دار المنظومة
DAR ALMANDUMAH
الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	مشاركة المجتمع في إدارة الرعاية الصحية الأولية: دراسة ميدانية بمدينتي الرياض وجده بالمملكة العربية السعودية
المصدر:	مجلة المدير العربي
الناشر:	جماعة الإدارة العليا
المؤلف الرئيسي:	عبدالهادي، عبدالسلام حسن
مؤلفين آخرين:	البرعي، حسين بن محمد(م. مشارك)
المجلد/العدد:	ع 116
محكمة:	لا
التاريخ الميلادي:	1991
الشهر:	أكتوبر
الصفحات:	50 - 59
رقم MD:	69180
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	EcoLink
مواضيع:	الدعم الاقتصادي، الرياض، جده (السعودية)، الرعاية الصحية، المشاركة المجتمعية، السلوك الاجتماعي، تمويل المشروعات، الجمعيات الخيرية، العمل التطوعي، التوعية الصحية، الخدمات الاجتماعية
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/69180

© 2020 دار المنظومة. جميع الحقوق محفوظة.
هذه المادة متاحة بناء على الإتفاق الموقع مع أصحاب حقوق النشر، علما أن جميع حقوق النشر محفوظة. يمكنك تحميل أو طباعة هذه المادة للاستخدام الشخصي فقط، ويمنع النسخ أو التحويل أو النشر عبر أي وسيلة (مثل مواقع الانترنت أو البريد الالكتروني) دون تصريح خطي من أصحاب حقوق النشر أو دار المنظومة.

مشاركة المجتمع فى إدارة الرعاية الصحية الأولية

[دراسة ميدانية بمدينتى الرياض وجـده بالمملكة العربية السعودية]

اعـــداد

الدكتـــور
عبد السلام حسن عبد الهادى
استاذ مشارك الادارة الصحية
بجامعة الملك سعود بالرياض

الدكتـــور
حسين بن محمـد البرعى
استاذ مساعد الادارة الصحية
بجامعة الملك سعود بالرياض

مقـدمة :

تبنت الدول الاعضاء فى منظمة الصحة العالميـة هدف الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ م ، واتفقت على استراتيجية موحدة لتحقيق ذلك الهدف تتمثـل فى نشر مفاهيم وخدمات الرعاية الصحية الاولية . وتقوم اسـتراتيجية الرعاية الصحية الاولية على خمسة مبادىء رئيسية تتضمن :

١ ـ عدالة التوزيع للخدمات الصحية بين المناطق الريفية والحضرية .

٢ ـ مشاركة المجتمع النشـيطة فى اتخـاذ القرارات المتعلقة بصحته .

٣ ـ التركيز على الوقاية وتطوير الصحة .

٤ ـ اسـتخدام اسـاليب ومواد وتكنولوجيـا مناسبة ومقبولة من المجتمع .

٥ ـ اعتبار الرعاية الصحية عنصرا من عناصر الرعاية الكلية التى تضـم الغذاء والتعليم وتوفير المياه النقية والسكن الملائم (١) .

وقد عبر ماهلر (Mahler) عن فلسفته واتجـاه المنظمة الدولية بأن مد الخدمات الصحية الى المناطق البعيدة لا يكفى فى حد ذاته لاحداث التحسن المنشود فى المستوى الصحى للمجتمع بل انه يتحقق فقط من خـلال تلبية الاحتياجات الصحية الفعليـة لذلك المجتمع ، وهى الاحتياجات التى يعتقد افراد المجتمع بوجودها ، كما أن جوهر الرعاية الصحية الاولية هو الاعتماد على الذات فهو الذى يؤدى الى تحرير الافراد ودفعهم الى العمل من اجل تنميـة حاضرهم ومستقبلهم (٢) .

ومؤدى ما تقدم أن تنفيذ اسـتراتيجية الرعاية الصحية الاولية يتطلب اقصى قدر ممكن من المشاركة والاعتماد على الذات فى كافة الامور المتعلقة بصـحة المجتمع لاسـيما فى تخطيط وتنفيذ وتنظيم وتشـويم البرامج الصحية التى يرى المجتمع انها سـتحقق له اهدافه المنشـودة . وذلك مما انتهت اليه منظمـة

---

(١) انظر :

— Gill Walt and patrick Vaughan, **An Introduction to the Primary Health Care Approach in Developing Countries.** (London : Ross Institute Publication No. 13, 1981), pp. 1. 17.

(٢) انظر :

— Halfdan Mahler, The Meaning of "Health for all by the year 2000", **World Health Forum,** 2 (1): 5—22 (1981).

الصحة العالمية فى مؤتمرها المنعقد عام ١٩٧٨ فى مدينة آلما آتا بالاتحاد السوفييتى (٣) .

وقد أخذت المملكة العربية السعودية بمفهوم الرعاية الصحية الاولية ووضعته موضوع التنفيذ منذ بداية خطتها الخمسية الثالثة للتنمية (١٤٠٠ — ١٤٠٥هـ — ١٩٨٠ — ١٩٨٥ م) (٤) حيث بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الاولية فى عام ١٤١٠ هـ (١٩٩٠ م) ١٦٣٩ مركزا موزعة على ١٨ منطقة صحية تغطى كافة انحاء المملكة .

موضوع البحث واهدافه :

اهتم الباحثان بموضوع مشاركة المجتمع فى الرعاية الصحية الاولية فى المملكة العربية السعودية ومدى الاخذ بها فى ادارة الرعاية الاولية ، ومن ثم فقد حددا الاهداف العامة للبحث فيما يلى :

١ — التعرف على المفاهيم السائدة بين العاملين فى المراكز الصحية بالمملكة العربية السعودية عن مشاركة المجتمع فى الرعاية الصحية الاولية .

٢ — التعرف على مدى الاخذ بمفهوم المشاركة فى ادارة انشطة الرعاية الصحية الاولية ولا سيما فى نواحى التخطيط والتنفيذ والتقويم .

٣ — تحديد الصعوبات التى تواجه تطبيق مفهوم مشاركة المجتمع فى الرعاية الصحية الاولية .

٤ — اقتراح التوصيات المناسبة لتشجيع وتطوير المجتمع فى انشطة الرعاية الصحية الاولية.

وبالنظر الى ضخامة عدد المراكز الصحية وانتشارها فى جميع انحاء المملكة لكى تغطى كافة المناطق السكانية ، وفى ضوء الامكانات المتاحة لفريق البحث كفانه قد تقرر اجراء البحث على عدة مراحل تتعرض كل مرحلة منها لعدد محدود من المناطق الصحية ، مع البدء بمدينتى الرياض وجدة باعتبارهما ممثلتين للمنطقتين الوسطى والغربية .

ولذلك فقد تحددت الاهداف التفصيلية للمرحلة الاولى من البحث فيما يلى :

١ — التعرف على المفاهيم السائدة بين العاملين فى المراكز الصحية بمدينتى الرياض وجدة بالنسبة لمفهوم مشاركة المجتمع .

٢ — التعرف على مدى الاخذ بمفهوم المشاركة فى نواحى التخطيط والتنفيذ والتقويم لانشطة الرعاية الصحية الاولية بمدينتى الرياض وجدة .

٣ — تحديد الصعوبات التى تواجه تطبيق مفهوم مشاركة المجتمع فى برامج الرعاية الصحية الاولية بمدينتى الرياض وجدة .

٤ — اقتراح التوصيات المناسبة لتشجيع وتطوير مشاركة المجتمع فى انشطة الرعاية الصحية الاولية .

ونظرا لتعدد اهداف البحث ، وضخامة حجم البيانات التى جمعت فى مرحلتيه المكتبية والميدانية، واختلاف اسلوب التحليل المستخدم فى كل مرحلة ، ورغبة فى التيسير على القراء ، فقد اتفق الباحثان على تقسيم البحث الى موضوعين رئيسيين يمثل كل منهما دراسة قائمة بذاتها من حيث الاهداف والمنهجية والنتائج ، وهما :

الموضوع الاول : ويتعلق بالمفاهيم السائدة عن مشاركة المجتمع فى الرعاية الصحية الاولية بين العاملين فى المراكز الصحية بمدينتى الرياض وجدة.

الموضوع الثانى : ويتعلق بمدى الاخذ بمفهوم المشاركة فى ادارة انشطة الرعاية الصحية الاولية فى المراكز الصحية بالمدينتين . (تتعرض هذه الدراسة للموضوع الثانى) .

اهمية الدراسة الحالية :

تنبع اهمية هذه الدراسة من العوامل الآتية :

١ — اتساق الغرض منها مع اهداف نشر وتطبيق

---

(٣) انظر :

— WHO-UNICEF, 1978, A'ma-Ata. Primary Health Care, Geneva-New York, P. 4.

(٤) انظر :

— The Kingdom of Saudi Arabia, Ministry of Planning, **Third Development Plan, 1404/ 1980-1985; P. 344.**

مفهوم الرعاية الصحية الاولية التى تسعى غالبية دول العالم الى تحقيقها وصولا لهدف الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠ م .

وليس من شك فى ان التعرف على مدى اخذ النظام الصحى السعودى بمبدأ مشاركة المجتمع فى ادارة الرعاية الصحية الاولية ، وما يواجه ذلك من عقبات ، والتوصل الى التوصيات التى تؤدى الى وضع هذا المبدأ موضع التنفيذ من شأنه ان يساعد على التنفيذ السليم والفعال لمفهوم الرعاية الصحية الاولية ومن ثم تحقيق هدف الصحة للجميع .

٢ ــ من حق افراد المجتمع ومن واجبهم معرفة ما يؤدى الى النهوض بصحتهم وما يتهددها من اخطار حتى تكون اعمالهم وتصرفاتهم الفردية والعامة ملتزمة بهذا الاطار ، ومن ثم تكون مشاركة هؤلاء الافراد فى تخطيط وتنفيذ الخدمات الصحية ضرورية كوسيلة لتحقيق اهداف تلك الخدمات وغاية يستهدفها المجتمع الكلى من حيث تنمية القدرات الذاتية للافراد والمجتمعات المحلية .

٣ ــ من خلال التعرف على الوضع القائم بشأن مشاركة المجتمع فى النواحى الادارية لبرنامج الرعاية الصحية الاولية فان هذه الدراسة يمكن ان تساهم فى رسم تصور اولى للاسس التى ينبغى ان يقوم عليها النموذج الادارى والتنظيمى لهذه البرنامج بما يتفق مع ظروف البيئة الادارية للمملكة العربية السعودية ونظامها الصحى .

تقسيم الدراسة :

بعد هذه المقدمة فاننا سوف نعرض فى هذا العدد مراجعة نظرية لمفهوم مشاركة المجتمع فى ادارة برامج الرعاية الصحية الاولية ، ثم يلى ذلك فى العدد القادم ــ باذن الله تعالى ــ شرحا موجزا لمنهج البحث ، ثم تحليل البيانات ونتائج الدراسة ، ثم ملخص لهذه النتائج وتوصيات الدراسة .

الاطار النظرى :

ما يهمنا فى هذه المراجعة النظرية هو ان نلقى الضوء على مفهوم مشاركة المجتمع فى ادارة الرعاية الصحية الاولية ، من خلال عرض اهم الاعمال المنشورة فى هذا المجال باللغتين العربية والانجليزية ، مع اعطاء اهتمام خاص لما نشر عن المملكة العربية السعودية ــ وقد قسمت المراجعة الى الاقسام الاربعة التالية :

١ ــ تعريف المشاركة واهميتها :

ذكر احد علماء الاجتماع انه لا تنمية حقيقية فى غيبة المشاركة ، لان المواطنين هم اصحاب المصلحة الحقيقية فى التنمية ، وهم اكثر معرفة بما يناسب مجتمعهم واكثر قدرة على تحديد مشكلاتهم والتوصل الى الحلول المناسبة لها . كما ان الجهود الحكومية وحدها لا تستطيع ان تفى بكافة احتياجات التنمية، ومن هنا يبرز دور الهيئات غير الحكومية والافراد المتطوعين .. وفضلا عن ذلك فان مشاركة المواطنين تضمن عدم وقوفهم موقف المتفرج او الناقد لاعمال الاجهزة الرسمية من اجل التنمية (٥).

المشاركة اذن هى « العملية التى من خلالها يلعب الفرد دورا فى الحياة السياسية والاجتماعية لمجتمعه وتكون لديه الفرصة لان يشارك فى وضع الاهداف العامة لذلك المجتمع وكذلك افضل الوسائل لتحقيق وانجاز هذه الاهداف » (٦) .

ونكتفى بهذا التعريف الذى يبرز وجهة نظر علم الاجتماع فى موضوع المشاركة ، اذ لا نرى مبررا لاستعراض التعاريف المتعددة فى اطار الدراسة الحالية التى تركز على المشاركة فى الرعاية الصحية الاولية .

وترى منظمة الصحة العالمية (WHO) ان الرعاية الصحية الاولية هى الوظيفة الرئيسية للنظام الصحى لاية دولة ، وانها الاداة الاساسية لتقديم الرعاية الصحية الاولية للمجتمعات المحلية ، وهى عنصر هام ومكمل من عناصر التنمية الاجتماعية

---

(٥) عبد الهادى الجوهرى ، المشاركة الشعبية والتنمية ــ مجلة المجتمع العربى ، يوليو /اغسطس ١٩٧٧ القاهرة ، ص ٤٥ ــ ٥٨ .

(٦) عبد الهادى الجوهرى ، معجم علم الاجتماع، ص ٢٣٧ .

والاقتصادية للمجتمع . ويتطلب نجـــاح الرعاية الصحية الاولية قدراً كبيراً من الاعتماد على النفس من جانب الافراد والمجتمعات بالاضافة الى اقصى درجة ممكنة من مشاركة المجتمع في تخطيط وادارة اعمال الرعاية الاولية والرقابة عليها (٧) ، ويترتب على هذه المشاركة أن يتحمل المجتمع المسئولية عن صـحته ورفاهيتـه وأن يطـور من قدراته على المساهمة في جهود التنمية .

وفكرة مشـــاركة المجتمع في الرعاية الصحية ليســـت جديدة تماما وتعتبر محصلة للعديد من التجـارب الناجحة والخبرات الدولية المكتســبة مثل تجـــربة الطبيب الحافي (Bare-Foot Doctor) في الصين الشعبية ، واســـتخدام الفئات الطبية المســـاعدة في بعض دول امريكا الجنوبيـــة وافريقيا (٨) .

٢ــ انواع المشاركة ومستوياتها :

تختلف انواع ومستويات المشاركة باختلاف النظم الاجتماعية والسياسية والادارية السائدة وباختلاف المستويات الثقافية والخلفيات الاجتماعية للمشاركين وباختلاف الانشطة موضوع المشاركة (انشـــطة تنمية محلية ــ انشطة تنظيم اسرة ــ انشطة رعاية صحية ... الخ) .

وقد عدد آنيل بهات وروشـيكيش مارو بعض انواع المشـــاركة بنـاء على التجـربة الهنـدية فيما يلي (٩) :

---

(٧) انظر :

— World Health Organization, **Glossary of Terms Used in the Health for All "Series No. 1-8** (WHO, Geneva, 1984), pp. 10-11.

(٨) انظر :

— Djukanovic v., and E.P.Mack, Editors, **Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries.** A Joint UNICEF/WHO Study, (WHO Geneva, 1975), pp. 35-62, 65-66.

(٩) انظر :

— Anil Bhatt and Rushikesh Maru, "Managing Community Involvement in Primary Health Care: A Review", in Anil Bhatt, ed, up. cit., pp. 51-59.

(أ) تقرير نوع الانشطة الانمائية التى يحتـــاج اليهـــا المجتمـع .

(ب) كيفية ادارة الانشطة الانمائية .

(ج) المساهمة المادية لدعم مشروعات التنمية .

(د) تقديم أفراد كمتطوعين لمساعدة المسئولين الحكوميين في تنفيذ مشروعات التنمية .

(هـ) اتفاق أفراد المجتمع على الالتزام بسلوك معين مثل عدم القاء القمامة في الطرق العـامة او عدم التدخين في الاماكن المزدحمة او المحافظة على الاشجار والبيئة الطبيعية وغير ذلك .

وعن مستويات المشـاركة يرى هذان الكاتبان بأن من اعلى درجات المشاركة ان تجيء المبـادرة لاحداث التغيير من المجتمع المحلي ذاته ثم قيـامه باتخاذ الاجراءات اللازمة من حيث تدبير المـوارد والافراد وتنفيذ العمل . مثال ذلك عندما يشـــعر الافراد بحاجتهم الى ردم مســـتنقع للمياه الراكدة لخطورته على الصحة العامة ثم يقومون بنفســهم بتدبـير الامكانات اللازمة وتنظيـم اعمـال الردم والتسوية وتنفيذها .

اما التقبل السلبي للخدمات التي تقدمها الحكومة مع الرغبة في الحصول عليها فيعتبر ضمن مستويات المشاركة غير النشيطة التي تسـود في الكثير من البلاد النامية . وعندما تنشط المشاركة فان المجتمع هو الذي يقرر نوع الخدمات التي يريدها واين ومتى وكيف يحصل عليها ويتحمل بعض الاعباء المترتبـة على أدائها بتقديم المسـاهمات النقدية او العينيـة او العمل التطوعي .

٣ ــ ادارة المشاركة :

نظرا لقلة الدراســات الادارية في موضـــوع مشاركة المجتمع في الرعاية الصحية الاولية ، ولان المتاح من هذه الدراســـات لم يتعرض للجوانب المتعددة للوظيفة الادارية من تخطيط وتنظيم ورقابة وتمويل وتوظيف واشراف وغيرها .. فان الباحث في هذا الموضوع لا يجد اجابات شافية عن كثير من الاسئلة الهامة التي تواجهه في موضوع المشاركة ، مثـل :

(أ) كيف يكون التخطيط لتنفيذ فكرة مشـــاركة المجتمع . وهل يصلح اســـلوب التخطيط المركزى لهذا الغرض . أم التخطيط من القاعدة الى القمة .

(ب) ما هو الاطار التنظيمى المناسب للمشاركة. اللجنة الاهلية أم اللجنة المشـــتركة . وعلى اى مستوى من المستويات .

(ج) كيف يكون تمثيل الفئات المختلفة فى المجتمع فى اللجنـــة .

(د) ما هى الاختصاصات والسلطات التى تتمتع بها هذه اللجان فيما يتعلق بانشطة الرعاية الصحية الاولية .

(هـ) ما شكل العلاقات بين اللجان الاهليـــة والمستويات الادارية العليـــا فى النظام الصحى ، المديرية والوزارة .

(و) لمن تكون رئاسة اللجنة ، وما هى سلطات الرئيس وصلاحياته .

(ز) ما هى افضل السبل لتعليم افراد المجتمـــع المشاركة ولتدريب العاملين الصحيين عليها .

(ح) ما هى المؤشرات التى يمكن اســـتخدامها لقياس درجة المشاركة .

(ط) كيف يمكن تطوير قدرات المجتمـــع على المشاركة ... وغير ذلك من الاسئلة .

ولسنا هنا فى مجـــال تقديم اجابات عن هذه الاسئلة ، ولكن ما يهمنا هو عرض ومناقشـــة وجهات نظر بغض الكتاب الذين تعرضـــوا لجانب او آخر من بينهـــا .

توصل ايان اسكيو (Ian Askew) الى ان مشاركة المجتمع فى البرامج القومية لتنظيم الاسرة فى خمس دول آســـيوية (بنجلاديش والصين وكوريا والفلبين وتايلاند) هى اما محدودة أو غير موجـــودة نهائيا ، كما توصل الى نفس النتيجة فيما يتعلـــق بمشاركة العاملين فى ادارة تلك البرامج ، بما يعنى أن ادارة البرامج لا تتيح للعاملين فيها الفرصـــة للمشاركة فى اتخاذ القرارات . وقد عزى اســـباب ضعف المشاركة الى مجموعة من العوامل التنظيمية التى تتضمن ما يلى : (١٠)

(أ) عدم وجود اطار تنظيمى يمثل المجتمع وينقل الى ادارة البرامج آراء واحتيـــاجات المواطنين ويساعد فى الادارة .

(ب) عدم وجود حافز على المشـــاركة نظـــرا لطبيعة الخدمات التى تقدمها برامج تنظيم الاسرة .

(ج) خضوع البرامج للتعليمات والقـــرارات الصادرة من السلطات المركزية بما يقضى على اية مبادرات محلية من المواطنين أو من العاملين .

(د) حتى بالنسبة للأفراد المتطوعين للعمل فى البرامج والقيادات المحلية فانه لا يمكنهم المشاركة الا اذا دعتهم لذلك ادارة البرامج ، لانه ليســـت لهم صفة رسمية .

ولا خلاف على اهمية هذه العوامل بالنســـبة لمشاركة المجتمع فى اطار الرعاية الاولية ايضـــا — وتنظيم الاسرة احد عناصرها — ولكن انعدام الحافز على المشاركة لا ينطبق بالضرورة على برامج وخدمة الرعاية الصـــحية الاولية التى نعتقد انهـــا تحظى بدرجة أكبر من التقبل لدى المجتمع بجميـــع فئاته ، بخلاف الحال فى خدمات تنظيم الاسرة التى لا تهم الا فئات محدودة .

ويركز الدليـــل الذى وضـــعته منظمة الصـــحة العالمية على الوظيفة الادارية فى الرعاية الصـــحية الاولية ، ويؤكد أن الوظيفة الاساســـية للفريق الصحى هى الاستجابة لاحتياجات المجتمع الصحية، وانه لكى يحقق ذلك فينبغى عليه تشجيع مشاركة

---

(١٠) انظر :

— Ian Askew, **Organizational Issues In Community Participation In National Family Planning Programmes:**
A Comparative Analysis of Five Countries In the ESCAP Region, Preliminary Report, Institute of Population Studies, Univ. of Exeter, U.K., July 1988.

المجتمع بكل وسيلة ممكنة ، ويقترح قيام أفراد الفريق الصحى بما يلى : (١١)

(أ) الملاحظة الجيدة لظروف المجتمع واحواله والاستماع الى الافراد لمعرفة مشكلاتهم .

(ب) مناقشة جميع المشكلات مع أفراد المجتمع قبل اتخاذ أى قرار بشأن تحديد الاولويات .

(ج) التنظيم الجيد وتشجيع المشاركة فى التخطيط واستنباط الحلول وتنفيذ الاعمال .

وقد تعرض بعض الكتاب لموضوع تقويم المشروعات القائمة على أساس مشاركة المجتمع ، أفادوا بانه ما دامت مشاركة المجتمع تعنى المشاركة فى تخطيط وتصميم وتنفيذ هذه المشروعات من جانب المستفيدين المستهدفين فأن تقويمها لابد وأن يكون بمشاركتهم ايضا . وتعنى المشاركة فى التقويم (Participatory Evaluation) أن يكون هناك نظام تقويم داخلى (Built - in) على اساس مستمر ، ويكون التنفيذ فيه على التعليم من خلال العمل ، وأن التقويم هو من أجل المجتمع لا المشروع ، مع ادماج المجتمع فى العمليات التنفيذية للتقويم واستخدام النتائج المتحصلة منه .

ومن مزايا هذا النوع من التقويم (بواسطة المجتمع) ما يلى : (١٢)

(أ) أنه لا يصلح الا فى المشروعات التى قامت منذ البداية على أساس مشاركة المجتمع فى التخطيط والتصميم والتنفيذ .

(ب) استخدام أفراد المجتمع فى جمع المعلومات اللازمة للتقويم لا سيما المعلومات الصحية يؤدى الى الحصول على معلومات صادقة ومفيدة ، كما يمكن من التغلب على صعوبات تفسير المفاهيم والقيم والآراء التى يعبر عنها أفراد المجتمع بلغتهم المحلية.

(ج) يعتبر وسيلة فعالة لتطوير الافراد العاملين بالمشروع ، وقد وجد أن قيام عمال الصحة المحليين بالتقويم الذاتى جعلهم أكثر استجابة للتغيير فى الاجراءات من أجل تحسين الكفاءة والفاعلية .

(د) أفراد المجتمع القائمين بالتقويم أقل فضولا وتعطيلا لانشطة المشروع من الافراد والخبراء الخارجيين .

(هـ) تقبل المجتمع للنتائج والتوصيات التى تسفر عنها عملية التقويم وبالتالى مساندة المجتمع لاية تعديلات مقترحة على أهداف المشروع أو أسلوب تنفيذه لانها نابعة منه .

٤ ــ المشاركة فى الرعاية الصحية الاولية فى المملكة العربية السعودية :

عبرت وزارة الصحة السعودية عن وجهة نظرها فى موضوع المشاركة فى الدليل الذى أصدرته فى عام ١٩٨٦ (١٣) . وجاء ذلك التعبير فى موضعين :

الاول : عند عرض الاستراتيجيات التى وضعتها الوزارة لتطبيق مفهوم الرعاية الصحية الاولية بالمملكة ، حيث أورد اثنين منها تتعلق مباشرة بالمشاركة وهما : (١٤)

١ ــ تحسين وتطوير العلاقة بين النظام الصحى والمستهلكين (أفراد المجتمع) من خلال التزام الفريق الصحى بالعمل الميدانى فى المجتمع ومع افراده بدلا من العمل من داخل المراكز الصحية ،

---

(١١) انظر :

— World Health Organization, **On Being In Charge:- A Guide for Middle- Level Management in Primary Health Care,** (WHO, Geneva, 1980), pp. 66-69.

(١٢) انظر :

— International Planned Parenthood Federation, **The Community Participation Approach in Family Planning Programma: Some Suggestions for Project Development,** by Ian Askew, Maria Mac Donald and Cliff Lenton, (PPIF, London 1986), pp. 26-29.

(١٣) و (١٤) انظر :

— Kingdom of Saudi Arabia, Ministry of Health, Assistant Secretary for Curative Medicine, General Directorate of Health Centres, **Primary Health Care- Manual for Health Centres Personnel,** First Edition 1986, pp. 12-13.

وذلك من أجل تحديد الاحتياجات الفعلية للمجتمع والعمل على تلبيتها ، اذ أن ذلك سيؤدى الى تطوير المجتمع فى الخدمات الصحية .

٢ ــ بذل الجهود الممكنة من اجل تغيير الاتجاهات السلبية لدى بعض الافراد وسوء الفهم السائد حول مراكز الرعاية وانها ليست مخازن لصرف الادوية ، بل هى مؤسسات متكاملة تستطيع من خلال المشاركة النشطة من المجتمع أن تطور الاحوال الصحية باعتبارها عنصرا هاما فى التنمية الاجتماعية الاقتصادية .

الثانى : عندما تعرض الدليل للمشاركة باعتبارها احد النشاطات المساندة للرعاية الصحية الاولية حيث أوضح اهمية المشاركة النشطة فى التطبيق الفعال للرعاية الصحية الاولية . وضرورة أن تصبح هذه المشاركة من السمات المستديمة لدى المجتمع، وأن تحتوى أكبر عدد ممكن من الافراد فى الانشطة الصحية . كما أوضح أن الطريق لزيادة اقبال المجتمع على المشاركة هو فى النشاط التعليمى والتثقيفى الذى يقوم به فريق الرعاية الصحية الاولية .

ثم تطرق الدليل الى الخطوات اللازمة لتطبيق مفهوم مشاركة المجتمع ، وتتلخص فى قيام الفريق الصحى بما يلى :

١ ــ الاتصال بالمجتمع لدراسة الوضع القائم ومدى تقبل الافراد للرعاية الصحية الاولية وما قد يكون لديهم من شكوك أو سوء فهم وذلك بهدف كسب ثقة المجتمع .

٢ ــ اعلام المجتمع بمفهوم الرعاية الصحية الاولية من خلال عقد اجتماعات مع القيادات البارزة فيه ومع بعض المسئولين الحكوميين كالمدرسين ورجال البلديات والقيادات الدينية ، ومناقشة المشكلات الصحية السائدة معهم للتوصل الى اقتناعهم بمفهوم الرعاية الاولية واهميته .

٣ ــ اقامة حوار على نطاق واسع مع افراد المجتمع انفسهم بغرض تبادل المعلومات والافكار بينهم وبين فريق الرعاية الصحية الاولية .

أما عن الاعمال المطلوب من المجتمع القيام بها تعبيرا عن مشاركته فى اعمال الرعاية الاولية ، فقد ذكر الدليل أنه ليس هناك طريق محدد فى هذا الشأن بل ان الامر يختلف باختلاف الظروف المحلية وطبيعة المشكلات الصحية السائدة فى كل منطقة ، ولكنه عرض بعض الافكار العامة التى يمكن أن تؤخذ فى الاعتبار فى هذا المجال وهى :

١ ــ المساهمات المادية للمساعدة فى تنفيذ الانشطة الصحية ، ويشير الدليل الى أن هذا النوع من المشاركة ليس مطلوبا فى الوقت الراهن .

٢ ــ اتباع أسلوب صحى فى المعيشة من خلال الالتزام بقواعد الصحة الشخصية وتجنب الممارسات والمعتقدات الضارة بالصحة .

٣ ــ المساهمة فى الوقاية من بعض الامراض (كالملاريا والبلهارسيا) والحد من انتشارها من خلال الابلاغ المبكر عن الاصابات والمتابعة واتباع اجراءات الوقاية .

٤ ــ تشخيص وعلاج الحالات المرضية البسيطة والاصابات (الاسعاف الاولى) .

٥ ــ الاستخدام الرشيد للمرافق والخدمات

ثم يتحدث الدليل بايجاز عن الاساليب والاجراءات التى ينبغى اتباعها لتشجيع وتطوير مشاركة المجتمع فى الرعاية الصحية الاولية وهى : (١٥)

١ ــ التثقيف الصحى لافراد المجتمع .

٢ ــ التخطيط الواقعى لحل المشكلات الصحية المحلية .

٣ ــ تشكيل اللجان الصحية أو جمعيات اصدقاء المركز الصحى الاولى .

٤ ــ التنسيق مع القطاعات الحكومية الاخرى كالزراعة والمياه ، والبلديات والمعارف ، والاعلام .

---

(١٥) المرجع السابق ، ص ٩٩ ــ ١٠٣ .

ثم تعرض الدليل للتخطيط باعتباره احد الانشطة المساندة للرعاية الصحية الاولية ، وبين ضرورة أن يقوم التخطيط على التحديد الدقيق للاحتياجات الصحية ثم تصميم الانشطة اللازمة لتلبية هذه الاحتياجات ويقوم الفريق الصحى بالدور الرئيسى فى تخطيط الرعاية الصحيه الاوليه وفقا للخطوات الآتية :

١ ــ عمل مسح مجتمعى شامل لجمع المعلومات اللازمة .

٢ ــ تحديد المشكلات الصحية التى تواجه المجتمع وترتيبها حسب أولويتها وتحديد الحلول المناسبه لهذه المشكلات والقضاء على اسبابها وبالنسبة للمشكلات التي تقع خارج نطاق القطاع الصحى ولكنها تؤثر على صحة المواطنين فأن الفريق الصحى يقوم بالاتصال بالمسئولين فى القطاعات المعنيه والتعاون معهم للتوصل الى حلول لهذه المشكلات او يقوم بجهد مكثف فى تثقيف المواطنين واعلامهم بهذه المشاكل ومناقشة كيفية حلها معهم .

٣ ــ تحديد الاهداف .

٤ ــ مراجعة العقبات والمشاكل التى قد تعوق تحقيق الاهداف ومناقشتها مع المجتمع ومع القطاعات الاخرى اذا تطلب الامر ذلك .

٥ ــ اعداد خطة العمل وتحديد الاستراتيجيات المناسبة لتحقيق الاهداف وما يمكن تطبيقه منها بواسطة الفريق الصحى وما قد يطبق عن طريق المجتمع .

٦ ــ التنسيق والمقصود به عرض الخطة بعد اعدادها على قيادات المجتمع ومناقشتها معهم واقناعهم بالالتزام بها ودراسة ما قد يقدمونه من تعديلات للخطة وادخال المناسب منها فى الخطة ثم القيام بنفس الخطوات مع ممثلى القطاعات الحكومية الاخرى . ومن المفضل عقد لقاءات مشتركة بحضور ممثلى تلك القطاعات والقيادات من أجل تاكيد التزام جميع الاطراف بالخطة .

٧ ــ رفع الخطة الى السلطات المختصة بمديرية الشئون الصحية للموافقة عليها ثم التنفيذ .

وتعتبر الدراسة التى أجراها المزروع (١٩٨٩م) فى منطقتى القصيم وحائل بالمملكة العربية السعودية من أولى الدراسات الهامة لموضوع مشاركة المجتمع فى الرعاية الصحية الاولية بالمملكة (١٦) .

وقد توصلت الدراسة الى عدة نتائج من ضمنها الآتى :

١ ــ ان السلطات العليا فى البلاد تدعو الى مشاركة المجتمع فى التنمية الاجتماعية والاقتصادية وتشجع ذلك من خلال تشكيل لجان التنمية الاقليمية والمحلية ، كما أن السياسات القومية الواردة فى خطة التنمية الرابعة تدعم هذا الاتجاه .

٢ ــ ان تطبيق الرعاية الصحية الاولية على المستوى القومى الذى بدأ عام ١٩٨٤ م قد أعطى دفعة كبيرة لمشاركة المجتمع فى الانشطة الصحيه من خلال تشكيل لجان أصدقاء الصحة .

٣ ــ ان الغالبية العظمى من المجيبين فى الدراسة اعتبرت المشاركة عنصرا اساسيا وضروريا لنجاح الرعاية الصحية الاولية ، وذلك مؤشر على رغبه المجتمع فى المشاركة .

٤ ــ ان التنسيق بين القطاعات المرتبطة بالصحة كان محدودا على المستوى المركزى ولكنه افضل على المستويين الاقليمى والمحلى بسبب وجود اللجان الاقليمية .

٥ ــ أن هناك ارتفاعا فى نسبة استخدام الخدمات الخاصة بالرعاية الصحية الاولية ، لا سيما الخدمات الوقائية والتطويرية .

٦ ــ أن هناك أنماطا واضحة للمشاركة الفعلية فى الاعمال المتصلة بتحسين الصحة اما المشاركة بتقديم الاموال فقد كانت محدودة .

وقد استخدم الباحث تعريفا للمشاركة يقول بانها « عملية يقوم من خلالها أفراد المجتمع بالمساهمة فى البرامج والانشطة التى يجرى تنفيذها لصالح المجتمع كما أفاد بأن هذا التعريف ينطوى على ثلاثة مستويات للمشاركة هى :

(أ) استخدام الخدمات والمرافق .

---

(١٦) انظر :

— **Awareness. Acceptance and Participation of Saudi Community in PHC Programme,** by Dr. Yagob Al-Mazrou, Director General, Health Centers, Ministry of Health, Riyadh 1989.

(ب) التعاون مع المبادرات الحكومية من خلال المساهمة بالاموال وبالعمل اوبتقديم مساهمات عينية .

(ج) المشاركة فى التخطيط والتنفيذ بما فى ذلك تحديد المشكلات والمساعدة فى حلها بالاشتراك مع مسئولين حكوميين .

وبالرغم من أن هذه المستويات الثلاثة تمثل فى مستويات المشاركة التى وردت فى الكتابات التى سبق مراجعتها ، الا ان المشكلة فى دراسة المزروع انه عند سؤاله لافراد العينة عن مجالات مشاركتهم فى انشطة الرعاية الصحية الاولية اقتصر على المستويين الاول والثانى المتعلقين باستخدام الخدمات الصحية التى يقدمها المركز الصحى والمساهمة بالعمل والمال فى بعض الانشطة ، ولم يتعرض للمستوى الثالث الخاص بالمشاركة فى التخطيط والتنفيذ ، مما يجعل قياسه لمشاركة المجتمع غير معبر تماما عن المعنى المقصود من التعريف المستخدم فى الدراسة .

كما انه من الصعب قبول النتيجة التى توصلت اليها الدراسة من أن السياسات القومية والتنظيم الادارى للدولة يشجعان المشاركة ، اذ الواقع ان تشكيل اللجان الاقليمية والمحلية للتنمية يعتمد بصفة أساسية على الموظفين الرسميين بينما يعتبر تمثيل العنصر الشعبى ضعيفا للغاية .

تلخيص وملاحظات :

١ — أن هناك كتابات كثيرة عن المشاركة فى التنمية بصفة عامة ولكن المشاركة فى الرعاية الصحية الاولية لم تحظ بعد باهتمام مماثل . وينطبق ذلك على الوضع فى المملكة العربية السعودية .

٢ — ان موضوع مشاركة المجتمع فى الرعاية الصحية الاولية ما زال يثير الكثير من الجدل رغم الاتفاق على اهمية المشاركة كهدف مرغوب فيه لذاته باعتباره مؤشرا للتقدم ، وكوسيلة لتحقيق اهداف التنمية ، ورغم المزايا العديدة التى يحققها بالنسبة للرعاية الصحية الاولية . كما أن المفهوم ما زال غير محدد فى أذهان الكثيرين من المسئولين عن الصحة .

٣ — ان من اهم مبررات المشاركة ان الجهود الحكومية وحدها لا تستطيع تلبية جميع احتياجات التنمية الصحية . وان الكثير من أعمال الصحة العامة لا يتطلب اعتمادات مالية بقدر ما يتطلب المشاركة النشيطة من المواطنين .

٤ — ان مشاركة المجتمع فى الرعاية الاولية تكاد تكون منعدمة فى اغلب الدول رغم التزام هذه الدول بمفهوم الرعاية الاولية والمبادىء التى يقوم عليها .

٥ — انه من الضرورى التدرج فى تطبيق مفهوم المشاركة حسب الظروف الاجتماعية والسياسيه السائدة ، لا سيما وان هناك مستويات وانواع متعددة من المشاركه تتدرج من التقبل السلبى للخدمات الصحيه المجانيه التى تقدما الدوله الى المشاركة النشيطة فى اتخاذ القرارات الصحية .

٦ — انه قد تم التوصل الى بعض الاستراتيجيات والاساليب التنظيمية والاداريه المناسبة للمشروعات القائمة على اساس مشاركه المجتمع ، مما قد يصلح للتطبيق فى مجال الرعايه الصحيه الاولية .. الامر الذى يتطلب اجراء المزيد من البحث والاستقصاء للعديد من المسائل المتعلقة بادارة المشاركة حتى يمكن التعرف على طبيعة وخصائص العمليات الادارية المختلفة من تخطيط وتنفيذ وتقويم التى تتم داخل النظام الصحى بمستوياته المركزية والاليميه والمحلية .

أما عن المشاركة فى الرعاية الصحية الاولية فى المملكة العربية السعودية فيورد الباحثان الملاحظات الآتية :

١ — ان الصورة المثلى لمشاركة المجتمع فى الرعاية الصحية الاولية كما تصورها وثائق منظمة الصحة العالمية وغيرها من المصادر هى المشاركة الايجابية الكاملة من المجتمع فى تخطيط وتنفيذ ورقابة وتقويم اداء الاعمال الصحية . وبلغة اكثر تحديدا : هى المشاركة فى تحديد المشكلات الصحية التى يواجهها المجتمع واولوياتها ، والتوصل الى اساليب حلها ، والاعتماد على الامكانات الذاتية للمجتمع فى تدبير وتنظيم الموارد والامكانات اللازمة لتنفيذ هذه الحلول ، والرقابة على التنفيذ ، وتقويم النتائج .

أما الصورة الرسمية للمشاركة كما أوضحناها فيما سبق فتقتصر على قيام الفريق الصحى بالعمل الميدانى للتعرف على الاحتياجات الصحية والعمل على تلبيتها ، ومحاولة تغيير المفاهيم والشكوك السائدة حول الخدمات الصحية التى تؤديها الدولة،

وأن تطوير مشاركة المجتمع يتم من خلال هذا العمل الميـدانى .

والفارق بين الصورتين كبير جـدا ، بينما تعتبر الصورة الاولى المجتمع مشـــاركا ايجابيا فى كافة الامور المتعلقة بصحته ، تنظر اليه الثانية على انه متلق سلبى للاعمال والخدمات التى يؤديها النظـام الصحى .

٢ ــ تعترف وجهة النظر الرســمية باهميـة المشاركة النشطة من المجتمع فى تحقيق كفاءة وفاعلية الرعاية الصحية الاولية ، كما تؤكد على ضرورة أن تصبح هذه المشاركة من السمات المسـتديمة لدى المجتمع . وأن تحتوى اكبر عدد ممكن من افراده فى الانشطة الصحية المختلفة ، وهى كوجهة نظر تقدمية لا شك فى ذلك ولكن عند التطـرق الى تفاصـيل المشاركة : مجالاتها وكيفية احداثها وتطويرها ... نجد رجعة الى الاسلوب المركزى الذى يعتمد عـلى النظام الصحى فى القيام بالدور الرئيسى فى تخطيط وتنفيذ الرعاية الصحية الاولية ، ويبدو ذلك مـن الملاحظات التالية :

(أ) فى تحديد مجالات مشـــاركة المجتمع فى الرعاية الصحية الاولية ، يقتصر الامر على تحديد بعض الممارسات الصحية التى ينبغى على افـراد المجتمع تعلمها والالتزام بها وتجنب الممارســات الضارة بصحة الفرد والمجتمع .

(ب) فى تحديد الخطوات التطبيقية للمشاركة ، اقتصر الامر على انشطة الاتصال والاعلام وتبـادل الافكار والمعلومات مع المجتمع لاكتســاب ثقتـه وتعريفـه بمفهوم الرعاية الصـحية الاولية (مـع التركيز على القيادات) ، ومناقشة المشـــكلات الصحية معه (بعد أن حددها الفريق الصحى) .

والواقع ان تطبيق مفهوم المشاركة فى الرعـاية الصحية الاولية يتطلب ما هـو اكثر من ذلك فلابد من تعميق الفهم لدى افراد الفريق الصحى وغيرهم من الموظفين الحكوميين بالمشـــاركة واهميتها فى احداث التنمية الحقيقية للمجتمع واساليبها ومجالاتها والتدريب على وسائل حث المجتمعات والافراد على زيادة مشـــاركتهم وايجـاد القنوات الشرعيـة والتنظيمات الادارية التى تتيح الفرصة للمشاركة .

(ج) فى النظر الى التخطيط كأسلوب لتشجيع وتطوير المشـــاركة ، حيث نجـد أن الاجـراءات المنصوص عليها فى تخطيط الرعاية الصحية الاولية تعتمد اعتمادا كليا على الفريق الصحى ، فهو الذى يحدد المشكلات الصحية ، وهو الذى يضع الحلول المناسبة لها ويعمل على ازالة اســبابها ، وهو المسئول عن وضع الخطة واقناع قيادات المجتمـع بها ، حتى انه اذا كانت لدى تلك القيادات وجهـات نظر مختلفة فان الفريق الصحى هو الذى يقـــرر ما يرى الاخذ به منها .. ثم ان تنفيذ الخطة يتوقف بعد ذلك على موافقة مديرية الشـــئون الصحية المختصة عليها .. أما دور المجتمع فى هذه الخطوات فهامشى الى حد بعيد .

٣ ــ ان العمل فى مجال الصحة ــ وكما اشرنا من قبل ــ لابد أن يوجه الى المشـــكلات التى يعتقـد المجتمع بوجـودها ، وأن تكون هـذه المواجهـة بالاساليب التى يتقبلها المجتمع . فاذا قام النظـام الصحى بنفسه ودون اشراك المجتمع المعنى بتحديد المشـــكلات وتحديد اســاليب مواجهتها فان العمل الصحى لا يكون قادرا على تلبية الاحتياجات الصحية الفعلية للمجتمع . كما أن مبدأ الاعتماد على الذات الذى يعتبر مطلبا ضروريا لتحقيق هدف الصـحة للجميع لا يمكن تحقيقه فى ظل النظرة الرســمية لمشاركة المجتمع فى الرعاية الصحية الاوليـة التى تعتمد اعتمادا كليا على امكانات وقدرات النظـام الصـحى وليس على القـدرات الذاتية للافـراد والمجتمعات المحلية المسـتندة الى دعم كاف وبنيـة اساسية مناسبة من النظام الكلى .

لقد كانت المملكة العربية السـعودية من اوائل الدول التى تبنت مفهوم الرعاية الصحية الاولية وقد وضعته موضع التطبيق الفعلى منذ بداية خطتهـا الثالثة للتنمية (١٤٠٠ / ١٤٠٥ هـ) ــ (١٩٨٠ / ١٩٨٥ م) . وقد بينا آنفـا وجهـة نظـر النظام الصحى السعودى فى موضوع مشاركة المجتمع فى الرعاية الصحية الاولية ، وكما هو متوقع فليس من المنتظر أن تتطابق وجهـات نظر النظم الصـحية المختلفة مع وجهة نظـر منظمة الصحة العالمية فى هذا الموضوع ، حيث ان هذه المنظمة تعتـرف بان الرعاية الصحية الاولية فى مجملها تعتبر نتيجـة للظروف الاقتصادية والسمات الاجتماعية والثقافية والسياسـية لكل مجتمع . وفى رأينـا أن وجهـة النظر الرسمية فى موضوع المشاركة تعبر بدقة عن ظروف التطور الادارى والاجتمـاعى التى تمر بهـا المملكة العربية السعودية فى الوقت الراهن .