

## استخدام الأبحاث الاجتماعية لتصميم وتقديم خدمات صحة الأمومة بشمال نيجيريا

بقلم: هنرى فى دكتور<sup>(أ)</sup>، سالى إى فيندلى<sup>(ب)</sup>، ألستير أجير<sup>(ج)</sup>، جورجيو كوميتو<sup>(د)</sup>، جودوين واى أفينادو<sup>(هـ)</sup>، فاطيما أدامو<sup>(س)</sup>، كاثى جرين<sup>(ص)</sup>

أ- عالم مساعد أبحاث، جامعة كولومبيا، مدرسة ميلمان للصحة العامة، صحة الأسرة والسكان، نيو يورك، الولايات المتحدة، ومستشار عمليات البحث العلمى، زمالة إحياء التطعيمات النمطية بشمال نيجيريا، مبادرة صحة الأمومة والطفولة و حديثى الولادة، أبوجا، نيجيريا. للمراسلة: hvd2105@columbia.edu

ب- أستاذ صحة الأسرة والسكان، جامعة كولومبيا، مدرسة ميلمان للصحة العامة، نيويورك، الولايات المتحدة.

ج- أستاذ صحة الأسرة والسكان، جامعة كولومبيا، مدرسة ميلمان للصحة العامة، نيو يورك، الولايات المتحدة.

د- النائب السابق لمدير برامج، الصحة والإيدز، انقذوا الأطفال، لندن، المملكة المتحدة.

هـ- مدير أبحاث الأنظمة الصحية، برنامج الشراكة لإحياء التطعيمات النمطية بشمال نيجيريا، ولاية كانو، نيجيريا.

س- مستشار التنمية الاجتماعية، برنامج الشراكة لإحياء التطعيمات النمطية بشمال نيجيريا، ولاية كانو، نيجيريا، وكبير المحاضرين، جامعة عثمان دانفوديو، قسم الاجتماع، سوكوتو، نيجيريا.

ص- استشارى الصحة والتنمية الاجتماعية، شراكة الصحة الدولية، ليويس، المملكة المتحدة.

### ترجمة: رفعت على

**موجز المقال:** تعد نسبة وفيات الأمهات فى شمال نيجيريا من أسوأ النسب فى العالم، فقد بلغت ١,٠٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي عام ٢٠٠٨ وذلك مع تدني مستوى وجودة خدمات رعاية الأمومة. لقد قمنا فى عام ٢٠٠٩ بإجراء دراسة عن أسباب ضعف الإقبال على خدمات رعاية الحمل والولادة بين النساء الحوامل فى ذلك العام، وأثر المعتقدات الاجتماعية/الثقافية والممارسات التى تؤثر عليه. وتضمنت الدراسة مسحاً كمياً شمل ٦,٨٨٢ سيدة متروجة، و١١٩ مقابلة و٩٥ نقاشاً لمجموعات بؤرية مع قيادات مجتمعية وحكومية محلية. وأيضاً المقابلات المحليات غير المدريات، والنساء اللاتي حصلن على خدمات للأمومة وكذلك مع مقدمى خدمات الرعاية الصحية. حصل ٢٦٪ فقط من النساء اللاتي شملهن المسح على بعض من رعاية الحمل و١٣٪ فقط ولدن أطفالهن داخل منشأة صحية تحت إشراف مهاري متخصص فى آخر حمل لهن. ومع ذلك، فإن اللاتي حصلن على استشارة واحدة على الأقل فى مرحلة الحمل تضاعفت فرص ولادتهن تحت إشراف طبي مهاري متخصص إلى ٧,٦ أضعاف من لم يتلقين أية رعاية فى فترة الحمل. إن معظم النساء الحوامل لم يكن لهن أي اتصال، أو كن على اتصال وإه ينظم الرعاية الصحية لأسباب ترجع إلى العادات والتقاليد، وعدم إدراكهن لأهمية تلك الرعاية، وبعد المسافات التى تفصلهن عن أقرب وحدة رعاية صحية، ونقص وسائل الانتقال، وعدم موافقة الأزواج، وتكلفة الانتقال، وعدم قبولهن للفحص من طبيب ذكر، وبناء على ما توصلنا إليه، صممنا وطبقنا حزمة متكاملة من التغييرات الواجب إدخالها وتطبيقها والتى تضمنت تطوير رعاية الحمل، والولادة، ورعاية الولادات المتعثرة والطارئة؛ وتوفير التدريب والإشراف والدعم للمقابلات الجدد فى مراكز الصحة الأولية والمشافى؛ وتوعية المجتمع بالحمل الآمن والولادة الآمنة، وتوعيته بأهمية الحصول على هذه الخدمات. © قضايا الصحة الإيجابية

Using community-based research to shape the design and delivery of Maternal health services in Northern Nigeria  
Henry V Doctor, Sally E. Findley, Alastair Ager, Giorgio Cometto, Godwin Y Afenyadu, Fatima Adamu, Cathy Green,  
Reproductive Health Matters 2012; 20(39):104-112

**الكلمات الدالة:** رعاية ما قبل الولادة، القبالة، رعاية طوارئ التوليد، وفيات الأمهات، المعتقدات، العادات، القيم، البرامج والتدخلات المجتمعية، شمال نيجيريا

الأساسية. يهدف هذا البرنامج الممول من قبل الحكومة النرويجية وصندوق الدمارك الدولي للتنمية إلى تعليم النساء أساسيات الثقافة الصحية وأهمية استخدام المنشآت الصحية من أجل صحتهن وصحة أولادهن. ويهدف أيضا إلى زيادة الطلب على خدمات صحة الأمومة والطفولة. ويؤكد علي معرفة كل النساء لعلامات الخطر الخاصة بالأمومة، والولادة تحت إشراف مختصين مهرة وتيسير إتاحة الحصول على خدمات رعاية الطوارئ.

قام البرنامج بعمل تقدير مبدئي للمنشآت في عام ٢٠٠٨ في الولايات الثلاث لتقدير قدرة استيعاب المشافي في هذه الولايات ولتوفير الرعاية المتواصلة لصحة الأمومة والمواليد والطفولة. وعلى وجه التخصيص لتوفير إشراف طبي ماهر ومتخصص للولادات والرعاية الأساسية لحالات الولادة. شمل المسح كل المستشفيات العامة بكل ولاية. وأظهرت النتائج أن هذه الولايات تعاني من نقص شديد في العاملين بالصحة، وأن من يعيشون ويسكنون في نطاق عشرة كيلومترات من المركز الصحي أقل بكثير من نظرائهم من يعيشون في جنوب البلاد. إضافة لذلك، برغم افتراض أن أغلب المستشفيات توفر مبدئيا الخدمات الصحية الأساسية للأمومة والمواليد والطفولة بما فيها رعاية الحمل ورعاية التوليد وما بعد التوليد. وتنظيم الأسرة، وعيادات الأطفال دون الخامسة، فإن كثيرا من المستشفيات لم يكن بإمكانها توفير كل من هذه الخدمات الرعاية. في عام ٢٠٠٣، لم تستطع أي من الولايات الشمالية الوصول للحد الأدنى من المعايير الخاصة بخدمات الطوارئ التوليدية الأساسية. ونصف المنشآت الأساسية للرعاية الصحية التي تقدم رعاية الحمل ورعاية التوليد لم يكن بها قابلة أو مولدة. في المناطق الحكومية المحلية المختارة التي اختيرت للتدخل لم يكن

تعد نتائج صحة الأمومة بشمال نيجيريا من بين الأسوأ في العالم.<sup>١</sup> فمعدل وفيات الأمهات أثناء الولادة يعلو بشكل ملحوظ عن المعدل العالمي.<sup>٢</sup> في التقديرات الأخيرة (٢٠٠٨) يتوفى ما يزيد عن ١٠٠٠ حالة من بين كل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي. مقارنة بما يقل عن ٣٠٠ حالة وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ حالة ولادة بالمنطقة الجنوبية.<sup>٤</sup>

يصاحب هذه النسبة العالية من وفيات الأمهات بشمال نيجيريا مستوى متدن جدا وجودة رديئة لخدمات الأمومة. فضلا عن ذلك، فإن الانخفاض المتزايد في اللجوء لخدمات رعاية الأمومة في المسح الصحي الديموجرافي في نيجيريا ما بين عامي ٢٠٠٣ و ٢٠٠٨ يؤدي إلى زيادة المخاوف: ففي ولايات كاستينا، وزامفارا، ويوبي في الشمال انخفضت نسبة النساء اللاتي حصلن على أي من خدمات الرعاية الصحية أثناء الحمل من ٣٦,٩٪ إلى ٣١,١٪ في كاستينا وزامفارا، من ٤٧,٣٪ إلى ٤٣٪ في يوبي. وبالمثل، تناقصت نسبة النساء اللاتي ولدن تحت إشراف طبي مهاري مختص من ١٢٪ إلى ٨,٩٪ في كاستينا وزامفارا، ومن ١٩,٨٪ إلى ١٣,١٪ في يوبي. وصاحب هذا تدهورا آخر في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأساسية، خصوصا بهذه المنطقة.<sup>٥</sup>

واستجابة لهذا الانحسار في استخدام خدمات رعاية صحة الأمومة، تم تأسيس برنامج صحة الأمومة وحديثي الولادة والطفولة عام ٢٠٠٨ بواسطة ائتلاف شرافي من هيئة شراكة الصحة الدولية (المملكة المتحدة)، ومنظمة «أنقذوا الأطفال» (المملكة المتحدة) والهيئة الاستشارية (نيجيريا)، مع وزارات الصحة المحلية والمسؤولين المحليين في ولايات كاستينا ويوبي وزامفارا بشمال نيجيريا حيث كان يوجد من قبل برنامج سار لتحسين تطعيمات الأطفال النمطية من خلال تجديد حيوية برامج الرعاية

الأول من عام ٢٠٠٩ لتقدير أدلة قائمة على التجريب تبنى بمقتضاها التدخلات اللازمة. بما فيها مدى وحجم احتياج النساء لرعاية فترة الحمل ورعاية التوليد بين الحوامل في السنوات الخمس السابقة والعناصر الملزمة. والمعتقدات الاجتماعية/ الثقافية والممارسات السائدة التي تؤثر - سلباً أو إيجاباً - على حصول المرأة على تلك الخدمات الرعائية.

### خصائص السكان محل الدراسة

أظهر التعداد السكاني لعام ٢٠٠٦ أن كل من ولايات كاستينا ويوبى وزامفارا تحتوي على كثافات سكانية مقدرة ب ٥,٨, ٢,٣, ٣,٣ مليون على الترتيب. من بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن من ١٥ - ٤٩ عاماً فى تلك الولايات، ومنهن ٨٤٪ غير متعلمات مقارنة بنسبة الرجال غير المتعلمين التي تبلغ ١٣٪. ويمثلن ٣٦٪ من إجمالي النساء على المستوى القومي. ٣٨٪ فقط كن يعملن خلال الاثنى عشر شهراً السابقة على إجراء الدراسة، مقارنة ب ٥٩٪ من النساء العاملات على المستوى القومي. ونسبة النساء اللاتي يتعاملن مع الصحف أو الراديو أو التلفاز حتى ولو مرة واحدة أسبوعياً لا تتعدى الـ ٣٣٪ من كل النساء، مقارنة ب ٥٥٪ بالمقارنة من الرجال فى هذه الولايات، و ١١٪ من النساء على مستوى الأمة كلها.<sup>٥</sup>

### المنهج البحثي

اختار البرنامج مناطق محلية بكل من الولايات الثلاث ليتم فيها تطبيق التدخلات المتكاملة المطلوبة التي تركز على تحسين رعاية حالات طوارئ التوليد والولادات المتعسرة. وهناك إجراءات أقل مستوى سوف يتم تطبيقها في مناطق المقارنة في تلك الولايات أيضاً. وقد تم جميع البيانات الأساسية خلال عام ٢٠٠٩ للمقارنة المستقبلية بدراسة تأثير البرنامج بعد ثلاثة أعوام. وتم اتباع المنهج

هناك قابلات بمراكز الصحة الأساسية كما لم توجد منشآت طبية توفر رعاية طوارئ التوليد الأساسية على مدار الـ ٢٤ ساعة. عدا ذلك، لم توجد إلا منشأتان فقط توفران رعاية شاملة لطوارئ التوليد، كما لم يكن يوجد مخطط فعال لنقل حالات الطوارئ؛ أقل من ١٥٪ من النساء الحوامل مؤخرًا حصلن على زيارات فى فترة ما قبل الولادة.<sup>٧</sup>

يعكس تفاوت استخدام الرعاية الصحية كثيرًا من العناصر البنائية: فشمال نيجيريا يعد سوداني-سواحيلي ويعتمد في نشاطه الاقتصادي على الزراعة التقليدية. ويتصف بمستوى شديد من الفقر ومستوى متدنٍ جداً في البنية التحتية للخدمات والتعليم وخدمات الرعاية الصحية. ويتسم الشمال أيضاً بسيادة النظام الأبوي بشدة. بينما يتميز الجنوب بمشاركة أكبر من المرأة في صنع القرار. الشمال في أغلبه مسلم، وكل الإجراءات التي كانت تهدف لحماية المرأة من سطوة الذكر مثل تعدد الزوجات، وتغطية الرأس وحجب المرأة عن الإسهام في الفعاليات العامة - أدى إلى مزيد من تقييد حرية النساء في حصولهن على الخدمات الرعائية المطلوبة.<sup>٨,٩</sup>

من خلال التمويل المشترك المقدم من قسم التنمية الدولية بالملكة المتحدة وحكومة النرويج. يمثل البرنامج الممول تجربة استراتيجية لمساعدة تلك الولايات على تقليص معدلات الوفيات المرتفعة للأمهات وحدثي الولاد والأطفال من خلال إجراء تغييرات على النظم الصحية والرعاية السائدة، فيما يخص الجوانب التي تقع على الحكومة، وعلى القوى البشرية العاملة مجال الرعاية الصحية. وتنمية المعارف الصحية، والمشاركة المجتمعية بالإضافة إلى دعم وتقوية خدمات الرعاية الصحية. يتضمن هذا البحث نتائج دراسة أجريت في النصف

عن أي سؤال لا يردن الإجابة عنه أو يرينه محرراً لهم.

وقد تضمن تحليل البيانات إجراء ارتباط إحصائي بين الخواص والمميزات الأمومية، ورعاية الحمل وخواص التوليد. واستخدمت اختبارات «تي» لاختبار وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية لكل من العمر، والحالة الاجتماعية، والحالة الاقتصادية، والقدرة على التواصل، والإلمام بأية لغة، ومرتبة الزوجة بين زوجات الرجل، وحدوث وفاة لولود خلال شهر من ولادته، ومصدر النصائح الصحية للمرأة خلال آخر حمل، وخبرات الولادة وحدوث مضاعفات في الولادة، مع متغير منفصل لرعاية فترة الحمل مقابل النصائح أثناء الحمل أو نصائح خاصة بالأمومة والطفولة التي تلقتها المرأة من صديقات، أو من القابلات المحليات التقليديات أو من أفراد آخرين في المجتمع المحلي. التواصل بين الزوج - الزوجة عن الحمل أو الاستعانة بأية وسيلة رعاية صحية، تم تقييمه بمتغير « النقاشات عن التطعيم مع الزوج». تم قياس تفضيل اللجوء للمعالجين المحليين التقليديين بتسجيل مدى اللجوء لهم عند حدوث أية مشكلات صحية للأم أو الطفل. واستخدم التراجع المزدوج ثنائي الأوجه في تقييم تأثير مختلف العوامل في الإقبال على خدمة رعاية الحمل ومكان الولادة المفضل. تم استخدام قياس ستاتا ١١.٠ لإجراء التحليل واستخدامت كذلك أوزان العينات لتقدير الاختلافات في حجم العينات في مناطق إجراء الدراسة.

تألفت الدراسة الكيفية من تقييم اجتماعي سريع<sup>١</sup> تم إجراؤه على مدى أسبوعين في مناطق التدخل في كل من الولايات الثلاث التي تم اختيارها. وسعينا لفهم أفضل للمعتقدات الثقافية والممارسات المتصلة بالاحتياج إلى الخدمات الرعائية لفترة الحمل

الكمي والكيفي للتعرف على عناصر محددة من البرامج المطلوبة لتشجيع النساء على الحصول على رعاية فترة الحمل ورعاية التوليد لتقليل من وفيات الأمهات.

استعان المسح الكمي ببعض الأسئلة مغلقة النهايات من المسح الصحي الديموجرافي لعام ٢٠٠٨<sup>٥</sup> لتسهيل المقارنة بالبيانات الأخرى المتاحة، وتعديل بعض الأسئلة والأرقام الترميزية بالتوازي مع بعض الأهداف المحددة للبرنامج. ولاختيار النساء، استعملنا خطة العينات المجمع ذات الطوابق من مرحلتين، وقسمت كل ولاية إلى طبقتين، واختيرت العينات بنسبة ١:٢. المناطق المحلية التي تطبق فيها أنشطة مكثفة ومركزة للبرنامج، وتلك التي تطبق فيها تدخلات أقل كثيفاً. وتم اختيار خمس وأربعين منطقة بطريقة عشوائية لتمثل المناطق المحلية في المستويين. ومن كل منطقة تم اختيار ٤٧ ربة منزل عشوائياً أيضاً؛ امرأة من كل منزل أو مسكن. ومن كل منطقة دعيت امرأة (سبق أن تزوجت ويترواح عمرها بين ١٥ - ٤٩ عاماً) لإكمال المسح. وكان مجموع النساء المؤهلات لهذا البحث ٧٤٤٢ امرأة. زار متخصصو إجراء المقابلات المدربون النساء اللاتي تم اختيارهن في بيوتهن وقدموا الأسئلة باللغة المحلية (هاوسا أو كانوري).

أقرت هيئات أخلاقيات الأبحاث التابعة لوزارة الصحة في كل ولاية والمكونة حديثاً. الجوانب الأخلاقية من البحث. وقبل إجراء أي عمل ميداني. اجتمع الباحثون ب كبار السن من رجال ونساء القرى لشرح أهداف إجراء البحث، للحصول على موافقة أهل المنطقة المحلية، وللتأكد من أن ربات البيوت على علم بالموضوع وأنهن مستعدات لمقابلة من جربن المقابلات. وتم إخبار النساء أن الإسهام في البحث اختياري، وأنهن لو شاركن فلهن الحرية في عدم الإجابة

### نتائج البحث

من بين الـ ٧,٤٤٢ امرأة اللاتي تم اختيارهن لإجراء المسح، لم يكن التوصل إلى ٤٢ منهن، و٢٦٤ كن غير مؤهلات (أى أنهن لم يتزوجن أبداً أو مسنات جداً)، و٢٥٤ لم يكملن المقابلة الشخصية لنهائيتها. وقد حقق الـ ٦٨٨٢ من أكملن الاستجواب معدل استجابة يصل إلى ٩٣٪ من المجموع الكلي للعينات النسائية التي تم اختيارها.

كان متوسط العمر للنساء اللاتي أجري عليهن المسح ٢٨,٧؛ وكان أغلبهن (٧٣,١٪) يعشن في مناطق ريفية ٦٣,٤٪ من الهاوسا، و١٤,١٪ من الكانوري، و١٦,٦٪ من الفولاني، و٥,٩٪ من عرقيات أخرى. ١٨,٨٪ فقط تلقين نوعاً من التعليم الرسمي النظامي من بينهن ٥٣,٠٪ لم يتلقين إلا بعض التعليم الأولي. وبالضرورة وفعلياً كلهن (٩٧,٢٪) كن متزوجات في وقت إجراء المسح. ٨٠,٥٪ منهن كن إما زوجة وحيدة لرجل أو كبيرة زوجات رجل متعدد الزوجات. قليل منهن (٧,٩) كن يملكن هاتفاً محمولاً. متوسط مرات الحمل كان ٤,٧. و١٨١٩ سجلن ولادتهن لأطفال أحياء في السنوات الخمس السابقة. أما اللاتي سجلن ولادة قريبة فكن أصغر سناً بمتوسط ٢,٦ مرات حمل. وكن متزوجات، وأقل احتمالاً في ذهابهن إلى أية مدارس رسمية نظامية، وأكثر احتمالاً أنهن يعشن على مسافة تزيد عن عشرة كيلومترات من أي مركز رعاية صحية.

### الإقبال على رعاية الحمل

تلقي ٢٧,١٪ فقط من النساء اللاتي وضعن أطفالاً أحياء-في السنوات الخمس السابقة على البحث (معدل = ١,٨١٩) -رعاية متابعة حمل لمرة واحدة على الأقل في حملهن الأخير. ومع ذلك فقد حققت تلك المجموعة عدداً رئيساً من زيارات رعاية الحمل تبلغ ٤,٩

والولادة. كما أجرينا مقابلات منفردة ومقابلات جماعية مع أفراد وجماعات منتقاة مستخدمين عينات متباينة عن عمد لتضم أناساً من المجتمع على درجات متباينة من قبول الحصول على خدمات رعاية صحة الأمومة. اعتماداً على المنطقة التي يعيشون بها، واستعمالهم للتسهيلات والمنشآت الصحية الأولية والثانوية. والتصنيف العرقي والحالة الاجتماعية/الاقتصادية. وتم اختيار ستة وثلاثين مجتمعاً محلياً وعمل ١١٩ مقابلة معمقة و٩٥ نقاشاً بؤرياً عبر الولايات الثلاث. وتم إجراء مقابلات منفردة مع قيادات اجتماعية محلية وقيادات حكومية محلية، ومع الموليدات التقليديات الحليات غير المؤهلات اللاتي يقمن بتوليد النساء، والمعالجين التقليديين المحليين. والقائمين على تقديم خدمات رعاية صحة الأمومة وأمراض الأمومة. كما تم عقد حلقات مناقشات بؤرية (بمعدل متوسط تسعة أفراد مشاركين في كل نقاش). عقدت منفصلة عن بعضها مع نساء في المرحلة العمرية ١٥ - ٤٩ (تشمل البالغات المتزوجات)، والسيدات الأكبر سناً. والرجال لدورهم الخطير في الهيمنة على قرار السيدة الحامل إن كانت تلجأ لطلب الرعاية الصحية أم لا.

وناقشت النساء في كل من المقابلات والنقاشات البؤرية، مدى واسع من المعتقدات، والمفاهيم، والمعارف، والممارسات المرتبطة بصحة الأمومة. وتكونت فرق إجراء المقابلات من مقابلين محليين مدربين وذوي خبرات، من الرجال والنساء. تم ترجمة النصوص من اللغة المحلية للإنجليزية ثم تم ترميزها بأكواد على أيدي باحثين مدربين. وتمت مراجعتها للتعرف على الأشكال التكرارية. ثم تم عمل مقارنة ثلاثية مقابل مضاهاتها بالمسح الذي أجري على ربات البيوت.

الاحتياج لرعاية الحمل أيضا. فقد كانت النساء تكره وترفض طلب رعاية الحمل أو قبول أن يفحصهن رجل أو متخصص طبي ذكر. وأعلن: «لو قالوا لي سيفحصني متخصص ذكر، أرجع ببساطة للبيت دون فحص» إضافة لذلك، قالت النساء إنهن يحبطن من الوقت والتكلفة اللذين يستلزمهما الذهاب لمركز طبي حيث تجرى الفحوص. «لا يوجد أحد في الوحدة المحلية الصحية يقوم بفحص الحوامل. لذلك علينا الذهاب إلى المشفى العام. المسافة للمشفى طويلة وبعيدة. نستغرق ساعة بدراجة نارية لأن الطرق رديئة. ويكلفنا ذلك ٣٠٠ جنيه نيجيري (١,٩٠ دولار أميركي) للرحلة ذهابا وعودة»

أظهر التحليل المقارن لبيانات المسح، أن الخواص السكانية تتوافق بشكل متوسط مع معدل فحوصات الحمل حيث يعيش عرق الهاوسا، في مجتمع تتوفر له فرص أفضل للحصول على خدمات رعاية الأمومة. ويقرأون بأي من اللغات. وكانت الخاصية الإيجابية الوحيدة المتوافقة مع فحوصات رعاية الحمل هي السعي لأخذ النصيحة لمعالجة المشكلات الصحية من أحد أفراد المجتمع. وتم التأكيد منها بإستخدام «معدل تراجع الخدمات متعدد النباين». وعلى العكس، فإن النساء أقل احتمالا في حصولهن على رعاية الحمل لو كن قد مررن بتجربة موت آخر مولود. وأقل بمعدل ٤,٣ في الحصول على رعاية الحمل لو كن قد استشرن المعالج المحلي البدائي التقليدي عن أية مشكلات صحية. وقد ظهر ذلك بوضوح كملمح واضح من معدل تراجع الخدمات متعدد النباين. ولم يوجد أي ارتباط يتعلق بالسن. ولا بسكنى الحضر مقابل الريف. ولا امتلاك هاتف محمول. ولا بكون المرأة تعمل (كدلالة على الحالة الاجتماعية/الاقتصادية). ولا ترتيب الزوجة إن كانت كبيرة الزوجات أو صغراهن. أو إن كان

(لدى يتراوح من ١ - ١٠). وكان منهن ٢٤,٥٪ في الثلث الأول من الحمل. و٥٧,٧٪ في الثلث الثاني من الحمل. و١٧,١ في الثلث الثالث من الحمل. ورغم ذلك، فجميعهن لم يتلقين كل عناصر الرعاية الضرورية؛ تم قياس ضغط الدم لـ ٨٧,٢٪ فقط منهن. ٨٥,٠٪ تم وزنهن. ٨١,٢ تلقين تطعيما ضد التيتانوس. ٥٦,٨٪ تم إرشادهن لمزايا الرضاعة الطبيعية من الثدي. ٥٨,٣٪ تم توعيتهن بمعلومات عن رعاية المواليد. ٦٤,٩٪ تم إعطاؤهن جرعات متقطعة من الأدوية الوقائية من المالاريا (والتي يفترض أن تكون روتينية في تلك المناطق). ٦٤,٢٪ تمت توعيتهن بالأعراض التي تدل على خطورة الحمل أو الولادة وكيفية التصرف إذا ظهر أي منها.

أما النساء اللاتي لم تحظين بأي نوع من أنواع رعاية الحمل. فإن ٣٠,٨٪ سعين لطلب المشورة عن مشكلات الحمل والولادة من الصديقات. ومن مولدة العائلة أو القابات الحليات في مجتمعاتهن المحلية. وأبرزت المقابلات والمناقشات المركزة سيادة مفهوم أن الحمل جانب طبيعي وعادي من الحياة الزوجية ولا يحتاج إلى أية رعاية. وكان يرين أن الحمل بوجه عام «شيء عادي وطبيعي» وليس من الضروري أن تتلقى فيه الحامل رعاية خاصة. ولا يجب أن تتوقع أو تنتظر فيه تغذية خاصة، أو معاونة. قالت النساء في مجموعات النقاش البؤرية، على سبيل المثال، إن الحوامل يعملن يوميا الأعمال المعتادة حتى يوم الولادة وأن أية محاولة لتقليل العمل اليومي سوف تعد استهانة بهن. ورأين أن رعاية الحمل غير مطلوبة إلا للنساء المرضيات فقط. أما مع الحمل الطبيعي والصحيح، فلا حاجة لأية رعاية للحمل. وقلن: «لا أريد أن أتلقى رعاية. أشعر أنني بخير».

أدت الحاجة المجتمعية لفصل الرجال عن النساء في الأماكن العامة إلى تقليص

٢٣,١٪ على أيدي آخرين. مثل صديقة. أو جارة أو عضوة من العائلة. ثلثا من ولدن بمنشأة طبية كن قد حظين بفحص واحد على الأقل كإعانة حمل. بالمقارنة بأقل من الثلث من أولئك اللاتي ولدن في البيت. أما أولئك اللاتي ولدن بمنشأة صحية كن قد أعددن العدة لولادتهن. إضافة لذلك. أظهر التحليل المقارن أن أولئك اللاتي ولدن في منشأة صحية كن أقرب لسكنى المدن أو لا يسكن على مسافة تزيد عن عشرة كيلومترات من المنشأة الصحية وهن من الهاوسا. ومتعلمات ويقرأن بأي من اللغات. والزوجة الثانية في ترتيب الزوجات أو الأولى. ولديها ثلاثة أبناء أو أكثر. وناقشت المشكلات الصحية قبل ذلك مع صديقات أو مع العائلة. ويظهر «معدل تراجع الخدمات متعدد التباين». بعد وضع معايير القياس المتزامن لتلك العناصر. أن أولئك اللاتي حظين على الأقل بزيارة رعاية حمل واحدة كن ٧,٦ أضعاف ( $p<0.01$ ). وأولئك اللاتي جهزن أشياء للولادة كن ٢,١ أقرب للولادة تحت إشراف مهاري ( $p<0.05$ ). وعلى عكس المتوقع. فإن الزوجات المستجيدات الأحدث في ترتيب الزوجات لرجل كن الأقرب احتمالاً للولادة تحت إشراف مهاري ( $p<0.05$ ). إن تلقي النصيحة من الصديقات والعائلة عن الحمل والولادة يزيد من احتمال لجوئهن لنيل ولادة تحت إشراف ماهر ( $p<0.10$ ). وكما في رعاية ما قبل الولادة. لم توجد علاقة ارتباط بالعمر. ولا بسكنى الحضر مقابل الريف. ولا امتلاك هاتف محمول. ولا بكونها تعمل. أو سبق لها ولادة أطفال (لا توجد بيانات).

وكان السبب الأول الذي تذكره النساء في امتناعهن عن الولادة في منشأة طبية هو كونهن أكثر ارتياحاً في البيت (٩٨,٥٪). وبعد المسافة التي يتوجب قطعها للمنشأة الطبية (٧٠,٧٪). والاعتقاد بأن وجود المولدة الماهرة ليس ضرورياً (٦٥,٧٪). وأن الولادة بمنشأة طبية

لديها أطفال (لا توجد بيانات لتوضيح ذلك).

### الولادة في منشأة صحية

كان كل المشرفين المؤهلين للقيام بالتوليد في مناطق الدراسة. من التمريض المدرب على ذلك أو قابلات مدربات. وهن من قمن برعاية الحمل وعملية التوليد. ولم نسجل في المسح حالة ولادة تحت إشراف مهاري بالبيت. ورغم ذلك فكل النساء اللاتي ولدن في منشأة صحية تمت ولادتهن تحت إشراف مرضة متدربة أو قابلة مدربة. ولم تلد في الواقع أية واحدة تحت إشراف طبيب. في بعض الحالات تمت إحالة الحامل لطبيب بعد فحصها من مرضة أو قابلة.

وسواء حصلن على رعاية حمل أم لم يحصلن. فإن أغلب النساء لا يسعين للولادة في منشأة صحية أو مشفى. تعد ما يزيد قليلاً عن ٦٠٪ من النساء (معدل ١٨١٩) ملابس نظيفة للوليد بها. وعدا ذلك فإن قليلاً جداً منهن يعددن أدوات (شفرة حلاقة أو سكين حاد لقطع الحبل السري. وهى أدوات غير متوفرة في المنشآت الطبية المحلية) (١٣-٤٪). أو طعام (٩-٣٪). أو نوقود (٧-٣٪). أو تجهيز وسيلة نقل تكون جاهزة تحت الطلب (٠,١-٠,٠٪) في حالة احتياج الحامل لمزيد من المساعدة الطبية إن حدثت مضاعفات أثناء الولادة. سواء كانت قد حظت برعاية أثناء فترة الحمل. أو حصلت على المشورة من صديقات أو لم تطلب مشورة على الإطلاق.

وكانت نسبة النساء اللاتي ولدن آخر أطفالهن في منشأة طبية. ١٣,١٪ فقط. النسبة العظمى (٨١,٩٪) ولدن أطفالهن بالبيوت. منهن ٤٥,٩٪ ولدن تحت إشراف مولدات تقليديات محليات غير متدربات (داية). و ١٣,٣٪ ولدن تحت إشراف مولدات محليات متدربات. و



الأنهار الموسمية، وصعوبة الحصول على سائقي جاريين يصحبونهم معهم، وامتناع سائقي الشاحنات التجارية عن قبول راكبة تعاني من مضاعفات ولادة خطيرة، وعدم وجود اختيارات نقل أخرى والخواف الأمنية من سلوك الطرق ليلاً، وحتى لو حصلوا على وسيلة انتقال، فإن تكلفة الانتقال إلى منشأة صحية تتراوح من ٥٠٠٠ جنيه نيجيري (٣٢ دولار أميركي) إلى ١٥٠٠٠ جنيه نيجيري (٩٥ دولار أميركي)، طبقاً للوقت من اليوم والمسافة التي يتوجب قطعها.

أغلب من أجريت معهم مقابلات من العاملين بالمراكز الطبية أكدوا على النقص الشديد في أعداد العاملين المحترفين الذي تعاني منه المنشآت الطبية، وأن العدد المحدود من العاملين عليه أن يقدم كل أنواع الرعاية الطبية المتوقعة وأنهم يبذلون جهوداً مضيئة فوق طاقتهم، وأن ذلك يقلل كثيراً من قدرتهم على تقديم رعاية جيدة.

#### المناقشة

أثبتت دراسات أخرى في بوركينافاسو، وكينيا، وتنزانيا وأيضاً في نيجيريا وجود ارتباط بين الحصول على رعاية أثناء الحمل والولادة تحت إشراف مولد مهاري.<sup>١١-١٥</sup> وأظهرت دراسة في أوغندا أن النوعية السيئة من رعاية الأمومة ترتبط بمعدل متدنٍ من رعاية الحمل.<sup>١١</sup>

يظهر التحليل متعدد المتغيرات في هذه الدراسة أن الحصول على الرعاية والحالة الاجتماعية/الاقتصادية ليس لهما تأثير على احتمالية حصول النساء على رعاية الحمل لآخر حمل لهن، وهو ما تم التوصل إليه في بوركينافاسو والهند.<sup>١٦، ١٧</sup> وربما يعكس قلة استعمال تلك الخدمات الرعائية حتى مع توفرها كما في أوغندا<sup>١١</sup> وجود مستوى متدنٍ ونوع رديء من الخدمة، خاصة في المناطق

ليست شئناً «اعتادياً» (٥٦,٦٪)، وكرر نصفهن تقريباً مقولة إن الزوج لا يسمح، واشتكين من المواقف السلبية تجاههن من العاملين بالمنشأة الصحية، وكانت التكلفة المالية تشكل عائقاً لنسبة ٢٨,٣٪. أما اللاتي وضعن حملهن في منشأة صحية فقد ذكرن ثلاثة أسباب رئيسية لاختيارهن: الخوف من حدوث مضاعفات، والإحساس بالأمان في منشأة طبية، واعتبارهن أن الولادة في منشأة طبية تعد «أفضل».

بينت البيانات الكيفية وجهة نظر ثابتة تؤكد أن ولادة طفل عملية عادية وآمنة، «أمهاتنا ولدن في البيوت؛ فلماذا لا نلد مثلهن؟»، النساء تهتم جداً بخصوصيتهن، ويفضّلن أن يلدن وحدهن في الخصوصية النسبية لغرفهن في البيت، ويقلن في الغالب أنهن يجلسن القرفصاء على جانب أو زاوية من غرفهن حتى لا يراهن أحد، وينظر إلى الولادات في المرافق الصحية، على أنه «غريب»، ومليء بجوانب مجهولة، ومخجل («كونيا» بلغة الهاوسا)، لأنه يتضمن «تعريّة أجسادهن» أمام ذكور من المتخصصين الطبيين ومساعدتهم.

وتدل تلك النتائج على أن النساء اللاتي ولدن أطفالهن في البيوت لديهن أقل قدر من الارتباط بالنظم الصحية، ولم تسعين أبداً للحصول على مشورة أو نصائح لمصلحة موالدهن أو لصالحهن ولم تسعين أبداً للحصول على رعاية حمل أو ولادة في منشأة صحية. وقد أظهرت المقابلات النوعية هذا الانفصال أكثر، وأضافت أسباباً أكثر لهذا الانفصال، تتصل بالصعوبات الجمة التي تعوق الوصول إلى المنشآت الصحية، فقرر الرجال والنساء أنهم يعيشون بعيداً جداً عن المنشآت الخدمية الطبية، مع صعوبة الانتقال عبر مسالك وطرق وعرة، والمشكلات الموسمية مثل انقطاع مناطقهم عن باقي المناطق بسبب فيضانات



لن يخدمهن خصوصيتهن. ولا مشاعرهن باحترام الذات. ولا توقعاتهن المرتبطة بجنس مؤدي الخدمة إن كان ذكرا أو أنثى. ولكي ينجح هذا. هناك الكثير من العمل لابد من إنجازه بالتركيز على مواقف العاملين بالصحة والتمثيل الأكبر للمرأة على كل مستويات خدمة رعاية الأمومة بين العاملين بالمجال.

وفشلنا في سؤال النساء اللاتي توفى ولبيدهن. لماذا لم يلجأن لطلب رعاية الحمل؟ إستناداً إلى معتقداتهن. فإنهن يعتبرن الحمل فترة لا يجب عمل أي شيء خاص أثناءها لحماية الحامل والجنين. ربما لم تدرك تلك النساء وجود علاقة بين مشكلات حملهن وموت المولود. أو لم يعرفن أن الرعاية الماهرة ربما كانت تؤدي إلى مولود حي/معافى. استناداً إلى دراسة أجريت عام ٢٠١٠ في ذات الولايات والتي وجدت أن بعض ربات البيوت عانين من معدل موت مرتفع للمواليد مقارنة بأخريات من نفس المجتمع.<sup>١٩</sup> يحتاج البرنامج على وجه الخصوص التخصيص استهداف النساء اللاتي عانين من موت مولود أو أكثر. لاتخاذ كل الخطوات الضرورية لتقليل مخاطر وفاة المواليد.

يدل ما وجدناه من خلال المسح على أن التأثير الاجتماعي مهم جداً لتشجيع النساء على طلب رعاية الحمل والولادة. وعلى وجه الخصوص مع تنفيذ خطوات البرنامج لتحسين نوعية خدمات رعاية الأمومة. ويمكن لشبكات التواصل الاجتماعي غير الرسمية القائمة داخل المجتمع أن تدعم إيصال الرسالة إلى النساء الحوامل في أن وسائل وأماكن تقديم الخدمات الرعائية قد تم تحسينها وكيف أنها أصبحت « صديقة للمجتمع ومتوائمة معه» ومريحة للنساء. إضافة لذلك. بعض الرسائل التي تخص استشارات الإعداد للولادة. ومعرفة كيفية الاستجابة والتصرف إزاء ظهور

الريفية من تلك الولايات الثلاث. ومن ثم. فإن البرنامج بحاجة للتركيز على تحسين نوعية الخدمة وتوفيرها في كل من مجالي رعاية الحمل ورعاية التوليد. وأيضاً رعاية الولادات المتعثرة. حتى ترغب النساء في الحضور لفحوصات رعاية الحمل والولادة تحت إشراف طبي ماهر. إن ما توصلنا إليه وما وجدناه من عدم وجود علاقة بين الحالة الاجتماعية/الاقتصادية وقبول الحصول على رعاية الحمل والولادة ربما يعكس جانس الحالة الاقتصادية في المجتمعات المنتقاة للدراسة. كما في دولة بوركينافاسو المجاورة حيث يظهر معدل تفاوت الثروات هامشياً ضيقاً<sup>١١</sup> مقارنة بمعدل هامش تفاوت ثروات واسع جداً في جنوب نيجيريا حيث يوجد ارتباط إيجابي للظاهرة.<sup>١٨</sup>

تؤثر أنماط طلب المشورة المتعلقة بمشكلات صحة الأمومة بوضوح على طلب خدمة رعاية فترة الحمل. حيث تميل العائلة والصدقات إلى اقتراح أن الحامل التي لديها تساؤلات أو مشكلات عليها أن تذهب للحصول على رعاية الحمل بينما يقوم المعالجون التقليديون المحليون بعكس ذلك. وهكذا بمجرد أن تتحسن نوعية الرعاية وتتوفر بشكل أسهل. يحتاج البرنامج أن يصل إلى النساء اللاتي يلجأن للمعالجين التقليديين لربطهن بنوع الرعاية الأفضل وتحسين وتنمية رعاية الحمل والولادة. ومن الأفضل دعم تلك الرسالة من خلال المعالجين التقليديين أنفسهم. ويلعب التدخل المجتمعي دوراً رئيسياً. ويخلق مجموعة متنوعة من الفرص حيث يمكن للمرأة أن تتحدث عن المخاوف والمشكلات والاهتمامات الصحية. ويثبت أيضاً ما تم التوصل إليه من تلك الحوارات والنقاشات من المطلوب أن تخلق وعياً بالتغيرات التي أدخلت في صور وجوه خدمات الرعاية الصحية وفي القائمين على تحقيقها. حتى تشعر النساء أن استعمالهن لتلك الخدمات

على تلك الرعاية وعلى التكلفة المالية التي تتطلبها، والتي كان لها علاقة أحيانا بجدوى الحصول على خدمات الرعاية الصحية بوجه عام وفي بعض الحالات القليلة تقابل الفكرة بتشككهم في وجود أسباب خفية لدى تلك المراكز الصحية لتقليص عدد أفراد أسرهم لذلك لا يأمنون اللجوء إليها، لذلك يحتاج البرنامج أيضا للعمل مع الرجال للتعامل مع تلك الاستجابات الخاطئة.

ولا يظهر ما توصلنا إليه من المسح إلا تغيرا طفيفا في الموقف خلال العقد الزمني الماضي في شمال نيجيريا.<sup>١١،١٢</sup> لذلك فبرنامج رعاية الأمومة والمواليد والطفولة، بحاجة إلى تبني موقف طويل المدى بطبيعة تناثر بإصرار على مواجهة تلك التحديات، مع تأكيد أهمية الابتكار طويل المدى والاستراتيجيات الجادة الدؤوبة للتعامل مع تلك التحديات.

**بدأ تدفق مبادرات رعاية الأمومة والمواليد والطفولة مع أنها لا تزال في عنق الزجاجة**  
أخذنا على عاتقنا المبادرات الموجهة لكل من النساء ومجتمعاتهن وكذلك تجاه خدمات رعاية الأمومة القائمة على المستوى الأولي حتى مستوى المشافي.

كان هدفنا الأول الرئيس، هو الارتقاء بنوعية رعاية الحمل والتوليد ورعاية الولادات المتعثرة، حتى تُقدم الخدمة للنساء على أيدي ممرض وموليدات مدربات تدريباً جيداً ومدعوماً فنياً وكذلك تدريب باقي كل الإناث العاملات في المجال الصحي، وتوفير خدمة ولادات الطوارئ على مدار الساعة سبعة أيام من الأسبوع، حتى لا ترد أية امرأة بسبب نقص العاملين في المراكز الطبية أو نقص التجهيزات، وقبل تعجيل وزيادة الطلب، علينا التأكد أن الخدمات الرعائية المقدمة من نوعية عالية المستوى وأن تقديم

علامات الخطر، يمكن أيضا إدراجها ضمن معارف الشبكات الاجتماعية والجماعات، مثل مجالس النساء القروية.

وكانت النساء اللاتي أعددن ولو نوع واحد من التجهيزات لولادة أطفالهن أقرب لقبول الولادة بمساعدة ممرض مدرب على التوليد، حتى لو لم يكن ذلك يشمل الإعداد للذهاب لمنشأة صحية للولادة بها، فنحن نؤمن أن مجهودات كبيرة تبذل لتطوير وتحسين خطط التوليد وأن التجهيزات سوف تزيد من نسب النساء المستعدات للذهاب إلى منشأة صحية للولادة بها حين تخين ساعة الوضع، وكما يرى آخرون بنيجيريا،<sup>١٣</sup> لا يمكن اعتبار الإعداد للولادة عنصراً ثابتاً فقط من رعاية الحمل، ولكنه يحتاج أيضا أن يكون متضمنا في معلومات ومعارف الشبكات الاجتماعية، حتى تعرف أيضا النساء اللاتي لا تحظن برعاية الحمل كيف يعددن أنفسهن للولادة والوضع.

ما وجدناه من أن الزوجات الأحداث للزوج، أقرب لقبول الولادة بمساعدة ممرض مدرب يتعارض مع براهين أخرى تثبت أن الزوجات الأحداث للرجل أكثر عرضة للتمييز السلبي فيما يخص حصولهن على الطعام لأنفسهن ولأطفالهن وأنهن أكثر عرضة لضعف الصحة<sup>١٤</sup>، ولسوء الحظ، لم نكتشف أيضا لماذا هذا التناقض، ولكننا سنضعه موضع بحث أعمق في المستقبل.

وأخيرا نأخذ بكل جدية حقيقة أن نصف النساء على وجه التقريب اللاتي تناولهن المسح قررن أنهن لم يحصلن على موافقة أزواجهن للولادة في منشأة صحية، وفي مجموعات النقاش البؤرية، بدا أن موافقة أو عدم موافقة الأزواج على حصول زوجاتهن على رعاية الحمل ترتبط مبدئياً بصعوبات الحصول

الولايات الثلاث. تم إطلاق استراتيجيات التواصل لمعاونة القادة المحليين التقليديين وجماعات المجتمع المحلي في التحاور عن خدمات الطوارئ وتطوير وتحسين مستواها لفوائدها في إنقاذ حياة النساء.

أما بالنسبة للمجتمع. فإن هدفنا كان تطوير خدمات رعاية الحمل والولادة الآمنة. ونشر المعرفة بأعراض الخطر في الحمل والولادة. وأهمية التخطيط والإعداد للولادة وفي الحصول على موافقة الزوج للحضور إلى منشأة طبية. وفي اتباع منهج المتابعة وإعداد تقارير المتابعة والمردود العملي عن التغييرات التي تم إجراؤها في كل من خدمات رعاية الحمل والتوليد المتعلقة بالخواف الخاصة بالإناث. وخصوصية مشاعر المرأة. وكرامتها. وجودة الخدمة الرعائية. وتم تطبيق ذلك مبدئياً من خلال متطوعي الصحة الاجتماعيين. الذين يسهلون إجراء نقاشات مجتمعية مستخدمين أدوات التواصل بالمشاركة - مثل دليل لمناقشة المشاركة المجتمعية. ودعاية منغمة سهلة الحفظ. و«استخدام إشارات جسدية» (مثلاً: استعمال إشارة الأصابع الخمس للتذكير بعدد الزيارات اللازمة لتطعيم الأطفال). وتم دعم تلك الأنشطة عن طريق أربع تنغيمات لفظية أو فقرات سريعة كل يوم في الإذاعة على مدى ١٢ أسبوعاً. وكذلك بالوصول للقادة المحليين التقليديين والقادة الدينيين للتيقن من توفير مناخ ملائم لتغيير السلوكيات والعادات. بحلول شهر ديسمبر عام ٢٠١١. كان قد عمل متطوعو الصحة الاجتماعيين. مع لجان التطوير المحلية في ٣٢٣ موقع فعاليات مجتمعية في مناطق التدخل التطويري في الولايات الثلاث المختارة.

نطور الآن «وسائل مساعدة» مصورة للعاملات المعاونات الصحيات الاجتماعيات للاستعانة بها حين يتحدثن للنساء عن تلك

الخدمة يتم بمراعاة النساء. وتم تقديم البرنامج بالتعاون مع الدولة والسلطات المحلية لتوظيف وتدريب ودعم ١٩٤ مولدة لينضممن إلى جداول عمل القابلات. وتم توظيف تلك القابلات من قبل الوكالة الوطنية لتطوير الرعاية الصحية الأولية وتوزيعهن على ٥٨ مركزاً صحياً أولياً. والتي لم تكن تضم قابلات من قبل وعلى ٢٦ مركزاً أساسياً و ١٠ مراكز توليد لحالات الطوارئ والولادات المتعثرة التي يتم تطويرها في المناطق التي اختيرت للتدخل لتطويرها.

تم إدماج زيارات رعاية الحمل في الخدمات المقدمة من العاملين بالخدمات الاجتماعية الصحية الإضافيين. وكان هذا البرنامج تجريبياً. مع إتاحة اختيارات من التمويل مقابل أداء الخدمة لزيادة زيارات رعاية الحمل. وكذلك التوليد تحت إشراف تمريض-توليد مدرب. وكذلك العمل مع السلطات المحلية لإعداد المراكز الصحية الأولية ودمجها. وذلك حتى يتم وضع كل أنواع الخدمات الرعائية المطلوبة «تحت سقف واحد». وقد تلقى على وجه التقريب نصف العاملين في المراكز الصحية (على الأغلب الممرضات والقابلات) تدريبات أثناء الخدمة عن العلاج المتكامل لأمراض الطفولة. وعلاج حالات الأمومة الطارئة. وسوء رعاية الأمهات للمواليد. كما كان البرنامج يعمل على تحويل التحسين النوعي للخدمة إلى عمل مؤسسي من خلال نظم المراقبة والمتابعة والتدريب.

طورت عشرة مشافٍ خدمات الأمومة بها. وهي الآن على المستوى المطلوب للإيفاء بمتطلبات التعامل مع الولادات الطارئة والمتعثرة. إضافة لذلك فإن نظام الإحالة أصبح مفعلاً. لأن المنشآت الخاصة بحالات الطوارئ الأساسية أصبحت مدعومة الآن بوسائل نقل مجانية لحالات الطوارئ. والتي تم تقديمها من الأعضاء العاملين بالاتحاد الوطني للنقل البري. وعبر

التدخلية في الولايات المستهدفة حتى تنتهي المرحلة الأولى بالحصول على ميزات البناء الداعمة التي تم تكوينها والارتكان على الأنشطة الأخرى التي سيكون من شأنها تحسين حياة النساء وحياة أطفالهن. على سبيل المثال، من أحد الأمور الخطيرة والمهمة في شمال نيجيريا أن الفتيات اللاتي يتزوجن في سن صغيرة يجدن أنفسهن في الغالب في قاع السلطة المجتمعية الأضعف. ولعاجة ذلك التحدي، سيركز البرنامج على النساء صغيرات السن في أنشطته القادمة لتحسين العدالة الصحية بالعمل على زيادة فرص حصولهن على الخدمات الرئيسية للأمومة ورعاية المواليد ونصحن وإرشادهن وتوعيتهن بأمور الصحة الإيجابية والتغذية الصحيحة. وهكذا نأمل أن نقوم بتسليح الجيل التالي في المناطق المستهدفة بالمعلومات المهمة والضرورية المفيدة لصحتهن ولحملهن.

### شكر وتقدير

تم إجراء هذا البحث بوصفه جزءاً من المشاركة في إحياء عمليات التطعيم في شمال نيجيريا؛ في برنامج صحة الأمومة والمواليد والطفولة، الممول من صندوق دعم المملكة المتحدة (قسم التنمية الدولية) ومن الحكومة النرويجية. يدين كاتبو البحث بتقديم الدعم التقني للدكتور ستيفان هيليرينجر والدكتور جيمس ف. فيليب في إتمام الدراسة الكمية؛ ولفاطمة عبد القادر ولعمر فاروق وادا، اللذين دعما تطوير وتنفيذ المسح النوعي، ولقادة المجتمع المحليين والمتعاونيين الذين شاركوا في هذه الدراسة. ونقر بالفضل أيضاً لدعم الدكتور روديون كروز، نائب مدير البرنامج القومي، والدكتور أنتوني أبودا، استشاري صحة الأمومة والمواليد والطفولة، لوضعه تصور رائد لبعض التدخلات المطلوبة المسجلة بالبحث.

الموضوعات، ولتقوية الدعم المجتمعي للتعرف على أعراض وعلامات الخطر والاستجابة الفورية لمعالجتها وتطوير رعاية الحمل والولادة في منشآت طبية، يعاون البرنامج المجتمعات المحلية على تأسيس مجموعات إنقاذ مجتمعية لحالات الطوارئ، ومجموعات مجتمعية للتبرع بالدم، ومجموعات مجتمعية لتكوين نظام نقل الحالات الطارئة، وأيضاً للتعامل مع العوائق الرئيسية التي تحول دون الحصول على الخدمة وتؤثر على إتاحتها لكل النساء. يعد كثير من المتطوعات الاجتماعيات والعاملات بجمعيات المعاونة الصحية « مبتكرات » لكونهن من الأصل يستعملن خدمات الأمومة، ويساعدهن ذلك على تنمية وزيادة إقبال النساء الأخريات على خدمات رعاية الحمل والأمومة.

وقد أمدتنا البيانات الأساسية القاعدية التي سجلت في هذا البحث بأساس صلب لتقييم أثر البرنامج، الذي سنقوم به عند نهاية الأعوام الثلاثة، وهي المرحلة الأولى من العملية التطويرية (ديسمبر ٢٠١٣). وتوضح بيانات استعمال الخدمات من قبل، أن تلك المعايير تظهر التغيرات في خبرات النساء عن الحمل والولادة، والنتائج المرجوة منها، ويمكننا أن نقرر أنه على مدى عامين منذ أن انطلقت تلك التدخلات، قامت ٥٢٪ من النساء الحوامل بإجراء فحص واحد للحمل على الأقل، مما يشكل زيادة تبلغ خمسة أضعاف على مستوى الخط القاعدي السابق، وأن عدد الولادات التي تمت بمنشآت طبية تحت إشراف تمريض - توليد مهاري قد ازداد إلى ٣٥٪ من بين كل حالات الولادة، وهو ما يشكل أربعة أضعاف المستوى القاعدي. وأخيراً، كانت هناك أيضاً ٥٨٨ حالة إحالة وعملية نقل للمشافي مع توفر رعاية متكاملة لحالات الولادات الطارئة والمتعسرة.

سيستمر البرنامج في تسخير أنشطته

1. United Nations Children's Fund. The State of the World's Children 2009. New York: UNICEF, 2009.
2. World Health Organization. Cause-specific mortality and morbidity, maternal mortality ratio. World Health Statistics, Global Health Observatory Repository Data. At: <http://apps.who.int/ghodata>. Accessed 31 October 2011.
3. Federal Ministry of Health Nigeria, Save the Children, ACCESS. Saving newborn lives in Nigeria: newborn health in the context of the integrated maternal newborn and child health strategy. Abuja, 2009.
4. Centre for Reproductive Rights and Women Advocates Research and Documentation Centre. Broken promises: human rights, accountability, and maternal death in Nigeria. New York, Lagos: CRR, WARD, 2008.
5. National Population Commission, ICF Macro. Nigeria Demographic and Health Survey 2008. Preliminary Report. Abuja, Calverton MD: NPC, ICF Macro, 2009.
6. National Population Commission, ORC Macro. Nigeria Demographic and Health Survey 2003. Abuja, Calverton MD: NPC, ORC Macro, 2004.
7. Partnership for Reviving Routine Immunisation in Northern Nigeria: Maternal Newborn and Child Health Initiative, Progress Report. Kano: PRRINN-MNCH Programme, June 2011.
8. Agunwamba A, Bloom D, Friedman A, et al. Nigeria: The Next Generation. Literature Review. British Council, Harvard School of Public Health, 2009.
9. Wall LL. Dead mothers and injured wives: the social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of Northern Nigeria. *Studies in Family Planning* 1998;29:341-59.
10. Scrimshaw SCM. Adaptation of anthropological methodologies to rapid assessment of nutrition and primary health care. In: Scrimshaw NS, Gleason GR, editors. *Rapid Assessment Procedures - Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health related Programs*. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries, 1992. p.25-38.
11. De Allegri M, Ridde V, Louis VR, et al. Determinants of utilisation of maternal care services after the reduction of user fees: a case study from rural Burkina Faso. *Health Policy* 2011;99:210-18.
12. Mpembeni RN, Killewo JZ, Leshabari MT, et al. Use pattern of maternal health services and determinants of skilled care during delivery in Southern Tanzania: implications for achievement of MDG-5 targets. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007;11(7):29.
13. Babalola S, Fatusi A. Determinants of use of maternal health services in Nigeria: looking beyond individual and household factors. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9:43.
14. Gabrysch S, Campbell OMR. Still too far to walk: literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009;9:34.
15. Fotso JC, Ezeh A, Oranje R. Provision and use of maternal health services among urban poor women in Kenya: what do we know and what can we do? *Journal of Urban Health* 2008;85(3):428-42.
16. Tann C, Kizza JM, Morison L, et al. Use of antenatal services and delivery care in Entebbe, Uganda: a community survey. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2007;7:23.
17. Pathak KP, Singh A, Subramanian SV. Economic inequalities in maternal health care: prenatal care and skilled birth attendance in India, 1992-2006. *PLoS ONE* 2010;5(10):e13593.
18. Aiyanwura C, Yussuf Q. Utilization of antenatal care and delivery services in Sagamu, South Western Nigeria. *African Journal of Reproductive Health* 2009;13(3):111-22.
19. Klouda A, Adamu F. Clustering of child mortality and links to social support in Northern Nigeria. Unpublished manuscript, 2011.
20. Onayade AA, Akanbi OO, Okunola HA, et al. Birth preparedness and emergency readiness plans of antenatal clinic attendees in Ile-Ife, Nigeria. *Nigerian Postgraduate Medical Journal* 2010;17(1):30-39.
21. Gibson M, Mace R. Polygyny, reproductive success and child health in rural Ethiopia: why marry a married man? *Journal of Biosocial Science* 2007;39(2):287-300.
22. Adamu YM, Salihu HM. Barriers to the use of antenatal and obstetric care services in rural Kano, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2002;22(6):600-03.