الأبعاد الصحية لمجتمع الأمهات النِّفاسية بالقارة الإفريقية

بين ملامح الواقع وآلية التدخل التنموي

د. محمد فرج عبد العليم علام
مدرس الجغرافيا الصحية – قسم الجغرافيا –
كلية الآداب/ جامعة المنوفية

تُعدّ صحة المرأة إحدى الركائز الرئيسية الدالة على جودة النظام الصحي وكفاءته في أي مجتمع، وعلى الرغم من أن البرامج الصحية الموجّهة إلى المرأة تنقسم بطبيعة الحال إلى خدمات الرعاية الصحية الإنجابية والخدمات غير الإنجابية؛ فإن المخاطر الصحية التي تحيط بفترة الإنجاب هي الأكثر تأثيراً وخطورةً على المرأة طيلة حياتها.

وتسعى هذه الورقة البحثية إلى الكشف عن أبرز العوامل المؤثرة في صحة المرأة النِّفَاسِيَّة بالقارة الإفريقية، مع تصنيف دول القارة وأقاليمها وفقاً لمستويات الرعاية الصحية المقدمة، والخسائر الحياتية جراء حالات الوفاة، وأبرز الأسباب المرضية المسببة لذلك، مع وضع رؤية مستقبلية للتخفيف من وطأة تلك المشكلة الصحية بالقارة.

المحور الأول: حجم ومعدل وفيات الأمهات النفاسية بالقارة:

يُعــدّ معــدل وفيات الأمهــات عنصراً مهماً في تقييم الحالة الصحية، وفي رســم ملامــح التحول الصحــي The Health Transition لأي مجتمــع، ويُعرف معدل وفيات الأمهــات Maternal mortality ratio: MMR بحــالات الوفاة للمرأة في أثنــاء الحمل وبعد الولادة لفترة زمنية تمتد إلى (٤٢ يوماً)[١].

وعلى الرغم مما تشهده القارة الإفريقية من انخفاض معدل وفيات الأمهات النفاسية بها؛ فإنها لا تزال تتصدر قارات العالم وفقاً لحجم ومعدل الخسائر البشرية بين الأمهات في تلك المرحلة المهمة في حياتها، فخلال الفترة ما بيــن (١٩٩٠-٢٠١٠م) انخفضت معدلات الوفيات النفاســية بالقارة بنسبة ٤١٪، إلا أنها في الوقت نفسه تستأثر بنسبة ٥٧٪ مــن جميع حالات الوفيات النفاســية فــي العالم، مــع أن خطر الوفاة بســبب المضاعفات المتعلقــة بالحمل لا يمثل في البلــدان الصناعية إلا بحالة واحدة من بين كل ٤٧٠٠ حالة، وهو ما يقابل حالة لكل ٣٩ سيدة بالقارة الإفريقية[٢].

ولقــد كشــفت تقديــرات منظمــة اليونيســيف، وفقاً لأعداد ومعدلات وفيات الأمهات النفاسية بالقارة الإفريقية، مقارنةً

لا تزال وفيات الأمهات تشكل قضية صحية رئيسية في البلدان النامية، ولا سيما تلك الموجودة في إفريقيا جنوب الصحراء

بقارات العالم خلال الفترة (٢٠٠٠-٢٠١٧م)، كما بجدول (١) وشــكل (١)، عن مجموعة من الحقائق، **نوردها على النحو الآتي:**

- تتصدر القارة الإفريقية وتقســيماتها الداخلية وفقاً للفاقد الحيوي بين السيدات النفاســية، حيث ارتفع المعــدل وبلغ أعلى مســتوى له في دول غرب إفريقيا ووسطها ليبلــغ (٧٩٨)، ثم فــي دول إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى بمعدل (٦٧٩)، ثم شــرق إفريقيا وجنوبهــا بمعدل (٥٥٦)، وبلغ أدنى مستوى له بما يقل كثيراً عن المعدل العالمي البالغ (٢٦٨)، وذلك بدول شــمال إفريقيا بمعــدل (٧٢ حالــة لــكل ١٠٠ ألف مولود حي)، في مقابل (٢٦٥) بجنوب آسيا، و(٨٥) بأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، و(٣٠) بأوروبا الشــرقية وآســيا الوسطى، و(١٤) بأمريكا الشــمالية، و(٧ حالات لكل ١٠٠ ألف مولود حي) بأوروبا الغربية.
- تجاوزت كل الأقاليم الجغرافية بالقارة على مدار ثمانية عشــر عاماً المتوســط العالمي، فيما عدا دول شمال إفريقيا التي تدنــى المعدل بها دون المتوســط العالمي في كل الســنوات؛ الأمــر الذي يظهر مدى التفــاوت الكبير في خدمات رعاية الأمومة

(١) Saleh W.F. & Ragab W.S. & Aboulgheit S.S., Audit of Maternal Mortality Ratio and Causes of Maternal Deaths in The Largest Maternity Hospital in Cairo, Egypt (Kasr Al Aini) in 2008 and 2009; Lessons Learned, African Journal of Reproductive Health 17(3), September 2013, p.105.

(٢) صندوق الأمم المتحدة للسكان، الصحة النفاسية في إفريقيا، يناير ٢٠١٣م، ص١.

والطفولة بالقارة، حيث كان لجودتها أثر ملحوظ في تدني المعدل مقارنةً بباقي الأقاليم الجغرافية للقارة، فقد انخفضت وفيات الأمهات بنسبة ٥٠٪ خلال الفترة من عام ١٩٩٠م وحتى عام ٢٠١٥م (من ٢٢٠ إلى ١١٠ حالة وفاة لكل ١٠٠ ألف ولادة حيّة)[١].

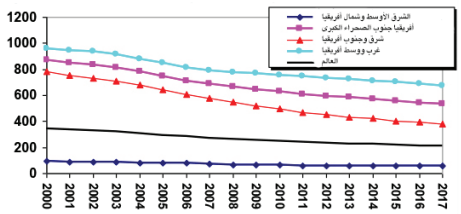
جدول (١) تطور معدل وفيات الأمهات بقارة إفريقيا خلال الفترة (٢٠٠٠-٢٠١٧م).

السنوات	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	شرق وجنوب إفريقيا	غرب ووسط إفريقيا	العالم
٢٠٠٠	٩٥	٧٨٠	٩٦٢	٣٤٢
٢٠٠١	٩١	٧٥٣	٩٤٧	٣٣٥
٢٠٠٢	٨٧	٧٣٢	٩٣٤	٣٢٨
٢٠٠٣	٩٠	٧١١	٩١٣	٣١٩
٢٠٠٤	٨٤	٦٨٣	٨٨١	٣٠٩
٢٠٠٥	٨١	٦٤٥	٨٤٧	٢٩٦
٢٠٠٦	٨٢	٦١٠	٨١٥	٢٨٤
٢٠٠٧	٧٦	٥٧٧	٧٩١	٢٧٤
٢٠٠٨	٦٩	٥٤٨	٧٧٨	٢٦٥
٢٠٠٩	٦٥	٥٢١	٧٦٧	٢٥٧
٢٠١٠	٦٣	٤٩٤	٧٥٥	٢٤٨
٢٠١١	٦٠	٤٧١	٧٤٥	٢٤١
٢٠١٢	٥٩	٤٥١	٧٣٤	٢٣٤
٢٠١٣	٥٩	٤٣٤	٧٢٣	٢٢٩
٢٠١٤	٦٠	٤٢١	٧١٣	٢٢٤
٢٠١٥	٥٩	٤٠٦	٦٩٩	٢١٩
٢٠١٦	٥٧	٣٩٥	٦٨٦	٢١٤
٢٠١٧	٥٧	٣٨٤	٦٧٤	٢١١
المتوسط السنوي	٧٢	٥٥٦	٧٩٨	٢٦٨

(المعدل حالة وفاة لكل ١٠٠ ألف حالة ولادة حية).
:Source: UNICIF, Maternal mortality, September 2019, Available at
/https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality
https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

(١) منظمة اليونيسف، الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، متاح على: https://www.unicef.org/mena/ar

شكل (١): تطور معدل وفيات الأمهات النفاسية بقارة إفريقيا خلال الفترة (٢٠٠٠-٢٠١٧م).



المحور الثاني: التباينات المكانية لوفيات الأمهات النفاسية بين دول القارة وأقاليمها:

تجاوز إجمالي عدد حالات وفيات الأمهات النفاسية بالقارة الإفريقية حاجز أربعة ملايين حالة (٤٠٠٦٩٩٢ حالة) خلال الفترة (٢٠٠٠-٢٠١٧م)، ولقد تباينت حالات الوفاة ونسبتها ومعدلاتها بين دول القارة، على النحو الموضح بجدول (٢) وشكل (٢)، **والذي يمكن من خلالهما استخلاص الآتي:**

- تصدرت دولة نيجيريا دول القارة؛ إذ استحوذت على ٢٩,٢٪ من إجمالي حالات وفيات الأمهات النفاسية المسجلة، تلاها- وبفارق كبير- كلٌّ من دول إثيوبيا وجمهورية الكونغو وجمهورية تنزانيا بنسبٍ بلغت (٧,٩-٢,٧-٥٪) بالترتيب نفسه، وتراوحت النسبة بين (٢-٤٪) في إحدى عشرة دولة، وتدنت النسبة دون ذلك في باقي دول القارة.
- تباين معدل الوفيات بين دول القارة، **والتي يمكن تقسيمها إلى عدة مستويات:**

المستوى الأول: دول تعاني بصورة مرتفعة جداً:

وهي الدول التي يتجاوز المعدل بها حاجز (ألف حالة/ ١٠٠ ألف مولود حي)، والتي تمثلت في ست دول، بنسبة تشكل

١١٪ من دول القارة، ممثلة في: دول جمهورية إفريقيا الوسطي وتشاد ونيجيريا وسيراليون والصومال وجنوب السودان.

المستوى الثاني: دول تعاني بصورة مرتفعة:

وهي الدول التي يتراوح المعدل بها بين (٥٠٠-١٠٠٠ حالة/ ١٠٠ ألف مولود حي)، والتي تمثلت في عشرين دولة، شكلت ٣٧٪ من دول القارة، تصدر هذا المستوى دول مثل: غينيا وموريتانيا وبوروندي وإريتريا وغامبيا وليبيريا.

المستوى الثالث: دول تعاني بصورة متوسطة:

ممثلة في الدول التي يتراوح المعدل بها بين (٢٥٠-٥٠٠ حالة/ ١٠٠ ألف مولود حي)، والذي تمثل في ست عشرة دولة، بنسبة شكلت ٢٩,٦٪ من دول القارة، تتصدرها دول مثل: موزمبيق وأوغندا وشمال السودان وتوجو والسنغال ومدغشقر وبوركينا فاسو وأنجولا وبنين.

المستوى الرابع: دول تعاني بصورة منخفضة:

وهي الدول التي يتدنى بها المعدل دون (٢٥٠ حالة/ ١٠٠ ألف مولود حي)، وهو المعدل الذي يقترب من المعدل العالمي البالغ (٢٦٨ حالة لكل ١٠٠ ألف مولود حي)، والذي تمثل في اثنتي عشرة دولة، بما يتجاوز خُمس الدول ٢٢,٢٪، ليبلغ أدنى معدل بدول مثل: مصر وتونس (٤٧,٧ - ٥٠,٢ حالة/ ١٠٠ ألف مولود حي) بالترتيب.

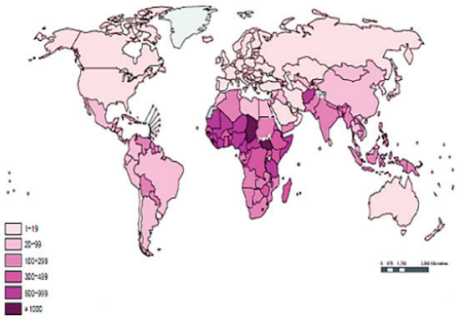
جدول (٢): التباينات المكانية لحجم ومعدل وفيات الأمهات النفاسية بقارة إفريقيا خلال الفترة (٢٠٠٠-٢٠١٧م):

الدولة	عدد حالات الوفيات	٪	متوسط معدل الوفيات (... حالة لكل ١٠٠ ألف مولود)
الجزائر	١٨٢٧٠	٠,٥	١٢٥,٦
أنجولا	٧٥٧٠٠	١,٩	٤٣٥,٢
بنين	٢٩٥٠٠	٠,٧	٤٧٠,٢
بوتسوانا	١٩٦٩	٠	٢٠٦,٣
بوركينا فاسو	٤٦٥٠٠	١,٢	٤٠٧,٣
بوروندي	٤٥٧٠٠	١,١	٧٣١,١
الرأس الأخضر	١٥٩	٠	٧٨,٥
الكاميرون	٨٩٧٠٠	٢,٢	٦٥٣,٥
إفريقيا الوسطى	٣٢٠٠٠	٠,٨	١٠٨٥,٣
تشاد	١٢٢٦٠٠	٣,١	١٢٧٣,٣
جزر القمر	١٥٠٥	٠	٣٥٩,١
الكونغو	١٤٩٧٠	٠,٤	٥٦٨,٦
كوت ديفوار	٩٤٥٠٠	٢,٤	٦٩٠,١
الكونغو الديموقراطية	٢٩٠٠٠٠	٧,٢	٥٨٧,٤
جيبوتي	١٣٣٢	٠	٣٤٠
مصر	١٧٩٨٠	٠,٤	٤٧,٧
غينيا الاستوائية	٢٠١٠	٠,١	٣٣٤,٩
إريتريا	١٣٠٨٠	٠,٣	٧٣١,١
إثيوبيا	٣٨٨٠٠٠	٩,٧	٦٩٦,٤
الجابون	٢٩٥٠	٠,١	٣١٨
غامبيا	٩٠٤٠	٠,٢	٧١٩,١
غانا	٥٠٤٠٠	١,٣	٣٦١
غينيا	٥٩٣٠٠	١,٥	٨٣٠
غينيا بيساو	٩٠٧٠	٠,٢	٨٨٠

كينيا	١٢٨٩٠٠	٣,٢	٥٠٧,٢
ليسوتو	٦٦٢٠	٠,٢	٦١٥,٨
ليبيريا	١٨٨٠٠	٠,٥	٧٦٧
ليبيا	١٤٠٢	٠	٦١,١
مدغشقر	٦٠٩٠٠	١,٥	٤٦٤,٦
ملاوي	٥١٧٠٠	١,٣	٥١٨,٨
مالي	٨١١٠٠	٢	٦٨١,٤
موريتانيا	١٨٠٥٠	٠,٥	٨١٤,٨
موريشيوس	١٧٢	٠	٥٩,٣
المغرب	١٣٣٥٠	٠,٣	١١٢,١
موزمبيق	٨٠٧٠٠	٢	٤٩٠,١
ناميبيا	٣١٤٠	٠,١	٢٨٦
النيجر	٩٥٣٠٠	٢,٤	٦٨١
نيجيريا	١١٦٩٠٠٠	٢٩,٢	١٠٣١,٨
رواندا	٣٢٥٥٠	٠,٨	٥٤٣,٧
ساو تومي وبرينسيبي	١٧١	٠	١٤٩,٣
السنغال	٣٧٦٠٠	٠,٩	٤٥٥,٦
سيراليون	٦٦٧٠٠	١,٧	١٥٧١,١
الصومال	٩٢٦٠٠	٢,٣	١٠٠٠,٩
جنوب إفريقيا	٣٣٥٠٠	٠,٨	١٦٤,٤
جنوب السودان	٧٨٣٠٠	٢	١٣١٧,٨
شمال السودان	٩٨٦٠٠	٢,٥	٤٥٩,٩
توجو	١٨٦٤٠	٠,٥	٤٤٩,٧
تونس	١٦٦٢	٠	٥٠,٢
أوغندا	١١٣٥٠٠	٢,٨	٤٥٦,٨
تنزانيا المتحدة	٢٠٨٠٠٠	٥,٢	٦٧٠,٥
زامبيا	٣٣٧٠٠	٠,٨	٣٤٩,٥
زيمبابوي	٤٦١٠٠	١,٢	٥٩٢,١
إجمالي القارة	٤٠٠٦٩٩٢		٢٨٢٥٢,٢

Source: UNICIF, Maternal mortality, September 2019, Available at: https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality

شكل (٢): خريطة وفيات الأمهات (... حالة/١٠٠ ألف مولود حي) في العالم عام ٢٠١٧م:



Source: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, 2019, p.38.

والجدير بالذكر: أن هناك مؤشـــراً آخر يقيـــس فاقد الأمهات جـــراء ظروف وفترة الحمـــل وإن تأخرت حـــالات الوفاة، يُطلق عليه «خطـــر وفاة الأمهات مـــدى الحياة» Adult lifetime risk of maternal death، وهـــو احتمال وفـــاة امرأة تبلغ من العمر ١٥ عاماً في نهاية المطاف لأســـباب نفاسية (مرحلة الأمومة)؛ حيث تعيش نساء البلدان النامية تجربة الحمل مرّات عديدة تفوق بكثير النســـاء في البلدان المتقدمة، ومن ثم فإنّ خطر تعرّضهن للوفاة بســـبب الحمل أعلـــى من خطر تعرّض غيرهن لها، حيث يبلغ المعدل (١ لكل ٤٩٠٠ في البلدان المتقدمة)، مقابل (١ لكل ١٨٠ في البلدان الناميـــة)، وتكون هذه الخطـــورة في بلدان محدّدة تُعرف بأنها دول هشـــة بواقع (وفاة واحدة لكل ٥٤ امـــرأة)؛ ممّا يبيّن العواقب المترتبة على تداعي النظم الصحية[1].

(١) منظمة الصحة العالمية، وفيات الأمومة، ١٩ أيلول/سبتمبر ٢٠١٩م، متاح على:
https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

وعلى الصعيد العالمي؛ انخفض خطر تعرض الأم للوفاة طوال حياتها بنحو النصف بين عامي (٢٠٠٠ و ٢٠١٧م)، وذلك من (وفاة واحدة بين كل ١٠٠ امرأة) إلى (وفاة واحدة بين كل ١٩٠ امرأة)، ويبلغ معدل الخطر أعلى مستوى له في إفريقيا جنوب الصحراء؛ بسبب ارتفاع مخاطر الولادة ومعدلات الخصوبة، حيث ماتت امرأة واحدة من بين كل ٣٨ امرأة عام ٢٠١٧م؛ بسبب الحمل أو الولادة، ولقد كانت أشد بلدين خطورة على مستوى العالم فيما يرتبط بعملية الولادة هما: تشاد (١ بين كل ١٥) وجنوب السودان (١ بين كل ١٨)، على الرغم من تحسن هذا الوضع بشكل طفيف عند مقارنته بما كان عليه في عام ٢٠٠٠م، حيث كانت هناك حالة وفاة واحدة بين كل عشر نساء[١].

المحور الثالث: العوامل المؤثرة في صحة المرأة النفاسية بالقارة:

أولاً: الأسباب المرضية:

تقضي النساء نحبهن أثناء فترة الحمل أو خلال الولادة أو في الفترة التي تلي الوضع نتيجة لعدد من الأسباب المباشرة وغير المباشرة، فعلى الصعيد العالمي تحدث ٨٠٪ من وفيات الأمومة لأسباب مباشرة، والتي تتمثل في خمسة عوامل رئيسة، وهي: النزف الوخيم (النزف الذي يحدث بعد الوضع بالدرجة الأولى)، وأنواع العدوى (ولاسيما الإنتان الوليدي)، والاضطرابات التي تؤدي إلى فرط ضغط الدم أثناء فترة الحمل (الارتعاج عادة)، والولادة المتعسرة[٢].

كما تتسبّب المضاعفات التي تحدث بعد الإجهاض غير المأمون في وقوع ١٣٪ من مجموع وفيات الأمومة، ومن الأسباب غير المباشرة: أن (٢٠٪) من الوفيات تكون نتيجة الإصابة بأمراض كالملاريا وفقر الدم والإيدز والأمراض القلبية[٣].

وقد تشكلت تلك الأسباب بقارة إفريقيا بنسب (٢٠٪ للنزيف)، و(١٠٪ بسبب اضطرابات ضغط الدم المرتفع)، و(١٥٪ بسبب الإنتان الوليدي)، و(حوالي ١٠٪ بسبب الولادة المتعسرة)، و(حوالي ١٣٪ بسبب الإجهاض غير الآمن)، وهي الأسباب نفسها التي تقف وراء حالات الوفيات بين الأمهات منذ عام ١٩٩٠م تقريباً، والتي تشكل مجتمعة نحو ٧٠٪ من جميع الوفيات النفاسية في منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا[٤].

ومن ناحية أخرى؛ يقابل كل حالة وفاة بالقارة الإفريقية ٢١ امرأة أخرى تعاني من إعاقة متعلقة بالحمل، مثل حالات ناسور الولادة، والذي يتسبب في حدوث إعاقات لدى عشرات الآلاف من النساء في إفريقيا سنوياً، في مقابل كل امرأة تموت تتعرض ما بين ٢٠ و ٣٠ امرأة لحالات اعتلال أو عجز قصيرة الأجل أو طويلة الأجل، بما في ذلك الأنيميا الحادة، والإضرار بالأعضاء التناسلية[٥] والإصابة بالإيدز، كما هو

---

(١) متاح على: https://blogs.worldbank.org

(٢) Ronsmans C., & Collin S. M., and Filippi V., Maternal Mortality in Developing Countries, Hu-mana Press, Totowa, NJ, 2014, p.34.

(٣) منظمة الصحة العالمية، معدل وفيات الأمومة، متاح على: https://www.who.int/maternal_child_adolescent

(٤) منظمة اليونيسف، متاح على: https://www.unicef.org/mena/ar

(٥) صندوق الأمم المتحدة للسكان، الصحة النفاسية في إفريقيا، ٢٠١٣م، ص٢.

موضح بالجدول الآتي (جدول ٣).

جدول (٣): تقديرات وفيات الأمهات النفاسية غير المباشرة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية بقارة إفريقيا عام ٢٠١٧م:

المنطقة	عدد وفيات الأمهات	معدل وفيات الأمهات	عدد وفيات الأمهات غير المباشرة المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية	معدل وفيات الأمهات غير المباشرة المرتبط بفيروس نقص المناعة البشرية
العالم	٢٩٥٠٠٠	٢١١	٣٦٠٠	٣
إفريقيا جنوب الصحراء	١٩٦٠٠٠	٥٤٢	٣٢٠٠	٩
شمال إفريقيا	٦٧٠٠	١١٢	١٦	٠

المعدل (حالة لكل ١٠٠ ألف مولود حي).
Source: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and, The United Nations Population Division Trends In Maternal Mortality 2000 To 2017, 2019, P.37

ثانياً: المحددات الاجتماعية والاقتصادية والخدمات الصحية:

لا تـــزال وفيات الأمهات تشـــكل قضية صحية رئيسية في البلدان النامية، ولا سيما تلك الموجودة في إفريقيا جنوب الصحراء، وهو أحد المؤشرات الرئيسية من الأهداف الإنمائيـــة للألفية، حيث تتراكم في إفريقيا كثير من المشـــكلات الصحية، خاصةً في مناطقها الريفية، التـــي تعاني من فقر في البنيـــة التحتية الصحيـــة، ونقص الرعاية الصحيـــة والتوعية الصحيـــة، وانخفاض مستويات الدخل والتعليم[١].

أ) المحددات الاجتماعية:

يُعد التعليم أحد المحددات الاجتماعية لوفيات الأمهات بإفريقيا جنوب الصحراء، حيـــث توصلت كثيـــر من الدراســـات إلى وجود علاقة عكســـية بينهما، فعلى ســـبيل المثال: أظهرت دولة موريشيوس مستويات عالية نســـبياً من التعليم بين النساء، ومن ثم كان معدل وفيات الأمهات أقل نســـبياً، ولقد توصل باحثون آخرون إلى أن النســـاء الحوامـــل الأميّات أقل ميـــلاً للوصول إلى الخدمات الصحيـــة الضرورية، فضلاً عن أن أميتهـــن تعيق قدرتهن علـــى الحصول على معلومـــات كافية حول خيارات الرعاية الصحية للأم؛ لذا فإن النساء اللواتي يعرفن القراءة والكتابة ولديهن مستويات أعلى من التعليم قادرات على الوصول إلى المعلومات الضرورية لاتخاذ قرارات مســـتنيرة بشأن رعايتهـــن الصحيـــة، ولذلك يقـــل احتمال تعرضهن لوفيات الأمهات[٢].

ويرتبط ارتفاع معـــدل وفيات الأمهات وارتفاع معدل انتشـــار الأمـــراض وكذلك وفيات الأطفال حديثي الولادة والرضع في قـــارة إفريقيا بزواج الأطفـــال، حيث يوجد بالقارة ثلاثـــون دولة تتراوح نســـبة إجبار الفتيات القاصـــرات على الزواج بين (٣١-٧١٪)، مـــن بينها ٢٢ دولـــة ذات المعدلات الأعلـــى لوفيات الأمهـــات، و٢٣ دولة ذات المعدلات الأعلى لوفيـــات الأطفال؛ الأمر الذي يُظهر وجـــود علاقة طردية بين زواج

(١) Garenne M., Maternal Mortality in Africa: Investigating More, Acting More, Lancet Global Health 2015, p.1.

(٢) Batist J., An intersectional analysis of Maternal Mortality in Sub-Saharan Africa: a human rights issue, Vol. 9 No. 1, June 2019, p.2.

الأطفال ووفيات الأمهات والأطفال[١].

ولعل من أبـــرز القضايا الصحية، والتي تتنافى مـــع كل الأديـــان والقوانين، قضية الإجهـــاض، ففي البلدان المتقدمة يقدر أن ٣٠ امرأة تلقى حتفها من كل ١٠٠ ألف حالة إجهـــاض، ويرتفع هذا العدد إلى ٢٢٠ حالة وفـــاة من كل ١٠٠ ألف حالـــة إجهاض في البلدان النامية، وإلى ٥٢٠ حالة وفاة من في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى.

ب) المحددات الاقتصادية:

تعمـــل العوامـــل الاقتصادية كمحددات رئيســـية لوفيات الأمهـــات بإفريقيا جنوب الصحراء، حيث يشـــير كثيـــر من الباحثين إلى وجـــود علاقة ارتباطية بيـــن إجمالي الناتج القومي للفرد GNP – بالقارة جنوب الصحراء الكبرى – والحالة الصحية ووقوع حالات مرضية ووفيات الأمهات، حيث تبين وجود علاقة عكسية بين الإنفاق الحكومي للفرد على الصحة وإجمالي الدخل القومي للفرد ومعدل وفيـــات الأمهات بالقارة؛ لذا تمت ملاحظة: أن الـــدول التي تحقق أداءً أفضل اقتصادياً يكون معدل وفيات الأمهات لديها أقل.

ومـــن ناحية أخـــرى؛ نجـــد أن العديد من النســـاء في إفريقيا يعتمدن مالياً على أزواجهن، وهو الأمر الذي يؤثر ســـلبياً في استقلالية المرأة فيما يتعلق بصحة المرأة؛ من خلال الاضطرار إلى الاعتماد على تقدير أزواجهن في الأمور المتعلقة بالصحة[٢].

ومن أبـــرز المحـــددات الاقتصادية أن الدخـــل يؤثر فـــي الحالـــة الغذائية للأم ورضيعها، حيث ثبـــت أن نقص اليود أثناء الحمل يتسبب في مشكلات عقلية لحوالي ٢٠ مليون طفل/ سنوياً، وفي إفريقيا يعاني ٥٧ مليون طفل من نقـــص اليود[٣]، كما أن القارة يوجد بهـــا أعلى عبء لنقص عنصر الزنك لدى الأطفال دون ســـنّ الخامســـة، كذلك يـــؤدي نقص الحديد الشـــديد إلى حدوث (فقر الدم)، ويتسبب في وفاة حوالي ٥٠٠٠٠ امرأة ســـنوياً أثناء الحمل والولادة، فضلاً عن أنه يؤثر في مســـتويات التنمية بالـــدول، حيث يقلـــل من إنتاجيـــة القوى العاملة، مع خســـائر تُقدّر بمـــا يصل إلى ٢٪ مـــن الناتج المحلي الإجمالي، وتشـــير التقديرات إلى أن غالبية السيدات الحوامل اللاتـــي يعانين من نقـــص الحديد يقطنون بصـــورة كبيرة بإفريقيا جنـــوب الصحراء، وهـــو عامل خطر رئيس يســـهم في وفيات الأطفال بمرحلة ما قبل المدرسة، والنساء غير الحوامل والحوامل؛ لذا تُصنف إفريقيا بأعلى معدل انتشار فقر الدم لجميع الفئات السكانية الثلاث[٤].

ومن المؤشرات الرئيســـية لتغذية الأم: قامـــة الأم، ومؤشـــر كتلة الجســـم، ونقص المغذيات الدقيقة؛ حيث يســـهم سوء تغذية الأمهـــات فيما لا يقل عـــن ٤١٪ من وفيات الأمهـــات، ويزيـــد من احتمـــالات التعرض

(١) الاتحاد الإفريقي، التقرير السنوي عن وضع صحة الأمهات والرضع والأطفال في إفريقيا لعام ٢٠١٣م، إثيوبيا، ص٤٧.

(٢) Batist J., OP.Cit, p.2.

(٣) United Nations Development Programme, Children Malnutrition and Horizontal Inequalities in Sub-Saharan Africa: A Focus on Contrasting Domestic Trajectories, Regional Bureau for Africa, March 2012, p.19.

(٤) Global Nutrition Report 2015 «Africa Brief», Actions & Accountability To Advance Nutrition & Sustainable Development, 2015, pp.23-24.

للنتائج السيئة الأخرى الناتجة عن الحمل، مثل وفيات حديثي الـولادة، فغالباً ما ينتج عن قصر قامـة الأمهات التقزم في مرحلة الطفولـة، وهو أيضاً أحـد عوامل الخطر للولادة المتعسـرة والقيصرية؛ بسبب عدم التناسـب بين حجـم رأس الطفل وحوض الأم، ويمكـن أن تؤدي الولادة المتعسـرة مع طـول مدة المخـاض وعـدم إمكانية الولادة القيصريـة أو اللجوء المتأخر إليها إلى وفاة الأم وحـدوث مضاعفات صحية طويلة الأجل، مثل ناسـور الولادة، ووفيات الأطفال حديثي الولادة بسبب الاختناق أثناء الولادة[1].

وتشهد القارة الإفريقية تبايناً وتدنياً في مستويات الرعاية الصحية الإنجابية كما بجدول (٤)، وشكل (٣)، ولعل أبرز المؤشرات في هذا الصدد ما يأتي:

- **خدمات الرعاية الصحية ما قبل الولادة:**

لا تزال إفريقيا تعاني بشكلٍ مثير للقلق، على الرغم من أن ٧٧٪ من النساء الحوامل قد قمن بـأول زيـارة للرعايـة الصحية السابقة للولادة عام ٢٠١٥م، في حين حصل ٥٤٪ فقط على رعاية صحية ممثلةً في أربع زيارات سـابقة للولادة، إلا أن هذا المعدل يُعـد منخفضاً للغاية مقارنةً- على سـبيل المثال- بأقاليم منظمة الصحة العالمية في الأمريكتيـن وأوروبا، حيث يقوم ٩٤٪ و٩٢٪ من النساء الحوامل بأربع زيارات على الأقل للرعاية السابقة للولادة على التوالي.

- **الـولادة بواسطة طبيـب مـدرب أو ممرضات مدربات:**

خـلال الفتـرة (٢٠٠٥-٢٠١٦م) بلغت نسـبة الولادات بين الأمهـات تحت رعاية صحية بواسـطة طبيب (٥٤٪) فقط- على الرغـم من أن المسـتهدف ٩٠٪- كما في الشـكل (٣)، وقد شـهدت القارة تباينات واسعة، حيث جاءت بنسب منخفضة بشكل خاص فـي إثيوبيا (١٦٪) وتشـاد (٢٤٪) والنيجـر (٢٩٪) وتوجو (٢٩٪)، هذه الدول إلى جانب دول (أنجولا، وجمهورية إفريقيا الوسـطى، وإريتريا، وغينيا، وغينيا بيساو، ومدغشـقر، ونيجيريـا، وجمهورية تنزانيا المتحدة) تتدنى نسـبة حالات الولادة تحت إشـراف طبي بها دون ٥٠٪؛ لذلك تتطلب بذل جهود خاصة لرفع هذا المعدل.

- **الرعاية الصحية لما بعد الولادة:**

تشـير البيانات خـلال الفترة (٢٠١١-٢٠١٥م)، إلى أن نسـبة النساء المتزوجات في سـن الإنجاب اللاتي استخدمن وسيلة حديثة لتنظيم الأسـرة قد بلغـت بالقارة ٤٩,٦٪؛ بغية وجـود فترة زمنية كافية بين كل حالـة ولادة وأخرى؛ حفاظًا على صحة الأم ورضيعهـا، ويعد الوفـاء باحتياجات النسـاء في مجال تنظيم الأسرة مهماً لأن من شأنه أن يمنع ٥٣ مليون حالة من حالات الحمـل غير المرغـوب فيه سـنويًا؛ مما يؤدي إلى خفض حـالات الإجهاض بمعدل ١٤,٥ مليون حالة، وتعد النسـبة في القارة الإفريقية أقل بكثير من المعدلات في أقاليم منظمة الصحـة العالمية؛ إذ تبلغ في غرب المحيط الهـادئ (٨٩,٧٪) ، والأمريكتين (٨٢,٥٪)، وجنوب شـرق آسيا (٧٣,٥٪)، كمـا كان لـدى زيمبابوي أعلى نسـبة من

(١) الاتحاد الإفريقي، مرجع سبق ذكره، ص (٥٠-٥١).

النســـاء اللاتي تمت تلبية احتياجاتهن من وســـائل تنظيـــم الأســـرة (٨٦,٠٪)، تليها سوازيلاند (٨٠,٦٪)، والجزائر (٧٧,٢٪)، وليســـوتو (٧٦,١٪)، وكينيا (٧٥,٤٪)، في حين جـــاءت أقل المعدلات فـــي جمهورية الكونغـــو الديمقراطيـــة (١٥,٦٪)، وغينيا (١٥,٧٪)، وتشـــاد (١٧,٥٪)، وغينيـــا الاستوائية (٢٠,٥٪)[١].

- **التحصين وصحة الأم:**

تؤدي الإصابة بعدوى الحصبة الألمانية قبل الحمـــل مباشـــرة أو فـــي أثنائه إلى الإجهاض أو وفـــاة الجنين أثناء الحمل، أو إصابة الطفـــل بمتلازمة الحصبة الألمانية الخلقيـــة عند الـــولادة، ومن أكثـــر آثارها شـــيوعاً مشـــكلات في القلب أو الصمم أو العمى.

ووفقاً للتقديـــرات؛ فـــإن إفريقيا هي إحدى أكبر القارات من حيث عدد الإصابات المسجلة لحالات متلازمة الحصبة الألمانية الخلقيـــة، وأقل القارات من حيث مســـتوى الحصول على لقاحـــات الحصبة الألمانية، ومن بين الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، لم تدرج أكثر من ثلث هذه البلدان، معظمها في إفريقيا، لقاح الحصبة الألمانية في جداول التطعيم الوطنية[٢].

جدول (٤): بعض مؤشرات الصحة الإنجابية بدول قارة إفريقيا خلال الفترة (٢٠١١-٢٠١٦م):

الدولة	المولدات بإشراف طبيب (٪)	نسبة النساء المتزوجات في سن الإنجاب اللاتي لديهن حاجات إلى تنظيم الأسرة (٪)	تغطية الرعاية السابقة للولادة- زيارة واحدة على الأقل (٪)	تغطية الرعاية السابقة للولادة- أربع زيارات على الأقل (٪)
الجزائر	٩٧	٧٧,٢	٩٢,٧	٦٧,٣
أنجولا	٤٧	-	٨١,٦	٦١,٤
بنين	٧٧	٢٤,٥	٨٢,٨	٥٨,٧
بوتسوانا	١٠٠	٥٢,٩	٩٤,١	٧٣,٣
بوركينا فاسو	٦٦	٣٧,١	٩٢,٨	٤٧,٢
بوروندي	٦٠	٣٢,٦	٩٩,٢	٤٩,٣
كوت ديفوار	٥٦	٣٠,٩	٩٧,٦	٧٢,٣
الرأس الأخضر	٩٢	٧٣,٢	٨٢,٨	٥٨,٨
الكاميرون	٦٥	٤٠,٢	٦٨,٢	٣٨,١
إفريقيا الوسطي	٤٠	٢٨,٧	٥٤,٧	٣١,٠
تشاد	٢٤	١٧,٥	٩٢,١	٤٨,٩
جزر القمر	٨٢	٢٨,٨	٩٣,٢	٧٩,٠
الكونغو	٩٤	٣٨,٥	٩٠,٦	٤٤,٢
الكونغو الديمقراطية	٨٠	١٥,٦	٨٨,٤	٤٨,٠
غينيا الاستوائية	٦٨	٢٠,٥	٩١,٣	٦٦,٩
إريتريا	٣٤	١٩,٦	٨٨,٥	٥٧,٤
إثيوبيا	١٦	٥٧,٦	٦٢,٤	٣١,٨
الجابون	٨٩	٣٣,٧	٩٤,٧	٧٧,٦
غامبيا	٥٧	٢٣,٩	٨٦,٢	٧٧,٦
غانا	٧١	٤٤,٦	٩٠,٥	٨٧,٣

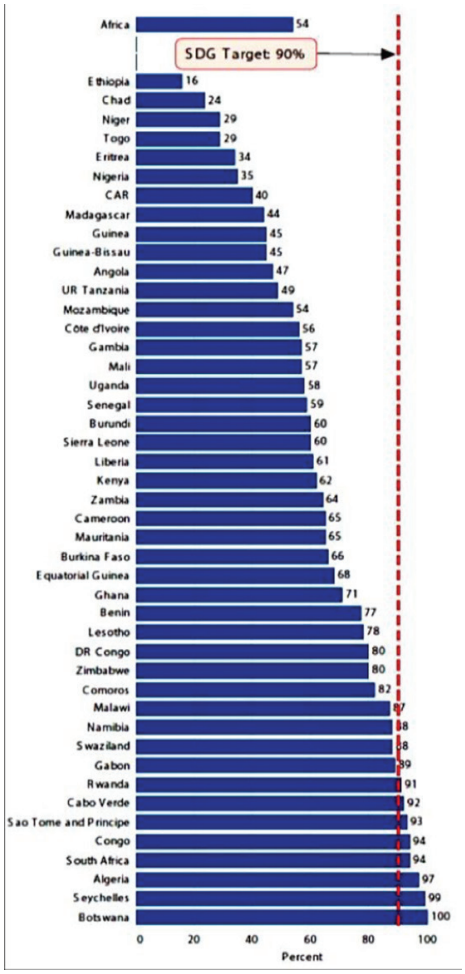
(١) W.H.O., Atlas of African Health Statistics 2018, p.p.19-22.

(٢) الاتحاد الإفريقي، مرجع سبق ذكره، ص٥٢.

غينيا	٤٥	١٥,٧	٨٥,٢	٥٦,٦
غينيا بيساو	٤٥	٣٧,٦	٩٢,٤	٦٤,٩
كينيا	٦٢	٧٥,٤	٩٣,٧	٥٧,٦
ليسوتو	٧٨	٧٦,١	٩٥,٢	٧٤,٤
ليبيريا	٦١	٣٧,٢	٩٥,٩	٧٨,١
مدغشقر	٤٤	٤٩,٦	٨٢,١	٥١,١
ملاوي	٨٧	٧٣,٦	٩٤,٨	٥٠,٦
مالي	٥٧	٢٧,٣	٤٧,٩	٢٨,٠
موريتانيا	٦٥	٢٣,٨	٨٤,٧	٦٣,٠
موريشيوس		٤٠,٨	–	–
موزمبيق	٥٤	٢٨,٢	٩٠,٦	٥٠,٦
ناميبيا	٨٨	٧٥,١	٩٦,٦	٦٢,٥
النيجر	٢٩	٤٠,٨	٨٢,٨	٢٨,٠
نيجيريا	٣٥	٢٨,٨	٦٠,٦	٥١,١
رواندا	٩١	٦٥,٠	٩٩,٠	٤٣,٩
ساو تومي وبرينسيبي	٩٣	٥٠,٣	٩٧,٥	٨٣,٦
السنغال	٥٩	٤٦,٣	٩٥,٠	٤٦,٧
سيشل	٩٩	–	–	–
سيراليون	٦٠	٣٧,٥	٩٧,١	٧٦,٠
جنوب إفريقيا	٩٤	٨١,١	٩٣,٧	٧٥,٥
جنوب السودان		٥,٦	٦١,٩	١٧,٣
سوازيلاند	٨٨	٨٠,٦	٩٨,٥	٧٦,١
توجو	٢٩	٣٢,٢	٧٢,٧	٥٧,٢
أوغندا	٥٨	٤٤,٧	٩٧,٣	٥٩,٩
جمهورية تنزانيا	٤٩	٤٥,٩	٩١,٤	٥٠,٧
زامبيا	٦٤	٦٣,٨	٩٥,٧	٥٥,٥
زيمبابوي	٨٠	٨٦,٠	٩٣,٣	٧٥,٧
المتوسط العام بالقارة	٥٤	٤٩,٦		

Source: W.H.O., Atlas of African Health Statistics 2018, Universal Health Coverage and The Sustainable Development Goals in the WHO African Region, 2018, (Pages (19-21-22).

شكل (٣): نسبة النساء اللاتي وضعن رضيعهن بواسطة عامل صحي مدرب (طبيب- ممرض) بقارة إفريقيا خلال الفترة (٢٠٠٥-٢٠١٦م):



Source: W.H.O., Atlas of African Health Statistics 2018, p.22.

المحور الرابع: آلية التدخل الصحي:

تعتبر وفيات الأمهات انعكاساً لحالة الصحة العامة، وهي شديدة الحساسية للتدخلات الصحية المستهدفة، سواء الوقائية أو العلاجية، كما أنها أحد

المؤشـــرات المهمة في اقتصاديات الدول، حيث تتســـبب الوفيات النفاســـية ووفيات المواليـــد في تباطـــؤ النمـــو الاقتصادي، وحدوث خســـائر في الإنتـــاج العالمي بما مقداره نحو ١٥ بليون دولار ســـنوياً، وعلى العكس من ذلك فإن الاســـتثمار في صحة النســـاء والمواليد يحقق للأمم فوائد بعيدة المدى والأثر، فعلى سبيل المثال: قد نُسب ارتفاع معدل النمو الاقتصادي لآســـيا في الفترة (من ١٩٦٥م إلى ١٩٩٠م)، بما يتراوح بين (ثلث، ونصف)، إلى إدخال تحســـينات على خدمات الصحـــة الإنجابية وانخفاض معدلات وفيـــات الأمهات والأطفال[١]. وفي السويد انخفض معدل وفيات الأمهات ٣٠٠ ضعف خلال قرنين ونصف القرن منذ عام ١٧٥٠م؛ بسبب الرعاية الصحية والتدخلات المبتكرة أثناء الحمل والولادة والنفاس[٢].

أولاً: شمولية ورفع كفاءة برامج الصحة الإنجابية:

وعلى الرغم من أن كل الاســـتراتيجيات الأساســـية لتقليص معدل وفيات الأمهات معروفة ومعترف بهـــا عالمياً، والتي تتمثل في الحصول على الرعاية الصحية الماهرة، ورعاية الأم بعد الولادة مباشـــرة، فإن ذلك لا يـــزال تحدياً يواجه أغلـــب دول جنوب الصحراء الإفريقية.

وتشـــير التقديرات إلى أن تلبية الحاجة غير الملبّاة لخدمة تنظيم الأســـرة وحدها يمكنها تخفيض حالات وفيات الأمهات بما يُقدّر بالثلث تقريبـــاً، حيث تُظهر الأدلة أن ما يُقـــدّر بمبلـــغ ١,٤ دولار أمريكي يمكن توفيره علـــى الرعاية الصحيـــة للأمهات والأطفال حديثي الـــولادة مقابل كل دولار يتم اســـتثماره في تنظيم الأســـرة، إضافةً إلـــى توفيـــر ٤ دولارات أمريكية أخرى في معالجـــة المضاعفـــات الناتجة عن الحمل غير المخطط لـــه، ومن بين أكثر القصص الناجحة وضوحاً- بالنسبة لإفريقيا- دولة غينيـــا الاســـتوائية، التي حققـــت الهدف الخامس من الأهـــداف الإنمائية للألفية، لتكون بذلك من بين البلدان العشـــرة على مســـتوى العالم التي حققت ذلك خلال تلك المدة؛ فقد انخفض معدل وفيات الأمهات فيها بنسبة ٦١٪[٣].

وإجمـالاً؛ يمكـن القـول بـأن رفـع كفـاءة وشموليـة برامج الصحـة الإنجابية يكمن في النقاط الآتية[٤]:

- مضاعفة الجهود الرامية إلى تحسين صحـــة الأم والمولـــود الجديـــد والطفل بصورة جماعية وفرديـــة، للحد من وفيات الأمهـــات والأطفال، لتعجيل التقدم المحرز نحو تحقيق الهدفيـــن الرابع والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية.
- مطالبـــة مفوضية الاتحـــاد الإفريقي بالعمل، بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للســـكان كأمانة عامة، فـــي حملة التعجيل بخفـــض وفيـــات الأم والمولـــود الجديد والطفـــل في إفريقيا؛ وإنشـــاء هيكل قاري لرصـــد ومتابعة التقدم الـــذي يتم إحرازه، وتسهيل تبادل الممارسات المثلى بين الدول الأعضاء.

---

(١) صندوق الأمم المتحدة للسكان، مرجع سبق ذكره، ص٣.

(٢) Garenne M., et al., OP.Cit, p.457.

(٣) الاتحاد الإفريقي، مرجع سبق ذكره، ص (٢١-٢٣).

(٤) الاتحاد الإفريقي، مرجع سبق ذكره، ص (٥٦-٥٧).

• تشجيع الدول الأعضاء التي لم تطلق حملة التعجيل بخفض وفيات الأم والمولود الجديد والطفل في إفريقيا على إطلاقها، ودعوة جميع الدول الأعضاء إلى استكشاف مناهج مبتكرة ومستدامة؛ لتوجيه موارد بشرية ومالية داخلية وخارجية إضافية لتعزيز الإجراءات بشأن صحة الأم والمولود الجديد والطفل.

• مطالبة بنك التنمية الإفريقي، بالتعاون مع مفوضية الاتحاد الإفريقي وصندوق الأمم المتحدة للسكان، بوضع إطار لإنشاء آلية لتحديد مصادر الموارد وتجميعها وإدارتها، لدعم صحة الأم والمولود الجديد والطفل، عبر تعزيز التعاون بين القارات بشأن الممارسات المثلى.

• تشجيع وتعزيز المشاركات على الصعيدين العالمي والقُطري مع شركاء التنمية، بما في ذلك منظمات المجتمع المدني والجمعيات المهنية والقطاع الخاص والمجموعات النسائية والشبابية.

• توسيع نطاق الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية الأخرى، والحد من الاحتياجات الكبيرة غير الملبّاة لمنع الحمل.

• الاستثمار في الموارد البشرية من أجل الصحة، وبناء قوى عاملة في مجال الصحة تتسم بالمهارة وامتلاك الدافع، بما في ذلك القابلات على وجه الخصوص، وذلك لزيادة فرص الوصول إلى الرعاية المتخصصة أثناء الولادة وتعزيز الإحالة في حالات الطوارئ.

• توسيع نطاق ممارسات تغذية الرضع الأكثر أماناً للقضاء على انتقال العدوى من الأم إلى الجنين، وفي الوقت نفسه تنفيذ تدابير أخرى لمنع وقوع إصابات جديدة بفيروس نقص المناعة البشرية بين النساء في سن الإنجاب.

ثانياً: آلية التدخل لخفض وفيات الأمهات وفقاً لتجارب دولية:

تتحدد كفاءة برامج الصحة الإنجابية الموجهة للمرأة من خلال مجموعة من المؤشرات التي تضمن لها الأداء الجيد، ومن ثم تحقيق النتائج الصحية المرجوة، ابتداءً من عدد مرافق رعاية التوليد الأساسية الخاصة بالحالات الطارئة، وصولاً إلى التوزيع الجغرافي لتلك المرافق، وانتهاءً بكفاءة الخدمات المقدمة بتلك المرافق، وذلك على النحو الذي يوضحه جدول (٥).

جدول (٥): خطة عمل لتسريع خفض وفيات الأمهات ومعدلات الوفاة والمراضة الأمومية الحادة:

المشكلة الصحية	التدخلات الفعالة	المؤشرات
الوقاية من حالات الحمل غير المرغوب فيها ومضاعفاتها الناتجة.	زيادة التغطية بوسائل منع الحمل، وتوفير المشورة لتنظيم الأسرة قبل الحمل وبعد الولادة.	– معدل استخدام وسائل منع الحمل الحديثة للنساء في سن الإنجاب؛ حسب الفئة العمرية ومحل الإقامة بالحضر والريف (خط الأساس ٦٠٪، والمستهدف ٧٠٪). – البلدان التي تمتلك بيانات قومية حول الولادة أو وسائل منع الحمل؛ لتقديم المشورة وتوفير وسائل المنع عن طريق الخدمات الصحية المناسبة لذلك (المستهدف ٩٠٪). – نسبة وفيات الأمهات بسبب الإجهاض تنخفض بنسبة ٥٠٪ (خط الأساس ١٣٪، والمستهدف ٧٪).

وصول خدمات رعاية الأمومة للجميع بأسعار مناسبة وبجودة عالية.	- الحصول على الخدمة بتكلفة مقبولة وبجودة عالية قبل الحمل وأثناءه وبعده، وذلك في إطار إقليمي لتلك الخدمة. - وصول الخدمة للمنازل. - استخدام الممارسات المبنية على الأدلة. - منع العنف الأسرى في أثناء الحمل.	- البلدان التي تتمتع بتغطية بنسبة ٧٠٪ بما يمثل ١-٤ زيارة صحية قبل الولادة (خط الأساس ٥٠٪، والمستهدف ٩٠٪). - التغطية المؤسسية لحالات الولادة (خط الأساس ٨٩,٨٪ والمستهدف ٩٣٪). - البلدان التي لا تقل نسبة التغطية عن ٦٠٪ للزيارة الصحية بعد الولادة في غضون سبعة أيام بعد الولادة (المستهدف ٨٠٪). - البلدان التي تمتلك توافر دم آمن بمؤسساتها الصحية لحالات الطوارئ للرعاية الصحية في أثناء الولادة (المستهدف ١٠٠٪).
الموارد البشرية الماهرة (المدربة).	- زيادة توافر العاملين الصحيين المهرة قبل الحمل وفي أثناء والولادة وبعد الوضع. - توافر تلك الخدمات على مدار ٢٤ ساعة، مع التعامل مع حالات الولادة وما ينجم عنها من مضاعفات.	- البلدان التي تمتلك نسبة تغطية ٨٠٪ من نظام الرعاية في أثناء الولادة على أيدي موظفين صحيين مهرة على النحو الذي حددته منظمة الصحة العالمية (خط الأساس ٤٢٪، والمستهدف ٤٨٪). - البلدان التي تمتلك ٨٠٪ أو أكثر من تغطية الرعاية الصحية ما بعد الولادة على أيدي موظفين صحيين مهرة على النحو الذي حددته منظمة الصحة العالمية (خط الأساس ٢٣٪، والمستهدف ٤٨٪). - نسبة حالات الولادة داخل المؤسسات الصحية (المستهدف ٩٠٪). - البلدان التي تقدم تقريراً صحياً سنوياً عن الأمهات متضمناً وفياتهم (المستهدف ١٠٠٪).

Source: W.H.O., & Pan American Health Organization , Plan of Action to Accelerate the Reduction of Maternal Mortality and Severe Maternal Morbidity , 51st Directing Council 63 rd Session of the Regional Committee , .Washington, 2011 , p.p.19-20

١- تجربة سريلانكا وماليزيا:

بعد أن كان معدل وفيات الأمهات والحوامل في سريلانكا يبلغ (٢٠٠٠ حالة لكل ١٠٠ ألف حالة ولادة) في الثلاثينيات من القرن الماضي، انخفض إلى نحو (ألف حالة) عام ١٩٤٧م، وبحلول عام ١٩٩٦م هبط إلى (٢٤ حالة) فقط. وفي ماليزيا هبط المعدل من (٥٣٤ حالة) إلى النصف خلال الفترة (١٩٥٠-١٩٥٧م)، ثم وصل إلى (١٩ حالة) فقط عام ١٩٩٧م. إذ سلكتا أساليب متكاملة نُفذت على مراحل، ونجحت في ذلك بمعدل إنفاق متواضع على الصحة، لا يتجاوز في المتوسط ١,٨٪ من الناتج المحلي منذ الخمسينيات، واستفادت البرامج الصحية في كلا البلدين من التفاعلات المتبادلة بين الرعاية الصحية وبين التعليم الأساسي، والمياه والصرف الصحي، والتنمية الريفية، كما تم تدعيم المرافق؛ من أجل توفير الرعاية لحالات الولادة، وتم توفير البيانات الخاصة بوفيات كل منطقة على حدة.

٢- تجربة تركيا:

طُرح في عام ٢٠٠٣م برنامج للتحول الصحي، يشدد على ضرورة الإصلاح المؤسسي، والاستجابة للعميلات، والتركيز على المناطق المحرومة من الخدمة، كما ارتفعت الميزانية المخصصة للرعاية الصحية الأولية والوقاية بالمناطق المحرومة بنسبة ٥٨٪، وأُنشئت خدمة الإسعاف الطائر لسكان المناطق النائية، وأُعيد توزيع قوة العمل الصحي، من أجل تحسين نطاق التغطية للمناطق الفقيرة، وشجعت التحويلات النقدية المشروطة الحوامل على اللجوء لدور الرعاية السابقة

على الولادة والوضع بالمستشفيات العامة، وبحلول عام ٢٠٠٩م كان معدل وفيات الأمهات قد هبط إلى ١٩,٨ لكل ألف حالة ولادة حية[١].

٣- تجربة «ولاية ميرلاند»[٢]:

قامت الولاية بإنشاء قاعدة بيانات دقيقة (المواليد، والوفيات)، وتحديد الفئات المعرضة للخطر، وبناءً على نقاط القوة والضعف لتطوير جهود التوعية وتنسيق برامج الرعاية؛ لاستهداف أكبر قدر من الأسر التي يصعب الوصول إليها، من خلال ثلاث استراتيجيات، **وذلك على النحو الآتي:**

١- **قبل الحمل:** من خلال توسيع قاعدة عيادات تنظيم الأسرة، لتصبح مراكز صحية شاملة للمرأة، والعمل على دمج برامج الصحة الإنجابية في خدمات الرعاية الصحية الأولية في مراكز صحية مؤهلة، وتوسيع القاعدة لحصول جميع النساء على المساعدات الطبية الخاصة بتنظيم الأسرة.

٢- **خلال فترة الحمل:** من خلال التسريع بتقديم الخدمات الطبية، والبدء بتسريع برامج ما قبل الولادة في الإدارات المحلية، وتنشيط الزيارات الميدانية لتوسيع دائرة الرعاية خلال فترة الحمل.

٣- **بعد الولادة:** من خلال العمل على تنسيق الجهود بين المستشفيات ومقدمي الخدمات المجتمعية، وبرامج الزيارات المنزلية، وإدارات الصحة المحلية؛ لتوسيع قاعدة خدمات الوقاية المجتمعية[٣].

ونتيجةً للإجراءات السابقة انخفض معدل وفيات الأطفال بالولاية، من (١١,٧ في الألف) عام ١٩٨٦م، إلى (٧,٤) عام ٢٠٠٠م، حتى وصلت إلى (٦,٧ لكل ألف مولود حي) عام ٢٠١٠م.

٤- إجراءات منظمة الصحة العالمية[٤]:

تنشر المنظمة تقارير كل سنتين إلى ثلاث سنوات، بشأن وفيات الأطفال الرضع والبالغين، وعوامل الخطر المتعلقة بالأمراض المختلفة محددة السبب، وتتتبع مجموعة من العوامل التي أثرت في تحسين معدلات الوفيات في جميع أنحاء العالم تاريخياً، **ومن أهم هذه العوامل:**

أ- **مستويات سوء التغذية:** هذا مؤشر مهم لرصد التحسن في معدلات وفيات الرضع والأطفال.

ب- **التدخلات في صحة الطفل:** يتضمن هذا زيادات في توافر ونجاح برامج التحصين ضد الحصبة والتهاب الكبد B، ومنع انتشار فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل، والمغذيات الدقيقة التكميلية.

ج- **وفيات الأمهات:** معدل الوفيات في أثناء الولادة هو عامل رئيس يؤثر في تحسينات معدلات الوفاة بين الشابات،

---

(١) البنك الدولي، المساواة بين الجنسين والتنمية، تقرير عن التنمية في العالم ٢٠١٢م، واشنطن، ٢٠١١م، ص٢٥.

(٢) Department of Health and Mental Hygiene, The Center for Maternal and Child Health, Family Health Administration: Plan For Reducing Infant Mortality In Maryland, December 2011, Pages: 2-3-5-14.

(٣) Prata N., et al., Maternal Mortality in Developing Countries: Challenges in Scaling-up Priority Interventions , Future Medicine Ltd: Women›s Health 6(2), 2010, p.312.

(٤) Purushotham M., Valdez E., and Wu H., Global Mortality Improvement Experience and Projection Techniques, Society of Actuaries, June 2011, p.21.

وجنباً إلى جنب مع وفيات الأطفال يمثل واحداً من أكبر العوامل المؤثرة في الفروق في متوسط العمر المتوقع، والوفيات. والخبرة في مجال الرعاية الصحية وتحسين الخدمات الطبية من العوامل المؤثرة في تحسن معدل الوفيات بين البلدان العالية والمنخفضة الدخل.

وختاماً:

يمكن القول في ضوء التجارب الناجحة السابقة: بأن المبدأ الأساسي للرعاية الصحية المرغوب تطبيقه في القارة الإفريقية هو استمرارية الرعاية Continuum of Care، وهي سلسلة متصلة في دورة الحياة من المراهقة، إلى مرحلة ما قبل الولادة وفي أثنائها وبعدها بالنسبة للأم، **ولن يتأتي ذلك بالقارة الإفريقية إلا من خلال:**

- التصدي لأوجه القصور في إتاحة خدمات الرعاية الصحية الإنجابية، وخدمات الرعاية الصحية للأمهات والمواليد.
- تعزيز النظم الصحية لجمع البيانات عالية الجودة من أجل الاستجابة لاحتياجات النساء والفتيات وأولوياتهن، ولن يتأتي ذلك إلا بتفعيل ما أقرته اللجنة الإقليمية الثامنة والخمسين لمنظمة الصحة العالمية لإفريقيا، والذي يطلق عليه إعلان واغادوغو The Ouagadougou Declaration، الذي يقترح طرقاً لمواجهة تحديات النظام الصحي، حيث يحث الإعلان الدول الأعضاء على تحديث سياساتها وخططها الصحية الوطنية وفقًا لنهج الرعاية الصحية الأولية PHC، وتعزيز التعاون بين القطاعات والشراكة بين القطاعين العام والخاص لمعالجة المحددات العريضة للصحة، ووضع آليات لزيادة توافر الأدوية الأساسية وإمكانية الوصول إليها، والتقنيات الصحية والبنية التحتية.
- التصدي لجميع أسباب وفيات الأمهات وحالات المراضة الإنجابية وحالات العجز الناجمة عنها، خاصة أمراض النزيف الوخيم (النزف الذي يعقب الولادة بالدرجة الأولى)، حالات العدوى (تحدث عادة بعد الولادة)، ارتفاع ضغط الدم أثناء فترة الحمل (مقدّمات الارتعاج)، وحالات الإجهاض غير المأمون؛ تلك الأسباب التي تسهم في ٧٥٪ من وفيات الأمومة.
- تفعيل الإجراءات الصحية والقانونية المتعلقة بالزواج الآمن، سواء فيما يتعلق بالسن القانوني للزواج، ومصداقية إجراء الكشف الطبي قبل الزواج؛ لما لهما من تداعيات سلبية على صحة الأم؛ ومن ثم حالات الوفاة النفاسية.
- تزايد حملات التوعية بخطورة عمليات الإجهاض؛ وهو الأمر الذي يتنافى مع كل الأديان والقوانين، ففي البلدان المتقدمة يقدر أن ٣٠ امرأة تلقى حتفها من كل ١٠٠ ألف حالة إجهاض غير مأمون. ويرتفع هذا العدد إلى ٢٢٠ حالة وفاة من كل ١٠٠ ألف حالة إجهاض غير مأمون في البلدان النامية، وإلى ٥٢٠ حالة وفاة في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى ■