

تعزيز سبل الوصول إلى خدمات الإجهاض الطبي: التحديات والفرص

بلا جاناترا،^أ فيليب جست،^ب مارج بيرير^ج

أ- عالمة. برنامج الأمم المتحدة الإنمائي/صندوق الأمم المتحدة للإسكان/اليونيسيف/منظمة الصحة العالمية/البرنامج الخاص للبنك الدولي للبحث والتطوير والتدريب البحثي في مجال الإيجاب البشري. جنيف، سويسرا. للمراسلة: ganatrab@who.int
ب- استشاري مستقل، بانكوك، تايلاند
ج- محررة، مجلة شؤون الصحة الإيجابية، لندن، المملكة المتحدة

ترجمة: أمل التريزي

Expanding access to medical abortion: challenges and opportunities
B Ganatra et al / Reproductive Health Matters 2015;Supplement(44):1-3

الملحق. ومع تراكم الأدلة، يعاد أيضًا تشكيل فهما وتفسير منظمة الصحة العالمية لتعريف الإجهاض غير الآمن، على أنه يأخذ في الاعتبار حقيقة أن «الأشخاص والمهارات والمعايير الطبية التي تُعتبر من العناصر الموفرة لإجراء إجهاض آمن تختلف عنها في حالة إجراء الإجهاض الطبي والجراحي»^أ. ولكن يظل التحدي قائمًا بشأن تطبيق الأدلة العالمية على الواقع المحلي. وفي هذا الملحق، تبحث عدة أوراق في هذه العقبات، بدراسة ما لدى مقدمي الخدمة والنساء من معرفة، وما يبذونه من آراء في الأماكن التي يقتصر الإجهاض القانوني فيها على عدد قليل من دواعي الاستعمال (مثلًا في الأرجنتين وزمبابوي). وكذلك في الأماكن التي تسمح بالإجهاض بناءً على طائفة كبيرة من الأسباب مثلًا في (كمبوديا، والهند، ونيبال، وتركيا). ولكن القاسم المشترك بين كل هذه الأماكن المختلفة هو غياب المعرفة الدقيقة؛ إذ تشير النتائج في مجملها إلى عدم انتشار المعرفة الدقيقة علميًا بشأن: الإجهاض الطبي، والأنظمة الملائمة، وإدارة العملية حتى في الأماكن التي تجيز قوانينها الإجهاض الطبي، حتى فيما بين مقدمي الخدمات الذين يوفرّون بالفعل خدمة

يُعتبر الإجهاض الطبي من الوسائل الآمنة والفعالة لإنهاء حالات الحمل المبكر والمتأخر، على النساء، باستعمال «ميفبريستون» mifepristone و«ميزوبروستول» misoprostol (أو «ميزوبروستول» فقط، في الأماكن التي لم توافق بعد على استعمال «ميفبريستون» mifepristone، أم لم يتوافر فيها بعد). كما يمكن استخدام أقراص «ميزوبروستول» misoprostol لمعالجة الإجهاض غير المكتمل والتلقائي، وعند اللجوء للإجهاض الطبي في حالات الحمل المبكر؛ يمكن إجراؤه في أحد مرافق الرعاية الصحية الأولية، وقد يجريه مقدمو الخدمة من غير الأطباء^أ. كما أدت تجارب استخدام هذه العقاقير على مدار ثلاثة عقود؛ إلى تراكم الأدلة التي تفيد بأن الكثير من إجراءات الإجهاض الطبي المبكر يمكن اتباعها بصورة آمنة خارج مرافق الرعاية أيضًا، بدءًا بتعاطي «ميفبريستون» mifepristone في العيادات واستعمال «ميزوبروستول» misoprostol في المنزل، ثم السماح بتعاطي «ميفبريستون» mifepristone في المنزل، وتُبدّل حاليًا جهود مختلفة لمساعدة النساء على التأكد - أيضًا - من انقضاء فترة الحمل كاملةً في المنزل، وهو ما توضحه الأوراق البحثية المقدّمة في هذا

الرعاية. فعلى سبيل المثال، ذكرت نسبة ١٥٪ فقط من طلاب كليات الطب - حسبما ورد في تقرير «ميسسيوكور» Mihciokur - أنها سوف تقدم خدمة الإجهاض الطبي عند البدء في ممارسة مهنة الطب. وعلى الجانب الآخر، قد يُبدي الأطباء مقاومة شديدة ضد التوسع في دائرة مقدمي الخدمات، بما يشمل أتمًا أخرى منهم؛ وهو ما رصدته دراسة «أنتشاريا وكاليانوالا» Acharya and Kalyanwalla في الهند. ورغم أن مقاومتهم قد تتصل في بعض جوانبها بحماية مجال اختصاصهم المهني، فإن المفاهيم الخاطئة والمعرفة غير الدقيقة حول سلامة الإجهاض الطبي تلعب هي الأخرى دورًا في هذا الشأن.

ومع ذلك، ليست كل المواقف سلبية؛ فقد يكون مقدمو الخدمات مطلعين على المعارف ومهتمين بتقديم المعلومات الدقيقة في الوقت نفسه. كما استنتج «بتيتيه» وآخرون Petitet et al في كمبوديا. وكما يوضح عدد كبير من الأوراق الأخرى في هذا الملحق، فإنه رغم التحديات، يمكن الكشف عن أساليب مبتكرة لتيسير سبل الوصول إلى المعلومات، وتحقيق اللامركزية في رعاية الإجهاض الطبي، وإتاحته بصورة أفضل للنساء.

وفي الأماكن التي توفر الإجهاض الجراحي، باعتباره الوسيلة الوحيدة المستخدمة للإجهاض الآمن، فإن تقديم الإجهاض الطبي - بوصفه خيارًا بديلًا - سيؤدي إلى زيادة احتمالات تعزيز سبل الوصول إلى الرعاية الآمنة، إذ أوضح «لوي» وآخرون Louie et al في أرمينيا أنه خيار قابل للتطبيق ومقبول في الوقت نفسه. وبالمثل، استقصى «روب» وآخرون Rob et al جدوى تقديم الإجهاض الطبي، باعتباره جزءًا من «برنامج تنظيم الدورة الشهرية» الذي يطبق منذ وقت طويل. فقد تم - بشراكة مع الحكومة - تجريب الخدمات الطبية لتنظيم

الإجهاض الطبي؛ وذلك نتيجة عدم اشتغال مناهج كليات الطب - دائمًا - على هذه المعرفة ضمن ما تقدمه من تدريبات، حتى لطلاب قسم التوليد وأمراض النساء. وفي كل الأماكن، ما يزال هناك محدودية في مصادر المعلومات الموثوق بها والمتوفرة لمقدمي الخدمات - وخاصةً أولئك العاملين خارج المستشفيات الكبيرة في الحضر؛ ونتيجة لذلك، يبدو أن المعرفة - حتى ما يتصل بها من خطوط إرشادية وطنية قائمة على الأدلة - لا تنتقل إلى عدد كبير من مقدمي الخدمات، أو لا تؤثر على ممارساتهم. ومن ثم، يستمر استخدام الأساليب المهجورة، مثل: الكشط الحاد للرحم - وهو ما لاحظته «رودريجز» وآخرون Rodriguez et al في كولومبيا، و«ماترنوفسكا» وآخرون Maternowska et al في زمبابوي.

وبالمثل، أياً كان الإطار القانوني، فإن النساء لا يحصلن على معلومات كافية عن معايير القوانين في بلدانهن، ولا يعرفن أين وكيف يحصلن على خدمات قانونية وآمنة، أو حتى أين يحصلن على رعاية آمنة بعد إجراء الإجهاض. حال تعرضهن لمضاعفات نتيجة الإجهاض غير الآمن؛ بل إن مصادر المعلومات الصحيحة أقل محدودية لدى النساء الريفيات الحاصلات على مستويات تعليمية أقل، وغالبًا ما تكون الصيدليات، والعاملون غير الرسميين في المجتمعات المحلية، وكذلك الإنترنت والخطوط الساخنة - هي المصادر الوحيدة للمعلومات في الأماكن التي تفرض قوانينها قيودًا؛ فكما يرى «رأمس» وآخرون Ramos et al في الأرجنتين، لا تنسم دائمًا المعلومات التي يمكن للنساء الحصول عليها من هذه المصادر بالدقة الكافية التي توفر لهن ما يردنه من إرشاد ودعم.

ومن بين التحديات المستعصية أيضًا ما يبدو من مقاومة أو ممانعة بين مقدمي الخدمات الحاليين أو المحتملين، لتوفير هذا النوع من

الدورة الشهرية جريبًا ناجحًا في عدة مرافق للرعاية الأولية في مناطق الريف والحضر. ونجحت الغالبية الساحقة للنساء في تنظيم الدورة الشهرية. دون الحاجة إلى تدخل جراحي. حيث وجدته النساء ومقدمو الخدمات كذلك خيارًا مقبولاً. وبيّنت الدراسة التي أجراها «سانهويزا» Sanhueza وزملاؤه أنه من الممكن تقديم خدمات الإجهاض الطبي لمرضى العيادات الخارجية. حتى بعد انقضاء تسعة أسابيع من الحمل. ففي إطار برنامج الإجهاض القانوني بمدينة المكسيك. نجحت دراستهم في جريب هذا الأسلوب على حالات الحمل الذي يبلغ مدة أقصاها عشرة أسابيع (٧٠ يوما).

وأوضحت الدراسات التي أجريت في كل من بنجلاديش والمكسيك أنه حين ترددت غالبية النساء على العيادات للمتابعة. للتأكد من اكتمال الإجهاض. فإن هذه الزيارات لم تعد إجبارية. وأجريت بحوث على عدد كبير من الأساليب التي تساعد النساء على تقييم اكتمال الإجهاض. وإذا ما كان هناك حاجة لزيارات متابعة أخرى. وتتضمن هذه الأساليب: إجراء اختبارات الحمل المنخفضة الحساسية عن طريق البول. واستخدام قائمة مراجعة أسئلة الفحص الشامل. ويتقدم «كونستانت» Constant وزملاؤه خطوة أخرى في مجال تقديم الخدمات الصحية عبر التليفون المحمول. ففي محيط مناطق الحضر في جنوب أفريقيا. حيث تعلقو نسبة نفاذ التليفون المحمول. وتمتلك النساء في العادة أجهزتهن الشخصية. يعرض «كونستانت» Constant وزملاؤه أن استعمال الأساليب التفاعلية القائمة على خدمة التليفون المحمول. لطرح أسئلة الفحص الشامل. هي إمكانية جديدة يزيد من الدراسة. ويمكن تعزيز سبل الوصول إلى الخدمات إذا أتيح لمقدمي الخدمات من غير الأطباء تقديم خدمة

وكما يذكر «تماج» Tamang et al وآخرون في نيبال. و«فترز» Fetters et al في زامبيا. فإن التدخلات التي تهدف إلى تعزيز المعرفة أو تغيير الممارسات تُظهر في أحيان كثيرة مستويات متباينة من النجاح؛ إذ إن الممارسات الفعلية يصعب تغييرها في دورة تدريبية قصيرة تقدّم مرة واحدة، ونظرًا لمستوى التنقل المرتفع للعاملين في الصيدليات وتباين خلفياتهم. فلا بد من تكرار التدريبات لترسيخ التغيير الإيجابي.

في حين استفادة النساء من الإجهاض الطبي. فإن الأنظمة الصحية تستفيد منه هي الأخرى من حيث كلفته الاقتصادية. ففي دراسة

البرامج أو السياسات. كما أن النتائج التي خلصت إليها الدراسات المتضمنة في هذه المبادرة البحثية. تم ذكرها في العديد من المنشورات الأخرى.

وليس من قبيل المغالاة التشديد على ضرورة إجراء بحوث عن العمليات أو تنفيذها. من أجل مواكبة التقدم السريع في تحديث قاعدة الأدلة الإكلينيكية المعنية بالإجهاض الطبي. فعلى سبيل المثال. أثبتت التجارب البحثية سلامة وفعالية إجراء الإجهاض الطبي المبكر. في حالات الرعاية الأولية لمرضى العيادات الخارجية. وذلك على أيدي مقدمي هذه الخدمة من غير الأطباء؛ غير أنه ما يزال هناك أمور كثيرة يجب فهمها حول كيفية ضمان بيئات ميسرة. من شأنها أن تجعل المشاركة في أداء هذه المهمة قابلة للتطبيق في أطر من البرامج. وبالمثل. فإن تحديد فعالية أو مقبولية ما يقوم به العاملون في المجتمعات المحلية من أدوار داعمة. لتوفير المعلومات والقيام بالفحص الشامل. وضمان الرعاية المبكرة لمن يبحث عنها. وتقديم الدعم للنساء في أثناء عملية الإجهاض الطبي. وتوفير رعاية المتابعة ووسائل منع الحمل بعد إجراء الإجهاض. هي كلها مجالات تتطلب مزيداً من البحث.

وقد تمثل التدخلات مع العاملين بالصيدليات حديثاً؛ إلا أن إيجاد استراتيجيات فعالة لتحسين مستوى معرفتهم. وتقديمهم للمعلومات. وقدراتهم على الإحالة. يمكن أن تشكل عناصر مهمة في منع الإجهاض غير الآمن. وكما أننا انتقلنا إلى مرحلة الإقرار بأن زيارة المتابعة قد لا تكون ضرورية. فعلياً كذلك وضع أدوات بسيطة يمكن توفيرها للنساء لتقييم عملية اكتمال الإجهاض. وما يعادل ذلك في الأهمية استحداث طرق يمكن تطبيقها لضمان أن ما يربط النساء بوسائل منع الحمل بعد

حالة أجريت في كولومبيا. استخدم «رودريجيز» Rodriguez وزملاؤه نموذج شجرة القرارات للتدليل على أن النظام الصحي يمكنه توفير التكاليف بزيادة ما هو قائم من خدمات الإجهاض الطبي. والانتقال من إجراءات الكنشط الحاد للرحم إلى الإجهاض الطبي. كما يؤكد «سانهويزا» وآخرون Sanhueza et al أن مد فترة إجراء الإجهاض الطبي لمرضى العيادات الخارجية إلى ٧٠ يوماً. بعد آخر دورة شهرية. سيؤدي كذلك إلى توفير تكاليف خدمات الصحة العامة. وهكذا يمكن أن تساعد كل هذه الأساليب على إتاحة خدمة الرعاية بصورة أفضل للنساء. ولكن كما يحذر «سوبهي سُري» Subha Sri و«رافندران» Ravindran. لا يمكن افتراض أن إمكانية الوصول إلى العقاقير في حد ذاتها يصحح أشكال التباين الأساسية بين الجنسين. أو يعالج غياب الاستقلالية التي تمكّن المرأة من اتخاذ قراراتها الخاصة بصحتها الإيجابية. وكذا قرار الحمل؛ لذا يجب معالجة هذه القضايا الجوهرية معالجة فاعلة. مع بذل الجهود لتحسين سبل وصول النساء إلى خدمات الإجهاض الآمن.

وكانت غالبية الدراسات المذكورة في هذا الملحق جزءاً من مبادرة بحثية عن بحوث العلوم الاجتماعية والعمليات. تهدف إلى تعزيز سبل الوصول إلى خدمات الإجهاض الطبي. ومدعومة من برنامج الأمم المتحدة الإنمائي/ صندوق الأمم المتحدة للإسكان/اليونيسيف/ منظمة الصحة العالمية/ البرنامج الخاص للبنك الدولي للبحث والتطوير والتدريب البحثي في مجال الإيجاب البشري. وذلك في الفترة ٢٠٠٩-٢٠١٤. وموّل بمنحة مقدّمة من جهة غير معلومة الهوية. وقد تم انتقاء هذه الدراسات. على أساس تنافسي. من بين عروض بحثية تهدف إلى معالجة فجوة كبيرة قائمة في الأماكن ذات الصلة. وتمتع بإمكانات لإحداث تغيير في

استراتيجية معينة. والقيام بعمل محدد فيما يتعلق بترجمة المعلومات إلى إجراء تنفيذي ودعوة للتغيير. ويواصل معظم الباحثين المذكورين في هذا الملحق استخدام نتائج دراساتهم. والعمل مع آخرين في بلدانهم. من أجل إحداث هذا التغيير. ومثال جيد على ذلك العمل الذي ذكره «لويي» وآخرون Louie et al حول كيف أن البحوث قد أيدت ضم الأجهزة الطبي في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل. في خدمات الصحة الإيجابية للنساء في أرمينيا. وأدت إلى اجتماع فريق عمل قام بإعداد خطوط إرشادية وطنية حول تقديم خدمة الأجهزة الطبي بناءً على نتائج الدراسة.

نخلص إلى. عندما تتعرض النساء للحمل غير المرغوب فيه أو غير المقصود. سيواصلن البحث عن سبل لإنهاء الحمل. بطريقة آمنة أو غير آمنة. على الرغم من أن دواعي القلق من الاستخدام غير المنظم لهذه العقاقير قد تكون قائمة على أسباب معقولة. فإن زيادة توفير هذه العقاقير تدريجيًا بما يشمل ترشيد الإجراءات وتوعية مقدمي الخدمات. وتلبية احتياجات النساء. هي أضمن طريقة لتعزيز السلامة وتوفير الحماية من الاستخدام غير المنظم. والقاعدة العريضة من الأدلة المتعلقة ببساطة إجراء الأجهزة الطبي وسلامته وفعاليته؛ جعله الإجراء المناسب تمامًا. لتعزيز سبل تقديم خدمة الأجهزة الآمن. وتوفير الرعاية حال حدوث مضاعفات ما بعد الجهاز.

الإجهاض يمكن توفيره بصورة فعالة لمن يرغب في تعاطيها. وتقديم المشورة والمعلومات هما عنصران أساسيان للنجاح في إجراء إجهاض طبي مبكر. ونظرًا لأنها عملية تحدث في جسد المرأة. وليست إجراءً يقوم بشخص ما بعمله؛ عليه فإن الحاجة إلى معلومات دقيقة أمر أساسي لمقدمي الخدمة والنساء على حد سواء.

ومن الطرق المهمة التي يجب البحث في تطبيقها - تقديم الرعاية الطبية عن بُعد. وتوفير الخدمات الصحية عن طريق التليفون المحمول. واستخدام وسائل الإعلام غير التقليدية. وأيضًا أساليب التدريب الابتكارية لمقدمي الخدمات. وذلك في إطار مناهج هذه التدريبات باعتبارها جزءًا من التدريب الوظيفي. كما يجب إيلاء الاهتمام بالاستراتيجيات التي تهدف إلى الاحتفاظ بمقدمي الخدمات المدربين. والمستعدين لتقديم الرعاية والقادرين على تقديمها معظم النساء الريفيات أو المهمّشات. وكذا الفتيات والنساء غير المتزوجات.

ويجب توثيق كل الجهود؛ سواءً الناجحة أو الأقل نجاحًا توثيقًا دقيقًا. حيث إن ندرة بيانات الرصد والتقييم لا تزال تعرقل جهود تعزيز الدروس المستفادة. ونقلها من مكان لآخر. وما النتائج البحثية سوى الخطوة الأولى لإحداث تغيير في البرامج والسياسات؛ فمن الصعب الاعتماد على نتائج دراسة واحدة لتحقيق الأثر المنشود. حيث إن معظم التغييرات تحدث نتيجة لعوامل متعددة. وبعد نشر نتائج الدراسات. يجب وضع

المراجع

1. World Health Organization. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. 2nd ed. Geneva:WHO, 2012.
2. Ganatra B, Tuncalp O, Johnston HB, et al. From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion. Bulletin of World Health Organization 2014;92(3):155. Doi: 10.2471/BLT.14.136333.