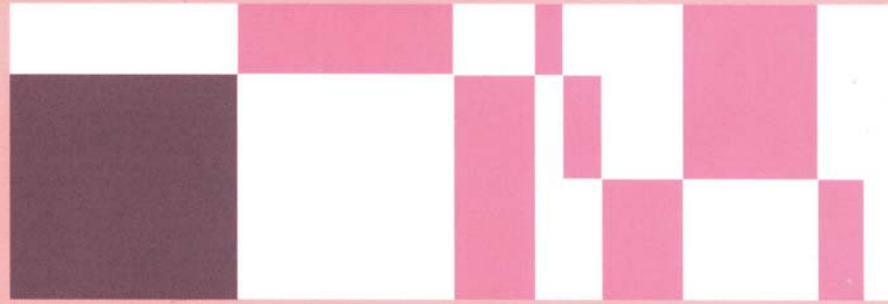


توجهات إستراتيجية لتعجيل وتيرة تخفيض وفيات الأمومة في إقليم شرق المتوسط

إطار عمل إقليمي



توجهات إستراتيجية لتعجيل وتيرة تخفيض وفيات الأمومة في إقليم شرق المتوسط

إطار عمل إقليمي



منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، ٢٠٠٦.

جميع الحقوق محفوظة .

إن التسميات المستخدمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبر إطلاقاً عن رأي منظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصّى بها من قِبَل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجّلة الملكية بوضع خط تحنها أو بكتابتها بينط كبير.

ولا تضمن منظمة الصحة العالمية كون المعلومات الواردة في هذا الموقع كاملة وصحيحة، والمنظمة ليست مسؤولة عن أية أضرار تترتب على استعمال هذه المعلومات. يمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص ب (٧٦٠٨)، مدينة نصر،

القاهرة ١١٢٧١، مصر

هاتف ٢٥٣٥ ٦٧٠ ٢٠٢ +

فاكس ٢٤٩٢ ٦٧٠ ٢٠٢ +

عنوان البريد الإلكتروني : HBI@emro.who.int

نبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستساح أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري إلى المستشار الإقليمي للإعلام الصحي والطبي، على العنوان المذكور أعلاه، أو على الفاكس رقم + ٢٠٢ ٦٧٠ ٢٤٩٢ :

أو على العنوان البريدي الإلكتروني التالي: HBI@emro.who.int

(طبع بشركة فكرة للإعلان ، القاهرة ، مصر)

١. المحتويات

| | | |
|----|-----|--|
| ٥ | ٠١ | مقدمة |
| ٧ | ٠٢ | الوضع الراهن لصحة الأمومة في الإقليم |
| ٧ | ١,٢ | الصلة بالمرامي الإنمائية للألفية |
| ٧ | ٢,٢ | معدل وفيات الأمومة |
| ٨ | ٣,٢ | نسبة حالات الولادات التي تمت برعاية عاملين صحيين ماهرين |
| ٩ | ٠٣ | الأسباب الرئيسية لوفيات الأمومة |
| ١٢ | ٠٤ | التوجهات الإستراتيجية لزيادة مأمونية الحمل في الإقليم |
| ١٢ | ١,٤ | الهدف الأساسي للإستراتيجية |
| ١٢ | ٢,٤ | المبادئ الإرشادية |
| ١٤ | ٣,٤ | الإجراءات ذات الأولوية |
| ٢٠ | ٠٥ | الإطار التنفيذي |
| ٢٠ | ١,٥ | البناء على الجهود البدائية القائمة والمحافظة على المكاسب |
| ٢١ | ٢,٥ | الشراكة - أسلوب للمشاركة |
| ٢١ | ٣,٥ | الإدارة والتخطيط الفعال للبرامج |
| ٢٢ | ٠٦ | دعم إعداد وتنفيذ السياسات: قرارات اللجنة الإقليمية |
| ٢٣ | ٠٧ | الخاتمة |
| | | الملاحق |
| ٢٤ | ٠١ | صحيفة حقائق حول زيادة مأمونية الحمل في إقليم شرق المتوسط، ٢٠٠٤ |
| | ٠٢ | التحرك نحو بلوغ المرامي الإنمائية للألفية : |
| ٢٥ | | الاستثمار في صحة الأمومة والطفولة (ش م / ل ل / ٥١ / ق.٤) |
| ٢٧ | ٠٣ | مراجع أخرى |

١. مقدمة

عرّفت المراجعة العاشرة للتصنيف العالمي للأمراض والأوضاع الصحية وفيات الأمومة على أنه " وفاة المرأة أثناء الحمل أو خلال ٤٢ يوما من إنهاء الحمل بصرف النظر عن مدة الحمل وموضعه، وذلك لأي سبب ذي صلة بالحمل أو ناجم عنه أو عن تدبيره، وليس لأسباب عارضة أو طارئة. "وقد أقرت البلدان الأعضاء هدف الحد من معدل وفيات الأمومة كأحد الأهداف الرئيسية للتنمية، كما تضمنته الوثائق التي توافقت عليها الآراء والتي صدرت عن العديد من المؤتمرات الدولية، بدءاً من المؤتمر الدولي للأمومة المأمونة الذي عقد في نيروبي عام ١٩٨٧ ، إلى مؤتمر القمة العالمي للطفولة عام ٢٩٩٠ ، إلى المؤتمر الدولي للسكان والتنمية عام ١٩٩٤ ، إلى المؤتمر العالمي الرابع للنساء عام ١٩٩٥ ، ثم القمة الألفية عام ٢٠٠٠ ، وأخيرا الجلسة الخاصة للجمعية العامة للأمم المتحدة حول الأطفال عام ٢٠٠٢ .

بيد أنه، على الرغم من الجهود والالتزامات الدولية، فإن التقدم المحرز في هذا الصدد على الصعيد العالمي لا يزال غير كافٍ حتى الآن. إذ يموت حاليا ما يزيد على نصف مليون امرأة سنويا نتيجة الحمل والولادة، كما تعاني الملايين منهن من المرض أو العجز، ويموت ٣.٣ مليون طفل سنويا أثناء الولادة، كما يموت ٤ ملايين طفل قبل بلوغ الأسبوع الرابع من العمر. ويصاب العديد من الأطفال بالعجز نتيجة قصور التدابير العلاجية أثناء الحمل والولادة. هذا وتحدث معظم وفيات الأمهات ٩٩% (منها) في البلدان النامية، بينما تعاني حوالي ٣٠٠ مليون امرأة، أي ما يربو على ربع إجمالي النساء البالغات اللاتي يعشن الآن في العالم النامي من أمراض قصيرة أو طويلة الأمد ذات علاقة بالحمل والولادة.

تموت حوالي ٥٢٠٠٠ امرأة في سن الحمل في إقليم شرق المتوسط سنويا من جراء المضاعفات ذات الصلة بالحمل. ويأتي إقليم شرق المتوسط في الواقع في المركز الثاني مباشرة بعد الإقليم الإفريقي في ما يتعلق بمعدل وفيات الأمومة. تتقع هذه المشكلة في العديد من بلدان الإقليم التي تفتقر إلى السياسات الوطنية، وعدم الاستقرار السياسي، وعدم كفاية الموارد المالية والبشرية، والأنظمة التقييدية، وسوء الأوضاع الاجتماعية الاقتصادية، والتمييز بين الجنسين، وعدم تيسر الحصول على خدمات الأمومة المأمونة والاستفادة منها، بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة، وندرة المعطيات والمعلومات المتعلقة بالصحة والضرورة لرصد وتقييم احتياجات صحة الأمومة والخدمات الصحية المقدمة.

تتجم معظم وفيات الأمومة عن المضاعفات التي تحدث أثناء الولادة (مثل الولادات الشديدة العرقلة، والنزف، ومضاعفات فرط ضغط الدم)، أو في الفترة التالية للوضع مباشرة (الإنتان والنزف)، أو نتيجة الإجهاض غير المأمون. تقتزن هذه الوفيات بعدة عوامل شائعة مثل: عدم توافر العاملين الصحيين الماهرين أثناء الحمل والولادة، الافتقار إلى المرافق التي تستطيع توفير الرعاية التوليدية الطارئة ومعالجة المضاعفات الناجمة عن الإجهاض غير المأمون، وعدم فعالية نظم الإحالة. ويمكن الوقاية من حدوث معظم هذه الوفيات، إذ يمكن أن يؤدي تحسين صحة الأمهات، والتغذية المناسبة أثناء الحمل، والتدبير الملائم للولادة، وتوفير الرعاية الملائمة للأطفال حديثي الولادة إلى تجنب نحو ٨٠٪ من وفيات الأمومة، و ٧٥٪ من وفيات حديثي الولادة.

بيد أن الجهود المبذولة حالياً في بعض بلدان إقليم شرق المتوسط لا تزال غير كافية لتحقيق الهدف الخامس من المرامي الإنمائية للألفية المتعلقة بتحسين صحة الأمومة، إذ يقدر متوسط معدل وفيات الأمومة في عام ٢٠٠٤ بـ ٣٧٠ حالة وفاة من بين كل ١٠٠٠٠٠ مولود حي، مقارنة مع ٤٦٥ حالة وفاة من بين كل ١٠٠٠٠٠ مولود حي في عام ١٩٩٠، أي لم يتجاوز الانخفاض في معدل وفيات الأمومة في الإقليم خلال هذه الفترة ٢٠٪. وإذا ما استمر الانخفاض بهذا المعدل في السنوات القادمة، فمن المتوقع أن يصل معدل وفيات الأمهات عام ٢٠١٥ إلى حوالي ٣٠٠ حالة وفاة من بين كل ١٠٠٠٠٠ مولود حي، علماً بأن الهدف المحدد في المرامي الإنمائية للألفية هو خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة أرباع بالمقارنة مع معدلها في عام (١٩٩٠) أي أن تصل إلى ١١٦ وفاة من بين كل ١٠٠٠٠٠ مولود حي). ولا شك أن الحاجة الآن ملحة إلى الالتزام القوي، وبذل الجهود المكثفة، ووضع سياسات واستراتيجيات وطنية فعالة لترجمة هذه الرؤية إلى خطة عمل. ينبغي أن تهدف هذه الجهود والخطط إلى تقوية النظم الصحية، وتوسعة نطاق التغطية بالمداخلات المتكاملة الفعالة، وإدراك الدور الأساسي للأفراد، والأسر والمجتمعات في زيادة مأمونية الحمل.

تقدم هذه الوثيقة نبذة عن الوضع الحالي لصحة الأمومة في إقليم شرق المتوسط، بما في ذلك الأسباب الرئيسية والعوامل المساعدة، كما تصف التوجهات الاستراتيجية التي تهدف إلى التعجيل بتخفيض معدل وفيات الأمهات في الإقليم، والاقتراب من تحقيق المرامي الإنمائية للألفية (لمزيد من المعلومات والإطلاع على بعض التعريفات المتعلقة بزيادة مأمونية الحمل انظر الملحق ١).

٢. الوضع الراهن لصحة الأمومة في الإقليم

١.٢ الصلة بالمرامي الإنمائية للألفية

في عام ٢٠٠٠ أصدرت الجمعية العامة للأمم المتحدة إعلان الأمم المتحدة بشأن الألفية الذي حدد ثمانية مرامي إنمائية للألفية ينبغي بلوغها بحلول عام ٢٠١٥. يتناول المرمى الخامس منها ضرورة تحسين صحة الأمومة، كما تحدد هدفاً يتمثل في تقليص معدل وفيات الأمومة بنسبة ٧٥٪ بحلول عام ٢٠١٥ بالمقارنة مع معدلها في عام ١٩٩٠. ولتحقيق هذا الهدف، تم اختيار مؤشرين للمساعدة في تتبع ما تحقق من انجاز: معدل وفيات الأمهات، ونسبة حالات الولادة التي تمت برعاية عاملين صحيين ماهرين. يرتبط هذا المرمى وما يقترن معه من أهداف ارتباطاً وثيقاً بسائر المرامي والأهداف الإنمائية للألفية، بما في ذلك هدف تخفيض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (والتي يعزى ٤٠٪ منها إلى وفيات حديثي الولادة)، ووقف انتشار مرض الإيدز والعدوى بفيروسه، ومكافحة الملاريا، وتعزيز المساواة بين الجنسين وتمكين المرأة، بالإضافة إلى استئصال شأفة الفقر المدقع. بيد أنه بات من الجلي أن المستويات الحالية لوفيات الأمومة واتجاهات انخفاضها في العديد من البلدان الأعضاء لن تمكن من بلوغ هذا المرمى الخامس المعني بتحسين صحة الأمومة. ومن ثم، تمس الحاجة إلى بذل الجهود المتسارعة والمتناسقة من أجل بلوغ المرمى المنشود.

٢.٢ معدل وفيات الأمومة

في عام ٢٠٠٤ قُدِّر متوسط معدل وفيات الأمومة بنحو ٣٧٠ حالة من بين كل ١٠٠٠٠٠ مولود حي، مقارنة مع ٤٦٥ حالة من بين كل ١٠٠٠٠٠ مولود حي في عام ١٩٩٠، أي بانخفاض لم يتجاوز ٢٠٪، بينما كان الهدف الإقليمي لهذه الفترة، الذي أقرته الدورة السابعة والثلاثين للجنة الإقليمية لشرق المتوسط في القرار ش م / ل / ٢٧ / ق ٦٠ عام ١٩٩٠، هو الحد من هذه الوفيات بنسبة ٥٠٪ في الفترة ما بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٠.

ومع ذلك، يلاحظ وجود تنوع وتفاوت كبيرين في مستويات وفيات الأمهات بين بلدان الإقليم. فقد نجحت الكويت والجمهورية العربية الليبية والإمارات العربية المتحدة في تحقيق انخفاض يزيد على ٧٥٪ بالمقارنة مع مستويات عام ١٩٩٠، حيث تتراوح الآن معدلات وفيات الأمومة في هذه البلدان ما بين صفر و ٤٠ حالة لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حي. في حين حققت بلدان أخرى

مثل البحرين ومصر وجمهورية إيران الإسلامية والأردن والمغرب والجمهورية العربية السورية واليمن تقدما ملموسا في هذا المضمار بنسب تتراوح من ٥٠٪ إلى ٧٠٪ مقارنة مع مستويات عام ١٩٩٠ ، مع تفاوت كبير في معدلات وفيات الأمهات يتراوح ما بين ٢١ و ٣٦٦ حالة من بين كل ١٠٠٠٠٠ مولود حتى و في الوقت ذاته لم يتجاوز هذا الانخفاض ٣٠٪ في كل من أفغانستان وجيبوتي والعراق وباكستان والصومال والسودان مقارنة مع مستويات عام ١٩٩٠ ، حيث يتراوح معدل الوفيات من ٢٩٤ حالة لكل ١٠٠٠٠٠ مولود حتى في العراق إلى ١٦٠٠ حالة في أفغانستان والصومال.

٣.٢ نسبة حالات الولادة التي تمت برعاية عاملين صحيين ماهرين

تُعرف منظمة الصحة العالمية المشرفين على الولادة من ذوي المهارات بأنهن "القابلات المدربات ، أو الممرضات، أو الممرضات القابلات، أو الأطباء المدربين الذين أتموا مجموعة من الدورات الدراسية، وتم تسجيلهم أو إجازتهم قانونيا لممارسة المهنة". وثمة أسباب طبية وجيهة تدعو الحكومات للاستثمار في إعداد المولدرات الماهرات، ولاسيما لوقت الولادة، ذلك أن معظم وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة تحدث في الفترة المحيطة بالولادة أو بعدها بوقت قصير ويعزى نحو ٨٠٪ من وفيات الأمهات إلى عدد قليل من المضاعفات التوليدية المباشرة (مثل الإنتان والنزف والارتعاج" تسمم الحمل" والولادة المعرقله والإجهاض) ولا يخفى إمكانية توقي معظم هذه المضاعفات أو معالجتها إذا ما تيسر للمرأة الحصول على مشرف على الولادة من ذوي المهارات لديه الخبرة المناسبة ويتمتع بالدعم اللازم.

تدعو المرامي الإنمائية للألفية إلى ضرورة أن تتم ٨٠٪ من جميع عمليات الولادة برعاية المشرفين على الولادة من ذوي المهارات بحلول عام ٢٠٠٥ ، و ٩٠٪ منها بحلول عام ٢٠١٥ غير أنه في عام ٢٠٠٤ ، قُدرت حالات الولادة التي تمت برعاية المشرفين على الولادة من ذوي المهارات في إقليم شرق المتوسط بنسبة ٥٢.٣٪ فقط، مقارنة مع نسبة ٣٦٪ في عام ١٩٩٠ ، أي بزيادة ٤٨٪ فقط في هذه النسبة. أما على المستوى القطري، فقد تم أقل من ٥٠٪ من حالات الولادة برعاية عاملين صحيين ماهرين في كل من أفغانستان وباكستان والصومال واليمن، بينما تراوح هذا المؤشر ما بين ٥٠٪ و ٨٠٪ في جيبوتي ومصر والعراق والمغرب والسودان.

٣. الأسباب الرئيسية لوفيات الأمومة

لا شك أن الوعي المجتمعي بالممارسات المنقذة للحياة أثناء الحمل والولادة والرعاية المنزلية، ومحو الأمية وتعليم الإناث، أنماط الخصوبة وتكوين الأسرة، ونوعية نظم تقديم الرعاية، تعد العوامل الرئيسية التي تساهم في تحسين الوضع الصحي للأمهات، غير أن هناك عدة عوائق تحول دون إحراز تقدم نحو تحسين صحة الأمومة في الإقليم.

- **الافتقار إلى سياسات وطنية:** تفتقر عدة بلدان في الإقليم إلى سياسات وطنية واضحة لصحة الأمومة تعكس التوجه البعيد الأمد وتضمن الالتزام المكفول الاستمرار، بل لا يزال مقررو السياسات في العديد من البلدان يفتقرون إلى الإدراك الجيد للمرامي الإنمائية للألفية، ولذلك لم تتمكن من ترجمة هذه المرامي إلى إجراءات لتحقيقها.
- **عدم الاستقرار السياسي:** عانى إقليم شرق المتوسط طويلا من الدمار الناجم عن الكوارث التي صنعها الإنسان، بما في ذلك الحروب والنزاعات الأهلية، والتي أثرت تأثيرا بالغا على صحة السكان في بعض الدول الأعضاء، إذ أسفرت عن حالات الطوارئ، ونضوب الموارد، وعدم إيلاء الأولوية المناسبة لبعض الجوانب الصحية.
- **محدودية الموارد المالية:** يعمد المستوى الحالي للإنفاق على الصحة، لاسيما في البلدان المنخفضة الدخل، ذات معدلات الأمومة المرتفعة في الإقليم، غير كاف لدعم الاستراتيجيات والإجراءات اللازمة لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية. هذا وقد ساهم الانخفاض في المعونة الإنمائية ككل في تفاقم المشكلة في السنوات الأخيرة، كما أدت الظروف الاقتصادية، والموارد المحدودة في البيئات ذات الحاجة الملحة، والأولويات المتنافسة إلى عدم كفاية الأموال المخصصة للبرامج الوطنية للصحة والتنمية، بما فيها البرامج التي تهدف لزيادة مأمونية الحمل. هذا وقد أدى الاتجاه الحالي لتمويل البرامج العمودية لمكافحة أمراض بعينها إلى تحول جذري في الموارد عن صحة الأمومة والولادة، الأمر الذي قد يؤدي إلى إهمال الإستراتيجيات المتكاملة التي تهدف إلى تقوية النظام الصحي، وتعزيز قدرة الموارد البشرية اللازمة لدعم المرامي الإنمائية للألفية وضمان استمرارية التقدم نحو بلوغها.
- **ضعف الموارد البشرية:** أدى سوء نوعية التعليم قبل الالتحاق بالخدمة (التعليم الأساسي)، وسوء التدريب أثناء الخدمة بالإضافة إلى ارتفاع معدل تنقل مقدمي الرعاية الصحية، إلى

إثقال كاهل النظام الصحي بالحاجة المستمرة لتحسين وتحديث معارف مقدمي الرعاية الصحية ومهاراتهم. كما أدى النقص في عدد العاملين المدربين تدريباً جيداً، وسوء التنظيم على المستوى المحلي لاسيما في المناطق الريفية والبعيدة إلى تفاقم المشكلة. حتى في حال توافر مهنيين صحيين مدربين تدريباً جيداً لتقديم الرعاية الصحية، فإن الأجور المنخفضة، وسوء ظروف العمل والإشراف تؤدي إلى سوء الأداء وارتفاع معدل تنقل العاملين.

• **الأنظمة التقييدية:** قد تعوق القوانين والسياسات والأنظمة في بعض البلدان سبل الحصول على الخدمات الصحية، كما قد تؤدي إلى تحجيم دور العاملين الصحيين بدون مبرر (على سبيل المثال: منع القابلات من ممارسة إجراءات إنقاذ الحياة مثل إزالة المشيمة، ومنع بعض الخدمات) مثل بيع أنواع معينة من موانع الحمل دون تذكيرة طبية، أو حظر استيراد بعض أنواع الأدوية والتكنولوجيا الأساسية).

• **عدم تيسر الحصول على الخدمات الصحية للأمومة المأمونة:** يتعاظم عبء مرضية ووفيات الأمومة في أفقر البلدان حيث تتسم الخدمات الصحية بالتبعثر وصعوبة الوصول إليها، بالإضافة إلى قصور أداء الموظفين، وضعف الموارد والمعدات فضلاً عن تعذر حصول الفقراء عليها من بين المعوقات التي تواجه، بشكل عام، المحرومين من الخدمات الصحية عند الحصول عليها: الافتقار إلى الخدمات الجيدة، والبعد عن مراكز الخدمات، والافتقار إلى وسائل النقل في حالات الطوارئ، والافتقار إلى خدمات الإحالة أو ضعفها، وارتفاع تكلفة الخدمات الصحية، والتمييز في المعاملة بين المنتفعين بالخدمات، ومما يدعو إلى الأسف، أن الموسرين يستفيدون بشكل غير متكافئ، في أغلب الأحيان، من التحسينات التي تطرأ على خدمات الصحة العامة.

• **عدم الاستفادة من الخدمات الصحية بالقدر الكافي:** أدى ارتفاع معدلات الأمية، الذي يصاحبه ضعف الوعي المجتمعي بحقائق وممارسات إنقاذ الحياة أثناء الحمل والولادة، وبسائر العوامل المتعلقة بتوافر الرعاية الصحية وجودتها، إلى عدم الاستفادة من خدمات الأمومة المأمونة القائمة أو الاستفادة منها بقدر غير كاف، وذلك حتى في حال تيسر الحصول عليها والقدرة على تحمل تكلفتها ويصدق هذا الأمر بشكل خاص على المناطق الريفية والبعيدة.

• **عدم توافر البيانات المناسبة وضعف استخدامها:** لا تزال البيانات والمعلومات المتعلقة بصحة الأمومة نادرة في معظم بلدان الإقليم، ويعزى ذلك بدرجة كبيرة إلى القصور في التبليغ وحتى في حال توافر هذه المعطيات فهي إما سيئة الجودة، أو لا يكاد يستفاد منها في عمليات اتخاذ القرار.

- **سوء ممارسات تنظيم الأسرة:** أصبحت المخاطر الصحية الناجمة عن عدم المباشرة بين الولادات معروفة جيداً، وهي التي قد تؤدي إلى الحمل المبكر جداً أو المتأخر جداً، أو الحمل شديد التقارب والمتكرر. فإن أمكن الوقاية مثل هذه الحالات المحفوفة بالمخاطر، فقد يمكن خفض وفيات الأمومة بنسبة تتراوح بين ٢٥٪ إلى ٥٠٪. ولا شك أن تعزيز تنظيم الأسرة بين النساء المتزوجات يعد من المداخلات الفعالة لاتقاء العديد من حالات الوفاة بين الأمهات وأطفالهن الحديثي الولادة.
- **سوء الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية:** يعد الفقر والامية وسوء التغذية من الأسباب الرئيسية لوفيات الأمومة. وجدير بالذكر أن مستوى الامية بين النساء في العديد من بلدان الإقليم لا يزال مرتفعاً بشكل غير مقبول حيث يصل متوسط معدل الامية في الإقليم ككل إلى ٤٦٪. ولاشك أن تخفيف وطأة الفقر، وتعليم الفتيات، ومحو الامية، لاسيما بين النساء، يعد من العوامل الهامة لحماية صحة الأمهات وتعزيزها.
- **التمييز على أساس الاختلاف في نوع الجنس:** كثيراً ما يؤدي الوضع الاجتماعي المتدني للفتيات والنساء إلى سوء صحتهن البدنية والنفسية، إذ يجعلهن أكثر عرضة للعنف بسبب الاختلاف بين الجنسين، مثل تشويه الأعضاء التناسلية للإناث. هذا ويؤثر افتقار النساء إلى سلطة اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب، وعدم الاكتراث بأحوالهن الصحية، والمواقف السلبية أو الحكمية لأفراد الأسرة ومقدمي الرعاية الصحية، تأثيراً سلبياً على صحتهن الإنجابية بشكل عام وعلى صحة الأمومة بشكل خاص.

٤. التوجهات الاستراتيجية لزيادة مأمونية الحمل

١.٤ الهدف الأساسي للاستراتيجية

يتمثل الهدف الرئيسي لاستراتيجية زيادة مأمونية الحمل في تمييز مأمونية الحمل والولادة من خلال توفير الرعاية الماهرة والجيدة لجميع النساء وأطفالهن الحديثي الولادة، وتيسير سبل حصولهن عليها والانتفاع بها. كما يعد ضمان الحصول على الرعاية الماهرة في كل ولادة من أولويات الاستراتيجية. ويقصد بالرعاية الماهرة في مجال صحة الأمهات والأطفال الحديثي الولادة: العملية التي يتم من خلالها توفير الرعاية اللازمة للمرأة الحامل ووليدها، والتي يجب أن تشمل، إضافة إلى تلقي الرعاية أثناء الولادة الطبيعية (غير المصحوبة بمضاعفات)، الإحالة في الوقت المناسب والتدبير العلاجي للمضاعفات حال حدوثها. ويتمثل العنصر الأساسي للرعاية الماهرة في وجود المشرفين على الولادة من ذوى المهارات إضافة إلى سائر المهنيين الماهرين الرئيسيين في بيئة ملائمة تتيح سهولة الحصول على الإمدادات والأدوية الأساسية، بالإضافة إلى خدمات الطوارئ. هذا ويتعين تقديم هذه الرعاية الماهرة في إطار سلسلة مستمرة ومتصلة من الرعاية، تشمل الرعاية والدعم في المنزل، وتلقي الرعاية على يد المشرفين على الولادة من ذوى المهارات طوال الحمل، وأثناء الولادة، وفي فترة ما بعد الولادة، بل وتقديم الرعاية في حالة حدوث مضاعفات.

٢.٤ المبادئ الإرشادية

ترسي المبادئ التنفيذية والقيم الأساسية التالية الأسس اللازمة للتوجهات الاستراتيجية الفعالة والملائمة.

القيم الأساسية

- **حقوق الإنسان:** استنادا إلى نهج حقوق الإنسان، تعزز استراتيجية زيادة مأمونية الحمل حق النساء والولدان في الحياة وفي التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة.
- **نوع الجنس:** تهدف الاستراتيجية إلى تعزيز المساواة بين الجنسين كأساس لبرامج صحة

الأمهات والولدان، وذلك بالتصدي للوضع المتدني للمرأة والتميز ضدها .

- **المساواة:** تطمح الإجراءات التي تعززها الاستراتيجية إلى المساهمة في الحد من عدم المساواة في الحصول على الخدمات الصحية في الإقليم، مع إيلاء أولوية للمجموعات الفقيرة والمحرومة من الخدمات.
- **الثقافة:** تهدف الاستراتيجية إلى تحسين صحة الأمهات من خلال العمل مع النساء والأسر والمجتمعات ومقرري السياسات باتباع أسلوب يراعي الاختلاف بين الثقافات، ويأخذ في الاعتبار الأبعاد الاجتماعية الثقافية والخصائص المميزة لإقليم شرق المتوسط.

المبادئ التنفيذية

- **استمرارية الرعاية:** وهو ما ينبغي أن يسفر عن أفضل رعاية ممكنة في جميع مستويات النظام الصحي، بداية من المنزل ومرورا بأول مستوى لتقديم الخدمة، وانتهاءً بأعلى مستوى لتقديم الخدمة، وذلك بما يتلاءم واحتياجات كل امرأة أو طفل حديث الولادة. هذا وينبغي أن ترتبط الرعاية الأولية ارتباطاً وثيقاً بنظم الإحالة، بغية تدبير المضاعفات التي تهدد الحياة تدبيراً فعالاً.
- **جودة الرعاية:** يتعين الالتزام بمعايير جودة الرعاية كي يتم تدبير الحالات الروتينية والمضاعفات بشكل فعال. ولا شك أن تلبية احتياجات مقدمي الرعاية، ومراعاة وجهات نظر أفراد المجتمع، لاسيما وجهة نظر النساء في نوعية الخدمات المقدمة، يمثل العنصر الأساسي لضمان تحسين جودة الرعاية، وتيسير سبل الحصول عليها، والانتفاع بها.
- **تكامل الرعاية الصحية الأولية:** إدراكاً لأهمية الحد من الحمل غير المرغوب وغير المخطط، تركز استراتيجية زيادة مأمونية الحمل على الارتباط بخدمات تنظيم الأسرة، وسائر خدمات الصحة الإنجابية، فضلاً عن الارتباط بسائر خدمات الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك مكافحة الملاريا ومرض الإيدز والعدوى بفيروسه متى أمكن تطبيق ذلك.
- **الشراكات:** ثمة ما يبرهن على أن الشراكة بين الحكومات، والمجتمع المدني، والمجموعات المهنية، والهيئات الدولية، والهيئات المانحة، تساهم في الحد من معدل وفيات الأمومة في العديد من البلدان.
- **القيادة، والسلام، والأمن:** تعد هذه العناصر حيوية لمواصلة جهود تحسين صحة الأمهات

وأطفالهن الحديثي الولادة وبقائهم، كما أنها وثيقة الصلة بشكل خاص بالوضع في إقليم شرق المتوسط.

٣.٤ الإجراءات ذات الأولوية

تحقيق الالتزام السياسي

يتطلب تحقيق هدف توفير الرعاية الماهرة لجميع النساء وأطفالهن الحديثي الولادة إرادة سياسية قوية. ومن ثم يتعين وضع سياسات وطنية لصحة الأمهات تعطي الأولوية للمداخلات اللازمة للوصول إلى المجموعات السكانية الأشد احتياجا، وتجمع كل عناصر صحة الأمهات معا في وثيقة سياسة واحدة، وتعيد تخصيص الموارد، فضلا عن الاستفادة منها كمرجع للشركاء يعاونهم على توجيه مساعداتهم للبلدان وتحقيق المرامي الإنمائية للألفية. ويتعين على حكومات الإقليم تعزيز مثل هذا الالتزام السياسي الطويل الأمد بين طيف عريض من أصحاب الشأن المعنيين، كما يتوجب على القادة السياسيين المحليين، وقادة المجتمع، وعلماء الدين، العمل بشكل متواصل لتسريع وتيرة التحرك، وضمان مواصلة الالتزام على المستويين الحكومي والسياسي، وهو ما يعد ضروريا لتخصيص الموارد المناسبة لمواجهة هذه المشكلة على المدى البعيد.

ينبغي كذلك لأنشطة التثقيف والتوعية الجيدة الإدارة، المرتكزة على معطيات موثوقة، والرامية إلى إذكاء الوعي بحجم المشكلات الناجمة عن وفيات الأمومة ووفيات الأطفال في الفترة المحيطة بالولادة وعواقبها في بلد ما، أن تتجاوز نطاق الخبراء العاملين في مجال صحة الأمومة والطفولة، لتشمل سائر الأطراف المعنية في الحكومة، ومقرري السياسات، والقيادات الدينية، والمؤسسات الأكاديمية، والنقابات المهنية، والمنظمات غير الحكومية، بالإضافة إلى المجموعات المجتمعية والنسائية. هذا، وسيتعين على المنظمات الدولية، والمنظمات غير الحكومية، والمجموعات المحلية، والإعلام المحلي، القيام بدور أساسي في دعم الحكومات في جهودها الرامية إلى حشد الموارد. إذ لا شك في أهمية الالتزام السياسي على أعلى المستويات، والعمل المشترك بين القطاعات المعنية، مثل الصحة، والتنمية البشرية، والتعليم، والتمويل، والمواصلات، والقضاء، لاستمرارية العمل اللازم لتيسير حصول الأمهات والولدان على الرعاية الجيدة والانتفاع بها على المدى البعيد.

وأخيرا، من الأولويات الملحة في هذا الصدد، الحصول على الالتزام السياسي بتخصيص نسبة كافية من إجمالي الناتج الوطني للتوسع في توفير هذه الخدمات، وعلى رأسها تمويل نظام يكفل للفقراء في أي بلد الحصول على الرعاية الصحية. ويمكن للبلدان التي تتواءم مواردها

المحلية يمثل هذه التكاليف أن تطلب مساعدة الجهات الدولية المانحة .

تعزير بيئة سياسة وتشريعية مناسبة

من الأهمية بمكان وضع سياسة شاملة للموارد البشرية، تأخذ في اعتبارها الوضع السائد في كل بلد .تُعنى هذه السياسة بتنظيم القضايا المتعلقة بترخيص مقدمي الرعاية الصحية المشرفين على الولادة من ذوى المهارات، وتحديد نطاق المهام التي يمكن أن يؤديها كل منهما .ولا يخفى أن تحرير السياسات والأنظمة من القيود غير الضرورية من أجل وضع إطار يضمن حصول جميع النساء وأطفالهن الحديثي الولادة على الرعاية الماهرة، سيسهم بشكل ملموس في تحسين فرص الحصول على هذه الخدمات.

ولا شك أن دعم البيئة التنظيمية الفعالة التي تضمن تحمل القطاعين العام والخاص للمسؤولية، يعد كذلك من العوامل الرئيسية لتوفير الرعاية العالية الجودة لجميع السكان .وقد تدعو الحاجة إلى مراجعة القوانين والسياسات، بل وتعديلها لتيسير حصول الجميع ، وبشكل عادل، على المعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية، وعلى التعليم والخدمات الصحية .كما ينبغي إيلاء اهتمام خاص للبيئة الداعمة لرعاية الحوامل من النساء وأطفالهن الحديثي الولادة، وكذلك النساء العاملات.

ولا شك أيضا أن وجود القواعد والمعايير ضروري لضمان توفير الأدوية، والمعدات، والتجهيزات على أسس دائمة وعادلة، ومطابقتها لمعايير الجودة العالمية .إن هذه الجوانب الخاصة بأي بيئة سياسية داعمة لا غنى عنها في جميع المستويات الوطنية والإقليمية والمحلية، كما أن تكامل التدابير والمبادرات السياسية في جميع المستويات والقطاعات يمكن أن يضمن نجاح تنسيق ورصد أي إطار تنظيمي داعم.

ضمان التمويل الكافي

يتعين وضع آليات للتمويل المضمون الاستمرار حتى تؤدي الإجراءات الرامية إلى تعزيز النظام الصحي ثمارها .إذ سيؤدي تحسين التمويل الصحي إلى تقليص النفقات الباهظة التي يضطر الناس لدفعها من جيوبهم الخاص في نقاط تقديم الخدمة، وتحسين سبل محاسبة المؤسسات المسؤولة عن إدارة التأمين الصحي وتقديم الرعاية الصحية، فضلا عن تحسين وسائل جمع التبرعات لصندوق الصحة من الأغنياء والفقراء، وجمع الأموال بوسائل إدارية فعالة .تؤدي هذه الآليات التمويلية المضمونة الاستمرار دورا بالغ الأهمية في بلدان الإقليم التي تعاني من الفقر، نظرا لأنها توفر الحماية المالية للفئات الأكثر احتياجا .

ويمكن تصميم الإجراءات الملائمة التي توفر التأمين الأساسي والحماية الاجتماعية للجميع وفقا للوضع السائد في كل بلد. هذا، ويتمثل العنصر الرئيسي لجميع نماذج التمويل في حشد مصادر التمويل التي لا تعتمد على التكلفة التي يتحملها الفرد من جيبه الخاص، مثل الضرائب العامة والخاصة، واشتراكات التأمين الاجتماعي، وأقساط التأمين الخاص، والاشتراكات في التأمين الاجتماعي هذا، ويتعين رصد البيانات المستجدة لتقييم فعالية هذه النماذج في زيادة الانتفاع بالخدمات الصحية وإتاحتها للفقراء. كما ينبغي رصد عمليات إصلاح القطاع الصحي، والنهج القطاعي الشامل، وتطبيق سائر آليات التمويل مثل استراتيجية تقليص الفقر، وتقاسم التكاليف، وميزانية الدعم المباشر، بغية ضمان انتفاع الفقراء وسائر المجموعات المهمشة بها، ولضمان مساهمة هذه الآليات في تعزيز صحة الأمهات والولدان.

تعزيز تقديم خدمات الرعاية الصحية

ينبغي أن تكون صحة الأمهات جزءا لا يتجزأ من مجموعة متكاملة وشاملة من خدمات الرعاية الصحية الأولية التي ينبغي أن تصل إلى جميع الفئات السكانية. ولبلوغ أهداف الرعاية الصحية الأولية هذه، ينبغي تعزيز الرعاية الصحية المقدمة للنساء والأطفال الحديثي الولادة ببرامج الصحة الإنجابية، مثل برامج تنظيم الأسرة، مع ربطها ربطا وثيقا بسائر العناصر الرئيسية للرعاية الصحية الأولية، مثل الوقاية من الملاريا ومعالجتها، حيثما كان ذلك ضروريا.

ويُعد توفير قوة عاملة فعالة وماهرة ومدربة تدريباً جيدا، عنصرا أساسيا لتعزيز تقديم الرعاية الصحية الأولية، وإنشاء نظم فعالة. ومن ثم، يحتاج النظام الصحي إلى وضع سياسة شاملة للموارد البشرية قادرة على إدارة مختلف أنواع القوة العاملة، والتصدي لقضايا مثل نقص الموارد البشرية ونضوبها، وتوزيعها وتحفيزها، والتي تؤثر بشدة على خدمات الرعاية الصحية في العديد من مناطق الإقليم. كما يحتاج النظام إلى تزويده بالأعداد الكافية من العاملين المهرة اللازمين لتقديم الخدمات الرئيسية في كل مستوى من مستويات الرعاية: مثل القابلات، والأطباء، والممرضات، والعاملين الصحيين المتخصصين، بالإضافة إلى المدراء والمهنيين المناسبين. ويمكن تحقيق الاستفادة القصوى من الموارد البشرية الحالية من خلال تحسين الإدارة وتعزيز المهارات والقدرات، وهو ما يمكن أن يتم من خلال إدخال الدول الأعضاء للدلائل الإرشادية المعدلة لمنظمة الصحة العالمية، والمعنية بصحة الأمهات، في المناهج الدراسية الرسمية لكليات الطب وكليات المهن الطبية المساعدة بغية تحسين جودة التدريس، وضمان استمرارية المداخلات الفعالة. ويمكن زيادة عدد العاملين الماهرين عن طريق تدريب وتعيين عاملين جدد، بالإضافة إلى العمل مع قطاع التعليم لضمان توافر الإمدادات الكافية من الكوادر الجديدة. ومن الضروري أيضا توزيع المولدات الماهرات في المناطق الأشد احتياجا، مثل

استمرارية سلسلة الرعاية، ينبغي وجود نظام إحالة فعال يكفل تدبير المضاعفات الناجمة عن الحمل في الحالات الطارئة .

يعد ضمان فعالية البيئات المواتية التي تمكن العاملين الصحيين الماهرين من تقديم رعاية فعالة جزءاً لا يتجزء من تعزيز النظام الصحي . ولكي يتيسر للنساء وأطفالهن الحديثي الولادة الحصول على الرعاية الماهرة في أي وقت، لاسيما أثناء الطوارئ وأوقات النزاعات، يتعين توفير المعدات والأدوية والتجهيزات اللازمة في إطار نظام جيد الإدارة. هذا، ويتطلب تخطيط النظم وضع مضمومة أساسية من المداخلات القائمة على بيئات. تشمل تقديم الرعاية الماهرة للنساء أثناء الحمل والولادة والفترة التالية للولادة، وكذلك للأطفال الحديثي الولادة، فضلاً عن تقديم خدمات تنظيم الأسرة ، والرعاية في الفترة التالية للإجهاض، ولضمان جودة الخدمات، يمكن وضع مبادئ قائمة على بيئات وتنفيذها كمبادئ مرجعية للرعاية . ويتعين على المسؤولين عن التخطيط اللامركزي المتعلق بإصلاح القطاع الصحي إيلاء اهتمام خاص لتبني الممارسات الجيدة على نطاق النظام الصحي بأكمله .

تمكين النساء والأسر والمجتمعات

ثمة حاجة إلى عدد من الاستراتيجيات للعمل بفعالية مع النساء وأسرهن ومجتمعاتهن من أجل تعزيز قدراتهن على تقديم الرعاية الملائمة في المنزل؛ واتخاذ القرارات الصحية والعمل بمقتضاها، بما في ذلك قرار التماس الرعاية في سائر مستويات السلسلة المستمرة للرعاية عند الاحتياج إليها؛ والاضطلاع بدورهن الهام كشركاء في تحسين صحة الأمهات والأطفال الحديثي الولادة .وقد تم تحديد استراتيجيات التعليم، والإجراءات المجتمعية، والشراكات، وتعزيز المؤسسات، والدعوة المحلية، كما تم تحديد المداخلات الرئيسية التي كعناصر تساهم في تمكين النساء والأسر والمجتمعات من تحسين وزيادة القدرة على مراقبة صحة الأمهات والأطفال الحديثي الولادة، فضلاً عن تيسير حصولهم على الخدمات الصحية الجيدة والانتفاع بها . هذا، ويتوقف اختيار مجالات المداخلات والاستراتيجيات في نهاية الأمر على الوضع المحلي والبيئة والموارد المتاحة .

يمكن إذكاء الوعي المجتمعي بالممارسات المنقذة لحياة الأمهات والولدان من خلال رسائل مجتمعية متعددة الأشكال .فلا شك أن تثقيف النساء وأسرهن بالمخاطر المحتمل مواجهتها أثناء الحمل والولادة، والإجراءات الملائمة التي يتعين اتخاذها حال التعرف على علامات الخطورة، والتعرف على الأمهات والأطفال الحديثي الولادة المصابين بمضاعفات وإحالتهم على الفور لتلقي الرعاية الطبية الملائمة، والتحفيز الفعال للنساء وأسرهن للموافقة على هذه الإحالات، كل ذلك يمكن أن يحسن بشكل جذري صحة الأمهات والولدان .

ويتعين، لتنمية هذه القدرات، تحسين مداخلات التثقيف الصحي وروابطها بقطاع التعليم. ويمكن لتحسين الصحة، تحديد وتنفيذ الشراكات والمداخلات الفعالة للعمل مع النساء وأسرهن ومجتمعاتهن. هذا، ويتعين تنمية الشراكات بين جهات تقديم الخدمات الصحية والمجتمع بغية تلبية الاحتياجات الصحية للأمهات وحديثي الولادة وزيادة الانتفاع بالرعاية. ويمكن أن يتيسر ذلك من خلال تحسين عمليات التخطيط الصحي التي تشمل النساء وفئات المجتمع وسائر ذوي الشأن المعنيين. ومن خلال وضع آليات لتحسين الجودة تأخذ في اعتبارها منظور المرأة والمجتمع. وأخيراً، يتعين تنمية قدرات الخدمات الصحية على التفاعل مع المجتمع، بما في ذلك تنمية أهلية العاملين الصحيين الثقافية والفردية، وتنمية قدرات فئات المجتمع على التعاون مع مقدمي الخدمات الصحية.

تعزيز عملية الرصد والتقييم لتحسين عملية اتخاذ القرار

لا غنى عن الرصد والتقييم الفعالين لتحسين البرامج والخدمات الصحية، كما يعد تتبع التقدم المحرز من الأدوات الفعالة لأنشطة الدعوة إذ يؤدي إلى تعزيز الالتزام السياسي بتحسين صحة الأمهات وحديثي الولادة وبقائهم. هذا، ويعد تحسين رصد وفيات الأمومة والأطفال حديثي الولادة من الأولويات لاسيما في الدول الأعضاء التي تعاني من قصور في تسجيل الأحوال المدنية. ومع أن تصميم أساليب التحسين ينبغي أن يتوافق مع الوضع السائد في كل بلد، إلا أن تطبيق نظم للمراجعة، وإجراء مسوحات للنساء اللاتي في سن الإنجاب، والتشخيص الشفوي، وحتى الأسئلة الخاصة التي تُطرح من خلال الإحصاءات الرسمية للسكان يمكن أن يتم، بل قد تم بنجاح. ومع ذلك ينبغي أن يكون الهدف النهائي تعزيز تسجيل الأحوال المدنية، وتحسين نظم المعلومات الصحية في البلد. ويمكن ربط هذه الأنظمة بفعالية مع سجلات الأمومة داخل المرافق الصحية، ومن ثم يمكن استخدامها كأساس لاتخاذ القرارات بشكل فعال ومتجاوب في جميع المستويات، مما يساعد على التعرف على الأنماط الوبائية واتجاهات وفيات ومراضة الأمومة، حتى يمكن تحديد المداخلات الملائمة التي تلبى الاحتياجات الفعلية للمجتمع.

وهناك عناصر أخرى مهمة يتعين أخذها في الاعتبار عند وضع السياسات، تشمل تتبع مؤشرات عملية تقديم الخدمات الصحية، لاسيما في ما يتعلق بالانتفاع بالخدمة وجودتها، ومدى التغطية بالخدمات التي تقدمها المولدات الماهرات عند الولادة. وينبغي تقييم البرامج الصحية ونشر نتائجها، لاسيما عند بذل الجهود المُسرَّعة لتحسين الصحة، مما يتيح الاستفادة، في المستقبل، من المزيد من الدروس الإستراتيجية. كما ينبغي بذل جهود خاصة للانتفاع بالمصادر الحالية للمعطيات إلى أقصى درجة ممكنة، فضلاً عن إيلاء بالغ الاهتمام بعمليات جمع المعطيات؛

بالإضافة إلى تحليل وتقييم جودة المعطيات المتعلقة بصحة الأمهات والولدان، ويقائهم ورعايتهم. يتعين كذلك تعميم الاستفادة من التقدم الذي حدث مؤخرًا في تقدير الوضع المالي للفقراء وسائر الفئات السكانية الفرعية على أوسع نطاق لتيسير تتبع التحسينات التي طرأت عليهم متى توافرت المعطيات اللازمة لذلك.

٥. الإطار التنفيذي .

يعتمد تنفيذ الإجراءات ذات الأولوية الموصوفة في القسم ٣.٤ على الوضع السائد في كل بلد وتستخدم الموضوعات الرئيسية التالية والخاصة بالتنفيذ كأداة إرشادية لتحديد العناصر الإستراتيجية ذات الأولوية في البلدان.

١.٥ البناء على الجهود البلدانية القائمة والمحافظة على المكاسب

من المهم أن يتم البناء على الجهود البلدانية القائمة، وأن يتم تقوية العمليات والهياكل والنظم اللازمة لتخطيط وتنفيذ وتقييم البرنامج الوطني للأمومة المأمونة. هذا، ويجب المحافظة على المكاسب التي تحققت بعد عناء واحترام العمليات البلدانية. ومن الواضح أنه قد يتعذر تنفيذ جميع أنشطة الإستراتيجية في آن واحد، أو بنفس الأسلوب في جميع أنحاء البلد، بل يمكن تنفيذ الإجراءات ذات الأولوية والنهوض بها بمعدلات مختلفة وبأساليب بداية على أساس الاحتياجات المحلية والموارد المتاحة. ويجب أن تسمح خطة العمل باتخاذ القرار على المستوى المحلي وبتحديد الأولويات وتكييف الخطة بما يلبي الاحتياجات الخاصة لأي منطقة أو إقليم. ويمكن إتباع الخطوات التالية كجزء من العملية:

- مراجعة نقاط التركيز وأوجه القوة والضعف في الجهود الحالية لتعزيز مأمونية الحمل والولادة، من حيث التغطية بالرعاية الماهرة وجودتها، والفجوات والعوائق أمام الحصول على الرعاية والارتفاع بها، وأوجه القوة والضعف في خطط للتصدي لهذه العناصر.
- إعادة النظر في خطة العمل الوطنية وتقدير الأموال المطلوبة، على أساس تقييم الاحتياجات والسياسات الوطنية، والتركيز على تقوية النظام الصحي، مع تحديد أولويات الأنشطة بشكل واضح.
- تتضمن الأنشطة الأساسية زيادة القدرات التدريبية على المستوى الوطني والمحلي، وتحسين قدرات التخطيط والبرمجة والإدارة على مستوى المنطقة وسائر المستويات، وتقيح اللوائح والدلائل الإرشادية ذات الصلة بالعاملين الصحيين وأوضاعهم وانتشارهم.

٢.٥ الشراكة - أسلوب للمشاركة

من الضروري وجود التزام سياسي قوي وشراكات استراتيجية على جميع المستويات لتحقيق التعاون اللازم بين القطاعات. فيجب أن يشارك بنشاط جميع المعنيين على المستوى الوطني والمحلي، بما في ذلك الجهات العامة والخاصة المقدمة للرعاية، وجميع البرامج المعنية، وممثلو الجمعيات النسائية والمجتمعية، منذ مرحلة مبكرة جدا في تحديد الأولويات، وتقييم الاحتياجات، ووضع وتنفيذ ورصد وتقييم البرامج والخطط ذات الصلة بصحة الأمهات والولدان. ومن المهم أيضا مشاركة الوزارات الأخرى كوزارات التعليم والمالية والمواصلات والشؤون الاجتماعية وشؤون المرأة وما إلى ذلك. هذا بالإضافة إلى أن التعاون الوثيق مع المنظمات غير الحكومية ومع القطاع الخاص بطريقة منهجية ومنظمة يساعد على استغلال الموارد، سواء أكانت مالية أم بشرية أم لوجستية، كما يساعد على تقوية وتنظيم مشاركة قطاعين يؤديان دورا هاما ومتزايدا في تحسين صحة سكان الإقليم. هذا وينبغي أيضا تعزيز الجهود التعاونية مع سائر البرامج والمبادرات المعنية ذات الصلة بالصحة العمومية، بشكل منهجي.

٣.٥ الإدارة والتخطيط القويان للبرامج

يتطلب ذلك وجود لجنة أو فريق عمل وطني رفيع المستوى ومتعدد التخصصات يضطلع بمسؤولية اتخاذ الإجراءات والتأثير في تغيير السياسات، إضافة إلى تنسيق جهود الشركاء والإشراف عليها. هذا ويجب أن تُعزز الإجراءات التي يتخذها مثل هذا الفريق بأقوى البيئات المتاحة، كما يجب أن تركز الجهود على تحديد المكونات التي تحتاج إلى تقوية في النظام الصحي، من أجل بناء السلسلة المستمرة للرعاية. وينبغي أيضا تعزيز المداخلات القائمة على البيئات، ووضع أو مراجعة المعايير الوطنية للمجموعة الأساسية، مع رسم قواعد واضحة للمحاسبة، والتبليغ عن التقدم المحرز ورصده.

٦. دعم إعداد وتنفيذ السياسة، قرارات اللجنة الإقليمية

استراتيجية ذات أولوية لحماية صحة الأمومة وتميزها في بلدان الإقليم. وقد قام المكتب الإقليمي بالتالي بالدفاع عن المبادئ والمداخلات الضرورية لتنفيذ الإستراتيجية هذه في الإقليم. وفي عام ١٩٨٨، ناقشت اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط هذا الموضوع". ولاحظت باهتمام المستويات العالية لوفيات الأمومة والرضع في بعض بلدان الإقليم"، كما اعتمدت القرار ذا الرقم ش م/ل ١ / ٢٥٥ ق ٩ حول "وفيات الأمومة والرضع في إقليم شرق المتوسط والآثار الاجتماعية الاقتصادية والضرورة الملحة لمكافحتها".

وفي عام ١٩٩٠، اعتمدت اللجنة الإقليمية القرار ذا الرقم ش م/ل ١ / ٣٧٦ الذي طلبت فيه من جميع بلدان الإقليم العمل على تخفيض وفيات الأمومة بنسبة ٥٠% بحلول عام ٢٠٠٠. وبتخاذ جميع التدابير الممكنة لتحقيق هذا الهدف. وقد حدد هذا القرار أسلوبين لتحسين صحة الأمومة، هما ضمان وجود قابلة مدربة واحدة على الأقل في كل قرية ومربع حضري، وتعزيز الدعم التقني المقدم للبلدان الأعضاء لتحقيق أهداف الأمومة المأمونة.

وقام المكتب الإقليمي خلال التسعينات من القرن الماضي بوضع مبادرة الأمومة المأمونة وبرامجها وأنشطتها اللاحقة، في قائمة الأولويات مع برامج الصحة الإنجابية. وأسفر ذلك عن إنجازات هامة كما تحسنت بشكل ملموس مؤشرات إيتاء الرعاية الصحية للأمومة. ولكن التقدم كان بطيئاً نسبياً في بعض البلدان وظلت مؤشرات صحة الأمومة قاصرة عن تحقيق الأهداف العالمية.

وكان انطلاق مبادرة منظمة الصحة العالمية في عام ٢٠٠٠ لزيادة مأمونية الحمل خطوة هامة نحو الحد من أمراض الأمومة وحديثي الولادة في الدول الأعضاء. وقد طبقت المبادرة أول ما طبقت في السودان، ومنذ ذلك الحين اتخذ أحد عشر بلداً آخر الخطوات الضرورية لتنفيذ الإستراتيجية بالتعاون مع المكتب الإقليمي. وهذه البلدان هي أفغانستان وجيبوتي وجمهورية إيران الإسلامية والعراق والمغرب وباكستان وقطر والصومال والجمهورية العربية السورية وتونس والجمهورية اليمنية. وقد تم إيلاء اهتمام خاص للبلدان التي ترتفع فيها مستويات وفيات الأمومة. وفي تشرين الأول أكتوبر ٢٠٠٤، لاحظت اللجنة الإقليمية الحادية والخمسون باهتمام

المستويات المرتفعة لوفيات الأمومة والطفولة في بعض بلدان الإقليم مما يحول دون تحقيق المرامي الإنمائية للألفية ويعوق التنمية البشرية والاقتصادية الاجتماعية في هذه البلدان، واعتمدت القرار ذا الرقم ش م/ل ١/٤٠٥١ (الملحق ٢) الذي ركز على التحرك نحو بلوغ المرامي الإنمائية للألفية من خلال الاستثمار في صحة الأمومة والطفولة. وقد حث القرار الدول الأعضاء على إعادة النظر في سياستها واستراتيجياتها الوطنية القائمة، وعلى إتمام الانجازات والبناء عليها، وعلى تقوية نظم الترصد الوطنية، وتبني المداخلات القائمة على البيانات، وعلى إنشاء اللجان الوطنية المعنية بوفيات الأمومة لمراجعة ورصد وفيات الأمهات، وعلى إدماج أساليب رعاية صحة الأمومة في المناهج الدراسية الرسمية لكليات الطب وكليات المهن الطبية المساعدة. وبالإضافة إلى ذلك، ناشد المكتب الإقليمي دعم النهوض بالمداخلات الفعالة، ومساعدة البلدان الأعضاء على القيام بتقدير دقيق لوفيات الأمومة، وتبليغ اللجنة الإقليمية دورياً حول التقدم المحرز في مجال الصحة والطفولة.

الخاتمة

يتعرض عدد كبير جداً من النساء في الإقليم للمعاناة والوفاة لأسباب تتعلق بالحمل. ومن الممكن تجنب معظم هذه الوفيات. فنحن نعرف الآن ما ينبغي عمله لتجنب هذه الوفيات. فبفضل المعارف والخبرات المتاحة لدينا الآن، يمكن إنقاذ عشرات الآلاف من الأمهات في إقليم شرق المتوسط. ويكمن التحدي في تحويل المعارف والخبرات إلى عمل. ويتطلب ذلك التزاماً من الدول الأعضاء التي لديها فرصة فريدة لتسريع الحد من وفيات الأمومة في هذا الوقت، بدعم من منظمة الصحة العالمية وسائر الشركاء المعنيين بالأمر. ويتبقى لنا أن نوحّد جهودنا وصفوفنا في عمل متناسق لتخفيض وفيات الأمومة، وتحقيق المرامي الإنمائية للألفية على أرض الواقع.

الملحق ١

صحيفة حقائق حول زيادة مأمونية الحمل في إقليم شرق المتوسط، ٢٠٠٤

| النسبة | المؤشر |
|--------|---|
| ٦٠,٣ % | ١. معدل النساء اللاتي قام عاملون صحيون مدربون برعايتهن مرة واحدة على الأقل أثناء الحمل (مع استبعاد الموليدات التقليدية المدريات وغير المدريات) لأسباب تتعلق بالحمل. |
| ٥٣,٣ % | ٢. معدل الولادات التي تمت برعاية عاملين صحيين مدربين (مع استبعاد الموليدات التقليدية المدريات وغير المدريات) تُعرّف منظمة الصحة العالمية العاملين الصحيين ذوي المهارات بأنهم: القابلات المدريات، أو الممرضات المدريات، أو الممرضات القابلات المدريات، أو الأطباء المدربين الذين أتموا مجموعة من الدورات الدراسية، وتم تسجيلهم أو إجازتهم قانونياً لممارسة المهنة. |
| ١٧,٤ % | ٣. معدل الجراحات القيصرية في جميع الولادات: عدد الجراحات القيصرية في كل ١٠٠ ولادة تمت في مؤسسات صحية يديرها القطاع العام والخاص والقطاع غير الحكومي. |
| ٤٠,٥ % | ٤. معدل النساء المتزوجات اللاتي في سن الإنجاب (من ١٥-٤٩ عاماً) اللاتي يستخدمن إحدى وسائل منع الحمل. |
| ٤٠,٩ % | ٥. معدل النساء المصابات بفقر الدم (تم تحريرهن أثناء الحمل لمعرفة نسبة تركيز الهيموغلوبين) إذ تقل نسبة الهيموغلوبين عن ١١٠ غ/لتر. |
| ٤,٠ | ٦. المعدل الإجمالي للخصوبة: إجمالي عدد الأطفال اللاتي تتجهن المرأة حتى نهاية فترة خصوبتها، إذا انطبقت عليها معدلات الخصوبة بحسب العمر السائدة حالياً خلال حياتها الإنجابية |
| ٣٧٠ | ٧. معدل وفيات الأمهات: عدد وفيات الأمهات في كل ١٠٠٠٠٠ مولود حي. |
| ٣٢,٧ | ٨. معدل وفيات الأطفال الحديثي الولادة: (عدد وفيات الأطفال المولودين أحياء في الفترة التي تبدأ من الولادة وتنتهي بعد ٢٨ يوماً كاملة بعد الولادة بين كل ١٠٠٠ مولود حي). |
| ١٨,٧ % | ٩. النسبة المئوية للأطفال المنخفضي الوزن عند الولادة: المواليد |

الملحق ٢

التحرك نحو بلوغ المرامي الإنمائية للألفية: الاستثمار في صحة الأمومة والطفولة (ش م/ل | ٥١/ق-٤)

اللجنة الإقليمية،

بعد أن ناقشت الورقة التقنية حول التحرك نحو بلوغ المرامي الإنمائية للألفية: الاستثمار في صحة الأمومة والطفولة:

وإذ تستذكر قرارات جمعية الصحة العالمية ج ص ع ١٩.٥٥ حول إسهام منظمة الصحة العالمية في بلوغ المرامي الإنمائية لإعلان الأمم المتحدة للألفية، الذي أدرك "الأثر البالغ لصحة وتنمية الأمومة والطفولة والمراهقين على التنمية الاجتماعية الاقتصادية"، والذي حث الدول الأعضاء على احتضانها باعتبارها من أولويات الصحة العمومية، ج ص ع ١٢.٥٧ حول الصحة الإنجابية: مسودة استراتيجيه للإسراع بالتقدم نحو إحراز المرامي والأهداف العالمية للتنمية؛ وإذ تستذكر القرارات مثل ش ميل إي ٣٥ ق ٩. حول وفيات الأمومة والطفولة في إقليم شرق المتوسط: الآثار الاجتماعية الاقتصادية والحاجة الملحة للسيطرة عليها، ش ميل إي ٣٧ ق ٦. الذي طالب البلدان الأعضاء بالعمل على تخفيض معدل وفيات الأمومة بمقدار النصف بحلول عام ٢٠٠٠، ش ميل إي ٥٠ ق ١٤. حول البيئات الصحية للأطفال والذي حث البلدان الأعضاء على تبني سياسات وطنية لصحة الطفل وأساليب متكاملة لبيئات صحية للأطفال؛ وإذ تعتقد اعتقاداً راسخاً بأن الأمهات والأطفال هما مستقبل التنمية لبلدان الإقليم، ومن ثم يتعين أن يظل الاستثمار في صحة الأمومة والطفولة من الأولويات؛

وإذ تلاحظ بقلق المستويات المرتفعة لوفيات الأمهات والأطفال في بعض بلدان الإقليم مما يحول دون بلوغ المرامي الإنمائية للألفية، ويعوق التنمية البشرية والاجتماعية الاقتصادية لهذه البلدان؛

٠١ تشيد بالخطوات التي اتخذها المدير الإقليمي لمساعدة الدول الأعضاء في تنفيذ مداخلات فعالة لصحة الأمومة والطفولة في إقليم شرق المتوسط.

٠٢ تحث الدول الأعضاء التي لم تحقق بعد الأهداف التي حددتها المرامي الإنمائية للألفية لتحسين الرعاية الصحية للأمومة والطفولة على :

١.٢ صياغة الوثائق والاستراتيجيات السياسية الوطنية الضرورية لبلوغ المرامي الإنمائية للألفية؛

٢.٢ التوسع في الإنجازات التي حققتها الدول الأعضاء في تنفيذ مداخلات فعالة

مولدة أو قابلة ماهرة في كل قرية؛

٣.٢ تعزيز نظم الترصد الوطنية القائمة للتعرف على اتجاهات الوفيات والمراضة بين الأطفال والأمهات، وتبني مداخلات قائمة على البيانات بما في ذلك المداخلات المجتمعية المرتكز.

٤.٢ إنشاء لجنة وطنية لوفيات الأمهات تُعنى بمراجعة ورصد وفيات الأمومة في البلد؛

٥.٢ دمج أساليب الصحة العامة المتعلقة بصحة الأمومة والطفولة في المناهج الدراسية الرسمية لكليات الطب وكليات المهن الطبية المساعدة.

٠٣ تطلب إلى المدير الإقليمي :

١.٣ تقديم مزيد من الدعم لاستنهاض المداخلات الفعالة بغية تحسين صحة الأمومة والطفولة في إقليم شرق المتوسط، ومساعدة الدول الأعضاء في تحقيق المرامي

الإنمائية للألفية؛

٢.٢ مساعدة الدول الأعضاء في إجراء تقييم معمق لوفيات الأمومة؛

٣.٣ إجراء مشاورات إقليمية للخبراء لإسداء النصح بشأن تقديم لقاحات جديدة؛

٤.٣ رفع تقارير دورية إلى اللجنة الإقليمية حول التقدم المحرز في بلوغ المرامي الإنمائية

للألفية المتعلقة بصحة الأمومة والطفولة.

التحرك نحو بلوغ المرامي الإنمائية للألفية: الاستثمار في صحة الأمومة والطفولة (ش م/ل | ٥١/ق-٤)

About the Millennium Development Goals. New York, The World Bank Group. Available at [http://www.developmentgoals/About the goals.htm](http://www.developmentgoals/About%20the%20goals.htm)

Demographic and health indicators of the Eastern Mediterranean 2002/2003. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.

Global MPS Strategy: Making Pregnancy Safer—Strategic directions for the accelerated reduction of maternal and perinatal mortality and morbidity, MPS/WHO 2004–2015.

Global monitoring and evaluation: skilled attendant at delivery—2001 estimates. Geneva, World Health Organization. Available at http://www.who.int/reproductivehealth/global_monitoring/data_regions.html.

Hafez G. Maternal mortality: a neglected and socially unjustifiable tragedy. *Eastern Mediterranean health journal*, 1998, 4:7–10.

Health benefits of family planning. Geneva, World Health Organization, 1995.

Making Pregnancy Safer: WHO's flagship programme to improve the lives of women and their newborns. Geneva, World Health Organization, 2003.

Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, World Health Organization, 2001. Available at [http://www.who.int/reproductive-health/publications/Rhr 01 9 maternal-mortality-estimates/index.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/Rhr%2001%209%20maternal-mortality-estimates/index.en.html)

Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, World Health Organization, 2000. Available at [http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal-mortality 2000/](http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal-mortality%2000/)

Maternal mortality (WHD 98.1). World Health Day: safe motherhood 7 April 1998. Geneva, World Health Organization, 1998.

Reproductive health strategy: to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. World Health Organization, Geneva, 2004

Report of the Regional Committee for the Eastern Mediterranean. 35th session. Alexandria, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1988.

Report of the Regional Committee for the Eastern Mediterranean. 37th session. Alexandria, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 1990.

Report of the Regional Committee for the Eastern Mediterranean. 50th session. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.

Report of the Regional Committee for the Eastern Mediterranean. 51st session. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2004.

Reporting on the Millennium Development Goals at the country level: guidance note. New York, United Nations Development Group, October 2001.

The Millennium Development Goals: the global challenge: goals and targets. New York, UNDP. Available at <http://www.undp.org/mdg/>

Victoria CG. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*, 2003, 362:333–41.

World health report 2003: Shaping the future. Geneva, World Health Organization, 2003.

World health report 2005: Make every mother and child count. Geneva, World Health Organization, 2005.

