

تعزير أداء العاملين في صحة المجتمع في مجال الرعاية الصحية الأولية

تقرير أعدته مجموعة دراسة تابعة
لمنظمة الصحة العالمية

سلسلة التقارير التقنية

780

مِنْظَمَةُ الصِّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ
الكتاب الإقليمي لشرق المتوسط



يحتوى هذا التقرير على الآراء الجماعية لمجموعة دولية من الخبراء ،
وهو لا يمثل بالضرورة قرارات منظمة الصحة العالمية أو سياستها المعلنة .

تعزيز أداء العاملين في صحة المجتمع في مجال الرعاية الصحية الأولية

تقرير أعدته مجموعة دراسة تابعة
لمنظمة الصحة العالمية

سلسلة التقارير التقنية

780

صدرت الطبعة العربية عن المكتب
الإقليمي لشرق المتوسط
الإسكندرية ، مصر



1998

صدرت الطبعة الإنكليزية عن المقر
الرئيسي لمنظمة الصحة العالمية
جنيف ، سويسرا

Strengthening the performance of community health workers in primary health care

بيانات الفهرسة أثناء النشر

منظمة الصحة العالمية . المكتب الإقليمي لشرق المتوسط ؛ مترجم
تعزيز أداء العاملين في صحة المجتمع في مجال الرعاية الصحية الأولية
42 ص . - (منظمة الصحة العالمية : سلسلة التقارير الفنية ؛ 780)
صدرت الطبعة الإنكليزية في جنيف 1989 ISBN 92 4 120780 9
ISSN 0512-3054

1 - صحة المجتمع 2 - الرعاية الصحية الأولية أ - العنوان
ب - المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية ج - السلسلة
(تصنيف المكتبة الطبية القومية W 21.5) ISBN 92-9021-200-4
ISSN 0251-0111

© منظمة الصحة العالمية 1998

تتمتع منشورات منظمة الصحة العالمية بالحماية المنصوص عليها في البروتوكول الثاني للاتفاقية العالمية لحقوق الملكية الأدبية ، فكل هذه الحقوق محفوظة للمنظمة .
وإن التسميات المستخدمة في هذا المنشور ، وطريقة عرض المادة التي تشمل عليها ، لا يقصد بها مطلقاً التعبير عن أي رأي لامانة منظمة الصحة العالمية ، بشأن الوضع القانوني لأي قطر ، أو إقليم ، أو مدينة ، أو منطقة ، أو لسلطات أي منها ، أو بشأن تعيين حدود أي منها أو تخومها .
ثم إن ذكر شركات بعينها ، أو مستوجات جهة صانعة معينة ، لا يقصد به أن منظمة الصحة العالمية تخصها بالتركية أو التوصية ، تفضيلاً لها على ما لم يرد ذكره من الشركات أو المنتجات ذات الطبيعة الماثلة .

طبع في الإسكندرية - مصر
بافرا جرافيكس

المُحتوى

الصفحة

5	1 . المقدمة
7	1 . 1 أهداف مجموعة الدراسة
8	2 . مكان ودور العاملين في صحة المجتمع في نظم الصحة الوطنية
10	3 . مواطن الضعف في البرامج القائمة
10	3 . 1 حدود الالتزام الدنيا في السياسة والتنظيم
12	3 . 2 سوء تحديد المهام
12	3 . 3 سوء الاختيار
13	3 . 4 نقص التدريب والتثقيف المستمر
13	3 . 5 الافتقار للدعم والإشراف
13	3 . 6 العمل في ظروف غير مستقرة
14	3 . 7 عدم تحديد مصادر التمويل والتكاليف
14	3 . 8 الافتقار إلى المراقبة والتقييم
14	4 . استراتيجيات العمل
14	4 . 1 التنظيم والهيكل
20	4 . 2 المهام
22	4 . 3 الاختيار
24	4 . 4 التدريب ومواصلة التعليم
27	4 . 5 الإشراف
29	4 . 6 ظروف العمل
31	4 . 7 حساب التكاليف التمويل
34	4 . 8 المراقبة والتقييم
37	5 . النتائج
40	6 . التوصيات
40	6 . 1 توصيات خاصة بالبلدان
41	6 . 2 توصيات إلى منظمة الصحة العالمية
42	شكر وتقدير
42	المراجع
43	قراءات مختارة

تقرير أعدته مجموعة دراسة تابعة لمنظمة الصحة العالمية حول العاملين في صحة المجتمع

جنيف ، 2 . 9 كانون الأول / ديسمبر 1987

الأعضاء *

الأستاذ أ. د. أي. غاليفوس دي هيرناندرز - مقرر مكتب الأبحاث بكلية التمريض - الجامعة المستقلة بنوفولبون ، مونتراري - نوفولبون - المكسيك
الدكتور أ. ر. كياشي ، مستشار ورئيس اللجنة التوجيهية الوطنية للبرنامج الموسع للتمنيع ، وزارة الصحة ، الخرطوم ، السودان (نائب الرئيس)
الدكتور أي. تي. ماغنو ، الأمين الدائم ، ومدير الخدمات الصحية ، وزارة الصحة ، غاموروفي ، بوتسوانا (المقرر)
الدكتور أيه تولوش ، كلية الآداب والعلوم والتكنولوجيا ، كمنسعون . جامايكا (الرئيس)
الدكتور بي فوثيونغس ، المسؤول الطبي الأول ، مكتب الأمين الدائم ، وزارة الصحة العمومية ، بانكوك ، تايلند
الدكتور ذرغي كان . نائب مدير . إدارة الصحة ومكافحة الأوبئة . وزارة الصحة العمومية . بكين . الصين

ممثلو المنظمات الأخرى

مؤسسة الأبحاث الطبية الأفريقية

الأنسة بي. أوكولا ، رئيسة وحدة تدعيم الرعاية الصحية المرتكزة على المجتمع ، مؤسسة الأبحاث الطبية الأفريقية ، نيروبي ، كينيا

مؤسسة أغاخان

الأنسة ك. س. خان ، مدرس أول ، علوم صحة المجتمع ، جامعة أغاخان الطبية ، كراتشي ، باكستان

اللجنة الطبية المسيحية

الدكتور أيه. ر. رام ، مدير اللجنة الطبية المسيحية ، مجلس الكنائس العالمي ، جنيف ، سويسرا

منظمة العمل الدولية

السيد في. كلوتز ، فرع الموظفين والعمال المهنيين ، مكتب العمل الدولي ، جنيف ، سويسرا
السيدة سي. هـ. باولي - بلقي ، فرع الموظفين والعمال المهنيين ، مكتب العمل الدولي ، جنيف ، سويسرا

رابطة جمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر

دكتور ي. أغيتون ، مستشار صحة المجتمع ، جنيف ، سويسرا

أمانة السر

الدكتور هـ. م. كاساي ، باحث ، قسم تعزيز الخدمات الصحية ، منظمة الصحة العالمية ، جنيف ، سويسرا ، (الأمين المساعد)

الدكتور منغاي مغللكاس ، علمي ، قسم تنمية القوى البشرية ، منظمة الصحة العالمية ، جنيف ، سويسرا . (الأمين المساعد)

السيدة بي. موجي ، رئيسة التمريض ، وزارة الصحة ، غامبيا (مستشارة مؤقتة)
الدكتور جي. والت ، مدرس السياسة الصحية ، كلية لندن للصحة العمومية وطب المناطق المدارية ، لندن ، انكلترا ، (مستشار مؤقت)

* لم تتمكن من الحضور السيدة أي. بانسونغ ، وزيرة الدولة لشؤون الصحة العمومية ، ياوندي ، الكاميرون .

تعزير أداء العاملين في صحة المجتمع في مجال الرعاية الصحية الأولية

تقرير مجموعة دراسة تابعة لمنظمة الصحة العالمية حول العاملين في صحة المجتمع

1 - المقدمة

عقدت إحدى المجموعات الدراسية التابعة لمنظمة الصحة العالمية والمكلفة بدراسة موضوع العاملين في صحة المجتمع سلسلة من الاجتماعات بمدينة جنيف في الفترة الممتدة من 2 إلى 9 كانون الأول/ ديسمبر 1987 . وقدم الدكتور إي تاريمو ، مدير قسم تعزير الخدمات الصحية في خطابه الافتتاحي الذي ألقاه بالنيابة عن المدير العام لمنظمة الصحة العالمية ، عرضاً موجزاً للتطورات التي حدثت خلال العشر سنوات الماضية . وأشار إلى أن هناك بلداناً كثيرة أعدت أو عززت برامج تدريب ونشر العاملين في صحة المجتمع⁽¹⁾ ، ولاسيما بعد المؤتمر الدولي للرعاية الصحية الأولية المنعقد في ألما آتا عام 1978 (1) . ورغم أن فكرة العاملين في صحة المجتمع كانت بصفة عامة ناجحة فقد برزت هناك مشاكل . ومن هذه المشاكل أن برامج العاملين في صحة المجتمع كانت في كثير من البلدان منفصلة عن غيرها من البرامج الصحية . ونتيجة لذلك كان يتم تكليف أو تعيين العاملين في صحة المجتمع بدون أية مرافق أو منظمات لمساندتهم . ولعل ذلك لم يكن مفاجئاً ، إذ أن النظم الصحية تتطور في العادة تدريجياً أكثر من تطورها ضمن هيكل منظمة بعناية . وكلما واجهتها مشكلة صحية جديدة قامت المجتمعات بتكوين هيكل جديد للتعامل معها ، على شكل تنظيم ملحق بالتنظيم القائم ، الذي لم يتغير في ذاته وتمت في بعض البلدان معادلة العاملين في صحة المجتمع بالرعاية الصحية الأولية وكان الرد على الاستفسارات حول سير الرعاية الصحية الأولية هو « أننا قمنا بتدريب الكثير من العاملين في صحة المجتمع » وتمثلت المشكلة الأساسية في أن الحكومات لم تكن قد قررت بعد ماذا تريد من العاملين في صحة المجتمع ، أو ما هي بالضبط الإنجازات التي أرادت تحقيقها من خلالها .

(1) يُستخدم مصطلح العاملين في صحة المجتمع في هذا التقرير وفي منظمة الصحة العالمية بمعنى عام . وتطلت بلدان برامج كثيرة تسميات مختلفة على هؤلاء العاملين من سنما مرشد الرفاهية الأسرية (بوتسوانا) ، والطبيب الريفي ، والمعاون الصحي (الصين) ، ووكيل الصحة الاجتماعية (إثيوبيا) ، وموجه الصحة الاجتماعية (الهند) ، ومساعد الصحة الاجتماعية (جامايكا) ، وعامل الصحة القروية (نيجيريا) وعامل الصحة (الفلبين) .

وانطلاقاً من هذه الخلفية ، قامت منظمة الصحة العالمية بتنفيذ عدد من الأنشطة ، تضمنت دراسات على مستوى الأقاليم حول أداء العاملين في صحة المجتمع . كما قامت بتنظيم اجتماعات وحلقات دراسية لدراسة سبل التغلب على المشاكل التي كانت تواجهها . وكان من أبرز هذه الأنشطة ما يلي :

- حلقة دراسية حول العاملين في صحة المجتمع ، أقيمت في جامايكا عام 1980 . وقامت بمراجعة النتائج الأولية لدراسة على مستوى الأقاليم (2) .
- دراسة على مستوى الأقاليم حلقة دراسية حول العاملين في صحة المجتمع أقيمت في مانيلا عام 1983 (3) .
- اجتماع إقليمي للتخطيط حول « تعزيز أداء العاملين في صحة المجتمع » ، أقيم في نيودلهي عام 1985 ، وأدى إلى إقامة مشروع الدراسة الحالي في 13 بلداً (4) .
- مؤتمر إقليمسي بعنوان « العاملين في صحة المجتمع » : مرتكزات من أجل الصحة للجميع « أقيم في مدينة ياوندي بالكامبيرون عام 1986 (5) .
- كما أعدت منظمة الصحة العالمية عدداً من الوثائق والمطبوعات حول هذا الموضوع ، منها كتيب التدريب « عامل الصحة الأولية » (6) وطبعة منقحة من كتاب « العامل في صحة المجتمع » (7) .

لقد سبق أن كان مصطلح « العاملين في صحة المجتمع » ذاته موضع نقاش في هذه الاجتماعات . وقد أوجز مؤتمر ياوندي خصائص العاملين في صحة المجتمع ، إذ قرّر أنهم يجب أن يكونوا أعضاءً في المجتمعات التي يعملون فيها وأن يتم اختيارهم من قبل هذه المجتمعات نفسها ، وأن يكونوا مسؤولين تجاه مجتمعاتهم عما يقومون به من أنشطة ، وأن يتم توفير الدعم اللازم لهم من قبل النظام الصحي القائم من دون أن يكونوا بالضرورة جزءاً من تنظيمه ، وأن يتلقوا تدريباً مدته أقل من مدة تدريب العمال المهنيين « (5) . وأكد د . ماهر مدير عام منظمة الصحة العالمية آنذاك في المؤتمر على ارتباط العاملين في صحة المجتمع بالمجتمع حين قال : « إن العاملين في صحة المجتمع يجب أن يخرجوا من صفوف الشعب الذي يقومون بخدمته ، وأن يعيشوا معه ، ويعملوا معه ، ويشاركوه أفراده ومعاناته وأحزانه وبشركوه في اتخاذ القرارات » .

بيد أن مهمة مجموعة الدراسة هذه كانت تتعدى الاجتماعات حلقات الدراسة المذكورة آنفاً . ومنلما يحدث في كل برنامج أو كفاح شاق ، جاء وقت كان لابد فيه من التوقف واستعراض كل الإنجازات والمشاكل والأمور المشيرة للجدل والاتفاق على استراتيجيات المستقبل . وبعد مضي سنوات على انعقاد مؤتمر ألما آتا عام 1978 . أي في منتصف الطريق تقريباً نحو سنة 2000 ، وهو الموعد المحدد لتحقيق الصحة للجميع جاء الوقت المناسب لإجراء مثل هذا التقييم . وكان من حسن حظ المجموعة الدراسية المشكلة لهذا

الغرض أن يكون من بين المشاركين فيها أفراد ذوو خبرة واسعة في برامج العاملين في صحة المجتمع على مستوى اتخاذ القرار والمستويات الأخرى .
ولعل أول سؤال تناولته المجموعة بالدراسة هو ما إذا كان مفهوم العاملين في صحة المجتمع مازال صحيحاً ومناسباً . وكان بعض الناس يتوقع أكثر مما يجب توقعه من العاملين في صحة المجتمع ، إذ كانوا يرون فيهم وسيلة لحل مشاكل الرعاية الصحية الأساسية التي لم يجر إعدادهم لحلها . وكان آخرون يعتقدون أن إعداد برامج العاملين في صحة المجتمع يجب أن لا يتم إلا بعد حل المسائل الأساسية في الخدمات الصحية . ومع ذلك كان آخرون ينظرون إلى برامج العاملين في صحة المجتمع على أنها وسيلة لممارسة ضغط من أجل التغيير . على أنها تعدّ في جميع الأحوال ، البديل الوحيد الممكن لانعدام الرعاية الصحية على الاطلاق في كثير من المجتمعات . وكان العديد من المناقشات حول العاملين في صحة المجتمع قد أبدى اهتماماً قليلاً بدورهم المتمثل في كونهم همزة وصل بين المجتمعات ومنظمات الخدمات الصحية . كما أن الكثير من الرسائل العلمية التي تعنى بمراقبة وتقييم العاملين في صحة المجتمع لم تكن تشير حتى إلى هذا الدور ، رغم أنه كان قد تم الاعتراف به منذ وقت طويل على أنه أهم وظائف العاملين في صحة المجتمع.

وإذا كانت مجموعة الدراسة ، قد خلّصت بعد مراجعة هذه وغيرها من المسائل المثيرة للجدل إلى أن فكرة العاملين في صحة المجتمع هي فكرة صائبة ، فمن الواجب عليها محاولة التوصل إلى اتفاق حول المسائل أو المشاكل التي ستحتاج لمعالجتها خلال العقد القادم ، علماً بأن المهمة الرئيسية لمجموعة الدراسة تمثلت في توفير الإرشاد الفني ، ووضع الاستراتيجية اللازمة لحل كل من تلك المسائل أو المشاكل ، على أن تعكس الاستراتيجية خبرة البلدان في التعامل مع المشاكل ، لا أن تنظوي على مجرد آراء فحسب .

1 - 1 أهداف مجموعة الدراسة

- 1 - مراجعة وتحليل ومقارنة خبرات البلدان في الاستفادة من العاملين في صحة المجتمع في مجال الرعاية الصحية الأولية . بما في ذلك تحديد دورهم في النظم الصحية الوطنية ، وتدريبهم ، وتوفير الدعم اللازم لجعلهم قادرين على أداء مهامهم بكفاءة أكبر .
- 2 - تحديد المشاكل الرئيسية والثغرات ومواطن الاهتمام في جميع مجالات استخدام العاملين في صحة المجتمع في حقل الرعاية الصحية الأولية .
- 3 - تحديد وبيان دور العاملين في صحة المجتمع بوضوح ، ومساهماتهم في النظم الصحية القائمة على الرعاية الصحية الأولية ، وذلك على ضوء البندين السابقين (1) و(2) .
- 4 - التوصية بالاستراتيجيات وخطط العمل للبلدان ومنظمة الصحة العالمية من أجل تعزيز أداء العاملين في صحة المجتمع في النظم الصحية القائمة على الرعاية الصحية الأولية ، وتحديد دور أبحاث النظم الصحية في إطار مثل هذه الجهود .

2 . مكان ودور العاملين في صحة المجتمع في نظم الصحة الوطنية

تقبلت مجموعة الدراسة تعريف « العاملين في صحة المجتمع » الذي تبناه مؤتمر ياوندي في 1986 (5) في الجزء الأول (صفحة 6) . ويزداد حالياً زخم تعبئة مثل هؤلاء العاملين ، إذ أصبح من المسلّم به على نطاق واسع في معظم البلدان أن انتشارهم ضروري لتحقيق الصحة للجميع .

وقد ظلت بلدان كثيرة سنواتٍ طوال تستخدم العاملين في صحة المجتمع المديرين بشكل جيد في أداء عدد من المهام المحدودة النطاق بدلاً من استخدامهم في المجال الراسخ للمهنة . وثمة سببان للاهتمام الحالي باستخدام أمثال هؤلاء العاملين . فالسبب الأول هو الإخفاق السابق للخدمات الصحية التي تقدمها المراكز الصحية في توفير الرعاية الكافية لكل السكان وفي حل مشاكلهم الصحية الرئيسية لقاء تكاليف يمكن تحملها . والسبب الثاني هو إدراك أن مجرد الرعاية الطبية والتحصينية البسيطة ، واستعمال الأدوية وحدها ، لا يمكن أن يكون له تأثير كبير على العوامل البيئية والاجتماعية والثقافية التي تسبب المرض والتعوق ، بينما تعد خدمات العاملين في صحة المجتمع التي تتعدى هذه الوظائف ، طريقة من طرق التأثير على أسباب المرض هذه . وتعد تعبئة العاملين في صحة المجتمع طريقة لتوفير الخدمات للناس في الأماكن التي يمكن أن تصل إليها الخدمات الصحية التي تقدمها الدولة ، وهي خدمات يؤديها أولئك العاملون في صحة المجتمع الذين يمثّلون هؤلاء الناس أنفسهم اجتماعياً وثقافياً . ويمكن تدريب العاملين في صحة المجتمع ومساعدتهم على العمل مع المجتمعات ، لإحداث أنواع التغيير التي تقضي على أسباب المرض واعتلال الصحة في المجتمع ، لقاء تكلفة مقبولة .

كما يتمتع العاملون في صحة المجتمع بوضع يجعلهم قادرين على توفير الخدمات الصحية للمحرومين من إمكانية معالجة الأمراض المهددة للحياة أو غيرها من الأمراض المسببة . ويقصد بتعبئة هؤلاء أن يكونوا بمثابة ردّ على التقصير الشديد في سد الحاجة إلى الخدمات الصحية التقليدية في بلدان كثيرة . وفي نفس الوقت يجب أن يكونوا يمثّلون عناصر مشاركة المجتمع المحلي في توفير الخدمات الصحية ، الضرورية للسيطرة على الأسباب المختلفة للأمراض .

ولهذا السبب يمكن تمييز دورين متداخلين للعاملين في صحة المجتمع ، وهما : تقديم الخدمات وتعزيز الصحة في المجتمع . وبالمقابل يمكن اعتبار دورهم امتداداً لسلسلة متصلة يقوم على أحد طرفيها توفير الخدمات ، ويقوم على طرفها الآخر تعزيز الصحة . وتمثل أنشطتهم العلاجية الحدود القصوى للخدمات الصحية التقليدية . ويمكن أنشطتهم المعززة ، التي تعكس المفهوم الواسع للرعاية الصحية الأولية ، كما ورد في اعلان ألما آتا (1) ، أن

تترواح بين المساهمة بتطبيق إجراءات وقائية بسيطة وبين دعم التنمية الأوسع للمجتمع المحلي ، وهي التنمية ذات العلاقة المباشرة بالصحة ، في مجالات مثل مجال محو الأمية ، والإسكان وإمدادات المياه . ويتم تسهيل وظيفة التنمية هذه بالمشاركة من قبل المجتمع المحلي الواسعة وتعبئة ذلك المجتمع . وستفاوت موقع العاملين في صحة المجتمع على امتداد السلسلة المتصلة من بلد لآخر ، وذلك تبعاً لمستوى التنمية الاجتماعية والاقتصادية في ذلك البلد ، ولمدى انتشار الخدمات الصحية في أرجائه . فالدور العلاجي يمكن أن يكون أقل حجماً كلما تسر الحصول على الخدمات من القطاع الصحي الرسمي . بينما يشمل الدور التعزيزي كل مستويات التنمية . هذه هي إذن المكانة المحتملة لعمال صحة المجتمع وبإله من وصف المهمة جسيمة .

ما هو الدليل على الدور المؤثر للعاملين في صحة المجتمع ؟ لقد أنجزوا الكثير في بلدان كثيرة وفي فترات مختلفة . ولكن نقائص برامج العاملين في صحة المجتمع تعزى عادة إلى هؤلاء العاملين أنفسهم . بيد أن هذا جدل عقيم إذ لم يعد يوجد هناك أدنى شك في قدرة العاملين في صحة المجتمع على لعب دور رئيسي في تحسين الصحة ، ولكن السؤال هنا هو كيف يمكن الاستفادة من إمكانياتهم .

لقد أظهروا أنهم قادرين على أن يحدثوا تغييرات كبيرة في معدل الوفيات ، والمناسب الأخرى للحالة الصحية ، وأنهم في بعض المجتمعات يمكنهم إشباع الاحتياجات الأساسية للرعاية الصحية ، التي لا يمكن تليتها واقعياً بطرق أخرى . وكانت المسألة منذ مؤتمر ألما آتا تتشغل في محاولة وضع مفهوم عام - بل عالمي - للعامل في صحة المجتمع . يمكن تطبيقه في كل البلدان بدلاً من اقتصره على قليل من المجتمعات المختارة .

ومن الضروري التمييز بين برامج العاملين في صحة المجتمع الوطنية ، والبرامج غير الحكومية ذات النطاق الصغير نسبياً . ففي المشروعات الصغيرة ، التي تدعمها وكالات متبرعة مختلفة ، قام العاملون في صحة المجتمع بإنجاز الكثير . بينما اختلف الأمر في حالة البرامج الوطنية رغم وجود عدد من الحالات الاستثنائية البارزة ، إذ بدأ واضحاً - أن العاملين في صحة المجتمع لم تكن إنجازاتهم بمستوى إمكانياتهم . وهناك تفسيرات فنية لهذا الفشل ، ويرجع معظمها على أية حال لعوامل اجتماعية وثقافية وإدارية مرتبطة برباط لا ينفصم بالموقع الذي يحتله العاملون في صحة المجتمع بين القطاع الصحي والمجتمع المحلي . ويؤدي الإخفاق في مواجهة هذه المسائل لا محالة إلى فقدان جدوى البرامج وتبديد الموارد .

وبالطبع تختلف النظم الوطنية فيما بينها إلى حد كبير . ويكون الاختلاف داخل البلدان أحياناً ، فبعض المناطق تصلها الخدمات الصحية بصورة أفضل من غيرها . وعلى هذا يمكن أن يكون للعاملين في صحة المجتمع مهام ووظائف مختلفة ويمكن أن يتلقى بعضهم تدريباً أكثر من الآخرين . ويختلفون فيما بينهم أيضاً في شروط العمل والأجر . هذا بالإضافة إلى أن البرامج تتغير مع الوقت ومع التطورات والتغيرات التي تحدث في

البلدان ، ومثال ذلك التعديلات الجوهرية التي أدخلت على نظام « الطبيب الحافي » الصيني في أوائل الثمانينات (1) . وأصبحت مهمة النظم الصحية الوطنية الكبرى هي تكرار النجاح الذي حققه العديد من خطط العاملين في صحة المجتمع ذات النطاق الأصغر والتي نفذت في السابق .

3 . مواطن الضعف في البرامج القائمة

وافقت مجموعة الدراسة على أن برامج العاملين في صحة المجتمع تمر بأزمة في كثير من البلدان . فالنقد والاستياء في تزايد مستمر . ومثال ذلك ، تقييم حديث تم إجراؤه على مستوى البلاد بأكملها في تنزانيا لبرنامج صحي ، وأنتى على التزام وزارة الصحة بقضايا الرعاية الصحية ولكن أشار إلى كثير من المصاعب في التنفيذ . والكثير من مراجع منظمة الصحة العالمية كشفت من بين أمور أخرى عن نقاط ضعف في الاختيار والتدريب والإشراف على العاملين في صحة المجتمع (2 ، 3 ، 8) . وقد تم وقف تدريب عمال صحة المجتمع في كولومبيا وجامايكا ، بينما يمارس التدريب في بوتسوانا عدد أقل من العدد المتوقع . وقد أثرت المشاكل الاقتصادية تأثيراً خطيراً على تقديم الخدمات الصحية ، إلا أنها لا يمكن أن تعدو وحدها السبب الرئيسي لتراجع الدعم المقدم لبرامج العاملين في صحة المجتمع ، على الرغم من أن هذه البرامج غالباً ما تكون أول من يعاني من تخفيضات الميزانية . وقد حددت مجموعة الدراسة وناقشت ثمانية مواطن للضعف مبينة فيما يلي . ويتناول القسم الرابع الاستراتيجيات المطروحة للتعامل مع مواطن الضعف هذه .

3 . 1 الحدود الدنيا للسياسة والالتزام التنظيمي

في غمار الحماسة لتوفير الرعاية الصحية الأولية بعد 1978 ، تم وضع سياسات للعاملين في صحة المجتمع بصورة مستعجلة ، مما أدى إلى بروز عدد من مواطن الضعف الخطيرة في التنفيذ .

(أ) تنزع برامج العاملين في صحة المجتمع إلى أن تكون برامج « رأسية » . وذلك أن التحول نحو توفير الرعاية الصحية الأولية ، التي أعطاها مؤتمر ألما آتا قوة دفع إضافية عام 1978 ، والطاقة الذي تم تعزيزها بها ، والقوة المعنوية المتمثلة في الحجج التي قدمتها منظمات المؤتمر لدعائها . قد ألزم البلدان بأن تبدي التزامها الفعال بها . ورأت حكومات كثيرة أن برامج العاملين في صحة المجتمع هي الأرخص والأسهل والأوضح

(1) في عام 1984 ، أعلنت وزارة الصحة العامة في الصين أن لعب « الطبيب الحافي » لن يستمر في الاستخدام الرسمي . والأطباء ، الحفظة الموجودين والذين اجتازوا الاختبار سيصبحون « أطباء ، ريفيين » ، وأن أولئك الذين أخفقوا ، سيتم تغيير تسميتهم و يطلق عليهم لقب « المساعدين الصحيين » هؤلاء تنطبق عليهم أغلب صفات العاملين في صحة المجتمع ، كما ورد وصفهم في التقرير الحالي .

لتحقيق ذلك . ووضعت المخطط بحماس ، ولكن على عجل ، وشارك في وضعها عدد من صانعي القرار من أعلى المستويات ، وتم فرضها على العاملين في صحة المجتمع على نطاق واسع . بيد أنه لم يشترك في عملية التخطيط هذه أولئك الذين كان يفترض بعد ذلك أن يتولوا تدريب العاملين في صحة المجتمع والإشراف عليهم . وتم التركيز بشدة على التدريب ومضمونه . ولكن قلما كان التفكير يتجه نحو الإشراف والمتابعة والإدماج في نظم الصحة الموجودة .

(ب) كانت برامج العاملين في صحة المجتمع تنفذ بقليل من الاهتمام المهني . وكانت المبادرة إلى تدريب العاملين في صحة المجتمع على نطاق واسع من عدد من المهنيين الصحيين ، الذين استطاعوا إقناع واضعي السياسة في وزارات الصحة بأن مثل هذه الفئة من العاملين يمكن أن تكون مفيدة ، في حين كان اشراك المرضات والمهنيين الصحيين الآخرين في حدوده الدنيا ، في عملية تخطيط برامج عمال صحة المجتمع وبالتالي يميل العاملون في الصحة إلى استخدام العاملين في صحة المجتمع كمساعدين في المراكز الصحية والعيادات والمستشفيات ، بدلاً من استخدامهم للعمل في المجتمع . وكانت لذلك آثار سلبية ، ولاسيما في البلدان التي يسعى فيها مثل هؤلاء العاملين إلى أن يكتسبوا صفة مهنية بدرجة أكبر ، ويحسنوا أوضاعهم . وجاءت هذه التحركات في صالح استحسان التسلسل الهرمي في علاقات العمل وزيادة التفرقة الوظيفية والوعي بالمركز الوظيفي ، وكل هذا بجانب لمفاهيم برامج العاملين في صحة المجتمع .

(ج) إهمال العوامل التنظيمية والسياسية والاقتصادية . إن العاملين في صحة المجتمع هم أنفسهم أعضاء في مجتمعات على درجة كبيرة من التقسيم الطبقي يمكن أن يواجهوا في داخلها قدرأ كبيراً من الصراع . وتؤثر الطبقة الاجتماعية والطبقة المغلقة والتقسيمات الأخرى على مراكزهم وولاءاتهم والمسؤوليات الملقاة على عاتقهم . وهم أيضاً أعضاء في مجتمع أكبر ، قد يكون مجتمعاً ديمقراطياً أو ديمقراطياً ، ولكنه دائماً منقسم في علاقات القوة فيه . والمناخ السياسي الذي يعمل فيه العاملون في صحة المجتمع ، سواء في المجتمع ككل أو في مجتمعاتهم ، يؤثر تأثيراً كبيراً على عملهم ، وعلم ما يمكنهم فعله . وقد اتسم واضعو السياسة أحياناً بالسذاجة ، فيما يتعلق بالمظالم داخل مجتمعاتهم والصراعات المتأصلة في عملية إعادة توزيع الموارد لدعم برامج العاملين في صحة المجتمع .

(د) لم يكن استفاد من أية دروس من القطاعات الأخرى . تعدد ندرة الخبرة في عقد المقارنات بين برامج العاملين في صحة المجتمع وبرامج التنمية الزراعية والاجتماعية جديرة

بالذكر . ومع ذلك ، فهناك دروس كثيرة من هذه القطاعات قد تكون مناسبة للقطاع الصحي . فعلى سبيل المثال ، وفي مجال تنمية المجتمع التي تعود إلى الخمسينيات والستينيات ، كان قد تمّ تعلّم الشيء الكثير حول سبل العمل في المجتمعات المحلية . فالمشاريع الرائدة ، التي حققت نجاحاً كبيراً في مناطق صغيرة لم تجنح إلى توسيع نطاق نجاحها ليشمل مناطق أكبر ، أو إلى التحول إلى برامج وطنية ، وذلك بالنظر إلى ما يترتب على ذلك من إضعاف للموارد أو صعوبة في تأمين الإمدادات الكافية . وعلى النحو ذاته ، كان يمكن استخلاص الدروس من خبرة العاملين في التوسّع الزراعي ، وذلك باستخدام نظام التدريب والزيارات على سبيل المثال (حيث يتخلل فترات التدريب العمل الميداني) . وعلى الرغم من أن كفاءة النظام مازالت موضع جدل مستفيض إلا أنها قد تعطي إرشادات مفيدة لتحسين أداء العاملين في صحة المجتمع .

3 . 2 سوء تحديد الوظائف

تعنى بعض برامج العاملين في صحة المجتمع بتدريب العاملين على نطاق واسع على التعامل مع موضوع واحد من مواضيع الاهتمام الصحي كال تغذية ، أو تنظيم الأسرة أو مكافحة الملاريا على سبيل المثال . وعادة ما يُكلف العاملون في صحة المجتمع بمسؤوليات أوسع ومهام عديدة أكثر من تلك التي دُوِّبوا عليها . ويقتصرون في بعض الأحيان على أداء مهام في تعزيز الصحة والتي يمكن أن تكون مخيِّبة لآمال المجتمعات المحلية لافتقارها لخدمات المعالجة الأساسية ، أو قد ينخرطون في مجال الرعاية العلاجية فقط على حساب التنمية الصحية .

3 . 3 سوء الاختيار

يجب أن تقوم المجتمعات من حيث المبدأ ، باختيار العاملين في صحة المجتمع فيها ، ولكن غالباً ما لا يتم ذلك . إذ يُترك اختيارهم عموماً للمهنيين الصحيين أو لقادة المجتمع الذين لا تتوفر لديهم الدراية والحماسة الكافيان للقيام بذلك . وغالباً ما يكون المقترح تعيينهم بخدمون مصالحي قادة معينين ، بدلاً من خدمة مصالح المجتمع العامة . وقد يعكس ذلك هيكل القوى في هذا المجتمع . ويكون له تأثير يقلل من فرص وصول الرعاية الصحية إلى المحرومين بدلاً من أن يحسّنها . وقد لا يكون تصميم أسلوب خاص لتعيين العاملين في صحة المجتمع ، يحمي مصالح الناس الذين لا حول لهم ويوفر شيئاً من الحماية ضد ممارسات الاختيار المتحيز ، موضع ترحيب من الواجهة السياسية في بعض الأماكن . ومن الممارسات المؤسفة في بلدان كثيرة تعيين شباب من الرجال والنساء يمكن أن يرو في هذا المنصب سبيلاً للوصول إلى المركز الاجتماعي . وقد يفيد من ذلك أولئك الأكثر تعليماً ، هم وأسره ، إلا أن تطلّعهم لنيل وظائف بأجور أعلى يُحتمّ فشل هذا النظام .

3.4 نقص التدريب والتعليم المستمر

تواجه برامج العاملين في صحة المجتمع مشاكل مماثلة لتلك التي تواجه العاملين في الصحة في المناطق الأخرى . وتشمل هذه المشاكل المدرسين ضعيفي التدريب ، والافتقار لمواد تعليمية مناسبة ، ووجود مناهج تدريسية غير ملائمة ، واعتماد دورات تدريبية مفرطة في طولها أو قصرها ، وتخصيص أماكن للتدريب غير ملائمة ، واعتماد أساليب للتدريب غير موفقة الاختيار أو استخدامها بشكل خاطئ . وغالباً ما يتم اختبار مدرسي العاملين في صحة المجتمع لا بسبب أهليتهم كمدرسين ، ولكن لكونهم هم المتوفرون دون غيرهم . وإلى جانب افتقارهم لمهارات التدريب ، لا يعرفون في الغالب الظروف التي سيعمل في إطارها المدربون . ويعد التعليم المستمر ضرورياً من أجل فعالية برنامج العاملين في صحة المجتمع إلا أن الاعتقاد الأكثر شيوعاً هو أنه يُكتسب أثناء عملية الإشراف أو عندما يقيم العاملون في صحة المجتمع بزيارة لأحد المراكز الصحية . وكما هي الحال بالنسبة للإشراف الجيد ، فإن التعليم المستمر يكلف أموالاً . بيد أن القليل من البرامج يدخل في حسابه الاحتياطي النوعي من أجل الأموال الضرورية والموارد الأخرى .

3.5 الافتقار للدعم والإشراف

يعاني الكثير من برامج العاملين في صحة المجتمع من ضعف الدعم والإشراف . إذ يكون معظم المشرفين من موظفي المراكز الصحية ، وغالباً ما يكونون غير مهتمين أو غير مدربين بما فيه الكفاية على عملية الإشراف . ويشكل التنقل عادة صعوبة للمشرفين في زيارتهم للعاملين في صحة المجتمع في قراهم أو مجتمعاتهم المحلية . ويشعر العاملون في صحة المجتمع أحياناً بأن عدد المشرفين عليهم أكثر مما يجب ، ومع ذلك لا يتوفر لهم سوى القليل من الدعم للعمل داخل المجتمع المحلي .

3.6 العمل في ظل ظروف غير مستقرة

تعد قضية الأجور من القضايا الهامة ، ولكنها واحدة من القضايا التي ما تزال غير محسومة في أغلب البلدان . وهي قضية ذات أهمية حيوية من أجل تأمين الحوافز ، إلا أن تكاليفها باهظة . ويتقاضى العاملون في صحة المجتمع أجورهم من الدولة أحياناً ومن المجتمع المحلي الذي يخدمونه أحياناً أخرى . ونادراً ما يشكل المتطوعون حلاً جيداً طويل المدى ، إذ يميلون لتترك وظائفهم بمعدلات أعلى من العاملين في صحة المجتمع المأجورين ، مما يجعل ضمان استمرار الخدمة التطوعية أمراً صعباً . ويطمح المتطوعون للتوظيف ، إلى تحقيق تقدم مهني في مجال الرعاية الصحية . وقد تتسبب هذه التطلعات في شيء من التوتر ، ولكن المحاولات البيروقراطية للتخفيف من حدة هذا التوتر . مثل التوظيف الحكومي ، غالباً ما يكون لها مساوئها . ويجب مواجهة هذه القضية بصراحة عند إعداد برامج العاملين في صحة المجتمع .

7.3 مصادر التمويل والتكاليف غير المحددة

لم يتم بعد تحديد الضامين المالية للبرامج الوطنية للعاملين في صحة المجتمع التي تحظى بدعم مناسب . ومع ذلك فإن تكاليف مثل هذه البرامج تتطلب دراسة واقية . فبعض هذه البرامج تمولها الحكومة بأكملها ، وبعضها تمولها المجتمعات بأكملها ، وفي معظم البلدان تتم المشاركة في تحمل التكاليف بنسب مختلفة بين الحكومة والمجتمعات المحلية ، والمنظمات التطوعية ، والمصادر الخارجية . وعلى أية حال ، فقد ثبت أنه من الصعب الإنفاق على برامج العاملين في صحة المجتمع ، وخاصة في أوقات الأزمات الاقتصادية ، حيث يكون أول ما يتم تخفيضه الموارد المخصصة لتلك البرامج .

8.3 الانتقار للمتابعة والتقييم

يعد القصور في المراقبة والتقييم أمراً شائعاً كما أن النقص المتواتر في تحديد الأهداف بشكل جيد يجعل المتابعة والتقييم أمراً مستحيلاً ، والمحاولات التي بذلت لإشراك المجتمعات المحلية قليلة جداً ، وتفتقر بشكل عام إلى الحماسة الكافية .

4 - استراتيجيات العمل

1.4 التنظيم والهيكلية

ينبغي من أجل تصميم وتنفيذ برامج فعالة للعاملين في صحة المجتمع إيجاد حل لعدد من الأسئلة الفنية ، الخاصة بطرق معالجة المشاكل الصحية . ومع ذلك فهذه مشكلة بسيطة بالمقارنة مع مشاكل التنظيم على مستوى المناطق . والمعوقات الحرجة إنما توجد في هذا المجال ، وفيه أيضاً تتعثر أكثر البرامج التزاماً .

1.1.4 المنظور الوطني

تعد الإدارة السياسية أمراً أساسياً في هذا الموضوع . إذ أنه من المرجح أن يكتب النجاح لبرامج العاملين في صحة المجتمع إذا ما جاءت معبرة عن اختيار سياسي متأين لرفع المستوى المعيشي للقطاعات الأسوأ حالاً من السكان . فالتحسينات الصحية مرتبطة بالبيئة الاجتماعية والثقافية والطبعية الأوسع نطاقاً . وقد يؤدي الالتزام الوطني بتوزيع عادل للثروات ، إلى تحقيق عدد من التحسينات المختلفة ، بما في ذلك نشر العاملين في صحة المجتمع وتزويدهم بدعم جيد .

2-1-4 نظام صحة المناطق

ثمة إجماع متزايد على أن تدعيم النظم الصحية الخاصة بالمناطق والقائمة على الرعاية الصحية الأولية هو أحد الأساليب الرئيسية المطبقة في تطوير برامج العاملين في صحة المجتمع والرعاية الصحية الأولية إجمالاً .

وقد نظر مؤتمر ياوندي عام 1986 إلى هذا على أنه أمر بدهي (5) . وبشكل نظام صحة المناطق جزءاً منطقياً من هيكل نظم الصحة الوطنية القائم على الرعاية الصحية الأولية ، ولكنه عبارة عن جزء مستقل تقريباً من هذا النظام . إذ يتكون أولاً وقبل كل شيء من عدد محدد من السكان ، يعيش ضمن منطقة إدارية أو جغرافية محددة بوضوح ، حضرية كانت أم ريفية ، ويشمل كافة المؤسسات والأشخاص الذين يتولون الرعاية الصحية في المنطقة ، سواءاً كانت خدمة حكومية ، أو تأميناً اجتماعياً ، أو غير حكومية ، أو خاصة أو تقليدية . وبناء على ذلك فنظام صحة المناطق يتكون من مجموعة واسعة من العناصر المترابطة ، التي تساهم في دعم النظام الصحي في المنازل ، والمدارس ، وأماكن العمل والمجتمعات ، من خلال القطاع الصحي والقطاعات الأخرى المرتبطة به . وهو يشمل الرعاية الصحية الذاتية ، وكافة العاملين الصحيين والمرافق الصحية بما فيها المستشفيات على مستوى الإحالة الأولية ، والمختبرات الطبية ، وجميع خدمات التشخيص الأخرى وخدمات الدعم المساند . وتحتاج عناصر تكوينه للتنسيق الجيد على يد ضابط معين ، وأن تُسَخَّر مجتمعةً لتتولى نطاقاً شاملاً من الأنشطة الصحية التعزيزية ، والوقائية ، والعلاجية والتأهيلية .

ومن الواضح أن تنظيم نُظُم صحة المناطق سوف يعتمد على ظروف وأحوال كل بلد ومنطقة بما في ذلك نظام الدولة والشخصيات المعنية . وهناك سمة شائعة هي وجود حكومة للمنطقة أو إجراءات لإدارة الأمور المحلية ، تحدد من بين أمور أخرى ، كيفية حصول الناس على الرعاية الصحية ، وكيفية حصول المجتمع المحلي على الاهتمام الذي يستحقه بالضرورة .

ويعتبر نظام صحة المناطق إطاراً لحصول العاملين في صحة المجتمع على الدعم اللازم لأداء مهامهم بشكل فعال ، وهو إطار يؤدي فقده إلى فشل مشروع العاملين في صحة المجتمع . ويجمع هذا الدعم بين أسلوب الإشراف الداعم والتدريب المنهجي للعاملين الممارسين في صحة المجتمع ، وبين نظام إحاله فعال ، ودعم فني ، ونظام للإمداد ، ونظام للمعلومات .

3-1-4 المجتمع

(أ) مشاركة المجتمع . إن كلمة « مجتمع » قد تعني ببساطة مجموعة من الناس تعيش في نفس المنطقة ، ولكنها أيضاً تحمل معاني المصالح المشتركة والزمانة . ومن واقع

الممارسة ، فإن المجموعات الاجتماعية تتعاون بصورة انتقائية وفي مجالات محددة . والعملية السياسية التي تؤدي إلى دعم مشاريع معينة وإلى « ذبول » بعضها من جراء التهاون هي عملية معقدة ، لا يمكن التنبؤ بنتائجها غالباً لذلك يعد احتمال أداء البرنامج الوطني للعاملين في صحة المجتمع لوظيفته بصورة فعّالة في كل موقع أمراً غير مؤكد .

كما أقرت مجموعة الدراسة بأنه ليس من السهل تحقيق مشاركة المجتمع المحلي ، مع كونها شيئاً لا يبد منه للرعاية الصحية الأولية . كما أنه لن يكون من المرجح تحقيقها في حالة فرض أطر زمنية محددة لإنجاز ذلك . ومن الشروط الأولية لتحقيق مشاركة ناجحة من قبل المجتمع المحلي تفهّم هياكل وديناميات المجتمع ، والإيمان بقدرته على التعلم والتدبير . وقد تنبّهت مجموعة الدراسة إلى الحاجة لتزويد العاملين في صحة المجتمع بالمهارات اللازمة لتنبيه احساس المجتمعات وتعبئتها وتنظيمها بغية تعزيز صحتها . ويمكن أن يعزى فشل كثير من برامج صحة المجتمع إلى إغفال المخططين لقدرة المجتمعات على دعم برامجها الصحية من خلال مشاركتها النشيطة ، وضمان استمرارها . ويُعرّف العاملون في صحة المجتمع بأنهم جزء من كل من الخدمة الصحية الرسمية ، من الإطار الاجتماعي للنظام الصحي الذي تنبثق منه نقاط قوتهم وضعفهم على حد سواء . أما سبب قوتهم فهو أنهم ينتمون إلى الخدمة الصحية مثلما ينتمون إلى المجتمع وأما سبب ضعفهم فيتمثل في احتمال استحواذ هذا أو ذاك على معظم أو كل اهتمامهم وولائهم . على أن لقب « العامل في صحة المجتمع » في حد ذاته يمكن اعتباره محاولة لتسوية التوتر المتضمن في صلب هذه الوظيفة عن طريق المصطلح الفني . ولا يمكن إحرار أي تقدم إلا من خلال الإقرار بوجود هذا التوتر ، واحتوائه ، واستغلاله على نحو مناسب وشامل .

ويجب افتراض أن العامل في صحة المجتمع لا يقتصر على خدمة فئة اجتماعية منعزلة ، لها هدف واحد ، وإنما يخدم مجموعة سكانية تتفاوت درجة التزامها بنشاط معين تبعاً لتوقعات أفرادها للمنفعة ، وتبعاً للإطار الاجتماعي والسياسي لهذا النشاط ، فالمجتمع المحلي ليس بمجموعة متجانسة ، إذ يمكن أن تقوم بين مصالح أفرادها حالات من الصراع الشديد . ولهذا تستعمل كلمة المجتمع ، في هذا التقرير بالمعنى الجغرافي الخاص بمجموعة سكانية يمكن أن تتمتع بخدمات العاملين في صحة المجتمع : وليس هناك أي افتراض مؤداه أن ثمة مثل هذه المجموعات السكانية تتعاون تعاوناً مبنياً على الانسجام في شؤون الحياة اليومية . وهذا معناه أن من الضروري أن يتم تعريف المجتمع الذي يمثله العاملون في صحة المجتمع ، بطريقة لا تهدد مصالح المجموعات المعرّضة للحرمان مثل الفقراء .

وينبغي الإقرار بأن هذه القضايا هي جوانب حتمية لأي برنامج من برامج العاملين في صحة المجتمع . إذ أن البرنامج الجيد إنما هو تعبير عن مشاركة المجتمع (5) . وفي مقابل ذلك تُعدّ مشاركة المجتمع إحدى المكونات الأساسية لأي برنامج تطوير صحي فعال .

والسبيل الوحيد لتحقيق مشاركة المجتمع البناء من خلال التخطيط هو إقامة مجموعة متنوعة من الروابط بين المجتمع والمراقق الصحية ، وتأمين الدعم اللازم لها .

(ب) **العلاقة بين الرعاية الصحية الرسمية والطب التقليدي .** تختلف قوة علاقة المشاركة في العمل بين نظام الرعاية الصحية الرسمي وبين الممارسات التقليدية تبعاً للظروف الوطنية أو المحلية الخاصة . وتغدو مثل هذه المشاركة أكثر شيوعاً عندما يكون هناك تأييد قوي لمكانة الطب التقليدي على المستوى السياسي الوطني ، كما هو الحال في الصين والهند . ويبدو أن الطب التقليدي في الأماكن الأخرى ليس ممثلاً بقوة في برامج العاملين في صحة المجتمع والحديث عن التكامل بين نظامي الطب الحديث والطب الشعبي غالباً ما يكون غير مُلزم ، كمبدأ توجيهي لبرامج العاملين في صحة المجتمع ، ولكن من المهم تحديد ما يعنيه ذلك في واقع الممارسة .

وفي الواقع يمكن النظر إلى الطب الحديث كنظام . فهو متوفر للناس من خلال هيكل تنظيمي محدد ويستطيع الناس رؤيته ، ويقع في معظم جوانبه خارج نطاق شكتهم الاجتماعية الخاصة . أما الطب المحلي فهو عموماً شيء مختلف كل الاختلاف . وتتوفر للناس خيارات عديدة ، بما في ذلك خدمات المداوين المتخصصين ولكن لا يوجد في الأماكن التي لم تكن التقاليد الطبية الرئيسية الأخرى ، كالطب التقليدي الهندي Ayurvedic medicine يحتل مكاناً بارزاً ، خطة تنظيمية شاملة على وجه العموم . وقد يكون المداوون التقليديون مرشحين مناسبين لتدريبهم على العمل في صحة المجتمع أو غير مناسبين . ومع ذلك فهناك فوائد واضحة لتدريب الأفراد الذين يتمتعون بالتقدير لقدراتهم في مجال المداواة ، والقادرين والراغبين في القيام بهذا الدور الإضافي . وعلى الرغم من أنه قد يكون من الصعب تحقيق التكامل على المستوى الرسمي بين قطاع الرعاية الصحية والممارسين التقليديين في بعض المناطق ، فمن المهم أن نتذكر أن المستفيدين قد يرون أن القطاعين يكمل أحدهما الآخر . وقد لا يرون أي تعارض بينهما . ومن الطبيعي أن يقوم الناس في معظم البلدان باستخدام الخيارات المختلفة المتاحة لهم . وهذا يتضمن وجوب محاولة برامج العاملين في صحة المجتمع إقامة علاقة بنّاءة مع نظم المداواة الأخرى السائدة .

(ج) **التعاون بين القطاعات .** لا يمكن إجراء تحسينات جوهرية في المجال الصحي إلا بإحداث تغييرات واسعة النطاق . أي عن طريق تغييرات تحققها أنشطة عدد من القطاعات . وفي واقع الحال تتسم عملية التكامل بين الخدمات الصحية والقطاعات الأخرى عادة بالضعف . والتعاون بين القطاعات كان سمة من سمات العديد من المشاريع الرائدة ، إلا أن هذا التعاون ينهار على ما يبدو عندما تتم المحاولة على مستوى أعم . ولا يمكن أن يكون هذا عيب المجتمع لأن دينامياته هي ذاتها ، سواء في المشاريع الرائدة أم في

البرامج الوطنية . ولكنه أقرب إلى أن يكون عيب الهياكل الإدارية للإدارات الحكومية والهيئات المعنية .

ولا يمكن أن يُعزى فشل التعاون بين القطاعات على مستوى الضواحي إلى أشكال من عدم الكفاءة من جانب العاملين في صحة المجتمع . فلن يتسنى للتعاون بين القطاعات أن يضرب بجذوره وينمو إذا كان مفتقداً على المستوى المركزي وعلى مستوى المناطق ، وكان العاملون في صحة المجتمع وغيرهم من العاملين لا يَلْقَوْنَ الدعم . والمشكلة في المناطق المحيطة أنها تعكس بوجه عام التقسيمات التقليدية للمسؤولية بين الإدارات الحكومية والمطامح المهنية والمنافسات في المستوى المركزي وفي مستوى المناطق . ويتمثل أحد هذه الحلول في توسيع تنظيم الرعاية الصحية مركزياً . ففي الهند على سبيل المثال أنشئت وزارة جديدة ، هي وزارة تنمية الثروة البشرية تجمع بين قطاعات الصحة والتعليم والرياضة والشباب والثقافة ، وذلك لإقامة نظام مبنى على المؤسسات للتعاون بين القطاعات في أعلى المستويات (5) .

4 - 1 - 4 . تدعيم الرعاية الصحية الأولية في مستوى المناطق

يتحدد تأثير برامج العاملين في صحة المجتمع بصورة رئيسية من خلال طبيعة الروابط القائمة بين القطاع الصحي والمجتمع المحلي . وقد تقوم المجتمعات في الحالات الاستثنائية مباشرة أنشطة طويلة المدى ومتابعتها بالحماس والتنظيم المحليين . وهذا خير مثال على الرعاية الصحية الأولية أثناء التطبيق . وعلى أي حال لا يمكن للبرامج الوطنية أن تعتمد على المصادفة ، إذ ينبغي أن تكون العلاقة بين المرافق المحيطة ونظام الرعاية الصحية منظمة قائمة على الإدارة الحسنة . ويجب أن تؤمن عناصر ثلاثة هي التوجيه المشترك لعمل برامج العاملين في صحة المجتمع ، وترتيبات الإحالة المرضية ، ونظام الإمداد .

(أ) مجموعات المساندة . تفشل خدمات العاملين في صحة المجتمع في أماكن عديدة لأسباب يبدو أنها تافهة ويمكن تجنبها . بيد أن الفشل له جذور راسخة في النظام ذاته ، ويمكن أن يعزى إلى : (1) طبيعة العلاقات بين السلطة المركزية والخدمات الصحية على مستوى التنفيذ . (2) طبيعة العلاقات ضمن مناطق الخدمات الصحية . هذه العلاقات ينبغي صياغتها في شكل معين ليتم التنسيق بين الخدمات المختلفة والبرامج في كل منطقة من مناطق عمل العاملين في صحة المجتمع ، بحيث تواجه ممولهم للعمل المنفرد ، وتجعلهم أكثر احساساً بمسؤولياتهم تجاه أولئك الذين يخدمونهم ، ولتظل الإدارة المركزية مطلعة على ما يجري في المناطق المحيطة بصورة أفضل .

ولذلك يجب أن تخطى برامج العاملين في صحة المجتمع بدعم مجموعة مكونة من أعضاء في المجتمع المحلي ، يتمتعون بعلاقات نشطة مع القطاع الصحي (3) . وهذا ضروري من أجل الحل العادل لمشاكل مثل التعيين ، والأجور ، وتحديد المسؤوليات ونطاق أعمال البرامج . وإذا لم يتوافر ترتيب خاص لإدارة شؤون المجتمع يمكن أن يحتوي على برنامج للعاملين في صحة المجتمع ويوفر مجموعة مساندة لأعمالهم ، فلا بد من تشكيل مجموعة جديدة تخطى بالاعتراف والدعم من قبل كل من المجتمع والحكومة . وهذا النوع من العلاقة الوثيقة بين القطاع الصحي والمجتمع ضروري لتنمية الحس الاجتماعي تجاه البرنامج قبل اختيار العاملين الصحيين وقبل بدء البرامج (3) . وتمثل هذه بداية للالتزام الطويل المدى من قبل القطاع الصحي وموظفيه تجاه مجموعات المساندة .

وتختلف البلدان من حيث اعتماد مجموعات المساندة فيها بأشكال الصحة وحدها أو اهتمامها بمسؤولياتها تجاه نطاق واسع من أنشطة تنمية المجتمع . وقد لفتت دراسة أقليمية أعدتها منظمة الصحة العالمية الانتباه إلى ضرورة تدريب أعضاء مجموعات المساندة (3) . ومن الواضح أنه يجب أن يكون لديهم تفهم واقعي لمكانة الاستراتيجيات المختلفة في التطوير الصحي ، وأن تتوفر لديهم أيضاً المهارات الإدارية والمحاسبية لإدارة أمور العاملين في صحة المجتمع لديهم . ويعد التدريب والأشكال الأخرى من الدعم المخصص لمجموعات المساندة من المساهمات الهامة في عملية الإشراف على أداء العاملين في صحة المجتمع (5) .

(ب) ترتيبات الإحالة . يتعلق أحد أسباب استخدام العاملين في صحة المجتمع باقتصاديات الطب العلاجي . فتوظيف المهنيين الصحيين المرتفعي الأجر من أجل القيام بمهام الرعاية الصحية التي يمكن تدريب العاملين في صحة المجتمع على القيام بها تدبير غير اقتصادي . مادام في وسع العاملين في صحة المجتمع تدبير حالات الحمل ، والمخاض والولادة الطبيعية ، كما يمكنهم أيضاً معالجة كثير من الأمراض الخطيرة . وبذلك يمكنهم المساهمة إلى حد كبير في تحقيق الرفاهية للمجموعات السكانية ، الذين لن يتيسر لهم الحصول على الخدمات الصحية . بيد أن مهاراتهم السريرية محدودة ، ومساهماتهم في ضمان خدمات عادلة وشاملة تتوقف إلى حد بعيد على دعمهم بنظام إحالة ملائم وكاف .

ومن الشائع أن يكون أداء نظم الإحالة ضعيفاً ، أو معدوماً تماماً ، وذلك لأسباب عدة فالمسافات البعيدة غالباً ما تشكل حاجزاً هاماً ؛ إذ يحتاج العاملون في صحة المجتمع في المناطق النائية إلى تدريب وتجهيز مناسبين من أجل التعامل مع سلسلة أوسع من الحالات والمشاكل الأكثر تعقيداً من تلك التي يتوقع أن يتعاملوا معها ضمن المجتمعات التي يتيسر لديها الحصول على الخدمات الصحية . وتمثل الأسباب الأخرى لقلّة استخدام نظم الإحالة من قبل العاملين في صحة المجتمع ، أو المرضى المحليين في التكلفة والفوارق الاجتماعية (الناجمة عن فروق طبقية أو ثقافية أو فروق في المنزل الاجتماعية) ،

النظرة السئنة إلى أداء المركز الصحي الذي تمت الإحالة إليه ، أو الالتزامات المنزلية وغيرها .

ويمكن أن تؤدي سهولة في استخدام نظام للإحالة ، وتوفير الدعم له إلى تعزيز وتوسيع نطاق مهارات الرعاية الصحية لدى عمال صحة المجتمع . كما أن التواصل الجيد بين أفراد المجتمع المحلي ، من خلال مجموعة دعم العاملين في صحة المجتمع وبين المركز الصحي وعن طريق المشرفين على العاملين في صحة المجتمع ، يساعد في ضمان الاستخدام الأفضل لنظام الإحالة . وقد تكون الإحالات فرصة للعاملين في صحة المجتمع لتتعلم ، من خلال مناقشة أوضاع المرضى المحالين ، والتقارير الواردة إليهم من المركز الصحي أو المستشفى ، بما فيها تقارير تخريج المرضى وسائل هامة للتعليم المستمر . وقد تكون الإحالة أيضاً في الاتجاه المعاكس ، إذ قد يقوم المركز الصحي أو المستشفى بإحالة المرضى إلى العاملين في صحة المجتمع بهدف ضمان المداواة والمتابعة .

(ج) نظام الإمداد . كثيراً ما تتحدث التقارير عن صعوبات توفير إمدادات منتظمة من الأدوية الأساسية والتجهيزات العامة للعاملين في صحة المجتمع . ولعل المناطق المحيطة هي أول من يشعر بأرجح النقص العام في النظام الصحي . نظراً لسانعة المراكز الصحية في توزيع المواد التي تعاني من نقص فيها . ولا يشكل افتقار العاملين في صحة المجتمع للأدوية مشكلة ملحة للإدارة المركزية كتلك التي يشكلها نقص الأدوية الأساسية في صيدلية مستشفى أو مركز صحي .

وقد تكون هناك أسباب مختلفة للنقص العام في الدواء ، منها نقص العملة الأجنبية ، أو وجود عيوب في نظام الشراء والتخزين والتوزيع . ويمكن تفادي النقص في الدواء بتطبيق معايير صارمة في طلب الإمدادات . وتشمل هذه المعايير البساطة ، والتوافر ، والتكلفة التي يستطيع المجتمع تحملها والمأمونية والفعالية والمقبولية لدى المجتمع (٧) . وقد تجهد إدارة نظم الإمداد والتأمين من أجل العاملين في صحة المجتمع الطاقة الاقتصادية والإدارية لمنظمات التخطيط المركزي . التي لا تكاد تتمكن من تلبية المتطلبات الحالية إلا بجدد بالغ . وعلى الرغم من ذلك لا بد أن تضمن الإدارة المركزية أن نظام الإمداد والدعم اللازم للمناطق المحيطة قائم ويؤدي وظيفته ، وذلك قبل أن يقوم العاملون في صحة المجتمع بصرف الأدوية .

4 - 2 الوظائف

لاحظت مجموعة الدراسة أن معظم البلدان قد حددت وظائف العاملين في صحة المجتمع على أساس عناصر الرعاية الصحية الأولية التي وردت في إعلان ألما آتا (٨) :

« التشقيف الذي يتناول المشاكل الصحية السائدة وطرق الوقاية منها ومكافحتها ؛ وتعزيز الإمدادات الغذائية والتغذية الصحيحة ؛ وتوفير إمدادات كافية من مياه الشرب المأمونة ؛ والإصحاح الأساسي ؛ والرعاية الصحية للأمومة والطفولة ؛ بما في ذلك تنظيم الأسرة ؛ والتمنيع ضد الأمراض الرئيسية المعدية ؛ ومكافحة الأمراض المتوطنة والوقاية منها ، والمعالجة المناسبة للأمراض والإصابات الشائعة ؛ وتقديم الأدوية الأساسية » .

وقد أنيطت مسؤولية القيام بهذه السلسلة الطويلة جداً من المهام ، والضرورية لتحسين صحة المجتمعات بالعاملين في صحة المجتمع الذين يشمل وصف مهامهم الوظيفية كل مكونات برنامج الرعاية الصحية الأولية الشاملة . كما رأيت مجموعة الدراسة أن ليس من المعقول وليس من الواقعية في شيء تكليف العاملين في صحة المجتمع بهذه السلسلة من المهام بصورة روتينية . كما أنه ليس من الواقعية التوصية بأي مجموعة معيارية من المهام ، على النحو الموصوف في أغلب ما نشر حول هذا الموضوع . بل يجب على الحكومات القيام بتحديد مهام العاملين في صحة المجتمع ، وفقاً لما يعدّ عملياً في إطار الظروف المحيطة . وقد أورد تقرير مؤتمر باوندي (5) وكتاب « العاملون في صحة المجتمع » (7) مجموعة معينة من العوامل أو المعايير التي يفترض أن يتم الاسترشاد بها في توزيع مهام العاملين في صحة المجتمع ، ومنها على سبيل المثال ما يلي :

- الاحتياجات الملوسة للمجتمع المحلي ،
- كفاءة العمال ،
- الموارد المتوافرة ،
- الجغرافية وكثافة السكان ،
- تواجد عمال التنمية الآخرين ،
- السياسة الوطنية ،
- الصفات الشخصية للعاملين في صحة المجتمع كالسن والجنس ، ومستوى التعليم ،
- مستوى الدعم المتوافر
- مدى توافر الخدمات الصحية الأساسية .

وعلى كل حال فهناك مبادئ محددة تمتاز بقابلية تطبيقها عالمياً . ويجب أولاً أن لا توضع المهام بأسلوب صارم في المستوى الوطني ، أو تفرض اعتبارياً في سائر أرجاء بلد ما . ويجب أن تتوفر الحرية الكافية في المستويين المحلي والإقليمي لتكييف المعايير الوطنية حسب الظروف والاحتياجات المحلية . وكما يجب من ناحية ثانية أن يكون للمجتمعات المحلية رأي في تحديد مهام عاملاتها الصحيين . بيد أنه يجب عليها في بادئ الأمر أن تتفهم البرنامج ، ومن المهام التشقيفية لهذا البرنامج مساعدتها على اكتساب هذا الفهم . ومشاركة المجتمع المحلي في تحديد مهام العاملين في صحة المجتمع تزيد إلى حد كبير مقبولية برنامج العاملين في صحة المجتمع واحتمالات نجاحه .

ولا ينبغي أن يُنظر إلى العاملين في صحة المجتمع على أنهم موسوعيون يعرفون كل شيء ، ويستطيعون عمل كل شيء ، من الإسعافات الأولية إلى تعزيز تنمية المجتمع . بدلاً من ذلك يمكن أن يُشكّل دورهم محوراً لمختلف القطاعات الصحية والموارد والخدمات الأخرى ، مع مسؤوليتهم عن ضمان سهولة وصول أفراد المجتمع المحلي إليهم . ويجب أن لا يكون مفهوم العامل المتعدد الأغراض الذي يعمل في صحة المجتمع مرادفاً في الأذهان للعامل الذي يستخدم لكل الأغراض أما الأسلوب الأكثر واقعية فهو أن تُوزع مهام الرعاية الصحية الأولية المختلفة على أفراد مختلفين ، وأن يكون العامل في صحة المجتمع عضواً في فريق صحة المجتمع . ومثل هذا الفريق يشمل أيضاً عادة أفراداً آخرين من المجتمع . وينبغي لعملية تحديد مهام العاملين في صحة المجتمع أن تترك مجالاً للإبداع الفردي ؛ ومرونة كافية تسمح لعمال صحة المجتمع وفئات المجتمع بالتصرف بحرية خارج نطاق المهام المحددة لهم من أجل التعامل مع المستجدات غير المتوقعة .

أمّا الجدول حول ما إذا كان على العامل في صحة المجتمع أن يؤدي بصورة رئيسية مهام صحية علاجية أم مهمات وقائية فيعكس استقطاباً مفتعلاً في الرأي . فكلما المجموعتين من المهام ضرورية .

وعادة ما يكون العامل في صحة المجتمع هو المصدر الوحيد المتوفر للعلاج ، ولكن كونه قادراً على علاج حالات معينة في الحال قد يشير إعجاب المجتمع المحلي ويزيد من احتمال تقبله والتعاون معه في خدمات تعزيز الصحة والخدمات الوقائية الخاصة بالعامل في صحة المجتمع . وقد وافق المشاركون في مؤتمر ياوندي (5) على أن العامل في صحة المجتمع ينبغي أن تكون له مهام خدمية (علاجية ، وقائية ، تعزيزية) ومهام تنموية (تساعد على تعبئة المجتمعات من أجل التنمية الصحية) . وقد أقرت مجموعة الدراسة هذا التصنيف الواسع ، الذي يمكن النظر إليه على أنه سلسلة متصلة من الوظائف ، من تلك المهام العلاجية البحتة إلى المهام التنموية البحتة . وتتصدر المهام الخدمية باقي المهام في العادة (مع التركيز على المهام العلاجية أو الوقائية حسبما تكون الحالة) . ولكن يجب المحافظة على التوازن بين كلا النوعين من المهام ووضعه تحت المراجعة المستمرة بحيث يتسنى للعاملين في صحة المجتمع تلبية احتياجات المجتمع على أحسن وجه . والدمج بين المهام الخدمية والتنموية يعتمد على ظروف البلد ، ولكن لا يمكن أن يتحرك ذلك للمصادفة . ويجب أن يلم العاملون في الخدمات الصحية لا سيما أولئك المسؤولون عن تقديم الدعم للعاملين في صحة المجتمع ، إلماً كاملاً بكيفية دمج المهام التي سيطلب من العاملين في صحة المجتمع أداؤها .

1-3 الاختيار

تتحدث الكتب عن محاولات عديدة لوضع معايير لاختيار العاملين في صحة المجتمع . ولم توافق مجموعة الدراسة على هذه الممارسة . وبدلاً من ذلك أقرت المجموعة

بأن معايير الاختبار لا بد أن تختلف من بلد إلى آخر ، وأن تخضع لتأثير العوامل الثقافية والدينية والاقتصادية . وألحّت مجموعة الدراسة على وجوب قيام الحكومات بوضع دلائل عامة للاختيار ذات تحديد واضح وخاصة بها . ويجب عليها أولاً أن تقرر أي نوع من برامج العاملين في صحة المجتمع هو الأكثر ملاءمة لاحتياجات وموارد بلادها ، ومن ثم تحديد المهام المتوقعة للعاملين في صحة المجتمع . فإذا كان على البرنامج أن يعتمد بشكل كبير على متطوعين للعمل بدوام جزئي ، مدربين تدريباً سريعاً ، فمن الممكن أن تركز دلائل الاختيار على صفات معينة ، كالمقبولية لدى المجتمع والدوافع ، أكثر من تركيزها على مستوى التعميل الدراسي . أما إذا كان على العاملين في صحة المجتمع أداء سلسلة واسعة من الخدمات ، وكان عليهم بالمقابل التدريب لفترة أطول ، فيجب أن تشير دلائل الاختيار أيضاً إلى القدرة على التعلم .

لما كان من المتوقع أن يؤثر العاملون في صحة المجتمع في مواقف وممارسات المجتمعات المحلية بما فيه الكفاية ، وعلى نحو يرفع المستوى الصحي للسكان ، فمن الممكن أن تشمل الصفات الرئيسية المركز الاجتماعي ، والالتزام الطويل المدى بالمجتمع المحلي المستفيد من الخدمة ، والقدرة على التأثير بالكلام والأمثلة على شرائح هامة من المجتمع ، وخاصة الأهميات .

وكمبدأ عملي للاختيار اقترحت مجموعة الدراسة ألا تتجاهل معايير الاختيار الرسمية خيار المجتمع المحلي والظروف المحلية . وبما أن تقبل المجتمع عامل جوهري ، فيجب أن تشارك المجتمعات مشاركة كاملة في عملية الاختيار ، ولكن يجب على العاملين إعداد المجتمعات إعداداً وافياً للقيام بالاختيار . ويجب مناقشة المهام والأدوار والتوقعات مناقشة شاملة ، والموافقة عليها . وسيضمن ذلك تفهم المجتمع لمعايير الاختيار ، وقدرته على استخدامها في اختيار أنسب المرشحين بالتعاون مع المهنيين الصحيين .

وقد قررت مجموعة الدراسة إضافة عنصر الدوافع إلى خدمة المجتمع إلى معايير الاختيار العادية ، مثل السن والتعليم والجنس والوضع العائلي والسكن والمهنة . ومن الصعب قياس مثل هذا العامل ، وقد يعتبر شيئاً لا قيمة له وبالتالي يستخف به . بيد أن متابعة التاريخ الشخصي والمشاركة السابقة في خدمة المجتمع ، وعوامل أساسية أخرى ، يمكنها أن تُعين على التحقق من مستوى الدوافع . والدوافع لا تقوم مقام المهارات إذا افتقدت هذه ، ولكن بدونها لا يستطيع العامل في صحة المجتمع أن يكون ناجحاً أو مقبولاً لدى المجتمع .

وعلى الرغم من الاختلافات الاجتماعية والثقافية الواسعة بين المناطق التي تنفذ فيها برامج العاملين في صحة المجتمع فمن الممكن تمييز بعض الأنماط الخاصة بالمزايا النسبية للفئات المختلفة من المعيّنين للعمل في هذا المجال . فعلى سبيل المثال تبيّن في كثير من

البلدان أن المعنئين من صغار السن ، ذوي التعليم العالي ، كانوا أقل التزاماً وفعالية في عملهم في صحة المجتمع (5) .

كما أن استبعاد النساء من العمل كعاملات في صحة المجتمع في بعض البلدان يشكل إلى حد كبير جزءاً من سياسة استبعادهم العام من الوظائف العامة . ومن هذه العوامل أيضاً إجراءات التعيين . ففي مثل هذه البلدان يتطلب تعيين النساء (حيث يكون أمراً له مزاياه) قسماً أكبر من المشاركة من قبل العاملين في الصحة في عملية التعيين . وهذا سبب آخر من الأسباب التي تجعل الروابط الفعالة بين المجتمع المحلي والقطاع الصحي الرسمي ، ضرورية .

4 - 4 التدريب والتعليم المستمر

1.4.4 الأهداف

إن هدف تدريب العاملين في صحة المجتمع هو إعداد المتدربين للمهام التي ينتظر منهم القيام بها في المجتمعات التي سيكلفون بالعمل ضمنها . بيد أن الاحتياجات الصحية للمجتمعات ، ومقاصدها وأهدافها في الرعاية الصحية لا يتم إدخالها في الحسبان أثناء تخطيط وتصميم برامج التدريب .

عندما ينظر إلى العاملين في صحة المجتمع على أنهم عاملون في خط المواجهة الأول ، يجنح التدريب إلى التركيز على بعض المهارات العملية الأساسية . فعلى سبيل المثال ، يمكن أن يدرّب عمال صحة المجتمع على متابعة نمو الأطفال دون سن الخامسة من العمر ، وليتحثوا أمهات الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية على زيارة المرضة أو الطبيب في المركز الصحي . إلا أن مثل هذا التدريب لا يشقّف العاملين في صحة المجتمع في قضايا التغذية ونمو الطفل ، وفي استراتيجيات معالجة المشاكل على مستوى المجتمع . وإذا كان على العاملين في صحة المجتمع أن يكونوا عناصر تعمل على التغيير ، فلا بد أن يتجاوز تدريبهم إتقان مهارات عملية معينة . مع المعارف المتعلقة بها ، إلى مهارات التواصل والتنظيم ، لدفع المجتمع المحلي (أو الجماعات المستهدفة الأخرى) لاتخاذ إجراء جماعي لمعالجة مشاكلهم الصحية .

2.4.4 المضمون

يعتمد مضمون برامج التدريب على الأهداف التي تحددها الأنشطة المرسومة للعاملين في صحة المجتمع ، وعلى أولئك الذين يحددون أهداف التعليم معرفة احتياجات المجتمع ، ومراجعة هذه الاحتياجات سادامت برامج التدريب قائمة ، ويجب أن يكونوا أناساً مؤهلين

لاتخاذ القرارات فيما يتعلق بالمهارات التي يحتاجها العاملون في صحة المجتمع ، وأن يتمتعوا بحرية التشاور مع ممثلي المجتمع ومع العاملين المتمرسين في صحة المجتمع ، بالإضافة إلى المتدربين السابقين الذين التحقوا حديثاً بالعمل في مجال صحة المجتمع . ويعتمد تصميم وإدارة مناهج التدريب ، وتحضير مواد التعلّم والتعلّم على الاحتياجات الفورية لنظام الخدمة الصحية ، والاحتياجات الملموسة للمجتمع ، وكذلك على الأهداف التنموية الطويلة المدى ، التي من شأنها رفع المستوى الصحي للمجتمع إلى الحد المقبول والمحافظة عليه .

4.4.3 طرائق التدريب

بحسب تكيف أساليب التدريب مع الأهداف التعليمية . وكبدأ عام فإن التدريب على كل المهارات ، البسيطة منها أو المعقدة ، يتطلب من المتدرب ممارستها تحت الإشراف حتى يصل إلى مستوى مقبول من الكفاءة حسب المعايير المعتمدة . ويجب أن يوفر المعلم أو المؤسسة التعليمية الظروف التي تسمح للمتدربين بممارسة هذه المهارات . ويجب أن تتوافق هذه الظروف بدقة ، مع الظروف الحقيقية التي يتوقع المتدربون أن يعملوا ضمنها فيما بعد ، أو تكون هي ذاتها .

إن أسلوب حل المشاكل ، عندما يطبق ببراعة ، هو أسلوب ناجح جداً ، إذ يتطلب من مجموعات المتدربين أو الأفراد أن يمارسوا ، تحت الإشراف ، حل أنماط من المشاكل ماثلة لتلك التي ستواجههم في عملهم فيما بعد . وبذلك يتم الجمع بين النظرية والممارسة في ظروف واقعية . والتعلم بأسلوب حل المشاكل يتطلب الكثير من المدربين والمشرفين ، الذين سيحتاجون للتدريب على نفس الأسلوب . ويمكن اعتبار الأحداث الحقيقية ، كموت طفل ، نقطة البداية لاستقصاء الأسباب ، وتعلم مهارات تشخيص الأسر والمجتمعات في مجال الوقاية من الإسهال ومعالجته ، على سبيل المثال .

ومن الممكن أن تستخدم ، تبعاً للأهداف التعليمية والموارد والمهارات التدريسية المتوفرة ، مجموعة متنوعة من الطرق التعليمية ، كتمثيل الأدوار ، والمحاكاة ، والعروض التوضيحية ، وجلسات المناقشة الجماعية ، وذلك ضمن إطار حل المشاكل في ظروف الممارسة الواقعية . وهذا أسلوب من أساليب تعليم الكبار ، يعامل المتدربون فيه على أنهم متعلمون نشيطون ، لا مجرد مستقبلين سلبيين للمعلومات والأفكار .

4.4.4 أماكن ومدة التدريب

يجب أن تتم عملية التدريب قدر الإمكان في ظروف ماثلة لتلك التي يُتَوَقَّع أن يعمل فيها العاملون في صحة المجتمع ويتم ذلك ، في الحالة المثالية ، ضمن مجتمعاتهم المحلية

أو قريباً منها . ويجب تجنب مؤسسات التدريب الوطنية أو الإقليمية قدر المستطاع ، إذ لا تكون في العادة مصممة لتدريب العاملين في صحة المجتمع . ولذلك فمن الضروري تعزيز قدرات التدريب في مستوى المناطق .

ويتم تحديد مدة برامج التدريب حسب مقاصد وأهداف التدريب ، والدور المُقدَّر للعاملين في صحة المجتمع . وإذا كان لابد من الحرص على عدم تحميل العاملين في صحة المجتمع في بداية الأمر أعباءً فوق طاقتهم ، فإن مدة دورات التدريب يجب تقديرها بحيث تسمح لهم بالتدريب الكافي لتحقيق آمال المجتمع المحلي .

4.4.5 المدربين

تعد مهارات وتوجيهات المدربين من العوامل الهامة في أي برنامج للتدريب ، علماً بأن المدربين غالباً ما يتم تعيينهم على أساس توافرهم وليس بسبب أهليتهم . والمهارة العلاجية جزء هام من كفاءة العاملين في صحة المجتمع والحاجة إلى هذه المهارة ذروتها بدء العمل في الغالب . ولذلك كان تأمين الكفاءة موضع الاهتمام الأقصى عند الأعضاء الجدد . ولكن إذا أسند التدريب لمدربين يفضلون هم أنفسهم المهارات الفنية والعلاجية على حساب المهارات الأخرى المطلوبة ، وعلى حساب الجوانب المتصلة بالرعاية الصحية للمجتمع والرعاية الصحية الوقائية ، فسيكون هناك مجازفة تتمثل في عدم تعلم العاملين في صحة المجتمع النظرة الجديدة إلى دوره الأوسع في الرعاية الصحية الأولية ، خاصة إذا تم التدريب في بيئة سريرية .

ويجب أن يساهم في التدريب أعضاء مختلفون من فريق صحة المنطقة والعاملين المتمرسين في صحة المجتمع ، وأفراد من ذوي الخبرة في الاتصالات ، وتعبئة المجتمعات لممارسة مختلف الأنشطة . ولقد وجد عدد من البلدان أن العاملين في صحة المجتمع المتميزين بالخبرة والفعالية هم أفضل المدربين . ويجب أن تكون الخبرة الميدانية المكتسبة تحت الإشراف هي أهم مقومات التدريب ، وفي الحالة المثالية يكون أحد المدربين هو المشرف التالي على العاملين في صحة المجتمع . كما يجب أن يعطى المدربين والعاملون المتمرسون من القطاعات الأخرى غير قطاع الصحة دوراً بارزاً في التدريب ، وذلك لمساعدة العاملين في صحة المجتمع المنتظرين على اكتساب المهارات الأساسية في مختلف القطاعات .

ويجب تدريب المُدرِّبين في مجال التخطيط التعليمي وإدارة المناهج . ويجب عليهم أن يتعرفوا على بنية وأنماط المجتمعات التي يجري تدريب العاملين في صحة المجتمع من أجلها ، والتي قامت باختيارهم . ويستطيع المدربون الحساسون للمُحدِّدات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية المؤثرة على الصحة ، أن يجعلوا للتدريب شأنًا أكبر عن طريق معالجة المشاكل المرتبطة بالظروف المحلية .

يجب أن يكون التثقيف المستمر من السمات الهامة للبرامج الناجحة للعاملين في صحة المجتمع . ويجب توفير احتياطات مالية محددة لجعله فعالاً . أمّا في الحالات التي يعدّ فيها التثقيف المستمر جزءاً من عملية الإشراف ، أو يفترض أنه يحدث بصورة غير رسمية أثناء زيارة المراكز الصحية ، فسيكون من غير المرجح أن يكون كافياً لإحداث فرق ملحوظ في نوعية الرعاية المقدمة من قبل العاملين في صحة المجتمع . هناك دليل على أن التثقيف المستمر لا يلقي الاهتمام الذي يستحقه . وتحتاج مهارات ومعارف العاملين الممارسين في صحة المجتمع للمحافظة على جودة مستواها وتحديثها بصورة منتظمة . وهذا النشاط يجب ربطه بعملية الإشراف لضمان كفاءة العاملين في صحة المجتمع في عملهم اليومي ، وقيامهم بتلبية الاحتياجات التنموية لمجتمعاتهم .

4-5 الإشراف

يشير المدى الذي تصل إليه الإشارة إلى سوء الإشراف كسبب لفشل برامج العاملين في صحة المجتمع إلى الدور الأساسي الذي يلعبه الإشراف في هذه البرامج ، وإلى شيوع المشاكل في المنطقة . وكثيراً ما تكون المشروعات ذات النطاق الضيق ناجحة ، وذلك لأنها توفر الإشراف الداعم والمنتظم من قبل مهنيين ، ولأنها تشترك المجتمعات أحياناً في الإشراف على دور العاملين في صحة المجتمع .

ونادراً ما يتوفر مثل هذا الإشراف المباشر في البرامج الوطنية ، حيث يفتقر العاملون في صحة المجتمع غالباً للدعم كأعضاء في فريق الرعاية الصحية الأولية . وهناك عدة أسباب لذلك :

أولها ، فرضُ العاملين في صحة المجتمع على النظم الصحية من دون تخطيط كاف فيما يتعلق بأولئك الذين سيشكلون الخط الأول لدعم الإشراف . ففي البرامج الوطنية كثيراً ما يكون المشرفون من هيئة العاملين في المركز الصحي . وأظهرت التجربة في بلدان كثيرة أن هيئة العاملين في المركز الصحي - المكلفين بواجبات سريرية لا يتمتعون بأولوية الإشراف على أداء العاملين في صحة المجتمع وإنما تكون الأسبقية لواجباتهم السريرية . ويشرف على العاملين في صحة المجتمع الذين يعملون في المرافق الصحية عادة مهنيون صحيون كانوا هم أنفسهم قد تلقوا التدريب في نظم ذات تسلسل هرمي صارم ، مع التركيز بصورة رئيسية على المهام السريرية . أما في مرافق الرعاية الصحية ذات النشاط الكثيف ، فلن يكون هناك وقت إلا قليلاً للإشراف . وعندما يحدث الإشراف بالفعل يكون

موجهاً بتركيز شديد نحو الأنشطة السريرية أو الكتابية . ويعد توفير الدعم للعاملين في صحة المجتمع الذين لا يعملون في المرافق الصحية أكثر صعوبة . وفي بعض البلدان تُتخذ ترتيبات خاصة لتمكين العاملين في صحة المجتمع من القيام بزيارات منتظمة لأقرب مركز صحي ، لتجديد مؤنثهم من الأدوية أحياناً أو لاستلام أجورهم . وكثيراً ما تقوتهم على ما يبدو في مثل هذه الزيارات فرص التثقيف المستمر ، ومناقشة المشاكل وتبادل المعلومات . ومع ذلك ، يقدر عمال صحة المجتمع في العادة الفرصة التي تتاح لزيادة المرافق الصحية ، ويقدرّون قيمة الحصص التعليمية . وفي إطار البرامج التطوعية ، تتميز أمثال هذه الزيارات المنتظمة بآثارها الحافزة العميقة ، إذ تشجع العاملين في صحة المجتمع على اكتساب معارف جديدة ، وزيادة الاتصالات الشخصية . أما الإشراف على العاملين في صحة المجتمع القاطنين في الأماكن النائية ، والذين لا يستطيعون الوصول بسهولة إلى المرافق الصحية فيهمّل في كثير من الأحيان ، وذلك لندرة وسائل المواصلات . كما أن المشرفين الذين لا يستمتعون بدورهم الإشرافي قد لا يظهرون اهتماماً خصوصياً عندما تنشأ مثل هذه المشاكل ، والزيارات التي يقومون بها قد تسيء في الواقع إلى العاملين في صحة المجتمع ، أو تتحول إلى إجراءات روتينية فارغة .

ثانياً ، ينظر إلى الإشراف في أغلب الأحيان على أنه أسلوب لبسط السيطرة ، أو للتفتيش ، أكثر من كونه مهمة دعم وتثقيف يقوم بها أحد أعضاء فريق الرعاية الصحية الأولية تجاه الآخر .

ثالثاً ، إن تحديد المسؤول عن الإشراف هام جداً ، ففي كثير من الأحيان يتم التركيز على الأنشطة العلاجية أكثر من التركيز على أنشطة تعزيز الصحة . وأحياناً لا يعرف العاملون في صحة المجتمع من يفترض أن يشرف عليهم ، أو قد يكون لديهم عدة مشرفين . وحيث لا تعمل هيئة العاملين في الصحة كفريق ، تلتبس الأمور على العاملين في صحة المجتمع ، نظراً لكثرة التناقض والتضارب . أمّا إذا عُيّن العاملون المتمرسون أنفسهم مشرفين ، فسيكونون بحاجة إلى دعم كاف . وإذا لم يتوفّر مثل هذا الدعم ، فسينحدر العاملون في صحة المجتمع الأكفاء سابقاً لأداء أنوار بيروقراطية فارغة .

أمّا الحواجز الأخرى التي تحول دون الإشراف المرضي فهي التفاوت الاجتماعي بين هيئة العاملين في المركز الصحي وبين المجتمعات المحلية التي يخدمونها ، وامتناع هيئة العاملين عن قضاء الوقت مع هذه المجتمعات ، ناهيك عن مساعدتها على تولي مسؤولية الأمور الصحية . وعلاوة على ذلك ، هناك الكثير من البرامج التي لا توفر الاحتياطي من الوقت والأموال اللازمة لعملية الإشراف . إذ يُنتظر غالباً أن يتم إلحاق هذه المهمة ببرنامج متكامل ، من دون دعم بأية موارد .

وعلى الرغم أن عملية الإشراف على العاملين في صحة المجتمع تعتبر إلى حد بعيد مسؤولية مشتركة بين المجتمع المحلي وهيئة العاملين المهنيين المتمرسين في الصحة فمن

النادر أن يكون هذا سمة من سمات البرامج الوطنية . أما الجهة التي يدين العاملون في صحة المجتمع بالمسؤولية تجاهها فيتوقف تحديدها إلى حد بعيد على من يدفع لهم أجورهم ، وهذا أمر يختلف من مكان لآخر . وعلى كل حال يعد الإشراف في أغلب الأحيان مسؤولية هيئة العاملين في الصحة . ويمكن تعزيز الدعم والإشراف إلى حد كبير إذا ما تم تحديد المشرفين بوضوح ، وتخصيص الوقت والأموال اللازمة .

ويجب أن يكون هناك أيضاً استراتيجيات واضحة للإشراف . وهذه الاستراتيجيات ينبغي تعلمها أثناء التدريب (وعلى سبيل المثال في الحلقات العملية التي تعني بموضوع الإشراف على مستوى المناطق) بحيث يعرف كل من المهنيين وأعضاء المجتمع المحلي ما يُتوقع منهم كمشرفين . وينبغي أن تشمل الدلائل الخاصة بأداء مهام الإشراف على قائمة بالأنشطة الإشرافية ، والمواد التي يجب فحصها وهكذا نواليك ، إضافة إلى طرق ضمان تسليط الضوء على مصاعب تدبير الحالات والإحالات ومناقشتها .

4-6 ظروف العمل

4-6-1 المكافأة

أعادت مجموعة الدراسة تأكيد ما ورد في ختام مؤتمر ناوندي من أن العامل في صحة المجتمع الذي ليس لديه مورد آخر للدخل ، والذي يتم تكليفه بأعمال يستغرق إنجازها جزءاً كبيراً من يومه ، يجب أن يحصل على تعويض ما ، نقداً أو عينياً من المجتمع أو الحكومة ، أو من كليهما (5) .

وتعتمد قرارات دفع الأجور للعاملين في صحة المجتمع أو تحديد مقدارها ، وتحديد الجهة التي ستقوم بالدفع على نمط الوظيفة المتوقع منهم إنجازها . ومثل هذه الأمور لا يمكن إملؤها إذ يجب على الحكومات أن تحدد نمط برامج العاملين في صحة المجتمع التي يحتاجها البلد ، وما هي الموارد والأولويات التي ستكون مستعدة لتخصيصها مع إدخال الاحتياجات الأخرى في الحسبان . وهذا سيحدد ما إذا كانت الأموال اللازمة لتمويل البرنامج متوافرة أم لا ، بما في ذلك دفع أجور العاملين في صحة المجتمع ، وإذا استمرت الحكومات في تخصيص نسبة عالية من ميزانياتها الصحية لدعم الرعاية الصحية بفروعها الثلاثة ، والخدمات الطبية ، والعاملين في الصحة ، فلن تجد ، على الأرجح ، الموارد الكافية لتغطي تكاليف الخدمات الوقائية ، وخدمات الرعاية الصحية الأولية الأخرى بالقدر الكافي ، ناهيك عن توفير الحوافز أو دفع الأجور للعاملين في صحة المجتمع .

وعلى الرغم من أن برامج العاملين في صحة المجتمع لا يمكن أن تستمر بصورة دائمة على أساس تطوعي بحت ، يمكن للمتطوعين أن يضطلعوا بدور هام . وإذا شارك المجتمع نفسه مشاركة فعالة في الرعاية الصحية الأولية ، فسيكون من الممكن عندئذ إنجاز عدد من المهام الصحية من قبل أفراد من المجتمع على أساس تطوعي . وإذا تمّ تنفيذ الرعاية

الصحية الأولية كاملة ، فستتحول الأسر نفسها إلى « عاملين صحيين » . ويستطيع المتطوعون أيضاً أن يقوموا بتنفيذ مهام صحية تعزيزية وإعلامية لا تتطلب الالتزام بدوام كامل .

ولا يمكن أن يحل العاملون في صحة المجتمع المأجورون محل المتطوعين وبالعكس ، بل يمكن لكليهما أن يلعب أدواراً تكميلية ، ضمن إطار مشاركة قائمة على الدعم المتبادل . بينما يوجد الكثير من مهام الرعاية الصحية الأولية التي يمكن تنفيذها من قبل عامل في صحة المجتمع جيد التدريب ومأجور ، وقادر على تحمل المسؤولية ، فإنه يمكن تنفيذ المهام التكميلية الأكثر ضرورة ، كتعبئة وتثقيف المجتمع ، من قبل قادة المجتمع وعلى أساس تطوعي أو شبه تطوعي .

وقد ميزت مجموعة الدراسة بين العاملين في صحة المجتمع في المناطق الريفية وبين العاملين منهم في المناطق الحضرية . ففي بلدان الالاتحاد القائم على التماثل النقدي ، لا يحتمل أن يكون العاملون في صحة المجتمع في المناطق الحضرية المزدحمة بالسكان في وضع يستطيعون فيه العمل من دون أجر ، في حين لا يتوقع العاملون التقليديون في الصحة الريفية ، كالدائيات أن يتقاضوا مرتبات ؛ مع أن في وسع هؤلاء الدائيات أن يطالبن بأجور على خدماتهن . وعاملوا الصحة الريفية أكثر استعداداً لقبول أجور عينية . وغالباً ما يكونون ، هم أنفسهم من سفار المزارعين أو عمال المزارع .

ولا توجد هناك إجابة واحدة محددة عن سؤال من سيقوم بدفع أجور العاملين في صحة المجتمع . بل يتم تحديد ذلك إلى حد كبير وفقاً لنوع البرنامج . فإذا كان البرنامج على درجة عالية من التنظيم أو كان لدى العاملين في صحة المجتمع مسؤوليات محددة ، كانت سلطة معينة تشرف على أدائهم لمجموعة من المهام ، فيكون من الطبيعي أن تقوم هذه السلطة بدفع أجورهم ، سواء أكانت سلطة حكومية أم أهلية أم مجلساً محلياً . وإذا كانت مسؤولية متابعة عمل العامل في صحة المجتمع مقصورة إلى حد كبير على المجتمع المحلي أو كان يؤدي خدمات يحتاجها المجتمع فحسب ، فمن المتوقع أن يفرض على المجتمع أجوراً لقاء خدماته ، نقدية أو عينية ، أو قد يقرر المجتمع تقديم تعويض مناسب له . وحذرت مجموعة الدراسة من مبدأ « الدفع مقابل الخدمة » ، وذلك لأنه يدفع عمال صحة المجتمع للتركيز على الخدمات العلاجية التي يمكن أن يؤجروا عليها ، وبالتالي إهمال مهام الصحة الوقائية ، وتعزيز الصحة .

4-6-2 احتمالات المستقبل المهني

هناك أدلة مستمدة من بلدان عديدة على وجود صراع بين تطلعات العاملين في صحة المجتمع وبين مقاصد البرامج المعدة لهم ، ويصبح هذا الصراع أشد ما يكون وضوحاً حين يتم إدماج العاملين في صحة المجتمع في الخدمة المدنية . ويرى الكثيرون أن تدريبهم هو الخطوة الأولى للارتقاء إلى وظيفة ذات راتب في الخدمة المدنية . وتشمل متطلباتهم في

الغالب هيكلية مهنية ذات تحديد أكثر وضوحاً ، وفرصاً جيدة للترقية . ويمكن النظر إلى هيكل المستقبل المهني المحتمل من منظور القطاع الصحي أو من منظور الفرد . والإشراف والتدريب هما المهمتان اللتان يمكن للعاملين في صحة المجتمع المتمرسين والقادرين أن يساهموا فيهما خارج نطاق مجتمعاتهم المحيية على نحو جدير بالتقدير . بيد أن قيامهم بذلك قد يحمل خبرة العاملين في صحة المجتمع على الانتقال بعيداً عن مجتمعاتهم ، وبالتالي « تخسرهم » مجتمعاتهم (3) . وقد تمتصهم البيروقراطية ، وحينئذ تصبح الصفات التي أدت إلى ترقيتهم حينئذ غير مناسبة وقد يتوقفون عن المساهمة الفعالة . ومثال ذلك ما يحدث عادة في بابوا في غينيا الجديدة ، حيث يدير المرضون المساعدون بعد ترقيتهم إلى وظيفة المشرف ظهورهم لما أصبحوا يرون فيه مشقات الحياة الريفية . ومع ذلك فإن العامل في صحة المجتمع المتميز بالبراعة هو في الغالب أفضل العاملين في الصحة تأهيلاً للتعليم والإشراف ، والأقل احتمالاً أن يقدم نموذجاً للدور غير المناسب . والوسيلة الوحيدة للحد من خسارة المجتمعات للعاملين في صحة المجتمع المتمرسين ، الذين يقبلون القيام بهذه المهام ، هو السماح لهم بالعمل من قواعد في منازلهم .

ويفتح عدد من البلدان آفاقاً للتقدم الشخصي . ففي الصين ، كان أحسن « الأطباء السعاة » يقبلون في التعليم الطبي . بينما تسكن العاملون في سعة المجتمع في السودان وجمهورية تنزانيا المتحدة من الحصول على وظائف دائمة في الخدمة الصحية . ومثل هذه الترقية تعد أملاً جذاباً في البلدان التي يصعب الحصول فيها على وظيفة براتب شهري ، ولكن لا بد لهدد الإمكانية أن تجذب أعضاءً جديداً ممن يقل احتمال مواظبتهم على أداء دور العامل في صحة المجتمع بمفهومه العام . ولذا قد لا يعد من الحكمة تصميم هيكل وظيفي يقدم أكثر مما يفي باحتياجات برامج العاملين في صحة المجتمع من أجل إعداد المشرفين والمدرسين .

وترتبط مسألة الهيكل الوظيفي إلى حد ما بما يشير إليه مصطلح « العامل في صحة المجتمع » . فالمصطلح ذو سريران عام ولا يحمل نفس المعنى في كل مكان . فالعامل في صحة المجتمع المتطوع أو الداية في المناطق الريفية لا يحتمل أن يكون لهما تطلعات تتصل بالمستقبل الوظيفي . ولكن إذا تم توظيف العاملين في صحة المجتمع ، فيجب ألا يحرّموا من فرص الترقية .

4 - 6 - 3 ساعات العمل

تعدد طبيعة الوظيفة سمات العمل . فالقيام بسلسلة الخدمات العادية الخاصة بالعاملين في صحة المجتمع ومهامهم التنموية يعتبر وظيفة بدوام كامل . والعمل بوظيفة ذات دوام جزئي يوحي بأن العامل في صحة المجتمع مكلف بأداء نطاق محدود من المهام أو أن عليه خدمة عدد صغير من السكان في منطقته معينة .

4 - 7 حساب التكاليف ومخصصات التمويل

لاحظت مجموعة الدراسة أنه لم يتم تحديد المقتضيات المالية للبرامج الوطنية التي تتلقى دعماً مناسباً . ويعكس الفشل في تقدير تكاليف من هذا النوع الفشل العام في تقدير الاحتياجات العامة للبرامج الفعالة من أجل العاملين في صحة المجتمع . ولابد من

تخطيط وتحديد تكاليف سلسلة خدمات الدعم التي لا يستطيع العاملون في صحة المجتمع العمل بكفاءة بدونها . وتعتبر الدراسات في مثل هذا النوع من التخطيط وتقدير التكاليف ذات ضرورة ملحّة من أجل ترسيخ أهمية خدمات الدعم الضرورية في أذهان مخططي البرامج الصحية .

وترتبط الحاجة لتخصيص ميزانية كافية لبرامج العاملين في صحة المجتمع عادة بغياب بنود محددة التكاليف ، مما يؤدي إلى رسم خطط بعيدة عن الواقع . وكانت الحكومات في بعض الأحيان أيضاً تتعرض لتضليل يحملها على الاعتقاد بأن تحويل الاهتمام من الخدمات المؤسساتية إلى خدمات المجتمع سينتج عنه توسيع نطاق هذه الخدمات ، من دون أن يترتب على ذلك أية تكاليف تدفعها الحكومة . وأظهرت التجربة الآن أن تكاليف التدريب والإشراف والعاملين ، والمواصلات يمكن أن تكون عالية جداً ، وأن هذه البنود تتطلب تخطيطاً متأنياً ، وتشكل عبئاً ثقيلاً على برنامج الإنفاق الحكومي .

وتنجم التكاليف الرئيسية لبرامج العاملين في صحة المجتمع عما يلي :

- إعداد مجتمع حسن الاطلاع ، نظم نفسه لحماية صحته وتعزيزها .
 - تشكيل لجنة قروية عاملة .
 - إعداد العاملين في صحة المجتمع ذوي التدريب الجيد .
 - توفير الدعم المادي والإمدادي (اللوجستي) الكافي .
- ويصعب حساب وتقييم هذه التكاليف . بيد أنه يمكن عما ، تقديرات على سبيل المثال ، لمقدار الوقت المستهلك ، ووسائل النقل المطلوبة والموارد المستخدمة للبنود المختلفة .

4-7-1 تمويل المجتمع

هناك افتراض شائع مؤداه أن مشاركة المجتمع لا تتطلب أكثر من المساهمة النقدية أو العينية في البرنامج . ولكنها تتضمن أكثر من ذلك كالمشاركة في تخطيط البرنامج منذ استهلاله وفي إدارته مالياً . ويجب توجيه المجتمعات إلى تفهم دورها وما يجب عليها توقعه من برامج العاملين في صحة المجتمع .

ومن الآراء السائدة على نطاق واسع أن على المجتمعات أن تسهم في تكاليف برامج العاملين في صحة المجتمع . فهذا يعزز الاعتماد على النفس ، ويوفر السبيل لمشاركة المجتمع المحلي . ولما كان الكثير من المجتمعات لا يستطيع تحمل كل التكاليف ، فسيترتب على الحكومة والتنظيمات اللاعكومية تغطية العجز . ولا يجب بأي حال من الأحوال أن تفرض على المجتمع ضرائب مضاعفة تستهدف توفير الدعم لكل من النظام الصحي الرسمي - بما في ذلك الخدمات الحضرية المتطورة - وبرنامج العاملين في صحة المجتمع ، الخاص به . كما تبين أن من الصعب جداً إقامة أنشطة مدرة للدخل على أي صعيد هام . وأي جهد جماعي يقوم به المجتمع لزيادة دخله بإنتاج الطعام على سبيل المثال ، أو فرض رسم على مأخذ للمياه يمكنه ضمان استكمال مشروعات محددة . ولكن لا يسكن ضمان توفير صيانة طويلة المدى لهذه البرامج .

ويعد بيع الأدوية من الوسائل التي يمكن أن يعتمد عليها المجتمع لتوفير التمويل اللازم . وقد لا يكون للناس في كثير من البلدان خيارٌ سوى أن يساهموا بشيء من تكاليف الدواء . ولكن هذه الطريقة في تمويل برامج العاملين في صحة المجتمع يجب أن تكون موضع نقاش على أسس عامة . وبما أن الهدف الطويل المدى هو إعداد برامج واسعة النطاق لتحسين الصحة ، فإن استخدام أرباح بيع الأدوية لدفع مرتبات العاملين في صحة المجتمع سيعزز دورهم كصرافين للأدوية ، ويلحق الضرر بأسلوب الرعاية الصحية الأولية ، كما يحتمل أن يلحق الضرر بالمرضى أيضاً إذا كانت ممارسات وصف الدواء موضع شك .

وتعد الجهود الرامية إلى رفع مستوى وعي ونفهم المجتمع للأساس المنطقي لبرامج العاملين في صحة المجتمع ، وإلى المساعدة في تنظيم المجتمع من أجل المشاركة الفعالة في الرعاية الصحية الأولية ، ضرورية إذا كان يُراد للمجتمعات أن تسهم إسهاماً له شأنه ، وتحتاج هذه الجهود إلى دعم قوي من قبل هياكل الدعم .

4 - 7 - 2 التعاريف بين الوكالات وداخلها

يمكن أن يكون تمويل برامج العاملين في صحة المجتمع مجهوداً مشتركاً بين القطاعات الحكومية ذات العلاقة ، والمنظمات غير الحكومية والمجتمعات المحلية المستفيدة . ويجب أن يبدأ هذا التعاون بالقطاع الصحي نفسه الذي يعتمد على العاملين في صحة المجتمع لكي تصل خدماته المختلفة إلى أفراد المجتمع . إذ يجب أن تصل العناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية إلى المجتمع بطريقة منهجية منسقة ، ويحتاج العاملين في صحة المجتمع إلى التدريب والدعم لأداء دورهم في تحقيق هذا الغرض . ويجب الإعداد المشترك لتوفير التدريب والإشراف على أيدي مدربين أكفاء ، وذلك من قبل النظم الفرعية للتدريب والخدمات .

ولا يستطيع القطاع الصحي أن يلتزم بالتعاون مع القطاعات الأخرى إلا عندما يستكمل تنظيم نفسه داخلياً ، لإفساح المجال للتعاون المشترك بين القطاعات . ويجب أن يجمع بين القطاعات المختلفة مفهوم عام للصحة ، وأن تتيح وسيلة التعاون تطبيق هذا المفهوم في مجال الممارسة . وهذا يتطلب التنسيق بين مامات القطاعات المختلفة في مجالات مثل التدريب ، والإمدادات ووسائل المواصلات ، والمباني وتوفير المعدات .

ومما يزداد وضوحاً على نحو مطرد أن النظام الصحي لا يوفر هذه الخدمات الصحية ، ولا يسهل الوصول إليها على الرغم من تزايد وعي المجتمعات لها ، ومطالبتها بها . ويبدو كما لو أن وجود العاملين في صحة المجتمع يعفي النظام الصحي من واجب توفير مركز صحي أو أي مرفق آخر مناسب . ويبقى الخدمات بعيدة عن الأفراد وعن العاملين في صحة المجتمع ، وهي أكبر تكلفة وأشد إزعاجاً من أن تتمكن المجتمعات من الاستفادة منها .

تظل مبادئ وأساليب تقييم البرامج موضع الإهمال على نطاق واسع في برامج العاملين في صحة المجتمع على الرغم من كونها معروفة حق المعرفة . وقد أكدت مجموعة الدراسة على الحاجة إلى الخطط التي توفر منذ البداية المتابعة والتقييم كعنصر أساسي في إدارة برامج العاملين في صحة المجتمع .

ونظراً للحاجة إلى التقييم الجاد لبرامج العاملين في صحة المجتمع ، مازال الكثير غير معروف عن مستوى أدائهم أو عن التأثير الذي يحدثونه في الكيان الصحي للمجتمعات . ويوجد في الوقت الحالي نمطان من المتابعة والتقييم ، إلا أن كلاهما لا يفي بالمطلوب :

(أ) نظام رسمي يعتمد بصورة رئيسية على المعلومات الكمية المتوافرة بالنسبة لتخصيص الموارد والعمليات التنظيمية ، مثل كمية الأتوية التي تم استعمالها ، وعدد الاجتماعات التي تم حضورها ، وهو يتسم في العادة بقلّة مرونته ومحدودية نطاقه .

(ب) نظام خاص أقل رسمية يعتمد على ملاحظات وانطباعات غير منظمة منهجياً على المستوى المحلي ، وهو يوفر معلومات مناسبة لاتخاذ قرارات قصيرة المدى على المستوى المحلي . ولكنه لا يصلح لتوفير الدعم وإجراء المقارنات على نطاق أوسع ولفترات زمنية أطول .

ويجب توجيه عملية مراقبة وتقييم برامج العاملين في صحة المجتمع نحو عمليات المشاركة التي يتولى فيها المجتمع المحلي والعاملون في صحة المجتمع أنفسهم مسؤولية مراقبة وتقييم خدماتهم ، بدلاً من أن يكونوا موضوعات للتقييم . وقامت مجموعة الدراسة بدراسة بعض هذه النماذج من التقييم المستند إلى المشاركين أنفسهم في برامج غير حكومية في كل من كينيا ، والباكستان وتايلاند . وشملت الطرائق المذكورة مناقشات جماعية ، وتقييماً ذاتياً ، وتقييم زميل لزميله . وفي أحد البلدان ، كانت تجرى مراقبة أداء العاملين في صحة المجتمع من خلال مقارنة متوسط الأداء السنوي للفرد بأحسن مستوى أداء شهري وصل إليه في نفس العام . وبهذه الطريقة يتم استعراف أسباب الفروق بدون فقدان ماء الوجه الذي قد ينجم عن مقارنة الأداء بين مختلف العاملين في صحة المجتمع . والمشاركة في التقييم في حد ذاتها تشكل أحد جانبيّ الجسر الواصل بين المجتمع والخدمات الصحية التي يمثلها العاملون في صحة المجتمع . ولتحقيق ذلك يجب أن تظل الأساليب والمصطلحات الخاصة بالتقييم التي يتعلمها العاملون في صحة المجتمع ويستخدمها المشرفون ، بسيطة ومنطقية .

ويجب شرح أساليب تقييم أمثال هذه المتغيرات الأساسية ، كالحالة الصحية ، والمخاطر الصحية ، وسهولة الحصول على الخدمات الصحية ، والمقبولية ، والتغطية

والتكاليف ، والعدالة ، بلغة بسيطة ، ولكن من دون أن تفقد دقتها العلمية ، بحيث يمكن أن يطبقها العاملون في صحة المجتمع والمشرفون عليهم . وهذا يتطلب إعادة توجيه المهنيين الصحيين نحو استخدام اللغة المناسبة .

وينبغي تحديد الأهداف بوضوح إذا كان لابد من مراقبة وتقييم إنجازها . بيد أن الهدف العام المتمثل في التنمية المجتمعية والذي صممت أنشطة العاملين في صحة المجتمع للمساهمة فيه . يعد هدفاً على درجة عالية من التعقيد ، وبرنامج العاملين في صحة المجتمع ليس إلا واحداً من وسائل منظمة عديدة يجري بواسطتها تعزيز إنجازها . فهو يشمل ، على سبيل المثال ، الفريق الصحي كما يشمل القطاعات غير الصحية المعنية بالتنمية . ولذا يصعب تقييم مساهمة برامج العاملين في صحة المجتمع . وتقل في الوقت الحالي التقنيات والمؤشرات ، إن وجدت ، لتحقيق ذلك بطريقة مرضية . واعتبرت المجموعة أن من الضروري البحث عن الخبرات في هذا المجال وتوثيقها ، وكذلك في مجال التقييم العام للرعاية الصحية وتأثيرها على الحالة الصحية .

4-8-1 نظم المعلومات

تعد نظم المعلومات مستلزماً أساسياً لمراقبة وتقييم العاملين في صحة المجتمع . وتتصف النظم الرسمية الحالية في معظم البلدان بشدة مركزيتها ، وأشباعها بقدر زائد من المعطيات ، وقلة فائدتها في التأثير على تطوير البرنامج . وليس هناك شك في قدرة العاملين في صحة المجتمع على جمع المعلومات المتعلقة بأمور الصحة ، بمن فيهم الحاصلين منهم على أدنى مستوى من التعليم . وحيثما يكون التعليم غير كافٍ ، يجري إنشاء نظم مناسبة . إلا أن أنشطة جمع المعلومات هذه ينبغي دراستها من وجهة الفائدة الفعلية التي يمكن تحقيقها من المعلومات المحددة التي تم جمعها .

ويمكن أن يكون لعملية جمع المعطيات ثلاث مهام رئيسية ؛ أولها توفير سجل صحي دائم لكل مريض (سجلات سريرية) . وحين يحتفظ الأفراد بأمثال هذه السجلات الصحية ، وخاصة الأمهات ، سيكون من الملائم أن يدون العاملون في صحة المجتمع الذين يُسنون القراءة والكتابة ملاحظاتهم حول التقييم والعلاج . ولا يتطلب ذلك الكثير من عمال صحة المجتمع ؛ والثانية هي تزويد المسؤولين بالمعلومات حول أنماط المرض وأداء الخدمات الصحية . وليس من السهل التغلب على مشاكل استعمال مثل هذه المعلومات . بيد أنه يمكن إدخال نظم معطيات بسيطة مصممة ومدعمة على الوجه الصحيح ضمن برامج العاملين في صحة المجتمع ؛ والثالثة هي التأثير على الممارسات العملية لأولئك الذين يجمعون المعطيات .

ولا يفترض أن تقتصر عملية جمع المعطيات على الأنشطة السريرية ؛ علماً بأن المحتوى الخاص بنماذج جمع المعطيات يتوقف على أولويات كل برنامج وعلى المستوى التعليمي لكل فرد من العاملين في صحة المجتمع .

ويربط بين المركز والمناطق المحيطة بنظام فعال للتبليغ . فالمعلومات المناسبة والتي تصل في الوقت المناسب يمكن أن تكون مؤشراً لفعالية البرنامج ، كما تشير إلى التعديلات اللازمة في المواطن التي لا تتحقق فيها الأهداف . ويوفر نظام التبليغ لمديري البرنامج الوسيلة الوحيدة الثابتة لمراقبة الأحداث في المناطق المحيطة ، وقد يكون له تأثير كبير على أسلوب تنفيذ العاملين في صحة المجتمع والمشرفين عليهم لمهامهم . ولهذه الأسباب يعدّ تصميم ودعم نظم المعلومات من المهام الرئيسية في إعداد برامج فعالة للعاملين في صحة المجتمع .

4- 8- 2 عناصر البرنامج الواجب تقييمها

المُدخلات : وتشمل المجتمع المحلي نفسه وخصائصه الرئيسية ، والمعارف الصحية ، والمعتقدات ، والممارسات والمشاكل الصحية ، وبرامج تدريب العاملين في صحة المجتمع والتغيرات المرتبطة بالعاملين في صحة المجتمع ، كالأفراد ، ومعلوماتهم ومهاراتهم وقيمهم ومقبوليتهم في المجتمع ، وإدراكهم لحدود إمكانياتهم . ويجب أيضاً أن تؤخذ في الحسبان المعوقات والعقبات التي تعترض عمل العاملين في صحة المجتمع ، كالتضارب بين السياسات والتقلّب في تخصيص الموارد ، والالتباس في تحديد أنوارهم ، وعدم كفاية الدعم المخصص .

الأنشطة وإدارتها : تتطلب عملية مراقبة وتقييم أنشطة العاملين في صحة المجتمع التحديد المسبق لماهية هذه الأنشطة وكيفية تحقيق التوازن بينها . وبذلك تفيد عملية المراقبة في الكشف عن أي فائض من الوقت المهدور في أنشطة مثل التسجيل والتبليغ على حساب المهام الأخرى ذات الأولوية ، مثل التمنيع أو المكونات الأخرى ، الوقائية أو الاجتماعية في برنامج الرعاية الصحية الأولية . ومن المهم بوجه خاص مراقبة الجهود الموجهة نحو تنمية المجتمع وتحقيق التعاون بين القطاعات . ويجب أن تمكن أساليب التقييم البسيطة العاملين في صحة المجتمع ، والمجتمعات المحلية من تحديد ومتابعة اتجاهات معينة في الاستفادة من خدماتهم ، والتغطية السكانية المتحقّقة بالعناصر الأساسية للرعاية الصحية الأولية ، بالإضافة إلى التكاليف المترتبة ، وذلك بمساعدة هيئة العاملين الصحيين المشرفين عليهم .

وتحتاج إدارة شؤون العاملين في صحة المجتمع للتقييم الدقيق ، لأنها تشكل إحدى المكونات الرئيسية لعملية تطوير العاملين في صحة المجتمع كموظفي صحة ، وتقتضي الإدارة الجيدة الاهتمام بفعالية عملية اختيار العاملين في صحة المجتمع والمكافآت ، وتنظيم العمل ، والجدول الزمني وإجراءات العمل ، والتثقيف المتواصل ، والإشراف والدعم المادي لعملهم .

النتائج : تم تقييم عدد من البرامج المخصصة للعاملين في صحة المجتمع لمعرفة تأثيرها أو نتائجها ، وكان ذلك بشكل رئيسي في مستوى مناطق الأحياء أو في وحدات أصغر منها . واستطاعت دولة واحدة تقديم بعض الأدلة على زيادة مأمول العمر لديها ، وذلك فيما يتعلق ببرامجها الصحية الوطنية في الريف وفي المجتمع المحلي ، وهي برامج مصممة أساساً للعاملين في صحة المجتمع .

وقد تشمل مؤشرات النتائج بالإضافة إلى العمر المتوقع عند الولادة وفيات ومرضاة الرضع والأطفال ، ومعدلات الوفيات والمرضاة بين الأمهات ، وانتشار سوء التغذية ، وأنماط حالات الإدخال إلى المستشفيات ، ومعدلات الوفيات لعمر معين . أمّا في مجال التنمية الاجتماعية ، فتشمل المؤشرات صنع القرار على مستوى المجتمع المحلي ، والاعتماد على النفس ، والتنظيمات الصحية . والمعلومات التي ستمكّن الفرق الصحية من ربط التغيرات في هذه المؤشرات بالتغيرات في التغطية بالرعاية الصحية ، ويمكن في معظم الأحوال جمعها بمشاركة العاملين في صحة المجتمع أنفسهم ، إذا ما توفر لديهم المستوى التعليمي اللازم ، والدعم والتوجيه المناسب . وأكدت مجموعة الدراسة على الحاجة إلى اختيار فائدة المؤشرات في تقدير مدى التقدم في مجال التنمية الاجتماعية ، وتحقيق التعاون بين القطاعات وإشراك الفريق الصحي في أنشطة المجتمعات المحليّة .

ورأت مجموعة الدراسة أن البلدان ستطور تدريجياً قدرتها على قياس نتائج برامج العاملين في صحة المجتمع ، وأن هذا يمكن أن يكون كافياً في البداية لزيادة الوعي حيال الاتجاه العام للصحة في كل بلد ، وعلاقتها بالرعاية الصحية المحلية وجهود التنمية .

5 - النتائج

في الأعرام التي تلت إعلان ألتا آتا في عام 1978 ، تم وضع الكثير من برامج العاملين في صحة المجتمع كاستجابة إيجابية للاحتياجات الصحية الملحة للسكان الذين يعانون نقص الخدمات الصحية ، وبعد مراجعة الدراسة للمراجع الصحية ومناقشتها للخبرات

المكتسبة من خلال برامج العاملين في صحة المجتمع ، لم يعد لديها أدنى شك أن العاملين في صحة المجتمع يلعبون دوراً هاماً في تعزيز صحة الأفراد ، وأنه يمكن وينبغي رفع مستوى فعاليتهم . بيد أن توقع جني مكاسب فورية وواسعة النطاق من عملية معقدة كعملية تعبئة العاملين في صحة المجتمع يعد أمراً بعيداً عن الواقع ، إذ لا بد من إتاحة الوقت الكافي لبرامج العاملين في صحة المجتمع لتتضح وتحدث تأثيرها ، لتظهر التغيرات الواسعة النطاق المنتظر إسهامها فيها ويشتد عودها . وأقرت مجموعة الدراسة من حيث المبدأ نتائج مؤتمر ياوندي ، التي تنص على دعم وتعزيز برامج العاملين في صحة المجتمع (5) . وتشمل النتائج التي توصلت إليها مجموعة الدراسة ما يلي :

1 - يمكن أن يقوم العاملون في صحة المجتمع بدور العوامل المؤثرة في التطوير الصحي ، إذ يمكن أن تعزى أشكال القصور في برامج الصحة الاجتماعية إلى نقائص في تخطيطها وتنفيذها ، بدلاً من أن تعزى إلى عيوب فردية في العاملين في صحة المجتمع ، أو في مفهوم العامل في صحة المجتمع ككل . وباستثناء بعض الحالات البارزة ، لم تلتق هذه البرامج الدعم الذي تحتاجه . ويصبح الفشل حتمياً عندما يتم تناول برامج مجال صحة المجتمع على أنها مشاريع تنموية تنفذ تدريجياً . ويتم تنليسها كبرامج سعودية لا تمت بصلة إلى نظم الصحة العامة وصحة المناطق .

2 - ليس لدى معظم البلدان سياسات أو استراتيجيات وطنية واضحة لإعداد برامج العاملين في صحة المجتمع ، وهو الأمر الذي يمكن أن يكون سبباً في نشوء مواطني الضعف والمشاكل المذكورة في هذا التقرير . فالإرادة السياسية ، والالتزام الوطني ومشاركة المجتمع المحلي شروط مسبقة لبرامج الفعالة ، وهذه الشروط لم تكن قريبة من الدرجة المطلوبة .

3 - ومن العوامل الرئيسية عدم توفر الدعم المالي المنتظم والنوعي من قبل الحكومات لضمان استمرار برامج التدريب ، والإشراف ، والحوافز الإمدادية والمالية ، التي تعد عوامل هامة جداً لنجاح هذه البرامج ، ولو واصلت الحكومات إنفاق نسبة عالية من ميزانية الخدمات الصحية على المستوى الثالثي للرعاية الصحية ، فمن غير المحتمل أن تتوفر لديها الموارد الكافية لتغطية تكاليف خدمات الرعاية الصحية الأولية ، فضلاً عن توفير الحوافز المادية للعاملين في صحة المجتمع .

4 - يلعب العاملون في صحة المجتمع أوراً هاماً في تقديم الخدمات الصحية (التعزيزية ، والوقائية ، والعلاجية ، والتأهيلية) وفي العمل التنموي لتغطية جوانب كثيرة من الحياة الاجتماعية وحياة المجتمع المحلي التي تؤثر على صحة المجتمع ورفاهيته . إلا

أن دورهم يتمثل على نطاق واسع في العمل في تقديم الخدمات الصحية ، مما يؤدي أحياناً لإهمال أو حتى استبعاد المجتمع المحلي أو العمل التنموي .

5- ينبغي أن ينطلق إعداد برامج وأنوار العاملين في صحة المجتمع من منطلق التعبير عن حاجات المجتمع وأماله ، وأن يتم نكييفها مع ظروفه الاجتماعية والاقتصادية . ومشاركة المجتمع المحلي هي محدد هام للفعالية في تخطيط وتنفيذ وتقييم برامج العاملين في صحة المجتمع .

6- قد تقرر بعض البلدان أن تلحق العاملين في صحة المجتمع بالخدمة المدنية الرسمية ، ولكن لا بد لها ، حين تُقدّم على ذلك أن تتوقع الصراع المحتمل بين التطلعات الفردية لدى العاملين في صحة المجتمع إلى تحقيق التقدم على الصعيد الشخصي وبين متطلبات برنامج العاملين في صحة المجتمع .

7- ينبغي أن لا تقتصر برامج العاملين في صحة المجتمع على نوع واحد من هؤلاء العاملين . فالأنواع المختلفة من عمال صحة المجتمع ، على سبيل المثال ، بمستوياتهم التدريبية المختلفة ، أو أعداد وأنواع المهام الموضوعية في برامجهم ، قد تكون أكثر مرونة واستجابة للاحتياجات المحلية ، وفي وضع أفضل يُمْكِنُها من الاعتماد على الموارد المحلية .

8- تلعب المنظمات اللاحكومية دوراً هاماً في برامج العاملين في صحة المجتمع ، ويجب تشجيع مساهماتها ضمن إطار سياسة صحية وطنية واضحة .

9- يعد التعاون بين القطاعات على المستوى الوطني ، وعلى مستوى المناطق والمستويات الأخرى ضرورياً لأنشطة العاملين في صحة المجتمع المتعددة القطاعات ، وبدون هذا الدعم لا يمكن توقع نجاح مثل هذه الأنشطة .

10- لضمان نجاح برامج العاملين في صحة المجتمع ، لا بد من ربطها بمجموعة مساندة ، كمجلس التنمية أو اللجنة الصحية ، على سبيل المثال . وتعتمد فعالية البرامج اعتماداً كبيراً على قوة مجموعات المساندة هذه .

11- من أهم المعايير التي يجب تطبيقها في تعيين العاملين في صحة المجتمع توافر القبولية في المجتمع المحلي ، وقدرتهم على التأثير عليه . وعموماً ، تختلف الصفات المفضلة للمرشحين بالنسبة للسن ، والجنس ، والتعليم والحالة الاجتماعية من برنامج لآخر . وعليه ، فلا بد للمعايير المطبقة في التعيين أن تكون هي الأكثر ملاءمة للمجتمع المعني .

12- يجب أن تأخذ معايير الاختيار في الاعتبار ما إذا كان العاملون في صحة المجتمع سيؤجرون أم لا (ومن قبل من) ، أم أنهم منطوعون ، وما إذا كانوا سيعملون بدوام كامل أو بدوام جزئي ، بالإضافة إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية والثقافية الأخرى .

- 13 - يجب أن يتم التدريب ضمن المجتمع الذي سيخدم فيه العاملون المنتظرون في صحة المجتمع ، أو في ظروف مشابهة أو مقاربة له في أي مكان آخر . ولا يجوز أن يتم في المؤسسات التدريبية الوطنية أو الإقليمية .
- 14 - لم يوجد إلا القليل جدا من برامج العاملين في صحة المجتمع التي جمعت بين المراقبة الصحيحة ومكوّنات التقييم الصحيحة .

7 - التوصيات

ويعد أن نظرت مجموعة الدراسة فيما توصلت إليه من نتائج ، وافقت على التوصيات الآتية ، التي تعدها شروطاً مسبقة أساسية للحفاظ على فعالية برامج العاملين في صحة المجتمع .

6-1 توصيات خاصة بالبلدان

- 1 - يجب أن تولي البلدان برامج العاملين في صحة المجتمع الاهتمام اللازم ، ولاسيما في مجال تحديد وتوطيد آليات التزويد والحفاظ على الدعم الأساسي اللازم لنجاحها .
- 2 - يجب أن تحدد البلدان العناصر الأساسية لبرامج العاملين في صحة المجتمع فيها ، وأن تقدر التكاليف اللازمة ، وتحدد مصادر التمويل ، وتوفر مخصصات مالية كافية لتعزيز إمكانيات البرنامج ضمن نظام صحة المناطق . ويجب تنفيذ هذه الأنشطة في مستوى المناطق والمستوى الوطني بطريقة منهجية وروتينية ، وليس على أسس خاصة أو عندما تتوفر الموارد فقط .
- 3 - يجب على البلدان إنشاء نظم صحية جديدة للمناطق ، وأن تقوم بتدعيم النظم القائمة منها ، وذلك لضمان فعالية برامج العاملين في صحة المجتمع . ويجب توزيع مخصصات الأموال بطريقة لا مركزية وفي مستوى المناطق ، وذلك لتسكين المجتمعات من تطوير برامج العاملين في صحة المجتمع لديها تبعاً لاحتياجاتها وأولوياتها .
- 4 - يجب على البلدان أن تدرس إمكانية استخدام أنواع مختلفة من العاملين في برامج العاملين في صحة المجتمع لديها ، وذلك لتكون هذه البرامج أكثر تجاوباً مع الاحتياجات والموارد المحلية الخاصة .
- 5 - يجب أن تكون عملية اختيار العاملين في صحة المجتمع مشتركة بين المجتمع والعاملين في الصحة .
- 6 - تكتسب دلائل الاختيار الوطنية قيمتها إذا كانت تشجع تعيين العاملين في صحة المجتمع على أساس الالتزام الطويل الأجل بمهامهم ، وسهولة الوصول للمجموعات المتعرضة للأخطار .

7- يجب إقامة برامج لتدريب العاملين في صحة المجتمع وأن تكون لها أهدافها الخاصة التي تتماشى مع استراتيجيات الرعاية الصحية الأولية الوطنية وتستند إلى احتياجات وظروف المجتمع الخاصة .

8- يجب أن يكون مدربو العاملين في صحة المجتمع ذوي مهارة في عملية تعبئة المجتمع من أجل التنمية ، وفي مجال التواصل ، وفي مجال ديناميات المجتمع المحلي . ويجب أن تدرك البلدان أن تدريب المدربين يشكل جزءاً هاماً من برامج العاملين في صحة المجتمع ، ويجب أن تنشئ نظاماً لإعداد الموظفين لإدارة برامج هؤلاء العاملين .

9- يجب أن يؤدي الإشراف نوراً مسانداً ، وأن يضم العمل الجماعي العاملين في صحة المجتمع ، بينما يجري التركيز على المجتمع ، والعاملين الفنيين .

10- إذا لم يكن للعامل في صحة المجتمع أي مصدر آخر للدخل ، وكان الوقت اللازم لأداء المهام الموكلة إليه يستغرق نسبة كبيرة من يوم عمله ، فيجب في هذه الحالة أن يتلقى بعض التعويض النقدي أو العيني من المجتمع المحلي أو الحكومة ، أو من كليهما .

11- يجب أن تستهدي السياسات الخاصة بتحقيق التقدم الشخصي للعاملين في صحة المجتمع بواقع الفوائد التي تقدمها لبرنامج العاملين في صحة المجتمع ككل . ويمكن أن تشمل أفكار وسائل تحقيق التقدم ملائمة نظام تسلسل للمراتب . قائم على الجدارة ، والترقية لوظائف تدريجية وإشرافية . ويجب عدم تشجيع قابلية التحويل الوظيفي التي تؤدي إلى تكليف العاملين في صحة المجتمع بمهام تبعدهم عن مجتمعاتهم .

12- يجب أن يشمل كل برنامج من برامج العاملين في صحة المجتمع نظاماً لمراقبة وتقييم أداء العاملين ، والمجتمع المحلي والعاملين الفنيين ، وأن يتم توجيهه نحو تعزيز مشاركة المجتمع المحلي ، وعملية التنسيق بين القطاعات .

13- يجب على البلدان أن تفرص أداء العاملين في صحة المجتمع فحصاً نقدياً ، وأن تقوم باختيار أو مراجعة متأنين للمهام في ضوء احتياجات المجتمع الصحية ، والدعم والموارد المتوفرة .

14- يجب أن تواصل البلدان تشجيع المنظمات غير الحكومية لتقديم الدعم لخطط العاملين في صحة المجتمع ، وأن تضع استراتيجيات جديدة يمكنها أن تساعد في توجيه البرامج الحكومية للعاملين في صحة المجتمع .

6- 2 توصيات إلى منظمة الصحة العالمية

1- على منظمة الصحة العالمية أن تكثف جهودها في جمع ونشر المعلومات حول العاملين في صحة المجتمع ، ولاسيما فيما يتعلق بنجاح وفشل البرامج الوطنية ، وذلك من خلال تبادل الزيارات ، والمنح الدراسية ، والحلقات الدراسية والمنشورات .

- 2- يجب أن تشجع منظمة الصحة العالمية وضع برامج جديدة للعاملين في صحة المجتمع ، وأن تدرس إمكانية تقديم المساعدة في تقييم وتحسين البرامج القائمة من خلال تقديم الخبرة وأنماط الدعم الأخرى .
- 3- يجب أن تشجع منظمة الصحة العالمية الأبحاث العملية والتطبيقية في مجال خطط العاملين في صحة المجتمع ، ونظام صحة المناطق بما في ذلك الجوانب الأخرى مثل مشاركة المجتمع المحلي . والإشراف . وحساب التكاليف والتمويل . والتدريب . وأسباب ترك العاملين في صحة المجتمع لوظائفهم .
- 4- يجب أن تشجع منظمة الصحة العالمية المهنيين الصحيين الذين لم يكن سلوكهم وملاحظاتهم ومواقفهم تنطوي دائماً على مساندة لبرامج العاملين في صحة المجتمع ، على زيادة تفهمهم ودعمهم لهذه البرامج .

المراجع

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. *Alma-Ata 1978: Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. Geneva, World Health Organization, 1978 ("Health for All" Series, No. 1).
2. *Primary health care. The community health worker. Report on a UNICEF/WHO Interregional Study and Workshop (Kingston, Jamaica) 1979/1980*. Geneva, World Health Organization, 1980 (unpublished document PHC/80.2).¹
3. *Community Health Workers. A report of the World Health Organization Inter-Regional Study and Workshop, 4-8 July 1983, Manila, Philippines*. Geneva, World Health Organization 1984 (unpublished document SHS/HMD/84.1).¹
4. *Report of interregional meeting on strengthening the performance of community health workers in primary health care, New Delhi, 2-4 December 1985* (unpublished document).¹
5. *Community health workers: pillars for health for all. Report of the Interregional Conference, Yaoundé, Cameroon, 1-5 December 1986*. Geneva, World Health Organization, 1987 (unpublished document SHS/CIH/87.2).¹
6. *The primary health worker*. Geneva, World Health Organization, 1980.
7. *The community health worker: working guide, guidelines for training, guidelines for adaptation*. Geneva, World Health Organization, 1987.
8. OFOSU-AMAAH, V. *National experience in the use of community health workers. A review of current issues and problems*. Geneva, World Health Organization, 1983 (WHO Offset Publication, No. 71).

¹ Available on request from Division of Strengthening of Health Services, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

ISBN 92-9021-200-4

السعر : 2.50 دولار أمريكي