

دور التأخير في حدوث المرضة الشديدة للأمهات ووفياتهن: التوسع في إطار المفاهيم

بقلم: رودولفو كارفالو باجانيلا، خوزيه جويرما شيكاتي^٣، ماريا خوزيه أوسيس^٤، جووا سوزاد^٥

أ طالب دكتوراه، قسم التوليد والطب النسائي، كلية الطب، جامعة كامبيناس؛ وأستاذ مساعد، قسم الطب الباطني، جامعة ساو كارلوس الفيدرالية، البرازيل.

ب أستاذ التوليد، قسم التوليد والطب النسائي، كلية الطب، جامعة كامبيناس؛ ورئيس مركز دراسات الصحة الإيجابية في كامبيناس (كيميكامب)، كامبيناس، البرازيل. للمراسلة: cecatti@unicamp.br

ج محاضر، برنامج الدراسات العليا، قسم التوليد والطب النسائي، كلية الطب، جامعة كامبيناس؛ وكبير باحثين في مركز دراسات الصحة الإيجابية في كامبيناس (كيميكامب)، كامبيناس، البرازيل.

د موظف طبي، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي / صندوق الأمم المتحدة للسكان / منظمة الصحة العالمية/ البرنامج الخاص للبحث والتطوير والتدريب على الأبحاث في مجال التناسل البشري التابع للبنك الدولي، إدارة الصحة والبحوث الإيجابية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، سويسرا.

ترجمة: هشام شنتلا

موجز المقال: اكتسبت وفيات الأمهات أهمية في البحث والسياسة منذ منتصف ثمانينيات القرن العشرين. وقد أدرك ناديبوس، ومين، منذ وقت مبكر أن التدخل بالعلاج الكافي وفي الوقت المناسب لمضاعفات التوليد كانت عاملاً رئيسياً في تقليل حالات وفيات الأمهات. وقد قدم عملهما منهجاً جديداً لفحص وفيات الأمهات، باستعمال إطار ثلاثي المراحل لفهم الفجوات التي تحول دون الوصول إلى الرعاية الطبية المناسبة للتوليد في حالات الطوارئ: المرحلة ١- تأخر المرأة وأو عائلتها في اتخاذ قرار طلب العون؛ والمرحلة ٢- التأخر في الوصول إلى منشأة للرعاية الصحية الكافية؛ والمرحلة الثالثة -التأخر في تلقي العناية الكافية في تلك المنشأة. وبُذلت مؤخرًا، جهودًا لتعزيز قدرة أنظمة الصحة على التعرف بسرعة أكبر على المضاعفات التي تؤدي إلى وفيات الأمهات. وتبين هذه المقالة أن الجمع بين إطار «ثلاثة تأخيرات» ومنهج «النجاة بأعجوبة» للأمهات، واستعمال مجموعة من طرق جمع المعلومات، قد يقدم وسائل إضافية لتعرف الأحداث الحرجة في وقت التوليد. ويمكن لهذا النهج أن يكون أداة قوية لصنّاع السياسة ومدبري الصحة لضمان مبادئ حقوق الإنسان في سياق الرعاية الصحية للأمهات، بإبراز ضعف الأنظمة وخدمات التوليد. © مجلة قضايا الصحة الإيجابية ٢٠١٢

The role of delays in severe maternal morbidity and mortality: Expanding the conceptual framework

Rodolfo Carvalho Pacagnella, Jose Guilherme Cecatti,

Maria Jose Osis, João Paulo Souza, Reproductive Health Matters 2012; 20(39):155-163

الكلمات الدالة: وفيات الأمهات ومراضتهن، نموذج ثلاثة تأخيرات، النجاة بأعجوبة، رعاية التوليد في حالات الطوارئ

أو السياسيين. تبعًا لهذا، أدت حركة لمناصرة تقليل وفيات الأمهات، إلى إطلاق مبادرة منظمة الصحة العالمية الأمومة آمنة، في نيروبي في ١٩٨٧^١. كانت تلك المبادرة محاولة لجذب انتباه العالم إلى رفاه النساء، وإلى الوفيات التي تحدث حول الحمل وخلال فترة نهاية الحمل. لقد تحسنت صحة المرأة

في منتصف ثمانينيات القرن العشرين، جادل كل من روزنفيلد، ومين، ضرورة الانتباه إلى وفيات الأمهات في البحث والسياسة^١، وقد حددا أنها أحد الأسباب الرئيسية لوفيات النساء في عمر الإنجاب التي يمكن تجنبها. حيث أن وفيات الأمهات لم تلقي الاهتمام الكافي من المهنيين الصحيين أو صنّاع السياسة

الرعاية الصحية. وفيات الأمهات. مرضية الأمهات. نالج الحمل. وبنود ذات صلة في قواعد البحث: Pubmed، Wholis. ولم نستثن أي نوع من المقالات أو أية لغة.

الإطار الفكري

في ١٩٩٠، جاء ناديبوس ومين^١ بأول تغيير في النظرة إلى وفيات الأمهات بتأكيد تناقض ظاهر في استثمارات الصحة العامة: ليست هناك وقاية أولية معروفة لغالبية مضاعفات التوليد التي تؤدي إلى الموت. وليست هناك رعاية صحية أساسية قادرة على تقليل وفيات الأمهات. وقد اقترحا أن الوقت - منذ بداية حدوث أية مضاعفه وحتى بيان نتيجتها - يجب أن يكون المقياس الوحيد المستخدم لمواجهة المضاعفات التي تصيب الأمهات.

وقد وجدت الدراسات التي أجريت بموجب مبادرة الأمومة الآمنة^٢ عدم وجود ارتباط بين مضاعفات التوليد وأية خاصية سكانية. أو عامل خطر سلوكي أو مضاعفات قبل التوليد^٣. كما لم تجد دراسات أخرى أن أي قدر من الفحص يمكن أن يكتشف النساء اللواتي من المحتمل أن تحتجن إلى رعاية طارئة للتوليد^٤. وأن تحسين ظروف المعيشة يقلل من وفيات الأمهات^٥. لذلك كان لا بد من تعريف إجراءات تقليل وفيات الأمهات باعتباره وسيلة وقاية ثانوية^٦.

بينما يكون لدي العديد من النساء اللواتي تصبن بمضاعفات. عامل أو أكثر من عوامل الخطر القابلة للاكتشاف. فإن أغلبية النساء اللواتي تشتكرن في عوامل الخطر تلك ليس لديهن مشاكل خطيرة. علاوة على ذلك، في أعداد مطلقة. فإن المضاعفات أثناء الحمل والتوليد قد حدثت حتى في أفضل الظروف: فنسبة كبيرة من المضاعفات الخطيرة تحدث بين النساء من ليس لديهن عوامل خطر قابلة للتمييز مطلقاً^{٧،٨}.

يتراوح متوسط الفترة ما بين بداية حدوث المضاعفات الرئيسية للتوليد والموت من ٢ - ٥,٧ ساعة بالنسبة إلى نرف ما بعد التوليد. و ٣,٤ - ٦

خلال السنوات الـ ٢٥ الماضية في العديد من البلدان. لكن الإحصائيات العالمية تبين أن الأسباب الرئيسية للغالبية العظمى لوفيات الأمهات في الدول النامية تظل كما هي دون تغيير منذ ١٠٠ سنة مضت. نتيجة لأسباب تنصل مباشرة بالتوليد: النزف، الإنتان، مضاعفات الإجهاض، اضطرابات ارتفاع ضغط الدم، الولادة المعرّقة، انفجار الرحم، والحمل خارج الرحم. تعمل وفيات الأمهات كمؤشر شديد الحساسية لمعايير العناية بالتوليد^٩. فمراجعة الدراسات الخاصة بوفيات الأمهات وعلاقتها باستخدام الخدمة الصحية، لاحظ ناديبوس ومين^{١٠} أن العديد من النساء الحوامل تصلن إلى المنشآت الصحية في حالة سيئة جداً. حتى أنه لا يمكن إنقاذهن. وأن الوقت المستغرق في تلقي العناية الملائمة، يُعتبر عنصر أساسي في وفاتهن. ومن هذا خرج «نموذج التأخيرات الثلاثة».

تأتي عادة الاختلافات الحالية في معدل وفيات الأمهات بين البلدان العالية الدخل والبلدان المنخفضة الدخل نتيجة للاختلافات في إدارة الوقت في حالة مضاعفات التوليد. لا يحتاج تقليل وفيات الأمهات إلى تحسين المساعدة الطبية لحالات التوليد في حالات الطوارئ في المنشآت فقط^{١١}. لكنه يحتاج أيضاً إلى تقليل الفترة بين بداية حدوث المضاعفات ومواجهتها في كل الأماكن. بيد أنه أخذاً في الاعتبار العدد المنخفض نسبياً لوفيات الأمهات في أية منطقة جغرافية واحدة، فإن صعوبات منهجية ظهرت عند تبني هذا الأسلوب. وقد تحسّن هذا الوضع منذ تم التعرف على حالات «النجاح بأعجوبة» للأمهات ودراستها^{١٢}.

تقدم هذه المقالة استعراضاً ونقاشاً فكرياً لإطار «ثلاثة تأخيرات» بناء على أساليب منهجية خاصة بمرضية الأمهات ووفياتهن. لقد أجرينا مراجعة شاملة لما كُتب عن التأخيرات في العناية بالتوليد من ١٩٨٠ حتى ٢٠١١ باستخدام الكلمات الدالة: «ثلاثة تأخيرات». العوامل الزمنية، التوليد، الرعاية التوليدية، قبول المريضة للرعاية الصحية، الوصول إلى الرعاية الصحية، تقديم الخدمات الصحية، نوعية

التعليمي^{١١} واستقلالية المرأة^{١٢، ١١} ومعرفة المرض^{١٣، ١٧} والسبب^{٢٠} وشدة الأعراض^{١٥، ١٩، ٢٢} والمعرفة والاتجاه نحو استعمال النظام الصحي^{١٨، ٢٤، ٢٥} أخذًا في الاعتبار أن اتخاذ القرارات سلوك معقد يتصل بفهم الاحتياجات، وهو ما يعتمد على التفاعل بين الميزات الفردية، والخصائص والتعرض إلى الظروف الاجتماعية، والثقافية والاقتصادية، فإن جمع المعلومات، يتطلب نهجًا عريضًا^{١٩، ٢١} فعلى سبيل المثال، يبدو أن استعمال رعاية ما قبل التوليد يعزز استخدام الرعاية الطارئة للتوليد، بنفس الطريقة التي يرتبط بها انعدام الوصول إلى رعاية ما قبل التوليد بالتأخيرات التي تؤدي إلى نتائج سيئة بالنسبة إلى الأم^{٢٧}.

أخذًا في الاعتبار تعقيد الاحتياجات الصحية، أضاف رودريجز فياميزار ورفاقه^{٢٨} تأخيرًا إضافيًا للقيام بمسح لوفيات الأمهات. فقد جعلوا التأخير الأول هو الاعتراف بالمشكلة، يليه فرصة أخذ قرار طلب الرعاية واتخاذ الإجراء من أجل ذلك. وفي أفغانستان، عرض هيروس وآخرون قسمًا فرعيًا آخر للمرحلة «١» من التأخير، وهو الوقت المستغرق لأخذ قرار طلب الرعاية والوقت المستغرق للمغادرة للحصول على الرعاية، وهو ما يتم أسرع عندما يتوفر للنساء وصولًا كافيًا للرعاية وشبكة دعم اجتماعية^{٢٩}. لذا، فإن المرحلة «١» قد يكون لها في الواقع ثلاثة مكونات مختلفة تعكس تعقيد المشكلة: تأخيرات في التعرف عليها، وفي اتخاذ القرار، وفي المغادرة.

المرحلة الثانية

قد تعمل العقبات الخاصة بالوصول إلى المنشأة الصحية، كمثبطات لطلب الرعاية. حتى عندما تقرر امرأة طلب الرعاية في وقت مناسب، قد تواجه موانع مثل انعدام وسيلة النقل أو بُعد المنشأة^{٣٠}. يمثل تأخير المرحلة الثانية عادةً مسألة انعدام الوصول إلى الخدمات الصحية، وتحكم الموانع المالية والتنظيمية والاجتماعية والثقافية في استخدام الخدمات^{٣١}. يتأثر الوصول بتوزيع المنشآت الصحية، وبعدها، والنقل والكلفة. فالنساء ذوات النتائج الصحية السالبة تقطعن مسافات أطول، وتترددن

أيامًا للإنتان^{٣٢، ٣٣}. لذا، كلما زادت سرعة اكتشاف وعلاج المشكلة، عظمت فرص إيقاف تطور الحالة.

استعمل ثاديوس ومين مفهوم «التأخيرات» بين بداية حدوث المضاعفة والمعالجة الملائمة لها، ونتيجتها، لربط عوامل متنوعة مثل المسافة، واستقلالية النساء والمساعدة الطبية، ويوفر هذا إطارًا واضحًا لدراسة حالات وفيات الأمهات بما يتعدى الأسباب الطبية: بجمع التعاقبات الاجتماعية والسلوكية السببية المتصلة بالعائلة، والمجتمع، والنظام الصحي، في إطار واحد يتجاوز المعلومات السريرية أو السكانية^{٣٤}.

والتأخيرات تعاقبية وذات علاقة ببعضها البعض: المرحلة الأولى - تأخر المرأة و/أو عائلتها في اتخاذ قرار طلب العون؛ والمرحلة الثانية - التأخر في الوصول إلى منشأة للرعاية الصحية الكافية؛ والمرحلة الثالثة - التأخر في تلقي العناية الكافية في تلك المنشأة. ولا يمكن إرجاع غالبية وفيات الأمهات لتأخير واحد؛ لكن الأعم هو مجموعة من العوامل التي تؤدي في النهاية إلى وفاة النساء.

المرحلة الأولى

يأتي هذا التأخير عادة نتيجة القيود المفروضة على اللجوء إلى خدمات الرعاية الصحية، وتشمل: «الموانع الاجتماعية والثقافية للبيئة والتي تُشكّل القيم، والمعتقدات والمواقف؛ في الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تُشكّل الوصول إلى المال والمعلومات؛ في الوضع الجغرافي الذي يُشكّل الوصول الطبيعي؛ في البيئة المالية التي تقرر كلفة الخدمات؛ وفي السياق المؤسساتي الذي يشكل مجال وتنظيم الخدمات الطبية وجودة الرعاية»^{٣٥}.

يمثل التأخير في طلب الرعاية النسبة الأعظم للنساء اللواتي تصلن إلى المنشآت في حالة سريرية سيئة^{٣٥-٣٨} قد تكون هذه أكثر الأحداث تعقيدًا للحل في سلسلة رعاية التوليد لأنها تتضمن مفهوم الوصول وظاهرة السلوك^{٣٩}. إن الموانع الأكثر اتصالًا بسلوك طلب الرعاية الصحية هو الوضع الاقتصادي^{٣٨} والمسافة إلى المنشأة^{٤٠} والمستوى

ازدحام المستشفيات.^{٣٣} بيد أنه حتى في حالة الإحالة من منشأة أخرى - سواء عيادة أو منشأة ريفية - تفتقر القدرة على تقديم الرعاية الطارئة للتوليد. فإن النساء تصلن في حالة سريرية سيئة.^{٢٥} وتتضمن أسباب هذا نقائص هيكلية وعملياتية - إحالة متأخرة، أو كلفة عالية لرعاية التوليد في حالات الطوارئ أو انعدام وسائل النقل العام.^{٣٤}

تؤدي العيوب التي يعاني منها نظام الإحالة إلى تحويل المرضى من منشأة إلى أخرى.^{٣٣،٣٤} عندما تكون المنشآت غير قادرة على التعامل مع مضاعفات التوليد^{٣٥} أو عندما تفتقر إلى المهنيين الصحيين المدربين. ويؤثر عدد مرات إحالة المرأة قبل أن تصل إلى المنشأة الملائمة على بقائها. لذا، فإن التعليمات والبروتوكولات الخاصة بالإحالة وبالمشأة المتلقية يجب اتباعها لتقليل عدم التباين بين «هرم الإحالة» النظري والممارسات الفعلية.^{٣٣}

وبينما قد تكون هناك المزيد من العوامل في التأخيرات في الوصول إلى منشأة صحية، مثل انعدام الشبكة الاجتماعية المساندة.^{٣٣،٣٤،٣٥،٣٦} فإنه يبدو بشكل أساسي أن المشكلة الحقيقية في الوصول إلى الخدمات الصحية هي غياب العدل.^{٣٦}

المرحلة الثالثة

يسهم التأثير المتراكم للمرحلتين الأولى والثانية من التأخير في تحديد عدد النساء اللواتي يصلن المنشآت الصحية في حالة خطيرة.^{٣٦،٣٤،٢٥} فكثيرات لن يصلن إلى المستشفى أبداً.^{٣٣} وحتى عندما يصلن، قد لا تنجح المعالجة في إنقاذهن.^١

وقد وثقت دراسات أخرى أسباب إضافية للمعالجة غير الكافية، وتتضمن نقصاً زمنياً في الموظفين المدربين والتجهيزات الضرورية.^١ وتجاوز الفترة بين اتخاذ قرار بإجراء عملية جراحية طارئة ووقت بدء الجراحة مدة ٣٠ دقيقة.^{٣٧} والتأخير في بدء أية معالجة ملائمة بعد الوصول إلى المنشأة.^{٢٥} ونقص منتجات الدم، وانعدام الكفاءة التقنية بين الموظفين والمواقف السلبية تجاه المرضى نتيجة نقص الأموال.^{٣٢،٣٤،٣٨،٣٩} تكتظ بعض منشآت الرعاية الطارئة الشاملة

على عدد أكبر من المنشآت وتصلن إلى المنشأة الملائمة متأخرات.^{٣٣}

ترتبط المعيشة في قرية أو مكان ناء لا تناح فيه وسائل الانتقال بتأخيرات المرحلة الثانية.^{٢٥،٣٣} حتى في البلدان المتقدمة التي ليس بها مشكلات في وسائل النقل، ترتبط المسافة الجغرافية بمزيد من النتائج السلبية المتكررة للحمل.^{٣٠}

بيد أن بعض الكتاب يجادلون بأنه ليست هناك «ميزة حضرية»، فعلى الرغم من قرب الخدمات، فإن الفقراء في مناطق الحضر ليس لديهم طرق وصول أفضل إلى الخدمات الصحية، مما لدى فقراء المناطق الريفية.^{٣١} وقد تواصل الكلفة والفاقة لعب دور محوري في الوصول إلى المنشأة الصحية.^{١٥} وتواجه العديد من النساء، بسبب انعدام الاستقلالية أو الوضع الاقتصادي غير المواتي، صعوبة في تمويل الانتقال عند اتخاذ قرار طلب الرعاية.^{٣١،٢٥،٣١}

حتى إذا توفر لهن المال اللازم للانتقال، فقد لا تتوفر وسيلة الانتقال^{٣١} أو يكون عليهن السعي طلباً للمساعدة بسلوك طرق خطيرة ليلاً.^{٢٥} وقد كانت وسائل الانتقال المستخدمة تتضمن السير، أو سيارات الأجرة أو الشاحنات الذهابية إلى الأسواق، أو الحمل فوق عربة يد أو أرجوحة شبكية بين قطبين.^{٢٥،٣١}

قد يستغرق الوصول إلى المنشأة الملائمة ما بين ١٠ دقائق ويوم كامل.^{٢٥} لكنه يستغرق عادة أكثر من ساعة واحدة.^{١٧} وقد وجد داس أن النساء اللواتي تصلن إلى المستشفى خلال أربع ساعات من اتخاذ قرار طلب الرعاية فرصتهم أكبر في تحقيق نتيجة إيجابية من أولئك اللواتي تصلن خلال ثمان ساعات.^{٣١}

يؤثر موقع الإحالة أيضاً على الوقت المستغرق للوصول إلى المنشأة، فقد استغرقت النساء المحولات من المنزل وقتاً أطول للوصول إلى المنشأة من أولئك اللواتي حولن من مركز للتوليد.^{١٧} ولا يتم تحويل أغلبية النساء اللواتي تلدن في المستشفى، خاصة في البلدان الإفريقية، بواسطة مهني صحي، ولكن يقررن بأنفسهن الذهاب.^{٣٣،٢٥} ويعكس هذا، جزئياً، انعدام ثقتهن في رعاية المستوى الأدنى ويؤدي إلى

• أنظمة المعلومات الجغرافية. المصممة للعمل مع كل أنواع البيانات ذات المرجعية الجغرافية. والمستخدم لتتبع الصعوبات الجغرافية في الوصول إلى الرعاية الطارئة للتوليد.^{٥٠}

• تحسينات نظام الإحالة. مثل دور انتظار الأمهات. وعمل «فواصل وظيفية» في مستشفيات الإحالة لتحسين أنظمة الإحالة الإقليمية والوطنية.^{٥١، ٥٢}

مزيد من التقدم في الإطار النظري للتأخيرات
الثلاثة

تأخير «المرحلة الرابعة»

تؤدي أحياناً النجاة من حالة خطرة إلى مزيد من المضاعفات أو إلى نتائج سلبية للمرأة وعائلتها؛ فتزيد إمكانية حدوث ظروف سريرية شديدة إضافية. وحتى الوفاة في بعض الأحيان. بعد الحدث الأول. مقارنة بعامّة السكان.^{٥٤، ٥٣} فقد تعاني امرأة من حالة سريرية حادة أو مزمنة نتيجة لمرض دفين أو للتدخلات التي أنقذت حياتها. مثل الإصابة بمرض معد مثل التهاب الكبد. من جراء نقل الدم أو الجراحة. أو تعاني من مشاكل توليدية مستمرة. أو قد تعاني من مشاكل نفسية بسبب ما واجهته.

إضافة إلى هذا. قد يحول العبء الاقتصادي للرعاية الطارئة في مستشفى. عودة المرأة من أجل الحصول على الرعاية لمشاكل شبيهة. بل ويحول دون عودة عائلتها بالكامل. ورغم أن تحسين صحة الأمهات مطلب أساسي للتنمية وتقليل الفاقة. ففي بعض الأماكن. قد تزيد النجاة بأعجوبة. من الفاقة. حيث يكون لكلف الرعاية الطبية والنقل والأدوية والإمدادات الطبية تأثير ضخم على ميزانية العائلة لفترة زمنية طويلة.^{٥٥} ولم تتم دراسة نتائج النجاة من المضاعفات الشديدة للحمل دراسة عميقة. وهناك حاجة للمزيد من الدراسات.

قيود نموذج التأخيرات الثلاثة

رغم أن نموذج التأخيرات الثلاثة إطار واسع الاستخدام في دراسات وفيات الأمهات. فهو يشير إلى الرعاية

فهي تعطي نوعية معقولة من المعلومات لتقييم برامج الصحة الخاصة بالأمهات وعمل النظام الصحي.

التدخلات القائمة على إطار التأخيرات الثلاثة

يُعتبر سوء تبين الحالة السريرية. أحد العوامل التي تؤدي إلى التأخير في طلب الرعاية. لذا اقترح بعض الكتاب. توجيه التعليم الصحي للمجتمع والعائلات لمساعدتهم في التعرف على علامات الخطر أثناء الحمل في الحالات التي تهدد الحياة. مثل النزف السابق للوضع. والنزف التالي للوضع. والارتجاج.^{١٣، ١٧} بيد أن سوء التبين قد يحدث أيضاً في منشأة للرعاية الصحية حيث العاملين الصحيين غير قادرين على توفير التشخيص الملائم والإحالة في الوقت المناسب. وقد يُحسن التثقيف الطبي والتدقيق والتعليقات الراجعة من قدرة العاملين الطبيين في التعامل مع حالات الطوارئ؛ هذا ويتم تطوير أدوات جديدة لتقييم علامات وأعراض المرضى الشديدة للأمهات من أجل التعرف السريع والدقيق على الحالات الشديدة.^{٤٥} يجري حالياً تجربة كثير من التدخلات الأخرى لتقليل التأخيرات لكنها لم تُقّم بعد من حيث ما إذا كان بالإمكان زيادتها. وما مدى مساهمتها في تقليل وفيات الأمهات. وهي تتضمن:

• دفعات متقطعة لتغطية تكاليف الانتقال إلى المستشفى.^{٤٦، ٤٧}

• سياسات نقل المهام التي من خلالها يتدرب السريريون من غير الأطباء على أداء نسبة كبيرة من إجراءات التوليد الطارئة بنتائج ماثلة لنتائج ما بعد الجراحة للأطباء. كما في برامج في موزمبيق وتنزانيا وملاوي والهند.^{٤٨، ٤٧}

• استعمال الهواتف اللاسلكية أو نظم الاتصال اللاسلكي ذات الترددات العالية جداً والتي تعمل بالطاقة الشمسية. والتي قللت من تأخيرات الانتقال. وحسّنت من نقل المعلومات والنصائح والوصول إليها بين الممارسين والقائمين التقليديين على التوليد. والمريضات والخدمات الصحية. على سبيل المثال.^{٤٩}

توفير الرعاية الصحية الجنسية والإيجابية الضرورية. وتشجع مطالبات السكان مجتمع أكثر عدلاً. هذه إحدى أقوى نقاط هذا الإطار. وهي أنه يبين الفجوات في ضمانات حقوق الإنسان.

لكن عدة سمات حاسمة لهذه المشكلة مفقودة: إحداها انعدام سلطة النساء اللواتي يتمتعن بمركز اجتماعي عام منخفض. قد تكون التأخيرات نتيجة موقف رافض من أفراد العائلة ومقدمي الخدمة وصنّاع السياسة والنظام السياسي والاقتصادي الذي يضع الأدوية الضرورية وأجهزة إنقاذ الحياة بعيداً عن متناول يد أولئك الذين يحتاجونها. هذه انتهاكات لحقوق الإنسان ومسألة عدم إنصاف وفاقه وتمييز جنساني.^{٥٨} الشيء الآخر هو أهمية الإرادة السياسية والإجراء السياسي. إن إبراز الخطر الإضافي للموت بعد جثة امرأة من حدث حرج في الحمل والدين المعجز الذي تتحمله بعض العائلات، سواء جت أو لم تنج. قد يسهم في فهم الإهمال العالمي للحقوق الذي تغرق فيه قضايا وفيات الأمهات. بيد أن هذه الأشياء لن يُنظر إليها كانتهاكات لحقوق الإنسان من جانب المجتمع إلا إذا خلقت هذه المعلومات فاعلين اجتماعيين قادرين على دفع السياسيين لإظهار «إرادة سياسية». فلا بد للمعلومات الخاصة بفشل النظام الصحي وضمن الحقوق أن تصبح بطريقة ما هدفاً للاهتمام العام الذي يدعو إلى إجراء سياسي.

لقد عدت مؤخرًا الأمم المتحدة وفيات الأمهات نتيجة لانتهاك المبادئ الرئيسية لحقوق الإنسان. بما في ذلك المساواة، والمساواة، وعدم التمييز والمشاركة ذات المغزى.^{٥٩} وقد يجبر هذا الحكومات على احترام الدساتير الوطنية والمعاهدات الدولية التي وقعت عليها. وتحمل مسؤولية ضمان حقوق الإنسان الأساسية دفاعاً عن أمومة آمنة. مع هذا، فإن التطبيق العملي لهذه الحقوق هو متباين وغير كاف، وعرضي حالياً.^{٦٠}

إن فهم وفيات الأمهات كنتيجة للإهمال يدل على الاعتراف بأنها نتيجة للوضع المتضرر للنساء في المجتمع. بما في ذلك ما يتصل بحقوقهن الإيجابية.^{٦١}

الطارئة للتوليد ولا يتناول الفرص الضائعة للوقاية الأولية أو الاكتشاف المبكر لمضاعفات الحمل خلال الرعاية السابقة للتوليد.^{٦٠، ٦١} ورغم أن هذا ليس كافياً، فإن دور البرامج الوقائية مهم جداً أيضاً في منع مراضة الأمهات ومعالجتها. والتي قد تسبب أو لا تسبب الوفاة.^{٦١}

يهدف الغرض الأساسي من هذا الإطار النظري إلى جذب الانتباه إلى الفجوات في الوصول إلى الرعاية التوليدية الملائمة. فهو ليس نموذجاً خطياً؛ وهو يفيد فقط على نحو بآثر رجعي ولا يخلق الفرصة لتحسين رعاية امرأة معينة. وكما يعمل هذا الإطار بمنهج توقعي. مثلما تعمل نظم الترصد لتحديد ومواجهة العوامل لمنع حدوث نتيجة سلبية. يحتاج الإطار إلى إعادة التفكير. وحتى مع ذلك، فإنه يمكن الاستمرار في حديد التحسينات في أنظمة الصحة وتنفيذها بعد وقوع الحدث.

اعتبارات نهائية

حتى نقلل من وفيات الأمهات والنجاة بأعجوبة. لا بد من بذل جهود لتقليل معدل حدوث الحمل غير المرغوب فيه. وتقليل إمكانية أن تعاني امرأة حبلية من مضاعفات الحمل والتوليد الشديدة والتي يمكن تجنبها (مثال على ذلك، معالجة فقر الدم الشديد أو الملاريا في وقت مبكر من الحمل أو توفير إجهاض آمن). وتحسين النتائج للنساء بمجرد حدوث المضاعفات. بيد أن التراجع في وفيات الأمهات كان أبطأ مما هو متوقع.^{٥٧}

نموذج ثاديوس ومين أداة قوية. لكنه نموذج توضيحي ولا يوفر فهماً كاملاً لظاهرة وفيات الأمهات. إن المعلومات الخاصة بالعوامل الدفينة لوفيات الأمهات ثمينة بالنسبة إلى المبرمجين ومدبري الصحة حتى يمكنهم تغيير «الطريق إلى الموت». لقد تم التوسع في استعمال إطار التأخيرات الثلاثة بواسطة لجان لوفيات الأمهات وأصبحت الفجوات في أنظمة الصحة أكثر وضوحاً.^{٦٢، ٦٣} وهي تحسن كلاً من رؤية المشكلة للمديرين، وتبين أين تقع المسؤوليات. وتكشف انعدام

شكر وتقدير

يتقدم الكتاب بالشكر من أجل الدعم المالي المُقدّم من المجلس الوطني للتنمية العلمية والتقنية وإدارة العلوم والتقنية التابعين لوزارة الصحة البرازيلية. المنحة رقم ٥-٢٠٠٨/٤٠٢٧٠٢، والتي تولت رعاية دراسة «الشبكة البرازيلية لمراقبة المراضة الشديدة للأمهات». حيث تم وضع المنهج النظري الذي جاء وصفه هنا بدعم من هذه الدراسة.

فالنساء فقط هن من يواجهن المخاطر المتأصلة للإيجاب: إنها مسألة اختلاف جنسي. بيد أن انعدام الرعاية الصحية الإيجابية الملائمة هي مسألة تمييز جنساني، ونتيجة لنظام اجتماعي «يستند على قوة الجنس والطبقة». إن التمييز الجنسي يحدث في كل مراحل حياة النساء: تفضيل الأطفال الذكور، وإهمال رعاية البنات، والوصول الضعيف للرعاية الصحية، ووفيات الأمهات.^{١٢} إن وفاة المرأة بسبب مضاعفات الحمل ليس حقيقة حيوية فقط: بل هو أيضًا اختيار سياسي قابل للتغيير وفي متناول يد البشر. وهو يعتمد فوق كل شيء على الإرادة السياسية.



ادواردو مارتينهو / صور بانوس

قيام سينما المجموعة، فافيلدا روسينها، ريو دي جانيرو، التي تأسست لتعزيز الاندماج الاجتماعي للشباب في الأحياء ذات الدخل المنخفض، البرازيل، ٢٠٠٣.

1. Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality—a neglected tragedy. Where is the M in MCH? *Lancet* 1985;2(8446):83–85.
2. Maine D. *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. New York: Center for Population and Family Health, Columbia University, 1991.
3. Loudon I. Obstetric care, social class, and maternal mortality. *British Medical Journal (Clinical Research Edition)* 1986;293(6547):606–08.
4. Thaddeus S, Maine D. *Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context*. New York: Center for Population and Family Health, Columbia University School of Public Health, 1990.
5. Paxton A, Maine D, Freedman LP, et al. Where is the “E” in MCH? *Journal of Midwifery & Women’s Health* 2003;48(5):373.
6. Paxton A, Maine D, Freedman L, et al. The evidence for emergency obstetric care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;88(2):181–93.
7. Cecatti JG, Souza JP, Parpinelli MA, et al. Research on severe maternal morbidities and near-misses in Brazil: what we have learned. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):125–33.
8. Say L, Souza JP, Pattinson R. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2009;23(3):287–96.
9. Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EK, et al. Outcomes of care in birth centers. *The National Birth Center Study*. *New England Journal of Medicine* 1989;321(26):1804–11.
10. Kasongo Project Team. Antenatal screening for fetopelvic dystocias. A cost-effectiveness approach to the choice of simple indicators for use by auxiliary personnel. *Journal of Tropical Medicine & Hygiene* 1984;87(4):173–83.
11. Leavell H, Clark EG. *Preventive medicine for the doctor in his community*. New York: Macgraw Hill, 1965.
12. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Sciences & Medicine* 1994;38(8):1091–110.
13. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra. *India. Bulletin of the World Health Organization* 1998;76(6):591–98.
14. Kalter HD, Salgado R, Babilie M, et al. Social autopsy for maternal and child deaths: a comprehensive literature review to examine the concept and the development of the method. *Population Health Metrics* 2011;9:45.
15. Filippi V, Richard F, Lange I, et al. Identifying barriers from home to the appropriate hospital through near-miss audits in developing countries. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2009;23(3):389–400.
16. Okong P, Byamugisha J, Mirembe F, et al. Audit of severe maternal morbidity in Uganda – implications for quality of obstetric care. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2006;85(7):797–804.
17. Killewo J, Anwar I, Bashir I, et al. Perceived delay in healthcare-seeking for episodes of serious illness and its implications for safe motherhood interventions in rural Bangladesh. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2006;24(4):403–12.
18. Souza JP, Cecatti JG, Parpinelli MA, et al. An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. *Birth* 2009;36(2):149–58.
19. Roost M, Jonsson C, Liljestrand J, et al. Social differentiation and embodied dispositions: a qualitative study of maternal care-seeking behaviour for near-miss morbidity in Bolivia. *Reproductive Health* 2009;6:13.
20. Hirose A, Borchert M, Niksear H, et al. Difficulties leaving home: a cross-sectional study of delays in seeking emergency obstetric care in Herat, Afghanistan. *Social Science & Medicine* 2011;73(7):1003–13.
21. Das V, Agrawal S, Agarwal A. Consequences of delay in obstetric care for maternal and perinatal outcomes. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2010; 109(1):72–73.
22. Pembe AB, Urassa DP, Darj E, et al. Qualitative study on maternal referrals in rural Tanzania: decision making and acceptance of referral advice. *African Journal of Reproductive Health* 2008;12(2):120–31.
23. Cham M, Sundby J, Vangen S. Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care. *Reproductive Health* 2005;2(1):3.
24. Barnes-Josiah D, Myntti C, Augustin A. The “three delays” as a framework for examining maternal mortality in Haiti. *Social Science & Medicine* 1998;46(8):981–93.
25. Lori JR, Starke AE. A critical

- analysis of maternal morbidity and mortality in Liberia., West Africa. *Midwifery* 2012;28(1):67–72.
26. Behague DP, Kanhonou LG, Filippi V, et al. Pierre Bourdieu and transformative agency: a study of how patients in Benin negotiate blame and accountability in the context of severe obstetric events. *Sociology of Health & Illness* 2008;30(4):489–510.
27. Roost M, Altamirano VC, Liljestrand J, et al. Does antenatal care facilitate utilization of emergency obstetric care? A case-referent study of near-miss morbidity in Bolivia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2010;89(3):335–42.
28. Rodríguez Villamizar LA, Ruiz-Rodríguez M, Jaime García ML. [Benefits of combining methods to analyze the causes of maternal mortality, Bucaramanga, Colombia]. *Panamerican Journal of Public Health* 2011;29(4): 213–19.
29. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, et al. What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research & Policy* 2002;7(3):186–88.
30. Nesbitt TS, Connell FA, Hart LG, et al. Access to obstetric care in rural areas: effect on birth outcomes. *American Journal of Public Health* 1990;80(7):814–18.
31. Matthews Z, Channon A, Neal S, et al. Examining the "urban advantage" in maternal health care in developing countries. *PLoS Medicine* 2010;7(9).
32. Essendi H, Mills S, Fotso JC. Barriers to formal emergency obstetric care services' utilization. *Journal of Urban Health* 2011;828: Suppl 2:S356–69.
33. Murray SF, Pearson SC. Maternity referral systems in developing countries: current knowledge and future research needs. *Social Sciences & Medicine* 2006;62(9):2205–15.
34. Filippi V, Ronsmans C, Gohou V, et al. Maternity wards or emergency obstetric rooms? Incidence of near-miss events in African hospitals. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2005;84(1):11–16.
35. Amaral E, Souza JP, Surita F, et al. A population-based surveillance study on severe acute maternal morbidity (near-miss) and adverse perinatal outcomes in Campinas, Brazil: the Vigimoma Project. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2011;11:9.
36. Rööst M, Altamirano VC, Liljestrand J, et al. Priorities in emergency obstetric care in Bolivia—maternal mortality and near-miss morbidity in metropolitan La Paz. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2009;116(9):1210–17.
37. Gohou V, Ronsmans C, Kacou L, et al. Responsiveness to life-threatening obstetric emergencies in two hospitals in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Tropical Medicine & International Health* 2004;9(3):406–15.
38. Rosa ML, Hortale VA. [Avoidable perinatal deaths and obstetric health care structure in the public health care system: a case study in a city in greater metropolitan Rio de Janeiro]. *Cadernos de Saude Pública* 2000;16(3): 773–83.
39. Pirkle CM, Dumont A, Zunzunegui MV. Criterion-based clinical audit to assess quality of obstetrical care in low- and middle-income countries: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 2011;23(4):456–63.
40. Say L, Pattinson R, Gülmezoglu A. WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reproductive Health* 2004;1(1):3.
41. Pattinson RC, Hall M. Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. *British Medical Bulletin* 2003; 67:231–43.
42. Adisasmita A, Deviany PE, Nandiati F, et al. Obstetric near miss and deaths in public and private hospitals in Indonesia. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2008;8:10.
43. Kaye DK, Kakaire O, Osinde MO. Maternal morbidity and near-miss mortality among women referred for emergency obstetric care in rural Uganda. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2011;114(1):84–85.
44. Jonkers M, Richters A, Zwart J, et al. Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands: patients' perspectives. *Reproductive Health Matters* 2011;19(37):144–53.
45. Souza JP, Cecatti JG, Haddad SM, et al. The WHO Maternal Near-Miss Approach and the Maternal Severity Index (MSI): validated tools for assessing the management of severe maternal morbidity. Report for the Brazilian National Research Council, 2012.
46. De Costa A, Patil R, Kushwah SS, et al. Financial incentives to influence maternal mortality in a low-income setting: making available money to transport - experiences from Amarpatan, India. *Global Health Action* 2009;2. DOI 10.3402/gha.v2i0.1866.
47. Maine D. Detours and short-cuts on the road to maternal mortality reduction. *Lancet* 2007;370(9595):1380–82.
48. Gessesew A, Barnabas GA, Prata N, et al. Task shifting and sharing in Tigray, Ethiopia, to achieve comprehensive emergency obstetric care. *International Journal*

- of Gynecology and Obstetrics 2011;113(1):28–31.
49. Noordam AC, Kuepper BM, Stekelenburg J, et al. Improvement of maternal health services through the use of mobile phones. *Tropical Medicine & International Health* 2011;16(5):622–26.
50. Chen SC, Wang JD, Yu JK, et al. Applying the global positioning system and Google Earth to evaluate the accessibility of birth services for pregnant women in northern Malawi. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2011;56(1):68–74.
51. Baskett TF, O'Connell CM. Maternal critical care in obstetrics. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2009;31(3):218–21.
52. Fournier P, Dumont A, Tourigny C, et al. Improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effect on institutional maternal mortality in rural Mali. *Bulletin of World Health Organization* 2009;87(1):30–38.
53. Filippi V, Ganaba R, Baggaley RF, et al. Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso: a longitudinal study. *Lancet* 2007;370(9595):1329–37.
54. Camargo RS, Pacagnella RC, Cecatti JG, et al. Subsequent reproductive outcome in women who have experienced a potentially life-threatening condition or a maternal near-miss during pregnancy. *Clinics (São Paulo)* 2011; 66(8):1367–72.
55. Borghi J, Hanson K, Acquah CA, et al. Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Policy and Planning* 2003;18(4): 383–90.
56. Gabrysch S, Campbell OM. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy & Childbirth* 2009;9:34.
57. Lozano R, Wang H, Foreman KJ, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet* 2011;378(9797):1139–65.
58. Freedman LP. Using human rights in maternal mortality programs: from analysis to strategy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2001;75(1):51–60.
59. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Maternal mortality, human rights and accountability. At: <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/MaternalmortalityHRandaccountability.aspx>2010. Accessed 28 September 2011.
60. Women Deliver. Civil Society Calls for Applying Human Rights-Based Approach to Preventing Maternal Death. At: <http://www.womendeliver.org/updates/entry/civilsociety-calls-for-applying-human-rights-based-approach-to-preventing-/2011>. Accessed 28 September 2011.
61. Diniz SG, ChachamAS. "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters* 2004;12(23):100–10.
62. Fikree FF, Pasha O. Role of gender in health disparity: the South Asian context. *British Medical Journal* 2004;328(7443):823–26.