تقدير لاحتياجات

التدريب في الرعاية الصحية الأولية

في الضفة الغربية وقطاع غزة

دائرة صحة المجتمع
جامعة بيرزيت
١٩٩٥

تقدير لاحتياجات
التدريب في الرعاية الصحية الأولية
في الضفة الغربية وقطاع غزة

دائرة صحة المجتمع - جامعة بير زيت
١٩٩٥

التدريب في الرعاية الصحية الأولية

دائرة صحة المجتمع - جامعة بير زيت

١٩٩٥

الترجمة وتصميم التقرير باللغة العربية - مالك قطينة

تقدير لاحتياجات
التدريب في الرعاية الصحية الأولية
في الضفة الغربية وقطاع غزة

تصميم الدراسة	ريتا جقمان هالة سالم ميسون فلفل
اعداد الاستبيان	ريتا جقمان هالة سالم ميسون فلفل جون ماكدونالد
العمل الميداني	خديجة عمار اسماعيل هباش نداء عبد رشيد غسان الشخشير
الاشراف على العمل الميداني	هالة سالم ميسون فلفل
المحادثات مع ذوي الخبرة	هالة سالم ميسون فلفل
ادخال البيانات في الحاسوب	ميسون فلفل
تحليل البيانات	ريتا جقمان
صياغة التقرير	ريتا جقمان

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الرسومات البيانية

قائمة الملاحق

مقدمة

تسعى هذه الدراسة الى المساهمة في الجهود الموجهة نحو تحسين وتنمية نظام الرعاية الصحية الفلسطيني من خلال تقييم الموارد البشرية العاملة في الرعاية الصحية الأولية. وتأتي هذه الدراسة في الوقت الذي يتسلم فيه الفلسطينيون تدريجياً المسؤولية عن بعض شؤون حياتهم، بما في ذلك قطاع الصحة. ويولى في هذا الوقت اهتمام كبير بالاحتياجات الملحة لاستصلاح النظام الصحي ومعالجة ما أصابه من مشاكل ناتجة عن حالة التبعية والتشوش خلال سنوات الحكم العسكري. الا أن ذلك الاهتمام ما زال يأخذ شكل الخطط لتوفير الموارد المادية لاستصلاح البنية التحتية المحلية، بدون اعارة اهتمام كافٍ بالمشاكل البنيوية التي تؤثر في نظام الرعاية الطبية والصحية. وتؤثر هذه المشاكل البنيوية على مختلف جوانب النظام، بما في ذلك صياغة السياسات والتخطيط، وتوفر الموارد المالية، والاشراف والادارة، واقامة شبكات التنسيق بين أجزاء النظام المختلفة. وتظهر هذه المشاكل على شكل غياب المعايير وبروتوكولات العمل، وعدم كفاية أو عدم ملاءمة التدريب الذي يقدم للموارد البشرية، وخاصة تلك العاملة في قطاع الرعاية الصحية الأولية.

ان التجارب السابقة في تطوير الأنظمة الصحية في البلدان الخارجة من مرحلة نزاع تبرز المخاطر المرافقة لتركيز الاستراتيجيات على تطوير البنية التحتية بدون أخذ أهداف التنمية على المدى الأبعد بالاعتبار. ويتضح أن مثل هذه الاستراتيجيات قد تزيد من تفاقم الأزمة البنيوية القاعدية، وتؤدي الى المزيد من التأزيم والتفاقم في حدة الوضع (١).

---

(١) أنظر مثلاً:

Macrae J. and A. Zwi, *A Healthy Peace? Rehabilitation and Development of the Health Sector in "Post-Conflict Situations"* (a draft framework prepared for a comparative research project), Health Policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, January 1994; Macre J., A. Zwi, and V. Forsythe, *Post-Conflict Rehabilitation: Preliminary Issues for Consideration by the Health Sector*, Health Policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, 1995; Macrae J., A. Zwi, and H. Birungi, *A Healthy Peace? Rehabilitation and Development of the Health Sector in a 'Post'-Conflict Situation: The Case of Uganda*, Health Policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, 1995.

وتهدف هذه الدراسة بما تخرج به من توصيات الى تناول جانبين محددين من هذه المشاكل: الاحتياجات التدريبية للموارد البشرية العاملة في قطاع الرعاية الصحية الأولية، وتطوير آليات ووسائل سليمة للادارة والتنسيق والاشراف التي يمكنها أن تسهم في تحديد مواقع الأزمة في النظام، وحصرها ومراقبتها على نحو متواصل.

أنظر أيضاً:

Alubo, S.O., "Debt Crisis, Health and Health Services in Africa," *Social Science and Medicine*, Vol. 31(6) (1990), pp.639-48; McDermott, K., "Community Health and Reform in Hong Kong," *Social Science and Medicine*, Vol. 23(2) (1986), pp.191-9.

مكونات النظام الصحي الراهن

نظرة تاريخية - الطب العصري يتغلغل في البلاد:

كما هو الحال في بلدان نامية أخرى (٢)، تغلغل الطب العلمي الغربي في شكله المؤسساتي في فلسطين في أوائل القرن العشرين ومع مجيء الاستعمار البريطاني للمنطقة واندماج فلسطين في النظام الاقتصادي العالمي (٣). ومنذ ذلك الحين، تعرض النظام الطبي الشعبي (٤) الى عدد من التعديلات نتيجة لما رافق حقبة الحكم البريطاني من تغييرات في العلاقات الاقتصادية والاجتماعية. ومع مرور السنين، وتزايد استعمال النقود والأسواق والتبادل، بدأت مفاهيم السكان عن الصحة والمرض بالتغير، وأصبحت الرعاية الصحية والطبية بالتدريج تخضع لقوانين السلعة. وكما هو الحال في اليمن الشمالي (٥)، ظهرت التحولات الاجتماعية والاقتصادية خلال السنوات الخمسين الماضية على شكل تغير في المواقف والاتجاهات، بحيث تحول السلوك المعزز للصحة، والذي شكل واحداً من أسس النظام الطبي والمعتقدات الطبية الشعبية، الى سلوك يعتمد أساساً، وان لم يكن كلياً، على شراء العلاج.

ان المبادىء التي تقوم عليها الممارسات في كل من هذين النظامين كانت وما زالت مختلفة عن بعضها البعض. ففي الاطار البيولوجي - الطبي، تفهم الصحة على أنها

---

(٢) أنظر مثلاً:

Paul, J., "Medicine and Imperialism," in *Monthly review*, New York, 1978, pp.271-81; Macdonald, J., *Primary Health Care, Medicine in its Place*, (London: Earthscan Publications, 1993).

(٣) أنظر

Owen, R. (ed.), *Studies in the Economic and Social History of Palestine in the Nineteenth and Twentieth Century*, (London: Macmillan, 1982), p.2.

(٤) يرجع أصل النظام الطبي الشعبي الى الطب العربي، كما هو الحال في غالبية الأنظمة الطبية الشعبية في منطقة الشرق الأوسط. للمزيد من المعلومات، أنظر:

Morsey, S., "Towards a Political Economy of Health: A Critical Note on the Medical Anthropology of the Middle East," *Social Science and Medicine*, Vol. 15B (1981), pp.159-63.

(٥) Pridham, B.R. (ed.), *Economy, Society and Culture in Contemporary Yemen* (Kent: Croom Helm, 1985), p.170.

ظاهرة بيولوجية منفصلة عن الواقع السياسي والاقتصادي والاجتماعي والثقافي، وتحدد الحلول المطروحة للمشاكل الصحية على شكل نشاطات واجراءات تجري في نطاق العيادة. أما فرضيات وأساليب الرعاية الصحية التي توجد في النظام الطبي الشعبي فهي مماثلة الى حد بالغ لمثيلاتها في المفهوم المعاصر للرعاية الصحية الأولية من ناحية توجهها الشمولي. فكلاهما، على سبيل المثال، يقران قيمة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والنفسية / الذهنية كعناصر هامة في تكون الصحة والمرض، ويركزان الاهتمام على مفهوم تعزيز الصحة (٦).

وبالتدريج، بدأ الطب العصري في توجهه البيولوجي - الطبي في التغلب على نظام الطب الشعبي. ومن المفارقات أنه في وقت أن بدأت منظمة الصحة العالمية في تحديد مبادىء وممارسات الرعاية الصحية الأولية كعناصر رئيسية في معالجة المشاكل الصحية للمجتمعات النامية، كان التوجه البيولوجي - الطبي يغزو ممارسات المهنيين الطبيين، بل ويصل حتى الى وعي السكان. وقد أدت هذه التغيرات التاريخية الى المشكلة الحالية المتمثلة في هيمنة المفهوم البيولوجي - الطبي للصحة والخدمات الصحية والذي أصبح يشكل جزءاً ليس من وعي المهنيين الصحيين وحسب، بل أيضاً من مطالب السكان الفعلية.

فترة ما بعد ١٩٤٨:

بعد عام ١٩٤٨، أصبحت الضفة الغربية جزءاً من المملكة الأردنية الهاشمية وخضع قطاع غزة للادارة المصرية. ويبدو أن الخدمات الطبية العصرية قد بلغت اللاجئين والمناطق الريفية في أعوام الخمسينات. وقد انحصرت هذه الخدمات في شكل الرعاية البيولوجية - الطبية البسيطة (٧). ومع قدوم عام ١٩٦٧ قبل الاحتلال الاسرائيلي، كان نظام الرعاية الصحية الفلسطيني مكونا من شبكة من المستشفيات والعيادات الاقليمية التي كانت تقدم خدمات بسيطة. ويبدو أن هذه الخدمات كانت

---

(٦) أنظر Morsey, S.، مرجع سبق ذكره.

(٧) بناءً على معلومات جمعها المؤلفون من خلال اجراء محادثات مع مهنيين صحيين عملوا في نطاق هذا النظام في الخمسينات والستينات.

قاصرة عن بلوغ الفئات السكانية الأكثر حاجة لها. وفي عشية الاحتلال، كانت ثلاثة أنظمة تعمل في المنطقة على تقديم الخدمات الصحية: الخدمات الحكومية الأردنية في الضفة الغربية والمصرية في قطاع غزة، وخدمات وكالة الأمم المتحدة لغوث وتشغيل اللاجئين (الأونروا) (للاجئين فقط)، والقطاع الخاص الذي كان في ذلك الوقت يشتمل على خدمات قليلة جداً تقدمها بعض المؤسسات الخيرية، الى جانب الممارسين الاعتياديين في القطاع الخاص.

وقد كانت غالبية السكان تتوجه الى القطاع الحكومي لتلقي الرعاية الصحية، وكان هذا القطاع هو الأكثر تضرراً بسبب الحكم العسكري الاسرائيلي. فقد تقلصت الميزانيات المخصصة للصحة، وكانت المستشفيات والمرافق الصحية الأخرى تتعرض للاغلاق أو تحرم من الكوادر الأساسية. وقد بلغت نسبة الأطباء الى عدد السكان رقماً متدنياً يساوي ٨ لكل ١٠٠٠٠ نسمة في الضفة الغربية وقطاع غزة في العام ١٩٦٧. بينما كانت هذه النسبة تساوي في العام ذاته ٢٨ لكل ١٠٠٠٠ نسمة في اسرائيل و٢٢ لكل ١٠٠٠٠ نسمة في الأردن (٨).

وفي أواسط الثمانينات، أصبح التفاوت الشديد في توزيع الخدمات الصحية الحكومية واضحاً جداً. ولم يولِ النظام الصحي الحكومي الاهتمام بالرعاية الصحية الأولية والصحة في المناطق الريفية حيث تقيم غالبية السكان. والأهم من ذلك، أصبح جلياً أن السلطات العسكرية قد نجحت في مخططها للأعوام الخمسة عشر الأولى من عمر الاحتلال والهادف الى تدمير البنية التحتية الأساسية القائمة في مجال الصحة وتعميق تبعيتها للخدمات الاسرائيلية (٩). وتجدر الاشارة هنا الى أن تفكك البنية التحتية وما تبعه من حالة التبعية للأجهزة الاسرائيلية قد كانتا السمتين الرئيسيتين للحكم العسكري في كافة مجالات الحياة، أي أن التدهور في نظام الخدمات الصحية لم

---

(٨) سمير كاتبة، وضع الخدمات الصحية في الضفة الغربية، (القدس، المجلس الطبي الأردني، ١٩٧٧).

(٩) أنظر:

Giacaman, R., "*Disturbing Distortions: Health Conditions in the West Bank*", *Revue d'Etudes Palestiniennes*, No. 12 (Summer 1984), pp.23-36 (in French).

يكن استثناء (١٠).

وقد بدأت في الظهور في أواسط وأواخر الثمانينات سياسة اسرائيلية جديدة تشجع تكوين خدمات صحية مخصصة للعرب. ومن وجهة النظر الفلسطينية، أدت هذه الاجراءات الجديدة الى تأكيد المخاوف مجدداً حول استغلال الرعاية الصحية لصالح أهداف سياسية. وبدأ يتزايد الادراك بأن تبعية الضفة الغربية وقطاع غزة لاسرائيل تقتضي تبعية قطاع الخدمات الصحية كذلك. وقد تأكدت المخاوف من فكرة أنه "من المناسب تطوير قطاع خدمات من المستوى الثاني للعرب الفلسطينيين لاستثنائهم من الخدمات الاسرائيلية ذات المستوى الأعلى والموجهة للاسرائيليين" والوعي "بأن ذلك يتيح للاسرائيليين حتى أن يكسبوا سمعة جيدة بادعاء تطوير الأوضاع الصحية في المناطق المحتلة"!!

الرد الفلسطيني على الحكم العسكري الاسرائيلي: نهوض الرعاية الصحية الأولية الفلسطينية:

لقد اتجه الفلسطينيون العاملون في الخدمات الصحية نحو القطاع غير الحكومي باعتباره المجال الوحيد الذي بامكانهم أن يجندوا من خلاله جهودهم لتعويض ما أصاب قطاع الصحة العامة من تدهور. وجاء تطوير المقاومة على شكل تحسين الأوضاع والخدمات الصحية في سياق توجه أوسع وأعم على مستوى المناطق المحتلة. وقد هدف هذا التوجه الى الحفاظ على ما يمكن الحفاظ عليه وبناء مؤسسات فلسطينية مستقلة قادرة على تلبية الاحتياجات الراهنة، وفي الوقت ذاته توفير بنية تحتية للدولة الفلسطينية العتيدة.

ومع مرور السنين، أدت هذه التطورات الى بروز ثلاثة أشكال من ردود الفعل الفلسطينية. وقد برز أولها في السنوات الأولى للاحتلال، ودعا الى التأقلم مع الادارة

---

(١٠) أنظر مثلاً:

Aruri, N. (ed.), *Occupation: Israel over Palestine* (London: Zed Press, 1984); Benvenisti, M., *The West Bank and Gaza Data Base Project, Pilot Study Report*, (Jerusalem: Jerusalem Post, 1982).

والسيطرة الاسرائيلية وأيد القبول بالوضع الجديد. وظهر الثاني في السبعينات وشجع فكرة تطوير المرافق الطبية والصحية بشكل مستقل عن السلطات العسكرية ولكن في حدود القواعد والأنظمة العسكرية، مؤيداً الرعاية الطبية العلاجية المعتمدة على المدن في الغالب. أما الشكل الثالث فقد برز من خلال التجربة الجماعية للمقاومة، ليعكس تزايد الرغبة بالتحرر من السياسات والأنظمة الهدامة. وقد كان التركيز في ذلك على تحدي القواعد والأنظمة العسكرية وايصال الخدمات الصحية الأساسية الى السكان في المناطق الريفية والمحرومة.

ومع الممارسة والتجربة، تطور هذا الرد الثالث الى حركة في الرعاية الصحية الأولية تقوم على أساس المنظمات المحلية غير الحكومية. وقد ابتعدت هذه الحركة جزئياً عن النموذج البيولوجي - الطبي لتعيد من جديد مبادىء الرعاية الأولية الى ممارسات الرعاية الطبية والصحية. وهكذا، ففي هذا القطاع غير الحكومي بالتحديد حدث الكثير من التطور في المفاهيم والممارسة في مجال تقديم الرعاية الصحية الأولية الفلسطينية (١١).

بنية الخدمات الصحية الراهنة:

لا تزال خدمات الرعاية الصحية تقدم اليوم من خلال ثلاثة قطاعات: القطاع الصحي الحكومي المعتل، والذي انتقلت صلاحياته حديثاً الى الادارة الفلسطينية، ووكالة الغوث الدولية (الأونروا) التي تقتصر خدماتها الصحية على اللاجئين، والقطاع غير الحكومي. وينقسم هذا الأخير بدوره الى عدة قطاعات فرعية. فقطاع الجمعيات الخيرية يدير عدداً من المستشفيات الكبيرة والمراكز التشخيصية، الى جانب مراكز الرعاية الصحية الأولية. وتقدم المنظمات الفلسطينية غير الحكومية، وخاصة عدد من اللجان الصحية، خدمات الرعاية الصحية الأولية في الغالب، مع التركيز على المناطق

---

(١١) للحصول على مناقشة أكثر شمولية حول بناء البنية التحتية الفلسطينية للمقاومة في مجال تقديم الرعاية الصحية، أنظر:

Barghouthi, M. and Giacaman, R., *The Emergence of an Infrastructure of Resistance*", in Nassar, J. and Heacock, R. (eds.), Intifada, Palestine at the Crossroads (New York: Praguer Press, 1990), pp.73-87.

الريفية والمحرومة وعلى الرعاية الصحية الوقائية. الى جانب ذلك، يوجد القطاع الخاص الذي يشارك في تقديم الرعاية الطبية والصحية بصورة نشطة ولكن غير متجانسة. ومن غير الممكن تقدير مدى مساهمته الحالية في تقديم الخدمات الصحية.

وتتكون خدمات الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية وقطاع غزة من عيادات علاجية / وقائية، ومراكز لرعاية الأمومة والطفولة، وعناصر بسيطة من برنامج خدمات طب الأسنان، ومرافق تشخيصية مساعدة، بما فيها المختبرات ومرافق فحوصات الأشعة. وفي عام ١٩٩٢، عمل ٤٣٩ مركزاً في الضفة الغربية و٧٥ في قطاع غزة. ومن ضمن ذلك، كان جزء كبير يصل الى ٦٠٪ (١٢) تحت ادارة قطاع الرعاية الصحية الفلسطيني المتمثل باللجان والجمعيات الخيرية. وكما سيجري نقاشه بعد قليل، فان الأزمة المالية الشديدة التي حدثت منذ العام ١٩٩٢ وأصابت في الأساس قطاع المنظمات غير الحكومية العاملة في الضفة الغربية قد أدت الى اغلاق حوالي ١٥٠ مركزاً للرعاية الصحية. وما زالت هذه الاغلاقات تستمر مهددةً بتدمير البنية التحتية الفلسطينية للمقاومة التي بنيت خلال أعوام الاحتلال ولا تزال ضرورية خلال الفترة الانتقالية وعلى المدى الأبعد.

الموارد الصحية البشرية:

في دراسة أجريت في العام ١٩٩٣، قدّر أن هناك حوالي ١٥٥٠ طبيباً ممارساً في الضفة الغربية وقطاع غزة، يعمل حوالي ٧٥٪ منهم في الضفة الغربية و٢٥٪ في قطاع غزة (١٣). وكان ٨٩٪ منهم من الذكور. كما قدّر أيضاً أن هناك ٢٥٤٢ ممرضاً وممرضة، يشكل الذكور ٤٤٪ منهم ويعمل معظمهم (أي الذكور) في قطاع غزة، و٤٤ كادراً في

---

(١٢) مصطفى البرغوثي وابراهيم دعيبس، "البنية التحتية والخدمات الصحية في الضفة الغربية: أسس تخطيط الرعاية الصحية" (رام الله، الضفة الغربية: البرنامج الاعلامي للتطوير الصحي، ١٩٩٣، التلخيص والاستنتاجات باللغة العربية). المعلومات الخاصة بغزة أخذت من قاعدة بيانات غير منشورة للبرنامج الاعلامي.

(١٣) أنظر:

Abu Libdeh, H., *The Human Resources Survey in Health: Interim Report No. 2-A, Summary of Main Findings* (Jerusalem: Planning and Research Center, 1993) pp.29-35.

مجال الادارة الصحية يعمل معظمهم على الأرجح في مؤسسات الرعاية الثانوية والثالثية، و١٥٢٨ فنياً ومهنياً طبياً مساعداً يشكل الذكور ٦٨٪ منهم. وبالاجمال، قدرت هذه الدراسة أن ٧٣١٠ شخصاً من الموارد البشرية كانوا يعملون في حقل الصحة في الضفة الغربية وقطاع غزة عام ١٩٩٣، وقد شكل الأطباء ٢١٪ منهم، والممرضات ٣٥٪، والفنيون الطبيون المساعدون ٢١٪، أي أن هذه الفئات الثلاث من الموارد البشرية قد شكلت ما مجموعه ٧٧٪ من اجمالي الموارد البشرية الصحية العاملة في المنطقة. فمن الواضح اذن أن الأطباء والكوادر التمريضية والفنية المساعدة لا تزال تشكل الأغلبية في المهن الطبية والصحية. ومن الواضح أيضاً أنه ما زال سائداً تقسيم العمل حسب الجنس في النظام الحالي للرعاية الصحية الفلسطينية.

ومن ناحية أخرى، لاحظت هذه الدراسة وجود تفاوتات جوهرية بين المناطق المختلفة في النسبة التقديرية لعدد الأطباء والممرضات والفنيين لكل ١٠٠٠ نسمة في العام ١٩٩٣. وكانت منطقة الوسط (القدس وبيت لحم ورام الله ونابلس) تعتبر أفضل حالاً من سائر المناطق الأخرى، اذ قدر وجود نسبة عالية تصل الى ١,٢٢ طبيباً و٢,٩٧ ممرضة لكل ١٠٠٠ نسمة في منطقة القدس، بالمقارنة مع النسبة المنخفضة التي تبلغ ٠,٥٣ طبيباً و٠,٥٢ ممرضة لكل ١٠٠٠ نسمة في منطقة جنين شمال الضفة الغربية (١٤). وتؤكد هذه النتائج عدم التكافؤ في توزيع الموارد البشرية الصحية في الضفة الغربية، حيث تتميز المنطقة الوسطى بالجزء الأعظم من الموارد البشرية والخدمات الصحية على حساب المنطقتين الشمالية والجنوبية.

وقد أشارت الدراسة ذاتها الى أن ٦٤٪ من اجمالي الموارد البشرية الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة كانت تعمل في القطاع الفلسطيني، دون أن تشير الى توزع هذه الموارد داخل القطاع بين المنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص. غير أن قائمة بالأطباء العاملين في الضفة الغربية في العام ١٩٩١ قد أشارت الى أن ٢٢٪ من اجمالي الأطباء كانوا يعملون في القطاع الخاص، بينما عمل ٢٢٪ في نظام الرعاية الصحية الحكومية، و٥٢٪ في قطاع المنظمات الفلسطينية غير الحكومية، أما وكالة الغوث

---

(١٤) المصدر السابق، ص ٣٩.

الدولية (الأونروا) فقد استوعبت ما يقرب من ٤٪ من اجمالي الأطباء العاملين في المنطقة (١٥).

وعند النظر الى توزع الموارد البشرية العاملة في الصحة حسب نوع المرافق الصحية، تظهر مشكلة أخرى تتمثل بعدم التكافؤ في توزيع الموارد لصالح المستشفيات وعلى حساب الرعاية الصحية الأولية. ففي استطلاع أجري عام ١٩٩١، من بين مجموع ٧٨٢ طبيباً (١٦)، كان ٤٨٪ منهم يعملون في المستشفيات، سواء الحكومية أو الفلسطينية، و٥٪ في جهاز الصحة العامة الحكومي، و٢٢٪ في العمل الخاص، و٢١٪ في في الرعاية الصحية الأولية الفلسطينية التي كانت تديرها المنظمات غير الحكومية، و٤٪ في جهاز الرعاية الأولية التابع لوكالة الغوث (الأونروا) (١٧). أي أن ٣٠٪ فقط من اجمالي عدد الأطباء كانوا يعملون في نظام الرعاية الصحية الأولية خلال ذلك العام. ومنذ ذلك الوقت، واجه نظام الرعاية الصحية غير الحكومي الفلسطيني صعوبات جدية أدت وما زالت تؤدي الى اغلاق العيادات، والى مزيد من التخفيض في عدد الطواقم العاملة في قطاع الرعاية الصحية الأولية.

بايجاز، تشير الأبحاث السابقة الى وجود مشكلة تتمثل في التوزيع غير المتساوي للموارد البشرية لصالح المنطقة الوسطى والخدمات العلاجية المركزية على حساب المناطق الطرفية والصحة الأولية والخدمات الوقائية والمعززة للصحة.

---

(١٥) أنظر:
Giacaman, R., *Health Conditions and Services in the West Bank and Gaza Strip* (Geneva: UNCTAD/ECDC/SEU/3, 1994), p.84.

(١٦) مثل هذا المجموع حوالي ٦٥٪ من مجموع الأطباء العاملين في الضفة الغربية في ذلك الوقت حسبما أشار الاستطلاع.

(١٧) المصدر السابق، ص ٨٤.

نظرة عامة الى الدراسة ومنهجها

خلفية الدراسة:

في الغالب، يستدعي تطوير أنظمة الرعاية الصحية التركيز بشكل خاص على تنمية وتدريب الموارد البشرية (١٨). ومن أجل انجاز تدريب ملائم للموارد البشرية، من الضروري تحديد واختيار العاملين الرئيسيين في مجالات محددة من نظام تقديم خدمات الرعاية الصحية، وتفهم وظيفتهم في نطاق فريق الرعاية الصحية العام، وتقدير مهامهم وواجباتهم، وتقدير احتياجاتهم للمزيد من التدريب (١٩). ان تحليل الاحتياجات للتدريب يعتبر خطوة أساسية في اعداد برامج التطوير والتعليم المستمر. اضافة الى ذلك، على مثل هذه الدراسات أن تأخذ بعين الاعتبار متطلبات الممارسين والأهداف التدريبية الوطنية الاستراتيجية على الأمد الأبعد.

وتتفحص هذه الدراسة الاحتياجات والمتطلبات التدريبية للأطباء والممرضات العاملين في قطاع الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية وقطاع غزة. ويعتبر قطاع الرعاية الصحية الأولية ذا أولوية من بين قطاعات تقديم الرعاية الصحية، مما يستلزم أن يكون البؤرة التي ينبغي أن تركز عليها مخططات تنمية الموارد البشرية (٢٠). ومن المعروف عموماً أن تطوير وتنمية بنية الرعاية الصحية الأولية هي احدى المجالات

---

(١٨) أنظر مثلاً:

Mosley, W.H., "Population Change, Health Planning and Human Resource Development in the Health Sector," *World Health Statistical Quarterly*, Vol.47(1) (1994), pp.26-30.

(١٩) أنظر على سبيل المثال:

Oyediran, M., "The Importance of Training and Supervision in Quality of Care", *Advances in Contraception*, Vol.9(2) (1993), pp.175-180; Sheperd, J., "Analysis of Training Needs of Qualified Nurse Practitioners", *British Journal of Nursing*, Vol.1(6) (July 9-22, 1992), pp.310-3; and Weitzel, S. et al, "A Research and Training Needs Assessment of Florida's Mental Health System", *Journal of Mental Health Administration*, Vol.16(2) (1989), pp.111-116.

(٢٠) يمكن الحصول على تحليل مقنع لسبب اعطاء الأولوية للرعاية الصحية الأولية في تقديم الرعاية الصحية وبخاصة في البلدان النامية بالرجوع الى:

Macdonald, J., *Primary Health Care, Medicine in its Place* (London: Earthscan Publications, 1993).

ذات الأولوية في عملية اعادة بناء الأنظمة الصحية ليس بسبب قيمة الجدوى وحسب، بل ولأن زيادة قدرة الوصول الى خدمات الرعاية الأولية الفعالة وترشيدها يمكن أن تخفض من بعض مشاكل الرعاية على المستويين الثاني والثالث.

وقد اختير لهذه الدراسة أن تركز اهتمامها على الأطباء والممرضات من دون سائر الموارد البشرية الأخرى بسبب الصعوبات التي تواجه تدريب موارد بشرية صحية على مستويات مختلفة من المهارات وبمهام مختلفة في نطاق مخطط تدريبي واحد. كما أن بعض المؤسسات المحلية الأخرى قد عملت على بناء نماذج ناجحة لتدريب أنواع محددة من الموارد البشرية الصحية، مثل عاملات صحة المجتمع وعاملي التأهيل المجتمعي، مما يجعل تدخل مؤسسات اضافية في تفحص الاحتياجات التدريبية لهذه الفئات والعمل على تلبيتها أمراً غير ضروري في الوقت الراهن (٢١). لقد اعتبر الأطباء والممرضات مجموعة ذات أولوية للتدريب، اذ أنهم كثيراً ما يشكلون الطواقم الرئيسية المؤثرة في نشاطات ومحاور خدمات الرعاية الصحية الأولية.

ان هناك نقصاً عاماً في مخططات التدريب الخاصة بتقديم الرعاية الصحية الأولية في سياقها الشمولي - غير العمودي. وفي الوقت ذاته، اعتبر أنه من الممكن ومن المهم أن يتم تدريب هاتين الفئتين من الموارد البشرية معاً. فبرغم اختلاف مسؤوليات ومهام عمل الأطباء والممرضات، الا أن هناك تشابهاً عموماً في الخلفية التعليمية وفي مستوى المهارات العامة. اضافة الى ذلك، يمكن لمخططات التدريب المشتركة أن تبين كيف يجب أن تمارس الرعاية الصحية الأولية كفريق، في مقابل الأسلوب التقليدي الذي يتميز بالرعاية المجزأة والفردية (٢٢).

---

(٢١) تجدر الاشارة هنا الى أن عاملات صحة المجتمع وعاملي التأهيل المجتمعي يعتبرون من الموارد البشرية الهامة التي تساهم حالياً في عمل برامج الصحة الأولية والتأهيل في الضفة الغربية، وبدرجة أقل في قطاع غزة. ونحن نقدر وجود حوالي ٢٥٠-٣٠٠ عاملة صحة مجتمع وعامل تأهيل يعملون في البلاد، ويعمل بعضهم في اطار برامج ومخططات ناجحة جداً.

(٢٢) للحصول على مزيد من المعلومات حول الحاجة الى تطوير مناهج جديدة ومبتكرة في تدريب الكوادر الطبية والصحية المساعدة وحول أهمية تدريب الأطباء والممرضات معاً في الرعاية الصحية الأولية، أنظر:

Kantrowiz, I. et ai, *Innovative Tracks at Established Institutions for the Education of Health Personnel*, (Geneva: The World Health Organization, 1987).

هيكلية الدراسة:

لقد صممت هذه الدراسة في جزئين. ويتمثل الجزء الأول منها في تصميم استبيان خاص وتقديمه للأطباء والممرضات بهدف أخذ اجاباتهم على أسئلة محددة تتعلق بأربع قضايا:

١. مراكز الرعاية الصحية الأولية. معلومات تتعلق بمراكز الرعاية الصحية الأولية التي يعملون فيها، مثل نشاطاتها، وبرامجها، وخدماتها، وطواقمها، وتوزيع المهام فيها، وادارتها.

٢. الموارد البشرية الصحية. معلومات تتعلق بالأشخاص المعبئين للاستبيان، تتضمن بعض البيانات الشخصية كالعمر والجنس والمستوى التعليمي والتدريب.

٣. مفهوم الرعاية الصحية. معلومات مصممة للكشف عن مفاهيم الرعاية الصحية الأولية المستخدمة والتي تحدد شكل الممارسة، وخاصة فيما يتعلق بالمبادىء التي تشكل جوهر مفهوم الرعاية الصحية الأولية، مثل الرعاية الطبية والصحية العلاجية والوقائية، والعمل الجماعي، وتعبئة المجتمع واشراكه. ويقصد من هذا الجزء من الدراسة أن يساعد على تقدير فهم معبئي الاستبيان للرعاية الصحية الأولية ودورهم فيها.

٤. الاحتياجات التدريبية. معلومات تهدف الى تقدير الاحتياجات التدريبية المستقبلية، كما يعبر عنها الممارسون أنفسهم. ويعتمد هذا الجزء على بيانات معبئي الاستبيانات فيما يتعلق بالمشاكل الصحية الحالية التي تواجههم في عملهم، بما في ذلك المفاهيم والمهارات العملية المحددة التي يعتقدون بأنهم بحاجة الى تدريب اضافي عليها لتحسين قدراتهم في العمل.

وقد أعد هذا الاستبيان بعد مرحلة من التشاورات مع بعض المهنيين المحليين من ذوي الخبرة في الصحة، وبعد أن تمت تجربته على عينة صغيرة من العيادات. وقد تركت أسئلة عديدة مفتوحة عن عمد، وذلك لاتاحة المجال للحصول على أقصى استخدام للبيانات المجمعة خلال مرحلة التحليل.

ويتكون الجزء الثاني من الدراسة من محادثات مفتوحة أجريت مع ٢٢ من المهنيين والباحثين والمدربين في مجال الرعاية الصحية من كل من الضفة الغربية وقطاع غزة. وقد روعي أن تشمل هذه المجموعة مهنيين يعملون في القطاع الحكومي وغير الحكومي / الخاص وقطاع وكالة الغوث (الأونروا). وقد ركزت المحادثات على محاولة التوصل الى المشاكل الرئيسية التي تواجه تطوير وادارة شبكة الرعاية الصحية الأولية القائمة، بما في ذلك الحصول على توصيات محددة بخصوص التنمية المستقبلية للنظام ككل، مع التركيز على تنمية الموارد البشرية. كما يتضمن هذا الجزء أيضاً تقديراً للاحتياجات المستقبلية للتدريب على المستوى الوطني على ضوء الطبيعة الانتقالية للوضع الاجتماعي - الاقتصادي والصحي والسياسي.

عينة الدراسة:

لقد اعتمدت عينة الدراسة على قائمة بكافة العيادات العاملة في الضفة الغربية وقطاع غزة خلال العام ١٩٩٢ (٢٣). وتتوزع هذه القائمة على النحو الوارد في الجدولين رقم ١ و٢. في البدء، تم اختيار عينة تشكل ٥٠٪ من مجموع العيادات العاملة في المنطقة مع الاهتمام بالمحافظة الى أقصى حد ممكن على التوزع الجغرافي الأصلي حسب المنطقة ومكان العمل وحسب المؤسسات التي تديرها. وقد جر تقسيم كل من الضفة الغربية وقطاع غزة الى ٣ مناطق: شمالية ووسطى وجنوبية. وبالاجمال، ضمت العينة ٢٢٠ عيادة في الضفة الغربية و٣٥ في قطاع غزة.

---

(٢٣) تم الحصول على هذه القائمة من البرنامج الاعلامي للتطوير الصحي، رام الله، الضفة الغربية.

الجدول رقم ١
توزيع العيادات في الضفة الغربية في عام ١٩٩٢
حسب المؤسسات التي تديرها وحسب الموقع

الخصائص	العدد	النسبة
مجموع العيادات	٤٣٩	١٠٠
المؤسسات التي تديرها		
الحكومة	١٧٢	٣٩
اللجان	١٢٧	٢٩
الجمعيات الخيرية	١١٧	٢٧
وكالة الغوث (الأونروا)	٢٣	٥
مكان العمل		
العيادات المدنية	٨٥	١٩
العيادات الريفية	٣٥٤	٨١
المنطقة		
وسط الضفة الغربية	١٧٠	٣٩
شمال الضفة الغربية	٢٠٣	٤٦
جنوب الضفة الغربية	٦٦	١٥

الجدول رقم ٢
توزيع العيادات في قطاع غزة
حسب المؤسسات التي تديرها وحسب الموقع

الخصائص	العدد	النسبة
مجموع العيادات	٧٠	١٠٠
المؤسسات التي تديرها		
الحكومة	٢٨	٤٠
الجمعيات الخيرية	١٧	٢٤
اللجان	١٥	٢٢
وكالة الغوث (الأونروا)	١٠	١٤
المنطقة		
شمال القطاع	١٥	٢١
وسط القطاع	٣٠	٤٣
جنوب القطاع	٢٥	٣٦

الا أنه تبين بعد بدء العمل الميداني أن عدداً كبيراً نسبياً من عيادات المنظمات غير الحكومية في الضفة الغربية قد أغلق خلال العام ١٩٩٣. وبالتحديد، تبين أن ٣٨ من العيادات التي تضمنتها قائمتنا قائمتنا قد أغلقت خلال فترة عام واحد (٢٤). كما لم يتم الوصول الى خمس عيادات أخرى في شمال البلاد بسبب مضايقات المستوطنين، كما لم تدخل الاستطلاع عيادة واحدة في منطقة الخليل بسبب منع التجول لفترة طويلة. الى جانب ذلك، وجد الباحثون الميدانيون أن ١٨ عيادة تشاركت بطواقم تعمل بدوام جزئي

(٢٤) ترد قائمة بالعيادات المغلقة في الملحق رقم ٢.

في أكثر من عيادة، مما خفض أكثر من عدد العيادات التي تمت زيارتها. واجمالاً، نجحنا في الوصول الى ١٩٣ عيادة، ١٦١ في الضفة الغربية و٣٢ في قطاع غزة، من أصل ٢٥٥ عيادة هي المجموع الأصلي الذي خططنا للوصول اليه. ويعرض الجدولان رقم ٣ و٤ توزيع هذه العيادات حسب المؤسسات التي تديرها والمكان والمنطقة.

الجدول رقم ٣
عينة الاستطلاع (الضفة الغربية)

الخصائص	العدد	النسبة
مجموع العيادات	١٦١	١٠٠
المؤسسات التي تديرها		
الحكومة	٧٦	٤٧
اللجان	٣٢	٢٠
الجمعيات الخيرية	٤١	٢٦
وكالة الغوث (الأونروا)	١٢	٨
مكان العمل		
العيادات المدنية	٤٦	٢٤
العيادات الريفية	١٤٧	٧٦
المنطقة		
وسط الضفة الغربية	٦٠	٣٧
شمال الضفة الغربية	٧٥	٤٧
جنوب الضفة الغربية	٢٦	١٦

الجدول رقم ٤
عينة الاستطلاع (قطاع غزة)

الخصائص	العدد	النسبة
مجموع العيادات	٣٢	١٠٠
المؤسسات التي تديرها		
الحكومة	١٥	٤٧
الجمعيات الخيرية	٦	١٩
اللجان	٦	١٩
وكالة الغوث (الأونروا)	٥	١٥
المنطقة (٢٥)		
شمال القطاع	٤	١٣
وسط القطاع	١٧	٥٣
جنوب القطاع	١١	٣٤

خلال العام ١٩٩٤، زار الباحثون الميدانيون ٥٠٪ من العدد الكلي للعيادات التي كانت موجودة عام ١٩٩٣، ووجدوا أن ٣٨ عيادة قد أغلقت في الضفة الغربية ولم تغلق أية عيادة في قطاع غزة. انطلاقاً من ذلك، كان من المنطق أن نقدر أن ٨٠ عيادة قد أغلقت خلال العام ١٩٩٣ في الضفة الغربية. وبناءً عليه، يمكن التقدير أنه لم يكن هناك

(٢٥) بسبب بعض المشاكل الاجرائية، تمكن الباحثون الميدانيون من الوصول الى ٤ عيادات فقط من بين العيادات السبع التي كانت في عينة شمال قطاع غزة.

كثر من ٤٠٠ عيادة تعمل في الضفة الغربية وقطاع غزة في أوائل عام ١٩٩٤. وقد وصل الباحثون الميدانيون الى ١٩٣ عيادة، أي ٤٨٪ على الأقل من المجموع الكلي للعيادات العاملة آنذاك. ان تقديرنا لعدد العيادات المغلقة يعتبر محافظاً، اذ أن خبراء محليين آخرين يقدرون بأن العدد الكلي للعيادات التي أغلقت خلال العام المنصرم يتجاوز المائة بكثير (٢٦).

أسلوب الاستطلاع:

عمل أربعة باحثين ميدانيين على تقديم الاستبيان. وقد تم اختيارهم بناءً على الخبرة في اجراء العمل الميداني، وكذلك معرفة المناطق التي يزورونها. وقد جرى تدريب مكثف للفريق على تقديم الاستبيان لمدة ثلاثة أيام. وتضمن التدريب تمثيل الأدوار، وكذلك الزيارات الميدانية التي جرى بعدها طرح الملاحظات والمناقشات.

وقد بدأ العمل الميداني بتجربة الاستبيان أولاً، حيث قام كل من الباحثين الميدانيين بتعبئة ٥ استبيانات في كل من المناطق الأربع في البلاد. وأثناء العمل الميداني، أجريت اجتماعات أسبوعية تركزت على مناقشة الانطباعات والنتائج والمشاكل المعترضة والمعلومات. وقد أسهمت هذه الاجتماعات دائماً في توجيه تحليل المعلومات الاحصائية المجمعة من خلال المحادثات مع الطواقم. وقد روعي أن يقوم الباحثون الميدانيون دائماً بتوثيق انطباعاتهم وملاحظاتهم كتابياً خلال مجرى العمل الميداني، وكذلك تقديراتهم للنتائج المجمعة.

وتضمنت زيارة العيادات مقابلة الأطباء والممرضات من دون الأفراد الآخرين في الطواقم الصحية، مثل عاملات صحة المجتمع. بيد أنه لم تكن كل العيادات تعتمد على طواقم من أطباء وممرضات. فقد اقتصر الطاقم في بعضها على الأطباء، وفي بعض أخر على الأطباء وعاملات صحة المجتمع. وفوق ذلك، فقد كان الأطباء يعملون في عدد

---

(٢٦) قدر البرنامج الاعلامي للتطوير الصحي، رام الله، أن العدد الكلي للعيادات التي أغلقت حتى آذار ١٩٩٤ كان أكثر بكثير من ١٠٠ عيادة، ووجد من خلال استطلاع العيادات أن هذا الرقم وصل الى حوالي ١٥٠ عيادة في نهاية العام ١٩٩٤.

ملموس من العيادات لجزء من الأسبوع، حيث كان الطبيب يغطي من ٢-٤ عيادات. فمثلاً كان ٨ أطباء يغطون ٢٥ عيادة من العيادات الحكومية في منطقة رام الله في عام ١٩٩٤. ويعني ذلك أنه، بالرغم من أن الباحثين الميدانيين قد غطوا حوالي ٤٨٪ من المجموع الكلي للعيادات العاملة في الضفة الغربية وقطاع غزة، فلم يغطوا النسبة ذاتها من طواقم الأطباء والممرضات العاملة هناك، بل على الأرجح أنهم غطوا نسبة أكبر من ذلك في الضفة الغربية وأقل في قطاع غزة (كانت العيادات في قطاع غزة غالباً مجهزة بعدد أكبر بكثير من الكوادر قياساً بعيادات الضفة الغربية).

وقد تمت برمجة البيانات المجمعة وادخالها في الحاسوب. ثم جرى تحليلها باستعمال نظام SPSS ودمجها بالمعلومات التي تم الحصول عليها من خلال محادثات أجريت مع مهنيين محليين ذوي خبرة، وكذلك بالملاحظات التي تم الحصول عليها من فريق الباحثين الميدانيين.

المحادثات مع المهنيين ذوي الخبرة:

أجرى المحادثات مع المهنيين ذوي الخبرة باحثان من دائرة صحة المجتمع. وقد سارت المحادثات على نسق استبيان مدون. الا أن الاستبيان كان قد أعد عن عمد بأسلوب مفتوح بقصد الحث على أن تكون طبيعة المحادثات شبه منتظمة. بعد ذلك، جرى تصنيف نتائج المحادثات والمقارنة ما بينها وتحليلها.

نتائج الاستطلاع - الموضوع الأول

مراكز الرعاية الصحية الأولية

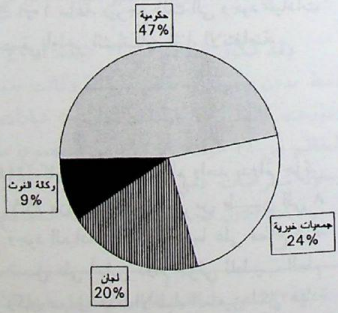
نظرة عامة:

- من بين المجموع الكلي للعيادات التي تمت زيارتها، كانت ٤٧٪ تدار من قبل السلطات الحكومية، و٢٤٪ من قبل الجمعيات الخيرية، و٢٠٪ من قبل اللجان، و٩٪ من قبل وكالة الغوث (الأونروا).

- بالنظر الى مكان العيادة، كانت ٦٣٪ من العيادات ريفية، ووجدت ٢٤٪ منها في المدن، و١٣٪ في مخيمات اللاجئين.

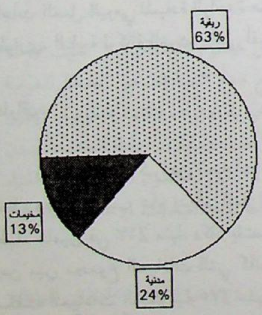
الشكل رقم ١

عينة الدراسة حسب نوع المؤسسات

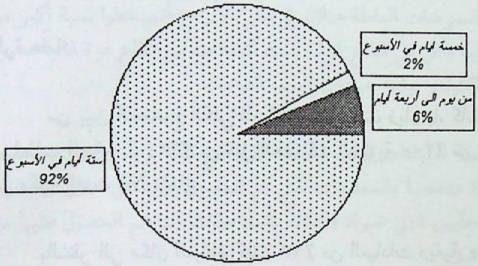


الشكل رقم ٢

عينة الدراسة حسب المكان



- بالاجمال، أفادت ٩٢٪ من العيادات بأنها تعمل ٦ أيام في الأسبوع، و٢٪ تعمل ٥ أيام، أما البقية فكانت تعمل ما بين ١-٤ أيام أسبوعياً. وكان متوسط عدد الأيام التي كانت تعمل فيها العيادات أسبوعياً يساوي ٥,٩ أيام.



الشكل رقم ٣
عينة الدراسة حسب الدوام الأسبوعي

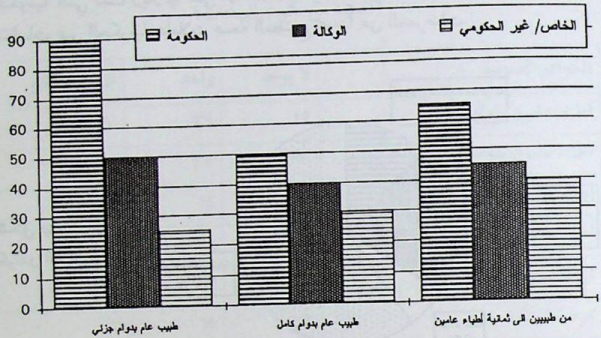
- أفادت ٥٪ من العيادات فقط بأنها تعمل لمدة ٥ ساعات أو أقل في اليوم، أما سائر العيادات فقد كانت تعمل من ٦ وحتى ٢٤ ساعة في اليوم. وكان متوسط عدد ساعات العمل اليومي للعيادات يساوي ٧,١ ساعة. وعملت غالبية العيادات في الصباح وفي الساعات الأولى من بعد الظهر، باستثناء عيادات الطوارىء. وكانت غالبية العيادات العاملة لأكثر من ٨ ساعات في اليوم تتواجد في قطاع غزة، حيث بلغ متوسط عدد ساعات العمل اليومي للعيادة الواحدة هناك ١٠,١ ساعة. ويرجع ذلك الى وجود عيادات الطوارىء التابعة لوكالة الغوث، والتي أقيمت في أواخر الثمانينات أثناء الانتفاضة.

الطواقم:

في النسبة الأكبر من العيادات (٤٤٪) كان يعمل طبيب عام واحد بدوام جزئي فقط. وعمل طبيب عام بدوام كامل في ٣٩٪ من العيادات، وعمل من طبيبين الى ٨ أطباء عامين في ١٧٪ منها. وكاد يقتصر وجود العيادات الأكبر حجماً على قطاع غزة. ومن بين مجموع العيادات التي كانت تعمل على أساس دوام جزئي للطبيب العام، شكلت العيادات الحكومية ٧٥٪ منها. وكان معدل عدد الأطباء العامين لكل عيادة يساوي طبيباً واحداً للعيادة.

الشكل رقم ٤

أعداد الطواقم



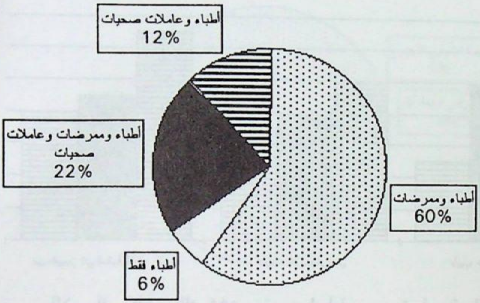
بالاجمال، كان هناك ٥٩٩ موقع عمل لطبيب مرتبط بهذه العيادات، سواء للأطباء العامين أو أطباء الاختصاص، وبدوام كامل أو دوام جزئي. وبلغ متوسط مواقع العمل للأطباء ٣,١ موقع عمل للعيادة الواحدة اجمالا (٢٧). وكان الفرق في أعداد الطواقم بين الضفة الغربية وقطاع غزة كبيراً، حيث بلغ متوسط عدد الطاقم ٦,٣ طبيب و٦,٦ ممرضة للعيادة الواحدة في غزة، مقابل متوسط يساوي ٢,٤ طبيب و١,٤ ممرضة للعيادة الواحدة في الضفة الغربية. وتظهر هذه النتائج في الجدول رقم ٥.

وقد تكون الطاقم في ١٢ عيادة، أو ٦٪ من مجموع العيادات، من طبيب واحد فقط بدون وجود أي طاقم مساند. وكانت جميع هذه العيادات في الضفة الغربية وتوزعت كالتالي - ٦ عيادات للجان، و٥ عيادات خيرية، وعيادة واحدة حكومية. وتكون الطاقم في ٢٤ عيادة، أو ١٢٪ من المجموع، من أطباء وعاملات صحة المجتمع بدون وجود ممرضات، وفي ١١٧ عيادة، أو ٦٠٪ من المجموع، تكون الطاقم من أطباء وممرضات بدون وجود عاملات صحة المجتمع. أما بقية العيادات، أو ٢٢٪ منها، فقد

---

(٢٧) تعدد هذه الجدولة مواقع العمل وليس الأطباء لأن بعض الأطباء، وخاصة في العيادات الحكومية، كانوا يعملون بدوام جزئي في عدة عيادات.

وظفت الأنواع الثلاثة من الكوادر الصحية. واقتصر الطاقم في ٨٢٪ من العيادات الحكومية التي تمت زيارتها على الأطباء والممرضات، بينما وظفت العديد من عيادات المنظمات غير الحكومية عاملات صحة المجتمع عوضاً عن الممرضات.



الشكل رقم ٥
الكوادر الصحية

ان الجدول رقم ٥ يشير الى الانخفاض في استخدام الأنواع الأخرى من الكوادر الصحية، حيث أن ٦٧٪ من العيادات لم توظف أي فنيين مخبريين، وأن ٨٩٪ لم توظف صيادلة، و٧٥٪ لم توظف مساعدي صيادلة، و٩٢٪ لم توظف عاملي تأهيل، و٦٧٪ لم توظف اداريين، و٩٧٪ لم توظف فنيي أسنان، و٩٥٪ لم توظف مرشدين صحيين. وربما يكون ذلك مؤشراً على الضعف النسبي في تطوير العنصر البرامجي في عمل العيادات. أي أنه، بناءً على نوع الطاقم الموظف في هذه العيادات، يبدو أن العناصر المختلفة للرعاية الصحية الأولية اما غائبة تماماً أو تتواجد في الحدود الدنيا على شكل بعض العناصر في برامج خاصة بسبب النقص في الطواقم. ويبدو أنه يجري التركيز في هذه العيادات على الجانب العلاجي من الرعاية الأولية. وبالاجمال، بلغ متوسط عدد الطاقم، بما في ذلك عاملو التنظيف، ٩ للعيادة الواحدة، بينما كان العدد السائد (الأكثر تكرارا) يساوي ٢ للعيادة، وكان العدد الأوسط (٥٠٪ من العيادات) يساوي ٥ أفراد للعيادة.

ومن جديد، كان التباين بين العيادات في الضفة الغربية وقطاع غزة جوهرياً، اذ أن متوسط عدد الطاقم للعيادة في غزة قد بلغ ٢٣,٢ في مقابل ٦,٧ في الضفة الغربية.

الجدول رقم ٥
عدد الكوادر الصحية في العيادات
(النسبة من مجموع العيادات)

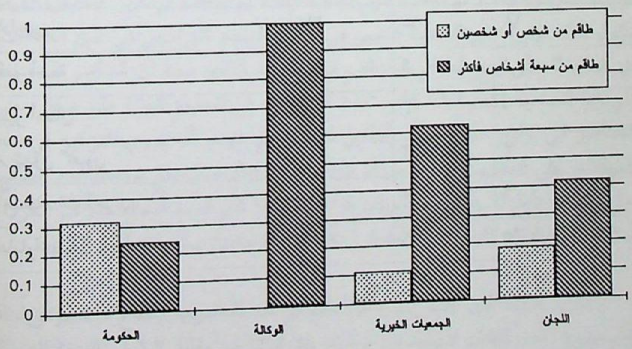
الكوادر الصحية	لا يوجد	واحد	اثنان أو أكثر
أطباء عامون بدوام كامل	٤٤	٣٩	١٧
أطباء عامون بدوام جزئي	٥١	٣٧	١٢
أطباء مختصون بدوام كامل	٨٠	١٤	٦
أطباء مختصون بدوام جزئي	٥٤	١٩	٢٧
ممرضات بدوام كامل	٢٣	٤٣	٣٤
ممرضات بدوام جزئي	٨٣	١٥	٣
عاملات صحيات	٦٧	١٧	١٧
فنيون مخبريون	٦٧	٢٢	١١
صيادلة	٨٩	٨	٤
مساعدو صيادلة	٧٥	١٩	٦
عاملو تأهيل	٩٢	٤	٤
اداريون	٦٧	١٥	١٨
فنيو أشعة	٩٧	٢	١
فنيو أسنان	٩٧	٣	٠
مرشدون صحيون	٩٥	٢	٣
اختصاصات أخرى	٨٥	٧	٩
عاملو تنظيف	٥٨	٢٨	١٥

ومن الواضح أن أي تحليل اضافي للبيانات المتعلقة بالطواقم يجب أن يكون مرتبطاً بمتوسط ضغط المرضى في هذه العيادات، وهو ما لم يكن ممكناً الحصول على بيانات دقيقة بشأنه في هذا الاستطلاع.

ومن ناحية أعداد الطاقم، كانت العيادات الحكومية تبدو أنها الأدنى مرتبة قياساً بسائر العيادات الأخرى، اذ تكون الطاقم في ٣٢٪ من العيادات الحكومية من شخص الى شخصين، قياساً بـ ١٨٪ من عيادات اللجان و١١٪ من عيادات الجمعيات الخيرية، بينما لم ينخفض عدد أفراد الطاقم الى هذا القدر في أية من عيادات وكالة الغوث (الأونروا). وعلى النحو ذاته، بلغ عدد الطاقم ٧ أشخاص أو أكثر في ٢٤٪ فقط من العيادات الحكومية، مقابل ٤٢٪ من عيادات اللجان و٦٢٪ من عيادات الجمعيات الخيرية و١٠٠٪ من عيادات وكالة الغوث. وبالتالي، فبالحكم على عدد أفراد الطاقم في هذه العيادات، تبدو عيادات وكالة الغوث أنها الأفضل من ناحية عدد الطاقم، تليها عيادات القطاع غير الحكومي ثم القطاع الحكومي. وقد يكون في ذلك دلالة على اتاحة الخدمات بشكل أفضل في عيادات وكالة الغوث. الا أنه قد يكون من جهة أخرى انعكاساً لوجود ضغط أكبر للمرضى في عيادات وكالة الغوث مما في سائر عيادات المنطقة.

الشكل رقم ٦

أعداد الطواقم حسب نوع المؤسسات



ومع أن أعداد الطواقم في عيادات وكالة الغوث تبدو الأعلى بين عيادات الرعاية الصحية الأولية، فينبغي الاشارة الى أنه قد حصل ارتفاع سريع في عدد طواقمها منذ بدء الانتفاضة بسبب ظروف الطوارىء. فقد تم توظيف عدد اضافي من الطواقم ضمن برامج الطوارىء بشكل مؤقت. وقد بدأ برنامج الطوارىء هذا مؤخراً في التقلص. أما بالنسبة للقطاع الحكومي، فمن الواضح تماماً أنه قد عانى، منذ بدء الاحتلال، من تقليص شديد في التمويل، مما انعكس على عدد الطاقم العامل في العيادات، وليس على ذلك وحسب، بل انما انعكس في الواقع أيضاً على معظم الجوانب الأخرى من عملها.

ان الجدول رقم ٦ يوضح أثر مكان عمل العيادات على أعداد الطواقم فيها. ويلاحظ أن الجدول يشير الى وجود فرق ملموس في أعداد الطواقم بين العيادات في المناطق الريفية والمخيمات والمدن. ففي ٥٥٪ من العيادات الريفية يتكون الطاقم من ١-٣ أشخاص، قياساً بـ ٨٪ من عيادات المخيمات و٩٪ من عيادات المدن. وفي المقابل، يبلغ الطاقم ٩ أشخاص أو أكثر في ١٣٪ من العيادات الريفية، مقارنةً بالنسب العالية التي تصل ٨٨٪ من عيادات المخيمات و٦٣٪ من عيادات المدن (٢٨). من الواضح أن الكوادر الصحية تتركز في المناطق المدنية وفي مخيمات اللاجئين، وقد انعكس ذلك أيضاً في نتائج هذه الاستطلاع بالرغم من أن ٦٣٪ من العيادات التي تمت زيارتها كانت قائمة في القرى.

الجدول رقم ٦
أعداد الطواقم في العيادات حسب مكان العيادة
(النسبة من المجموع حسب المكان)

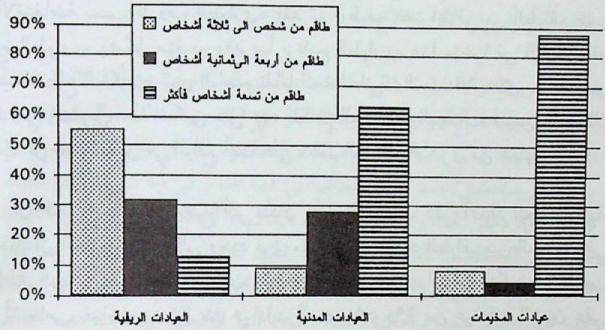
مجموع الطاقم	العيادات الريفية	عيادات المخيمات	العيادات المدنية
١-٣	٥٥	٨	٩
٤-٨	٣٢	٤	٢٨
٩ فأكثر	١٣	٨٨	٦٣

Chi Square=79.02420, p=0.00000

(٢٨) تواجدت كافة العيادات الريفية التي تكون طاقمها من ٩ أفراد فأكثر في قرى وسط الضفة الغربية، وقدمت الخدمات لعدة تجمعات سكانية محيطة، وليس فقط للتجمع السكاني الذي توجد فيه.

الشكل رقم ٧

أعداد الطواقم حسب المكان



ويمكن اعتبار هذه النتائج متوقعة الى حد ما، بالنظر الى تركز السكان في المخيمات وفي المدن، اذ ينبغي أن تكون الحاجة الى الطواقم متلائمة مع عدد المترددين على هذه العيادات. ولكن الى جانب ذلك، تعتبر عيادات المدن في العموم كمراكز تحويل للعيادات الريفية. ويتوفر في المدن مجال أوسع من البرامج والخدمات. ومع أن العيادات في المدن تلبي في الأساس احتياجات السكان المدنيين، الا أنها تلبي أيضا بعض الاحتياجات التحويلية للمناطق الريفية.

ومن الملاحظات الملفتة للنظر أن اللجان كانت تركز جهودها، على ما يبدو، لبلوغ المناطق الريفية. فقد كانت ٨٤٪ من عيادات اللجان موجودة في مناطق ريفية، مقارنة بـ ٧٥٪ من العيادات الحكومية، و٤٧٪ من عيادات الجمعيات الخيرية (٢٩). في المقابل، تواجدت في المدن ٣٪ فقط من عيادات اللجان، و٢١٪ من العيادات الحكومية، و٤٩٪ من عيادات الجمعيات الخيرية (chi square= 108.60527, p= 0.00000). ان هذه النتائج تظهر النجاح الجزئي على الأقل في سعي حركة المنظمات المحلية غير الحكومية لمحاولة حل مشكلة عدم توفر الخدمات في المناطق الريفية.

---

(٢٩) ان وكالة الغوث مكلفة بتقديم الخدمات للاجئين، الذين يعيشون في الغالب في مخيمات اللاجئين أو في المناطق المدنية.

يلخص الجدول رقم ٧ الوضع في أعداد الطواقم حسب المنطقة ويظهر أن أقل أعداد الطواقم التي تدير العيادات كان موجوداً في شمال الضفة الغربية. اذ بلغ الطاقم ١-٣ أفراد في ٦٥٪ من العيادات في الشمال، مقارنةً بـ ٣٥٪ في الجنوب، و٢٦٪ في الوسط، و٦٪ فقط في غزة. وفي المقابل، كان الطاقم يبلغ ٩ أفراد أو أكثر في ١٦٪ فقط من العيادات في الشمال، وفي ٢٧٪ في الجنوب، و٣٨٪ في الوسط، و٧٥٪ في غزة.

الجدول رقم ٧

أعداد الطواقم حسب مناطق الضفة الغربية وقطاع غزة

(النسبة من تصنيف المنطقة)

مجموع الطاقم	الوسط	الشمال	الجنوب	غزة
١-٣	٢٦	٦٥	٣٥	٦
٤-٨	٣٦	١٩	٣٨	١٩
٩ فأكثر	٣٨	١٦	٢٧	٧٥

Chi Square=53.14610, p=0.00000

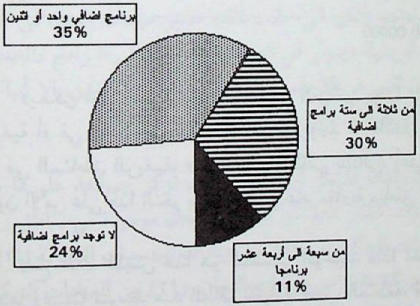
ويمكن أن يفسر التباين في أعداد الطواقم جزئياً بوجود العيادات في المناطق الريفية أو في المدن، حيث من المتوقع أن يوجد في المدن تركيز أعلى من المنتفعين مما في المناطق الريفية، ويكون عدد الطاقم، بالتالي، أعلى مما في المناطق الريفية. ويكون الأمر على هذا النحو بشكل خاص عند مقارنة مناطق الضفة الغربية بقطاع غزة.

ومع ذلك، فليس هذا هو التفسير الوحيد. فاذا أخذنا عينة العيادات الريفية لوحدها وصنفنا متوسط عدد الطاقم للعيادة حسب المنطقة، فان أقل معدل للطواقم يظل في شمال الضفة الغربية. فقد اقتصر عدد أفراد الطاقم على ١-٣ في ٨٣٪ من عيادات الشمال، ثم في ٤٠٪ في الجنوب، و٣٧٪ في الوسط، بينما انخفضت النسبة الى ١١٪ في غزة (chi square= 34.64882, p= 0.00001). وعند تطبيق التحليل ذاته على العيادات في المدن، اختفت العلاقة بين عدد أفراد الطاقم والمنطقة. ان هذه النتائج تظهر أن مشكلة عدم التكافؤ بين المناطق تخص التجمعات السكانية الريفية بالذات، حيث تبدو العيادات الريفية في الشمال أكثرها احتياجاً بشكل خاص.

لقد سبق وأن أظهرت دراسات أخرى (٣٠) هذا التفاوت بين المناطق والنقص في المناطق الريفية بشكل خاص واعتبرته من المشاكل الجدية في الصحة العامة والسياسة والتخطيط الصحي، حيث أن منطقتي الشمال والجنوب في العموم والمناطق الريفية في الشمال والجنوب بشكل خاص تتخلف بصورة ثابتة عن المنطقة الوسطى من ناحية تطور البنية التحتية للرعاية الصحية. ان نتائج هذه الدراسة تقوي حجة التفاوت وتضع العيادات الريفية في شمال البلاد في موضع الأولوية للعمل في المستقبل.

البرامج التي تديرها العيادات:

تعكس النتائج في الجدول رقم ٨ الاجابات على الأسئلة الخاصة بأنواع البرامج المقدمة في العيادات التي جرى استطلاعها. بالنظر الى هذه البيانات، يظهر أن ٤٧ عيادة (٢٤٪ من العيادات) لم تكن تدير أي برنامج سوى تقديم العلاجات الأساسية، وأن ٦٧ عيادة (٣٥٪ منها) أدارت برنامجا اضافيا أو اثنين، بينما أدارت ٥٨ عيادة (٣٠٪) من ٣-٦ برامج، وأدارت ٢١ عيادة (١١٪) من ٧-١٤ برنامجاً اضافياً (٣١).



الشكل رقم ٨
توفر برامج
الصحة الأولية

(٣٠) مصطفى البرغوثي وابراهيم دعيبس، "البنية التحتية والخدمات الصحية في الضفة الغربية: أسس تخطيط الرعاية الصحية" (رام الله، الضفة الغربية: البرنامج الاعلامي للتطوير الصحي، ١٩٩٣).

(٣١) ان النتائج التي حصلنا عليها من خلال هذا الاستطلاع في العام ١٩٩٤ قد كانت مطابقة تقريباً للنتائج الواردة في تقرير البرنامج الاعلامي للتطوير الصحي حول مسح الرعاية الصحية الأولية الريفية لعام ١٩٩٢. فيبدو أنه كان هناك ثبات في نوع ومستوى البرامج خلال فترة زمنية اتسمت بعدم الثبات في عدد العيادات في المنطقة. انظر المرجع السابق، ص: ١٢١-١٣٩.

الجدول رقم ٨
توفر برامج خاصة حسب نوع المؤسسات والمجموع
(نسبة العيادات)

	نوع المؤسسات				
البرنامج	الحكومة	وكالة الغوث	اللجان	الخيرية	المجموع
عيادة أمراض القلب	٢	٢٩	١٦	٢٢	١٢
عيادة الأسنان	٧	٢٤	٢٨	٤١	٢٤
عيادة الأمراض الجلدية	١٧	١٢	٣٢	٢٠	٢٠
عيادة مرضى السكري	٨	٦٥	١٦	٢٠	١٧
التثقيف الصحي	١٥	٦٥	٤٠	١٧	٢٥
عيادة مرضى الضغط	٩	٤٧	١٦	١٣	١٥
عيادة الأمراض الباطنية	٨	٢٤	٢٤	٢٦	١٧
صحة الأم والطفل	٤٣	٥٣	٢٩	٣٠	٣٨
عيادة أمراض العيون	٤	١٨	٢٤	٩	١٠
عيادة طب الأطفال	٢٤	٥٣	٢٩	٤١	٣٢
التأهيل	١	١٢	٣	٧	٤
الاصحاح	٠	٦	٠	٢	١
الصحة المدرسية	٦	٥٣	٢٦	١٧	١٧
صحة المرأة	٣٢	٥٩	٦٦	٦١	٤٨

ويظهر الجدول رقم ٩ المعلومات حول مجموع البرامج التي أدارتها العيادات الى جانب الخدمات العلاجية، مصنفة حسب نوع المنظمات التي تدير هذه العيادات.

الجدول رقم ٩
عدد البرامج الاضافية المقدمة حسب نوع المؤسسات والمجموع
(نسبة العيادات)

	نوع المؤسسات				
البرامج	الحكومة	وكالة الغوث	اللجان	الخيرية	المجموع
لا شيء	٣٥	٦	١٨	١٥	٢٤
١-٢	٤٠	٢٤	٢٩	٣٤	٣٥
٣-٦	٢٢	٤١	٣٤	٣٦	٣٠
٧-١٤	٣	٢٩	١٨	١٥	١١

Chi Square=26.37280, p=0.00177

يشير الجدول رقم ٩ الى وجود تباين ملموس بين مختلف المنظمات التي تدير العيادات من ناحية عدد البرامج التي تقدمها، بحيث تبدو وكالة الغوث (الأونروا) مرة أخرى أفضل حالاً من سواها، ويبدو القطاع الحكومي الأقل مرتبة. على سبيل المثال، لا تقدم ٣٥٪ من العيادات الحكومية أي برنامج أخر سوى الخدمات العلاجية الأساسية، مقارنةً بـ ٦٪ فقط من عيادات الوكالة، و١٥٪ من عيادات الجمعيات الخيرية، و١٨٪ من عيادات اللجان. وعلى العكس، تدير ٣٪ فقط من العيادات الحكومية ٧ برامج أو أكثر، مقارنةً بـ ٢٩٪ من عيادات الوكالة، و١٨٪ من عيادات اللجان، و١١٪ من عيادات الجمعيات الخيرية.

ومن بين المجموع الكلي للعيادات، والبالغ ١٩٣ عيادة، كانت ٣٢ من العيادات التي لم تكن تقدم أية برامج ما عدا الرعاية العلاجية هي عيادات حكومية (٢٧ في المناطق الريفية و٥ في المناطق المدنية). ويمثل ذلك ٦٨٪ من العيادات التي لا تقدم أية خدمات ما عدا الرعاية العلاجية. بالاضافة الى ذلك، كانت عيادة واحدة لوكالة الغوث الدولية و٧ عيادات للجمعيات الخيرية و٧ عيادات للجان تقتصر في خدماتها على تقديم الرعاية العلاجية فقط.

ان هذه النتائج تطرح التساؤلات حول نوع وجودة الخدمات المقدمة على العموم، وبالأخص في خدمات الصحة الحكومية، وتشير الى الحاجة لتحسين الخدمات القائمة وجعلها رعاية فعلية على المستوى الأولي بدلاً من أن تظل مقتصرة على الاجراءات العلاجية.

ويظهر الجدول رقم ١٠ عدد البرامج التي تقدمها العيادات موزعةً حسب المنطقة. ان العيادات في منطقة الوسط تقدم تنوعاً أوسع من الخدمات بالمقارنة مع سائر مناطق الضفة الغربية الأخرى، بحيث لا تجاريها في ذلك سوى العيادات في قطاع غزة. ان ٦٪ فقط من عيادات كل من وسط الضفة الغربية وقطاع غزة لا تقدم أية برامج ما عدا الخدمات العلاجية، مقارنة بـ ١٥٪ من عيادات جنوب الضفة الغربية و٥٤٪ من عيادات الشمال. وتقدم نسبة عالية من عيادات غزة (٣١٪) وعيادات وسط الضفة الغربية (١٧٪) ٧ برامج أو أكثر، بينما تقوم بذلك ٤٪ فقط من عيادات الجنوب ولا تقوم به أية عيادة في الشمال.

الجدول رقم ١٠

عدد البرامج الاضافية المقدمة حسب المنطقة

(النسبة من المنطقة)

	المنطقة			
البرامج	الوسط	الشمال	الجنوب	غزة
لا شيء	٦	٥٤	١٥	٦
١-٢	٣٥	٣٧	٣٩	٢٥
٣-٦	٤٢	٩	٤٢	٣٨
٧-١٤	١٧	٠	٤	٣١

Chi Square=77.47702, p=0.00000

ان هذه الصورة تبدو قريبة من الصورة السابقة التي حصلنا عليها عند تفحص أعداد الطواقم في العيادات المختلفة حسب المنطقة، مما يظهر بمزيد من الوضوح أن العيادات في كل من غزة ووسط الضفة الغربية تتميز بخدمات أكثر تطوراً نسبياً. وتبدو

منطقة شمال الضفة الغربية مرة أخرى الأكثر تخلفاً في هذا المجال، تليها في ذلك منطقة جنوب الضفة الغربية.

وعند تفحص العلاقة بين عدد البرامج التي تقدمها العيادات ومكان وجود العيادات، نجد مرة أخرى أن العيادات في المدن والمخيمات تقدم مجالاً أكبر من الخدمات مما تقدمه العيادات الريفية. ان ذلك مثبت في الجدول رقم ١١.

الجدول رقم ١١
عدد البرامج الاضافية المقدمة حسب مكان العيادة
(النسبة من العيادات)

عدد البرامج	العيادات الريفية	عيادات المخيمات	العيادات المدنية
لا شيء	٣٠	٤	٢٢
١-٢	٣٧	٣٦	٢٦
٣-٦	٢٧	٣٢	٣٥
٧-١٤	٦	٢٨	١٧

Chi Square=18.68472, p=0.00473

يشير الجدول رقم ١١ الى أن ٣٠٪ من العيادات الريفية لم تكن تقدم أية برامج صحية ما عدا الرعاية العلاجية، مقارنةً بـ ٢٢٪ من عيادات المدن و٤٪ من عيادات المخيمات. وبالمثل، فان ٦٪ فقط من عيادات المناطق الريفية تقدم ٧ برامج أو أكثر، مقارنةً بـ ٢٨٪ من عيادات المخيمات و١٧٪ من عيادات المدن. ومرة أخرى تظهر المناطق الريفية على أنها الأكثر حرماناً، بينما تبدو المناطق المدنية في المرتبة الثانية، وتبدو المخيمات على أنها الأفضل حالاً من هذه الناحية.

ومن المهم التشديد هنا على أن التحليل الذي سبق عرضه لا يشمل أي تقدير لجودة البرامج التي تدار على مستوى الرعاية الأولية. بل من المعروف جيداً أن الجودة تتفاوت كثيراً ليس فقط بين أحد القطاعات المقدمة للخدمات والقطاعات الأخرى، بل أيضاً في داخل المؤسسة التي تدير عدداً من العيادات. فقد بقيت مشكلة غياب المعايير

والاشراف الملائم على الأنشطة تتمثل في أن المؤسسات المختلفة، بل وحتى الطواقم المختلفة العاملة في المؤسسة ذاتها، تفسر محتوى وطبيعة البرامج المتماثلة بطرق مختلفة. وعدد المؤسسات التي لا تعاني من هذه المشكلة قليل جداً. ان البيانات الواردة أعلاه تظهر على الأقل مدى توفر بعض الخدمات المنتقاة، مما يتيح لنا تقدير المستوى العام لتطور هذه الخدمات الصحية ويشير الى المجالات المحتملة لاحتياجات التدريب والتطوير المستقبلي.

ملخص:

بناءً على نتائج الاستطلاع الذي أجري ضمن هذه الدراسة، يمكن الخروج بالاستنتاجات التالية:

- تعتبر العيادات الحكومية أنها الأقل تطوراً، اذ تتسم بأكبر عدد من العيادات التي تقدم الخدمات العلاجية فقط، ويعمل فيها العدد الأدنى من الطاقم وبأقل قدر من التنوع في الموارد الصحية البشرية.

- تعتبر المناطق الريفية أنها الأكثر حرماناً من ناحية أنواع ومدى البرامج المتوفرة فيها. وتأتي المدن في المرتبة الثانية. وقد وجد أن عيادات وكالة الغوث الدولية (الأونروا) تقدم خدمات أكثر اتساعاً من العيادات في القطاعات الأخرى.

- هناك تفاوت واضح بين المناطق. وتبدو العيادات في وسط الضفة الغربية وقطاع غزة أكثر تطوراً من العيادات المتواجدة في شمال وجنوب الضفة الغربية. ويبدو الشمال أنه الأقل تطوراً، وخاصة في مناطقه الريفية.

نتائج الاستطلاع - الموضوع الثاني

الموارد البشرية الصحية

نظرة عامة:

بالاجمال، قام الباحثون الميدانيون بمحادثة ٢٧٠ ممرضة وطبيباً (١٤٠ ممرضة و١٣٠ طبيباً) كانوا يعملون في العيادات التي زرناها أثناء وقت المحادثة. وقد كان ٤٦٪ منهم يعملون ضمن القطاع الحكومي، و١٢٪ في وكالة الغوث الدولية، و٤٢٪ في القطاع غير الحكومي (١٠٪ مع اللجان و٣٢٪ مع الجمعيات الخيرية). وقد عمل ٥٨٪ من المجموع الكلي في عيادات متواجدة في القرى، و٢٦٪ في عيادات في المدن، و١٦٪ في المخيمات.

بعض الخصائص المنتقاة للممرضات والأطباء:

يلخص الجدول رقم ١٢ نتائج الاستطلاع من ناحية بعض الخصائص المنتقاة للممرضات والأطباء. لقد كان مجال أعمار الذين جرت محادثتهم واسعاً الى حد ما، اذ بلغ أصغرهم سناً ٢٣ عاماً بينما بلغ أكبرهم ٧٣ عاماً من عمره. وكان معدل الأعمار يساوي ٣٧,٣ عاماً. وقد كان ٣٦٪ من هذه العينة في سن ٤٠ عاماً فأكثر، و٤٤٪ في عمر بين ٣٠ و٣٩ عاماً، و٢٠٪ دون سن ٣٠ عاماً. وفي الواقع، وكان معظم هؤلاء العاملين على مستوى الرعاية الأولية يبلغون ما بين ٣٠ و٥٠ عاماً من العمر. ان هذا الاستطلاع يظهر أن عامل السن والخبرة العملية لدى العديد من العاملين في الرعاية الأولية يتناسب مع امكانيات تطويرهم.

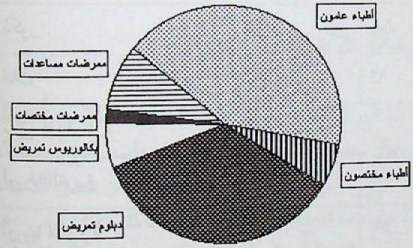
وبلغ متوسط الخبرة العملية ١٢,٨ عام بالنسبة للممرضات و١٠,٦ عام للأطباء. وقد كان متوسط الخبرة العملية في الرعاية الصحية الأولية يقل قليلاً عن متوسط الخبرة العامة الذي بلغ ٩,٦ عام للممرضات و٧,٢ عام للأطباء. ان ما يلفت النظر في هذه النتائج وجود قدر كاف من الاستمرارية والخبرة لدى هذه الموارد البشرية مما يتيح لهم القدرة على تحديد المشاكل الأساسية الكامنة في هذا النظام.

الجدول رقم ١٢
خصائص الممرضات والأطباء
(النسبة من تصنيف الموارد البشرية والمجموع)

الخصائص	الممرضات	الأطباء	المجموع
العمر			
٢٣-٢٩	٣٢	٧	٢٠
٣٠-٣٩	٣٣	٥٦	٤٤
٤٠-٧٣	٣٥	٣٧	٣٦
الجنس			
ذكور	٢٧	٨٨	٥٦
اناث	٧٣	١٢	٤٤
مكان الدراسة			
أوروبا الغربية	٣	١٩	١١
أوروبا الشرقية	٠	٥٧	٢٧
البلدان العربية	١١	٢٢	١٧
الجامعات المحلية	٨٦	٠	٤٤
آسيا وأمريكا اللاتينية	٠	٢	١
متوسط سنوات الخبرة العملية	١٢,٨	١٠,٦	١١,٨
متوسط سنوات الخبرة في الرعاية الصحية الأولية	٩,٦	٧,٢	٨,٥

لقد شكل الذكور ٥٦٪ من اجمالي العينة، بينما شكلت الاناث نسبة ٤٤٪. وكما كان متوقعاً كان أغلب الأطباء من الذكور، اذ شكل الذكور ٨٨٪ من مجموع الأطباء، بينما أن الكادر التمريضي كان في أغلبه من الاناث، اذ شكلت الاناث نسبة ٧٣٪ من الكادر التمريضي. وبالاجمال، عملت ١٦ طبيبة في هذه المراكز في كافة القطاعات. وكان هناك ٣٨ ممرضاً، عمل معظمهم (٢٩ ممرضاً) في القطاع الحكومي. وعمل أغلبهم في شمال الضفة الغربية (١٥ ممرضاً)، وفي قطاع غزة (١٤ ممرضاً). ان هذه البيانات تكرر التأكيد على وجود تقسيم متوقع للعمل بين الجنسين في نطاق المهن الطبية، وأن هذا التقسيم قائم ايضاً على مستوى الرعاية الأولية.

ومن بين مجموع العينة، كان ٤٣٪ أطباء عامين، وحملت ٣٦٪ دبلوم تمريض، وكانت ٩٪ ممرضات مساعدات مع خبرة طويلة (٣٢)، وحملت ٦٪ درجة البكالوريوس في التمريض (٣٣)، وكان ٦٪ أطباء مختصين، و٢٪ ممرضات مختصات.

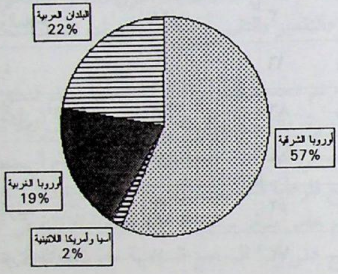


الشكل رقم ٩
الخلفية التعليمية
لعينة الاستطلاع

(٣٣) من بين ٢٣ ممرضة مساعدة، عملت ١٥ في القطاع الحكومي، وواحدة في وكالة الغوث، و٥ في عيادات تابعة لجمعيات خيرية، و٢ في عيادات تابعة للجان.

(٣٢) على العموم، ان الممرضات اللواتي يحملن درجة بكالوريوس يفضلن العمل في المستشفيات. فالرواتب والفوائد المرتبطة بالعمل في المستشفيات تغلب أن تكون أعلى من تلك المرتبطة بالعمل في الرعاية الصحية الأولية. ويعتبر هذا الموقف جزءاً من الهيكلية السائدة في الرعاية الطبية والصحية، والأيديولوجية الموجهة نحو الأجهزة المعقدة التي ما زالت قائمة في البلاد. وعلى أية حال، من المنطقي الاقتراح بأن بناء بنية فعالة ودائمة للرعاية الصحية الأولية يتطلب أن لا توظف الممرضات مع الدرجات العليا في هذه البنية الا في بعض المراكز المنتقاة فقط. وبالامكان الانتفاع في المقابل من عاملات صحة المجتمع بقدر كبير، خصوصاً اذا تدربن بالشكل الملائم. كما أنهن يعتزن عن الممرضات بأنهن يكن في الغالب من سكان المجتمعات التي يخدمنها.

وكما كان متوقعاً، حصل جميع الأطباء على التدريب في الخارج، بنسبة ٥٧٪ في أوروبا الشرقية، و٢٢٪ في البلدان العربية، و١٩٪ في أوروبا الغربية، و٢٪ في آسيا وأمريكا اللاتينية. وفي المقابل، جرى تدريب الغالبية العظمى من الممرضات محلياً (٨٦٪). ان ذلك يدلل على مدى تطور مؤسسات التدريب في مجال التمريض في المنطقة ومدى انتفاع الرعاية الصحية الأولية من التطور في هذا المجال من التدريب خلال ما يقارب الأعوام العشرين الماضية.



الشكل رقم ١٠
مكان تدريب الأطباء

في الخلاصة، تظهر عينة الموارد البشرية وجود تقسيم متوقع بين الجنسين في العمل في الرعاية الصحية، بحيث يميل الذكور للعمل كأطباء، وتميل الاناث للعمل كممرضات. وبينما أن كافة الأطباء قد حصلوا على تدريبهم في الخارج بسبب عدم وجود كليات طب في البلاد، فان الممرضات في المقابل قد تدربن في الغالب محلياً وتم استيعاب حاجاتهن التدريبية محلياً كذلك، وهو ما ينبغي تشجيعه بسبب جدواه العالية وقدرته على ملاءمة احتياجات البلاد، على أن يتم الحفاظ على جودة التدريب وتحسينها.

المهام المنفذة:

يظهر الجدول رقم ١٣ تقسيم العمل بين الأطباء والممرضات، ويوضح أن الأطباء، على العموم، يميلون الى التركيز على الرعاية العلاجية، بينما تعمل الممرضات بصورة أكثر نشاطاً في الرعاية الوقائية. وقالت أربع ممرضات، (٣٪) بصراحة أنهن يقمن

الجدول رقم ١٣
تقسيم العمل بين الأطباء والممرضات
(النسبة من تصنيف الموارد البشرية)

المهام المنفذة	الأطباء	الممرضات	أي منهما/كلاهما
مهام ادارية / اشرافية	٣٦	٥٠	٤٤
التشخيص والعلاج	٩٨	٣	٤٩
تنظيم الأسرة	١٠	١٦	١٣
الاسعاف الأولي / الطوارىء	٨٨	٨٦	٨٧
التثقيف الصحي	٤٣	٧٠	٥٧
الزيارات المنزلية	٢٢	٥٢	٣٨
التطعيم / توزين الأطفال	١١	٧٢	٤٣
رعاية الحوامل	٣٩	٧١	٥٦
التحويل	٩٦	١٥	٥٤
التثقيف الصحي المدرسي	٠	١	١

بتشخيص ومعالجة المرضى. وقد عملت اثنتان منهن في الجمعيات الخيرية، وواحدة في قطاع اللجان، وواحدة في القطاع الحكومي. كما يلاحظ أيضاً أن ٤٣٪ من الأطباء قد أفادوا بأنهم يشاركون في التثقيف الصحي. ومع ذلك، فان معظمهم قد فسر التثقيف الصحي بأنه التحدث مع المريض حول طريقة تناول الدواء مثلاً، أو غير ذلك من التعليمات الصغيرة الأخرى المتعلقة بعلاج المرض.

وقد افاد ١١٪ فقط من الأطباء بأنهم يشاركون في التطعيم، وفيما عدا ذلك اقتصر العمل في عيادة الطفل السليم على الممرضات. وقد أفاد ٢٢٪ من الأطباء بأنهم

يقومون بزيارات منزلية، والتي تكاد تقتصر على استدعاء الطبيب لأسباب علاجية. في المقابل، كانت ٥٢٪ من الممرضات يزرن المنازل لأسباب مختلفة، يقع العديد منها في نطاق الرعاية الوقائية. ومن ناحية المهام الاشرافية، فيبدو أن الممرضات أكثر ميلاً للانهماك بذلك، اذ أن ٥٠٪ من الممرضات قد أفدن بأداء مثل هذه المهام، مقارنة بـ ٣٦٪ من الأطباء. الا أنه يتوجب الاشارة الى أنه في غالب الأمر كانت المهام الادارية / الاشرافية تتكون من كتابة التقارير وطلبات الأدوية والمواد، مع وجود قدر ضئيل من النشاطات في مجالات أخرى، وخاصة في مجالات بناء الفرق والعمل الجماعي والرقابة والتعليم ورفع مستوى الكفاءة والتقدير والتقييم وصياغة التوصيات للعمل المستقبلي.

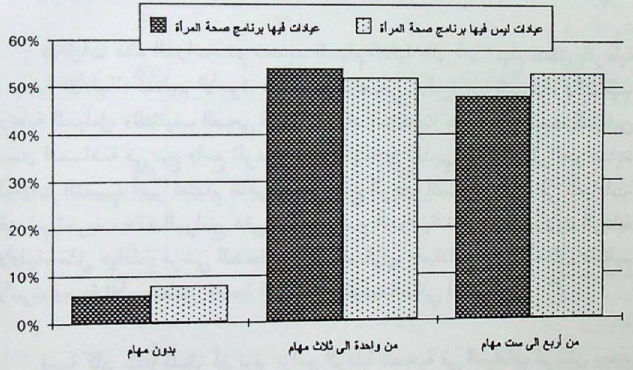
ولغايات هذه الدراسة، تم تحديد المهام التالية على أنها "مهام تتعلق بالرعاية الصحية الأولية": تنظيم الأسرة، والتثقيف الصحي، والزيارات المنزلية، والتطعيم، ورعاية الحوامل، والتثقيف الصحي المدرسي. وقد استخدمنا هذه المهام الست كمقياس لمدى المساهمة في نهج واسع للرعاية الصحية يتجاوز تقديم العلاج. وعلى نحو مشابه، ولغايات التقييم، أعير اهتمام خاص بتوفر برامج الرعاية الصحية الأولية في العيادات. وقد تم تعريف هذه البرامج على أنها البرامج الموجهة نحو أحد مجالات الرعاية الأولية، مثل عيادات مرضى الضغط ومرضى السكري، وعيادات طب الأطفال، وتنظيم الأسرة، وصحة الأم والطفل، وصحة المرأة، والتثقيف الصحي المدرسي.

ومما كان ملفتاً للنظر أن توفر برامج الرعاية الصحية في العيادات لم يكن يحدد من يقوم بأداء مهام تتعلق بالرعاية الصحية الأولية ومن لا يقوم بذلك. فعلى سبيل المثال، عند النظر الى الاجابات على الأسئلة حول مهام الرعاية الصحية الأولية في تقاطع مع العيادات التي تقدم أو لا تقدم برنامج صحة المرأة، نجد ما يلي: أفادت ٨٪ من الممرضات في العيادات التي لم تقدم برامج لصحة المرأة بأنهن لا يقمن بأداء أية من مهام الرعاية الصحية الأولية، مقارنةً بـ ٦٪ بين العاملات في عيادات تقدم هذا البرنامج. كما أفادت ٥٢٪ من الممرضات حيث لا يوجد برنامج صحة المرأة بأداء ١-٣ من مهام الرعاية الصحية الأولية، مقارنة بـ ٥٤٪ من بين من يعملن حيث يقدم هذا البرنامج، وأفادت ٥٣٪ حيث لا يوجد البرنامج بأداء ٤-٦ من نشاطات الرعاية الصحية الأولية مقارنةً بـ ٤٨٪ من الممرضات حيث يوجد برنامج خاص بصحة المرأة. وقد كانت النتائج مماثلة بالنسبة للنشاطات المتعلقة بالبرامج الأخرى. ان ذلك يشير الى أن

المهام والنشاطات المنفذة تبدو وكأنها غير متعلقة بوجود أو غياب برنامج محدد موجه نحو التخفيف من مشكلة صحية ما. ان ذلك يشير الى وجود نقص أو غياب كلي للنشاطات المنهجية والخاضعة للاشراف والتقييم، ويدل على أن المبادرة الشخصية تعتبر من العناصر القوية التي تقف وراء أداء مثل هذه المهام. كما أنه يجعل جودة هذه المهام وأثرها على المدى القريب والبعيد في موضع التساؤل.

الشكل رقم ١١

مثال على مقارنة المهام بالبرامج



وعند تفحص المهام المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية التي افاد بها الأطباء والممرضات في علاقتها بمكان العيادة، تبين وجود تفاوت ملموس بينها حسب المكان، اذ أفاد ١٦٪ من العاملين في العيادات الريفية بعدم قيامهم بأداء اية مهام متعلقة بالرعاية الصحية الأولية، مقارنة بـ ٢٩٪ من العاملين في المخيمات و٣٤٪ في المدن (Chi square= 15.93821, p= 0.00310). وينبغي تفسير هذه النتائج بحذر لأنها قد تكون تحت تأثير عوامل أخرى أقل وضوحاً. فأولاً، تتكون طواقم عيادات وكالة الغوث من عدد أكبر نسبياً من الكوادر الصحية، مع وجود تقسيم أكثر وضوحاً للعمل، قياساً بالقطاعات الأخرى. ويعني ذلك أن التخصص قد يعلل هذا النقص الظاهر في نشاطات الرعاية الصحية الأولية. وبالفعل، فان برنامج الصحة المدرسية الذي تقدمه وكالة الغوث في قطاع غزة يجري خارج نطاق نظام عمل العيادة، ويأخذ شكل نظام مستقل يعمل بانفراد.

أي بالرغم من وجود برنامج للصحة المدرسية في وكالة الغوث، الا أنه لا يظهر في سياق برامج ونشاطات العيادات.

ثانياً، ان طواقم عيادات الحكومة في المدن تتكون من عدد أكبر نسبياً من العاملين بالمقارنة مع عيادات القرى، كما أنها أيضاً تمثل في الكثير من الأحيان مراكز تحويل بالنسبة للعيادات الريفية (كما سبق ذكره). ويعني ذلك أن المراكز في المدن تكون منهمكة في تقديم خدمات الاختصاص أكثر من الرعاية الأولية. ان مراكز رعاية صحة الأم والطفل في المدن تشكل بنية منفصلة عن العيادات. ويعتبر المنطق والفائدة من هذا الفصل موضع شك، وخاصة اذا ركزنا على أهمية توفير رعاية أولية شمولية للنساء والأطفال في مكان محدد. وكما يبدو، تقتصر مراكز رعاية صحة الأم والطفل الحكومية في خدماتها على التطعيم ونشاطات عيادة الطفل السليم والتثقيف الصحي. واذا وصل الطفل الى مركز كهذا في حالة مرض، فانه يحول الى عيادة الرعاية العلاجية للحصول على العلاج والمتابعة.

وثالثاً، كثيراً ما تتأثر المهام بالضغط اليومي للمرضى في العيادة. ففي العيادات التي تتميز بضغط عالٍ من المرضى، كما هو الوضع في عيادات وكالة الغوث وفي العيادات الموجودة في مناطق مزدحمة، حتى في حال وجود برامج، يمكن لارتفاع ضغط معالجة المرضى أن يقف حائلاً أمام تطبيق البرامج بصورة وافية. وفي الواقع، أفاد العديد من طواقم وكالة الغوث الذين جرت محادثتهم برغبتهم في العمل في مجال النشاطات الوقائية والتثقيف الصحي، وأشاروا الى عدم تمكنهم من ذلك بسبب عبء ضغط المرضى المرتفع بصورة دائمة، والذي لا يتيح بالاجمال سوى حوالي ٤ دقائق فقط لكل مريض.

ويشير الجدول رقم ١٤ الى أن نسبة عالية من الموارد البشرية العاملة في الجمعيات الخيرية (٤١٪) لا تقوم اطلاقاً بأداء أية مهام تتعلق بالرعاية الصحية الأولية كجزء من المهام الموكلة لها بشكل روتيني، مقارنة بـ ١٩٪ بالنسبة لوكالة الغوث واللجان، و١٥٪ بالنسبة للعاملين في القطاع الحكومي. ويبدو أن طواقم عيادات اللجان تؤدي ١-٣ نشاطات تتعلق بالرعاية الصحية الأولية أكثر من الأخرين، اذ تصل نسبة العاملين الذين يقومون بهذا العدد من المهام ٦٩٪ مقارنة بـ ٥٥٪ في القطاع الحكومي،

الجدول رقم ١٤
عدد المهام المنفذة المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية
حسب نوع المؤسسات التي تدير العيادات
(النسبة من نوع المؤسسات)

	نوع المؤسسات			
المهام	الحكومة	وكالة الغوث	اللجان	الخيرية
لا شيء	١٥	١٩	٤١	١٩
١-٣	٥٤	٣٢	٥٠	٦٨
٤-٦	٣١	٤٩	٩	١٣

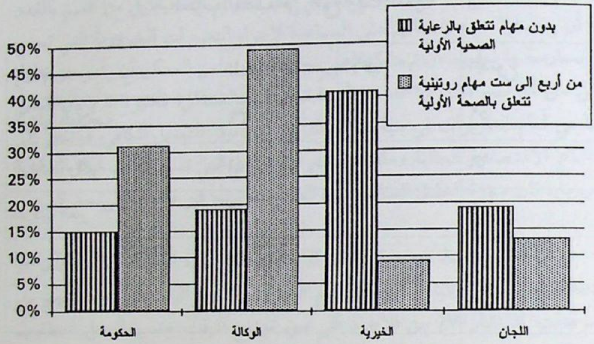
Chi Square=38.42173, p=0.00000

و٥٠٪ في قطاع الجمعيات الخيرية، و٣٢٪ في وكالة الغوث. أما طاقم وكالة الغوث فيبدو بأنه يؤدي أعلى معدل من نشاطات الرعاية الصحية الأولية، اذ أن ٤٩٪ من طاقم الوكالة قد أفادوا بأداء ٤-٦ نشاطات للرعاية الصحية الأولية، يتبعهم العاملون في القطاع الحكومي بنسبة ٣١٪، ثم اللجان بنسبة ١٣٪، ثم طواقم الجمعيات الخيرية بنسبة ٩٪. وتعتبر هذه النتائج مثيرة للانتباه على ضوء الواقع بأن ٣٥٪ من العيادات الحكومية أفادت بعدم القيام بأية برامج على الاطلاق سوى الرعاية العلاجية. ان ذلك يدلل على أن الخدمات التي يقدمها القطاع الحكومي تتفاوت بشكل كبير من مكان الى أخر، وأنه لا يمكن الحكم على هذا القطاع بأنه يتمتع بتجانس داخلي.

تشير البيانات الواردة في الجدول رقم ١٥ الى أن ٥٩٪ من اجمالي وقت العمل لدى العاملين الذين جرت محادثتهم كان يصرف على الرعاية العلاجية، بنسبة ٨٢٪ للأطباء و٣٩٪ للممرضات. ومن مجموع الأطباء، أفاد ٥٥ أو ٤٣٪ منهم بأنهم يقضون ١٠٠٪ من وقتهم في تقديم الرعاية العلاجية. وقد توزع أولئك بتساوٍ بين مختلف القطاعات الصحية، وبشكل متماثل بين المناطق المدنية والريفية. (الاستثناء الذي يستحق الاشارة هو العاملون في وكالة الغوث، اذ أشار طبيبان فقط من أطبائها بأنهما يقضيان كل وقتهما في العمل العلاجي). ان ٢٥ من هؤلاء الأطباء، أو ٤٦٪ من مجموع

الشكل رقم ١٢

أداء مهام تتعلق بالرعاية الصحية الأولية حسب نوع المؤسسات



الذين يعملون فقط في الرعاية العلاجية، قد وجدوا في عيادات منطقة الشمال، مما يؤكد مجدداً الملاحظة بأن شبكة العيادات في منطقة الشمال هي واحدة من بين الأقل تطوراً في البلاد ككل.

وقد بدا أن الممرضات أفضل حالاً من الأطباء من ناحية الانهماك في الرعاية الوقائية، حيث يذهب ٤١٪ من متوسط وقت عمل الممرضات الى نشاطات الرعاية الوقائية بالمقارنة مع ١٠٪ فقط من وقت الأطباء. ويؤكد ذلك من جديد أن ممارسة الأطباء على مستوى الرعاية الصحية الأولية ما زالت تتأثر بنموذج الرعاية البيولوجية - الطبية، وحتى في ظرف العمل في الرعاية الأولية التي تتطلب المشاركة النشطة في مهام أخرى غير المهام العلاجية. بالإضافة الى ذلك، يبدو أن العنصر العلاجي في نشاطات العيادة ما زال يأخذ جزءاً كبيراً من وقت الممرضات أيضاً.

ويبدو أن الممرضات يحملن كذلك عبء العمل الاداري، اذ أن ١٧٪ من وقتهن في المعدل العام يصرف على أداء المهام الادارية، بالمقارنة مع ٣٪ من وقت الأطباء. وكما أشرنا أعلاه، تركزت الواجبات الادارية على كتابة التقارير ومتابعة طلبيات الأدوية والمواد.

الجدول رقم ١٥
تقسيم ساعات العمل فردياً
(متوسط النسبة من مجموع وقت العمل)

المهام	الممرضات	الأطباء	المجموع
الرعاية العلاجية	٣٩	٨٢	٥٩
الرعاية الوقائية	٤١	١٠	٢٦
تدريب الغير	٢	٢	٢
العمل الاداري	١٧	٣	١٠
غير ذلك	١	٣	٣

أما من ناحية تدريب الآخرين، فيبدو أن هذه المهمة تكاد تكون غير قائمة، اذ أنها في المتوسط تشغل لا أكثر من ٢٪ من وقت كل من الأطباء والممرضات.

ومن الواضح أن التركيز الأساسي في هذه العيادات لا يزال ينصب على الرعاية العلاجية، مع احالة النشاطات الوقائية والعمل الاداري الى الممرضات، ومع اجراء القليل جداً من النشاط في مجال تدريب الآخرين، والذي يعتبر عنصراً هاماً في العمل المجتمعي وتعبئة المجتمع والرعاية الصحية الأولية.

وعند سؤال العاملين اذا كان توزيع الوقت بهذا النحو على مختلف المهام الواجب أن يقوموا بها مناسباً لاحتياجات العمل المطلوب انجازه، أجاب ٤٧٪ منهم بالايجاب، وارتأى الباقون أن توزيع الوقت غير ملائم. ومن بين الذين أظهروا عدم الرضا، أشارت نسبة عالية تصل الى ٤٨٪ الى أن ارتفاع ضغط المرضى وعدم توفر ما يكفي من الطاقم أو التمويل يحول دون أن يقوموا بالعمل الوقائي. وقد لوحظ وجود درجة ادراك قوي للحاجة الى العمل بالرعاية الوقائية، وخاصة بين الأطباء (أنظر أدناه). الا أن هناك أسباباً تتعلق بالبنية أو التمويل أو عدد الطاقم، برأيهم، تحول دون ذلك.

ان هذه النتائج تعيد تأكيد الحاجة الى ربط الدورات التدريبية بالتغييرات في بنية عمل المؤسسات لكي تنجح هذه الدورات في تحقيق الأثر المطلوب. فلا يكفي الاهتمام فقط برفع المستوى الفني والوعي لدى الطواقم الصحية. بل من المهم بالقدر ذاته أن يحصلوا هم ومؤسساتهم على المساعدة لاجراء التغييرات الضرورية التي تسمح لهم بممارسة ما تعلموه. ان نهجاً كهذا في مجال التدريب من الممكن أن يثمر عن نتائج أفضل من أي نهج أخر. الا أنه هو أيضاً محفوف بالمشاكل، فكثيراً ما يكون العائق الأساسي أمام التغييرات في بنية المؤسسات هو عدم توفر التمويل الكافي. وبالنظر الى الأوضاع الاقتصادية الحالية وحالة التراجع الاقتصادي التي تسود البلاد خلال العامين الأخيرين، فان صورة الحلول المناسبة لهذه الصعوبات تبدو غير واضحة الى حد كبير.

وبينما لم يلاحظ وجود فرق في الاجابات على هذه الأسئلة حسب العمر أو المنطقة، فقد بدا الأطباء أكثر ميلاً لعدم الرضا عن توزيع الوقت على هذا النحو من الممرضات. اذ أشار ٧٠٪ من الأطباء الى سوء توزيع الوقت حسب العمل المطلوب انجازه، بالمقارنة مع ٣٩٪ من الممرضات (Chi square= 26.26610, p= 0.00000). كما لوحظ أيضاً وجود فرق من هذه الناحية بين المنظمات المختلفة، حيث كانت أعلى نسبة من عدم الرضا بين العاملين في وكالة الغوث الذين أجاب ٧١٪ منهم بأن توزيع الوقت غير ملائم، بالمقارنة مع ٦٣٪ بين العاملين في اللجان و٥٢٪ في الجمعيات الخيرية و٤٦٪ بين العاملين في القطاع الحكومي.

ويمكن تعليل ذلك بالنظر الى بعض جوانب نظام عمل وكالة الغوث. فالنظام يتميز بوجود أنواع مختلفة من البرامج، وربما بوضع أفضل من القطاعات الأخرى في مجال التدريب أثناء الخدمة والتعليم المستمر. وفي الوقت ذاته، فان ضغط العمل مع المرضى كبير لدرجة أنه يمنع الطاقم من ابداء الاهتمام الكافي بالعناصر المختلفة للرعاية الصحية الأولية. أما بالنسبة للجان، فانها تميل الى تبني مبادىء الرعاية الأولية في عملها أكثر من القطاعات الأخرى. وقد يكون في ذلك تفسير للنسبة العالية من عدم الرضا، كمقياس لادراك الحاجة الى التحسين.

بالاجمال، تتركز مهام الأطباء بالأساس على المجال العلاجي، بينما يبدو أن الممرضات يحملن عبء العمل الوقائي ونشاطات البرامج حيثما توجد. وكثيراً ما تجري

النشاطات الوقائية بدون أن تقام برامج محددة وخاضعة للرقابة والاشراف والتقييم المناسب. ويبدو أن المبادرات الشخصية تقود بدور هام في تحديد المهام المنفذة.

وما قد يؤكد هذا الشعور أنه كلما كان العامل الصحي أكبر سناً، يكون الاحتمال أقل بان يشارك في مهام الرعاية الصحية الأولية. فنتائج الاستطلاع تظهر أن ١٣٪ من أولئك الذين في عمر ٢٣-٢٩ عاماً، و٢٢٪ من الذين في عمر ٣٠-٣٩، و٢٩٪ من الذين في عمر ٤٠-٧٣ لم تكن لهم مشاركة في أية مهام للرعاية الصحية الأولية. ومن الجهة المقابلة، أفاد ٤٠٪ ممن هم في عمر ٢٣-٢٩، و٢٣٪ ممن هم في عمر ٣٠-٣٩، و١٨٪ ممن هم في عمر ٤٠-٧٣ بالمشاركة في ٤-٦ من المهام المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية (Chi square= 11.05560, p= 0.02595). الا أنه عند فصل الممرضات عن الأطباء، تختفي هذه العلاقة بين العمر والمهام المنفذة بالنسبة للأطباء، ولكنها تظل موجودة وبقوة بالنسبة للممرضات. ومن المحتمل أن هذه النتائج تعكس انهماك الأطباء الأساسي في العلاج، والذي يظل ثابتاً مع تقدم العمر. كما أنها تشير ايضاً الى أن العمر الأصغر لدى الممرضات من العناصر التي تشجع الكادر التمريضي على المشاركة في النشاطات الوقائية المتعلقة بالرعاية الصحية الأولية. ان ذلك يعتبر انعكاساً ليس لمستوى الطاقة وحسب، بل وللمستوى التعليمي ودرجة الوعي كذلك.

الى جانب ذلك، يعتبر ضغط المرضى عاملاً مهماً: فان لم يكن ضغط علاج المرضى مدعوماً بعدد كاف من أفراد الطاقم، فان طاقم العيادة في معظمه سينغمس في العمل العلاجي، بحيث تبقى النشاطات الوقائية بدون انجاز على الاطلاق، أو اذا أنجزت، فيكون ذلك بطريقة غير منهجية وغير متواصلة، مما يثير التسؤلات حول المدى النهائي للتأثير الذي تتركه مهام عمل هذه الموارد البشرية الصحية على صحة السكان.

نتائج الاستطلاع - الموضوع الثالث

مفاهيم الرعاية الصحية الأولية

اجتماعات الطواقم كمؤشر على العمل الجماعي:

من بين مجموع العيادات، أفادت ٤٧٪ بعدم وجود أية اجتماعات للطاقم على الاطلاق، سواء بشكل داخلي أو مركزي، وأفادت ١٨٪ باجراء هذه الاجتماعات "عند الحاجة" و٣٥٪ باجرائها بصورة منتظمة. ان هذه النتائج تطرح التساؤلات حول جوانب مراقبة الجودة والاشراف والادارة في عمل العيادات، بالاضافة الى القوى المحركة الداخلية في العيادة والعمل الجماعي الذي يعتبر من العناصر الهامة للرعاية الصحية الأولية. ويظهر الجدول رقم ١٦ النتائج المتعلقة بانتظام اجتماعات الطواقم مقسمة حسب نوع المؤسسة.

الجدول رقم ١٦

انتظام اجتماعات الطواقم حسب نوع المؤسسات

(النسبة من العيادات)

	نوع المؤسسات			
الانتظام	الحكومة	وكالة الغوث	اللجان	الخيرية
لا توجد	٥٦	٢٩	٣٤	٤٨
عند الحاجة	١٣	١٢	٢١	٢٦
بانتظام	٣١	٥٩	٤٥	٢٦

Chi Square=12.75576, p=0.04708

تبدو العيادات الحكومية أنها الأقل ادخالاً لاجتماعات الطاقم في برنامج عملها. فان نسبة ٥٦٪ من العيادات الحكومية قد افادت بعدم اجراء اجتماعات على الاطلاق، بالمقارنة مع ٤٨٪ من عيادات الجمعيات الخيرية و٣٤٪ من عيادات اللجان و٢٩٪ من عيادات وكالة الغوث. كما أن الاجتماعات المنتظمة تبدو أكثر حدوثاً في عيادات الوكالة واللجان، بنسبة ٥٩٪ للوكالة و٤٥٪ للجان، بالمقارنة مع ٣١٪ للخدمات الحكومية

و٢٦٪ للجمعيات الخيرية. ومن الواضح أن هناك الكثير مما يمكن عمله في مجال توطيد اجراء الاجتماعات والمحافظة على انتظامها، ليس فقط من منظور ادارة العمل، بل وكذلك من المنظور الفني للرعاية الصحية الأولية. ويكتسب ذلك أهمية خاصة في ضوء الاقرار الواضح بأهمية اجتماعات الطاقم. فان ٩٢٪ من العدد الكلي للأطباء والممرضات، أفادوا بأن الاجتماعات المنتظمة لفريق العمل ذات أهمية كبيرة لتحسين ظروف العمل وجودته.

مشاركة المجتمع:

مع أن مشاركة المجتمع تعتبر واحداً من المعتقدات التي تقوم عليها الرعاية الصحية الأولية، الا أن غالبية الطواقم التي جرت محادثتها، سواء الأطباء أو الممرضات، لا تشرك المجتمعات في نشاطاتها. وقد أفاد ٦١٪ من اجمالي الطواقم بعدم اشراك المجتمع على أي مستوى. ويبدو أن الممرضات يعملن مع المجتمع أكثر من الأطباء، اذ أن ٤٦٪ من الممرضات أشرن الى الى اشراك المجتمع في النشاطات بالمقارنة مع ٣١٪ من الأطباء (Chi square= 6.95519, p= 0.0083). كما تبدو طواقم اللجان أنها الأكثر عملاً مع المجتمع. فقد أفاد ٥٠٪ من طواقم اللجان باشراك المجتمع في عملهم، بالمقارنة مع ٤٨٪ من طاقم وكالة الغوث، و٣٨٪ من الطاقم الحكومي، و٣٩٪ من العاملين في الجمعيات الخيرية. وقد كانت التفاوتات بين المناطق ضئيلة في هذا المجال. أما تفسيرات هذا النقص في مشاركة المجتمع فقد تنوعت وشملت بالأساس مشاكل تتعلق بضيق الوقت ونقص "التجاوب من طرف السكان". ولم يعتقد البعض بأهمية مشاركة المجتمع. وقال آخرون أن المؤسسة لم تكن تسمح للطاقم بالدخول في علاقات تعاون مع المجتمع المحلي.

وعندما تفحصنا كيف يفهم العاملون مشاركة المجتمع، وجدنا، أولاً، أن الغالبية العظمى أفادت بأن مشاركة المجتمع عنصر هام في عملهم، اذ أشار ٩٨٪ الى أهمية هذا الأمر، بينما أشار ٢٪ الى أنه غير مهم. الا أنه عندما سألنا عن سبب هذه الأهمية، أظهرت الاجابات حاجة واضحة الى تطوير تعريف لمفهوم مشاركة المجتمع يتناسب مع الغايات على المستوى الوطني. فقد ظن ٢١٪، على سبيل المثال، أن مفهوم مشاركة المجتمع يتطابق مع التثقيف الصحي. ولم ير أولئك وجود حاجة الى مشاركة المجتمع

النشطة في صنع القرار وحل المشاكل وادارة المشاريع. واعتقد ١٥٪ أن المشاركة لازمة لكي يتمكن السكان من تفهم المرض، واعتقد ٦٪ أنها مهمة لرفع وتيرة التواصل بين العيادة والمجتمع، دون اعطاء تحديد دقيق للغاية من ذلك. وقد اعتقد ١٢٪ فقط أن التحسين الحقيقي في الأوضاع الصحية ينبغي أن يتضمن مشاركة المجتمع واستطاعوا أن يحددوا هذا المفهوم بعبارات واضحة نسبياً. وقد اعتقد بعض الأطباء أن هذا الأمر ليس من واجبهم، بل من واجب الممرضة. واعتقد آخرون أن مشاركة المجتمع تعني التكلم مع الناس، وليس اشراكهم تدريجياً في حل المشاكل والتخطيط وحمل جزء من المسؤولية عن النشاطات الصحية في مجتمعهم. ومن الواضح أنه يلزم عمل الكثير ويمكن عمل الكثير في هذا المجال، ليس من منظور تحسين جودة الخدمات وحسب، بل وأيضاً من وجهة نظر قيمة الجدوى والأثر النهائي للخدمات الصحية على صحة السكان.

وقد أفاد ٢١٪ فقط من مجموع الذين جرت محادثتهم بأنهم تدربوا على وسائل اشراك المجتمع، في الغالب أثناء القيام بالعمل أو عبر دورات تدريبية قصيرة تلقوها محلياً أو من خلال تدريب مختص في الرعاية الصحية الأولية في الخارج. أما البقية فلم تتدرب على ذلك على الاطلاق، مع أن ٣٩٪ من المجموع قد أفادوا بالحصول على تدريب غير رسمي من خلال "انتمائهم" الى هذا الوطن كفلسطينيين ومن خلال اهتمامهم بحاجات السكان. ولم نجد فروقاً جديرة بالملاحظة بين الاجابات حسب العمر أو المهنة أو المنطقة أو المنظمات التي تدير المشاريع. بيد أن الفروق في الاجابات قد لوحظت بين مناطق الضفة الغربية وغزة. فقد أفاد بالحصول على تدريب ٢٨٪ من العاملين في منطقة جنوب الضفة الغربية و٢٧٪ في الوسط و١٧٪ في الشمال و١٢٪ فقط في غزة (Chi square= 30.15238, p= 0.00004). وليس بمقدورنا أن نفسر من خلال المعلومات المتوفرة سبب اختلاف النتائج التي أفاد بها العاملون في شمال الضفة الغربية وقطاع غزة عن أولئك العاملين في جنوب الضفة الغربية ووسطها. ان الوعي أو اتاحة التدريب لا يقدمان تفسيراً كافياً لذلك، وخاصةً أن النسبة الأعلى للتدرب في هذا المجال كانت في الجنوب (٢٨٪)، بينما لا يزال جنوب الضفة الغربية في وضع أقل تطوراً من المناطق الأخرى، ويتسم بالضعف في اتاحة دورات التدريب.

وعند السؤال عن المشاكل الرئيسية التي واجهها العاملون في تنفيذ مخططات

مشاركة المجتمع، اعتبر ٣٧٪ أن المشكلة الرئيسية هي النقص في التمويل والموارد البشرية المدربة، وأنحى ٢٩٪ باللائمة على وجود المشاكل في المجتمع، وخاصة نقص التجاوب ونقص الوعي والفئوية. أما بقية الأجوبة فقد كانت أكثر تنوعاً وتوزعاً، حيث تراوحت من نقص المبادرة الى غياب التنسيق بين مختلف الخدمات الصحية ذات الوجهة المجتمعية.

ان هذه الاجابات تلامس عنصراً هاماً في مشكلة نظام الرعاية الصحية الراهن. فمن جهة، يبدو أن هناك حاجة قوية لتحسين الخدمات بحيث يكون لها أثر أفضل على الصحة، وبالتالي، على تحسين نوعية حياة السكان. ومن الجهة الأخرى، تجعل الأزمة الاقتصادية الراهنة من الصعب توظيف الطواقم الجديدة اللازمة لتنفيذ مشاريع جديدة واستيعاب التكاليف الاضافية الناتجة عن تدريب الطواقم القديمة. فهناك حاجة الى أن يتوفر لهذه الطواقم ميزانيات عمل اضافية لتطبيق ما تدربوا عليه. ان المعضلة الحقيقية الآن تتمثل بالضبط في أن التحسين لازم، وأنه يمكن اقامة الدورات التدريبية بنجاح، الا أنه في الوقت ذاته تمر البنية التحتية للرعاية الصحية القائمة خلال سنوات الاحتلال في عملية تقلص بسبب نقص الدعم المالي.

وليس من الواضح كيف يمكن أن تحل هذه المعضلة. الا أنه ينبغي العمل على تحقيق أفضل جدوى عند المباشرة باقامة ما يلزم من البرامج الجديدة. وسيكون من المنطقي، في هذا المفهوم، اقتراح زيادة التركيز على عاملات صحة المجتمع، وليس فقط الأطباء والممرضات. يمكن أن يجري تدريب الأطباء والممرضات بهدف تكوين بنية للاشراف والرقابة والتدريب لعيادات الرعاية الصحية الأولية. أما على مستوى الممارسة، وبالنظر الى جداول رواتب الأطباء الحالية، فان اسناد الكثير من مهام الرعاية الوقائية الى الأطباء سيكلف كثيراً. وعلى أية حال، فالميل السائد هو أن الأطباء من الرجال الآتين من خارج المجتمعات التي يعملون فيها، وبالمقابل فالميل السائد أن عاملات صحة المجتمع نساء من المجتمعات نفسها، ومن المرجح أن يكن بذلك أكثر ملاءمة لاجراء المهام الوقائية ونشاطات تعبئة المجتمع كجزء رئيسي من مهامهن. الا أن هناك حاجة الى تطوير عاملات صحة المجتمع، والى اقامة نظام للادارة والاشراف في نطاق كل عيادة بحيث يتم ربط عملهن ونشاطهن بالعناصر العلاجية وترشيد الخدمات ككل.

دور عاملة صحة المجتمع:

عندما سئل الأطباء والممرضات كيف يفهمون دور عاملات صحة المجتمع، أفادت نسبة عالية ومتوقعة تساوي ٣٥٪ بأن دورهن هو تقديم المساعدة للطبيب والممرضة في كل ما يقوما به من أعمال، وعدّد ٥٧٪ مختلف نشاطات الرعاية الصحية الأولية كجزء من دورهن، وخاصة فيما يتعلق بالزيارات المنزلية والتثقيف الصحي، وأفاد ٣٪ بأن دورهن هو مساعدة المهنيين الى جانب القيام بالزيارات المنزلية والتثقيف الصحي، وتبين أن ٥٪ لا يعلمون ما هي عاملة صحة المجتمع أو يعتقدون بأن ليس لها أي دور بتاتاً في تقديم الرعاية الصحية الأولية. وبالاجمال، فقد رأى ٤٠٪ أن العاملة الصحية تقوم بدور المساعد أو أنكر دورها تماماً، وبدا أن لدى ٦٠٪ فكرة ما حول دورها، بشكل مستقل أو اضافي الى دور المساعدة العامة.

ومن الملفت للنظر أن الممرضات كن أقل مرتبة بشكل كبير في فهمهن لدور عاملة صحة المجتمع، اذ أفادت نسبة عالية تساوي ٥١٪ من الممرضات بأن دور عاملة صحة المجتمع هو المساعدة أو أن ليس لها دور على الاطلاق، بالمقارنة مع ٢٨٪ من الأطباء (Chi square= 13.87353, p= 0.00020). ويؤكد هذه الملاحظة واقع أن ٣٤٪ فقط من الذكور، سواءً من الأطباء أو الممرضين، رأوا أن دور عاملة صحة المجتمع ينحصر في المساعدة، بالمقارنة مع ٤٨٪ من الاناث (Chi square= 5.06409, p= 0.0146). ان لهذه الملاحظة أهمية كبيرة لأنها تشير الى الحاجة الى التركيز على مفاهيم ومواقف الممرضات فيما يتعلق بتطوير نهج العمل الجماعي في الرعاية الصحية الأولية. ويبدو أن هذه النتائج تبرىء الأطباء الذين كثيراً ما يلامون على انتقاصهم لعاملات صحة المجتمع ولدورهن. فيظهر أن الممرضات، بالرغم من كونهن في الغالب من الاناث، هن اللواتي ينكرن دور عاملة صحة المجتمع الى حد أكبر مما ينكره الأطباء.

وقد يكون سبب ذلك هو الشعور بالتنافس مع عاملات صحة المجتمع اللواتي يمكن أن يفهم دورهن بأنه بديل عن دور الممرضات في بنية الرعاية الصحية الأولية. ولكن قد يكون السبب أيضاً هو عدم كفاية تدريب الممرضات وكذلك النقص في فرص التطوير والتعليم المستمر المتاحة لهن بالمقارنة مع الأطباء (كما يلاحظ في مكان أخر في هذه الدراسة). وبغض النظر عن السبب، تشير هذه الملاحظة الى أنه ينبغي أن

يركز التدريب المستقبلي على مفاهيم ومواقف الممرضات حتى الى قدر أكبر من الأطباء، بهدف تمتين بناء طواقم متعاونة وفعالة للرعاية الصحية الأولية.

لقد أشار الأطباء والممرضات في عمر ٣٠-٣٩ الى أعلى قدر من الفهم لدور عاملة صحة المجتمع. فقد أفاد ٤٤٪ ممن هم في عمر ٢٣-٢٩ بأن دور العاملات الصحيات هو المساعدة، بالمقارنة مع ٣٤٪ ممن في عمر ٣٠-٣٩ و٤٥٪ ممن في عمر ٤٠ عاماً فأكثر.

أما من ناحية المنطقة، فقد كان الأطباء والممرضات في منطقة الشمال مرة أخرى الأضعف من الآخرين في هذا المجال، اذ أفاد ٦٦٪ منهم بأن العاملات الصحيات هن مساعدات، بالمقارنة مع نسبة ٣٠٪ في غزة، ونسبة ٢٩٪ في وسط الضفة الغربية، بينما تنخفض النسبة في الجنوب بشكل غريب ويصعب تفسيره لتصل الى ١٤٪ فقط (Chi square= 42.83990, p= 0.00000).

كما وجدت في ذلك تفاوتات بين المنظمات المختلفة، اذ أشار ٥٢٪ من طاقم الحكومة الى دور المساعدة، بالمقارنة مع ٣٢٪ من طاقم الوكالة و٢٩٪ من طاقم الجمعيات الخيرية و٣١٪ من طاقم اللجان. ان هذه النتائج تشير مجدداً الى الحاجة الى التركيز على تطوير الطواقم الحكومية على مستوى المفاهيم والأساليب والمواقف، وليس فقط على مستوى تحسين أدائهم لعملهم من الناحية الفنية.

نتائج الاستطلاع - الموضوع الرابع

التدريب - التقييم والاحتياجات

التدريب أثناء الخدمة:

لغايات هذه الدراسة، تم تعريف التدريب أثناء الخدمة بأنه التدريب الذي يحصل عليه الموظف الجديد لكي يتعلم المفاهيم والأنظمة والشؤون الادارية المتعلقة بعمله. من بين ٢٧٠ طبيباً وممرضة، أفاد ٨٨ أو ٣٣٪ منهم بالحصول على تدريب اثناء الخدمة عند بدئهم العمل في الرعاية الصحية الأولية. وقد كانت نسبة الممرضات اللواتي أفدن بذلك أكبر من نسبة الأطباء، حيث أفادت ٤٤٪ من الممرضات بالحصول على تدريب اثناء الخدمة بالمقارنة مع ٢١٪ من الأطباء (Chi square= 15.95271, p= 0.00007). وقد أجاب ٣١٪ من اجمالي الأطباء بأنهم ليسوا بحاجة الى تدريب أثناء الخدمة للعمل في الرعاية الصحية الأولية، بالمقارنة مع ١٥٪ من الممرضات. أي أن عدداً أكبر بشكل ملموس من الأطباء اعتقدوا بأن التدريب اثناء الخدمة غير لازم بعد انهاء الدراسة في كلية الطب، بينما بدت الممرضات أكثر ادراكاً لأهمية مثل هذه البرامج التدريبية وحاجتهن لها (٣٤). ومن بين الذين لم يروا وجود حاجة للتدريب أثناء الخدمة، كان ٤ فقط في عمر يقل عن ٣٠ عاماً، بينما كان ٢٥ في عمر بين ٣٠-٣٩، و٣٢ في عمر ٤٠ عاماً أو أكثر، مما يدل على أنه كلما كان الطاقم أكبر سناً، وكلما اكتسب المزيد من الخبرة، يصبح أكثر اعتقاداً بأنه ليس بحاجة الى التدريب أثناء الخدمة. وقد يكون ذلك مؤشراً على أن هناك مشكلة كبيرة في المفاهيم محلياً ليس فقط بين المهنيين الصحيين، ولكن أيضاً بين الطواقم العاملة في قطاعات أخرى، حيث يسود الاعتقاد بأنه يمكن للخبرة، بغض النظر أين وكيف تكتسب، أن تحل محل التعليم المنتظم.

---

(٣٤) كان الذين أفادوا بعدم الحاجة الى تدريب أثناء الخدمة ٤٠ طبيباً و٢١ ممرضة. وكان ٢٦ منهم من الطواقم الحكومية، و٢ من طواقم الوكالة، و٢٢ من الجمعيات الخيرية، و١١ من اللجان. ووجد ٢٤ منهم (٤٠٪) في منطقة وسط الضفة الغربية، و٩ في الشمال، و١٢ في الجنوب، و١٦ في قطاع غزة.

وقد كان الوقت الذي قضي في التدريب أثناء الخدمة مختلفاً بشكل كبير، من أسبوع واحد كحد أدنى الى ستة أشهر كحد أقصى. ان هذا الاختلاف يشير الى مشكلة عدم وجود معيار موحد لمثل هذا التدريب، اضافة الى مشكلة التعريفات المتفاوتة والمثيرة للتساؤل التي تستخدم محلياً لتحديد مفهوم التدريب اثناء الخدمة.

ويظهر المزيد من المشاكل فيما يتعلق بنوع التدريب المقدم. فمن بين مجموع الحاصلين على تدريب، تلقى ٧٤ منهم (٨٥٪) التدريب في مجالات تتعلق بشكل فضفاض بالرعاية الصحية الأولية، مثل صحة الأم والطفل، والرعاية التمريضية العامة، وتمريض المسنين، وتقديم الأدوية، وأمراض الاسهال. أما البقية فقد تلقوا تدريباً في مواضيع غير أكيدة الصلة بممارسات الرعاية الصحية الأولية، أو في الرعاية العلاجية العامة. فقد اشار ٣٠٪ من الذين تلقوا تدريباً بأنهم تدربوا في الرعاية العلاجية العامة فقط، وكثيراً ما تم ذلك في المستشفيات. ان هذه النتائج تؤكد مجدداً أهمية وضع تحديد واضح ومعايير موحدة للنشاطات في كافة الجهود الهادفة الى تطوير نظام الرعاية الصحية القائم.

كما وجد فرق ملموس أيضاً بين اجابات الأطباء والممرضات على السؤال حول سبب عدم الحصول على تدريب أثناء الخدمة، اذ أفاد ٤٣٪ من الأطباء بأن مثل هذا التدريب لم يكن متوفراً بالمقارنة مع ٣١٪ من الممرضات. ومع ذلك، فقد أفاد ١٢٪ من مجموع الأطباء و١٥٪ من الممرضات بأن المنظمة التي يعملون فيها لم تقدم مثل هذا التدريب.

لقد أفاد ٨١ شخصاً بأن التدريب أثناء الخدمة لم يكن متوفراً لهم، والا لسعوا الى تلقيه. وقد شكل الأطباء ٥٩٪ منهم، والبقية كن من الممرضات. وكان ٤١٪ منهم من العاملين في القطاع الحكومي و٢٦٪ في الجمعيات الخيرية و٢٢٪ في اللجان و١١٪ في وكالة الغوث. ومن المثير للانتباه أن الاشارة الى عدم توفر التدريب وجدت بنسبة أعلى في منطقة وسط الضفة الغربية مما في شمالها وجنوبها، حيث ان ٣٥٪ من الذين أشاروا الى عدم توفر التدريب اثناء الخدمة كانوا يعملون في عيادات الوسط، و١٣٪ في شمال الضفة الغربية و١٤٪ في جنوبها. بينما كان ٣٧٪ منهم يعملون في قطاع غزة. وبالنظر الى الاطار العام لهذه الدراسة، فان هذا الأمر يظل دون تعليل حاسم. فقد

يكون ذلك انعكاساً للتفاوت في الوعي والموقف، حيث أن الكادر الصحي في منطقة الوسط يمثل فئة أكثر ادراكاً للحاجة الى المزيد من التدريب، وتختلف في تحديدها للتدريب عن العاملين في المناطق الأخرى. ومن ناحية أخرى، وحسبما هو متوقع، كان ٤٩٪ من الذين أفادوا بعدم توفر التدريب أثناء الخدمة من الطواقم العاملة في العيادات الريفية، بينما كان ٣٠٪ منهم من العاملين في المدن و٢١٪ في المخيمات.

الجدول رقم ١٧

أسباب عدم تلقي التدريب أثناء الخدمة

(النسبة من تصنيف الموارد البشرية والمجموع) (٣٥)

الأسباب	الأطباء	الممرضات	المجموع
لم يكونوا بحاجة الى تدريب	٣١	١٥	٢٣
تلقوا تدريباً أثناء الخدمة	٢١	٤٤	٣٣
لم تقدم المؤسسة التدريب	١٢	١٥	١٤
لم يكن التدريب متوفراً	٤٣	٣١	٣٧

لقد افاد العاملون في القطاع الحكومي وفي وكالة الغوث بتلقي التدريب أثناء الخدمة بنسب أعلى من الآخرين، اذ أشار ٤١٪ من الطاقم الحكومي و٤٢٪ من طاقم وكالة الغوث الى الحصول على تدريب اثناء الخدمة، بالمقارنة مع ١٩٪ من طاقم الجمعيات الخيرية و٢٥٪ من طاقم اللجان. وقد أظهرت الدراسة أن العاملين في القطاع الحكومي قد حصلوا على تدريب اثناء الخدمة في الغالب في العيادات المدنية التي مثلت مكان عملهم المستقبلي. وقد تلقوا التدريب أساساً في الرعاية العلاجية، مما يثير التساؤلات حول صلة موضوع التدريب بالعمل في الرعاية الصحية الأولية. وبالحكم على الأماكن التي كان يتم فيها تلقي التدريب أثناء الخدمة (في عيادات المدن بشكل كلي

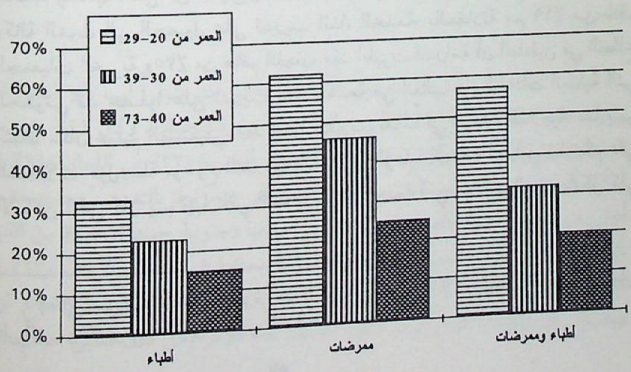
(٣٥) تجدر الملاحظة أن النسب في هذا الجدول تزيد عن ١٠٠٪ لأن البعض قد أجاب بالايجاب على أكثر من تفسير واحد لنقص التدريب أثناء الخدمة.

تقريباً)، يبدو أن التدريب أثناء الخدمة يوجه في الأساس نحو تعريف الموظف الجديد بالنظام العلاجي للمؤسسة، بدلاً من تعليمه مبادىء وممارسات الرعاية الصحية الأولية.

ولم توجد أية علاقة بين الاجابات بتلقي أو عدم تلقي التدريب اثناء الخدمة والمنطقة أو مكان العيادة. بينما كان الكادر الصحي الأصغر سناً أكثر انتظاماً في الحصول على التدريب اثناء الخدمة، مما قد يكون مؤشراً على التحسن التدريجي لهذا النظام مع الوقت. لقد وجدنا بالنسبة للأطباء والممرضات أن ٥٧٪ ممن هم في عمر ٢٣-٢٩ عاماً قد تلقوا تدريباً أثناء الخدمة بالمقارنة مع ٣٢٪ ممن هم في عمر ٣٠-٣٩ و٢٠٪ ممن هم في عمر ٤٠-٧٣ عاماً (Chi square= 22.62612, p= 0.00001). ومن جديد، يختفي هذا الفرق الاحصائي عند تفحص فئة الأطباء لوحدها، مع أن التوجه هذا يظل موجوداً، اذ أن ٣٣٪ من الأطباء في عمر ٢٣-٢٩ عاماً تلقوا تدريباً أثناء الخدمة بالمقارنة مع ٢٣٪ ممن هم في عمر ٣٠-٣٩ و١٥٪ ممن هم في عمر ٤٠-٧٣. أما بالنسبة للممرضات فان هذه العلاقة تبقى ملموسة احصائياً، اذ أفادت ٦٢٪ ممن في عمر ٢٠-٢٩ بتلقي تدريب اثناء الخدمة، بالمقارنة مع ٤٦٪ ممن في عمر ٣٠-٣٩، و٢٥٪ ممن في عمر ٤٠ عاماً أو أكثر (Chi square= 13.70407, p= 0.00106).

الشكل رقم ١٣

تلقي التدريب أثناء الخدمة حسب العمر

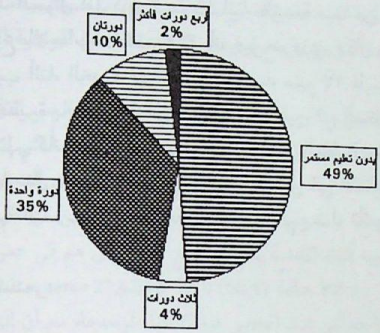


وعند السؤال اذا كان التدريب أثناء الخدمة مهماً من ناحية المبدأ، أجاب ٨٨٪ من المجموع بالايجاب، واعتقد ١٢٪ بأنه غير ضروري. وكان من مجموع الذين اعتقدوا بأن التدريب أثناء الخدمة غير مهم ٣٣ شخصاً، منهم ١٧ طبيباً و١٦ ممرضة. ولم توجد تفاوتات جديرة بالملاحظة في ذلك بين العاملين في المنظمات المختلفة. ومع ذلك، فان ٢٠ منهم كانوا يعملون في عيادات ريفية، بالمقارنة مع ٥ في المخيمات و٨ في المدن، مما يدل على أن الطاقم الصحي العامل في المناطق الريفية يبدو أقل ميلاً لتقدير أهمية التدريب اثناء الخدمة. أما العمر، فلم يبد له تأثير على هذه الاجابة.

التعليم المستمر:

لغايات هذه الدراسة، تم تحديد التعليم المستمر بأنه تعرف العاملين على الجديد من الوسائل والأفكار وما شابه خلال مجرى حياتهم العملية. لقد أفاد ٤٩٪ من العاملين بأنهم لم يحصلوا على أي تعليم مستمر أبداً خلال عملهم المهني، بينما أفاد ٣٥٪ بالمشاركة في دورة واحدة، و١٠٪ في دورتين، و٤٪ في ثلاث دورات، و٢٪ في أربع دورات أو أكثر. ومن بين الذين شاركوا في دورات كهذه، أفاد ٧٧٪ بالمشاركة في دورات ترتبط بالرعاية الصحية الأولية، بينما تدرب الباقون في مواضيع لا تتعلق بعملهم في هذا المجال. وقد لوحظ وجود تباين ملموس في الحصول على التعليم المستمر بين الأطباء والممرضات، كما كان هناك تباين واضح في ذلك بين الجنسين. فقد أفادت ٦٣٪ من الممرضات بعدم الحصول أبداً على أي تعليم مستمر، بالمقارنة مع ٣٤٪ من بين الأطباء (Chi square= 23.48972, p= 0.00001)، مما يشير مرة أخرى الى الاجحاف الذي تتعرض له الاناث / الممرضات بالنسبة الى الذكور / الأطباء في نطاق نظام الرعاية الصحية القائم والذي يعكس نفسه على النقص في فرص التقدم والتطور.

لقد أظهرت الاجابات على هذا السؤال تفاوتاً كبيراً بين المناطق. فقد أفاد ٦٦٪ من العاملين في منطقة شمال الضفة الغربية بعدم تلقي أي تعليم مستمر على الاطلاق، بالمقارنة مع ٤٤٪ في وسط الضفة الغربية، و٣٩٪ في قطاع غزة، أما في جنوب الضفة الغربية فقد كانت النسبة ٣١٪، وهو أمر مفاجىء. ان هذه النتائج تعيد التأكيد على النتائج السابقة التي تشير الى الحاجة الى تركيز نشاطات التدريب المستقبلية على المنطقة الشمالية في البلاد وعلى رفع مستوى الممرضات العاملات في هذا القطاع.



الشكل رقم ١٤
المشاركة في
التعليم المستمر

كما لوحظ وجود فروق في الحصول على التعليم المستمر أيضاً بين مختلف المنظمات التي تدير هذه البرامج. فكما يبدو من الجدول رقم ١٨، ان ٥٧٪ من كادر الجمعيات الخيرية و٥٤٪ من الكادر الحكومي قد أفادوا بعد تلقي أي تعليم مستمر على الاطلاق، بالمقارنة مع ٣٦٪ من طاقم اللجان و٣٢٪ من طاقم وكالة الغوث. وتؤكد هذه النتائج الملاحظة بأن نظام الرعاية الصحية لدى وكالة الغوث يعتبر أعلى مرتبةً من سائر الأنظمة الأخرى، اذ تتكرر الاشارة الى أنه يقدم تنوعاً أكبر من الخدمات الى جانب امكانيات التعليم المستمر لطواقمه. كما أن اللجان تبدو أفضل نسبياً من القطاعين المتبقيين من ناحية مقياس التعليم المستمر. ان من الضروري تشجيع مثل هذه النشاطات بقدر الامكان. وتشير نتائج هذا الاستطلاع الى أن قطاعي الجمعيات الخيرية والحكومة بحاجة الى اهتمام وتشجيع خاصين في هذا المجال.

ولم نجد فروقاً جديرة بالملاحظة عند مقارنة الاجابات على هذا السؤال بمكان وجود العيادات في المدن أو القرى أو المخيمات، ولا حتى بالعمر، وهو أمر مثير للانتباه. فيمكن التوقع أنه كلما تقدم الشخص في السن تكون لديه فرص أكبر بالمشاركة في دورات التعليم المستمر. الا أن البيانات التي تظهرها هذه الدراسة تشير الى عدم وجود تأثير للعمر أو لطول مدة الممارسة العملية على نسب المشاركة بمثل هذه الدورات. وقد يكون السبب في ذلك هو توفر دورات التعليم المستمر للطواقم الصحية منذ فترة غير بعيدة، مما تسبب في حدوث تقارب مؤقت ما بين تصنيفات العمر ومدة الممارسة العملية.

الجدول رقم ١٨

التعليم المستمر للطواقم حسب نوع المؤسسات

(النسبة من الطاقم في النوع الواحد من المؤسسات)

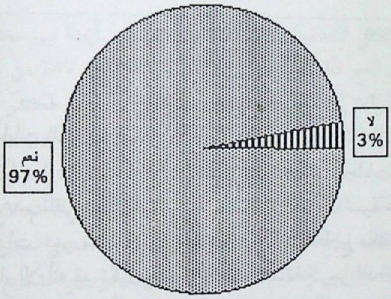
	نوع المؤسسات			
الدورات	الحكومة	وكالة الغوث	الخيرية	اللجان
لا شيء	٥٤	٣٢	٥٧	٣٦
مرة واحدة	٤٢	١٩	١٢	٣٥
مرتان فأكثر	٤	٤٩	١٢	٢٩

Chi Square=47.04938, p=0.00000

وعند السؤال عن سبب عدم الحصول على تعليم مستمر على الاطلاق، تفاوتت الاجابات الى حد كبير وكانت أحياناً ذاتية ولا تتلاءم بوضوح مع الواقع. الا أن ما يعنينا هنا هو عنصر الادراك الذي عبرت عنه الاجابات. فمن بين أولئك الذين أشاروا الى عدم تلقي تعليم مستمر على الاطلاق، أجابت نسبة عالية تساوي ٥٠٪ بأن مثل هذه الدورات غير متوفرة محلياً وأن السفر الى الخارج مكلف كثيراً. ان هذا ليس صحيحاً تماماً، الا أنه قد تكون هذه الاجابات متعلقة بتيسر الدورات. وقد أشار ١١٪ الى وجود أسباب اجتماعية أو شخصية تحول دون اشتراكهم في دورات التعليم المستمر، وأنحى ٧٪ باللائمة على "الواسطة" في عدم اتاحة الفرصة لهم بالحصول على تدريب اضافي، وأفاد ٧٪ أن مؤسستهم لم تتح لهم الوقت للمشاركة بمثل هذه الدورات، وقال ٣٪ أن هذه الدورات لا تتيسر لهم لأن التعليم المستمر يجري دائماً باللغة الانجليزية التي لا يجيدونها، بينما اعتقد ٣٪ أن التعليم المستمر غير لازم. وقد قدم الباقون اجابات متنوعة تجمع عموماً بين الأسباب الشخصية مع توفر الفرصة المناسبة في الوقت المناسب. وبالحكم على هذه الاجابات، يبدو أن المشكلة الرئيسية هي توفر أو تيسر هذه الدورات.

ان ما يبدو هو أن هناك طلباً لا يزال بحاجة الى أن يلبى. وبالفعل، عندما وجه السؤال للمجموع اذا ما كانوا يعتقدون بأن التعليم المستمر هام ولازم، أجاب ٩٧٪

بالايجاب واعتقد ٨ أشخاص فقط أن التعليم المستمر غير هام وغير لازم. أي أن هناك تفهم عام للحاجة الى التعليم المستمر ولأهميته في تحسين نوعية العمل وتلبية الحاجات. وبالتأكيد، ان مثل هذا التفهم لأهمية التعليم المستمر للأطباء والموارد البشرية الصحية الأخرى يسود في مختلف الأماكن في البلدان المتطورة والبلدان النامية. ان منظمة الصحة العالمية، سعياً للمساهمة في سياسة التنمية الدولية للموارد البشرية الصحية، قد شددت على الحاجة الى تطوير أجهزة وأنظمة على المستويات الوطنية تتحمل مسؤولية تلبية احتياجات التعليم المستمر للأطباء والموارد البشرية الصحية الأخرى العاملة في حقل الرعاية الصحية الأولية. لقد أعلنت منظمة الصحة العالمية ذلك على أنه شرط ضروري لتحسين الخدمات الصحية في أي بلد (٣٦).



الشكل رقم ١٥
هل التعليم المستمر مهم؟

ان ما يعطي المزيد من المصداقية للقول بأن هناك حاجة وطلب على التدريب في الرعاية الصحية الأولية بين الذين جرت مقابلتهم هو أن نسبة غير متوقعة تساوي ٥١٪ من الأطباء والممرضات أفادت بأنهم لم يتدربوا بالقدر الكافي على الرعاية الصحية الأولية قياساً بنوع العمل الذي ينجزونه أو الذي يلزم انجازه. ومن بين الذين أجابوا بأن تدريبهم كان كافياً بالنسبة للنشاطات الجارية التي يقومون بها، أفاد معظمهم بأن تدريبهم المهني الطبي أو التمريضي كان كافياً وأن الخبرة أيضاً ساعدتهم على أداء

---

(٣٦) أنظر:
Romer, M. and T. Follop, *International Development of Health Manpower Policy (Offset Publication Number 61)* (Geneva: The World Health Organization, 1982).

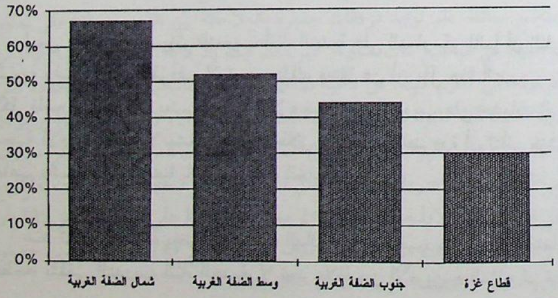
عملهم كما ينبغي. أما الذين شعروا بعدم الرضا عن التدريب، فقد أوضحوا أن التدريب لم يكن متوفراً أو أن مؤسساتهم لا تضع التدريب في قائمة الأولويات.

ولم تكن هناك فروق في الاجابات بين الممرضات والأطباء، أو بين الذكور والاناث. الا أنه مرة أخرى ظهرت أهمية للعمر، اذ أنه كلما كان الكادر أكبر سناً كان الاحتمال أقل بأن يعتقدوا بأن تدريبهم غير كافٍ. فقد اشار ٤٨٪ ممن هم في عمر ٢٣-٢٩ عاماً و٤٧٪ ممن في عمر ٣٠-٣٩ الى أن تدريبهم كان كافياً بالمقارنة مع ٥٩٪ بين الذين في عمر ٤٠ عاماً فأكثر. ان هذه النتيجة تشير، الى جانب النتائج الأخرى المتعلقة بالعمر، الى أنه من الأفضل بالاجمال توجيه التدريب المستقبلي للمهنيين الصحيين الأصغر سناً والذين يبدون أكثر ميلاً للتعلم ممن هم أكبر سناً.

وكان مستوى عدم الرضا عن التدريب في الرعاية الصحية الأولية أعلى في قطاع غزة، حيث أفاد ٣٠٪ فقط من الطاقم العامل هناك بأن التدريب كان كافياً، بالمقارنة مع ٤٤٪ في جنوب الضفة الغربية و٥٢٪ في وسطها ونسبة عالية تصل الى ٦٧٪ في الشمال. ولا يمكن في سياق هذه الدراسة الاحصائية في أساسها تفسير الفرق في مستوى هذا الادراك بين المناطق المختلفة، ولا بد لتفحص ذلك من استخدام مناهج بحثية أخرى في المستقبل للاجابة على السؤال كيف ولماذا وفي أي ظرف يتكون هذا الوعي.

الشكل رقم ١٦

الرضا عن التدريب في الرعاية الصحية الأولية



عند اجراء جدولة تقاطعية للاجابات حول اذا ما كان الطاقم قد تلقى تدريباً أثناء الخدمة بالاجابات حول تلقي دورات في التعليم المستمر، لم يتبين لنا وجود علاقة بين الأمرين. أي أن العمل على تقديم تدريب أثناء الخدمة في نطاق المؤسسة يبدو منفصلاً عن العمل على تقديم فرص للتعليم المستمر للعاملين، مما يؤكد من جديد الملاحظة التي أشير اليها سابقاً من أن التدريب أثناء الخدمة، كما تمارسه المؤسسات المحلية، يهدف الى تعريف الموظف الجديد بنظام المؤسسة وليس الى توفير دعم بالمفاهيم وفلسفة العمل للطواقم الوافدة. ان ذلك يشير الى الحاجة الى الربط تدريجياً وبشكل رسمي بين هذين العنصرين التدريبيين في مخطط تدريبي واحد متجانس، بحيث يمكن أن يكون التعليم المستمر مبنياً على برامج التدريب أثناء الخدمة.

ان نتائج الاستطلاع تؤكد أهمية التدريب أثناء الخدمة، اذ أن ١٠٪ فقط ممن تلقوا تدريباً أثناء الخدمة أفادوا بعدم القيام بأية مهام تتعلق بالرعاية الصحية الأولية، بينما أشار ٢٩٪ ممن لم يتلقوا التدريب أثناء الخدمة بعدم القيام بمثل هذه المهام بتاتاً (Chi square= 49.78624, p= 0.00000). وينبغي تفسير هذه النتائج بحذر اذ أنها تتعلق بالافادات عن الممارسة وليس بالممارسة بحد ذاتها. أي أن ما تشير اليه هذه النتائج هو أن التدريب أثناء الخدمة يبدو على الأقل ذا تأثير على التفهم والمواقف، وربما على الممارسة أيضاً.

أثر التدريب أثناء الخدمة والتعليم المستمر على المؤشرات الخاصة بالمفاهيم والممارسات:

ليس بالضرورة أن يؤثر التدريب أثناء الخدمة على الممارسة، طالما أن الظروف البنيوية وغيرها من الظروف لا تيسر ذلك. فضلاً عن أن مثل هذا التدريب يتنوع بشكل واسع ويمكن أن يضم قدراً ضئيلاً وحسب من التدريب على خدمات الرعاية الصحية الأولية أو قد لا يشملها على الاطلاق. وليس من الضرورة أن تتأثر مؤشرات المفاهيم والممارسات ايجابياً بالتدريب أثناء الخدمة.

عند تفحص علاقة بعض المؤشرات الدالة على المفاهيم، مثل اجراء اجتماعات منتظمة، بتلقي التدريب أثناء الخدمة، لا نجد علاقة بين الأمرين. وبالمثل، لم ترتبط

الافادات عن أهمية العمل الجماعي كأحد عناصر الرعاية الأولية الهامة وكذلك عن دور عاملة صحة المجتمع بالافادات عن تلقي التدريب أثناء الخدمة.

وتطرح هذه النتائج التساؤلات حول جودة التدريب وصلته بالممارسة وتأثيره عليها. فضلاً عن ذلك، تشير النتائج الى الحاجة لأن تعد المخططات المستقبلية للتدريب أثناء الخدمة بطرق جديدة تركز على عناصر الرعاية الأولية التي يجري عادة اغفالها، ويجب أن يتضمن ذلك دعائم الرعاية الصحية الأولية، بما فيها تعبئة المجتمع، والاتصال، والعمل الجماعي، والترابط بين القطاعات، وتفهم دور عاملة صحة المجتمع، وغيرها. ان هذه المبادىء، التي تعتبر دعائم الرعاية الصحية الأولية، بحاجة الى أن تدخل في صلب المخططات المستقبلية للتدريب، لكونها تحدد مفاهيم وأساليب الرعاية الصحية اللازمة لتقديم خدمات متجانسة.

ان مأساة الكثير مما يجري في مواقع الرعاية الصحية الأولية هنا هو أنه غالباً ما يتم اقتباس المصطلحات واهمال الجوهر. ففي هذا الخصوص، يبدو أن الرعاية العلاجية تمارس بدلاً من الرعاية الصحية الأولية الشاملة وذات الوجهة المجتمعية، ولكنها تمارس تحت اسم الرعاية الأولية. ويكمن التحدي هنا بالضبط في محاولة اعادة ادخال الجوهر في الممارسة الحالية. وليس هذا التحدي مهمة مستحيلة، فهناك بعض من النماذج المحلية لجوهر الرعاية الأولية التي يجري تطويرها والعمل بها حالياً.

ان تفحص العلاقة بين تلقي التعليم المستمر مع مؤشرات الممارسة والمفهوم يظهر نتائج مماثلة. فلم توجد فروقات جديرة بالملاحظة بين الذين حصلوا على تعليم مستمر (سواء في مواضيع ذات صلة أو غير ذات صلة بالرعاية الصحية الأولية) والذين لم يحصلوا على تعليم كهذا، من ناحية نشاطات الرعاية الصحية الأولية المحددة التي أفادوا بها، سواء اذا كانوا يقيمون إجتماعات منتظمة أم لا، وسواء اذا كانوا ييسرون مشاركة المجتمع في البرامج أم لا. ومن المثير للانتباه أن الذين حصلوا على دورات للتعليم المستمر قد عبروا عن فهم أفضل لدور عاملات صحة المجتمع وأهمية النهج الجماعي في الرعاية الأولية. فقد أفاد ٥٣٪ ممن لم يحصلوا على تعليم مستمر بتاتاً بأن دور العاملات الصحيات هو المساعدة فقط، بالمقارنة مع ٢٧٪ من بين الذين حصلوا على تعليم مستمر (Chi square= 18.25498, p= 0.00011).

أما الافادات حول العمل الجماعي فقد كانت مثيرة بشكل خاص، اذ أن ٩١٪ ممن لم يحصلوا على تعليم مستمر بتاتاً قد أفادوا بأهمية العمل الجماعي في تقديم الرعاية الصحية الأولية، بينما أفاد ٩٥٪ ممن حصلوا على تعليم مستمر مرتبط بالرعاية الصحية الأولية بأهمية العمل الجماعي. في المقابل، أفادت نسبة أقل تساوي ٨١٪ ممن حصلوا على تعليم مستمر غير مرتبط بالرعاية الصحية الأولية بأهمية العمل الجماعي (Chi square= 6.68030, p= 0.035). تشير هذه النتائج الى أن التعليم المستمر أو التدريب الاضافي في مجالات لا تتعلق بالرعاية الصحية الأولية قد يحمل في الواقع أثراً سلبياً على فهم ومنهج الرعاية الصحية الأولية.

وقد يكون جوهر الأمر كذلك في أن الذين يسعون للحصول على تدريب اضافي لا يرتبط بالرعاية الصحية الأولية هم أقل ميلاً الى ممارسة الرعاية الصحية، أو الذين يرغبون حتى في الخروج من دائرة الصحة الأولية من خلال الحصول على تدريب اضافي في مواضيع أخرى. ان من الملاحظ أن جزءاً من الممارسين على المستوى الأولي محلياً يعملون في هذا المجال لمجرد أنهم غير قادرين على الحصول على وظائف بديلة في مكان آخر. وهم يستمرون في عملهم، ويتلقون أحياناً تدريباً اضافياً لتحسين فرصهم للخروج من وسط العمل الأولي كلياً. ان من المهم لمخططات التدريب المستقبلية أن تأخذ باعتبارها الميول الشخصية والمهنية لدى الطاقم، بحيث لا يضم الاختيار للتدريب سوى من يبدون الالتزام بممارسة الرعاية الصحية الأولية على الأمد الطويل.

اذن، يمكن تلخيص النتائج الرئيسية في هذا القسم على النحو التالي:

١. لا يوجد ارتباط بين الافادات عن التدريب أثناء الخدمة والافادات عن التعليم المستمر، مما يشير الى الحاجة الى الربط المتبادل بين هذين النوعين من مخططات التدريب، والى ضرورة دمجهما في الاطار المؤسساتي الرسمي. ولكي يكون التدريب فعالاً، لا بد أن يدمج في نموذج تدريبي متواصل ومنطقي.
٢. يبدو أن للتدريب أثناء الخدمة أثراً على الافادات حول ما يمارس أو ما يجب أن يمارس. الا أنه لا يمكن التحقق من الممارسة الفعلية الا من خلال أساليب

بحث ومراقبة بديلة. غير أنه يبدو لنا على الأقل أن التدريب أثناء الخدمة يؤثر في تفهم ما ينبغي أن يمارس.

٣. اجمالا، لا يبدو أن للتدريب أثناء الخدمة أثراً على الأساليب والمفاهيم المتعلقة بالمعتقدات الرئيسية للرعاية الصحية الأولية. وقد يكون ذلك ناتجاً عن أن التدريب لا يرافق بالتغييرات البنيوية والادارية اللازمة لتنفيذ ما يتم التدرب عليه، أو لأن التدريب ينحصر في حدود التعريف بالمؤسسة وبعض مجالات الرعاية العلاجية، دون أن يتناول المعتقدات الرئيسية وجوهر الرعاية الصحية الأولية.

٤. لم يبد أن هناك تأثيراً للتعليم المستمر على الممارسة، مما يشير الى أن الممارسة تتحدد بالبنية والوظيفة والنهج المقررين على مستوى المؤسسة. الا أنه بدا أن للتعليم المستمر تأثيراً على فهم دور عاملة صحة المجتمع من دون سائر المؤشرات الأخرى. وبالمقابل، قد تكون مخططات التعليم المستمر التي أتيحت لهذه الموارد البشرية قد أعدت في عزلة عن الممارسة، بدون ربط المواضيع التدريبية بالقدر الكافي بحاجات الممارسة على مستوى الرعاية الأولية.

ملخص الاجابات المتعلقة بالتدريب بشكل عام:

ان البيانات المتعلقة بتلاؤم التدريب مع العمل الحالي في الرعاية الأولية والحاجة العامة الى البرامج التدريبية تشير الى النقاط التالية:

١. لم تحصل غالبية الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة الأولية على تدريب أثناء الخدمة. فقد أفاد ٣٣٪ فقط من الأطباء و٤٤٪ من الممرضات بشكل ما من التدريب عند بدء عملهم في هذا القطاع.

٢. بالاجمال، يركز التدريب اثناء الخدمة، بالشكل الذي يتم فيه حالياً في البلاد، على التعريف بطرق العلاج وجوانب العمل الصغيرة في المؤسسة، على حساب التدريب على مبادىء وممارسات الرعاية الصحية الأولية. فضلاً عن ذلك، ما زال التدريب أثناء الخدمة يجري بشكل غير منظم، سواء من ناحية الوقت الذي يقضى في التدريب أو المنهاج المستخدم فيه.

٣. أفاد حوالي نصف الذين جرت محادثتهم بعدم الحصول على أي نوع من التعليم المستمر على الاطلاق، بنسبة أعلى بين الممرضات (٦٣٪) مما هي بين الأطباء (٣٤٪). ومن بين الذين أجابوا بأنهم حصلوا على تعليم مستمر لمرة واحدة على الأقل، أفاد ٧٧٪ بالتدرب في مجالات تتعلق بالرعاية الأولية، وأفاد ٣٣٪ بتلقي تدريب في مجالات لا تتعلق بالعمل الذي يقومون به.

٤. تواجه منطقتا شمال وجنوب الضفة الغربية بشكل ثابت حالة من الاجحاف، وتمثل ذلك في أن الموارد البشرية العاملة هناك قد أفادت بالانتفاع من البرامج التدريبية بدرجة أقل كثيراً من منطقة وسط الضفة الغربية وقطاع غزة.

٥. شعرت الغالبية العظمى (٩٧٪) بالحاجة الى دورات للتعليم المستمر، الا أنها شعرت كذلك بأن مثل هذه البرامج كانت اما غير متوفرة أو مكلفة أو بعيدة المنال.

ان هذه النتائج تؤكد وجود حاجة على مستوى البلاد لتطوير الأنظمة والبرامج الهادفة بشكل محدد الى تدريب الموارد البشرية الصحية. ان ذلك يتضمن التدريب اثناء الخدمة والتعليم المستمر وغير ذلك من البرامج التدريبية، مع الاهتمام بتحسين مدى توفر الخدمات وجودتها. كما تؤكد النتائج ايضاً الحاجة الى وضع شمال وجنوب الضفة الغربية في الأولوية عند تخطيط البرامج المستقبلية. وأخيراً، تشير هذه النتائج الى أهمية الأخذ بالحسبان الاحتياجات التدريبية ليس للأطباء وحسب، بل وللممرضات كذلك. ان الممرضات كسائر الموارد البشرية الصحية الأخرى بحاجة الى الاندماج في طواقم الرعاية الصحية الأولية بطرق جديدة تتجاوز العلاقات السائدة في بنية الرعاية العلاجية، اذا ما شئنا للرعاية الصحية الأولية ان تطبق بشكل فعال.

الحاجة الى تدريب اضافي:

أفاد ٩٣٪ من المجموع بالرغبة بالحصول على المزيد من التدريب في حقل الرعاية الأولية. ان هذا الاهتمام المرتفع يشير الى وجود طلب عالٍ على مخططات التدريب الاضافي، بغض النظر عن الدوافع. ومن بين أولئك، أشارت الغالبية العظمى

(٩٤٪) الى الحاجة الى تدريب مرتبط بالرعاية الصحية الأولية، يجمع بين الاحتياجات العلاجية والوقائية. وقد كان التركيز الأساسي على التثقيف الصحي وأساليب الزيارة المنزلية والاتصال. ومن الواضح أن هناك فهم واسع الانتشار للحاجة الى مثل هذه المهارات وطلب التدرب عليها، وهو ما يمثل اختلافا جوهرياً في الوعي عما كان قبل ١٠-١٥ عاماً عندما كانت الرعاية الصحية الريفية والمجتمعية تقارن بالرعاية العلاجية من قبل الغالبية العظمى من المهنيين والمؤسسات الصحية، ويشير الى حدوث تغير ايجابي للغاية في الوعي والمواقف. ومع ذلك، فلم يذكر أحد الحاجة الى تدريب اضافي في مهارات الادارة، وفي مبادىء ومهارات العمل الجماعي والتخطيط الاستراتيجي، وفي جمع المعلومات والمهارات الأساسية في مجال البحث. ان ذلك يؤكد الحاجة للتركيز على خلق فهم أفضل لأهمية هذه العناصر في ممارسة الرعاية الصحية الأولية بفعالية، من خلال التدريب الاضافي والمناقشات العامة والمناصرة وكسب التأييد.

يعرض الجدول رقم ١٩ الاجابات حول الرغبة في التدرب في مواضيع محددة، ويؤكد الملاحظة السابقة بأن التثقيف الصحي، الذي يعتبر عنصراً هاماً في الرعاية الصحية الأولية، يقف على رأس سلم أولويات التدريب الاضافي، اذ أفاد ٥٤٪ من الذين وجه اليهم السؤال بالحاجة لمثل هذا التدريب، يتبعه تدبير المصابين بأمراض محددة بنسبة ٥٣٪، ثم تنظيم الأسرة بنسبة عالية وغير متوقعة تساوي ٤٥٪، ومبادىء الرعاية الأولية بنسبة ٣٩٪، وأساليب توعية المجتمع بنسبة ٣٨٪، ثم دراسات الأوضاع الصحية المحلية التي تحدد المشاكل الصحية الرئيسية وأنماط الصحة والمرض المحلية والتي جاءت بنسبة ٣٦٪. ويبدو أن هناك نقصاً في الاهتمام أو التفهم لأهمية المهارات الادارية المتعلقة بالنشاطات اليومية، اذ أفاد ٠,٤٪ فقط بالحاجة لمثل هذا التدريب، بالمقارنة مع التدريب على ادارة المشاريع أو على مستوى الاشراف الوسيط. ويرتبط ذلك بوجود مشكلة في الوعي تتمثل بربط المهارات الادارية فقط بمشاريع أكبر حجماً ووظائف أعلى من تلك التي يشغلها المجيبون على السؤال حالياً. ويبدو ذلك غريباً في ضوء ملاحظة وجود مشكلة قاعدية في تشغيل مراكز الرعاية الصحية الأولية في البلاد حالياً تتعلق أولاً وقبل كل شيء بالجوانب الادارية داخل العيادة. ان هذه النتيجة تؤكد الملاحظات بضرورة العمل نحو زيادة مستوى الوعي المحلي بالحاجة الى هذه المهارات الادارية أثناء العمل في قطاع الرعاية الأولية.

الجدول رقم ١٩
الرغبة في التدرب على مهام محددة تتعلق بالرعاية الصحية الأولية
(النسبة من المجموع)

المهام	النسبة
التثقيف الصحي	٥٤
تدبير المرضى المصابين بأمراض محددة	٥٣
تنظيم الأسرة	٤٥
مبادىء الرعاية الصحية الأولية	٣٩
أساليب توعية المجتمع	٣٨
الدراسات حول الأوضاع الصحية المحلية	٣٦
مهارات الاتصال	٣٥
العمل الجماعي	٢٨
ادارة المشاريع الصحية	٢٧
صحة الأم والطفل	١١
الاسعاف الأولي	٢
جداول وأساليب التطعيم	١,١
تأهيل الأشخاص المعاقين	١
الصحة العامة	٠,٧
مهارات الادارة على مستوى العيادة	٠,٤

المحادثات مع المهنيين الصحيين ذوي الخبرة

نظرة عامة:

بعد جمع معارف فريق البحث بالمشاكل الحالية لنظام الرعاية الصحية الأولية مع النتائج التي تم الحصول عليها من خلال استطلاع العيادات، تم اجراء محادثات مفتوحة ومنظمة مع ٢٢ مهنياً صحياً من الأطباء والممرضات والباحثين والمدربين. وقد روعي أن يتضمن أولئك أشخاصاً على معرفة بقطاعات الرعاية الصحية الأولية كافة. كما ضمت مجموعة المهنيين هذه عدداً مختاراً من العاملين في تقديم الرعاية الثانوية، اعتقاداً منا بأنه من المفيد تقديم وجهات نظرهم من منظور تبعات مشاكل الرعاية الصحية الأولية على عمل الرعاية الثانوية، وأخذ نشاطات الرعاية الصحية ككل بالحسبان. لقد ركزت المحادثات على تحديد العناصر الأساسية التي تخفض مستوى الأداء الملائم في نظام الرعاية الصحية الأولية في البلاد وتضعف من تطوره اللاحق. وقد تبع ذلك اجراء مناقشات تتعلق بمختلف الخيارات للنشاطات الاصلاحية، مع اعارة اهتمام خاص بالحاجة الى تطوير وتدريب الموارد البشرية. وقد تم تحديد قائمة بمواضيع ومجالات التدريب عن طريق تصنيف ومقارنة وجدولة اجابات ذوي الخبرة.

المشاكل السائدة في تقديم الرعاية الصحية الأولية:

كما يلاحظ من الجدول رقم ٢٠، ركز المهنيون من ذوي الخبرة على ستة مجالات رئيسية للصعوبات التي يواجهها نظام الرعاية الصحية. وقد استنتج ٢١ منهم أن الافتقار الى التنسيق والتعاون بين الأطراف العاملة على تقديم الخدمات يشكل أحد المشاكل الأساسية التي تؤثر في نظام الرعاية الصحية الأولية. واعتبرت البيروقراطية التي تحد من الصلات الأفقية اللازمة، ومختلف أشكال المنافسة، سواء المؤسساتية أو الفئوية أو الشخصية، والتوتر بين القطاعين الحكومي وغير الحكومي، اعتبرت جميعها بأنها تساهم في الحد من القدرة على التنسيق ، وتسهم تبعاً لذلك في التشوش الشديد في النظام على المستوى الوطني.

كما أن ٢١ شخصاً من ذوي الخبرة قد اتفقوا على أن احدى المشاكل الحاسمة

الأخرى التي تؤثر على نظام الرعاية الصحية الأولية تتمثل في غياب السياسات والخطط الصحية الواضحة القادرة على التجاوب مع حاجات الرعاية الصحية الحالية للسكان وعلى المساعدة في وضع أولويات العمل. وقد جرى تقديم عدد من التفسيرات لهذه المشكلة. وتم التركيز على غياب الأرضية المهنية والمشاركة لتطوير وتجسيد السياسات الصحية على المستوى الوطني كاحدى التفسيرات، بينما أبرز عامل أخر يتعلق بعدم الملاءمة في السياسات والتخطيط. كما أشير الى وجود سياسات صحية مختلفة في القطاعات المختلفة كعامل أخر يسهم في هذه الصعوبات، اضافة الى غياب أطر المساءلة القانونية وغير القانونية التي تحدد الارشادات للعمل وللتعاون.

وقد أشار ٢٠ شخصاً الى مشكلة الافتقار الى فهم مبادىء وممارسة الرعاية الصحية الأولية كاحدى العقبات الرئيسية التي ينبغي معالجتها. وبشكل عام، أبرز هؤلاء المهنيون وجود نقص في فهم أهمية العمل الجماعي في الرعاية الأولية، والانحياز نحو الخدمات العلاجية، وضعف تطور البرامج، والفشل في اشراك المجتمع المحلي في العمل الصحي، الى جانب الملاحظة الملفتة للانتباه عن تدني مرتبة الرعاية الصحية الأولية في قائمة أولويات المهنيين وصانعي السياسات والمخططين الطبيين.

الجدول رقم ٢٠
المشاكل السائدة في تقديم الرعاية الصحية الأولية
(عدد الذين جرت محادثتهم)

المشكلة	عدد الاجابات
النقص في التنسيق والتعاون	٢١
النقص في وضع السياسات والتخطيط على المستوى الوطني العام، بما في ذلك الافتقار الى المعايير الموحدة	٢١
النقص في فهم مبادىء وممارسات الرعاية الصحية الأولية	٢٠
مشاكل تتعلق بالادارة / التحويل	١٩
نقص أو غياب التدريب على المهام التي يجب ان تنفذ	١٧
مشاكل طبية فنية	١٤

ووجد ١٩ من ذوي الخبرة الذين جرت محادثتهم أن المشاكل الادارية، بما فيها غياب نظام تحويل يربط مستوى الرعاية الأول بالمستويين الثاني والثالث، تعتبر من واحدة من المشاكل الهامة. وقد جرى التركيز في هذا المجال على النقص في تدريب العاملين في الرعاية الصحية الأولية على أساليب الادارة، وغياب الاشراف والذي ينعكس في الغالب بظهور مشاكل في التنفيذ، والتوزيع غير الملائم للموارد البشرية في نظام الرعاية الأولية، بما في ذلك النقص في الطواقم، وغياب البروتوكولات بل وحتى ارشادات العمل. وقد أشارت الأغلبية هنا الى وجود الخلل الشديد أو حتى الغياب التام لنظام التحويل الملائم الذي ينبغي أن يكون صلة الربط فيما بين الرعاية الأولية والثانوية.

وقد أشار ١٧ شخصاً من هؤلاء المهنيين الى المشكلة الكبيرة المتعلقة بنقص برامج التدريب الموجهة للممارسين في الرعاية الصحية الأولية. ونظراً لأن الأطباء في هذه البلاد يحصلون على تدريبهم في الخارج ووفق أنظمة تدريب دولية مختلفة، فقد اعتقد العديدون أن حتى التدريب الطبي الأساسي لبعض الأطباء العاملين في قطاع الرعاية الصحية الأولية غير كافٍ ويستدعي أن تبذل جهود كبيرة في التدريب والاشراف. فضلاً عن ذلك، أشير أيضاً الى النقص في فهم الترابط بين الصحة والأوضاع الاجتماعية - الاقتصادية للسكان باعتباره مشكلة في التدريب، مما يدفع الأطباء الى التركيز على تقديم الخدمات العلاجية البسيطة، حتى بدون التكلم مع المريض أحياناً.

ومن الملفت للانتباه أن هؤلاء المهنيين قد أثاروا التساؤلات حول مدى فائدة مخططات التدريب الحالية للعاملين في الرعاية الصحية الأولية. لقد وصفوا هذه المخططات بأنها عموماً عمودية، ولا يؤخذ بالاعتبار عند اجرائها مدى واقعية تطبيق التدريب في الممارسة العملية، وتجرى في الأغلب بدون توفير ما يلزم من اشراف وتحفيز في فترة ما بعد التدريب لضمان تطبيق التدريب في الممارسة العملية. وبالاجمال، يبدو أن الأغلبية تتفق على أن الجهود التي تبذل حالياً في تدريب الكوادر الصحية في الرعاية الصحية الأولية غير كافية، وتفشل في تناولها لاحتياجات التدريب الاستراتيجية، اذ تركز في الغالب على البرامج العمودية دون أن تأخذ في الحسبان الأهداف التدريبية الطويلة الأمد.

وأخيراً، أفاد ١٤ شخصاً من هؤلاء المهنيين بأن المشاكل الطبية التقنية الأساسية تعتبر من العناصر الرئيسية في الوضع الاشكالي القائم حالياً في الرعاية الصحية الأولية. وقد تضمنت الاجابات هنا جوانب مختلفة، منها غياب أو نقص المعدات والمرافق الأساسية اللازمة للممارسة الطبية السليمة، والنقص في معارف الممارسين عن كيفية التعامل مع بعض الحالات المرضية، وغياب الرقابة والاشراف على الجودة في ممارسة الرعاية الطبية والصحية.

كيف يمكن تحسين نظام الرعاية الصحية الأولية:

عندما قمنا بطرح السؤال "كيف يمكن تطوير وتحسين نظام الرعاية الصحية الأولية؟"، حدد المهنيون من ذوي الخبرة الذين جرت محادثتهم عدداً من المجالات المحتملة للعمل الفعال. فبهدف حل المشاكل الفنية والادارية، رأى ٢٠ شخصاً أن تصميم مخططات تدريبية للمشرفين والمدربين في الرعاية الأولية يمكن أن يكون الخطوة الأولى الصحيحة. ويمكن لمثل هذا التدريب أن يتناول قضايا تتعلق بالسياسات والتخطيط، بما في ذلك ادارة العمل والرقابة عليه وتقييمه، الى جانب امكانية المساهمة في تطوير البروتوكولات وأنظمة التحويل اللازمة. وقد ظهرت اختلافات كبيرة في الأراء حول مسألة كيفية حل مشكلة تخطيط السياسات على المستوى الوطني. ومع ذلك، فقد ظهر ميل عام الى دعم اعداد السياسات الصحية بناءً على الاعتبارات "المهنية"، وبمشاركة كل اولئك الذين يعملون بنشاط في الميدان. وقد ركز هؤلاء المهنيون على الحاجة الى مخططات تدريبية لحل مشكلة الانحياز نحو الخدمات العلاجية في الرعاية الصحية الأولية.

وعندما طرحنا على هذه المجموعة من الأشخاص ذوي الخبرة أسئلة أكثر تحديداً فيما يتعلق بالأولويات الفورية في تدريب الأطباء والممرضات العاملين في الرعاية الصحية الأولية، قاموا بتحديد المواضيع الواردة في الجدول رقم ٢١ أدناه باعتبار أنها المواضيع ذات الأولوية.

الجدول رقم ٢١
أولويات التدريب في الرعاية الصحية الأولية
(عدد الذين جرت محادثتهم)

التدريب	الاجابات المؤيدة
الادارة والاشراف	٢٠
المهارات الطبية الفنية في الأمراض السارية وغير السارية	١٧
أساليب الاتصال والتدريب، بما في ذلك أساليب التثقيف الصحي والزيارات المنزلية	١٧
وبائيات الأمراض	١١
مهارات استخدام الحاسوب	١١
مهارات البحث والتخطيط	١٠
مبادىء الرعاية الصحية الأولية	٩

الاستنتاجات:

ان دراسة الاحتياجات التدريبية هذه تعطي الأولوية لتنمية الموارد البشرية العاملة في الرعاية الصحية الأولية للعمل على استصلاح وتطوير نظام الرعاية الصحية مستقبلاً في الضفة الغربية وقطاع غزة. وهي تسعى الى استيضاح الاحتياجات التدريبية للأطباء والممرضات العاملين على مستوى الرعاية الأولية. وتبدأ الدراسة أولاً بعرض تاريخي لتطور نظام الرعاية الصحية الحالي، مع التركيز على التشوهات والانحرافات التي أفرزتها سنوات الاستعباد الوطني والاهمال في ظل الحكم العسكري الاسرائيلي، والتي أدت الى انقسام النظام الى أنظمة تحتية عديدة تعمل تقريباً بشكل مستقل كل عن الأخر. ثم تجري مراجعة لأعداد ونوع ومكان عمل الموارد البشرية العاملة في قطاع الصحة في النصف الأول من التسعينات، في محاولة لتحديد الفئة المستهدفة للتدريب المستقبلي.

لقد استخدمت في الجزء الخاص بالبحث الميداني من هذه الدراسة منهجية مختلطة، تجمع بين تقديم استبيانات منتظمة للأطباء والممرضات العاملين في حوالي ٥٠٪ من مراكز الرعاية الصحية الأولية العاملة في البلاد في وقت اجراء الاستطلاع، عام ١٩٩٤، الى جانب اجراء محادثات شبه منتظمة مع مهنيين صحيين بارزين ذوي خبرة من صانعي السياسات والممارسين والباحثين، للخروج بنتائج الدراسة وبقائمة للأولويات في مجال التدريب. وتنتهي الدراسة بتحديد الاحتياجات التدريبية الفورية للأطباء والممرضات العاملين في قطاع الرعاية الصحية الأولية، الى جانب وضع ارشادات للأنشطة التدريبية المستقبلية.

لقد تم استخلاص الاستنتاجات التالية من نتائج الدراسة. وقسمت الاستنتاجات الى ثلاثة أقسام: الطواقم وتطوير البرامج في نطاق العيادات، والموارد البشرية، ونظام الرعاية الصحية.

الطواقم وتطوير البرامج في نطاق العيادات:

لقد شمل هذا الاستطلاع حوالي ٥٠٪ من العيادات المتواجدة في الضفة الغربية وقطاع غزة في العام ١٩٩٤. وقد وصل عدد هذه العيادات ١٩٣ عيادة.

- يساهم قطاع المنظمات غير الحكومية بشكل كبير في تقديم الخدمات على مستوى الرعاية الأولية. لقد كانت ٤٧٪ من العيادات التي جرت زيارتها تدار من قبل القطاع الحكومي، و٤٤٪ من قبل القطاع غير الحكومي، و٩٪ من قبل وكالة الغوث الدولية (الأونروا).

- كانت نسبة عالية وغير متوقعة تصل الى ٤٣٪ من مجموع العيادات تضم في طاقمها أطباء عامين بدوام جزئي. وكانت غالبية هذه العيادات حكومية (٧٥٪). وفي سائر العيادات الأخرى عمل اما طبيب واحد بدوام كامل (٣٩٪) أو من ٢-٨ أطباء. وكانت الغالبية العظمى من العيادات التي يعمل فيها عدد كبير من الأطباء توجد في قطاع غزة وتدار من قبل وكالة الغوث.

- لوحظ وجود معدلات منخفضة لتوظيف واستخدام الطواقم الصحية من غير الأطباء. ان ٦٧٪ من اجمالي العيادات لم تكن توظف فنيين مخبريين، و٨٩٪ منها لم توظف صيادلة، و٧٥٪ لم توظف مساعدي صيادلة، وكانت ٩٢٪ بدون عاملي تأهيل، و٦٧٪ بدون اداريين، سواء في نطاق العيادة أو المنطقة، و٩٥٪ بدون مرشدين صحيين.

- من ناحيـــة أعداد الطاقم، لوحظ أن العيادات الحكومية هي الأدنى مرتبةً بالمقارنة مع عيادات وكالة الغوث والمنظمات غير الحكومية، اذ كانت ٣٢٪ من العيادات الحكومية تدار من طاقم يتكون من شخص أو شخصين، بالمقارنة مع ١٥٪ من عيادات المنظمات غير الحكومية، في حين أنه لم يوجد طاقم صغير الى هذا الحد في اية من عيادات الوكالة. وقد وجد أن متوسط عدد الطاقم للعيادة الواحدة كان يساوي ٦,٧ للضفة الغربية بينما كان مرتفعاً الى ٢٣,٢ في قطاع غزة.

- لوحظ وجود تفاوتات ملموسة في اعدد الطاقم بين العيادات المتواجدة في القرى أو المدن أو المخيمات، حيث كانت طواقم العيادات الريفية عموماً أقل عدداً من طواقم العيادات في المدن والمخيمات. وبالمثل، وجد أن منطقة شمال البلاد، سواء في القرى أو المدن، كانت تتصف بعدد أقل بشكل ملموس في الطواقم مما في وسط وجنوب الضفة الغربية وقطاع غزة. لقد وجد أن عدد الطاقم يساوي ١-٣ في ٦٥٪ من عيادات منطقة الشمال، بالمقارنة مع ٣٥٪ في الجنوب، و٢٦٪ في منطقة وسط الضفة الغربية، و٦٪ فقط في قطاع غزة. وفي حين أنه يمكن تفسير هذا التفاوت في اعداد الطواقم جزئياً بضغط المرضى في المناطق المدنية المكتظة، مثل قطاع غزة، يبدو من تحليل عينة العيادات الريفية لوحدها وربطها بأعداد الطاقم حسب المنطقة أن التفاوت بين المناطق ظل قائماً بشكل ملموس احصائياً. ان هذه النتائج تؤكد وجهة النظر بأن منطقة الشمال هي من أكثر المناطق حرماناً من ناحية تقديم الرعاية الصحية، وهو ما تؤكده أيضاً أعداد الطواقم في العيادات.

- أفادت نسبة مرتفعة تصل الى ٢٤٪ من مجموع العيادات بأنها لا تدير أية برامج أخرى غير مجرد الرعاية العلاجية. في حين أن ٣٥٪ منها أدارت برنامجاً أو اثنين، وأدارت ٣٠٪ منها ٣-٦ برامج، وأدارت ١١٪ ٧-١٤ برنامجاً اضافياً. وقد لوحظ أن وكالة الغوث هي الأفضل حالاً في هذا المجال، وأن القطاع الحكومي هو الأسوأ حالاً، اذ أن ٣٥٪ من العيادات الحكومية لم تدر أية برامج على الاطلاق ما عدا الخدمات العلاجية الأولية، بالمقارنة مع ٦٪ من عيادات الوكالة و١٥٪ من عيادات اللجان و٢٤٪ من عيادات الجمعيات الخيرية. وقد لوحظ مرة أخرى أن منطقة وسط الضفة الغربية وقطاع غزة تقدمان خدمات أكبر عدداً وأكثر تنوعاً من المنطقتين الأخريتين، بينما تبدو منطقة الشمال أنها الأكثر حرماناً: فان ٦٪ فقط من عيادات كل من منطقة وسط الضفة الغربية وقطاع غزة لم تكن تقدم أية برامج ما عدا الرعاية العلاجية، بالمقارنة مع ١٥٪ من منطقة الجنوب و٥٤٪ في منطقة الشمال. كما وجد أن التفاوتات كبيرة أيضاً بين العيادات الريفية وعيادات المدن والمخيمات، اذ أن ٤٪ من عيادات المخيمات و٢٢٪ من عيادات المدن و٣٠٪ من عيادات القرى لم تكن تقدم أية برامج ما عدا الرعاية العلاجية.

- تبدو العيادات الحكومية أنها الأقل تطوراً، والمناطق الريفية أنها الأكثر حرماناً، ومنطقة شمال البلاد، تليها المنطقة الجنوبية، ما زالتا تعانيان من عدم التكافؤ في توفير الرعاية الصحية الأساسية. يمكن استنتاج ذلك اعتماداً على أعداد وأنواع الطواقم العاملة في العيادات والبرامج التي تقدمها.

الموارد البشرية:

جرت محادثة ما مجموعه ١٤٠ ممرضة و١٣٠ طبيباً.

- كان متوسط العمر للأطباء والممرضات يساوي ٣٧ عاماً، وكان متوسط سنوات الخبرة في تقديم الرعاية الصحية الأولية يساوي ٩,٦ عام بالنسبة للممرضات و٧,٢ عام للأطباء.

- تظهر البيانات وجود تقسيم متوقع للعمل ووجود تمييز بين الجنسين في نظام الرعاية الصحية الأولية. لقد شكل الرجال ٥٦٪ من المجموع الكلي للعينة والنساء ٤٤٪. وكما كان متوقعاً، كانت أغلبية الأطباء من الرجال بنسبة ٨٨٪، وكانت أغلبية الممرضات من النساء بنسبة ٧٣٪. ومن المرجح أن ذلك يؤثر ليس على تقديم الخدمات فقط، بل وعلى الآليات المحركة لفرق العمل أيضاً.

- مرة أخرى ظهر تقسيم واضح للعمل بين الأطباء (الرجال) والممرضات (النساء)، مما يؤكد ملاحظة وجود بنية هرمية في نطاق العيادات تتناقض مع مبدأ العمل الجماعي الذي يشكل أحد الأعمدة المركزية لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية. عند تحليل الافادات حول المهام المنفذة وتوزيع المهام بين الطبيب والممرضة، أظهرت البيانات أن الأطباء بالاجمال مالوا الى التركيز على العمل العلاجي، بينما أدت الممرضات بعض عناصر العمل الوقائي، وقمن بالوظائف الأساسية لادارة العيادة، مثل جرد المحتويات وحفظ السجلات وما شابه، أي بالمهام التي يعتقد بأنها أقل شأناً من الرعاية العلاجية. وبالتحديد، أشير الى أن ٨٢٪ من اجمالي وقت الأطباء يصرف على الرعاية العلاجية، بالمقارنة مع ٣٩٪ من وقت الممرضات.

- تشير البيانات الى أن الأنشطة والمهام المنفذة تعتمد على المبادرة الشخصية أكثر من اعتمادها على أداء أنشطة منهجية تخضع للاشراف والتقييم. لقد أظهر تحليل توزيع المهام في العيادة حسب وجود أو غياب البرامج المحددة ملاحظة مثيرة للانتباه بعدم وجود فروق جديرة بالاهتمام بين من يقومون بأداء مهام الرعاية الصحية الأولية ومن لا يقومون بذلك حسب وجود برامج محددة في العيادة.

- تظهر النتائج وجود مشكلة في المفاهيم، وخاصة بين الأطباء، حيث يوجد اعتقاد بأن الخبرة في الرعاية العلاجية، بغض النظر عن مكان وكيفية الحصول عليها، يمكن أن تأخذ مكان التعلم المبرمج. من بين اجمالي الأطباء والممرضات الذين جرت محادثتهم، أفاد ٣٣٪ بأنهم تلقوا تدريباً أثناء الخدمة عند بدء توظيفهم، وبلغت هذه النسبة ٤٤٪ بين الممرضات، بينما انخفضت الى ٢١٪ بين الأطباء. ومن اجمالي الأطباء، أفاد ٣١٪ بأنهم لا يحتاجون الى أي تدريب اثناء الخدمة للعمل في الرعاية الصحية الأولية، بالمقارنة مع ١٥٪ من بين الممرضات. من الواضح أنه يمكن عمل الكثير في مجال تحقيق فهم أفضل لماهية التدريب اثناء الخدمة وكيف أن التعليم الجامعي الطبي في الكثير من الأحيان لا يعد الطبيب لتقديم مستوى جيد من الرعاية الصحية الأولية.

- تشير النتائج الى وجود مشكلة في المعايير، وتؤكد الحاجة الى أن يتم بوضوح تحديد وتوحيد معايير أهداف وأنشطة التدريب أثناء الخدمة. فقد ظهر من اجابات الذين تلقوا تدريباً أثناء الخدمة أن الوقت الذي خصص لمثل هذا التدريب كان يتراوح في نطاق واسع، من اسبوع واحد الى ستة أشهر. وقد أفادت نسبة عالية تساوي ٣٠٪ ممن تلقوا تدريباً أثناء الخدمة بأنهم تدربوا على الرعاية العلاجية العامة وحسب، وغالباً في المستشفيات.

- هذه النتائج تؤكد وجود حاجة على مستوى البلاد لتطوير الأنظمة والبرامج لتدريب الموارد البشرية العاملة في الرعاية الصحية الأولية. لقد أفاد ٤٩٪ من الموارد البشرية بعدم تلقي التعليم المستمر أبداً خلال أدائهم لوظائفهم العملية في الرعاية الصحية الأولية، في حين أن ٣٥٪ قد أفادوا بتلقي دورة واحدة،

والبقية بتلقي ٢ الى ٤ دورات. ومن بين الذين أفادوا بتلقي دورة واحدة على الأقل من التعليم المستمر، أفاد ٧٧٪ بتلقي تدريب في مجالات تتعلق بالرعاية الصحية الأولية، وأفاد ٣٣٪ بالتدرب في مجالات لا تتعلق بالعمل الذي يقومون به. وباعتبار أن متوسط سنوات الخبرة في الرعاية الصحية الأولية بلغ ٩,٦ عام للممرضات و٧,٢ عام للأطباء، فلا شك أن هناك حاجة الى التعليم المستمر.

- ان هذه النتائج تثير الشكوك حول جوانب مراقبة النوعية والاشراف والادارة في عمل العيادات، وامكانيات خلق قوى محركة ايجابية في العيادة ومستوى جيد من العمل الجماعي. وتعتبر هذه الجوانب من العناصر الهامة في ادارة خدمات الرعاية الصحية الأولية. فمن بين اجمالي العيادات التي جرت زيارتها، أفادت ٤٧٪ بعدم اجراء اية اجتماعات للطاقم على الاطلاق، سواء كانت داخلية أو مركزية، وأفادت ١٨٪ بعقد اجتماعات "عند الحاجة" وبشكل ارتجالي، بينما أفادت ٣٥٪ من العيادات باجراء هذه الاجتماعات بانتظام.

- تظهر النتائج وجود مشكلة في الوعي على مستوى المؤسسات وليس الأفراد. فمن بين اجمالي الطواقم التي جرت محادثتها، أفاد ٦١٪ بعدم اشراك المجتمعات التي يعملون فيها بالنشاطات على أي مستوى كان. وقد كانت هناك تفسيرات متنوعة لذلك من ضمنها عدم توفر التمويل للقيام بمثل هذه النشاطات، "وعدم وجود تجاوب من المجتمع"، وضيق الوقت، وعدم سماح المؤسسة التي يعمل فيا الطاقم بمثل هذه المشاركة. في المقابل، اعتقد ٩٨٪ من المجيبين بأن مشاركة المجتمع هامة في عملهم، مما يبرز وجود فهم أساسي لدى الطواقم لأهمية هذا المبدأ في الرعاية الصحية الأولية.

- تشير هذه النتائج الى وجود الحاجة للتعامل مع مشكلة المفهوم والوعي على مختلف المستويات، ربما بدءاً باعادة التدريب واستمراراً من خلال الاشراف والتقييم خلال أداء العمل. عند سؤال الأطباء والممرضات حول فهمهم لدور عاملات صحة المجتمع، أفاد ٣٥٪ بأن دورهن هو العمل في دور "مساعدات" للأطباء والممرضات، بينما عدد ٥٧٪ مختلف مهام الرعاية الصحية الأولية وأعطى الباقون اجابات غير واضحة. والمثير للانتباه هنا هو ما لوحظ من أن

الممرضات قد كن الأقل تقديراً بحجم كبير لما يمثله دور عاملة صحة المجتمع، اذ أن ٥١٪ من الممرضات أفدن بأن دور عاملة صحة المجتمع هو المساعدة أو أن ليس لها دور بتاتاً. ان هذه النتائج تبرىء ساحة الأطباء الذين كثيراً ما يلامون على أنهم ينتقصون من قيمة عاملات صحة المجتمع ودورهن. أي أن الممرضات على ما يبدو ينكرن دور عاملة صحة المجتمع في نطاق فريق الرعاية الصحية الأولية الى حد أكبر بكثير من الأطباء. وقد يكون سبب ذلك هو الشعور بالمنافسة، أي قد تشعر الممرضات بأن العاملات الصحيات قد يأخذن مكانهن بالتدريج في عمل الرعاية الصحية الأولية. ان هذا المفهوم يتعارض مع أساس مبادىء العمل الجماعي التي يقوم عليها العمل في الرعاية الصحية الأولية.

- لكي يكون التدريب فعالاً، لا بد من أن يدمج في نموذج تدريبي متواصل ومنطقي، بأهداف وغايات واضحة، وأن يخضع لتقييم دوري. ان نتائج هذه الدراسة تشير الى عدم وجود ترابط بين الاجابات حول التدريب اثناء الخدمة والاجابات حول التعليم المستمر. أي أن الذين تلقوا تدريباً أثناء الخدمة ليسوا بالضرورة هم نفسهم الذين تلقوا التعليم المستمر. ان هذه النتائج تشير الى الحاجة الى الربط المتبادل بين هذين النوعين من مخططات التدريب، وضرورة دمجهما في نطاق الاطار المؤسساتي الرسمي.

- يبدو من نتائج الدراسة أن للتدريب أثناء الخدمة تأثيراً على الاجابات حول ما ينبغي أن يمارس. أما الممارسة الفعلية فلا يمكن التحقق منها الا من خلال منهجيات أخرى للبحث والمراقبة. ومع ذلك، فيبدو أن التدريب أثناء الخدمة يؤثر على الأقل على الفهم بشكل ايجابي. ومن ناحية أساليب ومفهوم المعتقدات الرئيسية للرعاية الصحية الأولية بالاجمال، فيبدو عدم وجود تأثير للتدريب أثناء الخدمة عليها، اما بسبب أن التدريب لا يصاحب بالتغيرات البنيوية والادارية اللازمة، أو بسبب أن التدريب محدود بالتعريف على المؤسسة وبعض أساليب الرعاية العلاجية، بدون تناول الجوهر الرئيسي للرعاية الأولية.

- لم يتبين وجود تأثير للتعليم المستمر على الاجابات حول ممارسات الرعاية الصحية الأولية. قد تكون هذه النتائج مؤشراً على وجود قيود بنيوية تعترض

طريق تنفيذ المعارف الجديدة. وعلى العكس، قد تكون مخططات التعليم المستمر التي تدرب من خلالها أصحاب الافادات قد جرى اعدادها في فراغ، بدون أن ترتبط مواضيع التدريب بالقدر الكافي بحاجات العمل والممارسة على مستوى الرعاية الأولية.

- أظهرت الدراسة وجود طلب عالٍ على اعداد مخططات للتدريب المبرمج. فقد أفاد ٩٣٪ من مجموع العينة بالرّغبة في الحصول على مزيد من التدريب في مجال الرعاية الصحية الأولية. وأفادت نسبة عالية تساوي ٥٤٪ بالحاجة الى التدرب في التثقيف الصحي كأولوية، وأشار ٥٣٪ الى تدبير المصابين بأمراض محددة مثل السكري والضغط، وأشار ٤٥٪ الى تنظيم الأسرة، و٣٩٪ الى مبادىء الرعاية الصحية الأولية، و٣٨٪ الى أساليب التوعية المجتمعية، و٣٦٪ الى مناهج البحث ذات التوجه العملي، و٣٥٪ الى مهارات الاتصال، و٢٨٪ الى العمل الجماعي، و٢٧٪ الى ادارة المشاريع الصحية، و١١٪ الى رعاية صحة الأم والطفل، وغير ذلك من المواضيع التي حصلت على اهتمام أقل.

نظام الرعاية الصحية:

- اتفقت الغالبية العظمى من بين ٢٢ من المهنيين الصحيين ذوي الخبرة في الضفة الغربية وقطاع غزة حول ستة مجالات تستدعي الاهتمام والعناية بشكل خاص. لقد اتفق ٢١ منهم على أن الافتقار الى التنسيق والتعاون بين الأنظمة الثلاثة للرعاية الصحية، وبين المؤسسات الصحية عامةً، والافتقار الى وضع السياسات والتخطيط على المستوى الوطني العام تعتبر جميعها من المشاكل الرئيسية التي بحاجة الى حل. واشار ٢٠ الى النقص في فهم مبادىء وممارسات الرعاية الأولية كواحدة من المشاكل الرئيسية. واعتقد ١٩ بأن مشاكل الادارة والتحويل تعتبر عائقاً رئيسياً أمام تحسين هذا النظام، واعتقد ١٧ بأن التدريب غير الملائم أو غير الكافي للطاقم هو أيضاً من المشاكل الرئيسية، ورأى ١٤ أن المشاكل الطبية التقنية، أو الممارسة الضعيفة، تعتبر من المشاكل الهامة التي تواجه نظام الرعاية الصحية الأولية.

- كما ساعد ذوو الخبرة في صياغة قائمة بالأولويات الملحة للتدريب. لقد أشار ٢٠ منهم الى التدريب على الادارة والاشراف كأولوية، وعدد ١٧ التدريب الفني الطبي في الأمراض السارية وغير السارية، وعدد ١٧ التدريب على مهارات الاتصال، وعدد ١١ الدراسة في علم الوبائيات واستخدام الحاسوب، وعدد ١٠ مهارات البحث والتخطيط، وأبرز ٩ مبادىء الرعاية الصحية الأولية كأولوية.

عند دراسة البيانات التي جمعت من الأطباء والممرضات العاملين في قطاع الرعاية الصحية الأولية مع المعلومات المجمعة من المهنيين الصحيين المحليين، يمكن الاستنتاج بأن على مخططات التدريب المستقبلية للموارد البشرية الهادفة الى اعادة تأهيل واستصلاح نظام الرعاية الصحية الفلسطيني أن تأخذ باعتبارها ما يلي:

- ان تدريب المشرفين والمدربين على المستوى الوسيط يعتبر أولوية على المستوى الوطني العام نظراً لعدم فعالية نظام الاشراف والادارة أو غيابه أحياناً في نطاق أطر الرعاية الصحية الأولية الحالية. ان هؤلاء المشرفين والمدربين من الكوادر الرئيسية التي تستطيع ربط الممارسة بالسياسات. فمن جهة، بامكانهم أن يغذوا عملية صياغة السياسات والتخطيط بالبيانات التي يجمعونها وينظمونها من الميدان. ومن الجهة الأخرى، يستطيعون أيضاً اختبار وبناء النماذج وتنفيذ البرامج المتعلقة بما تضعه هذه السياسات. الى جانب ذلك يمكنهم القيام بوظائف الرقابة والتقييم. ان الكثير من الاصلاح يمكن أن يبدأ مساره عند نقطة الوصل هذه، أي الاشراف على المستوى الوسيط. وفي الوقت ذاته، يمكن أن يعمل هؤلاء المشرفون في دور مدربين للكوادر العاملة حالياً في قطاع الصحة الأولية. كما ان تدريب طاقم أولي من المشرفين والمدربين يعتبر عالي الجدوى لكون هؤلاء المشرفين، اذا اختيروا من القطاعات الثلاثة وبحرص، يستطيعون المساعدة في تدريب الآخرين في داخل مؤسساتهم. وسيخفض ذلك من عبء التدريب بشكل كبير.

وعن طريق تدريب فريق كهذا معاً، فانه سيقوم فيما بعد بدور صلة الربط على المستوى الوسيط بين المؤسسات المختلفة، مما يوفر أرضية للحوار بين القطاعات والمؤسسات، ذلك الحوار الذي لا بد منه من أجل دمج الأنظمة معا

في نظام واحد رشيد، وحتى بدء عملية توحيد المعايير في ممارسة الرعاية الصحية الأولية.

- يلزم لمخططات التدريب المستقبلية أن تركز على المواضيع التالية: المهارات التقنية الطبية، علم الوبائيات، مبادىء الرعاية الصحية الأولية، مهارات الاتصال والتدريب، مهارات الادارة، مهارات البحث.

الخلاصة:

- بعبارات عامة، ومع وجود بعض الاستثناءات البارزة والخلاقة، فان عيادات القطاع الحكومي ووكالة الغوث والقطاع غير الحكومي لا تزال تركز على تقديم الرعاية العلاجية وبعض عناصر رعاية الأمومة والطفولة وبعض البرامج المختارة الأخرى.

- باستثناء عيادات وكالة الغوث، ما زالت البرامج تبدو غير مطورة. وتعاني العيادات من نقص في الطواقم اللازمة للجمع ما بين الرعاية العلاجية اللازمة والعناصر الأخرى للرعاية الصحية الأولية، كما يوجد نقص في أنظمة التحويل، وتبدو أنظمة الاشراف والادارة اما منتقصة أو غير قائمة أصلاً.

- يبدو أن القطاع الحكومي بالاجمال أسوأ حالاً قياساً بالأطراف الأخرى المقدمة للخدمات. ويمكن فهم ذلك نظراً الى سيطرة السلطات العسكرية الاسرائيلية على هذا القطاع حتى وقت قريب جداً. وتنعكس هذه الصعوبة في مجال صياغة السياسات والتخطيط، الى جانب النقص الشديد في الميزانيات، والارباك العام للطواقم العاملة في هذا القطاع، والقيود المختلفة التي يفرضها واقع الحكم العسكري. وقد نتج عن ذلك ظهور حالة من التشوه في هذا النظام والتبعية للجهاز الطبي الاسرائيلي. ولا بد من الاقرار بأن ٢٧ عاماً من الحكم والسيطرة العسكرية على قطاع الصحة قد أدت الى حالة من التردي الشديد في هذا النظام، وخاصة من ناحية صياغة السياسات والتخطيط المناسبين. ولا يقصد من ذلك التقليل من جهود الفلسطينيين العاملين في هذا القطاع لدفع نظام الرعاية الصحية الى الأمام.

لقد لجمت هذه القيود تطور النظام الى درجة أن أصبح لا بد من بذل جهود كبيرة في مجال تنميته البنيوية. ولا ينبغي حصر التركيز في تنمية البنية التحتية المادية وحسب. ان النظام الحكومي لم ينل الفرصة للعمل بابتكار وابداع، فقد استمر العمل فيه على أساس المبادىء القديمة، ممزوجة ببعض الشعارات عن

الرعاية الأولية. فمع أن هناك برامج محددة تعمل بشكل جيد، مثل برامج التطعيم والتحصين، الا أن الكثير من العمل ما زال في حالة كلية من عدم التطور. وفي هذا المجال بالتحديد، في مجال تقديم الخدمات وبناء النماذج بصورة خلاقة، يمكن أن يتعلم القطاع الحكومي من بعض التجارب التي طورها عدد من المنظمات غير الحكومية ووكالة الغوث الدولية. ان هذا التبادل في المعلومات والخبرات يتطلب تنمية أرضيات للمشاركة الفعلية الصادقة حيث يستطيع كل العاملين في الميدان أن يشاركوا بشكل متكافىء في عملية الاستصلاح والتطوير.

- لوحظ وجود حجم كبير من التباين في نوع وجودة الخدمات في داخل قطاع المنظمات الفلسطينية غير الحكومية. فان مختلف الأطراف المقدمة للخدمات تعمل في ظل أنظمة مختلفة ومناهج مختلفة في تقديم الرعاية الصحية. ان هذا النظام غير متجانس ولا يمكن النظر اليه على أنه نظام واحد. وحيث يبدو أن البعض يقوم بعمل جيد بشكل استثنائي بالنظر الى الظروف العامة، فان بعضاً أخر يركز على تقديم الرعاية العلاجية بنوعية تثير الشك، بينما يتحرك أخرون في الاتجاه الصحيح، ولكن يواجهون مشكلة جدية تتعلق بنقص الموارد، سواء المالية أو البشرية - التقنية أو الادارية.

وبالرغم من عدم التجانس، فان قطاع المنظمات غير الحكومية يعتبر واحداً من الأطراف الأساسية التي ساهمت في بناء بنية تحتية لمقاومة الاحتلال من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية. ففي هذا القطاع بالضبط تم بناء بعض النماذج المبتكرة والبارزة، مثل تقديم الرعاية الصحية الأولية بشكل يلائم الظرف العام، وتنمية موارد بشرية جديدة، مثل عاملات صحة المجتمع وعاملي التأهيل. كما أنه في هذا القطاع أيضاً بني العمل المجتمعي واكتسبت الخبرة في بناء النماذج، وكذلك في عملية البناء الديمقراطي. ان هذه التجارب والخبرات تمثل عنصرا حاسماً ليس للتنمية المستقبلية لقطاع الرعاية الصحية وحسب، بل وفي الانتقال التدريجي للفلسطينيين نحو المجتمع المدني. اذاً فبالنظر الى الظروف السياسية الاستثنائية التي تعمل هذه الأطراف في ظلها، يظل ما هو قائم في الميدان انجازاً كبيراً، بغض النظر عن بعض الاخفاقات في هذا القطاع.

- ان نتائج الدراسة تبرز احتمال حدوث أزمة شديدة في نظام الرعاية الصحية في المستقبل القريب، وتؤكد احتمال أن يكون لهذه الأزمة تأثيراً أشد على القطاعات المحرومة. ان قسماً كبيراً من العيادات غير الحكومية، على الأرجح ١٥٠ من مجموع حوالي ٤٤٠ عيادة، قد تعرض للاغلاق حتى نهاية العام ١٩٩٤. ويعتقد أن ذلك قد جرى بسبب الأزمة المالية التي تعرضت لها المنظمات غير الحكومية عامةً في البلاد خلال ما يقارب العامين الماضيين. ويبدو أن المناطق المحرومة أصلاً، مثل الجزء الشمالي من الضفة الغربية، هي ذاتها التي تتأثر أكثر من غيرها باغلاق العيادات. ان هذه النتائج تنبه الى احتمال حدوث أزمة شديدة في نظام الرعاية الصحية في المستقبل القريب، بحيث تصيب السكان المحرومين بقدر أكبر من سائر الفئات السكانية. فضلاً عن ذلك، فانها تنبه الى مخاطر انهيار هذا النظام الذي قامت عليه الخبرات وعمليات المشاركة، والتي تعتبر تجارب ذات أثر حاسم للتنمية المستقبلية لنظام الرعاية الصحية الفلسطيني ولبناء الديمقراطية، وليس فقط لتلبية الاحتياجات الراهنة للسكان في مجال الرعاية الصحية.

- ان نظام الرعاية الصحية في وكالة الغوث (الأونروا) يتصف بتجانس داخلي، وبوجود عناصر برامجية متطورة الى حد ما في نشاطاتها قياساً بالقطاعات الأخرى. الا أنه بسبب الضغط الشديد للمرضى في هذه العيادات - بمتوسط وقت يساوي ٤ دقائق للمريض الواحد - فان النشاطات لا تزال مركزة على الرعاية العلاجية، الى جانب رعاية الحوامل والتطعيم وبعض البرامج الجديدة الموجهة نحو رعاية الفئات الخاصة. وقد أثارت المحادثات، بصورة ثابتة، بعض الأسئلة والملاحظات، بما في ذلك من العاملين في النظام نفسه، حول قدرة الطاقم على أداء الوظائف المحددة لهم بشكل ملائم. لقد أثيرت أسئلة تتعلق بالطبيعة البيروقراطية المفرطة لادارة العمل، والتي تجعل من الصعب القيام بعمل جماعي حقيقي في الرعاية الأولية. كما أن الطبيعة العمودية للروابط الادارية، الى جانب عوامل أخرى، تجعل من المستحيل تقريباً اقامة الصلة مع القطاعات الأخرى، كالتعليم مثلاً، وحتى مع القطاع التعليمي في الوكالة نفسها. كما أثيرت أسئلة بخصوص الاطر البنيوية لوكالة الغوث التي تجعل المشاركة المجتمعية الحقيقية أمراً غير واقعي.

- ان الملاحظات التي قدمها بعض الممارسين في نطاق وكالة الغوث وخارجها، الى جانب المهنيين المحليين ذوي الخبرة، والملاحظات التي أمكن رؤيتها من خلال العمل الميداني، بمجموعها تقودنا الى البدء بطرح سؤال هام حول جودة الرعاية في نظام وكالة الغوث، وفعاليتها من منظور الرعاية الصحية الأولية. وفي حين أن الفحص الدقيق لهذه القضايا يتطلب نوعاً أخر من البحث، فان النتائج الأولية لهذه الدراسة تشير الى وجود مشاكل في حاجة الى معالجة.

وينبغي أن تثار هذه الأسئلة الآن بالضبط لأنه يجري حالياً الترويج لنظام وكالة الغوث كنموذج لنظام الرعاية الصحية الوطني الفلسطيني. ولا شك أن نظام الوكالة يبدو الأفضل من ناحية الخطط والتصميم، الا أن هناك عدداً من العوامل التي قد تحول دون أن يكون هذا النظام أفضل نموذج يمكن أن يختاره الفلسطينيون لأنفسهم. ومن هذه العوامل: صياغة السياسات والخطط بطريقة غير مشاركة، والتمييز المتأصل بين الجنسين في تقديم الخدمات، والبيروقراطية المفرطة، وغيرها (٣٧).

من المهم التعلم من التجربة التي ولدتها وكالة الغوث على مر السنوات مع المحافظة في الوقت ذاته على نظرة انتقادية نحو بعض المشاكل الصعبة في هذا النظام.

---

(٤٢) مثلاً، ان المرأة اللاجئة التي تتزوج من رجل غير لاجىء لا تستطيع أن تدخل أطفالها للانتفاع من خدمات وكالة الغوث، لأن تعريف الوكالة للاجىء يعتمد على مبدأ رب الأسرة الرجل. حول هذا الموضوع يمكن الرجوع الى:

Cervenack, C., "Promoting Inequality: Gender Based Discrimination in UNRWA's Approach to Palestine Refugee Status," *Human Rights Quarterly*, Vol. 16(2) (May 1994).

أما فيما يتعلق بتعزيز حقوق المرأة والمشاركة المحلية في وضع السياسات والتخطيط في وكالة الغوث، فمن الملفت للانتباه أن هناك وثيقة جديدة أصدرتها الوكالة بخصوص التخطيط المستقبلي تناصر مبدأ مشاركة المجتمع وقضية المرأة وحقوقها، الا أنها تتجاهل بشكل كلي تقريباً نشاطات المنظمات غير الحكومية التي حضنت تقريباً كل نشاط الحركة النسوية. ان ذلك يثير التساؤلات حول ما يقصد بالضبط بمشاركة المجتمع وتعزيز حقوق المرأة، حينما لا يجري اشراك هذه الأطراف الفاعلة الرئيسية في المشاورة ووضع السياسات والتخطيط. أنظر:

UNRWA Four Year Forward Planning, 1995-1998 (Geneva: UNRWA Program Planning and Evaluation Office, 1994).

في الخلاصة، ان التحديات التي تواجه الفلسطينيين خلال المرحلة الانتقالية ضخمة بقدر لا يستهان به. فان السنوات العديدة، بل وحتى القرون من الاستعباد والقهر الوطني قد أدت الى حدوث تشوهات ليس في الأنظمة فقط، بل وفي الوعي كذلك. وبسبب كل أشكال المنافسة، الفئوية والمؤسساتية والشخصية وغيرها، والتي تركت أثرها على نظام الرعاية الصحية أيضاً، فمن الواضح أن ما يلزم لانجاز استصلاح حقيقي في نظام الرعاية الصحية هو التعاون الفعلي وبناء النظام بشكل ديمقراطي ومشارك. ويجب أن يجري التركيز أولاً وقبل كل شيء على تنمية الموارد البشرية، وتبادل الخبرات، وتجميع الموارد، واستخدام الخبرات المختلفة المتوفرة لاحداث التغيير كبديل عن محاولات السيطرة والتحكم.

وبالرغم من الأعباء والمشاكل التي يعاني منها كل من قطاعات الرعاية الصحية الثلاثة، فان الجوانب الايجابية واضحة أيضاً ولا يجوز اغفالها لأنها يمكن أن تشكل قاعدة للعمل الفعال في المستقبل. وفي هذا السياق، يمكن أن تحقق الدراسات المنهجية لمختلف جوانب عمل القطاعات الثلاثة فائدة كبيرة في تقرير النماذج أو الأجزاء من النماذج التي يمكن تبنيها لاقامة نظام رعاية صحية على المستوى الوطني العام. وسيكون من المفيد والمهم اجراء تحليل للتكلفة في مقابل الفائدة لكل من القطاعات الثلاثة، اذ لن يكفي النظر الى توفر الخدمات ونوعيتها بدون النظر أيضاً الى التكاليف الناجمة عن تقديم الخدمات الصحية للسكان. وبامكان تحليل التكلفة في مقابل الفائدة أن يقدم اضافة هامة لأنواع المعلومات الأخرى في وضع الأساس الذي يمكن الفلسطينيين من ترشيد اختياراتهم أثناء مد أنظمتهم للرعاية الصحية على المستوى الوطني العام.

من الواضح أن التعاون بين القطاعات في هذه المرحلة يعتبر شرطاً مسبقاً لنجاح العمل المستقبلي. وينبغي لتحقيق هذا الهدف أن يتم تحطيم العديد من الحواجز، وأن تبدأ الأطراف الفاعلة المختلفة باجراء حوار فيما بينها وفقاً لخبرة كل منها، والعمل معاً على بناء السياسة الوطنية على النحو الذي يحقق مصلحة الأغلبية. ولسوء الحظ، فان التصدعات بين القطاعات المختلفة تمثل في الواقع حواجز متعددة أمام تطوير نظام رشيد وفعال على المستوى الوطني العام.

ان المفارقة تكمن في أن السلطة الفلسطينية الوليدة والمنظمات الفلسطينية غير الحكومية ووكالة الغوث الدولية كل منها بحاجة الى الأخرى، اذا أرادت السعي الى استصلاح وتطوير نظام الرعاية الصحية الفلسطيني بشكل فعال. وفي نهاية الأمر، فان الكفاح من أجل الصحة والكفاح في داخل قطاع الصحة يمكن أن يبدو اختباراً حقيقياً للنجاح. فقد كانت الرعاية الصحية حلبة صراع هامة لأسباب تاريخية مختلفة. ويمكن القول أنه اذا نجح الفلسطينيون في اعادة بناء نظام وطني للرعاية الصحية قادر على الحياة وبأساليب ديمقراطية، فقد يكون نجاحهم مؤشراً على فرص نجاحهم كذلك في بناء دولة فلسطينية ديمقراطية. وبهذا المفهوم، نأمل أن تساعد هذه الدراسة في تحديد الملامح البارزة لنظام الرعاية الصحية، وصياغة السياسات وخطط العمل، بالتركيز على الموارد البشرية التي تعتبر العنصر الأهم في تنمية الرعاية الصحية.

الملاحق

الملحق رقم ١

توزيع العيادات التي شملتها الدراسة حسب المنطقة

المنطقة	عدد العيادات
بيت لحم	١٧
قطاع غزة	٣٢
الخليل	٢٦
جنين	٢٣
أريحا / الغور	٦
القدس	٩
نابلس	٢٠
رام الله	٣٤
طولكرم	٢٦
مجموع عيادات الدراسة	١٩٣

الملحق رقم ٢

توزيع العيادات المغلقة من بين العينة الأصلية حسب المنطقة

المنطقة	عدد العيادات
بيت لحم	٤
قطاع غزة	٠
الخليل	٦
جنين	٧
أريحا / الغور	١
القدس	٢
نابلس	٥
رام الله	٩
طولكرم	٤
مجموع العيادات المغلقة	٣٨

الملحق رقم ٣

توزيع العيادات المغلقة من بين العينة الأصلية

حسب المؤسسات التي تديرها

المؤسسات التي تدير العيادات	عدد العيادات المغلقة
مجلس الخدمات الصحية الفلسطينية	١٩
اتحاد لجان الاغاثة الطبية الفلسطينية	١
اتحاد لجان العمل الصحي الفلسطيني	٢
اتحاد لجان الرعاية الصحية الفلسطينية	٨
الجمعيات الخيرية	٨
المجموع	٣٨

الملحق رقم ٤ (أ)

قائمة المهنيين ذوي الخبرة الذين جرت محادثتهم

الضفة الغربية

الاسم	الوظيفة	المؤسسة
ابراهيم دعيبس	باحث ومدرب	البرنامج الاعلامي للتطوير الصحي
أمين ثلجي	مدير	مستشفى المقاصد الخيرية الاسلامية
أمين مسعد	مسؤول الطب الوقائي	وكالة الغوث الدولية (الأونروا)
أنور دودين	رئيس قسم الأطفال	مستشفى المقاصد الخيرية الاسلامية
حسام صيام	نائب مدير قسم الصحة	وكالة الغوث الدولية (الأونروا)
حلوة قسيس	مديرة قسم التمريض	مستشفى المقاصد الخيرية الاسلامية
خالد النبريص	مدير برامج	منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)
خديجة معدي	محاضرة في التمريض	معهد تدريب المعلمات - الطيرة
دايان ابراهيم	عميدة كلية التمريض	جامعة بيت لحم
كريس سميث	منسق خطة العمل الوطنية	منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)
لورا ويك	منسقة مساعدة لبرنامج الصحة	منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)
مصطفى البرغوثي	• رئيس • مدير	• اتحاد لجان الاغاثة الطبية الفلسطينية • البرنامج الاعلامي للتطوير الصحي
مها ياسمينة	مديرة قسم التمريض	مستشفى أوغستا فيكتوريا (المطلع)
نجوى رزق الله	مستشارة ومدربة	رام الله
نديم طوباسي	مدير دائرة الصحة العامة	القطاع الحكومي
نعيم أبو طير	مدير	اتحاد لجان العمل الصحي الفلسطيني

الملحق رقم ٤ (ب)

قائمة المهنيين ذوي الخبرة الذين جرت محادثتهم

قطاع غزة

الاسم	الوظيفة	المؤسسة
حميد أبو موسى	مسؤول الطب الوقائي	وكالة الغوث الدولية (الأونروا)
حيدر عبد الشافي	رئيس	جمعية الهلال الأحمر
رياض الزعنون	وزير	وزارة الصحة
سهيلة ترزي	مديرة	المستشفى الأهلي العربي
عائشة بن سعيد	مديرة قسم التمريض	وكالة الغوث الدولية (الأونروا)
يحيى عابد	مدير الخدمات الوقائية	الصحة الحكومية