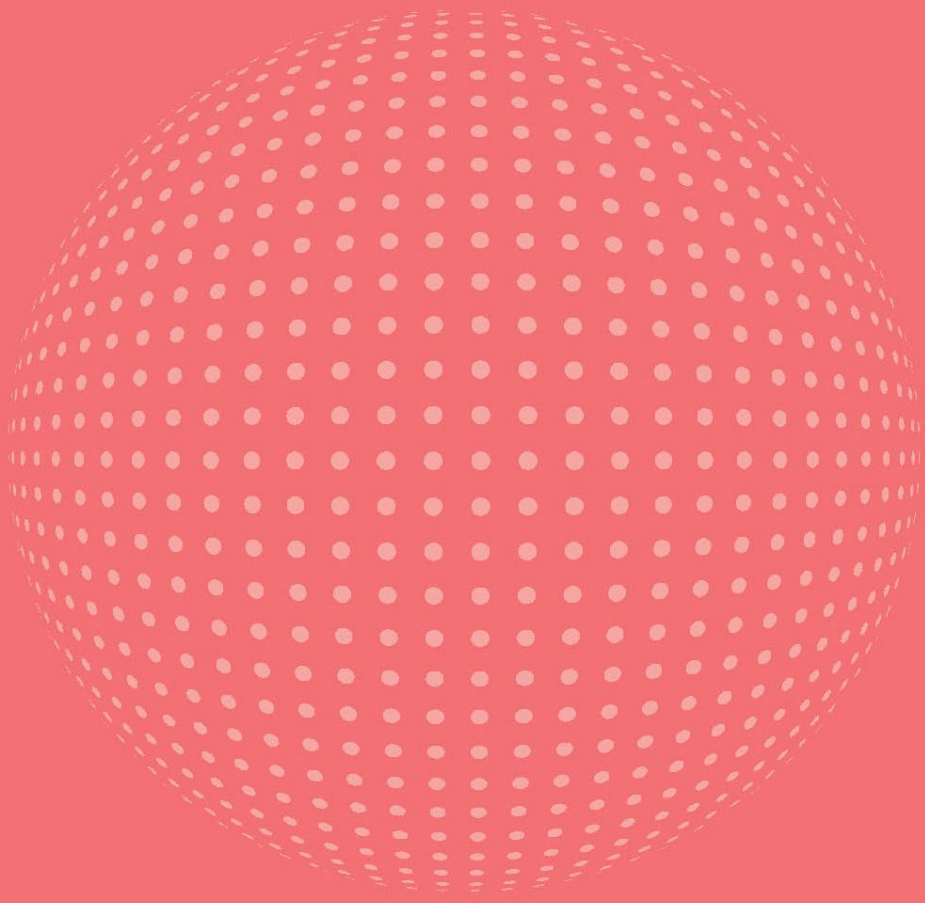
دَليـلُ
مُـراقـبـةِ رعـايةِ طَوارئ التَّوْليـد



AMDD
Averting Maternal Death and Disability
MAILMAN SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
Columbia University

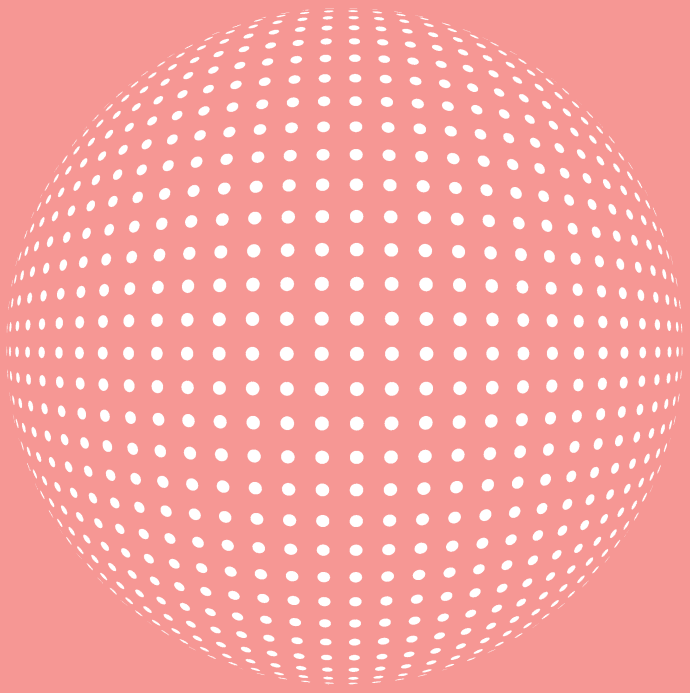
unicef

UNFPA

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

مُـراقـبـةِ
رعـايةِ طَوارئ التَّوْليـد

دَليـلُ



فَهْرَسَةُ مكتبةِ منظَّمة الصحَّة العالميَّة في مُعْطَياتِ النَّشر:

دَليلُ مُراقبةِ رعايةِ طَوارئ التَّوْليد: Monitoring emergency obstetric care: a handbook.

1. طِبُّ التَّوْليد – مَعايير. 2. خَدمات الطَّوارئ، المُسْتَشْفَى – الإحْصاء والمُعْطَيات العدديَّة. 3. جَمْع المُعْطَيات – الطُّرُق. 4. مؤشِّرات الجودَة، الرِّعية الصحَّية. 5. خَدَمات الصحَّة الأُموميَّة – الإمْداد والتَّوْزيع. 6. مُعَدَّلُ وَفَيَات الأُمَّهات – الوِقايَة والمكافَحَة. 7. الكُتَيِّبات. I منظَّمة الصحَّة العالميَّة. II صندوق الأمم المتَّحدة للسكَّان United Nations Population Fund. III اليُونيسيف UNICEF. IV مدرسة مايلمان للصحَّة العامَّة Mailman School of Public Health.
تجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأُمَّهات.

ISBN 978 92 4 154773 4 (NLM classification: WA 310)

© منظمة الصحة العالمية، 2011

جميع الحقوق محفوظة.

إن التسميات المستخدَمة في هذه المنشورة، وطريقة عرض المواد الواردة فيها، لا تعبِّر عن رأي الأمانة العامة لمنظمة 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 المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

كما أن ذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معيَّنة لا يعني أن هذه الشركات أو الجهات معتمدة، أو مُوصَى بها من قِبَل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يَرِد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميّز أسماء المنتجات المسجَّلة الملكية بوضع خط تحتها.

ويمكن الحصول على منشورات منظمة الصحة العالمية من وحدة التوزيع والمبيعات، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، ص. ب. (7608)، مدينة نصر، القاهرة 11371، مصر (هاتف رقم: 2535 2670 202+؛ فاكس رقم: 2492 2670 202+ ؛ عنوان البريد الإلكتروني: PAM@emro.who.int). علماً بأن طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، جزئياً أو كلياً، سواء كان ذلك لأغراض بيعها أو توزيعها توزيعاً غير تجاري، ينبغي توجيهها إلى المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، على العنوان المذكور أعلاه: البريد الإلكتروني: RDO@emro.who.int.

وقد اتُّخِذَت جَميعُ الاحتياطات المنطقيَّة من قِبَل منظَّمة الصحَّة العالميَّة للتحقُّق من المَعْلُومات المَوْجودَة في هذا الكتاب؛ ولكنَّ المادَّة المنشورة تُوزَّعُ من دون كفالة من أيِّ نَوْع، لا صَريحَة ولا ضمنيَّة. وتَقعُ مسؤوليةُ تَفسيرِ المادَّة واستعمالها على القارئ؛ ومنظَّمةُ الصحَّة العالميَّة غَيْرُ مَسْؤولَةٍ عن الأَضْرار الناجمَة عن هذا الاستعمال.

طُبِع في المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، بالقاهرة

المحتويات

شُكْر	v
تَمْهيد	vii
خُلاَصَةٌ تَنْفِيْذِيَّة	viii
1. مُقدِّمَة	**1**
1.1 مُراجعَةُ المؤشِّرات	5
2.1 الوَظائِف البارِزَة للرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	7
3.1 اِسْتِعْمالُ مؤشِّرات الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	11
2. مُؤَشِّراتُ رِعايَةِ طَوارِئ التَّوْليد (الرِّعايةُ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة)	**12**
1.2 المُؤَشِّر 1: تَوفُّرُ خَدَماتِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	12
3.2 المؤشِّرُ 3: نِسَبُ جَميعِ الوِلادات في مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	19
4.2 المؤشِّر 4: نسبةُ الحاجة المُلَبَّاة	23
5.2 المؤشِّر 5: العمليَّاتُ القَيْصريَّة كنسبةٍ مئويَّة من جَميع الوِلادات	29
6-2 المؤشر 6: مُعَدَّلُ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر	37
7-2 المؤشِّر 7: معدَّلُ الوفيات خِلال الوِلادَة وفي فترة الوَليد	42
8-2 المؤشر 8: نسبةُ الوَفَيات النّاجِمَة عن الأسباب غير المُباشرَة في مَرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	44
9-2 خُلاصَةُ المؤشِّرات 1-8 وتَفْسيرُها	46
3. جَمْعُ المُعْطَياتِ لأجل المؤشِّرات	**52**
1-3 أَنْماطُ المُعْطَياتِ المَطْلوبَة	52
2-3 التَّحْضير	52
3-3 النَّموذج 1: جَميع مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة المحتمَلَة في المناطِق المُخْتارَة	56
4-3 النَّموذج 2: مُراجعَةُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في المَرافِق	58
5-3 النَّموذجُ 3: خُلاصَةُ المُعْطيات حَوْلَ مَرافِقِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في منطقةٍ ما	61
6-3 النَّموذج 4: حِساب المؤشِّرات لكلِّ منطقَة	61
7-3 النَّموذج 5: حِسابُ المؤشِّرات بالنسبة للبَلد	62
8-3 المُراقبَةُ على مستوى المنطقَة	62
المراجع	**65**
المُلْحَق أ: نَماذِجُ وأَوْراقُ عَمَل لجَمْعِ المُعْطَيات وحِساب مُؤَشِّراتِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	**73**
النَّموذج 1. مَرافِقُ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة المحتمَلَة	75
النَّموذج 2. مُراجَعَةُ مَرافِقِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة المحتمَلَة	81
النَّموذجُ 3. خُلاصَةُ المُعْطَياتِ عن مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في المنطقَة	97
النَّموذج 4. حِسابُ المؤشِّرات في منطقَةٍ جغرافيَّة	119
النَّموذج 5. حِسابُ المؤشِّرات بالنسبة للبَلَد	135
المُلْحَق ب: المَعْلوماتُ عن السِّجِلاَّت وجَمْعِ المُعْطَيات	**157**
المُلْحَق ج. جَدْوَلُ الأَعْداد العَشْوائيَّة	**163**

شُكْر

مُراقبةُ رعايةِ طَوارئ التَّوْليد: كُتيِّب أُعدَّ من قِبَل ديبورا ماين Deborah Maine جامعة بوسطُن Boston University، بُوسطُن، ماسوشوستس Massachusetts، الولايات المتَّحدة الأمريكيَّة، وبَرْنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأمَّهات (Averting Maternal Death and Disability Program AMDD)، ومَدْرَسة مايلمان للصحَّة العامَّة Mailman School of Public Health، جامعة كولومبيا، مدينة نيويورك، الولايات المتَّحدة)، وباتسي بايلي Patsy Bailey (الصحَّة العائليَّة العالميَّة Family Health International، بارك ترينغل للأبحاث Research Triangle Park، كارولينا الشِّماليَّة، الولايات المتَّحدة وبَرْنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأمَّهات)، وسامِنْثا لوبيز Samantha Lobis (بَرْنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأمَّهات)، وجوديث فورتني Judith Fortney (بَرْنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأمَّهات).

يَقومُ الكتيِّبُ على دَلائِل إرشاديَّة مَنْشورَة لمراقبةِ توفُّر الخدمات التَّوْليديَّة واستعمالِها (1997)، مُعَدَّة من قِبَل ديبورا ماين وتيسَّا واردلو Tessa Wardlaw (صندوق الأمم المتَّحدة للطفولة "اليُونيسف UNICEF") وفَريق من جامعة كولومبيا (فكتوريا وورد Victoria Ward وجامِس مكارثي James McCarthy ومُورات أَلْكالين Murat Alkalin وجينيفر براون Jennifer Brown)، وعلى تَوْصياتٍ مُعدَّة خِلال المُشَاوَرات التقنيَّة المُنْعَقِدَة عام 2006 في مقرِّ منظَّمة الصحَّة العالميَّة بجنيف، حيث شاركَ الأفراد المذكورون فيما يَلي: باتسي بايلي (الصحَّة العائليَّة العالميَّة وبَرْنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأمَّهات) وشيلا بلوم Shelah Bloom (جامعة كارولينا الشِّماليَّة، تشابل هيل Chapel Hill، كارولينا الشِّماليَّة، الولايات المتَّحدة) ودافيد برونهولتز David Braunholtz [مَشْروع مُبادَرَة تَقْييم بَرْنامج وَفَيات الأمَّهات Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment (IMMPACT)، جامعة أَبِرْدين University of Aberdeen، أَبِرْدين، سكوتلندة] وفِنْسنت بروير Vincent de Brouwere (معهد الأمير ليوبولد لطبِّ المَناطِق المَداريَّة Prince Leopold Institute of Tropical Medicine، أَنْتويرب Antwerp، بلجيكا) ومارك ديرفيو Marc Derveeuw (صندوق الأمم المتَّحدة للسُّكَّان "UNFPA") ووهيمانت دويفيدي Hemant Dwivedi (صندوق الأمم المتَّحدة للسكَّان "UNFPA") وكويستين إِين أولشِن Oystein Evjen Olsen (مَعْهَد أبحاث الصحَّة والتَّنْميَة والرِّعايَة الصحِّية الأوَّلية Institute for Health Research and Development and Primary Health Care، إِرْنغا Iringa، جمهورية تَنْزانيا المتَّحدَة) وفِنْسنت فافيو Vincent Fauveau (صندوق الأمم المتَّحدة للسكَّان) وجوديث فورتني Judith Fortney (بَرْنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأمَّهات) ولاين فريدمان Lynn Freedman (بَرْنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأمَّهات) وجوان هيلي Joan Healy (لاباز Ipas، تشابل هيل، كارولينا الشِّماليَّة، الولايات المتَّحدة) وجوستس هوفماير Justus Hofmeyr (جامعَة ويتواترسراند University of the Witwatersrand، جوهانسبيرغ Johannesburg، جنوبي أفريقيا) وسامِنْثا لوبيز Samantha Lobis (بَرْنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأمَّهات) وديبورا ماين De-orah Maine (جامعة بوسطُن Boston University، بُوسطُن، ماسوشوستس Massachusetts، الولايات المتَّحدة الأمريكيَّة، وبرنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأمَّهات) وساراما ماثاي Saramma Mathai (صندوق الأمم المتَّحدة للسكَّان) وآفِّيتي مكاو – بينس Affette McCaw-Binns (جامعة غربي الأَنْديز University of the West Indies) وإيزابيلاَّ موريرا Isabelle Moreira (صندوق الأمم المتَّحدة للسكَّان) ولوي بيرسون Luwei Pearson (اليُونيسِف) وروزاليند راين Rosalind Raine (جامعة كوليج لندن University College London،

لندن، إنكلترا) وجيثا رانا Geetha Rana (اليُونيسِف) وجوديث ستاندلي Judith Standley (اليُونيسِف) ونانسي تيراراي Nancy Terreri (اليُونيسِف) وكاناكو ياماشيتا – آلين Kanako Yamashita-Allen (البنك الدُّوَلي، مقاطعة واشنطن، الولايات المتَّحدة) وجيلكا زوبان Jelka Zupan (مُنظَّمَة الصِّحَّة العالميَّة) وكاترين باثيك Katherine Ba-Thike (مُنظَّمَة الصِّحَّة العالميَّة) وأليكسيس نابونا Alexis Ntabona (مُنظَّمَة الصِّحَّة العالميَّة) وماثيو ماثاي Matthews Matthai (مُنظَّمَة الصِّحَّة العالميَّة).

ساعدَتْ لالي ساي Lale Say (مُنظَّمَة الصِّحَّة العالميَّة) في مُراجعَةِ الكُتيِّب بتَسْهيلِ المُشاوَراتِ التقنيَّة ومُراجَعَة النُّسَخ الأَوَّلية (المُسَوَّدَات) وتَنْسيق عمليَّة النَّشر. كما راجعَ فِنْسنت فافيو (صُنْدوق الأمم المتَّحدة للسكَّان) وجوديث ستانلي (اليُونيسف) وولاين فريدمان (بَرْنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأمَّهات) عدداً من المُسَوَّدَات ضمنَ مُنَظَّماتهم. وراجَعَ جينيفَر بوتز (بَرْنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأمَّهات) وفِنْسنت دي برور عِدَّةَ نُسَخ، وقاما بمُساهَماتٍ جَوْهريَّة في النَّصّ. وراجعَ الكتيِّبُ أيضاً كُلٌّ من فيس بيرجيفين Yves Bergevin (صُنْدوق الأمم المتَّحدة للسكَّان) ولوك دي بيرنيز Luc de Bernis (صُنْدوق الأمم المتَّحدة للسكَّان) وجولينان بُول Juliana Bol (مُبادَرَة رايس RAISE Initiative، جامِعَة كولومبيا، مدينَة نيويورك، نيويورك، الولايات المتَّحدَة) وسارة كاسي Sara Casey (مُبادَرَة رايس) وفرانس دوناي France Donnay (صُنْدوق الأمم المتَّحدة للسكَّان) وميتين غوليزوغلو Metin Gulmezoglu (مُنظَّمَة الصِّحَّةِ العالميَّة) وجوان هيلي Joan Healy (لاباز) وريتا كابرا (مُنظَّمَة الصِّحَّةِ العالميَّة) وبَرْبارَة كواست Barbara Kwast (بَرْنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأمَّهات) وكارين رونسمانز Carine Ronsmans (مدرسَة لندن لحِفْظ الصحَّة وطِبِّ المَناطِقِ المَدارِيَّة London School of Hygiene and Tropical Medicine، لندن، إنكلترة) وسينثيا ستانتون Cynthia Stanton (مدرسَة جونز هوبكِنْز بلومبرغ للصحَّة العُموميَّة Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health، بالتيمور، ميرلاند، الولايات المتَّحدَة). وساعدَت لوسي أَنْدرسون Lucy Anderson وأَلكسَنْدرا ديلفالي Alexandra DelValle وجينا غامبون Gina Gambone ولورا هارِّيس Laura Harris وكرستين مولين Christen Mullen في تَصْنيف المَراجِع. كما راجعَ بول فان لوك Paul Van Look النَّصَّ.

تَضارُبُ المَصالِح

كانَ المُشارِكون في المُشاورات التقنيَّة في الأصل خبراءَ مستقلِّين عن الأكاديميَّة؛ ولم يُعْلَن عن تَضارُبٍ في المَصالِح. كما اِشْتَمَلَ المُشارِكون الآخرون على فَريقٍ من مُنظَّمَة الصِّحَّةِ العالميَّة وصُنْدوق الأُمَم المتَّحدة للسكَّان واليونيسف وجامعَة كولومبيا، حيث ساهَمُوا في تَطْبيقِ المؤشِّرات المَذْكورَة بالمُشاورات في البَلَد.

تَمْهيد

لقد تَعزَّزَت الجهودُ الرَّاميَة إلى تَحْسين حياةِ النِّساء والأَطْفال حَوْلَ العالَم منذ أن تَبَنَّى قادةُ العالَم إعْلانَ الألفيَّة في الأُمَم المتَّحدَة United Nations Millennium Declaration في أَيْلول/ سبتمبر 2000، وأَلْزموا أنفسَهُم ببلوغ هَدَفَي التَّطْوير للأَلْفيَّة Millennium Development Goals 4 و 5 بالنسبةِ إلى وَفياتِ الأَطْفال وصِحَّة الأُمَّهات. وقد كانت الغاياتُ أو الأَهْداف الرَّئيسيَّة لهذين المَرْميَيْن goals إنقاصَ وَفَيات الأَطْفال دون الخامسَة من العُمُر بنسبة الثُّلُثين ووَفياتِ الأُمَّهات بنسبة ثلاثَة أَرْباع بين عامَيْ 1990 و 2015. وهناك إجْماعٌ واسِع على أنَّ الوصولَ إلى هذين الهَدفين يَسْتَدْعي دَمْجَ الخَدَمات الأساسيَّة ذات الجُودَة الحَسَنَة في أَنْظِمَةٍ صحِّية مَتينَة. وقد عَزَّزَت إضافَةُ هَدَفٍ target جَديد إلى المَرْمَى 5 ـ الوُصُول العالَمي إلى الصحَّة الإنْجابيَّة بحلول العام 2015 ـ هذا الإجْماعَ: يَنْبَغي أن يتمكَّنَ جَميعُ النَّاس من الوُصول إلى الخَدماتِ الأساسيَّة لِصحَّة الأُمِّ والمَوْلود والطفل والصِحَّة الإنْجابيَّة المقدَّمَة في حلقةٍ مستمرَّة من الرِّعايَة.

وللتَّقْليل من وَفَياتِ الأُمَّهات، ينبغي أن تَتوفَّرَ الرِّعايَةُ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة Emergency Obstetric Care (EmOC) وتتيسَّرَ لجَميع النِّساء. وفي حين أنَّ جَميعَ أَوْجُه رِعايَة الصِحَّة الإنْجابيَّة، بما في ذلك تَنْظيمُ الأُسْرَة family planning والولادَة بمساعدَة مهني صحِّي ماهِر، تُمارسُ دَوْراً هاماً في التَّقْليل من وَفَياتِ الأُمَّهاتِ والوِلْدان، يُركِّزُ هذا الكُتيِّبُ على الدَّوْر الهام للرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في إنْقاذ حياة النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة خِلال الحَمْل والولادة، وإنْقاذ حَياة المَواليد في أثناء الولادَة. كما يَصِفُ الكُتيِّبُ مؤشِّراتٍ يمكن اسْتِعْمالُها في تَقْييم ومراقبَةِ تَوفُّر الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة وجَوْدتها.

في حين يُركِّزُ هذا الكُتيِّبُ على الرِّعايَةِ الطَّارِئَة، ينبَغي اسْتِعْمالُ مَجْموعةٍ أَوْسَع من المُؤَشِّراتِ لِمُراقبَةِ الأوجُه الأساسيَّة لبرامج الصحَّة الإنجابيَّة الهادِفَة إلى التَّقْليل من وَفيات الأُمَّهات، وضَمان الوُصول العام إلى رِعايَة الصحَّة الإنجابيَّة والحدِّ من وَفيات الأَطْفال.

خُلاصَةٌ تَنْفيذِيَّة

لقد شَغَلَ التَّقْليلُ من وَفَياتِ الأُمَّهات ذروةَ جَداولِ أَعْمال الصحَّة والتَّنْميَة؛ ولتَحْقيقِ المَرْمَى التَّطْويري أو الإنْمائي للألفيَّة Millennium Development Goal والمتمثِّل في إنقاصِ نسبة وَفَيات الأُمَّهات بمقدار 75٪ ما بين عامَيْ 1990 و 2015، تَسْتَثْمِر بلدانُ العالَم المزيدَ من الطَّاقَة والمَوارِد في تَقْديم خَدماتٍ صحِّية عادِلَة وكافيَة للأُمَّهات. ومن طُرُقِ التَّقْليلِ من وَفَياتِ الأُمَّهات تَحْسينُ تَوفُّر وإتاحَة وجَوْدَة واسْتِعْمال الخَدَمات لمعالجَةِ المُضاعفات الحاصِلَة في أثناء الحَمْل والوِلادَة. وتُعْرَفُ هذه الخَدماتُ معاً باسم الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة Emergency Obstetric Care (EmOC).

ويَنْبَغي أن يَكونَ للبرامج الصَّحيحَة الهادفَة إلى التَّقْليل من وَفَياتِ الأُمَّهات، مثل بَرامج الصحَّة العُموميَّة كافَّة، مؤشِّراتٌ واضِحَة للتعرُّف إلى الحاجات ومُراقبَة التَّنْفيذ وقياس التقدُّم. وللوفاء بهذه الوَظائف، يجب أن تَكونَ المُعْطَياتُ المُستعمَلَة في صياغَةِ المؤشِّرات متوفِّرةً أو سهلةً نسبياً ومتيسِّرةً اقْتِصادياً. كما يَنْبَغي أن تكونَ المؤشِّراتُ قادرةً على إظهار تَقدُّم خِلال فترةٍ قَصيرة نِسْبياً، في المَناطِق الصَّغيرَة والكَبيرَة على حدٍّ سَواء. والأهمُّ من ذلك أنَّ المؤشِّراتُ يجب أن تُقدِّمَ مُرْشِداً واضِحاً نحوَ البَرامج ـ مُظْهِرةً المكوِّنات العامِلَة جيِّداً، وتلك التي هي بِحاجةٍ إلى المَزيد من المُدْخلات أو إلى التَّغْيير، والأبحاث الإضافيَة اللازِمَة.

ولكنَّ نسبةَ وَفَياتِ الأُمَّهات لا تُلَبِّي هذه الشُّروطَ، لضروبٍ مختلفَة من الأسباب التقنيَّة والماليَّة؛ ولذلك، طَلَبت اليُونيسف عام 1991 من جامعَة كولومبيا (مدينَة نيويورك، نيويورك، الولايات المتَّحدَة الأمريكيَّة) وَضْعَ مجموعةٍ جَديدَة من المؤشِّراتِ للرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة. وقد اختُبِرَت النسخَةُ الأولى عام 1992؛ وفي عام 1997، نُشِرَت المؤشِّراتُ بشَكْل دَلائِل إرشاديَّة لمراقبَةِ تَوفُّر واسْتِعْمال خَدمات التَّوْليد المُنْبَثِقَة عن اليُونيسف ومُنَظَّمَةِ الصِّحَّةِ العَالَمِيَّة وصُنْدوق الأُمَم المتَّحدة للسكَّان UNFPA (1). ولقد استُعملَت هذه المؤشِّراتُ من قِبَل وزارات الصحَّة والهيئات الدُّوليَّة ومُدراء البَرامِج في أكثر من 50 بَلَداً حَوْلَ العالَم.

وفي يونيو/ حزيران 2006، ساهمَت لجنةٌ دوليَّة من الخُبَراء في مشاوراتٍ تقنيَّة في جنيف لمناقشَةِ التَّعْديلاتِ على المؤشِّرات المَوْجودَة بالنسبة الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة والتَّنْقيحاتِ على الدَّلائِل الإرشاديَّة، واضعةً في الحسبان الخبرةَ المُتراكِمَة والمعرفَةَ المتزايدَة في مَجال رعايَةِ الصحَّة الأُموميَّة. هذا، ويَضُمُّ الكتيِّبُ الحالي التَّغْييرات المتَّفَق عليها، بما في ذلك مؤشِّران جَديدان وَظيفَة بارِزَة إضافية، مع بَيِّناتٍ مُحدَّثَة وموارِد جَديدَة. وفَضْلاً عن ذلك، أُعيدَت تَسْميَةُ الدَّلائِل الإرشاديَّة Guidelines باسم الكُتيِّب أو الدَّليل Handbook، للتَّأكيد على الغَرَضِ العَملي من هذا المَنْشور.

إنَّ الغَرَضَ من هذا الكُتيِّب هو وَصْف المؤشِّرات وتَقْديم مرشدٍ لإجراء الدِّراسات إلى الأَشْخاص العاملين في هذا المَيْدان. وهو يضمُّ قائِمَةً من خَدماتِ إنْقاذِ الحَياة life-saving services أو «الوَظائف البارِزَة» signal functions، تُعرِّف المِرْفَقَ الصحِّي بالنسبة إلى قدرته على معالجَةِ طَوارئ التَّوْليد والمَواليد. ويَكونُ التَّرْكيزُ على الأداءِ الوَظيفي الفِعْلي وليسَ النَّظَري؛ فبالاسْتِنادِ إلى إنْجازِ خَدماتِ إنْقاذِ الحَياة في الأشهر الثَّلاثَة السَّابِقَة، تُصنَّفُ المَرافِقُ إلى "أساسيَّة basic" أو "شامِلَة compr-hensive". كما يَشْتَمِلُ القسمُ الخاص بالوَظائف البارِزَة على إجاباتٍ عن أسئلةٍ تُثار عادةً.

يمكن اسْتِعْمالُ مُؤشِّرات الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة المَوْصوفَة في هذا الكُتيِّب لقياس التقدُّم كحلقةٍ مستمرَّة بَرْمَجيَّة: من تَوفُّر الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة وإتاحتِها إلى

اِسْتِعْمال هذه الخَدمات وجَوْدتِها. وتَتَعامَل المؤشِّراتُ مع الأسئلَة التَّاليَة:

- هل هناك مَرافِق كافيَة تُقدِّم الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة؟
- هل المَرافِق مُوزَّعَةٌ بشَكْلٍ جَيِّد؟
- هل تُسْتَعْمَل المَرافِقُ من عددٍ كافٍ من النِّساء؟
- هل تُسْتَعْمَل المَرافِقُ من قِبَل النِّساء المُناسِبات (أي النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة)؟
- هل تُقدَّمُ خَدماتٌ حَرِجَة كافيَة؟
- هل جَوْدَة الخَدمات كافيَة؟

يُقدِّمُ الكُتيِّبُ وَصْفاً لكلِّ مؤشِّر، وكيف يُوضَع ويُسْتعمَل؛ وللمستوى الأَدْنَى أو الأَعْلى المَقْبول (إذا كان ذلك مُناسِباً)؛ ولخلفيَّة المؤشِّر؛ وجَمْع المُعْطَيات وتَحْليلها؛ وتَفْسير المؤشِّر وتَقْديمه أو عَرْضه، والمُقْتَرَحات الخاصَّة بالدِّراسات الإضافيَة. وهناك قسمٌ آخر حَوْلَ تَفْسير المَجموعَة الكامِلَة من المؤشِّرات. كما تُقدَّمُ نَماذِج عن جَمْعِ المُعْطَيات وتَحْليلها.

يمكن أن يُساعدَ اِسْتِعْمالُ مؤشِّراتِ الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة هذه في تَقْييم الحاجاتِ مُخطِّطي البَرامِج على التعرُّفِ إلى الأولويَّاتِ والمُداخلات؛ فالمراقبَةُ الدَّوريَّة للمؤشِّراتِ تُنبِّه المدراء إلى المَناطِق لتي أَحْرَزَت تَقدُّماً، وتلك التي ما زالت بحاجةٍ إلى تَقويَة. كما يمكن أن يقودَ الانتباه الكَبير إلى الأداءِ الوَظيفي للخَدماتِ الأساسيَّة والبَرامِج إلى إنقاصٍ مَلْحوظ وسَريع في وَفَيَات الأمَّهاتِ في البلدانِ النَّاميَة.

1. مُقدِّمَة

لقد أَعْلنَ المجتمعُ الدُّولي مِراراً، على مَدَى العَقْدين الماضيين، اِلْتِزامَه بتَقْليل المستوياتِ المرتفعَة لوَفَيَاتِ الأُمَّهات في البلدانِ النَّاميَة، بَدْءاً من مُؤْتَمَر الأُمومَة المَأْمونَة Safe Motherhood Conference في نَيْروبي Nairobi بكينيا عام 1987؛ ثُمَّ أُتْبِعَ ذلك عام 1990 بالقمَّة الدوليَّة للطفولَة World Summit for Children في مَقرّ الأمم المتَّحدَة، والمُؤْتَمَر الدُّولي للسكَّان والتَّنْميَة International Co-ference on Population and Development في القاهرة بمصر عام 1994، والمُؤْتَمَر الدُّولي الرَّابع عن النِّساء Fourth World Conference on Women في بكِّين بالصِّين عام 1995، و "عشر سنوات على تَيْروبي Nairobi 10 Years On" في سيريلانكا Sri Lanka عام 1997، وأَهْداف التَّنْميَة أو التَّطْوير للألفيَّة Millennium Development Goals المُرسَّخَة من قِبَل الأمم المتَّحدَة عام 2000. وفي عام 2007، مَيَّزَ عَدَدٌ من الأَحْداثِ الذِّكْرَى العشرين لانْطلاقِ مبادرة الأُمومَة المَأْمونَة Safe Motherhood Initiative، بما في ذلك مُؤْتَمَرُ النِّساء الوَالِدات Women Deliver Conference في لندن بإنْكلترة، حيث ظَهرت دعواتٌ إلى تَجْديد الالْتِزام والبَرامج والمُراقبَة. والأهمُّ من ذلك أنَّ الإجْماعُ وصلَ – خِلال العِشْرين سَنَة الماضيَة – إلى مُداخلاتٍ تَتَجلَّى أَوْلوياتُها في التَّقْليل من وَفَياتِ الأُمَّهات (2). ويُوافِقُ المعنيُّون stakeholders على أنَّ الرِّعايَةَ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة ذات الجَوْدَة العاليَة يَنْبَغي أن تكونَ متوفِّرةً ومتيسِّرة عالمياً، وأنَّ جَميعَ النِّساءَ يجب أن يَلِدْنَ أطفالهنَّ بوجود شَخْص مِهَني وماهِر في التَّوْليد، وأنَّ هذه الخدماتِ الأساسيَّةَ يَنْبَغي أن تَتكاملَ مع الأنظمَة الصحِّية.

ولكن، أَصْبَحَ من الواضِح مُبَكِّراً أنَّه لن يَكونَ قِياسُ التقدُّم في هذه النَّاحيَة بَسيطاً؛ وكانَ الأُسْلوبُ التَّقْليدي هو مُراقبَة عَدَد وفيات الأُمَّهات بمؤشِّرات "التَّأْثير"، مثل معدَّل وفيات الأُمَّهات. ومن النَّاحيَة النَّظريَّة، يمكن استعمالُ القياساتِ المتكرِّرَة لهذا المعدَّل مع الوقتِ لمراقبةِ التَّزْعات؛ ولكن، لهذا الأُسْلوب عَدَدٌ من المآخذ الهامَّة، تِقنياً وجَوْهرياً. هذا، وتُعَدُّ وفياتُ الأُمَّهات صعبةَ القياس ومُكْلِفَة للغايَة عندما تَكونُ أنظمَةُ السِّجلاَّت الحيويَّة (سِجلاَّت الأَحْوالِ المَدَنيَّة) vital registration systems ضعيفةً، وحتَّى عندما تَكونُ الأَنْظِمَةُ قويةً (3). كما أنَّ الطُّرُقَ المُبْتَكَرَة تؤدِّي إلى صُعوباتٍ؛ فمَثلاً، تُقدِّمُ طَريقَةُ "جمعيَّةِ الأَخَوات sisterhood" مَعْلوماتٍ عن الفترةِ المرجعيَّة الممتدَّة لسبع سنواتٍ قبلَ المَسْح؛ ولذلك، لا تدلُّ المَعْلوماتُ المُسْتَحْصَل عليها على الحالةِ الرَّاهِنَة أو التقدُّم الحاصِل حَديثاً. ولكنَّ التقدُّمَ الحَديث في إجْراءاتِ الاعْتِيان (أخذ العيِّنات) sampling بالنسبة لطَريقَةِ جَمْعيَّةِ الأَخَوات قد زادَ كَثيراً كفاءَتَها وأَنْقصَت التَّكاليفَ. هذا، وتَسْمَح هذه التغيُّراتُ بعيِّنات أكبر ومن ثَمَّ بفترةٍ مَرْجعيَّة أَقْصَر وفترات ثِقَة confidence intervals أَضْيَق من الأسلوبِ التَّقْليدي؛ غير أنَّه هذه الطَّريقَة أيضاً مَعْروفةٌ بإعطائِها لتقديراتٍ ناقِصَة أو مُنْخفضَة لنسبةِ وَفَيات الأُمَّهات (4، 5).

هناك أُسْلوبٌ آخر، وهو اِسْتِعْمال مؤشِّرات "العَمليَّة process" أو "النِّتاج output" أو "النَّتيجَة outcome"، لقياس الإجْراءات أو الأَفْعال التي تَقي من الوفيَات أو الأَمْرَاض. هذا، وتَشْتَمِلُ مُؤَشِّراتُ العَمليَّة المُستعمَلَة بشكلٍ واسِع على معدَّلاتِ تَمْنيع الأَطْفال childhood immunization وانتشار موانع الحَمْل. يُقدِّم هذا الكتيِّبُ سلسلةً من المؤشِّراتِ المصمَّمَة لمراقبة المُداخلاتِ التي تحدُّ من وفيات الأُمَّهات بتَحْسين توفُّر الخَدمات وإتاحتها وجَوْدتها لمعالجة المُضاعفات خِلال الحَمْل والولادَة. وتَعْتَمِدُ المؤشِّراتُ على المَعْلوماتِ المُسْتقاة من المَرافِق الصحِّية مع مُعْطياتٍ عن السكَّان ومعدَّلات المَواليد. وهناك عدَّةُ مَزايا لهذا الأُسْلوب؛ أوَّلاً، يمكن قياسُ المؤشِّرات بشكلٍ متكرِّر خِلال فتراتٍ قَصيرَة؛ وثانياً، تُقدِّمُ المؤشِّرات مَعْلوماتٍ ذات فائدَةٍ مُباشرة في تَوْجيه

السِّياسات والبَرامج وإجْراء التَّعْديلات على البَرامج. ومن المهمِّ أن نَتذكَّرَ بأنَّه رغم أنَّ مُؤشِّرات "العَمليَّة" و "النِّتاج" و "النَّتيجَة" هي أكثر فائدةً ومُمارسةً ومُلاءَمةً من مُؤشِّراتِ التَّأْثير impact indicators، لعددٍ من الأَسْباب، غيرَ أنَّ هذه المَقاييس لا تكون بديلاً عن نسب وَفَيات الأمَّهات كمقياسٍ مباشر للمستوى الإجْمالي لوَفَياتِ الأمَّهات في مَجْموعةٍ من السكَّان.

لقد طُوِّرَت الدَّلائِلُ الإرْشاديَّة لمراقبَة توفُّرِ الخدمات التَّوْليديَّة واسْتِعْمالها أوَّلاً من قِبَل مدرسة الصحَّة العامَّة بجامعة كولومبيا Columbia University's School of Public Health، بدَعْم وتعاونٍ مع اليُونيسِف ومنظَّمة الصحَّة العالميَّة. وكانَت النسخةُ الأولى قد صَدرَت عام 1992، ونُشِرَت الدَّلائِلُ الإرْشاديَّة رسمياً من قِبَل اليُونيسِف ومنظَّمة الصحَّة العالميَّة وصندوق الأمم المتَّحدة للسكَّان "UNFPA" عام 1997 (1). ومن ذلك الحين، استُعملَت في العديدِ من البلدان (الجَدْوَل 1). هذا، ويُمثِّلُ المُستنَد الحالي تَعْديلاً لطبعة أو نسخَة 1997 الخاصَّة بالدَّلائِلِ الإرْشاديَّة، فَضْلاً عن التَّغْييراتِ المستندَة إلى المراقبَة والتَّقْييم الحاصِلَيْن في العالَم.

لقد رُجِعَت التَّوْصياتُ المتعلِّقَة بقياسِ المؤشِّرات وحُدِّثَت على أساس الأدلَّة المَوْجودَة، بالإضافةِ إلى الخبرَة في استعمال المؤشِّرات ضمنَ برامج البلد.

وسوفَ تُحدَّثُ هذه التَّوْصياتِ بانتظام باستعمالِ الإجراءات المعياريَّة لمنظَّمةِ الصحَّة العالميَّة؛ ومن المتوقَّع أن يكونَ التَّحْديثَ اللاحِق في العام 2014.

الجَدْوَل 1. بلدانٌ مُخْتارَة استُعملَت فيها مؤشِّراتُ الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة لتَقْييم الحاجات أو للمراقبَة والتَّقْييم (2000–2007).

الإقْليمُ والبَلَد	اسْتِعْمالُ المؤشِّرات	المَراجِع
أَفْريقيا		
أَنْغولا	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة (تَقْريرٌ مستمرٌّ)	
بينين	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(6، 7)
بُوروندي	تَقْييمُ الحاجاتِ بالتَّخْطيطِ مع اليُونيسِف	
الكاميرون	تَقْييمُ الحاجاتِ الأساسيَّة	(8–10)
تشاد	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(7، 11)
كوموروز		(12)
كُوتِ دِفوار Côte d'Ivoire	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(10، 13)
أَرْتيريا	تَقْييمُ الحاجاتِ بتَغْطيةٍ جُزْئيَّة	(14)
أَثْيوبيا	مُراقبَةُ البَرامج وتَقْييمُها؛ تَقْييمُ الحاجاتِ بتَغْطيةٍ جُزْئيَّة1	(15)
الغابون	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(16، 17)
غامبيا	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(17، 18)
غانا	تَقْييمُ الحاجاتِ الأساسيَّة	(19)
غينيا	تَقْييمُ الحاجاتِ الأساسيَّة	(20)
غينيا بيساو	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(17، 21)
كينيا	تَقْييمُ الحاجاتِ الأساسيَّة2	(22–24)

الإقْليمُ والبَلَد	اِسْتِعْمالُ المؤشِّرات	المَراجِع
أَفْريقيا		
ليسوتو	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(25)
مَدَغَشْقر	تَقْييمُ الحاجاتِ الأساسيَّة	(26)
مَلاوي	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة؛ مُراقبَةُ البَرامج وتَقْييمُها	(30–27)
مالي	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة؛ مُراقبَةُ البَرامج وتَقْييمُها	(32 ،31)
مُوريتانيا	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(33 ،10)
مُوزامبيق	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة؛ مُراقبَةُ البَرامج وتَقْييمُها	(37–34)
ناميبيا	تَقْييمُ الحاجات	(38)
النِّيجَر	تَقْييمُ الحاجات	(39 ،10)
رواندا	تَقْييمُ الحاجاتِ الأساسيَّة ؛ مُراقبَةُ البَرامج وتَقْييمُها	42–39 ،23 ،15)
السِّنغال	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(43 ،37 ،10)
سيراليون	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(44)
أُوغَنْدا	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(46 ،45 ،23)
جمهوريَّةُ تِنْزانيا المتَّحدَة	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة؛ مُراقبَةُ البَرامج وتَقْييمُها	(51–47 ،39 ،15)
زامبيا	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(52)
زمبابوي	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(54 ،53)

الأَمَريكيَّتان		
بوليفيا	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة3	(56 ،55)
الإكْوادور	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة بالتَّعاوُن مع صندوقِ الأُمَم المتَّحدة للسكَّان، 2006	
السَّلْفادور	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(58–56)
غواتيمالا	تَقْييمُ الحاجات	(59)
هندوراس	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(60 ،56)
نيكارغوا	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة والأساسيَّة؛ مُراقبَةُ البَرامج وتَقْييمُها	(62 ،61)
البيرو	تَقْييمُ الحاجاتِ بتَغْطيةٍ جُزْئيَّة؛ مُراقبَةُ البَرامج وتَقْييمُها4	(65–63)
الولاياتُ المتَّحدَة	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(66)

شَرْقي المتوسِّط		
أَفغانستان	تَقْييمُ الحاجاتِ بتَغْطيةٍ جُزْئيَّة	(67)
جيبوتي	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(68)
العِراق	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	
المَغْرب	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة؛ مُراقبَةُ البَرامج وتَقْييمُها	(69 ،62)
باكِسْتان	تَقْييمُ الحاجاتِ بتَغْطيةٍ جُزْئيَّة؛ مُراقبَةُ البَرامج وتَقْييمُها	(73–70)

الإقْليمُ والبَلَد	اِسْتِعْمالُ المؤشِّرات	المَراجِع
شَرْقي المتوسِّط		
الصُّومال	تَقْييمُ الحاجاتِ الأساسيَّة	(74)
السُّودان	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة	(75 ،23)
الجمهوريَّةُ العربيَّة السُّوريَّة	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة5	
اليَمَن	تَقْييمُ الحاجاتِ بتَغْطيةٍ جُزْئيَّة	
أُوروبَّا		
قَرْغيزستان	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة6	
طاجِسْكتان	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة؛ مُراقبَةُ البَرامِج وتَقْييمُها7	(76)
جَنوب شَرْقي آسيا		
بَنْغلادش	تَقْييمُ الحاجاتِ الوَطنيَّة والأساسيَّة؛ مُراقبَةُ البَرامِج وتَقْييمُها	(79–77)
بوتان	تَقْييمُ الحاجاتِ؛ مُراقبَةُ البَرامِج وتَقْييمُها	(80 ،9)
الهِنْد	تَقْييمُ الحاجاتِ بتَغْطيةٍ جُزْئيَّة؛ مُراقبَةُ البَرامِج وتَقْييمُها	(85–81 ،9)
نيبال	تَقْييمُ الحاجاتِ الأساسيَّة؛ مُراقبَةُ البَرامِج وتَقْييمُها	(88–86 ،37)
سيريلانكا	تَقْييمُ الحاجاتِ الأساسيَّة؛ مُراقبَةُ البَرامِج وتَقْييمُها	(89 ،62)
تايلاند	تَقْييمُ الحاجاتِ بتَغْطيةٍ جُزْئيَّة	(90)
غَرْبي المحيط الهادي		
كَمْبوديا	مُخَطَّطٌ له	
مَنْغوليا	مُخَطَّطٌ له	
فيتنام	تَقْييمُ الحاجاتِ بتَغْطيةٍ جُزْئيَّة؛ مُراقبَةُ البَرامِج وتَقْييمُها	(92 ،91)

[1] منظَّمة كير CARE، مُعْطياتٌ غير مَنْشورَة، 2000.
[2] منظَّمة أطبَّاء العالَم. تَقْييم حاجاتِ المَرافِق في بوكوت الغربيَّة West Pokot ـ رعايَةُ الأمَّهات والوِلْدان. مُعْطياتٌ غير مَنْشورَة، 2007.
[3] مَشْروع كَسْب الصحَّة Engender Health Acquire Project، مُعْطياتٌ غير مَنْشورَة، 2007.
[4] منظَّمة CARE، مُعْطياتٌ غير مَنْشورَة، 2004: إقْليم هوانكافيلكا Huancavelica، البيرو.
[5] وزارة الصحَّة واليُونيسف، مُعْطياتٌ غير مَنْشورَة، 2004، سوريا.
[6] وزارة الصحَّة في قَرْغيزستان واليُونيسف، حالةُ الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في جمهوريَّة القرغيز؛ مُعْطياتٌ غير مَنْشورَة، 2005.
[7] وزارة الصحَّة في طاجكستان واليُونيسف، مُعْطياتٌ غير مَنْشورَة، دوشَنْبي Dushanbe، 2005.

ولقد جَرَى تَعْديلُ المؤشِّراتُ، في هذه الطَّبعَة الجديدَة، لتدلَّ على 10 سنواتٍ من الخبرَة الكَبيرَة؛ كما تَدُلُّ تَغْييراتٌ أخرى على تَوْسيع البَرامج؛ فمَثلاً، أُضيفَت وَظيفةٌ بارزَة تتعلَّق بمعالجَة المُضاعفات في الوِلْدان ومؤشِّراتٌ جَديدَة تَتعلَّق بالوفيات المحيطَة بالوِلادَة ووَفَيات الأُمَّهات النَّاجمَة عن أَسْبابٍ غير مباشرَة حسب التَّقارير، مثل فيروس العَوَز المناعي HIV والملاريا. وقد نُوقِشَت هذه التَّغْييراتُ وجَرت المُوافَقةُ عليها من قِبَل لجنةٍ دوليَّة من الخُبَراء على مستوى التَّشاوُر التِّقني في حزيران/يُونيو 2006 (93). وخِلال هذه المُراجَعَة، قُرِّرَ أيضاً تَغْييرُ العنوان؛

ونحن نَسْتَعْمِلُ مُصْطلَح «كُتيِّب أو دَليل handbook" وليسَ "دَلائِل إرشاديَّة guidelines"، لأنَّ "الكُتيِّبَ" يدلُّ بشكلٍ أكثر دقَّةً على الطَّبيعَة العمليَّة لهذا المُستنَد. أمَّا التَّغْييرُ الآخر المُجْرَى في هذه الطبعَة فهو اِسْتِبْدالُ "الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة EmOC" بدلاً من "الرِّعايَة التَّوْليديَّة الأساسيَّة essential obstetric care"[1]. لقد جَرَى تَعْديلُ المُصْطلحات بِمُرور السِّنين بحيث تدلُّ المؤشِّراتُ بشكلٍ نَوْعي على مُعالَجَة المُضاعفاتِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة التي تُسبِّبُ مُعْظمَ وَفَياتِ الأمَّهات.

يَشْتملُ هذا الكُتيِّبُ على تَوْضيح للمؤشِّراتِ الرَّاهِنَة بالنسبة إلى الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة ومَضامينها، ويَقترح دراساتٍ إضافيةً يمكنها تَحْسين فَهْم الحالة في منطقةٍ معيَّنَة، ويُقدِّمُ أجوبةً عن أسئلةٍ شائعَة تُثارُ عندَ اِسْتِعْمالِ المؤشِّرات. ويُتْبَعُ ذلك بأَوْراق عَمَل وجَداول لإيضاح أسئلَة الدِّراسَة واِسْتِنْتاجاتها.

يمكن اِسْتِعْمالُ المؤشِّرات المَوْصوفَة في أيَّة مَرْحَلةٍ من تَصْميم وتَنْفيذ بَرامج الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة، كما يمكن دَمْجُها في أَنْظمَة مَعْلومات الإدارة الصحِّية الرُّوتينيَّة. وقد قَدَّمَت هذه المؤشِّراتُ في العَديد من البلدان إطاراً للكَثير من التَّقْييمات المفصَّلَة فيما يتعلَّق بالحاجات الوَطنيَّة إلى الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة، ممَّا يُوطِّد تَوفُّرَ واِسْتِعْمال وجَوْدَة الخَدَمات والمَعْلومات النَّوْعيَّة اللازمَة للتَّخْطيط المفصَّل للبرامج، مثل قَوائم جَرْد المعدَّات[2]. وقد تُوجَد وحداتٌ لإجْراء تَقْييمات الحاجات على المَوْقع: www.amddprogram.org.

1.1 مُراجعَةُ المؤشِّرات

نُقدِّمُ في المقاطع اللاحقَة مَجموعةً من المؤشِّراتِ لمراقبَة التقدُّم في الوقايَة من وَفَيات الأُمَّهاتِ ووَفَياتِ الفَتْرَة المُحيطَة بالوِلادَة perinatal deaths؛ ويَعتمدُ تَرْتيبُها على المَنْطق القائل بأنَّه، حتَّى تَتلقَّى النِساءُ معالجةً عاجلَة وكافيَة لمُضاعَفات الحَمْل والوِلادَة، يَنْبَغي للمَرافق التي تُقدِّم الرِّعايَةَ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة:

- أن تُوجَد وتَعْمَل.
- أن تكونَ مُوزَّعةً جغرافياً وبشكلٍ مُنْصِف.
- أن تُستعمَلَ من قِبَل النِّساء الحَوامِل.
- أن تُستعمَلَ من قِبَل النِّساء المُصَاباتِ بمُضاعفات.
- أن تُقدِّمَ خدماتٍ كافيةً مُنْقذَة للحياة.
- أن تُقدِّمَ رِعايةً ذات جَوْدَة حَسَنة.

ولذلك، تُجيب المؤشِّراتُ عن الأسئلَة التَّاليَة:

- هل تُوجَد مَرافقُ كافيَةٌ تُقدِّم الرِّعايَةَ التَّوْليديَّة الطارِئَة؟
- هل المَرافقُ مُوزَّعةٌ بشكلٍ جيِّد؟
- هل هناك ما يَكْفي من النِّساء يَسْتعملنَ المَرافق؟
- هل تُستعمَلُ هذه المَرافقُ من قِبَل النِّساء المُناسبات؟
- هل تُقدَّمُ خدماتٌ هامَّة كافيَة؟
- هل جَوْدَةُ الخدماتِ كافيَة؟

لذلك، يُركِّزُ المؤشِّرُ الأوَّل على تَوفُّر خَدماتِ الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة. وتَعْني التغطيةُ الكافيَة أن تَتمكَّنَ جَميعُ النِّساءِ الحَوامِل من الوُصولِ إلى المرافق العامِلَة؛ فعندما يَتحقَّق التوفُّرُ، يمكن التَّعامُلُ مع أسئلَة الاِسْتِعْمال. وحتَّى عندما تكونُ الخدماتُ عامِلةً، فإذا لم تَسْتعملْها النِّساءُ المُصابات بمُضاعفات (مهما يَكُن السَّبب)، تكون حياتهنَّ في خَطر. وأَخيراً، تُغطِّي المؤشِّراتُ أداءَ الخَدمات الصحِّية. وفوقَ كلِّ ذلك، تَموتُ الكَثيرُ من النِّساء في المُسْتَشْفَى: يَموتُ بَعْضهن بسبب عَدَم قَبولهن إلى أن تُصْبحَ حالتهن حَرِجَة؛ ولكنَّ الكَثيرَ من الأُخْرَيات يَمُتْنَ

1 تُسْتَعْمَلُ الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة EmOC في هذا المُستنَد وليسَ "الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة والوَليديَّة EmONC"، لأنَّ هذه المَجْموعَةَ من المؤشِّرات تركِّزُ بشكلٍ رَئيسي على المُضاعفات والإجراءات التَّوْليديَّة. وفي حين أنَّ هناك وظيفةً بارزةً جديدة عن إنْعاش الوَليد ومؤشِّراً بارزاً جَديداً عن الرِّعايَة خلال الوِلادَة من مَنْظور المَوْلودَ الجديد (الوَليد)، لكنَّ مجموعةَ المؤشِّرات لا تُمثِّلُ المَجالَ الكامل لإجْراءات طَوارئ المَواليد.

2 تَشْتَملُ هذه التَّقْييماتُ أيضاً على المَزيد من المَعْلومات عن رعاية طَوارئ المَواليد، وتُدْعَى تَقْييماتِ حاجاتِ الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطارِئَة والوَليديَّة EmONC.

لأنَّهن لم يَتلقَّين المعالجة في الوقتِ الملائم في مِرْفَقٍ صِحِّي، أو لأنَّ المعالجةَ التي تَلَقَيْنها لم تَكُنْ كافيةً.

يُظْهِرُ الجَدْوَل 2 المؤشِّراتِ الستَّة للرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الصَّادِرَة عام 1997، مع بَعْضِ التَّعْديلات البسيطَة المُقْتَرَحَة بالمُشاورَة التقنيَّة على أساسِ خبرَة وتجربة المُشاركين عام 2006 في بلدانٍ مختلفَة:

- لقد تغيَّرَت التَّوْصيةُ، بشأن مَزيج مَرافِق الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الأساسيَّة والشَّامِلَة لكلِّ 500000 من السكَّان، من "مِرْفق شامِل وأربعَة مَرافِق أساسيَّة للرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة على الأقَل لكلِّ 500000 من السكَّان" حتَّى "خَمْسَة مَرافِق للرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة على الأقَل، بما في ذلك مِرْفقٌ شامِل على الأقَل لكلِّ 500000 من السكَّان".
- أُزيلَ المستوى المَقْبولُ الأَدْنَى بالنسبة للمؤشِّر 3، ونُصِحَت البلدانُ باسْتِعْمال أَهْدافها الخاصَّة.
- لقد حُدِّثَ اسمُ المؤشِّر 6 من: "مُعَدَّلُ إماتَةِ الحالات case fatality rate" إلى "مُعَدَّل إماتَةِ الحالَات التَّوْليديَّة المباشر direct obstetric case fatality rate".

الجَدْوَل 2. مُؤَشِّراتُ الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الستَّة الأَصْليَّة، مع التَّعْديلات.

المؤشر	المستوَى المَقْبول
1. تَوفُّر الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة: مَرافِق الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الأساسيَّة والشَّامِلَة	هناك خَمْسَةُ مَرافِق للرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة على الأقَل (بما في ذلك مِرْفقٌ شامِل على الأقَل) لكلِّ 500000 من السكَّان.
2. التَّوزُّع الجغرافي لمَرافِق الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	يَكون لَدَى جَميع المناطِق في البَلَد ما لا يقلُّ عن خَمْسَة مَرافِق للرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة (بما في ذلك مِرْفقٌ شامِل على الأقَل) لكلِّ 500000 من السكَّان.
3. نسبةُ جَميع المَواليد في مَرافِق الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة(أ)	(يجب وَضْعُ المستوى الأَدْنَى المَقْبول مَحلِّيًا).
4. الوَفاء بالحاجَة إلى الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة: نسبةُ النِّساء المُصابات بمُضاعفات تَوْليديَّة هامَّة مباشرة اللَواتي يُعالَجْنَ في هذه المَرافِق(أ)	تُعالَجُ 100٪ من النِّساء اللواتي يُقدَّر بأنَّ لديهن مُضاعفاتٍ تَوْليديَّةً هامَّة مباشرة(ب) في مَرافِق الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة.
5. العمليَّاتُ القَيْصريَّة كنسبةٍ مئويَّة من المَواليد كافَّة(أ)	لا تقلُّ النسبةُ المقدَّرَة للمواليد بعمليةٍ قَيْصريَّة في السكَّان عن 5٪ و لا تَزيد على 15٪(ج).
6. معدَّل إماتَة الحالات التَّوْليديَّة المباشر(أ)	يَقِلُّ معدَّلُ إماتَة الحالات بين النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة طارِئَة عن 1٪.

من المَرْجِع (1)

(أ) في حين تُركِّزُ هذه المؤشِّراتُ على الخَدمات المقدَّمَة في المَرافِق التي تُلبِّي بعضَ الشُّروط (وبذلك تكون مؤهَّلةً «كمَرافِق للرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة»)، نحن نُوصي بقوَّة بأن تُحْسَبَ هذه المؤشِّرات مرةً ثانية بمُعْطيات مأخوذَة من جَميعِ مَرافِق الأمومَة في المنطقة، حتَّى إذا لم تَكُن مؤهَّلةً كمَرافِق للرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة.

(ب) يُقدَّرُ بأنَّ نسبةَ المُضاعفات التَّوْليديَّة الهامَّة المباشرة خِلال الحَمْل والوِلادَة والفترة المباشرة المحيطة بالوِلادَة بنسبة 15٪ من الوِلادات المتوقَّعَة.

(ج) انظر المقطع 2–5 للوقوفِ على مناقشَة هذا المَجال.

تُشيرُ هذه المؤشِّراتُ إلى تَوفُّر واسْتِعْمال المَرافِق وأداء نُظُم الرِّعايَة الصحِّية في إنْقاذ حياة النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة. وتُصنَّفُ المستوياتُ المَقْبولَة لمعظم المؤشِّرات إلى دُنْيا minimum أو عُظْمَى maximum، وهي تَقْريبيَّة بالضَّرورَة. وهي تَعْتَمِدُ على أفضل المُعْطَيات والتَّقْديرات والفرضيَّات المُتاحَة حالياً. ويمكن تَبنِّي المستوياتِ المَقْبولَة حسب ظُروفِ البلدان؛ ولكن عندما تُعدَّلُ، يَكون من المهمِّ رَفْع تَقْرير بالمَوْجودات findings من حيث العَلاقَة بالمستوياتِ المعياريَّة المُقْتَرَحَة هنا، لذلك يمكن مقارنَةُ النَّتائج مع تلك المَأْخُوذَة من دِراساتٍ أخرى.

يمكن اِسْتِعْمالُ هذه المؤشِّراتِ لَوضْعِ أولويَّات للبرامج، فَضْلاً عن مُراقبتِها. ويمكن أن يبدأَ مخطِّطو البرامج ومُديروها الذين يَكونون مَسْؤولين عن إنْقاصِ عَدَد وَفيات الأُمَّهات عندَ أعلى القائِمَة نُزولاً إلى أسفلها. وعندما يَصِلون إلى مؤشِّر ما لم يُلبِّ البلدُ المستوى المَقْبولَ له، يَحتاج الأمرُ حينئذٍ إلى مُداخلات مُناسبَة؛ فمثلاً، إذا حَقَّقَ البلدُ المستويَاتِ المَقْبولةَ بالنسبة إلى عَدَد مَرافِق الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة وتَوزُّعها، وليسَ بالنسبة إلى اِسْتِعْمالِها، فلابدَّ من مُداخلاتٍ لفَهْم الاِسْتِعْمال وتَحْسينها.

يُدْرِجُ الجَدْوَل 2 مُؤشِّرَيْن جَديدَيْن جَرَى تَبَنِّيهما في المُشاورات التقنيَّة عام 2006 حَوْلَ الدَّلائِل الإرشاديَّة؛ وهما يَدلاَّن على تَطوُّرِ مَيدانِ الصحَّةِ الأُموميَّة maternal health: يدلُّ المؤشِّر 7 على التَّرْكيزِ المتجدِّد على جَوْدَةِ الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة والارتباطِ بين صحَّة الأمِّ وصحَّة الوَليد، بينما يُشير المؤشِّرُ 8 إلى الأَسْبابِ غير المباشرة لوفياتِ الأمَّهات في بعض البلدان، مثل المَلاريا.

الجَدْوَل 3. مؤشِّراتٌ جَديدَة للرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة.

المؤشر	المستوى المَقْبول
7. معدَّل وَفيات الوِلْدان خِلال الوِلادَة وفي فترة الوَليد الباكِرَة	مَعاييرُ يجب تَحْديدُها
8. معدَّل وَفَيات الأُمَّهات بأَسْبابٍ غَيْر مباشرة في مَرافِق الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	لا يمكن وَضْعُ مَعايير

ينبغي حِسابُ هذه المؤشِّرات أيضاً بمُعْطَيات خاصَّة بجَميع المَرافِق في المنطقة، إنْ أَمْكَن.

2.1 الوَظائِف البارِزَة للرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة

حتَّى نُقيِّمَ ونُراقبَ مُسْتَوَى الرِّعايَة التي يمكن للمِرْفَق أن يُقدِّمَها فِعْلاً، من المُفيد اِسْتِعْمالُ قائمةٍ قَصيرَة من «الوَظائِف البارِزَة signal functions" المحدَّدة بوُضوح؛ وهي مُداخَلاتٌ طبِّيةٌ رَئيسيَّة تُسْتعمَلُ لِمُعالجَةِ المُضاعفات التَّوْليديَّة المباشرَة التي تُسبِّب الكثرةَ الكاثِرَة من وَفَيات الأُمَّهات حَوْلَ العالَم. ولا تَشْتَمِلُ قائمةُ الوَظائِف البارِزَة على كلِّ خدمَة يجب أن تُقدَّمَ إلى النِّساء من ذوات الحُمُول المَصْحوبَة بمُضاعَفات أو إلى النِّساء الحَوامِل ووِلْدانهن عُموماً؛ وتُقدَّمُ هذه المَعْلوماتُ في مَنْشوراتٍ أخرى (94–96). تُعَدُّ الوَظائِفُ البارِزَة مؤشِّراتٍ على مستوى الرِّعايَة المقدَّمَة. وعلاوةً على ذلك، تُصنَّفُ بعضُ الخدمات الحَرِجَة critical services ضمنَ هذه الوَظائِف البارِزَة؛ فمثلاً، إذا أُجريَت عَمليَّاتٌ قَيْصريَّة في مِرْفَقٍ ما، فهذا يدلُّ على القيام بالتَّخْدير. وفي حين تُسْتعمَلُ الوَظائِفُ البارِزَة لتَصْنيفِ المَرافِق على أَساسِ أنَّ هذه الوَظائِفَ تُجْرَى في الأشهرِ الثَّلاثَة السَّابِقَة، يَكون من المُفيد اِسْتِعْمالُ قائمَة أكثر شُموليةً للوَظائِف واللَّوازِم عندَ تَقْييم الحاجَة إلى الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة لتَخْطيطِ البَرامج.

لقد حُدِّثَتْ قائمَةُ الوَظائِف البارِزَة في هذه الطبعَة من الكتيِّب، بإضافَةِ الوظيفة الجديدَة: "إجْراء إنْعاش الوَليد" على المستوياتِ الأساسيَّة والشَّاملَة. أَضِفْ إلى ذلك أنَّ اسمَ الوَظيفَة البارِزَة الثَّانيَة قد تَغيَّرت من تَطْبيق "مُعَجِّلاتِ الوِلادَة بالحَقْن parenteral oxytocics" إلى "تَطْبيق مُقَوِّياتِ تَوَتُّرِ الرَّحِم uterotonic drugs". تَشْتَمِلُ قائمَةُ الوَظائِف البارِزَة في الجدوَل القليلَ من الأمثلة عن الأدويَة أو المعدَّات التي يمكن استعمالُها عندَ القيام بالوَظائِف البارِزَة؛ ولكنَّ الأدويةَ والإجراءاتِ المَذْكورَة تَوْضيحيَّةٌ وليست شامِلَةً. وللحُصولِ على قائمةٍ كامِلَة بالإجراءاتِ والأدوية المُوصَى بها، يمكنك العَوْدَة إلى كتاب التَّدْبير العلاجي لمُضاعفاتِ الحَمْل والوِلادَة الذي أصدرته منظَّمة الصحَّة العالميَّة

WHO's Managing complications in pregnancy and childbirth: وهو دَليلٌ للقابِلات والأطبَّاء (95)؛ والتَّدْبير العِلاجي لمَشاكِل الوِلْدان Managing newborn problems: وهو دَليلٌ للأطبَّاء والممرِّضات والقابِلات (96).

الجَدْوَل 4. الوَظائفُ البارزَة المُسْتعمَلَة لتَحْديد خَدَمات الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة والشَّاملة.

الخَدَماتُ الأساسيَّة	الخَدَماتُ الشَّامِلَة
(1) تَطْبيق المُضادَّات الحيويَّة حَقْناً(1)	القِيام بالوَظائِف البارزَة 1–7، بالإضافَة إلى:
(2) تَطْبيق الأَدْويَة المقوِّية لتوتُّر الرَّحِم (أي الأُوكْسيتوسين حَقْناً(2))	(8) القِيام بالجِراحَة (مثل العمليَّة القَيْصريَّة)
(3) تَطْبيق مُضادَّات الاخْتلاج (أي سُلْفات المَغْنِزيوم magnesium sulfate) حَقْناً في حالةِ مقدِّمَة الارْتِعاج preeclampsia والارْتِعاج eclampsia	(9) القِيام بنَقْل الدَّم
(4) نَزْع المَشيمَة يَدوياً	
(5) نَزْعُ النَّواتِج المُحْتَبَسَة (مثل الاسْتِخْراج اليَدَوي بالتَّخْلِيَة «الشَّفْط» manual vacuum extraction، التَّوْسيع والكَشْط)	
(6) القِيام بالوِلادَة المهبليَّة المُساعَدَة (الاسْتِخْراج بالتَّخْلِيَة «الشَّفْط اليَدَوي»، التَّوْليد بالمِلْقَط forceps delivery)	
(7) القِيام بالإنْعاش الأساسي للوَليد (مثل الكيس والقِناع)	
مِرْفَقُ الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسي هو المِرْفَقُ الذي تُجْرَى فيه جَميعُ الوَظائِف من 1–7. مِرْفَقُ الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّامِل هو المِرْفَقُ الذي تُجْرَى فيه جَميعُ الوَظائِف من 1–9.	

نَرْجو العَوْدَةَ إلى المواقِع الإلكترونيَّة التَّاليَة للوقوف على الإجْراءاتِ المُوصَى بِها لكلِّ وَظيفةٍ بارزَة مُدْرَجَة آنفاً:

– تَدْبيرُ المُضاعفات في الحَمْل والوِلادَة: دَليلُ القابِلات والأطبَّاء:

http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/9241545879/en/index.html

– مُراجعاتُ كوكران Cochrane reviews: http://www.cochrane.org/reviews.

عن المَرْجع (1)

[1] حَقْناً أو بالتَّسْريب الوَريدي.

[2] مُشاوَراتٌ تقنيَّة حَديثَة لمنظَّمة الصحَّة العالميَّة (تشرين الثَّاني/ نوفمبر 2008) لوَضْع دَلائل إرْشاديَّة خاصَّة بمُداخَلات النَّزْف بَعْدَ الولادَة، مُسْتعرِضةً جَميعَ الأدلَّة المُتاحَة ومُحدِّدةً الأوكسيتوسين Oxytocin كخيار دَوائي مُوصَى به للوقايَة من النَّزْف بَعْدَ الوِلادَة. أمَّا الإرْغومِتْرين Ergometrin (الخط الثَّاني) والميزوبروستول misoprostol (الخط الثَّالث) كخَيارَيْن يمكن اسْتِعْمالهما عندَ عدم توفُّر الأوكسيتوسين فقط.
لذلك، يَنْبَغي أن يَتوفَّرَ الأُوكْسيتُوسين في المَرافِق المُعرَّفَة بأنها مِرْفَق للرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارئَة.

يُظْهِرُ الجَدْولُ 5 الوَظائفَ البارزَة التي تُسْتعمَل لمعالجَة المُضاعَفات التَّوْليديَّة المباشرة الرَّئيسيَّة التي تُسبِّب مُعظَمَ وفياتِ الأمَّهات. وتُدْرِج اللوحَةُ 1 عدداً من الأسئلَة التي تُثارُ كَثيراً حَوْلَ الوَظائفِ البارزَة، مع الأجْوبَة عنها.

الجَدْولُ 5. الوَظائِفُ البارزَة والمُضاعفاتُ ذات الصِّلَة.

المُضاعَفاتُ التَّوْليديَّة الرَّئيسيَّة	الوَظيفَةُ البارزَة
النَّزْف	قَبْلَ الوِلادَة: قُمْ بنقل الدَّم قُمْ بالجِراحَة (مثل العمليَّة القَيْصريَّة في المَشيمَة المُنْزاحَة placenta praevia) بَعْدَ الوِلادَة: أَعْطِ الأَدويةَ المقوِّية لتوتُّر الرَّحِم قُمْ بنَقْل الدَّم قُمْ بالاسْتِخْراج اليَدَوي للمَشيمَة قُمْ باسْتِخْراج النَّواتِج المُحْتَبَسَة قُمْ بالجِراحَة (اسْتِئْصال الرَّحِم) في حالةِ تَمَزُّق الرَّحِم
المَخاضُ المُطوَّل أو المُعَرْقَل	قُمْ بالمُساعدَة على التَّوْليد المَهْبلي قُمْ بالجِراحَة (العمليَّة القَيْصريَّة) أَعْطِ الأَدويةَ المقوِّية لتوتُّر الرَّحِم قُمْ بإنْعاش الوَليد
الإنْتان بَعْدَ الوِلادَة	أَعْطِ المُضادَّات الحيويَّةَ حَقْناً قُمْ باسْتِخْراج النَّواتِج المُحْتَبَسَة (مَحْصول الحَمْل) قُمْ بالجِراحَة في خُراج الحَوْض
مُضاعَفات الإجْهاض	بالنِّسْبة للنَّزْف: قُمْ بنَقْل الدَّم قُمْ باسْتِخْراج النَّواتِج المُحْتَبَسَة (مَحْصول الحَمْل) بالنِّسْبة للإنْتان أَعْطِ المُضادَّات الحيويَّةَ حَقْناً قُمْ باسْتِخْراج النَّواتِج المُحْتَبَسَة (مَحْصول الحَمْل) بالنِّسْبة إلى الإصابَة داخِل البَطْن أَعْطِ المُضادَّات الحيويَّةَ حَقْناً قُمْ بنَقْل الدَّم قُمْ بالجِراحَة
مُقدِّمَةُ الارْتِعاج والارْتِعاج	أَعْطِ مُضادَّات الاخْتِلاج حَقْناً قُمْ بإنْعاش الوَليد قُمْ بالجِراحَة (العمليَّة القَيْصريَّة)
الحَمْل المُنْتَبِذ ectopic	قُمْ بالجِراحَة قُمْ بنَقْل الدَّم
تَمَزُّقُ الرَّحِم	قُمْ بالجِراحَة قُمْ بنَقْل الدَّم أَعْطِ المُضادَّات الحيويَّةَ حَقْناً
الضَّائِقَةُ الوَليديَّة newborn distress (في أَثْناء الوَضْع intrapartum)	قُمْ بإنْعاش الوَليد قُمْ بالجِراحَة (العمليَّة القَيْصريَّة)

عن المَرْجِع (97)

اللَّوْحَة 1. أَسْئِلَةٌ تُثار كَثيراً حَوْل الوَظائِف البارِزَة.

- لماذا يُسْتعمَلُ الإعطاء الوَريدي بدلاً من الفَموي؟ في الطَّوارئ، ينبغي الحُصولُ على استجابةٍ فيزيولوجيَّة سَريعَة للمُضادَّات الحيويَّة عندَ الحاجَة. كما أنَّ الأدويةَ الرَّئيسيَّة المُنْقِذَة للحَياة في المُضاعفاتِ الكَبيرَة لا يمكن تَطْبيقُها إلاَّ حَقْناً. ولذلك، يُحدِّد التَّعْريفُ التَّطبيقَ حَقْناً بدلاً من التَّطبيقِ الفَموي.
- لماذا اختيرَت هذه البُنودُ كوظائف بارِزَة وليسَ غَيْرُها؟ لقد نُوقِشَت البُنودُ الأخرى كوَظائف بارِزَة، مثل اسْتِعْمال مُخطَّط مُجْريَات المَخاض partograph وتَدْبير الطَّوْرِ الثَّالث من المَخاض وتوفُّر الخدمات 24 ساعة في اليَوْم و 7 أيَّام في الأُسْبوع والسَّوائِل الوَريديَّة والتَّخْدير وفاسِحات البلاَزْما plasma expanders. ويُعَدُّ اسْتِعْمالُ كُلٍّ من مُخَطَّط مُجْريَات المَخاض وتَدْبير الطَّوْرِ الثَّالث منه مُمارسَةً تَوْليديَّة جيِّدَة، ويَنْبَغي اعْتِمادُهما في جَميع النِّساء الماخِضات للوقايَةِ من الولادَةِ المُطوَّلَة المُعَرْقَلَة وعَقابيلِها، مثل النَّاسور التَّوْليدي obstetric fistula. ويُعَدُّ تَوفُّرُ الخدمات 24 ساعة في اليَوْم و 7 أيَّام في الأُسْبوع من وَظائف الإدارَة والتَّخْطيط وليسَ من مَهارات إنْقاذ الحياة. أمَّا السَّوائِلُ الوَريديَّة فهي تَدْخُل ضِمْناً في الوَظائِف البارِزَة التي تَتَطلَّبُ الأدويةَ حَقْناً. كما أنَّ التَّخْديرَ وفاسِحات البلازما مَشْمولان بتَوفُّر الجِراحَة التَّوْليديَّة، مثل العَمليَّةِ القَيْصريَّة. ومع أنَّ الوَظائفَ البارِزَة الأصليَّة الثَّمانِيَة لا تُشَكِّلُ قائِمةً شامِلَة، لَكنَّها اخْتيرَت بسَبب الدَّوْر الذي تُمارسُه في مُعالَجَةِ الأسْبابِ الرَّئيسيَّة الخَمْسَة لوفاة الأُمِّ.
- أين يُمْكِن أن أحصلَ على قائِمَةٍ أكْثَرَ اكْتِمالاً لوَظائف ومُعدَّات صحَّة الأمَّهات والوِلْدان؟ تُقدِّمُ المَواقِعُ الإلْكترونيَّة لمنظَّمة الصحَّة العالميَّة (/http://www.who.int/reproductive-health/publications/pcpnc (98)، وبَرْنامج جون هوبكنْز للتَّثْقيف العالَمي في طِبِّ النِّساء والتَّوْليد Johns Hopkins Program for I-nternational Education in Gynecology and Obstetrics http://www.jhpiego.org/scripts/pubs/ cat-egory_detail.asp?category_id=24) (99)، وبَرْنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأمَّهات AMDD (http:// www.amddprogram.org/resources/ DesignEvalMM-EN.pdf) (100) روابطَ مع كُتيِّباتٍ ذات قَوائِم أكْثَرَ اكْتِمالاً عن الأدويَة واللَّوازم والمعدَّات الخاصَّة بالمَراكز الصحِّية والمُسْتَشْفيات.
- لماذا لا تَشْتَمِلُ الوَظائفُ البارِزَة على أدويةٍ أو معدَّات معيَّنَة؟ نحن نَأْمل باسْتِعْمال المَعايير الدُّوليَّة للرِّعايَة في المُمارسَة، حيث تُسْتعمَلُ الأدويةُ وأنْماطُ المعدَّات للقيام بالوَظائف البارِزَة؛ وهذه المَعاييرُ دِيناميكيَّة، ويمكن أن تتغيَّرَ على مَدَى فتراتٍ طَويلَة مع التقدُّم التِّكْنولوجي. ونحن نُشَجِّع اسْتِعْمالَ الدَّلائِل الإرشاديَّة لمنظَّمة الصحَّة العالميَّة فيما يتعلَّق بالرِّعايَة ومكتبَة الصحَّة الإنجابيَّة Reproductive Health Library (على المَوْقع http://www.who.int/rhl) والمُراجعات المَنْهجيَّة التعاونيَّة بحسب كوكران Cochrane Collaboration sys-tematic reviews والمَصادِر العالميَّة الأخرى. وتتضمَّنُ قائِمَةُ الوَظائِف البارِزَة في الجَدْوَل 4 أمثلةً قليلة على الأدويَة أو المعدَّات التي يمكن اسْتِعْمالُها، لكنَّ قائِمَةَ الخيارات ليسَت شاملةً.
- ماذا تُسْتعمَل فترةُ الثَّلاثَة شُهور مقابِل وَقْتٍ أطْوَل؟ لقد اختيرَت فَتْرةُ الثَّلاثَة شُهور المَرْجعيَّة لأنَّها تُقدِّمُ لمحةً عن التَّشْغيل الرَّاهِن للمِرْفَق؛ كما اختيرَت لأنَّ التذكُّرَ يَكون أقلَّ دقَّةً بعدَ فتراتٍ طَويلَة وأنَّ من الأرْجَح الحِفاظ على المَهارات (مثل التَّوْليد المَهْبلي بمِلْقَط التَّخْليَة أو العمليَّة القَيْصريَّة أو الاستخراج اليَدوي للمشيمَة) عندما تُمارَسُ بشَكْلٍ مُتكرِّر. وتُعَدُّ مراقبَةُ تَقْديم الخَدمات والمَخْزون هي من الأشْياء التي تُوضَع في الحسبان بالنسبةِ إلى مخطِّطي الخدمَة الصحِّية.

- ماذا يَنْبَغي أن نَعْملَ عندما يُقدِّمُ المِرْفَقُ المُراقب رِعايةً تَوْليديَّة طارِئَة، أَساسيَّة أو شامِلَة، بشَكْلٍ غَيْر مُنْتَظَم نتيجَة غياب أو فقدان وَظيفة بارِزَة أو وَظيفتَيْن؟ هذه ليست مشكلةً في المَسْح المُعْتَمِد على المِرْفَق أو الذي يَحْتاجُ إلى التَّقْييم، لأنَّ الدَّليلَ الإرشاديَّ التِّقْني يَقول بتَقْييم أداء الوَظائِف البارِزَة في أَحْدَث فترةٍ من فَتَراتِ الثَّلاثة شُهور. ولكن، تُصْبِح قَضيَّة عندَ مُراقبَة حالةِ الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة مع الوقت؛ فمن غير النَّادِر أن يُغيِّرَ المِرْفَقُ الصحِّي حالتَه عندَ قِلَّة عِبْء الحالات caseload أو التقلُّب أو التَّغْيير المتكرِّر للمُوظَّفين. ونحن نُوصي بإعادَة التَّصْنيف سنوياً لأسباب واقعيَّة وبَرْمجيَّة في المُراقبَة الإقليميَّة أو الوطنيَّة؛ حيث يمكن أن يُراقبَ مُدراءُ المَناطِق أداءَهم الخاص بشكلٍ أكثر تَواتراً، ويجب تَشْجيعُهم على فِعْل ذلك لتَقْييم إنْجازهم الوَظيفي وتَقْديم مُعْطيات عن اتِّخاذ القَرارات لتَحْسين الخَدمات.
- ماذا نَفْعَل إذا أُجْرِيَت الوَظيفةُ البارِزَة خِلال فَترة الثَّلاثة شُهور المَرْجعيَّة، ولكن ليسَ في سياقٍ تَوْليدي؟ من الأَرْجَح ألاَّ تُجْرَى مُعْظَمُ الوَظائِف البارِزَة إلاَّ في سياقٍ تَوْليدي، ولكن يمكن تَطْبيقُ المُضادَّات الحيويَّة أو مُضادَّات الاختلاج حَقْناً ونَقْل الدَّم في ظُروفٍ أخرى؛ وعندَ تَقْييم قدرة المؤسَّسَة وأدائِها بالنسبة لتَقْديم الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة، يجب أن تكونَ الوَظائِفُ البارِزَة قد أُجْرِيَت في سياقٍ تَوْليدي.

3.1 اِسْتِعْمالُ مؤشِّرات الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة

لقد استُعملَت مُؤَشِّراتُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة، كما هُو مبيَّنٌ في الجَدْوَل 1، في أكثر من 50 بلداً لتَخْطيطِ البَرامج ومُراقبَةِ وتَقْييم التَّقدُّم في تَقْليلِ وَفَياتِ الأُمَّهات. وقد قامَت بعضُ البلدان بتَقْييماتٍ أكثر تَفْصيلاً للحاجاتِ، اِشْتَملَت – فيما اِشْتَملَت – على مؤشِّراتٍ أخرى ومَعْلومات مُفيدَة لتَخْطيطِ بَرامج الأمومَة (للحُصولِ على نَماذج لِجْمعِ المُعْطيات، انظر المَوْقع: http://www.amddprogram.org/). وفي بلدانٍ أخرى، أُجْرِيَت تَقْييماتٌ للحاجاتِ أكثر تَرْكيزاً، وكانَ جَمْعُ المُعْطَيات مُقْتَصراً على المؤشِّرات المَوْجودة على نَماذج مشابهَة لتلك الوارِدَة في المُلْحَق أ. ويمكن تَضْمينُ المُكَوِّنات الأَكْثَر تَرْكيزاً لتَقْييم الحاجات المَوْصوف في هذا الكُتيِّب مع تَقْييم الحاجات بالنسبة إلى قَضايا صحِّيَة أخرى، مثل الوقايَة من انتقالِ أو سرايَة عَدْوَى فيروس العَوَز المناعي المُكتَسَب HIV من الأُمِّ إلى الطفل، أو بالنسبة إلى النِّظام الصحِّي عُموماً. وبغَضِّ النَّظَر عمَّا إذا كانَ تَقْييمُ الحاجات في الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة أكثرَ تَفْصيلاً أم أكثرَ تَرْكيزاً، فهو يُتيح مُعْطياتٍ يمكن اِسْتِعْمالُها في مُراقبَة وتَقْييم التقدُّم في الحَدِّ من وَفَيات الأُمَّهات، وتَقْديم مَعْلوماتٍ قَيِّمَة عن وِزارات الصحَّة ومُدراء الصحَّة، لوَضْع الإسْتراتيجيَّات والأنشطَة بهدف تَحْسين النَّتائج الصحِّيَة لدى الأُمَّهات.

لقد جَرَى دَمْجُ مُؤَشِّراتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة، في المَزيد من البلدان، مع الأَنْظِمَة المَعْلوماتيَّة الرُّوتينيَّة للإدارات الصحِّيَة بهدف تعقُّبِ التقدُّم على المستوياتِ المناطقيَّة والإقليميَّة والوطنيَّة. وفي حين قد تُمارسُ التَّقْييماتُ الدَّوْريَّة للحاجات وأَنْظمَة جَمْع المُعْطَيات المُصاغَة خارج أنظمَة مَعْلوماتِ الإدارَة الصحِّيَة دَوْراً هاماً، يُعَدُّ دَمْجُ مُؤَشِّراتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في أنظمَة مَعْلوماتِ الإداراتِ الصحِّيَة طَريقةً أكثرَ كفاءَةً لمُراقبَةِ تَوفُّرِ واِسْتِعمالِ هذه الرِّعايَة طَوالَ الوقت. ويَنْبَغي أن تجتهدَ البلدانُ التي تَرْمي إلى التَّقْليل من وَفَيات الأُمَّهات في تَضْمينِ هذه المؤشِّرات في أنظمَة مَعْلوماتِ الإداراتِ الصحِّيَة.

2. مُؤَشِّراتُ رعايَةِ طَوارئ التَّوْليد (الرِّعايةُ التَّوْليديَّةُ الطَّارِئَة)

نَعْرِضُ فيما يَلي تَوْضيحاً لكلِّ مؤشِّرٍ من مُؤشِّرات الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة؛ ويشتملُ ذلك على الوَصْف، وعلى أَعْلى أو أَدْنَى مستوى مَقْبول مُوصَى به (إن أمكن)، والمَعْلومات الأساسيَّة، والنُّصْح بشأن جَمْع المعطيات وتَحْليلها وتَفْسيرها وتَقْديمها، والمُقْتَرَحات فيما يتعلَّق بالدِّراسات الإضافية المرتبطة بالمؤشِّر. وقد قُدِّمت أوراقُ عَمَل worksheets في المُلْحَق أ لتَيْسير الحِسابات.

1.2 المُؤَشِّر 1: تَوفُّرُ خَدَماتِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة

الوَصْف

يُقاسُ تَوفُّرُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة بعَدَد المَرافِق التي تَقومُ بالمجموعةِ الكامِلَة من الوَظائِف البارِزَة من حيث حَجْمُ السكَّان؛ فعندما يُجْري الموظَّفون الوَظائِفَ البارزة signal functions السَّبع للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الأساسيَّة في فترة الشُّهور الثَّلاثة قبل التَّقْييم، يُعَدُّ المِرْفَقُ الصحِّي مِرْفقاً أساسياً مُكْتَمِلَ الأداء الوَظيفي؛ ويُصنَّفُ المِرْفَقُ كمِرْفَقٍ عامِلٍ في المستوى الشَّامِل عندما يُقدِّمُ الوَظائِفَ البارزَة السَّبع فَضْلاً عن الجراحَة (القَيْصريَّة مثلاً) ونَقْل الدَّم (الجَدْوَل 4).

ولتَحْديد العددِ المَقْبول الأدنى لِمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الأساسيَّة والشَّامِلَة في بلدٍ أو ناحِيَةٍ ما (حَسب مَنْظور التَّقْييم)، اِبْدَأ بتَقْسيم إجمالي السكَّان على 500000؛ وهذا أَدْنَى عَدَدٍ مَقْبول للمَرافِق الشَّامِلَة comprehensive؛ وبَعْدئذٍ، نَضْرب ذلك العددَ بخمسة لحِساب العدد الأدْنَى الإجمالي للمَرافِق، الأساسيَّة والشَّامِلَة. ويَنْبَغي مُقارنَةُ هذه الأَعْداد مع العَدَدِ الفِعْلي للمَرافِق المَوْجودَة لتَصْنيفِ الخَدمات إلى عامِلَةٍ تَماماً، أساسيَّة أو شامِلَة.

كما يمكن أن يُعبَّرَ عن هذا التَّدْريب كنسبةٍ مئويَّة للعدد المَقْبول الأدنى من مَرافِق الرِّعايَة الأساسيَّة أو الشَّامِلَة. ولحِساب النِّسبةِ المئويَّة للعدد الأدنى المُوصَى به من المَرافِق المتوفِّرة فِعْلياً لكلِّ جَمْهَرةٍ من السُّكَّان، قَسِّمْ عَدَدَ المَرافِق المَوْجودَة على العَدَد المُوصَى به، واضربْ النَّاتج بمائة 100. وسوف يُحدِّدُ تَمْرينٌ أو تَدْريبٌ آخر النسبةَ المئويَّة للعدد الأدنى المُوصَى به من المَرافِق الشَّامِلَة المتوفِّرة.

المُسْتَوَى الأَدْنَى المَقْبول

يَكونُ المُسْتَوَى الأَدْنَى المَقْبول لكلِّ 500000 من السكَّان هو خمسة مَرافِق للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة، بحيث يُقدِّم واحدٌ منها على الأقل رعايةً شامِلَة.

أساسيَّاتٌ ومُناقشَة

لإنْقاذِ النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة، ينبغي أن يتضمَّنَ النِّظامُ الصحِّي مَرافِقَ مجهَّزَة بالمعدَّات ومزوَّدَة بفريقٍ صحِّي وتُقدِّم رعايةً تَوْليديَّة طارئةً فِعْلاً. ولا تُخْبرنا الطَّبيعةُ المركَّبة لهذا المؤشِّر بماهيَّة الوَظائِف البارِزَة التي تُجْرَى حَديثاً فحسب، بل تُخْبرنا أيضاً بشكلٍ غير مباشر بتوفُّر المعدَّات والأدوية ووجود الفَريق الصحِّي ومهارته.

يَعْتَمِدُ عَدَدُ مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة EmOC facil-ties اللازمَة لتَدْبير المُضاعفات على مَوْقع المَرافِق وسَكَن النَّاس وسِعَة هذه المَرافِق وقُدْراتها؛ وقد لا يحسب البعضُ إلاَّ المرافقَ التي تُجْرَى فيها تَدابيرُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة التسعَة، لكنَّ ذلك يُعْطي الرِّسالةَ الخاطِئَة، ممَّا يُشير إلى أَنَّ المُسْتَشْفَياتِ المجهَّزَة بمعدَّاتٍ معقَّدَة وأطبَّاء اختصاصيين فقط هي التي تَسْتطيع التقليلَ من مُعَدَّل وَفيات الأمَّهات. ومن المُداخلاتِ الواعِدَة تَحْديثُ المراكِز الصحِّية والمَرافِق

الصَّغيرَة الأخرى لتَمْكينِها من تَقْديم الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة (36، 65). وتُوحِي "إستراتيجيَّةُ الرِّعايَة خِلال الوِلادَة في مركزٍ صحِّي health centre intrapartum care strategy"، والمُقْتَرَحَة في دِراساتِ لانسيت Lancet series حَوْلَ صِحَّة الأمَّهات، بأنَّ جَميعَ الولادات تَحْصل في المِرْفَق؛ وربَّما يَكون ذلك أحدَ الإستراتيجيَّاتِ الأكثر جَدْوَى اقتصاديَّة بالنسبة إلى الحدِّ من وفيات الأمَّهات، بشرط أن تكونَ جودةُ الرِّعاية كافية (101).

يمكن أن يَقِي المركزُ الصحِّي الذي يُقدِّمُ الرِّعايةَ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة من العَديد من وَفَيات الأمَّهات ومُعَدَّل وَفَيات الفَتْرَةِ المُحِيطَةِ بالولادَة perinatal deaths. وتكونُ الرِّعايةُ الأساسيَّة، في بعض الحالات (مثل بَعْض حالاتِ النَّزْف التَّالي للوَضْع postpartum haemorrhage)، كافيةً. أمَّا بالنسبة إلى مُضاعفاتٍ أخرى (مثل الوِلادَةِ المُعْرْقَلَة obstructed labour)، فيَكون لابدَّ من معالجةٍ رفيعَة المستوى. ومع ذلك، قد يُنْقِذ الإسعافُ الأوَّلي الحياةَ، لأنَّ حالةَ المرأة يمكن أن تستقرَّ قبل الإحالَة؛ فمثلاً، لا يمكن أن تُعالجَ المرأةُ المُصابَة بتعسُّر الولادَة في مركزٍ صحِّي يقدِّم الرعايَة الأساسيَّةَ فقط، فهي تحتاج إلى عمليةٍ قَيْصريَّة ca-sarean section.

ولكنَّ حُظوظَ الأم وَوليدها في تَجاوُزِ العمليَّة القَيْصريَّة تتحسَّن كَثيراً إذا لم تَصِل المستشفى وهي مُصابةٌ بالتَّجْفاف والعَدْوَى؛ وللوقاية من ذلك، يمكن إعْطاءُ السَّوائِل الوريديَّة والمُضادَّة الحيويَّة في المركز الصحِّي، لاسيَّما عندما تَكون المسافةُ أو الرِّحْلَة إلى المستشفى طَويلةً. الدَّلائِل الإرشاديَّة لمنظَّمةِ الصحَّة العالميَّة حَوْلَ الرِّعايةِ الصحِّية الأوَّلية والحَمْل والولادَة والفترة التَّاليَة للوَضْع ورعايَة الولدان: تُوصي دَليلُ الممارسَاتِ الأساسيَّة (98) بأن تُعْطَى النِّساءُ المُصَابات بمُضاعفاتِ الجرعةَ الأولى من المُضادَّاتِ الحيويَّة أو الأُوكْسيتُوسين oxytocin أو سُلْفات المَغْنيزيُوم magnesium sulfate (حسب الضَّرورة) قبلَ الإحالَة.

في الطبعَةِ السَّابقَة من هذا المُسْتَنَد، كانَت النسبةُ الدُّنيا المُوصَى بها لمرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة لكلِّ 500000 من السكَّان مِرْفقاً شامِلاً وأَرْبعة مَرافِق أساسيَّة. ومنذ عام 1997، بيَّنَت الخبرةُ في أكثر من 40 بلداً أنَّ الأنظمَةَ الصحِّية تتضمَّن ما لا يقلُّ عن مِرْفقاً شامِلاً لكلِّ 500000 من السكَّان، وأكثر من ذلك أحياناً. ولكنَّ المَرافِقَ الأساسيَّة العامِلَة تماماً هي أكثر انتشاراً بكَثير. واستناداً إلى هذه الخبرة، قَرَّرت المجموعةُ أنَّ نسبةَ مِرْفَق شامِل إلى أربعَة مَرافِق أساسيَّة قد تكون أقلَّ أهمِّيةً من وُجودِ مِرْفَق شامِل على الأقل، مع التَّأْكيدِ على عَدَدِ المَرافِق لكلِّ 500000 من السكَّان.

أَظْهَرَ تَحْليلٌ حَديث لأربعةٍ وعِشْرين تَقْييماً وَطنياً أو مَناطقياً للحاجاتِ أنَّ جَميعَ البلدان – عدا اِثْنين – قد حقَّقَت المستوى الأَدْنَى المَقْبول لمِرْفَقٍ واحِد شامِل للرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة لكلِّ 500000 من السكَّان. وقد تَضمَّنَت البلدانُ بعضاً ممَّا يشتمل على نسبٍ عاليةٍ لوفيات الأُمَّهات، لكنَّ فيها قَليلٌ جداً من المَرافِق الأساسيَّة العامِلَة تَماماً (102)؛ ففي الولايات المتَّحدَة (البَلَدُ الوَحيد ذو نسبة وفيات الأُمَّهات المنخفضَة نسبياً، حيث قيسَت مُؤَشِّراتُ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة)، لم تُحَدَّدْ مَرافِقُ أساسيَّة، لكن هناك العَديدُ من المَرافِق الشَّامِلَة، بنسبَة مِرْفَقٍ شامِل واحد لكلِّ 100000 من السكَّان (66).

يَتضمَّنُ تَعْريفُ مِرْفَقُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة تَوفُّرَ الوَظائِف البارِزَة للنِّساء في أيَّة ساعةٍ من اليَوْم، وفي أيِّ يوم من الأُسْبوع؛ فعندما تَحْتاجُ المرأةُ إلى عَمليَّةٍ قَيْصريَّة منتصفَ اللَّيْل من يوم السَّبت، يَنْبَغي أن تحصلَ على الجودةِ نفسها من الرِّعايَة مثل المرأةِ التي تَحْتاج إلى الخدمةِ نَفْسِها في العاشرة من صَباح يوم الأربعاء. ولكنَّ العقبةَ الرَّئيسيَّة في تَأْمين الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة 24 ساعة/اليوم و 7 أيَّام/ الأسبوع في العَديد من البلدان هي غياب الكَوادِر الأساسيَّة للعاملين الصحِّيين (أي القابلات والممارسين الذين يَسْتطيعون الإشرافَ على تِقَنيِّي التَّخْديْر anaesthetists وتَقَنيِي المُخْتَبَر laboratory technicians).

وعندما لا تَكونُ المَرافِقُ قادِرةً على تَقْديم الوَظائِف البارِزَة 24 ساعة/ اليوم و 7 أيَّام/ الأسبوع، يجبَ أن تبحثَ الإدارةُ المَحلِّية وغَيْرها عن حُلولٍ مُبْتَكَرة؛ يمكن أن يشتملَ بَعْضُها على تَدْوير بَسيط للموظَّفين، لكنَّ بعضَها الآخر قد يَتطلَّب مُراجعةً لسياسَةٍ ما يُخوَّلُ به كادِرُ مقدِّمي خِدمة الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة وما يَتدرَّبون عليه، أو حِصصاً إضافية للميزانيَّة. ولقد جَرى في بعضِ الظُّروف إنشاء مساكِنَ للممارسين الصحِّيين على أرضِ المستشفى للسَّماح بخدمةٍ مستمرَّة.

جَمْعُ المُعْطَيات وتَحْليلُها

يَعتمدُ هذا المؤشِّرُ على تَصْنيفِ حالةِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في المِرْفَق بعدَ المعاينَة المباشرة؛ حيث يُفترَض في المرفقِ غالباً أن يَكونَ عامِلاً، لكنَّ الزيارةَ أو الجَوْلَة تُبْدي بأنَّ الواقِع على خِلاف ذلك تَماماً. وقد جَرَى إيضاحُ الفَرْق الهام ما بين الطريقَة التي يُفْتَرض أن يعملَ بها المِرْفَقُ وما هي عليه الحالُ فِعْلاً من خِلال دراسة حالةٍ case study في أُوغندا؛ ففي عام 2003، جَرَى تَقْييمُ الحاجةِ إلى الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة، لتَزْويدِ الحُكومَة بِخَلْفيَّةٍ تَهْدف إلى رَسْم إسْتراتيجيَّةٍ عمليَّة للحدِّ من وفياتِ الأُمَّهات. ومن ضِمْنَ خطَّة البنيةِ الصحِّية الأساسيَّة في أُوغندا، يجب أن تكونَ المُسْتَشفياتُ والمَراكِزُ الصحِّية للرعاية الرَّابِعَة قادِرةً على تَقْديم الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الشَّامِلَة. ولكنَّ التَّقْييمَ أَظْهرَ أنَّ 21 فقط من بَيْن 32 مُسْتَشْفى خَضعَت للتَّقْييم (65٪) كانت شامِلَةً، في حين كانت المُسْتَشْفياتُ الأخرى (11) عامِلَةً على المستوى الأساسي. ومن بَيْن المَراكِز الصحِّية للرعاية الرَّابعَة الستَّة والثَّلاثين (36) المُزارَة، كانَ اثنان فقط (6٪) يَعْملان بالمستوى الشَّامِل واثنان آخران يَعْملان بالمستوى الأساسي. هذا، وتُقدِّم المَراكِزُ الصحِّية للمنطقةِ الثَّالثَة رِعايةً تَوْليديَّةً طَارِئَة أساسيَّة من النَّاحيَة النَّظرية، لكنَّ 5 فقط (4٪) من بين 129 مَرْكزاً خَضَعت للتَّقْييم كانت تَعْمل حسب المستوى المَقْصود. ولقد استُعْملَت النَّتائِجُ ـ لاسيَّما تلك الوَظائِف البارِزَة التي كانت مَفْقودَةً ـ لتَحْضير الخطَّة السنويَّة لأسلوب واسِع النِّطاق، والتي تَسْتَدْعي جهداً وطنياً لتَحْسين الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة (46).

وعندَ حِسابِ هذا المؤشِّر، يُقارَنُ عَددُ المَرافِق العامِلَة مع حَجْم السكَّان؛ ويَنْبَغي اِسْتِعمالُ أَحْدَث تعدادٍ لتحديد حَجْم السكَّان في منطقةٍ معيَّنة؛ فإذا كانَ التعدادُ الأخير منذ أكثر من 5 سنوات، ربَّما يَكون لدى المعاهِد الوطنيَّة للإحْصاء تَقْديراتٌ بأنَّ الحكومَة (بما في ذلك وزارةُ الصحَّة) تَسْتعمله في التَّخْطيط؛ وربَّما يُوضَع في الحسبان الحركةُ الحديثَة للكثيرِ من الموظَّفين المدرَّبين نحوَ البَلَد أو خارجه.

لقد حُدِّدَ المستوى الأدْنَى المَقْبول للمؤشِّر 1 من حيث العَلاقَةُ مع السكَّان أكثر من المَواليد، لأنَّ معظمَ التَّخْطيط الصحِّي يعتمدُ على حَجْم السَّكان؛ ولكن، عندَ دراسته بشكلٍ أكثر مُلاءَمةً لتقييم كفايَةِ خَدَماتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة من حيث العَلاقَةُ مع المَواليد، يَكون المستوى الأدْنَى المَقْبول المُقارَن هو 5 مَرافِق لكلِّ 20000 من الولادات السَّنويَّة (بما في ذلك مِرْفَقٌ شامِل واحِد على الأقل).

وإذا كان لدى البَلد مَزيجٌ من المَرافِق العموميَّة والخصوصيَّة، يجب اتِّخاذُ قرار حَوْلَ جَمْع المُعْطَيات من جَميعِها أو التَّرْكيز على قِطاعٍ واحد (القِطاع العُمومي عادةً). ولكن بتَضْمين أو اشتمال القِطاع الخُصوصي فقط، سيَكون لدينا صورةٌ كامِلَة عن جَوْدَة عَمَل النِّظام الصحِّي وعن المستويات الإجماليَّة لتوفُّر الرِّعايَة واستعمالها وجَوْدتها. وبما أنَّ المؤشِّراتِ تَقومُ على تَقْديراتِ السكَّان (إجمالي السكَّان مَثلاً)، فمن المُفيد اختيارُ جَميع المَرافِق الصحِّية (أو عيِّنَة تَمثيليَّة) للتقييم. وكلَّما اعتمدَ البلدُ على المَرافِق الخُصوصيَّة في الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة، كانَ من المهمِّ أكثر تَضْمينُ القِطاع الخُصوصي. وكتَوْضيح لهذه النقطَة، أَظْهرَ تَقْييمٌ للحاجاتِ في بينين Benin عام 2003 أنَّ رُبعَ المَرافِق التي تُقدِّم رِعايةً تَوْليديَّةً طَارِئَة شامِلة وجَميعَ المَرافِق العامِلَة على المستوى الأساسي تَقْريباً كانت تعملُ في القِطاع الخُصوصي (7).

العَرْضُ والتَّفْسير

إذا لم يكنْ في البَلَد أو الإقليم، بصورةٍ إجماليَّة، خمسةُ مَرافِق للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة (بما في ذلك مِرْفَقٌ شامِل واحد على الأقل) لكلِّ 500000 من السكَّان، فإنَّ المستوى الأدْنَى المَقْبولَ الكلِّي لخَدَماتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة غيرُ مُتَوفِّر. وفي هذه الحالَة، تكون الأولويَّةُ الكبرى لزيادَة عدد المَرافِق العامِلَة إلى حين إيجادِ المستوى الأدْنَى على الأقل؛ ويمكن القيامُ بذلك بطُرقٍ مختلفَة، مثل تَحْديث المَرافِق المَوْجودَة أو بِناء مَرافِق جَديدَة أو الجَمْع بين الاثنين بصورةٍ ما.

عندَ الوفاءِ بالمستوى الأدْنَى المَقْبولَ الكُلِّي لخَدَماتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة، يَكون من المَعْقول الاسْتِنْتاجُ بأنَّه يُوجَد حالياً عددٌ أدنى مَقْبول من المَرافِق بشكلٍ عام؛ وتكون الخطوةُ اللاحقَة هي النَّظر إلى التوزُّع الجُغرافي للمَرافِق (المؤشِّر 2).

نحن نوصي بقوَّة بأنَّه، فَضْلاً عن النظرِ إلى نسبة المَرافِق إلى السكَّان، يجب عَرْضُ المُعْطيات حَوْلَ إنجازِ الوَظائِف البارِزَة من حيث نسبةُ المَرافِق التي تُقدِّم كلَّ واحدةٍ من هذه الوَظائِف، كما هو مُبيَّن في الشَّكْل 1؛ وهذه المُعْطياتُ مفيدةٌ جداً في التَّخْطيط ووَضْع الأولويَّات للمُداخلات. ويُبيِّنُ الشَّكْلُ 1 أنَّه في بينين عام 2003، لم تكن جَميعُ المستشفيات التي تقدِّم الجراحةَ التَّوْليديَّة لديها القدرةُ أيضاً على نَقْلِ الدَّم. وعَلاوةً على ذلك، كانت 9٪ فقط من المراكِز الصحِّيَة، و 90٪ من المستشفيات، تَقُوم بسَحْب ما تبقَّى من نَواتِج أو مَحْصول الحَمْل بعد انحباسه في الرَّحِم. واليومَ، يُستعمَلُ الشَّفْطُ اليَدوي بالتَّخْلِيَة غالباً لمعالجةِ مُضاعفات الإجْهاض من قِبَل مهنيين متوسِّطي المستوى في المراكِز الصحِّيَة ومُستشفيات المناطِق (103). ويُقلِّلُ هذه الإجراءُ من الحاجةِ إلى الإحالَة referral، والتي تَتضمَّن نفقاتٍ هامَّة من العائلَة غالباً، مع تأخيرٍ خَطِر على الحياة وربَّما وفيات أيضاً.

تُغْفلُ وَظائِفُ بارِزةٌ معيَّنَة تَقريباً في بعض البلدان، لأنَّها لا تُضَمَّنُ في التَّدريب السَّابِق للخدمَة pre-service training لدى الفَريقِ الصحِّي أو في بروتوكولات المعالجَة الوطنيَّة. وإذا ما كانت إحدى الوَظائِف البارِزَة غائبةً عن مناهِج البَلَد، يمكِن اِسْتِعْمالُ الدَّلالَة "شامِل ناقِص 1 Compr-hensive minus 1" أو "أساسي ناقِص 1 Basic minus 1" كمقياس مؤقَّت، في حين تُراجَعُ السياساتُ وتُخطَّطُ المُداخلاتُ المُبَرْمَجة لمعالجةِ النَّقْص.

الدِّراساتُ الإضافية

أَسْبابُ عدم القيامِ بالوَظائِف البارِزَة

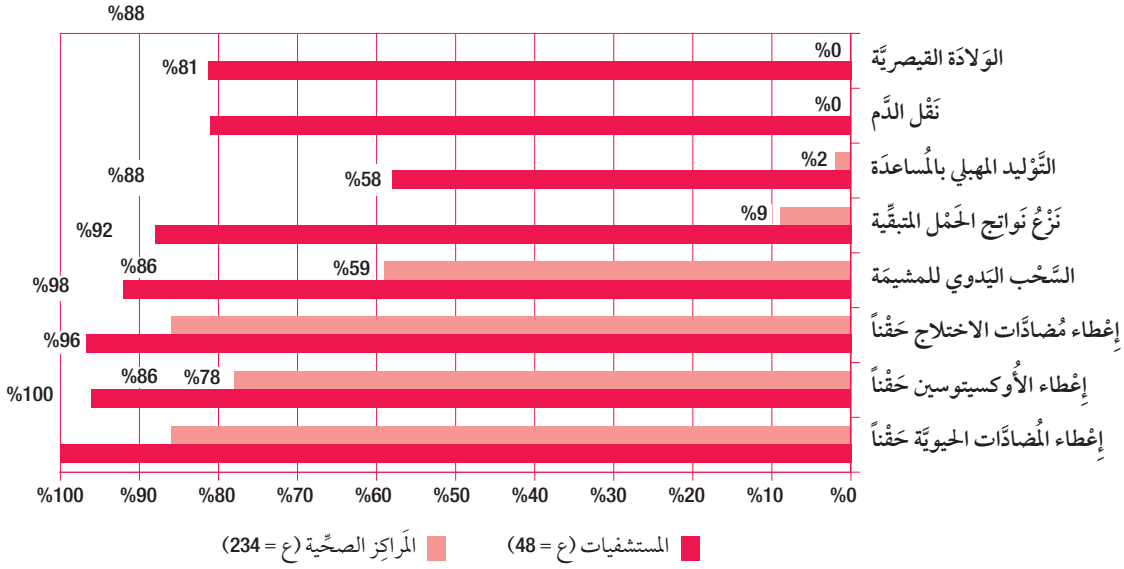
هناك عددٌ من الأَسْباب المحتملَة التي تجعلَ مركزاً صحِّياً أو مُسْتَشْفى صَغيراً لا يُصنَّف كمِرْفَق أساسي للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة؛ وأكثر ما يَكون ذلك نتيجةً لبعض المشاكِل الإداريَّة؛ فعندَ تَحْديد حالةِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة للمِرْفَق، فَكِّر بما يلي لكلِّ وَظيفةٍ بارِزَة:

- هل الفَريق في المِرْفَق مُدرَّبٌ وواثِق من مهاراته في القيام بالخدمَة؟
- هل كَوادِر الفَريق العامِل في المَرْفَق أم المَرْفَق نفسه مُخوَّل بالقيام بالوَظائِف البارِزَة؟
- هل اللَّوازِم والمعدَّات الضَّروريَّة مَوْجودَة ومستعملَة عملياً؟
- هل هناك حالاتٌ أُشيرَ بِاسْتِعْمال وَظيفةٍ بارِزَة معيَّنَة فيها؟

يُشيرُ التَّوْضيحُ الأخير إلى حقيقةِ أنَّ المِرفَق قد يكون قليلَ الحالات، وبذلك يمكن ألاَّ يحتاجَ سوى إلى إحدى الوَظائِف البارِزَة خِلال فترةِ الثَّلاثَة أَشْهُر. ولكنَّ مسألةَ عبء الحالاتِ case load بدَوْرِها يمكن أن تُستقصَى من خِلال تَحْديد ما إذا كانَ سُكَّان منطقةِ الاسْتِجْماع (الخدمَة) catchment population[3] قَليلين جداً ممَّا يجعل معدَّلُ وُقوع المُضاعفات موضعَ تساؤُل، أو كانت الإتاحَةُ a-cess مشكلةً جدِّية لأسبابٍ تتعلَّق بالمَعْلوماتِ أو الكلفَة أو المسافَة أو الممارسات الثَّقافية (التَّقاليد)، أو كانَ تجاوزُ

3 مِنْطَقَةُ الاسْتِجْماع هي مِنْطَقَةُ الخِدْمَةِ الطِّبِّيَّة.

الشَّكْل 1. نسبةُ المَرافِق الصحِّية التي كانت تُجْرَى فيها كُلُّ وَظيفةٍ بارِزَة خَلال الأشهر الثَّلاثَة الأخيرَة، بينين 2003.



عن وزارةِ الصحَّة في بينين، 2003، المراجع (6، 104).

المرفَق إلى مرفَقْ آخر أفضل من حيث الأداءُ الوَظيفي مُمارسةً شائِعَة.

عندَ عَرْضِ المُعْطَيات عن الوَظائف البارزَة، كما هو مُبيَّن في الشَّكْل 1، قد يَكونُ من المُمْكن رؤيةُ نَموذَج على مستوى البَلَد أو المنطقة، مثل القيام بوَظيفةٍ بارزَةٍ معيَّنة أم لا. ويمكن أن يكونَ من المُفيد القيام بمزيدٍ من الاسْتِعْلام، بمناقشَة المسألَة مع فَريق المرْفق مثلاً لمعرفَة كيفيَّة فَهْمِهم للمَشاكِل. ولكنَّ إيضاحَ ما يَدْفَع النِّساء إلى اسْتِعمال مرْفَقٍ دون آخر لا يمكن الحُصُولُ على مَعْلوماتٍ عنه إلاَّ من النِّساءِ في المجتمَع نَفْسِه. وتُسْتعمَل المَجْموعاتُ البؤريَّة (مَجْموعاتِ التَّرْكيز) focus groups غالباً لجَمْع هذا النَّمَط من المَعْلوماتِ. كما قد تَكونُ المُسُوحُ المجتمعيَّة community surveys غنيةً بالمعلوماتِ أيضاً، لكنَّها أصعبُ إجراءً وأكثر تكلفةً من المَجْموعاتِ البؤريَّة.

2.2 المؤشِّرُ 2: التوزُّعُ الجغرافي لمَرافِق الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة

الوَصْف

يُحْسَبُ المؤشِّرُ الثَّاني بالطَّريقةِ نَفْسِها مثل المؤشِّرِ الأوَّل، لكن مع الأخذِ بعين الاعتبار التوزُّع الجغرافي للمرافِق وإتاحتها. ويمكن أن يُساعدَ مُخطِّطِي البَرامج على جَمْع المَعْلوماتِ حَوْلَ الإنْصافِ في إتاحَةِ الخدمات على مستوى المناطِق.

ولتَحْديدِ العدد الأَدْنَى المَقْبول للمَرافِق الأساسيَّة والشَّامِلَة، ابدأ بقسمةِ سُكَّان المناطِق (مثل المُقاطعات أو الولايات أو الأقاليم) على 500000؛ حيث يُعْطيك ذلك العددَ الأَدْنَى المَقْبول لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الشَّامِلَة بالنسبة للمَناطِق؛ ثُمَّ اضرب النَّاتِج بالرقم 5 لحِسابِ العدد الأَدْنَى الإجْمالي للمَرافِق، الأساسيَّة والشَّامِلَة على حدٍّ سَواء، في المَناطِق. ولكن، لحِساب النسبَةِ المئويَّة للعددِ الأَدْنَى المُحبَّذ أو الموصَى به للمَرافِق المتوفِّرَة فِعْلاً لسكَّان المناطِق الثَّانوية، قَسِّمْ عَددَ مَرافِق

الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة العامِلَة على العدد المُحبَّذ أو الموصَى به واضرب النَّاتجَ بالعدد 100. ويُحدِّد تَمْرينٌ مُماثِل النسبةَ المئويَّة للعدد الأَدْنَى المُحبَّذ أو الموصَى به لِمَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الشَّامِلَة.

ولتَحْديدِ النسبَةِ المئويَّة للمناطِق الثَّانوية التي لديها العددُ المُوصَى به من مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة (بما في ذلك العددُ الأَدْنَى للمَرافِقِ الشَّامِلَة) بالنسبة إلى حَجْم سُكَّانها، يُقْسَمُ عددُ المناطِق الثَّانوية subnational areas ذات العددُ الأَدْنَى المُوصَى به على عددِ المناطِق الثَّانوية، ويُضْرَب النَّاتجُ بالعدد 100.

المستوى المَقْبولُ الأَدْنَى

لضمانِ العدالَة والإتاحَة، ينبغي أن تكونَ 100٪ من المناطِق الثَّانوية ذات أعدادٍ دُنْيا مَقْبولَة لِمَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة لا تقلُّ عن 5 مَرافِق (بما في ذلك مِرْفَقٌ شامِل واحد على الأقل) لكلِّ 500000 من السكَّان.

الخلفيَّة (مَعْلوماتٌ أساسيَّة) والمناقَشَة

يجب أن تكونَ المَرافِقُ التي تُقدِّم الرِّعايةَ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة مُوزَّعةً بحيث تستطيعُ النِّساءُ الوصولَ إليها؛ فإذا كانت المَرافِقُ متجمِّعَةً حَول العاصمَة أو في مراكز تجاريَّة كبيرَة فقط، سوفَ تُعاني النِّساءُ في النَّواحي البَعيدَة من التأخُّر في الحصول على المعالَجَة، وهذا ما قد يهدِّد بقاءَهن على قَيْد الحياة هنَّ ومَواليدهن. هذا، ويُبْدي الجدول 6 الزمنَ الوَسطي المقدَّر ما بين بَدْء المُضاعفاتِ التَّوْليديَّة الرَّئيسيَّة والوفاة؛ ويمكن مُشاهَدةُ أنَّ الزمنَ الوَسطي إلى الوفاة هو 12 ساعَة أو أكثر، مع أنَّ النَّزْفَ التَّالي للولادَة قد يسبِّب الوفاةَ بشكلٍ أسرع. ولذلك، يمكن أن تُنقَذَ الحياةُ في المرافِق الصحِّيةِ الرِّيفيَّة بحَقْن مقوِّياتِ توتُّر الرَّحِم والإماهَة rehydration بالسَّوائِل الوريديَّة.

في ضَوْءِ إلحاحِ المُضاعفاتِ الأموميَّة، يجب تَوْزيعُ خَدماتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في كامِلِ أَنْحاء البَلَد؛ ويمكن

الجَدْوَل 6. الفترةُ الوسطيَّة المقدَّرَة ما بين بَدْء المُضاعفاتِ التَّوْليديَّة الرَّئيسيَّة والوَفاة، في غياب المُداخَلات الطبِّيَّة.

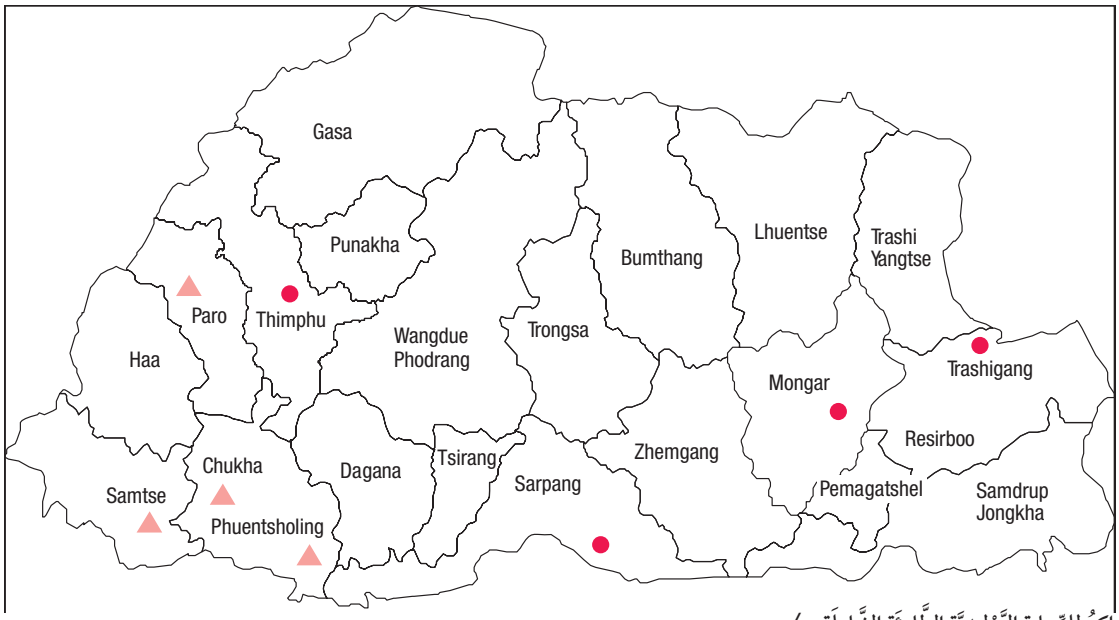
المُضاعفَة	السَّاعات	الأيَّام
النَّزْف • التَّالي للولادَة • قَبْلَ الوِلادَة	 2 12	
تَمَزُّقُ الرَّحِم		1
الارْتِعاج		2
الوِلادَةُ المُعَرْقَلَة		3
العَدْوَى		6

عن د. ميليني الوقاية من وفيات الأمهات في البلدان النامية:
اختيارات البرنامج واعتبارات عملية، في مؤتمر الأمومة الآمنة الدولي 1987.
معطيات غير مطبوعة، نيروبي

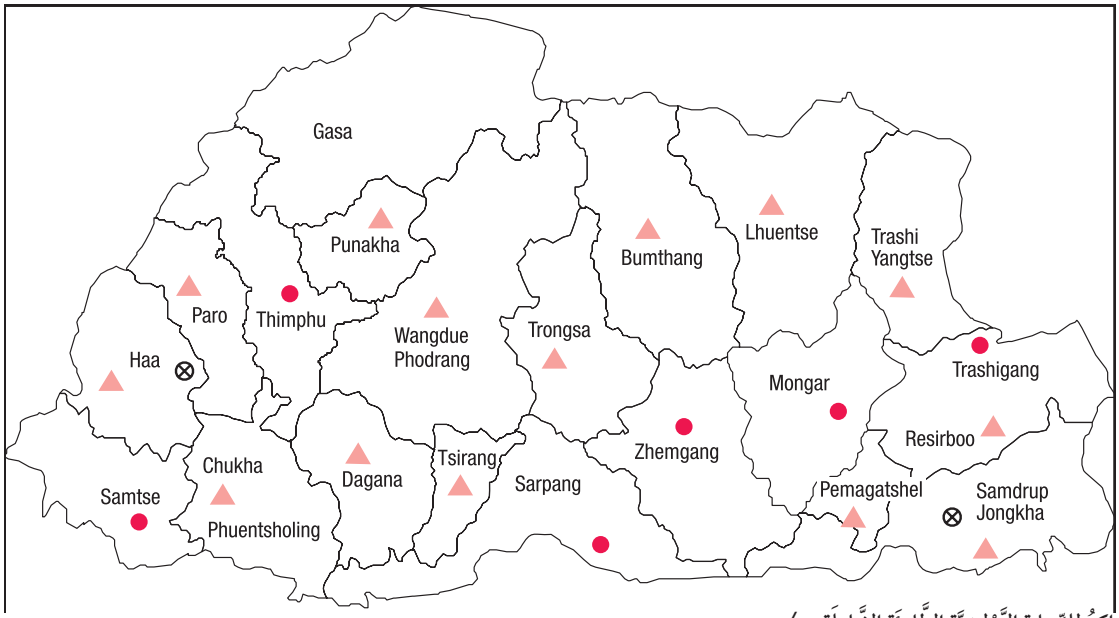
تَحَرِّي التوزُّع بكفاءَةٍ عبرَ حِسابِ عدد المَرافِق المتوفِّرَة في المناطِق الثَّانوية. ويُظْهِر التحليلُ على مستوى الأقاليم أو الوِلايات أو المناطِق أو القُرَى أو غير ذلك التَّبايُناتِ في عدالةِ الخَدماتِ الصحِّية غالباً؛ فنسبةُ مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة إلى عدد السكَّان الإجْمالي تكون أعلى غالباً منها بالنسبةِ للمناطِق الجغرافيَّة الصَّغيرَة؛ ففي نيكاراغوا عام 2001، مثلاً، كانت تغطيةُ الأعداد المشتركَة لسكَّان تسع نواحٍ إداريَّة ذات مَرافِقِ شامِلَة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة أكثر من الحدِّ الأدْنَى المَطْلوب (225٪). وعندما خَضَعت النَّواحي أو الأقاليم للفَحْص بشكلٍ فَرْدي، كانَ أربع منها فقط يُحقِّقُ المستوى الأدنَى المَقْبول للرِّعايَة الشَّامِلَة (102). كما أظهرَ تَقْييمُ الحاجات في موريتانيا عام 2000 أنَّ عددَ المرافِق التي تُقدِّم الرِّعايةَ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة وتوزُّعها كانا غير كافيَيْن؛ ولم يكنْ سوَى 8 فقط من بين 67 مرفقاً خضعَ للمَسْح يُقدِّم هذه الرِّعايَة (7 تقدِّم الرِّعايَةَ الشَّامِلَة وواحدٌ يقدِّم الرِّعايَةَ الأساسيَّة؛ كما كانَ أكثر من نِصْف مرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الشَّامِلَة في العاصمَة نواكشوط، بينما لا تُوجَد أيَّةُ مَرافِق في 9 مناطق من بين 13 منطقة (105).

يمكن أن تُنْصَحَ الحكوماتُ في بعض الظُّروف، لاسيَّما عندما يكونُ السكَّانُ مُبعثَرين والسَّفرُ صعباً، بتجاوزِ المستوى الأدنَى المَقْبول؛ ففي بوتان Bhutan – على سَبيل المِثال – أَظْهرَ تَقييمُ الحاجَات بالنسبةِ للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة مَشاكِلَ في التوزُّعِ الجغرافي للمَرافِق، وقد حَدَّثَت الحُكومَةُ على الفَوْر المَرافِقَ لتحسين توفُّرِ الرِّعايَة (الشَّكْل 2).

الشَّكْل 2. مَرافِقُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في بوتان.



● مَراكِزُ للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الشَّامِلَة ـ 4
▲ مَراكِزُ للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الأساسيَّة ـ 4



● مَراكِزُ للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الشَّامِلَة ـ 4
⊗ مَراكِزُ للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الشَّامِلَة (عَسْكريَّة) ـ 2
▲ مَراكِزُ للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الأساسيَّة ـ 4

عن اليُونيسف، قسم الخدمات الصحِّية ووزارة الصحَّة والتَّعْليم؛ تَقارير نصف سنويَّة تُرَفَع إلى صندوق الأمم المتَّحدَة للسكَّان، حزيران/ يونيو 2002 وتَمُّوز/ يوليو – كانون الثَّاني/ ديسمبر 2002؛ مُعْطياتٌ غير منشورَة: بوتان، المرجع (104).

جَمْعُ المُعْطَيات وتَحْليلُها

يُعَدُّ عَدَدٌ من القَضايا المُتَشابهة في جَمْعِ المُعْطَيات التي تُوجَد بالنسبةِ إلى المؤشِّر 1 وَثيقَ الصِّلَة أيضاً بالنِّسْبةِ إلى المؤشِّر 2. ولكن من الأرْجَح أن تَنْشَأ إحْدى هذه القَضايا في بعض مَناطِق من البَلَد أكْثَر منها في البَلَد بأكْمَلِه؛ فكم عَدَدُ مرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة التي يُنْصَح بها لمَجْموعةٍ من السكَّان subnational تَقلُّ عن 500000 نسمة، وما هو نَمَطُها؟ ليسَ هُناك من إجابةٍ واحدة تُناسِب جَميعَ الحالات؛ لكن يُنْصَح "بالتَّحْصيص prorating"؛ فمَثلاً، إذا كانَ تَعْدادُ السُّكَّان قَريباً من 250000، فإنَّ ثلاثةَ مَرافِق هو عَدَدٌ مَقْبول (التَّدْويرُ rounding هو الإجابَة الأكْثَر تَحفُّظاً). ويَعْتَمِد أن يكونَ أحَدُ هذه المَرافِق الثَّلاثة شاملاً على مَوْقِع المَرافِق الشَّاملَة في المناطِق المُجاورَة وعلى قُرْبها (أي المَسافَةُ بقياسها بالزَّمَن)(4).

يمكن أن تُقسَّمَ مَرافِقُ الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في مَناطِق مُحدَّدة من البَلَد حسب الإدارَة، لتَعْيين تَوَزُّع المَرافِق العُموميَّة والخصوصيَّة. كما يمكن لهذا التَّحْليل أن يَكون مُفيداً في منطقةٍ ذات مَرافِقَ خُصوصيَّة، ولكن من دون مَرافِقَ حُكوميَّة، حيث تُقَدِّم المَرافِقُ الحُكوميَّة خدماتٍ مجَّانية، بينما تَتَقاضَى المَرافِقُ الخُصوصيَّة رُسُوماً على خَدَماتها أو حيث تكونُ المَرافِقُ الحكوميَّة ومُسْتَشْفَيات الخَدماتِ مجَّانية.

العَرْضُ والتَّفْسير

إذا لم تُلَبِّ بعضُ المناطِق الجغرافيَّة لبلدٍ ما الحدَّ الأدْنَى المَقْبول، فلابدَّ من اسْتِهْداف المناطق غَيْر المُخدَّمَة، كما يجب تَكْريسُ الموارِد البشريَّة لتَحْسين تَوفُّر الخدمات.

يمكن تَقْديمُ أو عَرْضُ أعْداد مَرافِق الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارئة الأساسيَّة والشَّاملَة لكلِّ جَمْهَرَةٍ سكَّانية فَرْعيَّة subnational بشَكْل جَداوِل أو خَرائِط، حيث تُظَلَّلُ المناطِقُ الفَرْعيَّة من البَلَد وفقاً لمستوى التَّغْطية (100٪ أو أكْثَر، مع تَقلُّ عن 100٪).

الدِّراسَةُ الإضافية

تَتَضمَّنُ مُؤشِّراتُ الوُصولِ إلى الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارئة المسافةَ والوقتَ؛ فمَع الزِّيادَةِ في تَوفُّر الخرائِط الرقميَّة وأنْظِمَة المَعْلومات الجغرافيَّة، ربَّما يَزْدادُ اسْتِعْمالِ هذا المؤشِّر. ويمكن تَوْطِيدُ معيارٍ مَعْقول لتوفُّر الخدمات، مثل وُجودِ المَرافِق الأساسيَّة والشَّاملَة المُتاحَة خِلال 2–3 ساعات من السَّفَر لمُعْظَم النِّساء. وفي الماضي، كانَ تَحْديدُ المسافَة بين المَرافِق وأماكن عَيْش السُّكَّان مُتْعِباً؛ لكنَّ أنْظِمَةَ المَعْلومات الجغرافيَّة جَعلت حِسابات المسافَة ومدَّة السَّفر أسْهَل بكثير؛ كما أصْبَحَت طُرُقُ القِياس دَقيقَة أكْثَر (106).

قد تكونُ الخرائِطُ التي تُظْهِرُ حالَةَ مَرافِق الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارئة وبُعْدَ المُجتَمَعات السَّكنيَّة عن المَرافِق الأساسيَّة والشَّاملَة (من حيث مدَّة السَّفر والعَلاقَةُ مع شَبَكة الطُّرُق في الوقتِ نَفْسِه) وتَوزُّع السُّكَّان وكَثافَتهم والمَلامِح الأخرى من حيث غياب الإنْصاف في الوُصول إلى الرِّعايَة، كلُّ ذلك قد يَكونُ من الوَسائِلِ الفعَّالَة في التَّبْشير والتَّخْطيط.

3.2 المؤشِّرُ 3: نِسَبُ جَميع الوِلادات في مَرافِق الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة

الوَصْفُ

المؤشِّرُ 3 هو نِسْبَةُ جَميع الولادات الحاصِلَة في مَرافِق الرِّعاية الصحِّية التَّوْليديَّة الطَّارئة (الأساسيَّة والشَّاملَة) في منطقةٍ ما. ويَكونُ البَسْطُ (أو الصورة) numerator هو عَدَدَ النِّساء المسجَّلات بأنَّهن وَلَدْنَ في مَرافِقَ مُصنَّفَةٍ كمَرافِق للرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارئة؛ أمَّا المَقامُ (أو المخرج) denominator فهو تَقْديرٌ لجَميع المَواليدِ الأحْياء المتوقَّعين في المنطقة، بِغَضِّ النَّظر عن مكانِ حُدوثِ الوَلادَة.

4 أي المسافةُ التي يَسْتَغْرِقُها الوصولُ إلى المِرْفَق (المُتْرجم)).

ونحن نَنْصَح بقوَّة بمؤشِّر مُوازٍ: نسبة الولادات في المَرافِق الصحِّية كافَّة في المنطقة، أو "المَواليد في المَراكِز والمؤسَّسات institutional births" أو "الولاداتِ في المؤسَّسات institutional deliveries". كما نَنْصَح بذلك لإعْطاء صُورةٍ مُتَكامِلَة أَكْثَر عن نَماذِج اسْتِعْمال النِّظام الصحِّي (انظر الشَّكْل 3). ويَكونُ البَسْطُ (أو الصورة) دائماً هو إحْصاء خَدماتِ الولادات في المَرافِق، بينما يُحْسَبُ المَقامُ (أو المخرج) ـ العَدَدُ المتوقَّع للولاداتِ الحيَّة – عادةً من أَفْضَل المُعْطَيات المتاحَة، وبِضَرْب العَدَدِ الكلِّي للسكَّان في المنطقة بمعدَّل المواليد الخام للمنطقَة نَفْسِها. ويمكن أن تُسْتَعْمَلَ طُرُقٌ أخرى لحِسابِ العَدَدِ المتوقَّع للمَواليدِ الأَحْياء.

المُسْتَوى الأَدْنَى المَقْبول

لا يُوجَدُ مُسْتَوى مَقْبول مُقْتَرَح؛ ولكن، في الطبعةِ السَّابقة من هذا الكُتيِّب، جَرَى وَضْعُ المستوى الأَدْنَى المَقْبول عندَ 15٪ من الولاداتِ المتوقَّعَة. وقد الْتَزَمَت الكَثيرُ من الحكوماتِ، في تلك السَّنوات، بزيادةِ نسبةِ النِّساء اللواتي يَلِدْن في المَرافِق الصحِّية، وعَمِدَ بَعْضُها إلى تَحْقيق نسبة 100٪. ولذلك، يجب أن يُوضَعَ الهدفُ الأَدْنَى لهذا المؤشِّر من قِبَل الحكوماتِ المَحلِّية أو الوطنيَّة.

مَعْلوماتٌ أساسيّة

اقْتُرِحَ المؤشِّرُ 3 أصلاً لتَحْديد فما إذا كانت النِّساء يَسْتَخدِمْنَ مَرافِقَ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة المعيَّنَة بالمؤشِّرين 1 (تَوفُّر خَدماتِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة) و 2 (التوزُّع الجغرافي لمَرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة)، وهو يُفيدُ كمؤشِّر خام (أَوَّلي) لاسْتِعْمال خَدماتِ (أو مَراكِز) التَّوْليد من قِبَل النِّساء الحَوامِل. وفي الحالاتِ التي لا تَكونُ فيها أَنْظِمَةُ التَّسْجيل كافيةً لجَمْع المُعْطَياتِ للمؤشِّر 4 (الحاجة الملحَّة إلى الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئة "نسبة الحاجة الملبَّاة met need)، يَكونُ عَدَدُ النِّساء اللواتي يَلِدْنَ في المَرافِق الصحِّية متوفِّراً بشَكْلٍ دائم تَقْريباً. ويمكن أن يُقدِّمَ اسْتِعْمالُ هذه المُعْطياتِ للمُدَراء فِكْرةً تَقْريبيَّة عن مَدَى اسْتِعْمالِ النِّساء الحَوامِل للنِّظام الصحِّي، لاسيَّما عِنْدَ إشْراكِهِ مع المَعْلوماتِ عن المَرافِقِ التي تُقدِّم الرِّعايةَ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة.

إنَّ الهَدَفَ المثالي على المَدَى الطَّويل هو أن تَحْصَلَ جَميعُ الولادات في المَرافِق الصحِّية (أو تَكون قَريبةً جداً منها)، حيث يمكن فيها مُعالَجَةُ مُضاعفاتِ الولادَة لدى ظُهورِها. ولقد جعَلَت العديدُ من البلدان حُصولَ الولاداتِ بنسبة 100٪ في المؤسَّسات إسْتراتيجيةً رَئيسيَّة لها للتَّقْليل من معدَّلِ وَفيات الأُمَّهات. ولكن مع اقْترابِها من هذا الهَدَف، تَظْهَر مَشاكِلُ أخرى؛ ففي العَديدِ من البلدان، لا تَسْتَطيع الأنظمَةُ الصحِّية التَّكيُّفَ مع العِبْءِ الإضافي من المريضاتِ من دون زيادةٍ كَبيرَة في المَرافِق والموظَّفين؛ كما أنَّ المدراءَ لديهم مَعْلوماتٌ مَحْدودَة عن كيفيَّة قِيام المَرافِق الصحِّية بعَمَلِها. هذا، ولا تَعْني الولادَةُ في مِرْفَق صحِّي بالضَّرورة الحُصولَ على رعايةٍ ذات جودَةٍ عالية أو نَقْص وفياتِ الأُمَّهات؛ فالمَرافِقُ الصحِّية الصَّغيرَة يمكن ألاَّ تَضُمَّ فَريقاً مُدرَّباً بشَكْلٍ كافٍ، أو قد لا يَكونُ لدى الفَريق المعدَّاتُ أو السُّلطَة لمعالَجةِ المُضاعفاتِ المهدِّدة للحَياة. كما لا تَقومُ العَديدُ من المَرافِق بوَظيفتِها جَيِّداً بسَبب ضَعْف الإدارَة، حيث يجب أن تُعالَجَ قبل زيادَة عَدَد الولادات بشكلٍ كبير في هذه المَرافِق (107، 108). ولهذه الأَسْباب، جَرَى تَضْمينُ حالةِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة للمَرافِق الصحِّية في المؤشِّر 3 (نِسْبة الولاداتِ في مَرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة)، ونحن نُوصي بحسابِ هذا المؤشِّر وتَفْسيره مع المؤشِّراتِ الأخرى.

جَمْعُ المُعْطَيات وتَحْليلُها

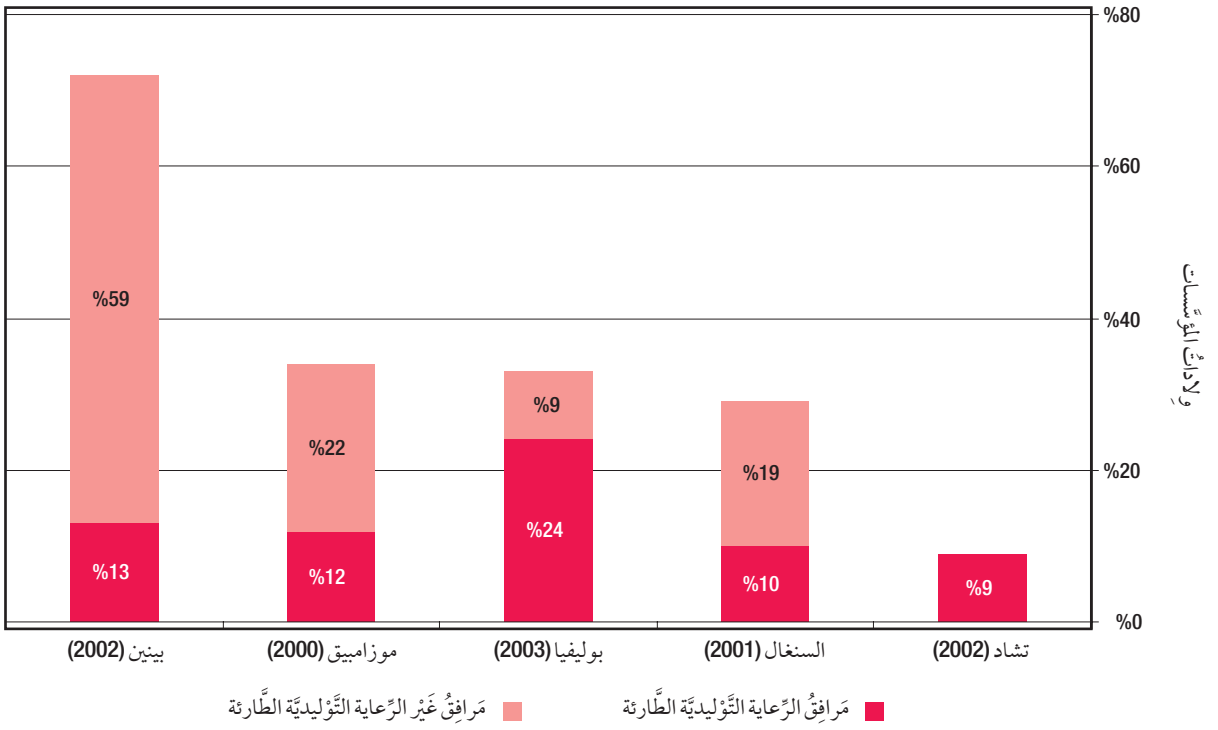
على الرَّغْم من أنَّ اسمَ المؤشِّر هو "نسبة الولادات في مَرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة"، يَكونُ البَسْطُ (أو الصورة) في المُمارَسَة هو عَدَد النِّساء اللواتي يَلِدْن وليسَ عَدَدَ الرُّضَّع المَوْلودين. ونحن نُمَيِّز أنَّ عَدَدَ المَواليد سيَكون أَعْلى بقَليلٍ من عَدَدِ النِّساء الوالِدات، بسَبب تَعدُّد الولادات؛ ولكن قد لا يَكونُ الجهدُ الإضافيُّ اللازِم لعَدِّ المَواليد وليسَ النِّساء

الوالِدات ضَرورياً، ورُبَّما تَغْيير الاِسْتِنْتاجات المَأْخوذَة من النَّتائج أيضاً. ويُحْصَلُ على أَعْدادِ النِّساء اللَّواتي يَلِدنَ في المَرافِق من أَنْظِمَة سِجلاَّت المَرافِق الصحِّية، وهي تُجْمَع غالِباً صياغةِ تَقارير شَهْرِيَّة تَصِل إلى الحكومَة. وتَتَوفَّرُ حالةُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئة للمَرافِق الصحِّية التي تَحْصل فيها الوِلادَةُ من نَتائج المراقبةِ الرُّوتينية أو تَقْييم الحاجات تحت المؤشِّر 1.

يَرْتَكِزُ العَدَدُ الكلِّي المتوقَّع للوِلاداتِ في منطقةٍ ما على المَعْلوماتِ حَوْلَ عَدَد السُّكَّان ومُعَدَّل المَواليد الخام. وتَميلُ مَكاتِبُ الإِحْصاءِ الوَطنِيَّة إلى إِسْنادِ وَضْعِ الخطط السكَّانية إلى نَتائج آخِر تَعْداد للسكَّان. ومن المُمْكِن أن يكونَ لديها مُعدَّلاتُ ولادة إقْليميَّة أوَّلية (خام)؛ ولكن إذا لم يُوجَدْ ذلك يَكونُ مُعدَّلُ المَواليد الخام مُتاحاً غالباً من المُسُوح السُّكَّانية الوطنيَّة المُعْتَمِدَ على السكَّان، كالمُسُوح السُّكَّانية والصحِّية. ويجب – إن أَمْكَن – اِسْتعمالُ التَّقْديراتِ في منطقةٍ جغرافيَّة معيَّنة، وليسَ تَطْبيق مُعدَّلُ المَواليد الخام الوَطنِي على جَميع الأقاليم. هذا، ويَجْري اِخْتِيارُ المناطق أو الأقاليم غالباً للمُداخَلاتِ أو البَرامج بسَبب الحاجاتِ الخاصَّة، ولذلك تَميلُ إلى أن تكونَ ذات مُؤشِّراتٍ أَضْعَف مِمَّا هي على المستوى الوَطَنِي. ويَكونُ مُعدَّلُ المَواليدِ في المناطِق الفَقيرَة عادةً أَكْبَر من المتوسِّط الوطنِي، لذلك يُؤدِّي استعمالُ المعدَّل المتوسِّط الوطنِي إلى نَقْص في تَقْدير العَدَد المتوقَّع للولادات، كما أنَّ تَقْديرَ نسبةِ الوِلاداتِ في المَرافِق سيَكون أَعْلى.

ويَسْمَحُ التَّحليلُ المُوازي لنسبةِ جَميع الوِلادات في كلِّ المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح بمقارنَةِ نسبةِ الوِلادات في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة مع نسبةِ الوِلاداتِ في المَرافِق كافَّة. وهذا يَدُلُّ على الدَّرجَةِ التي تُقَدِّمُ بها المَرافِقُ الأخرى خَدَماتِ التَّوْليد. هذا، ويُظْهِرُ الشَّكْلُ 3، في جمهوريَّة تشاد مثلاً، أنَّ جَميعَ الولاداتِ في المَرافِق كانت في مَرافِق

الشَّكْل 3 . نِسبُ جَميع المَواليد في مَرافِقِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة وجَميع المَرافِقِ الخاضِعَة للمَسْح



عن المراجع (7, 37, 56)

الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة بينما أَضافَت نسبُ الولاداتِ في غَيْرِ مَرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة 22.9٪ في بُوليفيا ومُوزامبيق والسِّنغال. وبالمُقابل، حَدَثَت نسبةٌ صَغيرَة فقط من ولادات المؤسَّسات – في بينين Benin – في مَرافِق يمكن مُعالَجةُ معظمِ مُضاعفات الوِلادَة فيها.

كما يمكن تَحْليلُ هذا المؤشِّر بِمُسْتَوى المِرْفَق (المُسْتَشْفَيات وغيرها)، وبالملكيَّة أو الإدارَة (عُمُوميَّة وخُصُوصِيَّة) وبالمنطقَة القطريَّة (في البَلَد)، وذلك لتَعْيين أماكِن ولادَة النِّساء؛ فهل من الأَرْجَح أن تَلِدَ النِّساء في مَرافِق خُصوصيَّة أم حُكوميَّة؟ وهل تُوجَد ولاداتُ مُؤَسَّساتٍ أَكْثَر في مَناطِق معيَّنة من البَلَد؟ وبذلك يمكن أن يُقدِّمَ تَقسيمُ المُعْطَيات بهذه الطَّريقَة مَعْلوماتٍ نَوْعيَّة أكثر حَوْلَ المُداخلات الأكثر إِلْحاحاً، وحَوْل مَكانِها.

العَرْضُ والتَّفْسير

يُظْهِرُ هذا المؤشِّرُ، بوجهٍ عام، حجمَ خَدمات الأُمومَة التي تُقدِّمُها المَرافِق؛ فإذا بَدَت أنَّها قَليلةُ الاسْتِعْمال، لابدَّ من استقصاءِ الأَسْباب. ولزيادةِ الاسْتِعْمال، ينبغي التأكيدُ على تَمْكين النِّساء المُصابات بِمُضاعفاتٍ من اسْتِعْمالِ مَرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة. والهدفُ الأوَّل للبَرامج هو التَّقْليل من وَفياتِ الأُمَّهات، بحيث نَضْمنُ أن تُتاحَ مَرافِق الرِّعاية الطَّارئة العامِلَة لنسبةِ 100٪ من النِّساءِ المُصابات بِمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة.

الدِّراساتُ الإضافِية

وعلى المستوى المَحلِّي، تكونُ الدِّراساتُ الإضافيَة لفَهْم اسْتِعْمالِ الخَدمات بشكلٍ أفضل مُفيدةً دائماً تقريباً؛ فأيَّةُ مَجْموعاتٍ من النِّساء تَسْتَعْمِل الخَدَمات؟ وأيَّهن لا يَسْتَعْمِلنها، ولماذا؟ من الواضِح أنَّ للأَجْوبَةِ عن هذه الأسئلَة مَضامينَ بالنسبة للصحَّة العموميَّة وحُقوق الإنسان.

أيُّ النِّساء لا يأتينَ إلى المَرافِق؟

حتَّى إذا كانَ اسْتِعْمالُ المَرافِق الصحِّية (بما فيه مَرافِقُ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة) كبيراً نسبياً، فمِمَّا يستحقُّ الاهتمامَ اسْتِقْصاءُ أيِّ النِّساء لا يَسْتَعْمِلْنَها؛ فبعضُ العَوامِل تؤثِّر بقوَّة في اسْتِعْمالِ الخَدمات في منطقةٍ معيَّنَة، مثل المسافَة إلى المِرْفَق وانتشار الأقلِّيات الإثنيَّة أو الدِّينيَّة ومستوى التَّعْليم (كدلالةٍ على الحالة الاجتماعيَّة مثلاً) وسُمْعَة المِرْفَق والفَقْر. ويمكن أن تَتوفَّرَ المَعْلوماتُ عن بعضِ هذه العَوامِل، مثل السَّكَن أو الإقامَة، في سِجلَّات المِرْفَق الصحِّي، كما يمكن مُراجَعَةُ السِّجلَّات لتَحْديد ما إذا كانت النِّساءُ يَأْتينَ من جَميع أنحاء مِنْطَقَة اسْتِجْماع (مِنْطَقَة الخِدْمَة الطِّبِّيَّة) catchment area أو من البلدَة التي يَقَع فيها المِرْفَقُ فقط. وبالنسبةِ إلى العَوامِل التي لا تُسجَّل مَعْلوماتٌ عنها بشكلٍ روتيني، يمكن القيامُ بدراسةٍ عنها؛ فمَثلاً، يمكن فَرْزُ الطلبة أو أعضاء الفَريق إلى جناح الأُمَّهاتِ لبضع أسابيع أو شهر لتَسْجيل المَعْلوماتِ ذات الصِّلَة. ولكن، قد يَكون من المهمِّ تَدْريبُ جامِعي المُعْطَياتِ والإشراف عليهم لضمانِ اتِّباعِهم قَواعِد السرِّية ومعاملة المَرْضَى وعائلاتهم باحترام والسُّؤال عن المَعْلومات بأسلوبٍ غير متحيِّز.

ومن المثالي أنَّ شاكلةَ (بروفيل) النِّساء اللواتي يَستعملنَ الخَدماتِ يمكن أن تُقارنَ مع شاكلةِ النِّساء في قطاعٍ من السكَّان (المُسوح الوطنيَّة المعتمدَة على السُّكَّان) لتَحْديد خَصائِص النِّساء اللَّواتي لا يُمثِّلن مُسْتَعْمِلاتِ المِرْفَق (109).

لماذا لا تَسْتعمِلْ بعضُ النِّساء المِرْفَق؟

عندَ تَحْديد مَجْموعاتِ النِّساء اللواتي لا يُمثِّلن مُسْتعملاتِ المِرْفَق، يَكون من المهمِّ اكْتِشاف السَّبب؛ وينبغي ألاَّ يفترض أحدُنا أنَّهن يعرفن السَّبَب، حتَّى وإن كُنَّ قد نَشَأْنَ في المنطقَة. وإذا ما كانَ الافتراضُ خاطِئاً، ربَّما لا يُفيد أي "إجْراء تَصْحيحي" يُتَّخَذ (110). ولابدَّ أن تُسأَلَ النِّساءُ، سواءٌ من خِلال المُقابلاتِ أو المَجْموعاتِ البؤريَّة

focus groups؛ أو يمكن القيامُ بدراساتٍ لمقارنَةِ الفئات السكَّانية الفَرْعيَّة subpopulations، بَعْدَ إجراء تَعْديلٍ حسب الحاجَة أو المُراقبَة الإحصائيَّة لتَفْنيدِ العَوامِل.

يمكن اِسْتِعْمالُ أنشطةٍ مختلفَة لتَحْسين الاِسْتِعْمال، بالاعتِمادِ على العَوامِل التي تُعيقه.

- إذا أَظْهَرَت مُناقشات المَجْموعات البُؤريَّة أنَّ الناسَ يَفْتَقِرون إلى المَعْلومات الأساسيَّة حَوْلَ المُضاعفات التَّوْليديَّة، يمكن أن يَكونَ برنامجُ تَثْقيف المجتمَع مُفيداً. ولابدَّ من تَحْديدِ الشَّكل الدَّقيق للبرنامج حسب الظُّروف المحلية، ولكن يَنْبغي ألاَّ يَسْتهدف النِّساءَ الحَوامِل فقط، بل الأشخاص الذين يُؤثِّرُ قَرارُهم أيضاً في طلب الرِّعايَة، مثل النِّساء الأُخْريَات في سنِّ الإنجاب والزَميلات وأمَّهات الأزواج (الحَموات) ومُرافقات المَواليد التَّقليديَّات.
- إذا كانَ النَّقلُ من القريَة إلى مِرْفَق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة مشكلةً، يمكن للمجتمَع أن يَتَحرَّكَ لتَنْسيق اِسْتِعْمال وسائط النَّقل.
- إذا كانت الطُّرُق السيِّئَة حائلاً أمام الرِّعايَة، يجب أن تعملَ الحكومَةُ المحلِّية على تَحْسينها؛ أمَّا عندما يكون العجزُ في اللَّوازم أو سوء النَّوْعية الإجماليَّة للرِّعايَة الناسَ دافعاً للشعور بأنَّ الذهابَ إلى المستشفى لا يَسْتحقُّ تَجشُّمَ المعاناة، يجب السعيُ إلى حلولٍ للمشاكل.
- إذا كانت النِّساءُ يَتمنَّعنَ عن اِسْتِعْمال الخَدمات بسبب معاناتهن سابقاً من بعض المُمارسات أو سَماعهن عنها، يمكنَ مُناقَشَةُ تلك المُمارسات مع الموظَّفين في المِرْفَق لتَحْديد كيفيَّة تبنِّي المَعايير المثاليَّة norms للمِرْفَق بحيث تَتَّفق مع العادات أو الرغبات المَحلِّية.
- إذا كانت تكلفةُ الخَدمات عقبةً، فإنَّ صَناديقَ الطَّوارئ الطبِّية أو مُخطَّطات التَّأمين بَرهنت على نَجاحِه في بعض المَواقع (111).

من يَحْضر الوِلادات في المَرافق؟

لا يَحْضر الوِلادات في المؤسَّسات فَريقُ تَوْليدٍ ماهِر بالضَّرورَة (112). ولذلك، يمكن إِجْراءُ دِراسَةٍ لمعرفَة كَوادِر العامِلين المُساهمين في الوِلادات ومستوَى كفاءتِهم.

كما يمكن مقابلةُ مُقدِّمي الرِّعايَة لتَحْديدِ فَهْمِهم، وقد تَسْمَح دِراساتُ المُشاهَدات observational studies بالتحقُّق من المُمارَسات في المَوْقع؛ كما تَسْمَح مُراجَعَةُ المُخطَّطات الاِسْتِعَادِيَّة retrospective chart reviews بتَقْييم تلك الجوانب التي يجب تَوْثيقُها على مُخطَّطات سِجلَّات المَرْضَى.

4.2 المؤشِّر 4: نسبةُ الحاجة المُلَبَّاة

الوَصْف

"نِسْبةُ الحاجات المُلَبَّاة met need" هي تَقْديرٌ لنسبةِ جَميع النِّساء المُصابات بمُضاعفات تَوْليديَّة مباشرة واللواتي يُعالَجْنَ في مِرْفَق صحِّي يُقدِّم الرِّعايةَ التَّوْليديَّة الطَّارئة (الأساسيَّة أو الشَّاملَة). ويَكونُ البسطُ هو عَدَد النِّساء المُعالَجات لمُضاعفات تَوْليديَّة مباشرة في مَرافق الرِّعاية الطَّارئة خِلال فترةٍ مُحدَّدَة، مَقْسوماً على العَدَدِ المتوقَّع للنِّساء المُصابات بمُضاعفات تَوْليديَّة كَبيرة، أو 15٪ من الوِلادات المتوقَّعَة خِلال الفترة نَفْسِها في منطقة معيَّنَة. وتَشْتَمِلُ المُضاعفاتُ التَّوْليديَّة المُباشرَة المَشْمولَة بهذا المؤشِّر على: النَّزْف (السَّابق للوِلادَة والتَّالي لَها) والوِلادَة المطوَّلَة والمُعْرْقَلَة، والإنْتان التَّالي للوِلادَة، ومُضاعَفات الإجْهاض، ومقدِّمَة الاِرْتِعاج الشَّديدَة، والاِرْتِعاج، والحَمْل المُنْتَبذ، وتَمزُّق الرَّحِم (انظر اللوحة 2 للوُقوف على التَّعْريفات العمليَّة لهذه المُضاعفات التَّوْليديَّة المُباشرَة).

وكما ناقشْنا في المؤشِّر 3، نحن نُوصي بشدَّة بأن تُحْسَبَ نسبةُ الحاجة الملبَّاة في جَميع المَرافق الصَحِّية، فَضْلاً عن مَرافق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة، لتَقْديم صورةٍ أكثر اِكْتِمالاً لاِسْتِعْمال النِّظام الصحِّي والمواقع التي تُعالَجُ النِّساء فيها.

اللَّوْحَة 2. التَّعْريفاتُ العَمليَّة للمُضاعفاتِ التَّوْليديَّة المُباشرَة الكُبْرَى

النَّزْف

السَّابق للو لادَة

- النَّزْف الشَّديد قبلَ الوَلادَة وفي أثنائِها: المَشيمَة المُنْزاحَة placenta praevia، انفِصال المَشيمَة placental abruption.

التَّالي للو لادَة

- النَّزْف الذي يَتطلَّب مُعالَجةً (مثل تَوْفير السَّوائِل الوَريديَّة أو الأَدْويَة المقوِّية لتوتُّر الرَّحِم أو الدَّم).
- المَشيمَة المُحْتَبَسَة retained placenta.
- النَّزْف الشَّديد بسبب التمزُّقاتِ (المهبليَّة أو العُنُقيَّة).
- النَّزْف المَهْبلي الذي يَزيد على 500 مل بعدَ الو لادَة).
- أَكْثَر رفادَة مُشبَّعَة بالدَّم خِلال 5 دقائِق.

الو لادَة المطوَّلَة أو المُعَرْقَلَة (عُسْرُ الو لادَة dystocia، المَخاض الشَّاذ) (أو أي من التَّالي)

- تَطاولٌ مُتَوطِّد في المرحلةِ الأولى مِن المَخاض (أكثر من 12 ساعَة).
- تَطاولٌ الطَّوْر الثَّاني من المَخاض (أكثر من ساعَة).
- اللاتَناسُب الرأسي الحَوْضي cephalo-pelvic disproportion، بما في ذلك تنذُّبُ الرَّحِم.
- سُوءُ المَجيء malpresentation: المَجيء المُسْتَعْرِض أو المَجيء الجَبْهِيُّ أو الوَجْهي.

الإنْتانُ التَّالي للو لادَة

- دَرجَة الحَرارَة 38م° أو أكْثَر لمدَّة تَزيد على 24 ساعَة بعدَ الو لادَة (في قِراءتَيْن على الأقل، لأنَّ المخاضَ بِحدِّ ذاتِه قد يُسبِّب بعضَ الحمَّى، وإحْدَى العَلامات أو الأَعْراض التَّاليَة: أَلَم أسفل البَطْن، إفراز مَهْبلي قَيْحي كَريه الرَّائِحَة (هُلابَة lochia)، مَضَض الرَّحِم، عدم تقلُّص الرَّحِم جَيِّداً، قِصَّة نَزْف مَهْبلي غَزير (اِسْتَبْعِد المَلاريا).

مُضاعَفاتُ الإجْهاض (العَفوي أو المُحَرَّض)

- النَّزْف بسَبَب الإجْهاض الذي يَتطلَّب الإنْعاشَ بالسَّوائِل الوَريديَّة أو نَقْلَ الدَّم أو مُقَوِّيات تَوتُّر الرَّحِم.
- الإنْتان بِسَبَبِ الإجْهاض (بما في ذلك الانْثِقابُ والخُراج الحَوْضي).

مُقَدِّمَةُ الارْتِعاج والارْتِعاج

- مُقَدِّمَةُ الارْتِعاج الشَّديدَة: ضَغط الدَّم الانبساطي يساوي أو أكثر 110 مم. ز أو بيلة بروتينيَّة يساوي أو أكثر 3 بعدَ الأسبوع 20 من الحَمْل. عَلاماتٌ وأَعْراض مختلفَة: صُداع، فَرْط المُنْعَكسات، تشوُّش الرُّؤيَة، قلَّة البَوْل، أَلَمٌ شرسوفي، وذمةٌ رئويَّة.
- الارْتِعاج.
- الاختِلاجات: ضَغط الدَّم الانبساطي يساوي أو أكثر 90 مم.ز بعدَ الأسبوع 20 من الحَمْل أو بيلة بروتينيَّة يساوي أو أكثر 2. وقد تُوجَد عَلاماتُ وأَعْراض مُقَدِّمَة الارْتِعاج الشَّديدَة.

الحَمْل المُنْتَبذ

- نَزْفٌ داخِلي من الحَمْل خارِج الرَّحِم؛ ألمٌ بَطْني سُفْلي وصَدْمَة ربَّما بسبَب النَّزْفِ الدَّاخِلي؛ حَيْضٌ متأخِّر أو إيجابيَّة اختبار الحَمْل.

تَمَزُّق الرَّحِم

- تَمَزُّق الرَّحِم مع قصَّة مَخاض مُطوَّل أو مُعاق عندما تتوقَّف التقلُّصاتُ الرَّحميَّة فجأةً؛ بطنٌ مؤلِم (قد يَتَناقص الألمُ بعدَ تَمَزُّقِ الرَّحِم). ويمكن أن تدخلَ المريضُة في صدمةٍ بسبب النَّزْفِ الدَّاخلي أو المَهْبلي.

عن المراجع (95، 97، 98).

المستوى الأَدْنَى المَقْبول

بما أنَّ الهدفَ هو أن تتلقَّى جَميعُ النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة رِعايةً تَوْليديَّة طارِئَة، يَكونُ المستوى الأَدْنَى المَقْبولُ هو 100٪. وقد تَرْغب الحُكوماتُ بوضع أهدافٍ أو مَرام داخليَّة interim targets بمجرَّد امتلاكِها لبنيةٍ أساسيَّة، وبَدْئِها بمُداخلاتٍ لتَحْسين تَوفُّر هذه الرِّعايَة واسْتِعْمالها.

مَعْلوماتٌ أساسيَّة

تُعَدُّ نسبةُ الحاجات المُلبَّاة مقْياساً أكثرَ دقَّةً لاسْتِعْمالِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة من المؤشِّر 3 (نسبة جَميع الولادات في المَرافِق الصحِّية للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة)، لأنَّها تُحَدِّد ما إذا كانت النِّساءُ اللَّواتي يَحْتجن إلى رِعايةٍ تَوْليديَّة مُنْقِذَة للحياة يَتَلقَّيْنَها فِعْلاً.

ولتَقْدير نسبةِ الحاجات المُلبَّاة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة، يَنْبَغي تَقْديرُ الحاجَة الكلِّية، ثُمَّ مُقارنَة عَدَد النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة خَطيرَة واللَّواتي يَتلقَّين رِعايةً طارِئَة في هذه المَرافِق. ويُقدَّرُ أنَّ الحاجةَ الكلِّية إلى الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة هي 15٪ من جَميع الولاداتِ، مع أنَّ هُناك مناقشَةً واضِحَة حَوْلَ العَدَدِ المتوقَّع للمُضاعفاتِ. وقد أدَّت الدِّراساتُ إلى مَجْموعَةٍ من النَّتائج:

- لقد بيَّنَت مُراجَعَةُ الدِّراسات في مناطِق جغرافيَّة مختلفَة قائِمَة على تَعْريفاتٍ وطَرائِق مُتَباينَة مستوياتِ نسبةِ الحاجات المُلبَّاة عندَ 1٪ (113).
- أَظْهَرَتْ دِراسةٌ اسْتِباقيَّة prospective معتَمِدَة على السكَّان في ستَّة بلدان أفريقيَّة غالبيَّة أنَّ 6٪ من النِّساء الحَوامِل كُنَّ يُعانين من مُضاعفاتٍ تَوْليديَّة مباشرة شَديدَة (114). وقد ذَكَر المؤلِّفون أنَّ ما وَجَدوه قد يَكون أقلَّ من التَّقْديرات، لأنَّ تَعْريفاتِ المُضاعَفاتِ التي استُعملَت رُبطَت بمُداخلاتٍ طبِّية قد لا تَكون مُتَوفِّرةً في جَميع المَرافِق المُشاركَة. كما أنَّها اشتملَت على مُضاعَفاتٍ تَوْليديَّة مباشرة تَحْصَل في المَراحِل المتأخِّرَة من الحَمْل، وحَذَفَت مُضاعَفاتِ الإجْهاض والحُمول المُنْتَبذَة ectopic pregnancies.
- أَظْهَرَتْ مُراجَعَةٌ منهجيَّةٌ لانْتِشار المَراضَة الحادَّة الشَّديدَة لدى الأُمَّهات (أحْداث "كادت أن تفضي للموت")، قائِمَة على مَعايير نوعيَّة للمَرَض، انْتِشاراً بنسبة 0.8–2.8٪ (113). وقد تَفاوَتَت الدِّراساتُ المُراجَعَة من حيث مَجالُ المُضاعَفاتِ التَّوْليديَّة المُضمَّنَة وشدَّتُها وتَوْقيت المُضاعَفاتِ (الفترة في أثناء الولادَة وما بَعْدَها).
- أَظْهَرَتْ دِراسَةٌ اسْتِباقيَّة للولاداتِ في الهند وَقوعاً قدَره 17.7٪ للمُضاعَفاتِ التَّوْليديَّة المباشرة خِلالَ المَخاض والولادَة؛ ولكن لم تَشْتَمِلْ هذه الدِّراسَةُ على المُضاعفات الحاصِلَة خِلالَ الحَمْل (مثل مُضاعَفاتِ الإجْهاض)، لذلك ربَّما كانت النسبةُ المئويَّة الفعليَّة للنِّساء المُصابات بالمُضاعَفاتِ المباشرة أعلى. وقد استنتَجَ المؤلِّفون أنَّ 15.3٪ من النِّساء احتَجْنَ إلى رِعايةٍ تَوْليديَّة طارِئَة، وأنَّ نسبةَ 24٪ أخرى احتاجَت إلى رِعايةٍ طبِّية غير

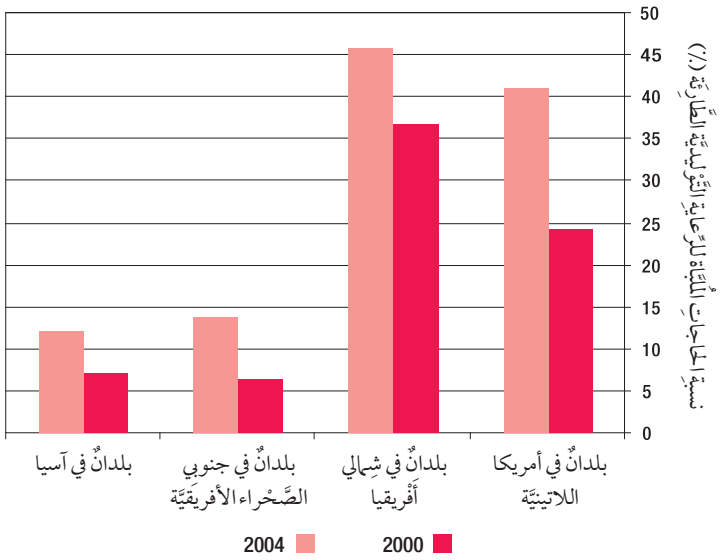
طارِئَة (115). كما أَبْدَت دراسَةٌ ثانيَة في الهند أنَّ 14.4٪ من الولادات تَرافقَت مع مُضاعفاتٍ خَطيرَة، إلاَّ أنَّ هذه الدِراسَةَ اقتصَرت على المُضاعَفاتِ حَوْل زمن الوَلادَة (116). وهناك دِراسَةٌ للمُعْطَياتِ الوطنيَّةَ خِلال الفترة 1991–1992 في الولايات المتَّحدَة، البَلَد ذي المعدَّل المنخفض لوفياتِ الأمَّهات، أظْهَرَت أنَّ 18 من حالاتِ الإدخال إلى المستشفى (الإسْتِشْفاء) hospitalizations بسَبب التَّوْليد وفقدان الحَمْل كانت لكلِّ 100 مَوْلود (117). وقد أُثْبِتَت هذه المَوْجوداتُ بمزيدٍ من المُعْطَياتِ الحَديثَة (66). ومع أنَّ النتائجَ مختلفَةٌ، لكنَّ المُشاوراتِ التقنيَّة قَرَّرت المحافظةَ على نسبة 15٪ كتقديرٍ وَسَطي لتواتُر المُضاعَفاتِ المباشرة الخَطيرَة بهدفِ تَقْديرِ الحاجَةِ إلى الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة.

جَمْعُ المُعْطَيات وتَحْليلُها

لحِسابِ نسبةِ الحاجات المُلبَّاة، لابدَّ من مَعْلوماتٍ عن النِّساء في هذه المَرافِق، واللواتي عُولجنَ بسبب المُضاعَفات التَّوْليديَّة الرَّئيسيَّة المُدْرَجَة في اللَّوْحَة 2. وقد اشتُقَّت التَّعْريفاتُ من منظَّمةِ الصحَّة العالميَّة (التَّدْبير العِلاجي لمُضاعَفاتِ الحَمْل والولادَة ودَليل المِمارسَات الأَساسيَّة للحَمْل والولادَة والرِّعايَة التَّاليَة للولادَة ورعايَة الوِلْدان (95، 98) ومَشْروع إنقاذ الأَمَّهات في الاتِّحاد الدُّوَلي لطبِّ النِّساء والتَّوْليد International Federation of Gynaecology and Obstetrics Save the Mothers Project. ويمكن تَحْسينُ تَقْييس standardization التَّعْريفات بالتَّدْريب والإشْراف. وتُعَدُّ هذه التَّعْريفاتُ هامَّةً لتدريبِ العاملين الصحِّيين والمُحاسبين والمُقابلين interviewers الذين يَجْمعونَ هذه المُعْطَياتِ بشكلٍ روتيني أو كجُزْءٍ من تَقْييمِ الحاجاتِ إلى الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة.

قد لا تُسَجِّلُ أَنْظِمَةُ سِجلاَّتِ الأُمومَةِ الروتينيَّة في العَديدِ من البلدان "سَبَبَ دُخول المُسْتَشْفَى reason for admission" أو "المُضاعفات الأُموميَّة"، مع أنَّ المُضاعَفاتِ يمكن أن تُؤَدِّي إلى وَفياتِ الأُمَّهات. هذا، ويُقدِّمُ المُلْحَقُ ب قائمةً من المَعْلوماتِ اللازمَة لحسابِ المؤشِّرات وأَنْماطَ السجلاَّت التي يجب الرُّجوعُ إليها. كما يُدْرِج البنودَ التي يمكن أن تَحْتَوي عليها السِّجلاَّت، مثل وقت الدُّخول admission ووقت المُداخلَة النَّوْعيَّة، حيث

الشَّكْل 4. الزِّياداتُ في نسبةِ الحاجاتِ المُلبَّاة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة خِلال المشاريع المَدْعومَة بصندوق الأمم المتَّحدَة للسُّكَّان (2000–2004).



عن بابلي ب. تَقْييم المرحلَة 1 بحسب صُنْدوق الأمم المتَّحدَة للسُّكَّان: تَحْسينُ السياسات والخَدمات. نَدْوَة تَقْديم خَدماتِ الأُمومَةِ الآمِنَة In Delivering Safer Motherhood Symposium – تشارُك الأدلَّة، 2007، لندن، المملكَة المتَّحدَة: مُعْطياتٌ غير مَنْشورَة.

يفيد ذلك في دِراسَةِ الفترة بين الدُّخول والعمليَّة القَيْصريَّة الإسعافيَّة كمؤشِّرٍ على كفاءَةِ المُسْتَشْفى (118).

قد تَظْهَر السِّجِلاَّتُ النَّاقِصَة أو السيِّئَة عِنْدَما تُجْمَع المُعْطَياتُ لحساب نسبةِ الحاجات المُلبَّاة met need وبَعْض المؤشِّرات الأخرى، لاسيَّما في المرَّةِ الأولى. وبما أنَّ الجَمْعَ الدَّوْري لهذه المُعْطيات يُصْبِح جُزْءاً من مُراقبَة البرامج الرُّوتينيَّة، يَنْبَغي تَحْسينُ حِفْظ السِّجلاَّت. والسُّؤالُ هو ماذا نَفْعَل عندما تُصادَف مَشاكِلُ في جَمْعِ المُعْطَيات؟

تُؤدِّي السِّجِلاَّتُ السيِّئَة إلى انْحِيازِ المَوْجودات عادةً، ممَّا يَقودُ إلى نَقْص في تَقْدير المُضاعفات في المَرافِق، ولابدَّ من وَضْع ذلك في الحسبان عندَ تَفْسير المُعْطَيات؛ ففي الكَثير من الظُّروف، يَكون مستوَى الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة المُقَدَّمَة منخفضاً جداً، ممَّا يَسْمَح بانْخِفاضٍ واضِح في الحساب، ولكن لا تتغيَّر النَّتائِجُ كَثيراً. هذا، ويُبْدي الشَّكْلُ 4 القياساتِ الحقيقيَّة لنسبةِ الحاجاتِ المُلبَّاة على مدى عدَّة سنين؛ فعندما تُظْهِر السِّجلاَّتُ أنَّ 6٪ فقط من الحاجةِ إلى الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة تُلبَّى في منطقةٍ ما وأنَّ النسبةَ الحقيقيَّة يُفترَض أن تكونَ أكثر من ذلك بمرَّتَيْن، تَبْقى نسبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة 12٪ فقط؛ وهذا النَّوْعُ من التغيُّر لا يُبَدِّل البَرْمَجَةَ. ولكن، مع تَحسُّنِ حِفْظِ السِّجلاَّت، سوف تَزْدادُ نسبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة، ويَكون التحدِّي هو في فَهْمِ النسبة أو التَّنْسيب attribution: هي الزيادَة في نسبةِ الحَاجاتِ المُلبَّاة هي زيادَة حقيقيَّة أم هي دَلالةٌ على جَمْعٍ أَفْضَل للمُعْطيات؟ إنَّ تَحسُّنَ جَمْعِ المُعْطيات هو نَجاحٌ في حَدِّ ذاته، ويَنْبَغي أن تُساعِدَ المُراقبَة المطوَّلَة للبرامج على تَحْديد ما إذا كانت نسبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة قد ازدادت فِعْلاً.

قد يَكونُ العُنْصُرُ الأَكْثَر تَفاوُتاً في تَقْديرِ نِسْبةِ الحاجاتِ المُلبَّاة إلى الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة هو مُضاعَفات الإجْهاض؛ وفي حين أنَّه من الصَّعْب جَمْعُ المَعْلوماتِ عن مُعَدَّل وُقُوعِ الإجْهاضات غير المَأْمونَة (لأنَّها تَكونُ سرِّيةً عادةً)، تَذْكر منظَّمةُ الصحَّة العالميَّة عن الإجْهاض غير المَأْمون: أَظْهَرت التَّقْديراتُ العالَميَّة والإقْليميَّة لِمُعَدَّل وُقُوعِ الإجْهاضِ غير المَأْمون ومُعَدَّل الوَفيات المُصاحِبَة عام 2003 أنَّ تَواتُرَ الإجْهاضاتِ غير المَأْمونَة يَتَفاوَتُ بحسب المنطقةِ الجغرافيَّة، من 3 لكلِّ 100 مَوْلودٍ حيٍّ في أوروبا إلى 29 لكلِّ 100 مَوْلود حيٍّ في أَفْريقيا (119).

وعَلاوةً على ذلك، يَتَفاوتُ تَسْجيلُ مُضاعَفاتِ الإجْهاض كَثيراً، بما في ذلك الأَخْطاءُ فيما إذا كانَ الإجْهاضُ مُجرَّد إجْهاضٍ ناقِص (قد يُؤَدِّي في نِهايَةِ المَطاف إلى إجْهاض مَصْحوبٍ بمُضاعَفات complicated abortion) أم إجْهاضاً حَقيقياً مَصْحوباً بمُضاعَفاتٍ (مع نَزْفٍ أو إنْتان) وقتَ المُعالَجَة أو دُخول المُسْتَشْفى. وفي بَعْض الحالات، لا تُجْرَى أيَّةُ مُحاوَلَة للتَّمْييز بينَ الاثْنين. وبذلك، يمكن أن تَكونَ مُضاعَفاتُ الإجْهاضِ المَذْكورَة أكثر من الواقِع الصَّحيح. ولا يُغَطِّي التَّعْريفُ المَذْكور في اللَّوْحَة 2 سِوَى مُضاعَفات الإجْهاضِ تلك التي تَشْتَمِل على النَّزْفِ أو الإنْتان.

ولكن قد لا يَكونُ من المناسِب اسْتِبْعادُ الإجْهاضاتِ من حِسابِ نِسْبةِ الحاجاتِ المُلبَّاة، لأنَّ مُضاعَفاتِ الإجْهاض هي سَبَبٌ رَئيسي لوفاةِ الأُمَّهاتِ في بَعْض البلدان والأَقاليم؛ فَمَثلاً يُعْزَى 12٪ من وَفَياتِ الأُمَّهات – في أَمريكا اللاتينيَّة والكاريبي – إلى مُضاعَفاتِ الإجْهاض (120). وبِوُجودِ الصُّعوباتِ المَذْكورَة، يَنْبَغي أن يَذْكُرَ المُحَلِّلون الذين يُقدِّمون المُعْطَياتِ عن نِسْبةِ الحاجاتِ المُلبَّاة – وبشكلٍ واضِح – أَنْماطَ الإجْهاض التي يجب أن تُضَمَّنَ، مع الأَخذ بعَيْن الاعْتِبار إجْراء دِراساتٍ لتَفَحُّص المَوْضوع بمَزيدٍ من التَّفْصيل؛ فإذا اشْتُبِهَ بأنَّ الإجْهاضاتِ غَيْرَ المُترافِقَة بمُضاعفاتٍ خَطيرَة (أي من دون نَزْفٍ أو إنْتان) تُسجَّلُ "كمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة"، قد يَكون من المُفيد حِساب نِسْبةِ الحاجاتِ المُلبَّاة وتَسْجيلها مع ومن دون إجْهاضاتٍ، للمُقارَنَة (88).

إنَّ السُّؤالَ الذي يُطْرَح عادةً هو احْتِمالُ فَرْط الإبْلاغ بسَبب "الحِساب المُضاعَف" للنِّساء المُدْخَلات إلى أَكْثَر من مِرْفَقٍ واحِد، كما في حالَةِ الإحالَة، أو اللَّواتي يُدْخلَن

إلى المِرْفَق نَفْسِه أكثر من مَرَّة واحِدَة خِلال الحَمْل. ونحن نُوصي بأن تُحْسَبَ الإحالاتُ في المِرْفَق الذي تَتلقَّى فيه النِّسَاءُ معالجةً نَوْعيَّة؛ فقد أَظْهَرَت دِراسَةٌ في تايلاند أنَّ نِسْبةَ الحاجاتِ المُلبَّاة كانت مُضخَّمَةً بنسبة 16٪ بِسَبب الحِساب المُضاعَف، وقد أُنْقِصَت بمقدار 96٪ بمجرَّد القيام بالتَّعْديل (90). وعندَ وُجود خشيةٍ من الحِساب المُضاعَف وتأثيره في نِسْبة الحاجاتِ المُلبَّاة، نُوصي بأن تُصمَّمَ الدِّراسَةُ لقياس التَّأثير؛ ثُمَّ يمكن أخذُ نَتائج هذه الدِّراسَةِ الخاصَّة بعَيْن الاعْتِبار عندَ تَفْسير المَوْجودات العامَّة.

في الواقِع، تَقومُ الكَثيرُ من المَرافِق الصحِّية ببعض الوَظائف البارزَة لمَرافِق الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الأساسيَّة، وليس بها جَميعاً. وبما أنَّ هذه المَرافِقَ يمكن أن تَقي من بَعْض وفياتِ الأُمَّهات جَيِّداً، فنحن نُوصي بحساب نِسْبةِ الحاجاتِ المُلبَّاة في كل مَرافِق الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة وفي جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح. وحتَّى عندما لا تَقومُ الكَثيرُ من المَرافِق ببضع وَظائف بارزَة، يَبْقى من المهمِّ اكتشافُ عَدَد المُضاعفاتِ التَّوْليديَّة المُدبَّرَة.

العَرْضُ والتَّفْسير

إذا لم يُلبَّ المستوى الأدْنَى المَقْبول لهذا المؤشِّر، أي إذا كانَ أقلَّ من 100٪، فبعضُ النِّساء المُصابات بمُضاعَفاتٍ لا يَتَلقَّينَ الرِّعايَةَ الطبِّيَة اللازمَة؛ وربَّما يَكونُ ذلك هو المُتداوَل حيث تَكون وَفياتُ الأُمَّهات مرتفعةً. وإذا وُجدَت أَعْدادٌ كافِيَة من مَرافِق الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة، ووَلَدت النِّساءُ في هذه المَرافِق، وكانت نِسْبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة أقلَّ من 100٪، عندئذٍ لابدَّ من أن تكونَ الأَوْلويَّةُ الوطنيَّة لتَحْسين اسْتِعْمال المَرافِق من قِبَل النِّساء المُصابات بمُضاعَفات. واستناداً إلى الظُّروف، يمكن أن تَشْتمِلَ إسْتراتيجيَّاتُ الوفاء بهذا الهَدَف على تَحْسين جَوْدَة الرِّعايَة في المَرافِق، ممَّا يُلْغي الحواجز أمام السَّعْي إلى الرِّعايَة (مثل النَّقل أو التكلفَة) ويُثقِّف المجتمعَ على التعرُّف إلى المُضاعَفات وأهمِّيَة طلبِ الرِّعايَة. كما قد تَكونُ نِسْبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة منخفضةً، لأنَّ المُضاعفاتِ التَّوْليديَّةَ تُسجَّل بشكلٍ سيِّئ في السِّجلاَّت. وفي هذه الحالَة، يُنْصَحُ بدراسَةِ حِفْظِ السِّجلاَّت في المِرْفَق (انظر المناقَشَة لاحِقاً و "الدِّراسات الإضافيَة" فيما يَلي).

عندما تَكونُ نِسْبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة قَريبةً من 100٪، قد يسأل سائِلٌ ما هُو التَّعْريف المُستعمَل للإجْهاض، لأنَّه ليس من النَّادِر أن تَتجاوزَ نِسْبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة 100٪ إذا اشتُمِلَت جَميعُ الإجْهاضات (النَّاقِص، الفائِت، العفوي، المحرَّض) في البَسْط أو الصُّورَة؛ وإلاَّ يكون من المَعْقول الاسْتِنْتاجُ بأنَّ معظمَ النِّساء اللَّواتي يَحْتَجنَ إلى خَدماتِ الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة يَتلقَّوْنَها. وكما ناقشنا آنِفاً، وبما أنَّ الوقوعَ الحَقيقي للمُضاعفاتِ في السكَّان يمكن أن يَكونَ أكبرَ من 15٪، من المحتمَل أن تَبْقى نِساءٌ لا يَتلقَّيْنَ خَدماتِ الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة التي يَحْتَجْنَها، حتَّى عندما تَكونُ نِسْبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة (المُحَقَّقة) 100٪. ولهذا السَّبب وَحْده، قد يَكون مستوى نِسْبة الحاجاتِ المُلبَّاة أكبر من 100٪؛ ويَنْبَغي ألاَّ يُفسَّرَ ذلك على أنَّه ناجِمٌ عن المُعْطَياتِ الخاطِئَة، مثل فَرْط تَشْخيص المُضاعَفات؛ ومن المُمْكِن أن يَكونَ التوزُّعَ الجغرافي لمَرافِق الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة مُتَفاوتاً، وتَتَجاوز نِسْبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة 100٪، لأنَّ النِّساءَ من خارِج مِنْطَقَة الاسْتِجْماع (مِنْطَقَة الخِدْمَة الطِّبِّيَّة) catchment area يَأْتون إلى المِرْفَق. وكما في مَسْألَةِ الحساب المُضاعَف، يمكن أن تُساعِدَ دِراسَةُ الذين يَسْتعملون المِرْفَقَ على تَفْسيرِ نِسْبةِ الحاجاتِ المُلبَّاة التي تَزيد على 100٪.

عِنْدَ تَفْسير المؤشِّرات، من المُفيد النَّظر إلى المؤشِّرين 3 و 4 في الوقت نَفْسِه.

الدِّراساتُ الإضافيَة

في حين تُشكِّل نِسْبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة مقياساً لمستوى الرِّعايَة في منطقةٍ ما، لا تُشير إلى ما هو مَطْلوب، كما لا يَدلُّ نَقْصُ نِسْبةِ الحاجاتِ المُلبَّاة على مَوْضِع أو مَكْمَن المشكلَة. ومن

المُمْكِن أن يكونَ ذلك بسَبب نَقْص تَسْجيل المُضاعَفات أو أحد عَوامِل عَديدَة تؤثِّر في اِسْتِعْمال الخَدَمات، ولابدَّ من المزيد من الاِسْتِقْصاءات. ومن المهمِّ ضَمانُ أن تُعالَجَ النِّساءُ من جَميع المُجْتمعاتِ في المنطقَة في المِرْفَق (انظر فقرة الدِّراسات الإضافية تحت المؤشِّر 3 للوُقوفِ على مَزيدٍ من طُرُق اِسْتِقْصاء هذا المَوْضوع). وسوف تُقدِّمُ الدِّراسات الخاصَّة بهاتين المسألتَيْن فَهْماً أَعْمَق لمن يُشْتَملنَ في نِسْبةِ الحاجاتِ المُلبَّاة وكيف يُؤثِّرنَ في هذا المؤشِّر:

- كَمْ من النِّساء أُصبْنَ بمُضاعفاتٍ بعد أن أُدْخِلْنَ المُسْتَشْفَى، وما هي المُضاعَفاتُ التي قد يُصبْنَ بها بعدَ الدُّخول؟
- كَمْ من النِّساء أُدْخِلْنَ المُسْتَشْفَى بعلاماتِ المُضاعَفاتِ وأَعْراضِها، وما هِيَ هذه المُضاعَفاتُ؟

عندما يَستقرُّ وَضْعُ النِّساءِ المُصابات بمُضاعفاتٍ في مِرْفَقٍ منخفِض المستوَى قبلَ الإحالَة إلى مستوى أَعْلى من الرِّعايَة، فنَحْن نَقْتَرِح ألاَّ يُحْسَبْنَ إلاَّ في المِرْفَق الذي تَلقَّيْنَ فيه معالجةً نَوْعيَّة. وليسَ هناك من آليَّة يَسيرَة لمعرفة ما إذا كانت المرأةُ المُحالَة قد وَصَلت إلى وجهتِها؛ فدراسَةُ النِّساءِ المُحالات والمعالجَةِ المقدَّمَة لهنَّ قبلَ الإحالَة ومُطاوعتهن للإحالَة والمعالجَةِ النَّوْعيَّة لهنَّ، كلُّ ذلك يُوضح تَأْثير الحسابِ المُضاعَف في نِسْبةِ الحاجاتِ المُلبَّاة، كما يُظْهِر كَيْفيَّةَ قيامِ نِظام الإحالَة بعمَلِه. وفي هذا السِّياق، يَدْفَع الموظَّفونَ في المستويات الدُّنيا باتِّجاه حِسابِ هؤلاء النِّساء مَرَّتين، لأنَّهم يَدَّعون بأنَّهم عالجوهن أيضاً، عن طَريق إقْرار وَضْعِهنَّ عادةً. ولرَفْع المعنويَّات، يمكن أن يأخذَ مُدراءُ البرامج حِسابَهنَّ مَرَّتين بعين الاِعْتبار، كما يمكنهم – بدراسَةِ الإحالات – أن يُوثِّقوا تأثيرَ الحسابِ المُضاعَف في نِسْبةِ الحاجاتِ المُلبَّاة ويَقوموا بأيَّة تَعْديلاتٍ ضَروريَّة.

يمكن اِسْتِعْمالُ عِدَّة أَنْماط من الدِّراسَة لتقصِّي جَوْدَة حِفْظ السِّجلاَّت في المِرْفَق:

- تَفَحُّص طَريقَة حِفْظ السِّجلاَّت؛ فهل يُدْخِل الشَّخْصُ المُضاعَفات في السِّجل 24 ساعَة/ اليوم، أم تَقوم المُمرِّضَةُ الرَّئيسيَّة بتَوْثيقِها مرَّةً واحدَة في اليَوْم من تَقارير شفهيَّة من قِبَل موظَّفين آخرين؟ ويمكن أن تَقودَ هذه المُمارسَةُ إلى نَقص خَطير في التَّسْجيل؛ ولكنَّ المُناقَشات مع الموظَّفين حَوْلَ الحالاتِ الحديثَة قد يُعْطي تَبَصُّراً بطَريقة حِفْظ السِّجلاَّت.
- مُقارَنَة المُضاعَفات المُسجَّلَة في سِجلِّ الأُمومَة مع مُخطَّطاتِ المَرْضَى أو سِجلاَّت غرفَة العَمليَّات أو سِجلاَّت إدْخال مَرْضَى الطَّوارئ. ما هي نسبةُ المُضاعَفاتِ الخَطيرَة التي لا تُسجَّل في السِّجل الذي يُسْتعمَل عادةً في حِساب نِسْبةِ الحاجاتِ المُلبَّاة؟ وما هي المُضاعَفاتُ التي يَبْدو أنَّها اَقل تَسْجيلاً؟ كيف تَتغيَّر مَوْجوداتُك عندما تُصَحَّح نسبةً إلى نَقْص التَّسْجيل هذا؟ كما مرَّة يتغيَّر تَشْخيصُ المُضاعَفة بين سِجلِّ القَبولات (الإدْخالات) admissions register وسِجلِّ غرفَة العَمليَّات؟
- تَفَحُّص كيفيَّة تَسْجيل مُضاعَفات الإجْهاض بمناقشَة السِّجلاَّت ومُلاحظات الحالات مع الموظَّفين. هل تُحْسَب المُضاعَفات البسيطَة، أو حتَّى جَميع الإجْهاضات النَّاقصَة، مع "المُضاعَفات"؟ تَذَكَّرْ أنَّه لحساب نِسْبةِ الحاجاتِ المُلبَّاة، لا تُعَدُّ إلاَّ المُضاعَفات الخَطيرَة، مثل مُضاعَفاتِ الإجْهاض مع الإنْتان والنَّزْف.
- للوُقوف على مُراقبَة مُفصَّلَة لمُضاعَفاتِ الإجْهاض، نحن نُوصي بمَجْموعةٍ من "المؤشِّراتِ العَمليَّة للإجْهاضِ المَأْمون"، وهي تَشْتَمِل على 11 وظيفةً بارزَة تُحدِّد الرِّعايَة الأساسيَّة والشَّاملَة. وكما في مُؤشِّراتِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة، تَقيسُ مؤشِّراتُ الإجْهاض المَأمون تَوفُّرَ خَدمات هذا الإجْهاض وتوَزُّعها واِسْتِعْمالها وجَوْدتها (121–123).
- يمكن أن تؤدِّي معرفَةُ مَدَى الجَوْدة والاِكْتمال في حِفْظ السِّجلاَّت إلى التعرُّف إلى المَشاكل؛ كما أنَّ اِسْتِقْصاءَ تَدريب الموظَّفين وإشرافهم على حِفْظ السجلاَّت يُقلِّل من نَقْص التَّسْجيل مع الوقت، ومن ثَمَّ نَشْر النَّتائج.

5.2 المؤشِّر 5: العمليَّاتُ القَيْصريَّة كنسبةٍ مئويَّة من جَميع الوِلادات

الوَصْف

تُعَدُّ نسبةُ جَميع الوِلادات الحاصلَة بالعمليَّة القَيْصريَّة في منطقةٍ جغرافيَّة ما مقياساً لتوفُّر مُداخلَةٍ تَوْليديَّة شائعَة

واِسْتِعْمالها لتجنُّب وفيات الأُمَّهات والوِلْدان، وللوقايَةِ من المُضاعَفات مثل النَّاسور التَّوْليدي obstetric fistula. ويُمثِّلُ البسطُ عددَ العمليَّاتِ القَيْصريَّة المُجْراة في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة مَهْما كانَ الاِسْتِطْبابُ خِلال فترةٍ معيَّنَة، بينما يُمثِّلُ المَقامُ العددَ المتوقَّع للمَواليد الأحياء (في كامِل منطقةِ الخدمَة الطبِّيَّة، وليسَ في المؤسَّسات فقط) خِلال الفترةِ نَفْسِها.

وتَفْتَقِرُ المُسْتَشْفياتُ التي تُجْرَى فيها العمليَّاتُ القَيْصريَّة إلى إِحْدَى الوَظائِف البارِزَة الأساسيَّة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة أحياناً، ولا تَكون مُؤهَّلةً بحدِّ ذاتِها كَمِرْفَق. ولذلك، نحن نُوصي – كما في المؤشِّرَيْن 3 و 4 – بحساب هذا المؤشِّر بالنسبَة لكلٍّ من مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة وجَميع المَرافِق.

المستوياتُ المَقْبولَة الدُّنيا والعُظْمَى

يمكن أن تكونَ كلٌّ من المعدَّلاتِ المنخفضَة جداً والمرتفعَة جداً للعَمليَّاتِ القَيْصريَّة خَطيرةً، لكنَّ المعدَّلَ الأمْثَل غير مَعْروف. وفي انتِظار المزيد من الأَبْحاث، يمكن أن يرغبَ مُسْتَعْملو هذا الكتيِّب في الاِسْتِمْرار بِاسْتِعْمال المجال 5–15٪ أو وبوَضْع معاييرهم الذَّاتيَّة.

مَعْلوماتٌ أساسيَّة

اِخْتيرَت نسبةُ الوِلادات بالعَمليَّةِ القَيْصريَّة كمؤشِّر على تَوفُّر الخَدماتِ المُنْقِذَة للحياة لكلٍّ من الأُمَّهات والوِلْدان، مع أنَّ المُداخَلاتِ الجِراحيَّة الأخرى (مثل اسْتِئْصالِ الرَّحِم hysterectomy عندَ تَمزُّقه أو فَتْح البَطن في الحَمْل المُنْتَبذ) يمكن أن تُنْقِذَ حياةَ الأُمَّهات أيضاً. ومن بَيْن جَميع الإجْراءاتِ المُسْتَعْمَلَة لمعالجَةِ المُضاعَفاتِ التَّوْليديَّة الرَّئيسيَّة، تُمثِّلُ العَمليَّةُ القَيْصريَّة الإجراءَ الأكْثَر شُيُوعاً، ويَكون التَّبْليغُ أو رَفْعُ التَّقارير reporting مُعَوَّلاً عليه نِسْبياً (124).

وَضَعت الطَّبعاتُ الأولى من هذا الكُتيِّب المستوى المَقْبولَ الأَدْنَى (5٪) والأَقْصَى (15٪) للعَمليَّةِ القَيْصريَّة. ومع أنَّ منظَّمةَ الصحَّة العالميَّة قد أَوْصَت منذ عام 1985 بألاَّ يَتَجاوزَ المعدَّلُ 10–15٪ (125)، ليسَ هناك أدلَّةٌ تَجْريبيَّة على النسبةِ المئويَّة المُثْلَى أو مَجال النِّسَب المئويَّة، رغم الكمِّ المُتنامي من الأَبْحاثِ التي تُبْدي تَأْثيراً سَلْبياً للمعدَّلاتِ العاليَة (126–128). ويَنْبَغي مُلاحَظَةُ أنَّ الحدَّ الأَعْلَى المُقْتَرَح البالغ 15٪ ليسَ هَدَفاً للتَّحْقيق، بل عَتبة يجب عَدَمُ تَجاوُزها. ومع ذلك، فإنَّ المعدَّلاتِ في مُعْظَم البلدان المتقدِّمَة وفي العَديدِ من المناطِق الحَضريَّة من البلَدان أقل تَقدُّماً هي أعْلى من هذه العتبَة. وفي نِهايَةِ المَطاف، إنَّ المهمَّ هو أنَّ جَميعَ النِّساء اللواتي يَحْتَجْن إلى العَمليَّةِ القَيْصريَّة يَخْضعنَ لها فِعْلاً.

لاحَظَت المُشاوَرَةُ التقنيَّة بالنسبةِ لهذه الدَّلائِل الإرْشاديَّة صُعوبَةَ تَوْطيد حدٍّ أَدْنَى أو أَعْلى للنِّسْبةِ المئويَّة للعمليَّاتِ القَيْصريَّة، واقترحَت أنَّ الحدَّ الأَدْنَى البالغ 5٪ مَنْطِقيٌّ للقَيْصريَّاتِ المُجْراة لأَسْبابٍ أُمُوميَّة وَوَليديَّة معاً. وإذا استَبْعَدْنا العَمليَّاتِ القَيْصريَّة الانتقائيَّة أو المَدْروسَة وتلك المُجْراة لدَواعٍ جَنينيَّة، يمكن الإشارَةُ إلى مَجالٍ أقل؛ ولكن، قد لا يُسَجِّلُ نِظامُ السِّجلاَّت اِسْتِطْبابَ العَمَليَّة دائِماً، ولا تتوفَّر هذه الدقَّةُ عادةً. ويُعَدُّ التحليلُ المُفصَّل لأَسْبابِ العَمليَّةِ القَيْصريَّة في المُسْتَشْفَى مُفيداً.

عندما يَكونُ معدَّلُ وَفَيات الأُمَّهاتِ مرتفعاً، يَميل مُعَدَّلُ العَمليَّاتِ القَيْصريَّة إلى أن يَكونَ مُنْخَفِضاً، لاسيَّما في المناطِق الرِّيفيَّة؛ فقد أظهرت مُراجَعَةٌ حديثَة للمعدَّلاتِ العالميَّة والإقْليميَّة والوطنيَّة للعَمليَّاتِ القَيْصريَّة أنَّ أقلَّ مُعدَّل (3.5٪) كانَ في أَفْريقيا؛ وفي 49 بَلَداً من البلدانِ الأقل تَقَدُّماً، تَراوَحَت المُعَدَّلاتُ من 0.4٪ في تشاد إلى 6٪ في جُزُر الرأس الأَخْضَر (أو 2٪ وَسَطياً) (129). هذا، ويُظْهِر الشَّكْلُ 5 مَدَى اِنْخِفاضِ مُعَدَّلاتِ العَمليَّاتِ القَيْصريَّة في عددٍ من بلدان آسيا وفي جنوبي الصَّحْراء الأفريقيَّة، وكيفَ تَغيَّرَت بَعْدَ عدَّة سنواتٍ من المُداخَلاتِ لتَحْسينِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة.

رغمَ العَلاقةِ العَكْسيَّة الواضِحة بين مُعَدَّل وفياتِ الأُمَّهات المُرْتَفع جداً والمعدَّلات المنخفضَة للعَمليَّةِ القَيْصريَّة، فإنَّ هَذا الإجْراءَ (مثل أيَّة جراحَة كُبْرَى) يَنْطَوي على خَطَرِ الحوادِث الجراحيَّة أو التَّخْديريَّة والعَدْوَى التَّاليَة للجراحَة، وحتَّى وفاة المَريضَة (129). كما تَزيد ندبةُ الرَّحِم خطرَ تمزُّقه في الحُمُول اللاحِقَة. وعندما تَكونُ الظُّروفُ في المِرْفَقِ غيرَ مستقرَّة بشَكْلٍ خاص، يمكن أن يَكونَ مُعَدَّلُ إماتَة الحالات بين النِّساء الخاضِعات للعَمليَّاتِ القَيْصريَّة مرتفعةً بشَكْلٍ غير مَقْبول، مثلما وُجِدَ من قِبَل شَبكةِ الحاجاتِ التَّوْليديَّة غير المُلبَّاة Network for Unmet Obstetric Need في بينين وبوركينا فاسو وهايتي ومالي والنِّيجر عامَيْ 1998 و 1999(5). ولذلك، يَنْبَغي مُوازَنَةُ الأَخْطار مع المنافِع المحتمَلَة للجراحَة؛ ففي حالةِ التوضُّع المُسْتَعْرِض للجَنين، حيث يُخْفِق التَّحْويلُ الخارجي exte-nal version أو لا يُنْصَح به، تَفوقُ منافِعُ الجراحَة الأَخْطارَ بالتَّأكيد. ومن دون إجْراء العَمليَّةِ القَيْصريَّة، سوف تَموتُ معظمُ النِّساء المتعسِّرات الولادَة أو يَتعرَّضن لإعاقاتٍ شَديدَة (130). وتُعَدُّ العَمليَّةُ القَيْصريَّة المُداخلةَ الرَّئيسيَّة للوقايَةِ من النَّاسُور التَّوْليدي النَّاجم عن الولادَةِ المُطوَّلَة أو المُعَرْقَلَة، ممَّا يَجعل هذا المؤشِّر وسيلةً هامَّة لقياسِ التقدُّم في الوِقايَة من هذه الحالَة.

يَرَى الكَثيرُ من المُراقبين أنَّنا نُعاني من وَباءٍ عالمي لفَرْطِ اللُّجوءِ إلى العَمليَّةِ القَيْصريَّة (131)، وأنَّ المُعدَّلاتِ ستَسْتمرُّ في الارْتِفاع، في ضَوْء خَوْف المُمارِسين والإداريين من المُقاضاة وثَقافَة المستشفيات المَحلِّية وأُسْلوب المُمارِسين، فَضْلاً عن زيادة الضُّغوط من النِّساء في البلدانِ الصِّناعيَّة الرَّفيعَة لإجراء العَمليَّاتِ القَيْصريَّة لأَسْبابٍ غير طبِّية (132، 133). كما أنَّ الأَدِلَّةَ على العَواقِب السَّلْبيَّة للعَمليَّةِ القَيْصريَّة في تَزايُد: تَرَى الدِّراساتُ الحَديثَة في البلدان ذات المعدَّلاتِ المرتفعَة أنَّ العَمليَّةَ القَيْصريَّة تنطوي على مَخاطِرَ مُتَزايدَةٍ للمَراضَةِ والوَفَيات لدى الأُمَّهاتِ والوِلْدان (126–128).

جَمْعُ المُعْطَيات وتَحْليلُها

في حين يمكن جَمْعُ المُعْطياتِ عن مُعَدَّل العَمليَّاتِ القَيْصريَّة في مُسوح السكَّان، مثل المُسُوح الدِّيموغرافيَّة (السكَّانية) والصحِّية، تُجْمَعُ المُعْطَياتُ عن هذا المؤشِّر من سِجلاَّت المستشفَيات (134)، لأنَّ المعدَّلاتِ المعتَمِدَة على إحْصائيَّاتِ الخَدماتِ تُعَدُّ أَكْثَرَ دقَّةً من المعدَّلاتِ المعتَمِدَة على السُّكَّان، والتي تَميل إلى أن تكونَ أعلى قَليلاً من تلك المعتَمِدَة على سِجلاَّت المَرافِق الصحِّية (124). هذا، وتُجْمَعُ مُعْطياتُ المَرافِق بشَكْلٍ روتيني من ملفَّاتِ غُرَف العمليَّات التي تُعَدُّ أَكْثَرَ السِّجلاَّت المتوفِّرَة اكْتِمالاً.

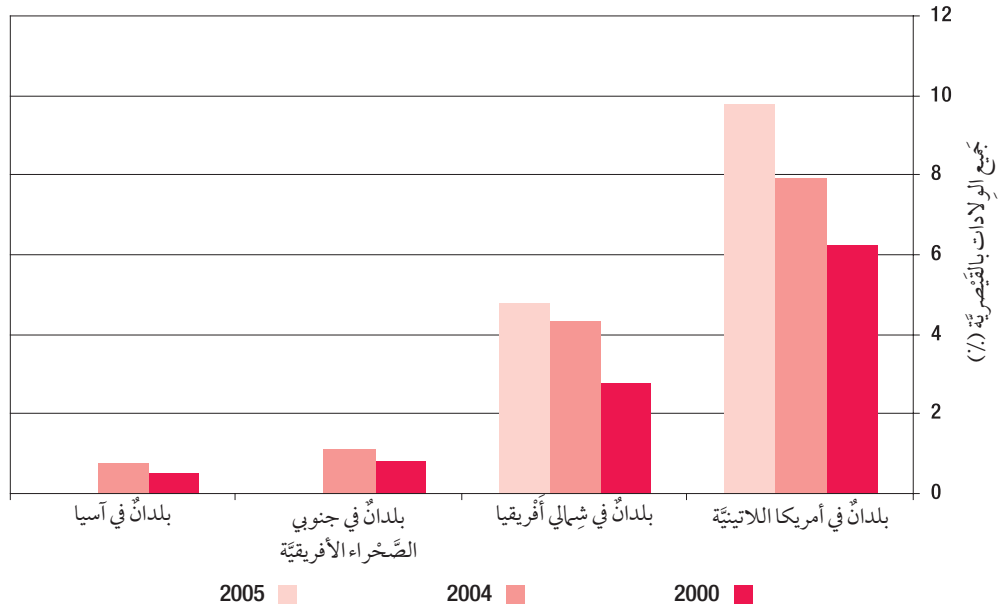
يُغَطِّي البسطُ أو الصُّورَةُ في هذا المؤشِّر العَمليَّاتِ القَيْصريَّةَ المُجْراة بجَميع الاسْتِطْبابات، بما في ذلك العَمليَّاتُ القَيْصريَّة لأسبابٍ أُموميَّة أو وَليديَّة، فَضْلاً عن العَمليَّاتِ القَيْصريَّة المُجْراة في الطَّوارئ وتلك المَدْروسَة أو المُخَطَّط لها.

ولقد ركَّزنا، طَوالَ مُناقشَتِنا للمؤشِّرات، على أهمِّيةِ دَمْج المُعْطَيات مع جَميع أَنْماط المَرافِق. وفي البلدان أو الأقاليم حيث يُمارِسُ القِطاعُ الخاص دَوْراً بارزاً في تَقْديم الخَدماتِ التَّوْليديَّة، يَكون مُعدَّلُ العَمليَّاتِ القَيْصريَّة حَسَّاساً جداً لاشْتِمال هذه المستشفيات؛ ففي أمريكا اللاتينيَّة وآسيا – على سَبيل المِثال – تَكونُ نسبةُ العَمليَّاتِ القَيْصريَّة أعلى في المَرافِق الخصوصيَّة منها في المَرافِق العُموميَّة. وفي السلفادور، يُجْرَى نحو نِصْف العَمليَّاتِ القَيْصريَّة كافَّةً خارِجَ القِطاع العَامّ، من خِلال مُسْتَشْفياتِ القِطاع الخاص والأَمْن الاجتماعي (135)؛ وهذا ما يَزيد احْتِمالَ أن تُجْرَى هذه العَمليَّاتِ أو لا تُجْرَى لأسبابٍ ماليَّة أَكْثَر منها طبِّية.

وهناك سُوء فَهْم شائع لهذا المؤشِّر، وهو أنَّه يُشير إلى النِّسْبةِ المئويَّة للوِلاداتِ في المستشفَى والتي تُجْرَى بالعَمليَّة

5 دي بروور ف. de Brouwere V. تَواصلُ شَّخْصي حَوْل معدَّلات إماتَة الحالات في القَيْصريَّات، 2006.

الشَّكْل 5. العَمليَّاتُ القَيْصريَّة كنسبةٍ مئويَّة من الوِلادات في المِشاريع المَدْعومَة من قِبَل صُنْدوق الأمم المتَّحدَة للسكَّان (2005–200).



عن بايلي ب. تَقْييم المرحلَة 1 بحسب صندوق الأمم المتَّحدَة للسُّكَّان: تَحْسين السياسات والخَدمات. نَدْوَة تَقْديم خَدماتِ الأُمومَةِ الآمِنَة In Delivering Safer Motherhood Symposium – تشارُك الأدلَّة، 2007، لندن، المملكَة المتَّحدَة: مُعْطياتٌ غير مَنْشورَة.

القَيْصريَّة، أي "مُعَدَّل العَمليَّات القَيْصريَّة في المؤسِّسات institutional caesarean section rate" أو النِّسْبة المئويَّة للوِلاداتِ في المِرْفَق والتي تُجْرَى بالعَمليَّةِ القَيْصريَّة. ومن الصَّعْب تَفْسيرُ مُعَدَّل العَمليَّات القَيْصريَّة في المؤسِّسات، لأنَّه يَعْتمِدُ على المَريضاتِ في المستشفَى (هل المستشفَى هو مُسْتَشْفَى إحالَة إقْليمي يَسْتقبِل العَديدَ من الحالات المعقَّدَة؟ أم هو مُسْتَشْفى مِنْطَقَة district hospital تُحالُ إليه معظَمُ الحالات المعقَّدَة لاحِقاً؟)، فَضْلاً عن مَهاراتِ مُقدِّمي الرِّعايَة وتَفْضيلاتِهم وعاداتِهم. ويُعْطي المؤشِّرُ المعتَمِد على السكَّان والموصَى به هنا لَمْحةً عن مستوَى تَجْهيزِ هذه الخِدْمَة الحَرِجَة في منطقةٍ جغرافيَّة معيَّنَة.

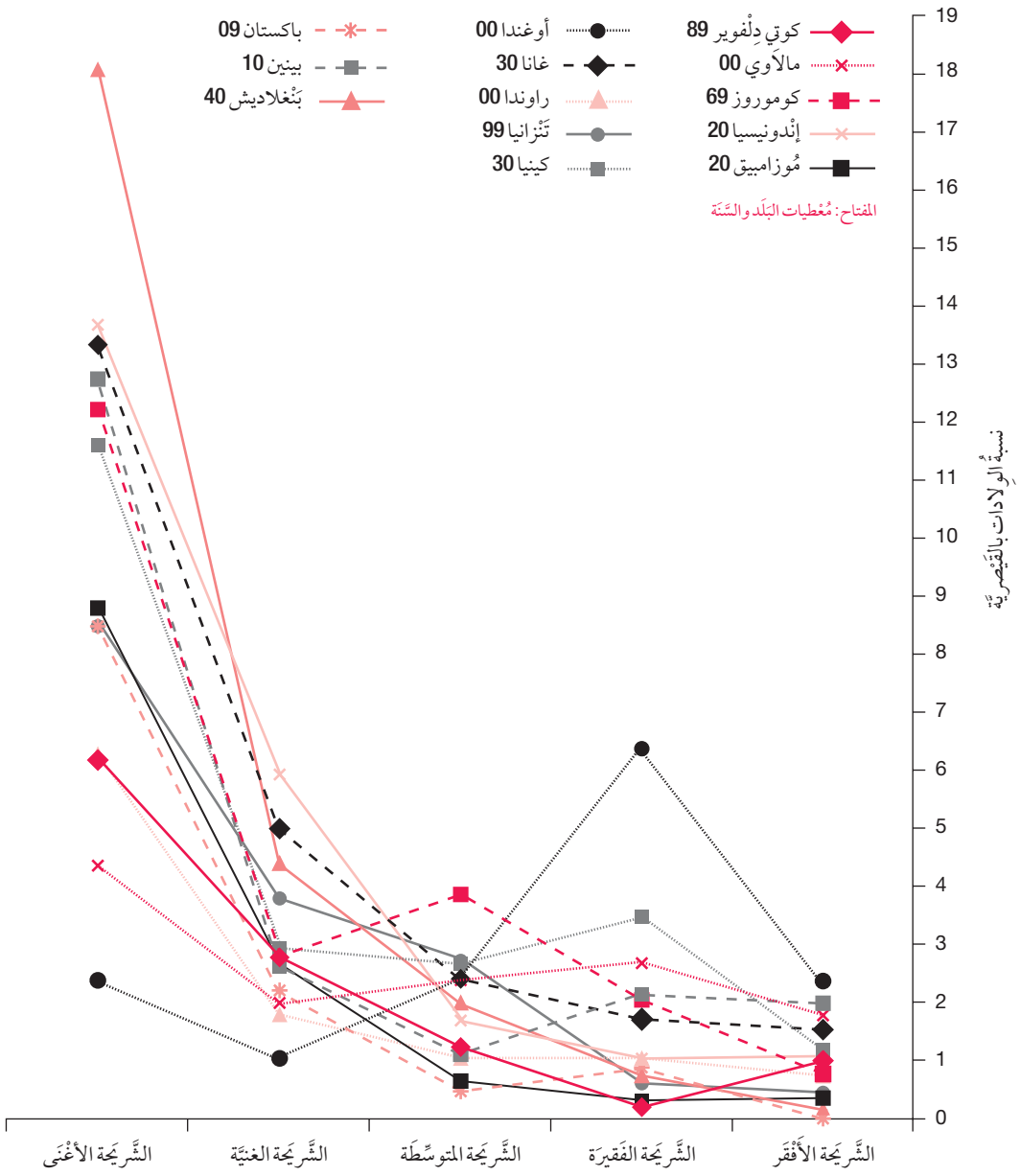
وللتَّقْليلِ من اِحْتِمال أن يُخْفي هذا المؤشِّرُ عدمَ الإنْصاف في إتاحَةِ العَمليَّةِ القَيْصريَّة واسْتِعْمالِها، نحن نشجِّع السُّلطاتِ بشدَّة على التَّدْقيق في مُعْطَياتِهم؛ فَمثلاً، تَبلغُ المعدَّلاتُ الوطنيَّة للعَمليَّةِ القَيْصريَّة في المغرب وبيرو وفيتنام 5–15٪، لكنَّ المعدَّلَ الوطنِيَّ يخفي المعدَّلاتِ العاليَة في المُدُن الكُبْرَى والمعدَّلاتِ المنخفضَة جداً في المناطِق الرِّيفيَّة. ويُبيِّنُ الجَدْوَل 7 مَجالَ النَّماذِج.

الجَدْوَل 7. المُعَدَّلاتُ السُّكَّانية للعَمليَّةِ القَيْصريَّة في مُسُوحٍ ديموغرافيَّة وصحِّية بينَ النِّساء اللَّواتي وَلَدْنَ خِلال ثَلاثِ سَنوات من المَسْح.

الإقْليم	البَلَد	السَّنَة	مُعَدَّلُ العَمليَّةِ القَيْصَريَّة		
			الإجْمالي	المُدُن	الرِّيف
أَمريكا اللاتينيَّة	جمهوريَّةُ الدُّومينيك	2002	1.33	2.36	2.27
	البيرو	2000	9.21	0.21	2.3
جنوب شَرْقي آسيا	بَنْغلاديش	2004	5.4	7.13	2.2
	نِيبال	2001	0.1	0.5	7.0
	فيتنام	2002	9.9	9.22	2.7
أَفْريقيا	أَثْيوبيا	2000	6.0	2.5	1.0
	كينيا	2003	3.4	5.9	0.3
	المَغْرِب	2004–2003	6.5	3.9	9.1
	زامبيا	2002–2001	2.2	4.4	2.1

يُقدِّمُ الشَّكْلُ 6 مِثالاً آخر على الإتاحَة غير المُنْصِفَة للعَمليَّةِ القَيْصريَّة؛ فقدَ استعملَ رونسمانز Ronsmans وزُملاؤُه مُعْطياتِ المَسْح الدِّيموغرافي والصحِّي لإظْهارِ مَجالِ المُعَدَّلات حسب مِقْدار الثَّرْوَة في 13 بَلَداً من ذَوي المُعَدَّلاتِ الوَطنيَّة 2.0–4.9٪ (136)؛ ويُبْدي هذا التَّحْليلُ أنَّ أَفْقَرَ النِّساء لديهنَّ إتاحةٌ أقل لبُلوغِ هذا الإجْراء المُنْقِذ للحَياة.

الشَّكْل 6. مُعَدَّلاتُ العَمليَّةِ القَيْصريَّة حسب مِقْدار الثَّرْوَة في 13 بَلَداً من ذَوِي المُعَدَّلاتِ الوَطنيَّة 2.0–4.9٪.



عن المَرْجِع (136) بَعْدَ أَخْذ الإِذْن.

العَرْض والتَّفْسير

عندما تكونُ أقلُّ من 1–2٪ من الوِلادات بالعمليَّة القَيْصريَّة، يقلُّ الشَّكُّ بأنَّ يكونَ هناك ضَعْفٌ في وُصُول النِّساء الحَوامِل إلى المَرافِق الجِراحيَّة؛ وتُعَدُّ المعدَّلاتُ في هذا المَجال شائعةً في ريف تحت الصَّحْراء الأفريقيَّة وفي بَعْضِ بلدان جنوبِي آسيا (الشَّكْل 6 والجَدْوَل 7). ولكن، عندما تكونُ معدَّلاتُ العَمليَّةِ القَيْصريَّة منخفضةً جداً، فإنَّ معظمَها ربَّما يُجْرَى بسبب الطَّوارئ لدى الأُمَّهات؛ ومع تَزايُد المعدَّلات، قد تَزْدادُ مشاركَةُ الطَّوارئ لدى الجَنين. وحينما يَزْدادُ عَدَدُ العَمليَّاتِ القَيْصريَّة، يَزْدادُ الارتيابُ بينَ هذه التَّصْنيفات أيضاً (137).

الدِّراساتُ الإضافية

من تَخْضَع للعَمليَّةِ القَيْصريَّة وأين؟

يَنْبَغي أن تَشْتَمِلَ الدِّراساتُ على العَمليَّاتِ القَيْصريَّة على النِّسَب المئويَّة للولادات في المناطِق الحضريَّة والرِّيفيَّة، فَضْلاً عن الوحداتِ الإداريَّة والجغرافية الصَّغيرَة. ويمكن اِسْتِعْمالُ المُتَغيِّراتِ التي يُلْجأ إليها لقِياسِ الإنْصاف، مثل الشَّرائِح الاقتصاديَّة، والانتِماء العِرْقي، والتَّعْليم، في إظْهار الأماكِن التي تَكونُ فيها إتاحَةُ الخَدماتِ مَحْدودةً. كما تَسْتَقْصي طَريقَةٌ أخرى لفَهْم المُعْطَياتِ عن العَمليَّاتِ القَيْصريَّة نَمَطَ المُسْتَشْفى (خُصوصي أم عُمومي) التي تُجْرَى فيها العَمليَّاتُ القَيْصريَّة، لأنَّ ذلك قد يُشير إلى كيفيَّة تأثُّر المُكَوِّناتِ المختلفَة للنِّظامِ الصحِّي.

اِسْتِطْباباتُ العَمليَّةِ القَيْصريَّة

تَقَعُ المسؤوليَّةُ النِّهائيَّة عن ضَمان إجْراء العَمليَّةِ القَيْصريَّة عندَ الضَّرورَة فقط على عاتِق الأطبَّاء السَّريريين؛ ولذلك يَنْبَغي أن يَقومَ رَئيسُ الأطبَّاء chief medical officer أو رَئيس قِسْم التَّوْليد والنِّسائيَّات obstetrics and gynaecology department بمراجعَةِ اِسْتِطْباباتِ القَيْصريَّاتِ التي أُجْريَت. ومن الأساليبِ المتَّبعَة التَّدْقيقُ في النِّسْبةِ المُجْراة بسبب اِسْتِطْباباتٍ أُموميَّة مُطْلَقَة، والتي تؤدِّي بشَكْلٍ مُؤَكَّد تَقْريباً إلى وفاة المرأة إذا لم تُعالَج، بما في ذلك النَّزْفُ الشَّديدُ السَّابق للولادَة نَتيجَة المَشيمَةِ المُنْزاحَة placenta praevia أو تَمَزُّق المَشيمَة، واللاتَناسُب الرأسي الحَوْضي، والمَجيء المستعرض، والمَجيء الجَبْهي (138). وهناك أُسْلوبٌ آخر يَتمثَّل في تَحْديد العَمليَّاتِ القَيْصريَّة التي تُجْرَى بسَبب اِسْتِطْباباتٍ أُموميَّة أو جَنينيَّة؛ أمَّا الأسلوبُ الثَّالث فهو اِسْتِعْمالُ نِظام التَّصْنيف بحَسب روبسون Robson classification system، ويَقومُ على خَصائِص النِّساء اللَّواتي خَضعنَ للعَمليَّاتِ القَيْصريَّة (139)؛ حيث يُصنِّفُ هذا التَّصْنيفُ النِّساءَ إلى 10 مَجْموعات مُتعارِضَة على أَساس رَقَم الولادَة parity، والقصَّة التَّوْليديَّة السَّابقَة، ومَساق المَخاض، والولادَة، وعُمر الحَمْل (140). ويمكن اِسْتِعْمالُه للتعرُّف إلى النِّساء اللَّواتي خَضعنَ للعَمليَّاتِ القَيْصريَّة لأسبابٍ أخرى غير الاِسْتِجابَة للطوارِئ الوَشيكَة.

من يَقومُ بالعَمليَّاتِ القَيْصريَّة؟

عندما يَكونُ مستوى المؤشِّر 5 دون الحدِّ الأَدْنَى الموصَى به، وقد تَكونُ المَرافِقُ الصحِّية ذات الأَداءِ الضَّعيف من العَوامِل المُساهِمَة؛ وينجم ذلك غالباً عن بَعْض العَوامِل، مثل التَّعْيينات والنَّقْل بين الموظَّفين الرَّئيسيين، أو العَجْز الحَقيقي في المهنيين الصحِّيين المُدرَّبين على القيام بهذه الخِدْمَة المُنْقِذَة للحَياة. ويمكن إجْراءُ الدِّراساتُ لاِسْتِقْصاء ما إذا كانَ هذا المؤشِّرُ يَتأثَّر بنَقْص المَوارِد البشريَّة؛ فمثلاً، قد يكون تَحْليلُ من هو مُدرَّبٌ ومُخوَّل بإجْراء العَمليَّاتِ القَيْصريَّة غَنياً بالمَعْلوماتِ المُفيدَة. وفي البلدانِ التي تَكونُ فيها مَجْموعَةٌ صَغيرَة من المِهنيين الصحِّيين، لاسيَّما المُعتَمَدَة في المرافِق في المراكِز الحضريَّة الكَبيرَة، هي الممارِسين الوَحيدين القادِرين على إجْراءِ العَمليَّةِ القَيْصريَّة، لابدَّ من اِبْتِكار إسْتراتيجيَّة للتعامُل مع العَجْز في المِهنيين الصحِّيين في المَناطِق الرِّيفيَّة. ومن هذه الإسْتراتيجيَّاتِ التي استُعمِلَت بنجاح في مالاوي ومُوزامبيق وجمهوريَّة تِنْزانيا المتَّحدَة تلكَ التي تَقومُ على تَدْريب مُقَدِّمي الخدمَة على المستوى المتوسِّط (مثل الأطباء السَّريريين والمُوظفين الطبِّيين المُساعِدين) للقيام بالعَمليَّاتِ القَيْصريَّة (141–144). وبالمِثْل، في الهِنْد، هناكَ بَرْنامجٌ جَديد تحت رِعايَة الحُكومَة وجَمْعيَّة طِبِّ التَّوليد، وهو تَدْريب الأطبَّاء الحاصلين على درجة البَكالوريوس في الطبِّ والجِراحَة على الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الشَّامِلَة، بما في ذلك العَمليَّةُ القَيْصريَّة (145).

جَوْدَةُ الرِّعايَة

يُعَدُّ التَّدْريبُ والإشْرافُ والقِيادَة من قِبَل الأطبَّاء القُدامَى أَمْراً هاماً في المحافظَةِ على المَعايير؛ حيث يَنْبَغي أن تُشجِّعَ الجمعيَّاتُ الوَطنيَّة لطِبِّ التَّوْليد والنِّسائيَّات اِسْتِعْمالَ البروتوكولات المعتَمِدَة على الأدلَّة. وفي المَرافِق،

على المستوياتِ كافَّة، يمكن اِسْتِعْمالُ التَّفْتيش السَّريري الرُّوتيني في مُراقبَةِ التغيُّر وتَحْسين المُمارسَة والمُحافَظَةِ على جَوْدَةِ الرِّعايَة؛ وهناك عِدَّةُ وَسائِل لتَسْهيل هذه العَمَليَّة (146–148)؛ فمُعَدَّلُ العَدْوَى في النِّساء اللَواتي خَضَعْنَ للجِراحَةِ التَّوْليديَّة هو مُؤَشِّرٌ آخر لجَوْدَةِ الرِّعايَة.

الحاجةُ التَّوْليديَّة غير المُلبَّاة

ليسَ مُؤَشِّرُ «الحاجة التَّوْليديَّة غير المُلبَّاة Unmet obstetric need" مثلَ المؤشِّر 4 (نسبة الحاجَة المُلبَّاة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة)، لكنَّه يَصِفُ الحاجَةَ إلى الجِراحَةِ التَّوْليديَّة بسَبب اِسْتِطْباباتٍ أُموميَّة مُطْلَقَة؛ فالمؤشِّرُ 4 يَشْمل جَميعَ المُضاعَفاتِ التَّوْليديَّةَ المباشرَة المُعالَجَة بالوَظائِف البارِزَة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة، الجِراحيَّة وغير الجِراحيَّة على حَدٍّ سَواء (مثل مُضادَّاتِ الاختِلاج حَقْناً، الأدويَة المقوِّية لتوتُّر الرَّحِم). ويُشيرُ مُؤشِّرُ الحاجة التَّوْليديَّة غير المُلبَّاة إلى الحاجَةَ إلى الجِراحَةِ التَّوْليديَّة، بما في ذلك اِسْتِئْصالُ الرَّحِم hysterectomy أو فَتْح البَطْن laparotomy، بالإضافَةِ إلى العَمليَّةِ القَيْصريَّة. وتُمثِّلُ العَمليَّةُ القَيْصريَّة مَعْظَمَ الإجْراءاتِ الجِراحيَّةَ التَّوْليديَّة؛ ويُرَكِّزُ المُؤَشِّرُ على الحالاتِ الأُموميَّة المهدِّدَة للحَياة والتي تُجْرَى فيها الجِراحَةُ التَّوْليديَّة الكُبْرَى؛ وهو يَهْدف إلى مُساعدَة الفَريق الصحِّي على الإجابَة عن الأسئلَة التَّاليَة:

- هل تَتلقَّى النِّساءُ الحَوامِل المُداخَلاتِ الجِراحيَّةَ التَّوْليديَّةَ الكُبْرَى التي يَحْتَجْنها؟
- كما من حاجاتِ النِّساء لا تُلبَّى؟
- أين هن النِّساء اللَّواتي لا تُلبَّى حاجاتُهن؟

تُقَدِّمُ اللَّوْحَةُ 3 مَعْلوماتٍ مُفَصَّلَة عن هذا المؤشر

اللَّوْحَةُ 3. مُؤَشِّرُ الحاجةِ التَّوْليديَّة غير المُلبَّاة

تُعَدُّ نِسْبةُ الحاجةِ التَّوْليديَّة غير المُلبَّاة تَقْديراً لعدَدِ النِّساء اللَّواتي يَحْتَجْنَ إلى مُداخَلَة تَوْليديَّة كُبْرَى بسَبب مُضاعَفاتٍ مُهدِّدَة للحَياة، حيث لا تَتَوفَّر إمْكانيَّة الوُصول إلى رعايَةٍ مُلائِمَة؛ ويَكونُ هذا المُؤَشِّرُ مُناسِباً بشَكْلٍ خاص للتَّعَرُّف إلى عَدَمِ الإنْصاف الجغرافي والاجتماعي في بُلوغ رعايَة المُسْتَشْفَيات.

المَفْهوم

إنَّ مَفْهومَ الحاجةِ التَّوْليديَّة غير المُلبَّاة هو الفارق بينَ عَدد النِّساء اللَّواتي يَحْتَجْنَ إلى الجِراحَةِ التَّوْليديَّة وعَدَد النِّساء اللواتي هنَّ مَشْمولاتٌ فِعْلاً بالخَدماتِ الصحِّية.

العَددُ المُقدَّر للاِسْتِطْباباتِ الأُموميَّة المُطْلَقَة	–	العَددُ المُلاحَظ للمُداخَلات التَّوْليديَّة الكُبْرَى المجراة لاستطبابات مطلقة لدى الأمهات	=	العَددُ المُقدَّر للنِّساء اللَّواتي يَحْتَجن إلى رِعايةٍ مُنْقِذَة للحَياة ولكن لا يَتَلقَّيْنها

ويَقْتصر المؤشِّرُ على الاِسْتِطْبابات التَّوْليديَّة المُهدِّدَة للحَياة (المُطْلَقَة) التي تَتَطلَّب جِراحَةً تَوْليديَّة (العَمليَّة القَيْصريَّة، اِسْتِئْصال الرَّحِم، فَتْح البَطْن) أو تَحْويلاً داخلياً، وحَجَّ القِحْف craniotomy. وقد رُسِمَت قائِمَةٌ معياريَّة لهذه المؤشِّراتِ على أساسِ دَرَجة الاِسْتِطْباب والاِسْتِقْرار النِّسْبي لمعدَّل وُقوعِه والتَّشْخيص المُتَناتِج reproducible نِسْبياً؛ وهي تَضمُّ:

- النَّزْف السَّابق للولادَة بسَبب المَشيمَة المُنْزاحَة أو انْفصال المَشيمَة الباكر.
- المَجيء الشَّاذ (المَجيء المُسْتَعْرِض أو المَجيء الكَتِفي، أو المَجيء الوَجْهي مع الوَضْعيَّة الذَّقَنيَّة الخَلْفيَّة المُسْتَديمَة للجَنين أو المَجيء الجَبْهي).
- اللاتَناسُب الجَنيني الحَوْضي الكَبير (مثل اللاتَناسُب الرَّأسي الحَوْضي، الحَوْض الصَّغير بما في ذلك تَمَزُّقُ الرَّحِم والتَّمزُّقُ الوَشيك).
- النَّزْف غير المَضْبوط التَّالي للولادَة.

وفي معظَم الحالات، لا يَكونُ معدَّلُ وُقوع الحاجات التَّوْليديَّة مَعْروفاً بالضَّبْط؛ ويمكن اِسْتِعْمالُ حَدٍّ فاصِل benchmark لتَقْدير عَدَد النِّساء من ذَوات الاِسْتِطْبابات الأُموميَّة المُطْلَقَة، وهو 1.4٪ (فترة الثِّقَة 95٪، 1.27–1.52)، ويمثِّلُ المتوسِّط في البلدانِ جنوبي الصَّحْراء الأَفْريقيَّة وهايتي والمَغْرب وباكستان (http://www..uonn org/uonn/pdf/engintc00.pdf). وبضَرْبه بعَدَد الوَلاداتِ المتوقَّعَة في المنطقَة، يُعْطي العددَ المتوقَّع للنِّساء ذَوات الاِسْتِطْبابات الأُموميَّة المُطْلَقَة. ويُمثِّلُ العنصرُ الثَّاني للمُعادَلَة ـ عَدَد المُداخَلات التَّوْليديَّة الكُبْرَى التي تُجْرَى فِعْلاً نَتيجَة اِسْتِطْبابات أُموميَّة مُطْلَقَة ـ مَجْموعَ هذه المُداخَلات جَميعاً والمُجْراة في النِّساء القاطنات في المنطقَة التي حَصَلت فيها المُداخَلَة (القِطاع الخاص أو العام، في المنطقَة المُحدَّدَة أو خارجها). وتُمثِّلُ نسبةُ الحاجات التَّوْليديَّة غير المُلبَّاة الفارقَ بين عَدَدِ النِّساء ذَوات الاِسْتِطْبابات الأُموميَّة المُطْلَقَة وعَدَد المُداخَلات التَّوْليديَّة الكُبْرَى التي تُجْرَى فِعْلاً نَتيجَة هذه الاِسْتِطْبابات.

مِثال: في الجُزْءِ الرِّيفي من المِنْطَقَة الصِّحِّيَّة س district X، يُتَوَقَّعُ 20000 مَوْلودٍ عام 2007؛ ويُقدَّرُ عَدَدُ المُداخَلات التَّوْليديَّة الكُبْرَى للاِسْتِطْبابات الأُموميَّة المُطْلَقَة بنسبة 1.4٪ (العَلامَة) × 20000 = 280 مُداخَلَة. وعندما جَرَت زيارَةُ جَميع مَرافِق الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الشَّامِلَة العُمُوميَّة والخُصُوصيَّة، كانَ العَدَدُ الكُلِّي للمُداخَلات التَّوْليديَّة الكُبْرَى المُجْراة لاِسْتِطْبابات أُموميَّة مُطْلَقَة 84؛ وبذلك كانَت نسبةُ الحاجات التَّوْليديَّة غَيْر المُلبَّاة 280 - 84 = 196. أو 70٪؛ وهذا يَعْني أنَّ 196 امرأةً لم تَسْتطِع الوُصولَ إلى الجراحَة الضَّروريَّة المُنْقِذَة للحَياة.

وللوُقوفِ على المَزيدِ من المَعْلوماتِ والأَشْكال المُستعمَلَة في تَصْميم هذا المؤشِّر، انظر المَوْقِعَ الإِلْكتروني لشَبكَة نِسْبة الحاجات التَّوْليديَّة غير المُلبَّاة، www.uonn.org.

6-2 المؤشر 6: مُعَدَّلُ إِماتَة الحالات التَّوْليديَّة المباشر

الوَصْف

مُعَدَّلُ إِماتَة الحالات التَّوْليديَّة المباشر هو نِسْبَةُ النِّساء اللَّواتي أُدْخِلْنَ إلى أحَد مَرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة، ولديهِن مُضاعَفاتٌ تَوْليديَّة مباشرة كُبْرَى، أو اللَّواتي أُصِبْن بهذه المُضاعَفات بعدَ الإِدْخال أو القَبول، ومُتْنَ قبلَ التَّخْريج. ونحن نَشْمل جَميعَ المُضاعَفاتِ التَّوْليديَّة الرَّئيسيَّة السَّبع المُدْرَجَة في اللَّوْحَة 2.

يُمثِّلُ البَسْطُ عَدَدَ النِّساء اللَّواتي يَمُتْنَ بمُضاعَفاتٍ تَوْليديَّة مباشرة خِلال فترةٍ مُحَدَّدة في أَحَدِ مَرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة؛ أمَّا المَقامُ فهو عَدَدُ النِّساء اللَّواتي عولجْنَ بالنِّسْبة إلى جَميع المُضاعَفاتِ التَّوْليديَّة المباشرَة في المِرْفَق نَفْسه خِلال الفترة ذاتها. هذا، ويَكونُ المَقامُ في مُعَدَّل إماتَة

الحالات التَّوْليديَّة المباشر بوجهٍ عام هو بَسْط نسبةِ الحاجاتِ الملبَّاة.

وكما في المؤشِّراتِ من 3–5، يجب حِسابُ مُعَدَّلِ إماتَة الحالات التَّوْليديَّة المباشر بالنسبةِ إلى جَميع المَرافِق، وليسَ مَرافِقَ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة فحَسْب؛ وهو يُحْسَبُ عادةً في المَرافِق كلٍّ على حِدَة، ثُمَّ عَبْرَ المَرافِق، لاسيَّما تلك ذات النَّمَط نَفْسِه مثل مُسْتشفَيات المناطِق الصحِّية.

الحَدُّ المَقْبول الأَقْصى

يَكونُ الحَدُّ المَقْبول الأَقْصَى maximum acceptable level أقلَّ من 1٪.

مَعْلوماتٌ أَساسيَّة

بَعْدَ تَحْديدِ تَوفُّرِ الخَدمات واسْتِعْمالها، يَكونُ الاهْتِمام اللاحِق بجَوْدَة الرِّعايَة التي هي مَوْضوع مَقالاتٍ معقَّدَة مُتَنامية. وتَشْتَمِلُ مَجْموعَةُ مُؤَشِّراتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة على مُعَدَّلِ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر كمؤشِّر خام نسبياً للجَوْدَة؛ ويَنْبَغي تَدْعيمُ ذلك بمَزيدٍ من التَّقْييم المُفَصَّل.

في الطَّبعاتِ الأولى من هذا المَنْشور، كانَ هذا المؤشِّرُ يُدْعَى ببساطَة « مُعَدَّلِ إماتَةِ الحالَة case fatality rate"؛ ثُمَّ أُعيدَت تَسْميتُه إلى " مُعَدَّلِ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر direct obstetric case fatality rate" سَعْياً وراءَ الوُضوح، ولأنَّ مُؤشِّراً جَديداً قد أُضيفَ للمُضاعَفاتِ التَّوْليديَّة غير المباشرَة.

لقد اكتسبَ الباحِثون خبرةً مَلْحوظَة مع هذا المؤشِّر في السَّنوات العشر الماضيَة؛ حيث أصبحَت المراقبَةُ الدَّوْريَّة (كل 6–12 شَهراً) هي الأمْثولَة عندما تُسْتعمَلُ مُؤَشِّراتُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة بشكلٍ روتيني (15، 36، 65). وتُشيرُ المُعْطياتُ المتوفِّرَة، كما في المِثالِ الذي يَعرضُه الجَدْوَل 8، إلى أنَّ انخفاضاً هاماً قد يَحْدث خِلال 3–5 سنوات، إن لم يكن أقربَ من ذلك، مع تَحسُّنِ جَوْدَة الرِّعايَة التَّوْليديَّة. وقد تَراوحَ مُعَدَّلُ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر في هذه الدِّراسات ما بين 2٪ إلى 10٪ تَقْريباً، في حين أَظْهرَ تَحْليلٌ لتَطْبيقِ مُؤَشِّرات الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة على المُعْطياتِ من الوِلايات المتَّحدَة عام 2000 أنَّ مُعَدَّلَ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر هو 0.06٪ (66).

وبمعرفَة المَجال، تَبْدو النسبةُ 1٪ مستوىً مَقْبولاً أَقْصَى بشكلٍ مَعْقول، حيث تَقَعُ بين المعدَّلاتِ في البلدان المتقدِّمَة قَليلاً وكَثيراً. وتُبْدي المُعدَّلاتُ التَّالية للمُداخَلاتِ في الجَدْوَل 8 أنَّه من المُمْكِن التَّقليل من المعدَّل المرتفع إلى ما دون 1٪، ولكنَّ البلدانَ التي تبلغُ هذا المستوَى يَنْبَغي أن تُجاهِدَ لإنقاصِ المعدَّل أَكْثر؛ غير أنَّه يمكن للظُّروفِ الخارجَة عن سَيْطرَةِ مُدَراء المُسْتَشْفَيات أن تجعلَ من الصَّعْب أحياناً إنْجاز معدَّلٍ دون 1٪؛ فإذا وُجدَت مَرافِقُ قَليلةٌ تُقدِّم الرِّعايَةَ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة والشَّامِلَة،

الجَدْوَل 8. مُعَدَّلاتُ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشرَة قبلَ وبعدَ المُداخَلاتِ الرَّاميَة إلى تَحْسين الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة.

المَوْقِع	قَبْل المُداخَلات	بَعْدَ المُداخَلات	الانْخِفاض
أياكوكو Ayacucho، البيرو (2000–2004، خَمْسَة مَرافِق)	1.7٪	0.1٪	94٪
غيسارمي Gisarme، راوندا (2001–2004، ثَلاثَة مَرافِق)	2.0٪	0.9٪	55٪
مُوانزا Mwanza، جمهوريَّة تنْزانيا المتَّحدَة (أربعَة مَرافِق)	3.0٪	1.9٪	37٪
صوفالا Sofala، موزامبيق (2000–2005، 12 مِرْفقاً)	3.5٪	1.7٪	33٪
أُورومِيَّا Oromiya، (2000–2004، ثَلاثَة مَرافِق)	10.4٪	5.2٪	50٪

عن المراجع (15، 36، 65).

قد تَصِلُ النِّساءُ المُصابات بمُضاعفاتٍ إلى المُسْتَشْفى بعدَ رحلةٍ طَويلَة، ممَّا يعرِّض بَقاءهنَّ على قَيْد الحياة للخَطَر. ولكن، هناك طُرُقٌ رَخيصَة لتَحْسين جَوْدَة الرِّعايَة والتَّقْليل من مُعَدَّلِ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر بشَكْلٍ تَدْريجي.

جَمْعُ المُعْطَيات وتَحْليلُها

يمكن حِسابُ مُعَدَّلِ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر في أيِّ مِرْفَق يُعالِج المُضاعَفات، ويُعاني من وَفَيات الأُمَّهات، ولديه سِجلاَّتٌ عن كُلٍّ من هذه الأَحْداث؛ حيث تُطبَّقُ القَضايا نَفْسها في جَمْع المُعْطَيات عن المُضاعَفاتِ التَّوْليديَّة المباشرَة بالنسبة لنِسْبَةِ الحاجاتِ المُلبَّاة، رغمَ نُشوء قَضايا جَديدَة لجَمْع المَعْلوماتِ حَوْلَ عَدَد وَفَياتِ الأُمَّهات؛ فَوَفَيَاتُ الأُمَّهات يُقلَّلُ من تَقْديرِها عادةً بسَبب سوءِ التَّصْنيف أو نَقْص التَّبْليغ، خَوْفاً من التَّوْبيخ أو الانْتِقام أحياناً (149). ولذلك، يجب البَحْثُ عن كُلٍّ من الوَفيات والمُضاعفات بشكلٍ شامِلٍ في جَميع الأجنِحَة حيث تُدْخَل النِّساءُ البالِغات، وليسَ في جناحِ التَّوْليد فقط.

نحن نُشجِّع حِسابَ مُعَدَّلاتِ الإماتَةِ الخاصَّة بالسَّبب بالنسبة إلى كلٍّ من الأَسْبابِ الرَّئيسيَّة لوفاةِ الأُمَّهات؛ حيث يمكن أن تُحَسِّنَ معالجةُ بعض المُضاعَفات، كالولادَة المُعَرْقَلَة، بعضَها أَكْثَر من الآخر، كالارْتِعاج. وتُشيرُ مُعَدَّلاتُ الإماتَةِ الخاصَّة بالسَّبب إلى المواضِع التي حَدَث فيها التقدُّم وتلك التي لم يَحْصلْ فيها ذلك (36). ولكنَّ عددَ وفيات الأُمَّهات في مِرْفَق معيَّن أو مَجْموعَةٍ من المَرافِق يكون صَغيراً جداً (أقل من 20 مثلاً) لحِساب معدَّل ثابت لكلِّ مُضاعَفَة. ولذلك، لا يُحْسَبُ – في مُعْظَم المَرافِق – إلاَّ مُعَدَّلُ الإماتَةِ المباشر للحالاتِ التَّوْليديَّة، وقد يَكونُ عددُ وفيات الأُمَّهات قَليلاً.

هناك أَسْبابٌ وَجيهَة لاسْتِعمال هذا المؤشِّر في المَرافِق كلٍّ على حِدَة، أو لجَميع المَرافِق للدَّلالَةِ على حالةِ النِّظام الصحِّي، أو لِمجموعةٍ من المَرافِق في ذلك النِّظام (انظر الجَدْوَل 11 في الفقرة 2–9). ويُعَدُّ حِسابُ وَسَطي المعدَّلاتِ لجَميع المَرافِق مِقْياساً عاماً للمُراقبَة، لكنَّه لا يُظْهِر المَرافِقَ ذاتَ المُساهَمَة الأَكْبَر في مُعَدَّلِ إماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشر، ولذلك لا يُشير إلى أكثر المُداخلات ضَرورةً. وللتعرُّفِ إلى تلك المَرافِق أو المناطِق التي تَحتاج إلى الكَثير من الانْتِباه، يمكن تَحْليلُ المُعْطَياتِ المأخوذَة من أَنْماطٍ مختلفَة للمَرافِق (أو في مَناطِق مختلفَة) بشَكلٍ منفصِل، ثم يَجْري دَمْجُها.

العَرْضُ والتَّفْسير

لا تَأْخُذ مُعَدَّلاتُ إماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشرَة بعَيْن الاعتبار الوفياتِ خارِجَ النِّظام الصحِّي؛ وهذا لا يؤثِّرُ في قيمَةِ المؤشِّر، لأنَّه لا يُسْتعمَلُ إلاَّ لقياس أداءِ مِرْفَقِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة؛ فإذا أَظْهَرَت مؤشِّراتُ تَوفُّرِ المَرافِق ونسبة الولادات فيها ونسبة الحاجاتِ المُلبَّاة (المؤشِّرات 1–5) أنَّ خَدماتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة مُوزَّعَةٌ ومُستعمَلَة بشكلٍ جَيِّد وأنَّ مُعَدَّلاتِ إماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشرَة مُنْخَفِضَة، يَكون من المَأْمون القَوْل بأنَّ نِظام رعايَة الأُمَّهات في البَلد يَعْمل بشكلٍ جَيِّد نسبياً. ولكن، عندما يَكونُ مُعَدَّلُ إماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشر مَقْبولاً، غيرَ أنَّ تَغْطيةَ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة أو نسبة الحاجاتِ المُلبَّاة غير كافيَة، فإنَّ ذلك يَدُلُّ أنَّ النِّساءَ اللواتي يَلِدنَ في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة قد يَبْقَوْن على قَيْدِ الحياة، لكنَّ وفياتِ الأُمَّهات خارِجَ المَرافِق الصحِّيَة قد تَبْقى شائعةً.

قد يَكونُ من الصَّعْب تَفْسيرُ المُقارَناتِ بين مُعَدَّلاتِ إماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشرَة ضمنَ المرافِق كُلٍّ على حِدَة عندما لا تَكونُ المَرافِق مُتَماثِلَةً؛ فمَثلاً، قد لا يَكون صَحيحاً مُقارنَةُ المعدَّل في مُسْتَشْفَى المِنْطَقَة مع ذلك في مُسْتشفَى تَعْليمي، لأنَّ النِّساءَ المُصاباتِ بالمُضاعَفاتِ الأكثر خُطورَةً يمكن أن يُحَلْنَ إلى المُسْتشفَى التَّعْليمي في اللَّحْظَة الأخيرَة، حيث يَمُتْن؛ وهذا الفارقُ قد يُنْقِص مُعَدَّلَ إماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشر في مُسْتَشْفَى المِنْطَقَة، ويَرْفَعه في المُسْتشفَى التَّعْليمي.

قد يَتجاوَزُ مُعَدَّلُ إماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشر في المِرْفَق المستوى المَقْبولَ الأَعْظَمي لعدَّة أَسْباب؛ ففي العَديدِ من الحالات، لا تكون جَوْدَةُ الرِّعايَة كافيةً؛ ولكن، قد تُوجَد تَفْسيراتٌ أخرى؛ فعلى سَبيل المِثال، يمكن أن يؤدِّي التأخُّر الطَّويل في الوُصولِ إلى مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة إلى حالة سيِّئَة عندَ الوُصول؛ أو قد يَكونُ المِرْفَقُ الذي لديه مُعَدَّلٌ مباشر مُرْتفِع لإماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة هو النقطةَ الأخيرَة في سلسلةِ الإحالاتِ المَحلِّية، لذلك تُرْسَلِ النِّساءُ المُصاباتِ بالمُضاعَفاتِ الأكثر خُطورَةً إليه. كما أنَّ من المهمِّ أن نأخذَ بعين الاعتبار عددَ النِّساء الذين شَمَلهم الحِسابُ في مُعَدَّلِ إماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشر؛ فإذا كانَ المعدَّلُ يَقومُ على عددٍ صَغير من النِّساء، فحتَّى وفاة واحِدَة قد تُسبِّب زيادةً كبيرَة خادِعَة. ولدى وَضْع مشاكِل تَفْسير الأعداد الصَّغيرة في الحسبان، تتجلَّى فائِدَةُ مُعَدَّلِ إماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشر على مستوى المِنْطَقَةِ الصِّحِّيَّة أو المَرافِق الكبيرَة الحَجْم حيث توجَدُ العَديدُ من وفيات الأُمَّهات. ولذلك، تَميلُ هذه المعدَّلاتُ ألاَّ تُحْسَب إلاَّ في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الشَّاملَة.

قد يُشير حدوثُ بعضِ وَفَيات الأُمَّهات في المِرْفَق إلى أنَّ النِّساءَ يَذْهبنَ إليه لمعالَجَة المُضاعَفات؛ وبالمُقابِل، يمكن أن يُشيرُ غيابُ وَفَيات الأُمَّهات إلى أنَّ النِّساءَ المُصاباتِ بمُضاعفاتٍ خَطيرَة لا يُؤْتى بهنَّ إليه أو يُحَلْنَ إليه بشكلٍ روتيني، حتَّى عندما يكون من الواجب مُعالجتهنَّ في المَوْقِع. كما قد يُوحِي غيابُ التَّقارير عن الوَفيات بأنَّه لا يُبلَّغ عنها؛ وفَضْلاً عن ذلك، يمكن أن تَزْدادَ أعدادُ الوَفيات ومُعَدَّلاتُ إماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشرَة عندما تُبذَل الجُهودُ لتَحْسين خَدمات المستشفيات وترتفعُ أَعْدادُ النِّساء القادِمات للمعالَجَة من بَعيد. وبذلك، يَنْبَغي تَفسيرُ مُعَدَّلِ إماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشر في سَياقِ المؤشِّرات السَّابِقَة، ولابدَّ من إجراءِ دراساتٍ لمزيدٍ من الفَهْم. هذا، ويجب ألاَّ يَكونَ مُعَدَّلُ إماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشر – على الإطْلاق – سبباً للعقوباتِ الإداريَّة؛ حيث إنَّ ذلك قد يزيد احتمالَ أن تُحالَ النِّساءُ المُصاباتُ بمضاعَفاتٍ خَطيرَة إلى مِرْفَقٍ آخر بدلاً من مُعالجتهن، أو يؤدِّي إلى عدم التَّبْليغ عن تلك الوَفيات الحاصِلَة في المَوْقِع.

يمكن أن تُلْقي المخطَّطاتُ ذات الأعمدَة bar charts أو المُرْتَسماتُ التبعثريَّة scatter plots الضَّوْءَ بكفاءةٍ على الفَوارِق في مُعَدَّلاتِ إماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشرَة على مستوياتٍ مختلفَة أو في الأَنْماطِ المختلفَة للمَرافِق الصحِّية أو المنطقَة الجغرافيَّة؛ فكلُّ نَمطٍ من المَرافِق أو المناطِق يمكن أن يُرْسَم على هيئَة مُخطَّطٍ مُنْفَصِل أو قد تُبيِّن الألوانُ والظِّلال المختلفَة الفُروقَ في المخطَّطِ نَفْسِه.

الدِّراساتُ الإضافية

تُشيرُ مُعَدَّلاتُ إماتَةِ الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشرَة المرتفعَة إلى المشاكِل، لكنَّها لا تُحدِّد الإجْراءات المُصحِّحَة بنفسِها؛ غيرَ أنَّها بدايَةٌ جَيِّدَة لمزيدٍ من الدِّراسات.

دِراساتُ حالاتِ النِّساء عندَ الدُّخول أو القَبول

يمكن جَمْعُ المَعْلوماتِ عن حالةِ النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ رَئيسيَّة عندَ الدُّخول (مثل النَّبْض وضَغْط الدَّم ودرجَة الحرارَة)، بالنسبةِ إلى النِّساء اللواتي يَبْقَيْن على قَيْد الحياة واللَّواتي لا يَبْقَيْن؛ فالفَهْمُ الجَيِّد لحَالَةِ المَريضَة عند الدُّخول يمكن أن يُساعِدَ على تَمْييزِ تأثيرِ الحالةِ عندَ الوُصول عن جَوْدَة الرِّعايَة بَعْدَ الوُصول.

التأخُّرُ في التَّشْخيص أو المعالَجَة

هناك عددٌ من الأسبابِ المحتَمَلَة لتأخُّرِ التَّشْخيص أو المعالَجَة عندما تَصِلُ المرأَةُ إلى المِرْفَق؛ فعَلى سَبيل المِثال، قد يَكون على عائلاتِ المَريضاتِ أن تُشْتَري الأدويَة واللَّوازِم الطبِّية من الصَّيْدليَّاتِ المحلِّية، لأنَّ المُسْتَشْفياتِ ليسَ لديها مَواردُ كافيَةٌ. وقد تتفاوتُ أَسْبابُ التَّأْخير ما بَيْنَ الازدحام في غرفَة الطَّوارئ، إلى البَوَّاب الذي يَطلب إكْراميَّة، فالأَعْطال الكهربائيَّة (150).

تُعَدُّ الدِّراساتُ على «التَّأْخير الثَّالث third delay" (عندَ وُصول النِّساء إلى المَرافِق الصحِّية) وتَمارين "تَحْليل تَدفُّق القادِمات أو المُراجعات client flow analysis" في دَفْتَر الوَسائِل Tool book لتَحْسين جَوْدَة الخَدمات (150) من النَّماذج المُفيدَة لهذا النَّمَط من الدِّراسات الإضافية؛ وهي تُنَظِّمُ مُلاحَظَةَ التَّأْخير وقياسَه، وتَسْمَح للباحِثين بمعرفَة المرحلَة الأَكْثر تَكْراراً في التَّأْخير. وتَعْتمِدُ التَّمارينُ على مَعايير قائِمَة على الأدلَّة، ورأي الخُبَراء، لتَحْديد أَسْباب التَّأْخير. وهناك أسلوبٌ آخر يَقومُ على جَمْع المُعْطَيات عن الفترةِ الفاصِلَة بين دُخول المرأة المُصابَة بإحْدى المُضاعَفات، ووقت تَلقِّيها للمعالجَة النَّوْعيَّة. هذا، وتُظْهِر مُراقبَةُ النَّوْعيَّة الجيِّدَة أطولَ أنماطِ التَّأْخير وأكثرها خُطورةً، ولذلك يمكن إنْقاصُ مُعَدَّل إماتَة الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشر بتَخْفيضِ هذه الأَنْماطِ من التَّأْخير.

في مُسْتَشْفى جامِعَة زاريا Zaria في نيجيريا، نَقَصت الفترةُ الفاصِلَة بين دُخول المرأة ومُعالَجتها بنسبة 57٪ (من 7.3 إلى 6.1 ساعَة) في الفترة ما بين 1990 و 1995. وخِلال هذه الفَتْرة، انخفضَ مُعَدَّلُ إماتَة الحالاتِ (الجَمْع بين الأَسْبابِ المباشرة وغير المباشرَة) بنسبة 21٪ من 14٪ إلى 11٪ (151).

مُراجَعَةُ وَفياتِ الأُمَّهات

عندما يَكونُ مُعَدَّلُ إماتَة الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشر مرتفعاً أو يُخْفِق في الانْخِفاض، لابدَّ من إجْراء دراسَة؛ فوَفياتُ الأُمَّهات يمكن مُراجعتُها في المَرافِق الصحِّية وعلى مستوى المنطقَة الصحِّية أو الإقْليم أو البَلَد (يُشارُ إلى ذلك أَحْياناً بمُصْطَلَح «التَّحْقيق السرِّي confidential enquiry") لتَحْديد الثَّغراتِ في الإدارَة أو تَقْديم الخَدمات السَّريريَّة. ويَصِفُ مَنْشورُ منظَّمة الصحَّة العالميَّة ما وَراءَ الأَرْقام ـ مُراجعَة وَفياتِ الأُمَّهات والمُضاعَفات لجَعْل الحَمْل أكثر مَأْمونية (148) نَمَطين من المُراجَعَة:

- المُراجَعَةُ المعتَمِدَة على المِرْفَق، وهي دراسَةٌ مُفصَّلَة للأسبابِ المنهجيَّة والظُّروف المُحيطَة بوَفياتِ الأُمَّهات في المِرْفَق. والهدَفُ منها هو تَحْديد العَوامِل التي يمكن تجَنُّبُها من بين تلك التي تُساهِمُ في وَفياتِ الأُمَّهات، وما يمكن تَغْييرُه لتَحْسين جَوْدَة الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في المِرْفَق.
- التَّحْقيق السرِّي في وَفياتِ الأُمَّهات، وهي دِراسَةٌ منهجيَّة سرِّية على عيِّنَة عَشْوائيَّة لوَفياتِ الأُمَّهات الحاصِلَة في منطقة معيَّنَة (حضريَّة أو على مستوى المنطقَة الصحِّية أو الإقْليم أو البَلَد). هذا، ويَنْظر الباحِثون إلى بعض القَضايا، مثل الرِّعايَة دون المستوَى المَطْلوب ووُصول النِّساء إلى الرِّعايَة وتَوفُّر الأدويَة والعَقاقير. وبتَجْميع الأسباب والعَوامِل التي تُساهِم في وَفياتِ الأُمَّهات في منطقة واسِعَة، يمكن صياغَةُ البَيِّنات لمُساعَدَة صانِعي القَرار على تَصْميم وتَنْفيذ الحلول المنهجيَّة الكَفيلَة بتَحْسين الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة.

مُراجَعَةُ حالاتِ النِّساء اللواتي نَجَوْنَ من المُضاعَفاتِ المهدِّدَة للحياة (الوَفيات الوَشيكَة)

هناك أُسلوبٌ بَديل أكثر إيجابيةً، وأقل تَهْديداً في بعض الأَحْيان، لتَحْسين الجَوْدَة، وهو الدِّراسةُ المنهجيَّة للرِّعايَة المقدَّمَة للنِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة مهدِّدَة للحياة واللَّواتي يُنْقَذْنَ من قِبَل المِرْفَق الصحِّي (الوَفَيات الوَشيكَة near misses). ومن مَزايا هذه الطَّريقَة هي أنَّ الوَفياتِ الوَشيكَةَ تَحْصل بشكلٍ أكثر شُيُوعاً من وَفياتِ الأُمَّهات، ولذلك وتُقدِّم فُرَصاً أَكْبر لدراسَة جَوْدَة الرِّعايَة. وأمَّا الفائِدَةُ الأخرى فهي أنَّ هذه المُراجَعَةَ تُقدِّمُ مُناسَبةً لمعرفَة أيِّ المهنيين الصحِّيين قد عملَ بشكلٍ صَحيح لإنْقاذِ المرأة أَكْثَر من التَّرْكيز على المَشاكِل؛ وهذاً ما يُساعِد على خَلْق بيئةٍ داعِمَة أَكْثَر حيث تُناقَشُ فيها أَوْجُهُ الرِّعايَة التي يمكن تَحْسينُها. هذا، ويُقَدِّمُ مَنْشورُ منظَّمة الصحَّة العالميَّة ما وراءَ الأَرْقام (148) المزيدَ من المَعْلوماتِ المُفَصَّلَة، بما في ذلك التَّعْريفاتُ العمليَّة للوَفياتِ الوَشيكَة ومَجْموعَة معياريَّة من المَعايير طَوَّرتها منظَّمةُ الصحَّة العالميَّة لتَحْديد حالةِ الوَفاة الوَشيكَة near-miss case (1، 52).

7-2 المؤشِّر 7: معدَّلُ الوفيات خِلال الوِلادَة وفي فترة الوَليد

الوَصْف

يَدُلُّ المؤشِّرُ 7 على النِّسْبةِ المئويَّة للولاداتِ التي تُؤَدِّي إلى وفاةٍ باكِرَة جداً للوَليد أو إلى وفاة خِلال الولادَة (مَليص جَديد fresh stillbirth) في مِرْفَقِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة؛ وقد اقتُرِحَ هذا المؤشِّرُ الجَديد لإلْقاء الضَّوْء على جَوْدَة الرِّعايَة في أَثْناء الوَضْع بالنسبة إلى الأجنَّة والوِلْدان المَوْلودين في المَرافِق (153). هذا، ويُمثِّل البسطُ (الصُّورَة) مَجْموعَ الوفياتِ في أَثْناء الوَضْع والمرحلَة الباكِرَة جداً من فترةِ الوَليد في غُضون أوَّل 24 ساعَة من الحياة، والحاصِلَة في المِرْفَق خِلال فترةٍ معيَّنَة، بينما يُشيرُ المَقامُ (المَخْرَج) إلى جَميع النِّساء اللواتي وَلَدن في المِرْفَق خِلال الفترةِ نَفْسِها.

بما أنَّ الغايةَ من هذا المؤشِّر هي قِياس جَوْدَة الرِّعايَة في أَثْناء الوَضْع ورِعايَة الوِلْدان، لذلك يُوصَى باسْتِبْعادِ الوِلْدانِ الذين يَقِلُّ عن 2.5 كغ من البَسط والمَقام عندما تَسْمَح المُعْطَيات، لأنَّ مُعدَّلَ الوفياتِ يَكون مُرْتفعاً عندَ الرضَّع النَّاقِصي وَزْن الوِلادَة في معظمِ الظُّروف.

وكما في المؤشِّراتِ السَّابِقَة، ينبغي أن يُحسَبَ مُعدَّلُ الوَفيات في أَثْناء الوَضْع والمرحلَة الباكِرَة جداً من فترةِ الوَليد بالنسبة إلى جَميع المَرافِق، وليسَ مَرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة فقط.

المستوى المَقْبول الأَقْصى

لا يُوجَد مِعْيارٌ مُعْتمَد؛ ولكن يمكن تَحْديدُ المستوى المَقْبول الأَقْصى بعدَ اختِبار المؤشِّر في ظُروفٍ مختلفَة.

مَعْلوماتٌ أساسيَّة

يَموتُ في العالَم نحو مليونَيْ رَضيع سنوياً في الفترةِ حَوْلَ الولادَة: 900000 وفاة للوِلْدانِ أو 23٪ من مَجْموعِ وَفيات الوِلْدان، و1.02 مليون مَليص في أَثْناء الوَضْع أو 26٪ من المَليصين (154). ولذلك، تُعَدُّ الرِّعايَةُ ذات الجَوْدَة العالية خِلال الوَضْع ضَروريةً لكلٍّ من الأمِّ ورَضيعها؛ فعندما تُقدَّم الرعايَةُ المناسبة في وَقْتِها، يمكن الوقايَةُ من معظمِ وَفياتِ الأُمَّهات والوِلْدان.

ويُعَدُّ اخْتِناقُ المَوْلود birth asphyxia من الأَسْبابِ الرَّئيسيَّة لمَوْتِ الجَنين خِلال الوِلادَة أو بَعْدها مُباشرةً، حيث قد يَنْجمُ ذلك عن التَّدْبير السيِّئ للمُضاعفاتِ التَّوْليديَّة، مثل الوِلادَة المُعَرْقَلَة أو المُطوَّلَة وتَمَزُّق الرَّحِم والارْتِعاج أو النَّزْف السَّابِق للوِلادَة وغِياب الإنْعاش الوَليدي (155). كما يمكن أن يَنْجمَ اخْتِناقُ المَوْلود عن الولادَة قَبْلَ الأَوَان (الخِداج) preterm birth أو التشوُّه الخِلْقي، وهما من الحالاتِ التي لا تَتَعلَّق مباشرةً بجَوْدَة الرِّعايَة المُقدَّمَة خِلال الوِلادَة. وبما أنَّنا مَعْنيُّون هنا – بشَكْلٍ رَئيسي – بقُدْرَة النِّظام الصحِّي على تَقْديم رِعاية عاليةَ الجَوْدَة في أَثْناء الوَضْع وفي الفترة التَّالية للوِلادَة مُباشرةً، لذلك يُرَكِّزُ هذا المؤشِّرُ على وفياتِ هؤلاء المَليصين ووَفَياتِ المرحلَة الباكِرَة جداً من فترةِ الوَليد والتي يمكن تَجَنُّبُها بتَوْفير واسْتِعْمال الرِّعايَة التَّوْليديَّة ذات الجَوْدَة العاليَة وإنْعاش الوِلْدان.

جَمْعُ المُعْطَياتِ وجَوْدتُها

تَشْتَمِلُ التَّعْريفاتُ العمليَّة لهذا المؤشِّر على المكوِّناتِ التَّالية، حسبما حَدَّده لاون Lawn وزُملاؤه (154):

- حالات المَليصين الحاصِلَة في أثناء الولادَة أو المَليصين الجُدُد: الرُّضَّع المَوْلودون مَيِّتين بَعْدَ أكثر من 28 أُسْبوعاً من الحَمْل، من دون عَلاماتٍ دالَّة على التَّفَتُّت disintegration أو التَّعَطُّن maceration؛ ويُفترَضُ أنَّ الموتَ قد حَصلَ قبلَ أقل من 12 ساعَة من الولادَة؛ بينما يُسْتبعَد أولئك المَوْلودون بشُذوذاتٍ خِلقيَّة شَديدَة مُميتَة.

- وَفَيات الوِلْدان الباكِرَة جداً والمتعلِّقَة بأَحْداث خِلال الولادَة: الوِلْدان المَوْلودون عِنْدَ الأَوان (في تَمام الحَمْل) الذين لا يمكن أن يُنْعَشوا (أو الذين لم يَتَوفَّر الإنْعاشُ

لهم) أو الذين تَعرَّضوا لرَضح تَوْليدي مُعيَّن؛ ويَنْبَغي أن تكونَ الوفاةُ قد حَدثَت في غُضونِ 24 ساعَة من الوِلادَة.

ويَنْبَغي ألاَّ تكونَ هاتان المَجْموعتان مُتَساويتين مع الوفيات حَوْلَ الوِلادَة perinatal deaths؛ فالتَّعْريفُ المَقْبول عالَمِياً للوفيات حَوْلَ الوِلادَة هو الوَفاة في الرِّحم بعدَ الأُسْبوع 28 من الحَمْل، فَضْلاً عن وَفياتِ جَميع الرضَّع الذين يَعيشون حتَّى اليوم السَّابع من الحَياة؛ ويَسْتَبعِدُ هذا المؤشِّرُ الجَديد المَليصين المُتَعطِّنين والوِلْدان الذين يَموتون بعدَ أوَّل 24 ساعَة، لأنَّ الأُمَّهاتِ ومَواليدهنَّ يُخَرَّجْنَ بعدَ 24 ساعَة أو أقل من ذلك.

وفي المُشاوَراتِ التقنيَّة عام 2006، اقتُرِحَ بأن يَشْتَمِلَ هذه المؤشِّرُ على المَليصين والوِلْدان الذين يَبْلغ وَزْنُهم 2.5 كغ أو يَقلُّ عن ذلك، وهو المعيارُ الدُّوَلي؛ ولكن، يمكن أن تُفَضِّلَ البلدان استعمالَ مستوى 2 كغ كعتبةٍ لها. وقد لا يَكونُ لدى العَديد من المَرافِق الصَّغيرَة في البلدان الفَقيرَة مُعْطياتٌ عن وَزْنِ المَوْلود، لاسيَّما من هم مَليصون؛ ويمكن أن يكونَ التَّسْجيلُ الدَّقيق للمَليصين (الجُدُد والمتعطِّنين) وللوَفياتِ في الفترة الباكِرَة جداً للوَليد أحدَ أَوْجُه أنظِمَة المَعْلوماتِ الرَّاهِنَة التي تَتَطلَّب المزيدَ من الانتباه أيضاً.

ومن طُرُقِ تَحْديد ما إذا كانت الوفاةَ في أثناء الوِلادَة حَصَلت خِلال المَخاض التَّأكُّدُ من أنَّ ضَرباتِ قَلْب الجَنين تُسجَّل على سِجلِّ الدُّخول admission log أم لا. وفي المُمارَسَة، قد يَكونُ من الحِكْمَة قَصْرُ وَفياتِ الوِلْدان على تلك الحاصِلَة في أوَّل 6–12 ساعَة (وليسَ 24 ساعَة) في المَرافِق التي تَتَّصِفُ بتقلُّبٍ كَبير وحيث تَبْقَى الأُمَّهاتُ أقلَّ من 24 ساعَة بعدَ الوِلادَة، لأنَّ الوفياتِ الحاصِلَة بعدَ التَّخْريج سوفَ تَمرُّ من دون أن تُكْتَشَف.

يُمثِّلُ المَقامُ في هذا المؤشِّر «جَميعَ النِّساء اللَّواتي وَلدن في مِرْفَقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة»، وهو البسطُ نَفْسُه بالنسبةِ إلى المؤشِّر 3 (نسبة جَميع الوِلادات في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة)؛ وقد اختيرَ هذا المَقامُ لتَيْسير جَمْع المُعْطَيات، ويُوصَى به لأجل المُقارَناتِ الدُّولية. ومع تَحسُّنِ أنْظِمَة المَعْلوماتِ، يمكن أن يُصْبِحَ المَقامُ هو الوِلادات، وسوفَ يُشير المؤشِّرُ إلى مُعَدَّلٍ حَقيقي.

الدِّراساتُ الإضافية

اِخْتِبارُ المؤشر

يَنْبَغي اختبارُ هذا المؤشِّر، ولابدَّ من مُقارَنَةِ النَّتائج مع أو من دون تَحْديد وَزْن المَوْلود لتَحْديدِ ما إذا كان وَزْنُ 2.0 كغ أو 2.5 كغ هو العتبَة الأَفْضَل؛ فإذا كانَ تَحْديدُ وَزْن المَوْلود مُرْهِقاً من حيث جَمْعُ المُعْطَيات، فلابدَّ من دِراساتٍ لمعرفَة ما إذا كانَ عدمُ تَحْديد وَزْن المَوْلود سوفَ يؤثِّر في مُعدَّل الوفيات أم لا. كما أنَّ المستوى المَقْبولَ الأَقْصَى بالنسبة للمؤشِّر يجب اِسْتِقْصاؤُه ووَضْعُه إذا كان ذلك مُناسِباً.

تَنْقيحُ المَعْلومات

تَشْتَمِلُ الدِّراساتُ الأخرى التي تُحسِّن فَهْمَ الرِّعايَة في أثناء الوِلادَة والمَرْحَلَة الباكِرَة جداً من فَترةِ الوَليد على اِسْتِقْصاء ما إذا كانت ضَرباتُ قَلْبِ الجَنين تُسجَّل بشكلٍ رُوتيني عندَ الدُّخول، وما إذا كانَ المَليصون يُوزنون ويُوثَّقون بشكلٍ رُوتيني أيضاً؛ كما قد يَكونُ من المهمِّ أيضاً دراسَةُ الوقت الدَّقيق لوفاةِ الوَليد الباكِرَة والتي يندر أن تُسَجَّل بدقَّة.

في المَرافِق التي تَتَّصِف بمعدَّلاتٍ مرتفعَة للوِلْدان الباكِرين والمَليصين، يمكن أن يكونَ من المُفيد القِيامُ بتَفْتيش عن الوَفياتِ حَوْلَ الوِلادَة لكَسْبِ فَهْمٍ أفضل لكيفيَّةِ تَحْسين جَوْدَة الرِّعايَة (156).

8-2 المؤشِّر 8: نسبةُ الوَفَيات النّاجمَة عن الأسباب غير المُباشرَة في مَرافق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة

الوَصْف

يُمثِّلُ البَسْطُ في هذا المؤشِّر الجَديد جَميعَ وَفيات الأُمَّهات النّاجمَة عن الأَسْباب غير المباشرة في مَرافق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة خِلال فترةٍ مُحدَّدَة، بينما يُمثِّلُ مَقامُه أو مَخْرَجُه جَميعَ الوَفَيات الأُمومَّة في المَرافقِ نَفْسِها خِلال الفَتْرَة نَفْسِها.

أمَّا الأَسْبابُ المباشرَة للوَفاة فهي تلك «النّاجمَة عن المُضاعَفاتِ التَّوْليديَّة لحالةِ الحامل (الحَمْل والولادَة والنِّفاس puerperium)، أو عن المُداخَلات أو الأَخْطاء أو المعالَجَة غير الصَّحيحَة، أو عن سلسلةٍ من الأَحْداث نتيجَة أيٍّ ممَّا سَبَق". وأمَّا الأَسْبابُ غير المباشرَة للوَفاة فتَنْجم عن "مَرَضٍ مَوْجود سابقاً أو مَرَض ظَهَر في أثناء الحَمْل ولم يكن ناجماً عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مباشرَة، لكنَّه تَفاقَمَ بسبب التَّأثيراتِ الفيزيولوجيَّة للحَمْل" (157).

لا تُضمَّنُ الفئاتُ الأخرى لوفاة الأُمَّهات (الوَفاة بعد 42 يَوْماً من الولادَة، الوَفيات التَّصادفيَّة أو العارضَة أو الحادِثيَّة) عادةً في حِساب مُعدَّلاتِ أو نِسَب وَفَيَاتِ الأُمَّهات، وهي تُسْتبعَدُ من أَهْدافِ هذا المؤشِّر.

المستوَى المَقْبول

لا يُعبِّرُ هذا المؤشِّرُ بسهولَة عن مستوى موصَى به أو مِثالي؛ بل يُبْرز السِّياقَ الاجتماعي والطبِّي الأَكْبَر للبَلَد أو الإقْليم، وهو ذو مَضامين بالنسبة لإسْتراتيجيَّاتِ المُداخَلات، لاسيَّما في مَرافقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة، حيث تقتل الأَسْبابُ غير المباشرَة الكثيرَ من النِّساء في سنِّ الإنْجاب.

مَعْلوماتٌ أساسيَّة

تَنْجمُ نسبةٌ هامَّة من وَفَيَاتِ الأُمَّهات في معظَم البلدان عن أَسْبابٍ غير مُباشرَة؛ ويَنْطبقُ ذلك بشكلٍ خاص على أماكِنِ انتشارِ عَدْوَى الهيف HIV وحالاتِ العَدْوَى المتوطِّنَة الأخرى، مثل المَلاريا والْتِهاب الكَبِد. وفي أغلبِ الأَحْيان، حيث تَكونُ مُعَدَّلاتُ الأَمْراض العَدْوائيَّة والسَّاريَة مرتفعةً، يَكونُ عَددُ وَفَيَاتِ الأُمَّهات النّاجمَة عن الأَسْبابِ المُباشرَة مرتفعاً أيضاً. وغالباً ما يُساءُ تَصْنيفُ أَسْبابِ وَفَيَاتِ الأُمَّهات في مثل هذا الحالات؛ فمثلاً، يمكن أن يُصنَّفَ مَوْتُ امرأةٍ إيجابية للهَيْف HIV-positive woman بأنَّها ناجِمٌ عن الإيدز، حتَّى وإن كانَ ناجماً عن سَبَبٍ مباشر مثل النَّزْف أو الإنْتان. وتَقَعُ معظَمُ وَفَيَاتِ الأُمَّهات في الفئاتِ المُدْرَجَة في الجَدْوَل 9؛ ونحن نعرفُ القليلَ عن الأَسْبابِ "العارِضَة أو الحادِثيَّة" للوفاةِ بالنسبة للنِّساء في البلدان الفَقيرَة.

نُشرَت أَحْدَثُ دراسَةٍ منهجيَّة عن أَسْبابِ وَفَيَاتِ الأُمَّهات عام 2006 من قِبَل الباحِثين في منظَّمةِ الصحَّة العالميَّة، حيث راجَعوا الأدبَ الطبِّي منذ عام 1990 (120). هذا، ويُلَخِّص الجَدْوَل 10 النسبةَ المئويَّة للأَسْبابِ المباشرَة وغير المباشرَة للوفاةِ بحسب أقاليم العالم.

اجْمَعُ المُعطياتِ وجَوْدتُها

يَتفاوتُ الإبْلاغُ عن وَفيات الأُمَّهات وأَسْبابها بشكلٍ واسع، ويَتَصاحب ذلك مع التَّنامي الإحْصائي للبَلَد؛ ومع ذلك يَميلُ الجَميعُ إلى اتِّباعِ إحدى إصْداراتِ التَّصْنيف الدُّوَلي للأَمْراض International Classification of Diseases (157)؛ ففي البلدان ذات النُّظُم الإحصائيَّة المتقدِّمَة جداً، يَكون مَصْدَرُ هذه المَعْلوماتِ هو نِظام التَّسْجيل الحَيَوي vital registration system، لكنَّ سوءَ التَّصْنيف يُؤدِّي – كما ذُكِرَ سابقاً – إلى نَقْصٍ خَطير في التَّسْجيل على مستوى الإحصائيَّاتِ الرَّسْميَّة في جَميع البلدان تَقْريباً. وحينما تَكونُ نُظُمُ التَّسْجيل الحَيَويَّة ضَعيفةً، يؤدِّي الإهْمالُ وسوءُ التَّصْنيف إلى نَقْصٍ في التَّسْجيل

الجَدْوَل 9. الحالاتُ الرَّئيسيَّة المؤدِّية إلى وفاة الأُمَّهات.

الأَسْبابُ المباشرَة	الأَسْبابُ غير المباشرَة
النَّزْف	العَدْوَى (مثل المَلاريا، التهاب الكَبِد)
أَمْراضُ فَرْط ضَغْط الدَّم	المَرَض القَلْبي الوِعائي
الإِجْهاض	الأَمْراضُ النَّفْسيَّة، بما في ذلك الانتِحارُ والعُنْف
الإِنْتانُ أو العَدْوَى	السُّل
الوِلادَة المُعَرْقَلَة	الصَّرْع
الحَمْل المُنْتَبِذ	السُّكَّري
الانْصِمام	
المتعلِّقَة بالتَّخْدير	

الجَدْوَل 10. تَقْديراتُ الأَسْباب المباشرَة وغير المباشرَة لوفياتِ الأُمَّهات بحسب الإِقْليم

الإِقْليم	وفياتُ الأُمَّهات		
	بأَسْبابٍ مباشرَة	بأَسْبابٍ غير مباشرَة	غير مُصنَّفَة
البلدان المتقدِّمَة	14.4	80.8	4.8
أَفْريقيا	26.6	68.0	5.4
آسيا	25.3	68.6	6.1
أَمريكا اللاتينيَّة والكاريبي	3.9	84.4	11.7

عن المَرْجِع [120]

ومَشاكِل في نسبةِ الأَسْباب؛ وقد لا تُمْلأ شَهاداتُ الوَفاة، أو يمكن ألاَّ تُشير إلى أنَّ الحملَ قد حَدَث حَديثاً؛ ولذلك، قد لا تُكْتَشَف حَقيقةُ أنَّ الوفاة كانت وفاةً أُموميَّة. ويمكن أن تُدْرَجَ عِدَّةُ أَسْباب للوفاة، ولكن قد لا يُسجَّل السَّببُ الدَّفين.

يمكن أن تكونَ هذه هي الحالَة بالنسبةِ إلى عَدْوَى فيروس العَوَز المَناعي البَشَري HIV؛ ففي الكَثير من البلدان ذات الانتشارِ المرتفِع لعَدْوَى الهيف، يُقلِّلُ الإِبْلاغُ عن عَدَدِ وَفيات الأُمَّهات بين النِّساء الإيجابيَّات للهيف، إلى حين إِجْراء اختباراتٍ عامَّة للهَيْف وتَسْجيل الحالةِ السِّيرولوجيَّة والإبلاغ عنها بشكلٍ مَوْثوق وعدم حَيْلولَة التَّمْييز والوَصْم دون إجراء الاختبارات والإبْلاغ. ويمكن أن تكونَ عَدْوَى الهيف سبباً غير مُبلَّغ عنه لوَفاة الأُمِّ من جهةٍ؛ ومن جهةٍ أخرى، عندما تَكون حالةُ الهيف عندَ المرأة مَعْروفةً، قد يُسَجَّل سَببُ الوفاة على أنَّه الإيدز، مع أنَّ السَّببَ الفِعْلي كانَ حالةً تَوْليديَّة مباشرة.

رغم أنَّ الإحصائيَّاتِ الرَّسْميَّةَ في البلدان ذات المَوارِد القَليلَة قد تَشْتَمِل على نَقْص في الإبْلاغ عن الأسباب غير المباشرَة للوفاة، لكنَّ البلدان الصناعيَّة تَتَّصف بالمشكلة نَفْسِها أيضاً؛ ففي مُراجَعَة لقَواعِد مُعْطَيات منظَّمة الصحَّة العالميَّة عن وَفياتِ الأُمَّهات للفترة من 1991–1993، لم يَذْكرْ 33 بلداً الوفياتِ غيرَ المباشرة من بين 60 بلداً أشارت إلى أَرقام تَسْجيل حيويَّة لأَسْباب وفياتِ الأُمَّهات (158).

إنَّ جَمْعَ المُعْطَيات عن هذا المؤشِّر الجَديد أمرٌ صَعْب؛ ولكنَّ المُشاوَراتِ التقنيَّةَ اِرْتَأَت أنَّ ذلك قد يَكون من المُفيد للحُكوماتِ والهيئات الدُّوَليَّة؛ ففي سنواتٍ قَليلَة، سوفَ نُراجِع الخبرةَ مع هذه المؤشِّراتِ الجَديدَة لمعرفَة ما إذا كانَت مُفيدَة وما إذا كانَ يَنْبَغي تَعْديلُها.

الدِّراساتُ الإضافية

لابدَّ من القيام بقدرٍ كَبير من الأَبْحاثِ في مَيْدان الوفيات الأُموميَّة غير المَباشرة، بما في ذلك الدِّراساتُ على الآليَّاتِ التي تُسبِّب بها حالاتٌ غير مُباشرَة وَفياتِ الأُمَّهات والبرامج التي يمكن أن تُنْقِصَها. وكما في تَسْجيل المُضاعَفات التَّوْليديَّة، قد يؤدِّي تَدريب الموظَّفين على الالتزام بالمَعايير الوطنيَّة لمَلءِ شهادَة الوفاة إلى تَسْجيلٍ أكثر دِقَّةً واِكْتِمالاً. ويمكن أن تَقودَ مُراجعَةُ جَميع وَفياتِ الأُمَّهات في سنِّ الإنْجاب في المَرافِق، لاسيَّما أولئك اللَّواتي لا يَمُتْن في جناحَ الأُمومَة، إلى تَسْجيلٍ أَكْثَر اِكْتِمالاً. وكما ناقشنا تحت عنوان المؤشِّر 6، قد يَكونُ من المُفيد مُراجعَةُ وَفيات الأُمَّهات والوَفيات الوَشيكَة لمعرفَةِ كيف نُحسِّن جَوْدَة الرِّعايَة.

9-2 خُلاصَةُ المؤشِّرات 1-8 وتَفْسيرُها

يُقدِّمُ الجَدْوَل 11 خُلاصَةَ المؤشِّرات، وكيفيَّة حِسابها والمُسْتَويات المَقْبولَة عندَ الضَّرورَة. ومن فَوائد اِسْتِعْمالِ هذه المؤشِّرات هو أنَّها – عندما تُسْتعمَل كمَجْموعَةٍ – تُعْطي صورةً كامِلَة عن اِسْتِجابَةِ النِّظام الصحِّي للطَّوارئ التَّوْليديَّة. وسنُناقِش فيما يَلي القَضايا التي تؤثِّر في تَفْسير معظَم المؤشِّرات، بما في ذلك التَّمْييزُ بين المُسْتَوى «الأَدْنَى أو الأَعْظَمي» والمُسْتَوى «المِثالي» وتَقْييمُ القابليَّةِ لتَعْميم النَّتائج والتَّعامُل مع المُعْطَياتِ غَيْر الكامِلَة أو السيِّئَة. كما يُقدِّم هذا المَقْطَعُ أمثلةً على تَفْسير مَجْموعةِ المؤشِّرات، ويَنْتَهي بتَمْرينٍ في تَفْسير المؤشِّرات مَعاً.

المُسْتَوى «الأَدْنَى أو الأَعْظَمي» والمُسْتَوى «المِثالي»

يُعَدُّ الفارقُ بين المُسْتَوى الأَدْنَى أو الأَعْظَمي والمُسْتَوى المِثالي تَمْييزاً هاماً يُطبَّقُ على مُعْظَم المؤشِّرات؛ وعندَ الضَّرورَة، تكونُ المُسْتَوياتُ الدُّنيا أو الأَعْظَميَّة المُقْتَرَحَة في هذا الكُتيِّب. ولذلك، عندَ تَلْبيَةِ المُسْتَوى المَقْبول بالنسبةِ لمؤشِّرٍ مُعيَّن، لا يَعْني ذلك أنَّنا قد بَلَغْنا المُسْتَوى المِثالي؛ فَعلى سَبيل المِثال، يَكون الاِفْتِراضُ الأَساسي في وَضْعِ المُسْتَوياتِ المَقْبولَة هو أنَّ نَحْوَ 15٪ من النِّساء الحَوامِلَ يُعانين من مُضاعَفاتٍ تَوْليديَّة خَطيرَة؛ فإذا كانَ ذلك أَقلَّ من الواقِع ـ لأنَّ الدِّراساتِ الحَديثَة تُشير إلى أنَّه قد يكون كذلك ـ يمكن أن يَكونَ المُسْتَوى الأَعْظَمي بالنسبةِ للمؤشِّر 5 (15٪ من الوِلادات المتوقَّعَة تَحْصل بالعمليَّةِ القَيْصريَّة في مَرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارِئَة) مُنْخفِضاً (159، 160). ولكن، لقد أَظْهرَ عَدَدٌ من الدِّراسات أنَّه من الصَّعْب أو حتَّى من المُسْتَحيل قِياسُ معدَّل المَراضَة بدقَّة اِعْتِماداً على المُسُوح (161). ولذلك، نحن نَفْتَرض (على أَساس الأَدِلَّة المُسْتعمَلَة في كامِل هذا الكُتيِّب) أنَّ البلدَ الذي يُحقِّق المستوياتِ المَقْبولَة لكلِّ مؤشِّر يمتلِك بَرْنامجاً قَوياً للتَّقْليلِ من وَفياتِ الأُمَّهات.

ولكن، حَتَّى عِنْدَ تَحْقيق المستوَى المَقْبول الأَدْنَى بالنسبةِ للمؤشِّر على المستوى الوَطَني، قد تُوجَد مَشاكِلُ في مَناطِق مُعيَّنَة. وعِنْدما يَقَع المستوَى دونَ الحَدِّ المَقْبول الأَدْنَى، يمكن أن نَسْتَنْتِجَ بأنَّ الحاجةَ إلى الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة لا تَتَحقَّق أو لا تُلبَّى في معظَم مَناطِق البَلَد. والمَبْدَأُ العام هو أنَّ المَوْجوداتِ المُفَضَّلَة، رغم أنَّها مُطَمْئِنَةٌ، لا تُبرِّر الرِّضا الذَّاتي؛ بينما تُشير المَوْجوداتُ غير المُناسِبَة بوضوح إلى أنَّه لابدَّ من التحرُّك.

قابليَّةُ تَعْميم النَّتائج

عندَ اختيارِ مَناطِق من البَلَد أو مَرافِق للدِّراسَة، قد تكونُ قابليَّة تَعْميم النَّتائج مَوْضوعاً مُثيراً للاهتِمام؛ فزيارَةُ جَميع المَرافِق في المنطقَة، إن أَمْكَن، يمكن أن تَنطوي على مَضامين بَرْمجيَّة قويَّة، لأنَّ مُدَراء الصحَّة سيكونون قادِرين

الجَدْوَل 11. مُؤشِّراتُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة.

المُؤشر		الوَصْف	البَسْط	المَقام	المستوى المَقْبول
1 و2*	تَوَفُّر الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة (الوطنيَّة وفي المَناطِق)	نسبةُ مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة إلى السكَّان والتوزُّعُ الجغرافي للمَرافِق	عَدَدُ المَرافِق في المنطقَة التي تُقدِّم رِعايةً تَوْليديَّة طَارِئَة أساسيَّة أو شامِلَة	عدد سُكَّان المنطقَة مَقْسوماً على 500000	يساوي أو يزيد 5 مَرافِق للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة لكلِّ 500000 من السكَّان
			عَدَدُ المَرافِق في المنطقَة التي تُقدِّم رِعايةً تَوْليديَّة طَارِئَة شامِلَة	عدد سُكَّان المنطقَة مَقْسوماً على 500000	يساوي أو يزيد مِرْفَق شامِل لكلِّ 500000 من السكَّان
3	نسبةُ جَميع الوِلادات في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	نسبةُ جَميع الوِلادات في السُّكَّان في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	عَدَدُ النِّساء اللَّواتي يَلْدن في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في فترةٍ مُعيَّنَة	العَددُ المتوقَّع للوِلادات في المنطقَة في الفترةِ نَفْسِها	يجب أن يُوضَعَ المستوى الموصَى به مَحلِّياً
4	نسبةُ الحاجاتِ الملبَّاة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	نسبةُ النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة مباشرَة كُبْرَى والمُعالَجات في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	عَدَد النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة مباشرَة كُبْرَى والمُعالَجات في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في فترةٍ محدَّدة	العَددُ المتوقَّع للنِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة مباشرَة شَديدَة في المنطقَة في الفترةِ نَفْسِها**	٪100
5	العمليَّة القَيْصريَّة كنسبةٍ مئويَّة من جَميع الوِلادات	نسبةُ جَميع الوِلادات في السُّكَّان بالعمليَّة القَيْصريَّة في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	عَدَدُ العَمليَّاتِ القَيْصريَّة في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في فترةٍ محدَّدة	العَددُ المتوقَّع للوِلادات في المنطقَة في الفترةِ نَفْسِها	٪15–5
6	مُعدَّل إماتَة الحالاتِ التَّوْليديَّة المباشرة	نسبةُ النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة مباشرَة كُبْرَى واللَّواتي يَمُتْن في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	عَدَدُ وَفيات الأُمَّهات النَّاجمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مُباشرَة في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في فترةٍ مُحَدَّدة	عَدَدُ النِّساء المُعالَجات من مُضاعفاتٍ تَوْليديَّة مباشرَة في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في الفترةِ نَفْسِها	أقل من 1٪
7	مُعدَّلُ الوَفَيات خِلال الوِلادَة ووَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً	نسبةُ الوِلادات المؤدِّيَة إلى وَفَيات خِلال الوِلادَة وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً في غُضُون أوَّل 24 ساعَة في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	عَدَدُ الوَفيات خِلال الوِلادَة (المَليصون الجُدُد؛ يساوي أو يزيد 5.2 كغ) وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (أقل أو يساوي 24 ساعَة؛ يساوي أو يزيد 2.5 كغ) في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في فترةٍ مُحَدَّدة	عَدَدُ النِّساء اللَّواتي يَلِدْنَ في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في الفترةِ نَفْسِها	يجب تَقْريرُه

المُؤشر	الوَصْف	البَسْط	المَقام	المستوى المَقْبول
8	معدَّل وَفَيات الأُمَّهات لأسباب غير مُباشرَة	نِسْبةُ جَميع وَفَيات الأُمَّهات في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة لأسباب غير مُباشرَة	عَدَدُ وَفيات الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْباب غير مُباشرَة في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في فترةٍ مُحَدَّدة	جَميع وَفيات الأُمَّهات (النَّاجِمَة عن أَسْباب غير مُباشرَة) في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في الفترةِ نَفْسِها	غَيْر مُقرَّر

* يَشْمُل المؤشِّران 1 و 2 الحسابات نَفْسها، مع مُعْطيات عن سُكَّان الإقْليم والمِرْفَق بَدلاً من المُعْطيات الوَطنيَّة المُتراكِمَة.
** يُعادِل 15٪ من الوِلاداتِ المتوقَّعَة في المنطقة والفَتْرَة نَفْسِها.

على إجْراء تَغيُّرات نوعيَّة للمَوْقع. وفي المَقْطع 2–3، عن التَّحْضير لجَمْع المُعْطَيات، يَشْتمِل اختيارُ المَرافِق للدِّراسَة على خطوتين: اختيار المناطِق، ومن ثَمَّ اختيار المَرافِق ضمنَ هذه المَناطِق؛ فإذا اتُّبِعَت هاتان الخطوتان (أي جَرى استِعْمالُ وَرَقة العَمَل)، يُصْبِح الانحيازُ في حَدِّه الأدْنَى).

عندما يَبْدو أنَّ الاختيارَ العَشْوائيَّ قد أدَّى – بالمُصادَفة – إلى انْحياز (فمثلاً، تَتَرَكَّزُ معظَمُ المَرافِق المُخْتارَة في منطقةٍ من مَناطِق إقْليم مُعيَّن)، يَنْبَغي أن يُلاحَظَ ذلك، لأنَّه حتَّى المُعْطياتِ المُنْحازَةَ تكون مُفيدَة عندما يَكون اتِّجاهُ الانحياز مَعْروفاً؛ فعلى سَبيل المِثال، افتَرِضْ أنَّ مَرافِقَ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة في الدِّراسَة لم تَكُن مُخْتارَة عَشْوائياً، مثل أن يَكون الكَثيرُ منها واقِعاً على طَريقٍ رَئيسي وليسَ مَجْموعةً مُخْتارةً بشكلٍ عَشْوائي، وفي هذه الحالَة، يمكن القولُ بشَكْلٍ مَعْقول بأنَّ المُسْتشفياتِ البَعيدَةَ عن الطُّرُقِ الرَّئيسيَّة ربَّما تُجْري عَمليَّاتٍ قَيْصريَّة أقلَّ من المُسْتشفياتِ الواقِعَة على الطُّرُقِ الرَّئيسيَّة. ولذلك، ربَّما تُقدِّمُ التَّقْديراتُ المشتقَّة من العيِّنة المُنْحازَة صورةً مناسبةً فِعْلاً عن المؤشِّر 5، وقد تكونُ الحالةُ أَسْوأَ ممَّا تُشير إليه المُعْطَيات؛ فإذا بَقيَت المَعْلوماتُ غيرَ مُفيدَة للتَّعْميم، كأن يَبْقى من غير الواضِح كيف يؤثِّر الانحياز، قد تَكون المُعْطَياتُ – رغمَ ذلك – مُفيدَةً لإدارَة أو تَقْييم الخَدماتِ الصحِّية في المنطقَة. ولاستِعْمال المِثال السَّابق، يمكن أن تُبْدي المُعْطَياتُ أنَّ بعضَ المُسْتشفياتِ لا تُقدِّم خَدماتٍ مُنْقِذَةً للحياة، مثل العَمليَّةِ القَيْصريَّة، مع أنَّ المَعاييرَ الحُكوميَّة تَنصُّ على وُجوبِ ذلك. وقد تُسْتعمَل هذه المَعْلوماتُ بحدِّ ذاتِها في تَوْجيه الأنشطَة نحوَ التَّقْليلِ من وَفَياتِ الأُمَّهات.

المُعْطَياتُ النَّاقِصَة أو السيِّئَة

لا تُيسِّرُ نُظُم تَسْجيل الأُمومَة الرُّوتينيَّة في العَديدِ من البلدان جَمْعَ المُعْطَياتِ عن المُضاعَفاتِ التَّوْليديَّة ووَفَياتِ الأُمَّهات والمَليصين ووَفياتِ الوِلْدان الباكِرَة جداً. كما يُسْقِط الموظَّفون – في أغلب الأَحْيان – عادةَ مَلء بعض أعمدَة سِجلِّ الأُمومَة أو سِجلَّات الدُّخول والخُروج؛ وهذه مشكلةٌ إداريَّة تَتَطلَّب الانتباهَ مع الوقت لضَمانِ الحِفْظ الدَّقيق والكامِل للسِّجلَّات.

وكما ذُكِرَ سابقاً، لا تَضمُّ سِجلَّاتُ الأُمومَة في العَديدِ من البلدان عَموداً عن «سَبَب القَبول أو الإدْخال» أو «المُضاعَفات الأُموميَّة»؛ ولذلك، عندما يَرْغب مُقدِّمو الرِّعايَة بتَسْجيل المُضاعَفاتِ الأُموميَّة، يَكونُ عليهم أن يُدوِّنوا مُلاحَظَةً في عَمُودٍ آخر، مثل «المُلاحَظات»، أو على الهامِش. وفي حين أنَّ ذلك قد يَبْدو تَفْصيلاً إدارياً، لكنَّه دَلالةٌ قَويَّة على الالْتِزام بتَحْسين صِحَّة الأُمَّهات. وغالباً ما توجَد خانَةٌ في السِّجلَّات لإضافَةِ هذا العَمود، ربَّما باسْتِبْدال عَمودٍ مُستعمَل لحوادِث غير شائِعَة، مثل الوِلادات المتعدِّدَة. ويُعَدُّ إقْناعُ وزاراتِ الصحَّة (والمموِّلين) بإضافَةِ هذا العَمود خطوةً هامَّة في جَعْل هذه المؤشِّراتِ

جُزْءاً من نُظُم مَعلوماتِ الإدارات الصحِّية (يُدْرِج المُلْحَق ب البنودَ التي يجب أن تَظْهَرَ في سِجلاَّت المَرافِق). وبما أنَّ الجَمْعَ الدَّوْري لهذه المُعْطَيات يُصْبِح جُزْءاً من مُراقبَةِ البرامِج الرُّوتينيَّة، يجب أن يَتحسَّنَ حِفْظُ السِّجلاَّت.

يَكونُ من الصَّعْبِ غالباً جَمْعُ المُعْطَيات عن وَفَيات الأُمَّهات والمَليصين وَوفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً، وذلك نَتيجَة بَعْضِ الأَسْبابِ المتشابِهَة المَذْكورَة آنِفاً. كما أنَّه، وبسَبب الطَّبيعَةِ الحسَّاسَة لهذه الأَحْداث، قد لا يُسجِّلها مُوظَّفو الصحَّة خَوْفاً من الانْتِقام. ولكن، يَنْبَغي أن تُساعِدَ المُداخَلاتُ الهادِفَة إلى تَحْسين بيئَة العَمَل – مع الوَقت – على شُعورِ الموظَّفين الصحِّيين بمَزيدٍ من الرَّاحَة حَوْلَ تَسْجيل الوَفَيات بدقَّة.

ومع تَحسُّنِ حِفْظ سِجلاَّت المُضاعَفاتِ ووَفَياتِ الأُمَّهات والمَليصين وَوفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً، سوفَ يَزْداد العَدَدُ المبلَّغ عنه للمُضاعَفات والوَفَيات في المِرْفَق؛ ومن المهمِّ طَمْأنَةُ الموظَّفين بأنَّ هذه الزِّياداتِ المؤقَّتَة سوف تُفَسَّر بشَكلٍ مُناسِب، ولن تُفْتَرَض بأنَّها نَتيجَةٌ للرِّعايَة السيِّئَة أو المتردِّية بالمَريضات. ومن طُرُق التعرُّف إلى «انْحِيازِ التَّسْجيل recording bias" اسْتِعْمالُ المؤشِّراتِ الأخرى في المَجْموعَة كعَلامات، لاسيَّما تلك المؤشِّرات المعتَمِدَة على الخَدمات التي تُذكَر غالباً ويُعَوَّل عليها نسبياً، مثل أَعْدادِ النِّساء الوالِدات والعمليَّاتِ القَيْصريَّة في المِرْفَق؛ وقد يُساعِد اسْتِعمالُ المؤشِّراتِ معاً على تَوْضيح ما إذا كانت الزِّيادَة المَلْحوظَة في المُضاعَفاتِ أو الوَفَيات ناجِمَةٌ عن الإبْلاغ الأفْضَل أو أنَّها زيادَةٌ حَقيقيَّة؛ فمَثلاً، عندما يَزْدادُ العددُ المُسجَّل للنِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ رَئيسيَّة والمُعالَجات في المِرْفَق بنسبة 150٪ على مَدَى 3 سنوات، لكنَّ عددَ النِّساء اللواتي يَلِدن في المِرْفَق يَزْداد بنسبة 75٪ ويَزْداد عَدَدُ العمليَّاتِ القَيْصريَّة بمقدار 50٪، يمكن الافْتِراضُ بأنَّ بعضَ الزيادَة المسجَّلَة في المُضاعَفات ناجِمٌ عن الإبْلاغ الأفْضَل (ربَّما في حُدود النِّصْف إلى الثُّلُثين). ومع تَحسُّنِ ثِقَة المُجْتَمَع بجَوْدَةِ الرِّعايَة وزيادَة احتِمال قُدومِ النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ للمُعالَجَة، سوف يَحْتاج العَديدُ من النِّساء إلى العمليَّةِ القَيْصريَّة؛ ولذلك، لابدَّ أن تَرتَفِع أَعْدادُ المُضاعَفات والعَمليَّاتِ القَيْصريَّة معاً، ما لم تكن هناك مشكلَةٌ تَحُدُّ من تَوفُّرِ الجِراحَة. ويُوضِحُ هذا المِثالُ نَوْعَ اسْتِقْصاء المُعْطَياتِ التي يمكن أن تكونَ مُفيدَةً على المستوى المَحلِّي.

عَلاقَةُ مُؤشِّراتِ الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة مع معدَّل وَفياتِ الأُمَّهات

تَرْتبِطُ نِسْبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة للرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة والعَمليَّة القَيْصريَّة كنسبةٍ مئويَّة من جَميعِ الوِلادات، كما ذُكِرَ آنِفاً في هذا الكُتيِّب، ارْتِباطاً وَثيقاً بنِسَب وَفياتِ الأُمَّهات، ومن المنطقيِّ أنَّه مثلما تَزْداد نِسْبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة، ويَنْخَفِض مُعدَّلُ إماتَة الحالات التَّوْليديَّة المباشر، سينخفِض عددُ الوَفيات عندَ السكَّان بسَبب المُضاعَفاتِ التَّوْليديَّة المباشرَة أيضاً. ولكن من الصَّعْب قِياسُ مُعدَّلاتِ وَفياتِ الأُمَّهات، لاسيَّما في المناطِق الصَّغيرَة نسبياً (مثل منطقَة مشْروع) أو خِلال فترةٍ قَصيرَة. ورغمَ ذلك، تَستمرُّ طُرُقُ رَصْد تأثير برامِج صحَّة الأُمَّهات بالتحسُّن؛ فعلى سَبيلِ المِثال، اقتُرِحَت طَريقَةٌ لتَقْدير الوَفياتِ التي يمكن تَجَنُّبُها، اعتِماداً على مُؤشِّراتِ الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة، مع أنَّه يجب اختِبارُها (162). وتَتوفَّر مَجْموعَةٌ من الأَدوات على المَوْقِع: http://www.immpact-international.org/index.php?id=67&top=60.

تَمْرينٌ في تَفْسير المؤشِّرات مَعاً

يُبْدي الجَدْوَل 12 ثلاثَةَ سيناريُوهات مختلفَة لمُؤشِّراتِ الرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة؛ ويُظْهِر هذا التَّمْرينُ أنَّ تلك المُعْطياتِ قابلةٌ للتَّطْبيق مُباشرةً بالنسبة للبَرْمَجَة. لذلك، تَفَحَّصْ مَجْموعاتِ المُؤشِّراتِ في السِّيناريُوهات الثَّلاثَة وكأنَّك مَسْؤولٌ في وزارَةِ الصحَّة في البَلَد س، ناظِراً إلى المُعْطياتِ من مناطِق صحِّية مختلفَة في البَلَد. واعتِماداً على المُعْطياتِ الافْتِراضيَّة والمستويات المَقْبولَة، تَعَرَّفْ إلى الأولويَّاتِ لتَحْسين وَضْع النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة.

في السِّيناريو 1، هناك القَليلُ جِداً من مَرافِقِ الرِّعايةِ ألتَّوْليديَّة الطَّارِئَة العامِلَة؛ فبالنسبةِ إلى نحو 1 مليونٍ من السكَّان، يجب أن يُوجَد 10 من هذه المَرافِق، اِثْنان منها على الأقل من المَرافِق الشَّامِلَة، بَدلاً من الثَّلاثَة المَوْجودَة. كما أنَّ المَرافِقَ العامِلَة تتركَّز في المناطِق الحضريَّة بشكلٍ رَئيسي. أمَّا المؤشِّراتُ الأخرى فليست جيِّدَةً جداً (حيث

الجَدْوَل 12. ثَلاثَةُ سيناريُوهات لمؤشِّراتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة ومُسْتوياتها

المؤشر	المستوَى
السِّيناريو 1	
السكَّان	950000
عَدد مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة العامِلَة:	
• الأساسيَّة	2
• الشَّامِلَة	1
التوزُّع الجغرافي لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	مُعْظَمها في العاصِمَة
نسبةُ جَميع الوِلادات في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الأساسيَّة والشَّامِلَة	٪10
نِسْبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	٪8
العَمليَّاتُ القَيْصريَّة كنسبةٍ مئويَّة من جَميع الوِلادات	٪0.7
مُعَدَّل إماتَة الحالات التَّوْليديَّة المباشر	٪5
السِّيناريو 2	
السكَّان	950000
عَدد مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة العامِلَة:	
• الأساسيَّة	7
• الشَّامِلَة	2
التوزُّع الجغرافي لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	بَعْضُها في الرِّيف وبَعْضُها في المَدينَة
نسبةُ جَميع الوِلادات في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الأساسيَّة والشَّامِلَة	٪10
نِسْبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	٪8
العَمليَّاتُ القَيْصريَّة كنسبةٍ مئويَّة من جَميع الوِلادات	٪2
مُعَدَّل إماتَة الحالات التَّوْليديَّة المباشر	٪2
السِّيناريو 3	
السكَّان	950000
عَدد مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة العامِلَة:	
• الأساسيَّة	10
• الشَّامِلَة	3
التوزُّعُ الجغرافي لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	بَعْضُها في الرِّيف وبَعْضُها في المَدينَة
نسبةُ جَميع الوِلادات في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة الأساسيَّة والشَّامِلَة	٪25
نِسْبةُ الحاجاتِ المُلبَّاة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	٪65
العَمليَّاتُ القَيْصريَّة كنسبةٍ مئويَّة من جَميع الوِلادات	٪12
مُعَدَّل إماتَة الحالات التَّوْليديَّة المباشر	٪15

إنَّ مُعَدلَ إماتَة الحالات التَّوْليديَّة المباشر مرتفعٌ جداً عندَ 5٪)، لكنَّ الأولويَّةَ الرَّئيسيَّة هي للمَرافِق الصحِّية التي يُمْكِن تَحْديثُها لتَقْديم الرِّعايَة المناسِبَة، لاسيَّما في المناطِق الرِّيفيَّة.

وفي السِّيناريو 2، يَبْدو عَددُ مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة العامِلَة أعلى بكثير؛ حيث يُوجَد تِسْعُ منها، اِثْنان يُقَدِّمان رعايةً شامِلَة، وبَعْضُها مَوْجودٌ في المناطِق الرِّيفيَّة. ولكنَّ نسبةَ الوِلادات التي تَحْصل في هذه المَرافِق منخفضَةٌ (10٪)، وكذلك نسبة الحاجات المُلبَّاة (8٪). وأمَّا مُعَدلُ إماتَة الحالات التَّوْليديَّة المباشر فليسَ مرتفعاً كَثيراً (2٪)، غير أنَّه ليسَ سبباً للرِّضا، لأنَّ القَليلَ من هؤلاء النِّساء مُهتَمَّات بهذه المَرافِق. وتَكون الأَوْلويَّةُ القصوَى هنا هي للسَّبب في قِلَّة الاِسْتِعْمال، وذلك بالاعتِمادِ على ضروبٍ مختلفَة من الطُّرُق: مَجْموعات الاهتِمام أو التَّركيز المجتمعيَّة، والمُناقَشَات مع الموظَّفين، ومُلاحظَة الخَدمات، ومُراجعَة نِظام حِفْظ السِّجلاَّت.

أمَّا في السِّيناريو 3، فهناك أكْثَر من العددِ الأدْنَى لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة (13)؛ ثَلاثٌ منها شامِلَةٌ (أكثر من الحدِّ الأدْنَى وهو اثنان)، وتَبدو مُوزَّعةٌ بشَكْلٍ جَيِّد في المناطِق الحضريَّة والرِّيفيَّة. كما أنَّ نسبةَ الوِلادات في المَرافِق (25٪ من جَميع الوِلادات) ونِسْبة الحاجات المُلبَّاة (65٪) مُرْتَفعين نسبياً. وأمَّا نسبةُ الوِلادات بالعمليَّةِ القَيْصريَّة (12٪) فهي باتِّجاه النِّهايَةِ العُلْيا للمَجالِ المَقْبول (5–15٪)، ومُعَدلُ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر فهو عالٍ جداً عندَ 15٪ (بمستوَى أَقْصَى مَقْبول هو 1٪). وفي هذه الحالَة، تَكونُ جَوْدَةُ الرِّعايَة في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارِئَة هي الشَّاغِل الأوَّل. وقد يَكونُ التَّفْتيشُ السَّريري والمُلاحَظَة المباشرَة للخَدمات مُناسبَيْن. وبما أنَّ نِسْبةَ الحاجات المُلبَّاة ومُعَدلَ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر كِليهما مُرتَفِع في هذا السِّيناريو، فمن المهمِّ تَحْليلُ السَّبب في ذلك؛ فَمَثلاً، يمكن أن تَحْضر النِّساءُ إلى المِرْفَقِ الصحِّي بشَكْلٍ متأخِّر جداً، وهذا لا يرتبِط بجَوْدَةِ المِرْفَق. هذا، ويُقَدِّمُ التَّفْتيشُ عن وَفياتِ الأُمَّهات وتَشْريحُ الجُثَث الفرصَةَ للمدراء الصحِّيين لفَهْمِ القَضايا ذات الصِّلَة.

3. جَمْعُ المُعْطَياتِ لأجل المؤشِّرات

3-1 أَنْماطُ المُعْطَياتِ المَطْلوبَة

يَتطلَّبُ وَضْعُ مُؤَشِّراتِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة في هذا المُسْتَنَد مُعْطياتٍ عن السكَّان ومُعَدَّل المَواليد birth rate والمِرْفَق الصحِّي. ويُبْدي الجَدْوَلُ 13 كيفيَّةَ تَكوين المُؤَشِّراتِ من هذه المُعْطياتِ.

تَتوفَّرُ مَعْلومات عن السُّكَّانِ ومُعَدَّلات المَوَاليد في مُعْظم البلدانِ على المستوى المَرْكَزي (مثل المَكْتَب المَرْكَزي للإحْصاء central statistical office). ولكنَّ جَمْعَ المَعْلوماتِ عن الوَظائف البارزَة، وطَرْز الوِلادَة، ومُضاعفات التَّوْليد، ووفيات الأمَّهات، يَعْني زيارةَ المرافق الصحِّية ومُراجعةَ سِجلاَّتها. ويُؤَكِّدُ على خَدماتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة التي يُقدِّمها المِرْفَقُ فِعْلاً، وليسَ على ما يُفْتَرَض أن يكونَ قادِراً على تَقْديمه.

يَعْرضُ هذا القِسْمُ خَطواتِ جَمْعِ المُعْطَياتِ الضَّروريَّة لمؤشِّراتِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة. كما يُقَدِّمُ الجَدْوَلُ خُلاصةَ الخطواتِ، ويُناقَشُ كلٌّ منها بالتَّفْصيل لاحِقاً. هذا، وتُوجَدُ نَماذِج عن أَمْثِلَة لجَمْع المُعْطيات في المُلْحَق أ، وهي تُناقَشُ هنا. وفَضْلاً عن ذلك، تُعْطَى مُقْتَرحات حَوْلَ المُعْطَيات الإضافية التي يمكن أن تُسْتعمَلَ في مُراقَبةِ المنطقَة.

3-2 التَّحْضير

تُجْمَعُ مُعْظَمُ المُعْطَياتِ الضَّروريَّة لحِسابِ هذه المؤشِّرات في المَرافِق؛ ففي بَلَدٍ صَغير نِسْبياً، يَنْبَغي ألاَّ تكونَ زيارةُ كلِّ مُسْتَشْفَى صعبةً جداً؛ أمَّا في البلدان الكَبيرَة، قد لا يكون ذلك مُمْكناً. كما أنَّ زيارةَ كلِّ مَرْكَز صحِّي يمكنه تَقْديم الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة تُعَدُّ صعبةً، حتَّى في بعض البلدان الصَّغيرة، مع أنَّها أمرٌ مثالي من وجهة نَظَر براجِيَّة.

لذلك، يَجْري اختيارُ مَجْموعةٍ من مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة المُمْكِنَة للمراجعَةِ في معظمِ البلدان.

ونحن نَأْمل أن تُرْفَعَ تَقاريرُ روتينيَّةٌ إلى وزارات الصحَّة، خِلال سنواتٍ قَليلَة، بنَوْع المَعْلومات اللازمَة لهذه المؤشِّرات، بحيث تُجْمَع وتُتاح مُعْطياتُ الحالاتِ بالنسبة إلى جَميع المَرافِق. وإذا تَوَفَّرت هذه المَعْلوماتُ في نِظام مَعْلوماتٍ دَوْريَّة للإدارة الصحِّية، يُصْبِح من السَّهْل تَوْفيرَ الخَدمات وإجراء التَّغْيير والتَّحْسين في النِّظام الصحِّي.

تُساعدُ الخطواتُ المَوْصوفَة في هذا القِسْم والقِسْم اللاحِق على تَعْيين مَجْموعةٍ من المَرافِق التي تُعْطي صورةً ذات دقَّةٍ مَعْقولة عن الحالة، من دون الحاجة – في الوقتِ نَفْسِه – إلى قَدْرٍ غير مَنْطقي من الجهد. وفي البلدانِ التي تَكون فيها المَواردُ الماليَّة والبشريَّة مَحْدودةً، يَكْفي الأسلوبُ المَوْصوف لاحِقاً لإتاحَة مُعْطَيات المَعْلوماتِ حَوْلَ نِظام رعايَة الأمومَة maternity care system. كما يَقومُ ضمانُ قُدْرةِ المَرافِق المُخْتارَة للمُراجعَة على تَقْديم صُورةٍ دَقيقَة جداً للحالَة على تَجَنُّبِ مَأْزقين رَئيسيين إلى حدٍّ كَبير: الانحياز المَنْهَجي systematic bias وتأثيراتِ تَفاوتِ الفُرَص chance variation.

يمكن أن يحصلَ الانحيازُ المَنْهَجي عندما تُؤثِّرُ العواملُ الشُّعوريَّة (الواعيَة) أو اللاشُعوريَّة في اخْتيارِ المرافِق للدِّراسَة؛ فمثلاً، قد يَرْغَب الناسُ الذين يَخْتارون المَرافِقَ بتَقْديم الحالة بأفضل صورةٍ ممكنَة، أو ربَّما يَخْتارون المَرافِق الأَسْهَل وُصُولاً (على طريقةٍ مُمَهَّد أو قربَ بلدةٍ كبيرَة مثلاً). وفي كِلتا الحالتَيْن، يمكن أن تُعْطي المُعْطَياتُ المُجمَّعَةُ انطباعاً ممتازاً. ولكنَّ تَأْثيراتِ الاحتمالِ أو تَفاوت الفُرَص – في الواقع – غيرُ متوقَّعَة، غيرَ أنَّها تَميلُ إلى التناقُصِ مع زيادَة عدد المَرافِق المَدْروسَة.

الجَدْوَل 13. أَنْماطُ المُعْطياتِ المستعمَلَة لوَضْعِ مؤشِّراتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّةِ الطَّارِئَة.

نَمَطُ المُعْطيات	المؤشِّر 1 تَوفُّرُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّةِ الطَّارِئَة (الأساسيَّة والشَّامِلَة)	المؤشِّر 2 التوزُّعُ الجغرافي لمَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّةِ الطَّارِئَة	المؤشِّر 3 نسبةُ جَميعِ المَواليدِ في مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّةِ الطَّارِئَة	المؤشِّر 4 نسبة الحاجة المُلَبّاة للرِّعايةِ التَّوْليديَّةِ الطَّارِئَة	المؤشِّر 5 العمليَّاتُ القَيْصريَّة كنسبةٍ في جَميعِ المَواليد	المؤشِّر 6 معدَّلُ الإماتَةِ المباشرةِ في الحالاتِ التَّوْليديَّة	المؤشِّر 7 معدَّلُ الوفيات خِلال الوَضْعِ وفي الفترة الوَليديَّة الباكرَة جداً	المؤشِّر 8 نسبةُ وفيات الأمَّهات بأَسْبابٍ غَيْرِ مباشِرَة
التَّقْديراتُ القائِمَة:								
حَجْم السكَّان	×	×	×	×	×			
مُعَدَّلُ المَواليدِ الخامُّ في المنطقَة			×	×	×			
مُعْطَيات المِرْفَق الصحِّي:								
الوَظائِف البارِزَة لمِرْفَق الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارِئَة	×	×	×	×	×	×	×	×
عددُ النِّساء اللاتي وَلدنَ			×				×	
عددُ النِّساء المُصابات بُمضاعفاتٍ تَوْليديَّة				×		×		
عددُ العَمليَّات القَيْصريَّة					×			
عددُ وَفيات الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مباشرَة						×		×
عددُ وَفيات الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة غير مباشرَة								×
الوَفيات خِلال الولادَة (المَليصون الجُدُد؛ أكثر من أو يساوي 2.5 كغ) وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (أقل من أو يساوي 24 ساعَة؛ أكثر من أو يساوي 2.5 كغ) في المِرْفَق							×	

يُجْرَى الاختيارُ على مَرْحلتين: اختيار مناطِقَ من البَلد للدِّراسَة، ثُمَّ اختيار مَرافِق ضمنَ تلك المَناطِق. ويُقدِّمُ القِسْمان 3–2–1 و 3–2–2 دَليلاً لاختيار المناطِق للدراسَة على المستوى الوَطني؛ وتُخْتارُ المَرافِقُ ضمن تلك المَناطِق على مستوى المنطقَة، كما هو مَوْصوفٌ في الفقرتين 3–2–1 و 3–2–2.

3-2-1 حَدِّد عددَ المناطِق المَطْلوب دراستُها

فَكِّرْ بمستوىً أصغر من المستوى «الوَطَني». هذا، ويَتفاوت المُصْطَلَحُ بالنسبة لهذا المستوى الإداري حسب البلد، مثل الولايَة state والمُقاطَعَة province، لكن سيُشارُ إليه هنا "كمنطقة area". أمَّا في القَليل من البلدان، حيث تَكونُ الوحداتُ الإداريَّة "للمقاطعات" أو "الولايات" كبيرةً جداً، فقد يُفضَّل تَحْديدُ مَناطِق أصغر، مثل المِنْطَقَةِ الصِّحِّيَّة district أو منطقة إدارية county، للاختيار من أجل الدِّراسَة. كما قد يَكون من الأفضل لوجستياً، بدلاً من ذلك، اختيارُ الوحدات الإداريَّة الأصليَّة حتَّى إذا كانت كبيرةً، ثُمَّ تُختارُ مَناطِقُ فَرْعيَّة subareas للدراسَة في مَرْحلةٍ ثانيَة. وكدليلٍ تَقْريبي، إذا كانت المنطقةُ تضمُّ أكثرَ من 100 مُسْتَشْفَى (عُمومِيٍّ public وخُصوصيٍّ private)، يمكن اختيارُ مَناطِق فَرْعيَّة؛ وينبغي أن يُمثِّلَ عددُ المَناطِق الفَرْعيَّة المَدْروسَة ما لا يقلُّ عن 30٪ من الإجْمالي. كما يجب أن تُعَدَّ كلُّ منطقةٍ فَرْعيَّة "منطقةً" من أجل الاسْتِماراتِ. ولابدَّ أيضاً من مساعدةٍ مهنيَّة من اختصاصيٍّ إحْصاء statistician للحُصولِ على تَقْديراتٍ وطنيَّة في البلدان التي اختيرَت فيها المَناطِق الفَرْعيَّة.

يجب أن تُستعمَلَ الدَّلائِل الإرشاديَّة التَّاليَة لتحديد ما إذا كانت مناطِقُ البلد كافَّة ستخضَع للدِّراسَة أم لا:

- إذا كان البلدُ يضمُّ 100 مستشفى (عُمومِي وخُصوصِي) أو أقل، اُدْرُسْ جَميعَ المناطِق.
- إذا كانَ البلدُ يضمُّ أكثر من 100 مستشفى (عُمومِي وخُصوصي)، يمكن اختيارُ مَجْموعةٍ من المناطِق للدراسَة؛ لذلك، اختَرْ ما أمكنَ من المَناطِق الثَّانويَّة، لكن يجب ألاَّ يَقِلَّ العَددُ المُخْتار عن 30٪ من العددِ الإجْمالي للمناطِق الثَّانويَّة في البلد.

عندَ اخْتِيار مَجْموعَة من المَناطِق، ينبغي أن يَكونَ هدفُ الدِّراسَة دراسةَ ما أمكَن من المناطِق، من دون الإخْلال بجودَة المُعْطيات المَجْموعَة؛ فإذا وُجِدَت 21 منطقةً إداريَّة في البلد، على سَبيل المِثال، يمكن اختيارُ 10 مناطِق للدراسَة. كما يمكن دراسةُ عددٍ أقل إذا كانت المواردُ شَحيحَةً، لكن يجب ألاَّ تكونَ النسبةُ المُخْتارَة أقلَّ من 30٪ أو من سَبْع مَناطِق إداريَّة في الحدِّ الأدنَى.

المنطقةُ هي المستوى الإداري أو المنطقَة الجغرافيَّة في البَلَد والمَشْمولَة في مَسْح المَرافِق، مثل المنطقَة الصحِّية والولايَة والمُقاطَعَة.

3-2-2 الاخْتِيارُ العَشْوائي للمَناطِق

لتَجنُّب الانْحياز أو التحيُّز bias، المَوْصوف آنِفاً، ينبغي أن يكونَ اختيارُ المناطِق ضمن كلِّ نَمَط عَشْوائياً؛ وفيما يَلي طَريقَة الاخْتِيارُ العَشْوائي:

الخطوَة 1: اصنَعْ قائِمَةً بجَميع المناطِق في البَلَد؛ ويجب أن تكونَ القائِمَةُ حسب التَّرْتيب الأبجدي للحدِّ من احتمالِ الانْحياز.

الخطوَة 2: خَصِّصْ لكلِّ منطقَة رقماً مُتَتالياً، مُبْتَدِئاً بالرقم 1 للمنطقةِ الأولى على القائِمَة.

الخطوَة 3: احسبْ «فاصلة الاعْتِيان sampling interval" والتي ستُخْبرك باختيار كل منطقةٍ لاحِقَة، بعدَ أن تكونَ المنطقَةُ الأولى قد اختيرَت عَشْوائياً. استعمل المُعادلَةَ التَّالية:

فاصلة الاعْتِيان =
العَدَدُ الكُلِّي للمناطِق في البَلَد
مَقْسوماً على
عَدَد المناطِق المُخْتارَة

يَضمُّ البَلَدُ م 21 منطقةً كعَددٍ إجْمالي، سيُخْتار منها 10 مناطِق للدِّراسَة، ممَّا يُعْطي فاصلة اعْتِيانَ قَدْرها 2 (21/ 10 = 2.1. ويَنْبَغي تَدْويرُ (أو تَقْريب) فاصلات الاعْتِيان إلى أَقْرب عددٍ صَحيح؛ فمثلاً، إذا قُرِّرَ أن تُدْرَسَ 15 منطقةً من بين 21 منطقَة، ستكون فاصلة الاعْتِيان 1.4، ولذلك ستُقرَّب إلى 1، وهذا دَلالَةٌ على أنَّ مَناطِقَ أقل يجب أن تُخْتارَ للدِّراسَة أو أنَّه يجب تَضْمينُ جَميع المناطِق في العَيِّنَة.

الخطوَة 4: حَدِّد المنطقةَ الأولى لتَضْمينها في العَيِّنَة بإيجاد عَددٍ عَشْوائي يقلُّ أو يُساوي فاصلة الاعْتِيان، لكنَّه يزيد على الصِّفْر؛ ويمكن تَحْقيقُ ذلك باستعمالِ جَدْول الأعداد العَشْوائيَّة (المُلْحَق ج). ولاسْتِعْمالِ الجَدْوَل، انظرْ إلى الصَّفْحَةِ من بَعيد وامْسِحها برَأْسِ قَلم رَصاص؛ فالرقمُ الأَقْرَب إلى مَوْضِعِ لَمْسِ القَلَم للوَرقة هو الرقم العَشْوائي؛ وإذا كان الرقمُ أقلَّ أو يُساوي فاصلة الاعْتِيان وأكْبَر من الصِّفْر، اسْتَعْمِلْه؛ أمَّا إذا لم يكن كذلك، فاقرأ من اليسار إلى اليَمين إلى أن تصلَ رقماً يحقِّق هذا الشَّرطَ؛ فهذا الرقمُ سيكون هو المنطقَة الأولى المُخْتارَة.

الجَدْوَل 14. دَليلٌ إلى جَمْع المُعْطَيات والنَّماذِج

النَّشاط	الإجْراء	اِرْجعْ إلى أو اِسْتَعْمِلْ
الاختيارُ البَسيط	1. اختَرْ مناطِقَ للدِّراسَة، إن لم تكن الدِّراسَةُ وطنيَّة. 2. حَدِّدْ فترةَ 12 شَهْراً واحِدَة للدِّراسَة وادخل النَّموذَجَ 2 (نَموذَج خُلاصَة الحالات في المِرْفَق). 3. أَدْرِجْ جَميعَ المَرافِق المحتملَة في المنطقَة والتي يمكن أن تُقَدِّمَ الرِّعايةَ التَّوْليديَّة الطَّارئَة. إذا كانَ الاعْتِيانُ sampling ضَرورياً، اختَرْ المَرافِق التي ستُزار.	الفقرتان 3–2–1، 3–2–2. الفقرة 3–2–3. الفقرات من 3–3 إلى 3–3–2، النَّموذَج 1 ووَرقَتَي العَمَل 1أ و 1ب.
جَمْعُ المُعْطَيات	4. قُمْ بزياراتٍ مَيْدانيَّة إلى المرافِق.	الفقرتان 3، 4 والنَّموذَج 2.
تَحْضيرُ المُعْطَيات	5. عِنْد زيارَة عيِّنةٍ من المرافِق، قَسِّمْها إلى مَراكِزَ صِحِّية (أو مَرافِق أخرى ذات مستوًى أَدْنَى) ومُسْتَشْفيات حسب المنطقَة، ثُمَّ عَدِّلْ المُعْطَيات حسب تَقْديراتِ المنطقَة. 6. إذا مُسِحَت جَميعُ المَرافِق في المنطقَة، قَسِّمْها إلى ثَلاث مَجْموعات حسب المنطقَة: • مَرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّاملَة الفِعْليَّة. • مَرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة الفِعْليَّة. • مَرافِق غير الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة. 7. لَخِّص المَوْجوداتِ بالنسبةِ إلى جَميع المؤشِّرات مُقسَّمَة حسب المستوى التَّصْنيفي للمِرْفَق (أي المَرافِق الأساسيَّة والشَّامِلَة وجَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح).	الفقرة 3–5، النَّموذَج 3 وأَوْراق العَمَل 3أ و 3ب و 3ج أو أَوْراق العَمَل 3د و 3هـ و 3و.
حِسابُ المؤشِّرات وتَفْسيرُها	8. احسُب المؤشِّراتِ لكلِّ منطقَة (بالنسبة إلى مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة وجَميع المَرافِق). 9. فَسِّر. 10. أُدْمِج النَّماذِج 4–1 (مع أَوْراق العَمَل) بالنسبةِ إلى جَميع مناطِق الدِّراسَة إذا كانت وطنيَّة. 11. احسب المؤشِّراتِ للبلدِ كُلِّه. 12. فَسِّر.	الفقرة 3–6 والنَّموذج 4. الفقرة 3–1 والنَّص الخاص بكلِّ مؤشِّر (الفقرة 2) الفقرة 3–7 والنَّموذَج 5 ووَرقَة العمل 5أ الفقرة 3–1 والنَّص الخاص بكلِّ مؤشِّر (الفقرة 2)

بالنسبةِ إلى المنطقَة م، تكون فترةُ الاِعْتِيان هي 2؛ وباِسْتِعْمالِ جَدْوَل الأعداد العَشْوائيَّة، يَقع قلمُ الرَّصاص على الرقم 7 عندَ السطر أو الصَّف 22 والعَمود 5؛ وهو أَكْبَر من فترةِ الاِعْتِيان الخاصَّة بنا، لذلك نَقْرأ من الأيسَر إلى الأيْمَن، مُروراً بالأرقام 0 و 7 و 0 إلى أن نصلَ إلى الرقم 2. وهكذا، سوفَ تَكونُ المنطقَةُ 2 هي المنطقَة الأولى المُخْتارَة.

الخطوة5: حَدِّدْ جَميعَ المناطِق الأخرى التي يجب أن تُضمَّنَ في العيِّنَة بإضافَةِ فترةِ الاِعْتِيان إلى رَقم المنطقَةِ الأولَى، واستمرَّ في اِخْتِيار المناطِق إلى أن تبلغَ الرقمَ المَرْغوب. وبما أنَّ المنطقَةَ الأولى المُخْتارَة هي 2 على قائِمَةِ المَناطِق، لذلك ستَكون المنطقةُ التَّالية هي 2 + 2 أو 4، ثمَّ 6 وهكذا، إلى حين اختيار 10 مناطِق.

3-2-3 حَدِّدْ فترة 12 شهراً موحَّدَة وطنياً للدِّراسَة

سوفَ تكونُ المُعْطياتُ المَجْموعَة من المَرافِق اسْتِعادِيَّةً (ذات أثَر رَجْعي) retrospective، لكنَّ فترةَ 12 شهراً المُخْتارَة يَنْبَغي أن تكونَ حَديثَة، لضَمانِ أن تَبْقى المُعْطياتُ مُتَوفِّرَة. ولمقارنَةِ المُعْطيات، من المهمِّ أن تَكونَ جَميعُ المُعْطياتِ المَجْموعَة في كامِلِ البَلَد لفترةِ 12 شهراً نَفْسِها. ويَنْبَغي أن يكونَ القَرارُ حول الفترةِ التي يجب اِسْتِعْمالُها على المستوى الوَطني، ثمَّ يجب أن تُدْخَلَ على قائِمَةِ نَموذج خُلاصَة حالاتِ المِرْفَق من النَّموذج 2 قبلَ نَسْخِها للاِسْتِعْمال؛ وهذا ما يَضْمَن أن تُشيرَ المُعْطياتُ المَجْموعَة في جَميع المَرافِق إلى الفترةِ نَفْسِها. ويمكن أن تكونَ فترةُ الاثنَيْ عشرة شهراً تَقْويميَّة (من 1 يناير/ كانون ثانٍ 2010 إلى 31 ديسمبر/ كانون أوَّل 2010 مثلاً) أو أيَّة فترة 12 شهراً أخرى (من 1 يونيو/ حزيران 2012 إلى 31 مايو/ أيَّار 2013 مثلاً).

وبعدَ اختيارِ المناطِق للدِّراسَة، ينبغي نَسْخُ النَّماذج 1–4 وجَميع أَوْراق العَمَل، وتُعْطَى مَجْموعةٌ كامِلَة إلى الشَّخْص المنسِّق للبَحْث في كلِّ منطقَة.

3-3 النَّموذج 1: جَميع مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة المحتمَلَة في المناطِق المُخْتارَة

تَكونُ الخطوةُ الأولى في جَمْعِ المُعْطَيات اللازمَة هي بوَضْع قائِمَة شامِلَة ومُحدَّثَة لجَميع المَرافِق في المناطِق المُخْتارَة، والتي تُقَدِّم خَدماتِ الوِلادَة والرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة (الأساسيَّة أو الشَّامِلَة)، كما هو مُحدَّد بالوَظائف البارِزَة (الجَدْوَل 4). والمِرْفَقُ الذي يمكن أن يُقَدِّمَ خَدماتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة هو المِرْفَق:

- المَوْجود على قائِمَةِ وزارة الصحَّة للمُسْتَشْفيات والمَرافِق ذات المستوى الأقل والتي يَنْبَغي أن تُقَدِّمَ خَدماتِ التَّوْليد.
- أو المَوْجود على قائِمَةِ لمُسْتَشْفيات والمَرافِق ذات المستوى الأقل والتي يمكن أن تُقَدِّمَ بعضَ خَدماتِ التَّوْليد على الأقل.
- المَعْروف من قِبَل المَسْؤول الطبِّي في المنطقَةِ بأنَّه يمكن أن يُقَدِّمَ خَدماتِ التَّوْليد.

ويجب أن تكونَ القائِمَة مكتملةً ما أَمْكَن، بحيث لا يجري تَجاوُزُ أيِّ مِرْفَق للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة؛ ولكن، لابدَّ من الانتباه لتجنُّب العَدِّ المزدوَج. ويمكن اِسْتِعْمالُ وَرقتَي العَمَل 1 و 1ب لهذا الغَرَض، ويَنْبَغي أن تُستعمَلا لإدْراج جَميع المَرافِق المختلفَة ـ المُسْتَشْفيات ودور التَّوْليد والمَراكز الصحِّية والعيادات والمَواقع الصحِّية ـ التي يمكن أن تُقَدِّمَ رعايةً تَوْليديَّةً طَارئَة أساسيَّة أو شامِلَة في المنطقَة. وبما أنَّ كلَّ وَرقةِ عَمَل تَضمُّ حيِّزاً لإدْراج 10 مرافِق فقط، لذلك من المُحْتَمَل أن تكونَ قوائِمُ كلِّ نَمَطٍ من المَرافِق بطول عدَّة صَفحات. كما يُوصَى بأن تكونَ هذه القَوائِمُ بالتَّرْتيب الأَبْجدي للتَّقْليل من أيِّ تَحيُّز في عمليَّة الاخْتِيار (انظر الفقرة 3–3–2 لاحِقاً). ويُلَخِّص النَّموذجُ 1 عددَ المَرافِق المُدْرَجَة على وَرقتَي العَمَل 1 و 1ب.

3-3-1 حَدِّد عَدَدَ المَرافِق التي ستُراجَع

من المُمْكِن، في منطقةٍ صَغيرَة نسبياً، زيارَةُ كلِّ مُسْتَشْفى، في حين لا يَتَيسَّر ذلك في المناطِق الكَبيرَة. وحتَّى في المناطِق

الصَّغيرَة، سيَكون من الصَّعْب غالباً زيارة كلِّ مرْفَق منخفِض المستوى يُقدِّم خَدمات التَّوْليد ويمكن أن يُقدِّمَ الرِّعايةَ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة. وهكذا، يمكن اِخْتيارُ مَجْموعةٍ من المَرافِق للمراجَعَة في معظَم المناطِق. ولتَجنُّب التَّحَيُّز، يجب أن تكونَ هذه المرحلَةُ الثَّانية للاختيار عَشْوائيَّة. ويمكن اِسْتِعْمالُ المعايير اللاحِقَة لتَقْرير دراسَة جَميع المَرافِق أو اختيار مَجْموعةٍ للمُراجَعَة.

من المهمِّ تَضْمينُ مَرافِق القِطاع الخُصوصي في هذا التَّمْرين؛ ولذلك، يمكن أن تَرْغبَ البلدانُ بإجْراء التَّمْرين التَّالي بشَكْلٍ منفصِل للمَرافِق العموميَّة والخصوصيَّة.

المُسْتَشْفيات (مثل مُسْتَشْفيات الأقاليم والمناطِق الصحِّية والرِّيف ودور التَّوْليد):

- إذا كانَ هناك 25 مرْفقاً أو أقل، ادرسْها جَميعاً.
- إذا كانَ هناك أكثر من 25، يمكن اختيارُ مَجْموعَة فقط؛ ولذلك اخترْ ما أمْكَن، لكن يَنْبَغي أن يُمثِّلَ العددُ ما لا يَقِلُّ عن 30٪، وألاَّ يقلَّ العددُ عن 20 مرْفقاً.

المَرافِق ذات المستويات الأقل (مثل المَراكِز الصحِّية والمواقع الصحِّية والعيادات):

- إذا كانَ هناك 100 مرْفَق أو أقل، ادرسْها جَميعاً.
- إذا كانَ هناك أقل من 100، يمكن اختيارُ مَجْموعَة فقط؛ ولذلك اخترْ ما أمْكَن منها، لكن يَنْبَغي أن يُمثِّلَ العددُ ما لا يَقِلُّ عن 30٪.

مِثال: في المنطقَة س، هناك 48 مُسْتَشْفى من مُخْتلف المُسْتَويات والأَنْماط. ومع أنَّ العددَ 48 أكْبَر من 25، قُرِّرَت زيارتُها جَميعاً. كما أنَّ هناك أيضاً 390 مَرْكزاً ومَوْقعاً صحِّياً، لكن من الصَّعْب جداً ومن المُكْلف زيارتُها جَميعاً، ولذلك يجب اختيارُ مَجْموعَة من هذه المَرافِق للمُراجعَة.

إذا كانَ سيَجْري اختيارُ مَجْموعةٍ من كِلا نَمَطي المَرافِق، يجب اتِّخاذُ القَرار بالعَدَد الذي سَيُزار. وكما ذَكرنا آنِفاً، يَنْبَغي أن يكونَ هذا العددُ كَبيراً ما أمْكَنَ للتَّقْليل من تَأْثيراتِ تَفاوُت الفُرَص، وألاَّ يَقِلَّ عن 30٪ من جَميع المَرافِق من كلِّ نَمَط. وعندَ تَحْديدِ عَدَد المَرافِق التي ستُزار، من المهمِّ عَقْد تَوازُنٍ جَديد بين عَدَدِ المَرافِق وجَوْدَة المُعْطَيات التي ستُجْمَع منها. وبكلمةٍ أخرى، يجب أن يكونَ عَددُ المَرافِق المُخْتارَة كبيرةً ما أمْكَن، ما اِسْتِمْرار السَّماح بجَمْعِ المُعْطَيات في كلِّ مرْفَق.

مِثال: في المنطقَة س، ستُزارُ المُسْتَشْفياتُ الثَّمانيَة والأَرْبَعين 48 جَميعُها، وستُخْتارُ 40٪ من المَراكِز والمَواقِع الصحِّية للمُراجَعَة. وبذلك، جَرى اختيارُ 156 (0.4× 390) مَرْكزاً ومَوْقعاً صحِّياً. ولابدَّ من تَسْجيل النِّسب المئويَّة المُخْتارَة للمُستشفيات والمرافِق ذاتِ المستوى الأقل في كلِّ منطقَة، لذلك يمكن أن يُؤخَذَ هذا بعين الاعتبار عندَ دَمْج المَعْلومات من جَميع المناطِق. ولا حاجةَ إلى هذه الخطوَة إذا كانت النسبةُ المئويَّة المُختارَة هي نَفْسها في جَميع المناطِق.

3-3-2 الاخْتيارُ العَشْوائي للمَرافِق

بعدَ اتِّخاذ القَرار بعددِ المَرافِق التي سَتُزار، تَكون الخطوةُ اللاحِقَة هي اختيار المَرافِق الفِعْليَّة. وللتَّقْليل من احتمالِ التحيُّز، يجب أن يُجْرَى ذلك بشَكْلٍ عَشْوائي، وفي إجْراءٍ شَبيه بذلك المتَّبع لاختيارِ المناطِق؛ فإذا كانت جَميعُ المَرافِق ستُزارُ، عندئذٍ لا ضَرورةَ لهذه الخطوَة. أمَّا إذا كانت ستُخْتارُ مَجْموعَةٌ من كلٍّ من المُسْتَشْفيَات والمَرافِق ذات المستوى الأقل، فلابُدَّ من القيام بالاختيارِ العَشْوائي بشَكْلٍ مُنْفَصِل لكلِّ مستوَى. وسنذكر فيما يَلي الخطوطَ العَريضَة للإجْراء. وسَوْفَ يُجْرَى الاختيارُ العَشْوائيُّ مع جَميع القَوائِم في وَرَقة العَمَل 1أ أو 1ب اللَّتين تكونان قد مُلِئَتا بالنسبةِ إلى المنطقةِ الجغرافيَّة المَعْنيَّة.

الخطوَة 1: خَصِّصْ لكلِّ مرفَق عدداً مُتَسَلْسِلاً؛ وللحدِّ من احتمالِ التحيُّز، يجب إدْراجُ المَرافِق بالتَّرْتيب الأَبْجَدي قبلَ عَدِّها.

الخطوَة 2: احسبْ فاصلة الاعْتيان، والتي تُخْبرك باختيارِ كل مرْفَقٍ لاحِق بعد أن يكونَ المرْفَقُ الأوَّل قد اختيرَ عَشْوائياً. ولذلك، استَعْمِل المعادلَةَ التَّالية:

فاصلة الاِعْتِيان =
عَدَدُ المَرافِق في المنطقة
مَقْسوماً على
عَدَد المَرافِق المُخْتارَة

مِثال: في المنطقة س، يُنْتِج إجْمالي المَراكِز الصحِّية البالِغ 390، حيث سيُخْتارُ 156 منها للمُراجَعة، فاصلة اِعْتِيان قَدْرها 3 (390/ 156 = 2.5)؛ حيث تُدوَّرُ فتراتُ الاِعْتِيان إلى أَقْرَب رقمٍ صَحيح.

الخطوَة 3: حَدِّد المِرْفَقَ الأَوَّل الذي يجب تَضْمينُه في العَيِّنَة بتَوْليد رقم عَشْوائي يقلُّ عن أو يُساوي فترةَ الاِعْتِيان، لكنَّه أَكْبَر من الصِّفْر؛ ويمكن تَحْقيقُ ذلك باِسْتِعْمالِ جَدْول الأعداد العَشْوائيَّة (المُلْحَق ج). ولاِسْتِعْمالِ الجَدْوَل، انظرْ إلى الصَّفْحَة من بَعيد والْمِسْها برَأْس قَلم رَصاص؛ فالرقمُ الأَقْرَب إلى مَوْضِع لَمْس القَلَم للوَرقة هو الرَّقم العَشْوائي؛ وإذا كانَ الرقمُ أقلَّ أو يُساوي فترةَ الاِعْتِيان وأكْبَر من الصِّفْر، اِسْتَعْمِلْه؛ أمَّا إذا لم يكنْ كذلك، فاقرأْ من اليَسار إلى اليَمين إلى أن تَصِلَ رقماً يحقِّق هذا الشَّرطَ؛ فهذا الرقمُ سيكون هو المِرْفَق الأَوَّل المُخْتار.

مِثال: بالنسبةِ إلى المرافِق ذات المستوى الأَقل في المنطقَة س، تكون فاصلة الاِعْتِيان هي 3؛ وباِسْتِعْمالِ جَدْوَل الأعداد العَشْوائيَّة، يَقع رأسُ قَلم الرَّصاص على الرقم 4 عندَ السطر أو الصَّف 12 والعَمود 2؛ وهو أَكْبَر من فاصلة الاِعْتِيان الخاصَّة بنا، لذلك نَقْرأ من الأيسَر إلى الأيْمَن، مُروراً بالأرقام 0 و 9 و 6 إلى أن نصلَ إلى الرقم 1. وهكذا، سوفَ يَكونُ المِرْفَقُ 1 المَوْجود على قائِمَة المَرافِق الأَدْنَى مستوىً هو المنطقَة الأولى المُخْتارَة.

الخطوَة 4: حَدِّدْ جَميعَ المرافِق الأخرى التي يجب أن تُدْرَسَ في العيِّنَة بإضافَةِ فترةِ الاِعْتِيان إلى رَقم المِرْفَق الأَوَّل، واِسْتمرَّ في اِخْتِيارِ المرافِق إلى أن تَبْلغَ الرقمَ المَرْغوب. وعندما تَأْتي إلى نهايَةِ القائِمَة في عَمليَّةِ الاختيار، عُدْ إلى البِدايَة، ولكن لا تَعُدَّ المرافِقَ التي جَرى اِخْتيارُها من جَديد.

مِثال: بما أنَّ المِرْفَقَ الأَوَّل المُخْتار هو 1 على القائِمَة، لذلك سيَكون المِرْفَقُ التَّالي هو 1 + 3 أي 4، واللاحِق هو 7، وهكذا. وسيكون المِرْفَقُ 3888 هو المِرْفَق المائَة والتَّاسع والعشرين المُخْتار، بينما سَيَكون المِرْفَقُ 3 هو المِرْفَق المائَة والثَّلاثين (لأنَّ المِرْفَقَ 1 قد اختيرَ، ويجب ألاَّ يُعَدَّ في المرورِ الثَّاني عبر القائِمَة). وسيستمرُّ اختيارُ كُلِّ مِرْفَقٍ ثالِث بهذه الطَّريقَة إلى حين اختيار جَميعَ المَرافِق البالِغَة 156.

بَعْدَ اختيارِ المَرافِق التي يجب مُراجعتُها، يمكن البَدْءُ بزيارةٍ إلى المواقِع لجَمْعِ المُعْطَيات من كلِّ مِرْفَق.

4-3 النَّموذج 2: مُراجعَةُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المَرافِق

يَنْبَغي اِسْتِعمالُ نسخةٍ من النَّموذج 2 في كلِّ مِرْفَق لتَسْجيل نَمَط الخَدماتِ المُقدَّمَة ومِقْدارها؛ وستَمكِّنُ المَعْلوماتُ المَجْموعَة في هذا النَّموذج الباحثين من مَعْرفةِ ما إذا كانَ المِرْفَقُ المَعْنيُّ يُقدِّم فِعْلاً خَدماتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة، ومِن ثَمَّ (إذا كانَ ذلك) ما إذا كانَ يَعْمل على المستوى الأَساسي أم الشَّامِل. وباِسْتِثْناء المُعْطياتِ عن عَددِ السكَّان ومعدَّل المَواليد الخام، يضمُّ النَّموذجُ 2 جَميعَ المَعْلوماتِ اللازِمَة لبناء المؤشِّرات.

الوَظائفُ البارِزَة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة

لتَحْديد ما إذا كانت الوَظائفُ البارِزَة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة قد أُجْريَت في الشُّهور الثَّلاثَة الأخيرَة، راجِع سِجلاَّت المِرْفَق ورَاقِب العامِلين الصحِّيين في جناحِ التَّوْليد والأَقْسامِ الأخرى وقابِلْهم عندَ الضَّرورَة.

- سَجِّلْ ما إذا كانت الوَظائفُ البارِزَة قد أُجْريَت في الشُّهور الثَّلاثَة الأخيرَة، وإلاَّ لماذا لم تُجْرَ.
- فَكِّر بجَميع ما يَلي عندَ تَحْديد ما كانت وَظيفَةٌ بارِزَة ما متوفِّرَة:

– هل لدى الموظَّفين في المِرْفَق تَدْريبٌ على تَقْديم الخِدْمَة؟

- هل اللَّوازم والمعدَّات المَطْلوبَة مَوْجودَة؟ وهل المعدَّات تَعْمَل؟
- هل كانت هُناك حالاتٌ استُطبَّ فيها استعمالُ إحْدَى الوَظائِف البارِزَة؟
- هل كادِرُ الموظَّفين العامِلين في المِرْفَق مُخوَّلٌ بالقيام بالخدمَة؟

• إذا كانت إحْدى الوَظائِف البارِزَة لم تُجْرَ في الشُّهور الثَّلاثَة الأخيرَة، أشِرْ إلى السَّبب باستِعْمال التَّعْريفات التَّالية:

- قَضايا التَّدْريب:
  - الكادِر المخوَّل متوفِّرٌ، لكنَّه غير مُدرَّب.
  - مُقدِّمو الرِّعايَة يَفْتقِرون إلى الثِّقَة بمهاراتهم.
- قَضايا اللَّوازِم والمعدَّات:
  - اللَّوازِم أو المعدَّات غَيْر مُتَوفِّرَة، وليست مُعطَّلَة أو مَكْسورَة.
  - الأدويَة المطْلوبَة غير متوفِّرَة.
- قَضايا إداريَّة:
  - يَحتاج مُقدِّمو الرِّعايَة إلى تَعْويضٍ للقيام بهذه الوَظيفَة.
  - يُشجِّعُ مُقدِّمو الرِّعايَة على القِيام بإجْراءاتٍ بَديلة.
  - مُقدِّمو الرِّعايَة غير مُرْتاحين أو غير راغِبين بالقيام بالإجْراء لأسبابٍ لا عَلاقَة لها بالتَّدْريب.
- قَضايا السِّياسَة:
  - المستوى المَطْلوب للموظَّفين غير مُعيَّن في هذا المِرْفَق بأعْدادٍ كافِيَة (أو مُطْلقاً).
  - السِّياساتُ الوَطنيَّة أو سِياساتُ المستشفَى لا تَسْمَح بأداء الوَظيفَة.
- لا يُوجَد اِسْتِطْباب:
  - لم تَأْتِ النِّساءُ اللَّواتي يَحْتَجْن إلى هذا الإجْراء إلى المِرْفَق خِلال الفَتْرَة (قبل التَّأْشير بعِبارة «لا يُوجَد اسْتِطْباب»، فكِّرْ بالخيارات السَّابقَة؛ فمَثلاً، إذا لم يَكُنْ في المَوْقع شَخْصٌ مُدرَّب على القِيام بالإجْراء أو تَقْديم المعدَّات أو الأدْويَة، فالنِّساءُ لا يَأْتينَ من أجل هذا الإجْراء).

عَددُ النِّساء اللواتي يَلِدْنَ

• هو عَددُ النِّساء ذَوات الولادات المهبليَّة الطَّبيعيَّة + عَددُ النِّساء ذَوات الولادات المهبليَّة المُساعَدَة + عَددُ الولادات القَيْصريَّة في المِرْفَق.

• إذا كانت الولاداتُ المقْعديَّة تُسجَّل بشَكْل منفصل، أضِفْها أيضاً، لكن تَذكَّرْ أن تَتحقَّقَ من أنَّها لَمْ تُضَمَّنْ في الولاداتِ الطَّبيعيَّة أو العمليَّات القَيْصريَّة.

• تَذَكَّرْ أن تُسجِّلَ عَددَ النِّساء، وليسَ عَدد المَواليد (أي الأطْفال).

عَددُ العمليَّاتِ القَيْصريَّة

• تَذَكَّرْ أن تَعُدَّ جَميعَ العَمليَّاتِ القَيْصريَّة الطَّارئَة وجَميعَ العمليَّاتِ القَيْصريَّة المخطَّط لها أو المُجْدوَلَة.

• عُدَّ العَمليَّاتِ القَيْصريَّةَ المُجْراة لأسْبابٍ وَليديَّة، فَضْلاً عن الأسْبابِ الأُموميَّة.

عَددُ النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة مباشرة

• حتَّى تُؤْخذَ حالةٌ ما بعَيْن الاعتِبار وتُضمَّن في المُعْطَيات، يَنْبَغي أن تكونَ المرأةُ حامِلاً عندَ الإدْخال أو قد وَلَدت حَديثاً أو أجْهَضت.

• لا تُضمِّنْ إلاَّ الأحْداثَ ذات الشدَّة الكافِيَة التي يَنْبَغي أن تُعالَجَ بإجْراءٍ مُنْقِذ للحَياة أو تُقَرَّ، ثمَّ تُحال إلى مِرْفَقٍ آخر.

• المَريضَة لديها تَشْخيصٌ واضِح لأيٍّ من المُضاعفات التَّوْليديَّة (انظر اللوحَة 2).

• بَدأَت المعالَجةُ قبلَ الإحالَة إلى مِرْفَقٍ آخر (بما في ذلك إقْرار الحالَة).

• عِنْدما لا يَتوفَّر تَشْخيصٌ للمُضاعَفات، اِستَعْمِل المعاييرَ التَّالية للتَّضْمين:

- تُشير السِّجلاَّتُ إلى عَلامات أو أَعْراض، مثل النَّزْف وارتفاع ضَغْط الدَّم والحمَّى المترافِقَة بإفرازات واختلاجات.
- تُشير السِّجلاَّتُ إلى مُداخَلات مُؤَكَّدَة، مثل العمليَّة القَيْصريَّة أو الولادَة بالتَّخْليَة أو المِلْقَط أو نَقْل الدَّم أو النَّزْع اليَدوي للمَشيمَة أو حَقْن مُضادَّات الاخْتلاج أو الأوكسيتوسين.

- استَبْعِد النِّساءَ اللَّواتي أُدْخلنَ من دون أيِّ تَشْخيص (أو مَفاتيح تُدُلُّ على تَشْخيص مثل المَذْكور سابقاً).
- إذا كانَ لدى المَريضَة تَشْخيصان، اختَر الأَخْطَر منهما؛ فمَثلاً، إذا أُدْخلَت امرأةٌ حامل بسَبب النَّزْف وتَمزُّق الرَّحم، يَكون التَّشْخيصُ الرَّئيسي هو تَمزُّق الرَّحم. وأمَّا إذا كانَ المُقابلُ غيرَ متأكِّد من التَّشْخيص، ينبغي اسْتشارَةُ الموظَّفين العاملين في المِرْفَق الصحِّي. تَذَكَّر أن تَعُدَّ النِّساءَ المُصابات بمُضاعفات تَوْليديَّة، وليسَ عددَ المُضاعفات التَّوْليديَّة.
- تَشْتَملُ مُضاعَفاتُ الإجهاض على تلك المُترافقَة مع العَدْوَى أو النَّزْف فقط (انظر تَعْريفاتِ الحالات في اللَّوْحَة 2).
- يمكن أن تَنْجمَ مُضاعَفاتُ الإجْهاض عن الإجْهاضِ المحرَّض أو التلقائي.
- عِنْدَ البَحْث عن مُضاعَفات الإجْهاض، يَنْبَغي أن ينظرَ الفَريقُ في سِجلاَّت أجنحَة النِّساء وسِجلاَّت الطَّوارئ وسِجلاَّت التَّوْليد أو الولادَة أو المَخاض أو الأجنحَة.

عَدَدُ وَفَياتِ الأُمَّهات النَّاجمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مباشرة

- ينبغي اسْتعْمالُ تَعْريف منظَّمة الصحَّة العالميَّة "لوفيات الأُمَّهات": "وَفاة الأم أو المَرْأة الحامل أو في غُضون 42 يَوْماً من إنْهاء الحَمْل، بصَرْف النَّظر عن مدَّة الحمل أو مَوْقعه، لأيِّ سَبب متعلِّق أو مُتفاقم بالحَمْل أو تَدْبيره، ولكن ليسَ لأسْباب حادِثيَّة".
- لا يَجْري العَدُّ إلاَّ على وَفَياتِ الأُمَّهات الحاصلَة في المِرْفَق الخاضع للدِّراسَة.
- يَنْبغي العَوْدَةُ إلى تَعْريفاتِ الأسبابِ التَّوْليديَّة المُدْرَجَة في اللَّوْحَة 2 عندَ مَلْ هذا القِسْم.

- يمكن أن يَكونَ إيجادُ وَفَياتِ الأُمَّهات صَعْباً في بعض سِجلاَّت المَرافِق. ولذلك، من المهمِّ جداً البحث عمَّا أَمْكَن من المَصادِر (مثل سِجلاَّت أجنحَة التَّوْليد، سِجلاَّت مَحْفَظ الجُثَث morgue record books، سِجلاَّت قِسْم الطَّوارئ).
- قد تَكونُ وَفَياتُ الأُمَّهات قَضيَّةً حَسَّاسَة للنِّقاش مع العامِلين الصحِّيين؛ ويمكن أن يكونَ من المُفيد أحياناً تَفْسيرُ أنَّ هذه المُراجَعَة ليست تَفْتيشاً. ولجَعْل الموظَّفين يشعرون بمزيدٍ من الرَّاحَة، يمكن أن نُشيرَ إلى بعض النقاط الإيجابيَّة في المِرْفَق (مثل العَدَدِ الكَبير للنِّساء اللواتي أَمْكَنَت مُعالَجتهن).

عَدَدُ وَفَياتِ الأُمَّهات غير المباشرَة

- قَبْلَ مَلْءِ النَّموذَج، أَدْرِج الأَسْبابَ الرَّئيسيَّة غير المباشرَة لوَفَياتِ الأُمَّهات المتعلِّقَة بالبَلَد الخاضع للمُراجَعَة، مثل عَدْوَى الهيف HIV infection وفَقْر الدَّم الشَّديد والملاريا.

عَدَدُ وَفَياتِ المَليصين الجُدُد ووَفَياتِ الوِلْدان الباكِرَة جداً (≥ 2.5 كغ)

- ارجعْ إلى تَعْريفاتِ المَليصين الجُدُد ووَفَياتِ الوِلْدان الباكِرَة جداً آنفاً.
- احذف وَفَياتِ الوِلْدان الباكِرَة جداً عندما تَكون الأُمَّهاتِ قد وَلدنَ خارِج المَرافِق الصحِّية (أي في المجتمَع أو المَنْزل).
- عندما لا يَتوفَّر وزنُ الوَليد، سَجِّل الوفاةَ وأَشِرْ إلى أنَّ وزنَ الوَليد غير مَعْروف.

جَمْعُ مُعْطَيات خُلاصَة الحالات

بالاسْتناد إلى حَجْم كلِّ مِرْفَق وجَوْدَة سِجلاَّته، قد يكون من الصَّعْب جداً جَمْعُ المَعْلومات الضَّروريَّة لكامل السَّنَة بشكلٍ مباشر على النَّموذج 2. لذلك، نَعْرِض لخطَّتَيْن.

الخطَّة 1. يجب اتِّباعُها ما أمْكَنَ ذلك؛ ويَقومُ ذلك على إتْمام الشبكة على النَّموذج 2 (أي تَسْجيل عَدَد النِّساء الوالِدات وكُل نَمَط من المُضاعَفات والعمليَّة القيصريَّة ووَفَيات الأُمَّهات والوَفيات في أَثْناء الولادَة ووَفَياتِ

الولْدان الباكِرَة جداً) في المِرْفَق خِلال 12 شَهْراً كامِلاً من الدِّراسَة.

الخطَّة 2. يمكن اتِّباعُها إذا كانَ عدد المَريضات في المِرْفَق كَبيراً جداً، بحيث يَسْتغرقُ جَمْعُ هذه المَعْلومات طَوالَ 12 شَهراً وَقتاً طَويلاً (كأن يَكون هناك أَكْثَر من 10000 ولادَة في السَّنَة مَثلاً). وتُسْتعمَل، في هذه الخطَّة، عَيِّنَةٌ مكوَّنة من 4 أشهر موزَّعَة على مَدار السَّنَة، ثُمَّ تُضرَب بثلاثة لتَقْدير العَدد الكلِّي في السَّنَة. وفي البلدان حيث تُوجَد فُروقٌ فصليَّة هائِلَة في الوِلادات، قد يَكون من المهمِّ اختيارُ 4 شُهور مُوزَّعَة على مَدار السَّنَة لأخذِ هذه التَّفاوت بعين الاعْتِبار.

5-3 النَّموذجُ 3: خُلاصَةُ المُعْطيات حَوْلَ مَرافِق الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة في منطقةٍ ما

إذا كانَ التَّحْليلُ يُجْرَى يَدوياً وليسَ بالحاسوب، فبَعْدَ إنْجازِ جَميع أقسام النَّموذَج 2، يجب جَمْعُ النَّماذج وتَصْنيفُها حسب المنطقَة الجغرافيَّة. وتَكون الخطوةُ اللاحِقَة هي تَلْخيص المَوْجودات لكلِّ منطقَة. كما يُسْتعمَل النَّموذجُ 3 لهذا الغَرَض، وله قِسْمان، أ و ب، ويجب إتْمامُ واحدٍ منهما فقط.

لا يجب اِسْتِعْمالُ القِسْمُ أ، الذي يتطلَّب تَلْخيصاً بَسيطاً للمُعْطَيات المَجْموعَة من المرافِق، إلاَّ في حالةِ زيارَة جَميع المَرافِق في المنطقَة (في حالِ عدم اختيار مَرافِق معيَّنة). ولابدَّ من تَصْنيف المَرافِق إلى ثَلاث مَجْموعات على أَساس المَداخِل entries في اللَّوْحَة المعنونَة باسم "تَحْديد حالة الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة" على النَّموذج 2. والمَجْموعاتُ الثَّلاث هي المرافِقُ التي تُقَدِّمُ الرِّعايةَ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّاملَة، والمرافِقُ التي تُقَدِّمُ الرِّعايةَ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّاملَة الأَساسيَّة، والمرافِقُ التي لا تُقَدِّمُ خَدمات أساسيَّةً أو طارئَة بشَكْل كامِل؛ ثُمَّ تُسْتعمَل أَوْراقُ العَمَل "3أ" و "3ب" و "3ج" لتَحْضير الخُلاصَة.

يجب اِسْتِعْمالُ القِسْم ب إذا كانت العَيِّنَةُ من المَرافِق قد اختيرَت؛ وهو يَشْتَمِلُ على خطوةً متوسِّطَة لتَعْديل المُعْطَيات المَجْموعَة إلى قِيم تَقْديريَّة لجميع المَرافِق في المنطقَة. ولابدَّ من أَوْراقِ العَمَل «3د» و «3هـ» و «3و» لتَحْضير الخُلاصَة.

وبذلك، تُملأ نسخَةٌ من النَّموذج 3 لكلِّ منطقَة مُشْتَمِلَة في الدِّراسَة، حيث يُتَمَّمُ القِسْمُ أ أو القِسْم ب (احذف الجزءَ الذي لا تَسْتعمِلْه).

6-3 النَّموذج 4: حِساب المؤشِّرات لكلِّ منطقَة

بَعْدَ تَلْخيص المَوْجوداتِ من كلِّ زيارةٍ للمَواقع، يمكن اِسْتِعْمالُ النَّموذج 4 لحساب المؤشِّراتِ لكلِّ منطقَة؛ ويَعْرض هذه النَّموذَجُ خَطواتِ اِسْتِعْمال المَعْلومات الملخَّصَة في النَّموذَج 3، ويَشْتَمِل على قائِمَة تَفَقُّد سَريعَة summary checklist لتَحْديدِ ما إذا كانَ كُلُّ مؤشِّر يُلبِّي المستوى المَقْبول.

وفي حين سَوْفَ تَتراكَم المُعْطَياتُ عن المَرافِق، في نِهايَة المَطاف، لحساب المؤشِّرات في كامِل البَلَد، تُقَدِّمُ المؤشِّراتُ على مستوى المنطقَة مَعْلوماتٍ مُفيدَةً عن وَضْع أَوْلويَّاتِ البَرامِج على هذا المستوى، ويَنْبَغي المحافَظةُ على مَجْموعَةٍ كامِلَة من النَّماذج المكتملَة 1–4 في المنطقَة لهذا الغَرَض. ولكن – وللأسَف – تَسْمَحُ هذه المؤشِّراتُ بمقارناتٍ ضمنَ مَناطِق الدِّراسَة على المستوَى الوَطني. وباستعمالِ المَعْلوماتِ المُسْتَحصَلَة لكلِّ منطقةٍ مختارَة، يمكن للباحِثين أن يَتفحَّصوا الفُروقَ في تَوفُّر خَدمات الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة والاستخدامَ والأداءَ في المناطِق المختلفَة من البَلَد. وقد يكونَ لذلك مَضامينُ هامَّة بالنسبة لأَولويَّاتِ السِّياسَة وَوَضْع البرامِج.

7-3 النَّموذج 5: حِسابُ المؤشِّرات بالنسبة للبَلد

لحِساب مُؤَشِّراتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في البَلَد إجْمالاً، يَنْبَغي أن يَجمعَ الباحِثون نُسَخاً من جَميع النَّماذج 3 و 4 (بما في ذلك أوْراقُ العَمَل) من كلِّ منطقةِ دِراسَة. ويُلخِّصُ النَّموذجُ 5 وَرقَةُ العمل 5أ المَعْلوماتِ اللازمَةَ لهذه الخطوة الأخيرَة؛ حيث تُلخِّصُ الأخيرَةُ المَعْلوماتِ عن عَددِ مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة والنِّساء اللَّواتي يَلدن والنِّساء المُصابات بمُضاعَفات تَوْليديَّة والعَمليَّات القَيْصريَّة ووَفيات الأُمَّهات (المباشرَة وغير المباشرَة) والوَفيات خِلال الوِلادَة ووَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً في جَميعِ المناطِق المختارَة.

تُحَدَّدُ المُؤَشِّراتُ بالنِّسْبَةِ إلى البَلَدِ إجْمالاً على النَّموذج 5. وكما في النَّموذج 4 بالنسبة لحِساب المُؤَشِّراتِ على مستوَى المنطقَة، تُقدَّمُ قائِمَةُ تَفقُّدٍ سَريعَة للمستوياتِ المَقْبولَة لكلِّ مؤشِّر.

بعدَ حِساب المُؤَشِّراتِ، تكون الخطوةُ الأخيرَة هي التَّفْسير؛ هذا، وتُوجَدُ مُلاحَظاتٌ عامَّة عن تَفْسيرِ مُؤَشِّراتِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة عندَ وَصْف كُلِّ مؤشِّر في القِسْم الأوَّل من هذا الكُتيِّب.

8-3 المُراقبَةُ على مستوى المنطقَة

يمكن أن يُبْدي المَسْؤولون والمخطِّطون في المنطقَة اهتِماماً بتَفاصيل أكْبَر من المَطْلوب بالنسبة إلى المُراقبَةِ الوَطنيَّة. ولذلك، يمكن إضافَةُ المَزيد من الأسئِلَة خِلال الزِّيارات المَيْدانية للمَرافِق؛ وهذا ما يمكن تَحْقيقُه بإضافَةِ صفحةٍ أخرى إلى النَّموذج 2 (مُراجعَة مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة). وسَنُناقِش لاحِقاً بعضَ الأسئِلَة التي يمكن أن تكونَ هامَّة. ولكن من المهمِّ جَمْعُ كُلِّ المُعْطَيات اللازمَة لحِساب المُؤَشِّراتِ بشكلٍ مُوحَّد في كامِل البَلَد. وفي حين يمكن إضافَةُ أسْئِلَة إلى النَّموذج 2، ينبغي ألاَّ يَنالَ التَّعْديل أو الحَذْف أيّاً من الأسئِلَة المَوْجودَة. وتتوفَّر على المَوْقع http://www.amddprogram.org نَماذِجُ إضافيةٌ مُفيدَة لإجْراء المَزيد من تَقْييم الحاجات.

1-8-3 مستوَى الأَداءِ الوَظيفي للمَرافِق

من الضَّروري، بهدف المُراقبَة، ألاَّ يَشْتمِلَ التَّحْليلُ الأوَّل إلاَّ على تلك المَرافِق التي تُقَدِّم رِعايةً تَوْليديَّة طَارئَة أساسيَّة أو شامِلَة (أي المَرافِق التي قامَت بجَميع الوَظائِف البارِزَة المُشار إليها في الجَدْوَل 4 في الأشهر الثَّلاثَة الأخيرَة). كما قد يكونُ المخطِّطون في المنطقَة مَعْنيين بمعرفَةِ الوَظائِف البارِزَة التي قد قَدَّمتها المَرافِقُ الأخرى في المنطقَة، وبأيٍّ منها قد يَعْمل كمَرافِق أساسيَّة أو شامِلَة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة. ويمكن تَحْضيرُ جَداول لتحديد عَدَدِ المَرافِق التي لم تَقُم بوَظيفَةٍ أو أكثر من الوَظائِف البارِزَة، وبتلك الوَظائِفِ البارِزَة التي قامَت بها أو لم تَقُم بها المَرافِقُ في الأشهر الثَّلاثَة الأخيرَة؛ حيث يُعَدُّ فَهْمُ السَّبب في عَدَم القِيام بهذه الوَظائِف أمراً هاماً. وستَكونُ هذه الاسْتِقصاءاتُ مُفيدةً بشكلٍ خاص عندما يُشير تَحْليلُ مُؤَشِّراتِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة إلى نَقْص في المَرافِق. وفي هذه الحالَة، يمكن استعمالُ المَعْلوماتِ حَوْلَ المَرافِق القَريبَة جداً من تَقْديم هذه الرِّعايَة في التَّخْطيطِ للمرافِق التي يجب تَحْديدُها؛ فإذا وُجِدَت وَظيفَةٌ بارِزَة مُعيَّنَة، مثل الوِلادَةِ المهبليَّة المُساعَدَة، لا تُؤَدَّى غالِباً، يمكن أن يَسْتَدْعي ذلك مُراجعةً للسِّياسَة للتأكيد على من يجب تَدْريبُه للقِيام بها، وعلى أيِّ مستوى من النِّظام الصحِّي.

2-8-3 التوفُّرُ الزَّمني للخَدمات

هناك عامِلٌ آخر قد يَرْغب مَسْؤولو المنطقَة بتَفحُّصِه، وهو ما إذا كانت خَدماتُ التَّوْليد متوفِّرَةً 24 ساعَة/اليَوْم و 7 أيَّام/الأسبوع في المَرافِق التي تَعْمَل بصُورَةٍ كامِلَة؛ فَمثلاً، يمكن أن تُضافَ إلى نَموذج مُراجَعَة المِرْفَق (النَّموذج 2) مَسألَةُ عَدَد الساعات في اليَوْم والأيَّام في الأُسْبوع واللذين تتوفَّر فيهما الوَظائِفُ البارِزَة فِعْلياً. وبما أنَّ المُضاعفاتِ التَّوْليديَّة لا يمكن التكهُّنُ بها، لذلك من المهمِّ أن تَتمكَّنَ النِّساءُ من الوُصول إلى الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة المُنْقِذَة للحياة على مَدارِ السَّاعَة. ويمكن أن تُبْدي تَحاليلُ النَّماذِج المَحليَّة في تَوفُّر الوَظائِف البارِزَة أنَّ التغطيةَ

بالرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة أقلَّ فِعْلياً من العَدَد الذي تُشير إليه المَرافِقُ؛ وفي هذه الحالات، يُوصى بشدَّة بأن يُزادَ عددُ السَّاعات التي تتوفَّر فيه الخَدمات.

3-8-3 التوزُّع الجَغْرافي للخَدماتِ ضمنَ المناطِق

يُؤثِّرُ التوزُّعُ الجَغْرافي لمرافِقِ الرِّعايَة التَّوْليديَّة الطَّارئَة أيضاً في إتاحَةِ الخَدمات؛ ضمنَ المناطِق؛ فمعَ أنَّ عددَ المَرافِقِ في منطقةٍ ما يمكن أن يُحقِّقَ أو يَتَجاوز المستوى المَقْبولَ الأَدْنَى، لذلك قد تَضمُّ الأقاليمُ الجغرافيَّة الأَصْغر القَليلَ من المَرافِقَ أو لا تَضمُّ أيَّةَ مَرافِق. ولذلك، قد يكون من المَرْغوب – على مستوى المنطقَة – تَحْديدُ مَوْضِع المَرافِق على الخارِطَة للتعرُّف إلى المناطِق المَحلِّية حيث لا يُتاحُ للنِّساء الوُصولُ إلى الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة، سواءٌ بسَبب غِياب المَرافِق أو لأنَّ المَرافِقَ المَوْجودَة غيرُ مُتاحَة، نتيجَة سوءِ الطُّرُق والجُسور أو غيابِها مَثلاً.

4-8-3 الفُروقُ بين مَرافِقِ القِطاع العُمومي والخُصوصي

يمكن أن يَكونَ المخطِّطون الصِّحِّيُّون مُهتمِّين بتَفحُّص الفُروق بين المَرافِقِ المُدارَة حُكومياً وتلك المُدارَة من مُؤسَّساتٍ دينيَّة أو منظَّمات غير حُكوميَّة أو منظَّمات ربحيَّة for-profit organizations؛ وقد يَكونُ لهذه الفُروق مَضامينُ هامَّة بالنسبةِ إلى البَرْمَجَة؛ فعلى سَبيل المِثال، يمكن أن يَرْغبَ المَرْءُ بمعرفَةِ النِّسَب المئويَّة للنِّساء المُصابات بمُضاعَفات واللَّواتي يَتلقَّينَ رِعايةً تَوْليديَّةً طَارئَة في المَرافِقِ العموميَّة وفي المَرافِقِ الخُصوصيَّة، أو أيَّة أَنْماط المَرافِق التي تَقوم بمزيدٍ من الوَظائف البارزَة للرِّعايَةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة. كما قد يَتفحَّص المرءُ الفروقَ في معدَّلاتِ إماتَة الحالات في المستشفَى حسب نَمَط المِلْكيَّة. وقد تَكونُ إتاحَةُ الخَدمات وقَضايا الإنْصاف، في بعضِ الظُّروف، مُرْتَبطةً بملكيَّة المِرْفَق وكلفَة الخَدمات.

5-8-3 جَوْدَةُ الرِّعايَة في المَرافِق

كما ناقشْنا آنِفاً، تُمثِّلُ مُعدَّلاتُ إماتَة الحالات مؤشِّراً خاماً على مستوى الإنْجازِ في مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة. ولذلك، قد يَرْغب الباحِثون أو الإداريُّون في المنطقَة بجَمْعِ مَعْلوماتٍ إضافيةٍ للوصول إلى المَزيد من التبصُّر حَوْلَ جَوْدَةِ الرِّعايَة المُقدَّمَة في المَرافِق المَحلِّية المُخْتارَة. ومن الأساليبِ في ذلك جَمْعُ المُعْطَيات عن الفترةِ بينَ وقت إدْخالِ المرأة إلى مِرْفَقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة والوقت الذي تَتلقَّى فيه المعالجَةَ فِعْلياً، كما هو مُناقَشٌ تحت فقرةِ «الدِّراساتِ الإضافية» في المَقْطَع الخاص بمُعدَّلاتِ إماتَة الحالات التَّوْليديَّة المباشر.

كما يمكن أن تُعْطي المُراجَعاتُ أو التَّفْتيش المُفصَّل عن الحالاتِ بالنسبةِ إلى وَفياتِ الأُمَّهات و «الوَفيات الوَشيكَة» مَعْلوماتٍ قَيِّمَةً حَوْلَ جَوْدَة الرِّعايَة؛ وتتصفُ هذه المُراجَعاتُ أو عَمليَّات التَّفْتيش بخاصيَّةِ التعرُّف إلى مَواطِن المَشاكِل ضمنَ المَرافِق، واقتراح الحلول المُمْكِنَة. وفيما يَلي بعضُ المصادِر التي يمكن استِعْمالُها في دِراسات جَوْدَة الرِّعايَة:

- تَعْزيز الصحَّة EngenderHealth وبَرْنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأُمَّهات AMDD. تَحْسين الجَوْدَة في الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة: دَليل القيادَة وكتاب الأدوات (http://www.engenderhealth.org/res/offc/mac/EmOC/index.html) (163). ويمكن أن يُساعدَ هذا المنشورُ مُقدِّمي الرِّعايَة الصحِّية على التعرُّف إلى مشاكلهم الخاصَّة وحَلِّها؛ وهو يُلخِّص عمليةَ تَحْسين مستمرَّةً للجَوْدَة مكوَّنة من أربعِ خطوات، ومعتَمِدَةً على مَبادئ المُشارَكَة، مع مُساهَمَة وملكيَّة الموظَّفين والتَّرْكيز على حُقوق المُراجعين وحاجاتهم. كما يَحْتَوي على أدوات جَمْع المَعْلومات وتَعْليمات اسْتِعْمالِها.
- بَرْنامج تَجنُّب الوفاة والعَجْز عندَ الأُمَّهات AMDD. تَحْسين الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة من خِلال التَّفْتيش المعتَمِد على المعايير، 2002 (http://www.amddprogram.org/resources/CriterionBased%20AuditEN.pdf). ويَصِفُ هذا الكتيِّبُ "التَّفْتيشَ المعتَمِد على المَعايير criterion-based audit" كمقارَنةٍ للممارسَةِ

الفعليَّة مع المَعايير المُعتَمدَة على الأدلَّة للرِّعايَة؛ ويمكن أن يُستعمَل لتَحْسين الممارسَة السَّريريَّة والإداريَّة، ولمزيدٍ من الاستعمال المنطقي للمَصادر النَّذْرَة، ولتَحْسين أخلاقيَّات الموظَّفين. كما تَشْتَمِل دورةُ التَّفْتيشُ على جَمْع المُعْطيات والتَّحْليل وخطَّة العَمَل لتَصْحيح العُيوب والنَّواقص وتَنْفيذ تلك الخطَّة وإعادَة الدَّوْرَة لقياس التغيُّر. كما يمكن استعمالُ التَّفْتيش المعتَمد على المَعايير لتفحُّص إدارَة الخدمات أو تَنْظيمها وحُقوق الإنسان في المَواقع السَّريريَّة.

- منظَّمة الصحَّة العالميَّة. ما وراء الأرْقام Beyond the numbers. مُراجعَة وَفيات الأُمَّهات والمُضاعَفات لجعل الحَمْل أكثرَ سَلامةً، 2004 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/btn). هذا الكِتابُ موجَّهٌ إلى المِهَنيين الصحِّيين ومخطِّطي الرِّعايَة الصحِّية والمُدراء العامِلين في الصحَّة الأموميَّة والوَليديَّة الذين يَرْغبون بتَحْسين جَوْدَة الرِّعايَة المُقدَّمَة؛ ويَنْبَغي أن يكونوا في مَواقعْهم وراغبين باتِّخاذ الإجراء العلاجي على أساس مُخْرَجات أو مَوْجودات هذه المُراجَعات. ويمكن اِسْتِعْمالُ المَعْلومات لتَحْسين نَتائج الصحَّة الأموميَّة بتَشْجيع المِهَنيين الصحِّيين لتَقْييم المُمارَسات الرَّاهنَة بشكلٍ هام وتَغْييرها عندَ الضَّرورَة. وبما أنَّ التصرُّفَ هو الهَدف النِّهائي لهذه المُراجَعات، لذلك من المهمِّ أن يُساهمَ فيه بفعَّالية الأَشْخاصُ الذين يَسْتطيعون القيامَ بالتَّغْييراتِ الموصَى بِها.

6-8-3 جَوْدَةُ سِجلاَّت المِرْفَق

يَنْبَغي أن يَتفحَّصَ المَسْؤولون على مستوى المنطقَة الطَّريقةَ التي يُشتقُّ بها عددُ النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ في نَماذج مُراجعَة المِرْفَق (النَّموذج 2). ويُقَدِّمُ النَّموذَجُ خطَّتَيْن لبلوغ هذا العَدد (انظر المُناقشَةَ في المقطع 3-4-1). وربَّما تُعالَجُ بعضُ المَرافق من النِّساء المُصابات بمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة أَكْثَر مِمَّا تُشيرُ إليه السِّجلاَّتُ، وتطلبُ الأسئلةُ الأخيرَة على النَّموذج من المُراجع أن يُقدِّمَ رأياً مُسْتَنيراً informed حَوْلَ تَماميَّة completeness سِجلاَّت المِرْفَق. ويمكن أن يَكونَ المَسْؤولون على مستوى المنطقَة مُهْتمِّين بتَفحُّص الأجوبَة عن هذا السُّؤالِ في منطقتِهم؛ فإذا بَدَت السِّجلاَّتُ عن عددِ المَرافق ناقِصَةً، يمكن إنشاءُ حلقةٍ عمليَّة عن حِفْظِ السِّجلاَّت في المِرْفَق.

المراجع

1. UNICEF, WHO, UNFPA. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York, United Nations Children Fund, 1997.
2. Freedman LP et al. Practical lessons from global safe motherhood initiatives: Time for a new focus on implementation. Lancet, 2007, 370(9595):1383-1391.
3. Graham WJ. Now or never: The case for measuring maternal mortality. Lancet, 2002, 359(9307):701-704.
4. Smith JB et al. Estimates of the maternal mortality ratio in two districts of the Brong-Ahafo region, Ghana. Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79:400-408.
5. Stanton C, Abderrahim N, Hill K. An assessment of DHS maternal mortality indicators. Studies in Family Planning, 2000, 31(2):111-123.
6. Ministère de la Santé Publique du Bénin. Evaluation de sbesoins en soins obstétricaux d'urgence au Bénin – rapport final [Needs assessment for emergency obstetric care in Benin – final report]. Cotonou, Benin, 2003.
7. AMDD Working Group on Indicators. Program note: Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services: Benin and Chad. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2004, 86:110-120.
8. Konate S, Traore, A., Gueye, A. Evaluation de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux au Cameroun [Evaluation of the availability and use of obstetric care in Cameroon]. UNFPA, IFORD, 2001.
9. AMDD Working Group on Indicators. Program note: Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services: Bhutan, Cameroon and Rajasthan, India. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2002, 77(3):277-284.
10. UNFPA. Making safe motherhood a reality in West Africa -using indicators to programme for results. New York, 2003.
11. Ministère de la Santé Publique du Tchad. Evaluation des besoins en soins obstétricaux d'urgence au Tchad [Needs assessment for emergency obstetric care in Chad]. N'Djamena, 2003.
12. Affane S. Rapport d'étude sur les indicateurs de processus pour le suivi et la surveillance de la mortalité maternelle [Report of a study on process indicators for follow-up and monitoring of maternal mortality]. Moroni, Ministère de la Santé, 2005.
13. Ministère de la Santé Publique et al. Disponibilité, utilisation et efficacité des soins obstétricaux d'urgence (SOU) en Côte d'Ivoire [Availability, use and eficcacity of emergency obstetric care in Côte d'Ivoire]. Abidjan, 2001.
14. Gottlieb P, Lindmark G. WHO indicators for evaluation of maternal health care services, applicability in least developed countries: A case study from Eritrea. African Journal of Reproductive Health, Aug 2002, 6(2):13-22.
15. Kayongo M et al. Making emergency obstetric care a reality—CARE's experiences in areas of high maternal mortality in Africa. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2006, 92(3):308-319.
16. Ministry of Public Health of the République Gabonaise. Evaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualite des soins obstétricaux d'urgence au Gabon [Evaluation of the availability, use and quality of emergency obstetric care in Gabon]. Libreville, 2003.
17. Fauveau V. Program note: Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services: Gabon, Guinea-Bissau, and The Gambia. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2007, 96(3):233-240.
18. Njie I, Kah-Janneh M. Evaluation of availability, utilisation and quality of emergency obstetric care in The Gambia: Draft report. Banjul, UNFPA (The Gambia), Department of State for Health, 2004.
19. Ministry of Health, UNFPA. Accelerating improvements in maternal and newborn health in northern Ghana. Accra, 2005.
20. Ministère de la Santé Publique, Programme National de Maternité Sans Risques, UNICEF. Rapport de l'evaluation nationale des besoins en soins obstétricaux d'urgence en République de Guinee [Report on the national evaluation of needs for emergency obstetric care in Guinea-Bissau]. Conakry, 2004.
21. Nogueira J et al. Avaliacao dos cuidados obstetricos de urgencia na Guine-Bissau [Evaluation of emergency obstetric care in Guinea-Bissau]. Guinea Bissau, Ministerio de Saude Publica, UNFPA, AMDD, 2003.

22. Reproductive Health Section, Ministry of Health, UNICEF Kenya Country Office. Report: Emergency obstetric care service, North Eastern Province, Kenya. Nairobi, 2003.

23. Pearson L, Shoo R. Availability and use of emergency obstetric services: Kenya, Rwanda, Southern Sudan, and Uganda. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2005, 88(2):208-215.

24. National Coordinating Agency for Population and Development et al. Kenya service provision assessment survey 2004. Nairobi, 2005.

25. Lesotho Ministry of Health and Social Welfare. Emergency obstetric care assessment report Lesotho, March-May 2005. Maseru, 2005.

26. Rasolofomanana J, Ralisimalala A. Evaluation des besoins en matière de soins obstétricaux ex néo-natals d'urgence à Madagascar [Evaluation of needs for emergency obstetric care in Madagascar]. Tananarive, 2004.

27. Ministry of Health. Emergency obstetric care services in Malawi, report of a nationwide assessment. Lilongwe, 2005.

28. Goodburn EA et al. Monitoring obstetric services: Putting the UN guidelines into practice in Malawi. I: Developing the system. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2001, 74(2):105-117.

29. Hussein J et al. Monitoring obstetric services: Putting the 'UN guidelines' into practice in Malawi: 3 years on. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2001, 75:63-73.

30. Leigh B et al. Emergency obstetric care: How do we stand in Malawi? International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2008, 101(1):107-111.

31. Ministère de la Santé, Division Santé de la Reproduction. Evaluation de l'offre des besoins obstétricaux d'urgence au Mali [Evaluation of the availability of emergency obstetric needs in Mali]. Bamako, 2003.

32. Otchere SA, Kayo A. The challenges of improving emergency obstetric care in two rural districts in Mali. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2007, 99(2):173-182.

33. Faire de la Maternité Sans Risque une Réalité, UNFPA. Résultat des etudes pays sur les soins obstétricaux d'urgence [Results of country studies on emergency obstetric care - Mauritania]. Nouakchott; 2001.

34. Jamisse L, Eduardo M, Derveeuw M. Needs assessment on availability and use of emergency obstetric care services in Sofala Province, Mozambique. Final report of the needs assessment, December, 2000. Ministério da Sa.de, Direcç.o Nacional de Sa.de, Departamento de Sa.de da Comunidade, 2000.

35. Jamisse L et al. Assessment of the capacity of the health services to provide essential obstetric care in Tete province, Mozambique. Final report of the needs assessment, December, 2000. Tete, Ministério da Sa.de, Direcç.o Nacional de Sa.de, Departamento de Sa.de da Comunidade, 2000.

36. Santos C et al. Improving emergency obstetric care in Mozambique: The story of Sofala. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2006, 94(2):190-201.

37. Bailey PE, Paxton A. Program note: Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2002, 76(3):299-305.

38. Ministry of Health and Social Services. Report of needs assessment for emergency obstetrics care. Windhoek, 2006. Monitoring emergency obstetric care: a handbook

39. AMDD Working Group on Indicators. Program note. Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services: Niger, Rwanda and Tanzania. International Journal of Gynecology and Obstetrics, Oct 2003, 83(1):112-120.

40. UNICEF. Report on emergency obstetric care assessment: Gakoma, Kabaya, Muhororo and Nyanza health districts. Kigali, 2004.

41. Kayongo M et al. Improving availability of emergency obstetric care services in Rwanda—CARE's experiences and lessons learned at Kabgayi referral hospital. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2006, 92(3):291-298.

42. National Institute of Statistics of Rwanda. Rwanda service provision assessment survey 2007. Ongoing. 43. Moreira I et al. Evaluation de la disponibilité, de l'utilisation et de la qualité des soins obstétricaux d'urgence au Senegal. Rapport final (draft) [evaluation of the availability, use and quality of emergency obstetric care in Senegal. Final report (draft)]. Dakar, Ministerè de la Santé, Service National de la Santé de la Reproduction, FNUAP, University of Colombia, 2001.

44. The Sierra Leone Prevention of Maternal Mortality Program, and WHO. Assessment of district hospitals in Sierra Leone for the delivery of safe motherhood and reproductive health

services: A needs assessment survey report. Freetown, 2002.

45. Uganda Ministry of Health, UNICEF. Status of emergency obstetric care in Uganda, a national needs assessment of emergency obstetric care process indicators. Kampala, 2004.
46. Orinda V et al. A sector-wide approach to emergency obstetric care in Uganda. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2005, 91(3):285-291.
47. Malecela M et al. Situation analysis of emergency obstetric care for safe motherhood in public health facilities in Tanzania mainland. Dodoma, National Institute for Medical Research, Ministry of Health and Social Welfare, Reproductive and Child Health Section, 2006.
48. National Bureau of Statistics, Macro International Inc. Tanzania service provision assessment survey 2006. Dodoma, 2007.
49. Olsen ., Ndeki S, Norheim OF. Availability, distribution and use of emergency obstetric care in northern Tanzania. Health Policy and Planning, 2005, 20(3):167-175.
50. Urasra DP et al. Are process indicators adequate to assess essential obstetric care at district level? A case study from Rufiji district, Tanzania. African Journal of Reproductive Health, 2005, 9(3):100-111.
51. Olsen OE, Ndeki S, Norheim OF. Complicated deliveries, critical care and quality in emergency obstetric care in northern Tanzania. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2004, 87(1):98-108.
52. Ministry of Health and Central Board of Health. A national assessment of emergency obstetric care services in Zambia. Lusaka, 2005.
53. Ministry of Health and Child Welfare and Reproductive Health Unit. Assessment of coverage and utilisation of essential obstetric care in Zimbabwe. Harare, 2000.
54. Ministry of Health and Child Welfare. Assessment of maternal and neonatal health services in Zimbabwe (working draft). Harare, Ministry of Health and Child Welfare, UNICEF, UNFPA, WHO, 2005.
55. UNFPA Bolivia. Informe final de la evaluacion de necesidades para los cuidados obstétricos de emergencia [final report on the needs assessment for emergency obstetric care]. La Paz, 2004.
56. Bailey P. Program note: Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services: Bolivia, El Salvador and Honduras. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2005, 89(2):221-230.
57. Canales de Calder.n R, Hern.ndez M, Morales Velado M. Evaluaci.n de disponibilidad y uso de cuidados obstétricos de emergencia en El Salvador [evaluation of the availability and use of emergency obstetric care in El Salvador]. San Salvador, 2003.
58. Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social. Linea de base de mortalidad materna en El Salvador: Junio 2005 -Mayo 2006 [baseline maternal mortality in El Salvador: June 2005 - May 2006]. San Salvador, Sistema Activo de Vigilancia Epidemiologica de la Mortalidad Materna, 2006.
59. Bailey P et al. Monitoring utilization and need for obstetric care in the highlands of Guatemala. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2005, 89(2):209-217.
60. Deras V, Discua F. Informe final sobre: Disponibilidad y uso de cuidados obstétricos de emergencia [final report on the availability and use of emergency obstetric care]. Tegucigalpa, 2003.
61. Managua F. Maternidad segura evaluaci.n de necesidades en los servicios de emergencia obstétrica [safe motherhood evaluation of the need for emergency obstetric care services]. Managua, FNUAP Managua and MINSA, 2001.
62. AMDD Working Group on Indicators. Program note: using the UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services: Morocco, Nicaragua and Sri Lanka. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2003, 80:222-230.
63. FEMME. Reporte de la l.nea de base evaluaci.n de necesidades en emergencias obstétricas [report on the baseline evaluation of needs for emergency obstetric care]. Ayacucho, CARE, 2000.
64. AMDD Working Group on Indicators. Program note: using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services: Pakistan, Peru and Vietnam. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2002, 78:275-282.
65. Kayongo M et al. Strengthening emergency obstetric care in Ayacucho, Peru. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2006, 92(3):299-307.
66. Lobis S, Fry D, Paxton A. Program note: Applying the UN process indicators for emergency obstetric care to the United States. Interna-

tional Journal of Gynecology and Obstetrics, 2005, 88(2):203-207.

67. Mouniri H. Project collaboration agreement to support maternal mortality reduction in Afghanistan January 2003-March 2005: End of the project report. Kabul, UNICEF Afghanistan Country Office and Columbia University/ AMDD, 2005.

68. Programme Santé de la Reproduction. Evaluation des besoins en soins obstétricaux et néonataux d'urgence en République de Djibouti [needs assessment for emergency obstetric and neonatal care in the Republic of Djibouti]. Djibouti, 2005.

69. Ministère de la Santé, Direction de la Population, UNFPA. Evaluation des ressources, des besoins et monitorage des soins obstetricaux d'urgence au Maroc [evaluation of resources, needs and monitoring of emergency obstetric care in Morocco]. Rabat, 2002.

70. UNICEF Karachi. Needs assessment for 9 districts in Sindh Province. UNICEF Karachi and Pakistan Medical Association, 2000.

71. Ali M et al. Emergency obstetric care in Pakistan: Potential for reduced maternal mortality through improved basic emergency obstetric care facilities, services, and access. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2005, 91(1):105-112.

72. Ali M et al. Emergency obstetric care availability, accessibility and utilization in eight districts in Pakistan's Northwest Frontier Province. Journal of the Ayub Medical College of Abbottabad, 2006, 18(4):10-15.

73. Ali M, Kuroiwa C. Accurate record keeping in referral hospitals in Pakistan's Northwest Frontier Province and Punjab: A crucial step needed to improve maternal health. Journal of the Pakistan Medical Association, 2007, 57(9):443-446.

74. Reproductive Health Program and UNICEF. Draft report of the needs assessment for emergency obstetrics care Somaliland (NWZ). Mogadishu, 2007.

75. Federal Ministry of Health and Reproductive Health Directorate. Report on: National emergency obstetric care needs assessment: October - December 2005. Khartoum, 2005.

76. Kashmiry A. Final report: Baseline assessment for the FEMME project. Dushanbe, CARE Tajikistan, 2000.

77. Associates for Community and Population Research. Review of availability and use of emergency obstetric care services in Bangladesh. Dhaka, UNICEF, 2001.

78. Reproductive Health Program et al. Emergency obstetric care services: Inventory report. Dhaka, 2006.

79. Islam MT et al. Improvement of coverage and utilization of emergency obstetric care services in southwestern Bangladesh. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2005, 91(3):298-305.

80. Wangmo D et al. Report on first phase needs assessment in emergency obstetric care facilities and service delivery in the district hospitals of Bhutan. Thimphu, Ministry of Health and Education, Department of Health Services, 2000.

81. Khamgaonkar M. Women's right to life and health project, State of Maharashta, needs assessment phase. Final report. Mumbai, UNICEF, 2000.

82. Pal P, Joshi S. Women's right for life and health annual report - Rajasthan. New Delhi, UNICEF, 2000.

83. AMDD, UNFPA. Facility survey reports IPD districts of Rajasthan. Jaipur, 2000.

84. Government of Rajasthan. Facility survey for emergency obstetric services. Jaipur, 2000.

85. Biswas AB et al. Availability and use of emergency obstetric care services in four districts of West Bengal, India. Journal of Health Population and Nutrition, 2005, 23(3):266-274.

86. Family Health Division of Ministry of Health and UNICEF. Needs assessment on the availability of emergency obstetric care services in eastern, western and mid-western regions of Nepal. Final report. New era. Katmandu, 2000.

87. Rana TG et al. Strengthening emergency obstetric care in Nepal: The women's right to life and health project (WRLHP). International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2007, 98(3):271-277.

88. Pathak LR et al. Process indicators for safe motherhood programmes: Their application and implications as derived from hospital data in Nepal. Tropical Medicine and International Health, 2000, 5(12):882-890.

89. Family Health Bureau, Sri Lanka College of Obstetricians and Gynaecologists, UNICEF. Needs assessment study women's right to life and health project Sri Lanka. Colombo, UNICEF, 2001.

90. Liabsuetrakul T et al. Emergency obstetric care in the southernmost provinces of Thailand. In-

ternational Journal for Quality in Health Care, 2007, 19(4):250-256.

91. Save the Children. Needs assessment reports for the provinces of Quang Tri and Thanh Hoa. Hanoi, 2000.

92. Otchere SA, Binh HT. Strengthening emergency obstetric care in Thanh Hoa and Quang Tri provinces in Vietnam. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2007, 99(2):165-172.

93. Technical consultation on Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. World Health Organization/UNFPA/UNICEF/AMDD, Geneva, 2006.

94. Complications of abortion: Technical and managerial guidelines for prevention and treatment. World Health Organization, Geneva, 1994.

95. Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors. (WHO/RHR/00.7). World Health Organization, Geneva, 2003.

96. Managing newborn problems: A guide for doctors, nurses, and midwives. Geneva, World Health Organization, 2003.

97. Paxton A, Maine D, Hijab N. Using the UN process indicators of emergency obstetric care: Questions and answers. AMDD Workbook. New York, AMDD Program, Heilbrunn Department of Population and Family Health, 2003.

98. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide to essential practice. World Health Organization, Geneva, 2003.

99. JHPIEGO. Basic maternal and newborn care: A guide for skilled providers (BMNC) http://www.jhpiego.org/scripts/ pubs/category_detail.asp?category_id=24. Accessed: December 2008.

100. Maine D et al. The design and evaluation of maternal mortality programs. New York, Center for Population and Family Health School of Public Health Columbia University, 1997.

101. Campbell OMR, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: Getting on with what works. Lancet, 2006, 368(9543):1284-1299.

102. Paxton A et al. Global patterns in availability of emergency obstetric care. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2006, 93(3):300-307.

103. Ipas and IHCAR. Deciding women's lives are worth saving: Expanding the role of midlevel providers in safe abortion care. In: Issues in abortion care. Vol 7. Chapel Hill, Ipas, 2002.

104. Paxton A, Bailey P, Lobis S. The United Nations process indicators for emergency obstetric care: Reflections based on a decade of experience. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2006, 95(2):192-208.

105. UNFPA. Faire de la maternité sans risque une réalité. Résultats de l'enquête sur les soins obstetricaux d'urgence en Mauritanie [making safe motherhood a reality: Results of a survey of emergency obstetric care in Mauritania]. Nouakchott, 2000.

106. Fauveau V, Donnay F. Can the process indicators for emergency obstetric care assess the progress of maternal mortality reduction programs? An examination of UNFPA projects 2000-2004. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2006, 93(3):308-316.

107. Miller S et al. Quality of care in institutionalized deliveries: The paradox of the Dominican Republic. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2003, 82(1):89-103.

108. Koblinsky M et al. Going to scale with professional skilled care. Lancet, 2006, 368(9544):1377-1386.

109. Pitchforth E et al. Development of a proxy wealth index for women utilizing emergency obstetric care in Bangladesh. Health Policy and Planning, 2007, 22(5):311-319.

110. Wilson JB et al. The maternity waiting home concept: The Nsawam, Ghana experience. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 1997, 59 (Suppl. 2):S 165-172.

111. Renaudin P et al. Ensuring financial access to emergency obstetric care: Three years of experience with obstetric risk insurance in Nouakchott, Mauritania. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2007, 99(2):183-190.

112. Harvey SA et al. Skilled birth attendant competence: An initial assessment in four countries, and implications for the safe motherhood movement. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2004, 87(2):203-210.

113. Say L, Pattinson R, Gulmezoglu AM. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: The prevalence of severe acute maternal morbidity. Reproductive Health, 2004, 1(3):1-5.

114. Prual A et al. Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: Incidence and case fatality rates. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78(5):882-890.

115. Bang RA et al. Maternal morbidity during labour and the puerperium in rural homes and the need for medical attention: A prospective observational study in Gadchiroli, India. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 2004, 111(3):231-238.

116. McCord C et al. Efficient and effective emergency obstetric care in a rural Indian community where most deliveries are at home. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2001, 75(3):297-307.

117. Bennett TA et al. Pregnancy-associated hospitalizations in the United States in 1991 and 1992: A comprehensive view of maternal morbidity. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1998, 178(2):346-354.

118. The Prevention of Maternal Mortality Network. Situation analyses of emergency obstetric care: Examples from eleven operations research projects in West Africa Social Science and Medicine, 1995, 40(5):657-667.

119. Unsafe abortion: Global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. World Health Organization, Geneva, 2007.

120. Khan KS et al. WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. Lancet, 2006, 367(9516):1066-1074.

121. Healy J, Otsea K, Benson J. Counting abortions so that abortion counts: Indicators for monitoring the availability and use of abortion care services. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2006, 95:209-220.

122. Otsea K. Workbook for monitoring safe abortion care (SAC) service provision. Chapel Hill, North Carolina, Ipas, 2007.

123. Otsea K, Tesfaye S. Monitoring safe abortion care service provision in Tigray, Ethiopia: Report of a baseline assessment in public-sector facilities. Chapel Hill, North Carolina, Ipas, 2007.

124. Stanton CK et al. Reliability of data on caesarean sections in developing countries. Bulletin of the World Health Organization, 2005, 83(6):449-455.

125. WHO. Appropriate technology for birth. Lancet 1985, 2(8452):436-437.

126. Deneux-Tharaux C et al. Postpartum maternal mortality and caesarean delivery. Obstetrics and Gynecology, 2006, 108(3 Part 1):541-548.

127. MacDorman MF et al. Infant and neonatal mortality for primary caesarean and vaginal births to women with "No indicated risk," United States, 1998-2001 birth cohorts. Birth, 2006, 33(3):175-182.

128. Villar J et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: The 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet, 2006, 367(9525):1819-1829.

129. Betr.n AP et al. Rates of caesarean section: Analysis of global, regional and national estimates. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2007, 21(2):98-113.

130. Essential elements of obstetric care at first referral level. World Health Organization, Geneva, 1991.

131. Flamm BL. Cesarean section: A worldwide epidemic? Birth 2000, 27(2):139-140.

132. What is the right number of caesarean sections? (Editorial) Lancet, March 22 1997, (349):815.

133. Lavender T et al. Caesarean section for non-medical reasons at term. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006, 3:CD004660.

134. DHS Datasets and Macro International Inc. MEASURE DHS - Stat compiler created map. www.measuredhs.com. Accessed July 24, 2007.

135. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2002/03. Informe final San Salvador, Asociaci.n Demogr.fica Salvadore.a, USAID 2004.

136. Ronsmans C, Holtz S, Stanton C. Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: A retrospective analysis. Lancet, 2006, 368(9546):1516-1523.

137. Kalish RB, McCullough LB, Chervenak FA. Decision-making about caesarean delivery. Lancet, 2006, 367(9514):883885.

138. Unmet Obstetric Need Network. Tackling unmet obstetric needs. Comparative study in Benin, Burkina Faso, Haiti, Mali, Morocco, Niger, Pakistan and Tanzania. Antwerp, Institute of Tropical Medicine, 2002.

139. Stanton C, Ronsmans C, the Baltimore Group on Caesarean. Recommendations for routine reporting on indication for cesarean delivery in developing countries. Birth, 2008, 35:201-211.

140. Robson MS. Classification of caesarean sections. Fetal and Maternal Medicine Review, 2001, 12:23-39.

141. Bergstr.m S. Who will do the caesareans when there is no doctor? Finding creative solutions to the human resource crisis. British

Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2005, 112(9):1168-1169.

142. Chilopora G 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(1):17.

143. Mbaruku G, Bergstr.m S. Reducing maternal mortality in Kigoma, Tanzania. Health Policy and Planning, 1995, 10(1):71-78.

144. Pereira C 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: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2007, 114(12):1530-1533.

145. Ministry of Family Health and Welfare. Annual report 20062007. New Delhi, Government of India, 2006.

146. AMDD. Improving emergency obstetric care through criterion-based audits. New York City, Mailman School of Public Health, 2002.

147. Wagaarachchi PT, et al. Conducting criterion-based clinical audit of obstetric care: A practical field guide. Aberdeen, Dugald Baird Centre for Research on Women's Health, 2001.

148. Beyond the numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. World Health Organization, Geneva, 2004.

149. Deneux-Tharaux C, Berg C. Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. Obstetrics and Gynecology, 2005, 106:684-692.

150. Edson W et al. Safe motherhood studies--timeliness of in-hospital care for treating obstetric emergencies: Results from Benin, Ecuador, Jamaica, and Rwanda. Operations research results. Washington, D.C., Quality Assurance Project, United States Agency for International Development, 2006.

151. Ifenne D et al. Improving the quality of obstetric care at the teaching hospital, Zaria, Nigeria. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 1997, 59 (Suppl 2):S.37-46.

152. Say L, Souza J, Pattinson R. Severe acute maternal mortality or near miss - towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, in press.

153. Fauveau V. New indicator of quality of emergency obstetric and newborn care. Lancet, 2007, 370(9595):1310-1310.

154. Lawn J, Shibuya K, Stein C. No cry at birth: Global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths Bulletin of the World Health Organization, 2005, 83(6):409-417.

155. Lawn J. 4 million neonatal deaths: When? Where? Why? Lancet, 2005, 365:891-900.

156. Pattinson R, ed. Saving babies: A perinatal care survey of South Africa 2000. Pretoria: Medical Research Council; 2000.

157. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Tenth Revision (ICD-10). Geneva: World Health Organization, 1992.

158. AbouZahr C. Maternal mortality overview. In: Murray CJ, Lopez AD, eds. Health dimensions of sex and reproduction Geneva, WHO, 1998:111-164.

159. Bhatia JC, Cleland J. Obstetric morbidity in south India: Results from a community survey. Social Science and Medicine, 1996, 43(10):1507-1516.

160. Koblinsky MA. Beyond maternal mortality - magnitude, interrelationship and consequences of women's health, pregnancy-related complications and nutritional status on pregnancy outcomes. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 1995, 48(Suppl 1):S21-S32.

161. Fortney J, Smith J. The base of the iceberg: Prevalence and perceptions of maternal morbidity in four developing countries. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, 1996.

162. Maine D et al. Research note: Estimating maternal deaths averted: A field-based methodology. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2005, 89(2):218-220.

المُلْحَق أ: نَماذِجُ وأَوْراقُ عَمَل لجَمْعِ المُعْطَيات وحِساب مُؤَشِّراتِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة

النَّموذج 1	**قائِمَةُ مَرافِقِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة المحتَمَلَة**
وَرَقة العَمَل 1أ	قائِمَةُ المَراكِز الصحِّية والعيادات والمَواقِع الصحِّية
وَرَقة العَمَل 1ب	قائِمَةُ المُسْتَشْفيات
النَّموذج 2	**مُراجَعَةُ مَرافِقِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة المحتَمَلَة**
النَّموذج 3	**خُلاصَةُ المُعْطَياتِ عن مَرافِقِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المنطقَة**
وَرَقة العَمَل 3أ	خُلاصَةُ مُراجَعاتِ مَرافِقِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة
وَرَقة العَمَل 3ب	خُلاصَةُ مُراجَعاتِ مَرافِقِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّامِلَة
وَرَقة العَمَل 3ج	خُلاصَةُ مُراجَعاتِ مَرافِقِ غَيْرِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة
وَرَقة العَمَل 3د	خُلاصَةُ المَراكِز الصحِّية والعيادات والمَواقِع الصحِّية
وَرَقة العَمَل 3هـ	خُلاصَةُ المُسْتَشْفيات
وَرَقة العَمَل 3و	تَقْديراتُ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة على مستوَى المنطقَة
النَّموذج 4	**حِسابُ المؤشِّرات في المنطقَة**
النَّموذج 5	**حِسابُ المؤشِّرات في البَلَد**
وَرَقة العَمَل 5أ	مِقْدارُ خَدماتِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة وعَدَد النِّساء الوالِدات (المَواليد) والنِّساء المُصابات بِمُضاعَفات والعمليَّات القَيْصريَّة ووَفيات الأُمَّهات والوفيات خِلال الوِلادَة ووَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً

هذه النَّماذِجُ مُفيدَةٌ في جَمْعِ المَعْلومات؛ ويمكن تَبنِّي هذه الصِّيغَة عندَ الضَّرورَة؛ ومن المهمِّ جَمْعُ المُعْطَيات كافَّة لتَكْوين صورَةٍ كامِلَة عن الخَدمات المتوفِّرَة وتلك اللازِمَة.

تُركت هذه الصفحة خالية

النَّموذج 1. مَرافِقُ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة المحتَمَلَة

1. اسمُ المنطقَة _____

2. سُكَّان المنطقَة _____

3. مُعَّدلُ المَواليد الخام في المنطقَة _____

4. النَّموذَج يُمْلأ من قِبَل (اذكر الاسم واللَّقَب الوَظيفي) _____

5. تاريخُ مَلء النَّموذَج _____

يَنبَغي إكمال وَرَقتي العَمَل 1أ–1ب قبلَ مَلءْ جَميع الخانات اللاحِقَة

6. العَدد الكلِّي للمَراكِز الصحِّية والعِيادات والمَواقِع الصحِّية	
7. العَدد الكلِّي للمُسْتَشْفيات	

تُركت هذه الصفحة خالية

وَرَقَةُ العَمَل 1أ. قائِمَةُ المَراكِز الصحِّية والعيادات والمَواقِع الصحِّية

المنطقَة (المقاطعَة، الإقْليم، المنطقَة الصحِّية، ... إلخ) _____

يَنْبَغي أن تُسْتعمَلَ وَرَقَةُ العَمَل هذه لإدْراجِ جَميع المَرافِق التي تُقدِّمُ بعضَ خَدماتِ رِعايَة الأُمَّهات، لكنَّها ليست مُسْتَشفياتٍ، بما في ذلك المَراكِزُ الصحِّية والعيادات والمَواقِع الصحِّية. وأَسْهَلُ طَريقَةٍ لتَنْظيمِ هذه المَعْلومات هي إيجادُ جَدْوَل على بَرنامج إكْسِل Excel أو برنامجٍ حاسوبي آخر.

اسمُ المِرفَق	المَوْقع أو المَكان	نَمَطُ المِرفَق (مَرْكَز صحِّي، عيادَة)	الملكيَّة (حُكومي، خُصوصي، إرْساليَّة)

العَددُ الإجْمالي للمَرافِق غير المُسْتَشْفيات، لكنَّها تُقدِّم رِعايَةً أُموميَّة

تُركت هذه الصفحة خالية

وَرَقَةُ العَمَل 1ب. قائِمَةُ المُسْتَشْفَيات

المنطقَة (المقاطعَة، الإِقْليم، المنطقَة الصحِّية، ... إلخ)

يَنْبَغي أن تُستعمَلَ وَرَقَةُ العَمَل لإِدْراجِ جَميع المُسْتَشْفيات التي تُقدِّمُ خَدماتِ رِعايَة الأُمَّهات. وأَسْهَلُ طَريقَةٍ لتَنْظيمِ هذه المَعْلومات هي إيجادُ جَدْوَل على بَرنامج إِكْسِل Excel أو برنامجٍ حاسوبِي آخر.

اسمُ المِرفَق	المَوْقِع	نَمَطُ المِرفَق (مُسْتَشْفَى المنطقَة، المُسْتَشْفَى الإِقْليمي)	المِلكيَّة (حُكومي، خُصوصي، إِرْساليَّة)

إِجْمالِي عدد المُسْتَشْفيات التي تُقدِّمُ الرِعايَةَ للأُمهَات

تُركت هذه الصفحة خالية

النَّموذج 2. مُراجَعَةُ مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّةِ الطَّارئَةِ المحتَمَلَة

التَّعَرُّف

اسمُ المِرْفَق	اسمُ المنطقَةِ الصحِّية (أو التَّقْسيم الإداري في البَلَد)	اسمُ الإقْليم (أو التَّقْسيم الإداري في البَلَد)

تاريخُ جَمْع المُعْطيات			المُقابِل
اليوم	الشَّهْر	السَّنَة	الاسم

اِعْتَمِد القوائِمَ التَّالية من الخيارات على الوضع المَحلي

نَمَطُ المِرْفَق: (ضَعْ دائِرَة حول واحدٍ منها)

1. مُسْتَشْفى وَطني 2. مُسْتَشْفى إقْليمي 3. مُسْتَشْفى منطقَة 4. دار تَوْليد

5. مَرْكَز صحِّي 6. مُسْتَوْصَف أو عيادَة 7. غير ذلك: حدِّدْ _____

نَمَطُ الوَكالَة المشغِّلَة أو المَسْؤولة: (ضَعْ دائِرَة حول واحدٍ منها)

1. الحكومَة 2. القِطاع الخُصوصي 3. مُنَظَّمة غير حُكوميَّة 4. بعثَة دينيَّة

5. غير ذلك: حدِّدْ _____

الوَظائِفُ البارِزَة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة

أَجِبْ عن الأَسْئلَةِ التَّالية حَوْلَ الوَظائِف البارِزَة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة بمُراجعَةِ سِجلاَّت المِرْفَق، ومن خِلال المُلاحَظَة، وبمقابلَةِ العاملين الصحِّيين في جناح التَّوْليد والأَقْسام الأخرى عندَ الضَّرورَة. سَجِّل الوَظيفَة التي أُدِّيَت خِلال الأشهرِ الثَّلاثة السَّابقَة، وإذا لم تُؤدَّ، فما السَّبب في ذلك؟

فَكِّرْ بجميع ما يَلي عندَ تَقْرير ما إذا كانت وَظيفَةٌ بارِزَة معيَّنَة قد أُدِّيَت.

- هل الموظَّفون في المِرْفَق مُدرَّبون على تَقْديم الخِدْمَة؟
- هل اللوازِم والمعدَّات المَطْلوبَة متوفِّرَة. وهل الأدوات تَعْمَل؟
- ألا توجَد حالاتٌ كانَ استعمالُ وَظيفَةٍ بارِزَة معيَّنَة مُسْتطبًّا فيها؟
- هل كادِرُ الموظَّفين العامِلين في المِرْفَق مُخوَّلٌ بإجْراءِ الخِدْمَة؟

تُركت هذه الصفحة خالية

إِنْجازُ الوَظائِف البارِزَة

البَنْد	أُجْريَ في الأشهرِ الثَّلاثة السَّابِقَة	إذا لم تُجْرَ خِلال الأشهرِ الثَّلاثة السَّابِقَة، فلماذا؟
(أ) أَعْطِ المُضادَّاتِ الحيويَّةَ حَقْناً	❑ 0. لا ❑ 1. نعم	❑ 1. قَضايا تَدْريب ❑ 2. قضيَّة اللَّوازِم والمعدَّات والأدْوِيَة ❑ 3. قضيَّة إداريَّة ❑ 4. قَضايا السِّياسَة ❑ 5. لا يُوجَدُ اِسْتِطْباب
(ب) إعْطاء الأَدْوية المقوِّية لتَوتُّر الرَّحِم (مثل الأُكْسيتوسين والإرْغوتامين والميزوبروستول حَقْناً)	❑ 0. لا ❑ 1. نعم	❑ 1. قَضايا تَدْريب ❑ 2. قضيَّة اللَّوازِم والمعدَّات والأدْوِيَة ❑ 3. قضيَّة إداريَّة ❑ 4. قَضايا السِّياسَة ❑ 5. لا يُوجَدُ اِسْتِطْباب
(ج) إعْطاء مُضادَّاتِ الاخْتِلاج حَقْناً في مقدِّمَة الإرْتِعاج والإرْتِعاج (مثل سُلْفات المَغْنيزيوم)	❑ 0. لا ❑ 1. نعم	❑ 1. قَضايا تَدْريب ❑ 2. قضيَّة اللَّوازِم والمعدَّات والأدْوِيَة ❑ 3. قضيَّة إداريَّة ❑ 4. قَضايا السِّياسَة ❑ 5. لا يُوجَدُ اِسْتِطْباب
(د) نَزْع المَشيمَة يَدِوياً	❑ 0. لا ❑ 1. نعم	❑ 1. قَضايا تَدْريب ❑ 2. قضيَّة اللَّوازِم والمعدَّات والأدْوِيَة ❑ 3. قضيَّة إداريَّة ❑ 4. قَضايا السِّياسَة ❑ 5. لا يُوجَدُ اِسْتِطْباب
(هـ) نَزْع النَّواتِج المُحْتَبَسَة (مثل الشَّفْط اليَدوي بالتَّخْلِيَة والتَّوْسيع مع الكَشْط	❑ 0. لا ❑ 1. نعم	❑ 1. قَضايا تَدْريب ❑ 2. قضيَّة اللَّوازِم والمعدَّات والأدْوِيَة ❑ 3. قضيَّة إداريَّة ❑ 4. قَضايا السِّياسَة ❑ 5. لا يُوجَدُ اِسْتِطْباب
(و) التَّوْليد المهبلي المُساعَد (مثل الاسْتِخْراج بالتَّخْلِيَة والتَّوْليد بالمِلْقَط)	❑ 0. لا ❑ 1. نعم	❑ 1. قَضايا تَدْريب ❑ 2. قضيَّة اللَّوازِم والمعدَّات والأدْوِيَة ❑ 3. قضيَّة إداريَّة ❑ 4. قَضايا السِّياسَة ❑ 5. لا يُوجَدُ اِسْتِطْباب

تُركت هذه الصفحة خالية

البَنْد	أُجْريَ في الأشهرِ الثَّلاثة السَّابِقَة	إذا لم تُجْرَ خِلال الأشهرِ الثَّلاثة السَّابِقَة، فلماذا؟
(ز) إنْعاش الوَليد (بالحَقيبَة والقِناع مَثَلاً)	❑ 0. لا ❑ 1. نعم	❑ 1. قَضايا تَدْريب ❑ 2. قضيَّة اللَّوازم والمعدَّات والأدْوِيَة ❑ 3. قضيَّة إداريَّة ❑ 4. قَضايا السِّياسَة ❑ 5. لا يُوجَدُ اِسْتِطْباب
(ح) نَقْل الدَّم	❑ 0. لا ❑ 1. نعم	❑ 1. قَضايا تَدْريب ❑ 2. قضيَّة اللَّوازم والمعدَّات والأدْوِيَة ❑ 3. قضيَّة إداريَّة ❑ 4. قَضايا السِّياسَة ❑ 5. لا يُوجَدُ اِسْتِطْباب
(ط) الجِراحَة (مثل العمليَّة القَيْصريَّة)	❑ 0. لا ❑ 1. نعم	❑ 1. قَضايا تَدْريب ❑ 2. قضيَّة اللَّوازم والمعدَّات والأدْوِيَة ❑ 3. قضيَّة إداريَّة ❑ 4. قَضايا السِّياسَة ❑ 5. لا يُوجَدُ اِسْتِطْباب

قَضايا التَّدْريب: الكادِرُ المفوَّض مُتوفِّر، لكنَّه غيرُ مُدرَّب، أو هناك نَقْصُ ثِقَة في مَهاراتِ مُقَدِّمي الرِّعايَة.

قضيَّةُ اللَّوازم والمعدَّات والأدْوِيَة: اللَّوازِمُ أو المعدَّات غَيْرُ مُتوفِّرَة، أو لا تصلح لأداء وظيفتها أو معطَّلَة، أو الأَدْوِيةُ اللازِمَة غَيْرُ مُتوفِّرَة.

القَضيَّة الإداريَّة: مُقَدِّمو الرِّعايَة يطلبون تَعْويضاً للقيام بهذه الوَظيفَة، أو هم يُشجَّعون على القِيام بإِجْراءاتٍ بَديلة، أو أنَّهم غيرُ مُرْتاحين أو غير راغِبين بالقيام بالإِجْراء لأَسْبَابٍ غير متعلِّقَة بالتَّدْريب.

قَضايا السِّياسَة: المستوى المَطْلوبُ من الموظَّفين غَيْرُ مُعيَّن في هذا المِرْفَق بأعدادٍ كافيَة (أو مُطْلَقاً)، أو أنَّ السِّياساتِ الوَطنيَّة أو سِياسَة المستشفى لا تَسْمَح بإنجازِ الوَظيفَة.

لا يُوجَدُ اِسْتِطْباب: لا تُوجَد مُراجِعَةٌ تَحْتاج إلى هذا الإجراء أَتت إلى المِرْفَق خِلال هذه الفترَة.

تَحْديدُ حالةِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة

استَعْمِل الأسئِلَةَ السَّابِقَة عن إِنْجاز الوَظائِف البارزَة؛ وتَحقَّقْ من فِئَةٍ واحِدَة فقط ممَّا يَلي:

إذا كانت الإجابَةُ نعم **عن جَميعِ الأسئِلَة** من أ إلى ط، فالمِرْفَقُ يُقدِّم	——— الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّاملة
إذا كانت الإجابَةُ نَعم **عن جَميعِ الأسئِلَة** من أ إلى ز، فالمِرْفَقُ يُقدِّم	——— الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة
إذا كانت الإجابَةُ لا **عن أحد هذه الأسئِلَة** من أ إلى ز، فالمِرْفَقُ لا يُقدِّم	——— الرِّعايةَ التَّوْليديَّة الطَّارئَة

تُركت هذه الصفحة خالية

النَّموذَجُ 2 (يَتْبَع)

تَلْخيصٌ لحالَةِ المِرْفَق **اسمُ المِرْفَق**

أَكْمِل المخطَّطَ التَّالي بمراجعَةِ سِجِلاَّت المِرْفَق، وحِساب عَدد النِّساء اللواتي يَلِدْن، وعدد العمليَّات القَيْصريَّة، وعَدَد النِّساء المُصابات بِمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة، وعدد وَفيات الأُمَّهات والوَفيات خِلال الوِلادَة، ووَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً.

الخطَّةُ 1 لجَمْعِ المُعْطَيات: بالنِّسبة إلى المَرافِق التي يَقِلُّ فيها عددُ النِّساء اللواتي يَلدن عن 10000 سنوياً، تَكونُ المُعْطَياتُ على مَدار 12 شَهراً هي الأكثر فائِدَةً.

الخطَّةُ 2 لجَمْعِ المُعْطَيات: إذا كان هناك أَكْثَر من 10000 من النِّساء اللواتي يَلدن سنوياً، اختَر فترةَ 4 أشهر والتي تُقدِّم تَوْزيعاً جَيِّداً للمُعْطَيات طَوالَ السَّنَة (مَثلاً، الأشهر 1 و 4 و 7 و 10). وللوقوفِ على مَزيدٍ من المَعْلومات حَول الخطَّة 2، ارجعْ إلى المقطع 3-4-1 من الكتيِّب.

مُعْطَياتُ مُؤَشِّراتِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة

الشَّهر (اكتب اسمَ الشَّهْر فوقَ كلِّ عَدَد)													
السَّنَة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	**الإجْمالي**[1]
عَددُ النِّساء اللواتي يَلِدْن (ولادة مهبليَّة طَبيعيَّة، وولادة مهبليَّة بالمُساعَدَة، ومِقْعديَّة وقَيْصريَّة)													
عَددُ العَمليَّات القَيْصريَّة													
المُضاعَفاتُ التَّوْليديَّة المباشرَة													
النَّزْف (قبلَ الوِلادَة وبَعْدها)													
الوِلادَة المُعَرْقَلَة أو المُطوَّلَة													
تَمزُّقُ الرَّحِم													
الإنْتان التَّالي للوِلادَة													

تُركت هذه الصفحة خالية

الشَّهر (اكتب اسمَ الشَّهْر فوقَ كلِّ عَدَد)												
السَّنَة	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**الإِجْمالي**[1]
مقدِّمَةُ الارْتِعاج الشَّديدَة والارْتِعاج													
مُضاعَفاتُ الإِجْهاض (مع النَّزْف أو الإِنْتان)													
الحَمْلُ المُنْتَبِذ													
العددُ الكلِّي للمُضاعَفاتِ التَّوْليديَّة المباشرَة (أضِفْ كلَّ عَمود)													
المُضاعَفاتُ التَّوْليديَّة المباشرَة التي لم تُدْرَج أو تُصنَّف؛ أَدْرِجْ بعضَ الأَسْباب، إذا صُنِّفَت، في الحَيِز اللاحِق:													

تُركت هذه الصفحة خالية

السَّنَة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	الإِجْمالي[1]
وَفياتُ الأُمَّهات الناجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مُباشرَة													
النَّزْف (قبلَ الولادَة وبَعْدها)													
الولادَة المُعَرْقَلَة أو المُطوَّلَة													
تَمَزُّقُ الرَّحِم													
الإِنْتان التَّالي للولادَة													
مُقدِّمَةُ الارْتِعاج الشَّديدَة والارْتِعاج													
مُضاعَفاتُ الإِجْهاض (مع النَّزْف أو الإِنْتان)													
الحَمْلُ المُنْتَبَذ													
العددُ الكلِّي لوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مُباشرَة (أضِفْ كلَّ عَمود)													
وَفياتُ الأُمَّهات الأخرى النَّاجِمَة عن أَسْباب تَوْليديَّة مُباشرَة، غير تلك المُدْرَجَة آنفاً أو غير المُصنَّفَة؛ أَدْرِجْ بعضَ الأَسْباب، إذا صُنِّفَت، في الحَيِز اللاحِق:													

تُركت هذه الصفحة خالية

السَّنَة	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	الإِجْمالي[1]
وَفياتُ الأُمَّهات غَيْر المُباشرَة: أَدْرِج أَسْبابَ المُضاعَفاتِ التَّوْليديَّة غير المباشرَة ووَفياتِ الأُمَّهات المتعلِّقَة بها بالنسبة إلى السِّياق المَحلِّي (مثل الهيف، فَقْر الدَّم الشَّديد، المَلاريا)													
وَفاةُ الأُمِّ غَيْر المُباشرَة (ضَعْ السَّبب الوَثيق الصِّلَة هنا)													
وَفاةُ الأُمِّ غَيْر المُباشرَة (ضَعْ السَّبب الوَثيق الصِّلَة هنا)													
جَميع وَفيات الأُمَّهات غَيْر المُباشرَة الأخرى													
وَفياتُ المَليصين والوِلْدان													
الوَفياتُ خِلال الوِلادَة (المَليصون الجُدد) يَزيد أو يساوي 2.5 كغ													
وَفياتُ الوِلْدان الباكِرَة جداً (يساوي أو أكثر من 24 ساعَة) يَزيد أو يساوي 2.5 كغ													

[1] عندما تُخْتارُ الخطَّةُ 2 (أي إذا جُمِعَت المُعْطيات على مَدَى 4 أشهر فقط)، اضرب فترةَ 4 أشهر بالرقم 3 لتَقْدير المُعْطَيات لمدَّة 12 شَهْراً.

تُركت هذه الصفحة خالية

جَوْدَةُ المَعْلومات

البَنْد	الإجابات
في رأيكِ المُسْتَنير (من خِلال الحَديثِ مع الموظَّفين، والنَّظر في نِظام السجلاَّت)، ما هي نسبةُ المُضاعَفاتِ المُعالَجَة في المِرْفَق والتي تُسجَّل على هذا النَّموذج؟ (اختر إجابة واحِدَةً)	❑ لا يُوجَد ❑ بَعْضها (أقل من النِّصْف) ❑ مُعْظَمها (أَكْثَر من النِّصْف) ❑ جَميعها
في رأيكِ المُسْتَنير (من خِلال الحَديثِ مع الموظَّفين، والنَّظر في نِظام السجلاَّت)، ما هي نسبةُ وَفياتِ الأُمَّهات الحاصِلَة في المِرْفَق والتي تُسجَّل على هذا النَّموذج؟ (اختر إجابة واحِدَةً)	❑ لا يُوجَد ❑ بَعْضها (أقل من النِّصْف) ❑ مُعْظَمها (أَكْثَر من النِّصْف) ❑ جَميعها

ما هِيَ مَصادِرُ المُعْطَيات المُستعمَلَة لإكْمالِ هذا النَّموذج؟ (مثل سِجلِّ جناح التَّوْليد، سِجلِّ الوِلادات، سِجلِّ حالات الإِدْخال العامَّة، سِجلِّ غرفَة العمليَّات، سِجلِّ جناح النِّساء، سِجلِّ التَّخْريج).

نَمَطُ السِّجلِّ المُسْتَعْمَل	نَعَم	لا
سِجلُّ جناح التَّوْليد		
سِجلُّ الوِلادات		
سِجلُّ حالات الإِدْخال العامَّة		
سِجلُّ غرفَة العمليَّات		
سِجلُّ جناح النِّساء		
سِجلُّ التَّخْريج		
غَيْر ذلك:		
غَيْر ذلك:		

تُركت هذه الصفحة خالية

النَّموذجُ 3. خُلاصَةُ المُعْطَياتِ عن مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المنطقَة

يُلخِّصُ هذا النَّموذجُ جَميعَ المُعْطَياتِ عن المَرافِقِ ضمنَ المنطقَة الجغرافيَّة التي أُدْخِلَت في **جَميع** أقسامِ النَّموذج 2؛ ولابدَّ من إِتْمامِ نسخةٍ من النَّموذج 3 **لكلِّ** منطقَة.

اسمُ المنطقَة	
عَددُ سُكَّان المنطقَة	
مُعدَّل المَواليد الخام (عدد المَواليد لكلِّ 1000 من السكَّان في المنطقَة)	
الولادات المتوقَّعَة في المنطقَة [(مُعدَّل المَواليد الخام ÷ 1000) × عَددُ سُكَّان المنطقَة]	

أَكْمِل القسْمَ أ أو القسْمَ ب على الصَّفحَة التَّاليَة؛ ويمكن بَعْدئذٍ مَسْحُ القسْم الآخر.

إذا كانت الزِّيارَةُ قد شَملَت جَميعَ المَرافِق في المنطقَة، أَكْمِل المقطعَ أ فقط (واحذف القِسْمَ ب)

إذا اختيرَت مَجْموعَةٌ من المَرافِق في المنطقَة، أَكْمِل المقطعَ ب فقط (واحذف القسْمَ أ)

تُركت هذه الصفحة خالية

القِسْم أ:

استعمِلْ أَوْراقَ العَمَل 3أ–3ج على الصَّفحاتِ التَّاليَة لإِكْمالِ الجَدْوَل اللاحِق

في فترة 12 شَهراً	العَمود 1 **مَرافِقُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة**	العَمود 2 **مَرافِقُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّامِلَة**	العَمود 3 **العددُ الكلِّي لمَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة** (العَمود 1 + العَمود 2)	العَمود 4 **مَرافِقُ غير الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة**	العَمود 5 **العددُ الكلِّي للمَرافِقُ الخاضِعة للمَسْح** (العَمود 3 + العَمود 4)
عَددُ المَرافِق					
عَددُ النِّساء اللواتي يَلِدْن					
عَددُ النِّساء المُصابات بِمُضاعَفات					
عَددُ العَمليَّات القَيْصريَّة					
عَددُ وَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مُباشَرَة					
عَددُ وَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ غير مُباشَرَة					
عَددُ الوَفيات خِلال الولادَة (الوِلادَة (المَليصون الجُدُد؛ وزنهم يساوي أو يزيد عن 2.5 كغ) + عَدَد وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (يساوي فأكثر من 24 ساعَة؛ وزنهم يساوي أو يزيد عن 2.5 كغ)					

تُركت هذه الصفحة خالية

القِسْم ب:

استعمِلْ أَوْراقَ العَمَل 3د–3و على الصَّفحاتِ التَّاليَة لإِكْمالِ الجَدْوَل اللاحِق

في فترة 12 شَهراً:	العَمود 1 **مَرافِقُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة**	العَمود 2 **مَرافِقُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّامِلَة**	العَمود 3 **العددُ الكلِّي لمَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة** (العَمود 1 + العَمود 2)	العَمود 4 **مَرافِقُ غير الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة**	العَمود 5 **العددُ الكلِّي للمَرافِقُ الخاضِعة للمَسْح** (العَمود 3 + العَمود 4)
عَددُ المَرافِق					
عَددُ النِّساء اللواتي يَلِدْن					
عَددُ النِّساء المُصابات بِمُضاعَفات					
عَددُ العَمليَّات القَيْصريَّة					
عَددُ وَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مُباشرَة					
عَددُ وَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ غير مُباشرَة					
عَددُ الوَفيات خِلال الولادَة (الوِلادَة (المَليصون الجُدُد؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ) + عَدَد وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (أقل أو يساوي 24 ساعَة؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ)					

تُركت هذه الصفحة خالية

وَرَقةُ العَمَل3أ. خُلاصَةُ مُراجَعات مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة

المنطقَة: _____

تُلخِّصُ وَرَقةُ العَمَل هذه المُعْطياتِ المَجْموعَة من النَّموذج 2 من جَميعِ **مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة**. استَعْمِل النَّموذجَ 2 للتعرُّفِ إلى جَميعَ مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة.

أضِف أوراقاً إضافية عندَ الضَّرورَة.

يمكن اِسْتِعْمالُ برنامج إِكْسل أو غيره من البرامِج الحاسوبيَّة لهذه الخُلاصَة.

العَمود 1	العَمود 2	العَمود 3	العَمود 4	العَمود 5	العَمود 6	العَمود 7
المِرْفَق	عَددُ النِّساء اللواتي يَلِدْن	عَددُ النِّساء المُصابات بِمُضاعَفات	عَددُ العَمليَّات القَيْصريَّة	عَددُ وَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مُباشرَة	عَددُ وَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ غير مُباشرَة	عَددُ الوَفيات خِلال الوِلادَة (الوِلادَة (المَليصون الجُدُد؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ) + عَدَد وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (أقل أو يساوي 24 ساعَة؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ)
إِجْمالي الأَعْمِدَة*						

* إذا ما استُعملَت أَكْثَر من وَرَقةٍ، أَضِفْ إِجْمالي الوَرقاتِ للحصول على الإِجْمالي العام.

العَددُ الكلِّي لمَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة المُدْرَجة في العَمود 1 =

تُركت هذه الصفحة خالية

وَرَقةُ العَمَل 3ب. خُلاصَةُ مُراجَعات مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّامِلَة

المنطقَة: _____

تُلخِّصُ وَرَقةُ العَمَل هذه المُعْطياتِ المَجْموعَة من النَّموذج 2 من جَميعِ مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّامِلَة. استَعْمِل النَّموذجَ 2 للتعرُّفِ إلى جَميعَ مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّامِلَة.

أضف أوراقاً إضافية عندَ الضَّرورَة. ويمكن اِسْتِعْمالُ برنامج إِكْسل أو غيره من البرامِج لهذه الخُلاصَة.

العَمود 1	العَمود 2	العَمود 3	العَمود 4	العَمود 5	العَمود 6	العَمود 7
المِرْفَق	عَددُ النِّساء اللواتي يَلِدْن	عَددُ النِّساء المُصابات بِمُضاعَفات	عَددُ العَمليَّات القَيْصريَّة	عَددُ وَفيات الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْباب تَوْليديَّة مُباشِرَة	عَددُ وَفيات الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْباب غير مُباشِرَة	عَددُ الوَفيات خِلال الوِلادَة (المَليصون الجُدُد؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ) + عَدَد وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (أقل أو يساوي 24 ساعَة؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ)
إِجْمالي الأَعْمِدَة*						

* إذا ما استُعملَت أَكْثَر من وَرَقةٍ، أَضِفْ إِجْمالي الوَرقاتِ للحصول على الإِجْمالي العام.

العَددُ الكلِّي لَمرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّامِلَة المُدْرَجَة في العَمود 1 =

تُركت هذه الصفحة خالية

وَرَقةُ العَمَل 3ج. خُلاصَةُ مُراجَعات مَرافِق غير الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة

المنطقَة: _____

تُلخِّصُ وَرَقةُ العَمَل هذه المُعْطياتِ المَجْموعَة من النَّموذج 2 من جَميعِ مَرافِقِ غير الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة. استَعْمِل النَّموذجَ 2 للتعرُّفِ إلى جَميعَ مَرافِقِ غير الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة.

أضف أوراقاً إضافية عندَ الضَّرورَة. ويمكن اِسْتِعْمالُ برنامج إِكْسل أو غير من البرامج لهذه الخُلاصَة.

العَمود 1	العَمود 2	العَمود 3	العَمود 4	العَمود 5	العَمود 6	العَمود 7
المِرْفَق	عَددُ النِّساء اللواتي يَلِدْن	عَددُ النِّساء المُصابات بِمُضاعَفات	عَددُ العَمليَّات القَيْصريَّة	عَددُ وَفيات الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْباب تَوْليديَّة مُباشِرَة	عَددُ وَفيات الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْباب غير مُباشِرَة	عَددُ الوَفيات خِلال الوِلادَة (المَليصون الجُدُد؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ) + عَدَد وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (أقل أو يساوي 24 ساعَة؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ)
إِجْمالي الأَعْمِدَة*						

* إذا ما استُعملَت أَكْثَر من وَرَقةٍ، أَضِفْ إِجْمالي الوَرقاتِ للحصول على الإِجْمالي العام.

العَددُ الكلِّي لمَرافِق غير الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة المُدْرَجَة في العَمود 1 =

تُركت هذه الصفحة خالية

وَرَقةُ العَمَل 3د. خُلاصَةُ المَراكِز الصحِّية والمَرافِق الأخرى الأقل مُسْتَوَى

المنطقَة: _____

تُلخِّصُ وَرَقةُ العَمَل هذه المُعْطياتِ المَجْموعَة من النَّموذج 2 من جَميع المَراكِز الصحِّية والمَرافِق الأخرى الأقل مُسْتَوَى. استَعْمِل النَّموذجَ 2 للتعرُّفِ إلى حالةِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المَراكِز الصحِّية المُزارَة والمَرافِق الأخرى الأقل مُسْتَوَى.

أضف أوراقاً إضافية عندَ الضَّرورَة. ويمكن اِسْتِعْمالُ برنامج إِكْسل أو غير من البرامج لهذه الخُلاصَة.

العَمود 1	العَمود 2	العَمود 3	العَمود 4	العَمود 5	العَمود 6	العَمود 7	العَمود 8
المِرْفَق	حالةُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة (أساسيَّة أم شامِلَة أم لا)	عَددُ النِّساء اللواتي يَلِدْنَ	عَددُ النِّساء المُصابات بِمُضاعَفات	عَددُ العَمليَّات القَيْصريَّة	عَددُ وَفيات الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مُباشَرَة	عَددُ وَفيات الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ غير مُباشَرَة	عَددُ الوَفيات خِلال الوِلادَة (المَليصون الجُدُد؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ) + عَدَد وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (أقل أو يساوي 24 ساعَة؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ)
إِجْمالي الأَعْمِدَة*							

* إذا ما استُعملَت أَكْثَر من وَرَقةٍ، أَضِفْ إِجْمالي الوَرقاتِ للحصول على الإِجْمالي العام.

العَددُ الكلِّي لَمرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة المُدْرَجَة في العَمود 2 =	
العَددُ الكلِّي لَمرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّامِلَة المُدْرَجَة في العَمود 2 =	
العَددُ الكلِّي لَمرافِق غير الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة المُدْرَجَة في العَمود 2 =	

تُركت هذه الصفحة خالية

وَرَقةُ العَمَل 3هـ. خُلاصَةُ المُسْتَشْفيات

المنطقَة: _____

تُلخِّصُ وَرَقةُ العَمَل هذه المُعْطياتِ المَجْموعَة من النَّموذج 2 من جَميعِ المُسْتَشْفيات. استَعْمِل النَّموذجَ 2 للتعرُّفِ إلى حالةِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المُسْتَشْفياتِ المُزارَة.

أضف أوراقاً إضافية عندَ الضَّرورَة. ويمكن اِسْتِعْمالُ برنامج إِكْسل أو غير من البرامج لهذه الخُلاصَة.

العَمود 1	العَمود 2	العَمود 3	العَمود 4	العَمود 5	العَمود 6	العَمود 7	العَمود 8
المِرْفَق	حالةُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة (أساسيَّة أم شامِلَة أم لا)	عَددُ النِّساء اللواتي يَلِدْن	عَددُ النِّساء المُصابات بِمُضاعَفات	عَددُ العَمليَّات القَيْصريَّة	عَددُ وَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مُباشَرَة	عَددُ وَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ غير مُباشَرَة	عَددُ الوَفيات خِلال الوِلادَة (المَليصون الجُدُد؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ) + عَدَد وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (أقل أو يساوي 24 ساعَة؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ)
إِجْمالي الأَعْمِدَة*							

* إذا ما استُعملَت أَكْثَر من وَرَقةٍ، أَضِفْ إِجْمالي الوَرقاتِ للحصول على الإِجْمالي العام.

العَددُ الكلِّي لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة المُدْرَجَة في العَمود 2 =	
العَددُ الكلِّي لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّامِلَة المُدْرَجَة في العَمود 2 =	
العَددُ الكلِّي لمَرافِق غير الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة المُدْرَجَة في العَمود 2 =	

تُركت هذه الصفحة خالية

وَرَقةُ العَمَل 3و. تَقْديراتُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة على مستوى المنطقَة

المنطقَة: _____

تَسْمَحُ وَرَقةُ العَمَل هذه بِمقارنَةِ المُعْطَيات من مَجْموعَة من المَرافِق التي اختيرَت للزِّيارات المَيْدانِيَّة مع التَّقْديرات بالنسبة إلى المنطقةِ كُلِّها.

إذا اختيرَت مَجْموعَةٌ من المَراكِز الصحِّية (والمَرافِق الأخرى الأقل مستوى):

عَددُ المَراكِز الصحِّية (أو غَيْرها) المُزارَة في المنطقَة	
العَددُ الكلِّي للمَراكِز الصحِّية (أو غَيْرها) في المنطقَة	
نسبةُ المَراكِز الصحِّية (أو غَيْرها) التي جُمِعَت المُعْطَيات لها (عَددُ المَراكِز الصحِّية المُزارَة في المنطقَة + العَددُ الكلِّي للمَراكِز الصحِّية في المنطقَة)	

اِستعمِلْ وَرَقةَ العَمَل 3د للمَراكِز الصحِّية (والمَرافِق الأخرى الأقل مستوى) المَدْروسَة.

	الإجْمالي من المَرافِق المُزارَة	÷	**نسبةُ المَراكِز الصحِّية المُزارَة (انظر المخطَّطَ السَّابِق)**	=	**المُقدَّرُ للمنطقَة**
العَددُ المُقدَّر لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة		÷		=	
العَددُ المُقدَّر لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّاملَة		÷		=	
العَددُ المُقدَّر لمَرافِق غير الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		÷		=	
العَددُ المُقدَّر للنِّساء اللَّواتي يَلِدن في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق أساسيَّة أو شاملَة		÷		=	
العَددُ المُقدَّر للنِّساء اللَّواتي يَلِدن في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق لغَيْر الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		÷		=	
العَددُ المُقدَّر للنِّساء المُصابات بمُضاعَفات في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق أساسيَّة أو شاملَة		÷		=	
العَددُ المُقدَّر للنِّساء المُصابات بمُضاعَفات في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق لغَيْر الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		÷		=	
العَددُ المُقدَّر للعَمليَّات القَيْصريَّة في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق أساسيَّة أو شاملَة		÷		=	
العَددُ المُقدَّر للعَمليَّات القَيْصريَّة في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق لغَيْر الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		÷		=	

تُركت هذه الصفحة خالية

	الإجْمالي من المَرافِق المُزارَة	÷	نسبةُ المَراكِز الصحِّية المُزارَة (انظر المخطَّطَ السَّابِق)	=	المُقدَّرُ للمنطقَة
العَدَدُ المُقدَّر لوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْباب تَوْليديَّة مباشرة في مَرافِقَ مُصنَّفة كمَرافِقَ أساسيَّة أو شامِلَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر لوَفياتِ النِّساء النَّاجِمَة عن أَسْباب تَوْليديَّة مُباشرَة في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق لغَيْر الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر لوَفياتِ النِّساء النَّاجِمَة عن أَسْباب تَوْليديَّة غير مُباشرَة في مَرافِقَ مُصنَّفة كمَرافِقَ أساسيَّةً أو شامِلَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر لوَفياتِ النِّساء النَّاجِمَة عن أَسْباب تَوْليديَّة غير مُباشرَة في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق لغَيْر الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر للوَفياتِ خِلال الوِلادَة (المَليصون الجُدُد؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ) وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (أقل أو يساوي 24 ساعَة؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ) في مَرافِقَ مُصنَّفة كمَرافِقَ أساسيَّة أو شامِلَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر للوَفياتِ خِلال الوِلادَة (المَليصون الجُدُد؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ) وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (أقل أو يساوي 24 ساعَة؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ) في مَرافِقَ مُصنَّفة كمَرافِق لغَيْر الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		÷		=	

إذا اختيرَت مَجْموعةٌ فَرعيةٌ من المُسْتَشْفيات للدِّراسَة:

عَددُ المُسْتَشْفيات المُزارَة في المنطقَة	
العَددُ الكلِّي للمُسْتَشْفيات في المنطقَة	
نِسْبَةُ المُسْتَشْفيات التي جُمِعَت المُعْطَيات السَّابِقَة لها (عَددُ المُسْتَشْفيات المُزارَة في المنطقَة مقسوماً على العَددُ الكلِّي للمُسْتَشْفيات في المنطقَة)	

تُركت هذه الصفحة خالية

اِستعملْ وَرَقةَ العَمَل 3هـ **للمُسْتَشْفيات** المَدْروسَة

	الإجْمالي من المَرافِق المُزارَة	÷	نسبةُ المُسْتَشْفيات المُزارَة (انظر المخطَّطَ السَّابِق)	=	المُقدَّرُ للمنطقَة
العَدَدُ المُقدَّر لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّاملَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر لمَرافِق غير الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر للنِّساء اللَّواتي يَلِدن في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق أساسيَّة أو شامِلَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر للنِّساء اللَّواتي يَلِدن في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق لغَيْر الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر للنِّساء المُصابات بمُضاعَفات في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق أساسيَّة أو شامِلَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر للنِّساء المُصابات بمُضاعَفات في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق لغَيْر الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر للعَمليَّات القَيْصريَّة في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق أساسيَّة أو شامِلَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر للعَمليَّات القَيْصريَّة في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق لغَيْر الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر لوَفيات الأُمَّهات النَّاجمَة عن أَسْباب تَوْليديَّة مباشرة في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق أساسيَّة أو شامِلَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر لوَفيات النِّساء النَّاجمَة عن أَسْباب تَوْليديَّة مُباشرَة في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق لغَيْر الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر لوَفيات النِّساء النَّاجمَة عن أَسْباب تَوْليديَّة غير مُباشرَة في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق أساسيَّة أو شامِلَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر لوَفيات النِّساء النَّاجمَة عن أَسْباب تَوْليديَّة غير مُباشرَة في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق لغَيْر الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر للوَفيات خلال الولادَة (المَليصون الجُدُد؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ) وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (أقل أو يساوي 24 ساعَة؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ) في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق أساسيَّة أو شامِلَة		÷		=	
العَدَدُ المُقدَّر للوَفيات خلال الولادَة (المَليصون الجُدُد؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ) وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (أقل أو يساوي 24 ساعَة؛ أكثر أو يساوي 2.5 كغ) في مَرافِق مُصنَّفة كمَرافِق لغَيْر الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		÷		=	

تُركت هذه الصفحة خالية

النَّموذج 4. حِسابُ المؤشِّرات في منطقَةٍ جغرافيَّة

اِسْتَعْمِل النَّموذجَ 3، القِسْم أ أو ب، لحِسابِ المؤشِّرات اللاحِقَة

المنطقَة:

المؤشِّر 1: تَوفُّرُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة

المؤشِّر 1أ

(العَددُ الكلِّي لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة + الشَّامِلَة في المنطقَة) ÷ (تَعْداد سُكَّان المنطقَة) × 500000 = عددُ مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة لكل 500000 من السكَّان

المؤشِّر 1ب

(العَددُ الكلِّي لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّامِلَة في المنطقَة) ÷ (تَعْداد سُكَّان المنطقَة) × 500000 = عددُ مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّامِلَة لكل 500000 من السكَّان

هل المستوى المَقْبول مُحقَّقٌ؟

المستوى المَقْبول الأقْصَى يساوي أو أكثر من 5 لكل 500000 من السكَّان

❑ مُحقَّقٌ

❑ غَيْر مُحقَّق

المستوى المَقْبول الأقْصَى يساوي أو أكثر من 1 لكل 500000 من السكَّان

❑ مُحقَّقٌ

❑ غَيْر مُحقَّق

تُركت هذه الصفحة خالية

المؤشِّر 2: التوزُّعُ الجغرافي لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة

يُقْصَدُ من هذا المؤشِّر بوجهٍ عام الاِسْتِعْمالُ على المستوى الوَطنِي؛ ففي المناطِق الكَبيرَة (ذات مَلايين السكَّان مثلاً)، من المنطقيِّ حِسابُ تَوزُّع مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المناطِق الثَّانوية؛ ويمكن تَحْقيقُ ذلك بتكرار الخطوات السَّابقَة (في المؤشِّر 1)، ثُمَّ حِساب النسبة المئويَّة للمناطِق الثَّانوية subareas التي تُحقِّق المستوياتِ المَقْبولَةَ الدَّنيا. ولكنَّ المستوى المَقْبولَ الأَدْنى لهذا المؤشِّر هو 100٪.

وهناك خيارٌ آخر، وهو وَضْعُ المَرافِق في المنطقَة على خارِطَة تُظْهِر الطُّرُقَ والمناطِق الطبغرافيَّة، للتعرُّفِ إلى مَشاكِل الإتاحَة وإِظْهار نُظُم الإحالَة؛ وهذا ما يمكن تَحْقيقُه بنِظام مَعْلوماتٍ جغرافيَّة أو بطريقَة أخرى لتحْديد المواقِع.

تُركت هذه الصفحة خالية

المؤشِّر 3: نسبةُ جَميع الوِلادات في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة وجَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح

العَددُ الكلِّي للنِّساء اللَّواتي يَلِدن في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المنطقَة		عددُ الوِلادات المتوقَّعَة في المنطقَة		المؤشِّر 3أ نسبةُ الوِلادات في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة	المستوى المَقْبول الأَدْنَى: يجب وَضْعُ الأَهْداف مَحلِّياً
	÷		=	___ × 100 = ___ ٪	❑ مُحقَّق ❑ غَيْر مُحقَّق

العَددُ الكلِّي للنِّساء اللَّواتي يَلِدن في المَرافِق الخاضِعَة للمَسْحِ في المنطقَة		عددُ الوِلادات المتوقَّعَة في المنطقَة		المؤشِّر 3ب نسبةُ الوِلادات في المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح	المستوى المَقْبول الأَدْنَى: يجب وَضْعُ الأَهْداف مَحلِّياً
	÷		=	___ × 100 = ___ ٪	❑ مُحقَّق ❑ غَيْر مُحقَّق

تُركت هذه الصفحة خالية

المؤشِّر 4: نسبةُ الحاجات المُلبَّاة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة

المؤشِّر 4أ

العَددُ الكلِّي للنِّساء المُصابات بِمُضاعَفات في مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المنطقَة		عددُ الولادات المتوقَّعَة في المنطقَة		0.15*		نسبةُ النِّساء المتوقَّع أن يُصبنَ بِمُضاعفات تَوْليديَّة واللواتي يُعالَجْنَ في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة	المستوى المَقْبول = 100٪
	÷ (		×	0.15*	= (	٪ ___ = 100 × ___	❑ مُحقَّقٌ ❑ غَيْر مُحقَّق

المؤشِّر 4ب

العَددُ الكلِّي للنِّساء المُصابات بِمُضاعَفات في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْحِ في المنطقَة		عددُ الولادات المتوقَّعَة في المنطقَة		0.15*		نسبةُ النِّساء المتوقَّع أن يُصبنَ بِمُضاعفات تَوْليديَّة واللواتي يُعالَجْنَ في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْحِ في المنطقَة	
	÷ (		×	0.15*	= (	٪ ___ = 100 × ___	❑ ليسَ هَدفاً ❑ غير قابِل للتَّطْبيق

* تُضْرَبُ الوِلاداتُ المتوقَّعَة بالرقم 0.15 لتَقْديرِ المُضاعَفات التَّوْليديَّة الكلِّية في السُّكَّان.

تُركت هذه الصفحة خالية

المؤشِّر 5: العَمليَّاتُ القَيْصريَّة كنسبةٍ مئويَّة من الوِلادات

المؤشِّر 5أ

العَددُ الكلِّي للعمليَّاتِ القَيْصريَّة في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المنطقَة	÷	عددُ الوِلادات المتوقَّعَة في المنطقَة (النَّموذج 3)	=	العَمليَّاتُ القَيْصريَّة في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة كنسبةٍ مئويَّة من جَميع الوِلادات	المستوى المَقْبول: 5-15٪
	÷		=	___ = 100 × ___ ٪	❑ مُحقَّق ❑ غَيْر مُحقَّق

المؤشِّر 5ب

العَددُ الكلِّي للعمليَّاتِ القَيْصريَّة في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْحِ في المنطقَة	÷	عددُ الوِلادات المتوقَّعَة في المنطقَة	=	العَمليَّاتُ القَيْصريَّة في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْحِ كنسبةٍ مئويَّة من جَميع الوِلادات	المستوى المَقْبول: 5-15٪
	÷		=	___ = 100 × ___ ٪	❑ مُحقَّق ❑ غَيْر مُحقَّق

تُركت هذه الصفحة خالية

المؤشر ٦: مُعدَّلُ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر

العَددُ الكلِّي لوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مباشرة في مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المنطقَة		العَددُ الكلِّي للنِّساء المُصابات بمُضاعَفات تَوْليديَّة في مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المنطقَة		**المؤشِّر ٦أ** مُعدَّلُ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر في مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة	المستوى المَقْبول: يساوي أو أقل من 1٪ ❑ مُحقَّق ❑ غَيْر مُحقَّق
	÷		=	ــ × 100 = ــ٪	

العَددُ الكلِّي لوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مباشرة في جَميعِ المَرافِقِ الخاضِعَة للمَسْحِ في المنطقَة		العَددُ الكلِّي للنِّساء المُصابات بمُضاعَفات تَوْليديَّة في جَميعِ المَرافِقِ الخاضِعَة للمَسْحِ في المنطقَة		**المؤشِّر ٦ب** مُعدَّلُ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر في جَميعِ المَرافِقِ الخاضِعَة للمَسْحِ في المنطقَة	المستوى المَقْبول: يساوي أو أقل من 1٪ ❑ مُحقَّق ❑ غَيْر مُحقَّق
	÷		=	ــ × 100 = ــ٪	

بالإضافَةِ إلى الحِساباتِ المُتراكِمَة، ينبغي حِسابُ مُعدَّل إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر لكلِّ مستشفى؛ ويمكن عَرْضُ النَّتائج بشَكْل مُخَطَّط أعْمِدَة (رَسْم بَياني) bar chart: يجب أن يكونَ المحورُ الأفقي مَوْسوماً بأسماء المَرافِق، والمحورُ العمودي "بمُعدَّل إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر (٪)". وهناك طَريقَةٌ أخرى لعَرْضِ النَّتائجِ المعتَمِدَة على المِرْفَق لتَقْديم مَجالٍ عن مُعدَّلاتِ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشرَة في المستشفياتِ المختلفَة، فَضْلاً عن مُعدَّلِ إماتَةِ الحالات المباشر المُتَراكِم.

تُركت هذه الصفحة خالية

المؤشِّر 7: مُعدَّلُ الوَفياتُ خِلال الوِلادَة وَوَفياتُ الوِلْدان الباكِرَة جداً

العَددُ الكلِّي للوَفياتِ خِلال الوِلادَة (يساوي أو أكثر من 2.5 كغ) +وَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (يساوي أو أقل من 24 ساعَة؛ يساوي أو أكثر من 2.5 كغ) في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المنطقَة	÷	العَددُ الكلِّي للنِّساء اللَّواتي يَلِدن في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المنطقَة	=	**المؤشِّر 7أ** مُعدَّلُ الوَفياتُ خِلال الوِلادَة وَوَفياتُ الوِلْدان الباكِرَة جداً في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة **___ × 100 = ___ ٪**

المستوى المَقْبول:

- ❑ لا يُوجَد مِعْيار مُعْتَمَد
- ❑ غير قابِل للتَّطْبيق

العَددُ الكلِّي للوَفياتِ خِلال الوِلادَة (يساوي أو أكثر من 2.5 كغ) +وَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (يساوي أو أقل من 24 ساعَة؛ يساوي أو أكثر من 2.5 كغ) في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْحِ في المنطقَة	÷	العَددُ الكلِّي للنِّساء اللَّواتي يَلِدن في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْحِ في المنطقَة	=	المؤشِّر 7ب مُعدَّلُ الوَفياتُ خِلال الوِلادَة وَوَفياتُ الوِلْدان الباكِرَة جداً في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْحِ في المنطقَة **___ × 100 = ___ ٪**

المستوى المَقْبول:

- ❑ لا يُوجَد مِعْيار مُعْتَمَد
- ❑ غير قابِل للتَّطْبيق

تُركت هذه الصفحة خالية

المؤشِّر 8: نسبةُ وَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة غير مباشرة

العَددُ الكلِّي لوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة غير مباشرة في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المنطقَة	÷	العَددُ الكلِّي لوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن جَميع الأَسْبابِ في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة في المنطقَة	=	**المؤشِّر 8أ** نسبةُ وَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة غير مباشرة في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة __ × 100 = __٪

المستوى المَقْبول:
- ❑ لا يُوجَد مِعْيار مُعْتَمَد
- ❑ غير قابِل للتَّطْبيق

العَددُ الكلِّي لوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ غير مباشرة في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْحِ في المنطقَة	÷	العَددُ الكلِّي لوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن جَميع الأَسْبابِ في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْحِ في المنطقَة	=	**المؤشِّر 8ب** مُعدَّلُ الوَفياتُ خِلال الولادَة وَوَفياتُ الوِلْدان الباكِرَة جداً في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْحِ في المنطقَة __ × 100 = __٪

المستوى المَقْبول:
- ❑ لا يُوجَد مِعْيار مُعْتَمَد
- ❑ غير قابِل للتَّطْبيق

تُركت هذه الصفحة خالية

النَّموذج 5. حِسابُ المؤشِّرات بالنسبة للبَلَد

أَكْمِل وَرَقَةَ العَمَل 5أ قبلَ حِسابِ المؤشِّرات اللاحِقَة

المؤشِّر 1: تَوفُّرُ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة

المؤشِّر 1أ

(العَددُ الكلِّي لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة + الشَّامِلَة) ÷ (إِجْمالي السُّكَّان (وَرَقَةَ العَمَل 5أ؛ العَمود 3 الإِجْمالي)) × 500000 = عددُ مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة لكل 500000 من السكَّان

هل المستوى المَقْبول مُحقَّقٌ؟

المستوى المَقْبول الأَدْنَى يساوي أو أقل من 5 لكل 500000 من السكَّان

- ❑ مُحقَّق
- ❑ غَيْر مُحقَّق

المؤشِّر 1ب

(العَددُ الكلِّي لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّامِلَة) ÷ (إِجْمالي السُّكَّان) × 500000 = عددُ مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّامِلَة لكل 500000 من السكَّان

هل المستوى المَقْبول مُحقَّقٌ؟

المستوى المَقْبول الأَدْنَى يساوي أو أقل من 1 لكل 500000 من السكَّان

- ❑ مُحقَّقٌ
- ❑ غَيْر مُحقَّق

تُركت هذه الصفحة خالية

المؤشِّر 2: التوزُّعُ الجغرافِي لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة

عَددُ المناطِق في البَلَد التي تُحقِّق المستوياتِ الدَّنْيا (أي 5 مَرافِق على الأقل لكلِّ 500000 من السكَّان، بما في ذلك مِرْفَق شامِل على الأقل)		عَددُ المناطِق في البَلَد		المؤشر 2 نسبةُ المناطِق التي تُحَقِّق العددَ المَقْبول الأَدْنَى لمَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة
	÷		=	٪ ___ = 100 × ___

المستوى المَقْبول: 100٪

❑ مُحقَّق

❑ غَيْر مُحقَّق

تُركت هذه الصفحة خالية

المؤشِّر 3: نِسْبَةُ جَميع الوِلادات في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة وجَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح

المؤشِّر 3أ

العَددُ الكلِّي للنِّساء اللَّواتي يَلِدن في جَميع مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		إجْمالي الولادات المتوقَّعَة	=	نسبةُ جَميع الوِلادات في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة
	÷		=	___ = 100 × ___ ٪

المستوى المَقْبول الأَدْنَى: يجب وَضْعُ الأَهْداف مَحلِّياً

❑ مُحقَّق

❑ غَيْر مُحقَّق

المؤشِّر 3ب

العَددُ الكلِّي للنِّساء اللَّواتي يَلِدن في جَميعِ المَرافِق الخاضِعَة لِلمَسْحِ		إجْمالي الولادات المتوقَّعَة	=	نسبةُ الوِلادات في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح
	÷		=	___ = 100 × ___ ٪

المستوى المَقْبول الأَدْنَى: يجب وَضْعُ الأَهْداف مَحلِّياً

❑ مُحقَّق

❑ غَيْر مُحقَّق

تُركت هذه الصفحة خالية

المؤشِّر 4: نسبةُ الحاجات المُلبَّاة للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة

المؤشِّر 4أ

العَددُ الكلِّي للنِّساء المُصابات بِمُضاعَفات في جَميع مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		إجْمالي الولادات المتوقَّعَة		0.15*		نسبةُ النِّساء المتوقَّع أن يُصبنَ بِمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة واللواتي يُعالَجْنَ في جَميع مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة	المستوى المَقْبول = 100٪
	÷ (		×	0.15*	= (	٪ ___ = 100 × ___	❑ مُحقَّقٌ ❑ غَيْر مُحقَّق

المؤشِّر 4ب

العَددُ الكلِّي للنِّساء المُصابات بِمُضاعَفات في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْحِ		إجْمالي الولادات المتوقَّعَة		0.15*		نسبةُ النِّساء المتوقَّع أن يُصبنَ بِمُضاعفاتٍ تَوْليديَّة واللواتي يُعالَجْنَ في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْحِ	
	÷ (		×	0.15*	= (	٪ ___ = 100 × ___	❑ ليسَ هَدفاً ❑ غير قابِل للتَّطْبيق

* تُضْرَبُ الوِلاداتُ المتوقَّعَة بالرقم 0.15 لتَقْديرِ المُضاعَفات التَّوْليديَّة الكلِّية في السُّكَّان.

تُركت هذه الصفحة خالية

المؤشِّر 5: العَمليَّاتُ القَيْصريَّة كنسبةٍ مئويَّة من جَميعِ الوِلادات

المؤشِّر 5أ

العَددُ الكلِّي للعمليَّاتِ القَيْصريَّة في جَميع مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		إِجْمالي الوِلادات المتوقَّعَة		العَمليَّاتُ القَيْصريَّة في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة كنسبةٍ مئويَّة من جَميع الوِلادات	المستوى المَقْبول:
	÷		=	٪ ___ = 100 × ___	5–15٪
					❑ مُحقَّق
					❑ غَيْر مُحقَّق

المؤشِّر 5ب

العَددُ الكلِّي للعمليَّاتِ القَيْصريَّة في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح		إِجْمالي الوِلادات المتوقَّعَة		العَمليَّاتُ القَيْصريَّة في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح كنسبةٍ مئويَّة من جَميع الوِلادات	المستوى المَقْبول:
	÷		=	٪ ___ = 100 × ___	5–15٪
					❑ مُحقَّق
					❑ غَيْر مُحقَّق

تُركت هذه الصفحة خالية

المؤشِّر ٥: مُعدَّلُ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر

العَددُ الكلِّي لوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مباشرة في جَميع مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		العَددُ الكلِّي للنِّساء المُصابات بِمُضاعَفات تَوْليديَّة في جَميع مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة		المؤشِّر ٥أ مُعدَّلُ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة	المستوى المَقْبول: يساوي أو أقل من 1٪
	÷		=	٪ ___ = 100 × ___	❑ مُحقَّق ❑ غَيْر مُحقَّق
العَددُ الكلِّي لوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مباشرة في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح		العَددُ الكلِّي للنِّساء المُصابات بِمُضاعَفات تَوْليديَّة في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح		المؤشِّر ٥ب مُعدَّلُ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح	المستوى المَقْبول: يساوي أو أقل من 1٪
	÷		=	٪ ___ = 100 × ___	❑ مُحقَّق ❑ غَيْر مُحقَّق

بالإضافَةِ إلى الحِساباتِ المُتراكِمَة، ينبغي حِسابُ مُعدَّل إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر لكلِّ مُسْتشْفَى؛ ويمكن عَرْضُ النَّتائج بشَكْل مُخَطَّط أعْمِدَة (رَسْم بَياني) bar chart: يجب أن يكونَ المحورُ الأفقي مَوْسوماً بأسماء المَرافِق، والمحورُ العمودي "بمُعدَّل إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشر (٪)". وهناك طَريقَةٌ أخرى لعَرْضِ النَّتائجِ المعتَمِدَة على المِرْفَق لتَقْديم مَجالٍ عن مُعدَّلاتِ إماتَةِ الحالات التَّوْليديَّة المباشرَة لأَسْبابٍ تَوْليديَّة مباشرَة ومُعدَّلِ إماتَةِ الحالات الوَسَطي.

تُركت هذه الصفحة خالية

المؤشِّر 7: مُعدَّلُ الوَفياتُ خِلال الوِلادَة وَوَفياتُ الوِلْدان الباكِرَة جداً

العَددُ الكلِّي للوَفياتِ خِلال الوِلادَة (يساوي أو أكثر من 2.5 كغ) +وَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (يساوي أو أقل من 24 ساعَة؛ يساوي أو أكثر من 2.5 كغ) في جَميع مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة	÷	العَددُ الكلِّي للنِّساء اللَّواتي يَلِدن في جَميع مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة	=	**المؤشِّر 7أ** مُعدَّلُ الوَفياتُ خِلال الوِلادَة وَوَفياتُ الوِلْدان الباكِرَة جداً في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة __ × 100 = __ ٪
العَددُ الكلِّي للوَفياتِ خِلال الوِلادَة (يساوي أو أكثر من 2.5 كغ) +وَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (يساوي أو أقل من 24 ساعَة؛ يساوي أو أكثر من 2.5 كغ) في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح	÷	العَددُ الكلِّي للنِّساء اللَّواتي يَلِدن في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح	=	**المؤشِّر 7ب** مُعدَّلُ الوَفياتُ خِلال الوِلادَة وَوَفياتُ الوِلْدان الباكِرَة جداً في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح __ × 100 = __ ٪

المستوى المَقْبول:
- ❑ لا يُوجَد مِعْيارٌ مُعْتَمَد
- ❑ غير قابِل للتَّطْبيق

المستوى المَقْبول:
- ❑ لا يُوجَد مِعْيار مُعْتَمَد
- ❑ غير قابِل للتَّطْبيق

تُركت هذه الصفحة خالية

المؤشِّر 8: نسبةُ وَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة غير مباشرة

المؤشِّر 8أ

العَددُ الكلِّي لوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة غير مباشرة في جَميع مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة	÷	العَددُ الكلِّي لوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن جَميع الأَسْبابِ في جَميع مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة	=	نسبةُ وَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة غير مباشرة في مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة
	÷		=	___ = 100 × ___ ٪

المستوى المَقْبول:

❑ لا يُوجَد مِعْيار ❑ مُعْتَمَد

❑ غير قابِل للتَّطْبيق

المؤشِّر 8ب

العَددُ الكلِّي لوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ غير مباشرة في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح	÷	العَددُ الكلِّي لوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن جَميع الأَسْبابِ في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح	=	مُعدَّلُ الوَفياتُ خِلال الوِلادَة وَوَفياتُ الوِلْدان الباكِرَة جداً في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح
	÷		=	___ = 100 × ___ ٪

المستوى المَقْبول:

❑ لا يُوجَد مِعْيار ❑ مُعْتَمَد

❑ غير قابِل للتَّطْبيق

تُركت هذه الصفحة خالية

وَرَقةُ العَمَل 5أ. مِقْدارُ خَدمات الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة

اِسْتعمِل النَّموذجَيْن 3 و 4 لكتابةِ المَعْلوماتِ اللاحِقَة

اسمُ المنطقَة	عَدَدُ مَرافِقِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة الأساسيَّة في المنطقَة	عَدَدُ مَرافِقِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة الشَّاملَة في المنطقَة	عَدَدُ سُكَّان المنطقَة	هل المستوى الأَدْنَى للرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة مُحقَّق؟ إذا كان نَعْم، أَشِرْ إلى ذلك في العَمود
إِجْمالي الأَعْمِدَة*				

* عندَ استِعْمال أكثر من وَرَقة، أَضِفْ الإِجْمالي للحصولِ على الإجمالي العام للأَعْمِدَة.

تُركت هذه الصفحة خالية

وَرَقةُ العَمَل 5أ. (تابع)

اسمُ المنطقَة	العَددُ الكلِّي للولاداتِ المَتوقَّعَة	العَددُ الكلِّي للنِّساءِ اللواتي يَلِدْن في جَميعِ مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة	العَددُ الكلِّي للنِّساء اللواتي يَلِدْن في جَميعِ المَرافِقِ الخاضِعَةِ للمَسْح	العَددُ الكلِّي النِّساء المُصابات بِمُضاعَفات في جَميعِ مَرافِقِ الرِّعايةِ التَّوْليديَّة	العَددُ الكلِّي المُصابات بِمُضاعَفات في جَميعِ المَرافِقِ الخاضِعَةِ للمَسْح	العَددُ الكلِّي للعَمليَّاتِ القَيْصريَّة في جَميعِ مَرافِقِ الرِّعاية التَّوْليديَّة	العَددُ الكلِّي للعَمليَّاتِ القَيْصريَّة في جَميعِ المَرافِقِ الخاضِعَةِ للمَسْح
إجْمالي الأَعْمِدَة*							

* عندَ استِعْمال أكثر من وَرَقة، أَضِفْ الإِجْمالي للحصولِ على الإجمالي العام للأَعْمِدَة.

تُركت هذه الصفحة خالية

اسمُ المنطقَة	العَددُ الكلِّي لِوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مباشرة في جَميع مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة	العَددُ الكلِّي لِوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ مباشرةٍ في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح	العَددُ الكلِّي لِوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة غَيْر مباشرة في جَميع مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة	العَددُ الكلِّي لِوَفياتِ الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ غير مباشرة في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح	العَددُ الكلِّي للوَفياتِ خِلال الوِلادَة (يساوي أو أكثر من 2.5 كغ) وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (يساوي أو أقل من 24 ساعَة؛ يساوي أو أكثر من 2.5 كغ) في جَميع مَرافِق الرِّعايةِ التَّوْليديَّة الطَّارئَة	العَددُ الكلِّي للوَفياتِ خِلال الوِلادَة (يساوي أو أكثر من 2.5 كغ) وَوَفيات الوِلْدان الباكِرَة جداً (يساوي أو أقل من 24 ساعَة؛ يساوي أو أكثر من 2.5 كغ) في جَميع المَرافِق الخاضِعَة للمَسْح
إِجْمالي الأَعْمِدَة*						

* عندَ استِعْمال أكثر من وَرَقة، أَضِفْ الإِجْمالي للحصولِ على الإجمالي العام للأَعْمِدَة.

تُركت هذه الصفحة خالية

المُلْحَق ب: المَعْلوماتُ عن السِّجلاَّت وجَمْعِ المُعْطَيات

الوَظائِفُ البارِزَة

لمعرفَةِ ما إذا كانَ المِرْفَقُ يُقدِّمُ كلَّ وَظيفَةٍ من الوَظائِفِ البارِزَة، يجب على جَامِعِ المُعْطَيات أن:

- يُراقبَ تَوفُّرَ الأدويَةَ واللَّوازِم والمعدَّات المَطْلوبَة.
- يقَابِل العاملين الصحِّيين في جناحِ التَّوْليد والأَقْسام الأخرى.
- يُراجِع سِجلاَّت المِرْفَق (انظر لاحِقاً).

من المهمِّ التَّفْكيرُ بجَميعِ ما يَلي عندَ تَحْديدِ ما إذا كانت وَظيفَةٌ بارِزَة مُعيَّنَة تُقدَّم أم لا:

- هل الموظَّفون في المِرْفَق مُدرَّبون على القيامِ بالخدمَة؟
- هل اللَّوازِم والمعدَّات المَطْلوبَة مَوْجودَة؟ وهل المعدَّات تَعْمَل؟
- هل هُناك حالاتٌ استُطبَّ فيها استعمالُ إحْدَى الوَظائِفِ البارِزَة؟
- هل كادِرُ الموظَّفين العامِل في المِرْفَق مُخوَّلٌ بالقيامِ بالخدمَة؟

المُتَغيِّراتُ الأخرى:

لجَمْعِ المُعْطَياتِ الضَّروريَّة لحِسابِ مُؤَشِّراتِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئَة، ينبغي مُراجعَةُ وتَلْخيصُ المُعْطَياتِ من السِّجلاَّت في عددٍ من الغُرَف أو الأقْسام المختلفَة في المِرْفَق. ويُقدِّمُ الجدولُ اللاحِق لَمْحةً بشأن متى نَبْحَث عن مُتَغيِّراتٍ أخرى.

تُركت هذه الصفحة خالية

السِّجلاَّتُ والمَصادِرُ الأخرى التي يجب أن تُستعمَلَ لجَمْعِ المُعْطَياتِ الضَّروريَّة لحِسابِ مُؤَشِّراتِ الرِّعاية التَّوْليديَّة الطَّارئة

المَعْلوماتُ	السِّجلاَّتُ في جَناحِ التَّوْليد (بما في ذلك تلك المَوْجودَة في: غُرَف المَخاض والوِلادَة وما قَبْل الوِلادَة وما بَعْدها وغرفَة الوِلْدان)	السِّجلاَّتُ في غرفَة العَمَليَّات (بما في ذلك سِجلاَّت الجِراحَة الكُبْرَى والصُّغْرَى)	السِّجلاَّتُ في أَجْنحَة الإناث والنِّساء (بما في ذلك سِجلاَّتُ الرِّعايَة التَّاليَة للإِجْهاض)	السِّجلاَّتُ في قِسْم العِياداتِ الخارجيَّة	سِجلاَّتُ المَرْضَى المُقيمين والمُدْخَلين	الإدارَة العامَّة (بما في ذلك السِّجلاَّتُ في مَحْفَظ الجُثَث ومَكْتَب السِّجلاَّت ومَكْتب مدير العامِلين الصحِّيين)
عددُ النِّساء التي وَلدنَ	×					
عددُ النِّساء المُصابات بُمضاعفاتٍ تَوْليديَّة	×	×	×	×	×	×
عددُ العَمليَّات القَيْصريَّة	×	×				
عددُ وَفيات الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة مباشرَة	×	×	×	×	×	×
عددُ وَفيات الأُمَّهات النَّاجِمَة عن أَسْبابٍ تَوْليديَّة غير مباشرَة	×	×	×		×	×
عَددُ المَليصين الجُدُد والوَفياتُ خِلال الوِلادَة (يساوي أو أكثر من 2.5 كغ)	×	×				
وَفياتُ الوِلْدان الباكِرَة جداً (أوَّل 24 ساعَة؛ يساوي أو أكثر من 2.5 كغ)	×					×

تُركت هذه الصفحة خالية

يَنْبَغي أن تَحْتَوي السِّجلاتُ في أَقْسام التَّوْليد نَظرياً، مثلما يمكن أن نَرَى من الجَدْوَل السَّابق، على الكَثير من المُعْطَيات الضَّروريَّة لحِساب مُؤَشِّراتِ الرِّعايةَ التَّوْليديَّة الطَّارئَة؛ ولكن، قد لا تَضُمُّ جَميعَ المُعْطَياتِ اللازمَة. ويجب أن تُساعِدَ المُراقبَةُ مُدَراءَ المَرافِق على إدْراكِ الحاجَةِ إلى المُحافَظَةِ على جَوْدَةٍ رَفيعَة، وإكْمال السِّجلاَّت، وسوفَ تُساعدهم على تَحْسينِ أنظِمَة حِفْظِ السِّجلاَّت.

وفيما يَلي بَعْضُ أهمِّ الأَعْمِدَة التي يَنْبَغي تَضْمينُها في سِجلاتِ التَّوْليد:

- وقت الإدْخال (القَبول) وتاريخه.
- طَرْز التَّوْليد (وِلادَة مَهبليَّة طبيعيَّة، وِلادَة مَهبليَّة بالمُساعَدَة، عمليَّة قَيْصريَّة).
- المُضاعَفات التَّوْليديَّة (مثل النَّزْف السَّابق للوَضْع، النَّزْف التَّالي للوَضْع، الوِلادَة المُعَرْقَلَة، الوِلادَة المُطوَّلَة، مُقَدِّمَة الارْتِعاج، الارْتِعاج، تَمَزُّق الرَّحِم، الإنْتانُ التَّالي للوِلادَة، مُضاعَفاتُ الإجْهاض، الحُمُول المُنْتَبِذَة) (تُوجَد حالاتُ مُضاعَفاتِ الإجْهاض والحُمُول المُنْتَبِذَة في أَقْسام أخرى في المِرْفَق، مثل سِجلاَّت جناح الإناث أو الأمراض النِّسائيَّة أو غُرَف العمليَّات أو المَرْضى الخارجيين).
- المُعالَجَة أو المُداخَلَة المُقدَّمَة إلى النِّساء، بما في ذلك وَقت المُداخَلَة (مثل سُلْفات المَغْنيزيُوم، الأُوكْسيتُوسين المُعْطَى، النَّزْع اليَدَوي للمشيمَة).
- المُعالَجَة أو المُداخَلَة المُقدَّمَة إلى الوَليد، بما في ذلك وَقت المُداخَلَة (مثل الإنْعاش).
- مَصير الأُم (مثلاً، تَخرَّجَت، مع الوقت والتَّاريخ، أُحيلَت إلى المِرْفَق س، ماتت).
- مَصير الرَّضيع (مثلاً، تَخرَّجَ، أُحيلَ إلى المِرْفَق س، مَليص جَديد، مَليص مُتَعطِّن، وَفاة في مرحلةٍ باكِرَة جداً من الوِلادَة).

مُلاحَظَة: تُوجَدُ حالاتُ مُضاعَفاتِ الإجْهاض والحُمُول المُنْتَبِذَة في أَقْسام أخرى في المستشفَى غير قِسْم التَّوْليد، مثل سِجلاَّت جناح الإناث أو الأمراض النِّسائيَّة أو غُرَف العمليَّات أو المَرْضى الخارجيين أو أَقْسام الطَّوارئ.

تُركت هذه الصفحة خالية

المُلحَق ج. جَدْوَلُ الأَعْداد العَشْوائيّة

14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	
90700	91291	99570	20969	36207	62590	14194	69179	91646	81647	02011	01536	15011	10480	1
99505	39615	19174	52666	34095	93965	53402	27982	89198	30995	85393	25595	46573	22368	2
58629	63348	19655	30680	32081	49340	24830	15179	64809	76393	97265	22527	48360	24130	3
16379	97758	74917	849	57004	71341	53537	39440	16376	07856	61680	06243	93093	42167	4
54613	01263	06927	14110	60672	49684	81305	60468	91782	06121	16656	81837	33975	37570	5
42880	44394	81825	21916	15053	90655	70659	18602	53498	27756	42751	11008	06907	77921	6
12952	10634	21069	63213	48840	44013	18738	71194	31016	98872	69994	56420	72905	99562	7
32307	42508	84903	18425	60045	69014	56869	94595	20922	18876	07972	05463	91977	96301	8
56941	5585	44947	58678	12566	25331	84378	57740	18103	17453	10281	63661	14342	89579	g
64952	18593	11458	16439	17983	08158	62300	38867	59533	53060	53988	53342	36857	85475	10
78188	91610	85590	01547	31595	90106	05859	56865	79936	70997	33276	88231	69578	28918	11
90322	33703	90511	12234	20847	52180	72695	18663	69445	49626	03427	48235	40961	63553	12
74952	30613	27156	84115	08272	30015	17617	36320	33488	88974	92737	52636	93969	09429	13
89868	29975	20285	85104	26358	01511	93394	67689	52267	48237	85689	87529	61129	10365	14
90707	28551	74461	29372	85977	97735	81056	47564	13916	77233	08178	71048	97336	07119	15
40719	75601	63990	70960	53900	49442	92144	60756	16308	77452	51259	51821	12765	51085	16
55157	05944	44919	64835	65255	01188	44819	55322	19885	89368	60268	52404	21382	02368	17
64951	92747	01915	51132	85030	71585	29852	18594	04146	31273	94904	33362	54092	01011	18
35749	35156	17752	94738	64350	23495	98736	83149	14513	23216	58586	46369	53916	52162	19
58104	25625	19509	88916	46104	51851	13602	76988	6691	42698	09998	33787	97628	07056	20
32812	99904	61666	30421	22178	59193	04734	90229	30168	09172	14346	85828	91245	48663	21
44592	96909	15227	21524	06646	58151	26384	76468	25306	47070	74103	22421	58492	54164	22
22851	18296	64161	17012	06912	35806	28728	94342	38005	13363	24200	05597	32363	32639	23
18510	36188	07684	10367	41135	46557	15398	45834	00256	58731	87308	87637	27001	29334	24
94953	50720	86679	32586	67658	50001	61280	60952	92420	19731	07351	28834	33062	02488	25

مُخْتَصَر عن طبعَة باير و. هـ Beyer WH، كُتيِّب الجَداوِل والإحصائيَّات، الطبعَة الثَّانية، بوكا باتون Boca Baton، فلوريدا. شركَة كيميكال رابر Chemical Rubber Co، 1968. بإذن من CRC Press, Inc.

هذا الدليل تحديث لما سبق نشره حول مراقبة وتوفّر واستخدام خدمات التوليد، والصادر عن منظمة اليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان عام 1997. ويجري استخدام المؤشرات المُعَرَّفة في هذا الدليل من قبل وزارات الصحة، والوكالات الدولية، ومدراء البرامج في أكثر من 50 بلداً حول العالم. وتُـدْرج هذه النسخة المراجعة التغييرات المستندة للمـراقبة والتقييم الذي أجرى على الصعيد العالمي والدلائل المستجدة حول الموضوع عبر السَنوات الماضية، والمتفق عليها من قبل الفريق الدوليّ للخبراء. ويحتوي الدليل على مؤشرين جديدين، ووظيفة إشارة إضافية، مع تحديث للبيّـنات والموارد الجديدة.

ويهدف هذا الدليل إلى وصف المؤشرات وتوجيه العاملين في الميدان حول إجراء الدراسات. ويحتوي على قائمة من خدمات إنقاذ الحياة، أو "وظائف الإشارة"، التي تعـرّف المرفق الصحي من حيث قدرته على علاج طوارئ التوليد. ويركز الدليل على الوظائف الحقيقة عوضاً عن الوظائف النظريّة. ويمكن استخدام مؤشرات رعاية طوارئ التوليد الموصوفة في هذا الدليل لقياس التقدم المحرز في الاستمرار البرنامجي: منذ توفّـر رعاية طوارئ التوليد والوصول إليها حتى الاستفادة من هذه الخدمات وجودتها.

لمزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بـ:
منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط
ص. ب. 7608، مدينة نصر،
القاهرة 11371، مصر
هاتف رقم: 74 50 2276 202+
فاكس رقم: 13 54 2276 202+
عنوان البريد الإلكتروني: reproductivehealth@emro.who.int
website: www.emro.who.int/reproductivehealth

9 789290 218036