



قضايا الصحة الإيجابية

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*

وفيات الأمهات أم صحة المرأة:
حان وقت العمل





المؤسسة الاستشارية للشباب والتنمية

٥٦ شارع النهضة - الدور الأول - هليوبوليس - القاهرة - مصر

تليفون: ٢٤١٧٧٣٧٥ - ٢٤١٧٧٣٩٥ (٢٠٢)

فاكس: ٢٤١٧٧٤٠٩ (٢٠٢)

البريد الإلكتروني: rhm@arabicrhm.org / arabicrhm@gmail.com

الموقع الإلكتروني: www.arabicrhm.org

الآراء الواردة في المقالات المنشورة في هذا العدد تعبر عن كتابها وليس بالضرورة عن رأي المؤسسة

الاستشارية للشباب والتنمية أو أي من المشاركين في إنتاج هذا العمل

يصدر هذا العدد بتمويل من مجلة قضايا الصحة الإيجابية بإجلترا

مختارات مترجمة من مجلة قضايا الصحة الإيجابية

تصدر في بريطانيا وتتولى تحريرها مارجي بيرر
تصدر الطبعة العربية عن المؤسسة الاستشارية للشباب والتنمية (الجاه)

مديرة التحرير
هالة الدمهوري

التحرير اللغوي
عمرو عطيفي
إلهام بسيوني

الهيئة الاستشارية للتحرير
مواهب المويلحي
نهلة عبد التواب
هشام الروبي
أمل فهمي
أميمة الجبالي

الإخراج الفني
فيليب كندس
لوسي هاني

الطباعة
بروموشن تيم

الصور الداخلية من إعداد
قضايا الصحة الإيجابية

صورة الغلاف

العدد الإنجليزي مايو ٢٠١٢ - صفحة ٢١٠ / جيني ماثيوز

قضايا الصحة الإيجابية العدد السابع عشر

- ٧ قصيدة
بقلم: تيرو سبينا
ترجمة: فاطمة قنديل
- ٨ ١- افتتاحية: وفيات الأمهات أو صحة المرأة: حان وقت العمل
بقلم: مارجي بيرر
ترجمة: فيروز كراوية
- ١٧ ٢- تحقيق في وفيات الأمهات عقب الاحتجاجات الشعبية في منطقة ماديا باراديش. وسط الهند
بقلم: صبحه سري ب. ساروجيني ن. رينو خانا
ترجمة: غادة طنطاوي
- ٣٠ ٣- أثر تقوية النظم الصحية على تغطية خدمات صحة الأمومة في رواندا، ٢٠٠٠ - ٢٠١٠: مراجعة منهجية
بقلم: موريس بوكاجو، جين م. كاجوبير، بولين باسينجا، فيديل نجابو، باربرا ك. تيمونز، أجيلا سي لي
ترجمة: رفعت علي
- ٤١ ٤- خريطة صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة:
استعراض لمدى التقدم في ٣٣ دولة إفريقية جنوب الصحراء ٢٠٠٨ - ٢٠٠٩
بقلم: كريستين إيكيشي، يارون ولان، لوك دوبرنيس
ترجمة: مواهب المويلحي
- ٥٢ ٥- دور التأخير في المراضة الشديدة للأمهات ووفياتهن: التوسع في إطار المفاهيم
بقلم: رودولفو كارفالو باجانيل، خوزهجييرما شيكاتي، ماريا خوزيه أوسيس، جووا سوزاد
ترجمة: هشام شتلا
- ٦٣ ٦- منهج جديد لقياس وفيات الأمهات على مستوى المجتمع في الأماكن المنخفضة الموارد
بواسطة مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط: دراسة جدوى في تيغراي، إثيوبيا
بقلم: ندولا براتا، كيتلين جردتس، إيمانويل جيسيسو
ترجمة: هشام شتلا
- ٧٤ ٧- تحسين الوصول إلى خدمات الأمومة: لحة عامة عن أنظمة التحويلات النقدية والقسائم في جنوب آسيا
بقلم: كيت جيهان، كريستي سيدني، هيلين سميث، عائشة دي كوستا
ترجمة: شهزاد العالم

- ٨- استخدام الأبحاث الاجتماعية لتشكيل تصميم وتقديم خدمات صحة الأمومة بشمال نيجيريا ٩٢
بقلم: هنري فيكتور. سالي إي فيندلي. أليستير آجير. جورجيو كوميتو. جودوين واى أفينيدو. فاطيما أدامو. كاثي جرين
ترجمة: رفعت علي
- ٩- بوسع نظام تسجيل الحوامل تعزيز النظم الصحية وزيادة المحاسبة وتقليل الوفيات ١٠٥
بقلم: آلان ب. لابريك. شريا بيريرا. بارول كريستيان. نيرمالا ميرفي. ليندا بارتليت. جارت ميهل
ترجمة: غادة طنطاوي
- ١٠- حالة القبالة في العالم عام ٢٠١١: تقديم خدمة الصحة، إنقاذ الأرواح ١١٢
صندوق الأمم المتحدة للسكان. منظمة الصحة العالمية. الاتحاد الدولي للقبالات. ٢٠١١
ترجمة: غادة طنطاوي
- ١١- صحة جيدة بتكلفة منخفضة: بعد مرور ٢٥ عامًا، ما السبيل إلى نظام صحي ناجح؟ ١١٨
بقلم: دينا بالابانوف. مارتن ماك كي. أن ميلز. محرون. كلية لندن للصحة والطب الإستوائي. ٢٠١١
ترجمة: غادة طنطاوي
- ١٢- إنهاء الحمل كإجراء توليدي طارئ:
تفسير السياسة الصحية الكاثوليكية وما يترتب عليها من نتائج على المرأة الحامل ١٢٣
بقلم: مارجي بيرر
ترجمة: رفعت علي
- ١٣٧ إطلالة - القانون والسياسات
- ١٤١ إطلالة - وفيات الأمهات أم صحة المرأة
- ١٤٦ إطلالة - تقديم الخدمات

قضايا الصحة الإيجابية (النسخة العربية)

الآن على الفيس بوك  وتويتر  ويمكنك أيضاً متابعتنا على الموقع الإلكتروني www.arabicrhm.org

الأمومة الموهودة

تيرو سيبينا

قد لا تريد أن تسمع

أن ثمة امرأة

لفظت أنفاسها دون أن تعرف أنها كانت محط
أنظار الرؤى العظيمة والخطط طويلة الأمد
المعقودة للرخاء والرفاه

قد لا تريد أن تسمع

أن ثمة امرأة

بائسة تمامًا تعقد تحت اسمها عشاءات
المؤتمرات المتأنقة في قاعات لا يدخلها
سوى علية القوم

من ذا الذي يريد أن يعرف أي شيء عن ذلك
السديم الأخرق لأم قد حكم عليها بالموت!؟

قد لا تريد أن تسمع

أن ثمة امرأة

ماتت في كوخ إثر آلام المخاض

قد لا تريد أن تسمع

أن ثمة امرأة

حبلى هلكت على متن غربة كارو تتدحرج
على طريق وعرة يحدها الأمل صوب وحدة
صحية صغيرة لا أطباء فيها
لا مسكنات

قد لا تريد أن تسمع

عن تلك السقطة الميته لامرأة حبلى من
فوق دراجة مترنحة يبدل دواليبها رجل مخمور
مرتعب، من محض اسم «إمناج باسيدي»
لا يؤرقه شيء سوى أن يظهر على شهادة الميلاد

تانا كاري

كانت (م) نائمة في كوريدور المستشفى لمدة ٣ أيام في انتظار أن يخلو أحد الأسرة كي ما تنقل إلى العمبر العام وجد مكانًا
لعلاج كحالة تحتاج إلى الرعاية الطارئة. أواجودو بوركيننا فاسو

وفيات الأمهات أو صحة المرأة: حان وقت العمل

بقلم: مارجي بيرر

محررة، مجلة قضايا الصحة الإيجابية، لندن، المملكة المتحدة. للمراسلة: mberer@rhmjournal.org.uk

ترجمة: فيرون كراوية

الزمنية بين كل طفل تنجبه وآخر - يراد حذفه في مبادرة تنظيم الأسرة الجديدة المزمع إعلانها في يوليو من هذا العام أيضًا. وفي الوقت الذي يلاحظ فيه عدم وجود جديد في الرؤى المتفائلة بالأمهات والأطفال، يبدو مفاجئًا - بل ومزعجًا - كيف زحفت تعبيرات مثل «الأمهات تعطين» أو تخلقن الحياة» على اللغة التي يستخدمها صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية، وهيئات الصحة العامة، فينتقل التركيز بعيدًا عن النساء وصحتهن وحقوقهن. يبدأ هذا العدد من المجلة من الافتراض الأساسي بأن وفيات الأمهات هي انتهاك لأكثر حقوق الإنسان الأساسية - وهو حق الحياة؛ حق النساء في الحياة، لا تزال الأبحاث تحدثنا عن الأمهات اللاتي يتوفين سدى، وكم هذا مرعبًا. ولا تزال الأبحاث تظهر أن أكثر النساء فقرًا وأصغرهن سنًا هن الأكثر تعرضًا للوفاة بسبب الإهمال الجسيم، ولكنها لم تعد تدعو أحدًا ليفعل شيئًا بشأن ذلك على الإطلاق. (في الوقت نفسه تحمل كل مؤسسة من المؤسسات الآتية المسؤولية للأخرى: النساء ومجتمعاتهن، والمنظمات النسائية والمدافعين عن صحة النساء وحقوقهن، بالإضافة إلى العاملين مجال الصحة والحكومات والهيئات الحكومية التي تعمل في هذا المجال - يحتملون الدول، والحكومات، والخدمات الصحية وحتى بعضهم البعض، المسؤولية عن ذلك).

ماذا يحدث في بلدان العالم: صورة شديدة الاختلاط تظهر الأوراق المنشورة هنا أن بعض الدول تبذل مجهودات جدية لتعزيز وتحسين نظمها الصحية فيما له علاقة بالصحة الإيجابية والخدمات الصحية المتعلقة بالأمومة. وبناء على البيانات المتاحة حول

يبدأ هذا العدد من المجلة بقصيدة عن «امرأة بائسة للغاية، / تنعقد تحت اسمها / عشاءات المؤتمرات المتأنقة / في قاعات لا يدخلها سوى عليه القوم». (سبينا) لأن حياتها - وموتها كذلك - لا زال لا يعنى لأحد شيئًا. بحلول ٢٠٠٨، بدأت نسب وفيات الأمهات في الانخفاض على مستوى العالم. ولكن لم تكن معدلات الانخفاض هذه كافية، أو علي الأقل ليست كافية لتلبية الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية الجديدة MDG5، أو ربما بعضها، ولكنها بداية على أية حال! ويبدو أن إحداث التغيير الآن على الطريق، بداية من السكرتارية العامة للأمم المتحدة وحتى أبعد قرية. وعلى الرغم من ذلك، فالعالم يبدو وكأنه يتحرك للوراء، بشكل معين، فيما يخص التعامل مع النساء ومرحلة الحمل، فيما تطلق عليه سيمون دينيز عودة إلى «الطفولية الأمهاتية» - حيث تُعامل النساء الحوامل كأطفال تحتاج للرعاية، وفي نفس الوقت، وكأن دورهن الوحيد في الحياة هو إجاب الأطفال. في معظم الأدبيات اليوم، تسمى كل النساء الحوامل «أمهات» بصرف النظر عما إذا كن قد أُنجن بالفعل أم لا. ولكن الحمل له أكثر من نتيجة واحدة، فهو ليس فقط للنساء اللاتي تلدن في النهاية، فالنساء الحوامل قد يتعرضن للإجهاض، ووفاة الأجنة، ووفاة الأطفال، واللاتي لا يستطعن الوصول لوسائل منع الحمل، والحمل غير المرغوب فيه، والإجهاض غير الآمن، والمرضاة طويلة الأمد الناتجة عن مضاعفات الولادات، والأمراض التناسلية والجنسية. ولكن تبدو كل هذه التعريفات تقريبًا غير مرئية في برامج الأمومة والطفولة هذه الأيام؛ والإجهاض الآمن - وهو جزء جوهري من حق المرأة في تقرير عدد الأطفال والفترة

الصحي والتعليم (Peragallo Urrutia et al). وبشكل أوسع، فقد تمت الإشارة إلى نقص الالتزام من الدولة باعتباره أحد المؤشرات الحرجة في ٣٣ دولة في إفريقيا جنوب الصحراء، كذلك المستويات المنخفضة جداً من الدعم الاقتصادي وتخصيص الموارد للصحة والخدمات الصحية بصفة عامة (وخدمات الأمومة بصفة خاصة). وضعف التنسيق بين الأطراف الأساسية المعنية بالأمر والشركاء، وضعف أداء وإمكانيات النظم الصحية الموجودة، وسوء التوزيع والإدارة للأدوية والعلاجات الأساسية، ووسائل تنظيم الأسرة، والتجهيزات، والنقص المزمن في العاملين المهرة بالخدمة الصحية (Ekechi et al). ربما تكون هناك تفاوتات واسعة بين مستويات تدريب ومهارة ومعارف العاملين بالخدمة الصحية من حيث النوعية والمدى، فعلى سبيل المثال: في ريف تنزانيا نجد بعض العاملين يمارسون عملهم بكفاءة وآخرين يرتكبون أخطاء خطيرة في الممارسة الطبية. ولا يبدو أن هناك معياراً لتوقع الكفاءة، فالقابلات يكن أحياناً أكثر مهارة من الأطباء، إذ يستطيعن إجراء الولادات المقعدة والتعامل مع حالات المشيمة المحتبسة، بينما يتعثر موظفو الخدمة الصحية عندما يواجهون نزيف ما بعد الولادة (Spangler). إن فترة ما بعد الولادة هي الفترة التي تحدث بها معظم حالات وفيات الأمهات وحديثي الولادة بالرغم من ذلك، فهي تحظى بنصيب ضئيل من الرعاية في الممارسة الطبية، وحتى داخل تلك الدول التي جرى إصلاحات ذات قيمة في نظم رعاية ما قبل الولادة وأثناءها، ومن هنا، تستمر المستويات المرتفعة من وفيات حديثي الولادة والأمهات في فترة ما بعد الولادة باستمرار إهمال الولادات الطارئة ورعاية ما بعد الولادة للأم والطفل (Fort). في العديد من دول جنوب آسيا، يُمنح المال للنساء كي ما تلدن في المؤسسات الصحية، ولكن في الهند على سبيل المثال: وجدت بعض الدراسات أن النساء جُدن - عند وصولهن - أن رعاية ما قبل الولادة محدودة أو غير موجودة، وأن مهارة القائمين على عملية الولادة تقل عن مهارة

من يموت ولماذا، فهم يعملون على إحداث تغيير في السياسات والبرامج، مثل تخفيض تكلفة الولادة للفقراء والمهاجرات من النساء، وافتتاح مراكز جديدة للولادات الطارئة والإحالة للمستشفيات، وتدريب عدد أكبر من العاملين بالجمال الصحي، وتوفير التوعية الصحية للنساء، مثل ما يحدث في شنغهاي (Du et al). يعمل البعض الآخر على تعزيز نظم الصحة العامة بشكل كلي، تحديداً في المناطق القروية حيث تقطن معظم النساء الفقيرات، سعياً وراء الحصول على خدمات حكومية أفضل وقيادة أفضل، ورفع مهارات القوى العاملة بمجال الصحة، ودعم التأمين الصحي المجتمعي، وزيادة خدمات استخدام وسائل منع الحمل، كما يحدث في راوندا (Bucagu et al). كما يدعمون السلام، والاستقرار والنمو الاقتصادي، وتقليل الفقر، وتحسين التعليم الأساسي، وتحسين الطرق والاتصالات، وتسهيل الحصول على معلومات بشأن الصحة والخدمات الصحية، وتخفيف الخدمة الصحية للفقراء من التكلفة، مثلما يحدث في كمبوديا (Liljestrand&Sambath). وعلى العكس في بعض الدول الأخرى، لازال يوجد الكثير من المواقف التي تتسم بالإيذاء الجسدي العنيف، والاستغلال، والاهمال، وانعدام المساواة، فمن بين ٢٢ مليون امرأة سنوياً تتعرض لإجهاض غير آمن، تعاني المراهقات أكثر من أي فئة أخرى من المضاعفات الصحية، ولديهن أعلى نسبة من الحاجات غير الملباة لتنظيم الأسرة (Shah & Ahman). ولازال هناك العديد من المعوقات التي تمنعهن من اللجوء إلى الأطباء للحصول على رعاية أثناء الحمل والولادة، مثال ذلك: في شمال نيجيريا (Doctor et al)، وكثير من الأماكن الأخرى، والتي يندر توفر هذه الخدمات بها. وفي أفقر البلدان، ربما تكون للنساء احتياجات صحية أكثر إلحاحاً من رعاية الأمومة، فعلى سبيل المثال في هايتي، حيث حددت النساء احتياجاتهن الأكثر أهمية: الحصول على الرعاية الصحية بتكلفة بسيطة، والحصول على المياه الصالحة للشرب، والطعام الكافي، وأي نوع من الوظائف، والصرف

المدافعين عن حقوق الإنسان للاهتمام بواقع الخدمات الصحية المفتقرة للموارد والنقص في الإمدادات كمنقل الدم، وفقر الوازع الأخلاقي لدى العاملين وأن يطوروا قدراتهم على توصيل معلومات سهلة الفهم للنساء وعائلاتهن ويوفروا التدريب والمساندة لمجموعات المرضى حول استخدام آلية الشكاوى بالمستشفيات (Ray et al).

تقدم الورقة البحثية التي كتبها Kaur وبعض الملخصات المنشورة في هذا العدد تحت اسم إطلالة أمثلة قوية لاستخدام الدعاوى القضائية في السعي لتدارك انتهاكات حقوق النساء اللاتي توفين نتيجة لعدم وجود رعاية أثناء الحمل. وتكشف العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والسياسية والتشريعية المتورطة في هذه الوفيات، وإمكانية استخدام هذه الدعاوى لضمان الحاسبة في حالات أخرى-بينما تقر بأن العدالة الاجتماعية ستتحقق فقط عبر نضال اجتماعي أوسع (Kaur).

البحث، استخدام البيانات وتحليل الميزانيات لدعم التغيير:

أظهرت العديد من القضايا الحديثة المنشورة بمجلة شؤون الصحة الإيجابية، أهمية وفي نفس الوقت قصور الاستقصاءات الصحية والسكانية، إذ تبحث الدول والمجتمع المدني عن صورة أكثر عمقاً (من الناحية الكمية والكيفية) عما يمثله الحمل للنساء اليوم، وما إن كان مخططاً له أو كان مرغوباً فيه أم لا. بغض النظر عما سينتهي إليه. وجدت إحدى المراجعات المنشورة العديد من مستويات التأخير في «إطار التأخيرات الثلاث»، ويتيح الجمع بين هذا الإطار و«الأخطار الوشيكة» وعدد من منهجيات جمع المعلومات - طرقياً إضافية للتعرف على الحوادث الحرجة المتعلقة بالولادة، وتلقى الضوء على الضعف الهيكلي في خدمات الولادة (Carvalho Pacagnella et al).

وهناك عدد من المقالات التي تستكشف مصادر البيانات والمعلومات حول وفيات الأمهات، وما إن كانت

القبالات، ولا توجد وحدات لرعاية طوارئ الولادة عند الحاجة لذلك، وأيضاً التحويلات الطبية التي لم تتمخض عن أي علاج (Subha Sri et al). والآن هؤلاء النساء هن من يشعرن بالاستحقاق ويحتجون.

أشكال متعددة للعمل:

تصف الأوراق المنشورة هنا طيف من النماذج للدعوة واتخاذ الإجراءات لفضح انتهاكات حقوق الإنسان، وضعف الممارسة الطبية في مجال الصحة العامة، وغياب الرقابة والقواعد، وفشل الدولة في تحمل مسؤوليتها عن تأمين الحقوق الصحية الجنسية والإيجابية وتوفير العلاجات وتدارك الأخطاء عند حدوث الانتهاكات (Kismodi et al). وتتضمن تلك الإجراءات: ١- زيارات تقصى الحقائق للتحقيق في وفيات الأمهات، وإخطار مسؤولي الصحة الرسميين بما تم التوصل إليه للمطالبة بتغييرات، ومتابعة حدوث هذه التغييرات بزيارات للتأكد أنها قد أدت إلى تحسن النتائج (Subha Sri et al): ٢- تتخذ الضحايا الإجراءات الموضحة في اتفاقية السيداو CEDAW (اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة) لرفع الدعاوى القضائية ضد الدولة، وهو ما أدى في ٢٠١١ إلى قرارات مؤثرة من لجنة السيداو في البرازيل وبيرو: واحدة كانت لحالة وفاة لأم والثانية لضحية اغتصاب شابة أصبحت حاملاً وحرمت من إيجاد طريقاً قانونياً للقيام بالإجهاض، وكذلك توقفت الجراحات اللازمة لعلاج إصابات لها لأنها كانت حاملاً (Kismodi et al). يصف راي وآخرون أسلوباً للتعليم وبناء القدرات بشأن الحق في الصحة انتهجه حركة فيروس نقص المناعة البشري ونفذته بنجاح: حيث استخدمت التشبيك الاجتماعي، والتعبئة والاحتجاجات الشعبية، والتظاهرات بشأن الوفيات التي كان يمكن تجنبها، والإجراءات القانونية في كل بلد. ويوضح هذا الأسلوب مدى أهمية التحقيقات السرية بشأن وفيات الأمهات وتقارير الظل التي تقدمها فرق التقييم في كل بلد للهيئات المنشأة بموجب معاهدات حقوق الإنسان، وتعطى أمثلة، وهم يدعون

رعاية الأمومة في عدد من دول آسيا الجنوبية، ولكنها أيضاً أظهرت الحاجة لإدارة أكثر كفاءة لتلك العمليات. وشفافية مالية، وخطط لضمان الاستمرارية، ودلائل على التساوي في التوزيع. وقد ثبت وجود تأثير لجودة الرعاية على وفيات الأمهات ومراضتهن (Jehan et al).

ماذا عن محتوى الخدمات وجودة الرعاية؟
بالرغم من كل الانتباه والتركيز على الحالة الصحية للأمهات وحديثي الولادة، يبدو أن جودة الرعاية الصحية للأمهات في المناطق محدودة الموارد غالباً ما تكون منخفضة جداً. وبعد سنوات من الاعتراف بفشل القابلات التقليديات/الدايات في تأمين صحة الأمهات، فلا تزال - حتى اليوم - معظم المناطق محدودة الموارد تنقصها القابلات ذوات التأهيل الكامل والمهارة اللازمة، كما كشف تقرير صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية و «حالة القبالة في العالم لعام ٢٠١١»، والذي نشره في هذا العدد. ولا يزال هناك قصوراً في تطبيق التدخلات الأساسية في الوقت المناسب وعند الاحتياج. ولا تزال المشاكل قائمة بصدد التحويل للمستشفيات - فقد يذهب المريض الى العديد من المستشفيات قبل أن يتلقى الخدمة الطبية وغالباً ما يكون متأخراً جداً - فغالباً لا تزال الأدوية الأساسية مثل سلفات الماغنسيوم والأوكسيتوسين و/أو الميزوبرستول غير متوفرة، أو متوفرة ولا يتم استخدامها. كما يوضح فصل إطلالة في هذا العدد. وربما ما هو أكثر فداحة وفضحاً، هو أن بعض النساء يتم إرسالهن إلى أماكن أخرى ليلقوا حتفهن هناك، ليبقى موتهن بعيداً عن السجلات، أو يتم عودتهن سريعاً إلى بيوتهن حتى قبل أن تزول احتمالات الخطر الأكبر لمضاعفات ما بعد الولادة. فقط في البرازيل، على ما يبدو، لا تزال النسويات يتحدثن عن التدخلات غير الضرورية التي تحدث وتتسبب في مستويات عالية من الإصابة بالمرضاة، وعن مرافقة الأصدقاء للسيدات أثناء الولادة، واختيار النساء للوضع الذي يرغبن أن يلدن فيه، والاحتفاظ بالخصوصية والمعاملة الطبية، والحصول على

السياسات والبرامج تأخذ في اعتبارها تلك البيانات، وهل يتم تداول البيانات بالفعل بين صانعي القرار والفريق الطبي المحلي. وهل نظم المعلومات القائمة قادرة على تجميع البيانات والتعامل معها وتحليلها ومشاركة الآخرين فيها (Iguiniz and Palomino). وتكشف إحدى المقالات عن منهج مجتمعي لقياس وفيات الأمهات بمساعدة عناصر محلية لتحديد أماكن الولادة والوفاة والإبلاغ عنها. وتجري القابلات/الممرضات «التشريح اللفظي». وينقلن مهمة تحديد سبب الوفاة من الأطباء إلى المستوى الوسيط من المعاونين الصحيين (Prata et al). هناك أيضاً في هذا العدد المائدة المستديرة المحفزة للأفكار التي تطرح وجهات نظر حول نظم تسجيل الحمل: واحدة حول نظرية كيف يجب عليهم العمل في جنوب آسيا (Labrique et al)، وأخرى عن القيود الإجرائية التي تواجهها هذه النظم في المناطق الريفية. وهل هدفها في الهند هو الإشراف والرقابة وتوجيه اللوم أم إيجاد نظام صحي قادر على التعلم (Gaitonde). وثالثة خلل ما إذا كان النظام الجديد في البرازيل مؤسساً على الحقوق، وملائماً، ومؤثراً في خفض معدلات وفيات الأمهات هناك (Diniz). قد تشعر حكومات عدة في أمريكا اللاتينية بالحرع عندما تعلم أنه قد تبين مدى الانخفاض في مستوى الشفافية فيما يتعلق بالميزانيات وأوجه إنفاقها على مظاهر بعينها لرعاية الأمومة، وأنها تحتاج لطرق أفضل لوضع الميزانيات، ونظم أفضل للمعلومات الصحية وخطوط إرشادية لكيفية جمع المعلومات حول الإنفاق، بهدف المتابعة والتخطيط للتقدم على المستوى المحلي والقومي (Malajovich et al). ويعرض Iguiniz and Palomino للفوضى الناتجة عن البيانات المتضاربة ونظم جمع البيانات غير المترابطة عن وفيات الأمهات في بيرو، ولكن هذا الوضع تحسن كثيراً الآن. على نفس المنوال، فقد أوضحت إحصاءات التحويلات النقدية ونظم تحرير الإيصالات-التي صممت لتحفيز الطلب على الخدمات وتقليل حواجز التكلفة على الرعاية الصحية للأمهات-زيادة في استخدام خدمات

رعاية ما قبل الولادة. ومنع حالات الإجهاض والتعامل معه. ومنع وفاة الأجنة والتشوهات الخلقية. والرعاية والدعم للوصول إلى أم وطفل بصحة جيدة خلال الحمل وبعده وفترة الرضاعة.

لغويًا. لا يبدو أن هناك فرقًا بين رعاية ما بعد الولادة (للنساء) ورعاية ما بعد الولادة (للأطفال). وعلى الرغم من ذلك، هما ليسا نفس الشيء. وتوفير أحدهما لا يعني توفير الآخر بشكل تلقائي. ولا يملك القائمون على الولادة المهارات اللازمة لهذا وذلك معًا. ولكن يتم استخدام الكلمات ذاتها بالتناوب دون تحديد أو تعريف. وكما يشير Spangler، فمهاره القائمين على الولادة (والمقصود دائمًا أنهم أكثر من شخص) قد اختزلت لتعني حضور شخص واحد فقط ذي مهارة. وإضافة إلى عدم الدقة في التعريفات فلقد تسيدت اختصارات الاصطلاحات المتعلقة بصحة الأم والطفل الأدبيات. واستخدام مثل هذه الاختصارات تعني عدم الالتزام بالتفكير في محتواها وقيمتها وماذا تعني في الواقع.

ماذا قدم كل من المؤتمر العالمي للسكان والتنمية والأهداف الإنمائية للألفية للنساء؟
هذا سؤال مهم ولا بد أن يفكر الكثيرون متى في كيفية إجابته، فهو يساعدنا على التفكير في المستقبل. وهنا إحدى الإجابات: «لقد وضع برنامج عمل المؤتمر العالمي للسكان والتنمية صحة الأمهات ضمن الإطار الأوسع للصحة والحقوق الإيجابية والجنسية. وقد كان هذا مهمًا لأنه خلال عقدين من تقديم معونات التنمية الدولية التي تركز على «صحة الأم والطفل» لم يحقق شيئًا خفض معدلات وفيات الأمهات. على سبيل المثال، وجد تقييم العشر سنوات من إنجازات مبادرة ١٩٨٧ للأمومة الآمنة أن وفيات الأمهات لا تنخفض في معظم دول العالم النامي؛ لأنه لا يمكن التعامل معها بصورة منفردة. وقد صيغ برنامج عمل المؤتمر بناء على أدلة أن الأمهات يتوفين. ليس بسبب صعوبة الحصول على خدمات رعاية الحمل والولادة بالصورة المناسبة

مسكنات الألم بشكل كافي - أي ما يعني جعل عملية الولادة مسألة آدمية.

وبالرغم من الإنفاق الحكومي والتحويلات النقدية ونظم الإيصالات وتمويل المانحين والمنح بغرض تحقيق الإنصاف في المجال الصحي والامتيازات الممنوحة للأمهات ونظم التأمين الصحي والسياسات المجانية لرعاية الأمهات - لا يزال على النساء أن ينفقن من جيوبهن. بشكل رسمي أو غير رسمي. وأن يشترين أدويتهم. وأن يحضرن معداتهم الخاصة أو يقررن الاستغناء عنها. إذن إلى أين تذهب هذه الأموال بالفعل؟ يبدو أن العديد من العاملين بمجال صحة الأمهات لا يريدون التحدث عن تعزيز النظم الصحية كما ترصد المقدمة المنشورة هنا «صحة جيدة بتكلفة منخفضة»: بعد مرور ٢٥ عامًا وأكثر. ما السبيل إلى نظام صحة ناجح؟ بدلاً من ذلك، هم يركزون على تدخلات ضيقة وعلاجات منفردة أو دفع نقدي للنساء كأفراد. وكأن هذا يمكن بأية حال أن يعبر الأزمت الكلية الموجودة. نعم، تحتاج النساء لعقار الميزوروسول على مستوى المجتمع لأكثر من سبب. نعم الدفع النقدي بالتأكيد يضم كثيرًا من النساء لدائرة الرعاية. ولكن ماذا عن النظام الصحي الذي يعمل بكفاءة وقابل للاستمرار ومضمون أشكال تمويله على المدى الطويل؟ - فقط نظم كهذه يمكنها أن تؤثر حقًا في تقليل الوفيات على المدى البعيد.

استخدام اللغة التي تزيد المعنى غموضًا

لقد أصبحت الاصطلاحات شديدة المطاطية - خدمات الولادة وما قبل الولادة أصبحت تسمى «خدمات صحة الأم». وهي ليست كذلك؛ فخدمات صحة الأم من المفترض أن تشمل معنى أوسع بكثير. وتتضمن كل نتائج الحمل التي تقع على النساء. واستكمال الرعاية التي من المفترض أن تبدأ حتى قبل حدوث الحمل أصلاً. وكذلك خدمات الصحة الجنسية والتوعية الصحية والتثقيف الجنسي. وتوفير وسائل منع الحمل والإجهاض الآمن؛ وبالنسبة إلى النساء اللاتي يحملن حملًا مرغوبًا فيه؛ فالخدمات تتضمن

عموم التدخلات والخدمات. تباينت تغطيتها بين الدول على حساب أفقر النساء لصالح الأغنى^٥ من ناحية أخرى. تعاملت حكومات عدة مع برنامج الأهداف الإنمائية للألفية بصورة أكثر جدية من الجهود الأخرى للأمم المتحدة لجعل العالم مكانًا أفضل. بالإضافة لذلك، فإن المقرر الخاص بحقوق الصحة أُنَادَ جروفراً^٦ ومستشار حقوق الإنسان ومكتب مندوب الأمم المتحدة السامي لشئون اللاجئين والأمين العام للأمم المتحدة شخصيًا قد كرّسوا اهتمامًا خاصًا بتلك الأمور. واضعين في الاعتبار جميع الحقوق الجنسية والإيجابية، ومعتبرين الوفيات التي تنتج عن الإجهاض غير الآمن جزءًا من وفيات الأمهات.^٧ لقد حدد تقرير السكرتير العام للأمم المتحدة للجنة أوضاع النساء هذا العام - بتفصيل واسع - حجم النشاط الذي بذل على المستوى الدولي لدعم تلك القضايا، وهو ما كان شديد التأثير^٨ برغم الخلاف حوله. وباقتراب حلول عام ٢٠١٥، هناك حاجة ملحة ومفهومة لاستكمال مجموعة الأهداف. سواء كان هذا ممكنًا أو غير ممكن. هل سيأتي تحسن جودة الخدمات مع الحاجة إليه، أم لا؟ إن التحقق من انخفاض أعداد الوفيات وحدوث المخاطر الوشيكة والمراضات يجب تركه لوقت آخر. يبدو أن الأمر لا بد أن يبقى كذلك. عشوائي وغير عادل. وليس تقدمًا محسوسًا ومنسقًا وسلسًا. وربما هكذا يحدث التغيير في كل الأحوال. بالرغم من ذلك، ليس الهدف الإنمائي الخامس للألفية هو ما يهم النساء فحسب. ولكن جميع الأهداف الإنمائية للألفية هامة. فقد وجدت دراسة نُشرت في ٢٠١١ عن انخفاض معدلات وفيات الأمهات في نيبال أن قلة الخصوبة، والتغيرات في التعليم والثروة، والتقدم في التنمية، وتمكين النساء وخفض معدلات الأنيما كلها أسهمت على حدة وبشكل مؤثر في انخفاض معدلات وفيات الأمهات.^٩ وهذا يدل. ككثير من الأوراق المنشورة هنا، أن تحقيق كل أهداف الألفية بشكل فارقًا. ويؤكد أن المحددات الاجتماعية للصحة لها دور محوري. وبالتحديد في حالة نيبال. فالتشريعات الخاصة بالإجهاض وتوفير

فحسب. ولكن أيضًا لأنهن فقراء ويعانين من سوء التغذية. ولأنهن لا يمتلكن وسائل منع الحمل عندما لا يرغبن فيه ولا يستطعن الإنفاق عليه. ولأنهن يعشن في بلاد لا مجال فيها للإجهاض الآمن والقانوني. ولأنهن لا يستطعن ممارسة الجنس بصورة أكثر أمانًا. لقد قام برنامج العمل بصياغة تلك العلاقة غير القابلة للفصل بين مختلف عناصر الصحة الجنسية والإيجابية والسياق الأوسع لحقوق المرأة وحقوق الإنسان. متضمنًا علاقتها بالعنف من قبل الشريك المقرب. وعدم القدرة على الحصول على التوعية الجنسية بمفهومها الشامل. والنقص في الخدمات والتجهيزات الخاصة بالصحة الجنسية والإيجابية. وكذلك العاملين المهرة في هذا المجال الصحي. وأيضًا أهمية القوانين والسياسات التي تجعل الحصول على صحة إيجابية وجنسية شاملًا ومكتملًا^{١٠} هل فشل برنامج المؤتمر العالمي للسكان والتنمية؟ لا أعتقد ذلك. لقد حظي بقليل من الوقت حتى يحقق نجاحًا. وبدورها، ماذا حققت الأهداف الإنمائية للألفية؟ من ناحية أخرى. فإن الهدف الإنمائي الخامس للألفية. قد أزال المفهوم السياسي عن الصحة الجنسية والإيجابية، وهو ما اختزلها في رؤية ضيقة لصحة الأم. كما أظهر العدد الأخير من مجلة قضايا الصحة الإيجابية. أيضًا. حولت الأهداف الإنمائية للألفية العمل تجاه تحقيق أهدافها إلى تمرين للقياسات الكمية. يربط النجاح والفشل بمؤشرات رقمية. ماذا تظهر تلك المؤشرات حول الهدف الخامس منها والمتعلق بوفيات الأمهات؟ أظهرت دراسة خليجية لـ٥٤ دولة. مستويات مرتفعة من انعدام المساواة تقريبًا في تقديم الخدمات. إذ تعاني أفقر النساء من أكثر الصعوبات في الحصول على الكشف الطبي والمتابعة أثناء الحمل وكذلك الولادة تحت إشراف مهاري. وكانت الخدمة المقدمة بصورة أكثر إنصافًا هي المساعدة على البدء المبكر في عملية الرضاعة. وكانت الخدمات المجتمعية المقدمة أكثر عدالة في توزيعها من تلك التي تقدمها المنشآت الصحية. وبخصوص

والقانوني-على إطلاق اليوم العالمي للعمل من أجل صحة المرأة في ٢٨ مايو ١٩٨٨. مرفقاً بندا للنساء للعمل ضد وفيات الأمهات. وفي ١٩٩٤ تمت الموافقة على برنامج عمل المؤتمر العالمي للسكان والتنمية وبرنامج عمل بكين في ١٩٩٥ من أغلبية الحكومات. نشرت منظمة الصحة العالمية في ٢٠٠٣ الإجهاض الآمن: دليل للتقنيات والسياسات في النظم الصحية. وأثناء زهابنا للطبع. اقترت نشر النسخة المحدثة من الدليل والتي تمت مراجعتها. ونشر هنا نص الملخص التنفيذي له. ومنذ ذلك الوقت. نتابع تدفقاً لا ينتهي من الأبحاث الإكلينيكية والاجتماعية التي تفتح آفاقاً جديدة وتطويراً للبرامج والسياسات الصحية التي لا تساند الأمومة الآمنة فقط. ولكن أيضاً الطيف الواسع من الحقوق الصحية الجنسية والإيجابية. سيتم إطلاق حملة دولية جديدة من أجل حق النساء في إجهاض آمن في ٢٨ مايو ٢٠١٢. لتربط وتنسق الجهود القائمة وتدعم مجهودات جديدة في اتجاه تأكيد حق النساء في إجهاض آمن في كل بلد. هذا فقط جزء ضئيل من العمل المبذول لإحداث تغيير في منظومة دعم صحة النساء. ذات التاريخ الطويل. والتي لا زال أمامها طريق طويل تسير فيه.

شكر وتقدير

لكل من راجيت كوسلا. إستر كيسمودي. جوليا حسين. ليزا هولجارتن. كارلا أبو زهر. أشاجورج. سونداريرافيندران. جين كوتنجهام. وغيرهم كثيرين

خدمة الإجهاض الآمن كانت عوامل مهمة أيضاً. كما يظهر في الخلاصة حول القانون والسياسات.

المستقبل يولد من الماضي:

هناك شيئان مشجعان للغاية في هذا العدد من المجلة: الأول - أن المؤلفين لا يتحدثون فقط عن مدى سوء الأحوال وماذا نحتاج أن نفعل. ولكنهم أيضاً يصفون ما يتم فعله لإحداث تغيير في الموقف على الأرض. والثاني- هو ظهور نشطاء يهتمون بأمور الحمل ونتائجه والحاجة لإجهاض آمن. فنحن في منعطف حاسم. ولا بد أن يتوسع هذا النوع من العمل. سيتم استبدال الأهداف الإيمائية للألفية غالباً بـ«أهداف التنمية المستدامة» بعد عام ٢٠١٥. ولكن الشائعات تحدث عن التأثير الهائل المتوقع لمداولات ريو ٢٠+ - على كيفية صياغتها. لأسباب ليس أقلها قضية «السكان» والتي تبقى محل جدل كبير. ولا بد من مقاومة خطر العودة للوراء في هذه الناحية. ولا يمكن السماح لمبادرات تنظيم الأسرة والسكان أو صحة الأم أن تعود قضايا تُعالج على نحو منفرد مرة أخرى في شكل برامج رأسية. كما كان الحال في الستينات. فالصحة والحقوق الجنسية والإيجابية. بكل تعقيداتها. لا يجب أن يسمح بدفعها خارج الأجندات القومية على الإطلاق. في ١٩٨٧. أطلقت المبادرة الأولى للأمومة الآمنة في مؤتمر بنبروبي. وأيضاً في ١٩٨٧. في الملتقى العالمي للمرأة والصحة بسان خوسيه. اتفق المدافعون عن الحمل والولادة الآمنة. وكذلك الإجهاض الآمن

Maternal mortality or women's health: time for action

Marge Berer, Reproductive Health Matters 2012; 20(39):5-10



الصندوق المركزي الأمريكي للمرأة

«الأمومة: فقط لو أريد. فقط لو أستطيع». اليوم العالمي للعمل من أجل عدم جرم الإجهاض. نيكاراغوا، ٢٨ سبتمبر ٢٠١١

المراجع

1. AbouZahr C. New estimates of Maternal Mortality, and how to interpret them: choice or confusion? Reproductive Health Matters 2011; 19(37):117-28.
2. Lozano R, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. Lancet 2011; 378(9797):1139-65.
3. Gates M. Speech at TEDx Change. Berlin, 5 April 2012.
4. Drafted with Jane Cottingham in January 2012.
5. Barros AJ, Ronsmans C, Axelson H, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. Lancet 2012; 379(9822):1225-33.
6. International Service for Human Rights. Special Rapporteur on the right to health links decriminalization of abortion to the right to health. 2011. At: www.ishr.ch/general-assembly/1196-special-rapporteur-on-the-right-to-health-links-decriminalisation-of-abortion-to-the-right-to-health.
7. UN General Assembly. Human Rights Council. Annual report of the UN High Commissioner for Human Rights and reports of the Office of the High Commissioner and the Secretary-General. Practices in adopting a human rights-based approach to eliminate preventable maternal mortality and human rights. A/HRC/18/27. 8 July 2011.
8. UN General Assembly. Human Rights Council. Preventable maternal mortality, morbidity, and human rights. 18th session, agenda item 3. A/HRC/18/L.8. 23 September 2011.
9. Report of the UN Secretary-General. Actions to strengthen linkages among programs, initiatives and activities throughout the UN system for gender equality, the empowerment of women and girls, protection of all of their human rights and elimination of preventable maternal mortality and morbidity. Item three of the provisional agenda. Commission on the Status of Women, 56th session, 27 February-9 March 2012.
10. Hussein J, Bell J, Dar Iang M, et al. An appraisal of the maternal mortality decline in Nepal. PLoS One 2011; 6(5):e19898.

تحقيق في وفيات الأمهات عقب الاحتجاجات الشعبية في منطقة ماديا براديش، وسط الهند

بقلم: صبحة سري با، ساروجيني ن، رينو خاناء

أ مديرة عبادة الصحة الإيجابية، مركز التعليم الاجتماعي للمرأة الريفية؛ رئيسة موضوع صحة الأم، الصحة المشتركة (خالف من أجل صحة الأمهات وحديثي الولادة والإجهاض الآمن)، فيرابورام بوست، تاميل ناندو، الهند. للمراسلة: subhasrib@gmail.com

ب مديرة ساما - مجموعة الموارد للمرأة والصحة الإيجابية، الإدارة الوطنية المشتركة، جان سواسزيا أبهيان، نيودلهي، الهند

ج اعتماد، ساهاج - جمعية البدائل الصحية، وعضو في اللجنة التوجيهية، الصحة المشتركة، والإدارة الوطنية المشتركة، جان سواسزيا أبهيان، فادودارا، جوجارات، الهند

ترجمة: غادة طنطاوي

موجز المقال: منذ عام ٢٠٠٥، تبنت الحكومة الهندية العديد من المبادرات من أجل مواجهة مشكلة وفيات الأمهات، وتضمنت تلك المبادرات جهوداً من أجل تحسين الخدمات المقدمة للأمهات، وتدريب العاملين في مجال الصحة داخل الجماعات المحلية، ومنح النساء الفقيرات حوافز نقدية إذا قمن بالولادة في منشأة صحية. وفي أعقاب الاحتجاجات المحلية عام ٢٠١٠ بسبب ارتفاع عدد وفيات الأمهات في مقاطعة باروا ني التابعة لماديا برادش، وسط الهند، قمنا بزيارة لتقصي الحقائق في يناير ٢٠١١، من أجل التحقيق في وفاة ٢٧ من الأمهات في تلك المنطقة في الفترة بين إبريل ونوفمبر ٢٠١٠. وقد اكتشفنا غياب الرعاية الصحية لمرحلة ما قبل الولادة بالرغم من ارتفاع معدلات الأنيميا، والافتقار إلى القابلات الماهرات، والعجز عن القيام برعاية التوليد في الحالات الطارئة، حتى في ظل الاحتياج الشديد لذلك. كما أن الإحالة إلى العيادات أو المراكز الصحية لم تترجم إلى علاج قط. وقد عرضنا حالتين كمثال، وأخذنا النتائج التي توصلنا إليها إلى مسؤولي الصحة في الإقليم والولاية وطالبنا باتخاذ إجراءات فعلية لمنع وفيات الأمهات. وتساءلنا عن جدوى سياسة منح النقود للنساء كي ما تلدن في مؤسسات صحية تفتقر إلى الرعاية الصحية الجيدة، قبل التأكد أولاً من جودة الخدمة الصحية المقدمة، ذلك أنه يجب أولاً التأكد من مستوى الرعاية، ودعم المرفق وتقويته كي ما يواكب تزايد أعداد المرضى. وسجلنا الافتقار إلى الحاسبة والتمييز والإهمال الذي تتعرض له النساء الفقيرات - خاصة نساء القبائل - كما أثبتنا الصلة الوثيقة بين الفقر ووفيات الأمهات. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٢

An investigation of maternal deaths following public protests in a tribal district of Madhya Pradesh, central India
Subha Sri B, Sarojini N, Renu Khanna, Reproductive Health Matters 2012; 20(39):11-20

الكلمات الدالة: وفيات ومرضاة الأمهات، منافع الأمومة، سياسات وبرامج الصحة الإيجابية، النظم الصحية، الحاسبة، الهند

ووفقاً لليونيسيف، حدث 11٪ من وفيات الأمهات بين الداليت^١ والمجتمعات القبلية^٢.

اتخذت الحكومة الهندية العديد من المبادرات منذ عام ٢٠٠٥، من أجل مواجهة مشكلة وفيات الأمهات، فعلى سبيل المثال، أسست وزارة صحة ورفاهة

* الطبقة الأدنى في النظام الترتيبي التقليدي في الهند وكان يطلق عليهم في الماضي «المنبوذون»

تموت ٨٠ ألف امرأة في الهند كل عام بسبب مشكلات مرتبطة بالحمل - ويفوق هذا العدد نظيره في أي بلد في العالم - حيث قدرت نسبة وفيات الأمهات في الفترة بين ٢٠٠٤ - ٢٠٠٦ بـ ٢٥٤ لكل ١٠٠ ألف مولود حي^١. وقد وقع ثلثي هذه الوفيات في ولايات أسام، وبيهار، وتشهاتيسجاره، وجهارخاند، وماديا براديش، وأوريسا، وراجاستان، وأوتارانشال، وأوتار براديش^١.

الجماعات المحلية والمنشأة الصحية.

خلال الفترة من إبريل إلى نوفمبر ٢٠١٠، أشارت التقارير إلى حدوث ٢٧ حالة وفاة بين الأمهات في مستشفى الحي في باروانى، وهي منطقة قبلية في الأساس. تقع في جنوب غرب لماديا باراديش. وسط الهند. وقد حدثت تسع من هذه الحالات في شهر نوفمبر وحده. وقامت إحدى الحركات الاجتماعية غير الحكومية العاملة في هذا المجال SATHI بجذب انتباه الجمهور إلى هذه الوفيات. وحدث احتجاجان كبيران في ٢٨ ديسمبر ٢٠١٠ و ١٢ يناير ٢٠١١. شاركت فيهما على وجه الخصوص نساء القبائل. نظرًا إلى العدد الكبير في وفيات الأمهات. وردًا على ذلك. قام فريق لتقصي الحقائق بزيارة برواني في يناير ٢٠١١. كي يبحث العوامل التي أسهمت في حدوث هذه الوفيات. ونقدم هنا تحليلًا لتلك العوامل. استنادًا إلى التشريح اللفظي ومراجعة سجلات الحالات والملاحظة والمقابلات خلال الزيارات التي قمنا بها للمنشآت الصحية.

المنهج

إضافة إلى كتاب هذه الورقة. تألف فريق تقصى الحقائق من طبيب توليد وأحد النشطاء في مجال الصحة ومحلل نظم صحية. وقام أعضاء الفريق بعمليات التشريح اللفظي خلال مقابلات مع عائلات ست من النساء المتوفيات. وكانت هذه العائلات تقطن في المنطقة. وكانت المنظمات المحلية وسيلتنا في الوصول إليهم. وقدمت العائلات الست الموافقة الشفهية على إجراء هذه المقابلات. كما استطاع الفريق الوصول إلى سجلات الحالات الـ ٢٧ في مستشفى المنطقة. إضافة إلى سجلات الإحالة لنساء أخريات أُحُلن من مستشفى المنطقة.

علاوة على ذلك. قام الفريق بزيارات إلى المنشآت الصحية المحلية. الخاصة والعامّة على حد سواء. بما في ذلك مستشفى المنطقة. وواحد من مراكز صحة الجماعة المجتمعية وأحد مراكز الصحة الأولية. وذلك

الأسرة «البعثة القومية للصحة الريفية» عام ٢٠٠٥. بهدف زيادة فرص توفير رعاية صحية جيدة ومتاحة للسكان. خاصة سكان المناطق الريفية والفقراء والنساء والأطفال. وجرى تخصيص استثمارات من أجل توفير عمال صحيين في الجماعات المحلية يُطلق عليهم «نشطاء الصحة الاجتماعية المعتمدون» في كل قرية. وتحسين البنية الأساسية المتعلقة بالمرافق الصحية. وبناء قدرات العمال الصحيين. وتحسين مستوى خدمات الصحة العامة.

وعلى وجه الخصوص. بدأت البعثة القومية للصحة الريفية في تقديم التمويل في مجال صحة الأم. باعتبارها واحدة من مجالاتها الستة الأساسية. مع إعطاء اهتمام خاص للولايات المشار إليها أعلاه. صاحبة المؤشرات الأسوأ فيما يخص الرعاية الصحية والتنمية. غير أن السياسة الأهم التي بادرت بها الحكومة فيما يخص صحة الأم. كانت الدفع باتجاه إضفاء المزيد من الطابع المؤسسي على عملية الولادة. استنادًا إلى أن نقل المرأة إلى مرفق صحي وقت الولادة سوف تنتج عنه أوتوماتيكيًا رعاية صحية أفضل. وبالتالي تخفيض عدد وفيات الأمهات. ويقوم جانيني سوراكشا يوجانا «مشروع حماية الأم» بالترويج لذلك عبر دفع حوافز نقدية للمرأة الحامل. شريطة أن تضع مولودها في منشأة صحية. وفي الولايات التي ذُكرت أسماؤها أعلاه. خُصل المرأة التي تنتمي لأسرة تحت خط الفقر على ١٤٠٠ روبية (نحو ٣١ دولارًا). مقابل قيامها بوضع المولود في منشأة صحية. ويمثل هذا المبلغ تقريبًا إجمالي الدخل الشهري للأسرة في مناطق القبائل في تلك الولايات. وعند تقييم نتيجة هذه السياسة. اتضح أن هذه الحوافز كان لها تأثير مهم فيما يخص زيادة الاهتمام برعاية ما قبل الولادة والإقبال على الوضع في المنشآت الصحية. لكن مستوى جودة الرعاية الصحية ظل سيئًا^٤. ومن غير المؤكد ما إذا كانت أعداد وفيات الأمهات قد تراجعت بالفعل في ظل هذا البرنامج. وقد أصدرت الحكومة مؤخرًا مبادئ استرشادية قومية تفوِّض الولايات في مراجعة وفيات الأمهات على مستوى كل من

جدول ١. السبب المباشر في وفيات الأمهات،
منطقة بارواني إبريل - نوفمبر ٢٠١٠

سبب الوفاة	العدد = ٢٧
أنيميا حادة	٧
نزيف ما قبل الوضع	٣
نزيف ما بعد الوضع	٢
تشنج الحمل/ ما قبل تشنج الحمل	٤
الملاريا	٤
اليرقان	٣
الولادة المتعسرة (سقوط يد الجنين المستعرض من الرحم إلى المهبل)	٢
حمى مع فقدان الوعي	١
تشنجات مع صدمة	١

توفر العلاج وجوده الرعاية

رعاية ما قبل الولادة

تلقت امرأة واحدة - من بين حالات التشريح اللفظي الست التي قمنا بها - رعاية ما قبل الولادة، واقتصرت هذه الرعاية على حقن التيتانوس، ولم تتلق أي من النساء الخمس الأخريات أي نوع من رعاية ما قبل الولادة، حتى النساء اللاتي كن في حالة الحمل الخطر. مثل اللاتي حدثت لهن ولادة قيصرية في السابق. ولم يكن بوسعنا الحصول على تفاصيل حول رعاية ما قبل الولادة للنساء الـ ٢١ الأخريات؛ إذ إن ذلك لم يكن موثقاً في سجلات الحالات.

خلال زيارتنا الميدانية، لاحظنا الافتقار إلى رعاية ما قبل الولادة، ويتكون النظام الصحي المتعب في الهند من مساعدات يعملن ممرضات/قابلات أو عامل متعدد الأغراض يقدم خدمات مختلفة على مستوى القرية، ومركز للصحة الأولية لكل ٣٠ ألف شخص، ومركز الصحة المجتمعي لكل ١٠٠ ألف شخص وهو يقدم المستوى الثانوي للرعاية ويُعد وحدة الإحالة الأولى. - ومستشفى المنطقة وتُقدم المستوى الثالث

بهدف دراسة البنية الأساسية وجوده الرعاية التي تقدمها هذه المراكز. وأجرى الفريق مقابلات مع ١٢ من العاملين في الرعاية الصحية في تلك المنشآت. من بينهم كبار المسؤولين الصحيين وأطباء توليد وممرضات ومساعدات يعملن ممرضات/ قابلات. وتم الاطلاع على العديد من الوثائق المتعلقة بالسياسات والبرامج الخاصة بصحة الأم، بما في ذلك خطط المنطقة لتنفيذ برامج البعثة القومية للصحة الريفية، والمبادئ الاستراتيجية لمتخلف المشروعات الحكومية حول صحة الأم وتقارير المراجعة على مستوى الدولة.

النتائج

من بين حالات وفيات الأمهات الـ ٢٧، كانت ٢٦ منها مدرجة في السجل الحكومي لوفيات الأمهات، وكانت واحدة مدرجة في مستشفى المنطقة كحالة جرت إحالتها إلى مركز ذي مستوى أعلى، لكنه قد تبين أثناء التحقيق أن السيدة قد توفيت بالفعل في مستشفى المنطقة. لكن هذه قد لا تكون صورة حقيقية للوضع في المنطقة، لأنه لا يوجد نظام لتسجيل حالات الوفاة، كما لا توجد بيانات حول عدد الوفيات التي حدثت في المنزل أو خلال الانتقال من المستشفيات الصحية وإليها.

بحث أسباب الوفاة

من بين الحالات الـ ٢٧، كانت هناك ٢١ حالة تنتمي إلى قبائل مصنفة، وهم يمثلون السكان المحليين الذين يقعون خارج نظام الطبقات التقليدي، وهم أحد قطاعات المجتمع الأكثر فقراً وضعفًا، والأقل قدرة في الحصول على الخدمات الصحية مقارنة بغير القبليين والطبقات الأخرى. وتعتبر هذه النسبة كبيرة للعناية، حتى فيما يخص بارواني، حيث تمثل القبائل المصنفة ١٧٪ من السكان.

يبين جدول ١ الأسباب المباشرة للوفاة

الصحيين. وعبر الفحص المتأني للخطط الصحية في المنطقة. أنه لا توجد برامج لمواجهة الأنيميا على المستوى القومي أو مستوى المنطقة. وفي واقع الأمر. فإن مركز صحة الجماعة المحلية الذي زرنه لم يكن به وسائل قياس الهيموجلوبين.

رعاية ما بعد الولادة

كما اكتشفنا من خلال التفاعلات مع العائلات ومقدمي الرعاية الصحية أنه لا توجد نظم مطبقة لرعاية ما بعد الولادة. وبالرغم أن البرامج قد أشارت إلى أن رعاية ما بعد الولادة يجب أن تتوفر بواسطة المساعدة (الممرضة/القابلة) والعمال الصحيين داخل الجماعة. إلا أنه في الواقع. لم يحدث على أرض الواقع. كما اكتشفنا أنه في أغلب الحالات يتم إخراج المرأة من المنشأة الصحية بعد الولادة بوقت قصير. بدلاً من إبقائها ٤٨ ساعة. كما يحدد برنامج الرعاية الصحية. ويرجع ذلك إلى عدم وجود أماكن كافية. وفي منشآت أخرى. يحدث العكس. حيث تجبر النساء على البقاء لمدة ٤٨ ساعة حتى تحصل على الحافز النقدي. وذلك حتى بالرغم من عدم وجود دورات مياه.

المضاعفات ومحاولات الحصول على علاج

من بين حالات الوفاة الـ ٢٧ في مستشفى المنطقة. توفيت ١٢ امرأة في مرحلة ما قبل الولادة. وأربع أثناء الولادة. و ١١ بعد الولادة. ومن بين النساء الـ ١١ اللاتي توفين بعد الولادة. قامت سبع بالوضع في منشأة للرعاية الصحية. وست وضعن في مستشفى المنطقة. وواحدة في مركز الرعاية الخاص بالجماعة المحلية. وثلاث في المنزل. ولم توجد معلومات حول واحدة منهن. لكننا وجدنا أن النساء الـ ٢٧ جميعهن حاولن الحصول على رعاية من إحدى المؤسسات الصحية بمجرد حدوث مضاعفات.

وفيما يخص الحالات الست التي قمنا بعمل تشريح لفظي بشأنها. تتبعنا الطرق التي سلكتها النساء كي تصل إلى المنشآت الصحية التي كان بوسعها علاجهن. تمت إحالة ثلاث من النساء الست إلى مؤسستين أو ثلاث قبل الوصول في النهاية إلى

من الرعاية الصحية. وقد وجدنا أن المساعدات (الممرضات/القابلات) - اللاتي يعملن في مراكز الصحة الأولية والمراكز الصحية الفرعية. واللاتي يتوقع منهن العمل بوصفهن قابلات ماهرات- لا يزرن القرى بغرض تقديم رعاية ما قبل الولادة كما هو مفترض منهن. كما اتضح أن البنية التحتية المطلوبة لهذه الزيارات. مثل الطرق ونظم الانتقال. غير متوفرة. كما أن نشطاء الصحة الاجتماعية المعتمدين المحليين لا يُستفاد منهم على نحو كافٍ. والعديد من الأسر لم تسمع حتى عنهم من قبل. وكشفت المقابلات مع هؤلاء النشطاء عن الفجوة الكبيرة لديهم فيما يخص المعلومات الأساسية حول مضاعفات الولادة الأساسية. علاوة على ذلك. كانت المنشآت الواقعة في الأطراف فقيرة التجهيز ولا تعمل بصورة كاملة: ذلك أن المركز الصحي المجتمعي والذي صُمم باعتباره مستوى الرعاية الأول-ومن المفترض أن يقدم رعاية شاملة لحالات الولادة الطارئة- لم يكن لديه الأدوات اللازمة لتقديم الرعاية في حالات الولادة الطارئة.

ربما كان من الممكن تجنب بعض الوفيات لو كانت رعاية ما قبل الولادة قد توفرت. لكنه بالرغم من ارتفاع مستويات الأنيميا في المنطقة. فلم يُدرج لدى الخطط الصحية هناك برامج خاصة لمواجهة الأنيميا أو أسبابها أو الماريا أو فقر الدم المنجلي. وهي أمراض تنتشر بشدة في تلك المنطقة. وأشارت سجلات الحالات إلى ارتفاع الأنيميا بشدة بين النساء الحوامل. ومن بين حالات الوفاة الـ ٢٧. كانت ١٧ امرأة تعاني من انخفاض الهيموجلوبين في الدم إلى ٨ جرام لكل ديسيلتر أو أقل. من بينهم خمس نساء لديهن أنيميا حادة حيث يبلغ مستوى الهيموجلوبين في الدم ٥ جرامات لكل ديسيلتر أو أقل. وخلال زيارة الفريق إلى مستشفى المنطقة. وجدنا في يوم واحد ثلاث نساء أُجِّلن إلى العنابر لديهن مستوى هيموجلوبين ٤. ٦ و ٢ جرام لكل ديسيلتر على التوالي. وقال لنا الأطباء في مستشفى المنطقة. أن المستشفى يقوم كل يوم بعمل نقل دم لما بين ٢٠-٤٠ من النساء الحوامل. كما عرفنا عن طريق المقابلات مع كبار المسؤولين

عن ذلك تأخر في الانتقال عند الإحالة من منشأة إلى أخرى.

الأوضاع في المنشآت الصحية

لقد اكتشفنا من خلال عملية الملاحظة أثناء زيارتنا للمنشآت الصحية أن الحوافز النقدية التي كان يقدمها مشروع حماية الأم قد زادت من عبء العمل في مستشفى المنطقة والمركز الصحي المجتمعي. بسبب زيادة إقبال النساء على الولادة بها. وتشير الدراسات إلى أن حالات الوضع في المؤسسات الصحية في منطقة باروانتي قد تزايدت من ١٧.٤٪ من إجمالي حالات الوضع عام ٢٠٠٣، إلى ٢٩.٤٪ في ٢٠٠٨. ثم ٥٨.٣٪ في ٢٠٠٩. غير أنه أكثر من ٦٠٪ من هذه الحالات حدثت في منشأة صحية ذات مستوى أعلى مثل مستشفى المنطقة أو مراكز الرعاية الصحية المجتمعية.

وتراوحت فترة إقامة النساء المتوفيات الـ ٢٧ في مستشفى المنطقة بين ٣٠ دقيقة إلى ما يزيد على ٤٣ ساعة، وكشفت مراجعة سجلات الحالات حدوث تأخر طويل في المرحلة الثالثة للولادة في ١٠ من الـ ٢٧ حالة على الأقل. وتضمن ذلك التأخر في بدء التعامل الحاسم مع الوضع لدى أربع حالات كن يعانين من تسمم الحمل، والتأخر في السيطرة على النزيف وعلاجه في حالتين، والتأخر في التعامل الجراحي مع الولادة المتعسرة في حالتين، والتأخر في إدارة الصدمة في حالتين. ولم تحصل واحدة من النساء الـ ٢٧ اللاتي توفين على أي تدخل جراحي طارئ، بالرغم من أن الحاجة إلى هذه الجراحة الطارئة كانت واضحة في سبع حالات على الأقل. وفي واقع الأمر، كان مستوى الرعاية في العديد من هذه الحالات سيئاً، وفي الكثير منها، لم يتم الالتزام ببروتوكولات العلاج المعيارية؛ على سبيل المثال، لم تحدث في أية حالة من الحالات الأربع من حالات تشنج الحمل وما قبل تشنج الحمل الحد أية محاولة للتعجيل بالولادة، سواء عبر تحفيز بدء الولادة أو عبر تسريع الولادة أو إجراء الولادة القيصرية. وفي بعض الحالات، كان مستوى الرعاية رديئاً إلى حد يمكن وصفه بالإهمال، والأكثر من ذلك

مستشفى المنطقة الذي لديه مركز شامل لرعاية التوليد الطارئة وبنك للدم وغرف عمليات مجهزة. ولم تكن مراكز الرعاية الصحية الأولية ولا المراكز المجتمعية مجهزة كي تقدم الرعاية الأولية في حالات الولادة الطارئة، أو كي تجعل النساء في حالة مستقرة قبل إحالتهم إلى منشأة صحية ذات مستوى أعلى. والأكثر من ذلك، تمت إحالة ١٣ فقط، من بين ٢٦ امرأة جرى علاجهن في مستشفى المنطقة، إلى منشأة ذات مستوى أعلى. وهي كلية طب حكومية في المدينة على بعد أربع ساعات من القرية. لكن أيًا من النساء لم تقم بهذه الرحلة حيث توفين جميعهن في مستشفى المنطقة. كما كشف التشريح اللفظي أيضًا أنه بمجرد إحالة المرأة إلى منشأة ذات مستوى أعلى، لم تتحمل الجهة الحاملة مسؤولية إرسال شخص من العاملين معها كي يصاحبها خلال الرحلة بحيث تصل إلى المؤسسة الأخرى آمنة.

وفيما يخص النساء الأخريات اللاتي أحالهن مستشفى المنطقة إلى مستوى أعلى من أجل العلاج الطارئ، استطعنا اكتشاف ٤٧ خطأ في الإحالة في الفترة بين ١٧ يوليو ٢٠١٠ إلى ٢١ يناير ٢٠١١. وعلى الأقل، كانت ١٦ من هذه الإحالات تخص مضاعفات تحتاج إلى تعامل فوري، مثل تمزق الرحم، والرحم المفلوب، والصدمة الناتجة عن النزيف، وهي كلها حالات كان من المفترض أن يكون مستشفى المنطقة قادرًا على التعامل معها، ولم يكن باستطاعتنا الحصول على سجلات لحالات تلك النساء، ومن ثم لم تكن لدينا تفاصيل حول ما حدث لهن، بما في ذلك ما حدث في أعقاب تركهن مستشفى المنطقة.

ومن بين حالات الوفاة الست التي استطعنا مقابلة أسرهن، كان بوسع ثلاث فقط النجاح في الحصول على خدمة الإسعاف الحكومية من أجل نقلهن. وكما سنوضح لاحقًا، لا يزال الافتقار إلى وسائل النقل أحد العوامل الأساسية التي تؤدي إلى وفيات الأمهات. وقد أخبرتنا عائلات عدة من التقيناها أنها اضطرت إلى إنفاق مبالغ مالية كبيرة من أجل استئجار سيارات خاصة تقوم بنقل النساء، ونتج

لكنه لم تكن تجرى عمليات طارئة ليلاً. وهو ما يعود جزئياً إلى أن المستشفى لم يكن مجهزاً من حيث الموارد البشرية والبنية التحتية كي يتعامل مع تزايد عبء المرضي. وبالرغم من أن مستشفى المنطقة به أربعة أطباء توليد. فإنهم كانوا جميعاً خارج المستشفى. إما في تدريب أو كانوا يقومون بعمليات تعقيم للنساء. وأشار الأطباء الذين أجرينا مقابلات معهم إلى شدة التوتر وضغط العمل. وقالوا إنهم كانوا ينتظرون الفرصة كي يتركوا العمل في الخدمة الصحية الحكومية. وكان هناك نقص كبير في فريق العمل الماهر - يوجد خمس ممرضات فقط في قسم النساء الذي به ٦٠ سريراً وغرفة توليد في مستشفى المنطقة: اثنتان يعملن صباحاً. واثنتان يعملن مساءً. وواحدة تعمل ليلاً.

وعلى كل المستويات. كانت قدرة فريق العمل ودفاعيته ضعيفة للغاية. علاوة على ذلك. لم يكن هناك التزام بالبروتوكولات المعيارية للتعامل مع الحالات. مثل استخدام البارتوجرام ووسائل الوقاية من العدوى. كما أن مستوى النظافة لم يكن مرضياً. وأشارت النساء المريضات اللاتي قابلناهن إلى تعرضهن لاعتداءات جسدية ولفظية من جانب العاملين أثناء الولادة. وشعرت نساء القبائل بأن مقدمي الخدمة يعاملهن بتمييز.

ووجدنا أنه يجري تكبيد المرضى رسوم استخدام الخدمة على نحو واسع في المنشآت الصحية العامة. حتي عندما تكون المرأة مصنفة بين من يقعون تحت خط الفقر الرسمي. ومن ثم يحق لها الحصول على خدمات وأدوية مجانية. كانت الأسر تضطر إلى دفع مقابل الدواء والتشخيص والخدمات الأخرى.

القابلات المهارات

يرتكز مشروع حماية الأم على فرضية أنه بمجرد نقل المرأة إلى المؤسسة الصحية. فسوف تقوم بتوليدها قابلة ماهرة. لكننا وجدنا أن هذه الفرضية

* وقد تم إدخال هذه الرسوم في المنشآت الصحية العامة في ماديا براديش في ١٩٩٧ - ١٩٩٨ باعتبارها جزءاً من الإصلاحات التي طالت قطاع الصحة.^١

أنه في حالتها الوفاة نتيجة الولادة المتعسرة. كانت الحالة عند دخول المستشفى هي سقوط يد الجنين المستعرض من الرحم إلى المهبل. ومع ذلك لم يحدث محاولة توليدهم بواسطة عملية قيصرية. بالرغم من أن إحدى السيدتين ظلت في المستشفى أكثر من ثلاث ساعات والأخرى أكثر من ست ساعات.



امرأة ترقد بعد الولادة في سرير أمام شرفة مفتوحة في مركز الرعاية الخاص بالجماعة المحلية

وكان مستشفى المنطقة مجهزاً على نحو كامل كي ما يقوم بعمليات ولادة قيصرية. وفي واقع الأمر. كان المستشفى يجري العديد من هذه العمليات شهرياً. ومن بين نحو ٤٠٠ حالة ولادة حدث شهرياً في المستشفى. هناك نحو ٢٠ عملية قيصرية. لكن هذا العدد يقل كثيراً عن معدل إجراء العمليات القيصرية لدى المستشفى المجتمعي. الذي يتراوح بين ٥ - ١٥٪. ناهيك بمراكز الإحالة ذات المستوى الأعلى مثل مستشفى المنطقة. وفي الحقيقة. كانت غرفة العمليات مجهزة على نحو جيد كي تجري جميع أنواع عمليات التوليد والنساء.

الافتقار إلى مراجعة وفيات الأميات

لا تتم مراجعة وفيات الأمهات بصورة منتظمة في المنطقة، سواء في المؤسسات الصحية أو في المجتمع. بالرغم من توفر مبادئ استرشاديه تضيف الطابع المؤسسي على هذه المراجعات.^٥

وتوصي منظمة الصحة العالمية بالاعتماد على عدة مؤشرات عملية لتحديد مدى كفاية رعاية الولادة الطارئة. وتتضمن هذه المؤشرات عدد خدمات رعاية الولادة الطارئة المتاحة لكل ١٠٠ ألف شخص. وتوزيعها الجغرافي. ونسبة حالات الولادة في مؤسسات رعاية الولادة الطارئة إلى إجمالي حالات الولادة. ومدى الاستجابة لاحتياجات رعاية الولادة الطارئة. ونسبة الولادة بعملية قيصرية لإجمالي عدد حالات الولادة. ومعدل الوفيات بالنسبة لعدد الحالات.^٦ لكن عندما حاولنا الحصول على بيانات. على الأقل لبعض هذه المؤشرات في منطقة بارواني. وجدنا أن البيانات التي تم جمعها في نظام معلومات إدارة الصحة كانت غير كافية. وكانت البيانات حول أعداد حالات الولادة في المنشآت الصحية والحوافز النقدية المقدمة في مقابل ذلك مجرد مقاييس تُستخدم في قياس تقدم خفض عدد حالات الوفاة. وقد أظهرت تلك البيانات تزايداً واضحاً في حالات الولادة داخل المؤسسات منذ بدء مشروع حماية الأم وتقديم الحوافز النقدية.

تاريخ الحالات

نقدم تاريخ حالتين من حالات الوفاة بغرض توضيح النتائج التي توصلنا إليها.

جارلي باي

تبلغ جارلي باي من العمر ٣٢ عامًا. وتنتمي إلى قبيلة بهيل. وكانت تعيش في قرية في منطقة جاور بارواني. وكان هذا الحمل الثالث لها. وقد توفي مولودها الأول في أعقاب الوضع مباشرة. وولد طفلها الثاني ميتاً في عملية قيصرية في مستشفى المنطقة في بارواني. وفي هذا الحمل. لم تنلق جارلي باي أي نوع

ليست صحيحة. ذلك أن عمليات الوضع في المراكز الصحية الأولية والمراكز الخاصة بالجماعة المحلية كانت تجري بواسطة مرضات أو مرضات/قابلات لم يتلقين أي تدريب أو يحصلن على أية شهادات في مهارة التوليد. ولم يكن لدى مستشفى المنطقة مولدات ماهرات. بل كانت معظم حالات الولادة تُدار بواسطة مولدات تقليديات جرى تسجيلهن مساعداتٍ في غرفة التوليد في ظل النقص الحاد في الممرضات. وكان التدريب على الخدمة الذي تتلقاه الممرضات والمساعدات اللاتي يعملن مرضات/قابلات غير كافٍ. وكشفت المقابلات مع الممرضات أن مستوى المعرفة والمهارة لديهن فيما يخص مضاعفات الولادة ومهارات التعامل مع تلك المضاعفات غير كافٍ.

ضعف الإدارة والمحاسبة

كان ضعف الإدارة والمحاسبة من بين الأمور الأساسية التي تكتشفت خلال البحث الذي قمنا به؛ ذلك أن الافتقار إلى المحاسبة اتضح من خلال سوء مستوى الرعاية. واللامبالاة من جانب العاملين في المؤسسات الصحية. والاستهانة المتكررة بالمبادئ الأخلاقية عند تقديم الخدمة. كما رُوِيَ لنا عند الحديث عن تاريخ الحالات هنا. ويجب تغيير العديد من الممارسات. حيث توجد مشكلات خطيرة في الثقافة السائدة داخل النظام الصحي في المنطقة بصدد الفساد والسعي إلى الكسب الفردي والإهمال في أداء الواجب. فقد وجدنا فساداً مستشرياً في جميع مستويات النظام الصحي. جرى توثيقه في تقارير الرقابة الخاصة بالعديد من المشروعات الحكومية.

كما أنه لا يوجد أي نوع من إجراءات التظلم أو آليات للإنصاف. والأكثر من ذلك أنه عند تقديم الشكاوى. لا يتلقى الشاكي أي رد من الحكومة. ولم يقبل المسئولون الصحيون في المنطقة إقامة أي حوار مع الشاكين. وبدلاً من ذلك. جرى التهديد بإجراءات عقابية. من بينها السجن. ضد الأسر التي تقدمت بشكاوى. فيما انهالت الاتهامات على الذين شاركوا في الاحتجاجات على وفيات الأمهات.^٧

لأن فصيلة دمها لم تكن متوفرة في بنك الدم في مستشفى المنطقة، وكان على أقاربها تأجير سيارة خاصة، حيث قيل لهم إنه لا يمكن توفير عربة إسعاف لنقلها إلى إندور، لكن الأهل لم يكن بوسعهم دفع تكاليف السيارة، ومن ثم أعادوها إلى القرية. وبحلول الساعة ٨ صباحاً في اليوم التالي، كانت حالتها قد ساءت، وأخذها أهلها إلى مركز الرعاية الأولية. وهناك قال لهم الطبيب إن حالتها سيئة ويجب نقلها إلى بارواني ثانية. وفي ظل خبرة اليوم السابق، رفضوا ذلك في البداية، لكنهم أخذوها في نهاية المطاف إلى بارواني، وهناك وجدوا الطبيب نفسه الذي قابله الليلة الماضية، لكنه رفض أن يراها ثانية، لأنه قد أحالها في الليلة السابقة إلى إندور. وخلال ساعة ونصف الساعة، ظل أقاربها يتوسلون إليه وإلى العاملين في المستشفى كي يقوموا بعلاجها دون طائل، وظلت جارلي باي في السيارة طوال هذا الوقت، وبحلول الساعة ١٠:٣٠ ظهرًا، ماتت في السيارة، وأخذوا جثتها إلى المنزل في سيارة خاصة. وجرى تسجيل هذه الحالة في السجلات الحكومية باعتبارها أُحيلت إلى مستشفى آخر، ولم يتم تسجيلها كحالة من حالات وفيات الأمهات في مستشفى المنطقة.

دورجا باي

يبلغ عمر دورجا باي ٣٢ عامًا، وتنتمي إلى قبيلة مصتفة وتعيش في قرية في منطقة برواني. وظلت دورجا باي متزوجة لـ ١٣ عامًا، وحملت خلال هذه الفترة ست مرات، عاش منها أربعة أطفال ومات طفلان. وفي الحمل السابع، لم تتلق دورجا باي أي نوع من رعاية ما قبل الولادة، ولم تأخذ حمض الفوليك أو مكملات الحديد، ولم يُجر لها أي اختبارات أو تطعيمات، وقامت مساعدة مرضة/قابلة بزيارتها لكنها لم تأخذ معها حقن تيتانوس. وبدلاً من العودة إليها بالحقن، طلبت المساعدة من دورجا باي أن تأتي إلى مركز الرعاية الخاص بالجماعة المحلية.

وخلال حالات الحمل السابقة، لم تحدث لدورجا باي أية مضاعفات أو مشكلات، وفي ٢٦ ديسمبر ٢٠١٠،

من رعاية ما قبل الولادة، باستثناء حقنة تيتانوس أعطاهما لها أحد العمال الصحيين متعددي الوظائف. وفي ليلة ١٦ يوليو ٢٠١٠، بدأت جارلي باي تشعر بالألم، وأخذوها إلى مركز الرعاية الصحية الأولية في نحو الساعة ٩:٣٠ مساءً، وكان يبعد نحو ١٠ كيلومترات من قريتها. وتكلفت الأسرة ٥٠٠ روبية (١١ دولارًا) في نقلها في سيارة خاصة، ولم يكن هناك أطباء في المركز وقت نقلها، ونصحهم الطبيب عبر التليفون بالذهاب إلى مستشفى المنطقة في بارواني. وقال أقاربها إن يد الجنين قد ظهرت أثناء وجودها في المركز، ونُقلت جارلي إلى مستشفى المنطقة، ووصلت في نحو الساعة ١٠ مساءً.

وتشير سجلات الحالة إلى أنها دخلت مستشفى المنطقة في الساعة ١١:٥٠ مساءً، وأنها كانت تعاني من سقوط يد الجنين المستعرض من الرحم إلى المهبل، والأنيميا الحادة، والشحوب الحاد، وكان ضغط الدم ١٢٠/٨٠، وكانت توجد آثار شق يشير إلى قيامها بعملية قيصرية في السابق. وعند فحص بطنها اتضح أن الجنين في الأسبوع الـ ٣٦، وفي وضع مستعرض داخل الرحم، ولم يكن صوت قلبه مسموعًا، وعند فحص المهبل تبين اتساع عنق الرحم كلياً بينما يد الجنين سقطت في المهبل، وكشف تحليل الدم أن نسبة الهيموجلوبين كانت تبلغ ١٠ جرامات لكل ديسيلتر، وكانت فصيلة الدم ب موجب. وبدأوا في إعطائها السوائل الوريدية، وتم إعطاؤها وحدة دم، وكان مقررًا إجراء عملية قيصرية لها. ووفقًا لما قاله أقاربها، اضطروا لشراء أدوية من خارج مستشفى المنطقة كلفتهم ٥٠٠ روبية، بالرغم من أن الأسرة تقع رسميًا تحت خط الفقر، ومن ثم كان يحق لها الحصول على الأدوية المجانية.

وقال أقاربها إنه في نحو الساعة ٣ صباحًا، بدلاً من إجراء العملية القيصرية لها، نصحهم الطبيب بأخذها فورًا إلى مستوى الإحالة الأعلى، في كلية الطب الحكومية، إندور، على بعد أربع ساعات من المنطقة. وأشار سجل الإحالة بعد ذلك إلى أنها أُحيلت إلى كلية الطب الحكومية في إندور

بعد موتها.

وكان فياباري باي، والدة دورجا باي، في حالة حزن عميق وانهارت أثناء قيامها برواية قصة ابنتها. وأظهرت شعورًا عميقًا بالذنب لأنها لم تستطع إنقاذها. وبدا أن الطفل كان يعاني استسقاء الرأس. حيث وصفته فياباري باي بأن رأسه كان كبيرًا. وتُعد الأسرة شديدة الفقر. وعندما أُجرينا المقابلة، لم تكن قد استطاعت الأسرة استعادة العقد الفضي، وظلت مثقلة بالديون.

المناقشة

هناك مشكلة سوء إدارة ومحاسبة كبيرة في النظام الصحي لمنطقة بارواني. وتطرح قصتنا جازلي باي، ودورجا باي، وقصص النساء الأخريات اللاتي قام الفريق بفحص حالات وفاتهن. العديد من الأمور، وفي عام ٢٠٠٥ تعهدت البعثة القومية للصحة الريفية بتوفير خدمات صحية للأُم ذات جودة عالية.^{١١} لكنه في منطقة بارواني عام ٢٠١٠، ظلت هذه المعايير غير متحققة.

وكشفت النتائج التي توصلنا إليها أن سياسة إضفاء الطابع المؤسسي على عملية الولادة لا تؤدي بالضرورة إلى تحسن الرعاية الصحية للأمهات، أو الحد من وفيات الأمهات. وقد تبين لنا عدم استعداد المؤسسات للتعامل مع زيادة عدد الأمهات اللاتي يأتين للولادة أو توفير رعاية توليد طارئة، وأن التركيز على تشجيع النساء على الولادة في المؤسسات قد أدى إلى غياب الاهتمام برعاية ما قبل الولادة وما بعدها. ويجب مراجعة نهج التركيز على الحوافز النقدية وحده. ذلك أنه من غير الأخلاقي دفع النساء إلى الولادة في المؤسسات في وقت لا تستطيع الدولة فيه ضمان تلقيهن عناية كافية.

ومثل المحاسبة داخل النظم الصحية جانبًا جيدًا من الحكم الرشيد. وقد أشارت الدراسات السابقة في الهند، في كارناتاكا مثلًا عام ٢٠٠٧، إلى أن الافتقار إلى آليات المحاسبة عند تقديم خدمة الولادة قد يؤدي إلى وفيات الأمهات.^{١١} وفي ظل الدرجة الهائلة من

شعرت بالأم الوضع وأخذوها إلى المركز الصحي بالجماعة المحلية في الساعة ٢ ظهرًا. وعند فحصها، وجدت المريضة أنها على استعداد للوضع، وجعلوها تنام على سرير وأعطوها حقنة. اشتراها أقاربها بـ ٢٠ روبية. وسرعان ما خرج ساقى وذراع الجنين، لكن رأسه كان حبيسًا في الداخل. ومن ثم استدعت المريضة الطبيب المناوب، لكنه نصحها بالذهاب إلى مستشفى منطقة بارواني، ويشير خطاب الإحالة إلى أن توقيت الإحالة كان الساعة ٢:٣٠، وكان التشخيص «مجيء مقعدي مع رأس محبوس - أي أن الجنين بكامله كان في الخارج، ولم يكن هناك ألم ضغط الدم كان طبيعيًا». وبعد ساعة أخذها أقاربها إلى مستشفى المنطقة بواسطة عربة الإسعاف، وكان المستشفى على بعد ٢٢ كيلومترًا.

ودخلت المستشفى الساعة ٣:٥٠ بعد الظهر. في حالة شحوب مفرط. وكشف فحص البطن أن الرحم في الأسبوع ٢٤، وعند الفحص المهبلي، كانت فوهة عنق الرحم متسعة بشكل كامل. وكان الرأس محتبسًا في عنق الرحم. وبدأ نقل السوائل والمضادات الحيوية لها عن طريق الوريد. وقد اشتريتها الأسرة بـ ٤٠٠ روبية، ووفقًا لما قالته والدة دورجا باي، حاولت المريضة إخراج الجنين بالقوة. وتشير التقارير إلى أن الطفل وُلد ميتًا، وكان وزن ٢,٨ كيلو جرامًا. وحدث الوضع الساعة ٥:٣٥ وخرجت المشيمة بعد ذلك بخمس دقائق. وكانت نسبة الهيموجلوبين عند دورجا باي ٢ جرام لكل ديسيلتر.

ووفقًا لما قالته والدتها، استمر النزيف طوال ذلك الوقت، وتشير سجلات الحالة إلى أنها كانت تعاني نزيفًا حادًا الساعة ٦:٣٠. وبالرغم من أن دورجا باي كانت تحتاج إلى نقل دم، إلا أن المستشفى لم يكن لديها الدم الذي تحتاجه، وبدلًا من ذلك أحال الأسرة إلى أحد المانحين الذي أعطاهم وحدة دم واحدة مقابل ١٦٠٠ روبية (٣٦ دولارًا)، ونظرًا لأنه لم يكن معهم نقود، قامت والدتها برهن عقد فضة لديها بـ ١٠٠٠ روبية (٢٢ دولارًا)، وبعد أن تلقت نقطتين من الدم ماتت. وعندما طلبت المريضة الطبيب، لم يأت إلا

(المرضة/ القابلة) بوسعها تقديم حزمة خدمات الحد الأدنى إلى أبعد المناطق. إلا إذا كانت مدعومة بوسيلة تسمح لها بالانتقال مثلاً. وفي المناطق البعيدة. توجد أيضاً حاجة إلى مراجعة الدور الذي يقوم به ناشط الصحة الاجتماعية المعتمد كمكمل لدور المساعدة (المرضة/القابلة). ويجب تخطيط بناء القدرات وعملية الإشراف الداعمة للدور الذي يقومون به بناء على هذه المراجعة.

وماذا عن القابلات التقليديات؟ ففي ظل الدفعة الرامية إلى إضفاء الطابع المؤسسي على عمليات الولادة. يبدو من المثير للسخرية أن المرأة تضطر إلى السفر مسافات بعيدة إلى المؤسسات الصحية كي يقوم بعملية الولادة المولدة التقليديات. اللاتي يمكن التواصل معهن في منقطة أقرب إلى المنزل. فهناك حاجة إلى حلول مبتكرة من أجل توفير خدمات توليد آمنة قريبة من المنزل. ووسائل للحصول على رعاية توليد كافية.

التوصيات

نوصي بأن يقوم المسئولون في ماديا براديش بإدخال التغييرات التالية في إدارة النظام الصحي:

• اتخاذ إجراءات فورية من أجل ضمان وجود خدمات للأمهات مناسبة وفعالة في ظل تغطية طوال الـ ٢٤ ساعة للحماية من وفيات الأمهات. وتتضمن هذه الإجراءات توفير رعاية ما قبل الولادة وخدمات الإجهاض. باعتبارها جزءاً من الرعاية الصحية الأولية في مناطق القبائل. التي يتعين على الدولة وضع خطة واقعية بشأنها.

• الحد من الإحالات غير الضرورية وغير المبررة. مثلاً الإحالة كي تموت المريضة في مكان آخر.

• المراجعة المنتظمة لوفيات الأمهات في جميع المناطق. وضمان تسجيل جميع الوفيات ودراسة أسبابها. بما في ذلك مراجعة الحالات واستخدام المبادئ الاسترشادية.

• استخدام البيانات المرتبطة بالحمل في نظام إدارة المعلومات الصحية. وذلك بواسطة العمال الصحيين

التفاوت الاجتماعي في منطقة بارواني والطبيعية التراتبية لنظام الصحة هناك. لا يمكن ضمان الحاسبة إلا إذا جرى التركيز بشكل خاص على علاقات القوة. وتواجه الجماعات المهمشة. مثل القبائل. عقبات كبرى عندما تطالب بالحاسبة.^{١١} وتعاني نساء القبائل من تمييز مزدوج بسبب تراتبيات الطبقة والنوع.

وكشف التحقيق أن أوضاع العمل لفرق الأطباء وأشبه الأطباء سيئة للغاية. وأن الإشراف الذي يساند هذه الفرق غائب عن المستويات كافة. كما أن هناك افتقاراً إلى الوعي بالمحددات الاجتماعية للصحة وللأخلاق في التدريب الطبي وشبه الطبي. يمكن أن نلمح في الممارسة اليومية. وقد أدت الثقافة الراسخة في نظام الرعاية الصحية الحكومي. القائمة على التراتبية والتفرقة وإلقاء اللوم على المستويات الأدنى إلى سيادة نهج «عدم المخاطرة وإحالة المشكلة إلى المستوى الأعلى».

كما كشف التحقيق عن وجود صلة وثيقة بين الفقر ووفيات الأمهات: ذلك أن سوء التغذية والافتقار إلى رعاية ما قبل الولادة كانا منتشرين بشدة بين نساء المنطقة. وأدت الرسوم المفروضة على الخدمة إلى جعل نساء غير قادرات على الحصول على الرعاية الصحية عند الحاجة إلى ذلك. وظهر الدليل الدامغ على أن رسوم الاستخدام تؤثر عكسباً على المساواة في الحصول على الخدمات. فمن غير المقبول أن تدفع المرأة من جيبها الخاص نظير الحصول على الخدمة. خاصة عندما تستثنين السياسات الحكومية من ذلك. والأمر الذي يعقد المشكلة هو الإهمال المنهجي في هذه المنطقة فيما يخص توفير وسائل الاتصال والنقل الكافية. وهو ما يؤدي إلى حمل الأسر الفقيرة - بدلاً من الدولة - مسؤولية التعامل مع الحالات التي بها خطورة على الحياة.

كما شعر فريق التحقيق بالحاجة إلى مراجعة الدور الذي تقوم به المولدة التقليديات والمساعدات اللاتي يعملن ممرضات/ قابلات. في ظل السياق المحلي. وفي منطقة تفتقر إلى الخدمات. ناهيك بالخدمات الصحية. كيف يضمن النظام الصحي أن المساعدة

بالجماعة المحلية والمراكز الفرعية على توفير رعاية ما قبل الولادة ذات مستوى جيد والتعامل مع حالات الولادة العادية.

• تعريف المولودات التقليديات بمهارات التوليد ورفع قدرتهن على التعامل مع الولادات العادية، وإدراك وجود مضاعفات، والقيام بعملية الإحالة بصورة أسرع عند الحاجة إلى ذلك. ويجب وجود صلة مباشرة بين هؤلاء المولودات ومؤسسات رعاية الولادة الطارئة، خاصة في المناطق التي يصعب الوصول إليها وأية منطقة أخرى لا تتوفر بها مولودات ماهرات.

ويتعين ضمان استمرار الرعاية، من فترة ما قبل الولادة وأثناءها وبعدها في ظل وجود قابلات ماهرات، والقدرة على الوصول إلى المؤسسات التي تقدم خدمات الولادة الطارئة، وذلك في ظل حزمة متفق عليها من الخدمات الموجودة في الجماعة المحلية، ما لا يجعل المرأة مضطرة إلى السفر مسافات طويلة. ويجب أن تحصل غير القادرات على دفع مقابل الخدمة على الدم المجاني دون تأخير، إذا كن في حاجة ماسة إليه. ويجب إقامة النظم التي تضمن المحاسبة عند حدوث إحالة المريضة إلى مستويات أخرى، ويتضمن ذلك توفير عربات الإسعاف واستمرار الرعاية عن طريق مصاحبة المريضة أثناء الانتقال، باعتبار ذلك جزءاً من عملية الإحالة.

ويجب على الدولة توفير استثمارات مناسبة في مناطق القبائل، كي تعوض هذه القبائل عن التمييز التاريخي ضدها، خاصة النساء. ويجب رفع معدلات القراءة والكتابة وتحسين طرق المعيشة والعمل على الحد من الهجرة وزيادة توفير الطعام وتحسين التغذية، والاهتمام بصحة الفقراء. ويجب التعامل مع محددات الرعاية الصحية عبر خطط للسيطرة على سوء التغذية والأنيميا، وتوفير برامج غذائية مكاملة من أجل الوقاية من سوء التغذية وعلاجها بين البنات المراهقات.

وبالرغم من أن البعثة القومية للصحة الريفية لديها تفويض لتحسين صحة الأمهات، فإن الإنفاق العام على الصحة ارتفع من مستوى ضئيل يبلغ

من أجل تطوير الرعاية، دون الخوف من الإجراءات العقابية. • الرصد التشاركي للخدمات الصحية من أجل زيادة الشفافية، مثلاً المراجعات ربع السنوية على مستوى المنطقة، استناداً إلى المؤشرات الموضوعية بواسطة منظمة الصحة العالمية.^٩

• تحليل البيانات في كل من مستوى المنطقة والدولة ونشرها خلال تقارير منتظمة، وتضمن شرح السياسة الخاصة بإجراءات الاستجابة العلاجية.

• تنظيم ورش للعمال الصحيين على جميع المستويات، بغرض التوعية والتفكير، لأن ذلك جزء من الجهود الرامية إلى التطوير التنظيمي، والاهتمام بالأخلاق المهنية، والالتزام بالواجبات المهنية، والحساسية تجاه شواغل الفقراء وسكان القبائل والنساء وعلاقات القوة والدستور الهندي وحقوق الإنسان واحترام جميع الفقراء.

وفيما يخص المرضى في المستشفيات، يتعين اتخاذ الإجراءات التالية من أجل تطوير عملية المحاسبة:

• ضمان توفّر الخدمات الصحية في جميع المؤسسات، ما يجعل الناس على دراية بأنه يحق لهم المطالبة بهذه الخدمات.

• توفير مكاتب للمساعدة في المستشفيات. • توفير إجراءات للتظلم داخل نظام الرعاية الصحية في المنطقة، وتتضمن هذه الإجراءات استجابة فورية ومراجعة منظمة في ظل وجود آليات للتصحيح، مثل أمعاء المظالم كي يستمعوا إلى الهموم ويديروا عملية التعافي في وقت محدد.

• حملات واسعة النطاق للتوعية بصحة الأمهات. • ومن أجل توفير رعاية الأمهات على المستويات كافة يتعين توفير ما يلي:

• عمالة كافية، وإدارة ودعم كافيان. • تغطية أكبر، وتوفير أطباء النساء والولادة. • تدريب نشطاء الصحة الاجتماعية المعتمدين ومراقبة الرعاية التي يقدمونها.

• توفير مهارات التدريب على التوليد للمساعدات مرضيات/ قابلات.

• ضمان قدرة المراكز الصحية الأولية والمراكز الخاصة

ظل توفير قابلات ماهرات وقدرة على تقديم خدمات الولادة الطارئة. ويجب تطوير المؤشرات المتعلقة بتقييم الإدارة في القطاع الصحي وتفعيلها.

ملاحظات نهائية

قدمنا تقرير تفصي الحقائق الخاص بنا إلى المسؤولين في المنطقة والولاية، الذين وعدوا باتخاذ إجراءات تصحيحية. وذهبنا مرة أخرى إلى بارواني بعد ثمانية شهور من الدراسة الأولية كي نقف على التغيير الذي حدث. لو كان حدث أي تغيير على صعيد صحة الأم، فوجدنا بعض التطورات الإيجابية، بما في ذلك إدخال مراجعة وفيات الأمهات وتطبيق المساعدات مرضات/قابلات لوسائل رعاية ما قبل الولادة في المناطق الطرفية في أيام محددة، والتدخل لتطوير مهارات العاملين وتدريبهم، واستخدام البرتوكولات المعيارية مثل الإدارة النشطة لمستوى الولادة الثالث، وانخفاض عدد الإحالات من مستشفى المنطقة، ووجود دلائل على التدخل الجراحي في الليل وتحسين في أنماط التسجيل.

غير أنه لا تزال توجد العديد من مصادر القلق، ومن بينها استمرار النقص في العمالة الماهرة، وغياب إجراءات التظلم وعدم توفّر خدمات الإجهاض الآمن والانخفاض الشديد في معنويات العاملين. علاوة على ذلك، كشفت المناقشات مع مسؤولي المنطقة والولاية أن الكثير من هذه التدخلات الإيجابية كانت مقصورة على بارواني، إذ جرى إبلاء اهتمام خاص بهذا الأمر دون المناطق الأخرى. ومن ثم قدمنا نتائجنا وتوصياتنا ثانية إلى السلطات الصحية على مستوى المنطقة والولاية.

٩٠٪ من الناتج المحلي الإجمالي إلى ١.٢٪ من الناتج المحلي الإجمالي، بينما تراوحت الوعود بين ٢ - ٣٪ من الناتج. وبالرغم من استمرار الجهود التي أحرزت نجاحًا متوسطًا^{١٣} والرامية إلى تحسين طريقة استخدام الدولة للأموال المخصصة للخدمات الصحية، مازال الإنفاق يتركز في تنظيم الأسرة ومشروع حماية الأم، ويؤدي التأخير في تحويل الأموال من المركز إلى الولايات إلى خلل في الميزانية في نهاية العام، لكن الولايات ذات المؤشرات السيئة والتي لديها حاجات أكبر، تكون قدرتها أقل في استخدام تلك الأموال، وينتج عنه فائض في الميزانية، مما يحد من الاستفادة من الموارد المخصصة لها^{١٤} ويتمثل التحدي في تطوير القدرات الإدارية، بما في ذلك مستويات المنطقة والولاية وضمان زيادة تخصيص الموارد لقطاع الصحة.^{١٥}

ويجب أن تعمل منظمات المجتمع المدني بصفقتها مراقبًا يقطًا من أجل ضمان وصول رعاية الأمهات ذات المستوى الجيد إلى معظم القطاعات المهمشة في المجتمع. ويجب أن تقوم هذه المنظمات بحملات توعية فيما يخص التغذية، وفقر الدم المنجلي، والملاريا، من أجل إحداث تغيير على مستوى الأسر، مثل التوزيع العادل للغذاء والموارد الأخرى داخل الأسرة. كما يجب على هذه المنظمات التواصل مع النظم الصحية على جميع المستويات، باعتبارها من المدافعين عن الحقوق الصحية.

وعلى المستوى القومي، يجب تغيير السياسة الحالية التي تركز على تشجيع الولادة داخل المؤسسات الصحية وتلبية احتياجات مشروع حماية الأم، بحيث تركز على خدمات صحة الأم، مع الاستمرار في تقديم الرعاية في مراحلها المختلفة، قبل الولادة وأثناءها في

المراجع

1. Registrar General of India. Special Bulletin on Maternal Mortality in India 2004–06. Sample Registration System. New Delhi: Registrar General of India, 2009.
2. UNICEF. Maternal and Perinatal Death Inquiry and Response. 2009. At: www.mapedir.org. Accessed 5 February 2011.
3. Lim SS, Dandona L, Hoisington JA, et al. India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation. *Lancet* 2010;375:2009–23.
4. National Health Systems Resource Centre. Programme Evaluation of the Janani Suraksha Yojana. New Delhi: NHSRC, 2011. At: http://nhsrccindia.org/pdf_files/resources_thematic/Public_Health_Planning/NHSRC_Contribution/Programme_Evaluation_of_Janani_Suraksha_Yojana_Sep2011.pdf. Accessed 1 January 2012.
5. Subha Sri B, Sarojini N, Khanna R. Maternal deaths and denial of maternal health care in Barwani District, Madhya Pradesh: Issues and concerns. *Jan Swasthya Abhiyan, CommonHealth, SAMA*, 2011.
6. World Health Organization. Health Sector Reforms in India: Initiatives from Nine States. New Delhi: World Health Organization, 2004.
7. Shukla A, Chakravarthy I, Rinchin. Five Years of NRHMJSY and more than a decade of RCH: continuing maternal deaths in Barwani and MP. Unpublished report, 2011.
8. Ministry of Health and Family Welfare. National program implementation plan –Reproductive & Child Health Phase II program document. New Delhi: MoHFW, 2005. At: http://mohfw.nic.in/NRHM/RCH/guidelines/NPIP_Rev_III.pdf. Accessed 18 February 2012.
9. UNICEF. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York: UNICEF, 1997.
10. Ministry of Health and Family Welfare. National Rural Health Mission (2005–2012) Mission document. New Delhi: MoHFW, 2005. At: http://mohfw.nic.in/NRHM/Documents/Mission_Document.pdf. Accessed 18 February 2012.
11. George A. Persistence of high maternal mortality in Koppal District, Karnataka, India: observed service delivery constraints. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):91–102.
12. George A, Iyer A, Sen G. Gendered health systems biased against maternal survival: preliminary findings from Koppal, Karnataka, India. Institute of Development Studies Working Paper 253. Brighton: IDS, 2005.
13. Bajpai N, Sachs JD, Dholakia RH. Improving access, service delivery and efficiency of the public health system in rural India - mid-term evaluation of the National Rural Health Mission. CGSD Working Paper No. 37. Columbia University: Center on Globalization and Sustainable Development, Earth Institute, 2009. At: www.earth.columbia.edu. Accessed 1 January 2012.
14. Agarwala I, Agarwala T. Safe motherhood, public provisioning and health financing in India. New Delhi: Centre for Budget and Governance Accountability, 2009. At: http://www.cbgaindia.org/files/research_reports/Safemother%20hood%20final%20file%20%281%29.pdf. Accessed 1 January 2012.
15. National Commission on Macroeconomics and Health. Report of the National Commission on Macroeconomics and Health. New Delhi: Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, 2005. At: <http://www.who.int/macrohealth/action/Report%20of%20the%20National%20Commission.pdf>. Accessed 1 January 2012.

أثر تقوية النظر الصحية على تغطية خدمات صحة الأمومة في رواندا، ٢٠٠٠ - ٢٠١٠: مراجعة منهجية

بقلم: موريس بوكاجو، جين م. كاجوير^١، بولين باسينجا^٢، فيديل نجابو^٣، باربرا ك. تيمونز^٤، أنجيلا سي لي^٥
 أمتل طبي قسم صحة الأمومة، وحديثي الولادة والطفولة والبلوغ، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا. للمراسلة: bucagum@who.int
 ب مديرة الاستشارات التقنية، علوم الإدارة الصحية، كامبردج ماساتشوستس، الولايات المتحدة الأمريكية.
 ج كبيرة المحاضرين، الجامعة الوطنية لرواندا، مدرسة الصحة العامة، قسم صحة المجتمع، كيجالي، رواندا.
 د مدير وحدة صحة الأمومة والطفولة وزارة الصحة، كيجالي، رواندا.
 هـ كبيرة الكتاب والمحررين، التنمية والتواصل الاستراتيجي، علوم الإدارة الصحية، كامبردج ماساتشوستس، الولايات المتحدة الأمريكية.
 و مسئول تقنية، علوم الإدارة الصحية، كامبردج ماساتشوستس، الولايات المتحدة الأمريكية.
 ترجمة: رفعت علي

موجز المقال: تبنت رواندا خطة واعية لإصلاح القطاع الصحي من عام ٢٠٠٠ حتى عام ٢٠١٠؛ لتقوية نظام رعاية الصحة العامة، بهدف تقليص وفيات الأمهات والمواليد، بالتوازي مع تطبيق خطة تطوير الألفية الجديدة وتحقيق الهدف الخامس منها. ضمن كثير من التطويرات والتحسينات في مجال الصحة القومي؛ ارتكازا على المراجعة المنهجية للأدبيات، ووثائق السياسة الوطنية، وثلاثة مسوح ديموغرافية وصحية (٢٠٠٠ و ٢٠٠٥ و ٢٠١٠)، يصف هذا البحث الإصلاحات والسياسات التي اعتمدت عليها رواندا، ويقدم معلومات عن مدى تقدمها في توسيع ونشر وتغطية المفاتيح الأربعة لخدمات رعاية صحة المرأة، حدث تطور في الفترة من ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥ وأصبح التطور أسرع وتيرة بعد عام ٢٠٠٦ وفي الأغلب في المناطق الريفية، حين طورت سياسة مراكز التوليد الوطنية، والتمويل المرتبط بكفاءة الأداء، والتأمين الصحي الاجتماعي، ما بين ٢٠٠٦ و ٢٠١٠ حققت زيادات في التغطية في المجالات التالية مقارنة بالفترة من ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥، خاصة في المناطق الريفية، حيث تقطن معظم النساء الفقيرات: ولادات تحت إشراف مهاري (٧٧٪ زيادة مقابل ٢٦٪)، ولادات في مراكز طبية تعليمية (٤٦٪ زيادة مقابل ٨٪)، وانتشار استخدام موانع الحمل الحديثة (٣٥٪ زيادة مقابل ١٥٪). العوامل الأولية في تحقيق تلك التطورات يكمن في زيادة أعداد القوى العاملة بحقل الرعاية الطبية والمهارات التي طوروها، والتمويل المرتبط بكفاءة الأداء، والتأمين الصحي - الاجتماعي، وقيادة أفضل وتعاون حكومي أفضل. مازال مزيد من البحث مطلوباً لتحديد مدى قوة تلك المتغيرات على الناجح الصحي العام للمرأة والطفل. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٢

Impact of health systems strengthening on coverage of maternal health services in Rwanda, 2000-2010: a systematic review

Maurice Bucagu, Jean M. Kagubare, Paulin Basinga, Fidèle Ngabo, Barbara K Timmons, Angela C Lee, Reproductive Health Matters 2012;20(39):50-61

الكلمات الدالة: تمويل الرعاية الصحية، البرامج والسياسات الصحية، الولادة، ولادة تحت إشراف مهاري، خدمات الصحة الإيجابية، رواندا

يظل تحقيق الهدف التنموي الخامس للألفية - وهو تقليص وفيات الأمهات ومراضة الولادة غير الآمنة بنسبة ٧٥٪ وتحقيق مستوى عالي من الصحة الإيجابية - من تحديات التنمية الكبرى لأغلب دول ما تحت الصحراء الإفريقية، ومنها رواندا، من بين رقم إجمالي لوفيات الأمهات أثناء الولادة يصل إلى

جدول ١. صحة الأم وحديثي الولادة في رواندا وتنظيم الأسرة: الأحداث السياسية الهامة من ١٩٩٩ - ٢٠١٠	
السنة	السياسة
١٩٩٩ - ٢٠٠٠	المشروع الاسترشادي للتأمين الصحي الاجتماعي
٢٠٠٠	المسح الصحي الديموجرافي القياسي
٢٠٠١	مشروعات استرشادية للتمويل المبني على كفاءة الأداء في إقليمي بوتاري وسياناجوجو
٢٠٠٥	سياسة رواندا للقطاع الصحي (وتشمل الصحة الجنسية والإيجابية) المسح الصحي الديموجرافي القياسي
٢٠٠٦	سياسة الولادة داخل المنشآت الصحية تعاقدات التمويل المرتبط بكفاءة الأداء تم تطبيقها في كل الأحياء التأمين الصحي المجتمعي الإلزامي للروانديين سياسات تنظيم الأسرة القومية
٢٠٠٧	الحكومة تعلن أن تنظيم الأسرة أولية تنمية
٢٠٠٨	استقلال ذاتي للمنشآت الصحية تقوية وتسريع أداء برامج الصحة المجتمعية تحويل متابعة وفيات الأمهات إلى عمل مؤسسي المسح الصحي الديموجرافي المرحلي
٢٠١٠	المسح الصحي الديموجرافي القياسي

٣٨٥,٠٠٠ حالة في العالم عام ٢٠٠٨. وصل نصيب دول ما تحت الصحراء الإفريقية وجنوب آسيا منها إلى ٨٧٪^١. والأسباب الثلاثة الرئيسية الكبرى للوفاة بسبب الولادة في العالم هي النزيف، والتعفنات الميكروبية، والإجهاض غير الآمن. وتشكل في مجملها على وجه التقريب نصف عدد الوفيات. وتفقد منظمة الصحة العالمية أن الإجهاض غير الآمن يتسبب وحده في ١٨٪ من وفيات الأمهات في شرق إفريقيا. ويجعل من الإجهاض غير الآمن من المشكلات المهمة في مجال الصحة الإيجابية في رواندا. تقدر دراسة وطنية حديثة أن معدل الإجهاض المستحث يصل إلى ٢٥ لكل ١٠٠٠ امرأة في الفئة العمرية المحصورة بين ١٥ - ٤٤ سنة. أو على وجه التقريب ٦٠,٠٠٠ حالة إجهاض إرادي كل عام^٢. وعلى الرغم من أن كل الاستراتيجيات الأساسية لتقليل وفيات الأمهات وحديثي الولادة معروفة - وهي: تنظيم الأسرة، والحصول على رعاية الصحة الإيجابية، والإجهاض الآمن، والرعاية الصحية الماهرة (بما فيها حالات الولادات المتعثرة والطارئة)، ورعاية الأم بعد الولادة مباشرة، وما بعد ذلك حتى النفاضة^٤ - فلا تزال وسائل الرعاية الملائمة غير متوفرة للأمهات وحديثي الولادة، أو غير مستخدمة، أو غير سهل الحصول عليها أو من نوعية ضعيفة^{٦,٥}. التحدي الذي يواجهه أغلب دول جنوب الصحراء الإفريقية هو سرعة تطوير الوسائل الضرورية للتدخل، فما زالت تغطية الرعاية الماهرة أثناء الولادة أقل كثيرًا من المستهدف عالميًا. كما وضعت معاييرها الجمعية العامة للأمم المتحدة في جلسة خاصة عام ١٩٩٩. وهو: ٨٠٪ من حالات الولادة بحلول عام ٢٠٠٥، ٨٥٪ بحلول عام ٢٠١٠، و٩٠٪ بحلول عام ٢٠١٥^٧. ولتحقيق ذلك، قامت رواندا بتحقيق إصلاحات كبرى في مجال الصحة والسياسات المرتبطة بها في العقد الماضي (جدول ١). ركزت في تلك الإصلاحات على آليات التمويل الطبي المبتكرة، بما فيها التمويل المرتبط بالأداء والتأمين الصحي المجتمعي^{٨,١٠}

أدى إلى الاستعانة بأفراد غير مدربين جيداً. وانعدام التوزيع الجيد لأولئك الأفراد. وضعف الأداء بسبب قلة المعلومات والمعرفة لدى العاملين الجدد وضعف الدوافع. وقد استجابت الحكومة الرواندية ما بين عامي ٢٠٠٥ و٢٠٠٨ بزيادة أعداد العاملين المدربين في تقديم الرعاية الصحية في الخدمات العامة. وكان أغلب الزيادة في المناطق الريفية. ومنهم الممرضات. والقابلات. والأطباء من الممارسين العموميين.^٨ وعلى مستوى المجتمع. زودت وزارة الصحة المولدين التقليديين بمنظور جديد للعمل - كنقل حالات الولادة لمراكز التوليد ورعاية صحة الأمومة والطفولة بدلاً من المولدين غير المدربين في ولادات البيوت.^{١٤}

تقديم الخدمة

حتى عام ٢٠٠٥. ولدت أغلب أمهات رواندا أطفالهن في البيوت. بمعاونة قابلات تقليديات. وفي عام ٢٠٠٦. تم إطلاق سياسة تقديم خدمة التوليد. بهدف تزويد الحوامل بكل الخدمات اللازمة لرعايتهن في مراحل الحمل والولادة وما بعد الولادة. والرعاية الصحية الضرورية لمواليدهن والعمل على منع انتقال مرض الإيدز للمواليد. تقدم الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية لصحة الأمومة في رواندا من خلال شبكة مكونة من ٣٩٥ مركزاً صحياً. و٤٠ مشفى فرعياً. وثلاثة مشافٍ مركزية خال إليها الحالات الحرجة. ولعبت تلك المراكز الصحية والمشافي دوراً رئيسياً في تقليص مشكلة الموانع الجغرافية التي كانت تعيق الحصول على الخدمات الطبية الأساسية. وفي ظل تلك الترتيبات. على وجه التقريب في كل النظام الصحي. اختصت المراكز الصحية (ويغطي كل مركز من ٢٠,٠٠٠ إلى ٢٥,٠٠٠ نسمة) بتنظيم الأسرة. ورعاية فترة الحمل. والولادات العادية. ورعاية ما بعد الولادة. والطوارئ الأولية في رعاية الولادة. وتقدم المستشفيات الفرعية (وتخدم من ١٥,٠٠٠ إلى ٢٥,٠٠٠ نسمة) رعاية متقدمة ومتطورة للولادة. ورعاية ما بعد الإجهاض. كما أنها مسؤولة عن نظام الإحالة إلى المستشفيات المركزية.^{١٥} انخفض استخدام وسائل منع الحمل الحديثة من

جوانب تقوية النظام الصحي في رواندا من عام ١٩٩٩

إستعنا بالإطار الذي يتضمن ستة نماذج بنائية والذي قدمته منظمة الصحة العالمية^{١١} لوصف الإصلاحات التي أجرتها رواندا في مجال القطاع الصحي. تلك الأطر تغطي: القوة البشرية العاملة في القطاع الصحي: وتوصيل الخدمة. والتمويل. والقيادة والإدارة المحلية. والناجح الطبي. والتطعيمات والتقنيات. والمعلومات. ونلخص الموقف لكل مكون من تلك المكونات. ونعرض التغييرات الكبرى على مدى العقود الزمنية والتفاعلات والتغيرات داخل كل مكون.

تم رصد حدوث تطور إيجابي في تحسين الحالة الصحية العامة لمواطني رواندا في الفترة من ٢٠٠٠ - ٢٠٠٥. ولكن وجدت سلبيات كبرى أيضاً في الناجح الصحي في أنحاء رواندا. على سبيل المثال. كان معدل الوفيات دون سن الخامسة في المناطق الريفية (١٠٠٠/٢٣٣ في المقاطعات الشرقية) وكانت هذه النسبة تشكل ضعفاً ونصف المعدل في المناطق الحضرية (١٠٠٠/١٢٤ في مدينة كيجالي). ولم تضق الفجوة على مدى الزمن.^{١١} وكان رد فعل حكومة رواندا هو الإسراع بتحقيق الإصلاحات في القطاع الصحي. خاصة النهوض بالتمويل المبني على كفاءة الأداء وبرامج التأمين الصحي المجتمعي. لزيادة توفير الخدمات الصحية الأساسية وتيسير الحصول عليها في جميع أنحاء الدولة بما يتطابق مع الأهداف الإجمالية للألفية.

القوة البشرية العاملة في القطاع الصحي

أدت الإبادة العرقية التي وقعت في رواندا عام ١٩٩٤ إلى تخريب رواندا واقتصادها وسكانها. كما أدت أيضاً إلى تفاقم كثير من المشكلات التنموية التي كانت قائمة قبل عام ١٩٩٤. ودمرت البنية التحتية الإنتاجية التي كانت تعاني أصلاً من ضعف إنتاجيتها. بما فيها أغلب المنشآت الصحية. وحرمت الأمة من جيل كامل من المحترفين المدربين مهنيًا في القطاعات الكبرى مثل الصحة والتعليم.^{١٢} وفي الفترة التي تلت حرب الإبادة. تفاقم العجز في العاملين بالجمال الصحي ما



بيتر تيليمانس / صور بانوس

الطلاب يتدربون على نماذج بشرية مصطنعة في صف لتدريب المهارات. معهد كيجالي للصحة. كيجالي. رواندا. ٢٠٠٧

١٦,٩٤ دولار للفرد في عام ٢٠٠٣ إلى ٤٥,٤٢ للفرد في ٢٠٠٨.^{١٧} بتوصية من منظمة الصحة العالمية بحيث تصبح قادرة على تقديم الخدمات الصحية الأساسية لسكانها. وازداد الإنفاق الكلي لكل امرأة في سن الإنجاب ازيد من ٦,١٢ دولار أميركي (عام ٢٠٠٢) إلى ٨,٤٠ دولار (عام ٢٠٠٦). ووصلت نسبة رعاية الأمومة من الإنفاق إلى ٧٣٪، و٢٢٪ لتنظيم الأسرة. و٥٪ لمجالات أخرى مثل الرعاية الصحية للمراهقين.^{١٨} تم استخدام نظام التمويل مقابل كفاءة الأداء في جميع أنحاء رواندا بدءاً من عام ٢٠٠٦. وفي هذا النظام تدفع الحكومة المبالغ المالية للمنشآت الصحية على أسس من عقود أداء. وترتبط قيمة المدفوعات بالخدمات التي تقدم (النتائج) مع تغطية محددة ونوعية رعاية موجهة لتحقيق أهداف للأشكال التالية من تدخل الدولة: رعاية فترة الحمل (أربع زيارات على الأقل أثناء الحمل) - ولادة الأطفال في منشآت طبية - زيارة ما بعد الولادة - تنظيم الأسرة ومنع انتقال مرض الإيدز من الحامل للجنين. وهذا البرنامج يتضمن حوافز قوية

١٣٪ عام ١٩٩٢ إلى ٤٪ فقط عام ٢٠٠٠.^{١١} وتعد رواندا من أكثر البلدان الإفريقية كثافة سكانية. وتعتبر الحكومة أن تدخل الدولة ضروري في تنظيم الأسرة. ليس فقط من منظور تقليص وفيات الأمهات عند الولادة ووفيات المواليد. ولكن أيضاً بوصفه علاجاً لمشكلة الفقر. ولتجنب حدوث حمل غير مرغوب فيه. ولتجنب من الإجهاد غير الآمن. بالإضافة للجوانب المتعلقة بالحد من الزيادة السكانية. في عام ٢٠٠٦. أعلنت وزارة الصحة الرواندية عن تبنيها لسياسة جديدة لتنظيم الأسرة. شملت استراتيجيات تلك السياسة الجديدة توعية المواطنين. والوصول بخدمات تنظيم الأسرة للنساء في أماكنهن وحوافز محددة مرتبطة بكفاءة الأداء.

التمويل

خلال العقد الماضي تمكنت حكومة رواندا من تحريك كلاً من مصادر التمويل الداخلي والخارجي للقطاع الصحي. وزادت من الإنفاق الإجمالي على الصحة من

أقرت سياسة الحكومة الرواندية شراء الأدوية العامة (التي أقرتها منظمة الصحة العالمية) كلما أمكن ذلك لضبط معدل الاستخدام وتوفير الموارد وتحسين إتاحة الأدوية الجيدة. ولأن تلك السياسة الرواندية توصي باستعمال الأدوية التي أقرتها الدولة بقائمة الأدوية الوطنية الأساسية فقط لمعالجة أغلب الأمراض العامة. تم إنشاء لجان الأدوية العلاجية في كل الأحياء والمستشفيات المركزية لترسيخ التعاطي الرشيد للأدوية. وفي مجال تحقيق اللامركزية. تم إنشاء شبكة توزيع أدوية ومستلزمات طبية وبدأت العمل في ٢٣ منطقة من ٣٠ في ٢٠١٠. وتم تدبير نظام تعاوني لتوزيع أدوية الدرن والإيدز وما يرتبط بها من أدوات طبية. وهو قيد التنفيذ.^{١٦}

المعلومات

لتسهيل تنفيذ برنامج التمويل مقابل كفاءة الأداء. تستعين الحكومة بموقع إلكتروني محمي بكلمة دخول سرية باعتباره مصدرًا لمعلومات كفاءة الأداء. ويعمل الموقع أيضًا كنقطة دخول لقاعدة البيانات الوطنية للعقود ودلائل قياس كفاءة وكمية الخدمات الطبية. (ارجع إلى <http://www.pbrwanda.org.rw>)^{١٧} ولأن إمكانية التوصل إلى المعلومات يزيد من تنافسية التمويل والنتائج. فقد دعم نظام المعلومات ذلك روح التنافس الصحي والتعاون بين المنشآت الصحية داخل الأحياء والمناطق وبين بعضها البعض. فيدخل مستخدمو قاعدة البيانات إلى الموقع ويتفحصون مدى تقدمهم وتطورهم مقارنةً بالأهداف المتفق على تحقيقها. ليس هذا فقط. بل يعرفون أيضًا مدى التقدم. والمدفوعات المالية الخاصة بالمنشآت والجهات الصحية الأخرى المشاركة. وتم وضع مؤشرات لتصويب البيانات وتقييم التقارير التي تذكر أن تلك الخدمات قد تم تقديمها بكفاءة للمواطنين.^{١٧} وقد تم تطبيق تلك الضوابط لفحص مدى زيادة أعداد النساء في رواندا اللاتي بدأن اللجوء لرعاية الولادة تحت إشراف مولدات متدرجات أو أطباء. وكذلك الولادة في مؤسسات طبية. بما فيها حالات الولادات المتعسرة. ووسائل تنظيم الحمل الحديثة.

للتدخل بالرعاية من قبل مقدمي الرعاية الصحية لضمان تقديم خدمات صحية بجودة عالية. وبكفاءة أعلى ذات مردود عالي للنظام الصحي.^{١٧}

قدمت الحكومة في عام ١٩٩٩ نظامًا للتأمين الصحي المجتمعي كاستراتيجية طويلة المدى لمعالجة العوائق المالية التي تحول دون تحقيق الرعاية الصحية لجميع المواطنين. كما أوصت بها منظمة الصحة العالمية. مع تركيز خاص على حماية المواطنين الأكثر عرضة للمشاكل الصحية - الفقراء والأرامل والأيتام. ومن يعيشون مع مصابين بالإيدز - من الاضطرار لإنفاق مبالغ كارثية. وتلعب المجتمعات دورًا في الإدارة يوميًا بيوم لنظام التأمين الصحي المجتمعي. وتتضمن نقل وتسجيل الأعضاء. وجمع رسوم العضوية وتحصيل قيم الفواتير من المنشآت الطبية. ومنذ عام ٢٠٠٦ امتدت عضوية التأمين الصحي المجتمعي لتشمل كل المواطنين. ويسمح ذلك لأغلب المواطنين بالحصول على الرعاية الصحية والعقاقير الطبية اللازمة بعد دفع كل منهم حصة سنوية وهي ١٠٠٠ فرنك رواندي (٢ دولار أميركي). بالإضافة إلى ١٠٪ دفعة إضافية عند إصابته بأي مرض يحتاج لفحص طبي والحصول على الأدوية المناسبة للشفاء^{١٧-١٨} وتُقدر المسوح الصحية الديموغرافية. حجم تغطية التأمين الصحي في رواندا لربات البيوت في عامي ٢٠٠٨ و٢٠١٠ على التوالي ب ٦٨٪ و ٧٨٪ على التوالي.^{١٩}

القيادة والإدارة الحكومية

أدركت حكومة رواندا في عام ٢٠٠٠ أهمية التركيز على الأمور الخاصة بالأمومة والصحة الإيجابية لتقليص الفقر. في دولة يصل تعداد سكانها إلى ١٠,٦ مليون نسمة (عام ٢٠١٠). وتمثل الإناث فيهم أغلبية (٥٢٪). الشباب منهن (٦٥٪ تحت سن ٢٥ سنة). واللاتي يعشن في مناطق قروية. يمثلن (٨٣٪). بمعدل خصوبة عالي جدًا يصل إلى ٤,٦.^{١٩} وحتى يتم تنفيذ التمويل المرتبط بكفاءة الأداء. تم توفير قيادات إدارية ومالية ذاتية لكل المنشآت الصحية. بالتوازي مع برنامج اللامركزية الإدارية الذي يتم تطبيقه في رواندا.^{١٧,٢٠}

الأدوية

راجعنا أيضًا الوثائق المتاحة من موقع الحكومة الرواندية، ومنها وثائق السياسة الوطنية والخطط الاستراتيجية. وبيانات تقييم وتقارير فنية عن الفترة من ٢٠٠٥ إلى ٢٠١١، واستخلصنا دلائل وبراهين عن التغطية واستخدام خدمات الأمومة والعناصر الكبرى التي أدت إلى التغييرات المسجلة والبيانات عن تلك الخدمات من ٢٠٠٠، ٢٠٠٥، و٢٠١٠ من مسح رواندا الصحية الديموغرافية. للفترة الثلاث التي تضم كل منها خمسة أعوام.^{١٩، ٢١} وبالتركيز على النتائج الوطنية، قمنا بفحص التوجهات المتعلقة بالمؤشرات التالية الخاصة بالهدف الإنمائي الخامس من أهداف الألفية، وهي رعاية فترة الحمل، الولادات تحت إشراف مهاري، الولادات في منشآت صحية، انتشار وسائل منع الحمل (الوسائل الحديثة).

ولوصف الاتجاهات في المؤشرات المنتقاة، استعملنا مقاييس بمتوسطات موزونة وتغيرات سنوية في النسب المئوية، وطبقنا المتوسطات الموزونة على توزيع النسب المئوية من المواليد الأحياء المسجلة في المسح الصحي الديموغرافي الذي قام به مقدمو الخدمة الصحية (عن الولادة تحت إشراف خبرة طبية) وكذلك مكان الولادة (للولادات التي تمت في منشآت صحية)، وللنسبة المئوية للمتزوجين والنساء غير المتزوجات في سن ممارسة الجنس واللاتي سبق لهن استخدام وسائل منع حمل الحديثة (لمعرفة انتشار استعمال وسائل منع الحمل). وتم أيضًا حساب التغير النسبي في النسب المئوية، كالفرق بين قيمتين في التسلسل الزمني، مقسومًا على قيمة البداية ومضروبًا في مائة. التغير المئوي السنوي هو النسبة المئوية الكلية مقسومًا على عدد الأعوام.^{١٩، ٢١}

النتائج

تغطية التدخلات الرئيسية في صحة الأمومة
حظيت أغلب النساء اللاتي حملن في الفترة من ٢٠٠٠ إلى ٢٠١٠، بزيارة طبية واحدة على الأقل أثناء حملهن، بما فيهن نساء المناطق القروية، اللاتي سعين للوصول لمستوى النساء الحضريات بدءًا من

منهج الدراسة

سعيًا لاستقراء الأدلة عن مدى تأثير تحسين النظام الصحي على خدمات الأمومة وحديثي الولادة في رواندا اعتمادًا على مراجعة الأدبيات والتغيرات الحادثة في النظام الصحي، والتي نؤمن أنها قد أدت للارتقاء بالخدمات الضرورية الأساسية لصحة الأم والطفل في رواندا.^{١١} ويسجل هذا البحث التطورات المتعلقة بصحة الأمومة، وقمنا ببحث منهجي معرفي بمراجعة مجلات الصحة العامة (باب ميد) للمقالات المنشورة من ٢٠٠٥ حتى ٢٧ أكتوبر ٢٠١١ وذلك باستخدام المصطلحات البحثية التالية: رواندا، الصحة، النظام الصحي، أمومة، الولادات المنهجية طبيًا، ولادة، قيادة، إشراف حكومي، معلومات، سلسلة إمداد وتكوين، تسهيلات نقل وتواصل، القوى البشرية العاملة، وتنوعيات من كلمات دالة مثل: تمويل، وسائل تنظيم الأسرة، تنظيم الأسرة، الدفع مقابل كفاءة الخدمة، التمويل مقابل كفاءة الخدمة، الدوائيات، صيدلية، الموارد البشرية، وعلى الرغم من وجود موضوعات رمادية غير حاسمة في هذا المضمار البحثي، قصرنا البحث على مراجعة المقالات الموثقة المنشورة.

راجع باحثان مستقلان (بي كي تي وإي سي إل) التقارير والوثائق التي نتجت عن البحث بمصطلحات بحثية للتأكد والتمحيص بفحص عناوين الأبحاث، والملخصات، ورؤوس الموضوعات الطبية، وكانت المنهجية المتبعة هي مقارنة نتائج الباحثين، فلو اعتبر المراجعان منفردان المقالة بكونها ذات الصلة، يتم ضم كل البحث لمزيد من المراجعة، والاعتراضات تم حلها بالتوافق. كان هناك ٢٨٥ بحثًا مرشحًا، اختير منها النص الكامل لـ ٢٩ بحث للمراجعة المعمقة. وتم تتبع المراجع يدويًا بتلك المقالات الموثقة، ما أضاف مقالًا جديدًا للمراجعة، ستة عشر بحثًا تم استبعادها لأنها كانت تغطي تغير السياسات قبل ٢٠٠٥ أو لأنها كانت غير متعلقة بمؤشرات ودلالات الأمومة، أو كانت تعليقه أو تُعبر عن رؤى شخصية، أربعة عشر من المقالات المعمقة تم إدراجها في المراجعة (الجدول ٢).

في المنشآت الطبية، والتمويل مقابل كفاءة الأداء، والتأمين الصحي الاجتماعي.

العوامل الكبرى التي أدت إلى التغيرات في تغطية رعاية الحوامل

القوى البشرية في المجال الصحي

إضافة للتطور الجيد، يبدو أن التدريب، والإشراف، والأفاق الجديدة من العمل، وزيادة أجور العاملين وحوافز الأداء قد أدت كلها إلى الارتفاع بالكم والكيف في الخدمة الصحية المقدمة للمواطنين^{١٧}. بالنسبة لرعاية الأمومة على وجه التحديد، بينما كان هناك انتظار لتخرج قابلات جدد من مدارس التمريض ومدارس القابلات الخمس برواندا، استعان النظام الصحي بمرضات عامات، تلقين تدريباً أثناء عملهن على القيام بالتوليد، بإشراف ومتابعة الفرق الصحية بالأحياء. وتم تدريب الأطباء من الممارسين العموميين أيضاً على تقديم الرعاية اللازمة للولادات الطارئة والمتعثرة (مثل الولادات القيصرية) على مستوى مستشفيات الأحياء^{١٥،٨}.

التمويل مقابل كفاءة الخدمة المقدمة

أجمعت دراسات عدة على التأثيرات الإيجابية لنظام التمويل مقابل الأداء في تغطية خدمات الرعاية الصحية للأمومة ونوعية الخدمة المقدمة. قيم باسينجا وآخرون (٢٠١١) النظام في رواندا وبينوا أنه يتميز بتأثير إيجابي ملحوظ على الولادات في المنشآت الصحية، وله أكبر التأثير على تلك الخدمات التي تؤدي مقابل القيم النقدية العالية والتي لا تتطلب سوى مجهود ضئيل من مقدم الخدمة. فضلاً على ذلك، ولأن التحليل البحثي فصل أثر الحوافز عن أثر التمويل مقابل الأداء، أظهرت النتائج أن المبالغ المتساوية من مصادر التمويل دون الحوافز لا تحقق نفس الإنجاز في النتائج^٩. ارتفعت ميزانية التمويل مقابل الأداء من ٠,٨ مليون دولار عام ٢٠٠٤ إلى ٨,٩ مليون دولار أميركي عام ٢٠٠٧، بزيادة تتراوح من ٦٠٪ إلى ١٠٠٪ في المكافآت للعاملين في قطاع الخدمات الصحية^{١٧}.

عام ٢٠٠٥ (الجدول ٣). وقد تحسن بشكل ملحوظ بعد عام ٢٠٠٥، تغطية الحمل بأربعة زيارات طبية، مع تغير في النسب المئوية للفترة من ٢٠٠٦ - ٢٠١٠ (٣٣,٢٪) بمقدار خمسة أضعاف عن الفترة ٢٠٠١ - ٢٠٠٥ (٥,٦٪). ومع ذلك ظلت نسبة النساء اللاتي حظين بأربعة فحوصات أثناء الحمل منخفضة نسبياً (٣٥,٤٪) عند مقارنتها بالمستوى الذي حددته منظمة الصحة العالمية^{١١}.

وارتفع معدل الزيادة المئوية السنوية في النسبة الكلية للولادة تحت إشراف طبي مهاري بين ٢٠٠١ - ٢٠٠٥ و ٢٠٠٦ - ٢٠١٠ على وجه التقريب ثلاثة أضعاف. أي ارتفع من ٥,٢٪ إلى ١٥,٤٪ (الجدول ٣). ونتج هذا التغير على وجه التقريب بشكل كلي من التطور الملحوظ للولادات تحت إشراف مهاري في المناطق الريفية، والذي ارتفع من ٢٤,٩٪ عام ٢٠٠٠ إلى ٣٤,٦٪ عام ٢٠٠٥ إلى ٦٧,٢٪ عام ٢٠١٠. وبالنسبة للولادات في منشآت طبية، بما فيها الولادات الحرجة والمتعثرة، تغير المعدل المئوي السنوي للفترة ٢٠٠٦ - ٢٠١٠ (٢٩,٢٪) وأصبح أعلى عشرين ضعفاً عن الفترة ٢٠٠١ - ٢٠٠٥ (١,٥٪).

وبالمثل كان معدل الزيادة السنوية في انتشار وشيوع وسائل منع الحمل بين النساء المتزوجات، فقد ارتفع كثيراً في الفترة ٢٠٠٦ - ٢٠١٠ (٧٠,٢٪) عن الفترة ٢٠٠١ - ٢٠٠٥ (٣٠٪). وقد تم رصد أهم المكاسب الملحوظة المتعلقة باستخدام كل من خدمات الأمومة الوقائية والعلاجية، في المناطق الريفية، حيث تعيش أغلب النساء الفقيرات^{١٢}.

كان تطور رواندا في تغطية التدخلات الرئيسية لصحة الأمومة أسرع كثيراً في الفترة ٢٠٠٦ - ٢٠١٠ عن الفترة ٢٠٠١ - ٢٠٠٥ (الشكل ١)، وهي: أربعة فحوصات للحمل أو أكثر (٢٢,١) زيادة مقابل (٢,٩٪)؛ معدل الولادة تحت إشراف مهاري (٧٧٪) زيادة مقابل (٢٦٪)؛ معدل ولادة منهجية في منشآت طبية (زيادة ١٤٦٪ مقابل ٨٪). معدل انتشار وسائل منع الحمل (٣٥١٪ مقابل ١٥٠٪). كان عام ٢٠٠٦ هو نقطة تحول وصعود لسياسة الولادات الممنهجة

جدول ٢. الدراسات المنقحة عن تأثير تقوية النظر الصحية على تغطية الخدمات الصحية للأمومة

الدراسة	تصميم الدراسة وحجمها	الأهداف / النتائج
باسينجا وآخرون. ٢٠١١ ^٩	تجربة عشوائية. ١٦٦ منشأة صحية: ٢,١٥٨ ربة منزل.	خفيف مقدمي الرعاية الصحية على استعمال. وجودة خدمات الأمومة والطفولة في المنشآت الصحية أدى إلى زيادة الولادات في المنشآت الصحية بنسبة ٢٣٪. وفحوصات الصحة الوقائية للأطفال أقل من عامين بنسبة ٦٥٪ والأطفال أقل من ٥ أعوام بنسبة ١٣٢٪.
ديلون وآخرون. ٢٠١١ ^{٣٤}	تحليل تقهقري العدد = ٢٥,٠٠٠	تقليص العوائق المالية في استخدام الرعاية الصحية الأولية نتج عنه ٠,٦ زيادة في عدد الفحوصات الطبية السنوية للرعاية العلاجية/الفرد.
هولز (٢٠١٠) (غير مذكور)	الملاحظات غير قابلة للتطبيق	عوامل في رواندا تضعها في مسار هدف التطوير رقم ٥ للألفية الجديدة وتشمل تحقيق اللامركزية في الخدمات الصحية وابتكار التقنيات المتنقلة لصحة الأمومة.
هونج وآخرون. ٢٠١١ ^{١٤}	تحليل متعدد المستويات ١٠٦٤٤ ربة منزل	أثر ولادات البيوت تحت مظلة التأمين: المراكز الصحية؛ الولادة تحت إشراف مهاري (أو غير مهاري). النساء غير المشتركات في التأمين يلدن أطفالهن في البيوت. التأمين يزيد من احتمالات الولادة في مراكز طبية مؤهلة تحت إشراف مهاري.
كالك وآخرون. ٢٠١٠ ^{٣٩}	المراجعة المقطعية للأدبيات. ومقابلات شبه منهجية. تحليل للعناصر باستخدام التحليل الإحصائي الوصفي لـ ٢٦٠٠ حالة خاصة بـ«التمويل مقابل الأداء» في الموقع البحثي «الميدلاين». وأدبيات رمادية أخرى. ٦٩ مقابلة.	تحليل لجوانب القوة والضعف لمنهج الدفع مقابل الخدمة في رواندا. زيادة الإنفاق الصحي الإجمالي. أجور العاملين بالصحة. وتقديم نظام برامج التأمين الصحي كمثال للعناصر المعوقة التي تعطل إنجاز الناجح المطلوب والتأثيرات الكامنة لكل منهج منفرد مثل الدفع مقابل الخدمة.
كالك وآخرون. ٢٠٠٥ (غير مذكور)	مراجعة وثائق. مقابلات مع شخصيات ذات خبرة خمسة مستشفيات فرعية. و ٦٩ مركزاً صحياً. ١٤ طبيباً. ٢٠٠ ممرضة	مشاركة المجتمع في برامج الصحة الريفية يحرك الموارد. مخاطر الركود. ضمان التوصل لموارد مالية وقت الحاجة.
كانتنجوا وآخرون. ٢٠١٠ ^{٤٠}	رسالة للمحرر غير قابلة للتطبيق	تحسن نوعية الخدمات الصحية لا يمكن عزوها فقط لتطبيق التمويل مقابل الأداء.

جدول ٢. الدراسات المنفتحة عن تأثير تقوية النظر الصحية على تغطية الخدمات الصحية للأمومة

الدراسة	تصميم الدراسة وحجمها	الأهداف / النتائج
كايوجو وآخرون. ٢٠٠٥ ^{١٥}	تقييم بالمشاركة ومتابعة كمية لمؤشرات النظام. ١٥٠,٠٠٠ امرأة في سن التناسل.	حين تم تطوير رعاية الولادات الطارئة والمتعسرة. تطورت نوعية خدمة الطوارئ. انخفض معدل الوفيات من ٢٪ إلى ٠.٩٪ في رواندا. ووفر الاحتياج للطوارئ من ١٦٪ إلى ٢٥٪. وازدادت الولادات القيصرية من ١.٨٪ إلى ٣٪.
لوجي وآخرون. ٢٠٠٨ ^٨	بحث وصفي	المانحون والمساعدات الخارجية للتعاون مع التأمين الصحي المجتمعي.
ميسن وآخرون. ٢٠٠٦ ^{٤٤}	بحث وصفي مستفيان مركزيان للإحالة. ٢٣ مركز صحي ٣٨٧,٨٤٠ مواطن في ٢٠٠٢	منهج التعاقد المبتكر نتج عنه مزيداً من الاستقلال الذاتي في المنشآت الصحية وهو ذو جدوى اقتصادية واستراتيجية فعالة لتحسين أداء المراكز الصحية.
روزا وآخرون. ٢٠٠٩ ^{٢٤}	سلسلة زمنية مع التنفيذ على مرحلتين ٢ مليون مواطن في ٢٠٠٥ ٣,٨ مليون مواطن في ٢٠٠٦	التمويل مقابل الأداء له مردود إيجابي على معدل الاستخدام ونوع الخدمة في المراكز الطبية.
سكينة وآخرون. ٢٠١١ ^{٢٥}	إحصائيات ملخصة ونماذج تراجعية ٦٨٠٠ ربة منزل (حوالي ٣٤,٠٠٠ فرد)	التغطية التأمينية الصحية المتبادلة تواكب معها زيادة ملحوظة في الاستخدام للخدمات الصحية ودرجة عالية من الحماية من المخاطر المالية في الأمراض الخطيرة.
سويتز وآخرون. ٢٠٠٦ ^{١٠}	مسوح المرضى ٢٤٠ و ٣٢٠ ربة منزل	حسن الدفع مقابل الأداء. يحسن توصيل الخدمة الصحية واستعمال الخدمات المتاحة. ويقلل انفاق المواطن من جيبه على صحته. ويقلص من الكوارث المالية التي تقع على المريض.
واكابي ٢٠٠٧ ^{٣٠}	ملاحظات غير قابلة للتطبيق	مكتسبات صحة الأمومة يمكن أن تعزى إلى ثنائية تبادلية (التأمين الصحي المجتمعي) وسياسة الحكومة التي أتاحت للمرأة أن تلد في مركز رعاية الطفولة دون تكلفة مالية على المرأة التي أتمت أربعة زيارات/ فحوصة قبل الولادة.

جدول ٣. مستويات التغطية (% النساء المبحوثات) لأربعة مؤشرات لصحة الأمومة، بيانات من المسح الصحي الديموغرافي ٢٠٠٥، ٢٠١٠، ٢٠١١، رواندا^{٢٤}

المؤشر	منظور المسح ومدى التحسن	مسح ٢٠٠٥ معيار= ١١٣٢١	مسح ٢٠٠٠ معيار= ١٠٤٢١	مسح ٢٠١٠ م معيار= ١٣٧٩٠
رعاية قبل الولادة (زيارة واحدة على الأقل)	حضري (%)	٩٢,٨	٩٤,٨	٩٨,٣
	ريفى (%)	٩٤,٧	٩١,٩	٩٨,٠
	الوزن النسبي (%)	٩٤	٩٢,٣	٩٨
	التغير المئوي السنوي	٠,٤		٠,٩
رعاية قبل الولادة (أربع زيارات +)	حضري (%)	١٧,٦	١٠,٤	٤٠,٤
	ريفى (%)	١٢,٦	١٠,٤	٣٤,٧
	الوزن النسبي (%)	١٣,٣	١٠,٤	٣٥,٤
	التغير المئوي السنوي	٥,٦		٣٣,٢
الولادات تحت إشراف مهاري	حضري (%)	٦٨,٢	٣١	٨٢,٤
	ريفى (%)	٢٤,٩	٣١	٦٧,٢
	الوزن النسبي (%)	٣٩	٣١	٦٩
	التغير المئوي السنوي	٥,٢		١٥,٤
الولادات في منشآت طبية	حضري (%)	٦٥,٢	٢٦	٨٢
	ريفى (%)	١٩,٨	٢٦	٦٧,١
	الوزن النسبي (%)	٢٨	٢٦	٦٨,٩
	التغير المئوي السنوي	١,٥		٢٩,٢
انتشار وسائل تنظيم الأسرة	حضري (%)	١٤	٤	٤٧
	ريفى (%)	٢,٦	٤	٤٤,٩
	الوزن النسبي (%)	٤	٤	٤٥,١
	التغير المئوي السنوي	٣٠		٧٠,٢

التأمين الصحي المجتمعي

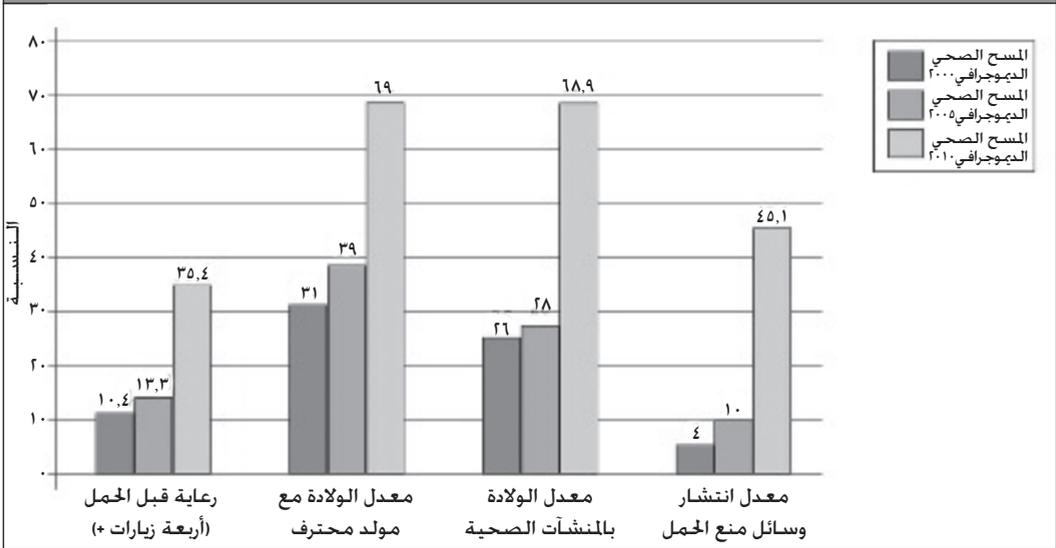
تحسن التوصل لتمويل الرعاية الصحية تحسناً كبيراً مع تطبيق نظام التأمين الصحي المجتمعي. ما أتاح لأغلب النساء الأكثر عرضة للمشاكل الصحية الحصول على الخدمات الصحية لرعاية الأمومة والحصول على الأدوية العلاجية، بما فيها خدمات الولادات الطارئة والمتعثرة. أظهر ساكسينا وآخرون من الباحثين - باستخدام نماذج إحصائية - أن التغطية التأمينية واکبها زيادة كبيرة في استخدام الوسائل الصحية في رواندا. وبالفعل، حصلت السيدات من

قيمت روزا وآخرون أيضاً (٢٠٠٩) تأثيرات «التمويل مقابل الأداء» على أداء ٨٥ مركزاً صحياً منتقى من رواندا. تغطي خدماتها الصحية ٣,٨ مليون نسمة. بين ٢٠٠٥ و٢٠٠٧، وتوصلوا إلى أن هناك تأثيراً إيجابياً على الاستخدام تم رصده فقط في الأنشطة التي لم يكن لديها شكل تنظيمي جيد من قبل. وشملت الولادات في المنشآت الطبية. وتم تعريف جودة الخدمة على أنها - درجة الامتثال للمعايير الوطنية والدولية - والتي قد ارتفعت بشكل كبير في كل أنواع الخدمات الطبية.^{٢٤}

وكانت النسبة المئوية لربات البيوت المغطيات بتأمين صحي واللاتي دفعن من جيوبهن كمشاركة في دفع نسبة تأمين تتجاوز ٤٠٪، ٢٠٪، مقارنة بـ ٨,٦ من أولئك اللاتي ليس لديهن تأمين صحي.^{٢١} ولتقليل العبء المالي، خاصة للفقيرات جداً، قدمت حكومة رواندا عام ٢٠١١ نظام الشرائح الجديد، إذ تدفع ربات البيوت اللاتي يتمتعن بدخل أكبر نسبياً أعلى مما تدفع الفقيرات، أما اللاتي ثبت فقرهن المدفع.

ربات البيوت اللاتي ينعمن بتغطية تأمينية على خدمات صحية حين يمرضن ضعفي ما تحصل عليه ربات البيوت اللاتي لم يشتركن في تأمين صحي.^{٢٥} صاحب التغطية التأمينية درجة عالية من حماية المخاطرة المالية، كما قل حدوث كارثة مالية تتطلب إنفاق مرتفع على مشكلة صحية كبرى أربعة أضعاف عن مثيلتهن من ربات البيوت غير المغطيات بالتأمين الصحي.^{٢٦}

شكل ١. بعض مؤشرات مختارة من رعاية الأمومة، ٢٠٠٠ - ٢٠١٠



سياسة اللامركزية الإدارية، والإدارة المبنية على تحقيق نتائج، والمشاركة المجتمعية، وحت سياسة الإصلاح التي وضعت في ٢٠٠٥، تم تقسيم المناطق الصحية إلى ٣٠ منطقة إدارية كأقسام مناطق خدمات صحية واجتماعية، وبدأ موظفو الصحة المسؤولون عن خدمات المستوى المحلي والإدارة في رفع التقارير مباشرة للمجلس المحلي المنتخب. يرجع اهتمام الحكومة بسياسة اللامركزية في جانب منه بارتباط الأداء في اللامركزية بتحسين توصيل الخدمات، وتعكس عقود التمويل مقابل الأداء ممارسات رواندية تقليدية صميمة تسمى «إمهييجو»، حيث يجتمع جماعة من الأفراد على الالتزام بمصلحة

تدفع الحكومة قيمة الاشتراك بدلاً عنهن. حالياً تغطي سياسة «الانحياز للفقراء» حوالي ١٦٪ من تعداد السكان (مليون نسمة على وجه التقريب)، وتم حصرهم بعد التعرف على أحوالهم المالية من قبل أعضاء من المجتمع المحلي على مستوى القرى.^{٢٧}

القيادة والإشراف الحكومي

واجهت رواندا بعد انتهاء حروب المذابح العرقية حدي إعادة بناء النظام الصحي، بينما كانت تعمل في الوقت ذاته على إعادة تأسيس النظام الاجتماعي والسياسي اعتماداً على سياسة الاحتواء، والتصالح، والتوحد. تضمنت استراتيجية الإصلاح تنفيذ

للمعلومات والتقارير المرتبطة بعدد من الدلائل والمؤشرات التي لا بد من تسجيلها أدت إلى تبني إيقاع ونوعية الالتزامات.^{١٨}

المناقشة

انخفضت نسبة وفيات الأمهات في رواندا بنسبة ٥١٪، أي من ١,١٠٠ وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي عام ٢٠٠٠ إلى ٥٤٠ وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي عام ٢٠٠٨. على الرغم من أننا لم نقدم علاقة سببية تربط ما بين إصلاحات القطاع الصحي التي تم تنفيذها والتحسين في الناتج النهائي على صحة الأمومة، فنحن نؤمن أن ذلك التطور الموثق قد نتج عن النهج الشمولي مع التركيز على التغطية الدولية.^{١٩-٢١}

أظهر بحث سابق أن الحوافز المالية من خلال التمويل مقابل الأداء من الممكن أن تؤدي إلى تحسن كل من الاستخدام وجودة خدمات الصحة، لأنها تخلق دوافع لدى العاملين لترجمة معرفتهم عن الرعاية الصحية الجيدة إلى أداء وممارسة أفضل.^{٢٢-٢٤} من جهة أخرى يرى أيرلاند وآخرون (٢٠١١) أن التدخل المبني على نتائج وعلى جانب اقتصادي لا ينهضان في حد ذاتهما بالاستجابة لاحتياجات المريض والمجتمع، تلك الاحتياجات التي يجب أن تركز عليها إصلاحات النظام الصحي. ويظن الباحثون أيضاً أن الجدول الدائري حول التمويل مقابل الأداء يجري تعويقه بعدم كفاية الأدلة المادية التي لا تأخذ المضمون في الاعتبار، ولا تفضي التناوب بين عناصر التمويل مقابل الأداء باعتباره عملية عضوية واحدة.^{٢٢}

وجد سويتزر وآخرون (٢٠١١)، الذي كتب تقريراً عن تجربة الدفع مقابل الأداء في جمهورية الكونغو الديمقراطية - أن دفع نسبة مالية ضئيلة من المريض في هذا النظام قلل كثيراً من الدفع المباشر لمبالغ مالية كبيرة للمؤسسات الصحية خارج إطار هذا النظام، وجعله يتلقى خدمة أفضل مقارنة بتلك التي تقدم في مجموعة مسيطر عليها من المنشآت الطبية التي لا تمول بذلك الأسلوب.^{٢٣} تم تنفيذ نماذج أولية ماثلة في رواندا تركز على التمويل مقابل

عامة تفيد المجموع، ويقومون بالتنفيذ الجماعي للصالح العام مع ارتباط الفشل في التنفيذ بالإحساس بمشاعر العار المجتمعي وانعدام الشرف.

تضم العقود خمسة عشر مؤشراً تتعلق بالصحة، وأدت إلى توحيد وتقوية الدعم المحلي وشجعت رؤساء المناطق المحلية والسلطات المحلية الأخرى أن يتبنوا ويدافعوا عن مصالح الصحة العامة وعلى زيادة الموازنات المالية المحلية.^{٢٤} وفي عام ٢٠٠٨ تمت الموافقة على الاستقلال الذاتي المالي والإداري للمنشآت الطبية، ومن المتوقع أن يسمح الإطار القانوني الذي تم وضعه بتطبيق سلس لنظم التمويل القومية مقابل الأداء، مع عقود ترتبط بالنتائج بين المنشآت الصحية والإدارات المحلية.^{٢٥}

تشمل محددات المكافآت تحت سياسة «عقود مقابل النتائج» مؤشرات كمية ونوعية، وتشمل المؤشرات الكمية عدد زيارات رعاية فترة الحمل، وأعداد الولادات التي تتم في المنشآت الصحية ومشافي الإحالة مقارنة بالأعداد المتوقعة، والرقم الكلي الإجمالي لأعداد المستخدمين الجدد لوسائل منع الحمل الحديثة. أما المؤشرات النوعية فتشمل ملاءمات الملف بكامله وبدقة للأمر والمولود الحي (لو كانت الولادة في منشأة طبية)، وأن تكون سجلات ما قبل الولادة صحيحة وكاملة، ونسبة النساء اللاتي ولدن ولادات قيصرية طبياً لدواعي الولادات القيصرية كما وردت في كتيب الإرشاد القومي؛ ودعوة مكتوبة ترسل للسيدات إذا تغير أسبوعاً عن موعد الحضور للفحص في مركز تنظيم الأسرة.^{٢٤، ٢٥}

استنتجت دراسة أجريت عام ٢٠٠٩ عن الإدارة الجيدة والصحة في رواندا أن الإدارة اللامركزية كان لها مردودات إيجابية على الإدارة الصحية، وأغلبها تتعلق بالمصداقية في الأداء، والاستجابة والتلبية، والكفاءة، والقدرة على الأداء، وأدت تلك العناصر جميعاً إلى تحسين الناتج الصحي الإجمالي بسبب ازدياد أعداد الولادات التي تتم في منشآت صحية مقارنة بالولادات التي تتم في البيوت، وعلى كل الأحوال فإن القصور في القدرات، وزيادة العبء الكمي

عند تحليل نقاط القوة ونقاط الضعف في نظام التمويل مقابل الأداء الذي تم تطبيقه في القطاع الصحي في رواندا منذ عام ٢٠٠٢. وضع كالك وباحثون مساعدون تقريراً عن أثر جانبي محدد غير مرغوب به، يسمى «تحويل النظام إلى مباراة تريح». ما يهدد بشكل خطير ويؤثر سلباً على نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين. يرى الباحثون أن الدفع مقابل الأداء ينمي دون قصد رغبة تزوير البيانات للحصول على مزيد من المال وأن ذلك يجعل مقدمي الخدمة يركزون على تحسين المؤشرات الدلالية، لا التغيير المنهجي. وهو ما يمكن اعتباره مضاداً للإنتاج^{٣٩} في استجابة لهذه المشكلة. تم إرساء سياسة قومية تسمى «لا تسامح مع الفساد» من قبل الحكومة عام ٢٠٠٦، والتي شملت آليات تحول دون «تحويل النظام إلى مباراة تريح»^{٤٠}. تم وضع آليات للمراقبة عن كثب وطرق إشرافيه في الأماكن الطبية على مستوى الأحياء والمناطق لتجنب وضع تقارير أكثر من الحاجة. كما قام المستوى المركزي بإجراء تقييمات سرية على وتيرة منتظمة ويعمل على تحري مدى صدق التقارير - التي يشك في صحتها - الخاصة بأداء الأطباء مقابل الدفع لهم من أموال التأمين. إضافة لذلك وضع آليات في أماكن ملائمة لمنع مقدمي الخدمة الطبية من تزوير البيانات ومنها التقييم في الموضوع للبيانات وحقيقة وجود متلقى الخدمة وذلك باختيار عينات عشوائية من المرضى الذين وضعت عنهم تقارير تلقيهم لخدمات طبية. كما يطلب منهم إفادة المراقبين بمدى استفادتهم من الخدمة الطبية أيضاً. وتم عمل روابط اتصال بالمواطنين لتقوية المصداقية والاعتمادية بين واضعي السياسات الوطنية وموظفي الحكومة المحليين.^{٤١-٤٢} يجب على مقدمي الخدمة الطبية في نظام التمويل مقابل الأداء أن يكملوا السجلات الصحية والبطاقات الخاصة بدقة ويمثلون كل بياناتها. إذ إن البيانات تمد المتابع بقواعد تهيئ لمقدم الخدمة استلام مقابل الخدمة الصحية. وبتحديد أدق. فإن مكافآت الأداء في المنشآت الطبية تعتمد على كم الخدمات

الأداء في بوتاري وسياجوجو بين الأعوام ٢٠٠١ و ٢٠٠٥. وأظهرت البيانات نتائجاً صحياً أفضل في الأحياء المشمولة في البرنامج عن الأحياء والمناطق المماثلة التي لم تشارك. واعتماداً على تلك النتائج الإيجابية قررت حكومة رواندا في ٢٠٠٦ تعميم برنامج التمويل مقابل الأداء وتطبيقه على المستوى القومي.^{١٧،١٠-١٨} ما زالت رواندا تواجه عوائق كبرى في تحقيق التوصل إلى مستوى دولي في حقل الرعاية الصحية. بما فيها من الصحة الإيجابية. وعلى الرغم من الإصلاحات المهمة التي تمت. ما زالت حوالي ثلث النساء الحوامل في رواندا يلدن أطفالهن في البيوت بمساعدة سيدات غير ماهرات أو من دون مساعدة على الإطلاق. اقترح هوج وآخرون (٢٠١١) أن السيدة المؤمن عليها ترفع عن كاهلها العوائق المالية وأن التأمين يشجع النساء على ولادة أطفالهن في منشأة صحية تحت إشراف مهاري. ولكن على الرغم من ذلك، حين تم رصد حالة التأمين الصحي باستخدام النماذج متعددة المتغيرات. تبين وجود أنماط اجتماعية متباينة. وأن عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية ما زال قائماً في رواندا في الحصول على ولادات في منشآت طبية وتحت إشراف طبي مهاري. وهم على أية حال يعتقدون أن تلك اللامساواة سوف تنخفض حين يزداد عدد المواطنين المؤمنين.^{١٤}

وعلى الرغم من اعتماد بحث ديلون وآخرين (٢٠١١) على عنصر ودليل واحد محلي في منطقة ماياجي في رواندا. فإنه يقترح أن الأهداف قصيرة المدى لا بد أن تتضمن تحسين الخدمة المقدمة وتقليص العوائق المالية لتحقيق نتائج صحية أفضل. ويرى البحث أيضاً أن معدل الاستخدام الأعلى يمكن تحقيقه وإجازه لو تم إدراج مزيد من المواطنين في التأمين الصحي المجتمعي ويتم إلغاء دفع نسبة مئوية عند الاحتياج للفحص الصحي.^{٣٤} ويوصي بأن تقوم القيادات الصحية في رواندا بمزيد من الدراسات لشرح وتفسير أثر القيد والاشتراك في التأمين الصحي والنسب الصغيرة المثوبة التي تدفع عند الاحتياج لعلاج صحي. وأثر كل ذلك على الاستخدام، والنتائج الصحي والتكلفة.^{٣٤-٣٨}

بكفاءة مع حالات الوفيات الناجمة عن الإجهاض غير الآمن أو المخاطر التي قد تترتب عليه.

الخاتمة

منذ عام ٢٠٠٠، بدأت أعداد أكبر من النساء الروانديات في تلقي خدمات رعاية الأمومة تحت إشراف طبي ماهر وفي منشآت طبية. كما أن مزيداً من النساء بدأ في استعمال وسائل منع الحمل الحديثة، خاصة في المناطق الريفية. حيث تعيش أغلب النساء الفقيرات الأكثر عرضة للمشاكل الصحية. إن العناصر الأولية لتلك التحسينات تتلخص في زيادة أعداد القوى العاملة بالمجال الصحي وتحسين مهاراتهم. والتمويل مقابل الأداء، والتأمين الصحي المجتمعي، والإشراف الإداري الحكومي الجيد في المحليات، وهناك حاجة لمزيد من البحث لتحديد أثر تلك التغييرات على الناتج النهائي لصحة الأمومة.

شكر وتقدير

يشكر مؤلفو هذه المقالة، فريق وزارة الصحة الرواندية لتوفيرها تقارير واضحة في صميم موضوع البحث وكل من قدم الدعم أثناء إتمام الدراسة.

المقدمة، ولكنها تهتم بالكم على حساب نوعية الخدمة. إن أحد مؤشرات جودة الأداء هو وجود مخزون من الأدوية والعقاقير المهمة المسجلة في المنشأة الطبية (مثل الأوكسيتوسين لمنع نزيف ما بعد الولادة). يكفي لمدة ثلاثة أشهر بشكل دائم^{١٠،١٧،٢٤} وهناك حاجة لمزيد من البحث لدعم تطور النظام الذي سوف يعاون بسرعة على المراقبة والمحافظة على منع «تحويل النظام الصحي إلى مباراة تريح» أو الإبقاء على تلك الظاهرة في الحد الأدنى.

أهم أوجه القصور في تلك الإصلاحات حتى اليوم هي: أولاً - القدرة غير الكافية للنظام الصحي القومي على التغلب تماماً على مشكلة قلة وندرة المهارين والمتدربين بكفاءة من مقدمي الخدمة الطبية، وثانياً - الآليات غير الكافية في التعرف على النساء الفقيرات جداً المحتاجات للإعفاء من دفع قيمة التأمين السنوي، وإدراجهن في تأمين الخدمة الطبية مجاناً، وهم على وجه الخصوص في المناطق القروية، وقد لا يجدن أية فرصة للحصول على خدمات رعاية الأمومة. فضلاً عن ذلك، لم تسمح القوانين المقيدة للإجهاض في رواندا للنظام الصحي بالتعامل

1. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank. Trends in maternal mortality 1990–2008: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva: WHO, 2010.
2. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6th ed. Geneva: WHO, 2011.
3. Basinga P, Moore AM, Singh S, et al. Abortion incidence and post-abortion care in Rwanda. *Studies in Family Planning* 2012;43(1):11–20.
4. Van den Broek N, Graham W. Quality of care for maternal and newborn health: the neglected agenda. *BJOG* 2009; 116(Suppl.1):18–21.
5. Islam M, Yoshida S. MDG 5: how close are we to success? *BJOG* 2009;116(Suppl.1):2–5.
6. Pearson L, Shoo R. Availability and use of emergency obstetric services: Kenya, Rwanda, Southern Sudan, and Uganda. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 88(2):208–15.
7. Adegoke AA, Van den Broek N. Skilled birth attendance: lessons learnt. *BJOG* 2006;116(Suppl.1):33–40.
8. Logie DE, Rowson M, Ndagijje F. Innovations in Rwanda's health system: looking to the future. *Lancet* 2008; 372(9634):256–61.
9. Basinga P, Gertler PJ, Binagwaho A, et al. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. *Lancet* 2011; 377(9775):1421–28.
10. Soeters R, Habineza C, Peerenboom PB. Performance-based financing and changing the district health system: experience from Rwanda. *Bulletin of World Health Organization* 2006; 84(11):884–89.
11. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: WHO, 2007. At: www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.
12. Rwanda Ministry of Finance and Economic Planning, 2007. Economic Development and Poverty Reduction Strategy, 2008–2012. At: <http://www.minecofin.gov.rw/ministry/key/edprs>.
13. Rwanda Ministry of Finance and Economic Planning, 2000. Rwanda vision 2020. At: <http://www.minecofin.gov.rw/ministry/key/vision2020>.
14. Hong R, Ayad M, Ngabo F. Being insured improves safe delivery practices in Rwanda. *Journal of Community Health* 2011;36(5):779–84.
15. Kayongo M, Butera J, Mboninyibuka D, et al. Improving availability of emergency obstetric care services in Rwanda: CARE's experiences and lessons learned at Kabgayi Referral Hospital. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2006;92(3):291–98.
16. Rwanda 2005: results from the Demographic and Health Survey. *Studies in Family Planning* 2008;39(2): 147–52.
17. Meessen B, Soucat A, Sekabaraga C. Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bulletin of World Health Organization* 2011;89(2):153–56.
18. Rwanda Ministry of Health. National Health Accounts, 2006, with HIV/AIDS, Malaria and Reproductive Health Subaccounts. Kigali: MOH, 2008. At: <http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/1992/>.
19. Rwanda National Institute of Statistics, Ministry of Health, ORC Macro. Rwanda Demographic and Health Survey 2010: final report. At: <http://www.statistics.gov.rw/publications/demographic-and-health-survey-2010-final-report>.
20. Rwanda Ministry of Health, 2011. Annual report 2010–2011. At: http://www.moh.gov.rw/index.php?option=com_d o c m a n & t a s k = d o c _ d e t a i l s & g i d = 3 0 3 & i t e m i d = 1 4.
21. Rwanda National Institute of Statistics, Ministry of Health and ORC Macro Calverton, Maryland USA. Rwanda Demographic and Health Survey 2005: final report. At: <http://www.measuredhs.com/publications/publication-FR183-DHS-Final-Reports.cfm>.
22. World Health Organization. World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count. At: <http://www.who.int/whr/2005/en/index.html>.
23. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects: 2010 Revision. Updated 20 October 2011. At: <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.
24. Rusa L, Ngirabega JDD, Janssen W, et al. Performance-based financing for better quality of services in Rwandan health centres:

- three-year experience. *Tropical Medicine & International Health* 2009;14(7): 830-37.
25. Saksena P, Antunes AF, Xu K, et al. Mutual health insurance in Rwanda: evidence on access to care and financial risk protection. *Health Policy* 2011;99(3): 203-09.
26. Schmidt JO, Mayindo JK, Kalk A. Thresholds for health insurance in Rwanda: who should pay how much? *Tropical Medicine & International Health* 2006;11(8): 1327-33.
27. Vogel L. Rwanda hikes premiums in health insurance overhaul. *Canadian Medical Association Journal* 2011; 183(13):E973-74.
28. Rwanda Twubakane decentralization programme & USAID. Good governance and Health: assessing progress in Rwanda. April 2009. At: www.intrahealth.org/...governance-and-healthassessing.../goodgovan...
29. De Brouwere V, Richard F, Witter S. Access to maternal and perinatal health services: lessons from successful and less successful examples of improving access to safe delivery and care of the newborn. *Tropical Medicine & International Health* 2010;15(8):901-09.
30. Wakabi W. Rwanda makes health-facility deliveries more feasible. *Lancet* 2007;370(9595):1300.
31. Kayongo M, Rubardt M, Butera J, et al. Making emergency obstetric care a reality: CARE's experiences in areas of high maternal mortality in Africa. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2006; 92(3):308-19.
32. Ireland M, Paul E, Dujardin B. Can performance-based financing be used to reform health systems in developing countries? *Bulletin of World Health Organization* 2011; 89(9):695-98.
33. Soeters R, Peerenboom PB, Mushagalusa P, et al. Performance based financing experiment improved health care in the Democratic Republic of Congo. *Health Affairs (Millwood)* 2011;30(8):1518-27.
34. Dhillon RS, Bonds MH, Fraden M, et al. The impact of reducing financial barriers on utilisation of a primary health care facility in Rwanda. *Global Public Health* 2011;1-16. At: <http://millenniumvillages.org/files/2011/08/Dillon-article.pdf>.
35. Schneider P. Trust in micro-health insurance: an exploratory study in Rwanda. *Social Science & Medicine* 2005;61(7):1430-38.
36. Schneider P, Hanson K. Horizontal equity in utilisation of care and fairness of health financing: a comparison of micro-health insurance and user fees in Rwanda. *Health Economics* 2006;15(1):19-31.
37. Twahirwa A. Sharing the burden of sickness: mutual health insurance in Rwanda. *Bulletin of World Health Organization* 2008;86(11):823-24.
38. Richard F, Witter S, de Brouwere V. Innovative approaches to reducing financial barriers to obstetric care in low-income countries. *American Journal of Public Health* 2010;100(10):1845-52.
39. Kalk A, Amani FP, Grabosch E. "Paying for performance" in Rwanda: does it pay off? *Tropical Medicine & International Health* 2010;15(2):182-90.
40. Kantengwa K, De Naeyer L, Ndizeye C, et al. Performance based financing in Rwanda: what happened after the BTC-experience? [Letter]. *Tropical Medicine & International Health* 2010;15(1):148-49.
41. Meessen B, Musango L, Kashala JP, et al. Reviewing institutions of rural health centres: the Performance Initiative in Butare, Rwanda. *Tropical Medicine & International Health* 2006; 11(8):1303-17.
42. Meessen B, Kashala JP, Musango L. Output-based payment to boost staff productivity in public health centres: contracting in Kabutare District, Rwanda. *Bulletin of World Health Organization* 2007; 85(2):108-15.

خريطة صحة الأم وحديثي الولادة:

استعراض ملدى التقدم في ٣٣ دولة إفريقية جنوب الصحراء ٢٠٠٨ - ٢٠٠٩

بقلم: كريستين إيكيشي^١، يارون ولمان^٢، لوك دوبرنيس^٣

أ مندوب بصندوق الأمم المتحدة للسكان، نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية.

ب رئيس قسم الصحة والتغذية، منظمة الأمم المتحدة للأطفال، مكتب تشاد، نجامينا

ج استشاري أول صحة الأم، صندوق الأمم المتحدة للسكان، نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية. للمراسلة: debernis@unfpa.org

ترجمة: مواهب المويلحي

موجز المقال: سعت خطة عمل مابوتو لعام ٢٠٠٦ لمساعدة الدول الإفريقية لتحقيق أهداف الألفية الإنمائية. فيما يخص خفض معدلات وفيات الأمهات، ومحاربة فيروس المناعة المكتسبة (الإيدز)، وخفض معدلات وفيات الأطفال والرضع، من خلال رعاية متكاملة للصحة الجنسية والإنجابية. وقد عمل صندوق الأمم المتحدة للسكان عام ٢٠٠٨، ٢٠٠٩ مع مسئولى وزارة الصحة الكبار، ومسئولى الصندوق المحليين ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال، ومنظمة الصحة العالمية؛ في ٣٣ دولة إفريقية لمراجعة مدى التطور فى إستراتيجيات وخطط الصحة الخاصة بالأم والأطفال حديثي الولادة من خلال مسح للتقييم الذاتي. وقد أظهر المسح أن كثيرًا من المكونات الأساسية مفقودة وخاصة تلك المتعلقة بإدماج تنظيم الأسرة، وعدم توافر الميزانية، وغياب خطط البنية التحتية وخطط الموارد البشرية، وضعف المتابعة والتقييم. إن مبادرة خطة طريق صحة الأم وحديثي الولادة هى أهم عامل ل طرح وتطوير المخطط المتعلقة بصحة الأم وحديثي الولادة فى العديد من الدول الإفريقية. ومع ذلك فإن أوجه القصور الموجودة بهذه المخطط القومية تحتاج للمواجهة قبل تحقيق أي انخفاض محتمل. بشكل واضح فى معدلات وفيات الأمهات وحديثي الولادة. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٢

Maternal & Newborn Health Road Maps: a review of progress in 33 sub-Saharan African countries, 2008-2009

Christine Ekechi, Yaron Wolman, Luc de Bernis, Reproductive Health Matters 2012; 20(39):164-168

الكلمات الدالة: وفيات الأمهات، صحة الأم، صحة المولود، خطة طريق صحة الأمهات وحديثي الولادة، خطة عمل مابوتو، المؤتمر

الدولى للسكان والتنمية، هدف الألفية الإنمائي الخامس، إفريقيا

- عدم توافر التزام قومي.
- تمويل قليل جدًا للصحة والخدمات الصحية.
- تنسيق ضعيف بين الأطراف المعنية الأساسية والشركاء.
- أنظمة صحية ضعيفة الكفاءة مع ضعف آليات الإحالة ومنها حالات طوارئ الولادة وحديثي الولادة.
- الضعف اللوجيستي للمؤونة والتوزيع والإدارة للأدوية الأساسية ومستلزمات تنظيم الأسرة والأجهزة.
- قصور فى عدد مسئولى الصحة وأصحاب المهارات وضعف برامج التعليم والتدريب لهم.

لازال على العديد من الدول العمل على توفير الرعاية الشاملة للصحة الجنسية والإنجابية بعد مرور ١٨ عامًا على توقيع برنامج عمل المؤتمر الدولى للسكان والتنمية. كما أن عددًا من هذه الدول أيضًا ليس على الطريق لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية الخاصة بصحة الأم والمولود بحلول ٢٠١٥. إن الجهود المبذولة لخفض معدلات وفيات الأمهات أظهرت نتائج فى العديد من البلدان^١ ولكن فى حوالي ٤٠٪ من البلاد التى تعانى من معدلات كبيرة لوفيات الأمهات، خاصة فى إفريقيا جنوب الصحراء. بدأ هذا «السباق» فى ظل بيئة قاصرة وبها العديد من المعوقات ومنها:

٢٠٠٩ مراجعة لدى تقدم البلدان الإفريقية فى تطوير خطة الطريق ومدى تحسين مستوى التخطيط فيما يتعلق بصحة الأم وحديثي الولادة ومدى تطبيق خطة عمل مابوتو. وقد استخدم الصندوق فى إجراء هذه المراجعة مسحًا ذاتيًا للتقييم^٥. وقد تم تصميم المسح ومراجعته بواسطة الأقران وتم اختياره ميدانيًا فى مدغشقر وبوركينا فاسو وقامت الفرق الوطنية المسؤولة عن برامج صحة الأم وحديثي الولادة والصحة والحقوق الجنسية والإيجابية فى البلدان بإجرائه. وذلك للتأكيد على مشاركتهم. تكون الفريق من مسئولين كبار بوزارة الصحة ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية وشركاء آخرين من المهتمين بهذه القضايا. وكان هناك تقدير كبير من المشاركين لزايا هذا الأسلوب بوصفه طريقة جيدة لتحسين مستوى التخطيط وكيفية التطبيق من أجل صحة الأم وحديثي الولادة.

وكان هدف المسح هو تحديد مدى التقدم، والتعرف على الفجوات فى الخطط القومية لصحة الأم وحديثي الولادة، واستخدام مؤشرات ومخرجات لقياس توافر الخدمات وجودتها وخاصة فيما يتعلق بكيفية ارتباطها بتنظيم الأسرة وتوافر شخص لديه المهارة اللازمة عند الولادة ورعاية طوارئ الولادة وحديثي الولادة، متضمنة تجنب ورعاية الإجهاض غير الآمن. وكان هناك هدف آخر للمسح تمثل فى تحليل مردود الإستراتيجيات المختارة على ازدياد الطلب والحصول على واستخدام الخدمات وعملية نشر الدروس المستفادة من خلال التمرين. وكان الهدف الأخير للمراجعة هو تحديد مدى إدماج هذه الإستراتيجيات فى الخطط القومية للصحة والحقوق الجنسية والإيجابية وخطط الصحة القومية والنظر فى تكلفة التوسع فى هذه الخطط ومدى عملية التطبيق على مستوى الأقاليم. واستهدف المسح تحديد مدى توافر وامكانية الحصول على الخدمات الخاصة بالصحة الجنسية والإيجابية.

• الهجرة المستمرة للمهنيين الصحيين المدربين من البلاد الفقيرة إلى البلاد الأعلى فى المستوى. داخل إفريقيا وخارجها. وأيضًا من القطاع العام إلى القطاع الخاص ما يؤدى الى إضعاف القطاع العام أكثر فأكثر.
• عدم وضوح السياسات وضعف تطبيقها مع عدم تطبيق الخطوات الإرشادية الموصى بها للممارسة وضعف القواعد الإرشادية^{٢-٣}.

ويظل التحدي الأساسي الذي يجب مواجهته فى هذه الدول: كيف يمكن التأكد من التوسع فى تطبيق مدخلات فاعلة لمنع الوفيات التي يمكن تجنبها؟
لقد اقترحت منظمة الصحة العالمية وشركاؤها كصندوق الأمم المتحدة للسكان فى عام ٢٠٠٤ أن يتم البدء فى مواجهة هذه الأمور فى المنطقة الإفريقية من خلال «خريطة طريق نوعية لصحة الأم وحديثي الولادة» تستخدمها هذه الدول لتصميم خطة عمل قومية عن كيفية الإسراع فى التقدم نحو تحقيق هدفى الألفية الإنمائية رقم ٤، ٥. وفى عام ٢٠٠٦ وفى اجتماع خاص دعا إليه الاتحاد الإفريقى. وقع وزراء الصحة الإفريقيون خطة عمل مابوتو بهدف «مساعدة الأمم الإفريقية على خفض معدلات الفقر بطريقة لا لبس فيها وتعتمد على الدليل لتحقيق أهداف الألفية الإنمائية لخفض معدلات وفيات الأمهات ومواجهة فيروس نقص المناعة المكتسب / الإيدز وخفض معدلات وفيات الرضع والأطفال»^٤. وكان التركيز الأساسى لهذه الخطة هو إدماج الصحة الجنسية والإيجابية وخدماتها فى الرعاية الصحية الأولية والتركيز على خارطة الطريق لكل بلد كأمر جوهري. وفرت هذه الوثيقة الاستراتيجية للبلدان الأعضاء، وللشركاء فرصة لترجمة الالتزام الذي عبرت عنه الخطة للعمل على التنسيق والتركيز على التطبيق المبني على الدليل. ومثلت خطوة مهمة لتوجيه وإرشاد البلدان لتخطيط وتصميم برامج الصحة الخاصة بأهداف الألفية الإنمائية.

مسح التقييم الذاتي

أجرى صندوق الأمم المتحدة للسكان فى عامى ٢٠٠٨.

نتائج المسح

تم الاتصال ودعوة خمس وأربعين دولة إفريقية للاشتراك في المسح إلا أن ثلاثة وثلاثين بلدًا فقط استجابوا للدعوة (٧٣٪) وقد عكست الاستجابات مدى تركيز معظم البلدان على الأهداف الثلاثة للإستراتيجيات من أجل خفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة بكفاءة عن طريق تنظيم الأسرة وتوافر شخص مؤهل عند الولادة ورعاية الطوارئ للولادة وحديثي الولادة.

قد غطى الاستبيان أحد عشر جزءًا تم تحديدهم بواسطة الشركاء، كإستراتيجية أساسية لخطة طريق شاملة خاصة بصحة الأم وحديثي الولادة (مربع ١).

وقد أفادت ٢٩ بلدًا، أنها «حققت» خريطة طريق صحة الأم وحديثي الولادة الخاصة بهم، وتعمل على مراجعة أكثر من سياسة قومية وإستراتيجيات وخطط أو برامج لجعلها أكثر مواءمة لخطة عمل مابوتو. وكان هناك ١٢ بلدًا تبنت خطة العمل هذه. وستة بلدان لديها خطة ميزانية من الأثنين والعشرين بلدًا التي أسست أو أعادت تفعيل اللجنة القومية لصحة الأم وحديثي الولادة حسب توصيات منظمة الصحة العالمية. وكان هناك القليل فقط من البلدان التي طورت خليةً جيدًا للأوضاع بشأن توافر الرعاية بما انعكس سلبياً على تحديد إستراتيجيات تطبيقية مبتكرة وهادفة. ومن أوجه القصور الأخرى في مرحلة التطوير، عدم إدماج تنظيم الأسرة باعتباره جزءًا رئيسياً في الخطط الخاصة بصحة الأم وحديثي الولادة في ستة بلدان. ولم يتم التركيز على الإجهاض غير الآمن بالمستوى المطلوب في الخطط عمومًا - وهو أحد الأسباب الرئيسة لوفيات الأمهات في كل البلدان

* إيجولا، بنين، غينيا بيسا، بوركينا فاس، بوروندى، الكاميرون، جمهورية إفريقيا الوسطى، تشاد، الكونغو، جمهورية الكونغو الديمقراطية، غينيا الإستوائية، أرتيريا، إثيوبيا، جامبيا، غانا، غينيا، كوت ديفوار، كينيا، ليسوتو، مدغشقر، مالاوي، مالي، موريتانيا، موزنبيق، ناميبيا، نيجيريا، روندا، السنغال، سيراليون، سوازيلاند، تنزانيا، أوغندا، زامبيا

الإفريقية - فلم يتم التركيز عليه بالمستوى المطلوب في الخطط عمومًا. وقد لوحظ ذلك حتى في البلدان التي أصبح فيها الإجهاض قانونيًا.

ولم يكن سوى أربعة بلدان هي: غينيا بيساو، وغينيا الإستوائية، وغينيا، وزامبيا - تضمنت خرائط طريقها الأجزاء الأحد عشر، وكانت أكثر الأجزاء المفقودة في الخطط الخاصة بالبلدان الأخرى. هي:

مربع ١. خريطة طريق صحة الأم وحديثي الولادة: المكونات الإستراتيجية

١. العمل مع الأفراد والعائلات والمجتمعات، إستراتيجية منظمة الصحة العالمية، ارجع إلى www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR_03_11/en/index.htm

٢. الموارد البشرية لاستراتيجية الصحة.

٣. الموارد البشرية لتخطيط الصحة لتعزيز التعليم والتدريب للصحة.

٤. تعزيز رعاية وخدمات طوارئ الولادة وحديثي الولادة.

٥. خطة لتطبيق رعاية خدمات طوارئ الولادة وحديثي الولادة.

٦. خدمات تنظيم الأسرة.

٧. الإجهاض الآمن / رعاية ما بعد الإجهاض لخفض معدلات الوفيات من الإجهاض غير الآمن وتوفير إجهاض آمن حسب القانون.

٨. إستراتيجية خاصة بالصحة الجنسية والإيجابية للشباب والمراهقين.

٩. إستراتيجية خاصة بفيروس نقص المناعة / الإيدز متضمنة منع انتقال الفيروس من الأم إلى الطفل.

١٠. البنية التحتية - خطة لزيادة وتطوير وتجهيز المنشآت الصحية.

١١. إستراتيجية خاصة بالمستلزمات الآمنة للصحة الإيجابية - أنشطة لتعزيز آليات قومية لشراء وتوزيع المستلزمات الصحية.

لقد استطاعت ثلث البلدان تصميم بنود ميزانية للصحة الإيجابية والجنسية / صحة الأم وحديثي الولادة. الأمر الذي سمح بضخ الموارد المحلية نحو تطبيق خريطة الطريق. ومع ذلك فلم تستطع كل البلدان تطوير خطة للتوسيع في الاستراتيجيات والتدخلات الرئيسية مع أهداف واضحة وإطار زمني. واستخدم القليل من هذه البلدان أدوات التكلفة لقياس تكلفة سيناريوهات إستراتيجية لاحتمالات توفير خدمات ولتسهيل عملية اتخاذ القرار أثناء تصميم الخطط.

توفير المتابعة والتقييم

كانت عملية المتابعة والتقييم ضعيفة-بصفة عامة- في معظم خرائط الطريق. فهناك ستة عشر بلداً استطاعت تصميم خطة لتقييم خرائط الطريق القومية. أشارت سبعة من البلدان إلى عدم وجود خطة للمتابعة والتقييم مزودة بمؤشرات وملحقة بخرائط الطريق القومية. وأخيراً استطاعت ستة عشر بلداً تصميم خطط عملية سنوية لخرائط الطريق القومية الخاصة بصحة الأم وحديثي الولادة بها.

المنافشة

من المفترض مراجعة الخطط القومية الخاصة بصحة الأم وحديثي الولادة كل عام. بما في ذلك تقييم مدى التقدم. لقد كان تصميم خرائط طرق قومية خاصة بصحة الأم وحديثي الولادة خطوة مهمة في البلدان الثلاثة والثلاثين لزيادة التكامل والمحتوى الإستراتيجي لخططهم العملية. ومع ذلك فمن الواضح من خلال هذه المراجعة أنه بالرغم من الإطار العملي الواضح والنصوص عليه داخل خرائط الطرق النوعية الخاصة بصحة الأم وحديثي الولادة. فإن الجزء الخاص بالتخطيط كان مفقوداً في العديد من البلدان. وأحد أسباب ذلك هو وجود العديد من البرامج الرأسية على المستوى القومي. مما يعيق تحقيق أسلوب شامل نحو خدمات الصحة الخاصة بصحة الأم وحديثي

استراتيجيات وخطط الموارد البشرية. خطط للولادة الطارئة ورعاية حديثي الولادة. وخطط متعلقة بالبنية التحتية.

التوسع في الخطط والتكلفة

يحتاج خفض معدلات وفيات الأمهات وحديثي الولادة إلى استثمارات هائلة لتعزيز الأنظمة الصحية والبنية التحتية. والتدريب. واجتذاب أخصائيي الصحة من ذوي المهارة والحفاظ عليهم. وقد تمت تغطية تكلفة الخطط القومية في ٢٦ بلداً من البلدان الثلاثة والثلاثين. وقد استخدمت أدوات خاصة في ذلك مثل الميزانية الهامشية للأزمات (منظمة الأمم المتحدة للأطفال/ البنك الدولي) في مالي. والجزمة المتكاملة لتكنولوجيا الرعاية الصحية (منظمة الصحة العالمية) في مالاوي. أو أداة التكلفة للصحة الإيجابية (صندوق الأمم المتحدة للسكان) في أوغندا والكونغو. ولكن في معظم الحالات تم تطبيق آليات الميزانية المعتادة. والمجدير بالذكر مع ذلك. أن بعض المكونات الضرورية كانت مفقودة في الخطط القومية. لذا فالتكلفة اللاحقة لهذه الخطط قد تكون غير دقيقة لعدم استيفائها.

وبالرغم من الدعم الواسع من منظمات الأمم المتحدة للتركيز على صحة الأم وحديثي الولادة. (منظمة الأمم المتحدة للأطفال. ومنظمة الصحة العالمية. وصندوق الأمم المتحدة للسكان) وكذلك من العديد من الشركاء الرئيسيين الآخرين. بالرغم من ذلك فإن نصف الثلاثة والثلاثين بلداً هو فقط من استطاع تنفيذ أنشطة لتعبئة الموارد. ويبدو أن هذا الأمر يعد خدياً للكثير من هذه البلدان. ومن السبعة عشر بلداً التي استطاعت تعبئة الموارد فإن مالاوي وغينيا الإستوائية فقط. هما من استطاعا تدبير أكثر من ٥٠٪ من التمويل الضروري بينما تمكنت ثمانية بلدان تدبير ثلث التمويل. واستطاعت سبعة بلدان تدبير أقل من ١٠٪. وكان التمويل من الشركاء في خمسة بلدان يمثل أكثر من ٥٠٪ من الموارد المتاحة بها.

الأم وحديثي الولادة التي قادها إخصائيو الصحة المسؤولون عن تصميم ودعم هذه الخطط. ومن المتوقع أن تعمل النتائج على جذب دعم أكبر حين الحاجة لذلك. وهناك الأمل بأن تؤدي مزايا هذه المراجعات، إلى جلب المزيد من الدعم من المجتمع الدولي. ومن مبادرة الأمين العام للأمم المتحدة، «كل امرأة، كل طفل»^١ وسوف تكون الحكومات قادرة على تطبيق خطط ذات كفاءة أعلى لدعم الخدمات من أجل خفض معدلات وفيات الأمهات وحديثي الولادة بفاعلية.

شكر وتقدير

يمكن الحصول على هذا التقرير وبيانات المسح من:
www.unfpa.org/public/cache/offoncel/homelpublications/pid/4197

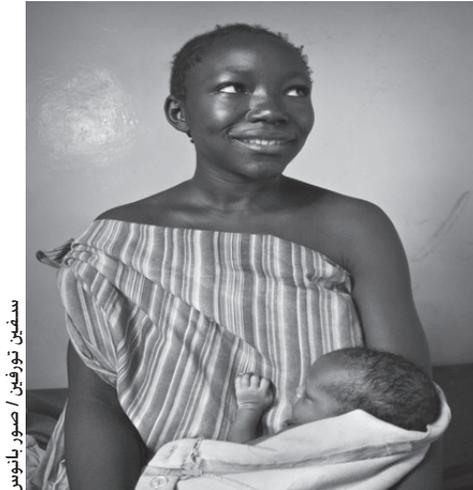
ونحن نشكر بصفة خاصة مدبري برامج صحة الأم والطفل بوزارات الصحة، وزملائنا في صندوق الأمم المتحدة للأطفال ومنظمة الصحة العالمية وكل البلدان التي تضمنتها هذه المراجعة للالتزامهم ودعمهم لنا، وإلى الدكتورة هيديا بيلهاج للمبادرة بهذه المراجعة والدكتورة أكينيل دايرو والدكتور فيكروتيسفاي لدعمهما الإحصائي والدكتورة دانييل إجل لمراجعتها المسودة.

الولادة داخل إطار الصحة الجنسية والإيجابية. وتضمنت الأسباب الأخرى عدم وجود بيانات ومهارات لتحليل جيد للأوضاع وعدم وجود معلومات فنية عن تعزيز الأنظمة الصحية، الأمر الذي يعد مهمًا جدًا للموارد البشرية وشراء المستلزمات والعناصر الأخرى للأنظمة الصحية ويشير إلى ضعف كفاءة الدعم الفني الذي تلقتة هذه البلدان.

وكان من المهم عند إجراء هذه المراجعة، أن نشير إلى أن هذه الخطط كانت -بالنسبة لعدد من البلدان التي اشتملت عليها هذه المراجعة -المحاولة الأولى الحقيقية لهم في تصميم خطة صحية قومية خاصة بصحة الأم وحديثي الولادة. ويجب تحديد الفجوات والتعامل معها. قبل توقع أي انخفاض واضح في وفيات الأمهات، بغض النظر عن إحراز أي تقدم في التخطيط وتصميم البرامج.

خطوات تم اتخاذها منذ إجراء هذه المراجعة: ما بعد النشر

من الضروري عمل متابعة لهذه المراجعة لتحديد إذا ما كانت الفجوات التي ظهرت في هذه المراجعة الأولى قد تم التعامل معها. يجب أن تستمر متابعة نصف المدة لمنظمة الصحة العالمية لتقييم مدى التقدم، حول تطبيق خرائط الطريق الخاصة بصحة



سفين تورفين / صور بانوس

أم شابة كانت تعاني من ولادة متعسرة وتم خويلها الى مستشفى يبعد أربع ساعات ووضعت طفلها بأمان عن طريق ولادة قيصرية طارئة، ليو بجنوب السودان ٢٠٠٨

المراجع

1. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Geneva: WHO, 2010.
2. Hogan MC, Foreman KJ, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. Lancet 2010;375(9726):1609–23.
3. World Health Organization. Road Map for accelerating the attainment of the MDGs related to maternal and newborn health in Africa. Geneva: WHO, 2004.
4. African Union. Special Session of the Conference of African Ministers of Health. Plan of Action on Sexual and Reproductive Health and Rights. Maputo, 18–22 September 2006. At: www.africa-union.org/root/au/Conferences/Past/2006/September/SA/Maputo/CAMH2.htm.
5. United Nations Population Fund. Maternal and Neonatal Health Road Maps in Africa: a review. New York: UNFPA Technical Division, Sexual and Reproductive Health Branch, 2009. At: www.unfpa.org/public/cache/offonnce/home/publications/pid/4197.
6. United Nations. "Every Woman, Every Child". UN Secretary General's Initiative. New York: UN, 2010. At: <http://www.everywomaneverychild.org>.

دور التأخير في حدوث المرضة الشديدة للأمهات ووفياتهن: التوسع في إطار المفاهيم

بقلم: رودولفو كارفالو باجانيلاً، خوزيه جويرما شيكاتي^٣، ماريا خوزيه أوسيس^٤، جووا سوزاد^٥

أ طالب دكتوراه، قسم التوليد والطب النسائي، كلية الطب، جامعة كامبيناس؛ وأستاذ مساعد، قسم الطب الباطني، جامعة ساو كارلوس الفيدرالية، البرازيل.

ب أستاذ التوليد، قسم التوليد والطب النسائي، كلية الطب، جامعة كامبيناس؛ ورئيس مركز دراسات الصحة الإيجابية في كامبيناس (كيميكامب)، كامبيناس، البرازيل. للمراسلة: cecatti@unicamp.br

ج محاضر، برنامج الدراسات العليا، قسم التوليد والطب النسائي، كلية الطب، جامعة كامبيناس؛ وكبير باحثين في مركز دراسات الصحة الإيجابية في كامبيناس (كيميكامب)، كامبيناس، البرازيل.

د موظف طبي، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي / صندوق الأمم المتحدة للسكان / منظمة الصحة العالمية/ البرنامج الخاص للبحث والتطوير والتدريب على الأبحاث في مجال التناسل البشري التابع للبنك الدولي، إدارة الصحة والبحوث الإيجابية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا.

ترجمة: هشام شنتلا

موجز المقال: اكتسبت وفيات الأمهات أهمية في البحث والسياسة منذ منتصف ثمانينيات القرن العشرين. وقد أدرك ناديبوس، ومين، منذ وقت مبكر أن التدخل بالعلاج الكافي وفي الوقت المناسب لمضاعفات التوليد كانت عاملاً رئيسياً في تقليل حالات وفيات الأمهات. وقد قدم عملهما منهجاً جديداً لفحص وفيات الأمهات، باستعمال إطار ثلاثي المراحل لفهم الفجوات التي تحول دون الوصول إلى الرعاية الطبية المناسبة للتوليد في حالات الطوارئ: المرحلة ١- تأخر المرأة وأو عائلتها في اتخاذ قرار طلب العون؛ والمرحلة ٢- التأخر في الوصول إلى منشأة للرعاية الصحية الكافية؛ والمرحلة الثالثة -التأخر في تلقي العناية الكافية في تلك المنشأة. وبُذلت مؤخرًا، جهودًا لتعزيز قدرة أنظمة الصحة على التعرف بسرعة أكبر على المضاعفات التي تؤدي إلى وفيات الأمهات. وتبين هذه المقالة أن الجمع بين إطار «ثلاثة تأخيرات» ومنهج «النجاة بأعجوبة» للأمهات، واستعمال مجموعة من طرق جمع المعلومات، قد يقدم وسائل إضافية لتعرف الأحداث الحرجة في وقت التوليد. ويمكن لهذا النهج أن يكون أداة قوية لصنّاع السياسة ومدبري الصحة لضمان مبادئ حقوق الإنسان في سياق الرعاية الصحية للأمهات، بإبراز ضعف الأنظمة وخدمات التوليد. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٢

The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: Expanding the conceptual framework

Rodolfo Carvalho Pacagnella, Jose Guilherme Cecatti,

Maria Jose Osis, João Paulo Souza, Reproductive Health Matters 2012; 20(39):155-163

الكلمات الدالة: وفيات الأمهات ومراضتهن، نموذج ثلاثة تأخيرات، النجاة بأعجوبة، رعاية التوليد في حالات الطوارئ

أو السياسيين. تبعًا لهذا، أدت حركة لمناصرة تقليل وفيات الأمهات، إلى إطلاق مبادرة منظمة الصحة العالمية الأمومة آمنة، في نيروبي في ١٩٨٧^١. كانت تلك المبادرة محاولة لجذب انتباه العالم إلى رفاه النساء، وإلى الوفيات التي تحدث حول الحمل وخلال فترة نهاية الحمل. لقد تحسنت صحة المرأة

في منتصف ثمانينيات القرن العشرين، جادل كل من روزنفيلد، ومين، ضرورة الانتباه إلى وفيات الأمهات في البحث والسياسة^١، وقد حددا أنها أحد الأسباب الرئيسية لوفيات النساء في عمر الإنجاب التي يمكن تجنبها. حيث أن وفيات الأمهات لم تلقي الاهتمام الكافي من المهنيين الصحيين أو صنّاع السياسة

الرعاية الصحية. وفيات الأمهات. مرضية الأمهات. نالج الحمل. وبنود ذات صلة في قواعد البحث: Pubmed، Wholis. ولم نستثن أي نوع من المقالات أو أية لغة.

الإطار الفكري

في ١٩٩٠، جاء ناديبوس ومين^١ بأول تغيير في النظرة إلى وفيات الأمهات بتأكيد تناقض ظاهر في استثمارات الصحة العامة: ليست هناك وقاية أولية معروفة لغالبية مضاعفات التوليد التي تؤدي إلى الموت. وليست هناك رعاية صحية أساسية قادرة على تقليل وفيات الأمهات. وقد اقترحا أن الوقت - منذ بداية حدوث أية مضاعفه وحتى بيان نتيجتها - يجب أن يكون المقياس الوحيد المستخدم لمواجهة المضاعفات التي تصيب الأمهات.

وقد وجدت الدراسات التي أجريت بموجب مبادرة الأمومة الآمنة^٢ عدم وجود ارتباط بين مضاعفات التوليد وأية خاصية سكانية. أو عامل خطر سلوكي أو مضاعفات قبل التوليد^٣. كما لم تجد دراسات أخرى أن أي قدر من الفحص يمكن أن يكتشف النساء اللواتي من المحتمل أن تحتاجن إلى رعاية طارئة للتوليد^٤. وأن تحسين ظروف المعيشة يقلل من وفيات الأمهات^٥. لذلك كان لابد من تعريف إجراءات تقليل وفيات الأمهات باعتباره وسيلة وقاية ثانوية^٦.

بينما يكون لدي العديد من النساء اللواتي تصبن بمضاعفات. عامل أو أكثر من عوامل الخطر القابلة للاكتشاف. فإن أغلبية النساء اللواتي تشتكرن في عوامل الخطر تلك ليس لديهن مشاكل خطيرة. علاوة على ذلك، في أعداد مطلقة. فإن المضاعفات أثناء الحمل والتوليد قد حدثت حتى في أفضل الظروف: فنسبة كبيرة من المضاعفات الخطيرة تحدث بين النساء من ليس لديهن عوامل خطر قابلة للتمييز مطلقاً^{٧،٨}.

يتراوح متوسط الفترة ما بين بداية حدوث المضاعفات الرئيسية للتوليد والموت من ٢ - ٥,٧ ساعة بالنسبة إلى نرف ما بعد التوليد. و ٣,٤ - ٦

خلال السنوات الـ ٢٥ الماضية في العديد من البلدان. لكن الإحصائيات العالمية تبين أن الأسباب الرئيسية للغالبية العظمى لوفيات الأمهات في الدول النامية تظل كما هي دون تغيير منذ ١٠٠ سنة مضت. نتيجة لأسباب تنصل مباشرة بالتوليد: النزف، الإنتان، مضاعفات الإجهاض، اضطرابات ارتفاع ضغط الدم، الولادة المعرّقلة، انفجار الرحم، والحمل خارج الرحم. تعمل وفيات الأمهات كمؤشر شديد الحساسية لمعايير العناية بالتوليد^٩. فمراجعة الدراسات الخاصة بوفيات الأمهات وعلاقتها باستخدام الخدمة الصحية، لاحظ ناديبوس ومين^{١٠} أن العديد من النساء الحوامل تصلن إلى المنشآت الصحية في حالة سيئة جداً. حتى أنه لا يمكن إنقاذهن. وأن الوقت المستغرق في تلقي العناية الملائمة، يُعتبر عنصر أساسي في وفاتهن. ومن هذا خرج «نموذج التأخيرات الثلاثة».

تأتي عادة الاختلافات الحالية في معدل وفيات الأمهات بين البلدان العالية الدخل والبلدان المنخفضة الدخل نتيجة للاختلافات في إدارة الوقت في حالة مضاعفات التوليد. لا يحتاج تقليل وفيات الأمهات إلى تحسين المساعدة الطبية لحالات التوليد في حالات الطوارئ في المنشآت فقط^{١١}. لكنه يحتاج أيضاً إلى تقليل الفترة بين بداية حدوث المضاعفات ومواجهتها في كل الأماكن. بيد أنه أخذنا في الاعتبار العدد المنخفض نسبياً لوفيات الأمهات في أية منطقة جغرافية واحدة. فإن صعوبات منهجية ظهرت عند تبني هذا الأسلوب. وقد تحسّن هذا الوضع منذ تم التعرف على حالات «النجاح بأعجوبة» للأمهات ودراستها^{١٢}.

تقدم هذه المقالة استعراضاً ونقاشاً فكرياً لإطار «ثلاثة تأخيرات» بناء على أساليب منهجية خاصة بمرضية الأمهات ووفياتهن. لقد أجرينا مراجعة شاملة لما كُتب عن التأخيرات في العناية بالتوليد من ١٩٨٠ حتى ٢٠١١ باستخدام الكلمات الدالة: «ثلاثة تأخيرات». العوامل الزمنية، التوليد، الرعاية التوليدية، قبول المريضة للرعاية الصحية، الوصول إلى الرعاية الصحية، تقديم الخدمات الصحية، نوعية

التعليمي^{١١} واستقلالية المرأة^{١٢، ١١} ومعرفة المرض^{١٣، ١٧} والسبب^{٢٠} وشدة الأعراض^{١٥، ١٩، ٢٢} والمعرفة والاتجاه نحو استعمال النظام الصحي^{١٨، ٢٤، ٢٥} أخذًا في الاعتبار أن اتخاذ القرارات سلوك معقد يتصل بفهم الاحتياجات، وهو ما يعتمد على التفاعل بين الميزات الفردية، والخصائص والتعرض إلى الظروف الاجتماعية، والثقافية والاقتصادية، فإن جمع المعلومات، يتطلب نهجًا عريضًا^{١٩، ٢١} فعلى سبيل المثال، يبدو أن استعمال رعاية ما قبل التوليد يعزز استخدام الرعاية الطارئة للتوليد، بنفس الطريقة التي يرتبط بها انعدام الوصول إلى رعاية ما قبل التوليد بالتأخيرات التي تؤدي إلى نتائج سيئة بالنسبة إلى الأم^{٢٧}.

أخذًا في الاعتبار تعقيد الاحتياجات الصحية، أضاف رودريجز فياميزار ورفاقه^{٢٨} تأخيرًا إضافيًا للقيام بمسح لوفيات الأمهات، فقد جعلوا التأخير الأول هو الاعتراف بالمشكلة، يليه فرصة أخذ قرار طلب الرعاية واتخاذ الإجراء من أجل ذلك، وفي أفغانستان، عرض هيروس وآخرون قسمًا فرعيًا آخر للمرحلة «١» من التأخير، وهو الوقت المستغرق لأخذ قرار طلب الرعاية والوقت المستغرق للمغادرة للحصول على الرعاية، وهو ما يتم أسرع عندما يتوفر للنساء وصولًا كافيًا للرعاية وشبكة دعم اجتماعية^{٢٩}، لذا، فإن المرحلة «١» قد يكون لها في الواقع ثلاثة مكونات مختلفة تعكس تعقيد المشكلة: تأخيرات في التعرف عليها، وفي اتخاذ القرار، وفي المغادرة.

المرحلة الثانية

قد تعمل العقبات الخاصة بالوصول إلى المنشأة الصحية، كمثبطات لطلب الرعاية، حتى عندما تقرر امرأة طلب الرعاية في وقت مناسب، قد تواجه موانع مثل انعدام وسيلة النقل أو بُعد المنشأة^{٣٠} يمثل تأخير المرحلة الثانية عادةً مسألة انعدام الوصول إلى الخدمات الصحية، وتحكم الموانع المالية والتنظيمية والاجتماعية والثقافية في استخدام الخدمات^{٣١}، يتأثر الوصول بتوزيع المنشآت الصحية، وبعدها، والنقل والكلفة، فالنساء ذوات النتائج الصحية السالبة تقطعن مسافات أطول، وتترددن

أيامًا للإنتان^{٣٢، ٣٣}، لذا، كلما زادت سرعة اكتشاف وعلاج المشكلة، عظمّت فرص إيقاف تطور الحالة.

استعمل ثاديوس ومين مفهوم «التأخيرات» بين بداية حدوث المضاعفة والمعالجة الملائمة لها، ونتيجتها، لربط عوامل متنوعة مثل المسافة، واستقلالية النساء والمساعدة الطبية، ويوفر هذا إطارًا واضحًا لدراسة حالات وفيات الأمهات بما يتعدى الأسباب الطبية: بجمع التعاقبات الاجتماعية والسلوكية السببية المتصلة بالعائلة، والمجتمع، والنظام الصحي، في إطار واحد يتجاوز المعلومات السريرية أو السكانية^{٣٤}.

والتأخيرات تعاقبية وذات علاقة ببعضها البعض: المرحلة الأولى - تأخر المرأة و/أو عائلتها في اتخاذ قرار طلب العون؛ والمرحلة الثانية - التأخر في الوصول إلى منشأة للرعاية الصحية الكافية؛ والمرحلة الثالثة - التأخر في تلقي العناية الكافية في تلك المنشأة. ولا يمكن إرجاع غالبية وفيات الأمهات لتأخير واحد؛ لكن الأعم هو مجموعة من العوامل التي تؤدي في النهاية إلى وفاة النساء.

المرحلة الأولى

يأتي هذا التأخير عادة نتيجة القيود المفروضة على اللجوء إلى خدمات الرعاية الصحية، وتشمل: «الموانع الاجتماعية والثقافية للبيئة والتي تُشكّل القيم، والمعتقدات والمواقف؛ في الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تُشكّل الوصول إلى المال والمعلومات؛ في الوضع الجغرافي الذي يُشكّل الوصول الطبيعي؛ في البيئة المالية التي تقرر كلفة الخدمات؛ وفي السياق المؤسسي الذي يشكل مجال وتنظيم الخدمات الطبية وجودة الرعاية»^٤.

يمثل التأخير في طلب الرعاية النسبة الأعظم للنساء اللواتي تصلن إلى المنشآت في حالة سريرية سيئة^{١٥، ١٨} قد تكون هذه أكثر الأحداث تعقيدًا للحل في سلسلة رعاية التوليد لأنها تتضمن مفهوم الوصول وظاهرة السلوك^{١٩}، إن الموانع الأكثر اتصالًا بسلوك طلب الرعاية الصحية هو الوضع الاقتصادي^{١٨} والمسافة إلى المنشأة^{٢٠} والمستوى

ازدحام المستشفيات.^{٣٣} بيد أنه حتى في حالة الإحالة من منشأة أخرى - سواء عيادة أو منشأة ريفية - تفتقر القدرة على تقديم الرعاية الطارئة للتوليد. فإن النساء تصلن في حالة سريرية سيئة.^{٢٥} وتتضمن أسباب هذا نقائص هيكلية وعملياتية - إحالة متأخرة، أو كلفة عالية لرعاية التوليد في حالات الطوارئ أو انعدام وسائل النقل العام.^{٣٤}

تؤدي العيوب التي يعاني منها نظام الإحالة إلى تحويل المرضى من منشأة إلى أخرى.^{٣٣،٣٤} عندما تكون المنشآت غير قادرة على التعامل مع مضاعفات التوليد^{٣٥} أو عندما تفتقر إلى المهنيين الصحيين المدربين. ويؤثر عدد مرات إحالة المرأة قبل أن تصل إلى المنشأة الملائمة على بقائها. لذا، فإن التعليمات والبروتوكولات الخاصة بالإحالة وبالمنشأة المتلقية يجب اتباعها لتقليل عدم التباين بين «هرم الإحالة» النظري والممارسات الفعلية.^{٣٣}

وبينما قد تكون هناك المزيد من العوامل في التأخيرات في الوصول إلى منشأة صحية، مثل انعدام الشبكة الاجتماعية المساندة.^{٣٣،٣٤،٣٥،٣٦} فإنه يبدو بشكل أساسي أن المشكلة الحقيقية في الوصول إلى الخدمات الصحية هي غياب العدل.^{٣٦}

المرحلة الثالثة

يسهم التأثير المتراكم للمرحلتين الأولى والثانية من التأخير في تحديد عدد النساء اللواتي يصلن المنشآت الصحية في حالة خطيرة.^{٣٦،٣٤،٢٥} فكثيرات لن يصلن إلى المستشفى أبداً.^{٣٣} وحتى عندما يصلن، قد لا تنجح المعالجة في إنقاذهن.^١

وقد وثقت دراسات أخرى أسباب إضافية للمعالجة غير الكافية، وتتضمن نقصاً زمنياً في الموظفين المدربين والتجهيزات الضرورية.^١ وتجاوز الفترة بين اتخاذ قرار بإجراء عملية جراحية طارئة ووقت بدء الجراحة مدة ٣٠ دقيقة.^{٣٧} والتأخير في بدء أية معالجة ملائمة بعد الوصول إلى المنشأة.^{٢٥} ونقص منتجات الدم، وانعدام الكفاءة التقنية بين الموظفين والمواقف السلبية تجاه المرضى نتيجة نقص الأموال.^{٣٢،٣٤،٣٨،٣٩} تكتظ بعض منشآت الرعاية الطارئة الشاملة

على عدد أكبر من المنشآت وتصلن إلى المنشأة الملائمة متأخرات.^{٣٣}

ترتبط المعيشة في قرية أو مكان ناء لا تناح فيه وسائل الانتقال بتأخيرات المرحلة الثانية.^{٢٥،٣٣} حتى في البلدان المتقدمة التي ليس بها مشكلات في وسائل النقل، ترتبط المسافة الجغرافية بمزيد من النتائج السلبية المتكررة للحمل.^{٣٠}

بيد أن بعض الكتاب يجادلون بأنه ليست هناك «ميزة حضرية»، فعلى الرغم من قرب الخدمات، فإن الفقراء في مناطق الحضر ليس لديهم طرق وصول أفضل إلى الخدمات الصحية، مما لدى فقراء المناطق الريفية.^{٣١} وقد تواصل الكلفة والفاقة لعب دور محوري في الوصول إلى المنشأة الصحية.^{١٥} وتواجه العديد من النساء، بسبب انعدام الاستقلالية أو الوضع الاقتصادي غير المواتي، صعوبة في تمويل الانتقال عند اتخاذ قرار طلب الرعاية.^{٣١،٢٥،٣١}

حتى إذا توفر لهن المال اللازم للانتقال، فقد لا تتوفر وسيلة الانتقال^{٣١} أو يكون عليهن السعي طلباً للمساعدة بسلوك طرق خطيرة ليلاً.^{٢٥} وقد كانت وسائل الانتقال المستخدمة تتضمن السير، أو سيارات الأجرة أو الشاحنات الذهابية إلى الأسواق، أو الحمل فوق عربة يد أو أرجوحة شبكية بين قطبين.^{٢٥،٣١}

قد يستغرق الوصول إلى المنشأة الملائمة ما بين ١٠ دقائق ويوم كامل.^{٢٥} لكنه يستغرق عادة أكثر من ساعة واحدة.^{١٧} وقد وجد داس أن النساء اللواتي تصلن إلى المستشفى خلال أربع ساعات من اتخاذ قرار طلب الرعاية فرصتهم أكبر في تحقيق نتيجة إيجابية من أولئك اللواتي تصلن خلال ثمان ساعات.^{٣١}

يؤثر موقع الإحالة أيضاً على الوقت المستغرق للوصول إلى المنشأة، فقد استغرقت النساء المحولات من المنزل وقتاً أطول للوصول إلى المنشأة من أولئك اللواتي حولن من مركز للتوليد.^{١٧} ولا يتم تحويل أغلبية النساء اللواتي تلدن في المستشفى، خاصة في البلدان الإفريقية، بواسطة مهني صحي، ولكن يقررن بأنفسهن الذهاب.^{٣٣،٢٥} ويعكس هذا، جزئياً، انعدام ثقتهن في رعاية المستوى الأدنى ويؤدي إلى

• أنظمة المعلومات الجغرافية. المصممة للعمل مع كل أنواع البيانات ذات المرجعية الجغرافية. والمستخدم لتتبع الصعوبات الجغرافية في الوصول إلى الرعاية الطارئة للتوليد.^{٥٠}

• تحسينات نظام الإحالة. مثل دور انتظار الأمهات. وعمل «فواصل وظيفية» في مستشفيات الإحالة لتحسين أنظمة الإحالة الإقليمية والوطنية.^{٥١، ٥٢}

مزيد من التقدم في الإطار النظري للتأخيرات
الثلاثة

تأخير «المرحلة الرابعة»

تؤدي أحياناً النجاة من حالة خطيرة إلى مزيد من المضاعفات أو إلى نتائج سلبية للمرأة وعائلتها؛ فتزيد إمكانية حدوث ظروف سريرية شديدة إضافية. وحتى الوفاة في بعض الأحيان. بعد الحدث الأول. مقارنة بعامّة السكان.^{٥٤، ٥٣} فقد تعاني امرأة من حالة سريرية حادة أو مزمنة نتيجة لمرض دفين أو للتدخلات التي أنقذت حياتها. مثل الإصابة بمرض معد مثل التهاب الكبد. من جراء نقل الدم أو الجراحة. أو تعاني من مشاكل توليدية مستمرة. أو قد تعاني من مشاكل نفسية بسبب ما واجهته.

إضافة إلى هذا. قد يحول العبء الاقتصادي للرعاية الطارئة في مستشفى. عودة المرأة من أجل الحصول على الرعاية لمشاكل شبيهة. بل ويحول دون عودة عائلتها بالكامل. ورغم أن تحسين صحة الأمهات مطلب أساسي للتنمية وتقليل الفاقة. ففي بعض الأماكن. قد تزيد النجاة بأعجوبة. من الفاقة. حيث يكون لكلف الرعاية الطبية والنقل والأدوية والإمدادات الطبية تأثير ضخم على ميزانية العائلة لفترة زمنية طويلة.^{٥٥} ولم تتم دراسة نتائج النجاة من المضاعفات الشديدة للحمل دراسة عميقة. وهناك حاجة للمزيد من الدراسات.

قيود نموذج التأخيرات الثلاثة

رغم أن نموذج التأخيرات الثلاثة إطار واسع الاستخدام في دراسات وفيات الأمهات. فهو يشير إلى الرعاية

فهي تعطي نوعية معقولة من المعلومات لتقييم برامج الصحة الخاصة بالأمهات وعمل النظام الصحي.

التدخلات القائمة على إطار التأخيرات الثلاثة

يُعتبر سوء تبين الحالة السريرية. أحد العوامل التي تؤدي إلى التأخير في طلب الرعاية. لذا اقترح بعض الكتاب. توجيه التعليم الصحي للمجتمع والعائلات لمساعدتهم في التعرف على علامات الخطر أثناء الحمل في الحالات التي تهدد الحياة. مثل النزف السابق للوضع. والنزف التالي للوضع. والارتجاج.^{١٣، ١٧} بيد أن سوء التبين قد يحدث أيضاً في منشأة للرعاية الصحية حيث العاملين الصحيين غير قادرين على توفير التشخيص الملائم والإحالة في الوقت المناسب. وقد يُحسن التثقيف الطبي والتدقيق والتعليقات الراجعة من قدرة العاملين الطبيين في التعامل مع حالات الطوارئ؛ هذا ويتم تطوير أدوات جديدة لتقييم علامات وأعراض المراضة الشديدة للأمهات من أجل التعرف السريع والدقيق على الحالات الشديدة.^{٤٥} يجري حالياً تجربة كثير من التدخلات الأخرى لتقليل التأخيرات لكنها لم تُقّم بعد من حيث ما إذا كان بالإمكان زيادتها. وما مدى مساهمتها في تقليل وفيات الأمهات. وهي تتضمن:

• دفعات متقطعة لتغطية تكاليف الانتقال إلى المستشفى.^{٤٦، ٤٧}

• سياسات نقل المهام التي من خلالها يتدرب السريريون من غير الأطباء على أداء نسبة كبيرة من إجراءات التوليد الطارئة بنتائج ماثلة لنتائج ما بعد الجراحة للأطباء. كما في برامج في موزمبيق وتنزانيا وملاوي والهند.^{٤٨، ٤٧}

• استعمال الهواتف اللاسلكية أو نظم الاتصال اللاسلكي ذات الترددات العالية جداً والتي تعمل بالطاقة الشمسية. والتي قللت من تأخيرات الانتقال. وحسّنت من نقل المعلومات والنصائح والوصول إليها بين الممارسين والقائمين التقليديين على التوليد. والمريضات والخدمات الصحية. على سبيل المثال.^{٤٩}

توفير الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية الضرورية. وتشجع مطالبات السكان مجتمع أكثر عدلاً. هذه إحدى أقوى نقاط هذا الإطار. وهي أنه يبين الفجوات في ضمانات حقوق الإنسان.

لكن عدة سمات حاسمة لهذه المشكلة مفقودة: إحداها انعدام سلطة النساء اللواتي يتمتعن بمركز اجتماعي عام منخفض. قد تكون التأخيرات نتيجة موقف رافض من أفراد العائلة ومقدمي الخدمة وصنّاع السياسة والنظام السياسي والاقتصادي الذي يضع الأدوية الضرورية وأجهزة إنقاذ الحياة بعيداً عن متناول يد أولئك الذين يحتاجونها. هذه انتهاكات لحقوق الإنسان ومسألة عدم إنصاف وفاقه وتمييز جنساني.^{٥٨} الشيء الآخر هو أهمية الإرادة السياسية والإجراء السياسي. إن إبراز الخطر الإضافي للموت بعد حياة امرأة من حدث حرج في الحمل والدين المعجز الذي تتحمله بعض العائلات، سواء جت أو لم تنج. قد يسهم في فهم الإهمال العالمي للحقوق الذي تغرق فيه قضايا وفيات الأمهات. بيد أن هذه الأشياء لن يُنظر إليها كانتهاكات لحقوق الإنسان من جانب المجتمع إلا إذا خلقت هذه المعلومات فاعلين اجتماعيين قادرين على دفع السياسيين لإظهار «إرادة سياسية». فلا بد للمعلومات الخاصة بفشل النظام الصحي وضمان الحقوق أن تصبح بطريقة ما هدفاً للاهتمام العام الذي يدعو إلى إجراء سياسي.

لقد عدت مؤخرًا الأمم المتحدة وفيات الأمهات نتيجة لانتهاك المبادئ الرئيسية لحقوق الإنسان. بما في ذلك المساواة، والمساواة، وعدم التمييز والمشاركة ذات المغزى.^{٥٩} وقد يجبر هذا الحكومات على احترام الدساتير الوطنية والمعاهدات الدولية التي وقعت عليها. وتحمل مسؤولية ضمان حقوق الإنسان الأساسية دفاعاً عن أمومة آمنة. مع هذا، فإن التطبيق العملي لهذه الحقوق هو متباين وغير كاف، وعرضي حالياً.^{٦٠}

إن فهم وفيات الأمهات كنتيجة للإهمال يدل على الاعتراف بأنها نتيجة للوضع المتضرر للنساء في المجتمع. بما في ذلك ما يتصل بحقوقهن الإيجابية.^{٦١}

الطارئة للتوليد ولا يتناول الفرص الضائعة للوقاية الأولية أو الاكتشاف المبكر لمضاعفات الحمل خلال الرعاية السابقة للتوليد.^{٦٠، ٦١} ورغم أن هذا ليس كافياً، فإن دور البرامج الوقائية مهم جداً أيضاً في منع مراضة الأمهات ومعالجتها. والتي قد تسبب أو لا تسبب الوفاة.^{٦١}

يهدف الغرض الأساسي من هذا الإطار النظري إلى جذب الانتباه إلى الفجوات في الوصول إلى الرعاية التوليدية الملائمة. فهو ليس نموذجاً خطياً؛ وهو يفيد فقط على نحو بآثر رجعي ولا يخلق الفرصة لتحسين رعاية امرأة معينة. وكما يعمل هذا الإطار بمنهج توقعي. مثلما تعمل نظم الترصد لتحديد ومواجهة العوامل لمنع حدوث نتيجة سلبية. يحتاج الإطار إلى إعادة التفكير. وحتى مع ذلك، فإنه يمكن الاستمرار في تحديد التحسينات في أنظمة الصحة وتنفيذها بعد وقوع الحدث.

اعتبارات نهائية

حتى نقلل من وفيات الأمهات والنجاة بأعجوبة. لا بد من بذل جهود لتقليل معدل حدوث الحمل غير المرغوب فيه. وتقليل إمكانية أن تعاني امرأة حبلية من مضاعفات الحمل والتوليد الشديدة والتي يمكن تجنبها (مثال على ذلك، بمعالجة فقر الدم الشديد أو الملاريا في وقت مبكر من الحمل أو توفير إجهاض آمن). وتحسين النتائج للنساء بمجرد حدوث المضاعفات. بيد أن التراجع في وفيات الأمهات كان أبطأ مما هو متوقع.^{٥٧}

نموذج ثاديوس ومين أداة قوية. لكنه نموذج توضيحي ولا يوفر فهماً كاملاً لظاهرة وفيات الأمهات. إن المعلومات الخاصة بالعوامل الدفينة لوفيات الأمهات ثمينة بالنسبة إلى المبرمجين ومدبري الصحة حتى يمكنهم تغيير «الطريق إلى الموت». لقد تم التوسع في استعمال إطار التأخيرات الثلاثة بواسطة لجان لوفيات الأمهات وأصبحت الفجوات في أنظمة الصحة أكثر وضوحاً.^{٦٢، ٦٣} وهي تحسن كلاً من رؤية المشكلة للمديرين، وتبين أين تقع المسؤوليات. وتكشف انعدام

شكر وتقدير

يتقدم الكتاب بالشكر من أجل الدعم المالي المُقدّم من المجلس الوطني للتنمية العلمية والتقنية وإدارة العلوم والتقنية التابعين لوزارة الصحة البرازيلية. المنحة رقم ٥-٢٠٠٨/٤٠٢٧٠٢، والتي تولت رعاية دراسة «الشبكة البرازيلية لمراقبة المراضة الشديدة للأمهات»، حيث تم وضع المنهج النظري الذي جاء وصفه هنا بدعم من هذه الدراسة.

فالنساء فقط هن من يواجهن المخاطر المتأصلة للإيجاب: إنها مسألة اختلاف جنسي. بيد أن انعدام الرعاية الصحية الإيجابية الملائمة هي مسألة تمييز جنساني، ونتيجة لنظام اجتماعي «يستند على قوة الجنس والطبقة». إن التمييز الجنسي يحدث في كل مراحل حياة النساء: تفضيل الأطفال الذكور، وإهمال رعاية البنات، والوصول الضعيف للرعاية الصحية، ووفيات الأمهات.^{١٢} إن وفاة المرأة بسبب مضاعفات الحمل ليس حقيقة حيوية فقط: بل هو أيضًا اختيار سياسي قابل للتغيير وفي متناول يد البشر. وهو يعتمد فوق كل شيء على الإرادة السياسية.



ادواردو مارتينهو / صور بانوس

قيام سينما المجموعة، فافيلادا روسينها، ريو دي جانيرو، التي تأسست لتعزيز الاندماج الاجتماعي للشباب في الأحياء ذات الدخل المنخفض، البرازيل، ٢٠٠٣.

1. Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality—a neglected tragedy. Where is the M in MCH? *Lancet* 1985;2(8446):83–85.
2. Maine D. *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. New York: Center for Population and Family Health, Columbia University, 1991.
3. Loudon I. Obstetric care, social class, and maternal mortality. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)* 1986;293(6547):606–08.
4. Thaddeus S, Maine D. *Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context*. New York: Center for Population and Family Health, Columbia University School of Public Health, 1990.
5. Paxton A, Maine D, Freedman LP, et al. Where is the “E” in MCH? *Journal of Midwifery & Women’s Health* 2003;48(5):373.
6. Paxton A, Maine D, Freedman L, et al. The evidence for emergency obstetric care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;88(2):181–93.
7. Cecatti JG, Souza JP, Parpinelli MA, et al. Research on severe maternal morbidities and near-misses in Brazil: what we have learned. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):125–33.
8. Say L, Souza JP, Pattinson R. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2009;23(3):287–96.
9. Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EK, et al. Outcomes of care in birth centers. *The National Birth Center Study*. *New England Journal of Medicine* 1989;321(26):1804–11.
10. Kasongo Project Team. Antenatal screening for fetopelvic dystocias. A cost-effectiveness approach to the choice of simple indicators for use by auxiliary personnel. *Journal of Tropical Medicine & Hygiene* 1984;87(4):173–83.
11. Leavell H, Clark EG. *Preventive medicine for the doctor in his community*. New York: Macgraw Hill, 1965.
12. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Sciences & Medicine* 1994;38(8):1091–110.
13. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra. *India. Bulletin of the World Health Organization* 1998;76(6):591–98.
14. Kalter HD, Salgado R, Babilite M, et al. Social autopsy for maternal and child deaths: a comprehensive literature review to examine the concept and the development of the method. *Population Health Metrics* 2011;9:45.
15. Filippi V, Richard F, Lange I, et al. Identifying barriers from home to the appropriate hospital through near-miss audits in developing countries. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2009;23(3):389–400.
16. Okong P, Byamugisha J, Mirembe F, et al. Audit of severe maternal morbidity in Uganda – implications for quality of obstetric care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2006;85(7):797–804.
17. Killewo J, Anwar I, Bashir I, et al. Perceived delay in healthcare-seeking for episodes of serious illness and its implications for safe motherhood interventions in rural Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2006;24(4):403–12.
18. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, et al. An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth* 2009;36(2):149–58.
19. Roost M, Jonsson C, Liljestrand J, et al. Social differentiation and embodied dispositions: a qualitative study of maternal care-seeking behaviour for near-miss morbidity in Bolivia. *Reproductive Health* 2009;6:13.
20. Hirose A, Borchert M, Niksear H, et al. Difficulties leaving home: a cross-sectional study of delays in seeking emergency obstetric care in Herat, Afghanistan. *Social Science & Medicine* 2011;73(7):1003–13.
21. Das V, Agrawal S, Agarwal A. Consequences of delay in obstetric care for maternal and perinatal outcomes. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2010; 109(1):72–73.
22. Pembe AB, Urassa DP, Darj E, et al. Qualitative study on maternal referrals in rural Tanzania: decision making and acceptance of referral advice. *African Journal of Reproductive Health* 2008;12(2):120–31.
23. Cham M, Sundby J, Vangen S. Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care. *Reproductive Health* 2005;2(1):3.
24. Barnes-Josiah D, Myntti C, Augustin A. The “three delays” as a framework for examining maternal mortality in Haiti. *Social Science & Medicine* 1998;46(8):981–93.
25. Lori JR, Starke AE. A critical

- analysis of maternal morbidity and mortality in Liberia., West Africa. *Midwifery* 2012;28(1):67–72.
26. Behague DP, Kanhonou LG, Filippi V, et al. Pierre Bourdieu and transformative agency: a study of how patients in Benin negotiate blame and accountability in the context of severe obstetric events. *Sociology of Health & Illness* 2008;30(4):489–510.
27. Roost M, Altamirano VC, Liljestrand J, et al. Does antenatal care facilitate utilization of emergency obstetric care? A case-referent study of near-miss morbidity in Bolivia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2010;89(3):335–42.
28. Rodríguez Villamizar LA, Ruiz-Rodríguez M, Jaime García ML. [Benefits of combining methods to analyze the causes of maternal mortality, Bucaramanga, Colombia]. *Panamerican Journal of Public Health* 2011;29(4): 213–19.
29. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, et al. What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy* 2002;7(3):186–88.
30. Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, et al. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. *American Journal of Public Health* 1990;80(7):814–18.
31. Matthews Z, Channon A, Neal S, et al. Examining the "urban advantage" in maternal health care in developing countries. *PLoS Medicine* 2010;7(9).
32. Essendi H, Mills S, Fotso JC. Barriers to formal emergency obstetric care services' utilization. *Journal of Urban Health* 2011;828: Suppl 2:S356–69.
33. Murray SF, Pearson SC. Maternity referral systems in developing countries: current knowledge and future research needs. *Social Sciences & Medicine* 2006;62(9):2205–15.
34. Filippi V, Ronsmans C, Gohou V, et al. Maternity wards or emergency obstetric rooms? Incidence of near-miss events in African hospitals. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2005;84(1):11–16.
35. Amaral E, Souza JP, Surita F, et al. A population-based surveillance study on severe acute maternal morbidity (near-miss) and adverse perinatal outcomes in Campinas, Brazil: the Vigimoma Project. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2011;11:9.
36. Rööst M, Altamirano VC, Liljestrand J, et al. Priorities in emergency obstetric care in Bolivia—maternal mortality and near-miss morbidity in metropolitan La Paz. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009;116(9):1210–17.
37. Gohou V, Ronsmans C, Kacou L, et al. Responsiveness to life-threatening obstetric emergencies in two hospitals in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Tropical Medicine & International Health* 2004;9(3):406–15.
38. Rosa ML, Hortale VA. [Avoidable perinatal deaths and obstetric health care structure in the public health care system: a case study in a city in greater metropolitan Rio de Janeiro]. *Cadernos de Saude Pública* 2000;16(3): 773–83.
39. Pirkle CM, Dumont A, Zunzunegui MV. Criterion-based clinical audit to assess quality of obstetrical care in low- and middle-income countries: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 2011;23(4):456–63.
40. Say L, Pattinson R, Gülmezoglu A. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reproductive Health* 2004;1(1):3.
41. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *British Medical Bulletin* 2003; 67:231–43.
42. Adisasmita A, Deviany PE, Nandiaty F, et al. Obstetric near miss and deaths in public and private hospitals in Indonesia. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2008;8:10.
43. Kaye DK, Kakaire O, Osinde MO. Maternal morbidity and near-miss mortality among women referred for emergency obstetric care in rural Uganda. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2011;114(1):84–85.
44. Jonkers M, Richters A, Zwart J, et al. Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: patients' perspectives. *Reproductive Health Matters* 2011;19(37):144–53.
45. Souza JP, Cecatti JG, Haddad SM, et al. The WHO Maternal Near-Miss Approach and the Maternal Severity Index (MSI): validated tools for assessing the management of severe maternal morbidity. Report for the Brazilian National Research Council, 2012.
46. De Costa A, Patil R, Kushwah SS, et al. Financial incentives to influence maternal mortality in a low-income setting: making available money to transport - experiences from Amarpatan, India. *Global Health Action* 2009;2. DOI 10.3402/gha.v2i0.1866.
47. Maine D. Detours and short-cuts on the road to maternal mortality reduction. *Lancet* 2007;370(9595):1380–82.
48. Gessesew A, Barnabas GA, Prata N, et al. Task shifting and sharing in Tigray, Ethiopia, to achieve comprehensive emergency obstetric care. *International Journal*

- of Gynecology and Obstetrics 2011;113(1):28–31.
49. Noordam AC, Kuepper BM, Stekelenburg J, et al. Improvement of maternal health services through the use of mobile phones. *Tropical Medicine & International Health* 2011;16(5):622–26.
50. Chen SC, Wang JD, Yu JK, et al. Applying the global positioning system and Google Earth to evaluate the accessibility of birth services for pregnant women in northern Malawi. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2011;56(1):68–74.
51. Baskett TF, O'Connell CM. Maternal critical care in obstetrics. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2009;31(3):218–21.
52. Fournier P, Dumont A, Tourigny C, et al. Improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effect on institutional maternal mortality in rural Mali. *Bulletin of World Health Organization* 2009;87(1):30–38.
53. Filippi V, Ganaba R, Baggaley RF, et al. Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso: a longitudinal study. *Lancet* 2007;370(9595):1329–37.
54. Camargo RS, Pacagnella RC, Cecatti JG, et al. Subsequent reproductive outcome in women who have experienced a potentially life-threatening condition or a maternal near-miss during pregnancy. *Clinics (São Paulo)* 2011; 66(8):1367–72.
55. Borghi J, Hanson K, Acquah CA, et al. Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Policy and Planning* 2003;18(4): 383–90.
56. Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2009;9:34.
57. Lozano R, Wang H, Foreman KJ, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet* 2011;378(9797):1139–65.
58. Freedman LP. Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2001;75(1):51–60.
59. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Maternal mortality, human rights and accountability. At: <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/MaternalmortalityHRandaccountability.aspx>2010. Accessed 28 September 2011.
60. Women Deliver. Civil Society Calls for Applying Human Rights-Based Approach to Preventing Maternal Death. At: <http://www.womendeliver.org/updates/entry/civilsociety-calls-for-applying-human-rights-based-approach-to-preventing-/2011>. Accessed 28 September 2011.
61. Diniz SG, ChachamAS. "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 2004;12(23):100–10.
62. Fikree FF, Pasha O. Role of gender in health disparity: the South Asian context. *British Medical Journal* 2004;328(7443):823–26.

منهج جديد لقياس وفيات الأمهات على مستوى المجتمع في الأماكن المنخفضة الموارد بواسطة مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط: دراسة جدوى في تيغراي، إثيوبيا

بقلم: ندولا براتا^١، كيتلين جردتس^٢، إيمانويل جيسيسو^٣

أستاذ مشارك مقيم، جامعة كاليفورنيا، كلية بيركلي للصحة العامة والمدير العلمي لمركز بيكسبي للسكان، والصحة، والاستدامة، بيركلي، كاليفورنيا، الولايات المتحدة الأمريكية. للمراسلة: ndola@berkeley.edu

ب دارسة لنيل درجة الدكتوراه، قسم علم الأوبئة، جامعة كاليفورنيا، كلية بيركلي للصحة العامة، واختصاصية أوبئة في مركز بيكسبي للسكان، والصحة، والاستدامة، بيركلي، كاليفورنيا، الولايات المتحدة الأمريكية.

ج أستاذ أمراض النساء والتوليد، جامعة ميكل، ميكل، إثيوبيا.

ترجمة: هشام شتلا

موجز المقال: يقترح هذا البحث منهجاً مجتمعياً جديداً لقياس وفيات الأمهات، ويقدم نتائج لدراسة جدوى أُجريت في الفترة من ٢٠١٠-٢٠١١ لهذا النهج في ريف تيغراي، في إثيوبيا. وقد طُبقت الدراسة في ثلاثة مكاتب صحية ومركز صحي واحد في منطقة يبلغ إجمالي عدد سكانها ٢٢,٠٠٠ نسمة. وكان القساوسة والمولدات التقليديات وكلاء الصحة الإيجابية في المجتمع. مسؤولين عن تحديد كل حالات الولادة والوفيات في مناطقهم والإبلاغ عنها. وقد ساعد مقدمو الخدمة في المستوى المتوسط في تحديد المبلغين الرئيسيين من أجل إجراء التشريح اللفظي. ودُرب العاملين الصحيين في المجتمع على إبلاغ مكتب الصحة المحلي بكل الولادات والوفيات. وهو المكان المنوط به الاحتفاظ بالسجلات الأساسية المتصلة بحياة الأشخاص. كما قام كل مكتب صحي مرة كل شهر-بإعداد قائمة بكل وفيات النساء اللاتي تبلغ أعمارهن ١٢-٤٩ عامًا. المسجلة في السجلات الحكومية. وقد دُرِّبَت الممرضات، والممرضات القابلات على إجراء التشريح اللفظي لهذه الوفيات. وتحديد سبب أولي للوفاة باستعمال التصنيف العالمي للأمراض رقم ١٠ لمنظمة الصحة العالمية. وارتكزت الدراسة على نظرية تحويل المهام. بتحويل مهمة تحديد سبب الوفاة من الأطباء إلى مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط. وقد سعت لبناء منهج مستدام تعظيم البنية التحتية للرعاية الصحية المحلية الحالية والقدرة الإنسانية. مما يؤدي إلى حلول تقوم على المجتمع لتحسين صحة الأم. وبينما لم يتم بعد تطبيق النهج خارج منطقة الدراسة الأولية، فإن النتائج واعدة بالنسبة إلى جدواها. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٢

An innovative approach to measuring maternal mortality at the community level in low-resource settings using mid-level providers: a feasibility study in Tigray, Ethiopia

Ndola Prata, Caitlin Gerdt, Amanuel Gessessew, Reproductive Health Matters 2012;20(39):196-204

الكلمات الدالة: وفيات الأمهات، البرامج والتدخلات المجتمعية، مقدمو الخدمة في المستوى المتوسط، الإحصائيات الحيوية، التشريح اللفظي، إثيوبيا

الوفاة، فلم يبد أن أي منهج منفرد لقياس وفيات الأمهات ناجح أو مجد على المستوى العالمي؛ فالمنهج الإحصائية والتحليلية وحدها ليست كافية لوضع إجراءات تدخل موجهة لتقليل الوفيات، أو لقياس

يُقدر عدد النساء اللاتي يُتوفين على مستوى العالم نتيجة لمضاعفات الحمل والولادة بـ ٣٥٨,٠٠٠ امرأة^١ وعلى الرغم من الجهود المكثفة المبذولة خلال العقد الماضي لتحسين نوعية جمع البيانات وتحديد سبب

التي تتم خارج المنشآت الصحية.^٨

تنصح منظمة الصحة العالمية البلدان بوضع تطوير برامج التسجيلات الحيوية كأولوية هامة.^٩ إلا أن التسجيلات الحيوية كانت أكثر نجاحًا في الأماكن التي تتم فيها غالبية التسجيلات في منشآت صحية مجهزة لتسجيل هذه المعلومات، أو في الأماكن حيث توجد آليات لربط التسجيلات الحيوية على المستوى المؤسساتي بتلك التي تتم على مستوى المجتمع.^{١٠} وتميل الأماكن التي تكون فيها البنية التحتية للنظم الصحية ضعيفة إلى كونها الأماكن نفسها التي تحدث فيها الولادات والوفيات في أغلب الأحيان في المنزل. ويمكن لأنظمة تسجيل البيانات الحيوية في مثل هذه السياقات أن تفوتها نسبة مؤثرة من الأحداث الحيوية، بما في ذلك الغالبية الكبرى من حالات وفيات الأمهات.^{١١} ولتحسين قياس الولادات والوفيات في الأماكن المنخفضة الموارد، هناك حاجة لأن تكون أنظمة تسجيل البيانات الحيوية أكثر قوة وشمولية لربط التسجيلات على مستوى المجتمع والمنشأة.^{١٢} ويستلزم إعداد مثل هذه الأنظمة بالمعايير العالمية، الاعتماد على البنية الصحية التحتية القائمة فعليًا، كما يتطلب مشاركة مقدمي الخدمة الصحية من المستوى القاعدي والمتوسط وأعضاء المجتمع في جمع بيانات الأحداث الحيوية.^{١٣، ١٤} إضافة إلى أنظمة جمع البيانات المحسنة، هناك حاجة متزايدة لتحديد النسبة المثوية العالمية لوفيات الأمهات نتيجة لكل من الأسباب الولادية الرئيسية.^{١٥} لقد تبين مرارًا وتكرارًا وفي سياقات متعددة أن أكثر التقلصات الحادة في وفيات الأمهات تحدث عندما تستهدف التدخلات الأسباب الولادية المستقلة لوفاة الأم: (النزف - اضطرابات ارتفاع ضغط دم - تعفن الدم - الإجهاض - الولادة المعرقله - الحمل خارج الرحم - الجلطة الدموية).^{١٦، ١٧} ويتطلب الاستهداف الناجح لمثل هذه التدخلات على المستوى المحلي أو الوطني قياسًا دقيقًا لوفيات الأمهات طبقًا للسبب.

أثبتت مؤخرًا مناهج تجريبية لقياس وفيات الأمهات نجاحها على مستوى المجتمع؛ فقد وُجد أن

التقدم نحو الأهداف الموضوعية عالميًا؛ ففي أقل البلدان تطورًا. تكون أنظمة التسجيل الحيوية، غير مكتملة أو غير موجودة. وجمع البيانات الخاصة بإحصاء السكان يتم بشكل غير نظامي. وجمع البيانات المكثف في الأبحاث - مثل الاستطلاعات المنزلية على مستوى السكان - مكلفة ومتقطعة. ويُعَوَّق الانعدام العام للبيانات الموثوقة عن وفيات الأمهات على مستوى المنطقة أو على المستوى الإقليمي جهود الوقاية والمناصرة، وتحديد الأولويات. وتخصيص الميزانيات.^{١٨}

يطرح هذا البحث منهجًا جديدًا للقياس المجتمعي لوفيات الأمهات، ويقدم نتائج دراسة جدوى أجريت في ريف إثيوبيا.

قياس وفيات الأمهات

استُخدمت تشكيلة من المناهج السكانية لقياس وفيات الأمهات. لكن، كان لكل منها العيب الخاص بها؛ فأنظمة الترصد في أماكن مختارة - على سبيل المثال - تعمل على جمع البيانات من مناطق جغرافية صغيرة نسبيًا، مما يولد نتائج لا يمكن تعميمها على عدد أكبر من السكان. إضافة إلى هذا، فإن هذا النظام البحثي، قد يكون غالي الثمن، ولذا فهي كثيرًا ما تكون قصيرة الأجل، وغير قادرة على تقديم البيانات الطويلة الموثوقة أو السماح بتنفيذ البيانات طبقًا للمناطق المحلية أو المجموعات السكانية الأكثر عرضة للخطر.^{١٩} وقد أثبتت بيانات الإحصاء السكاني، حتى مع توفرها عن الأماكن ذات الموارد القليلة جدًا، أنها غير موثوقة في تقدير نسب وفيات الأمهات.^{٢٠} ومثلت الدراسات الخاصة بوفيات من هن في سن الإيجاب خطوة رئيسية إلى الأمام في قياس وفيات الأمهات.^{٢١} لكنها مرهونة بتوفر أنظمة تسجيل البيانات الحيوية للتحقق من وفيات النساء في سن الإيجاب.^{٢٢} وحيث لا تتوفر هذه البيانات بشكل كبير، فإن الدراسات الخاصة بوفيات من هن في سن الإيجاب لم تكن بمفردها طريقة عملية للحصول على بيانات كاملة عن وفيات الأمهات، خاصة ما يتصل بالأحداث

النسائية التي تم تدريبها على تقديم الخدمات الصحية العلاجية والوقائية الأساسية في المجتمعات الريفية).^{١٣،١١}

المنهج

لواجهة الحاجة لطرق مُحسنة لجمع البيانات في أماكن محدودة الموارد. أعدنا منهجًا مجتمعيًا متعدد الأساليب لتسجيل الأحداث المدنية الحيوية. والقياس الدقيق لوفيات الأمهات وتوزيعها طبقًا لأسباب الوفاة. كما أجريت دراسة جدوى في تيغراي وإثيوبيا. خلال الفترة من أغسطس / آب ٢٠١٠ إلى أغسطس / آب ٢٠١١. وقد استخدم المنهج نهجًا مائلًا لمنهج المعلومات المجتمعي الذي أُختبر مؤخرًا في الهند.^{١٤} لكن مع نية محددة لاختبار جدوى جمع بيانات خاصة عن سبب الوفاة. بواسطة مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط. وبينما أجرى مقابلون عامون ومقدمو الخدمة في المستوى المتوسط مقابلات التشريح اللفظي بنجاح.^{١٥،١٦} فإن دراستنا - حسب علمنا - هي أول دراسة تقيم جدوى تحديد مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط لسبب وفيات الأمهات باستعمال التشريح اللفظي.

أخذ المشروع في الاعتبار قدرة الموارد البشرية، والبنية التحتية وإمكانية الاستدامة. وفي غياب نظام تسجيل حيوي عامل للأحداث التي حدثت خارج المنشآت الصحية. تم ابتكار نظام ترصد نشط لتحديد الولادات والوفيات. ونتيجة للمخاوف المتعلقة باستدامة المنهجيات القائمة بالفعل. كانت كلفة هذا المنهج الجديد اعتبارًا مهمًا. لذلك اعتمد النظام الذي أعدناه - مبين في الشكل رقم ١- على إسهامات وكلاء المجتمع المختلفين. والتي كانت بالفعل مساهمتهم في التسجيلات الحيوية في المجتمع جزءًا من عملهم ومسؤولياتهم. وقد شكل نظامنا هذه الأدوار من خلال التدريب وإرساء صلات نشطة بنظام الرعاية الصحية الرسمي.

طبق المشروع التجريبي في ثلاثة مواقع صحية (منشآت رعاية صحية أساسية مجتمعية) ومركز

الاستراتيجيات التي تعتمد على مقدمي المعلومات الرئيسيين الذين يوثقون كل الولادات والوفيات مستقبلًا في مجتمعاتهم تكون فعالة في الأماكن الريفية قليلة الموارد. وتمثل أسلوبًا واعدًا. حيث أن الاستطلاعات وأساليب التردد لأماكن مختارة. تكون أكثر تكلفة. وغير مجدية. وغير مستدامة.^{١٤} يُعتبر «التشريح اللفظي». طريقة غير مباشرة كثيرة الاستعمال لتقرير سبب الوفاة في غياب شهادة طبية. وتتضمن مقابلات معمقة مع أقرباء (وأعضاء مجتمع) المتوفاة.^{١٧} وبينما هي ليست أسلوبًا جديدًا. فإن أهمية التشريح اللفظي هو التعرف على سبب الوفاة في الأماكن منخفضة الموارد. وقد أُعيد تأكيده بأدوات جديدة وإعداد خوارزميات تعتمد على الحاسوب من أجل حساب وفيات الأمهات. إضافة إلى الأسباب الأخرى.^{١٧-١٩}

محيط الدراسة

في ٢٠٠٨. كانت نسبة وفيات الأمهات المعدلة لإثيوبيا ٤٧٠ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي.^١ إلا أن هناك حاجة ملحة لبيانات موثوقة دقيقة عن مستويات واتجاهات وتفاضلات وفيات الأمهات على المستوى الإقليمي وعلى مستوى المنطقة. ومن دون مثل هذه البيانات سيستمر تطبيق السياسات والبرامج دون دليل واضح للإشارة إلى أي من التدخلات له إمكانية التأثير الأكبر.

تيغراي. منطقة في أقصى شمال البلاد يزيد سكانها عن أربعة ملايين شخص. ويعيش ٨١٪ منهم في مناطق ريفية بعيدة. ٩٦٪ منهم هم من المسيحيين الأرثوذكس.^{٢٠،٢١} وفي ظل نظام الرعاية الصحية الإثيوبي المكون من أربعة مستويات (مستشفى إحالة. ومستشفى منطقة. ومركز صحي. ومكتب صحي): تضم دائرة صحة تيغراي. مستشفى إحالة واحد. و١٢ مستشفى منطقة. و٣٨ مركز صحة و٦٠٠ مكتب صحة.^{٢١} ابتداءً من ٢٠١٠. استخدمت دائرة صحة تيغراي ٨٤ قابلة و١,٢٥٨ عاملاً إضافياً للخدمة الصحية (كادر من العمالة الصحية

في التسجيل غير الرسمي للولادات والوفيات. ولذا يجب إشراكه أيضاً في عملية التسجيل الرسمية. بين الشكل رقم ٢ مخطط لتنفيذ المشروع.

أنواع عمليات جمع البيانات التي أُدرجت ترصد حالات معينة مجتمعياً

كان الكهنة، والمولّدات التقليديّات، ووكلاء الصحة الإيجابية مسؤولين عن تحديد كل الولادات والوفيات في مناطقهم المعينة والإبلاغ عنها. وقد أُعطوا تدريباً مفصلاً على كيفية تثقيف وتحفيز العائلات على الإبلاغ عن الولادات والوفيات التي تحدث في منازلهم. كما ساعدوا مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط في تحديد مكان مقدمي المعلومات الرئيسيين من أجل التّشريح اللفظي والتحقق من الولادات وحالات نزول المواليد ميتة. وقد كانت أداة جمع البيانات المستخدمة عند هذا المستوى مجرد سجل بسيط، مقسم إلى أعمدة لتسجيل المنزل مكان الحدث ونوع الحدث.

التسجيلات الحيوية عند مستوى المكتب الصحي
ولضمان تسجيل كل الأحداث، دُرّب العاملون الصحيون المجتمعون على إبلاغ مكتب الصحة المحلي (واحد لكل قرية) بكل الولادات والوفيات. حيث يُحتفظ بالسجلات الحيوية مُحدّثة حتى تاريخه. حيث يتم تحديثها شهرياً، وأعد كل مكتب من المكاتب الصحية الثلاثة، قائمة بكل الولادات والمواليد الميتة ووفيات الإناث (بعمر ١٢ إلى ٤٩) من أجل التّشريح اللفظي، والتحقق من الحدث بواسطة مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط. وقد سُجّلت البيانات الحيوية في سجلات توفرها الحكومة وتوزعها على المكاتب الصحية.

التسجيلات الحيوية والتّشريح اللفظي

اخْتَبِرَت أداة مسح التّشريح اللفظي ميدانيّاً بلغة إقليم تيغراي، وكَيِّفَتْ طبقاً للأعراف الثقافية واللغوية بناءً على مقترحات تم تلقيها خلال التدريب التجريبي. وتلت مهمة تحديد سبب الوفاة المراحل الرئيسة الأربعة من عملية التّشريح اللفظي: (١) تحديد

شكل ١. تصميم فكرة المشروع: الأدوار المحددة للكوادر المختلفة في النظام الصحي المحلي

التسجيلات الحيوية والتّشريح اللفظي

المستوى الإقليمي
مكتب صحة تيغراي
فريق المشروع

↓

↑

جامعة كاليفورنيا،
بيركلي
فريق المشروع

↓

↑

لجنة التدقيق

مستوى المركز الصحي
المسؤولون الصحيون
والمرضات والقابلات

↓

↑

التسجيلات الحيوية
مستوى الموقع
الصحي

موظفو الخدمة
الصحية الإضافيين
(الريف)

المرضات المساعداً
(المناطق حول الحضرية)

↓

↑

ترصد مجتمعي في
أماكن مختارة

على مستوى المجتمع

وكلاء الصحة الإيجابية

على مستوى المجتمع

والمولّدات التقليديّات

المنظمات المجتمعية

(الدينية وغير الدينية)

ملحوظة: سيتم تكوين لجنة التدقيق عند الانتهاء من التطبيق على مستوى أكبر، بغرض تحديد ما إذا كان مقدمو الخدمة في المستوى المتوسط يمكنهم تحديد سبب الوفاة بنفس دقة الأطباء.

صحة واحد. ومنشأة رعاية صحية في المستوى المتوسط) في منطقة يصل إجمالي سكانها إلى حوالي ٢٢,٠٠٠ نسمة. ولزيادة وعي المجتمع بخطة المشروع ومبرراته، عُقدت اجتماعات قبل بدء المشروع لكل مستويات فريق البحث وقادة المجتمع، وأعضاء المجتمع، والقادة الدينيين. وتبين في هذه الاجتماعات أن كبير القساوسة في كل مجتمع يلعب دوراً مهمّاً

شكل ٢. مخطط تنفيذ المشروع الأرقام الواردة بين قوسين تشير إلى عدد المتدربين في كل مستوى من مستويات التنفيذ



وإذا كان الأمر كذلك، باستخدام دفتر كود التصنيف العالمي للأمراض رقم ١٠ المقدم لكل قابلة، سجلت الرمز المرتبط بسبب الوفاة. وأخيرًا حددت السبب الأساسي للوفاة باستعمال مخطط منظمة الصحة العالمية لتحديد سبب الوفاة من أكواد التصنيف العالمي للأمراض ١٠-١. وإذا جاءت المقابلتان بمعلومات متعارضة، فهي ترتب لمقابلة مع مقدم معلومات رئيسي ثالث. يتم التحقق من الولادات، وولادة المولود ميتًا بواسطة استبيان مُعد خصيصًا لهذا. استمر جمع المعلومات على مستوى المنشأة، وتابع مقدمو الخدمة في المستوى المتوسط تسجيل كل الوفيات والولادات التي حدثت في المنشأة، وخضعت كل سجلات حالات وفيات الأمهات في المنشآت إلى تدقيق روتيني لوفيات الأمهات وروجعت بالمقارنة إلى سجلات

سبب الوفاة، (٢) التصديق على الوفاة، (٣) تحديد كود سبب الوفاة، (٤) اختيار السبب الأساسي للوفاة^{١٩} ومن أجل وفيات الإناث في عمر ١٢-٤٩ التي حدثت في المجتمع، عُين مقدم خدمة مُدرَّب في المستوى المتوسط (مرضة أو ممرضة قابلة) لإجراء التشريح اللفظي. وقد قابلت أشخاص مختلفين متصلين بالمتوفاة (أقرب الأقارب من الذكور وأقرب الأقارب من الإناث) على انفراد. تمت هذه المقابلات بعد فترة الحداد التقليدية ومدتها ١٤ يومًا، وبعد الحصول على موافقة موقعة بالعلم، عند الانتهاء من المقابلات، راجعت الممرضة الإجابات التي قدمها كل الجيبين لتحديد سبب الوفاة، ثم صدقت على الوفاة بتسجيل الظروف والعوامل المسهمة في نموذج التشريح اللفظي. ثم حددت ما إذا كانت الوفاة تُعد وفاة الأم عند الولادة.

التسجيلات الحيوية في الموقع الصحي ذي الصلة.

التدريب

في يوليو ٢٠١٠، تلقى سبعة من مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط (مسؤول صحة واحد. وست مرضات قابلات) و٢٠ مقدم رعاية صحي من المستوي القاعدي (المولدات التقليديات ووكلاء الصحة الإيجابية المجتمعيين). ثلاثة أسابيع من التدريب المركز على التردد من أماكن مختارة. والتسجيلات الحيوية. والتشريح اللفظي.

تلقت المولدات التقليديات. ووكلاء الصحة الإيجابية المجتمعيين. والقساوسة المحليون خمسة أيام من التدريب المركز على بروتوكول الدراسة. إضافة إلى التدريب الموجه على منهج التردد من أماكن مختارة. وكجزء من التدريب على هذا التردد. أعدت فرق صغيرة من القساوسة والعاملين الصحيين المحليين (فرق مجتمعية) من نفس المجتمعات. وخرائط لمنطقة عملهم وعينت مجموعات من المنازل لكل عضو من أعضاء الفريق. كذلك حدد أعضاء الفريق مكاناً وزماناً لاجتماعات أسبوعية لجمع كل البيانات الخاصة بالولادات والوفيات في المجتمع. وحُصص أحد أعضاء الفريق لإخبار موقع الصحة بشكل أسبوعي بكل التسجيلات الحيوية في منطقة العمل.

تلقى العمال الصحيون الإضافيون. خمسة أيام من التدريب المركز. بما في ذلك معلومات خلفية شاملة. والتدريب على بروتوكول الدراسة. ومنهج التردد من أماكن مختارة. وجمع البيانات وتوليها من أجل التسجيل المدني للبيانات الحيوية الأساسية. كانت العملية. أن يتلقوا المعلومات من الفرق المجتمعية التي تعمل على التردد في أماكن مختارة وتسجل كل الولادات والوفيات في منطقة العمل في السجلات الحكومية الخاصة بتسجيل الأحداث الحيوية في موقعهم الصحي.

تلقت الممرضات والممرضات القابلات سبعة أيام من التدريب على بروتوكول الدراسة. وتقنيات المقابلة المعمقة. وتقنيات التشريح اللفظي مع تأكيد وفيات

الأمهات. وأساليب تناول الموضوعات الحساسة. كما شاركوا في نشاطات لعب الأدوار باستخدام أداة مسح التشريح اللفظي الفعلية. وألفوا أنماط تخطي الأسئلة. لكل من الأسئلة المفتوحة والمغلقة. إضافة إلى هذا. تلقوا أربعة أيام من التدريب المركز على تحديد سبب الوفاة من خلال التشريح اللفظي. باستعمال توصيات منظمة الصحة العالمية «تصنيف سبب وحيد للوفاة وأية مجموعات من الأسباب الوحيدة»^{٢٤}. وتشمل قائمة الحد الأدنى من الأسباب الوحيدة: (i) الإجهاض القصي وتعضن الدم: (ii) الإجهاض القصي والنزف: (iii) حمل خارج الرحم (٠٠٠): (iv) الإجهاض (٠٠٣-٠٠٧): (v) النزف قبل الولادة (٠١٧): (vi) النزف بعد الولادة (٠٧٢): (vii) تعفن الدم (٠٨٥-٠٨٦): (viii) تسمم الحمل (٠١٥): (ix) الولادة الممتدة (٠١٣-٠١٦). وقد استعملنا تعريف التصنيف الدولي للأمراض ١٠ للوفاة غير المباشرة للولادة على أنها وفاة «ناجئة عن مرض قائم من قبل. تطور أثناء الحمل ولم يكن نتيجة لأسباب مباشر للولادة لكن. زادت حدته نتيجة للآثار الفسيولوجية للحمل»^{٢٥،٢٤} إلا أن فئات منفصلة تم تكوينها لتصنيف الأمراض المهمة محلياً. والتي ترتبط بنسبة كبيرة نسبياً من حالات وفيات الأمهات. مثل: التهاب الكبد. والملاريا. والسل. وفقر الدم. وأمراض القلب. والإيدز. وداء الكزاز. والإصابات (المتعمدة وغير المقصودة).

وشملت متابعة الاجتماعات الأولية مع المجتمعات لقاءات عُقدت شهرياً خلال الشهور الأولى الثلاثة من الدراسة لتشجيع المشاركة النشطة لأعضاء المجتمع. ومرة أخرى في نهاية فترة الدراسة. شارك كل أعضاء فريق البحث. والعاملون الطبيون وعمال الصحة المجتمعية والقساوسة في قياس البيانات. كما دُعيت مجموعات مجتمعية أخرى للمشاركة. وكانت المشاركة الواسعة مهمة لقبول واستيعاب المشروع من قبل أعضاء المجتمع وللتصديق على البيانات. كما اعتمد نجاح منهجنا على مشاركة المجتمع. وتحسين التعاون. والتواصل المستمر بين المجتمعات ونظام الرعاية الصحية.

العشرين. وصلت أربع حالات+ إلى مركز الصحة حيث سجل سبب الوفاة في سجلات المنشأة على أنه نتيجة للملاريا (ثلاث حالات) والسبل (حالة واحدة). وقدرت البيانات التي جمعت خلال الدراسة معدل المواليد العام ٣٩,٧ مولود / ١,٠٠٠ نسمة : والمعدل السنوي للوفيات لكل الأسباب ٧,٦ وفاة / ١,٠٠٠ نسمة : والمعدل السنوي لوفيات النساء في سن الإيجاب ٢,٨ / ١,٠٠٠ : ومعدل وفيات الأمهات ٤٦٧ / ١٠٠,٠٠٠ مولود حي.

وقد قورنت هذه البيانات ببيانات الإحصاء السكاني الوطني الإثيوبي لعام ٢٠٠٧ لمنطقة تيغراي. والذي أبلغ عن معدل ولادة سنوي خام ٣٠,٩ / ١,٠٠٠ : ومعدل سنوي للوفيات لكل الأسباب ٩ / ١,٠٠٠ : ومعدل سنوي لوفيات نساء في سن الإيجاب ٦,٣ / ١,٠٠٠ . وتقدر أحدث نسبة لوفيات الأمهات في إثيوبيا (٢٠٠٨). طبقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية. ٤٥٠ / ١٠٠,٠٠٠ مولود حي.١ بوجه عام. كانت الإحصائيات الخاصة بالتسجيلات الحيوية والتي جمعت ضمن دراسة الجدوى هذه مقارنة بمثيلاتها من إحصاء السكان عام ٢٠٠٧. مؤكدة للدقة المحتملة لنتائجنا. من المهم ملاحظة أن معدل وفيات السن الإيجابي أقل قليلاً مما سُجِّل في إحصاء السكان عام ٢٠٠٧: إلا أن الإحصاء السكاني أجري قبل أربع سنوات من دراستنا. ولم تجر أي تعديلات لاستيعاب التغييرات في معدلات الوفيات.

الكلفة

إذا نُجِّح هذا المنهج عند تطبيقه على مستوى أكبر. فسيكون لديه إمكانية أن يكون أكثر فعالية للتكاليف من الأنظمة القائمة لقياس التسجيلات الحيوية ووفيات الأمهات في مكان منخفض الموارد. غير أنه ليس سهل التطبيق: فيجب تحقيق الاستخدام. والتدريب. واقتناع عمال الرعاية الصحية به. وقبول المجتمع للمشروع بنجاح قبل أن تصبح نسخة موسعة من المشروع ذات جدوى. لقد كانت كلفة تطبيق دراسة الجدوى حوالي

مراجعة النتائج

تعاون كل الموظفين المشاركين في مكونات المشروع المختلفة تعاوناً طيباً. واتبعوا إجراءات بروتوكول الدراسة. وبينت متابعة البيانات أن الاجتماعات المتوقعة لقياس البيانات عُقدت. إضافة إلى التحقق من الوفيات والولادات والقيام بالتشريح اللفظي. وبينما لم يتم القيام بعملية لجنة تدقيق رسمية في دراسة الجدوى هذه لمقارنة سبب الوفاة الذي حدده مقدمو الخدمة في المستوى المتوسط بذلك الذي حدده أطباء أمراض النساء. بعد اكتمال التشريح اللفظي لوفيات الأمهات. فقد روجعت النماذج بواسطة إخصائي أمراض النساء والولادة. والذي وافق على كل الأسباب الأربعة للوفاة.

وتم التحقق من فاعلية تدريب مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط على إجراء استبيان التشريح اللفظي وتحديد سبب الوفاة. وروجعت الإجابات عن أسئلة التشريح اللفظي من قبل إخصائي الولادة وأمراض النساء واتفقت أسباب وفيات الأمهات التي حددتها الممرضة القابلة مع خليله الخاص.

شارك العاملون الصحيون المجتمعيون في الحوارات الشهرية لمراجعة ظروف الوفيات التي حُددت في التشريح اللفظي. وأبرزت تلك الحوارات بنجاح العوامل التي من الممكن أن تكون قد لعبت دوراً في حالات وفيات الأمهات -دون إلقاء لوم أو تحديد المتوفاة أو مقدمي المعلومات الرئيسيين بالاسم.

البيانات التي تم جمعها

أثناء الشهور الاثني عشر للمشروع. تم الإبلاغ عن ٨٥٦ ولادة و١٦٤ وفاة. منها ٢٤ حالة وفاة كانت أعمار النساء فيها ١٢-٤٩ عاماً. كما أُجري ٤٨ تشريح لفظي. وتم تحديد ٤ من الوفيات الأربعة والعشرين على أنها أمومية. وكان سبب الوفاة في الحالات الأربع نرف ما بعد الولادة. وكانت أسباب الوفاة التي سجلت للحالات العشرين الأخرى للنساء في سن الإيجاب غير أمومية. ولم يجر تشريح لفظي كامل. ومن بين

الريفيات تفعلن هذا.^{٢١} في بلد تعيش فيه الأغلبية الواسعة من السكان في المناطق الريفية. فإن من المحتمل أن تختلف بيانات المنشآت عن وفيات الأمهات اختلافاً كاملاً عن البيانات التي جُمعت على مستوى المجتمع.^{١٩} وهناك تشكيلة من المناهج لتحديد سبب الوفاة من خلال التشريح اللفظي.^{٢٠، ٢١، ٢٢} لكن المراجعة المصدقة من الطبيب^{٢٣، ٢٤} تعد المعيار الذهبي من قبل الكثيرين. غير أن الاعتماد على الأطباء لمراجعة نتائج التشريح اللفظي مكلف جداً في الأماكن منخفضة الموارد.^{٢٣، ٢٤} واستعمال غير كفاء للموارد البشرية النادرة. حيث إنه يحول بينهم وبين واجباتهم السريرية. قام مقترحنا على نظرية تحويل المهام.^{٢٥، ٢٦} وطبقها في هذا المجال الجديد: فقد صُممت دراستنا على تدريب مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط على إجراء مقابلات التشريح اللفظي وتحويل مهمة تحديد سبب الوفاة من الأطباء إلى مقدمي الرعاية في المستوى المتوسط (الممرضات والممرضات القابلات). وسوف تسمح هذه العملية عند تطبيقها في دراسة أكبر. بالمقارنة بمراجعة الطبيب. وبينما أجرى كل من المقابلين العاميين ومقدمي الخدمة في المستوى المتوسط مقابلات التشريح اللفظي بنجاح.^{١٧} فقد سمح استعمال مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط كمقابلين باستعمال تصنيف طبي أكثر تطوراً لأسباب الوفاة. علاوة على ذلك. بمقابلة مجيبين اثنين على الأقل. يُحسّن منهجنا من إمكانية الحصول على معلومات موثوقة عن الأحداث التي تؤدي إلى الوفاة.^{٢٩}

بينما لم يتم بعد تطبيق هذا المنهج خارج الدراسة الأولية. فإننا نعتقد أن النتائج واعدة بالنسبة إلى جدواها؛ فقد بين مقدمو الخدمة في المستوى المتوسط بنجاح قدرتهم على إجراء مقابلات التشريح اللفظي واتباع نظام تصنيف الأمراض رقم ١٠ لأسباب الوفاة. إلا أن أحد قيود الدراسة. أن حجم العينة صغير (أربع حالات وفيات للأمهات) حتى يسمح بتقييم إحصائي ذي مغزى لقدرة مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط لتقرير السبب الأساسي لوفيات

٠,٩٠ دولار لكل مقيم في منطقة العمل. بخلاف إعداد المشروع. كان هذا القدر أكثر قليلاً من مشروع تفصي حالات معينة في إثيوبيا عام ٢٠٠٢. والذي تكلف ٠,٨٠ دولار لكل شخص شمله المسح.^{٢١} وقد يفسر ارتفاع الكلفة والتضخم خلال السنوات الفاصلة بعض من الاختلاف. إلا أن أغلب كلف دراسة الجدوى كانت كلفة التدريب. ومع التطبيق على نطاق الواسع. من المحتمل أن تقل الكلفة. لقد قدر البنك الدولي أن يصل الإنفاق المتوقع على أنظمة المعلومات الصحية في المتوسط إلى ٠,٥٣ دولار - ٢,٩٩ دولار لكل فرد. طبقاً لمستوى التنمية في البلد. وبالنسبة إلى المكون الفرعي لتفصي الأحداث الأساسية المتصلة بحياة الأشخاص. كانت التقديرات ٠,٠٥ دولار - ٠,٢٠ دولار لكل فرد.^{٢٧}

إن منهجنا. إذا طبق على مجال واسع. سيتطلب مستوى من كلفة التدريب مائلاً لتلك التي أنفقت في دراسة الجدوى. لكن سيتضمن عدداً أكبر من السكان؛ ما سيجعل كلفة كل فرد. قريبة من تقديرات البنك الدولي. ومن الضروري إدراك أن التوسع في منهجنا على مقياس كبير يتطلب إرادة سياسية على المستويين المحلي والوطني.

المناقشة

بملا المنهج الذي اختبرناه لجمع البيانات الحيوية مع أسباب وفيات الأمهات حاجة تم الإعراب عنها كثيراً لإيجاد أساليب مُحسنة لجمع البيانات المجتمعية عن وفيات الأمهات.^{٢٨، ٢٤، ٢١، ٢٢} يرسي منهجنا - بالرجوع إلى الموارد البشرية والبنية التحتية الصحية-نظام تسجيل حيوي مجتمعي مستمر لقياس البيانات الخاصة بأسباب الوفاة في نظام الصحة المحلي. ويتفادى منهجنا عيوب أساليب القياس الأخرى. والتي يمكن أن تكون عرضية وتتطلب موارد كثيرة. وتعطي في أغلب الأحيان بيانات لقطاع عرضي أو بيانات خاصة بمجموعة ما فقط.

رغم أن أكثر من ٤٠٪ من النساء الإثيوبيات الحضريات تلدن في منشأة صحية. فإن ٢,٤٪ فقط من النساء

برواتب ومن غير مقدمي الرعاية الصحية حديًا عند استخدام منهجنا على مجال واسع. إلا أن اختبار المنهج على مجال واسع سيبين ما إذا كان بالإمكان تخفيف أثره بالمشاركة المستمرة للمجتمعات في البحث عن حلول لتحسين إجراءات التدخل لمواجهة وفيات الأمهات.

يصعب في الأماكن قليلة الموارد بشكل خاص العثور على بيانات موثوقة عن المراضة والوفيات. لكنها مهمة جدًا لوضع سياسات قائمة على الأدلة. وإضافة إلى التزام عالمي مضاعف لخفض وفيات الأمهات، يجب إعادة تصور أنظمة جمع البيانات لقياس وفيات الأمهات لتتبع التقدم بدقة وبشكل كفاء. يمكن للبيانات المولدة من قبل بعض أنظمة القياس المستعملة حاليًا (مكتب التسجيلات الحيوية بشكل محدد، وتقصى حالات معينة، والتشريح اللفظي) أن توفر بمفردها تقديرات موثوقة لمستويات وتفاضلات المؤشرات المهمة مثل مراضة ووفيات الأمهات، لكنها كثيرًا ما تلقي بعبء استثنائي على الأنظمة الضعيفة بالفعل. إن هدف النظام الذي اختبر في مشروع الجدوى هذا في إثيوبيا هو بناء منهج جديد ومستدام للقياس المستمر لوفيات الأمهات، لديه إمكانية العمل كمخطط لطريقة منخفضة التكلفة وريضة لقياس الأحداث الحيوية، ويؤدي إلى حلول مجتمعية لتحسين صحة الأمهات.

شكر وتقدير

يود المؤلفون تقديم الشكر والتقدير لدينيا فوراً لساهماتها المدروسة في الصياغة وتنقيح المخطوط. إضافة إلى يوهانيس توبلد وفريق البحث في تيغراي، إثيوبيا، لالتزامهم المستمر بصحة النساء وحياتهن في مجتمعهم. وقد قدم عرضًا شفهيًا لنسخة مسبقة من هذا البحث بعنوان «وفيات الأمهات على مستوى المجتمع: منهج جديد للقياس» في الاجتماع السنوي لجمعية سكان أمريكا، ٢٠١١. وقد جاء تمويل دراسة الجدوى كمنحة من جامعة كاليفورنيا، مركز بيركلي للسكان، بيركلي، الولايات المتحدة الأمريكية.

الأمهات بدقة مقارنة بمراجعة الطبيب. ونحن نتمنى إجراء دراسات مستقبلية للمنهج في مناطق أكبر. حيث نتوقع تسجيل المزيد من وفيات الأمهات.

في دراسة تهدف لتقييم مثل هذه النتائج، استخدمنا لجنة تدقيق من اختصاصي أمراض النساء والولادة لمراجعة كل تشريح لفظي مكتمل، واستعملنا اختبارات لموثوقية المعدلات فيما بينها^{٣١} لمقارنة أسباب الوفيات التي يأتي بها مقدمو الخدمة في المستوى المتوسط والأطباء.

لقد حاولنا تقليل التحيز بتدريب مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط على استعمال مخطط سبب الوفاة القائم على تصنيف الأمراض ١٠. إلا أنه من المحتمل أن سبب الوفاة المحدد من قبل مقدمي الخدمة في المستوى المتوسط قد عانى من تحيز المقابل بسبب علم مسبق وفهم لتوزيع سبب الوفاة في منطقة العمل.

بيد أن هذا التحيز المحتمل ينطبق أيضًا على الأطباء الذين حددوا سبب الوفاة في منطقة العمل نفسها. لقد حاولنا تقليل إمكانية أن تفوتنا الوفيات المتعلقة بالإجهاد غير الآمن بإعداد ترتيب ومحتوى استفتاء التشريح اللفظي بعناية، والتركيز على استراتيجيات استقصاء مقدمي المعلومات الرئيسيين عن الموضوعات الحساسة بطريقة لا تؤدي إلى إصدار أحكام. على الرغم من مثل هذه الجهود، ما يزال من المحتمل - بسبب وصمة العار الثقافية أو قلة المعرفة من جانب أفراد العائلة - ألا يكون قد تم بالكامل الإبلاغ عن الوفيات الناجمة عن الإجهاد و / أو قد أسيء تصنيفها.^{٣١}

نحن واثقون أن نتائج الدراسة تعكس التسجيلات الحيوية التي حدثت في المجتمعات التي أجريت فيها الدراسة في مدى معقول. وتستند كل تقديرات التسجيلات الحيوية الرئيسية ضمن نطاق القيم المنتظرة لسكان الريف على بيانات المستوى المحلي والإقليمي الفرعي من إحصاء سكان إثيوبيا في عام ٢٠٠٧. تقرير تيغراي.^{٣١}

قد يمثل التعرف على كل الولادات والوفيات في مجتمعاتهم بواسطة مقدمي خدمة غير معينين

1. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality 1990–2008. Geneva: WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank, 2010.
2. Prata N, Sreenivas A, Gerds C, et al. Maternal mortality in developing countries: challenges in scaling-up priority interventions. *Future Medicine* 2009;6(2):311–27.
3. Lewis G. Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2008;22(3):447–63.
4. Lewis G. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. *British Medical Bulletin* 2003;67(1):27.
5. Hill K, Stanton C. Measuring maternal mortality through the census: rapier or bludgeon? *Journal of Population Research* 2011;28(1):31–47.
6. Setel P, Sankoh O, Rao C, et al. Sample registration of vital events with verbal autopsy: a renewed commitment to measuring and monitoring vital statistics. *Bulletin of World Health Organization* 2005;83(8):611–17.
7. Fortney J, Gadalla S, Saleh S, et al. Causes of death to women of reproductive age in two developing countries. *Population Research and Policy Review* 1987;6(2):137–48.
8. Hill K, El Arifeen S, Koenig M, et al. How should we measure maternal mortality in the developing world? A comparison of household deaths and sibling history approaches. *Bulletin of World Health Organization* 2006; 84(3):173–80.
9. Geynisman J, Latimer A, Ofosu A, et al. Improving maternal mortality reporting at the community level with a 4-question modified reproductive age mortality survey (RAMOS). *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2011;111(1):29–32.
10. Say L, Chou D. Better understanding of maternal deaths, the new WHO cause classification system. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2011;118:15–17.
11. Mathers CD, Fat DM, Inoue M, et al. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bulletin of World Health Organization* 2005;83(3):171–77.
12. Graham W, Foster L, Davidson L, et al. Measuring progress in reducing maternal mortality. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2008;22(3): 425–45.
13. AbouZahr C. New estimates of maternal mortality and how to interpret them: choice or confusion? *Reproductive Health Matters* 2011;19(37):117–28.
14. Mony P, Sankar K, Thomas T, et al. Strengthening of local vital events registration: lessons learnt from a voluntary sector initiative in a district in southern India. *Bulletin of World Health Organization* 2011;89(5): 379–84.
15. Khan K, Say L, Gu.Imezoglu A, et al. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006;367: 1066–74.
16. Mwanyangala M, Urassa H, Rutashobya JC, et al. Verbal autopsy completion rate and factors associated with undetermined cause of death in a rural resource-poor setting of Tanzania. *Population Health Metrics* 2011;9(1):41.
17. Chandramohan D, Maude G, Rodrigues L, et al. Verbal autopsies for adult deaths - issues in their development and validation. *International Journal of Epidemiology* 1994;23(2):212–22.
18. Barnett S, Nirmala N, Prasanta T, et al. A prospective key informant surveillance system to measure maternal mortality - findings from indigenous populations in Jharkhand and Orissa, India. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2008;8(6).
19. World Health Organization. Verbal Autopsy Standards: ascertaining and attributing causes of death. Geneva: WHO, 2007.
20. Central Statistical Agency. Ethiopian National Census. Addis Ababa: CSA, 2007.
21. Tigray Health Bureau Profile of 2001 (2009 GC). Mekele. Ethiopia: Tigray Regional Health Bureau, 2010.
22. Alemayehu T, Otsea K, GebreMikael A, et al. Abortion care improvements in Tigray, Ethiopia: Using the Safe Abortion Care (SAC) approach to monitor the availability, utilization and quality of services. Chapel Hill, NC: Ipas, 2009.
23. Otsea K, Tesfaye S. Monitoring safe abortion care service provision in Tigray, Ethiopia: Report of a baseline assessment in public-sector facilities. Chapel Hill, NC: Ipas, 2007.
24. Campbell O, Ronsmans C. Verbal autopsies for maternal deaths: a report of a WHO workshop, London, 10–13 January 1994. Geneva: WHO, 1994.
25. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision: Instruc-

- tion Manual. 2nd ed. Geneva: WHO, 2004.
26. Byass P, Berhane Y, Emmelin A, et al. The role of demographic surveillance systems (DSS) in assessing the health of communities: an example from rural Ethiopia. *Public Health* 2002;116(3):145-50.
27. Jamison D, Breman J, Measham A, et al. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Chapter 54. Washington DC: World Bank, Oxford University Press, 2006.
28. Ronsmans C, Graham W. *Lancet Maternal Survival Series. Maternal survival 1 - Maternal mortality: who, when, where, and why*. *Lancet* 2006;368(9542):1189-200.
29. Fottrell E, Byass P. Verbal autopsy: methods in transition. *Epidemiologic Reviews* 2010;32(1):38-55.
30. Mathers C, Boerma T. Mortality measurement matters: improving data collection and estimation methods for child and adult mortality. *PLoS Medicine* 2010;7(4):e1000265.
31. Evans T, Stansfield S. Health information in the new millennium: a gathering storm? *Bulletin of World Health Organization* 2003;81(12):856.
32. *Ethiopia Demographic and Health Survey 2005*. Addis Ababa, Central Statistical Agency and Calverton, MD: ORC Macro, 2006.
33. Joshi R, Lopez A, MacMahon S, et al. Verbal autopsy coding: are multiple coders better than one? *Bulletin of World Health Organization* 2009;87(1):51-57.
34. Chandramohan D, Rodriguez L, Maude GH, et al. The validity of verbal autopsies for assessing the causes of institutional maternal death. *Studies in Family Planning* 1998;29(4):414-22.
35. Murray C, Lopez A, Feehan D, et al. Validation of the symptom pattern method for analyzing verbal autopsy data. *PLoS Medicine* 2007;4(11):e327.
36. Gwet K. *Handbook of Inter-Rater Reliability: the definitive guide to measuring the extent of agreement among raters*. 2nd ed. Gaithersburg, MD: Advanced Analytics, LLC, 2010.

تحسين الوصول إلى خدمات الأمومة: لمحة عامة عن أنظمة التحويلات النقدية والقسائم في جنوب آسيا

بقلم: كيت جيهان^١، كريستي سيدني^٢، هيلين سميث^٣، عائشة دي كوستا^٤

أباحثة، مجموعة الصحة الدولية، كلية ليفربول للطب الإستوائي، ليفربول، المملكة المتحدة، للمراسلة: k.jehan@liverpool.ac.uk

بباحثة، شعبة الصحة العالمية، معهد كارولينسكا، ستوكهولم، السويد.

ج محاضرة، مجموعة الصحة الدولية، كلية ليفربول للطب الإستوائي، ليفربول، المملكة المتحدة.

د باحثة، كلية طب «آر. دي. جارد»، سوراسا، أوجين، ماديا براديش، الهند؛ وباحثة، معهد كارولينسكا، ستوكهولم، السويد.

ترجمة: شهرت العالم

موجز المقال: أدى تركيز السياسة، في نيبال والهند وبنجلاديش وباكستان، على تحسين الوصول إلى خدمات الأمومة، إلى اتخاذ تدابير للحد من قيود التكلفة التي تعوق حصول المرأة على الرعاية. وتضم هذه التدابير بوجه خاص، برامج التحويلات النقدية أو القسائم التي تستهدف تحفيز الطلب على الخدمات، بما فيها خدمات رعاية ما قبل الولادة، والولادة، ورعاية ما بعد الولادة. وعلى الرغم من شعبية هذه البرامج، فلا يُعرف الكثير عن أثرها أو فاعليتها. تطرح هذه الورقة لمحة عامة عن خمسة تدخلات رئيسية: برنامج «أما» (الأمهات) في نيبال (عنصر التحويلات النقدية)، وبرنامج «جاناني سوراكشا يوجانا» (نظام الأمومة الآمنة) في الهند، وبرنامج «تشيراغيفي يوجانا» (برنامج حياة طويلة) في الهند، وبرنامج قسائم صحة الأمهات في بنجلاديش، وبرنامج قسائم «صحت» (الصحة) في باكستان. كما تستعرض الورقة الأهداف، والأساس المنطقي، وتحديات التنفيذ، والنتائج المعروفة، وإمكانات وقيود كل برنامج منها، استنادًا إلى البيانات المتاحة حاليًا. وقد أفادت التقارير بزيادة استخدام خدمات صحة الأم منذ بدأت هذه الأنظمة، على الرغم من عدم ثبوت دلائل التحسين في نتائج صحة الأم بسبب الافتقار إلى الدراسات الخاضعة للمراقبة. وتشمل المجالات التي تحتاج إلى تحسين في هذه الأنظمة، كما حددتها هذه الورقة، الحاجة إلى زيادة كفاءة الإدارة التنفيذية، والمبادئ التوجيهية الواضحة، والشفافية المالية، وخطط للاستدامة، وأدلة خُفِّق الإنصاف، وفوق كل شيء، تأثيرها المثبت على نوعية الرعاية وحجم وفيات الأمهات واعتلال صحتهن. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٢

Improving access to maternity services: an overview of cash transfer and voucher schemes in South Asia

Kate Jehan, Kristi Sidney, Helen Smith, Ayesha de Costa, Reproductive Health Matters 2012;20(39):142-154

الكلمات الدالة: الرعاية الصحية للأمهات، تمويل جانب الطلب، تمويل الرعاية الصحية، القسائم، التحويلات النقدية، جنوب آسيا

التكلفة المالية عائقًا رئيسيًا أمام الاستعانة بخدمات الرعاية الصحية للأمهات^{١-٣}، وفي مواجهة هذه الخلفية، قامت الحكومات والهيئات المانحة بالبحث عن طرق لتقليص حواجز التكلفة أمام الحوامل^٤ وقد تم تنفيذ العديد من برامج تمويل جانب الطلب في جنوب آسيا، وكانت تهدف إلى تحفيز الطلب على الرعاية الصحية للأمهات، وكانت تشمل برامج

لا يزال معدل وفيات الأمهات واعتلال صحتهن مرتفعًا في كل من نيبال، والهند، وبنجلاديش، وباكستان. وقد كانت السياسة في المنطقة تركز بصورة متزايدة على مهارة الرعاية عند الولادة، بغية تحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية^٥. بيد أن إقبال النساء في هذه البلدان على خدمات الرعاية الصحية للأمهات لا يزال يرتبط -بقوة- بالفقر، حيث يُعد ارتفاع

تشتمل على مراجعات منهجية لآليات تمويل جانب الطلب على نطاق أوسع، والبحوث الأولية التي تُقيم تلك البرامج في جنوب آسيا. فضلاً عن تقارير الوكالات الدولية الرئيسية والحكومات، والوثائق السياسية، والأدبيات الأخرى غير الرسمية.

ولتحديد الكتابات المنشورة، أجرينا عمليات البحث الإلكترونية لقواعد البيانات التالية: «سكوبس» Scopus، و«ميدلاين» Medline، و«شبكة العلم» Web of Science، و«الصحة العالمية» Global Health، و«سينهال بلس» CINHAL Plus، و«دليل العلوم الاجتماعية التطبيقية» Applied Social Science Index. كما قمنا بتطوير استراتيجية بحثية شاملة باستخدام مصطلحات البحث التالية، سواء على نحو مستقل أو مُركب، دون الالتزام بقيود التاريخ: «المرأة»، «الفتاة»، «الأم»، «المراهق/المراهقة»، «الأثني»، «تمويل جانب الطلب»، «الشراكة بين القطاعين العام والخاص»، «التحويلات المالية»، «التحويلات النقدية»، «القسائم»، «صحة الأم»، «الصحة الإيجابية»، «الحمل»، «الولادة»، «وفيات الأمهات»، «اعتلال صحة الأمهات»، «مؤسسات الولادة»، «مرافق الولادة»، «مستشفيات الولادة»، «جنوب آسيا»، «الهند»، «بنجلاديش»، «باكستان»، «نيبال»، «سري لانكا»، «بوتان»، «جزر المالديف».

فحصنا عناوين جميع المواد المستخرجة (وعدها ٥٠٢) وملخصاتها لتحديد تلك التي تفي بمعايرنا. وقمنا بعد ذلك بتمحيص النصوص الكاملة لهذه المواد لتحديد المعلومات ذات الصلة، وفي الجمل، قمنا بتضمين عرضنا ٣٨ مقالاً صحفياً منشوراً، كما بحثنا في جوجل عن التقارير ذات الصلة والأدبيات غير الرسمية، وأخرجنا ١٤ تقريراً ونشرة ووثيقة سياسية ذات صلة بعرضنا.

سياق صحة الأمهات والجهات استخدام الرعاية الصحية

في البلدان الأربعة جميعها، يُصرف ما يزيد على ثلثي النفقات الصحية بالقطاع الخاص في الوقت الحاضر.

القسائم، حيث يجري دفع كل أو جزء من تكلفة الخدمات لمجموعات محددة؛ والتحويلات النقدية، فيُعاد للنساء تكلفة خدمات الأمومة^٦، وعلى الرغم من شعبية هذه البرامج لدى صنّاع السياسة، فلا تتوفر حتى الآن أدلة كافية على تأثيرها^٧، وهناك افتقار إلى التقييمات الدقيقة، لا سيما الدلائل على أثر هذه البرامج على الاستخدام، والاستهداف، ونوعية الرعاية، وكذا على وفيات الأمهات واعتلال صحتهن. في أغلب الحالات، نجد أن البيانات حول النتائج (معدل وفيات الأمهات قبل الولادة وبعدها، والأطفال حديثي الولادة) محدودة أو غير متوفرة بعد، على الرغم من أن بعض الأدلة بدأت في الظهور.

تطرح هذه الورقة لمحة عامة عن خمسة برامج مالية رئيسية، مُعدة لتحفيز الطلب على الرعاية الصحية للأمهات في جنوب آسيا: عنصر التحويلات النقدية لبرنامج «أما» في نيبال (سابقاً، برنامج حوافز الولادة الآمنة)؛ برنامج «جاناني سوراكشا يوجانا» (برنامج الأمومة الآمنة) في الهند؛ برنامج «تشيراجيفي يوجانا» (برنامج حياة طويلة) في الهند؛ برنامج قسائم صحة الأمهات في بنجلاديش، وبرنامج قسائم «صحت» (الصحة) في باكستان. تستعرض الورقة الأهداف، والأساس المنطقي، وخطيات التنفيذ، والنتائج المعروفة، وإمكانات وقيود كل برنامج منها. استناداً إلى البيانات المتاحة حالياً والدروس المستفادة حتى الآن، فضلاً عن الآثار المترتبة على ممارسي الرعاية الصحية، وصنّاع السياسة، والباحثين، ومن له مصلحة في توسيع إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية للأمهات في بيئات منخفضة ومتوسطة الدخل.

المنهج

استعرضنا الأدبيات المتعلقة ببرامج تمويل جانب الطلب لصحة الأمهات في جنوب آسيا، وعلى وجه التحديد، خصائص البرامج المختلفة وكيفية تنفيذها، وأي تأثير معروف على وفيات الأمهات، وغيرها من النتائج. وقمنا بتضمين المقالات الصحفية التي

المناطق الجبلية. فقد بلغت نسبة الرعاية أثناء الولادة ٧٪ فقط.^٣ بدأت نيبال تطبيق سياسة الولادة المجانية في يناير ٢٠٠٩. على الرغم من استمرار التقارير التي تفيد برسوم الاستخدام. لا تزال نتائج هذه السياسة محل رصد.^{١٢}

الهند

تشمل مشكلات الهند الرئيسية- التي تؤثر على استخدام الرعاية الصحية- وجود فجوة اجتماعية اقتصادية واسعة بين الأغنياء والفقراء، فضلاً عن التفاوت الملحوظ في تيسر الوصول إلى الرعاية الصحية. ترتفع في الهند ككل معدلات وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة.^{١١-١٤} وقد أوضح اثنان من المسوح الوطنية. بين عامي ١٩٩٢ و٢٠٠٦، أن ارتفاعاً طفيفاً في النسبة الكلية للولادة بالمؤسسات، من ٢٦٪ إلى ٤١٪.^{١٧،١٨} بيد أن الهند قادت. في الأونة الأخيرة، الانخفاض في نسبة وفيات الأمهات بجنوب آسيا (الشكل ١). حيث زادت الرعاية الماهرة للولادة في السنوات الأخيرة.^{١٩}

باكستان

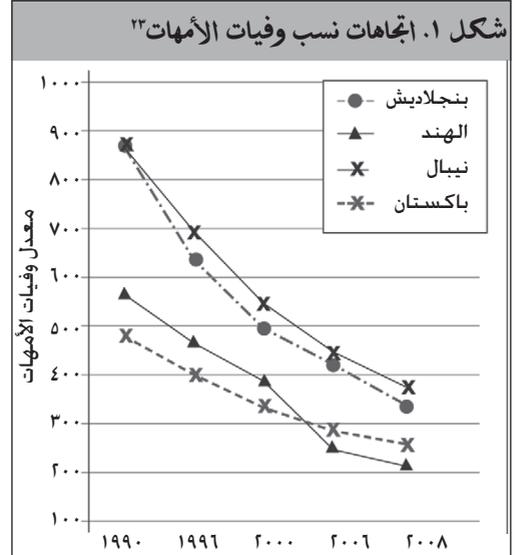
في باكستان. شهدت مؤشرات صحة الأمهات ركوداً. وكان الانخفاض في معدل وفيات الأمهات بطيئاً (الشكل ١).^١ وقد ضمت المشكلات الأساسية في القطاع الصحي: سوء الحوكمة، وعدم كفاية النفقات الصحية للفرد، وانخفاض القدرة، فضلاً عن انخفاض غطاء الرعاية الماهرة للولادة.^١ وقد أفاد المسح الصحي الديموجرافي في باكستان عام ٢٠٠٧ بأن ٣٩٪ من النساء في المناطق الحضرية الصغيرة من تمتع بالرعاية الماهرة عند الولادة، وهي زيادة طفيفة مقارنة بمسح عام ١٩٩٠ الذي أفاد بنسبة بلغت ٣٥٪.^{١١} كما أفاد المسح نفسه بارتفاع الولادة بالمؤسسات إلى ٣٧٪ في عام ٢٠٠٧ مقارنة بمسح عام ١٩٩٠ حيث بلغت النسبة ١٣٪.^{١١}

بنجلاديش

لقد شهدت بنجلاديش - ربما بسبب ارتفاع الدخل ومستويات التعليم - انخفاضاً في معدل وفيات

وتُعد التكلفة التي يدفعها المرضى من مالهم الخاص من بين أعلى المعدلات في العالم.^{٢٩،١٠} ولذلك، كثيراً ما لا تُلبى احتياجات النساء من الرعاية الصحية للأمهات. وتُعد معدلات وفيات الأمهات من بين أعلى المعدلات العالمية.^٩

نقدم في الأقسام التالية لمحة عامة عن صحة الأمهات في كل بلد، وأجاءات استخدام الرعاية الصحية خلال العقد الماضي.



نيبال

لقد كانت صحة الأمهات تحتل موقع المركز في سياسة نيبال. وأحرز البلد بعض التقدم في تحسين صحة الأمهات خلال العقد الماضي.^٢ وتطرحت الأرقام الأخيرة انخفاض معدل وفيات الأمهات من ٥٥٠ لكل ١٠٠ ألف من المواليد الأحياء في عام ٢٠٠٠ إلى ٣٨٠ في عام ٢٠٠٨ (الشكل ١). على الرغم من أنه لم يكن ممكناً عزل القوى المحركة للانخفاض الأخير في معدل وفيات الأمهات، فمن المحتمل أن ذلك يرجع جزئياً إلى تشريع الإجهاض في عام ٢٠٠٢.^٢ ويبدو أن التغييرات المجتمعية في التعليم والثروة قد أسهمت أيضاً في ذلك.^{١١} وعلى الرغم من هذا التحسن، ظل استخدام خدمات صحة الأمهات منخفضاً، حيث بلغت نسبة النساء اللاتي يلدن في مرافق الولادة ١٩٪.^{١٢} أما في

* <http://www.asap-asia.org/country/profile-nepal.html>

أهداف تمويل جانب الطلب من أجل الرعاية الصحية للأمهات في جنوب آسيا

تهدف التدخلات الرامية إلى تمويل جانب الطلب إلى توجيه الأموال و/أو الخدمات إلى الأفراد الذين يناضلون. على خلاف ذلك، من أجل الوصول إليها^{١١} وقد شهد جنوب آسيا حتى الآن خمسة برامج رئيسة رائدة أو مُنفذة لتمويل جانب الطلب. وهي: برامج التحويلات النقدية (نيبال، والهند)، وبرنامج القسائم ما يشبهها (الهند، وبنجلاديش، وباكستان)، وبرنامج التحويلات النقدية هو عبارة عن إعادة الأموال التي أنفقتها المستخدمة على خدمات الرعاية الصحية للأمهات. ومن المفترض أن الحوافز النقدية ستُحدث تغييرًا في السلوك وتُشجع على السلوك الساعي للحصول على الرعاية الصحية^{١٢}. وفي الوقت نفسه، تعد الحوافز النقدية أكثر أهمية من مجرد توفير خدمة مجانية، إذ إنها كما تغطي غالبًا التكلفة الإضافية، مثل المواصلات^{١٣}. وهناك جدال بأن الإعداد والتنفيذ الجيد لهذا البرنامج يجعل التحويلات النقدية ممكنة وذات مردودية فعالة بالنسبة إلى الممولين. ويمكن زيادتها بسهولة^{١٤} ويمتد برنامجا التحويلات النقدية الرئيسان في كافة أنحاء نيبال والهند.

وبدلاً من توجيه الأموال مباشرة إلى المستخدم، تتولى برامج القسائم تقديم دعم جزئي أو كلي للمستخدمين لشراء الخدمات من مقدمي الخدمة المعتمدين^{١٥}. وتستغني بعض البرامج عن توزيع القسائم، ويسد الممولون الحوافز لمجموعة مختارة من مقدمي الخدمات على أساس تقديمها بتكلفة معقولة إلى النساء^{١٦}. وبرامج القسائم هي برامج استهدافية عادة، ومن المتوقع أنها ستؤدي إلى تحسين وصول النساء الفقيرات إلى الرعاية^{١٧}.

وتتيح هذه البرامج للنساء اختيار مقدم الخدمة، وتتناسب إيرادات العيادات المشاركة تناسباً مباشراً مع عدد مستخدمات البرنامج اللاتي يذهبن إليها^{١٨}. ومن المأمول أن يؤدي ذلك إلى زيادة المنافسة وبالتالي تحسين جودة الخدمة، إذ سيتنافس مقدمو الخدمات على اجتذاب عدد أكبر من النساء المشاركات في

الأمهات أكبر من نظيره في باكستان^{١٩} وعلى الرغم من ذلك، تحدث معظم الولادات (٧٩٪) دون رعاية ماهرة. ويتسم القطاع العام بعدم كفاية الإمدادات والمعدات، فضلاً عن ارتفاع نسبة الغياب والمواقع النشأة^{٢٠}. تجري في بنجلاديش سنويًا حوالي ٣ مليون ولادة، وتموت حوالي ١٢٠٠٠ امرأة لأسباب تتعلق بالحمل^{٢١}. وفي حين كانت ١٢٪ فقط من الولادات تُجد رعاية ماهرة في عام ٢٠٠٠، فقد زادت هذه النسبة في عام ٢٠٠٦ إلى ٢٠٪^{٢٢}.

صعوبات الوصول إلى الرعاية الصحية للأمهات

يُعد استخدام الرعاية الصحية للأمهات محدوداً في البلدان الأربعة، على الرغم من زيادة المدخلات من جانب الحكومات والهيئات الدولية المانحة^{٢٣}. وفي حين توجد عوامل وسيطة للرعاية السابقة على الولادة، وبعد الولادة، والرعاية الماهرة في الولادة، وفي حالات الولادة الطارئة، هناك أدلة متزايدة على أن الحواجز المالية وغيرها تمثل أهمية في تخديد الاستعانة بهذه الخدمات^{٢٤}. فالنساء الفقيرات وأسرهن يواجهن صعوبات مستمرة للوصول إلى استثمارات الحكومة والهيئات المانحة في مجال تحسين توافر الخدمات، والتدريب، والعقاقير، والأدوات^{٢٥}، والحواجز التي تعترض النساء عادة ما تكون متعددة ومتداخلة^{٢٦}، إذ تشمل: نقص المعلومات حول أين ومتى يمكن التماس الرعاية؛ وبُعد المسافة إلى منشأة الرعاية، وارتفاع التكلفة المباشرة وغير المباشرة، والعمر وقواعد النوع الاجتماعي المتعلقة بعملية صنع القرار، وتأثير الوضع والطائفة، وتخصيص موارد الأسرة لصحة المرأة، والأعراف الاجتماعية-الثقافية التي تُفضل الولادات المنزلية على الولادة بالمؤسسة^{٢٧،٢٨}. ومن بين هذه العقبات ترى النساء الفقيرات أن تكلفة الخدمات وغيرها من الحواجز المالية هي أحد الأسباب الرئيسية التي تحُول دون الولادة بالمنشآت الصحية^{٢٩،٣٠}. ومن هنا كان تركيز اهتمام السياسة الصحية وصانعي القرار على آليات مواجهة حاجز التكلفة الذي يواجه النساء^{٣١}.

وزارة التنمية الدولية بالملكة المتحدة. وجمع بين الحافز النقدي للنساء وحافز لمقدمي الخدمات العامة على أساس طرحه بعد ذلك على مقدمي الخدمة بالقطاع الخاص.^{١٢} فتحصل النساء على المال للولادة في منشأة صحية. كما تحصل على بعض تكاليف المواصلات؛ ويمكن لنساء المناطق الأقل نموًا والمنخرطات في برنامج «حافز الولادة الآمنة» الحصول على الرعاية الصحية مجانًا (منذ إدخال برنامج «أما». أصبحت الولادة المجانية عامة).^{١٣} يحصل أيضًا مقدمو الخدمات الماهرة على حوافز سواء في حالات الولادة بالمنشأة الطبية أو بالمنزل. نظرًا لأن صعوبة التضاريس في نيبال تجعل الوصول إلى العديد من المرافق الصحية عسيرًا.^{١٤} يتولى مقدمو الخدمات الصحية الدفع نقدًا للنساء بعد الولادة مباشرة. وبدلاً من توجيه البرنامج نحو الأكثر فقرًا. اختارت الحكومة التوجه العام. ظاهريًا. حقيقياً للإنصاف وإن كان أيضًا أكثر سهولة في الإدارة وأكثر شعبية سياسيًا.^{١٥}

كان برنامج «حافز الولادة الآمنة» يقتصر في بدايته على النساء اللاتي لديهن طفلان على الأكثر. بهدف خفض معدل الخصوبة. لكن هذا الشرط ألغي في وقت لاحق. لأنه كان بمثابة عقاب على النساء الأكثر فقرًا.^{١٦} وقد كان الإقبال على البرنامج بطيئاً في البداية. وهو ما يرجع أساساً إلى طول مدة تأخير صرف الأموال لكل من مقدمي الخدمة والمستفيدات. والارتباك الناجم عن تعزيز الولادة في كل من المنشأة الطبية والمنزل. والافتقار إلى الشفافية فيما يتعلق بتحديد العاملين الصحيين الذين يجب أن يتلقوا الحوافز. ما أدى إلى بعض الاستياء.^{١٧} أفادت تقارير برنامج «أما» أن التعلّم من برنامج «حافز الولادة الآمنة» ينعكس الآن في إجراءات أفضل في الإدارة.^{١٨} لكن تقييم الأثر القوي للجزء الخاص بالتحويلات النقدية تحت ستار برنامج «أما سوراكنشيا كاريكرام» لم يظهر بعد. على الرغم من أن تأثير خدمة الولادة المجانية العامة قد ظهر بالفعل.^{١٩} اختلفت تقديرات تغطية برنامج «حافز الولادة الآمنة». لكن التقارير طرحت أنه يغطي ما يتراوح بين ٢٩٪^{٢٠} و ٥٩٪^{٢١} من الأمهات المؤهلات

البرنامج.^{٢٢} وجادل أيضًا بأن الاعتماد المطلوب من مقدمي الخدمات للانضمام إلى البرنامج (وهي عملية تختلف من مكان لآخر) يمكن أن يضمن تحقيق معايير الحد الأدنى من الجودة.^{٢٣} وتتمتع برامج الفسائم بالقابلية للتحقيق نظرًا في جنوب آسيا نظرًا لكبر قطاعها الخاص. بيد أن تلك البرامج - كما هو الحال بالنسبة إلى برامج التحويلات النقدية - لا تُنفذ دائمًا حسب ما يُقرر.

في الوقت نفسه. وبينما يجب على النهوض برعاية ما قبل الولادة. والولادة بالمنشآت الطبية. ورعاية ما بعد الولادة. أن يحقق من حيث المبدأ الهدف المتمثل في الحد من وفيات الأمهات.^{٢٤} فإن الدلائل السائدة تشير إلى استمرار ضعف معايير الرعاية في الهند (على سبيل المثال) بما يؤدي إلى نقص الخدمات أو الوفيات بين النساء اللاتي يسعين إلى الولادة بالمنشآت الطبية.^{٢٥} هذه الإخفاقات في منشآت القطاعين العام والخاص تشمل: الافتقار إلى تدريب العاملين. وسوء نظم الإحالة. وضعف آليات المساءلة. وعدم كفاية نظم المعلومات.^{٢٦} ويبقى السؤال المتعلق بما إذا كانت آليات تمويل جانب الطلب قادرة بمفردها على تحسين جودة الرعاية بما يكفي للحد من وفيات الأمهات.

خصائص البرامج. وتنفيذها وتأثيرها

نيبال

أثار مشروع «الأمومة الأكثر أمانًا» في نيبال اهتمامًا سياسيًا كبيرًا بصحة الأمهات.^{٢٧} وأدى البحث في التكلفة إلى تعزيز دعم تمويل جانب الطلب. وأطلق برنامج «حافز الولادة الآمنة» في عام ٢٠٠٥. واستمر البرنامج. منذ ٢٠٠٩. ضمن برنامج «أما» الأوسع نطاقًا في نيبال. وأعيدت تسميته مؤخرًا باسم «أما سوراكنشيا كاريكرام».^{٢٨} في فترة بدء البرنامج. كانت زوجة رئيس الوزراء آنذاك ناشطة في مجال المرأة. وكان دعمها القوي لبرنامج «حافز الولادة الآمنة» بمثابة الأساس لإدخاله.^{٢٩} حصل البرنامج على التمويل من حكومة نيبال

لكنهن لم يكن متأكدات تمامًا من الغرض منها.^{٢٥}

الهند

أطلق برنامج «جاناني سوراكنشا يوجانا» (برنامج «الأمومة الآمنة») في عام ٢٠٠٥. وهو أكبر برنامج في العالم للتحويلات النقدية للرعاية الصحية للأمهات.^{٢٤} تتولى الحكومة المركزية تمويل البرنامج. وتديره «البعثة الوطنية للصحة الريفية». وهي هيئة مؤقتة مساعدة لمديرية الصحة. بدأ البرنامج باعتباره مشروعًا رائدًا في عدد صغير من الولايات أساسًا. ثم توسع على الصعيد الوطني في عام ٢٠٠٨. لكنه ظل يحتفظ بتركزه على الولايات ذات الدخل المنخفض.

خلال الفترة ٢٠٠٨-٢٠٠٩. كما تشير التقارير إلى أن الولادة في المنزل قد انخفضت في إطار البرنامج. بينما زادت الولادات بالمنشآت الصحية والولادات في ظل الرعاية الماهرة (الجدول ١).^{٢٧} وقد وجدت دراسة صغيرة استكشافية. ووصفية قطاعية. لبرنامج «آما سوراكنشا كاريكرام» أن جميع الأمهات اللاتي شملتهن الدراسة (وعدهم ٤٧) حصلن على خدمات الولادة مجانًا. لكن المعرفة بحافز الموصلات كانت محدودة. ولا يزال البرنامج يكافح للوصول إلى النساء في المناطق النائية.^{٢٥} في الوقت نفسه. لا يزال الارتباك مستمرًا حول غرض البرنامج. كانت النساء اللاتي شملتهن الدراسة يعرفن بوجود مدفوعات نقدية.

جدول ١. خصائص برنامج «آما سوراكنشا كاريكرام» برنامج «حافز الولادة الآمنة» (سابقًا، نيبال، من ٢٠٠٥ حتى ٢٠١٢)

نوع البرنامج	التحويلات النقدية
التغطية ^{٢٦}	على صعيد الأمة السنة المالية ١ (٢٠٠٥): ٣٤٪ من الأمهات المؤهلات السنة المالية ٣ (٢٠٠٧): ٥٩٪ من الأمهات المؤهلات
الهدف	زيادة الولادات في المرافق الصحية الحكومية المؤهلة. والرعاية الماهرة في فترة الولادة
الحوافز ^{٢٧،٢٨،٢٩}	١. حافز نقدي للأمهات للولادة بالمؤسسات الصحية (٦-١٨ دولارًا. وفقًا للموقع الجغرافي). ٢. حوافز لمقدمي الخدمة للولادات المنزلية أو بالمرافق الصحية - بموجب برنامج «حافز الولادة الآمنة»: ٤ دولار لكل ولادة؛ وبموجب برنامج «آما»: ٢,٥٠ دولار. ٣. بموجب برنامج «حافز الولادة الآمنة» - تكون الولادة مجانية بالمؤسسات الصحية للنساء في ٢٥ منطقة من المناطق الأقل نموًا (تُعيد المرافق مبلغ ١٢ دولارًا. بغض النظر عن نوع الولادة)؛ وبموجب برنامج «آما» - ولادة مجانية عمومًا.
التأهيل والشروط ^{٣٠}	معايير التأهيل (في ٢٠٠٥): لا يزيد عدد الأطفال الأحياء عن اثنين. أو وجود مضاعفات للولادة. المعايير في عام ٢٠٠٧: التحويلات النقدية الشاملة لجميع النساء اللاتي يلدن بمؤسسات صحية. الولادات مجانية على الأقل في ٢٥ منطقة من المناطق الأقل نموًا حتى عام ٢٠٠٩؛ وبعد عام ٢٠٠٩ تصبح الولادات مجانية عمومًا.
متغيرات ناتج البرنامج ^{٣١} (منطقة واحدة ٢٠٠٥ - ٢٠٠٧)	١. ولادات منزلية: أقل من ٤,٢٪ ٢. ولادات مرافق آمنة: أعلى من ٢,٦٪ ٣. رعاية ماهرة: أعلى من ٢,٣٪

بالتعاقد على تقديم الخدمات لأطباء التوليد بالقطاع الخاص. ويكمن الأساس المنطقي لهذا البرنامج في أن رعاية الولادة في حالات الطوارئ بالقطاع الخاص في ولاية جوجارات أكثر توفراً على نطاق واسع من القطاع العام.^{٤٣} وبدأ البرنامج باعتباره مشروعاً رائداً في عدد قليل من المناطق. ثم اتسع ليشمل الولاية كلها في عام ٢٠٠٧ تحت إشراف مفوض الصحة المكلف.^{٤٣} وتدفع حكومة جوجارات مبلغاً ثابتاً ومحددًا مسبقاً (٥,٤٤٧ دولار لعدد ١٠٠ ولادة) لكل طبيب توليد.^{٤٤} ويُدفع جزء من المبلغ مقدماً. والجزء الآخر بأثر رجعي. يضم المبلغ الاتفاقي الولادات العادية والمعقدة على حد سواء. لاستبعاد أي حافز للقيام بعمليات جراحية.^{٤٤،٤٥} وبالإضافة إلى الولادات المجانية، يقدم البرنامج الطعام والدواء مجاناً بعد الولادة. ويُسدّد تكاليف المواصلات لأفراد الأسرة المرافقين.^{٤٤،٤٥} كما يستهدف البرنامج النساء الفقيرات. ويجب أن تُقدم المستفيدات منه بطاقة «تحت خط الفقر» أو شهادة فقر محددة مسبقاً للوصول إلى الخدمات مجاناً. وقد أفادت إحدى الدراسات بأن ٨١٥ من حوالي ٢,٠٠٠ من أطباء التوليد الممارسين بالقطاع الخاص انضموا إلى البرنامج. وأن تغطية الولادات بين الفقراء في الولاية بلغ ٥٣٪.^{٤٥} وأفادت دراسة أخرى بأن ٦٦٪ من المستفيدات ببرنامج «تشيراجيفي يوجانا» أُعربن عن رضاهن عن الخدمات.^{٤٦} وترجع نجاحات البرنامج. حتى الآن. إلى توفير خدمات أطباء التوليد-أمراض النساء على نطاق واسع في المناطق الريفية. المستعدين للتعاون مع برنامج الحكومة.^{٤٦} على الرغم من وجود تقارير أخرى تتشكك في مدى شعبية البرنامج بين مقدمي الخدمات الريفية.^{٤٧} وهناك ضرورة لتقييم تلك المزاعم. ومدى كفاءة حوافز البرنامج وبيانات الشفافية في ترتيباته المالية. ولم تتمكن من العثور على أي بيانات حول تأثير البرنامج على الاستفادة من الرعاية السابقة للولادة. والولادة بالمؤسسات الصحية. ورعاية ما بعد الولادة.

بنجلاديش

بدأ برنامج «قسائم صحة الأمهات» في بنجلاديش.

وكان استهدافه فيها شاملاً. والحافز النقدي مرتفعاً.^{٤٨} ويهدف البرنامج إلى نشر ولادة النساء في المرافق الصحية. إذ يدفع ٢٠-٢٨ دولاراً لكل ولادة (انظر الجدول ٢).^{٤٨} كما يتيح مبلغاً نقدياً صغيراً للولادات المنزلية. كان البرنامج مفتوحاً. في الأساس. لمقدمي الخدمات العامة والخاصة على حد سواء. لكنه -في فترة كتابة هذا المقال - كان قد استبعد القطاع الخاص إلى حد كبير. على الرغم من وجود بعض الاختلاف بين الولايات. وقد أدخل البرنامج نوعاً جديداً من العاملين الصحيين-وهم «النشطاء المعتمدون في مجال الصحة الاجتماعية» -الذين يتقاضون أموالاً لمرافقة النساء عند إجراء فحوص ما قبل الولادة والولادة وزيارات ما بعد الولادة. وقد شهد البرنامج نمواً سريعاً. في ظل تخصيص ٢٧٥ مليون دولار لميزانيته في الفترة ٢٠٠٨-٢٠٠٩. وتجاوزت ٣٤٠ مليون دولار في ٢٠٠٩-٢٠١٠. ومن المتوقع أن تصل تغطيته لعام ٢٠١٠ إلى حوالي ثلث جميع النساء اللاتي يلدن في الهند في ذلك العام؛ على أن هذه التغطية تختلف اختلافاً كبيراً في الممارسة العملية؛ إذ تتراوح من أقل من ٥٪ إلى ٤٤٪ في الولايات المختلفة. في حين وُجد أن النساء ذات الدخل المتوسط هن الأكثر استفادة من البرنامج على الأرجح.^{٤٩} ومع ذلك تشير البيانات المتاحة إلى زيادة الولادة في المؤسسات الصحية بين عامي ٢٠٠٢ و٢٠٠٨ بنسبة ٨٪ في المناطق الريفية.^{٤٩} بدأت تظهر التقارير المتعلقة بسوء نوعية الرعاية.^{٣٩،٤٩} وتضع علامات استفهام حول مدى قدرة المؤسسات على مواكبة الطلب المتزايد. وتشير الشواهد إلى أن بعض الولايات لم تكن مستعدة لمثل تلك الزيادات السريعة للولادات بالمؤسسات الصحية.^{٤٩}

البرنامج الرئيس الآخر لتمويل الطلب في الهند هو برنامج «تشيراجيفي يوجانا» (برنامج الحياة الطويلة). وهو عبارة عن شراكة بين القطاعين العام والخاص في ولاية جوجارات (الجدول ٢). ويوفر هذا البرنامج (وأفضل وصف له: «قسائم الحياة») الولادة المجانية بالمؤسسات الصحية للنساء الفقيرات. وذلك

جدول ٢. خصائص برنامجين في الهند لتمويل جانب الطلب		
اسم البرنامج	جاناني سوراكنشا يوجانا (برنامج الأمومة الآمنة)	شيراجيفي يوجانا (برنامج الحياة الطويلة)
نوع البرنامج	حويلات نقدية	على غرار القسائم
التغطية	على صعيد البلد. مع التركيز على ١٠ ولايات ^{٤١،٤٢}	على نطاق الولاية (جوجارات) ^{٤٣}
البداية/مدة البرنامج	بدأ في أبريل ٢٠٠٥ توسع في ٢٠٠٨ من المقرر أن ينتهي/يُجدد في ٢٠١٢	بدأ بكونه مشروعاً رائداً في ٢٠٠٥ توسع في عام ٢٠٠٧. ولا يزال مستمرًا
التمويل	حكومة الهند	حكومة جوجارات
الأهداف	زيادة رعاية ما قبل الولادة. والولادة في المرافق الصحية. ورعاية ما بعد الولادة	زيادة الولادة بالمؤسسات الصحية بدعم من القطاع الخاص. وتقديم رعاية فورية بعد الولادة (أول ٤٨ ساعة)
الحوافز ^{٤٤}	١. حافز نقدي للولادة بالمؤسسات الصحية (٢٠-٢٨ دولارًا) ٢. تكلفة المواصلات وسيارة إسعاف مجانية	١. ولادة مجانية بالمؤسسات الصحية (تتولى الولاية إعادة النفقات إلى المرافق الخاصة. ٥٤٤٧ دولار لكل ١٠٠ ولادة. أو حوالي ٥٥ دولارًا لكل ولادة) ^{٤٤} ٢. تكلفة المواصلات
الأهلية والشروط	عامة. في الولايات التي يجري التركيز عليها	للنساء تحت خط الفقر ونساء «أديفازي» (القبائل) - (مطلوب شهادة موثقة)
متغيرات نتائج البرنامج	(جميع الولايات. ٢٠٠٧-٢٠٠٨) ١. رعاية ما قبل الولادة: حتى ١٠٪ ٢. الولادة بالمؤسسات: حتى ٤٣٪ ٣. وفيات الأطفال حديثي الولادة: أقل من ٢,٤ لكل ١٠٠٠ من المواليد الأحياء ^{٤٥}	البيانات غير متوفرة

الفقيرات اللاتي أُجبت كل منهن أقل من طفلين.^{٤٩} يُكلف البرنامج الممولين ٤١ دولارًا لكل قسيمة يجري توزيعها.^{٤٨} كما تمنح القسائم النساء الحاملة لها رعاية ماهرة مجانية قبل وأثناء وبعد الولادة (سواء في المنزل أو في مؤسسة صحية) (الجدول ٣).^١ وبالإضافة إلى القسيمة. يضم البرنامج حافراً نقدياً للرعاية الماهرة عند الولادة. وتكاليف المواصلات. وحرمة هدية تشتمل على غذاء. وحافراً نقدياً لمقدمي الخدمات

في عام ٢٠٠٦ بدعم خارجي من مجموعة من الجهات المانحة. بما فيها صندوق الأمم المتحدة للسكان. ومنظمة الصحة العالمية. وإدارة التنمية الدولية. كما هو الحال بالنسبة إلى برنامج جاناني سوراكنشا يوجانا في الهند. وتجري إدارة البرنامج وتنفيذه من خلال بنية موازية لمديرية الصحة العادية. كما يُغطي البرنامج ٤٦ من ٤٩٣ «أوبازيلاس» (إقليم فرعي) على الصعيد الوطني. ويوفر أساساً قسائم للنساء

مؤخرًا (وكان لها أقوى تصميم كدراسة تقييمية في المنطقة حتى الآن). زيادة احتمالات الولادة في المؤسسات الصحية بمقدار الضعف تقريبًا.^{٤٨} وفي الوقت نفسه، أفادت الدراسة برضا المستفيدات عن البرنامج^{٤٩} وزيادة الإنصاف في وصول النساء الفقيرات للبرنامج.^{٤٩} على الرغم من هذه النجاحات الكبيرة، واجه

لنحهم هذه الخدمات مجانًا.^{٤٨} ويتولى العاملون بالصحة توزيع القسائم للنساء، وهي قابلة للسداد - نظرًا - في المرافق العامة والخاصة على السواء. حقق البرنامج منذ نشأته زيادة سريعة في استخدام الرعاية السابقة للولادة والولادة المؤسسية والرعاية بعد الولادة، بما يناظر إلى حد كبير الزيادة في استخدام القسائم.^{٤٨} وأوضحت دراسة مقارنة أجريت

جدول ٣. خصائص برنامج قسائم صحة الأمهات، بنجلاديش، ٢٠٠٦ وحتى الآن (٢٠١٢)

نوع البرنامج	قسائم + خويلات نقدية
التغطية ^{٤٨}	٤٦ منطقة فرعية (أوبازيلاس) من مجموع ٤٩٣ منطقة على صعيد البلد
التمويل	حكومة بنجلاديش. وهينات مانحة كبيرة تضم صندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية، وإدارة التنمية الدولية
الهدف	زيادة الرعاية الماهرة عند الولادة في المرافق الصحية العامة/الخاصة، وفي المنزل
الحوافز ^{٤٨، ٤٩}	١. قسائم للأمهات لرعاية ما قبل الولادة، والولادة الآمنة، ورعاية ما بعد الولادة. تبلغ ٤١ دولارًا للقسيمة بالنسبة إلى الجهات المانحة، ويحصل مقدمو الخدمة على حوافز نقدية لخدماتهم المجانية. ٢. حافز نقدي للولادة بالمؤسسات الصحية (٢٤ دولارًا) أو في المنزل في ظل رعاية ماهرة عند الولادة، بالإضافة إلى هدية عينية. ٣. تكلفة المواصلات
التأهيل والشروط ^{٤٩}	يقتصر على الأمهات اللاتي لديهن طفلان أو أقل توجد مقاربتان مختلفتان للاستهداف: ١. برنامج عام (المناطق الفقيرة) ٢. برنامج استهدافي، على أساس اختبار الوسائل (أغلب المناطق)
متغيرات ناتج البرنامج ^{٤٨} (مقارنة ١٦ منطقة فرعية، ٢٠٠٩)	اختلاف النسبة المئوية للأمهات في مناطق القسائم، في مقابل المناطق تحت المقارنة: ١. رعاية ما قبل الولادة (زيارة واحدة على الأقل): زادت نسبة النساء اللاتي تلقين زيارة واحدة على الأقل بمقدار ١٦٪ (٠,٠٠١ <) ٢. رعاية ماهرة عند الولادة: زاد نسبة النساء اللاتي حصلن على رعاية ماهرة عند الولادة بمقدار ٣٦,٦٪ (٠,٠٠١ <) ٣. الولادة بمؤسسة صحية: زادت نسبة النساء اللاتي يلدن في المؤسسات الصحية بمقدار ١٨,٨٪ (٠,٠٠١ <) ٤. رعاية ما بعد الولادة: زادت نسبة النساء اللاتي يحصلن على فحص واحد على الأقل بعد الولادة بمقدار ١٥,٤٪ (٠,٠٠١ <)

بيعت لهن الكنبيات عدد من الأطفال أكثر من غيرهن (كان ٣٨٪ لديهن خمسة أطفال أو أكثر).^{٢٥٠} وكان يمكن للنساء اللاتي حصلن على القسائم استخدام الخدمات التي تقدمها شبكة من مقدمي الخدمات الخاصة مُعْتَمَدة مسبقاً (جزء من المنظمة غير الحكومية «جرينستار للتسويق الاجتماعي»)^{٢٥٠} سددت المستفيدات من البرنامج مبلغاً لمرة واحدة قدره ١,٢٥ دولار للعاملين في «جرينستار» الذين ينتقلون إلى الأماكن البعيدة. نظير شراء كتب القسائم، ويعمل هؤلاء العاملون في مجال التوعية بالبرنامج على نطاق واسع في المجتمعات المحلية. وبعد توفير الخدمات، تتولى منظمة «جرينستار» إعادة النفقات لمقدمي الخدمات عند تسليمهم للقسائم.^{٢٥١} وتشير التقارير إلى نجاح البرنامج في بيع ١٠٠٪ تقريباً من ٢٠٠٠ كتب كان مستهدفاً.^{٢٥٢} وقد أشارت إحدى الدراسات إلى وجود زيادة في معدلات الولادة بالمؤسسات الصحية، تقتزن بالمشاركة في برنامج القسائم، في ظل عدم وجود توجه عام يوضح زيادة في الولادة بالمرافق الصحية خلال نفس فترة الدراسة.^{٢٥٣} وقد تم تنفيذ البرنامج الرائد الثاني في منطقة جهاج، وشاركت الحكومة في تمويله. وتنامى الدعم للبرنامج داخل القطاع العام (وبوجه خاص، كان مدير عام الصحة في بنجاب داعماً للبرنامج). وقد أوصت تقارير عام ٢٠٠٩ باستمرار البرنامج والارتقاء به، لكن ذلك لم يتحقق بعد.^{٢٥٤}

النتائج العامة

حددنا في هذا الاستعراض الخطوط العريضة للمعلومات المتاحة حتى الآن حول الخصائص الرئيسية، والتنفيذ، وإلى درجة محدودة تأثير خطط تمويل جانب الطلب لتحسين فرص الحصول على الرعاية الصحية للأمهات في أربعة بلدان بجنوب آسيا. وفي الوقت الذي تختلف آليات كل برنامج والحواجز الممنوحة والسكان المستهدفين، فإن الهدف المشترك كان خفض الحواجز المالية للوصول إلى رعاية الأمومة، ويتمثل التأثير المقصود لهذه البرامج في تشجيع

البرنامج عدداً من الصعوبات، بما فيها تأخير الإفراج عن أموال القسائم، والارتباك حول معايير اختيار المستفيدات؛ ومن المحتمل أن يؤثر هذان العاملان على مدى الإقبال على البرنامج، وتشير التقارير إلى أن انخفاض مستوى الأموال المتاحة، فضلاً عن سوء الإدارة المالية، قد أدى إلى الإخفاق في اجتذاب مقدمي الخدمات بالقطاع الخاص. ولذا لم تزد المنافسة بين مقدمي الخدمات، ولم تحسن جودة الرعاية، واقتصرت المشاركة على القطاع العام.^{٢٥٥} يُعيد البرنامج في بنجلاديش النفقات لمقدمي خدمات الولادة القيصرية، وتشير التقارير إلى زيادة في الولادات الجراحية، في حين لا يبدو واضحاً إذا كان ذلك يرجع إلى البرنامج و/أو عوامل أخرى.^{٢٥٦} وتكشف البيانات الأخيرة استمرار الإنفاق الشخصي للنساء المستفيدات من البرنامج، بما يشير إلى أن البرنامج لم يقض على الحواجز المالية أمام الرعاية الصحية للأمهات.^{٢٥٧} وأخيراً، لا تزال هناك تساؤلات مطروحة حول مدى قدرة المرافق الحكومية على التأقلم مع البرنامج في ضوء تسارع زيادة استخدامه، وكما هو الحال في بلدان أخرى، لا توجد سوى القليل من الدراسات حول تأثير البرنامج على جودة الرعاية في هذه الموجة السريعة لجانب الطلب.

باكستان

تؤيد وكالة التنمية الدولية بالولايات المتحدة برنامج «صحت» (الصحة) للقسائم، الذي بدأ بوصفه برنامجاً رائداً في مقاطعتين بجنوب البنجاب خلال ٢٠٠٨-٢٠٠٩. وشملت الخدمات المتاحة للمرأة ما يلي: ثلاث زيارات للرعاية السابقة للولادة، والولادة الطبيعية (الإحالة في حالة الولادة القيصرية)، وزيارة واحدة لرعاية ما بعد الولادة (الجدول ٤).^{٢٥٨} استهدف البرنامج الرائد الأول ٢٠٠٠ امرأة حاملاً في أحد أفقر مناطق باكستان (مدينة ديرا غازي خان)، وقد جرى تحديدها وفقاً للمرافق في أحياء المستفيدات، ومستوى الدخل، وعدم وجود خبرة سابقة للولادة بالمرافق الصحية.^{٢٥٩} ولم يضم البرنامج معايير تخص كثرة الإجاب؛ وفي الواقع، كان لدى النساء اللاتي

جدول ٤. خصائص برنامج قسائم "صحت"، باكستان	
نوع البرنامج	قسائم
التغطية	منطقتان في جنوب البنجاب
بداية/مدة البرنامج	البرنامج الرائد ١: ٢٠٠٨-٢٠٠٩ البرنامج الرائد ٢: ٢٠٠٩
التمويل	البرنامج الرائد ١: تولت الوكالة الدولية للتنمية بالولايات المتحدة دعم مشروع البنجاب البرنامج الرائد ٢: تولت الحكومة المحلية تمويله جزئياً
الهدف	زيادة رعاية قبل الولادة، ورعاية الولادة في المرافق الصحية العامة ورعاية ما بعد الولادة
الحوافز ^١	١. بيع كتيبات القسائم للأمهات نظير ١,٢٥ دولار - كوبونات لرعاية ما قبل الولادة، والولادة، وزيارة بعد الولادة ٢. يحصل مقدمو الخدمة المعتمدون على حوافز نقدية لخدماتهم ٣. تكلفة المواصلات
التأهيل والشروط	١. النساء ذوات الدخل المنخفض ٢. عدم الولادة سابقاً بمؤسسة صحية
متغيرات نتائج البرنامج ^١ (مدينة واحدة، ٢٠٠٨-٢٠٠٩)	١. رعاية ما قبل الولادة - حتى ٢١,٦٪ ٢. الولادة بمؤسسة صحية: حتى ٢٢,١٪ ٣. رعاية ما بعد الولادة: حتى ٣٥,٤٪

الأموال. وقد يرجع بطء دفع الحوافز إلى سوء الإدارة البيروقراطية. أو البدء في البرنامج قبل أن يصبح جاهزاً لأنه من الملائم سياسياً القيام بذلك. كما سيؤدي تأخير الإفراج عن الأموال إلى استمرار سداد النساء للمدفوعات من أموالهن الشخصية. أو حاجة مقدمي الخدمات إلى إعادة الأموال للنساء المؤهلات من جيوبهن الخاصة وليس من أموال البرنامج. ونتيجة لذلك، يمكن أن تتناقص ثقة مستخدمي الخدمة، ليس فقط في مجال رعاية الأمومة، وإنما في جميع الخدمات الصحية. كما يمكن أن يتجنب مقدمو الخدمات البرامج أو يعدونها مسؤولية مالية. من المرجح أيضاً أن يؤدي الافتقار إلى الوضوح والمنهج، فضلاً عن صعوبات سياسات التواصل لكل من المنفذين والمجهور، إلى تقليص الدعم: ففي نيبال،

الاستفادة من الخدمات من أجل تحسين نتائج الحمل. لا سيما بين الفقراء. وهنا علينا أن ن فكر في مدى ما أظهرته هذه الأنواع من البرامج من تحقيق لأثرها المقصود حول الاستخدام، والإنصاف، ونوعية الرعاية، والاستدامة. ووفيات الأمهات واعتلال صحتهن.

الاستفادة

أفادت جميع البرامج، ما عدا برنامج «شيراخيبي يوجانا» في الهند (حيث لا توجد بعد بيانات)، بزيادة الاستفادة من خدمات رعاية الأمومة في المناطق التي تعمل فيها.^{٢,١٤,٢٩,٣٧} على أن هناك حاجة للسيطرة على عوامل الإرباك، من أجل الثقة في الأسباب المطروحة.^١ هناك عدد من العوامل التي يُحتمل أنها تؤثر على مدى الإقبال على الخدمات، لاسيما عدم كفاءة إنفاق

نيبال. أن استخدام النقدية وليس نظام القسائم كان يعني أن الأموال نُقلت من مكتب الصحة في المنطقة إلى المرفق الصحي.^{١١} وفي الأماكن التي لا تتوفر فيها الحسابات المصرفية والمحاسبون، يتعامل العاملون في مجال الصحة مع مبالغ كبيرة من الأموال وهو الأمر الذي ينطوي على بعض المخاطر. وعند استخدام القسائم، توجد إمكانية كي تطالب المرافق الصحية بسداد تكاليف الخدمات التي لم تُقدم. وقام برنامج قسائم «صحت» في باكستان بتنفيذ مواقع تفتيش منتظمة في محاولة لردع ذلك.^١

في الوقت نفسه، يمكن أن يؤدي التمويل الإضافي للعمليات الجراحية إلى حوافز مفسدة حول رعاية لا لزوم لها. وفي حين يوجد حارس ضد حدوث ذلك في برنامج «تشيراجيفي يوجانا» بالهند (يُدفع لمقدمي الخدمة مبلغًا ثابتًا لكل ١٠٠ ولادة، مع وجود نسبة تقديرية من الولادات العسرة في الحسبان)، يجري في بنجلاديش إعادة سداد المال إلى الممارسين أنفسهم لإجراء العمليات القيصرية. وكما أشرنا، لوحظت زيادة التدخلات الجراحية في بنجلاديش على الرغم من أنه من غير الممكن تحديد الأسباب.^١ وفي المقابل، يبدو أن الخطر في برنامج «تشيراجيفي يوجانا» بالهند يكمن في مشكلات إحالة النساء اللاتي عانين من مضاعفات، إذ إنه لا يوجد أي حافز لمقدمي الخدمات الخاصين لقبولهن كمريضات. وكما تحدث غالبية وفيات الأمهات من مضاعفات، فإن تكرار إحالة مقدمي الخدمات بالقطاع الخاص للحالات المعقدة إلى القطاع العام يجعلنا نتشكك في قدرة هذه البرامج على التأثير على معدل وفيات الأمهات. يجب أن تتسم جميع البرامج باليقظة حول إمكانية استمرار سداد المستفيدات للرسوم غير الرسمية، التي سمعنا عنها أدلة قولية (لكن غير مسجلة)، في حين أن المُفترض أن تحصل النساء على رعاية مجانية.

التمويل والاستدامة

تمول الدولة في الهند البرنامجين، وهو ما يطرح إمكانية الاستدامة، بيد أن البنية الموازية المستخدمة

على سبيل المثال، كان مقدمو الخدمات مرتبكين حول غرض البرنامج -ظاهريًا، كان لتشجيع الولادة بالمرافق الصحية، بيد أن الحوافز كانت متاحة لخدمات الولادة في المنازل أيضًا، يمكن أن يؤدي افتقاد الوضوح إلى تقليص دوافع مقدمي الخدمات والمسؤولين على نحو قد يؤثر على تصورات المستفيدات. وفي جميع الحالات سيتوقف النجاح على حوافز قابلة للتطبيق واستعداد مقدمي الخدمات للمشاركة. وفي الوقت نفسه يؤدي انعدام الشفافية حول أدوار ومسؤوليات العاملين في مجال الصحة إلى تقويض الدعم للبرامج. كما رأينا بين بعض العمال في نيبال.^{١١} وبالمثل، يتطلب الأمر دراسة متأنية لدور النشاط الجدد المعتمدين في مجال الصحة الاجتماعية، التابعين لبرنامج «جانيني سوراكشا يوجانا» في الهند. يوجد عدد من العاملين الصحيين بالمجتمع المحلي في المناطق الريفية بالهند، ومن المحتمل أن تسفر إمكانية وجود ازدواجية في الأدوار عن عدم الرضا والصراع بينهما.

إلى جانب منح حوافز لمقدمي الخدمات، تعتمد البرامج لتعزيز نجاحها على حملات إعلامية، وولاء العاملين الملتزمين في المجتمع المحلي. فقد كان برنامج قسام «صحت» في باكستان يعتمد اعتمادًا كبيرًا على العاملين الذين ينتقلون لمناطق بعيدة من أجل رفع مستوى الوعي بالبرنامج.^١ وقد أبرزت الأدبيات أهمية بدء البرنامج بمشروعات رائدة، مع توجيه واضح من الممولين (سواء الحكومة أو الجهات المانحة)، والتدريب، والإشراف عن كثب، والتنظيم، والرصد.

الفساد

عندما تضم البرامج حوافز مالية، يجب أن يتنبه صنّاع السياسة والممولون والمسؤولون إلى إمكانية إساءة استخدام التمويل؛ وقد أفادت التقارير بوقوع بعض حالات إساءة الاستخدام.^{١١،١٩} وتضم برامج التحويلات النقدية، بوجه خاص، التعامل مع مبالغ كبيرة من الأموال التي يتم صرفها مباشرة لمستخدمات الخدمة، وإلى بعض العاملين في مجال الصحة بالمراكز الصحية. وقد لوحظ، في برنامج

بالشمول نظرًا لأن الاستهداف الاجتماعي-الاقتصادي غير عملي.^{١٤} فالمعايير التي تستند إلى عدد الأطفال تعد غالبًا تمييزية. فمن المرجح أن النساء الأكثر فقرًا ينجبن عددًا أكبر من الأطفال. وقد أزلت نيبال فيما بعد هذا الشرط. لكنه ظل في بنجلاديش خوفًا من تشجيع ارتفاع الخصوبة.^{١٥} ويبدو أن كلاً من برنامج «شيراغيفي يوجانا» في الهند وبرنامج قسائم «صحت» في باكستان علي ثقة كبيرة مما يظهر في تقاريرهما بأن أغلبية المستفيدات من الفقيرات:^{١٤،١٥،١٦} ولكن إذا كانت البرامج لا تصل على نحو كاف إلى المناطق الريفية، فإن ذلك يثير علامات استفهام حول قدرة الوصول إلى الفقراء. هناك حاجة إلى بذل مزيد من الجهود في جميع البرامج لضمان الوصول المنصف لمن هن أشد فقرًا وتهميئًا إلى المنافع. لا سيما تلك المخططات التي تتسم بالشمول الآن.^{١٧} من الممكن أيضًا أن ينبع الاستهداف الشامل من دوافع سياسية لكسب الشعبية لدى الناخبين.^{١٨،١٩} وقبل كل شيء، وعند تصميم برامج تستهدف صالح مجموعات محددة، يجب السعي لتحقيق آراء واحتياجات تلك الفئات. لكن ذلك نادرًا ما يحدث.

جودة الرعاية

يركز عدد قليل من الدراسات أو التقارير على جودة الرعاية المقدمة في المرافق المشاركة في هذه البرامج. ومن المتوقع، في القطاعين العام والخاص، أن تمثل المنافسة بين مقدمي الخدمات من أجل الحصول على الحوافز عاملًا مساعدًا لإدخال تحسينات على نوعية رعاية الأمومة، ففي حين تتوفر أدلة على زيادة الاستفادة من الخدمات، إلا أن الأدلة المتاحة عن إدخال تحسينات في الخدمات داخل البرامج قليلة. فعلى سبيل المثال، لم يؤد برنامج بنجلاديش إلى زيادة القدرة التنافسية ولم ينجح في جذب مقدمي الخدمة بالقطاع الخاص:^{٢٠} واستبعد برنامج جاناني سوراكشا يوجانا» في الهند مقدمي الخدمة بالقطاع الخاص إلى حد كبير. يجب دراسة الأساس المنطقي لهذه المسألة. وقد وجدت التقييمات الأولية للبرامج أن جودة الخدمة لا تزال، بوجه عام،

لتقديم برنامج «جاناني سوراكشا يوجانا» في الهند يجب دراستها بعناية. لا سيما فيما يتعلق بمخاطر الأزواجية والتأثير على الاستدامة عند موعد انتهاء تمويل هذه البنية. وفي بنجلاديش، يعمل أيضًا برنامج «قسائم صحة الأمهات» من خلال برامج موازية: وفي الوقت نفسه، يستلزم البرنامج توفر التزام مالي كبير. لكن الحكومة لم تطرح بعد استراتيجية واضحة لدعم البرنامج بشكل مستقل.^{٢١} وفي نيبال، يُمول برنامج «أما» جزئيًا أيضًا من هيئات مانحة. وهو الأمر الذي أثار القلق حول الافتقار إلى الملكية على مستوى المنطقة.^{٢٢} لقد كان أو مشروع رائد لتنفيذ برنامج قسائم «صحت» في باكستان ممولًا بالكامل من هيئات مانحة. على الرغم من حصوله على بعض الدعم العام لتنفيذ المشروع الرائد الثاني.

كان التأييد السياسي القوي يُعد بمثابة دفعة كبيرة لبرنامج «شيراغيفي يوجانا» في الهند. ولبرنامج نيبال. وبعد ذلك لبرامج باكستان أيضًا.^{٢٣،٢٤} وبالحتم أثارت مصادر التمويل قصيرة الأجل أو غير الأمانة تساؤلات ملحة حول نطاق المتابعة ومدة استمرار البرنامج. وكان مصدر القلق الرئيس يكمن في النتيجة عند انتهاء البرنامج. وما يحدث عندما يحين وقت توقع كل من مقدمي الخدمات والنساء الحصول على الحوافز المالية.^{٢٥} والأمل أن البرامج ستدفع نحو ما يُسمى تغيير السلوك. ولكن إذا كان الهدف الرئيس من البرامج يتمثل في إزالة الحوافز المالية، فإن النقطة الأساسية لا تكمن في السلوك. على أية حال، ليس ممكنًا بعد تقييم الأثر طويل المدى لأي من البرامج الموصوفة هنا.

الإنصاف

يهدف تمويل جانب الطلب إلى التعويض عن عدم الإنصاف في الوصول إلى الرعاية الصحية. لكن الاستهداف يتسم بالصعوبة في كثير من الأحيان.^{٢٦} ومن المحتمل أن تضم بعض المناطق أغلبية من الأسر الفقيرة. وتتسم البرامج في نيبال وبنجلاديش وبرنامج «جاناني سوراكشا يوجانا» في الهند

في مجال صحة الأم. في ظل حرص الحكومات على إظهار التقدم نحو تحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية.^{٥٢}
يتركنا ذلك، في واقع الأمر، مع تصور ضيق لصحة الأم، يتجاهل حالات ولادة أطفال موتى، وحالات الإجهاض، أو الإجهاض المستحث.^{٥٣}

النتائج

لا تزال توجد العديد من التساؤلات المهمة: تضم التساؤلات الرئيسية، في القطاع العام، الآثار المترتبة على تقديم هذه البرامج من خلال بنية موازية لمديريات الصحة. وما إذا كان التمويل الحكومي العادي متوفرًا وموجهًا نحو استخدام أكثر كفاءة. أما في القطاع الخاص، فلا يبدو واضحًا ما إذا كانت البرامج ناجحة في جذب وإشراك مقدمي الخدمات. وما إذا كانت المنافسة تؤثر على نوعية الرعاية. عندما تكون البرامج مولة على نطاق واسع من خلال دعم الهيئات المانحة، تُعد الاستدامة مصدر قلق رئيس. كما في حالة عدم اليقين التي تصاحب عدم المعرفة على الإطلاق لفترة استمرار هذه البرامج. والأهم من ذلك أن استعراضنا يسلط الضوء على المشكلات المتعلقة باستهداف الفقراء، وخاصة في البرامج الشاملة، وهي المشكلات التي يمكن التغلب عليها جزئيًا بإشراك المجتمعات المحلية والمجموعات المستهدفة المحددة في تصميم البرامج. وهناك افتقار، في الوقت الحاضر، إلى العمق والاتساع في قاعدة الأدلة لما تم قياسه.

يكمن التساؤل الرئيس للبحث مستقبلاً في مدى تلبية برامج تمويل جانب الطلب في مجال الرعاية الصحية للأمهات لاحتياجات النساء. لا تتسم الإجابة بالوضوح دائمًا. ونادرًا ما تتم استشارة النساء أنفسهن. إن البحث الذي يستخدم الأساليب الكيفية لمعرفة وجهات نظر وخبرات النساء وأفراد الأسرة في هذه البرامج سيساعد على إدراك ما المهم بالنسبة إلى النساء عند اختيار مكان الرعاية والولادة. كما يجب أن تعمل البحوث في المستقبل

فقيرة.^{٥٤، ٥٥} وبشكل حدسي، يمكن القول إن الزيادة السريعة في الاستخدام من المرجح أن تشكل عبئًا كبيرًا على المرافق وتضر بنوعيتها على المدى القصير. ولا يوجد دليل يطرح أن هذه الزيادة قد حفزت التوسع في الخدمات أو إدخال تحسينات عليها. ونظرًا لمحدودية القدرة الإضافية في مرافق القطاعين العام والخاص بجنوب آسيا، يتطلب الأمر ألا يقتصر تركيز برامج التمويل على اتساع مدى الوصول. وإنما أيضًا على ضمان تكثيف المرافق مع ما تولده من زيادة للطلب؛ فالجودة هي مسألة عرض وطلب على حد سواء.

نتائج متعلقة بمعدل وفيات الأمهات وما قبل الولادة وحديثي الولادة

يُعد تحسين النتائج المتعلقة بالوفيات بمثابة الهدف النهائي لهذه البرامج. لكننا في هذا العرض لم نتعرف على أي تقييمات قوية حول الأثر الناتج عن الوفيات؛ فمعظم الدراسات التي قمنا بتضمينها كانت عبر قطاعية أو دراسات قبلية وبعديّة. بالإضافة إلى إحدى الدراسات الخاضعة للمراقبة لكن دون عشوائية. على الرغم من أن معدل وفيات الأمهات يتحسن ببطء، عمومًا، في جنوب آسيا،^{١٩} فإن التقارير تشير إلى وجود تحسينات متواضعة فقط في معدل وفيات الأمهات نتيجة لبرنامج «جاناني سوراكشا يوجانا». على أننا يجب ألا نُفسر ذلك باعتباره ناجحًا عن قدرة البرنامج على التأثير في معدل الوفيات. وليس دليلًا على فاعليته.^{١٤} هناك مخاوف بالفعل من أن يؤدي هذا الحجم الضخم من برامج تمويل جانب الطلب إلى تحويل الانتباه والأموال بعيدًا عن المبادرات الأخرى المهمة حول صحة الأمهات. هناك أدلة، في أماكن أخرى بالمنطقة، على أن التأثير على معدل الوفيات ليس حاسمًا، لا سيما في ظل صعوبة التمييز بين تأثير البرامج والاستثمار العام في مجال صحة الأمهات (على سبيل المثال، في مجال تحسين مرافق رعاية التوليد في حالات الطوارئ).^١ ونظرًا لصعوبة قياس معدل وفيات الأمهات بدقة دون توفر إحصاءات حيوية، فقد أثبتت الرعاية الماهرة عند الولادة أنها تُعد بمثابة مؤشر شعبي لإدخال تحسينات

الأم. وفي الواقع. يجب أن تضع رداءة نوعية الرعاية بالمرافق علامة استفهام على هذا الافتراض.

شكر وتقدير

تعرب المؤلفات عن تقديرهن للدعم الذي قدمه الأخاد الأوروبي. مشروع *FPI MATIND project*.

أيضاً على إجراء تقييم دقيق لنوعية الرعاية التي تقدمها المرافق العامة والخاصة المشاركة في البرامج. إن قصر التركيز على زيادة الطلب لن يؤدي في حد ذاته إلى تقليص وفيات الأمهات أو اعتلال صحتهن. ومن الحكمة أن نتذكر أن الرعاية الماهرة عند الولادة يجب ألا تكون المؤشر الوحيد للتحسين في مجال صحة

المراجع

1. Schmidt J, Ensor T, Hossain A, et al. Vouchers as demand side financing instruments for health care: a review of the Bangladesh maternal voucher scheme. *Health Policy* 2010;96:98–107.
2. Agha S. Impact of a maternal health voucher scheme on institutional delivery among low income women in Pakistan. *Reproductive Health* 2011;8:10.
3. Ensor T, Clapham S, Prasai DP. What drives health policy formulation: insights from the Nepal maternity incentive scheme? *Health Policy* 2009;90:247–53.
4. Anwar I, Sami M, Akhtar N, et al. Inequity in maternal health-care services: evidence from homebased skilled-birth-attendant programmes in Bangladesh. *Bulletin of World Health Organization* 2008;86(4):252–59.
5. Kesterton A, Cleland J, Sloggett A, et al. Institutional delivery in rural India: the relative importance of accessibility and economic status. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010;10(30):1–9.
6. Pathak PK, Singh A, Subramanian SV. Economic inequalities in maternal health care: prenatal care and skilled birth attendance in India, 1992–2006. *PLoS One* 2010;5(10):1–17.
7. Lagarde M, Haines A, Palmer N. The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. At: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008137/pdf>. Accessed 15 October 2011.
8. Ahmed S, Khan M. Is demand side financing equity enhancing? Lessons from a maternal health voucher scheme in Bangladesh. *Social Science & Medicine* 2011;72(10):1704–10.
9. Anderson I, Axelson H, Tan B-K. The other crisis: the economics and financing of maternal, newborn and child health in Asia. *Health Policy and Planning* 2011;26:288–97.
10. World Health Organization. *Global Health Observatory Data Repository* 2011. At: <http://apps.who.int/ghodata/>. Accessed 28 October 2011.
11. Hussein J, Bell J, Dar lang M, et al. An appraisal of the maternal mortality decline in Nepal. *PLoS ONE* 6(5): e19898. doi:10.1371/journal.pone.0019898.
12. Powell-Jackson T, Morrison J, Tiwari S, et al. The experiences of districts in implementing a national incentive programme to promote safe delivery in Nepal. *BMC Health Services Research* 2009;9:97.
13. Witter S, Khadka S, Nath H, et al. The national free delivery policy in Nepal: early evidence of its effects on health facilities. *Health Policy and Planning* 2011;26:ii84–ii91.
14. Lim S, Dandona L, Hoisington J, et al. India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation. *Lancet* 2010;375:2009–23.
15. Chatterjee P. India's government aims to improve rural health. *Lancet* 2006;28;368(9546):1483–84.
16. Bhate-Deosthali P, Khatri R, Wagle S. Poor standards of care in small, private hospitals in Maharashtra, India: implications for public-private partnerships for maternity care. *Reproductive Health Matters* 2011;19(37): 32–41.
17. International Institute for Population Sciences: *National Family Health Survey (NFHS-1)*, 1992–93: India. Mumbai: IIPS, 1995. At: <http://www.nfhsindia.org/>. Accessed 25 January 2012.
18. International Institute for Population Sciences: *National Family Health Survey (NFHS-3)*, 2005–6: India. Mumbai: IIPS, 2007. At: <http://www.nfhsindia.org/>. Accessed 25 January 2012.
19. Hogan M, Foreman K, Naghavi M, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980–2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010;375(9726):1609–23.
20. National Institute of Population Studies Pakistan, and Macro International. *Demographic & Health Survey 2006–07*. Islamabad: NIPS and Macro International. At: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR200/FR200.pdf>. Accessed 27 January 2012.
21. National Institute of Population Studies, Pakistan and IRD/Macro International Inc. *Demographic & Health Survey 1990–1991*. Islamabad: NIPS and IRD/Macro International. At: <http://measuredhs.com/publications/publication-fr29-dhs-final-reports.cfm>. Accessed 27 January 2012.
22. Department of Economic and Social Affairs. *United Nations Statistics Division*. At: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Data.aspx>. Accessed 26 January 2012.
23. World Health Organization. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2008*. At: <http://www.who.int/>

- reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html. Accessed 4 February 2012.
24. McNamee P, Ternant L, Hussein J. Barriers in accessing maternal health care: evidence from low- and middle income countries. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research* 2009;9(1):41-48.
25. Ensor T, Cooper S. Overcoming barriers to health service access: influencing the demand side. *Health Policy and Planning* 2004;19(2):69-79.
26. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science and Medicine* 1994;38(8):1091-10.
27. Borghi J, Ensor T, Neupane BD, et al. Financial implications of skilled attendance at delivery in Nepal. *Tropical Medicine & International Health* 2006;11(2): 228-37.
28. Rob U, Rahman M, Bellows B. Evaluation of the impact of the voucher and accreditation approach on improving reproductive behaviours and RH status: Bangladesh. *BMC Public Health* 2010;11:257.
29. Ahmed S, Khan M. A maternal health voucher scheme: what have we learned from the demand-side financing scheme in Bangladesh? *Health Policy and Planning* 2011;26:25-32.
30. Paul VK. India: conditional cash transfers for in-facility deliveries. *Lancet* 2010;375(9730):1943-44.
31. Lawn JE, Kerber K, Enweron-Larya C, et al. Newborn survival in low resource settings – are we delivering? *BJOG* 2009;116(Suppl. 1):49-59.
32. George A. Persistence of high maternal mortality in Koppal District, Karnataka, India: observed service delivery constraints. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):91-102.
33. Rath A, Basnett I, Cole C, et al. Improving emergency obstetric care in a context of very high maternal mortality: the Nepal Safer Motherhood Project 1997-2004. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30): 72-80.
34. Barker C, Bird C, Pradhan A. Support to the Safe Motherhood Programme in Nepal: an integrated approach. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):81-90.
35. Bhusal C, Singh S, BC R, et al. Effectiveness and efficiency of Aama Surakshya Karyakram in terms of barriers in accessing maternal health services in Nepal. *Journal of Nepal Health Research Council* 2011;9(19):129-37.
36. Powell-Jackson T, Neupane BD, Tiwari S, et al. Evaluation of the Safe Delivery Incentive Programme: Final Report of the Evaluation. 2008. At: http://www.safemotherhood.org.np/pdf/106Final_SDIP_Evaluation_Report.pdf. Accessed 29 October 2011.
37. Powell-Jackson T, Neupane BD, Tiwari S, et al. The impact of Nepal's national incentive programme to promote safe delivery in the district of Makwanpur. *Innovations in Health System Finance in Developing and Transitional Economies (Advances in Health Economics and Health Services Research)* 2009;21:221-49.
38. Government of Nepal. Support to Safe Motherhood Programme, Nepal: Bi-annual Report. At: <http://www.safemotherhood.org.np/pdf/149Biannual%20report%20final%205%20March%2009.pdf>. Accessed 12 February 2012.
39. Subha Sri B, Sarojini N, Khanna R. An investigation of maternal deaths following public protests in a tribal district of Madhya Pradesh, central India. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39):11-20.
40. UN Population Fund India. Concurrent assessment of Janani Suraksha Yojana scheme in selected states of India: Bihar, Madhya Pradesh, Orissa, Rajasthan, Uttar Pradesh. New Delhi: UNFPA India, 2009. p.1-59.
41. Government of India. Janani Suraksha Yojana: features and frequently asked questions and answers. 2006. At: <http://jknrm.com/PDF/JSR.pdf>. Accessed 11 October 2011.
42. Mavalankar D, Singh A, Patel SR, et al. Saving mothers and newborns through an innovative partnership with private sector obstetricians: Chiranjeevi scheme of Gujarat, India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009;107(3):271-76.
43. Bhat R, Mavalankar D, Singh PV, et al. Maternal healthcare financing: Gujarat's Chiranjeevi Scheme and its beneficiaries. *Journal of Health, Population & Nutrition* 2009;27(2):249-58.
44. Government of Gujarat. Chiranjeevi Yojana: Operational Mechanisms of the Scheme. 2012. At: www.gujhealth.gov.in/operational-scheme.htm. Accessed 10 February 2012.
45. Singh A, Mavalankar D, Bhat R, et al. Providing skilled birth attendants and emergency obstetric care to the poor through partnership with private sector obstetricians in Gujarat, India. *Bulletin of World Health Organization* 2009;87(12):960-64.
46. Vora K, Mavalankar D, Ramani K, et al. Maternal health situation in India: a case study. *Journal of Health, Population and Nutri-*

- tion2009;27(2):184-201.
47. Acharya A, McNamee P. Assessing Gujarat's 'Chiranjeevi' Scheme. *Economic & Political Weekly* 2009;44(48): 13-15.
48. Nguyen H, et al. Encouraging maternal health service utilization: an evaluation of the Bangladesh voucher program. *Social Science & Medicine* 2012;74:989-96.
49. Koehlmoos TLP, Ashraf A, Kabir H, et al. Rapid assessment of demand-side financing in Bangladesh, ICDDR,B Working Paper 170. Dhaka, 2008.
50. Hamid B, Kazmi S, Eichler R, et al. Pay for Performance: Improving Maternal Health Services in Pakistan. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc., September 2009.
51. Bellows N, Bellows B, Warren C. The use of vouchers for reproductive health services in developing countries: systematic review. *Journal of Tropical Medicine and International Health* 2011;16(1):84-96.
52. Austveg B. Perpetuating power: some reasons why reproductive health has stalled. *Reproductive Health Matters* 2011;19(38):26-34.

استخدام الأبحاث الاجتماعية لتصميم وتقديم خدمات صحة الأمومة بشمال نيجيريا

بقلم: هنري في دكتور^(أ)، سالي إي فيندلي^(ب)، ألستير أجير^(ج)، جورجيو كوميتو^(د)، جودوين واى أفينيا^(هـ)، فاطيما أدامو^(س)، كاثي جرين^(ص)

أ- عالم مساعد أبحاث، جامعة كولومبيا، مدرسة ميلمان للصحة العامة، صحة الأسرة والسكان، نيويورك، الولايات المتحدة، ومستشار عمليات البحث العلمي، زمالة إحياء التطعيمات النمطية بشمال نيجيريا، مبادرة صحة الأمومة والطفولة وحديث الولادة، أبوجا، نيجيريا. للمراسلة: hvd2105@columbia.edu

ب- أستاذ صحة الأسرة والسكان، جامعة كولومبيا، مدرسة ميلمان للصحة العامة، نيويورك، الولايات المتحدة.

ج- أستاذ صحة الأسرة والسكان، جامعة كولومبيا، مدرسة ميلمان للصحة العامة، نيويورك، الولايات المتحدة.

د- النائب السابق لمدير برامج، الصحة والإيدز، انقذوا الأطفال، لندن، المملكة المتحدة.

هـ- مدير أبحاث الأنظمة الصحية، برنامج الشراكة لإحياء التطعيمات النمطية بشمال نيجيريا، ولاية كانو، نيجيريا.

س- مستشار التنمية الاجتماعية، برنامج الشراكة لإحياء التطعيمات النمطية بشمال نيجيريا، ولاية كانو، نيجيريا، وكبير المحاضرين، جامعة عثمان دانفوديو، قسم الاجتماع، سوكوتو، نيجيريا.

ص- استشاري الصحة والتنمية الاجتماعية، شراكة الصحة الدولية، ليويس، المملكة المتحدة.

ترجمة: رفعت علي

موجز المقال: تعد نسبة وفيات الأمهات في شمال نيجيريا من أسوأ النسب في العالم، فقد بلغت ١,٠٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي عام ٢٠٠٨ وذلك مع تدني مستوى وجودة خدمات رعاية الأمومة. لقد قمنا في عام ٢٠٠٩ بإجراء دراسة عن أسباب ضعف الإقبال على خدمات رعاية الحمل والولادة بين النساء الحوامل في ذلك العام، وأثر المعتقدات الاجتماعية/الثقافية والممارسات التي تؤثر عليه. وتضمنت الدراسة مسحاً كمياً شمل ٦,٨٨٢ سيدة متروجة، و١١٩ مقابلة و٩٥ نقاشاً لمجموعات بؤرية مع قيادات مجتمعية وحكومية محلية. وأيضاً المقابلات المحليات غير المدريات، والنساء اللاتي حصلن على خدمات للأمومة وكذلك مع مقدمي خدمات الرعاية الصحية. حصل ٢٦٪ فقط من النساء اللاتي شملهن المسح على بعض من رعاية الحمل و١٣٪ فقط ولدن أطفالهن داخل منشأة صحية تحت إشراف مهاري متخصص في آخر حمل لهن. ومع ذلك، فإن اللاتي حصلن على استشارة واحدة على الأقل في مرحلة الحمل تضاعفت فرص ولادتهن تحت إشراف طبي مهاري متخصص إلى ٧,٦ أضعاف من لم يتلقين أية رعاية في فترة الحمل. إن معظم النساء الحوامل لم يكن لهن أي اتصال، أو كن على اتصال وإه ينظم الرعاية الصحية لأسباب ترجع إلى العادات والتقاليد، وعدم إدراكهن لأهمية تلك الرعاية، وبعد المسافات التي تفصلهن عن أقرب وحدة رعاية صحية، ونقص وسائل الانتقال، وعدم موافقة الأزواج، وتكلفة الانتقال، وعدم قبولهن للفحص من طبيب ذكر، وبناء على ما توصلنا إليه، صممنا وطبقنا حزمة متكاملة من التغييرات الواجب إدخالها وتطبيقها والتي تضمنت تطوير رعاية الحمل، والولادة، ورعاية الولادات المتعثرة والطارئة؛ وتوفير التدريب والإشراف والدعم للمقابلات الجدد في مراكز الصحة الأولية والمشافي؛ وتوعية المجتمع بالحمل الآمن والولادة الآمنة، وتوعيته بأهمية الحصول على هذه الخدمات. © قضايا الصحة الإيجابية

Using community-based research to shape the design and delivery of Maternal health services in Northern Nigeria
Henry V Doctor, Sally E. Findley, Alastair Ager, Giorgio Cometto, Godwin Y Afenyadu, Fatima Adamu, Cathy Green,
Reproductive Health Matters 2012; 20(39):104-112

الكلمات الدالة: رعاية ما قبل الولادة، القبالة، رعاية طوارئ الولادة، وفيات الأمهات، المعتقدات، العادات، القيم، البرامج والتدخلات المجتمعية، شمال نيجيريا

الأساسية. يهدف هذا البرنامج الممول من قبل الحكومة النرويجية وصندوق الدمارك الدولي للتنمية إلى تعليم النساء أساسيات الثقافة الصحية وأهمية استخدام المنشآت الصحية من أجل صحتهن وصحة أولادهن. ويهدف أيضا إلى زيادة الطلب على خدمات صحة الأمومة والطفولة. ويؤكد علي معرفة كل النساء لعلامات الخطر الخاصة بالأمومة، والولادة تحت إشراف مختصين مهرة وتيسير إتاحة الحصول على خدمات رعاية الطوارئ.

قام البرنامج بعمل تقدير مبدئي للمنشآت في عام ٢٠٠٨ في الولايات الثلاث لتقدير قدرة استيعاب المشافي في هذه الولايات ولتوفير الرعاية المتواصلة لصحة الأمومة والمواليد والطفولة. وعلى وجه التخصيص لتوفير إشراف طبي ماهر ومتخصص للولادات والرعاية الأساسية لحالات الولادة. شمل المسح كل المستشفيات العامة بكل ولاية. وأظهرت النتائج أن هذه الولايات تعاني من نقص شديد في العاملين بالصحة، وأن من يعيشون ويسكنون في نطاق عشرة كيلومترات من المركز الصحي أقل بكثير من نظرائهم من يعيشون في جنوب البلاد. إضافة لذلك، برغم افتراض أن أغلب المستشفيات توفر مبدئيا الخدمات الصحية الأساسية للأمومة والمواليد والطفولة بما فيها رعاية الحمل ورعاية التوليد وما بعد التوليد. وتنظيم الأسرة، وعيادات الأطفال دون الخامسة، فإن كثيرا من المستشفيات لم يكن بإمكانها توفير كل من هذه الخدمات الرعائية. في عام ٢٠٠٣، لم تستطع أي من الولايات الشمالية الوصول للحد الأدنى من المعايير الخاصة بخدمات الطوارئ التوليدية الأساسية. ونصف المنشآت الأساسية للرعاية الصحية التي تقدم رعاية الحمل ورعاية التوليد لم يكن بها قابلة أو مولدة. في المناطق الحكومية المحلية المختارة التي اختيرت للتدخل لم يكن

تعد نتائج صحة الأمومة بشمال نيجيريا من بين الأسوأ في العالم.^١ فمعدل وفيات الأمهات أثناء الولادة يعلو بشكل ملحوظ عن المعدل العالمي.^٢ في التقديرات الأخيرة (٢٠٠٨) يتوفى ما يزيد عن ١٠٠٠ حالة من بين كل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي. مقارنة بما يقل عن ٣٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ حالة ولادة بالمنطقة الجنوبية.^٤

يصاحب هذه النسبة العالية من وفيات الأمهات بشمال نيجيريا مستوى متدن جدا وجودة رديئة لخدمات الأمومة. فضلا عن ذلك، فإن الانخفاض المتزايد في اللجوء لخدمات رعاية الأمومة في المسح الصحي الديموجرافي في نيجيريا ما بين عامي ٢٠٠٣ و ٢٠٠٨ يؤدي إلى زيادة المخاوف: ففي ولايات كاستينا، وزامفارا، ويوبي في الشمال انخفضت نسبة النساء اللاتي حصلن على أي من خدمات الرعاية الصحية أثناء الحمل من ٣٦,٩٪ إلى ٣١,١٪ في كاستينا وزامفارا، من ٤٧,٣٪ إلى ٤٣٪ في يوبي. وبالمثل، تناقصت نسبة النساء اللاتي ولدن تحت إشراف طبي مهاري مختص من ١٢٪ إلى ٨,٩٪ في كاستينا وزامفارا، ومن ١٩,٨٪ إلى ١٣,١٪ في يوبي. وصاحب هذا تدهورا آخر في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية، خصوصا بهذه المنطقة.^٥

واستجابة لهذا الانحسار في استخدام خدمات رعاية صحة الأمومة، تم تأسيس برنامج صحة الأمومة وحديثي الولادة والطفولة عام ٢٠٠٨ بواسطة ائتلاف شرافي من هيئة شراكة الصحة الدولية (المملكة المتحدة)، ومنظمة «أنقذوا الأطفال» (المملكة المتحدة) والهيئة الاستشارية (نيجيريا)، مع وزارات الصحة المحلية والمسؤولين المحليين في ولايات كاستينا ويوبي وزامفارا بشمال نيجيريا حيث كان يوجد من قبل برنامج سار لتحسين تطعيمات الأطفال النمطية من خلال تجديد حيوية برامج الرعاية

الأول من عام ٢٠٠٩ لتقدير أدلة قائمة على التجريب تبنى بمقتضاها التدخلات اللازمة. بما فيها مدى وحجم احتياج النساء لرعاية فترة الحمل ورعاية التوليد بين الحوامل في السنوات الخمس السابقة والعناصر الملزمة. والمعتقدات الاجتماعية/ الثقافية والممارسات السائدة التي تؤثر - سلباً أو إيجاباً - على حصول المرأة على تلك الخدمات الرعائية.

خصائص السكان محل الدراسة

أظهر التعداد السكاني لعام ٢٠٠٦ أن كل من ولايات كاستينا ويوبى وزامفارا تحتوي على كثافات سكانية مقدرة ب ٥,٨, ٢,٣, ٣,٣ مليون على الترتيب. من بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن من ١٥ - ٤٩ عاماً فى تلك الولايات، ومنهن ٨٤٪ غير متعلمات مقارنة بنسبة الرجال غير المتعلمين التي تبلغ ١٣٪. ويمثلن ٣٦٪ من إجمالي النساء على المستوى القومي. ٣٨٪ فقط كن يعملن خلال الاثنى عشر شهراً السابقة على إجراء الدراسة، مقارنة ب ٥٩٪ من النساء العاملات على المستوى القومي. ونسبة النساء اللاتي يتعاملن مع الصحف أو الراديو أو التلفاز حتى ولو مرة واحدة أسبوعياً لا تتعدى الـ ٣٣٪ من كل النساء، مقارنة ب ٥٥٪ بالمقارنة من الرجال فى هذه الولايات، و ١١٪ من النساء على مستوى الأمة كلها.^٥

المنهج البحثي

اختار البرنامج مناطق محلية بكل من الولايات الثلاث ليتم فيها تطبيق التدخلات المتكاملة المطلوبة التي تركز على تحسين رعاية حالات طوارئ التوليد والولادات المتعسرة. وهناك إجراءات أقل مستوى سوف يتم تطبيقها في مناطق المقارنة في تلك الولايات أيضاً. وقد تم جميع البيانات الأساسية خلال عام ٢٠٠٩ للمقارنة المستقبلية بدراسة تأثير البرنامج بعد ثلاثة أعوام. وتم اتباع المنهج

هناك قابلات بمراكز الصحة الأساسية كما لم توجد منشآت طبية توفر رعاية طوارئ التوليد الأساسية على مدار الـ ٢٤ ساعة. عدا ذلك، لم توجد إلا منشأتان فقط توفران رعاية شاملة لطوارئ التوليد، كما لم يكن يوجد مخطط فعال لنقل حالات الطوارئ؛ أقل من ١٥٪ من النساء الحوامل مؤخرًا حصلن على زيارات فى فترة ما قبل الولادة.^٧

يعكس تفاوت استخدام الرعاية الصحية كثيرًا من العناصر البنائية: فشمال نيجيريا يعد سوداني-سواحيلي ويعتمد في نشاطه الاقتصادي على الزراعة التقليدية. ويتصف بمستوى شديد من الفقر ومستوى متدنٍ جداً في البنية التحتية للخدمات والتعليم وخدمات الرعاية الصحية. ويتسم الشمال أيضاً بسيادة النظام الأبوي بشدة، بينما يتميز الجنوب بمشاركة أكبر من المرأة في صنع القرار. الشمال في أغلبه مسلم، وكل الإجراءات التي كانت تهدف لحماية المرأة من سطوة الذكر مثل تعدد الزوجات، وتغطية الرأس وحجب المرأة عن الإسهام في الفعاليات العامة - أدى إلى مزيد من تقييد حرية النساء في حصولهن على الخدمات الرعائية المطلوبة.^{٨,٩}

من خلال التمويل المشترك المقدم من قسم التنمية الدولية بالملكة المتحدة وحكومة النرويج. يمثل البرنامج الممول تجربة استراتيجية لمساعدة تلك الولايات على تقليص معدلات الوفيات المرتفعة للأمهات وحديثي الولاد والأطفال من خلال إجراء تغييرات على النظم الصحية والرعاية السائدة، فيما يخص الجوانب التي تقع على الحكومة، وعلى القوى البشرية العاملة مجال الرعاية الصحية. وتنمية المعارف الصحية، والمشاركة المجتمعية بالإضافة إلى دعم وتقوية خدمات الرعاية الصحية. يتضمن هذا البحث نتائج دراسة أجريت في النصف

عن أي سؤال لا يردن الإجابة عنه أو يرينه محرراً لهم.

وقد تضمن تحليل البيانات إجراء ارتباط إحصائي بين الخواص والمميزات الأمومية، ورعاية الحمل وخواص التوليد. واستخدمت اختبارات «تي» لاختبار وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية لكل من العمر، والحالة الاجتماعية، والحالة الاقتصادية، والقدرة على التواصل، والإلمام بأية لغة، ومرتبة الزوجة بين زوجات الرجل، وحدث وفاة لمولود خلال شهر من ولادته، ومصدر النصائح الصحية للمرأة خلال آخر حمل، وخبرات الولادة وحدث مضاعفات في الولادة، مع متغير منفصل لرعاية فترة الحمل مقابل النصائح أثناء الحمل أو نصائح خاصة بالأمومة والطفولة التي تلقتها المرأة من صديقات، أو من القابلات المحليات التقليديات أو من أفراد آخرين في المجتمع المحلي. التواصل بين الزوج - الزوجة عن الحمل أو الاستعانة بأية وسيلة رعاية صحية، تم تقييمه بمتغير « النقاشات عن التطعيم مع الزوج». تم قياس تفضيل اللجوء للمعالجين المحليين التقليديين بتسجيل مدى اللجوء لهم عند حدوث أية مشكلات صحية للأم أو الطفل. واستخدم التراجع المزدوج ثنائي الأوجه في تقييم تأثير مختلف العوامل في الإقبال على خدمة رعاية الحمل ومكان الولادة المفضل. تم استخدام قياس ستاتا ١١.٠ لإجراء التحليل واستخدامت كذلك أوزان العينات لتقدير الاختلافات في حجم العينات في مناطق إجراء الدراسة.

تألفت الدراسة الكيفية من تقييم اجتماعي سريع^١ تم إجراؤه على مدى أسبوعين في مناطق التدخل في كل من الولايات الثلاث التي تم اختيارها. وسعينا لفهم أفضل للمعتقدات الثقافية والممارسات المتصلة بالاحتياج إلى الخدمات الرعائية لفترة الحمل

الكمي والكيفي للتعرف على عناصر محددة من البرامج المطلوبة لتشجيع النساء على الحصول على رعاية فترة الحمل ورعاية التوليد لتقليل من وفيات الأمهات.

استعان المسح الكمي ببعض الأسئلة مغلقة النهايات من المسح الصحي الديموجرافي لعام ٢٠٠٨^٥ لتسهيل المقارنة بالبيانات الأخرى المتاحة، وتعديل بعض الأسئلة والأرقام الترميزية بالتوازي مع بعض الأهداف المحددة للبرنامج. ولاختيار النساء، استعملنا خطة العينات المجمع ذات الطوابق من مرحلتين، وقسمت كل ولاية إلى طبقتين، واختيرت العينات بنسبة ١:٢. المناطق المحلية التي تطبق فيها أنشطة مكثفة ومركزة للبرنامج، وتلك التي تطبق فيها تدخلات أقل كثيفاً. وتم اختيار خمس وأربعين منطقة بطريقة عشوائية لتمثل المناطق المحلية في المستويين. ومن كل منطقة تم اختيار ٤٧ ربة منزل عشوائياً أيضاً؛ امرأة من كل منزل أو مسكن. ومن كل منطقة دعيت امرأة (سبق أن تزوجت ويترواح عمرها بين ١٥ - ٤٩ عاماً) لإكمال المسح. وكان مجموع النساء المؤهلات لهذا البحث ٧٤٤٢ امرأة. زار متخصصو إجراء المقابلات المدربون النساء اللاتي تم اختيارهن في بيوتهن وقدموا الأسئلة باللغة المحلية (هاوسا أو كانوري).

أقرت هيئات أخلاقيات الأبحاث التابعة لوزارة الصحة في كل ولاية والمكونة حديثاً. الجوانب الأخلاقية من البحث. وقبل إجراء أي عمل ميداني، اجتمع الباحثون ب كبار السن من رجال ونساء القرى لشرح أهداف إجراء البحث، للحصول على موافقة أهل المنطقة المحلية، وللتأكد من أن ربات البيوت على علم بالموضوع وأنهن مستعدات لمقابلة من تجريهن المقابلات. وتم إخبار النساء أن الإسهام في البحث اختياري، وأنهن لو شاركن فلهن الحرية في عدم الإجابة

نتائج البحث

من بين الـ ٧,٤٤٢ امرأة اللاتي تم اختيارهن لإجراء المسح، لم يكن التوصل إلى ٤٢ منهن، و٢٦٤ كن غير مؤهلات (أى أنهن لم يتزوجن أبداً أو مسنات جداً)، و٢٥٤ لم يكملن المقابلة الشخصية لنهائيتها. وقد حقق الـ ٦٨٨٢ من أكملن الاستجواب معدل استجابة يصل إلى ٩٣٪ من المجموع الكلي للعينات النسائية التي تم اختيارها.

كان متوسط العمر للنساء اللاتي أجري عليهن المسح ٢٨,٧؛ وكان أغلبهن (٧٣,١٪) يعشن في مناطق ريفية، ٦٣,٤٪ من الهاوسا، و١٤,١٪ من الكانوري، و١٦,٦٪ من الفولاني. و٥,٩٪ من عرقيات أخرى. ١٨,٨٪ فقط تلقين نوعاً من التعليم الرسمي النظامي من بينهن ٥٣,٠٪ لم يتلقين إلا بعض التعليم الأولي. وبالضرورة وفعلياً كلهن (٩٧,٢٪) كن متزوجات في وقت إجراء المسح. ٨٠,٥٪ منهن كن إما زوجة وحيدة لرجل أو كبيرة زوجات رجل متعدد الزوجات. قليل منهن (٧,٩) كن يملكن هاتفاً محمولاً. متوسط مرات الحمل كان ٤,٧. و١٨١٩ سجلن ولادتهن لأطفال أحياء في السنوات الخمس السابقة. أما اللاتي سجلن ولادة قريبة فكن أصغر سناً بمتوسط ٢,٦ مرات حمل. وكن متزوجات، وأقل احتمالاً في ذهابهن إلى أية مدارس رسمية نظامية، وأكثر احتمالاً أنهن يعشن على مسافة تزيد عن عشرة كيلومترات من أي مركز رعاية صحية.

الإقبال على رعاية الحمل

تلقى ٢٧,١٪ فقط من النساء اللاتي وضعن أطفالاً أحياء في السنوات الخمس السابقة على البحث (معدل = ١,٨١٩) - رعاية متابعة حمل لمرة واحدة على الأقل في حملهن الأخير. ومع ذلك فقد حققت تلك المجموعة عدداً رئيساً من زيارات رعاية الحمل تبلغ ٤,٩

والولادة. كما أجرينا مقابلات منفردة ومقابلات جماعية مع أفراد وجماعات منتقاة مستخدمين عينات متباينة عن عمد لتضم أناساً من المجتمع على درجات متباينة من قبول الحصول على خدمات رعاية صحة الأمومة. اعتماداً على المنطقة التي يعيشون بها، واستعمالهم للتسهيلات والمنشآت الصحية الأولية والثانوية، والتصنيف العرقي والحالة الاجتماعية/الاقتصادية. وتم اختيار ستة وثلاثين مجتمعاً محلياً وعمل ١١٩ مقابلة معمقة و٩٥ نقاشاً بؤرياً عبر الولايات الثلاث. وتم إجراء مقابلات منفردة مع قيادات اجتماعية محلية وقيادات حكومية محلية، ومع الموليدات التقليديات الحليات غير المؤهلات اللاتي يقمن بتوليد النساء، والمعالجين التقليديين المحليين، والقائمين على تقديم خدمات رعاية صحة الأمومة وأمراض الأمومة. كما تم عقد حلقات مناقشات بؤرية (بمعدل متوسط تسعة أفراد مشاركين في كل نقاش). عقدت منفصلة عن بعضها مع نساء في المرحلة العمرية ١٥ - ٤٩ (تشمل البالغات المتزوجات)، والسيدات الأكبر سناً، والرجال لدورهم الخطير في الهيمنة على قرار السيدة الحامل إن كانت تلجأ لطلب الرعاية الصحية أم لا.

وناقشت النساء في كل من المقابلات والنقاشات البؤرية، مدى واسع من المعتقدات، والمفاهيم، والمعارف، والممارسات المرتبطة بصحة الأمومة، وتكونت فرق إجراء المقابلات من مقابلين محليين مدربين وذوي خبرات، من الرجال والنساء. تم ترجمة النصوص من اللغة المحلية للإنجليزية ثم تم ترميزها بأكواد على أيدي باحثين مدربين. وتمت مراجعتها للتعرف على الأشكال التكرارية، ثم تم عمل مقارنة ثلاثية مقابل مضاهاتها بالمسح الذي أجري على ربوات البيوت.

الاحتياج لرعاية الحمل أيضا. فقد كانت النساء تكره وترفض طلب رعاية الحمل أو قبول أن يفحصهن رجل أو متخصص طبي ذكر. وأعلن: «لو قالوا لي سيفحصني متخصص ذكر، أرجع ببساطة للبيت دون فحص» إضافة لذلك، قالت النساء إنهن يحبطن من الوقت والتكلفة اللذين يستلزمهما الذهاب لمركز طبي حيث تجرى الفحوص. «لا يوجد أحد في الوحدة المحلية الصحية يقوم بفحص الحوامل. لذلك علينا الذهاب إلى المشفى العام. المسافة للمشفى طويلة وبعيدة. نستغرق ساعة بدراجة نارية لأن الطرق رديئة. ويكلفنا ذلك ٣٠٠ جنيه نيجيري (١,٩٠ دولار أميركي) للرحلة ذهابا وعودة»

أظهر التحليل المقارن لبيانات المسح، أن الخواص السكانية تتوافق بشكل متوسط مع معدل فحوصات الحمل حيث يعيش عرق الهاوسا، في مجتمع تتوفر له فرص أفضل للحصول على خدمات رعاية الأمومة. ويقرأون بأي من اللغات. وكانت الخاصية الإيجابية الوحيدة المتوافقة مع فحوصات رعاية الحمل هي السعي لأخذ النصيحة لمعالجة المشكلات الصحية من أحد أفراد المجتمع. وتم التأكيد منها بإستخدام «معدل تراجع الخدمات متعدد النباين». وعلى العكس، فإن النساء أقل احتمالا في حصولهن على رعاية الحمل لو كن قد مررن بتجربة موت آخر مولود. وأقل بمعدل ٤,٣ في الحصول على رعاية الحمل لو كن قد استشرن المعالج المحلي البدائي التقليدي عن أية مشكلات صحية. وقد ظهر ذلك بوضوح كملمح واضح من معدل تراجع الخدمات متعدد النباين. ولم يوجد أي ارتباط يتعلق بالسن. ولا بسكنى الحضر مقابل الريف. ولا امتلاك هاتف محمول. ولا بكون المرأة تعمل (كدلالة على الحالة الاجتماعية/الاقتصادية). ولا ترتيب الزوجة إن كانت كبيرة الزوجات أو صغراهن. أو إن كان

(لدى يتراوح من ١ - ١٠). وكان منهم ٢٤,٥٪ في الثلث الأول من الحمل. و٥٧,٧٪ في الثلث الثاني من الحمل. و١٧,١ في الثلث الثالث من الحمل. ورغم ذلك، فجميعهن لم يتلقين كل عناصر الرعاية الضرورية؛ تم قياس ضغط الدم لـ ٨٧,٢٪ فقط منهم. ٨٥,٠٪ تم وزنهن. ٨١,٢ تلقين تطعيما ضد التيتانوس. ٥٦,٨٪ تم إرشادهن لمزايا الرضاعة الطبيعية من الثدي. ٥٨,٣٪ تم توعيتهن بمعلومات عن رعاية المواليد. ٦٤,٩٪ تم إعطاؤهن جرعات متقطعة من الأدوية الوقائية من المالاريا (والتي يفترض أن تكون روتينية في تلك المناطق). ٦٤,٢٪ تمت توعيتهن بالأعراض التي تدل على خطورة الحمل أو الولادة وكيفية التصرف إذا ظهر أي منها.

أما النساء اللاتي لم تحظين بأي نوع من أنواع رعاية الحمل. فإن ٣٠,٨٪ سعين لطلب المشورة عن مشكلات الحمل والولادة من الصديقات. ومن مولدة العائلة أو القابات الحليات في مجتمعاتهن المحلية. وأبرزت المقابلات والمناقشات المركزة سيادة مفهوم أن الحمل جانب طبيعي وعادي من الحياة الزوجية ولا يحتاج إلى أية رعاية. وكن يرين أن الحمل بوجه عام «شيء عادي وطبيعي» وليس من الضروري أن تتلقى فيه الحامل رعاية خاصة. ولا يجب أن تتوقع أو تنتظر فيه تغذية خاصة، أو معاونة. قالت النساء في مجموعات النقاش البؤرية، على سبيل المثال، إن الحوامل يعملن يوميا الأعمال المعتادة حتى يوم الولادة وأن أية محاولة لتقليل العمل اليومي سوف تعد استهانة بهن. ورأين أن رعاية الحمل غير مطلوبة إلا للنساء المرضيات فقط. أما مع الحمل الطبيعي والصحيح، فلا حاجة لأية رعاية للحمل. وقلن: «لا أريد أن أتلقى رعاية. أشعر أنني بخير».

أدت الحاجة المجتمعية لفصل الرجال عن النساء في الأماكن العامة إلى تقليص

٢٣,١٪ على أيدي آخرين. مثل صديقة. أو جارة أو عضوة من العائلة. ثلثا من ولدن بمنشأة طبية كن قد حظين بفحص واحد على الأقل كإعانة حمل. بالمقارنة بأقل من الثلث من أولئك اللاتي ولدن في البيت. أما أولئك اللاتي ولدن بمنشأة صحية كن قد أعددن العدة لولادتهن. إضافة لذلك. أظهر التحليل المقارن أن أولئك اللاتي ولدن في منشأة صحية كن أقرب لسكنى المدن أو لا يسكن على مسافة تزيد عن عشرة كيلومترات من المنشأة الصحية وهن من الهاوسا. ومتعلمات ويقرأن بأي من اللغات. والزوجة الثانية في ترتيب الزوجات أو الأولى. ولديها ثلاثة أبناء أو أكثر. وناقشت المشكلات الصحية قبل ذلك مع صديقات أو مع العائلة. ويظهر «معدل تراجع الخدمات متعدد التباين». بعد وضع معايير القياس المتزامن لتلك العناصر. أن أولئك اللاتي حظين على الأقل بزيارة رعاية حمل واحدة كن ٧,٦ أضعاف ($p<0.01$). وأولئك اللاتي جهزن أشياء للولادة كن ٢,١ أقرب للولادة تحت إشراف مهاري ($p<0.05$). وعلى عكس المتوقع. فإن الزوجات المستجيدات الأحدث في ترتيب الزوجات لرجل كن الأقرب احتمالاً للولادة تحت إشراف مهاري ($p<0.05$). إن تلقي النصيحة من الصديقات والعائلة عن الحمل والولادة يزيد من احتمال لجوئهن لنيل ولادة تحت إشراف ماهر ($p<0.10$). وكما في رعاية ما قبل الولادة. لم توجد علاقة ارتباط بالعمر. ولا بسكنى الحضر مقابل الريف. ولا امتلاك هاتف محمول. ولا بكونها تعمل. أو سبق لها ولادة أطفال (لا توجد بيانات).

وكان السبب الأول الذي تذكره النساء في امتناعهن عن الولادة في منشأة طبية هو كونهن أكثر ارتياحاً في البيت (٩٨,٥٪). وبعد المسافة التي يتوجب قطعها للمنشأة الطبية (٧٠,٧٪). والاعتقاد بأن وجود المولدة الماهرة ليس ضرورياً (٦٥,٧٪). وأن الولادة بمنشأة طبية

لديها أطفال (لا توجد بيانات لتوضيح ذلك).

الولادة في منشأة صحية

كان كل المشرفين المؤهلين للقيام بالتوليد في مناطق الدراسة. من التمريض المدرب على ذلك أو قابلات مدربات. وهن من قمن برعاية الحمل وعملية التوليد. ولم نسجل في المسح حالة ولادة تحت إشراف مهاري بالبيت. ورغم ذلك فكل النساء اللاتي ولدن في منشأة صحية تمت ولادتهن تحت إشراف مرضية متدربة أو قابلة مدربة. ولم تلد في الواقع أية واحدة تحت إشراف طبيب. في بعض الحالات تمت إحالة الحامل لطبيب بعد فحصها من مرضية أو قابلة.

وسواء حصلن على رعاية حمل أم لم يحصلن. فإن أغلب النساء لا يسعين للولادة في منشأة صحية أو مشفى. تعد ما يزيد قليلاً عن ٦٠٪ من النساء (معدل ١٨١٩) ملابس نظيفة للوليد بها. وعدا ذلك فإن قليلاً جداً منهن يعددن أدوات (شفرة حلاقة أو سكين حاد لقطع الحبل السري. وهى أدوات غير متوفرة في المنشآت الطبية المحلية) (١٣-٤٪). أو طعام (٩-٣٪). أو نوقود (٧-٣٪). أو تجهيز وسيلة نقل تكون جاهزة تحت الطلب (٠,٦-٠,٠٪) في حالة احتياج الحامل لمزيد من المساعدة الطبية إن حدثت مضاعفات أثناء الولادة. سواء كانت قد حظت برعاية أثناء فترة الحمل. أو حصلت على المشورة من صديقات أو لم تطلب مشورة على الإطلاق.

وكانت نسبة النساء اللاتي ولدن آخر أطفالهن في منشأة طبية. ١٣,١٪ فقط. النسبة العظمى (٨١,٩٪) ولدن أطفالهن بالبيوت. منهن ٤٥,٩٪ ولدن تحت إشراف مولدات تقليديات محليات غير متدربات (داية). و ١٣,٣٪ ولدن تحت إشراف مولدات محليات متدربات. و

الأشهر الموسمية، وصعوبة الحصول على سائقي جاريين يصحبونهم معهم، وامتناع سائقي الشاحنات التجارية عن قبول راكبة تعاني من مضاعفات ولادة خطيرة، وعدم وجود اختيارات نقل أخرى والخواف الأمنية من سلوك الطرق ليلاً، وحتى لو حصلوا على وسيلة انتقال، فإن تكلفة الانتقال إلى منشأة صحية تتراوح من ٥٠٠٠ جنيه نيجيري (٣٢ دولار أميركي) إلى ١٥٠٠٠ جنيه نيجيري (٩٥ دولار أميركي)، طبقاً للوقت من اليوم والمسافة التي يتوجب قطعها.

أغلب من أجريت معهم مقابلات من العاملين بالمراكز الطبية أكدوا على النقص الشديد في أعداد العاملين المحترفين الذي تعاني منه المنشآت الطبية، وأن العدد المحدود من العاملين عليه أن يقدم كل أنواع الرعاية الطبية المتوقعة وأنهم يبذلون جهوداً مضيئة فوق طاقتهم، وأن ذلك يقلل كثيراً من قدرتهم على تقديم رعاية جيدة.

المناقشة

أثبتت دراسات أخرى في بوركينافاسو، وكينيا، وتنزانيا وأيضاً في نيجيريا وجود ارتباط بين الحصول على رعاية أثناء الحمل والولادة تحت إشراف مولد مهاري.^{١١-١٥} وأظهرت دراسة في أوغندا أن النوعية السيئة من رعاية الأمومة ترتبط بمعدل متدنٍ من رعاية الحمل.^{١١}

يظهر التحليل متعدد المتغيرات في هذه الدراسة أن الحصول على الرعاية والحالة الاجتماعية/الاقتصادية ليس لهما تأثير على احتمالية حصول النساء على رعاية الحمل لآخر حمل لهن، وهو ما تم التوصل إليه في بوركينافاسو والهند.^{١٧، ١١} وربما يعكس قلة استعمال تلك الخدمات الرعاية حتى مع توفرها كما في أوغندا^{١١} وجود مستوى متدنٍ ونوع رديء من الخدمة، خاصة في المناطق

ليست شئناً «اعتادياً» (٥٦,١٪)، وكرر نصفهن تقريباً مقولة إن الزوج لا يسمح، واشتكين من المواقف السلبية تجاههن من العاملين بالمنشأة الصحية، وكانت التكلفة المالية تشكل عائقاً لنسبة ٢٨,٣٪. أما اللاتي وضعن حملهن في منشأة صحية فقد ذكرن ثلاثة أسباب رئيسية لاختيارهن: الخوف من حدوث مضاعفات، والإحساس بالأمان في منشأة طبية، واعتبارهن أن الولادة في منشأة طبية تعد «أفضل».

بينت البيانات الكيفية وجهة نظر ثابتة تؤكد أن ولادة طفل عملية عادية وآمنة، «أمهاتنا ولدن في البيوت؛ فلماذا لا نلد مثلهن؟»، النساء تهتم جداً بخصوصيتهن، ويفضّلن أن يلدن وحدهن في الخصوصية النسبية لغرفهن في البيت، ويقلن في الغالب أنهن يجلسن القرفصاء على جانب أو زاوية من غرفهن حتى لا يراهن أحد، وينظر إلى الولادات في المرافق الصحية، على أنه «غريب»، ومليء بجوانب مجهولة، ومخجل («كونيا» بلغة الهاوسا)، لأنه يتضمن «تعريّة أجسادهن» أمام ذكور من المتخصصين الطبيين ومساعدتهم.

وتدل تلك النتائج على أن النساء اللاتي ولدن أطفالهن في البيوت لديهن أقل قدر من الارتباط بالنظم الصحية، ولم تسعين أبداً للحصول على مشورة أو نصائح لمصلحة موالدهن أو لصالحهن ولم تسعين أبداً للحصول على رعاية حمل أو ولادة في منشأة صحية. وقد أظهرت المقابلات النوعية هذا الانفصال أكثر، وأضافت أسباباً أكثر لهذا الانفصال، تتصل بالصعوبات الجمة التي تعوق الوصول إلى المنشآت الصحية، فقرر الرجال والنساء أنهم يعيشون بعيداً جداً عن المنشآت الخدمية الطبية، مع صعوبة الانتقال عبر مسالك وطرق وعرة، والمشكلات الموسمية مثل انقطاع مناطقهم عن باقي المناطق بسبب فيضانات

لن يخدمهن خصوصيتهن. ولا مشاعرهن باحترام الذات. ولا توقعاتهن المرتبطة بجنس مؤدي الخدمة إن كان ذكرا أو أنثى. ولكي ينجح هذا. هناك الكثير من العمل لابد من إنجازه بالتركيز على مواقف العاملين بالصحة والتمثيل الأكبر للمرأة على كل مستويات خدمة رعاية الأمومة بين العاملين بالمجال.

وفشلنا في سؤال النساء اللاتي توفى ولبيدهن. لماذا لم يلجأن لطلب رعاية الحمل؟ إستناداً إلى معتقداتهن. فإنهن يعتبرن الحمل فترة لا يجب عمل أي شيء خاص أثناءها لحماية الحامل والجنين. ربما لم تدرك تلك النساء وجود علاقة بين مشكلات حملهن وموت المولود. أو لم يعرفن أن الرعاية الماهرة ربما كانت تؤدي إلى مولود حي/معافى. استناداً إلى دراسة أجريت عام ٢٠١٠ في ذات الولايات والتي وجدت أن بعض ربات البيوت عانين من معدل موت مرتفع للمواليد مقارنة بأخريات من نفس المجتمع.^{١٩} يحتاج البرنامج على وجه الخصوص التخصيص استهداف النساء اللاتي عانين من موت مولود أو أكثر. لاتخاذ كل الخطوات الضرورية لتقليص مخاطر وفاة المواليد.

يدل ما وجدناه من خلال المسح على أن التأثير الاجتماعي مهم جداً لتشجيع النساء على طلب رعاية الحمل والولادة. وعلى وجه الخصوص مع تنفيذ خطوات البرنامج لتحسين نوعية خدمات رعاية الأمومة. ويمكن لشبكات التواصل الاجتماعي غير الرسمية القائمة داخل المجتمع أن تدعم إيصال الرسالة إلى النساء الحوامل في أن وسائل وأماكن تقديم الخدمات الرعائية قد تم تحسينها وكيف أنها أصبحت « صديقة للمجتمع ومتوائمة معه» ومريحة للنساء. إضافة لذلك. بعض الرسائل التي تخص استشارات الإعداد للولادة. ومعرفة كيفية الاستجابة والتصرف إزاء ظهور

الريفية من تلك الولايات الثلاث. ومن ثم. فإن البرنامج بحاجة للتركيز على تحسين نوعية الخدمة وتوفيرها في كل من مجالي رعاية الحمل ورعاية التوليد. وأيضاً رعاية الولادات المتعثرة. حتى ترغب النساء في الحضور لفحوصات رعاية الحمل والولادة تحت إشراف طبي ماهر. إن ما توصلنا إليه وما وجدناه من عدم وجود علاقة بين الحالة الاجتماعية/الاقتصادية وقبول الحصول على رعاية الحمل والولادة ربما يعكس جانس الحالة الاقتصادية في المجتمعات المنتقاة للدراسة. كما في دولة بوركينافاسو المجاورة حيث يظهر معدل تفاوت الثروات هامشياً ضيقاً^{١١} مقارنة بمعدل هامش تفاوت ثروات واسع جداً في جنوب نيجيريا حيث يوجد ارتباط إيجابي للظاهرة.^{١٨}

تؤثر أنماط طلب المشورة المتعلقة بمشكلات صحة الأمومة بوضوح على طلب خدمة رعاية فترة الحمل. حيث تميل العائلة والصدقات إلى اقتراح أن الحامل التي لديها تساؤلات أو مشكلات عليها أن تذهب للحصول على رعاية الحمل بينما يقوم المعالجون التقليديون المحليون بعكس ذلك. وهكذا بمجرد أن تتحسن نوعية الرعاية وتتوفر بشكل أسهل. يحتاج البرنامج أن يصل إلى النساء اللاتي يلجأن للمعالجين التقليديين لربطهن بنوع الرعاية الأفضل وتحسين وتنمية رعاية الحمل والولادة. ومن الأفضل دعم تلك الرسالة من خلال المعالجين التقليديين أنفسهم. ويلعب التدخل المجتمعي دوراً رئيسياً. ويخلق مجموعة متنوعة من الفرص حيث يمكن للمرأة أن تتحدث عن المخاوف والمشكلات والاهتمامات الصحية. ويثبت أيضاً ما تم التوصل إليه من تلك الحوارات والنقاشات من المطلوب أن تخلق وعياً بالتغيرات التي أدخلت في صور وجوه خدمات الرعاية الصحية وفي القائمين على تحقيقها. حتى تشعر النساء أن استعمالهن لتلك الخدمات

على تلك الرعاية وعلى التكلفة المالية التي تتطلبها، والتي كان لها علاقة أحيانا بجدوى الحصول على خدمات الرعاية الصحية بوجه عام وفي بعض الحالات القليلة تقابل الفكرة بتشككهم في وجود أسباب خفية لدى تلك المراكز الصحية لتقليص عدد أفراد أسرهم لذلك لا يأمنون اللجوء إليها، لذلك يحتاج البرنامج أيضا للعمل مع الرجال للتعامل مع تلك الاستجابات الخاطئة.

ولا يظهر ما توصلنا إليه من المسح إلا تغيرا طفيفا في الموقف خلال العقد الزمني الماضي في شمال نيجيريا.^{١١،١٢} لذلك فبرنامج رعاية الأمومة والمواليد والطفولة، بحاجة إلى تبني موقف طويل المدى بطبيعة تناثر بإصرار على مواجهة تلك التحديات، مع تأكيد أهمية الابتكار طويل المدى والاستراتيجيات الجادة الدؤوبة للتعامل مع تلك التحديات.

بدأ تدفق مبادرات رعاية الأمومة والمواليد والطفولة مع أنها لا تزال في عنق الزجاجة
أخذنا على عاتقنا المبادرات الموجهة لكل من النساء ومجتمعاتهن وكذلك تجاه خدمات رعاية الأمومة القائمة على المستوى الأولي حتى مستوى المشافي.

كان هدفنا الأول الرئيس، هو الارتقاء بنوعية رعاية الحمل والتوليد ورعاية الولادات المتعثرة، حتى تُقدم الخدمة للنساء على أيدي ممرض وموليدات مدربات تدريبا جيدا ومدعوما فنيا وكذلك تدريب باقي كل الإناث العاملات في المجال الصحي، وتوفير خدمة ولادات الطوارئ على مدار الساعة سبعة أيام من الأسبوع، حتى لا ترد أية امرأة بسبب نقص العاملين في المراكز الطبية أو نقص التجهيزات، وقبل تعجيل وزيادة الطلب، علينا التأكد أن الخدمات الرعائية المقدمة من نوعية عالية المستوى وأن تقديم

علامات الخطر، يمكن أيضا إدراجها ضمن معارف الشبكات الاجتماعية والجماعات، مثل مجالس النساء القروية.

وكانت النساء اللاتي أعددن ولو نوع واحد من التجهيزات لولادة أطفالهن أقرب لقبول الولادة بمساعدة ممرض مدرب على التوليد، حتى لو لم يكن ذلك يشمل الإعداد للذهاب لمنشأة صحية للولادة بها، فنحن نؤمن أن مجهودات كبيرة تبذل لتطوير وتحسين خطط التوليد وأن التجهيزات سوف تزيد من نسب النساء المستعدات للذهاب إلى منشأة صحية للولادة بها حين تخين ساعة الوضع، وكما يرى آخرون بنيجيريا،^{١٣} لا يمكن اعتبار الإعداد للولادة عنصرا ثابتا فقط من رعاية الحمل، ولكنه يحتاج أيضا أن يكون متضمنا في معلومات ومعارف الشبكات الاجتماعية، حتى تعرف أيضا النساء اللاتي لا تحظن برعاية الحمل كيف يعددن أنفسهن للولادة والوضع.

ما وجدناه من أن الزوجات الأحداث للزوج، أقرب لقبول الولادة بمساعدة ممرض مدرب يتعارض مع براهين أخرى تثبت أن الزوجات الأحداث للرجل أكثر عرضة للتمييز السلبي فيما يخص حصولهن على الطعام لأنفسهن ولأطفالهن وأنهن أكثر عرضة لضعف الصحة^{١٤}، ولسوء الحظ، لم نكتشف أيضا لماذا هذا التناقض، ولكننا سنضعه موضع بحث أعمق في المستقبل.

وأخيرا نأخذ بكل جدية حقيقة أن نصف النساء على وجه التقريب اللاتي تناولهن المسح قررن أنهن لم يحصلن على موافقة أزواجهن للولادة في منشأة صحية، وفي مجموعات النقاش البؤرية، بدا أن موافقة أو عدم موافقة الأزواج على حصول زوجاتهن على رعاية الحمل ترتبط مبدئيا بصعوبات الحصول

الولايات الثلاث. تم إطلاق استراتيجيات التواصل لمعاونة القادة المحليين التقليديين وجماعات المجتمع المحلي في التحاور عن خدمات الطوارئ وتطوير وتحسين مستواها لفوائدها في إنقاذ حياة النساء.

أما بالنسبة للمجتمع. فإن هدفنا كان تطوير خدمات رعاية الحمل والولادة الآمنة. ونشر المعرفة بأعراض الخطر في الحمل والولادة. وأهمية التخطيط والإعداد للولادة وفي الحصول على موافقة الزوج للحضور إلى منشأة طبية. وفي اتباع منهج المتابعة وإعداد تقارير المتابعة والمردود العملي عن التغييرات التي تم إجراؤها في كل من خدمات رعاية الحمل والتوليد المتعلقة بالخواف الخاصة بالإناث. وخصوصية مشاعر المرأة. وكرامتها. وجودة الخدمة الرعائية. وتم تطبيق ذلك مبدئياً من خلال متطوعي الصحة الاجتماعيين. الذين يسهلون إجراء نقاشات مجتمعية مستخدمين أدوات التواصل بالمشاركة - مثل دليل لمناقشة المشاركة المجتمعية. ودعاية منغمة سهلة الحفظ. و«استخدام إشارات جسدية» (مثلاً: استعمال إشارة الأصابع الخمس للتذكير بعدد الزيارات اللازمة لتطعيم الأطفال). وتم دعم تلك الأنشطة عن طريق أربع تنغيمات لفظية أو فقرات سريعة كل يوم في الإذاعة على مدى ١٢ أسبوعاً. وكذلك بالوصول للقادة المحليين التقليديين والقادة الدينيين للتيقن من توفير مناخ ملائم لتغيير السلوكيات والعادات. بحلول شهر ديسمبر عام ٢٠١١. كان قد عمل متطوعو الصحة الاجتماعيين. مع لجان التطوير المحلية في ٣٢٣ موقع فعاليات مجتمعية في مناطق التدخل التطويري في الولايات الثلاث المختارة.

نطور الآن «وسائل مساعدة» مصورة للعاملات المعاونات الصحيات الاجتماعيات للاستعانة بها حين يتحدثن للنساء عن تلك

الخدمة يتم بمراعاة النساء. وتم تقديم البرنامج بالتعاون مع الدولة والسلطات المحلية لتوظيف وتدريب ودعم ١٩٤ مولدة لينضممن إلى جداول عمل القابلات. وتم توظيف تلك القابلات من قبل الوكالة الوطنية لتطوير الرعاية الصحية الأولية وتوزيعهن على ٥٨ مركزاً صحياً أولياً. والتي لم تكن تضم قابلات من قبل وعلى ٢٦ مركزاً أساسياً و ١٠ مراكز توليد لحالات الطوارئ والولادات المتعثرة التي يتم تطويرها في المناطق التي اختيرت للتدخل لتطويرها.

تم إدماج زيارات رعاية الحمل في الخدمات المقدمة من العاملين بالخدمات الاجتماعية الصحية الإضافيين. وكان هذا البرنامج تجريبياً. مع إتاحة اختيارات من التمويل مقابل أداء الخدمة لزيادة زيارات رعاية الحمل. وكذلك التوليد تحت إشراف تمريض-توليد مدرب. وكذلك العمل مع السلطات المحلية لإعداد المراكز الصحية الأولية ودمجها. وذلك حتى يتم وضع كل أنواع الخدمات الرعائية المطلوبة «تحت سقف واحد». وقد تلقى على وجه التقريب نصف العاملين في المراكز الصحية (على الأغلب الممرضات والقابلات) تدريبات أثناء الخدمة عن العلاج المتكامل لأمراض الطفولة. وعلاج حالات الأمومة الطارئة. وسوء رعاية الأمهات للمواليد. كما كان البرنامج يعمل على تحويل التحسين النوعي للخدمة إلى عمل مؤسسي من خلال نظم المراقبة والمتابعة والتدريب.

طورت عشرة مشافٍ خدمات الأمومة بها. وهي الآن على المستوى المطلوب للإيفاء بمتطلبات التعامل مع الولادات الطارئة والمتعثرة. إضافة لذلك فإن نظام الإحالة أصبح مفعلاً. لأن المنشآت الخاصة بحالات الطوارئ الأساسية أصبحت مدعومة الآن بوسائل نقل مجانية لحالات الطوارئ. والتي تم تقديمها من الأعضاء العاملين بالاتحاد الوطني للنقل البري. وعبر

التدخلية في الولايات المستهدفة حتى تنتهي المرحلة الأولى بالحصول على ميزات البناء الداعمة التي تم تكوينها والارتكان على الأنشطة الأخرى التي سيكون من شأنها تحسين حياة النساء وحياة أطفالهن. على سبيل المثال، من أحد الأمور الخطيرة والمهمة في شمال نيجيريا أن الفتيات اللاتي يتزوجن في سن صغيرة يجدن أنفسهن في الغالب في قاع السلطة المجتمعية الأضعف. ولعلاج ذلك التحدي، سيركز البرنامج على النساء صغيرات السن في أنشطته القادمة لتحسين العدالة الصحية بالعمل على زيادة فرص حصولهن على الخدمات الرئيسية للأمومة ورعاية المواليد ونصحن وإرشادهن وتوعيتهن بأمور الصحة الإيجابية والتغذية الصحيحة. وهكذا نأمل أن نقوم بتسليح الجيل التالي في المناطق المستهدفة بالمعلومات المهمة والضرورية المفيدة لصحتهن ولحملهن.

شكر وتقدير

تم إجراء هذا البحث بوصفه جزءاً من المشاركة في إحياء عمليات التطعيم في شمال نيجيريا؛ في برنامج صحة الأمومة والمواليد والطفولة، الممول من صندوق دعم المملكة المتحدة (قسم التنمية الدولية) ومن الحكومة النرويجية. يدين كاتبو البحث بتقديم الدعم التقني للدكتور ستيفان هيليرينجر والدكتور جيمس ف. فيليب في إتمام الدراسة الكمية؛ ولفاطمة عبد القادر ولعمر فاروق وادا، اللذين دعما تطوير وتنفيذ المسح النوعي، ولقادة المجتمع المحليين والمتعاونيين الذين شاركوا في هذه الدراسة. ونقر بالفضل أيضاً لدعم الدكتور روديون كروز، نائب مدير البرنامج القومي، والدكتور أنتوني أبودا، استشاري صحة الأمومة والمواليد والطفولة، لوضعه تصور رائد لبعض التدخلات المطلوبة المسجلة بالبحث.

الموضوعات، ولتقوية الدعم المجتمعي للتعرف على أعراض وعلامات الخطر والاستجابة الفورية لمعالجتها وتطوير رعاية الحمل والولادة في منشآت طبية، يعاون البرنامج المجتمعات المحلية على تأسيس مجموعات إنقاذ مجتمعية لحالات الطوارئ، ومجموعات مجتمعية للتبرع بالدم، ومجموعات مجتمعية لتكوين نظام نقل الحالات الطارئة، وأيضاً للتعامل مع العوائق الرئيسية التي تحول دون الحصول على الخدمة وتؤثر على إتاحتها لكل النساء. يعد كثير من المتطوعات الاجتماعيات والعاملات بجمعيات المعاونة الصحية « مبتكرات » لكونهن من الأصل يستعملن خدمات الأمومة، ويساعدهن ذلك على تنمية وزيادة إقبال النساء الأخريات على خدمات رعاية الحمل والأمومة.

وقد أمدتنا البيانات الأساسية القاعدية التي سجلت في هذا البحث بأساس صلب لتقييم أثر البرنامج، الذي سنقوم به عند نهاية الأعوام الثلاثة، وهي المرحلة الأولى من العملية التطويرية (ديسمبر ٢٠١٣). وتوضح بيانات استعمال الخدمات من قبل، أن تلك المعايير تظهر التغيرات في خبرات النساء عن الحمل والولادة، والنتائج المرجوة منها، ويمكننا أن نقرر أنه على مدى عامين منذ أن انطلقت تلك التدخلات، قامت ٥٢٪ من النساء الحوامل بإجراء فحص واحد للحمل على الأقل، مما يشكل زيادة تبلغ خمسة أضعاف على مستوى الخط القاعدي السابق، وأن عدد الولادات التي تمت بمنشآت طبية تحت إشراف تمريض - توليد مهاري قد ازداد إلى ٣٥٪ من بين كل حالات الولادة، وهو ما يشكل أربعة أضعاف المستوى القاعدي. وأخيراً، كانت هناك أيضاً ٥٨٨ حالة إحالة وعملية نقل للمشافي مع توفر رعاية متكاملة لحالات الولادات الطارئة والمتعسرة.

سيستمر البرنامج في تسخير أنشطته

1. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2009. New York: UNICEF, 2009.
2. World Health Organization. Cause-specific mortality and morbidity, maternal mortality ratio. World Health Statistics, Global Health Observatory Repository Data. At: <http://apps.who.int/ghodata>. Accessed 31 October 2011.
3. Federal Ministry of Health Nigeria, Save the Children, ACCESS. Saving newborn lives in Nigeria: newborn health in the context of the integrated maternal newborn and child health strategy. Abuja, 2009.
4. Centre for Reproductive Rights and Women Advocates Research and Documentation Centre. Broken promises: human rights, accountability, and maternal death in Nigeria. New York, Lagos: CRR, WARD, 2008.
5. National Population Commission, ICF Macro. Nigeria Demographic and Health Survey 2008. Preliminary Report. Abuja, Calverton MD: NPC, ICF Macro, 2009.
6. National Population Commission, ORC Macro. Nigeria Demographic and Health Survey 2003. Abuja, Calverton MD: NPC, ORC Macro, 2004.
7. Partnership for Reviving Routine Immunisation in Northern Nigeria: Maternal Newborn and Child Health Initiative, Progress Report. Kano: PRRINN-MNCH Programme, June 2011.
8. Agunwamba A, Bloom D, Friedman A, et al. Nigeria: The Next Generation. Literature Review. British Council, Harvard School of Public Health, 2009.
9. Wall LL. Dead mothers and injured wives: the social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of Northern Nigeria. *Studies in Family Planning* 1998;29:341-59.
10. Scrimshaw SCM. Adaptation of anthropological methodologies to rapid assessment of nutrition and primary health care. In: Scrimshaw NS, Gleason GR, editors. *Rapid Assessment Procedures - Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health related Programs*. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries, 1992. p.25-38.
11. De Allegri M, Ridde V, Louis VR, et al. Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: a case study from rural Burkina Faso. *Health Policy* 2011;99:210-18.
12. Mpembeni RN, Killewo JZ, Leshabari MT, et al. Use pattern of maternal health services and determinants of skilled care during delivery in Southern Tanzania: implications for achievement of MDG-5 targets. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007;11(7):29.
13. Babalola S, Fatusi A. Determinants of use of maternal health services in Nigeria: looking beyond individual and household factors. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9:43.
14. Gabrysch S, Campbell OMR. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009;9:34.
15. Fotso JC, Ezeh A, Oranje R. Provision and use of maternal health services among urban poor women in Kenya: what do we know and what can we do? *Journal of Urban Health* 2008;85(3):428-42.
16. Tann C, Kizza JM, Morison L, et al. Use of antenatal services and delivery care in Entebbe, Uganda: a community survey. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2007;7:23.
17. Pathak KP, Singh A, Subramanian SV. Economic inequalities in maternal health care: prenatal care and skilled birth attendance in India, 1992-2006. *PLoS ONE* 2010;5(10):e13593.
18. Aiyanwura C, Yussuf Q. Utilization of antenatal care and delivery services in Sagamu, South Western Nigeria. *African Journal of Reproductive Health* 2009;13(3):111-22.
19. Klouda A, Adamu F. Clustering of child mortality and links to social support in Northern Nigeria. Unpublished manuscript, 2011.
20. Onayade AA, Akanbi OO, Okunola HA, et al. Birth preparedness and emergency readiness plans of antenatal clinic attendees in Ile-Ife, Nigeria. *Nigerian Postgraduate Medical Journal* 2010;17(1):30-39.
21. Gibson M, Mace R. Polygyny, reproductive success and child health in rural Ethiopia: why marry a married man? *Journal of Biosocial Science* 2007;39(2):287-300.
22. Adamu YM, Salihu HM. Barriers to the use of antenatal and obstetric care services in rural Kano, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002;22(6):600-03.

بوسع نظام تسجيل الحوامل تعزيز النظر الصحية وزيادة المحاسبة وتقليل الوفيات

بقلم: ألان ب. لابريك^(أ)، شريا بيريرا^(ب)، بارول كريستيان^(ج)، نيرمالا ميرفي^(د)، ليندا بارتليت^(هـ)، جارت ميهل^(و).

أ. أستاذ مساعد في قسم الصحة الدولية، كلية جون هوبكنز بلومبرج للصحة العامة، بالتيمور، ميريلاند، الولايات المتحدة. المراسلة: alabrique@gmail.com
ب. طالب في قسم الصحة الدولية، كلية جون هوبكنز بلومبرج للصحة العامة، بالتيمور، ميريلاند، الولايات المتحدة
ج. أستاذ في قسم الصحة الدولية، كلية جون هوبكنز بلومبرج للصحة العامة، بالتيمور، ميريلاند، الولايات المتحدة
د. رئيس مؤسسة من أجل البحث في النظم الصحية، بنجالور، الهند
ه. عالم مشارك في قسم الصحة الدولية، كلية جون هوبكنز بلومبرج للصحة العامة، بالتيمور، ميريلاند، الولايات المتحدة
و. عالم في قسم الصحة الإيجابية والأبحاث، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا

ترجمة: غادة طنطاوي

موجز المقال: تُدرس بعناية الأفكار الجديدة التي بوسعها تسريع التقدم على صعيد النظم الصحية. في الوقت الذي تكافح فيه العديد من البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط من أجل تحقيق الأهداف المتعلقة بخفض وفيات الأمهات وحديثي الولادة- المنصوص عليها بالأهداف الإنمائية للألفية- وتتضمن هذه الأفكار تقنيات ونظمًا ترمي إلى تعزيز العمال الصحيين على نقاط التماس المباشرة مع المرضى والنظم الصحية التي يعملون خلالها. وذلك عن طريق تسجيل الحوامل والمواليد والنتائج؛ ذلك أن توفر الأرقام والمؤشرات الدقيقة فيما يخص السكان يمكن أن يساعد على تطوير عملية المحاسبة داخل النظم الصحية. ما يوفر نظامًا للرعاية الصحية لما قبل الولادة وما بعدها، إلى جانب الدعم في الحالات الطارئة والإحالة إلى المؤسسات الصحية الأعلى عند اللزوم. ويمكن أن يؤدي إجراء تعداد للنساء في سن الإنجاب، وما يتبعه من تسجيل طوعي للحوامل، إلى مساعدة الحكومات والوكالات الصحية والسكان الذين يتلقون الخدمة، ما يطور من خدمة الرعاية الصحية ويمثل مرشدًا للسياسات المتبعة. © قضايا الصحة الإيجابية

Pregnancy registration systems can enhance health systems, increase accountability and reduce mortality

Alain B Labrique, Shreya Pereira, Parul Christian, Nirmala Murthy, Linda Bartlett, Garrett Mehl. Reproductive Health Matters 2012;20(39):113-117

الكلمات الدالة: نظم المعلومات الصحية، تسجيل الحمل، وخدمات الأمومة، صحة الأم وصحة الرضع، بنغلاديش، الهند

بشدة. كما يندر في تلك المناطق توفر بيانات موثوق بها فيما يخص نسب انتشار الأمراض والوفيات، التي من المفترض أن تأتي من مصادر منتظمة، مثل معلومات الإدارة الصحية المنتظمة، أو نظم التسجيل الحيوية، وبدلاً من

في معظم بلدان الجنوب الإفريقي وإفريقيا جنوب الصحراء، وهي المناطق صاحبة النصيب الأكبر من وفيات الأمهات. مازال القيام بعملية الولادة في المنزل، في ظل عدم توفر أشخاص مهرة للإشراف على هذه العملية، سائدًا

أو عمل مسوح واسعة النطاق لوفيات الأمهات باستخدام الطريقة غير المباشرة. علاوة على ذلك، يوصي جراهام وآخرون بتسجيل المواليد والوفيات في مناطق العينة، والتواصل مع المجتمعات المحلية من أجل تطوير عملية الإبلاغ عن المواليد والوفيات.^٢ وبالمثل، يوصي بيل وآخرون، في تقريرهم الصادر عام ٢٠٠٣ عن المعهد الطبي، بمسح شامل وسليم للمواليد والوفيات إلى جانب تسجيل الحوامل. من أجل تحسين النتائج على المستوى العالمي.^٤

عندما يتم جمع البيانات السكانية عن طريق مسوح ونظم جيدة التصميم لخصر وتسجيل الحوامل على مستوى المجتمع المحلي، يصبح من الممكن تعزيز الحاسبة وتحديد الفجوات في الموارد وفي عملية تقديم خدمة الوضع. ذلك أنه في أغلب الأحيان، أدت قلة المعلومات الموثوق بها حول أعداد الحوامل والوفيات في الدول ذات الدخل المتوسط والمنخفض إلى التأخر في تطبيق السياسات والبرامج الضرورية عندما تكون هناك حاجة شديدة إليها.^٥ يقترح بيل وآخرون أنه في حالة عدم إمكانية تسجيل الحوامل على نحو شامل، يمكن الاعتماد على بدائل مثل تلك التي وُصفت في السابق، أو المواقع الإلكترونية للمسوح الصحية والجغرافية التفصيلية، مثل المواقع المشاركة في الشبكة الدولية للتقييم الديموغرافي للسكان ولصحتهم في البلدان النامية، أو العينات الممثلة على المستوى القومي، أو نظم التسجيل التي تعتمد على التشريح اللفظي للجنين.^٦ وفي أغلب الأحيان، لا يمكن الاعتماد إلا على هذه البدائل باعتبارها مصادر للبيانات في البلدان التي قلما تتم فيها عمليات الوضع داخل المنشآت الصحية، أو التي يكون فيها مستوى جودة البيانات حول المنشآت الصحية ضعيفاً. وعندما

ذلك، مازالت التقديرات حول الوفيات تأتي من نماذج معقدة، تستخدم بيانات غير مباشرة، مثل عينات السكان وإحصاءات الأسر.^١ إن الفجوات الخاصة بالبنية التحتية والظروف الاجتماعية تمنع توفر الرعاية الصحية لما قبل الولادة وتقديم تسهيلات خاصة بعملية الوضع. كما أن هذه الفجوات تعوق عملية جمع البيانات الضرورية عن الوفيات، حيث أن تلك البيانات تخلق الفرق في أهمية تلك الحالات،^٧ وكما يستطيع أي نظام صحي تحديد الفجوات فيما يخص رعاية ما قبل الولادة وما بعدها، ومستوى جودة الرعاية والعدالة في تقديم الخدمة، فمن الأهمية بمكان، الجمع بين التعداد العام للسكان، والقيام بالتسجيل الفردي لكل حالة حمل وتاريخ وجوب تقديم خدمة الوضع، وتوفير معلومات منتظمة لدى الإدارة الصحية وبيانات سديدة حول الأحداث المهمة التي تعرضت لها المرأة (مثل حالات الولادة والحمل السابقة وحالات فقدان الجنين). ذلك أنه من دون توفر تلك البيانات الأساسية، يصعب مواجهة مشكلة محدودية الموارد، كما يصعب تطبيق نظم للمساءلة. ويؤدي هذا الوضع إلى جعل السكان الأكثر حرماناً وضعفاً في مواجهة خطر عدم الإدراج، ومن ثم لا يهتم أحد بما يحدث لهم.

بيانات الصحة العامة المتطورة

يطرح جراهام وآخرون العديد من البدائل لمراقبة وفيات الأمهات في المناطق التي لا تتوفر لديها نظم التحليل وجمع البيانات هذه، وتمثل هذه البدائل فيما يلي: التعدادات والمسوح متعددة الأغراض بهدف قياس الوفيات المترتبة بالحمل على المستوى القومي (مع توفر خيار التشريح اللفظي)، دراسات حالات الوفيات في عمر الإجاب في مناطق العينات الممثلة، وذلك من أجل القياس المباشر للوفيات.

من أجل المساعدة على مستوى المجتمع المحلي للحيلولة دون وقوع هذه الوفيات. وقد أدى تطبيق عمليات التدخل وتجربة وسائل جديدة في هذا المجال إلى نتائج مهمة على صعيد الحد من حالات وفيات ما بعد الولادة.^{١٣} ومؤخرًا، في سياق أحد الأبحاث، بيّن باكوي وآخرون أن انخفاض وفيات الأمهات بعد الولادة في منطقة سيلاهيت في بنجلاديش بمعدل ٣٤٪ يرتبط بمسوح وتسجيل الحمل، وهو ما سمح للعمال الصحيين المدربين في المجتمع المحلي بزيارة الحوامل ما قبل الولادة، وزيارة الأمهات في اليوم الأول والثالث والسابع في أعقاب الولادة.^{١٤} وفي هذا المجتمع المحلي، كانت عملية الوضع تحدث أساسًا في المنزل ولم تتوفر سبل الرعاية الصحية، وكان أداء النظام الصحي دون المستوى. وبسبب هذه العوامل مجتمعة، كان معدل وفيات الأمهات فيما بعد الولادة مرتفعًا.^{١٥} وفي مثل هذه المجتمعات، يمكن توقع تكرار الفوائد المباشرة لمسوح وتسجيل الحوامل في مجتمعات أخرى لو تم تطبيقها.

إن نظام تتبع الأم والطفل - الذي وضعته في البداية بعثة الرعاية الصحية الريفية في ولاية جوجارات، ثم تطور بعد ذلك على يد مركز المعلوماتية الوطنية للحكومة الهندية، ليصبح مستندًا إلى أساس شبكي - أصبح مطبقًا في ولايات الهند المختلفة بهدف تتبع الحالة الصحية للأم خلال الحمل^{١٦} في تاميل ناندو. أنشئ برنامج كومبيوتر خاص بنظام تتبع الأم والطفل، وهو برنامج التقييم المجمع لتابعة الحمل والطفل، بغرض ضمان تلقي النساء الرعاية الضرورية خلال فترة الحمل.^{١٧} وكما هو الحال في معظم بلدان جنوب آسيا، غالبًا ما تذهب المرأة إلى المنطقة التي يعيش فيها والداها كي تضع طفلها، وهو ما يضع تحديًا أمام قدرة نظم التسجيل الورقية

تقوم هذه النظم - التي تمتد من تعداد الأسر المدرج في دفاتر ورقية، إلى الطرق المعقدة الجيومترية أو المكانية القائمة على السجلات الرقمية للأفراد - بتوفير المعلومات من أجل تطوير البرامج والأداء، فإنها تركز على الأمهات الأحياء وأسرنهن، وليس على إحصاءات وفيات الأمهات. وفي السعي إلى تحقيق هدف توفير الرعاية الصحية للسكان المعروف أنهم أكثر حرمانًا، يمكن استخدام البيانات المستندة إلى الفرد والمجتمع المحلي والمتعلقة بتوفير الخدمات واستخدامها والنتائج المرتبطة بذلك. كما يمكن استخدام تلك البيانات في قياس تأثير برامج الرعاية والسياسات الصحية كما هي مدرجة على العديد من المحاور.^{١٨} ويمكن أن يمتد الاستخدام الكفء لتلك البيانات من تحديد الوقت الحقيقي الذي يتم فيه بالتعامل مع الهفوات فيما يخص تقديم خدمة الوضع رعاية الأم والطفل، إلى التوصل إلى تحليل مجمع للأداء على مستوى المقاطعة أو على المستوى القومي، إلى توفير برامج للبحث.^{١٩}

تحسين النتائج في البحث والبرامج: نماذج من الهند وبنجلاديش

تتوفر أمثلة ممتازة تبين كيف أسهمت مسوح الحمل ونظم التسجيل الكفء في توسيع مجال تغطية الرعاية الصحية ونتائجها. وقد ساعدت نظم مسوح الحالات الحيوية التوقعية - التي وضعها دكتور أبهاي ودكتور راني باج في منطقة جادشيرولي في ولاية ماهاراشترا في الهند - العمال الصحيين في المجتمع المحلي على مستوى القرية في تسجيل الحوامل وخسائر الجنين، ووفيات الأمهات ما بعد الولادة والأطفال حديثي الولادة منذ عام ١٩٨٨.^{١٣،١٤} وأدى هذا التسجيل إلى توفير تقديرات على المستوى السكاني لأسباب وفيات الأمهات أثناء الولادة وبعدها، وهو ما سمح بالتدخل

قابلات بتقديمه لكل سيدة حامل. ويتضمن الكتيب رقمًا محددًا للسيدة، ويدرج فيه المكان الذي تقيم فيه، والمعلومات الصحية الخاصة بها (على سبيل المثال، زيارات ما قبل الولادة وحالات فقر الدم) ومعلومات حول إدارة الرعاية الصحية خلال الولادة، وفترة ما بعد الولادة.^{١٩} أما نظام تتبع الأم والطفل فهو نظام للتسجيل الإلكتروني يعزز من أهمية المعلومات المدرجة في كارت نايب. ويضيف إليها قيمة، ويضمن مسئولية العمال الصحيين عن المرأة الحامل. وعندما تقوم المساعدة التي تعمل مرضة أو قابلة باستكمال ملء كارت نايب، يجري إدخال نسخة إلكترونية من البيانات عبر نظام تتبع الأم والطفل. وتكون جميع الخدمات الحكومية في المستقبل مدرجة على كارت نايب ونظام تتبع الأم والطفل الإلكتروني عن طريق رسالة الموبايل. وتتلقى كل من المرأة الحامل والعاملة المساعدة رسالة موبايل للتذكير بموعد الزيارة التالية للعاملة في فترة ما قبل الحمل، وبأية معلومات صحية أخرى. بما في ذلك مواعيد الزيارات التي لم يتم الوفاء بها، كما تُدرج نتائج الولادة والأحداث الصحية الأخرى التي تتعرض لها الأم. على نظام تتبع الأم والطفل، ولأن تلك المبادرة تهدف إلى تسجيل جميع النساء الحوامل في المجتمع المحلي، فإنها تنبه المشرفين على البرنامج عند الفشل أو التأخر في توفير الرعاية المثلى، ويمكن تتبع الشخص المتسبب في العجز عن تقديم الرعاية الصحية.^{٢٠}

منذ عام ٢٠٠١، جرى تطبيق نظم راقية لتعداد السكان، وذلك من أجل تحديد قواسم مشتركة لنحو ١٢٥ ألف امرأة في عمر الإنجاب.^{١٠١} وفي ظل العمل مع الشركاء المحليين والتعاون مع وزارة رفاهة الصحة والأسرة، قام مشروع جافيتا أ "JiVita" * لأبحاث الأم والطفل، بتسجيل أكثر من ٦٠٢٩٤ امرأة حامل عند

التقليدية على المساعدة في تقديم رعاية صحية كافية ومتواصلة للأم، ويُعرّف برنامج التقييم المُجمع لتابعة الحمل والطفل كل امرأة على حدة، وهو ما يسهل إمكانية الوصول إلى سجلات الولادة وسجلات العيادات. عندما تنتقل السيدة إلى مستشفى حكومي أو عيادة للرعاية الصحية الأساسية في المنطقة التي يعيش فيها والداها، كي تقوم بعملية الوضع.

وبالرغم من أن استخدام شبكات النظم الصحية الرقمية يعد أمرًا حديثًا، فإن برامج الرفاهة الصحية ورفاهة العائلة في تاميل نادو قد سجل وتبع وقيم حالات الحمل منذ ١٩٩٥. ومثله مثل العديد من النظم الشبيهة في المنطقة، تم تأسيس نظام التسجيل والمراقبة هذا عن طريق إستراتيجية ثلاثية المحاور تتضمن: تحسين إمكانية الحصول على وسائل تنظيم الأسرة والوسائل الآمنة لوقف الحمل، وتطوير القدرة على الحصول على خدمة ما قبل الولادة ذات جودة عالية، والقيام بالوضع في منشأة صحية، والحصول على الرعاية التوليدية الطارئة بكفاءة وفي وقت مناسب.^{١٨} أسهمت هذه الإستراتيجية الموحدة والالتزام بالحد من الوفيات أثناء الولادة - وهي الإستراتيجية التي قادتها الولاية - في التناقص الكبير في عدد وفيات الأمهات في تاميل نادو عام ٢٠٠٧، ليبلغ ٩٠ سيدة مقابل كل ١٠٠ ألف سيدة تعبر بسلام عملية الولادة، وتمثل هذه واحدة من أقل معدلات وفيات الأمهات في الهند.^{١٩}

ويتضمن برنامج تسجيل الحمل في ولاية كارناتاكا مكونين يكملان بعضهما البعض، هما كارت نايب ونظام تتبع الأم والطفل، ويمثل كارت نايب كتيبًا للتسجيل لما قبل الولادة، وتقوم المساعدات اللاتي يعملن مرضات أو

(أن) أنشئت بغرض البحث، وذلك كي تسمح بتطبيق برامج لتسجيل الحمل على نطاق أوسع. في كل من مستوى المقاطعة، وعلى المستوى القومي، كما يجري ربط هذه البرامج بخدمات صحية للحوامل وحديثي الولادة، وبصاحب عملية تطبيق نظم التسجيل، بقيادة الدولة أو المنظمات غير الحكومية، مسئولية ضمان السرية، وإخطار المساهمين الطوعيين في النظام بكيفية استخدام البيانات الخاصة بهم التي سيتم جمعها.

وكما هو مذكور في توصيات الأمم المتحدة فيما يخص إحصاءات النظم الحيوية: «يلزم إخطار الجمهور بأهداف وقيم التسجيل المدني كاملة»، و «أن يؤدي إنتاج الإحصاءات الحيوية إلى تلبية حاجات المستخدمين فيما يخص معايير الجودة»، وهو ما يعني إصدار تقارير مفيدة يستطيع المشاركون في النظام الحصول عليها. كما أن الدعم الشعبي عامل أساس في تحديد فائدة هذه النظم.^{٢١}

باختصار، بوسع إجراء تعداد للنساء في سن الحمل، وما يتبعه من تسجيل طوعي وتوقعي للحوامل، والتسجيل المدقق للأحداث الحيوية، أن يعمل بوصفه مصدرًا للحكومات والوكالات الصحية لضمان توفير الخدمة الصحية الحكومية فيما يخص عملية الوضع عند الحاجة وتوجيه عملية اتخاذ القرار، كي تستهدف على نحو إستراتيجي توجيه الموارد المحدودة تجاه مشكلات تتوافق مع أولويات الصحة العامة، وتعطي اهتمامًا خاصًا للمجموعات السكانية الأضعف.^{٢٢}

وفي ظل الفوائد التي يقدمها إلينا توفر هذه الخدمات، تأتي مسئولية ضمان حقوق الأفراد في السرية وواجب العمل على حفظ حياتهم.

المرحلة التجريبية الأولى للبرنامج، بين ٢٠٠١ - ٢٠٠٧، ويهدف البرنامج إلى التأكد ما إذا كان بوسع توفير فيتامين أ بشكل منتظم للحوامل أن يقلل من معدلات وفيات الأمهات أثناء الولادة، على غرار التجربة التي أجريت في السابق في نيبال.^{٢٣} وتم حصر ١٥٠ ألف أسرة من أجل تسهيل المتابعة المطولة لمجموع هؤلاء النساء، كجزء من سلسلة من التجارب المخططة وواسعة النطاق التي تجرى على عينات عشوائية من السكان بغرض اختبار قدرة خدمات الرعاية الصحية للأمهات قبل وبعد الولادة في تقليل وفيات الأمهات في المجتمع المحلي.^{٢٤} وتضمنت العملية الرامية إلى الحصول على موافقة النساء المشاركات تأكيد المعلومات الخاصة بهن، ومن بينها حالة الحمل، تكون سرية تمامًا، ولا يطلع عليها أي شخص من خارج مجموعة البحث والمشرفين الميدانيين المباشرين المسؤولين عن القرية.^{٢٥} وقد أسهم هذا البحث- جنبًا إلى جنب مع نظم مثيلة واسعة النطاق لمسوح الحمل وأنشطة أخرى متداخلة- في تقديم معلومات حيوية من أجل رسم السياسات ووضع البرامج في الأقاليم خلال العقد الماضي.^{٢٦،٢٧،٢٨} وتعلق هذه البرامج والسياسات بالمساعدة في وضع التوصيات في المقاطعات ووضع السياسات على المستوى القومي حول أهمية فيتامين أ بالنسبة للحوامل والأطفال حديثي الولادة، وتوثيق نتائج التقصير فيما يخص عناصر التغذية الدقيقة والأمراض والحمل في سن المراهقة، على نتائج الحمل، إلى جانب زيادة اهتمام المانحين الدوليين بالفجوات البحثية فيما يخص الميلاد قبل الأوان وفقدان الجنين.^{٢٩،٣٠}

الأخلاق والسرية

تقوم كيانات حكومية وغير حكومية أخرى حاليًا بتعديل نظم تسجيل الحمل التي سبق

المراجع

1. Lawn JE, Gravett MG, Nunes TM, et al. GAPPS Review Group. Global report on preterm birth and stillbirth (1 of 7): definitions, description of the burden and opportunities to improve data. *BMC Pregnancy Childbirth* 2010;10(Suppl.1):S1.
2. Bradshaw D, Chopra M, Kerber K, et al. Every death counts. Saving the lives of mothers, babies and children in South Africa Report. Ministry of Health of South Africa. <http://www.mrc.ac.za/researchreports/everydeathcounts.pdf>. 2008.
3. Graham WJ, Ahmed S, Stanton C, et al. Measuring maternal mortality: an overview of opportunities and options for developing countries. *BMC Medicine* 2008;26(6):12.
4. Bale J, Stoll B, Lucas A, editors. Improving birth outcomes: meeting the challenges in the developing world. Washington, DC: National Academy of Sciences, 2003.
5. De Brouwere V, Van Lerberghe W, editors. Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence. Studies in Health Services Organisation and Policy No.17. Antwerp: ITG Press, 2001.
6. Korenromp EL, Williams BG, Gouws E, et al. Measurement of trends in childhood malaria mortality in Africa: an assessment of progress toward targets based on verbal autopsy. *Lancet Infectious Diseases* 2003;3(6):349–58.
7. Mudenda SS, Kamocha S, Mswia R, et al. Feasibility of using a World Health Organization-standard methodology for Sample Vital Registration with Verbal Autopsy (SAVVY) to report leading causes of death in Zambia: results of a pilot in four provinces, 2010. *Population Health Metrics* 2011;9:40.
8. Krishnan A, Kumar R, Nongkynrih B, et al. Adult mortality surveillance by routine health workers using a short verbal autopsy tool in rural north India. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2011 Mar 3. Epub ahead of print. <http://jech.bmj.com/content/early/2011/02/18/jech.2010.127480.long>.
9. Rahman A, Moran A, Pervin J, et al. Effectiveness of an integrated approach to reduce perinatal mortality: recent experiences from Matlab, Bangladesh. *BMC Public Health* 2011;11:914.
10. Labrique AB, Christian P, Klemm RD, et al. A cluster-randomized, placebo-controlled, maternal vitamin A or beta-carotene supplementation trial in Bangladesh: design and methods. *Trials* 2011;12:102.
11. Ali M, De Francisco A, Khan MM, et al. Factors affecting the performance of family planning workers: importance of geographical information systems in empirical analysis. *International Journal of Population Geography* 1999;5(1):19–29.
12. Bhuiya A, Hanifi SM, Roy N, et al. Performance of the lot quality assurance sampling method compared to surveillance for identifying inadequately-performing areas in Matlab, Bangladesh. *Journal of Health, Population & Nutrition* 2007;25(1):37–46.
13. Bang AT, Bang RA, Sontakke PG. Management of childhood pneumonia by traditional birth attendants. The SEARCH Team. *Bulletin of World Health Organization* 1994;72(6):897–905.
14. Bang AT, Bang RA, Baitule SB, et al. Effect of home-based neonatal care and management of sepsis on neonatal mortality: field trial in rural India. *Lancet* 1999;354(9194): 1955–61.
15. Baqui AH, El-Arifeen S, Darmstadt GL, et al. Effect of community-based newborn care intervention package implemented through two service delivery strategies in Sylhet district, Bangladesh: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008;371(9628):1936–44.
16. Ministry of Health and Family Welfare, Government of India. One crore women registered under Mother & Child Tracking System. MCTS recognised as innovative e-governance project. 2011. At: <http://pib.nic.in/newsite/erelease.aspx?relid=76895>. Accessed 11 April 2012.
17. National Rural Health Mission, State Health Society Tamil Nadu. Programme implementation plan 2011–2012. http://www.tn.gov.in/gosdb/gorders/hfw/hfw_e_100_2011.pdf 2011.
18. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. Safer pregnancy in Tamil Nadu: from vision to reality. At: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/tamil_nadu_report/en/index.html 2009.
19. Padmanaban P, Raman PS, Mavalankar DV. Innovations and challenges in reducing maternal mortality in Tamil Nadu, India. *Journal of Health, Population & Nutrition* 2009;27(2):202–19.
20. Government of Karnataka, Department of Personnel & Administrative Reforms. Mother and child tracking system. Executive

summary. At: <http://dpar.kar.nic.in/dparar/programs3.html>. Accessed 11 April 2012.

21. West KP Jr, Christian P, Labrique AB, et al. Effects of vitamin A or beta carotene supplementation on pregnancy-related mortality and infant mortality in rural Bangladesh: a cluster randomized trial. *JAMA* 2011;305(19):1986–95.

22. West KP Jr, Katz J, Khatri SK, et al. Double blind, cluster randomised trial of low dose supplementation with vitamin A or β -carotene on mortality related to pregnancy in Nepal. *BMJ* 1999;318:570.

23. Sugimoto JD, Labrique AB, Ahmad S, et al. Development and

management of a geographic information system for health research in a developing-country setting: a case study from Bangladesh. *Journal of Health, Population & Nutrition* 2007;25(4):436–47.

24. Klemm RD, Labrique AB, Christian P, et al. Newborn vitamin A supplementation reduced infant mortality in rural Bangladesh. *Pediatrics* 2008;122(1):e242–50.

25. Christian P, West KP Jr, Khatri SK, et al. Night blindness during pregnancy and subsequent mortality among women in Nepal: effects of vitamin A and beta-carotene supplementation.

American Journal of Epidemiology 2000;152(6):542–47.

26. UN Department of Economic and Social Affairs Statistics Division. Principles and recommendations for a vital statistics system. Revised 2nd ed. New York: United Nations Publications, 2001.

27. Darmstadt GL, Lee AC, Cousens S, et al. 60 million non-facility births: who can deliver in community settings to reduce intrapartum-related deaths? *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009;107(Suppl.1):S89–S112.

حالة القبالة في العالم عام ٢٠١١: تقدير خدمة الصحة، إنقاذ الأرواح

صندوق الأمم المتحدة للسكان، منظمة الصحة العالمية، الاتحاد الدولي للقابلات، ٢٠١١.

ترجمة: غادة طنطاوي

التي تُقدم بالتنسيق والتكامل مع المجتمع المحلي والنظام الصحي- إلى ضمان توفير خدمة الرعاية الصحية الأساسية على نحو متواصل خلال فترة الحمل والولادة وما بعدها. كما تسهل خدمات القبالة إحالة الأمهات أو الأطفال حديثي الولادة من المنزل أو مركز الرعاية الصحية إلى المستشفى عند الحاجة، والحصول على الخدمة المقدمة من أطباء التوليد والأطفال وأي طبيب متخصص آخر.

ويمثل تقرير «حالة القبالة في العالم عام ٢٠١١: تقديم الخدمات الصحية وإنقاذ الأرواح» الذي نسقه صندوق الأمم المتحدة للسكان، نتاجاً لتضافر جهود ٣٠ وكالة ومنظمة ومئات الأشخاص العاملين على مستويات قومية ودون القومية وإقليمية ودولية. ويأتي التقرير استجابة لـ «الدعوة العالمية للفعل» التي أصدرتها ندوة تعزيز القبالة وقت الوضع، في واشنطن العاصمة، في يونيو ٢٠١٠. كما يعد داعماً لإستراتيجية الأمين العام للأمم المتحدة العالمية لصحة المرأة والطفل، ومرتبطاً بها.

ويمثل التقرير دليلاً معرفياً من أجل بيان ما هو عليه حال هذه الخدمة، وكذلك زيادة إتاحة خدمات التوليد الكفء للنساء والأطفال حديثي الولادة. ويهدف التقرير إلى تقديم إسهامات ذات قيمة من أجل زيادة العمالة في مجال القبالة في العالم والتخطيط الضروري الرامي إلى تحقيق أهداف الألفية للتنمية الصحية، ويركز هذا التقرير- الذي يعد أول

«لا تُعتبر القبالة تدخلاً رأسياً، بل أنها خدمة يجب إدماجها في جميع مستويات النظام الصحي»

موجز المقال: تركز الجهود الدولية على تعزيز قدرة النساء للحصول على خدمة القبالة الكفء، وذلك كي يصبح حق الحصول على أفضل خدمة صحية خلال فترة الحمل وأثناء الولادة متاحاً لكل امرأة. ويعد توفير هذا الحق مسئولية الحكومات وقادتها السياسيين، كما يعد استثماراً حيويّاً من أجل خفض حالات الوفيات والأمراض بين الأمهات والأطفال حديثي الولادة. تمتد الفوائد الناجمة عن توفر خدمة توليد كفاء لتشمل جميع أعضاء المجتمع إلى حدود بعيدة المدى. ومن بينها الإسهام في التنمية البشرية والاقتصادية للبلد. إلى جانب إنقاذ الأرواح والحماية من الإعاقة.

لكن هناك الكثير من الجهد الذي يتعين بذله، ذلك أنه في كل سنة، تموت نحو ٣٥٠ ألف امرأة حامل أثناء فترة الحمل أو الولادة، كما يموت نحو ٢ مليون مولود خلال الـ ٢٤ ساعة التالية للولادة، وهناك نحو ٢,٦ مليون طفل يولدون موتي، وتحدث الغالبية العظمى من هذه الحالات في البلدان ذات الدخل المنخفض، ومعظم هذه الحالات كان في الإمكان الحيلولة دون حدوثها. لأن السبب وراء حدوثها هو عدم قدرة النساء- عادة ما تكون الفقيرات والمهمشات- على الحصول على الخدمات الصحية أو الوصول إلى المهنيين الصحيين الأكفاء.

ويؤدي توفير خدمات القبالة الكفء

هناك فجوة ثلاثية تضم الكفاءة والتغطية وإتاحة الخدمة

في معظم البلدان التي أسهمت في التقرير، لا يوجد عدد كافٍ من القابلات كاملات التأهيل. ولا خدمة قبالة كفاء، كي تتعامل مع العدد المتوقع من حالات الحمل. وما يتبعه من عدد المواليد. والنسبة المعتادة الخاصة بمضاعفات الولادة والتي تقدر بـ ١٥٪. ووفقًا لتقديرات منظمة الصحة العالمية، يعاني ٣٨ بلدًا من النقص الحاد في هذه الخدمة. وسوف تحتاج بضعة بلدان إلى أكثر من عشرة أضعاف عدد القابلات المتاح. فيما تحتاج معظم تلك البلدان إلى ضعف أو ثلاثة أو أربعة أمثال العدد المتاح حاليًا. إذا كان لها أن تحسّن من مستوى الخدمة والتغطية. ثانيًا، يعد مستوى التغطية لخدمة الرعاية الصحية بالنسبة إلى حالات الطوارئ أثناء الولادة وبالنسبة إلى الأطفال حديثي الولادة ضعيفًا. وفي الأغلب تكون المنشآت الموجودة لهذا الغرض ضعيفة من حيث عدد العاملين بها والتجهيزات المتاحة. وبيدو هذه الوضع أكثر حدة في المناطق الريفية وأو البعيدة. ثالثًا، في أغلب الأحيان لا يتم التعامل مع الجوانب المتعلقة بإتاحة الخدمة من المنظور الذي تتبناه المرأة.

ثالث التعليم والتنظيم والروابط لا يركز بما فيه الكفاية على جودة خدمة الرعاية

أولاً، بالرغم من أن بعض البلدان تشهد تطورًا واعدًا في التعليم، بغرض تخريج أعداد إضافية من القابلات الماهرات لممارسة جميع المهام الأساسية. فلا تزال المعايير المثلى لممارسة المهنة غير متوفرة، إذ توجد حاجة إلى تعزيز كل من المناهج والموارد التعليمية والتدريب في عيادات تحت إمرة مشرفين. ثانيًا، يُعد التنظيم والعمليات التنظيمية الراهنة غير كافية لتعزيز الاستقلال المهني للقابلة والوفاء

تقرير على الإطلاق يصدر حول حالة القبالة في العالم- على ٥٨ بلدًا يتسم بارتفاع معدلات وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة وفقدان الأجنة. ويرتكز محتوى هذا التقرير -إلى حد كبير- على مسوح تفصيلية أجريت من أجل جمع بيانات ومعلومات جديدة أو جرى تحديثها في ستة مجالات هي طاقم العاملين في مجال القبالة وطريقة ممارسة العمل، والتعليم، والتنظيم والروابط المهنية والسياسات ومساعدات تحسين الخدمة التي تأتي من الخارج.

وقد جرى تعريف معظم الـ ٥٨ بلدًا التي أسهمت في التقرير باعتبارها تعاني من أزمة في الموارد البشرية المتعلقة بالصحة. وعلى نحو مجمع، وضعت النساء في هذه البلدان ٨١ مليون طفل في ٢٠٠٩. وهو ما يمثل ٥٨٪ من إجمالي المواليد في ذلك العام. ولعل الارتفاع المفرط لعدد الوفيات في هذه البلدان يمثل الدليل الأهم على «الوضع الجائر» على المستوى العالمي؛ ذلك أن هذه البلدان تسهم بما نسبته ٩١٪ من وفيات الأمهات في العالم. و٨٠٪ من حالات الأطفال الذين يولدون ميتين. و٨٢٪ من موتى الأطفال حديثي الولادة. وتعكس هذه الأرقام جزئيًا توزيع قوة العمل في هذا المجال على المستوى العالمي. ذلك أن نصيب هذه البلدان الـ ٥٨ من القابلات الماهرات في العالم يمثل أقل من ١٧٪.

ويؤكد التنوع في الاستجابات وجود فجوات مهمة في البيانات والاستخبارات الإستراتيجية. لكن هناك ثلاث نقاط أساسية اتضحت عند الجمع بين المواد المتاحة المرتبطة بحالة المهنة والتحديات والعوائق العديدة التي تؤثر على قوة العمل العاملة في مجال القبالة وعلى تطويرها وفعاليتها.

الاستثمارات، وتحسين المحاسبة المتبادلة، وتعزيز القوى العاملة في مجال القبالة والخدمات التي تقدمها. ويجب أن تتم جميع الأعمال في سياق الخطة الصحية على المستوى القومي، بالتركيز على الاحتياجات الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة، على أن تكون مدمجة في النظم الصحية ومستندة إلى الأدلة والخبرات والابتكار الخاص بالبلد ذاته.

ويحث تقرير الحكومات على القيام بما يلي:

- الاعتراف بالقبالة مهنةً مستقلة بذاتها، وأساسية فيما يخص تقديم خدمات الرعاية الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة، وتقويتها عبر مناصب خاصة بها على المستوى القومي.
- ضمان إدراج القبالة والقبالات ضمن خطط محسوبة التكاليف للرعاية الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة، على أن تتماشى مع خطط الموارد البشرية في مجال الصحة
- ضمان التوفر والتوزيع الكافيين لمؤسسات الرعاية الصحية الخاصة بالحالات الطارئة للأمهات أو الأطفال حديثي الولادة، بما في ذلك وحدات الرعاية التي تشرف عليها القبالات
- الاستثمار في إدارة الموارد البشرية من أجل توفير وتطوير الكفاءة، وإدارة المداخل والخارج، وتطوير البيانات حول تدريب القوى العاملة في مجال القبالة.

الهيئات التنظيمية تمكّن من التركيز على الجودة والمهنة والرعاية بإمكانهم:

- حماية اللقب المهني «قبالة» وإقامة أفق للتدريب.
- إقامة معايير لدخول المهنة، ومستويات

بالالتزام الحكومي بالحفاظ على حياة الشعب. وفي جميع هذه البلدان، توجد حاجة إلى تطوير عملية تنظيم وترخيص القوى العاملة في مجال القبالة، بما في ذلك معايير جديد ترخيص ممارسة المهنة، من أجل تحسين جودة الرعاية. ثالثًا، بالرغم من التوجه الإيجابي في هذه البلدان لإنشاء وتطوير الروابط المهنية الممثلة للقبالات، فإن العديد من هذه الروابط لا يزال جديدًا وهشًا، وتحتاج هذه الروابط إلى المزيد من الدعم والتعاون من جانب شركاء المهنة على المستوى القومي والإقليمي والدولي.

ضعف التماسك السياسي، ومستوى التخطيط الاستراتيجي الضروري، والعمل المبني على الأدلة في الأغلب والأعم، تعجز السياسات الوطنية التي تستهدف تقديم الخدمات الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة عن إدراك مركزية القوى العاملة في مجال القبالة أو أهمية تطوير كفاءة الخدمة بالنسبة لحقوق المرضى. وفي الوقت الحالي، لا تتوفر لدى معظم تلك البلدان القدرة على حصر وتسجيل عدد القبالات العاملات بدقة، سواء في القطاع العام أو الخاص. ولا تحديده مدى قدرة القوى العاملة في مجال القبالة على التدخل الكفء استجابة لحاجة السكان. ويحد ذلك من الخطط الإستراتيجية المتاحة من أجل تسجيل التحسن في السياسة، وبالمثل، بالرغم من ظهور آليات لمراجعة جودة الرعاية الصحية، فلا يزال هناك الكثير الذي يتعين القيام به من أجل قياس الجودة وأداء العمل بناء على البرهان.

ويضع تقرير «حالة القبالة في العالم عام ٢٠١١» عددًا من الأعمال الأساسية بحسب نمط جماعة أصحاب المصلحة، بغرض تعظيم تأثير

المعارف والدعوة إلى تحسين ظروف العمل.
• التعاون مع روابط المهن الصحية الأخرى
والاقتادات الدولية والنساء والمجتمعات
المحلية.
• إدارة الروابط بطريقة محكمة وتعزيز
القدرات الإدارية، وتطوير إدارتها المالية

وأخيرًا، تتضمن الأعمال المطلوبة من
المنظمات الدولية، والشراكات العالمية،
والوكالات المانحة، والمجتمع المدني ما يلي:

- دعم البرامج على المستويات المحلية
والإقليمية والدولية، من أجل رفع مستوى
خدمات القبالة وقياس النتائج، مما يمكّن
من وفاء البلد بالتزاماته تجاه الإستراتيجية
العالمية.
- الدعوة لتعزيز خدمات قبالة أكثر كفاءة
ورعاية أعلى جودة، فيما يخص حقوق
المرضى وتضمينهم في الإستراتيجيات
والخطط محددة التكاليف.
- تقديم دعم مالي ونوعي من أجل بناء
قدرات روابط القبالة، وتسهيل تبادل
المعرفة، والتدريب الجيد والابتكار.
- تشجيع بناء أجنحة دولية لبحوث القبالة
(من أجل أهداف الألفية للتنمية أو ما
يتجاوزها) ودعم تطبيقاتها على مستوى
البلد.

يجب أن تكون رسالة وتوصيات تقرير
«حالة القبالة في العالم عام ٢٠١١» في
مقدمة الحوار حول السياسة والعمل على
المستوى القومي، كما يتعين إدماجها في
الإستراتيجيات والشراكات والالتزامات العالمية
المتعلقة بالصحة، من أجل تعزيز الحاسبة
المبادلة وتحسين النتائج فيما يخص صحة الأم
والطفل. يمثل «تقديم خدمات الصحة وحفظ
الأرواح» مسئولية جماعية.

- تعليمية وقدرات للممارسة.
- اعتماد المدارس والمنهج التعليمية في كل
من القطاعين العام والخاص.
- إعطاء التراخيص للقبالات وإعادة
الترخيص، الإلتزام بمدونات لقواعد الأخلاق
والسلوك، وإدارة العقوبة.

ولا يقتصر دور المدارس والمؤسسات التعليمية
على تعليم المزيد من القبالات، بل يمتد
ليشمل تطوير المهارات والكفاءة لدى الخريجات.
وتتضمن الأعمال التي يتعين على المؤسسات
التعليمية الاهتمام بها ما يلي:

- مراجعة المناهج من أجل ضمان إتقان
الخريجات لجميع المهارات الأساسية كما
هي محددة بواسطة الحكومة والهيئة
التنظيمية
- الاستفادة من المعايير المحددة بواسطة
الاتحاد الدولي للقبالات والمعايير التعليمية
الأخرى من أجل تطوير كفاءة وقدرات
القبالات، مع التركيز على التوازن الواجب
بين النظرية والتطبيق.
- تعيين المدرسين والمدربين والمدرسين
الخصوصيين وصيانة وتعزيز كفاءتهم في
مجال القبالة والتعليم التحويلي
- تعزيز الأبحاث والأنشطة الأكاديمية ودعم
تطوير المهارات القيادية في القبالة

يمكن أن حفز الروابط المهنية للقبالة على
التغيير عبر عدة وسائل منها ما يلي:

- رفع مكانة القبالات في مجال السياسة
الصحية على المستوى القومي وتعزيز
مدخلاتهن في الخطط الصحية وتطور
السياسات.
- رفع مستويات التدريب أثناء الخدمة وتحديث

السياسية من أجل تحويل السياسة إلى
ممارسة.

التقرير ومعلومات إضافية موجوده على موقع :
www.stateoftheworldsmidwifery.com

من الطبيعي أن تقوم كل دولة بتبني
توصيات التقرير وفقاً لظروفها ومستوى
الممارسة لديها. وسوف تتوقف النتائج على
الموارد المتاحة والنظام الصحي على المستوى
القومي. وعلى الأولويات التي تضعها الخطط
الصحية على المستوى القومي. وعلى الإرادة

United Nations Population Fund, World Health Organization, International Confederation of Midwives, 2011

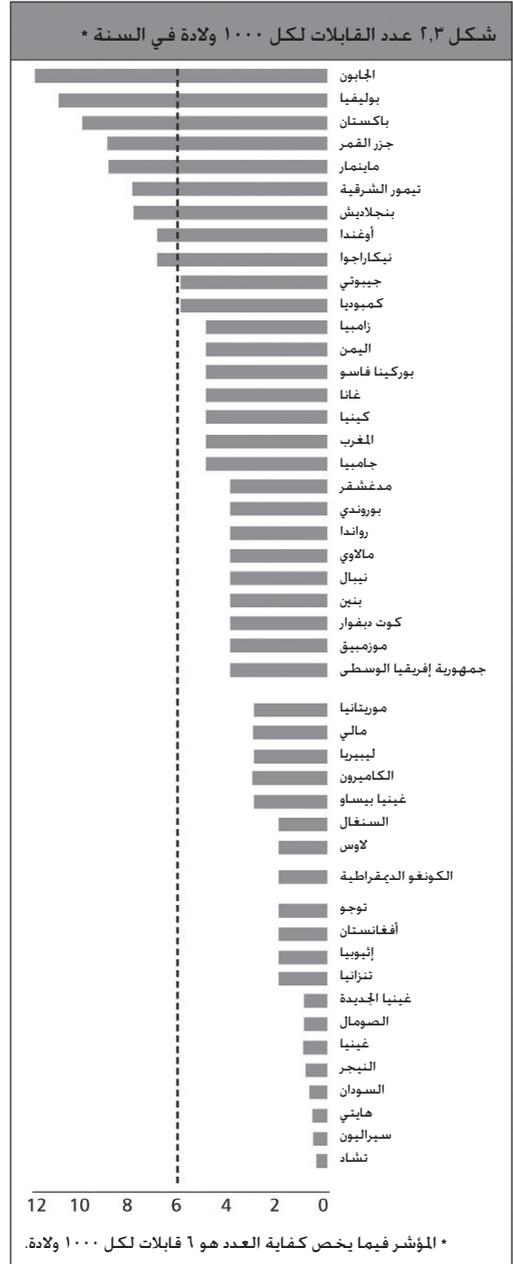


جينى ماتيوس

صورة: امرأة عمرها ٣٥ عامًا مصابة بتسمم الحمل. وهي حامل في الشهر الخامس. مستشفى فايزاباد، أفغانستان ٢٠١١

جدول توقع مضاعفات عملية الوضع وأمراض الأطفال حديثي الولادة في اليوم. نماذج بلدان		
بلد	الحالات في اليوم	في اليوم/الريف
٣٢٠	٤٧٨	أفغانستان
١٠٠٥	١٤١٥	بنجلاديش
٢٧٧	٣٠٦	بوركينافاسو
٤٥	٧٥	جمهورية إفريقيا الوسطى
١٥٧	٢١٧	تشاد
٨٥٤	١٣١٣	الكونغو الديمقراطية
١١٤٦	١٣٩٧	إثيوبيا
٤	١٨	الجابون
٥٤	١١٣	هايتي
٧٦٨٣	١٠٩٧٦	الهند
١١٣٦	٢٠٢٨	إندونيسيا
١٣٦٤	٢٧٢٧	نيجيريا
١٣٦٨	٢٢٨١	باكستان
٣٥٢	٥٨٦	السودان
١٣	١٩	تيمور الشرقية
٥٥٥	٦٥٣	أوغندا
٥٣١	٧٥٨	تنزانيا
٤٦١	٦٥٨	فيتنام
٢٧٢	٣٩٩	اليمن

المصدر: صندوق السكان التابع للأمم المتحدة ٢٠١١



الرقم المتفق عليه لكفاية عدد القابلات هو ١,٠٠٠/١ ولادة المصدر: تركز هذه التقديرات على البيانات القومية للأطلس العالمي للقوى العاملة في القبالة الذي يصدر عن منظمة الصحة العالمية وحالة مسح القبالة في العالم مقابل تقديرات الموالييد لدى إدارة الشؤون الاجتماعية والاقتصادية. بالأمم المتحدة. قسم السكان. (٢٠٠٩) في: تقرير حالة القبالة في العالم ٢٠١١ صفحة ١٨

صحة جيدة بتكلفة منخفضة: بعد مرور ٢٥ عامًا، ما السبيل إلى نظام صحي ناجح؟

دينا بالابانوفا، مارتن ماك كي، آن ميلز، محررون بلندن: كلية لندن للصحة والطب الإستوائي ٢٠١١.

Dina Balabanova, Martin McKee, Anne Mills, editors London: London School of Tropical Medicine & hygiene 2011.

ترجمة: غادة طنطاوي

من نوعه، فإنه من الممكن إدراك بعض العوامل المشتركة، مثل: توفّر الرؤية السياسية، والقدرة على تعبئة جميع من بوسعهم الإسهام من أجل نظام أفضل للرعاية الصحية، وهو ما يؤدي إلى وضع صحي أفضل في نهاية المطاف. وفي ظل نقص الموارد المالية والبشرية الذي تواجهه هذه النظم، فإنها تلجأ إلى الابتكار، وتستجيب لتغير الاحتياجات لدى السكان، وتتسم بالاستمرارية عبر الوقت. لقد جمعت هذه النظم بين القوة والمرونة، وأنشأت ميكانيزمات سمحت لها بالتعلم من الماضي والتوقع بشأن المستقبل. لكن النظم الصحية هي في الأساس مجموعة من الأفراد. ويوضح هذا الكتاب أمثلة لأفراد استطاعوا اغتنام الفرصة والتوصل إلى حلول لمشاكل بدت عصية على الحل، وتعميمها لتطبق على المستوى القومي.

كما يقدم هذا الكتاب العديد من الدروس المباشرة لأولئك الراغبين في تحسين النظم الصحية في بلادهم. كما أنه يقدم أجندة للبحث المستقبلي؛ إذ لا يزال هناك الكثير مما نعجز عن فهمه. كما أنه يقدم مادة غنية للتدريس، وهو ما سوف يساعد في تطوير الجيل التالي من محلي ومطبقي السياسة الصحية، وهو ما يحتاجه العالم بشدة. أشعر بالسعادة لأن كلية لندن للصحة والطب الإستوائي، وشبكة المتعاونين معها الموجودة

تقديم

لقد أصبح من الواضح تمامًا أن وجود نظم صحية تعمل بكفاءة يمثل شرطًا لتقديم الصحة على المستوى العالمي. وعلى الرغم من أننا قد نعرف ما نحتاج إليه من أجل إنشاء هذه النظم، فإن خبرتنا بكيفية القيام بذلك تأتي في درجة أقل. ذلك لأن النظم الصحية معقدة وديناميكية، إنها توجد في عالم يتسم بحدودية الموارد وتغير الاحتياجات. وتُصمم هذه النظم بواسطة الأفراد، بكل ما بهم من عناصر قوة وضعف، ويسهل خروجهم عن المسار لأسباب ربما لا يمكن توقعها على الإطلاق. فمثلًا لنفكر دقيقة حول التغير في تقديم الخدمة الصحية نتيجة ظهور الأيدز.

في هذا الكتاب، أراد فريق من المؤلفين -من دول مختلفة- فهم كيف استطاعت خمسة بلدان إحراز تقدم في اتجاه تحقيق الهدف النهائي المتمثل في «صحة جيدة بتكلفة منخفضة». خلال العقود الأخيرة (وماذا حدث للبلدان الأخرى التي كانت تُعتبر ناجحة قبل ٢٥ عامًا). ويتبنى هؤلاء المؤلفون نهجًا كليًا يبين مصادر القوة في التعاون عبر النظم والقارات، وهم بهذا يقدمون دروسًا مهمة للبلدان الأخرى الرامية إلى محاكاة هذا النجاح.

بالرغم من أن كل نظام من النظم الصحية الخمسة التي يدرسونها يعد فريدًا

وأكد هذا التقرير المبدع أهمية التزام النظام السياسي بالصحة، والاستثمارات المستدامة في هذا المجال، والسعي من أجل عدالة النظام الصحي، والتواصل مع المجتمع المحلي، والعمل على محددات الصحة الأشمل.

وعقب مرور ٢٥ عامًا أنشأت المؤسسة خلالها «مبادرة تحويل النظم الصحية»، قررت أنه حان الوقت للعودة إلى هذه القضايا في سياق المقارنة بين أداء النظم الصحية المختلفة. كيف كان أداء البلدان المتضمنة في الدراسة الأصلية منذ وقت إعداد تلك الدراسة؟ إلى أي مدى جرى تعلم هذه الدروس؟ هل الدروس التي تعلمناها قبل سنوات لا تزال مهمة في عصر الصحة العالمية الجديد؟ ما هي الدروس التي ينبغي أن نتعلمها من البلدان التي حققت تقدمًا أكبر مؤخرًا في اتجاه هدف «صحة جيدة بتكلفة منخفضة»؟

يقدم هذا الكتاب إجابات عدة على هذه الأسئلة؛ فقد جمع فريق من المؤلفين ينتمون لدول مختلفة -من بينهم جيل جديد من خبراء السياسة الصحية- دراسات مفصلة جعلنا على علم بما حدث في الدول الأصلية، مضافًا إليها خمس دول. وأكدت هذه الدراسات -استنادًا إلى إطار مفاهيمي عملي يربط النظم الصحية بالصحة- أن القضايا التي طرحها التقرير الأصلي مازالت ذات صلة) لكن النظر إلى الأمور عبر الوقت يكشف إمكانية وجود مسارات متعددة لتحقيق هدف «صحة جيدة بتكلفة منخفضة». ويتحدد كل من هذه المسارات بواسطة الأفراد والمؤسسات والأحداث في السياق القومي. وتذكرنا هذه الرؤى بأهمية النظر إلى ما وراء النظام الصحي نفسه، من أجل فهم محددات الصحة الأوسع والعوامل المؤثرة في تشكيل تصميم النظم الصحية.

أرييل بابلوس ميندين، مؤسسيسة روكفلر

في بلدان عدة أتيحت لها الفرصة كي تسهم في هذه التجربة، وأمل في تتبع تأثيرها خلال الـ ٢٥ سنة المقبلة.

بيتر بيوت

رئيس كلية لندن للصحة والطب الاستوائي

شرح صامويل بریتسون -في كتابه الصادر عام ١٩٧٥ بعنوان «العلاقة المتغيرة بين معدل الوفيات والتنمية الاقتصادية»- المنحنى الخطي الطويل الذي يبين أن الزيادة الصغيرة في الدخل لدى البلدان ذات متوسط الدخل المنخفض، تؤدي إلى فوائد أكبر نسبيًا على صعيد توقع العمر- وذلك مقارنة بما هو عليه الحال لدى مستويات النمو الأعلى. وقد أثبتت بيانات العقد الأول من القرن العشرين، والثلاثينيات والستينات من ذلك القرن، صحة نمط هذه العلاقة، بل لوحظ أيضًا استمرار صعود المنحنى مع مرور الوقت، وهو ما يشير إلى أن هناك عوامل بخلاف الدخل أسهمت في تحقيق ٨٠٪ على الأقل من الفوائد. وقد صمد «منحنى بریتسون» فيما بعد، كي يبين دائمًا أن هناك عددًا من البلدان تعمل بكفاءة أكثر من المتوقع بالنظر إلى مستوى الدخل بها.

وعبر أخذ هذا الكتاب في الاعتبار، شكلت مؤسسة روكفلر فريقًا في عام ١٩٨٥، ضم جيلًا جديدًا من خبراء السياسة الصحية، لبحث كيف استطاعت بعض البلدان تحقيق نتائج على المستوى الصحي، أفضل ما كان متوقعًا بالنظر إلى محدودية الموارد لديها. وكانت الدول «المنحرفة إيجابيًا» في ذلك الوقت هي: الصين، وكوستاريكا، وكوبا، وولاية كيرالا الهندية، وسريلانكا. ونتج عن هذا العمل تقرير مهم بعنوان «صحة جيدة بتكلفة منخفضة».

مقدمة

في هذه الدراسة الجديدة، قمنا بتحديث التحليل الأصلي الذي وضعه تقرير «صحة جيدة بتكلفة منخفضة»، متتبعين الخبرات اللاحقة للبلدان الأربعة الموجودة في التقرير (وهي الصين وكوستاريكا وولاية كيرالا وسريلانكا)، متسائلين هل تواصلت الإنجازات التي حققت في الماضي، بالنظر إلى التغيرات السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي مر بها كل بلد؟ ومع ذلك، فقد انصب تركيزنا الأساس على استكشاف عدد قليل من البلدان الجديدة التي حققت نجاحًا ذا شأن في مجال الصحة، خاصة صحة الأم والطفل مقارنة ببلدان أخرى تتشابه معها في مستوى الموارد الاقتصادية. أجريت هذه الدراسة عبر شراكة بين فرق البحث في كل من البلدان المتضمنة وبين فريق كلية لندن للصحة والطب الاستوائي، وتتضمن هذه المراكز مايلي: المركز الدولي لأبحاث الأمراض المرتبطة بالإسهال، دكا، بنجلاديش؛ مركز أبحاث ميز هاساب، أديس أبابا، إثيوبيا؛ مركز تحليل السياسات الصحية، كيرغستان؛ المعهد الهندي للتكنولوجيا، مدراس، تاميل نادو، الهند؛ وبرنامج السياسات الصحية الدولي، وزارة الصحة العامة، تايلاند.

ويتضمن تركيزنا الأساسي على دور النظم الصحية، التي نتعامل معها باعتبارها مدخلاً لفهم العلاقات المعقدة بين محددات الصحة المختلفة. وعن طريق توظيف إطار راسخ لدراسة نظم الصحة، نريد تحديد العوامل التي تسهم في نجاح هذه النظم.

ثم سعينا لتعريف القادة الأساسيين الذين يحددون أداء النظم الصحي. فيما يخص التنظيم والتمويل وتقديم الخدمة والعمليات الخاصة بالسياسة والرقابة وترتيبات الإدارة، وقد قمنا بتوسيع مدى الدراسة التي أجريت في

الماضي. عبر تبني نهج يركز إلى النظام ككل، بغرض توضيح سبب حدوث التغيير، وفهم مجموع العوامل التي تفسر النجاح في إطار بعينه.

ويركز التحليل على التفاعل متعدد الجوانب بين ثلاثة أنماط من العوامل، هي: العوامل المتعلقة بالنظم الصحية، والعوامل الخاصة بالسياسات وتقديم القطاع العام للخدمة، والعوامل المرتبطة بالسياق الأوسع (مثل النظام السياسي في بلد ما). وعبر تمديد الدراسة الأصلية، نحدد المسارات المنطقية التي من خلالها تؤثر هذه العوامل على الصحة، على سبيل المثال، بينما ظلت العوامل التي حدتها الدراسة الأصلية، مثل تمكين المرأة ومحو أمية النساء، تُعتبر سببًا في تحسين نتائج الصحة خلال وقت طويل، فإن كيفية تأثير هذه العوامل على الصحة ليس مفهومًا بالدرجة نفسها.

وأخيرًا، لكون هذه الدراسة تُعد دراسة مقارنة، فإننا نستفيد من الاختلافات والأشياء المتشابهة لدى البلدان الخمسة الجديدة والبلدان الأربعة التي شملها تقرير «صحة جيدة بتكلفة منخفضة» الأصلي، وبينما تتفاسم هذه البلدان تاريخيًا من النجاح في تقديم خدمة الرعاية الصحية في ظل مستويات متواضعة للدخل، فإنها تختلف عن بعضها البعض في جوانب عديدة أخرى، إذ تتباين أعباء الأمراض بين البلدان، كما تتباين هذه البلدان من حيث مستويات الدخل والموارد المستخدمة في تقديم الخدمة الصحية. مكن هذا «التحليل الذي تم عمله على مستوي كل قطر، ثم التحليل المقارن بين البلدان، من التوصل إلى تفسيرات عامة مقبولة حول السبب في اختلاف النتائج بين البلدان.

تحسين حياة "نصف البشرية"

بالرغم من أن التقرير الأصلي كُتب قبل ربع قرن، فإن هناك الكثير من جوانب الاقتصاد السياسي يمكنها أن تضرب على وتر حساس لدى قراء تقرير «صحة جيدة بتكلفة منخفضة» الصادر عام ١٩٨٥.

كانت القيادة السياسية القوية والمبدعة عاملاً مهماً في دعم الإصلاحات والدفاع عن قضية تطوير الصحة في البلدان المدروسة. ولا تقتصر هذه القيادة على السياسيين، بل تشمل كبار المسؤولين الحكوميين والنخبة غير الحكومية والعديد من الأطراف الأخرى التي كانت مصدراً للإلهام في هذا المجال.

العوامل الاجتماعية والسياسية التي تدعم هدف "صحة جيدة بتكلفة منخفضة"	
التشريع الإنفاق الحكومي على الصحة إقامة المنشآت الصحية المؤثرات التاريخية والثقافية	الالتزام السياسي والتاريخي بالصحة بوصفها هدفاً اجتماعياً- أو هدفاً اجتماعياً
التوجه الوقائي دعم الحاجات الأساسية برامج التعليم الإصلاح الزراعي	توجيه التنمية نحو الرفاهة الاجتماعية
الاقتراع العام والتواصل السياسي مستوى اللامركزية إدماج المجتمعات المحلية	الإسهام في العملية السياسية
الصحة والتعليم والتغذية ووضع المرأة والأقليات... إلخ مستوى تغطية الخدمات في المدن والخضر توزيع الدخل والأصول	استناد الخدمات إلى الإنصاف
آليات لضمان الصلة حوافز لضمان الصلة الإقرار بأن الصحة تتحدد بواسطة المجتمع	الصلة ما بين القطاعات لأجل الصحة
المصدر: Rosenfield PI, the contribution of social and political factors to good health, Halstead, S, Walsh, J. Warren K, eds, Good health at low cost, Bellagio, Rockefeller Foundation, 1985	

السمات الأساسية لدى البلدان محل الدراسة

توجد مكاسب تدعو للإعجاب فيما يخص الصحة. في جميع البلدان التي شملتها الدراسة. ولدى البلدان الخمسة التي شملتها الدراسة مستويات لتوقع العمر تماثل ما كان متوقعاً أو تزيد عنه. كما أن مستويات الوفيات تحت عمر الخامسة ووفيات الأمهات قد تحسنت بالرغم من التحديات الديموغرافية والجغرافية الكبيرة وسلسلة الأزمات الاجتماعية والاقتصادية. وقد استطاعت ثلاثة بلدان من الخمسة تحقيق هدف التغطية الشاملة تقريباً. فيما يخص توفّر مهارات التوليد (وهو ما يعد مؤشراً جيداً على توفّر خدمة الرعاية الصحية الأساسية). غير أن كلاً من بنجلاديش وإثيوبيا لا تزالا متأخرتين كثيراً في هذا المجال. وقامت البلدان الخمسة المدروسة بتحقيق مكاسب تخص الصحة بالرغم من أنها لا تنفق (بالأرقام المطلقة) على الصحة أكثر مما تنفقه البلدان الأخرى التي لديها مستوى مماثل للتنمية الاقتصادية.

معروف أن القطاعات الأخرى مهمة بالنسبة للنتائج في المجال الصحي. وقد حقق أغلب البلدان الخمسة نتائج صحية أفضل من البلدان الأخرى التي تنساوى معها في معدلات معرفة القراءة والكتابة لدى الإناث. ويمكن تحقيق الكثير من الفوائد عبر فهم الاجازات والنجاح الذي حققته الدول الخمس. فقد كان أداء بلد مثل تايلاند أو ولاية مثل تاميل نادو جيداً عبر فترة طويلة من الوقت. بينما حققت بلدان مثل إثيوبيا وقرغيزيا وبنجلاديش تقدماً أسرع في السنوات الأخيرة. مقارنة بالبلدان التي تماثلها من حيث الموارد الاقتصادية. وطبقت البلدان الخمسة جميعاً إصلاحات طموحة وبعيدة المدى.

الدول المدروسة، لكنه يظل من غير الواضح ما إذا كان الطلب على التعليم من جانب النساء ذوات الشجاعة المتزايدة، أو زيادة العرض في الخدمة التعليمية (زيادة عدد المدارس والقدرة على الوصول إليها)، يمثلان حافزاً فعلياً للتغيير.

ويستطيع المجتمع المدني لعب دور مهم في ضمان تحسين الخدمات الصحية بالنسبة إلى المرأة والطفل. وذلك عبر مواجهة التفاوت في توفر الخدمات وتمكين النساء. وبالرغم من وجود السياسات والتطورات المتعلقة بالبنية المادية والتي تأتي في مصلحة الفقراء، فلا يزال عدم المساواة يمثل عائقاً أمام التقدم في صحة المرأة والطفل في البلدان الخمسة المدروسة. ذلك أن كثيراً من أساليب التدخل والسياسات الحكومية لا تفيد الجماعات الأفقر في المجتمع.

جمعت هذه الفقرات من الكتاب أندرو هارمر وتريسي بيريز كويهللموس.

Website: <http://ghlc.lshtm.ac.uk/>

Good Health at Low Cost, film about Bangladesh:
<http://vimeo.com/38505785>

Good Health at Low Cost, film about Ethiopia:
<http://vimeo.com/39624357>

يمثل "الحكم" بناءً معقداً. يبدو أنه غير مأخوذ في الاعتبار بما يكفي بواسطة هذه المؤشرات. ومع ذلك تطرح دراسات الحالة وجود علاقة بين التواصل والمدروس على المستوى الشعبي، خاصة مع النساء، وبين تحسين النتائج الصحية.

بالرغم من أن العلاقة بين التنمية الاقتصادية والتطور في مجال صحة الأم والطفل تعد معقدة وغير مسلّم بها، فإنه من الواضح أن تطوير البنية المادية (مثل المواصلات والتواصل الإلكتروني) حسّن من مستوى إتاحة الخدمات الصحية ورفع مستوى الوعي بما هو ممكن.

وتطرح دراسات الحالة وجود صلة بين التواصل المدروس على المستوى الشعبي، خاصة مع النساء، وبين تحسين النتائج الصحية. ومن المرجح وجود صلة بين تمكين النساء وبين التحسن في مجال صحة الأم والطفل. لكن مسار هذه العلاقة يتسم بالتعقيد. وبينما تدعم الدلائل الاستنتاج بأن التمكين يمثل "أداة" مهمة بالنسبة للصحة، توجد حاجة إلى المزيد من الفهم حول العلاقة الحميدة بين المساواة بين الجنسين والصحة الجيدة.

ويظهر التعليم باعتباره عاملاً مهمّاً في تفسير تحسين الخدمة الصحية في بعض

إنهاء الحمل كإجراء توليدي طارئ: تفسير السياسة الصحية الكاثوليكية وما يترتب عليها من نتائج على المرأة الحامل

تحليل لوفاة سافيتا هاليانافار في أيرلندا وحالات شبيهة

بقلم: مارج بيرر

محرر شؤون الصحة الإيجابية، لندن، المملكة المتحدة. للمراسلة mberer@rhjournal.org.uk

ترجمة: رفعت على

موجز المقال: تشمل الجوانب التي جُمعت عن موت سافيتا هاليانافار في شهر أكتوبر عام ٢٠١٢ في أيرلندا سؤالاً يتضمن: هل من الأخلاق رفض إنهاء حمل غير قابل للحياة والاكتمال حين تكون حياة الحامل معرضة للخطر؟ ففي خدمات رعاية الأمومة الكاثوليكية، يتقاطع هذا القرار مع ما يراه مقدمو خدمات الرعاية الصحية للمرأة من تفسير وفهم للسياسة الصحية الكاثوليكية في علاج الإجهاض والقوانين المتعلقة بالإجهاض. يكشف هذا البحث ويفحص كيف تكافتت تلك المفاهيم لتؤدي إلى موت سافيتا والآثار التي ترتبت على موتها على النساء الحوامل وخدمات رعاية الأمومة في جميع أنحاء العالم. ويناقش البحث حالات أخرى لا في أيرلندا وحدها ولكن في الأمريكتين أيضاً. وقد وقعت كثير من الأحداث المعروضة هنا حديثاً، وأغلب المصادر مستمدة من وسائل الإعلام وتقارير شخصية فردية. وعلى ذلك فهناك خيط عام يربط بين تخوفات النساء عبر الدول والقارات. لو كشفت أبحاث أخرى عن مزيد من الحالات المماثلة لحالة سافيتا، فلا بد أن يمنع أي كاثوليكي من المعالجين و/ أو المشافي - التي ترفض إنهاء الحمل بوصفه نوعاً من الرعاية الولادية الطارئة- من العمل في مراكز ومشافي تقديم خدمات الصحة الإيجابية وصحة الأمومة. في بعض الدول تعد الخدمات الكاثوليكية هي الخدمات الرئيسية أو الوحيدة من خدمات رعاية الأمومة. وحتى مع ذلك، يجب على الحكومات أن ترفض تمويل تلك الخدمات. أو تستبدلها بتقديم رعاية صحية غير دينية أو توظف مقدمي رعاية غير متدينين يقدمون الرعاية طوال الوقت وعلى وجه التخصيص ليتولوا مسؤولية الحالات المماثلة للحيلولة دون حدوث وفيات يمكن تجنبها بين الحوامل. في مثل تلك الأمور يُطرح تساؤل إن كانت حياة المرأة الحامل مسبوقة على أي شيء عداها أم لا. © قضايا الصحة الإيجابية.

Termination of pregnancy as emergency obstetric care: the interpretation of Catholic health policy and the consequences for pregnant women. An analysis of the death of Savita Halappanavar in Ireland and similar cases Marge Berer, Reproductive Health Matters 2013;21(41): 9-17

الكلمات الدالة: وفيات الأمهات، رعاية التوليد الطارئة، قانون الإجهاض والسياسات المرتبطة به، السياسة الصحية الكاثوليكية الرومانية، أيرلندا، الولايات المتحدة الأمريكية، جمهورية الدومينيكان، كوستاريكا، السلفادور.

مرة مبادرة منظمة الصحة العالمية عن سلامة صحة الأمومة، كانت تقع نصف مليون حالة وفاة للحوامل سنوياً. وكانت المرأة التي تلقى حتفها مجهولة في الغالب للرأي العام المحلي

«ليس هناك سوى وسيلة وحيدة للتيقن من أن حياة المرأة في خطر، وهي أن تكون قد ماتت فعلاً» (كريستيان فيالا، ٢٠١٢)

في عام ١٩٨٧، وهو العام الذي أعلنت فيه لأول

والاستراتيجية للسكرتير العام للأمم المتحدة في صحة الأمومة والطفولة^١ فضلا عن ذلك. أصبحت وفيات الحوامل بشكل مضطرب من المواد الإخبارية الرئيسية في وسائل الإعلام الدولية، التي أصبحت تسلط الضوء على النجاح والإجاز المتحقق وكذلك الفشل إن حدث في مجال تقليص وفيات الحوامل. وكذلك في تقديم التجارب الشخصية للنساء الحوامل بانتظام.

السبب الثاني، تحميل الحكومات المسؤولية عن إخفاقها في تقديم الرعاية اللازمة لمنع وفيات الأمهات، من فترة ما قبل الولادة إلى الرعاية أثناء الولادة، والولادات الحرجة والطارئة، وبالتالي تصبح في موضع الاتهام وعرضة للمقاضاة في حالة قصور تقديم الرعاية. وكما حدث في الهند: احتجاجات شعبية لمؤيدي حقوق المرأة، وجلسات استماع لجمعية وهيئات حقوق الإنسان، وعلى وجه الخصوص منظمة سيداو، والتي قامت ببحث حالات فردية معينة وقدمت توصياتها للحكومات المعنية.^٢

ومع ذلك، ما كان فريدا في حالة وفاة سافيتا، هو أن حالتها لم تكن مقتصرة فقط على اتخاذ الأطباء قراراً، إن كانت تنهى حملا غير مستقر ومتى تنهيه إن كانت حياة الحامل وصحتها مهددة بذلك الحمل، ولكنه كان أيضا يدور حول إن كان القرار والحكم يتعارض مع ما يراه المختصون الصحيون من منظور السياسة الصحية الكاثوليكية وقانون الإجهاض في إيرلندا.

وعلى ضوء ما توصلت إليه التحقيقات والبحث حول وفاة سافيتا، فإن رفض الهيئات والمؤسسات الطبية الإيرلندية للتحرك لدعم وضع تشريعات لتقنين الإجهاض حين تتوفر أسباب مخاطر حقيقية ومادية على حياة

والعالمي ولذلك لم تسجل تلك الوفيات ولم تبحث وتدرس أسباب حدوثها.

قارن ذلك بوفاة سافيتا هالبانافار في ٢٨ أكتوبر ٢٠١٢، وهي طبيبة أسنان من الهند وتنتمي لطبقة وأصول اجتماعية متميزة. وحدث لها سقط لا إرادي في حمل تريده وترغب في استمراره يبلغ عمره ١٧ أسبوعا وهو حمل مستقر وماتت في قسم الولادة في مشفى بايرلندا، وهي دولة تتميز بمعدل وفيات أمومة ضئيل للغاية، كان يمكن اعتبار موت سافيتا أي شيء إلا أن يكون مجهول السبب؛ فقد ذاع اسمها وصورها عبر وسائل الإعلام العالمية في غضون أيام قليلة من موتها وكانت شرارة أدت لاشتعال كثير من التظاهرات في الشوارع وكثير من الاحتجاجات، لا في إيرلندا فقط، بل في كثير من الدول الأخرى، ومنها الهند موطنها الأصلي، وعلى مدى ستة أشهر تم فتح التحقيق في ظروف وأسباب موتها، واستمرت المقالات والمقتطفات تنشر في وسائل الإعلام في كثير من الدول عن موت سافيتا، وظلت مطالبات زوجها بتحقيق العدالة تشكل عناوين كثير من الأنباء في إيرلندا، وأجبرت حكومة إيرلندا على الأخذ بعين الاعتبار أسباب موتها في صياغة مشروع قانون ينظم عملية إنهاء الحمل أو الإجهاض، والذي أدى إلى إصدار مسودة أولية لمشروع القانون ونحن في طريقنا لمؤتمر صحفي (١ مايو ٢٠١٣).

حول موت سافيتا إلى أيقونة لعدد من الأسباب: الأول- الخيلولة دون حدوث وفيات الأمهات أصبح أولوية عالية، منذ عام ٢٠٠٠، كان هدف تقليص وفيات الأمهات بنسبة ٧٥٪ بحلول عام ٢٠١٤ هو الهدف الرئيسي للألفية الجديدة من بين أهداف التنمية العالمية والذي يحمل رقم ٥، ومن عام ٢٠١٠ أصبح هذا الهدف من أهم الأهداف الرئيسية الحيوية العالمية

طبي ماهر ودون أية مساعدة. وفي خلال ساعة بعد الولادة، بدأت تنزف بشدة وماتت. وأكدت هذه الحالة أن المحكمة لم تضع في الاعتبار مسألة موت شانتي فقط، بل ألزمت حكومة الهند المركزية بالحقوق الدستورية والحقوق الإنسانية للمواطنات.^٤

بدأت تظهر احتجاجات وتظاهرات ضد موت الحوامل نتيجة لقصور الرعاية في بعض المجتمعات التي تعد نساؤها في حالة شديدة من الخطر بسبب نقص نظم الرعاية الدورية والرعاية الطارئة للحوامل؛ واحدة من حملات الاعتراض حدثت في أوغندا في مايو (٢٠١١). حين اجتاح مئات من المواطنين المهتمين بالمشكلة ومتخصصون طبيون، المحكمة الدستورية في كمبالا دعماً لتحالف نشطاء كانوا قد رفعوا قضية في المحكمة الدستورية ضد الحكومة بسبب امرأتين نزفتا حتى الموت وهن يلدن دون إشراف طبي في أحد المشافي.^٥

تخلق مثل هذه الأحداث حساسية شديدة لدى الحكومات من كثرة الانتقادات التي توجه إليها. ولأن سافيتا هالابانافار بايرلندا، كانت من الشريحة العليا للطبقة المتوسطة، فلم يكن من المتخيل ولا من المفترض أن تموت كما ماتت شانتي ديفي في الهند من القصور الشديد في الرعاية الطبية للحمل والتوليد. ورغم ذلك، وللمفارقة الغربية، كان السفير الهندي لدى إيرلندا من أوائل من انتقدوا النظام الطبي الإيرلندي الذي فشل في الحيلولة دون وفاة سافيتا.^٦

إنهاء الحمل غير القابل للحياة باعتباره رعاية توليد طارئة
من المقبول بوجه عام في المهن الطبية أن

المرأة^٣ كان سبباً رئيساً في ذلك، وكذلك مشروعات القوانين التي أعدتها الحكومة الإيرلندية للسماح بإجراء إجهاض قانوني في ظروف مقيدة محدودة وضيقة جداً، يستكشف هذا البحث كيف برزت مسائل شائعة ومتعددة الأوجه في الوقت ذاته بسبب وفاة سافيتا، بما فيها التفسير والمفهوم الإكلينيكي للسياسة الصحية الكاثوليكية، والتبعات التي تترتب على النساء الحوامل في أنحاء العالم.

التظاهر ضد وفيات الأمهات:

دفعت أهداف التنمية للألفية الجديدة الدول التي حافظت على معدلات وفيات مرتفعة^٧ للحوامل إلى الوعي المتزايد بنتائج ذلك على المدى القريب. وبدأت منظمات المجتمع المدني اللجوء لطلب العدالة القضائية بل المطالبة بتعويض حالات فردية معينة عما لحق بها من أضرار.

في الهند، على سبيل المثال، تم تقديم طلب للمحكمة العليا في دلهي لإصلاح وتقويم القانون بسبب حالة السيدة شانتي ديفي، التي توفيت نتيجة للحمل في يناير ٢٠١٠ بعد حملين شكلا خطورة على حياتها ولم تلق رعاية كافية في الوقت الملائم. أثناء حملها الأول سقطت على السلم وبعدها لم تعد تشعر بحركة الجنين في رحمها. وتأخر إنهاء الحمل كثيراً حتى استلزم دخول العناية الفائقة، وحين دخلتها أخيراً، كانت حالتها متدهورة. وقد أصبحت حاملاً للمرة الثانية بعد ستة أشهر من إنهاء الحمل الأول وهي لا تزال معتلة الصحة، حيث أنه لم يُقدم لها حبوب منع الحمل بعد إنهاء حملها الأول، وتعرضت لوضع حملها مبكراً في الشهر السابع، ووضعت في البيت دون توفر إشراف

* معدل وفيات الحوامل في الهند يبلغ ٢٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي مقارنة بـ ٦ حالات وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي في

إيرلندا في عام ٢٠١٠.^٨

كاملا. أي أن الحمل لم يعد حملا صالحا ولا مستقرا. ولم يكن هناك علاج أو أية وسيلة تجعل الجنين يبقى داخل الرحم حتى يكتمل ويصبح قابلا للحياة خارج الرحم. فضلا عن ذلك، لو ولد الجنين حيا بعد ١٧ أسبوعا من الحمل، فمن المستحيل أن يبقى على قيد الحياة. وهكذا، لم يبق على المحك إلا الحالة الصحية لسافيتا وحياتها ذاتها. ولم يكن هناك ما يمكن عمله إلا إنقاذ حياتها. ومن الواضح أن ذلك لم يكن الموقف كما رآه الأطباء الذين أشرفوا على حالة سافيتا. أو على الأقل لم يكن الموقف الذي قرروا اتخاذه. واعتمادا على ما تم نشره من تقارير عن المشكلة في وسائل الإعلام بعد ذلك، فإن اتخاذ قرار إنهاء الحمل تم تأخيره حتى بعد الرحلة التي كان يمكن فيها الحيلولة دون موتها وكان السبب في تأخير اتخاذ القرار أن قلب الجنين كان مازال يخفق.

ولكن لماذا حدث ذلك إن لم يكن الجنين في حالة تسمح له بالبقاء حيا؟ ما يبدو وكأنه جزء من الإجابة على التساؤل يتضح من الإفادة التي صرحت بها واحدة من الممرضات التي كانت في الفريق الذي اختص بحالة سافيتا. ففي ردها على سؤال وجه لها من سافيتا قبل موتها: لماذا لا يقومون بإنهاء حملها غير المستقر. ردت الممرضة قائلة «هذا بلد كاثوليكي». وظهر ذلك مرة أخرى عند التحقيق، وقبل المحقق ذلك الأمر على أنه

تبقى مراجعات اسباب وفيات الأمهات سرية من أجل تحقيق الغايات والنتائج المرجوة - على الرغم مع أن علنية فحص أسباب الوفاة وما يتوجب عمله واتخاذه من قرارات لمنع تلك الوفيات في المستقبل. لو كان من الممكن فعلا منعها بعد أوجب. تلك هي الأسس التي اعتمدها المملكة المتحدة في التحقيقات السرية في أسباب وفيات الحوامل ووضعت تقاريرها على تلك الأسس على مدى عقود من الزمن. وهو أسلوب تحول إلى نمط يحتذى لدى دول أخرى. وهناك افتراض في تلك الحالات أن الأفراد المختصين طبيا المشمولين في تلك العملية يعملون بإيمان سليم ونقي. وأن الجانب الجوهري هو التيقن من أن أي أخطاء تقع لأبد من تجنبها في المستقبل. وليس بمعاقبة من ارتكبوا تلك الأخطاء. ويختلف هذا اختلافا كبيرا عن توجيه الاتهام بسوء ممارسة المهنة الطبية أو الاتهام بالإهمال. وفي رأبي، ليس فقط في حالة سافيتا ولكن أيضا في الحالات الأخرى المخصصة فيما يلي وهي حالات ماثلة. ويعتبر التساؤل هنا عما إذا كان هناك فعلا سوء ممارسة. شديد الصلة.

جانب من العلاج المطلوب الذي كان لازما لإنقاذ حياة سافيتا. والذي كان لأبد من القيام به دون تأخير هو إفراغ رحمها وإنهاء حملها على الفور. فقد كانت في الشهر الـ ١٧ من الحمل. ولأن عنق الرحم كان متسعا اتساعا

* تم نشر التقرير الأخير كملحق لجورنال النساء والتوليد الإنجليزي. موجودة على

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjo.2011.118.issue-s1/issuetoc>

ولمعرفة تاريخ هذا التقرير. أنظر إلي: ما الذي حدث لتحريات وفيلت الأمهات الموثوق بها في المملكة المتحدة؟ BMJ 2012; 344:e41
at: www.bmj.com/content/344/bmj.e4147

** كانت حالة سافيتا أيضا مصنفة كحالة شديدة الخطورة بسبب وجود التهابات شديدة في الحوض وبسبب اتساع عنق الرحم، وما يترتب عليه من التهابات صديدية. والتي تأخر أيضا علاجها. والتي كانت سببا إضافيا في موتها. وهذا سبب آخر يظهر أن إنهاء الحمل في الوقت الملائم كان حتميا. لمنع حدوث العدوى البكتيرية وتمكنها من سافيتا. ولا يعد هذا البحث مبحثا في أسباب موتها. والتي أظهرها التحقيق على أية حال بتفاصيل دقيقة. ولكنه بوجه أعم عن تأخر تقديم التدخل الملائم عن غير تعمد للتأخير. أي إنهاء الحمل.

بحق الحياة لمن هم في طور الحمل ومن لم يولدوا بعد مع مراعاة. للحق الموازي والمساوي للأم الحامل في الحياة. و ضمانات احترام القوانين المنظمة لذلك. ويقدر ما تسمح به ممارسة وتطبيق القوانين في الدفاع عن هذا الحق ودعمه» (المادة ٤٠,٣,٣, لعام ١٩٨٣).^٨

وضعت حالة سافيتا وحالات أخرى ماثلة سابقة عوار ذلك القانون تحت الضوء. فعلى سبيل المثال. طبقا لتقرير منشور في ويكيبيديا. حملت امرأة إيرلندية تدعى شايبلا هودجرز عام ١٩٨٣. بعد عام من إجراء جراحة ورم سرطاني بالثدي في الوقت الذي كانت ما تزال تتلقى فيه علاجا مكملا للجراحة. ويذكر نص تقرير الويكيبيديا: «حيث أن العقاقير المعالجة للسرطان يمكن أن تضر الجنين. فقد توقفت عن تعاطيها. وبدأت السيدة هيدجر تعاني من آلام مبرحة في أسفل الظهر وأصبحت تعاني من صعوبة شديدة عند محاولة الوقوف. وناشد زوجها المشفى لإنهاء حملها أو إجراء جراحة قيصرية ولكن المشفى رفض لأن ذلك سيضر الجنين. ورفض المشفى أيضا إعطاءها مسكنات للألم. كان المشفى مقيدا بـ «صك الأساقفة». وهو ميثاق أخلاقي تم وضعه بمعرفة الكنيسة الكاثوليكية». وقد ماتت السيدة هيدجر والجنين معا عند الولادة.^٩ في ٢٠٠٧. حملت الأنسة «دي» البالغة من العمر ١٧ عاماً بطفل بعيب خلقي في المخ (وهو حمل غير قابل للحياة) ورفعت دعوى أمام المحكمة العليا الإيرلندية لرد قرار السلطات الإدارية الصحية الإيرلندية التي تمنعها من السفر لخارج إيرلندا لإجراء إجهاض. وأقرت المحكمة بحقها في السفر.^{١٠} كان من المفترض أن تقوم إيرلندا بإجراء تعديلات على سياستها وتوجهاتها في تلك الأمور من سنوات طويلة مضت. خاصة بعد صدور توجيهات من المحكمة الأوروبية للحقوق

مقبول قانونيا. كان من الواضح أنه لم يكن يدرك حجم الخطر الذي كان يهدد حياة سافيتا. فقد كان سيعتبر الإجهاض. غير قانوني ويفتح باب المساءلة القانونية.^{١١} وعلى كل الأحوال. ما حدث في حالات أخرى كان الإجهاض فيها محتما إجراؤه لإنقاذ حياة الحامل بعد مؤشرا مباشرا على مفاهيم الإخصائين الطبيين أو المفاهيم السائدة في المشافي فيما يؤمن به الأطباء والتمريض على أنه يتوافق مع السياسة الصحية من وجهة نظر الكاثوليكية الرومانية. فيما يتعلق بعلاج الإجهاض على أيدي مختصي الصحة الكاثوليك.

قد يُصبح «إنهاء الحمل» إجراءً ضرورياً لتوليداً طارئاً. حتى ولو في حالة حمل مرغوب فيه. وهنا يكمن لب المشكلة. فإنهاء الحمل لإنقاذ حياة الحامل مدرج في إيرلندا تحت قانون العدوان على الأشخاص الصادر عام ١٨٦١. وهو موجود في كل الدول عدا خمس منها. «فإنقاذ حياة امرأة حامل يجب أن يفهم على أن المقصود منه منع الحمل من أن يصبح مهدداً لحياة الحامل. ليس فقط بعد أن يصبح بالفعل مهدداً لحياتها. ففي تلك اللحظة قد يكون التدخل المطلوب قد أصبح متأخرا كثيرا عن إنقاذ حياة الحامل. وعلى المرء تذكر أن ذلك يتضمن إنهاء الحمل لإتمام عملية إجهاض كان محتما لا محتملا. أو إنهاء حمل غير مستقر. أو حين تصاب الحامل بمرض يهدد حياتها. ولكن لا يوجد ما هو مدون ومكتوب يحدد بدقة «ما الذي يعنيه عمليا إنهاء الحمل لإنقاذ حياة الحامل». ولا متى يجب اللجوء إليه وإجراؤه.

ويعد هذا الأمر أكثر تعقيدا في إيرلندا بسبب الإصلاحات الدستورية التي حدثت في عام ١٩٨٣. التي كانت تهدف لمنع إنهاء الحمل من أن يصبح مشروعاً أبداً - ولا حتى القيام به أو إجرائه - حيث ينص التعديل على: «تقر الدولة

قد وافقوا على إنهاء حمل سافيتا في الوقت
الملائم لإنقاذ حياتها. أم كانت هناك أسباب
أخري منعتهم من ذلك؟

ما السياسة الكاثوليكية الرومانية المتعلقة بالإنهاء الطارئ للحمل في حالة وجود مخاطر على حياة المرأة الحامل؟

إيرلندا

أدى موت سافيتا بنساء إيرلنديات أخريات ممن
مررن بتجربة ماثلة إلى إثارة القضية بشكل
عام. وسجلت مجلة آيريش إيكزامينر (الفاحص
الإيرلندي) في ١٦ نوفمبر ٢٠١٢، أنه خلال برنامج
طبي إذاعي إيرلندي، اتصلت خمس سيدات ممن
مررن بتجارب واجهن فيها مواقف ماثلة لحالة
سافيتا، كل السيدات الخمس كن في حمل
يتراوح عمره من ١٥-٢٠ أسبوعا حين واجهن
تلك المواقف ما بين عام ١٩٩٧ إلى عام ٢٠٠٤
في مشافٍ إيرلندية. وهنا ما سجلته واحدة
منهن:

«قالت جينيفر إنها في ٢٠٠٣ - حين كان
عمر حملها ١٦ أسبوعا- بدأت تنزف وتوجهت
للمشفي المحلي. وبدأت كل الممرضات في تلك
الوحدة المحلية في الصباح بلاضابط ولا رابط.
وقلن إنه لا توجد فرصة أمام الجنين للنجاة
وإنهن غير قادرات على استيعاب كيف أنني
لم أجهض. لم يكن يوجد سائل جنيني حول
الجنين. وكان بكلية واحدة. وتتجمع سوائل في
مخه. ولكن كان قلب الجنين ما زال ينبض.
وظلوا يستمعون لنبض الجنين. قالت جينيفر
إن الأطباء من الممارسين العموميين وأربعة
استشاريين قابلوها منفردين في مناوباتهم
لإجراء مسح موجات صوتية وكل منهم يقول
« أنت بحاجة لاتخاذ قرار حالا» بسبب وطأة
حالتها الصحية. قالت إن أحدهم قال لأمها:»
أعرف طبعاً ما يجب عمله لو كانت ابنتي في
نفس الحالة. عليك أن تقرئي ما بين السطور.

الإنسانية بعد نظرها لحالة عرضت عليها في
عام ٢٠١٠، حيث ذهبت سيدة حامل مصابة
بنوع نادر من السرطان للمملكة المتحدة
لإجراء إجهاض لحماية حالتها الصحية. غير
أنهم أخبروها في المملكة المتحدة أنه كان
من حقها إجراء الإجهاض في إيرلندا. وقررت
الحكمة الأوربية لحقوق الإنسان في الجلسة التي
عقدتها لنظر المشكلة أن هناك « فشل في
تطبيق الحقوق الدستورية المقررة لإجراء إجهاض
قانوني في إيرلندا». ^{١١} وهكذا يتضح أن الإجهاض
كان قانونيا في إيرلندا حين ماتت سافيتا. وكان
موتها سببا في كثير من الاحتجاجات العامة
ضد فشل إيرلندا في تطبيق توجيهات المحكمة
الأوربية. خاصة من جانب أولئك الذين يؤيدون
حق المرأة في الحصول على إجهاض آمن. لم
يكن الفشل في إجراء الإجهاض باعتباره
إجراءً توليدياً طارئاً لإنقاذ الحياة، محور تلك
الاعتراضات والاحتجاجات. غير أن الاثنين يرتبطان
ارتباطاً وثيقاً.

في شهر يناير من عام ٢٠١٣، وكدليل للجنة
الحكومية التي سُكِّلت للبحث عما يجب عمله
حول القانون الإيرلندي، قام ثلاثة خبراء - دكتورة
جينيفر شويب من جامعة ليمريك، وسيارا
ستانتون من نوي جالواي، ودكتور سيمون ميلز
من مكتبة القانون - بتقديم دليل للجنة أعده
كل منهم منفردا. وقال كل منهم أن المحكمة
العليا التي نظرت قضية روش عام ٢٠٠٩، ^{١٢} التي
رفعتها سوزان دينهام، بعد أن أصبحت من
حينها المدعي العام لإيرلندا، تضمنت الشهادات
أن الجنين الذي لا يمكنه الحياة بعد الحمل، فإنه
لا يستحق الحماية المنصوص عليها بالدستور
الإيرلندي حول حماية «حياة الأجنة». ^{١٣} فهل
لم يكن أطباء المشفى الذي كانت به سافيتا
يعلمون بهذا الحكم؟ كان هذا الحكم سيوفر
لهم الحماية من المسائلة القانونية لو كانوا

والجنين الذي لم يولد بعد» يعد مشكلة. لأنه في حالة سافيتا وأخريات غيرها. لا تملك الأم والجنين فرصا متساوية للحياة والبقاء. وعجزت السياسة الكاثوليكية عن إدراك تلك الحقيقة لسوء حظ النساء والضرر الذي يقع عليهن جراء ذلك. وبينما يبدو نص التقرير الكنسي السابق وكأنه يدعم حق معالجة المرأة لإنقاذ حياتها. فإنه يظل ملتبسا ومراوغا بشدة. لأنه يظل على إصراره التام والمطلق في معارضة كل أشكال الإجهاض.

الولايات المتحدة الأمريكية:

تاريخيا. فإن التعليمات في الولايات المتحدة. والاسترشادات الأخلاقية والدينية في تقديم الخدمات الصحية الكاثوليكية التي أقرها مؤتمر الولايات المتحدة للأساقفة الكاثوليك. الذي نشر لأول مرة قبل ما يزيد عن ستين عاما مضت. كان يهدف إلى تأكيد وضمان توفر طاعة شديدة للمبادئ الكاثوليكية من قبل كل العاملين بمشافي مملوكة لأفراد من الكاثوليك. دون تفاوتات ولا رؤى محلية متفاوتة. وتنص الطبعة الخامسة لتلك التعليمات (٢٠٠٩) على أن: «الإجهاض (أي الإنهاء الإرادي المباشر للحمل قبل اكتماله أو التدمير الإرادي المباشر لحمل مكتمل) لا يسمح به مطلقا»^{١١}. وفيما يتعلق بحالات ماثلة لحالة سافيتا. فإن تلك التعليمات تحدد أن:

«٤٧. العمليات الجراحية والعلاج والعقاقير الطبية التي يمكن أن تؤدي كغرض مباشر إلى شفاء من حالة مرضية خطيرة لامرأة حامل مسموح بها حين يكون من غير الممكن تأجيلها بأمان حتى اكتمال نمو الجنين. حتى لو نتج عن تطبيق تلك الوسائل وفاة الجنين الذي لم يولد»^{١١}.

وعلى ضوء ذلك التقرير. مرة أخرى. يبدو أنه

أنت بحاجة لعمل ذلك حالا وعلى الفور». قالت» توجهت لمقابلة الطبيب العام في الحادية عشر مساءً. ثم اضطرت للسفر مع أمها إلى بريطانيا لإجراء إجهاض عاجل»^{١٤} ووضع تقرير في نوفمبر ٢٠١٢ من قبل اللجنة المشكلة من مؤتمر الأساقفة الكاثوليك الإيرلنديين. ويحتمل أنه كان رد فعل لموت سافيتا. وحرص التقرير على ألا يتناقض مع تفسير قانون «الحق المساوي في الحياة للأجنة» الإيرلندي المذكور سابقا:

«لم تُعلم الكنيسة الكاثوليكية أتباعها أبدا أن حياة الجنين في رحم أمه مفضلة ومسبقة على حياة أمه. وبحكم أفضلية حياتهما الإنسانية المشتركة فإن حياة الأم وحياة جنينها الذي لم يولد بعد كليهما مقدستان ولهما حقوق متساوية في الحياة.

حين تحتاج امرأة حامل مريضة بداء عضال لعلاج طبي قد يعرض حياة جنينها للخطر. فإن مثل تلك العلاجات مسموح بها أخلاقيا مع افتراض أنه قد بذل أقصى جهد لإنقاذ الحياتين معا: حياة الأم وحياة الجنين.

ولأن الإجهاض يعد تدميرا إراديا مباشرا للجنين الذي لم يولد بعد وهو عمل يتناقض كليا مع الأخلاق في كل الأحوال. فإن هذا يختلف عن العلاج الطبي الذي لا يهدف مباشرة ولا إراديا لإنهاء حياة الجنين قبل مولده. ويسمح القانون الحالي والتوجهات الطبية في إيرلندا للممرضات والأطباء في المشافي الإيرلندية بتطبيق ذلك التمييز أثناء ممارستهم للمهنة ويراعون بليان الحقوق المتساوية في الحياة لكل من الأم والجنين الذي لم يولد بعد»^{١٥}

ورغم ذلك فإن الحرص على ما يتطلبه تحقيق «حقوق متساوية في الحياة لكل من الأم

الجنين»^{١٨}: لأنه طبقا لما يقوله كاتبو الدراسة، فإن الكتيب الإرشادي الخاص الذي وضعته لجان الأخلاق الكاثوليكية للعاملين بالمشافي الكاثوليكية ربما يعد مصدراً سلطوياً من قبل أولئك الأطباء، وإن إفراغ الرحم من الحمل من الممكن إجراؤه فقط بعد أن تعتل صحة الأم وتمرض. وهكذا يقر كاتبو الدراسة:

« تدل المعلومات التي لدينا على أنه بالرغم من أن رغبة القيادات الدينية الكاثوليكية لفرض معايير متشددة على أصحاب المنشآت الصحية من الكاثوليك، فإن تفسيرات متباينة وتنفيذات مختلفة للتوجيه رقم ٤٧ حدثت على مستويات مختلفة من أصحاب المنشآت الفردية (الممارسون العامون) إلى المشافي (لجنة أخلاقيات المشافي)»^{١٩}

«...وعلى الرغم من أن التعاليم الكاثوليكية تعتقد وتؤمن رسمياً أن الإجهاض مسموح به إذا كان للحفاظ على حياة الأم، فإن اللجنة الكاثوليكية لأخلاقيات المشافي تختلف عن ذلك في تفسيرها لدى المخاطر التي يمكن أن تشكل تهديداً على حياة الحامل وعلى حجم المخاطرة الموجود قبل أن يقدموا على اتخاذ القرار بالتدخل»^{٢٠}

وتبين من ست مقابلات أجروها مع أخصائي أمراض نساء وتوليد في الولايات المتحدة يعملون في مشافي يمتلكها كاثوليك، أنه على الرغم من توجيهات الأساقفة ورجال الدين، كانت هناك حالات تقتضي إجراء الإجهاض، غير أن لجنة أخلاقيات المشافي الكاثوليكية أنكرت ورفضت الموافقة على إفراغ الرحم من الأجنة حين تكون نبضات قلب الجنين ما تزال مسموعة. ما أجبر الأطباء على تأجيل اتخاذ القرار أو إحالة الحوامل المريضات إلى أماكن ومشافي أخرى، وتجاهل بعض الأطباء التعليمات

لم يكن هناك حاجة لتأخير إنهاء الحمل في حالة سافيتا لأن الجنين لم يكن مكتمل النمو. ورغم ذلك ولأن استمرار نبض الجنين الذي يدل على أن الجنين ما زال حياً، هو الذي أدى لكل تلك الفروق في اتخاذ القرار. كما حدث في حالات أخرى - فإن وجود نبض للجنين يجبر الإخصائيين الطبيين على القلق والخوف من اعتبار أن موت الجنين قد يبدو « متعمداً ».

يقر كاتبو دراسة وضعت عام ٢٠٠٨ عن تقديم العناية الطبية للإجهاض من قبل المولدين من أطباء النساء والتوليد في مشافي مملوكة لكاثوليك في الولايات المتحدة، يصفون فيها أفضل وسائل تقديم الرعاية الطبية، بما يلي:

«طبقاً لمقاييس الرعاية المقبولة إجمالاً في مباشرة حالة إجهاض، فإن قرار إجراء إجهاض يتخذ تحت ظروف معينة في وجود نبض بقلب الجنين، مثل تلك الحالات يشمل الالتهاب الصديدي في الثلث الأول من زمن الحمل أو الإجهاض المحتم، وانفجار الغشاء المحيط بالجنين وتسرب السائل الجنيني قبل اكتمال نمو الجنين أو التهاب الغشاء الجنيني، وكل الحالات التي يؤدي فيها استمرار الحمل إلى تهديد صحة أو حياة الأم بشكل مؤكد. في كل حالة من الحالات المذكورة، يجب على الطبيب المتابع للحالة أن يزن التأثير الصحي على المرأة الحامل من جراء إكمال الحمل مقابل الاحتمالات الخاصة بقدرة الجنين على الاستمرار حياً»^{٢١}

ويتابع كتاب التقرير قائلين، على الرغم من ذلك، فإن كتيب الاسترشادات الذي وضعته لجان الأخلاق الكاثوليكية، والذي يرجع إليه الأطباء لمعاونتهم على تفهم وتطبيق المعايير الكاثوليكية يذكر: «مجرد انفجار الغشاء الجنيني دون حدوث عدوى بكتيرية، لا يعد خطراً يكفي لتدخل رسمي مشروع يؤدي إلى موت

الولادة للاحتفاظ بضغط دمها كما كنت أضعها على فراش مبرد لأن حرارة جسمها بلغت ١٠٦ فهرنهايت. وكنت في حاجة لإخراج كل ما فيها من الحمل. وهكذا وضعت مجلس جهاز الموجات فوق الصوتية عليها وكان ما زال قلب الجنين ينبض. ولم تكن [لجنة الأخلاقيات] ستسمح لي بإفراغ الجنين لأن نبض القلب كان ما زال موجودا. تلك المرأة كانت تموت أمام أبطارنا. ودخلت مرة أخرى لأفحصها. وكنت أرى الحبل السري من خلال الغشاء الأمنيوسي. فقطعت الحبل السري خلسة حتى أتمكن من وضع مجلس جهاز الموجات فوق الصوتية - قلت بسعادة بصوت مرتفع « آها ... انظروا. لم يعد يوجد نبض جنين. هيا إلى العمل».

حالة أخرى تم تسجيلها في ٢٠١٠ في مستشفى يديره كاثوليك في أريزونا بالولايات المتحدة وتعد من كبريات المشافي بالولاية وتطبق تعليمات لجنة الأخلاق الكاثوليكية وتؤدي إلى النتائج والاستنتاجات ذاتها:

«... كانت حالة سيدة في العشرينيات من عمرها ولها تاريخ سابق من ارتفاع غير طبيعي في ضغط الدم وكان ضغط دمها تحت السيطرة بالعقاقير الخفضة للضغط قبل أن تصبح حاملا. كان الأطباء قلقين بسبب الجهود الزائد الذي سيضاف على قلبها بسبب الحمل. وكانت متابعتها تتم باستمرار في المراحل المبكرة للحمل حتى أظهرت الفحوصات أن حالتها بدأت في التدهور بسرعة.... وقبل أن يمضي وقت طويل كان ضغط الدم الرئوي قد ارتفع لمستوى يهدد حياتها. وتم إبلاغ المرأة من قبل الأطباء أن 'خطر الموت' مرتفع جدا إذا استمر حملها. وبعد التشاور مع المريضة. ومع أسرته وأطبائها. ومع استطلاع رأي فريق أخلاقيات المهنة الطبية في المشافي كان القرار النهائي هو الإقدام على إجراء إجهاض لإنقاذ

وخرقوها لأنهم قدروا أن سلامة حياة تلك السيدات على المحك. وإليك ما كتبوه في تقاريرهم الطبية عن ثلاث حالات:^{١٧}

• سجلت واحدة تمتلك مشفى كاثوليكي. أنه داخل مشفاهها. تُعتبر « الموافقة على إنهاء الحمل من الأمور النادرة جدا. لو كان نبض الجنين ما زال مسموعا (حتى في حالات «النسوة المصابات بنزيف شديد. وعنق رحم متسع بكامله. وعمر حملهن ١٧ أسبوعا فقط») إلا إذا كانت الحامل على شفا الموت إن لم نقم بإفراغ الرحم».

• وسجلت واحدة أخرى: «كان حملها مبكر. حاملا في ١٤ أسبوعا. وعندما أتت إلى المستشفى.. كانت يد الجنين بارزة من عنق الرحم. من الواضح أن الأغشية الجنينية كانت قد انفتحت وأنها بسبيلها إلى خروج الجنين من الرحم... ولكن كان هناك نبض للجنين ما زال مسموعا. ولكننا/اتصلنا/ بلجنة الأخلاق. وقالوا: لا. لا يمكننا عمل شيء لها». فأرسلت المرأة إلى مشفى آخر على بعد ٩٠ ميلا لتلقى الرعاية الطبية اللازمة».

• وسجلت ثالثة: «لن أنسى هذا ما حبيت: فقد كان أمرا شنيعا - كان أحد شركائي بالمشفى قد قبل دخول حالة للمشفى وكانت حاملا في ١٩ أسبوعا. كان الحمل في المهبل لا في الرحم. وغير مكتمل والأمر محسوم.... لذلك أحال تلك المريضة إلى وحدتنا الطبية. (وحدة الرعاية من المستوي الثالث) التي كنت بالكاد قد نقلت إليها. وكما تعلمون «سوف نعمل على إنقاذ الحمل». وكنت منوبة في القسم حين حدث تسمم حمل. وكنت بالطبع رهن الاستدعاء عندما تُصاب المرأة بالتسمم. وكانت بالفعل تحت تأثير التسمم والالتهاب لدرجة أنني كنت أصب في أوردتها صبا الحمايل والعقاقير الطبية وهي على طاولة

فتاة تبلغ من العمر ١٦ عاما في أغسطس عام ٢٠١٢ كانت مصابة باللوكميما وماتت جراء المضاعفات التي نتجت عن إجهاض. وكانت حالتها قد تم تشخيصها على أنها سرطان بالدم (الوكيميا) في شهر يوليو من ذلك العام. حين كانت حاملا وعمر الحمل أسابيع قليلة. في ذلك الوقت. منعت من الحصول على تفريغ علاجي للرحم - طبقا لما أوصى به متخصصون في الصحة - لأنهم كانوا يعتقدون أن ذلك مخالف للقانون. وقد تأخر أيضا علاجها بالعلاج الكيميائي لأن الأطباء كانوا قلقين من أن ذلك النوع من العلاج سوف يضر بالجنين. فماتت الفتاة والجنين.^{١١}

في شهر ديسمبر ٢٠١٢. نشرت الحملة الدولية لحق المرأة في إجهاض آمن طلبا موحدا بالتضامن مع المرأة الكوستاريكية التي حمل حملا غير قابل للنمو المتكامل مع وجود تشوهات متعددة وعيوب خلقية للجنين.^{١٢} وعلى مدى خمسة أشهر على وجه التقريب. ذكر التقرير أنها عانت من آلام مبرحة بالظهر والبطن ولم تكن قادرة على القيام بعملها. كان بقاء الجنين حيا إذا خرج لن يستمر إلا قليلا في الغالب. غير أنه لم يكن هناك في كل الدولة من يمكنه أن يبدأ عملية التوليد وينهي حملها ومعاناتها. وحين أكملت ٢٩ أسبوعا من الحمل انفتح الغشاء الجنيني. وتم إجراء جراحة قيصرية لإخراج الجنين. واستجابة لاحتياجات جماعات حقوق المرأة في الدولة قالت الأنسة «ليانا بالماسيدا» التي كانت توصف بأنها تمثل أعلى سلطة في نظام الصحة العامة في كوستا ريكا. إن قوانين البلاد لا تسمح بإجراء إجهاض في مثل تلك الأنواع من الحالات (أوردناها عن طريق التواصل بالبريد الإلكتروني. في ٤ يناير ٢٠١٣).

في أبريل ٢٠١٣. نشرت منظمة العفو

حياة الأم. قالت رئيسة المشفى ليندا هنت: كانت الخطوات التي أجراها المشفى تتوافق مع قيمنا من تحقيق الكرامة والعدل. لو واجهنا موقف يهدد فيه استمرار الحمل حياة الحامل. فإن خيارنا الأولي أن نقتل حياة كليهما. وإن لم يتيسر ذلك فإننا على الدوام نختار إنقاذ الحياة التي يمكننا إنقاذها. وهذا ما قمنا به في هذه الحالة. من جهة المبادئ والأخلاق والقيم والشرعية لا يمكننا مجرد الوقوف منتظرين ونترك سيدة تموت في حين كان بإمكاننا إنقاذ حياتها»^{١٣}

غير أنه على الرغم من اتخاذ القرار الصحيح. تم حرمان المشفى من شموله بالرعاية الكاثوليكية من قبل الأسقف توماس ج. أولستد لأن المشفى: «لم يلتزم بإخلاص بالتعليمات الأخلاقية والدينية لمعايير الرعاية الصحية الكاثوليكية»^{١٤} وسجل عن الأسقف أيضا أنه فصل [أخت] من لجنة الأخلاق بالمشفى لموافقتها على القرار المتخذ بإنهاء الحمل لإنقاذ الأم وأعلن أنها «حرمت نفسها من رحمة الكنيسة الكاثوليكية آليا». قائلا: «في حين يكون على المختصين الطبيين السعي بكل يقين لإنقاذ حياة أم حامل. فإن الوسائل التي يتبعونها لتحقيق ذلك يجب ألا تضر بالجنين بأية حال وليس اللجوء لقتله مباشرة: الغاية لا تبرر الوسيلة»^{١٥}.

جمهورية الدومينيكان، وكوستاريكا، والسلفادور: تبين أن تلك الرؤى والتفسيرات الدينية سائدة أيضا في دول أخرى تعتنق الكاثوليكية الرومانية أيضا. وتعد الدومينيكان واحدة من الدول الخمس عاليا التي تمنع إجراء الإجهاض لأي سبب كان. ولا حتى لإنقاذ حياة المرأة الحامل. وعلى الرغم من أن ذلك لا ينطبق على حالات التوليد الطارئ، فإنه طبق أيضا على حالة

الحالات على أنه تقديم لأولية حياة الجنين على وفوق أولية حياة المرأة الحامل. حتى على الرغم من أن الجنين ليس لديه مقومات الاستمرار حيا، وطبقا للاختيار الكاثوليكي،^٤ فإن الأسقف «أولمستد» أخطأ في تفسيره للسياسة الصحية الكاثوليكية في حالة السيدة في ولاية أريزونا بالولايات المتحدة الأمريكية. وعلى أية حال، فإن الأدلة والبراهين التي جمعت في هذا البحث، والتي كانت تبعد كثيرا عن تفهم السلطات الدينية الكاثوليكية وكانت في الغالب قد ظهرت من خلال تقارير وسائل الإعلام منذ نوفمبر ٢٠١٢، ولكن فقط بسبب موت سافيتا هالابانافر. فإن رفض إفراغ الرحم من الحمل حتى حين تكون حياة الحامل معرضة لخطر محقق ما زال يحدث ويتكرر على امتداد قارات ثلاث.

قيمة إنقاذ حياة المرأة بإفراغ الرحم من حمل، مطلوب أم غير مطلوب

الدول التي ما زال إجراء الإجهاض فيها ممنوعاً قانوناً وغير آمن هي عادة الدول ذاتها التي تحقق فيها وفيات الأمهات الحوامل في الحمل المرغوب فيه معدداً عالياً. بعبارة أخرى، إن قيمة حياة المرأة الحامل - في تلك الدول - متدنية بغض النظر إن كان الحمل سليماً ومستقراً أم لا، أو مرغوباً فيه أم لا. وفي الدول الكاثوليكية الخمس التي لا يسمح فيها بإجراء إجهاض حتى لإنقاذ حياة المرأة الحامل، نجد أن تفسير مفهوم السياسة الصحية الكاثوليكية من أنه يجب التضحية بالمرأة الحامل هو في حد ذاته مفهوم أصبح في خطر.

وصف عضو البرلمان الإيرلندي «جون أوماهوني» المعروف عنه تشدده في وجهات نظره المعارضة للإجهاض موت سافيتا هالابانافر بأنه «مأساة مروعة». كما قال إن ذلك لم يكن من المفروض أن يحدث حتى في

الدولية حالة «بياتريز». وهي امرأة في الثانية والعشرين من عمرها من السلفادور. وهي واحدة من خمس دول يجرم فيها بالقانون إجراء إجهاض في كل الحالات والاحتمالات. وتحت المادة القانونية رقم ١٣٣ من قانون العقوبات بالسلفادور، فإن أي فرد يقدم أو يسهل تقديم خدمات إجراء إجهاض يمكن أن تطبق عليه عقوبة السجن لسنتين طويلة. كان لدى بياتريس تاريخاً من إصابتها بالذئبة الحمراء، وهو مرض مناعي، يضر بالكلى ويصيبها بأمراض تعد من مضاعفات المرض بالذئبة الحمراء مع متاعب صحية أخرى عديدة كتداعيات ومضاعفات عديدة للذئبة الحمراء. كان لدى بياتريس ابنٌ واحدٌ يبلغ من العمر عاماً. وعانت من مضاعفات خطيرة أثناء حملها به، أما هذه المرة فقد تم تشخيص حالتها على أنها في حالة شديدة الخطورة وأنها معرضة للموت بسبب حملها مع إصابتها الأصلية بمرض الذئبة الحمراء. وأظهرت ثلاثة فحوصات بالموجات الصوتية أن الجنين بلا مخ. بمعنى، أن الجنين سوف يموت لأمحالة في رحمها أو بعد نزوله من رحمها مباشرة. وكان حمل بياتريس قد أكمل أربعة أشهر ونصف وكان مطلوباً لها إجراء تفرغ رحمي على مدى شهر كامل دون استجابة حتى تم نشر هذا المطلب الحتمي. لم يكن أطباؤها يعملون (بعد) حتى ذلك الوقت بمقتضى ما تستلزمه حالتها. فقد كانوا يشعرون بأنهم مقيدون وغير قادرين على إنهاء الحمل دون تأكيد من وسائل الإعلام ولا من الحكومة السلفادورية من أنهم لن يحاكموا ولن يعاقبوا بسبب جئوتهم لهذا النوع من العلاج المنقذ لحياتها. أي بإفراغ رحمها من الحمل، غير أنه لم تكن هناك أية استجابة من جانب الحكومة السلفادورية لطلبهم ولم يحصلوا على موافقتها أبداً لإفراغ الرحم.^{١٣}

هذا الصمت لا بد من فهمه في كل تلك

الطب من يؤمنون بأنهم مخلصون للسياسة الكاثوليكية الطبية يرفضون إنهاء حالات مماثلة من الحمل أو حتى يرفضوا إعطاء تصريح بذلك لأن قلب الجنين ما زال يخفق؟ هل هذه استثناءات - أم أن هذا هو الوضع المعتاد في الخدمات الصحية الكاثوليكية. ولو كان الأمر كذلك. ففي كم من الدول؟ على حكومة إيرلندا وعلى حكومات كل الدول الأخرى التي تطبق معايير كاثوليكية في رعاية الحوامل أن تجيب على وجه السرعة على تلك الأسئلة.

الالتزام الأخلاقي بإنقاذ حياة النساء الحوامل

تشير التقارير الفردية المقدمة في هذا البحث إلى قاسم مشترك عام يؤثر القلق في قرارات ثلاث، وهي تحث على إجراء فحص مدقق لسبب العلاج التي تقدم والنتائج التي تحقّقها للنساء المعرضات لحدوث إجهاض محتم. والحوامل بأجنة مصابة بتشوهات وعيوب خلقية وأنواع الحمل الأخرى المعيبة. وكذلك أنواع الحمل المتأثرة بأمراض خطيرة للألم وتستدعي إنهاء الحمل في المراكز الطبية والمشافي التي تدار من قبل كاثوليك.

لو كشفت المزيد من البحوث عن حالات مماثلة لحالة سافيتا. يجب أن يحرم ويمنع من تقديم الرعاية الطبية للحوامل في حالات الطوارئ، أي متخصصين طبيين كاثوليك و/أو مشافي ترفض إنهاء الحمل كحل توليدي طارئ. وتساهم المؤسسات الدينية بقوة في تقديم الرعاية الصحية في بلدان كثيرة: ففي إيرلندا، حوالي ٤٠٪ من كل المشافي ملوكة وتدار من قبل مؤسسات دينية كاثوليكية.^{١٧} وفي الولايات المتحدة الأمريكية تقدر نسبة تلك المشافي بنسبة ٣٠٪.^{١٨} في بعض الدول، مثلاً. كثير من دول أميركا اللاتينية. ودول إفريقية تحث الصحراء الإفريقية. تقدم المشافي

ظل وجود التشريعات الحالية. وأضاف: «أنا معارض للإجهاض بشكل مطلق ولكني أيضا مع حماية حياة الأم الحامل». ^{١٩} ولسوء الحظ. لا يمكن تحقيق الهدفين معا.

هل هذا هو المعيار النمطي في رعاية الأمومة بالمفهوم الكاثوليكي؟

«... يمكنني أن أتعلل بسهولة بأن حياة سافيتا كانت في خطر داهم في اللحظة التي انفجر فيها الغشاء الجنيني في عمر ١٧ أسبوعا من الحمل. ورغم ذلك هل القانون والتشريعات الإيرلندية تعنى نوعا وشكلا مختلفا من الخطر؟ ولو كان الأمر كذلك. كيف يمكن للأطباء الحكم بأن الخطر قائم؟ أي بأي معيار؟ بانفجار الكيس الجنيني وارتفاع درجة حرارة الحامل؟ أم بوجود ارجفافات شديدة؟ أم وجود عدوى بكتيرية في السائل الأمنيوسي؟ أم بوجود نتائج إيجابية في مزارع الدم المعملية؟ أم التهابات صديدية؟ أم انهيار وهبوط القلب والدورة الدموية؟ ما مدى ما يجب أن تكون عليه المرأة في إيرلندا من مرض بالنسبة إلى الطبيب حتى يقرر أن حياتها في خطر؟»^{٢٠}

هذا هو السؤال الذي لا بد من توجيهه ليس في إيرلندا فقط. ولكن في الدول الأخرى التي تحرم وتمنع الإجهاض لإنقاذ حياة الحامل. لقد كانت سافيتا تعاني من كل تلك الأعراض مجتمعة. إن رفض إنهاء الحمل المذكور في هذا البحث. الذي أدى إلى مقتل بعض السيدات والذي وضع أيضا حياة أخريات تحت وطأة الخطر الداهم على حياتهن. يعد غير أخلاقي ويخرق قسم أبوقراط الذي يقسمه الأطباء على عدم التسبب في ضرر المريض. كم من مختصين آخرين في مجالات

* قامت حكومة أوباما في الولايات المتحدة بسابقة في هذا الأمر وذلك بحجب عقد بملايين كثيرة من الدولارات عن مؤتمر الأساقفة الكاثوليك لرفضه استعمال وسائل تنظيم الحمل في خدمات الرعاية الطبية الممولة من الحكومة للنساء المتعاملات مع تلك المراكز الكاثوليكية واللاتي تتطلب حالاتهن تقديم خدمات رعاية عاجلة وفورية. وأيدت المحكمة الفيدرالية هذا القرار في عام ٢٠١٢ ^{٢١}

حجب رعاية التوليد الطارئ حين تكون حياة المرأة الحامل وصحتها معرضة لخطر محقق. وبالتعريف فإن إنهاء الحمل يعني إنهاء حياة الجنين - سواء إن كان الحمل مرغوباً فيه أم لا. المسألة المطروحة هي إن كانت حياة المرأة الحامل لها الأولوية أم لا قيمة لها على الإطلاق.

شكر وتقدير

الشكر لـ «جوريتي هورجان، وليزا هاجارتن، وتوني بيلفيلد، وباتريكا مارتن. وكل الزملاء لأرائهم التي أعانت كثيراً عند كتابة هذا التقرير في صورته الأولية.

المدارة برعاية كاثوليكية خدمات رعاية الحمل الرئيسية والأساسية فقط. حتى في مثل تلك الظروف، فإن على حكومات تلك الدول أن ترفض وتكف عن تمويل تلك الخدمات، وتستبدل بها إما خدمات رعاية للحوامل غير خاضعة لمعايير دينية، أو تطلب توفر متخصصين طبيين غير دينيين كل الوقت وعلى وجه التخصيص يكونون مسؤولين عن الإشراف على مثل تلك الحالات للحيلولة دون حدوث وفيات يمكن تجنبها بين النساء الحوامل.^{٢٨*}

بكل ضمير لا توجد حكومة تأخذ موت الحوامل بجديّة مطلقة يمكن أن تدعم

المراجع

1. www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/en/index.html.
2. Kismödi E, Bueno de Mesquita J, Andión Ibañez X, et al. Human rights accountability for maternal death and failure to provide safe, legal abortion: the significance of two ground-breaking CEDAW decisions. Reproductive Health Matters 2012;20(39): 31–39.
3. Doctors refuse to back X case motion. 6 April 2013. Irish Examiner. www.irishexaminer.com/ireland/doctors-refuse-to-back-x-case-motion-227551.html
4. Kaur J. The role of litigation in ensuring women's reproductive rights: an analysis of the Shanti Devi judgement in India. Reproductive Health Matters 2012;20(39):21–30.
5. Ray S, Madzimbamuto F, Fonn S. Activism: working to reduce maternal mortality through civil society and health professional alliances in sub-Saharan Africa. Reproductive Health Matters 2012;20(39): 40–49.
6. McDonald H. Hundreds of Irish women forced to come to Britain for abortions. The Guardian, 16 November 2012. www.guardian.co.uk/world/2012/nov/16/ireland-abortion-women-forced-abroad.
7. Savita Halappanavar jury returns unanimous medical misadventure verdict. Irish Times. 19 April 2013. www.irishtimes.com/news/health/savita-halappanavar-jury-returns-unanimous-medical-misadventure-verdict-1.1365716#.UXFWIIYu0i4.twitter.
8. See: http://en.wikipedia.org/wiki/Eighth_Amendment_of_the_Constitution_of_Ireland.
9. See: http://en.wikipedia.org/wiki/Sheila_Hodgers.
10. High Court grants 'Miss D' right to travel. Irish Times. 5 September 2007. www.irishtimes.com/newspaper/breaking/2007/0509/breaking1.htm.
11. Grand Chamber Judgement A.B and C. v. Ireland 16.12.10, at: <http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=003-3375636-3783610>. p.5.
12. www.bailii.org/ie/cases/IESC/2009/S82.html.
13. www.thejournal.ie/constitution-allows-abortion-unviable-pregnancy-747060-Jan2013/?utm_source=twitterfeed&utm_medium=twitter.
14. Ó Cionnaith F. Miscarrying women told to 'read between lines' and go to UK. Irish Examiner. 16 November 2012.
15. www.catholicbishops.ie/2012/11/19/statement-standing-committee-irish-catholic-bishops-conference-equal-inalienable-life-mother-unborn-child/.
16. Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services. United States Conference of Catholic Bishops. 5th ed., 2009. p.26. www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/health-care/upload/Ethical-Religious-Directives-Catholic-Health-Care-Services-fifth-edition-2009.pdf.
17. Freedman LR, Landy U, Steinauer J. When there's a heartbeat: miscarriage management in Catholic-owned hospitals. American Journal of Public Health 2008;98(10):1774–78.
18. Catholic Health Care in the United States. Washington, DC: Catholic Health Association; 2007.
19. Counihan P. American case echoes Savita story as Bishop strips hospital of Catholic affiliation. IrishCentral. 23 November 2012. www.irishcentral.com/news/American-case-echoes-Savita-story-as-Bishop-strips-hospital-of-Catholic-affiliation-180587051.html.
20. McCann E. www.hotpress.com/archive/6726866.html.
21. Romo R. Pregnant teen dies after abortion ban delays her chemo treatment for leukemia. CNN. 18 August 2012. www.cnn.com/2012/08/18/world/americas/dominican-republic-abortion/index.html.
22. International Campaign for Women's Right to Safe Abortion. Costa Rica: solidarity request. <http://safe-abortion-womens-right.tumblr.com/post/38219193742/solidarity-request-costa-rica-call-to-action-to-help>.
23. Amnesty International. Request for solidarity: El Salvador: woman denied life saving medical intervention. 15 April 2013. www.refworld.org/docid/5177d9574.html.
24. Diocese of Phoenix maligns Catholic nun, errs on canon law. Catholics for Choice press release. 20 May 2010. www.catholicsforchoice.org/DioceseofPhoenixMalignsCatholicNun.asp.
25. McGee H. Abortion views of some Fine Gael TDs have shifted. Irish Times. 16 November 2012.
26. Dr Jen Gunter. Blog. <http://drjengunter.wordpress.com/2012/11/20/how-sick-must-a-pregnant-woman-be-inireland-for-her-doctor-to-say-her-life-is-at-risk/>. 20 November 2012.
27. Caring for Health in Ireland. Council for Justice and Peace of the Irish Episcopal Conference. Dublin: Veritas, 2012. www.catholicbishops.ie/wp-content/uploads/2012/02/caring-for-healthin-Ireland.pdf.
28. Mencimer S. Catholic bishops lose a big battle over contraception. Mother Jones. 26 March 2012. www.motherjones.com/mojo/2012/03/catholic-bishops-lose-another-contraception-fight.

القانون والسياسات

ترجمة: سهير جمال محفوظ

التفاضلي القائم على الحقوق، وكذا إلى إجراء أبحاث تجريبية على تأثيراتها على الصحة العامة.^١

ROUND UP, Law and policy

Human rights, health litigation and public health outcomes

Reproductive Health Matters 2012;20(39):225-229

Meier BM, Yamin AE. Right to health litigation and HIV/AIDS policy. Journal of Law, Medicine & Ethics 2011;39:81-84

عشرة أعوام من الإجهاض القانوني في نيبال تنقذ آلاف الأرواح

منذ عشرة أعوام، أُتيح الإجهاض بناءً على الطلب خلال الاثنى عشر أسبوعاً الأولى من الحمل في نيبال. وسُمح به حتى مدة ١٨ أسبوعاً من الحمل إذا كان يمثل خطورة على حياة المرأة. وفي حالات الاغتصاب. وسفاح المحارم. ويتحتم إجراء الإجهاض في مستشفى أو عيادة يديرها أطباء معتمدون من وزارة الصحة. قبل عام ٢٠٠٢، كانت المرأة التي يُشتبه في أنها خضعت لعملية إجهاض قد تتعرض للسجن. وكان قرابة نصف حالات أمراض النساء والولادة التي تودع في المستشفى تكون ضحيةً لمضاعفات عمليات الإجهاض غير المشروعة. وفقاً لدراسة أجرتها الحكومة ومنظمة اليونيسيف، قُدرت وفيات الأمهات الناتجة عن الإجهاض غير الآمن بنسبة ٢٠٪ من إجمالي وفيات الأمهات عام ٢٠٠٠. أما حالياً، فقد تلقت ٥٠٠٠٠٠ امرأة خدمات الإجهاض القانوني، وانخفض معدل المضاعفات إلى ٢٪

نتائج حقوق الإنسان والدعاوى القضائية المتعلقة بالصحة والصحة العامة

شهدت الخمسة عشر عاماً الماضية تزايداً في اللجوء إلى التفاضلي في الأمور المتعلقة بحقوق الإنسان لترجمة المبادئ العالمية إلى التزامات قانونية موجبة لإقامة دعاوى. وقد يكون هذا النهج وسيلة لتشكيل البيئة القانونية والسياسية، ودمج مبادئ الحقوق الأساسية في السياسة والبرمجة، وتيسير مساءلة الحكومات. فعلى سبيل المثال، نُجحت إحدى الدعاوى عام ٢٠٠٢ والتي أُقيمت بقيادة المجتمع المدني أمام المحكمة العليا بجنوب إفريقيا في تحميل حكومة جنوب إفريقيا مسؤولية توسيع نطاق علاج فيروس نقص المناعة البشرية ليشمل النساء الحوامل. غير أن ما يثير "السخرية المأساوية" هو أن يتسبب هذا النجاح في انقلاب الانتقادات على أصحابها بذريعة أن مثل هذه الأساليب القائمة على الحقوق ترجّح المطالبات الفردية على العوامل الأساسية المحددة للصحة، وتضعف من سيادة الدولة المنوطة بترتيب أولويات الصحة العامة. لكن هناك خطراً جزئياً الابتعاد المتزايد عن النهج القائمة على الحقوق لصالح الأطر فعالة التكلفة التي تقبل العمل في حدود موازنة صحية منخفضة، وتخفق في دراسة القوى الهيكلية. فليسوف يقيّد ذلك عملية صنع القرار على الصعيد الوطني. يؤيد المؤلفون التركيز المتواصل على حقوق الإنسان في سياسة الصحة. على أن يستند هذا التركيز إلى مؤشرات الصحة العامة، ويدعون إلى إجراء تحليلات مقارنة لاستراتيجيات

ROUND UP, Law and policy

Ten years of legal abortion in Nepal has saved thousands of lives

Reproductive Health Matters 2012;20(39):225-229

1. 10th anniversary of legalisation of abortion. Himalayan News Service, 13 March 2012

2. Samandari G, Wolf M, Basnett I, et al. Implementation of legal abortion in Nepal: a model for rapid scale-up of high-quality care. Reproductive Health 2012;9(1):7.

الإجهاض الدوائي - صراع بين الأدلة والقانون

ثمة حجج قوية في الأوساط الطبية، وأوساط الصحة العامة، تؤيد توسيع نطاق توفير أقرص الإجهاض الدوائي ليشمل كل البلدان. لكن دواء ميفبريستون مرخص به في أقل من بلد واحد من بين كل أربعة بلدان. أما دواء ميسوبروستول فيتوفر على نطاق واسع لكنه مصرّح به فقط كعلاج وقائي من الإصابة بالقرحة الهضمية. ولم ترخص سوى قلة قليلة من البلدان باستخدامه للإجهاض. حتى في البلدان التي يكون الإجهاض فيها قانونيًا. رغم أن معدل نجاح ميسوبروستول وحده أقل بكثير من معدل نجاحه إذا ما اقترن استخدامه بدواء ميفبريستون. فإنه لا يزال طريقة آمنة ومقبولة وفعالة إلى حد معقول للإجهاض الطبي في البلدان التي لا يُرخص فيها باستخدام ميفبريستون وبهذا يجب اعتماده لهذا الغرض. وبالرغم من ذلك يظل قيام المرأة بإجهاض نفسها جريمة كبيرة في أغلب البلدان. رغم أن أدوية الإجهاض الطبي يمكن الحصول عليها عبر الإنترنت أو عن طريق الاستيراد من أجل الاستعمال الشخصي. وقد انتهت الدعاوى القليلة التي وصلت للمحاكم

تقريبًا وفقًا لدراسة استقصائية أجريت عام ٢٠٠٨ على ٧٠٠٠ امرأة^١.

أدى التخطيط الشامل الذي قامت به مجموعة من أصحاب المصالح بقيادة وزارة الصحة والسكان في نيبال إلى تمكين البلاد من تقديم خدمات الإجهاض الآمن والارتقاء بها خلال إطار زمني قصير جدًا. وكان الوجود المسبق لخدمات رعاية ما بعد الإجهاض أحد العوامل الأساسية في ذلك؛ حيث كان مقدمو الرعاية الصحية معندين بالفعل على الأساليب الرئيسية للإجهاض الآمن. وقد أبدت الحكومة دورًا قياديًا في تنسيق الإسهامات التكميلية التي قدمها قطاع عريض من مثلي القطاعين العام والخاص. وبمعايير بسيطة لترخيص مرافق رعاية مرضى الإجهاض التابعة للقطاع العام. ومنحت السياسات القائمة على مؤشرات الصحة العامة مقدمي الرعاية الطبية ذوي المستوى المتوسط (الممرضات والمساعدين) الصلاحية للقيام بالإجهاض الطبي. ويتضمن الإجهاض في مبادرات الأمومة الآمنة الحالية وغيرها من المبادرات الصحية. لكن بعض التحديات لا تزال قائمة: مثل إمكانية الوصول المحدودة في المناطق النائية. وارتفاع التكاليف بالنسبة للنساء الفقيرات اللاتي تواجهن تكاليف النفقات الشخصية والتكاليف الخفية. تتوفر خدمة الإجهاض المستحث نظير رسوم بسيطة (حوالي ١٤ دولارًا أمريكيًا). بينما تُقدّم الرعاية بعد الإجهاض. والولادة. والرعاية قبل الولادة وبعدها. ووسائل منع الحمل طويلة المفعول مجانًا. غير أن المؤشرات تبدو إيجابية جدًا إذ انخفض معدل وفيات الأمهات حسب التقديرات من ٥٣٩ عام ١٩٩٦ إلى ٢٢٩ عام ٢٠٠٩^١. ويرجع الفضل في ذلك جزئيًا إلى عمليات الإجهاض الآمنة.

يحق لكل امرأة تعرضت للاغتصاب إجراء الإجهاض بطريقة مشروعة. هذا الحكم غير مسبوق؛ فعلى مدى قرن كامل تقريبًا. كانت الحالة الوحيدة للمرأة الحامل ضحية الاغتصاب والمستحقة للإجهاض القانوني هي المرأة المصابة بالعتة أو الجنون. والآن، بعد مرور ٩١ عامًا على تحول قانون العقوبات إلى قانون معمول به، أكدت أعلى محكمة في الأرجنتين إتاحة الإجهاض لكل ضحايا الاغتصاب.

كان لهذا الحكم علاقة بقضية فتاة في الخامسة عشرة من عمرها حملت نتيجة تعرضها للاغتداء الجنسي من قبل زوج أمها. فطلبت أسرتها إذنًا قضائيًا من قاضي محكمة الأسرة لإجراء الإجهاض، رغم أن مثل هذا التصريح لا يقتضيه القانون. لكن المحكمة رفضت الطلب لأن الفتاة غير معاقة ذهنيًا. فاستأنفت أسرة الفتاة الحكم أمام المحكمة العليا لمقاطعة تشوبوت التي ألغت قرار قاضي محكمة الأسرة وقررت جواز حصول الفتاة على إجهاض قانوني. غير أن المحامي العام لمقاطعة تشوبوت استأنف ذلك القرار أمام المحكمة الوطنية العليا بالنيابة عن الجنين. لكن خطته أخفقت؛ فقد رفضت المحكمة الوطنية العليا بالإجماع الاستئناف وأكدت على دعمها لقرار محكمة تشوبوت.

في ظل قرار المحكمة العليا، أصبح من الصعب وضع العوائق القانونية. مثل طلب حصول المرأة على تصريح قضائي أو التقدم بشكوى رسمية للشرطة للإبلاغ عن الاغتصاب. ويفيد الحكم بأن كلا الإجراءين غير مطلوب. فإفادة المرأة بحقيقة تعرضها للاغتصاب تفي بالغرض. رغم أن العقوبات القانونية والطبية أمام الإجهاض ستظل قائمة بالنسبة لأغلب النساء، إلا أن هذا يظل تقدمًا هائلًا في مجال حقوق المرأة في الأرجنتين.¹

إلى حد كبير لصالح المرأة حتى الآن؛ لكن على الجانب الآخر يكون المصير شبه المحتوم للرجال الذين يحاولون إجهاض شريكاتهم باستخدام الأدوية هو السجن. بالنسبة للنساء اللاتي يضطررن إلى الاعتماد على الشراء غير القانوني غالبًا لأدوية الإجهاض الدوائي عبر الإنترنت أو من الصيدليات، تكمن المشكلة في أن مواقع الإنترنت والصيدليات تختلف فيما بينها؛ فبعضها يخضع لقوانين تنظيمية جيدة ويسعى علنًا إلى تعزيز إمكانية الحصول على الإجهاض المبكر الآمن. والبعض الآخر يبيع أدوية مزيفة أو غير فعالة من أجل الربح فقط. إن قانون الإجهاض في أغلب البلدان لا يواكب التطورات العلمية، وفي سبيل حماية النساء اللاتي يقعن في مشكلة حالات الحمل غير المرغوب ومن يساعدهن من الوقوع تحت طائلة القانون، والتعرض لخطر الحبس. تحتاج هذه القوانين إلى التحديث؛ بحيث تراعي الإدارة الذاتية للإجهاض قبل مرور تسعة أسابيع من الحمل.¹

ROUND UP, Law and policy

Medical abortion - conflict between evidence and the law

Reproductive Health Matters 2012;20(39):225-229

1. Sam Rowlands. Abortion pills: under whose control? Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2012;38:117-22.

إجهاض الحمل الناتج عن الاغتصاب مشروع في الأرجنتين لجميع النساء

أصدرت المحكمة العليا في الأرجنتين في مارس ٢٠١٢ حكمًا يوضح نطاق قانون الإجهاض الحالي للقضاة والأطباء ووزراء الصحة. حيث قضت بأنه بموجب قانون العقوبات الأرجنتيني،

أوقف "قانون التقييد" تقديم المساعدات الأمريكية لأي منظمة معنية بتنظيم الأسرة تقدم خدمات الإجهاض أو معلومات عنه أو استشارات خاصة به. وترتب على هذا انخفاض في تمويل تنظيم الأسرة. وتراجع نسبي في استخدام وسائل منع الحمل الحديثة. ويتضح أن ذلك تسبب في ارتفاع مستويات الإجهاض. وقد طُبق قانون "التكميم العالمي" منذ ١٩٨٤ وحتى ١٩٩٣. ثم عاد إلى الوجود عام ٢٠٠١ حتى اليوم الذي تولى فيه أوباما الرئاسة.^١

ROUND UP, Law and policy

US Global Gag Rule on abortion led to increased abortion rates in sub-Saharan Africa
Reproductive Health Matters 2012;20(39):225-229
1. Bendavid E, Avilab P, Millera G. United States aid policy and induced abortion in sub-Saharan Africa. Bulletin of World Health Organization 2011;89:873-80

ROUND UP, Law and policy

Abortion for pregnancy due to rape legal in Argentina for all women
Reproductive Health Matters 2012;20(39):225-229
1. Kane G. Abortion rights victory for rape victims in Argentina. Slate, 19 March 2012.

قانون التقييد العالمي الأمريكي بشأن الإجهاض يؤدي إلى ارتفاع معدلات الإجهاض في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى

كشفت مراجعة لبيانات استقصائية خاصة بالسكان والصحة حول مستويات الإجهاض المستحث في ٢٠ من بلدان إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى في الفترة بين عامي ١٩٩٤ و٢٠٠٨ عن ارتفاع معدلات الإجهاض في البلدان الأكثر تأثراً "بقانون التقييد العالمي الأمريكي".



جناح الأمومة، مستشفى جوزيه فابيللا، مانيللا، الفلبين. (٢٠١١)

وفيات الأمهات أو صحة المرأة

ترجمة: سهير جمال محفوظ

تتراوح أعمارهن بين ٢٠-٢٥ عامًا، واللاتي أُجبن عددًا أكبر من المواليد. وفي الأماكن حيث تزداد مستويات استثمار الدولة في الرعاية الصحية، وارتبطت كذلك المستويات المتدنية من التعليم بارتفاع وفيات الأمهات حتى بين النساء اللاتي حصلن على الرعاية أثناء الولادة من مؤسسات الرعاية. غير أنه لم تُرصد أي علاقة بين القدرة الاستيعابية للمؤسسات ووفيات الأمهات في النموذج المعدّل.

للتعليم علاقة مباشرة، وأخرى غير مباشرة بوفيات الأمهات. فالنساء الأكبر حظًا من التعليم يتمتعن بقدرة أكبر على الحصول على المعلومات الصحية واستيعابها والشعور بثقة أكبر عند السؤال عن احتياجاتهن من الرعاية الصحية. فالتعليم قد يؤدي بصورة غير مباشرة إلى تعزيز الشعور بتقدير الذات ومن ثم التمكين لاتخاذ قرارات تتعلق بالصحة. وثمة عوامل محدّدة اجتماعية أخرى للصحة يثبتها ارتفاع مؤشرات صحة الأمهات بين النساء المتزوجات أو المعاشرات عنها في العزباوات. ما قد يعكس كيف يجتمع الضرر الاجتماعي والاقتصادي مع التوجهات حيال الحمل بدون زواج ليؤثر في حياة النساء. يرى المؤلفون أنه يجب إيلاء مزيد من الاهتمام للمحدّات الاجتماعية الأشمل للصحة عند ابتكار استراتيجيات للحد من وفيات الأمهات^١.

ROUND UP, Maternal mortality or women's health
Women with lower levels of education at higher risk of maternal death
Reproductive Health Matters 2012;20(39):216-224

النساء الأقل حظًا من التعليم أكثر عرضة لوفيات الأمهات

تناول هذه الدراسة العالمية العلاقة بين تعليم الأمهات، ووفيات الأمهات بين النساء اللاتي يضعن مواليدهن في مؤسسات الرعاية الصحية، وتحرى عن ارتباط ذلك بعمر الأم، والحالة الاجتماعية، وعدد المواليد، والطاقة الاستيعابية للمؤسسة، واستثمار الدولة في الرعاية الصحية. في إطار الدراسة الاستقصائية العالمية التي أجرتها منظمة الصحة العالمية على صحة الأمهات في فترة ما حول الولادة، تم جمع معلومات حول ٢٨٧٠٣٥ امرأة من مختلف فئات المجتمع أثناء الولادة. بدءًا من دخول المستشفى وحتى الخروج، في ٣٧٣ مؤسسة رعاية صحية في ٢٤ بلدًا، وذلك خلال الفترة من ٢٠٠٤ إلى ٢٠٠٥ في أفريقيا وأمريكا اللاتينية، وخلال الفترة من ٢٠٠٧ إلى ٢٠٠٨ في آسيا. كان معدل تعرض النساء غير المتعلمات لخطر الوفاة الناجمة عن الحمل والولادة يفوق معدل الخطر بالنسبة للنساء اللاتي حصلن على أكثر من ١٢ عامًا من التعليم بنحو ٢,٧ ضعفًا. أما النساء اللاتي حصلن على قسط من التعليم يتراوح بين عام إلى ٦ أعوام، فكان معدل تعرضهن للخطر يبلغ ضعف المعدل بالنسبة للنساء الأكبر حظًا من التعليم. وكان معدل تعرض النساء غير المتزوجات أو المعاشرات لخطر الموت يزيد بمعدل الضعف تقريبًا عنه بالنسبة للنساء المتزوجات أو المعاشرات. كانت هناك زيادة كبيرة في خطر التعرض للموت بين النساء اللاتي تتجاوز أعمارهن ٣٥ عامًا مقارنةً بهؤلاء اللاتي

وأخضعت الموارد غير الكافية للإشراف والرقابة المنتظمة. لم تُتخذ أي إجراءات ضد هؤلاء الذين يخالفون النظام. وفقاً لما كشفته المقابلات الشخصية مع الجهات الإشرافية. مثل مجالس إدارات المستشفيات. يقدم التقرير توصيات لتعزيز أنظمة الرقابة والمساءلة الفعالة التي لا تنجح الإصلاحات بدونها.^{1,2}



منظمة العموم الدولية

نظمت منظمة العموم الدولية قافلة في أنحاء سيراليون مع الناشطين والموسيقين ومجموعة مسرحية لإشراك المجتمعات المحلية في التصرف بشأن وفيات الأمهات وتأدية دور نشط في مطالبة السلطات بحقوقهم وبالمساءلة. امنستي الدولية

ROUND UP, Maternal mortality or women's health
Sierra Leone's maternal health reforms fail to deliver free treatment
Reproductive Health Matters 2012;20(39):216-224

1. At a Crossroads: Sierra Leone's Free Health Care Policy. Amnesty International, 2011. See also: <http://www.amnesty.org/en/news-and-updates/report/sierra-leone-pregnant-women-still-denied-lifesaving-medical-care-2011-09-05>.

2. Moszynski P. Sierra Leone's maternal health reforms fail to deliver free treatment, says Amnesty International. BMJ 2011;343:d5645.

1. Karlsen S, Say L, Souza J-P, et al. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: Analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC Public Health 2011;11;606. Doi: 10.1186/1471-2458-11-606.

الإصلاحات في مجال صحة الأمهات تخفق في تقديم العلاج المجاني في سيراليون

تعرض الإصلاحات الصحية التي اتخذتها سيراليون مؤخراً للانهيار بفعل نقاط الضعف الخطيرة التي تتخلل النظام الصحي. وذلك وفقاً لما أورده تقرير جديد أصدرته منظمة العموم الدولية. تشير إحصاءات الحكومة إلى أنه منذ إدخال مبادرة الرعاية الصحية المجانية التي أطلقتها، وتشمل الرعاية المجانية أثناء الحمل والولادة، والخدمات المجانية للأمهات المرضعات، تزايد عدد النساء اللاتي يحصلن على رعاية ما قبل الولادة ويضعن مواليدهن في مرافق صحية. وبالرغم من ذلك، لا يزال هناك قصور كبير في إمكانية الحصول على الرعاية. قالت العديد من النساء إنهن لم يستطعن الحصول على الأدوية أو الرعاية. إما بسبب عدم توفر الإمدادات الطبية الأساسية في المرافق الصحية، أو لأن موظفي الصحة طلبوا دفع تكاليف أشياء كان من المفترض أن تقدم مجاناً. شملت نقاط الضعف في نظام المشتريات فساداً في منفذ الدخول إلى البلاد تفتش حتى وصل إلى صيدليات المرافق الصحية. حيث كانت النساء تدفع مقابلاً للحصول على الأدوية المجانية. اتخذت الحكومة خطوات لزيادة إمكانية حصول النساء على الخدمات الصحية وخاصة زيادة رواتب موظفي الصحة وإمدادهم بتدريب إضافي. لكن وزارة الصحة لم تكن تراقب سياستها التي تقتضي توفير الرعاية الصحية للأمهات مجاناً.

كنقاط مثيرة للقلق. ويرجع الفضل في تلك التطورات إلى الالتزام السياسي الوطني تجاه المشكلات الجنسانية. بما في ذلك الحصول على خدمة تنظيم الأسرة وإباحة الإجهاض. والتأييد القومي من قبل وزارة الصحة العامة. وتوضح هذه التطورات إمكانية خفض معدلات وفيات الأمهات بدرجة كبيرة خلال فترة زمنية قصيرة نسبياً¹.

ROUND UP, Maternal mortality or women's health
Commitment to gender concerns reduces maternal mortality, Tunisia
Reproductive Health Matters 2012;20(39):216-224

1. Ben Farhat E, Chaouch M, Chelli H, et al. Reduced maternal mortality in Tunisia and voluntary commitment to gender-related concerns. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2012;116:165-68.

العوامل المؤدية لارتفاع معدلات الولادة القيصرية، الصين

ارتفعت معدلات الولادة القيصرية في الصين بسرعة كبيرة من ١٨٪ إلى ٣٩٪ بين النساء الحضرية البكرات في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٢. وارتفع المعدل في أرياف الصين بسرعة أقل. لكن يُعتقد أنه تجاوز الآن ٢٥٪. تم فحص ٣٤٤٨٢ مولوداً حياً تم تسجيلهم في أربع دراسات استقصائية للخدمات الصحية الوطنية في جميع أنحاء الصين (١٩٩٣ و ١٩٩٨ و ٢٠٠٣ و ٢٠٠٨) لقياس التأثير النسبي للتغيرات في دخل الأسرة والحصول على التأمين الصحي والتعليم في الفترة بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠٠٨. كما تم تحليل المناطق الحضرية والريفية كلاً على حدة.

على الصعيد المحلي. قفز معدل العمليات القيصرية من ٣,٤٪ عام ١٩٨٨ إلى ٣٩٪ عام ٢٠٠٨. وكان أكبر معدل للزيادة في النساء

الالتزام تجاه اهتمامات النوع الاجتماعي يحد من وفيات الأمهات، تونس

قدر عدد وفيات الأمهات وأسبابها في تونس في الفترة بين عامي ١٩٩٩ و ٢٠٠٧. وقورن ببيانات الفترة بين عامي ١٩٩٣ إلى ١٩٩٤. وذلك لتقييم برنامج الأمومة الآمنة التونسي وما له من تأثير. وتم قياس جميع حالات وفيات النساء في عمر الإيجاب في تونس التي سجلها القطاعين العام (١٩٩٩-٢٠٠٧) والخاص (٢٠٠٦ فقط) الصحيين. لتحديد ما إذا كانت حالات الوفاة ترجع لأسباب متعلقة بالحمل. انخفض معدل وفيات الأمهات من ٦٨,٩ بين كل ١٠٠٠٠٠ مولود حي عام ١٩٩٣-١٩٩٤ إلى ٣٦,٣ عام ٢٠٠٥-٢٠٠٧. حيث ظل إجمالي وفيات الأمهات ثابتاً. بينما ازداد عدد المواليد الأحياء. ظل النزيف واضطرابات ارتفاع ضغط الدم، هي الأسباب الرئيسية وراء وفاة الأمهات. وتراجعت معدلات الوفيات الناجمة عن الإجهاض المستحث من ٢,٣٪ عام ١٩٩٩-٢٠٠١ إلى ٠,٦٪ عام ٢٠٠٥-٢٠٠٧. كان نقص الدم والأدوية والإمدادات في المرافق الصحية (بما في ذلك وسائل النقل) من الأسباب التي ساهمت في ١٠٪ من الوفيات. وساهم نقص أطباء التخدير أو النساء والتوليد في ٥,٥٪ من الوفيات. رغم تراجع كلا العاملين تراجعاً هائلاً بين الفترتين الأولى والثانية. ضاقت الفجوة بين المناطق الحضرية والريفية. رغم أن معدل وفيات الأمهات ظل في المناطق الوسطى والغربية أعلى منه في الساحل الشرقي الأكثر تحضراً. أصبح النزيف بعد الولادة سبباً متزايداً لوفاة الأمهات. ويجب الحد من هذه بصفة خاصة. اختفت وفيات الأمهات المرتبطة بالإجهاض المتعمد اختفاءً شبه تام. حيث لم تُسجل سوى حالة واحدة في الفترة من ٢٠٠٥-٢٠٠٧. ما يوضح تأثير تحرير قانون الإجهاض التونسي. تمت الإشارة إلى النسبة المرتفعة من حالات الولادة المنزلية والاختلافات الجغرافية البارزة

1. Feng XL, Xu L, Guo Y, et al. Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1988 and 2008. Bulletin of World Health Organization 2012;90:30-39A.

حواجز متعددة في طريق استخدام سلفات الماغنيسيوم في علاج تسمم الحمل (الارتجاج) وما قبل تسمم الحمل، الهند

سعت هذه الدراسة إلى التعرف -على مستويات المرافق الصحية والمستويات المهنية- على العوامل التي قد تعيق أو تيسر الاستخدام الصحيح لسلفات الماغنيسيوم في علاج مرحلة ما قبل تسمم الحمل، وكذا تسمم الحمل. تقل مخاطر حدوث التشنجات إلى النصف عند معالجة النساء في مرحلة ما قبل تسمم الحمل بسلفات الماغنيسيوم، لكن الإقبال على استخدامه يظل ضعيفاً في الكثير من الأماكن رغم الأدلة الدامغة على سلامته وفعالته. عُقدت سبع مناقشات في إطار مجموعات اختبار بين مجموعة مختارة بعناية من أطباء النساء والتوليد والأطباء المقيمين والمرضات في ثلاثة مستشفيات في ناجبور بشأن توفر المرافق والأدوية، ومعايير التشخيص وإدارة مرحلة ما قبل تسمم الحمل، وتسمم الحمل، والتوجهات المتبعة في استخدام سلفات الماغنيسيوم، والعوائق المتصورة في طريق علاج مرحلة ما قبل تسمم الحمل وتسمم الحمل.

تؤدي إمدادات الدواء المحدودة ونقص الإرشادات المؤسسية والمعدات والعاملين المدربين إلى إعاقة ترجمة السياسة القائمة على الأدلة إلى واقع عملي. في حين اتفق المشاركون في جميع المرافق على العلامات والأعراض التي تؤدي إلى مرحلة ما قبل تسمم

الحضريات اللاتي وضع ١٤,١٪ منهن بعملية قيصرية عام ٢٠٠٨. حتى في المنطقة الأقل نموًا، ارتفع المعدل من الصفر عام ١٩٨٨ إلى ١١,٣٪ عام ٢٠٠٨. كانت الحالة الاجتماعية والاقتصادية لمنطقة السكن عاملاً محددًا أهم من الحالة الاجتماعية والاقتصادية للفرد. وكان المعدل بين النساء الحضرين اللاتي حصلت على مستوى منخفض من التعليم أعلى منه بكثير بين النساء الريفيات اللاتي حصلت على نفس القدر من التعليم. ازدادت معدلات الولادة القيصرية عام ٢٠٠٨ إلى خمسة أضعاف في المنطقة الأكثر ثراءً عنها في المنطقة الريفية الأفقر. بغض النظر عن دخل الأسرة الفردي أو مستواها التعليمي أو الحصول على تأمين صحي، إن التغيرات التي طرأت على متغيرات فردية مثل الحصول على تأمين صحي أو الثروة المتزايدة لا تفسر المعدل المتنامي. وجدير بالملاحظة أن مدفوعات التأمين الصحي قد لا تكون هي القوة المحركة الرئيسة؛ فقد زاد المعدل بين النساء اللاتي لا يتمتعن بتأمين صحي بسرعة أكبر منه بين النساء اللاتي يتمتعن به في كل من المناطق الحضرية والريفية. يقترح المؤلفون عاملين مساهمين محتملين: فبسبب سياسة الطفل الواحد الصينية، فإن الوالدين اللذين يتوقعان أن ينجبا طفلاً واحداً قد يختاران ما يعتقدان أنه الخيار الأكثر أماناً للولادة. وقد يكون الحرص المتزايد على عمليات الولادة التي يحضرها أطباء وما يرتبط بذلك من تهميش لدور القابلة أيضاً أحد العوامل المساهمة. يجب توفير المزيد من المعلومات حول الأمان الفعلي والمتصور للعملية القيصرية في الصين.

ROUND UP, Maternal mortality or women's health
Factors for rising caesarean rates, China Reproductive Health Matters 2012;20(39):216-224

تفتقر إلى القوة العاملة والمعدات اللازمة لإدارة حالات مرحلة ما قبل تسمم الحمل وتسمم الحمل طبقاً للإجراءات السريرية الموصى بها. وفي حين كانت مستشفيات الرعاية الخدمية المتخصصة تمتلك بانتظام مخزوناً من سلفات الماغنيسيوم، فقد كانت تفتقر إلى الموظفين لإدارة الحالات. حتى العادي منها، وكان مقدمو الخدمات في مستشفيات الإحالة لتقديم الرعاية الخدمية المتخصصة يفتقرون إلى أدوات المختبرات والتشخيص الكافية، ومرافق المراقبة، والأدوية الأساسية، وجهاز تنفس اصطناعي عامل والموظفين الأساسيين. قال الممرضون والمرضات في المستشفيات الثلاثة إنهم لا يمتلكون أي معلومات أو مهارات للتعامل مع تسمم الحمل، لكنهم أيضاً اعترفوا بحقيقة ترددهم إلى حد ما في التعامل مع الحالات المعقدة؛ خشية أن يقع عليهم اللوم حال حدوث أي عواقب سلبية، حتى إذا كانت تلك العواقب نتيجة طبيعية للحالة.¹

ROUND UP, Maternal mortality or women's health
Multiple barriers to using magnesium sulphate for treatment of eclampsia and pre-eclampsia, India
Reproductive Health Matters 2012;20(39):216-224

1. Barua A, Mundle S, Bracken H, et al. Facility and personnel factors influencing magnesium sulfate use for eclampsia and pre-eclampsia in 3 Indian hospitals. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2011;115(3):231-34.

الحمل وتسمم الحمل. شعر الأطباء والممرضون والمرضات بأن النساء غالباً ما يتأخرن في طلب الرعاية بسبب افتقارهن إلى المعرفة، أو لنقص وسائل المواصلات التي يمكنهن حمل تكاليفها، ومواجهة صعوبات في الحصول على الخدمات. وقد أدى الإخفاق في تشخيص مرحلة ما قبل تسمم الحمل وتسمم الحمل في مستويات الرعاية الأقل إلى تعقيد عملية إدارة الحالات في مرافق الرعاية الخدمية المتخصصة. وأقر أطباء أمراض النساء بالدور المفيد الذي يؤديه عقار سلفات الماغنيسيوم لكنهم أبدوا حفاظات حول استخدامه لفترات متددة خاصةً بدون القدرة على مراقبة مستويات الماغنيسيوم في مصل الدم. وأدى عدم وجود إرشادات مؤسسية حول دواعي استخدام سلفات الماغنيسيوم إلى خلق حالة من الحيرة بشأن هذا الدواء في الواقع العملي.

كما خير أطباء أمراض النساء أيضاً بشأن دواعي استعماله للنساء في مرحلة ما قبل تسمم الحمل والنساء اللاتي تتعرضن لتشنجات مستمرة. وقلق مقدمو الخدمة بشأن المخاطر على الجنين والأم، خاصةً عند امتصاص سلفات الماغنيسيوم في الجسم بالتزامن مع دواء التخدير أثناء الولادة القيصرية. وقيل إن أطباء التخدير رفضوا في بعض الأحيان استخدام سلفات الماغنيسيوم.

شعر الأطباء السريريون والممرضين والمرضات في المرافق الثلاثة بأن مستشفياتهم كانت

ترجمة: سهير جمال محفوظ

أثناء البرنامج، تلقى ٩٠٪ منهن استشارة منع الحمل واختار نصفهن تقريبًا وسائل الحقن. وتخطط المناطق الأخرى حاليًا لتكرار التجربة.^١ غير أن إمكانية الحصول على الإجهاض الآمن لا تزال محدودة خارج العاصمة؛ ولا يزال يُعزى ٣٠٪ من وفيات الأمهات إلى الإجهاض غير الآمن.

ROUND UP, Service delivery

Successful provision of medical abortion by rural health extension workers, Ethiopia Reproductive Health Matters 2012;20(39):230-233

1. Prata N, Gessessew A, Campbell M, et al. "A new hope for women": medical abortion in a low-resource setting in Ethiopia. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2011;37:196-97.

الممرضات يتمتعن بمهارة الأطباء في إجراء الإجهاض بالشفط اليدوي، الهند

في خمس منشآت للإجهاض تابعة لمنظمات غير حكومية في بيهار وجاكرهانند بالهند، تمت مقارنة أداء ١٠ ممرضات حديثي التدريب في الإجهاض بالشفط اليدوي بأداء ١٠ أطباء حديثي التدريب بين ٨٩٧ امرأة في الأسابيع العشرة الأولى من الحمل أو قبل ذلك، وذلك في الفترة بين يوليو ٢٠٠٩ ويناير ٢٠١٠. ولم يكن أي من مقدمي الرعاية يحظون بأي خبرة سابقة في إجراء الإجهاض الجراحي أو الطبي، أو إجراء الفحوصات الحوضية أو تقييم عمر الحمل. خضع العشرون جميعهم لتدريب متطابق على الإجهاض بالشفط اليدوي باستخدام الإرشادات القومية، وحث إشراف مقدم رعاية متدرب على إجراء الإجهاض. اكتمل الإجهاض في أكثر من ٩٩٪ من الحالات بغض النظر عن نوع مقدم

التوفير الناجح للإجهاض الطبي عن طريق أخصائيي الإرشاد الصحي الريفيين، إثيوبيا

سُمح بالإجهاض في إثيوبيا منذ عام ٢٠٠٥ في حالات وجود خطورة على حياة المرأة، والتشوه الجنيني بعد الاغتصاب. وللفتيات دون عمر ١٨ عامًا، وقد أدى مشروع رعاية الإجهاض الشاملة إلى خفض مستويات الإجهاض غير الآمن في منطقة تيجراي عن طريق برنامج بقيادة أخصائيي الإرشاد الصحي الريفيين. وكشف تقييم للبرنامج على مدار خمسة أعوام عن أن الإجهاض غير الآمن لم يعد السبب الرئيسي للإيداع في المستشفى الإقليمي. حيث تراجع ليصبح السبب العاشر، دون أن تترتب عليه أي وفيات أو مضاعفات خطيرة. يقوم ١٧٠٠ أخصائي إرشاد صحي يعملون في ٢٠ مركزًا صحيًا، تلقوا تدريبًا لمدة ١٨ شهرًا. بتقديم خدمة الإجهاض الدوائي حتى تسعة أسابيع من الحمل ومعالجة الإجهاض غير الكامل بدواء ميسوبروستول. وتقوم الممرضات وموظفو الصحة في تسعة مراكز صحية بالإجهاض بالشفط اليدوي والإجهاض الدوائي حتى ١٢ أسبوعًا من الحمل. تقدم أربعة مستشفيات رعاية الإجهاض الكاملة حتى ٢٨ أسبوعًا. بلغ معدل الإخفاق الناتج عن تعاطي ميسوبروستول عن طريق الفم ١٨٪، وانخفض إلى ٧٪ بعد تضمين علاج الإجهاض غير الكامل. وقالت النساء إنهن يفضلن الإجهاض الدوائي على الجراحي. وسعوا للحصول على المساعدة في غضون تسعة أسابيع من الحمل كمعدل متوسط، من بين النساء اللاتي تمت متابعتهم

تسعة من هذه البلدان زيادة في استخدام الطرق الحديثة بلغت ١٢٪ على الأقل. وحققت دولتان غيرها ارتفاعاً مقارباً لهذه النسبة. زاد عدد مستخدمات وسائل الحقن لأكثر من الضعف. حيث بلغ ٣٢ مليون امرأة وكان من المتوقع أن يزداد إلى ٤٠ مليوناً بحلول عام ٢٠١٥. في عشرة من بين البلدان الثلاثة عشرة. كان استخدام وسائل الحقن هو السبب في نصف الزيادة تقريباً في استخدام الطرق الحديثة. من بين النساء اللاتي كن يباعدن بين فترات الحمل. ازدادت نسبة النساء اللاتي تعتمدن على الوسائل قصيرة المفعول بدلاً من وسائل الحقن في ١١ من البلدان النامية الثلاثة عشر. وازدادت نسبة مستخدمات الوسائل قصيرة المفعول في أربعة بلدان عن نسبة مستخدمات وسائل الحقن.

ربما يكون العديد من النساء اللاتي رغبين في المباشرة بين فترات الحمل قد اعتمدن على الحقن وغيره من الوسائل قصيرة المفعول بسبب نقص في الوسائل طويلة المفعول التي يمكن عكس تأثيراتها. حيث تكون الوسائل التي توضع داخل الرحم الخيار الوحيد المتاح في أغلب الأحيان. قد يكون تراجع استخدام الوسائل الأطول مفعولاً أو الأكثر دواماً بين النساء الأكبر سناً اللاتي تباعدن بين فترات الحمل مدعاة للقلق إذا ما اقترن بارتفاع معدلات التوقف أو حالات الحمل غير المتعمد. تشهد بلد واحد فقط زيادة في نسبة النساء اللاتي تباعدن بين فترات الحمل واللاتي تعتمدن على الوسائل طويلة المفعول والدائمة. في حين انخفضت هذه النسبة انخفاضاً حاداً في ثلاثة بلدان وظلت ثابتة أو انخفضت انخفاضاً طفيفاً في بقية البلدان.

يعتقد المؤلفون أن برامج تنظيم الأسرة قد تواجه تكاليف أعلى وأن النساء قد يواجهن

الخدمة. كما تطابقت معدلات الإخفاق (٧,٠٪) في كلتا المجموعتين. وكانت الممرضات يتمتعن بالمهارة نفسها التي يحظى بها الأطباء في تقييم عمر الحمل وحالة الإجهاض الكامل وإجراء الشفط اليدوي والتأكد من التزام المريضات بالعلاج. وكانت معدلات الإخفاق والمضاعفات الإجمالية متدنية ومتساوية بين مجموعتي مقدمي الرعاية. ولاققت كلتا المجموعتين القبول نفسه لدى النساء اللاتي خضعن للعملية (٩٨٪). يُعد هذا سبباً ملحاً يدعو إلى تعديل اللوائح القائمة لتوسيع نطاق قاعدة مقدمي الإجهاض بالشفط اليدوي من أجل زيادة إمكانية الحصول على إجهاض آمن في الهند^١.

ROUND UP, Service delivery

Nurses as skilled as doctors in performing manual vacuum aspiration, India

Reproductive Health Matters 2012;20(39):230-233

1. Jejeebhoy S, Kalyanwala S, Zaviera AJF, et al. Can nurses perform manual vacuum aspiration (MVA) as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception* 2011;84:615-21.

التغيرات التي طرأت على استخدام وسائل منع الحمل في ١٣ بلداً من البلدان النامية بعد استحداث وسائل الحقن

كانت بيانات الاستقصاءات السكانية والصحية في ١٣ بلداً من البلدان النامية في إفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية تُستخدم في تحليل التوجهات المتبعة في استخدام وسائل منع الحمل. والمزج بين الطرق من قبل النساء في الاتحاد في الفترة بين عامي ١٩٩٥ و ٢٠٠٥. مع التمييز بين النساء اللاتي كن يباعدن بين فترات الحمل وهؤلاء اللاتي لم يكن يردن الإنجاب مرة أخرى. كما تم تحليل النساء الأكبر والأصغر سناً من ٣٥ عاماً كل على حدة. شهدت

تقديم الخدمات. تمت مراجعة السجلات، وأجريت مقابلات شخصية مع العاملين بالتوزيع المحلي ومشرفيهم ومستخدمي الخدمات. أبدى العاملون بالتوزيع المحلي كفاءة عالية في تقنية الحقن وتقديم المشورة وإدارة جداول إعادة الحقن. حيث أحرز قرابة نصف الوكلاء الحد الأقصى من النقاط. أدى التوزيع المحلي لوسائل الحقن إلى زيادة استخدام وسائل منع الحمل. حيث وافقت ١١٦٢ امرأة على الحقن بمعرفة العاملين بالتوزيع المحلي. ومن بين هؤلاء، كان ٤١٪ من النساء مستخدمين جدد لبرامج تنظيم الأسرة. كان جميع وكلاء التوزيع المحلي يرغبون في مواصلة تقديم هذه الخدمة. وأوضح أغلب المشرفين أن البرنامج يجب أن يستمر. تكاد تكون جميع النساء اللاتي تم إجراء مقابلات شخصية معهن ينتوين العودة للقائهم على التوزيع المحلي لإعادة حقنهن وتردن التوصية بهذه الخدمة لأصدقائهن. كانت الفجوتان اللتان تحتاجان إلى رأبهما هما تقديم المشورة بشأن التأثيرات الجانبية المحتملة واستخدام قائمة تدقيق لاستبعاد إمكانية الحمل بالنسبة للنساء اللاتي لا يخرسن. الأمر الذي كان يدعو إلى التدريب والرقابة المكثفة. ويعكس هذا التدخل جدوى خدمة التوزيع المحلي لوسائل منع الحمل عن طريق الحقن وفعاليتها وقبولها. ويُعد مثالاً على تغيير المهام باعتباره وسيلة فعالة لتوسيع نطاق الخدمات للجماعات السكانية التي تفتقر إلى الخدمات^١.

ROUND UP, Service delivery

Trained community-based distributors successfully provide injectable contraceptives, Madagascar. Reproductive Health Matters 2012;20(39):230-233

1. Hoke T, Wheeler SB, Lynd K, et al. Community-based provision of injectable contraceptives in Madagascar: 'task shifting' to expand access to injectable contraceptives. Health Policy and Planning 2011;1:8. Doi:10.1093/heapol/czr003.

المزيد من حالات الحمل غير المتعمد إذا استخدمت النساء اللاتي يقررن الحد من المواليد وسائل الحقن لفترات طويلة. ويرون أن التوفير المتزايد لوسائل منع الحمل التي تزرع في الجسم، أو تطوير خيارات جديدة أقل تكلفة، خاصةً من الوسائل طويلة المفعول التي يمكن عكس تأثيراتها، يمكن أن يوسع نطاق خيارات وسائل منع الحمل ويخفض تكاليف البرامج. وتناولت المناقشات أيضًا التأثيرات الإيجابية لاستخدام وسائل الحقن: لقد زادت من خيارات النساء، ووفرت لهن وسائل يمكنهن استخدامها عوضاً عن تلك القائمة على العزل، أو تلك التي يجب تناولها يوميًا^١.

ROUND UP, Service delivery

Changes in contraceptive use in 13 developing countries after introduction of injectables. Reproductive Health Matters 2012;20(39):230-233

1. Sutherland E, Otterness C, Janowitz B. What happens to contraceptive use after injectables are introduced? An analysis of 13 countries. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2011;37(4):202-08.

موزعون محليون مديرون ينجحون في توفير وسائل منع الحمل بالحقن، مدغشقر

سعت وزارة الصحة وتنظيم الأسرة في مدغشقر إلى الحصول على أدلة تتعلق بأمان التوزيع المحلي لوسائل منع الحمل بالحقن وفعاليتها وقبولها. فتم تدريب ١٢ من وكلاء التوزيع المحلي في ١٣ مجتمعاً من المجتمعات الفقيرة، التي تتدنى فيها مستويات توفر الخدمات واستخدام وسائل منع الحمل. على توفير وسائل الحقن عام ٢٠٠٦. وأضيفت آليات إدارة وسائل الحقن إلى أنظمة التوزيع المحلي القائمة من أجل حفظ السجلات وإدارة الوسائل والإشراف. وبعد سبعة أشهر من



هيلدر نيتوكني / صور بانوس

صورة: خدمات نانا القروية تقدم الرعاية المجانية أثناء فترة ما بعد الولادة في ضاحية فقيرة، جامشيدبور جاركهانند، الهند، ٢٠١١

REPRODUCTIVE HEALTH *matters*

RHM in Arabic, Issue No. 17

Papers in this issue are from:

Reproductive Health Matters

Volume 20 number 39 May 2012

Volume 21 number 40 May 2013

© Reproductive Health Matters 2012 & 2013

Translation:

- Shohrat El Alem
- Refaat Ali
- Mawaheb El Mouelhy
- Ghada Tantawi
- Fatma Kandil
- Hisham Shatla
- Fairouz Karawia
- Sohair Mahfouz

Manager Editor

Hala El Damanhoury

Linguistic Revision

Amr Oteify

Ilham Basiouny

Editorial Advisory Board

Mawaheb El Mouelhy

Nahla Abd El Tawab

Hisham El Rouby

Omayma El Gibaly

Amel Fahmy

Design

Philip Kondos

Lucy Hany

Typesetting

Promotion Team

Cover Photo

JENNY MATTHEWS / Fayzabad Hospital, Afghanistan, 2011

RHM is registered charity in England and Wales, No. 1040450

Limited Company Registered No. 2959883 (England)

ISSN 0968 – 8080

Arabic edition published by:

Youth and Development Consultancy Institute/
ETIJAH

56 El Nozha St., Heliopolis, Cairo, Egypt.

Tel.: + 202 24177395 - 24177375

Fax: + 202 24177409

E-mail: rhm@arabicrhm.org / arabicrhm@gmail.com

Website: www.arabicrhm.org

RHM Editorial Office:

Reproductive Health Matters

444 Highgate Studios

53 - 79 Highgate Road

London NW5 1TL, UK

Tel.: +(44-20) 7267 6567

Fax: +(44-20) 7267 2551

Website: www.rhmjournal.org.uk

RHM IS INDEXED IN:

Medicine

PubMed

Current Contents

Popline

EMBASE

Social Sciences Citation Index

SUBMISSION OF PAPERS:

Marge Berer, Editor

E-mail: Mberer@rhmjournal.org.uk

Guidelines available at: www.rhmjournal.org.uk

ALL OTHER CORRESPONDENCE

Pathika Martin

E-mail: Pmartin@rhmjournal.org.uk

RHM is part of the Elsevier Reproductive and
Women's Health Resource Online:

www.rhm-elsevier.com

To be included on the mailing list or to get additional
copies of this issue,

Contact: rhm@arabicrhm.org / arabicrhm@gmail.com

This Arabic edition is funded by Reproductive Health Matters



REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

رقم الإيداع بدار الكتب

١٢٧٦١ / ٢٠٠٦