

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

بقلم: صبحة سري با، ساروجيني ن، رينو خاناء

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

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

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

ترجمة: غادة طنطاوي

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

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

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

ووفقاً لليونيسيف، حدث ٦١٪ من وفيات الأمهات بين الداليت^١ والمجتمعات القبلية^٢.

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

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

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

الجماعات المحلية والمنشأة الصحية.

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

المنهج

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

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

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

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

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

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

توفر العلاج وجوده الرعاية

رعاية ما قبل الولادة

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

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

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

النتائج

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

بحث أسباب الوفاة

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

يبين جدول ١ الأسباب المباشرة للوفاة

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

رعاية ما بعد الولادة

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

المضاعفات ومحاولات الحصول على علاج

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

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

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

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

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

الأوضاع في المنشآت الصحية

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

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

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

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

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

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

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

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

القابلات المهارات

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

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

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



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

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

الافتقار إلى مراجعة وفيات الأميات

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

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

تاريخ الحالات

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

جارلي باي

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

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

ضعف الإدارة والمحاسبة

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

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

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

دورجا باي

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

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

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

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

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

بعد موتها.

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

المناقشة

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

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

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

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

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

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

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

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

التوصيات

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

• توفير مهارات التدريب على التوليد للمساعدات مرضيات/ قابلات.

• ضمان قدرة المراكز الصحية الأولية والمراكز الخاصة

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

ملاحظات نهائية

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

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

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

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

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

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