



منظمة المرأة العربية  
ARAB WOMEN ORGANIZATION

تقرير إقليمي عن الدراسات المنسية  
للمشروعات الموجهة للمرأة العربية  
في مجال الصحة

الدكتورة / نجيبة عبدالغنى

**تقرير إقليمي عن الدراسات المسيحية  
للمشروعات الموجهة للمرأة العربية  
في مجال الصحة**

**الدكتورة / نجيبة عبدالغنى**

**2 0 0 7**

أعدت هذه الدراسة بالاعتماد على المعلومات الواردة في الدراسات  
المسحية القطرية التي أعدها خبراء وخبراء الدول العربية  
الأعضاء بالمنظمة والمشاركة في المسح

جميع حقوق الطبع والنشر والترجمة محفوظة  
لمنظمة المرأة العربية

الطبعة الأولى  
القاهرة 1428 هـ - 2007 م

رقم الإيداع: 2007/24999

الترقيم الدولي: 977-5024-86-2

## منظمة المرأة العربية

٢٥ شارع رمسيس - الكوربة - مصر الجديدة

القاهرة - جمهورية مصر العربية

تلفون: ٠١١٢٤١٨٣٣٠١ (٢٠٢)

فاكس: ٠١٠٢٤١٨٣١١٠ (٢٠٢)

بريد الكتروني: [info@arabwomen.org.net](mailto:info@arabwomen.org.net)

الصفحة	المحتويات
1	القسم الأول: تمهيد
3	أ. مقدمة
5	ب. القطاعات المدروسة في مجال الصحة
6	ت. وضع المرأة في مجال الصحة
9	أ) معدل العمر المتوقع للمرأة عند الولادة
10	ب) وفيات الأمهات
12	ت) نسبة الولادات بإشراف الكوادر الصحية
13	ث) تنظيم الأسرة ومعدل الخصوبة الكلية
14	ج) الرعاية أثناء الحمل
15	التحديات التي تواجه الدول العربية المشاركة في جهود الارتقاء بصحة المرأة
16	ث. أهداف الدراسات المسحية
17	ج. منهجية الدراسات المسحية
17	أ. نوعية الدراسة
17	ب. عينة الدراسة
19	ت. أداة الدراسات المسحية
20	ث. طريقة جمع البيانات
20	ج. أساليب معالجة المعلومات
21	ح. المعوقات في الدراسات المسحية
25	<b>القسم الثاني: تحليل المشروعات</b>
27	1. مقدمة
28	2. العناصر الأساسية لتحليل المشروعات التي تم بحثها في مجال صحة المرأة
28	● عدد المشروعات الموجهة لصحة المرأة
29	● طبيعة مجال نشاط المشروعات
31	● طبيعة الجهات المنفذة للمشروعات
32	● طبيعة الجهات الممولة
36	● التغطية الجغرافية للمشروعات
38	● الواقع المختار لتقييد المشروعات
39	● الوضع الحالي للمشروعات
40	● الفئات المستهدفة من المشروعات
42	● طبيعة نشاط المشروعات
44	● مدة تنفيذ المشروعات
45	● عدد العاملين في كل مشروع ونسبة الإناث منهم
47	● عدد المستهدفين ونسبة المستفيدين

## المحتويات

### الصفحة

3. العناصر الأساسية لآليات العمل في المشروعات الخاصة بمجال صحة المرأة	48
• مزايا المشروعات المخططة:	48
• الأهداف والإنجازات	49
4. العناصر الأساسية لآليات مخرجات المشروعات في مجال صحة المرأة	49
• تقييم المشروعات	49
• عوامل النجاح	52
• عوامل الفشل	58
• قدرة المشروعات على الاستدامة	62
القسم الثالث: الرؤية المستقبلية	65
1- مقدمة	67
2- الفجوات الخاصة بقطاعات صحة المرأة الأولى بالمشروعات المستقبلية من منظور قطري واقليمي	67
3- الفجوات الخاصة بفئات المرأة الأولى بالمشروعات المستقبلية:	70
4- المقترنات من قبل منفذى المشروعات المتضمنة في الدراسات المسحية	73
5- المشروعات المستقبلية المقترنة، والتوصيات المقدمة من قبل خبراء الدراسات المسحية في الدول المشاركة	80
1. مجالات التنسيق والتعاون بين الدول العربية	80
2. مجالات الأبحاث والدراسات الأولى بالمشروعات المستقبلية وقواعد البيانات في مجال صحة المرأة	81
3- مجالات التدريب للكوادر النسائية العربية	83
4- مجالات نشر الوعي والتنقif الصحي والإعلام فيما يخص صحة المرأة	84
5- مجالات في القوانين المتعلقة بصحة المرأة	85
6- مجالات متعلقة بصحة فئات معينة من النساء	86
7- مقترنات عامة	87
ملحق الدراسة	89
الملحق رقم (1) فريق العمل المشارك في الدراسات المسحية الخاصة بمجال الصحة	91
الملحق رقم (2) نموذج استمارة الاستبانة	95
عن المؤلفة	103

## فهرس الجداول

## الصفحة

- الجدول رقم (1): النسبة المئوية للمشروعات بحسب جهة التمويل بين الدول العربية المشاركة في المسح 33
- الجدول رقم (2): النسبة المئوية للمشروعات بحسب الفئة المستهدفة بين الدول المشاركة في المسح 40
- الجدول رقم (3): النسبة المئوية للمشروعات بحسب طبيعة المشروع بين الدول العربية المشاركة في المسح والمتوسط العام 43
- الجدول رقم (4): الدول الأعضاء في الدراسة بحسب عدد المشروعات المحتوية على البيانات وبحسب عدد العاملين ونسبة الإناث 46
- الجدول رقم (5): نقاط القوة الذاتية في المشروعات للدول المشاركة في الدراسات المسوحية بحسب عدد المشروعات ونسبتها المئوية وبحسب الدول 53
- الجدول رقم (6): المتغيرات التي تمثل فرصة خارجية لمشروعات الدول المشاركة في المسح بحسب الدول وبحسب عدد المشروعات ونسبتها المئوية 56
- الجدول رقم (7): عوامل الضعف الذاتية للمشروعات في الدول المشاركة بحسب الدول، وبحسب عدد المشروعات ونسبتها المئوية 58
- الجدول رقم (8): التحديات الخارجية للمشروعات بحسب الدول المشاركة في الدراسات المسوحية وبحسب عدد المشروعات ونسبتها المئوية 60
- الجدول رقم (9): القطاعات الأولى بالاستهداف في المشروعات المستقبلية في مجال صحة المرأة بحسب الدول المشاركة 67
- الجدول رقم (10): فئات المرأة الأولى بالاستهداف في المشروعات المستقبلية بحسب الدول المشاركة 70
- الجدول رقم (11): المقترنات التي ذكرها منفذو المشروعات في حالة تكرارها أو طلب الإضافة للمشروع بحسب الدول المشاركة في المسح 74

## فهرس الأشكال

## الصفحة

- الشكل رقم (1): تقديرات التنمية البشرية لعام 2002م بحسب الدول العربية المشاركة في مشروع الدراسات المسحية 7
- الشكل رقم (2): معدل العمر المتوقع للمرأة في الدول العربية المشاركة بحسب الدول 10
- الشكل رقم (3): نسبة وفيات الأمهات في الدول العربية المشاركة في المسح بحسب الدول 11
- الشكل رقم (4): نسبة الولادات بكونها صحيحة في الدول العربية المشاركة بحسب الدول 12
- الشكل رقم (5): مؤشرات الخصوبة واستخدام وسائل منع الحمل في الدول العربية المشاركة بحسب الدول 13
- الشكل رقم (6): نسبة الرعاية الصحية أثناء الحمل في الدول العربية المشاركة في المسح بحسب الدول 14
- الشكل رقم (7): عدد المشروعات التي تمت دراستها بحسب الدول العربية المشاركة في المسح 28
- الشكل رقم (8): النسبة المئوية للمشروعات بحسب طبيعة و المجال المشروعات التي تمت دراستها، وبحسب الدول العربية المشاركة في المسح 29
- الشكل رقم (9): النسبة المئوية للمشروعات بحسب طبيعة الجهات المنفذة وبحسب الدول العربية المشاركة في المسح 31
- الشكل رقم (10): نسبة المشروعات بحسب طبيعة الجهات الممولة بحسب الدول العربية المشاركة في المسح 33
- الشكل رقم (11): النسبة المئوية للمشروعات بحسب التغطية الجغرافية بين الدول العربية المشاركة في المسح 37
- الشكل رقم (12): النسبة المئوية للمشروعات بحسب موقع التنفيذ لها بين الدول العربية المشاركة في المسح 38
- الشكل رقم (13): النسبة المئوية للمشروعات بحسب الوضع الحالى لها بين الدول العربية المشاركة في المسح 39
- الشكل رقم (14): نسبة المشروعات بحسب مدة التنفيذ (بالسنوات) وبحسب الدول العربية المشاركة في المسح 45
- الشكل رقم (15): نسبة المشروعات التي تم تقييمها بحسب الدول العربية المشاركة في المسح 50

# القسم الأول

## تمهيد

**أ. مقدمة:**

يعد الاهتمام بصحة المرأة من أولويات الخدمات التنموية لضمان تحقيق التنمية البشرية. وتتناول الدراسات في موضوعها "صحة المرأة" من حيث إنها قضية اجتماعية واقتصادية وثقافية، كما أنها حق من حقوق الإنسان؛ لذا يجب الاستثمار في هذا المجال لأنه يؤدي ليس فقط إلى تعزيز حقوق الإنسان وتحسين الصحة للنساء كأ ضمن طريق توفير الصحة للأسرة، ولكنه أيضاً يفيد الاقتصاد القومي والتوجه إلى التنمية الشاملة والمستدامة. ويشمل تعزيز صحة المرأة ووقايتها من اعتلال الصحة والتصدي للعوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية التي تحد من وضع المرأة وتأثير في فرص وصولها للمعلومات والخدمات.

غالباً ينظر إلى المرأة كمستفيدة تحتاج إلى خدمات محددة لنفسها ولوضعها خلال الحمل والولادة، وكشخص يحتاج إلى المعلومات والتدريب والدعم في تقديم الرعاية الصحية للآخرين، وكوسيلة لخفض الخصوبة، واعتبار صحة المرأة وسيلة لتحقيق غاية لا غاية في حد ذاتها. وعجزت برامج الأمة والطفولة عن تلبية الاحتياجات الخاصة بصحة المرأة لاعتبارها الإنجاب جانبياً واحداً من جوانب صحة المرأة، ولم تشمل الاحتياجات الخاصة لكافة مراحل العمر من مرحلة وما بعد سن الإنجاب، ولم تتحقق برامج تنظيم الأسرة رؤية شاملة. ففي المؤتمر العالمي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام 1994م، اتفقت الدول المائة والثمانون المشاركة على توجّه جديد تجاه القضايا السكانية حيث تحول الاهتمام من تلبية الأهداف الديمografية إلى تلبية الاحتياجات الفردية. وبذلك دعا برنامج العمل الحكومات إلى اتخاذ إجراءات في سبيل تحسين صحة الأفراد وتعليمهم وتوسيعهم بحقوقهم، وبخاصة النساء؛ لتعزيز التنمية البشرية، وتحقيق التوازن بين السكان والموارد المتاحة. وساند ذلك العديد من المؤتمرات للأمم المتحدة، ومنها المؤتمر الرابع حول المرأة الذي عقد في بكين عام 1995م، والمؤتمر الدولي للتنمية والسكان الذي عقد بعد خمس سنوات من مؤتمر القاهرة عام 1999م للجمعية العمومية للأمم المتحدة والذي عزز فيه مبدأ مهم هو: "أن صحة المرأة وحقوقها هما أمنان أساسيان للسياسات السكانية والتنمية". فعدم المساواة بين الرجل والمرأة في فرص الوصول إلى الرعاية الصحية والتعليم والعمل والعوامل الثقافية التي تميز ضد المرأة كل ذلك مرتبط بصحة المرأة خلال كافة مراحل حياتها؛ الأمر الذي يجعل من قضية النوع الاجتماعي قضية مهمة ومرتبطة بسبل تحسين صحة المرأة. كما حددت الدول أوليات التنمية الرامية إلى التنمية المستدامة في مؤتمر التنمية للألفية الثالثة عام 2000م، وتمثل في مؤشرات حول صحة المرأة وتمكينها.

تواجه المرأة العربية العديد من التحديات التي تمنعها من القيام بدور فعال في المجتمع، من أهمها: اعتلال الصحة بسبب نقص المعلومات، وعدم توافر فرص الوصول للخدمات التي تلبي احتياجاتها وذلك لعوامل اجتماعية واقتصادية وثقافية تقف عائقاً أمامها؛ لذلك تسعى منظمة المرأة العربية إلى إدراج قضايا المرأة الصحية ضمن أولويات خطط التنمية الشاملة. وتم هذه الدراسة المرتكزة على مسح البرامج والمشروعات التي نفذت، أو ما زالت تنفذ أنشطة تخص صحة المرأة في الدول العربية خلال الفترة (2000 - 2004م) تحت إطار منظمة المرأة العربية التي تعمل تحت مظلة جامعة الدول العربية لتحقيق غايات ثلاثة رئيسية، هي(\*) :

أ . تمكين المرأة العربية وتعزيز قدراتها في كافة الميادين، كركيزة أساسية لتقدير المجتمع العربي.

ب. التوعية بأهمية ومحورية كون المرأة العربية شريكاً على قدم المساواة في عملية التنمية. على أن تشمل جهود التوعية المرأة ذاتها والمجتمعات العربية كل.

ت. تكريس جهود التسييق والتعاون بين الدول العربية من أجل إنجاز غايات التمكين والتوعية.

تدرك منظمة المرأة العربية أن الدول العربية تتبنى برامج ومشروعات للنهوض بالمرأة وتمكينها صحيحاً . ولكن المشكلة هي عدم توجيه اهتمام كبير نحو إجراء مسح شاملة للمشروعات والبرامج المنفذة سواء تلك التي نجحت في إنجاز أهدافها، أو التي تعترض في تحقيق هذه الأهداف، وللمشكلات التي تواجهها هذه البرامج والمشروعات أثناء التنفيذ؛ مما يؤدي إلى غياب الرؤية الشاملة وبعثرة الجهود وتجزئتها. فغياب المسوح يؤدي إلى صعوبة تحديد الأولويات من البرامج التي يمكن دعمها من المنظمة والتخطيط لها بفعالية وكفاءة. ولذا فإن منظمة المرأة العربية ترى أن الدراسات المسحية هي من أهم المشروعات التي تولى عليها البدء أنشطتها في تقديم الدعم لبرامج تستهدف حل المشكلات الصحية للمرأة، والتغلب على المعوقات التي تعرقل تمكين المرأة. كما أن هذه المسوحات تمكن المنظمة من ترتيب الأولويات سواء من حيث القضايا الأولى بالمواجهة، أو من حيث الدول التي تستفيد من هذه البرامج، أو قطاعات المرأة المستهدفة داخل كل دولة. وأيضاً تحديد القضايا التي يمكن فيها تحقيق التعاون والتسييق وتبادل الخبرات فيما بين الدول الأعضاء لرسم خطة شاملة للنهوض بالمرأة العربية.

(\*) مطوية التعريف بمنظمة المرأة العربية

## بـ. القطاعات المدروسة في مجال الصحة:

تشمل صحة المرأة في هذه الدراسات المسحية المجالات التالية:

- **الصحة الإنجابية بمفهومها الشامل الذي يتضمن الرعاية قبل الولادة وأثناء الحمل وبعد الولادة، وتنظيم الأسرة، والكشف المبكر عن سرطان الثدي وعنق الرحم، ومعالجة العقم والإجهاض، ومكافحة الأمراض المنقولة جنسياً، ومعالجة مشاكل فترة ما بعد سن الإنجاب، ومحاربة العادات الضارة التي تضر بالصحة الإنجابية كختان الإناث.** على أساس أن المرأة احتياجات صحية تتجاوز تلك المتعلقة بالحمل والولادة. فمشكلاتها تأخذ أشكالاً مختلفة في مختلف مراحل حياتها. والصحة الإنجابية جزء أساسي من الصحة العامة؛ حيث تمتد من الطفولة إلى ما بعد سنوات النشاط الإنجابي للمرأة. فالمرأة معرضة لخطر مضاعفات الحمل والولادة، وهي التي تتصرف في حالة وقوع حمل غير مرغوب فيه، وتعاني من مضاعفات الإجهاض غير المأمون، وتحمّل أغلب العبء الناجم من استعمال موائع الحمل، كما أنها أكثر تعرضاً للإصابة بالتهابات الجهاز التناسلي، وخاصة الأمراض المنقولة جنسياً. والمعاناة من مضاعفاتها، وتمارس عليها عادات ضارة بصحتها منذ طفولتها. وتفاقم هذه العوامل البيولوجية نتيجة لعوامل اجتماعية وثقافية.
- **الصحة النفسية للمرأة:** تتعرض المرأة العربية للعديد من الضغوط الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المتمثلة في الأمية، والمشاكل الأسرية، والطلاق، والعنف الأسري، والفقر. وهذه الترتيبات الراهنة تحمل في طياتها ما يكفي من الأسباب لتفسير القدر الهائل من الاكتئاب والقلق. فمن المؤكد أن نسبة الإصابة بالأمراض النفسية بينهن عالية.
- **صحة البيئة والمرأة:** المرأة أكثر عرضة من الرجل للعمل في ظروف لا تتوافق لها فيها الحماية من المخاطر الصحية المحتملة، سواء كان ذلك داخل المنزل أم خارجه. فالمرأة العربية تتعرض للمواد السامة والبيضاء والحرارة والدخان والأحمال الثقيلة؛ مما يؤثر على صحتها. كما تتحمل المرأة العاملة العديد من المشكلات الناجمة عن سوء الأوضاع البيئية سواء كان ذلك في المصانع أم في المؤسسات التي تعمل فيها.
- **تعزيز أنماط الحياة الصحية للوقاية من الأمراض المزمنة:** مع تزايد السيطرة على الأمراض السارية تكتسب الأمراض المزمنة أهمية متزايدة. فالفترقة من عمر المرأة التي تلي سنوات الإنجاب تكون أكثر تعرضاً للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية، والداء السكري، والسرطان، والأمراض العظمية المسببة للعجز، مثل: تخلخل العظام والتهاب المفاصل.

- **العنف ضد المرأة:** إن للعنف ضد النساء جذوراً في التوزيع غير المتكافئ للسلطة بين الإناث والذكور، كما يؤثر العنف في الحالة الجسدية والعقلية والاقتصادية والاجتماعية للنساء، ويترتب عليه عدة مشكلات صحية.

## ت. وضع المرأة في مجال الصحة:

شهدت السنوات الأخيرة في معظم الدول العربية اهتماماً متزايداً بمختلف قضايا المرأة وفي كل المجالات والقطاعات، حيث أصبحت هذه القضايا أساسية ومن ضمن أولويات السياسات التنموية. وقد انعكس هذا الاهتمام بصورة جلية على المستويين: الحكومي والأهلي. فقد حظيت قضايا المرأة بحصة مهمة من مناقشات الحكومات ومجالس البرلمان في أغلب الدول العربية، تم خصبت عنها مراجعة الدول لقوانينها بما يغطي التمييز ضد المرأة، ويحقق المساواة بين الجنسين في المجال العام. كما ناضلت المنظمات النسائية غير الحكومية، ومؤسسات حقوق الإنسان في أغلب الدول العربية من أجل تغيير القوانين، وتنفيذ مجالات الاهتمام بالمرأة ودمجها في مختلف الخطط والاستراتيجيات الوطنية.

يدعو منهاج عمل بيعين 5+ عام 2000م إلى تعزيز مكانة المرأة وإزالة جميع العوائق التي تحول دون مشاركتها الفعالة في جميع نواحي الحياة العامة والخاصة، وتبني مفاهيم العدالة بين الجنسين وتمكين المرأة لتحقيق التنمية المستدامة. وانطلاقاً من تعهدات الدول العربية للنهوض بالمرأة لتحقيق أهداف الإنمائية الإنلافية، فقد اتفقت غالبيتها على إعطاء الأولوية في خططها الوطنية لمجالات: المرأة والتعليم، والمرأة والفقير، والعنف ضد المرأة، والمرأة والصحة، والمرأة والاقتصاد، والمرأة والإعلام. وقد عملت الدول العربية من خلال التزامها بهذا المنهاج على اتخاذ العديد من الإجراءات والإنجازات وتحقيقها في مجال تنفيذ منهاج العمل، ومن أهم الإجراءات التي تم تنفيذها ما يلي: العمل على إنشاء منظمة المرأة العربية تحت مظلة الجامعة العربية عام 2003م تجمع أهدافها كل المجالات المذكورة أعلاه. وهناك مجالات حصل فيها تقدم جيد كمجال التعليم والصحة، ولكن هناك مجالات لا تزال بحاجة ملحة إلى العمل، كمجال حقوق المرأة، والعنف ضدها، وفقر المرأة. عموماً ما زالت الدول العربية تواجه صعوبات وعقبات وتحديات في العديد من مجالات الاهتمام الحاسمة، وذلك للأسباب التالية:

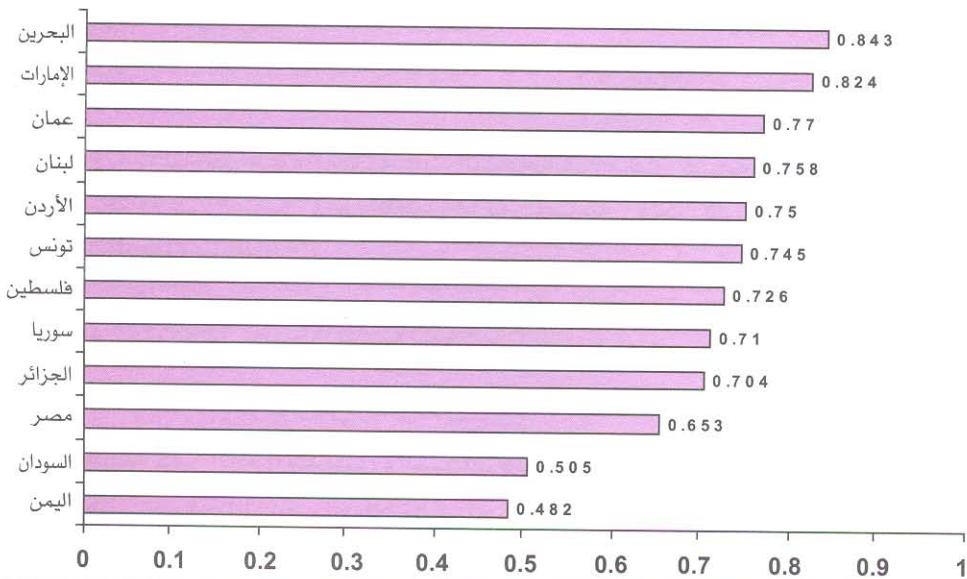
- 1- أسباب ثقافية.
- 2- العادات والتقاليد الموروثة الخاطئة.
- 3- محدودية الموارد وسوء الأوضاع الاقتصادية الداخلية وترانك الدين.

- 4- أثر العولمة والعقوبات الاقتصادية والاحتلال.
- 5- ضعف آليات التسييق والرصد والمتابعة والمساءلة.
- 6- سوء استغلال التعاليم الدينية لحرمان المرأة من حقوقها التي خولها لها دينها.
- 7- محدودية ترجمة الالتزام السياسي إلى واقع عملي.

واستناداً إلى تقديرات التنمية البشرية لعام 2002م الموضحة في الشكل رقم (1)، صنفت الدول العربية الأعضاء المشاركة في مشروع الدراسات المسحية إلى ثلاثة مجموعات، هي:

1. مجموعة البلدان عالية التنمية البشرية، وهي البحرين، والإمارات.
2. مجموعة البلدان متوسطة التنمية البشرية، وهي سوريا، ولبنان، وعمان، والأردن، ومصر، وتونس، وفلسطين، والجزائر، والسودان.
3. مجموعة البلدان متقدمة البشرية ومنها اليمن.

**الشكل رقم (1): تقديرات التنمية البشرية لعام 2002م بحسب الدول العربية المشاركة في مشروع الدراسات المسحية**



ومن التدابير الناجحة في كافة الدول العربية المشاركة في مشروع الدراسات المسوحية على صعيد التغيرات التشريعية في مجال الصحة ماتتص عليه الدساتير العربية من أنها تضمن توفير الرعاية الصحية على أساس المساواة بين الجنسين. كما قامت بعض الدول بتشريع نصوص قانونية تتعلق بالتحكم في تسويق بدائل لين الأم، وتدعم الطهين بالحديد، وتريخيص وسائل منع الحمل وترويجها، ورفع السن الأدنى للزواج إلى 17 سنة للفتيات، وقانون التحرش الجنسي الذي استحدث في تونس. كما تقوم بعض الدول بمناقشة مشروع قانون الفحص الإلزامي قبل الزواج. وتنفيذًا لهذه السياسات التشريعية، عملت الدول العربية الأعضاء على وضع قاعدة بيانات تتضمن نوع الجنس في الإحصاءات الصحية، وعلى وضع استراتيجية وخطط مثل: استراتيجية السكان التي تشمل صحة المرأة، والاستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية، واستراتيجية للصحة المدرسية وللشباب، واستراتيجية مكافحة الفقر التي تتضمن الكثير من القضايا التي تمس صحة المرأة ومنها زيادة استعمال وسائل منع الحمل، وتحفيض معدلات الوفيات والمرض بين الأمهات، والحد من الأمراض المزمنة ومكافحة الأمراض السارية مثل الملاريا والإيدز، وكفالة الإستدامة البيئية. كما عملت الدول العربية المشاركة في المسح على تأسيس آليات وطنية، كإنشاء لجان للإيدز، ولجان وطنية للأمومة والطفولة أو لشئون المرأة والأسرة، وإحداث إدارة شئون المرأة في معظم الوزارات. وأيضاً توجد في تونس وزارة للمرأة. ومن الجدير بالذكر تعيين أول امرأة عربية كوزيرة للصحة في البحرين، وارتفاع عدد النساء اللاتي يحتلن مناصب تنفيذية عليا في المجال الصحي مع زيادة عدد المتخصصات من النساء.

تنوعت وتعددت البرامج والمشروعات الناجحة في مجال صحة المرأة في كل الدول العربية الأعضاء في المسح. ومن أفضل ما تم تحقيقه -ولكن في تفاوت كبير من دولة إلى أخرى- المجالات التالية:

1. نشر خدمات بعض من عناصر خدمات الصحة الإنجابية، مثل انتشار خدمات تنظيم الأسرة وخدمات الرعاية أثناء الحمل والولادة وما بعدهما.
2. الاكتشاف المبكر لمرض السرطان.
3. مواجهة فقر الدم الحديدي والمنجلي وأمراض الدم الوراثية.
4. توفير خدمات للفئات ذات الاحتياجات الخاصة، كالإعاقة، والمسنات، والمعنفات وغير ذلك.
5. تقديم برامج تثقيفية وتوعوية متنوعة.

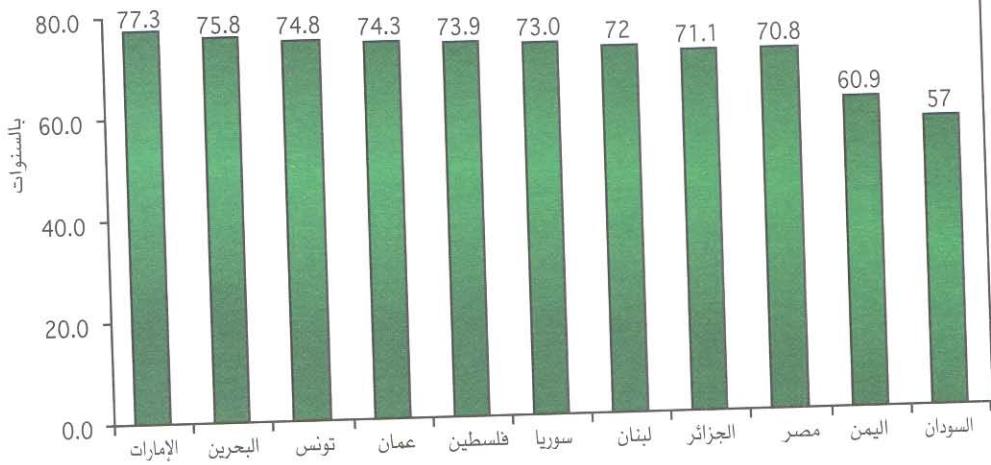
6. بناء القدرات في مجال الصحة الإنجابية.
7. تطوير الكفاءة المؤسسية الصحية.
8. مشروع القرى الصحية وخدمات العيادة المتنقلة والزيارات المنزليّة، وتوفير مراكز التوليد الطبيعي.
9. محاربة ظاهرة ختان الإناث.

وقد تم تنفيذ هذه البرامج التي تهم صحة المرأة إما من قبل الوزارات المعنية، أو بالشراكة مع الجمعيات: النسائية، والمهنية، والمتخصصة، وغير الحكومية، أو القطاع الخاص، أو مع عدة جهات دولية وإقليمية وحكومات أجنبية. وتقدم الخدمات الصحية المتعلقة بالمرأة مثل خدمات الوقاية والعلاج في بعض هذه الدول بصورة مجانية، وتقدم في بعض الدول بالمجان لمن لا يستطيع أن يتحمل أعباءها فقط.

وقد أدى ذلك إلى وجود تحسن ملحوظ في الوضع الصحي العام للنساء من خلال تطبيق السياسات والبرامج مع تفاوت واسع في المؤشرات الصحية للمرأة بين الدول العربية المشاركة. فقد ارتفع العمر المتوقع للمرأة العربية، وانخفض معدل الخصوبة الكلي للمرأة الواحدة، كما انخفضت وفيات الأمهات، وازدادت ممارسة تنظيم الأسرة والعنایة قبل الولادة وبعدها. كما ارتفعت حالات الكشف عن الأمراض الجنسية والوراثية ومعالجتها، والكشف المبكر عن سرطان الثدي وعنق الرحم، وانتشر التثقيف الصحي ليشمل أيضاً المراهقات والشباب. ولم تعد ظاهرة العنف ضد المرأة ومكافحة ممارسة ختان الإناث (في بعض الدول العربية مثل: السودان ومصر واليمن) من المواضيع المغلقة عليها بل أصبحت مكشوفة وموضوعة للبحث والتدقيق والمعالجة. كما قامت بعض من الدول العربية بحملات وطنية ومحلية تحت شعار من أجل بيئة سليمة لنشر الوعي البيئي وإعادة تصنيف المخلفات وتأسيس محميات للنباتات، وتشجيع الجمعيات والهيئات الأهلية على تنفيذ مشروعات لخدمة البيئة والمرأة. وسننطرق إلى خمسة مؤشرات مهمة لصحة المرأة وهي:

- (1) **معدل العمر المتوقع للمرأة عند الولادة:**
- (2) **معدل الشكل رقم** (2) **معدل العمر المتوقع للمرأة في كل دولة من الدول المشاركة في المسح.**

**الشكل رقم (2): معدل العمر المتوقع للمرأة في الدول العربية المشاركة بحسب الدول**



ويلاحظ من هذا الشكل أن معدل العمر المتوقع للحياة عند المرأة العربية في بعض البلدان التي شاركت في المسح أصبح متبايناً مع الدول المتقدمة، حيث يصل إلى 75 عاماً للمرأة الإماراتية والمرأة البحرينية. وما تزال أحوال المرأة في بعض الدول العربية مثل السودان واليمن متراجدة، حيث تعاني المرأة في تلك البلدان من سوء الحالة الصحية منذ طفولتها وخلال عمرها الإنجابي لأسباب قد تخلّصت منها دول عربية أخرى مثل: وفيات الأمهات؛ ولذا فإن معدل عمرها المتوقع لا يزيد عن 61 عاماً.

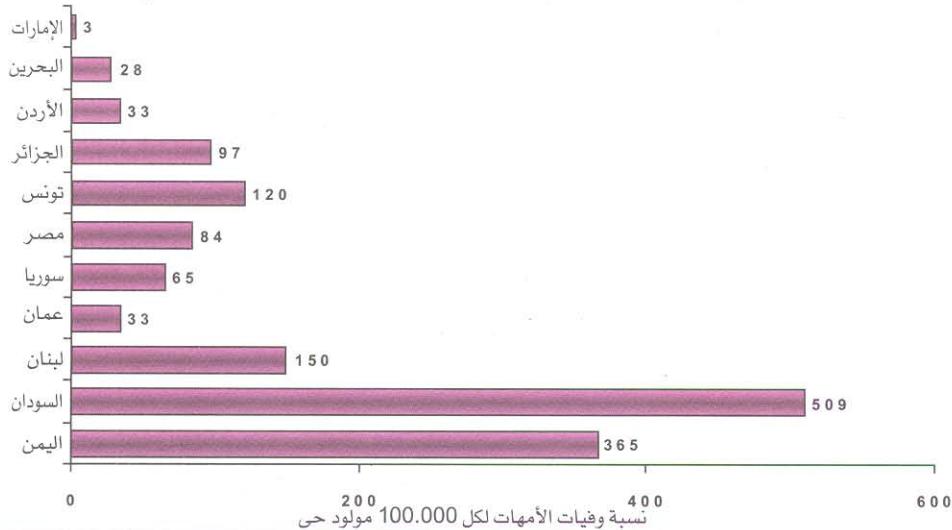
### ب) وفيات الأمهات:

التزمت الدول العربية بتنفيذ برنامج العمل الذي اتفق عليه في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام 1994م لهدف خفض وفيات الأمهات، وعلامات مراقبة التقدم في خفض وفيات الأمهات التي أقرت عام 1999م والتي تعد امتداداً لأهداف التنمية الألفية. والعديد من الدول المشاركة ينقصها البيانات والمعلومات الواجبية عن وفيات الأمهات ولا عن حجم المشكلة لمراقبة الأمهات مما يعكس أمرين مهمين؛ أولهما التخلف العام في جمع البيانات، وثانيهما تدني مكانة المرأة في المجتمع مما يؤدي إلى إغفال اتخاذ التدابير اللازمة لمواجهة المشكلة لعدم وجود المعلومات. ونظرًا لقصور البيانات وتضاربها تتضح الحاجة

المساة إلى رفع مستوى التسجيل والرصد والتحليل والمقارنة زمنياً وجغرافياً للبيانات ليتم الحصول على معلومات أدق للاسترشاد بها عند وضع السياسات وحشد الإمكانيات.

ويبين الشكل رقم (3) نسبة وفيات الأمهات في الدول المشاركة.

**الشكل رقم (3): نسبة وفيات الأمهات في الدول العربية المشاركة في المسح بحسب الدول**



يلاحظ من الشكل أن هناك تفاوتاً شاسعاً في مستوى نسبة وفيات الأمهات بين هذه البلدان، فقد استطاعت بعض الدول العربية تخفيض وفيات الأمهات إلى أقل من المتوسط العام للدول المتقدمة وهي الإمارات، حيث نجد نسبة وفيات الأمهات تتراوح من 3 في الإمارات إلى 509 لكل 100,000 مولود حي في السودان. ولا تزال نسبة تصل إلى 50% من هذه الدول العربية تعاني من النسبة العالية لوفيات الأمهات التي تفوق 50 وفاة لكل 100,000 مولود حي. ومن خلال مستويات نسبة وفيات الأمهات في الدول العربية كما هو مبين في الشكل رقم (3)، تقسم الدول العربية إلى أربع فئات:

1. دول خلت خطوات واسعة نحو خفض وفيات الأمهات فأصبح الحمل والولادة فيها أكثر أماناً (نسبة وفيات الأمهات أقل من 50 وفاة كل ألف مولود حي). وهي من بين دول مجلس التعاون الخليجي (الإمارات، والبحرين، وعمان) بالإضافة إلى الأردن.

2. دول حفّرت تحسنًا ملحوظاً في مجال صحة الأمومة، وتمكن من خفض نسبة الوفيات (نسبة وفيات الأمهات لا تزيد عن 100 وفاة كل مائة ألف مولود حي)، وهي الجزائر، سوريا، ومصر.

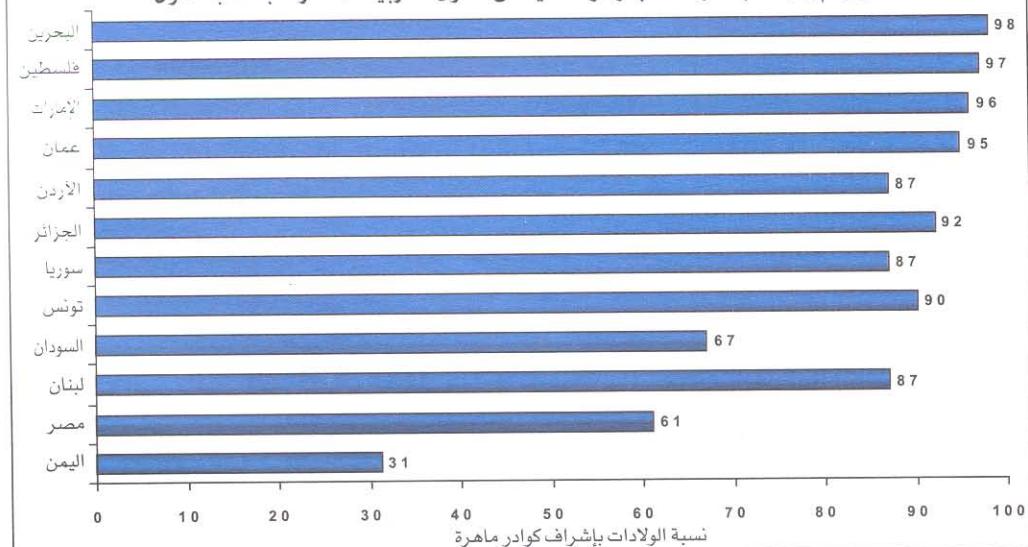
3. دول حفّرت تحسنًا ملحوظاً في صحة الأمومة، ولكن لا تزال نسبة وفيات الأمهات فيها ما بين 100-200 وفاة لكل مائة ألف مولود حي، وهي تونس و لبنان.

4. دول مازالت تعاني من مشكلات في صحة الأمومة، وتتفوق نسبة وفيات الأمهات فيها 200 وفاة لكل مائة ألف مولود حي، وهي السودان واليمن.

#### ت) نسبة الولادات بإشراف الكوادر الصحية:

الشكل رقم (4) يضم جميع الدول المشاركة ونسبة الولادات التي تتم بإشراف الكوادر الماهرة في كل دولة من هذه الدول.

الشكل رقم (4): نسبة الولادات بكوادر صحية في الدول العربية المشاركة بحسب الدول

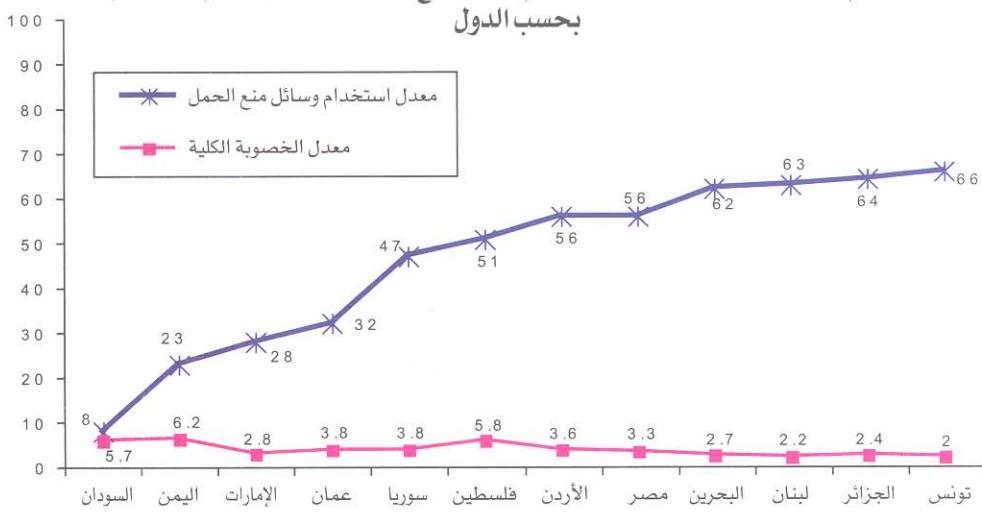


ويلاحظ تزايد الاتجاه خلال العقد الماضي نحو إشراف الكوادر الصحية على الولادة في جميع الدول العربية المشاركة، حيث ارتفعت النسبة إلى ما لا يقل عن 90% من الولادات في 50% من هذه البلدان كما هو موضح في الشكل رقم (4)، بينما لا تزال اليمن في نسبة أقل من 40%.

### ث) تنظيم الأسرة ومعدل الخصوبة الكلية:

يسهم تفاصيل برنامج تنظيم الأسرة في تمكين المرأة في مجال الصحة، بالإضافة إلى أن تنظيم الأسرة يتيح للنساء مواصلة تعليمهن، ورفع مستواهن الاجتماعي والاقتصادي، وتمكينهن من الحياة. وبين الشكل رقم (5) نسبة الاستخدام الحالي بين النساء المتزوجات لوسائل منع الحمل ومعدل الخصوبة الكلية (عدد المواليد الأحياء الذين تجدهم المرأة خلال حياتها الإنجابية) في كل دولة من الدول المشاركة في المسح.

**الشكل رقم (5): مؤشرات الخصوبة واستخدام وسائل منع الحمل في الدول العربية المشاركة بحسب الدول**



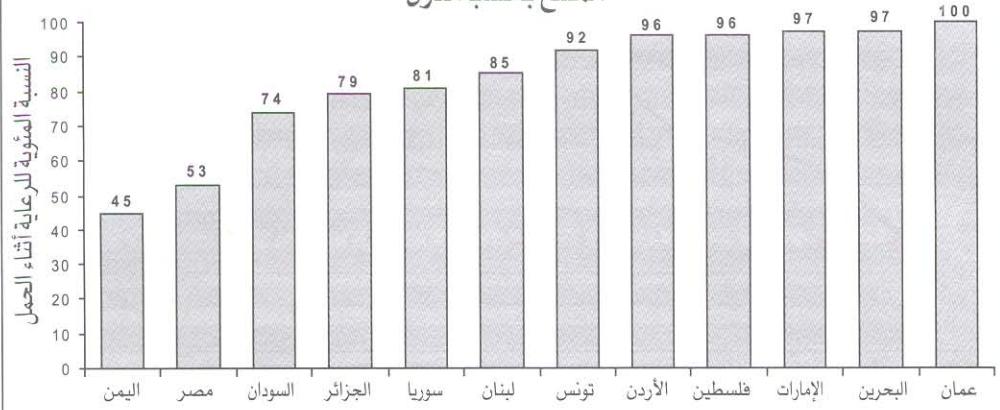
ونلاحظ من هذا الشكل أن النساء المتزوجات في البلدان العربية المشاركة يمارسن تنظيم الأسرة بتفاوت هائل بينهن، من 66% في تونس إلى 8% في السودان. فالنساء أكثر عرضة للولادات غير المرغوب فيها في البلدان التي لا يزيد معدل استخدام وسائل منع الحمل فيها عن 40%. وذلك قائم في خمس دول العربية. فقد طرأ انخفاض على مستوى الخصوبة الكلية في جميع الدول العربية المشاركة خلال السنوات العشر الماضية. كما نجد من الشكل رقم (5) أن معدل الخصوبة الكلية في البلدان العربية قد انخفض، ولكن ما زالت هناك بلدان عربية تتجاوز الخصوبة فيها خمسة مواليد أحياء لكل امرأة مثل: السودان واليمن.

**ج) الرعاية أثناء الحمل:**

يسهم سوء الصحة العامة للنساء في خلق كثير من المشكلات التي تواجه الأمهات أثناء الحمل والولادة، ويلعب دوراً في كثير من وفيات الأمهات؛ ولذا فإن الهدف من الرعاية أثناء الحمل هو اكتشاف المخاطر الصحية ومعالجتها، مثل: فقر الدم، والأمراض المنقولة جنسياً بما في ذلك الإيدز، والأمراض المعدية المتقطعة الأخرى، والأمراض المزمنة، وكذلك فإن من أهدافها تقديم الرعاية الوقائية مثل: التطعيم ضد التنانوس ومكافحة سوء التغذية، ونشر الوعي عن علامات الخطر أثناء الحمل والولادة والتدابير الصحية المناسبة.

ويتضمن الشكل رقم (6) النسبة المئوية للحوامل اللاتي تلقين الرعاية الصحية من الكوادر الصحية في كل دولة من الدول المشاركة.

**الشكل رقم (6): نسبة الرعاية الصحية أثناء الحمل في الدول العربية المشاركة في المسح بحسب الدول**



يلاحظ من هذا الشكل تزايد متوسط نسبة حالات الحمل التي تلقى رعاية من كوادر مدربة في الدول العربية المشاركة في المسح، كما يظهر من الشكل رقم (6) تفاوت نسبة التغطية بالرعاية أثناء الحمل بين هذه الدول؛ حيث تتراوح ما بين 45% إلى 100% كما في عمان إلى 50% كما في اليمن. وتنتشر الرعاية أثناء الحمل انتشاراً واسعاً بنسبة لا تقل عن 90% في 50% من الدول العربية. كما تتراوح التغطية بين 65% - 90% في 25% منها، والبقية من الدول العربية (25%) لا تزال تعاني من تدن في التغطية، وهي السودان ومصر واليمن. وتمثل مصر حالة فريدة بالرغم من أنها من البلدان ذات النسبة غير المرتفعة لوفيات الأمهات.

**التحديات التي تواجه الدول العربية المشاركة في جهود الارتقاء بصحة المرأة:**  
بالرغم من نجاح البلدان العربية المشاركة في المسح في تحسين صحة المرأة، فما زالت تواجه تحديات كبرى تعيق العمل على الارتقاء بصحة المرأة. وتمثل هذه التحديات فيما يأتي:

- يمثل الزواج المبكر وتحمل المراهقات (الفئة العمرية 10 - 19 عاماً) التحدى الرئيس نظراً لخطورة الحمل في السن المبكر. وعادة في البلدان العربية ترتبط الولادة الأولى بعمر المرأة عند زواجها لاعتبارات ثقافية وتوقعات اجتماعية، كما أن معظم المراهقات المتزوجات لا يستخدمن وسائل منع الحمل لتأجيل الحمل الأول لعرضهن لضغوط كبيرة تتعلق بإثبات خصوبتهن. وتقع أعلى نسب للحمل بين المراهقات في المناطق الريفية.
- وجود فجوة بين الحضر والريف في المؤشرات الصحية لها. فهناك اختلاف واضح بين الحضر والريف لمؤشرات صحة الأمومة في معظم الدول العربية؛ حيث تتحفظ معدلات وفيات الأمهات في الحضر بدرجة كبيرة مقارنة بالريف. فمثلاً في مصر انخفضت نسب وفيات الأمهات إلى 48 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي في الحضر (المدن الكبرى)، بينما لا تزال في الريف (الوجه القبلي والبحري ومحافظات الحدود) تتراوح بين 93 - 120 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي (\*). وأظهرت نتائج دراسة عن وفيات الأمهات في اليمن أن نسبة وفيات الأمهات في المناطق الريفية تفوق ما يزيد عن ستة أضعاف النسبة في المناطق الحضرية (نسب وفيات الأمهات 50.4 و 309.6 حالة وفاة لكل 100,000 مولود حي. في الحضر والريف على التوالي)، ولا تعاني بعض دول الخليج (الإمارات والبحرين) من الفجوة بين الريف والحضر. ونستنتج هنا أن المناطق الريفية في معظم الدول العربية تعاني من قصور في الخدمات الصحية، وتدني مستوى الجودة، وعدم وجود الكوادر الماهرة والمدرية مما يسهم في تدني المؤشرات الصحية للمرأة.
- ندرة المشروعات التي تعمل على التخفيف من الآثار السيئة للبيئة على صحة المرأة.
- ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية.
- ضعف البرامج الثقافية الرامية إلى التوعية وخاصة الموجهة للرجال، والتي يوازيها تدني الوعي الصحي بين أفراد المجتمع وخاصة المرأة.
- قلة التطبيق الفعلي للفحص الإلزامي عند الزواج.

(\*) وزارة الصحة والسكان. مصر الدراسة القومية عن وفيات الأمهات 2000 : ملخص لأهم النتائج

- تقسيي زواج الأقارب مما يسهم في صعوبة خفض الأمراض الوراثية.
- ضعف الفحص الدوري للنساء في مجال السرطان والأمراض المزمنة.
- ضعف البنية الأساسية للخدمات وجودتها.
- ضعف قدرات الإيواء لحالات النساء المعنفات.
- نقص الموارد المحلية والاعتماد بشكل أساسى على المساعدات الأجنبية.
- غياب الإطار المؤسسى للتسييق بين مختلف القطاعات والشراكة مع المجتمع المدنى والقطاع الخاص، وعدم تفعيل دور المنظمات الأهلية والقطاع الخاص بإشراكهم في وضع السياسات والإستراتيجيات لضمان أدائهم للدور المطلوب منهم. فالمنظمات الأهلية والقطاع الخاص يستطيعان أن يكونا مكملين للحكومة لزيادة المشاركة الشعبية وتمديدها إلى الفئات التي تجد صعوبة بالغة في تقديم المساعدة لها بحيث تعمل مع سكان المناطق الريفية، حيث الخدمات الحكومية ضعيفة أو غير موجودة، ولكنها لا تستطيع أبداً أن تحل محلها.
- مازالت الحاجة ماسةً إلى تعزيز قدرات المرأة إدارياً وفنياً.
- قصور الدعوة لزيادة أدوار الرجال ومسؤولياتهم في كافة المجالات الصحية للمرأة.

### ث. أهداف الدراسات المسوحية:

#### الهدف العام:

تهدف منظمة المرأة العربية إلى تمكين المرأة العربية من خلال برامج مستقبلية يتم تخطيطها على أساس علمي سليم وتنقسم بالكفاءة الالزمة للنهوض بالمرأة العربية في مجال الصحة.

#### الأهداف الخاصة:

1. التعرف على البرامج والمشروعات الصحية الموجهة للمرأة التينفذت والتي لا تزال قيد التنفيذ في الدول الأعضاء المشاركة خلال الفترة (2000-2004م) من القطاعات المختلفة.
2. الإطلاع على الأنشطة الصحية للبرامج والمشروعات ومدى تعطيبها وشمولها لصحة المرأة.
3. التعرف على الإنجازات المحققة وغير المحققة من البرامج والمشروعات الصحية.

4. تحديد المشكلات والتحديات التي تواجهها البرامج والمشروعات التي تستهدف النهوض بالمرأة صحيًا.
5. الكشف عن تقدير منفذى البرامج والمشروعات الصحية ومموليها على نقاط القوة والقدرة على الاستدامة ورؤيتهم المستقبلية.
6. محاولة تحديد البرامج الصحية التي يمكن أن تتبناها منظمة المرأة العربية للنهوض بالمرأة العربية وتمكنها.
7. محاولة تحديد المجالات التي يمكن فيها تعزيز التسويق والتعاون وتبادل الخبرة بين الدول العربية الأعضاء في منظمة المرأة العربية في مراحل إعداد المشروعات الصحية وتنفيذها.

## ج. منهجية الدراسات المسحية:

### أ. نوعية الدراسة:

تعد هذه الدراسات المسحية وصفية المنهج وتهدف إلى استطلاع البرامج والمشروعات الهادفة إلى تحسين صحة المرأة في الدول العربية الأعضاء المشاركة في مشروع الدراسات المسحية، ودعم قدرات المرأة العربية بما يؤهلها للنهوض ب الصحيتها.

### ب. عينة الدراسة:

البرامج والمشروعات في مختلف القطاعات، من الحكومية، والدولية، والإقليمية، وغير الحكومية سواء أكانت أهلية أم دولية، والقطاع الخاص، التي نفذت أو لا تزال تنفذ أنشطتها في مجال صحة المرأة في الدول الأعضاء المشاركة خلال الفترة (2000-2004م) وينطبق عليها المعايير التالية:

- القدرة على الاستمرار والقابلية للتكرار.

- كافة الجهات الممولة: الحكومية، وغير الحكومية، المحلية والدولية.

- طبيعة النشاط: كافة المجالات (خدمات، تثقيف، إعلام، تدريب، تطوير البنية التحتية، التزويد بالوسائل، رسم السياسات، بناء القدرات المؤسسية).

- مجال تغطية المشروع: لا يقل عن تغطية قرية.

- تتضمن أهداف المشروع تأثيراً إيجابياً على صحة المرأة.

- يتضمن المشروع قضايا تعالج مشكلات المرأة في مختلف المراحل العمرية.  
تضمنت العينة 581 مشروعًا من كافة الدول المشاركة في المسح (12 دولة عربية)  
كما هو موضح في الجدول أدناه:

رقم	الدولة	رقم	عدد المشروعات	الدولة	رقم
1	الأردن	7	61	سوريا	39
2	الإمارات	8	30	عمان	20
3	البحرين	9	27	فلسطين	125
4	تونس	10	41	لبنان	32
5	الجزائر	11	26	مصر	74
6	السودان	12	26	اليمن	80

ونلاحظ من هذا الجدول أن هناك تفاوتاً كبيراً بين الدول العربية في عدد المشروعات التي تم مسحها خلال الفترة المحددة للمسح (2000-2004م)؛ حيث إن العدد يبدأ من 125 مشروعًا في فلسطين، وينتهي إلى 20 مشروعًا في عمان. ويعود هذا التفاوت للأسباب التالية:

1. لم تضم معايير المسح التي ترصد الحد الأقصى والأدنى لعدد المشروعات من حيث نوعيتها برامج قومية أساساً ذات صفة دائمة، أو برامج متوسطة المدى لفترة محددة فقط، أو برامج قصيرة ذات هدف واحد، مثل: المسوحات والتدريب لفئة محددة. كما لم تحدد المعايير عدد المشروعات التي يمكن مسحها من كل جهة منفذة واحدة. فمثلاً تم مسح عشرة مشروعات في السودان من جهة واحدة (جمعية تنظيم الأسرة).
2. اختلاف الدول في نشاط الجمعيات المدنية من حيث التنفيذ الأساسي للبرامج. حيث نجد أن المشروعات التي تم مسحها في الدول الخليجية (الإمارات والبحرين

واليمن، وتونس والجزائر، وسوريا معظمها مشروعات وطنية حكومية أساساً، بينما المشروعات في السودان ولبنان ومصر واليمن تحتوي على مشروعات تزيد على 50% يتم تنفيذها أساساً من منظمات غير حكومية.

3. الصفة الخاصة للقطر حيث نجد أن فلسطين لها موقعان أساسيان (الضفة الغربية وغزة) ولكل موقع مشروعاته الخاصة وجمعياته؛ مما زاد من عدد المشروعات في هذا القطر.

4. اختلاف الخبراء في انتقاءهم للمشروعات التي تم مسحها. فخبير المسح في الأردن لم يتناول المشروعات التي يتم تنفيذها بصورة دائمة في مؤسسات الدولة؛ لأنها تعد من أساسيات البرامج الصحية في الأردن، واعتمد المسح على المشروعات التي تتفذها الجمعيات المدنية وشبه الرسمية، بينما نجد في بقية الدول الأخرى أدمجت مشروعات لمؤسسات حكومية بنسبة متفاوتة.

#### ت. أدلة الدراسات المسحية:

تم استخدام استماراة ذات أسئلة مغلقة ومفتوحة تم تصميمها في ورشة العمل التي استمرت لفترة ثلاثة أيام في القاهرة (ديسمبر 2004) وصممتها المشاركات والمشرفون من الدول العربية الأعضاء في منظمة المرأة العربية بإشراف منسق ورشة العمل. ولم تستخدم أية أدوات أخرى للتعقب في المعلومات والإنجازات. وتحتوي الاستماراة (الملحق رقم 2) على أسئلة للاطلاع على ما يلي:

- بيانات تعريفية عن المشروع.
- معلومات عن التنفيذ، وتضم طبيعة الجهة المنفذة والمموله، ومدى التغطية الجغرافية، وبنية المشروع، والفئة المستهدفة، والأنشطة، وحجم التمويل، وأهداف المشروع.
- إنجازات المشروع ونتائج التقييم في حالة عمل التقييم للمشروع.
- تقدير الجهة المنفذة لقوة المشروع، والسلبيات والتحديات، وقدرة المشروع على الاستدامة، والمقترنات المستقبلية وأوجه المشاركة ومجالات التنسيق.
- تقدير الجهة الممولة لنفس الموضوعات المذكورة مع الجهة المنفذة.

### ث. طريقة جمع البيانات:

- تكوين فريق للدراسة في كل دولة من الدول المشاركة.
- تدريب الفريق على تعبئة الاستبانة المتفق عليها بطريقة صحيحة.
- إدخال البيانات وتحليلها.
- اتبُع في هذه الدراسة الإجراءات التالية:
  - البحث عن البرامج والمشروعات في مجال صحة المرأة خلال الفترة من 2000 إلى 2004م.
  - استغلال الرسالة "إلى من يهمه الأمر" من منظمة المرأة العربية لفرض تسهيل مهمة الدراسة لهدفين: أولهما الحصول على رسالة من الجهات المختصة، وثانيهما تقديمها إلى منفذى البرامج والمشروعات وممولتها في كل الدول المشاركة.
  - حصر المشروعات المستوفية للمعايير المتفق عليها.
  - مقابلة شخصية مع المسؤولين في هذه الجهات، والتعریف بالمنظمة وأهدافها والغرض من الإستبانة.
  - تطبيق التعبئة على الاستماراة من خلال مقابلة الشخصية أو / وتعبئتها من قبل منفذى المشروعات وممولتها شخصياً.
  - المتابعة الدؤوبة هاتفياً أو عبر الفاكس، وأحياناً النزول إلى الواقع لاستكمال المعلومات الناقصة.
  - مراجعة كل استماراة عند استلامها، واستخدام الهاتف في حالات وجود أخطاء أو للتوضيح.
  - استغرق جمع البيانات في المتوسط فترة لا تقل عن شهر ولا تزيد عن ثلاثة أشهر.

### ج. أسلوب معالجة المعلومات:

استُخدم الكمبيوتر لتفریغ محتوى كل استماراة. وتتلخص خطوات أسلوب معالجة البيانات في الدراسة الحالية في ما يلي:

- تصنیف البرامج والمشروعات بحسب القطاعات، وفترة التنفيذ، ووضعها الحالي.

- جداول تبين طبيعة المشروعات، والفئة المستهدفة، والأنشطة التي تقدمها.
  - التقييم لأهداف المشروعات وإنجازاتها.
  - التقييم الذاتي من قبل منفذي المشروعات.
  - التقييم من ممولى المشروعات.
- من الجدير بالذكر أن خبراء الدراسات المسحية التزموا جميعهم بالمقابلة الشخصية مع منفذي المشروعات بالإضافة إلى تبئنة استثمارات المسح من القائمين على المشروعات ولكن لم تتم المقابلة مع ممولي المشروعات من كافة خبراء الدول، ماعدا اليمن في جزء بسيط من المشروعات. ومع ذلك هنالك بعض منفذي المشروعات طلبوا إرسال الاستثمارات إليهم لتبئتها كما حدث في دراسة مصر. وأيضاً لم يتابع الخبراء للدراسات المسحية تحليل البيانات واظهار النتائج بمنهجية موحدة كما طلب منهم، ولكن اكتفى بعضهم (الجزائر ولبنان) بتحليل موجز وغير مكتمل مع سرد بيانات مشروع على حدة؛ مما أدى إلى صعوبة الحصول على المقارنة بين الدول المشاركة. كما أن نتائج الدراسة لبعض الخبراء لهذه الدراسات (الأردن وتونس) لا تحتوي على معلومات للعناصر الأساسية لمخرجات المشروعات، بل أشاروا للحصول عليها إما إلى الرجوع للمرفقات أو استخلاصها من الشرح المفصل عن المشروعات.
- أظهرت نتائج الدراسات من خبراء كافة الدول الأعضاء بوجود التباس في السؤال عن أهم المتغيرات التي تمثل فرصةً خارجية للمشروع، فبعض الخبراء فسّرها بحصول فرص خارجية تهدف إلى تحسين وتطوير خدمات المشروع. وبعدهم الآخر فهمها بأنها العوامل المساعدة التي يمتلكها المشروع، بحيث يجذب الممولين ويشجعهم على تقديم الدعم. كما أن بعض الخبراء لم يتطرق نهائياً في نتائج دراسته لتحليل هذا السؤال.

## ح. المعوقات في الدراسات المسحية:

بالرغم من النجاح في إجراء الدراسات المسحية والتعاون من الجهات المختلفة في كل الدول العربية المشاركة في المشروع، فقد واجه الخبراء بعضاً من المعوقات التي لابد من ذكرها، منها ما وجد في أقطار عربية محددة، ومنها ما كان مشتركاً بين معظم الدول العربية المشاركة في المسح.

## أ. المعوقات بحسب القطر العربي:

### أ- الأردن

1. إجراء الاتصالات الهاتفية المتعددة للتحدث مع الشخص المعنى لأسباب مختلفة، منها: انشغال الأشخاص المستهدفين بسبب كونهم من المدراء والمسؤولين وأصحاب المراكز الوظيفية المتقدمة، أو أنهم ليسوا على دراية كافية بموضوع الدراسة فيطلبون المزيد من الوقت للاطلاع عليها لتحديد مواعيد المقابلة. وكان الهدف من هذا الاتصال المباشر مع الشخص المعنى المسؤول هو تعريف ذلك الشخص بالدراسة بشكل أكثر تفصيلاً مما جاء بالرسالة المكتوبة، وتعريفه بمنظمة المرأة العربية إضافة إلى تعريفه بأسماء الباحثين المكلفين بإجراء هذه الدراسة المسحية الذين سيقومون بزيارته لاحقاً للحصول على موافقة شخصية من الشخص المعنى، وذلك لتعزيز فرص الالتزام بموضوع الدراسة وتحديد موعد ثابت لاستقبال الباحثين وتعبئته استماراة البحث.
2. جميع البيانات الخاصة بهذه الدراسة تم جمعها أحياناً من خلال مقابلتين متتاليتين مع الشخص المسؤول؛ لأن بعض البيانات المطلوبة في الاستماراة غير معروفة أو غير واضحة للشخص المعنى في المؤسسة و/أو تحتاج إلى استشارة بعض المسؤولين لذكرها وخاصة ذلك البند المتعلق بميزانية المشروع و/أو بمصادر تمويل المشروع.

### ب- البحرين

1. الاستماراة لم تكن معدة بطريقة سهلة للاستعمال؛ حيث أرسلت بالهيئة التي تم وضعها خلال ورشة العمل، وقد كان من المتوقع ترتيب المسافات وأجوبة الاختيارات من أجل تيسير إدخال البيانات.

### ج- تونس

1. نفور بعض منفذى المشروعات في البداية أو حذفهم وتخوفهم من سرقة معلوماتهم وأفكارهم والاستفادة منها، ولكن بعد مقابلتهم وإقناعهم زالت العرقلة.

### د- سوريا

1. التفاوت في كفاءة مدراء المشروعات والبرامج، وخاصة فيما يتعلق بتحليل نقاط القوة والضعف؛ فقد كانت مدخلات هذا التحليل متفاوتة بتفاوت كفاءة الأشخاص.

## هـ- فلسطين

1. عدم توافر معلومات جديدة عن موقع المؤسسات التي تنفذ المشروعات الصحية للمرأة حيث إن آخر تحديث لهذه البيانات كان عام 2003م من وزارة شؤون المرأة.
2. وجد أن بعض المؤسسات المسجلة في وزارتي شؤون المرأة، والداخلية في فلسطين غير موجودة على أرض الواقع في نفس الموقع المسجلة به. وهذا التغيير في موقع المؤسسات يعود إلى الوضع السياسي والاقتصادي وظروف الاحتلال الإسرائيلي؛ وما نتج عن ذلك من إغلاق وتجريف فأدى إلى تغيير موقع المؤسسة، أو ربما كان نجاح المؤسسة قد أدى إلى تطوير مكانتها، وبالتالي الانتقال إلى مكان أكبر مساحة أو أفضل جغرافيًّا.
3. صعوبة الوصول إلى مؤسسات مدينة القدس نظرًا للوضع السياسي الخاص لهذه المدينة.

## و- لبنان

1. عدم رغبة بعض الجمعيات الأهلية في ملء الاستماراة؛ لأنها تجد الأسئلة كثيرة ومتفرعة.
2. الأوضاع السياسية بعد مقتل الحريري.

## زـ- جمهورية مصر العربية

1. طلب مسؤولو بعض الهيئات تعبئة الاستماراة بأنفسهم وليس من خلال مقابلة شخصية مع أحد أعضاء فريق البحث، بينما فضل آخرون أن ترسل إليهم الاستماراة لمئها؛ وذلك لضيق وقتهم؛ ولذلك جاءت بعض الأسئلة بلا إجابات.
2. توقيت الدراسة المسحية غير مناسب (أواخر العام أو بدايته)؛ حيث بدأ العمل الميداني في وقت ذروة بالنسبة لبعض الجمعيات الأهلية والمنظمات الدولية؛ لانشغلالها بإعداد التقارير، وتقديم مقترنات المشروعات للجهات الممولة؛ مما أسفر عن تأخير ملء الاستماراة من قبل كثير من الجهات، وصعوبة تحديد موعد للمقابلات الشخصية، بل لم تتمكن بعض الجهات من ملء الاستماراة قبل الموعد المحدد لبدء مرحلة التحليل، وبعض منها لم تتمكن من تعبئة الاستماراة وإرسالها إلى فريق البحث بالرغم من التواصل الدؤوب معها.

3. طول استماراة الاستبيانة (6 صفحات) كان معوقًا للدراسة، خاصة عندما تم إرسالها إلى بعض الجمعيات الأهلية في الأقاليم، فقد كان على الهيئة إعادة إرسال

الاستماراة بعد ملئها من خلال الفاكس، مما كان يمثل معوقاً لزيادة التكاليف على الهيئة المرسلة، وإلى جانب ذلك كانت الهيئة أحياناً تكتفي بإرسال استماراة واحدة لأحد مشروعاتها بدلاً من ارسال أكثر من استماراة؛ لما يمثله ذلك من زيادة في التكلفة؛ ومما جعل بعض الجهات ترسل الإجابة مستبدلة الاستماراة بورقتين.

#### ح- اليمن

١. العديد من الاستبيانات لم يتم تقييمها من الجهات الممولة بسبب أن الشخص المسؤول عن المشروع في منظمة ما أكمل مهمته، أو أن ملف المشروع أصبح في الأرشيف ولم يعد يذكر الخبير عنه شيئاً.

### ii. معوقات مشتركة بين الدول العربية:

١. المتابعة الحثيثة من خلال الاتصال المستمر مع الأشخاص و/أو المؤسسات المعنية وتذكيرهم بأهمية استيفاء الاستماراة لإثرائها وإعطاء المعلومات المطلوبة بالسرعة الكافية لإنجاز هذه الدراسة في الوقت المناسب (هذا العائق تم ذكره من الخبراء في تونس، ومصر، واليمن).

٢. رفض العديد من مسؤولي المشروعات الإجابة على الأسئلة المتعلقة بالتمويل حفاظاً على السرية أو عدم المعرفة بالحجم المالي الإجمالي للمشروع (تم ذكر هذا العائق من الخبراء في الأردن، والبحرين، والسودان، وسوريا، وفلسطين، ولبنان، ومصر).

٣. عدم الحصول على البيانات المتعلقة بتقدير أعداد المستهدفين، وربما أعداد العاملين كذلك واكتفي بذلك "كل النساء" والسبب يعود إلى غياب قواعد البيانات خاصة بين المشروعات القومية (أشير إلى هذا العائق في الدراسات المسحية لكل من البحرين، والسودان، وسوريا).

٤. عدم وفاء منفذى المشروعات بمواعيد المقابلة؛ وهذا ناتج عن كثرة المشاغل لديهم وحدوث طوارئ خارجة عن التوقعات، وبلغ أحياناً معدل الانتظار لاستيفاء الاستماراة ثلاثين يوماً (أشير إلى هذا العائق من قبل خبراء الدراسات لكل من البحرين، وتونس، وسوريا، واليمن).

نتائج الدراسة المسحية في كل من الإمارات والجزائر وعمان لم تجد أي معوقات واجهتها أثناء عملها بسبب أنها استوفت الإجابة على الإستبيانات من خلال المقابلة مع منفذى المشروعات، حيث جميعها تنفذ من عاصمة قطر وأغلبها برامج قومية.

**القسم الثاني**  
**تحليل المشروعات**

## ١. مقدمة:

عملاً بمنهجية الاستبانة التي تم الاتفاق عليها وتطبيقاتها بين كافة الدول الأعضاء المشاركة في مشروع الدراسات المسحية، يتضمن هذا القسم ثلاثة فصول. في الفصل الأول يتم تقديم استعراض تحليلي مقارن للعناصر الأساسية لتحليل المشروعات التي تم بحثها في قطاع صحة المرأة، ويتناول هذا الفصل عدد المشروعات والبرامج الموجهة لصحة المرأة التي تم مسحها في كل دولة عربية مشاركة في المشروع ومجموعها، كما يوضح طبيعة المجال الصحي الذي يخدم المرأة في هذه المشروعات والبرامج بحسب المعايير التي اتفق عليها، وهي مجالات الصحة الإنجابية، أو الصحة النفسية، أو صحة البيئة، أو تعزيز أنماط الحياة الصحية للوقاية من الأمراض المزمنة، أو العنف ضد المرأة. ويضم هذا الفصل أيضاً توزيع المشروعات والبرامج من حيث تنفيذها وتمويلها من الجهات المختلفة سواء أكانت حكومية، أو دولية، أو إقليمية، أو أهلية، أو خاصة، أو جهات متعددة مع ذكر الجهات المملوكة. كما يتطرق إلى التغطية الجغرافية للمشروعات والبرامج وموقع تنفيذها في كل دولة مشاركة في هذا المسح. ويكشف هذا الفصل الوضع الحالي للمشروعات أثناء تنفيذ المسح لمعرفة نسب المشروعات المتوقفة والمستمرة والمنتهية، وأيضاً يتناول بالتحديد الفئة المستهدفة من هذه المشروعات وطبيعة أنشطتها إن كانت تدريبية أو تثقيفية أو تنموية مؤسسية أو تطويرية. كما يتطرق إلى تصنيف المشروعات التي تم مسحها في كل دولة من الدول المشاركة بحسب مدة التنفيذ، وعدد العاملين، ونسبة الإناث بها، وعدد المستهدفين، ونسبة المستفيدين فعلياً من المشروع أو البرنامج.

أما في الفصل الثاني فيتم التعرض لآليات العمل في المشروعات بمجال صحة المرأة مع المقارنة بين الدول المشاركة. ويتضمن مزايا المشروعات المخططة في هذه الدول، ومقارنتها مع المشروعات والبرامج التي تم تنفيذها، والتي لا تزال مستمرة وقت إجراء المسح. كما يضم نبذة عامة عن الأهداف والإنجازات التي تم تحقيقها من خلال تنفيذ المشروعات التي تناولها المسح في الدول العربية المشاركة.

والفصل الثالث يتطرق لتحليل مقارن للعناصر الأساسية لمخرجات المشروعات في كافة الدول المشاركة في مشروع المسح، حيث يستعرض النسبة المئوية من المشروعات التي تم تقييمها في كل دولة مشاركة، ويعرض الأسباب الرئيسية التي ذكرت من قبل منفذى هذه المشروعات لعدم إجراء التقويم. ويترافق هذا الفصل إلى معايير التقييم التي تم استخدامها في تقييم المشروعات ومعوقات عملية التقييم. كما يتناول هنا أيضاً عوامل النجاح، ونقاط القوة الذاتية، والمتغيرات التي تمثل فرصة خارجية لهذه المشروعات والبرامج بحسب ما ذكر من منفذيها في الدول المشاركة للمسح. وبجانب ذلك يتناول

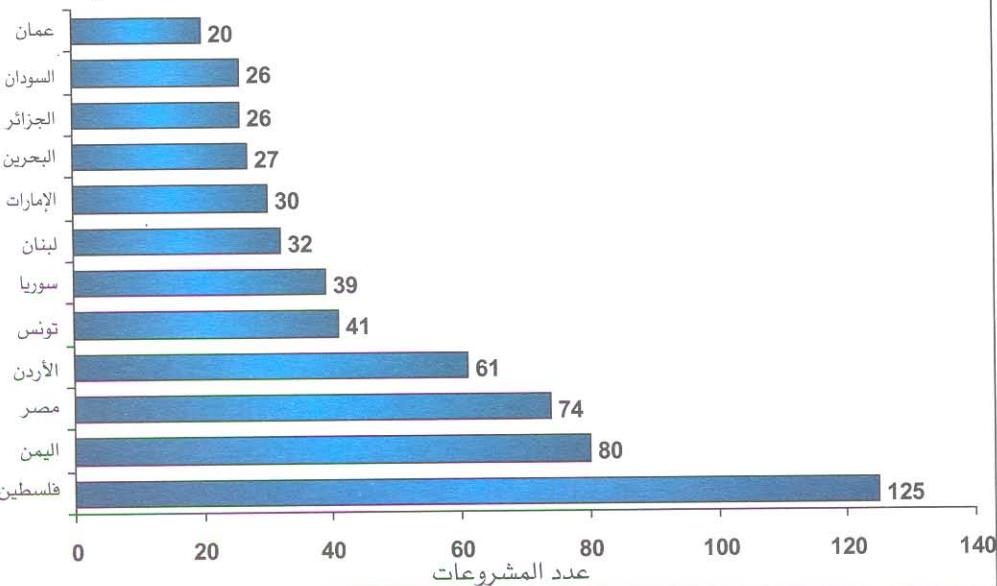
الفصل عوامل الفشل في هذه المشروعات والبرامج، وتتلخص في: عوامل الضعف الذاتية، والتحديات الخارجية التي تواجهها، ومدى قدرة المشروعات والبرامج على الاستدامة.

## 2. العناصر الأساسية لتخطيط المشروعات التي تم بحثها في مجال صحة المرأة:

### ● عدد المشروعات الموجهة لصحة المرأة:

يمثل الشكل رقم (7) عدد المشروعات والبرامج التي تم تناولها في كل دولة عربية مشاركة.

الشكل رقم (7): عدد المشروعات التي تمت دراستها بحسب الدول العربية المشاركة في المسح



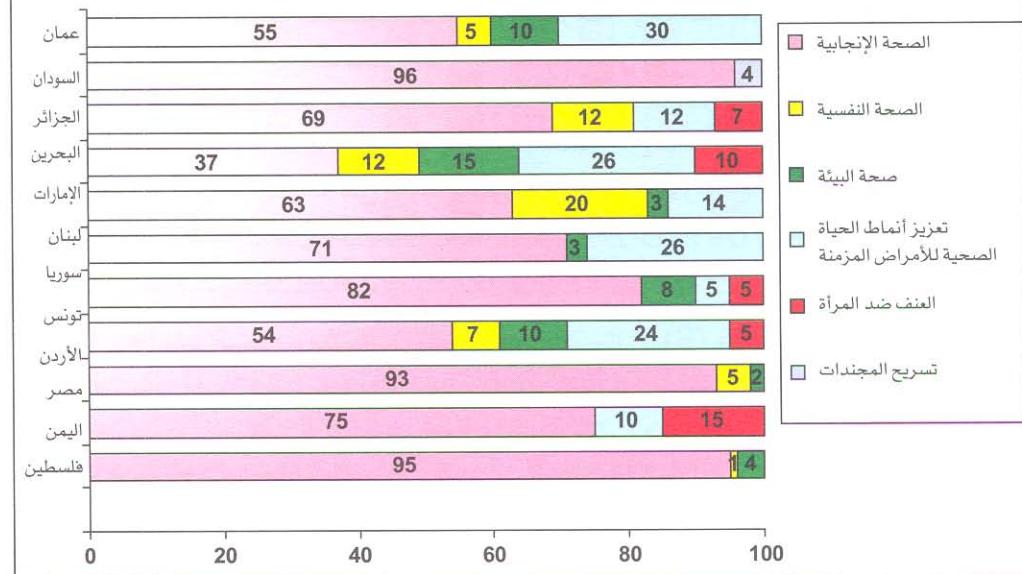
يظهر من الشكل رقم (7) أن عدد المشروعات التي تم بحثها يبلغ 581 مشروعًا وبرنامجاً تم بالفعل، أو يتم تفيذه وتخطيطه خلال الفترة (2000-2004م) في مجال صحة المرأة في كافة الدول الأعضاء المشاركة في هذه الدراسة. ونجد أن الدول الأربع (الأردن وفلسطين ومصر واليمن) قد ضمنت دراساتها المسوحية مشروعات متعددة تزيد على 60 مشروعًا بسبب أنها احتوت على مشروعات عديدة يتم تفيذها من قبل الجمعيات الأهلية ولفترات قصيرة أو متوسطة المدى، بينما كان عدد المشروعات في دراسات الدول العربية

الأخرى أقل عدداً لتركيزها على المشروعات الوطنية طويلة الأمد بما يزيد عن 50% من المشروعات التي تعنى بالاستمرارية في تقديم الخدمة.

### • طبيعة مجال نشاط المشروعات:

ننوه هنا أن ممارسة ختان الإناث يتبع خدمات الصحة الإنجابية كما ظهر في التعريف، وليس هو من ضمن العنف ضد المرأة. ويتضمن الشكل رقم(8) النسبة المئوية للمشروعات في تناولها للمجال الصحي الذي يخدم صحة المرأة في كل من الدول المشاركة.

الشكل رقم (8): النسبة المئوية للمشروعات بحسب طبيعة ومحال المشروعات التي تمت دراستها، وبحسب الدول العربية المشاركة في المسح

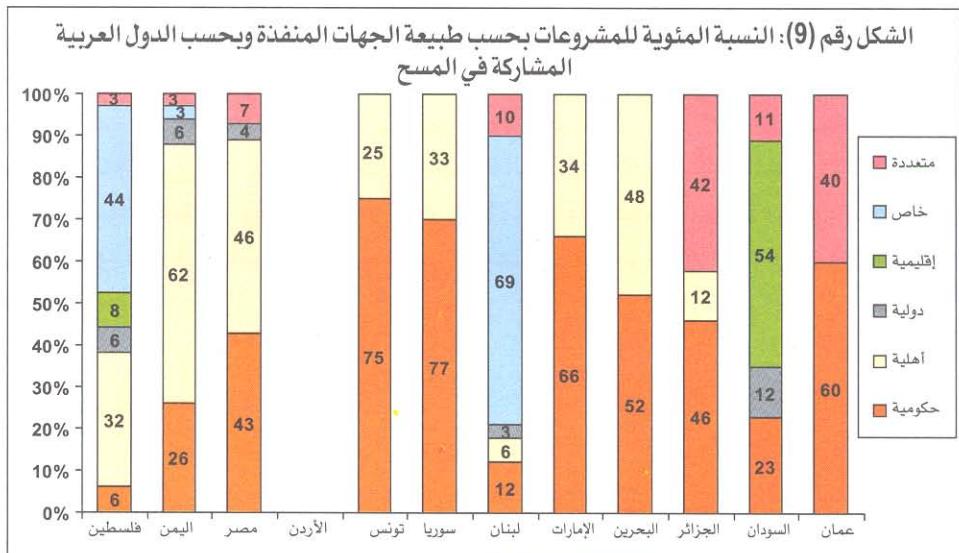


نلاحظ من الشكل رقم (8) أن موضوع الصحة الإنجابية وما يحوي من عناصر عديدة يحتل المركز الأول بين كافة مشروعات الدول المشاركة، وخاصة في الأردن والسودان واليمن؛ حيث إن أكثر من 90% من المشروعات فيها موجهة إلى مجال الصحة الإنجابية وذلك بسبب تدني مقاييس رعاية الأسرة وتنظيم الأسرة، وللاحتياج الحالي لهذه الخدمات، كما في السودان واليمن، أو بسبب وجود التمويل الخارجي الأكبر للمشروعات الموجهة لخدمات تنظيم الأسرة كما هو الواقع في الأردن.

العنف ضد المرأة لا يزال موضوعاً لم تتطرق إليه كثير من الدول، ويتم تناوله في خمس دول بنسبة بسيطة لا تتعذر 15% في كل من البحرين وتونس والجزائر وسوريا ومصر لوجود جمعيات أهلية تطالب بوضع مشروعات للاهتمام بهذا الجانب. وأيضاً المشروعات الموجهة للصحة النفسية للمرأة لا تزال مشروعات قليلة ماعداً في دولة الإمارات حيث تحتل تلك المشروعات المرتبة الثانية من بين مشروعاتها، وأيضاً يتم تنفيذها في دول قليلة من الدول المشاركة، مثل: البحرين وتونس والجزائر؛ وقد يعود السبب في ذلك إلى قدرة هذه الدول على التغطية الكافية للصحة الإنجابية في مجال الأمومة الآمنة، مما يؤهلها للاهتمام بجوانب أخرى أظهرتها الدراسات الميدانية في هذه الدول. وللسودان مشروع خاص في تسريع المجندة بسبب انتهاء الحرب الأهلية. ومن الملاحظ أن أكثر من 20% من مشروعات البحرين وتونس وعمان ولبنان أولت اهتماماً لتعزيز الأنماط الصحية للأمراض المزمنة، وخاصة في مجال الكشف المبكر عن الأمراض الوراثية، ومكافحة هشاشة العظام وارتفاع ضغط الدم والسكري. فمن المعروف أن هذه الدول قد تمكنت من السيطرة على الأمراض المعدية واتجهت لمكافحة الأمراض المزمنة. وكشفت هذه الدراسات المسوحية أن مشروعات صحة البيئة الموجهة أساساً للمرأة لا زالت ضئيلة في جميع الدول العربية المشاركة؛ لأنها تحتاج إلىبذل جهد أكبر للتيسير والتعاون بين جهات متعددة. وتعد البحرين وتونس وعمان من أفضل الدول المشاركة حيث إن نسبة تتراوح بين 10% و15% من مشروعاتها موجهة لمجال صحة البيئة.

## ● طبيعة الجهات المنفذة للمشروعات:

يبين الشكل رقم (9) النسبة المئوية من المشروعات في كل دولة مشاركة بحسب طبيعة الجهة المنفذة لها.



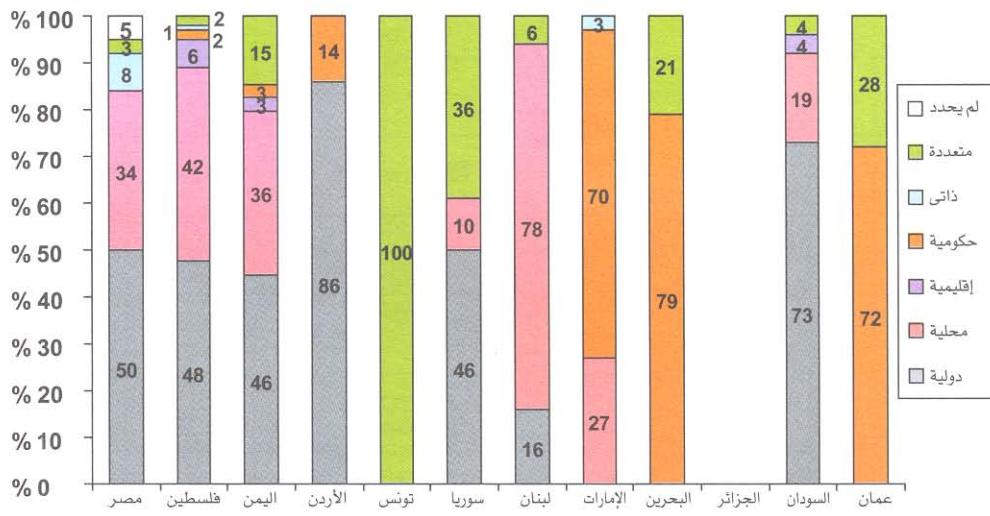
ويلاحظ من الشكل رقم (9) أن الحكومة كجهة منفذة للمشروع تضم عدداً من الوزارات والجان الحكومية في تنفيذ المشروع، حيث نجد ذلك في كافة الدول المشاركة في الدراسة ولكن بنسبة متفاوتة: ما يقارب ثلثي المشروعات في كل من تونس وسوريا ، وتزيد عن 50% في كل من الإمارات والبحرين وعمان لأسباب تكمن في مركزية الحكومة في التنفيذ؛ مما لا يعطي الجمعيات الأهلية فرصاً للمشاركة في التنفيذ أو بسبب أن الحكومة هي الممول الأساسي لهذه المشروعات، وهذا ملاحظ في الدول الخليجية المشاركة وتونس. والعكس ينطبق على المشروعات في فلسطين؛ حيث نجد أن نسبة لا تتعدي 6% من المشروعات يتم تنفيذها من جهات حكومية بسبب نشاط الجمعيات الأهلية، والتمويل الخارجي المتعدد والمعتمد عليه بسبب الوضع السياسي للاحتلال. ونلاحظ أن القطاع الخاص في فلسطين ولبنان يلعب دوراً كبيراً في تنفيذ مشروعاتهما الصحية بمفرده، بينما لا نجد ذلك في 8 من الدول المشاركة، ولكن لا يسهم القطاع الخاص في التنفيذ البناء في الإمارات والبحرين وتونس وسوريا . هنالك العديد من المشروعات فيأغلب الدول المشاركة (ماعدا الإمارات والبحرين وتونس وسوريا) حيث

يتم تنفيذ مشروعاتها من قبل جهات متعددة تضم جهات حكومية/دولية/أهلية/قطاع خاص، وخاصة في الجزائر وعمان؛ حيث يلاحظ أن 40% من مشروعاتها تتفوز من قبل جهات متعددة؛ وذلك يعتمد على اتجاه سياسة الدولة إلى مشاركة المجتمع المدني. أما الجمعيات الأهلية فنجد أنها أكثر نشاطاً في تنفيذ ما يزيد عن 45% من المشروعات في كل من البحرين ومصر واليمن وقد يكون ذلك بسبب وجود جمعيات عديدة نشطة، أو أن خبراء المسح في هذه الدول تمكنا من الاتصال بالجمعيات الأهلية أكثر من غيرهم من الخبراء. ومن المستغرب أن المنظمات الإقليمية في السودان تحمل تنفيذ نصف المشروعات التي تمت دراستها خلال الفترة المحددة للدراسة. والجهات الدولية عادة لا تقوم بتنفيذ المشروعات لوحدها ولكن هنا نرى أنها تتفوز نوعاً ما من المشروعات في كل من السودان وفلسطين ومصر واليمن لاعتمادها الكبير على التمويل الخارجي، وتضع الجهات المانحة للتمويل شروطها للتنفيذ.

#### • طبيعة الجهات الممولة:

يظهر الشكل رقم (10) كل الدول العربية المشاركة والنسبة المئوية للمشروعات التي تم مسحها بحسب جهات التمويل لها. وتعتمد العديد من الدول الأعضاء المشاركة في المسح على تمويل مشروعاتها من جهات دولية وخاصة في الأردن والسودان؛ حيث إن ما يزيد عن ثلاثة أرباع مشروعاتها يتم تمويلها من جهات دولية كما هو موضح في الشكل رقم (10). ولكن نجد أن الحكومة في تونس تتولى جزءاً من التمويل لكل مشروعاتها؛ مما يرسخ مبدأ الاستدامة لهذه المشروعات. وتنماز لبنان بتمويل أكثر من 75% من مشروعاتها بأموال من جهات محلية، أي من الجامعات والقطاع الخاص والجمعيات الأهلية، بينما تمويل الجهات المحلية في فلسطين ومصر واليمن لا يزيد عن ثلث مشروعاتهم وقد تمت الإشارة من خبيرة المسح في مصر إلى وجود طرف آخر قد يكون دولياً أو إقليمياً في تمويل هذه الجهات المحلية. أما الدول الخليجية الفنية (الإمارات والبحرين وعمان) فأغلب المشروعات فيها ممولة من الحكومة؛ مما تضمن استمراريتها. أما التمويل الذاتي –أي أن الجهة المنفذة تمول نشاطها دون الاعتماد على أية جهة أخرى– يكاد يكون معدوماً بين الدول المشاركة ماعدا نسبة ضئيلة في مصر والإمارات وفلسطين.

الشكل رقم (10): نسبة المشروعات بحسب طبيعة الجهات الممولة وبحسب الدول العربية المشاركة في المسح



يمثل الجدول رقم (1) النسبة المئوية للمشروعات والبرامج في كل دولة عربية مشاركة في المسح بحسب مصادر التمويل لهذه المشروعات.

الجدول رقم (1): النسبة المئوية للمشروعات بحسب جهة التمويل بين الدول العربية المشاركة في المسح.

جهة التمويل													
الجهات الحكومية													
عمان	السودان	الجزائر	البحرين	اللبن	الإمارات	لبنان	سوريا	تونس	الآن	الآن	حضر	البحرين	تونس
70		62	44	23	3	غير محدد	61	13	غير محدد	1	3		وزارة الصحة
5													وزارة التربية والتعليم

										جهة التمويل		
عمران	السودان	السودان	السودان	السودان	السودان	السودان	السودان	السودان	السودان	وزارة الشئون/التنمية الاجتماعية		
5		11	17		غير محدد		13	غير محدد	8			
70					غير محدد					وزارة البلديات والبيئة والموارد المائية		
							13				وزارة التخطيط	
					غير محدد						وزارة الاعلام	
			17								وزارة الداخلية	
	4		7					غير محدد			مديرية الصحة	
	8			19		5		غير محدد			الجامعة	
			17	3	غير محدد	2	13				الاتحاد أو المؤسسة النسائية	
						2					المركز الدولي لتقنيات البيئة	
								غير محدد			المجلس القومي للطفولة والأمومة	
						2					صندوق التضامن الوطني	
											المنظمات الدولية	
15	4	4	4		غير محدد	20	30	غير محدد	5		اليونيسيف	
15		4	7		3	غير محدد	57	8	غير محدد	4		منظمة الصحة العالمية
15	15	23			3	غير محدد	5	28	غير محدد	3		صندوق الأمم المتحدة للسكان
					غير محدد			غير محدد	1	5		مكتب الأمم المتحدة الإنمائي

جهة التمويل	البحرين	مصر	تونس	الأردن	لبنان	سوريا	الإمارات	السودان	العراقي	عمان
مكتب الأمم لم برنامج الأيدز							4			
الوكالة الأمريكية للتنمية	غير محدد	5		13						
JICA			30							
الاتحاد الأوروبي	غير محدد	9		8			4			
الحكومة الهولندية		9		30			4			
DFID		3		30						
السوق العربي للتنمية		1								
صناديق الأوفوك للتنمية		1								
التنمية الألمانية		9								
الاتحاد الدولي للوالدية	غير محدد	1		30	9		35	7		
الحكومة السويسرية		1		30						
منظمة باكارد- هيئة سلام العزة							30			
منظمة أجفند	غير محدد									
الإغاثة الطبية		4								
وكالة الأمم لللاجئين		3								

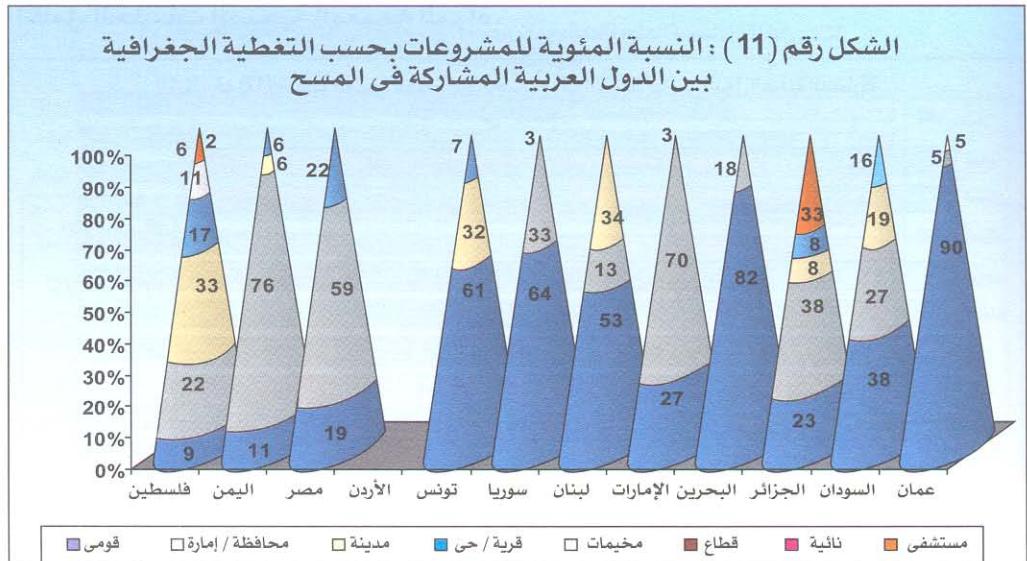
هناك العديد من الجهات الحكومية والمنظمات الدولية التي تسهم في تمويل المشروعات التي تمت دراستها في الدول الأعضاء المشاركة في مشروع الدراسات المسوحية، وبين الجدول رقم (1) أن العديد من الوزارات غير وزارة الصحة كجهة معنية يسهم في تمويل مشروعات في مجال صحة المرأة والتي نجدها بارزة في ما يقارب ثلثي المشروعات في تونس والجزائر وعمان. ومن الملاحظ أن وزارة الشئون أو التنمية الاجتماعية تسهم في ما يزيد عن نصف الدول المشاركة في تمويل مشروعات لصحة المرأة وخاصة في الأردن، والإمارات، والبحرين، واليمن؛ حيث تنشط فيها الجمعيات الأهلية لتنفيذ أنشطة محددة وخاصة في مجال التوعية والتثقيف الصحي. ونلاحظ في عمان مشاركة وزارة البلديات كممولٌ أساسي مع وزارة الصحة في تمويل المشروعات الخاصة بمحال البيئة والأمراض المزمنة. وهناك وزارات أخرى، مثل: وزارة الداخلية في الإمارات، ووزارة التخطيط في الأردن لها إسهامات في تمويل مشروعات لصحة المرأة. كما نجد الجامعات في تونس والجزائر ولبنان ومصر لها دور إيجابي في تمويل مشروعات تقوم هي بتنفيذها، وخاصة في مجال خدمات الصحة الإنجابية. وتماز الإمارات وسوريا بنشاط الاتحاد النسائي فيما في تمويل مشروعات خاصة بمحال صحة المرأة. وبذلك نجد أن لكل دولة جهات تعكس اهتمامها في تمويل مشروعات خاصة بمحال صحة المرأة وأنه لا بد من مراعاة ذلك عند وضع خطة التدخلات لتحسين صحة المرأة في هذه الأقطار. كما تلعب المنظمات الدولية والإقليمية والحكومات الأجنبية نشاطاً ملحوظاً في كافة الدول، وخاصة في الدول التي تعتمد على التمويل الخارجي، مثل: الأردن والسودان ومصر واليمن. فمن الطبيعي أن تكون المنظمات الدولية - كصندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونسيف، ومنظمة الصحة العالمية - من أكثر المنظمات نشاطاً في الدول المشاركة بتمويل كامل أو مشاركة مع منظمات أخرى أو وزارات في مشروعات تخص مجال صحة المرأة. ويعد الاتحاد الدولي للوالدية منظمة من إحدى المنظمات الرئيسة التي تقوم بتمويل مشروعات لجمعيات تنظيم الأسرة في العديد من الدول المشاركة.

#### • التغطية الجغرافية للمشروعات:

يتضمن الشكل رقم (11) النسبة المئوية من المشروعات والبرامج في كل دولة من الدول المشاركة في المسح بحسب مناطق التغطية الجغرافية. وقد تبين من هذا الشكل أن كافة الدول الأعضاء المشاركة في الدراسة تعمل على تفيذ جزء من مشروعاتها على المستوى القومي ولكن بنسب متفاوتة وأن النسبة الأعلى فيها (تزيد عن 80% من

المشروعات) تحتلها البحرين وعمان لسبعين: أولاً: أن مشروعاتها التي تم مسحها تتضمن نسبة عالية من البرامج والمسوحات الوطنية، وثانياً: لصغر المساحة الجغرافية للقطر، وخاصة في البحرين. كما نجد أن أكثر من 50% من المشروعات، في الإمارات ومصر واليمن يتم تنفيذها على مستوى المحافظة أو عدة محافظات؛ ويعود ذلك إما لكبر المساحة الجغرافية للقطر بالإضافة إلى نهج الجهات المانحة بتنفيذ المشروعات على نطاق محافظات كما في مصر واليمن، وإما (كما في الإمارات) لوجود اللامركزية بسبب تكوينها من عدة إمارات حيث لكل إمارة صلاحية عالية في الأمور الداخلية.

**الشكل رقم (11): النسبة المئوية للمشروعات بحسب التغطية الجغرافية بين الدول العربية المشاركة في المسح**

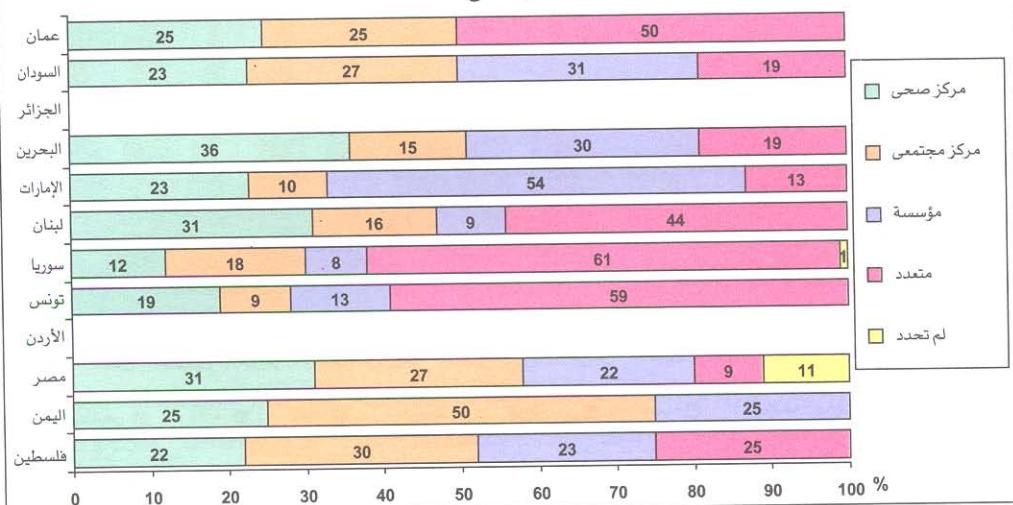


هناك ست دول مشاركة تتحذل مشروعاتها على مستوى المدينة، وتشكل ما يقارب ثلث المشروعات في تونس وفلسطين ولبنان بسبب المشاركة العالية للجهات المحلية المتواجدة في نطاق محدود في التمويل للعديد من المشروعات التي تم مسحها في هذه الأقطار. وتميز المشروعات في الجزائر دون جميع الدول المشاركة في المسح بأن ثلث مشروعاتها في مجال صحة المرأة يتم تنفيذها في المستشفيات بسبب التوجه الإكلينيكي في مجال الكشف عن السرطانات لهذه المشروعات. ونلاحظ من الشكل رقم (11) أن 15% من المشروعات في بعض الدول المشاركة مثل السودان وفلسطين ومصر تتفذ على مستوى القرية، وهي مشروعات قصيرة المدى بتمويل من جهات أهلية. وقد يكون ذلك بسبب اهتمامها بتلك المنطقة دون غيرها إضافة إلى محدودية إمكاناتها المالية.

## ● الواقع المختار لتنفيذ المشروعات:

يوضح الشكل رقم (12) النسبة المئوية من المشروعات والبرامج التي تم مسحها في كل دولة من الدول المشاركة بحسب الواقع التي يتم من خلالها التنفيذ. ويظهر من الشكل أن كافة الدول المشاركة في المسح ماعدا اليمن تنفذ مشروعاتها من خلال مواقع متعددة تشمل المركز الصحي والمركز المجتمعي و/أو المؤسسة، حيث نجد أن نسبة تبلغ ما يزيد عن 50% من المشروعات في تونس وسوريا وعمان لا يقتصر تنفيذها على موقع واحد. وهذا مؤشر على إسهام جهات متعددة في تنفيذ المشروع، وأيضاً على تنوع طبيعته لتكامل الخدمات الصحية المقدمة للمرأة.

الشكل رقم (12): النسبة المئوية للمشروعات بحسب موقع التنفيذ لها بين الدول العربية المشاركة في المسح



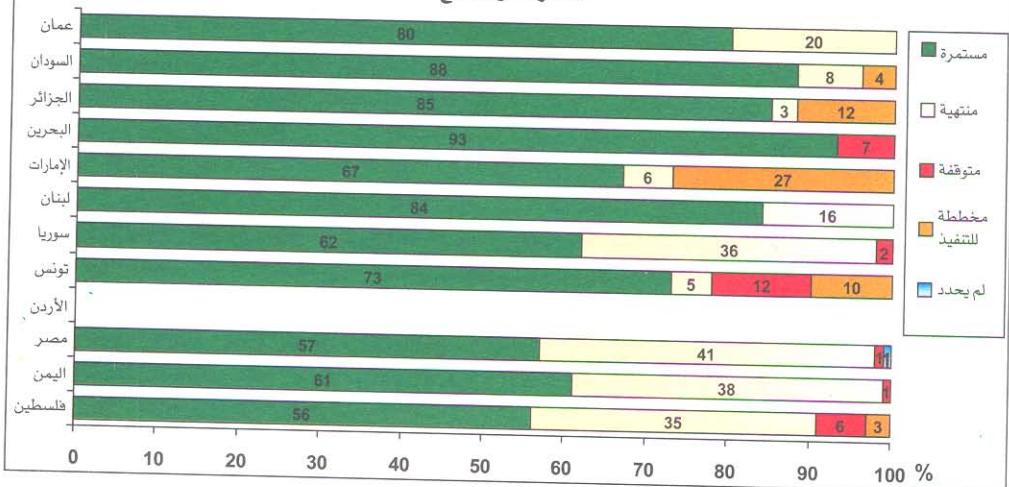
يتم تنفيذ ما بين 12% - 36% من المشروعات في الدول العربية المشاركة من خلال المركز الصحي فقط؛ حيث تحتل عمان ومصر النسبة الأعلى، وذلك للمشروعات التي تهتم بتقديم خدمات طبية إكلينيكية. كما أن جميع الدول تستخدم المراكز المجتمعية في تنفيذ مشروعاتها، وخاصة في اليمن، حيث تشارك الجمعيات في التوعية بالمشاكل الصحية والبيئية التي تعاني منها المرأة. ويلاحظ تغيب المراكز المؤسسية عن التنفيذ في مشروعات عمان؛ بسبب أن أغلبها برامج قومية والبقية دراسات وطنية، بينما كافحة الدول الأخرى تستخدم مؤسساتها في التنفيذ، وبالاخص الإمارات؛ حيث ينفذ أكثر من نصف مشروعاتها في المراكز المؤسسية، مثل: مراكز الخدمة الاجتماعية، ومراكز

الجمعيات وأنديتها، والمدارس، والمعاهد؛ ويعود ذلك لوجود المساحة والإمكانيات الكافية لتنفيذ الأنشطة.

### ● الوضع الحالي للمشروعات:

الوضع الحالي للمشروع يعني وضع المشروع عند إجراء المسح. ويبيّن الشكل رقم (13) النسبة المئوية للمشروعات والبرامج بحسب الوضع الحالي في كل دولة من الدول العربية التي شاركت في مشروع المسح.

الشكل رقم (13): النسبة المئوية للمشروعات بحسب الوضع الحالي لها بين الدول العربية المشاركة في المسح



ويظهر من هذا الشكل أن ثلاثة أرباع المشروعات في البحرين وتونس والجزائر والسودان وعمان ولبنان لا زالت مستمرة، وأن أغلب هذه المشروعات برامج وطنية طويلة المدى، وأن تمويلها يظل مستمراً لفترات محددة متواكبة، وبعضها بدأ نشاطه خلال الفترة المحددة للمسح. بينما ثلث المشروعات في سوريا وفلسطين ومصر واليمن منتهية، وهذه مشروعات قصيرة المدى تنتهي بانتهاء التمويل الخاص بها وخاصة تلك المعتمدة على التمويل الخارجي. وهناك مشروعات متوقفة في ست من الدول المشاركة، وخاصة في البحرين وتونس وفلسطين بنسبة أكبر لصعوبة تنفيذها لأسباب تعود إلى سوء التخطيط لها، أو عدم توافر البنية المؤسسية، أو عدم وجود الدعم المالي الكافي لتنفيذها، أو لنقص الكوادر الإدارية بها، أو عدم قبول المجتمع للمشروع (مثلاً الفحص الطبي قبل

الزواج) وغياب التنسيق والتعاون مع جهات أخرى. وقد تبين من هذا المسح أن خمساً من الدول المشاركة، وهي: الإمارات، وتونس، والجزائر، والسودان، وفلسطين، تملك مشروعات في مجال صحة المرأة ما زالت في طور التخطيط لتنفيذها، وأغلبها في مجال الصحة النفسية والعنف ضد المرأة، وهما مجالان لم يتم بعد التركيز عليهما في الدول العربية المشاركة في هذا المسح.

#### ● الفئات المستهدفة من المشروعات:

نسبة كبيرة من الدول المشاركة أوضحت أن هنالك مشروعات تقدم خدماتها لجميع أفراد الأسرة مع التركيز على المرأة. كما أن هنالك العديد من المشروعات متعددة الفئات المستهدفة كبرنامج الإيدز.

يتضمن الجدول رقم (2) الفئات المستهدفة من المشروعات والبرامج لكل دولة عربية مشاركة في المسح والنسبة المئوية من المشروعات التي استهدفتها مع متوسط النسبة المئوية للمشروعات لكل فئة مستهدفة من إجمالي الدول المشاركة.

**الجدول رقم (2): النسبة المئوية للمشروعات بحسب الفئة المستهدفة بين الدول المشاركة في المسح والمتوسط العام.**

الفئة المستهدفة	فاسطين	اليمن	个人观点	البنان	السودان	عمان	متوسط النسبة
المرأة والطفل	47	21	58	-	41	18	34
المرأة	70	29	64	-	51	56	40
المرأة الريفية	34	21	58	-	46	4	30
المرأة في سن الإنجاب	50	13	69	-	32	4	30
المرأة الحامل	47	21	61	-	18	8	32

الفئة المستهدفة	فلسطين	اليمن	مصر	الأردن	تونس	سوريا	لبنان	الإمارات	البحرين	الجزائر	السودان	عمان	النسبة	متوسط
المرأة بعد الولادة	40	1	54	-	37	41	19	-	21	12	39	4	35	29
المقبلون على الزواج	25	4	42	-	22	33	13	7	39	4	39	15	17	22
حديث الزواج	26	3	35	-	15	28	13	-	32	4	31	5	31	19
الأزواج في سن الإنجذاب	25	-	31	-	12	28	3	-	21	-	62	25	25	19
المرأة بعد انقطاع الطمث	25	1	28	-	32	21	25	3	18	12	-	-	5	15
القتبات	59	37	54	-	68	39	28	21	32	12	8	32	30	40
الشباب	31	24	42	-	56	31	22	7	25	4	65	4	15	29
العاملون في قطاعات المرأة	26	16	30	-	10	28	6	-	14	15	15	14	5	19
الوزارات المهمة بشئون المرأة	17	18	22	-	7	18	-	-	25	-	42	-	5	14
القطاع الخاص	16	1	14	-	10	18	3	-	25	-	23	-	5	10
الجمعيات الأهلية	23	16	30	-	20	23	9	-	29	-	31	-	5	17
ذرو الاحتياجات الخاصة	-	-	10	-	-	-	3	-	42	-	-	-	-	5

ويلاحظ من هذا الجدول أن فئة المرأة تحت المرتبة الأولى المستهدفة من متوسط النسبة المئوية لمجموع المشروعات، وأيضاً هي من أكثر الفئات استهدافاً في كافة الدول المشاركة لطبيعة المسلح في التركيز على صحة المرأة، ولكن من الملاحظ أن المرأة العامل في مشروعات الجزائر لم تعد مستهدفة، وقد يعود ذلك إلى عدم وجود مشكلة في هذا الجانب. وقد تم التركيز على الفئات ذات الاحتياجات الخاصة، بما في ذلك المعنفات، وذوات الاعاقة من النساء في سن الإنجاب، عكس ما نجده في المشروعات

في كل من السودان ومصر حيث إن ثلثي مشروعاتهما مهتمة بالمرأة العامل بهدف الحد من وفيات ومتلازمة الأمهات. وتحتل فئة الفتيات المرتبة الثانية المستهدفة من مجموعة المشروعات، ولكن نجد أنها أكثر استهدافاً في تونس والسودان وفلسطين ومصر مقارنة ببقية الدول المشاركة؛ وبعود الاهتمام بالفتيات إلى وفرة المشروعات التي تعنى بالتدريب. وتعد النساء ذوات الاحتياجات الخاصة (المعاقات) من أقل الفئات استهدافاً من إجمالي المشروعات، بينما نجد نسبة عالية (42%) من مشروعات الجزائر تستهدف هذه الفئة. ومن الملاحظ أن الفئات، وهي: المرأة بعد انقطاع الطمث، والقطاع الخاص والوزارات المهتمة بشئون المرأة لا تحتل اهتماماً كافياً من إجمالي المشروعات باستهدافها. وهناك دول مثل: تونس ومصر أولت عناية نسبية بفئة المرأة بعد انقطاع الطمث؛ حيث إن أكثر من ربع مشروعاتها موجهة لها، بينما تعد السودان من أولى الدول في استهداف مشروعاتها للوزارات المهتمة بشئون المرأة بهدف كسب الدعوة والتأييد لبرامج الأمومة الآمنة، بما في ذلك ختان الإناث، لكونها من المشاكل الرئيسية التي تواجهها السودان. وتتميز نسبة تزيد عن 20% من المشروعات في كل من البحرين والسودان باستهداف القطاع الخاص بهدف الإسهام في مجال صحة المرأة مستقبلاً بعكس المشروعات في الإمارات والجزائر ومصر؛ حيث لا يوجد أي مشروع يستهدف هذه الفئة بالرغم من أهميتها؛ لأن هناك تزايداً في استخدام القطاع الخاص من قبل النساء لتلقي الخدمات الصحية؛ ولذا كان من الضروري التنسيق والعمل مع القطاع الخاص بهدف الارتقاء بصحة المرأة في كثير من الدول المشاركة في المسح.

#### • طبيعة نشاط المشروعات:

يُظهر الجدول رقم (3) النسبة المئوية للمشروعات والبرامج بحسب طبيعة الخدمات التي تقدم لتحسين صحة المرأة في كل دولة من الدول المشاركة، كما يوضح متوسط النسبة المئوية لكل نوع من أنواع هذه الخدمات في كافة الدول المشاركة. فقد تبين من هذا الجدول أن التشغيف والتوعية الصحية تعتلان المركز الأول من بين جميع الأنشطة، وتمارسان بنسبة كبيرة من المشروعات في جميع الدول الأعضاء ماعدا السودان وسوريا وفلسطين؛ حيث إن أغلب مشروعاتهم تتضمن التدريب أولاً ثم التوعية. ومع ذلك نجد التدريب نشاطاً أولته مشروعات كافة الدول الاهتمام وذلك بتدريب كوادرها في مجالات متعددة مما يضمن استمرارية مشروعاتها.

**الجدول رقم (3): النسبة المئوية للمشروعات بحسب طبيعة المشروع بين الدول العربية المشاركة في المسح والمتوسط العام.**

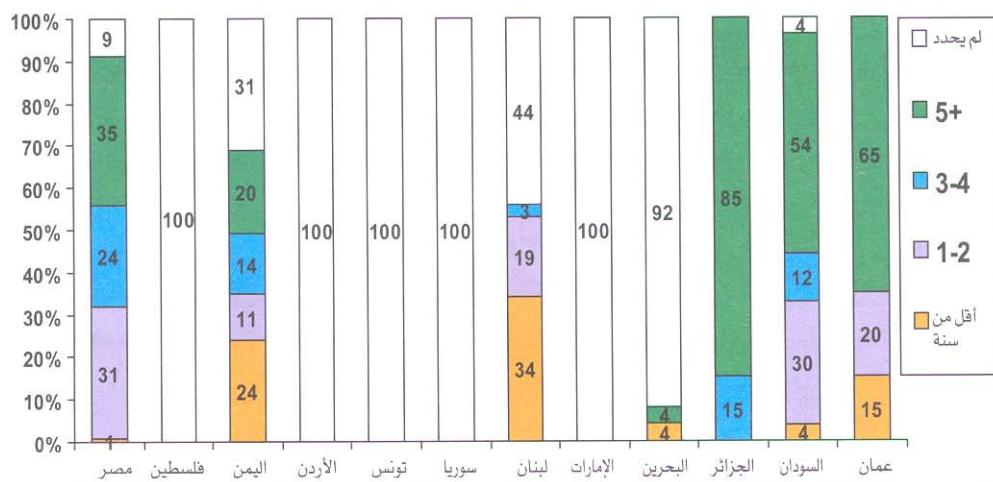
الفئة المستهدفة	تدريب	تقديم خدمات	تنمية مؤسسية	تطوير البنية التحتية	رسم سياسات	توزيع بالوسائل والأجهزة والمعلومات	توعية إعلامية	تشغيف وتوعية صحية
الأردن	60	30	3	3	7	21	-	80
الإمارات	26	30	-	-	-	3	-	70
البحرين	54	75	7	21	25	60	43	79
تونس	85	90	29	37	49	80	73	95
الجزائر	54	65	31	23	8	30	-	73
السودان	89	73	42	50	30	73	-	85
سوريا	87	51	13	18	-	31	33	67
عمان	35	55	-	-	-	-	-	85
فلسطين	89	73	42	50	30	73	-	85
لبنان	44	34	6	6	6	25	34	91
مصر	73	66	31	28	15	31	51	78
اليمن	67	39	16	20	9	50	29	75
متوسط النسبة	64	57	18	21	15	40	22	80

كما نجد أن نسبة تزيد عن 50% من إجمالي المشروعات ذات طبيعة في تقديم الخدمات، وتحتل المرتبة الثانية في المشروعات الخاصة في بعض الدول المشاركة مثل الإمارات وتونس والجزائر وعمان. فمن الطبيعي أن نجد في هذا المسع أن المشروعات في كل الدول الأعضاء مشتركة في طبيعتها؛ حيث تحتل التوعية والتثقيف المرتبة الأولى، ويبعهما التدريب وتقديم الخدمات ثم التزويد بالوسائل والتجهيزات والمعلومات. وكل يكمل الآخر في تحسين صحة المرأة. ونلاحظ أن التوعية الإعلامية لم تتضمن في مشروعات 50% من الدول الأعضاء في المسع. بينما نجد معظم المشروعات في تونس ونصف المشروعات في مصر ونسبة أقل في مشروعات البحرين وسوريا ولبنان واليمن تتضمن التوعية الإعلامية لصحة المرأة؛ مما يدل على التسريع مع جهات أخرى، وأهمية نشر المعرفة حول صحة المرأة في القطر بإطار أوسع. أما فيما يخص تطوير البنية التحتية والتنمية المؤسسية، فتظهر الحاجة الملحة في كل من السودان وفلسطين؛ حيث إن نصف مشروعاتها تهتم بهذين الجانبيين أكثر من غيرهما بالمقارنة مع الدول المشاركة الأخرى في المسع؛ وذلك لما تعانيه هاتان الدولتان من دمار بسبب الحروب. كما أن رسم السياسات لم ينل الاهتمام الكافي في طبيعة مشروعات معظم الدول الأعضاء، فتجد أن أن هذا المجال يحتل نسبة تبلغ 15% فقط من إجمالي المشروعات التي تم مسحها في الدول المشاركة. وتعد تونس الدولة الأكثر اهتماماً في احتواء رسم السياسات في مشروعاتها بسبب أن حكومتها مرتكزاً مسهمة بالتمويل في كل مشروع للمسع يتم تفيذه، وبذلك فهي تماز بالنظرية الشاملة لاحتياجاتها لطبيعة المشروعات.

#### ● مدة تنفيذ المشروعات:

أشارت نتائج الدراسات في معظم الدول المشاركة أنها وجدت صعوبة في تحديد مدة التنفيذ لمشروعاتها وخاصة في البرامج الوطنية، كما في: البحرين، والسودان، مصر، واليمن. والبعض الآخر من الدول لم يتطرق الخبير في تحليله إلى مدة التنفيذ للمشروعات مثل: الأردن، والإمارات، وتونس، وسوريا، فلسطين. وتم في هذه الدراسة تحليل المشروعات في الجزائر ولبنان من نتائج دراسة الخبيرين لوجود ملخص عن كل مشروع فيها. أما نتائج الدراسة في دولة عمان فقد أوضح الخبير مدة التنفيذ لجميع المشروعات كما هو موضح في الشكل رقم (14) الذي يعكس النسبة المئوية للمشروعات والبرامج بحسب مدة التنفيذ في كل دولة من الدول المشاركة التي أوضحت ذلك.

الشكل رقم (14): نسبة المشروعات بحسب مدة التنفيذ (بالسنوات) ويحسب الدول العربية المشاركة في المسح



عموماً تبين أن أغلب المشروعات في الجزائر، وتلتها المشروعات في عمان، ونصف المشروعات في السودان، وثلث المشروعات في مصر تزيد عن خمس سنوات؛ لأنها مشروعات يتم تمويلها حكومياً وأو برامج ثابتة يسهم فيها التمويل الخارجي بفترات محددة. في حين إن ثلثي المشروعات في لبنان، و24% من مشروعات اليمن قصيرة المدى لا تتعدي السنة الواحدة في التنفيذ؛ لأن الغالبية منها بتمويل من الجهات الأهلية، وتتركز طبيعتها في التوعية والتثقيف الصحي والإعلامي. أما المشروعات في مصر فنجد نصفها لا تزيد مدة التنفيذ فيه عن أربع سنوات بسبب أنها مشروعات تعتمد أساساً على التمويل الخارجي.

#### • عدد العاملين في كل مشروع ونسبة الإناث منهم:

نوهت أغلب الدول العربية المشاركة في مشروع الدراسات المسوحية هذه -ماعدا فلسطين- إلى وجود صعوبة في الحصول على البيانات من بعض مدراء ومنفذي المشروعات عن عدد العاملين ونسبة الإناث فيها؛ ولذا فإن بعض الدول لم تعط نتائج لها، مثل: الأردن، والبحرين، وتونس، والجزائر، وسوريا، في حين أن البعض الآخر سجل نتائج ما استطاع الحصول عليه من بيانات وإن كانت غير مكتملة. وهناك دول مثل الجزائر والسودان ولبنان لم تعمل على تحليل البيانات بالرغم من وجودها، وإن كانت ناقصة في ملخص كل مشروع؛ مما ساعد على استنباط النتائج منها.

يتضمن الجدول رقم (4) عدد المشروعات والبرامج التي تم مسحها في كل دولة مشاركة واستطاعت تحديد متوسط عدد العاملين بها ومتوسط النسبة المئوية للإناث من العاملين.

**الجدول رقم (4): الدول الأعضاء في الدراسة بحسب عدد المشروعات المحتوية على البيانات وبحسب عدد العاملين ونسبة الإناث**

اسم الدولة	عدد المشروعات مع المعلومات عن عدد العاملين / نسبة الإناث	متوسط عدد العاملين	متوسط نسبة الإناث
الإمارات	جميع المشروعات عن نسبة الإناث فقط	غير موضح	%50 من المشروعات تحتوي على الإناث فقط، 23% تضم إناثاً وذكوراً. %23 مشروعات لم تتفزد بعد
السودان	21 مشروعًا	25	%49
عمان	10 مشروعات عن نسبة الإناث فقط	لا يوجد	%82
فلسطين	جميعها (125 مشروع)	8	%70
لبنان	11 مشروعًا عن نسبة الإناث	لا يوجد	%75
مصر	42 مشروعًا عن عدد العاملين فقط	13,000 - 2	لا يوجد
اليمن	67 مشروعًا	7	%78

عموماً نجد في هذا الجدول تفاوتاً كبيراً في عدد العاملين في المشروعات في مصر مما يدل على أن المشروعات التي تنفذها الجمعيات الأهلية تمتاز بقلة عدد العاملين فيها؛ مما يسهل حصرها، ولكن البرامج الوطنية تحتوي على عدد أكبر من العاملين، لذلك يصعب معرفة عدد العاملين بها. ويشير الجدول رقم (4) إلى أن متوسط نسبة الإناث في هذه المشروعات عالٌ في الدول التي تملك البيانات. وبما أن موضوع المسح هو صحة المرأة؛ فمن الطبيعي وجود الكادر النسائي بنسبة عالية للعمل في هذه المشروعات. ولذا نجد أن متوسط نسبة الإناث العاملات في المشروعات التي تم مسحها في كل من عمان، وفلسطين، ولبنان، واليمن يفوق 69%， في حين أن المشروعات في السودان ينخفض متوسط النسبة إلى ما يقارب 50%؛ لأن هنالك العديد من المشروعات الموجهة أيضاً إلى توعية الشباب؛ مما يتطلب وجود الذكور، أو قد يعود ذلك إلى وجود عدد أكبر من الإداريين الذكور لهذه المشروعات ونقص في الكوادر النسائية.

#### ● عدد المستهدفين ونسبة المستفيددين:

أشارت كافة الدول الأعضاء في الدراسة إلى إخفاقهم في الحصول على بيانات عن عدد المستهدفين ونسبة المستفيددين من المشروع؛ حيث كانت الإجابة من معظم مدراء هذه المشروعات بأن التغطية على مستوى المحافظة أو البلد وغيره، وخاصة في المشروعات التي تهتم بالخدمات والتوعية، ويدل عدم القدرة على تحديد المستهدفين ونسبة المستفيددين على نقص في التخطيط، وعدم وجود قاعدة بيانات يستند إليها في تقييم هذه المشروعات كما ذكر خبير المسح في سوريا. ولذا نجد أن المعلومات المتاحة في الدراسة المنسحبة لدولة ما غير واضحة فيما يخص عدد المستهدفين أو نسبة المستفيددين لكل مشروع؛ مما لا يفي بغرض الاستنتاج عن معرفة مدى الإنجاز بحسب حجم المشروع، مثال: "عدد المستهدفين من المشروعات من 50 إلى 5,500,000" أو يذكر "نسبة المستفيددين 35%" ونسبة الإنجاز بين 2% - 120% أي بمعدل 70% أو يذكر "نسبة المستفيددين 35%" في مشروع تنظيم الأسرة ل الكامل القطر إلى 150% في مشروع توعية المرأة بالحقوق الإيجابية في مناطق السكن العشوائي من خلال جمعية أهلية". ولصعوبة الاستنتاج لا يمكن المقارنة بين نتائج الدول الأعضاء في هذا المجال.

### 3. العناصر الأساسية لآليات العمل في المشروعات الخاصة بـ مجال صحة المرأة:

- **مزايا المشروعات المخطططة:**

- توجد في الدول المشاركة أيضاً مشروعات مخطط لها لتنفيذها ولم تبدأ بعد خلال فترة المسح، وخاصة في الإمارات وتونس والجزائر، وتنصب هذه المشروعات على المجالات التالية:
- الاكتشاف المبكر لأورام عنق الرحم (الإمارات).
  - إنشاء حضانة لأبناء النزيلات (الإمارات).
  - إنشاء وحدة لعلاج الإدمان (الإمارات).
  - مشروع القوافل الصحية لتقديم خدمات صحية ونفسية للنساء في منازلهن (الإمارات).
  - وضع استراتيجية للنهوض بالصحة النفسية للمرأة (تونس).
  - الإصغاء واكتشاف العنف الموجه ضد النساء (تونس).
  - الكشف الطبي قبل الزواج (تونس).
  - مشروع مكافحة التدخين لمكافحة السرطان عند المرأة (تونس).
  - برنامج وقاية المرأة الريفية من مخاطر المبيدات المستعملة للتداوي الزراعي للمحافظة على صحة البيئة (تونس).
  - تقسي تعفن الجهاز التناسلي (تونس).
  - الدعم الأساسي والكامل للعلاج النسوبي (الجزائر).
  - المتابعة الطبية للنساء القاطنات في المراكز الخاصة بالنساء المعنفات (الجزائر).
  - تعزيز الخدمات في المناطق التي تعاني من مؤشرات متدنية في الأمومة الآمنة (الجزائر).
  - الصحة الإيجابية للنساء والشباب في مناطق النازحين (السودان).

مقارنة مع المشروعات التي تم تنفيذها أو ما زالت مستمرة تمتاز هذه المشروعات المخطط لها بأنها تستند على دراسات ومسوحات ل الواقع لتحديد أوجه الاحتياجات قبل تنفيذها، وبوضع قاعدة بيانات يسهل من خلالها تقييم التنفيذ مستقبلاً، وتحديد الاحتياجات التي سيسهم المشروع في تطويرها. كما تتطرق هذه المشروعات إلى مجالات في صحة

المرأة لم تلق الاهتمام الكافي في المشروعات السابقة للدولة المعنية، كالعنف ضد المرأة، والصحة النفسية. وبعضها موجه إلى فئة خاصة كالنزيلاط، أو إلى منطقة محتاجة للخدمات بسبب تدني مؤشراتها الصحية للمرأة أو منطقة لنازحين. وتتسم بعض هذه المشروعات بأنها تم تخطيطها بمشاركة مع الجمعيات النسائية وغير الحكومية أو الجامعات؛ مما يضمن التنسيق والعمل المشترك في التنفيذ والتقييم.

## ● الأهداف والإنجازات

الأهداف بطبعتها هي:

1. أهداف خدمية كتقديم خدمات وقائية وعلاجية.
2. أهداف تدريبية كتدريب الكوادر الصحية على خدمة معينة، أو تدريب فتيات من المجتمع على الإسعافات الأولية وغيرها من الأمور لرفع قدراتهن الفنية.
3. أهداف توعوية لنشر المعرفة في الأمور الصحية بين أفراد المجتمع.

تتضمن هذه الأهداف تحسين البيئة المحيطة من خلال توفير المعدات ووسائل التثقيف والتزود بالمعلومات، وتطوير البنية الأساسية. وبما أن جميع هذه الأهداف قد تم التطرق لها في طبيعة المشروع، فليس من داعٍ لتكرارها هنا. وتضمن المسح في كل الدول المشاركة على مشروعات يتضمن كل مشروع منها أهدافاً خدمية وتدريبية وتوعية.

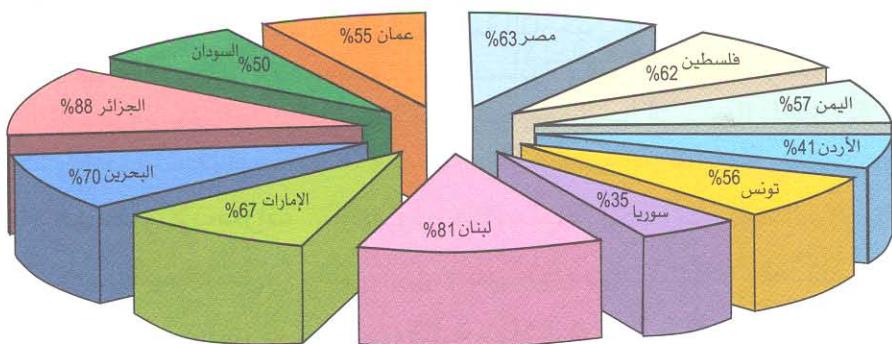
أما عن إنجازات هذه المشروعات فهي تعبّر عن مدى إنجاز هذه الأهداف. ولكن أهداف هذه المشروعات لم تكن واضحة حيث كانت غير مكتملة وغير قابلة للقياس مثل نشر خدمات الصحة الإيجابية، ولم يتطرق إليها خبير الدراسة في نتائجه لكافة الدول. الأعضاء في مشروع الدراسات المنسحبة بوضوح. ولذا لم يتم التطرق لتحليلها هنا.

## 4. العناصر الأساسية لآليات مخرجات المشروعات في مجال صحة المرأة:

### ● تقويم المشروعات:

يظهر من الشكل رقم (15) الدول المشاركة، والنسبة المئوية من مشروعاتها وبرامجها التي تم تقييمها حتى تمام مشروع المسح.

الشكل رقم (15): نسبة المشروعات التي تم تقييمها بحسب الدول العربية المشاركة في المسح



تبين أن هناك العديد من المشروعات في كافة الدراسات المسوحية التي تمت في الدول الأعضاء لم يتم تقييمها . وقد أظهر المسح أن 60,4 % من إجمالي المشروعات التي تم مسحها في الدول الإثني عشر المشاركة قد تم تقييمها على الأقل مرة واحدة. وتقاوت نسبة تقييم المشروعات من دولة إلى أخرى تقاوًتاً كبيراً . فتعد المشروعات في الجزائر هي أكثر المشروعات التي تم تقييمها (88%) لسبب يعود إلى التوجهات العامة في القطر بأن يتم تقييم كل مشروع بعد مضي نصف مدته؛ بهدف اكتشاف وتصحيح المشاكل التي قد تعيق سير تنفيذ المشروع؛ وعادة يتم التقييم من خلال البيانات عن عدد النساء المستفيدات وعدد العاملين في المشروع. وفي المقابل نجد أن 35% فقط من المشروعات في سوريا تم تقييمها جميعاً من قبل الجهات الممولة، أما بقية المشروعات فلم يتم تقييمها بسبب أنها ما زالت مستمرة أو بسبب أنها مشروعات خدمية مستمرة؛ مما يدل على أن التخطيط كان قاصراً ولم يتضمن مؤشرات التقييم مع أن عملية التقييم في كل مشروع هي جزء من عملية التخطيط . ومن الملحوظ أن البرامج القومية والمستمرة لفترات طويلة والممولة حكومياً دون إسهام من المنظمات الدولية في أغلب الدول المشاركة لا يتم تقييمها بانتظام؛ مما يصعب تحسين مسارها وتطويره . فغياب الأهداف القابلة للقياس بحد ذاته يشكل عائقاً أمام عملية التقييم . وكما هو شائع فإن الكثير من مديري المشروعات يتخوفون من التقييم حتى لا يوجه إليهم اللوم في حالة تقصير تنفيذ المشروع في تحقيق أهدافه بالرغم أن الهدف من التقييم هو اكتشاف المعوقات والصعوبات ومحاولة تذليلها للوصول إلى الأهداف المتفق عليها .

أظهرت نتائج الدراسة في مصر أن المشروعات التي تنفذ من خلال الجمعيات الأهلية يتم تقييمها دوريًا من الجهات المانحة من الجمعية نفسها للتعرف على ما تم إنجازه من الأهداف بغض النظر عن القرار بخصوص مواصلة التمويل. أما نتائج الدراسة في البحرين فلم تقدم معلومات عن معوقات التقييم ومعاييره التي استخدمت في تقييم 70% من مشروعاتها. كما أن هناك مجموعة من خبراء الدراسات في الدول المشاركة (الأردن، تونس، اليمن) لم توضح معايير التقييم في نتائجها.

**أ) الأسباب الرئيسية التي ذكرت في نتائج الدراسات لعدم إجراء التقييم وهي:**

- استمرارية المشروع.
- حداثة المشروع.
- قصر مدة تنفيذ المشروع.
- لا يزال المشروع في مرحلة التخطيط.
- عدم توافر الإمكانيات المادية والبشرية.
- حداثة / قلة الكوادر الفنية المحلية المدربة.
- ضعف التمويل.
- لم يتضمن المشروع بند تمويل التقييم.
- عدم وجود خبراء في مجال تقييم المشروعات.
- لا توجد معايير معينة للتقييم.
- الجهة المنفذة غير راغبة في إجراء التقييم.
- وجود متابعة مستمرة في أشأء التنفيذ.
- التمويل لتنفيذ المشروع ذاتياً.

**ب) المعايير التي تم استخدامها في التقييم:**

- المتابعة في تنفيذ بنود خطة المشروع.
- إنجازات المشروع الإحصائية التي تحصلت.
- استخدام استبيان قبل وبعد الدورة للمشروع لتقييم مدى استفادة الفئة المستهدفة.

- توافر الموارد اللازمة للخدمة، مثل وسائل منع الحمل وغيرها.
- الدراسات العملية التي تقام قبل وبعد التدخل (انفردت بها عمان).
- المقابلات والزيارات الميدانية.

### ج) معوقات عملية التقييم:

- وجود تجمعات سكانية صغيرة ومتباعدة.
- عدم وجود كادر متفرغ للمشروع.
- الظروف السياسية والاحتلال.
- عدم وجود التقارير.
- صعوبة المواصلات.
- عدم تفاعل الشركاء المحليين وعدم التزامهم.
- عدم تجاوب المستفيدين.
- ضعف الخبرات في مجال التقييم.
- تغير مناطق المستفيدين.

## ● عوامل النجاح:

### 1- نقاط القوة الذاتية في المشروعات:

نتائج الدراسة لخبراء كل من الأردن والإمارات والجزائر لم تتطرق إلى نقاط القوة في مشروعاتها. أما في مصر فبلغت نسبة الإجابات 59% فقط من المشروعات، وهناك دول مثل: سوريا، وفلسطين، ومصر، أشارت إلى نقاط الضعف دون تحديد لعدد المشروعات، وبقية الدول المشاركة تم استنتاجها وحصرها من خلال الرجوع إلى كل مشروع تم توصيفه. يتطرق الجدول رقم (5) إلى نقاط القوة للمشروعات والبرامج التي ذكرها منفذو تلك المشروعات في كل دولة عربية مشاركة في هذا المسح بحسب عددها ونسبتها المئوية من إجمالي مشروعات كل من هذه الدول.

**الجدول رقم (5): نقاط القوة الذاتية في المشاركة في الدول المشاركة في الدراسات المنسحبة بحسب عدد المشروعات ونسبها المئوية وبحسب الدول**

نقط القوة الذاتية	السودان	تونس	لبنان	جزر القمر	جنوب إفريقيا	لبنان	لبنان	اليمن	تونس	السودان	لبنان
توافر الخدمات الصحية ومجانيتها	-	1 (%4)	2 (%5)	لم تحدد	6 (%22)	2 (%6)	-	-	لم تحدد	-	-
معالجة المشكلة التي تعد من أوليات المشاكل الصحية للمرأة	11 (%55)	-	-	-	-	-	لم تحدد	13 (%16)	-	-	-
التجاوب مع متطلبات المرأة	-	-	-	-	2 (%7)	5 (%16)	-	7 (%9)	لم تحدد	-	-
وجود كوادر مؤهلة ومحلاصة	3 (%15)	1 (%4)	-	لم تحدد	3 (%11)	-	-	7 (%9)	-	-	-
وجود برامج متعددة	-	3 (%12)	-	لم تحدد	3 (%11)	2 (%6)	لم تحدد	4 (%5)	-	-	-
تجاوب المجتمع ودعمه	-	11 (%42)	3 (%7)	-	4 (%15)	3 (%9)	-	14 (%18)	لم تحدد	-	-
تعاون أكثر من جهة في تنفيذ المشروع	3 (%15)	1 (%4)	1 (%2)	لم تحدد	7 (%30)	3 (%9)	لم تحدد	12 (%15)	-	-	-
استخدام أساليب متطرفة علمية وعملية للتمكن وزيادة الوعي	-	-	3 (%7)	-	7 (%30)	4 (%13)	-	-	-	-	-
وجود موارد مالية مستمرة	15 (%75)	9 (%35)	20 (%50)	لم تحدد	15 (%56)	-	لم تحدد	1 (%1)	-	-	-
مشاركة القطاع الخاص	1 (%5)	-	-	-	2 (%7)	-	-	-	-	-	-
عمل الدراسات الأولية والتقييمية للمشروع وجود المعلومات	4 (%20)	-	1 (%2)	-	-	1 (%3)	لم تحدد	-	-	-	-
توفير التدريب لفائض العاملين المختلفين والتنسيق بينهم	-	-	-	لم تحدد	-	2 (%6)	لم تحدد	4 (%5)	-	-	-
توافر الدعم المؤسسي والسياسي والمادي	11 (%55)	4 (%15)	30 (%62)	لم تحدد	9 (%33)	4 (%13)	لم تحدد	1 (%1)	-	-	-

عمان	السودان	تونس	لبنان	البحرين	جزر جزر جزر	مخر مخر مخر	اليمن	فلسطين	نقاط القوة الذاتية
-	-	-	-	-	-	-	9 (%11)	-	التركيز على المناطق المحرومة والفقيرة والمهمشة
-	-	-	-	-	-	-	9 (%11)	-	وجود إدارة ممتازة والعمل بفريق واحد
-	-	-	-	-	1 (%3)	لم تحدد	-	لم تحدد	وجود عيادات مجهزة
8 (%40)	1 (%4)	-	لم تحدد	-	3 (%9)	لم تحدد	21 (%26)	-	إشراك عناصر المجتمع المحلي بصفاته المختلفة في التنفيذ
-	-	-	-	-	1 (%3)	-	-	-	استعمال الإعلام على نطاق واسع
-	-	-	-	-	1 (%3)	-	-	-	تواجد الملف الصحي الإلكتروني
-	-	-	-	-	1 (%3)	-	-	-	جديد وفريد من نوعه
-	-	-	-	-	2 (%6)	-	-	-	القوة العاملة ذات الأكثريّة النسائية
-	-	-	-	12 (%44)	-	-	-	-	وجود آليات العمل مثل الدليل الإرشادي أو الاستراتيجية الوطنية
-	9 (%35)	-	لم تحدد	-	-	-	6 (%8)	-	الانتشار الجغرافي

لم تحدد = لم يتم تحديد عدد المشروعات

نلاحظ من الجدول رقم (5) أن هناك العديد من نقاط القوة التي ذكرها منفذو المشروعات التي تم مسحها في الدول الأعضاء. ومن أهمها توافق الدعم المؤسسي والسياسي والمادي للمشروع، وتعاون أكثر من جهة في تنفيذ المشروع، والتجاوب والدعم من المجتمع، وجود الموارد المالية المستمرة حيث أشير إليها في معظم الدول الأعضاء. ونستنتج من ذلك أن هذه النقاط ذات أهمية قصوى في نجاح أي مشروع يتم التخطيط له. وينماز نصف المشروعات في عمان بإبراز نقطة القوة في معالجة المشكلة التي تعد من أوليات المشاكل الصحية للمرأة، وهي مشروعات تتضمن طبيعتها الصحة الإنجابية والصحة البيئية والصحة النفسية، بينما تركزت نقطة القوة في مشروعات السودان في مدى انتشارها الجغرافي وتتنفيذ المشروع بحيث يؤثر على عدد أكبر من السكان؛ لمواجهة الاحتياجات

السكانية الناجمة عن افتقار تلك المناطق لهذه الخدمات، وتدني المؤشرات الصحية للمرأة بها. وطرق منفذو المشروعات في اليمن إلى نقطة قوة مهمة لهذا القطر - الذي يعاني من شح الخدمات وانتشار الفقر - وهي تعزيزها للمناطق المحرومة وللفئات المهمشة والفقيرة. في حين أشار 30% من منفذى المشروعات في مملكة البحرين إلى وجود أساليب متطورة علمية وعملية منها التجهيزات الطبية والدلائل الإرشادية في تقديم الخدمة سواءً أكانت خدمية أم توعوية كنقطة قوة في مشروعاتها بجانب توافر الخدمات الصحية ومجانيتها. ويتمثل هذا في وجود الإمكانيات المادية لهذا القطر.

وبالرغم من أن عمل الدراسات الأولية لمعرفة الواقع أمر أساسي في أي مشروع مستقبلي، وبالرغم من أهمية الدراسات التقييمية للمشروع وأهمية وجود المعلومات كعامل مساعد على نجاح تنفيذ أي مشروع، فإننا نجد أربعًا فقط من الدول المشاركة في المسح هي: البحرين وتونس ولبنان ومصر أبرزتها نقاط قوة تكتسبها المشروعات المنفذة لها. وتنماز لبنان بنقاط قوة مهمة لم تذكر في البلدان الأخرى المشاركة، وهي استعمال الإعلام على نطاق واسع، وتواجد الملف الصحي الإلكتروني. ولكن هاتان النقطتان لم يتم ذكرهما إلا من قبل اثنين فقط من منفذى المشروعات. فمشاركة الإعلام في مجال صحة المرأة هي مشاركة في غاية الأهمية لنشر المعرفة، وزيادة الوعي، وتغيير السلوك الصحي، مما من شأنه أن يؤدي إلى تحفيز المجتمع باستخدام الخدمات المتوفرة لصحة المرأة.

وبالرغم من التوجه الحالي للعمل المتكامل مع القطاع الخاص في مجال صحة المرأة، فإننا نجد في هذا المسح الإشارة من منفذى ثلاثة مشروعات إلى إسهام القطاع الخاص نقاط قوة للمشروع في دولتين اثنتين فقط، هما البحرين وعمان.

ونود أن ننوه إلى أنه تبين من خلال دراستنا هذه عن تمويل المشروعات أن غالبية الدول المشاركة في المسح قد أشارت إلى تمويل نسبة بسيطة من المشروعات من قبل القطاع الخاص، ولكنها لم تذكر من قبل منفذى هذه المشروعات بأنها نقطة قوة للمشروع. والسبب في ذلك أنه لم يتم المشاركة الفعالة مع القطاع الخاص، فالتمويل وحده لا يكفي ولا بد أيضًا من العمل المشترك في التخطيط والتنفيذ والمتابعة.

## **2- المتغيرات التي تمثل فرصة خارجية للمشروعات:**

عدم وضوح هذا السؤال في الاستبانة مع خبراء الدراسات المنسحبة أدى إلى إجابات مختلفة من منفذى المشروعات تبعًا لفهم لها لهذا السؤال. حيث اختلف فهمهم له على النحو التالي:

- (1) فرص خارجية لتمكين المشروع مثل تدريب طاقم العمل خارجياً (من المسح في فلسطين).
- (2) العوامل الخارجية لدعم المشروع مثل الاهتمام العالمي بصحة المراهقين (من المسح في سوريا).
- (3) العوامل الأساسية في المشروع التي تؤثر على الحصول على الدعم الخارجي لتطوير خدمات المشروع.

كما أن هناك العديد من الخبراء في هذه الدراسات المسحية لم يتطرقوا في النتائج التي ذكروها لهذا السؤال. وسيتم هنا التطرق إلى المفهوم الثالث من الدول التي انتهت هذا المفهوم.

وبين الجدول رقم (6) المتغيرات التي تمثل فرصاً خارجية للمشروعات والبرامج التي تم مسحها في كل من الدول المشاركة التي تمكنت من الإدلاء بالبيانات في هذا الجانب بحسب عدد المشروعات والبرامج ونسبتها المئوية من بين إجمالي مشروعات كل دولة.

**الجدول رقم (6): المتغيرات التي تمثل فرصاً خارجية لمشروعات الدول المشاركة في المسح بحسب الدول ويحسب عدد المشروعات ونسبتها المئوية**

العنوان	السودان	البحرين	جزر عُمان	النّجف	المتغيرات
-	-	لم تحدد	-	-	وجود برامج خاصة بالصحة الإنجابية مقدمة من عدة جهات
-	-	لم تحدد	13 (%18)	8 (%10)	مشاركة الجهات الأهلية
لم تحدد	لم تحدد	لم تحدد	لم تحدد	8 (%10)	الدعم والتسيير مع المنظمات الدولية والمحلية والمتخصصة
-	-	-	4 (%5)	13 (%16)	إقبال المستفيدين على الخدمة أو التدريب
لم تحدد	-	-	-	3 (%4)	توسيع قاعدة الفئات المستهدفة (علماء الدين، المعاقات، الشباب)
لم تحدد	-	-	-	-	تقديم خدمات ذات أولوية في المشاكل الصحية للمرأة
لم تحدد	-	-	-	-	وجود كوادر متخصصة في طب الأسرة

المتغيرات	البنية	الجنس	الجنس	الجنس	العمر
وجود البنية الأساسية بمراكيز الرعاية الصحية	-	-	-	-	لم تحدد
إدماج النوع الاجتماعي في المؤسسات	-	-	-	-	لم تحدد
وجود المصداقية للمؤسسة	-	-	-	5 (%6)	
وجود الاستراتيجية أو آليات العمل	-	-	-	1 (%1)	لم تحدد
الادارة القوية	-	-	-	3 (%4)	
العمل في المناطق الريفية والمحرومة والفقيرة من خلال مراكز محو الأمية	-	-	-	9 (%11)	
وجود الدعم الحكومي لضمان الاستمرارية	-	-	13 (%18)	8 (%10)	لم تحدد
تواتر الكثافة السكانية	-	-	-	3 (%4)	

ويتبين من الجدول أن الدعم والتسيير مع المنظمات الدولية والمحلية والمتخصصة التي تم ذكرها من قبل منفذى مشروعات كل الدول الخمس هي أفضل المتغيرات التي تسهم في جلب فرص خارجية للمشروع. كما أن وجود الدعم الحكومي لضمان الاستمرارية ومشاركة الجهات الأهلية عاملاً أساسياً لاستدامة المشروع، وهو هدف يسعى له معظم المانحين للتمويل. وقد أُشير إلى المتغيرين المذكورين من منفذى المشروعات بنسبة متساوية لكل متغير في كل من مصر واليمن مع تفوق النسبة المئوية للمشروعات في مصر؛ حيث إن التوجه العام للدولة هو إستمرارية المشروعات مع وجود جمعيات أهلية عديدة. وأيضاً ذُكر العامل الثاني مع عوامل أخرى أساسية في مشروعات البحرين التي لم تحدد عدد المشروعات التي أشارت إليها، وجميعها عوامل تحفز على الحصول على الدعم والفرص الخارجية لتمكين المشروع. وأضاف المensus في اليمن متغيرات مهمة لم تذكرها دول أخرى مشاركة، كوجود المصداقية للمؤسسة والعمل في المناطق المحرومة وللفئات المهمشة، والتنفيذ من خلال مراكز محو الأمية التي تؤكد على التنسيق مع الجهات الأخرى وأغلبها تسمى بمشروعات قصيرة المدى. وباختصار فإن المتغيرات التي

ذكرت من الدول المشاركة أساسية وجذابة للتعامل بها عند اختيار الجهات التنفيذية لأي مشروع يتم التخطيط له.

## ● عوامل الفشل:

على الرغم من ذكر نقاط قوة في العديد من المشروعات للدول المشاركة من انتشار الخدمات والتوعية والتدريب والعمل مع جهات متعددة وغير ذلك من عوامل القوّة فإن الإشارة إلى نقاط الضعف في المشروعات والتحديات الخارجية هي بمثابة دروس يستفاد منها عندما يتم التخطيط لأي مشروع في المستقبل.

### 1 - عوامل الضعف الذاتية للمشروعات:

لم يتضمن نتائج المسح في الأردن أي معلومات عن عوامل الضعف الذاتية لمشروعاتها. ويمثل الجدول رقم (7) عدد المشروعات ونسبتها المئوية من إجمالي مشروعات كل دولة مشاركة في المسح حسب ما تراه من عوامل الضعف الذاتية التي تطرق إليها منفذو المشروعات.

**الجدول رقم (7): عوامل الضعف الذاتية للمشروعات في الدول المشاركة بحسب الدول، وبحسب عدد المشروعات ونسبها المئوية**

عوامل الضعف الذاتية											
عمان	السودان	تونس	سوريا	البحرين	الجزائر	لبنان	مصر	اليمن	الإمارات	فلسطين	
7 (%35)	12 (%46)	3 (%6)	-	لم تحدد	لم تحدد	3 (%9)	-	6 (%8)	لم تحدد	-	نقص الكوادر البشرية المؤهلة والمتخصصة
2 (%10)	8 (%31)	-	لم تحدد	لم تحدد	-	3 (%9)	لم تحدد	19 (%24)	لم تحدد	لم تحدد	نقص التمويل
-	2 (%8)	1 (%2)	-	-	لم تحدد	-	-	1 (%1)	-	لم تحدد	عدم توافر الأجهزة الحديثة
-	-	-	-	لم تحدد	-	1 (%3)	-	3 (%4)	-	-	الاعتماد على كوادر غير متفرغة
-	1 (%4)	-	لم تحدد	-	-	1 (%3)	6 (%8)	-	-	-	قصور في شمولية الأنظمة المقدمة
-	-	-	لم تحدد	-	-	-	-	1 (%1)	-	-	عدم توافر المواد التصيفية والأجهزة التعليمية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	لم تحدد	-	الافتقار إلى الدعاية الإعلامية
2 (%10)	-	1 (%2)	لم تحدد	-	-	1 (%3)	-	3 (%4)	-	-	الضعف في المتابعة والإشراف
-	-	-	-	-	-	1 (%3)	-	-	-	-	عدم تقديم خدمات التوعية للذكور

عوامل الضعف الذاتية												
عمان	السودان	تونس	لبنان	البحرين	الجزائر	لبنان	حضر	اليمن	الإمارات	فلسطين		
-	-	-	-	-	-	1 (%3)	-	-	-	-		طول فترة العمل الميداني
لم تحدد	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		عدم الاستفادة من نتائج البحوث والدراسات
1 (%5)	1 (%4)	3 (%6)	-	-	-	-	-	-	-	-		ضعف التسبيق مع الجهات المعنية
-	-	-	لم تحدد	-	-	-	-	-	-	-		غياب فريق العمل الجماعي
-	1 (%4)	-	لم تحدد	-	-	-	-	-	-	-		غياب العوافز للعاملين
-	3 (%12)	-	لم تحدد	-	-	-	-	11 (%14)	-	-		ضعف البنية التحتية والإدارية والتجهيزات
-	-	-	لم تحدد	-	-	-	-	-	-	-		غياب التسبيق مع القطاع الخاص
-	-	2 (%4)	-	-	-	-	-	2 (%3)	-	-		التقصير في جودة الخدمات
-	-	-	-	-	-	-	-	1 (%1)	-	-		بعد المركز عن الفئات المستهدفة

يلاحظ من الجدول رقم (7) أن النقص في التمويل من أهم عوامل الضعف التي تواجه جزءاً من المشروعات في معظم الدول العربية المشاركة في الدراسات ماعدا في الجزائر وتونس؛ لأنهما تحصلان على الدعم المالي من حكومتيهما لكل مشروع ضمن برامجهما الوطنية.

يعد نقص الكوادر البشرية المؤهلة والمتخصصة من عوامل الضعف الرئيسية التي ذكرت من قبل منفذى بعض المشروعات في أغلب الدول المشاركة باستثناء كل من سوريا وفلسطين ومصر؛ وقد يكون ذلك لوجود هذه الكوادر بالرغم من الإشارة من خبريرة المسح في سوريا إلى ضعف الكوادر المؤهلة. كما تبين أن ما يقارب نصف المشروعات في السودان يعني من هذه المشكلة التي تكون أكثر حدة في الأقاليم والريف خارج العاصمة. وهناك مشروعات من الدول كالبحرين ولبنان واليمن استعانت بكوادر غير متفرغة لسد النقص. كما أتضح أيضاً أن هناك مشروعات في تونس، والجزائر، والسودان، وفلسطين، واليمن، يواجهها نقص الأجهزة الحديثة الضرورية للتشخيص، مثل: أجهزة الكشف عن سرطان الثدي وعنق الرحم، وجهاز الموجات فوق الصوتية وهي أجهزة باهظة الثمن. ومن الملاحظ من نتائج الدراسات في اليمن والسودان أن واحداً على الأقل من كل عشرة مشروعات يواجه تحدياً يعيقه عن تحقيق أهدافه بنجاح، ويتمثل ذلك في ضعف البنية التحتية والإدارية والتجهيزات؛ وذلك بسبب الفقر المادي لحكومتيهما

وعجزهما عن دعم المشروعات.

ومن المهم التنويه إلى ضعف المتابعة والإشراف، لما للمتابعة والإشراف من أهمية في تحسين جودة الخدمة. وقد ذكر ضعف الإشراف كأحد عوامل الضعف بنسبة غير مناسبة في بعض الدول المشاركة بالرغم من أنه يعد مشكلة حادة في كثير من الدول النامية.

## 2- التحديات الخارجية للمشروعات:

نلاحظ غياب البيانات عن التحديات الخارجية للمشروعات في كل من الجزائر وفلسطين والأردن لعدم رصد الخبراء لها في نتائج دراساتهم. ويظهر الجدول رقم (8) التحديات الخارجية التي ذكرها منفذو المشروعات بحسب عدد المشروعات والبرامج، ونسبتها المئوية من إجمالي مشروعات كل دولة مشاركة في المسح تمكنت من الإدلاء بهذه البيانات.

**الجدول رقم (8): التحديات الخارجية للمشروعات بحسب الدول المشاركة في الدراسات المسحية وبحسب عدد المشروعات ونسبتها المئوية**

التحديات الخارجية	الإمارات	البحرين	لبنان	مصر	الأردن	تونس	السودان	عمان
نقص استراتيجية التسويق والإعلام	-	-	(%)2	لم تحدد	لم تحدد	-	-	-
ضعف القوانين التشريعية التي تحمي المرأة	-	-	-	لم تحدد	-	-	-	-
عدم توافر البيانات الدقيقة	-	-	-	لم تحدد	لم تحدد	-	-	-
قلةوعي الفئات المستهدفة بأهمية الخدمات المقدمة	1 (%)4	2 (%)4	3 (%)9	-	2 (%)3	-	-	-
نقص الدعم المادي	2 (%10)	8 (%31)	4 (%8)	لم تحدد	لم تحدد	3 (%9)	18 (%24)	19 (%24)
العادات والتقاليد والمعتقدات الخاطئة	4 (%20)	2 (%8)	-	لم تحدد	-	5 (%16)	14 (%20)	1 (%1)
ضعف آليات التسييق بين المشروعات	-	(%)4	لم تحدد	-	-	7 (%9)	6 (%8)	لم تحدد
الترويج الإعلامي لبعض الأطعمة وبدائل حليب الأم	-	-	-	-	1 (%3)	-	-	لم تحدد
ازدواجية السياسات الصحية	-	-	-	-	-	-	-	لم تحدد
عدم توافر الموارد البشرية والكوادر المؤهلة	2 (%10)	8 (%31)	-	-	-	3 (%9)	-	(%)1
زيادة الطلب على الخدمات	-	(%)4	-	-	-	1 (%3)	-	-
عدم الالتزام من قبل الشركاء المحليين والحكومة	-	(%)4	-	-	-	-	(%)4	-

التحديات الخارجية									
اليمن	السودان	لبنان	تونس	لجزائر	البحرين	جازان	حضرموت	الإسكندرية	الدقهلية
-	-	-	-	لم تحدد	-	-	-	-	المبالغة في تقدير الإمكانيات الوطنية
-	-	-	-	-	-	-	5 (%) 66	انتشار الأمية والفقر والقبلية	
-	-	-	-	-	1 (%) 3	-	لم تحدد	عدم الاستقرار السياسي	

ذكرت نتائج الدراسات المسوحية في الدول المشاركة العديد من التحديات لمشروعاتها، وبعد التحدي الأكبر هو نقص الدعم المادي والذي أشار إليه ما يزيد عن ثلاثة أرباع الدول المشاركة التي تطرقـت نتائجها إلى ذكر التحديات الخارجية، ونجدـها أكثر حدة في السودان، ومصر، واليمـن مقارنة بالدول الأخرى، كما هو موضح في الجدول رقم (8) وذلك بسببـ أن غالبية هذه المشروعات في هذه الدول التي تعانـي من الأزمة المالية يتم تطـفيذـها من قبلـ الجمعيات الأهلية، وهي معتمـدة في تمويلـها على جهـات خارجـية دون حـصولـها على الدـعم الكـافي من الجـهـات المـحلـية والـحـكومـية. في حين لم نـجدـ من نـتـائـج الـدـراسـات في دـولـيـ الإـمـارـات وـالـبـحـرـين الإـشـارة إـلـى هـذـا التـحـدي الـخـارـجي لـمـشـروـعـاتـهـم لأنـ أـغلـبـها بـرـامـج وـطـنـيـة ويـتمـ تـموـيلـهـا أـسـاسـاً من جـهـات حـكـومـيـة بـإـضـافـة إـلـى كـوـنـهـا دـوـلاـ غـنـيـة، وـفـي نـفـسـ الـوقـت مـسـاحـتها الـجـغـرافـيـة لـيـسـ وـاسـعـةـ.

كـماـ أـشـارتـ نـتـائـجـ مـعـظـمـ الدـولـ المـشـارـكةـ فـيـ المسـحـ مـاـ عـادـاـ مـصـرـ وـالـإـمـارـاتـ إـلـىـ قـلـةـ وـعيـ الفـئـاتـ المـسـتـهـدـفـةـ بـأـهمـيـةـ الخـدـمـاتـ المـقـدـمـةـ كـعـائـقـ خـارـجيـ لـمـشـروـعـاتـهـمـ مـاـ يـؤـدـيـ إـلـىـ دـعـمـ الإـقـبـالـ عـلـىـ هـذـهـ الخـدـمـاتـ، وـخـاصـةـ فـيـ مـجـالـ الـكـشـفـ قـبـلـ الزـواـجـ، وـالـكـشـفـ المـبـكـرـ عـنـ السـرـطـانـ، وـقـلـةـ الـوعـيـ بـمـخـاطـرـ التـدـخـينـ، وـتـقـبـلـ الرـجـلـ لـلـفـحـوصـاتـ الـمـخـبـرـيـةـ فـيـ حـالـةـ الـعـقـمـ، وـالـلـوـلـادـ بـإـشـرافـ كـوـادـرـ مـؤـهـلـةـ. وـجـمـيعـهـاـ أـمـورـ صـحـيـةـ تـحـتـاجـ إـلـىـ تـوـعـيـةـ مـكـثـفـةـ لـاستـخدـامـهـاـ. وـنـجـدـ أـنـ خـبـيرـيـ الـدـرـاسـةـ فـيـ إـمـارـاتـ وـمـصـرـ لـمـ يـشـيرـاـ فـيـ نـتـائـجـهـمـاـ إـلـىـ قـلـةـ الـوعـيـ، وـلـكـنـهـمـاـ تـطـرـقـاـ إـلـىـ الـعـادـاتـ وـالـتـقـالـيدـ وـالـمـعـقـدـاتـ الـخـاطـئـةـ بـجـانـبـ عـدـدـ دـوـلـ مـشـارـكـةـ كـتـحدـ خـارـجيـ يـقـفـ جـسـراـ عـائـقاـ أـمـامـ نـجـاحـ بـعـضـ مـشـروـعـاتـهـمـ لـلـتـرـابـطـ بـيـنـ التـحـديـنـ. فـالـعـادـاتـ وـالـتـقـالـيدـ وـمـاـ تـحـتـويـ عـلـيـهـ مـنـ مـعـقـدـاتـ وـمـفـاهـيمـ خـاطـئـةـ تـحـولـ دـونـ اـسـتـخـدـامـ الـخـدـمـاتـ الـمـتـوـافـرـةـ. وـمـنـ أـهـمـ مـاـ ذـكـرـ فـيـ تـعـزـيزـ الـأـنـمـاطـ السـلـوكـيـةـ الصـحـيـةـ مـاـ ذـكـرـ فـيـ الـأـمـورـ التـغـذـوـيـةـ، وـخـتـانـ الـإـنـاثـ، وـتـنظـيمـ الـأـسـرـةـ، وـالـتـحـدـيـنـ فـيـ الـأـمـورـ الـجـنـسـيـةـ. لـذـاـ تـكـمـنـ هـنـاـ أـهـمـيـةـ دـورـ التـوـعـيـةـ وـالـإـلـاعـامـ وـالـمـشـورـةـ الـجـيـدةـ، وـتـقـدـيمـ خـدـمـاتـ تـتـسـمـ بـكـفـاءـةـ عـالـيـةـ. وـيـتـبـيـنـ مـنـ الـجـدـولـ رـقـمـ (8)ـ أـنـ اـزـدواـجيـةـ السـيـاسـاتـ الـصـحـيـةـ ذـكـرـتـ فـيـ نـتـائـجـ مـسـحـ مـشـروـعـاتـ

اليمن والإمارات كتحدٍ خارجي يعيق تنفيذ المشروعات التي تنفذ على المستوى القومي بسبب وجود سياسات مختلفة على مستوى كل إمارة كما في دولة الإمارات، أو على مستوى كل محافظة لصلاحية المجالس المحلية كما في اليمن.

ومن الجدير بالذكر الإشارة إلى ضعف آليات التسييق بين المشروعات حيث يعاني منها مشروعات عدة دول مشاركة، حيث تعد عائقاً مهماً يؤدي إلى الإزدواجية وعدم الاستفادة من الخبرات وعدم التعرف على الصعوبات والمعوقات التي تواجه المشروعات حتى يتسعى علاجها ومواجهتها. ومعالجة هذا التحدى الخارجي أمر غير يسير، ويحتاج إلى جهة عليا تختلف من دولة إلى أخرى تبني وضع آليات التسييق. كما أن هناك تحديات خارجية أخرى في دول متقاربة تواجه مشروعاتها كما هو مبين في الجدول رقم (8).

## ● قدرة المشروعات على الاستدامة:

الاستمرارية للمشروع أمر صعب خاصة في المشروعات قصيرة الأمد والمشروعات الموجهة للتوعية في أمور معينة، أو المشروعات التي تكتفي بتنفيذ دراسة معينة فقط كما هو الحال في البحرين وعمان في حين أنها نجد المشروعات الوطنية ذات الأمد الطويل مثل برنامج الصحة الإنجابية، أو التحسين، أو تنظيم الأسرة وغير ذلك قادرة على الاستدامة لوجود الدعم الحكومي، بالإضافة إلى الدعم الخارجي، حتى وإن قدّم لفترات محددة. وقد تبين أن الغالبية العظمى من المشروعات في الدول الأعضاء المشاركة في الدراسات المسحية التي أظهرت هذا الجزء في نتائجها أكدت على أنها قادرة على الاستدامة إذا ما توافر لها الدعم المالي الكافي، مما يدل أن بعض المشروعات وخاصة المشروعات التي يتم تفيذها من قبل الجمعيات الأهلية قد تتعرض للتوقف أو عدم إنجاز أهدافها، ولكن بعض المشروعات في مصر والسودان وعمان واليمن وأشارت إلى قدرتها على الاستدامة بوجود مقومات أخرى، وهي:

- الكوادر المدربة ومشاركة المجتمع في المشروع.
- زيادة الوعي في المجتمع واحتياجه لخدمات المشروع.
- التجهيزات والخدمات التي وفرها المشروع.
- دعم مؤسسات الدولة.
- التوسيع كوسيلة للاستمرارية.

- الالتزام السياسي واهتمام القيادات والمخططين الصحيين.
- التنسيق مع الجهات الأخرى مثل وسائل الإعلام، والتنسيق بين الجمعيات الأهلية ووزارة الصحة.
- وجود المصادر الجيدة في المعلومات للمتابعة والتقييم، واهتمام المخططين بالبحوث، واعتماد متاحذى القرارات على البيانات المعتمدة على الأدلة والبراهين.
- إشراك الجامعات والهيئات الأكاديمية.

القسم الثالث  
الرؤيا المستقبلية

**1- مقدمة:**

في هذا القسم سيتم تقديم لمحة عامة عن الفجوات الخاصة بقطاعات صحة المرأة وفئات المرأة الأولى بأن تستهدف بالمشروعات المستقبلية، كما سيتم التطرق إلى مقتراحات منفذى المشروعات في الدول المشاركة في مشروع الدراسات المسحية لتعنى بإضافتها في حالة تكرار هذه المشروعات مرة أخرى وإلى المشروعات المكملة المقترحة مستقبلاً للمشروعات المتضمنة في الدراسات المسحية. ويتضمن أيضاً مجالات التسويق والتعاون بين الدول العربية. ويحتوى هذا القسم أيضاً على ما قدمه خبراء الدراسات المسحية في الدول المشاركة من مقتراحات لمشروعات مستقبلية.

**2- الفجوات الخاصة بقطاعات صحة المرأة الأولى بالمشروعات المستقبلية من منظور قطري وإقليمي:**

تبين من خلال نتائج الدراسات المسحية للخبراء في الدول العربية الأعضاء في هذا المشروع أن الأردن، وفلسطين، والجزائر لم تدل ببيانات عن القطاعات التي من المهم مشاركتها في تقديم خدمات الصحة للمرأة لكي تستهدف في المشروعات المستقبلية.

الجدول رقم (9) يوضح القطاعات الأولى بالاستهداف في المشروعات المستقبلية حسب الإلقاء من خبراء الدراسات في الدول المشاركة.

**الجدول رقم (9): القطاعات الأولى بالاستهداف في المشروعات المستقبلية في مجال صحة المرأة بحسب الدول المشاركة**

البلدان	السودان	تونس	لبنان	اليمن	البنان	الإمارات	لوكسمبورغ	القطاع الأولى بالاستهداف في المشروعات المستقبلية
✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	-	المنظمات المدنية العاملة في مجال الصحة
-	-	-	✓	-	✓	-	✓	الوزارات والمؤسسات المهتمة بشئون المرأة
✓	✓	✓	-	-	✓	✓	-	القطاع الخاص
-	-	-	-	-	-	✓	-	الرجال والشباب
✓	-	-	✓	-	-	-	-	علماء الدين
-	✓	-	-	-	-	-	✓	صانفو القرار وقادة المجتمع
-	-	-	✓	-	-	-	-	الجامعات
-	✓	-	-	✓	-	-	-	المدارس
-	✓	-	-	✓	-	-	-	الإعلام

تبين من الجدول رقم (9) أن غالبية الدول في المسح تطرقت إلى أهمية استهداف المنظمات المدنية في المشروعات المستقبلية بتفعيل مشاركتها في تنفيذ أنشطة صحة الأسرة المرأة، وتمكينها، ودعمها، والتسييق معها؛ وذلك لما لمسه خبراء الدراسات في مسحهم للمشروعات من دور فعال ونشاط واضح لتلك المنظمات في مجال التوعية والتثقيف الصحي، خاصة تقديم البرامج التي لا تقدمها الجهات الحكومية كبرامج صحة البيئة والصحة النفسية، ومناهضة العنف ضد المرأة بالرغم من معاناة تلك المنظمات من قلة الموارد المالية والبشرية كما أوردت الخبرة في نتائج دراستها في البحرين. كما وأشارت خبيرة الدراسة في لبنان إلى أن "القطاع الأهلي يمثل 75% من حجم المؤسسات والخدمات الموجودة حالياً، ويلعب دوراً مميزاً في توفير الخدمات الأساسية في غياب الدولة ومؤسساتها الصحية، كما يسهم في انتشار الخدمات". وقد أكد خبراء مسح المشروعات في تونس، والسودان، ومصر، واليمن على الدور الإيجابي للجمعيات الأهلية في إيصال المعرفة والخدمات على نطاق جغرافي واسع؛ بسبب قاعدتها الواسعة الموزعة في مناطق متعددة من القطر؛ مما يمكن المشروعات من الوصول للمستفيدات قرب أماكنهن، ويفوي الرابط بين المجتمع والمشروعات، ويسهل متابعتها وتقييمها، ويحفز النساء المستهدفات على المشاركة في تقديم الخدمات. ومن السلبيات في الجمعيات الأهلية الواردة في غالبية نتائج الدراسات في الدول المشاركة انعدام التسييق بينها وبين الجهات الحكومية، والنقص في الكوادر المؤهلة فنياً وإدارياً، واعتمادها الكبير على التمويل الخارجي؛ مما يهدد استمراريتها. ولذا كان من المهم مساندة الجمعيات الأهلية في المشروعات المستقبلية لتطويرها وتأهيلها ورفع إمكانياتها بهدف نشر خدمات صحة المرأة وخاصة في مجالات العنف، والتوعية بحقوق المرأة الصحية، وقضايا النوع الاجتماعي، وتدريب النساء المستهدفات في المناطق النائية للمشاركة الفعالة، وتعزيز قدراتهن على تنفيذ واستخدام الأنشطة الصحية للمرأة.

وتعد الوزارات والمؤسسات المهمة بشئون المرأة أحد القطاعات المستهدفة، والتي ورد ذكرها في نتائج دراسات المشروعات في كل من الإمارات ومصر واليمن كمشاركة وكمستفيدة؛ كمشاركة في تنفيذ أنشطة صحة المرأة كل بحسب مجده لتحقيق أكبر نسبة من الاستفادة من الخبرات التي تمتلكها، وتوسيع قاعدة الفئات المستهدفة، والوصول إلى أكبر عدد من الفئات المستهدفة. فقد أوردت الخبرة في مصر أمثلة رائعة عن دور وزارة الشباب في استخدام النوادي والساحات الرياضية، ووزارة الزراعة في تدريب ونشر الوعي الصحي عن صحة المرأة في المناطق الريفية، ووزارة الثقافة في استخدام نوادي الثقافة، وال المجالس القومية لدعم السياسات. أما وضع الوزارات والمؤسسات كمستفيدة

فيتمن من خلال إنشاء وحدات تثقيفية بها مزودة بمواد علمية وتدريب كوادرها النسائية لتمكينها من توعية صانعي القرار وقادرة المجتمع فيها، هذه الوحدات وضعها خبراء كل من تونس وسوريا كقطاع مستهدف، بالأمور الصحية للمرأة وجملة العوامل الثقافية والاقتصادية والسلوكية والقانونية التي تؤثر على صحة المرأة في سبيل وضع سياسات تأخذ هذه العوامل في الحسبان وتعمل على دعم مشروعات صحة المرأة من كافة الجوانب.

وقد توصل ثلاثة خبراء الدراسات في هذا المسح إلى أهمية استهداف القطاع الخاص في المشروعات المستقبلية لا كجهة تمويل فحسب كما يحصل حالياً في الإمارات والبحرين ولبنان، بل أيضاً كشريك في التخطيط والمتابعة والتقييم. كما اقترحت خبيرة الدراسة من السودان، إضافة إلى ذلك، دمجها في تقديم الخدمات العلاجية والتوعية الوقائية للوصول إلى أعداد أكبر من النساء، وتحث القطاع الخاص على الاستثمار والتمرکز في المناطق ذات الأولوية حسب المقترن من خبيرة الدراسة في تونس. وللرجال موقعهم في اتخاذ القرار في مسائل تهم صحة المرأة كتنظيم الأسرة، وتأهيل الكوادر النسائية، ودورهم في عدوى الجهاز التناسلي، وأنماط السلوك الصحية، ولذا رأت خبيرة الدراسة في الإمارات الاهتمام بهذا القطاع من المجتمع وتوجيه التوعية إليه لمساندة المرأة في الإقبال على الخدمات وتحث نسائهم على العمل والتأهيل لخلق كوادر وطنية مؤهلة للإسهام في استمرارية المشروعات.

وبما أن دولتي مصر والسودان تعانيان من تفشي ختان الإناث، فقد تضمنت نتائج الدراسة من خبرائهما بأن يستهدف علماء الدين بما لهم من تأثير في تغيير المعتقدات الخاطئة وإشراكهم في مرحلة التخطيط للمشروعات التي تمس الموروثات الاجتماعية والدينية حتى تكون رؤية سليمة تتماشى مع وجهة نظر الدين.

وطرقت الخبرة في نتائج دراستها للمشروعات في مصر باستهداف الجامعات للاستفادة من الخبرات في مجالات عدة، منها: تفزيذ الدراسات، ووضع مؤشرات التقييم والاستراتيجيات والدلائل الصحية، ودمجها في مناهجها للتدريب وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرأة. بينما نجد في الجدول رقم (9) أن خبيرتي الدراسات في تونس وعمان قد ركّزتا أيضاً على أن تكون المدارس أحد القطاعات المستهدفة في المشروعات المستقبلية للتوعية لأنها قناة آمنة لتوفير معلومات علمية وسليمة للمرأهقات لتعزيز أنماط سلوكيهن الصحي، إضافة إلى تقديم خدمات لهن، خاصة في مجال الصحة النفسية وفقر الدم؛ لأنهن أكثر عرضة من غيرهن.

كما أكدت نتائج دراستيهما على قطاعات الإعلام المرئية والمسموعة والمقرؤة لإيصال الرسالة الإعلامية الخاصة بصحة المرأة على نطاق واسع؛ ولذا لا بد من استهدافها في المشروعات المستقبلية، والعمل معها في وضع خطة إعلامية تستهدف تسليط الأضواء على المشكلات الصحية التي تعاني منها المرأة فتؤثر على صحتها وذلك بهدف تغيير المفاهيم والأفكار التي تحرّض على التفرقة بين الرجل والمرأة في المجتمع والأسرة، ورفع وعي النساء بحقوقهن القانونية والاجتماعية، والقيام بحملات إعلامية عن الخدمات الصحية المتوافرة بهدف زيادة إقبال المرأة على الخدمات.

بصفة عامة فإن جميع القطاعات الأولى بالاستهداف في المشروعات المستقبلية في مجال صحة المرأة التي ذكرت من قبل الدول العربية المشاركة كما هو موضح في الجدول رقم (9) تُعد ذات أهمية بالغة في اتخاذها من المنظور القطري والإقليمي. واتخاذ المقترن بإنشاء مركز إقليمي للمراقبة والتقييم تابع لمنظمة المرأة العربية لمشروعات صحة المرأة كأمر حيوي لتقديم خدمات فنية وتدريبية للدول العربية بهدف تحسين خدمات صحة المرأة العربية وتطويرها.

### **3- الفحوات الخاصة بفئات المرأة الأولى بالمشروعات المستقلة:**

يمثل الجدول رقم (10) الفئات الأولى بالاستهداف في المشروعات المستقبلية في مجال صحة المرأة بحسب ما ذكر من قبل خبراء الدراسات في هذا المشروع المسحي للمشروعات في الدول المشاركة.

الجدول رقم (10): فئات المرأة الأولى بالاستهداف في المشروعات المستقبلية بحسب الدول المشاركة

فئات المرأة الأولى بالمشروعات المستقبلية												
الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل
الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل	الجليل
-	-	-	✓	-	✓	✓	-	-	-	✓	-	ذوات الاحتياجات الخاصة (المعاقات، والسجينات، والمعنفات)
-	-	-	-	✓	✓	✓	-	-	✓	-	-	مقدرات الخدمة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	✓	النساء المستهدفات
-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	-	-	النساء النازحات واللاجئات

ويظهر من نتائج الدراسات في هذا المسح الخاص بالفجوات الخاصة بفئات المرأة الأولى بالاستهداف في المشروعات المستقبلية كما موضح في الجدول رقم (10) أن المرأة بعد انقطاع الطمث (المسنة) هي أكثر الفئات الأولى بالاستهداف في مجال صحة المرأة من المنظور العام القطري لكافة الدول ماعدا الإمارات حيث أوضحت الخبرة وجود مشروعات لهذه الفئة الأولى بالاهتمام من النساء المستهدفات تهدف إلى إعداد قيادات منها من خلال الدورات التدريبية بجانب الدورات والمحاضرات، لإكسابهن مهارات المشاركة الفعالة في تنفيذ بعض المشروعات. فالمسنات في الدول المشاركة لم يحظين بقدر كافٍ من العناية الصحية وهنالك مشروعات قليلة وما زالت في بدايتها - كما نوهت خبيرة الدراسة في الجزائر - بالرغم من أن المسنات يواجهن العديد من المشاكل الصحية كهشاشة العظام، والأثار الناجمة عن الإنجاب، وتزايد احتمال خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، وأعراض انقطاع الطمث، ولذا فإن النساء المسنات، وخاصة في الدول العربية، بحاجة ماسة إلى الخدمات الصحية لما تعانيه من مشاكل صحية مرتبطة بالناحية الفسيولوجية إضافة إلى انتشار الجهل بهذه المشاكل الصحية بين أوساط المجتمع العربي مع تراكمات الماضي من سوء صحة المرأة حالياً.

ويوضح أيضاً أن المرأة بصفة عامة لا تزال من الفئات التي لا بد من استهدافها في غالبية الدول المشاركة في المسح، وخاصة في المشروعات المستقبلية التي تتناول الصحة النفسية، أو صحة البيئة، أو الكشف المبكر عن سرطان عنق الرحم والثدي، أو العنف ضد المرأة بسبب أن هذه الجوانب من صحة المرأة لم تُوجه إليها مشروعات صحية خاصة وما هو موجود حالياً هو مبادرات توعوية خاصة في مجال العنف ضد المرأة وصحة البيئة باهتمام من مؤسسات المجتمع المدني التي تعاني من قصور في الموارد المادية والبشرية، أو مشروعات موجهة بنسبة ضئيلة خاصة في مجال الكشف عن سرطان عنق الرحم والثدي، ومنها ما يعاني من ضعف في التجهيزات أو نقص في

الكواذر المتخصصة. وقد أشار خبير الدراسة في الأردن إلى أن الكلفة العالية لمثل هذه المشروعات وال الحاجة إلى تقنيات علمية متخصصة لتنفيذ هذه البرامج كان السبب الأهم في ندرتها بالرغم من أهمية هذه الخدمات لصحة المرأة بسبب انتشار تلك المشكلات الصحية في الأقطار العربية. بينما نتائج الدراسات في الجزائر والإمارات تشير إلى أنهما تمكنا من تغطية هذه المجالات لصحة المرأة، وترى خبيرة الدراسة في الإمارات عدم وجود ظاهرة العنف ضد المرأة في هذا القطر.

وبما أن هنالك دولاً عربية مشاركة في هذا المشروع ما زالت تعاني من نسبة وفيات الأمهات العالية مثل تونس واليمن والسودان؛ لذا أشارت إلى أهمية الاهتمام بالمرأة أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة واستهدافها بمشروعات مستقبلية للحد من وفيات الأمهات وأمراضها المتعلقة بالإنجاب، بينما سلطنة عمان ركّزت على استهداف النساء الحوامل في مشروع لمعالجة فقر الدم بينهن لما تعانيه النساء من هذه المشكلة الصحية بين نساء عمان الحوامل. ولخاصية تاريخ السودان مع الحرب وارتباطها بالمشاكل الحدودية مع الدول المجاورة ونشوء فئة اللاجئات والنازحات؛ فقد أوصت نتائج الدراسة في السودان باستهداف فئة اللاجئات والنازحات بمشروعات مستقبلية في مجال الصحة الإنجابية تتضمن المشروعات الخدمية والتوعوية التدريبية.

أما المراهقات والشابات كفئة مستهدفة مستقبلاً في المشروعات الصحية فقد تناولتها نصف الدول المشاركة كما هو مبين في الجدول رقم (١٥). فهذه الفئة تعاني من فقر الدم الحديدي والسمنة ولذا يجب الاهتمام بالحالة الغذائية لهن كما أشارت خبيرة الدراسة في لبنان. وأيضاً نوهت خبيرة الدراسة في تونس إلى ضرورة العناية بالصحة النفسية للمراهقات لأنهن أكثر عرضة من غيرهن للأضطرابات النفسية، وضرورة نشر الوعي الصحي بين المراهقات والشابات لتعزيز أنماط السلوك الصحي بينهن بسبب أن استهداف هذه الفئة له مردود مستقبلي على النهوض بصحة المرأة في مراحلها اللاحقة. أما في السودان وسوريا واليمن فقد وجد خبراء الدراسات في هذا المسح بأنه تم تركيز الاهتمام بشكل رئيس على المرأة المتزوجة في سن الإنجاب ولم تحظ الفتاة المراهقة بالاهتمام نفسه ولذا رأوا أن يتم العناية بهذه الفئة.

وبسبب تفاقم الفقر ونقص الخدمات الصحية في المناطق الريفية والمهمشة في تونس، والسودان، ولبنان، واليمن مع الأوضاع السياسية للاحتلال والحد من التنقل للمناطق الريفية في فلسطين وأشارت نتائج الدراسات في هذه الأقطار على إعطاء مزيد من الاهتمام لفئة النساء الفقيرات والمهمشات والريفيات من خلال استهدافهن بالمشروعات

المستقبلية. فالأوضاع الاقتصادية المتردية تحول دون تمكن النساء الفقيرات والمهماشات، وخاصة من المناطق الريفية من الاستفادة من الخدمات الصحية المتوافرة في المرافق الصحية المتواجدة في المدن، أو التي تتطلب مبالغ مالية للحصول على الخدمات. وعليه أكدت هذه الدراسات على ضرورة توجيه مشروعات للمناطق الريفية، وتقديم خدمات مجانية أو بمقابل رمزي تضمن للفقيرات الحصول على خدمات لصحتهن.

وقد حظيت فئة مقدمات الخدمة بنصيب من الاهتمام في ما يزيد عن ثلث الدول المشاركة في المسح، حيث تبين من نتائج الدراسات ضعف مقدمات الخدمة من الكوادر الوطنية في تقديم الخدمات، وخاصة المتخصصة منها مثل: التعامل مع الحالات المصابة بأمراض نفسية، ومع الحالات المتعرضة للعنف الأسري، وأيضاً تقديم خدمات حماية البيئة، وفي مجال الإشراف على الخدمات، وفي مجال الإرشاد الأسري والتأهيل؛ ولذا يجب تعزيز قدرات مقدمي الخدمة ومهاراتهم لرفع كفاءتهم العملية وتطوير نوعية الخدمات المقدمة وتحسين صحة المرأة.

كما أن نتائج الدراسات في كل من البحرين وتونس ولبنان واليمن سلطت الضوء على فئة النساء ذوات الاحتياجات الخاصة كالسجينات والمعاقات والمعنفات كمستهدفات لمشروعات مستقبلية بسبب ما يعانيه من مشاكل صحية، إضافة إلى الآثار النفسية الناشئة عن أوضاعهن. ومع ذلك لا توجد مشروعات صحية كافية للعناية بهذه الفئة من النساء، بتقديم الخدمات لهن، وتأهيلهن بالمهارات.

ونلاحظ أن خبيرتي الدراسة لهذا المسح في كل من البحرين ولبنان قد أضافتا أيضاً فئة النساء اللاتي يعانيين من مرض ما كالسيدا والسرطانات والأمراض المرتبطة بالحمل والولادة بما يعني أهمية استهدافهن في المشروعات المستقبلية من خلال تقديم الخدمات والمشورة والتأهيل النفسي لهن.

#### 4- المقترنات من قبل منفذى المشروعات المتضمنة في الدراسات المسوحية:

أغلب نتائج الدراسات المسوحية الخاصة بصحة المرأة تضمنت مقترنات ذكرها منفذو المشروعات دون النظر في حالة تكرارها أو أن تكون مكملة لها، ولذا وجدت ازدواجية في المقترنات. وعليه، تم دمج المقترنات للمشروعات في حالة تكرار المشروع أو في حالة أن تكون مكملة له. فالجدول رقم (11) يتضمن أهم المقترنات التي استخلصها منفذو المشروعات في كل دولة من الدول المشاركة.

**الجدول رقم (11): المقترنات التي ذكرها منفذو المشروعات في حالة تكرارها أو طلب الإضافة  
للمشروع بحسب الدول المشاركة في المسح**

البلد/المنطقة	اليمن	عمان	الإمارات	تونس	جزر القمر	فلسطين	اليمن	السودان	جزر	المقترنات المقدمة من قبل منفذى المشروعات
-	-	-	-	-	نعم	-	-	-	-	توفير الموارد للمشروعات من قبل الحكومة لضمان استمراريتها وزيادة فرص إعادة تنفيذها في مناطق أخرى
نعم	-	-	-	-	نعم	-	نعم	-	نعم	زيادة الدعم المادي
نعم	-	-	-	-	-	نعم	-	نعم	-	زيادة دعم مؤسسات الدولة
-	-	-	-	-	-	-	نعم	-	-	إشارة النقاش مع الممولين ووكالات الأمم المتحدة لتوفير التمويل اللازم للمشروعات.
-	-	-	-	-	-	-	-	-	نعم	التوسيع في الخدمة وتحديثها وتطويرها في منهج المشروع.
نعم	-	-	نعم	-	-	نعم	نعم	نعم	نعم	مد المشروع إلى مناطق وقطاعات وفئات أخرى.
-	-	-	-	-	-	-	نعم	-	-	زيادة المشروعات التي تعنى بتمكين المرأة والشباب للاستقلالية القصوى.
-	-	-	نعم	-	-	نعم	-	-	-	دعم البنية الأساسية للجمعيات الأهلية وتنميتها.
نعم	نعم	-	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	زيادة التوعية بجوائب الصحة الإنجابية وكل ما يخص صحة المرأة.
-	نعم	-	-	-	-	-	-	-	-	تعزيز التوعية بالخطورة الصحية لزواج الأقارب
-	-	-	-	-	-	نعم	-	-	-	رفع الوعي بخطورة زواج المبكر والحمل المبكر.
-	-	-	-	-	-	-	نعم	-	-	رفع الوعي بين النساء في البرامج الخاصة بحقوق الإنسان وحقوق المرأة والطفل
-	-	-	-	نعم	-	-	-	-	-	تحقيق حلقات التوعية المنزلية.
-	-	-	-	-	-	-	نعم	-	-	أهمية ترافق الخدمة مع التوعية.
نعم	-	-	نعم	-	-	-	-	-	-	التركيز على عمل أنشطة وبرامج إعلامية للتوعية المرأة بالبرامج والخدمات الصحية المتاحة لها للتحفيز على استخدامها

البنك العربي	اليمن	عمان	الأردن	الإمارات	تونس	لبنان	فلسطين	البحرين	السودان	خراس	المقترحات المقدمة من قبل منفذى المشروعات
نعم	-	-	-	-	نعم	-	-	-	-	-	عمل دورات تثقيفية في مجال الصحة الجنسية.
نعم	نعم	-	-	-	نعم	نعم	-	نعم	-	نعم	اشراك جهات أخرى ومؤسسات من المجتمع في التحضير للمشروع وتنفيذه.
-	-	-	-	-	-	-	-	-	نعم	-	العمل على تكامل المشروعات لتقليل التكلفة الكلية للخدمات
نعم	نعم	-	-	-	نعم	نعم	-	نعم	نعم	نعم	التعاون والتنسيق بين المؤسسات المختلفة بهدف تنويع وتطوير الخدمات المقدمة، وتقديم خدمات مشتركة، وتبادل الخبرات في المجالات الطبية والصحة العامة.
نعم	-	-	-	-	-	-	-	-	-	نعم	تدريب عدد أكبر من العاملين في الخدمات الصحية والتوعية
نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	-	نعم	نعم	نعم	نعم	زيادة كفاءة مقدمي الخدمة وتعزيزها من حيث العدد والتوعية
-	-	-	-	-	-	-	-	نعم	-	-	التدريب على عمل المنشورات التوعوية
نعم	-	-	-	-	-	-	-	نعم	-	-	تنمية الكوادر في المجال الإداري
نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	-	المتابعة والتقييم الدوري المستمر لمعرفة حجم التغيرات في المعلومات والإتجاهات والممارسات
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	نعم	زيادة مدة المشروع
-	-	-	نعم	-	نعم	نعم	-	-	-	-	إقامة مراكز متخصصة لفحص الشباب والشابات المقبلين على الزواج
نعم	-	-	نعم	نعم	-	-	نعم	-	-	-	توفير الأجهزة الطبية الالازمة لمشروعات صحة المرأة
-	-	-	-	-	نعم	-	-	-	-	-	الحصول على التجهيزات الصحية والعلاج بأسعار رمزية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	نعم	-	الاهتمام بتوفير وسائل الحركة والاتصال لربط المشروعات والخدمات في الريف بالمستشفيات

الجغرافيا	عمان	الأردن	تونس	لبنان	فلسطين	اليمن	السودان	جزر	المقترحات المقدمة من قبل منفذى المشروعات
نعم	-	-	-	-	-	-	-	نعم	إنشاء قاعدة بيانات من ضمن المشروع
-	-	-	-	نعم	-	-	-	-	القيام بمشروعات تهتم بتغيير العادات الصحية المتبعة
-	-	-	-	نعم	-	-	-	-	أن يطول المشروع الإناث والذكور معاً
-	نعم	-	-	-	-	-	-	-	تحديد أولويات المشاكل الصحية لكل منطقة / محافظة حتى تساعده في التخطيط اللامركزي
-	نعم	-	-	-	-	-	-	-	التحليل المعمق واجراء تحليلات إحصائية ثانوية للاستفادة من نتائج البحث
-	نعم	-	-	-	-	نعم	-	-	زيادة التدريب في منهجية البحث
-	نعم	-	-	-	-	-	-	-	إضافة استيانة للرجل للتعرف على رأيه في مشاكل المرأة
-	نعم	-	-	-	-	-	-	-	دمج برامج خدمات رعاية المرأة بما فيها رعاية الحوامل ضمن حزمة خدمات موجهه للمرأة لتصل للجميع من خلال الرعاية الصحية الأولية
-	نعم	-	-	-	-	-	-	-	وجود مركز معلومات داعم، وخط ساخن، وموقع إلكتروني، وإرشاد تفصي لمكافحة الإيدز
-	-	-	-	-	نعم	-	-	-	إنشاء مراكز أمومة وطفولة خاصة في القرى
-	نعم	-	-	-	-	-	-	-	إنشاء مركز متخصص لمرض السكري بهتم بالتدريب والبحوث ومكافحة وعلاج السكري
-	نعم	-	-	-	-	-	-	-	إشراك نساء المجتمع المحلي في التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقييم وتديريهن؛ لإعداد قيادات نسائية مدربة
-	-	-	-	-	-	نعم	نعم	-	أن تكون لدى المنظمات وحدات صحية وكوادر خاصة بها
-	-	-	-	-	-	-	نعم	-	أن تكون هناك مشروعات لعلاج الأمراض المستوطنة مثل الملاريا والدرن مع خدمات الصحة الإنجابية

المنفذ المنشئ من قبل	المقترحات المقترنات	السودان	اليمن	البحرين	لبنان	تونس	الإمارات	عمان	البحرين
-	-	-	نعم	-	-	نعم	-	نعم	-
-	-	-	نعم	-	-	-	-	-	-
نعم	-	نعم	-	-	-	نعم	-	-	-
نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم

المقترحات المقترنات من قبل منفذ المنشئ عديدة، ومن أهم ما ذكر في هذا الشأن ما هو مبين في الجدول رقم (11). ومن الملاحظ أن نتائج الدراسات المسحية للمشروعات في كل من الأردن والجزائر وسوريا لم تحتوي على معلومات بخصوص المقترنات المقترنات من قبل منفذ المنشئ.

ومن المقترنات المذكورة التوسيع في منهج المشروع بمعنى إنشاء قاعدة بيانات للتعرف على أكثر المناطق احتياجاً للتوعية، أو إدماج مفهوم النوع الاجتماعي في البرامج الصحية، أو تحديث وتطوير الأنشطة القائمة.

كما يتبيّن من الجدول رقم (11) أن هناك مقترنات يوجد شبه إجماع عليها من قبل منفذ المنشئات في العديد من الدول العربية المشاركة في المسح، وتتمثل في زيادة وتعزيز كفاءة تقديم الخدمة كماً ونوعاً، وإشراك الجهات الأخرى من مؤسسات حكومية، ومنظمات غير حكومية، وفُئات من المجتمع، كرجال الدين وأساتذة الجامعة عند التخطيط والتنفيذ، وأيضاً التعاون والتيسير بين المؤسسات المختلفة بهدف تقادري الازدواجية في المشروعات، والعمل المشترك وتبادل الخبرات الفنية والإدارية.

كما أكدوا على أهمية المتابعة والتقييم الدوري للمشروع لمعرفة حجم التغيرات بالإضافة إلى التعرف على المشاكل التي تعوق سير المشروع وحلها. وبذلك لابد من احتواء أي مشروع مستقبلي على مؤشرات عملية قابلة للاقياس.

ونلاحظ أيضاً إجماع الدول المشاركة -ما عدا دولة الإمارات التي تكتفي بما لديها من برامج موجهة في الصحة النفسية وصحة البيئة للمرأة- على أن منفذى مشروعاتها اقترحوا زيادة المشروعات التي تتناول الجوانب المهمشة من صحة المرأة كالصحة النفسية، وصحة البيئة، ومناهضة العنف ضد المرأة.

وقد أضافت نتائج الدراسة في تونس النهوض بعيادات العقم عند الزوجين لوجود مشروع بهذا الخصوص. وأيضاً تناول خبراء الدراسات المسوحية قضية زيادة التوعية بجوانب الصحة الإنجابية والأمور الصحية الأخرى المتعلقة بالمرأة بغرض تعزيز الإقبال على الخدمات، ونشر الوعي الصحي في مجتمعات الأقطار العربية فيما يتعلق بصحة المرأة.

كما يظهر من الجدول رقم (11) مقترفات منفذى المشروعات المكملة للمشروعات في دول محددة، ومنها زيادة الدعم المادى وخاصة للمشروعات التي يتم تنفيذها من خلال الجمعيات الأهلية في كل من البحرين ولبنان ومصر واليمن وتعتمد على التمويل الخارجى أو المساعدات الحكومية. بينما الدول الأخرى (الإمارات وتونس والسودان وعمان وفلسطين) لم تطرق إلى الدعم المادى بسبب أن أغلب المشروعات التي تم مسحها هي برامج وطنية أو مشروعات يتم تمويلها مباشرة من المنظمات الدولية والإقليمية أو من ميزانية الدولة، مع أن نتائج الدراسة في السودان تضمنت إثراء النقاش مع الممولين ووكالات الأمم المتحدة لتوفير التمويل اللازم للمشروعات.

كما وأشارت نتائج الدراسة في أكثر من نصف الدول المشاركة على مقترح من قبل منفذى بعض مشروعاتها بامتداد المشروع إلى مناطق وقطاعات وفئات أخرى للاستفادة القصوى من الخدمة كما أنبقاء المشروعات لفترة أطول يمكنها من الاستمرارية. ونتائج الدراسة في كل من اليمن وتونس وعمان ركزت على توفير العيادة المتنقلة لتقديم الخدمات والتوعية للمناطق البعيدة والنائية والريفية التي تعاني من نقص في الخدمات لوجود الخبرة في تشغيل العيادة المتنقلة في هذه الأقطار وأو للامتناع الفائد المرجوة من العيادات المتنقلة للمناطق التي هي بحاجة ماسة للخدمات الصحية بهدف زيادة التغطية لخدمات صحة المرأة. وأيضاً نجد أن نتائج الدراسة في كل من البحرين وتونس واليمن تضمنت مقترحاً من منفذى مشروعاتها ينص على توفير الأجهزة الطبية ذات التقنيات الحديثة مثل جهاز الكشف المبكر لسرطان الثدي، وجهاز الموجات فوق الصوتية لجودة التشخيص، وتحفيز النساء على الإقبال على الخدمات.

وتشير أيضاً نتائج الدراسات في هذا المسح إلى مقتراحات مقدمة من قبل منفذى المشروعات في دول لا تزيد عن دولتين من الدول المشاركة. فنجد مشروعات في البحرين ومصر اقترح منفذوها إنشاء قاعدة بيانات من ضمن المشروع للتوجه إلى أولويات الأنشطة والمناطق الأكثر احتياجاً، بينما نجد منفذى مشروعات كل من عمان واليمن اتجهوا إلى زيادة التدريب في منهجية البحث لковادرها لما تعانيه من نقص في هذا الجانب. وبما أن مشروعات الكشف المبكر عن سرطان الثدي وعنق الرحم والكشف للمقبلين على الزواج تعاني من قلة الإقبال عليها في كل من البحرين وتونس، فقد أشارت إلى التركيز على البرامج الإعلامية لتحفيز المرأة على استخدام هذه الخدمات المتاحة. كما اقترحتا عمل دورات تثقيفية في مجال الصحة الجنسية التي لم يتطرق لها منفذو المشروعات في دول أخرى مشاركة في هذا المسح. أما نتائج الدراسة في كل من البحرين واليمن فقد أوضحت أن منفذى مشروعاتها بحاجة إلى تقوية الكوادر في المجال الإداري، وخاصة كوادر الجمعيات الأهلية التي تعمل في مناطق لم تصل إليها مؤسسات الدولة وتهتم أنشطتها بمجالات لم تتطرق إليها الخدمات الحكومية، مثل: العنف ضد المرأة، وصحة البيئة ولكنها تعاني من نقص الكوادر. وقد وضعت نتائج الدراسة في كل من تونس واليمن مقترحاً مقدماً من قبل منفذى مشروعاتها يonus على دعم البنية الأساسية للجمعيات الأهلية وتقويتها للمشاركة في تقديم الخدمات والتوعية في مجال صحة المرأة على نطاق واسع من القطر. كما اقترح منفذو مشروعات كل من السودان واليمن أن تكون للمنظمات وحدات صحية وكوادر صحية خاصة بها لمعاناتهم من وجود الكوادر غير المتفرغة، وبعد المراقب الصحي عن أماكن عملهم، ونقص الكوادر القيادية في كل من السودان، خاصة في المناطق الريفية، وفي دولة الإمارات خاصة في الولايات خارج العاصمة؛ لذلك فقد اقترح منفذو مشروعاتها إعداد قيادات نسائية مدربة من نساء المجتمع المحلي لإشراكهن في التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقييم في المشروعات.

من الطبيعي أن هنالك في كل دولة من الدول المشاركة في هذا المسح مشاكل صحية وتحديات تواجهه مشروعاتها؛ ولذا تقدم مقتراحات خاصة بها كما مبين في الجدول رقم (11). فمن نتائج الدراسة في السودان، ونظرًا لما تعانيه من انتشار الملاريا والدرن بين سكانها وما لها من تأثير مباشر على صحة المرأة؛ فقد اقترح منفذو مشروعاتها عمل مشروعات لعلاج هذه الأمراض المستوطنة مدمجة مع خدمات الصحة الإنجابية. بينما نتائج الدراسة في عمان اقترحت إنشاء مركز متخصص لمرضى السكري بسبب الانتشار الواسع لهذا المرض في الدول الخليجية. ونظرًا لما تعانيه فلسطين من نقص في خدمات الأمومة في المناطق الريفية، ووجود حواجز بين مناطقها بسبب الاحتلال فقد اقترح

منفذو بعض مشروعاتها إنشاء مراكز أمومة وطفولة في القرى. بينما هنالك اقتراح يتضمن نتائج الدراسة في السودان بتوفير وسائل حركة واتصال لربط المشروعات والخدمات في الريف مع المستشفيات لوجودها في مراكز المحافظات. ولما كانت اليمن تعاني من تفشي الزواج المبكر والحمل المبكر في حين ينتشر زواج الأقارب في عمان فقد اقترحت نتائج الدراسة في كل منها تعزيز ورفع التوعية بخطورة ما تواجهه كل منها من مشكلات.

## **5- المشروعات المستقبلية المقترحة، والتوصيات المقدمة من قبل خبراء الدراسات المسحية في الدول المشاركة:**

استناداً إلى مقترنات خبراء الدراسات المسحية في الدول العربية المشاركة من أجل النهوض بصحة المرأة في هذه الدول مستقبلاً من خلال تفعيل دور منظمة المرأة العربية: لتحقيق الأهداف والغايات المرجوة للنهوض بوضع المرأة العربية في جميع المجالات الحياتية التي تمس صحتها؛ فقد تركزت مقترناتهم وتوصياتهم في المجالات التالية:

### **1-5. مجالات التنسيق والتعاون بين الدول العربية:**

- تبادل الخبرات الفنية بين الدول.
- استحداث وحدة تنسيقية في الدول تكون تابعة للمنظمة وتتولى مهام التنسيق، واقتراح الأولويات من المشروعات، ومتابعتها، والعمل المشترك بين الدول للنهوض بصحة المرأة.
- وضع خطة إعلامية استراتيجية مشتركة للدول العربية تستهدف تسليط الأضواء على المشكلات الصحية التي تعاني منها المرأة العربية.
- تبني مشروعات مشتركة لحل القضايا والمشكلات الصحية ذات الأولوية لصحة المرأة، مثل: فقر الدم عند الأمهات، وتنظيم الأسرة، وأنماط الحياة والأمراض المرتبطة بها، وفي مجال الصحة النفسية، ومكافحة العنف ضد المرأة، وصحة المسنات والمرأهقات، والمشاركة في تحطيطها من كواذر الدول العربية بعد دراسة مستفيضة للواقع في كل دولة وللمهددات الداخلية والخارجية لتلك الدول؛ كالمهددات المالية والسياسية ونحو ذلك.
- تضمين جائزة منظمة المرأة العربية للبرامج والمشروعات الصحية الممتازة والموجهة لصحة المرأة.

- إنشاء شبكة متعاونة من الخبراء في المجال الصحي من أجل استمرار التسويق والتعاون بين الدول العربية، والاستفادة من الخبرات وطرق تطبيق المشروعات.
- عقد اجتماع لمناقشة البرامج والمشروعات الناجحة في هذه الدول والعوامل التي ساعدت على نجاحها؛ للاستفادة من التجارب، وتبني مجموعة من البرامج والمشروعات الناجحة التي حققت إنجازات واضحة ذات مردود على صحة المرأة لتنفيذها إقليمياً.
- تبادل القوانين واللوائح التشريعية المعمول بها في البلدان العربية، وكذلك الدراسات والبحوث التي أجريت بالبلدان العربية، والمطبوعات والنشرات الإعلامية.
- التنسيق وتبادل الآراء والأفكار، والعمل المشترك بين الدول الأعضاء بالمنظمة من خلال عقد اللقاءات الدورية بين الأعضاء.
- إنشاء موقع على الإنترنت لعرض اقتراحات خبراء الدول الأعضاء في جميع المشروعات الصحية التي تطبق وذلك للاستفادة منها.

## 5-2. مجالات الأبحاث والدراسات الأولى بالمشروعات المستقبلية وقواعد البيانات في مجال صحة المرأة:

من خلال دراسة نتائج الدراسات المسحية عن صحة المرأة في الدول العربية المشاركة أجد أن تكون الخطوة الأولى لأي مشروع مستقبلي يمكن لمنظمة المرأة العربية أن تتبناه هي عمل دراسة مسبقة لتحقق فرص النجاح للمشروعات التي سيتم تنفيذها، ولذا أنصح أن تبني منظمة المرأة العربية مشروعات بحثية تمكّنها من اتخاذ قرارات في المشروعات التي تتماشى مع احتياجات الدول العربية في مجال صحة المرأة لضمان نجاحها. وقد تعددت المقترنات في هذا المجال ومن أهمها التالي:

- تخصيص ميزانية لدعم البحوث الموحدة الموجهة للمرأة العربية في المجالات الصحية المختلفة وتشجيعها.
- إنشاء شبكة معلومات خاصة بمجال صحة المرأة العربية، بحيث تحتوي على قاعدة بيانات لكل ما يتعلق بالإحصائيات الصحية للمرأة العربية والبرامج والمشروعات الموجهة لها.
- إنشاء مركز أبحاث إقليمي خاص بدراسات صحة المرأة، ودعم المراكز البحثية المهتمة بمجال صحة المرأة الموجودة في الأقطار العربية.

- التعرف على الوضع الصحي للمرأة بشكل منهجي، من خلال الدراسات، والأبحاث، وقواعد البيانات؛ وذلك بقصد تحديد الأولويات الواجب العمل على أساسها.
- العمل على بحث مشاكل المرأة العربية بعد انقطاع الطمث من الناحية الصحية والاجتماعية، والثقافية. ولا يمكن عمل هذه الدراسة على المستوى الإقليمي لعدم وجود بيانات كافية عن هذا المجال في العديد من الدول العربية.
- دراسة مستفيضة عن احتياجات المرأة العربية على جميع المستويات (الأمية، والمتعلمة، وربة البيت والعاملة) في مجالات التدريب المختلفة. وتهدف هذه الدراسة لتمكين المرأة العربية، وكذلك إلى تمكين منظمة المرأة العربية من اختيار مجال التدريب الأكثر فعالية للمرأة في المجال الصحي.
- الاحتياج إلى دراسة لإظهار أسباب المشاكل النفسية ونتائجها على صحة المرأة.
- دراسة أوضاع السجينات في الدول العربية والمشاكل الصحية التي تواجهها النساء.
- القيام بدراسات حول موضوع النساء المصابات بداء الإيدز (السيدا)، والظروف التي أدت إلى هذا المرض، والمشاكل الناتجة عنه.
- العمل على محددات الصحة بقدر ما هو قائم على تحسين الصحة بحد ذاتها، والتعرف على جملة العوامل الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية، والسلوكية التي تؤثر على صحة المرأة؛ وعليه يجب دراسة تلك المحددات بشكل منهجي ما أمكن.
- البحث المعمق عن أسباب ظاهرة تأخر سن الزواج، هل هو تأخير قسري نابع من الظروف الاقتصادية والاجتماعية أم لا؟ وتحديد انعكاساته على صحة المرأة، وعلى الأوضاع الاجتماعية والسلوكيات.
- القيام بدراسة ميدانية وتحليلية لظاهرة التفكك الأسري.
- القيام بدراسات حول أسباب وانعكاسات العنف ضد المرأة؛ لدراسة الواقع بشكل منهجي ومعرفة الاحتياجات الصحية.
- العمل على توحيد البيانات المتعلقة بالمراهنات، ووضع أدلة إحصائية للتعریف والمؤشرات والمقاييس؛ بغية تعليم الاستخدام الموحد للدليل.
- بعث شبكة عربية موحدة لإنجاز الدراسات الميدانية حول حاجيات الشباب في الصحة الانجابية.

- تعزيز نظام موحد لترصد وفيات الأمهات في الدول العربية.
- القيام بدراسة وطنية في كل الأقطار العربية حول العقم وتأثيره على صحة المرأة نفسياً واجتماعياً.
- القيام بالمسوحات الدورية (كل خمس سنوات) من أجل تكوين قاعدة بيانات وقياس مدى الاستفادة من مشروعات تعزيز أنماط الحياة الصحية.
- نشر الثقافة البحثية في مختلف القطاعات والمستويات التخطيطية والتيفيدية والتشغيلية.
- العمل على محددات الصحة بقدر ما هو قائم على تحسين الصحة بحد ذاتها، والتعرف على جملة العوامل الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية، والسلوكية التي تؤثر على صحة المرأة؛ وعليه يجب دراسة تلك المحددات بشكل منهجي ما أمكن.

### 5-3. مجالات التدريب للكوادر النسائية العربية:

أكد خبراء الدراسات في هذا المسح على أهمية تدريب الكوادر النسائية في أقطارهن لتحسين جودة الخدمات الصحية للمرأة، ولنشر هذه الخدمات في المناطق التي تفتقر إليها بسبب عدم توافر الكوادر النسائية خاصة في المناطق الريفية، وفي المشروعات المتخصصة التي تحتاج إلى كوادر نسائية متخصصة بها، كالمشورة، واستخدام النوع الاجتماعي، والإرشاد الأسري، والتعامل مع الفئات الخاصة. ومن هنا تبرز أهمية دعم الأقطار العربية بمشروعات مستقبلية تختص بتدريب الكوادر النسائية، وقد تم اقتراحها من خبراء الدراسات في هذا المسح، وتشمل الآتي:

- إنشاء مركز تدريبي إقليمي لتدريب الكوادر العاملة في مجال صحة المرأة على وضع الخطط، وكتابة المشروعات، وعلى كيفية متابعتها وتقييمها (التخطيط وإدارة المشروعات الصحية) على المستوى الحكومي ومنظمات المجتمع المدني.
- تدريب الكوادر العربية لفهم النوع الاجتماعي واستخدامه من أجل تحسين جودة الخدمات في صحة المرأة من خلال وحدات طب الأسرة.
- وضع مؤشرات موحدة للتقييم والمتابعة لتحديد نسبة الإنجاز لهذه المشروعات وتدريب الكوادر على اتقانها والعمل بها.
- تنظيم دورات تأهيل للأهل والمدرسين والمرشدين الاجتماعيين في المؤسسات التعليمية والجمعيات النشطة بين الأقطار العربية في مجال المراهقة.

- تحسين القدرات الإدارية والتنظيمية بين الجمعيات غير الحكومية الأهلية التي تعمل في المجال الصحي؛ فقد أسهمت محدودية الوظائف الاجتماعية للمرأة العربية ومشاركتها في الحياة الاقتصادية والسياسية في تدني مستوى أنشطتها من الناحية الإدارية والتنظيمية. وقد لوحظ من خلال المقابلة، ومن معلومات هذه الدراسات أن مجموعة كبيرة من المشروعات في الجمعيات غير الحكومية الأهلية تقfer إلى الكوادر المؤهلة إدارياً وتنظيمياً؛ ولذا وجب رفع القدرات الإدارية والتنظيمية للنساء لتمكينهن من تقديم نشاطهن الصحي الذي سيعود بالفائدة على صحة المرأة.
- تدريب الكوادر الصحية النسائية في مجالات طرق التوعية والتثقيف الصحي، والمشورة والإرشاد، وعمل المواد التثقيفية.
- التدريب في مجال البحث والدراسات؛ لتمكين الكوادر النسائية من القيام بالدراسات، واستخدام نتائج الدراسات والبحوث في المشروعات الموجهة لتعزيز صحة المرأة.
- دعم المشروعات في التدريب الأساسي للقابلات والممرضات في المناطق النائية والمحرومة.

**4-5. مجالات نشر الوعي والتثقيف الصحي والإعلام فيما يخص صحة المرأة:**  
 أولى جميع خبراء الدراسات في هذا المسح في توصياتهم ومقرراتهم اهتماماً واسعاً للجانب التوعوي للمشروعات المستقبلية الهادفة لنشر الوعي والمعرفة بالجوانب الصحية للمرأة بغرض الاستخدام الأمثل للخدمات المتوافرة في هذه الأقطار، وتغيير السلوك الصحي الخاطئ، والتأثير على متذكري القرار لتحفيزهم على دعم مشروعات صحة المرأة.

وتتضمن المشروعات المستقبلية العديدة المقترحة من خبراء الدراسات في المجالات التثقيفية والإعلامية ما يلي:

- وضع استراتيجية موحدة للدول العربية في مجالات الاتصال والتثقيف والتوعية تستهدف الرجل، وترمي إلى توعيته بالقضايا الخاصة بمنطقة المرأة بشكل عام، وبمجال الصحة الإنجابية بشكل خاص.

- إعداد دلائل إرشادية ودعائم تثقيفية موحدة لكافة النساء العربيات في العديد من المجالات لتعزيز صحتها.
- إدماج التوعية الصحية، والوقاية من الحوادث، والصحة الإنجابية والنفسية، والتربية الجنسية في البرامج التعليمية على مستوى القطر.
- تدعيم إسهام وسائل الإعلام السمعية والبصرية والمكتوبة في الأقطار العربية في حال صحة المرأة.
- التكثيف من برامج التوعية والإعلام حول القوانين المتعلقة بالعنف في الأسرة.
- رفع الوعي والمعرفة بين أفراد المجتمع إناثاً وذكوراً بالحقوق الإنجابية، وتأثير العنف على صحة المرأة. فطبيعة التحولات الاقتصادية والسياسية المتتسارعة تفرض نفسها على واقع المرأة نحو التغيير والدفع بها لتكون عضواً فاعلاً في التنمية، ولكن التحولات الاجتماعية والثقافية للمرأة العربية بطيئة، فالمرأة ما زالت تعيش محاطة بعادات سيئة تمثل معوقاً في سبيل تمكينها من التنمية الصحية.
- الدعم المادي لتوفير آليات الاتصال الحديثة والتجهيزات التثقيفية في الأقطار العربية المحتاجة لها.
- دعم مشروعات توعوية موجهة لتعزيز أنماط الحياة لدى المراهقات كبرامج لمكافحة سوء التغذية ومحاربة السلوكيات الصحية الخاطئة.
- إصدار كتب عن الأمراض المنقولة جنسياً إقليمياً لتعريف المرأة بالمشاكل التي تمثلها هذه الأمراض وتوعيتها حول تدابير الوقاية منها.

## 5-5. مجالات في القوانين المتعلقة بصحة المرأة:

من الملحوظ أن خبراء نتائج الدراسات في هذا المسح لم يتطرقوا بهمة إلى المقترنات الخاصة بالمشروعات المستقبلية الخاصة بمجال القوانين والتشريعات؛ ولعل ذلك يعود إلى وجود العديد من القوانين والتشريعات فيما يخص صحة المرأة في هذه الأقطار، ولكن المشكلة تكمن في تفاصيل هذه القوانين وجعلها في حيز التطبيق. فقد تم وضع مقترن واحد فقط من الخبراء في لبنان وهو:

- تعديل الأنظمة والقوانين المتعلقة بإجازة الأمومة والرضاعة لتمتد لثلاثة أشهر مدفوعة الأجر.

## 5-6. مجالات متعلقة بصحة فئات معينة من النساء:

تطرق معظم خبراء الدراسات في هذا المسح إلى أهمية العمل على تعزيز وتحسين الحالة الصحية للمرأة في جميع مراحل حياتها وعلى مختلف فئاتها، بحيث يشمل ذلك مشروعات تأخذ في الحسبان كل الجوانب التي تؤثر على صحة المرأة. وتتضمن المشروعات المقترحة ما يلي:

- إنشاء صندوق تضامن عربي للنهوض بالفئات ذات الاحتياجات الخاصة بالبلدان العربية مثل السجينات والمعنفات والمعاقات.
- إقامة صندوق عربي خاص بالنهوض بالبرامج الصحية للأمهات والمواليد في البلدان العربية؛ وذلك لبلغ غايات التنمية للألفية المتصلة بصحة الأمهات والمواليد.
- تحسين صحة الأمهات: يعد تحسين صحة الأمهات من الغايات لأهداف التنمية الألفية، حيث تعاني النساء من الوفيات العالية أثناء الحمل والولادة، ويرجى أن تعالج هذه القضية من خلال تقديم الخدمات، والتوعية بالطوارئ التوليدية، حيث كشفت الدراسات نصاً في هذا الجانب في اليمن وتونس والسودان، ويحتاج إلى إسهام من الجمعيات غير الحكومية والقطاع الخاص.
- تقديم الخدمات الصحية للسجينات: تبين من دراسات في اليمن أن سجون النساء تقترن تماماً إلى تقديم الخدمات الصحية للنساء، كما كشفت أن غالبية السجينات أميات ينتمين إلى أسر فقيرة ريفية أو تعيش في أطراف المدن والأحياء العشوائية الفقيرة؛ ولذا هناك احتياج شديد لمواجهة هذه القضية بتوفير الخدمات الصحية في السجون التي تتوارد فيها النساء.
- عمل برنامج لرعاية المسنين وتوفير خدمات مجتمعية وأسرية، وعمل زيارات منزلية دورية بالتعاون والتنسيق بين وزارة الصحة والوزارات الأخرى والجمعيات الأهلية والتطوعية والجامعة. وهذا مقترن من معظم الدول المشاركة في المسح.
- عمل برنامج فحص الاضطرابات النفسية ضمن برنامج الصحة المدرسية، وخاصة في فترة المراهقة، على أن يمتد أيضاً ليشمل الفئات الأخرى الأكثر تعرضًا للاضطرابات النفسية مثل: المسنات، والأم أثناء وبعد فترة الحمل. فالمشروعات الخاصة بالصحة النفسية للإناث لا تزال ضعيفة في أغلب الدول المشاركة في هذا المسح.

- تقديم خدمات التأهيل النفسي للنساء ضحايا العنف.
- تبني مشروع في الأقطار العربية يختص بالأمراض المزمنة المرتبطة بأنماط الحياة خاصة: السكري، وضغط الدم المفرط، وسرطان الثدي وعنق الرحم، وكذلك عوامل الخطورة مثل: التدخين، وقلة النشاط البدني وعدم ممارسة الرياضة للمرأة.
- وضع مشروعات لكافلة الإدماج الفعلى للنساء المعاقات في المجتمع وإعادة تأهليهن.
- تبني مشروعات لضمان بيئة صحية للمرأة وتعزيز دورها في المحافظة على البيئة.
- الوضع الاقتصادي المتردي والفقر الذي تعاني منه الفئات الريفية في كثير من الدول العربية يحول دون تمكّن النساء الريفيات من الوصول إلى الخدمات التي تقدمها المرافق الصحية الموجودة في المدن والبلدات الكبرى؛ ولذا يجب أن يتم عمل مشروعات خاصة بتوفير العناية للقاطنان في الريف من أجل تقليل الهوة في مجال تقديم الرعاية الصحية.
- دعم المشروعات الموجهة لخفض الإصابة بأمراض الدم الوراثية في الأقطار العربية التي تعاني من تفشي هذه الظاهرة، مثل: البحرين، وتونس، وغيرها من الدول.

#### 7-5. مقتراحات عامة:

- اقترح خبير الدراسة في فلسطين التركيز على المشروعات طويلة الأمد التي تخدم أكبر شريحة من المجتمع لأطول فترة، مع ضمان استمرارية تمويلها.
- أهمية إنشاء هيئة عامة للإشراف على المشروعات الصحية للمرأة في كل قطر (اقتراح من الخبرة للدراسة في مصر) وتكون وزارة الصحة والسكان شريكًا أساسياً ومؤسسًا بجانب الهيئات المشاركة والقطاع غير الحكومي؛ ليكون هناك متابعة لنوعية المشروعات وتنفيذها وليكون هناك خطوط عامة تجمع هذه الجهود ممثلة فيما يلي:

  1. قاعدة بيانات تحصر المشروعات التي تمت والمستمرة؛ حتى لا يكون هناك تكرار عند تنفيذ مشروعات جديدة.
  2. وضع سياسات عامة للمشروعات مع توفير الدعم السياسي والمؤسسي والمادي.

3. تحديد دور كل جهة مشاركة ليكون هناك مشاركة جماعية فعالة.
4. تقييم المشروعات، والمتابعة الدورية للمشروعات: ليكون هناك تقييم شامل لكل مشروع من خلال التقارير الدورية.
5. التنسيق بين الوزارات والجهات الممولة: حتى يتجمع تمويل كافٍ لمشروعات قومية لها عائد تموي شامل على المجتمع.
  - تكرار المشروعات الناجحة التي نفذت في إحدى الدول العربية في دول عربية أخرى بعد دراستها وملاءمتها للتطبيق في الدول التي تستنذها. ومن المشروعات الناجحة بحسب تقديرات خبير الدراسة في القطر ما يلي:
    - مشروع كن حراً (في البحرين).
    - مشروع اليد البيضاء (في البحرين).
    - مشروع مكتب الاستشارات الأسرية (في البحرين).
    - مشروع صناعة الأسمدة من المخلفات المنزليه (في البحرين).
    - مشروع توفير البذائل الطبيعية للمواد الكيميائية بالمنزل (في البحرين).
    - مشروع مركز المشورة في مجال الصحة الإنجابية (في البحرين).
    - مشروع باص التوعية الأسرية (في البحرين).
    - التشخيص المبكر لسرطان الثدي (في لبنان).
    - الكشف المبكر وتوفير علاج هشاشة العظام (في الإمارات وعمان).
    - النهوض بصحة المراهقين (في تونس).
    - إدماج برامج الصحة الإنجابية في المناهج الدراسية (في تونس).
    - مشروع مكافحة فقر الدم الحديدي لدى المرأة (في عمان).
    - مكافحة الأمراض المزمنة والوراثية لدى المرأة (في البحرين).
    - مركز المساعدات القانونية للمرأة المعنفة ودعم مراكز الإيواء للمرأة المعنفة (في الجزائر).

## **ملاحق الدراسة**

**الملحق رقم (١)**  
**فريق العمل المشارك في الدراسات**  
**المسحية الخاصة بمجال الصحة**

## منسق ورشة عمل المجال: د/ أسامة مسلم

### الخبراء والخبراء أعضاء فريق العمل

الأردن	أ.د. صالح القادرى
الإمارات	د. هاجر الحوسني
البحرين	د. مريم الجلاهمة
تونس	د. فيروز نصيبي
الجزائر	د. فائقة مجاهد
السودان	د. عطيات مصطفى
سوريا	أ.د. هيام بشـور
عمان	د. آسيا الريامي
فلسطين	أ.د. وليد أبو رمضان
لبنان	د. سوسى بولاديان
مصر	أ.د. كوثر عامر
اليمن	أ.د. نجيبة عبد الغنى

الملحق رقم (2)

نموذج استماره الاستبانه

## مجال الصحة

الدولة:

اسم الخبير:

### أولاً: بيانات المشروع

1. اسم المشروع:

2. الرقم الأصلي للمشروع (إن وجد):

3. الرقم الإقليمي:

4. مدة المشروع:

5. التاريخ المخطط للبداية:

6. تاريخ البداية الفعلية:

7. التاريخ المخطط للانتهاء:

8. تاريخ الانتهاء الفعلي:

### ثانياً: التنفيذ

1. الجهة / الجهات المنفذة

2. طبيعتها : (حكومي-قطاع خاص-منظمة إقليمية-منظمة دولية)

3. الجهة / الجهات الممولة:

4. طبيعتها : (دولية-إقليمية- محلية)

5. التغطية الجغرافية للمشروع: (قومي - مدينة - قرية.....)

**6. الوضع الحالى للمشروع:**

- مخطط له التنفيذ
- جديد
- مستمر
- متوقف
- انتهى
- ألغى

**7. عدد العاملين في المشروع:**

- نسبة الذكور
- نسبة الإناث
- غير معروف

**8. الفئة المستهدفة:**

- المرأة والطفل
- المرأة
- المرأة الريفية
- المرأة في سن الإنجاب
- المرأة في فترة الحمل
- المرأة بعد الولادة
- المقبلون على الزواج
- حديثو الزواج
- الأزواج في سن الإنجاب

المرأة بعد انقطاع الطمث الفتيات الشباب العاملين في قطاعات المرأة الوزارات المهتمة بشئون المرأة القطاع الخاص الجمعيات الأهلية أخرى تذكر.....

## 9. عدد المستهدفين

## 10. عدد المستفيدن الفعليين(إن أمكن) ونسبتهم المئوية إلى عدد المستهدفين

## 11. طبيعة المشروع

 تدريب تقديم خدمات تنمية مؤسسية تطوير البنية التحتية رسم سياسات تزويد بالوسائل توعية إعلامية تثقيف وتوعية صحية تطوير/تزويد بالأجهزة والمعلومات أخرى تذكر.....

- 12 . الموقع الجغرافي لتنفيذ المشروع (المحافظات)
- 13 . موقع تنفيذ المشروع (مركز صحي ، مركز مجتمعي ، مؤسسي)

### ثالثاً : التمويل

- 1 . حجم التمويل الإجمالي (إن أمكن )

### رابعاً: الأهداف

- أهداف رئيسية
- أهداف فرعية

### خامساً: الإنجازات

- تدريب
- توعية
- أخرى تذكر

### سادساً: التقييم

- 1 . هل تم تقييم المشروع من قبل ؟  لا       نعم

● إذا كانت الإجابة بنعم

- ما هي الجهة التي قامت بالتقييم ؟
- ما هي معايير إجراء التقييم ؟
- ما هو تاريخ إجراء التقييم ؟

- ما هي أهم معوقات إجراء التقييم؟
- ما هي أهم نتائج التقييم؟

● إذا كانت الإجابة بلا

- لماذا لم يتم إجراء تقييم؟

2. تقييم للمشروع (يملاً هذا الجزء بواسطة جهة التنفيذ)

■ نقاط قوة المشروع

■ سلبيات / تحديات داخلية

■ أهم المتغيرات التي تمثل فرص خارجية للمشروع

■ التحديات الخارجية

■ ما مدى قدرة المشروع على الاستدامة؟

■ في حالة تفاصيل المشروع مرة أخرى ما الذي يرى الخبير إضافته إلى المشروع

■ ما هي مقترنات الخبير بخصوص المشاريع المكملة في المستقبل

■ في حالة وجود جهة منفذة واحدة:

- هل كان من الأفضل أن تشارك في المشروع عدد من الجهات - ما هي - ولماذا؟

- وما هي مجالات التسيير المختلفة

## سابعاً: بيانات المسؤول الذي تمت مقابلته بغرض ملء الاستماراة

- تليفون: ..... مكتب / ..... منزل / ..... جوال / ..... فاكس / .....
- العنوان: .....
- البريد الإلكتروني: .....
- إدارة المشروع: .....
- المصدر: .....
- آخر تحديث: .....

### ملاحظات:

1. تملأ الاستماراة ككل بواسطة الجهة المنفذة و من المقترح أن يملأ الجزء الخاص بالتقييم بواسطة الجهة الممولة أيضا.
2. يفضل أن يتم ملأ الاستماراة من خلال أسلوب المقابلة.

- حصلت الأستاذة الدكتورة نجيبة عبد الغني الشوافي على درجة الدكتوراة في الطب تخصص صحة الأئمة من جامعة لندن.
- تعمل أستاذة مساعدة في قسم طب المجتمع بكلية الطب والعلوم الصحية جامعة صنعاء.
- لها العديد من الدراسات والبحوث في قضايا المرأة والسكان.
- لديها خبرة في تخطيط وإدارة وتقدير خدمات الصحة الإنجابية ومشروعاتها الممولة من المنظمات الدولية.



منظمة المرأة العربية  
ARAB WOMEN ORGANIZATION

25, Ramsis St., El Korba, Heliopolis, Cairo,  
The Arab Republic of Egypt.  
Tel.: (+202) 24183301/101  
Fax: (+202) 24183110  
E-mail: info@arabwomenorg.net

٢٥ شارع رمسيس، الكوربة، مصر الجديدة، القاهرة  
جمهورية مصر العربية  
تلفون: ٢٤١٨٣٠١١١١  
فاكس: ٢٤١٨٣١١٠  
البريد الإلكتروني: info@arabwomenorg.net