

## الأداة رقم 6: مؤشرات البرنامج

### الجزء الثاني: مؤشرات خفض معدلات الوفيات النفاسية

#### أولاً - مقدمة

مجموعة الأدوات هذه مكملة للخطوط التوجيهية لوضع برامج صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA). وهي توفر توجيهاً وخيارات لموظفي مكاتب الصندوق القطرية من أجل تحسين أنشطة التخطيط والمراقبة والتقييم (PM&E). وهي مفيدة أيضاً لمديري البرامج على صعيد المقر الرئيسي للصندوق وعلى الصعيد الوطني.

في كل عام يموت أكثر من 50 000 امرأة نتيجة لأسباب مرتبطة بالحمل. ومعظم هذه الوفيات (98%) يحدث في العالم النامي، وجميعها تقريباً يمكن منع حدوثه. وقد سلّطت الأضواء على ضرورة خفض معدلات الوفيات النفاسية في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) الذي عقد في عام 1994 وفي استعراضه الذي أجري في عام 1999 (المؤتمر الدولي للسكان والتنمية + 5 سنوات)، واختير ذلك الخفض كإحدى الغايات الإنمائية الرئيسية الثماني في مؤتمر القمة الذي عقده الأمم المتحدة في سنة 2000. وتدعو الغاية الإنمائية الخامسة من غايات الألفية إلى خفض نسبة الوفيات النفاسية بمقدار ثلاثة أرباع خلال الفترة من عام 1990 إلى عام 2015. وهذه غاية يمكن تحقيقها، ولكن ذلك يتوقف على تخطيط تدخلات تستند إلى استراتيجيات تم التحقق من صحتها وتُخفّض بنجاح حالات حدوث الوفيات النفاسية.

وقد أعدت شعبة الدعم التقني التابعة لصندوق الأمم المتحدة للسكان الأداة رقم 6، الجزء الثاني، بالتعاون مع شعبة خدمات الإشراف ومع شبكات الصندوق للتقييم والوفيات النفاسية. ويبرز القسم الثاني والثالث من الأداة الأسباب الرئيسية للوفيات النفاسية ويصفان الاستراتيجيات الفعالة لمنع حدوثها. أما القسم الرابع فهو يوفر مؤشرات تبيّن أنها عملية وفعالة لكل من تقييمات الاحتياجات لتخطيط التدخلات المتعلقة بالوفيات النفاسية وتتبع التقدم المحرز أثناء تنفيذ تلك التدخلات. وهو يسلط الضوء أيضاً على مصادر بيانات كل مؤشر. والمؤشرات الموصوفة في هذه الأداة تُستخدم حالياً في برامج عديدة لخفض معدلات الوفيات النفاسية يدعمها صندوق الأمم المتحدة للسكان فضلاً عن منظمات أخرى. ويجري تقييم فعالية المؤشرات أثناء هذه التدخلات.

وبينما تذكر الأداة مسائل أساسية بشأن الطلب على خدمات رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة، من قبيل المسائل المتعلقة ببيئة السياسات، والوعي الفردي والمجتمعي، والالتزام بالحد من الوفيات النفاسية، فإنها تتناول أساساً مسائل تتعلق بعرض خدمات رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة. أما مؤشرات النتائج المرتبطة بالطلب على خفض معدلات الوفيات النفاسية فهي ستكون موضوع أداة تُعد مستقبلاً.

## ثانياً - الأسباب الطبية للوفاة النفاسية

من الضروري عند معالجة الوفاة النفاسية في أي بلد أن توضع في الاعتبار عدة عوامل طبية. فالغالبية الساحقة من المضاعفات التي تحدث أثناء الحمل لا يمكن التكهّن بها، ولا يمكن الحيلولة دون حدوثها. وقد تم تحديد بعض عوامل النساء الحوامل معرضات لخطر الإصابة بمضاعفات تهدد الحياة. ويتضح من القرائن أن 15% من جميع حالات الحمل تُسفر عن مضاعفات. وتعتبر أغلبية النساء اللاتي تظهر عليهن مضاعفات يُعتبرن معرضات "لمخاطر منخفضة". والمضاعفات الأربعة التي تؤدي في الأغلب إلى الوفاة هي النزف، والتعفن (الخمج)، وارتفاع ضغط الدم بفعل الحمل، وتعرس المخاض. وهذه المضاعفات مسؤولة، إلى جانب الإجهاض غير المأمون، عن أكثر من ثلثي الوفيات النفاسية. أما الثلث الباقي فهو يرجع إلى أسباب غير مباشرة أو إلى حالة طبية قائمة - تكون عادة الملاريا أو فقر الدم (الأنيميا) أو الالتهاب الكبدي الوبائي أو الإيدز - تسوء بفعل الحمل أو الولادة.

## ثالثاً - الحد من حالات الوفيات النفاسية - سلسلة من النتائج

### التعلم من التاريخ

لقد ظلت برامج الحد من الوفيات النفاسية، لسنوات كثيرة، تركز على عنصرين رئيسيين هما: الرعاية قبل الولادة وتدريب القابلات التقليديات وأفراد المجتمع على التعرف على المضاعفات أثناء الولادة. وكان المقصود من هذه البرامج هو إحالة النساء اللاتي توجد لديهن مضاعفات تهدد حياتهن إلى مستوى أعلى من الرعاية في الوقت المناسب. ومن دواعي الأسف أن هذه الاستراتيجية لم تعالج الجوانب الأساسية العديدة للمشكلة. وربما كان أهم نواحي الضعف في هذا النهج هو عدم معالجته لمسألة توافر الرعاية على مستويات أعلى من مستويات النظام. فالبلدان التي توجد لديها معدلات مرتفعة من الوفيات النفاسية تكون لديها دائماً تقريباً شحة في المرافق التي تقدم خدمات رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة. وأي برنامج يسعى إلى زيادة الإحالات إلى مستوى أعلى من الرعاية سيفشل إذا لم تكن هذه الخدمات متوافرة.

ومن مواطن الضعف الأخرى، كما أظهرت دراسات كثيرة، أن القابلات التقليديات لا تتوافر لديهن المهارات اللازمة للتعرف على المضاعفات، حتى عندما يكن مدربات، وذلك لأنهن كثيراً ما لا يحضرن إلا قلة قليلة نسبياً من الولادات التي تحدث فيها مضاعفات أثناء "ممارستهن لمهنتهن". وقد يفتقرن أيضاً إلى سلطة إقناع الأسرة بنقل امرأة وهي في حالة مخاض إلى مستشفى. وحتى في المجتمعات التي تكون فيها القابلات التقليديات مؤثرات، فإنهن قد يفتقرن مع ذلك إلى المهارات اللازمة لإنقاذ حياة المرأة في حالة تعرضها لطارئ طبي.

وقدر كبير من الأفكار الحالية المتعلقة بالوفيات النفاسية مصدره متابعة البلدان التي نجحت في خفض الوفيات النفاسية خفضاً هائلاً، من قبيل الولايات المتحدة والبلدان الأوروبية في القرون الثامن عشر والتاسع عشر والعشرين<sup>1</sup>. وفي السويد، بُذل جهد متضافر في أواخر القرن التاسع عشر للتشجيع على إشراف أشخاص مهرة على الولادة. ودُرِبَت القابلات وجرت عملية نشر لهن، مما أسفر عن حدوث انخفاض حاد في الوفيات النفاسية. وبعد الحرب العالمية الثانية حدث انخفاض ثانٍ في الوفيات النفاسية في كل من أوروبا وأمريكا الشمالية. وكان ذلك نتيجة مباشرة لإدخال استخدام المضادات الحيوية، وعمليات نقل الدم، وتوافر العمليات القيصرية بسهولة. وكانت هذه التدخلات فعالة في منع معظم أسباب الوفيات النفاسية وهي: التعفن والنزف وتعرس المخاض.

<sup>1</sup> بلغت نسب الوفيات النفاسية (أي عدد الوفيات النفاسية مقابل كل 100 000 مولود حي) في السويد وبريطانيا العظمى والولايات المتحدة الأمريكية ما يتراوح من 250 إلى 400 مقابل كل 100 000 مولود حي في منتصف القرن التاسع عشر. وكان انخفاض سابق يتراوح من 800 إلى 1 000 قد حدث في الفترة ما بين عام 1750 وعام 1850 من خلال حدوث زيادة تدريجية في نسبة الولادات التي كان يُشرف عليها مهنيون مهرة، معظمهم قابلات.

## الإطار 1- السمات الأساسية للبرامج الناجحة للحد من الوفيات النفاسية

- وجود التزام سياسي مستمر على أعلى مستوى
- اتسام الرعاية التي تقدمها القابلات بالطابع الاحترافي
- إشراف أشخاص مهرة على 90% من الولادات
- إمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة ومنع الحمل
- إمكانية الحصول على رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة بما في ذلك التكنولوجيات الطبية من قبيل المضادات الحيوية ومضادات التشنجات ومعجلات الولادة
- الرصد المستمر للخدمات وتحسين جودتها بما في ذلك القيام بعمليات مراجعة للوفيات النفاسية

وفي عديد من البلدان الفقيرة من حيث الموارد، من قبيل كوبا وسري لانكا وماليزيا وتونس، أثبت النموذج الغربي للحد من الوفيات النفاسية على مدى السنوات الثلاثين إلى الخمسين الماضية. وفي هذه البلدان أتاح تكوين سجلات وطنية للولادات والوفيات تتضمن أسباب الوفاة عملية رصد اتجاهات الوفيات النفاسية. وقد كشف تحليل سجلات الإحصائيات الحيوية المحسنة عن أن نسبة الوفيات النفاسية مرتفعة وأثار الوعي بالمشكلة، مما أدى إلى تزايد الإرادة السياسية وبذل جهد تشريعي سريع لتحسين إمكانية الحصول على رعاية من أشخاص مهرة أثناء الولادة.

ويُبرز الإطار 1 بعض العوامل الأساسية لنجاح التدخلات المتعلقة بالوفيات النفاسية التي تُطبق حالياً في كل من البلدان الفقيرة والبلدان الغنية.

### كيف ومتى نتدخل

إن مخططي البرامج ومديريها معنيون بتخطيط وتنفيذ برامج للحد من الوفيات النفاسية تكون ناجحة ومن الأرجح أن تحقق الأثر المنشود.

والاستراتيجية الأولى هي منع حدوث حالات الحمل غير المرغوبة منعاً تاماً. ثم، عند حدوث حالة حمل، ينبغي أن ينصب التركيز على وقت الولادة الحرج والخطر وفترة ما بعد الوضع مباشرة. وتبين التجربة أن المرأة التي تموت أثناء الولادة تمر بواحد على الأقل من التأخيرات الثلاثة التقليدية المبينة في الإطار 2.

وتوافر الإرادة السياسية للحد من الوفيات النفاسية أمر لا بد منه، بالنظر إلى أن ذلك الحد يتطلب رصد أموال على مدى طويل، وتطوير البنية التحتية، ووجود سياسات ملائمة. وتدفق الموارد لأغراض الصحة النفاسية يحقق أقصى درجات فعاليته عندما يكون جزءاً من جهد يرمي إلى تعزيز القطاع الصحي بأكمله. بل إن البلدان التي تشهد انخفاضاً في معدلات الوفيات النفاسية كان الالتزام السياسي بتعزيز القطاع الصحي بأكمله هو في حقيقة الأمر العنصر المشترك بينها.

وتصور سلسلة نتائج الوفيات النفاسية (انظر الشكل 1) تصويراً بيانياً التدخلات الأساسية اللازمة للحد من الوفيات النفاسية استناداً إلى ما يوجد حالياً من معرفة بشأن ما ينجح في الحد من الوفيات النفاسية<sup>2</sup>. وفي هذا السياق، وفي إطار النظر في نهج قائم على تحقيق نتائج بشأن إدارة البرامج، يطور الشكل عملية تغيير تحدث بمرور الوقت ونوع النتائج (المخرجات)<sup>3</sup> التي يمكن أن تكون البرامج الممولة من صندوق الأمم المتحدة للسكان مسؤولة عن تحقيقها. ويوضح

<sup>2</sup> من الجدير بالذكر أن سلسلة النتائج المبينة في الشكل 1 لا تصور التدخلات والأنشطة الاستراتيجية اللازمة لتحقيق المخرجات المنشودة.

<sup>2</sup> أقرت فرقة عمل الأمم المتحدة المعنية بالتنسيق وتحقيق الاتساق، وصندوق الأمم المتحدة للسكان عضو فيها، التعاريف التالية: "المخرجات هي المنتجات والخدمات التي تنجم عن إنجاز أنشطة في إطار تدخل إنمائي. أما النواتج فهي تأثيرات مخرجات التدخل المقصودة أو التي ستتحقق على المدى القصير والمتوسط، وتتطلب عادة جهداً جماعياً من جانب الشركاء. وتمثل النواتج تغييرات في الأوضاع الإنمائية تحدث بين إنجاز المخرجات وتحقيق الأثر. أما الآثار فهي التأثيرات الإيجابية والسلبية على المدى الطويل على فئات سكانية التي يمكن تحديدها نتيجة لتدخل إنمائي، والتي تحدث

الرقم أن البرامج الممولة من المانحين كان تأثيرها على تحقيق نتائج ذات مستوى أعلى من قبيل المخرجات والأثر يقل باستمرار وذلك نتيجة لتدخل عوامل كثيرة خارجية بالنسبة للبرامج. وتحديد سلسلة نتائج تبين العملية التي يمكن من خلالها الحد من الوفيات النفاسية أمر مفيد لتوجيه عملية تصميم البرامج ورصد التقدم فضلاً عن أنها خطوة أولى أساسية لتحديد مؤشرات فعالة تتيح للمديرين أن يتتبعوا التغيير.

### نهج صندوق الأمم المتحدة للسكان ذو الأبعاد الثلاثة لتحسين الصحة النفاسية

للحد من الوفيات النفاسية تكمله أنشطة الدعوة على صعيد السياسات وتدخلات في مجال الاتصالات من أجل تغيير السلوكيات. ويرد فيما يلي وصف "الأبعاد الثلاثة".

#### 1- تنظيم الأسرة

إن تلبية الطلب الحالي على خدمات تنظيم الأسرة من شأنها بمفردها أن تخفّض حالات الحمل في البلدان النامية بنسبة 20% والوفيات والإصابات النفاسية بدرجة مماثلة أو أكثر. ولقد جرت عملية صقل لاستراتيجية الصندوق خلال السنوات الثلاثين الماضية لكفالة أن تكون خدمات تنظيم الأسرة ذات جودة عالية؛ ووجود إمدادات كافية من مجموعة واسعة التنوع من وسائل منع الحمل ولوازم الصحة الإنجابية، بما فيها الرفالات (العوازل الواقية) الذكورية والأنثوية؛ واحترام الاختيار الفردي. ومع أن إمكانية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة لن يكون تأثيرها كبيراً فيما يتعلق بتخفيض نسب الوفيات النفاسية فإنها تحقق الكثير فيما يتعلق بتخفيض المعدل الإجمالي للوفيات المرتبطة بالحمل والإجهاضات غير المأمونة<sup>4</sup>. وتنظيم الأسرة وسيلة فعالة من حيث التكلفة لخفض معدلات الوفيات النفاسية بواسطة ما يلي: (1) خفض عدد المضاعفات المطلق نتيجة لانخفاض عدد حالات الحمل؛ (2) خفض حالات حدوث الإجهاض بتجنب حالات الحمل غير المرغوبة وغير المخططة؛ (3) تجنب حالات الحمل التي تحدث في مرحلة مبكرة للغاية أو في مرحلة متأخرة للغاية أو مرات متكررة للغاية أثناء الدورة الإنجابية للمرأة، وكذلك حالات الحمل التي تحدث بدون مباحة كافية بينها.

بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، وسواء كانت مقصودة أو غير مقصودة. وهذه التأثيرات قد تكون اقتصادية، أو اجتماعية - ثقافية، أو مؤسسية، أو بيئية، أو تكنولوجية، أو صحية، أو ديمغرافية".

الوفيات النفاسية بأنها عدد الوفيات المرتبطة بالحمل لكل 100 000 مولود حي.

## الإطار 2- التأخيرات الثلاثة

هو التأخير في اتخاذ قرار بالتماس الرعاية فيما يتعلق بأحد مضاعفات التوليد. وقد يحدث هذا لعدة أسباب، من بينها التأخر في إدراك وجود مشكلة، أو الخوف من المستشفى، أو من التكاليف التي ستنكبدها، أو عدم وجود شخص متاح يمكن أن يتخذ قراراً.

يحدث بعد اتخاذ قرار بالتماس الحصول على رعاية. وهذا تأخير في الوصول المادي إلى المرفق الذي يقدم الرعاية وينجم عادة عن صعوبة العثور على وسيلة للنقل أو صعوبة دفع ثمن تلك الوسيلة. فكثرة من القرى لا توجد لديها إلا خيارات نقل قليلة للغاية وتربطها بما حولها طرق سيئة. وقد استحدثت بعض المجتمعات المحلية وسائل مبتكرة للتصدي لهذه المشكلة، من بينها نظم الدفع المسبق، ورصد أموال للنقل المجتمعي، وتعزيز الصلات بين الممارسين في المجتمع المحلي والنظام الصحي الرسمي.

هو التأخير في الحصول على الرعاية بعد التواجد في المرفق الصحي. وهذا من بين أكثر المشاكل المتعلقة بالوفيات النفاسية مدعاة للأسف. فكثيراً ما تنتظر المرأة ساعات طويلة في مركز الإحالة بسبب قلة عدد الموظفين في المرفق، أو سياسات الدفع المسبق، أو صعوبات الحصول على إمدادات دم، أو معدات، أو غرفة عمليات. والتأخير الثالث هو المجال الذي يرى مخططون كثيرون أن تداركه هو الأيسر. فبمجرد أن تصل امرأة فعلاً إلى مرفق من مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة تكون كثرة من العقبات الاقتصادية والاجتماعية - الثقافية قد تم التغلب عليها فعلاً. والتركيز على تحسين الخدمات في المراكز القائمة هو عنصر رئيسي من عناصر التشجيع على التماس رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة. أما البرامج التي تهدف إلى معالجة أول تأخيرين (أي البرامج التي تعمل على توعية المجتمعات المحلية لكي تتعرف على المضاعفات وتشجعها على التماس الرعاية، أو البرامج التي تهدف إلى تحسين وسائل الانتقال إلى مرفق يقدم مستوى من الرعاية يكون أعلى) فهي تكون بلا جدوى إذا كانت المرافق نفسها لا تفي بالمراد.



## 2- إشراف أشخاص مهرة على الولادة

تحدثت أغلبية مضاعفات الولادة وقت المخاض والوضع. ويلزم وجود مشرف ماهر على الولادة لكي يتعرف بسرعة على المضاعفات التي تعرّض الحياة للخطر ولكي يتدخل في الوقت المناسب لإنقاذ حياة الأم. ويصور الإطار 3 المقصود بـ "المشرف الماهر". وعلى الرغم من وجود أدلة تاريخية ساحقة على أن الاستعانة بالأطباء والقابلات والممرضات في عمليات التوليد عامل حاسم الأهمية في الحد من الوفيات النفاسية، لا تجري في حضور مشرفين مهرة إلا نسبة قدرها 58% من الولادات على نطاق العالم حالياً.

### الإطار 3- من هو المشرف الماهر؟

يشير مصطلح "المشرف الماهر" حصراً إلى الأشخاص الذين توجد لديهم مهارات القبالة (ومنهم مثلاً الأطباء والقابلات والممرضات) ممن تلقوا تدريباً لكي يتقنوا المهارات اللازمة لإدارة الولادات العادية وتشخيص مضاعفات الولادة أو إحالة النساء اللاتي يتعرضن لها إلى المرافق التي يمكن أن تعالج تلك المضاعفات.

ومثالياً، يكون المشرفون المهرة أشخاصاً يعيشون في المجتمع المحلي الذي يخدموه، ويكونون جزءاً منه. ويجب أن يكونوا قادرين على إدارة المخاض العادي والوضع، ومعرفة علامات بداية المضاعفات، وأداء تدخلات أساسية، وبدء العلاج، والإشراف على إحالة الأم والمولود إلى الجهات التي يمكن أن تتولى التدخلات التي تتجاوز قدرتهم أو التي لا تتسنى في تلك الظروف بعينها. وتبعاً للظروف، قد يكون مقدمو الرعاية الصحية الآخرون، من قبيل الممرضات/القابلات المساعدات، والقابلات على مستوى المجتمع المحلي، والقابلات على هؤلاء الأفراد غالباً ما يشكلون عصب الخدمات النفاسية في المناطق النائية عن المركز، ومن الممكن تحسين نتائج الحمل والمخاض بالاستعانة بخدماتهم، خصوصاً إذا كانت تشرف عليهم قابلات مدربات تدريباً جيداً.

### الإطار 3 (تابع) - من هو المشرف الماهر؟

وفي البلدان المتقدمة وفي كثير من المناطق الحضرية في البلدان النامية، تقدم عادة الرعاية من أشخاص مهرة عند الولادة في مرفق من مرافق الصحة. إلا أن الولادة قد تحدث في أماكن مناسبة كثيرة، بدءاً من المنزل إلى مركز الإحالة من المستوى الثالث، تبعاً لمدى التوافر والحاجة، ولا توصي منظمة الصحة العالمية بأي بيئة معينة لحدوث الولادة فيها. فالولادة التي تحدث في المنزل قد تكون مناسبة في حالة الولادة العادية، بشرط أن يكون الشخص الذي يشرف عليها مدرباً تدريباً ملائماً ومزوداً بما يلزم<sup>1</sup> وبشرط أن تكون الإحالة إلى مستوى أعلى من مستويات الرعاية خياراً.

<sup>1</sup> في بلدان كثيرة يكون المشرفون التقليديون على الولادة قد تلقوا تدريباً وذلك تشجيعاً على اتباع ممارسات في التوليد تكون أكثر أماناً، من بينها أن تكون الولادة نظيفة وتجنب الممارسات الضارة. ولكن التعليم والتدريب ومهارات المشرفين التقليديين على الولادة هي عناصر لا تكفي لاستيفاء جميع متطلبات إدارة حالات الحمل والولادات العادية ولتحديد المضاعفات وإدارتها أو إحالة النساء اللاتي يعانين منها إلى مرافق يمكن أن تعالج تلك المضاعفات. وقد تعني خلفياتهم أيضاً أن ممارساتهم مرهونة بوجود أعراف ثقافية وتقليدية قوية، قد تعوق أيضاً فعالية تدريبهم.

.1999.

وثمة أسباب كثيرة لهذا التباين. وأحد هذه الأسباب هو ببساطة الافتقار إلى وجود مشرفين مهرة. وثمة عامل آخر يتمثل في سوء توزيع المشرفين، حيث يفضل معظم المهنيين البقاء في المناطق الحضرية. ويسعى صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى معالجة هذه المشكلة بالتشجيع على تدريب المهنيين وبالتشجيع على تنفيذ برامج مبتكرة للإبقاء عليهم في المناطق التي تشتد الحاجة إليهم فيها. وهذا يتضمن توفير حوافز من قبيل برامج الإسكان والتعلم عن بعد للقبالات وللأطباء العاملين في المناطق الريفية وشبه الريفية، والتشجيع على وضع نظم للتناوب ما بين الممارسة في القطاع العام والممارسة في القطاع الخاص. وعلاوة على ذلك، قد تساعد لا مركزية التدريب حسب السياق المحلي على استبقاء بعض المهنيين المهرة في المناطق الريفية، وخصوصاً أولئك الذين ينتمون إلى الفئات الوسطى، مثل مساعدات الممرضات - القبالات، والزائرات المعنيات برفاه الأسرة، أو الأخصائيات الصحيات.

### 3- رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة

تشير رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة (EmOC) إلى سلسلة من الوظائف الحاسمة الأهمية التي تنفذ الحياة، تُؤدَّى مثاليًا في مرفق طبي، ويمكن أن تحول دون وفاة امرأة تعاني من بداية مضاعفات أثناء الحمل، أو الوضع، أو في فترة ما بعد الوضع. وهذه الرعاية تمثل استجابة طبية لحالة تهدد الحياة، وليست رعاية معيارية لجميع الولادات. وغالباً ما تنقسم وظائف تلك الرعاية إلى فئتين هما: (1) رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة، التي يمكن أن تقدم في مركز صحي وتؤديها ممرضة أو قابلة أو يؤديها طبيب، و (2) رعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة، التي تتطلب عادة التسهيلات الموجودة في مستشفى عام به غرفة عمليات. وترد أدناه في الجدول 1 الوظائف الأساسية:

#### الجدول 1 - وظائف رعاية التوليد الأساسية والشاملة الخاصة بالحالات الطارئة

وظائف رعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة التي تتطلب وجود غرفة عمليات وتُؤدَّى عادة في المستشفيات العامة	وظائف رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة التي تُؤدَّى في مركز صحي بدون غرفة عمليات
وظائف رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة جميعها، إلى جانب:	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ إعطاء مضادات حيوية وريدياً</li> <li>■ إعطاء معجلات الولادة وريدياً</li> <li>■ إعطاء مضادات التشنج وريدياً</li> <li>■ إزالة المشيمة يدوياً</li> <li>■ الولادة المهبلية بمساعدة</li> <li>■ إزالة النواتج المتخلفة (بواسطة الشفط)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ العمليات القيصرية</li> <li>■ عمليات نقل الدم</li> </ul>	

وتتكون وظائف رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة من إعطاء الأدوية بواسطة الحقن. وهذه الأدوية تكون عادة مضادات حيوية لعلاج خمج، أو مضادات للتشنج لعلاج حالة تشنج، أو معجلات للولادة لعلاج النزف المفرط بواسطة مساعدة الرحم على التقلص. وتشير الولادة المهبلية بمساعدة إلى استخدام جهاز شفط بدلاً من استخدام كلابات. وعدم طرد الجسم للمشيمة طبيعياً يمكن أن يتسبب في نزف مفرط وفي الإصابة أيضاً بخمج. ويصدق نفس الشيء على استمرار بقاء مخلفات السقط غير المكتمل أو الإجهاض. ويمكن عادة أداء عملية إزالة المشيمة يدوياً. ويمكن القيام بعملية إزالة المخلفات المتبقية تحت تأثير تخدير خفيف، وهي تتطلب عادة إجراءً جراحياً بسيطاً من قبيل الشفط اليدوي.

أما رعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة (EmOC) فهي تشير إلى القدرة على أداء تدخلات جراحية أكثر تعقيداً من قبيل العمليات القيصرية للتخفيف من تعسر المخاض. وتشير أيضاً إلى القدرة على إجراء عملية نقل دم

لمعالجة النزف الذي يعرض الحياة للخطر. ولكن يجب الحصول على الدم وفحصه وتخزينه بطريقة مأمونة؛ ولذا يلزم وجود بنك كامل للدم.

وتحسين توافر الخدمات خطوة أولى حاسمة الأهمية لزيادة إمكانية الحصول على رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة. وفي حالات كثيرة لا تلزم إلا مدخلات محدودة فقط لزيادة إمكانيات المرافق الصحية الموجودة ولتمكينها من تقديم خدمات رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة. وهذه التدخلات قد تشمل: تجديد غرف العمليات الموجودة أو تجهيز غرف عمليات جديدة بما يلزم؛ وإصلاح أو شراء معدات جراحية ومعدات تعقيم؛ وتدريب الأطباء والممرضات على المهارات التي تنفذ الحياة؛ وتحسين إدارة الخدمات الصحية. ومن بين تحسينات إدارة الخدمات الصحية تزويد المرافق الصحية بعدد كافٍ من الموظفين، ووجود إمدادات منتظمة من الأدوية وغيرها من اللوازم، وصيانة البنية التحتية والمعدات الصحية، ووجود نظام يتيح توافر حالة استعداد على مدار 24 ساعة يومياً، ووجود سياسات منصفة لتسعير خدمات الرعاية الصحية. وهي تعني أيضاً التشجيع على عمليات الرصد والتقييم، وإدخال تحسينات باستمرار في نوعية الخدمات.

## رابعاً - استخدام مؤشرات المخرجات والنواتج لرصد التقدم المحرز

### مقدمة

من الصعب تحديد ما إذا كانت تدخلات البرامج المتعلقة بالوفيات النفاسية ناجحة، وذلك لأن مؤشرات أثرها من قبيل معدلات ونسب الوفيات النفاسية غالباً ما تكون غير متوافرة. ومن بين أسباب عدم توافرها هذا سوء نوعية الإحصائيات الحيوية التي تُبلغ عنها بلدان نامية كثيرة وعدم تمييز الوفيات النفاسية في أغلب الأحيان، عند تسجيلها، عن الوفيات التي تنجم عن أسباب أخرى<sup>5</sup>. ولذا يوصى بأن تعتمد هذه البرامج على مؤشرات متفق عليها دولياً هي: مؤشر الغايات الإنمائية للألفية المتمثل في إشراف أشخاص مهرة على الولادة و "مؤشرات الأمم المتحدة لعملية رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة" الستة التي اتفقت عليها اليونسيف ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان<sup>6</sup>. وهذه المؤشرات تصف وظائف الخدمات الصحية وقدرة النظم الصحية على معالجة المضاعفات المهددة للحياة التي تنشأ أثناء الحمل والولادة. ويوصى أيضاً باستخدام مؤشري تغيير السلوكيات والمؤشرات المتعلقة بالسياسات لرصد الطلب على رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة ولرصد بيئة السياسات في هذا الصدد.

وقد استنتج من خلال التجارب الحالية فيما يتعلق باستخدام مؤشرات الأمم المتحدة لعملية رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة في ملاوي<sup>7</sup> أن تلك المؤشرات تنطوي على أوجه قصور ولكن نظام الرصد هذا وفر معلومات حيوية لمقدمي الخدمات الصحية ومديريها وواضعي سياساتها مكنتهم من زيادة توافر الخدمات وتوزيعها وتحسين نوعيتها.

ويسلط الإطار 4 الضوء على تجارب استخدام مؤشرات الأمم المتحدة لعملية رعاية التوليد الخاص بالحالات الطارئة لإجراء تقييمات أساسية لخدمات التوليد.

<sup>5</sup> من بين الأسباب الأخرى: (1) استناد تقديرات الوفيات النفاسية إلى قياس هذه النسب لدى عينات من السكان من خلال مسح باهظة التكلفة وتوجد فيها فروق واسعة من حيث إمكانية الثقة في نتائجها؛ (2) إمكانية الحصول على بيانات تنتمي إلى الماضي فقط بحيث يصعب قياس التقدم الذي يكون قد تحقق مؤخراً؛ و (3) احتمال إعطاء نسب الوفيات النفاسية صورة وطنية عامة ولكنها تفتقر إلى قدر كافٍ من التفاصيل اللازمة لعملية صنع القرار على المستوى المحلي.

<sup>6</sup> Maine, Deborah et al. *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services* العالمية، صندوق الأمم المتحدة للسكان. آب/أغسطس 1997.

<sup>7</sup> Hussein J, Goodburn E A, Damisoni H, Lema V and Graham W. (2001). *Monitoring obstetric services: putting the 'UN Guidelines' into practice in Malawi: 3 years on.* " Int'l Journal of OB & Gyn 75, 63-73

#### الإطار 4 - النتائج التي تم التوصل إليها من خلال تقييمات أساسية لخدمات التوليد

في فترة السنتين 2000-2001 أجرت المكاتب القطرية لصندوق الأمم المتحدة للسكان في الكاميرون والهند والمغرب وموزامبيق ونيكاراغوا والنيجر والسنغال تقييمات لخدمات التوليد باستخدام مؤشرات الأمم المتحدة لعملية رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة.

وتظهر اتجاهات مشتركة من خلال هذه المسوح هي: مثلاً، أن التحدي الحقيقي هو زيادة توافر مرافق رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة؛ وعدم انتظام التوزيع الجغرافي للمرافق، والحاجة إلى بذل جهد أكبر بكثير لجعل الخدمات في المتناول في المناطق الريفية، وهي مشكلة كثيراً ما يضاعفها سوء حالة الطرق والافتقار إلى وسائل نقل؛ وعدم إمكانية استخدام معدل الوفيات الفردية وحدها كمؤشر لسوء نوعية الخدمات في المرفق. وقد يكون السبب في حدوث حالة وفاة نفاسية هو الوصول المتأخر إلى المرفق لا نوعية الخدمات المقدمة فيه.

المصدر: International Journal of Obstetrics and Gynecology (IJGO) in 2002 and 2003, UNFPA /AMDD Making Safe Motherhood a Reality in West Africa – Using Indicators to Programme for Results. 2003.

ومؤشرات DOPA<sup>8</sup> وما يقابلها من وسائل التحقق (MOVs) المبينة في الشكل 1 و الجدول 2 أصبحت أدوات هامة لرصد مساهمة صندوق الأمم المتحدة للسكان في الحد من الوفيات النفاسية. ويرد في الصفحات التالية تحديد دقيق لكيفية تكوين كل مؤشر، والمستويات الدنيا و/أو القصوى اللازمة، ومصادر البيانات المستخدمة.

<sup>8</sup> DOPA معناها: المباشرة (Direct)، والموضوعية (Objective)، والعملية (Practical)، والملائمة (Adequate). وللإطلاع على مزيد من التفسير انظر الأداة 6 في مجموعة أدوات الرصد والتقييم الموجهة إلى مديري البرامج، الجزء الأول: مؤشرات البرامج - المفاهيم الأساسية.

## الجدول 2 - مؤشرات لرصد رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة في برامج الحد من الوفيات النفاسية

المؤشر	المستويات المثلى
1- نسبة الولادات التي تجري بمساعدة أخصائيين صحيين مهرة <sup>9</sup>	وفقاً للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية: 60% من الولادات وفقاً للغايات الإنمائية للألفية: 90% من الولادات لا يوجد عادة هدف قومي.
2- عدد مرافق رعاية التوليد الأساسية والشاملة الخاصة بالحالات الطارئة المتاحة لكل عدد من السكان	لكل 500 000 شخص، ينبغي أن يوجد: - 4 مرافق على الأقل من مرافق رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة - مرفق واحد على الأقل من مرافق رعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة
3- التوزيع الجغرافي لمرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة (المؤشرات الفرعية: الوقت الذي يستغرقه الوصول إلى مرفق يقدم تلك الرعاية ونسبة الأسر المعيشية التي تبعد عن مرفق من مرافق رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة مسافة تُقطع في ساعتين)	مثالياً، ينبغي أن يكون من الممكن الوصول إلى مرافق رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة في غضون ساعتين كحد أقصى. أما المرافق التي تقدم رعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة فينبغي أن يكون من الممكن الوصول إليها في غضون 12 ساعة كحد أقصى.
4- نسبة جميع الولادات التي تجري في مرافق رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة ومرافق رعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة	ينبغي أن تجري نسبة قدرها 15% على الأقل من جميع الولادات في مرافق رعاية التوليد الأساسية أو الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة
5- تلبية الحاجة إلى رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة: نسبة النساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات في الولادة ويعالجن في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة	ينبغي علاج 100% من النساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات في الولادة في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة
6- العمليات القيصرية كنسبة (%) من جميع الولادات	ينبغي أن تمثل العمليات القيصرية ما لا يقل عن 5% وما لا يتجاوز 15% من جميع الولادات (العمليات القيصرية لا تُجرى إلا في حالات الطوارئ فقط)
7- معدل حالات الوفيات أثناء التوليد	ينبغي أن يكون معدل حالات الوفيات بين النساء اللاتي يعانين من مضاعفات في الولادة في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة أقل من 1% (ويُفسر هذا المؤشر أفضل تفسير على مستوى كل مرفق)

.Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services. UNICEF, WHO, UNFPA. August 1997 .

<sup>9</sup> هذا المؤشر، المقترح لرصد الغاية رقم 5 من الغايات الإنمائية للألفية، ليس جزءاً من مؤشرات الأمم المتحدة الستة لعملية رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة المقترحة أصلاً في المصدر المشار إليه.

ويقدم **الجدول 3** عرضاً عاماً للبيانات اللازمة لوضع المؤشرات.

**الجدول 3 - أنواع البيانات التي تُستخدم لوضع المؤشرات**

المؤشر 7	المؤشر 6	المؤشر 5	المؤشر 4	المؤشر 3	المؤشر 2	المؤشر 1	نوع البيانات
	•	•	•	•	•	•	عدد السكان
	•	•	•			•	معدل الولادات
						•	عدد الولادات التي تجري بمساعدة مشرفين مهرة
			•	•	•		بيانات المرافق الصحية: الوظائف الإرشادية لرعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة
	•		•			•	عدد الولادات
•		•					عدد الحالات التي توجد فيها مضاعفات في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة
	•						عدد العمليات القيصرية
•							عدد الوفيات النفاسية (الأسباب المباشرة)

المصدر: مقتبسة بتعديل من: دورات التعلم عن بعد بشأن القضايا السكانية: الدورة 6، الوحدة النموذجية 2. صندوق الأمم المتحدة للسكان. 2002.

### **المؤشر 1: نسبة الولادات التي تجري بمساعدة مشرفين مهرة**

ينبغي استخدام المؤشر 1، غير المدرج في "مؤشرات الأمم المتحدة لعملية رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة" الستة، للإبلاغ عن الغاية الإنمائية للألفية المتمثلة في تخفيض الوفيات النفاسية على كل من الصعيد العالمي والصعيد الوطني. ولا يهم ما إذا كانت الولادة جرت في المنزل أم في مرفق صحي. وقد يكون من الصعب الحصول على بيانات دقيقة بشأن إشراف أشخاص مهرة من المجتمع المحلي على الولادة نتيجة لتحيز الذاكرة (فالنساء اللائي يجبن على استبيانات المسوح قد يجدن صعوبة في تحديد مهارات المشرفين على ولاداتهن وقد لا يعرفن بدقة التدريب الذي تلقاهن المشرفون على ولاداتهن).

المستوى الأمثل	القاسم المشترك	البسط	التعريف	المؤشر 1
وفقاً للغايات الإيمانية للألفية: 90% من الولادات	العدد الكلي للولادات المتوقعة في المنطقة المحددة في سنة واحدة (الذي يوفره الحساب (استناداً إلى آخر إحصاء سكاني وتحديثاته))	عدد الولادات التي تجري بمساعدة أشخاص مهرة	نسبة جميع الولادات التي تجري إما بمساعدة قابلة أو ممرضة قابلة مؤهلة أو طبيب مدرّب يكون أي منهم قادراً على أداء الوظائف الست لرعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة	نسبة الولادات التي تجري بمساعدة أشخاص مهرة (بصرف النظر عن مكان حدوث الولادة)
وسائل التحقق (MOV): البسط: المسوح الديمغرافية والصحية؛ القاسم المشترك: معلومات تعدادات السكان.				

## المؤشر 2: عدد المرافق العاملة التي تقدم رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة

من الجوهرى تقدير مدى توافر المرافق بالنسبة لعدد معين من السكان من أجل تحديد ما إذا كانت تلك المرافق كافية. ولقد أظهرت البحوث، بوجه عام، أن 15% من حالات الحمل ستسفر عن مضاعفات تعرّض الحياة للخطر. واستناداً إلى هذا الرقم وإلى معرفة عدد الولادات المتوقعة لدى عدد معين من السكان، من السهل تحديد عدد النساء اللاتي يُتوقع أن يحتجن إلى خدمات رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة. وقد تبين من خلال الملاحظة أن العدد المعياري هو أربعة مرافق لرعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة ومرفق واحد لرعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة لكل 500 000 شخص. وتطبيق هذا العدد المعياري قد يتباين وفقاً لكثافة السكان، وطبيعة التضاريس الجغرافية، والمدة التي يستغرقها الوصول إلى المرافق من منازل متناثرة، ومتغيرات أخرى. والأهم هو وصف مرفق بأنه مرفق يقدم رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة أو مرفق يقدم رعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة. ومن الواضح أن المرفق لا يمكن اعتباره مرفقاً "يقدم رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة" إلا إذا كان قد أدى الوظائف الأساسية الست في الأشهر الثلاثة الماضية. كذلك، لا يمكن اعتبار المرفق مرفقاً "يقدم رعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة" إلا إذا كانت الوظائف الست جميعها، إلى جانب وظيفتين زائدتين، قد قام المرفق بأدائها في الأشهر الثلاثة الماضية. واستخدام هذا المؤشر للخدمات يتطلب إجراء تحقيقات دورية لكفالة أداء المرافق التي توصف بأنها تقدم الخدمات الأساسية وتلك التي توصف بأنها تقدم الخدمات الشاملة لوظائفها الصحية فعلاً.

المستوى الأمثل	القاسم المشترك	البسط	التعريف	المؤشر 1
4 وحدات لكل 500 000 شخص	عدد سكان منطقة الخدمات	عدد المرافق التي وقّرت الوظائف الست لرعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة في الأشهر الثلاثة الماضية في منطقة معينة	عدد المرافق الصحية التي وقّرت الوظائف الست لرعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة في الأشهر الثلاثة الماضية، لكل 500 شخص	عدد مرافق رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة
وحدة واحدة لكل 500 000 شخص	عدد سكان منطقة الخدمات	عدد المرافق التي وقّرت ووظائف رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة الست + وظيفتين في الأشهر الثلاثة الماضية	عدد المرافق الصحية التي وقّرت وظائف رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة الست + وظيفتين في الأشهر الثلاثة الماضية، لكل 500 شخص	عدد مرافق رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة
وسائل التحقق (MOV): البسط: تقارير الإشراف؛ ومسوح المرافق؛ القاسم المشترك: معلومات تعدادات السكان.				

### المؤشر 3: التوزيع الجغرافي لمرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة

إن مجرد وجود مرافق كافية لرعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة ليس كافياً؛ فتوزيعها الجغرافي يجب أيضاً أن يؤخذ في الاعتبار. فلو تجمعت مرافق رعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة جميعها في المناطق الحضرية، فإن عدداً كبيراً من النساء - وخصوصاً أولئك اللاتي يعشن في المناطق الريفية - لن يكن قادرات على الحصول على الخدمات في الوقت المناسب. وعلى الاختلاف من المؤشرات الأخرى المذكورة في هذه الوثيقة، لا يمكن قياس المؤشر 3 إلا بأداء تحليل مكاني باستخدام خريطة أو نظام معلومات جغرافية (GIS) تفاعلي.

وفي كثير من البلدان النامية تتسم التضاريس بوعورتها كما أن سبل الاتصالات والطرق والنقل سيئة. وقد جرت العادة على أن تكون المسافة هي المؤشر المستخدم لتقدير مدى كون الخدمات يسهل الوصول إليها فعلياً. ولكن في حقيقة الأمر يعتبر الوقت الذي يستغرقه الوصول إلى مرفق من مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة مؤشراً أدق للوصول الفعلي إلى المرفق. فالانتقال، ولو عبر مسافات قصيرة نسبياً، قد يستغرق وقتاً طويلاً للغاية. وغالباً ما تكون الرحلة إلى مرفق الرعاية الصحية هي رحلة على الأقدام أو على ظهور الجياد أو على ظهر عربة يجرها حمار. ولذا، قد تكون نسبة الأسر المعيشية التي يمكنها أن تصل في حدود إطار زمني معين إلى مرفق من مرافق رعاية التوليد الأساسية أو الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة مؤشراً بديلاً مفيداً. والأمثل هو أن تعيش النساء جميعهن على مسافة من مرفق من مرافق رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة يستغرق قطعها مدة لا تتجاوز ساعتين. وقد أختير هذا العدد كحد أقصى لأن النزف، وهو أسرع مضاعفات الحمل إفضاءً إلى الوفاة، يمكن أن يقتل الأم في غضون ساعتين. وعملاً على إنقاذ أقصى عدد من الأرواح، يجب أن تكون المرافق قادرة على علاج النساء الحوامل في غضون هذا الإطار الزمني. ومن الممكن علاج النزف في مرفق من مرافق رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة، وإن كانت بعض الحالات قد تستلزم إحالتها إلى مرفق يقدم رعاية شاملة من أجل إجراء عملية نقل للدم. ولذا، فإن التوزيع الجغرافي المثالي للمرافق من شأنه أن يكفل كون جميع النساء يعشن على مسافة لا تبعد أكثر من ساعتين عن مرفق رعاية توليد أساسية خاصة بالحالات الطارئة ولا تبعد أكثر من اثنتي عشرة ساعة عن مرفق يقدم خدمات رعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة. ومن الواضح أن هذا هدف طموح، فهو ينطوي على تحسينات في نظم الاتصال والنقل والطرق.

المؤشر 3	التعريف	طريقة القياس	المستوى الأمثل
التوزيع الجغرافي لمرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة	تقدير إمكانية الوصول الفعلي إلى مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة (بواسطة خريطة أو نظام معلومات جغرافية)، أو القياس الفعلي لتلك الإمكانية	إجراء تحليل مكاني باستخدام نظام المعلومات الجغرافية، أو نسبة الأسر المعيشية التي تعيش على مسافة لا تبعد أكثر من ساعتين عن مرفق لرعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة	من الناحية المثالية، وجود جميع مرافق رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة على مسافة لا تبعد أكثر من ساعتين ووجود مرافق رعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة على مسافة لا تبعد أكثر من 12 ساعة بالنسبة للنساء في سن الإنجاب
وسائل التحقق (MOV): تقارير الإشراف؛ واجتماعات الاعتماد؛ وخرائط نظام المعلومات الجغرافية.			

### المؤشر 4: نسبة جميع الولادات في المرافق العاملة لرعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة

يقيس مؤشر هذه الخدمة الاستخدام الفعلي لمرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة. وحالما يتأكد وجود مرافق مناسبة، تقدم الخدمات المناسبة (ست أو ثماني وظائف) وموزعة توزيعاً متساوياً، يجب التأكد مما إذا كانت النساء

يستعملن فعلاً هذه الخدمات. فإذا قُدر أن 15% من النساء يتعرضن لمضاعفات في الولادة، فإن 15%، على الأقل، من الولادات ينبغي أن تجري في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة. ومن الواضح أن هذا المؤشر الأولي لا يتيح تحديد الولادات التي تجري في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة. ومن المتصور أن الولادات غير المعقدة هي وحدها التي تجري في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة وأن جميع الولادات المعقدة تجري في المنازل أو في أماكن أخرى. ولذا ينبغي الجمع بين هذا المؤشر ومؤشر الحاجة الملحة إلى رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة الموضح أدناه.

المؤشر 4	التعريف	البسط	القاسم المشترك	المستوى الأمثل
نسبة الولادات التي تجري في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة	نسبة جميع الولادات التي تجري في المرافق العاملة التي تقدم خدمات رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة	عدد الولادات التي تجري في المرافق العاملة التي تقدم خدمات رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة في منطقة تلك الخدمات في غضون سنة واحدة	مجموع عدد الولادات المتوقعة في منطقة الخدمات في سنة واحدة	حدوث 15% على الأقل من الولادات في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة (أملاً في "خدمة" النسبة القصوى للحالات المعقدة...)
وسائل التحقق (MOV): البسط: المسوح الديمغرافية والصحية؛ ومسوح الخدمات الصحية؛ ومسوح صحة الأم والطفل؛ القاسم المشترك: معلومات تعدادات السكان.				

### المؤشر 5: الحاجة الملحة إلى رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة

إن كون الحاجة إلى رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة ملحة معناه كفاءة علاج جميع النساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات علاجاً مناسباً. والهدف من ذلك هو علاج جميع (100%) النساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات على مستوى الرعاية المناسب. فمجرد تحديد أن 15% على الأقل من الولادات تجري في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة لا يكفل تقديم الخدمات اللازمة لجميع النساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات. وينبغي وجود آليات في جميع مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة لتسجيل (أ) ما إذا كانت المرأة تعاني فعلاً من مضاعفات، و (ب) نوع وشدة تلك المضاعفات. وتوفر مبادئ الأمم المتحدة التوجيهية الصادرة عام 1997 قائمة بسبعة مضاعفات يجب التقيد بما يرد فيها عند تقدير هذا المؤشر. فقد تختار بعض النساء أن يلدن ولادات طبيعية في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة، ومن ثم فإن النسبة المئوية لجميع الولادات التي تجري في تلك المرافق قد تشمل كلاً من الولادات الطبيعية والولادات المعقدة. وستختلف النسبة المئوية للولادات المعقدة بين تلك الولادات ما بين سكان الريف وسكان الحضر، وما بين المرافق العامة والمرافق الخاصة.

المؤشر 5	التعريف	البسط	القاسم المشترك	المستوى الأمثل
الحاجة الملحة إلى رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة	نسبة النساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات ويعالجن في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة	عدد النساء اللاتي يُسجلن في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة ولديهن مضاعف واحد فقط أو أكثر من المضاعفات السبعة الموصوفة في مبادئ الأمم المتحدة التوجيهية الصادرة عام 1997	مجموع عدد الولادات المتوقعة بمضاعفات (محسوباً باعتباره نسبة تمثل 15% من الولادات المتوقعة بين سكان منطقة الخدمات)	جميع (100%) النساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات في التوليد ويعالجن في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة
وسائل التحقق (MOV): البسط: مسوح صحة الأم والطفل؛ وسجلات أقسام الولادة في المرافق؛ القاسم المشترك: معلومات تعدادات السكان.				

## المؤشر 6: نسبة العمليات القيصرية

إن نسبة العمليات القيصرية مؤشر مفيد للخدمات لأسباب كثيرة. ومن هذه الأسباب احتمال تسجيل العمليات القيصرية تسجيلاً وافياً ضمن سجلات المستشفيات. فالدراسات تشير إلى أن 5% من جميع الولادات تنتطوي على مضاعفات (ومن ذلك مثلاً تعسر المخاض) مما يتطلب إجراء عملية قيصرية لكفالة بقاء الأم على قيد الحياة. ولذا ينبغي أداء عملية قيصرية في 5% من الولادات كحد أدنى. ولكن العملية القيصرية ليست إجراءً معصوماً من الخطأ. ففي بلدان كثيرة تجري هذه العمليات في حالة عدم وجود مضاعفات نفاسية تعرض الحياة للخطر وذلك لأسباب مرتبطة بالمولود، أو للربح، أو ما تفضله الأم، أو قواعد المستشفى. ومن المهم دراسة سجلات المستشفى لتحديد عدد العمليات القيصرية التي أجريت لنساء كن يتعرضن لمضاعفات. ولكفالة عدم إجراء تلك العمليات بلا داع (بالنظر إلى أن العمليات غير الضرورية تنطوي على مخاطر وتكون لها عواقب فيما يتعلق بالولادات التي تحدث مستقبلاً)، حُدِّد مستوى أقصى قدره 15% من جميع الولادات كمعيار في هذا الصدد.

المؤشر 6	التعريف	البسط	القاسم المشترك	المستوى الأدنى/الأقصى
نسبة العمليات القيصرية	نسبة العمليات القيصرية إلى جميع الولادات بين السكان	عدد العمليات القيصرية في جميع مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة بين سكان منطقة الخدمات في سنة واحدة	مجموع عدد الولادات المتوقعة في منطقة الخدمات في سنة واحدة	5% على الأقل وما لا يتجاوز 15% من جميع الولادات
وسائل التحقق (MOV): البسط: المسوح الديمغرافية والصحية؛ ومسوح صحة الأم والطفل (سجلات المرافق)؛ ومسوح الخدمات الصحية؛ القاسم المشترك: معلومات تعدادات السكان.				

## المؤشر 7: معدل حالات الوفيات التي تحدث أثناء التوليد

إن المؤشر المعياري الأخير للخدمات هو معدل حالات الوفيات التي تحدث أثناء التوليد في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة. فهذا المعدل هو مقياس لمدى جودة الخدمات في كل مرفق. وهو لا يُحسب فيما يتعلق بمرافق رعاية التوليد الشاملة فقط الخاصة بالتوليد في الحالات الطارئة.

فهو يقاس باعتباره عدد النساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات مرتبطة بالحمل ويلقن حثفن في مرفق لرعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة مقسوماً على عدد النساء اللاتي لديهن أحد مضاعفات الولادة وعولجن في ذلك المرفق. وللحصول على معدل وطني أو إقليمي لحالات الوفيات التي تحدث أثناء التوليد، من الضروري تجميع البيانات المقدمة من كل مرفق من مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة. وفي المستشفيات الكبيرة من الممكن تفصيل معدل حالات الوفيات التي تحدث أثناء التوليد حسب كل نوع من أنواع المضاعفات (فكل نوع من المضاعفات ينطوي على نوع مختلف من العلاج، يمكن تقديره على حدة). ومن الناحية المثالية، ينبغي أن يكون لدى كل مرفق معدل حالات الوفيات أثناء التوليد يبلغ 1% أو أقل من ذلك.

وهذا المقياس يكون استخدامه أجدى لتتبع التقدم المحرز فيما يتعلق بجودة الخدمات داخل مرفق معين بمرور الوقت. ولكنه لا يأخذ في الاعتبار حالة المريضات لدى وصولهن إلى المرفق. وهذا يجعل من الصعب إجراء مقارنات بين المرافق الموجودة في أماكن مختلفة اختلافاً هائلاً، أو المرافق التي تخدم سكاناً مختلفين اختلافاً هائلاً. ومن الضروري تفسير سجلات المرافق بعناية إذا كانت عملية حفظ سجلات في مرفق رعاية التوليد الشاملة الخاصة بالحالات الطارئة سيئة. علاوة على ذلك، ينبغي أن يكون المرء مدركاً لاحتمال أن يكون معدل حالات الوفيات التي تحدث أثناء التوليد منخفضاً إذا كانت الممارسة المتبعة في ذلك المرفق هي إرسال النساء اللاتي يعانين من مضاعفات إلى منزلهن لكي

يتوفين هناك، أو إذا كانت النساء اللاتي يعانين من مضاعفات شديدة يُنقلن إلى وحدات للرعاية المكثفة وتنقطع عملية متابعتهم.

المؤشر 6	التعريف	البسط	القاسم المشترك	المستوى الأمثل
معدل حالات الوفيات التي تحدث أثناء التوليد في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة	نسبة النساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات أثناء التوليد ويمتن في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة	عدد وفيات التوليد المباشرة في مرفق (مرافق) رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة في سنة واحدة	عدد مضاعفات التوليد في نفس المرفق (المرافق) في سنة واحدة	ينبغي أن يكون معدل حالات الوفيات التي تحدث أثناء التوليد أقل من 1%

وسائل التحقق (MOV): البسط: إحصائيات خدمات المرافق؛ ومراجعة الوفيات النفاسية؛ القاسم المشترك: معلومات تعدادات السكان.

وقد شكك عدد من الباحثين في مجال الصحة العامة في ملاءمة مؤشر "إشراف أشخاص مهرة على الولادة" وفي المؤشرات التي وضعتها الأمم المتحدة لعملية رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة لتتبع الوفيات النفاسية. ويوفر الإطار 5 موجزاً لبعض دواعي قلقهم.

#### الإطار 5 - مؤشرات عملية رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة: ما هو مدى جدواها ؟

##### معالجة الاستخدام

نسبة الولادات التي أشرف عليها أخصائيون صحيون مهرة: بينما يجسد هذا المؤشر الاتجاهات الوطنية فيما يتعلق بالحصول على رعاية من أشخاص مهرة أثناء الولادة، فإنه لا يشير إلى العناصر المحددة في النظام الصحي التي يلزم تعزيزها. هل هي الرعاية المقدمة فوراً، في المنزل أو على مستوى الإحالة الأول، أو على مستوى الإحالة الثاني؟ ومن الصعب أيضاً الحصول على معلومات بشأن "مهارات" المشرف على الولادة عند إجراء مقابلات مع المريضات أو أقاربهن أثناء المسوح المجتمعية.

نسبة العمليات القيصرية: قد تُجسّد التقديرات المستندة إلى السكان فيما يتعلق بنسبة العمليات القيصرية التي تجرى مدى إمكانية حصول النساء الحوامل على خدمات رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة. ولكن مع ارتفاع نسب العمليات القيصرية قد يكون من المحتمل إجراء غالبية هذه الولادات بهذه الطريقة تجنباً للمشاكل، سواء كانت تلك المشاكل موجودة حقاً أم لم تكن. وسيكون من المهم التمييز بين العمليات القيصرية التي تُجرى في حالات طارئة عن تلك التي تُجرى من منطلق الاستسهال.

نسبة الولادات التي تجرى في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة: تشير المبادئ التوجيهية المشتركة لليونسيف ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان الصادرة عام 1997 إلى أن 15% على الأقل من جميع النساء ينبغي أن يلدن في مرافق رعاية التوليد الأساسية والشاملة الخاصة بالحالات الطارئة. ومع أن هذا المؤشر قد يكون مفيداً في تحديد مدى استخدام تلك المرافق فإن البسط قد يشمل نساءً يلدن ولادة طبيعية، ولا يشمل بالضرورة النساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات التوليد الطارئة. وعلاوة على ذلك، نجد أن افتراض أن 15% من النساء الحوامل سيتعرضن حتماً لطوارئ أثناء الولادة هو افتراض لا تؤيده قرائن مستمدة من التجربة العملية. /..

الإطار 5 (تابع) - مؤشرات عملية رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة: ما هو مدى جدواها ؟

### معالجة الاستخدام

### معالجة الحاجة الملبة

نسبة جميع النساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات ويعالجن في مرافق رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة: كان هذا المؤشر يلقى قبولا على نطاق واسع كمؤشر "للحاجة الملبة". ولكن، قبل استخدام هذا المؤشر، يجب معالجة المسائل الأربعة التالية: (1) من الضروري تعريف "المضاعفات"؛ (2) مع أن الإجهاض والحمل خارج الرحم قد يكونان سببين هامين للوفاة النفاسية، من الأصعب إدراجهما في قائمة مضاعفات التوليد لأنهما يظهران عادة في مراحل الحمل المبكرة؛ (3) لم يثبت أبداً من خلال التجربة العملية أن 15% من جميع الولادات تنتوي على "مضاعفات"، ولا يوجد أي سبب يدعو إلى الاعتقاد بأن حدوث مضاعفات التوليد ثابت عبر الفئات السكانية (انظر أعلاه)؛ و (4) من نواحي القصور في هذا المؤشر افتراض أن رعاية التوليد الخاصة بالحالات الطارئة فيما يتعلق بالطائفة الواسعة من المضاعفات المحددة لا يمكن تقديمها إلا في مرافق صحية. ففي حالة إشراف أشخاص مهرة على الولادة في المنزل، فإنهم يؤدون وظائف أساسية، تحول دون الوفاة، وتساهم في حدوث انخفاض في معدلات الوفيات النفاسية.

المصدر: مقتبسة بتعديل من (Ronsmans C, Campbell O, Mc Dermott J and Koblinsky M (2002) "Questioning the indicators of need for obstetric care" *Bulletin of the World Health Organization*, 80(4) 317-324

Hussein J.; Goodburn E. A.; Damisoni H.; Lema V. and Graham W. (2001). **“Monitoring obstetric services: putting the ‘UN Guidelines’ into practice in Malawi: 3 years on”**, Int’l Journal of Ob & Gyn 75, 63–73.

International Confederation of Midwives Website: <http://www.internationalmidwives.org/>

Maine, Deborah; Murat, Akalin Z.; Ward, Victoria M.; Kamara, Angela. **“The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs”**. Centre for Population and Family Health”, Joseph L. Mailman School of Public Health, Columbia University. June 1997. This is a very comprehensive guide for planning and monitoring maternal mortality reduction programmes and is accessible on the Internet at [www.amdd.hs.columbia.edu](http://www.amdd.hs.columbia.edu)

Maine, Deborah et al. **“Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services”**, UNICEF, WHO, UNFPA. August 1997. Available at [www.unicef.org/reseval/pdfs/finalgui.pdf](http://www.unicef.org/reseval/pdfs/finalgui.pdf)

Population Reference Bureau. Yvette Collymore, **“Improving Emergency Care to End Maternal Deaths”**, PRB, November 2003.  
[http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/Content/ContentGroups/Articles/03/Improving\\_Emergency\\_Care\\_to\\_End\\_Maternal\\_Deaths.htm](http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/Content/ContentGroups/Articles/03/Improving_Emergency_Care_to_End_Maternal_Deaths.htm)

Safe Motherhood Website: <http://www.safemotherhood.org/index.html>

UNFPA Website: [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

UNFPA. **“Maternal Mortality Update 2002: A Focus on Emergency Obstetric Care”**, UNFPA, 2003.  
[http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/201\\_filename\\_mmupdate-2002.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/201_filename_mmupdate-2002.pdf)

UNFPA. **“Using Indicators to Programme for Results: Making Safe Motherhood a Reality in West Africa”**, UNFPA, 2003.  
[http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/149\\_filename\\_safemwestfrica.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/149_filename_safemwestfrica.pdf)

UNFPA/AMDD. “Distance Learning Courses on Population Issues, Course No.6, **“Reducing Maternal Death: selecting priorities, tracking progress”**, 2002.

تخضع هذه الأداة لتحسين مستمر. ونحن نرحب بأية تعليقات واقتراحات قد تكون لديكم بشأن محتواها. ونشجعكم أيضاً على موافاتنا بمعلومات عن خبرات مستمدة من البرامج الممولة من صندوق الأمم المتحدة للسكان والبرامج السكانية الأخرى التي يمكن أن توضح المسائل التي تعالجها هذه الأداة. ويرجى إرسال تعليقاتكم أو اقتراحاتكم إلى العنوان التالي:

**United Nations Population Fund  
Division for Oversight Services**

**Daily News Building  
220 East 42nd Street  
New York, NY 10017**

رقم الهاتف: (212) 297-5213

رقم الفاكس: (212) 297-4938

البريد الإلكتروني: [dos@unfpa.org](mailto:dos@unfpa.org)

هذه الأداة متوافرة على موقع صندوق الأمم المتحدة للسكان <http://www.unfpa.org/>