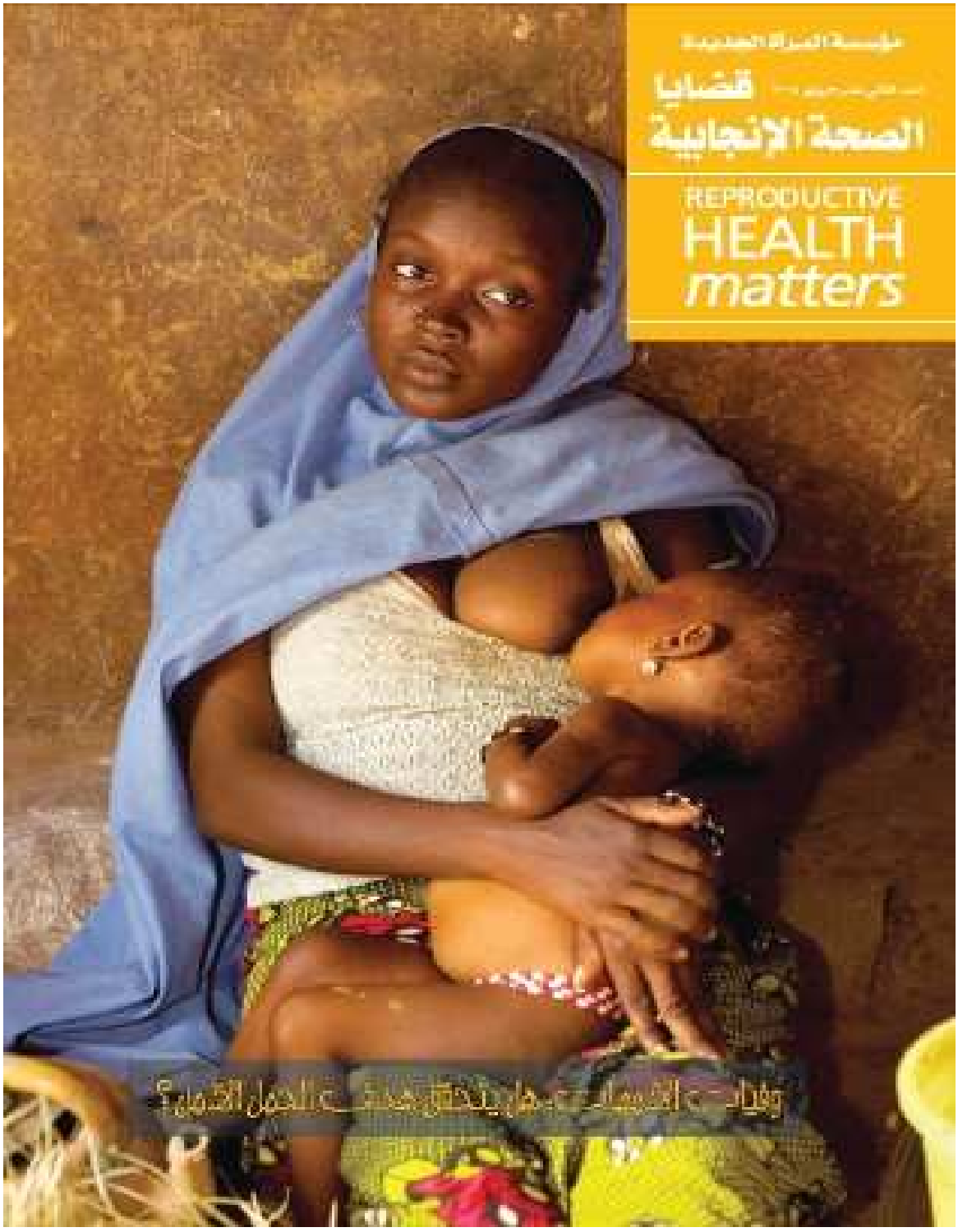





This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

# قضايا الصحة الإنجابية

## العدد الثاني عشر

## وفيات الأمهات: هل يتحقق هدف الحمل الآمن؟


**مختارات مترجمة من مجلة**
**Reproductive Health Matters**
**تصدر فى بريطانيا وتتولى تحريرها**
**مارج بيرير**

تصدر الطبعة الجديدة عن
**مؤسســـة المـرأة الجديدة**

**هيئة التحرير**
آمال عبد الهادى
هالة الدمنهورى

**ترجمة**
أحمد محمود
إيمان محمود
شهرت العالم
عثمان مصطفى
علياء فؤاد
هشام شتلة
نجلاء طاهر

**الإخراج الفنى والطباعة**
Good Shepherd Group
Tel: 26245316

الصور الداخلية من اعداد R.H.M

**صورة الغلاف**
من غلاف العدد الإنجليزى
رقم ٣٠ نوفمبر عام ٢٠٠٧
تصوير : ستيوارت فرانكلين / صور ماجنم


فى هذا افي هذا العدد: افتتاحية


- –اعتلال صحة الأمهات ووفياتهن: هل أصبح الحمل أكثر أمانًا للنساء؟
مارج بيرير ص ٣–١٨

– وفيات الأمهات ورعاية الأمومة من عام ١٩٩٠ إلى٢٠٠٥ إنجازات متفاوتة ولكن مهمة
إقبال شاه، لالى ساى ١٩–٢٩

_ تحسين صحة الأمهات: السعي لتطبيق أفضل الممارسات
لفداى بين كيكانا وباربرا ماكبيك وجوستين بارخرست
٣٠–٤٤

– تقوية النظام الصحى: آفاق جديدة للتعاون بين الصحة العامة وحقوق الإنسان
لين فريدمان. ٤٦ ٤٨

– استحضار الملاك الحارس: رعاية الأطفال فى مستشفى فلسطينى
سحر حسن بيطار ولورا ويك ٤٩ – ٦٤

_ الأبحاث التى أجريت على مراضة الأمهات الحادة والإشراف على الموت فى البرازيل: ماذا تعلمنا؟
خوسيه جيلهيرم ثيكاتى و خواو باولو سوزا وآخرون ٦٥ – ٧٧

– استخدام عقار الأوكسيتوسين أثناء الولادات بالمنزل
باتريشيا جيفرى، أفيجيت داس،جاشودهارا داسجوبتا، روجر جيفرى ٧٨–٨٨

_ الوفيات بسبب مضاعفات الإجهاض غير الآمن: وفيات الأثلوث الثاني المصنفة خطأً
ديليز وكر وآخرون ٨٩ –١٠٧

–مضاعفات الإجهاض غير الآمن: الحاجة إلى إصلاح قانون الإجهاض فى نيجيريا




This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

بونيفاس أويى–أدينيران، أوجستين أوموه، ستيف ناتو
١٠٨–١١١

_ استعمال الحق فى الحياة لمواجهة الإجهاض غير الآمن
فى أفريقيا
كيبروم تكليهيمونت ١١٢ – ١٢٢

– إصلاح قانون الإجهاض فى أفريقيا جنوب الصحراء
الكبرى: نقطة اللاعودة
يونس بروكمان أميشا وجوزيفين باندا موميو ١٢٣ – ١٣٥

_ إطلالة ١٣٦

_ قاموس المصطلحات



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

# اعتلال صحة الأمهات ووفياتهن هل أصبح الحمل أكثر أمانًا للنساء؟

مارج بيرير *
ترجمة شهرت العالم

يشهد هذا العام الذكرى العشرين لمبادرة الأمومة الآمنة التى أطلقتها "منظمة الصحة العالمية" فى نيروبى عام ١٩٨٧. ومساهمة من "مجلة الصحة الإنجابية" فى قاعدة المعرفة المتعلقة ببرامج "الأمومة الآمنة" فى المستقبل، فقد أثرنا السؤال التالى: هل أصبح الحمل أكثر أمانًا للنساء؟ وتجيب الأوراق البحثية التى يشتمل عليها هذا العدد بالإجابة التالية: نعم – وكلا.

"... لا تزال وفيات الأمهات مؤشرًا على صحة السكان، بما يكشف بشكل صارخ عن مدى التفاوت العميق فى هذا الزمان ..." (لين فريدمان◘ )*

ماذا تطرح البيانات الواقعية؟ لقد أُعيد تقييم نسب وفيات الأمهات عام ١٩٩٠ فى مناطق العالم الرئيسية، وذلك باستخدام الوسيلة نفسها التى طُبقت لتقدير اعتلال صحة الأمهات عام ٢٠٠٥ بحيث يمكن مقارنة النتائج. وقد قام إقبال شاه ولال سای بتلخيص هذه البيانات فى ورقة بحثية توضح ما يلى:

- فى عام ٢٠٠٥ توفيت ٥٣٦،٠٠٠ امرأة بسبب مضاعفات الحمل والإنجاب أو الإجهاض غير الآمن، مما يمثل انخفاضًا قدره ٧% منذ عام ١٩٩٠ فى عدد وفيات الأمهات المُقدر عالميًّا.
- كان هناك انخفاض قدره ٥,٤% فى نسبة وفيات الأمهات من ٤٣٠ إلى ٤٠٠ لكل ١٠٠،٠٠٠ من المواليد الأحياء خلال ١٥سنة – من ١٩٩٠ إلى ٢٠٠٥.
- تجاوز الانخفاض فى عدد الوفيات ٢٠% فى شمال أفريقيا، وأمريكا اللاتينية والكاريبي، ومنطقة الأوقيانوس**، والمناطق الأكثر تطورًا.
- كانت أفريقيا جنوب الصحراء المنطقة الوحيدة التى شهدت زيادة فى عدد وفيات الأمهات بين عامى ١٩٩٠ و٢٠٠٥، وذلك نتيجة زيادة عدد المواليد والانخفاض الضئيل فى نسبة وفيات الأمهات***.

Maternal Mortality and Morbidity: Is Pregnancy Getting Safer for Women? Marge Berer
*Volume 15, Issue 30, November 2007, Pages 6-16*

جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الانجابية ٢٠٠٨©

* رئيسة تحرير مجلة قضايا الصحة الانجابية بالانجليزية

** تقع منطقة الأوقيانوس بين المحيطين الهادى والباسيفيكى، وتضم ١٤ دولة منها استراليا ونيوزيلاندا وغينيا الجديدة وجزر مارشال وفيجيا والعديد من الجزر الأخرى

***جميع الأمثلة والاقتباسات الواردة فى هذه الافتتاحية مأخوذة من مقالات العدد الانجليزى رقم ٣٠ مجلد ١٥ – نوفمبر ٢٠٠٧. وسوف توضع علامة ◘ على المقالات التى تمت ترجمتها إلى اللغة العربية المنشورة فى هذا العدد



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

وتوضح الدراسات نجاح بعض البلدان النامية فى تقليص وفيات الأمهات بشكل هائل منذ عام ١٩٨٧، بما فيها مصر، وهندوراس وماليزيا وسريلانكا وتايلاند (ويندى جراهام وآخرون). ولا يوجد خلاف حول اعتبار التغذية الجيدة والعلاج الفاعل خلال الحمل – فى حالات الأمراض المزمنة مثل الأنيميا، والسكر، وفيروس نقص المناعة البشرية، والسل، والملاريا– علاوة على الإمداد بالرعاية الماهرة، وتيسير الوصول فى الوقت المناسب إلى الرعاية الطارئة فى حالات الولادة عند الضرورة، أفضل طريق لتجنب الوفاة واعتلال الصحة غير الضروريين للنساء والأطفال الرضع حديثى الولادة.

وهنا يُثار السؤال التالى: ما أسباب بطء حركة التغيير نحو الأفضل، وما المشكلة فى البلدان التى لم تشهد أى تحسن، أو شهدت تحسنًا محدودًا، أو فى الأماكن التى يزداد فيها الوضع سوءًا؟ ولذا، يضم هذا العدد من "مجلة قضايا الصحة الإنجابية" مزيجًا قويًّا من البيانات الكيفية والكمية والبرنامجية التى ترتكز على مجموعة متنوعة وغنية من الخبرات الميدانية، وتوضح الصواب والخطأ فى سياق العمل وأسباب كل منهما. كما توضح البيانات ما يلى:

- تغيير ما يحدث فى نُظم الصحة يُعد تدخلاً اجتماعيًّا، وليس مجرد تدخلاً تقنيًّا،
- السياق يمثل أهمية كبيرة،
- ضرورة إدارة عملية تنفيذ التغيير، وضرورة أن تتيح أساليب المراقبة والتقييم أن يتعلم أولئك الذين يخضعون للتقييم، وذلك بهدف حدوث التغيير.

إن البلدان التى تسعى إلى زيادة أمان الحمل ستجد مشكلاتها منعكسة بشكل من الأشكال فى الصفحات التالية، إلى جانب ثروة من المعلومات العملية حول محاولات الآخرين لفهم تلك المشكلات والعمل من أجل إيجاد حلول لها.

**هل يوجد سبب للاحتفال؟**

هناك أسباب عديدة للاحتفال، من بينها: ارتفاع جودة البحوث التى اكتشفت فعالية كبريتات الماغنيسيوم فى معالجة التشنجات بسبب تسمم الحمل سواء خلال الحمل أو الوضع؛ والقدرة على السيطرة على النزف الذى يعقب الولادة، وذلك من خلال المعالجة النشطة للمرحلة الثالثة من الولادة بما فى ذلك الاستعانة بعقار ميزوبروستول كاجراء وقائى؛ ورعاية الإجهاض الآمن باستخدام الشفط اليدوى لتفريغ الرحم وعقار ميفيبريستون – ميزوبروستول؛ وارتفاع جودة الأدلة المرتبطة بعدد من التدخلات الأخرى الفاعلة، وغير الفاعلة، والضارة فى مجال التوليد (جوليا حسين).

---

** سوف يُنشر التقرير الكامل فى أكتوبر ٢٠٠٧ فى:
Maternal Mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva: WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, 2007

وفى الوقت نفسه، هناك أسباب أخرى تدعو إلى اليأس. وعلى سبيل المثال، وجدت دراسة حديثة فى أوغندا أن أغلب المنشآت الصحية التى كان من المتوقع أن تقدم خدمات جوهرية فى مجال التوليد تفتقر إلى الأجهزة الرئيسية، والبنية الأساسية، والمياه الجارية، والكهرباء، وغرف العمليات الجراحية التى يمكن استخدامها فعلاً. وفى الواقع، كانت ٩٧,٢% من المنشآت الصحية التى خضعت للدراسة تفتقر إلى تلك العناصر.(١)



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

وبالمثل، وجدت دراسة أُجريت فى ريف كارناتاكا بالهند (آشا جورج) أنه على الرغم من استطاعة النساء اللاتى عانين من مضاعفات عقب الولادة الوصول إلى عديد من مقدمى الخدمات الصحية، فقد توفين. هذا، مع استمرار ارتفاع مستويات وفيات الأمهات. لماذا؟ يرجع ذلك إلى عدد من الأسباب، نذكر منها بداية: ضعف نُظم الصحة، وعدم الاستمرار فى الرعاية، وعدم دعم العاملين فى مجال الصحة، وعشوائية نُظم التحويل، وسوء آليات المساءلة. وعلاوة على ذلك، لم تكن تحدث أى مراجعة لوفيات الأمهات، ولم تكن رعاية ما قبل الولادة والخدمات المؤسسية مرتبطة برعاية ما بعد الولادة أو الرعاية فى طوارئ الولادة، كما كان العاملون فى مجال الصحة يستخدمون حقنًا غير مناسبة دون معالجة الأنيميا أو تعفن الدم. وغالبًا ما كان اللوم يوجه إلى العاملين من المستوى المنخفض، أو إلى النساء أنفسهن، دون تناول دور مقدمى الخدمة غير الرسميين. كما ظلت القيود والمشكلات الإدارية الدائمة التى يعانى منها نظام تقديم الخدمة دون حل.

**الشعور بالقلق.. أم الانغماس فى العمل؟**

توجد قائمة عالمية ومعروفة تتضمن الأسباب المباشرة وغير المباشرة لوفيات الأمهات، على الرغم من اختلاف النسب باختلاف السكان. كما ينطبق الشيء نفسه أيضًا على التوصيات المتعلقة بالوقاية والعلاج ونوع الرعاية المطلوبة. لكن الأوراق البحثية الواردة فى هذا العدد توضح تعدد أبعاد الأشكال التى تتجلى من خلالها المشكلات، بحيث لا يوجد الشكل نفسه فى بلدين. وعلاوة على ذلك، تعتمد الحلول إلى حد كبير على السياق، لأنها تتضمن التفاعل بين الناس وبعضهم البعض، فضلاً عن ردود أفعالهم تجاه السياسة الرسمية والأهداف البرنامجية (لوفداى بن-كيكانا وآخرون)".

ما هذه المشكلات؟ تتمثل تلك المشكلات، أولاً وقبل كل شيء، فى الفشل فى اتخاذ موقف عملى.

"على حين يُحدد غياب العدالة الاجتماعية والاقتصادية -بدرجة كبيرة- مجموعات النساء اللاتى تتعرضن لأعظم المخاطر عندما يحملن؛ فإن غياب العدالة النوعية يسهم فى قبول فكرة صرف النظر عن حالات وفيات الأمهات واعتلال صحتهن على اعتبار أنها شديدة الندرة وشديدة التعقيد، ويكاد يكون تغييرها مستحيلاً، كما يصعب قياسها بهدف جذب الاهتمام والاستثمار الجادين. إن اعتبار نسب وفيات الأمهات الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية يشجع على الحديث عن، وعلى إبراز القلق من استمرار وفيات الأمهات، ويسهم فى إدراج المشكلة فى الخطط الوطنية وعلى "خرائط الطريق". لكن التنفيذ على أرض الواقع يتطلب توفر مستوى من التركيز والالتزام تجاه التغيير المنهجي، وبناء القدرة، والاستثمار بعيد المدى، فضلاً عن التحلى بالصبر الذى نادرًا ما تكافئ عليه الممارسة" (لين فريدمان)"

هناك شعور بالقلق فعلاً، و يبدو أن هناك -فجأة- قدرًا



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

كبيرًا منه فى هذه اللحظة. لكننا نحتاج الآن إلى الأموال، وإلى إعطاء المهام لمن يمكنهم النجاح فى تحقيق الأمان خلال الحمل والولادة، فضلاً عن تحقيق الأمان فى حالات الإجهاض أيضًا، مع توجيه الاهتمام الضرورى إلى البلدان الأفريقية التى يزداد فيها الوضع سوءًا.

**الافتقار الدائم إلى التمويل**

ويقودنا هذا إلى المشكلة الثانية: أى الافتقار الدائم إلى التمويل اللازم للقيام بالمهمة على أكمل وجه. لقد ولت منذ زمن طويل تلك الأيام التى ساد خلالها اعتقاد بأن التدريب المحدود للقابلات التقليديات، دون أى تدخل آخر، يُمثل حلاً. ومع ذلك، ربما كانت خدمات الأمومة فى البلدان النامية بمثابة أكثر الخدمات التى حصلت خلال العشرين سنة الأخيرة على قدر محدود من التمويل، واحتلت مرتبة دنيا من الأولويات التى عرفها العالم.

أُجريت فى ميانمار –وهى واحدة من أفقر بلدان العالم– دراسة استطلاعية حول استخدام القابلات لعقار ميسوبروستول بشكل وقائى حيث يقدمنه للأمهات فى أثناء المرحلة الثالثة من الحمل لمنع النزف عقب الولادة. وقد أوضحت الدراسة عدم ظهور حالات النزيف عقب الولادة بين النساء اللاتى وقع عليهن الاختيار سواء بشكل عشوائى أو نظرًا لتعرضهن لمخاطر كبيرة (تيين تيين هتاى) وقد تجلى ارتفاع القيمة العملية لهذا التدخل البسيط. والحكومة الآن فى حاجة إلى ١,٥ مليون دولار سنويًا لتوفير أقراص ميسوبرستول اللازمة لتغطية جميع حالات الولادة. وإذا نجحت الحكومة فى الحصول على التمويل المطلوب، سيكون ذلك بمثابة تقدم رئيسى فى مجال أمان النساء عند الولادة. ولكن، لمن تتجه الحكومة للحصول على هذا التمويل؟

ويقدر التقرير العالمى للصحة لعام ٢٠٠٥ أن زيادة الرعاية الماهرة عند الولادة، بهدف تقليص حالات وفيات الأمهات إلى النصف مع حلول عام ٢٠١٥ فى البلدان الأفقر، من شأنه أن يتسبب فى زيادة تكلفة ميزانية الصحة فى تلك البلدان بما يتراوح بين ٠,٢٢ و١,١٨ دولار للفرد. لكن الرعاية الماهرة عند الولادة ليست سوى جانب واحد من الصورة. إنه مبلغ زهيد، أليس كذلك، قدر ضئيل من الدولارات لتأمين مستقبل أمهات وأطفال العالم؟ لكن مضاعفة هذا الرقم بعملية ضرب حسابية فى عشرة ملايين فرد يوميًّا، علاوة على تكلفة الجوانب الأخرى التى تسهم فى تحقيق الأمان خلال فترة الحمل، تطرح التساؤل التالى: كيف يمكن إذن الحصول على التمويل؟

وفى واقع الأمر، تشير أحدث التحليلات إلى انخفاض تمويل الهيئات المانحة للخدمات الصحية للأمهات، وهو الأمر الذى يجب تحويله إلى الاتجاه العكسى فى الأساس. ففى عام ٢٠٠٤، جرى إنفاق ما يصل تقديره إلى ١،٩٩٠ مليون دولار على صحة الأمهات والرضع حديثى الولادة والأطفال. ولا يمثل هذا المبلغ سوى ٢% فقط من إجمالى المعونة المُقدمة إلى البلدان النامية، وكان يمكن توجيه نسبة كبيرة منه إلى صحة الطفل وليس صحة الأم.[٢] إنه قدر غير كافٍ إلى حدٍ كبير، ويُشكل عقبة أمام أى تفكير نحو تحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية – أى الهدف المتعلق بصحة الأمهات. وربما تستطيع البلدان العمل بنفسها بشكل أفضل بدون التمويلات الكبرى. ألا يمكن



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

أن تنجح بعض البلدان على الأقل فى التعامل مع هذه المسألة من قلب ميزانياتها الصحية، كما حدث فى البرازيل وتايلاند فى ما يتعلق بمشكلات الصحة العامة الأخرى؟ إن تحقيق ذلك يقود بالتأكيد إلى زيادة سيطرة البلد على مشكلاته، وربما يسهم فى تحقيق استمرارية أكبر على المدى البعيد. على أن ذلك ليس حلاً يسيرًا أيضًا. ونجد أن أغلب البلدان الفقيرة فى الموارد تكرس أقل من ١٠% من ميزانياتها الوطنية للصحة، وقد تتوفر أو لا تتوفر لديها الإرادة اللازمة للعمل.

يُعد تمويل نُظم الصحة اليوم قضية مثيرة للحيرة، كما تعرضت نُظم الصحة فى البلدان فقيرة الموارد إلى الإساءة والتلاعب إلى حد كبير من جانب من يُطلق عليهم الخبراء العالميون الذين يجبرون تلك البلدان على العمل وفق "مناهجهم". ومن أهم الأمثلة على ذلك: الرسوم التى يدفعها المستخدم، والتى تمول حوالى ٢٠% من الرعاية الصحية فى بعض البلدان فقيرة الموارد. لقد أصبحت حقيقة بديهية الآن أن التكلفة الاقتصادية التى يجب أن تدفعها الأسر الفقيرة لسداد مصاريف علاج مختلف المضاعفات المترتبة على الولادة يمكن أن تكون كارثية. ومع ذلك، تعتمد حاليًا كثير من الخدمات الصحية فى البلدان النامية على الرسوم التى يدفعها المستخدم لأداء وظيفتها، ناهيك عن المصاريف غير الرسمية المدفوعة إلى مقدمى الخدمة، والذين يتقاضون مرتبات منخفضة إلى حد مروع، على الأقل فى القطاع العام. وتُعد الرعاية ما قبل الولادة وفى أثناء الولادة نفسها مثالاً جيدًا على ذلك، كما فى الصين مثلاً، حيث انخفض التمويل الحكومى للخدمات (أماندا هاريس وآخرون). ويبدو واضحاً أنه من المستحيل استبدال تلك الرسوم بين ليلة وضحاها، وبالتالى أصبحت رعاية الأمهات قضية خاصة فى بعض البلدان، فى محاولة لزيادة عدد النساء اللاتى يتوجهن إلى الرعاية الطارئة قبل فوات الأوان ويلدن بمساعدة الزائرات الصحيات الماهرات. وبالنسبة إلى النساء الحوامل و/أو اللاتى فى حالة وضع، تتراوح المشروعات التى تم تجريبها من توزيع كوبونات أو عمل إعفاءات على المستوى الفردى أو على مستوى الحى؛ إلى تأمين على أساس المجتمع المحلى وعمل قروض لحالات الطوارئ. أما بالنسبة إلى العاملين فى مجال الصحة والمنشآت الصحية، قد أمكن أيضًا تخصيص حوافز مختلفة لتشجيعهم على تقديم رعاية جيدة تجعل النساء يرغبن فى الحصول عليها.

وعلى سبيل المثال، بدأت غانا فى تنفيذ خطة عام ٢٠٠٣ لإعفاء جميع النساء الحوامل من مصاريف الولادة، حيث يمكن لمقدمى الخدمة المطالبة باستعادة عوائد الخدمة المجانية للمستخدمات وفقًا للتعريفة المتفق عليها (صوفى ويترز وآخرون). وقد لاقت آلية الإعفاء قبولاً جيدًا، وإن ظلت هناك بعض المشكلات المهمة المتعلقة بإنفاق التمويل واستمراره؛ فضلاً عن المشكلات المتعلقة بوضع الميزانية وعملية الإدارة. ومع زيادة عدد النساء المترددات على المنشآت الصحية تزايد عبء العمل الواقع على كاهل العاملين، وبالتالى أصبح من المهم تخصيص مكافأة للمنشأة وللعاملين. وبعد مرور سنتين، عندما أصبحت الخطة تقف بالكاد على قدميها، بدأ العمل فى المشروع الوطنى للتأمين الصحى الذى يستهدف عمليًّا إدخال غطاء لمجمل رعاية الأمهات الصحية. ولم يكن واضحًا بعد كيفية ملاءمة أو إلغاء خطط الإعفاء فى سياق ذلك المشروع الوطنى. وعلى الرغم من الفوائد التى يمكن أن تترتب على هذا التحول فى مجال السياسة على



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

المدى البعيد، فإنه سيؤدى بالتأكيد إلى زعزعة استقرار نظام الصحة ذاته، نظرًا لمعاناته من تلك التغيرات فى فترة زمنية قصيرة.

وعلاوة على ذلك، ومما يدعو إلى السخرية، أن أسلوب تمويل نظام الصحة الذى ظهر أنه أقل تكلفة وأكثر عدالة –أى نظام الصحة العامة الذى يرتكز على الضرائب، مع تيسُر الوصول إليه فى مواقع الرعاية مجانًا– نادرًا ما كانت البلدان النامية تحاول تطبيقه. وبفضل هيمنة اقتصادات الليبرالية–الجديدة على متطلبات الصحة العامة، أصبحت نُظم الصحة وتمويلها، فى البلدان المتقدمة والنامية على السواء، تخطو خطوات متزايدة على طريق الخصخصة، والقطاع الخاص غير الخاضع للتنظيم، وتحول الصحة إلى سلعة، والفشل فى تقوية القطاع العام أو تعزيزه، واستمرار عدم المساواة –الهائلة عادة– فى الوصول إلى الرعاية الصحية أو فى ما يتعلق بالوضع الصحى.

لقد تأخرت عملية مراجعة أنماط تمويل نُظم الصحة؛ ومن الضرورى التأكيد على أولوية الرعاية قبل وأثناء وبعد الولادة، ورعاية طوارئ الولادة داخل نظام الصحة لتعزيز الاحتياجات. وقد اقترحت النرويج فى فترة مبكرة هذا العام التحرك نحو تعزيز تمويل الهيئات المانحة لنظام الصحة ارتكازًا على النتائج. ومن المؤكد، انطلاقًا من خبرة "تحالف جافى" والصندوق العالمى لمحاربة الإيدز، والسل، والمالاريا، أن هناك نتائج إيجابية لتوجيه التمويل إلى خطط برنامجية تفصيلية، واشتراط تجديد التمويل بإحراز نتائج واضحة. وهو أمر أفضل بالتأكيد من الحصول على كميات ضخمة من الأموال من أجل "دعم الميزانية" بشكل عام دون وجود شروط؛ وبغض النظر عن دليل على التحسُن، كما توضح حالة أوغندا التى لاتزال تعانى – مع الأسف– ارتفاعًا فى وفيات الأمهات بدرجة كبيرة.

ومع وضع ذلك فى الحسبان، ونظرًا لأن الشراكة التى أقامتها منظمة الصحة العالمية من أجل صحة الأم والرضيع والطفل لا تسعى إلى أن تكون هيئة تمويل وإنما هيئة للمناصرة فقط، أعتقد أن إنشاء "صندوق عالمى لصحة الأم" يمكن أن يمثل خطوة للأمام. وأنا أتطلع، بطبيعة الحال، إلى أن أتولى بنفسى أمر إنشائه. ومع ذلك، فتقريبًا كل شخص اقترحت عليه الفكرة رفضها تمامًا قائلاً: كلا، كلا، لن نتحدث عن صندوق عالمى مرة أخرى. ولكن، ما هو البديل إذا كنا نهدف للحصول على نتائج؟ لقد كانت هناك محاولات لطرح هذه المناقشة على المستويين الوطنى والدولى منذ فترة طويلة، وأصبحت الآن أكثر إلحاحًا لأن التمويل الحقيقى ظهر فجأة فى الأفق.

فى الخامس من سبتمبر ٢٠٠٧، أعلن عن الشراكة الدولية فى مجال الصحة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية فى ميدان الصحة. وكجزء من ذلك، تعهدت النرويج فى ٢٦ سبتمبر بدفع بليون دولار لتقليص وفيات الأمهات والأطفال. ورغم أن صحة الطفل دائمًا ما كانت تحصل على أموال ضخمة، فإن تلك المعلومات تُعد أهم أخبار صحة الأم عبر عقود. كيف يُنفق هذا التمويل (وأى تمويل آخر تال)، ومن يتولى مسئولية إنفاقه، وما النسب التى ستخصص لصحة الأم؛ هذه الأمور لا تزال مطروحة للنقاش ونحن بصدد طبع هذا العدد من المجلة. ونحن نأمل –خلافًا لما حدث مع الشراكة التى أقامتها منظمة الصحة العالمية من أجل



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

صحة الأم والرضيع والطفل حتى الآن– ألا يكون التمويل المخصص لصحة الرضع أكثر من التمويل المقدم لصحة النساء اللاتى يلدن هؤلاء الرضع.

تضمنت قائمة التوقيعات كلٍ من: المملكة المتحدة، والنرويج، وألمانيا، وكندا، ووكالات الأمم المتحدة، وغيرها من المنظمات الدولية، والعديد من حكومات البلدان النامية، ومؤسسة "جيتس"

وعلى الرغم من ذلك، فإن نجاح أو فشل تلك التغييرات سيكون على المستوى الوطنى، حيث توجد جميع المشكلات الأخرى التى تحافظ على استمرار ارتفاع معدلات وفيات الأمهات واعتلال صحتهن، وحيث تقع أيضًا حلول تلك المشكلات.

## تعليم المولدات الماهرات وتدريبهن

عادة ما تفشل السياسة الوطنية فى إدراج التعليم الشامل والتدريب الإكلينيكى للمهنيين الصحيين الذين سيعملون فى مجال رعاية الأمهات، بما فى ذلك تدريب المولدات الماهرات والكوادر الأخرى التى تقدم الخدمات للأمهات؛ وهو الأمر الذى اعتبره المشكلة الثالثة فى هذا الصدد. ففى المكسيك، على سبيل المثال، قامت مجموعة بحثية بمراجعة المناهج فى عينة ممثلة من ثلاث مدارس للتعليم والإعداد الإكلينيكى لممرضات التوليد، والقابلات المهنيات، والأطباء العموم (ليزلى كراجين وآخرون). وقد قامت المجموعة بقياس مواد المنهج الدراسى باستخدام مؤشرات المعرفة والقدرة (٢١٤ مؤشرًا)، المذكورة فى الخطوط الإرشادية التدريبية التى طرحها الاتحاد الدولى للقابلات والمخصص للزائرات الماهرات.

ووجدت المجموعة أن المنهج الدراسى لمدرسة القابلات لا يغطى سوى ٨٣% من الكفاءات، و٩٣% من المعارف الأساسية، و٨٦% من القدرات الأساسية، مقارنة بالمنهج الدراسى لمدرسة ممرضات التوليد الذى يغطى ٥٤% و٥٩% و٦٤% فقط ، ومنهج كلية الطب الذى يغطى ٤٣% و٦٠% و٣٦% على الترتيب. أما المنهج الدراسى للأطباء العموم، فقد كان ما يغطيه من مهارات ومعرفة أقل من مناهج المدارس الثلاث. ومع ذلك، يشرف أطباء العموم على أغلب الولادات فى المكسيك. وفى المقابل، توجد مجموعة محدودة فحسب من القابلات المهنيات اللاتى يجرى تدريبهن كل عام؛ كما أن ممرضات التوليد لم يدرجن رسميًّا فى نظام الصحة العامة للإشراف على الولادات إلا مؤخرًا. وتطرح هذه النتائج ضرورة مراجعة التعليم والتدريب الإكلينيكى لمقدمى خدمات رعاية الأمهات فى كثير من البلدان (إن لم يكن جميعها). والدليل السابق ليس سوى مثال واحد لمحدودية الدعم الموجه لتدريب القابلات الماهرات وممرضات التوليد. وأخيرًا، يجب أن يصبح التدريب الشامل حقيقة واقعة من خلال زيادة جودة التدريب وزيادة عدد المؤسسات التى تقدمه. وعلاوة على ذلك، يجب تقييم خطط التدريب التى بدأت فى السنوات الماضية ونشر نتائجها.

## توفير رعاية الأمهات القائمة على نتائج مبرهن عليها

ما الخدمات المتاحة والتى يتيسر الوصول إليها، ومدى جودة الرعاية فى إطار تلك الخدمات، التى لا تزال تمثل أحد مجالات الصعوبة الرئيسية، وتُعتبر المشكلة الرابعة التى أطرحها. لقد أمكن، بعد عقود من البحث، تطوير مجموعة كاملة من الممارسات المرتكزة على الأدلة فى مجال رعاية الأمومة. على أن الفشل فى تنفيذها، والإصرار على ممارسات لا ترتكز على الأدلة بل يمكن حتى أن تكون ضارة، لايزال واسع الانتشار. ونذكر، على سبيل المثال، ما حدث فى أوتار براديش بالهند (باتريشيا جفرى وآخرون)؛ حيث انتشر حقن العضل بمادة أوكسيتوكسين دون إشراف بهدف التعجيل بالولادة فى الولادات المنزلية؛ أساسًا من جانب الممارسين الذكور المحليين غير المسجلين والقابلات والممرضات المساعدات. وتشير أيضًا سحر بيطار



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

ولاورا ويك إلى هذه الممارسة فى أثناء الولادة بعدد كبير من المستشفيات العامة التى يجرى التحويل إليها فى الضفة الغربية المحتلة، كما أشارت إليها أشا جورج التى كشفت عن استخدام العديد من الحقن غير المحددة فى ريف كارناتاكا بالهند.

وقد قامت كل من سحر حسن بيطار ولورا ويك بتحديد بعض الممارسات الأخرى غير المناسبة فى مجال رعاية الأم أثناء فترة الولادة على النحو التالى: منع النساء من وجود مرافقات معهن، وتقييد حركة الأم، وتكرار الفحوصات المهبلية، وعدم استخدام كبريتات الماغنيسيوم فى حالات تسمم الحمل، كما كان النزف عقب الولادة متكرر الحدوث. كذلك كان عدد القابلات محدودًا إضافة لافتقاد المهارات الضرورية وغياب الإشراف الكافى عليهن، مما أدى إلى تدهور كفاءة الرعاية. وتشير المؤلفتان عن حق إلى أن استخدام الممارسات المرتكزة على الأدلة، والتى تروج للولادة الطبيعية، يتسم بأهمية كبيرة فى البيئات التى تنتمى فيها النساء إلى عائلات كبيرة العدد، بالإضافة إلى ندرة الموارد.

**تعزيز نظام الصحة فى مجال الرعاية فى حالات طوارئ الولادة**

تكمن المشكلة الخامسة فى ضعف عمل نظام الصحة ككل، وهو الأمر الذى يقوض حتى الجهود المستمرة لتحسين صحة الأمهات والرعاية الصحية لهن. وهناك حاليًا إقرار بضرورة تعزيز نظام الصحة من جميع الجوانب، على الرغم من قلة النماذج المطروحة حول كيفية القيام بذلك. ويضم هذا العدد من المجلة ورقتين بحثيتين من نيبال، تتناولان نماذج الرعاية فى حالات طوارئ الولادة. تحصل خدمات الأمومة على تعزيز فى نيبال، ولكن هل ستحتل تلك الخدمات مكانة ذات أهمية فى البلدان الأخرى عندما تتدفق "أموال ضخمة" لتعزيز نظم الصحة؟ أو ستقصى رعاية الأم جانبًا (مرة أخرى)، مع ما يصاحب ذلك من إحباط معتاد؟

لقد حصلت نيبال، منذ عام ١٩٩٧، على دعم تقنى يرتكز على الأدلة بهدف تعزيز نظامها الصحى على مستوى الأحياء للارتقاء بالرعاية فى حالات طوارئ الولادة. ونجح مشروع السنوات الخمس، الذى يغطى ١٥% من البلد، فى تحقيق زيادة يبلغ متوسطها ١,٣% سنويًّا فى مجال تلبية الاحتياجات إلى الرعاية فى حالات طوارئ الولادة، وصولاً إلى ١٤% بمنشآت الصحة العامة فى الأحياء التى شملها المشروع عام ٢٠٠٤ (اليسون ديمبو راث وآخرون) . لقد شهدت البنية الأساسية والأجهزة تحسينات، لكن التحديات الكبرى تمثلت فى استمرار التشغيل، وتوفير طبيب ماهر، فضلاً عن توفر الدم والتخدير. وفى ثلاثة أحياء، تولت الممرضات الحاصلات على تدريب إضافى فى حالات الطوارئ مسئولية ٧٠% من إجراءات تلك الحالات. وهو ما يُعد إنجازًا جيدًا لمقدمات الخدمة من المستوى المتوسط. وقد تولت كثير من الأوراق البحثية –فى إطلالة– تلخيص وصف أو عرض برامج مماثلة نجحت فى تدريب الإكلينيكيين من غير الأطباء، علاوة على القابلات، فى موزبيق ومالاوى وتانزانيا بغية توفير العمليات الجراحية الطارئة فى حالات الولادة بأمان وبتكلفة أقل فى المناطق الريفية التى لا يتوفر فيها الأطباء.

لا يزال النقص فى الموارد وفى عدد العاملين عقبة رئيسية فى نيبال، وخاصة فى المناطق الريفية. ويهدف الدعم التقنى (كارول باركر وآخرون) إلى تبنى المؤسسات لحزمة تشمل الحد الأدنى من الخدمات الجوهرية للأمهات، والربط بين تطوير السياسة المرتكزة على الأدلة وتعزيز نظام الصحة. وقد أدى إلى دعم التخطيط بعيد المدى، والعمل باتجاه توفير المولدات الماهرات لكل حالات الولادة، وتوفير نقل الدم الآمن، وتدريب العاملين، وبناء قدرات الإدارة، وتحسين نظم المتابعة، واستخدام المؤشرات العملية، والارتقاء بالحوار بين النساء ومقدمى الخدمة حول



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

جودة الرعاية، وزيادة العدالة والنفاذ على مستوى الحى ... وغير ذلك كثير. كما أن تيسر الوصول إلى خدمات الولادة الآمنة فى حالات طوارئ الولادة يتنامى أيضًا بخطوات متسارعة منذ تقنين الإجهاض.

**الإفراط وليس الندرة**

من المفترض أن أسباب وفيات الأمهات واعتلال صحتهن فى معظم البيئات التى تمثل فيها مشكلة، ترجع غالبًا إلى توافر قدر قليل جدا من الاحتياجات مثل: النقود، والتدريب، والموارد البشرية، والإمدادات والأجهزة، ووسائل المواصلات، وطرق المرور ... إلخ. على أن المشكلة السادسة –بدأت تظهر خلال العقد الأخير وما بعده– مشكلة "الإفراط" فى مجال رعاية الأمهات، ليس فى البلدان الغنية فحسب وإنما فى بلدان أخرى أيضًا. فمسألة الإفراط فى إجراء العمليات القيصرية و"شق العجان" أثناء الولادة مثارة منذ فترة طويلة، وربما كانت البرازيل[٣] أكثر البلدان اجتهادًا فى دراسة تلك الموضوعات. وقد برزت مسألة الإفراط فى استخدام الموجات فوق الصوتية –أحيانًا باعتبارها الشكل الوحيد لرعاية ما قبل الولادة، وأحيانًا بوصفها وسيلة لزيادة دخل لمقدمي الخدمة بالقطاعين العام والخاص– كمشكلة فى ثلاثة بلدان: سوريا[٤] وفيتنام[٥] بل والصين (آماندا هاريس وآخرون) . ففى بعض مناطق الصين، نجد تزايدًا لتطبيب الولادة الطبيعية (زيادة التدخل الطبى والتقنى) بالمقارنة بمعظم البلدان الأخرى؛ كما جرت إعادة تعريف الولادة المهبلية الطبيعية باعتبارها "خطرًا يجب مواجهته من خلال زيادة التدخلات الروتينية". هذا هو معكوس نموذج المستقبل؛ ولكن فى نظام صحى تقوده بشكل متزايد آليات السوق فإننا نجد ما يلى:

"..... فى بلد يطبق اقتصاد الليبرالية–الجديدة فى مجال الصحة، ولكن فى ظل سياسات تنظيمية حكومية غير متطورة، يتعرض من يملكون قدرة دفع تكاليف رعاية الأمهات إلى مجموعة جديدة من المخاطر الصحية تأتى من أولئك الذين يهدفون إلى الربح. وعلى الرغم من أن المجتمعات الفقيرة قد تفتقر إلى إمكانات الوصول إلى الخدمات الأساسية، فإن المجموعات الاجتماعية الاقتصادية الأكثر ثراء قد تواجه مخاطر زيادة اعتلال صحة الأمهات ووفياتهن بسبب الإفراط فى استخدام التدخلات التى يمكن تجنبها" ( آماندا هارس وآخرون) .

وبالتالى، من الضرورى أن تتفحص البلدان المختلفة مدى ماتسببه زيادة معدلات وأنماط التدخل فى الولادة الطبيعية من انتكاسات فى جودة الرعاية، وربما اعتلال الصحة أيضًا الذى يمكن تجنبه، بغية محاولة الوصول إلى توازن صحى.

**دمج خدمات فيروس نقص المناعة البشرية والأمومة الآمنة**

إن تحقيق هدف الأمم المتحدة بتقليص عدوى فيروس نقص المناعة البشرية بمعدل ٥٠% مع حلول عام ٢٠١٠ يتطلب حصول ٨٠% من كل النساء الحوامل، اللاتى يتيسر لهن الوصول إلى رعاية ما قبل الولادة، على خدمات الوقاية من نقل فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل. وعندما راجعت اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية حالات ٧١ بلدًا فى عام ٢٠٠٥، وجدت أن سبعة بلدان منها فقط تسير على



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

الطريق نحو تحقيق هذا الهدف. لقد زاد غطاء الوقاية من نقل فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل من ٧% عام ٢٠٠٤ فى ٥٨ بلدًا إلى ١١% عام ٢٠٠٥ فى ٧١ بلدًا (شو لو وآخرون). ومع ذلك، ففى البلدان التى لديها بيانات، وعددها ٣١ بلدًا، أفادت ٢٨% فقط من النساء اللاتى حصلن على المضادات القهقرية للوقاية من نقل فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل بأنهن حصلن أيضًا على العلاج بالمضادات القهقرية حفاظًا على صحتهن. إن تحقيق أهداف الأمم المتحدة –وهو المشكلة السابعة– يتطلب تدخلات جوهرية والتزامًا من أجل تعزيز الخدمات الصحية للأم والطفل، وبالإضافة إلى توفير العمالة والنظم الصحية للانتقال من المشروعات الرائدة إلى المنهج اللامركزى المتكامل.

تواجه خدمات صحة الأم نقصًا فى الموارد البشرية والمالية، مما يؤثر فى قدراتها على إدراج الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية. إن كلاً من برامج فيروس نقص المناعة البشرية وبرامج صحة الأم تحصل عادة على مساعدات مالية وتقنية موجهة، ولا تضع كل منها الأخرى فى الحسبان (نيل دروس وآنّا نولان). على أن المقترحات التى قدمتها بعض البلدان عام ٢٠٠٧ إلى "الصندوق العالمى لمحاربة مرض الإيدز والسل والمالاريا" تضم إعداد برامج فى مجال الصحة الجنسية والإنجابية، بحيث تؤثر أيضًا على فيروس نقص المناعة البشرية، بما فى ذلك تقديم خدمات بعينها للأمهات. وهو ما يمكن اعتباره نموذجًا للبلدان. وعلاوة على ذلك، أوضحت خبرات بوتسوانا وكينيا ورواندا إمكانية إحراز تقدم عندما يعمل الالتزام الوطنى وزيادة الموارد على تمكين رعاية الأم والرضع من مواجهة فيروس نقص المناعة البشرية.

**الإجهاض غير الآمن: بطولة مستمرة**

تتمثل المشكلة الثامنة فى الإجهاض غير الآمن. فقد وجدت ورقة بحثية –ستُنشر قريبًا بمجلة لانست– أن عام ٢٠٠٣ شهد ما يبلغ تقديره ٤٢ مليون حالة إجهاض عمدى، مقارنة إلى ٤٦ مليون حالة فى عام ١٩٩٥. كما بلغ معدل الإجهاض العمدى فى العالم ٢٩% لكل ١٠٠٠ امرأة فى الفترة العمرية ١٥–٤٤ سنة عام ٢٠٠٣، منخفضًا من ٣٥% عام ١٩٩٥. وفى عام ٢٠٠٣، كانت ٥٣% فقط من كل حالات الإجهاض العمدى قانونية، بما فى ذلك أغلب حالات الإجهاض فى البلدان المتقدمة. ويمكن القول إن جميع حالات الإجهاض تقريبًا فى أفريقيا وأمريكا اللاتينية لا تزال غير آمنة، كما هى الحال أيضًا فى ثلثى حالات الإجهاض فى آسيا (ما عدا شرق آسيا)، بل حتى ١٠% من الحالات فى أوروبا. كما أن حوالى ١ من ٥ حالات حمل فى العالم انتهت بالإجهاض[٦].

ويبدو أن الوفيات الناجمة عن الإجهاض غير الآمن تنخفض ببطء. لكن فى الأماكن التى لا تبيح الإجهاض بشكل قانونى تشهد سنويًّا دخول ما يقدر بحوالى ٥ ملايين امرأة إلى المستشفيات للعلاج من مضاعفات الإجهاض غير الآمن. وبالمقارنة، تندر فى البلدان المتقدمة المضاعفات الناجمة عن عمليات الإجهاض والعلاج بالمستشفى.[٧] وفى أثناء كتابتى هذا المقال، جرى تصويت فى نيكاراجوا للإبقاء على الإجهاض غير قانونى بالكامل، مع معاقبة النساء اللاتى يجرين الإجهاض –وكذلك مقدمو تلك الخدمة– بعقوبة الحبس. أما الأطباء الذين يثبت قيامهم بعملية إجهاض، فسوف تُلغى تصاريح مزاولتهم العمل الطبى لمدة تتراوح بين سنتين وخمس سنوات. ونحن نتوقع زيادة وفيات الأمهات نتيجة زيادة عمليات الإجهاض غير الآمن فى



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

نيكاراجوا، فضلاً عن زيادة عدد مقدمى الخدمة الذين يمتنعون خوفًا عن مساعدة النساء اللاتى يعانين من مضاعفات.[٨] إنها حالة انتكاسة مروعة. وفى شيلى، نجد أن الإجهاض غير قانونى أيضًا، حتى لو كان من أجل إنقاذ حياة المرأة أو صحتها. ويؤدى هذا الوضع إلى خلق معضلات جدية تؤثر على كل من النساء والأطباء (بونى شيبرد وليديا كاسس بيسيرا). ومع ذلك، ربما شهدت حالات الإجهاض انخفاضًا منذ عام ١٩٩٠، نتيجة زيادة استخدام موانع الحمل وانخفاض الخصوبة. كما انخفض أيضًا معدل الوفيات والمضاعفات، على الرغم من أن مستشفيات شيلى لا تزال تستخدم التوسيع والكحت لعلاج الإجهاض غير المكتمل.

وتقدم إطلالة فى هذا العدد من المجلة موجزًا لورقة بحثية من أوروجواى، حيث مضاعفات الإجهاض تتسبب فى ٢٩% من جميع وفيات الأمهات، مقارنة بالرقم العالمى الذى يبلغ ١٣%. فى أحد المستشفيات العامة فى مونتفيديو، كان الإجهاض غير الآمن يتسبب فى ٤٨% من كل وفيات الأمهات، مما أدى إلى قيام مجموعة من أطباء أمراض النساء والولادة فى عام ٢٠٠٤ بتطوير برنامج "مبادرة الصحة العامة ضد الإجهاض غير الآمن"، وحظى رسميًا فيما بعد بدعم وزارة الصحة. يقدم المستشفى استشارات لجميع النساء الحوامل غير الراغبات فى الحمل أو اللاتى يعتبرن أنفسهن معرضات لخطر الإجهاض غير الآمن. ويُعتبر إنهاء الحمل قانونيًا فى الحالات التى تؤكد الموجات فوق الصوتية أنه لا يتجاوز عدة أسابيع. أما فى حالات الحمل التى لا تنطبق عليها معايير الإجهاض القانونية، يتم إعطاء النساء معلومات دقيقة حول المخاطر النسبية التى قد تترتب على استخدام أساليب الإجهاض المختلفة. وتتضمن تلك المعلومات الجرعات الصحيحة من عقار ميسوبروستول. كما يجرى تشجيع النساء على زيارة المستشفى مرة ثانية، إما لمتابعة الإجهاض أو للحصول على رعاية ما قبل الولادة. فى حالات الإجهاض غير المكتمل، قد يوفر لهن أسلوب الشفط لتفريغ الرحم (فى البداية، مثل ذلك ٣٠% من الحالات التى استخدم فيها عقار ميسوبروستول، لكنه انخفض إلى ١٨% مع استمرار البرنامج)، والإمداد بوسيلة فعالة لمنع الحمل. لم يسجل المستشفى، منذ بداية البرنامج، أى حالات لوفيات الأمهات أو لمضاعفات حادة.[٩]

**البحوث، والمتابعة، والمراجعة**

يضم هذا العدد من المجلة خمس ورقات بحثية مكرسة للبحوث والمتابعة والمراجعة، وتقدم جميعها أمثلة ممتازة على أسباب احتياج البلدان المختلفة إلى بيانات عالية الجودة، علاوة على كيفية استخدامها لتحسين الخدمات، حتى مع الموارد المحدودة. إحدى الورقات البحثية من البرازيل تدرس التغيرات التى حدثت فى مستويات وأنماط وفيات الأمهات فى برنامبوكو، مقارنة بيانات عامي ١٩٩٤ و٢٠٠٣ (ساندرا فالونجويرو الفس) توضح مدى التحسُن المتحقق. لقد انخفضت وفيات الأمهات فى الدولة بمعدل ٣٠% على مدار عشر سنوات، لكن مستوى سوء تصنيف وفيات الأمهات ظل يُمثل مشكلة، كما ظلت ظروف الإجهاض غير القانونية عاملاً مهمًا يسهم فى الوفيات المقترنة بالإجهاض.

تقدم الورقة البحثية الثانية من البرازيل تلخيصًا لعدد من الدراسات حول الإفلات من الموت أو الاعتلال الحاد فى صحة الأمهات، والدروس المستفادة. "يُعتبر



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

تغير المفهوم وتطوره المتسارع، وزيادة تكرار الحالات المتاحة للدراسة، فضلاً عن إمكانية إجراء مقابلات مع الناجيات من المضاعفات الحادة، من الأمور التى تؤكد أهمية دراسة الاعتلال الحاد فى صحة الأمهات بهدف الإسهام فى إرشاد الجهود المحلية الرامية إلى تقليص وفيات الأمهات، بما فى ذلك متابعة التقدم المتحقق، وإعداد المسوح الوبائية، والمتابعة المنهجية لكفاءة الرعاية الصحية" (خوزيه جيلهارم سيكاتى وآخرون)▪

يستعين نظام متابعة رعاية الأمهات فى بوتسوانا –والذى تأسس عام ١٩٩٨– بأسلوب مراجعة وفيات الأمهات واعتلال صحتهن لوضع التحسينات على مستوى تقديم الخدمة (كيتشوكيل دنتيل موجوبى وآخرون). وتتولى اللجنة الوطنية لمراقبة وفيات الأمهات تحليل البيانات التى تجمع من عمليات المراجعة والمسوح المختلفة لفترة ما قبل الولادة، باستخدام مؤشرات العملية. وفى عام ٢٠٠١، ترددت ٧٠% من النساء الحوامل على رعاية ما قبل الولادة فى بوتسوانا، لكن إمكانات الوصول إلى الرعاية فى حالات طوارئ الولادة كان متفاوتًا. وفى عام ٢٠٠٦، أصبحت ٢٨ منشأة صحية من المنشآت التى تضم خدمات الأمومة، وخضعت للمسح، تقدم خدمات الولادة طوال ٢٤ ساعة. لكن خدمات المعمل وغرفة العمليات ونقل الدم كانت محدودة، كما كانت مهارات إنقاذ الحياة متوفرة لدى ٥٠% فقط من الأطباء و٦٧% فقط من القابلات. وعلى الرغم من أن المضادات الحيوية كانت متاحة بدرجة كبيرة، فقد كان هناك نقص فى سلفات الماغنيسيوم، وعقار ديازيبام، والتوكسيكات*، وأدوات الشفط اليدوى لتفريغ الرحم.

==========

==========

- تستخدم كبريتات المغنسيوم لعلاج التشنجات فى حالات تسمم الحمل، ويستخدم عقار ديازيبام ..... ، والأوكسيتوسكات ل (المحررة)

فى عام ٢٠٠٤/٢٠٠٥، أدخل استخدام أسلوب التحريات السرية على المستوى الوطنى لمعرفة وضع وفيات الأمهات ومراجعة الرعاية المقدمة للنساء اللاتى أفلتن من الموت بكل منشأة صحية فى ١٢ بلدًا فى المنطقة التابعة للمكتب الإقليمى الأوروبى لمنظمة الصحة العالمية (البرتا بيكاسى وآخرون). كانت مولدوفا أول من طبق عملية المراجعة، وضمت الورقة البحثية وصفًا تفصيليًّا لإعداد المراجعة وتنفيذها بعد ذلك. تضمن ذلك عقد ورشة عمل تقنية لإعداد خطط تفصيلية، والتدريب على كيفية تيسير المراجعة وتنفيذها، بالإضافة إلى إصدار إرشادات إكلينيكية يمكن على أساسها الحكم على نتائج نوعى المراجعة (وفيات الأمهات، والإفلات من الموت) وقد قامت مستشفيات مولدوفا الثلاثة الأساسية، والتى تُحال إليها الحالات المختلفة، بتنفيذ عمليات مراجعة حالات الإفلات من الموت، كما اجتمعت اللجنة الوطنية التى أنشأتها وزارة الصحة لمباشرة التحريات السرية مرتين. كما شرعت عديد من البلدان الأخرى فى عمليات مماثلة، لكن التقدم قد يظل بطيئًا بسبب استمرار مخاوف المهنيين الصحيين بشأن العقوبات التى يمكن أن تُتخذ ضدهم فى حالة وفاة إحدى الأمهات أو أحد الأطفال الرضع تحت رعايتهم، وهو الأمر الذى كان يشكل تهديدًا حقيقيًا فى الفترة السوفيتية السابقة.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

وأخيرًا، هناك بحث ممتاز (كارين إلبرو وآخرون) يحدد حالات وفيات الأمهات بين النساء المهاجرات من القرن الأفريقى المقيمات فى السويد. كان هدف البحث يتمثل فى التحقق من أسباب حالات الوفاة، وما إذا كانت مصنفة باعتبارها حالات وفيات أمهات فى سجل أسباب الوفاة بالسويد. وقد أمكن العثور على عديد من الحالات الجديدة والمحتملة لوفيات الأمهات. وانتهت الورقة بالتوصية بضرورة توجيه مزيد من الاهتمام لرفع كفاءة القابلات والمولدات الأوروبيات –على المستويين الثقافى والطبى– اللاتى يقدمن الرعاية إلى الأمهات غير الأوروبيات المهاجرات، بحيث يمكن فى الوقت المناسب تحديد أسباب وفيات الأمهات التى اختفت فى أوروبا، مثل الإصابة بالسل، وبالتالى يمكن إنقاذ حياة النساء.

**تقليص وفيات الأمهات يُعد تدخلاً اجتماعيًّا وليس مجرد تدخل تقنى**

"لا تُعد البرامج الرامية إلى تحسين صحة الأمهات مجرد تدخلات تقنية، لكنها تدخلات إجتماعية أيضًا، ويجب تقييمها باستخدام مناهج جرى تطويرها لتقييم التدخلات الاجتماعية المعقدة التى تهدف إلى إحداث تغيير. لقد تحددت عالميًا مكونات البرامج الفاعلة؛ ومع ذلك، فإن السياق شديد الأهمية لكى يتحقق محليًا ما ثبت أنه ممكن فى مكان آخر (لوفداى بن–كيكانا وآخرون).

تجدر قراءة هذه الفقرة مرات ومرات –مثل التعويذة– حتى يبدأ معناها فى الاتضاح. وربما تُلخص هذه الفقرة أهم درس يقدمه هذا العدد من المجلة، ارتكازًا على دراسات أُجريت فى بلدان متباينة مثل: بنجلاديش، وروسيا، وجنوب أفريقيا، وأوغندا. وفى ما يلى نقدم درسًا مستقى من دراسة أخرى أُجريت فى جنوب أفريقيا (لينا سوزان توماس وآخرون)▪

"بناء منظمة للتعلُم يقتضى بناء مجموعة مهارات أساسية لكل العاملين فى مجال الصحة، وخلق ثقافة جديدة للمتابعة والتقييم، بما فى ذلك التقييم الذاتى الدورى؛ كما يجب استخدام البيانات فى موقع جمعها. ويمكن أن يؤدى تغيير خطوط تقديم التقارير بين مديرى البرنامج ومسئولى الأحياء إلى تطوير التنسيق بين مختلف السلطات، مع ضرورة تعزيز أسلوب تقييم العاملين، وترقياتهم، ومكافآتهم. إن الهيئات المتخصصة التى تشرف على مناهج التدريب، والمؤسسات التى تمنح التدريب، والمؤسسات التى تقدم التمويل للتدريب والتنمية يجب أن تقبل التحدى المطروح أمام تطوير نظم الصحة، مع تجنب الاقتصار على تعزيز تدخلات برنامجية محددة فحسب".

وفى الوقت نفسه، يُعد دور الأسرة والمجتمع المحلى جانبًا اجتماعيًا من جوانب صحة الأمهات ووفياتهن، وهو جانب من المعادلة عادة ما يتم إهماله. لقد قام برنامج الأمومة الآمنة فى نيبال بتنفيذ مشروع لجمع المعلومات بالمجتمع المحلى، وهو



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

مشروع جدير بالمحاكاة ( راث وآخرون). وسوف يظل التغيير بطيئًا، فى أحسن الأحوال، وستستمر وفيات النساء الأكثر عرضة للخطر؛ حتى يقبل –وما لم يقبل– المعنيون بالأمر فى المجتمع بضرورة وجود رعاية جيدة فى مرحلة ما قبل الولادة، وتوفُر الولادة الآمنة فى المستشفى/ العيادة، وتيسُر إمكانات السعى للحصول على المساعدة الفورية عند حدوث مضاعفات، ووجود وسائل جيدة للوصول إلى الموقع.

**المسألة الجوهرية: تثمين النساء**

تكمن المسألة الجوهرية، فى أن تقليص وفيات الأمهات هو أمر يتعلق بتقدير قيمة النساء. ولعل أكثر التعليقات المؤثرة فى هذا العدد هو ما قالته أم فلسطينية تبلغ من العمر ١٧ عامًا عند سؤالها عن كيفية علاجها ومعاملتها فى أثناء فترة الولادة (سحر البيطار وويك): "الحمد لله، لم يصيحوا فى وجهى"، كما لو أن ذلك جعل كل ما عداه مقبولاً.

إن حالة ٥٣٦،٠٠٠ امرأة توفين وهن يتألمن عام ٢٠٠٥ وحده، دون ضرورة؛ لا تزال تتكرر.

"تموت النساء فى ربيع شبابهن: للنساء أهمية كبيرة فى المجتمع وللاقتصاد؛ إنهن أسباب وجود الجيل القادم؛ كما يشكلن أكثر من نصف قوة العمل... إن استمرار تلك المستويات المرتفعة من وفيات الأمهات والرضع يُعد فشلاً جماعيًا على المستوى العالمى" (ويندى جراهام وآخرون).

**الحاجة إلى القيادة**

وفقًا لدراسة تاريخية حول فاعلية "مبادرة الأمومة الآمنة" منذ بدايتها، خلصت الباحثتان جيرمى شيفمان وستيفانى سميث إلى أن الناشطات يواجهن أربعة تحديات سياسية:

– تجاوز الخلافات ليكون لهن صوت موحد يتسم بالمصداقية أمام القادة السياسيين على المستويين الدولى والوطنى.

– بناء مؤسسات فاعلة لمساندة المبادرة والحفاظ على استمراريتها.

– طرح القضية جماهيريًا بشكل يقنع القادة السياسيين بأولويتها.

– تطوير روابط قوية مع مبادرات البلدان التى تشهد ارتفاع وفيات الأمهات".(١٠)



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

## قائمة المراجع:


1. Mbonye AK, Mutabazi MG, Asimwe JB. Declining maternalmortality ratio in Uganda: priority interventions to achieve the Millennium DevelopmentGoal. International Journal of Gynecology and Obstetrics2007;98:285–90.
2. Powell-Jackson T, Borghi J,Mueller DH, et al. Countdown to2015: tracking donor assistance to maternal, newborn and child health. Lancet 2006;368:1077–87.
3. Diniz SG, Chacham AS. ‘‘The cutabove’’ and ‘‘the cut below’’: the abuse of caesareans andepisiotomy in Sa˜o Paulo, Brazil. Reproductive Health Matters2004;12(23):100–10.
4. Bashour H, Hafez R, Abdulsalam A. Syrian women’s perceptionsand experiences of ultrasoundscreening in pregnancy: implications for antenatalpolicy. Reproductive HealthMatters 2005;13(25):147–54.
5. Gammeltoft T, Nguyen HTT.The commodification ofobstetric ultrasound scanningin Hanoi, Viet Nam. Reproductive Health Matters2007;15(29):163–71.
6. Sedgh G, Henshaw S, Singh S,et al. Induced abortion: a globalreality with avoidable risks.Lancet 2007 (In press).
7. Singh S. Hospital admissionsresulting from unsafe abortion: estimates from 13 developingcountries. Lancet 2006;368: 1887–92.
8. Loa´ isiga Lo´pez L. Abortoterape´utico continuara´ penado.La Prensa. 13 September 2007. At: <www-usa.laprensa.com.ni/archivo/2007/septiembre/13/noticias/ultimahora/215429.shtmI>
9. Briozzo L, Vidiella G, Rodrý´guez F, et al. A risk reduction strategyto prevent maternal deathsassociated with unsafe abortion. International Journal ofGynecology and Obstetrics2006;95:221–26.
10. Shiffman J, Smith S. Aprotracted launch: the firsttwo decades of the global safemotherhood initiative. Used at a maternal mortality consultationcalled by the MacArthurFoundation, 7 May2007. (Unpublished)




This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الانجابية ٢٠٠٧©

# وفيات الأمهات ورعاية الأمومة ١٩٩٠ – ٢٠٠٥

## إنجازات متفاوتة ولكنها هامة

**إقبال شاه[*] لال ساى[**]**

**ترجمة: إيمان محمود**

**الملخص:**

لا تزال وفيات الأمهات هى السبب الأعظم للوفيات بين النساء فى سن الإنجاب فى العديد من البلدان. وتوضح بيانات الدراسات المنشورة والمسوح الصحية الديموغرافية، أن التقدم الحادث فى خفض وفيات الأمهات بشكل عام بين عامى ١٩٩٠ و٢٠٠٥ تقدم متواضع. وكان عدد وفيات الأمهات عام ٢٠٠٥ حوالى ٥٣٦,٠٠٠ حالة وفاة، وقدرت نسبة وفيات الأمهات ٤٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حى، مقارنة بعدد ٤٣٠ حالة فى عام ١٩٩٠. وقد حدثت بالفعل انخفاضات مهمة فى شرق آسيا (٤% سنويًا) وفى شمال أفريقيا (٣% سنويًا). وكانت النسبة الأعلى لوفيات الأمهات ونسب الوفيات موجودة فى بلدان أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب شرق آسيا، بينما كانت منخفضة فى شرق آسيا وأمريكا اللاتينية/منطقة الكاريبى. من بين ٥٣ دولة تتوفر عنها بيانات، هناك ١١ بلدًا قامت فيها أقل من ٢٥% من النساء بأربعة زيارات لمتابعة الحمل على الأقل. تمت ٦٣% من الولادات على أيدى أشخاص ذو مهارة؛ من ٤٧% فى أفريقيا إلى ٨٨% فى أمريكا اللاتينية/ منطقة الكاريبى. واستطاعت ١٦ دولة –من بين ٢٣ دولة تتوفر عنها بيانات– الوصول الى ما يقل عن ٥٠% من مستوى رعاية طوارئ الولادة الموصى بها. أما رعاية ما بعد الولادة فلم تتلقاها سوى ٦١% فقط من النساء اللاتى ولدن فى المؤسسات الصحية فى ٣٠ من البلدان النامية، وعدد أقل كثيرًا من النساء اللاتى ولدن بالمنزل. وتشترك البلدان التى توجد بها تصل فيها نسبة وفيات الأمهات الى ٧٥٠ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حى أو أكثر فى وجود مشاكل الخصوبة المرتفعة والحمل غير المخطط له، وضعف البنية التحتية للصحة مع محدودية الموارد وانخفاض العدد المتاح من العاملين بالصحة. ويمثل المضى قدما فى هذا الشأن مهمة هائلة.

Maternal Mortality and Maternity Care from 1990 to 2005:Uneven but Important Gains.Iqbal H Shaha Lale Say*November* 2007;15(30):17–27

**الكلمات المفتاحية:**

وفيات الأمهات، رعاية ما قبل الولادة، القائمين على الولادة المهرة، رعاية طوارئ الولادة، رعاية ما بعد الولادة، توفر موانع الحمل

==========

[*] عالم بقسم الصحة الإنجابية والبحوث ، منظمة الصحة العالمية جنيف، سويسرا. البريد الإلكترونى shahi@who.int

[**] مدير طبى ، قسم الصحة الإنجابية والبحوث ، منظمة الصحة العالمية جنيف، سويسرا



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

تعرف وفاة الأم على أنها "موت المرأة أثناء الحمل أو خلال ٤٢ يومًا من انتهاء الحمل، بغض النظر عن مدة الحمل أو مكانه، الناتجة عن أى سبب يتعلق بالحمل أو عن مفاقمة الحمل له، أو بطريقة التعامل مع الحمل، لكن ليس لأسباب ناتجة عن الحوادث العرضية أو غير المقصودة". وقد تكون أسباب وفيات الأمهات إما مباشرة، مثل مضاعفات الولادة للحمل، الولادة أو النفاس؛ أو غير مباشرة، مثل وجود أمراض قبل الحمل أو حدوث مرض أثناء الحمل وأدى الحمل الى تحوله الى الأسوأ. وتعرف الوفيات المتعلقة بالحمل أنها "موت المرأة أثناء الحمل أو خلاله ٤٢ يوم من انتهاء الحمل، بغض النظر عن سبب الوفاة".[!] وقد أشار التقسيم العالمى العاشر للأمراض الى أن الاجراءات الحديثة للأبقاء على الحياة قد تؤدى الى تأخير الوفاة. ولذلك تم إدخال فئة جديدة لوفيات الأمهات المتأخرة، وعرفت "موت المرأة بأسباب مباشرة أو غير مباشرة متعلقة بالولادة فى الفترة التى تلى ٤٢ يوم ولكن أقل من عام بعد انتهاء الحمل". لا يمكن تطبيق تعريف وفيات الأمومة عندما لا نتمكن من معرفة السبب الدقيق للوفاة. ولذلك فإنه يوجد تدنى فى تسجيلات وفيات الأمهات بصفة عامة حتى فى البلدان التى يوجد بها نظم جيدة نسبيا للتسجيلات الحيوية وحفظ السجلات. ومن المرجح بشكل خاص أن تُغفل وفيات الأمهات أثناء الحمل المبكر.

تعرف نسبة وفيات الأمهات على أنها وفيات الأمهات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حى، وهى المقياس الأكثر شيوعا لتبيان وفيات الأمهات. وهى أيضا أحد القياسات المستخدمة لمتابعة التقدم فى إنجاز الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية، ألا وهو تحسين صحة الأمهات. يوجد أيضآ قياس بديل، وهو معدل وفيات الأمهات، أى عدد وفيات الأمهات لكل ١,٠٠٠ امرأة فى سن الإنجاب. ويأخذ قياس خطر وفيات الأمهات طوال حياة البالغين فى اعتباره كل من احتمال حدوث الحمل واحتمال الموت كنتيجة لهذا الحمل، تراكميا عبر سنوات الإنجاب للمرأة.

لازالت وفيات الأمهات تمثل السبب الأعظم لوفيات النساء في عمر الإنجاب في العديد من البلدان. أشارت أحدث التقديرات في عام ٢٠٠٥ إلي أن حوالي ٥٣٦,٠٠٠ امرأة قد ماتت من مضاعفات الحمل، إنجاب الأطفال أو الإجهاض الغير آمن (جدول ١).[٢] وقد قُدرت نسبة وفيات الأمهات ب ٤٠٠ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي وقُدر احتمال التعرض للخطر طوال الحياة بحالة واحدة ا لكل ٩٢. وتتفاوت نسب وفيات الأمهات عبر مناطق العالم ولا تتناسب مع تعداد النساء في سن الإنجاب في هذه المناطق. إذ تحدث تقريبا نصف وفيات الأمهات (٢٧٠,٠٠٠) في أفريقيا جنوب الصحراء، حيث يقيم ١٠% فقط من كل النساء العالم في سن الإنجاب ( ١٥-٤٩ عام) في عام ٢٠٠٥.وتُقدر وفيات الأمهات في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء معا بحوالى ٤٥٨,٠٠٠ ( تُمثل ٨٦%) من وفيات الأمهات علي مستوي العالم، علي الرغم من أن النساء في سن الإنجاب في المنطقتين تمثلان ٢٢% من النساء في سن الإنجاب في عام ٢٠٠٥. ونسبة وفيات الأمهات في أفريقيا جنوب الصحراء ٩٠٠ لكل ١٠٠,٠٠٠مولود حي وأيضا تمثل نسبة ( خطر وفيات الأمومة طوال حياة البالغين) النسبة الأعلى في العالم واحد إلي اثنان وعشرون مع إضافة احتمال وفاة أنثي تبلغ من العمر ١٥ عام نتيجة لأسباب أمومية. وتشير مقارنة ذلك بنسبة وفيات الأمهات في المناطق المتقدمة والتي تبلغ ٩ و خطر وفيات الأمومة طوال حياة البالغين والتي تبلغ حالة واحدة لكل ٧,٣٠٠ إلي أن الحمل في أفريقيا جنوب الصحراء قد يؤدي لفقد النساء لحياتهن مئة مرة أكثر من احتمال حدوث ذلك في البلاد المتقدمة (٩/٩٠٠=١٠٠). ويكون خطر وفيات الأمومة طوال حياة التراكمي ٣٣٢ مرة أعلي لدي النساء في أفريقيا



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

جنوب الصحراء مقارنة بالنساء في المناطق المتطورة (٣٣٢=٢٢/٧٣٠٠). ربما لا يوجد مؤشر آخر يوضح مثل هذه الدرجة العالية من عدم العدالة عبر مناطق العالم.

**الاتجاهات العالمية لوفيات الأمهات**

يصعب الإجابة عن التساؤل الذى يُطرح كثيرا عن إذا كان هناك انخفاض فى وفيات الأمهات عبر الوقت أم لا، وذلك بسبب التغيير فى طريقة التقدير ومدى توفر البيانات والتحديثات المختلفة للتقديرات العالمية المقارنة عن وفيات الأمهات والصادرة عن منظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان.هذا بالإضافة إلى هامش واسع من عدم التأكد من تلك التقديرات، مما يفاقم من صعوبة المقارنة. تحديث التقديرات العالمية لوفيات الأمهات ٢٠٠٥ –التى ساهم فى إعدادها كل من منظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولى–[٢] تصدت لهذا السؤال من خلال تطبيق نفس المنهجية على المعلومات من سنة ١٩٩٠ و٢٠٠٥ (جدول ٢). وبشكل عام كان التطور فى انخفاض وفيات الأمهات متواضع؛ وكان الانخفاض بين عامى ١٩٩٠ و٢٠٠٥ ٥,٤%، أو ما يعادل ٠,٤% لكل عام أثناء تلك الفترة (جدول ٢). حدث انخفاض هام فى وفيات الأمهات فى كل من منطقة شرق آسيا (٤% لكل عام) وشمال أفريقيا (٣% لكل عام). وحدث تقدم ضئيل فى المنطقتين اللتين تحتويان نسبيا على معدلات وأعداد مرتفعة لوفيات الأمومة وهما، أفريقيا جنوب الصحراء وغرب آسيا وجنوب آسيا حيث تراوحت التغيرات السنوية بين ٠,١%، ١,٢% و١,٦% على التوالى بين عام ١٩٩٠ وعام ٢٠٠٥. لتحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية بحلول عام ٢٠١٥، فإننا فى حاجة إلى تغيير سنوى يبلغ ٥,٥%،[٢] إلا أنه لم يمكن الوصول بعد لهذا المعدل لا على المستوى العالمى أو الإقليمى. ومع ذلك فقد انخفضت نسبة وفيات الأمهات إلى النصف فى عدد من البلدان، وتشمل بنجلاديش، الصين، ماليزيا، تايلاند وسيريلانكا فى فترة قصيرة نسبيا.[٣]

ونظرًا لوجود تباينات ضخمة بين البلدان فى مصادر البيانات، نوع ودرجة اكتمال المعلومات المتاحة وحجم النقص فى المعلومات؛ فقد تم اللجوء الى مقاربة تقوم على التوفيق بين البيانات المأخوذة من مصادر مختلفة لعمل تقديرات ٢٠٠٥ [٢] وقد استمدت البيانات عن وفيات الأمهات فى ٦٥ بلدًا من سجلات البيانات الحيوية، مع احتمال أن تكون هذه البيانات جيدة أو ضئيلة القيمة أو عدم التأكد من تحديد سبب الوفاة؛ وقد جمعت البيانات فى ٢٨ دولة أخرى من خلال منهج السؤال المباشر للأخوات والأقارب المستخدمة فى المسوح الصحية الديموجرافية للأُسر فى المنازل؛ فى أربعة بلدان من دراسات وفيات سن الإنجاب، وفى ١٣ بلدًا من مسوح الأمراض، وعينات من التسجيلات، ومن التعداد السكانى أو الدراسات الخاصة. آما بالنسبة لباقى البلدان ( ٦١ بلدًا)، والتى لا يوجد لديها بيانات وطنية، عن وفيات الأمهات فقد تم استخدام نموذج إحصائى للتنبأ بالتقديرات. وقد تم تدقيق التقديرات عند الضرورة لمراعاة احتمالات وجود تقارير أقل من الواقع الفعلى.[٢] على الرغم من اعتبار هذه المنهجية فى تحديد نسبة وفيات الأمهات الأكثر ملائمةً، إلا أن وجود هامش واسع من عدم التأكد من تلك التقديرات الرتبطة بكل من اختلاف مصادر المعلومات و نموذج التنبؤ يحد من القدرة على مقارنة نسب وفيات الأمهات عبر مجموعات البلدان التى تتبع إستراتيجيات مختلفة فى عمل تقديراتها.

توفر المسوح الصحية والديموغرافية مصدرًا بديلاً للبيانات عن وفيات الأمهات، وعن غيرها من المؤشرات الصحية والسكانية الأخرى، وهى مهمة بشكل خاص فى حالة ضعف نظم التسجيلات الحيوية



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

وحيثما تحدث العديد من الوفيات خارج النظام الصحى. تعرف وفيات الأمهات فى هذه البحوث على أنها أى وفاة تحدث أثناء الحمل أو الولادة أو أثناء الشهرين التاليين للولادة أو إنهاء الحمل وتقدر نسب وفيات الأمهات من سؤال الأحياء من أخوات المتوفيات (وتعرف ب "طريقة الأختية"). وتستخرج هذه المعلومات من مستجيبى المسح فى مجموعات من الأسئلة عن الأم البيولوجية للمواليد الأحياء. وقد سمحت هذه المعلومات بوضع بيانات الوفيات والمواليد فى سياق زمنى ، وسمحت لنا بحساب معدلات الوفاة المرتبطة بالجنس والمجموعات العمرية فى فترة زمنية محددة. تقدير نسب وفيات الأمهات باستخدام بيانات المسوح الصحية الديموغرافية، عادة ما تعود إلى تاريخ يسبق إجراء المسح بسبع سنوات. ومن ثم فإن، معظم البيانات التى قمنا بتحليلها فى هذه الورقة تشير إلى عام ٢٠٠٠ أو ما قبله. وتوجد جوانب قصور أخرى لبيانات المسوح الصحية الديموغرافية، حيث تبنى التقديرات على إفادات النساء والمعرضة لأخطاء عملية استرجاع المعلومات، بما فى ذلك، الإفادات الناقصة، أو الإفادات غير الصحيحة.. وقد ثبت فعليا أن طريقة "الأختية" فى المسوح تؤدى إلى تسجيل أدنى للمستوى الحقيقى لوفيات الأمهات[٤،٥]؛ ويجب أن يكون حجم العينة كبير عند استخدام هذه الطريقة لتقدير وفيات الأمهات، ويكون فاصل الثقة فى هذه الحالة ذو مدى واسع نسبيا. ومع ذلك تسمح هذه البيانات بالمقارنة عبر الأقطار المختلفة نظرا لوجود القياس والتصميم المعيارى.

من بين ٤٢ دولة من الدول النامية التى توفرت عنها بيانات عن وفيات الأمهات من خلال المسوح الصحية والديموغرافية، كانت وفيات الأمهات أكثر من ٥٠٠ امرأة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حى فى ٢٢ دولة (جدول٣).[٢] وكانت أعلى نسب لوفيات الأمهات فى أفريقيا جنوب الصحراء، حيث فاقت نسبة وفيات الأمهات ٥٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حى فى ١٩ بلدًا من ٢٧ بلد لديها بيانات المسوح الصحية الديموغرافية. من بين الدول النامية المشار إليها سابقًا، توجد فى تشاد حاليًا أعلى نسبة لوفيات الأمهات:١,٠٩٩ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حى، بينما تمثل جنوب أفريقيا أقل نسب وفيات الأمهات فى منطقة جنوب الصحراء الأفريقية: ١٥٠ لكل ١٠٠,٠٠٠مولود حى. وكانت نسب وفيات الأمهات منخفضة بشكل عام فى أمريكا اللاتينية وجزر البحرالكاريبى، ماعدا فى هايتى حيث كانت النسبة ٥٢٣ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حى. أما أقل نسبة لوفيات الأمهات فى الدول النامية فكانت فى الأردن (٣٥ لكل ١٠٠,٠٠٠مولود حى).

**الرعاية أثناء الحمل**

تعتبر الرعاية أثناء الحمل مكون مهم لصحة الأم وهى تغطى مجموعة من الأنشطة تشمل التثقيف الغذائى،و التطعيم ضد التيتانوس و الملاريا، ومعلومات عن فيروس نقص المناعة البشرية، وخدمات متابعة المضاعفات المحتملة. ويمكن لمجموعة التدخلات التى تتم أثناء فترة رعاية الحمل أن تسهم بشكل مباشر أو غير مباشر فى خفض وفيات الأمهات. وتوصى منظمة الصحة العالمية بأربع زيارات لمتابعة الحمل على الأقل مع المهنيين الصحيين المُدربين (طبيبة أو ممرضة أو قابلة) أثناء الحمل الطبيعى.

وقد حصلت أقل من ٢٥% من النساء اللاتى ولدن أطفال أحياء فى الثلاث سنوات السابقة لعمل المسح فى ١١ بلد من بين ٥٣ دولة لديها بيانات عن زيارات متابعة الحمل فى المسح الديموجرافى الصحى (بنجلاديش وكمبوديا ونيبال واليمن وبوركينا فاسو وتشاد ومالى وموريتانيا والنيجر ورواندا والسنغال)، على أربع زيارات على الأقل لمتابعة الحمل مع طبيبة أو ممرضة أو قابلة مدربات وذلك أثناء آخر حمل لهن (جدول ٤). وبصفة عامة،هناك تزايد فى نسبة النساء اللاتى حصلن على الأقل على أربع زيارات لمتابعة الحمل. ومع ذلك، فقد انخفضت نسبة من تتابعن الحمل فى بعض البلدان. وكانت اندونيسيا أكثر البلدان التى حدث فيها ذلك، من ٦٦% فى عام ١٩٩٧ إلى



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

٤٥% فى ٢٠٠٢ – ٢٠٠٣.

**الولادات التى تمت على أيدى أشخاص مدربين**

قد صاحب أيضا نسبة من الولادات التى تمت على أيدى ملازمين صحيين مهرة حدوث نسبة من وفيات للأمهات. وانخفضت نسبة وفيات الأمهات إلى النصف فى بعض البلدان المتقدمة فى آخر القرن التاسع عشر نتيجة لوجود رعاية تخصصية فى توليد النساء متوفرة عند الولادة.[٣] يعتبر وجود المولد الماهرة مؤشرًا أساسيًا لمتابعة مدى تقدم أى بلد فى تحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية. النسب العالمية المرجوة لحدوث الولادات بحضور ملازمون صحيون مهرة هى ٨٠% بحلول عام ٢٠٠٥، ٨٥% بحلول عام ٢٠١٠ و٩٠% بحلول عام ٢٠١٥.

يشير تعبير "مشرفون مهرة على الولادة" إلى "المهنيين الصحيين المعتمد، مثل القابلة والطبيبة أو الممرضة، اللاتى حصلن على تدريب متخصص على المهارات الضرورية للتعامل مع الحمل الطبيعى (بلا مضاعفات)، والولادة والفترة التالية للولادة مباشرة، وفى التعرف على وعلاج والإحالة فى حالة وجود مضاعفات للأم أو المولود".[٧] يُعتبر وجود الملازم الماهر للولادة هام جدا ولكن ليس دائما شرطًا كافيًا لتحقق الولادة الآمنة. ونحتاج أيضا وجود تسهيلات فى الإحالة قادرة على تحديد مضاعفات الولادة.

وقد أشرف أفراد صحيون مهرة على حوالى ٦٣% من كل الولادات[٨]؛ كانت النسبة ٩٩% فى البلدان المتقدمة مقارنة بنسبة ٥٩% فى البلدان النامية. وقد لوحظ وجود اختلافات جديرة بالاهتمام بين الأقاليم: ٤٧% فى أفريقيا، ٦١% فى آسيا، ٨٠% فى أوشيانا، ٨٨% فى أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبى، و٩٩% فى أوروبا وشمال أمريكا. ويوجد المزيد من التنوع داخل الإقليم الواحد، على مستوى الأقاليم الفرعية والبلدان. على سبيل المثال، كانت أدنى نسبة لوجود ملازمين مهرة أثناء الولادة فى كل الأقاليم الفرعية فى أفريقيا فى شرق أفريقيا (٣٤%) وغرب أفريقيا (٤٠%). أما فى آسيا، فكانت أدنى نسبة فى جنوب وسط آسيا (٤٤%). وتتميز أفريقيا جنوب الصحراء ليس فقط بأقل تغطية لحضور الولادات بأشخاص صحيون مهرة، ولكن أيضا بعدم وجود أى تقدم فى هذا المؤشر الهام عبر الحقبة من ١٩٩٠ – ٢٠٠٠. وتوضح دراسة حديثة أن التقدم فى نسبة الولادات على أيدى ملازمون مهرة، قد تم تحقيقه فى كل المناطق الفرعية النامية، وكان ذلك بشكل بارز فى شرق آسيا، جنوب شرق آسيا وشمال أفريقيا. وعلى النقيض، لا يوجد تقدم يُذكر فى أفريقيا جنوب الصحراء(جدول ٥)، حيث كانت التغطية ٣٩,٤% فى عام ١٩٩٠ و٣٩,٨% فى عام ٢٠٠٠. [٩]

تظهر بيانات المسح الصحى الديموغرافى فى بنجلاديش، تشاد، هايتى، مالى، موزمبيق، نيبال، النيجر، أوغندا؛ أنه من بين النساء اللاتى ولدن فى السنوات الثلاث السابقة للمسح، تلقت أقل من ٢٥% منهن مساعدة طبية (طبيب) أوممرضة أو قابلة مدربات[٦]. وكان عدد الملازمون المهرة للولادة منخفضًا بشكل استثنائى فى نيبال (١٢%)، وفى بنجلاديش وتشاد (١٥% لكل منها). وقد لوحظ وجود تزايد فى نسبة الولادات التى حضرها الملازمون المهرة، من خلال نتائج مسحين يفصل بينهما خمس سنوات. وكان وجود ملازمين مهرة للولادة شبه كلى (٩٧ – ١٠٠%) فى الأردن، كازاخستان، جمهورية الكيرجز، توركيمنستان وأوزباكستان. وكانت الزيادة فى وجود ملازمون مهرة أثناء الولادة خلال مدة خمس سنوات تقريباً ٢٣ نقطة مئوية فى المغرب، و٢١ نقطة مئوية فى فيتنام، و١٩ نقطة مئوية فى ناميبيا، و١٦ نقطة مئوية فى مصر و ٩ نقاط مئوية فى الهند. أما فى نيبال وبنجلاديش، حيث تتم أغلب الولادات فى المنزل، فتُقدر الزيادة ب ٣ نقاط مئوية على مدى مدة خمس سنوات. ومع ذلك شوهد انخفاض فى نسبة الملازمين المهرة للولادة فى اندونيسيا، من٥١% فى عام ١٩٩٧الى ٤٣% فى عام ٢٠٠٢– ٢٠٠٣، وفى



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

موزمبيق من ٤١% فى ١٩٩٧ إلى ٢١% فى ٢٠٠٣، وفى أوغندا من ٣٥% فى عام ١٩٩٥ إلى ١٨% فى عام ٢٠٠٠ –٢٠٠١. ويجب دراسة أسباب هذا الانخفاض حتى يمكن أن نعكس الاتجاه.

**رعاية حالات الطوارئ فى الولادة**

تعانى حوالى ١٥% من النساء فى كل مكان من المضاعفات أثناء الحمل أو الولادة أو فى فترة بعد الولادة، ومن ثم، يجب أن تكون خدمات حالات طوارئ الولادة متاحة للحيلولة دون وفيات الأمهات. وعلى الأغلب، لا تتوفر هذه الخدمة فى الأماكن التى تفتقر الى الموارد، وهذا النقص يمثل السبب الأساسى لارتفاع مستوى وفيات الأمهات. ويوضح جدول ٦ مدى توفر المستوى المطلوب لرعاية طوارئ الولادة بالنسبة لحجم السكان من خلال تحديد الاحتياجات فى ٢٣ دولة من الدول النامية.[١٠] وقد وجد أنه فى ١٦ من هذه الدول لم يتحقق سوى أقل من ٥٠% من المستوى الموصى به.

**عناية بعد الولادة**

تحدث أغلب وفيات الأمهات فى الفترة منذ الثلاث شهور الأخيرة للحمل وحتى الأسبوع الأول بعد الولادة آو الإجهاض.[٣] وقد أظهر تقرير حديث مبنى على بيانات المسح الديموجرافى الصحى، أن ٦١% فقط من النساء اللاتى ولدن فى المرافق الصحية فى ٣٠ بلدًا ناميًا قد تلقين رعاية ما بعد الولادة،[١١] وتكون النسبة أقل من ذلك بكثير فى الأماكن حيث تحدث أغلب الولادات فى المنزل، فعلى سبيل المثال تلقت ١١% فقط من النساء فى إثيوبيا على رعاية بعد الولادة، ٢٧% فى بنجلاديش و ٢٨% فى نيبال. وحتى بين هؤلاء اللاتى قمن بعمل فحص بعد الولادة، أغلبهن قمن بذلك بعد ثلاث أو أربع أيام من الولادة وكان خارج المرافق الصحية، فى الواقع يجب أن يكون فحص بعد الولادة خلال الأربع وعشرين ساعة بعد الولادة، ويجب أن تتلقاه جميع النساء اللاتى وضعن.

**خفض معدلات وفيات الأمهات من خلال استخدام وسائل منع الحمل**

بوجه عام ، توجد علاقة عكسية بين وجود تغطية شاملة لرعاية الحمل، الولادة وفترة بعد الولادة ونسبة وفيات الأمهات. ومع ذلك، فقد حدث فى بعض البلدان انخفاض فى نسب وفيات الأمهات بالرغم من وجود تغطية صحية محدودة وعدم وجود تقدم واضح فى هذه المؤشرات. ففى بنجلاديش على سبيل المثال، انخفضت نسبة وفيات الأمهات بنسبة ٢٢% خلال ١٢ عام لتصل إلى ٣٢٠ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حى فى الفترة ١٩٩٨ – ٢٠٠٠ رغم أن ٩٠% من الولادات لا تزال تتم بالمنزل، ورغم افتقار المهنيين الصحيين أو أفراد العائلة الذين يقدمون المساعدة يفتقرون إلى المهارة [١٢]. وقد يُعزى هذا التقدم بشكل جزئى لزيادة استخدام وسائل منع الحمل فى هذه الفترة وما نتج عنه من انخفاض فى الخصوبة وانخفاض فى عدد الأحمال غير المخطط لها. وتظهر نسب وفيات الأمهات الاخطار التى قد تتعرض لها المرأة متى حدث الحمل، لكن زيادة استخدام موانع الحمل يؤثر مباشرة على معدل وفيات الأمهات لكل ألف امرأة فى سن الإنجاب وكذلك الخطر طوال الحياة لوفيات الأمومة، عبر خفض عدد الأحمال. وقد قُدر فى عام ٢٠٠٠، أنه كان من الممكن تفادى ٩٠% من الوفيات المتعلقة بالإجهاض و ٢٠% من الوفيات والمراضة المتعلقة بالولادة على مستوى العالم، عن طريق استخدام النساء الراغبات فى تأجيل الحمل أو التوقف عن الإنجاب لطرق مؤثرة لمنع الحمل.[١٣]

لازال استخدام وسائل منع الحمل الحديثة منخفض (٢٠%) فى أفريقيا جنوب الصحراء، ولا تزال معدلات الخصوبة مرتفعة (خمسة أطفال لكل امرأة) فى نفس البلدان التى توجد فيها أعلى نسب لوفيات الأمهات. وقد أعربت ٢٤% من النساء المتزوجات فى هذه المنطقة، عن حاجتهن غير الملباة بالنسبة لوسائل منع الحمل،[١٤] وتموت حوالى ٣٠,٠٠٠ امرأة سنويًا



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

بسبب الإجهاض غير الآمن.[١٥]

**السمات العامة للبلدان ذات المستويات المرتفعة أو المنخفضة لوفيات الأمهات**

تتشابه البلدان الخمس (تشاد، الكونجو،غينيا، مالاوى، رواندا) –التى توجد فيها نسب وفيات الأمهات ٧٥٠ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حى والتى لديها بيانات حديثة من المسح الصحى الديموجرافى– فى العديد من الملامح والخصائص، فجميعها فقيرة اقتصاديا، ولديها نقص فى العمالة الصحية، ولديها مستويات مرتفعة من الخصوبة والحمل غير المخطط له ( باستثناء تشاد وغينيا) ومستويات عالية لحمل المراهقين (ماعدا فى رواندا). كما أن مستوى انتشار موانع الحمل الحديثة منخفض (ماعدا فى مالاوى) التى يرتفع فيها استخدام موانع الحمل نسبيًا مقارنة بالبلدان الأربعة الأخرى (جدول٧). وقد تراوح عدد الولادات الحديثة التى ساعد فيها مهنيون مهرة بين ١٥% فى تشاد و ٨٥% فى الكونغو. وقد لوحظ نمط مشابه من التباين الواسع فيما يتعلق بمؤشر " أربع زيارات على الأقل لمتابعة الحمل" بين النساء اللاتى ولدن فى السنوات الثلاث السابقة للمسح.

ويوجد تباين أكبر فى المؤشرات الاجتماعية، الاقتصادية ومؤشرات الصحة الإنجابية بين البلدان النامية ذات المستويات المنخفضة نسبيا لوفيات الأمهات (جنوب أفريقيا، ناميبيا، المغرب، بنجلاديش، الصين) (جدول ٨). ومع ذلك، باستثناء بنجلاديش، تتمتع تلك البلدان بوضع اقتصادى أفضل، وبنية تحتية أقوى مقارنة بالبلدان التى لديها ارتفاع فى نسب وفيات الأمهات. وبالمثل، فإن مستويات الخصوبة، وحمل المراهقات والحمل غير المخطط له منخفضة مقارنة بالبلدان ذات النسب المرتفعة لوفيات الأمهات. وتمثل ناميبيا استثناء ملحوظًا، حيث أن ٤٥% من الأحمال غير مخطط لها و٢٢% من النساء يعانين من عدم تلبية احتياجاتهن لوسائل منع الحمل.

**الخاتمة**

استطاعت بنجلاديش، الصين، مصر، ماليزيا، رومانيا، سريلانكا، وتايلاند خفض نسبة وفيات الأمهات فيها فى وقت قصير نسبيا، عبر استخدام طرق واتجاهات مختلفة. وقد عرف رونزمانز وآخرون[٣] الإستراتيجيات التى استخدمتها كل من هذه البلاد وساهمت فى خفض نسبة الوفيات، وهى تشمل جعل قوانين الإجهاض أقل تشددًا فى رومانيا، التحكم فى الأمراض المعدية فى سيريلانكا، زيادة معدل استخدام موانع الحمل فى بنجلاديش، وتوسيع فرص الحصول على الرعاية بالمستشفى ورعاية القبالة فى مصر، هوندوراس، ماليزيا وتايلاند.

وقد زادت نسبة الولادات التى تتم على أيدى مهنيين صحيين مهرة، فى كل المناطق ماعدا أفريقيا جنوب الصحراء؛ إلا أن تأثير ذلك على وفيات الأمهات لم يكن كبيرًا. وقد وجدت دراسة تم نشرها حديثا مستخدمة بيانات منظمة الصحة العالمية **عن ١٨٨ بلدً**، أن وجود الملازمون المهرة فى الولادة لم يكن مصحوبا بانخفاض ذو دلالة فى نسبة وفيات الأمهات حتى يصل مستوى تغطية الرعاية الصحية إلى حوالى ٤٠%، وكذلك لم تكن أربعة زيارات أو أكثر لمتابعة الحمل مرتبطة بأى انخفاض فى نسبة الوفيات حتى وصلت نسبة التغطية إلى حوالى ٦٠%.[١٨] وبشكل عام، كانت المكاسب فيما يتعلق بخفض وفيات الأمهات متواضعة، وما زالت معدلات التقدم الحالية بعيدة عن تحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية.[١٩] ونحتاج إلى مضاعفة الجهود وتعدد اتجاهاتها. وتبرز هذه المراجعة للبيانات المتاحة مدى ضخامة المهمة التى لا تزال أمامنا لخفض وفيات الأمهات.

**ملاحظة**

الآراء المعروضة هنا تعبر عن رأى كاتبى المقال ولا تعكس بالضرورة موقف منظمة الصحة العالمية

الشكر

نشكر بإمتنان التعليقات الهامة والنصيحة من اليزابيث



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

أهمان، كاثريندا أركانجاس، بول فان لوك وخاصة شيرين جيجيبوى.

## قائمة المراجع:


1. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Geneva: WHO, 1992.
2. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and World Bank. Geneva: WHO, 2007. (In press)
3. Cited in Ronsmans C, Graham WJ. Maternal mortality: who, when, where, and why. Lancet 2006;368(9542):1189–200.
4. 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;84:173–80.
5. Stanton C, Abderrahim N, Hill K. An assessment of DHS maternal mortality indicators. Studies in Family Planning 2000;31: 111–23.
6. Vadnais D, Kols A, Abderrahim N. Women's lives and experiences: changes in the past 10 years; Calverton MD: ORC Macro, 2006.
7. World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. Joint statement by WHO, ICM and FIGO. Geneva: WHO, 2004.
8. World Health Organization. Proportion of births attended by a skilled attendant: 2007 updates. Factsheet. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, WHO, 2007.
9. Stanton C, Blanc AK, Croft T, et al. Skilled care at birth in the developing world: progress to date and strategies for expanding coverage. Journal of Biosocial Science 2007;39(1):109–20.
10. Paxton A, Bailey P, Lubis SM, et al. Global patterns in availability of emergency obstetric care. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2006;93(3):300–07.
11. Fort AL, Kothari MT, Abderrahim N. Postpartum care: levels and determinants in developing countries. DHS Comparative Reports No.15. Calverton MD: Macro International, 2006 .
12. Koenig MA, Jamil K, Streatfield PK, et al. Maternal health and care-seeking behaviour in Bangladesh: findings from a national survey. International Family Planning Perspectives 2007;33(2):75–82.
13. Collumbien M, Gerressu M, Cleland J. Non-use and use of ineffective methods of contraception. In: Ezzati M, Rodgers A, Rodgers A, et al, editors. Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. Geneva: WHO, 2004. p.1255–320.
14. Sedgh G, Hussain R, Bankole A, et al. Women with unmet need for contraception in developing countries and their reasons for not using a method. New York: Guttmacher Institute, 2007.
15. World Health Organization. Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000. 5th ed. Geneva: WHO, 2004.
16. World Health Organization. World Health Statistics 2007. Geneva: WHO, 2007.
Accessed 3 September 2007.www.web.worldbank.org17. World Bank. Data and research. At:
18. McClure EM, Goldenberg RL, Bann CM. Maternal mortality, stillbirth and measures of obstetric care in developing and developed countries. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2007;96:139–46.
19. Hill K, Thomas R, AbouZhar C, et al. Global estimates of levels and trends in maternal mortality: 1990–2005. Lancet 2007. (Forthcoming)




This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الانجابية ٢٠٠٨©

# تحسين صحة الأمهات: السعي لتطبيق أفضل الممارسات

لفداي بين كيكانا [أ] باربرا ماكبيك [ب] جوستين بارخرست [ج]

**ترجمة علياء فؤاد**

**ملخص**

من غير المرجح أن يحدث انخفاض فى وفيات الأمهات برغم توفر التدخلات رخيصة التكلفة الفعالة التى تعتبر جزءاً من السياسة الرسمية. تستطلع هذه المقالة الأسباب القائمة على بحث فى مجال خدمات الولادة فى بنجلاديش وروسيا وجنوب إفريقيا وأوغندا. يوضّح نموذج الاستجابات الديناميكية البسيط أن مفتاح فهم تحديات التطبيق يكمن فى الاستجابات الانعكاسية والمعقدة والديناميكية لموظفى الصحة وأعضاء المجتمع تجاه السياسات والبرامج. وتعتبر هذه الاستجابات "ديناميكية" فى ذلك حيث إنها تنشأ بسبب قوى من داخل النظام ومن خارجه، ومن ثم تبذل قواها الخاصة. إن هذه الاستجابات تسفر عن تباين بين نظام الصحة المتصور فى السياسة، و ما يتم تطبيقه من قبل موظفى الصحة وما يعانيه المستفيدون. كما أن البرامج التى تهدف إلى تحسين صحة الأم ليست برامج فنية فحسب ولكن اجتماعية أيضاً ويجب أن توضع من هذا المنظور موضع التقدير والاهتمام، واستخدام الوسائل التى تم تطويرها لتقييم التدخلات الاجتماعية المعقدة والتى تهدف إلى إحداث التغيير.

وقد تم عالمياً تعريف عناصر البرامج المؤثرة. إلا أنه فى سبيل الحصول على نتائج الأعمال، تتباين أهمية المقام. وبالتالى، يحتاج المستشارون الفنيون إعطاء "الاستشارة" على نحو أكثر إتقاناً، ويجب تدريب مديرى البرنامج المحلى على إجراء التعديلات المحسنة للبرنامج بشكل متواصل، ويجب توثيق التفاصيل الخاصة بالعملية، وليس مجرد المخرجات التقييمات.

Improving Maternal Health: Getting What Works To Happen
Loveday Penn-Kekana,a Barbara McPake, Justin Parkhurst
*November* 2007;15(30):28–37

**الكلمات المفتاحية:** خدمات الأمومة، الأنظمة الصحية، تدخلات التغيير الاجتماعى، الاستجابات الديناميكية، بنجلاديش، روسيا، جنوب إفريقيا، أوغندا.

==========

أ. باحث، مركز السياسة الصحية، كلية الصحة العامة، جامعة ويتوتر سراند، جوهانسبرج، جنوب إفريقيا، البريد الإلكترونى: loveday.penn-kekana@nhls.ac.za

ب. مدير، المعهد الدولى للصحة والتنمية، جامعة كوين مارجريت، إيدينبيرج، المملكة المتحدة

ج. محاضر فى السياسة الصحية، وحدة السياسة الصحية، كلية لندن للنظافة العامة والطب الاستوائى، لندن، المملكة المتحدة



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

ففى صحة الأمهات، هناك مجموعة من التدخلات المؤثرة الواضحة التى من شأنها تخفيض معدل وفيات الأمهات. والعديد من تلك التدخلات جزء من السياسة الرسمية، تقريباً فى كل الأماكن التى تحتاج لوجودها. ولكن فى الممارسة، هناك إقرار –وبشكل أكبر فى البلدان ذات الدخول القليلة أكثر من الدول ذات الدخول المرتفعة– بأن التدخلات المقصودة لا تقدم بشكل فعال فى المواقع التى تحتاجها. ومن ثم فإن مجرد تنقيح حزمة التدخلات لتحقيق أفضل مزيج من التدخلات الفعالة لا يعالج هذه المشكلة.

أحد العوامل التى غالباً ما تساهم فى عدم تقديم التدخلات المخطط لها بشكل فعال هو الإخفاق فى استثمار موارد كافية. وهو ما يعنى ضمنيًا أن المدخلات لن تكون متوافرة مادياً. أن قلة أعداد المشرفين المهرة على الولادة، كما أبرزها كوبلينسكي [٧] تقدم مثالاً على هذا الفشل، والذى من الواضح أنه واسع النطاق. وبناء عليه فإن الدعوة للمزيد من الموارد دعوة مناسبة. وقد يتم توزيع المدخلات بشكل سيئ، الفرد أو الجماعة المقرر لهم الحصول على التدخل، الموظف الصحى المؤهل لتنفيذ التدخل والأدوات واللوازم المطلوبة، حيث إن جميع هذه الأشياء مطلوب توافرها فى المكان والزمان نفسيهما وذلك لتقديم التدخل المحتمل بشكل فعّال. وقد لا تتواجد الثلاث فى آنٍ واحد بسبب إخفاق فى أنظمة النقل والإمداد وفرص التدريب غير الكافية وسوء استراتيجيات تقديم الخدمات المقررة والعوامل الأخرى القادرة على الحل التقنى. ومرة أخرى، تعتبر المشورة الخاصة بهذه الأمور من الخبراء الفنيين من الأشياء المفيدة.

بيد أنه توجد العديد من الأمثلة المتكررة للفشل فى الحفاظ على فعالية الاستراتيجيات أو تقديمها للمجموعات المقصودة برغم توافر المدخلات والموظفين المدربين تدريباً مناسباً فى المكان والزمان

فى السنوات الثلاث الماضية، كان هناك عدد من المنشورات المهمة حول صحة الأمهات، منها تقرير الصحة العالمى ٢٠٠٥، وتقرير فريق العمل حول صحة الأطفال وصحة الأمهات عن "تغيير الأنظمة الصحية من أجل النساء والأطفال"، وسلسلة مجلة لانسيت حول بقاء الأمهات.[١-٧]، وقد مثلت تلك المنشورات إسهامًا قيّمًا، حيث وفرت ملخصاً للتفكير الراهن الحالى بين الخبراء البارزين فى هذا المجال حول اسئلة من نوع لماذا لم نحقق تقدمًا فيما يتعلق بتقليل وفيات الأمهات، وما الذى يجب القيام به لتغيير الوضع.

فى أحدث سلسلة صادرة عن مجلة لانسيت، ركزت إحد الإسهامات على "البدء بما نجح"[١،٧]، بينما ركزت مساهمة أخرى على "الشروع فى ترقية الرعاية المهنية الماهرة"[٧]. وتشدد هذه الإسهامات على ضرورة الاستثمار فى صحة الأمهات وعناصر حزمة رعاية الأمومة. على سبيل المثال، تقدم هذه الإسهامات دليلاً على أن الإستراتيجية المتمركزة على المراكز الصحية التى توفر الرعاية أثناء الوضع سوف يكون لها الأثر الأكبر على وفيات الأمهات، والحاجة لرفع كفاءة القوة العاملة فى مجال رعاية الأمهات. أشار كل من كامبل وجراهام إلى أن "الاستراتيجيات ستعمل إذا كانت مجموعات العناصر فعّالة، وإذا حققت الوسائل المستخدمة لتوزيعها تغطية كبيرة للمجموعة المستهدفة" (رسائل هامة، ص ١٢٨٤)

فى نهاية برنامج بحوث نظام الصحة الذى استغرق خمس سنوات فى بنجلاديش وروسيا وجنوب إفريقيا وأوغندا، والذى مثلت خدمات صحة الأمهات البؤرة الأساسية له، خرجنا باستنتاج هام هو أن تلك الحجة تحتاج إلى أن تتغير رأساً على عقب. بدلاً من ذلك، هناك حاجة لمزيد من التركيز على مبدأ أن الاستراتيجيات **لن** تعمل إذا لم يتم الحفاظ على فعالية عناصر الحزمة المقدمة، **وإذا لم** تحقق الوسائل المستخدمة لتوزيعها تغطية عالية للمجموعة المستهدفة.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

فقد تم بحث العوامل التى تفسر التغيرات فى أرض الواقع والنتائج فى المؤسسات، وسبب عدم اتباع أو تطبيق الممارسين للمعرفة الاكلينيكية المستندة إلى الأدلة. أما فى جنوب إفريقيا –حيث تم تحديد تدنى ممارسات مقدمى الخدمة باعتبارها العامل الرئيسى الذى يسهم فى وفيات الأمهات –فقد كان التركيز الرئيسي على عوامل المؤثرة على عمل القابلات فى أقسام الولادة بالمستشفيات، وأيضاً تلك العوامل المؤثرة على مستويات الموظفين وحركة تغيرهم وتحفيزهم. التفاصيل الكاملة بخصوص جميع هذه المشروعات البحثية والإصدارات متاحة على .www hsd.lshtm.ac.uk/links/index.htm

قرب نهاية البرنامج، تم تطوير إطار مفاهيمى (شكل ١) انطلاقا من التأملات المشتركة حول العمل فى مجال صحة الأمهات التى تمت فى جميع أنحاء الدول الأربع وأيضًا الإجراءات الأخرى. فى هذا النموذج، يعتبر السياق وأيضاً العاملون فى مجال الرعاية الصحية وردود فعل المرضى والمجتمع مؤثرة على أسلوب عمل الأنظمة الصحية، ونجاح أو عدم نجاح السياسات والبرامج الجديدة التى تحاول تحسين خدمات صحة الأمهات فى تلك البيئة.
ويؤكد الإطار على ما يلى: ١) عمليات اتخاذ القرار أكثر تعقيدًا، أى ليست مجرد علاقة بسيطة بين السبب والأثر؛ بل سلسلة من العوامل تعمل على مدى طويل إلى حد ما، مما يتسبب فى تفاعلات عديدة، ٢) الطبيعة الاجتماعية لعمل الأنظمة الصحية، أى أهمية التفاعل بين العناصر البشرية. ويقر هذا المنهج بأن العاملين فى الرعاية الصحية عبارة عن مجموعة بشرية معقدة، يتم تحفيزهم بموجب مجموعة مختلفة من الدوافع المالية وغير المالية، متغلغلة فى أنساق قيمية ثقافية ومهنية. إنهم ليسوا أناساً آليين، يقومون بتنفيذ ما يملى عليهم بدون تفكير؛ كما أنهم ليسوا ملائكة يفكرون فقط فيما فيه خير لمرضاهم. وبالمثل، ليس المرضى أو المجتمع الذى يعمل فيه هؤلاء الموظفين مجرد عقول المناسبين. وفى بعض هذه الحالات، وبينما تعتبر المدخلات والموظفون من المشاكل الصعبة، إلا أن هناك عوامل أخرى ساهمت فى تقويض التدخلات وجعلها غير فعّالة. وتركز هذه الورقة على هذه القيود التى تعترض بقاء الأمهات على قيد الحياة إثر النفاس.

**برنامج تطوير الأنظمة الصحية**

يعد برنامج تطوير الأنظمة الصحية من الأقسام التابعة لبرنامج المعرفة التابع لإدارة التنمية الدولية البريطانية، الذى استمر منذ عام ٢٠٠١ حتى ٢٠٠٦. وقد تم تنفيذ أغلبية العمل فى هذا البرنامج فى بنجلاديش وروسيا وجنوب إفريقيا وأوغندا؛ وتوفر هذه المجموعة المختارة من البلدان إمكانية مقارنة الدول ذات الدخل المتوسط التى تعيش مرحلة انتقالية، والتى يعود السبب الرئيسى لفشل أنظمتها إلى عدم المساواة، مع الدول منخفضة الدخل، والتى تتوزع مشاكل أنظمتها الصحية بشكل أكثر اتساقاً. وتعتبر مشاكل كلا النظامين مهمة للغاية للتصدى لمسألة إبقاء الأمهات على قيد الحياة إثر الولادة على المستوى العالمى؛ ولكنها قد تظهر خصائص منهجية مختلفة إلى حد ما. وقد ركز البرنامج على مجموعة من الظروف والخدمات الصحية "كإجراءات" يمكنها أن تعطى رؤية متبصرة فى تشغيل الأنظمة الصحية. وتعتمد خدمات صحة الأمهات على نظام صحى عامل فى مجموعة مستويات مختلفة، كما تتطلب هذه الخدمات بشكل خاص أن يعمل النظام بكفاءة فى الأطراف فى حالات الطوارئ.

فى بداية البرنامج، تم إجراء تحليل لحالة خدمات صحة الأمهات فى الدول الأربع المذكورة، واشتمل هذا التحليل على مراجعة المواد المنشورة وغير المنشورة ومقابلة العناصر الفعّالة الرئيسية وتحليل البيانات الفرعية المتاحة. ثم قام برنامج البحث بتنفيذ مجموعة من المشروعات باستكشاف القضايا الرئيسية التى نشأت عن تحليل الحالة. ففى بنجلاديش وأوغندا –حيث يعتبر استخدام الخدمات هو القضية الرئيسية – كان هذا هو تركيز الدراسات التى جاءت بعد ذلك. أما فى روسيا،



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

أرض الواقع فى أهمية مجموعة المدخلات، ويجب معالجتها طبقاً لذلك. فالسياسة، وكيف يتم تطبيقها، ولماذا؟ جميعها أمور على القدر نفسه من الأهمية وتستحق النظر والتقييم. إن تطوير البرامج والسياسة التى تحسن النتائج للمستخدمين يتطلب اشتباكاً مباشراً مع السياقات، ومع كيفية تفاعل الهياكل التنظيمية الرسمية والحوافز المقصودة والإجراءات الإدارية، مع الهياكل غير الرسمية والسلوكيات والعلاقات على أرض الواقع.

تعتبر السمة الخطيرة فى النموذج هو أنه لا يعقد صلة مباشرة بين النظام القانونى والنظام الواقعى، وبناء عليه فليس هناك صلة ضرورية بين توفير المدخلات وبين تنظيمها وإدارتها بشكل قانونى، والنتائج التى تنشأ عنها. النظام الصحى الوحيد الذى قد يعانى منه مستخدموه هو ذلك النظام الذى ينشأ عن التفاعلات البشرية المتعددة.

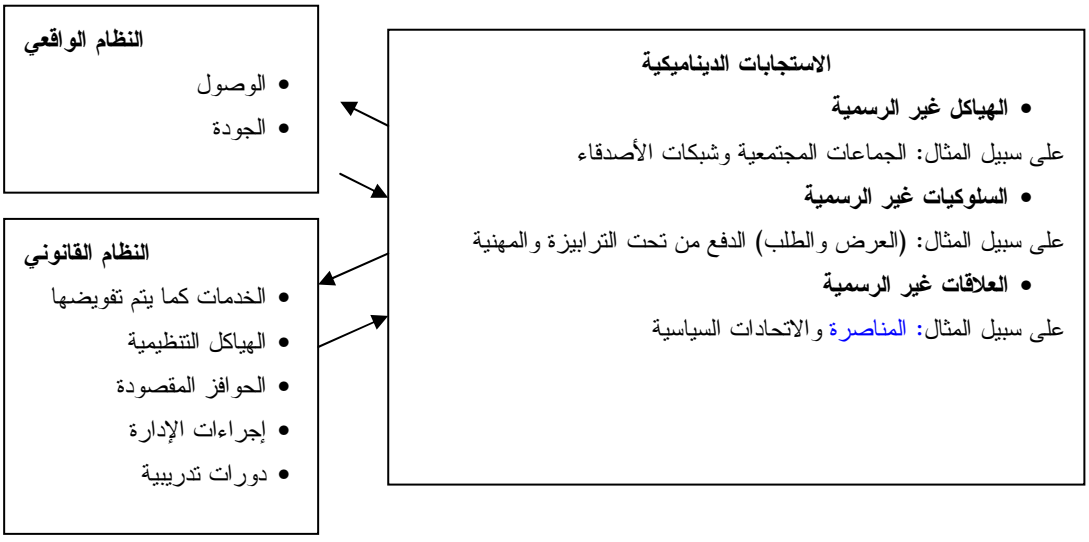
فارغة تنتظر "التعليم" أو إزالة العوائق المالية والمادية، ولكنهم مشاركون فعالون فى سلسلة من العمليات التى تسفر أو لا تسفر عن مشاركة فعّالة. "من الصعب غالبًا تقدير حجم سلوك الأفراد الذى يتسم بالفوضى[٩].

فى هذا النموذج، تعتبر ردود أفعال العاملين فى الرعاية الصحية وأفراد المجتمع بمثابة همزة الوصل بين الترتيبات الرسمية (النظام القانونى، ما الذى يجب القيام به) والنظام الواقعى (ما يحدث بالفعل فى المرافق الصحية ويعيشه من يستخدمون الخدمات الصحية).

تصنف هذه الاستجابات بأنها "ديناميكية" بمعنى أنها تنشأ بسبب قوى من داخل النظام ومن خارجه، لكنها بالتالى تطرح هى أيضًا تأثيرها الخاص. وبينما تقدم الترتيبات الرسمية نقطة البدء للتدخلات، إلا أن قدرة الناس على الوصول إلى خدمات تلبى احتياجاتهم، تعتمد بصفة أساسية على كيفية استجابة موظفى ومديرى الرعاية الصحية المسئولين عن تطبيق النظام القانونى. وبناء عليه، فإن العلاقات الموجودة على

الشكل ١

نموذج الاستجابات الديناميكية






This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

عنصر رئيسى فى حالات وفيات الأمهات[١٠]. وقد اكتشفت الدراسة فجوة كبيرة بين العمل المنصوص عليه فى وثائق السياسة القومية (النظام القانونى) وما يحدث فى الواقع فى رعاية المريضات فى أقسام الولادة (النظام الواقعى). فالقابلات فى مثقلات بالأعباء فى المراتب الدنيا من نظام هرمى، يناضلن لتطبيق مجموعة هائلة من السياسات الجديدة، والتى لم يكن معظمها يمت بصلة مباشرة لصحة الأمهات. وفى مواجهة هذه المطالب الهائلة، أعطين الأولوية للسياسات التى يرين أن مديريهن يهتمون بها أو السياسات التى يعاقبن على عدم تنفيذهن لها، أو السياسات التى يسهل تطبيقها. فقد طبقن أوجه السياسات الجديدة التى تتسم بالسهولة – مثل تعليق ملصقات حول المبادئ التوجيهية لعلاج الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات، ولكن لم يتم تنفيذ سوى القليل لدعم تلك المبادئ التوجيهية خلاف ذلك. كما تم تجاهل التغيرات الأكثر تعقيداً أو الأكثر صعوبة، خاصة إذا كانت تؤثر على ثقافة المرفق الصحى أو تتعارض مع ديناميكيات القوى الموجودة. ونادراً ما يتم شرح الغرض من السياسات أو مناقشتها مع الموظفين، ولكن يتم تقديمها مع قائمة من المهام المطلوب تنفيذها.

وكان هذا ملحوظاً مع مجموعة من السياسات التى تحاول تمكين المريضات وتحسين العلاقات بينهن وبين مقدمى الخدمة. يتعين على الممرضات تعليق بطاقات تحمل أسماءهن، ويتم معاقبتهن من قبل المديرين إذا لم يقمن بذلك، ولكن لم يكن واضحًا لهن أن هذا يحسن العلاقات مع المريضات (أو أن هذ مسألة يعتبرها هؤلاء المديرين أنفسهم أمرًا مهماً) . أثناء الدراسة، لاحظ الباحث إحدى الممرضات تسخر من المريضات لعدم قدرتهن على قراءة بطاقة الاسم، وفى

**الدراسات التى تركز على الاستجابات الديناميكية فى صحة الأمهات**

إننا نستعين بأمثلة من عملنا لشرح ما نحاول إقامة الحجة عليه فى هذا النموذج. فقد استعنا بعملنا الخاص بشكل جزئى وذلك لأننا أكثر إلمامًا به، ولكن أيضًا لأن الأمور التى حددناها ليست مقصورة على البحث الخاص بنا، وقد كرسنا عملنا لاستكشاف هذه الديناميكيات. وقد أشارت دراسات أخرى العلاقات والهياكل والسلوكيات غير الرسمية، ولكن نادرًا ما ما تم التركيز على كيف تتفاعل مع بعضها العبض ومع العوامل الأخرى، وكيف تؤثر على السياسات او الاستراتيجيات.

**جنوب إفـــريقيـــــا**

انتهى تحليل حالة الخدمات الصحية للأمهات فى جنوب إفريقيا إلى أن أداء جنوب إفريقيا سئ للغاية مع العلم بأنها من الدول متوسطة الدخل التى تتمتع ببنية تحتية صحية هائلة، وتوفر العاملين، والإجهاض القانونى، ورعاية صحية مجانية للنساء الحوامل ومستويات عالية من الاستفادة من خدمات الولادة (٩٢% فى الاستقصاء الديموجرافى والصحى لعام ١٩٩٣). وتضمنت العوامل التوضيحية الرئيسية مستويات عالية من عدم المساواة وتأثير فيروس نقص المناعة المكتسب / الإيدز، والمشاكل المتعلقة بعمل مقدمى الخدمة وتحفيزهم. وقد تم إجراء دراستين استطلعتا المزيد من القضايا المتعلقة بمقدمى الخدمة.

**دراسة إثنوجرافية لمستشفيين**

تم إجراء هذه الدراسة فى مستشفيين إقليميين، أحداهما مدينى والآخر ريفى. استهدف المشروع استكشاف العوامل التى تؤثر على عمل مقدمى الخدمة باعتباره



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

أجريت دراسة ثانية فى ثلاثة من أفقر المناطق فى جنوب إفريقيا. وتم إرسال استبيان بالفاكس لمستشفيات القطاع العام التى تقدم خدمات التوليد فى المناطق الثلاثة. وقد تمت زيارات ميدانية لعدد ١٥ مستشفى و ٢٧ عيادة تم اختيارها من خلال تجميع عينات متعددة المراحل. وكان للدراسة أربعة عناصر: أداة لقياس حركة تغير العمالة والغياب ومعدلات الإجازات ومعدلات الوظائف الشاغرة وعبء العمل؛ مسح حول تحمس العاملين ؛ وتجربة اختيار متميزة؛ وقسم كيفى يستكشف رؤى مديرى التمريض لتحديات التعامل مع والحفاظ على العاملين فى أقسام الولادة. وجدت الدراسة أن طاقم التمريض يفتقد للحماس أو الدافع للعمل وأن ما يزيد على النصف يفكرن فى ترك العمل. كما أن الأجور الضعيفة واحتمالات الترقية الضئيلة والشعور بعدم الدعم من جانب الإدارة والعلاقات السيئة مع الزملاء ترتبط جميعها بعدم الالتزام التنظيمى. كما وجد الاختيار المتميز للتجربة أن العوامل المالية وغير المالية تؤثر على قرارات الممرضات بشأن عملهن. كما أن الإدارة الجيدة والمستشفى المجهز تجهيزاً جيداً لهما تأثير على قرارات الممرضات بخصوص مكان العمل كتأثير علاوة فى الأجر بنسبة ١٥%.

كشف القسم الكيفى من البحث عن العديد من السياسات التى لا تعمل وفق المخطط. على سبيل المثال قامت حكومة جنوب إفريقيا بتقديم بدل عمل فى المناطق الريفية لإعادة الممرضات إلى تلك المناطق؛ إلا أن هذا البدل لم تحصل عليه إلا الممرضات المحترفات فقط، أما الممرضات من الدرجات الدنيا فلم يحصلن على شيء منه، مما نتج عنه حدوث توتر شديد فى مستشفيات الولادة. ولا يقتصر ظهور أثر الإصلاح فقط على أن الممرضات اللاتى لم يحصلن على البدل لم يكن لديهن دافع للعمل؛ ولكن أيضاً فى التسبب فى "حرمان مضاعف" [١٢] بين الممرضات اللاتى حصلن على البدل المذكور، اللاتى شعرن بالذنب أو بالخجل أو التخلف لأن زميلاتهن لم يحصلن على البدل المذكور، وحاولن محاولات مضنية مع العاملين الذين العديد من التفاعلات الملحوظة، لاحظ الباحث أيضًا أن المريضات لا يستخدمن أسماء الممرضات أو لا يتذكرنها عندما يريدن أن يقدمن شكوى فى ممرضة ما. وكانت صناديق الاقتراحات معلقة على الحوائط فى كل من المستشفيين. ففى إحد المستشفيات، لم ترد أى أخطاء، أما فى مستشفى آخر كان يُطلب من المريضات بشكل منتظم كتابة الأخطاء كجزء من عملية تسريح الموظفين. وتتم الاستعانة بتعليقات المريضات على الأخطاء لكتابة التقارير الشهرية التى يتم تقديمها لإدارة المستشفى والحكومة المحلية، ولكن لم يتم معالجة محتوى الشكاوى، فما يعتبر مهماً وما تم تقييمه كجزء من عمل مدير القسم بالمستشفى هو كتابة تلك التقارير.

وهناك مثال أخر واضح حيث يكون للعلاقات غير الرسمية أثر على الخدمات الفعلية التى يتم تقديمها بخصوص التدريب. كان هناك تدريب حقًا، ولكن كان هناك أيضًا صراع حول من يتلقى التدريب سواء داخل الأقسام أو بين الإدارة والنقابات، وهو ما يعنى أن التدريب لم يكن دائمًا له تغذية مرتدة لبقية القسم، كما أن بعض الأفراد غير المناسبين حصلوا على التدريب ليتيقنوا من "العدالة" [١١].

أما فيما يتعلق باستجابات المريضات والمجتمع، وجدت الدراسة الإثنوجرافية أن المريضات كن يتخذن قراراتهن بشأن المستشفى التى يريدن الولادة بها، بشكل يتعارض مع ما يتصوره مخططو الصحة. على سبيل المثال، تفضل النساء السود والبيض الولادة فى المستشفيات التى كانت تخص البيض فقط فيما سبق، وذلك لأنهن يرين أن جودة الرعاية تكون أفضل هناك. وحدث ذلك على الرغم من أن هذه المستشفيات كانت بعيدة عن الأماكن التى يعشن فيها، كما أن تلك المستشفيات مستواها متدنٍ بالإضافة إلى عدم إتاحة عمليات الولادات القيصرية فى الغالب.

**ديناميكيات طاقم التمريض فى أقسام الولادة بالمستشفيات**



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

الدولية المعترف بها المستندة على الدليل. على سبيل المثال، مكثت العديد من النساء لفترات طويلة فى المستشفى رغم تصنيف حملهن بأنه "حمل غير طبيعى".

**شرح التباين فى ممارسة عمل مقدمى الخدمة فى تولا أوبلاست**

تم اختيار منطقة تولا للدراسة بسبب توافر قاعدة البيانات التى تم إعدادها لجمع البيانات الموسعة فى نتائج الحمل والولادة فى المنطقة[١٥]. وقد شملت الدراسة تحليل البيانات الفرعية، ومقابلات متعمقة مع واضعى السياسات والممارسين ومديرى المرفق وأيضاً مراجعة الوثائق المتعلقة بالسياسة.

انخفض معدل المواليد فى تولا، كبقية أنحاء روسيا، إلى النصف بين عام ١٩٨٧ وعام ١٩٩٩. إلا أن النظام القانونى لم يستجب لذلك؛ حيث لم يتم تعديل أى من مستويات السعة السريرية أو الحوافز للحفاظ على السعة، التى ربطت التمويل بعدد الأسرة. وكانت النتيجة فى النظام الواقعى هى زيادة عدد النساء اللاتى يدخلن المستشفيات لأسباب واهية مثل "منع سقوط الجنين". ففى بعض المرافق الصحية، تم إدخال كل الأمهات الحوامل إلى المستشفيات لهذا السبب، عادة لمدة ٢٨ يوماً. كما أن نسبة الأسرّة المستخدمة لمثل هذه الحالات قبل الولادية مقارنةً بتلك المستخدمة فى الولادة قد ارتفعت من ٢١% إلى ٤٥% لجميع أسِرّة رعاية الأمهات بين عامى ١٩٨٥ و ٢٠٠١.

أجريت المزيد من التغييرات بشكل غير رسمى على المستوى المحلى بهدف إبقاء المناصب الحالية غير الضرورية بدون إشغال واستخدام فائض الميزانية الناتج عن ذلك فى دفع أجور أكبر لآخرين أو لبعض الوظائف الضرورية فى الإدارة والرعاية المتخصصة مثل التخدير والتى لم تكم مدرجة فى الميزانية.

كما وجدت الدراسة أن النظام القانونى محكم التنظيم ينص على قائمة طويلة من الإجراءات. فى حالات كثيرة، لم تكن "البروتوكولات الإلزامية" تعكس المؤشرات المقررة دولياً بناء على الأدلة. وقد تضمنت برأسونهم والذين قالوا: "حيث أنكن تحصلن على البدل فلتقمن بالعمل إذن".

ومن النتائج الرئيسية الأخرى معاناة مديرى المستشفيات والأقسام من الأدوار الموكلة إليهم، فالعديد منهم كانوا "قائمين بعمل المدير"، مما يجعلهم يشعرون بأنهم يتحملون مسئولية دون أن يكون لهذه المسئولية مقابل أو مكافأة. وقد عبر العديد منهم عن اعتقاده فى أن عمليات التعيين ليست نزيهة. *"إنهم يمنحون الوظيفة لأى شخص، وعادة ما يكون صديق شخص ما، ولا يهم إذا كان هؤلاء الأشخاص لا يعرفون أي شيء عن الإدارة".*

ففى بعض المرافق الصحية كان هناك معدل تغيير عالٍ فى العاملين على مستوى الإدارة، وفى بعض المرافق الصحية كانت الإدارة تعمها حالة من الفوضى. على سبيل المثال، فى إحد المرافق الصحية، قام ثلاثة أفراد بتقديم أنفسهم على قائمون القائم بأعمال المدير. وفى بعض المستشفيات الأخرى، انشغلت الإدارة والموظفون بالصراع على بعض القضايا الخاصة التى أثرت على أوجه العمل ككل فى المستشفى، بما فى ذلك على رفض الموظفين تطبيق العديد من السياسات وأوجه الرعاية بالمرضى كتحد للرئيس التنفيذى[١٣]. وفى ظل هذه الظروف، من الصعب تصور عدم تشوه التدخل الذى يهدف إلى تحسين أوجه صحة الأمهات.

**روسيـــــــــا**

كشف تحليل الحالة فى روسيا أنه على الرغم من البنية التحتية الهائلة التى تستخدمها النساء على نطاق واسع، فإن النظام لم يفلح فى تحقيق النتائج الصحية. أحد تفسيرات ذلك هو أن المجموعات المهمشة، هؤلاء الذين يعتبرون فى أمس الحاجة للرعاية الصحية، يواجهون عوائق منهجية تحول دون وصول الرعاية لهم وقد لا تلبى الخدمات احتياجاتهم.[١٤،١٥] ومن النتائج الرئيسية الأخرى التنوع الواسع فى الممارسات فى وحدات الولادة وأيضاً الخروج على الممارسة



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

البلدين. وقد تم إجراء مشروعين بحثيين مشتركين على العوامل المؤثرة على استخدام الخدمات، وعلى تأثير إصلاحات القطاع الصحى على العاملين فى الرعاية الصحية؛ لاستكشاف هاتين القضيتين بشكل أكبر.

وسوف نقتصر هنا –لضيق المساحة– على مناقشة البحث الأول فقط لضيق المساحة، أى أثر الاستفادة من إصلاحات القطاع الصحى. أثبتت دراسة إصلاح القطاع الصحى نتائج الدراسات الجنوب إفريقية؛ ألا وهو أن السياسات التى تستهدف رفع الكفاءة وتحقيق الإنصاف فى المكاسب عادة ما يتم تحريفها أثناء التفسير والتطبيق، مما يسفر عن حدوث نتائج غير مقصودة. وهذا يؤكد أن الديناميكيات المتطورة باستمرار للنظام ككل .. هى السياق الذى يمكن من خلاله إدراك الاستجابات الدينامكية على المستوى الجزئى، وهو ما نركز عليه.

**دوافع واستراتيجيات الحصول على رعاية الولادة فى أوغندا وبنجلاديش**

لقد كانت الدراسة الأولى دراسة كيفية، فبدلاً من استكشاف أسباب عدم الاستفادة من خدمات التوليد، ركزت الدراسة على النساء اللاتى قمن بالفعل بالولادة فى المرافق الصحية، والدوافع وراء ذلك وكيف استطعن مع أسرهن تخطى العقبات التى تحول دون حصولهن على الرعاية التوليدية الموثقة جيداً فى كلتا الدولتين. وقد تم إجراء الدراسة فى مناطق ريفية فى كل من بنجلاديش وأوغندا. فى كل دولة، تم إجراء مقابلات مع ٣٠ امرأة من النساء اللاتى وضعن مؤخرًا فى المرافق الصحية.

ففى أوغندا، قررت ٢٨ امرأة، من إجمالى ٣٠ امرأة ممن أجريت معهن مقابلة شخصية، أن يلدن فى المرفق الصحى، وكان الدافع الرئيسى الذى ذكرنه هو الخوف من المضاعفات المحتملة قبل الولادة وأثنائها. فعلى سبيل المثال، قالت إحدى النساء: *"من الأفضل الوضع فى مركز طبى لأن المرأة تستطيع الحصول على الرعاية المهنية الفورية خاصة، فى حالة حدوث أى* تلك البروتوكولات الحقن الشرجية الدورية والحلاقة والاستلقاء على الظهر أثناء الولادة)

والإشراف الدورى على الجنين. إلا أن قلة من أولئك اللاتى أجريت مقابلات معهن استطعن تذكر هذه البنود؛ لقد كانوا أكثر إلمامًا بالقرارات القديمة للاتحاد السوفيتى التى تصف الهيكل المطلوب لخدمات صحة الأمهات. الممارسات التوليدية الدورية لم تكن ملمة بالأدلة الدولية وتضمنت وصفًا روتينياً للفيتامينات المتعددة وللقيود الغذائية الصارمة ، على سبيل المثال، الفاكهة والخضراوات الحمراء.

كما وجد أن تطبيق بعض الإجراءات يرتبط بسمات المريضات دون أن يكون لذلك علاقة واضحة بالحاجة للإجراء. على سبيل المثال، كان من المرجح عمل بذل للسائل الأمنيوسى (المحيط بالجنين) للنساء الأصغر سنًا.

وكشفت الدراسة عن مقاومة التغيير الرسمى فى النظام محل البحث، ظهرت واضحة فى عدم الاستجابة لانخفاض معدلات المواليد، إلا أنه من جانب آخر كانت هناك استجابة غير رسمية تمثلت فى مرونة استخدام الموارد؛ بحيث يتم استخدام بعض الموارد المخصصة لموظفى صحة الأمهات فى تمويل الأغراض ذات الأولوية. بعض الاستجابات غير الرسمية، مثل هذه، تعمل على تعويض ضعف السياسة الرسمية، بينما تعمل استجابات أخرى على زيادة ضعف هذه السياسات. وقد اقترح بأن السياسة الفعّالة يجب أن تبدأ بإدراك قدرة على النظام للاستجابة غير الرسمية.

**بنجلاديش وأوغندا**

فى بنجلاديش وأوغندا، ظهرت قضيتان رئيسيتان فى تحليلات الوضع: أولاً، تحديد المستويات المنخفضة من الاستفادة من خدمات التوليد المتاحة باعتبارها عقبة كبرى أمام التقدم فى بقاء الأمهات، وثانياً، تأثير الإصلاحات الشاملة للقطاع الصحى على خدمات الولادة. برز هذان العاملان فى تحليل الوضع فى كلا



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

والمعالجين بالأعشاب والمولدات التقليديات وأطباء القرى المحليين وغير المؤهلين. وقد لعب بعض أفراد المجتمع مثل رجال الشرطة والمعلمين والممارسين الطبيين غير المدربين الذين يلعبون دورًا مهماً فى إقناع النساء وأسرهن بأن هناك حاجة للولادة فى المرافق الصحية، وتيسير الحصول على تلك الخدمة.[١٦]

وبينما كانت النساء فى أوغندا سعيدات بصفة عامة بالرعاية التى حصلن عليها، شعرت العديد من النساء فى بنجلاديش بالارتياب بخصوص الولادة القيصرية. وقالت بعض النساء أن الولادة القيصرية يتم اللجوء إليها حتى عند عدم وصفها طبيًا، ورجحن أن الدوافع المالية كانت وراء النصائح المقدمة من كل من الأطباء والقابلات.[١٥،١٧،١٨]

فى أوغندا، تضمنت الاستراتيجيات الحالية لتحسين نتائج بقاء الأمهات نظامًا صحيًا جديدًا فى المناطق الفرعية، يهدف إلى تقديم الرعاية التوليدية الطارئة بالقرب من المنازل. وفى بنجلاديش، تم تجهيز شبكة الرعاية الصحية الأساسية بالطاقة اللازمة لتقديم الرعاية التوليدية الطارئة. تشير النتائج من جديد إلى أن هذه الاستراتيجيات تتوسط فيها مجموعة معقدة من الاستجابات الديناميكية للخدمات المتاحة، تعمل فى هذه الحالة على نحو كبير داخل المجتمعات وبين المريضات ومجتمعاتهن. وتتمتع الاستراتيجيات المقدمة بهذا الفهم بفرصة أفضل للنجاح. فعلى سبيل المثال، اقترح فى بنجلاديش، مجموعة مرنة من المعايير التى تلفت نظر النساء إلى أن الولادة فى المرافق الصحية قد تسهل حصولهن على الرعاية الصحية، مع إعطاء المعايير المتفق عليها اجتماعيًا للولادة فى المنزل.

**المناقشة والنتائج**

تكمن الأولوية الأولى فى الدول ذوات الدخول المنخفضة والمتوسطة فى ابتكار استراتيجيات أفضل لتطبيق تدخلات فعّالة. لكن أكثر الأدلة بشأن فعالية التدخلات لا تدعم هذه الأولوية. إن النموذج المفاهيمى

*مضاعفات."[١٦]*

وذكر الأزواج أنهم قد بدأوا الادخار منذ بداية الحمل وذلك لدفع تكلفة الانتقال؛ فرعاية الولادة مجانية فى حد ذاتها، والمصاريف غير الرسمية كانت زهيدة إلى حد ما. كما ذكرت النساء أيضًا أن معظم النساء فى وسطهن الاجتماعى يعتقدن أنه من الصحيح الولادة فى المرافق الصحية. وكان هذا مدهشًا فى منطقة لا تزيد فيها نسبة الولادة فى المرافق الصحية على ٣٩% من إجمالى حالات الولادة. وقد يكون هذا نموذجًا مجمعًا لسلوك السعى عن الرعاية الصحية، الذى يكون فيه اتصال مجموعات من النساء من خلال شبكة اجتماعية لها معدلات استخدام أعلى للمرافق الصحية، ويوحى بوجود مجموعة من الاستجابات الديناميكية بين مستخدمى الخدمة فى الشبكة.

إلا أن هناك تفسيراً بديلاً –وإن كان من الوارد أن تكون انحيازات المستجيبات هى السبب– ألا وهو إحساس المستجيبات أن هذه هى الإجابة "الصحيحة" التى يجب أن يقلنها عندما يسألن عن ممارسات صديقاتهن.

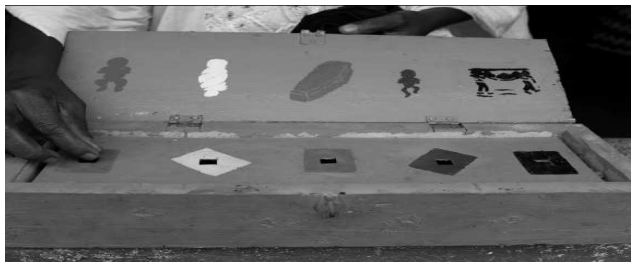
أما فى بنجلاديش، فكان الوضع مختلفًا. حاولت اثنتان وعشرون امرأة من الثلاثين أولاً الوضع فى المنزل معتقدات بأن هذه هى الطريقة الصحيحة، ولم يحاولن البحث عن المساعدة فى العيادات والمستشفيات إلا بعدما لم تتم عملية الوضع بالطريقة الصحيحة. من بين النساء اللاتى خططن للوضع فى المستشفى، كانت اثنتان منهما قد فقدتا وليديهما سابقًا فى ولادات منزلية، بينما فقدت واحدة أختها حيث توفيت أثناء الولادة. ومن ثم نرى أن معظم النساء حتى اللاتى ولدن فى المستشفى لم يعتبرن هذا الإجراء كقاعدة يجب انتهاجها.

ذكرت النساء فى أوغندا أنهن وأزواجهن هم المسئولون عن اتخاذ القرار، أما فى بنجلاديش فإن مجموعة واسعة من الأفراد تتدخل فى اتخاذ القرار، من بينهم أفراد الأسرة الممتدة وأفراد من المجتمع ومجموعة من مقدمى الرعاية الصحية التقليدية، مثل الروحانيين



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

الجغرافية وتوزيع السكان ليسا متشابهين. وهذا لأن السياق هو المهم. ولأن الاستجابات الديناميكية التى تحدد الأثر النهائى للبرنامج تتشكل من خلال العوامل التاريخية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية التى تختلف اختلافًا تامًا حسب المكان والزمان. فالتفرقة العنصرية السابقة فى جنوب إفريقيا كانت تلعب دورًا يفسر العديد من المشاكل التى تواجه الممرضات هناك[٢٠]. كما أن التوترات السياسية فى الماضى السياسي والتسوية التى تم التوصل إليها للمساعدة على حلها فى أوغندا شديدة الأهمية فى فهم كيف تعمل الخدمات الصحية للولادة. كما أن وفرة الأطباء وأوضاعهم المتردية نسبيًا والمواقف السائدة تجاه الناس من جمهوريات الاتحاد السوفيتي السابق، تساعد على شرح نجاح أو فشل التطبيق فى روسيا. كما أن المعايير الدينية والاجتماعية فى بنجلاديش التى تتعلق بدور النساء تؤثر بوضوح على التطبيق.



تستخدم القابلات القرويات فى سيراليون هذا الصندوق لتسجيل المواليد، يضعن حصاة فى الثقب المناسب، الرموز التى تظهر على غطاء الصندوق من اليسار إلى اليمين تشير إلى: مولود حى، حبل ملفوف حول الطفل، الطفل قد مات، وزن الطفل ضئيل عند ميلاده، الأم تعانى من مضاعفات ونقلت إلى المستشفى.

ويقتضى نموذج الاستجابة الديناميكية طريقة مختلفة لتقييم أثر مخرجات التدخلات الصحية التوليدية وشرح ما يعمل منها وما لا يعمل. البرامج والسياسات التى تهدف إلى تحسين كيفية توصيل الرعاية الصحية التوليدية هى تدخلات اجتماعية، وليست مجرد تدخلات فنية فحسب. ومن ثم، فبدلاً من محاولة تكرار مناهج البسيط الذى اقترحناه يسعى لوضع التأكيد الاستراتيجى على الإدارة الفعالة لعملية التطبيق بدلاً من ابتكار وتنقيح محتوى التدخل.

تدفع برامج التدخل إلى سلسلة من الاستجابات الديناميكية التى تتفاعل بطريقة تتسم بالتعقيد[١٩]. أحد الآثار المترتبة على ذلك هى أن بعض التفاصيل، التى قد تبدو تافهة، من الممكن أن يتضاعف تأثيرها من خلال سلسلة من ردود الأفعال. وبالمثل، فإن تأثير عنصر الإصلاح أو السياسة الذى قد يبدو مهمًا يمكن أن يتم تثبيطه من خلال الاستجابات الديناميكية. ونتيجة لذلك، يصبح التنبؤ بأثر التدخل فنًا أكثر من كونه علمًا ويعتمد على إدراك أنماط الاستجابة المعهودة والإعداد لاحتمالات حدوثها.

ماذا يعنى ذلك إن أردنا أن يعمل عندنا ما نجح فى أماكن أخرى؟ معناه أن الاستراتيجيات التى تم تقييمها بأنها فعّالة فى أى مكان آخر ما هى إلا بداية وليست نهاية. وغالبًا ما يلاحظ أن "الجوهر فى التفاصيل"؛ التفاصيل هى ما تحتاج دراسات خدمات الولادة للتركيز عليه، لكى يمكن استنتاج الأنماط ووتصمم الإستراتيجية بحيث تراعى الاستجابات التى تمت ملاحظتها فى الدراسات الأخرى. كما أن الأهمية البالغة لهذه العوامل فى علاقتها بالمخرجات لم تنعكس بشكل كافٍ فى النصائح السياسية المقدمة حالياً، أو لم يتم منحها الاهتمام الذى تستحقه فى التقارير والمنشورات الرسمية.

على سبيل المثال، قد يحدد البرنامج باعتباره "تدريب القابلات" أو "التوسع فى أعداد المشرفين المهرة على الولادة"، ولكنه سوف يتضمن الكثير من المكونات التفصيلية –إستراتيجية التوظيف، وإستراتيجية تقديم المشورة، ومنهج تدريبى، ومجموعة المدربين والمتدربين، ونظام للحوافز، وفريق إدارى، ونظام معلومات، وغيرها– التى يجب تحليلها وتعريفها ومراقبتها. مثل هذه التفاصيل لا يمكن أن تنقل عن برامج أخرى موجودة لإنه لا يمكن عمل نسخ من الأفراد المنخرطين فى العمل، كما أن المنطقة



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

البرامج من خلال إدخال أفكار و/أو موارد جديدة فى مجموعة موجودة من العلاقات الاجتماعية. ينبغى أن تشتمل المهمة الصعبة للتقييم (من خلال إنشاء الفرضية وتصميم البحث) على استقصاء المدى الذى تستطيع به الهياكل الموجودة مسبقاً تفعيل أو عدم تفعيل آليات التغيير المقصودة. وعندئذ سيتيح هذا لواضعى السياسات فى دول أخرى النظر فى النماذج التى تتطور فى أنحاء الدول والتعلم من الأخطار والمشاكل التى عانت منها الدول الأخرى وأيضاً الاستفادة من النجاحات الأخرى.

يمكن، وتم فعلاً، تحديد العناصر المحتملة للبرامج الفعالة على المستوى الدولى؛ إلا أن التفاصيل أمر حاسم لجعل ما نجح فى أماكن أخرى يحدث بالفعل، ويجب تحديدها محليًا فى المكان والزمان (أى ليس مرة وللأبد ولكن على أساس مستمر من إعادة التقييم). وهذا يتضمن:

- أن تتوخى الوكالات الدولية والمستشارين الفنيين الحرص فيما يقدمونه من نصائح؛
- ضرورة تطوير قدرات مديرى البرنامج المحليين على إجراء التعديلات التحسينية للبرنامج بشكل متواصل؛
- ضرورة توثيق التفاصيل المتعلقة بعملية، وليس فقط مخرجات، تقييم البرامج والدروس المستفادة

**شكر وامتنان**

*برنامج تنمية البرامج الصحية تم تمويله من قبل إدارة التنمية الدولية بالمملكة المتحدة.*

دراسات الفعّالية التى عملت بشكل جيد فى العلوم الإكلينيكية، هناك حاجة لتطوير أساليب التقييم التى تسمح بالتعلم، وظهور الأنماط، وفى الوقت نفسه تقر أيضًا بدور الاستجابات الانعكاسية الديناميكية المعقدة للعاملين والمجتمع تجاه السياسات والبرامج.

يوجد بالفعل تراث عظيم حول كيفية تقييم التدخلات الاجتماعية المعقدة التى تبنى على هذا المفهوم، إلا أنه لم يتم تطبيق سوى القليل على برامج إبقاء الأمهات على قيد الحياة فى الدول ذات الدخول المنخفضة والمتوسطة. على سبيل المثال، منذ عام ١٩٩٢ يقوم معهد أسبين فى واشنطن بتطوير أساليب للتدخل المجتمعي وتقييمه. ويؤكد المعهد فى منشوراته الحاجة إلى "نظرية للتغيير" تقود تصميم التدخلات وإستراتيجية التطبيق والتقييم. وقد خرجت نظرية التغيير هذه من لقاء تشاورى ضم الأطراف المعنية والمقيمين لصياغة ما تم ملاحظته إدراكه كالعناصر الرئيسية لبرنامج يمكنه أن يدفع باتجاه التغيير. وتصبح هذه النظرية هى الفرضية التى سيتم اختبارها مقابل البيانات التى يجمعها المقيمون. تتطلب النظرية دليلاً على التغيير المجتمعى، والعناصر الرئيسية وراءه فى السياقات الأخرى. "إن وجود قاعدة معرفية أفضل سوف يمكننا من تطوير إستراتيجيات أفضل للتغيير، وسوف تعمل نظريات التغير الأفضل على تحسين كل من تصميم مبادراتنا وفرص التعلم حول التغيير."[٢١]

وقد دعا كل من باوسون وتيلى[٢٢] الى مقاربة مشابهة بعنوان "التقييم الواقعى" ركزا فيه على "نمط السياق، والآليات، والمخرجات"، بمعنى أنه فى سياقات محددة، تعمل آليات التأثير لانتاج مخرجات محددة نتيجة. تعمل

## قائمة المراجع:

1. Campbell O, Graham W, onbehalf of Lancet MaternalSurvival Series steering group.Strategies for reducing maternal mortality: getting on withwhat works. Lancet 2006;368:1284–99.
2. Borghi J, Ensor T, SamanathanA, et al. Lancet MaternalSurvival steering group.Mobilising financial resourcesfor maternal health. Lancet2006;368(9545):1457–65.
3. World Health Organization. TheWorld Health Report 2005:Make Every Mother and ChildCount. Geneva: WHO, 2005.
4. UN Millennium Project. Who'sgot the power? TransformingHealth Systems for Women andChildren. New York: UN, 2005.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

5. Ronsmans C, Graham W, onbehalf of Lancet MaternalSurvival Series steering group.Maternal mortality: who, when,where and why. Lancet2006;368:1189–200.
6. Filippi V, Ronsmans C, CampbellO, et al. Maternal health in poorcountries: the broader context and a call for action. Lancet 2006;368:1535–41.
7. Koblinsky M, Matthews Z,Hussein J, et al. Going to scalewith professional skilled care.Lancet 2006;368:1377–86.
8. Blaauw D, Ambegaokar M,McPake B, et al. Neither angels nor robots: the 'dynamicresponses' of health care workers and the unintended effects ofhealth system functioning.London: Health System Development Programme, 2006.
9. Balabanova D, Parkhurst J,McKee M, et al. Access to health care: taking into account health systems complexity. London: Health Systems DevelopmentProgramme, 2006.
10. Pattinson B, editor. Saving Mothers: Third Report on Confidential Enquiry into Maternal Deaths in South Africa2002–2004. Pretoria: Department of Health South Africa, 2006.
11. Penn-Kekana L. Ethnography of two labour wards. London: Health Systems Development Programme, 2006.
12. Carr S, McLoughlin D, Hodgson M, et al. Effects of unreasonable pay discrepancies for under and overpayment on double demotivation. Genetic, Social and General Psychology Monographs 1996;122(4):475–94.
13. Penn-Kekana L, Blaauw D, Tint SK, et al. Nursing dynamics in the context of HIV/AIDS.Johannesburg: Frontiers Programme, Population Council, 2004.
14. Dimitrova B, Balabanova D, Atun R, et al. Health service providers' perceptions of barriers to tuberculosis care in Russia. Health Policy and Planning 2006;21(4):265–74.
15. Danishevski K, Balabanova D, McKee M, et al. Delivering babies in the time of transition in Tula, Russa. Health Policy and Planning 2006;21(3):195–205.
16. Parkhurst JR, Rahman SA,Ssengoba F. Overcoming access barriers for facility-baseddelivery in low-income settings: insights from Bangladesh and Uganda.Journal of Health Population and Nutrition 2006;24(4):438–45.
17. Ssengooba F, Rahman SA, Hongoro C, et al. Health sector reforms and human resources for health in Uganda and Bangladesh: mechanisms of effect. Human Resources for Health 2007;5:3.
18. Parkhurst J, Rahman SA. Life saving or money wasting? Perceptions of caesarean sections among users of services in rural Bangladesh. Health Policy 2007;80(3):392–401.
19. Lewin. Complexity: Life at the Edge of Chaos. 2001. London: Phoenix, 2001.
20. Marks S. Divided Sisterhood. Johannesburg: Witwatersrand University Press, 1994.
21. Auspos P, Kubisch AC. Building Knowledge about Community Change: Moving Beyond Evaluations.Washington DC: Aspen Institute, 2004. At: <www.aspeninstitute.org/atf/cf/{DEB6F227-659B-4EC8-8F84-8DF23CA704F5}/BUILDINGKNOWLEDGE.pdf>.Accessed 16 August 2007.
22. Pawson R, Tilley N. Realistic Evaluation. London7 Sage Publications, 1997.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الانجابية ٢٠٠٨

# تقوية النظام الصحى: آفاق جديدة للتعاون بين الصحة العامة وحقوق الإنسان*

**لين فريدمان****

**ترجمة: هشام شتلة**

هل يصبح الحمل أكثر أمانًا للنساء؟ المسألة فيها احتمالات متعددة فالأمر يعتمد على المكان الذى ولدت فيه المرأة، أو على طبقتها الاجتماعية، أو على المجموعة العرقية التى تنبمى إليها، أو المؤشرات الاجتماعية والجغرافية الأخرى. وبينما قد تؤدى تغييرات معينة فى التقنيات أو الأساليب الطبية، نظريًا، إلى الزيادة فى تحسن أو تفاقم احتمالات المخاطر التى تواجهها كل امرأة على حدة، فى كل مكان؛ يظل معدل وفيات الأمهات من منظور الصحة العامة، مؤشر صحة السكان الذى يكشف بصورة كبيرة عدم المساواة العميقة السائدة فى وقتنا هذا.

على مدى عقود وحتى الآن، فإن تقديرات خطر موت الأم على امتداد الحياة تعكس الفجوة بين النساء فى أفقر البلدان وأغناها: ففى أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، تعانى النساء على امتداد العمر من خطر الموت أثناء الحمل والولادة بنسبة ١: ١٦، بينما تخضعن فى أوروبا إلى هذا الخطر بنسبة أقل بشكل مثير، تصل إلى ١ : ٢،٤٠٠.[١] تستخدم الأساليب الأكثر حداثة بيانات يتم الحصول عليها من المسوح السكانية والصحية لتقدير التفاوت فى البلدان التى تقع بين الخمس الأعلى والخمس الأدنى ثروة، بينما تبين التحليلات اختلافاً فى نسب وفيات الأمهات يصل إلى ستة أضعاف.[٢] هناك تمايز كبير بين البلدان ذات "الحرمان الهائل" (حيث يمكن للنخبة الوصول إلى الخدمات الصحية، بينما الغالبية العظمى من السكان مستبعدون)، والبلدان ذات "الاستبعاد الهامشى" (حيث يمكن لأغلب السكان الوصول إلى الخدمات الصحية، بينما الأفقر فقط، وهم أكثر المضارين، مستبعدين). هذا التمييز يساعد على وضع عدم التكافؤ بين الخمس الأعلى والخمس الأدنى فى منظور العام ويوضح طبيعة حالات الفشل المنهجى الأساسى وراءها – والإستراتيجيات المختلفة الضرورية لمعالجتها.[٣]

* Health System Strengthening: New Potential for Public Health and Human Rights Collaboration Lynn P Freedman November 2007; 15(30) 219–220

** مديرة برنامج تفادى موت وعجز الأم، أستاذة الصحة السريرية للسكان والعائلية، كلية ميلمان للصحة العامة، جامعة كولومبيا، مدينة نيويورك، ولاية نيويورك، الولايات المتحدة الأمريكية. البريد الإلكتروني: LPF1@columbia.edu



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

أنفسها.

هنا يجب أن تعمل الجهود والأفكار المتعلقة بتقوية النظام الصحى. فالنظم الصحية ليست مجرد أنظمة تقنية لتقديم الخدمة، "يمكن إصلاحها" باستقدام بعض الخبراء من الخارج؛ لكنها مؤسسات اجتماعية رئيسية –سواء راق لنا هذا أو لا– تلعب دوراً مركزياً فى حياة الناس ومجتمعاتهم. إن التعرض للإهمال، والاساءة والتهميش من قبل النظام الصحى، يمثل أحد الأشكال الأساسية التى يشعر عبرها الناس اليوم –فى كل المجتمعات تقريباً– بمعنى أن يكونوا فقراء. بالمقابل، فإن أنظمة الصحة العادلة والتى تستجيب لاحتياجات الناس، هى لبنات أساسية فى بناء المجتمعات الديمقراطية، وكانت كذلك دائما. هذا يجعل أنظمة الصحة والديناميكية المحركة لها مهمة جداً وسياسيةً جداً بحيث لا يمكن تركها إلى الحكومات (أو المانحين) بمفردهم، فى معزل عن وجهة نظر مجموعات المجتمع المدنى والمواطنين العاديين. وعلى المدافعين عن حقوق الإنسان– والمدافعين عن صحة النساء ونشطاء الحقوق الإنجابية– أن يجدوا طرقاً للتواصل مع الديناميكية الجديدة فى مجال السياسة والتمويل، والتى تركز على تقوية النظام الصحى. آليات التمويل الجديدة القائمة على النتائج، تحمل فى الآن نفسه، تحديات خطيرة وفرصًا هائلة بالنسبة لجهود خفض معدل وفيات الأمهات. فبينما تبين التجربة أن رعاية الولادة الطارئة يمكن أن تكون مدخلاً فعالاً لتقوية المنشآت والنظم الصحية بشكل شامل،[٤] فالعكس ليس بالضرورة حقيقياً. إن الجهد العام لتقوية النظم الصحية لن يتضمن بصورة آلية ترقية الخدمات المعينة المطلوبة لضمان مرور النساء بالحمل والولادة بأمان، وأن تتوفر للمواليد الجدد أفضل فرصة للبقاء والنمو. ولكى تضمن جهود تقوية النظام الصحى أن يصبح الحمل أكثر أماناً للنساء فى كل البلدان وكل الفئات الاجتماعية، ينبغى وضع مؤشرات صحيحة لمشروعات التمويل القائمة على الأداء. كما ينبغى إذا كان عدم المساواة الاجتماعية والاقتصادية هو الذى يحدد بدرجة كبيرة أى من مجموعات النساء تواجه أكبر قدر من المخاطر عندما يحملن، فإن عدم الإنصاف بين الجنسين يساعد فى تقبل التغاضى عن حالة موت ومراضة الأمهات وعدم توفير القدر الكاف من الانتباه لها والاستثمار فى التصدى لها لكونها ... نادرة جدا، ومعقدة جدا، وعصية على التغيير، ويصعب قياسها. إن إدراج معدل وفيات الأمهات ضمن الهدف الخامس للألفية التنموية يشجع على مناقشة مسالة موت الأمهات المستمر، ويضمن وضعها على الخطط الوطنية؛ لكن التطبيق على الأرض يتطلب مستوى من التركيز والالتزام بالتغيير الشامل وبناء القدرة والاستثمار طويل الأجل والصبر الذى نادرا ما يكافأ عمليا. ومن هنا، فإن المقاربات المعتمدة فى صنع سياسة الصحة العامة ودعم الفعالية –تلك المقاربات التى تواصل التأكيد على التدخلات السريعة ذات المردود العالى والتكلفة الأقل– تسمح بتهميش وفيات الأمهات فى هدوء.

مع ذلك فإن هناك الآن بعض الأسباب التى تدعونا للتفؤل الحذر؛ أولاً، هناك إجماع متزايد على أساليب تدخل وتقنيات قياس رئيسية – وعلى القدر نفسه من الأهمية– تزايد الخبرة فى استعمالها، بما يمثل تحدياً للتبرير المعتاد عن كونها "معقدة جدا، ويصعب جدا قياسها، ومثيرة جدا للنزاع". ثانياً، يعتمد خفض معدل وفيات الأمهات أساساً على تقوية أنظمة الصحة بحيث يمكنها إتاحة الرعاية الطارئة للولادة بشكل واسع وتوفير المشرفين المهرة لعملية الولادة؛ وقد أصبحت مسألة تقوية النظام الصحى أخيرًا تحظى بأولوية كبيرة من أولويات التمويل العالمى، بما فيها المبادرات الجديدة المدعومة من قبل النرويج، والمملكة المتحدة ومؤسسة جيتس. إن التمويل القائم على النتائج والمستخدم فى هذه المبادرات، يبتعد عن المشروعات العمودية القائمة على المتبرع، ويترك تحديد الإستراتيجيات ، نظرياً على الأقل، بين أيدى البلدان



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

الإقرار بضعف القدرة على التطبيق ومواجهتها. ولابد أن يكون هناك التزام بالمراقبة، والمراقبة، والمراقبة – واستخلاص الدروس من مثل هذه المراقبة بجدية. مثل هذه التغييرات لا تحدث بصورة آلية، بل يجب أن تتم المطالبة بها وفرضها من كل الأطراف. لهذا السبب، لم يكن العائد المحتمل للتعاون الفعال بين خبراء الصحة العامة ونشطاء صحة النساء وحقوق الإنسان، أعظم مما هو عليه الآن قط.

تشجيع ومكافأة الاستثمارات الإستراتيجية طويلة الأجل، التى لا تحركها مجرد المخرجات والتأثير السريع. على سبيل المثال، المشروع الذى يكافئ زيادة حجم ما تقدمه المنشآت، دون أى حافز للانتباه إلى طبيعة المنشـــأة، ومهارات مقدمى الخدمة أو جودة العناية ومدى توفر الخدمات، قد يكون مردوده محدوداً فى خفض معدل وفيات الأمهات، بينما من المحتمل أن يفرض تكلفة جديدة على النساء وعائلاتهن. يجب

**قائمة المراجع:**


1. WHO/UNICEF/UNFPA. Maternal Mortality in 2000. Geneva; WorldHealth Organization, 2004.
2. Ronsmans C, Graham WJ.Maternal mortality: who, when,where, and why. Lancet 2006;363(9542):1189–200.
3. Koblinsky M, Matthews Z, et al.Going to scale with professional skilled care. Lancet 2006;363(9544):1377–86.
4. Caro D, Murray SF, Putney P.Evaluation of the AvertingMaternal Death and DisabilityProgram, 2004. At: <www. amddprogram.org/resources/2004%20AMDD%20EVALUATION%20REPORT.Pdf>. Accessed 25 June 2007.




This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الانجابية ٢٠٠٨

# استحضار الملاك الحارس: رعاية الأطفال فى مستشفى فلسطيني

**سحر حسان بيطار، لورا ويك***

**ترجمة: أحمد محمـــــود**

**ملخص:**

الغرض من هذه الدراسة هو تقويم نوعية رعاية الأمومة فى مستشفى تحويلى عام رئيسى فى فلسطين، كخطوة أولى فى تطوير التدخلات لتحسين سلامة ونوعية رعاية الأمومة. وقد استخدمت المقابلات مع مقدمى الرعاية، والملاحظة والمقابلات مع النساء؛ لفهم الحواجز التى تحول دون الرعاية المحسَّنة وتجهز مقدمى الرعاية لكى يكونوا متقبلين للتغيير. وكانت بعض الممارسات غير المناسبة التى جرى تحديدها هى منع وجود مرافقات أثناء الولادة، والاستخدام الروتينى لهورمون أوكسيتوسين لتعجيل الولادة، وتقييد الحركة أثناء المخاض، والفحص المهبلى المتكرر. ولم تكن سلفات المغنسيوم تُستخدم لما قبل التشنج الحملى والتشنج الحملى، وكان نزيف ما بعد الولادة كثير الحدوث. وكانت الرعاية المتاحة غير كافية بسبب: النقص الشديد فى عدد القابلات، وعدم كفاية الإشراف، ونقص المهارات. إن استخدام الممارسات القائمة على الأدلة التى تعزز الولادة الطبيعية أمر ضرورى فى الأماكن التى تندر فيها الموارد وتكون لدى النساء أسر كبيرة. وأسهم التقرير الناتج عن هذا التقييم، والاجتماعات لنشر نتائجه مع مقدمى الرعاية ومديرى المستشفى وواضعى السياسات والمانحين؛ فى توضيح الواقع بالنسبة لكل المشاركين، وتمت الموافقة على خطة تدخل لتحسين نوعية الرعاية. وبالرغم من مناخ الأزمة الحالى وأى شىء آخر يجرى، فما زالت النساء تلد وترغب فى الرفق والرعاية الطيبة لأنفسهن ولمواليدهن. وربما كانت تلك هى النقطة التى يجب أن تبدأ عندها فرصة التغيير.

Evoking the Guardian Angel: Childbirth Care in a Palestinian Hospital. November 2007 (15 (30)
Sahar Hassan Bitar, Laura Wick

**كلمات مفتاحية:** الولادة، فترة ما بعد الولادة، رعاية التوليد الطارئة، نوعية الرعاية، الموارد البشرية، العلاقات بين مقدمى الرعاية والمريضات، الأراضى الفلسطينية المحتلة

---

* معهد المجتمع والصحة العامة، جامعة بيرزيت، رام الله، الضفة الغربية، الأراضى الفلسطينية المحتلة. بريد إلكترونى: sjamal@birzeit.edu

كان الغرض من هذه الدراسة هو تقويم نوعية رعاية الأمومة فى مستشفى تحويلى فلسطينى رئيسى، باعتبار أن تلك هى الخطوة الأولى فى تحسين رعاية الولادة فيما يتعلق بالأمهات والمواليد. ومع ذلك فإنه رغم انتقال الولادة فى بعض الدول النامية من البيت إلى المستشفى فإن مأسسة الولادة لم تصاحبها باستمرار الممارسات أو النتائج المحسَّنة.[١] وقد جرى إلى حد كبير توثيق مكوِّنات رعاية الولادة الفعّالة القائمة على الأدلة العلمية ونشرها،[٢ و٣] إلا أنه يبدو أن هناك تباطؤاً فى تبنى أفضل ممارسة فى كل من الدول المتقدمة والنامية. ويسهم وضع الولادة فى بيئتها المحلية فى فهم تعقيد تقديم رعاية الولادة وتنوعها والأمور التى تسهم فى تشكلها.[٤] ويساعد تقويم الاحتياجات المحلية على فهم العوامل التى تشكل رعاية الأمومة فى مكان بعينه وما هى الاستراتيجيات التى يمكن أن تكون أكثر فاعلية فى تبنى الممارسات القائمة على الأدلة.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

الولادة (٩٧٪)،[٧] فإن الجودة الكلية ضعيفة.[١٠] وكثير ما لا تقوم رعاية أثناء الولادة فى منشآت الولادة فى الضفة الغربية على الأدلة العلمية،[١١] بالرغم من نشر المعايير والقواعد الإرشادية القومية. فقد جرى تدريب عدد قليل من مقدمى الرعاية ومديرى أقسام الولادة على كيفية توجيه العاملين معهم على اتباع تلك القواعد الإرشادية فى المواقع التى تحول الكثير من العقبات المنهجية والمؤسسية دون تطبيقها. وقد تضاعفت معدلات الولادات القيصرية بناءً على عدد السكان فى العقد الماضى من ٦٪ فى عام ١٩٩٦ إلى ١٢،٨٪ فى عام ٢٠٠٤،[٧]، وبلغ معدل الولادات القيصرية فى المستشفيات العامة ١٥،٧٪ فى عام ٢٠٠٤.[٩] وتغادر النساء المستشفى خلال ٢٤ ساعة من الولادة المهبلية وبعد ثلاثة أيام من الولادة القيصرية، والثلث فقط منهن يستشرن مقدمى رعاية صحة الأمومة خلال فترة الستة أسابيع التالية.[٧] وكل النساء الفلسطينيات تقريبًا يرضعن أطفالهن رضاعةً طبيعية (٩٦٪)، وإن لم تكن الرضاعة الطبيعية تمارس بشكل حصرى باستمرار، ولكن الغالبية العظمى (٦٦٪) تواصل الرضاعة الطبيعية من ٩ إلى ١٢ شهرًا.[٧]

كان مكان دراستنا مستشفى تحويلى عام يقع فى المحافظة الوسطى بالضفة الغربية وبه ١٥٥ سريرًا (بينها ٣٦ سريرًا للأمومة)، ويعالج حوالى ٢٠ ألف مريض مقيم و٧٠ ألف حالة طوارئ كل عام. وهو واحد من المستشفيات التى جُعِلت مؤخرًا مستشفى تحويلى رئيسى ليحل محل ذلك الموجود فى القدس. وقد اخترنا هذا المستشفى بسبب ارتفاع معدلات الولادة فيه، حيث يخدم فى المقام الأول النساء الفقيرات فى المنطقة، على عكس معظم مستشفيات الولادة فى القطاع غير الحكومى والخاص. وتتم حوالى ٤ آلاف ولادة سنويًّا فى هذا المستشفى مجانًا للنساء اللاتى يشملهن التأمين الصحى الحكومى الذى أسسته وزارة الصحة للفقراء أثناء الانتفاضة الثانية فى سبتمبر من عام ٢٠٠٠. وقد مكّن قربه الباحثة من قضاء فترة مطولة فى ملاحظة الأقسام كى تفهم بيئة الولادة على لكى نفهم العوائق التى تحول دون تقديم الرعاية الجيدة لابد لنا من وضع بيئة الولادة داخل السياق الاجتماعي والاقتصادى والسياسى الأكبر. فقد كان للاحتلال الإسرائيلى الحالى لفلسطين دور فى وضع الخدمات الصحية المتشظية والمفتقرة إلى الموارد وغير المنظمة. فالجدار العازل وما يزيد على ٥٠٠ نقطة تفتيش[٥] فى الأراضى الفلسطينية المحتلة تحد من الحصول على رعاية الأمومة وتعوق التنظيم الفعّال والحصول على الرعاية الصحية. كما أن تزايد معدل الفقر، الذى يشمل ما يزيد على ٦٠ ٪ من السكان،[٦] يمثل عائقًا إضافيًا يقف فى سبيل الوصول إلى الخدمات فى القطاع الخاص وغير الحكومى.

تتم معظم الولادات (٩٧٪) فى المستشفيات أو العيادات.[٧] ومنذ تولت وزارة الصحة الفلسطينية المسئولية من وزارة الدفاع الإسرائيلية عن قطاع الصحة فى عام ١٩٩٤، قامت بتشجيع كل النساء على الولادة فى المستشفيات، مما أدى إلى اختفاء القابلات أو الدايات شيئًا فشيئًا.[٨] وأصبح ٥٦٪ من الولادات السنوية وعددها ١٠٣٨٧٠ [٩] تتم فى المستشفيات العامة السبعة عشر فى الضفة الغربية وقطاع غزة، وينطبق هذا على الفقراء فى المقام الأول. ومع ذلك فإن أقسام الولادة فى المستشفيات العامة التى تعانى من الازدحام ونقص العاملين بشكل متزايد، تفاقم من المخاطر التى تتعرض لها الحوامل الموشكات على الولادة، سواء عدم توفر أماكن للولادة على غير المتوقع، أو تدنى رعاية ما قبل الولادة عن المستوى الأمثل. وبينما كان يجرى فيما مضى تحويلى الحالات شديدة الخطورة والمضاعفات من الضفة الغربية إلى المستشفى التحويلى الفلسطينى الرئيسى فى القدس، فإنه مع تقييد الوصول إلى القدس منذ عام ٢٠٠٠ يتم حاليًا معالجات الحالات فى المستشفيات العامة المحلية.

بسبب معدل الخصوبة الإجمالى المرتفع ومقداره ٤،٦،[٧] تشكل خدمات صحة الأمومة والطفولة نسبة كبيرة ومهمة من الاستفادة من الخدمات الصحية. ورغم ارتفاع نسبة تغطية رعاية ما قبل



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

يستهدف القضاء على جانب تحيز المراقب، حيث أصبح العاملون معتادين على وجودها فى القسم ولم يكونوا خائفين منها (على غير ما يمكن أن يكون عليه الوضع إذا كان المراقب من جنسية مختلفة أو مهنة مختلفة)، وهو ما كان مفيدًا كذلك للميزانية الصغيرة المخصصة لهذه الدراسة. وقبل بداية الدراسة تم الحصول على التصاريح التحريرية والشفاهية من الإدارة العامة للمستشفيات بوزارة الصحة، ومدير المستشفى، وكبير أطباء التوليد ورئيسة القابلات.

استغرقت الملاحظة ١٤ يومًا (١٢٠ ساعة) فى أيام مختلفة من أيام الأسبوع وأوقات مختلفة من اليوم (فى الورديات الثلاث) لتوثيق الممارسات الحقيقية وفهم قضايا إدارة الولادة والعلاقات ما بين الأشخاص بشكل أفضل. وكانت الملاحظات الطريقة الأفضل لفهم تعقيد بيئة الولادة وخلق علاقات الثقة مع مقدمى الرعاية. وبالإضافة إلى الملاحظة المباشرة فى الأقسام، مع الاسترشاد بقوائم المراجعة المعدة سلفًا، فقد زادت المناقشات الجماعية غير الرسمية، والمناقشات الثنائية مع مقدمى المعلومات الأساسيين (مقدمى الرعاية، ومديرى الأقسام، ومدير المستشفى، والنساء، والكتبة، وعمال النظافة) من ثراء وتنوع المعلومات التى جرى جمعها.

جرت ملاحظة ما مجموعه ٦٤ امرأة و١٢ مولودًا باستخدم قوائم المراجعة؛ باستثناء حالات رعاية ما بعد الولادة وأحداث الطوارئ حيث تم تدوين ملاحظات تفصيلية. وجرت ملاحظة تسع وثلاثين امرأة فيما بين بداية المخاض وفترة ما بعد الولادة مباشرةً، و٢٣ امرأة فى فترة النفاس بالإضافة إلى حالتى طوارئ، و١٢ مولودًا (الجدول ١).

روجعت دفاتر الأقسام والسجلات الطبية لجمع بيانات عن إحصاءات الأقسام، والممارسات الفعلية، ودقة مسك السجلات؛ جرى تدقيق أحد عشر سجلاً طبيًّا (تسع ولادات طبيعية وحدثا طوارئ) بالتفصيل باستخدام قوائم المراجعة المقننة.

نحو أفضل. وبما أنه من الصعب التأثير على مستوى السياسات فى النظام الضعيف وغير المنظم، فقد استهدف هذا التقييم تحسين رعاية الولادة من خلال تعديلات متوسطة المستوى تستهدف القابلات المقيمات فى المستشفى، وهن مقدمات الرعاية الأساسيات أثناء الولادة الطبيعية باعتبارهن أطرافاً أساسية فى عملية التغيير.

**طرق البحث**

كانت أهداف هذه الدراسة هى تقييم نوعية رعاية الأمومة فى مستشفى التحويلى الرئيسى لتحديد الفجوات والعوائق التى تحول دون الممارسة الأفضل، وتوفير بيانات أساسية لتحديث تقديم الخدمات وإعداد سياق يستجيب للتغيير وللتدخلات التالية. وقد جرى استعراض الأبحاث الدولية والمحلية. وقُيِّمت الممارسات طبقًا لأحدث الأبحاث العلمية عن التوليد القائم على الأدلة.[٢،٣] وتم الاسترشاد بإطارين لتصميم الأدوات البحثية لتقييم جودة الرعاية، والتى جرى تعديلها طبقًا للظروف المحلية: أدوات تقوِّم احتياجات الولادة الآمنة الخاصة بمنظمة الصحة العالمية[١٢] وإطار جودة خدمات الولادة الذى وضعه هلتون وآخرون.[١٣] وتأثر المنهج ككل بالأدبيات التى تتناول تبنى التجديدات فى الرعاية الصحية باعتباره عملية معقدة وتعديلية لابد أن تأخذ فى اعتبارها الهياكل والعمليات والأنماط المحلية وتتطلب المرونة والإبداع والتفاعل من أجل ترجمة البحث إلى تطبيق.[١٤]

استُخدمت داخل المستشفى المناهج الكمية والكيفية لتقييم الرعاية الفنية والتدعيمية أثناء الولادة والفترة التالية للولادة مباشرةً. وقد جُمِعت الملاحظات الميدانية، ومراجعة السجلات، ومقابلات مع النساء عند خروجهن من المستشفى، والمقابلات المتعمقة مع مقدمى الرعاية ومديرى الأقسام خلال الفترة بين أبريل ٢٠٠٥ ومارس ٢٠٠٦. الباحثة الأساسية (المؤلفة الأولى) قابلة فلسطينية لديها خبرة فى إدارة قسم ولادة مزدحم. وقد نفذت معظم العمل الميدانى الذى كان



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

| | |
|---|---|
| رعاية ما بعد الولادة | ٢٣ |
| قسم المخاض والولادة | ٧ |
| قسم ما بعد الولادة | ١٦ |
| حالات الطوارئ | ٢ |

أجرت الباحثة الرئيسية إحدى وثلاثين مقابلة متعمقة مع كل مقدمى الرعاية فى المستشفى عدا واحداً (٩ قابلات، و١٤ ممرضًا، و٨ أطباء) باستخدام استبيان شبه منظم يحتوى فى المقام الأول على أسئلة مفتوحة. واستغرقت كل مقابلة من ٤٥ إلى ٦٠ دقيقة حيث كان التركيز على وصف لعملهم ومسئولياتهم، بما فى ذلك ممارسات الولادة والرعاية، والعوائق المتصورة التى تحول دون الرعاية الجيدة، واحتياجات التدريب، والاستراتيجيات المقترحة للتحسين.

استُخدم البرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية النسخة ١٢ SPSS Version 12 لتحليل البيانات الكمية (الأسئلة المغلقة) من المقابلات التى أجريت مع النساء ومقدمى الرعاية. وجرى تحليل قائمة مراجعة الملاحظة ومراجعات يدويًّا من خلال حصر عدد مرات مكوِّنات الرعاية المختلفة.

جرى تحديد الموضوعات فى البداية من خلال القواعد الإرشادية الخاصة بمقابلات النساء ومقدمى الرعاية. وقد فرغت الباحثة محتوى الأسئلة المفتوحة وصنفتها طبقًا للموضوعات المحددة. كما أُدرجت الاهتمامات الأخرى التى ظهرت أثناء المقابلات ضمن الموضوعات. وجرى تحليل المحتوى فى إطار سياق بيئة الولادة الكلية والنتائج الرئيسية للدراسة. وكانت الملاحظات الميدانية تُكتب باليد فى الميدان ثم تُطبع على الكمبيوتر وتُحلل فى اليوم التالى. وبالإضافة إلى ذلك، كان للباحثة العديد من المناقشات

أجريت مقابلات شبه مقننة مع كل النساء اللائى ولدن فى المستشفى (ولادة طبيعية وقيصرية) خلال فترة الأسبوعين بواسطة الباحثة وباحثة ميدانية (معلمة قبالة من خارج المستشفى جرى تدريبها على هذا الغرض). وبعد إبلاغ كل النساء بالغرض من المقابلة (الحاجة إلى فهم آراء النساء والطريقة التى يعامَلن بها) وهوية الباحثة (ليست من بين العاملين فى المستشفى) واطمئنانهن إلى السرية، وافقن جميعًا على المشاركة. وبسبب عدم وجود مكان خاص فى المستشفى لإجراء المقابلات، فقد أجريت مقابلات مع ١٥٩ امرأة (إما فى اليوم التالي للولادة أو فى أيام أخرى لاحقة بالنسبة للعمليات القيصرية) بشكل منفرد على أسرتهن، مما يضمن الخصوصية بقدر الإمكان عن طريق إغلاق الباب، والتأكد من عدم وجود أى من مقدمى الخدمات فى الغرفة فى ذلك الوقت، مع الجلوس بالقرب من المرأة. واستغرقت كل مقابلة ما بين ١٥ و٣٠ دقيقة، وقد تم اجراؤها باللغة العربية وركزت على اختيار مكان الولادة، وتجربة الولادة الحالية، وتفاعلات المرأة ومقدمى الرعاية، ورعاية ما بعد الولادة. وقد روجعت الحالات على سجل الولادة للتأكد من عدم تجاهل أى امرأة.

**الجدول ١. نمط الملاحظات (ن =٧٦)**

| نمط الملاحظة | العدد |
|---|---|
| إدخال نساء فى المخاض | ٦ |
| تدابير المخاض | ٩ |
| الولادة | ١٢ |
| المرحلة الثالثة من الولادة | ١٢ |
| رعاية المواليد | ١٢ |
| من الولادة | ٩ |
| المهبلية | |
| من الولادة بعملية قيصرية | ٣ |



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

المقابلات ٢٧ سنة. وقد أمضى نصفهن (٥١٪) تسع سنوات أو أقل فى التعليم، وأمضت ٣٤٪ منهن ١٠-١٥ سنة وحصلت ١٥٪ منهن على شهادات دراسية. وكانت ٢٠٪ منهن تلدن لأول مرة أما الثمانون بالمائة الباقية فكان لديهن فى المتوسط ٢،٦ طفل (تتراوح الأعمار بين سنة واحدة وإحدى عشرة سنة). وتمت ولادة ٢٥٪ منهن بعملية قيصرية وكانت ولادة الباقيات مهبلية طبيعية. وكان ٧٨٪ من النساء يعيش فى مناطق ريفية؛ أما الباقيات فكن موزعات بالتساوى بين المناطق الحضرية ومخيمات اللاجئين. وسبق لـ٦٢٪ منهن الولادة فى هذا المستشفى.

**جدول ٢. سمات وتعليم ورواتب مقدمى الرعاية**

| | القابلات | الممرضات | الأطباء |
|---|---|---|---|
| العدد الإجمالى | ٩ | ١٤ | ٨ |
| متوسط الأعمار | ٢٨ (٢٤-٣٧) | ٢٨ (٢٢-٤٥) | ٣٨ (٢٨-٦٤) |
| نوع التعليم | ٧ حاصلات على البكالوريوس ٢ حاصلتان على دبلوم[أ] | ٥ حاصلات على بكالوريوس ٩ حاصلات على دبلوم | ٤ اخصائيين ٤ أطباء |
| متوسط سنوات الخبرة منذ التخرج | ٤ | ٥,٥ | ٨,٥ |
| متوسط الراتب | ٤٦٩ دولاراً (٣٥٧-٥٢٤ دولارًا) | ٥٠٠ دولار (٤٠٥-٦٩٠ دولارًا) | ١٠١٦ دولارًا (٨٨١-١١٢٠ دولارًا) |

غير الرسمية مع النساء، ومقدمى الرعاية، وسكرتيرة القسم وعاملات النظافة لتوضيح الملاحظات. واستُخدِم **التثليث** للتحقق من صدق النتائج النوعية من المصادر المختلفة. فعلى سبيل المثال كانت ملاحظات الحالة تقارَن بالسجلات ذات الصلة وبالمناقشات غير الرسمية مع النساء ومقدمى الرعاية. وكانت البيانات تحصل على دعم أكبر من خلال المناقشات مع مقدمى الرعاية أثناء الاجتماعات الأولية لنشر نتائج البحث.

## النتـــــائج

### سمات مقدمى الرعاية ومسئولياتهم

من بين الواحد والثلاثين مقدمًا للخدمة كانت القابلات والممرضات فى الغالب أصغر سنًا من الأطباء. وكان مستوى تعليم القابلات أعلى من الممرضات (الجدول ٢). إلا أن القابلات كن يحصلن على رواتب أقل من رواتب الممرضات، بالرغم مما يميزهن من سنوات الدراسة والخبرة الأكثر ومسئولياتهن الأكبر. وذكر كل من الأطباء والقابلات أنهم يعانون من مستويات مرتفعة من الضغط النفسى. وبالنسبة للقابلات، كان ذلك مرجعه إلى ظروف العمل الصعبة، والرواتب المنخفضة، وقلة عدد العاملين، ونقص الإشراف الداعم. أما بالنسبة للأطباء وإخصائيى أمراض النساء، فالضغط النفسى مرجعه إلى نقص الخبرة فيما يتعلق بالحالات المعقدة. وقد ذكروا أن الورديات الليلية بمثابة كابوس بالنسبة لهم بسبب "مفاجآت" الطوارئ التى يشعرون أنهم غير مستعدين لها الاستعداد الواجب. وكما يتضح من الجدول ٢، فقد كان هناك فقدان سريع للقابلات، إذ كان معظمهن يبحثن عن أعمال فى أماكن أخرى حيث ظروف العمل أقل إلحاحًا وضغطًا. فقد جعلت مستويات التوظيف غير الكافية وساعات العمل الطويلة من الصعب على القابلات أن يجمعن بين عملهن وأدوارهن والتزاماتهن الأسرية.

### نساء أجريت معهن مقابلات بعد الولادة

كان متوسط أعمار النساء اللائي أجريت معهن



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

**الرعاية أثناء الولادة**

كان هناك نقص شديد فى عدد القابلات إذا أخذنا فى الاعتبار مسئولياتهن وعبء العمل الملقى على عاتقهن. وكشفت الملاحظة وما قالته النساء أن الأم كثيرًا ما تمر بالمخاض بمفردها، مع قليل من دعم مقدمى الرعاية. وعند الولادة تكون قابلة واحدة موجودة. ونتج عن ذلك ممارسات ولادة خاطئة شملت إما المتابعة غير الكافية للمولود أو الرعاية غير الملائمة للأم أثناء مرحلة المخاض الثالثة الحرجة.

كانت مكافحة العدوى غير كافية، والإمدادات غير متوفرة فى كثير من الأحيان؛ وغالبًا ما تلد النساء دون أن تكون هناك ملاءة على السرير، بل أغطية من البلاستيك فحسب. وعلاوة على ذلك فقد كشفت لنا الملاحظات وما قالته النساء عن استخدام ممارسات غير ملائمة (الجدول ٣) مثل عدم الحركة وعدم السماح بالأكل أو الشرب أثناء المخاض، وحقن عقار الأوكسيتوسين فى المحاليل بالوريد بشكل روتينى أثناء المخاض، وعدم استعمال نموذج رسم الولادة (البارتوجرام)*، وعدم السماح بوجود أحد أفراد الأسرة للدعم، ومن النادر استعمال الأساليب غير الدوائية لتخفيف الألم، وعدم استخدام التدابير النشطة للمرحلة الثالثة من المخاض، وشق العجان الروتينى بالنسبة للأمهات اللاتى يلدن للمرة الأولى. ولوحظ أن النساء يطلبن مواليدهن عقب الولادة مباشرة لإرضاعهم رضاعةً طبيعية، ولكن القابلة لم يكن لديها الوقت لمساعدتهن.

كان هذا النمط من الممارسة متسقًا مع ما ذكره مقدمو الرعاية. فقد أجريت الفحوص المهبلية العديدة، ولكنها لم تكن توثق باستمرار فى السجلات. وذكر مقدمو الرعاية أنهم يستخدمون الأوكسيتوسين بشكل روتينى لتعجيل المخاض، وأقرت القابلات بوضعه فى أكياس المحاليل الوريدية مع عدم استخدام جهاز التنقيط لتنظيم الجرعة لعدم توفر الأجهزة، وكثيرًا ما أهملن وضع ملصق يبين وجود الدواء فى

(أ) الدبلوم: دراسة لمدة عامين.

**رعايـــــة الولادة**

يعتبر المستشفى مكاناً أساسيًا للتدريب الإكلينيكى للقبالة والتمريض وبرامج التعليم الطبى. وخلال فترة الدراسة، كان يتم من ٥ إلى ٢٠ ولادة من بينها ١٠ ولادات مهبلية فى المتوسط (ساعدت فيها ست قابلات تناوبن العمل على ثلاث ورديات) وولادتان قيصريتان خلال فترة أربع وعشرين ساعة. كان هناك طبيب مقيم واحد يشرف على القسم فى كل وردية وكان هناك أخصائى توليد مناوب تحت الطلب؛ وكانوا جميعًا رجالاً. وكانت القابلات تقدم الرعاية كلها فى ٩١٪ من الولادات المهبلية. وكان متوقعًا من الأطباء أن يصفوا الأدوية ويقومون بخياطة شق العجان والمساعدة فى الحالات شديدة الخطورة ويقوموا بعمليات الولادات القيصرية. ولم يكن التخدير النصفى متوفرًا لتخفيف الألم ولذا كان عقار الميبريدين* يُستخدم باستمرار للأسف. وكانت الممرضات يقدمن رعاية ما بعد الولادة للنساء والمواليد عقب الولادات الطبيعية والقيصرية.

==========

==========

* الميبريدين: دواء مخدر/مسكن يستخدم أثناء التخدير الكلى

وكانت سياسة المستشفى هى إبقاء الوليد بجانب أمه بعد ولادته والبدء المبكر للرضاعة الطبيعية، ولم يكن هناك استخدام للرضاعة الصناعية أو السوائل بشكل روتينى. وكان إزدياد معدل الولادات القيصرية يعود إلى عدم وجود نظام تحويلى مبكر فعال للحالات شديدة الخطورة إلى المستشفى، والتدخلات الروتينية غير الضرورية أثناء المخاض، وضعف كفاءة الأطباء فى اتخاذ القرارت الإكلينيكية بسبب قدم وعدم تحديث معارفهم الطبية، ومعاناة أخصائى التوليد من الضغط النفسى والإرهاق بسبب العمل فى أكثر من مؤسسة، وتدهور صحة النساء الحوامل الفلسطينيات.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

نفسه، كان المواليد يوضعون معًا تحت الدفاية الوحيدة فى حجرة الولادة، وفى بعض الأحيان لا توضع للأطفال أساور باسمائهم. أحد المواليد المكتملين لم يكن هناك من يقوم على رعايته وسقط من على الدفاية وكان لابد من نقله إلى الرعاية المركزة. مولود آخر وُلِد فى الأسبوع التاسع والثلاثين، ٩/٨ على مقياس أبجر، ويزن كيلوجرامين، يعانى من صعوبة فى التنفس؛ أُبقى فى غرفة المخاض والولادة المزدحمة من أجل الملاحظة لمدة تزيد على خمس ساعات، ومات دون أن يكون هناك من يقوم على رعايته. وتمثل الحالتان ١ و٢ التاليتان العديد من الحالات التى لاحظناها.

المحلول الوريدى.

==========

==========

* البارتوجرام: (نموذج رسم الولادة) منحنى لمراحل الولادة يسجل عليه تقدم عملية الولادة (اتساع عنق الرحم وترققه، وتقدم الجنين فى النزول). ويوجد على الرسم خطان للتنبيه إذا تقاطع سير الولادة مع أى منهما. الأول هو خط التحذير والثانى خط التدخل السريع. يساعد النموذج مقدمى الخدمة على اتخاذ القرارت المناسبة أثناء المخاض؛ ويعتبر استخدام البارتوجرام أحد معايير الجودة فى التوليد (المحررة) عندما كانت هناك أكثر من حالة ولادة فى الوقت

**الجدول ٣. الممارسات غير المناسبة كما ذكرتها النساء فى المقابلات بعد الولادة(أ)**

| الممارسات غير المناسبة المذكورة | ٪ |
|---|---|
| تمزق الأغشية بطريقة اصطناعية | ٨٠ |
| ٥ فحوص مهبلية فأكثر | ٤٤ |
| ١–٤ فحوص مهبلية | ٥٦ |
| محاليل بالوريد أثناء المخاض | ٧٩ |
| إضافة الأدوية إلى المحاليل بالوريد | ٣٤ |
| عدم السماح بالمشي | ٦٩ |
| عدم السماح بالأكل أو الشرب أثناء المخاض | ٩٦ |
| عدم التشجيع على الاسترخاء والتنفس | ٧٩ |
| شق العجان الروتينى للأمهات لأول مرة ( =٣٢) | ٨٩ |
| عدم السؤال عن الرضاعة الطبيعية (= ١٥٩) | ٩١ |

(أ) استبعدت امرأتان ولدتا قبل الوصول إلى المستشفى من الأسئلة المتصلة بالمخاض إلا عندما يشار إلى عكس ذلك.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

*

وألبسته ملابسه. وبعد ذلك، ودون أن تغسل يديها، استمرت فى رعاية المولود الآخر المبتسر. عادت القابلة إلى الأم لولادة المشيمة، وتنظيفها وأعطتها حقنة سينترومترين* فى العضل بينما كان تنقيط المحلول الوريدى مستمرًا. وجرى قياس ضغط الدم ومستوى انقباض الرحم مرة واحدة. وملئت السجلات بواسطة قابلة أخرى مناوبة.

**الحالـــــة ٢**

أحضر طبيب مولودًا غير مكتمل (خداج) وزنه ١٨٠٠ جرام إلى قسم المخاض والولادة من غرفة العمليات عقب إجراء عملية ولادة قيصرية. كانت القابلتان مشغولتين وغير متاحتين عندما نادى عليهما الطبيب ولم تجب عليه أى منهما. وضع المولود تحت الدفاية وهَمَّ بالانصراف عبر الباب الخارجى الرئيسى. كنتُ (أنا الباحثة الرئيسية) ألاحظ الممر الرئيسى ولم أستطع البقاء صامتةً. سألته: "كيف يمكنك ترك المولود على الطاولة دون حتى أن تتأكد من أن الدفاية تعمل أو لا، أو إذا كانت هناك قابلة لتقديم الرعاية أو لا؟" ودون أن يسأل من أكون، عاد الطبيب وتأكد من عمل الدفاية، التى كانت باردة. شغلها، وجفف المولودة وأعطاها الأكسجين إلى أن جاءت إحدى القابلتين وتولت الأمر بعد حوالى ٢٠ دقيقة. ذكرنى ذلك بتعليق أحد الأطباء الذى عمل سابقًا فى هذا المستشفى:

"لابد أن هؤلاء المواليد لديهم ملاك حارس لأن الله وحده هو الذى يرعاهم."

**الحالـــــة ١**

فى الساعة التاسعة والنصف صباحًا، دخلت المستشفى امرأة فى السابعة والعشرين من عمرها فى نهاية فترة حملها وتشكو من آلام المخاض، وهى أم لثلاثة أطفال. وُضع جهاز سماع نبض الجنين لمدة عشر دقائق تقريبًا. وكانت حالتها بلا أى تاريخ للمضاعفات فى مرات الحمل السابقة. وكجزء من إجراءات الدخول، أجرى الطبيب فحصًا مهبليًّا ووثق اتساعًا لعنق الرحم مقداره ٦ سنتيمترات. وكررت القابلة الفحص المهبلى، واقتيدت المرأة التى فى المخاض إلى حجرة الولادة حيث وُضِعت فى وضع الولادة على سرير الولادة. تم تركيب إبرة وريديةووضع محلول وريدى. أُضيفت وحدتان من الأوكسيتوسين إلى كيس المحلول. ومع ذلك لم توضع بطاقة على الكيس لبيان الدواء المضاف. وأُفرِغت المثانة باستخدام القسطرة. وخلال ١٥ دقيقة كانت المرأة مستعدة للولادة. ومع أن باب الغرفة الرئيسى كان مغلقًا بشكل جزئى، فقد كانت المرأة – التى لا تغطيها ملاءة– مكشوفة باستمرار لكثير من العاملين والمريضات. وساعدت القابلة المرأة فى الولادة فى الساعة التاسعة وخمس وأربعين دقيقة صباحًا. وعقب الولادة مباشرةً وضعت القابلة منشفة من متعلقات المرأة على بطنها من أجل المولود وطلبت منها أن تمسك المولود بينما كانت تقطع الحبل السرى. وبعد ذلك أخذت المولود إلى جهاز الإنعاش فى الغرفة المجاورة التى كانت باردة وغير مجهزة للاستعمال. جرى تنظيف المولود، وشُفطت الإفرازات من الأنف والفم والحنجرة وتُرِك على طاولة بالقرب من الدفاية، وليس تحتها، حيث كان مولود آخر مبتسر (خداج) يشغل جهاز الإنعاش. وبعد تفقد رحم المرأة، عادت القابلة إلى المولود ووضعت مشبك السرة، ووزنته،

* السنتومترين هو الاسم العلمى لعقار الميثرجين مضافًا له عقار السينتوسينون. يستخدم بعد الولادة لحث الرحم على الانقباض منعًا للنزيف بعد الولادة (المحررة)



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

الحملى، ويعرض الجدول ٤ بالتفصيل مضاعفات أمراض النساء عند النساء اللاتى لاحظتهن الباحثة الرئيسية أو ما "ذُكِر طواعية" بواسطة القابلات أثناء فترة العمل الميدانى. وقد سمعنا العاملين فى المستشفى وهم يتحدثون فيما بينهم عن حالات أخرى، ولكن السجلات لم تكن مكتملة ولم تسمح لنا بتتبع تلك الحالات، وقررنا عدم المطالبة بالتفاصيل، ذلك أن مطالبتنا بها يمكن فهمها على أن فيها تهديدًا.

كانت معرفة الممرضات برعاية الأمومة محدودة جدًّا. ولم تتحدث أى من الممرضات عن تقديم الرعاية أو المراقبة للمواليد. وأوضحت الملاحظة الميدانية وما جاء على لسان النساء أنفسهن أن النساء كن يرضعن مواليدهن فى فترة ما بعد الولادة، ولكن دون أى مساعدة من الممرضات أو أى تثقيف صحى.

**رعاية ما بعد الولادة**

لم يتلقَ العديد من النساء رعاية ما بعد الولادة الكافية. وطبقًا لما ذكرته النساء فإن ١٠٪ فقط سُئلن عن النزيف بعد الولادة المهبلية، بينما لم يجر تفقد دم النفاس (إفرازات الرحم أثناء فترة النفاس) سوى ١٣٪ فقط. واتسقت هذا النتائج مع ما قالته الممرضات. كما أنه لم يتم قياس ضغط الدم بعد الولادة لأكثر من نصف النساء، بغض النظر عن طريقة الولادة. ومع أن نصف الممرضات تحدث عن تفقد شق العجان، فقد لوحظ من خلال الملاحظات أن ذلك لم يتم. وظل نزف ما بعد الولادة حالة طوارئ متكررة، طبقًا لما قالته النساء ومقدمو الخدمات وما أوضحته مراجعة حالات الطوارئ. ولم تُستخدم سلفات المغنسيوم، الدواء الأفضل، عند حدوث ما قبل التشنج الحملى أو التشنج

**الجدول ٤. مضاعفات أمراض النساء لدى النساء أثناء فترة العمل الميدانى**

| المرأة | المضاعفات | لوحظت/ذكِرت | النتيجة |
|---|---|---|---|
| ٢٦ سنة أم لاثنين | نزف بعد ولادة مهبلية طبيعية | لوحظت ميدانيًا | تلقت ٣ وحدات من الدم. أُخرجت من المستشفى بعد ٣ أيام. |
| ٢٣ سنة أم لثلاثة | تشنجات وتسمم حملى شديد بعد ولادة قيصرية | لوحظت ميدانيًا | نُقلت إلى العناية المركزة لعدة أيام ثم أُخرجت. |
| ٢٢ سنة أم لأول مرة | نزف بعد ولادة قيصرية | ذُكِرت | نُقِلت إلى العناية المركزة لعدة أيام. توفيت فى الطريق إلى مستشفى آخر، وبقى المولود على قيد الحياة. |

ففى بعض الأحيان يُصرخ فى النساء، وأحيانًا يُعتبرن جاهلات ويصعب التعامل معهن، وأحيانًا يُهمَلن، وكثيرًا ما لا يحصلن على المساعدة أو المعلومات أو المشورة.

"الحمد لله أنهن لم يصرخن فىّ" (حامل للمرة الأولى عمرها ١٧ سنة، وأمضت ٧ سنوات فى التعليم)

"كشرت القابلة فى وجهى، وكانت حادة الطبع وصرخت فىّ" (أم لخمسة أطفال فى الخامسة والعشرين من العمر، أمضت ٨

**العلاقات بين مقدمى الرعاية والمريضات**

مع أن أغلب النساء (٨٧٪ من الولادات الطبيعية و٩٠٪ من الولادات القيصرية) ذكرن أن القائمات على ولادتهن كن "لطيفات" معهن، فإن نصفهن فقط شعرن بأن مقدمى الرعاية الصحية كانوا ودودين أو مؤدبين. بينما ذكرت ٣٦٪ من النساء اللائى قلن إن القائمة على ولادتهن كانت "لطيفة" وأنها كانت كذلك طيبة وصبورة ومحترمة ومقبولة، قالت ٢٠٪ إنها كانت لطيفة فقط لأنها لم تكن تصرخ فيهن.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

الأساسية لعدم كفاية الميزانية والاعتماد على التمويل الدولى بالنسبة لأصناف مثل أشرطة التعريف، والملاءات، والشاش، ودفايات المواليد. ثالثًا: كانت إدارة وتنظيم الرعاية سيئة كما يتضح فى الحالة ٢. وبالرغم من وجود وحدة متخصصة للعناية بالمواليد، فقد كان المواليد يُنقلون بعد الولادات القيصرية إلى غرف الولادة المزدحمة الذى يفتقر إلى ما يكفى من العاملين من أجل ملاحظتهم ورعايتهم. رابعًا: لم يكن هناك إشراف كافٍ، حيث كانت كبيرة القابلات تقتسم عبء العمل مع قابلة أخرى مناوبة، مما لم يكن يترك لها وقتًا للإشراف. خامسًا: كما هو مبين فى النتائج، فقد كانت هناك معلومات قديمة، وخاصةً فيما يتعلق بتدابير المرحلة الثالثة من المخاض. وأخيرًا، كانت العاملات يشعرن بأنه لا حول لهن ولا قوة فيما يتعلق بإحداث التغيير. فعلى سبيل المثال، ذكرت القابلات أن الإشراف لم يكن داعمًا وأنهن شعرن بأنه لا حول لهن ولا قوة لكونهن فى قاع هيكلية النظام الصحى، وعليهن التأقلم مع سلطات لا تستجيب لهن.

إن قرارا منع وجود مرافقات للنساء من أن تكون معهن أثناء المخاض والولادة قرارًا تم اتخاذه على مستوى السياسة الوزارية، ولكن القابلات والأطباء وافقوا على هذا النظام لاعتبارهم أن وجود أفراد من الأسرة يشكل عقبة فى سبيل الرعاية الكفء. وتحدث مقدمو الرعاية كثيرًا عن قضية سيطرة مقدمى الرعاية على عملية المخاض والولادة وبيئتها باعتبارهما السبب الرئيسى وراء تلك الممارسات غير المناسبة مثل عدم السماح للنساء بالمشى والحركة أثناء المخاض، وتقييد النساء بوضع الولادة، والاستخدام الروتينى للأوكسيتوسين لتعجيل المخاض وإخلاء أسرة المستشفى للنساء اللائى يدخلن. ولذلك فسوف يتضح أن تغيير موقف مقدمى الرعاية من السيطرة على الوالدات إلى مساعدتهن أمر مهم.

**مناقشـــــــة**

كانت رعاية الولادة الأساسية فى هذا

سنوات فى التعليم)

عندما سُئلت النساء إن كن قد شُجِّعن على توجيه أسئلة، كانت نسبة من رددن بالإيجاب ١٢٪ ممن كانت ولاداتهن طبيعية و١٨٪ ممن كانت ولادتهن قيصرية فقط. وقالت ٥٤٪ فقط من النساء إن القابلة أو الممرضة كانت تأتى بسرعة عندما يطلبن المساعدة. وذكرت الممرضات أنهن كن يجدن صعوبة فى التعامل مع بعض النساء وعائلاتهن بسبب انخفاض مستوى تعليمهن. وتصورت بعض النساء أنهن لا يُعاملن بمساواة بالمرة، وأن البعض ممن كانت لهن صلات ومعارف كن يحصلن على رعاية خاصة. وكان ما قالته النساء يتسق مع ملاحظات الباحثة والمناقشات غير الرسمية مع مقدمى الرعاية.

"المستشفى ليس نظيفًا. إنى أنام على ملاءة قذرة رائحتها كريهة. ليست هناك ستائر للحفاظ على الخصوصية بحيث يمكن لزوجى البقاء هنا دون أن يقتحم خصوصية النساء الأخريات. وكما ترين فليست لدى وسادة وأنام على حقيبتى بدلاً من ذلك." (أم لطفلين، عمرها ٢٤ سنة، وأمضت ٨ سنوات فى التعليم)

"ليست هناك ملاءات كما ترين. شعرت بالبرد وطلبت من الممرضة أن تحضر لى بطانية؛ ولكنها لم تحضرها وقالت: 'وماذا يهم إذا كنت تشعرين بالبرد؟'" وغطيت نفسى بجلبابى. ولم أرَ أى طعام هنا!" (حامل لأول مرة، عمرها ٢٢ سنة، طالبة فى السنة الثالثة بالجامعة)

**أســـــباب الرعاية الأقل من المثلى**

كانت الرعاية أقل من المستوى الأمثل بسبب نقص العاملين، كما بينا فى الحالتين السابقتين اللتين كان على القابلة فيهما أن تساعد فى كل من الولادة ورعاية المولود. ثانيًا: كان هناك نقص فى اللوازم والمعدات



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

توجيه السؤال الصحيح كافيًا لبدء عملية التغيير. وكانت التغييرات البسيطة التى نشأت أثناء العمل الميدانى هى إعادة استخدام أساور تعريف المواليد، والحصول على دفاية ثانية للمواليد فى قسم الولادة. وسوف تتطلب التجديدات الأكثر تعقيدًا، مثل استخدام البارتوجرام، عددًا أكبر من العاملين والمزيد من التدريب والإشراف أثناء العمل.

ينطوى تحسين أمان الولادة، وتحفيز مقدمى الرعاية، والحد من تغير العاملين، وتلبية حاجات النساء على وجود العدد الكافى من العاملين وضمان العدد الكافى من القابلات بحيث تكون هناك اثنتان حاضرتان فى كل ولادة: واحدة للأم والأخرى للمولود.[١٨] ويعود النقص فى عدد القابلات فى المقام الأول إلى مشكلات منهجية فى التعامل مع الموارد البشرية، بما فى ذلك تحديد الأعداد المطلوبة من القابلات فى المستشفيات والمراكز الصحية، واستخدام مقدمى الخدمة الأنسب. لقد فاقمت المقاطعة الدولية الأخيرة للحكومة الفلسطينية المنتخبة من نقص العاملين واللوازم الكافية لخدمات الولادة؛ وكان على مقدمى الرعاية (القابلات على وجه الخصوص) ضمان خدمات الولادة للنساء الفقيرات فى ظل الظروف الصعبة وبدون تلقى رواتبهن لأكثر من عشرة أشهر. وقد اتضح أن الاستثمار فى القابلات باعتبارهن مقدمات لرعاية فترة الولادة (أثناء الحمل، والولادة، وما بعد الولادة) كان فعالاً ومستدامًا، **بل ونتج عنها تقليل معدلات الولادة القيصرية.**[١٩] وسوف يسمح ذلك للأطباء، الذين عبروا عن الحاجة إلى المزيد من الدعم والإشراف، بالتركيز على تحسين مهاراتهم.

زاد الفقر وصعوبة الوصول إلى المستشفيات من الضغط النفسى على مقدمى الرعاية ومن خطورة الحالات التى عليهم أن يتعاملوا معها. فعلى سبيل المثال، فى بعض الأحيان –بسبب صعوبة وصول النساء الى المستشفيات– يلجأ الأطباء إلى الحث الصطناعى لعملية الولادة فور دخولهن غرف الولادة. وبما أن هذا المستشفى قد جرى تحويله مؤخرًا إلى المستشفى غير كافية ولا تتماشى مع الممارسة الأفضل. وبينما لا يمكن تعميم النتائج على مستشفيات الولادة الأخرى، فإن الاتصال مع مقدمى الرعاية الصحية والخبرة الميدانية يشيران إلى أن الكثير من العقبات التى تواجهها المؤسسات الكبرى الأخرى داخل الأراضى الفلسطينية المحتلة مشابهة. وتدعم النتائج التى توصلت إليها الدراسات السابقة توثيق الفجوة بين الممارسات القائمة على الأدلة والرعاية الروتينية فى فلسطين،[١١] والعالم العربى[١٥] ومناطق العالم الأخرى كذلك.[١٦ و١٧] ومع ذلك فقد استطاعت هذه الدراسة إثبات مصداقية ما ذكر عن ممارسات مقدمى الرعاية من خلال الملاحظة المبدانية والمقابلات مع النساء عند خروجهن من المستشفى، من أجل فهم عملية الرعاية بشكل أفضل. وحثت الدراسة مقدمى الرعاية الصحية على التفكير والتفاعل والمبادرة بعمل تغييرات فى ممارستهم أثناء العمل الميدانى. وعلاوة على ذلك فقد استكشفت آراء النساء فى سياق نادرًا ما كان يحدث فيه أن تُستشار النساء أو يُشركن فى اتخاذ القرار الطبى.

كون الباحثة الرئيسة قابلة محلية مكنها من بناء الثقة بين القابلات. وبينما يمكن اعتبار قيام باحثة واحدة بالعمل الميدانى كله موضع قصور بسبب الانحيازات الشخصية، إلا أنه فى هذه الدراسة سهل عمل صلات مع العاملين، وأتاح تكوين رؤية متعمقة فى حل المشكلات فى هذا المجال المهمَل من خدمات المستشفيات. وقد ساعد بناء الثقة والدافع والاعتداد بالنفس لدى فريق الولادة على تمكين أفراده من بدء التغيير. وكانت عملية التقييم تعد الساحة لتقبل التغيير ولحث القابلات على حل المشكلات. وغالبًا ما تطرح الملاحظة المعضلة الأخلاقية المتعلقة بملاحظة الممارسات الضارة دون تدخل؛ وكثيرًا ما يكون هناك فارق زمنى بين نتائج الأبحاث وترجمتها إلى الممارسة، لكننا فى هذه الدراسة اعتبرنا أنه من غير المبرر أخلاقيًا واستراتيجيًا ملاحظة الممارسة الخاطئة دون إعطاء العاملين ملاحظات فورية، كما حدث فى الحالة ٢ التى أشرنا إليها. وفى بعض الأحيان كان



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

تحديًا، فمن المرجح أن ارتفاع معدل بدء الرضاعة الطبيعية فى المستشفى يعود إلى ثقافة الرضاعة الطبيعية وليس ممارسات المستشفى الخاصة، حيث كانت النساء تتلقى القليل من الدعم.

كشأن النساء فى أنحاء العالم كافةً، كانت النساء الفلسطينيات اللائى أجريت معهن المقابلات يرغبن فى أن يعامَلن باحترام وحساسية ومساواة.[٢٧] وكن على قدر كبير من الحماس بشأن إجراء المقابلات معهن ونيل الفرصة للتعبير عن آرائهن. وكما قالت إحدى النساء، إنها تأمل –عندما تعود للولادة فى المرة المقبلة– أن تكون الظروف قد تحسنت، حيث إنه ليس لها مكان آخر تلد فيه. ولم تكن النساء يعامَلن باستمرار بتعاطف واحترام، كما اعترفت القابلات أنفسهن. وبينما يمكن فهم هذا السلوك فى ضوء نقص العاملين (القابلات والممرضات) ومكانتهن المتدنية، والرواتب الضئيلة والضغط النفسى لدى أطباء أمراض النساء، فإن العلاقة الصعبة بين النساء وقابلات المستشفى وممرضاتها مشكلة متعددة الأوجه وعامة. فظروف العمل السيئة أحد المسببات، ولكن غياب التواصل، وموقف إصدار الأحكام المسبقة وعدم أخذ معرفة وهموم المريضات فى الاعتبار تعد جميعها مكوِّنات شائعة فى العلاقة بين مقدمى الرعاية والمريضات، مما يؤدى إلى عدم الرضى وعدم استخدام الخدمات.[٢٨] ولابد من معالجة هذه المواقف باستمرار مع الأخذ فى الاعتبار تنظيم الخدمات، ومحاسبة مقدمى الخدمات والمؤسسات الصحية، وإيجاد القدوة للقابلات، والتأكيد ليس فقط على الكفاءة الفنية فى رعاية الأمومة، بل كذلك على العلاقات البينشخصية.

وقد نجح نشر تقرير مفصل عن هذا التقييم، بالإضافة إلى العديد من الاجتماعات لنشر نتائج البحث، مع مقدمى الرعاية ومديرى الأقسام والمستشفيات ومتخذى القرارات فى المستويات الأعلى والمانحين، فى جذب الاهتمام إلى الظروف البائسة للولادة الطبيعية ورعاية أمراض النساء الطارئة فى القطاع العام.

مستشفى تحويلى، فهو يحتاج إلى تدريب الأطباء الموجودين فيه والاحتفاظ بهم واجتذاب أطباء اخصائيين جدد بملكون مهارات عالية لمواجهة العبء الثقيل الخاص بالحالات شديدة الخطورة والمضاعفات الشديدة والولادات الجراحية. ويتطلب ذلك التزامًا ووعيًا سياسيين بين متخذى القرار، وترجمة الالتزام إلى مخصصات فى الميزانية وإصلاح للنظام الصحى.[٢٠] وفى حالة فلسطين، لابد كذلك أن يكون الإصلاح الداخلى الفعال مصحوبًا بإنهاء الاحتلال باعتبار هذا شرطًا لاحترام ذلك الحق الأساسى من حقوق الإنسان وهو لبوصول والحصول على الرعاية الصحية.

إن دعم مقدمة الرعاية وإحدى قريبات المرأة لتشجيع المخاض الطبيعى والولادة هو أمر ضرورى، وخاصةً فى ظل ثقافة تثمن الدعم الأسرى.[٢١] وقد اتضح أن الأساليب البديلة لتخفيف الألم[٢٢و٢٣] تحظى بتقدير النساء وتقلل التدخلات، وهى مهمة بشكل خاص فى حال عدم توفر خيار التخدير النصفى. وكان الأوكسيتوسين يُستخدم بشكل روتينى لتسريع المخاض، بالرغم من المخاطر التى ينطوى عليها استخدامه فى وضع لا تتوفر فيه إمكانية متابعة تقدم عملية الولادة عن كثب.[٢٤] وفائدة تعجيل المخاض نفسها موضع شك، وخاصةً أن دراسة أجريت بمستشفى فلسطينى آخر أظهرت أن زمن المخاض الطبيعى قصير نسبيًّا.[٢٥] والاتجاه المتزايد فى معدل الولادات القيصرية (وخاصةً معدل الولادات القيصرية للمرة الأولى) هو هم حقيقى بالنسبة لصحة النساء الفلسطينيات، وذلك فى ظل الميل إلى تكوين الأسر كبيرة العدد.

كانت الرعاية الصحية للأمهات والمواليد غير كافية إلى حد بعيد. وعلى المستوى العالمى، تحدث أكثر من نصف وفيات المواليد فى الأربع والعشرين ساعة الأولى التى تعقب الولادة، ورعاية الأمومة والمواليد المتكاملة تنقذ الحياة.[٢٦] ومع أن الرضاعة الطبيعية المقتصرة لمدة تتراوح بين ٤ و٦ أشهر تظل



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

النقطة التى يجب أن تبدأ عندها فرصة التغيير.

**شـــــكر وتقديـــــر**

نود أن نشكر مؤسسة ثيودور–سبرنجمان لتمويلها هذه الدراسة، والدكتورة رينا جقمان والدكتورة رنا الخطيب على دعمهما المستمر، وشيلا ناراينن على مساعدتها فى تحرير المسودات الأولى لهذه الورقة. ونحن ندين بالفضل لكل النساء، والقابلات، وغيرهن من مقدمى الرعاية على إشراكنا فى تجاربهن.

وساعد التقييم فى زيادة الوعى بالحاجة إلى تخصيص المزيد من الدعم المالى لهذا المجال المهمل من رعاية صحة النساء بين الإداريين ومتخذى القرار. وعلاوة على ذلك، تمت الموافقة على خطة التدخل لتحسين نوعية الرعاية أثناء الولادة فى هذا المستشفى كمشروع ريادى؛ ومن المأمول أن يمتد إلى مستشفيات عامة أخرى فى المستقبل. وكان إجراء هذا التقييم فى جو الأزمة الحالى تدقيقاً للواقع بالنسبة لكل المشاركين، حيث يبين أنه بالرغم مما قد يجرى فى العالم الأوسع، فمازالت النساء يلدن ويرغبن فى الرفق والرعاية الطيبة لأنفسهن ومواليدهن. وربما كانت تلك هى

**قائمة المراجع:**

References

1. Miller S, Cordero M, Coleman A,et al. Quality of care ininstitutionalized deliveries: theparadox of the Dominican Republic. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2003;82:89–103.
2. Cochrane Database of Systematic Reviews Library. At <www3. interscience.wiley.com/cgi-bin/ mrwhome/106568753/HOME>. Accessed 17 March 2007.
3. World Health Organization. WHO Reproductive Health Library. Geneva7 WHO, 2006.
4. Wrede S, Benoit C, Bourgeault I, et al. Decentred comparative research: context sensitive analysis of maternal health care. Social Science and Medicine2006;63:2986–97.
5. UN News Service. Israeli obstacles to free movement in Palestinian territories mount. At: <www.un.org/apps/news/ printnewsAr.asp?nid=20234>.Accessed 19 March 2007.
6. Palestinian Central Bureau of Statistics. Impact of the Israeli Measures on the Economic Conditions of Palestinian Households. Ramallah:PCBS, 2006.
7. Palestinian Central Bureau of Statistics. Demographic and Health Survey 2004. Final Report. Ramallah7 PCBS, 2006.
8. Giacaman R, Wick L, Abdul-Rahim H, et al. The politics of childbirth in the context of conflict: policies or de facto practices? Health Policy 2005;72:129–39.
9. Ministry of Health. Health Status in Palestine: Annual Report 2004. Gaza7 MOH, 2005.
10. Maram Project. Baseline Assessment: Survey of Women and Child Health and Health Services in the West Bank and the Gaza Strip 2003. Ramallah: Maram Project, 2004.
11. Wick L, Mikki N, Giacaman R, et al. Childbirth in Palestine. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2005;89:17478.
reproductive-www.who.int/12. World Health Organization. Safe Motherhood Needs Assessment Tools. Geneva: WHO, 1996.At:< health/MNBH/ smna_index.en.html>. Accessed 17 March 2007.
13. Hulton L, Matthews Z, Stones R.A Framework for Evaluationof Quality of Care in Maternity Services. Southampton7 University of Southampton, 2000.
14. Plsek P. Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care. Washington DC: National Institute for Health Care Management Foundation, 2003.
15. Choices and Challenges inChanging Childbirth Research Network. Routines in facility-based maternity care: evidence from the Arab world. BJOG: International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2005;112:1270–76.
16. Turan JM, Bulut A, Nalbant H, et al. Challenges for the adoption of evidence-based maternity care in Turkey. Social Science and Medicine2006;62(9):2196–204.
17. Garner P, Meremikwu M, Volmink J, et al. Putting evidence into practice: how middle and low income countries ‘‘get it together’’. BMJ 2004;329(7473):1036–39.
18. WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A Guide for Essential Practice. Geneva: WHO, 2003.
19. Rosenblatt R, Dobie SA, Schneeweisser R, et al. Interspecialty differences in the obstetric care of low-risk women. American Journal of Public Health 1997;87:344–51.
20. World Health Organization. Quality of Care. A Process for Making Strategic Choices in Health Systems. Geneva7 WHO, 2006.
21. Mosallem M, Rizq D, Thomas L, et al. Women’s attitudes towards psychosocial support in labour in United Arab Emirates. Archives of Gynaecology and Obstetrics 2004;269:181–87.
22. Declercq E, Sakala C, Corry M, et al. Listening to Mothers: Report of the First National US Survey of Women’s Childbearing Experiences. NY7 Harris Interactive for the Maternity Center Association, 2002.
23. Abushaikha L. Methods of coping with labor pain used by Jordanian women. Journal of Transcultural Nursing 2007;18:35–40.
24. Dujardin B, Boutsen M, De Schampheleire I, et al. Oxytocics in developing countries. International Journal of Gynecology and Obstetrics 1995;50:243–51.
25. Mikki N, Wick L, Abu-Asab N, et al. Trial of amniotomy in a Palestinian hospital. Journal of Obstetrics and Gynecology 2007;27(4):368–73.
26. Sines E, Syed U, Wall S, et al. Postnatal Care: A Critical Opportunity to Save Mothers and Newborns. Washington7 Population Reference Bureau, 2007.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

27. Yelland J, Small R, Lumley J, et al. Support, sensitivity, satisfaction: Filipino, Turkish and Vietnamese women's experiences of postnatal hospital stay. Midwifery 1998;14(3):144–54.
28. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. Social Science and Medicine 1998; 47(11):1781–95.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

© جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الانجابية ٢٠٠٨

# مراضة الأمهات الحادة والإفلات من الموت* فى البرازيل: ماذا تعلمنا من الأبحاث؟

**خوسيه ثيكاتى[١]، خواو باولو سوزا[٢]، مارى أنخيلا باربينيلى[٣]، ماريا هيلينا دى سوزا[٤]، إليانا أمارال[٥]**

**ترجمة عثمان مصطفى**

**ملخص:**

يتوقف حدوث المضاعفات أثناء الحمل على اختلاف أساليب اكتشاف مضاعفات الحمل والتعامل معها أكثر من توقفه على درجة التنمية البشرية؛ فالتشخيص السريع والإدارة السليمة لهما دور حاسم فى التباين الضخم فى نسب وفيات الأمهات بين الدول والمناطق. وقد يتحسن فهمنا لمحددات مراضة الأمهات بدراسة حالات مراضة الأمهات الحادة. سوف نناقش فى هذه الورقة عدة مقاربات لمفهوم مراضة الأمهات الحادة والإفلات من الموت، والعلاقة بينهما وبين وفيات الأمهات. وعلى الرغم من عدم التوصل إلى إجماع حول تعريف صارم للإشراف على الموت أو مراضة الأمهات الحادة، توضح الورقة أن التعريفات المستخدمة يمكن تكييفها لدعم أهداف متنوعة، تشمل متابعة التقدم، والترصدات الوبائية، والتفتيش على الرعاية الصحية. وتوصلنا إلى أن تعددية جوانب المفهوم وكثرة الحالات المتاحة للدراسة، وإمكانية إجراء مقابلات مع من نجَون من المضاعفات الحادة، كلها عوامل تدعم أهمية دراسة مراضة الأمهات الحادة من أجل ترشيد الجهود المحلية لتقليص وفيات الأمهات. على الرغم من أن هذا ربما يكون هو الوضع تقريبًا فى الدول المتقدمة، فإنه لا يزال يمثل تحديًا مهمًا وصعبًا يتعين التغلب عليه فى الأماكن التى تظهر فيها فائدته بوضوح.

Research on Severe Maternal Morbidities and Near-Misses in Brazil: What We Have Learned

*November* 2007;15(30):125–133

الكلمات المفتاحية: الإفلات من الموت ، وفيات الأمهات ومراضتهن الحادة، أنظمة المسح الصحى، البرازيل

---

[١] أستاذ التوليد المتفرغ بقسم النساء والتوليد، مدرسة علوم الطب، جامعة إستادوال دى كامبيناس، كامبيناس س.ب. ، البرازيل، بريد إلكترونى: cecatti@unicamp.br

[٢] منسق وحدة العناية المركزة بمستشفى الأمهات، قسم النساء والتوليد، مدرسة علوم الطب بجامعة إستادوال دى كامبيناس، البرازيل

[٣] أستاذ مساعد التوليد، قسم النساء والتوليد، مدرسة علوم الطب، جامعة إستادوال دى كامبيناس، كامبيناس س.ب. ، البرازيل،

[٤] إحصائى، قسم النساء والتوليد، مدرسة علوم الطب، جامعة إستادوال دى كامبيناس، كامبيناس س.ب. ، البرازيل،

[٥] أستاذ مشارك التوليد ومدير وحدة التوليد، قسم النساء والتوليد، مدرسة علوم الطب، جامعة إستادوال دى كامبيناس، كامبيناس س.ب. ، البرازيل،

* الإفلات من الموت هى الترجمة التى ارتأيناها لمصطلح Near-Misses والذى يعنى حدوث خطأ فى التعامل مع حالة مرضية يؤدى إلى تعريض حياة المريضة إلى خطورة بالغة يمكن أن تودى بحياتها، ولكنها تمر من هذه المرحلة الخطرة على نحو ما وتنجو من الخطر. (المحررة)

تلخص هذه الورقة سلسلة من الدراسات التى أجريت على مراضة الأمهات قامت بها مجموعتنا البحثية فى



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

تسعينيات القرن الماضى، مجموعةٌ خاصة من النساء تغلبن على المضاعفات الحادة والشديدة ونجون من الموت سواء بحسن الحظ أو لأنهن تلقين الرعاية المناسبة فى الوقت المناسب. وعرفت تجربتهن بأنها "الإفلات من الموت"[٢]. تتشارك تلك النساء مع من توفين أثناء الحمل أو الولادة أو النفاس فى العديد من الخصائص، لتشكلن بذلك نموذجًا دالاً لوفيات الأمهات. علاوة على ذلك، فإن ازدياد أعدادهن وإمكانية الاستماع إليهن مباشرةً قد يسهل دراسة ما حدث لهن.[٣-٥]

وعلى الرغم من استقرار مفهوم الإفلات من الموت ، فما زالت هناك حاجة إلى تعريف مُجمَع عليه بما فى ذلك كيفية التعرف على النساء اللائي يقعن ضمن تلك المجموعة.[٦-٨] ونظرًا لقدرة حالات من أشرفن على الموت على المساهمة فى تطوير استراتيجيات تقليص وفيات الأمهات، فقد قررنا أن ندرس مختلف جوانب تلك المجموعة بالاعتماد على مقاربات مختلفة.

**تعريفات**

بعد فترة طويلة من الاهتمام بموضوع وفيات الأمهات فى البرازيل وإجراء الأبحاث عليه، بدأنا مؤخرًا فى تكثيف اهتمامنا بالإفلات من الموت، ومن ثم قمنا بمراجعة منهجية للأدبيات المنشورة عن معدلات حدوث الإفلات من الموت، ومختلف التعريفات العملياتية التى وردت حوله فى تلك الدراسات.[٩] وقد وجدنا أن معظم الدراسات التى أجريت حول هذا الموضوع (٥٧%) تبنت تعريفات مرتبطة بمدى تعقيد التدابير المستخدمة مع الحالات (أى الاستقبال فى وحدات الرعاية المركزة، والحاجة لاستئصال الرحم أو الحقن بمشتقات الدم)، بينما قامت ٢٤% من الدراسات بتعريفه وفقًا لوجود ظروف إكلينيكية محددة (أى مقدمات تسمم الحمل الشديدة أو تمزق الرحم)؛ فى حين عرفته ١٥% من الدراسات وفقًا لوجود فشل عضوى (أى فشل فى الجهاز التنفسى أو فشل كلوى أو غيبوبة أو صدمة)، واعتمدت ٣% من الدراسات على مزيج من المعايير (أى مقياس لتحديد درجات مراضة

قسم النساء والتوليد بكلية العلوم الطبية، جامعة إستادوال دى كامبيناس فى البرازيل، فضلاً عن مناقشة النتائج التى توصلت إليها تلك الدراسات ودلالاتها. لقد عمل فريقنا خلال العشرين سنة الماضية فى حقل وفيات الأمهات، ومؤخرًا على الأمهات اللائى أشرفن على الموت بالاعتماد شبه الكامل على الموارد المحلية. هناك اعتقاد سلبى سائد فيما يتعلق بمعظم الأبحاث، مؤداه أنه بعد إجراء أى دراسة لا يحدث أى تغيير على أرض الواقع فى المنطقة التى أجريت فيها تلك الدراسة. وذلك تحديدًا ما لا نود حدوثه مع بياناتنا. لقد قررنا أن نخوض تحدى كتابة ورقة تركز على المفاهيم وتوضح الخطوط العريضة لتجربتنا، حتى نطلع الجماعات البحثية الأخرى فى الدول النامية على ما يمكن القيام به محليًا اعتمادًا على موارد محدودة. وتغطى الورقة أيضًا تعريف الإفلات من الموت، ونظام القياس الذى طورناه لتحديد الدرجات لمراضة الأمهات الشديدة، والدراسات والمسوح التى أجريناها للسكان، ونظم المعلومات التى وضعناها للصحة والمراقبة، وما تعلمناه من الاستماع لتجارب النساء. الأوراق التى صدرت عن تلك الدراسات أصبحت الآن فى طور النشر فى مواضع أخرى أشرنا إليها فى ورقتنا هذه.

على الرغم من أن تقليص عدد وفيات الأمهات هو أحد أهداف الألفية الإنمائية، فالواقع أن تلك الوفيات لا تمثل سوى قمة جبل الجليد فى المراضة الحادة المرتبطة بالحمل والولادة والنفاس. لا يزال مدى انتشار تلك المراضة غير معروف، ولكن يجب مواجهته لكى يمكن حدوث أى تحسن حقيقى فى صحة الأم. قد يتشابه حدوث مضاعفات حادة أثناء الحمل فى الدول النامية والدول المتقدمة على حد سواء؛ بيد أن الاختلافات فى كيفية التعرف عليها والتعامل معها قد تكون هى المسئولة عن الفجوة الواسعة بينهما فى معدلات وفيات الأمهات وحدوث مضاعفات طويلة الأمد.[١]

لقد لفتت أنظار الدارسين وصناع السياسة، منذ



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

الشديدة فى مستشفانا على مدار سنة كاملة.[١٠] واستخدمنا لهذا الغرض مجموعات مختلفة من المعايير، أوضحناها فى الإطار رقم ١.[١١،١٢] ليست تلك هى كل المعايير التى استخدمناها لتحديد حالات مراضة الأمهات الشديدة، بطبيعة الحال، ولكنها ربما كانت المعايير الأكثر شمولاً. فقد سمحت لنا تلك المعايير بإجراء مزيد من التقييم لمعايير أخرى للإفلات من الموت فى هذه المجموعة السكانية (بما فى ذلك إدخال الحالات إلى وحدة العناية المركزة، والاضطرابات الوظيفية العضوية، ونظام القياس المستخدم لتحديد درجات مراضة الأمهات الشديدة).

أثناء فترة الدراسة تم تقييم حالة كل النساء اللائى دخلن إلى المستشفى فى أقسام التوليد أو مركز التوليد أو وحدة العناية المركزة لتحديد ما إذا كانت تنطبق عليهن أى من معايير مراضة الأمهات الشديدة. وخلال تلك الفترة حدثت حالتا وفاة وتم التعرف على ١٢٤ حالة مراضة أمهات شديدة. أسفر تطبيق معايير مانتل[١٢] عن تحديد ١١٢ حالة إفلات من الموت، بينما أدى تطبيق معايير وترستون[١١] إلى ٩٠ حالة، وكان هناك ٧٨ حالة انطبقت عليها مجموعتا المعايير معًا. إجماليًا، تم إدخال ١١٢ امرأة فى وحدة العناية المركزة، ٣٥ منهن دعم مركز و٧٧ مراقبة وترصد. عانت ٤٥ امرأة من اضطرابات فى الوظائف العضوية. يوضح الجدول ١ الأسباب الرئيسية لمراضة الأمهات الشديدة التى وجدناها أثناء الدراسة. وتتمثل الأسباب الرئيسية فى معظمها فى متلازمات ارتفاع الضغط، وهى أكثر الأسباب شيوعًا فى وفيات الأمهات أيضًا فى تلك المنطقة. وتم تقييم استخدام التدخل التشخيصى أو العلاجى الذى لا يمارس عادة مع حالات رعاية الولادة المنخفضة المخاطر فى هذه المجموعة من النساء (سوف نشير له هنا بـــ "إجراءات خاصة"). تم إجراء ما مجموعه ١٢٦ تدخلاً من هذا النوع، كان أكثرها شيوعا المدخل الوريدى المركزى، وتخطيط صدى القلب، والتنفس الميكانيكى. كان الأمهات الشديدة). وقد تراوحت نسبة الإفلات من الموت فى الدراسات التى راجعناها بين ٠,٣/١٠٠٠ و ١٠١,٧/١٠٠٠ ولادة، وتراوحت نسبة الوفيات التى تحدث فى تلك الحالات بين ٢:١ و ٢٢٣:١. وقد أظهرت مراجعتنا لتلك الأدبيات أيضًا وجود ارتفاع لنسبة حدوث حالات إشراف على الموت فى المستشفيات فى الدول النامية أكثر من مثيلاتها فى الدول المتقدمة.[٩]

**تقييم تعريفات مراضة الأمهات الحادة ونظام قياس شدتها**

تعتبر مؤسستنا من مراكز المستوى الثالث للرعاية الصحية التى تحال إليها الحالات فى مدينة كامبيناس بولاية ساو باولو، وهى من أكثر المناطق تقدمًا فى البرازيل. وتجرى لدينا كل عام نحو ٣٠٠٠ عملية وضع. وعلى الرغم من أن عددًا لا بأس به من الحالات يعتبر من الحالات الحرجة، فإن حدوث وفيات بين الأمهات فى هذا المركز لا يتكرر كثيرًا. لذلك، فلو أردنا أن نعتمد على حالات وفيات الأمهات فقط لتقييم نوعية رعاية الولادة فلن تكون تلك مقاربة فعالة نظرًا لانخفاض معدلات وفيات الأمهات لدينا. وبالمثل، هناك صعوبة أيضًا فى استخدام حالات وفيات الأمهات فقط لتقييم نوعية رعاية الولادة التى تقدمها الخدمات التى تتعامل مع حالات ولادة قليلة أو أقل تعقيدًا أو لتقييم الصعوبات التى تواجه النساء فى الحصول على رعاية الأمومة. وذلك لأن الاعتماد على تلك الحالات القليلة سوف يتطلب وقتًا طويلاً حتى يتجمع عدد يعتد به من الحالات، وحينها سيكون الوقت متأخرًا لإنقاذ عدد كبير من النساء. لذلك فقد شعرنا بقيمة دراسة حالات مراضة الأمهات الحادة والإفلات من الموت لنرى ما الذى يمكن أن نتعلمه منها فيما يتعلق بالتعامل مع مضاعفات الولادة.

ولتقييم مدى انطباق مختلف مفاهيم مراضة الأمهات الشديدة والإفلات من الموت عند الولادة فى المستشفيات، قمنا بمتابعة حالات مراضة الأمهات



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

متوسط الفترة التى تقضيها المرأة فى المستشفى ١٠,٣ (١٣,٤) يوم. فيما يتعلق بترصد مراضة الأمهات الشديدة، وجدنا أن استراتيجية الترصد المزدوجة (المتابعة والتأكيد) قد تكون أكثر اتساقًا وربما أكثر فاعلية أيضًا.[١٠]

ونتيجة لما توصلنا إليه، قمنا باختبار تطبيق نظام قياس درجات مراضة الأمهات الشديدة على مجموعة النساء نفسها. يقوم هذا النظام على وجود المراضة عبر مدى متصل يقع الحمل الطبيعى فى أحد طرفيه ووفاة الأم فى الطرف الآخر مرورًا بحدوث مضاعفات مختلفة.[١٣] سعينا فى البداية إلى التعرف على أكبر عدد ممكن من حالات مراضة الأمهات الشديدة باستخدام طائفة واسعة من المعايير. وقمنا بعد ذلك بإعطاء درجة محددة لكل حالة، حسب وجود أو غياب عوامل الشدة (فشل عضوى، الإدخال إلى وحدة العناية المركزة، نقل دم يتضمن أكثر من ثلاثة مشتقات من مشتقات الدم، الاحتياج لوضع أنابيب لفترة طويلة، تدخل جراحى كبير بخلاف الولادة القيصرية). يسمح هذا النظام بالتعرف على أكثر الحالات شدةً، وبمجرد تطبيق القياس على الناجيات من مراضة الأمهات الشديدة يمكن تحديد حالات الإفلات من الموت .



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

■ النقص الحاد فى مستوى البولينا بالدم الى ١٥ ملى مول/اللتر، أو **زيادة** الكرياتينين الى أكثر من ٤٠٠ مليمول/ اللتر

■ اليرقان (الصفراء) مع مقدمات تسمم الحمل

■ نوبة التسمم الدرقية

■ النقص الحاد فى الصفيحات الذى يحتاج إلى نقل للصفيحات

■ نزيف بالمخ

■ حوادث التخدير:

١- الانخفاض الحاد فى ضغط الدم مع استخدام التخدير النصفى (عندما يقل الضغط الانقباضى عن ٩٠ مليمتر زئبق).

٢- الفشل فى إدخال الأنابيب إلى القصبة الهوائية بما يقتضى الرجوع عن التخدير

**جدول ١ المحددات الأولية لحالات الإفلات من الموت كامبيناس – البرازيل ٢٠٠٣-٢٠٠٤**

| المحددات الأولية لحالات الإفلات من الموت | % |
|---|---|
| ارتفاع ضغط الدم | ٥٧,٣ |
| النزيف | ١٣,٧ |
| التعفن | ٤,٨ |
| الإجهاض | ٣,٢ |
| غير متعلقة بالولادة | ٢٠ |

وفقًا لنظام تحديد الدرجات الذى قمنا بتطبيقه على عينتنا، تم تحديد ٢٠ حالة كحالات إفلات من الموت، و١٠٤ حالات مراضة أمهات شديدة أخرى. وفيما

**إطار ١. المعايير المستخدمة لتحديد وتصنيف حالات الإفلات من الموت**

**معايير وترستون** [١١]

■ مقدمات تسمم الحمل الحادة

■ تسمم الحمل

■ النزيف الحاد

■ التعفن

■ تمزق الرحم

■ متلازمة هيلب (تحلل دموى، ارتفاع انزيمات الكبد، انخفاض صُفَيْحَات الدم)

**معايير مانتل**[١٢]

■ إدخال الحالة إلى وحدة العناية المركزة لأى سبب

■ نقص حجم الدم الذى يتطلب خمس وحدات أو أكثر من كُرَيَّاتٌ حُمْرٌ المكثفة

■ تورم رِئوى (وجود سوائل فى الرئة)

■ استئصال الرحم الطارئ لأى سبب

■ إدخال الحالة إلى وحدة العناية المركزة للإصابة بالتعفن

■ الاحتياج لوضع الأنابيب أو استخدام جهاز التنفس لأكثر من ٦٠ دقيقة باستثناء حالات للتخدير العام

■ زيادة نسبة الكيتون فى الدم لدى المريضات بمرض السكر

■ غيبوبة لأكثر من ١٢ ساعة

■ توقف الجهاز التنفسى والقلب

■ التشبع الطرفى بالأوكسجين (أقل من ٩٠% لأكثر من ٦٠ دقيقة)

■ قلة البول: تُعرف على أنها إفراز البول بمعدل يقل عن ٤٠٠ مل/٢٤ ساعة، ولا يستجيب لمحاولات الأرواء الحذرة، أو لاستخدام الأدوية المدرة للبول مثل الفوروسيميد أو الدوبامين



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

يتعلق بالمدة التى تقضيها الحالة فى المستشفى واتباع إجراءات خاصة، لاحظنا أن مجموعة النساء اللاتى أشرفن على الموت كانت حالاتهن تتطلب رعاية معقدة لفترة أطول، مقارنة بالنساء اللاتى تعانين من مراضة شديدة أخرى (ف<٠,٠٥)*. وكان متوسط عدد الإجراءات الخاصة التى أجريت لمجموعة النساء اللاتى أشرفن على الموت هى ٣,٧٥ (٢,٣٤) لكل حالة؛ بينما كان الرقم بالنسبة لمجموعة النساء اللاتى تعانين من مراضة شديدة ٠,٣٨ (٠,٨٣). وكان متوسط المدة التى قضتها كل امرأة من مجموعة النساء اللاتى أشرفن على الموت فى المستشفى ٢٤,٢ يوم (٢٨,١) بينما كان متوسط تلك المدة لمن تعانين من مراضة شديدة هو ٧,٦ يوم (٤,٣). وكان العرض الأكثر شيوعًا فى حالات من أشرفن على الموت هو النزيف، بينما كانت مضاعفات ارتفاع ضغط الدم هى الأكثر شيوعًا بين من عانين من مراضة شديدة أخرى. على أن تلك البيانات المستقاة من مؤسستنا لا تعكس بالضرورة أرقام مراضة الأمهات ووفياتهن على المستوى الوطنى. ولكننا نستطيع أن نفترض أن مضاعفات ارتفاع الضغط أكثر شيوعًا وتباينًا من حيث الشدة، وأنه من الممكن التعامل معها على نحو أكثر فاعلية فى المرافق العلاجية للمستوى الثالث من الرعاية الصحية.

---

* ف تعنى (المحررة)



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

معدلات مضاعفات الأمومة والفترة المحيطة بالولادة ذات بال.*

تم تحديد الحالات الجديرة بالاهتمام عن طريق مسح كل مستشفيات الأمومة (العامة والخاصة) التى يتوقع ورود حالات بها فى المدينة على مدى ثلاثة أشهر. وكان الهدف هو التعرف على كل حالات وفيات الأمهات والوفيات المصاحبة لفترة الولادة وحالات مراضة الأمهات الشديدة. وتم تحديد حالات مراضة الأمهات وفقًا لمجموعة من المعايير مشابهة لتلك التى استخدمت فى الدراسة التى اعتمدت على حالات المستشفى. كل الحالات التى تم التعرف عليها تم إخضاعها لمتابعة إكلينيكية من قِبَل لجان وفيات الأمهات البلدية والإقليمية.[١٧]

* قد يكون هناك بعض القلق من استخدام العديد من الدراسات المعتمدة على مرضى المستشفيات باعتبارها ممثلة للدراسات المعتمدة على عموم السكان، فكما يرى فورتنى وسميث[١٨] أنها تشمل النساء اللاتى سعين إلى العلاج فقط. ولكن فى حالة كامبيناس تحديدًا لا تعتبر الشريحة التى "لم تتلق العلاج" من السكان شريحة ذات بال من حيث العدد

تم التعرف على ما إجماليه ١٥٨ حدثًا مناوئًا فى فترة الحمل. فى تلك الفترة تمت ولادة ٤٤٩١ وليدًا حيًا، فى حين وقعت ٣٢ حالة وفاة أجنة أى بمعدل ٣٤,٩ وفاة جنين لكل ١٠٠٠ حالة ولادة. كذلك كانت هناك ٤ حالات وفيات أمهات (معدل وفيات الأمهات ٨٩ لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية) و٩٥ حالة مراضة أمهات شديدة (٢١,٢ لكل ١٠٠٠ ولادة حية). كانت نسبة وفيات الحالات هى ١:٢٤. وكانت مضاعفات ارتفاع ضغط الدم مسئولة عن ٥٧,٨% من حالات مراضة الأمهات الحادة، تليها حالات نزيف ما بعد الولادة. أظهرت عملية المتابعة تأخر تقديم الرعاية المناسبة فى ٥٤ حالة (٣٤%)، وتضمنت التأخر فى البدء فى العلاج المناسب رغم وصول المرأة إلى مرفق الرعاية الصحية فى ٣٢ حالة (٥٩%)، وفى ٢٣ حالة (٤٣%) تمثل التأخر فى طلب الرعاية، وفى ٧ حالات فقط أما بالنسبة للنزيف فإن التعامل معه باعتباره السبب المحدد الرئيسى للإشراف على الموت –مع الأخذ فى الاعتبار أنه عادةً ما تنجم عنه أكثر المضاعفات تعقيدًا – يتطلب على مستوى الممارسة، توفر إمكانية التدخل الجراحى والتخدير وإجراءات العلاج الدموى بشكل فورى. لقد وفرت الدراسة توثيقًا إضافيًا لمصداقية النظام تحديد درجات مراضة الأمهات الشديدة، واستنتجنا أن نظام تحديد الدرجات نفسه يمكن استخدامه على نحو موضوعى لتوصيف واكتشاف أقصى حالات مراضة الأمهات الشديدة (الإفلات من الموت).[١٤، ١٥]

إن استخدام مجموعات مختلفة من المعايير للتعرف على حالات مراضة الأمهات الشديدة و/أو حالات الإفلات من الموت على مستوى العالم لا يزال مشكلة تحتاج إلى حل، خاصة فيما يتعلق بأغراض مقارنة البيانات. لم يكن مقصدنا من هذه الدراسة أن نصل إلى معيار فريد، ولكن بالأحرى أن نعرض تجربتنا فى اختبار معايير مختلفة فى المجال. وربما يتعين علينا، فى المستقبل القريب، أن نفكر فى التوصل إلى تعريف مشترك وإجراءات معيارية لتحديد مراضة الأمهات الشديدة والإفلات من الموت . ويمكن أن تلعب منظمة الصحة العالمية ووكالات الصحة الدولية الأخرى دورًا محوريًا فى الاستجابة لهذا التحدى.

**دراسة مراضة الأمهات الشديدة على مستوى السكان**

بعد دراسة مفهوم مراضة الأمهات الشديدة والإفلات من الموت فى ظروف المستشفى، قمنا بإجراء دراسة على حدوث مراضة الأمهات الشديدة ووفيات الأمهات والوفاة فى الفترة المحيطة بالولادة وذلك على مستوى سكان مدينة كامبيناس. تغطى المستشفى نحو ١٠٠% من حالات الولادة فى المنطقة، حيث نسبة حالات الولادة فى المنزل ٠,٤% فقط سنة ١٩٩٦.[١٦] حالات الولادة القليلة التى حدثت خارج المستشفى تُعزَى إلى التوجه الحالى لنساء الطبقة الاجتماعية – الاقتصادية العليا للولادة فى المنزل، ولحدوث بعض حالات الولادة فى الطريق إلى المستشفى. ولكن فى الحالتين، لم تكن



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

بالتدخلات المناسبة القائمة على الدليل، واستخدام آراء الزعماء المحليين فيما يتعلق بتوقيت وكيفية تنفيذ مثل تلك التدخلات القائمة على الدليل، واستخدام مذكرات أفضل الممارسات.[٢١]

**نظم المعلومات الصحية ومراقبة مراضة الأمهات الشديدة**

تقوم المنظمات الحكومية و/أو غير الحكومية فى العديد من البلدان بجمع الكثير من المعلومات المتعلقة بالصحة بشكل روتينى. لذلك، فقد يكون استخدام المعلومات المتعلقة بالصحة والمخزنة فى نظم المعلومات العامة مفيدًا فى المراقبة المستمرة والاستشرافية لمراضة الأمهات الشديدة. ولو عملت تلك النظم بشكل تلقائى ومتزامن مع تقديم الرعاية (باستخدام نظام إدارة تكاليف المستشفى على سبيل المثال) قد يكون من الممكن عمل آلية تنبيه محلية أو فى المستشفى، وحيث أن نظام الدعم –المصنف وفقًا للحالات المختلفة– يمكنه بشكل تلقائى البدء فى التدخلات العلاجية أو الوقائية وفقًا للحالة.[٢٢]

إن تطوير مثل هذا النظام وآليات التنبيه فى حالة مراضة الأمهات، يمثل ابتكارًا يهدف إلى وقف تدهور حالة المرأة عبر المدى المتصل للمراضة الشديدة –التى أشرنا إليها عاليًا– وكذلك إلى تحاشى وفيات الأمهات. غير أن قلة فقط من البلدان تستخدم هذه الأسلوب.[٢٣، ٢٤] تعتبر وزارة الصحة فى البرازيل أحد المصادر العامة الرئيسة للمعلومات المتعلقة بالصحة. وفى هذا السياق أجرينا دراستنا[٢٥] بهدف التوصل إلى السجلات الطبية للنساء اللاتى تعانين من أعراض توحى بأنها من أعراض مراضة الأمهات الشديدة، معتمدين فى ذلك على "نظام معلومات المستشفى" البرازيلى. تم تكييف المعايير الواردة فى "إطار ١" لتسمح بالتعرف على السجلات المخزنة فى نظام معلومات المستشفى. وبالإضافة إلى تحديد السجلات، حاولنا أيضًا أن نصف تشخيص كل حالة والإجراءات التى اتخذت معها، وذلك بهدف تحديد

(١٣%) كان التأخر بسبب صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية.[١٧] من هنا نرى أن معظم حالات التأخر كانت بسبب قرار الطبيب من حيث التوقيت وملاءمة الرعاية. خلال عملية المتابعة، خاصة بالنسبة لحالات مراضة الأمهات الشديدة، وجدنا أن التأخر نجم فى الأساس عن الافتقار إلى استخدام سلفات المغنيسيوم فى حالات مقدمات تسمم الحمل فى الوقت المناسب، والتعامل مع مقدمات تسمم الحمل وارتفاع ضغط الدم، والالتزام بالخطوط الإرشادية لرعاية ما قبل الولادة، وإدارة نزيف الولادة، والوقاية من حالات نزيف ما بعد الولادة. وقد أوصينا بأن تصبح تلك الموضوعات من أولويات محتوى الدورات التنشيطية التى تقدم لممارسى المهنة، وكذلك أن تحرص المؤسسات المعنية على التحقق من عدم وجود أى معوقات قد تتسبب فى تأخير إتباع أفضل الممارسات أو الفشل فى اتباعها.[١٧]

من المهم هنا أن نلاحظ أن أسباب مراضة الأمهات الشديدة التى توصلنا إليها فى هذه الدراسة على عينة ممثلة من السكان تتشابه إلى حد كبير مع تلك التى خلصنا إليها فى الدراسة المؤسسية التى استعرضناها فى السابق.[١٠] وهو أمر مهم لأنه يشير إلى إمكانية تحديد تدخلات معينة يمكن القيام بها خلال رعاية ما قبل الولادة[١٩، ٢٠]، أو الولادة [٢٠] لمحاولة تقليص مخاطر وفيات الأمهات الناجمة عن مشاكل معينة معروفة.

تتمثل الاستنتاجات الرئيسية لهذه الدراسة فى أنه على الرغم من كثرة عدد الحالات، فقد كانت دراسة حالات مراضة الأمهات الشديدة مجدية. هذا فضلاً عن أن عملية متابعة تلك الحالات أدت إلى زيادة خبرتنا فى طائفة واسعة من أسباب مراضة الأمهات، وهو ما حفز أيضًا أعضاء لجان مراضة الأمهات على النظر فى محددات وفيات الأمهات. تم التركيز على مضاعفات ارتفاع ضغط الدم ونزيف ما بعد الولادة بوصفهما أهم أولويات التدريب. تمثلت التوصيات المحددة المتعلقة بتغيير ممارسة الأطباء من أجل التصدى لتلك المسائل فى استخدام المتابعة والتغذية المرتدة المتعلقة



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

أن معظم تلك المسوح الديموجرافية والصحية التى تضمنت أسئلة متعلقة بمراضة الأمهات أفضت إلى تقديرات أعلى من الأوضاع الحقيقية لحدوث المراضة، وربما يرجع ذلك إلى عدم التحقق منها على نحو مناسب.[٢٧]

اعتمادًا على المقاربة نفسها، قمنا مؤخرًا بتقييم الوضع فى البرازيل حسب المناطق الجغرافية، معتمدين على بيانات المسح الديموجرافى والصحى لعام ١٩٩٦. وقد أظهر ذلك التقييم تباينًا واسعاً فى حجم المضاعفات التى تمت الإفادة عنها، تتراوح من حوالى ١٥% فى ولاية ساو باولو إلى ٢٣% فى المنطقة الشمالية من البلاد. كانت تلك التباينات متسقة مع درجة النمو الاقتصادى والبشرى لمختلف المناطق، حيث كانت المضاعفات أكبر بشكل ملحوظ فى المناطق الشرقية الوسطى، والشمالية الشرقية، والغربية الوسطى من البلاد، وهى المناطق الأقل نموًا فى البرازيل.[٢٨] وقد حفزنا ذلك على اتخاذ القرار بالاستمرار فى دراسة التوزيع الإقليمى لحدوث مراضة الأمهات الشديدة، غالبًا عبر عملية مرجعية جغرافية تأخذ فى اعتبارها الموقع الجغرافى لحدوث حالات المراضة، والخصائص الديموجرافية المحلية، وكذلك الخصائص الكمية والنوعية لخدمات صحة الأم المتاحة. ويمثل ذلك حاليًا تحديًا للعلماء وللقائمين على التخطيط الصحى على حد سواء، إن أردنا التوصية بتدابير محددة للتغلب على الصعوبات المحلية والإقليمية وتنفيذ تلك التوصيات فى ظل وضوح الهدف المتمثل فى تحاشى التأخر فى تقديم الرعاية وتحسين صحة الأم.

ومن أجل المزيد من تقييم مسألة مصداقية الاستبيانات المتعلقة بالمراضة، قمنا بمراجعة منهجية لتلك المسألة. كانت تلك أول محاولتنا لتلخيص النتائج التى توصلت لها مختلف الدراسات المتعلقة بمصداقية الاستبيانات الخاصة بمراضة الأمهات الشديدة فى الدول النامية. وقد توصلنا إلى أن المعلومات المتعلقة بحدوث تسمم الحمل وغيره من مضاعفات ارتفاع ضغط الدم فى المسوح السبعة التى ذكرناها من أمريكا اللاتينية العوامل المرتبطة بوفيات الأمهات. تم تحليل سجلات النساء اللاتى دخلن المستشفى أثناء الحمل، أو الولادة، أو النفاس فى عواصم الولايات البرازيلية السبع والعشرين فى عام ٢٠٠٢. وقمنا باختيار سجلات النساء اللاتى ينطبق عليهن معيار واحد على الأقل من المعايير التى اعتبرناها محددة لمراضة الأمهات الشديدة. تم التعرف على ٣٢٣٧٩ سجلاً لنساء تعانين من عامل واحد على الأقل من العوامل التى تشى بوجود مراضة أمهات شديدة، وكذلك على ١٥٤ حالة وفيات أمهات (نسبة وفيات للحالات١:٢٠١ ). كان المعدل الإجمالى لمراضة الأمهات الشديدة ٤٤,٣/١٠٠٠ مواليد أحياء. وعلى الرغم من العديد من المحدوديات، وأهمها الحاجة إلى نظام معلومات هيكلى، فقد وجدنا أن منظور الاستخدام الروتينى للمعلومات المجمعة يحمل إمكانيات واعدة [٢٥] فيما يتعلق بوضع آلية تنبيه تلقائية. بيد أن تطبيق مثل تلك الآلية يتطلب أولاً تطوير أنظمة معلومات محلية تتميز بالحيوية.

**تقدير وفيات الأمهات بالاعتماد على المسح السكانى**

قد توفر مسوح السكان والمسوح الديموجرافية والصحية مصادر معلومات جيدة حول مراضة الأمهات، خاصة فى المناطق التى لا توجد فيها بعد أنظمة معلومات متكاملة عن الأوبئة.[١٨، ٢٦] لذلك فقد قمنا بتحليل المعلومات التى حصلنا عليها من المسوح الديموجرافية والصحية التى أجريت فى أمريكا اللاتينية ومنطقة الكاريبى حول مراضة الأمهات. احتوت قواعد البيانات الخاصة بسبعة مسوح سكانية أجريت فى تسعينيات القرن الماضي فى بوليفيا، والبرازيل، وكولومبيا، وجمهورية الدومينيكان، وجواتيمالا، ونيكاراجوا، وبيرو على معلومات غير مباشرة عن مراضة الأمهات، تم التعرف عليها من خلال المضاعفات التى ذكر اقترانها بالولادة. كانت معدلات المضاعفات التى ذكرتها النساء اللاتى شملهن المسح مرتفعة للغاية، حيث بلغت ٢٠-٤٠% من إجمالى حالات الولادة فى معظم البلدان. وقد استنتجنا من ذلك



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

والتأخر فى عملية التحويل. لا تزال دراستنا هذه جارية ولكن نتائجها سوف توفر رؤى عميقة مهمة فى أسباب مراضة الأمهات فى منطقتنا. إن نقل المعرفة التى يفرزها البحث إلى مجال الممارسة مهمة صعبة، خاصة فى ظروف الدول النامية. بيد أن الدروس التى تعلمناها من النساء تبرز الحاجة إلى تحسين قدرات مرافق الرعاية الأولية المحلية فيما يتعلق بتشخيص مضاعفات الحمل وتحويل الحالات إلى المؤسسات المناسبة حتى يمكن إدارتها بشكل مناسب وكامل.

**مناقشة**

لم نصل بعد إلى إجماع حول أفضل السبل فى تحديد حالات مراضة الأمهات الشديدة والإفلات من الموت فى فترة الوضع. ولكن، على الرغم من أن الافتقار إلى معايير موحدة فى التعريف وفى أساليب التقييم يمثل أحد الجوانب التى مازالت تحتاج إلى تطوير –نظرًا لأن هذا القصور يعوق المقارنة بين الخدمات وعلى امتداد فترة زمنية معينة– فإن تنوع تطبيقات المفهوم يشى بمرونته وقدرته على استيعاب جوانب عديدة. كما ذكرنا فى الأقسام السابقة من المقال، يمكن تكييف تعريف المراضة أو الإفلات من الموت ليناسب كل غرض، أو كل مجموعة سكانية، وهو ما ييسر استخدامه على مستويات مختلفة فى العمل والتخطيط. لفترة طويلة كان تقليص عدد المضاعفات التى تحدث أثناء الحمل الهدف الأساسي للعديد من البرامج التى تهدف إلى تقليص الوفيات بين الأمهات.[٣١] ومع ذلك، فمعظم المضاعفات الشديدة والحادة للولادة تعتبر صعبة فى توقع حدوثها وقلما يمكن تحاشيها، وهو ما قد يفسر، جزئيًا، فشل عدد لا بأس به من تلك البرامج.[٣٢] ولكن، من ناحية أخرى، فإن العلاج المناسب لمعظم تلك المضاعفات معروف، ويمكن لتلقيه فى الوقت المناسب أن يمنع حدوث عدد كبير من وفيات الأمهات.[١] يمكن إذن، فى هذا السياق، أن تسهم دراسة مراضة الأمهات الحادة وحالات الإفلات من الموت فى تحسين استراتيجيات مكافحة المضاعفات والكاريبى اعتبرت دقيقة بشكل جيد فى أربع من الدراسات السبع، بينما كانت المعلومات المتعلقة بعسر الولادة ومضاعفاتها مرضية فى دراستين فقط، فى حين كانت الأسئلة المتعلقة بمضاعفات النزيف مرضية فى دراسة واحدة فقط. وقد توصلنا أيضًا فى تلك المراجعة إلى أن انتشار أحد الأعراض محل الدراسة عندما يكون منخفضاً بالفعل (<٥%)، كثيرًا ما تعمد الدراسات إلى إعطاء تقدير أعلى لمدى انتشاره.[٢٩] لذلك فقد اقترحنا أن يتم التحقق من مصداقية الاستبيانات المتعلقة بمراضة الأمهات الشديدة التى تشملها المسوح الديموجرافية الصحية قبل إجراء تلك المسوح، وكذلك وضع معامل تصويب لضبط التقديرات إن دعت الضرورة إلى ذلك.[٢٩] فى ضوء تلك النتائج قمنا بوضع استبيان لتقييم حدوث مراضة الأمهات الشديدة باللغة البرتغالية، ويجرى حاليًا التحقق من دقته، ويمكن أن يستخدم معامل التصويب المطبق فيه لتفسير مسوح السكان التى ستستخدم تلك الأداة فى المستقبل.

**الاستماع إلى تجارب النساء**

أهم ميزات دراسات حالة الإفلات من الموت هى إمكانية الاستماع إلى تجارب النساء مباشرةً. فمن المعتقد أن النساء اللاتى مررن بمضاعفات شبه مميتة فى أثناء الحمل أو الفترة المحيطة به قادرات على تقديم الوصف المناسب للعقبات ومواطن التأخر اللاتى واجهنها فى سعيهن للبقاء على قيد الحياة.[٣٠] آخذين تلك النقاط فى الاعتبار قمنا بتصميم دراسة نوعية تهدف إلى اكتساب المعرفة بتجارب النساء اللاتى نجون من المضاعفات الحادة والشديدة أثناء الحمل والفترة المحيطة به. وقد أظهرت النتائج الأولية التى توصلنا إليها وجود صعوبات وعقبات كان على النساء التغلب عليها للحصول على الرعاية المناسبة فى حالة حدوث المضاعفات، وكانت تلك المشاكل متعلقة بنوعية الرعاية الأولية المتوفرة، والافتقار إلى الموارد المحلية، والفقر وما يستتبعه من حرمان اجتماعى،



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

وقد يساعد ذلك فى دعم وضع خطط العمل المناسبة لكل وضع يتم التعرف عليه.[٣٣]

**الخلاصة**

قد تلعب دراسة مراضة الأمهات الشديدة دورًا مهمًا فى صياغة استراتيجيات تقليص وفيات الأمهات. كما أن مرونة المفهوم وقدرته –على استيعاب جوانب كثيرة، بالإضافة إلى كثرة الحالات وإمكانية إجراء مقابلات مباشرة مع الناجيات من المضاعفات الشديدة، كل ذلك يسمح بتنفيذ تحركات محلية ضمن منظور عالمى لتحسين صحة الأم. وقد تتمثل التوصيات المتعلقة بتغيير الممارسات فى تنفيذ استراتيجيات متعددة الجوانب، قائمة على المتابعة والتغذية المرتدة.

**شكر**

نود أن نتقدم بالشكر لكل الأفراد فى مؤسستنا الذين شاركوا فى كل مراحل دراستنا عن وفيات الأمهات ومراضتهن، بمن فى ذلك الرعاة، والباحثون، والقائمون بإجراء المقابلات، والإحصائيون، **والأطباء**، والعاملون فى الحقل الاجتماعى، ومساعدو البحث، والنساء اللاتى وافقن على إشراكنا فى تجاربهن. وشكرنا الخاص يتوجه إلى أنيبال فاونديس التى أثارت اهتمامنا بهذا الموضوع وبالآفاق التى يحملها لتحسين صحة المرأة فى بلدنا.

الحادة للحمل، مما يسهم، بدوره، فى تقليص عدد الوفيات. إلا أن السبب الرئيسى، على الأرجح، فى عدم حدوث تقدم أكثر فى تقليص وفيات الأمهات؛ ليس الافتقار إلى معرفة ماهية المضاعفات أو ما يجب القيام به حيالها، ولكنه بالأحرى يتعلق بتنظيم الخدمات وتوفيرها واستخدامها. ويبدو أن ذلك ينطوى على اختلافات مهمة بين الأقاليم، كما وجدنا فى البرازيل. لذلك ينبغى إعادة البحث فى تلك العوامل كلما كان ذلك ممكنًا، وفى سياقات مختلفة، من أجل تحديد الخصائص المحلية التى يتوقف عليها اتباع التدخلات المناسبة. والواقع أنه لم تُجرَ حتى الآن أى دراسة موسعة تعتمد على مجموع السكان، وتتعامل مباشرة مع مراضة الأمهات الشديدة (الإفلات من الموت). وهو ما نراه مبررًا قويًا للقيام بدراسة ضخمة، استشرافية، دولية، متعددة المراكز، ويفضل أن تتم فى الدول النامية المتسمة بارتفاع وفيات الأمهات فيها، لكى نتعلم المزيد عن الظروف والعوامل المقترنة بتلك الحالات.

من شأن نظام ترصد وبائى قائم على التشخيص المبكر لحالات مراضة الأمهات الشديدة أن يتيح مستوى من المتابعة والرعاية أكثر كفاءة، وأن يوقف تدهور حالات النساء، وأن يمنع حدوث وفيات يمكن تحاشيها.[٤]

ومن ناحية أخرى، فمن شأن القيام بمتابعة على الرعاية المقدمة فى حالات مراضة الأمهات الشديدة أن يتيح تحليلاً محلياً لأسباب تأخر طلبهن لرعاية مناسبة، أو النفاذ إليها أو تلقيها. هناك تزايد فى استخدام هذا النوع من المتابعة بوصفه مكملاً لمراجعة وفيات الأمهات،

## قائمة المراجع:

1. 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.
2. Stones W, Lim W, Al-Azzawi F,et al. An investigation of maternal morbidity with identification of life-threatening ‘‘near miss’’ episodes. Health Trends 1991;23(1):13–15.
3. Berg CJ, Bruce FC, Callaghan WM. From mortality to morbidity: the challenge of the twenty-first century. Journal of American Medical Women’s Association 2002;57(3):173–74.
4. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. British Medical Bulletin 2003;67:231–43.
5. Filippi V, Brugha R, Browne E, et al. Obstetric audit in resource-poor settings: lessons from a multi-country project auditing ‘‘near miss’’ obstetrical emergencies. Health Policy and Planning 2004;19(1):57–66.
6. Filippi V, Alihonou E, Mukantaganda S, et al. Near misses: maternal morbidity and mortality. Lancet 1998; 351(9096):145–46.
7. Nashef SA. What is a near miss? Lancet 2003;361(9352):180–81.
8. Say L, Pattinson RC, Gulmezoglu AM.WHO systematic review of maternalmorbidityandmortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). Reproductive Health 2004;1(1):3.
9. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, et al. [Systematic review of near miss maternal morbidity].[In Portuguese] Cadernos de Sau´de Pu´ blica 2006;22(2): 255–64.
10. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, et al. Appropriate criteria for identification of near-miss maternal morbidity in tertiary



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

care facilities: a cross sectional study. BMC Pregnancy & Childbirth 2007. (In press)
11. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. BMJ 2001;322(7294):1089–94.
12. Mantel GD, Buchmann E, Rees H, et al. Severe acute maternal morbidity: a pilot study of a definition for a near-miss. British Journal of Obstetrics and Gynaecology 1998;105(9): 985–90.
13. Geller SE, Rosenberg D, Cox S, et al. A scoring system identified near-miss maternal morbidity during pregnancy. Journal of Clinical Epidemiology 2004; 57(7):716–20.
14. Souza JP, Cecatti JG. The near-miss maternal morbidity scoring system was tested in a clinical setting in Brazil. Journal of Clinical Epidemiology 2005; 58(9):962.
15. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA. [Factors associated with the severity of maternal morbidity for the characterization of near miss]. [In Portuguese] Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrý´cia 2005;27(4):197–203.
16. Brazil. [National Demographic Health Survey 1996]. [In Portuguese] ORC Macro: Measure DHS STAT compiler, 2006. At: <www.measuredhs. com/pubs/pub_details.cfm? ID=119&ctry_id=49&SrchTp=Available>. Accessed 13 August 2007.
17. Amaral E, Souza JP, Surita FG, et al. A population-based surveillance study on severe maternal morbidity (near-miss) in Campinas, Brazil: The Vigimoma Project. XVIII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics, Kuala Lumpur, 2006. Abstract 2:96.
18. Fortney JA, Smith JB. Measuring maternal morbidity. In: Berer M, Ravindran TKS, editors. Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues. London: Reproductive Health Matters, 2000. p.43–50.
19. Carroli G, Rooney C, Villar J. How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2001;15 (Suppl.1):1–42.
20. Campbell OM, Graham WJ, Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. Lancet 2006; 368(9546):1284–99.
21. Chaillet N, Dube´ E, Dugas M, et al. Evidence-based strategies for implementing guidelines in obstetrics: a systematic review. Obstetrics & Gynecology 2006; 108(5):1234–45.
22. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE, et al. [Health information systems and surveillance of severe maternal morbidity and maternal mortality]. [In Portuguese]. Revista Brasileira de Sau´de Materno Infantil 2006;6(2):161–68.
23. Canada, Minister of Public Works and Government Services. Health Canada: special report on maternal mortality and severe morbidity in Canada – enhanced surveillance: the path to prevention. Ottawa, 2004.
24. US Agency for International Development. Developing and implementing a hospital-based surveillance system for maternal and newborn health. At: <www.mnh.jhpiego.org/global/dvlsrvsys.asp>. Accessed 15 May 2005.
25. Sousa MH, Cecatti JG, Hardy EE. Use of the health information systems on severe maternal morbidity (near miss) and maternal mortality. At: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000386164>. Accessed 13 August 2007.
26. Stewart MK, Stanton CK, Festin M, et al. Issues in measuring maternal morbidity: lessons from the Philippines Safe Motherhood Survey Project. Studies in Family Planning 1996;27(1):29–35.
27. Souza JP, Parpinelli MA, Amaral E, et al. Obstetric care and severe pregnancy complications in Latin America and Caribbean: an analysis of information from demographic and health surveys. Pan American Journal of Public Health 2007;21(6):396–401.
28. Souza JP, Sousa MH, Parpinelli MA, et al. Self-reported maternal morbidity and associated factors among Brazilian women. (Submitted 2007)
29. Souza JP, Parpinelli MA, Amaral E, et al. Population surveys using validated questionnaires provided useful information on the prevalence of maternal morbidities. Journal of Clinical Epidemiology 2007. (In press)
30. Weeks A, Lavender T, Nazziwa E, et al. Personal accounts of ‘‘near-miss’’ maternal mortalities in Kampala, Uganda. BJOG 2005;112(9):1302–07.
31. Australia. Queensland Council on Obstetric and Paediatric Morbidity and Mortality. Mater Perinatal Epidemiology Unit, Mater Hospitals Maternal and Perinatal Audit. Guidelines for Queensland hospitals. Brisbane, 2001.
32. Rosenfield A, Maine D, Freedman L. MeetingMDG-5: an impossible dream? Lancet 2006;368(9542):1133–35.
33. Penney G, Brace V. Near miss audit in obstetrics. Current Opinion in Obstetrics & Gynecology 2007;19(2):145–50.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الانجابية ٢٠٠٨©

# الاستخدام العشوائى لعقار الأوكسيتوسين أثناء الولادات بالمنزل: أدلة من أتار براديش الهند

**باتريشيا جيفرى [أ]، أبيجيت داس [ب]**

**جاشودهارا داسجوبتا [ج]، روجر جيفرى [د]**

**ترجمة: إيمان محمود**

**الملخص:**

يتطلب استخدام عقار الأوكسيتوسين أثناء الولادة، تقديم جرعات مقننة عبر المحاليل الوريدية والمتابعة المستمرة للأم والجنين واستعداد جراحي احتياطي، حيث توجد تقارير متعددة عن العديد من النتائج الضارة عند استخدامه. ورغم ذلك تؤكد الدراسات الإثنوجرافية المحدودة والمسوح واسعة النطاق التى تمت فى أتار براديش بشمال الهند، أن الممارسين المحليين الذكور غير المسجلين وكذلك مساعدات الممرضات/القابلات اللاتى يعملن فى المراكز الحكومية، كثيرًا ما يلجأون –دون رقابة– إلى حقن النساء بعقار الأوكسيتوسين فى العضل أثناء الولادات المنزلية للاسراع بعملية الولادة. يجب **أن تتصدى** السياسات المتعلقة بالصحة الإنجابية وصحة الطفل فى الهند إلى الاستعمال الخاطئ للأوكسيتوسين. وتبعا للسياسة الجديدة لعام ٢٠٠٧ سوف يتم إمداد العاملات الصحيات الحكوميات فى المؤسسات الصحية البعيدة بالأوكسيتوسين لحقنه أثناء المرحلة الثالثة للولادة لمنع نزيف بعد الولادة. ويمكن أن يؤدى هذا التغيير فى السياسة إلى **تكريس** استخدام الأوكسيتوسين أثناء الولادة. وحيث إنه لا يمكن –فى المستقبل القريب– تحقيق ما تهدف إليه السياسية الهندية الحالية من زيادة أعداد الولادات بالمؤسسات الصحية، وتأمين وجود مولدات ماهرات أثناء الولادة، وتحسين التحويل فى حالة طوارئ الولادة، فإن هناك احتياجاً ملحّ للتأكد من أن الولادة بالمنزل أكثر أماناً لكل من الأم والطفل على السواء. وفى سياق الارتفاع المستمر لوفيات كل من الأمهات والأطفال، خاصة فى أتار براديش وفى الولايات الأخرى الشمالية الكبرى، فإن مسألة ما إذا كان الاستخدام الخاطئ للأوكسيتوسين يسهم فى وفيات ومراضة الأمهات والأطفال حديثى الولادة أم لا أمر يستحق المزيد من البحث.

Unmonitored Intrapartum Oxytocin Use in HomeDeliveries: Evidence from Uttar Pradesh, India.
Patricia Jeffery, Abhijit Das Jashodhara Dasgupta, Roger Jeffery *November* 2007;15(30):172–178

---

أ – استاذ علم اجتماع ، مركز جنوب آسيا للدراسات، جامعة ادينبرج بسكوتلندا. بريد الكترونى:

pjeffery@staffmail.ed.ac.uk

ب – مدير مركزالصحة والعدالة الإجتماعية، نيودلهى، الهند

ج – منسق، SAHAYOG، لوكنو، الهند

د– أستاذ علم اجتماع، جنوب أفريقيا، مركز جنوب آسيا للدراسات، جامعة ادينبرج بسكوتلاندة

**الكلمات المفتاحية:** مراضة ووفيات الأمهات، الولادة، الفترة التالية للولادة، هرمون الأوكسيتوسين



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

الأوضاع جيدة التجهيزات وذات المتابعة العالية، تم تسجيل العديد من النتائج الضارة على الأم والطفل عند استخدامه أثناء الولادة، على سبيل المثال:

- قد تسبب الجرعات العالية فرط الاستثارة للرحم، مما يؤدى إلي الولادة العجولة، وتمزق العجان، وتمزق الرحم، والضائقة الجنينية.(٤)
- قد يؤدى إلى حدوث انخفاض فى ضغط الدم ويؤدى إلى عدم التوازن الأيونى فى الدم، وخاصة انخفاض مستوى الصوديوم (نَقْص صُوديوم الدَّم) ويؤدى إلى زيادة الماء فى الأنسجة.(١)

- يكون نزف الدم بعد الولادة أكثر إذا صاحبه حدوث الولادة العجولة أو فى حالة الولادات التى تم تحريضها باستخدام كل من الأوكسيتوسين والبروستاجلاندين، ما لم يتم الاستمرار فى إعطاء عقار الأوكسيتوسين بعد الولادة.(٥)
- يعتبر تحريض الولادة وتحفيزها عن طريق استخدام الأوكسيتوسين واحداً من عوامل الخطورة التى تؤخذ فى الحسبان والتى قد تؤدى إلى حدوث النزف بعد الولادة فى إسرائيل ( تمثل النسبة المنحرفة ١,٤ لكلا الحالتين).(٦)
- فى السويد، كان هناك ارتباط بين الزيادة فى استخدام الأوكسيتوسين بين عامى ١٩٩٥– ٢٠٠١ والزيادة فى الولادات الجراحية (النسبة المنحرفة٤,٠؛ فاصل الثقة عند ٩٥% ٣,٧– ٤,٢)؛ وانخفاض مقياس أبجار < ٧ (النسبة المنحرفة ٢,٣؛ فاصل الثقة عند ٩٥% ١,٨– ٢,٩)، ودخول الأطفال حديثى الولادة إلى الرعاية المركزة (النسبة المنحرفة١,٦؛ فاصل الثقة عند ٩٥% ١,٥– ١,٩)، خاصة فى الولادات التى تأخذ وقتاً أقصر(≤ ١٢ساعة). (٧)
- وقد سجلت دراسة من السويد أن ثلث دعاوى الخطأ فى الممارسة الطبية وعددها ٧٧ بين

الأوكسيتوسين هرمون طبيعى مسئول عن انقباضات الرحم وإفراز لبن الثدى. ويمثل الأوكسيتوسين الصناعي المنتج تجاريًا الدواء الأكثر انتشاراً والأكثر استخداماً سريرياً علي مستوى العالم أثناء الولادة وفترة النفاس.(١) وتوجد ثلاثة استخدامات أولية للأوكسيتوسين أثناء الولادة:

- حث الولادة – من خلال جرعات مقننة من الأوكسيتوسين فى المحاليل الوريدية وتمزيق الأغشية فى التحريض الاصطناعى لما يقرب من ثلث الولادات فى البلاد الغربية، كى ما تؤدى الى حدوث انقباضات بالرحم واتساع وانمحاء متزايد لعنق الرحم
- تحفيز الولادة – عندما تتوقف عملية الولادة، أو يكون تقدمها بطيئًا .
- وقف نزيف بعد الولادة –إعطاء الأوكسيتوسين فى المرحلة الثالثة للولادة ( بعد ولادة الطفل ولكن قبل نزول المشيمة) شديد الفعالية فى خفض الفقد الدموى.(٢)

لا يتطلب استخدام الأوكسيتوسين لمنع النزف بعد الولادة سوى القليل من الإحتياطات، وعلى العكس يختلف الأمر عند استخدامه أثناء الولادة، إذ لابد – بشكل عام– من تقديم جرعات محدودة ومخففة فى محلول متعادل وتقدم بمعدل مقنن فى الوريد. وينبغى أن يتم اختيار الحالات التى يتم فيها التحريض على الولادة أو تحفيزها بعناية، مع المتابعة المنتظمة لحالة كل من الأم والجنين، مع الحرص على أن تتوفر إمكانيات التدخل الجراحى لإجراء عملية قيصرية إذا لزم الأمر.(١،٣) لا يوصى بإعطاء الدواء عن طريق الحقن بالعضل. ولا يُستخدم أيضا عن طريق الفم حيث إنه قابل للإستقلاب السريع داخل الجهاز الهضمى. يعتبر الأوكسيتوسين احد الأدوية المهمة التى تستخدم فى ممارسات الولادة، ولكن رغم ذلك، وحتى فى



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

معلومات عن استخدام الأوكسيتوسين. وبالتالى فإن بيانات المسح الوطنى لصحة الأسرة لا تمدنا سوى بالقليل عن مدى وتوزيع التدخلات الطبية فى الولادات المنزلية فى شمال الهند، وخاصة استخدام الأوكسيتوسين أثناء الولادة.

من ناحية أخرى، تشير العديد من الدراسات محدودة النطاق إلى مشاركة الممارسين غير المدربين بدرجة كبيرة فى الولادات المنزلية فى المناطق القروية لأتار براديش والاستخدام المتكرر لحقن الأوكسيتوسين أثناء الولادة. كما تشير نتائج الدراسات من أماكن أخرى بالهند إلى انتشار هذه الممارسة، وهو ما تشير إليه أيضًا التقارير المروية من بانجلاديش ونيبال وباكستان ( اتصالات شخصية: مارج كوبلنيسكى، ايان هاربر، خاوار ممتاز).

تشير الأبحاث التى تمت فى قريتين فى ضاحية بيجنور، وغرب أتار براديش، بين عامى ١٩٨٣-١٩٨٧، لجوء أحد الصيادلة الحكوميين لحقن الأوكسيتوسين بالعضل فى حوالى ١٥% من الولادات (ن =٢٣٧)[١٣] كجزء من ممارساته الخاصة (غير القانونية). وفى الفترة من ١٩٩٨ إلى ٢٠٠٢ استخدم الأطباء الريفيون (الذكور) غير المدربين فى العيادات الخاصة حقن الأوكسيتوسين فى حوالى نصف الولادات (٤٨%) (ن= ٣٤٦).[١٤] ومن بين هؤلاء كانت نسبة النساء اللاتى يلدن لأول مرة -واللاتى من الطبيعى توقع أن تمتد عملية الولادة معهن لفترة أطول- وتلقين حقن الأوكسيتوسين ٦٢,٣ % (ن=٥٣)، مقارنة بنسبة ٤٥% (ن=٢٩٣) من النساء اللاتى سبق لهن الولادة. ولم يستخدم الأوكسيتوسين لتحريض الولادة. ولكن حتى النساء القرويات كن يرين أن حقن الأوكسيتوسين هى الوسيلة الوحيدة المؤثرة لتسريع الولادة. مع بداية القرن الجديد (٢٠٠٠)، اختفت تقريبًا الطرق الشعبية التى كانت شائعة فى بدايات عامى ١٩٩٦-٢٠٠٣ كانت مرتبطة بالاستخدام غير الحكيم للأوكسيتوسين، عدم الدقة فى متابعة الجنين والفشل فى تشخيص الضائقة الجنينية مما أدى إلى تضرر المخ أو الموت.[٨]

- فى نيبال، رصدت دراسة بعدية لعدد ١٢٦ حالة تمزق بالرحم فى معهد كويرالا للعلوم الصحية -فى المدة من فبراير ١٩٩٩ ويناير ٢٠٠٤- وجود علاقة قوية بين استخدام الأوكسيتوسين فى المرحلة الثانية للولادة، وحدوث تمزق بالرحم فى الحالات التى سبق لها الولادة القيصرية.[٩]

**الولادة فى أتار براديش**

كانت تقديرات التعداد السكانى لأتار براديش فى مارس ٢٠٠٧، أن عدد السكان ١٨٦,٨ مليون نسمة،[١٠] مع تقدير حدوث ٥,٨- ٦ مليون ولادة سنويا. وتتم الغالبية العظمى للولادات فى المنزل، خاصة فى المناطق الريفية.[١١] وأثناء المسح الوطنى لصحة الأسرة عام ٢٠٠٥- ٢٠٠٦، أجريت مقابلات مع ١٢،١٨٣ امرأة فى الفئة العمرية من ١٥ -٤٩ فى أتار براديش: ولدت ٨,٨% داخل المؤسسات الصحية الحكومية، ١٣،٩% فى المستشفيات والعيادات خاصة، والباقى (حوالى ٧٧%) ولدن بالمنزل.[١٢] وقد ولدت ٦,٢% من النساء اللاتى وضعن بالمنزل خلال الثلاث سنوات السابقة لإجراء المسح، على أيدى الدايات التقليديات، وقام الأطباء والممرضات بتوليد ٨,٣%؛ أما النسبة الباقية فقد كانت بمساعدة الأقارب أو مولدات غير مدربات[١٢]. عادة ما تستخدم القرويات بصفة عامة لفظ "دكتور" للإشارة لكل من الممارسين الريفيين غير المدربين و الأطباء المدربين. ولذلك ربما يبخس المسح الوطنى لصحة الأسرة تقدير مدى وجود مقدمى الخدمات الصحية غير التقليديين أثناء الولادات المنزلية. وعلاوة على ذلك، لم تقم هذه المسوح بجمع



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

فى الولادات المنزلية (٤٨,٢%) (ن= ٢,٩٩٢) فى مختلف أنحاء الولاية (تتراوح النسبة بين ٧٤,٧% فى موزافارنجار إلى ١٦,٧% فى شيتراكوت)، وقد أخذت أكثر من ثلثى النساء –اللاتى ذكرن أنهن ُحقن بالأوكسيتوسين– أكثر من حقنة.[١٦] وقد وجدت كل من الدراستين أن استخدام الأوكسيتوسين كان أكثر شيوعاً بين النساء اللاتى يلدن لأول مرة، وأيضًا بين النساء ذوات المستوى الاجتماعى الاقتصادى الأعلى واللاتى لديهن نسبيا مستوى تعليمى أعلى، وهو ما يرجح أن استخدام الأوكسيتوسين يرجع بالأكثر إلى القدرة على شرائه واعتباره إجراءً عصريًا وليس إلى الاحتياج إليه. وتتكرر هذه النقطة الأخيرة فى دراسة أخرى أجريت فى ضاحية سيتابور، حيث تجادل بنتو بأن استخدام الحقن يمكن الممارسين المحليين من التأكيد على سلطتهم شبه المؤسسية بإظهار علاقتهم بالعلوم الطبية الحيوية الحديثة. [١٧] وكانت الدايات ومساعدات الممرضات–القابلات هن أصحاب القرار الأول بصدد استخدام حقن الأوكسيتوسين فى دراسة الإثنى عشر حيًا (٢٩,٨% و ٢٩,٦% على التوالى)؛ وكان مقدمو خدمة الحقن الأساسيين هم الممارسين فى القطاع الخاص غير الرسمى ومساعدات الممرضات القابلات (٤٨,٢% و٣٢,٨% على التوالى).[١٦] ووجدت علاقة ذات دلالة إحصائية مهمة فى دراسة كانبور بين استخدام الحقن ووجود مقدم للخدمة (مدرب أو غير مدرب)، كما انه لم يوجد ربط واضح بين استخدام الأوكسيتوسين **وإدراك** المضاعفات.[١٥]

وتفيد دراسة كارناتاكا أن حقن الأوكسيتوسين قد استخدمت فى ٢١% من الولادات المنزلية، بما فى ذلك أكثر من نصف هؤلاء اللاتى ولدن بحضور مساعدات الممرضات القابلات من القطاع الحكومى؛[١٨] أما فى الولادات داخل المؤسسات الصحية، فإن "أكثر من ٩٠% من كل النساء وأكثر من ٧٥% من النساء اللاتى لم تحدث لهن مضاعفات قد أعطين جرعات الثمانينيات، وكثيرًا ما يستدعى الممارسون الذكور لمتابعة حالات الولادة التى ترى النساء أنفسهن، أو قريباتهن أو الدايات أنها قد طالت أكثر مما يجب. وقد سميت هذه الحقن "دارد بارهانا" بما يعنى (التى تزيد من انقباض الرحم) وكانت لها شعبية واسعة بين النساء اللاتى يرغبن فى إنهاء الولادة بسرعة؛ فسعر الحقنة الواحدة كان يتراوح بين ١٠٠– ١٥٠ روبية فى بداية عام ٢٠٠٥، وهو ما لايمثل تكلفة باهظة تحول دون استخدامها. وقد أفادت العديد من النساء بأنهن تعاطين جرعات متعددة من الأوكسيتوسين خلال ساعات قليلة. ومع ذلك لم تكن الدايات يتابعن معدل تكرار أو شدة انقباضات الرحم أو التقييم الروتينى لاتساع عنق الرحم قبل استدعاء الممارسين الذكور. وبالمثل، لم يقم الممارسون الذكور بعمل الفحص المهبلى، ونادرا ما كانوا يفحصون المرأة أثناء عملية الولادة من الخارج للتأكد من وضع الجنين. وقد أفادت العديد من النساء أن وضع الجنين (النزول بالمقعدة، أو كونه فى وضع مستعرض) لم يتم تشخيصه قبل إعطاء الأوكسيتوسين. والأكثر من ذلك، هو عدم وجود أجهزة للمتابعة مع الممارسين الذكور والدايات تمكنهم فى الوقت المناسب من تشخيص تدهور حالة الجنين أو الأم بعد حقن الأوكسيتوسين: لم يكن هناك سماعات جنينية أو مخروط لسماع الجنين، ولا توجد أيضا أجهزة لقياس ضغط الدم، أو لتحديد شدة انقباضات الرحم للأم أثناء الولادة. فى الوقت الذى تعتمد فيه بعض هذه المعلومات على الملاحظة المباشرة، يعتمد الكثير منها على استدعاء النساء لتجاربهن أثناء الولادة؛ ولذلك لا نستطيع أن نكون مطلقى التأكد فى استخلاصنا للنتائج. وقد سجلت دراسة أجريت فى كانبور الريفية أنماط متشابهة للاستخدام على الرغم من انخفاض المستويات المطلقة للاستعمال إلى ٢٣% (ن=٥٢٧)[١٥]، كما أشارت دراسة أخرى أجريت فى اثنى عشر حياً من أحياء أتار براديش إلى استخدام مماثل للأوكسيتوسين



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

بصدد وفيات الأمهات بين النساء اللاتى أخذن حقن الأوكسيتوسين وهؤلاء اللاتى لم يأخذن. ومع ذلك، وُجدت فروق ذات دلالة إحصائية فى ولادة وليد ميت (النسبة المنحرفة ١,٧٤؛ فاصل الثقة ١,٠٢ – ٢,٩٧)، وفى وفيات الأطفال حديثى الولادة (النسبة المنحرفة ١,٥٢؛ فاصل الثقة ١,٠٦ – ٢,٢٠)، كما كان الأطفال المولودون شديدى الضعف (النسبة المنحرفة ١,٩٦؛ فاصل الثقة ١,٥٦ – ٢,٩٣)، وإحساس النساء بأنهن قضين فترة صعبة بعد الولادة (النسبة المنحرفة ٢,١٣؛ فاصل الثقة ١,٥٦ – ٢,٤٦). وأخيرا فإن ٢٠% من النساء اللاتى حقن بالأوكسيتوسين فى بيجنور الريفية فى مطلع عام ٢٠٠٠ ولدن فى مؤسسات صحية مقارنة بنسبة ٩% من كل النساء اللاتى ولدن فى قريتين فى نفس هذه الفترة.[١٤]

وبالطبع كل ما سبق لا يمثل سوى إشارة إلى الآثار الضارة لاستخدام الأوكسيتوسين؛ لا يمكن إثباتها بشكل حاسم عليها. ولكن الأمر يستحق المزيد من البحث: فحقن الأوكسيتوسين فى العضل بدلاً من إعطائه بشكل مقنن عبر المحاليل الوريدية، وعدم القدرة علي التحقق من حالة كل من الأم والجنين قبل إعطاء الدواء، ونقص المتابعة بعد ذلك، لا تتماشى مع البروتوكولات المتعلقة باستخدام الأوكسيتوسين.

## تعليقات ختامية

يحدث الاستخدام غير الصحيح الواسع الانتشار للأوكسيتوسين أثناء الولادة فى الهند، فى سياق المعدلات المرتفعة لوفيات كل من الأمهات والأطفال والمستمرة منذ زمن بعيد، خاصة فى أتار براديش والولايات الكبيرة الشمالية الأخرى. كانت وفيات الأطفال فى الهند عام ٢٠٠٥ تساوى ٥٨ (٩٥%، فاصل الثقة ٥٧ – ٦٠) أما فى أتار براديش فكانت ٧٣ (٩٥% فاصل الثقة ٦٩–٧٧).[٢٣] وفقاً لتقديرات عام ١٩٩٨ – ١٩٩٩ كان المعدل الكلى لولادة وليد متكررة من الأوكسيتوسين سواء بالحقن، أو من خلال محلول وريدى لتسريع الولادة".[١٨] أيضًا، أشارت التقارير الواردة من الأماكن الأخرى فى ريف كارناتاكا إلى انتشار واسع لاستخدام الأوكسيتوسين أثناء الولادة[١٩]، فقد أصبح استخدام الأوكسيتوسين أثناء الولادة أمرًا عاديًا فى تشناى باعتباره شكلاً من أشكال "التحكم فى الأعداد الكبيرة" فى المستشفيات المزدحمة؛ ويستخدمه العاملون الصحيون المحليون الذين يعملون فى مجالات متعددة "بشكل شبه روتينى" فى الولادات المنزلية.[٢٠، ٢١] وقد أفادت دراسة فى الأماكن الفقيرة فى دلهى أن الأوكسيتوسين يُستخدم فى ٦٨,٩% من الولادات المنزلية ويعطيه الأطباء فى ٨٦,٨% من الحالات.[٢٢]

هذه الدراسات صغيرة نسبياً ولم يتم إدراج مجموعة ضابطة مناسبة. وبالرغم من ذلك فقد عانت النساء اللاتى قد تم حقنهن بالأوكسيتوسين أثناء الولادة – مقارنة باللاتى لم يتم حقنهن– من وجود نسبة أعلى لولادة وليد ميت وكذلك لوفيات الأطفال حديثى الولادة ومراضتهم (من المحتمل ارتباط ذلك بحدوث اختناق جنينى).[١٥، ١٦] يشير التحليل التمهيدى للمتغير المزدوج فى الدراسة التى تمت فى الإثنى عشر حيًا فى ولاية لأتار براديش، [١٦] لوجود معدلات أعلى للولادة فى المستشفى (النسبة المنحرفة ٤,١١؛ فاصل الثقة ٣,٢١ – ٥,٢٧) وللولادة القيصرية (النسبة المنحرفة ٢,٥٩؛ فاصل الثقة ١,٣٠ – ٥,٢٤) بين النساء اللاتى تم حقنهن بالأوكسيتوسين مقارنة بالنساء اللاتى لم يأخذن حقن الأوكسيتوسين، وأيضًا يزيد بين هذه الفئة تكرار الشكوى من حدوث المضاعفات أثناء الولادة (النسبة المنحرفة ٥,٧٢؛ فاصل الثقة ٤,٠٧ – ٨,٠٨) وإحساسهن بأن الولادة كانت صعبة للغاية (النسبة المنحرفة ٣,٧٢؛ فاصل الثقة ٢,٩٣ – ٤,٧٤). نتيجة لصغر حجم العينة وجد عدد قليل من وفيات الأمهات ولم تجد هذه الدراسة أى فروق ذات دلالة إحصائية



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

جديدة فى بداية عام ٢٠٠٧، يتم إمداد العاملات الصحيات الحكوميات فى المؤسسات الصحية فى الأطراف بالأوكسيتوسين لحقن النساء أثناء المرحلة الثالثة للولادة لمنع نزيف ما بعد الولادة. وقد يؤدى هذا التعديل فى السياسة إلى تعزيز الاستخدام الشائع لحقن الأوكسيتوسين أثناء الولادة (بواسطة مقدمى الخدمات الصحية الحكوميين وغير الحكوميين).

ثانيا، أحد الافتراضات الأساسية وراء الدعوة للولادة داخل المؤسسات أن هناك (أو سوف يتوفر فى وقت قريب) قدرات مؤسسية كافية. وينعكس هذا فى الوقت الحالى فى برنامج رعاية الأمومة بمشروع المساعدة المالية لتعزيز نظام الولادة الشامل داخل المؤسسات بين النساء الحوامل الفقيرات.[٢٩] إلا أن المؤسسات الحكومية فى أتار براديش فى الوقت الحالى غير قادرة حتى على استقبال حالات الولادة العادية، ناهيك عن التعامل مع المضاعفات التى تتطلب رعاية طارئة.

وتفتقر المراكز الصحية المجتمعية فى أتار براديش – التى من المتوقع أن تعمل باعتبارها الوحدات الأولى التى تحال إليها حالات المضاعفات– إلى التجهيزات الكافية ولا يوجد فيها الهيئة الطبية الكافية. وقد تم عمل مسح لكل المراكز الصحية المجتمعية فى أتار براديش فى عام ٢٠٠٢–٢٠٠٣ (جدول ١). ووجد أن أقل من ٢٠% من تلك المراكز يحتوى على ٦٠% من التجهيزات الأساسية اللازمة للتعامل مع طوارئ الولادة، بينما يوجد بالكاد ٦٠% من الهيئة الطبية المؤهلة اللازمة لتغطية الخدمة فى حوالى ثلث تلك المراكز.[٣٠] كما انه نادراً ما تتوفر خدمة النقل لتأمين التحويل فى الوقت المناسب إلى المرافق الطبية الحضرية.

أحد انعكاسات عدم كفاية القطاع الصحى الحكومى، أن الولادات التى تمت فى المؤسسات (١٩٩٣ – ٢٠٠٢) والتى وصلت إلى ٥٤ ولادة تمت كلها، باستثناء حالتين، فى دور التمريض الخاصة فى مدينة بيجنور، ميت فى الهند ٣٩ لكل ألف ولادة؛ وكان معدل وفيات الأطفال حديثى الولادة ٤٣ لكل ١٠٠٠مولود حى، يموت منهم ٣٣ طفلاً أثناء الأسبوع الأول بعد الولادة.[٢٤] ويحدث انخفاض بطئ لمعدل وفيات الأطفال حول الولادة ووفيات الأطفال حديثى الولادة مقارنة بالأطفال الرضع الأكبر فى العمر. وتظل نسب وفيات الأمهات مرتفعة فى الهند، خاصة فى الولايات الشمالية الكبرى مثل أتار براديش. وتتراوح التقديرات الحديثة لوفيات الأمهات فى الهند بين أكثر من ٥٠٠ وفاة لكل ١٠٠،٠٠٠ مولود حى فى عام ٢٠٠٠[٢٥] إلى ٣٠١ فى ٢٠٠١–٢٠٠٣.[٢٦] وتقدر الدراسة الأخيرة أن وفيات الأمهات فى آتار براديش (٢٠٠١–٢٠٠٣) تصل إلى ٥١٧، وهو ما يعنى أن هذه الولاية كانت مسئولة عن ٢٣% من وفيات الأمهات فى الهند فى تلك الفترة[٢٦].

لقد وضعت العديد من المبادرات السياسية منذ الاستقلال الأولوية لصحة الأم والطفل [٢٧،٢٨]. وتسعى الأهداف الحالية إلى خفض نسبة وفيات الأمهات إلى ١٠٠ لكل ١٠٠،٠٠٠ مولود حى، وخفض معدل وفيات الأطفال إلى ٣٠ لكل ١٠٠٠ مولود حى بحلول عام ٢٠١٢، وتشدد السياسات الحديثة على تأكيد وجود مهنيين مدربين أثناء الولادة مع تشجيع الولادات داخل المؤسسات الصحية. وسوف نقوم هنا فقط بإبراز قضيتين متعلقتين باستخدام الأوكسيتوسين أثناء الولادة وهما: نزيف ما بعد الولادة، ورعاية الولادة الطارئة فيما بعد المستوى المجتمعى.

أولا، يمثل نزيف ما بعد الولادة ٣٨% من وفيات الأمهات فى الهند.[٢٦] فقد يؤدى فقد الدم الشديد بعد الولادة مباشرة إلى الموت السريع، وبذلك لا يكون هناك وقت للتحويل إلى المرافق الطبية البعيدة. ولذلك يجب أخذ الإجراءات الوقائية لنزيف ما بعد الولادة فى الأماكن التى تتم فيها الولادة. وفى ظل وضع سياسة



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

واللاتى تقدم حوالى ٢٠ منها خدمة الإقامة الداخلية لرعاية الأمومة. ومع ذلك، فغالبيتها محدودة الأماكن (حوالى نصفها لديها أقل من ١٥ سريراً وأغلب الباقى لا يحتوى على أكثر من ٢٠ سريراً)، وتفتقر أيضًا إلى التدابير الأساسية ( مثل: الدم، الأوكسجين، طبيب تخدير مقيم، تجهيزات إنعاش الأطفال حديثى الولادة وحضانة للأطفال حديثى الولادة).[٣٢] وهذا لا يعتبر أمرًا غير عادى بأى حال من الأحوال.[٣٣] وكما يوجد فى كل مكان آخر فى الهند، فإن تكلفة الرعاية الخاصة للولادة، بما فى ذلك الولادة القيصرية، أعلى وأكثر تنوعاً مقارنة بالتكلفة فى المرافق الحكومية.[٣٤- ٣٦]



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

واجراء العمليات القيصرية فى حالات الطوارئ إذا لزم الأمر. ومن الواضح أن هذا الشرط صعب التوفر فى أتار براديش (فى الواقع فى العديد من الأماكن الأخرى فى الهند). علاوة على ذلك لا يمكن –بين ليلة وضحاها– تحقيق تطبيق نظم فاعلة للتحويل أو التأكد من وجود مسئول عن الولادة مدرب بشكل مناسب. وسوف تستمر أغلب النساء فى الفترة القادمة فى الولادة فى المنزل (وليس فى المؤسسات الصحية) فى ريف أتار براديش علي الأقل، وسوف يحضر ولادتهن الأقارب وأشخاص آخرون مختلفون، من بينهم الدايات، الممارسون الطبيون الريفيون غير المدربين (من القطاع الخاص) ومساعدات الممرضات–القابلات. ولذلك يوجد احتياج ملح إلى مبادرات سياسية للتأكيد على أمان الولادات المنزلية على كل من الأمهات والأطفال على وجه المساواة.

هناك مسافة شاسعة بين نمط الاستهلاك الحالى للأوكسيتوسين فى الولادات المنزلية وبين التوصيات العالمية؛ وهو أمر يثير القلق، ويؤكد على ضرورة عمل بحوث أخرى لتقييم ما إذا كان الاستخدام العشوائى لحقن الأوكسيتوسين يسهم فى الارتفاع المستمر فى مستوى مراضة ووفيات الأمهات والأطفال حديثو الولادة فى المناطق الريفية بشمال الهند، وبأى درجة. وعلى المدى القصير يجب أن تحتوى الحملات الخاصة بصحة الأمهات والأطفال حديثى الولادة، على رسائل عن استخدام الأوكسيتوسين، كما أن المبادرات المتعلقة بالسياسات مثل "الدمج بين علاج أمراض الأطفال حديثى الولادة وأمراض الأطفال" و"الحملة الوطنية للصحة الريفية" يجب أن تضع هذا الأمر فى اعتبارها. وعلى المدى البعيد، نحتاج إلى الجهود الرامية إلى أبعد من ذلك لتحسين القواعد المنظمة للممارسة الطبية الريفية فى الولاية لتأمين الالتزام بالحد الأدنى من المعايير القياسية.

**جدول ١.**

**نسبة مراكز صحة المجتمع فى أتار براديش المهيأة* لاستقبال الولادات ورعاية الولادة الطارئة (ن= ٢٥٦) ٢٠٠٢ – ٢٠٠٣**[٣١]

| الاحتياجات | % |
|---|---|
| البنية التحتية | ٦٦,٤ |
| الهيئة الطبية: طبيب أمراض نساء وتوليد، طبيب أطفال وطبيب تخدير | ٣٤,٠ |
| الهيئة الطبية المساعدة: هيئة التمريض، ممرضة مساعدة– قابلة، صيدلي، فنى معمل، ممرضة صحة عامة، مساعد صحى ومساعدة صحية | ٦٦,٠ |
| المستلزمات: وتشمل حلقات للبوق، مجموعة الأدوات الجراحية القياسية، مجموعة الأدوات الضرورية لرعاية الولادة الطارئة، مجموعة الأدوات الضرورية لرعاية الطفل حديث الولادة، مجموعة الأدوات الضرورية لعدوى القناة التناسلية والعدوى المنقولة جنسياً، مجموعة الأدوات الضرورية للولادة | ١٨,٤ |
| أجهزة: وتشمل جهاز بويل، ولمبات لا تحدث ظل، واسطوانة أوكسجين | ٥٧,٨ |

* التى يوجد فيها على الأقل ٦٠% من الاحتياجات الكلية

ومن ثم، لا يستطيع كل من القطاعين الحكومى والخاص فى أتار براديش توفير الرعاية فى الوقت المناسب للنساء الريفيات اللاتى يتعرضن لطوارئ الولادة داخل مرافق صحية مناسبة للرعاية (وذات تكلفة يقدر الجمهور على تحملها). وتعتبر هاتان النقطتان ذاتا صلة وثيقة بالاستخدام غير الملائم للأوكسيتوسين. إن أفضل التوصيات هى: استخدام الأوكسيتوسين فقط إذا توفرت إمكانية التدخل الجراحى



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

١٩٨٥؛ وصندوق ويلكوم لتمويل بحثهما فى ٢٠٠٢ – ٢٠٠٤ .

وتتقدم ابهيجا داس بالشكر الجزيل إلى ماهيلا ساماكيا للمساعدة فى إجراء دراسة الإثنى عشر حيًا.

الشكر

تود باتريشيا وروجر جيفرى تقديم الشكر لكل من مجلس الأبحاث الاقتصادية والاجتماعية، لتمويل دراستهما فى بيجنور فى المدة من ١٩٨٢–١٩٨٣ و

## المراجع:

References

1. Smith J, Merrill D. Oxytocin for induction of labor. Clinical Obstetrics and Gynaecology 2006;49(3):594–608.
2. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, et al., Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. Cochrane
Database of Systematic Reviews 2001 (4:CD001808).
3. Briggs GG, Wan SR. Drug therapy during labor and delivery, part 2. American Journal of Health-System Pharmacists 2006;
63(15 June):1131–39.
4. den Hertog CEC, de Groot ANJA, van Dongen PWJ. History and use of oxytocics. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2001;94(1):8–12.
5. Phillip H, Fletcher H, Reid M.The impact of induced labour on postpartum blood loss. Journal of Obstetrics and Gynaecology
2004;24(1):12–15.
6. Sheiner E, Sarid L, Levy A, et al. Obstetric risk factors and outcome of pregnancies complicated with early postpartum hemorrhage: a population-based study. Journal of Maternal Fetal and Neonatal Medicine 2005;18(3):149–54.
7. Oscarsson M, Amer-Wahlin I, Rydhstroem H, et al. Outcome in obstetric care related to oxytocin use. A population-based study.
Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica2006;85(9):1094–98.
8. Jonsson M, Norden SL, Hanson U. Analysis of malpractice claims with a focus on oxytocin use in labour. Acta Obstetricia
et Gynecologica Scandinavica 2007;86(3):315–19.
9. Chuni N. Analysis of uterine rupture in a tertiary center in Eastern Nepal: lessons for obstetric care. Journal of Obstetric and Gynaecological Research 2006;32(6):574–79.
10. Registrar-General India. Report of the Technical Group on Population Projections constituted by the National Commission on Population, Office of the Registrar General and Census Commissioner India. 2006.
11. RamaRao S, Caleb L, Khan ME, et al. Safer maternal health in rural Uttar Pradesh: do primary health services contribute?
Health Policy and Planning 2001;16(3):256–63.
12. Ministry of Health and Family Welfare, NFHS-3 (2005–06) FactSheets (Provisional Results). 2006. At: <http://mohfw.nic.in/ nfhsfactsheet.htm>. Accessed 5 April 2007.
13. Jeffery P, Jeffery R, Lyon A. Labour Pains and Labour Power: Women and Childbearing in India. London7 Zed Books, 1989.
14. Jeffery P, Jeffery R. Safe motherhood and/or the health care market: a twenty year perspective from UP. Paper presented at workshop on Post-Liberalization State in India. Stanford, June 2005. (Unpublished)
15. Sharan M, Strobino D, Ahmed S. Intrapartum oxytocin use for labor acceleration in rural India. International Journal of
Gynecology and Obstetrics 2005;90:251–57.
16. Das A, Agarwal M, Tripathi K, et al. Use of pre-delivery injections during home deliveries in rural north India: implications for maternal andneonatal health programmes under NRHM. Paper presented at 10th International Women'sHealth Meeting, New Delhi,
21–25 September 2005.(Unpublished)
17. Pinto S. Development without institutions: ersatz medicine and the politics of everyday life in rural north India. Cultural
Anthropology 2004;19(3):337–64.
18. Matthews Z, Ramakrishna J, Mahendra S, et al. Birth rights and rituals in rural south India: care seeking in the intrapartum
period. Journal of Biosocial Science 2005;37:385–411.
19. George A, Iyer A, Sen G.Gendered health systems biased against maternal survival: preliminary findings fromKoppal, Karnataka, India.Working Paper 253. Brighton: Institute of Development Studies, 2005.
20. Van Hollen C. Birth on the threshold: childbirth and modernity in south India. Berkeley: University of California Press, 2003.
21. Van Hollen C. Invoking Vali: painful technologies of modern birth in South India. Medical Anthropology Quarterly
2003;17(1):49–77.
22. Caleb LE. Women's health in the postpartum period and the influence of infant gender on postpartum practices in a low-income community in Delhi, India. Baltimore: Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, 1995.
23. Registrar-General India. Sample Registration Bulletin 2006;41(1). New Delhi: Registrar-General India, 2006.
24. International Institute for Population Sciences/ORC Macro, National Family Health Survey-2 1998–99: India. Mumbai/Calverton, MD : International Institute for Population Sciences/ORC Macro, 2000.
25. Smit J. Millennium Development Goals: Progress in Asia and the Pacific 2006, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, United Nations Development Programme, Asian Development Bank.
26. Registrar-General India. Maternal Mortality in India, 1997–2003: Trends, Causes and Risk Factors I. Registrar General/
Centre for Global Health Research, University of Toronto, 2006.
27. Ministry of Health and Family Welfare. National Population Policy. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare,
Government of India, 2000.
28. Ministry of Health and Family Welfare. National Health Policy. New Delhi : Ministry of Health and Family Welfare, Government of India, 2002.
29. Ministry of Health and Family Welfare. Janani Suraksha Yojana: Features and frequently asked questions and answers as
in October 2006. New Delhi7 Maternal Health Division, Government of India, 2006. At: <http://mohfw.nic.in/ dofw%20website/JSY_features_FAQ_Nov_2006.htm> . Accessed9 April 2007.
30. International Institute forPopulation Studies. Facility Survey National Report under Reproductive and Child



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

Health
Project Phase II. IIPS, 2003. At:
<www.rchindia.org/fs_india.htm>.
31. Ministry of Health and Family Welfare. Uttar Pradesh Facility Survey 2002–2003. New Delhi: Ministry of Health and Family
Welfare, Government of India, 2003.
32. Jeffery P, Jeffery R. ‘‘Money itself discriminates’’: obstetric emergencies in the time of liberalisation. Contributions to
Indian Sociology (Forthcoming)
33. Jesani A. Social objectives of health care services: regulating the private sector. In: Prabhu KS, Sudarshan R, editors.
Reforming India’s Social Sector: Poverty, Nutrition, Health and Education. New Delhi: Social Science Press, 2003. p.205–20.
34. Chakraborty S. Private Health Provision in Uttar Pradesh, India. In: Peters DH, Yazbeck AS,Sharma RR, et al, editors. Better
Health Systems for India’s Poor.Washington DC : World Bank, 2002. p.257–77.
35. Jejeebhoy SJ, Caleb Varkey L. Maternal health and pregnancy-related care. In: Jejeebhoy SJ, editor. Looking Back, Looking Forward: A Profile of Sexual and
Reproductive Health in India. Jaipur/New Delhi7 Rawat Publications/Population Council, 2004. p.44–87.
36. Mishra S. Public health scenarioin India. In: Parikh KS,Radhakrishna R, editors. India Development Report 2004–05.
New Delhi : Oxford University Press for Indira Gandhi Institute of Development Research, 2005. p.62–83

جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الانجابية
©٢٠٠٨

# الوفيات بسبب مضاعفات الإجهاض غير الآمن: وفيات الأثلوث الثانى المصنفة خطأً

**ديليز وكر*، لورديس كامبيرو*، هنرى إسبينوزا*، برناردو هيرنانديز***
**لويس آنايا*، صوفيا رينوسو**، آنا لانجر****
**ترجمة: عثمان مصطفى عثمان**

**ملخص:**

قامت هذه الدراسة بقياس حجم الوفيات لأسباب متعلقة بالإجهاض من مجمل وفيات الأمهات، وبحساب نسبة الانخفاض عن التقديرات الحقيقية لوفيات الأمهات، معتمدة فى ذلك على التشريح اللفظى***، ومراجعة السجلات الإكلينيكية كلما كانت متاحة. وقد قمنا بمراجعة ٨٠٧ شهادات وفاة لنساء تتراوح أعمارهن بين ١٢ و٥٠ سنة توفين سنة ٢٠٠١ فى موقعين يقطن كل منهما نحو ١,٥ مليون نسمة، ولاية موريلوس (ريفية فى معظمها) وبلدية نيزاهوالكويوتل (حضرية فى معظمها) بولاية مكسيكو. وتم تصنيف الوفيات إلى مؤكدة الارتباط بالأمومة،



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

Espinoza, Bernardo Herna´ ndezLuis Anaya
Sofia Reynoso, Ana Langer
November 2004;12(24 Supplement):27–38

[*]مركز دراسات الصحة العامة، المعهد الوطنى للصحة العامة، كويرنافاكا، المكسيك. بريد إلكترونى: lcampero@correo.insp.mx
المجلس الدولى للسكان، المكتب الإقليمى لأمريكا اللاتينية والكاريبى، مكسيكو سيتى، المكسيك
[**] الإدارة العامة للأوبئة، هيئة الصحة بمكسيكو سيتى، المكسيك.
[***]تتضمن هذه المقالة عدداً من المصطلحات المعقدة، وقد حاولنا شرحها قدر الإمكان (رجاء مراجعة قائمة المصطلحات فى هذا العدد، ونأمل أن تلقى تعليقات واقتراحات من يعملون فى هذا المجال. (المحررة)

ومحتملة الارتباط بها، وغير متعلقة بالأمومة. وأخيرًا قمنا بتحديد الوفيات المرتبطة بالإجهاض وقمنا بحساب انخفاض تقديرها عن المستوى الحقيقى لها فى وفيات الأمهات. ومن بين ٣٢٦ حالة محتملة الارتباط بالأمومة، وجدنا خمس حالات تم تصنيفها خطأ: واحدة منها كانت حالة إجهاض تلقائى، وأربعٌ كن حالات وفيات أمهات غير متعلقة بالإجهاض. ومن بين ٣٢ حالة وفاة أمهات مسجلة، وجدنا أربع حالات تم تصنيفها خطأ، حيث كانت وفيات فى الأثلوث الثانى لأسباب متعلقة بالإجهاض. لم يكن هناك أى تسجيل رسمى لحالات وفاة بسبب الإجهاض فى أى من الولايتين، وهو ما وصل بنسبة انخفاض التقدير عن مستواه الحقيقى إلى ١٠٠%. ساهم الإجهاض بنسبة ١٣,٥ % فى إجمالى عدد وفيات الأمهات. وبلغت النسبة الإجمالية لانخفاض تقدير وفيات الأمهات عن مستواه الحقيقى ١٣,٥%، وكانت النسبة أعلى فى موريلوس، حيث بلغت (٢١,٧%). لم تكن هناك حالات وفيات أمهات غير مسجلة فى نيزاهوالكويوتل. وظل الإجهاض غير الآمن أحد الأسباب المهمة لوفيات الأمهات، على الرغم من أن وفيات الأثلوث الأول شهدت انخفاضًا. كذلك توصلنا إلى أن العنف الأسرى سبب مهم لوفيات النساء فى فترتى الحمل والنفاس، فضلاً عن حالتى انتحار مرتبطتين بالإجهاض، نعتقد بوجوب اعتبارهما من حالات وفيات الأمهات غير المباشرة. إن تصنيف وفيات الأثلوث الثانى خطأً ضمن وفيات الأمهات لأسباب أخرى وليس بسبب الإجهاض يعتبر عائقًا أمام تحاشى وقوع حالات وفاة بسبب الإجهاض.

Deaths from Complications of Unsafe Abortion: Misclassified Second Trimester Deaths.Dilys Walker, Lourdes Campero, Henry



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

والأطفال.[١٢-١٥] وهذه هى أول دراسة، حسب علمنا، تستخدم التشريح اللفظى للتعرف على وفيات الأمهات المرتبطة بالإجهاض.

تعنى "وفيات الأمهات" الوفاة الناجمة عن الحمل أو الولادة، أو التى تحدث خلال ٤٢ يومًا من إنهاء الحمل، لأى سبب متعلق بالحمل أو ساهم الحمل فى زيادة حدته، أو بسبب التدابير المتخذة، بين مجموعة من السكان.[١٦] وعلى الرغم من توثيق الانخفاض العام لتقديرات وفيات الأمهات عن مستوياتها الحقيقية فى المكسيك، لم تركز أى دراسة على الوفيات المرتبطة بالإجهاض.[١٢، ١٧-١٩] وقد ركزنا فى دراستنا على تقييم الوفيات المسجلة أو التى صدرت لها شهادات وفاة فقط. لذلك، فأى حالات جديدة لوفيات الأمهات أو تلك المرتبطة بالإجهاض تظهرها دراستنا هذه إنما تعود إلى أخطاء فى التصنيف وليس إلى أخطاء فى التسجيل.

ويحدث الخطأ فى التصنيف عندما يتم تسجيل وفيات الأمهات باعتبارها ناجمة عن أسباب لا تتعلق بالحمل والولادة، أو من جانب آخر، عندما تسجل الوفيات الناجمة عن الإجهاض باعتبارها وفيات بسبب الحمل والولادة.

ويعنى انخفاض التقديرات فيما يتعلق بوفيات الأمهات، الفرق بين وفيات الأمهات المسجلة رسميًا، وبين إجمالى وفيات الأمهات (التى تم اكتشافها وتأكيدها عبر التشريح اللفظى).

وعلى المنوال نفسه يجرى قياس انخفاض الوفيات الناجمة عن الإجهاض عن تقديراتها الحقيقية.

هدفنا من ذلك هو تقدير مساهمة الإجهاض فى وفيات الأمهات بالاعتماد على التشريح اللفظى فى منطقتين من مناطق المكسيك. وقد استهدفنا تحديد الوفيات المرتبطة بالإجهاض التى سُجِّلت على أنها وفيات غير متعلقة

**الكلمات المفتاحية:** إجهاض غير آمن، وفيات الأمهات، قانون الإجهاض وسياسة الإجهاض، التشريح اللفظى، المكسيك.

تعتبر وفيات الأمهات من المؤشرات الصحية التى تعكس، بوضوح، الظروف الاجتماعية-الاقتصادية.[١] ورغم التحسن المطرد فى المؤشرات الاقتصادية فى المكسيك خلال العقد السابق[٢] ، لم تشهد وفيات الأمهات انخفاضًا موازيًا طوال تسعينيات القرن الماضى، وظلت أعلى من معدلاتها فى بلدان المنطقة الأخرى التى تشابهت مع المكسيك فى المؤشرات الاقتصادية.[٣] وترتفع نسبة وفيات الأمهات فى المكسيك فى المناطق الأفقر بالمقارنة مع بقية المناطق، كما أنها تتركز بين النساء المنتميات إلى الطبقات الاجتماعية – الاقتصادية الفقيرة.[٤] تُعزى أكثر من ٨٠% من وفيات الأمهات إلى أسباب مباشرة، يشكل الإجهاض رابع أهم سبب لها (٥- ٨ %). [١، ٢، ٥-٧]

وعلى الرغم من أن الإجهاض ممنوع قانونًا فى المكسيك، ويمثل وصمة اجتماعية، فإن حالات الإجهاض غير الآمن منتشرة، وتقدر بما بين ١٠٠٠٠٠ و ١٦٠٠٠٠٠ حالة كل عام. [٨-١٠] وتبقى البيانات الأدق عن مساهمة الإجهاض غير الآمن فى وفيات الأمهات تحديًا منهجيًا هائلاً. ونستطيع الوصول إلى بيانات أكثر دقة اعتمادًا على "التشريح اللفظى"، أى مقابلة أعضاء الأسرة والأصدقاء المقربين للمتوفاة، الذى يُكَمِّل الإحصائيات الحكومية.[١١] وهى مقاربة تهدف إلى إعادة رسم صورة الظروف الطبية –الحيوية والاجتماعية التى أدت إلى الوفاة، وذلك اعتمادًا على مقابلات مرشدة، وهى وسيلة ثبتت فاعليتها فى دراسة وفيات الأمهات



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

الأمهات اللائى عشن وتوفين هناك فقط. وكان ذلك ضروريًا لأن بعض النساء اللائى توفين فى موريلوس أو نيزاهوالكويوتل كانت عناوينهن المسجلة تقع فى ولايات بعيدة، مما استحال معه اتصالنا بأسرهن أو القيام بالتشريح اللفظى.

---

* كان معدل وفيات الأمهات فى ولاية مكسيكو ٧٥ لكل ١٠٠٠٠٠ ولادة حية سنة ١٩٩٨ ، وكانت فى موريلوس ٧٩ لكل ١٠٠٠٠٠ حالة ([٢٠])
هذا المعيار يعنى أن بعض الوفيات المسجلة فى موريلوس أو نيزاهوالكويوتل لم يشملها تحليلنا لأن محل الإقامة المسجل بها كان خارج الموقعين، وبعض الوفيات الأخرى لم يتم تضمينها لأن الوفاة حدثت خارجهما.

قام طبيبان بتصنيف شهادات الوفاة كما هو موضح فى بالشكل رقم ١، الى: وفيات أمهات مؤكدة وهى تلك التى ورد بشهادات الوفاة الخاصة بها كود سبب الوفاة بوضوح؛ أو وفيات أمهات محتملة، أى تلك التى يشتبه فى أنها تندرج تحت واحد من التشخيصات الواردة فى الجدول رقم ١؛ أو وفيات ليست بسبب الأمومة (كل شهادات الوفاة الأخرى).([١٦، ١٧، ٢١، ٢٢])

قمنا بعد ذلك بمراجعة السجلات الطبية و/أو إجراء التشريح اللفظى لكل حالات وفيات الأمهات المؤكدة لتحديد حالات الوفاة بسبب الإجهاض التى تم تصنيفها خطأً تحت نوعيات أخرى من وفيات الأمهات، ولحالات وفيات الأمهات المحتملة، لتحديد وفيات الأمهات والوفيات بسبب الإجهاض التى تم تصنيفها خطأ كحالات وفاة لأسباب غير متعلقة بالأمومة. وبالنسبة لحالات الوفاة التى حدثت بالأمومة، وكذلك الوفيات المرتبطة بالإجهاض التى تم تسجيلها على أنها وفيات مرتبطة بالأمومة، ولكن لأسباب أخرى غير الإجهاض. وبذلك استطعنا قياس الانخفاض عن التقديرات الحقيقية فى الوفيات المرتبطة بالإجهاض، وفى إجمالى وفيات الأمهات، على حد سواء.

**الأدوات والمناهج**

قمنا بجمع البيانات فى الفترة بين يونيو ٢٠٠١ – مايو ٢٠٠٢ فى ولاية موريلوس (ريفية فى معظمها) وبلدية نيزاهوالكويوتل (حضرية فى معظمها) بولاية مكسيكو. وقد اخترنا هذين الموقعين للأسباب التالية: ١) تشابه معدلات وفيات الأمهات وارتفاعها بهما*، ٢) ارتفاع نسبة السكان فى كل منهما، على نحو متشابه، حيث تبلغ فى كلٍ ١,٥ مليون نسمة، على الرغم من ارتفاع تركز السكان فى نيزاهوالكويوتل وانتشارهم على مساحة أوسع فى موريلوس، ٣) كان موقع كل منهما ملائمًا للدراسة الميدانية.

وبعد حصولنا على إذن بالاطلاع على الملفات لأغراض هذه الدراسة فقط، حصلنا على شهادات الوفاة من السجل المدنى المحلى فى الموقعين مباشرة. بعد ذلك تمت مراجعة تلك الشهادات مع الإدارة المركزية للأوبئة فى مكسيكو سيتى، والتى أكدت اتساقها مع كل وفيات الأمهات (بين سن ١٢ و ٥٠ سنة) فى ٢٠٠١ فى الموقعين. وتتلقى إدارة الوبائيات بيانات شهادات الوفاة كل شهر من جميع البلديات. وبالنسبة لنيزاهوالكويوتل قمنا بتضمين شهادات وفاة النساء اللائى عشن هناك وتوفين هناك أو فى مكسيكو سيتى. أما فى موريلوس فشملت دراستنا شهادات وفاة



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

إلى مصدر معلومات آخر غير الزوج أو الشريك. فى حالات الاشتباه فى وفاة مراهقة كنا نبذل جهدًا خاصًا لمقابلة إحدى الصديقات بالإضافة إلى الأقارب.

كان يتم الحصول على موافقة عليمة ممن ستجرى معه المقابلة قبل إجرائها، وكنا نطلب من أى أفراد آخرين مغادرة المنزل حتى يمكن إجراء المقابلة فى جو من الخصوصية. كان التشريح اللفظى يبدأ بمجموعة من الأسئلة التشريحية التى تهدف إلى التأكد من أن المصدر على دراية تامة بالظروف المحيطة بالوفاة، فكنا نسأل عن الشركاء، واستخدام وسائل منع الحمل، وإمكانية الحمل، وعن ظهور أعراض معينة قبل الوفاة بفترة قصيرة قد تُعزَى إلى الإجهاض (نزيف مهبلى، إفرازات كريهة الرائحة، تقلصات) أو الحمل (صداع، تورم، ارتفاع ضغط الدم، نوبات). كنا نسأل أيضًا عن تقارير الكشف بالموجات فوق الصوتية، والزيارات التى قامت بها المتوفاة للطبيب، وما إذا كانت قد أجرت عملية شفط أو توسيع وكحت للرحم قبل الوفاة بوقت قصير. وأخيرًا نطلب من المصدر أن يروى لنا، بعبارته، كيف حدثت الوفاة. تم ذلك فى كل الحالات التى يحتمل أن تكون الوفاة فيها مرتبطة بالإجهاض، وكذلك حالات وفيات الأمهات المؤكدة، وذلك من أجل توضيح سبب الوفاة.

لو كان هناك احتمال وجود حمل قبل الوفاة، نستمر فى التشريح اللفظى مع المزيد من الأسئلة الأعمق، التى نسأل من خلالها عن ظروف حدوث حمل محتمل أو مؤكد، وما إذا كان حملاً مرغوبًا فيه أو مخططًا له. وفى حالة وجود إجهاض محتمل فى الأثلوث الأول أو الثانى نسأل المصدر بشكل مباشر هل كان فى المستشفى أو العيادة بدأنا بتقييم السجل الطبى إن كان متوفرًا، فتمكننا بذلك من تحديد الحالات التى كان من الواضح أن الوفاة فيها ليست بسبب الأمومة (استبعدت)، أو كانت بسبب الأمومة ولكن غير مرتبطة بالإجهاض. وتم إجراء مقابلات التشريح اللفظى لكل الحالات وفيات الأمهات المؤكدة والمحتملة المتبقية (شكل ١).

كانت كل من أجرين المقابلات نساء حصلن على تدريب سابق فى العلوم الاجتماعية، وشاركن فى أعمال ميدانية خاصة بدراسات أخرى فى المعهد الوطنىللصحة العامة. تم إخضاع كل من أجرين المقابلات إلى تدريب لمدة ثلاثة أيام على كل جوانب تقنية التشريح اللفظى. شمل التدريب الذى قام به كاتبو هذا المقال فى المعهد تحديد أهداف الدراسة، والمفاهيم العامة للتشريح اللفظى، وإجراء مقابلات تدريبية مع نقد بناء ومقابلات استطلاعية فى الميدان.[١٢] فى كل الحالات المختارة تم التعرف على عنوان المتوفاة من شهادة الوفاة. وكان أحد العاملين فى المشروع يتوجه إلى بيتها لتحديد مصادر المعلومات المحتملة (الزوج، الأم، بقية أعضاء الأسرى، الجيران، الأقارب) وشرح الدراسة والحصول على موافقتهم العليمة وإجراء المقابلة إن كان مصدر المعلومات مستعدًا لذلك. وفى حالة عدم استعداده كان يتم ترتيب موعد مناسب آخر للمقابلة أو تحديد مصدر معلومات أكثر ملاءمة. فى حالة عدم اكتمال المعلومات من مصدر واحد أو عدم اتساقها كان يتم البحث عن مصدر معلومات ثانٍ وربما ثالث. هذه المصادر الإضافية كانت أيضًا من أقارب المتوفاة أو أصدقائها أو جيرانها. فى حالات الوفاة الناجمة عن العنف حرصنا على اللجوء



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

بالإجهاض ولم تكن الإدارة العامة للأوبئة قد أوردتها.

**جدول ١. معايير الإدراج فى تصنيف "وفيات الأمهات المحتملة"**

- ورود أى من التشخيصات التالية المتعلقة بوفيات الأمهات كسبب للوفاة فى شهادة الوفاة:
  - صدمة ناتجة عن التخدير
  - صدمة وعائية (صدمة قلبية وعائية، أو هبوط فى الدورة الدموية، أو ارتفاع ضغط الدم)
  - النزيف (تجلط دموى منتشر داخل الأوعية، أنيميا، نزيف)
  - عدوى (تعفن/ تعفن دموى، التهاب الغشاء البريتونى، صدمة)
  - استقلابى (عملية الهدم والبناء) ( اضطراب توازن الأملاح فى الدم)
  - رئوى ( جلطات رئوية ، قصور تنفسى)
  - كلوى (فشل كلوى حاد، بولينا، قلة البول)
  - نساء وولادة (مرض التهاب الحوض التناسلى، مرض التهاب الحوض، الإجهاض، التهاب بطانة الرحم، تسمم الدم)
- الرد بالإيجاب فى شهادة الوفاة عن سؤال: "هل كانت المتوفاة حبلى عند حدوث الوفاة أو فى العام السابق لها؟"

يعتقد بحدوث إجهاض متعمد. كذلك نطرح أسئلة متعلقة بالحالة الجسمانية والعاطفية للمتوفاة، وبالشريك الجنسى والعنف. تم تصميم هذا الأسلوب وتنفيذه وفقاً للتوصيات المنشورة المتعلقة بدراسات التشريح اللفظى وبمسائل العنف. (١١، ٢٢-٢٦)

وللحفاظ على السرية، تم تعريف كل الاستبيانات بأرقام دون أى علامات مميزة. وفى حالات الضرورة، كان يتم توفير مساعدة سيكولوجية لمن أجريت معهم المقابلات، من خلال عيادات الصحة العامة المحلية. كذلك خضعت من أجرين المقابلات إلى جلسات علاج جماعى طوال مدة الدراسة؛ وكان ذلك ضرورياً للتخفيف من العبء النفسى الناجم عن تعرفهن على محتوى الوفيات التى تدرسنها وظروفها.[٢٧] حصلت الدراسة على موافقة أخلاقية من لجنة الدراسات الإنسانية بالمعهد الوطنىللصحة العامة، وهيئة المراجعة المؤسسية بمجلس السكان.

قمنا بمراجعة كل حالة وتصنيفها كحالة وفيات أمهات أو وفيات غير أمهات، وذلك اعتمادًا على معلومات التشريح اللفظى فى المقام الأول. بعد ذلك تم تصنيف وفيات الأمهات إلى وفيات بسبب الإجهاض، أو أسباب أخرى متعلقة بالأمومة (شكل رقم ١). قمنا بعد ذلك بمقارنة أرقامنا بالأرقام الرسمية المختارة لوزارة الصحة[٢٨] المتعلقة بمواقع دراستنا. يصنف الاحصائيون فى الحكومة أسباب الوفاة وفقًا للتصنيف الدولى للأمراض (الطبعة العاشرة).[١٦] وقمنا فى كل حالة بمراجعة مزدوجة للعديد من المتغيرات من أجل التأكد من الحالات التى صنفناها كحالات وفيات أمهات ووفيات أمهات متعلقة



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

بالأمومة. وقد استبعدنا من حساب التقدير المنخفض حالتين أخريين كانتا حالتى انتحار لأسباب متعلقة بالإجهاض وحالتين لم نتوصل لأسبابهما (ربما إجهاض) (جدول ٢). على الرغم من ثقتنا فى أن حالتى الانتحار كانتا مقترنتين بحمل غير مخطط، فلا يمكن اعتبارهما، بالتعريف، حالتى وفاة لأسباب متعلقة بالأمومة بشكل مباشر، وبالتالى لم نضمنهما حساب انخفاض التقديرات عن الواقع. لم تكن هناك أخطاء فى التصنيف فى نيزاهوالكويوتل وبالتالى لم تكن بها تقديرات أقل من الحقيقية فى وفيات الأمهات. وبجمع البيانات من الموقعين يصل عدد وفيات الأمهات إلى ٣٧ حالة، بتقدير أقل من الحقيقى* ١٣,٥% (جدول ٣).

من خلال التشريح اللفظى وحده استطعنا التوصل إلى وجود أربع حالات وفاة مرتبطة بالإجهاض (اثنتين فى كل موقع) تم تصنيفهما خطأ على أنهما وفاة لأسباب متعلقة برعاية الحمل. وبجمع الوفيات المرتبطة بالإجهاض من التصنيفين السابقين، أصبح لدينا خمس حالات وفاة لأسباب متعلقة بالإجهاض.وبما أن الإدارة العامة للأوبئة لم تورد أى حالات وفاة لأسباب متعلقة بالإجهاض فى أى من الموقعين، فإن انخفاض التقدير عن القيمة الحقيقية يصبح هنا ١٠٠% (جدول ٣).

---

* التقدير الأقل من الحقيقي = (عدد الوفيات المؤكدة مطروحًا منها (عدد الوفيات التي أوردت) × ١٠٠، مقسومة على (عدد الوفيات المؤكدة

- بيانات شهادة الوفاة التى تبدو فقيرة فى نوعيتها، أى غير كاملة أو غامضة
- الوفاة العنيفة (قتل أو انتحار ولكن ليس حوادث السير)

**النتائج**

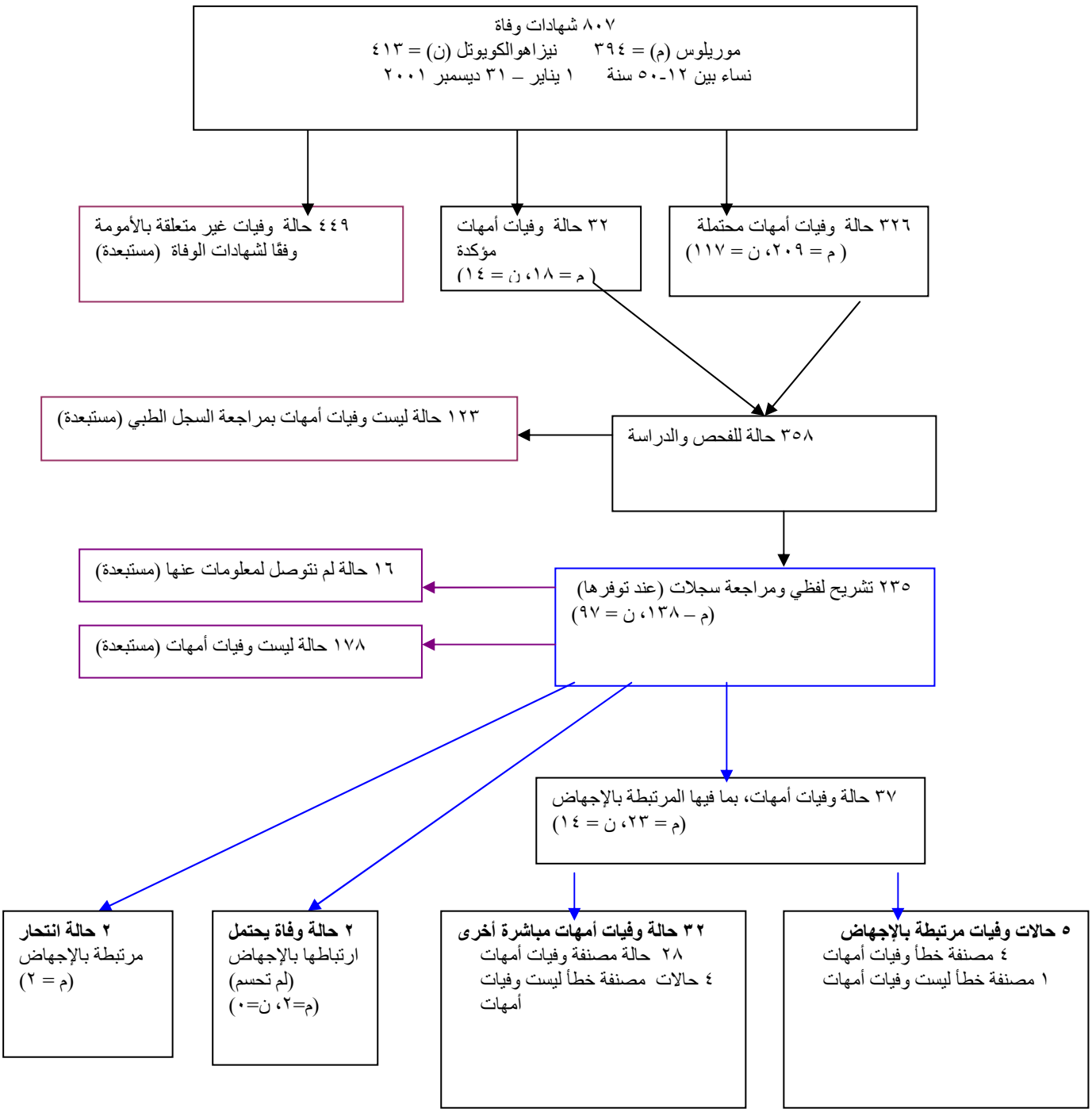
قمنا بمراجعة ما مجموعه ٨٠٧ شهادات وفاة (موريلوس (م) = ٣٩٤، نيزاهوالكويوتل (ن) = ٤١٣) (شكل رقم ١). تم تصنيف تلك الشهادات على النحو التالى: ٣٢ حالة وفيات أمهات مؤكدة (م= ١٨، ن= ١٤)، و٣٢٦ حالة وفيات أمهات محتملة (م= ٢٠٩، ن= ١١٧)، و٤٤٩ ليست وفيات أمهات. أصبح أمامنا، بالتالى، ٣٥٨ حالة وفيات أمهات مؤكدة ومحتملة لدراستها، استبعدنا منها ١٢٣ حالة بمراجعة السجل الطبى فقط والتى أثبتت أنها غير متعلقة بالإجهاض. وقمنا بتصنيف الحالات الـ ١٣٥ المتبقية باستخدام التشريح اللفظى فقط أو باستخدامه مع مراجعة السجل الطبى. فى معظم الحالات (٩٤%) لم تحتج إلا لتشريح لفظى واحد فقط؛ بينما فى للحالات المتبقية فقد أجرينا تشريحين لفظيين (٥%)؛ أو إلى ثلاثة (١%). تم استبعاد ١٦ حالة لفشلنا فى الحصول على معلومات يعتمد عليها (لم تتوفر معلومات كافية). وتوصلنا إلى أن هناك ٣٧ حالة وفيات أمهات مؤكدة (٥ متعلقة بالإجهاض، و٣٢ لأسباب متعلقة بالأمومة مباشرة)، وحالتى انتحار لأسباب متعلقة بالإجهاض وحالتين لم نستطع تحديد سبب الوفاة فيهما.

من بين كل حالات وفيات الأمهات المحتملة (٣٢٦) توصلنا إلى وجود خمس حالات وفيات أمهات لم تكن مسجلة كذلك. وقعت الحالات الخمس فى موريلوس التى وجدنا فيها ٢٣ حالة وفيات أمهات مؤكدة (خمس حالات أكثر من الرقم الرسمي وهو ١٨ حالة)، وهو ما يعنى أن إجمالى التقدير المنخفض عن الرقم الحقيقى لوفيات الأمهات تصل نسبته إلى ٢١,٧%. هذه الحالات الخمس تشمل حالة وفاة مرتبطة بإجهاض تلقائى وأربع حالات وفاة لأسباب مباشرة تتعلق



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

**شكل ١. رسم تخطيطي لتتبع لتصنيف شهادات الوفاة ودراسة الوفيات**






This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

دموى منتثر داخل الأوعية، وكان الكود الخاص بها وفقًا للتصنيف الدولى العاشر للأمراض هو ٠٧٥: "مضاعفات أخرى للحمل والولادة لا يمكن تحديدها على نحو آخر". أكد أعضاء الأسرة وجود حمل ما بين ٤ و ٦ أشهر، وأن المريضة أجريت لها عملية توسيع وكحت أو توسيع وتفريغ فى المستشفى، قبل وفاتها بفترة وجيزة. وهنا أيضًا لم نجد توثيقًا لعملية الإجهاض غير الآمنة ولم نستطع كذلك الوصول إلى السجل الطبى أو إلى الطبيب الذى باشر هذه الحالة.

آخر حالات الوفاة المرتبطة بالإجهاض التى صُنِّفت خطأً كانت لامرأة فى الخامسة والعشرين من عمرها ذكر فى شهادة وفاتها أن سبب الوفاة: تجلط دموى منتثر فى الأوعية، وقصور كبدى حاد، ودهون بالكبد دهنية بسبب الحمل. وكان الكود الذى أورد وفقًا للتصنيف الدولى العاشر للأمراض هو ٠٢٦: "مضاعفات أخرى مرتبطة أساسًا بالحمل". كانت المرأة حاملاً حملاً مؤكدًا فى الشهر الخامس وذكر أعضاء الأسرة أنها نزفت كثيرًا وأجريت لها عملية توسيع وتفريغ فى المستشفى قبل الوفاة.

**حالات الوفاة لأسباب متعلقة بالإجهاض التى تم تصنيفها خطأً**

فى موريلوس كانت الحالة الأولى لفتاة فى الرابعة عشرة من عمرها توفى الجنين فى رحمها فى أواخر الأثلوث الثانى للحمل. لم تستطع الأسرة تحديد سبب واضح للوفاة، ولكن أمها كانت تعلم بالحمل وقالت إن ابنتها حاولت أن تجهض نفسها خلال الأثلوث الأول، ولكنها لم تستطع تأكيد ما إذا كانت هناك محاولة ثانية للإجهاض فى فترة لاحقة أثناء الحمل. وأفادت الأم أن ابنتها كانت تعانى من الحمى والرعشة وأنها توفيت أثناء الحث الاصطناعى للولادة. ذُكِر فى شهادة الوفاة وجود جلطات بالسائل الأمنيوسى وأعطتها الإدارة العامة للأوبئة الكود ٠٨٨ وهو كود هذه الحالة فى التصنيف الدولى العاشر العاشر للأمراض. لذلك تم تصنيف هذه الحالة رسميًا على أنها حالة وفاة أثناء الحمل بسبب جلطات بالسائل الأمنيوسى

أما الحالة الثانية فكانت لامرأة فى الثالثة والثلاثين من عمرها تعانى من مشكلة خلقية معروفة فى القلب. نفى أعضاء الأسرة وجود حمل؛ ولكن الطبيب المعالج أكد وجود حمل فى الأسبوع الرابع والعشرين "فُقِد" وحدثت الوفاة بسبب مضاعفات حدثت أثناء ربط البوق. وورد فى شهادة الوفاة *حمل فى الأسبوع الرابع والعشرين وربط البوق*. وكان كود التصنيف الدولى العاشر للأمراض هو ٠٩٩، والذى يقابل: "مرض آخر زاد الحمل من مضاعفاته ". ولم يُسمح لنا بمراجعة السجل الطبى لهذه الحالة، ولكن نظرًا لأننا استطعنا التأكد، عن طريق الأسرة، من أن المرأة كانت تعانى من عيب خلقى خطير فى القلب يمكن أن يزيد الحمل من مضاعفاته، ونظرًا لتأكيد الطبيب أنها كانت حبلى عند الوفاة، فقد شككنا فى أنها ربما توفيت بسبب مشاكل فى القلب أثناء محاولة إجهاض متأخرة. على أن الطبيب لم يكن متعاونًا فلم نستطع حتى تأكيد ذلك.

---

فى نيزاهوالكويوتل كانت الحالة الأولى لامرأة فى التاسعة والثلاثين من عمرها، ورد فى شهادة وفاتها أن سبب الوفاة صدمة بسبب نقص حجم الدم، وتجلط



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

تعتبر حالات الوفاة المقترنة بعنف مرتبط بالحمل حالات وفاة مرتبطة بالولادة بشكل غير مباشر.[٣٠]

**حالات لم تُحل: وفيات يحتمل ارتباطها بالإجهاض**

فى موريلوس كانت هناك حالتان تم تصنيفهما على أنهما حالات وفاة يحتمل ارتباطها بالإجهاض نظرًا لأننا بعد التشريح اللفظى و/ أو مراجعة السجل الطبى ظل لدينا شك فيما إذا كانت المرأة حاملاً أم لا عند حدوث الوفاة. كانت أسباب الوفاة مثار شك، كانت امرأة منهما مصابة بسرطان فى الرحم ، وكانت الأخرى مصابة بقصور كلوى. فى الحالتين كان هناك شك كبير لدى مصدر معلومات واحد على الأقل فى أن المرأة ربما كانت حبلى و/أو حاولت الإجهاض وقت الوفاة أو قبله بقليل. وعلى ذلك فقد صنفنا الحالتين على أنهما وفاة يحتمل ارتباطها بالإجهاض. فى كل حالات وفيات الأمهات الأخرى كان هناك مصدر معلومات واحد على الأقل واثق تمامًا من أن المرأة كانت حبلى بشكل مؤكد.

**جدول ٣. التقديرات الأقل من الحقيقية لوفيات الأمهات والوفيات المرتبطة بالإجهاض**

كانت هناك حالة وفاة واحدة مرتبطة بالإجهاض صنفت على أنها وفاة لأسباب متعلقة بالأمومة. وكانت تلك الحالة لامرأة حدث لها إجهاض تلقائى لحمل مرغوب فيه. فى البداية حدث لها نزيف مهبلى ولم تدخل المستشفى، ثم عادت للمستشفى مرة أخرى بنزيف شديد ومستمر وأجريت لها عملية توسيع وكحت، ثم استئصال للرحم، وتوفيت –وفقًا لرواية أسرتها– بسبب كثرة ما فقدته من دم. ورد فى شهادة وفاتها أن سبب الوفاة استئصال الرحم وتوسيع وكحت، ولكن الكود الذى أعطى لها وفقًا للتصنيف الدولى العاشر للأمراض هو G931 نقص الأكسجين فى المخ.

كانت هناك أيضًا حالتا انتحار لمراهقتين صنفناهما على أنهما مرتبطتان بالإجهاض وذلك بسبب السياق الاجتماعى للحالتين. ففى كلتيهما كانت الفتاة تعيش مع أهلها، وبمقابلة الأسرة بما فيها الأم، تبين أنهم لم يكونوا يعلمون بوجود حمل، أو نفوا وجود حمل، وذكروا أن الفتاتين لم تمرا بمراحل اكتئاب أو تعانيا من اضطرابات عقلية، ولم تستطع الأسرتان تحديد أى سبب للانتحار. على أن مصادر المعلومات من خارج الأسرتين (صديقة مقربة أو صديق) أكدوا وجود حمل وشعور الفتاتين باليأس. حدثت حالتا الوفاة هاتان خلال الأثلوث الأول عن طريق تناول مبيد حشرى. لم يستطع أى مصدر أن يذكر لنا ما إذا كانت الفتاتان قد ذكرتا أى شئ عن الإجهاض أو الموت. وقد أدرجنا الحالتين على أنهما انتحار مرتبط بالإجهاض، ولكننا استثنيناهما من العدد النهائى لوفيات الأمهات من أجل الاتساق مع التصنيف الدولى العاشر للأمراض. وقد ورد فى شهادتى وفاة الفتاتين أن سبب الوفاة هو: انتحار بتناول مبيدات حشرية.

وقد توصلنا أيضًا إلى أدلة تشير إلى أن العنف المنزلى المرتبط بالحمل من الأسباب المهمة والمهملة فى وفيات الأمهات. ففى موريلوس نجمت أربع حالات وفاة عن الآثار المترتبة على العنف المنزلى أثناء الحمل أو النفاس. وقد توصلنا إلى أن هذا الحدث الإنجابى هو السبب المباشر للقتل والانتحار. لهذا السبب أوصينا بأن



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

| | | | |
|---|---|---|---|
| حالات لم تحل – مشكوك فيها | ٢٨ | N189 – كلوى | قصور تنفسى |
| | ٣٢ | J180 – التهاب رئوى | توقف القلب والجهاز التنفسي، التهاب رئوى |

أ تخثر دموى منتشر فى الأوعية

ب أفضل تقدير

**جدول ٢. حالات الوفاة المرتبطة بالإجهاض التى يتم التعرف عليها من خلال التشريح اللفظى**

| | السن | كود التصنيف الدولى الذى أثبتته إدارة الوبائيات | أسباب الوفاة كما ذكرت على سجلات معروفة | |
|---|---|---|---|---|
| وفيات مرتبطة بالإجهاض مصنفة خطأ على أنها وفيات أمهات لأسباب أخرى | ١٤ | ٠٨٨ انسداد الأوعية الدموية بكتلة من السائل الأمنيوسى | التهاب رئوى، انسداد الأوعية الدموية بكتلة من السائل | غير معروفة |
| | ٣٣ | ٠٩٩ – أمراض أخرى زاد الحمل من مضاعفاتها | | |
| | ٢٠ | ٠٧٥– مضاعفات أخرى للولادة أو الوضع | | |
| | ٢٥ | ٠٢٦ – مضاعفات أخرى متعلقة أساسًا بالحمل | | |
| وفيات مرتبطة بالإجهاض متعلقة بالأمومة | ٣٠ | G931 – تلف فى الأكسجين فى المخ | | |
| | ٢٠ | Y 180 – تسمم | | |
| | ٢١ | X 690 – انتحار بالسم | | |

**جدول ٣. التقديرات الأقل من الحقيقية لوفيات الأمهات والوفيات المرتبطة بالإجهاض**

| | عدد الوفيات فى موريلوس | | انخفاض التقدير من الرقم الحقيقى | | عدد الوفيات فى الأكسجين | | انخفاض التقدير من الرقم الحقيقى | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | الدراسة | إدارة الوبائيات | % | | الدراسة | إدارة الوبائيات | % | |
| كل وفيات الأمهات | ٢٣ | ١٨ | ٢١,٧ | | ١٤ | ١٤ | ٠ | |
| وفيات مرتبطة بالإجهاض | ٣ | ٠ | ١٠٠ | | ٢ | ٠ | ١٠٠ | |



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

المرتبطة بالإجهاض لم يؤثر إلا بالحد الأدنى فى التقدير الإجمالى لوفيات الأمهات، لأن كل حالات الوفاة المرتبطة بالإجهاض، عدا واحدة، تم تصنيفها على أنها وفيات أمهات، ولكن لأسباب أخرى. وبالتالى كان نصيب الإجهاض من إجمالى وفيات الأمهات هو الذى تأثر سلبًا بالتقدير الأقل عن الحقيقى.

تشير الأرقام الرسمية إلى أن الإجهاض غير الآمن يساهم بما بين ٥–٨% من وفيات الأمهات فى المكسيك سنويًا. ولكن دراستنا توضح أن نسبة تسبب مضاعفات الإجهاض فى وفيات الأمهات تصل إلى ١٣,٥%، فى حين لم تورد الأرقام الرسمية فى أى من الموقعين وجود أى حالة وفاة مرتبطة بالإجهاض.[٥ – ٧] ولو أضفنا إلى هذه النسبة حالات الانتحار لأسباب متعلقة بالإجهاض فستصل نسبة الإجهاض كسبب فى وفيات الأمهات إلى ١٨,٩% فى الموقعين معًا، وإلى ٢١,٧% فى موريلوس وحدها. بمراجعة حالات الوفاة التى حدثت فى الأثلوث الثانى اتضح وجود عدد من الأسباب المشتركة ألا وهى النزيف، واستئصال الرحم، تجلط الدم المنتشر فى الأوعية (حالة تنتج عن استهلاك لكل من عوامل التجلط بالدم والصفائح الدموية، بسبب حدوث العدوى أو نقص الأكسجين بالدم أو النزيف الشديد). كل حالات الوفاة التى حدثت فى الأثلوث الثانى كانت فى مستشفى أو عيادة خاصة، وفى كل حالة كانت هناك محاولة للتدخل من جانب طبيب أمراض نساء وتوليد. لم تحدث أى من تلك الحالات فى المنزل أو دون الاستفادة من العلاج الطبى. لذلك فحالات الوفاة هذه تبرز الحاجة إلى المزيد من التدريب، وموارد أكبر، وتحسين الوعى بمضاعفات إنهاء الحمل فى الأثلوث الثانى.

كان عدد حالات الوفاة التى فحصناها فى نيزاهوالكويوتل أقل من تلك التى فحصناها فى موريلوس. وكانت المعلومات الواردة فى شهادات الوفاة الصادرة فى موريلوس، فقيرة بوجه عام أو غائبة، ولهذا السبب تحديدًا كان عدد الشهادات التى صنفناها على أنها وفاة يحتمل حدوثها لأسباب متعلقة

**مناقشة**

توضح هذه الدراسة الحاجة لتوخى الحرص عند تفسير بيانات شهادات الوفاة الخاصة بوفيات الأمهات. التكويد وفقًا للتصنيف الدولى العاشر للأمراض فى حالات الإجهاض لم يتسق مع التشخيص الوارد فى شهادة الوفاة ولا مع التشريح اللفظى. فى حالات وفيات الأمهات الأخرى لم تتم الإشارة بشكل واضح إلى هذا الاختلاف أو يجرى تقييمه، على الرغم من أننا وجدنا حالات خطأ فى تصنيف أسباب أخرى لوفيات الأمهات أيضًا.

كانت نسبة التقدير المنخفض عن الحقيقى لوفيات الأمهات فى الموقعين معًا ١٣,٥ % (٣٧/٥) على الرغم من أن الرقم كان أعلى فى موريلوس ٢١% (٢٣/٥) ولم تكن هناك وفيات أمهات إضافية فى نيزاهوالكويوتل. وقد أظهرت دراسات تشريح لفظى أخرى أجريت فى المكسيك وجود تقدير أقل من الحقيقى بنسبة ٨% فى كويريتارو (١٩٩٥)، و٢٢% فى سان لويس بوتوسى (١٩٩٥)، و٢٧% فى جويريرو (١٩٩٥).[١٢] وقد أوضحت دراسة أقدم أجريت فى مكسيكو سيتى ١٩٨٩ أن نسبة التقدير الأقل من الحقيقى كانت آنذاك ٣٩,٧%، فى حين أظهرت دراسة أخرى أجريت على موريلوس ١٩٩٠ أن النسبة كانت ٣٧,٥%.[١٨، ٢٩] ويشى هذا الرقم الأخير بتناقص مستوى التقدير الأقل من الحقيقى فى تقدير وفيات الأمهات فى موريلوس. ولكن مما له دلالات مهمة أننا لم نجد وفيات أمهات جديدة فى نيزاهوالكويوتل، وهو ما سوف نناقشه فيما بعد.

على الرغم من التناقص البادى فى التقدير الأقل من الحقيقى لوفيات الأمهات، لا يبدو أن الوضع كان كذلك فى الوفيات الناجمة عن الإجهاض. فقد توصلنا فى دراستنا إلى أنه كان هناك تقدير أقل من الحقيقى فى الوفيات المرتبطة بالإجهاض (الحقيقة أنه لم تكن هناك وفيات مرتبطة بالإجهاض فى الأوراق الرسمية) وذلك بسبب خطأ التصنيف أكثر من كونه بسبب عدم الإبلاغ. بيد أن التقدير الأقل من الحقيقى للوفيات



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

على التعليم هى العامل الواقى الوحيد.[١٢]

المحدوديات التى اقترنت بدراستنا أملتها صعوبة دراسة حالات الإجهاض نظرًا للحساسية الشديدة التى يتسم بها هذا الموضوع، فضلاً عن بعض التحديات العملياتية. وعلى الرغم من أن التشريح اللفظى سمح لنا بالتوصل إلى العديد من المعلومات الاستنتاجية حول عمليات الإجهاض وكذلك ضبط أرقام وفيات الأمهات، فإن أيًا من مصادر معلوماتنا لم يستطع أن يؤكد "بشكل قاطع" حدوث إجهاض متعمد على وجه اليقين. وللإجهاض بالذات خصوصية تتمثل فى أن خطأ التصنيف لا ينجم عادةً عن خطأ فى التشخيص، ولكن بالأحرى عن رغبة فى ستر حقيقة سبب الوفاة. وهو أمر ليس بالمستغرب فى ظل الوضع القانونى للإجهاض فى المكسيك.

وقد وجدنا أن النساء من الأقارب والأصدقاء كن مصادر معلومات أفضل من الرجال. ولكن، على الرغم من أننا حاولنا دائمًا التحدث إلى امرأة من الأقارب أولاً، كما تقترح دراسات التشريح اللفظى الأخرى، فإن تلك المقاربة لم تكن فعّالة دائما، وفى بعض الأحيان لم تكن تلك القريبة المصدر الأكثر موثوقية للمعلومات.[١٢] هذا فضلاً عن أنه فى حالات الوفاة المرتبطة بالإجهاض، وخاصة حالات الانتحار وحالات العنف الأخرى، لم يكن أعضاء الأسرة، فى العادة، المصدر الأجدر بالاعتماد عليه أو الأكثر اتساقًا فى المعلومات. وفى حالات انتحار البالغات، بالذات، لم تكن الأم أفضل مصدر للمعلومات، وكان من المهم أن نعيد النظر فى من يمكن أن يكون المصدر الأجدر بالثقة للمعلومات.

للأسف الشديد، فنظرًا للتعريف الصارم لوفيات الأمهات فى التصنيف الدولى العاشر للأمراض ، كان من المستحيل تقييم مدى مساهمة الانتحار المرتبط بالإجهاض فى الوفيات المرتبطة به، خاصة بين المراهقات، حيث أن هناك ميلاً إلى تصنيفها على أنها انتحار فقط. بالإضافة إلى حالات الانتحار هذه، توصلنا أيضًا إلى إن العنف المنزلى يعتبر من الأسباب بالأمومة فى موريلوس يفوق مثيلتها فى نيزاهوالكويوتل بـــ ٢٨%. وتستحق منا العوامل التى ساهمت فى وجود اختلافات فى وفيات الأمهات وسوء تصنيف فى الموقعين المزيد من الدراسة. على الرغم من أن الدراسة لم تصمم ونحن نضع هذا الأمر فى أذهاننا، وخلافًا لما توقعناه، فإن عددًا أكبر من حالات الوفاة المختارة، حدثت فى البيت فى نيزاهوالكويوتل (٦٠%) مقارنة بموريلوس (٤٠%)؛ وكان هناك عدد مماثل من شهادات الوفاة المختارة أكملها الطبيب المعالج فى كل موقع (نيزاهوالكويوتل ٢٤%، وموريلوس ٢٧%). ولكن ذلك لا يفسر اختيار عدد شهادات أقل فى نيزاهوالكويوتل. ربما يكون السبب حصول من ملأوا بيانات الشهادات فى نيزاهوالكويوتل (حضرية أكثر مقارنة بموريلوس) على تدريب وإشراف أفضل.

هناك عامل مهم آخر ساهم فى خطأ تصنيف الوفيات المرتبطة بالإجهاض فى الموقعين، هو عدم ذكر مدة الحمل فى معظم الشهادات. ونتيجة لذلك تم تصنيف وفيات الأمهات المرتبطة بالإجهاض خطأ على أنها وفيات أمهات فى الأثلوث الثالث وليس وفيات أثلوث ثانٍ مرتبطة بالإجهاض.

كانت نساء موريلوس أقل وصولاً إلى الرعاية أو يحصلن على رعاية أقل جودة مقارنة بمثيلاتهن فى نيزاهوالكويوتل الواقعة على حدود مكسيكو سيتى. ومن مظاهر ذلك على سبيل المثال أن العيادات الحكومية الريفية يعمل بها أطباء أقل خبرة من العاملين فى العيادات الحضرية. لذلك، تقل ثقة أهل موريلوس فى الخدمات الصحية الحكومية بينما يعتمدون بشكل أكبر على القابلات التقليديات وغيرهن من مقدمات الرعاية غير الماهرات فى حالات أمراض النساء الطارئة أو المضاعفات الحادة. هذا فضلاً عن أن المتوفيات فى موريلوس كن على حظ أقل من التعليم ودرجة أكبر من الفقر من مثيلاتهن فى نيزاهوالكويوتل. وقد توصلت دراسة حالة ضابطة على وفيات الأمهات أجريت فى ثلاث ولايات أخرى بالمكسيك إلى أن درجة الحصول



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

نسبة انخفاض لتقدير وفيات الأمهات أقل مما توصلت إليه الدراسات السابقة.[١٢، ١٨، ٢٩] وثانيهما أننا لم نعثر على أية حالة تقدير أقل من الحقيقى لوفيات الأمهات فى نيزاهوالكويوتل، وهو ما يعنى وجود تحسن فى نوعية تصنيف شهادات الوفاة وتكويدها.

بشكل عام، من المثير أننا وجدنا حالات وفاة مشكوك فى حدوثها بسبب الإجهاض فى الأثلوث الثانى، فى حين لم نجد أى حالة لوفاة فى الأثلوث الأول بسبب الإجهاض المتعمد غير الآمن. وعلى الرغم من أن ذلك ربما نجم عن محدوديات تقنيات التشريح اللفظى، فربما يعكس أيضًا تحولاً فى أمان أساليب إنهاء الحمل فى الأثلوث الأول. لقد جرت مؤخرًا بعض النقاشات حول تأثير عقار الميزوبروستول على مراضة الأمهات ووفياتهن فى أمريكا اللاتينية. وقد أظهرت دراسة أجريت على نساء عولجن من مضاعفات ما بعد الإجهاض فى البرازيل أن مضاعفات ما بعد الإجهاض تقل عند النساء اللاتى خضعن لإجهاض متعمد باستخدام الميزوبروستول.[٣٢] وقد أكدت مجموعات النقاش البؤرية مع أخصائيى أمراض النساء والتوليد فى البرازيل رأى الأطباء القائل بأن استخدام العقار يقلل مضاعفات الإجهاض.[٣٣] العقار متوفر ومستخدم فى الإجهاض فى المكسيك، ولكن لم تُنشر حتى الآن تقارير متعلقة بمدى انتشاره.[٣٤] من المحتمل أيضًا أن يكون القائمون بالإجهاض فى المكسيك الآن مدربين أكثر مما كان عليه الحال فى الماضى، وأنهم يستخدمون تقنيات أكثر أمنًا فى الإجهاض الجراحى فى الأثلوث الأول، فيقلصون بذلك عدد الوفيات المرتبطة بالإجهاض. وربما يكون هناك سبب آخر أيضا، وهو تأثير نحو ٢٠ عامًا من برامج رعاية ما بعد الإجهاض فى المكسيك، والتى كان هدفها تحديدًا معالجة مضاعفات الإجهاض غير الآمن من أجل تقليص الوفيات الناجمة عنه.[٣٥]

من شأن ترويج النقاش العام الموضوعى الجارى حول الإجهاض وعواقبه أن يقلل من التحيزات الاجتماعية المهمة للوفاة بين النساء فى فترتى الحمل والنفاس، ونعتقد أن هذين السببين يجب اعتبارهما سببين غير مباشرين لوفيات الأمهات.

هناك صعوبة عملياتية أخرى واجهتنا، تتمثل فى الاطلاع على السجلات الطبية، خاصة فى العيادات الخاصة. فعلى الرغم من توفر الملفات الطبية، بوجه عام، واحتوائها على معلومات إضافية قيمة، فإن الحالة لم تكن كذلك دائمًا. ويرجع ذلك إما إلى عدم إمكانية تحديد مكان بعض السجلات أو لعدم السماح لنا بالاطلاع عليها. وهو أمر مهم فى بلد مثل المكسيك لا تخضع فيها الممارسة الخاصة لضوابط وتتسم نوعية الرعاية فيها بالضعف فى معظم الأحيان. هناك أيضا محدودية أخرى متعلقة بتصميم الدراسة. فنظرا لمحدودية الموارد لم نستطع الاتصال إلا بأعضاء الأسرة أو بالجيران المقيمين فى موقعى الدراسة. وهو ما يعنى أننا لم نستطع دراسة حالات الوفاة التى وقعت فى الموقعين محل الدراسة لنساء كن تعشن فى مواقع أخرى (رغم أن تلك الحالات كانت قليلة فى الموقعين). ولكن، نظرًا لأن الإحصائيات الحكومية المنشورة عن وفيات الأمهات تشمل كل الوفيات التى حدثت فى أى موقع، بغض النظر عن محل الإقامة، كان علينا أن نقارن نتائجنا بالأرقام الرسمية المختارة عند حساب انخفاض التقدير عن الرقم الحقيقى.

أخيرًا، على الرغم من استخدامنا قائمة شاملة لشهادات الوفاة الواردة بها أسباب الوفاة لاختيار الحالات التى سندرسها، فربما فاتتنا بعض الحالات التى صنفت على أنها أسباب بعيدة تمامًا عن مجال دراستنا. وللتغلب على ذلك، ربما كان الحل الوحيد أمامنا، رغم تكلفته العالية للغاية واستحالته لوجيستيًا، هو القيام بتشريح لفظى لكل حالات الوفاة التى وقعت للنساء فى سن الإنجاب، كما تقترح منهجية راموس (مسح الوفيات فى سن الإنجاب).[٣١] على أن القيام بذلك لا يتوقع أن يؤدى إلى اختلافات ذات بال فيما يتعلق بانخفاض التقدير عن الرقم الحقيقى، وذلك لسببين: أولهما أن دراستنا استخدمت معيار تضمين أوسع وتوصلت إلى



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

فرناندیز، مدیر خدمات الطب الشرعی بوزارة الصحة، وخوان مانویل کاسترو، مدیر خدمات الصحة بوزارة الصحة، وکارلوس ألفاریز المدیر العام لإدارة الوبائیات بوزارة الصحة. ونشکر أیضا سلطات الهیئة المکسیکیة للتأمین الاجتماعي بولایتی مکسیکو وموریلوس، ونشید بدعم مینیرفا رومیرو وإیسیلا أکینو.

ولکن یتعین علی العاملین بمجال الصحة المسئولین عن معالجة أسباب الوفاة، ورفع التقاریر عنها وتکویدها أن یصنفوا الوفیات الناجمة عن الإجهاض علی أنها کذلك. إن تردد العاملین بالمستشفیات فی إتاحة السجلات الطبیة وتردد الأطباء فی مناقشة الحالات، خاصة حالات الوفاة المرتبطة بالإجهاض فی الأثلوث الثانی، إنما یؤکد عدم ارتیاحهم للاعتراف بارتباط الإجهاض بالوفاة، ومن ثم تصنیف تلك الوفیات بدقة.

یحتاج العاملون فی المجال الصحی، خاصة فی المناطق الریفیة، إلی تدریب أفضل علی عملیات التوسیع والتفریغ وإدارة الإجهاض فی الأثلوث الثانی. لذلك، یجب التفکیر فی حملة تهدف إلی توعیة الأطباء والقائمین علی التسجیل بکیفیة التسجیل الصحیح لشهادات الوفاة، مع الاهتمام أکثر بعدد أسابیع الحمل عند تصنیف وفیات الأمهات. ما لم یتم الاعتراف الکامل بالوفیات المرتبطة بالإجهاض ستتزاید صعوبة تقلیص وفیات الأمهات، لأن السلطات لن تکون لدیها بیانات دقیقة تستطیع الاستناد علیها فی تخصیص الموارد والتدریب علی نحو مناسب.

**شکر**

جاءت هذه الدراسة ثمرة لتعاون مشترك بین المعهد الوطنیللصحة العامة بالمکسیك وإدارة الوبائیات بوزارة الصحة، والمکتب الإقلیمی للمجلس الدولی للسکان فی أمریکا اللاتینیة والکاریبي. دعمت هذه الدراسة منحة مؤسسة دیفید ولوسیل باکارد رقم 2000-11203 للمجلس الدولی للسکان. ونود أن نتقدم بالشکر إلی السلطات الصحیة بولایات مکسیکو، وموریلوس، ومکسیکو سیتي. ونخص بالشکر فی ولایة مکسیکو: جریجوریو إسکامیا، رئیس الصحة العامة فی نیزاهوالکویوت، وأوجستین مندوزا بیسیریل، نائب مدیر خدمات الطب الشرعي فی نیزاهوالکویوتل، وفرناندو جیمینیز، مدیر إدارة الوبائیات. ومن مکسیکو سیتی نخص بالشکر: خورجی لارا، من قسم الإحصائیات بوزارة الصحة، وخوسیه رامون



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

## قائمة المراجع:

## References


1. WHO /UNFPA/UNICEF/World Bank Statement. Reduction of maternal mortality. Geneva: WHO, 1999.
2. World Bank Group. World Development Indicators. Data Query for 2001. At: <http:// devdata.worldbank.org/ data-query>. Accessed 1 October 2003.
3. World Health Organization. Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF. Geneva: WHO, 1996.
4. Lozano R, Herna´ndez B, Langer A. Factores sociales y econo´micos de la mortalidad materna en Me´xico. In: Elu MC, Langer A, editors. Maternidad sin Riesgos en Me´xico. Me´xico DF: IMES, 1994. p.43–52.
5. Secretarý´a de Salud, Direccio´n General de Salud Reproductiva. Mortalidad Materna de los Estados Unidos Mexicanos 1980–1999. Me´xico DF: INEGI/ SSA, 2001.
6. Lezana M. Evolucio´n de las tasas de mortalidad materna en Me´xico. In: Elu M, Pruneda E, editors. Una nueva mirada a la mortalidad materna en Me´xico. Mexico D7: Comite´ Promotor por una Maternidad sin Riesgo en Me´xico, 1999. p.53–70.
7. Estadý´sticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva, Me´xico, 2002. Salud Pu´ blica de Me´xico 2004;46(1):75–88.
8. Paxman J, Rizo A, Brown L, et al. The clandestine epidemic: the practice of unsafe abortion in Latin America. Studies in Family Planning 1993;24(4): 205–26.
9. Alan Guttmacher Institute. Aborto Clandestino: Una Realidad Latinoamericana. New York: Alan Guttmacher Institute, 1994.
10. Consejo Nacional de Poblacio´n. Ejecucio´n del Programa de Accio´n de la Conferencia Internacional sobre la Poblacio´n y el Desarrollo. Me´xico: CONAPO, 1999.
11. Ronsmans C, Campbell O. Verbal Autopsies for Maternal Deaths. London: School of Hygiene and Tropical Medicine, 1994.
12. Langer A, Herna´ndez B, Garcý´a C, et al. Identifying interventions to prevent maternal mortality in Me´xico: a verbal autopsy study. In: Berer M, Ravindran TKS, editors. Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues. London: Reproductive Health Matters, 2000. p.127–36.
13. Ioan N, Langer A, Herna´ndez B, et al. The aetiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us? Bulletin of World Health Organization 2001;79(9):805–10.
14. World Health Organization. Beyond the Numbers:Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer. Geneva: WHO, 2004.
15. Shrivastava SP, Anjani K,Arvind K. Verbal autopsy determined causes of neonatal deaths. Indian Pediatrics 2001;38:1022–25.
16. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases andRelated Health Problems. 10th review. Geneva: WHO, 1993.
17. Puffer R, Griffith G. Caracterý´sticas de la mortalidad urbana. Washington DC: PAHO, 1967.
18. Herna´ndez B, Langer A, Romero M, et al. Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado de Morelos, Me´xico. Salud Pu´ blica Me´xico 1994;36(5):521–28.
19. Reyes S. Mortalidad Materna en Me´xico. Me´xico DF: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1994.
20. Subsecretarý´a de Planeacio´n, Direccio´n General de Estadý´stica e Informa´tica de la Secretarý´a de Salud. Mortalidad Materna 1998. Me´xico, DF: Secretarý´a de Salud, 1998.
21. Mun˜ oz L, N˜ an˜ ez H, Becerra E, et al. Mortalidad materna en el Instituto Materno-Infantil de Bogota´ (1976–1980). Revista de la Facultad de Medicina 1985;39(4):331–51.
22. LaGuardia K, Rothoz M, Belfort P. A 10-year review of maternal mortality in a municipal hospital in Rio de Janeiro: a cause for concern. Obstetrics and Gynecology 1990;75(1):27–32.
23. Gray R, Smith G, Barss P. The use of verbal autopsy methods to determine selected causes of death in children. Baltimore: Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, 1990.
24. Ronsmans C, Vanneste A, Chakraborty J, et al. A comparison of three verbal autopsy methods to ascertain levels and causes of maternal deaths in Matlab, Bangladesh. International Journal of Epidemiology 1998;27(4): 660–66.
25. World Health Organization. Putting Women's Safety First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence against Women. Geneva: WHO, 2001.
26. World Health Organization.Verbal Autopsy for Maternal Deaths. Geneva: WHO, 1995.
27. Espinoza H, Herna´ndez B, Campero L, et al. Muertes maternas por aborto y por violencia en Me´xico: narracio´n de una experiencia en la formulacio´n e implementacio´n de una metodologý´a de investigacio´n. Perinatologý´a y Reproduccio´n Humana 2003;17(4):193–204.
28. Secretaria de Salud, Direccio´n General de Epidemiologý´a, Reporte de Muertes Maternas, Documento interno, 2003.
29. Langer A, Hernandez B, Romero M. Study of underestimation of maternal mortality in Morelos. Final Report. INSP, 1993.
30. Espinoza H, Camacho V. Maternal death due to domestic violence. Revista Panamericana de Salud Pu´ blica/Pan American Journal of Public Health. (Forthcoming 2005)
31. University of North Carolina at Chapel Hill. MEASUREEvaluation. Reproductive Age Mortality Survey (RAMOS). Chapel Hill: publications/tools/cmnht/ t20_abstract.html>. www.cpc.unc.edu/measure/ University of North Carolina at Chapel Hill, 2003. At:< Accessed 15 October 2003.
32. Costa S, Vessey M. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. Lancet 1993;341(8855):1258–61.
33. Barbosa R, Arilha M. The Brazilian experience with Cytotec. Studies in Family Planning 1993;24(4):236–40.
34. Espinoza H, Abuabara K, Ellertson C. Physicians' knowledge and opinions about medication abortion in four Latin American and Caribbean region countries. Contraception 2004;70(2):127–33.
35. Greenslade FC, Jansen WH. Post-abortion care services: an update from PRIME. Resources for Women's Health. Ipas/ PRIME, 1998.




This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الانجابية ٢٠٠٨©

# مضاعفات الإجهاض غير الآمن

## دراسة حالة

## الحاجة إلى إصلاح قانون الإجهاض فى نيجيريا

**بونيفاس أويى-أدينيران، أوجستين أوموه، ستيف ناتو**

**ترجمة: أحمد محمود**

**ملخص:**

مضاعفات الإجهاض غير الآمن مسئولة عن ٣٠-٤٠٪ من وفيات الأمهات فى نيجيريا. وتعرض هذه الورقة حالة إجهاض غير آمن بالتوسيع والكحت أجراها ممارس طبى فى عيادة خاصة على فتاة عزباء فى الثانية والعشرين من عمرها فى لاجوس بنيجيريا. كانت الفتاة فى الأسبوع السادس عشر من الحمل. وقد عانت من مضاعفات ممثلة فى ثقب جدار المهبل فى تجويف البطن (الحيز ما بين الرحم والمثانة) بحيث أدى إلى خروج أجزاء من الأمعاء الدقيقة المصابة بالغرغرينة متدلية من المهبل. وتم الحصول على المعلومات المدونة فى سجلها وسجل غرفة العمليات. وقد أجرى استئصال الجزء المصاب بالغرغرينة ثم وصل باقى الأمعاء الدقيقة واضطرت للبقاء فى المستشفى لمدة أسبوعين، حيث استكملت شفاءها. ويصاحب الإجهاض غير الآمن العديد من المضاعفات ومنها التعفن فى الحوض، والتسمم الدموى الجرثومى، والنزيف، والفشل الكلوى، وثقب الرحم وغيرها من إصابات الجهاز التناسلى، وإصابات الجهاز الهضمى. وعندما لا يتوافر علاج الطوارئ المتخصص لمثل تلك الحالات تموت النساء؛ فعمليات الإجهاض غير الآمن، ومقدمو خدمة الإجهاض غير المدربين، والقوانين المقيدة، وارتفاع معدل المراضة والوفيات نتيجة للإجهاض غالبًا ما تأتى مجتمعةً. ونحن ندعو إلى مراجعة القوانين المقيدة الحالية فى نيجيريا لتقليل معدل المراضة والوفيات المرتفع نتيجة للإجهاض غير الآمن.

Complications of Unsafe Abortion: A Case Study and the Need for Abortion Law Reform in Nigeria
Boniface A Oye-Adeniran, Augustine V Umoh, Steve NN Nnatu,
*May* 2002;10(19):18–21
جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الانجابية ٢٠٠٢©

**كلمات مفتاحية:**

الإجهاض السرى وغير الآمن؛ مراضة ووفيات الأمهات؛ مقدمو خدمات الإجهاض؛ نيجيريا.

---

قسم أمراض النساء والتوليد بمستشفى جامعة لاجوس التعليمى، لاجوس، نيجيريا

البريد الإلكترونى: oye@beta.linkserve.com و bonifaceoye@yahoo.com



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

مستشفى الجامعة. إلا أن المريضة ذهبت إلى بيتها بدلاً من ذلك خوفًا من دخول مؤسسة عامة.

بينما كانت تتناول الطعام فى البيت أصيبت بنوبة سعال، ومع كل مرة تسعل فيها كانت تلاحظ تزايد خروج كتلة من مهبلها. ذهبوا بها إلى مركز طوارئ أمراض النساء وهى تشعر بألم فى البطن مع نزيف بسيط من المهبل كذلك. وقالت إنها أجرت عملية إجهاض متعمد (لحمل مدته ستة أسابيع) فى العام السابق ولم تحدث مضاعفات.

عند توقيع الكشف عليها اتضح أنها تعانى من جفاف بسيط وشحوب، بينما النبض طبيعى بمعدل ٨٤ نبضة فى الدقيقة، وكان ضغط الدم ١٢٠ على ٧٠. لم يكن بطنها منتفخًا، وكان طول الرحم فى حجم ١٦ أسبوعًا ولم تكن أصوات الأمعاء مسموعة. كانت هناك لفات من الأمعاء الدقيقة المصابة بالغرغرينة بارزة من المهبل (صورة رقم ١). وتم التشخيص على أنه ثقب فى الرحم خرجت منه الأمعاء الدقيقة. وجرى إنعاشها بواسطة تركيب المحاليل والمضادات الحيوية فى الوريد، كما أُجريت لها عملية استكشاف للبطن كحالة طوارئ.

وأثناء الجراحة عُثر على ثقب فى الحيز الرحمى المثانى خرجت منه الأمعاء الدقيقة. وكان الرحم لا يزال سليمًا ولم يُشاهد إصابات أخرى. أعيد الجزء المصاب بالغرغرينة من الأمعاء الدقيقة إلى تجويف البطن عبر الثقب وأجريت له عملية استئصال ووصل. كما تم إصلاح الثقب الذى فى الحيز الرحمى المثانى. وأثناء تحضيرها للولادة بالحث (كما ينبغى فى حالة الحمل فى الشهور ٤-٦)، طردت المريضة منتجات الحمل تلقائيًا بعد العملية بثلاثة أيام وأجرى تفريغ بواسطة الشفط اليدوى. وقد أعطيت المضادات الحيوية المناسبة، وشُفيت بشكل جيد وخرجت من المستشفى بعد أسبوعين من دخولها. كما قُدِّمت لها المشورة بخصوص وسائل منع الحمل وحُوِّلت إلى

يقدر أن هناك حوالى ٥٣ مليون حالة حمل تُنهى بالإجهاض المتعمد كل عام فى أنحاء العالم [٢]، بينما تشير التقديرات إلى أنه تُجرى فى نيجيريا ٦١٠ ألف حالة إجهاض سنويًا [٣]. وهناك اعتقاد بأن عددًا كبيرًا من عمليات الإجهاض تلك يجريها الأطباء فى نيجيريا ويُفترض بصفة عامة أن تكون آمنة نسبيًا [٣ و٤]. ومع ذلك تظل عمليات الأجهاض غير الآمنة همًا كبيرًا من هموم الصحة الإنجابية فى نيجيريا وفى كل أنحاء العالم النامى فى واقع الأمر [٣]. كما أنها مساهم أساسى فى وفيات الأمهات؛ ذلك أنها مسئولة عما يتراوح ما بين ٣٠-٤٠٪ من وفيات الأمهات فى نيجيريا وواحدة من بين كل ثمانى وفيات أمهات فى الجزء الغربى من إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ككل [٣،٥] فى نيجيريا، الإجهاض مسموح به قانونيًا فقط لإنقاذ حياة امرأة. والواقع أن الكثير من عمليات الإجهاض يجريها مقدمو خدمات الإجهاض غير المهرة، كما تبين الحالة التالية التى أُبلِغ عنها.

**تقرير الحالـــــة**

أُدخلت فتاة عزباء فى العشرين من عمرها ليس لديها أطفال قسم الحوادث والطوارئ فى مستشفى جامعة لاجوس التعليمى فى شهر يناير من عام ٢٠٠٠ ، بعد مضى تسع ساعات على بروز كتلة من المهبل. والمعلومات الواردة هنا تم الحصول عليها من ملاحظات الحالة وسجل غرفة العمليات.

كانت الفتاة قد حاولت فى وقت سابق من ذلك اليوم إجراء إجهاض لحمل مدته ١٦ أسبوعًا بالتوسيع والكحت فى مستشفى خاص، إلا أنها لم تستجب جيدًا للتخدير (كيتامين)، وأدت محاولة إدخال الأدوات فى المهبل لإجراء العملية إلى ما يشتبه فى أنه ثقب فى الرحم. وتوقف إجراء العملية فى أعقاب ذلك وتم تحويل المريضة إلى مركز طوارئ أمراض النساء فى



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

خائفة من التحويل إلى مستشفى حكومى.

تظل قضية الإجهاض قضية حساسة فى بلدنا، حيث تمثل معضلة أخلاقية معقدة. إلا أنه فى كل المجتمعات، بغض النظر عن وضع الإجهاض القانونى أو الأخلاقى أو الثقافى، هناك نساء سوف يسعين إلى إنهاء حملهن غير المرغوب فيه [١٠]. وبينما يمكن أن يمنع الاستخدام الصحيح والمستمر لوسائل منع الحمل عالية الكفاءة حدوث الحمل غير المرغوب فيه بشدة وتقلل بصورة كبيرة الحاجة إلى الإجهاض، فهى لا يمكن أن تقضى على هذه الحاجة [١١ و١٢]، كما أن معظم النساء والرجال النيجيريين لم يصلوا بعد إلى هذا المستوى من استخدام وسائل منع الحمل [١٣].

نتيجةً لأسباب كهذه ولكى نمنع المراضة الخطيرة الواردة فى هذا التقرير التى تكلف النساء الكثير من صحتهن وتكلف الخدمة الصحية نفسها الكثير، يدعو الكثيرون إلى ضرورة إصلاح قانون وسياسة الإجهاض الحاليين، وضمان توفير خدمات الإجهاض الآمن لكل من تحتاجها من النساء، وكذلك تدريب مقدمى خدمة الإجهاض [١١ و١٤]. وغالبًا ما تجتمع عمليات الإجهاض غير الآمن، ومقدمو خدمة الإجهاض غير المدربين، والقوانين المقيدة [١٤]. ولذلك فمن الضرورى إجراء مراجعة للقوانين المقيدة الحالية فى نيجيريا للحد من ارتفاع معدل المراضة والوفيات الناجمة عن الإجهاض غير الآمن.

عيادة قسم تنظيم الأسرة للحصول على الخدمات.

**تعليـــــق**

تصاحب الإجهاض غير الآمن مضاعفات عديدة منها تعفن الحوض، والتسمم الدموى الجرثومى، والنزيف، والفشل الكلوى، وثقب الرحم وغيرها من إصابات الجهاز التناسلى، وإصابات الجهاز الهضمى. وعندما لا يتوافر علاج الطوارئ المتخصص لتلك الحالات تحدث الوفاة [٦ و٧]. وتلقى هذه الحالة من الإجهاض المتعمد المصحوبة بإصابة فى الأمعاء الضوء على مشكلات الإجهاض غير الآمن الدائمة فى نيجيريا. وإصابة الأمعاء من المضاعفات الخطيرة التى تعرِّض الحياة للخطر فى حالة مثل هذه [٦]، مع أن حدوثها فى هذه الفتاة كان بصورة غير عادية. مثل هذه المضاعفات تحدث عند إجراء الإجهاض بشكل سيء، وخاصةً عندما يقوم به أفراد غير مدربين فى ظروف غير صحية [٧]. وبينما تُجرى أعداد كبيرة ومتزايدة من عمليات الإجهاض بواسطة الأطباء العيادات والمستشفيات الخاصة عادةً [٢ و٨ و٩]، فلابد من إجراء هذه العمليات فى ظروف تتسم بالسرية وغالبًا ما يكون تدريب الأطباء الذين يقومون بها أقل من الأمثل أو غير موجود بالمرة. ويحدث هذا عندما يكون القانون مقيِّدًا، كما هو الحال فى نيجيريا. ويقدم تقرير هذه الحالة نموذجًا واضحًا، حيث حاول مقدم الرعاية إنهاء الحمل فى الشهور الثلاثة الثانية بالتوسيع والكحت، ولم يأخذ المريضة مباشرةً إلى مركز التحويل أو يرتب على الأقل نقلها على الفور، وبعد ذلك كانت المريضة

## قائمة المراجع:

References


1. Medical methods of termination ofpregnancy – A report of a WHO Scientific Group. World Health Organization Technical Report Series. Geneva: WHO; 1997.
2. Henshaw SK, Singh S, Oye-Adeniran BA, et al. The incidence of induced abortion in Nigeria. Int Family Plan Perspect 1998;24(4):156–64.
3. Adewole IF. Trends in postabortal mortality and morbidity in Ibadan, Nigeria. Int J Gynecol Obstetrics 1992;38(2):115–8.
4. Okonofua FE, Odimegwu E, Ajabor H, et al. Assessing the prevalence and determinants of unwanted pregnancy and induced abortion in Nigeria. Stud Family Plan 1999;30(1):67–77.
5. Whitaker C, Germain A. Safe abortion in Africa: ending the silence and starting a movement. Afr J Reprod Health 1999;3(2):7–10.
6. Megafu U. Bowel injury in septic abortion: the need for a more aggressive approach. Int J Gynecol Obstetrics




This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

1980;450–453.
7. Aimakhu VE. Abortions. Tropic J Obstetrics Gynaecol 1995;12(Suppl 1): 72–6.
8. Makinwa-Adebusoye P, Singh S, Audam S. Nigerian health professionals' perceptions about abortion practice. Int Family Plan Perspect 1997;23(4):155–61.
9. Thapa S, Padhye SM. Induced abortion in urban Nepal. Int Family Plan Perspect 2001;27(3): 144–7.
10. Tadesse E, Yoseph S, Gossa a Muletta E, et al. Illegal abortions in Addis Ababa, Ethiopia. East Afr Med J 2001;78(1):25–9.
11. Singh K, Ratnam SS. The influence of abortion legislation on maternal mortality. Int J Gynecol Obstetrics 1998;63(Suppl 1): S123–9.
12. Maine D, Karkazis K, Bolan N. The bad old days are still here: abortion mortality in developing countries. J Am Med Women's Assoc 1994;49(5):137–42.
13. Otolorin EO. Reproductive health in Nigeria: an overview. Dokita Symposium Proceedings, June 1997. p. 1–9.
14. Berer M. Making abortions safe: a matter of good public health policy and practice. Bull World Health Organization 2000;78(5):580–92.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الانجابية ٢٠٠٨©

# استعمال الحق فى الحياة لمواجهة الإجهاض غير الآمن فى أفريقيا

كيبروم تكليهيمونت*

**ترجمة: هشام شتلة**

**ملخص:**

الإجهاض غير الآمن أحد الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات فى أفريقيا. هناك مقاربتان محتملتان فى القانون الدولى لحقوق الإنسان لمعالجة مشكلة الإجهاض غير الآمن. إحداهما الدعوة للحق فى الخصوصية، الذى يعنى أن الدول يجب أن تمتنع عن التدخل فى قرارات النساء فيما يتعلق بالاجهاض؛ والأخرى هى الدعوة إلى حق النساء فى الحياة، والذى يؤكد على واجب الدول فى اتخاذ إجراءات إيجابية للتقليل من نتائج الإجهاض غير الآمن. إن المجتمعات الأفريقية مجتمعات عامة، والواجب هو العنصر الأساسى فيها. يعكس الميثاق الأفريقى لحقوق الإنسان والناس قيمًا عامةً عن طريق التأكيد على واجب الأفراد فى مساعدة مجتمعاتهم. وعلى خلاف وثائق حقوق الإنسان الأخرى، لا يضم الميثاق مادة خاصة للحق فى الخصوصية. تركز هذه الورقة بشكل رئيسى على الحق فى الحياة وتناقش تفسير هذا الحق للنساء، فيما ينطبق على الإجهاض غير الآمن، فى ظل العهد الدولى الخاص بالحقوق المدنية والسياسية. إن الدعوة لواجب الدول فى ضمان حق النساء فى الحياة، وتقليل النتائج المترتبة عن الإجهاض غير الآمن، أكثر اتساقًا مع القيم العامة الأفريقية القائمة على الواجب، عنها مع حق الخصوصية.

2- Using the Right to Life to Confront Unsafe Abortion in AfricaKibrom I eklehaimanot
*Volume 10, Issue 19, May 2002, Pages 143-150*

**الكلمات المفتاحية:** الإجهاض غير الآمن؛ حقوق الإنسان؛ المعتقدات / الأعراف / القيم؛ الدفاع والعملية السياسية؛ أفريقيا

---

* البرنامج الدولى لقانون الصحة الجنسية والإنجابية، كلية الحقوق، جامعة تورنتو، تورنتو، كندا. البريد الإلكترونى: kibrom99@hotmail.com



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

سببته الحرب العالمية الثانية. ففى نهاية الحرب، وبالتوازى مع مهمة إعادة البناء، أكد التفكير العالمى على احترام الحقوق الفردية للإنسان، عندما كانت الأعمال الوحشية التى ارتكبتها ألمانيا النازية ما تزال حية فى الأذهان [٤]. وفى عام ١٩٤٨، بعد ثلاث سنوات من مولد الأمم المتحدة، صدقت الجمعية العامة على الإعلان العالمى لحقوق الإنسان [٥].

عند تقرير كيفية وضع مبادئ الإعلان العالمى فى معاهدات ملزمة قانونا، انقسم أعضاء الأمم المتحدة آنذاك إلى مجموعتين [٦]، تعكسان المواجهة بين الأيديولوجيات الاشتراكية الرأسمالية لعصر الحرب الباردة. دعت الحكومات التابعة للولايات المتحدة الأمريكية إلى الحقوق المدنية والسياسية، بينما دعت البلدان التى كانت تحت قيادة الإتحاد السوفيتى السابق إلى الحقوق الثقافية والاجتماعية والاقتصادية. وبغرض التوفيق بين وجهات النظر المتنافسة تلك، صدقت الجمعية العامة أخيرا على عهدين منفصلين فى عام ١٩٦٦، العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية والعهد الدولى الخاص بالحقوق الثقافية والاجتماعية والاقتصادية [٧].

---

[*] من الحقوق العامة التى فرضتها محادثات الإجهاض: الحق فى الحياة والبقاء؛ حق الخصوصية، الحرية، والأمن؛ وحق الانتفاع من التقدم العلمى؛ الحق فى الحياة الخاصة والعائلية؛ وحق عدم التعرض إلى التمييز بسبب النوع أو الجنس. انظر (٢).

مع زيادة عمق فهم مفهوم حقوق الإنسان، تلت اتفاقيات دولية وإقليمية أخرى مختلفة الإعلان العالمى والعهدين. ومن بين تلك الآليات ذات العلاقة بمناقشة الإجهاض الآمن، اتفاقية القضاء على كل أشكال التمييز ضد النساء (اتفاقية المرأة) ، [٨] ، الميثاق الأفريقى لحقوق الإنسان والناس (الميثاق الأفريقى) ، [٩]

تطور الاهتمام السياسى بقضية الإجهاض عبر ثلاث مراحل: أولاً، كان القانون يستعمل لفرض "المنع الأخلاقى للإجهاض" فى القرنين التاسع عشر والعشرين. ثم، بدءًا من أوروبا، قدمت حجج الصحة العامة التى تركز على صحة ورفاهية المرأة. ومؤخرا، تمت الدعوة للإجهاض الآمن ضمن إطار حقوق الإنسان والعدالة الاجتماعية، بغرض مقاومة النتائج المترتبة على الموانع الجنائية للإجهاض الآمن[١]. عند مناقشة حقوق الإنسان فيما يتعلق والإجهاض، فإن التركيز يكون عادة على ثنائية انقسام بين "المناصرين للاختيار" / و"أنصار الحياة"، ويستند النقاش بشكل رئيسى على الفرضية الغربية للطبيعة الفردية للقيم الاجتماعية. ففى الولايات المتحدة الأمريكية، على سبيل المثال، استند الحكم الصادر فى قضية رو ضد وايد فى عام ١٩٧٣، والذى قضى بقانونية الإجهاض، على الحق فى الخصوصية، بينما استندت حجج منع الإجهاض التى قدمتها الحركة الغربية للدفاع عن الحياة على حق الجنين فى الحياة. مع ذلك، قد لا تعالج محاولة حل هذا الانقسام المشاكل المعينة للإجهاض غير الآمن فى أفريقيا بفاعلية، حيث تودى مضاعفات حالات الإجهاض غير الآمن بحياة عشرات الآلاف من النساء سنويًا، مؤدية الى قتل كل من المرأة الحامل والجنين. وفى أفريقيا، يؤثر الإجهاض غير الآمن وسياسة الإجهاض على المجتمع بالكامل وتثير اهتمامه.

تشمل قضية الإجهاض غير الآمن فى القانون الدولى لحقوق الإنسان عدة حقوق[*] تحميها آليات حقوق الإنسان المختلفة [٢]. يركز هذا المقال بشكل رئيسى على الحق فى الحياة ويناقش تفسير هذا الحق، طبقا لما ينطبق على الإجهاض غير الآمن، بموجب العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية [٣].

**حقوق الإنسان: نظرة عامة موجزة**

خرج المفهوم الحديث لحقوق الإنسان من الدمار الذى



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

على المواد ذات الصلة. وتقدم الدول الأطراف إلى اللجنة ملاحظاتها على التعليقات.

(*)الدول الأطراف: الجزائر، أنجولا، بنين، بوتسوانا، بوركينا فاسو، بوروندي، كاميرون، جزر الرأس الأخضر، جمهورية أفريقيا الوسطى، تشاد، الكونغو، ساحل العاج، جمهورية الكونغو الديمقراطية، مصر، غينيا الاستوائية، اريتريا، أثيوبيا، الجابون، غامبيا، غانا، غينيا، كينيا، ليسوتو، ليبريا، الجماهيرية العربية الليبية، ملاوى، مالى، موريشيوس، المغرب، موزمبيق، ناميبيا، النيجر، نيجيريا، رواندا، السنغال، سيشيل، سيراليون، الصومال، جنوب أفريقيا، السودان، توجو، أوغندا، جمهورية تنزانيا المتحدة، زامبيا، زمبابوى. انظر (١١).

بموجب المادة ٤١ (١) من العهد، يمكن لدولة طرف أن تقدم رسالة (التماس) تزعم فيها أن دولة طرف أخرى لا تفى بالتزاماتها بموجب العهد (إذا اعترفت الأخيرة باختصاص اللجنة فى نظر مثل هذه الرسائل). يحق للأفراد أيضا تقديم رسائل، طبقا للمواد ٢ – ٤، إلى اللجنة ضد أى انتهاك للحقوق المقررة فى العهد إذا كان بلدهم دولة طرف فى البروتوكول الاختيارى الأول للعهد [١٢]. يجب على الأفراد، على أى حال، استنفاذ كل سبل العلاج المتوفر قبل الكتابة إلى اللجنة. وإذا قررت اللجنة إدراج الرسالة، تحيط اللجنة الدولة المعنية بالادعاءات التى وصلت لها . تقوم الدولة الطرف بعد ذلك، خلال ستة أشهر، بتقديم بيانٍ مكتوبٍ إلى اللجنة، توضح فيه الأمر والخطوات التى تمت لإصلاحه، إن من شئ. يجب ألا تكون الرسالة مجهلة. من بين ٤٦ دولة أفريقية المصدقة على العهد، صادقت ٣٢ بلدا[*] على البروتوكول الاختيارى. وقد سمح هذا للمنظمات غير الحكومية بتقديم الرسائل إلى لجنة حقوق الإنسان بخصوص مشكلة الإجهاض غير الآمن.

**منهجان لحقوق الإنسان فيما يتصل والإجهاض غير الآمن**

هناك إستراتيجيتان على الأقل تستعملان نصوص ومعاهدة حماية حقوق الإنسان والحريات الأساسية (الاتفاقية الأوروبية) [١٠].

يتضمن العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية، الحقوق السياسية والمدنية التى وردت فى الإعلان العالمى. أغلب هذه الحقوق تتطلب أن تمتنع الدول عن القيام بأعمال تعسفية ضد المواطنين، كأفراد، وأن تتخذ الإجراءات التشريعية وغيرها من الإجراءات الأخرى لضمان تحقيق تلك الحقوق. فى المادة ٦، على سبيل المثال، يتطلب العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية أن تحترم الدول حق الأفراد فى الحياة، وفى المادة ٩، يتطلب الامتناع عن توقيف الأفراد واحتجازهم اعتباطيا. كذلك يحمى الميثاق، بموجب المادة ٧، المواطنين من التعذيب أو المعاملة القاسية وغير الإنسانية أو الحاطة للكرامة أو العقاب.

تعتمد آليات تنفيذ وتطبيق العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية على وضع البلد فى العهد. فالدول التى توقع فقط على معاهدة (الأطراف الموقعة) ليست ملزمة بالمعاهدة ما لم تصدق عليها وتصبح "دولاً أطرافًا". ويمكن للدول غير الموقعة أن تكون دولا أطرافًا فى معاهدة بموجب إجراء واحد يسمى "القبول"، بينما يمكن للبلدان حديثة الاستقلال أن تكون دولا أطرافًا أيضا فى معاهدة تم التصديق عليها قبل استقلالها عن طريق "الالتحاق". حاليا، هناك ٤٦ بلدا أفريقيا[*] هى دول أطراف فى العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية [١١]. وفقا للمادة ٤٠، يقع على الدول الأطراف فى الميثاق واجب تقديم التقارير إلى الأمين العام للأمم المتحدة عن الإجراءات التى تم اتخاذها لتحقيق الحقوق التى جاء ذكرها فى العهد. ويقوم الأمين العام بدوره بإرسال التقرير إلى لجنة حقوق الإنسان المكلفة بالإشراف على التطبيق الصحيح للعهد، والتى حكمت خلال السنوات الأخيرة فيما يتصل ومشاكل الإجهاض غير الآمن فى البلدان. تقوم اللجنة بعد ذلك بدراسة التقارير وترد على الدول الأطراف المعنية، وإذا اقتضت الضرورة، تقوم بتقديم التعليقات العامة الملائمة



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

عملية الإجهاض أو التى تسمح بتوقيف وسجن النساء اللاتى تخضعن لعملية الإجهاض تنتهك حق النساء فى الحياة. إن قواعد منهج الحرص على الحياة هى النصوص الخاصة بحقوق الإنسان والتى تحمى حق الأشخاص فى الحياة والبقاء: (i) المادة ٣ من الإعلان العالمى، و(ii) المادة ٦ من العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية، و(iii) المادة ٤ من الدستور الأفريقى. يزعم منهج الحرص على الحياة أن مشروعية الإجهاض هى مجرد عامل واحد فقط ضمن الأنماط الاقتصادية الاجتماعية والدينية والأخلاقية المعقدة التى ترتبط بالإجهاض غير الآمن، وأن هناك حاجة إلى إجراءات متعددة الأبعاد لجعل الإجهاض آمنًا.

كان عمل لجنة حقوق الإنسان مسانداً للمنهج الثانى حتى الآن. ففى التعامل مع الإجهاض غير الآمن، استشهدت اللجنة مرارًا وتكرارًا بالنص الخاص بالحق فى الحياة فى العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية، المادة ٦، عند إصرارها على أن الدول تقلل من قدر النتائج القاتلة للإجهاض غير الآمن. على الرغم من أن نص الحق فى الحياة كان المقصود منه من الناحية التاريخية مطالبة الحكومات بالامتناع عن أخذ حياة الأفراد بشكل اعتباطى، بمرور الوقت، اتسع مجال الحق فى الحياة ليتضمن التزامًا من جانب الدول باتخاذ الإجراءات الملائمة للتقليل من مدى الوفيات الناتجة عن العوامل الاقتصادية الاجتماعية.

أوضحت اللجنة فى عام ١٩٨٢، معربة عن قلقها حول التفسير الضيق آنذاك للحق فى الحياة، أن هذا الحق يدعو الدول إلى تبني إجراءات إيجابية للتقليل من وفيات الأطفال وزيادة متوسط السن المنتظر[١٤]. وعلى نفس المنوال، لاحظت اللجنة فى عام ١٩٩٣ أن النسبة المتزايدة لوفيات الأطفال فى رومانيا هى انتهاك للحق فى الحياة [١٥]. وفى عام ١٩٩٩، أقرت اللجنة أن كندا عليها واجب بموجب الحق فى الحياة الذي ورد فى العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية لاتخاذ إجراءات حقوق الإنسان التى يمكن تطبيقها لمواجهة نتائج الإجهاض غير الآمن. تنادى الاستراتيجية الأولى بحق النساء فى الخصوصية والاستقلالية، فى أن يكون لديهن حصريًا سلطة اتخاذ القرارات الخاصة المتعلقة بالإجهاض، وهذا للحد من تدخل الدولة فى الأمر (منهج الخصوصية). إحدى القواعد الفلسفية لمنهج الخصوصية هى أن الحق فى الخصوصية هو حق تقرير المصير، وبمعنى آخر: بعض القرارات تعد حاسمة للهوية الشخصية للفرد، ويجب ألا "يسمح للدولة بالتدخل فيها" [١٣]

يؤكد المدافعون عن منهج الخصوصية أن المرأة وليست الدولة هى التى تقرر ما إذا كان ينبغى عليها إنهاء الحمل أم لا . ويمكن استحضار عدد من النصوص الموجودة فى اتفاقيات دولية متعددة لحقوق الإنسان: (i) يوجد الحق فى الخصوصية فى المادة ١٢ من الإعلان العالمى، والمادة ١٧ من العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية، و(ii) كما أن الحق فى حرية وأمن الشخص تحميه المادة ٣ من الإعلان العالمى، والمادة ٩ من العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية والمادة ٦ من الدستور الأفريقى.

---

(*)الدول الأطراف: الجزائر، أنجولا، بنين، بوركينا فاسو، كاميرون، جزر الرأس الأخضر، جمهورية أفريقيا الوسطى، تشاد، الكونغو، ساحل العاج، جمهورية الكونغو الديمقراطية، غينيا الاستوائية، غامبيا، غانا، غينيا، ليسوتو، الجماهيرية العربية الليبية، مدغشقر، ملاوي، مالى، موريشيوس، ناميبيا، النيجر، النرويج، السنغال، سيشيل، سيراليون، الصومال، توجو، أوغندا، وزامبيا. انظر (١١)

تدعو الإستراتيجية الثانية إلى تدخل الدولة وواجبها فى حماية حياة النساء المعرضات للنتائج القاتلة للإجهاض غير الآمن (منهج الحرص على الحياة). النقطة المركزية فى هذه الإستراتيجية هى أن الدولة والجمهور بوجه عام تقع عليهما مسئولية خفض معدل وفيات الأمهات الناتج عن ممارسات الإجهاض غير الآمن. ويمكن المجادلة أن تلك القوانين التى تجبر النساء على اللجوء إلى الإجراءات الخطرة لإجراء



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

عليها واجب اتخاذ كل الخطوات اللازمة لتحديد أسباب الإجهاض غير الآمن والحد من نتائجه. يتضمن مثل هذا الواجب تعبئة المجتمعات للحد من الحمل غير المرغوب فيه، وتثقيف الجمهور لفهم نتائج الإجهاض غير الآمن، وإعادة النظر فى قوانين الإجهاض المقيدة، وتوفير الخدمات الصحية التى تجعل إجراءات الإجهاض آمنة وتوفير الإجراءات الملائمة الأخرى.

"منهج الحرص على الحياة" وثيق الصلة بأفريقيا لعدة أسباب. هناك حوالى خمسة ملايين امرأة أفريقية تلجأن إلى الإجهاض غير الآمن سنويا، منهن ١,٩٠٠,٠٠٠ فى شرقى أفريقيا، و ٦٠٠,٠٠٠ فى وسط أفريقيا، و٦٠٠,٠٠٠ فى شمال أفريقيا، و٢٠٠,٠٠٠ فى جنوب أفريقيا، و١,٦٠٠,٠٠٠ فى غربى أفريقيا[٢٠]. يتسبب الإجهاض غير الآمن فى موت ٣٤,٠٠٠ امرأة أفريقية سنويًا، مما يجعل من قضية الإجهاض غير الآمن فى أفريقيا مسألة حياة وموت للنساء.

العوامل التى تجبر النساء على اللجوء إلى ممارسة الإجهاض غير الآمن فى أفريقيا معقدة، وتتضمن عوامل ثقافية واجتماعية وقانونية واقتصادية. لقد ظلت أكثر قوانين الإجهاض التى تم توارثها عن السلطات الاستعمارية السابقة، ظلت راكدة طوال العقود الأربعة الماضية، على الرغم من حقيقة أن القيم الاجتماعية الخاصة بالجنس والحمل تغيرت كثيرا. إن قانون العقوبات الإثيوبى، والذى يمنع الإجهاض، إلا لإنقاذ حياة المرأة الحامل، على سبيل المثال، تم تبنيه من فرنسا فى عام ١٩٥٧. بيد أنه فى فرنسا، على أى حال، يتيح قانون الإجهاض لعام ١٩٧٥، والذى تم تعديله فى عام ١٩٧٩، الإجهاض عند الطلب خلال الثلث الأول من الحمل [٢١] على النقيض من ذلك، لم يتم تعديل قانون العقوبات الإثيوبى.

بعض البلدان الأفريقية تبيح الإجهاض بناء على أسس مثل الاغتصاب وسفاح المحارم، لكن هذه الإباحة على الورق فقط، مثال على ذلك، قانون العقوبات الإريترى[٢٢].(*) تفتقر هذه القوانين إلى التعليمات إيجابية للتصدى الآثار القاتلة للتشرد [١٦].

وعند مناقشتها لتقرير الإكوادور فى عام ١٩٩٨، مدت اللجنة تفسيرها للنص الخاص بالحق فى الحياة ليشمل النتائج المأساوية لممارسات الإجهاض غير الآمن. وقد أبدت قلقها حول ارتفاع معدل انتحار النساء الإكوادوريات الشابات الحوامل، الذى يعود جزئيًا إلى قانون إجهاض مقيد، ولاحظت بشكل محدد أن فشل الدولة الطرف فى مواجهة مشكلة إجهاض ضحايا الاغتصاب يمثل انتهاكًا للحق فى الحياة[١٧]. وفى عام ١٩٩٩، وفيما يتصل بالتقرير الخاص بشيلى، قالت اللجنة:

"أثار تجريم حالات الإجهاض، دون استثناء، قضايا مختلفة... إن الدولة الطرف عليها واجب اتخاذ الإجراءات اللازمة لضمان الحق فى الحياة لكل الأشخاص، بما فى ذلك النساء الحوامل اللاتى يتم إنهاء حملهن"[١٨].

فى مناقشة التقرير الوارد من بولندا فى عام ١٩٩٩، عدت اللجنة قوانين الإجهاض الصارمة والتى زادت من ممارسات الإجهاض غير الشرعية انتهاكًا لحق النساء المعرضات لممارسات الإجهاض غير الآمن فى الحياة[١٩]. ينطبق التفسير العريض للجنة للحق فى الحياة على كل البلدان الأفريقية (٤٦ بلدًا) الأطراف فى العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية.

### منهج الحق فى الحياة فى أفريقيا

أخذا فى الاعتبار حقيقة المجتمعات الأفريقية وخطورة نتائج الإجهاض غير الآمن فيها، من الملائم اعتبار استعمال "منهج الحرص على الحياة" للتعامل مع مشاكل الإجهاض غير الآمن، حيث إن هذا يمكن المدافعين عنه من مناشدة حكومة كل منهم القضاء على الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والقانونية للإجهاض غير الآمن. إن البلدان الأفريقية التى هى الدول الأطراف فى العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية بشكل خاص



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

المثال، تعرف العائلة أنها "حامية الأخلاق والقيم التقليدية التى يقرها المجتمع".

(*) تنص المادة ٥٣٤ (١) على ما يلى: "إنهاء الحمل ليس عرضة للعقاب إذا تم لإنقاذ المرأة الحامل من ضرر خطير ودائم على الحياة أو الصحة، أو بسبب حالة خطيرة جدا من الإجهاد البدنى أو الذهنى تلى حدوث الاغتصاب أو سفاح المحارم." [ترجم من الإعلان رقم ٤، باللغة المحلية، التيجرينية].

**مواد ومعاهدات أخرى ذات علاقة بحقوق الإنسان**

تتطلب المادة ٦ من العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية من الدول اتخاذ إجراءات إيجابية لتصحيح مأساة الإجهاض غير الآمن. فباستعمال تفسير لجنة حقوق الإنسان، يمكن للمدافعين عن هذا الحق أن يحثوا الدول الأفريقية على اتخاذ إجراءات إيجابية للحد من معدل وفيات الأمهات الناتجة عن الإجهاض غير الآمن. كذلك يمكنهم الاستشهاد بالنصوص ذات الصلة التى وردت فى معاهدات دولية أخرى لحقوق الإنسان، والتى تعد البلد دولة طرفًا فيها، والتى يتصل عدد منها، بصورة مباشرة أو غير مباشرة، بنتائج الإجهاض غير الآمن، خاصة تلك التى تتناول بشكل واضح الحق فى الصحة. على سبيل المثال، يتطلب العهد الدولى الخاص بالحقوق المدنية والسياسية (المادة ١٢) والميثاق الأفريقى (المادة ١٦)، أن تضمن الدول الأطراف أعلى معيار يمكن الوصول إليه فى الصحة البدينة والذهنية. يضم كلا من العهد الدولى للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية [*]، والميثاق الأفريقى[#]، ٤٤ و ٥٣ دولة طرفا على التوالى [٢٤،٢٥].

بالطريقة نفسها، تحدد اتفاقية المرأة (المادتان ١٢ و١٤ (٢) (b)) واجب الدول فى توفير الوصول إلى الخدمات والمنشآت الصحية والمناسبة، بما فى ذلك المعلومات والمشورة والخدمات فى مجال تنظيم المفصلة التى تحدد الإجراءات التى ينبغى على الضحية، ومسئولى تطبيق القانون، والمهنيين الصحيين اتباعها حتى يتم إجراء الإجهاض، وتتيح هذه الحيرة للهيئات المعنية الحيلولة دون حصول ضحايا الاغتصاب على خدمة الإجهاض، لكى تتفادى خطر المسئولية الجنائية.

من وجهة النظر الثقافية الاجتماعية، تدور الحياة فى العديد من أجزاء أفريقيا حول الأدوار والمسئوليات العامة، بدلا من رغبات الفرد[٢٣]، كما أن النشاطات اليومية للأفراد وعائلاتهم الكبيرة متشابكة. التعاون والمسئولية الجماعية قيم أساسية فى المجتمعات الأفريقية [٢٣] فالأفراد عليهم واجب لعب دور مهم فى تحسين حياة مجتمعهم، والذى يتولى بدوره واجب حماية أعضائه. فمفهوم "الواجب" يكون أرجح وزنًا بكثير من "الحق فى الخصوصية" فى مثل هذه الأوضاع الاقتصادية الاجتماعية. يعكس الميثاق الأفريقى هذا عن طريق التأكيد على واجبات الأفراد فى المواد المختلفة. فالفصل الثانى من الميثاق يضع ثلاثة نصوص (المواد ٢٧ – ٢٩)، تتطلب من الأفراد مساعدة عائلاتهم وطائفتهم ومجتمعهم ودولتهم. إن مطلب الواجب الفردى هو أحد الخصائص الفريدة للميثاق الأفريقى، مقارنة بالمعاهدات الدولية الأخرى لحقوق الإنسان.

وعلى عكس المعاهدات الإقليمية الأخرى لحقوق الإنسان، لا توجد فى الميثاق الأفريقى مادة تنص بشكل واضح على حق الأفراد فى الخصوصية. ويعكس غياب هذا المادة القيم العامة التقليدية. وقد تشير بعض مواد الميثاق ضمنًا إلى فكرة الخصوصية، مثل المادة ٥ (حق احترام الكرامة المتأصلة فى الإنسان) والمادة ٦، (حق الفرد فى الحرية والأمن). إلا أن التأكيد العام للميثاق، مقارنة بوثائق إقليمية مماثلة لحقوق الإنسان، هو على حماية الطوائف والمجتمعات بشكل عام. فالمادة ١٨ (٢) من الميثاق، على سبيل



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

الكونغو، ساحل العاج، جمهورية الكونغو الديمقراطية، جيبوتى، مصر، غينيا الاستوائية، اريتريا، إثيوبيا، الجابون، غامبيا، غانا، غينيا، غينيا بيساو، كينيا، ليبريا، الجماهيرية العربية الليبية، ملاوي، مالى، موريتانيا، موريشيوس، المغرب، موزمبيق، ناميبيا، النيجر، نيجيريا، رواندا، سيشيل، سيراليون، جنوب أفريقيا، توجو، تونس، أوغندا، وجمهورية تنزانيا المتحدة، زامبيا، زمبابوى. الدول الأطراف فى البروتوكول الاختيارى هى مالى، ناميبيا، والسنغال. انظر [٢٧].

## وضع الجنين فى قانون حقوق الإنسان

من المحتمل أن يكون "منهج الحرص على الحياة" أكثر اتساقًا وقبولاً من "منهج الخصوصية" عند تناول نتائج الإجهاض غير الآمن فى أفريقيا، لأنه يستجيب إلى الأسباب المعقدة للمشكلة فى القارة. إلا أنه من الأمور القانونية الحتمية، والمرتبطة "بمنهج الحرص على الحياة"، الوضع القانونى للكيان السابق للولادة (الجنين) فى ظل القانون الدولى؛ بمعنى آخر، ما إذا كان الجنين شخصًا معترفًا به وله الحق فى الحياة وفقا للمادة ٦ من العهد الدولى للحقوق المدنية والسياسية، أم لا.

لم يكن قط الوضع القانونى للجنين قضية مركزية فى حالات الإجهاض فى أى من هيئات حقوق إنسان التابعة للأمم المتحدة. كما أن غالبية منظمات حقوق الإنسان الإقليمية، وأكثر المحاكم الوطنية راغبة عن مناقشة قضية ما إذا كان شخصًا أم لا؟ وقد حكمت المفوضية الأوروبية لحقوق الإنسان فى عدد قليل جدا من حالات الإجهاض، لكنها لم يسبق أن ناقشت هذه القضية. ففى قضية باتون ضد المملكة المتحدة[٣٠] · قدم السيد باتون طلبه إلى المفوضية الأوروبية، مدعيًا أن قرار المحكمة العليا الذى أباح الإجهاض انتهك المادة ٢ (١)[*]، من حق الجنين فى الحياة، فى ظل الاتفاقية الأوروبية. ولم تناقش اللجنة ما إذا كانت المادة ٢ من الاتفاقية تحمى الجنين أم لا؛ وبدلا من ذلك، قالت أنها لم "تتعرض فى أى قضية أخرى" [٣٠] لمسألة ما إذا كان الجنين يتمتع بالحق فى الحياة أم لا. وفى قضية رو ضد ويد، امتنعت المحكمة العليا الأمريكية بشكل واضح عن تقرير ما إذا كان الجنين يتمتع بالحق فى الحياة أم لا. وقد قالت: "ليست بنا حاجة إلى الإجابة الأسرة. وقد أكدت لجنة القضاء على كل أشكال التمييز ضد النساء كون المادة ١٢ من اتفاقية المرأة مهمة جدًا لصالح النساء. وتتطلب اللجنة أن تضمن الدول الأطراف فى المعاهدة "الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية... خاصة فى مجالات تنظيم الأسرة والحمل والولادة وأثناء فترة ما بعد الولادة" [٢٦].

يمكن للأفراد أو المؤسسات تقديم رسالة، نيابة عن الأفراد، ضد أى انتهاك مزعوم للحقوق المنصوص عليها فى اتفاقية المرأة . ولابد أن يكون البلد المقدم ضده أى رسالة دولة طرفًا فى كل من الاتفاقية والبروتوكول الاختيارى للاتفاقية (البروتوكول الاختيارى)[٢٧]. من بين البلدان الأفريقية التى هى دول أطراف فى الاتفاقية[٢٨]، هناك ثلاث دول أطراف فى البروتوكول الاختيارى [٢٩].(&)

---

(*) تتضمن الدول الأطراف فى العهد الدولى للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الجزائر وأنجولا وبنين وبوروندى والكاميرون وجزرالرأس الأخضر وجمهورية أفريقيا الوسطى وتشاد والكونغو وساحل العاج وجمهورية الكونغو الديموقراطية وجيبوتى ومصر وغينيا الاستوائية وإرتريا وإثيوبيا والجابون وجامبيا وغانا وغينيا وغينيا-بيساو وكينيا وليبريا والجماهيرية العربية الليبيةومدغشقر وملاوى ومالى وموريتانيا وموريشيوس والمغرب وموزمبيق وناميبيا والنيجر ونيجيرا ورواندا والسنغال وسيشل وسيراليون وجنوب أفريقيا وتوجو وأوغندا وجمهورية تانزانيا المتحدة وزامبيا وزيمبابوى. انظر (٢٤).

(#) الجزائر، أنجولا، بنين، بوتسوانا، بوركينا فاسو، بوروندى، كاميرون، جزر الرأس الأخضر، جمهورية أفريقيا الوسطى، جزر القمر، الكونغو، الكونغو (آر دى)، ساحل العاج، جيبوتى، مصر، غينيا الاستوائية، اريتريا، إثيوبيا، الجابون، غامبيا، غانا، غينيا، غينيا بيساو، كينيا، ليسوتو، ليبريا، ليبيا، مدغشقر، ملاوي، مالى، موريتانيا، موريشيوس، موزمبيق، ناميبيا، النيجر، نيجيريا، أوغندا، رواندا، الجمهورية الصحراوية الديمقراطية العربية، ساو تومى وبرنسيب والسنغال وسيشيل وسيراليون والصومال وجنوب أفريقيا والسودان وسوازيلاند وتنزانيا وتشاد وتوجو وتونس وزامبيا وزمبابوى. انظر [٢٥].

(&)البلدان التالية دول أطراف فى اتفاقية المرأة: الجزائر، أنجولا، بنين، بوتسوانا، بوروندي، كاميرون، جزر الرأس الأخضر، جمهورية أفريقيا الوسطى، تشاد،



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

فيه"، على سبيل المثال، تفادى وصمة العار الاجتماعية لممارسة الجنس والحمل قبل الزواج. فى مثل هذا الحالة، حتى إن أباح القانون الإجهاض، فإن المرأة قد تلجأ إلى الإجهاض غير الآمن لتبقى على تجاوزها للقيم الاجتماعية فى طى الكتمان.

إن نتائج الإجهاض غير الآمن وارتفاع معدل وفيات الأمهات فى أفريقيا يثيران القلق الشديد. حتى إذا حررت قوانين، فإن الفقر ما زال يشكل عقبة كبيرة أمام الوصول إلى خدمات الإجهاض ، تضمن الدولة أن ما توفره من خدمات لا يقتصر على خدمات الإجهاض فقط، ولكن أيضا كونها رخيصة ويسهل الوصول إليها. لذلك فإن "منهج الخصوصية" قد لا يكون إستراتيجية فعالة فى أفريقيا. إن القيود الاقتصادية والقيم الاجتماعية السلبية، التى تقود النساء الأفريقيات إلى اللجوء إلى الإجهاض غير الآمن، تدعو إلى تدخل الدول فى حل المشاكل، بدلا من ترك الأمور إلى النساء بمفردهن. إن الإصرار على اتخاذ الدول للإجراءات الإيجابية لا غنى عنه فى معالجة الأسباب المتعددة الأبعاد للإجهاض غير الآمن، مما يجعل "منهج حق النساء فى الحياة" إستراتيجية أكثر فعالية.

**شكر**

أقدم امتنانى إلى الأساتذة ريبيكا كوك وبرنارد ديكنز، كلية الحقوق، جامعة تورنتو، وشارلوت هورد من منظمة أيباس، لنصائحهم وتعليقاتهم الثمينة على هذا المقال.

عن السؤال الصعب المتصل المتعلق بمتى تبدأ الحياة . عندما يعجز أولئك المدربون فى المجالات الخاصة بالطب، والفلسفة، والعلوم الدينية عن الوصول إلى أى إجماع، فإن سلطة القضائية، فى هذه اللحظة من تطور المعرفة البشرية، ليست فى وضع يتيح لها التخمين فيما يتصل بالإجابة" [٣١].

وبالطريقة نفسها، قالت المحكمة العليا الكندية، فى حالة الإجهاض المقدمة، إنه "لم يتم تناول" قضية ما إذا كانت عبارة "كل شخص" الواردة فى القسم ٧ (#) من الميثاق الكندى للحقوق والحريات شملت الجنين أم لا.[٣٢] .

(*)نصت المادة على أن: "... لا يحرم أحد من حياته عن عمد إلا فى حال صدور حكم من محكمة فى أعقاب إدانته بجريمة ينص القانون على عقوبة لها." انظر [١٠].

(#)ينص القسم ٧ من الميثاق الكندى على أنه "يمتلك كل شخص الحق فى الحياة والحرية والأمن وحق ألا يحرم من ذلك إلا بما يتفق ومبادئ العدالة الأساسية." انظر [٣١]

**الخلاصة**

يلجأ عدد كبير من النساء الأفريقيات إلى الإجهاض غير الآمن لكى تحترمن قيم مجتمعاتهن. قد تتضمن الأسباب التى تؤدى إلى كون الحمل "غير مرغوب

## قائمة المراجع:

1. Cook RJ, Dickens BM, Bliss LE. International developments in abortionlaw from 1988 to 1998. American Journal of Public Health Law 1999;89(4):579.
2. Cook RJ, Dickens BM. Considerationsfor formulating reproductive healthlaws. 2nd ed Geneva: World HealthOrganization; 2000.
3. International Covenant on Civil andPolitical Rights, 19 December 1966,999 UNTS 171, reprinted in 6 ILM 368, 1967 (entered into force 23 March1976).
4. Freedman LP. Human rights and women'shealth. In: Goldman M, HatchM, editors. Women and Health. SanDiego: Academic Press; 2000. p. 428–31.
5. Universal Declaration of HumanRights, GA Res. 217(III), UN GAOR, 3dSess., Supp. no. 13, UN Doc. A/810(1948) 71.
6. Devine C, Hansen CR, Wilde R. HumanRights. In: Poole H, Tomaselli V, editors Phoenix: Oryx Press; 1999.p. 63.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

7. International Covenant in Economic,Social and Cultural Rights, 16 December1966, 993 UNTS 3, reprinted in6 ILM 360, 1967 (entered into force 3January 1976).
8. Convention on the Elimination of AllForms of Discrimination againstWomen, 18 December 1979, 1249UNTS 20378 (entered into force 3 September 1981).
9. African Charter on Human and Peoples'Rights, 27 June 1981, OAU Doc.CAB/LEG/67/3/Rev. 5, reprinted in 21I.L.M. 58, 1982 (entered into force 21October 1986). Article 18(2).
10. Convention for the Protection ofHuman Rights and FundamentalFreedoms, 4 November 1950, 213UNTS 221, Eur. TS 5 (entered into force3 September 1953). Article 8.
11. United Nations, Multilateral TreatiesDeposited with the Secretary-General.Available from http://untreaty.un.org/ENGLISH/bible/englishinternetbible/partI/chapterIV/treaty6.asp. Lastmodified 15 February 2002.
12. Optional Protocol to the InternationalCovenant on Civil and Political Rights, 23 March 1966, 999 UNTS 171 (entered into force 23 March 1976).
13. Rubenfeld J. The right to privacy.Harvard Law Review 1989;102, 737,753.
14. High Commission for Human Rights, the right to Life (art. 6) [ ] CCPRGeneral Comment 6, 16th Sess., UNDoc. CCPR/C/21/Add. I. (1982) at 2,para 5.
15. Human Rights Committee, ConcludingComments of the Human Rights Committee:Romania, UN Doc. CCPR/C/79/Add. 30 (1993) para.
16. Human Rights Committee, Concluding Observations of the Human RightsCommittee: Canada, 65th Sess., UNDoc. CCPR/C/79/Add. 105 (1999) para.12.
17. Human Rights Committee, Concluding Observations of the Human RightsCommittee: Ecuador, 63rd Sess., UNDoc. CCPR/C/79/Add. 92 (1998) Para.11 and 15.
18. Human Rights Committee, Concluding Observations of the Human RightsCommittee: Chile, 65th Sess., UN Doc.CCPR/C/79/Add. 104 (1999) para. 15.
19. Human Rights Committee, Concluding Observations of the Human RightsCommittee: Poland, 66th Sess., UNDoc. CCPR/C/79/Add. 110 (1999) para.11.
20. World Health Organization. Unsafeabortion: global and regional estimatesof incidence of and mortalitydue to unsafe abortion with a listing ofavailable country data, 3rd ed., WHO/RHT/MSM/97.16, Geneva, 1998. p. 8.
21. Code de la Sant_e Publique, JO, 1January 1980, c 3, as am. by Art. 4,Law No. 79-1204, Art. L.162-1. Available from: Harvard Law School http://cyber.law.harvard.edu/population/abortion/France.abo.htm. Lastmodified 13 September 2000.
22. Transitional Penal Code of Eritrea,Penal Code of the Empire of Ethiopia,Proclamation No. 158, 1957, as am. By Proclamation of Eritrea No. 4, 1991,art. 534(1).
23. Swanson J. The emergence of new rights in the African Charter. NewYork Law School Journal of Internationaland Comparative Law 1991;12:307–28.
24. United Nations, Multilateral TreatiesDeposited with theSecretaryGeneral.Availablefrom:http://untreaty.un.org/ENGLISH/bible/englishinternetbible/partI/chapterIV/treaty4.asp. Last modified 15 February 2002.
25. Human Rights Library, List of countrieswho have signed, ratified/adheredto the African Charter on Human andPeople's Rights.Available from: http://heiwww.unige.ch/humanrts/instree/ratz1afchr.htm. (Last modified 4 June2000).
26. See generally, Women and Health:CEDAW General recom. 24 (General Comments), General RecommendationNo. 24, UN Doc.A/54/38/Rev. 1,Chapter I, (1999), UN Doc. A/54/38/Rev. 1, Chapter I, Available from:UNHCHR, http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CEDAW+General+recom.+24.En?OpenDocument.Accessed 25 February 2002.
27. Option Protocol to the Convention onthe Elimination of All Forms of Discriminationagainst Women, 2 December2000, UN Doc.A/RES/54/4(entered into force 22 December 2000).
28. United Nations, Multilateral TreatiesDeposited with the Secretary-General.Available from: http://untreaty.un.org/ENGLISH/bible/englishinternetbible/partI/chapterIV/treaty9.asp. Lastmodified 15 February 2002.
29. United Nations, Multilateral TreatiesDeposited with the Secretary-General.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الانجابية ٢٠٠٨©

# إصلاح قانون الإجهاض فى أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى: لا تراجع

أيونس بروكمان أميشا [أ] وجوزيفين باندا موميو [ب]

ترجمة هشام شتلة

**الملخص:**

أحاطت وصمة العار والصمت بالإجهاض غير الآمن فى أفريقيا حتى انعقاد المؤتمر الدولى للسكان والتنمية عام ١٩٩٤. تصل حالات الإجهاض غير الآمن التى يتم إجراؤها فى أفريقيا إلى خمسة ملايين حالة كل عام، مع تأثر الشابات بشكل غير متكافئ. تلخص هذه الورقة الأصول الاستعمارية للقوانين والجهود الحالية فى المنطقة، لتوفير عناية ما بعد الإجهاض. وبقدر المساعدة التى توفرها فى إنقاذ الأرواح، إلا أن عناية ما بعد الإجهاض لن تقضى على الإجهاض غير الآمن. هناك حاجة إلى التخلص من القوانين المقيدة. تصف الورقة الجهود المبذولة فى عدة بلدان لتغيير القانون، مع التركيز على كينيا، حيث ظهرت معارضة منظمة لإصلاح القانون، وأدت إلى القبض على ثلاثة من مقدمى الخدمة. وقد اتخذت الهيئات الإقليمية، بما فيها الإتحاد الإفريقى، موقفاً من الإجهاض ضمن سياق أوسع للأمومة الآمنة وخفض معدل وفيات الأمهات، مع زيادة الدفاع عن قوانين أفضل للإجهاض فى أنحاء المنطقة كافة. وبينما تستمر المزيد من الفتيات فى التعليم ويرتفع سن الزواج، فإن عدم كفاية رعاية تنظيم الأسرة والعناية بالإجهاض سوف يؤديان إلى أن تفقد أفريقيا العديد من الفتيات الشابات من خلال النشاط الجنسى غير الآمن، والحمل غير المرغوب، والإجهاض غير الآمن، والحمل المبكر وعدوى فيروس نقص المناعة البشرية. لقد آن الأوان فى أفريقيا للالتزام بالقضاء على الوفيات والعجز الناتج عن الإجهاض غير الآمن واحترام حق النساء فى تقرير عدد أطفالهن والفترات الزمنية الفارقة بينهم.

Abortion Law Reform in Sub-Saharan Africa: No Turning Back
Eunice Brookman-Amissah, Josephine Banda Moyo,
*November 2004 Volume 12, Issue 24*

جميع الحقوق محفوظة لمجلة قضايا الصحة الانجابية ٢٠٠٨©

**الكلمات المفتاحية:**

الشابات، الإجهاض غير الآمن، قانون وسياسة عناية ما بعد الإجهاض، المناصرة والعملية السياسية، كينيا، أفريقيا

---

أ) نائب الرئيس لأفريقيا، تحالف منظمة أيباس أفريقيا، نيروبى، كينيا. البريد الإلكترونى: brookmanae@ipas.or.ke

ب) كبير مستشارى البرنامج، تحالف منظمة أيباس أفريقيا، نيروبى، كينيا.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

إلى المعلومات عن مدى توفر رعاية الإجهاض الآمن. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن ٢٤ من كل ١،٠٠٠ امرأة أفريقية بين ١٥- ٤٤ عاماً تخضعن للإجهاض غير الآمن كل عام.[٣] بينما تبين الإحصائيات أن الإجهاض غير الآمن وراء ١٣ % من كل حالات وفيات الأمهات عند الولادة على المستوى العالمى، وقد وجدت دراسات حديثة فى أفريقيا أن الوفاة بسبب الإجهاض غير الآمن تزيد على ٣٣ % فى كينيا[٤] ، وتصل فى إثيوبيا إلى ٥٠ % من كل حالات وفيات الأمهات عند الولادة. [٥] من المقدر أن ٩٩% من كل حالات الإجهاض التى تمت فى أفريقيا غير آمنة، وأن خطر الموت من الإجهاض غير الآمن -الذى يصل إلى ١ من كل ١٥٠ عملية- هو حاليا الأعلى فى العالم.[٣]

على الرغم من أن الحصول على إحصائيات موثوق فيها حول المراضة الناتجة عن الإجهاض أصعب من الحصول على تلك المتعلقة بالوفيات الناتجة عن الإجهاض، فإن حوالى ثلاثة أرباع الدخول الطارئ أو إجمالى قبول الحالات النسائية فى بعض المستشفيات فى أفريقيا فى تسعينيات القرن العشرين كانت نساء يعانين من المضاعفات الناتجة عن الإجهاض غير الآمن.[٦] أكثر المضاعفات التى يتم الإبلاغ عنها هى النزف والتعفن، يليهما ثقب الرحم، والآلام المزمنة بالحوض والعقم الثانوى.[٧] فى مصر، على سبيل المثال، قدر أن أكثر من ثلثى النساء اللاتى تخضعن للإجهاض أدخلن المستشفى بسبب المضاعفات الناتجة عن الإجراءات غير الآمنة، وفى نيجيريا، كانت النسبة حوالى الربع.[٨]

تتأثر الشابات فى أفريقيا بالإجهاض غير الآمن بشكل غير متكافئ. فبالنسبة للمنطقة ككل، ٥٩ % من حالات الإجهاض غير الآمن تتم بين الشابات تحت عمر ٢٥ عاما.[٢] وباستعراض ١٣ دراسة أجريت فى سبعة بلدان أفريقية جنوب الصحراء الكبرى وجد أن تتحمل القارة الأفريقية نسبة كبيرة، بشكل غير متكافئ، من عبء العالم من المرض. كما أن نصيبها من المراضة الإنجابية غير متكافئ بدرجة أكبر؛ حيث الإجهاض غير الآمن أكثر الأبعاد المهملة. وصمة العار والصمت اللذان أحاطا بالإجهاض غير الآمن فى أفريقيا حتى انعقاد المؤتمر الدولى للسكان والتنمية فى عام ١٩٩٤، كانا مسئولين إلى حد كبير عن هذا الإهمال، ويوضحان قلة الاهتمام بالإجهاض غير الآمن على جدول أعمال أكثر الحكومات الوطنية والمجتمعات وهيئات التمويل. وخلال العقد التالى للمؤتمر الدولى للسكان والتنمية والمؤتمر العالمى الرابع للنساء فى بكين، أدت التحولات فى مناخ تحديد السياسات، ونمو المعلومات والتقنية الآمنة للعناية بالإجهاض وتعزيز المهارات، وتطور وضعية للنساء فى القارة إلى تفعيل العملية الديناميكية التى تتيح لأفريقيا الفرصة لكى تتبع العالم المتطور فى القضاء على الوفيات والمراضة المرتبطتين بالإجهاض.

تلخص هذه المقالة بيانات عن الإجهاض غير الآمن فى أفريقيا والأصول الاستعمارية لقوانين الإجهاض الحالية، وجهود البرنامج الوطنىفى المنطقة لتوفير عناية ما بعد الإجهاض وتغيير القوانين المقيدة. ثم تركز بعد ذلك على الحالة المشحونة جداً فى كينيا، حيث ظهرت معارضة منظمة لإصلاح قانون الإجهاض، وتقدم رؤية مستقبلية للقارة.

**موجز تاريخ الإجهاض غير الآمن فى أفريقيا**

ترغب أكثر من ٢٨ مليون امرأة فى أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى المباعدة بين الولادات أو الحد منها، لكنهن لا تستعملن وسيلة لمنع الحمل.[١] وقد أصبح من الضرورى الإسراع بالتغيير حيث ما زال متوسط معدلات وفيات الأمهات أكثر من ٨٠٠ وفاة من كل ١٠٠،٠٠٠ مولود حى فى أفريقيا.[٢] تتم أكثر من أربعة ملايين حالة إجهاض غير آمن فى أفريقيا كل عام، أغلبها لفتيات فقيرات وريفيات وشابات تفتقر



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

فى كل بلد فى أفريقيا هناك على الأقل سبب واحد يبيح الإجهاض بشكل قانوني. الأولوية فى المنطقة إذن تشجيع توفير خدمات الإجهاض الآمن إلى أقصى حد يمكن أن يتيحه للقانون، والدعوة إلى مراجعة كل القوانين، مع النظر إلى إلغائها تماماً.

قوانين الإجهاض المقيدة التى ما زالت تسود كل بلدان القارة الأفريقية تقريباً تعد سبباً رئيسيًا للإجهاض غير الآمن.لقد ورثت كل هذه القوانين عن القوانين الاستعمارية السابقة للاستقلال. كانت هناك خمسة نماذج لها، مشتقة من قوانين فرنسا وإنجلترا وبلجيكا والبرتغال –القوى الاستعمارية الرئيسية– ومن القانون الهولندى الرومانى كما يطبق فى جنوب أفريقيا. ويمكن تقسيمها إلى فئتين واسعتين، تلك التى تستند إلى القانون المدنى (فرنسا وبلجيكا والبرتغال)، وتلك التى تستند إلى القانون العام (إنجلترا وجنوب أفريقيا) [١٣]* لقد عدلت تلك البلدان الاستعمارية السابقة (ما عدا البرتغال) قوانينها الوطنية الخاصة، إدراكاً للمخاطر التى يمكن أن تحيق بالصحة العامة.

ورغم مرور عقود منذ إعلان استقلال أخر بلد أفريقى ، فإن النساء الأفريقيات مازلن مستعمرات بهذه القوانين القديمة التى لم تستند أصولها إلى أى اعتبارات أخلاقية أو دينية، لكن طبقت لمنع ذبح النساء بواسطة دجالى الزمن الماضى، الذين كانوا غير مدربين وتسببوا فى موت الكثير من النساء. وأنها لمفارقة ساخرة وقاسية أن تلك القوانين التى سنت لمنع وفيات النساء فى أوروبا فى القرن التاسع عشر أصبحت أدوات مميتة للنساء الأفريقيات فى القرنين العشرين والحادى والعشرين.

**التقدم فى توفير رعاية ما بعد الإجهاض عبر أفريقيا**

أثناء العقد الأخير، تحسنت إمكانية الوصول إلى الرعاية المتعلقة بالإجهاض بدرجة كبيرة. لقد أدخلت خدمات رعاية ما بعد الاجهاض، والتدريب عليها،بدرجات متفاوتة إلى المستشفيات فى العديد من

المراهقات بين ١١–١٩ سنة يمثلن ٣٩–٧٢% من المضاعفات المتعلقة بالإجهاض.[٩] فى لوساكا عاصمة زامبيا –على سبيل المثال– تراوح عمر ٦٠ % من النساء اللاتى أدخلن المستشفى بسبب مضاعفات الإجهاض بين ١٥–١٩ عامًا؛ بينما فى غرب زامبيا، وجد أن المضاعفات المتعلقة بالإجهاض مسئولة عن موت واحدة من كل ١٠٠ من تلميذات المدارس كل عام، طبقا لإحدى الدراسات المجتمعية.[١٠] وفى دراسة أجريت فى إيلورين فى نيجيريا ١٩٩٢ – ١٩٩٤ ، شكلت المراهقات (١٥–١٩) ٥٣ % من ١٤٤ امرأة عولجن بسبب مضاعفات الإجهاض، أما المجموعة العمرية ٢٠–٢٤ فمثلت ٢٤%. وكان احتمال إجراء الإجهاض أرجح بين المراهقات عنه بين المجموعة العمرية الأكبر خلال الثلث الثانى من الحمل.[١١]

وعلاوة على تكلفة الأرواح البشرية واعتلال الصحة، تستهلك معالجة مضاعفات حالات الإجهاض غير الآمن مصادر الرعاية الصحية القليلة أصلاً. تمثل النساء اللاتى تعانى من مضاعفات الإجهاض أغلبية المرضى فى العديد من أقسام النساء (أحيانا أكثر من ٥٠ %). وهن تتطلبن رعاية طارئة، وأسرّة، ومضادات حيوية، ونقل دم وتجهيزات أخرى وحجرات عمليات وتواجد مقدمى الرعاية الصحية. وتمثل تكلفة علاج المضاعفات أضعاف إجمالى تكلفة الإنفاق الصحى للفرد. وقد قدرت دراسة تنزانية أجريت عام ١٩٩٣ أن التكلفة اليومية لتقديم رعاية ما بعد الإجهاض كانت أكثر من سبع أضعاف المبلغ السنوى المخصص من قبل وزارة الصحة للنفقات الصحية للفرد.[١٢]

الإجهاض غير الآمن ليس "فقط قضية امرأة"؛ بل له تأثيرات جدية على العائلات والمجتمعات. يتطلب خلق مستقبل أفضل لكل الأفريقيين تناول هذه القضية بشكل أكثر تعاطفاً وفعاليةً عن الوضع حاليا.

**الأصول الاستعمارية لقوانين الإجهاض الأفريقية**



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

● أوضح بحث أجرى فى ستة مستشفيات كينية فعالية الربط بين علاج مضاعفات الإجهاض وبين الخدمات والمشورة المقدمة حول تنظيم الأسرة والخدمات الخاصة وقد أدى بوزارة الصحة إلى دمج هذه الخدمات فى التوسع فى رعاية ما بعد الإجهاض فى مستشفيات المنطقة. (١٧) تقدم شبكة من المهنيين الصحيين فى غرب كينيا خدمة الإحالة وخدمات الإجهاض الآمن لعدة سنوات الآن، مما قلل من عدد النساء اللاتى تحتجن إلى رعاية مضاعفات الإجهاض فى مستشفيات قريبة.(١٨)

● بينت دراسة فى زيمبابوى أن تقديم المشورة حول تنظيم الأسرة بعد الإجهاض وكذلك خدمات رعاية ما بعد الإجهاض قبل الخروج من المستشفى قد أدت إلى زيادة فى استعمال وسائل منع الحمل، وإلى عدد أقل من حالات الحمل غير المخطط له، وحالات أقل من الإجهاض المتكرر بعد ١٢ شهرا.(١٩)

منذ منتصف تسعينيات القرن العشرين، استفادت النساء الأفريقيات اللاتى كان بإمكانهن الوصول إلى خدمات رعاية ما بعد الإجهاض على نحو متزايد من أخصائى الولادة وأمراض النساء ومقدمى الخدمة على المستوى المتوسط، مثل القابلات، والممرضات والمسئولين الاكلينيكيين. على أى حال، بقدر ما تساعد عناية ما بعد الإجهاض على إنقاذ الحياة، فإنها عملية مسكنة فقط ولا تقضى على الإجهاض غير الآمن. لذا هناك حاجة إلى التخلص من القوانين المقيدة.

**القوانين الوطنية الخاصة بالإجهاض فى أفريقيا منذ المؤتمر الدولى للسكان والتنمية**

خلال السنوات العشر التى مرت على انعقاد المؤتمر البلدان، منها: مصر وإثيوبيا وغانا وكينيا وملاوى ونيجيريا والسنغال وجنوب أفريقيا وتنزانيا وأوغندا وزامبيا وزمبابوى، وأخيراً فى عدة بلدان فرانكفونية، كما تبين الأمثلة التالية. وتعمل منظمة أيباس – استجابة إلى الطلب المتزايد– للتوسع فى تدريب مقدمى الخدمة من خلال برنامجها (رعاية الإجهاض المتمركزة حول المرأة)، والذى يتضمن استعمال استخدام أجهزة الشفط الهوائى الجديدة، وقضايا الاستدامة ودعم مقدمى الخدمة والإشراف عليهم، وتوثيق النتائج. كذلك يتزايد دور القطاع الخاص، ويسد الفراغ الذى تركه تدهور أنظمة الصحة العامة.(١٤)

---

*كان القانون الهولندى الرومانى أيضا النظام القانونى لناميبيا، التى كانت حتى استقلالها، تحت السيطرة المباشرة لجنوب أفريقيا، والأمر نفسه فى ليسوتو وسوازيلاند، على الرغم من أن كلاهما كانتا مستعمرتين إنجليزيتين حتى استقلالهما.

● أدت بحوث العمليات فى غانا إلى اختبار جدوى ومدى إتاحة رعاية ما بعد الإجهاض التى تقدمها القابلات المدربات إلى التوسع فى برنامج رعاية ما بعد الإجهاض فى جميع أنحاء البلاد، وربطت بين المستوى الصحى الأساسى والثانوى فى كل من القطاعين الخاص والعام.(١٥)

● فى مشروع تجريبى فى أوغندا، تم تدريب ٢٤ قابلة على رعاية ما بعد الإجهاض، مما أدى إلى وصول متزايد إلى الخدمات ، وعلاج ٤٠٠ امرأة فى مراكز الصحة الأساسية، ومستشفيات الأقاليم والمناطق خلال فترة تسعة أشهر فقط.(١٦)



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

فى مراحل متقدمة جداً لوضع بروتوكولات الخدمة والإرشادات الخاصة بالتطبيق.[٢٣]

أحست أيضا موريشيوس، حيث تيساوى عدد حالات الإجهاض السرى مع عدد حالات الولادة، بأهمية الاستجابة إلى الحاجة الملموسة للنساء، وهم يأخذون الخطوات لإصلاح قانون الإجهاض المقيد جدا الخاص بهم.[٢٤]

فى الفترة بين عامى ١٩٩٦ – ٢٠٠٣، قامت ستة بلدان فرانكفونية، لديها قوانين مقيدة جدا تستند إلى القانون النابليونى (بوركينا فاسو ومالى والنيجر وغينيا وتشاد وبنين.[٢٥])، بإصدار قوانين إجهاض جديدة تسمح بالمزيد لإجراء الإجهاض القانونى بما يشمل حالات الاغتصاب، الاعتداء الجنسى على المحارم والخلل الجنينى. تلك الدول هى :

فى يوليو ٢٠٠٤، صدق مجلس نواب الحكومة الأثيوبية على بند جديد خاص بالإجهاض فى قانون العقوبات الخاص بالبلاد. يبيح القانون الجديد الإجهاض فى حالات الاغتصاب وزنى المحارم، وإذا عرض الحمل حياة أو صحة المرأة للخطر، وإذا كان هناك خطر العيوب الخلقية فى الجنين، وإذا كانت المرأة معاقة بدنياً أو قاصراً غير مؤهلة بدنياً أو نفسياً ليكون لها طفل أو لتربية طفل. وتعكف وزارة الصحة بعد تغيير القانون، على إعداد دليل لتطبيق ما جاء فيه.[٢٦]

**كينيا**

هناك ارتفاع شديد فى معدل وفيات الأمهات فى كينيا، حيث يصل إلى ٥٩٠ وفاة من كل ١٠٠،٠٠٠ مولود حي، حوالي ٣٠ % بسبب الإجهاض غير الآمن. يبين التقييم الوطنىلمدى ونتائج الإجهاض غير الآمن فى كينيا، والذى تم فى عام ٢٠٠٣، أن أكثر من ٣٠٠،٠٠٠ امرأة تخضعن للإجهاض غير الآمن كل عام. ويتم إدخال أكثر من ٢٠،٠٠٠ امرأة إلى الدولى للسكان والتنمية، كان هناك تحرك نحو الإصلاح القانونى، واكبه توفير أكبر لخدمات الإجهاض القانونى فى أفريقيا، على الرغم من أن تحويل السياسة إلى برنامج على الأرض قد بدأ لتوه، إن كان قد بدأ على الإطلاق، فى أكثر البلدان.

فى جنوب أفريقيا، صدر عام ١٩٩٦ قانون خيار إنهاء الحمل، الذى يسمح بالإجهاض بناء على طلب المرأة حتى الأسبوع الثانى عشر من الحمل، وبعد الأسبوع الثانى عشر فى الحالات التى تمثل خطرا على صحة أو حياة المرأة، أو وجود تشوه جنينى أو إن كان الحمل نتج عن الاغتصاب أو الاعتداء الجنسى على المحارم، أو إذا أثر استمرار الحمل بشكل ملحوظ على الظروف الاجتماعية أو الاقتصادية للمرأة. وقد أدى هذا القانون إلى توفير متزايد لخدمات الإجهاض الاختيارى وانخفاض فى حالات الإجهاض غير الآمن، مع تزايد مقدمى الخدمة المدربين، وتزايد عدد النساء اللاتى يدركن أن الحصول على إجهاض آمن أمر قانونى وممكن.[٢٠-٢٢]

القانون فى زامبيا من أكثر القوانين تحرراً فيما يتعلق بالإجهاض، بعد جنوب أفريقيا، لكنه لم يترجم بعد إلى خدمات آمنة للنساء الزامبيات؛ فما تزال الوفيات الناتجة عن الإجهاض غير الآمن مرتفعة، كما هو الحال فى البلدان الأخرى فى المنطقة. هناك موانع خطيرة تحول دون الوصول إلى الخدمات، فى غياب القواعد المرشدة لتقديم الخدمة، والافتقار لمقدمى الخدمة المدربين. بل إن كثيراً من الزامبيين؛ بمن فيهم الأطباء، ما زالوا يجهلون القانون، ويظنون أن الإجهاض غير قانونى فى زامبيا.[١٠]

أما غانا، والتى كان لديها قانون يبيح الإجهاض القانونى فى حالات متعددة منذ عام ١٩٨٥، فقد راجعت مؤخرا سياسة الصحة الإنجابية الوطنية ووضعت إستراتيجية جديدة؛ تشمل تقديم خدمات الإجهاض إلى أقصى مدى يتيحه القانون. وهناك خطط



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

المستشفيات ستحصل على "حزمة أدوات للإجهاض" لتحسين خدمات الإجهاض. قبل حادثة الخمسة عشر "جنينا"، بدت البيئة مناسبة لحدوث تغيير فى السياسة. وبعدها، كان هناك احتجاج شعبى صاخب كبير. ولاقى إعلان وزير الصحة إدانة واسعة النطاق من قبل زعماء الكنيسة الذين قالوا: "سينتهى الأمر باستعمال مجموعة الأدوات من قبل المسئولين الطبيين الذين يريدون جمع المال السريع بتيسير الإجهاض غير الشرعى'.'

ثم تم القبض على الدكتور جون نيامو، رئيس العيادة واختصاصى بارز فى التوليد وأمراض النساء، وممرضتين، فيما يتصل بالواقعة، وهم قيد التحفظ منذ ذلك الوقت، انتظاراً للمحاكمة. إحدى الممرضات كانت فى الأسبوع الثامن والعشرين من الحمل عندما القى القبض عليها. وقد نقلت إلى المستشفى لتلد، ثم أعيدت إلى السجن ومعها الرضيع بعد شهر من الولادة.

خلال الشهور التسعة التى تلت هذه الواقعة الأولى ، وبشكل يومى تقريبا، كان يعلن عن اكتشاف مواليد رضع موتى فى مواقع مختلفة حول نيروبى وفى مومباسا وناكارو. ويعتقد الكثيرون أن هذا ليس أمرا عارضاً، لكنه وثيق الصلة بالدراسة الخاصة بالإجهاض غير الآمن وما ولدته من اهتمام.من المهم اكتشاف وكشف الذين يقومون بهذا، ومواجهة الموقف. لكن لسوء الحظ، لجأت بعض الهيئات والمجموعات الدينية والمسئولين العامين إلى إدانة وتخويف الأطباء والنساء، بدلا من أن تخاطب الأسباب الأساسية للإجهاض غير الآمن فى كينيا.

وقد انقسم أعضاء البرلمان، فى وجود أقلية تدعم تغيير القانون وتدعو إلى إعادة تطبيق قانون النسب، الذى يلزم الرجال بتحمل مسئولية الأطفال الذين أنجبوهم، على أساس أنه يساعد على خفض نسبة حالات الإجهاض غير الشرعية.[٣٠]

المستشفيات العامة يعانين من مضاعفات الإجهاض غير الآمن، كما يقدر أن أكثر من ٢،٠٠٠ امرأة منهن تمتن سنويا، بمعدل وفيات ١٠ % للحالات.[٢٧]

ألزمت كينيا نفسها، مثل البلدان الأخرى، بخفض معدل وفيات الأمهات بمقدار ٧٥ % بحلول عام ٢٠١٥، بما يتفق وأهداف تطوير الألفية. إلا أنه من المستبعد جدا أن يحدث هذا، على الرغم من إمكانية بلوغه بسهولة وبأقل تكلفة إذا شحذت الإرادة السياسية للقيام بذلك. وعلى الرغم من أن الإجهاض مقيد فى كينيا، فالنساء الثريات لديهن وسائل للالتفاف حول القانون للتخلص من حملهن فى أمان. وقد رفعت العديد من المؤسسات أصواتها عالية وواضحة بخصوص هذه القضية، لكن ليس من هن أكثر تأثرا بالأمر، أى النساء الفقيرات. فأصواتهن المتفرقة–مثل صوت الطالبة التى حاولت الانتحار بعد أن تسبب معلمها فى حملها– والمرأة التى قاضت كاهنا لإيقافه الدعم المالى إلى أطفاله الأربعة منها– قليلة جدا حتى تحدث تأثيراً. وبدلاً من هذا، تموت النساء فى صمت.

منذ بضع سنوات وحتى الآن هناك نقاش عام عن الإجهاض واقتراحات بتحرير قانون الإجهاض[٢٨،٢٩] تحت قيادة وزير الصحة الدائم السابق وتحالف شكلته جمعية كينيا الطبية، واتحاد النساء المحاميات (كينيا) ومنظمة أيباس، من بين آخرين. وقد احتدم النقاش فى مايو ٢٠٠٤، بعد اكتشاف خمسة عشر جنيناً ميتاً (والتى لم تكن غالباً أجنة مطلقاً ولكن أطفال ولدوا ميتين أو ماتوا بعد ولادتهم) فى جدول صغير فى نيروبى، وسط نفايات طبية وسجلات مرضى عيادة خاصة. وتصادف وجود الموقع على مقربة شديدة من كنيسة تجاهر بالحديث ضد الإجهاض. هذه الحادثة أعلنت بعد ثلاثة أسابيع فقط من نشر دراسة عن حجم الإجهاض غير الآمن فى كينيا، ذكرت أعلاه، وحظيت بالانتباه الشديد من أجهزة الإعلام والرأى العام، ورد فعل إيجابى من وزارة الصحة، التى أعلنت أن



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

البعض إلى أن يتولاه البرلمان أو استفتاء عام، حتى يمكن إلغاؤه.

فى وقت لاحق من عام ٢٠٠٤، أصدرت وزارة التربية الكينية أرقاماً تشير إلى أن ١٠,٠٠٠ فتاة يتركن المدارس الثانوية كل عام بسبب الحمل غير المخطط له، مما يحد من تعليمهن وتنميتهن الشخصية، ويحول دون مساهمتهن فى التنمية الاقتصادية الوطنية، ناهيك عن أخطار الحمل المبكر التى تتعرضن لها.[٣٤] هذا العام، ماتت فتاة فقيرة عمرها أربعة عشر عاما، طالبة مجتهدة، حصلت على منحة دراسية إلى إحدى أفضل المدارس فى كينيا، ماتت بعد الخضوع إلى إجهاض غير آمن، مؤكدة بذلك على الأخطار التى تواجهها الشابات.

فى نوفمبر ٢٠٠٤، عندما ظهر الدكتور نيامو فى المحكمة لأول مرة ، كانت هناك مواجهة خارج مبنى المحكمة بين النشطاء الدينيين ومجموعة من الأطباء الذين يجمعون الأموال من أجل الدفاع عن الطبيب. وقد اتهم الدكتور نيامو فى الحقيقة بالقتل، وهو اتهام يحمل عقوبة الإعدام، وليس مجرد إجراء إجهاض غير شرعى، وهى تهمة تعنى حكماً بالسجن لمدة أربعة عشر عاما. [٣٥]
من ثم ، أصبح المناخ العام فى كينيا مشحوناً إلى حد كبير بسبب قضية الإجهاض. وقام الأصوليون المنظمون بشكل متزايد بإشعال فتيل المعارضة ،الأمر الذى يهدد بأن يكون له تأثيرات مدمرة على الصحة الإنجابية والإجهاض غير الآمن فى أفريقيا إن لم يتم التصدى له.

وبدعم من تحالف أيباس أفريقيا أعدت المؤسسة الطبية الكينية والجمعية الكينية لأخصائى الولادة وأمراض النساء مداخلة مكتوبة لتقديمها إلى لجنة مراجعة الدستور. كذلك تكونت قوة عمل وطنية للصحة الإنجابية تلتقى أسبوعياً أو مرة كل أسبوعين، لتقرير كيفية الرد على هذه الهجمات ووضع الاستراتيجيات

انقسمت أيضا الهيئات الطبية، مثلها مثل أعضاء البرلمان والجمهور، حول المسألة. على أى حال، حث إتحاد المحاميات (كينيا) على تحرير القانون، وأعلن مدع عام ووزير دستورى سابق دعمه للإجهاض علنياً، قائلاً "عندما كنت المدعى العام، لم أكن أحاكم قط أولئك الذين يجرون عمليات الإجهاض أو من ذهبن طلبا لها... احترمت حقوقهم. لماذا نطاردهم وهذا حقهم؟".[٣١]

قبل هذا البيان من قبل المدعى العام السابق، وبالكاد بعد ثلاثة أسابيع من إعلان أنها سوف تزود المستشفيات الكينية بأجهزة الإجهاض، أمرت وزيرة الصحة بغلق العيادات التى وعدت أنها توفر الإجهاض غير الشرعى. وردا على بيان المدعى العام السابق، قالت وزيرة الصحة: "إن واجب كل كينى التحدث بشكل علنى ضد الإجهاض." وقد زاد من مشاعرها المتغيرة مشاعر السيدة الأولى، التى قالت إن الطبيب يجب أن يتهم بالقتل.[٣٢]

فى بداية عام ٢٠٠٤، رفض بعض المندوبين إلى المؤتمر الدستورى الوطنىاقتراح من قبل مسئولى المؤسسة الطبية الكينية لتحرير قانون الإجهاض من خلال لائحة حقوق الإنسان الجديدة، قائلين: "سوف تستخدمه الشابات كوسيلة لمنع الحمل." [٣٣] لقد تبنى المؤتمر الدستورى الوطنىفى مارس ٢٠٠٤ مسودة الدستور؛ وعلى الرغم من أنه ضمن عدة حقوق أساسية لنساء كينيا، كان بند واحد يقوض هذه النوايا الطيبة ينص على : "تبدأ حياة الشخص عند الحمل" (بند ٣٤ -٢) و"لا يصرح بالإجهاض ما لم تكن حياة الأم، طبقا لرأى ممارس طبى، فى خطر" (بند ٣٤- ٣). إذا أقر القانون هكذا، فإن هذا البند سوف يزيد من تجريم الإجهاض فى كينيا وينكر على النساء حق الحياة والصحة. هذا البند علامة على تأثير النشاطات الدينية فى البلاد على صناع القوانين فى المستويات العليا والوصول إليهم، لكنه مثير للنزاع الشديد. وقد دعا



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

العقلية أو البدنية للمرأة أو حياتها للخطر. علاوة على هذا، فى عام ٢٠٠٤، فإن الهيئتين الصحيتين الإقليميتين الرئيسيتين، منظمة الصحة فى غرب أفريقيا، ولجنة وزراء صحة شرق ووسط وجنوب أفريقيا، ساندتا إستراتيجيات إقليمية فرعية تهدف إلى خفض حالات وفيات الأمهات ، وتدعو إلى تطبيق خدمات الإجهاض إلى الحد الذى تسمح به القوانين الوطنية، ومراجعة القوانين الحالية. [٣٧]

ثلاثة وأربعون بالمائة من سكان أفريقيا هم تحت سن الخامسة عشر[٣٨]؛ وخلال العقد التالى، سوف تصل أكثر من ٦٠٠ مليون فتاة إلى سن البلوغ، أكبر مجموعة من الشابات فى تاريخ العالم. وبينما نأمل أن تتابع المزيد من الفتيات تعليمهن، وأن يرتفع سن الزواج، فإن عدم التوفير الكافى لوسائل تنظيم الأسرة ورعاية الإجهاض فى القارة الأفريقية سوف يعنى أن أفريقيا تخاطر بفقد عدد متزايد من شاباتها من خلال النشاط الجنسى غير الآمن، والحمل غير المرغوب، والإجهاض غير الآمن، والحمل المبكر؛ وعدوى فيروس نقص المناعة البشرية. [٣٩] ففى أفريقيا، وبدرجة أكبر من المناطق الأخرى، نحتاج إلى إدماج برامج فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز فى جدول أعمال الصحة الإنجابية الأوسع.

إن معدل وفيات الأمهات، بما فيها الإجهاض غير الآمن، هو ظلم اجتماعى يعكس فشل المجتمع فى تقدير وحماية النساء. لقد وصلنا إلى نقطة اللاعودة. لقد آن الأوان فى أفريقيا للالتزام بالقضاء على الوفيات الناتجة عن الإجهاض غير الآمن واحترام حق النساء فى تقرير عدد أطفالهن والفترة التى تباعد بينهم.

على طريق التحرك إلى الأمام.

**المنظور المستقبلى**

تتصاعد فى أنحاء المنطقة كافة، جهود المناصرة لقوانين الإجهاض الأكثر تحررا. وقد تأسست جماعة للنقاش على الإنترنت، مع إتاحة العضوية للمجموعات الشريكة فى القارة الأفريقية. وأخيراً ، شاركت حلقة من الأصدقاء من إحد عشر بلداً فى ورشة ضمت المهنيين البارزين، والفنانين، والمشرعين، والنشطاء على مستوى القاعدة وأعضاء البرلمان فى نيروبى، من أجل مزيد من المشاورات بشان كيفية دفع الحوار حول الإجهاض غير الآمن فى أفريقيا. هذه الجهود تقودها الشركات الوطنية الواسعة وائتلافات المهنيين فى الرعاية الصحية، ومجموعات النسائية، والممثلون الحكوميون وغير الحكوميين، ونشطاء حقوق الإنسان والصحة العامة.

وقد اتخذت الهيئات الإقليمية موقفاً من الإجهاض أيضا، ضمن سياق أوسع للأمومة الآمنة وخفض معدل وفيات الأمهات. ففى أغسطس ٢٠٠٣، صدق رؤساء حكومات الإتحاد الأفريقى، بدافع القلق بشأن تصاعد حالات وفيات الأمهات عند الولادة فى المنطقة، على البروتوكول الإضافى للميثاق الأفريقى لحقوق الإنسان والناس. ويدعو البند ١٤ (٢ج) من البروتوكول إلى تدخل الدول، وواجباتها فى حماية حياة النساء المعرضات للعواقب القاتلة للإجهاض غير الآمن.[٣٦] توصى هذه الوثيقة –للمرة الأولى فى اتفاقية دولية لحقوق الإنسان– الدول الأطراف بالسماح بالإجهاض الآمن فى حالات الاعتداء الجنسى على المحارم، والاغتصاب، وحيث تعرض مواصلة الحمل الصحة

قائمة المراجع:


1. Ross JA, Winfrey WL. Unmetneed for contraception in thedeveloping world and theformer Soviet Union: anupdated estimate. InternationalFamily Planning Perspectives2002;28(3):138–43.
2. WHO, UNICEF, UNFPA. MaternalMortality in 2000: EstimatesDeveloped by WHO, UNICEF,UNFPA. Geneva: WHO, 2004.
3. World Health Organization.Unsafe Abortion: Global andRegional Estimates of theIncidence of Unsafe Abortionand Associated




This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

Mortality in2000. Geneva: WHO, 2004.
4. Reducing unsafe abortion inKenya. Population Briefs1997;3(2):2.
5. Mekbib T, Hiwot YG, FantahunM. Survey of unsafe abortion inhealth facilities in Ethiopia.Sponsored by the Ethiopian Society of Obstetricians andGynecologists, UNFPA andNORAD, 2002. (Unpublishedreport)
6. Hord CE, Benson J, Potts J, et al.Unsafe abortion in Africa:overview and recommendationsfor action. Background paper for Meeting on Priorities and Needsin the Area of Unsafe Abortion.World Health Organization,Geneva, 28–29 August 2000. (Unpublished)
7. Kinoti SN, Gaffikin L, Benson J,et al.Monograph on Complicationsof Unsafe Abortion in Africa.Arusha: Reproductive Health Research Programme,Commonwealth Regional HealthCommunity Secretariat for East,Central and Southern Africa, 1995.
8. Henshaw SK, Singh S, Oye-Adeniran BA, et al. Theincidence of induced abortion inNigeria. International FamilyPlanning Perspectives 1998;24(4):156–64.
9. Holschneider S. Investing inyoung lives, the role ofreproductive health. Why investin young people? WashingtonDC: World Bank, 1998. At:<http://www.worldbank.org/html/extdr/hrp/population/ynglives/ynglives.htm>.
10. Koster-Oyekan W. Why resort toillegal abortion in Zambia?Findings of a community-basedstudy in Western Province. Social Science and Medicine1998;46(10):1303–12.
11. Anate M, Awoyemi O andOyawoye O, et al. Procuredabortion in Ilorin, Nigeria.East African Medical Journal.1995;72(6):386–90.
12. Mpangile GS, Leshabari MT,Kihwele DJ. Factors associatedwith induced abortion in publichospitals in Dar es Salaam,Tanzania. Reproductive HealthMatters 1993;1(2):21–31.
13. David HP. Abortion policies.In: Abortion and Sterilization:Medical and Social Aspects.Hodgson JE, editor. New York: Grune and Stratton, 1981. p.1–40.
14. Colgan A-L. Hazardous toHealth: The World Bank andIMF in Africa. Africa ActionPosition Paper. April 2002.
15. Billings DL, Ankrah V, Baird TL,et al. Midwives andcomprehensive postabortioncare in Ghana. In: Postabortion Care: Lessons from OperationsResearch. Huntington D,Piet-Pelon NJ, editors. NewYork7 Population Council,1999. p.141–58.
16. Uganda Ministry of Health,University of North Carolina atChapel Hill School of MedicineProgram for InternationalTraining in Health. PRIMEProject. Post abortion carecurriculum for midwives. May1998. (Draft, unpublished)
17. Solo J, Billings DL, Aloo-Obunga C, et al. Creatinglinkages between incompleteabortion treatment and familyplanning services in Kenya.In: Postabortion Care: Lessonsfrom Operations Research.Huntington D, Piet-Pelon NJ,editors. New York7 Population Council, 1999 p.38–60.
18. Rogo K, Bohmer L, Ombaka C.Developing community-basedstrategies to decrease maternalmorbidity and mortality due to unsafe abortion: pre-interventionresearch report. East AfricanMedical Journal 1999;76(11 Suppl.):S1–71.
19. Johnson BR, Benson J,Mutambirwa J. Unwantedpregnancy, abortion and postabortionfamily planning inZimbabwe: community, patientand provider perspectives.Presented at 121st AnnualMeeting of the American PublicHealth Association, SanFrancisco, 24–28 October 1993.(Unpublished)
20. Barometer C. Implementation ofthe new South African abortionlaw: a six-month, hospital-basedoverview. Reproductive Health Matters 1998;7(11):145–48.
21. Dickson-Tetteh K, Rees H.Efforts to reduce abortionrelatedmortality in SouthAfrica. In: Safe MotherhoodInitiatives: Critical Issues.Berer M, Ravindran TKS, editors.London7 Reproductive HealthMatters, 2000 p.190–95.
22. Varkey SJ. Abortion services inSouth Africa: available yet notaccessible to all. InternationalFamily Planning Perspectives 2000;26(2):87–88.
23. Odoi-Agyarko H. Ghana HealthServices: Submission of aStrategic Plan and Budget forAbortion Care in Ghana to WHO Representative. Accra, 2003.
24. Otsea K. Lives worth saving:abortion care in sub-SaharanAfrica since ICPD. Progressreport. Chapel Hill: Ipas, 2004.
25. Katzive L. Abortion law changessince 1994. New York: Centerfor Reproductive Rights, 2004.(Unpublished update)
26. Kidanemariam S. Programupdate. Addis Ababa: IpasEthiopia, 2004.
27. A National Assessment of theMagnitude and Consequences ofUnsafe Abortion in Kenya.Nairobi: Ipas Africa Alliance,Ministry of Health, KenyaMedical Association, Federationof Women Lawyers-Kenya,May 2004. (Forthcoming)
28. Tamale T. It's time Africa madeabortion legal [Opinion]. DailyNation. 31 May 2004.
29. Okwemba A. To bear or not.Missing the point on the ragingdebate.Daily Nation. 31May 2004.
30. New call for Affiliation Act.Daily Nation. 21 July 2003.
31. I support abortion, says Njonjo.Daily Nation. 31 May 2004.
32. Muigai S. Charge abortionistswith murder, says Lucy. EastAfrican Standard. 29 May 2004.
33. Timing limit for naming judgesat Apex Court: delegatesrejected an attempt by theKenya Medical Associationofficials to create a window forlegalization of abortion. DailyNation. 29 May 2004.
34. Udoto P. Study reveals highabortion rate by youth. DailyNation. March 2004.
35. Mbugua F. Murder charge forabortion doctor divides medicalprofession in Kenya. BMJ2005;330(1 Jan):10.
36. Article 34, Protocol to theAfrican Charter on Human andPeople's Rights on the Rightsof Women in Africa, as adoptedby the Conference of Headsof States and Governments.Maputo,Mozambique, July 2003.
37. Brookman-Amissah E. Report ofthe Conference of the WestAfrican Health Organizationand East, Central and Southern African Committee of HealthMinisters. 2004.
38. Africa Environment Outlook:Past Present and FuturePerspectives. At: <http://www.earthprint.com/show.htm>.UNEP, 2002.
39. UNAIDS, WHO. Hard truthsabout AIDS. 2001. At: <http://hardtruthaboutaids.com/statistics/2001/saharan.>



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

# إطلالة

**١- الفجوات المعرفية فى أدبيات وفيات الأمهات: مراجعة منهجية**

قامت هذه المراجعة المنهجية للأدبيات العلمية حول وفيات الأمهات بتقويم نسبة الأدبيات البحثية التى درست أسباب معينة لوفيات الأمهات والعبء الذي يمثله كل سبب من أسباب الوفيات. وقد أبرزت المراجعة قلة الأبحاث المتعلقة بالولادة المتعثرة والإجهاض غير الآمن والنزيف بشكل لا يتناسب مع حدوثها. ولم تقم سوى ٢٣ دراسة فقط بتحليل المحددات الهيكلية الكبرى لوفيات الأمهات. وركزت معظم الدراسات على الأدلة المتعلقة باتخاذ القرار الإكلينيكى وليس على قضايا الصحة العامة. وعلى الرغم من دراسة المتغيرات الاجتماعية – الاقتصادية، فقد كان هناك نقص فى المعلومات المنشورة حول بتأثير العوامل الثقافية والسياسية. معظم الدراسات أجراها باحثون من الدول النامية وافتقرت إلى التصميم المنهجى الرصين. قد يؤدى إشراك باحثين محليين إلى إزالة عدم الالتقاء بين مواطن الاهتمام العلمى من جانب والانتشار الفعلى لأسباب معينة لوفيات الأمهات من جانب آخر، ومن شأن هذا الإشراك أيضًا أن يشجع على انخراط صناع السياسة والمهنيين على مستوى الدولة فى إنتاج المعلومات المتعلقة بأفضل الممارسات ونشرها. ينبغى أن يكون تنفيذ استراتيجيات الصحة على دراية عميقة بالثقافة المحلية، حتى يكون له تأثير إيجابي على وفيات الأمهات[١].

1. Gil-Gonza´ lez D, Carrasco-Portin˜ o M, Ruiz MT. Knowledge gaps in scientific literature on maternal mortality: a systematic review. Bulletin of World Health Organization 2006;84(11):903–09.

**٢- استخدام التحقيق السرى فى وفيات الأمهات فى الدول النامية**

الدول صاحبة أعلى معدلات وفيات الأمهات هى الأقل احتمالاً أن تكون من بين تلك التي تملك خبرة إجراء تحقيقات سرية، على الرغم من أنها توفر فرصة طيبة لربط الممارسة بالسياسات، وتحقيق التأثير الأكبر على وفيات الأمهات. وقد تكون مقاومة إجراء التحقيقات السرية مقاومة براجماتية: الافتقار إلى الوقت، ضعف التوثيق عند حدوث وفيات عديدة خارج المرافق الصحية، وقلة الاهتمام أو المساءلة، وضعف التنظيم. وقد يكون هناك أيضًا الخوف من التقاضى، وتفشى الجهل، والشعور بعدم جدوى التحقيقات. ينبغى أن تشتمل المعلومات التى يتم جمعها فى تحقيق سرى على كل العوامل والأحداث، الإيجابية والسلبية، التى أسهمت معًا فى وفاة الأم. ومن شأن ذلك أن يقلص من الخوف من تحول التحقيق إلى عملية سلبية ومنتَقَدة. كذلك من شأن الاعتراف بالجوانب الإيجابية للأحداث أن يرفع المعنويات ويضرب المثل على الممارسات الجيدة التى من شأنها تحسين الخدمة. وحيثما لم تتوفر سجلات مكتوبة، يمكن للمقابلات مع مصادر المعلومات الأساسيين توفير معلومات مفيدة؛ على الرغم من أن نوعية تلك المعلومات تختلف باختلاف رؤية المشاركين فيها وخبرتهم. يمكن أن تكون التحقيقات أيضًا عاملاً محفزًا على تحسين التوثيق والممارسات المتعلقة بجمع المعلومات عن الأحداث المتعلقة بالوفاة على مستوى المجتمع. ينبغى أيضًا أن يتم جمع معلومات حول ما إذا كانت التكلفة تشكل عائقًا أمام القيام بتلك التحقيقات أو الاشتراك فيها.[١]

1. Hussein J. Improving the use of confidential enquiries into maternal deaths in developing countries.
Bulletin of World Health Organization 2007;85(1): 68–69.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

**٣- الارتباط بين ولادة الجنين ميتًا ووفيات الأمهات**

لوحظ أن هناك علاقة بين وفيات الأمهات وولادة مواليد موتى بعد المرور بمضاعفات تعثر الولادة والتعفن. يدرس هذا البحث العلاقة بين هذين الأمرين وثلاث قياسات لرعاية الولادة، اعتمادًا على بيانات نشرتها منظمة الصحة العالمية عن ١٨٨ دولة متقدمة ونامية. وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة قوية بين وفيات الأمهات وولادة مواليد موتى، بمعدل ولادتين لمولودين ميتين لكل حالة وفيات أمهات فى الدول الأقل تقدمًا، وبإجمالي خمس ولادات لمواليد موتى لكل حالة وفيات أمهات واحدة فى كل الدول التي شملتها الدراسة. كذلك وُجِد أن هناك انخفاضًا حادًا فى ولادة مواليد موتى ووفيات الأمهات فى الدول النامية مع ارتفاع معدل الولادات القيصرية من صفر إلى ١٠%. ولكن عندما ارتفع المعدل لأعلى من ١٠% لم يرتبط ذلك بتحسن فى النتائج. كذلك لم ترتبط المساعدة الماهرة على الوضع بتقلص ذي بال فى وفيات الأمهات إلى أن بلغت نسبة تغطية المساعدة الماهرة نحو ٤٠%. ولم تؤد أربع زيارات أو أكثر قبل الولادة إلى تحسن حقيقى فى وفيات الأمهات حتى بلغت نسبة التغطية نحو ٦٠%، واقترن نفس القياس بتقلص متواضع فى ولادة مواليد موتى.[١]

1. McClure EM, Goldenberg RL, Bann CM. Maternal mortality, stillbirth and measures of obstetric care in developing and developed countries. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2007;96: 139–46.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

**٤- زعماء من عشر دول أفريقية يدعون للإجهاض الآمن والقانوني**

دعا زعماء سياسيون من بتسوانا، وبوركينا فاسو، وإثيوبيا، وغانا، ومالاوى، وموزمبيق، وتنزانيا، وأوغندا، وزامبيا لإصدار تشريع بالإجراءات الآمنة للإجهاض، وذلك فى مسعى منهم لتقليل وفيات الأمهات بين النساء الأفريقيات. من بين ٦٨٠٠٠ امرأة يتوفين سنويًا من مضاعفات الإجهاض غير الآمن على مستوى العالم، هناك ٣٠٠٠٠ إمرأة أفريقية. كان الزعماء يحضرون مؤتمرًا استمر لثلاثة أيام حول حقوق الإنسان ووفيات الأمهات. وقد حثوا بقية الزعماء الأفارقة على إعلان التزامهم السياسى بإنهاء الإجهاض غير الآمن فى بلدانهم. وقد أشار الزعيم الكينى آورى إلى أن الحمل بين فتيات المدارس يؤدى بالكثيرات منهن إلى التوقف عن التعليم قبل الأوان، وهو ما يخلف آثارًا سلبية على التنمية سواء على مستوى الدولة ككل أو على مستوى الأفراد. وقد دعا أعضاء المؤتمر إلى وضع نهاية للإجهاض غير الآمن فى القارة[١].

1. Feminist Majority Foundation. Press release, 3 July 2007. At: <www.feminist.org/news/newsbyte>.

**٥- الأدوات المساعدة على اتخاذ القرار فى تحديد أسلوب الولادة**

يتعين على الحوامل اللاتى خضعن لعمليات ولادة قيصرية فى السابق أن يخترن بين الولادة الطبيعية المخططة والولادة القيصرية مرة أخرى. للوصول إلى مثل هذا القرار يحتاج غير الأطباء إلى أدوات مساعدة لاتخاذ القرار، تساعدهم على حزم رأيهم على أحد الخيارين. تم توفير أداتين معتمدتين على الكمبيوتر – برنامج معلومات وبرنامج تحليل قرار– لمجموعات من النساء اللاتى خضعن للولادة القيصرية مؤخرًا. يوفر برنامج المعلومات معلومات مقننة وبيانات عن النتائج المحتملة؛ ويطلب برنامج تحليل القرار من النساء تحديد تفضيلاتهن مع حجب المعلومات عن احتمالات كل خيار عنها، وحصلت مجموعة ثالثة على الرعاية المعتادة دون الأدوات المساعدة على اتخاذ القرار. وقد لوحظ أن أداتى المساعدة على اتخاذ القرار وفرتا دراية أوسع وتوترًا أقل فى مجموعتى الدراسة مقارنة بالمجموعة الضابطة. كانت نسبة من اخترن الولادة الطبيعية بين المجموعة التى استخدمت برنامج تحليل القرار أكبر – ولكن ليس بمستوى إحصائي مهم– من اللاتى استخدمن برنامج المعلومات أو بين المجموعة الضابطة. يوحى ذلك بأن النساء اللاتى أجريت لهن ولادة قيصرية فى السابق يتخذن قرارات أفضل فيما يتعلق باختيار نمط الولادة عندما يؤخذ ما يفضلنه، وليس مجرد الحقائق والأرقام، فى الاعتبار.[١]، [٢]

1. Montgomery A, Emmett CL, Fahey T, et al. Two decision aids for mode of delivery among women with previous caesarean section: randomised controlled trial. British Medical Journal 2007;334:1305.

2. Decision aids for women with a previous caesarean section: focusing on women's preferences improves decision making [Editorial]. British Medical Journal 2007;334:1281.

**٦- غير الأطباء يجرون معظم جراحات ولادة الطوارئ بشكل آمن فى موزمبيق ومالاوى بعد تلقيهم تدريب جراحى**

معظم الأطباء فى المستشفيات الريفية فى موزمبيق حديثى التخرج ولم يحصلوا إلا على تدريب محدود جدًا وخبرتهم فى الجراحة ضعيفة؛ بينما يحصل فنيو الجراحة (الذين يجرون الجراحات من غير الأطباء) على



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

ثلاث سنوات، على الأقل، من التدريب والخبرة فى الجراحة. وقد قام فنيو الجراحة بإجراء جراحات كبرى فى موزمبيق لأكثر من ٢٠ عامًا. وهم ليسوا من حاملى الشهادات الطبية ولكن تم اختيارهم للتدريب على الجراحة من بين الفئات الطبية الأخرى مثل الفنيين أو الممرضات.

تم فحص سجلات ١٢١٧٨ عملية ولادة جراحية كبرى، من خلال دراسة عرضية للإجراءات الجراحية أثناء عام ٢٠٠٢، ودراسة طولية لفنيى الجراحة والأطباء المتخرجين من كليات الطب فى أعوام ١٩٨٧، و١٩٨٨، و١٩٩٦ العاملين فى المستشفيات الأربع والثلاثين التي لديها غرف لعمليات الجراحة فى موزمبيق، بالاضافة الى إجراء مقابلات مع ٥٩ طبيبًا و٣٤ فني جراحة. قام غير الأطباء بإجراء جراحات ولادة كبرى فى ٥٧% من الحالات الـــ ١٢١٧٨ التى تم تفحصها. وقد أجرى هؤلاء ٩٢% من العمليات فى مستشفيات المناطق، والتى بلغت ٣٢٤٦ عملية (قيصرية، واستئصال رحم، و استكشاف البطن فى حالات الحمل خارج الرحم). على مستوى مستشفيات المناطق، كان هناك تباين واضح فى استمرار كل من فنيى الجراحة والأطباء فى وظائفهم؛ حيث استمر ٨٨% من فنيى الجراحة فى مناصبهم بعد سبع سنوات، فى حين لم يبق أى من الأطباء. الوضع نفسه يتكرر فى العديد من البلدان الأخرى المنخفضة الدخول، وهو يفسر قيام هؤلاء الإكلينيكيين، عند توفرهم، بالكثير من أعباء رعاية الولادة الطارئة والجراحة العامة على مستوى المناطق. وبدونهم كان توفير رعاية ولادة الطوارئ سيصبح مستحيلاً فى المناطق الريفية فى موزمبيق.[١]

فى مالاوى يقوم الإكلينيكيون (كوادر غير طبية مشابهة تم إدخالها منذ عام ١٩٧٦) أيضًا بإجراء جراحات الولادة العاجلة الكبرى فى حالات الطوارئ، فى غياب الأطباء. تم جمع بيانات عن ٢١٣١ حالة ولادة جراحية متتالية خلال ثلاث أشهر سنة ٢٠٠٥، قام بها إكلينيكيون أو أطباء فى ٣٨ مستشفى من مستشفيات المناطق فى مالاوى. شملت تدخلاتهم جراحات قيصرية فقط، أو قيصرية مقترنة بتدخلات أخرى مثل استئصال جزئي أو كلي للرحم، وإصلاح تمزق الرحم، وربط للبوق. شملت الدراسة كل النساء اللاتي أجريت لهن جراحة ولادة قيصرية خلال فترة الدراسة، وكانت معظم تلك الحالات حالات طارئة. شملت قياسات المخرجات، حالة المواليد الجدد، وحالات الأمهات بعد الولادة مباشرة وبعدها بـــ ٢٤ ساعة، وحمى ما بعد العمليات، وتعفن الجروح، والوفيات. خلال فترة الدراسة أجرى الإكلينيكيون ٩٠% من كل العمليات القيصرية، و٧٠% من الحالات التي تضمنت أيضًا على استئصال جزئي للرحم، و٦٠% من التي اشتملت على استئصال كلي للرحم، و٨٩% من الحالات التى اشتملت على إصلاح تمزق الرحم. كان هناك تماثل فى سمات المريضات اللاتى خضعن للعمليات التى أجراها كل من الإكلينيكيون والأطباء. كانت نتائج ما بعد العملية فى المجموعتين شبه متطابقة، من حيث الحالة العامة للمرأة سواء بعد العملية مباشرة أو بعدها بـــ ٢٤ ساعة، وكذلك من حيث حدوث ارتفاع الحرارة بسبب تلوث الجرح، وعدم التئام للجرح، والحاجة لإعادة إجراء العملية، وحالة المواليد الجدد ووفيات الأمهات. كان عدد وفيات الأمهات أعلى رقميًا فى المجموعة التي أجرى لها الإكلينيكيون العمليات (ن=٢٢/١٨٧٥ أى ١,٢%)؛ مقارنة بالمجموعة التى أجرى لها الأطباء العمليات (ن= ١/٢٥٦ أى ٠,٤%) ولكن الرقم غير ذي بال إحصائيًا حسب اختبار فيشر للدقة. وتوزعات وفيات الأمهات، مصنفة وفقًا لنوع التدخلات على النحو التالي: ٤/١٨ (٢٢%) توفين بعد جراحة قيصرية واستئصال رحم، بينما توفيت ١١/١٥٦٩ (٠,٧%) بعد أن أجريت لهن جراحات قيصرية فقط. ومن بين حالات تمزق الرحم توفيت ٦/٥٩ (١٠%) بعد العملية. وتشير معدلات إماتة المرض للحالات وفقًا لحالات المراضة المحددة قبل العملية بين هؤلاء المريضات إلى أن تسمم الحمل والعلامات الإكلينيكية الدالة على حدوث تمزق فى الرحم مثلت أعلى معدلات إماتة المرض للحالات، حيث كانت حوالى ٦%. معظم تلك الحالات أمضت عدة أيام قبل التوجه إلى



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

المستشفى. هذا فضلاً عن الشيوع شبه التام لعدم معرفة ما إذا كانت هناك إصابة بفيروس نقص المناعة البشرى المكتسب، وأكثر من نصف النساء بقليل فقط تلقين مضادات حيوية قبل العملية[٢]

لقد نُشر مؤخرًا تقييم اقتصادي لتكاليف تدريب فنيي الجراحة والأطباء المتخصصين وتوزيعهم على المستشفيات، وفقًا للإجراءات الجراحية الكبرى فى الولادة فى موزمبيق، عبر ثلاثين عامًا بسعر الدولار الأمريكي فى ٢٠٠٦. بلغت التكلفة ٣٨,٩٠ دولارًا لفنيي الجراحة، و١٤٤,١٠ دولاراً للجراحين وأخصائيي النساء والتوليد. أدت مضاعفة رواتب فنيي الجراحة إلى اختلاف ضئيل ولكنه مهم فى تكلفة الجراحة الواحدة بين المجموعتين (٦٠,٣٠ دولارًا مقابل ١٤٤,١٠ دولارًا للجراحة الواحدة). ولم يفض تحليل الحساسية فى اتجاه واحد لاختبار تأثير المدخلات المختلفة الأخرى إلى تغيير ملحوظ حول حجم ميزة التكلفة عند اللجوء إلى فنيي الجراحة. إن مقدمى الخدمة من المستوى المتوسط، مثل فنيى الجراحة، يكملون دور الأطباء وليسوا بديلاً لهم. نظرًا لحجم أزمة العاملين فى مجال الصحة، ستكون هناك حاجة إلى إعداد كبيرة من الأطباء ومقدمي الخدمة من المستوى المتوسط فى موزمبيق، وكذلك فى الدول النامية الأخرى. ويمكن لمثل هذا القرار أن يستنير بتحليل تكاليف وفاعلية (إنتاجية، وأمان، ونوعية الرعاية) أنواع مختلفة من الدمج بين كوادر العاملين فى الصحة. وترجح هذه الأدلة المستقاة من موزمبيق أن تدريب المستوى المتوسط من العاملين فى مجال الصحة على جراحات الولادة استثمار جيد.[٣]


1. Pereira C, Cumbi A, Malalane R, et al. Meeting the need for emergency obstetric care in Mozambique: work performance and histories of medical doctors and assistant medical officers trained for surgery. BJOG 2007; DOI:10.1111/j.1471-0528.2007.01489.x.

2. Chilopora C, Pereira C, Kamwendo F, et al. Postoperative outcome of caesarean sections and other major emergency obstetric surgery by clinical officers and medical officers in Malawi. Human Resources for Health 2007;5:17. At: <www. human-resources-health.com/content/5/1/17>.

3. Kruk ME, Pereira C, Vaz F, et al. Economic evaluation of surgically trained assistant medical officers in performing major obstetric surgery in Mozambique. BJOG 2007;114:1253–60. 248


**٧- رعاية الحوامل المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب فى مستشفيات الولايات المتحدة الأمريكية قبل العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية العالية النشاط وبعده**

أجريت مقارنة لأسعار الخدمة بالمستشفيات لمجموعة مختارة من المراضات بين المريضات المصابات، وغير المصابات، بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب من الحوامل فى الولايات المتحدة، واعتمدت على بيانات "عينة مرضى المستشفيات على مستوى الوطن ١٩٩٤ – ٢٠٠٣"، وعلى إحصائيات وصفية، وعلى دراسة رجعية متعددة المتغيرات اللوجيستى، لفحص الخصائص الاجتماعية – الديموجرافية، ونتائج المراضة، والأنماط الزمنية. هناك حوالى ٦٠٠٠ امرأة حامل مصابة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب دخلن المستشفى سنويًا فى الولايات المتحدة، ومالت هؤلاء النساء إلى قضاء فترات أطول فى المستشفى وتدفعن مبالغ أكبر من غير المصابات بالفيروس. وكانت أعداد من دخلن المستشفى للإصابة بالتعفن فى فترة النفاس،



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

وعدوى الجهاز التناسلى البولي، والإنفلوانزا، والالتهابات البكتيرية، والولادة المبكرة، واضطرابات الكبد من المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب أكبر من أعدادهن من غير المصابات بالفيروس. ولم تكن هناك اختلافات كبيرة بين الشريحتين من المصابات بمقدمات تسمم الحمل، والنزيف قبل الوضع. وعلى الرغم من انخفاض معدلات الوفاة فى المستشفى وحالات العدوى المختلفة فى تلك الفترة، فقد ارتفعت معدلات الإصابة بسكر الحمل بين المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب. لقد انخفضت معدلات معظم حالات المرض التي تم فحصها مع استخدام مضادات الفيروسات القهقرية فى العلاج، أو استقرت، ولكن ارتفاع الإصابة بسكر الحمل ربما يرجع فى جانب منه إلى العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية، وهو ما يستحق المزيد من الاهتمام.[١]

1. Kourtis AP, Bansil P, McPheeters M, et al. Hospitalizations of pregnant HIV-infected women in the USA prior to and during the era of HAART, 1994–2003. AIDS 2006;20(14):1823–31.

**٨- استخدام تحليل الميزانية لتحسين صحة الأم فى المكسيك**

استطاع مركز فوندار للتحليل والأبحاث بالمكسيك أن يتوصل إلى وجود فجوة بين الأهداف المعلنة للحكومة وإنفاقها العام الفعلي، وذلك عن طريق تحليل معلومات عن برامج الحكومة وسياساتها وميزانياتها المتعلقة بصحة الأم والتي حصل عليها المركز من وزارة الصحة والكونجرس المكسيكي.

وقد حدد المركز أوجه الخلل فى الخدمات، واكتشف وجود مخصصات للصحة الإنجابية للنساء لم يتم إنفاقها فى هذا الغرض، وحدد المناطق الأكثر فقرًا التي تعاني من انخفاض الموارد بشكل غير متناسب. وقد أدت الأدلة التي توصل إليها مركز فوندار إلى دفع وزارة الصحة لتضمين تغطية حالات النزيف، ومقدمات تسمم الحمل، وأمراض النفاس فى سياسة التأمين الصحي الحكومية. لقد أثبت تحليل الميزانية أنه وسيلة أكثر فاعلية من إقامة الحجة الأخلاقية فيما يتعلق بتقليص وفيات الأمهات. وبعد النجاح الذي حققه فوندار طلبت منظمة الصحة العالمية ومنظمات غير حكومية من جميع أنحاء العالم الاستفادة بخبراته.[١]

1. Using budget analysis to improve maternal health. MacArthur Foundation Newsletter: Population and Reproductive Health 2007;1:12.

**٩- تقليل مخاطر الاجهاض غير القانونى فى أورجواى:**

تسبب مخاطر الاجهاض فى ٢٩% من إجمالى وفيات الأمهات فى أوروجواى، بالمقارنة مع االنسبة العالمية ١٣%. كان الاجهاض مسئولاً عن ٤٨% من كل وفيات الأمهات فى أحد المستشفيات العامة فى مونتيفيديو (العاصمة)، وهو ما دعا مجموعة من أطباء النساء والولادة إلى عمل برنامج سمى "مبادرة الصحة العامة فى مواجهة الإجهاض غير الآمن". يتضمن هذا البرنامج عددًا من التدخلات لتقليل المخاطر المرتبطة بالإجهاض غير الآمن. اولى هذه التدخلات هو تقديم المشورة لأى امرأة تحضر الى المستشفى بسبب حمل غير مرغوب فيه أو تعرف نفسها بأنها قد تواجه مخاطر الإجهاض غير الآمن. تحضر هذه "الزيارة الأولى"، أى قبل اتخاذ اى اجراء، النساء اللاتى تأكد أن لديهن حمل من خلال الموجات فوق الصوتية، واللاتى تسمح حالاتهن بإنهاء الحمل بشكل قانونى. فى حالة الحمل السليم صحيًا والذى لا يقع تحت المعيير القانونية لاجراء الاجهاض،



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

تقدم للنساء معلومات صحيحة عن المخاطر النسبية لعدد من طرق الاجهاض المختلفة. تتضمن المعلومات الجرعات المضبوطة لعقار الميزوبروستول، المتوفر فى أوروجواى. لا تقدم لهن أى معلومات عن كيفية الحصول على العقار. وتشجع كل النساء على الحضور الى "زيارة تالية"، سواء بعد اجراء الإجهاض أو للحصول على رعاية ما قبل الولادة. فى المقابلة التالية يمكن للنساء اللاتى أجرين إجهاض أن يجرين شفط للرحم إذا كان هناك حاجة له فى حالات الإجهاض غير التام (قدرت بشكل مبدئى بحوالى ٣٠% من الحالات التى استخدمت عقار الميزوبروستول، لكنها انخفضت الى ١٨% مع استمرار البرنامج)، مع تقديم وسيلة مناسبة لمنع الحمل. بعض النساء حضرن للبرنامج من تلقاء أنفسهن، بعد انتشار الحديث عنه بشكل تلقائى؛ بينما تم تحويل أخريات من قبل العاملين الصحيين فى الرعاية الأولية أو عيادات المستشفيات. بدأ البرنامج فى مارس ٢٠٠٤. وبعد ستة شهور، اعترفت وزارة الصحة بالبرنامج بشكل رسمى. تحضر الزيارة الأولى ما يقارب من ٦٧٥ فى كل شهر، مع تزايد العدد فى كل شهر. ٧٣% من هؤلاء النساء حضرن "الزيارة التالية". لجأت ٨٨,٩% من إجمالى النساء اللاتى توفرت معلومات عنهن (٤٣٩) لإجراء إجهاض خارج المستشفى. ٣,٥% عدن الى رعاية ما قبل الولادة، والباقيات ٧,٥% لم يعدن حوامل أو لم تنطبق عليهن معايير اجراء الإجهاض القانونى فى المستشفى. كل النساء اللاتى أجرين إجهاضًا وحضرن "الزيارة التالية" أفدن أنهن استخدمن الميزوبروستول. ولم تسجل فى المستشفى وفيات للأمهات أو مضاعفات شديدة أثناء فترة الدراسة. لا يستطيع العمال الصحيون فى البلاد التى تجرم الإجهاض قانونيًا أو تقييده بشدة تغير القانون؛ إلا أن تطبيق استراتيجيات تقليل المخاطر مثل هذه والتى تحوز ثقة النساء، يمكنها أن تقى من المعاناة والمضاعفات وتقلل تكلفة العلاج على خدمات الصحة العامة. [١]

[١] Briozzo L, Vidiella G, Rodriguez F, et al. A risk reduction strategy to prevent maternal deaths associated with unsafe abortion. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2006;95:221-26

**١٠-الالتزام السياسى بخفض وفيات الأمهات: تانزانيا**

تزايد عدد النساء اللاتى توفين أثناء الحمل أو الولادة أو بعد الولادة فى تنزانيا، بشكل سريع فى فترة التسعينيات. يعنى غياب الموارد ووسائل المواصلات والفقر أن النساء اللاتى يرغبن فى الولادة تحت إشراف مهنيين صحيين ماهرين لا يمكنهن الوصول الى العيادات فى أحيان كثيرة. وتتفاقم هذه المشكلات فى ظل نقص المهنيين الصحيين المدربين. فى عام ٢٠٠٤ أشرفت طبيبة (طبيب) أو ممرضة على ٤٦% من الولادات فقط. بعض النساء لا يفكرن حتى بمحاولة الوصول للرعاية الصحية الرسمية. وقد أعلن رئيس تنزانيا جاكيا كيكويت أن التصدى لوفيات الأمها أولوية قصوى جنبًا الى جنب مع الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب. وفى يونيو ٢٠٠٧ أعلنت الحكومة أنها تهدف الى خفض معدل وفيات الأمهات الى النصف بحلول عام ٢٠١٠.[١]

١ McGregor S. More women dying preventable deaths. InterPress service. 19 July 2007.



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

# قائمة مصطلحات العدد الثانى عشر

| | |
|---|---|
| Acute renal failure | الفشل الكلوي الحاد |
| Anaesthetic | مخدر |
| Anaesthetic shock | صدمة ناتجة عن التخدير |
| Apgar score | مقياس أبْغار (أختبار يجرى على المولودين حديثًا لتقييم حالتهم الصحية ومدى احتياجهم لعناية خاصة) |
| Artificial Augmentation | حث الولادة بشكل اصطناعي |
| Capacity – building | بناء القدرات |
| cardiovascular shock, | صدمة قَلْبِيَّةٌ وِعائِيَّة |
| Case fatality ratio | نسبة حالات الوفيات |
| Circulatory collapse | هبوط فى الدورة الدموية |
| Central venous access | مدخل وريدى المركزى |
| Diabetic ketoacidosis | زيادة نسبة الكيتون فى الدم لدى مرضى السكرى |
| Direct sister-hood methods | طريقة الأخت المباشرة (وهى تستخدم لجمع المعلومات الخاصة بابحاث وفيات الأمهات) |
| Dropper machine | قطارة |
| Dystocia | عُسْرُ الوِلاَدَة |
| DFID | ادارة التنمية الدولية البريطانية |
| Echocardiography | تَخْطيطُ صَدَى القَلْب |
| Eclampisa | تسمم الحمل |
| Effacement | امِّحاء عُنُق الرَّحِم<br>ترقق عنق الرحم واتصاله بباقى عضلات الرحم |
| Electrolyte imbalance | عدم توازن أيونات الأملاح فى الدم |
| Encephalopathy | اعتلال دماغى |
| Endometritis, | الْتِهابُ بِطانَةِ الرَّحِم |
| Epidurals | الحقن فى العمود الفقرى لعلاج الالم |
| Episiotomy | شق العجان |
| Epidural anaesthesia | التخدير النصفى (الحقن بالمخدر فى السائل المحيط بالعمود الفقرى ) |
| Evidence – based practices | الممارسة المبنية علي البينة |



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

| | |
|---|---|
| Fetal distress | ضائِقَةٌ جَنينِيَّة |
| Flow shart | رسم تخطيطى تتبعى |
| First trimester abortion | الإجهاض اثناء الاشهر الثلاث الاولى من الحمل |
| Facility | مرفق |
| GAVI Alliance | |
| Genital-pelvic infection, | عدوى بمنطقة الحوض والمنطقة التناسلية |
| Haematological disseminated Intravascular coagulation | تجلط دموى داخل الاوعية الدموية |
| HELP syndrome (haemolisis, elevated liver enzymes, low platelets) | متلازمة هيلب (تحلل دموي سيولة دموية، ارتفاع نسبة انزيمات الكبد، انخفاض صُفَيْحَات الدم |
| High –risk cases | حالات ذات اختطار مرتفع |
| Hyper stimulation | تنبيه مفرط |
| hypotention | انخفاض في ضغط الدم |
| Hysterectomy | اسْتِئْصالُ الرَّحِم |
| Hydration | ارواء |
| Induced abortion | إجْهاضٌ(متعمد) |
| Infectious | معدي |
| International classification of diseases (ICD-10) | التصنيف الدولى للامراض |
| Intrapartum | أَثْناءَ الوَضْع |
| Intravenous cannula | إبرة وريدية |
| Intubation | وضع الانابيب |
| Jaundice | اليرقان (مرض الصفراء) |
| Live birth | مَولودٌ حَيّ |
| Maternal mortality ratio | نسبة وفيات الأمهات |
| Severe maternal morbidity scoring system | نظام لتحديد المراضة الشديدة للأمهات |
| Meperidin | ميبيريدين (دَواءٌ مُخَدِّرٌ مُسَكِّن) |
| Magnesium sulfate | عقارسلفات الماجنزيوم ( ويستخدم كعلاج أساسي لحالات تسمم الحمل) |
| Metabolic | اسْتِقْلابِيّ؛ أيضِيّ |
| Midwives | قابلات |
| Mifepristone –misoprostol | عقارات تستخدم لعمل الإجهاض الطبي |
| MNCH partnership | الشراكة حول صحة الام والطفل حديثى الولادة |
| monitoring and surveillance | المراقبة والترصد |



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

| | |
|---|---|
| الولادات المهبلية الطبيعية | Normal vaginal births |
| الافلات من الموت | Near Misses |
| قِلَّةُ البَول | Oliguria |
| فشل عضوي | Organ failure |
| أُوكْسيتُوسين (هرمون معجِّل للولادة) | Oxytocin |
| كريات دم حمراء منزوع منها بلازما الدم | Packed red blood cells |
| نموذج رسم الولادة | Partogram |
| مَرَضٌ الْتِهابِيٌّ حَوضِيّ | Pelvic inflammatory disease, |
| الرعاية اثناء الوِلاَدَة | Perinatal care |
| الْتِهاب بُالغشاء البريتونى | Peritonitis |
| المشيمة | Placenta |
| الفترة التالية للولادة | Post – natal period |
| الفترة التالية للوضع | Post – partum period |
| النزيف التالي للوضع | Post –partum hemorrhage |
| رعاية مابعد الوضع | Post-partum care |
| وِلاَدَةٌ عَجُولة تحدث فى فترة قصيرة | Precipitate labour |
| مقدمات تسمم الحمل | Pre-eclampsia |
| استخدام الانابيب فى العلاج لمدة طويلة | Prolonged intubation |
| بروستاغلاندين<br>انزيم يفرز طبيعيا اثناء الولادة كما يتم استخدامه كعقار لاستخدامه فى الحث الاصطناعى للولادة أوالاجهاض | prostaglandin |
| متلازمة ما بعد ربط الأنابيب | Post tubal ligation syndrome |
| النِّفاس | Puerperium |
| جلط رِئَوِيّ | pulmonary embolism |
| تورم رئوى – وجود سوائل داخل الرئة | Pulmonary oedema |
| استشرافى | Procepective |
| كُلْوِيّ | Renal |
| القصور التنفسي | Respiratory insufficiency |
| مبادرة الأمومة الآمنة | Safe Motherhood initiative |
| الشهر الرابع–السادس من الحمل | Second trimester |
| نَوبَة | Seizures |
| تعفن | Sepsis |



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

| | |
|---|---|
| Septicaemia | تعفن دموى |
| Spontaneous abortion | اجهاض تلقائي |
| SPSS Version 12 | الحزمة الإحصائية للبحوث الإجتماعية ( نسخة ١٢) |
| Structured checklists | قائمَةُ تَفَقُّد مقننة (تدقيق) |
| Surveillance | مسح ترصدى ((يحدث على عدة فترات )) |
| Survey | مسح ( يتم فى لحظة زمنية محددة ) |
| syndrome | متلازمة (مجموعة من الأعراض) |
| Tracheal intubation | إدخال الأنابيب الى القصبة الهوائية |
| Thrombocytopenia | نقص الصفائح الدموية |
| Thyrotoxic crisis | نَوبَةُ بسبب التَّسَمُّمِ بفرط إفراز الغدة الدَّرَقِيَّة |
| Total fertility rate | مُعَدَّلُ االخصوبة الكلى |
| Toxemia | تَسَمُّمُ دموى |
| Triangulation | التثليث : تشير الي استخدام ثلاث أدوات بحثية مختلفة لتأكيد مصداقية النتائج |
| Trimester | الأثلوث<br>تقسم فترة الحمل الى ثلاث أقسام، كل منها ثلاثة شهور (الأثلوث الأول، والثانى، والثالث) |
| UNFPA | صندوق الامم المتحدة للأنشطة السكانية |
| UNICEF | صندوق الامم المتحدة للأطفال |
| Unmet need for contraception | الحاجة غير الملباة لموانع الحمل |
| Unplanned pregnancy | الحمل غير المخطط له |
| Unsafe birthing practices | ممارسات الولادة الغير آمنة |
| Uremia | زيادة نسبة البولينا بالدم |
| Uterine aspiration | الشفط الرحمي |
| Uterine curettage | كحت الرَّحِم |
| Uterine dilatation | توسيع الرحم |
| Uterine rupture | تمزق الرحم |
| Vaginal | مهبلي |
| Validation | تَوثيقُ المصداقية |
| ventilation | التنفس الاصطناعى (وضع المريضة على جهاز للتنفس) |
| Verbal autopsy | البحث فى اسباب الوفاة عبر المقابلات مع |



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

| | |
|---|---|
| اقارب/اصدقاء المتوفاة | |



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

# قائمة المصطلحات المجمعة للأعداد ٩-١١

| | |
|---|---|
| Abuse | سوء المعاملة |
| Accessory glands | الغدد الثانوية |
| Aerobic/anaerobic bacteria | البكتريا الهوائية والا هوائية |
| Amniocentesis | بزل السائل الامنيوسى |
| Amniotic fluid | السائل الامنيوسى(المحيط بالجنين داخل الرحم) |
| Anecdotal | روايات شخصية |
| Attitudes | المواقف |
| Accountability | المحاسبية |
| Accounting | المحاسبة |
| Antenatal care | رعاية ما قبل الولادة |
| Approach | التوجه/ المقاربة |
| Abstinence | لامتناع عن ممارسة الجنس |
| Aids | متلازمة نقص المناعة البشرية (الايدز ) |
| Algorithm | الخوارزميات –العمل وفق خطوة متسلسلة |
| Antiretrovirals | مضادات الفيروسات القهرية |
| Antiretrovil treatment | العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية |
| Antenatal care | متابعة ماقبل الحمل |
| AIDS Epidemics | وباء مرض نقص المناعة البشري المكتسب |
| Abnormal vaginal discharge | افرازات غير طبيعية من المهبل |
| Behavior | سلوكيات |
| Bias | انحياز |
| backlash | ردود فعل مناوئة |
| benchmarks | المحددات القياسية |
| biomedical | الطبى–الحيوى |
| Bleeding during intercourse | نزول دم من المهبل أثناء الجماع |
| Bimanual examination | فحص الحوض بكلتا اليدين يد داخلية من المهبل والأخري علي البطن |
| bacterial vaginoses | التهابات مهبلية بسببخلل فى النسب الطبيعية للبكتيريا |
| Case history | دراسات حالة |
| Chlamydial genital tract infections | عدوى الجهاز التناسلى بطفيل الكلاميديا |
| Chronic infection | الالتهاب المزمن |



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

| | |
|---|---|
| Coercion | اكراه–قسر |
| Complications | مضاعفات |
| Congenital | خلقى |
| Consequences | عواقب–مستتبعات |
| Contraceptives | وسائل منع الحمل |
| cost effectiveness | فعالية التكلفة |
| culture | الثقافة |
| curettage | كحت الغشاء المبطن للرحم |
| Cd4 | الخلايا اللمفاوية التائية |
| Confidence interval (99%ci731-787) | معدل الثقة للفرضية الاحصائية عند احتمال ٩٩% |
| Condom | الواقي الذكرى |
| cross – section study | دراسة عرضية) كدراسات الحالة( |
| community-based research study | الدراسات المعتمدة علي أخذ عينة من المجتمع ككل |
| Clue cells | الخلايا التجمعية تنشأ عن حدوث التهابات بعنق الرحم |
| Clinic – based studies | الدراسات التي بجري داخل العيادات |
| Chlamyadia tracomates | الكلاميديا التراكومية ، نوع من البكتيريا التي تسبب التهاب بعنق الرحم ينتقل عن طريق الجنس |
| cervistis | التهاب بعنق الرحم |
| Cervical ectropion | الزحف الخارجي للخلايا المبطنة للجدار الداخلي لعنق الرحم |
| Case – control study | دراسة الحالة والضابط |
| D&C(dilatation and curettage) | عملية توسيع عنق الرحم–وكحت بطانة الرحم |
| Domestic violence | العنف الاسرى |
| Dysuria | صعوبة في التبول ناتجة عن الألم |
| Discharge | افرازات |
| Endocrine disturbances | اضطرابات هرمونية |
| Endocrinological | هرمونى |
| Endometrial biopsy | عينة من الغشاء المبطن لجدار الرحم |
| Endometriosis | مرض بطان الرحم |
| Equity in gender relations | الانصاف فى العلاقة بين الجنسين |
| Extended family | الاسرة الممتدة |
| Episiotomy | شق العجان(المنطقة ما بين الفرج وفتحة الشرج) |
| Empirical evidence | لادلة اللامبريقية (التجريبية |
| Emergency obstetric care | طوارئ رعاية الحمل |



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

| | |
|---|---|
| epidemiological surveillance | مسوح الإنتشار الوبائي |
| Endocervical bleeding | نزيف من السطح الداخلي لعنق الرحم |
| Female condom | الواقى الانثوى |
| Feminists | النسويات |
| Focus group discussions(FGD) | مناقشات المجموعات البؤرية |
| Female Genital mutilation | التشويه الجنسى للإناث |
| feminists | نسويات |
| FIGO (international federation for obstetrician and gynecologists | الاتحاد الدولى لاطباء امراض النساء والتوليد |
| Focus group discussions | لمجموعات البؤرية |
| Gamete GIFT | نقل البويضة المخصبة معمليا الى قناة الفالوب |
| Gender | النوع الاجتماعى |
| Gonococcus | البكتريا المسببة لمرض السيلان |
| Gonorrhea | مرض السيلان |
| Gonorrhea | مرض السيلان |
| Gold standards | المقياس المعياري |
| Genital ulcer diseases | أمراض ناتجة عن حدوث قرح بالمنطقة التناسلية |
| goals | الغايات – الأهداف العامة |
| grey papeers | غير المنشورة |
| guidelines | قواعد توجيهية (إرشادية) |
| Harassment | تحرش |
| Health education | التثقيف الصحى |
| HIV | فيروس نقص المناعه البشرية |
| Hysterosalpingography | اشعة بالصبغة على التجويف الرحم وقنوات الفالوب |
| Hepatitis B and C | لالتهاب الكبدى الوبائي بى و سى |
| HIV | لفيروس المسبب لمرض الإيدز |
| High activity Antiretrovirals (HAART | العلاج مرتفع الفعالية المضاد للفيروسات القهقرية |
| homosexuality | المثلية الجنسية |
| Identity | هوية |
| In vitro fertilization IVF | التخصيب المعملى |
| Increased risk | الاختطار– تزايد معدلات التعرض للمخاطر |
| Indigenous | اهلى–بلدى طبيعى فطرى |
| Implantation of the conceptus | غرس الويضة الملقحة فى الرحم |
| Key informants | من يعتبرن/يعتبرون مصادر اساسية للمعلومات |



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

| | |
|---|---|
| متكامل | Integral |
| حقن الحيوانات المنوية داخل السائل الخلوى للبويضة | Intra-cytoplasmic sperm injection |
| القذف داخل المهبل | Intra-vaginal ejaculation |
| سفاح محارم | incest |
| الإجهاض غير التام | incomplete abortion |
| متعددة الأنظمة | interdisciplinary |
| حقن عقار البنسلين بالعضل | Intramuscular benzathin penicillin |
| اعتلال الصحة | Ill health |
| هيدروكسيد البوتاسيوم | koh |
| الاجهاض العمدى (المستحث) | Induced abortion |
| تقييم حالة البطن من الداخل عن طريق استخدام المنظار | Laparoscopic evaluation |
| الحمل فى سن متأخر | Lat parity |
| الانساب | Lineage |
| عدوى الجهاز التناسلى السفلى | Lower genital tract infection |
| الضغط | lobbying |
| افرازات من قضيب الذكر | Male urethral discharge |
| التباهى بالذكورة | Mashocismo |
| المراضة | Morbidity |
| التهاب الغدة النكفية | Mumps |
| معايير الاختيار الطبى | Medical Eligibility Criteria |
| مبيدات الجراثيم | micro biocides |
| حشد التأييد | mobilization |
| قابلة | Midwife |
| انتقال الفيروس من الام للجنين | Mother to child transmission (MTCT) |
| الشفط الهوائى اليدوى | Manual vacuum aspiration (MVA) |
| المايكوبلازما البشرية | Mycoplasma hominis |
| المراضة الناتجة | Morbidity outcomes |
| اضطرابات الدورة الشهرية | Menstrual disorder |
| وفيات الأمهات | Maternal mortality |
| )مراكز رعاية الأمومة والطفولة وتنظيم الأسرة( | MCH/FP)centre |
| الواقى الانثوى غير المطاطى | Non-latex female condom |
| الاسرة النووية | Nuclear family |
| مادة تستخدم لمنع الحمل | Nonoxynol-9 |



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

| | |
|---|---|
| Orchitis | التهاب الخصيتين |
| Patrilineal lineage | النسب الابوى |
| Patterns of infertility | انماط العقم |
| Pelvic inflammatory disease | مرض التهاب الحوض |
| Pelvic tuberculosis | تدرن الحوض |
| PHC(primary health care) | الرعاية الصحية الاولية |
| Post abortion, postpartum and puerperal pelvic sepsis | التهاب الحوض بعد السقط او الولادة (حمى النفاس) |
| Post-abortion counseling | المشورة بعد الاجهاض |
| Post-coital test | اختبار ما بعد الجماع |
| Potential | امكانيات |
| Pregnancy termination | انهاء الحمل |
| Prostate | للبروستاتا |
| pap smear | مسحة من عنق الرحم |
| perinatal mortality | وفيات الأطفال فى الفترة المحيطة مباشرة بالولادة |
| Post Exposure Prophylaxes (PEP) | لوقاية بعد التعرض |
| post-abortion care | رعاية ما بعد الاجهاض |
| Professional aptitude certificate | شهادة احتراف |
| Promiscuity | الاباحية |
| Placenta | المشيمة |
| prevalence studies | دراسات الإنتشار |
| positive serology | اختبار موجب بالدم |
| pelvic inflammatory disease | مرض الإلتهاب الداخلي للحوض |
| Infertility | العقم |
| Offspring | الذرية |
| Prenatal care and counseling | الرعاية والمشورة فى فترة ما قبل الولادة |
| Primary infertility | العقم الاولى |
| Pills | أقراص منع الحمل |
| Perinatal mortality rate | وفيات ما حول الولادة |
| Rape | اغتصاب |
| Reproductive choices | الاختيارات الانجابية |
| Remove the placenta manually | استخراج المشيمة يدويا |
| Reproductive tracts infection (RTIs) | عدوي القناة التناسلية |
| Randomized clinical trail | دراسات اكلينيكية معتمدة علي الإختيار العشوائي للعينة |



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

| | |
|---|---|
| Self-determination | تقرير المصير |
| Semen analysis | تحليل السائل المنوى |
| Semi structured interviews | مقابلات شبه مقننة |
| Seminal vesicles | القنوات الحويصلية المنوية |
| Sepsis | تعفن الدم |
| Squeal | عواقب–نتائج |
| Sexual education | التثقيف الجنسى |
| Sexuality | الشئون الجنسية |
| Sexually transmitted diseases (STDs) | الامراض المنقولة جنسيا |
| Social activity | الوصمة الاجتماعية |
| Sperm cervical mucus interaction | التفاعل بين الحيوان المنوى ومخاط عنق الرحم |
| Spermicidal activity | نشاط قاتل للحيوانات المنوية |
| Sexually transmitted infections STIs | العدوى المنقولة جنسيا |
| Surrogate mother | الام البديلة |
| Service delivery | تقديم الخدمة |
| Screening | الفحوص المسحية |
| sector wide approach | المقاربة الشاملة للقطاع |
| service delivery | تقديم الخدمة |
| sexual autonomy | الاستقلال الجنسى |
| spacing pregnancies | المباعدة بين الولادات |
| stallholders | الأطراف المعنية |
| (SWAP Sector wide approaches) | المقاربة الشاملة للقطاع |
| Strategies | اليرنامج المشترك لوكالات الامم |
| Syphilis | مرض الزهري |
| Swab test | أخذ عينة عن طريق المسح بقطعة من القطن في طرف عصاة |
| Sexually transmitted infection | الأمراض المنقولة عن طريق الجنس |
| Tubal occlusion /blockage | انسداد القنوات |
| targets | مستهدفات |
| tool-kit | الحزمة من الأدوات |
| TBAs | المولدات الشعبيات ( الدايات ) |
| T.B | مرض الدرن |
| trichomonas | طفيل المجسات الثلاث)( |



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

| | |
|---|---|
| Tenderness on moving the cervix | ألم عند تحريك عنق الرحم |
| TB-DOTS Direct observational Treatment | استراتيجية الملاحظة المباشرة لعلاج الدرن |
| UNAIDS | برنامج الامم المتحدة لمكافحة مرض الايدز |
| Unsafe abortion | الاجهاض غير الامن |
| USAID | وكالة التنمية الدولية الامريكية |
| Uterine prolapse | السقوط الرحمى |
| UNAIDS | المتحدة حول فيروس نقص المناعة البشرية / الايدز |
| Vaginal condom | الواقى المهبلى |
| Vaginal microbicidal agents | اقراص مهبلية لمنع الحمل |
| Varicocele | دوالى الخصيتين |
| VCT voluntary counseling and testing | المشورة والاختبار الطوعى |
| victimization | الشعور بالغبن |
| Viral load | لحمل الفيروسى |
| VCT | المشورة والاختيار الطوعيين |
| Voluntary counseling testing (VCT) | المشورة والإختبار الطوعي |
| Vaginal discharge | افرازات مهبلية |
| Women controlled methods | وسائل منع الحمل التى يمكن ان تتحكم فيها النساء |
| World health assembly | الجمعية العمومية لمنظمة الصحة العالمية |



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com

# الغلاف الخلفى الخارجى

"إن إدراج معدل وفيات الأمهات ضمن الهدف الخامس للألفية التنموية يشجع على مناقشة مسالة موت الأمهات المستمر، ويضمن وضعها على الخطط الوطنية؛ لكن التطبيق على الأرض يتطلب مستوى من التركيز والالتزام بالتغيير الشامل وبناء القدرة والاستثمار طويل الأجل والصبر الذى نادرا ما يكافأ عمليا. ومن هنا، فإن المقاربات المعتمدة فى صنع سياسة الصحة العامة ودعم الفعالية –تلك المقاربات التى تواصل التأكيد على التدخلات السريعة ذات المردود العالى والتكلفة الأقل– تسمح بأن يتم تهميش وفيات الأمهات فى هدوء"

**اعتلال صحة الأمهات ووفياتهن: هل أصبح الحمل أكثر أمانًا للنساء؟**

مارج بيرر

"لا تُعد البرامج الرامية إلى تحسين صحة الأمهات مجرد تدخلات تقنية، لكنها تدخلات إجتماعية أيضًا، ويجب تقييمها باستخدام مناهج جرى تطويرها لتقييم التدخلات الاجتماعية المعقدة التى تهدف إلى إحداث تغيير. لقد تحددت عالميًا مكونات البرامج الفاعلة؛ ومع ذلك، فإن السياق شديد الأهمية لكى يتحقق محليًا ما ثبت أنه ممكن فى مكان آخر"

**تحسين صحة الأمهات: السعي لتطبيق أفضل الممارسات**

لوفداى بن–كيكانا وآخرون

"تدعو الإستراتيجية الثانية إلى تدخل الدولة وواجبها فى حماية حياة النساء المعرضات للنتائج القاتلة للإجهاض غير الآمن (منهج الحرص على الحياة). النقطة المركزية فى هذه الإستراتيجية هي أن الدولة والجمهور بوجه عام تقع عليهما مسئولية خفض معدل وفيات الأمهات الناتج عن ممارسات الإجهاض غير الآمن. ويمكن المجادلة أن تلك القوانين التى تجبر النساء على اللجوء إلى الإجراءات الخطرة لإجراء عملية الإجهاض أو التى تسمح بتوقيف وسجن النساء اللاتى تخضعن لعملية الإجهاض تنتهك حق النساء فى الحياة"

**استعمال الحق فى الحياة لمواجهة الإجهاض غير الآمن فى أفريقيا**

**كيروم تكليهيمونت**

"وبالرغم من مناخ الأزمة الحالى وأى شىء آخر يجرى، فما زالت النساء تلد وترغب فى الرفق والرعاية الطيبة لأنفسهن ولمواليدهن. وربما كانت تلك هى النقطة التى يجب أن تبدأ عندها فرصة التغيير"

**استحضار الملاك الحارس: رعاية الأطفال فى مستشفى فلسطيني**

**سحر حسان بيطار ولورا ويك**



This PDF was created using the Sonic PDF Creator.
To remove this watermark, please license this product at www.investintech.com