصدد، وما انتابها من انخفاض فى الكفاءة، وربما إلى التوقف تمامًا.

انخفضت كفاءة برنامج تنظيم الأسرة فى الفترة ٢٠٠٦-٢٠٠٧ وذلك رغم زيادة عدد عيادات تنظيم الأسرة خلال الفترة ١٩٩٦-٢٠٠٨ بنسبة ١٢٣٪، وإلى جانب توقف الدعم الخارجى توقف أيضًا الدعم الحكومى للجمعيات الأهلية وبرنامج تنظيم الأسرة برمته. وبناء على ذلك ظهرت تغيرات فى الاتجاهات الإنجابية وانتشار ثقافة الطفل الثالث، هذه الثقافة التى استمرت حتى الآن. كما تبع ذلك أيضًا تجميد ونقص كفاءة الوحدات مع تباين مستوى هذا النقص بين المحافظات. وغنى عن البيان تأثر العرض والطلب بمستوى الخدمة المقدمة، ووصولها إلى كل الأماكن، ومستوى التغطية إضافة إلى توافر المعرفة السليمة حول الوسائل، هذا بالإضافة إلى اتجاهات الثقافة السائدة نحو حجم الأسرة وعوامل تدعيمها. وقد أدى اعتبار سياسة تنظيم الأسرة سياسة ضمنية فى إطار ما يسمى بالرعاية الصحية الأساسية إلى ضياع التركيز عليها. أسهم فى هذه النتيجة توقف الإعلام الدينى ووجود الدعاية المضادة للسيطرة على النمو السكانى.

الموقف السكانى الآن

ارتفع عدد سكان مصر خلال قرن من الزمان من ١٢,٧ مليون نسمة عام ١٩١٧ إلى ٩٤ مليونًا عام ٢٠١٧، وتناقصت الفترة التى يستغرقها تضاعف

عدد السكان من ٤٣ عامًا خلال الفترة ١٩١٧-١٩٦٠ إلى ٣٢ سنة خلال الفترة ١٩٦٠-١٩٩٢، ومن المتوقع أن يتضاعف مرة أخرى عام ٢٠٢٢ أى خلال ٣٠ عامًا فقط. كما ارتفع معدل المواليد من ٢٨,٧ نسمة/ألف من السكان عام ٢٠١٠ إلى ٣٣,٣ نسمة/ ألف من السكان عام ٢٠١٤، أما معدل الإنجاب فقد بلغ المتوسط ١٢٧ طفلاً لكل ١٠٠٠ سيدة، ويرتفع هذا المعدل ليبلغ ١٤٢ طفلاً/ألف سيدة بالريف.

وتحولت حالة الثبات التى شهدتها معدلات الإنجاب خلال الفترة ١٩٩٤-٢٠٠٦ إلى اتجاه صعودى، وتشير أحدث التقديرات إلى ارتفاع معدل الإنجاب الكلى من ٣ أطفال لكل سيدة فى المتوسط إلى ٣,٥ طفل. وهو ما يعود بمصر إلى مستويات الإنجاب التى كانت سائدة عام ٢٠٠٠.

ويوضح تطور نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة الاتجاه إلى انخفاض هذه النسبة، فبعد أن كانت ٦٥,٩٪ عام ٢٠٠٥ انخفضت إلى ٦٣,٨٪ عام ٢٠١٤، وانخفضت بصورة أكبر فى محافظات الوجه القبلى لتصل إلى ٥٠,٣٪. ومن أهم التحديات أمام تحقيق أهداف الاستراتيجية القومية للسكان ٢٠١٥-٢٠٣٠ عدم انتظام خدمات تنظيم الأسرة، وتراجع الموارد التى يمكن توجيهها لإتاحة الخدمات الأساسية ورفع جودتها، وزيادة تأثير التيار المحافظ الذى يسهم فى تراجع القيم الإنجابية التى تتبنى مفهوم الأسرة الصغيرة والمباعدة بين الولادات، وتراجع جهود التسويق الاجتماعى لأهداف البرنامج السكانى المصرى.

العيادات المتنقلة

تتعدد مصادر تقديم خدمات تنظيم الأسرة ما بين قطاع حكومى وخاص وأهلى. ويتبع القطاع الحكومى: (المراكز التابعة لوزارة الصحة والسكان من وحدات ثابتة، وعيادات متنقلة، وقوافل وحملات، وأقسام فى المستشفيات الحكومية)،

ويشمل القطاع الخاص: (العيادات الخاصة، والصيدليات، والمستشفيات الخاصة)، ويشمل القطاع الأهلى: (أنشطة الجمعيات الأهلية والأندية النسائية).

ومن بين الدراسات المتعددة التى يقوم بها المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية دراسة مستفيضة تتناول خدمات تنظيم الأسرة التى تشمل: العيادات المتنقلة، ودور الجمعيات الأهلية، والرائدات الريفيات، والقطاع الخاص. وتركز هذه الدراسة على العيادات المتنقلة، على أن يتبعها تقارير أخرى تتناول باقى هذه الخدمات.

يهدف برنامج العيادات المتنقلة الوصول بخدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة المجانية إلى المناطق المحرومة من الخدمة الصحية بجميع المراكز والقرى والنجوع والمناطق العشوائية، ورفع معدلات التغطية لذوى الحاجات غير الملباة التى تصل ما بين ١٣-١٤٪، ويصل عدد هذه العيادات المتنقلة حتى وقت إجراء الدراسة إلى ٥٢٦ عيادة موزعة على جميع محافظات الجمهورية لخدمة ٣١٨٣ منطقة محرومة. ومن المفترض أن يقوم طاقم الخدمة الموجود فى كل عيادة متنقلة بتقديم خدمات تنظيم الأسرة ورعاية الأمهات أثناء الحمل، وبعد الولادة، والمساعدة فى حملات التطعيم المختلفة. ويخضع هذا البرنامج للمتابعة الدورية والتقييم.

ثانياً: الإجراءات المنهجية

أهمية الدراسة

يعد برنامج العيادات المتنقلة أحد البرامج المهمة والرئيسية لتقديم خدمات تنظيم الأسرة، ونظرا لأهمية مكون التقييم قام المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية بإجراء دراسة تقييمية للمشروع لبيان نواحى القوة وجوانب القصور، ومدى فاعلية المشروع وجودته وإسهاماته الحقيقية وقدرته على تلبية

الاحتياجات. وتتمثل أهمية هذه الدراسة فى إمداد صناع القرار وواضعى السياسة العامة، ومديرى البرنامج بالمعلومات التى يحتاجون إليها لاتخاذ الخطوات التصحيحية، ومواجهة الصعوبات والعوائق، وتدعيم جوانب القوة، بما يعظّم الاستفادة من البرنامج.

المنهج

تنتمى هذه الدراسة إلى فئة بحوث ودراسات التقييم التى تهدف إلى التعرف على مدى تحقيق الأهداف المخططة لأى برنامج أو مشروع ومستوى الأداء ومدى النجاح المحقق وجوانب الضعف والقوة فى ضوء معايير موضوعية وأهدافه المحددة سلفًا.

فيما يتعلق بهذه الدراسة فإن معايير الحكم على البرنامج تشمل:

- تجهيزات العيادات المتنقلة وصلاحياتها لأداء وظيفتها.
- توافر أطقم الخدمة كاملة، وقيامها بالمهام المنوطة بها.
- كفاءة تقديم الخدمة والحصول على التدريبات اللازمة.
- توافر الوسائل، ونشر المعرفة بالاستخدام السليم لكل منها.
- توافر سجلات كاملة لكل منتفعة.
- سلامة الأجهزة والمعدات وصلاحيتها للعمل.
- الإعلام الكافى عن وصول العيادات وأماكن وقوفها، ووجود خطة مسبقة بذلك.
- الإشراف والمتابعة والتقييم، وإعداد التقارير الدالة على ذلك.
- استخدام المعايير اللازمة للحكم على جودة الخدمة وتقدم البرنامج.
- الدراية الكاملة بالمشكلات والعقبات والسعى لحلها.

المجال الجغرافى والبشرى

تم جمع مادة هذه الدراسة من ١٠٧٥ مستهدفة، (من المترددات أو المنقطعات) موزعات بالتساوى على محافظات ثلاث: الشرقية، وسوهاج، والجيزة. تم اختيار الجيزة لما لها من خصائص تجمع بين الريف والحضر بإقليم القاهرة الكبرى، وتم اختيار محافظة الشرقية ممثلة للوجه البحرى، كما تم اختيار محافظة سوهاج ممثلة لمحافظات الوجه القبلى. وفى داخل هذه المحافظات الثلاث تم جمع المادة من عشرة مراكز هى: أبو النمرس، أطفيح، البلينا، الحوامدية، الدقى، العمرانية، المنوات، بلبيس، سوهاج، منيا القمح، وتوزعت العينة على (١٨) قرية داخل هذه المراكز العشرة سابقة الذكر.

وبالإضافة إلى المستهدفات تم إجراء تسع مقابلات متعمقة مع المشرفين على مستوى وزارة الصحة، ومسئولى تنظيم الأسرة بالمحافظات محل الدراسة.

شملت الدراسة أيضًا مقابلات مع العاملين بالعيادات المتنقلة وعددها (١٣) عيادة متنقلة، خضع اختيارها للقوائم المرسلة من وزارة الصحة والسكان عن أماكن وجود العيادات فى الوقت الذى أجرى فيه البحث. كما تمت مقابلة كل من تردد على العيادة المتنقلة فى الأيام التى وجد فيها الباحثون بالقرى الثمان عشرة سابقة الذكر.

أدوات جمع البيانات

أ- استمارة استبار تم تطبيقها على المستهدفات.

ب- دليل مقابلة متعمقة تم تطبيقه على مقدمى الخدمة.

ج- دليل مقابلة مفتوحة مع عدد من المديرين المحليين والمركزيين.

أهم النتائج

تبرز النتائج العديد من الجوانب التى تحتاج إلى التوقف عندها، والمشكلات وجوانب القصور التى يتعين تقديم الحلول لها وعلاج هذا القصور. وتعبر خصائص المستهدفات عن النموذج السائد فى الريف المصرى لا سيما فى ريف الوجه القبلى حيث يوضح ارتفاع نسبة الأمية، ومستوى التعليم السائد بين الفتيات تحديدًا وهو المعاهد التجارية لدى نسبة لا تزيد على ثلث عينة المستهدفات، بالإضافة إلى انتشار الزواج المبكر (أقل من ٢٠ سنة) لدى الغالبية، وكلهن أمهات لأطفال قبل أن تصل أعمارهن إلى سن العشرين، ومتوسط عدد الأبناء ثلاثة أطفال فى المتوسط يرتفع إلى أربعة فأكثر لما يقرب من ربع العينة، مع ملاحظة أن الغالبية مازالت فى مرحلة الإنجاب، ولديهن رغبة فى إنجاب المزيد من الأطفال حيث إن العدد المرغوب فيه هو أربعة- خمسة أطفال فأكثر وهذا لدى أكثر من نصف الحالات، وهذا ما يدعو إلى التساؤل حول إمكانيات تحقيق أهداف الاستراتيجية القومية للسكان ٢٠١٥/٢٠٣٠ وهو الوصول بمتوسط عدد الأطفال فى الأسرة إلى ٢,٤ طفل، كما يطرح التساؤل حول الجدوى والعائد الفعلى للجهود المبذولة الآن للسيطرة على النمو السكانى.

الخدمات المقدمة ومعايير تقييمها

من المفترض أن تقدم هذه العيادات خدمات متنوعة تشمل: خدمات تنظيم الأسرة، والصحة الإنجابية، ومتابعة السيدات أثناء الحمل وبعد الولادة، واستثارة المجتمع المستهدف لتكوين الاتجاه نحو الأسرة صغيرة الحجم، ومن ثم الإقبال على تنظيم النسل.

- توضح النتائج أن المناطق التى خدمتها هذه العيادات تستفيد بالفعل من هذه العيادات المتنقلة، وتقبل على ما تقدمه من خدمات، وإن كان ما

تقدمه يكاد يكون قاصرًا على خدمات التعريف بوسائل تنظيم الأسرة وتوزيعها دون أن يكون لباقى الخدمات التى من المفترض تقديمها نصيبٌ يذكر منها. وبذلك يكون عمل هذه العيادات المتنقلة قاصرًا على توزيع الوسائل. من المفترض أيضًا أن تغطىّ هذه الخدمة (العيادات المتنقلة) جميع المناطق المحرومة من خدمات تنظيم الأسرة- والبالغ عددها- ٣١٨٣ منطقة- وأن تقدم الخدمة بالكفاية والكفاءة اللازمة (سواء تعلق ذلك بأطقم الخدمة المدربة، أو بتوفير الوسائل، أو مناخ التقديم، أو نظام الإشراف والمتابعة والتقييم).

- تشير البيانات الخاصة بمدى توافر الوسائل والتجهيزات إلى عدم التوافر المستمر لجميع الوسائل، وعدم وجود البعض منها والذى يتطلب من السيدة اللجوء إلى المستشفيات أو الوحدات الصحية التابعة للحصول عليها. أما الأجهزة فإن ما هو مؤكد أن أغلب العيادات المتنقلة لا يوجد بها جهاز سونار، وإن وجد فهو فى الغالب معطل.
- نظرًا للقصور فى عدد العربات المتنقلة، وعدم الصيانة الدورية، ونقص الطبيبات أو الممرضات فإن العيادة قد لا يتوفر وجودها فى المكان المقرر لها، وبالتالى لا تحقق عدد الطلعات التى يتعين أن تقوم بها. وقد تضطر العيادة للتحرك دون وجود ممرضة، وأحيانًا أخرى دون وجود الرائدة.
- ومن ملاحظات فريق العمل بالبحث أن التجهيزات فى بعض العيادات قد تكون إما غير موجودة، وإما أنها موجودة ولكنها تفتقر إلى الصلاحية والعقامة الكافية لضمان سلامة المريض، وفى أحيان كثيرة تكون العيادة بدون إضاءة، ودون المستوى المطلوب من النظافة.
- من المفترض فى قواعد تقديم الخدمة أن تتوفر لها الخصوصية، وتوضح النتائج التضارب بين هذه القواعد وبين الملاحظات الميدانية لفريق البحث.

تفيد المترددات بوجود باب للكشف، واحترام للخصوصية فى الانفراد بالمريضة مع الطبيبة فقط أثناء الكشف. بينما توضح الملاحظات العينية أن حجرة الكشف فى بعض العربات ليس لها باب، ولا تتوفر الخصوصية للجميع، وأن من هذه العربات من يستخدم ساترًا من الورق المقوى بدلاً من الباب.

- ورغم الإقرار من جانب طاقم الخدمة بحصولهن على التدريب اللازم لأداء الخدمات المطلوبة بالكفاءة اللازمة، فإن منهن من لم تحصل على دورات تدريبية منذ فترة طويلة.
- توضح المشاهدات والملاحظات العينية لفريق العمل بالدراسة أن الممرضة قد تقوم ببعض من الخدمات الطبية التى يتعين أن تقوم بها الطبيبة بل وقد تنفرد بأدائها.
- ونظرًا لنقص التدريب التقنى والفنى فقد تحدث بعض الأخطاء الطبية التى تهدد حياة المريضة أو تؤدى إلى حدوث حمل غير مرغوب فيه، وإن كان طاقم الخدمة غالبًا ما يعزو ذلك إلى عدم اتباع المريضة نفسها لتعليمات استخدام الوسائل.
- تعد متابعة المترددات ومعرفة أسباب الانقطاع من أهم الأدوار التى يتعين أن تقوم بها الرائدة الريفية، بالإضافة إلى جهودها فى إقناع السيدات بأهمية تنظيم النسل، والتشجيع على التردد على العيادة المتنقلة والاستفادة من خدماتها، إلا أن هذه الزيارات غالبًا ما تقتصر على القائمة التى تبلّغ بها الرائدة والتى تتضمن المنقطعات حتى يمكن الوقوف على الأسباب.
- رغم أن الهدف الرئيس لهذه العيادات المتنقلة هو تقديم الخدمة إلى المناطق التى لا يوجد بها خدمات تنظيم الأسرة، وتلبية الحاجات غير

الملباة، فإن كل العيادات وبدون استثناءات كانت تقف إما داخل الوحدة الصحية، وإما أمام سور الإدارات الصحية المحلية.

- تعد وسائل التواصل والتوعية أدوات رئيسة فى تحقيق أهداف برنامج العيادات المتنقلة. وتتنوع وسائل التواصل ما بين الاتصال الشخصى، والاتصال العام، والاتصال الجماهيرى، وإن كان الاتصال الشخصى يعد الركيزة الأساسية بين هذه الوسائل فيما يتعلق بهذا البرنامج تحديدًا وكل البرامج الأخرى التى تسعى على طريق تحقيق أهداف التحكم فى النمو السكانى.
- يعد طاقم الخدمة فى كل عيادة متنقلة (الطبيبة، والرائدة، والممرضة) مصادر الاتصال والمعرفة حول كل ما يتعلق بتنظيم الأسرة، لا سيما ما يرتبط منها مباشرة بأهمية تنظيم الأسرة، واختيار الوسائل المناسبة ومتابعتها، بالإضافة إلى صحة الأم والجنين أثناء الحمل وبعد الولادة. ورغم وجود دور محدد لكل عضو فى طاقم الخدمة، فإن الثابت هو تضارب هذه الأدوار واختلاطها بما يثير العديد من التحفظات حول مدى استعداد هذه العناصر الثلاثة لتقديم ما يطلب من خدمات.
- وللتعريف بالعيادات المتنقلة وأماكن وجودها، فمن المفترض أن يتولى ذلك إما الرائدة الريفية وإما ميكرفون الجامع أو أى جهة إدارية أخرى. غير أن هذه الأدوار المفترضة تستبدل عادة بالاعتماد على الرائدة، أو السماع من الجيران، أو بالصدفة البحتة، وربما تصل المعرفة بالعيادة ووجودها أثناء وجودها أو بعد أن تغادر القرية مما يقلل من نسبة المنفعة المتحصلة، ومن فرص كان بالإمكان تحقيقها واكتساب المزيد من المستخدمات والمنتفعات منها. ويشار فى الخطط الرسمية إلى وجود ما يسمى بالمسئول الإعلامى، الذى لم يثبت فى الواقع أن له وجودًا فعليًا فى هذه المهمة. من

هذه الوسائل للإعلام عن وجود العيادة استخدام مكبرات صوت مرفقة بالعيادات، وقيام أعضاء الوحدات المحلية بإعداد لافتات دعائية. هذه الوسائل الأخيرة ليس لها وجود فعلى فى المحافظات الثلاث التى أجريت فيها الدراسة.

- من البيانات الكيفية يتضح عدم وجود إدارة للإعلام فى أى من المحافظات الثلاث ومن المفترض أن هذا المسئول الإعلامى يقوم بإعداد ندوات توعية فى المدارس ومراكز الشباب مع مشاركة علماء الدين، وإعداد بيان إعلامى حول الإنجاز المتحقق بالعيادات المتنقلة.
- تشكل الندوات مصدرًا أساسيًا ومهمًا فى التوعية بتنظيم الأسرة وجزئية مهمة من عمل العيادات المتنقلة، غير أن الواقع أثبت ضعف تأثيرها وعدم معرفة أغلب المستفيدات بها.
- المفترض أيضًا أن تقوم العيادة المتنقلة بعقد الندوات التثقيفية والتوعية، وبذل الجهد من أجل كسب المزيد من المترددات والمستفيدات، والمقتنعات بضرورة تنظيم النسل وتحقيق زيادة مستمرة فى معدلات استخدام وسائل منع الحمل. غير أن الغالبية لم تحضر مثل هذه الندوات، أما الأقلية التى حضرت مثل هذه الندوات فكانت تنصب موضوعاتها على متابعة صحة الأم أثناء الحمل وصحة الطفل، ونسبة قليلة منها تحدثت عن تنظيم النسل وفكرة المباعدة بين الولادات.
- يستوى مع الندوات مدى الاستفادة من المطويات، حيث إن الغالبية أيضًا لم تحصل عليها.
- من المؤثرات السلبية على عمل العيادات المتنقلة انتشار بعض الشائعات حول كفاءة طاقم الخدمة، أو الآثار السلبية لبعض الوسائل، ورغم نفى المشرفين وجود أى شائعات فإن الواقع أفصح عن عدد منها تم تداركه من

خلال التدخل السريع، وبالاستعانة بالإدارة المركزية ولجانها. وكان لجوء بعض العيادات إلى الوقوف داخل الوحدة الصحية علاجاً لشائعات أخرى مرتبطة بالعادات والتقاليد كانت تمنع السيدات من الذهاب إلى العيادة المتنقلة.

الإشراف والمتابعة

يتم الإشراف على العيادات المتنقلة تبعاً لمستويات ثلاثة:

- مركزيًا.
- على مستوى المديرية.
- على مستوى الإدارة الصحية بالمركز.

ويتضمن الإشراف: متابعة توافر الأجهزة الطبية وغير الطبية فى كل عيادة متنقلة. والتأكد من توافر وسائل تنظيم الأسرة، ووسائل الإيضاح بالأرصدة اللازمة، وتوافر أطقم الخدمة المدربة، وقيام كل عيادة بدورها فى المشورة والتوعية.

ويعتمد المشرفون على البرنامج على استمارة موحدة لتقييم الأداء، وما يقدم من تقارير متابعة، وتقارير إنجاز، وتتضمن عملية الإشراف التأكد من تنفيذ الطلعات وأماكن وقوف العيادات المتنقلة، وذلك بحسب الخطة الموضوعة مسبقاً عن طريق الإدارة المركزية.

وفى إطار البيانات المتحصل عليها من اللقاءات التى تمت مع المشرفين، وملاحظات فريق العمل بالبحث، يمكن الخروج بعدد من النقاط على النحو التالى:

- أشار المشرفون- كما سبق- إلى وجود خطة تحرك للعيادات المتنقلة، وتحديد دقيق لأماكن وجودها. وتفيد ملاحظات فريق العمل بالبحث بعدم

وجود الكثير منها فى الأماكن الواردة بخطة التحرك، وهذا ما يعنى عدم الالتزام بهذه الخطط.

- يشير المشرفون إلى توافر أطقم الخدمة بكاملها فى كل عيادة متنقلة، غير أن الملاحظات الميدانية تفيد عدم توافر كل عناصر هذه الأطقم بكاملها فى بعض العيادات، دون أن يكون هناك مبرر لعدم الوجود.
- يشمل الإشراف التأكد من وجود التجهيزات وصلاحيتها للعمل، إلا أن بعض العيادات كانت تفتقر إلى بعض من هذه التجهيزات وعدم وجودها فى حالات أخرى بحالة سليمة ومستوى العقامة اللازمة للاستخدام الطبى الآمن.

أدوار القيادات المحلية وفاعليتها

توضح المقابلات مع المسئولين أن هناك تعاونًا، وأحيانًا بروتوكلات تعاون بين إدارة تنظيم الأسرة، وبعض الجمعيات الأهلية لتقديم خدمات العيادات المتنقلة فى الأماكن التى تنشط بها هذه الجمعيات وتحظى بقواعد شعبية كبيرة. وأحيانًا يتم الاتفاق مع بعض رجال الأعمال فى المدن الصناعية كالعاشر من رمضان على مواعيد معينة لذهاب العيادات المتنقلة لتقديم خدماتها إلى العاملات بالمصانع والشركات.

إلى جانب أشكال التعاون سالفة الذكر، هناك دور بارز للقيادات الطبيعية والمحلية وأعضاء مجلس النواب والمجالس المحلية والعمد وكبار العائلات فى تيسير عمل هذه العيادات سواء داخل الأماكن المحرومة أو بهدف توفير الأمان لها داخل المناطق النائية، وحل المشكلات التى قد تحدث بين الأهالى وطاقم الخدمة.

آليات التطور

توضح النتائج الأهمية المعلقة على ما تقوم به وتقدمه العيادات المتنقلة ومدى احتياج المناطق المحرومة من الخدمة إلى هذا البرنامج، غير أن هناك عدة مشكلات ربما تمارس تأثيرها السلبى على أداء هذا البرنامج وتقف حائلاً دون تحقيق أهدافه واستمراريته فى الوقت الذى تكون فيه الدولة فى أمس الحاجة إلى كل جهد يبذل على صعيد مواجهة المشكلة السكانية والتحكم فى معدلات النمو السكانى، وإحداث نقلة نوعية فى معدلات استخدام وسائل منع الحمل. وفيما يلى أهم العقبات التى تحتاج إلى مواجهة وتقديم الحلول والعلاج اللازم لها:

فيما يتعلق بالخدمات المقترحة

١- ضرورة أن يكون هناك تحديد أسبوعى دقيق وثابت لأيام وتوقيت وصول العيادات المتنقلة إلى مواقع الخدمة، والمعرفة المسبقة بذلك لدى المستهدفات، وبالتالى إمكانات الاستفادة من الخدمة. ويؤدى عدم تحقيق هذا الإجراء إلى قصور واضح فى الخدمة المقدمة.

٢- تحتاج العيادات المتنقلة إلى توافر عدة شروط لأداء مهامها: توافر الخصوصية فى الكشف، توافر كل الوسائل وبصورة دائمة، توفير الراحة للمستهدفات، وتوفير مظلات تقى من حرارة الشمس، ومقاعد للانتظار، بالإضافة إلى أهمية إعطاء اهتمام أكبر بنظافة العيادة، ووجود باب لغرفة الكشف، وزجاج غير كاشف لمن هم خارج السيارة، وعلاج مشكلة تعطل أجهزة الكشف.

٣- زيادة عدد الندوات التثقيفية للتعريف أولاً بمهام العيادة وما تقدمه من خدمات، ولزيادة المعرفة بوسائل منع الحمل وكيفية استخدامها وأهمية المتابعة الطبية لا سيما لمستخدمات وسائل معينة مثل اللولب.

٤- وضع برنامج لإدراج أطباء الامتياز فى منظومة خدمات تنظيم الأسرة، وتشجيعهم على العمل فى البرنامج، وتوفير التدريب الجيد لهم.

٥- مزيد من التدريب للرائدات، وزيادة عدد مرات الزيارات المنزلية بهدف تحقيق متابعة حقيقية للمستخدمات للوسائل، وحثّ الأخريات، وإيجاد الدافع لديهن على تنظيم نسلهن، والمباعدة بين الولادات.

٦- بحث إمكانية إضافة عدد من الخدمات التى تقدمها العيادات المتنقلة لتشمل: الفحص المبكر لبعض الأورام، وتحليل الدم، والكشف على أطفال المترددات، وعلاج الأمراض النسائية الأخرى، مع زيادة عدد الطبيبات المدربات على تقديم هذه الخدمات، وتوفير الأجهزة اللازمة، وإضافة الطبيبات المتخصصات فى هذه المجالات لأطقم الخدمة.

٧- توفير كل وسائل منع الحمل دون الحاجة لطلب أى منها من جهات أخرى أو شراؤها.

٨- الشرح الكافى والتوعية اللازمة حول الاستخدام السليم لكل وسيلة لتلافى أى آثار جانبية، أو حمل غير مرغوب فيه.

٩- علاج النقص فى أطقم الخدمة (الطبيبات المدربات على الوسائل، الممرضات، والرائدات) تجنبًا لخروج العيادات المتنقلة بأطقم غير كاملة، أو إعاقتها عن الخروج فى طلعاتها كلية، مع إمكانية التفكير فى حل مشكلة ساعات العمل الطويلة التى تلتزم الطبيبة بالوجود خلالها فى العيادة.

١٠- نسبة الانقطاع عن التردد فى هذا البحث قليلة، ومع ذلك فإن أسباب الانقطاع تعود فى المحل الأول- لا سيما فى قرى الصعيد- إلى أسباب شخصية، وإلى ثقافة مازالت سائدة فى هذه المناطق؛ يغذيها موقف

متشدد من قبل بعض المتشددين فى الدين ضد تنظيم النسل. وهذا ما يدعو إلى بذل مزيد من الجهد فى مجال التوعية.

١١- زيادة عدد العيادات المتنقلة لتغطى كل المناطق المحرومة، وحتى تتمكن كل عيادة من خدمة عدد أقل من المناطق، وبالتالى عدد طلعات أكبر لكل منطقة.

١٢- إجراء الصيانة المستمرة للسيارات، والاهتمام بتحديثها، نظرًا لتهالكها، وخروج العديد منها من الخدمة، مما يؤدى إلى الضغط على العدد المتبقى، وتقليص تحقيق عدد الطلعات اليومية للأماكن المستهدفة، وعدم الالتزام بالخطة الموضوعة.

١٣- يصاحب مشكلة نقص العربات وتهالكها؛ نقص فى عدد السائقين مما يشكل عائقًا رئيسًا أمام البرنامج وضمان استمراريته.

١٤- علاج مشكلة مقدمى الخدمة- التى يتفق فيها معهم المشرفون- والمتمثلة فى ضعف الحوافز المادية التى يحصل عليها طاقم الخدمة بأكمله، بداية بالطبيبة إلى الممرضة، إلى الرائدة، إلى السائق، وخصوصًا فى ظل المخاطر الأمنية وظروف العمل الصعبة فى المناطق النائية.

١٥- من المعوقات التى تواجه قيام المشرفين بمهامهم فى المتابعة والإشراف، تهالك السيارات التى يستخدمونها فى المرور على العيادات التى تخدم المناطق البعيدة والنائية، وضعف الحوافز المادية المقدمة لهم، إضافة إلى كثرة عدد المراكز والقرى فى بعض المحافظات؛ مما يؤدى إلى تباعد الفترات الزمنية للقيام بمهام المتابعة والإشراف.

١٦- أهمية إشراك المسئول الأمنى فى المنطقة التى تخدمها العيادة (عمدة القرية أو مأمور المركز التابع للقرية) فى تأمين العيادة، على أن يعلم بموعد وصولها بفترة زمنية تؤهل له القيام بذلك.

هذه المشكلات والمعوقات، تعوق بالتأكيد تحقيق أهداف البرنامج وتقلل من فاعليته، وتؤثر على معدلات التزايد المخطط لها سواء فى تلبية الحاجات غير الملباة، أو معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة، واتساع مساحة المؤمنين بحجم الأسرة الصغيرة. من هنا تكون مراجعتها ومحاولة التغلب عليها أو على الأقل التخفيف من آثارها مطلبًا ملح لتحقيق مزيد من النجاح لهذه الخدمة المهمة والحيوية.

Abstract

AN EVALUATION OF FAMILY PLANNING SERVICES
MOBILE CLINICS

Nadia Halim

There are many efforts and outlets to provide family planning services. The report deals with an evaluation of one of these services, which is mobile clinics. It is the first report in a series of reports which will deal with the rest of the programs, and it aimed at highlighting the strengths to support and shortcomings to treat them. The report presents a brief history of interest in the issue of population in general and family planning programs in particular, then the chapters of the report are highlighting the strengths and shortcomings; the effectiveness and quality of the project; its real contributions; and its ability to meet the needs of the areas that the program aimed to reach, which are remote and deprived of family planning services.