



**الجمهورية اليمنية**  
وزارة الصحة العامة والسكان  
قطاع السكان



**البرنامج اليمني الألماني للصحة الإنجابية**  
وزارة الصحة العامة والسكان- التعاون الفني الألماني- البنك الألماني  
لإعادة الإعمار- مركز الهجرة الدولية- المؤسسة الألمانية للتنمية

توثيق التجربة الإسترشادية للترويج المجتمعي للصحة  
الإنجابية لتقييم الجدوى منها في اليمن  
ابريل 2007  
إعداد: عبد القوي علي حسان  
تحليل البيانات: د. جمال بعثر

## 0. ملخص

## 1. خطوات الإعداد

- 1.1. مدخل
- 2.1. مناقشة الترويج المجتمعي للصحة الإيجابية مع مدراء الصحة الإيجابية والسلطات الصحية
- 3.1. تحديد مناطق التجربه
  - 1.3.1. البحث عن شركاء
  - 2.3.1. اشراك المنظمات غير الحكوميه والجمعيات
  - 3.3.1. الزيارات الميدانيه وبدء الحوار مع قادات الرأي في المجتمع
  - 4.3.1. الإختيار النهائي لمناطق التجربه
  - 5.3.1. تدريب حول الخلافات المحتملة المحتمله للترويج واختيار المتطوعين
  - 6.3.1. الزيارات الميدانيه الثانيه وطرح الفكرة على المجتمعات
  - 7.3.1. اختيار المتطوعين
- 4.1. إيجاد نقطة تواصل مع قطاع السكان في وزاره
- 5.1. إعداد مفهوم التدريب
  - 1.5.1. محتوى التدريب وأدواته
  - 2.5.1. المدربون
- 6.1. التدريب
  - 1.6.1. موقع التدريب وقضايا تنظيميه
  - 2.6.1. طرق التدريب
  - 3.6.1. ادوات المتطوع
  - 4.6.1. الإفتتاح الرسمي والتغطيه الإعلاميه
  - 5.6.1. تدريب الطاقم الصحي المصاحب لتدريب المتطوعين وربطه بأنشطة البرنامج
  - 6.6.1. تقييم التدريب

## 2. تدشين الترويج المجتمعي للصحة الإيجابية

- 1.2. الإمداد بوسائل تنظيم الأسرة للمتطوعين
- 2.2. تقديم المتطوعين الى السلطات الصحية
- 3.2. اشراك العاملين الصحيين في المرافق الصحية القريبه من مناطق التجربه
- 4.2. تقديم المتطوعين الى مجتمعاتهم وأول انطباع على الواقع

## 3. مراقبة التجربه

- 1.3. الغرض من التقييم وخطته
  - 1.1.3. رصد اثر التجربه من وجهة نظر المجتمع
  - 2.1.3. مراقبة اداء المتطوعين والأثر المترتب على اداء المتطوعين
- 2.3. فريق التقييم والرصد
- 3.3. ما هي فوائد الترويج المجتمعي للصحة الإيجابية على المجتمع
  - 1.3.3. العلامات الخطره اثناء الحمل والولادة
  - 2.3.3. الإعداد للولاده
  - 3.3.3. وجود المتطوع وتقبله من قبل المجتمع والخدمات التي يوفرها

- 4.3.3. سهولة الوصول والحصول على الخدمة كما يدركها المستفيدون من الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية
- 5.3.3. هل الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية مقبول؟
- 6.3.3. هل رفع الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة؟
- 7.3.3. هل حسن الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية استخدام خدمات الطوارئ التوليدية؟
- 4.3. هل الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية ذو جدوى ومستدام
- 5.3. ما اثر الترويج على الخدمات الصحية في المرافق الصحية الحكومية؟
- 6.3. كيف تم تامين الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية
- 1.6.3. رد فعل قادة المجتمع
- 2.6.3. رد فعل السلطات الصحية
- 3.6.3. رد فعل المجتمعات
- 4.6.3. كيف تناولت وسائل الإعلام الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية
- 7.3. الآثار الجانبية السلبية و الإيجابية للترويج المجتمعي للصحة الإنجابية؟
- 8.3. توفر وسائل تنظيم الأسرة
- 9.3. خلاصة النتائج المهمة والوقائع المهمة والأنشطة المترتبة عليها والتوصيات
- 10.3. الدروس المستفادة فيما يتعلق بالجوانب التالية:
- 1.10.3. التهيئة والإعداد
- 2.10.3. اختيار مناطق التجربه
- 3.10.3. اختيار المتطوعين
- 4.10.3. بتدريب المتطوعين
- 5.10.3. تدشين الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية
- 6.10.3. الإجراءات المصاحبه للترويج المجتمعي للصحة الإنجابية
- 7.10.3. فوائد الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية

#### 4. الإستنتاجات والتوصيات

## 0. ملخص

إن تلبية الحاجة غير الملبيه للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة هو تحد كبير امام قدرات النظام الصحي في اليمن. والأسباب الرئيسية وراء ذلك هي: البطء في تطبيق اللامركزية، عدم كفاية الكادر الصحي المؤهل، موازنة تشغيلية غير كافية.

إن تنفيذ التوزيع المجتمعي للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة هي استراتيجية موصى بها منذ فتره طويله كتندخل تكميلي لمواجهة احتياجات السكان من وسائل تنظيم الأسره. وبالرغم من وجود النية للقيام بذلك ومن وجود البراهين في مختلف الدول على أن التوزيع المجتمعي للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة قد يزيد استخدام هذه الوسائل بشكل ملحوظ وخاصة في المناطق التي يصعب وصول الخدمات الصحية إليها، هناك شك كبير ومعارضة تطبيق التوزيع المجتمعي في اليمن.

ولغرض ايجاد بعض البراهين حول التوزيع المجتمعي كدليل لاتخاذ قرار، فإن وزارة الصحة العامة والسكان اتخذت القرار لتنفيذ تجربته استرشاديه لتقييم جدوى التوزيع المجتمعي في البيئه اليمنيه وذلك في اطار البرنامج اليمني الالمانى للصحة الإنجابيه. الفترة الكاملة للتجربه هي سنتين، حيث أن الوقت الأكبر كان في خطوات الإعداد والمؤازره . تقييم التجربه تم خلا سنة اشهر في مناطق تنفيذ التجربه.

تمت التجربه من خلال تدريب 34 متطوعا في 17 قرية في المحافظات الخمس التي ابدت استعدادها لتنفيذ التجربه. المتطوعون هم ذكور وإناث تم تدريبهم لمدة خمسة ايام زُودوا بمعلومات حول الإعداد للولاده و تنظيم الأسره، وسيقومون بتوزيع علب الولاده النظيفة و الواقي الذكري واقراص منع الحمل للنساء اللاتي ذهبن الى المرفق الصحي ثم احلن الى المتطوع لصرف الأقراص شهريا لهن. بعد سنة اشهر، نسبة التغطية باستخدام وسائل تنظيم الأسره الحديثة وصل الى 18% في القرى التي تُجرى فيها مقارنة بالنسبة على المستوى الوطني في المناطق الريفية 9.2%. بلغ متوسط عدد مستخدمي وسائل تنظيم الأسره الحديثة ثمانية لكل متطوع. السلطات الصحية المحليه وقادة الرأي في المجتمع كانوا ايجابيين وداعمين خلال فترة التجربة وأوصوا بمواصلة هذه الطريقة وتعميمها.

لقد اظهرت التجربة وبشكل جلي أن الترويج المجتمعي للصحة الإنجابيه طريقة ناجحة جدا في زيادة استخدام وسائل تنظيم الأسره وانها تُقبل بشكل واسع. وعليه، فيوصى بتوسيعها بشكل سريع وذلك باستخدام كل الإمكانيات التي يوفرها المجتمع المدني اليمني بتوجيه وقيادة النظام الصحي وفي اطار الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابيه واستراتيجية القطاع الصحي وذلك للتعامل مع النمو السكاني الخطير في اليمن.

المانحون المحليون والدوليون مدعوون لدعم وزارة الصحة العامة والسكان في توسيع الترويج المجتمعي للصحة الإنجابيه، وستتصب الجهود بشكل اساسي على: (أ) توفير وسائل تنظيم الأسره ووسائل تغير السلوك (عدد كبير من الورق القلاب المتعلق بمشورة تنظيم الأسره يحتاج الى اعادة طباعه)، (ب) دعم التكاليف المتعلقة بالتدريب و بناء قدرات منظمات المجتمع المدني ومتابعة المتطوعين، (ج) بناء قدرات وتمويل بحوث عملياتيه في تنفيذ نماذج متنوعه من الترويج المجتمعي للصحة الإنجابيه.

### 1. خطوات الإعداد:

#### 1.1. تقديم فكرة التوزيع المجتمعي للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة

بالرغم من التوصيات لوزارة الصحة العامه والسكان بتطبيق فكرة التوزيع المجتمعي للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة (تقرير ضمان الإمداد بوسائل تنظيم الأسرة مايو/يونيو 2002 الصادر عن صندوق الأمم المتحدة للسكان) الا انه لم يتم تجريب التوزيع المجتمعي من قبل في اليمن. الخبرات الدولييه اظهرت أن التوزيع المجتمعي يمكن ان يكمل الخدمات المرتكزه على المرفق الصحي ويزيد من سهولة الوصول والحصول على خدمات تنظيم الأسره. اظهرت دراسته ان النساء غالبا لا يستخدمن المرفق الصحي بسبب عبء العمل الملقيه على عواتقهن في المنزل وكذلك بسبب الإنتظار الطويل والإفتقار الى الخصوصية (انظر المرجع 10).

لقد تم تجريب طرق مختلفة لتجاوز هذه العوائق وذلك بتوفير وسائل تنظيم الأسره والمشوره وجعلها قريبا من المجتمعات، وإحدى هذه الطرق هي اشراك افراد المجتمع انفسهم في توفير المشوره والوسيله. والمبدأ الأساسي في مثل هذا التوزيع المجتمعي هو تزويد المستخدم بخدمات وسائل تنظيم الأسرة في اماكن اقامتهم حيث يعيشون، مستخدمين افراد مدربين من المجتمع.

أظهرت دراسات للتجارب في الثمانينات والتسعينات من القرن العشرين في اسيا وامريكا اللاتينية (انظر المرجع 2،1) أن وسائل تنظيم الأسرة يمكن ان تُوزع وبشكل فعال في المجتمع بواسطة وسائل غير تقليدية أو سريريته، في افريقيا تم تنفيذ وتقييم عدد كبير من برامج التوزيع المجتمعي للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة (انظر المرجع 3،5،6،8،9). طبقاً لمسح تم تنفيذه في عام 1994 بواسطة الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) - اقليم افريقيا بالتعاون مع منظمة صحة الأسرة الدولية (FHI)، (انظر المرجع 10 ص 4) فإن 82% من اجمالي 28 جمعيه تنظيم اسره تنفذ برنامج التوزيع المجتمعي للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة والكثير من هذه البرامج تزود المستخدمين بأقراص منع الحمل الفمويه (82%) باستخدام قائمة مرجعيه (72%). وعلى اي حال فإن نصف هذه الجمعيات تسمح لكوادرها بتوزيع موانع الحمل الفمويه الى المستخدمين بدون معاينه من قبل كادر صحي مؤهل. البعض يلزمهم القيام بزياره الى الطبيب قبل الحصول على الأقراص من قبل المتطوع (42%). والبعض الاخر يتطلب الى متابعه خلال الستة الأشهر الأولى أو السنه الأولى من استخدام الوسيلة. الأغلبية توزع من ثلاث الى ست دورات في الزيارة الواحدة بعد المعايينه الأولى.

من التجارب الدولية نستطيع ان نخلص الى التالي:

- التوزيع المباشر والسهل لوسائل تنظيم الأسرة يمكن ان يؤدي الى زيادة سريعه في استخدام وسائل تنظيم الأسرة، نسبة الإستخدام يمكن ان ترتفع بشكل واضح من خلال المتطوعين
- إن التوزيع للوسائل من قبل المتطوعين هي طريقة مقبولة ثقافيا في المناطق الريفيه
- إن تزويد المستخدمين بوسائل تنظيم الأسرة لا يزيد من المخاطر الطبيه للأثار الجانبية
- إن المتطوعين المدربين تدريباً جيداً قادرين على التعرف على موانع اعطاء الأقراص، وقادرين على اعطاء المستخدمين المعلومات الصحيحة والملاحظات القيمة.

## 2.1. مناقشة الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية مع مدراء الصحة الإنجابية والسلطات الصحية:

تم تقديم فكرة الترويج المجتمعي في اطار البرنامج اليميني الألماني للصحة الإنجابية الى مدراء عموم مكاتب الصحة، مسؤولي الرعاية الصحية الأولى ومدراء الصحة الإنجابية في المحافظات السبع التي يعمل بها البرنامج اليميني الألماني في ورشة عمل في بداية 2005.

ظهرت اراء مختلفة لدى المشاركين في الورشة حول التوزيع المجتمعي، وعدد من الأسئلة. بعض المشاركين كانوا مترددين، البعض الاخر فضلوا بان يروا نتائج التجربة في المحافظات الأخرى ومن ثم سيقروا. وقد تم الإتفاق على ان تبقى التجربة صغيرة حتى يتم التحكم بها في حالة حدوث أي ردود افعال غير متوقعة ثم اعطاء تحليل تفصيلي اثناء التجربة.

وفي نفس ورشة العمل حدد المشاركون الذين لديهم الرغبة بتنفيذ التجربة في محافظاتهم بعض المناطق والتي يمكن تنفيذ التجربة فيها، وتحديد المناطق كان بناءً على التالي:

- تحديد من قريتين الى اربع قرى في كل محافظة لتنفيذ التجربة
- هذه القرى يجب ان تقع ضمن زمام سكاني لمرفق صحي يقدم خدمات صحية بما فيها خدمات صحة انجابية
- المجتمع في هذه القرى لديه الرغبة في تقبل الفكرة

## 4.6. تحديد مناطق التجربة:

### 1.3.1. البحث عن شركاء محتملين

كانت فكرة البرنامج اليميني الألماني ان ينفذ التجربة من خلال منظمات المجتمع المدني، ولكن وحتى قبل ان يتم الشروع في تقييم قدرات هذه المنظمات فإنه كان واضحاً بأن أي منها لا يعرف شيئاً عن التوزيع المجتمعي للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة وكذلك لم يكن لديها روابط كافية مع النظام الصحي لضمان القيام بالتجربة بناءً على ثقة وتمكين كل من الطرفين، ولو حظ ايضاً ان هذه المنظمات او الجمعيات تفتقر الى الهيكلية التنظيمية التي تضمن تنفيذ منطقي للتجربة وفي الوقت المناسب. وبما انه ينظر الى الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية على انه موضوع حساس فقد تم الإتفاق على ان يتم اشراك منظمات المجتمع المدني قدر الإمكان على ان تبقى السلطات الصحية هي القيادية في مرحلة التجربة.

### 1: معايير اختيار مناطق التجربه الإسترشادية للترويج المجتمعي

- ليس من الصعب جدا الوصول اليها
- ان تقع ضمن زمام سكاني لمرفق صحي يقدم خدمات صحية بما فيها خدمات صحة انجابيه
- لا يوجد فيها خلافات داخلية كبيرة
- المجتمع منظم الى حدما وداعم للأعمال الطوعيه

وكخطوة تالية، فقد تم دعم السلطات الصحيه في المحافظات الخمس التي ابدت استعدادها لتنفيذ التجربه على تحديد القرى التي ستجرى فيها التجربه. اختيار القرى تم بناءً على المعايير التاليه:

### 2.3.1. اشراك المنظمات غير الحكوميه والجمعيات المحليه

بالرغم من الصعوبات المذكوره اعلاه المتعلقة بقدرات المنظمات غير الحكوميه ومنظمات المجتمع المدني المحليه في المحافظات التي تجرى فيها التجربه الا ان البرنامج حافظ على جهوده في اشراكها. تم اشراك اتحاد نساء اليمن في المحافظات التي ينشط فيها وأبدى استعداده للقيام بدور في التجربه (ابين، المحويت، اب) و منظمة كير العالميه (حجه) في اختيار مواقع التجربه وكذلك في اختيار المتطوعين طبقا لقدراتها التنظيميه. إن وجود مثل هذه الجمعيات على مستوى المجتمعات مؤثر جيد يدل على ان المجتمع منظم الى حد ما، وعلى صعيد اخر فإن وجودها يجب ان يساعد في تسهيل تنفيذ تجربة الترويج المجتمعي للصحة الإنجابيه واحتمال الإنتقال التدريجي لأنشطة التجربه الي هذه الجمعيات في المستقبل.

### 3.3.1. الزيارات الميدانيه وبدء الحوار مع قادة الرأي في المجتمع

ولغرض التخطيط لأنشطة اخرى للترويج المجتمعي للصحة الإنجابيه فإنه من المهم ملاحظة انه في مرحلة التجربة فإن اختيار القرى بشكل مبدئي كان من قبل المختصين (مكتب الصحة في المحافظة، مكتب الصحة في المديرية والجمعيات العاملة في المنطقه) على اساس معايير من ضمنها تقبل لفكرة تنظيم الأسره في المجتمع و وجود حاجة لتنظيم الأسره ورغبة في العمل الطوعي في توفير الخدمه وهذه حسب ما اعتقده المختصون، وليس على حاجة المجتمع لهذه الخدمة حسب قول المجتمع نفسه

وبعد تشكيل قائمه المبدئية للقرى التي ستنفذ فيها التجربه، قام فريق مشكل من البرنامج اليمني الألماني للصحة الإنجابيه و مكتب الصحة بالمحافظة ومكتب الصحة بالمديرية والجمعيات الموجودة وكادر المرفق الصحي القريب من القرية المختاره بزيارات ميدانيه الى القرى لغرض تقديم فكرة الترويج المجتمعي والتحقق من أن القرى المختاره لديها الرغبة في تجربة الترويج المجتمعي للصحة الإنجابيه. قام الفريق اثناء الزيارات بجمع معلومات سكانيه عن القرى المختاره كعدد السكان وعدد الأسر في القرية. بالإضافة الى ذلك فإن الزيارات عملت على التحقق من ان القرى تنطبق عليها المعايير (انظر 1.3.1) وهذا بدوره ادى الى الإختيار النهائي للقرى التي تم تنفيذ التجربه فيها وعددها 17 قرية.

### 4.3.1. الإختيار النهائي للقرى

القرى التي تم اختيارها لتنفيذ التجربه في المحافظات الخمس (ابين، اب، المحويت، حجه، صنعاء) هي مناطق ريفيه، قليل منها على الساحل والباقي هي مناطق جبليه كما هو حال معظم القرى في اليمن.

اصغر قرية تم اختيارها يسكنها حوالي 350 نسمة وأكبر قرية يسكنها حوالي 2500 نسمة. ان متوسط السكان للقرية هو 1000 نسمة تقريبا.



إن سهولة الوصول الى القرية يختلف من قرية الى اخرى، فنجد ان بعضها يمكن الوصول اليه بواسطة طرق اسفلتية حتى القرية بينما بعضها يمكن الوصول اليها من خلال طرق جبليه متوسطة الوعورة بينما البعض الآخر يمكن الوصول اليها بواسطة طرق جبليه صخرية وعرة جدا.

إن الوقت والمسافة الى قرى التجربة يختلف من قرية الى اخرى وقد يستغرق 20 دقيقة بالسيارة من مركز المديرية الى بعض القرى والوصول الى قرى اخرى قد يستغرق الى ساعه كامله بالسيارة

بعد القيام بالزيارات الى القرى المختاره مبدائياً، تم عقد ورش عمل في عموم المحافظات وفي الورش كان المشاركون هم الميسرون المحتملون لتجربة الترويج المجتمعي للصحة الإنجابيه ( الكادر الصحي، السلطات الصحيه، اعضاء الجمعيات المحليه) وكان هدف الورشه هو تبادل المعلومات والملاحظات من الزيارات الميدانيه وخلصوا الى الإتفاق النهائي على القرى المختاره والتي ستنفذ فيها التجربه. في الورشه ايضا تم مناقشة وإثراء معايير اختيار المتطوعين، تم ايضا في نفس الورشه اعداد خطط مبدئيه لتنفيذ التجربه.

جدول 1: خلاصه عن قرى تجربة الترويج المجتمعي للصحة الإنجابيه 2007/2006

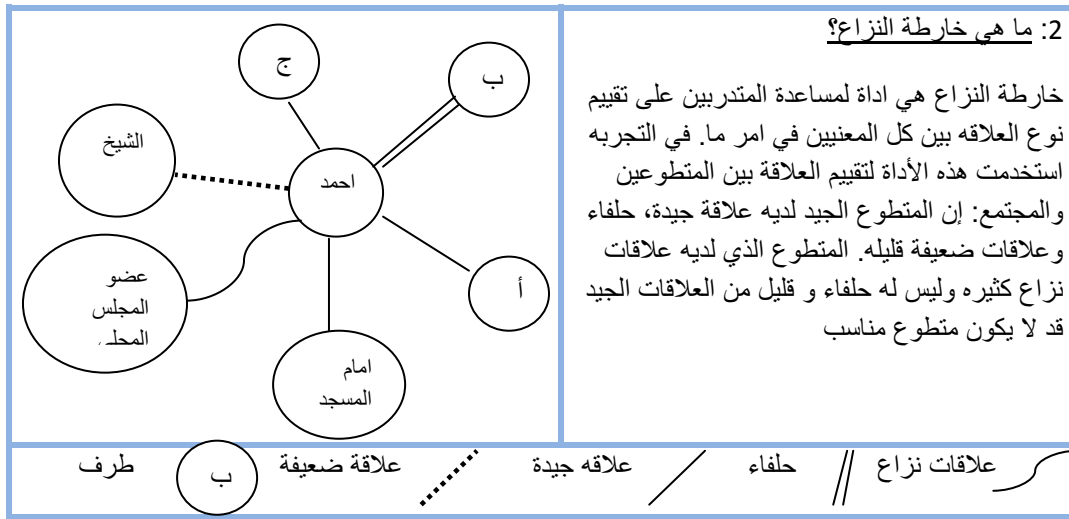
المحافظة	المديرية	القرية	السكان (بناء على أقوال عاقل القرية)	النساء في سن الإنجاب (اجمالي عدد السكان X 100/20)
ابين	زنجبار	الشيخ عبد الله	1000	200
		الشيخ سالم	700	140
المحويت	المحويت	مسجد العر	1380	276
		ردمان	350	70
		بيت الشعثمي	790	158
	الرجم	عجامه	350	70
		الحرف	732	147
		مبين	1700	340
حجه	مبين	جبل الأديعه	1700	340
		بني حبيش	1300	260
	كحلان عفار	القمه	950	190
		خولان	950	190
اب	اب	المنزله	600	120
		العدن	1500	300
	السيره	الحقل	800	160
		منزل الطاحون	2500	500
صنعاء	مناخه	العبرات	1050	210
		موسنه	500	100
اجمالي عدد السكان			17152	3431

### 5.3.1. تدريب حول التعامل مع الخلافات المحتمله للترويج واختيار المتطوعين

التعاون التنموي الألماني يتبع قاعدة "لا ضرر" ويهدف الى ضمان تجنب اذكاء الصراع بل يساهم في جهود تخفيف النزاع. إن تقديم فكره جديدة تماما على المجتمعات الريفية و التحدث عن مواضيع الصحة الإنجابيه و خطر إثارة توقعات خاطئه عند المجتمع عند زيارة السلطات الصحيه لهم قد يتوقعوا مثلاً بناء وحده صحيه في القرية أو قد يتوقعوا تعيين

كادر صحي مؤهل في القرية، كل هذا جعل التدريب حول الخلافات المحتملة امر مهم جدا. تم عقد دورة تدريبية قصيرة لكل من سيشارك في تقديم الفكرة الى المجتمعات وسيساعد المجتمعات في اختيار المتطوعين المناسبين. المشاركون في التدريب هم من مكتب الصحة في المحافظة، مكتب الصحة في المديرية، العامل الصحي في المرفق الصحي القريب من القرية وكذلك من الجمعيات. التدريب زود المشاركين بمعلومات ومهارات حول كيفية تقديم فكرة الترويج المجتمعي للصحة الإيجابية ومساعدة المجتمع على اختيار المتطوعين. التدريب شمل العناصر التالية:

- تقديم مفهوم الترويج المجتمعي للصحة الإيجابية وكذلك مفهوم الخلافات المحتملة وخارطة الخلاف
- امثله عن خلافات ناتجة عن اراء ورغبات مختلفه لأفراد المجتمع
- قائمة المشاكل المتوقعه في القرية
- مناقشة وإثراء مواصفات المتطوع مع الأخذ بالإعتبار أ) تفادي الخلاف ب) ضمان ان المتطوعين قادرين على التعامل مع الخلافات المحتمله
- اعداد معايير اختيار المتطوعين
- التدريب على مهارات التواصل ليكونوا قادرين على النقاش والمحاورة في القضايا التي قد يكون حولها خلاف.



### 6.3.1. الزيارات الميدانية الثانية وبدء الحوار مع المجتمعات

بعد التدريب المذكور في 5.3.1 زار الميسرون القرى وجلسوا مع افراد المجتمع في القرى لمساعدتهم على اختيار المتطوعين حسب المعايير. تم مناقشة فكرة الترويج المجتمعي والطريقة التي سينفذ بها مع قادة الرأي وأفراد المجتمع.

الميسرون كانوا ذكور وإناث وبالتالي فقد كانت هناك اجتماعات مع الرجال والنساء في القرية كل على حده. وعادة كانت الاجتماعات سواءً مع الرجال او مع النساء تتم بعد الظهر اثناء المقييل (الرجال) و بعد العصر (النساء). وعادة عندما يحضر فريق الى القرية ويدعو الى اجتماع فإن كل من في القرية تقريبا يحرصوا على حضور الاجتماع.

عدد من حضر الاجتماعات في القرى من الناس اختلف من قرية الى اخرى، في بعض القرى وصل العدد الى 50 شخص



بعد أن تم تقديم فكرة الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية من خلال سلسلة من الاجتماعات كما تم ذكره مسبقاً، فقد طلب من النساء والرجال مناقشة – كلا في مجموعته- من قد يكون قادر على التحدث والترويج للصحة الإنجابية ومقبول من قبل المجتمع قام الميسرون بجذب انتباه الحاضرين في الاجتماع الى المواصفات التي يجب ان يتحلى بها المتطوع على سبيل المثال شخص تحبون أن تستمعوا اليه، قادر على التواصل و محترم ويعيش في القرية.

### 7.3.1. اختيار المتطوعين

بينما سارت عملية اختيار المتطوعين بسهولة ويسر في بعض القرى حتى ان افراد المجتمع في بعضها اتفقوا على من يكون المتطوع قبل وصول الميسرين الى القرية، دار في بعض القرى نقاش ساخن حول اختيار المتطوعين وصل في بعض القرى الى حد النزاع. في ثلاث قرى غادر فريق الميسرين القرية قبل أن يتوصل المجتمع الى أي اتفاق.

وأحد المميزات السلبية الأخرى لاختيار المتطوعين هي أنه في احدى القرى كانت اسرة الشيخ في القرية هي المسيطره على الاجتماع وبالتالي فإن الحاضرين في الاجتماع من افراد المجتمع لم يستطيعوا قول ما يريدون قوله بل يستمعون لما سيقوله الشيخ.

وجدير ذكره هنا أنه في قرية واحدة فقط من القرى الثلاث التي اجلت اختيار المتطوعين لوقت اخر لم يكن الإختيار موفقاً إذ اختاروا فتاة عمرها 13 سنة تقريبا وعند التدريب لم يتم قبولها في التدريب من قبل البرنامج نتيجة لصغر سنها. وفي القريتين الأخرين وُفق المجتمع في اختيار المتطوعين بالرغم من الصعوبات التي واجهوها في البدايه:

في القرية (أ) توصلوا الى اتفاق سلمي حيث أن الطرفين المتنازعين اتفقوا على أن يرشحوا واحد من كل طرف، لكن في الأخير لم يحضر التدريب الا الزوجين المرشحين من قبل غالبية اهل القرية .

في القرية (ب) افراد المجتمع في القرية قرروا عقد اجتماع اخر عندما يتواجد معظم اهل القرية في القرية (يوم الجمعة في فترة المقييل في مجلس الشيخ، وجمع اخر للنساء في مكان اخر)

في القرية التي سيطر الشيخ فيها على الاجتماع وعلى عملية اختيار المتطوعين، تم في هذه القرية اختيار ابن الشيخ وزوجته ليكونوا متطوعين.

#### 4: مميزات المتطوعين في تجربته الإسترشادية للترويج للصحة الإنجابية

- 34 متطوعاً، 16 ذكور/18 اناث
- 7 منهم ذو تعليم عالي (ذكور)
- 9 منهم لديهم الثانويه (ذكور)
- امرأتان فقط عندهن صعوبه في القراءة والكتابة، بقية النساء متعلمات
- ثمانية من المتطوعين لم يكونوا متزوجين او مطلقين (6 من الإناث، 2 من الذكور
- 16 من المتطوعين هم زوج وزوجه، 4 هم اخ وأخت

اثناء التدريب لوحظ أن هذين الزوجين لم يستوعبا المفاهيم الخاصه بالترويج ولم يتوصلا بشكل جيد مع زملائهم الآخرين ولم يكن عندهم الرغبه في استيعاب دورهما والمهام الموكله اليهما. واثناء تجربته لم يكونا متحمسين ونادرا ما كان لديهم مستخدمين لتنظيم الأسرة او لعب الولاة النظيفة

إحدى عوائق اختيار المتطوعين هو المستوى التعليمي المتدني في بعض القرى، بالرغم من المتوقع أن المتطوع قادراً على القراءة والكتابة إلا أن ذلك كان صعباً في بعض المجتمعات وخاصة عند الإناث. في إحدى القرى، وكما ذكر سابقاً اختاروا فتاة عمرها لا يتجاوز 13 سنة لأنها الوحيدة في القرية التي تقرأ وتكتب، وفي قرية أخرى اختاروا أخ وأخت وهما في مرحلة التعليم الأساسي. بقية القرى اختاروا متطوعين مناسبين، فعلى سبيل المثال مدرسين، أئمة مساجد، ربات بيوت. وكان واضحاً فيما بعد أن هؤلاء المتطوعين الذين أختيروا بسبب مستواهم التعليمي ولم تنطبق عليهم المعايير الأخرى لم يُقبلوا بشكل جيد من قبل مجتمعاتهم وكان رد فعل البرنامج أن قام بدعمهم وتشجيعهم ولكن على المدى المتوسط يجب تغييرهم بأخرين مناسبين حسب طلب المجتمع. والجدير ذكره هنا أن المتطوعتين ذات المستوى التعليمي المتدني أظهرتا أداء جيد بالرغم من قصور في بعض الجوانب مثل التصدي للشائعات وإعطاء مواعيد صحيحة لمستخدمي وسائل تنظيم الأسرة. واحده منهن كانت مفيدة جداً لأنها هي بنفسها تستخدم وسيلة لتنظيم الأسرة وبالتالي فقد كانت قدوة لبقية النساء في القرية، كلا المتطوعتين تحسنتا بشكل واضح خلال فترة التجربة. من ناحيته أخرى فقد أثبتتا انهما مدركتان تماماً لحدود مسؤوليتهما وبسألاً دعم الطاقم الصحي متى كان ذلك مناسباً.

وبالرغم من معايير اختيار المتطوعين المحددة والمتفق عليها إلا أنه لوحظ ان اربعة من المتطوعين المختارين لم يكونوا مستقرين في مناطقهم (طلاب، باحثين عن عمل، زوجه لموظف)، هذا بالطبع كان ضاراً على استمرارية توفير الخدمة. اثنان من هؤلاء الأربعة تسربوا تماماً خلال الشهرين الأولين من التجربة

ويمكن استنتاج التالي:

- إن التدريب حول كيفية التعامل مع احتمالات النزاع زود الميسرين بالفهم الأساسي حول كيفية ارشاد المجتمعات في عملية اختيار المتطوعين ولكن في المستقبل سيحتاج الميسرون الى مزيد من الوقت والدعم من قبل خبراء في هذا الجانب اثناء جلسات عملية ليكونوا مفيدين اكثر في الواقع العملي حيث قد يحدث ما لا يُتوقع.
- إن تأثير المشايخ قد يؤدي الى اتخاذ قرارات لا يُقرها المجتمع وقد تكون ذو اثر ضار على نجاح المتطوعين فيما بعد، فالموضوع يحتاج الى التعامل معه بشكل مفتوح عند بدء النقاش مع أي مجتمع معني.
- إن النزاع في القرية بسبب اختيار المتطوعين لا يعتبر من موانع الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية، وعلى كل حال فعلى الميسرين مراقبة المجتمع بحذر حتى يقرروا ما إذا كان النزاع سيتم حله من قبل المجتمع نفسه دون دعم بطريقة بناءة.
- ليس من الضروري أن يكون المتطوع ذو مستوى تعليمي كبير اذا انطبقت عليه المعايير الأخرى، وعلى كل حال في مثل هذه الحالات فإن الرغبة في تنظيم الأسرة والعمل الطوعي يكون الزامي
- يجب ان يُطلب من المجتمع أن يعبر استقرار واستدامة إقامة المتطوعين الذين سيتم اختيارهم اهتماماً كبيراً، أو أن البرنامج قد يدعم المتطوعين في حالة غادروا قراهم ليواصلو الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية اينما يستقرون.

#### 4.1. تعيين منسقين للتجربة في قطاع السكان بوزارة الصحة العامة والسكان

تم عقد اجتماع مع فريق البرنامج اليمني الألماني للصحة الإنجابية و قطاع السكان بالوزارة ترأسته د. أروى الربيع، وكيل الوزارة لقطاع السكان لغرض اطلاق القطاع على خطوات الإعداد لتنفيذ تجربته الإستراتيجية للترويج المجتمعي للصحة الإنجابية. ونتيجة لهذا الاجتماع فقد تم تعيين منسقين للتجربة وهما أ. سميره طاهر و الأستاذ. احمد المشرعي وذلك لضمان تنفيذ التجربة في سياق التوجهات والسياسات الوطنية ولضمان أن الدروس المستفادة تكون كأساس لتطوير مزيد من السياسات المتعلقة بالترويج المجتمعي للصحة الإنجابية.

## 5.1. اعداد مفهوم التدريب

### 1.5.1. محتوى التدريب وأدواته

5: المهام المتفق عليها لمتطوع الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية

- التحدث مع الأقرباء والأصدقاء والجيران لزيادة الوعي لديهم حول تنظيم الأسرة و الإعداد للولادة
- عمل المشورة لتنظيم الأسرة مع الحالات المحتملة والمقتنعة باستخدام وسائل تنظيم الأسرة
- احالة الحالات الجديده لأقراص منع الحمل واللولب والحقن والغرسات وكذا الحوامل لغرض رعاية الحمل الى المرفق الصحي
- توزيع وسائل تنظيم الأسرة (اقراص و واقي ذكري) وكذلك علبه الولادة النظيفه.

بعد عدة نقاشات بين طاقم البرنامج وقطاع السكان، تم الإتفاق على أن تكون مهام ومسؤوليات المتطوع كما هي المذكوره في الجدول 5.

وعليه فقد تم إعداد منهج ودليل التدريب ولمدة خمسة أيام من قبل خمسه مدربين (واحد من البرنامج اليمني للصحة الإنجابيه، اثنين من مكاتب الصحة بالمحافظات، اثنين من قطاع السكان بالوزارة) والمستشار الفني الأول للبرنامج اليمني الألماني للصحة الإنجابيه

- i- ما هو مفهوم تنظيم الأسرة؟
- ii- ما هي فوائد تنظيم الأسرة في مجتمعي؟
- iii- الإسلام وتنظيم الأسرة
- iv- ما هي الخصوبة؟
- v- ماهي "الطرق الطبيعية" لتجنب الحمل ومدى الإعتماد عليها
- vi- ما هي الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة؟
- vii- كيف يمكن ان استخدم الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة؟
- viii- ما هي مزايا و عيوب كل وسيلة؟
- ix- ما هي الأعراض الجانبية لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة ؟
- x- ما هو الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية؟
- xi- كيف يمكن أن اعمل كمتطوع في التوزيع المجتمعي؟
- xii- كيف يمكن التعامل مع النزاع كمتطوع في الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية؟
- xiii- ما هي "علبة ادوات الولادة النظيفة في المنزل" <sup>1</sup> وكيف يمكن ان تستخدم؟
- xiv- ما هي علامات الخطر أثناء الحمل و أثناء الولادة؟
- xv- ما هي الإعدادات للولادة و لماذا هي ضرورية؟
- xvi- ما هو دوري و مسؤولياتي كمتطوع في الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية؟
- xvii- ما هي المعدات اللازمة لذلك؟
- xviii- ما هو الإتصال؟
- xix- ما هي المشورة و ما هو التواصل الجماعي؟
- xx- كيف يمكن أن أعمل مع المرفق الصحي القريب؟ والحفاظ على علاقات جيدة مع الجهات ذات العلاقة
- xxi- كيف يمكن لي أن احصل على الإمداد اللازم؟
- xxii- كيف سأحصل على الدعم كمتطوع في الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية؟
- xxiii- كيف أتعامل مع المعلومات الخاطئة؟
- xxiv- ما هي المؤازرة؟ و ما دور متطوع الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية فيها؟
- xxv- كيف يمكن أن أقيم عملي؟ وكيف سيقوم الآخرون عملي؟

<sup>1</sup> علبه الولادة النظيفة هي علبه كرتونية صغيرة تحتوي على منشور ارشادي عن كيفية استخدامها وفي الوجه الاخر من المنشور العلامات الخطرة أثناء الحمل والولادة، وفي العلبه ايضاً ملايه بلاستيكيه و صابون و خيط لربط الحبل السري وشفرة وقطن ومادة مطهره. هذه العلبه أنتجت من قبل وزارة الشؤون الإجتماعية والعمل بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، اليونيسيف و جمعية الإصلاح الإجتماعي الخيرية. تباع بمبلغ 50 ريال.

يمكن الحصول على نسخة من منهج التدريب من البرنامج اليميني الألماني للصحة الإنجابية أو من الأستاذة. سميرة طاهر أو الأستاذة. احمد المشرعي من قطاع السكان بالوزارة.

## 2.5.1. المدرب

إن المستوى التعليمي للمتدربين يختلف من شخص لآخر وكذلك خلفياتهم الثقافية والاجتماعية وكان واضحاً أن المستوى التعليمي الأكاديمي ليس من معايير التأهيل. ولغرض تلبية حاجة المتدربين وتوفير تدريب يركز على المهارات أكثر من المعرفة الفنية، وعليه فإن اختيار المدربين كان قضيته في غاية الأهمية. وقد تم التركيز عند اختيار المدربين على مهاراتهم وقدراتهم في توصيل المعرفة والمهارة الى المتدربين وأن يكونوا قادرين على التواصل مع المتدربين بشكل فعال. تم اختيار المدربين بعناية شديدة لتدريب المتدربين بناءً على المعايير التالية:

- يكون قادراً على التواصل أكثر منه علىلقاء التعليمات
- يكون ذو خبرة عملية أكثر من أن يكون ذو مستوى أكاديمي عالي
- خبره واسع في طرق التدريب
- قادر على استخدام طرق تدريب بسيطة ومختلفة.



## 6.1. تنفيذ التدريب

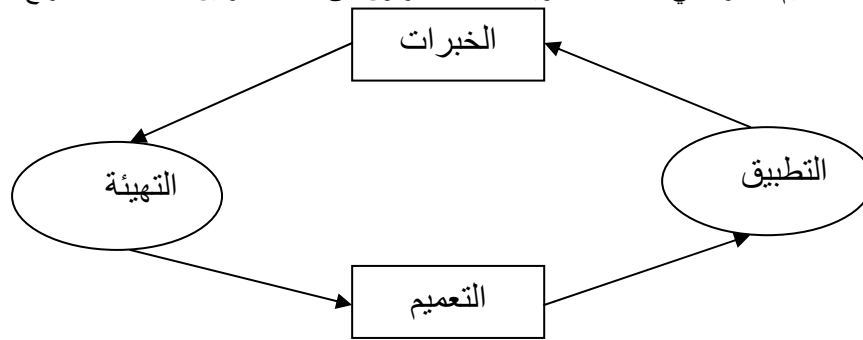
### 1.6.1. مكان التدريب وقضايا تنظيمية

تم تدريب 34 متطوعاً. دُرِّبوا على دفعتين في مركز تدريب الإدارة الصحية التابع لوزارة الصحة العامة والسكان بصنعاء. بدأ التدريب يوم السبت وحتى الأربعاء من الساعة الثامنة صباحاً وحتى الثالثة بعد الظهر.

وفر البرنامج للمتدربين بدل سفر لتغطية نفقات اقامتهم في صنعاء اثناء التدريب. التدريب كان في غرفة واسعة الذكور والإناث مع بعض ما عدا الجزء العملي الخاص باستخدام الواقي الذكري. وجبات الطعام اثناء التدريب ايضاً قُدمت في اماكن منفصلة للذكور والإناث

### 2.6.1. طرق التدريب

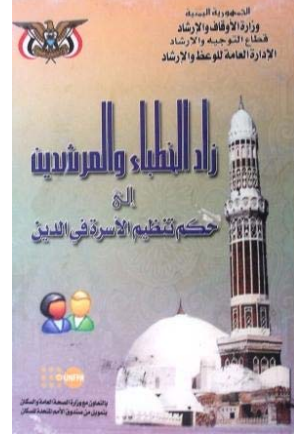
لقد تم تدريب المواضيع الـ25 بأسلوب المشاركة وبشكل عملي، حيث تحاشى المدربون التلقين بطريقة المحاضرة وطبقوا طرق ومبادئ تعليم الكبار. ففي كل جلسة تدريب هدف المدربون الى نقل المتدربين خلال حلقة الأرباع الخطوات في تعليم الكبار



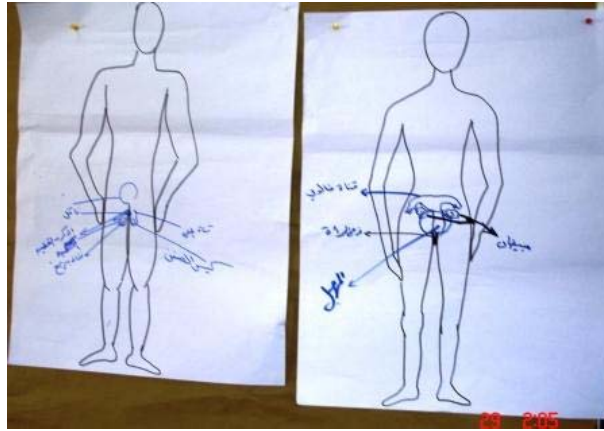
كل جلسة من الجلسات التدريبية تبدأ بإثارة المتدربين بالتحدث عن خبراتهم المتعلقة بموضوع الجلسة ثم دعوتهم لإعداد طريقة للتعامل مع اوضاع معنيه. وخلال هذه الخطوة يدعم المدربون المتدربين لكي يتهيأوا لتغيير وتعديل ممارساتهم السابقة. الخطوة الرابعة تمكن المتدربين من تطبيق بشكل عملي ما ناقشوه مسبقاً ويكون التطبيق عن طريق لعب الأدوار أو محاكاة الواقع.

تم تعزيز العملية التعليمية بلعب الأدوار، التسجيل على شريط فيديو، لعب تنافسية قصيره.

في المواضيع التدريبية الأولى ناقش المشاركون تعريف تنظيم الأسرة وفوائد تنظيم الأسرة وكيف ينظر الإسلام الى تنظيم الأسرة. أحد علماء الدين من وزارة الأوقاف والإرشاد والتوجيه والإرشاد الإدارية العامة للوعظ والإرشاد تفاعليه وناقشيه لمدة ساعة كاملة . بعد ان سمع المتدربون من الشيخ شعروا بالثقة في انفسهم للتحدث مع الآخرين عن تنظيم الأسرة وتأييدها.



بعدذلك، تم تقديم موضوع الخصوبة وكيف تحدث. طلب من المتدربين ان يرسموا أو يضعوا اشارة على الأعضاء التناسلية على شكل جسم انسان تم رسمه مسبقا. هذه الطريقة مكنت من استكشاف المعرفة بما فيها المعلومات الخاطئة عند المشاركين حول التناسل. على سبيل المثال احدى المجموعات خلصت في رسمها الى أن الأعضاء المسؤله عن الإخصاب عند الرجل تقع في ظهر الرجل. ومن حالات سوء الفهم المتكرره هي فترة الإخصاب عند المرأة، فترة حياة الحيوان المنوي للرجل وفترة حياة البويضه عند المراه. تصحيح المفاهيم والأخطاء من كلى الطرفين مكن كل المشاركين من تجاوز حالة الخجل واستيعاب المفاهيم الصحيحة حول الخصوبة وعملية الإخصاب كشرط اساسي لفهم تنظيم الأسرة.



ومراعاة للتسلسل المنطقي للموضوعات، فبعد موضوع الخصوبة يأتي موضوع تنظيم الأسرة حيث ومن خلال عدة جلسات تعرف المتدربين على " كيف يمكن تجنب الحمل" في هذه الجلسات تم شرح ومناقشة وبشكل متكرر الطرق الطبيعية لمنع الحمل و الوسائل الحديثة لمنع الحمل واستعمالها بطريقة صحيحة والتعامل مع الآثار الجانبية. طلب من كل متدرب ان يشرح امام بقية المتدربين وسائل تنظيم الأسرة الحديثة وكيفية استخدامها و ملاحظة موانع استخدامها. وتم التأكيد على ان الطرق الطبيعية لتنظيم الأسرة ليست اكيده وغير موثوق بها وإذا رغب الزوجان في حماية اكيده من الحمل عليهما استخدام إحدى الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة.

اصبح المتدربون يتمتعون بثقة اكبر حول وسائل تنظيم الأسرة بعد أن اكتسبوا معرفة أكثر حول استخدام ومميزات وعيوب والآثار الجانبية لمختلف الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة وخاصة بعد أن استخدموا وسائل سمعية -بصرية مختلفة (امثلة واقعية والقلاب الخاص بالمشورة لتنظيم الأسرة). ولو حظ ان بعض المتدربات كان لديهن صعوبه في الكلام امام الآخرين بينما الأخريات كان اداؤهن جيد. معظم جلسات التدريب كانت تنتهي بلعب ادوار لغرض تطبيق ما تم تعلمه وكذلك ممارسة المشوره.



بعد توضيح المعلومات الأساسية حول تنظيم الأسرة، بدأ المتدربون يدركوا دورهم كمتطوعين للترويج لتنظيم الأسرة. بعدها تم البدء بأول جلسات الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية وذلك بتعريف الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية (توفير المعلومة، المشورة، الوسيلة والإحالة الى المرفق الصحي). في هذه الجلسة تم التأكيد على ما هو دور المتطوع وما هي الحدود التي يجب أن لا يتعداها (التوليد، إعطاء حقن أو ممارسات طبية يقوم بها ليلعب دور "طبيب صغير" في القرية).

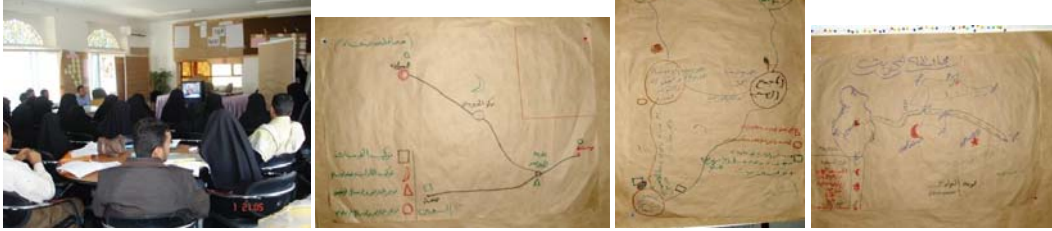
جلسه اخرى ركزت على كيف تتعامل كمتطوع مع النزاع أو الخلاف. في لعب الأدوار قام احد المتدربين بلعب دور متطوع الترويج المجتمعي والذي يقدم نفسه الى مجتمعه كمتطوع وبدأ الحديث عن تنظيم الأسرة، بينما ثلاثة من المتدربين الاخرين لعبوا دور افراد من المجتمع. عند هذه النقطة عدد من المتدربين ادركوا الفرق بين الوضع في الواقع والوضع اثناء التدريب. بعد لعب الأدوار كان هناك تغذية راجعه من قبل مختص في ادارة النزاع، حيث ساعد المتدربين على رفع الوعي الضروري ومهارة حل النزاع .



الوحده التدريبية التالية كانت حول موضوع الإعداد للولادة، علبة الولادة النظيفة وكذلك العلامات الخطرة اثناء الحمل والولادة. تم توضيح وممارسة استخدام علبة الولادة النظيفة (انظر الصورة ادناه)، تم مناقشة المنشور المرفق بعلمة الولادة النظيفة حول العلامات الخطرة اثناء الحمل والولادة وقام المتدربون بتطبيق الرسائل التثقيفيه في المنشور اثناء لعب الأدوار



في احدى الجلسات تعرف المتطوعون على ادواتهم التي سيستخدمونها في قراهم، بعد ذلك قام المتدربون بعقد مؤتمر صحفي حيث أوضحوا فيه للجمهور دور وعمل متطوع الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية. تم تسجيل المؤتمر الصحفي على شريط فيديو.



وفي اليوم الأخير من التدريب انضم الطاقم الصحي الى المتطوعين حيث تعرف اعضاء الطاقم الصحي المشاركون في التدريب على مهام ودور المتطوع وذلك بمشاهدة الفلم الذي تم تسجيله اثناء المؤتمر الصحفي. وقام الكادر الصحي والمتطوعون بمناقشة الأدوات والمعدات التي سيستخدمها المتطوع في القرية.

المتطوعون والكادر الصحي من نفس المنطقة عملوا كفريق عمل واحد لإعداد خارطة لمنطقتهم وأقرب مرفق صحي وكذلك اقرب مرفق صحي يقدم خدمة تركيب اللولب. من خلال هذا العمل المشترك اصبح بالإمكان توضيح الية العمل مع اقرب مرفق صحي للقرية التي يوجد فيها متطوعون.

في خطوة اخرى بعض ادوات المتطوع كبطاقات الإحالة من وإلى المتطوع تم توضيحها ومناقشتها وممارسة استخدامها. وكأثر ايجابي اخر لجمع الكادر الصحي والمتطوعين في اليوم الأخير للتدريب هو البدء ببناء علاقة عمل فيما بينهم. عبر الكادر الصحي عن تقديرهم ودهشتهم لاستيعاب المتطوعين لمواضيع التدريب.



جلسة كاملة حول "كيف تتعامل مع المعلومات الخاطئة والشائعات" قُدمت عن طريق الدمى (الأراجوز) حيث بدء المدربون بالعرض بالدمى ثم بعد ذلك اخذ الدور المتدربون للعرض بالدمى. فكرة العرض بالدمى هو ان الدمى تسرد في كلامها معلومات خاطئة وشائعات ثم وبعد ان يقوم المشاركون بالتعرف على المعلومات الخاطئة والشائعات التي وردت على لسان الدمى تقوم دمىه اخرى بتصحيح هذه المعلومات والشائعات.

وتم تعزيز المعلومات المكتسبة عن طريق لعب الأدوار حيث طُلب من المشاركين سرد الشائعات حول تنظيم الأسره في مجتمعاتهم وبعد سردها طُلب منهم الرد عليها وتصحيحها مستخدمين المعلومات والمعرفة التي اكتسبوها اثناء التدريب.

وفي اخر جلسه تعلم المتدربون كيف يضعون اهدافاً لهم وكيف يقيمون عملهم وكيف سيقم الآخرون عملهم. هذه الجلسة اعدت الكادر الصحي والمتطوعين للإشراف المستقبلي والمتابعة للتجربة.

### 3.6.1. ادوات المتطوع

تم تزويد المتدربين بكل الأدوات الضرورية اثناء التدريب، وكذلك تم تزويدهم بكل الأدوات التي سيستخدمونها اثناء العمل الميداني في مجتمعاتهم.

6: حقيبة ادوات المتطوع		
<p><u>الأدوات الإدارية:</u></p> <p>بطاقات الإحالة من المتطوع الى المرفق الصحي</p> <p>بطاقة الإحالة من المرفق الصحي الى المتطوع</p> <p>البطاقات المخزنية</p>		<p>وسائل تغيير السلوك:</p> <p>قالب المشورة في تنظيم الأسرة</p> <p>مطوية عن علامات الخطر اثناء الحمل والولادة</p> <p>منشور عن موانع استخدام اقراص منع الحمل</p> <p>نماذج من كل الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة</p>
<p><u>المنتجات التي يتم توزيعها: اقراص ثنائية الهرمون (ميكروجينون)، اقراص احادية الهرمون (ميكرونور)، الواقي الذكري، علبة الواحدة النظفه</u></p>		

### 4.6.1. الإفتتاح والتغطية الإعلامية

د. أروى الربيع، وكيل الوزارة لقطاع السكان قامت بافتتاح واختتام التدريب. ففي كلمتها الإختتاميه، قالت الوكيله ان للمجتمعات الحق في تحسين الوضع الصحي لأفرادها وهذا ما ترجمه المتدربون بشكل عملي حين اتوا من مختلف المحافظات ليتدربوا كي يصبحوا مروجين للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في مجتمعاتهم. وفي كلمتها قالت: لقد كان من الصعب مواجهة التحديات على سبيل المثال النمو لسكاني المتسارع مع موارد محدودة وبالتالي فمن المهم المساهمة في خفض نسبة النمو السكاني واستخدام مصادر متاحة. وأكدت الدكتورة أروى أن ما نفعله الان هو مهم جداً، حيث وقطاع السكان في الوزارة يقوم بهذا الجهد لأول مرة. وقالت مؤكدة انكم اذا نجحتم في التجربه فسيتم تعميمها في كل الوطن. وفي كلمتها ايضا قالت أن الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية ليس امر جديداً ولكنها موجودة في عدد من البلدان منذ عدد من السنين فعلى سبيل المثال: في ايران هناك 16000 متطوع والذين اوجدوا ثورة في الرعاية الصحية الأولية، واختتمت كلمتها قائلة إذا قمتم بعمل جيد مع مجتمعاتكم سوف تكونون قدوة حسنة للدول المجاوره وسوف تقوم الوزارة والمشروع بدعمكم بكل الإمكانيات المتاحة.





الإفتتاح والإختتام تم توثيقه على شريط فيديو. جزء من التدريب تم تسجيله ايضا. في حالة الإعداد لتدريب مستقبلي يمكن استعارة هذه الأشرطة من البرنامج اليماني للألماني للصحة الإنجابية.



**5.6.1. تدريب الطاقم الصحي المصاحب لتدريب المتطوعين وربطه بأنشطة البرنامج**

لغرض إعداد وتهيئة الكادر الصحي في المرافق القريبة من قرى التجربة تم تزويدهم بتدريب متزامن مع تدريب المتطوعين.

تدريب الكادر الصحي استمر لمدة ثلاثة ايام حيث تم تغطية المواضيع التالية: تقنية وسائل منع الحمل واستخدامها، مدخل الى نظام الإمداد الوطني بوسائل تنظيم الأسرة (خطط النقل وحساب الإحتياج من وسائل تنظيم الأسرة) وفي اليوم الأخير تم تدريب الكادر الصحي مع المتطوعين في مواضيع مشتركة: "كيف يمكن العمل مع المرفق الصحي القريب" "كيف يمكن لمتطوع الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية ان يحصل على الإمداد اللازم" "كيف يمكن دعم متطوع الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية"

**6.6.1. تقييم التدريب**



ممتاز	جيد جدا	ضعيف
9	23	2

ثمن المشاركون الطرق المستخدمة في التدريب، حيث نالت استحسانهم وخاصة أن الكثير منهم لم يحصل وأن حضروا تدريب مماثل . استمتع المشاركون بالتدريب بالرغم من أن التدريب كان يستمر الى ما بعد الساعة الثالثة بعد العصر .

عبر المشاركون في التدريب عن امتنانهم لما استفادوه من التدريب حيث كسبوا الكثير من المعارف فيما يتعلق بتنظيم الأسرة ووسائل تنظيم الأسرة وكانوا يتوقعون أن يتعلموا أكثر عن الولادات وخاصة الإناث.

لقد كان من المفيد جداً جمع الكادر الصحي والمتطوعين في بعض مواضيع التدريب حيث التقوا على طاولة واحدة وناقشوا المواضيع المهمة وكان شئى جيد أن يفهم بعضهم بعضاً و يحدث هذا الإنسجام.

لقد ادرك الكادر الصحي أهمية وجود متطوعين للترويج المجتمعي في القرية وأدركوا ان وجودهم في القرية سيسهل مهمة الكادر الصحي عندما يقومون بالترويج والدعابه للخدمات الصحية المتوفرة في المرفق الصحي ويقومون ايضا بإحالة الحالات المختلفة الى الكادر الصحي.

استحسن المتدربين للعب الأدوار وبساطة التدريب ومهارة المدربين عكس من قبل المتدربين في التقييم النهائي للتدريب .

خلال خمسة ايام من التدريب التفاعلي وكثير من لعب الأدوار مكنت المدربين من التنبؤ بالأداء المتوقع للمتطوعين في مجتمعاتهم. وكان الإستنتاج ان المتدربين صغار السن يشعرون بالخجل اكثر من الاخرين ويحتاجون الى دعم وتشجيع. اثنتان من المتدربات الإناث واللاتي يقرأن ويكتبن بصعوبة يفقرن الى الثقة بالنفس وليستا جيدتين في التواصل مع الأخرين . اثتان من بقية المتدربين لم يكونا نشيطين او متحمسين اثناء التدريب لأنهما يريان أن العمل كمروجين للصحة الإنجابية لا يناسبهما ولا يناسب وضعهم الإجتماعي في مجتمعهما (انظر 6.3.1) في اثر اختيار المتطوعين على اداؤهم اثناء وبعد التدريب.

## 2. تدشين الترويج المجتمعي في القرى:

### 1.2. الإمداد بوسائل تنظيم الأسرة للمتطوعين

كان هناك مداولات ونقاش كبيرين حول كيف يمكن امداد المتطوع بوسائل تنظيم الأسرة الحديثة. واخيراً تم الإتفاق على انه اثناء التجربة يجب ان يكون هناك مراقبة جيدة من قبل الوزارة على التوزيع والطلب وعليه فإن تزويد المتطوع بالوسائل يكون من قبل النظام الصحي الحكومي. سيتم تزويد المتطوعين بالوسائل من قبل المرفق الصحي القريب من القرية.

في الوقت الذي بدأت فيه التجربة كانت وسائل تنظيم الأسرة ما زالت تباع للمستفيدين. وحتى لا يتم اقحام المتطوعين بمواضيع استعادة الكلفة المعقدة، فقد قام البرنامج اليمني الالمانى للصحة الإنجابية بتغطية كلفة الوسائل بحيث يوزعها المتطوع مجاناً. بعد شهر تقريبا من تدشين التجربة صدر القرار الوزاري رقم (43/3 لعام 2006) بمجانبة الوسائل.

لقد كان من الضروري الإشراف والمراقبة الدقيقة للمتطوعين اثناء تجربه وذلك للحصول على صورة كاملة عن اثرهم و بينتهم والعوامل الإيجابية والسلبية. قام بالإشراف والتقييم البرنامج الالمانى للصحة الإنجابية مكتب الصحة في المحافظة و مكتب الصحة في المديرية والمرفق الصحي القريب من القرية. الزيارات الإشرافية والتقييمية شملت ايضا الإمداد بوسائل تنظيم الأسرة ودعم فني ومعنوي للمتطوعين.

لقد كان فريق التقييم مدركا اهمية تأمين مخزون كافي من الوسائل لدى المتطوع اثناء التجربة وتم تقادي اي عجز في الوسائل طيلة فترة تجربه.

### 2.2. تقديم المتطوعين الى السلطات الصحية

لقد تم تقديم المتطوعين الى المستويات المختلفة (السلطات الصحية، مقدمي الخدمات الصحية، ومجتمع القرية) وذلك لضمان وضوح وفهم جيد لدور ومسؤوليات المتطوعين. تم تقديم المتطوعين الى السلطات الصحية على مستوى المحافظة

وعلى مستوى المديرية وكذلك على مستوى المرفق الصحي في القرية. قام المتطوعون انفسهم بشرح دورهم ومسؤوليتهم. تم مناقشة نظام الإمداد مع السلطات الصحية المعنية وتم الإتفاق عليها.



اثناء تقديم المتطوعين لأنفسهم في محافظتين كان واضحا أن هناك اسئلة لم تُناقش بشكل جيد مع السلطات الصحية وبقيت معلقة و مكتب الصحة في المحافظة لم يكن مستعدا للدعم. واحدة من القضايا التي اثرت هي استخدام بطاقات الإحالة من المرفق الصحي الى المتطوع. في الأنشطة المستقبلية للترويج المجتمعي للصحة الإنجابية يجب توضيح ما إذا كان بطاقة المتابعة لتنظيم الأسرة لن تبقى دائما مع المستخدم ويمكن استخدام البطاقة المستخدمة اثناء التجربة كبطاقة اضافيه

وعليه فإن المتطوعين سيصرفون الوسيلة للمستخدمات اللاتي لديهن بطاقة متابعة تنظيم الأسرة. ونتيجة لهذه الأمثلة فقد ادرك فريق البرنامج ضرورة عقد اجتماع قصير للمناقشة قبل تقديم المتطوعين. في احدى المديريات اشنكى مكتب الصحة في المديرية انه لم يشترك في عملية اختيار القرى والمتطوعين وأن كل القرارات أُتخذت مباشرة من قبل مكتب الصحة في المحافظة والتواصل كان مع القرية مباشرة والمرفق الصحي. وبالنظر الى توسيع الترويج فإن مبادئ وأسس اللامركزية يجب ان تطبق والمديرية يجب ان تُشجع حتى تكون قادرة على تسيير أنشطة الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية بدون الإعتدال كلية على مكتب الصحة في المحافظة.

### 3.2 اشراك الطاقم الصحي في القريب من القرية

تم تقديم المتطوعين ايضا الى الطاقم الصحي في المرفق القريب من القرية وفي نفس الوقت حصل المتطوعون على وسائل تنظيم الأسرة لأول مره واتفق الطرفان على المواضيع المشتركة بينهما والتي تعزز عملهم. المرفق الصحي سيقوم بتزويد المتطوعين بالوسائل وجمع الإحصائيات عن الوسائل المستخدمة كما لو تكون استخدمت في المرفق الصحي. الحالات الجديدة لتنظيم الأسرة ستظهر في احصائيات المرفق الصحي.

### 4.2 تقديم المتطوعين الى مجتمعاتهم وأول انطباع على الواقع

بعد أن تم تقديم المتطوعين الى السلطات الصحية، تم تقديمهم الى مجتمعاتهم. الإجتماعات مع افراد المجتمع في القرية تم الإعداد لها من قبل المتطوعين انفسهم. وبحضور فريق الإشراف قام المتطوعون بشرح وتوضيح دورهم ومسؤولياتهم الجديدة وأجابوا على اسئلة افراد المجتمع. افراد المجتمع بدأوا في نفس الجلسه بتوجيه اسئلة حول تنظيم الأسرة ووسائل تنظيم الأسرة.

لقد كان تقديم المتطوعين الى مجتمعاتهم مهما للفريق الإشرافي حيث تكون لدى الفريق انطباع عن اداء المتطوعين على الواقع العملي، أي في مجتمعاتهم. ولقد كانت مفيدة للمدربين والذين سنحت لهم الفرصة ان يحضروا جلسات تقديم المتطوعين لأنفسهم في مجتمعاتهم وذلك ليقارن المدربون انطباعاتهم حول المتطوعين اثناء جلسات التدريب مع انطباعاتهم اثناء تقديم المتطوعين انفسهم في مجتمعاتهم. وجد المدربون أن انطباعاتهم عن المتطوعين اثناء التدريب كانت صحيحة، ومن خلال الجلسات مع المجتمع يمكن تقسيم المتطوعين الى ثلاث فئات:

- الفئة الأولى، المتطوعين صغار السن والذين كانوا خجولين اثناء التدريب استمروا بنفس السلوك في مجتمعاتهم
- المتطوعين الذين كان ادأؤهم جيد في التدريب كان ادأؤهم ايضا بنفس المستوى في مجتمعاتهم

- بالنسبة للمتطوعين الإثنيين واللذين لم يكن لديهما الرغبة اثناء التدريب (تم تعيينهم بقرار من الشيخ) بدون دعم المجتمع، كان بالنسبة لهما صعب أن يقفا امام افراد المجتمع ويتحدثا عن دورهم ومسؤولياتهم.



اثنا عشر شخصاً من المتطوعين كان اداؤهم جيد اثنا اللقاء الأول بالمجتمع، كانوا واثقين من انفسهم وهادئين اثناء تقديم وتوضيح دورهم ومسؤوليتهم لمجتمعاتهم، وكانوا واقعيين وموفقين اثناء الإجابة على اسئلة افراد المجتمع، وإذا كان السؤال خارج نطاق معلوماتهم ومعرفتهم كانوا يستعينون بالفريق الصحي المرافق.

معظم المتطوعين وخاصة صغار السن لم يكونوا هادئين عندما وقفوا امام افراد مجتمعاتهم، وقد احتاجوا للدعم والمساعدة ليفعلوا ذلك. وبشكل عام فقد ثمن افراد المجتمع أن يكون فرد منهم ينصحهم حول تنظيم الأسرة ويوزع الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة وتقبلوا الخجل الذي كان باديا على البعض منهم. غالبا ما أظهر افراد المجتمع دعم معنوي للمتطوعين. الرجال والنساء سألوا كثير من الأسئلة المتعلقة بوسائل منع الحمل وتكررت هذه الأسئلة كثيرا عند النساء. بعض الحاضرين من النساء والرجال طلب إما واقى ذكري او اقرص في نفس الجلسة.

في معظم القرى حضر قادة الرأي والمشائخ جلسات تقديم المتطوعين في القرية. وكانوا ايضا داعمين لذلك. في ثلاث قرى من الـ 17 قرية لم تحضر الشخصيات المؤثرة في المجتمع وقادة المجتمع الجلسات التعريفية وبالرغم من ذلك لم يُلاحظ اي رد فعل سلبي اثناء التجربة في هذه القرى من قبلهم.

### 3. رصد التجربة:

#### 1.3 الهدف من الرصد وخطته

##### 1.1.3 رصد التجربة من وجهة نظر المجتمع:

الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية هي تجربة استرشادية بعد تنفيذها سيتم اما: أ) توسيع الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية، وإذا تمت التوصيات بتوسيع التجربة (ب) إعداد توصيات بناءً على الدروس المستفادة اثناء التجربة.

قضايا رئيسية متعلقة بـ أ) توسيع الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية:

- فوائد ملموسة للمجتمع (جوانب مختلفة لسهولة الوصول والحصول على الخدمة والجودة)
- تقبل الفكرة بشكل واسع
- اثر التجربة على انتشار وسائل تنظيم الأسرة
- اثر التجربة على الرعاية التوليدية
- الجدوى والإستمراريه

قضايا رئيسية متعلقة بـ ب) اعداد توصيات بناءً على الدروس المستفادة من التجربة:

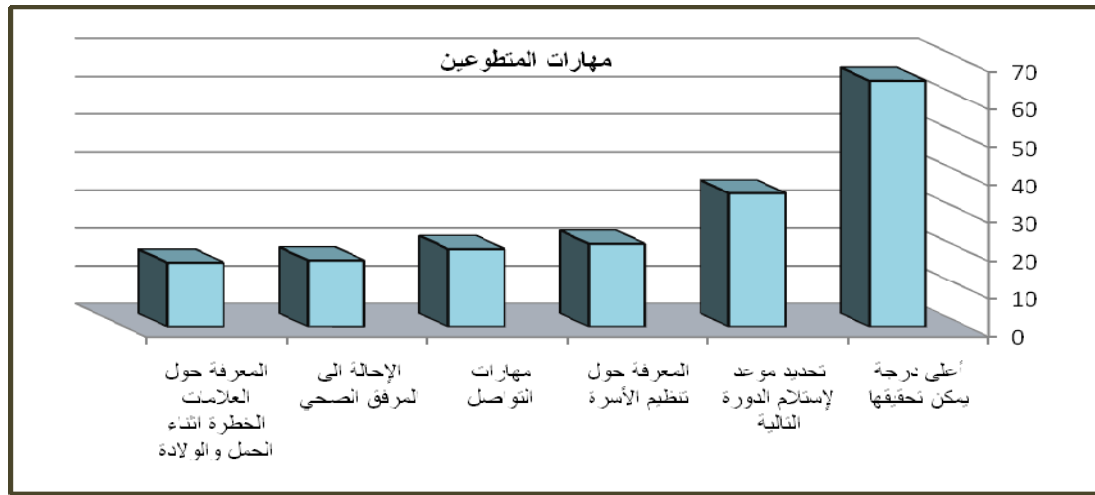
- اثر التجربة على الخدمات الصحية في القطاع العام
- كيف تم تثمين الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية
- اثار جانبية اخرى سلبية وإيجابية
- توفر الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة

تم زيارة كل قرية من قرى التجربة من قبل فريق التقييم ثلاث زيارات اثناء مرحلة التجربة، تم اعداد ادوات التقييم وذلك لغرض تقييم النقاط المذكوره اعلاه من وجهة نظر المجتمع (نساء ورجال، مستفيدين وغير مستفيدين) والمتطوعين و الطاقم الصحي للمرفق القريب من القرية والسلطات الصحية على مستوى المديرية والقرية وكذلك قادة المجتمع.

### 2.1.3. رصد اداء وأثر المتطوعين

إن الغرض الثاني من رصد التجربة هو تزويد فريق التقييم بالمعلومات المناسبة حول نقاط القوة والضعف في اداء كل متطوع لغرض تحديث معلوماته/معلوماتها ومهاراته والاداء اثناء التجربة. في هذا النشاط كان التعاون مع الطاقم الصحي مهم جدا.

بناءً على الفريق الصحي المشرف على المتطوعين، فقد وجد أن 12 من المتطوعين كان اداؤهم رائعا وذلك فيما يتعلق بتحديد موعد استلام الدورة التالية من اقراص منع الحمل و ثمانية منهم فيما يتعلق بالمعرفة حول استخدام وسائل تنظيم الأسرة وسبعة منهم فيما يتعلق بمهارات التواصل والمعرفة حول تنظيم الأسرة، وستة منهم فيما يتعلق بالإحالة الى المرفق الصحي. أُعطي تقدير "امتياز" بناءً على تامين الطاقم الصحي للمتطوع عندما يستخدم كل الأدوات التي بحوزته بشكل جيد وعندما لا يرتكب اخطاء فنيه ويزود المستفيد/ه بحزمة كاملة من المعلومات. المتطوعون ذوا المستوى التعليمي العالي هم من وفروا مثل هذه الخدمات، على سبيل المثال ثمانية من المدرسين كان اداؤهم رائع. إحدى المتطوعات كان اداؤها جيدا بالرغم من انها بالكاد تقرأ وتكتب لأنها هي بنفسها تستخدم وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة وبالتالي فقد كانت قدوة للأخريات في القرية.



اصبح واضحا اثناء الإشراف ان 23 من اصل 34 متطوعا تم تقييم ادائهم بالجيد. ودرجة جيد أعطيت على اساس قبول الأداء بشكل عام (استخدام بطاقات الإحالة، ولم تكن هناك اخطاء جسيمة في التواصل والمعلومات والقدرة على تقبل التصحيحات وتحسين اداؤهم بناءً على تلك الملاحظات).

الجوانب التي تم تصحيحها بشكل متكرر من قبل فريق الإشراف هي:

- المعرفة حول علامات الخطر اثناء الحمل والولاد
- مهارات التواصل
- استخدام الأدوات الإداريه (استخدام بطاقات الإحالة)

حوالي ثلث المتطوعين لم يكن اداؤهم مقنعا فيما يتعلق بالتواصل مع المستفيدين و الإحالة الى المرفق الصحي وتعريف المجتمع بالعلامات الخطرة اثناء الحمل والولادة. الممارسات الخاطئة شملت:

- عدم تحديد موعد استلام الدورة التالية من اقراص منع الحمل للمستفيدات بشكل سليم
- المعلومات لم تُعط بشكل متماسك حيث أن المواضيع لم تناقش حتى وصول المستفيد الى قناعة، ولم يتم المتطوع بالتحقق من استيعاب المستفيد للمعلومات
- لم تكن مهارات التواصل عند المتطوعين كافية لدحض الشائعات والمعلومات الخاطئة.

المتطوعون الذين كان ادأؤهم جيد لم يكونوا يفتقرون الى المعرفة لكن لم تكن لديهم القدرة الكافية لمعارضة الأراء السلبية. هذا ينطبق على المتطوعتين اللتين يقرآن ويكتبان وكذلك على المتطوعين الصغار والغير متزوجين. والذين كان ادأؤهم غير جيد اثناء التدريب واثناء تقديم انفسهم لمجتمعاتهم. فئة اخرى من الذين كان ادأؤهم سيئ هم الذين يمكن وصفهم باللامبالين اما لعدم الرغبه (من تم تعيينهم من قبل الشيخ) او بسبب انهم مشغولون جدا بأعمال اخرى في مجتمعاتهم. ومن الجدير ذكره هنا ان هذه الفئة كان ادأؤها جيد اثناء التدريب واثناء تقييم انفسهم لمجتمعاتهم، وهذا ينطبق بشكل اساسي على المتطوعتين اللتين بالكاد يقرآن ويكتبن (ست اناث كن ضمن الـ11 متطوعاً)

جدول 2: مهارات المتطوعين

النسبه	سني	النسبه	جيد	النسبه	ممتاز	المهاره
26.5	9	38.2	13	35.3	12	تحديد موعد استلام الدورة التاليه
23.5	8	52.9	18	23.5	8	المعرفة حول استخدام وسائل تنظيم الأسره
32.4	11	47.1	16	20.6	7	مهارات التواصل
26.5	9	52.9	18	20.6	7	المعرفة حول تنظيم الأسره
32.4	11	50	17	17.6	6	الإحالة الى المرفق الصحي
32.4	11	67.6	23	-	-	المعرفة حول العلامات الخطرة اثناء الحمل والولاده

### 2.3. فريق التقييم والرصد

معظم افراد الفريق الإشرافي كان اناث. الشخص المسؤول عن الترويج المجتمعي للصحة الإنجابيه في البرنامج مع طاقم الصحة الإنجابية في مكاتب الصحة والمديريات المعنيه وكذلك الطاقم من المرفق الصحي القريب قاموا بثلاث زيارات اشرافية لكل قرية من قرى التجربة اثناء تجربه وقاموا في كل زيارة بمقابلة المتطوعين وافراد المجتمع. البرنامج ايضا استعان باستشاريتين ذو خلفيه طبيه وخبره في مجال البحوث للإشتراك في تقييم تجربه. قام فريق التقييم بمقابلة افراد من المجتمع. تم اختيار افراد المجتمع مصادفة وتحين فرص مقابلتهم في اماكن مختلفه (زيارات الى البيوت، اثناء جلسات القات، او مقابلتهم على الطريق). ولسو الحظ لم يتم اشراك المنظمات غير الحكوميه لأنه لم يكن من الممكن توضيح دورها فيما يتعلق بالترويج المجتمعي للصحة الإنجابيه اثناء تجربه.

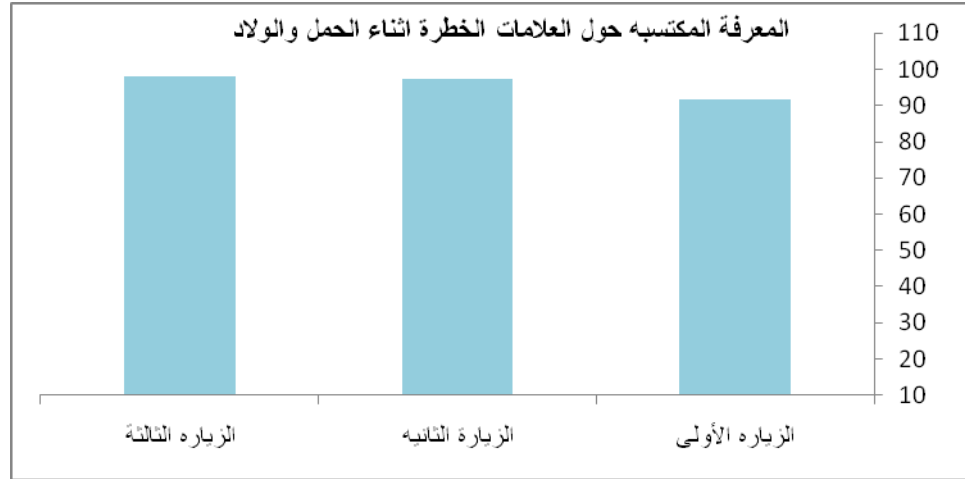
### 3.3. ما فوائد الترويج المجتمعي للصحة الإنجابيه بالنسبه للمجتمع

إن فوائد الترويج المجتمعي تم تقييمها من جانبين بواسطة عمل مقابلات مع 174 شخص من المستفيدين و323 شخص من افراد المجتمع و35 مجموعات نقاش بؤريه مع 280 مشارك (تم تكرار مجموعات النقاش البؤريه حتى الوصول الى التشبع والتكرار لنفس الموضوعات في مجموعات نقاش مختلفه)

- اكتساب المعرفة والمهارات من وجهة نظر المجتمع وكذلك القبول وسهولة الحصول على الخدمه المقدمه من قبل المتطوعين
- تقبل المفهوم من قبل قادة المجتمع والمعنيين وزيادة استخدام الخدمه والوسيلة.

#### 1.3.3. المعرفة حول علامات الخطر اثناء الحمل والولادة

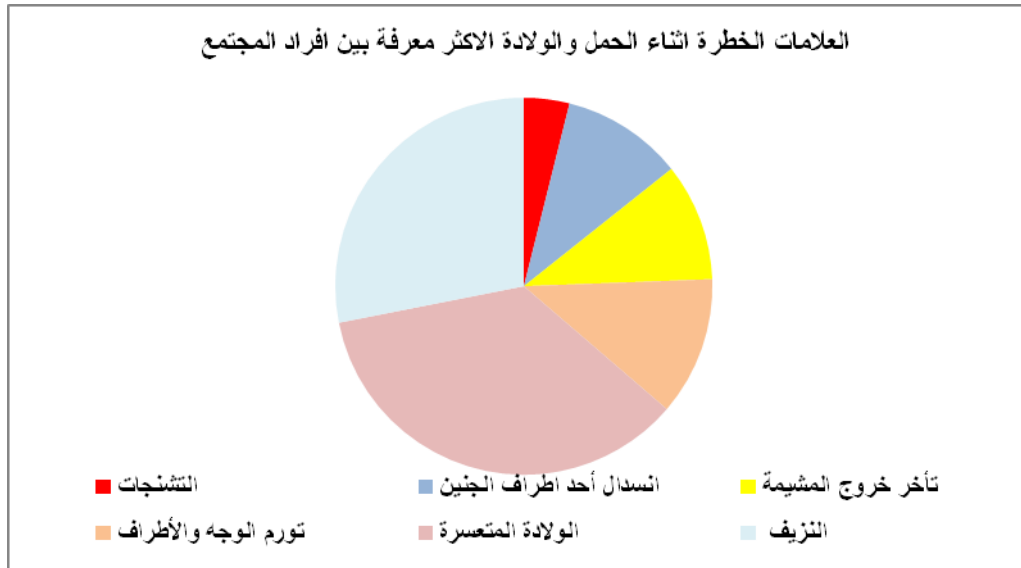
لقد تعلم المجتمع حول العلامات الخطرة اثناء الحمل والولادة من قبل المتطوعين. إن نسبة الأشخاص الذين لا يعرفون اي من علامات الخطر اثناء الحمل والولادة انخفض من 9% الى 2%. وعلى اي حال، فمن المهم ذكر أن 90% من افراد المجتمع يعرفون بعض علامات الخطر اثناء الحمل والولادة قبل ان يبدأ المتطوعون العمل في القرى. ويبقى التساؤل هل من الضروري استخدام المتطوعين لنشر مثل هذه المعلومات ام لا. ان هذا مهم جدا معرفته عندما تأتي الى موضوع التدريب والنفقات وخيارات توسيع الترويج.



التشنجات نادرا جدا ما ذكرت على أنها من علامات الخطر اثناء الحمل والولادة، بينما الولادة المتعسرة والنزيف كانت العلامتين اللتين ذكرتا بشكل كبير عند المقابلات مع افراد المجتمع (جدول 2×)

بعض افراد المجتمع ممن تمت معهم المقابلة اعتبروا أن المرأة في حالة تعسر ولادة اذا حصل عندها المخاض لمدة 6 ساعات والبعض الآخر اعتبروا ان المرأة في حالة تعسر ولادة اذا حصل عندها المخاض والتقلصات لأكثر من 12 ساعة.

الفريق الباحث استغل فرصة المقابلات مع افراد المجتمع لتصحيح معارف افراد المجتمع إما بشكل فردي او جماعي وبنفس الوقت قاموا بتوجيه المتطوعين في القرية بالتركيز اكثر على هذه الموضوعات.



### 2.3.3. الإعداد للولادة

إحدى المهام الموكلة الى المتطوعين هي زيادة الوعي حول الإعداد للولادة في القرية. لقد تم تقييم المعرفة حول الإعداد للولادة بواسطة التأكد من الوعي في الجوانب التالية:

- على الأقل اربع زيارات الى المرفق الصحي اثناء الحمل لغرض رعاية الحمل
- الحصول على علبة الولادة الولادة النظيفة في المنزل
- الولادة يجب أن تتم بمساعدة عامل صحي مؤهل
- عمل الترتيبات اللازمة لضمان وسيلة المواصلات في حالة الطوارئ

جدول 3: المعرفة حول الإعداد للولادة

المعرفة		المجموع	
العدد	النسبة	العدد	النسبة
121	37.5	121	37.5
158	48.9	158	48.9
44	13.6	44	13.6
323	100	323	100

في نهاية التجربة 60% من افراد المجتمع الذين تم مقابلتهم عندهم فهم لمتطلبات الإعداد للولادة، بينما 40% لم يتلقوا (أو يستوعبوا) أي معلومات حول هذا الجانب.

ومن الضروري هنا ذكر العنصر الذي كان يتكرر ذكره من قبل من تم معهم المقابلة من افراد المجتمع على أنه من الإعداد للولادة وهو ضرورة توفير "القمح والشعير والسمن والدجاج والملبس للمولود الجديد". وعلى أي حال، فإن فكرة التخطيط للولادة هي خطوة في الإتجاه الصحيح وتساعد على نقاش الموضوع مع المجتمع. قام الفريق الباحث اثناء الزيارات بتصحيح معلومات افراد المجتمع وطلبوا من المتطوعين التحدث أكثر وأكثر عن هذا الموضوع. وعليه فإن المبحوثين في نهاية التجربة كانوا قادرين على ذكر الخطوات الأساسية للإعداد للولادة.

إن توزيع علب الولادة النظيفة هي من المهام الأساسية للمتطوع، وبشكل اساسي للترويج للإعداد للولادة وذلك باستخدام المنشور الموجود داخل علبه الولادة وإعطاء معلومات اضافية. في نهاية التجربة أكثر من ثلثي افراد المجتمع عرفوا علبه الولادة النظيفة والغرض منها.

جدول 4: المعرفة حول علبه الولادة النظيفة

المعرفة		الإجمالي	
العدد	النسبة	العدد	النسبة
216	66.9	216	66.9
107	33.1	107	33.1
323	100	323	100

### 3.3.3. وجود المتطوع في القرية وتقبله وتقبل الخدمة

جدول 5: معرفة من اجريت معهم المقابلات من افراد المجتمع باسم المتطوع ومكان اقامتهم

جنس من أجريت معه المقابلة	ما اسم متطوع الترويج المجتمعي في القرية؟		اين يمكنك مقابله؟	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
هي/هو يعرف اسم المتطوع/ المتطوعه	هي/هو لا يعرف اسم المتطوع/ المتطوعه	هي/هو يعرف اين يمكن مقابلة المتطوع/ المتطوعه	هي/هو لا يعرف اين يمكن مقابلة المتطوع/ المتطوعه	
العدد	النسبة	العدد	النسبة	
122	83.6	24	16.4	ذكور
166	93.8	11	6.2	إناث

إن تقييم تجربة الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية اظهر وبشكل واضح أن المتطوعين معروفين لدى مجتمعاتهم، والنساء في القرية يعرفن المتطوعين الذكور.

الغالبية العظمى من افراد المجتمع الذين تم مقابلتهم يعرفون أين يمكنهم مقابلة المتطوع ويعرفونهم بالإسم. الغالبية العظمى ممن أجريت معه المقابلة من افراد المجتمع وصفوا المتطوعين بأنهم يكتفون اسرارهم (مواضيع تنظيم الأسرة) وقالوا بأنه من السهل عليهم الوصول الى المتطوع. ولم يكن هناك فرق بين الذكور والإناث ممن تم مقابلتهم حول هذه المواضيع. جدول 6 & 7



جدول 6: وصف المتطوعين فيما يتعلق بعدم افشاء الأسرار

السؤال	الإجابة	ذكور		اناث		اجمالي	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
هل تعتقد أن المتطوع يكتفم اسرار عملاءه	نعم	114	93.4	146	88.0	260	90.3
	لا	0	0.0	5	3.0	5	1.7
	لا اعلم	8	6.6	15	9.0	23	8.0
الإجمالي		122	100.0	166	100.0	288	100.0

جدول 7: وصف المتطوعين وسهولة الوصول اليهم

السؤال	الإجابة	ذكور		اناث		اجمالي	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
هل المتطوع موجود في القرية ويمكن الوصول اليه بسهولة؟	نعم	114	93.4	162	97.0	276	95.8
	نعم، بعض الأحيان	6	4.9	1	0.6	7	2.4
	لا، هو غير متواجد في القرية معظم الوقت	2	1.6	1	0.6	3	1.0
	نعم، لكن ليس من السهل الوصول اليه	0	0.0	2	1.2	2	0.7
الإجمالي		122	100.0	166	100.0	288	100.0

المجتمعات تُقدر عاليا المتطوعين في القرية. من 80% الى 90% من افراد المجتمع الذين تم مقابلتهم من كلى الجنسين لديهم النية باستخدام خدمات المتطوعين في المستقبل. الغالبية العظمى من افراد المجتمع الذين تم مقابلتهم يشعرون ان المتطوع لديه المعرفة الكافية والموثوق بها حول تنظيم الأسرة. (جدول 8 & 9)

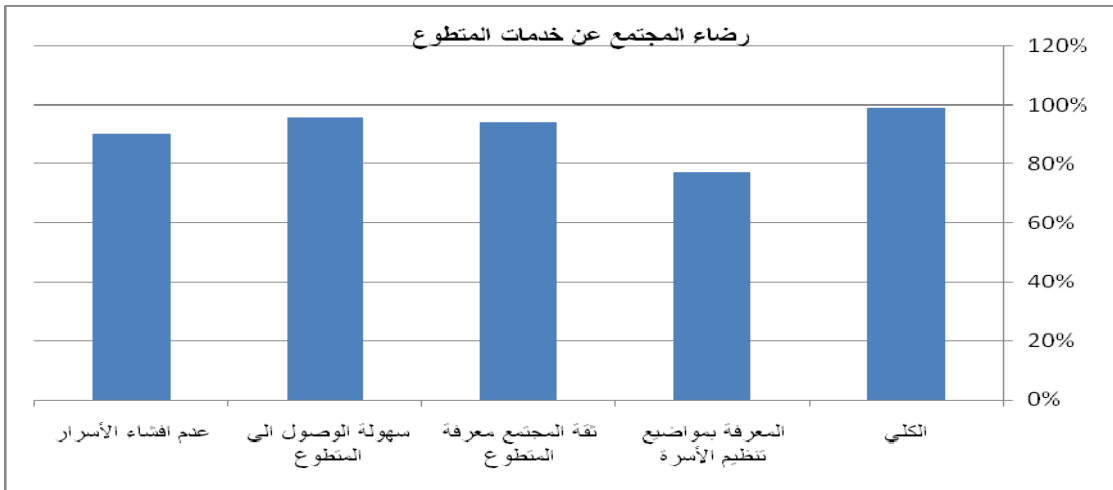
جدول 8: تامين المتطوعين فيما يتعلق بمعلوماتهم حول تنظيم الأسرة

السؤال	الإجابة	ذكور		اناث		اجمالي	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
هل تعتقد أن المتطوع لديه المعرفة الكافية حول تنظيم الأسرة؟	نعم	92	75.4	130	78.3	222	77.1
	لا	20	16.4	6	3.6	26	9.0
	لا اعلم	10	8.2	30	18.1	40	13.9
الإجمالي		122	100.0	166	100.0	288	100.0

جدول 9: تامين المتطوعين فيما يتعلق بمعلوماتهم حول تنظيم الأسرة

السؤال	الإجابة	ذكور		اناث		اجمالي	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
هل تثق با المعلومات التي حصلت عليها من المتطوع؟	نعم	114	93.4	157	94.6	271	94.1
	لا	2	1.6	2	1.2	4	1.4
	لا اعلم	6	4.9	7	4.2	13	4.5
الإجمالي		122	100.0	166	100.0	288	100.0

#### 4.3.3. سهولة الوصول والحصول على الخدمة وجودتها كما يدركها المستفيدون



تم سؤال المستفيدين عن ما إذا حاولوا الحصول على خدمة تنظيم الأسرة من قبل أو لا. واتضح أن 25% منهم قد ذهبوا إلى مستشفى المحافظة للحصول على خدمات تنظيم الأسرة.

وبناءً على معلومات من قبل افراد المجتمع نفسه، فإن تكلفة الذهاب الى هذه الخدمات كان بين 0 و 5500 ريال لكل زيارة. ووجود 0 ريال في الكلفة قد يُعطل بأن الزوج والزوجة ذهبوا الى عاصمة المحافظة لأسباب اخرى ولذلك لم تحسب المواصلات. وبناءً على متوسط الكلفة، فإن المستفيد يكون قد وفر 5500 ريال وفي المتوسط 850 ريال إذا استخدم خدمات المتطوع. وعند سؤال المستفيدين عن ما إذا كان هناك مبالغ تُعطى للمتطوع، كلهم قالوا بأنه لا توجد تكاليف مقابل المشورة للمتطوع.

جدول 10: تكلفة الذهاب الى مستويات الخدمة المختلفة للحصول على المشورة ووسائل تنظيم الأسرة طبقاً لتقديرات افراد المجتمع انفسهم

المدى	المتوسط	المستوى
5500-0	1546	مستشفى المحافظة
500-0	627	مركز المديرية
5000-200	1183	القطاع الخاص
100-50	63	الوحدة الصحية

القناعة الكلية للخدمة المقدمة من قبل المتطوع كانت عالية 98% (170 من 174 مستفيد). اربعة فقط عبروا عن عدم رضاهم لأن المتطوعين ليسوا كادر صحي وأن التدريب الذي حصلوا عليه غير كاف. في حالات قليلة، قابل فريق التقييم بعض سكان القرى المجاورة للقرية التي تُجرى فيها التجربة وكانوا يتساءلون حول امكانية توفير هذه الخدمة في قرأهم

#### 5.3.3. هل الترويج المجتمعي مقبول

مجموعات النقاش البؤريه والتي أجريت مع النساء والرجال بشكل منفصل، 35 مجموعة نقاش بؤريه و 280 مشارك تقريباً في هذه المجموعات البؤريه. المشاركون في مجموعات النقاش هم افراد المجتمع، قادات الرأي في المجتمع، وائمة المساجد. كل المشاركين عبروا عن رغبتهم في مواصلة الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية.

ملاحظات ايجابية:

1. وسائل تنظيم الأسرة أصبحت قريبة منا ومن السهل الحصول عليها
2. الذين لم يكونوا مقتنعين بتنظيم الأسرة هم الآن مقتنعون
3. نحن سعداء بتوفر خدمة تنظيم الأسرة في القرية
4. توفر الخدمة في القرية يوفر المال والجهد
5. أصبح الناس يفهمون أفضل بسبب استمرار وتواصل التثقيف

6: مقتنيات من آراء المجتمع حول الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية

"نحن مع الترويج المجتمعي ونؤيده"  
 "بالتأكيد الناس يطمحون أن يحصلوا على هذه الخدمة"  
 "هناك حاجة وهناك جهل"  
 "الناس استفادوا منها وبالتالي بدأوا يباعدوا بين الولادات"  
 "هناك بعض الحالات لم اتوقع مطلقاً انهم سيستخدموا أي وسيلة لتنظيم الأسرة، هم الآن مستخدمين"

مجموعات نقاش بؤرية مركزة مع الطاقم الصحي والسلطات الصحية على مستوى المديرية وكلهم يرغبون بمواصلة الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية ولكن 25% منهم قالوا يجب أن نتعامل معها بحذر. المحافظات التي رأت ذلك هي المحويت و صنعاء واب ومصدر قلقهم يتركز حول إذا بدأ المتطوع يعمل في القرية بدون اشراف ومتابعه دقيقة فمن المحتمل أن يصبح "طبيباً صغيراً" في القرية ويبدأ ببيع وسائل تنظيم الأسرة وأدوية اخرى ويقوم بممارسات طبية وبالتالي قد يكون ضره اكثر من نفعه. في إحدى مجموعات النقاش مع السلطات الصحية (في حجة) عبر الحاضرون في المجموعة عن عدم قناعتهم بأن يقوم المتطوع بصرف وسائل تنظيم الأسرة لانهم يرون أن صرف وسائل تنظيم الأسرة هي من مهام الكادر الصحي ويفضلون-ان توفرت الميزانيه الكافيه- أن يقوموا بعمل حملات خارج الجدران لتنظيم الأسرة للقرى البعيدة من المرفق الصحي. وعلى كل حال فإنه لا يوجد من المشاركين في كل مجموعات النقاش من قال أن الترويج يجب أن لا يستمر.

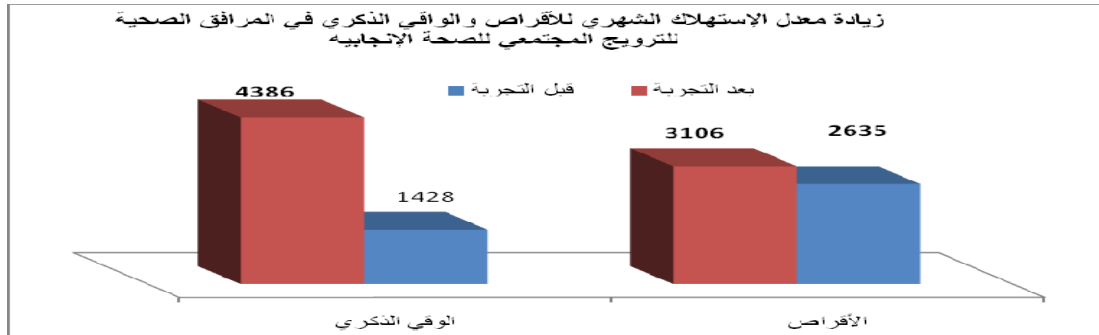
6.3.3. هل الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية رفع من نسبة استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة؟

جدول 11: عدد النساء المستهدفات من تنظيم الأسرة في قرى التجربة

17152	اجمالي عدد سكان قرى التجربة (بناءً على مصادر من القرى نفسها)
3431	النساء في سن الإنجاب (اجمالي عدد السكان × 100/20)
2265	النساء المتزوجات في سن الإنجاب (النساء في سن الإنجاب × 100/66)
672	الولادات المتوقعه (اجمالي السكان × 39.2 / 1000)
706	النساء الحوامل (الولادات المتوقعه + 33.6)
1559	النساء المستهدفات بتنظيم الأسرة (النساء المتزوجات في سن الإنجاب – النساء الحوامل)

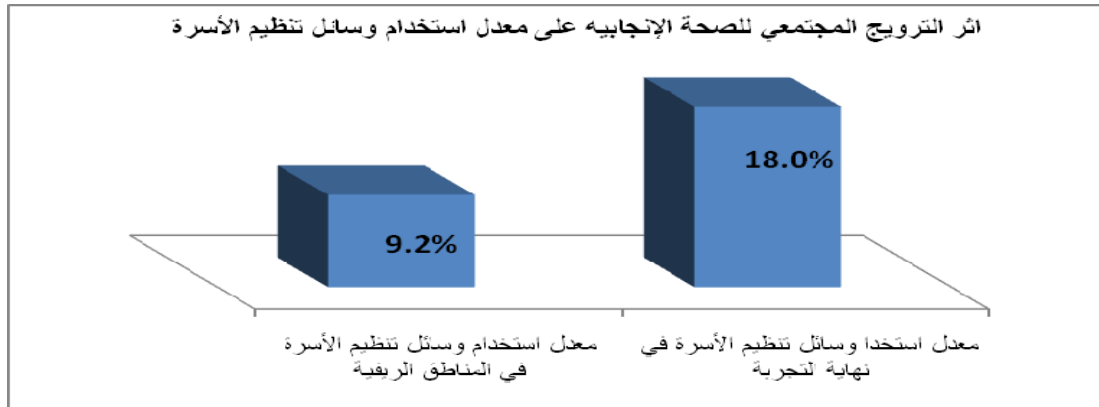
أثناء التجربة زاد معدل المستفيدين من تنظيم الأسرة في المرافق الصحية من 16 الى 22 في الشهر. وكي تتضح الصورة كاملة يجب الأخذ بالإعتبار أنه وبينما في بعض المرافق الصحية كانت الزيادة ملحوظة، كان هناك انخفاض في معدل المستفيدين من تنظيم الأسرة لدى مرفقين صحيين، وهذا يجب أن لا يساء فهمه: لأن قرى التجربة بمعدل 1000 نسمة لكل قرية فهي لا تمثل الا جزء بسيط جدا جدا من الزمام السكاني للمرفق الصحي القريب منها، وعليه فإن الأثر الذي يمكن أن يكون نتيجة المتطوع في القرية ضئيل جدا على المرفق الصحي (فالزيادة أو النقصان في المستفيدين من تنظيم الأسرة قد لا يُعزى الى الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية).

وأثناء تجربته لوحظ أيضاً زيادة في معدل سنوات الحماية الزوجية نتجت من الأقراص والواقى الذكري من 213 في الشهر الى 272 (لكل المرافق الصحية)، وعلى أي حال، فهناك حاجة الى ملاحظة لفترات أطول لاستخدام هذه الزيادة كـ "دليل قوي"، لقد كان مدهشاً الزيادة السريعة في استهلاك الواقي الذكري.



ومن النتائج المذهلة للترويج المجتمعي للصحة الإنجابية هي معدل الزيادة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة حيث ارتفعت الى الضعف مقارنة بالمعدل الوطني في الريف.

عدد مستفيدي تنظيم الأسرة هم 287 من اجمالي المستهدفات لتنظيم الأسرة 1559، وبالتالي فإن 18% من المستهدفات لتنظيم الأسرة يستخدمن حالياً وسائل حديثة لتنظيم الأسرة. كل متطوع من الـ 34 متطوعاً لديه 8 مستفيدين من تنظيم الأسرة. هذا بالطبع يختلف من متطوع لآخر حسب مواصفات المتطوع ومستوى ادائه. ولكي نصل الى الهدف الوطني لمعدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة وهو 33% فإن كل متطوع يجب أن يخدم 15 مستفيد.



### 7.3.3 هل الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية يُحسن استخدام الرعاية التوليدية؟

تم توزيع 300 علبة ولادة نظيفة اثناء فترة التجربة، وهذا يعني أن 42% من الولادات المتوقعه (706) في موقع التجربة حصلن على علبة الولادة النظيفة، بينما قبل بدء التجربة لم تكن العلبة متوفرة في قرى التجربة. عدد الولادات التي تمت بوجود عامل صحي مؤهل زادت من 66 في الثلاثة الأشهر الأخيرة قبل التجربة الى 70 في الثلاثة الأشهر الأخيرة للتجربة، لكن هذا الرقم ليس مهماً وقد لا يعزى الى اثر الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية. ولم يتم تسجيل اثناء التجربة أي مرجع مباشر حول الولادات (هذه أيضاً ليست مهمة الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية).

إن معدل عدد الحالات المسجلة لرعاية الحمل في المرافق الصحية ازداد من 45 في الثلاثة الأشهر الأخيرة قبل التجربة الى 62 في الثلاثة الأشهر الأخيرة من التجربة. وتم تحويل 12 حالة فقط من قبل المتطوعين الى المرفق الصحي لغرض رعاية الحمل. وعندما مقارنة بمقارنته بإجمالي الحالات التي حضرت الى المرافق الصحية في الثلاثة الأشهر الأخيرة قبل بدء التجربة فهذا الرقم 5% وأقل من 2% من النساء الحوامل في قرى التجربة. إن التجربة الحالية للترويج المجتمعي للصحة الإنجابية لا يبدو انها اداة كافية للترويج لرعاية الحوامل. لكن التجارب العالمية تقترح أن إدماج الترويج لرعاية الحمل والإعداد للولادة قد يُعزز تقبل الترويج المجتمعي للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة. (انظر المرجع رقم 7، ص3)

### 4.3. هل الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية ذو جدوى واستدامة؟

قام بالزيارات الإشرافية اثناء التجربه سبعة اشخاص في كل الزيارات التقييميه والإشرافيه (سائق، والشخص المسؤول عن التجربه في البرنامج، خبيرين، واحد من المرفق الصحي، واحد من مكتب الصحة في المحافظه و واحد من مكتب الصحة في المديرية). هذا العدد من المشرفين عائد الى أنها تجربه استرشاديه بحيث تم اشراك الطاقم الصحي على كل المستويات وذلك حتى يستوعبوا التجربه ويتقبلوها، وأيضا لضرورة جمع المعلومات المناسبه والهادفة. وعليه فإن كل زياره اشرافيه كلفت بدل مبيت وبدل سفر لطاقم البرنامج اليمني الألماني للصحة الإنجابيه من صنعاء الى المحافظات. هذه التكلفة تم اخذها في الحسبان عندما تم تقدير الكلفة الإجمالية لكل مستفيد/ه في التجربه ولكن يجب استبعادها عند حساب التكلفة الحقيقيه لكل مستفيد/ه في حالة تم توسيع الترويج المجتمعي للصحة الإنجابيه. سيتم تخفيض بدل السفر الى ادنى حد لان الزيارات الإشرافية على المتطوعين ستكون من قبل الطاقم الصحي للمرفق القريب وغالبا ما يكون شخص واحد. الزيارات الإشرافية للترويج المجتمعي من قبل مكتب الصحة في المحافظة ومكتب الصجة في المديرية يجب أن تكون جزء تكميلي من الزيارات الإشرافية الروتينية لمكتب الصحة في المحافظة والمديرية الى المديرية والمرفق الصحي وعليه فلن يكون هناك تكلفه اضافية.

تكلفة وسائل تنظيم الاسرة والقلاب الخاص بالمشوره لم تدرج في تكلفة التجربة، تكلفة المحروقات اثناء الزيارات الإشرافية تم اضافتها الى تكلفة طاقم البرنامج اليمني الألماني للصحة الانجابية، ولغرض تقدير التكلفة المستقبلية لتوسيع الترويج المجتمعي يجب اضافة المحروقات على المستوى المحلي.

إن التكلفة هي عامل مهم ويجب أن يدرس بشكل جيد في مقارنة الطرق المختلفة لتوسيع سهوله الحصول على وسائل منع الحمل، وعلى أي حال في التجربه الحاليه تفترض ان معظم الناس في التجربه لم يكونو ليلتقوا الخدمات اذا لم يكن هناك خدمات مرتكزة على المجتمع، اذا لم يكن السكان المستهدفون عندهم الخيار للوصول والحصول على خدمات اخرى فان مقارنة الكلفة يصبح لا معنى له، إن المحاولات اعلاه لتقييم الكلفة لم يكن القصد منها اثبات الجدوى الاقتصادية لكن القصد منها التزويد ببعض التوجهات لتنفيذ او التوسع في الترويج المجتمعي للصحة الانجابية . دراسة للمقارنة في 14 دولة نامية قدرت معدل 42 دولار لكل سنة حماية زوجية في السنة الاولى (انخفاض حاد في التكلفة في السنة الثانية) (انظر المرجع 11,12)، إن التكلفة اثناء التجربة في اليمن كانت تقريبا الضعف، بينما التكلفة بشكل طبيعي ستكون تقريبا في هذا المدى. إنه من المهم ايضا التذكير بان التكلفة الواقعة على المستفيدين (السفر وغيره) لم تحسب .

جدول 12: التكلفة الفعلية للتجربة الإسترشادية للترويج المجتمعي للصحة الإيجابية وتقدير التكلفة المستقبلية

الصف	التجربة بالريال	الكلفة المتوقعة في حالة تنفيذ الترويج	الكلفة المتوقعة للإشراف على الترويج المجتمعي (زياره كل شهرين لكل قرية), الكلفة لكل متطوع على اساس ان هناك اثنين من المتطوعين في القرية
تكلفة المدربين وبدل سفر اثناء التدريب	300.000	300.000	300.000
تكلفة بدل سفر للخبراء اثناء الزيارات الميدانية	2.648.000		
بدل سفر لفريق البرنامج الى القرى اثناء الزيارات الميدانية	860.400		
بدل سفر للطواقم الصحي من مكتب الصحة في المحافظة	150.000		
بدل سفر للطواقم الصحي من مكتب الصحة بالمديرية والمرفق الصحي	150.000		9000
بدل سفر للرصد المبني على النتائج +طاقم الوزارة	500.00		
بدل سفر للمتطوعين اثناء التدريب	1.188.000	1.188.000	1.188.000
بدل سفر للطواقم الصحي اثناء تدريب الترويج المجتمعي للصحة الانجابية	810.000	810.000	810.000
حقائب للمتطوعين	120.000	120.000	120.000
تصوير ونسخ ملازم	100.000	100.000	100.000
<b>الاجمالي</b>	<b>6.376.400</b>	<b>2.518.000</b>	<b>9000</b>
التكلفة لكل متطوع	187.541	74.056	2250 بالشهر
التكلفة لكل مستفيد/ مستفيدة (287)	22.000	9300 (على اساس ثمانية مستفيدين لكل متطوع)	
الكلفة لكل سنة حماية زوجية اثناء التجربة (354)	18.000	7112	

### 5.3. ما اثر الترويج المجتمعي للصحة الانجابية على تقديم الخدمات الصحية ؟

كما ذكر في 5.6.1 فقد كان هناك تدريب تنشيطي للطواقم الصحي في نفس وقت تدريب المتطوعين. خلال التدريب تم تقييم معارف مقدمي الخدمة حول تقنية تنظيم الاسرة من خلال جلسة تدريب. اتضح أن هناك فروق كبيرة بين مقدمي الخدمة. تقريبا ثلث مقدمي الخدمة لديهم معرفة جيدة وكانوا قادرين على استخدام المراجع في حالة عدم تاكدهم من المعلومة. بينما اظهر ثلثا المتدربين انهم قد ينقلون معلومات خاطئة الى المستفيدين (على سبيل المثال : في حالة نسيان قرص من الميكرونور يتم مواصلة استخدام الاقراص عند التذكر او "اخذ استراحة لمدة سبعة ايام بين اقراص الميكرونور" أو "الحقن قد تؤدي الى العقم او "العلاج الصحيح للزيف الناتج عن منع الحمل "اللؤلؤ والحقن" هو الميثارجين وعدد من المعلومات الخاطئة).

النقاش مع النظراء مع ملاحظات فنية من قبل مختص نساء وولادة مكن المشاركين من تصحيح معلوماتهم ومعتقداتهم الخاطئة وتحسين ممارستهم. وعلى كل حال فقد كان من الواضح أن كل الطاقم الصحي المساهم في الترويج المجتمعي للصحة الانجابية يجب أن يقيم ومعظمهم يجب ان يُدرب على استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الاسرة. معايير منظمة الصحة العالمية لموانع استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الاسرة لم تكن معروفة لمعظم المشاركين، الحالات العامة والتي ليست موانع استخدام أُعتبرت اسباب لعدم تزويد المستفيدة بالوسيلة وهذا بالطبع سيحرم المستفيدين من الحماية حتى وان زاروا المرفق الصحي.

وبشكل عام فإن الطاقم الصحي لم يكن متعود على حساب الاحتياج من وسائل تنظيم الاسرة بشكل نظامي. لقد اصبح واضحاً اثناء التدريب ان المسؤوليات غير واضحة في المرفق الصحي. لقد ساعدت التجربة على اكتساب المهارات الضرورية وعلى الوعي بالقصور في الجوانب الهيكلية.

في نهاية التجربة اعتبر الطاقم الصحي أن مهاراتهم في المشورة تحسنت بعد التدريب الذي حصلوا عليه في بداية التجربة ومن خلال التدريب اثناء العمل من قبل فريق التقييم. يعتقد الطاقم الصحي أن إدراكه لحاجات المستفيدين اصبحت افضل وذلك بعد الزيارات المتعددة الى القرية ومقابلة افراد المجتمع والتحدث اليهم والاستماع لهم. وعليه فقد اصبح الطاقم الصحي اكثر تقديرا لحاجة المجتمع ورضاه.

اثناء الزياره الاشرافية الاولى، لوحظ أن الناس في احدى القرى يترددون عن الذهاب الى المرفق الصحي عندما يحيلهم المتطوع وذلك بسبب صعوبة الوصول الى المرفق وبعد المسافة اليه (8 كم، طريق جبلية صخرية وندرة وجود المواصلات الى المرفق). ايضا افراد المجتمع لديهم موقف سلبي من المرفق الصحي بسبب عدم التواصل بين المرفق والمجتمع. الطاقم الصحي استغل هذه الفرصة وقام بعمل حملة خارج الجدران وتقديم مشورة تنظيم الاسرة والتزويد بالوسيلة والاحالة الى المتطوع في القرية. كانت النتيجة مذهلة 37 مستفيدة جديدة في زيارة واحدة الى قريتين. الطاقم الصحي شعر بأهمية التواصل مع المجتمع واقامة حملات خارج الجدران بين وقت واخر لتوفير الخدمات الصحية بشكل عام ووسائل تنظيم الاسرة بشكل خاص. الطاقم الصحي بنفس الوقت استغل فرصة وجوده في المجتمع ليعلن ويروج لخدماتهم الصحية المقدمة في المرفق الصحي. المجتمع شعر بالامتنان للطاقم الصحي لتواصله معهم.

**7: رأي الطاقم الصحي في الترويج المجتمعي للصحة الانجابية (اقتباسات)**

"بدأنا نقدر احتياجات المجتمع"

"وُجّهنا بسبل من الاسئلة من افراد المجتمع حول تنظيم الاسرة ووسائله"

احدى النتائج المهمة للترويج المجتمعي للصحة الانجابية هي أن الطاقم الصحي اصبح قريبا من المجتمعات واصبح المجتمع يثق به.

### 6.3. كيف تم تثمين الترويج المجتمعي للصحة الانجابية؟

#### 1.6.3. رد فعل قادة المجتمع

الزيارات الاشرافية التي قام بها فريق التقييم شملت ايضا لقاءات مع قادة المجتمع. كل قادة المجتمع في قرى التجربة هم مع التجربة وزودوا فريق التقييم بكل المساعدات التي كانوا يحتاجونها. بعضهم عبر عن قناعته بالخدمات المقدمة من خلال المتطوع والبعض الاخر هو نفسه مستخدم لوسيلة تنظيم اسرة ويحصل عليها من المتطوع. في معظم الزيارات كان شيخ القرية او عضو المجلس المحلي يستضيف فريق التقييم. لم يحصل أن احدهم تكلم بشكل سلبي عن المتطوعين. في احدى المديریات طلب امين عام المجلس المحلي مقابلة فريق التقييم وعندما قابلهم واستمع منهم حول تنفيذ التجربة ابدى استعدادهم للمساعدة.

#### 2.6.3. رد فعل السلطات الصحية

في اخر زياره اشرافية تم مقابلة السلطات الصحية للتحدث عن خبراتهم في الترويج المجتمعي للصحة الانجابية ورؤيتهم للانشطة المستقبلية.

كل المحافظات المشاركة لديها الرغبة في مواصلة دعم المتطوعين الحاليين وكلهم ينوي توسيع التجربة مع متطوعين آخرين، لكن معظمهم أكد على ضرورة وجود ميزانية لتغطية بدل مواصلات وبدل السفر للعاملين الصحيين. السلطات الصحية في مديرتين فقط ذكرت أن الطاقم الصحي يمكن ان يزور ويزود المتطوعين بالوسائل دون أن يطلبوا بدل سفر.

فريق التقييم لفت انتباه السلطات الصحية الى الخيارات المختلفة لتوسيع الترويج المجتمعي للصحة الانجابية:

- استخدام الهيكلية الصحية الموجودة حالياً للتدريب والإشراف على الأعداد المتزايدة من المتطوعين.
- الاستعانة بشيخ القرية أو عضو المجلس المحلي للإشراف على المتطوع وتزويده بالوسائل.
- تزويد المتطوعين من خلال هيكلية التسويق الاجتماعي.
- استخدام حملات خارج الجدران للإشراف على المتطوعين وتزويدهم بالوسائل.

تم ملاحظة أن معظم السلطات الصحية كانت مترددة في نقاش الخيارات المختلفة وكان يبدو واضحاً كما لو أنهم يتوقعون توجيهات من المستوى الأعلى وهم غير مستعدين لاتخاذ زمام المبادرة. بعضهم قال أن حملات خارج الجدران هي أنشطة غير دائمة وغير مستمرة تنفذ بدعم من المانحين ولن يكون بالإمكان الاعتماد عليها في الإشراف على المتطوعين ودعمهم. بعض السلطات الصحية شددوا على طريقة تعدد القطاعات لتنفيذ الترويج المجتمعي للصحة الانجابية وهذا يعني انهم يريدون اشراك قطاعات اخرى مثل التربية المجلس المحلية والجمعيات المحلية في توسيع الترويج المجتمعي للصحة الانجابية.

معظم السلطات الصحية قالوا أن شيخ القرية أو عضو المجلس المحلي قد يقومون بالإشراف على المتطوع ومدته بالوسائل لكن لن يستطيعوا تزويده بالدعم الفني الذي قد يحتاج اليه المتطوع. فيما يتعلق بالتسويق الاجتماعي كثير من السلطات الصحية كان جدالها على أن الناس قد لا يستطيعون دفع تكلفة الوسيلة، وبيع الوسيلة للناس يتعارض مع سياسة وزارة الصحة العامة والتي تقضي بتوفير الوسيلة مجاناً للمستفيدين. حاول فريق التقييم أن يوضح للسلطات الصحية أن مجانية الوسائل ليست سياسة عامة بل النظام الصحي الحكومي هو من يوفر الوسيلة مجاناً للمستفيدين. والوزارة أيضاً تدعم التسويق الاجتماعي والقطاع الخاص لتغطية احتياجات السكان الذين لديهم الرغبة وقادرين على دفع مبالغ زهيدة (التسويق الاجتماعي) أو سعر السوق (القطاع الخاص). وبهذه الطريقة ستمكن وزارة الصحة العامة والسكان من تغطية احتياجات السكان من وسائل تنظيم الأسرة. قد تكون الحالة المعيشية لسكان القرية جيدة وبالتالي قد يستطيعون دفع مقابل ثمن الوسيلة من خلال المتطوعين وهذا أفضل من أن لا تتوفر لهم مطلقاً. ويبدو أن التسويق الاجتماعي مازال مفهومه وطريقته غير واضحة لكثير من المعنيين في السلطة المحلية.

### 3.6.3. رد فعل المجتمعات

التقى فريق التقييم في كل زيارتهم المنتظمة بالسلطات الصحية على مستوى المحافظة والمديرية والمرفق الصحي وكذلك الناس المؤثرين في المجتمع وسأل عن ما إذا كانوا تلقوا أي تغذية راجعة تلقائية من المجتمعات. نصف السلطات الصحية قالوا انهم لم يتلقوا أي تغذية راجعة حول الترويج المجتمعي للصحة الانجابية من المجتمعات.

- الذين حصلوا على تغذية راجعة قالوا أن الناس في القرية ممتنين لهذه الخدمة وينظرون اليها بشكل جيد
- الطاقم الصحي قال أن بعض افراد المجتمع استغلوا فرصة زيارتهم للمرفق الصحي ليتحققوا من أن المرفق الصحي خول المتطوعين الترويج لتنظيم الأسرة وصرف الوسائل وهل بالإمكان أن يتقوا بهم، وخرين من افراد المجتمع استشاروا المتطوعين ثم ذهبوا الى المرفق الصحي ليتأكدوا من صحة معلومات المتطوعين
- احدى السلطات الصحية قالت أن اشخاص من القرى المجاورة لقرى التجربة طلبوا تنفيذ مثل هذه الخدمة في قراهم

تسع قرى من إجمالي القرى التي نفذت فيها التجربة طلبوا تدريب متطوعين اضافيين لان هناك على سبيل المثال قرية فيها متطوعتين اناث وفي كل زيارة يطالبون افراد المجتمع من الذكور بتدريب متطوع ذكر لانه وحسب رأيهم وجود متطوع ذكر سيسهم في الترويج لتنظيم الأسرة بين الذكور. في قرية اخرى، هناك متطوع ذكر فقط وبالتالي فالنساء والرجال في القرية طلبوا أن يكون هناك متطوعة. في بعض القرى بالرغم من أن لديهم متطوعين ذكور واناث الا أنهم طلبوا أن يكون هناك متطوعون اضافيون بسبب أن السكان بالقرية كثيرين أو بسبب بعض الحواجز الاجتماعية او الحزبية بين مجموعات مختلفة في المجتمع.



#### 4.6.3. التغطية الاعلامية لتجربة الترويج المجتمعي

التغطية الاعلامية للترويج المجتمعي كانت نادرة:

• بث اذاعي لمقابلة مع الشخص المسؤول في البرنامج اليمني الالمانى للصحة الانجابية حول الترويج المجتمعي للصحة الانجابية.

• صحيفة الصحة والسكان التي تصدر في مكتب الصحة في محافظة المحويت.

وبشكل عام لم يكن هناك اهتمام او جدل ضد الترويج المجتمعي في الاعلام.

#### 7.3. الآثار الجانبية للترويج الغير متوقعة سواء سلبية او ايجابية

لقد حاول فريق الاشراف والتقييم أن يكون حساسا الى الآثار غير المتوقعة اثناء مرحلة التجربة.

على المستوى المركزي لوحظ أن مانحين اخرين اصبحوا مهتمين وفي بعض الاحيان حب اطلاق الى التقدم في هذا الجانب. مشروع الخدمات الصحية الاساسية الممول من قبل الوكالة الامريكية للتنمية ارسل المسؤول عن الخدمات المجتمعية لحضور التدريب وتم الترحيب بهذا كجهد للتعليم المشترك بين المانحين. تعيين منسقين لتجربة الترويج لدى الوزارة كان مساعدة كبيرة لربط التجربة في مرحلة تنفيذها بالسياسات الصحية.

في احدى القرى في اب حيث يتم تنفيذ التجربة الاسترشادية لوحظ أن بعض مستخدمي تنظيم الاسرة يحصلون على اقراص منع الحمل من متطوعين في القرية غير الذين تم تدريبهم من قبل البرنامج. وعند التحقق من ذلك وجد ان مشروع تنمية الاحتياجات الاساسية الممول من قبل منظمة الصحة العالمية بدأ بتدخل يهدف الى تحقيق مستوى معيشي افضل من خلال المجتمع نفسه. جزء من التدخل هو تدريب نساء ورجال من القرية لكي يصبحوا "متطوع صحة القرية". بعد التدريب تم تزويد هؤلاء المتدربين بحقيبة تحتوي على ميزان، شريط قياس لمحيط الساعد، بارامول، واقي ذكري واقراص منع الحمل. مهام المتطوعين هي زيادة الوعي حول القضايا الصحية المختلفة والاسعافات الاولية وحالة الحالات الى المرفق الصحي وتوزيع الواقي الذكري واقراص منع الحمل. وطبقا للدكتور اصيل من منظمة الصحة العالمية فإن توزيع وسائل تنظيم الأسرة لم يكن مصرح به من قبل وزارة الصحة العامة والسكان، لكن وبما أن التدخل كان مبني على تجربة استرشادية فقد تم مواصلة التوزيع في القرية. متطوعوا صحة القرية يحصلون على الامداد من قبل أقرب مرفق صحي. علم فريق الاشراف والتقييم للترويج المجتمعي أن مكتب الصحة في المحافظة والمديرية لم يكونا على علم بتفاصيل مهام متطوعي صحة القرية. لم يتم تقييم مشروع تنمية الاحتياجات الاساسية بعد.

اثر غير متوقع اخر للترويج المجتمعي للصحة الانجابية كان في البرنامج اليمني الالمانى للصحة الانجابية. كان طاقم البرنامج هم ذكور بسبب صعوبة توظيف طاقم نسائي يرغب بالسفر الى المناطق البعيدة. من خلال التجربة ادرك الفريق انه عندما يتكلم الى المجتمع فانه يتكلم الى الذكور فقط. هذه الملاحظة البسيطة ادت الى اعادة تشكيل الفريق ونقاش مهم في البرنامج اثناء مراجعة أنشطة البرنامج اليمني الالمانى للصحة الانجابية .

في إحدى القرى كان طاقم المرفق الصحي القريب من القرية ذكور فقط بينما طاقم المرفق الصحي البعيد اناث، وحسب رأي الكادر النسائي في هذا المرفق أن الترويج المجتمعي يحتاج الى طاقم نسائي للإشراف. تم الأخذ بهذا الرأي من قبل فريق التقييم واشرك طاقم المرفقين الصحيين في الزيارات الاشرافية والتقييمية الى القرية. على كل حال، في حال غياب الكادر النسائي أو الكادر الرجالي فإن اختيار المتطوعين من الجنسين قد يساعد على تجاوز هذا العائق.

#### 8.3. توفر وسائل تنظيم الاسرة

كان فريق البرنامج حريص على تفادي أي نفاذ لمخزون الوسائل على مستوى المتطوع اثناء التجربة. هذا بعض الاحيان تطلب الى تدخل داعم وتوزيع اسعافي الى المحافظات ثم من المحافظات الى المديرية ثم الى المرفق الصحي. وعليه فلم يحدث نفاذ لمخزون الوسائل على مستوى المتطوع. وبالرغم من كل الجهود الداعمة، فان ستة مراكز صحية من بين تسعة كان لديها مخزون كافي اثناء الزيارات الاشرافية وثلاث مرافق صحية حصل عندها نقص في مخزون الاقراص. وتم امداد هذه المرافق بشكل استثنائي من قبل فريق الاشراف والتقييم.

### 9.3. خلاصه النتائج المهمة والوقائع المهمة والأنشطة المترتبة عليها والتوصيات

العنصر	النتائج المهمة	الأنشطة والتوصيات
الفوند الملموسة للمجتمع (جوانب مختلفة للجوده والحصول على الخدمة)	<ul style="list-style-type: none"> <li>زيادة مستخدمى وسائل تنظيم الأسرة</li> <li>بدأ الناس يتحدثون عن تنظيم الأسرة بشفاافية اكثر</li> <li>بعض الزوجات التي تم مقابلتهن قلن "ازوجنا اقتنعوا باستخدام وسيلة تنظيم الأسرة بواسطة المتطوعين</li> <li>استخدام الواقي الذكري ازداد بشكل كبير</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>توسيع الترويج المجتمعي للصحة الانجابية يعتبر اداة فعالة لتلبية الحاجة غير الملباة</li> <li>إن سهولة الوصول والحصول على الخدمة هي قضية مهمه جدا لتلبية الحاجة غير الملباة</li> <li>يبدو أن المتطوعين الذكور عامل مهم في المساهمة في تغيير سلوك نظرائهم الذكور في المجتمع</li> </ul>
تقبل الترويج بشكل كبير	<ul style="list-style-type: none"> <li>الناس يتحدثون عن الترويج المجتمعي ويرحبوا به</li> <li>بعض الناس من القرى المجاورة عبروا عن رغبتهم في تنفيذ التجربة في قراهم</li> <li>في بعض الحالات، المتطوعين لديهم مستفيدين من القرى المجاورة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تنظيم الأسرة ليس موضوع حساس ومحرم – الناس ثمنوا وجود الوسيلة في القرية</li> </ul>
الأثر على استخدام وسائل تنظيم الأسرة	<ul style="list-style-type: none"> <li>معدل استخدام تنظيم الأسرة تضاعف مقارنة بالنسبة الوطنية في المناطق الريفية.</li> <li>حملة خارج الجدران واحده لطاقم صحي واحد الى قريتين نتج عنها 37 مستخدمة جديده</li> </ul>	
الأثر على الرعاية التوليدية	<ul style="list-style-type: none"> <li>تم تحويل النساء الحوامل الى المركز الصحي لغرض رعاية الحمل</li> <li>توزيع علب الولادة النظيفة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>إذا كان الترويج المجتمعي للصحة الانجابية سيستهدف زيادة رعاية الحمل و الولادة بواسطة عامل صحي مؤهل فهناك حاجة الى مزيد من الأدلة</li> </ul>
الجدوى والاستمرارية	<ul style="list-style-type: none"> <li>يبدو أن تكلفة الترويج المجتمعي للصحة الانجابية مقاربه للتجارب العالمية</li> <li>الحكومة توزع الوسائل مجاناً</li> <li>استمرار الامداد بالوسائل غير مضمون</li> <li>الكلفة التشغيلية كانت محصورة على البرنامج اليميني الالمانى للصحة الانجابية</li> <li>دعم السلطات الصحية والسلطات المحلية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ضمان توفير الوسيلة</li> <li>امكانية منظمات المجتمع المدني في ان توسع الترويج المجتمعي للصحة الانجابية</li> <li>اجعل من الترويج المجتمعي للصحة الانجابية نشاط منتظم لضمان الميزانية التشغيلية من الميزانية الرسمية</li> </ul>

العنصر	النتائج المهمة	الانشطة والتوصيات
رد فعل قادة المجتمع	<ul style="list-style-type: none"> <li>• امين عام المجلس المحلي لمديرية المدينة بمحافظة المحويت</li> <li>• رحب بالفكرة ووعده بدعمها</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• حفز الدعم من قبل القادة المحليين</li> </ul>
اثار جانبية اخرى ايجابية وسلبية	<ul style="list-style-type: none"> <li>• البرنامج اصبح اكثر حساسية لقضية النوع الاجتماعي</li> <li>• فيما يتعلق بإحدى قرى التجربة، احدى المرافق الصحية والتي لم تكن قريبة من القرية يعتقدوا انه يجب عليهم الاشراف على المتطوعين لان طاقم الوحدة الصحية القريبة من القرية هم ذكور وان هذا الموضوع بهم النساء اكثر. طاقم المرفقين اشتركوا في الاشراف اثناء التجربة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• المتطوعين يجب ان يكونوا ذكور واناث</li> <li>• عند عقد اجتماعات في القرية يجب الاخذ بالاعتبار احتياجات الذكور والاناث فيما يتعلق بمكان الاجتماع ووقته</li> </ul>
اختيار المتطوعين	<ul style="list-style-type: none"> <li>• موصفات المتطوعين الذين لم يكن ادأؤهم جيد. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ صغار السن</li> <li>○ غير متزوجين</li> <li>○ غير مسنقرين في القرية</li> <li>○ ليسوا من نفس طبقة الغالبية من سكان القرية</li> <li>○ غير اجتماعيين</li> </ul> </li> <li>• متطوع واحد تجاوز مهامه المحدد له</li> <li>• بعض المتطوعين توقعوا بعض الحوافز</li> <li>• قليل من المتطوعين ليس لديهم الرغبة في مواصلة الترويج</li> </ul>	
توفر وسائل تنظيم الاسرة	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ثلاث مرافق صحية من ضمن 9 مرافق حصل عندها نفاذ</li> <li>• لمخزون الاقراص اثناء التجربة</li> <li>• جهود معينة لتفادي نفاذ المخزون</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ضمان توفر الوسائل</li> </ul>

### 10.3. الدروس المستفادة

#### 1.10.3. فيما يتعلق بالتهيئة والإعداد للترويج المجتمعي للصحة الانجابية

بالرغم من أن تقديم فكرة الخدمات المرتكزة على المجتمع كانت مدعومة من المستوى المركزي، إلا أن اشراك السلطات الصحية والطاقم الصحي كان مهم جدا لان المتطوعين اعتمدوا على الامداد من خلال النظام الصحي الرسمي والدعم فيما يتعلق بالمصداقية امام مجتمعاتهم. وبهذا اثبت أن من المناسب العمل مع "المبرزين"، وهذا يعني العمل فقط مع مكاتب الصحة والمديريات التي لديها النية والرغبة في عمل ذلك.

إن القصور في هيكلية النظام الصحي (الافتقار الى اعداد كبيرة من الكادر الصحي المؤهل و القصور في الامداد وعدم توفر الميزانة التشغيلية للانشطة الروتينية) جعل توسيع الترويج من خلال "مبرزين" خارج النظام الصحي لغرض تحقيق تغطية مقبولة. الإبقاء على دور السلطات الصحية القيادي والإشرافي سيساهم في استمرارية هذا الجهد

العمل مع منظمات المجتمع المدني سيتطلب بناء قدرات معينة على مستوى هذه المنظمات

إن تعيين منسقين للتجربة على المستوى المركزي اثبت انه مهم جدا: (أ) لضمان الملكية الوطنية. (ب) في التواصل مع المستوى اللامركزي. (ج) ربط التجربة بالسياسات الوطنية.

#### 2.10.3. فيما يتعلق باختيار مناطق التجربة

حتى الآن، اثبت الترويج المجتمعي للصحة الانجابية أنه مفيد جدا في الاماكن التي لا يوجد فيها خدمات تنظيم الاسرة.

هناك حاجة لتقييم اثر توحيد الجهود والتأثيرات السلبية... الخ في مثل هذه المناطق حيث يتوفر العديد من المزودين (ومع ذلك قد تكون هذه المشكلة (صغيره) حتى يتم تغطية 80% على الأقل من السكان بأي صورته من صور الوصول والحصول على الخدمة)

أن مفهوم توفير الكلفة وجاذبية خدمة المتطوعين بالنسبة للمجتمعات ستكون عالية في المناطق التي يكون فيها السفر الى المركز الصحي مرهق ومكلف.

#### 3.10.3. فيما يتعلق باختيار المتطوعين

إن العمل الطوعي ذو جدوى (غالبية المتطوعين الذين تم تدريبهم تقبلوا هذا المبدأ)، وعلى كل حال فانه من الضروري توضيح هذا المفهوم من البداية لأن هؤلاء الذين يتوقعون حوافز ولم يحصلوا عليها يكون اداؤهم سيئ وقد يتوقفوا عن الترويج.

المتطوعون ذوي التعليم المتدني يواجهون صعوبات أكثر في تنفيذ المهام الادارية للترويج المجتمعي (التسجيل والحساب وتحديد مواعيد صحيحة لتسليم الدورات القادمة، لكن اداؤهم مقبول اذا كانوا متحمسين ومدعومين من قبل المجتمع.

المتطوعين الصغار يواجهون صعوبات بشكل اساسي في مستوى التواصل، وعليه فيجب اشتراط النضج (لم يتم تقييم التعلم عن طريق الاقران أو من الشباب والى الشباب).

تعتبر سيطرة الشخصيات ذات النفوذ في المجتمعات مشكلة ويجب توقعها والتعامل معها، في إحدى الحالات ادى الإختيار المفروض من قبل الشيخ الي تدريب متطوعين اثنين دون أن يكون هناك منفعة للمجتمع، التعامل مع هذا يتطلب لمهارة التعامل مع النزاع ولذا فهناك حاجة للإحتفاظ وتطوير التدريب حول التعامل مع النزاع، المستخدم في التدريب اثنا التجربة الإسترشادية للترويج المجتمعي للصحة الإنجابية.

يجب تدريب ذكر وانثى من كل قرية. اداء كليهما قد يكون جيدا والمجتمع بحاجة الى خدماتهم.

### 4.10.3. فيما يتعلق بتدريب المتطوعين

التدريب لمدته 5 ايام وعدد 20 مشارك اثبت أنه مناسب. تطبيق طرق تعليم الكبار والتعلم المبني على الخبرات مناسب لتعليم مهارات اكثر منها معارف. يحتاج المدربون الى أن يكونوا مدركين تماما الى التدريب المبني على الطرق المختلفة والقادر على توصيل المهارات.

اشراك علماء الدين وخبراء في مجال تفادي النزاعات في التدريب كان مشجعا للمتطوعين اكسبهم الثقة والقدرة في ادارة ادوراهم.

إن تبني علاقة عمل جيدة مع الطاقم الصحي المشرف اثناء التدريب ساعد على تعريف وتوضيح دور المتطوع.

### 5.10.3. فيما يتعلق بتدشين الترويج المجتمعي للصحة الانجابية

إن التحدث الى السلطات الصحية بايجاز عن المتطوعين قبل تدشينهم في مجتمعاتهم هو أمر الزامي حتى وإن كانت السلطات الصحية مشتركة في العملية. بعد هذا يمكن للمتطوعين أن يقدموا انفسهم للسلطات الصحية.

إن مرافقة الطاقم الصحي العامل في المرفق القريب للمتطوعين اثناء تدشينهم في مجتمعاتهم هو دعم للمتطوعين وتعزيز مصداقيتهم بشكل كبير. لقد كان الطاقم الصحي متحمسا تجاه هذه القضايا وبالتالي فقد شرع بالتحدث عن المشاكل الحقيقية في المجتمع وكذلك التعامل مع الشائعات والمعتقدات الخاطئة منذ البدايه.

### 6.10.3. فيما يتعلق بالإجراءات المصاحبة للتجربة الإستراتيجية للترويج المجتمعي للصحة الإنجابية

إن ضمان الإمداد بوسائل تنظيم الأسرة هو تحد، ويجب عدم البدء بتوسيع الترويج ما لم يكن هناك ضمان للإمداد، ويجب بذل المزيد من الجهود لتحسين الإمداد بوسائل تنظيم الأسرة.

أظهر اكثر من نصف العاملين الصحيين العاملين في تجربة الترويج المجتمعي أن لديهم قصور في المعرفة المتعلقة بتقنية تنظيم الأسرة. لا بد من تطوير مهاراتهم المتعلقة بتقنية تنظيم الأسرة و الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية.

### 7.10.3. فيما يتعلق بفوائد الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية

يمكن أن يستفيد السكان بشكل كبير في أن يكونوا محميين ضد المخاطر المتعلقة بالحمل المبكر والمتكرر وغير المرغوب فيه وكذلك ضد الأمراض المنقولة جنسياً وذلك من خلال الزيادة الكبيرة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

يمكن ايضا أن يستفيد الطاقم الصحي والنظام الصحي بشكل جوهري من الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية وذلك بزيادة مهارات ومعارف الطاقم الصحي في التعامل مع الحاجة الحقيقية للمستفيدين وكذلك بزيادة الثقة بين النظام الصحي والسكان، إن الترويج المجتمعي للصحة الإنجابية يمكن أن يدعم أنشطة خارج الجدران.

إن الفوائد المتعلقة بالإعداد للولادة و الولادة بواسطة عامل صحي مؤهل والإحالة المبكرة في الحالات الإسعافية ظهرت على أنها ثانوية. على البرامج أن تقرر فيما إذا كانت ترغب في التخلي عن هذا المفهوم أو تواصل في عمل بحوث اضافية في هذا الجانب. الأدلة الواقعية والخبرات العالمية تقول أن التدخل الأكثر شمولية للصحة الإنجابية يزيد من تقبلها مقارنة لو كان التدخل في خدمة تنظيم الأسرة فقط.

## 4. الإستنتاجات و التوصيات

إن تنفيذ التجربة الإستراتيجية للترويج المجتمعي للصحة الإنجابية هو لغرض بحث ما إذا كان الترويج للصحة الإنجابية بما فيه توزيع الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة خيار ذو جدوى منه في اليمن للحد من الحاجة الكبيرة غير الملبيه لوسائل تنظيم الأسرة كشرط للتعامل مع احد القضايا التنموية الرئيسية في الجمهوريه اليمنيه والمتمثلة بالتزايد السريع للسكان.

أظهرت التجربة الاستراتيجية الاسترشادية أن الترويج المجتمعي للصحة الانجابية طريقة ناجحة جداً لزيادة استخدام وسائل تنظيم الأسرة ويمكن تقبلها بشكل كبير. وعليه فيوصى بتوسيع هذه الطريقة بشكل سريع للتعامل مع الوضع السكاني الخطير في اليمن بالسرعة المطلوبة.

ولغرض التوسع بشكل سريع فلا يُنصح بالاعتماد على النظام الصحي الحكومي لسببين: بطء في تطبيق اللامركزية، عدم كفاية الكادر الصحي المؤهل وعدم كفاية الميزانية التشغيلية للأنشطة الصحية وكذلك قصور في ضمان الإمداد بالوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة، كل هذه عوامل تعيق التنفيذ الفعال و السريع لبرنامج الترويج المجتمعي للصحة الانجابية على المستوى الوطني.

وفي نفس الوقت، من المهم جداً أن تبقى السلطات الصحية هي المنظمة لهذه الطريقة وتضمن جودة الخدمات، إن دور مكاتب الصحة في المحافظات والمديريات يجب أن ينتقل من التنفيذ الى الدور التنظيمي بينما المجتمعات والجمعيات والمنظمات غير الحكومية والمؤسسات الدينية والإتحادات ومنظمات المجتمع المدني الأخرى يجب أن تأخذ دور التنفيذ تحت قيادة وزارة الصحة العامة والسكان والمستوى اللامركزي للوزارة.

بما أنه أصبح واضحاً أن القطاع الصحي ليس لديه الخبرة الكافية في العمل مع منظمات المجتمع المدني، فيجب على كل المنظمات الدولية والتي تدعم وزارة الصحة في تدشين الترويج المجتمعي للصحة الانجابية أن تضمن التنفيذ في اطار بحوث عملياتية لإنشاء جهة خاصة بالمعلومات عن صناعة سياسته مرتكزه على الأدلة والتعلم المشترك.

للإستجابة للسرعة المطلوبة، ففي البداية يحتاج الترويج المجتمعي للصحة الانجابية الى ميزانية اضافية. الاستدامة في هذه المرحلة من الوقت يجب أن لا تكون قضية اساسية لأن تلبية الحاجة غير الملابة للوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة سيؤدي الى التحول السكاني المنشود والذي من الممكن أن يكون مستدام ذاتياً وسيسمح بإجراءات سكانية مستدامة أكثر وذات علاقة. يجب على المانحين المحليين والدوليين دعم وزارة الصحة العامة والسكان بتوسيع الترويج المجتمعي للصحة الانجابية وبصفة اساسية عن طريق (أ) الامداد بوسائل تنظيم الأسرة ووسائل تغيير السلوك (عدد كبير من قلاب مشورة تنظيم الأسرة تحتاج الى اعادة طباعة)، (ب) دعم الكلفة المتعلقة بالتدريب، بناء قدرات منظمات المجتمع المدني ومتابعة المتطوعين، (ج) بناء قدرات وتمويل البحوث العملياتية في تنفيذ نماذج متنوعة من الترويج المجتمعي للصحة الانجابية.

1. 1995, RamaRao, Saumya, John W. Townsend, and M.E. Khan. A model of costs of a CBD programme (India), Asia and the Near East OR/TA Special Report. New Delhi: Population Council.
2. 1980, Jane T. Bertrand, Maria Antonieta Pineda, Roberto Santiso G., Susan Hearn, Studies in Family Planning, Vol. 11, No. 9/10 (Sep. - Oct., 1980), pp. 274-285, Characteristics of Successful Distributors in the Community-Based Distribution of Contraceptives in Guatemala:  
[http://links.jstor.org/sici?sici=0039-3665\(198009%2F10\)11%3A9%2F10%3C274%3ACOSDIT%3E2.0.CO%3B2-O](http://links.jstor.org/sici?sici=0039-3665(198009%2F10)11%3A9%2F10%3C274%3ACOSDIT%3E2.0.CO%3B2-O)
3. 1999, James D. Shelton, Lois Bradshaw, Babar Hussein, Zeba Zubair, Tony Drexler and Mark Reade McKenna, Putting Unmet Need to the Test: Community-Based Distribution of Family Planning in Pakistan, International Family Planning Perspectives. Volume 25, Number 4, December 1999,  
<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2519199.html>
4. Year not specified, Beyond the clinic walls, Management Sciences for Health (MSH)  
<http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.6.htm&module=chs&language=English>
5. 2004, Harris, Nancy P., Perspectives and Recommendations for USAID/Tanzania on Community-based Distribution (CBD) Programs, USAID/Deliver
6. 2004, Population and Family Planning: Lessons from Malawi, Findings, good practice: infobrief No 107, Worldbank
7. 1966، تطوير نظام تقديم خدمات تنظيم الأسرة خارج مواقع تقديم الخدمة في مصر، تقييم الوضع الحالي لبرنامج الرائدات الريفيات، ملخص دراسه، القاهرة: كلية التمريض/جامعة الإسكندرية
8. 2004, Sanogo, Diouratié, Mady Cisse, Adama Ndoye, Laty G. Ndoye, Ousmane Faye, and Balla Mbacké Mboup. "Testing a community-based distribution approach to reproductive health service delivery in Senegal (a study of community agents in Kébémér)," FRONTIERS Final Report. Washington, DC: Population Council.
9. 2002, Frontiers in Reproductive Health, Family Health International, and Advance Africa. Best practices in CBD programs in sub-Saharan Africa: Lessons learned from research and evaluation, FRONTIERS Conference Report. Washington, DC: Population Council

10. Year not specified, Community-Based services in Africa, the Ougadougou Workshop, GTZ & IPPFA
  
11. 1999, Comparing CBD Program Cost, in Network Volume 19, NO 3, Spring 1999, Family Health International
  
12. 1997, Barberis M, Harvey PD. Costs of family planning programs in fourteen developing countries by method of service delivery, . J Biosoc Sci 1997;29(2):219-33