

وفيات الأمهات أو صحة المرأة

ترجمة: سهير جمال محفوظ

تتراوح أعمارهن بين ٢٠-٢٥ عامًا، واللاتي أُجبن عددًا أكبر من المواليد. وفي الأماكن حيث تزداد مستويات استثمار الدولة في الرعاية الصحية، وارتبطت كذلك المستويات المتدنية من التعليم بارتفاع وفيات الأمهات حتى بين النساء اللاتي حصلن على الرعاية أثناء الولادة من مؤسسات الرعاية. غير أنه لم تُرصد أي علاقة بين القدرة الاستيعابية للمؤسسات ووفيات الأمهات في النموذج المعدّل.

للتعليم علاقة مباشرة، وأخرى غير مباشرة بوفيات الأمهات. فالنساء الأكبر حظًا من التعليم يتمتعن بقدرة أكبر على الحصول على المعلومات الصحية واستيعابها والشعور بثقة أكبر عند السؤال عن احتياجاتهن من الرعاية الصحية. فالتعليم قد يؤدي بصورة غير مباشرة إلى تعزيز الشعور بتقدير الذات ومن ثم التمكين لاتخاذ قرارات تتعلق بالصحة. وثمة عوامل محدّدة اجتماعية أخرى للصحة يثبتها ارتفاع مؤشرات صحة الأمهات بين النساء المتزوجات أو المعاشرات عنها في العزباوات. ما قد يعكس كيف يجتمع الضرر الاجتماعي والاقتصادي مع التوجهات حيال الحمل بدون زواج ليؤثر في حياة النساء. يرى المؤلفون أنه يجب إيلاء مزيد من الاهتمام للمحدّات الاجتماعية الأشمل للصحة عند ابتكار استراتيجيات للحد من وفيات الأمهات^١.

ROUND UP, Maternal mortality or women's health
Women with lower levels of education at higher risk of maternal death
Reproductive Health Matters 2012;20(39):216-224

النساء الأقل حظًا من التعليم أكثر عرضة لوفيات الأمهات

تناول هذه الدراسة العالمية العلاقة بين تعليم الأمهات، ووفيات الأمهات بين النساء اللاتي يضعن مواليدهن في مؤسسات الرعاية الصحية، وتحرى عن ارتباط ذلك بعمر الأم، والحالة الاجتماعية، وعدد المواليد، والطاقة الاستيعابية للمؤسسة، واستثمار الدولة في الرعاية الصحية. في إطار الدراسة الاستقصائية العالمية التي أجرتها منظمة الصحة العالمية على صحة الأمهات في فترة ما حول الولادة، تم جمع معلومات حول ٢٨٧٠٣٥ امرأة من مختلف فئات المجتمع أثناء الولادة. بدءًا من دخول المستشفى وحتى الخروج، في ٣٧٣ مؤسسة رعاية صحية في ٢٤ بلدًا، وذلك خلال الفترة من ٢٠٠٤ إلى ٢٠٠٥ في أفريقيا وأمريكا اللاتينية، وخلال الفترة من ٢٠٠٧ إلى ٢٠٠٨ في آسيا. كان معدل تعرض النساء غير المتعلمات لخطر الوفاة الناجمة عن الحمل والولادة يفوق معدل الخطر بالنسبة للنساء اللاتي حصلن على أكثر من ١٢ عامًا من التعليم بنحو ٢,٧ ضعفًا. أما النساء اللاتي حصلن على قسط من التعليم يتراوح بين عام إلى ٦ أعوام، فكان معدل تعرضهن للخطر يبلغ ضعف المعدل بالنسبة للنساء الأكبر حظًا من التعليم. وكان معدل تعرض النساء غير المتزوجات أو المعاشرات لخطر الموت يزيد بمعدل الضعف تقريبًا عنه بالنسبة للنساء المتزوجات أو المعاشرات. كانت هناك زيادة كبيرة في خطر التعرض للموت بين النساء اللاتي تتجاوز أعمارهن ٣٥ عامًا مقارنةً بهؤلاء اللاتي

وأخضعت الموارد غير الكافية للإشراف والرقابة المنتظمة. لم تُتخذ أي إجراءات ضد هؤلاء الذين يخالفون النظام. وفقاً لما كشفته المقابلات الشخصية مع الجهات الإشرافية. مثل مجالس إدارات المستشفيات. يقدم التقرير توصيات لتعزيز أنظمة الرقابة والمساءلة الفعالة التي لا تنجح الإصلاحات بدونها.^{1,2}



منظمة العموم الدولية

نظمت منظمة العفو الدولية قافلة في أنحاء سيراليون مع الناشطين والموسيقين ومجموعة مسرحية لإشراك المجتمعات المحلية في التصرف بشأن وفيات الأمهات وتأدية دور نشط في مطالبة السلطات بحقوقهم وبالمساءلة. امنستي الدولية

ROUND UP, Maternal mortality or women's health
Sierra Leone's maternal health reforms fail to deliver free treatment
Reproductive Health Matters 2012;20(39):216-224

1. At a Crossroads: Sierra Leone's Free Health Care Policy. Amnesty International, 2011. See also: <http://www.amnesty.org/en/news-and-updates/report/sierra-leone-pregnant-women-still-denied-lifesaving-medical-care-2011-09-05>.

2. Moszynski P. Sierra Leone's maternal health reforms fail to deliver free treatment, says Amnesty International. BMJ 2011;343:d5645.

1. Karlsen S, Say L, Souza J-P, et al. The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: Analysis of the cross sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. BMC Public Health 2011;11;606. Doi: 10.1186/1471-2458-11-606.

الإصلاحات في مجال صحة الأمهات تخفق في تقديم العلاج المجاني في سيراليون

تعرض الإصلاحات الصحية التي اتخذتها سيراليون مؤخراً للانهيار بفعل نقاط الضعف الخطيرة التي تتخلل النظام الصحي. وذلك وفقاً لما أورده تقرير جديد أصدرته منظمة العفو الدولية. تشير إحصاءات الحكومة إلى أنه منذ إدخال مبادرة الرعاية الصحية المجانية التي أطلقتها، وتشمل الرعاية المجانية أثناء الحمل والولادة، والخدمات المجانية للأمهات المرضعات، تزايد عدد النساء اللاتي يحصلن على رعاية ما قبل الولادة ويضعن مواليدهن في مرافق صحية. وبالرغم من ذلك، لا يزال هناك قصور كبير في إمكانية الحصول على الرعاية. قالت العديد من النساء إنهن لم يستطعن الحصول على الأدوية أو الرعاية. إما بسبب عدم توفر الإمدادات الطبية الأساسية في المرافق الصحية، أو لأن موظفي الصحة طلبوا دفع تكاليف أشياء كان من المفترض أن تقدم مجاناً. شملت نقاط الضعف في نظام المشتريات فساداً في منفذ الدخول إلى البلاد تفتش حتى وصل إلى صيدليات المرافق الصحية. حيث كانت النساء تدفع مقابلاً للحصول على الأدوية المجانية. اتخذت الحكومة خطوات لزيادة إمكانية حصول النساء على الخدمات الصحية وخاصة زيادة رواتب موظفي الصحة وإمدادهم بتدريب إضافي. لكن وزارة الصحة لم تكن تراقب سياستها التي تقتضي توفير الرعاية الصحية للأمهات مجاناً.

كنقاط مثيرة للقلق. ويرجع الفضل في تلك التطورات إلى الالتزام السياسي الوطني تجاه المشكلات الجنسانية. بما في ذلك الحصول على خدمة تنظيم الأسرة وإباحة الإجهاض. والتأييد القوي من قبل وزارة الصحة العامة. وتوضح هذه التطورات إمكانية خفض معدلات وفيات الأمهات بدرجة كبيرة خلال فترة زمنية قصيرة نسبياً¹.

ROUND UP, Maternal mortality or women's health
Commitment to gender concerns reduces maternal mortality, Tunisia
Reproductive Health Matters 2012;20(39):216-224

1. Ben Farhat E, Chaouch M, Chelli H, et al. Reduced maternal mortality in Tunisia and voluntary commitment to gender-related concerns. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2012;116:165-68.

العوامل المؤدية لارتفاع معدلات الولادة القيصرية، الصين

ارتفعت معدلات الولادة القيصرية في الصين بسرعة كبيرة من ١٨٪ إلى ٣٩٪ بين النساء الحضرية البكرات في الفترة بين عامي ١٩٩٠ و ٢٠٠٢. وارتفع المعدل في أرياف الصين بسرعة أقل. لكن يُعتقد أنه تجاوز الآن ٢٥٪. تم فحص ٣٤٤٨٢ مولوداً حياً تم تسجيلهم في أربع دراسات استقصائية للخدمات الصحية الوطنية في جميع أنحاء الصين (١٩٩٣ و ١٩٩٨ و ٢٠٠٣ و ٢٠٠٨) لقياس التأثير النسبي للتغيرات في دخل الأسرة والحصول على التأمين الصحي والتعليم في الفترة بين عامي ١٩٨٨ و ٢٠٠٨. كما تم تحليل المناطق الحضرية والريفية كلاً على حدة.

على الصعيد المحلي. قفز معدل العمليات القيصرية من ٣,٤٪ عام ١٩٨٨ إلى ٣٩٪ عام ٢٠٠٨. وكان أكبر معدل للزيادة في النساء

الالتزام تجاه اهتمامات النوع الاجتماعي يحد من وفيات الأمهات، تونس

قدر عدد وفيات الأمهات وأسبابها في تونس في الفترة بين عامي ١٩٩٩ و ٢٠٠٧. وقورن ببيانات الفترة بين عامي ١٩٩٣ إلى ١٩٩٤. وذلك لتقييم برنامج الأمومة الأمانة التونسي وما له من تأثير. وتم قياس جميع حالات وفيات النساء في عمر الإيجاب في تونس التي سجلها القطاعين العام (١٩٩٩-٢٠٠٧) والخاص (٢٠٠٦ فقط) الصحيين. لتحديد ما إذا كانت حالات الوفاة ترجع لأسباب متعلقة بالحمل. انخفض معدل وفيات الأمهات من ٦٨,٩ بين كل ١٠٠٠٠٠ مولود حي عام ١٩٩٣-١٩٩٤ إلى ٣٦,٣ عام ٢٠٠٥-٢٠٠٧. حيث ظل إجمالي وفيات الأمهات ثابتاً. بينما ازداد عدد المواليد الأحياء. ظل النزيف واضطرابات ارتفاع ضغط الدم، هي الأسباب الرئيسية وراء وفاة الأمهات. وتراجعت معدلات الوفيات الناجمة عن الإجهاض المستحث من ٢,٣٪ عام ١٩٩٩-٢٠٠١ إلى ٠,٦٪ عام ٢٠٠٥-٢٠٠٧. كان نقص الدم والأدوية والإمدادات في المرافق الصحية (بما في ذلك وسائل النقل) من الأسباب التي ساهمت في ١٠٪ من الوفيات. وساهم نقص أطباء التخدير أو النساء والتوليد في ٥,٥٪ من الوفيات. رغم تراجع كلا العاملين تراجعاً هائلاً بين الفترتين الأولى والثانية. ضاقت الفجوة بين المناطق الحضرية والريفية. رغم أن معدل وفيات الأمهات ظل في المناطق الوسطى والغربية أعلى منه في الساحل الشرقي الأكثر تحضراً. أصبح النزيف بعد الولادة سبباً متزايداً لوفاة الأمهات. ويجب الحد من هذه بصفة خاصة. اختفت وفيات الأمهات المرتبطة بالإجهاض المتعمد اختفاءً شبه تام. حيث لم تُسجل سوى حالة واحدة في الفترة من ٢٠٠٥-٢٠٠٧. ما يوضح تأثير تحرير قانون الإجهاض التونسي. تمت الإشارة إلى النسبة المرتفعة من حالات الولادة المنزلية والاختلافات الجغرافية البارزة

1. Feng XL, Xu L, Guo Y, et al. Factors influencing rising caesarean section rates in China between 1988 and 2008. Bulletin of World Health Organization 2012;90:30-39A.

حواجز متعددة في طريق استخدام سلفات الماغنيسيوم في علاج تسمم الحمل (الارتجاج) وما قبل تسمم الحمل، الهند

سعت هذه الدراسة إلى التعرف -على مستويات المرافق الصحية والمستويات المهنية- على العوامل التي قد تعيق أو تيسر الاستخدام الصحيح لسلفات الماغنيسيوم في علاج مرحلة ما قبل تسمم الحمل، وكذا تسمم الحمل. تقل مخاطر حدوث التشنجات إلى النصف عند معالجة النساء في مرحلة ما قبل تسمم الحمل بسلفات الماغنيسيوم، لكن الإقبال على استخدامه يظل ضعيفاً في الكثير من الأماكن رغم الأدلة الدامغة على سلامته وفعالته. عُقدت سبع مناقشات في إطار مجموعات اختبار بين مجموعة مختارة بعناية من أطباء النساء والتوليد والأطباء المقيمين والمرضعات في ثلاثة مستشفيات في ناجبور بشأن توفر المرافق والأدوية، ومعايير التشخيص وإدارة مرحلة ما قبل تسمم الحمل، وتسمم الحمل، والتوجهات المتبعة في استخدام سلفات الماغنيسيوم، والعوائق المتصورة في طريق علاج مرحلة ما قبل تسمم الحمل وتسمم الحمل.

تؤدي إمدادات الدواء المحدودة ونقص الإرشادات المؤسسية والمعدات والعاملين المدربين إلى إعاقة ترجمة السياسة القائمة على الأدلة إلى واقع عملي. في حين اتفق المشاركون في جميع المرافق على العلامات والأعراض التي تؤدي إلى مرحلة ما قبل تسمم

الحضريات اللاتي وضع ١٤,١٪ منهن بعملية قيصرية عام ٢٠٠٨. حتى في المنطقة الأقل نموًا، ارتفع المعدل من الصفر عام ١٩٨٨ إلى ١١,٣٪ عام ٢٠٠٨. كانت الحالة الاجتماعية والاقتصادية لمنطقة السكن عاملاً محددًا أهم من الحالة الاجتماعية والاقتصادية للفرد. وكان المعدل بين النساء الحضرين اللاتي حصلت على مستوى منخفض من التعليم أعلى منه بكثير بين النساء الريفيات اللاتي حصلت على نفس القدر من التعليم. ازدادت معدلات الولادة القيصرية عام ٢٠٠٨ إلى خمسة أضعاف في المنطقة الأكثر ثراءً عنها في المنطقة الريفية الأفقر. بغض النظر عن دخل الأسرة الفردي أو مستواها التعليمي أو الحصول على تأمين صحي، إن التغيرات التي طرأت على متغيرات فردية مثل الحصول على تأمين صحي أو الثروة المتزايدة لا تفسر المعدل المتنامي. وجدير بالملاحظة أن مدفوعات التأمين الصحي قد لا تكون هي القوة المحركة الرئيسة؛ فقد زاد المعدل بين النساء اللاتي لا يتمتعن بتأمين صحي بسرعة أكبر منه بين النساء اللاتي يتمتعن به في كل من المناطق الحضرية والريفية. يقترح المؤلفون عاملين مساهمين محتملين: فبسبب سياسة الطفل الواحد الصينية، فإن الوالدين اللذين يتوقعان أن ينجبا طفلاً واحداً قد يختاران ما يعتقدان أنه الخيار الأكثر أماناً للولادة. وقد يكون الحرص المتزايد على عمليات الولادة التي يحضرها أطباء وما يرتبط بذلك من تهميش لدور القابلة أيضاً أحد العوامل المساهمة. يجب توفير المزيد من المعلومات حول الأمان الفعلي والمتصور للعملية القيصرية في الصين.

ROUND UP, Maternal mortality or women's health
Factors for rising caesarean rates, China Reproductive Health Matters 2012;20(39):216-224

تفتقر إلى القوة العاملة والمعدات اللازمة لإدارة حالات مرحلة ما قبل تسمم الحمل وتسمم الحمل طبقاً للإجراءات السريرية الموصى بها. وفي حين كانت مستشفيات الرعاية الخدمية المتخصصة تمتلك بانتظام مخزوناً من سلفات الماغنيسيوم، فقد كانت تفتقر إلى الموظفين لإدارة الحالات. حتى العادي منها، وكان مقدمو الخدمات في مستشفيات الإحالة لتقديم الرعاية الخدمية المتخصصة يفتقرون إلى أدوات المختبرات والتشخيص الكافية، ومرافق المراقبة، والأدوية الأساسية، وجهاز تنفس اصطناعي عامل والموظفين الأساسيين. قال الممرضون والمرضات في المستشفيات الثلاثة إنهم لا يمتلكون أي معلومات أو مهارات للتعامل مع تسمم الحمل، لكنهم أيضاً اعترفوا بحقيقة ترددهم إلى حد ما في التعامل مع الحالات المعقدة؛ خشية أن يقع عليهم اللوم حال حدوث أي عواقب سلبية، حتى إذا كانت تلك العواقب نتيجة طبيعية للحالة.¹

ROUND UP, Maternal mortality or women's health
Multiple barriers to using magnesium sulphate for treatment of eclampsia and pre-eclampsia, India
Reproductive Health Matters 2012;20(39):216-224

1. Barua A, Mundle S, Bracken H, et al. Facility and personnel factors influencing magnesium sulfate use for eclampsia and pre-eclampsia in 3 Indian hospitals. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2011;115(3):231-34.

الحمل وتسمم الحمل. شعر الأطباء والممرضون والمرضات بأن النساء غالباً ما يتأخرن في طلب الرعاية بسبب افتقارهن إلى المعرفة، أو لنقص وسائل المواصلات التي يمكنهن حمل تكاليفها، ومواجهة صعوبات في الحصول على الخدمات. وقد أدى الإخفاق في تشخيص مرحلة ما قبل تسمم الحمل وتسمم الحمل في مستويات الرعاية الأقل إلى تعقيد عملية إدارة الحالات في مرافق الرعاية الخدمية المتخصصة. وأقر أطباء أمراض النساء بالدور المفيد الذي يؤديه عقار سلفات الماغنيسيوم لكنهم أبدوا حفاظات حول استخدامه لفترات متددة خاصةً بدون القدرة على مراقبة مستويات الماغنيسيوم في مصل الدم. وأدى عدم وجود إرشادات مؤسسية حول دواعي استخدام سلفات الماغنيسيوم إلى خلق حالة من الحيرة بشأن هذا الدواء في الواقع العملي.

كما خير أطباء أمراض النساء أيضاً بشأن دواعي استعماله للنساء في مرحلة ما قبل تسمم الحمل والنساء اللاتي تتعرضن لتشنجات مستمرة. وقلق مقدمو الخدمة بشأن المخاطر على الجنين والأم، خاصةً عند امتصاص سلفات الماغنيسيوم في الجسم بالتزامن مع دواء التخدير أثناء الولادة القيصرية. وقيل إن أطباء التخدير رفضوا في بعض الأحيان استخدام سلفات الماغنيسيوم.

شعر الأطباء السريريون والممرضين والمرضات في المرافق الثلاثة بأن مستشفياتهم كانت