

الدليل التنفيذي لتطوير شبكة وطنية لوحدات رعاية الأمومة

تحسين الرعاية في طوارئ الحمل
والولادة وحديثي الولادة



بالتعاون مع:



المؤلفون:

بالتنسيق مع ميشيل برون (مستشار الصحة الإنجابية، القسم الفني، صندوق الأمم المتحدة للسكان - UNFPA).

وبمشاركة كل من: جان بيير مونييه (أخصائي تقني في النظم الصحية والصحة الإنجابية، القسم الفني، صندوق الأمم المتحدة للسكان) وإيزابيل موريرا (مستشارة دولية، الصحة الإنجابية وصحة الأم)، وياو أغبيغي (مستشار صحة الأم، المكتب القطري لصندوق الأمم المتحدة للسكان في توغو)، وجوان ليسياس (مستشارة صحية، إدارة صحة الأسرة، وزارة الصحة العامة والسكان، هايتي)، ومارتا شاف (نائب المدير، برنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات (AMDD)، جامعة كولومبيا، نيويورك)، ونيكولاس راي (محاضر أول، مجموعة الصحة البيئية، معهد الصحة العالمية ومعهد العلوم البيئية، جامعة جنيف).

تم الاستشهاد من: الدليل التنفيذي لتطوير شبكة وطنية لوحدات رعاية الأمومة -تحسين الرعاية في طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (EmONC)، صندوق الأمم المتحدة للسكان -2020، والمعد بمعرفة ميشيل برون، وجان بيير مونييه، وإيزابيل موريرا، وياو أغبيغي، وجوان ليسياس، ومارتا شاف، ونيكولاس راي.

للمزيد من المعلومات فيما يتعلق بهذا الدليل، يمكن الاتصال بالسادة/ ميشيل برون (البريد الإلكتروني: brun@unfpa.org)، وجان بيير مونييه (البريد الإلكتروني: monet@unfpa.org)، من القسم الفني في صندوق الأمم المتحدة للسكان.



الوصول إلى عالم يكون فيه
كل حمل مرغوبًا فيه، وكل ولادة
آمنة، ويحقق فيه كل شاب
وشابة ما لديهم من إمكانيات

الدليل التنفيذي لتطوير شبكة وطنية لوحدات رعاية الأمومة

تحسين الرعاية في طوارئ الحمل
والولادة وحديثي الولادة

أيلول/ سبتمبر 2020

جدول المحتويات

4	الاختصارات والمصطلحات
5	شكر وتقدير
6	تقديم
8	المقدمة
	الجزء الأول: عملية تطوير شبكة وطنية من مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة (مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة)
17	الفصل 1- « حوار السياسات»: مرحلة الدعوة إلى تطوير شبكة وطنية من مرافق الإحالة فيما يختص برعاية الأمومة
18	1. أهمية الدعوة إلى تطوير شبكة وطنية من مرافق الإحالة
18	فيما يختص برعاية الأمومة
	2. مبادئ الدعوة إلى تطوير شبكة وطنية من مرافق الإحالة
22	فيما يتعلق برعاية الأمومة
	الفصل 2- مرحلة «التصميم»: تصميم شبكة وطنية من مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة
27	1. أهداف تصميم شبكة وطنية من مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة
28	2. مبادئ تصميم شبكة وطنية من مرافق تحسين رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
28	3. نهج لتنفيذ مرحلة التصميم
34	الفصل 3- مرحلة «تحديد الأولويات»: تحديد الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
37	1. أهداف تحديد الأولويات
37	2. مبادئ وأسباب تحديد الأولوية للمرافق الصحية في شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
38	3. منهج تنفيذ مرحلة تحديد الأولويات
41	4. التحديات
48	الفصل 4- مرحلة «جمع البيانات»
51	1. أهداف جمع البيانات
51	2. مبادئ وأدوات جمع البيانات
52	3. نهج تنفيذ مرحلة جمع البيانات
54	4. التحديات
55	

56	الفصل 5- مرحلة «تحليل البيانات»
56	1. أهداف تحليل البيانات
57	2. مبادئ تحليل البيانات ونهج التنفيذ
60	3. التحديات
61	الفصل 6- تحسين الاستجابة والجودة
61	1. الأهداف
65	2. مبادئ وأدوات تحسين الجودة
69	3. التحديات
70	الفصل 7- مراجعة دورية لأداء عملية تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
	الجزء الثاني: خطوات وأدوات التنفيذ شبكة وطنية من مرافق الإحالة
75	فيما يتعلق برعاية الأمومة (مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة)
76	الفصل 8- خطوات تنفيذ المراحل الست
76	1. خطوات تنفيذ مرحلة الدعوة والمناصرة
78	2. خطوات تنفيذ مرحلة التصميم والتخطيط
80	3. خطوات تنفيذ مرحلة تحديد الأولويات
91	4. خطوات تنفيذ مرحلة جمع البيانات
94	5. خطوات تنفيذ مرحلة التحليل
96	6. خطوات تنفيذ مرحلة تحسين الاستجابة ورفع الجودة
98	الفصل 9- الجداول الفنية وأدوات التنفيذ
	1. الجدول الفني رقم 1: مفهوم المرفق الصحي لإحالة الرعاية الأساسية
98	لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة –الواجبات والمهام والهيكل والموارد
	2. الجدول الفني رقم 2: روابط التعاون في إطار شبكة رعاية طوارئ الحمل
104	والولادة وحديثي الولادة
	3. الجدول الفني رقم 3: نظام المعلومات الجغرافية (GIS)
109	وإعداد نماذج الوصول إلى الرعاية (باستخدام برنامج AccessMod)
	4. الجدول الفني رقم 4: مراقبة خدمات الصحة الإيجابية وصحة الأم والمولود في
118	المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - النموذج الموصى به
	5. الجدول الفني رقم 5: تحليل بيانات شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة
120	وحديثي الولادة ولوحات معلومات التحليل الوطنية والإقليمية
	6. الجدول الفني رقم 6: مفهوم علم التنفيذ وتطبيقاته في تطوير شبكة
140	رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
151	الجدول الفني رقم 7: مفهوم الإرشاد
157	الملحق

الاختصارات والمصطلحات

برنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات	AMDD
الرعاية الأساسية في طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	BEmONC
الرعاية الشاملة في طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	CEmONC
نظام المعلومات الصحية للمنطقة (الإصدار 2)	DHIS 2
رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	EmONC
خطة العمل لجميع المواليد الجدد	ENAP
إنهاء وفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها	EPMM
صحة الأسرة الدولية الشاملة	FHI 360
الاتحاد الدولي للأمراض النساء والولادة	FIGO
تشويه أو بتر الأعضاء التناسلية الأنثوية	FGM/C
نظام المعلومات الجغرافية	GIS
الشراكة بين برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف)، ومنظمة الأمم المتحدة للمرأة، ومنظمة الصحة العالمية، ومجموعة البنك الدولي	H6
نظام المعلومات الصحية	HIS
نظام إدارة المعلومات الصحية	HMIS
الاتحاد الدولي للقبائل	ICM
التحسين النوعي	QI
الهدف الإنمائي للألفية	MDG
رصد وفيات الأمهات والاستجابة لها	MDSR
الصندوق المتخصص لصحة الأم والمولود	MHTF
معدل وفيات الأمهات	MMR
صحة الأم والمولود	MNH
الشفط اليدوي بالتخلية	MVA
منظمة غير حكومية	NGO
منع انتقال المرض/ العدوى من الأم إلى الطفل	PMTCT
تقييم مدى توافر الخدمة والجاهزية	SARA
هدف التنمية المستدامة	SDG
الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية	SRHR
برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز	UNAIDS
صندوق الأمم المتحدة للسكان	UNFPA
صندوق الأمم المتحدة للطفولة	UNICEF
هيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة	UN WOME
منظمة الصحة العالمية	WHO

شكر وتقدير

يود مؤلفو هذا الدليل التنفيذي لتطوير شبكة وطنية لمرافق إحالة الأمومة أن يشكروا الخبراء الميدانيين والمعنيين الذين كرسوا وقتهم لمراجعة هذه الوثيقة والذين قدموا التعليقات والمشورة حول كيفية تحسين هيكلها ومحتواها.

وعلى وجه التحديد، نود أن نعرب عن تقديرنا للعمل اليقظ الذي بذله لوك دي بيرنيس (خبير في الصحة الجنسية والإنجابية) في تحسين شكل ومحتوى الوثيقة، وفينسنت دي بروير، وتيريز ديلفو (معهد طب المناطق الحارة، أنتويرب) وستيف ابينير (مدير معمل الصحة البيئية التعاوني، مانيلا) لتعليقاتهم المستنيرة. كما نود أن نشكر فينسنت فوفو (خبير في الصحة الجنسية والإنجابية) وبيترا تن هوب بندر (صندوق الأمم المتحدة للسكان) على نصائحهما النابهاة. ونشكر أيضًا ايمي مانينج وكايتلين وورثين (برنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات) لدعم تحرير النسخة الإنجليزية من هذا الدليل. نحن ممتنون لجميع صانعي القرار والمديرين من وزارات الصحة والمنظمات المهنية لأطباء الولادة والقابلات ومنظمات الأمم المتحدة والمنظمات غير الحكومية في بوروندي وهاتي ومديغشقر وتوغو، الذين ساهم عملهم في إنشاء ديناميكية وطنية حول تطوير الشبكة الوطنية لمرافق إحالة الأمومة، والتي استرشدت بها هذه الوثيقة. ونقدر أيضًا عمل زملائنا في المكتب الإقليمية التابعة لصندوق الأمم المتحدة للسكان في غرب ووسط إفريقيا (WCARO) والدول العربية (ASRO) وشرق وجنوب إفريقيا (ESARO)، ولا سيما سوئين دوغرو وشبل صهباني ومنى عبدالله، الذين يعملون معنا في مختلف البلدان لنشر وتحسين نهج تطوير شبكة مرافق إحالة الأمومة، إلى جانب زملائنا في المكاتب القطرية لصندوق الأمم المتحدة للسكان في بنين وبوروندي وتشاد والكونغو وغينيا وساحل العاج ومديغشقر وموزمبيق والسنغال والسودان. نشكر مجموعة الصحة البيئية في معهد الصحة العالمية بجامعة جنيف على الدعم الفني وبناء القدرات في نظام المعلومات الجغرافية وAccessMod.

ستستمر هذه الوثيقة -والتي تمثل نتاج خبرتهم الجماعية - في التطور بمرور الوقت من خلال المزيد من المدخلات من العاملين عبر مختلف البلدان والسياقات من أجل تحسين جودة الرعاية للنساء الحوامل، من الاستشارات السابقة للولادة إلى الولادة والملاحظة اللاحقة. وأخيرًا، نود أن نشكر لورا لاسكي وآنيكا كنوتسون -الرئيسيتين المتعاقبتين لفرع الصحة الجنسية والإنجابية في الشعبة الفنية في مقر صندوق الأمم المتحدة للسكان -على الفرصة التي أتاحتها لنا للعمل على هذه الوثيقة وعلى تشجيعهما المستمر طوال هذه العملية.

أُتيحت النسخة العربية من هذا الدليل بفضل ترجمة صندوق الأمم المتحدة للسكان، المكتب الإقليمي للدول العربية كما نعرب عن المزيد من الإمتنان للزملاء الذين واللواتي تفضلوا/ن بتقديم وقتهم/ن ومراجعتهم/ن، وذلك بفضل قيادة د.شبل صهباني ومساندة د. محمد عفيفي وتنسيق ياسمين بليغ من المكتب الإقليمي للدول العربية بمن فيهم/ن د.ديما محمد حماش من مكتب الأردن ود.رانيا حسن عبد الغفور حسن ود.سلافة ساتي محمد ود.محمد أحمد محمد سيدأحمد من مكتب السودان ود.أفراج ثابت ود.عبد السلام الأحصب من مكتب اليمن وأ.مها محمد عبد الوئيس ود.عبد الله الكامل من مكتب مصر ود.ريم عمارنة من مكتب فلسطين.

تقديم

على الرغم من تناقص وفيات الأمهات على الصعيد العالمي، إلا أن ذلك لا يحدث بالسرعة الكافية، مع وجود تفاوتات خطيرة ما بين مختلف المناطق في جميع أنحاء العالم. إن الوفاة أثناء الولادة لا تعد فقط انتهاكاً غير مقبول لحقوق الإنسان بل قد تصنف أيضاً باعتبارها أحد أشكال العنف ضد المرأة، خاصة عند مراعاة أن غالبية حالات وفاة الأمهات يمكن تجنبها ومنعها إذا تم توفير الرعاية الصحية المناسبة.

ولذا، كُلف صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) بدعم البلدان للقضاء على وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة التي يمكن تجنبها ومنعها. وفي هذا السياق، يدعم الصندوق بشكل خاص القابلات باعتبارهن -إلى جانب أطباء النساء والولادة بالطبع- عنصرًا أساسيًا في تحقيق هذه الرؤية. كما ندعم أيضًا الرعاية الصحية الأولية، حيث تعد الرعاية في طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (EmONC) أحد مكوناتها الرئيسية. فمن خلال توفير رعاية صحية جيدة في مرافق صحة الأمومة، يمكن إدارة مضاعفات الولادة، سواءً أثناء الحمل أو أثناء الولادة أو بعد الولادة مباشرة. كما يدعم صندوق الأمم المتحدة للسكان مختلف البلدان لرصد التقدم المحرز في تحسين جودة الرعاية الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة على جميع مستويات النظام الصحي وتحديد الثغرات والتصدي لها.

في تقريره النهائي المعد في عام 2015، أكد فريق الخبراء الاستراتيجي المستقل المعني بالمساءلة في مجال صحة النساء والأطفال (iERG) أن «مجتمع الصحة العالمي فشل إلى حد كبير في إحراز تقدم في الحشد باتجاه العمل من أجل تحسين رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة». وبعد نشر العاملين الصحيين المهرة عند الولادة هو أحد المجالات التي تتطلب التزامًا وعملاً فوريًا، حيث يعد نقص الموظفين الكفاء والقادرين على إدارة جميع مضاعفات الولادة والمواليد سببًا رئيسيًا لارتفاع معدل وفيات الأمهات في العديد من البلدان. كما لم تكن الجهود المبذولة لتثقيف العاملين الصحيين المهرة في مجال صحة الأم وحديثي الولادة وتنظيم شبكات إحالات الأمومة كافية. ومن ثم، يعاني عدد كبير جدًا من النساء والأطفال حديثي الولادة من عدم توفر إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة والتدخلات المنقذة للحياة في الوقت المناسب، وهو الوقت الذي يواجهون فيه حالات الطوارئ أثناء الولادة أو حالات الطوارئ فيما يتعلق بحديثي الولادة، مما ينتج عنه نتائج قاتلة.

يهدف هذا الدليل التنفيذي إلى تلبية الحاجة إلى تسريع التقدم في تحسين جودة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، حيث يصف نهجًا مبتكرًا لتطوير شبكة وطنية للإحالة للأمومة يمكن للسكان الوصول إليها، وتوفير القدرة على إدارة جميع مضاعفات الولادة والمواليد من خلال توفير رعاية عالية الجودة. ويقترح الدليل إعادة تنظيم النظام الصحي على أساس اختيار عدد محدود من خدمات إحالة الأمومة (رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة) لتركيز الموارد عليها، مع ضمان إمكانية وصول غالبية السكان إليها.

وتسمح المؤشرات الجديدة بقياس مدى قدرة خدمات الإحالة هذه على تغطية السكان المتواجدين على مسافة يمكن الانتقال إليها خلال ساعة أو ساعتين.

ويوفر الدليل خطوات ملموسة للسلطات المعنية بمجال الصحة العامة والمعنيين لتنفيذ إطار عمل رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة الذي تم تطويره في عام 2009 بمعرفة منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) وجامعة كولومبيا. كما يشمل الدليل أحدث التطورات في إعداد النماذج الجغرافية لتحسين الوصول المادي إلى المرافق الصحية. وأخيرًا، يقترح الدليل مناهج برامجية جديدة لتعزيز الإدارة الروتينية واستخدام بيانات صحة الأم والمولود والصحة الإنجابية، مستفيدًا من مفاهيم البحث التطبيقي لتحسين جودة الرعاية في مرافق الإحالة لرعاية الأمومة.

تم تطوير دليل التنفيذ هذا على مدى عدة سنوات، حيث يعتمد النهج المقترح به على الدروس المستفادة من تنفيذه التدريجي في العديد من البلدان. وفي هذا الصدد، أود أن أشكر الزملاء من القسم الفني في صندوق الأمم المتحدة للسكان، لا سيما الزملاء من الصندوق المتخصص لصحة الأم والمولود، وكذا الزملاء العاملين في مكاتبنا الإقليمية والقطرية، والذين ساهموا في تطوير هذا النهج، إلى جانب الزملاء بوزارات الصحة والمنظمات الشريكة عبر مختلف الدول، ولا سيما من جامعة جنيف وجامعة كولومبيا، وبرنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات (AMDD).

بحلول عام 2020، كانت اثنتا عشرة دولة تطبق هذا النهج على المستوى الوطني، باعتباره جزءًا من استراتيجية صندوق الأمم المتحدة للسكان لإنهاء وفيات الأمهات التي يمكن تجنبها. وعند توفير الدعم الكافي والمستدام، سيكون لتعليم القابلات وتوافر الأدوية والسلع الأساسية وتعزيز الرعاية الصحية الجيدة في شبكات المرافق الصحية هذه - والمعنية برعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - دور رئيسي في تحقيق هدف التنمية المستدامة رقم 3.1 بشأن خفض معدل وفيات الأمهات. كما يجب تضمين إدارة جميع حالات الطوارئ المتعلقة بالأمهات والأطفال حديثي الولادة واحتياجاتهم من حيث الإحالة الطبية في حزمة خدمات التغطية الصحية الشاملة (UHC). ويتضح جدوى المتابعة والتقييم المنتظمة على مرافق وخدمات إحالة الأمهات هذه على المستوى الوطني في ضوء كونها ضرورية لضمان فعالية البرنامج الوطني لصحة الأم والمولود. وبمجرد إنشاء البنية التحتية وتعيين فريق العمل المطلوب، يمكن أن تكون خدمات إحالة الأمومة (رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة) بمثابة منصات لتكامل خدمات الصحة الإنجابية الأخرى.


الدكتورة/ جوليتا أونابانجو

القائم بأعمال نائب المدير التنفيذي لصندوق الأمم المتحدة للسكان (البرنامج) بالنياية



المقدمة

أهمية وجود دليل لتطوير شبكة وطنية لمرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة

السياق

منذ الدورة الأولى للمؤتمر الدولي المعني بسلامة الأمومة -والذي عقد في نيروبي في عام 1987- كان هناك الكثير من التفكير في توفير رعاية الحمل والولادة وحديثي الولادة، ومدى إمكانية الوصول إليها¹، وهو ما أدى إلى إصدار دليل في عام 1997 أعدته منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) وصندوق الأمم المتحدة للسكان لرصد توافر واستخدام خدمات الولادة. وقد تم تحديث هذا الكتيب في عام 2009² بمعرفة نفس منظمات الأمم المتحدة وبرنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات (AMDD) التابع لجامعة كولومبيا. ويصف الدليل المؤشرات التي يمكن للبلدان -ولا سيما البلدان التي ترتفع فيها معدلات الوفيات والأمراض المتعلقة بالولادة- استخدامها لتصميم وتطوير شبكة من المرافق الصحية بحيث يصبح الموظفون المهرة العاملون فيها قادرين على تقديم رعاية جيدة وإدارة حالات الطوارئ المتعلقة بالولادة وحديثي الولادة، مما ينتج عنه تشكيل شبكة من مرافق إحالة الأمومة. ويعيد كتيب عام 2009² التأكيد على الحاجة إلى شبكة من مستويين من مرافق إحالة الأمومة -على الأقل في الوقت الحالي- في معظم البلدان التي ترتفع فيها معدلات وفيات الأمهات. ويجب إنشاء هذين المستويين ضمن مجموعة مرافق الأمومة التي توفر الرعاية الروتينية للحمل والولادة وحديثي الولادة. ويجب أن يوفر المستوى الأول الرعاية الروتينية للحمل والولادة وحديثي الولادة، والرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (BEmONC)، كما يجب أن يخدم بشكل أساسي المناطق النائية أو الريفية. بينما يجب أن يوفر المستوى الثاني رعاية شاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (CEmONC)، حيث يجب أن يتكون هذا المستوى بشكل عام من المستشفيات في المراكز الحضرية. وتهدف هذه الشبكة إلى زيادة وصول النساء إلى رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (EmONC) في البلدان ذات الموارد المحدودة، إلى جانب تعزيز مجموعة من الاستراتيجيات التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية والشركاء لتحسين صحة الأم والمولود (MNH)³. ولتحقيق أهداف التنمية المستدامة 3.1 و3.2³، يجب أن تتاح لكل امرأة حامل إمكانية الولادة في مرفق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (EmONC)، والذي يوفر رعاية آمنة⁴. ومن المفترض أن يتحقق هذا من خلال خطط الولادة، وتحسين النقل والإحالات المنظمة بين المرافق الصحية في المناطق النائية ومرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

أ 3.1: خفض المعدل العالمي لوفيات الأمهات إلى أقل من 70 لكل 100,000 ولادة حية بحلول عام 2030. يتم وصف الأهداف الموصى بها لمختلف البلدان في: <https://bit.ly/ZXIU2X>

3.2: الحد من الوفيات التي يمكن الوقاية منها لحديثي الولادة والأطفال دون سن الخامسة بحلول عام 2030، حيث تهدف جميع البلدان إلى خفض وفيات المواليد الجدد إلى ما لا يزيد عن 12 حالة وفاة لكل 1,000 ولادة حية ووفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى ما لا يزيد عن 25 لكل 1,000 ولادة حية.

استخدمت الصناديق المواضيعية المختلفة للصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والمواليد والأطفال والمراهقين - مثل صندوق موسكوكا التابع لصندوق الأمم المتحدة (MHTF) المشترك، والصندوق المواضيعي لصحة الأم والمولود (H6) المشترك بين الوكالات، وبرنامج للسكان - الكتيب الصادر عام 2009 كأساس لدعم تطوير مرافق إحالة الأمومة في عدد من البلدان. ويعتمد هذا الدليل على العمل الذي قامت به هذه الصناديق المواضيعية في بعض البلدان، حيث قاد تطويره فرع الصحة الجنسية والإنجابية التابع للقسم الفني لصندوق الأمم المتحدة للسكان، وعلى وجه التحديد فريق الصندوق المواضيعي لصحة الأم والمولود داخل هذا الفرع. وسوف يواصل هذا الدليل التطور بمرور الوقت، بحيث يدمج بشكل تدريجي المزيد من الأساليب المبتكرة.

ب دعم صندوق موسكوكا المتعدد الأطراف (صندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونيسف، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، ومنظمة الصحة العالمية) 10 بلدان في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى -وهايتي خلال الفترة 2010-2015 لتحسين الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال، بدعم مالي من فرنسا.

ج دعم صندوق (H6) المشترك (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونيسف، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، ومنظمة الصحة العالمية، والبنك الدولي) 10 بلدان في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى -وهايتي خلال الفترة من 2012 إلى 2017 لتحسين الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين، بدعم مالي من كندا والسويد

د يدعم الصندوق المتخصص لصحة الأم والمولود (MHTF) -الذي تم إنشاؤه في عام 2008-32 دولة تعاني عتياً كبيراً من جهة وفيات الأمهات لتحسين الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية/ صحة الأم والمولود. يتم دعم الصندوق المتخصص لصحة الأم والمولود (MHTF) مالياً من جانب السويد وألمانيا ولوكسمبورج، ويديره صندوق الأمم المتحدة للسكان. يمكن الاطلاع على خطة العمل للمرحلة الثالثة من الصندوق المتخصص لصحة الأم والمولود (2018-MHTF-2022) عبر: <https://www.unfpa.org/fr/node/18565>

أهداف الدليل

بالنظر إلى هدفنا المتمثل في خفض المعدل العالمي لوفيات الأمهات إلى أقل من 70 لكل 100,000 ولادة حية (هدف التنمية المستدامة 3.1)، فمن المهم ملاحظة أن معظم البلدان ذات معدلات وفيات الأمهات المرتفعة تواجه مشاكل في تخطيط وتشغيل شبكتها الوطنية من مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة. وتعد مرافق الإحالة الصحية هذه مسؤولة عن إدارة خدمات الولادة الأساسية والرعاية في طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -سواء الأساسية (BEmONC) أو الشاملة (CEmONC) -على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويتم قياس وجود خدمات الطوارئ هذه باستخدام أدوات التتبع، حيث يُطلق على الرئيسي منها مصطلح «الوظائف الأساسية». وتعكس أدوات التتبع هذه قدرة المنشأة على إدارة الولادة في حالات الطوارئ الرئيسية، والتي تعد مسؤولة عن وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة (النزيف، وتسمم الحمل، والعدوى، وتعرض الولادة، ومضاعفات الإجهاض). هناك سبع دلائل إشارة لمرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (BEmONC) وتسع دلائل إشارة لمرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (CEmONC)، وتشكل هذه الدلائل الخطوة الأولى لتحليل توافر الخدمات (الشكل 1).

الشكل 1: الوظائف الأساسية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

الوظائف الأساسية لمرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	الوظائف الأساسية لمرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
<p>الوظائف الأساسية السبعة الخاصة بالرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة</p> <p>+</p> <p>8. إجراء عمليات نقل الدم</p> <p>9. إجراء عمليات الولادة القيصرية</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. استخدم المضادات الحيوية بالحقن 2. استخدام أدوية انقباض الرحم 3. استخدم مضادات الاختلاج بالحقن 4. إجراء الإزالة اليدوية للمشيمة 5. إزالة النواتج المحتجزة 6. إجراء الولادة المهبلية المساعدة 7. إجراء عملية الإنعاش الأساسية لحديثي الولادة (بحقيبة وقناع)

إتاحة الخدمة على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع

المصدر: برنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات، صندوق الأمم المتحدة للسكان، اليونيسف، منظمة الصحة العالمية. كتيب مراقبة الولادة في حالات الطوارئ -منظمة الصحة العالمية، 2009

ويشمل كتيب طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -الصادر عام 2009- تعريفاً مفصلاً عن الوظائف الأساسية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة علاوة على ذلك، يحدد الجدول الفني رقم 1 المسؤوليات الموكلة لمرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة داخل النظام الصحي.

ويهدف هذا الدليل إلى مشاركة نهج مبتكر تم تنفيذه في العديد من البلدان التي تعاني من ارتفاع معدل وفيات ومرض الأمهات والمواليد -ولكل منها سياقات مختلفة على نطاق واسع- لتطوير شبكتها الوطنية من مرافق إحالة الأمومة. والهدف من هذا النهج هو دعم الدول المختلفة في تحسين تغطية السكان الذين يحصلون على رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بشكل تدريجي وواقعي، إلى جانب تحسين جودة رعاية الولادة وحديثي الولادة. وقد تم تنفيذ هذا النهج بدعم من الصندوق المتخصص لصحة الأم والمولود في هايتي في عام 2010، ثم في توجو ومدغشقر خلال الفترة من 2014 إلى 2016. ثم نفذته دول أخرى خلال الفترة من 2017 إلى 2019، مثل بوروندي وبنين وتشاد وغينيا والسنغال والسودان، حيث عالجت هذه البلدان للعديد من المشكلات المتعلقة بتطوير شبكة وطنية من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، واستكشفت العديد من السبل لتحسين الوصول إلى رعاية عالية الجودة في طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ومن الجدير بالذكر أن هذه الجهود قد فشلت في البداية، فبدأت هذه الدول في المحاولة مرة أخرى، إلى أن تكللت بالنجاح في النهاية.

يهدف هذا الدليل إلى جمع هذه الخبرات المتراكمة على مدار السنوات التسع الماضية، من أجل تحديد الخطوط العريضة لعملية تطوير شبكة وطنية من مرافق إحالة الأمومة، والتي ستساعد على تحسين صحة الأم والمولود ودعم التقدم نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة، ولا سيما هدفَي التنمية المستدامة 3.1 و 3.2. وقد استعرضت هذه الدول الرائدة استراتيجيات صحة الأم والمولود المطبقة لديها بالتفصيل، ومن ثم نفذت تدريباً ثلاثياً تدخلت:

1. تحديد شبكة وطنية لمرافق الأمومة التي يمكنها تقديم خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، سواء الأساسية منها (BEmonc) أو الشاملة (CEmonc).
2. رصد استباقي ومنتظم لخدمات الصحة الإيجابية وصحة الأم والمولود المقدمة في هذه المرافق الخاصة برعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.
3. الدعم الفعال للموظفين العاملين في هذه المرافق لتعزيز فرصهم للابتكار ومعالجة المشكلات المتعلقة بتنظيم الخدمات وتحسين جودة الرعاية. كما يهدف النهج المقترح إلى تمكين المعنيين من تأدية دور عامل التغيير في كل مستوى من مستويات النظام الصحي.

محددات الدليل

يتناول هذا الدليل بشكل أساسي استراتيجية تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من خلال شبكة وطنية من مرافق إحالة الأمومة. هذا، ولم يتم استكشاف تفاصيل أي من الاستراتيجيات الأخرى المستخدمة للحد من وفيات الأمهات في هذه الوثيقة، ومنها على سبيل المثال:

- حالة القابلات ومسؤولياتهن وكيفية تنظيم تدريبهن الأولي وكيفية انتشارهن في الميدان، على الرغم من كونها عوامل ضرورية لإدارة مرافق الأمومة.
- مشكلة تمويل رعاية الولادة والمواليد (خاصة رعاية الطوارئ والإجلاء الطبي)، والتي تمثل تحديًا منتظمًا للبلدان ذات الموارد المحدودة.
- الروابط بين الشبكة الوطنية للمرافق الصحية المعنية برعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة والمرافق الصحية في المناطق النائية والمجتمعات المحيطة بهم. وتتم مناقشة هذه القضايا مع البلدان بمجرد تحديد مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة العاملة بها، وتحديد مسؤوليات هذه المرافق وتفاعلها مع المجتمع. وتحرص كل من جمهورية الكونغو ومدغشقر وغينيا على تعزيز الروابط بين مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة والمرافق الصحية في المناطق النائية. ومع ذلك، فإن معظم البلدان التي تقوم بتطوير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - كما هو موضح في هذا الدليل - تركز في الوقت الحالي، على تعزيز شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وروابط الإحالة بين مرافق الرعاية الأساسية منها (BEmONC) ومرافق الرعاية الشاملة (CEmONC). ويتطلب الجانب المتعلق بتنظيم مناطق تجمع لمرافق إحالة الأمومة مزيدًا من الالتزام الحكومي والمزيد من الموارد المالية في جميع المجالات.
- يتم تضمين عدد من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية الرئيسية في وصف مسؤوليات وأدوار مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (انظر الجدول الفني رقم 1). ومع ذلك، لا يوضح هذا الدليل وسائل تحسين هذا التكامل ووسائل تنفيذ خدمات تنظيم الأسرة/ منع الحمل، وبرامج القضاء على انتقال المرض من الأم إلى الطفل (EMTCT) وبرامج الوقاية من سرطان عنق الرحم. ويمكن ترتيب خدمات الصحة الإنجابية عند تحديد العناصر التنظيمية الأساسية وجودة الرعاية، بناءً على القدرات التشغيلية والفنية لفرق المرفق الصحي واستنادًا إلى أولويات وزارة الصحة. ونحيل القارئ إلى الوثائق والإرشادات والمبادئ التوجيهية المحددة المتعلقة بهذه الأولويات، لا سيما تلك الصادرة عن منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان.
- وفي النهاية، تتطلب صحة حديثي الولادة - والتي تظهر بشكل بارز في هذه الوثيقة - مزيدًا من الدراسة. ويتم تنفيذ هذه المهمة حاليًا بمعرفة المجموعة الفنية لخطة العمل لجميع المواليد الجدد (ENAP). وستدرج الإصدارات المستقبلية من هذا الدليل بشكل تدريجي هذا العمل الأساسي حول كيفية تحسين رعاية الأطفال حديثي الولادة. من منظور البرنامج،

يسلط هذا الدليل في عدة مناسبات الضوء على أهمية الربط الجوهري بين رعاية الأم ورعاية المولود. وتراعي أداة جمع البيانات المقترحة («جدول الرصد» -انظر الجدول الفني رقم 4) هذا الأمر، مع إعطاء أهمية أكبر لحديثي الولادة.

الفئات المستهدفة

يجب تنفيذ هذا الدليل بالاقتران مع كتيب الرقابة على رعاية طوارئ الولادة، والذي طوره كل من برنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونيسف، ومنظمة الصحة العالمية في عام 2009. وهو مخصص -أولًا وقبل أي اعتبارات أخرى -للأشخاص المسؤولين عن تطوير وتحسين رعاية الأم والوليد في بلدهم، سواء على مستوى المحليات أو الأقاليم أو المقاطعات أو المحافظات أو على المستوى الوطني. كما يستهدف أيضًا المديرين العاملين بوزارات الصحة والمستشارين الفنيين -لا سيما العاملين لدى منظمات الأمم المتحدة- الذين يسعون إلى استيضاح نهج تطوير وتنفيذ شبكة وطنية لمرافق إحالة الأمومة. وأخيرًا، فهو مخصص -لا سيما الجزء الأول منه -لصانعي القرار الذين يهدفون إلى تطوير شبكة من مرافق الإحالة القادرة على توفير رعاية جيدة ورصد الرعاية المقدمة للنساء والأطفال حديثي الولادة والإبلاغ عنها.

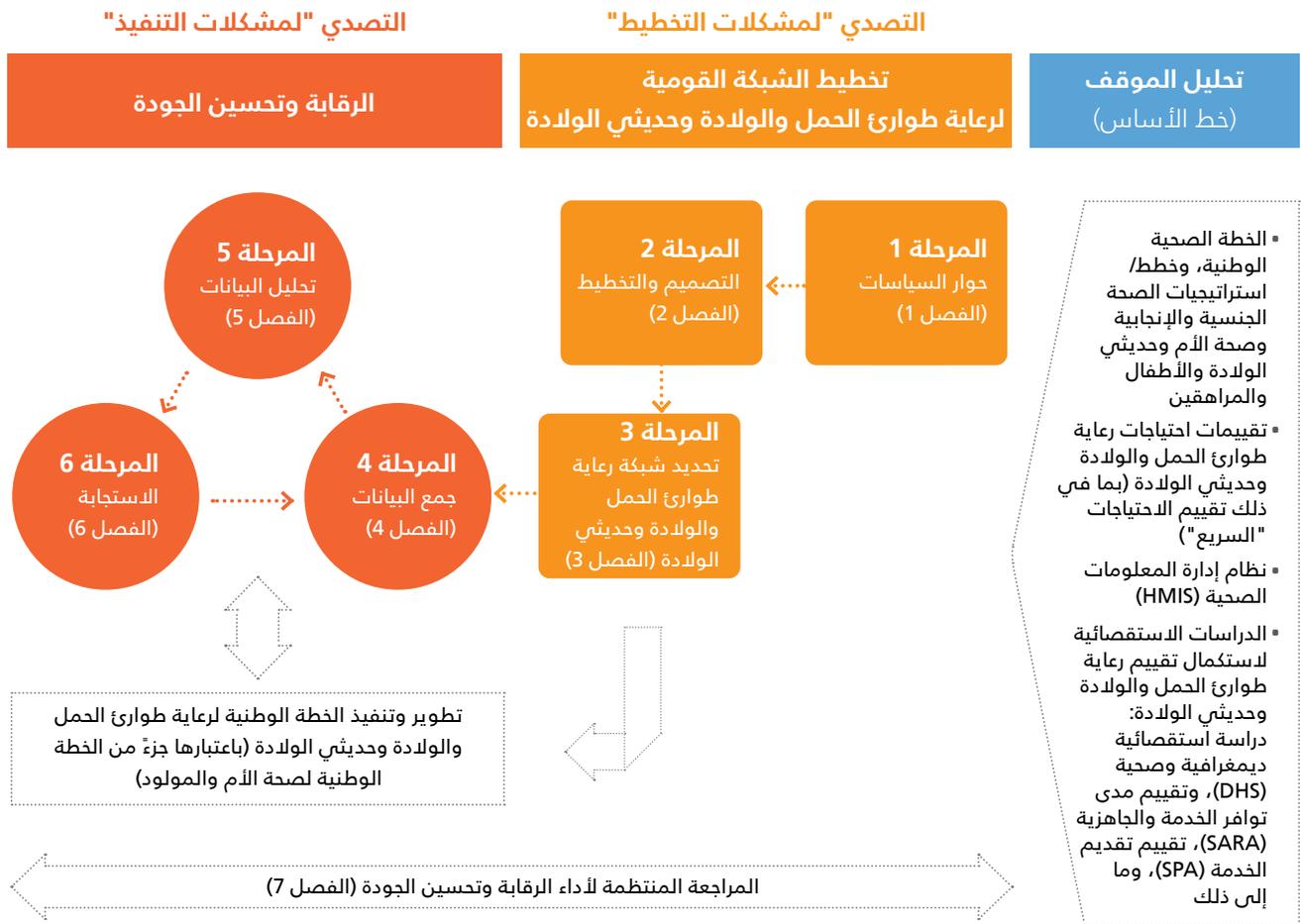
هيكل الوثيقة

ينقسم هذا الدليل إلى جزئين. فبعد وصف المفاهيم الرئيسية فيما يتعلق برعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، يوضح الجزء الأول تفاصيل عملية دعم تطوير شبكة وطنية من مرافق إحالة الأمومة، مما يمكن القارئ من فهم النهج المقترح والمراحل السبع التي تشكل عملية التنفيذ (انظر الشكل 2):

- المرحلة 1: الدعوة إلى نهج تطوير شبكة وطنية من مرافق إحالة الأمومة لضمان مشاركة المعنيين السياسيين الرئيسيين وصناع القرار في مجال صحة الأم والمولود، والتزامهم بالمبادئ والعمليات المقترحة.
- المرحلة 2: تصميم العمليات والأدوات اللازمة لتطوير ومراقبة الشبكة الوطنية لمرافق إحالة الأمومة.
- المرحلة 3: تعريف الشبكة الوطنية لمرافق إحالة الأمومة.
- المرحلة 4: جمع البيانات.

- المرحلة 5: تحليل البيانات.
- المرحلة 6: استخدام هذه البيانات لمعالجة الثغرات في توافر وجودة الرعاية في المرافق الصحية المحددة، مع إبلاغ النظام الصحي بشكل مباشر عن مدى فعالية إدارة برنامج صحة الأم.
- المرحلة 7: مراقبة تنفيذ العملية.

الشكل 2: عملية تطوير شبكة وطنية من مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة



المصدر: الصندوق المتخصص لصحة الأم. نحو المساواة في الوصول وجودة الرعاية والمساءلة، التقرير السنوي 2016،

2017، ص. 26

بناءً على التجارب الحالية في تنفيذ هذه العملية في مختلف الدول، يقدر متوسط تكلفة تنفيذ مراحل التخطيط (المراحل من 1 إلى 3) بمبلغ 120,000 دولار أمريكي خلال أربعة إلى ستة أشهر. ويقدر متوسط تكلفة تنفيذ مراحل المتابعة والتقييم (المرحلة 4 - جمع البيانات والمرحلة 5 - تحليل البيانات) بما يتراوح بين 60,000 و80,000 دولار أمريكي، اعتمادًا على حجم شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة الوطنية. وتتراوح التكلفة التقديرية للاستجابة/ تحسين الجودة (المرحلة 6) ما بين 500,000 و1,000,000 دولار أمريكي سنويًا لكل منطقة/ مقاطعة (استنادًا إلى تقديرات تدخلات تحسين الجودة في غينيا والسنغال، بما في ذلك الإرشاد أثناء العمل، وتحسين آليات الإحالة، والتصدي للثغرات العاجلة في الأدوية الأساسية والموارد البشرية، وضمان الربط مع مدارس تعليم القابلات قبل ممارسة الخدمة).

ويتكون الجزء الثاني من الدليل من فصول تقنية توفر مزيدًا من التفاصيل حول كيفية تنظيم هذه المراحل المختلفة. كما يتضمن هذا الفصل أيضًا جداول فنية مخصصة للجوانب المهمة اللازمة لتنفيذ هذا النهج، بدءًا من عرض تقديمي لرؤية صندوق الأمم المتحدة للسكان فيما يتعلق بمرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وكيفية مساهمة أنظمة المعلومات الجغرافية (GIS) والأدلة المستمدة من علم التنفيذ في تطوير شبكة وطنية من مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة. ويعد الجزء الثاني مخصصًا في المقام الأول للمستشارين الفنيين ومديري وزارات الصحة المسؤولين عن إدارة العملية على المستويين الوطني ودون الوطني.

وعلى هذا النحو، يمكن للقارئ إما إلقاء نظرة سريعة على العملية برمتها أو قضاء المزيد من الوقت في مراجعة أي جزء محدد من الدليل.

الجزء الأول

عملية تطوير شبكة وطنية من
مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية
الأمومة (مرافق رعاية طوارئ
الحمل والولادة وحديثي الولادة)



الفصل 1:

الدعوة إلى تطوير شبكة وطنية خاصة بمرافق الإحالة تخدم رعاية الامومة

«إن النساء لا تمتن بسبب حالات مرضية لا نستطيع علاجها... بل تمتن لأن مجتمعاتهن لم تتخذ بعد القرار بأن حياتهن تستحق الإنقاذ»

دكتور/ محمود فتح الله، الرئيس السابق للاتحاد الدولي للأمراض النساء والولادة (FIGO)

1. أهمية الدعوة إلى تطوير شبكة وطنية من مرافق الإحالة فيما يختص برعاية الأمومة

1.1. البعد السياسي لوفيات الأمهات وحديثي الولادة

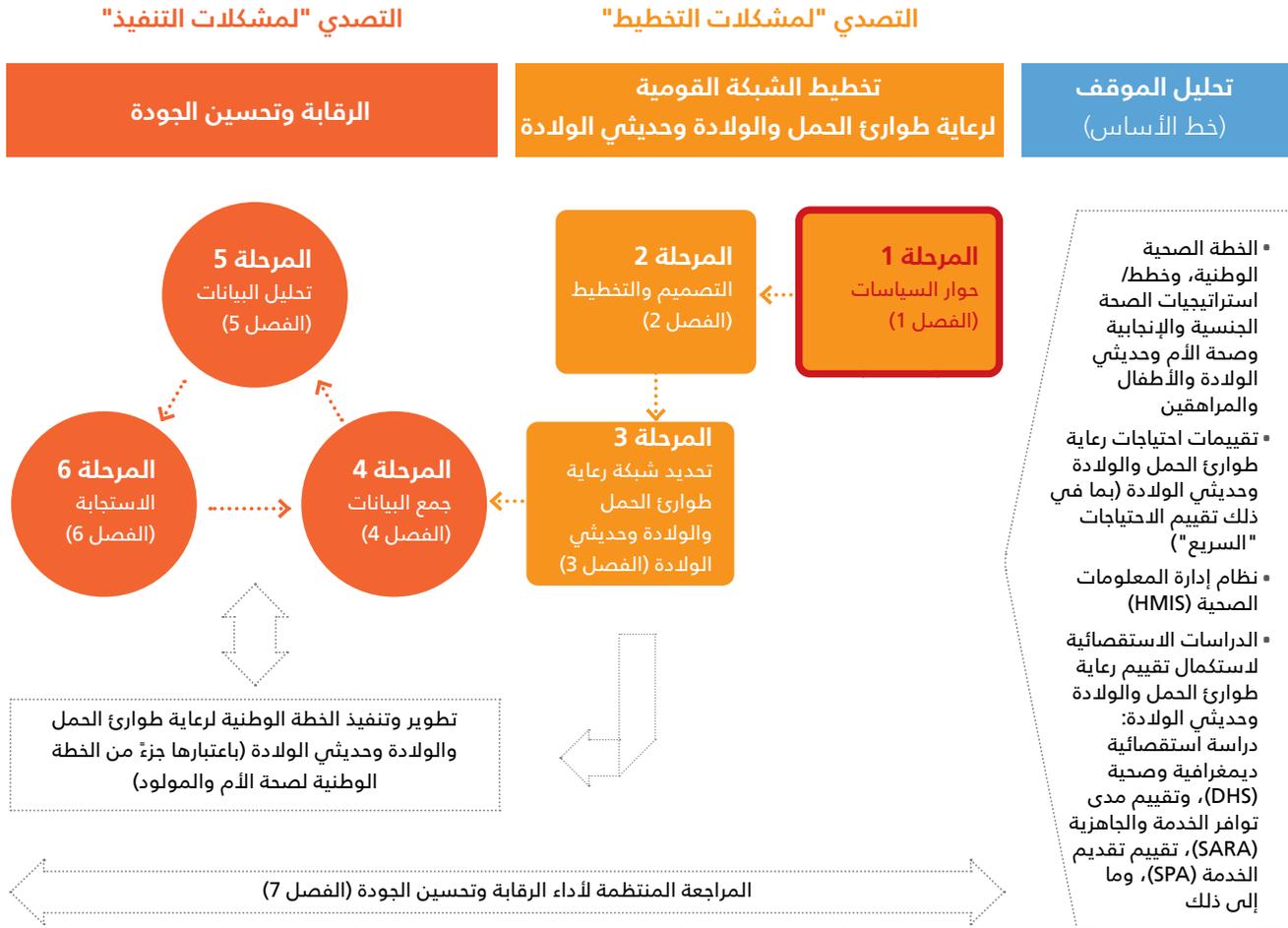
خلال العقود الثلاثة الماضية، نجحت حملات المناصرة والدعوة حول صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة داخل المجتمع المدني والمجتمع الدولي تدريجياً في جعل وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة مسألة سياسية متزايدة الأهمية. وقد ساهمت التعبئة المدعومة بالهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية بشأن تحسين صحة الأم -بما في ذلك الهدف 5 (أ) بشأن خفض معدل وفيات الأمهات- في تشجيع البلدان على تحديد وتنفيذ الاستراتيجيات اللازمة لتحقيق الهدف الطموح المتمثل في خفض معدل وفيات الأمهات العالمي بمقدار ثلاثة أرباع ما بين عامي 1990 و2015.

على الرغم من أن أهداف التنمية المستدامة لا تشمل هدفًا محددًا يخاطب صحة الأم، ولكنها تسعى إلى تحقيق الهدف الطموح المتمثل في تقليل معدل وفيات الأمهات (الهدف 3.1 من الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة). وعلى الجانب الإيجابي، يُعد هذا الهدف المتعلق بصحة الأم جزءًا من مجموعة أوسع من الأهداف المتعلقة بالصحة. ومع ذلك، فإن الجانب السلبي هو أنه تم تضمينه ضمن هدف أوسع يتعلق بالصحة، مما يهدد باحتمال انخفاض الاهتمام السياسي والتمويل لصحة الأم.

2.1. الرحلة الصعبة من وضع السياسات إلى تنفيذ برنامج صحة الأم والمولود

في حين حددت معظم البلدان التي لديها أعلى معدل وفيات الأمهات استراتيجيات لتقليل عدد الوفيات بنسبة 75 في المائة بين عامي 1990 و 2015 (الهدف 5(أ) من الأهداف الإنمائية للألفية)، إلا إن غالبية هذه البلدان لم تتمكن للأسف من تحقيق هذا الهدف. وعلى الرغم من تباين أسباب هذا الإخفاق النسبي، فإنها تعكس أيضًا الصعوبات في ترجمة السياسات إلى تنفيذ فعال.

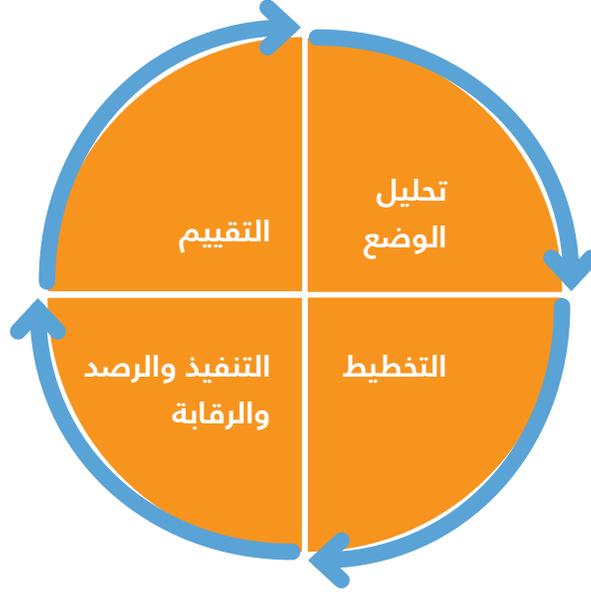
الشكل 3: المرحلة الأولى – لحوار على مستوى السياسات



في إطار معايير برنامج صحة الأم، نلاحظ أن البلدان التي لم تحقق الهدف 5 (أ) من الأهداف الإنمائية للألفية كانت تفتقر إلى التمويل الكافي وإلى تطوير فعال لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، كما افتقرت أيضًا إلى الطموح لمنح مكانة مهنية للقابلات تقديراً لقدرتهن على إدارة 87 في المائة من المتطلبات في الخدمات الأساسية للصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والمولود، وذلك بعد تدريبهن وتنظيم مهنتهن وفقاً للمعايير الدولية⁷.

بالإضافة إلى أوجه القصور المذكورة أعلاه، فإن تنفيذ «الدورة البرامجية» في مجال صحة الأم (الشكل 4) يطرح أيضًا مشاكل في عدد من البلدان، لا سيما فيما يتعلق بما يلي:

الشكل 4: الدورة البرمجية



أ) تحليل الوضع

عند التركيز فقط على مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، تبين وجود ثغرات لوحظت في العديد من البلدان في تحليل نقاط القوة والضعف لديها والطريقة المستخدمة لتنظيم شبكة وطنية من مرافق الإحالة. وبالمثل، فلم تراعي هذه البلدان -إلا في وقت متأخر من عصر الأهداف الإنمائية للألفية- أهمية الصلة بين جودة الرعاية ومناهج التعليم قبل الخدمة التي تلبى المعايير القائمة على الكفاءة التي أوصى بها الاتحاد الدولي للقبالات (ICM)، والاتحاد الدولي لأمراض النساء والولادة (FIGO)، ومنظمة الصحة العالمية. هذا، بالإضافة إلى عدم توفر التحليلات القوية والمفصلة لحالة صحة الأم في كثير من الأحيان. منذ عام 2009، أجرت 35 دولة فقط التقييم الذي طوره برنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات^{هـ} فيما يتعلق باحتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والذي يمكّن البلدان من إجراء تحليل مناسب للوضع، وإنشاء قاعدة بيانات حول أنشطة مرافق الأمومة ككل وإنتاج مؤشرات العملية المفصلة في كتيب مراقبة رعاية الولادة في حالات الطوارئ (2009). ومن الضروري ملاحظة أن استطلاعات تقييم مدى توافر الخدمة والجاهزية وتقييم تقديم الخدمة توفر البيانات حول توفر الخدمات الصحية فقط، وليس عن الاستفادة منها. ويمكن استخدام تقييمات احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (العاجلة) فقط لإعداد المرحلة 3 من تحديد الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

هـ متاح على: <https://www.mailman.columbia.edu/research/averting-maternal-death-and-disability-amdd/toolkit/>

ب) التخطيط

غالبًا ما كان هناك تفاوت بين أهداف البرنامج الوطني لصحة الأم والمولود والموارد البشرية والمالية المخصصة له بالفعل، ونوضح هذا بمزيد من التفصيل في الفصيلين 2 و3، مع مثال على مشكلة التخطيط التي واجهت العديد من البلدان لتحديد العدد المطلوب من المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

ج) التنفيذ والمتابعة والتقييم

بسبب نظام إدارة المعلومات الصحية (HMIS) المرهق والبطيء وغير الموثوق به في معظم البلدان التي تعاني من ارتفاع كبير في معدل وفيات الأمهات، لم يتم دعم تنفيذ برنامج صحة الأم في هذه البلدان بشكل عام من خلال المتابعة والتقييم المنتظمين لمؤشرات صحة الأم.

على سبيل المثال، لم يكن العد التنازلي لنسبة نجاة الأمهات والمواليد والأطفال حتى عام 2015-وهو المؤشر المسؤول عن الرصد العالمي للهدفين الرابع والخامس من الأهداف الإنمائية للألفية- قادرًا على رصد التقدم المحرز في مؤشرات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في 75 بلدًا تعاني من ارتفاع كبير في معدل وفيات الأمهات، لا سيما فيما يتعلق بتوافر خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. علاوة على ذلك، ففي تقريره السنوي لعام 2013 عن خدمات صحة الأم والمولود، أشار صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى أن معظم البلدان التي لديها أعلى معدل وفيات الأمهات غير قادرة على التوثيق السنوي لعدد مرافق الأمومة التي تقدم خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ولا نسبة الموظفين المؤهلين في رعاية الولادة من إجمالي العاملين في هذه المرافق. وما زال هذا العجز عن قياس المؤشرات الرئيسية بانتظام حول رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة يمثل مشكلة في العديد من البلدان ذات المعدلات المرتفعة في وفيات ومرض الأمهات والمواليد، حيث أعاق التنفيذ الفعال لبرامج صحة الأم والمولود.

د) التقييم

يوصي برنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات بإجراء تقييم احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في نهاية كل دورة برامجية (كل ثلاث إلى خمس سنوات، حسب البلد). ومع ذلك، فمنذ تقديم هذه التقييمات في أوائل العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، تمكنت دولتان فقط من إجراء هذه التقييمات على مدار 5 سنوات و10 سنوات على التوالي، في حين جمعت بعض الدول الأخرى المعلومات من خلال نوع آخر من التقييم -بشكل عام تقييم مدى توافر الخدمة والجاهزية (SARA). ومع ذلك، فعلى عكس تقييم احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، يعتمد تقييم مدى توافر الخدمة والجاهزية عادةً على عينة من المرافق الصحية. وقد أدى عدم وجود تقييمات منتظمة لاحتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة إلى صعوبة إجراء التقييمات القائمة على الأدلة لبرنامج صحة الأمهات والمواليد في نهاية كل دورة برامجية.

وبشكل موجز، على الرغم من أهميتها في الحد من وفيات الأمهات وحديثي الولادة، فإن عملية إنشاء شبكة وطنية من مرافق إحالة الأمومة التي يمكنها أن تقدم رعاية الولادة وحديثي الولادة عالية الجودة -فضلاً عن إدارة حالات الطوارئ- لم تحظ بالاهتمام الواجب خلال العقد الماضي.

2. مبادئ الدعوة إلى تطوير شبكة وطنية من مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة

يجب أن يقود التحليل القائم على الأدلة للوضع الصحي للأمهات والأطفال حديثي الولادة النقاش في البلدان المختلفة بين وزارة الصحة والشركاء التقنيين والماليين والمجتمع المدني، إلى جانب إجراء مراجعة للاستراتيجيات الحالية، إذا لزم الأمر.

وتجدر الإشارة إلى أن بعض الفترات المحددة قد تكون أكثر ملاءمة للدعوة إلى تطوير شبكة وطنية من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، على سبيل المثال عند نشر تقديرات جديدة لمعدل وفيات الأمهات، في نهاية الدورة البرمجية الوطنية، أو في نهاية الفترة البرمجية العالمية، مثل الأهداف الإنمائية للألفية في عام 2015. وتعد الفرصة الأكثر تكراراً لمثل هذه الدعوة هي ورشة العمل الوطنية التي عادةً ما تحتتم وتؤيد الاستنتاجات والتوصيات الناشئة عن تقييم رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وتعد هذه الدراسة الاستقصائية (أو نسختها المختصرة التي طورها المكتب الإقليمي لغرب ووسط أفريقيا التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان - UNFPA WCARO) التي نفذتها وزارة الصحة هي الدراسة الوحيدة التي توفر المعلومات الضرورية لبدء عملية تطوير ورعاية قوية لشبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ولذا، يوصي هذا الدليل بأن تستخدم البلدان هذا النوع من الدراسات الاستقصائية، من أجل الحصول على قاعدة بيانات كاملة تشمل جميع مرافق الأمومة. تضمن منهجية الدراسة الاستقصائية التي وضعها برنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات (والتي تم اعتمادها أيضاً في النسخة المختصرة) الحصول على بيانات عالية الجودة، مما يوفر أساساً متيناً لتحليل المعلومات التي تم جمعها.

ومع ذلك، وبغض النظر عن الظروف التي تؤدي إلى المناقشات بين الشركاء ووزارة الصحة حول تطوير مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، فإن نتائج تحليل الوضع تختلف قليلاً باختلاف البلد. وتعمل معظم تقييمات احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على تسليط الضوء على النقاط التالية:

أ) رغم وجود العديد من مرافق رعاية الأمومة والمرافق المخطط لها / المخصصة لتقديم خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (راجع التعريفات الواردة في الجدول 1)، إلا إن عدد المرافق العاملة في مجال رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لا يزال أقل بكثير من الحد الأدنى الموصى به وفقاً للمعايير الدولية وهو خمسة لكل 500,000 نسمة.

الجدول 1: شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - التعريفات الرئيسية

المرافق المحتملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	المرافق العاملة في مجال رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	المرافق المخطط لها/ المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
منشأة صحية تجري عمليات الولادة مع إمكانية تحولها إلى أحد مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة خلال دورة برامجية مستقبلية (على المدى المتوسط/ الطويل).	يقدم المرفق المخصص لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة خدماته على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، وقد تم إجراء جميع الوظائف الأساسية لها خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من مرحلة جمع البيانات.	المنشأة الصحية المخصصة من قبل وزارة الصحة لتكون جزءًا من الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في الدورة البرامجية الحالية (أو التالية -على المدى القصير). يمكن أن يكون المرفق الصحي المخصص لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة عاملاً أو غير عامل. الهدف من الدورة البرامجية الحالية هو تشغيل جميع مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة المخصصة.
المرافق الصحية الأخرى التي تجري عمليات الولادة: المرافق الصحية التي تجري عمليات الولادة العادية ولكن لا يُتوقع لها أن تتحول إلى مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.		

(ب) يشكل تطوير مرافق الرعاية الأساسية للولادة وحديثي الولادة في حالات الطوارئ أكبر التحديات.

(ج) تُظهر مؤشرات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي تم قياسها انخفاضًا في نسبة تلبية احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (تغطية أقل بكثير من 50 في المائة)، كما تُظهر أيضًا معدل عمليات قيصرية أقل من 5 في المائة، ومعدل وفيات مرتفع لأسباب ترتبط مباشرة بالولادة، ومعدلات مرتفعة للغاية للوفيات في فترة ما قبل الولادة.

(د) هناك نقص كبير في الموظفين المؤهلين في مجالي الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (أطباء الولادة والتخدير) والرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (القبليات).

(هـ) لا توجد خبرة كافية في مجال رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لدى الموظفين المؤهلين على اختلاف المستويات.

(و) هناك نفاد كبير في مخزون الإمدادات الأساسية المتعلقة بصحة الأم والمولود، مما يضر بتشغيل خدمات الولادة وحديثي الولادة.

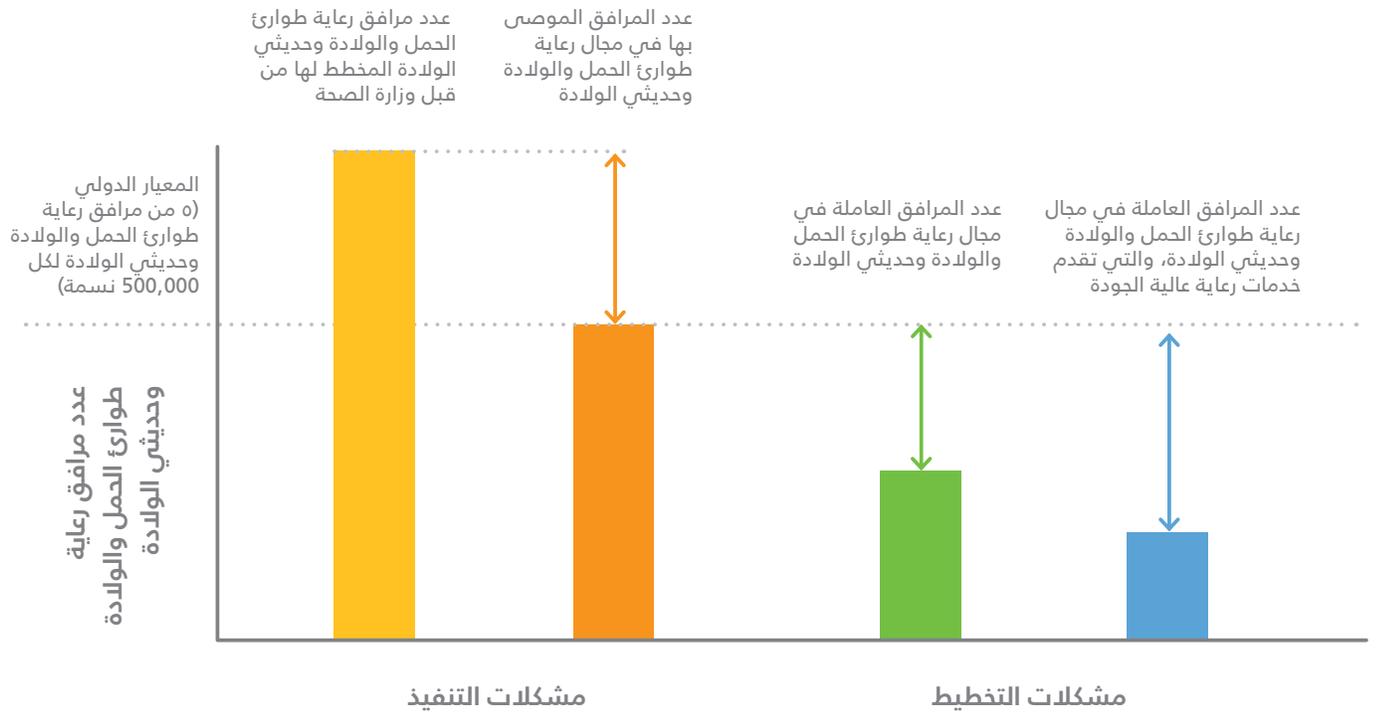
(ز) وأخيرًا، وكما ذكرنا سابقًا، لا يسمح نظام إدارة المعلومات الصحية (HMIS) بالرقابة الشاملة والمنتظمة لتطوير مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

في معظم البلدان التي تعاني من ارتفاع كبير في معدل وفيات الأمهات والمواليد، فإن بعض هذه الملاحظات -إن لم تكن جميعها- موجودة، وينبغي تمثيلها بالبيانات الوطنية. وبناءً على هذا التحليل، يجب على وزارة الصحة والشركاء مناقشة النهج المقترح أدناه -والمؤسس على ثلاثة تدخلات موصى بها -لدعم تطوير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتحسين جودة الرعاية:

2.1. تحديد الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

والتي نُفذت على مدى السنوات العشر الماضية، لتسلط الضوء على الوضع الموضح في الشكل 5²، والذي يوضح التحديات المتعلقة بتخطيط وتنفيذ تطوير شبكة وطنية من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وقد أُبديت ملاحظات مماثلة في البلدان التي يدعمها الصندوق المتخصص لصحة الأم والمولود التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان.

الشكل 5: وضع رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في البلدان التي تعاني من ارتفاع معدل وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة



المصدر: مقتبس من الرسم البياني غير المنشور لعام 2016 بواسطة لين فريدمان (برنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات، جامعة كولومبيا) وباتريشيا بايلي (صحة الأسرة الدولية الشاملة) استنادًا إلى تقييمات احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في 15 دولة.

بشكل عام، في البلدان التي تعاني من ارتفاع معدل وفيات الأمهات، فإن عدد المرافق الصحية المخطط لها أو المخصصة لتصبح مرافق صحية عاملة في مجال رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والتي يقدم الموظفون المؤهلون فيها خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع (الشريط الأصفر) يبلغ ضعف إلى أربعة أضعاف المعيار الدولي الموصى به (الشريط البرتقالي) الذي ينص على وجود خمسة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل 500,000 نسمة، بما في ذلك مرفق واحد على الأقل لخدمات الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. أمّا في البلدان ذات الموارد المحدودة، يؤدي هذا

ح مقتبس من الرسم البياني غير المنشور لعام 2016 بواسطة لين فريدمان (برنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات، جامعة كولومبيا -نيويورك) وباتريشيا بايلي (صحة الأسرة الدولية) استنادًا إلى تقييمات احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في 15 دولة.

التحدي التخطيطي إلى تحديات في التنفيذ، حيث يدفع بالموارد المحدودة المتاحة (مثل المعدات والبنية التحتية وعلى الأخص الموارد البشرية) لتوزيعها على نطاق واسع، كما يتطلب زيادة تكاليف الصيانة والإشراف.

لذا، فغالبًا ما تكون مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي تعمل فعليًا محدودة العدد (الشريط الأخضر)، حيث تمثل في المتوسط 10 إلى 30 في المائة فقط من المعيار الدولي. ويشكل هذا عقبة كبيرة أمام تسريع الخفض السنوي لوفيات الأمهات والمواليد، وهو أمر ضروري لتحقيق الهدفين 3.1 و 3.2 من أهداف التنمية المستدامة. أخيرًا وليس آخرًا، من المهم إدراك أن مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة العاملة ليست بالضرورة ضمانًا لجودة الرعاية، بل هي مجرد خطوة أولى مطلوبة لتحقيق جودة الرعاية (الشريط الأزرق). وهذا الأمر تتم مناقشته بشكل أكبر في الفصل 6، عندما يصبح تحسين جودة الرعاية هو الموضوع الأساسي للنهج المقترح، وذلك بعد حل مسألة توافر الموظفين والمعدات والسلع والمستلزمات.

يمكن استخدام هذا الشكل -المليء بالبيانات الوطنية -باعتباره مصدرًا رئيسيًا فيما يتعلق بالدعوة إلى تطوير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة مع وزارة الصحة، حيث يساعد في إطلاق عملية تحديد الأولويات (التحديد) لإيجاد أفضل حل وسط بين تلبية الحاجة إلى زيادة تغطية السكان الذين يصلون إلى مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة خلال زمن محدد من بداية الرحلة (عادةً ما يكون هذا الزمن هو ساعتان، وهو الحد الأقصى لمتوسط الوقت بين بداية نزيف ما بعد الولادة الشديد غير المعالج -وهو أحد الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات -والوفاة^{58,59}) وتخصيص موارد كافية لكل مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لضمان جودة الخدمات على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. وتتكون هذه العملية من تحديد شبكة وطنية من المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والتي يمكنها -بعد دورة أو دورتين برنامجيتين -تشكيل شبكة من المرافق العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

بشكل عام، هناك بُعد جغرافي مهم لعملية تحديد أولويات مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، نظرًا لأنه من المفترض -من الناحية النظرية -أن تحسن شبكة المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وصول السكان المادي إلى خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وحيثما أمكن، يوصي صندوق الأمم المتحدة للسكان باستخدام نظام المعلومات الجغرافية - وبرنامج نمذجة الوصول المادي إلى الخدمات الصحية (AccessMod) -المفصل في الجدول الفني رقم 3 بالجزء الثاني من هذه الوثيقة) لدعم عملية تحديد الأولويات، خاصة للمساهمة في إنشاء تحليل يجمع بين كل من الوصول المادي إلى مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة والتجمعات السكانية حول المرافق الصحية (في غضون ساعتين من زمن بداية الرحلة على سبيل المثال).

2.2. إنشاء نظام منظم لجمع البيانات وتحليلها في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، بدعم من الموظفين المؤهلين في كل مرافق

كما هو الحال مع أي برنامج، يتطلب تنفيذ برنامج صحة الأم والمولود رقابة منتظمة وملاحظات وتغذية راجعة سريعة توفر المعلومات عن جميع مستويات النظام الصحي، مما يسمح بتعديل استراتيجيات تحسين توافر الرعاية وجودتها بانتظام. وعلى هذا النحو، لا يمكن لهذا البرنامج الاعتماد فقط على الدراسات الاستقصائية التي يتم إجراؤها كل ثلاث إلى خمس سنوات أو حتى سنويًا، إنما يتطلب

الأمر إعداد عملية يتم بموجبها جمع المعلومات بانتظام (عادةً كل ثلاثة أشهر) وتحليلها (عادةً مرتين في السنة).

ويجب أن تعتمد هذه العملية على الموظفين المهرة العاملين في مرافق الأمومة، لأنهم في أفضل وضع يسمح لهم بجمع البيانات وتحليلها واستخدامها في إطار زمني قصير. ويصف هذا الدليل الخطوات ذات الصلة وأدوات التنفيذ المطلوبة لرصد ومراقبة الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة ولتنفيذ تحسينات جودة الرعاية.

2.3. توعية الموظفين في المرافق الصحية بمسؤولياتهم وتكليفهم بتحسين جودة الرعاية على المستوى المحلي (نهج «تصاعدي»)

تعتمد معظم الأنظمة الصحية على نموذج هرمي حيث يتمتع المستوى الأدنى بشكل عام -ولا سيما المرافق الصحية- بقدر منخفض من الاستقلالية في اتخاذ القرار. ونتيجة لذلك، فغالبًا ما يتم التعامل مع المشكلات التي تحددها المرافق الصحية من قبل المنطقة أو الإقليم أو المحافظة أو حتى على المستوى الوطني، مما يزيد من مخاطر الاختناقات، حيث لا يعتمد هذا النظام بشكل كافٍ على الموظفين في مرافق الأمومة، والذين غالبًا ما يشعرون بالإحباط نتيجة لذلك. وعلى النقيض من ذلك، فإن النظام الصحي الذي يشجع الاستقلالية بين فرق متخصصي الرعاية الصحية داخل المرافق الصحية يخلق قدرات وفرصًا هائلة للابتكار، ويحفز الموظفين ويساعد على تشغيل النظام بشكل أكثر كفاءة.

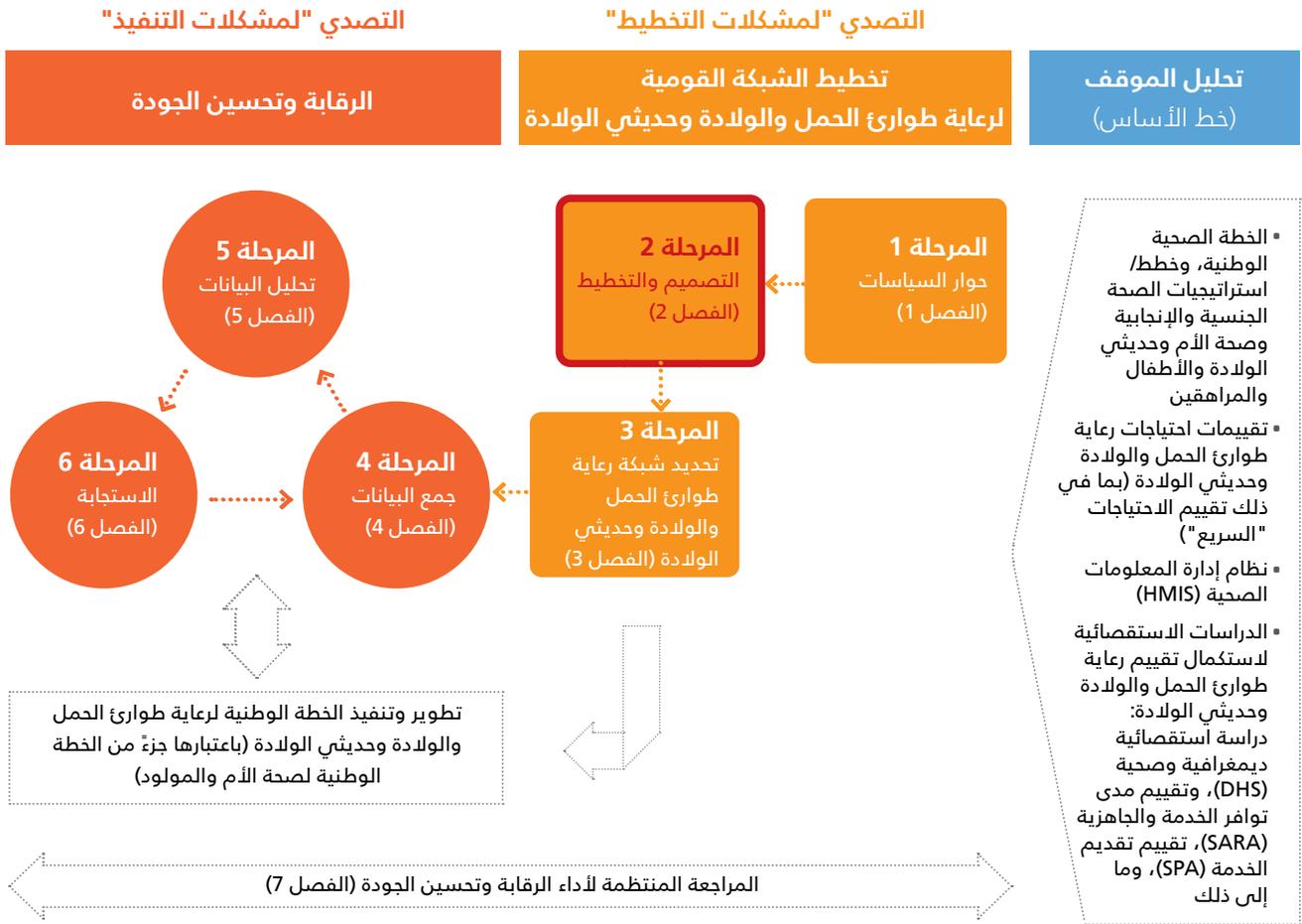
يجب استخدام هذا النهج «التصاعدي» لإدارة المتابعة والتقييم على رعاية الولادة والمواليد الجدد. ويهدف التركيز على البيانات إلى تشجيع الموظفين على تحديد وتنفيذ التحسينات لرفع جودة الرعاية وتنظيم الخدمات الصحية بشكل أفضل. وكما هو مفصل في الفصل 6، يجب دعم الجودة الفعالة لدورات الرعاية المؤسسة على رصد المعلومات الأساسية حول الصحة الجنسية والإنجابية/ صحة الأم والمولود في مراحلها الأولية بواسطة فريق قوي «لدعم التنفيذ» (مكملًا للإشراف الداعم) للمساهمة في بدء عملية المتابعة والتقييم وتحسين الجودة (راجع الجدول الفني رقم 7). ويأتي هذا الدعم بتوصية قوية من مجال علم التنفيذ، ويهدف إلى تزويد الموظفين بنظام للبحث المستمر عن أفضل الطرق لتحقيق أهدافهم. ويهدف هذا الدليل إلى الاستفادة من الدروس العديدة المستمدة من هذا العلم لتطبيقها في مجال الصحة الجنسية والإنجابية / صحة الأم والمولود في البلدان التي تعاني من ارتفاع كبير في معدل وفيات ومراضة الأمهات والمواليد.

بمجرد أن تصادق وزارة الصحة على هذه التدخلات الثلاثة، فإن الخطوة اللاحقة لتطوير شبكة وطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة هي التأكد من أن الجهات الفاعلة في النظام الصحي -لا سيما العاملين في مرافق إحالة الأمومة- يؤيدونها أيضًا، وهو ما يتحقق من خلال تصميم عملية وطنية لتطوير شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (راجع الفصل 2)، والتي يجب دمجها في فصل «صحة الأم والمولود» من الاستراتيجية الصحية الوطنية والخطط السنوية لوزارة الصحة (و الوزارات الأخرى المعنية).

الفصل 2:

تصميم شبكة وطنية من مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة

الشكل 6: المرحلة 2 – التصميم



1. أهداف تصميم شبكة وطنية من مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة

يتطلب التنفيذ الناجح لشبكة وطنية من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التعاون بين موظفي الرعاية الصحية ومديري وزارة الصحة وشركائهم. ويتمثل الهدف الأول من مرحلة التصميم في مساعدة سلطات وزارة الصحة على تكوين إجماع وطني حول الحاجة إلى تحسين شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وكيفية تنفيذها، في حين يتمثل الهدف الثاني في تحديد عملية تطوير هذه الشبكة وقياس قدرة النظام الصحي -وتحديدًا برنامج صحة الأم والمولود- على إنفاذ التغييرات المخطط لها لتحسين توافر الرعاية وجودتها.

أحد الأساليب التي تم تبنيها بنجاح في البلدان التي تنفذ العملية المقترحة في هذا الدليل -وتحديدًا في بنين وبوروندي وتشاد وغينيا ومدغشقر والسنغال والسودان وتوجو- هو عقد ورشة عمل وطنية حول كيفية تطوير شبكة وطنية من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ويجب أن تحدد ورشة العمل هذه الخطوات اللازمة لتنفيذ العملية وتحدد بالإجماع الأدوات اللازمة (مثل أدوات جمع البيانات). ومن المخرجات الأخرى لورشة العمل تشكيل لجنة وطنية ولجان دون وطنية (إقليمية على سبيل المثال) والتي يجب أن تضمن بشكل مشترك -بدعم من الشركاء التقنيين والماليين- تطوير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة ومراقبتها وتحسينها.

وأخيرًا، تعد ورشة العمل الوطنية فرصة لتحديد (أو لإعادة تحديد) مهمة ودور وواجبات مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في النظام الصحي، إلى جانب وصف المعيار الوطني لمثل هذا المرفق -في وثيقة مرجعية- من حيث البنية التحتية والمعدات والموارد البشرية والترتيبات الهيكلية.

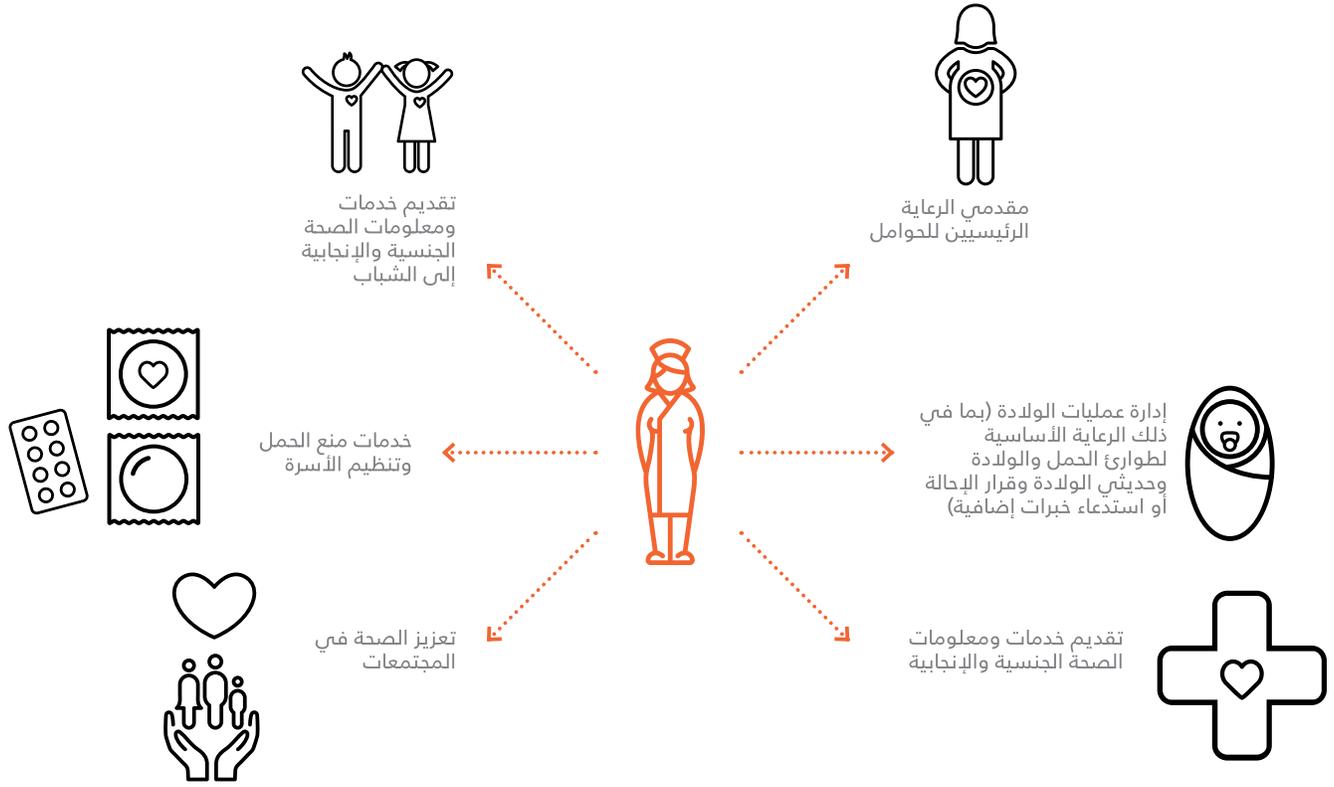
2. مبادئ تصميم شبكة وطنية من مرافق تحسين رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

1.2 الحد من عدد مرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لضمان جودة الرعاية على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع

كما رأينا في الفصل 1، فإن عدد المرافق المخططة/المخصصة بمعرفة الحكومة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة أعلى بكثير من المعايير الدولية في معظم البلدان التي تعاني من ارتفاع كبير في معدل وفيات ومراضة الأمهات والمواليد، وهذا يعني أنه غالبًا ما تكون الموارد المعينة لكل مرفق من المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة غير كافية، مما يجعل من الصعب إنشاء شبكة عاملة من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ولا سيما مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة العاملة على النحو المفصل في الجدول الفني 1. ومن ثم، يوصي صندوق الأمم المتحدة للسكان بالحد من عدد المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لتمكين النشر الاستراتيجي للموارد الشحيحة المتاحة (مثل القابلات الماهرات) والتأكد من توفير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لخدمات الرعاية الصحية الجيدة في مجال صحة الأم والمولود، مع اتساع نطاق الرعاية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. وكما هو موضح في الشكل 7، يمكن للقابلات المتعلمات والمنظمات وفقًا

للمعايير الدولية تقديم معلومات وخدمات شاملة عن الصحة الجنسية والإنجابية - بما في ذلك تنظيم الأسرة والرعاية السابقة للولادة والولادة الطبيعية الآمنة والرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وانتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل، والوقاية من الناسور والأمراض الأخرى، والوقاية من تشويه أو بتر الأعضاء التناسلية للإناث (ختان الإناث).

الشكل 7: نطاق عمل القابلات



الرؤية - تحتاج القابلات إلى ما يلي:

تقديم خدمات الصحة الجنسية والإنجابية المتكاملة التي تتسم بالاحترام وتركز على المريض

إدارة عمليات الولادة وتحديد توقيت اتخاذ قرار التحويل أو استدعاء خبرات إضافية (طبيب أمراض النساء والولادة على سبيل المثال)

إدارة الرعاية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (وظائف بارزة)

يوصي صندوق الأمم المتحدة للسكان بأن تدير القابلات مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والعمل كفريق واحد لإدارة الرعاية الفعالة أثناء الولادة وعلاج المضاعفات الأساسية على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.

يجب تحديد عدد القابلات اللائي يشكلن فريق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من خلال توزيع مهام الولادة في مرفق الأمومة، واستناداً إلى المعايير الوطنية^ط. وبالنظر إلى التوافر الحالي للموارد البشرية في البلدان التي تعاني من ارتفاع كبير من وفيات النفاس، يوصي صندوق الأمم المتحدة للسكان بما لا يقل عن ثلاث قابلات (من الناحية المثالية أربع قابلات كما هو محدد في بنين) في كل منشأة مخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وذلك لضمان توافر الخدمات على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب زيادة هذا العدد وفقاً لمهام الولادة على أساس المعايير المحددة وطنياً (على سبيل المثال، قابلة واحدة لكل 20 ولادة شهرية إضافية في توجو، وقابلة واحدة لكل 30 ولادة شهرية إضافية في بوروندي وغيينيا ومدغشقر والسنغال والسودان) ومهام ومسؤوليات القابلات المرتبطة بها (مثل المزيد من القابلات في حالة التدخلات المجتمعية). ويجب أن تنبثق مديرة وحدة الأمومة من هذا الفريق من القابلات.

ونلفت نظر القارئ إلى أن عملية تحديد الأولويات التي ستعمل على تحديد العدد المحدود من المرافق المخطط لها لتقديم خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والخريطة الوطنية ذات الصلة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، مفصلة في الفصل 3.

2.2. إنتاج وتحليل معلومات منتظمة وموثوقة وذات صلة وقابلة للاستخدام بشكل فوري

في معظم البلدان ذات المعدل المرتفع، لا يمكن لبرنامج صحة الأم الاعتماد فقط على نظام إدارة المعلومات الصحية (HMIS) لإنتاج المعلومات اللازمة لإدارة شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، حيث أن هذا النظام غالباً ما يكون مصمماً فقط للمستوى الاستراتيجي الوطني. بالإضافة إلى ذلك، فإن نظام إدارة المعلومات الصحية بطيء وغير موثوق به في العديد من البلدان ذات المعدل المرتفع لوفيات الأمهات، حيث يجمع عددًا محدودًا من المؤشرات حول صحة الأم على فترات غير منتظمة، مما يعيق التحليل ويؤخره ويخلق تحديات لفرق البرنامج.

بدلاً من ذلك، يجب أن يؤسس نظام إدارة المعلومات الصحية الحديث والفعال أنظمة فرعية للمعلومات أكثر تفاعلية وتكاملاً لمتابعة البرنامج^ط. وتم تنفيذ برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2 (DHIS 2) في معظم البلدان، مما يسهل التقدم نحو رؤية «النظام المتعدد المتكامل» من خلال تمكين نظام إدارة المعلومات الصحية (HMIS) من إدارة كم أكبر من المعلومات والسماح بجمع المزيد من البيانات بانتظام (بشكل شهري على سبيل المثال) في تقارير المرافق الصحية. واستناداً إلى منطق إدارة البرنامج، تم تصميم النظام الفرعي/مراقبة معلومات مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بحيث يقتصر جمع البيانات على المعلومات البرمجية الأساسية فقط، على

^ط في الوقت الحاضر، لم تقترح منظمة الصحة العالمية معياراً دولياً لهذا الغرض. في عام 2019، نشر الاتحاد الدولي للأمراض النساء والولادة (FIGO) بياناً يوصي بما لا يقل عن أربع إلى ست قابلات في المرفق الصحي المقدم لخدمات الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة الذي يجري 1,000 ولادة سنوياً. والبيان متاح على: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijgo.12815>.

^ي لاستخدام القياس، فإن نظام إدارة المعلومات الصحية مشابه للأسطول كبير، حيث يستغرق الأمر وقتاً حتى يتوصل الجميع إلى اتفاق حول تغيير المسار. ومع ذلك، فإن رصد البرنامج مثل زورق دورية صغير ينفصل عن هذا الأسطول في مهمة استكشافية، ويمكنه بسهولة تغيير المسار حسب الظروف والمتطلبات.

أن يتم ذلك من خلال نظام إدارة المعلومات الصحية. وقد تختلف المعلومات التي يتم جمعها بمرور الوقت، اعتمادًا على أولويات البرنامج. ويجب على موظفي المنشأة الصحية والمدراء الإقليميين ومدراء المناطق -إلى جانب وزارة الصحة الوطنية- استخدام الكمية المحدودة من المعلومات التي تم جمعها. ويعد إشراك الموظفين والمدراء عبر جميع مستويات النظام الصحي في تحليل البيانات أمرًا أساسيًا لتوعيتهم بمسؤولياتهم. وفي حين تتمثل الرؤية في جمع بيانات المتابعة والتقييم على رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من خلال نظام إدارة المعلومات الصحية/ برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2، فإن الجمع الاستباقي للبيانات بمعرفة فرق الدعم الإقليمية/ في المنطقة⁶ عند زيارة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، يمكنه أن يخدم لفترة محددة من الوقت كمرافقة لجودة نظام إدارة المعلومات الصحية. ففي بوروندي وغينيا وتوغو -على سبيل المثال -لا تزال فرق الدعم الإقليمي تجمع بيانات صحة الأمهات والمواليد خلال زياراتهم ربع السنوية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، بالإضافة إلى بيانات الرصد التي تم جمعها بمعرفة موظفي المنطقة/ المرفق الصحي والمضمنة في نظام إدارة المعلومات الصحية/ برنامج المعلومات الصحية للمنطقة (الإصدار 2). وقد أقرت وزارة الصحة بالقيمة المضافة لهذا الرصد، الذي يكمل نظام إدارة المعلومات الصحية/ برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2، ويسهل التحقق من جودة البيانات، ويهدف إلى تحسين إدارة الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

ومن أجل الالتزام بمبدأ جمع كم محدود من البيانات في الأنظمة الفرعية لمعلومات البرنامج/ المتابعة والتقييم، يجب ألا يزيد طول أداة جمع البيانات لرصد رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة عن «صفحة واحدة».

على الجانب الأمثل، ينبغي تطوير أداة جمع البيانات هذه بمشاركة جميع المشاركين في ورشة العمل الوطنية لتصميم نهج رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، كما كان الحال في بنين وبوروندي وتشاد وكوت ديفوار وغينيا ومدغشقر والسنغال والسودان. واحتياطيًا -كما كان الحال في هايتي وتوجو- يمكن أن يُعهد بهذه المهمة إلى لجنة فنية. وعلى أي حال، يجب اختبار الأداة الوطنية ثم الموافقة عليها في جلسة عامة تضم المعنيين الوطنيين والمحليين. ومن المهم أيضًا أن يتم تطوير الأداة بالاشتراك مع مديري الأقاليم/ المناطق الذين سيكونون مسؤولين عن جمع البيانات، ويجب أن تعكس العناصر الرئيسية لرعاية الولادة وحديثي الولادة في مرافق الأمومة، مثل الولادات الروتينية ومضاعفات الولادة والخدمات الصحية الإنجابية (مثل خدمات تنظيم الأسرة).

ويجب على كل دولة تطوير أداة جمع البيانات الوطنية الخاصة بها، بناءً على القضايا والمشاكل والأمور التي تُؤدّ رصدها ومراقبتها بانتظام. ويمكن لوزارة الصحة تطوير أداة جمع البيانات الخاصة بها بناءً على الأدوات التي تم تطويرها بالفعل في بلدان أخرى ومن أداة جمع البيانات المرجعية المقترحة في هذا الدليل (انظر الجدول الفني 4)، والتي تستند إلى العمل المنفذ في هايتي ومدغشقر وتوجو. ويجب أن تتضمن أداة جمع البيانات الوظائف الأساسية الخاصة برعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بشقيها الأساسي (BEmONC) والشامل (CEmONC)، مع مراعاة توثيق ما يلي بشكل عام:

- المؤشرات الرئيسية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بشأن توافر واستخدام وجودة الرعاية

ك أدوار ومسؤوليات وتكوين «فرق الدعم» الإقليمية/ في المنطقة، والموصوفة بمزيد من التفصيل في الفصل 6.

- الطاقم الرئيسي للولادة: أطباء الولادة والقابلات وأطباء التخدير.
- الإمدادات: الأدوية الأساسية لصحة الأم والمولود التي لا تتوفر دائمًا (مثل كبريتات المغنيسيوم) والمعدات (مثل جهاز الشفط، ومعدات إنعاش حديثي الولادة).
- البيانات المطلوبة لقياسات مؤشر رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة: عدد المواليد، عدد مضاعفات الولادة.
- بيانات إضافية محتملة عن الصحة الجنسية والإنجابية/ صحة الأم والمولود: استشارات ما بعد الولادة، وخدمات تنظيم الأسرة، وما إلى ذلك.
- رصد وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة: إضافة قيمة خرجت من ورشة العمل الوطنية في مدغشقر.

كما ذكرنا، يجب دمج أداة جمع البيانات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في نظام إدارة المعلومات الصحية/ برنامج المعلومات الصحية للمنطقة 2. يجب جمع المعلومات الأخرى حول برنامج صحة الأم -وعلى وجه التحديد تلك التي لم يتم جمعها بواسطة أداة جمع بيانات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -بواسطة وحدات نظام إدارة المعلومات الصحية الأخرى و/أو أدوات جمع بيانات نظام المعلومات الصحية الأوسع نطاقًا.

2.3 تبني نهج وطني

يجب تنفيذ مراقبة خدمات صحة الأم والمولود في جميع مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي تشكل الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. هذا، وتُفصل عملية تحديد هذه الشبكة في الفصل 3.

لا ينبغي أبداً بدء عملية المتابعة والتقييم هذه واختبارها بشكل تجريبي في منطقة/ مقاطعات واحدة أو بضع مناطق/ مقاطعات، بل يجب أن يتم تنفيذها على نطاق وطني منذ البداية، حيث إن النهج المحلية التي لوحظت في بعض البلدان، والتي غالبًا ما ترتبط بتمويل محدد من شريك مالي واحد، لا تنجح عمومًا في التوسع وتحقيق التغطية الوطنية. ولكن، يمكن أن يكون اتحاد كونفدرالي أو إقليم كبير (على سبيل المثال في حالة دول مثل بنجلاديش أو جمهورية الكونغو الديمقراطية أو الهند أو نيجيريا) استثناء لهذه القاعدة، ففي هذه الحالة يمكن تنفيذ العملية على المستوى الذي يشكل كيان سياسي مستقل. ومع ذلك، ففي بلدان كبيرة مثل مدغشقر والسودان وتشاد، أدت الدعوة مع وزارة الصحة ومع شركاء التنمية إلى إنشاء العملية على المستوى الوطني منذ البداية. في البلدان الثمانية التي طبقت نهج شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، كان يُنظر إلى النطاق الوطني للعملية على أنه يعزز قيادة وزارة الصحة ويسهل التنسيق بين شركاء التنمية.

بمجرد تعزيز القدرة التشغيلية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ينبغي توسيع نطاق رصد معلومات الصحة الجنسية والإنجابية ليشمل التجمعات السكنية المحيطة بالكامل، بالتنسيق مع المنطقة (المناطق) الصحية المعنية.

2.4 تشجيع الموظفين على اتخاذ القرار في مرافق الأمومة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

تُعَد المشاركة الفعالة لموظفي مرافق الأمومة في جميع مراحل العملية أمرًا محوريًا للنهج المقترح في هذا الدليل.

من خلال إفران عملية يقودها المرفق لجمع البيانات بانتظام وتحليلها والتصدي للثغرات مع التدريب بمعرفة فريق الدعم في الإقليم/ المنطقة، أدى النهج المقترح إلى تحسين جودة الرعاية في البلدان التي تم تنفيذه فيها (راجع الفصل 6 لدراسة الحالة في توجو). فمن خلال زياراتهم المنتظمة للمرافق الصحية، قامت فرق الدعم بتحسين جودة البيانات المتاحة في سجلات ودفاتر المرافق الصحية. وتتم متابعة تحسين الجودة وفقًا للمستويات المحلية (نهج «تصاعدي») من خلال تحليل ومناقشة المؤشرات بين موظفي المرفق الصحي وفرق الدعم هذه (يتم وصف الأدوار والتكوين بالتفصيل في الفصل 6 وفي الجدول الفني 6).

واعتبارًا من عام 2016، أُدمجت إلى حد ما الأفكار والأدلة التي تم جمعها عالميًا من مجال «علم التنفيذ» -لا سيما من الخبرات والدروس المستفادة من الإدارات العامة والشركات في الولايات المتحدة- في الفكر الموصوف في هذا الدليل بشأن تطوير مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، مما عزز من هذه الديناميكية «التصاعديّة». وتثبتت هذه التجارب والخبرات أهمية بعض العقلية، مثل الحق في ارتكاب الأخطاء، وتشجيع الخيارات القائمة على الأدلة في التدريب المستمر أو أثناء الخدمة على سبيل المثال.

وباختصار، يجب على العاملين في المرافق الصحية استعادة مسؤوليتهم عن جمع البيانات وتحليلها واستخدامها لتوفير استجابة منظمة لتحسين توافر وجودة رعاية الأم والوليد. ويتم تسهيل هذه الملكية المتجددة من خلال المساعدة الاستباقية والمنتظمة لفريق الدعم الذي يتم تشكيله على مستوى الإقليم/ المنطقة. ويجب أن تكون هذه الفرق الإقليمية/ في المنطقة مدعومة من جانب فريق وطني يتألف من وزارة الصحة وشركائها التقنيين والماليين. وبمجرد إنفاذ هذه المسؤولية المتجددة عبر المستويات المختلفة للنظام الصحي، يجب دمج هذا الدعم تدريجيًا في الإشراف أو التدريب التثقيفي (راجع الجدول الفني رقم 7 للحصول على وصف للإشراف، والإشراف الداعم، وفرق الدعم، ونهج التوجيه).

في هذا السياق، يعد النهج التعاوني على جميع مستويات النظام الصحي أمرًا حيويًا لمصداقية واستخدام عملية مراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ولضمان الامتثال لها بين موظفي المرافق الصحية. وحيث يشبه الأمر العملية المفتوحة والموثوقة التي يتم تشجيعها في سياق مراجعات وفيات الأمهات -دون الحاجة إلى إدارة الظروف المسأوية التي يتم فيها تنفيذ النهج- فمن المستحسن إنشاء ارتباط مع برنامج مراقبة وفيات الأمهات والتصدي لها. وفي مرحلة لاحقة

من التنفيذ، يمكن استكمال عملية المتابعة والتقييم ببرنامج دعم في الموقع يقدمه موجهون، والذين يتعين عليهم تعزيز هذين النهجين-مراقبة خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتحسين الجودة، ورصد استقصاءات وفيات الأمهات ووفيات ما قبل الولادة والتصدي لها -من أجل زيادة تحسين جودة رعاية الولادة وحديثي الولادة وتنظيم الخدمات.

3. نهج لتنفيذ مرحلة التصميم (مفصل في الفصل 8) -ورشة العمل الوطنية لتحليل الوضع وتصميم الشبكة الوطنية لمرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة

عادة ما تعقد ورشة العمل الوطنية لتطوير شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على مدار أربعة أيام، وتضم المدراء الوطنيين والشركاء/ المعنيين في مجال صحة الأم والصحة الإنجابية والمدراء الإقليميين / مديري المناطق لبرنامج صحة الأمهات والمواليد. ويُقترح أن يتم تنظيم ورشة العمل في ثلاثة أجزاء:

- يتكون **الجزء الأول** من عرض تقديمي عن وضع رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في الدولة (إن أمكن، بناءً على نتائج أحدث تقييم لاحتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، أو نسخته المختصرة) ومناقشة النتائج والعقبات التي تم تحديدها عند تطوير شبكة وطنية من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وينبغي التأكيد على أهمية مؤشرات النتائج، ولا سيما تلك المتعلقة بتوافر رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والوصول إليها، وجودتها. ويُعد هذا الجزء الأول أيضًا فرصة لتوضيح المفاهيم الرئيسية مثل شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ومرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وروابط الإحالة بين مرافق الرعاية الأساسية ومرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وقد تم تعريف هذه المفاهيم في الجداول الفنية 1 و2.
- يؤدي هذا الجزء من ورشة العمل عمومًا إلى زيادة وعي المشاركين بالحاجة إلى تحسين وظائف الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة قدرة البلد على تحقيق ذلك.
- يتناول **الجزء الثاني** تطوير شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، حيث يبحث في ثلاثة عناصر بيانها كالتالي:
 - تغطية الشبكة: كم عدد المرافق الصحية المضمنة في الشبكة مقارنة بالمعيار الموصى به، والذي ينص على خمسة مرافق لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل 500,000 نسمة، بما في ذلك مرفق واحد على الأقل للرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة؟ كيف يتم توزيع هذه المرافق في جميع أنحاء المنطقة؟ ما هي نسبة السكان التي تغطيها؟ كم منها عاملة وكيف حال روابط الإحالة؟

- الاستفادة من الخدمة وقدرة الشبكة: ما هو التقدم الذي أحرزته شبكة مرافق الأمومة هذه من حيث توفير خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة؟ من الموظفين الذين يؤديون هذه المهام؟
- قدرة نظام إدارة المعلومات الصحية على إنتاج معلومات منتظمة مفيدة لإدارة برنامج صحة الأم والمولود، ولا سيما قدرته على تقديم إجابات سريعة على الأسئلة المذكورة أعلاه.

غالبًا ما يؤدي هذا الجزء من ورشة العمل إلى الحاجة إلى إدارة أفضل للشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والحاجة إلى إتاحة المعلومات الرئيسية المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية/ صحة الأم والمولود بشكل روتيني من أجل تحقيق شبكة عاملة من مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة.

- يتضمن **الجزء الثالث والأخير من ورشة العمل** توصل المشاركين إلى توافق في الآراء لتحديد أهداف تطوير الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ومن ثم مراحل إدارة تنفيذها. تتمثل إحدى الصعوبات الرئيسية في إدارة شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بكفاءة في إنتاج بيانات منتظمة عن أنشطة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وإنشاء نظام استجابة لمعالجة الثغرات المحددة المتعلقة بتوافر الرعاية وجودتها. وقد قررت البلدان ذات المعدلات المرتفعة من وفيات الأمهات -والتي نجحت في التغلب على هذا التحدي- القيام بما يلي:

1. الحد من عدد مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، لتسهيل تعيين فرق من المتخصصين المهرة في الرعاية الصحية لهذه المرافق، بهدف لتوفير الرعاية على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، وتجهيز المرافق الصحية وتوفير الإمدادات بها بشكل أفضل. كما يسهل هذا النهج أيضًا مراقبة توافر الرعاية وجودتها وتنفيذ الاستجابات اللازمة للتصدي الثغرات في توافر الرعاية وجودتها.
2. التأسيس لجمع منتظم للبيانات وتحليل للبيانات يكون موثوقًا وذو صلة ومنتجًا وقابلًا للاستخدام، بالاقتران مع نظام إدارة المعلومات الصحية و/أو الأنظمة الحالية الأخرى لجمع البيانات المنتظمة بشأن البرنامج الصحي.
3. تشجيع الموظفين على اتخاذ القرار في مرافق رعاية الأمومة لحل المشاكل المحلية المتعلقة بتنظيم الخدمات وجودة الرعاية.

لماذا لا يُطلب من طبيب الولادة إجراء مراقبة صحة الأم والمولود؟

على الوجه الأمثل، من المفترض أن يتواجد طبيب ولادة في فريق الدعم الإقليمي / الخاص بالمنطقة لمعالجة الجوانب السريرية والتقنية والتحليلية لمراقبة وتحسين جودة الرعاية في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ومع ذلك، من الصعب من الناحية العملية العثور على طبيب ولادة متاح لهذا النوع من العمل في معظم البلدان ذات معدلات وفيات الأمهات المرتفعة. ويمكن إبرام اتفاقية مع الجمعية الوطنية لأطباء النساء والولادة لتوفير خيار قيام طبيب الولادة بالإشراف على أهم مرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (المستشفيات الجامعية والإقليمية). ومع ذلك، فإن الأطباء الذين يمكنهم إدارة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة أو القابلات المتمرسات يمكنهم عمومًا القيام بمهام أطباء الولادة. وتظهر التقييمات (التي أجراها صندوق الأمم المتحدة للسكان في بعض البلدان، ولكن لم يتم نشرها) أن الأطباء والقابلات يكونون في بعض الأحيان أكثر فعالية من أطباء الولادة في تقديم هذا النوع من الدعم، والذي يتطلب مهارات تتجاوز الخبرة السريرية، مثل مهارات الإدارة والتليل. لذا، فمن المهم أن نتطلى بالعملية وأن نبقي جميع الخيارات مفتوحة.

لماذا لا يتم مراقبة المرافق الصحية الأخرى التي تتولى إجراء الولادات؟

إن الهدف الأساسي للنهج المفصل في هذا الدليل هو قياس التقدم ومعالجة أوجه القصور في المرافق الصحية المخصصة لتقديم خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (الأساسية والشاملة). ولا يهدف هذا النهج إلى مراقبة المرافق الصحية التي لا تتولى مهمة إدارة مضاعفات الولادة وحديثي الولادة، وبالتالي فهي غير مجهزة بالوسائل اللازمة (من حيث الموارد البشرية، والمعدات، ونطاق الأنشطة، والمسافة، وما إلى ذلك).

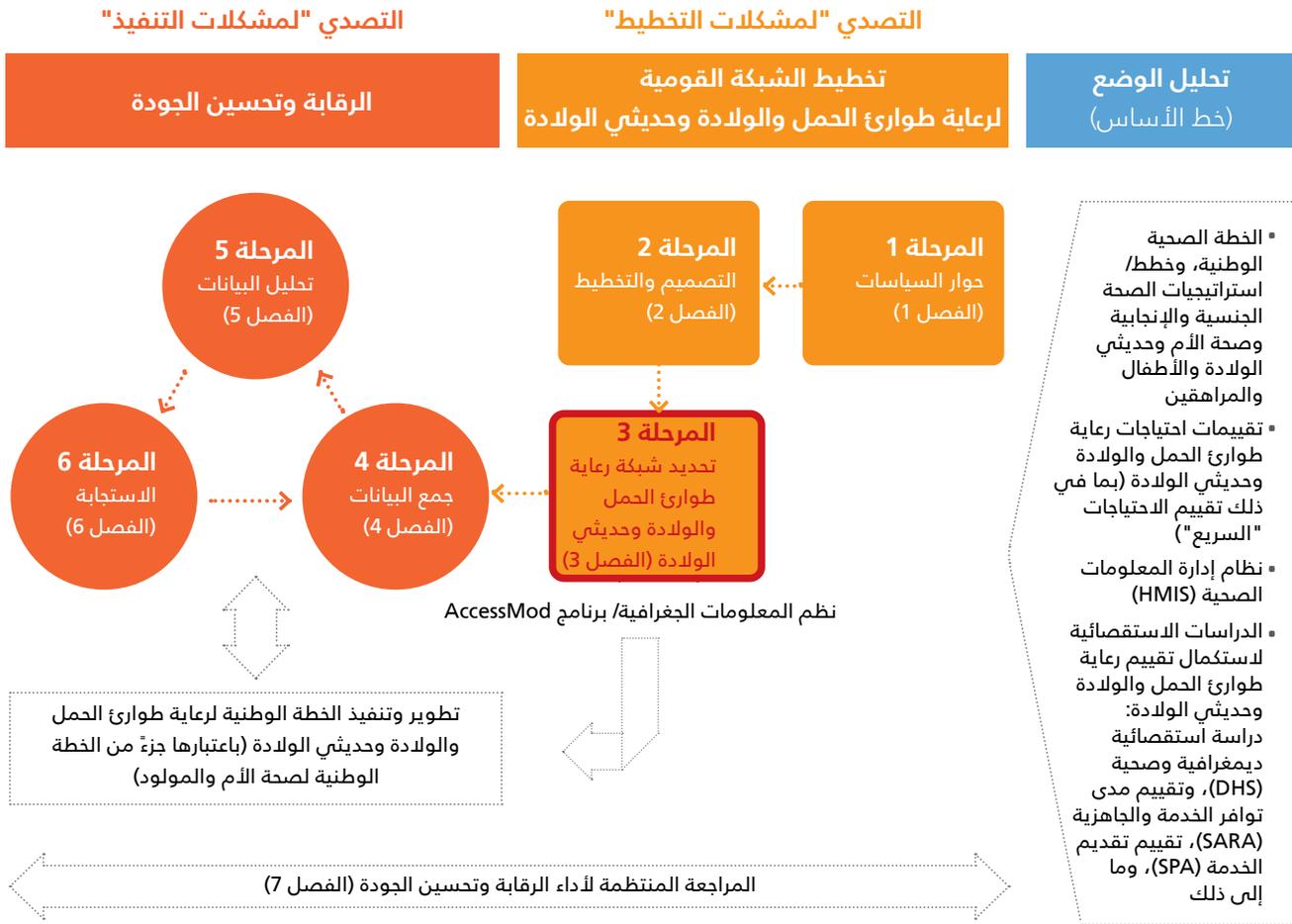
في المراحل الأولية، لا تتم مراقبة المرافق الصحية غير المدرجة في شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (أي المرافق الصحية التي يمكنها إدارة الولادة الروتينية في ظروف مرضية ولكن لا يمكنها رعاية حالات الطوارئ المُحالة). وغالبًا ما تدير هذه المرافق عددًا قليلًا من الولادات شهريًا. علاوة على ذلك، فإن نسبة التكلفة إلى الفائدة لمثل هذا الرصد الذي يغطي عددًا كبيرًا من المرافق الصحية -والتي نادرًا ما تقدم خدمات الولادة -ستكون مرتفعة للغاية. يمكن متابعة هذه المرافق الصحية بالتقارير الشهرية «التقليدية» لنظام إدارة المعلومات الصحية، والصادرة عن وزارة الصحة.

ورغم ذلك، فبمجرد تأسيس عملية المتابعة والتقييم في المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وإدارتها بشكل جيد (من حيث جمع البيانات وتحليل البيانات والاستجابة)، قد تقرر وزارة الصحة وشركائها التقنيين والماليين مراقبة المرافق الصحية الأخرى على مستوى المناطق المحيطة لشبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (على سبيل المثال، مرافق رعاية الأمومة التي تجري عمليات الولادة الروتينية). وينبغي بعد ذلك أن يقاد هذا التحسين في توافر الرعاية وجودتها في المناطق المحيطة بمعرفة مسؤولي المنطقة، وأن يشمل ذلك مشاركة القابلات الماهرات في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، مع مراعاة موازنة التكلفة المالية وتكلفة الموارد البشرية المرتبطة بهذا القرار بعناية.

الفصل 3:

تحديد الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

الشكل 8: المرحلة 3 – تحديد شبكة المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة



1. أهداف تحديد الأولويات

على مدار دورة برنامجية وطنية واحدة أو دورتين، تهدف مرحلة تحديد الأولويات إلى مساعدة البلدان ذات معدل وفيات الأمهات المرتفع على تحديد وتطوير شبكة من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في كل إقليم أو منطقة أو مقاطعة، من أجل تحسين الوصول إلى الخدمات ذات

النوعية الجيدة فيما يتعلق برعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية/ صحة الأم والمولود على نطاقها الأوسع. ونظرًا لقيود الموارد في البلدان التي تعاني من ارتفاع كبير في معدل وفيات الأمهات، يجب أن تفي شبكة مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة (كحد أقصى) بالمعيار الدولي المتمثل في «خمسة مرافق عامة في مجال رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل 500,000 نسمة، بما في ذلك مرفق واحد على الأقل من مرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة». وفي معظم البلدان، يكون عدد سكان المقاطعات أقل بكثير من 500,000 نسمة، لهذا من الأسهل مراجعة شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على المستوى دون الوطني الأول (على مستوى الإقليم أو المقاطعة). بحيث يكون من الأسهل النظر في روابط التحويل، لا سيما بين مرافق الرعاية الأساسية (BEmONC) ومرافق الرعاية الشاملة (CEmONC) لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

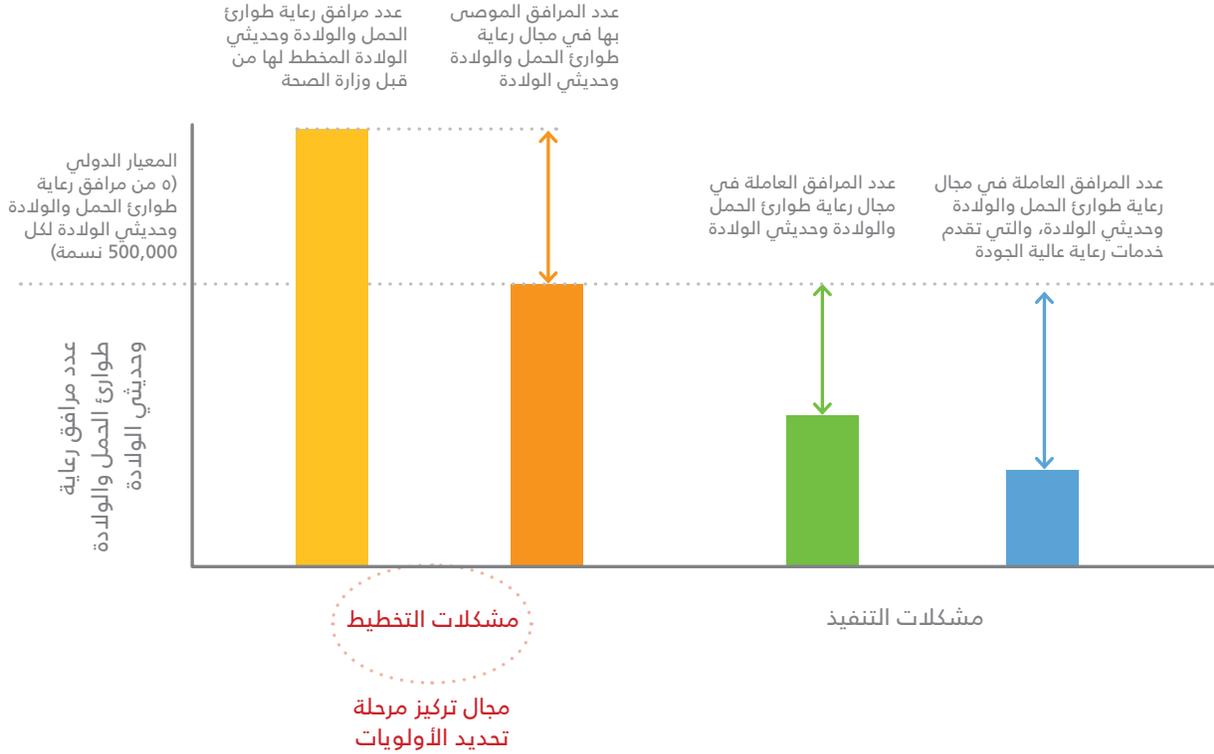
ينتج عن عملية تحديد الأولويات شبكة وطنية وخريطة للمرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وذلك من أجل:

- التأكد من أن موقع المرافق الصحية المختارة يوفر أفضل تغطية سكانية ممكنة من حيث الوصول المادي.
- القيام بتخطيط وتوزيع أفضل للموارد (الموارد البشرية والإمدادات وغيرها) -والتي غالبًا ما تكون محدودة- للمرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.
- تحديد الروابط بين مرافق الرعاية الأساسية (BEmONC) ومرافق الرعاية الشاملة (CEmONC) لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وبين مرافق الرعاية الأساسية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (BEmONC) والمرافق الطرفية.
- تسهيل المراقبة والإشراف على شبكة مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة.
- تحسين جودة الرعاية في مرافق رعاية الأمومة.

2. مبادئ وأسباب تحديد الأولوية للمرافق الصحية في شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

يبرز الرسم التخطيطي المتضمن في مقدمة هذا الدليل (راجع الشكل 9) حجم المشكلة التي يطرحها التخطيط السيئ لتطوير الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ولا سيما مرافق الرعاية الأساسية منها (BEmONC).

الشكل 9: وضع رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في البلدان التي تعاني من ارتفاع معدل وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة

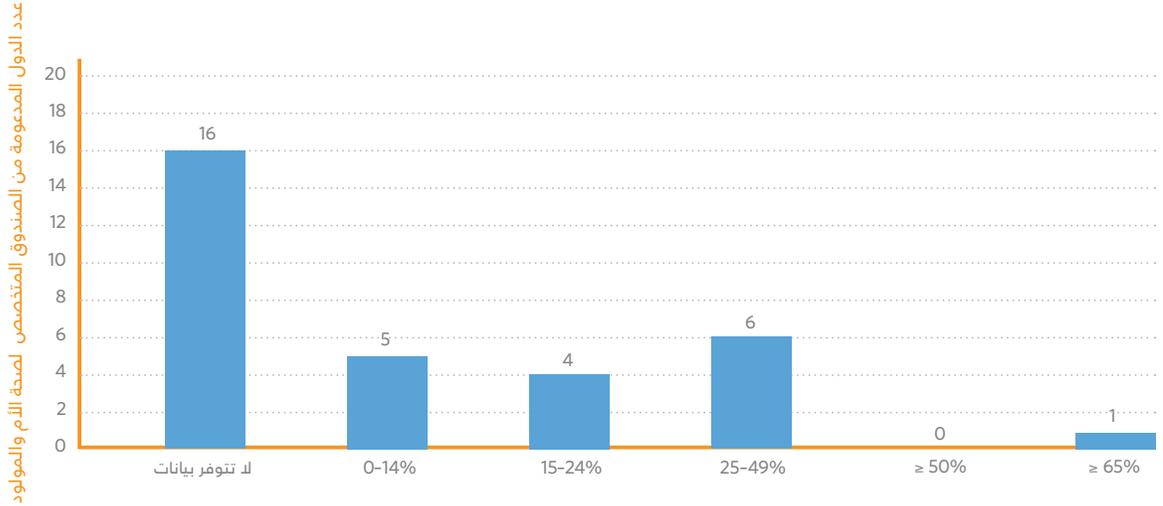


المصدر: مقتبس من الرسم البياني غير المنشور لعام 2016 بواسطة لين فريدمان (برنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات، جامعة كولومبيا) وبارثيشيا بايلي (صحة الأسرة الدولية الشاملة) استنادًا إلى تقييمات احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في 15 دولة.

كما ذكرنا سابقًا، ففي غالبية البلدان ذات معدل وفيات الأمهات المرتفع، يعد الإفراط في عدد مرافق الأمومة المختارة لتصبح رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (الشريط الأصفر) مقارنة بعدد مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة الموصى بها (الشريط البرتقالي) يعكس «مشكلة تخطيط» كانت عاملاً مهمًا لانخفاض عدد المرافق العاملة في مجال رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (الشريط الأخضر). ويعكس الافتقار إلى آليات المراقبة والاستجابة المنتظمة لتحسين توافر الرعاية وجودتها (الشريط الأزرق) «مشكلة تنفيذ».

وتواجه العديد من الدول التي تعاني من ارتفاع معدل وفيات الأمهات هذه المشكلات في التخطيط والتنفيذ فعلى سبيل المثال، من بين 32 دولة مدعومة من الصندوق المتخصص لصحة الأم والمولود (والتي تمثل حوالي 70 بالمائة من وفيات الأمهات على مستوى العالم) في عام 2018، حققت فقط تيمور الشرقية⁹ 100 بالمائة من المستهدف فيما يتعلق بالمرافق العاملة في مجال رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وفقًا للمعايير الدولية (5 مرافق لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل 500,000 نسمة مع مرفق واحد على الأقل من يقدم خدمات الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة)، بينما نصف البلدان المدعومة من الصندوق المتخصص لصحة الأم والمولود غير قادرة بعد على توثيق مؤشر توافر رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -راجع. الشكل 10.

الشكل 10: نسبة المرافق العاملة في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (EmONC) مقارنة بالمعيار الدولي (5 مرافق لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل 500,000 نسمة) في 32 دولة تعاني من ارتفاع معدلات وفيات الأمهات -2018¹⁰



توافر رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (5 مرافق صحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل 500,000 نسمة)

من بين هذه البلدان -البالغ عددها 32 دولة -حددت تسع دول فقط -في ضوء مواردها -عدداً واقعيًا من المرافق الصحية لتشكيل الشبكة الوطنية للمرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. والدرس المستفاد من هذه البيانات هو أن وجود عدد كبير جدًا من المرافق الصحية في بلد ما يعيق إنشاء شبكة من المرافق العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وكما ذكرنا سابقًا، يرجع هذا إلى ندرة الموارد المتاحة التي يتم توزيعها عبر العديد من المرافق الصحية، خاصة وأن مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة تهدف إلى الاستجابة لحالات الطوارئ، وبالتالي فإن تكاليفها التشغيلية عالية وتتطلب ممارسات قوية من حيث الإدارة والرقابة. وهناك العديد من الأمثلة في البلدان التي تعاني من ارتفاع كبير في معدل وفيات الأمهات نتيجة للمباني سيئة التجهيز، حيث تقوم ممرضة واحدة أو قابلة مساعدة بعمل ما في وسعها بالموارد القليلة المتاحة.

ودائمًا ما يؤثر هذا التطوير العشوائي للمرافق الصحية في نهاية المطاف على جودة الرعاية المقدمة. والجدير بالذكر أن هذه القضايا والمشكلات المتعلقة بجودة الرعاية والفعالية من حيث التكلفة يتم مناقشتها أيضًا في البلدان المتقدمة¹¹.

تهدف مرحلة تحديد الأولويات لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة إلى معالجة «مشكلات التخطيط» (انظر الشكل 9): تحديد شبكة وطنية من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -للدورة أو الدورتين البرنامجيتين التاليتين -بحد أقصى 5 مرافق لكل 500,000 نسمة، بما يؤدي إلى تحسين الوصول الجغرافي في غضون وقت سفر معقول (ساعتان كحد أقصى على سبيل المثال). ويعتمد نجاح عملية تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -والتي تهدف إلى إنشاء شبكة من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة القادرة على توفير رعاية

عالية الجودة لصحة الأم والمولود، بما في ذلك رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -على نجاح هذه المهمة الصعبة.

3. منجز تنفيذ مرحلة تحديد الأولويات (والمذكور تفصيلًا في الفصل 8)

1.3. ورش العمل الإقليمية لتحديد الأولويات ومعايير تحديد الأولويات

تم تنفيذ نهج ترتيب أولويات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لأول مرة في بوروندي باستخدام برنامج AccessMod (راجع الجدول الفني 3) ونظام المعلومات الجغرافية المجاني (GIS)⁴. ثم تم تنفيذ نهج مماثل بنجاح في تسعة بلدان أخرى (بنين، تشاد، كوت ديفوار، غينيا، مدغشقر، جمهورية الكونغو، السنغال، السودان، توجو).

يجب أن تنظم وزارة الصحة ورشة عمل إقليمية واحدة أو أكثر لتحديد الأولويات (تضم بحد أقصى 4 إلى 5 مناطق مدعومة من قبل فريق وطني من خبراء نظم المعلومات الجغرافية المدربين على AccessMod) لتحديد شبكة إحالة من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لتصبح عاملة خلال الدورة (الدورات) البرمجية التالية. ويُعد الهدف في هذه المرحلة من العملية هو تحديد عدد محدود من مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة، مع ضمان تغطية مقبولة للسكان⁵. وتحتاج هذه المرافق إلى إدارة حالات الطوارئ المتعلقة بالولادة وحديثي الولادة، وتقديم رعاية وخدمات عالية الجودة ومستمرة ومتكاملة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية/ صحة الأم والمولود، تتسم بالاحترام وتتمحور حول المريض وتتكيف مع الثقافة المحلية. ويجب أن يكون الوصول إلى هذه المرافق متاحًا من الناحيتين الجغرافية والمالية (ومن ثم يتعين استبعاد المرافق الصحية الخاصة الهادفة للربح من الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، باستثناء البلدان التي توفر خططًا للتأمين الصحي ميسور التكلفة).

يجب أن يعتمد اختيار مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على المعايير التالية: (1) نشاط المرفق الصحي في مجال خدمات الولادة، (2) الكثافة السكانية والتجمع السكاني للمرفق الصحي (وهو ما يتم تقديره باستخدام برنامج 3)، (AccessMod) القدرة على الإحالة إلى مرفق صحي آخر (الرابط بين مرافق الرعاية الأساسية «BEmONC» والرعاية الشاملة «CEmONC» لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة) في غضون وقت سفر معقول (على سبيل المثال في غضون ساعتين)، (4) ومستوى البنية التحتية والقابلات الماهرات المتوافرات عند الولادة بما يتماشى مع معايير مرفق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (راجع الجدول الفني 2 لمعيار مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة). وفي عملية الاختيار، يجب تضمين مرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة ومرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة العاملة بالفعل في الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

ل QGIS: <https://www.qgis.org/en/site/>

م نحن نعتبر أن التغطية المقبولة تشمل أكثر من 50 في المائة من السكان الذين تغطيهم الشبكة المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في غضون ساعتين من وقت السفر (وهو الوقت المقدر بين بداية نزيف ما بعد الولادة والوفاة). ويجب أن يكون الهدف هو الوصول في النهاية إلى 80 بالمائة على الأقل من السكان الذين تغطيهم الشبكة المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في غضون ساعتين من وقت السفر. ويتعين على كل دولة أن تضع أهدافها المرطبية الخاصة.

ويتعين توثيق كل ورشة عمل لتحديد الأولويات في تقرير تقني يتم فيه وصف الشبكة المقترحة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل منطقة أو مقاطعة بالخرائط والمؤشرات. وبناءً على هذا التقرير، يجب أن تعتمد وزارة الصحة الشبكة الوطنية للمرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة والخريطة ذات الصلة، مع استخدامها كأساس للتخطيط على المستويين الوطني والإقليمي (على سبيل المثال، للخطة الصحية الوطنية والخطط التشغيلية لصحة الأم والمولود). وللسراع من نتائج تحسين صحة الأم والمولود، فمن الضروري أن يدعم الشركاء الفنيون والممولون تطوير وتعزيز الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة والخطط الاستراتيجية والتشغيلية.

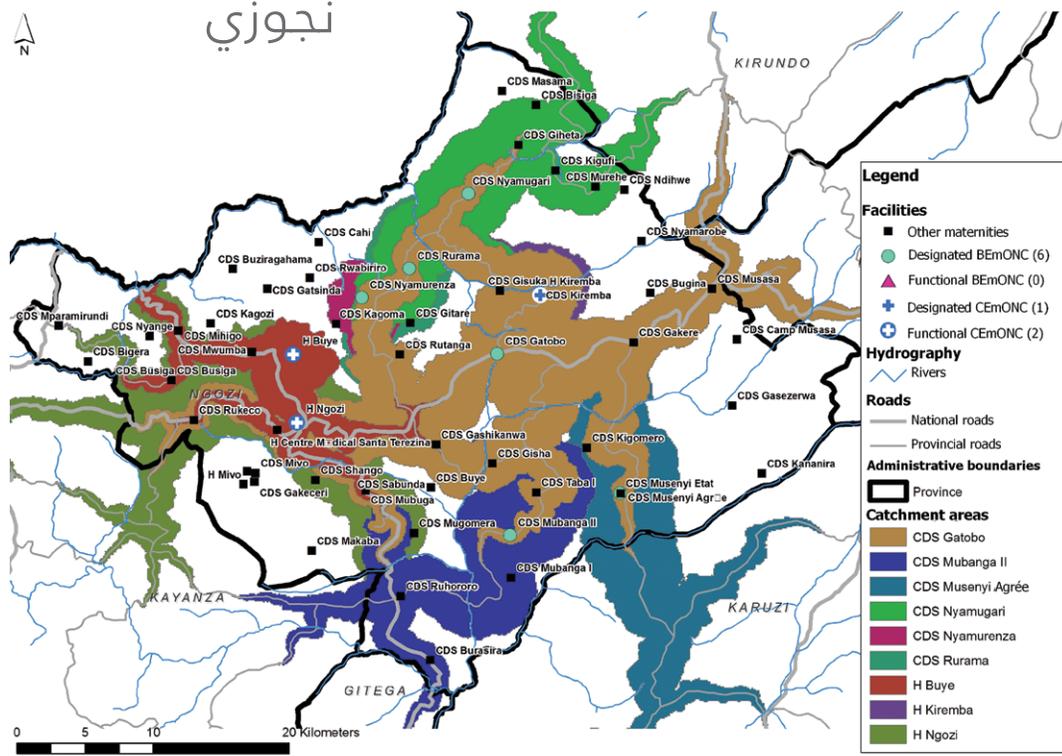
ومن خلال مراقبة الشبكة الوطنية لمرافق رعاية الأطفال والمواليد الجدد، يمكن متابعة التقدم على أساس مستمر وإنشاء خريطة ديناميكية للوصول إلى خدمات صحة الأم والمولود (والصحة الجنسية والإنجابية بنطاقها الأوسع) في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وتحسين إمكانية الوصول إليها وجودة الرعاية.

3.2 القيمة المضافة لاستخدام AccessMod في تحديد أولويات الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

إن برنامج AccessMod مفتوح المصدر (الموصوف في الجدول الفني 3) يغير بشكل جذري من نهج تخطيط خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وذلك من خلال السماح بتقدير السكان الذين يمكنهم الوصول فعليًا إلى خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. كما أنه يسهل تحديد الأولويات من خلال زيادة دعم الأساس المنطقي لتركيز الجهود على عدد محدود من المرافق الصحية، مع الحفاظ على تغطية جيدة للسكان، إلى جانب تعزيز موضوعية اختيار المرافق الصحية التي تشكل جزءًا من الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. بالإضافة إلى ذلك، فهو يسمح بتصوير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة والتغطية السكانية ذات الصلة على الخرائط باستخدام نظام المعلومات الجغرافية، مما يجعل ورش عمل تحديد الأولويات شديدة التشاركية.

في الواقع، تقدم كل منطقة - خلال ورش العمل هذه - الشبكة المقترحة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة إلى أقرانها من خلال ثلاث خرائط: (1) خريطة توضح المرافق المقترحة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ومرافق رعاية الأمومة خارج نطاق الشبكة، وكثافة السكان، (2) خريطة تعرض الوصول الجغرافي للسكان في غضون ساعة أو ساعتين أو ثلاث أو أربع ساعات من وقت السفر أو أكثر من أقرب مرفق مقترح لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، (3) وخريطة تعرض مناطق التجمعات السكانية (بشكل عام في غضون ساعتين من بداية الرحلة) لكل مرفق مقترح لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (راجع الشكل 11). وتتوفر أمثلة أخرى لهذه الخرائط في الفصل 8.

الشكل 11: خريطة مناطق التجمعات السكانية المتواجدة في غضون ساعتين من وقت السفر إلى المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في واحدة من 18 مقاطعة في بوروندي (مقاطعة نجوزي).



وتُظهر هذه الخريطة بوضوح أن التجمعات السكانية في مناطق المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لا تتوافق مع الحدود الإدارية (على مستوى المقاطعة والمحافطة)، كما هو الحال أيضًا بالنسبة للحدود الدولية. ولهذه النتائج آثار عملية على تنفيذ برنامج صحة الأم والمولود في المناطق الصحية التي تتطلب استجابات خاصة بالسياق وفقًا للظروف الفردية والتي ينبغي تقاسمها للنظر فيها بين جميع البلدان.

ومن خلال تنفيذ نهج تحديد الأولويات هذا في مختلف البلدان، ظهرت مؤشرات جديدة نعتبرها ذات قيمة قوية لدفع التنفيذ. تم تقديم هذه المؤشرات في منشور نشرته المجلة البريطانية الطبية للصحة العالمية 55، حيث تم تنقيحها من خلال تنفيذ نهج تحديد الأولويات الموضح في هذا الدليل، بالتعاون مع وزارات الصحة في بنين وبوروندي وغينيا ومدغشقر والسنغال والسودان وتوجو.

يعكس أول مؤشر جديد مقترح جودة روابط الإحالة داخل شبكات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة:

- **مؤشر الإحالة (مؤشر REF):** نسبة روابط الإحالة الجيدة بين المرافق الصحية التي تعتبر مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (BEmONC) وأقرب مرفق صحي للرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (CEmONC) (بمعنى وجود وسائل النقل المتاحة والعاملة، والتكاليف المعقولة، والوقت اللازم لتعبئة وسائل الإجراء، والقيام بالإجراء في غضون ساعتين). ويسمح هذا المؤشر بتقييم جودة الإحالة في شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من خلال تحليل الحواجز المادية والمالية والتنظيمية، كما يوفر معلومات مهمة عن وظائف شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (راجع الفصل 8). الهدف من المؤشر هو الوصول إلى 100% من روابط الإحالة الجيدة.
- ويساعد مؤشر آخر على مراقبة عدد المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة:
- **مؤشر نسبة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (مؤشر RXEmONC):** نسبة المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، مقارنة بالعدد الموصى به البالغ 5 مرافق لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل 500,000 من السكان -والذي نقترح اعتباره حدًا أقصى (وليس الحد الأدنى). والهدف هو أن يكون المؤشر أقل من 100%.
- وأخيرًا، هناك مؤشر جديد مقترح ثالث يركز بشكل خاص على الوصول الجغرافي للسكان إلى المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة:
- **مؤشر الوصول (مؤشر ACC1):** نسبة السكان القادرين على الوصول (نظريًا) إلى المرفق الصحي لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة خلال وقت سفر محدد (وفقًا لوسائل النقل المستخدمة عمومًا من قبل السكان). ويمكن أيضًا استخدام هذا المؤشر على المستوى المحلي (المنطقة/ المقاطعة/ القسم).
- في نطاق تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، يمكن تقسيم هذا المؤشر نفسه إلى ثلاثة مؤشرات، يعكس كل منها جانبًا مهمًا من السكان الذين تغطيهم خدمات ومرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، بالإضافة إلى نجاح ترتيب أولويات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة:
- **مؤشر ACC1a:** نسبة السكان القادرين على الوصول (نظريًا) إلى مرفق صحة الأمومة الذي يجري عمليات الولادة الروتينية (أكثر من 20 ولادة شهريًا على سبيل المثال)
- **مؤشر ACC1b:** نسبة السكان القادرين على الوصول (نظريًا) إلى مرفق مخصص لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.
- **مؤشر ACC1c:** نسبة السكان القادرين على الوصول (نظريًا) إلى مرفق عام لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

ثبت أن مؤشر السكان الذين تغطيهم جميع مرافق رعاية الأمومة التي تجري الولادات الروتينية (ACC1a) مفيد للغاية في ورش عمل تحديد الأولويات التي تعقد في البلدان المختلفة، حيث إنه يضمن توفر أدنى حد من خدمات الصحة الجنسية والإنجابية/ صحة الأم والمولود، والتي -من الناحية النظرية -يمكن لنسبة كبيرة من السكان الوصول إليها.

وتأتي نتائج مؤشر تغطية السكان من جانب الشبكة المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (ACC1b) -وهو ما يعني عددًا محدودًا من مرافق الإحالة الصحية -أقل بالطبع، حيث يعكس التغطية النظرية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والنتيجة عن ممارسة التخطيط (ولكنه يحدد هدفًا تشغيليًا). يعد مؤشر عدد السكان الذين تغطيهم المرافق العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (ACC1c) هو الأكثر أهمية، وهو لا يزال منخفضًا في جميع البلدان التي تعاني من ارتفاع كبير في معدل وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة.

وتسمح هذه المؤشرات مجتمعة بتقييم جودة تحديد الأولويات، حيث تعكس عمومًا التوازن المطلوب بين تركيز الموارد المتاحة على عدد محدود من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (لجعلها جميعًا تعمل معًا في الدورة البرنامجية) المختارة ونسبة النساء الحوامل القادرات على الوصول (نظريًا) لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة العاملة هذه (المؤشر ACC1c). وباستخدام هذه المؤشرات، نجيب جزئيًا على بعض الأسئلة ذات الصلة التي أثارها سابين جابريش وآخرون على عدد من مؤشرات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والتي أوصت بها الأمم المتحدة وبرنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات (جامعة كولومبيا)¹². كما يقدم الجدول الفني 5 بعض الأفكار والتوصيات بشأن هذه المؤشرات. ثم ينبغي بعد ذلك دفع التفكير بشكل أكبر نحو قياس تغطية السكان من خلال المرافق الصحية العاملة في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والتي توفر رعاية جيدة.

بشكل عام -في البلدان التي طبقت هذا النهج -يسمح استخدام AccessMod جنبًا إلى جنب مع التحليل البرنامجي للمرافق الصحية بتقليل عدد المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة دون تقليل نسبة السكان المشمولين بالتغطية في غضون ساعتين من وقت السفر (راجع الجدول 2 والشكلين 12 و13).

الجدول 2: مقارنة بين الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة قبل وبعد تحديد الأولويات في بروندي والسنگال وتوجو

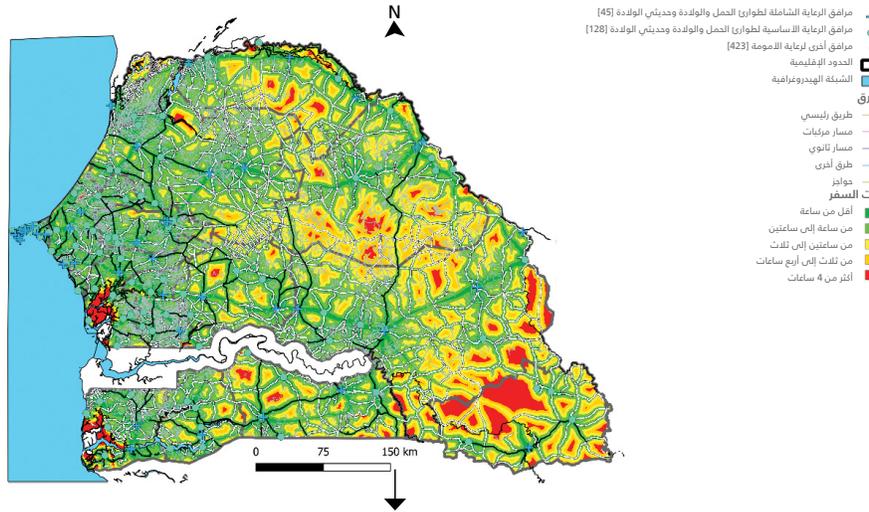
(* خلال ساعتين من وقت السفر، ** خلال ساعة واحدة من وقت السفر)

الدولة	المعيار الدولي (5 من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل 500,000 نسمة)	الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة قبل تحديد الأولويات	الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بعد تحديد الأولويات	تغطية السكان	عدد المرافق الصحية المخصصة لرعاية الحمل وللاولادة وحديثي الولادة
بروندي	115	152	72%*	68%*	112
السنگال	157	173	91%*	92%*	142
توجو	72	109	81%**	81%**	67 (خاضع للمصادقة من جانب وزارة الصحة)

الشكل 12: المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتغطية السكان في غضون ساعتين من السفر إلى أقرب مرفق صحي مخصص لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في السنغال

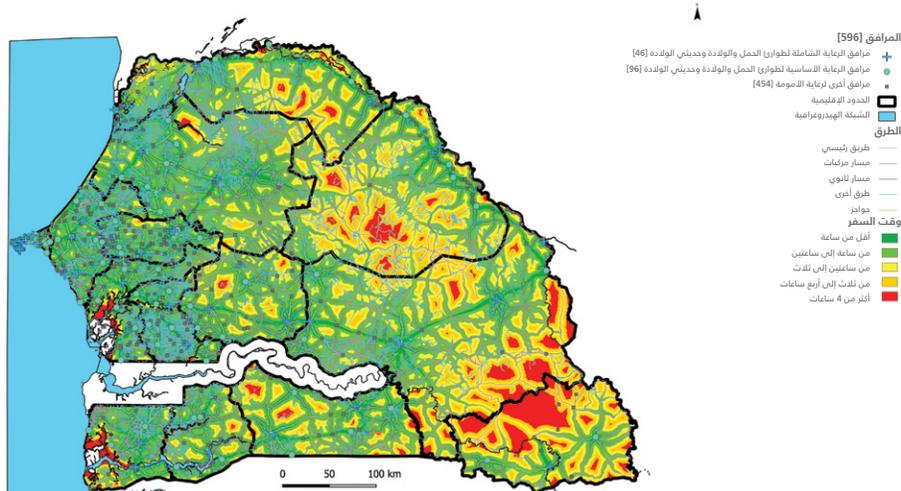
173 مرفق إحالة مخصص يغطي 91% من السكان في غضون ساعتين من وقت السفر

مرفق الإحالة الصحية في 2017 (قبل تحديد الأولويات باستخدام نظام المعلومات الجغرافي / Access Mod)



142 مرفق إحالة مخصص يغطي 92% من السكان في غضون ساعتين من وقت السفر

مرفق الإحالة الصحية في 2018 (بعد تحديد الأولويات باستخدام نظام المعلومات الجغرافي / Access Mod)



الشكل 13: المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتغطية السكان في غضون ساعة واحدة من السفر إلى أقرب مرفق صحي مخصص لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في توجو

مرافق الإحالة الصحية في 2018

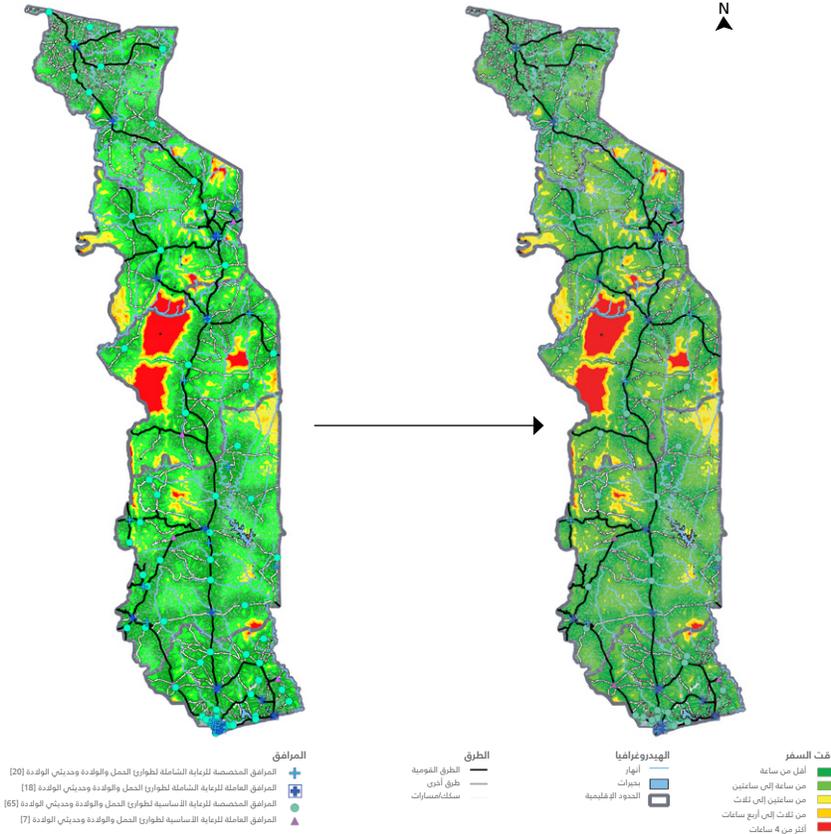
(بعد تحديد الأولويات باستخدام نظام المعلومات الجغرافي / Access Mod)

67 مرافق إحالة مخصصة تغطي 81% من السكان في غضون ساعة واحدة من السفر

مرفق الإحالة الصحية في 2017

(قبل تحديد الأولويات باستخدام نظام المعلومات الجغرافي / Access Mod)

109 مرافق إحالة مخصصة تغطي 81% من السكان في غضون ساعة واحدة من السفر



بعد تحديد أولويات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، يجب وضع الخطط التشغيلية وتنفيذها من أجل ضمان أن تغطية السكان من خلال المرافق العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (ACC1c) تساوي تغطية السكان من خلال المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (ACC1b). تقدم تقارير تحديد أولويات مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في بوروندي¹³ وتوجو¹⁴ والسنغال¹⁵ مزيدًا من التفاصيل حول هذا النهج لكل منطقة من مناطق البلد وعلى المستوى الوطني. وقد تم تكرار هذا النهج في بنين وتشاد وساحل العاج وغينيا ومدغشقر والسودان.

كما يساهم هذا النهج أيضًا في تسليط الضوء على المحددات الرئيسية متعددة القطاعات لصحة الأم والمولود، مثل البنية التحتية للطرق. يمكن أن تكون سيناريوهات تحسين تغطية السكان من خلال شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة مدفوعة بثلاث استراتيجيات رئيسية - والتي يمكنها مجتمعة تحقيق ما يلي:

- إضافة مرفق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في منطقة مكتظة بالسكان لم تتم تغطيتها بعد.
- تحسين وقت سفر السكان داخل مناطق التجمع السكانية المحيطة بمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من خلال تحسين شبكة الطرق.
- تحسين وصول السكان إلى وسائل النقل، ولا سيما وسائل النقل العام.

تعد خرائط وسيناريوهات التغطية السكانية التي تم إنتاجها باستخدام AccessMod / نظام المعلومات الجغرافي أدوات مهمة للدعوة والتخطيط (راجع الجدول الفني 3)، لأنها تعرض نموذجًا للتغطية النظرية للسكان من خلال شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، مع مراعاة حواجز السفر (على سبيل المثال شبكة الطرق، والأنهار، والطبوغرافيا) ووسائل النقل المحلية (على سبيل المثال، حمل المرأة الحامل على الأقدام، أو المركبات الآلية، أو مزيج منهما). ويمكن للمعنيين بعد ذلك قياس تأثير سيناريوهات التحسين المختلفة على السكان المشمولين بتغطية الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

4. التحديات

بالنسبة لمدراء النظام الصحي الذين يرون كل مرفق صحي في النظام الصحي باعتباره مرفقًا محتمل لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، قد لا يكون من السهل اعتماد النقلة النوعية المقترحة في هذا الدليل. ومن ثم، يجب إدارة هذه المشكلة بمعرفة السلطات رفيعة المستوى في وزارة الصحة باستخدام العناصر الرئيسية لهذا الدليل، حيث يتعين أن تكون مسؤولية هذه السلطات عن نهج تحديد الأولويات هي محور مرحلة الدعوة (راجع الفصل 1). ومن منطلق خبراتنا وتجاربنا، يتردد صدى هذا النهج لدى سلطات وزارة الصحة عندما يدركون أن مؤشرات صحة الأم تبرز تقدمًا محدودًا وأن شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لا تتطور كما هو مخطط لها. ومن ثم، فهم يبحثون عن حلول مبتكرة ويصبحون منفتحين على تغيير الاستراتيجية. يساعد استخدام نظام المعلومات الجغرافي و AccessMod هذه الدعوة بشكل كبير، حيث أنه يتوقع التغطية النظرية للسكان من خلال الشبكات الثلاث للمرافق الصحية (جميع مرافق رعاية الأمومة، والشبكة المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والشبكة العاملة في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة). إلى جانب ذلك، فقد كان الاقتراح باعتماد نهج مرحلي من خلال التركيز على عدد محدود من المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لتعمل في الدورة (الدورات) البرمجية التالية - مع الحفاظ على المرافق المحتملة الأخرى لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لدورة (دورات) البرامج اللاحقة - مقنعًا لوزارات الصحة في العديد من البلدان.

وتُظهر التجربة أيضًا أن الخبير الدولي القادر على تنسيق المناقشات يُعد ميزة في هذه المناقشات الإقليمية، حيث قد يكون الخبراء الوطنيون أكثر عرضة للانتقاد بسبب تحيزهم.

ويتمثل أحد التحديات الأخرى لمخططي ومدراء النظام الصحي في التوفيق بين خريطة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة باستخدام GIS/ AccessMod -ومناطق التجمعات السكنية -مع الحدود الإدارية، نظرًا لأنها قد لا تكون متوافقة مع بعضها البعض. وتوضح خريطة شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في مقاطعة نجوزي في بوروندي هذه القضية الملحة المتكررة (الشكل 11 في القسم 3 أعلاه).

أخيرًا، وكما ذُكر سابقًا، يعد رسم خرائط الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة أداة قوية لوزارة الصحة للدعوة إلى اتخاذ إجراءات مشتركة بين القطاعات لتحسين الوصول إلى خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ومن ثم تحسين صحة الأم والمولود. ومع ذلك، فمن الصعب للغاية بشكل عام تحقيق التخطيط والتنفيذ الفعال لمثل هذه الإجراءات الأساسية.

هل هناك إمكانية لدى جميع المرافق الصحية أن تصبح مرافق للرعاية الأساسية للولادة وحديثي الولادة في حالات الطوارئ؟

هناك ارتباك واسع النطاق حول هذه المسألة، مما كان له تأثير سلبي على تطوير المرافق العاملة في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة الوظيفية. لا ينبغي أن تصبح جميع المرافق الصحية التي تمارس أنشطة الولادة مرافقًا للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، فمرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة هي مرافق رعاية الأمومة، وهي الخط الأول للإحالة على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، كما تعد مراكزًا للتميز، حيث يقدمون خدمات الولادة الروتينية، ولكنهم يتعاملون أيضًا مع خدمات الولادة وحديثي الولادة الأساسية ويقدمون إحالات عالية الجودة إلى مرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وتتطلب هذه المرافق الصحية بنية تحتية ومرافق مناسبة وموارد بشرية مؤهلة منظمة في فرق، بالإضافة إلى عدد كبير من حالات الولادة للحفاظ على مستوى مناسب من الرعاية الجيدة. وفي العديد من البلدان، أدى اعتبار كل أماكن الولادة كمرافق محتملة للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة إلى ندرة الموارد -نتيجة لنشرها في جميع أنحاء البلاد -ومنع التطوير الحقيقي لمرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وحتى مرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. أي أن هذه الخطوة كان لها تأثير معاكس: عدد قليل جدًا من المرافق الصحية العاملة في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ومن ثم، فإن اتخاذ قرار تحديد الأولويات هو أمر مهم للغاية من الناحية الإستراتيجية لتحسين صحة الأم والمولود من خلال تركيز الجهود على تشغيل عدد محدود من مرافق الرعاية الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، مع الحفاظ على تغطية جيدة للسكان.

هل تحتاج المناطق التي يصعب الوصول إليها لمرفق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة؟

يُطرح هذا السؤال بشكل شبه منهجي أثناء ممارسة تحديد الأولويات ويؤدي إلى مناقشات طويلة، حيث تطرح المناطق النائية -بحكم تعريفها- مشاكل بالنسبة للتخطيط القطري، وغالبًا ما نجد الإجابة خارج قطاع الصحة. وتظهر التجربة أنه من الصعب للغاية إدارة وتشغيل مستشفى (مرفق صحي للرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة) أو مرفق صحي للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في منطقة نائية بها شبكة طرق سيئة إلا بمعرفة المنظمات غير الحكومية (NGOs) أو من خلال اتفاقيات التعاون الثنائي، وذلك بتدخلات كثيفة الموارد، والتي غالبًا ما تكون غير مستدامة.

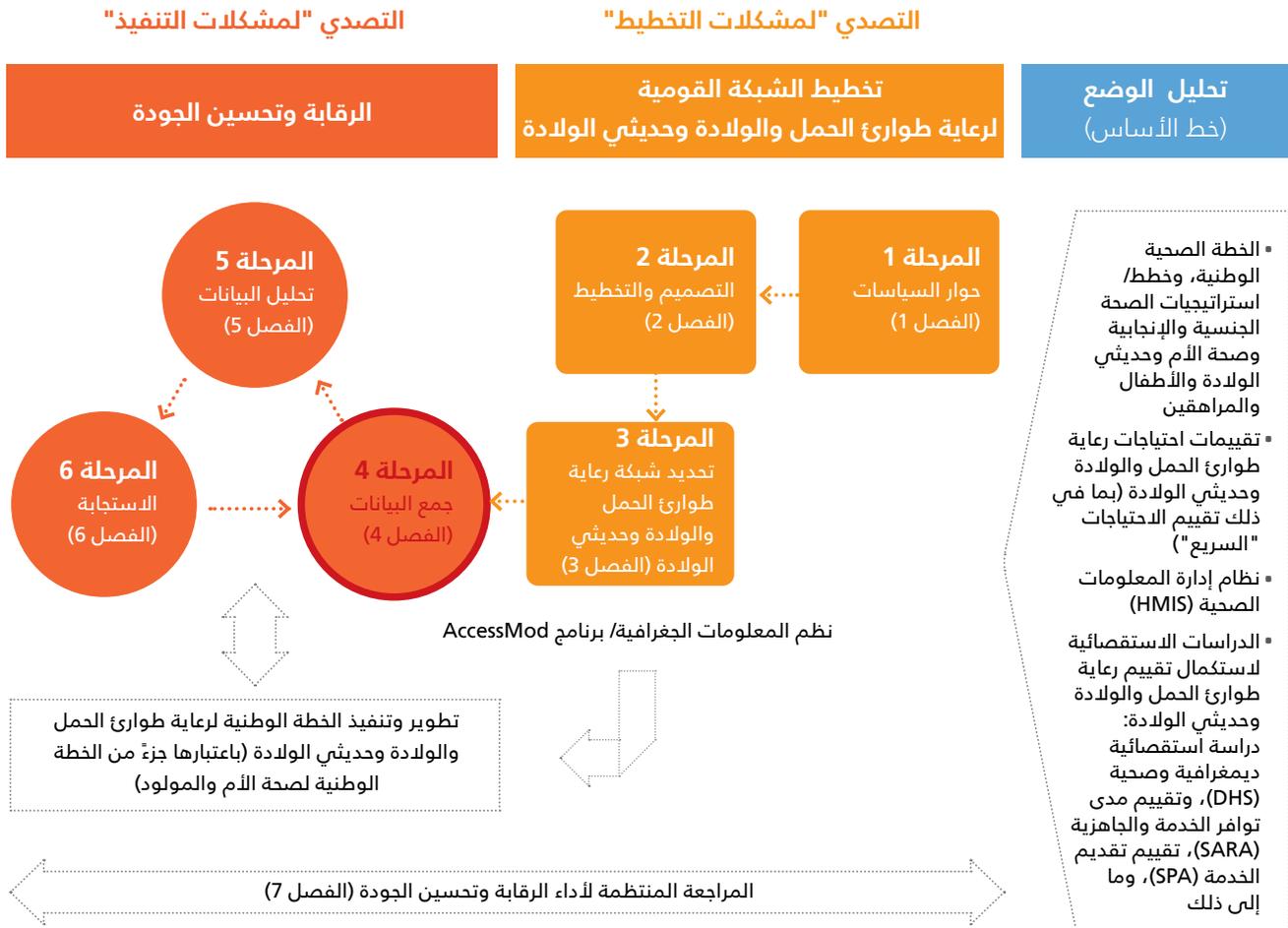
ولذا، نوصي بالدعوة الفعالة للحكومة لتنفيذ حلول بديلة لضمان وصول السكان الذين يعيشون في مناطق يصعب الوصول إليها إلى خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وعلى الرغم من كونه مثيرًا للجدل في بعض الأحيان، فإن الحل الواعد هو إنشاء «دور انتظار لرعاية الأمومة» تقع بالقرب من مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (BEmONC) أو أحد مرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (CEmONC) -وهو الأكثر تفضيلًا- لتقييم به النساء اللاتي اقتربن من نهاية فترة الحمل. وحتى يتم قبولها، يجب أن ترتبط دور انتظار رعاية الأمومة هذه بالمجتمع، وأن تحترم الثقافة المحلية واحتياجات ورغبات المرأة الحامل وأسرتها بأكملها. ويمكن أن يساهم استخدام نظام المعلومات الجغرافي/ AccessMod في تصور الخيارات المختلفة لتحسين الوصول إلى الرعاية في المناطق التي يصعب الوصول إليها.

هل يجب أن تؤخذ المرافق الصحية الخاصة في الاعتبار عند إعطاء الأولوية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة؟

في بعض البلدان، يساهم القطاع الخاص بشكل كبير في توفير الرعاية الصحية للأمهات والأطفال حديثي الولادة. وعلى أي حال، لا ينبغي إغفال المنشآت الصحية الخاصة غير الهادفة للربح من مرحلة تحديد الأولويات. إن نشر الوعي، وخاصة إنشاء أو تعزيز الاتصالات مع إدارة المرافق الصحية الخاصة، وتبسيط الضوء على أهمية تبادل البيانات لتحسين الجودة (وليس لأي أغراض الأخرى)، يجب أن يمكّن المرافق الخاصة لرعاية الأمومة من المشاركة في الشبكة.

الفصل 4: جمع البيانات

الشكل 14: المرحلة 4 – جمع البيانات



1. أهداف جمع البيانات

بمجرد وضع خط الأساس الوطني بشأن رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (على سبيل المثال من خلال تقييم احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة أو التقييم السريع لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة) واختيار المرافق الصحية المزمع لها أن تشكل الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (مرحلة «تحديد الأولويات»)، يصبح لدى وزارة

الصحة جميع المدخلات المطلوبة لتخطيط تطوير الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتحسينها. ويجب مراقبة هذه الشبكة لتحقيق الانتظام في جمع البيانات التي يعتبرها المعنيين في برنامج صحة الأم والمولود أساسية ومهمة (عادة ما يتم ذلك على أساس ربع سنوي).

وتهدف عملية المتابعة والتقييم هذه -والمستندة إلى أداة جمع البيانات الوطنية التي تم تطويرها خلال مرحلة «التصميم» (انظر الفصل 2) - إلى قياس مدى توافر خدمات صحة الأم والمولود والاستفادة منها وجودتها في هذه المرافق، وتقييم قدرة المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على الوفاء بمهامها وتلبية احتياجات السكان في مناطق التجمع السكانية المحيطة بها. وتكمن أصالة النهج المقترح في هذا الدليل في إنشاء عملية استباقية لجمع البيانات، حيث يدعم فريق الدعم الإقليمي/ في المقاطعة مزودي الخدمات في المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من جهة جمع البيانات وتحليلها (على الأقل خلال الدورة (الدورات) البرنامجية الأولى بعد إنشاء مراقبة صحة الأم والمولود).

2. مبادئ وأدوات جمع البيانات

1.2 فرق الدعم

يعد الهدف الرئيسي لعملية المراقبة هو مساعدة مديري وموظفي مرفق رعاية الأمومة على تولي مسؤولية بيانات صحة الأم والمولود وبيانات الصحة الجنسية والإنجابية على النطاق الأوسع. وللتأكد من فعالية واستدامة هذه العملية، فمن المهم أن يتضمن هذا النهج الاستباقي للبيانات الدعم الفني التكويني، على غرار التدريب. وتهدف فرق الدعم إلى توفير مثل هذا الدعم الفني لتمكين مقدمي الرعاية الصحية من تولي مسؤولية عملية جمع البيانات بالكامل وتحليلها والاستجابة لها على المدى الطويل.

ويجب أن تتشكل فرق الدعم هذه مع قيام وزارة الصحة وشركائها بتطوير عملية مراقبة صحة الأم والمولود وتولي مسؤوليتها. ويجب أن يتم بناء الفرق حول نقاط الاتصال المحورية لدى الوزارة في الأقاليم/ المناطق/ المقاطعات فيما يتعلق بالصحة الإنجابية. وحيثما أمكن، يجب أيضًا تعيين نقطة اتصال صحية من المنطقة المعنية لفرق الدعم هذه. ويجب أن ينضم إلى هذه المجموعة الأولية المكونة من شخصين إلى ثلاثة أشخاص -من ذوي السمات والخبرات المختلفة- خبير تقني في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (طبيب ولادة على سبيل المثال)، خاصة عند زيارة مرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، أو قابلة ذات خبرة عند زيارة مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ويجب ألا يكون فريق الدعم متطابقًا مع فريق الإشراف (يعرض الجدول الفني رقم 7 الفرق بين فرق الإشراف وفرق دعم التنفيذ والإرشاد). كما يجب أن يشمل أعضاء من خارج الهيكل التنظيمي للوزارة.

يجب أن يعتبر موظفو المنشأة الصحية دائمًا أن فريق الدعم الإقليمي/ في المنطقة يتمتع بخبرة أكبر. واعتمادًا على سياق البلد، يمكن أن يتباين عدد أفراد فريق الدعم بين ثلاثة وخمسة أشخاص. ففي بوروندي، تتألف فرق الدعم من ثلاثة من مقدمي الخدمات السريرية (القابلات والأطباء والجراحين) المدربين باعتبارهم مدربين ومشرفين على رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

يهدف فريق الدعم الإقليمي/ في المنطقة إلى أن يكون مؤقتًا وأن يدعم التنفيذ الأولي لنهج المراقبة «التصاعدي» في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وهي مسؤولة أولاً عن جمع بيانات جداول المراقبة، من خلال إشراك موظفي مرافق رعاية الأمومة.

وتعتمد عملية جمع البيانات هذه على المراجعة ربع السنوية لسجلات المرافق الصحية، وكشوف المخزون، وعينة من الملفات الطبية للمرضى، كما تتضمن عقد المناقشات مع موظفي المرافق الصحية ومراقبة بيئة عملهم. ويهدف هذا النهج الاستباقي للبيانات وفرق الدعم إلى المساعدة تدريجياً في تحسين جودة وتحليل البيانات التي تم جمعها (انظر الفصل 5) ودعم مقدمي الخدمات في تطوير الحلول للتصدي للمشكلات المتعلقة بتوافر الرعاية وجودتها (انظر الفصل 6). ويتمثل الأثر المنشود لهذا النهج «التصاعدي» على المدى الطويل في المساهمة في جعل موظفي المرافق الصحية أكثر استقلالية، وتحسين تنظيم الخدمات، وفي نهاية المطاف تحقيق رفع جودة الرعاية من خلال تعزيز استخدام البيانات على مستوى المرفق.

يجب أن يدعم فرق الدعم الإقليمية/ في المنطقة فريق دعم وطني يكون مسؤولاً أيضاً عن قيادة العملية برمتها ومراقبتها. ويكلف فريق الدعم الوطني- الذي يتألف من مديري الصحة من قسم صحة الأمومة، ومديري نظام إدارة المعلومات الصحية، والمستشارين من الشركاء التقنيين والماليين، والمنظمات المهنية (أطباء الولادة والقابلات)- بتنسيق فرق الدعم الإقليمية / في المناطق، وتوفير الدعم الفني المحدد إذا لزم الأمر، والمساهمة في تنظيم ورشة عمل وطنية وورش عمل إقليمية حول صحة الأم والمولود (حيث يتعين مناقشة النتائج الموحدة التي يتم التوصل إليها من خلال رصد ومراقبة بيانات صحة الأمهات والمواليد).

بالإضافة إلى فرق الدعم الفني هذه، فإن تطوير الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة يتطلب- في إطار النظام الصحي- دعماً نشطاً على المستوى السياسي (على سبيل المثال من الوزراء ورؤساء الدول وقادة الوكالات ومديري الصحة الإقليميين) وعلى المستوى الإداري (على سبيل المثال من مديري الخدمات الإدارية والموارد البشرية والمالية واللوجستيات). وتلعب الفرق الفنية دوراً رئيسياً في توفير المعلومات الأساسية لصانعي القرار هؤلاء حول توافر وجودة خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ويجب أن تدعوهم وتحثهم على إزالة العقبات ومعالجة الثغرات.

وتُظهر التجارب من البلدان التي نفذت هذا النهج الاستباقي لجمع البيانات- بمساعدة فرق الدعم- أنها تسمح بالجمع السريع للبيانات الشاملة عن صحة الأمهات والمواليد (بدرجة عالية من الاكتمال) من جميع المرافق الصحية في الشبكة وتؤدي إلى تحسينات قصيرة الأجل في جودة البيانات في سجلات المرافق الصحية.

2.2. أداة جمع البيانات الوطنية-استمارة الرقابة والمتابعة

كما ذكرنا سابقاً، يعد استمارة الرقابة والمتابعة (الجدول الفني 4) أداة وطنية يتم تطويرها بمعرفة مدراء وزارة الصحة وشركائها (خلال ورشة العمل الوطنية الموضحة في الفصل 2 -مرحلة «التصميم»)، حيث يتعين ضم المعلومات التي تم جمعها بواسطة هذه الأداة في صفحة واحدة. ويجب أن توافر

الإدارة العليا للوزارة على الأداة، والتي من المفترض أن تستخدمها فرق الدعم الإقليمية / في المنطقة في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ومن ثم تُدمج في نظام إدارة المعلومات الصحية. وكما رأينا في مدغشقر وتوجو، يساعد هذا النهج في تعزيز دور الوزارة باعتبارها منظمًا ومنسقًا لتطوير الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

3. نهج تنفيذ مرحلة جمع البيانات (لمزيد من التفصيل راجع الفصل 8)

يجب أن يُعهد بإدارة جمع البيانات على المستوى دون الوطني إلى فرق الدعم الإقليمية/ في المناطق بقرار رسمي من وزارة الصحة (على أن يصدر تحديدًا من الإدارة المسؤولة عن صحة الأم) بالتشاور مع المديرين الإقليميين. ويتعين على هذه الفرق استشارة المرافق الصحية ذات الصلة عند تنظيم جدول جمع البيانات. ويجب إرسال الجداول الزمنية والخطط المقترحة لزيارة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة إلى الإدارة المركزية بالوزارة وإلى فريق الدعم الوطني. وتعد الإدارة المركزية مسؤولة عن تمويل وتنسيق تنفيذ عملية جمع البيانات الوطنية: بدءًا من مراقبة تنفيذ جمع البيانات (الالتزام بالجدول الزمني، توفير الميزانية)، وانتهاءً بتقديم الدعم الفني لتنفيذ جمع البيانات، إذا لزم الأمر.

ومن أجل «اقتحام» أنشطة المراقبة الأولى، يُنصح بجمع بيانات ربع سنوية، حيث تتيح هذه الوتيرة دعمًا أفضل لموظفي المنشأة الصحية وتسرع من تحسين جودة البيانات التي يتم جمعها. وبعد هذه الفترة التجريبية، تختار معظم البلدان جمع البيانات كل ستة أشهر، حيث يتم جمع البيانات من الربعين السابقين معًا. وعلى الرغم من ذلك، فبغض النظر عن مدى تكرار جمع البيانات، يجب إكمال جدول المراقبة لكل ربع سنة. ويجب أن تكون وتيرة جمع البيانات قرارًا وطنيًا يتم اتخاذه بالتشاور مع المناطق والأقاليم المختلفة.

كما تعد الإدارة المركزية مسؤولة أيضًا عن التحقق من جودة البيانات المقدمة من المناطق. ومن ثم، يجب عليها أن تولي اهتمامًا خاصًا لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي تغير وضعها من غير عاملة إلى عاملة، مع مراعاة إجراء هذا الفحص بشكل أساسي باستخدام جداول المتابعة والتقييم، أو من خلال إجراء الزيارات الميدانية بين الحين والآخر.

وبمجرد التحقق من جودة البيانات، يجب على الإدارة المركزية دمج البيانات لتحليلها (انظر الفصل 5) واتخاذ الإجراءات التصحيحية للتصدي للمشكلات التي تعتبر شأنا وطنيًا (انظر الفصل 6).

وفي نهاية جمع البيانات في المرفق الصحي، يجب ملء جميع عناصر جدول مراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. أما بالنسبة للاستجابة، فيجب ملء وثيقة ثانية لتحديد المشكلات الرئيسية والإجراءات التصحيحية المقترحة (راجع الفصل 6).

4. التحديات

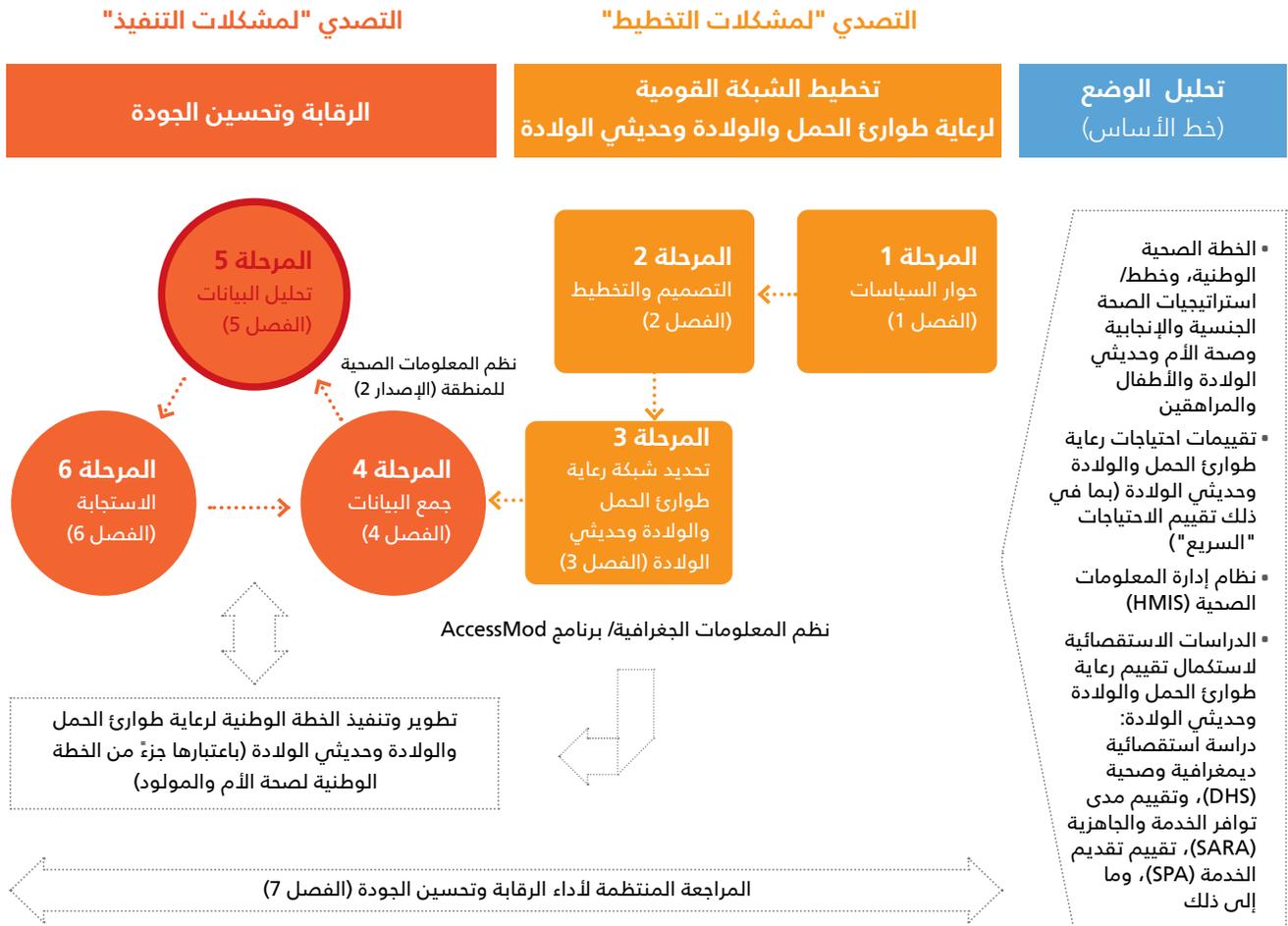
يتمثل أحد التحديات الرئيسية التي تواجه العديد من البلدان التي تعاني ارتفاعًا كبيرًا في معدل وفيات الأمهات في تكاثر آليات جمع البيانات، والتي تعمل غالبًا بالتوازي مع نظام إدارة المعلومات الصحية الوطنية. لذا، ينبغي دمج مؤشرات برنامج صحة الأم والمولود التي تم جمعها في استمارة الرقابة والمتابعة بشكل كامل في نظام المعلومات الصحية الوطني، ولا سيما في نظام المعلومات الصحية للمنطقة (الإصدار 2) (قدر الإمكان وفقًا للدولة المعنية). ويمكن مناقشة ذلك خلال ورش العمل الوطنية والإقليمية حول صحة الأم والمولود.

بالإضافة إلى ذلك، غالبًا ما يكون من الصعب مواصلة جمع البيانات بانتظام على المدى الطويل. ولدعم هذه العملية على المدى الطويل وتعزيز المسؤولية عن عملية المتابعة والتقييم بين موظفي المرفق الصحي، فمن الأهمية بمكان أن يشارك ممثلون عن موظفي شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في ورش عمل تحليل البيانات (انظر الفصل 5). كما يجب على الوزارة أيضًا تنظيم مرحلة الاستجابة بشكل عاجل (انظر الفصل 6) لإدخال دورات تحسين الجودة في المرافق الصحية وتوفير هدف ملموس لجمع البيانات وتحليلها بانتظام.

وأخيرًا، يجب على الإدارة المركزية للوزارة والإدارات الإقليمية ضمان الحفاظ على مستوى تقني جيد داخل فرق الدعم الإقليمية/ في المناطق، مع الحد من دوران العمالة، من أجل الاحتفاظ بالخبرة المكتسبة داخل هذه الفرق (انظر الجدول الفني 6).

الفصل 5: تحليل البيانات

الشكل 15: المرحلة 5 – جمع البيانات



1. أهداف تحليل البيانات

غالبًا ما تفتقر البلدان التي تعاني من ارتفاع كبير في معدل وفيات الأمهات والمواليد إلى نظام وطني للمعلومات الصحية قادر على توفير بيانات حديثة وعالية الجودة لدعم برنامج صحة الأم والمولود. عند إعفاء موظفي البرنامج من مهام جمع البيانات وتحليلها وتكليف أخصائيي البيانات بهذه المهام بدلًا منهم، أصبحت إدارتهم في العديد من البلدان تنفيذية بشكل متزايد وأقل فائدة للبرنامج.

تهدف العملية الموضحة أدناه إلى إعطاء موظفي برنامج صحة الأم والمولود إحساسًا بالمسؤولية عن تحليلهم الخاص للبيانات الروتينية.

وتهدف عملية تحليل البيانات المقترحة أدناه إلى أن تكون بسيطة بحيث تظل قابلة للإدارة، كما تهدف إلى إشراك مقدمي الخدمات الصحية (المستفيدون الرئيسيون منها). ولذا، فكما هو مذكور في الفصل السابق، يجب أن تكون كمية البيانات المراد تحليلها محدودة (صفحة واحدة من البيانات التي تم جمعها - «جدول الرقابة»).

علاوة على ذلك، يجب ألا يتكون تحليل البيانات من قبل مقدمي الخدمات ومدراء برامج صحة الأم والمولود من تقارير إحصائية لأنشطة صحة الأم والمولود يتم إرسالها إلى المستويات الأعلى من النظام الصحي، بل يجب أن تمكّن الفرق المحلية في المقام الأول من تحديد العقبات والثغرات في توافر وجودة رعاية الأم والمولود، لا سيما في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وتقديم الحلول للتصدي لها.

بمعنى آخر، لا يهدف النهج المقترح إلى إجراء تحليل إحصائي لقائمة طويلة من البيانات، وإنما يهدف إلى تمكين المعنيين على المستوى التشغيلي من امتلاك أدوات التحليل الأساسية لاستخدامها في تحليل البيانات والتفكير في الحلول وتطبيقها على الثغرات المحددة.

وتختلف البيانات المراد تحليلها في كل مستوى من مستويات النظام الصحي، ولكن يجب أن يستخدم المستويين الإقليمي والوطني أيضًا أدوات بسيطة، حيث يجب أن يكون التحليل موجزًا في كل مستوى لضمان الإبقاء على استجابة نظام المعلومات الصحية المعمول به. ويجب على الممثلين من الأقاليم/المناطق/المقاطعات وفرق الدعم المساعدة في تحديد أدوات تحليل البيانات الرئيسية خلال ورشة عمل فنية وطنية. كما يجب أن تشجع فرق الدعم مقدمي الخدمات الصحية على المشاركة في تحليل البيانات، وهو الأمر الذي ينبغي أيضًا أن يعمل خبراء البيانات على تيسيره.

2. مبادئ تحليل البيانات ونهج التنفيذ (للمزيد من التفاصيل راجع الفصل 8)

يجب أن يتم تحليل البيانات أولاً على مستوى المرفق الصحي، ثم على مستوى الإقليم/المقاطعة/المنطقة، وأخيراً على المستوى الوطني. ويجب أن يستند التحليل إلى استمارة الرقابة والمتابعة -وفقاً للنموذج الوطني- والذي يجب أن يكون متاحاً على جميع المستويات في نسخ ورقية و/ أو إلكترونية (كأن يكون مدمج في نظام المعلومات الصحية للمنطقة -الإصدار 2- على سبيل المثال).

1.2. على مستوى المرفق الصحي:

يجب على فريق إدارة مرفق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة تحليل البيانات بشكل فوري (في يوم الزيارة) بعد جمعها، بالتعاون مع فريق الدعم الإقليمي/ في المنطقة. ويجب أن يضم فريق الإدارة جميع المدراء من المرفق الصحي والموظفين المؤهلين من وحدة رعاية الأمومة. يجب تحليل وجود أو غياب الوظائف الأساسية، وإدارة المضاعفات، وطريقة الإحالة، ومشاكل التوظيف، بشكل منهجي، بالإضافة إلى العناصر الرئيسية الأخرى في استمارة الرقابة والمتابعة،

مثل توافر الأدوية الأساسية والحد الأدنى من المعدات اللازمة لتوفير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ويجب أن تقارن مجموعة الأشخاص الذين يقومون بالتحليل النتائج مع الوضع السابق (تعرض المقارنة بشكل مثالي على لوحة معلومات المرفق الصحي) لتقييم التقدم أو الانحدار.

وفي نهاية جلسة عمل التحليل التي يقودها فريق الدعم، يجب على موظفي المنشأة اقتراح تدابير لمعالجة عدد محدود من المشاكل المحددة (مشكلة واحدة إلى ثلاث مشكلات - راجع الفصل 6).

2.2. على مستوى الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة

هناك ثلاث خطوات لتحليل البيانات على مستوى الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة كالتالي:

- الخطوة الأولى هي توحيد البيانات ومراقبة جودتها: يجب أن يقوم فريق الدعم في الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة بتوحيد والتحقق من البيانات (من جهة اكتمالها) الموجودة في جميع جداول المتابعة والتقييم على المستوى الإقليمي وإدخال هذه البيانات في برنامج كمبيوتر (من الناحية المثالية يتم ذلك عبر الإنترنت). ويجب تنفيذ هذه المهمة بالتعاون مع الإحصائيين.
- تتكون الخطوة الثانية من تطوير المؤشرات ولوحات المعلومات: بمجرد التحقق من صحة بيانات جداول المتابعة والتقييم، يجب على فريق الدعم في الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة تطوير المؤشرات ولوحات المعلومات على المستوى الإقليمي.
- بالنسبة لكل مرفق صحي في الشبكة، يجب عرض أهم البيانات الخاصة بالمستوى الإقليمي على لوحة القيادة وتحليلها (انظر الجدول الفني 5). ويمكن للفريق الوطني مساعدة فريق الدعم في الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة والإدارة الإقليمية لوزارة الصحة في جميع هذه المهام.
- الخطوة الثالثة هي تنظيم ورشة عمل إقليمية عن صحة الأم والمولود (لكل فصل): في هذه المرحلة من العملية، من المهم تنظيم ورشة عمل إقليمية حول صحة الأم والمولود (إما مرة أو مرتين في السنة)، والتي يجب أن تضم المدراء من المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة والمدراء الإقليميين والمنظمات غير الحكومية وممثلي المجتمع المدني لمناقشة التقدم والنتائج باستخدام البيانات والمؤشرات التي تم جمعها وتحليلها. كما يجب أن تتضمن ورشة العمل هذه أيضًا أفضل الممارسات من تنفيذ مرحلة الاستجابة لمعالجة الثغرات (راجع الفصل 6).

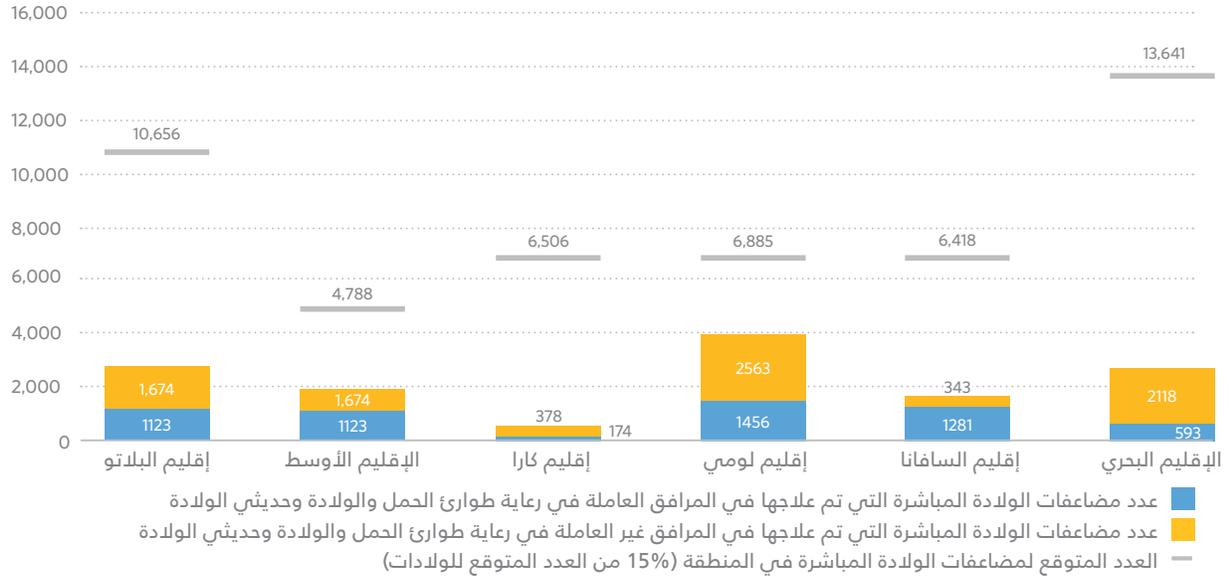
3.2. على المستوى الوطني

يتكون تحليل البيانات على المستوى الوطني أيضًا من ثلاث خطوات رئيسية:

- وتمثل الخطوة الأولى في توحيد النسخ الإلكترونية من جداول المتابعة والتقييم من المناطق بالإضافة إلى قاعدة البيانات والمؤشرات الإقليمية الموحدة. أما بالنسبة للمستويات على المستوى المحلي، فإن المهمة الأولى لفريق الدعم الوطني هي تطبيق مراقبة الجودة على بيانات استمارة الرقابة والمتابعة.
- وتمثل الخطوة الثانية في تحليل البيانات الإقليمية للحصول على المؤشرات ولوحات المعلومات الوطنية الخاصة ببرنامج صحة الأم والمولود في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، بحيث تكون مصنفة حسب الإقليم/ المنطقة، مما يتيح إجراء المقارنات بين المناطق. ويجب تحليل المؤشرات الوطنية بعد كل جولة من المتابعة والتقييم، وأيضًا في نهاية العام. ويمكن لفريق الدعم الوطني استخدام أداة تحليل محددة وضعها صندوق الأمم المتحدة للسكان (راجع الفصل 6). وقد تختلف بعض المؤشرات في جزء من البلد عنها في جزء آخر، حسب أولويات البرنامج، بينما تعد المؤشرات ولوحات المعلومات الأخرى أكثر معيارية، مثل تلبية الحاجة إلى رعاية الولادة في حالات الطوارئ (انظر الشكل 16)، والتي تم رصدها ومراقبتها بانتظام في توجو منذ عام 2015. ويوضح الرسم البياني عدد مضاعفات الولادة التي تديرها المرافق العاملة وغير العاملة في شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة حسب المنطقة، مقارنة بعدد مضاعفات الولادة المتوقعة.
- وأخيرًا، ينبغي تنظيم ورشة عمل وطنية حول صحة الأم والمولود كل عام لتحليل التقدم المحرز في الأقاليم/ المناطق واتخاذ قرارات لتحسين برنامج صحة الأم والمولود، ولا سيما توافر رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وجودتها. ويجب أن تكون ورشة العمل هذه مكملة للقرارات المتخذة على مستوى المنشأة والإقليم/ المقاطعة/ المنطقة للتصدي للمشكلات التي تم تحديدها. كما يجب أيضًا أن تتضمن ورشة العمل الوطنية هذه المكونات الأخرى لبرنامج صحة الأم والمولود، ولا سيما القبالة والدراسات الاستقصائية عن وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة والاستجابة لها (MPDSR). المزيد من التفاصيل متوفرة في الفصل 6.

الشكل 16: الاحتياجات الملابة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -توجو 2016

عدد النساء اللواتي يعانين من مضاعفات الولادة المباشرة - الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل منطقة -توجو (من الربع الأول إلى الربع الرابع 2016)



3. التحديات

قد يتطلب تحليل المعطيات على مستوى المرفق الصحي ومستوى الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة نقلة نوعية مهمة في البلدان ذات الأنظمة الصحية المركزية والاستقلال الذاتي المحدود على المستوى دون الوطني. وقد يحتاج هذا التغيير إلى جهود مهمة للدعوة على جميع مستويات النظام الصحي لتوضيح المكاسب -الموضحة في هذا الدليل- من زيادة الاستقلالية وتخصيص البيانات والقرارات المتعلقة بجودة الرعاية على المستوى دون الوطني (نهج «تصاعدي»). علاوة على ذلك، قد يتطلب الفحص المطلوب لجودة البيانات على جميع مستويات النظام الصحي تعزيز القدرات المحددة.

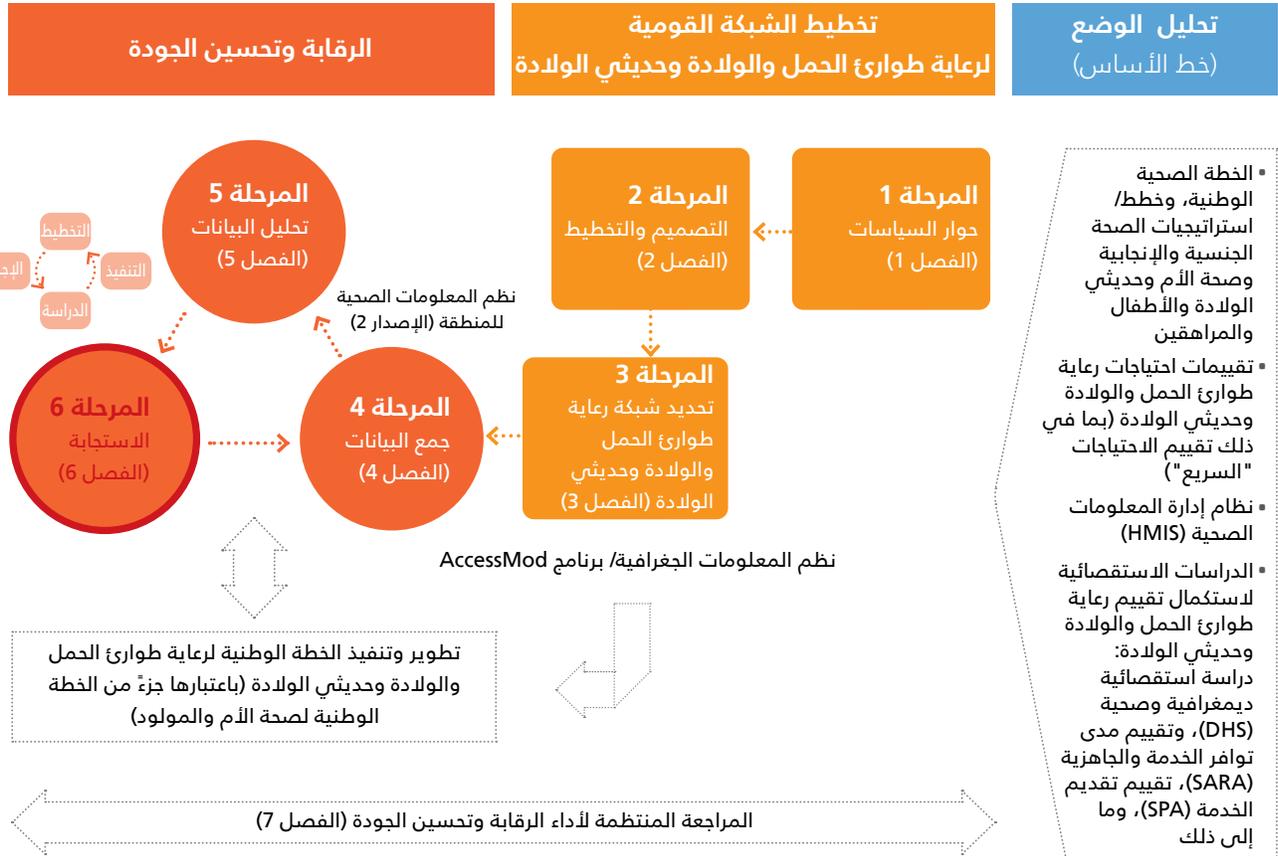
الفصل 6:

تحسين الاستجابة والجودة

الشكل 17: المرحلة 6 – الاستجابة لتحسين الجودة

التصدي "لمشكلات التنفيذ"

التصدي "لمشكلات التخطيط"



1. الأهداف

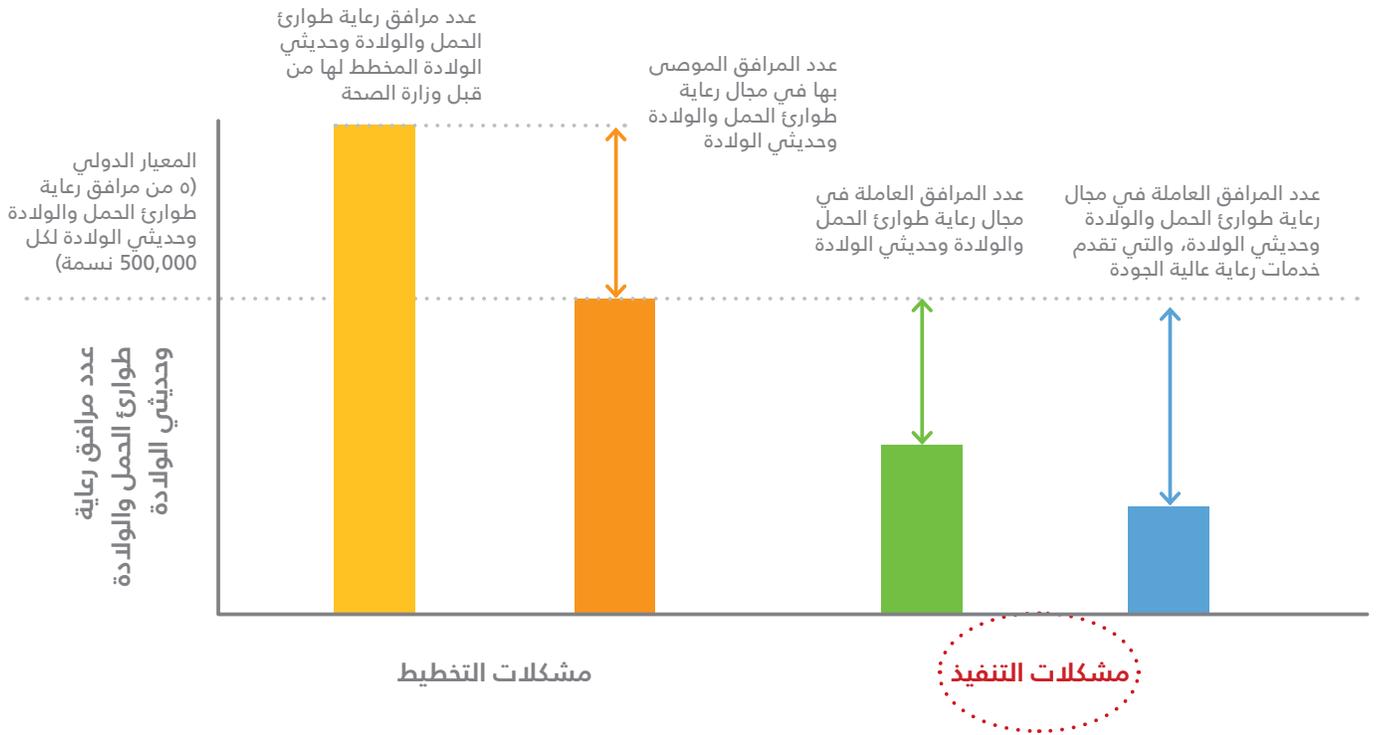
تهدف مرحلة الاستجابة إلى تحديد وتنفيذ -على جميع مستويات النظام الصحي (المرافق الصحية والمقاطعات والمناطق وعلى المستوى الوطني) - حلول واقعية «لمشكلات التنفيذ» لتحسين توافر وجودة رعاية صحة الأم والمولود، وخاصة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

وعلى المدى الطويل، يجب أن تساعد هذه الحلول في زيادة عدد المرافق الصحية العاملة في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة والتي توفر رعاية صحية جيدة. وخلال دورة أو دورتين

برنامجيتين، يجب أن تساعد هذه الطول البلدان على زيادة نسبة السكان الذين تغطيهم المرافق الصحية العاملة في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

في هذه المرحلة من العملية، تعتبر أهمية العملية الأولية لتحديد أولويات الشبكة أمرًا بالغ الأهمية، بحيث تتخطى أهميته بالنسبة لمرحلة تحليل البيانات، وتتطلب فرق المرافق الصحية موارد كافية كجزء من الخطط التشغيلية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لدعمهم في تحديد القضايا ذات الأولوية وصياغة وتنفيذ الحلول للاستجابة لها. يجب أن يؤدي هذا الدعم إلى دورات تحسين الجودة (QI) من حيث تنظيم الخدمات وجودة الرعاية من أجل زيادة عدد المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي تعمل على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع وتقدم رعاية عالية الجودة (الشريط الأزرق في الشكل 18).

الشكل 18: وضع رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في البلدان التي تعاني من ارتفاع معدل وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة



التركيز على مرحلة الاستجابة/ تحسين الجودة

المصدر: مقتبس من الرسم البياني غير المنشور لعام 2016 بواسطة لين فريدمان (برنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات، جامعة كولومبيا) وباتريشيا بايلي (صحة الأسرة الدولية الشاملة) استنادًا إلى تقييمات احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في 15 دولة.

يجب أن تعزز استجابات تحسين الجودة كلاً من تقديم وتجربة الرعاية لدى المستفيد (انظر الشكل 19)، بما يتماشى مع معايير منظمة الصحة العالمية لتحسين جودة رعاية الأمهات والمواليد في المرافق

الصحية.

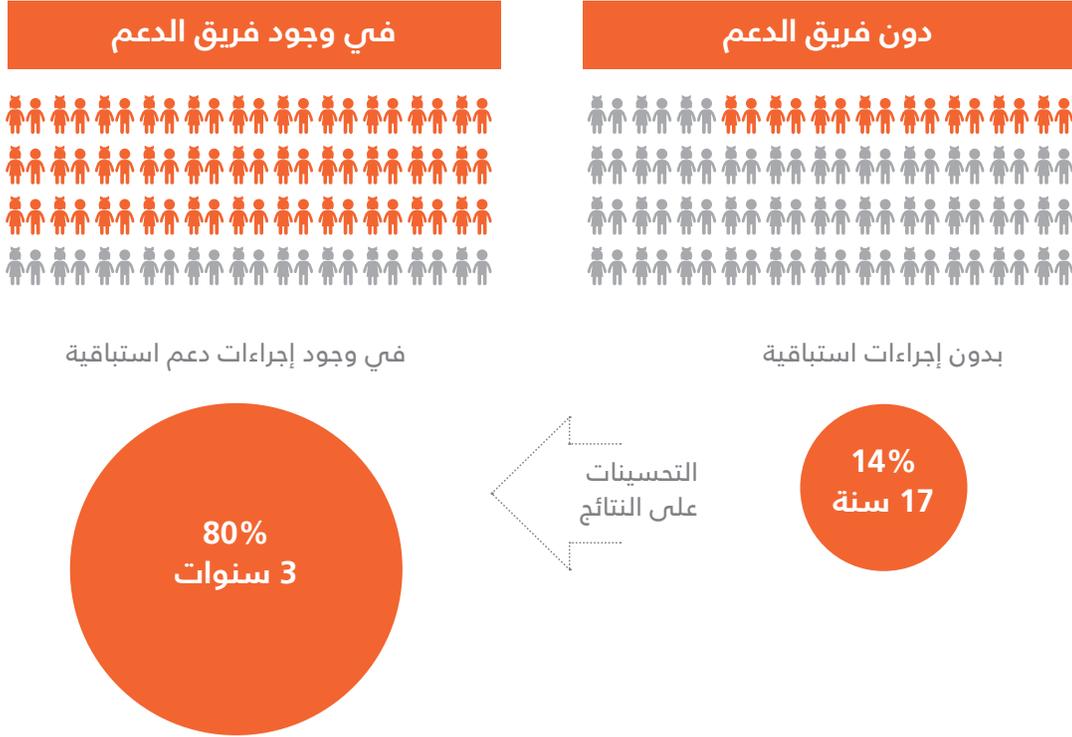
الشكل 19: إطار منظمة الصحة العالمية (WHO) لجودة رعاية صحة الأم وحديثي الولادة



المصدر: منظمة الصحة العالمية: معايير تحسين جودة رعاية الأم والمولود في المرافق الصحية، منظمة الصحة العالمية - 2016

يجب تطوير استجابة تحسين الجودة وتنفيذها على مستويات مختلفة من النظام الصحي، بدءًا من موظفي المرافق الصحية العاملين في إطار شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ويرتكز هذا على المبدأ الأساسي القائل بأن التطوير الناجح للخدمات الصحية يعتمد على موظفي المرفق الصحي وقدرتهم على الابتكار وأن يصبحوا عوامل تغيير لتحسين توافر الرعاية وجودتها (نهج «تصاعدي»). وكما ذكرنا سابقًا، يجب دعم هؤلاء الموظفين من جانب فرق الدعم في الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة، والتي يجب أن تكون مسؤولة عن تسهيل والمساهمة في تطوير وتنفيذ الاستجابات، باعتبار هذا جزءًا من الجهود المستمرة لتحسين جودة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. كما يجب دعم فرق الدعم الإقليمي/ المقاطعة/ المنطقة بدورها من جانب فريق دعم وطني. وكما هو موضح بمزيد من التفصيل في القسم الخاص بـ «علم التطبيق» (راجع الجدول الفني 6)، تُظهر التجربة ضرورة وجود «فريق دعم التنفيذ» لتنفيذ نهج مبتكر بنجاح أو لإدخال تغييرات على النظام. ويؤدي هذا الفريق إلى زيادة كفاءة المسؤولية والإسراع من تنفيذ الابتكارات. فعلى سبيل المثال، يقدر بحث فيكسن وآخرون³² أنه عندما تتأسس فرق التنفيذ وتعمل بشكل جيد، فإن الاستخدام الكامل والفعال للابتكارات يحدث بنسبة 60%-80% من التغطية المقصودة في غضون ثلاث سنوات، مقارنة بـ 5%-15% بعد 17 عامًا دون وجود فرق الدعم هذه (راجع الشكل 20).

الشكل 20: مقارنة الكفاءة التي أضافها فريق الدعم لتنفيذ ابتكار ما



المصادر: فيكسن، وبلاسيه، وتايمرز، وولف-2001، بالاس وبورن-2000، جرين وسيفرت-2005

وكما هو موضح في الفصل 5، يجب أن يشمل فريق الدعم ثلاثة أشخاص على الأقل يتمتعون بخلفيات وخبرات مهنية متنوعة (بما في ذلك الخبرة في إدارة البرنامج وتنفيذه، مع مبادئ التنفيذ الفعال، ودورات التحسين، وإدارة التغيير التنظيمي)، وذلك لضمان تلقي المرافق الصحية دعماً مستداماً بغض النظر عن التغييرات المحتملة في تعيين أفراد فرق الدعم. ويؤدي تحديد بروتوكولات ومعايير الرعاية الصحية بشكل جيد واستخدامها كمرجع إلى تحسين تنفيذ مرحلة الاستجابة وعمل فرق الدعم. كما يتم أيضاً تسهيل عمليات التحسين النوعي (QI) في حال وضع معايير وطنية فيما يتعلق بأدوار ومهام كل من مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (BEmONC) ومرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (CEmONC) في إطار النظام الصحي (وصف المهام والواجبات والوسائل والموارد البشرية والبنية التحتية والهيكل التنظيمي وطرق الإبلاغ -راجع الجدول الفني رقم 1).

ويجب أن يكون هذا الدعم في التنفيذ مكتملاً للدعم الفني الآخر في تحسين المهارات السريرية والإدارية لفريق المرفق الصحي وتحسين قدرته على الابتكار ومعالجة الثغرات -مثل الإشراف الداعم والإرشاد في الموقع -والتي تم تنفيذها بالفعل في العديد من البلدان (راجع الجدول الفني 7).

2. مبادئ وأدوات تحسين الجودة

1.2. النهج المنهجي لتطوير الاستجابة وتنفيذها -دورة PDSA (التخطيط، التنفيذ، الدراسة، الإجراء)

تم اقتراح دورة PDSA¹⁶ للمساعدة في تطوير وتنفيذ الحلول لمعالجة توافر وجودة الخدمات. وقد تم توضيح هذا النهج المنهجي لحل المشكلات والتحسين المستمر في دورة دمينغ (انظر الشكل 21)، وهو يقوم على تنفيذ ثقافة الابتكار التي تتيح «مجالاً للخطأ» وتمكن من اختبار الحلول لتحسين توافر وجودة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

الشكل 21: دورة PDSA (دورة دمينغ)



تتكون دورة PDSA من أربع خطوات، كل منها يؤدي إلى الخطوة التالية:

- تشمل الخطوة الأولى -«التخطيط» -تخطيط الإجراءات المزمع تنفيذها. بشكل عام، يتم تنفيذ هذه الخطوة على ثلاث مراحل خلال كل فترة من فترات المتابعة والتقييم (على سبيل المثال كل ستة أشهر):

1. تحديد المشكلات (مشكلة واحدة إلى ثلاث مشكلات كحد أقصى) التي من المرجح أن يكون هناك حل لها (على سبيل المثال، باستخدام الأسئلة الرئيسية التالية: من تأثر؟ ما الذي تأثروا به؟ في أي الخدمات؟ متى؟ وتحت أي ظروف؟ ما هي الآثار؟ ولماذا؟).

2. البحث عن الأسباب الكامنة وراء كل مشكلة تم تحديدها (على سبيل المثال، استخدام مخطط باريتو أو مخطط إيشيكاوا أو طريقة «الأسباب الخمسة» - راجع الجدول الفني 6).

3. وضع الاستجابات للمشاكل التي تم تحديدها. يجب السعي إلى جعل هذه الاستجابات «ذكية»، أي: (1) تخاطب ثغرة/ مشكلة محددة (محددة/مخصصة)، (2) لها نتائج قابلة للقياس (قابلة للقياس)، (3) تكون مرتبطة بشكل مباشر بعمل الفرد/ الفريق المسؤول عن تنفيذ الاستجابة (قابلة للتحقيق)، (4) تكون مجدية باستخدام الموارد المتاحة (واقعية)، (5) يكون

لها فترة تنفيذ محددة، مع تاريخ انتهاء وربما معالم إنجاز وسيطة (في الوقت المناسب). ويجب تحديد الاستجابات بناءً على البيانات التي تم تحليلها، وعلى نموذج إحالة مفاهيمي واحد أو أكثر (مثل المعايير الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة)، وعلى الدروس المستفادة من تجارب تحسين الجودة السابقة. وعلى وجه الخصوص، من المهم مراجعة العوامل التي أثرت على نجاح أو فشل الإجراءات التي تم تنفيذها سابقًا في المرفق الصحي المحدد أو الإقليم/ المنطقة.

- تتضمن الخطوة الثانية -«التنفيذ» -تنفيذ الاستجابات المحددة.
- ويتبع ذلك «الدراسة»، والتي تتضمن تحليل التقدم المحرز في تنفيذ الاستجابات، والنتائج التي تمت ملاحظتها، وأهمية وجدوى الاستجابات التي تهدف إلى حل المشكلات التي تم تحديدها. ويمكن استخدام مؤشرات الأداء لتحليل فعالية الإجراءات المتخذة، حيث يجب إجراء التعديلات (العودة إلى مرحلة «التخطيط»، إذا لزم الأمر) إذا تبين أن هذه الإجراءات غير فعالة أو غير واقعية أو غير متوافقة مع النتائج المتوقعة.
- ثم تكمل الخطوة الأخيرة -«الإجراء» -النهج للتأكد من استدامة الإجراءات المنفذة. وتشمل هذه الخطوة إضفاء الطابع المؤسسي على هذه الإجراءات، لا سيما من خلال تطوير أو تحديث إجراءات التشغيل القياسية أو العمليات أو أفضل الممارسات.

2.2. أدوار ومهام المستويات المختلفة للنظام الصحي في مرحلة تحسين الاستجابة/ الجودة

على مستوى المرفق الصحي:

يجب تطوير مرحلة الاستجابة بشكل أساسي بمعرفة فريق رعاية الأمومة، كما يتعين أيضًا إشراك مدراء آخرين من المنشأة الصحية استنادًا على المشكلات التي تم تحديدها (واحدة إلى ثلاث). ويجب إعطاء الأولوية للحلول المحلية المخصصة لمشكلة بعينها (فيما يتعلق بالمسائل التنظيمية بشكل عام). ويجب على فريق الدعم في الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة دعم فريق المرفق الصحي لمراجعة التقدم وتطوير الاستجابات، على أن يغطي هذا الدعم مراجعة تنفيذ الإجراءات الموضوعية خلال دورة المتابعة والتقييم السابقة والأهمية والجدوى والنتائج المتوقعة من الحلول المقترحة حديثًا. كما يعد فريق الدعم مسؤولًا كذلك عن مشاركة أي أدلة جديدة و/ أو الابتكارات فيما يتعلق بصحة الأم والمولود مع فريق المرفق الصحي، إلى جانب الخبرات والتجارب (الجيدة والسيئة) المتعلقة بالاستجابات المنفذة في المرافق الصحية الأخرى. إلى جانب ذلك، يجب أن يناقش فريق الدعم في الإقليم/ المنطقة وفريق المرفق الصحي أيضًا الاستجابات التي يمكن اعتبارها مسؤولية الإقليم/ المنطقة.

على مستوى الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة

يعد فريق الدعم في الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة مسؤولاً عن توحيد وتحليل الحلول المقترحة من قبل المرافق الصحية ومساعدة هذه المرافق في تنفيذها. فعلى سبيل المثال، ينبغي التشجيع على حشد الدعم التقني والمالي من وزارة الصحة (على المستويين الوطني/ الإقليمي) و/ أو من الشركاء التقنيين والماليين الموجودين في المنطقة. وبينما تضم فرق الدعم هذه موظفين من وزارة الصحة، يجب عليهم إنشاء علاقة من الثقة المتبادلة مع موظفي المرفق الصحي من خلال التركيز على تبادل الخبرات وتجاهل الروابط الهرمية.

كما يجب أن يقوم فريق الدعم أيضًا بتوحيد وتوثيق الخبرات والتجارب (الجيدة والسيئة) والأدلة والابتكارات في مجال صحة الأم والمولود والمساهمة في نشرها في المرافق الصحية. وأخيرًا، يجب تحديد الحلول الموضوعية لعدد محدود من المشكلات (واحدة إلى ثلاث) فيما يتعلق بتوافر وجودة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي تم إبرازها في إطار تحليل البيانات الإقليمية. وتهدف الاستجابة الإقليمية إلى دعم الحلول المقترحة من قبل المرافق الصحية قدر المستطاع. ومن ثم، يجب مناقشة هذه الاستجابات في ورش العمل الإقليمية المتعلقة بصحة الأم والمولود.

على المستوى القومي:

يُعد فريق الدعم الوطني مسؤولاً عن توحيد وتحليل الحلول المقترحة من قبل المناطق والخبرات والتجارب (الجيدة والسيئة) والأدلة والابتكارات في مجال صحة الأم والمولود والمساهمة في نشرها في المناطق. كما ينبغي أيضًا على الفريق تنظيم ورشة عمل وطنية سنوية عن صحة الأم والمولود، حيث ينبغي مناقشة التقدم المحرز في الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، حيث يتعين وضع تقرير سنوي عن رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وأخيرًا، يجب على فريق الدعم الوطني بدوره تحديد المشكلات المتكررة (من مشكلة واحدة إلى ثلاث مشكلات) عبر جميع المناطق، وحل تلك القضايا التي تتطلب اهتمامًا وطنيًا، والتي قد يكون لها تداعيات محتملة على السياسات والاستراتيجيات والبروتوكولات الوطنية فيما يتعلق بصحة الأم والمولود. كما يجب مناقشة تخطيط ونتائج المبادرات الوطنية خلال ورشة العمل الوطنية.

وتمثل ورش العمل الإقليمية والوطنية أيضًا فرصًا جيدة لتحديد الفرق التي تؤدي أداءً جيدًا، ومن ثم خلق منافسة صحية بين المرافق الصحية والأقاليم/ المناطق.

دراسة حالة:

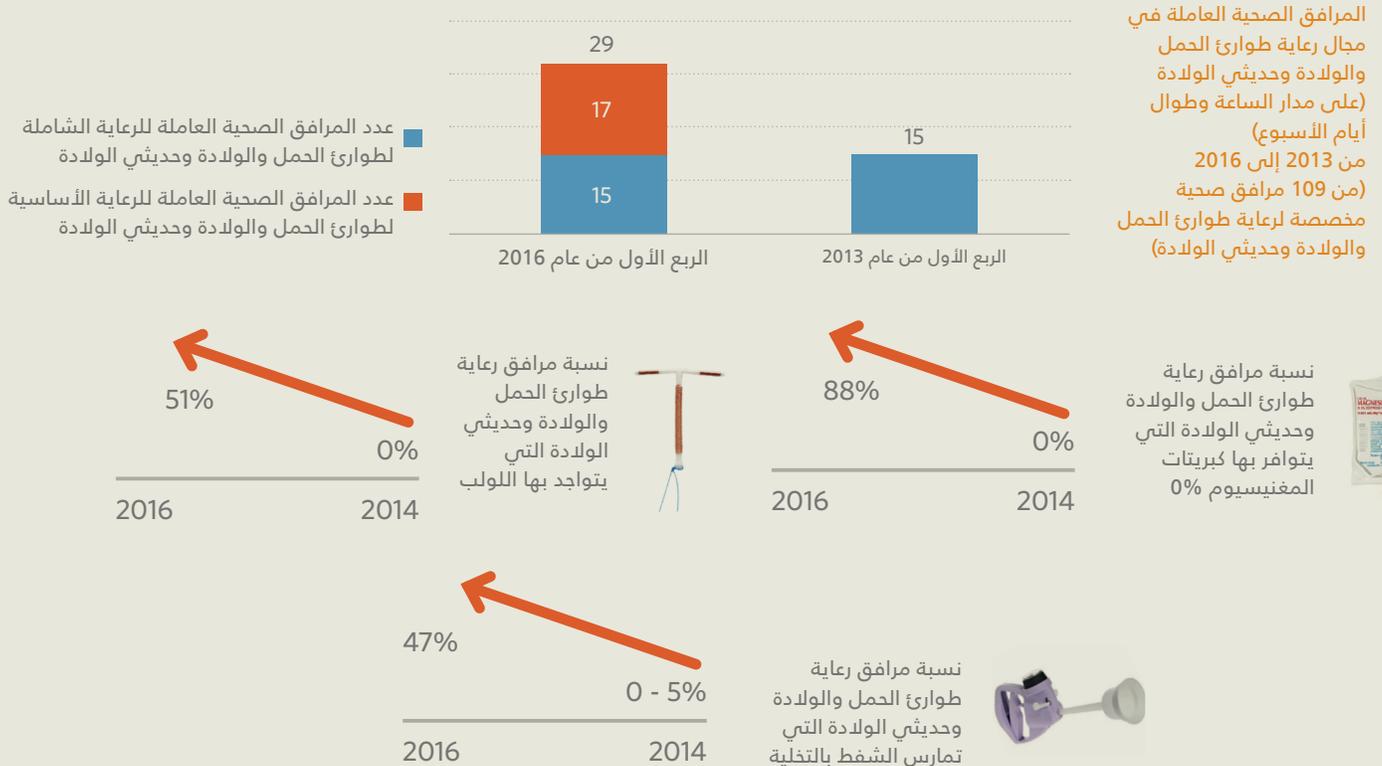
توجو: تحسين توافر وجودة الرعاية في الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

منذ عام 2012، نفذت توجو تدخلات قائمة على الأدلة لتحسين توافر وجودة خدمات الولادة في حالات الطوارئ ورعاية الأطفال حديثي الولادة. وفي ضوء نتائج وتوصيات تقييم احتياجات رعاية الولادة والأطفال حديثي الولادة في حالات الطوارئ (2012)، قررت توجو مراجعة سياستها المتعلقة بصحة الأم وتطوير شبكتها من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بهدف نشر الموارد البشرية الماهرة والإمدادات بشكل استراتيجي، وضمان التوافر الفعال وجودة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في جميع أقاليمها الستة.

وفي عام 2013 -وبدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان- أعطت وزارة الصحة الأولوية لعدد منخفض من المرافق لتقديم خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، كخطوة أولى نحو بناء شبكة مرافق عاملة. وباستخدام المعايير المتفق عليها دوليًا والتحليل المتعمق للمرافق الصحية في الدولة، تم تخصيص 109 مرافق صحية لتكون مرافق صحية للإحالة (مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة)، 71 منها كمرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (BEmONC) و38 كمرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (CEmONC).

وفي عام 2014، بدأت توجو في الرصد الفصلي لخدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود في هذه الشبكة الوطنية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. واستنادًا إلى البيانات الروتينية التي تم جمعها وتحليلها، بدأت توجو في التدريبات ووفرت المعدات والإمدادات إلى مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لتحسين إدارة ما قبل تسمم الحمل أو تسمم الحمل، والمخاض المطول أو المتعسر، والإنعاش الأساسي للمواليد، وتنظيم الأسرة بعد الولادة مباشرة. وفي عام 2015، أصبحت توجو واحدة من أوائل البلدان في منطقة جنوب الصحراء الكبرى بإفريقيا التي تحدد مهمة ودور ونموذج التشغيل لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة داخل النظام الصحي. ويهدف هذا الإطار المرجعي الوطني إلى توجيه مقدمي الخدمات الصحية والمعنيين الوطنيين والمحليين لمعالجة الثغرات في توافر الخدمات وجودتها.

أخيرًا، وفي عام 2019، قررت وزارة الصحة إعطاء الأولوية لعدد من المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من أجل تركيز الموارد على جعل المرافق الصحية تعمل على تقديم رعاية عالية الجودة على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ومن ثم، تم تخفيض الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من 109 إلى 67 مرفقًا صحيًا مخصصًا لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، مع الحفاظ على نفس التغطية للسكان في غضون ساعة واحدة من وقت السفر (81%).



2.3. دعم المرافق الصحية

نظرًا لأن مرحلة الاستجابة ونهجها التصاعدي غالبًا ما تكون جديدة في البلدان التي تعاني من ارتفاع كبير في معدل وفيات النفاس، فإن تنفيذها الأولي غالبًا ما يكون صعبًا، ويرجع ذلك جزئيًا إلى عدم وجود هياكل محددة وبنود بالميزانية لهذا الدعم. ومن ثم، يمكن أن يساعد نظام الدعم في البداية في تنفيذ مرحلة الاستجابة من خلال إشراك الشركاء التقنيين والماليين في دعم كل من المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ويمكن لهؤلاء الرعاة، لا سيما الرعاة في إطار شراكة H6 + (برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونيسف، وهيئة الأمم المتحدة للمرأة، ومجموعة البنك الدولي، ومنظمة الصحة العالمية، بالإضافة إلى شركاء ماليين وتقنيين مهمين آخرين)، المساهمة في تنفيذ الحلول المقترحة من قبل فرق المرافق الصحية لتحسين توافر خدمات صحة الأم والمولود وجودتها، حيث يقدم هؤلاء الرعاة دعماً فنياً/ مالياً مؤقتاً، بالإضافة إلى الموارد المحلية. ويتعين على وزارة الصحة تزويد كل جهة راعية بجميع المعلومات المتوفرة عن أنشطة وأهداف ونتائج مراكز رعاية الأمومة التي تدعمها.

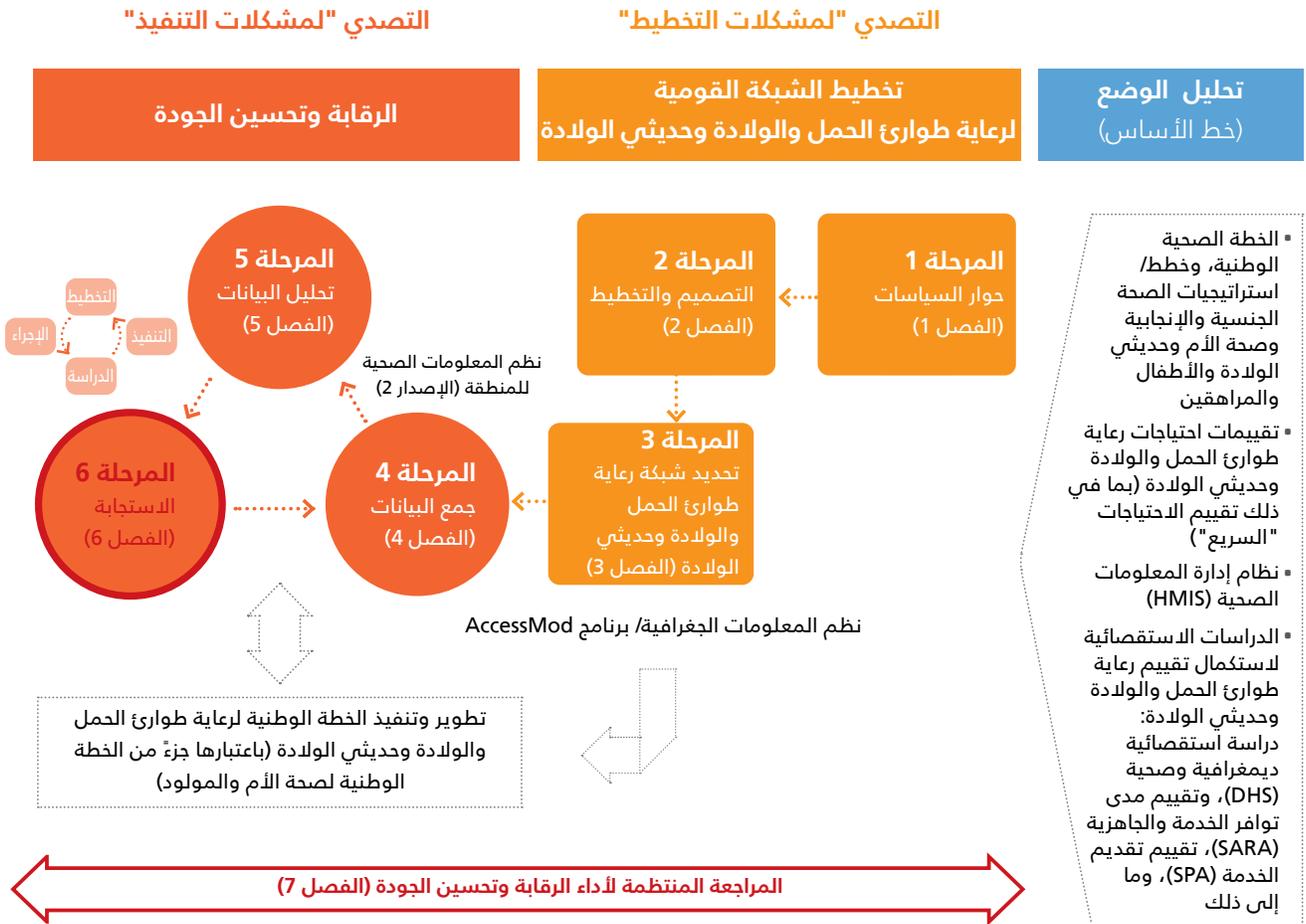
3. التحديات

على غرار المراحل السابقة، قد يتطلب تحسين الجودة في المرفق الصحي وعلى مستوى الإقليم/ المنطقة نقلة نوعية مهمة في البلدان ذات الأنظمة الصحية المركزية لضمان الاستقلالية والمسؤولية اللازمتين لتحسين الجودة على المستوى الوطني (نهج «تصاعدي»). ويتطلب تنفيذ حلول معالجة الثغرات توفير التمويل على مستوى المرفق الصحي وثقافة العقل المنفتح/ ثقافة «عدم توجيه اللوم» لتشجيع الابتكار.

الفصل 7:

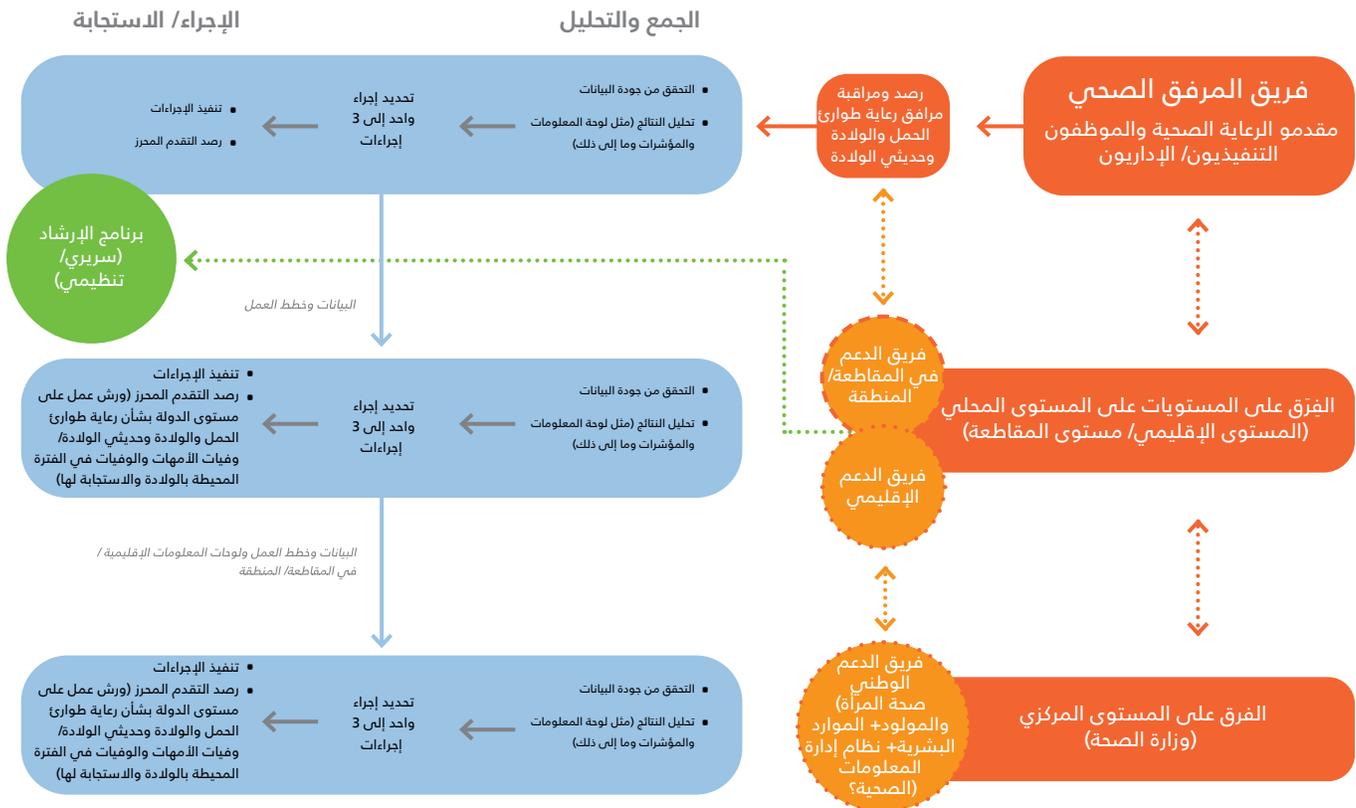
مراجعة دورية لأداء عملية تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

الشكل 22: مراجعة دورية لأداء عملية تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة



يجب مراجعة عملية تطوير شبكة وطنية من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بشكل دوري لجعلها أكثر فعالية واستدامة على المدى الطويل. ويجب أن تقيّم هذه المراجعات جميع مراحل العملية، لا سيما مراحل التجميع والتحليل والاستجابة، ويشمل الشكل 23 أدناه موجزًا لخطواتها الرئيسية.

الشكل 23: رصد ومراقبة شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتحسين الجودة



يجب على فرق الدعم الوطنية والإقليمية / في المنطقة -مع الشركاء التقنيين إن أمكن -مراقبة وتقييم تطوير الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ويجب على فريق الدعم الوطني مراجعة العمليات التي تم تطويرها وتنفيذها على المستوى دون الوطني، مع وضع إطار للرصد والتقييم ومؤشرات العملية والنتائج ومراقبة المؤشرات بانتظام (كل ستة أشهر على سبيل المثال) من قبل الإدارات الإقليمية والمركزية المسؤولة عن برنامج صحة الأم والمولود. ويعرض الجدول 3 أدناه أمثلة على المؤشرات الممكنة لرصد تطوير مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

الجدول 3: أمثلة على المؤشرات الممكنة لرصد عملية تطوير الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

المؤشرات	الأهداف الموصي بها
1. المؤشرات العامة لتطوير شبكة وطنية من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	
1.1. يوجد فريق دعم تشغيلي في كل من:	
- المستوى الوطني	نعم
- المستوى الإقليمي (نسبة المناطق الموجود بها فريق دعم تشغيلي مكون من ثلاثة أشخاص على الأقل)	100%
2.1. يتم تنظيم ورش عمل حول صحة الأم والمولود في كل من:	
- المستوى الوطني (ورشة عمل سنوية)	نعم
- المستوى الإقليمي (نسبة المناطق التي يتم فيها تنظيم حلقات عمل كل ستة أشهر)	100%
3.1. هناك خريطة محدثة بنظام المعلومات الجغرافية لشبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (تحديد الموقع الجغرافي، روابط الإحالة، تغطية السكان، الدعم)	نعم
4.1. يتم إعداد ونشر تقرير وطني سنوي حول تطوير شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (بما في ذلك مؤشرات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وعدد القابلات المنتشرات في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وفقاً للمعايير الوطنية ونسبة مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي لديها رابط إحالة عامل (باللون الأخضر) مع مرفق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة)	نعم
5.1. وجود معيار وطني لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (تاريخ آخر تحديث)	نعم (السنة)
6.1. تحديد الأهداف السنوية الكمية المتعلقة بالمؤشرات الرئيسية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في إطار الخطة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.	نعم
2. مؤشرات جمع البيانات في الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (لفصل محدد والسنة)	
1.2. نسبة المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي يدعمها فريق الدعم (وفقاً لجدول جمع البيانات)	100%
2.2. نسبة المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة ذات جدول الرصد المكتمل (البيانات التي تم جمعها)	100%
3.2. نسبة المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي يتم إرسال جدول الرصد والمراقبة الخاصة بها إلى فريق الدعم الوطني	100%
3. مؤشرات تحليل البيانات (لفترة ستة أشهر محددة والسنة)	
1.3. نسبة المناطق التي بها مؤشرات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة للأشهر الستة الماضية	100%

100%	2.3. نسبة المناطق التي نظمت ورشة عمل لتحليل البيانات مع مدراء من المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة المعينة
100%	3.3. نسبة المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي شاركت في حلقة عمل إقليمية لتحليل البيانات
4. مؤشرات الاستجابة / تحسين الجودة	
تحدد من قبل وزارة الصحة على المستوى دون الوطني	1.4. نسبة المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة المدعومة من قبل شريك تقني ومالي.
أكثر من 80%	2.4. نسبة المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة والتي يتم فيها تطوير الاستجابات لثغرات الجودة
أكثر من 75%	3.4. نسبة الاستجابات المحددة والمنفذة (وفقًا للجدول الزمني المحدد) في: - مستوى المرفق الصحي (نتائج كل مرفق صحي مع حساب الانحراف عن المتوسط الإقليمي) - مستوى الأقاليم/ المناطق (نتائج كل إقليم/ منطقة مع حساب الانحراف عن المتوسط الوطني) - المستوى الوطني

علاوة على ذلك، فبالإضافة إلى المؤشرات النوعية والكمية، يجب أن تستخدم فرق الدعم الوطنية والإقليمية/ فرق الدعم في المقاطعات شبكات المراقبة لإجراء تحليل نوعي أكثر تفصيلاً لعمليات ونتائج تطوير ورصد رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ويجب مشاركة نتائج هذه التحليلات (الممارسات الجيدة، الإخفاقات، نقاط الضعف) ومؤشرات الرصد خلال ورش العمل الوطنية والإقليمية المتعلقة بصحة الأم والمولود.

وأخيرًا، يمكن إكمال هذا التحليل من خلال الدراسات الاستقصائية الأسرية التي تركز على عينة من النساء اللواتي وُلدن في شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة و/ أو يعشن في مناطق التجمعات السكنية المحيطة بها. ويجب إجراء هذه الاستقصاءات بمعرفة باحثين مستقلين، والذين يتعين عليهم تحليل الوصول المادي والمالي إلى المرافق الصحية، وجودة الرعاية المتصورة -بما في ذلك السلوك والاحترام- بدءًا من الدخول إلى المرفق الصحي، مرورًا بالولادة، وحتى المتابعة خلال فترة ما بعد الولادة (بما في ذلك فترة ما بعد العودة إلى المنزل).

واقترادًا بمثال المغرب¹⁷، ينبغي تلخيص جميع هذه التحليلات والمؤشرات في تقرير وطني سنوي عن تطوير الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.



الجزء الثاني

خطوات وأدوات التنفيذ شبكة وطنية من مرافق
الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة (مرافق رعاية
طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة)

الفصل 8:

خطوات تنفيذ المراحل الست

يقدم هذا الفصل دليلًا تفصيليًا لعملية تطوير شبكة وطنية من مرافق الرعاية الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وتحديد الأدوات الموصى بها لكل خطوة وأدوار ومسؤوليات مختلف المعنيين في النظام الصحي.

1. خطوات تنفيذ مرحلة الدعوة والمناصرة

هناك ثلاث خطوات في مرحلة الدعوة والمناصرة لتطوير شبكة وطنية لمرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة. وبشكل عام، يتم تنفيذ هذه الخطوات على مدار شهر، مع إمكانية الحصول على دعم فني عن بعد من خبراء دوليين بشأن النهج المقترح في هذا الدليل (على سبيل المثال، الشعبة الفنية لصندوق الأمم المتحدة للسكان، والمكتب الإقليمي لصندوق الأمم المتحدة للسكان، وجامعة كولومبيا/ برنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات، وجامعة جنيف):

الشكل 24: خطوات التنفيذ للمرحلة 1 – مراجعة السياسات / الدعوة والمناصرة

المرحلة الأولى: حوار السياسات

الخطوات	1	2	3
الأنشطة الرئيسية	<p>تحليل الوضع وتحديد المعنيين الرئيسيين في صحة الأم والمولود (MNH)</p> <ul style="list-style-type: none"> إجراء تحليل لوضع صحة الأم والمولود وخاصة فيما يتعلق بشبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (EmONC) (المؤشرات الرئيسية حول تغطية وجود رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة). تحديد ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> المعنيين الوطنيين والشركاء التقنيين والماليين المعنيين و / أو المهتمين بصحة الأم، فضلاً عن آليات التنسيق وصناديق التمويل القائمة للصحة الجنسية والإنجابية، مثل شراكة H6، ومرفق التمويل العالمي (GFF). المبادرات العالمية والوطنية والإقليمية – مثل إنهاء وفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها (EPMM) / خطة العمل لجميع المواليد الجدد (ENAP) التدفقات المالية لصحة الأم والمولود: إجراء تحليل لنظام معلومات الرعاية الصحية (HIS)، ولاسيما مؤشرات صحة الأم والأنظمة المستخدمة (مثل نظام المعلومات الصحية للمقاطعات 2 – DHIS 2) وخبرات نظام المعلومات الجغرافية (SIG). 	<p>التواصل المستهدف مع وزارة الصحة والشركاء حول تطوير طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة</p> <ul style="list-style-type: none"> عرض تحليل الوضع فيما يتعلق بصحة الأم والمولود، لا سيما شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. إبراز أهمية مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في الحد من وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة، والقيمة المضافة من خلال النهج المقترح لتطوير شبكة واقعية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، في ضوء الموارد المتاحة (بما في ذلك استخدام نظم المعلومات الجغرافية ومفاهيم علم التنفيذ). تقديم مفهوم المرفق الصحي للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (BEONC) وأهمية أن تكون المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بمثابة منصات لتكامل خدمات الصحة الجنسية والإنجابية. اتخاذ القرار (حسب الحاجة) حول إنشاء أو تعزيز لجنة فنية وطنية لتطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (بحيث تتكامل مع اللجان الفنية القائمة وتشكل من المدراء الفنيين من وزارة الصحة والمنظمات الشريكة). 	<p>عقد اللجنة الفنية الوطنية لتطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة</p> <ul style="list-style-type: none"> تحديد المبادئ الأساسية لتطوير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، بما يشمل ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> النطاق الوطني. إعطاء الأولوية لشبكة وطنية وفقاً للتوصيات الدولية (بحد أقصى خمسة مرافق لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل 500.000 نسمة). تنفيذ مراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتحسين الجودة. توعية الموظفين في المرافق الصحية والمقاطعات / المناطق بمسؤولياتهم باعتبارهم أصحاب مصلحة رئيسيين في تحسين رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. تحديد العملية لبدء تطوير مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة: <ul style="list-style-type: none"> الشروط المرجعية لورشة عمل فنية وطنية لوضع أسس تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. اختصاصات لجنة تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (التكوين والأدوار والمهام والمسؤوليات).
الأدوات	<ul style="list-style-type: none"> نتائج التقييم (السريع) لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. نتائج الدراسات الاستقصائية الأخرى (مثل الاستطلاعات الديموغرافية والصحية – DHS)، وتقييم مدى توافر الخدمة والجاهزية – SARA، إلخ. بيانات نظام إدارة المعلومات الصحية. المؤشرات الرئيسية لصحة الأم والمولود التي يجب مراعاتها لتحليل الوضع. 	<ul style="list-style-type: none"> نموذج الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (إن وجد). مفهوم مرفق التحويل للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (انظر الجدول الفني رقم 2 أدناه). العملية والنتائج المتوقعة وتقدير التكلفة لتطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (بما في ذلك المتابعة والتقييم). 	<ul style="list-style-type: none"> اختصاصات ورشة عمل فنية وطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة ولجنة تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.
الجهات المسؤولة	<ul style="list-style-type: none"> وزارة الصحة. صندوق الأمم المتحدة للسكان (و / أو شركاء H6). 	<ul style="list-style-type: none"> صندوق الأمم المتحدة للسكان (و / أو شركاء H6)، مع دعم تقني محتمل بشأن نظم المعلومات الجغرافية من جامعة جنيف وجامعة كولومبيا / برنامج مكافحة وفيات وعجز الأمهات (AMDD) لمفهوم الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة ونهج رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. 	<ul style="list-style-type: none"> وزارة الصحة بالتعاون مع الشركاء التقنيين والماليين في صحة الأم والمولود (على سبيل المثال H6، وكالة الولايات المتحدة للتنمية الدولية (USAID)، الوكالة الفرنسية للتنمية (AFD)، جيبغو (Jhpeigo)، التعاون الفني البلجيكي (ENABEL)، إلخ.

2. خطوات تنفيذ مرحلة التصميم والتخطيط

بعد مرحلة الدعوة والمناصرة، وبعد أن تقرر وزارة الصحة تعزيز شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ينبغي عليها تنظيم ورشة عمل وطنية تضم المدراء الإداريين والفنيين من المستويين الوطني والإقليمي، والمنظمات المهنية، والمنظمات غير الحكومية الرئيسية، والشركاء التقنيين والماليين. ويجب أن تقود اللجنة الفنية الوطنية لتطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة هذه الورشة، وأن يكون لها ثلاثة مخرجات رئيسية بيانها كالتالي:

(1) عملية تحديد الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتنفيذ نهج الرصد وتحسين الجودة، و(2) استمارة الرقابة والمتابعة الوطني، و(3) تشكيل فريق الدعم الوطني. ويجب أن يضم هذا الفريق الإحصائيين والمتخصصين في المعلومات الصحية، وأخصائي نظم المعلومات الجغرافية بمهارات تقنية في AccessMod، ومدراء من أقسام الموارد البشرية للصحة وأقسام صحة الأم في وزارة الصحة، وأطباء الولادة والقابلات (ممثلون عن الجمعيات والاتحادات المهنية)، ومعلمون من مدرسة القبالة، ومنظمات المجتمع المدني (إن أمكن). وحيث إن هذا النهج يُعد غير مسبوق ومبتكر، يوصى بشدة بطلب الدعم الفني المباشر من الخبراء الدوليين لهذه المرحلة على سبيل المثال خبير في الصحة الجنسية والإنجابية، وخبير في إدارة البيانات وتحليلها، وخبير في نظم المعلومات الجغرافية/ AccessMod وآخر في تنفيذ البرنامج وعمليات تحسين الجودة). ومن واقع خبراتنا وتجاربنا، تتكون ورشة العمل الوطنية هذه عادةً من ثلاث خطوات وتستغرق أربعة أيام، على النحو التالي:

المرحلة الثانية: ورشة عمل فنية وطنية (4 أيام)

الخطوات

الأنشطة الرئيسية

الأدوات

الجهات المسؤولة

1	2	3
<p>عرض تحليل الوضع لشبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وخطة تطويرها</p>	<p>تطوير أداة جمع البيانات الوطنية (جدول الرصد والرقابة)</p>	<p>تحديد المعايير الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتحديد الأولويات ومعايير التخطيط والتخطيط لورش العمل الإقليمية لتحديد الأولويات</p>
<ul style="list-style-type: none"> عرض تحليل الوضع على الصعيدين الوطني والإقليمي فيما يتعلق بصحة الأم والمولود، لاسيما شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. إبراز أهمية مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في الحد من وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة، مع تقديم مفهوم شبكة الوطنية للمرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والمرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (لا سيما المرفق الصحي للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة). تقديم نظام إدارة المعلومات الصحية (مع التركيز على بيانات صحة الأم والمولود) وأدواته (مثل نظام المعلومات الصحية للمنطقة – الإصدار 2). عرض نهج تطوير شبكة وطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (بما في ذلك استخدام نظم المعلومات الجغرافية والمفاهيم من مجال علم التنفيذ) ومبادئ التطوير الرئيسية (العملية الوطنية، ورصد رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وتوعية الموظفين في المرافق الصحية والمناطق / الأقاليم بمسؤولياتهم). 	<ul style="list-style-type: none"> تطوير جدول الرصد الوطني (بحد أقصى صفحة واحدة) استنادًا إلى الجدول العام لجمع البيانات (انظر الجدول الفني رقم 4). اختبار جدول الرصد الوطني في مرفق واحد على الأقل من مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة ومرفق واحد للرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة – مع إكمال الجدول بمعرفة فرق مختلفة على مدار ثلاث ساعات. إنهاء واعتماد جدول الرصد على أساس نتائج التجربة. 	<ul style="list-style-type: none"> تحديد المعايير الوطنية لمرافق التحويل فيما يتعلق برعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (المهام، الواجبات، الموارد، والبنية التحتية لمرافق الرعاية الأساسية ومرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة) – مع إمكانية قيام وزارة الصحة بوضع للمسات الأخيرة على المواصفات الوطنية بعد ورشة العمل. تحديد الأولويات الوطنية لتخصيص المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والتي ينبغي أن تشمل ما يلي (انظر الفصل 3 والقسم 3 أدناه): <ul style="list-style-type: none"> عدد السكان الذين تخدمهم (مناطق التجمعات السكانية) عدد الولادات. وقت السفر وجودة رابط التحويل بين مرافق الرعاية الأساسية ومرافق الرعاية الشاملة (انظر الجدول الفني رقم 2). (معايير ثانوية) عدد الموظفين المؤهلين في المكان. (معايير ثانوية) العجز في الوظائف الأساسية. (معايير ثانوية) جودة الإدارة في المرفق الصحي. (معايير ثانوية) البنية التحتية القائمة. تخطيط ورش العمل الإقليمية لتحديد الأولويات والدراسات الاستقصائية الممكنة لاستكمال تحليل الوضع (مثل التقييم العاجل لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة). تشكيل فريق الدعم الوطني لتطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.
<ul style="list-style-type: none"> المؤشرات الرئيسية لصحة الأم والمولود التي يجب مراعاتها لتحليل الوضع. مفهوم مرفق التحويل للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (انظر الجدول الفني رقم 1). مفهوم شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة ورباط التحويل (انظر الجدول الفني رقم 2). 	<ul style="list-style-type: none"> جدول عام لرصد رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (تم تطويره من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان بناءً على تجارب البلدان). العملية والنتائج المتوقعة وتقدير تكلفة رصد رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. 	<ul style="list-style-type: none"> قاعدة بيانات للأنشطة الولادة لكل مرفق صحي وقائمة بمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. نموذج / معايير وطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (إن كان ذلك متاحًا). مفهوم مرفق التحويل للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (انظر الجدول الفني رقم 1). مفهوم شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة ورباط التحويل (انظر الجدول الفني رقم 2).
<ul style="list-style-type: none"> وزارة الصحة لتحليل الوضع صندوق الأمم المتحدة للسكان (و / أو شركاء H6) لأهمية مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في الحد من وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة. خبراء دوليون لمفهوم رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة ونهج تطوير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. 	<ul style="list-style-type: none"> المشاركون من ورشة التصميم وزارة الصحة للمصادقة على جدول الرصد الوطني 	<ul style="list-style-type: none"> وزارة الصحة لتحديد المعايير، ومعايير الأولويات الوطنية، والتخطيط لورش العمل الإقليمية. خبير دولي لتقديم المعايير العامة لتحديد الأولويات.

3. خطوات تنفيذ مرحلة تحديد الأولويات

تخضع عملية تحديد الأولويات التي تعمل على تحديد المرافق الصحية في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بشكل عام تحت سلطة المدير العام أو وزير الصحة، والذي يفوض تنفيذها إلى مدير على المستوى الوطني (عادة ما يكون المدير المسؤول عن صحة الأسرة). وحتى تكون عملية تحديد الأولويات هذه ممكنة ومفيدة، يجب أن تستند إلى معايير موضوعية كما هو موضح أدناه (والتي تم تحديدها خلال ورشة العمل الفنية الوطنية -المرحلة 2).

3.1. المعايير الرئيسية التي تحكم عملية تحديد أولويات المرفق الصحي

مع الأخذ في الاعتبار مبادئ عمل الخدمة على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، إلى جانب جودة الرعاية، فإن اختيار مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة يأتي -أولاً وقبل كل شيء- بناءً على موقعها في منطقة تجمع سكاني كبير. هذا بالإضافة إلى قدرة المرفق على الإحالة إلى مرفق للرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، كونه مرفقاً للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. يجب على المشاركين في ورشة العمل اختيار المرافق الصحية وفقاً لمعيارين رئيسيين:

■ عدد الولادات الفعلية والمحتملة:

يعتمد الحفاظ على جودة الرعاية في المرفق الصحي لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على عدد الحالات التي يتعين على فريق المهنيين الصحيين العاملين في المكان التعامل معها بانتظام. ويُعد هذا صحيحاً بشكل خاص من حيث الحفاظ على المهارات في إدارة مضاعفات طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وفي معظم البلدان التي طبقت هذا النهج، حددت وزارة الصحة 30 ولادة شهرياً على الأقل كمعيار لاختيار مرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة. وقد تم تضمين هذا الرقم في الوثيقة المرجعية الوطنية لمرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ويعتقد بعض الخبراء في توجو أن هذا الحد الأدنى منخفض للغاية، ويخططون لرفعه إلى 50 ولادة شهرياً. ومع هذا الرقم الأعلى، سيكون لدى الفريق في المرفق الصحي الفرصة للتعامل مع حوالي 22 من مضاعفات الولادة كل ثلاثة أشهر (15% من 150 ولادة في كل فصل من السنة).

يجب تحديد هذا المعيار -الذي يتم التعبير عنه كمتوسط شهري للمرفق الصحي لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة- على المستوى الوطني (في حالة عدم وجود معيار دولي) أثناء ورشة العمل الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (راجع المرحلة 2) على أساس عدد الولادات خلال السنة (السنوات) الماضية والموارد المتاحة. ويتطلب هذا وجود معلومات موثوقة من قبل نظام إدارة المعلومات الصحية أو من دراسة استقصائية.

وبمجرد تحديد هذا المعيار الوطني، يجب تحليل العدد الفعلي والمحتمل للولادات في كل مرفق صحي، مع الأخذ في الاعتبار منطقة التجمعات السكانية المحيطة بالمرفق الصحي و يعد AccessMod

ن تغطي منطقة التجمعات السكانية المحيطة بالمرفق الصحي السكان الذين من المفترض -نظرياً- أن يتمتعوا بإمكانية الوصول المادي إلى المرفق الصحي، بناءً على تواجد المرفق في موقع يكون على مسافة من هذه التجمعات بحيث يمكن الوصول إليه خلال زمن أقل من الحد الأقصى المحدد (على سبيل المثال، التنقل لمدة

(أداة تحليلية مفتوحة المصدر) مفيدًا جدًا في تقدير ووضع تصور للنطاقات السكانية (خلال وقت محدد من التنقل) حول المرافق الصحية التي يتم النظر فيها (راجع الجدول الفني رقم 3).

■ الوقت المستغرق للإحالة من مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة إلى مرفق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة:

تم تهيئة مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لإدارة حالات الطوارئ الأساسية، حيث تعتمد هذه المرافق على مرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لإجراء التدخلات الجراحية (العمليات القيصرية، واستئصال الرحم، وما إلى ذلك)، وعمليات نقل الدم، وحالات الطوارئ الطبية المعقدة (الأمراض المتعددة) ورعاية الأطفال الخدج وذوي الوزن المنخفض عند الولادة. وهناك جدل مستمر حول ما إذا كان يجب على مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة رعاية الأطفال ذوي الوزن المنخفض عند الولادة: فوفقًا للمناقشات الدائرة في مجموعة خطة العمل لجميع المواليد الجدد (ENAP)، يجب أن تكون هذه الرعاية جزءًا من مهام هذه المرافق، وسيتم تحديد الوظائف الأساسية لرعاية منخفضي الوزن والمرضى من حديثي الولادة اعتبارًا من عام 2020 من قبل المجتمع الدولي، مع تنفيذ بعضها في مرافق مختارة للرعاية الشاملة للولادة وحديثي الولادة (مستوى الرعاية الثلاثية). وقد تم بالفعل إجراء دراسة استقصائية عالمية في عام 2019 بين المهنيين العاملين في مجال صحة الأم والمولود لتصنيف 18 تدخلًا للرعاية السريرية يمكن أن تكون بمثابة وظائف أساسية محتملة لرعاية منخفضي الوزن والمرضى من حديثي الولادة⁵⁷.

وتعد جودة روابط الإحالة بين مرافق الرعاية الأساسية ومرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة أمرًا بالغ الأهمية لضمان عمل مرافق الرعاية الأساسية بكفاءة كأول مستوى إحالة للحالات الطارئة فيما يتعلق برعاية الولادة وحديثي الولادة. وعندما يعمل رابط الإحالة بكفاءة فإنه يكون عنصر مهمًا في كسب ثقة السكان تجاه مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من خلال ضمان استمرارية الرعاية في النظام الصحي. ولكي تحصل غالبية حالات الطوارئ فيم يتعلق بالولادة على رعاية مقبولة، يجب أن يقع مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على بعد أربع ساعات كحد أقصى من مرفق إحالة الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (ويفضل أن يكون ذلك على بعد ساعتين). ولا ينبغي أن يكون الرابط الإداري بين مرفق الرعاية الأساسية ومرفق الإحالة للرعاية الشاملة هو المعيار الرئيسي لإدارة الإحالات، ذلك لأنه في حالات الطوارئ لا يُراعى إلا أقصر وقت للإحالة فقط. ومن ثم، يتعين ربط المرفق الصحي للرعاية الأساسية بمرفق الرعاية الشاملة في منطقة جغرافية وإدارية أخرى، إذا كان هو الأقرب إليه من حيث زمن التنقل.

ويمكن أيضًا مراعاة المعايير التالية في مرحلة تحديد الأولويات إلا أن هذه المعايير ثانوية -حيث يمكن تكييفها مع السياق بسهولة أكثر:

- عدد ونوعية الموظفين الموجودين في المرافق الصحية الموضوعه فى الاعتبار: لا سيما الموظفين المؤهلين في رعاية الولادة وحديثي الولادة: إعطاء الأولوية للمرافق الصحية ذات النقص الأقل في العدد والفجوة الأقل في الجودة. تعد الحاجة إلى فريق من الموظفين الكفاء (خاصة القابلات

المدربات وفق معايير الاتحاد الدولي للقبليات/ منظمة الصحة العالمية) في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وتوفير العدد الكافي لضمان توافر الرعاية على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، ومن أهم العوائق التي تقف أمام تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في معظم البلدان¹⁸. وقد يكون هذا القيد وحده كافياً لكي تحدد بموجبه عدد مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي يمكن تطويرها بشكل فعال.

■ **أوجه القصور في الوظائف الأساسية:** إعطاء الأولوية للمرافق الصحية التي بها فجوات أقل في الوظائف الأساسية، فكلما زادت أوجه النقص زادت الجهود اللازمة لترقية المرفق المخصص لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة إلى مرفق عام. وغالباً ما يرجع هذا النقص في المرافق المخصصة للرعاية الأساسية للولادة وحديثي الولادة إلى نقص الموظفين المؤهلين والقيود المفروضة على سياسات الموارد البشرية المعمول بها، وهو ما يمكن تعديله بشكل عاجل من خلال اتباع سياسة لنشر الموظفين المؤهلين ذوي الأولوية (خاصة القبليات) في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (وخاصة مرافق الرعاية الأساسية)، شريطة أن يفني تدريبهم الأولي بمعايير منظمة الصحة العالمية/ الاتحاد الدولي للقبليات.

■ **جودة الإدارة في المرفق الصحي:** إعطاء الأولوية للمرافق الصحية ذات الممارسات الإدارية الجيدة. تعد الإدارة الجيدة لأي وحدة صحية أو أي مرفق صحي خاص بالأمومة أمراً بالغ الأهمية لضمان جودة عالية في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، فهي تساعد على ضمان تنفيذ السياسات والبروتوكولات العامة بشكل جيد، واستخدام الموارد بشكل رشيد وتنظيم الخدمات والرعاية بكفاءة. ويُعد سوء الإدارة ضار للغاية بالتشغيل السلس لمرفق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

■ **مستوى البنية التحتية:** إعطاء الأولوية للمرافق الصحية ذات البنية التحتية الجيدة، حيث يتطلب المرفق الصحي لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وجود مساحة وغرف كافية. كما يجب أن يكون هناك معمل ووحدة تعقيم وغرفة خدمات ووسائل اتصال. ويجب أن تتوفر لدى المرفق الصحي المعد لتقديم الرعاية الأساسية ووسائل النقل اللازمة للإحالة إلى أقرب مرفق صحي للرعاية الشاملة. ويقدم الجدول الفني رقم 1 وصفاً تفصيلياً لمتطلبات المرفق الصحي للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

3.2 تنظيم ورش عمل تحديد الأولويات

يجب دعم المدير المسؤول بوزارة الصحة عن تنظيم ورش العمل الإقليمية لتحديد الأولويات من قبل فريق الدعم الوطني الذي تم تشكيله خلال ورشة العمل الوطنية بشأن رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (راجع المرحلة 2).

ويتعين جمع البيانات التالية استعداداً لطلاقات العمل الإقليمية لتحديد الأولويات:

أ) بيانات عن الولادات وحديثي الولادة والموارد البشرية في وحدات رعاية الأمومة، والتي يتعين استخلاصها من أحدث البيانات المتاحة (على سبيل المثال، تقييم الاحتياجات والتقييم السريع لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وأنشطة الرقابة والمتابعة على المرافق الصحية، ونظام إدارة

المعلومات الصحية).

ب) البيانات الديموغرافية (بشكل مثالي مع الخرائط المكانية عالية الدقة)، مثل عدد السيدات في سن الإنجاب وعدد الولادات المتوقعة في السنة المعنية. وغالبًا ما يتم استخدام حزمة البيانات على WorldPop³ لأنها توفر عددًا مكانيًا للسكان بدقة 100 متر. ومع ذلك، نوصي باستخدام أحدث مجموعة حزمة بيانات من Facebook/ CiESIN (طبقة التجمعات عالية الدقة) لعام 2019، والتي تأخذ في الاعتبار آثار المباني وإسقاط حجم بيانات التعداد السكاني عليها، ومن ثم تعد أكثر ملاءمة لتحليلات إمكانية الوصول التي يتم إجراؤها باستخدام AccessMod.

ج) البيانات الجغرافية المكانية: خطوط الطول والعرض للمرافق الصحية (مع رمز التعريف الخاص بها إن أمكن)، والحدود الإدارية، وشبكة الطرق، وشبكة الأنهار، والتضاريس، والمساحة المغطاة. ويعد توفر هذه البيانات وجودتها أمرًا بالغ الأهمية، حيث يمكنها التأثير على إعداد النماذج في AccessMod. ويجب إيلاء اهتمام خاص لشبكة الطرق، والتي غالبًا ما تكون موثقة بشكل سيئ في بعض البلدان (شبكة طرق الخدمة الثالثة، جودة شبكة الطرق، سرعة التنقل). ومن المهم أن يتم تقييم جودة هذه البيانات من قبل خبراء في الديموغرافيا ونظم المعلومات الجغرافية.

وقبل الشروع في عقد ورش العمل لتحديد الأولويات، ينبغي تدريب مجموعة من ثلاثة إلى أربعة خبراء في نظم المعلومات الجغرافية على AccessMod، حيث تتمثل مهمتهم خلال ورش العمل الإقليمية في إعداد الخرائط بناءً على اختيار مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من قبل المجموعات الإقليمية. كما يتعين عليهم أيضًا إعداد البيانات والتحقق من جودتها مسبقًا في ورش العمل، بما في ذلك الوضع الحالي لظروف الطرق الرئيسية (والطرق الثانوية إن أمكن). ويجب تنظيم ورش العمل الإقليمية هذه (واحدة أو أكثر، حسب حجم الدولة) لتضم أربع إلى خمس مناطق/ مقاطعات لمدة أربعة أيام. والهدف من ورش العمل هذه هو إشراك كافة المعنيين على المستوى المحلي (من 8 إلى 12 مشاركًا لكل إقليم/ منطقة/ مقاطعة وفقًا للسياق) في عملية شاملة وتشاركية لتحديد ورسم خرائط المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل إقليم/ منطقة/ مقاطعة. ويضمن هذا النهج -من خلال إشراك المعنيين على المستوى المحلي- تطوير خريطة المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة باستخدام معلومات موثوقة، ويضفي الشرعية على عملية تحديد الأولويات، ويضمن أن يضطلع كافة المعنيين المسؤولين عن تطويرها بالمسؤولية. ويعتمد نجاح ورشة عمل تحديد الأولويات الإقليمية على المشاركة النشطة من المعنيين المحليين، الذين يمكنهم إثراء المناقشات بمعرفتهم بالمناطق، وبالتالي يمكنهم الانخراط في حوار مع الإدارة المركزية لوزارة الصحة وشركائها بناءً على معايير تحديد الأولويات على المستوى الوطني، والتي تم تحديدها خلال ورشة العمل الوطنية. يجب أن يشمل المشاركون من الأقاليم/ المناطق / المقاطعات المدير الإقليمي/ مدير المنطقة ومدراء برنامج صحة الأم في المنطقة/ المقاطعة، ومدراء إدارة المعلومات الصحية ومدراء الموارد البشرية في مجال الرعاية الصحية، ورئيس قسم رعاية الأم في المستشفى الرئيسي، والقابلات اللائقي يشكلن جزءًا من فرق الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة. سيتمكن هذا التنوع في الطرح المستند على معلومات موضوعية بين المدراء على المستوى الوطني والإقليمي وعلى مستوى المقاطعة/ المنطقة/ المرفق الصحي من اتخاذ القرارات الواقعية بتوافق الآراء بشأن الشبكة الوطنية للمرافق المخصصة لرعاية طوارئ

س <http://www.worldpop.org.uk>

ع <https://ciesin.columbia.edu/data/hrs1>

الحمل والولادة وحديثي الولادة.

في بنين وغينيا، شارك عمّد المدن في حلقات العمل بشأن تحديد الأولويات. ونحن نوصي بمثل هذا النهج الذي يسمح ببناء ملكية السلطات المحلية لشبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

وانطلاقًا من التجارب السابقة في إجراء ورش العمل الإقليمية لتحديد الأولويات، فإنه من المفيد دعوة المدير الإقليمي أو طبيب الولادة الذي سبق له المشاركة بالفعل في تحديد الأولويات في ورشة عمل إقليمية أخرى.

باختصار، يتعين خلال ورش العمل على المستوى المحلي لتحديد الأولويات تغطية الخطوات الثلاث التالية (انظر الشكل 27):

الخطوة 1: نشر الوعي بين المشاركين حول مفاهيم شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وحول تحديد المرافق الصحية ذات الأولوية (باستخدام GIS/ AccessMod)

خلال ورش العمل، يجب على المشاركين مناقشة مفهوم رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (بما في ذلك مهام مرافق الرعاية الشاملة ومهام مرافق الرعاية الأساسية)، وشبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ونهج تحديد الأولويات، باستخدام نتائج تقييم احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والمفاهيم المفصلة في الفصل 2. كما يجب عليهم أيضًا التعرف على المبادئ الأساسية لنظام المعلومات الجغرافية وAccessMod. ومن المهم تخصيص يوم واحد لهذه الخطوة، والتأكد من مشاركة ممثلين من المستويات المركزية والوطنية لوزارة الصحة في العروض التقديمية.

الخطوة 2: اختيار مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة الصحية وتحليل روابط الإحالة بين مرافق الرعاية الأساسية منها ومرافق الرعاية الشاملة

يجب تنظيم المشاركين في مجموعات عمل لكل إقليم/ منطقة/ مقاطعة، ويجب على كل مجموعة فعل ما يلي:

- تحديد احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة للمنطقة على أساس المعايير الدولية (تستخدم كحد أقصى).

وينبغي أن يتم ذلك باستخدام البيانات الديموغرافية للمستوى دون الوطني الأول (الإقليم/ المقاطعة) والمستوى دون الوطني الثاني (المنطقة).

كما يجب استخدام المعيار الدولي الذي ينص على خمسة مرافق لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل 500,000 نسمة (مقربة إلى الرقم الأدنى) لتحديد الحد الأقصى من الناحية النظرية للعدد الموصى به لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل كيان جغرافي. فعلى سبيل المثال، تراوح حجم الإقليم في توغو (أول مستوى إداري وصحي) بين 650,000 و1.9 مليون نسمة، وهو ما وفر أساسًا مناسبًا لحساب

احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. أمّا عن الدول الأخرى التي طبقت النهج، فقد عملت أيضًا مع المستوى الأول من النظام الصحي، حيث استخدمت هايتي مستوى الإدارة الصحية، بينما قامت كل من مدغشقر، وبوروندي، والسنغال، وغينيا، وبنين، وكوت ديفوار باستخدام المستوى الإقليمي. أما السودان فاستخدمت مستوى الولاية. وفي سياقات أخرى، قد يتوافق حجم السكان المناسب لحساب احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولاد مع المستوى الثاني من النظام الصحي (مستوى المنطقة على سبيل المثال).

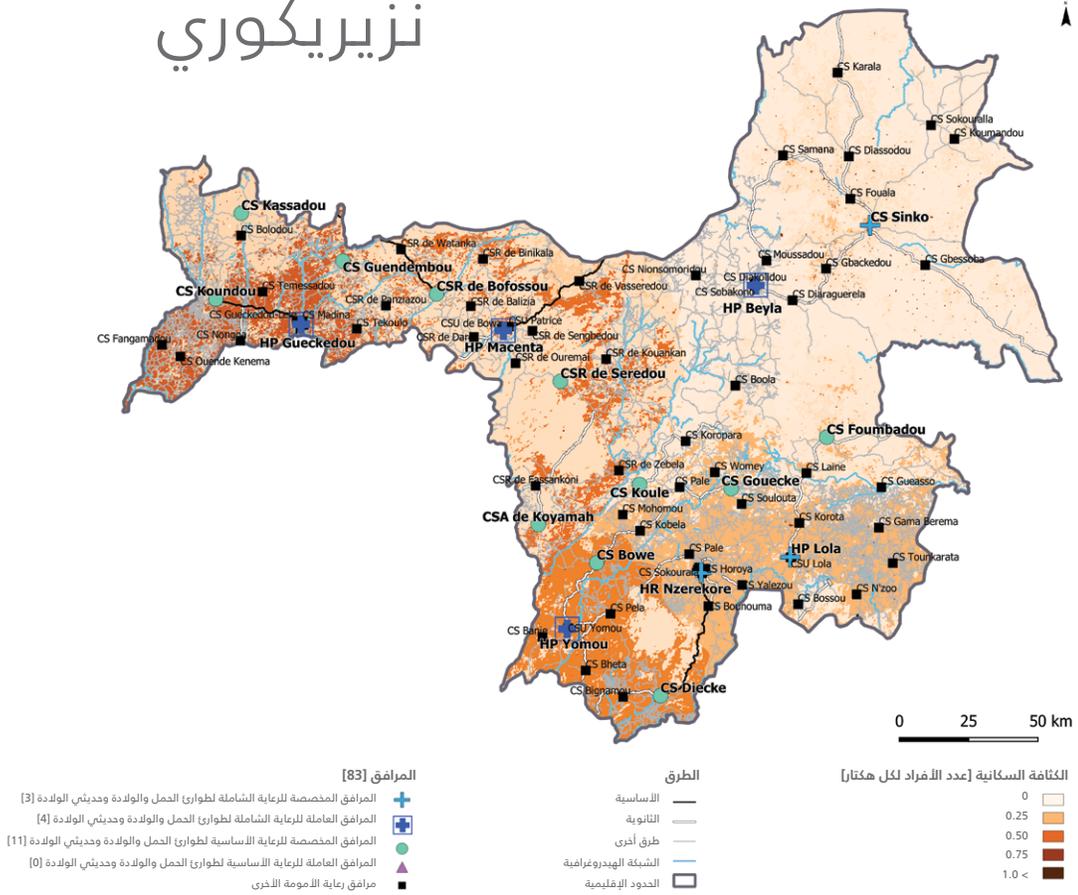
- إعداد قائمة أولية للمرافق الصحية المحتملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بناءً على المعايير (الوطنية) التي تمت مشاركتها في اليوم الأول من ورشة عمل تحديد الأولويات (والتي تم تحديدها خلال ورشة العمل الوطنية بشأن رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -راجع المرحلة ٢).

ويمكن لبرامج مثل AccessMod (انظر الجدول الفني رقم 3) تصميم النطاقات السكانية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتقدير نسبة السكان القادرين على الوصول إليها في وقت سفر محدد (على سبيل المثال في خلال ساعتين من التنقل). كما يسمح استخدام أداة نظام المعلومات الجغرافية (GIS) بوضع تصور للمرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة المقترحة: (الشكل 26 أ) على خريطة توضح كثافة السكان. (الشكل 26 ب) خريطة لإمكانية الوصول الجغرافي (في غضون ساعة وساعتين وثلاث ساعات وأكثر من أربع ساعات من وقت السفر إلى أقرب مرفق لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة)، و(الشكل 26 ج) يمثل خريطة النطاقات السكانية المحيطة بكل مرفق مخصص لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (على مسافة ساعة أو ساعتين من وقت السفر).

ويجب أن يكون لكل إقليم/مقاطعة ثلاث خرائط. كانت غينيا هي الدولة الثانية -بعد بوروندي- التي تنفذ النهج المقترح في عام 2018، كما هو موضح في خرائط إقليم نزيريكوري أدناه.

الشكل 26 أ: خريطة الكثافة السكانية وموقع مرافق رعاية الأمومة (المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - الأساسية منها (BEMONC) والشاملة (CEMONC) وغيرها من مرافق رعاية الأمومة) - إقليم نزيريكوري، غينيا.

نزيريكوري

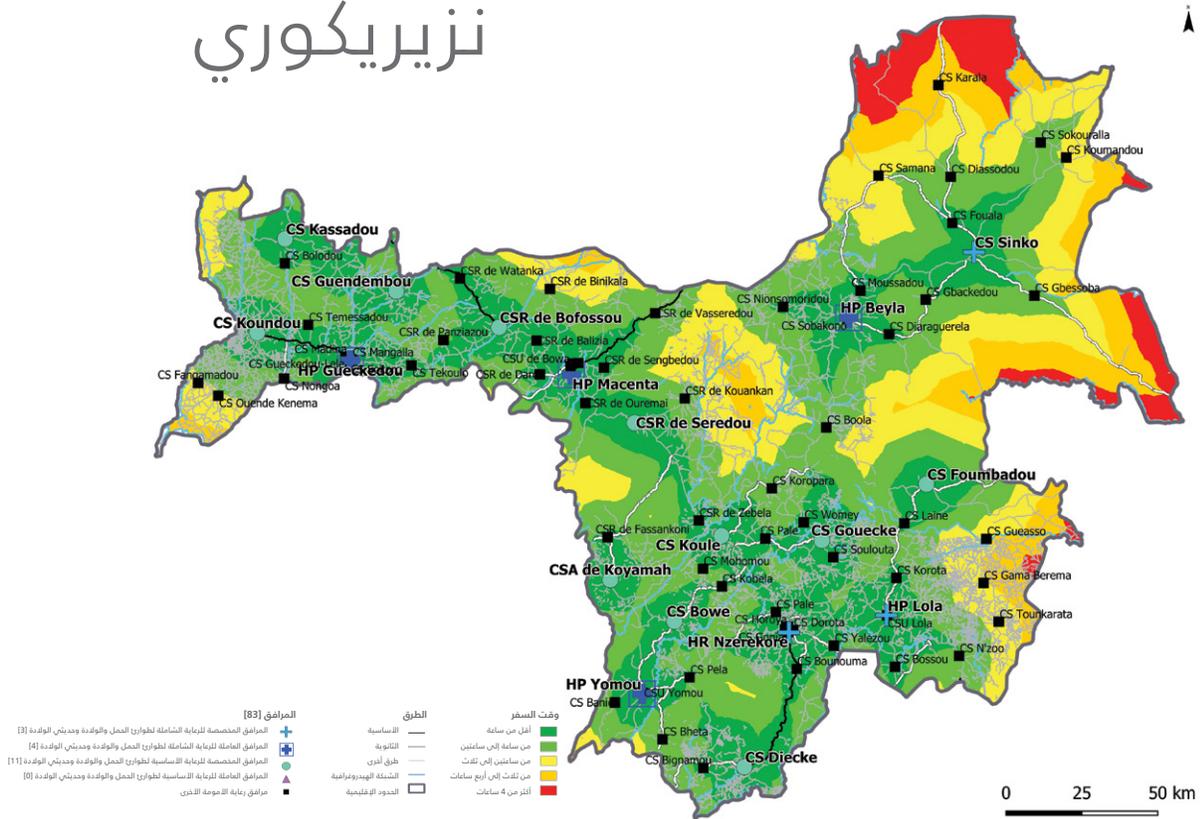


كما هو موضح في الخريطة السكانية، فإن منطقة نزيريكوري مكتظة بالسكان في الأجزاء الجنوبية والغربية. وتشهد هذه المناطق تركيز معظم مرافق الصحة المخصصة من قبل الفريق الإقليمي لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وتغطي مرافق رعاية الأمومة الأخرى (غير مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة) المناطق المتبقية - مع وجود عدد أقل من مرافق رعاية الأمومة في الجزء الشمالي الشرقي من الإقليم.

ويملك الإقليم العديد من الطرق الوطنية التي تخدم المناطق المكتظة بالسكان بشكل جيد.

الشكل 26 ب: خريطة إمكانية الوصول الجغرافي (في غضون ساعة وساعتين وثلاث ساعات وما يزيد عن أربع ساعات من وقت السفر إلى أقرب مرفق لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة) لمرافق الرعاية الأساسية ومرافق الرعاية الشاملة فيما يتعلق برعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والمخصصة من قبل مجموعة العمل الإقليمية -إقليم نزيريكوري، غينيا

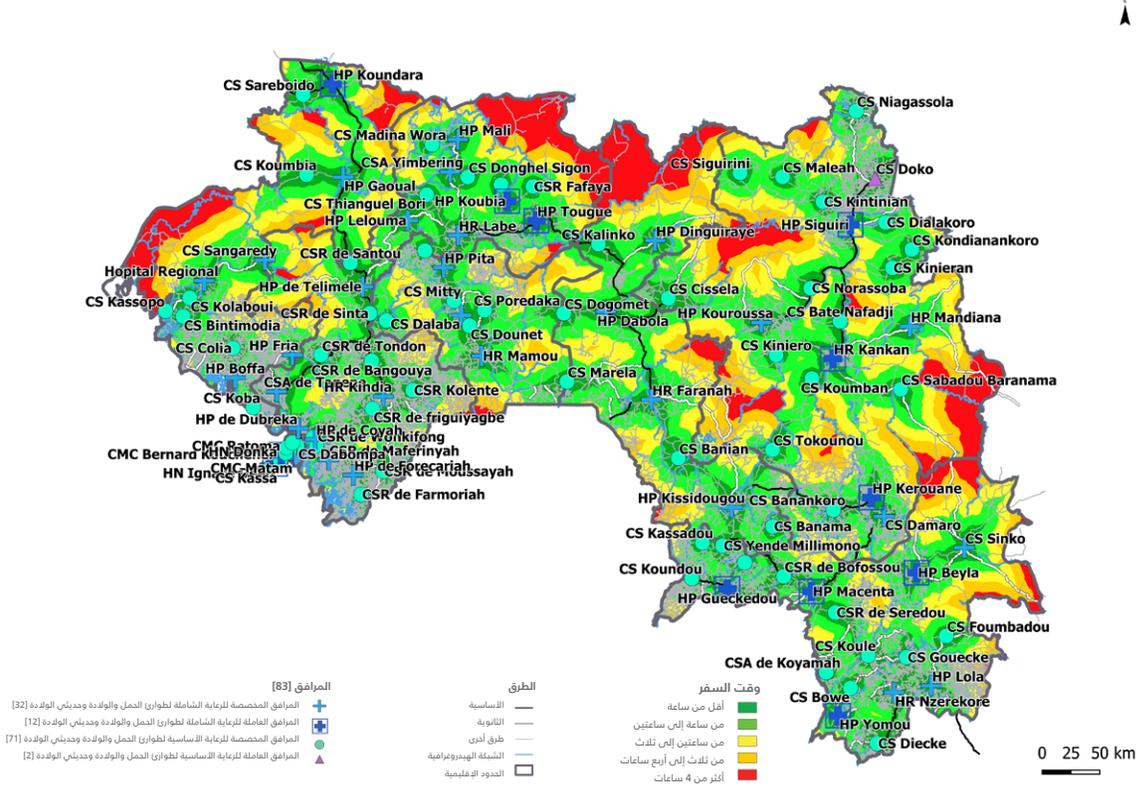
نزيريكوري



وكما هو موضح في خريطة إمكانية الوصول، يعيش غالبية سكان المنطقة على مسافة ساعتين من وقت السفر من أقرب مرفق صحي مخصص لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. أما عن السكان الذين يعيشون على بعد أكثر من ساعتين من أقرب مرفق صحي مخصص للرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، فهم يتواجدون في الأجزاء الشرقية والشمالية الشرقية من المنطقة، وهي المناطق التي تعد أقل من حيث الكثافة السكانية. كما تسلط هذه الخريطة الضوء أيضاً على تأثير شبكة الطرق المحدودة في الجزء الشمالي الشرقي من الإقليم.

الشكل 26 ج: خريطة إمكانية الوصول الجغرافي (في غضون ساعة وساعتين وثلاث ساعات وما يزيد عن أربع ساعات من وقت السفر إلى أقرب مرفق لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة) لمرافق الرعاية الأساسية ومرافق الرعاية الشاملة فيما يتعلق برعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والمخصصة من قبل مجموعة العمل الإقليمية -غينيا.

خريطة الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (2018)



على المستوى الوطني، تغطي جميع مرافق رعاية الأمومة في البلاد -والبالغ عددها 446- ما يقدر بنحو 91% من السكان الذين يتواجدون على مسافة ساعتين من وقت السفر. وكما هو موضح في الشكل 26 د، ففي نهاية ورش عمل تحديد الأولويات، اقترحت الفرق الإقليمية شبكة وطنية من 117 مرفقًا صحيًا مخصصًا لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة تغطي 82% من سكان البلاد في غضون ساعتين من وقت السفر. ومن ثم، يمكن أن تؤدي الشبكة المعدلة إلى تحقيق المكاسب الاقتصادية والكفاءة من خلال تركيز الجهود على ضمان عمل 117 مرفقًا صحيًا مخصصًا لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتقديمها للرعاية عالية الجودة -مع تغطيتها لمعظم السكان -بدلاً من 446 مرفقًا صحيًا مخصصًا لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في عام 2012 و229 مرفقًا صحيًا مخصصًا لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في عام 2015 (أعطت وزارة الصحة الأولوية بالفعل لعدد أقل من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان، ولكن دون استخدام نظام المعلومات الجغرافية/ AccessMod). ويُعد هذا التركيز أمرًا بالغ الأهمية، حيث إن ما يقدر بـ 32% فقط من السكان المتواجدون في غضون ساعتين من

وقت السفر يتم تغطيتهم حاليًا من خلال المرافق العاملة لرعاية الحمل والولادة وحديثي الولادة. لذلك، يتمثل هدف غينيا في أن تزيد -خلال الدورة البرنامجية الحالية- نسبة السكان المشمولين بمرفق عامل لرعاية الحمل والولادة وحديثي الولادة في غضون ساعتين من وقت السفر من 32% إلى 82%.

• تحليل روابط الإحالة بين مرافق الرعاية الأساسية ومرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة:

يجب على كل مجموعة عمل تحليل روابط الإحالة من خلال:

▪ ربط مرفق الرعاية الأساسية المختار بمرفق الرعاية الشاملة، مع مراعاة عادات سفر السكان. وفي هذا الصدد، من المهم اتباع النهج البرجماتي وقبول حقيقة أن مرفق الرعاية الأساسية قد يحيل المرضى إلى مرفق الرعاية الشاملة في إقليم/ مقاطعة أخرى إذا كانت روابط الإحالة أسهل أو إذا تم اختيارهم من قبل غالبية السكان.

▪ مراجعة ظروف الإحالة بين كل مرفق للرعاية الأساسية ومرفق الرعاية الشاملة المقابل، بناءً على المعلومات المستقاة من إطار عمل التحليل (انظر الجدول الفني رقم 2). ويجب استخدام الترميز اللوني لإظهار جودة الارتباط (أخضر = مرضى، برتقالي = مع بعض الصعوبات التي تتطلب تحسينًا من خلال النظام الصحي، أحمر = مع صعوبات كبيرة تتطلب تدخلًا من قطاعات متعددة).

ومن خلال تحليل الظروف اللوجستية للإحالات، يمكن للمشاركين في ورشة العمل تحديد التدخلات المحتملة اللازمة لضمان الإحالة السريعة بين مرفق الرعاية الأساسية ومرفق الرعاية الشاملة المرتبط بها. وبغض النظر عن طريقة النقل المستخدمة أو أفضل طريق يجب اتباعه، فإن الهدف هو ضمان أسرع إحالة ممكن للوصول إلى التدخل الطبي المناسب- من الناحية المثالية في غضون ساعتين، وفي غضون أربع ساعات على الأكثر.

• تحليل الحاجة إلى الموارد البشرية العاملة في المجال الصحي (لا سيما القابلات) ونقاط القوة والضعف

لكل مرفق مخصص لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، يحتاج الفريق الإقليمي/ في المقاطعة إلى توثيق عدد القابلات والممرضات اللائي يعملن بشكل فعال في المرفق الصحي (كونهن جزءًا من ورديات العمل) وتقدير العجز في القابلات على المدى القصير/ المتوسط بناءً على المعيار الوطني الذي تم تحديده خلال ورشة العمل الوطنية بشأن رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. كما يحتاج الفريق أيضًا إلى توثيق نقاط القوة والضعف في كل مرفق من حيث البنية التحتية (بما في ذلك المختبر) والمعدات (بما في ذلك معدات المختبر وبنك الدم) والموارد البشرية وممارسات الإدارة، وما إذا كان المرفق الصحي مدعومًا من قبل الشركاء الماليين/ التقنيين.

وينبغي مناقشة الشبكة الإقليمية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي اقترحتها كل مجموعة عمل في جلسة عامة. وبعد هذا العرض التقديمي، يجب على مجموعات العمل مراجعة شبكتها في ضوء التعليقات الواردة، ثم تأكيد أو تغيير الشبكة المخصصة لرعاية

طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة باستخدام الخرائط التي تم إنتاجها أثناء ورشة العمل. وتقع على عاتق مدير إدارة صحة الأسرة مسؤولية تسوية أي مناقشات وإحالة بعض القرارات إلى السلطة العليا على المستوى المركزي لوزارة الصحة (كملاذ أخير).

الخطوة 3: إعداد تقرير ورشة العمل والتحقق من صحة المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

يجب أن يُصدر القسم المسؤول عن قيادة ورشة العمل أو الاستشاري المسؤول عن مراقبة العملية تقريرًا موحدًا عن ورش العمل الإقليمية/ في المناطق لتحديد الأولويات. ويتضمن هذا التقرير تحليلًا لكل منطقة/ مقاطعة بناءً على الخرائط والمؤشرات التي أنتجها AccessMod، ولا سيما نسبة السكان الذين تغطيهم جميع مرافق رعاية الأمومة في المنطقة، والشبكة المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والشبكة العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. كما يتضمن التقرير تحليلًا وطنياً لهذه المؤشرات. ويوضح تحديد الأولويات الفني لشبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في بوروندي وغينيا والسنغال وتوجو بشكل جيد أهمية هذه المؤشرات في تحديد شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. قد يقترح هذا التقرير بعض التغييرات على الشبكة المقترحة من قبل مجموعات العمل الإقليمية / في المقاطعة، حيث إن هذا التحليل العميق بعد ورشة العمل قد يأخذ في الاعتبار بعض العناصر التي تم تجاهلها خلال ورش العمل، مثل بعض القضايا الهيكلية المهمة أو فترات الإحالة الطويلة.

وبناءً على هذا التقرير، يجب على وزارة الصحة التحقق من صلاحية الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وجعلها رسمية بموجب مرسوم أو قرار أو مذكرة واحدة على الأقل. ثم ينبغي بعد ذلك إدراج الشبكة الوطنية في الخطط الإستراتيجية والخطط التشغيلية لوزارة الصحة وشركائها، وكذا في الخطط المتعلقة بنشر الموارد البشرية والمعدات. ويجب أن تعمل الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة باعتبارها مرجعًا لجميع الجهات الفاعلة المشاركة في مجال صحة الأم والمولود لتخطيط وتنفيذ الموارد الكافية لجعل جميع المرافق الصحية لشبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة تقدم رعاية عالية الجودة في الدورة البرنامجية المدروسة.

4. خطوات تنفيذ مرحلة جمع البيانات

بمجرد أن تتحقق وزارة الصحة من صلاحية الشبكة الوطنية للمرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، يجب عليها العمل على جمع البيانات بانتظام (بشكل عام على أساس ربع سنوي ثم كل ستة أشهر بمجرد اعتياد الجهات المعنية على هذه الآلية) للمؤشرات المحددة في إستمارة المتابعة والتقييم الوطنية (انظر الجدول الفني رقم 4) الذي تم وضعها أثناء ورشة العمل الوطنية بشأن رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (راجع المرحلة 2)، وهو ما سيسمح برصد دقيق لتنفيذ خطة تشغيل رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. كما يجب أن يقوم فريق الدعم الوطني أيضًا بتعبئة وتدريب فرق الدعم الإقليمية وتطوير -مع الفريق الاستشاري- الشروط المرجعية لاختصاصات ومهام فرق الدعم الإقليمية وتطوير دليل الرقابة والمتابعة المستخدم لرصد رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، مع تعريف وتحديد كل عنصر من استمارة المتابعة والتقييم لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ويجب أن يشمل تنفيذ مرحلة جمع البيانات على الخطوات الثلاث الموجزة في الشكل 28.

الشكل 27: خطوات التنفيذ للمرحلة 3 – تحديد الأولويات / تحديد شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

المرحلة الثالثة: تحديد الأولويات – ورش العمل الإقليمية لتحديد الأولويات (4 أيام لكل ورشة عمل)

الخطوات

الأنشطة الرئيسية

الأدوات

الجهات المسؤولة

1

نشر الوعي بين المشاركين حول مفاهيم شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وحول إعطاء الأولوية للمرافق الصحية

- عرض تحليل الوضع على الصعيد الوطني والإقليمي فيما يتعلق بصحة الأم والمولود، لا سيما شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
- إبراز أهمية مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في الحد من وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة، مع شرح مفهوم التحويل في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة (لا سيما المرفق الصحي للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة)
- عرض منهجية تطوير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (بما في ذلك استخدام نظم المعلومات الجغرافية والدروس المستفادة من التجارب الأخرى) والمبادئ الأساسية لتطوير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والإجراءات الوطنية وإدخال مفهوم الرقابة والمتابعة على رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتوعية الموظفين في المرافق الصحية والأقاليم والمحافظات بمسؤولياتهم (نهج "تصاعدي" لتحسين الجودة)
- تعريف بمفهوم تحديد الأولويات ومعايير تحديد الأولويات الوطنية

- المؤشرات الرئيسية لصحة الأم والمولود التي يجب مراعاتها لتحليل الوضع
- مفهوم مرفق التحويل للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل ولولادة وحديثي الولادة (انظر الجدول الفني رقم 1)
- مفهوم شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وروابط التحويل (انظر الجدول الفني رقم 2)

- وزارة الصحة لتحليل الوضع
- صندوق الأمم المتحدة للسكان (و/أو شركاء H٦) لأهمية مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في الحد من وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة
- خبراء وطنيون أو دوليون (يفضل) لمفهوم رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ومنهجية تطوير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة ومفهوم تحديد الأولويات

2

اختيار مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة الصحية وتحليل روابط التحويل بين مرافق الرعاية الأساسية منها ومرافق الرعاية الشاملة

- تحديد متطلبات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في الأقاليم وفقاً للمعايير الدولية
- إنشاء قائمة أولوية للمرافق الصحية المحتملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في الإقليم (بعدد يقترب من المعايير الدولية) بناءً على المعايير الوطنية والعملية التالية:
 1. إعداد قائمة بالمرافق الصحية التي تقوم بإجراء أكثر من 20 ولادة شهرياً (الحد المقرر على المستوى الوطني) ويفضل اختيار المرافق الصحية التي تقوم بإجراء أكثر من 30 ولادة شهرياً لشبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
 2. تحليل قائمة المرافق المحتملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وفق المعايير الوطنية المحددة (بناءً على ترتيب الأولوية المحدد)
- تحليل الروابط بين مرافق الرعاية الأساسية ومرافق الرعاية الشاملة
- تحليل نقاط القوة والضعف للقائمة الأولوية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
- عرض ومناقشة ما تم إختياره من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في جلسة عامة (بما في ذلك عدد المرافق الصحية وفقاً للمعايير الدولية) ووضع اللمسات الأخيرة على المرافق الصحية المختارة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بناءً على التعليقات والمناقشات

- البيانات الديموغرافية للمستوى المحلي الأول (الإقليم/المقاطعة) والمستوى المحلي الثاني (المنطقة) لإنشاء أقصى حد من متطلبات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
- قاعدة بيانات حديثة (على سبيل المثال التقييم "السريع" لرعاية الطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة) لنشاط الولادة وحديثي الولادة لكل مرفق صحي (مع إحداثيات جغرافية ورقم تعريف وطني فريد)، وقاعدة بيانات ديموغرافية مكانية، وحدود إدارية، وبيانات طوبوغرافية، وبيانات البنية التحتية اللازمة لإنشاء قائمة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
- أداة AccessMod ونظام المعلومات الجغرافية

- المشاركون الإقليميون في ورشة عمل تصميم الخريطة الإقليمية للمرافق الصحية
- خبراء محليين أو دوليين في الصحة العامة ورعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لقيادة ورشة العمل
- خبراء نظم المعلومات الجغرافية و AccessMod لتطوير خرائط شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

3

إعداد تقرير ورشة العمل والتحقق من صحة المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

- إعداد تقرير فني عن ورشة العمل
- ومشاركته مع المستوى المركزي لوزارة الصحة والشركاء التقنيين والماليين
- التحقق من الخريطة الوطنية للمرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (المعتمدة على المستوى المركزي لوزارة الصحة)
- عرض الخريطة الوطنية للمرافق الصحية المخصصة (والعاملة) المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على المعنيين الوطنيين في مجال صحة الأم والمولود والشركاء التقنيين والماليين

- الخرائط الوطنية والإقليمية للمرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة 7
- تحليل ومقترحات مجموعات العمل الإقليمية

- المشاركون الإقليميون في ورشة عمل تصميم الخريطة الإقليمية للمرافق الصحية
- خبراء محليين أو دوليين في الصحة العامة ورعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لقيادة ورشة العمل
- خبراء نظم المعلومات الجغرافية و AccessMod لتطوير خرائط شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

الشكل 28: خطوات التنفيذ للمرحلة 4 – جمع البيانات

المرحلة الرابعة: جمع البيانات

الخطوات	1	2	3
النشطة الرئيسية	<p>1 جمع البيانات المنتظم لمؤشرات صحة الأم والمولود في شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة</p>	<p>2 تدريب فرق دعم رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (الأول رقابة على رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة).</p>	<p>3 تنفيذ جمع البيانات في شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة</p>
الأدوات	<ul style="list-style-type: none"> • تحديد الميزانية اللازمة لجمع البيانات • حشد فرق الدعم الوطنية والإقليمية/ في المقاطعة/ المنطقة للمساعدة في عملية الجمع والتحليل والاستجابة (وتطوير شروط مرجعية لتحديد إختصاصاتهم) • تحديد الجداول الوطنية والإقليمية لجمع البيانات وطرق الجمع (بالتنسيق مع زيارة فرق الإشراف/ فرق الإشراف الداعم في الإقليم/ المنطقة) 	<ul style="list-style-type: none"> • تدريب فريق الدعم الوطني على ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> - دعم منهجية تطوير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، بما في ذلك مفهوم مرفق تحويل رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - استخدام أداة جمع البيانات (استمارة الرقابة والمتابعة) - تنسيق ومتابعة عملية الرقابة على رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بأكملها، بما في ذلك: مراقبة تنفيذ جمع البيانات في المناطق/ المقاطعات (على سبيل المثال، الالتزام بالجدول الزمني، وتوفير الميزانية، وما إلى ذلك) وتقديم الدعم الفني لفرق الدعم في الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة لتنفيذ جمع البيانات وتحليلها والاستجابات/ تحسين الجودة ("PDSA") - توحيد البيانات الإقليمية (التحقق من اكتمال وجودة البيانات المقدمة من قبل الأقاليم: البيانات المفقودة، النوع الخاطئ من البيانات) • تدريب فرق الدعم في الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة على ما يلي (بمعرفة فريق الدعم الوطني): <ul style="list-style-type: none"> - دعم منهجية تطوير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، بما في ذلك مفهوم مرفق التحويل في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - استخدام استمارة جمع البيانات (استمارة الرقابة والمتابعة) - تجميع وتدقيق بيانات المرفق الصحي (التحقق من اكتمال البيانات وجودتها: البيانات المفقودة، النوع الخاطئ من البيانات) 	<ul style="list-style-type: none"> (بالنسبة لفريق الدعم في الأقاليم/ المحافظات/ المناطق) • زيارة المرافق الصحية في شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (ربع سنويا في بداية مرحلة جمع البيانات، ثم كل 6 أشهر) واستكمال استمارة الرقابة والمتابعة بناءً على ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> - السجلات (تنظيم الأسرة، استشارات ما قبل الولادة، مرافق رعاية الأمومة، مضادات الفيروسات القهقرية، ما بعد الولادة، إلخ) - عينة من الملفات الطبية - سجلات المخزون (من الصيدلية على سبيل المثال) - المقابلات مع الموظفين - ملاحظة بيئة العمل • تجميع البيانات على مستوى الأقاليم/ المقاطعات/ المناطق (لفريق الدعم الوطني) • توحيد البيانات على المستوى الوطني. • تنسيق ورصد المؤشرات من مرحلة جمع البيانات: <ul style="list-style-type: none"> - نسبة مرافق التحويل الصحية التي يدعمها فريق الدعم في الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة (وفقاً لاستمارة جمع البيانات) - نسبة مرافق التحويل الصحية التي تملك استمارة رقابة ومتابعة مكتملة - نسبة مرافق التحويل الصحية التي قدمت استمارة رقابة ومتابعة الخاصة بها إلى فريق الدعم الوطني • تقديم الدعم الفني عند الطلب للفرق في الأقاليم/ المقاطعات/ المناطق لتنفيذ جمع البيانات
الجهات المسؤولة	<ul style="list-style-type: none"> • الخريطة الوطنية للمرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة • الجدول الوطني ومسارات الفرق الإقليمية/ فرق المناطق للإشراف على المرافق الصحية • اختصاصات فرق الدعم الوطنية وفرق الأقاليم/ المقاطعات/ المناطق 	<ul style="list-style-type: none"> • المؤشرات الرئيسية لصحة الأم والمولود التي يجب مراعاتها لتحليل الوضع • مفهوم مرفق التحويل للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (انظر الجدول الفني رقم 1) • مفهوم شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وروابط التحويل (انظر الجدول الفني رقم 2) • استمارة الرقابة والمتابعة (انظر الجدول الفني رقم 4) • دليل استخدام استمارة الرقابة والمتابعة واستمارة المقابلات مع الموظفين 	<ul style="list-style-type: none"> • استمارة الرقابة والمتابعة (انظر الجدول الفني رقم 4) • دليل استخدام استمارة الرقابة والمتابعة واستمارة المقابلات مع الموظفين
	<ul style="list-style-type: none"> • وزارة الصحة (على المستويين المركزي والإقليمي) 	<ul style="list-style-type: none"> • خبير وطني أو دولي في الصحة العامة لإنشاء وتدريب الفريق الوطني وفريق الدعم • فريق دعم وطني لتدريب فرق الدعم في الأقاليم/ المقاطعات/ المناطق 	<ul style="list-style-type: none"> • فرق الدعم الوطنية وفرق الدعم في المقاطعات/ الأقاليم/ المناطق • موظفو المرفق الصحي

5. خطوات تنفيذ مرحلة التحليل

بمجرد أن يتم جمع البيانات باستخدام استمارة الرقابة والمتابعة الوطنية، ينبغي تحليلها على جميع مستويات النظام الصحي، بدءًا من موظفي المرفق الصحي (بالتعاون مع فرق الدعم في الأقاليم/المقاطعات/المناطق)، ثم على مستوى الإقليم/المقاطعة/المنطقة، وأخيرًا على المستوى الوطني. يجب عرض المؤشرات التي تم إنتاجها وتحليلها في كل مستوى (انظر الجدول الفني رقم 5) على لوحة معلومات لتسهيل التحليل واتخاذ القرار، بهدف تحسين توافر الرعاية وجودتها، وخاصة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ويجب أن يشمل تنفيذ مرحلة جمع البيانات على الخطوات الثلاث الموجزة في الشكل 29.

الشكل 29: خطوات التنفيذ للمرحلة 5 – تحليل البيانات

المرحلة الخامسة: التحليل

3

توحيد وتحليل البيانات على المستوى الوطني (لوحات المعلومات الوطنية)

- تجميع البيانات الإقليمية، إن أمكن باستخدام برنامج قاعدة البيانات (مثل DHIS2)
- التحقق من جودة البيانات التي تم جمعها: اكتمال استمارة الرقابة والمتابعة، وصحة البيانات التي تم جمعها (الالتزام بالنموذج، والنوع الصحيح للبيانات) وتحليل تناسق البيانات (انظر الجدول الفني رقم 5)
- تحليل البيانات (مقارنتها مع بيانات الربع السابق) وإنتاج مؤشرات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (انظر الجدول الفني رقم 5)
- تطوير لوحات معلومات التحليل الوطنية (انظر الجدول الفني رقم 5)

2

توحيد وتحليل البيانات على مستوى الأقاليم / المقاطعة / المنطقة (لوحات المعلومات في الأقاليم، المقاطعات / المناطق)

- تجميع استمارة الرقابة والمتابعة، إن أمكن باستخدام برنامج قاعدة البيانات (مثل DHIS2)
- التحقق من جودة البيانات التي تم جمعها: اكتمال استمارة الرقابة والمتابعة، وصحة البيانات التي تم جمعها (الالتزام بالنموذج، والنوع الصحيح للبيانات) وتحليل تناسق البيانات (انظر الجدول الفني رقم 5)
- تحليل البيانات (مقارنتها مع بيانات الربع السابق) وإنتاج مؤشرات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (انظر الجدول الفني رقم 5)
- تطوير لوحات معلومات التحليل الإقليمية (انظر الجدول الفني رقم 5)

1

تحليل البيانات على مستوى المرفق الصحي لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (في الموقع بعد جمع البيانات مباشرة)

- التحقق من جودة البيانات التي تم جمعها: اكتمال استمارة الرقابة والمتابعة، وصحة البيانات التي تم جمعها (الالتزام بالنموذج، والنوع الصحيح للبيانات) وتحليل تناسق البيانات (انظر الجدول الفني رقم 5)
- تحليل البيانات (مقارنتها ببيانات الربع السابق)، وخاصة:
 - وجود أو غياب مكونات الخدمة الفعالة
 - علاج المضاعفات
 - الموارد البشرية
 - الإمدادات -الأدوية الأساسية والحد الأدنى من المعدات.
 - التحويل والتحويل العكسية

الخطوات

النشطة الرئيسية

الأدوات

الجهات المسؤولة

- استمارة الرقابة والمتابعة (انظر الجدول الفني رقم 4) ودليل استخدام مراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.
- قاعدة بيانات مراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (نسخة رقمية من الجداول)
- أداة تحليل البيانات (مثل DHIS2 أو أداة تحليل رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التابعة لصندوق الأمم المتحدة للسكان)
- مؤشرات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من المرافق الصحية والأقاليم ولوحات المعلومات الإقليمية (انظر الجدول الفني رقم 5)

- استمارة الرقابة والمتابعة (انظر الجدول الفني رقم 4) ودليل استخدام مراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.
- قاعدة بيانات مراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (نسخة رقمية من الجداول)
- أداة تحليل البيانات (مثل DHIS2 أو أداة تحليل رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التابعة لصندوق الأمم المتحدة للسكان)
- مؤشرات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من المرافق الصحية (انظر الجدول الفني رقم 5)

- استمارة الرقابة والمتابعة (انظر الجدول الفني رقم 4) ودليل استخدام مراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

- فريق الدعم الوطني
- الشركاء الفنيين والماليين

- فريق الدعم في الأقاليم/ المقاطعات/ المناطق
- فريق الدعم الوطني

- فريق الدعم في الأقاليم/ المقاطعات/ المناطق
- موظفو المرفق الصحي

6. خطوات تنفيذ مرحلة تحسين الاستجابة ورفع الجودة

أخيرًا، وكما هو الحال مع مرحلتي جمع وتحليل البيانات، فإن مرحلة الاستجابة مبنية على المستويات المختلفة للنظام الصحي، بدءًا من موظفي المنشأة الصحية. ويجب أن يشتمل تنفيذ مرحلة الاستجابة على الخطوات الثلاث الموجزة في الشكل 30.

مؤشرات الاستجابة / تحسين الجودة

الخطوات

الأنشطة الرئيسية

الأدوات

الجهات المسؤولة

1

تطوير وتنفيذ الاستجابات/ تحسين الجودة على مستوى المرفق الصحي لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (في الموقع بعد جمع البيانات مباشرة)

- مراجعة التقدم المحرز في تنفيذ الإجراءات المحددة خلال دورة الرقابة السابقة
- مراجعة عناصر التحليل الأساسية
- تنفيذ دورة "خط، نفذ، إدرس، إعمل (PDSA)":
- خط: قم بتحديد ووضع الاستجابات (واحدة إلى ثلاث كحد أقصى) للمشكلات المحددة (بعد البحث في الأسباب الجذرية -انظر الجدول الفني رقم 6).
- نفذ: تنفيذ الاستجابات المحددة
- إدرس: قم بتحليل التقدم في تنفيذ الاستجابة باستمرار وإجراء التعديلات الممكنة (العودة إلى خطوة التخطيط إذا لزم الأمر)
- إعمل: قم بإضفاء الطابع المؤسسي على الممارسات الجيدة

- استمارة الرقابة والمتابعة (انظر الجدول الفني رقم 4)
- المؤشرات الرئيسية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود/ رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
- خطة الاستجابة/ العمل من الدورة السابقة وحالة التنفيذ

- فرق الدعم في الأقاليم/ المقاطعات/ المناطق
- موظفو المرفق الصحي

2

تطوير وتنفيذ الاستجابات/ تحسين الجودة على مستوى الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة

- جمع وتحليل استجابات / إجراءات المنشأة الصحية والمساعدة في تنفيذها
- جمع الخبرات والتجارب والوقائع والابتكارات في مجال صحة الأم والمولود وإبلاغ المرافق الصحية
- مراجعة التقدم المحرز في تنفيذ الإجراءات المحددة على مستوى الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة خلال دورة الرقابة السابقة
- مراجعة عناصر التحليل الرئيسية على مستوى الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة
- تنفيذ دورة PDSA:
- خط: قم بتحديد ووضع الاستجابات (واحدة إلى ثلاث كحد أقصى) للمشكلات المحددة (بعد البحث في الأسباب الجذرية -انظر الجدول الفني رقم 6).
- نفذ: نفذ الاستجابات المحددة
- إدرس: قم بتحليل التقدم في تنفيذ الاستجابة باستمرار وإجراء التعديلات الممكنة (العودة إلى خطوة التخطيط إذا لزم الأمر)
- إعمل: قم بإضفاء الطابع المؤسسي على الممارسات الجيدة
- تنظيم ورش عمل إقليمية نصف سنوية عن صحة الأم والمولود

- استمارة الرقابة والمتابعة (انظر الجدول الفني رقم 4)
- المؤشرات الرئيسية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود/ رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
- خطة الاستجابة/ العمل من المرافق الصحية
- خطة الاستجابة/ العمل من الدورة السابقة وحالة التنفيذ على مستوى الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة

- فرق الدعم في الأقاليم/ المقاطعات/ المناطق
- فريق الدعم الوطني
- الشركاء الفنيين والماليين

3

تطوير وتنفيذ الاستجابات/ تحسين الجودة على المستوى الوطني

- جمع وتحليل الاستجابات/ الإجراءات في الإقليم/ المقاطعة/ المنطقة والمساهمة في تنفيذها
- جمع الخبرات والتجارب والوقائع والابتكارات في مجال صحة الأم والمولود وإبلاغ المناطق المقاطعات
- مراجعة التقدم المحرز في تنفيذ الإجراءات المحددة على المستوى الوطني خلال دورة الرقابة السابقة
- مراجعة عناصر التحليل الرئيسية على المستوى الوطني
- تنفيذ دورة PDSA:
- خط: قم بتحديد ووضع الاستجابات (واحدة إلى ثلاث كحد أقصى) للمشكلات المحددة (بعد البحث في الأسباب الجذرية -انظر الجدول الفني رقم 6).
- نفذ: نفذ الاستجابات المحددة
- إدرس: قم بتحليل التقدم في تنفيذ الاستجابة باستمرار وإجراء التعديلات الممكنة (العودة إلى خطوة التخطيط إذا لزم الأمر)
- إعمل: قم بإضفاء الطابع المؤسسي على الممارسات الجيدة
- تنظيم ورشة عمل وطنية سنوية عن صحة الأم والمولود

- استمارة الرقابة والمتابعة (انظر الجدول الفني رقم 4)
- المؤشرات الرئيسية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود/ رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
- خطة الاستجابة/ العمل من الأقاليم/ المقاطعات/ المناطق
- خطة الاستجابة/ العمل من الدورة السابقة وحالة التنفيذ على المستوى الوطني

- فريق الدعم الوطني
- الشركاء الفنيين والماليين

الفصل 9:

الجدول الفنية وأدوات التنفيذ

1. الجدول الفني رقم 1: مفهوم المرفق الصحي لإحالة الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة –الواجبات والمهام والهيكل والموارد

1.1 تعريف المرفق الصحي للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

تهدف منشأة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة إلى معالجة مضاعفات الولادة، والتي لا يمكن توقعها أو تجنبها في معظم الحالات، ولكن يمكن علاج الغالبية العظمى منها بشكل فعال. لذلك يجب أن يكون عدد من المرافق الصحية جاهزة للتعامل مع حالات الولادة الطارئة هذه، وتعد المستشفيات القائمة التي تحتوي على غرف عمليات مرشحًا مناسبًا لذلك. ويجب وجود بنية تحتية وموارد بشرية كافية، لتكون هذه المستشفيات جاهزة لمعالجة جميع مضاعفات الولادة وحديثي الولادة -مما يعني توفير الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

ومع ذلك، فنظرًا لأن هذه المستشفيات محدودة العدد، ونظرًا لارتفاع تكلفة ضمان عملها على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، فقد اقترحت المنظمات الدولية استخدام مرافق صحية طرفية مختارة أو مستشفيات بدون قدرات جراحية لتقديم الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (BEMONC) ولضمان الإحالة إلى مرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (CEMONC). وتتميز هذه المرافق الصحية بسهولة وصول السكان إليها (ماديًا).

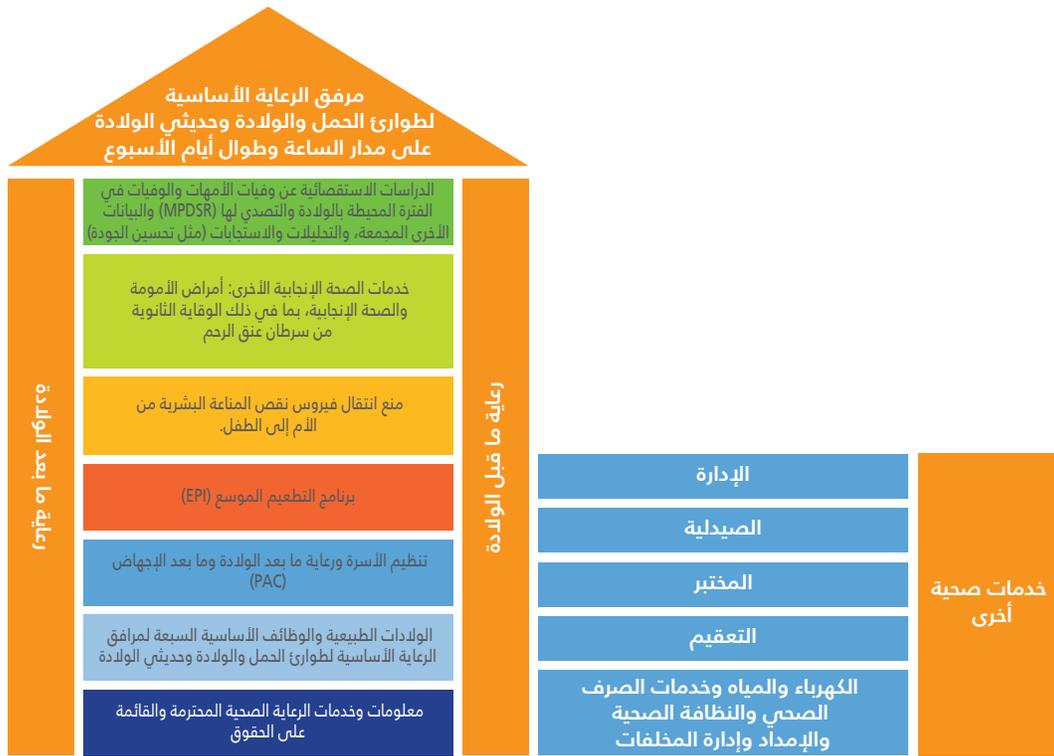
وكما هو مفصل في مقدمة هذا الدليل، تتم مراقبة قدرة المرفق الصحي على توفير الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من خلال سبعة من الوظائف الأساسية. وتعد مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة الخط الأول من مرافق الإحالة، ومن ثم يتعين عليها القيام بما يلي:

- ضمان تقديم رعاية إيجابية لجميع النساء الحوامل وأفراد الأسرة المرافقين لهن –أي رعاية تتسم بالاحترام وتجعل الإنسان هو محور الاهتمام.
- رعاية الأمهات والأطفال حديثي الولادة بشكل آمن مما يتيح إجراء الولادات دون مضاعفات.
- العناية بالأمهات والأطفال حديثي الولادة الذين يعانون من مضاعفات أولية غير جراحية والعمل على استقرار المضاعفات التي تتطلب التدخل الجراحي أو غيرها من المضاعفات التي تتطلب الإحالة إلى مرفق صحي للرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.
- تنسيق الرعاية أثناء الحمل ورعاية ما بعد الولادة.

وكما هو موضح في الشكل 31، يجب على وزارة الصحة توفير حزمة شاملة من خدمات وادوات رعاية الصحة الجنسية والإنجابية (56) ضمن واجبات ومهام مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، مثل:

- خدمات منع الحمل وتنظيم الأسرة، بما في ذلك تنظيم الأسرة بعد الولادة وبعد الإجهاض.
- التطعيم (السل، التيتانوس، إلخ).
- تدابير منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل.
- علاج حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي.
- الإبلاغ عن وفيات الأمهات والمواليد ومراجعتها.
- الفحص البصري والعلاج بالتبريد للوقاية الثانوية من سرطان عنق الرحم.

الشكل 31: واجبات ومهام مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة



يجب أن يتمتع كل مرفق للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بما يلزم من السمات الفنية وموظفي الرعاية الصحية لأداء مهامه. ونوصي بأن يتم تزويد مرافق الإحالة لرعاية الأمومة بالقابلات المدربات على معايير منظمة الصحة العالمية/ الاتحاد الدولي للقابلات، على أن تكون أعدادهن كافية لضمان استمرار الخدمات على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. كما نوصي أيضًا بأن تقوم القابلات المتمرسات -ذوات الكفاءة القيادية المثبتة- بإدارة مرافق الأمومة هذه. علاوة على ذلك، نقترح وضع معايير اعتماد لإنشاء مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، مرتبطة بمدارس القبالة القادرة على توفير التدريب العملي للطالبات اللاتي يدرسن

القبالة. ويجب أن تتلقى مرافق رعاية الأمومة هذه معدات إضافية ودعمًا فنيًا لمساعدتها على تنفيذ هذه المهمة التعليمية.

1.2 الهيكل التنظيمي لمرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

تعتمد قدرة المرفق الصحي على تقديم خدمات عالية الجودة فيما يتعلق بالولادة وحديثي الولادة على وجود فريق من المهنيين الصحيين الذين يحققون الاستخدام الأمثل لأصوله (المباني والمعدات والإمدادات والمعايير والبروتوكولات) وتوافر ميزانية تغطي رأس المال وتكاليف التشغيل.

ويجب أن يتمتع الفريق بالقدرة على تحديد هدف مشترك (على سبيل المثال، صفر وفيات للأمهات والأطفال حديثي الولادة في مرفق بعينه لرعاية الأمومة) ومهام يتعين إنجازها على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع (مثل الولادة الآمنة وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية الأخرى والدعم الفني خارج مرفق رعاية الأمومة). ويتطلب هذا قيادة فعالة، بما في ذلك المهارات القيادية الجيدة لرئيس مرفق الأمومة، ووصف جيد لأدوار الموظفين ومسؤولياتهم، والتواصل الجيد بين الأفراد، واجتماعات الموظفين، والحفاظ على ملفات المرضى، واحترام البروتوكولات، كما يتطلب أيضًا أن يسعى جميع المعنيين لإيجاد سبل تحسين جودة الرعاية، مثل التدريب المستمر داخل المرفق الصحي (مثل برنامج الإرشاد) أو في مرفق الرعاية الشاملة المرتبط بمرفق الرعاية الأساسية (انظر الجدول الفني رقم 2)، ومراجعة وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة، وتحليل نشاط عمليات الولادة ومؤشرات النتائج. بالإضافة إلى ذلك، يتطلب مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة إشراقًا (داعمًا) من المنطقة الصحية و/ أو الفريق الإقليمي الصحي لوزارة الصحة.

وبطبيعة الحال، فإن جناح رعاية الأمومة بمرفق الرعاية الأساسية يجب أن يكون مرتبط بالخدمات الأخرى التي يقدمها المرفق الصحي. ويتطلب مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة توفير الوصول إلى المختبر من أجل الحصول على التحليلات الأساسية المنصوص عليها في البروتوكولات الوطنية (بناءً على بروتوكولات منظمة الصحة العالمية) وخدمات التعقيم والصيدلية. كما إنه يستخدم نفس خدمات المياه والكهرباء والخدمات اللوجستية (النظافة وإدارة النفايات) التي يستخدمها المرفق الصحي الأوسع، وعادة ما تُرفع التقارير به إلى إدارة ومدير المرفق الصحي.

وكما هو موضح في الشكل 32، يجب أن يحافظ مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على روابط مميزة مع مرفق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة الأقرب إليه (من حيث وقت السفر)، وذلك لتمكين إحالة المرضى إلى هذا المرفق الشامل، وبالمقابل يتلقى مرفق الرعاية الأساسية إحالات عكسية عالية الجودة (انظر الجدول الفني رقم 2). كما ينبغي أن يتلقى المرفق الدعم الفني في الموقع أو عن بعد والاستفادة من برنامج التدريب على رأس العمل الذي يقدمه أطباء الولادة والقابلات من مرفق الرعاية الشاملة المرتبط. ويجب أيضًا أن تدرج المنطقة الصحية الموظفين المؤهلين من مرافق الرعاية الأساسية لتقديم الدعم الفني للمرافق الصحية الطرفية من أجل تحسين معارفهم وممارساتهم في مجال الصحة الجنسية والإنجابية. كما يجب على العاملين بمرفق الرعاية الأساسية أيضًا التواصل مع الشبكات المجتمعية (مثل العاملين الصحيين في المجتمع وقادة المجتمع والقادة الدينيين) أو كجزء من الاستراتيجيات الصحية المتقدمة (مثل وسائل منع الحمل/ تنظيم الأسرة، ومراجعات الوفيات في المجتمع، واستشارات ما بعد الولادة، والكشف

وأخيرًا، يجب على مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة تحديد منطقة التجمعات السكانية المحيطة بها ومعرفتها (انظر الجدول الفني رقم 3)، جنبًا إلى جنب مع المنطقة الصحية، بحيث يمكن ضمان حصول جميع النساء الحوامل على خدماته في غضون ساعتين من وقت السفر، مع وضع خطة للولادة تراعي وسائل الإجلاء الطبي في حال حدوث مضاعفات الولادة أو مضاعفات لحديثي الولادة.

3.1 تحديد وثيقة مرجعية وطنية لمرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

من الصعب اقتراح معيار دولي لمنشآت مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بحيث يمكن تكييفه مع جميع السياقات، بما يتجاوز الإطار المقترح في هذا الجدول الفني.

وعلى هذا النحو، نوصي بأن تضع الدول وثيقة مرجعية وطنية لمرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والتي يجب أن تحدد الواجبات والسمات الفنية والترتيبات التنظيمية وترتيبات الإحالة السريرية بين المرافق الصحية الطرفية (غير مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة) ومرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة أو مرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وكذا بين مرافق الرعاية الأساسية ومرافق الرعاية الشاملة، إلى جانب عملية تقييم نشاط الولادة وحديثي الولادة.

كما يجب أن تحدد الوثيقة أيضًا عدد وكفاءات وتخصصات الموظفين المطلوبين للعمل في مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لضمان استمرار الخدمات على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويتعين تحديد الموارد البشرية المعينة لممارسة نشاط الولادة والمهام الأخرى المخصصة لمرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في البلد المعني. ومن الأهمية بمكان معرفة عدد القابلات لكل مرفق للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لتحديد متطلبات الموارد البشرية في إطار شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ونظرًا لعدم وجود توصيات بشأن هذا الموضوع على المستوى الدولي، باستثناء بيان الاتحاد الدولي للأمراض النساء والولادة (راجع الحاشية «ط») بشأن متطلبات التوظيف لرعاية الولادة، يجب على مختلف البلدان وضع معاييرها الوطنية الخاصة بها بناءً على الأسئلة التالية:

- بالنظر إلى الواجبات الأخرى الموكلة إلى القابلة في مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ما هو الحد الأقصى لعدد الولادات التي يجب أن تحضرها/تجريها في الشهر؟

- ما هو الحد الأدنى لعدد القابلات المطلوب في مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لتوفير رعاية الحمل والولادة وحديثي الولادة على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع؟

كما نوصي أيضًا بأن تضع البلدان خطة قياسية للبنية التحتية لمرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على المستوى الوطني، بحيث تتكيف مع واجبات مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، من أجل تحسين فعالية بيئة العمل للموظفين. ففي

هايتي، عينت وزارة الصحة مهندسًا معماريًا من مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع (UNOPS) لوضع الرسم الهندسي لهذه المرافق على مدار عام. وتضمنت العملية مشاورات مع إدارة صحة الأسرة، وإدارة منظمات الخدمات الصحية، والمنظمات المهنية (لأطباء الولادة والقابلات)، والمديرين من الإدارات الصحية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية، واليونيسف، للتوصل إلى توافق في الآراء بشأن التكلفة والتشغيل (انظر الشكل 33).

الشكل 33: الرسم الهندسي القياسي لمرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وزارة الصحة -هايتي



يعد هذا المعيار الوطني للبنية التحتية لمرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة مفيدًا جدًا لوضع رؤية لمرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة ودمج المعيار الوطني لمرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في النظام الصحي (بغض النظر عن موقع المرفق الصحي في التسلسل الهرمي للنظام الصحي)، للمساعدة في تخطيط الموارد والبنية التحتية، إلى جانب تنظيم عمليات التقييم والمراجعة لشبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وتمنح وزارة الصحة في هايتي تصاريح تجديد وإنشاء مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة استنادًا إلى هذا النموذج، والذي يجب بالطبع تكييفه مع الظروف المحلية، ولا سيما مع مراعاة مساحة الأراضي المتاحة في المناطق الحضرية.

2. الجدول الفني رقم 2: روابط التعاون في إطار شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

1.2 هيكل شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

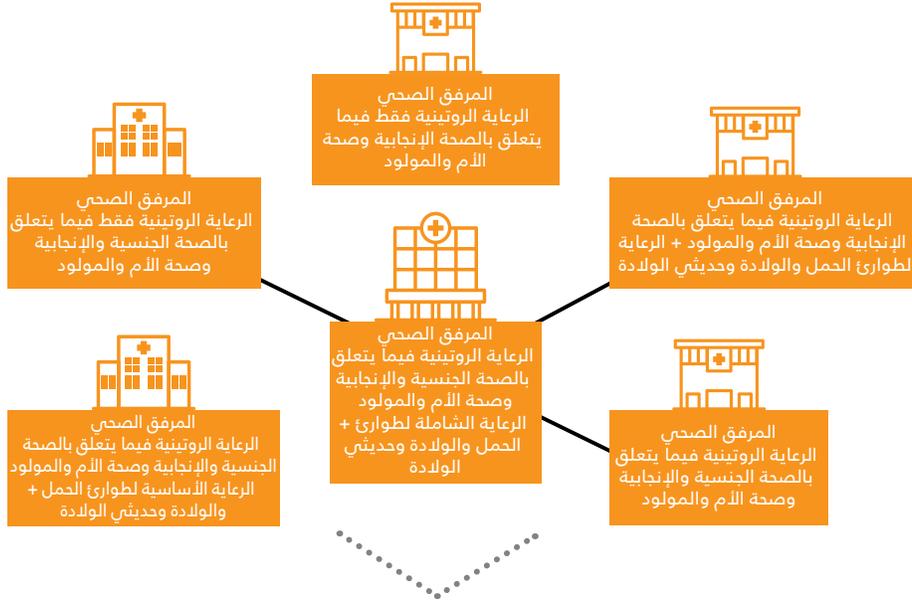
كما ذكرنا سابقًا في هذه الوثيقة، يجب تنظيم مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في شبكة ذات هيكل هرمي قياسي. ويجب أن يكون الهدف من الشبكة هو تزويد غالبية النساء الحوامل والأطفال حديثي الولادة بالمعايير الوطنية المحددة لجودة الرعاية (والتي يجب أن تتماشى مع معايير جودة الرعاية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية فيما يتعلق بصحة الأم والمولود¹⁹). ويتطلب هذا ضمان الإحالات الجيدة لحالات الولادة وحالات المواليد الطارئة وتقديم الدعم الفني للموظفين.

يعد عامل الوقت اللازم للوصول إلى الرعاية (التأخير الثاني) أمرًا أساسيًا فيما يتعلق بضمان إدارة حالات الطوارئ الولادية على المستوى المناسب في إطار الشبكة²⁰. ويعتمد وقت الإحالة على حالة الطريق، والوصول إلى وسائل النقل، وعدد مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي تغطي المنطقة السكانية. ويعتمد هذا الرقم بدوره على الموارد البشرية والمالية المطلوبة والمتاحة لإنشاء مرفق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (انظر الجدول الفني رقم 1 بشأن الموارد المزمع تخصيصها لمرفق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة).

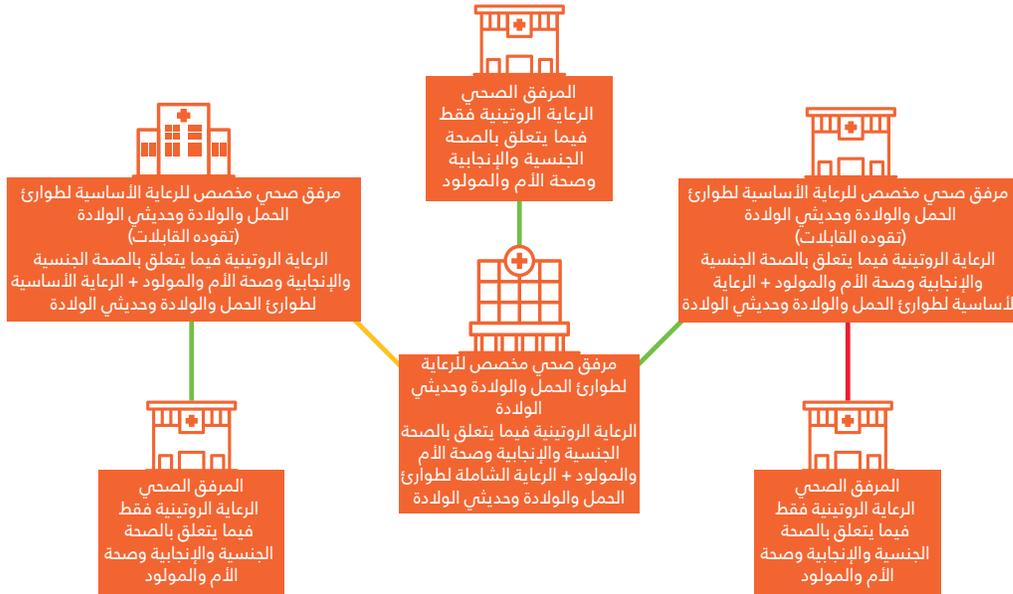
ومن الضروري إيجاد توازن مناسب بين هذه المعايير المختلفة من أجل تحقيق الهدف الوطني للتنمية المستدامة 3.1 بشأن الحد من معدلات وفيات الأمهات. وكما هو مفصل في مرحلة تحديد الأولويات في الفصل 4، فإن هذه الممارسة تعد عامل حاسم في ضمان كفاءة شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ويجب على كل دولة تطوير نظام يتم فيه تحديد مستويات المرافق الصحية المختلفة بوضوح: المرافق الطرفية التي تقوم بعدد محدود أو قليل من الولادات العادية، ومرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (مستوى الإحالة الأول وجزء من الرعاية الصحية الأولية) التي تجري الولادات العادية وتدير المضاعفات الأساسية فيما يتعلق بالولادة وحديثي الولادة، ومرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (مستوى الإحالة الثاني) التي تجري الولادات الطبيعية وتدير المضاعفات الأساسية والمعقدة، بما في ذلك المضاعفات التي تتطلب تدخلًا جراحيًا. ويوضح الشكل 34 تطوير هذا النظام.

الشكل 34: إنشاء شبكة من مرافق الإحالة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (EmONC)

من شبكة غير منظمة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة...



إلى شبكة من المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة



الدليل

روابط الإحالة ذات العقبات التي تتطلب تدخلات من قطاعات متعددة ويستغرق الوصول إليها أكثر من 4 ساعات

روابط الإحالة مع عدم وجود عقبات رئيسية وخلال ساعتين

روابط الإحالة ذات العقبات التي تتطلب التحسين من خلال النظام الصحي ويستغرق الوصول إليها من ساعتين إلى 4 ساعات

2.2. الإحالات السريرية من المرافق الصحية للرعاية الأساسية إلى المرافق الصحية للرعاية الشاملة

بمجرد تحديد شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، يوصى بتحديد مرفق الرعاية الشاملة الذي يجب أن يقوم مرفق الرعاية الأساسية بإحالة معظم حالات طوارئ الولادة إليه. ويجب تحديد رابط الإحالة بناءً على ما يلي:

- الوقت المستغرق في الإجراء من مرفق الرعاية الأساسية إلى مرفق الرعاية الشاملة خلال موسم الجفاف/ الأمطار.
- وسيلة النقل شائعة الاستخدام.
- العقبات الرئيسية أمام الإجراء الفعال (الوقت والجودة، والحواجز المالية).
- التوصيات المتعلقة بالتحسينات الممكنة.

ونوصي باستخدام نظام ترميز لوني بسيط للإشارة إلى جودة كل رابط من روابط إحالة، كما هو موضح في الجدول 4:

- الأخضر - الإحالات التي لا تواجه مشاكل بشكل عام، ويتم إجراؤها في أقل من ساعتين^ص
- البرتقالي - روابط الإحالة التي تواجه بعض الصعوبات المتعلقة بالمشكلات التي يمكن حلها بسهولة - بشكل عام من قبل القطاع الصحي نفسه - و/ أو يتم إجراؤها في مدة تتراوح بين ساعتين و4 ساعات.
- الأحمر - روابط الإحالة التي تواجه مشكلات كبرى فيما يتعلق بحالة طرق السفر أو عبور الأنهار، والتي من الصعب حلها على المدى المتوسط، والتي عادةً ما تضم قطاعات أخرى غير قطاع الصحة - و/ أو يتم إجراؤها في مدة تزيد عن 4 ساعات.

ويمكن استخدام هذا الترميز اللوني لإنشاء خط أساس لعمل روابط الإحالة داخل شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ويشير تزايد عدد الخطوط الحمراء إلى أن الشبكة بالكاد تعد عاملة. ويسمح هذا النهج أيضًا بمراقبة التقدم المحرز في روابط الإحالة لشبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (الروابط بين المرافق الصحية للرعاية الأساسية والمرافق الصحية للرعاية الشاملة) من خلال تتبع نسبة روابط الإحالة الخضراء. ويجب زيادة هذه النسبة ومراقبتها - على الأقل على أساس سنوي - من قبل الأقاليم/ المقاطعات.

كما يمكن أيضًا استخدام المعلومات لتحليل ورصد العوائق التي تواجه الشبكة لتحسين الإحالات، ففي كثير من البلدان غالبًا ما تكون التكلفة المالية لعمليات الإجراء الطبي هي التي تشكل رابطًا برتقاليًا أو حتى أحمر. ومن ثم، يتطلب مثل هذا الموقف استجابة على المستوى الوطني للتعامل مع العوائق المالية لهذه الإحالات.

ص في بعض البلدان، تسمح شبكة الطرق ووسائل النقل بإجراء التحليل في غضون ساعة واحدة من السفر. أمّا في العواصم، فيمكن اعتبار وقت السفر 20 دقيقة.

الشكل 4: مستخرج من وثيقة العمل لمجموعة العمل الإقليمية في غينيا خلال ورشة عمل ترتيب أولويات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة خلال عام 2018.

التوصيات	العوائق	النفقات المقدرة	وسيلة السفر الرئيسية	وقت السفر خلال موسم الأمطار	وقت السفر خلال موسم الجفاف	المرفق الصحي للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	المرفق الصحي للرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
منح للفقراء، ونظام قسائم المجتمع، وإشراك الأثرياء أو الراغبين في المساعدة	الطرق في حالة سيئة، المسافة (87 كم)، مشاكل اجتماعية وثقافية، تكاليف مالية عالية	50,000 فرنك غرب أفريقي	الإسعاف، التاكسي	6 ساعات	4 ساعات	مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة [رقم 1]	مرفق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة [رقم 1]
إدارة أفضل لخدمة الإسعاف، نظام التأمين الصحي، نظام قسائم المجتمع	إدارة سيئة لخدمة سيارات الإسعاف والتكاليف المالية الباهظة لنقل النساء لتلقي العلاج	30,000 فرنك غرب أفريقي	التاكسي	ساعتين ونصف	ساعتين	مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة [رقم 2]	مرفق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة [رقم 2]
نظام التأمين الصحي، ونظام قسائم المجتمع	سوء حالة الطرق والتكاليف المالية الباهظة لنقل النساء لتلقي العلاج	30,000 فرنك غرب أفريقي	التاكسي	4 ساعات	3 ساعات	مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة [رقم 3]	

ويمكن أيضًا تقييم جودة رابط الإحالة بين مرفق الرعاية الأساسية ومرفق الرعاية الشاملة من خلال جودة رابط الإحالة العكسية من مرفق الرعاية الشاملة إلى مرفق الرعاية الأساسية.

3.2. الإحالات السريرية من المرافق الصحية الطرفية إلى مرافق الرعاية الأساسية/ الشاملة فيما يتعلق برعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

في معظم البلدان، تكون المعرفة محدودة بشأن جودة روابط الإحالة بين المرافق الصحية الطرفية ومرفق الرعاية الأساسية/ الشاملة المعني. ومن ثم، يجب استخدام نفس الأداة المستخدمة لتحديد ورصد روابط مرافق الرعاية الأساسية/ الشاملة لتحديد هذه الروابط ورصدها ومراقبتها. بالإضافة إلى ذلك، يمكن استخدام برنامج AccessMod لتحديد منطقة التجمع السكاني المحيطة بكل مرفق من مرافق الرعاية الأساسية/ الشاملة خلال وقت سفر معين. ومن المفترض أن يمكن هذا المنطقة الصحية ومرفق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من تقدير عدد سكان منطقة التجمعات السكانية بشكل أكثر دقة، وذلك من خلال فصلها عن الحدود الإدارية. وبشكل عام، يُعد من الأكثر واقعية النظر في وقت الرحلة بدلاً من المسافة لتحديد منطقة التجمع السكانية، نظرًا لأن قيود السفر (مثل توافر الطرق وحالتها، والحوادث المادية مثل الأنهار، والإغاثة) يمكن أن تؤثر بشكل كبير على الوقت الذي يستغرقه قطع مسافة محددة للوصول إلى المرافق الصحية.

وبمجرد تحديد منطقة التجمع السكانية المحيطة بمرفق الرعاية الأساسية/ الشاملة، يصبح من الممكن بعد ذلك تقدير عدد السكان خارج هذه المنطقة، وكذلك عدد السكان في المنطقة التي تبعد مسافة ساعتين ولا يستخدمون مرفق الرعاية الأساسية/الشاملة هذا. ومن المفترض أن تساعد هذه المعلومات في تحديد الإجراءات اللازمة لتحسين تغطية مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (بما في ذلك نشر الوعي بين السكان وقادة المجتمع، وخطط الولادة التي تحدد وسائل الإجلاء الطبي، ودور انتظار الأمومة، وتحسين العلاقات بين موظفي المرفق الصحي والسكان).

4.2 الدعم الفني في إطار شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

يجب أن يقدم الموظفون الأكثر تأهيلاً العاملين في الشبكة تدريبًا مستمرًا ومشورة فنية للموظفين الأقل تأهيلاً (أو الأقل تخصصًا). ونوصي بتنظيم دورات للموظفين بين كل مرفق من مرافق الرعاية الشاملة وشركائها في مرافق الرعاية الأساسية. فعلى سبيل المثال، القابلة القادمة من مرفق الرعاية الأساسية التي تكمل مناوبة في مرفق للرعاية الشاملة ستتعرف على بيئة عمل مختلفة، وتحسن ممارساتها وتشكل أيضًا روابط مهنية قيمة. وعند عودتها إلى مرفق الرعاية الأساسية الذي تعمل به، يجب أن يكون لديها ثقة أكبر في الاتصال بالمرفق الصحي للرعاية الشاملة لطلب المشورة عن بُعد أو لتنظيم إحالة (وتلقي إحالة عكسي في مرحلة لاحقة). وفي المقابل، ستستفيد القابلة القادمة من مرفق الرعاية الشاملة من العمل في منشأة مرفق الرعاية الأساسية الشريك، حيث يمكنها تجربة واقع (وقيود) بيئة العمل الخاصة في هذا المرفق، إلى جانب نقل التقنيات والأساليب المستخدمة في مرفق الرعاية الشاملة إلى الزملاء في مرفق الرعاية الأساسية.

وبالمثل، يجب على القابلات العاملات في (ب) المرافق الصحية للرعاية الأساسية تقديم الدعم الفني والتدريب في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والمولود للموظفين العاملين في المرافق الطرفية لرعاية الأمومة (غير مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة).

3. الجدول الفني رقم 3: نظام المعلومات الجغرافية (GIS) وإعداد نماذج الوصول إلى الرعاية (باستخدام برنامج AccessMod)

1.3. الجغرافيا ونظم المعلومات الجغرافية فيما يتعلق بالصحة العامة

تُعدّ الجغرافيا جانبًا مهمًا يؤثر على جميع المهام والواجبات في إطار الصحة العامة، وذلك على النحو التالي: (1) تحديد السياسات العامة الهادفة إلى حل المشكلات الصحية التي تم تحديدها وإعطائها الأولوية على المستويين المحلي والوطني، و(2) ضمان حصول جميع السكان على الرعاية الملائمة، بما في ذلك خدمات تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض، و(3) تقييم ورصد صحة المجتمعات والسكان المعرضين للخطر لتحديد المشاكل الصحية والأولويات.

كما توفر الجغرافيا أيضًا «منصة» محايدة لدمج وعرض وتحليل البيانات من مصادر مختلفة. وبالتالي، فإن اتخاذ القرار على أساس الجغرافيا هو أسلوب أكثر منهجية لحل مشاكل الصحة العامة.

نظم المعلومات الجغرافية هي أنظمة كمبيوتر مصممة لجمع وتنظيم وإدارة وعرض وتحليل البيانات الجغرافية المحلية. ولهذه النظم تطبيقات متعددة (21، 22) في مجال الصحة العامة بشكل عام -وتحديدًا في مجال صحة الأم-مثل: الخرائط الموضوعية التي توضح التوزيع الجغرافي للمؤشرات، ومواقع المرافق الصحية، والتحليلات المكانية، جنبًا إلى جنب مع البيانات من قطاع الصحة ومجالات أخرى (مثل تخطيط الأراضي، والبيئة، والبنية التحتية)، ونماذج المخاطر الوبائية، ونماذج الوصول إلى الرعاية الصحية.

ولتحقيق الاستفادة من الجغرافيا ونظم المعلومات الجغرافية، يجب أن يضم نظام المعلومات الجغرافية في البلدان المختلفة ويستكمل بأقصى قدر ممكن من الأبعاد المكانية (الجغرافية) والزمنية (21، 22، 23). ويمكن تنفيذ هذا التكامل من خلال إجراءات مختلفة (22، 23) من بينها إنشاء سجل فريد رسمي ومركزي وموحد وشامل ومحدث للمرافق الصحية وغيرها من السمات الجغرافية الرئيسية في الدولة (24). مع مراعاة أن يحتوي مثل هذا السجل على الرمز التعريفي الفريد والموقع الجغرافي (خطوط الطول والعرض) لكل مرفق صحي (24، 25)، حتى تصبح هذه المعلومات قابلة للاستخدام في نظام المعلومات الجغرافية ولتسهيل الإدارة الجيدة للبيانات.

يمكن أن يستفيد تطوير الشبكة الوطنية لمرافق الإحالة فيما يتعلق برعاية الأمومة بشكل كبير من استخدام نظم المعلومات الجغرافية والوصول إلى أدوات إعداد النماذج، مثل AccessMod، والتي تعتبر أيضًا ذات قيمة مضافة خلال مراحل التنفيذ المختلفة للنهج المقترح في هذا الدليل، حيث يتم وصف فوائد استخدامها في هذه المراحل المختلفة أدناه، إلى جانب التوصيات العملية لاستخدامها في هذا النهج المحدد.

2.3. إعداد نماذج الوصول الجغرافي أداة AccessMod

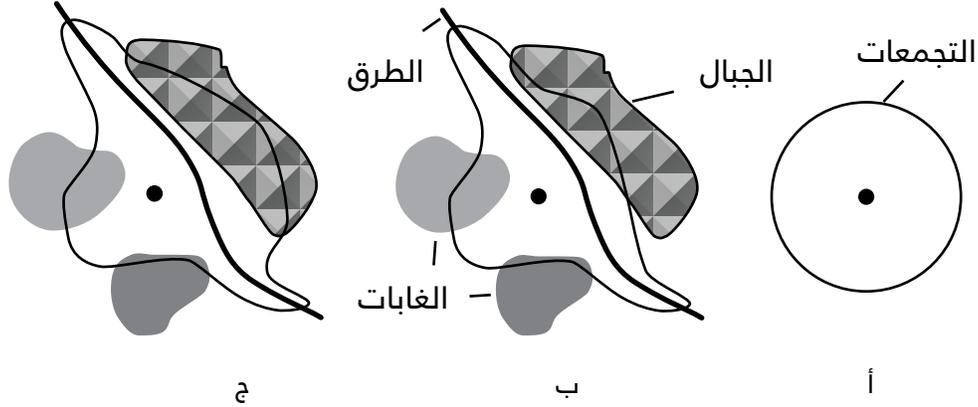
يمكن تعريف الوصول الجغرافي (أو وصول الشخص للمكان) بكونه يعبر عن مدى سهولة وصول السكان فعليًا إلى الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها. وعلى الرغم من أن العوائق المادية يمكن أن تكون عاملًا شديد الأهمية في بعض الأقاليم بعينها، إلا أنه من الأهمية بمكان أن نتذكر أن هناك عوامل أخرى يمكنها أيضًا تقييد (أو تسهيل) الوصول إلى الرعاية الصحية، وخاصة وجود (أو عدم وجود) العوائق المالية والثقافية.

ومن المهم أن يكون لدينا نموذج واقعي للوصول الجغرافي إلى شبكة المرافق الصحية من أجل فهم مدى تغطية السكان وإبراز المناطق والمجموعات السكانية التي لا تتلقى خدمات كافية. وهناك حاجة أيضًا إلى نموذج الوصول لغرض إعداد نموذج وقت الرحلة بين المواقع، لا سيما للإحالة بين المرافق في حال حدوث مضاعفات الولادة، على سبيل المثال.

وتعد مناطق التجمعات السكانية المحيطة بالمرفق الصحي أحد المفاهيم الرئيسية في إعداد نموذج الوصول، فمن الناحية النظرية يتمتع السكان الذين يعيشون في هذه المنطقة بإمكانية الوصول المادي إلى المرفق. وتستخدم العديد من الدراسات والتحليلات إما منطقة التجمعات السكانية الدائرية (مثل دائرة نصف قطرها خمسة كيلومترات) أو منطقة مقابلة للحدود الإدارية للمنطقة الصحية التي من المفترض أن يغطيها المرفق بخدماته. ويمكن أن تؤدي هذه الأساليب إلى أخطاء أو إلى تقديرات ناقصة أو مبالغ فيها بشكل كبير فيما يتعلق بمدى السكان الذين لديهم بالفعل وصول مادي إلى المرفق خلال فترة زمنية معينة. وكما هو موضح في الشكل 35 أدناه، يتم تحديد شكل وحجم منطقة التجمعات السكانية من خلال استخدام محددات العوامل التي تقيّد السفر (مثل المناطق الجبلية والغابات والأشجار والمناطق غير الصالحة للعبور)، وتسهيلها (مثل شبكة الطرق)، ووسائل النقل (على سبيل المثال سيرًا على الأقدام و/أو بالمركبات الآلية) باستخدام أقصى مدة للرحلة (على سبيل المثال ساعتين) 26. ويمكن أن تختلف هذه المحددات والعوامل اختلافًا كبيرًا عن منطقة التجمعات السكانية الدائرية المحددة.

لذا، فمن الأفضل استخدام النهج الذي يعتمد على وقت الرحلة -بدلاً من المسافة- للحصول على تقدير واقعي للنسبة المئوية من السكان الذين لديهم -نظريًا- إمكانية الوصول المادي إلى شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

الشكل 35: نماذج مختلفة من مناطق التجمعات السكانية حول المرفق الصحي (النقطة السوداء)



الدليل

(أ) تشير الدائرة إلى مسافة محددة، (ب) مراعاة الجوانب التي تقيد سفر المريض (الطرق والغابات والعقبات والجبال وما إلى ذلك)، بما يؤدي إلى الإشارة إلى منطقة أكثر واقعية ضمن الحد الأقصى المحدد لزمن الرحلة، (ج) اعتبار إضافي لاتجاه السفر (نحو المرفق الصحي أو منه) والتي من خلالها يمكن أن تتغير سرعة السفر عند المشي أو ركوب الدراجات اعتمادًا على درجة انحدار التضاريس.

يمكن لبرنامج AccessMod⁶ (الإصدار 5) إنشاء نموذج واقعي للوصول المادي إلى الرعاية الصحية من خلال مراعاة توزيع السكان وتوافر الخدمات وقيود السفر. ويعد برنامج AccessMod برنامجًا مجانيًا مفتوح المصدر تم تطويره في البداية بمعرفة منظمة الصحة العالمية في عام 2005، ويتم صيانته حاليًا بواسطة مجموعة GeoHealth - معهد الصحة العالمية التابع لجامعة جنيف، بالتعاون مع Health GeoLab Collaborative. ويمكن لبرنامج Accessmod -الموضوع في جهاز افتراضي- أن يعمل على العديد من المنصات وأنظمة التشغيل (Windows و Linux و Mac) ويمكن استخدامه مع أي تطبيق من تطبيقات أنظمة المعلومات الجغرافية (مثل ESRI ArcGIS و QGIS وما إلى ذلك).

ويتألف برنامج AccessMod من خمس وظائف رئيسية تمكنه من الحصول على النتائج التالية:

- تحليل إمكانية الوصول: إعداد نماذج الوصول المادي إلى المرافق الصحية، أي إمكانية وصول السكان المستهدفين إلى أقرب مرفق صحي في غضون وقت محدد (مع الأخذ في الاعتبار سيناريوهات السفر التي قد تجمع بين المشي أو ركوب الدراجات أو المركبات الآلية، مع تحديد المستخدم لسرعة التنقل، وكذا الجوانب المادية التي قد تقيد السفر، مثل الأنهار والغابات والجبال والطرق والمناطق التي يصعب الوصول إليها، وما إلى ذلك).

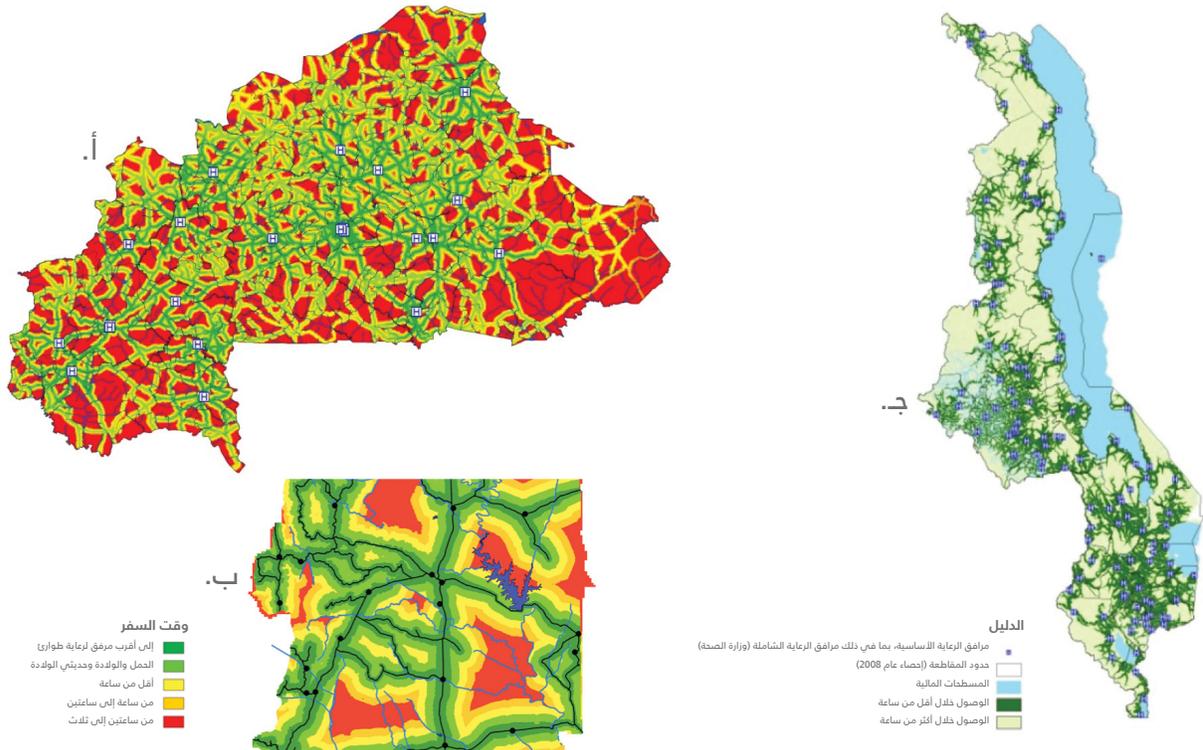
ق يتوفر تنزيل البرنامج ودليل المستخدم والبرامج التعليمية على: <http://accessmod.org>

ر مجموعة GeoHealth /معهد الصحة العالمية - <http://www.unige.ch/geohealth>

ش Health GeoLab Collaborative - <http://www.healthgeolab.net>

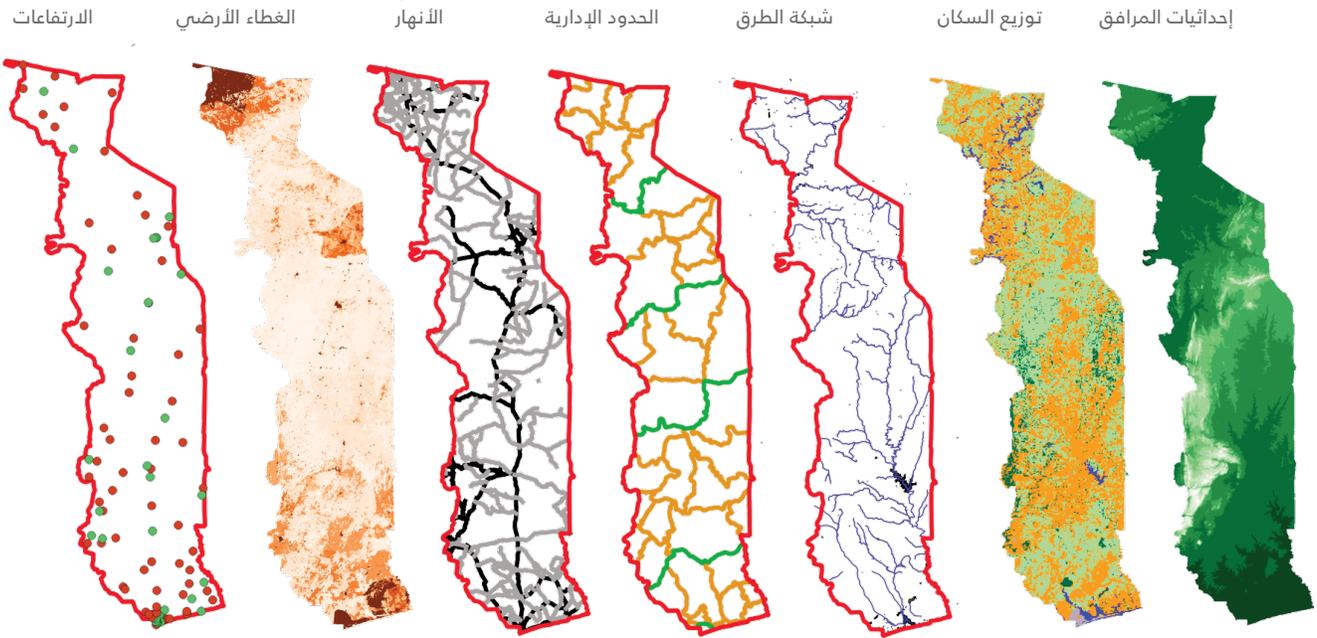
- تحليل التغطية الجغرافية: إعداد نماذج الوصول مع الأخذ في الاعتبار توافر الخدمات (أو قدرة المرفق الصحي على توفير الرعاية -على سبيل المثال -من حيث عدد الأسرة وعدد الموظفين المؤهلين، وما إلى ذلك). وتحدد النتيجة موقع السكان الذين يمكنهم الوصول إلى أقرب مرفق صحي في غضون فترة زمنية قصوى محددة (على سبيل المثال ساعتان) ويمكن أيضًا معالجتهم في هذا المرفق وفقًا لسعته.
- إحصاءات المناطق: تعرض نسبة السكان الذين يمكنهم الوصول إلى شبكة المرافق الصحية في غضون فترة زمنية قصوى محددة للرحلة. ويمكن أيضًا الحصول على هذه النسب المئوية لأي وحدة إدارية فرعية.
- تحليل الإحالة: بحسب وقت الرحلة والمسافة بين الأنواع المختلفة من المرافق الصحية (على سبيل المثال بين مرافق الرعاية الأساسية ومرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة).
- سيناريوهات التوسع: تحدد المواقع المثلى للمرافق الصحية الجديدة من أجل تعظيم التغطية السكانية للشبكة الموسعة، بناءً على نموذج تحديد الأولويات الذي يحدده المستخدم.

الشكل 36: النتائج المختلفة لنماذج الوصول المادي المعدة، والمتحصل الحصول عليها باستخدام ACCESSMOD (أ) بوركينا فاسو (ب) إقليم محدد في توجو (ج) مالوي^{27,28,29}



ومن المهم ملاحظة أن AccessMod يحتاج إلى مجموعات بيانات جغرافية مكانية محددة لإعداد النماذج. ويعرض الشكل 37 موجزًا لهذه البيانات.

الشكل 37: البيانات الجغرافية المكانية التي يلزم إدخالها في ACCESSMOD لإعداد نماذج الوصول المادي والتغطية الجغرافية والإحالة.



تم استخدام AccessMod بالفعل في حوالي 20 دولة، وهو يولد اهتمامًا متزايدًا، لا سيما في أفريقيا وآسيا. ولا ترتبط مزايا استخدامه بتحسين الوصول إلى الخدمات الصحية فحسب، بل ترتبط أيضًا بتحسين جودة مجموعات البيانات الجغرافية وقدرة المعنيين على استخدام نظم المعلومات الجغرافية وإجراء التحليلات بما يتجاوز الخريطة الموضوعية الأساسية. كما يساهم استخدام AccessMod أيضًا في تنفيذ أهداف التنمية المستدامة 3.7 و3.8، ومؤشرات تغطية الخدمة التي تشكل جزءًا من قائمة مرجعية عالمية تضم 100 مؤشر صحي أساسي وضعتها منظمة الصحة العالمية³⁰.

3.3. نظم المعلومات الجغرافية وAccessMod - تطبيقات لدعم تطوير الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

متطلبات البيانات والمعلومات الأساسية اللازمة لاستخدام نظم المعلومات الجغرافية وAccessMod

يجب أن تستند عملية دعم تطوير شبكة وطنية من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة إلى بيانات ومعلومات حديثة عالية الجودة. ويُعد هذا مهمًا بشكل خاص لضمان استخدام نظم المعلومات الجغرافية وAccessMod بشكل فعال.

وحتى إذا تم جمع جزء من هذه البيانات والمعلومات أثناء مرحلة الدعوة وكسب التأييد (انظر الفصل 1)، فمن المهم ضمان التقاط الأبعاد الجغرافية والزمنية بشكل صحيح في كل مسح ميداني يتم إجراؤه قبل بدء العملية، لا سيما عند إجراء التقييم (السريع) لاحتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وهناك دليل متاح حول هذا الموضوع³¹.

ومن أجل إجراء تحليل واقعي للوصول، يجب أيضًا أن تجمع تقييمات احتياجات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة معلومات حول ما إذا كان كل مركز رعاية صحية مدرج في التقييم لديه أي مما يلي:

- وسيلة اتصالات سلكية ولاسلكية عاملة في الموقع (هاتف أرضي أو محمول).
- مركبة آلية عاملة للاستخدام عند الإحالة.

استخدام نظم المعلومات الجغرافية و AccessMod في مرحلة الدعوة وكسب التأييد

خلال مرحلة الدعوة وكسب التأييد (انظر الفصل 1)، يمكن أن يؤدي استخدام نظم المعلومات الجغرافية إلى تعزيز الدعوة، وذلك بشكل أساسي من خلال إنتاج خرائط موضوعية توضح الوضع الحالي لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (على سبيل المثال، الموقع الجغرافي لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، ونسبة عدد مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة إلى عدد السكان، ونسبتها إلى توزيع الوحدات الإدارية أو توزيع السكان). وتعد هذه المرحلة فرصة لعرض الجهود المبذولة على الصعيد الوطني لنظام إدارة المعلومات الصحية، إلى جانب تسليط الضوء على أوجه القصور المحتملة (هل سجل المرفق الصحي/ مرفق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة مكتمل؟ هل تعد مواقع هذه المرافق شاملة؟ هل هذه المرافق منظمة بطريقة منطقية فريدة؟). إن رفع مستوى الوعي بأهمية الاعتبارات الجغرافية لتطوير الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -لا سيما فيما يتعلق بالوصول المادي والتغطية السكانية- سوف يكمل مرحلة الدعوة وكسب التأييد، وهو ما يمكن تحقيقه من خلال عرض أمثلة من بلدان أخرى (مثل بوروندي وبنين وغينيا ومدغشقر والسنغال والسودان وتوجو)، والتي ما زالت العملية مستمرة لديها، مع عرض كيفية استفادة هذه البلدان من نظم المعلومات الجغرافية خلال مراحل تحديد الأولويات والتخطيط والتحسين لشبكات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لديهم.

ولا يعد وجود خبير في نظم المعلومات الجغرافية ضروريًا في هذه المرحلة، شريطة أن يتمكن مقدم العرض من استيعاب المفاهيم الأساسية للنهج الجغرافية، مع تمكنه من تقديم عرض مستنير باستخدام أمثلة من بلدان أخرى.

استخدام نظم المعلومات الجغرافية وAccessMod في مرحلة التصميم

عادةً ما تضم مرحلة التصميم (انظر الفصل 2) عددًا أكبر من الشركاء في ورشة عمل وطنية، حيث يتم التوصل إلى خطوات التنفيذ حول كيفية تحسين شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتحديدها بإجماع الآراء أو اتفاقها.

وبالنسبة إلى ورشة العمل هذه، فمن المفيد بشكل خاص إشراك خبير في نظم المعلومات الجغرافية (لديه معرفة ببرنامج AccessMod) للقيام بما يلي:

- تقديم مفاهيم نظم المعلومات الجغرافية وإبراز أهمية الجانب الجغرافي والوصول المادي في التخطيط لشبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.
- تقديم عدة أمثلة من بلدان أخرى، بما في ذلك الفوائد العائدة على تلك الدول والتحديات التي واجهتها.
- تقييم حالة التقدم في نظام إدارة المعلومات الصحية، ومهارات نظم المعلومات الجغرافية في وزارة الصحة وبين شركائها، وتوافر البيانات الجغرافية المكانية اللازمة لإعداد نموذج الوصول ومدى إمكانية الوصول إلى هذه البيانات. والهدف الرئيسي هو تحديد عدة أفراد في الدولة ممن يتقنون نظم المعلومات الجغرافية، والحريصين على تعلم أدوات جديدة، والذين يمكنهم المشاركة بشكل كامل في عملية إعداد النماذج للمراحل اللاحقة من العملية.
- ترتيب اجتماعات ثنائية -إذا لزم الأمر- مع مزودي البيانات (مثل سجل الأراضي، والتخطيط، ومكتب الجيوماتكس، والجامعات).

إذا كانت الإحداثيات الجغرافية للمرافق العاملة والمحتملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة متاحة قبل ورشة عمل مرحلة التصميم -إلى جانب البيانات الجغرافية المكانية للبلد، لا سيما شبكة الطرق- فمن المستحسن إجراء تحليلات أولية بشأن الوصول (باستخدام AccessMod)، حيث يمكن عرضها بعد ذلك خلال ورشة العمل. وقد أظهرت التجربة أن المشاركين يصبحون بعد ذلك أكثر انخراطًا في مناقشة قضايا ومشكلات الوصول في البلد، ويمكنهم فهم الأساس المنطقي لدمج الجانب الجغرافي في المرحلة اللاحقة (تحديد الأولويات) بشكل أفضل. ومع ذلك، فمن المهم أيضًا التأكيد على أن هذه النتائج المتعلقة بالوصول هي نتائج أولية للغاية. ومن الضروري إجراء مزيد من المشاورات مع الخبراء الوطنيين في مجال صحة الأم والبيانات الجغرافية المكانية الوطنية من أجل تنقيح القيم المعطاة لمعايير سيناريوهات السفر والتنقل.

استخدام GIS و AccessMod لمرحلة تحديد الأولويات وإعداد خريطة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

يتمثل أحد المدخلات الرئيسية لمرحلة تحديد الأولويات (انظر الفصل 3) في وضع خريطة للمرافق الصحية (على سبيل المثال، المرافق المحتملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة)، بحيث يمكن بعد ذلك ترتيب أولوياتها وفقاً لمعايير محددة. ويعتمد أحد المعيارين الرئيسيين -التمثل في عدد الولادات المحتملة في مرفق الرعاية الصحية- بشكل كبير على منطقة التجمع السكانية المحيطة بالمرفق الصحي. وكما أشرنا سابقاً، من المهم للغاية تحديد منطقة تجمع واقعية، وهذا هو السبب في استخدام أدوات نظم المعلومات الجغرافية/ برنامج AccessMod، حيث تعد هذه الأدوات عالية القيمة وغنية بالمعلومات، لا سيما خلال هذه المرحلة.

بالإضافة إلى المعايير المتعلقة بالسكان في منطقة التجمعات، من الممكن إعداد نماذج أوقات الإحالة بين المرافق الصحية باستخدام أداة AccessMod في حالة عدم وجود معلومات تجريبية عن أوقات الإحالة الفعلية بين المرافق، أو عندما تكون هذه المعلومات موجودة ولكنها غير كاملة. وبالطبع سيكون من الأفضل دائماً الحصول على أوقات إحالة فعلية بدلاً من نماذج لأوقات الإحالة، لأن الأولى تأخذ في الاعتبار قيود السفر التي غالباً ما تكون محلية للغاية، وأحياناً موسمية (أي تختلف بين موسمي الأمطار والجفاف).

يجب الحصول على نماذج الوصول المعدة باستخدام أفضل البيانات الجغرافية المكانية المتاحة، ومن الناحية المثالية يفضل أن يتم ذلك بعد التشاور الأولي مع الخبراء المحليين (مثل المتخصصين في الرعاية الصحية في الأقاليم/ المقاطعات) فيما يتعلق بسيناريوهات السفر النموذجية (وسيلة النقل وسرعته اعتماداً على نوع الطريق واستخدامات الأراضي والتضاريس). ولذلك، يُنصح بعقد ورشة عمل منفصلة مخصصة لإعداد بيانات نظم المعلومات الجغرافية وبيانات نماذج الوصول قبل ورشة عمل تحديد الأولويات. أما إذا لم يكن ذلك ممكناً، فإن البديل هو أن يُطلب من مستشار وطني أو دولي -ممن يجيدون استخدام أداة AccessMod- توفير هذه النتائج. وتتمثل ميزة عقد ورشة عمل بشأن AccessMod بالدولة المعنية في أنها توفر الفرصة لتدريب العديد من الخبراء التقنيين الوطنيين على الأداة، والذين سيتمكنون بعد ذلك من تقديم الدعم خلال ورش عمل تحديد الأولويات.

ومن المهم وجود خبراء في نظم المعلومات الجغرافية/ برنامج AccessMod خلال ورش العمل هذه لإعداد الخرائط والسيناريوهات البديلة ومساقط الخرائط بسرعة أثناء انعقاد ورش العمل، وهو ما يساهم في إثراء مناقشات المشاركين والسيناريوهات المطروحة للدراسة بشكل أفضل.

نظم المعلومات الجغرافية ونظام إدارة المعلومات الصحية (HMIS)

تشمل مراحل التنفيذ جمع البيانات وتحليلها والاستجابة لها (انظر الفصول 4 و5 و6). وخلال هذه المراحل المتفردة، يعد نظام المعلومات الجغرافية مصدرًا مفيدًا للخرائط الموضوعية التي تعمل على تمثيل البيانات الناتجة عن عملية رصد ومراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

وتتيح هذه الخرائط إمكانية إجراء المقارنات بين المرافق الصحية وبين الوحدات الإدارية، مع إبراز التوجهات بمرور الوقت عند توفر مجموعات البيانات من عمليات الرصد والمراقبة المتتالية.

ويمكن استخدام هذه البيانات لتحديث التحليلات بانتظام حول الوصول إلى الرعاية الصحية، الأمر الذي قد يكون مفيدًا بشكل خاص عندما يتغير عدد مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، أو عندما يتم النظر في عملية التوسع. وبمرور الوقت، قد تتغير أيضًا بعض الجوانب التي تؤثر على السفر، مثل شبكة الطرق ووسائل النقل وتوزيع السكان. ومن ثم، يمكن أيضًا إعداد النماذج بشأن آثار هذه التغييرات على الإحصاءات المتعلقة بإمكانية الوصول والتغطية السكانية. وخلال مراحل التنفيذ هذه أيضًا، يجب تأمين وتعظيم الارتباط بين نظام إدارة المعلومات الصحية على المستوى الوطني والبيانات الجغرافية المكانية المتاحة للتحليل وبيانات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وتأتي أهمية هذه الخطوة ليس فقط لضمان استخدام أحدث البيانات الجغرافية المكانية في التحليل، بل تمتد أيضًا إلى إتاحة تخزين البيانات الرئيسية الناتجة عن كل عملية مراقبة تتم لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة داخل نظام إدارة المعلومات الصحية بتنسيق موحد.

4. الجدول الفني رقم 4: مراقبة خدمات الصحة الإيجابية وصحة الأم والمولود في المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - النموذج الموحي به

يمكن أن يكون جدول المراقبة التالي بمثابة نموذج للدول لرصد الخدمات الرئيسية فيما يتعلق بالصحة الإيجابية وصحة الأم والمولود في المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ويتعين تكييف هذا النموذج وفقًا للسياق في ورشة العمل الوطنية بشأن رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، حيث تم تطويره على أساس جدول الرصد الوطني لكل من هايتي وتوجو ومدغشقر وغينيا وبنين. ويتكون جدول الرصد والمراقبة من صفحة واحدة بحد أقصى، حيث لا يمكن تغيير البنود من 1.1 إلى 1.9 و 2.1 و 4 و 7 و 8.1 إلى 8.9 و 11.1 إلى 12.2. ويجب تحديد وتعريف كل بند من بنود الجدول الوطني لمراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بشكل جيد، بعد اعتماده من وزارة الصحة، حيث يحتاج فريق الدعم الوطني إلى وضع وثيقة تصف الجدول، ومن ثم تعميمها على فرق الأقاليم/ المناطق ومقدمي الخدمات على مستوى المرافق، مع مراعاة وجوب استخدام فرق الدعم لهذه التعريفات بهدف جمع بيانات عالية الجودة حول جميع البنود. كما يجب إتاحة نقطة الاتصال على المستوى الوطني -لا سيما خلال فترات المتابعة- للإجابة على أي أسئلة تتعلق بتعريفات البنود.

الشكل 38: أستمارة المتابعة العامة لخدمات الصحة الإيجابية وصحة الأم والمولود في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

وزارة الصحة
المراقبة الربع سنوية لخدمات صحة الأم والمولود في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

اسم المرفق الصحي:		الرقم التعريفي للمرفق الصحي: عدد السكان (مناطق التجمعات السكانية):		المقاطعة		تاريخ جمع البيانات		النوع: رعاية أساسية/ رعاية شاملة		الربع الذي تم جمع البيانات به سنة جمع البيانات	
الإقليم	هل تم تنفيذ الوظائف الدلالية التالية في الربع المعني؟	نعم	لا	2	توافر خدمات صحة الأم والمولود	نعم	لا	البريد الإلكتروني	الرقم	نعم	لا
1.1	استخدام المضادات الحيوية بالحقن			2.1	مرفق رعاية الأمومة مفتوح على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع						
1.2	إعطاء أدوية انقباض الرحم (الأوكسيتوسين)			2.2	الاستخدام المنهجي للبارتوجرام						
1.3	إعطاء مضادات الاختلاج بالحقن (كبريتات المغنيسيوم)			2.3	الإدارة الفعالة للمرحلة الثالثة من الولادة (AMTSL)						
1.4	إزالة المشيمة يدوياً			2.4	خدمات منع انتقال المرض من الأم إلى الطفل (مرض الزهري/ فيروس نقص المناعة البشرية (بناءً على البروتوكولات الوطنية)						
1.5	إزالة النواتج المحتجزة			2.5	الحزمة الوطنية للمعالجة السريرية للعنف المبني على النوع الاجتماعي (GBV)						
1.6	إجراء الولادة الطبيعية المساعدة (الاستخراج بالتخلية)			2.6	لقاح (بي سي جي) ضد السل، ولقاح شلل الأطفال 0 لحديثي الولادة						
1.7	إجراء عملية الإنعاش الأساسية لحديثي الولادة (بحقبة وفضاء)			2.7	خدمة حديثي الولادة المرضى						
1.8	إجراء عمليات الولادة القيصرية			2.8	عدد المواليد الجدد الذين زاروا المرفق خلال 48 ساعة بعد الولادة						
1.9	إجراء عمليات نقل الدم			2.9	إجراء عملية الإنعاش الأساسية لحديثي الولادة بحقبة وفضاء						
* إذا كانت الإجابة "لا"، فيرجى تقديم سبب أو أكثر من بين الأسباب التالية (من 1 إلى 7): 1. مشكلة في توافر الموارد البشرية: النقص (أو الغياب التام) للقابلات الماهرات. 2. مشكلة في التعليم: مقدم الرعاية الصحية غير مدرب على تنفيذ الوظيفة. 3. مشكلة في المعدات/المواد/الأدوية: غير متوفرة أو غير صالحة للاستخدام. 4. مشكلة في البروتوكولات/الإجراءات: البروتوكولات الوطنية أو نوع المرفق الصحي لا يسمح بتنفيذ الوظيفة. 5. مشكلة في الإدارة: نقص الإشراف، سلسلة التبريد، أو غير ذلك. 6. لا توجد حالات: لا توجد حالات خلال الفصل تتطلب تنفيذ الوظيفة. 7. غير ذلك (يلزم التحديد على ظهر الجدول)											
توافر الأدوية الأساسية اللازمة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في الربع المعني (حدد نعم أو لا في المربع ذي الصلة)											
3	أوكسيتوسين	ميسوزيستول	ميترونيدازول IV	مجموعة أدوات الولادة القيصرية							
4	توافر الموارد البشرية الرئيسية اللازمة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (يرجى تحديد العدد وكتابة "غير متاح" - "NA")	طبيب الولادة	جراح	طبيب التخدير	طبيب عام	قابلة	ممرضة				
5	عند الزيارة، يوجد لدى المرفق الصحي (يرجى الاختيار بوضع دائرة)	مياه	كهرباء	مختبر يتكيف مع الاحتياجات	سيارة إسعاف فعالة						
6	خدمات الصحة الإيجابية الأخرى	عدد الحالات	عدد الحالات	خدمات الصحة الإيجابية الأخرى	عدد الحالات						
6.1	عدد النساء اللواتي غادرن المرفق الصحي بعد الولادة مصطحبات إحدى وسائل منع الحمل	6.3	عدد غرسات مانع الحمل								
6.2	عدد الأجهزة المثبتة داخل الرحم (اللولب)	6.4	عدد النساء اللواتي يتلقين رعاية ما بعد الإجهاض								
7	عدد الولادات بالمرفق الصحي في الربع المعني	الاجمالي	طبيعية	قيصرية	محالة						
8	مضاعفات الولادة المباشرة	عدد المرضى الذين تم التعامل معهم / الذين تمت إجاتهم	عدد الوفيات	عدد الوفيات التي يتم الإخطار بها	عدد الوفيات التي يتم مراجعتها						
8.1	التبريق (قبل الولادة)										
8.2	التبريق (بعد الولادة)										
8.3	تمزق الرحم										
8.4	مضاعفات الارتعاج أو الارتعاج أو ارتفاع ضغط الدم أثناء فترة الحمل										
8.5	العدوى أو حمى النفاس										
8.6	الولادة المطولة أو المتعسرة										
8.7	مضاعفات الإجهاض										
8.9	مضاعفات الولادة المباشرة الأخرى										
9	عدد مضاعفات الولادة غير المباشرة										
10	وفيات الأمهات لأسباب غير معلومة										
11	مضاعفات حديثي الولادة	عدد المرضى الذين تم التعامل معهم / الذين تمت إجاتهم	عدد الوفيات	عدد الوفيات التي يتم الإخطار بها	عدد الوفيات التي يتم مراجعتها						
11.1	الاحتناق										
11.2	ضيق التنفس										
11.3	انخفاض وزن المولود (أقل من أو يساوي 2.500 جرام)										
12.1	الوفيات المبكرة لحديثي الولادة (خلال 24 ساعة أو أكثر، على أن يكون الوزن 2.500 جرام أو أكثر)										
12.2	الوفيات المبكرة لحديثي الولادة (خلال 24 ساعة أو أقل، على أن يكون الوزن 2.500 جرام أو أكثر)										
13.2	تقديم الدعم الفني للموظفين في المرافق الصحية الطرفية (نعم / لا)	13.2	توعية المجتمع فيما يتعلق بالصحة الجنسية والإيجابية وصحة الأم والمولود (نعم / لا)								

أعدته: اعتمده: تاريخ الاعتماد:

5. الجدول الفني رقم 5: تحليل بيانات شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة ولوحات معلومات التحليل الوطنية والإقليمية

1.5. مراقبة جودة بيانات شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود

كما هو مفصل في الفصل الثامن، تتكون الخطوة الأولى من مرحلة التحليل على جميع مستويات النظام الصحي من التحقق من جودة البيانات التي تم جمعها في جدول المراقبة. ونوصي بإجراء الفحوصات التالية على كل مستوى من مستويات النظام الصحي-التحقق من جداول الرصد والمراقبة على مستوى المرافق الصحية وقاعدة بيانات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على مستوى المنطقة/ الإقليم/ المقاطعة وعلى المستوى الوطني:

(1) التحقق من اكتمال البيانات: هل اكتملت جميع عناصر إستمارة الرصد والمراقبة؟

(2) التحقق من صحة البيانات: هل يتم الالتزام بكل بند من بنود إستمارة الرصد والمراقبة من حيث الشكل ونوع البيانات والقيمة وفقاً لتعريف البنود المعنية؟

(3) التحقق من اتساق البيانات مع مفهوم مرافق الإحالة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (انظر الجدول الفني رقم 1) -حيث نوصي بإجراء الفحوصات التالية على وجه الخصوص:

أ) التناسق بين واجبات ومهام الولادة بالمرفق الصحي والحد الأدنى لعدد الولادات المنصوص عليه في الوثيقة المرجعية الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (على سبيل المثال، تشير الوثيقة المرجعية للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في توجو إلى أن مرفق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة يجب أن يستقبل ما لا يقل عن 30 ولادة شهرياً). إذا كان أداء المرفق الصحي لواجباته ومهامه الولادية ضعيفاً، فيجب إعادة النظر في وضعه كمرفق إحالة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، مع التركيز على تحليل منطقة التجمع السكانية المحتملة المحيطة به.

ب) التناسق بين الوظائف الدلالية المشار إليها أعلاه -والتي تم إجراؤها خلال الأشهر الثلاثة الماضية -وحالات الولادة وحديثي الولادة المقابلة. فعلى سبيل المثال، إذا تم الإشارة إلى الوظيفة الدلالية على أنها مؤداة (على سبيل المثال «نعم» لوظيفة «الولادة عن طريق الشفط بالتخلية») ولكن عدد حالات الولادة المقابلة يساوي صفرًا (على سبيل المثال: عدد الولادات الطبيعية بمساعدة الشفط في المرفق الصحي خلال الربع المعني)، فلا ينبغي اعتبار هذه الوظيفة الدلالية مؤداة. وتتوفر أمثلة إضافية لعمليات التحقق هذه في الجدول 5.

ج) التناسق بين الوظائف الدلالية المشار إليها -التي تم إجراؤها خلال الأشهر الثلاثة الماضية -والإمدادات المقابلة. فعلى سبيل المثال، إذا تم الإشارة إلى الوظيفة الدلالية على أنها مؤداة (على سبيل المثال «نعم» لوظيفة «إعطاء مضادات الاختلاج عن طريق الحقن») ولكن مستلزماتها المقابلة غير متاحة (مثل كبريتات المغنيسيوم)، فلا ينبغي اعتبار هذه الوظيفة الدلالية مؤداة. وتتوفر أمثلة إضافية لعمليات التحقق هذه في الجدول 5.

(د) التناسق بين مفهوم مرفق الإحالة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -العامل على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع -والحد الأدنى من عدد الموظفين المؤهلين للقيام برعاية الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة مباشرة (فريق يشمل القابلة والطبيب والممرضة)، وذلك على النحو المنصوص عليه في الوثيقة المرجعية الوطنية فيما يتعلق بمرافق الإحالة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -العاملة على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.

ويمكن إجراء هذه التحليلات باستخدام البرنامج الإحصائي DHIS 2 أو أداة تحليل شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي طورها القسم الفني في صندوق الأمم المتحدة للسكان (مرفق جدول بيانات Excel آلي تم تطويره مع هذا الدليل، وهو متاح على موقع صندوق الأمم المتحدة للسكان).

الجدول 5: أمثلة على عمليات التحقق من اتساق الوظائف الدلالية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

الوظائف الدلالية	التحقق من الاتساق (الإستعداد)		التحقق من الاتساق (الإستعداد + إدارة الحالة)
	توافر الأدوية الأساسية	توافر المعدات	
إعطاء المضادات الحيوية بالحقن	توافر أمبيسلين وميترونيدازول وجنتاميسين (أو بروتوكول العلاج المعتمد في البلد) خلال الثلاث أشهر الماضية		
إعطاء أدوية انقباض الرحم	توافر أوكسيتوسين خلال الثلاث أشهر الماضية	عدد حالات النزيف <0	
استخدم مضادات الاختلاج بالحقن	توافر كبريتات المغنسيوم في الثلاث أشهر الماضية	- عدد حالات تسمم الحمل (مقدمات)/ تسمم الحمل التي تم التعامل معها <0	
إزالة المشيمة يدويا			
إزالة النواتج المحتجزة	توافر ميفبريستون وميزوبروستول (أو بروتوكول العلاج المعتمد في البلد)	مجموعة أدوات الشفط اليدوي بالتخلية (MVA)	عدد الحالات التي تم التعامل معها بعد الإجهاض <0
إجراء الولادة الطبيعية المساعدة		جهاز الشفط بالتخلية	عدد الولادات التي تمت باستخدام جهاز الشفط بالتخلية <0
إجراء عملية الإنعاش الأساسية لحديثي الولادة (حقيبة ذاتية النفخ وقناع للمواليد)		حقيبة وقناع	عدد عمليات الإنعاش الأساسية لحديثي الولادة التي تم إجراؤها <0
إجراء عمليات الولادة القيصرية			عدد عمليات الولادة القيصرية التي تم إجراؤها <0
إجراء تحاقن دم	توافر منتجات الدم		عدد حالات النزيف <0

5.2 المؤشرات الرئيسية للصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود لتحليل ورصد تطور شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

يجب إنشاء مؤشرات التحليل المزمع استخدامها على المستوى الوطني والإقليمي/ على مستوى المناطق خلال ورشة عمل التصميم الوطنية (انظر الفصل 2) وبناءً على البيانات المحددة في جدول الرصد والمراقبة. ونوصي باستخدام المؤشرات الرئيسية التالية للصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود على المستوى الوطني والإقليمي/ على مستوى المقاطعات من أجل تحليل وضع خط الأساس، ولمراقبة تطوير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة:

الجدول 6: المؤشرات المقترحة للصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود في المنشآت الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

المؤشر الرئيسي	الأهداف الموصى بها
1. عدد المرافق الصحية العاملة للرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بالمنطقة المعنية (عاملة = عدم وجود نقص في الوظائف الدلالية التسع، مع إتاحة خدمات رعاية الأم والمولود على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع)	خمسة مرافق صحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة كحد أقصى لكل 500,000 نسمة، بما في ذلك مرافق صحي واحد على الأقل للرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.
2. عدد المرافق الصحية العاملة للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بالمنطقة المعنية (عاملة = عدم وجود نقص في الوظائف الدلالية السبع، مع إتاحة خدمات رعاية الأم والمولود على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع)	
3. نسبة المرافق الصحية العاملة للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بالمنطقة المعنية: - البسط = عدد المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - المقام = عدد المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بالمنطقة المعنية (في الدورة (الدورات) البرامجية ذات الصلة)	يجب أن تكون 80% على الأقل من المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في الدورة (الدورات) البرامجية ذات الصلة عاملة
4. نسبة الولادات المتوقعة في المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة: - البسط = عدد الولادات في المرافق العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - المقام = عدد الولادات المتوقعة في المنطقة المعنية (في الدورة (الدورات) البرامجية ذات الصلة)	يجب أن تتم جميع الولادات المتوقعة في المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. إلا أن الهدف الأكثر وسطية وواقعية الموصى به هو إجراء 30-50% من الولادات المتوقعة في المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بالمنطقة المعنية (في الدورة (الدورات) البرامجية ذات الصلة)
5. نسبة الولادات المتوقعة ذات المضاعفات المباشرة الكبرى للولادة في المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (تلبية الحاجة إلى رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة): - البسط = عدد مضاعفات المباشرة الكبرى للولادة في المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - المقام = العدد المتوقع من المضاعفات المباشرة الكبرى للولادة بالمنطقة المعنية (في الدورة (الدورات) البرامجية ذات الصلة) - وتقابل 15% من الولادات المتوقعة في المنطقة المعنية	يجب أن تتم جميع الولادات المتوقعة ذات مضاعفات الولادة المباشرة الكبرى في المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. إلا أن الهدف الأكثر وسطية وواقعية الموصى به هو إجراء 50% على الأقل من الولادات المتوقعة ذات مضاعفات الولادة المباشرة الكبرى في المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بالمنطقة المعنية (في الدورة (الدورات) البرامجية ذات الصلة)

الأهداف الموصي بها	المؤشر الرئيسي
80% على الأقل	6. نسبة السكان القادرين على الوصول إلى أقرب مرفق صحي مخصص لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في غضون ساعتين من وقت السفر في المنطقة المعنية
80% على الأقل، مع أهداف واقعية وبسيطة بنسبة 50% ثم 60% و70%، وفقاً لخط الأساس والموارد المتاحة (في الدورة (الدورات) البرمجية ذات الصلة)	7. نسبة السكان القادرين على الوصول إلى أقرب مرفق صحي عام لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في غضون ساعتين من وقت السفر في المنطقة المعنية
50% على الأقل، مع أهداف واقعية وبسيطة بنسبة 20% ثم 30% و40% وفقاً لخط الأساس والموارد المتاحة (في الدورة (الدورات) البرمجية ذات الصلة)	8. نسبة السكان القادرين على الوصول إلى أقرب مرفق صحي عام لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -والذي يقدم رعاية عالية الجودة- في غضون ساعتين من وقت السفر في المنطقة المعنية
100%، حيث يجب أن تصل جميع الأقاليم أو المقاطعات في البلاد إلى تغطية 80% من السكان بالمرافق العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة خلال ساعتين من زمن السفر (في الدورة (الدورات) البرمجية ذات الصلة)	9. نسبة الأقاليم أو المقاطعات التي تصل إلى تغطية كافية للسكان من خلال المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة: - البسط: عدد الأقاليم أو المقاطعات التي وصلت إلى تغطية كافية - المقام: عدد الأقاليم أو المقاطعات في الدولة
5% على الأقل (مع الاستكمال بتحليل الجودة باستخدام تصنيف روبسون على عينة من مؤشرات الولادة القيصرية)	10. معدل عمليات الولادة القيصرية: - البسط = عدد الولادات القيصرية في المرافق العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - المقام = عدد الولادات المتوقعة في المنطقة المعنية
أقل من 1%	11. معدل الوفيات المرتبطة مباشرة بالولادة: - البسط = عدد وفيات الأمهات بسبب المضاعفات المباشرة الكبرى للولادة في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بالمنطقة المعنية - المقام = عدد النساء اللواتي عولجن من المضاعفات المباشرة الكبرى للولادة في نفس مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة خلال نفس الفترة

الأهداف الموصي بها	المؤشر الرئيسي
يتم تحديده لاحقًا	12. معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة أثناء الولادة وفي وقت مبكر جدًا: - البسط = عدد الوفيات أثناء الولادة (الأجنة التي تموت فعليًا أثناء الولادة وليس قبلها، على أن يكون الوزن 2.5 كجم أو أكثر) ووفيات حديثي الولادة المبكرة جدًا (24 خلال ساعة أو أقل، على أن يكون الوزن 2.5 كجم أو أكثر) في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بالمنطقة المعنية - المقام = عدد الولادات في نفس مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة خلال نفس الفترة
0%	13. العجز في القابلات في شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة: - البسط = عدد القابلات اللاتي يعملن بالفعل في المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - القاسم = العدد المطلوب من القابلات للعمل في الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لتلبية المعايير الوطنية
90%	14. النسبة المئوية لروابط الإحالة «الجيدة» بين مرفق الرعاية الأساسية ومرفق الرعاية الشاملة في الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة: - البسط = عدد روابط الإحالة بين مرفق الرعاية الأساسية ومرفق الرعاية الشاملة التي لا تنطوي على مشاكل ويتم تنفيذها في أقل من ساعتين - المقام = العدد الإجمالي لروابط الإحالة بين مرفق الرعاية الأساسية ومرفق الرعاية الشاملة في المنطقة المعنية

تسمح مراقبة الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بتتبع عرض الوظائف الدلالية على أساس ربع سنوي، مما يؤثر على تعريف المرفق الصحي العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. فعلى سبيل المثال، هل يُعد المرفق الصحي عاملًا لمدة عام إذا ظل يعمل لمدة أربعة أرباع السنة أم لثلاثة أرباع فقط (بما في ذلك الربع الأخير). وتعد هذه الأسئلة قيد النظر حاليًا في البلدان التي تراقب شبكاتها الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، مثل بروندي ومدغشقر والسنغال وتوجو.

بالإضافة إلى ذلك، يبدو أن استخدام AccessMod لحساب نسبة السكان الذين يغطيهم كل مرفق صحي عامل لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في غضون ساعتين أو ساعة سفر واحدة هو مؤشر أكثر إثارة للاهتمام من «توافر مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة»، والمرتبطة بعدد المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل 500,000 نسمة.

وينصح المؤلفون بأن نسبة تغطية المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة للسكان في المستقبل ستحل محل نسبة توافر رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة كعامل تتبع دولي.

وأخيرًا، يجب وضع مؤشر جديد في الاعتبار، وهو مؤشر تغطية السكان في غضون ساعة أو ساعتين من وقت السفر من قبل المرفق صحي العامل لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة الذي يقدم رعاية عالية الجودة. ويجب أن يستند تعريف جودة الرعاية إلى فهرس يغطي كلاً من تقديم الرعاية وتجربتها على النحو الموصى به من قبل منظمة الصحة العالمية.

3.5 لوحة معلومات التحليل:

يجب عرض مؤشرات التحليل التي تم جمعها على المستوى الوطني والإقليمي/ على مستوى المقاطعة في شكل لوحة معلومات تشتمل على المؤشرات الرئيسية (مع الجداول والرسوم البيانية) لتسهيل التحليل واتخاذ القرار. ويجب إنشاء لوحات المعلومات هذه خلال ورشة عمل التصميم الوطنية، مع تحديد المؤشرات المزمع جمعها على لوحات المعلومات في جلسة عامة - انظر الجدول 7 للحصول على المؤشرات التي تم جمعها على لوحات المعلومات الوطنية والإقليمية في توجو.

الجدول 7: مؤشرات الصحة الإيجابية وصحة الأم والمولود المدرجة في لوحات المعلومات الوطنية والإقليمية للمرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -توجو

2. المدرجة في لوحة المعلومات الإقليمية/ في المنطقة (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الإقليمي بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في المنطقة في وقت محدد؟	1. المدرجة في لوحة المعلومات الوطنية (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الوطني بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المناطق في وقت محدد؟	التعريفات	المؤشرات	
الجزء الأول: مؤشرات نتائج رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة				
نعم	نعم	<p>- البسط = عدد المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة</p> <p>- المقام = عدد المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بالمنطقة المعنية (في الدورة (الدورات) البرامجية ذات الصلة)</p> <p><u>معايير أداء المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (لمدة ربع سنة، ولكن يجب أيضًا قياسها على مدار نصف العام وعلى مدار العام):</u></p> <p>- معايير المرافق الصحية العاملة للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة: تنفيذ الوظائف الدلالية السبع (خلال الربع الأخير للتحليل ربع السنوي، أو على مدار ربعين ليكون عاملًا على مدار نصف العام، أو على مدار ثلاثة أرباع على الأقل بما في ذلك الربع الأخير ليكون عاملًا على مدار العام) + العمل على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع</p> <p>- معايير المرافق الصحية العاملة للرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة: تنفيذ الوظائف الدلالية التسع (خلال الربع الأخير للتحليل ربع السنوي، أو على مدار ربعين ليكون عاملًا على مدار نصف العام، أو على مدار ثلاثة أرباع على الأقل بما في ذلك الربع الأخير ليكون عاملًا على مدار العام) + العمل على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع</p> <p>يمكن فصل هذا المؤشر بالنسبة لمرافق الرعاية الأساسية ومرافق الرعاية الشاملة.</p>	1.1 نسبة المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة بالمنطقة المعنية:	1. توافر وتغطية مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
نعم	نعم	عدد الولادات في المرافق الصحية العاملة وغير العاملة في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، وفي مرافق رعاية الأمومة الأخرى (= عدد الولادات المؤسسية المحسوبة باستخدام معدل الولادات المؤسسية، مخصوماً منه عدد الولادات في مرافق الرعاية الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة)، وخارج أي مرافق صحية (= عدد الولادات المتوقعة - العدد التقديري للولادات المؤسسية)	1.2 عدد الولادات في المرافق الصحية العاملة وغير العاملة في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وفي مرافق رعاية الأمومة الأخرى وخارج أي مرافق صحية	

المؤشرات	التعريفات	1. المدرجة في لوحة المعلومات الوطنية (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الوطني بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المناطق في وقت محدد)؟ 2. المدرجة في لوحة المعلومات الإقليمية/الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الإقليمي بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في المنطقة في وقت محدد؟	
الجزء الأول: مؤشرات نتائج رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة			
1. توافر وتغطية مرافق الحمل والولادة وحديثي الولادة	1.3 عدد الولادات في مرافق الصحة العاملة في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وفي مرافق رعاية الأمومة الأخرى (= عدد الولادات المؤسسية المحسوبة باستخدام معدل الولادات المؤسسية، مخصوماً منه عدد الولادات في مرافق الرعاية الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة)، وخارج أي مرافق صحية (= عدد الولادات المتوقعة - العدد التقديري للولادات المؤسسية) - المقام = عدد الولادات المتوقعة في المنطقة المعنية في الدورة (الدورات) البرامجية ذات الصلة (= عدد السكان × معدل المواليد الخام / 1000)	نعم	نعم
	1.4 نسبة المرافق الصحية المخصصة لرعاية الولادة وحديثي الولادة التي تُجري أقل من 30 ولادة شهرياً - المقام = عدد المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بالمنطقة المعنية (في الدورة (الدورات) البرامجية ذات الصلة)	نعم	نعم
	1.5 عدد الثغرات في الوظائف الدلالية (وبيان الوظائف الدلالية الناقصة)	لا	نعم
	1.6 عدد مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي بها ثغرات في كل وظيفة من الوظائف الدلالية	نعم	نعم

	2. المدرجة في لوحة المعلومات الإقليمية/ في المنطقة (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الإقليمي بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في المنطقة في وقت محدد)؟	1. المدرجة في لوحة المعلومات الوطنية (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الوطني بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المناطق في وقت محدد)؟	التعريفات	المؤشرات
الجزء الأول: مؤشرات نتائج رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة				
نعم	نعم	عدد مضاعفات الولادة المباشرة التي عولجت في المرافق الصحية العاملة وغير العاملة في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	1.7 عدد مضاعفات الولادة المباشرة الكبرى التي عولجت في المرافق الصحية العاملة وغير العاملة في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	1. توافر وتغطية مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة
نعم	نعم	- البسيط = عدد المضاعفات المباشرة الكبرى للولادة في المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - المقام = العدد المتوقع من المضاعفات المباشرة الكبرى في المنطقة المعنية (في الدورة (الدورات) البرامجية) - ما يعادل 15% من الولادات المتوقعة في المنطقة المعنية	1.8 تلبية الحاجة إلى رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة: نسبة المضاعفات المباشرة الكبرى للولادة التي عولجت في المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	
نعم	نعم	وتحسب باستخدام AccessMod (https://www.accessmod.org/) يمكن تصنيفها حسب المستويين الوطني والإقليمي (مع وبدون المساهمة من الأقاليم المجاورة) ويمكن تقليل وقت السفر إلى أقل من ساعتين وفقاً للسياق (على سبيل المثال ساعة واحدة أو 30 دقيقة)	1.9 نسبة السكان الذين يمكنهم الوصول إلى أقرب مرفق صحي مخصص لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة خلال ساعتين من زمن السفر في المنطقة المعنية	
نعم	نعم	وتحسب باستخدام AccessMod (https://www.accessmod.org/). يمكن تصنيفها حسب المستويين الوطني والإقليمي (مع وبدون المساهمة من الأقاليم المجاورة) ويمكن تقليل وقت السفر إلى أقل من ساعتين وفقاً للسياق (على سبيل المثال ساعة واحدة أو 30 دقيقة)	1.10 نسبة السكان الذين يمكنهم الوصول إلى أقرب مرفق صحي عامل لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة خلال ساعتين من زمن السفر في المنطقة المعنية	

المؤشرات	التعريفات	1. المدرجة في لوحة المعلومات الوطنية (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الوطني بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المناطق في وقت محدد)؟	2. المدرجة في لوحة المعلومات الإقليمية/ في المنطقة (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الإقليمي بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في المنطقة في وقت محدد)؟	
الجزء الأول: مؤشرات نتائج رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة				
1. توافر وتغطية مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	1.11 نسبة السكان القادرين على الوصول إلى أقرب مرفق صحي عامل لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة -والذي يقدم رعاية عالية الجودة -في غضون ساعتين من وقت السفر في المنطقة المعنية	وتحسب باستخدام AccessMod (https://www.accessmod.org). يمكن تصنيفها حسب المستويين الوطني والإقليمي (مع وبدون المساهمة من الأقاليم المجاورة) ويمكن تقليل وقت السفر إلى أقل من ساعتين وفقاً للسياق (على سبيل المثال ساعة واحدة أو 30 دقيقة). لا يُراعى لهذا المؤشر إلا المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي يقل فيها معدل الوفيات المرتبطة مباشرة بالولادة عن 1 % فقط.	نعم	
	1.12 نسبة الأقاليم أو المقاطعات التي تصل إلى تغطية كافية للسكان من خلال المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة خلال ساعتين من زمن السفر	- البسط: عدد الأقاليم أو المقاطعات التي وصلت إلى تغطية كافية للسكان من خلال المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (يحدد على المستوى الوطني، ولكن يجب أن يهدف إلى تحقيق نسبة 80% على الأقل، مع أهداف واقعية وسيطة تبلغ 50% و60% و70%، وفقاً للسياق) - المقام: عدد الأقاليم أو المقاطعات في الدولة	نعم	لا
	1.13 معدل عمليات الولادة القيصرية في المرافق الصحية العاملة في مجال رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	- البسط = عدد الولادات القيصرية في المرافق العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - المقام = عدد الولادات المتوقعة في المنطقة المعنية يبلغ الحد الأدنى لمعدل الولادات القيصرية 5%	نعم	نعم
	1.14 نسبة وفيات الأمهات المبلغ عنها (في المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة)	- البسط = عدد وفيات الأمهات في المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي تم الإبلاغ عنها من خلال نظام الدراسات الاستقصائية عن وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة والتصدي لها - المقام = نسبة وفيات الأمهات في المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	نعم	نعم
	1.15 نسبة وفيات الأمهات التي تمت مراجعتها (في المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة)	- البسط = عدد وفيات الأمهات في المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي تم مراجعتها من خلال نظام الدراسات الاستقصائية عن وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة والتصدي لها - المقام = نسبة وفيات الأمهات في المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	نعم	نعم

المؤشرات	التعريفات	1. المدرجة في لوحة المعلومات الوطنية (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الوطني بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المناطق في وقت محدد)؟	2. المدرجة في لوحة المعلومات الإقليمية/ في المنطقة (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الإقليمي بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في المنطقة في وقت محدد)؟
الجزء الأول: مؤشرات نتائج رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة			
2. مؤشرات جودة الرعاية (تقديم الرعاية)	2.1 عدد وفيات الأمهات في الشبكة المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	عدد وفيات الأمهات في المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	نعم
	2.2 معدل الوفيات المرتبطة مباشرة بالولادة: في الشبكة المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (وتحسب أيضا للمرافق الصحية العاملة وغير العاملة في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة)	- البسط = عدد وفيات الأمهات بسبب المضاعفات المباشرة الكبرى للولادة في المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بالمنطقة المعنية - المقام = عدد النساء اللواتي عولجن من المضاعفات المباشرة الكبرى للولادة في نفس مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة خلال نفس الفترة، بحد أدنى 1% (كما هو موصى به دوليًا) يتعين قياس معدل الوفيات المرتبطة مباشرة بالولادة على أساس ربع سنوي في المرافق الصحية المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي تمارس نشاطًا ولادياً مهمًا. بالنسبة للمرافق الصحية ذات النشاط الولادي المنخفض، يجب تمديد فترة الحساب (على سبيل المثال، يحسب على أساس البيانات نصف السنوية أو السنوية)	نعم
	2.3 معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة أثناء الولادة وفي وقت مبكر جدًا في الشبكة المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	- البسط = عدد الوفيات أثناء الولادة (الجنة التي تموت فعليًا أثناء الولادة وليس قبلها، على أن يكون الوزن 2.5 كجم أو أكثر) ووفيات حديثي الولادة المبكرة جدًا (24 خلال ساعة أو أقل، على أن يكون الوزن 2.5 كجم أو أكثر) في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بالمنطقة المعنية - المقام = عدد الولادات في نفس مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة خلال نفس الفترة	نعم
	2.4 نسبة المواليد الجدد (المولودين متوفين) الذين يتم إنعاشهم في الشبكة المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	- البسط = عدد عمليات الإنعاش الأساسية لحديثي الولادة (بحقبة وقناع) - المقام = عدد الأجنة المولودين متوفين بوزن 2.5 كجم أو أكثر في نفس مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة خلال نفس الفترة	لا

	2. المدرجة في لوحة المعلومات الإقليمية/ في المنطقة (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الإقليمي بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في وقت محدد)؟	1. المدرجة في لوحة المعلومات الوطنية (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الوطني بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المناطق في وقت محدد)؟	التعريفات	المؤشرات
الجزء الأول: مؤشرات نتائج رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة				
نعم	لا	<p>- الرابط الأخضر -الإحالات بشكل عام لا تواجه مشكلات ويتم إجراؤها في أقل من ساعتين.</p> <p>- الرابط البرتقالي -روابط الإحالة التي تواجه بعض الصعوبات المتعلقة بالمشكلات التي يمكن حلها بسهولة على المدى القصير/ المتوسط -بشكل عام من قبل القطاع الصحي نفسه -و/ أو يتم إجراؤها في مدة تتراوح بين ساعتين و4 ساعات.</p> <p>- الرابط الأحمر -روابط الإحالة التي تواجه مشكلات كبرى فيما يتعلق بحالة طرق السفر أو عبور الأنهار، والتي من الصعب حلها على المدى المتوسط، والتي عادة ما تضم قطاعات أخرى غير قطاع الصحة -و/ أو يتم إجراؤها في مدة تزيد عن 4 ساعات</p>	<p>3.1 رصد عدد مرافق الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي لديها روابط إحالة مع مرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (مفصلة) حسب جودة الرابط- راجع التعريف)</p>	3. روابط الإحالة
نعم	نعم	<p>- البسيط = عدد روابط الإحالة بين مرفق الرعاية الأساسية ومرفق الرعاية الشاملة التي لا تنطوي على مشاكل ويتم تنفيذها في أقل من ساعتين (الروابط ذات اللون الأخضر)</p> <p>- المقام = العدد الإجمالي لروابط الإحالة بين مرافق الرعاية الأساسية ومرافق الرعاية الشاملة في المنطقة المعنية.</p>	<p>3.2 نسبة روابط الإحالة «الجيدة» (الخضراء) بين مرافق الرعاية الأساسية ومرافق الرعاية الشاملة في إطار الشبكة الوطنية.</p>	
نعم	نعم	<p>- البسيط = عدد المرضى الذين يعانون من مضاعفات الولادة أو مضاعفات الأطفال حديثي الولادة المحولين من مرافق الرعاية الأساسية إلى المرافق الصحية الشاملة</p> <p>- المقام = إجمالي عدد المرضى المعالجين في مرافق الرعاية الأساسية من المضاعفات الكبرى المرتبطة مباشرة بالولادة أو من مضاعفات الأطفال حديثي الولادة</p>	<p>3.3 نسبة المرضى الذين يعانون من مضاعفات الولادة أو مضاعفات الأطفال حديثي الولادة المحولين من مرافق الرعاية الأساسية إلى المرافق الصحية الشاملة</p>	
نعم	لا	<p>مرافق رعاية الأمومة التي تفتح أبوابها على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، حيث يتوفر بها الحد الأدنى لعدد القابلات المطلوب وفقاً للمعايير الوطنية لضمان توافر الخدمات على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع (على سبيل المثال، 3 قابلات على الأقل)</p>	<p>4.1 توافر خدمات المرافق الصحية للرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع</p>	4. توافر خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود

المؤشرات	التعريفات	1. المدرجة في لوحة المعلومات الوطنية (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الوطني بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المناطق في وقت محدد)؟	2. المدرجة في لوحة المعلومات الإقليمية/ في المنطقة (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الإقليمي بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في المنطقة في وقت محدد)؟	
الجزء الأول: مؤشرات نتائج رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة				
4. توافر خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود	4.2 النشاط الداخلية	عدد عمليات الشفط بالتخلية التي تم إجراؤها	لا	نعم
	4.3 منع العدوى	تنفيذ الحزمة الوطنية للوقاية من العدوى (مؤشر «نعم / لا»)	لا	نعم
	4.4 البارتنوجراف	الاستخدام المنهجي للبارتنوجراف (مؤشر «نعم / لا»)	لا	نعم
	4.5 المياه	توافر المياه في غرفة الولادة (مؤشر «نعم / لا»)	لا	نعم
	4.6 تنظيم الأسرة / منع الحمل بعد الولادة	عدد ونسبة النساء اللواتي يتلقين المشورة بشأن إحدى الوسائل الحديثة لمنع الحمل في غضون 48 ساعة بعد الولادة	نعم	نعم
	4.7 أدوات منع الحمل القابلة للتثبيت / اللولب	عدد غرسات مانع الحمل واللولب	لا	نعم
	4.8 منع انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل (EMTCT)	توافر خدمات منع انتقال المرض (الإيدز والزهري) من الأم إلى الطفل (مؤشر «نعم / لا»)	لا	نعم

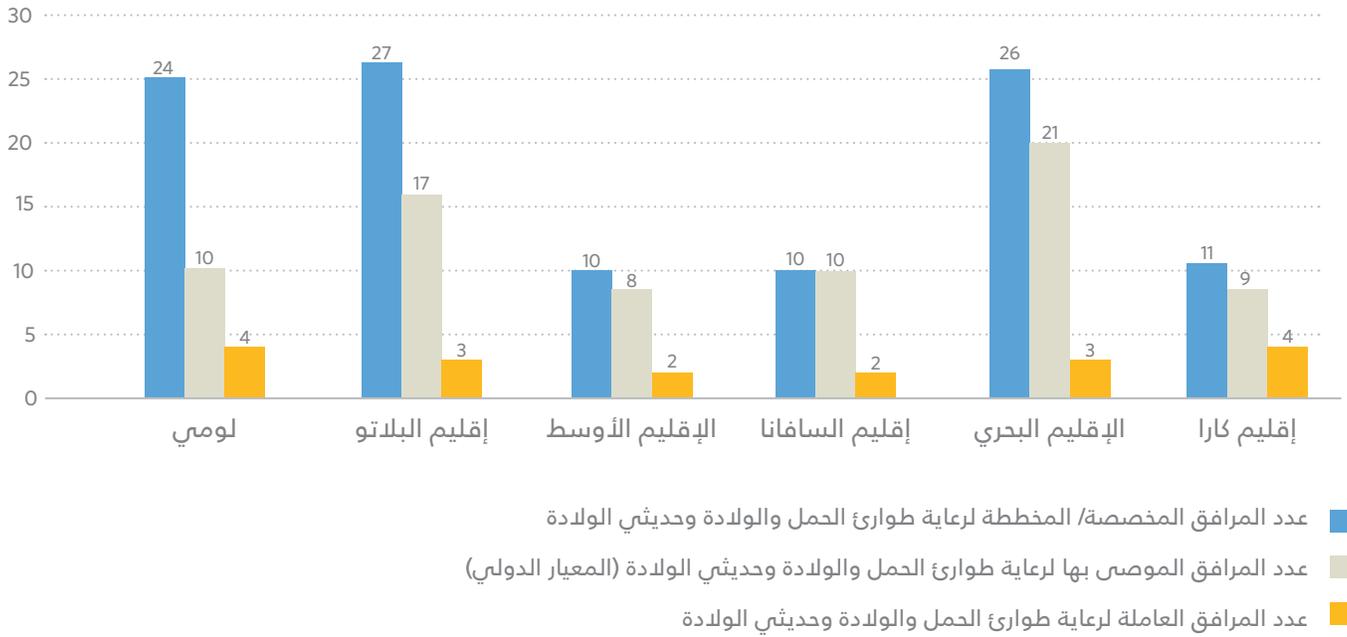
المؤشرات	التعريفات	1. المدرجة في لوحة المعلومات الوطنية (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الوطني بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المناطق في وقت محدد)؟	2. المدرجة في لوحة المعلومات الإقليمية/ في المنطقة (الرسم البيانية مع التوجهات على المستوى الإقليمي بمرور الوقت والرسم البيانية مع المؤشرات لجميع المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في المنطقة في وقت محدد)؟
الجزء الأول: مؤشرات نتائج رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة			
5. الموارد البشرية (القابلات)	العجز في القابلات في شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	<p>- البسط = عدد القابلات اللائي يعملن بالفعل في المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (جزء من مناوبة العمل)</p> <p>- القاسم = العدد المطلوب من القابلات للعمل في الشبكة الوطنية لمرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لتلبية المعايير الوطنية</p> <p>يجب حساب العدد اللازم من القابلات للعمل في المرافق الصحية في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على أساس المعيار الوطني الذي يستوجب تضمين الحد الأدنى من عدد القابلات اللازم لضمان تقديم الخدمات على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، إلى جانب ضمان وجود حد أقصى لعدد الولادات التي تجربها كل قابلة شهرياً على سبيل المثال، يضمن وجود 3 قابلات على الأقل استمرار تقديم الخدمة على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، كما يضمن إجراء 30 ولادة كحد أقصى لكل قابلة في الشهر استمرار قدرة القابلات على أداء خدمات الصحة الإنجابية الأخرى والارتباط بمرافق رعاية الأمومة والمجتمعات الأخرى.</p> <p>سيحتاج المرفق الصحي لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة الذي يجري 130 ولادة شهرياً إلى ما يلي: 3 قابلات (مع مراعاة العمل على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع) + قابلة واحدة لتغطية عمليات الولادة الثلاثين التالية للتسعين ولادة المنصوص عليها كحد أقصى + قابلة واحدة لتغطية الولادات بدءاً من الولادة رقم 121 = 5 قابلات</p>	<p>نعم</p> <p>نعم</p>
6. الأدوات الأساسية	6.1 عدد المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي ينفذ لديها مخزون الأدوية الأساسية	<p>- نفاذ مخزون الأوكسيتوسين والميزوبروستول وكبريتات المغنيسيوم</p> <p>- نفاذ مخزون الأدوية الأخرى: الأمبسلين وفيتامين ك 1 وقطرة ريفاميسين للعين، إلخ</p>	<p>نعم</p> <p>لا</p> <p>نعم</p>

يجب أن تتضمن لوحة المعلومات الوطنية مجموعة من المؤشرات الرئيسية للصحة الجنسية والإنجابية/ صحة الأم والمولود مستمدة من شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة في شكل جداول ورسوم بيانية، حيث يتعين عرضها على لوحة معلومات تفاعلية حتى يتمكن المستخدم من استخدام المرشحات لإنشاء الرسوم البيانية تلقائياً.

ونوصي بتضمين الرسوم البيانية التالية التي تعرض المؤشرات الرئيسية للصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود المحددة في شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (انظر الأشكال من 39 إلى 44).

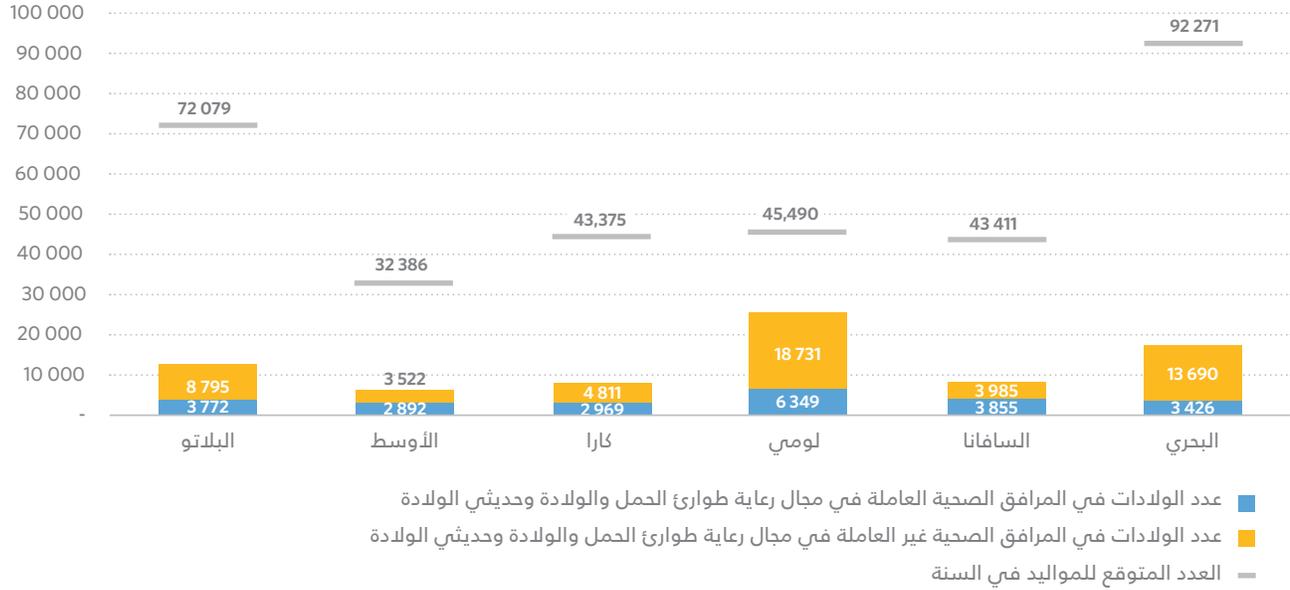
الشكل 39: عدد مرافق الإحالة الصحية في الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. بيانات رصد الصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود لعام 2016 -وزارة الصحة، توجو

عدد مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل إقليم -توجو (الربع الأول - الربع الرابع 2016)



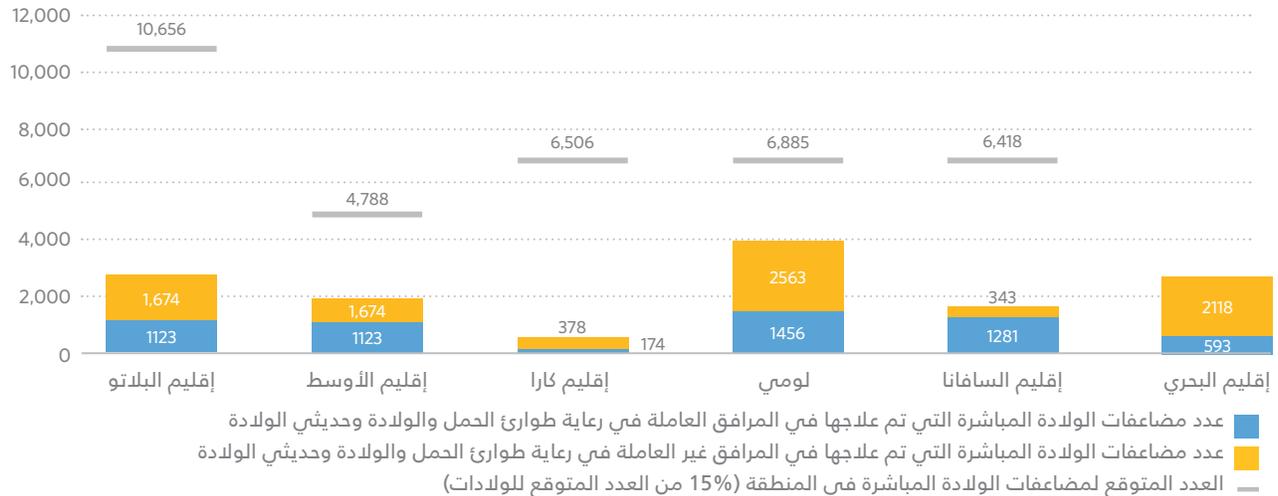
الشكل 40: عدد الولادات في الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. بيانات رصد الصحة الإيجابية وصحة الأم والمولود لعام 2016 -وزارة الصحة، توجو

عدد الولادات في كل إقليم -شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - توجو (الربع الأول - الربع الرابع 2016)



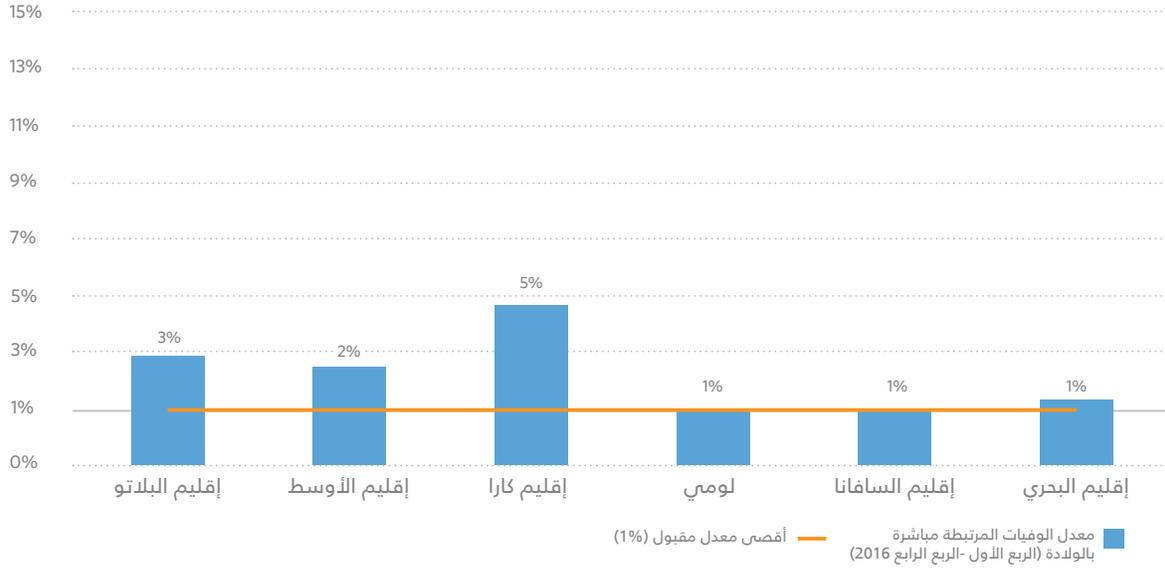
الشكل 41: عدد الإحالات فيما يتعلق بمضاعفات الولادة المباشرة في إطار الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. بيانات رصد الصحة الإيجابية وصحة الأم والمولود لعام 2016 -وزارة الصحة، توجو

عدد النساء اللواتي يعانين من مضاعفات الولادة المباشرة - الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل إقليم - توجو (من الربع الأول إلى الربع الرابع 2016)



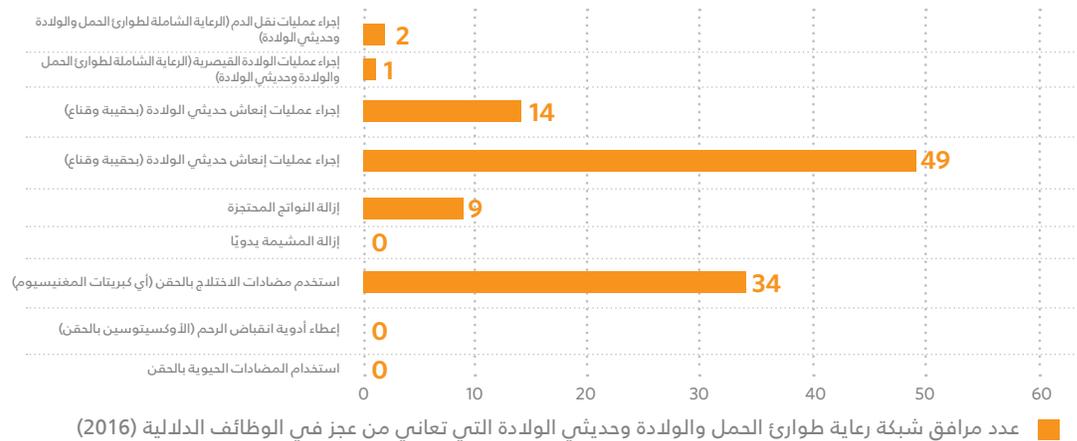
الشكل 42: معدل الوفيات الناتجة عن أسباب ذات علاقة مباشرة بالولادة في الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. بيانات رصد الصحة الإيجابية وصحة الأم والمولود لعام 2016 -وزارة الصحة، توجو

معدل الوفيات المرتبطة مباشرة بالولادة في المرافق الصحية العاملة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - لكل إقليم - توجو، 2016



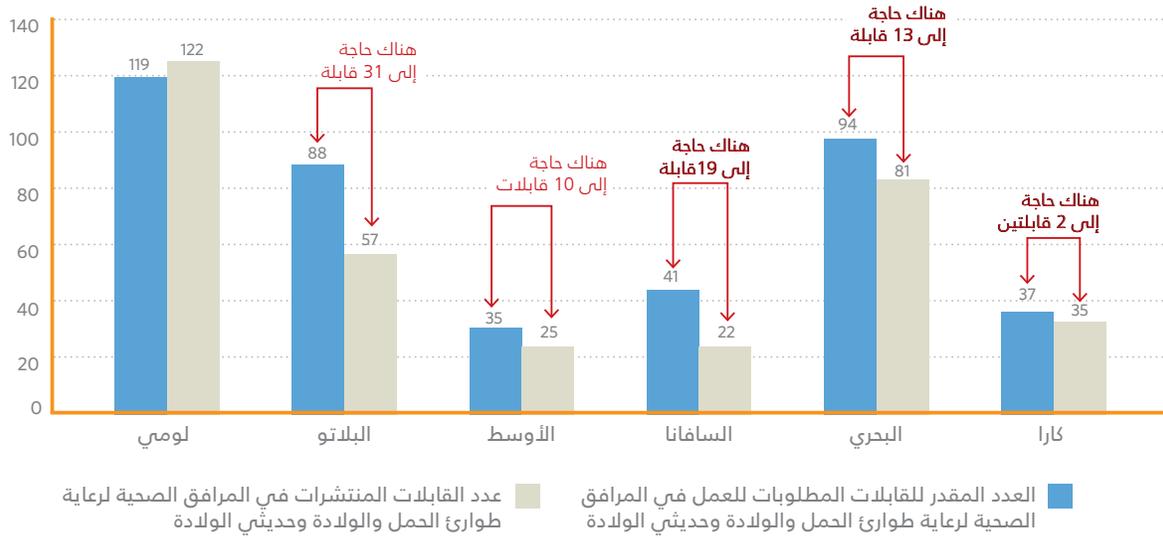
الشكل 43: عدد مرافق الإحالة بشبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي تعاني من عجز في الوظائف الدلالية. بيانات رصد الصحة الإيجابية وصحة الأم والمولود لعام 2016 -وزارة الصحة، توجو

عدد مرافق شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي تعاني من عجز في الوظائف الفعالة - توجو (من الربع الأول إلى الربع الرابع 2016)



الشكل 44: العجز المقدر في عدد القابلات في الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (تم تقليل الأرقام المقدر لمدينة لومي). بيانات رصد الصحة الإيجابية وصحة الأم والمولود للربع الأخير من عام 2016 -وزارة الصحة، توجو

العجز المقدر في عدد القابلات المنتشرات في المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة لكل إقليم -توجو (الربع الرابع 2016)



يجب أن تتضمن لوحات المعلومات الإقليمية مجموعة من مؤشرات الصحة الإيجابية وصحة الأم والمولود (RMNH) لكل مرفق صحي مخصص لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (من كل إقليم) في شكل جدول ملون. تعمل لوحة المعلومات الإقليمية كأداة تحليلية لفريق الدعم الإقليمي لتحديد نقاط القوة والضعف بسهولة من حيث توافر وجودة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (على سبيل المثال، يشير اللون الأخضر إلى الممارسات الجيدة، بينما يشير اللون الأحمر إلى أوجه القصور)، كما هو موضح في الجدول 8.

الجدول 8: شبكة المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - مثال على لوحة المعلومات الإقليمية (إقليم كارا) للربع الرابع من عام 2015

ويمكن إنشاء لوحات المعلومات هذه باستخدام البرنامج الإحصائي DHIS 2 أو أداة تحليل شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي طورها القسم الفني في صندوق الأمم المتحدة للسكان (مرفق جدول بيانات Excel آلي تم تطويره مع هذا الدليل، وهو متاح على موقع صندوق الأمم المتحدة للسكان).

اسم المرفق الصحي لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	نوع المرفق الصحي لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	جودة روابط الإحالة بين مرافق الرعاية الأساسية (2013)	جودة روابط الإحالة بين مرافق الرعاية الأساسية (2015)	حالة مرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (الربع الثالث من 2015)	حالة مرافق الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (الربع الرابع من 2015)	عدد الثغرات في الوظائف الدلالية (الربع الرابع 2015)	أوجه العجز الرئيسية في الوظائف الدلالية (الربع الرابع 2015)	متنوع على مدار الساعة وطوال الأسبوع	توافر المياه (الربع الرابع 2015)	نفاذ مخزون الأدوية الأساسية (الربع الرابع 2015)	استخدام البارتوجراف (الربع الرابع 2015)	منع العدوى (الربع الرابع 2015)
CHP A	مرفق الرعاية الأساسية	جيد	جيد	غير عامل	غير عامل	1	الشفط بالتحلية	لا	نعم	قطرة ريفاميسين للعين	نعم	لا
CHP B	مرفق الرعاية الأساسية	قيود مالية	قيود مالية	عامل	عامل	0	لا يوجد عجز	نعم	نعم	ميسوبروستول	نعم	لا
CMS C	مرفق الرعاية الأساسية	جيد	جيد	عامل	غير عامل	1	الشفط بالتحلية	لا	نعم		نعم	نعم
CHP D	مرفق الرعاية الأساسية	جيد	جيد	غير عامل	غير عامل	1	الشفط بالتحلية	نعم	نعم		نعم	لا
CHP E	مرفق الرعاية الأساسية	جيد	جيد	عامل	عامل	0	لا يوجد عجز	نعم	نعم		نعم	لا
CHP F	مرفق الرعاية الأساسية	جيد	جيد	غير عامل	غير عامل	1	الشفط بالتحلية	نعم	نعم	أوكسيتوسين، ميسوبروستول، فيتامين ك 1، قطرة ريفاميسين للعين	نعم	لا
CHP G	مرفق الرعاية الشاملة			غير عامل	غير عامل	1	الشفط بالتحلية	لا	نعم		نعم	نعم
CHP H	مرفق الرعاية الشاملة			غير عامل	غير عامل	0	لا يوجد عجز	لا	نعم		نعم	لا
CHR I	مرفق الرعاية الشاملة			غير عامل	غير عامل	1	الشفط بالتحلية	نعم	نعم		لا	لا
CHU J	مرفق الرعاية الشاملة			غير عامل	غير عامل	1	الشفط بالتحلية	نعم	نعم	أوكسيتوسين، ميسوبروستول، فيتامين ك 1، قطرة ريفاميسين للعين	نعم	لا
HME K	مرفق الرعاية الشاملة			عامل	عامل	0	لا يوجد عجز	نعم	نعم		لا	نعم
المؤشرات				توافر مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة	توافر مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة		الوظائف الفعالة ذات أعلى عجز		المرافق المقترحة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي يتوافر بها الماء:	الأدوية الرئيسية التي تفذ مخزونها	المرافق المقترحة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة التي تستخدم البارتوجراف:	على منع العدوى: عمل
				33% (3/ 11)	33% (3/ 11)		الشفط بالتحلية		100%	ميسوبروستول، الأوكسيتوسين، قطرة ريفاميسين للعين	82%	27%

الفصل 9- الجداول الفنية وأدوات التنفيذ

نشاط الولادة (عدد الولادات) شهرياً في الربع الرابع من عام 2015	... بما في ذلك عدد عمليات الاستخراج بالتخلية (الربع الرابع 2015)	... بما في ذلك عدد عمليات الولادة القيصرية (الربع الرابع 2015)	عدد مضاعفات الولادة المباشرة الكبرى (الربع الرابع 2015)	عدد وفيات الأمهات (الربع الرابع 2015)	عدد وفيات الأمهات التي تم الإخطار بها (الربع الرابع 2015)	عدد وفيات الأمهات التي تمت مراجعتها (الربع الرابع 2015)	معدل الوفيات المرتبطة مباشرة بالولادة (الربع الرابع 2015)	عدد عمليات إنعاش الأطفال حديثي الولادة / عدد الأطفال المولودين متوفين ³ بوزن 2.5 كجم أو أكثر (الربع الرابع 2015)	عدد القابلات المنتشرات في المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (الربع الرابع 2015)	المعيار الوطني لعدد القابلات في المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة (3 قابلات على الأقل عند العمل على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع ويحد أقصى 30 عملية ولادة للقابلة في الشهر)	العجز المتوقع في عدد القابلات (الربع الرابع 2015)	عدد أدوات منع الحمل المثبتة (الربع الرابع 2015)	عدد اللوالب (الربع الرابع 2015)
29	-	-	1	0	0	0	لا توجد بيانات كافية لإجراء الحساب	1,75	1	3	2	123	123
54	٤	-	7	0	0	0	لا توجد بيانات كافية لإجراء الحساب	3,00	3	3	0	168	39
38	-	-	41	0	0	0	لا توجد بيانات كافية لإجراء الحساب	18,00	1	3	2	60	1
31	0	-	9	0	0	0	لا توجد بيانات كافية لإجراء الحساب	8,50	6	3	0	53	7
19	4	-	5	0	0	0	لا توجد بيانات كافية لإجراء الحساب	7,00	3	3	0	53	6
37	0	-	9	0	0	0	لا توجد بيانات كافية لإجراء الحساب	18000	3	3	0	126	3
25	0	-	70	0	0	0	لا توجد بيانات كافية لإجراء الحساب	5,00	1	3	2	215	11
92	5	-	58	0	0	0	لا توجد بيانات كافية لإجراء الحساب	5,67	3	4	1	188	8
86	0	-	180	1	1	1	0,56%	2,80	7	4	0	24	6
112	0	-	175	0	0	0	0%	2,79	4	5	1	22	13
74	5	-	36	0	0	0	لا توجد بيانات كافية لإجراء الحساب	0,75	3	3	0	18	8
الإجمالي:	الإجمالي:	الإجمالي:	الإجمالي:	الإجمالي:	معدل وفيات الأمهات المخاطر بها:	معدل وفيات الأمهات التي تمت مراجعتها:			إجمالي عدد القابلات المنتشرات في المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة:	إجمالي عدد القابلات المطلوبات للعمل في المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة:	إجمالي عدد القابلات في عدد:	الإجمالي:	الإجمالي:
597	18	374	591	1	100%	100%		35	37	8	1,050	104	

6. الجدول الفني رقم 6: مفهوم علم التنفيذ وتطبيقاته في تطوير شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

6.1. ما هو علم التنفيذ؟

يُعرّف علم التنفيذ على أنه الدراسة العلمية للطرق التي تعزز الاستخدام والتطبيق الكامل والفعال للنتائج القائمة على الأدلة والمستخرجة من البحث والوسائل الأخرى. ويسعى علم التنفيذ إلى تحديد دوافع استدامة استيعاب التدخلات القائمة على الأدلة وتبنيها واعتمادها وتنفيذها.

ويعد علم التنفيذ علمًا متعدد القطاعات، ويستخدم في مجالات مختلفة، بما في ذلك الرعاية الصحية والتعليم ومنع ومكافحة الجريمة.

ويعد وضوح البرنامج المطلوب تنفيذه وتفعيله أحد المتطلبات الأساسية للتنفيذ الناجح، فكلما تم شرح المكونات الرئيسية للبرنامج بوضوح للمعنيين من خلال التدريب والدعم الفني، زادت قدرتهم على التركيز على العوامل الرئيسية للتنفيذ الناجح، ومن ثم قدرتهم على تكراره في أماكن مختلفة. كما ثبت أيضًا أن مستوى وجودة تنفيذ البرامج يؤثران على النتائج المتحصل عليها^{32,33,34,35,36}، حيث يزيد التنفيذ الفعال من احتمالات نجاح البرنامج ويؤدي إلى نتائج أفضل. بالإضافة إلى ذلك، فإن السياق الديناميكي الذي يعزز مشاركة المعنيين، ويكون مفتوحًا ومرنًا أمام التغييرات، يسهل التنفيذ الناجح. ويتم توضيح ما سبق من خلال الصيغة التالية:

$$\text{برنامج فعال} + \text{تنفيذ فعال} + \text{سياق ديناميكي} = \text{رفع احتمالية تحقيق نتائج إيجابية}$$

ويعد هذا مهمًا لأنه في بعض الأحيان قد يبدو أن البرنامج أو التدخل قد فشل، بينما المشكلة الحقيقية ليست أن البرنامج لا يعمل، ولكن عملية تنفيذ البرنامج غير ملائمة.

وحيث تم الاعتراف على نطاق واسع بتحديات التنفيذ في رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، بما في ذلك الاعتراف من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان، واليونسيف، ومنظمة الصحة العالمية، وفي العديد من الأوراق البحثية المراجعة من قبل الأقران^{37,38}، يعد تنفيذ برامج تقديم الخدمات مثل رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة معقدًا، ومن أسباب هذا التعقيد أن هذه البرامج تتميز بالسمات التالية:

- كثافة المعاملات: يمكن أن يكون عدد الولادات ومضاعفات الولادة وحديثي الولادة مهمًا (لا سيما في المرافق الصحية ذات النشاط الولادي الكثيف ومحدودية عدد القابلات الماهرات عند الولادة).

- مدفوعاً بالنظام الصحي: تحسين توافر وجودة خدمات الصحة الجنسية والإنجابية/ صحة الأم والمولود في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة يتطلب أن تكون جميع مكونات الأنظمة الصحية في مكانها (من مقدمي الرعاية الصحية المهرة إلى الأدوية الأساسية والسياسات والحوكمة ومعايير جودة الرعاية والبيانات) والطلب الكافي على الخدمات (المرتبط بالوصول الجغرافي والمالي وجودة الرعاية والمساواة بين الجنسين).
- كثافة التحكيم: يجب على مقدمي الرعاية الصحية أن يحكموا، وهو ما قد يكون أمرًا معقدًا، على كل حالة ولادة بتركيز.
- الظروف قد لا تدعم «الرسالة»: يمكن أن تكون هناك ضغوط وحوافز قوية لدى بعض العاملين للقيام بشيء آخر غير تنفيذ الحلول، مثل فرض رسوم غير رسمية أو توجيه المرضى من مرافق الصحة العامة المجانية إلى العيادات الخاصة باهظة الثمن.

6.2. الأهمية المتنامية لعلم التنفيذ

لسنوات عديدة في مجال الصحة العامة، كان التنفيذ عملية حدسية أو سلبية تنطوي على «التعريف» و«نشر» المعلومات والتدخلات القائمة على الأدلة للقادة والممارسين، مع توقع ممارستهم لهذه التدخلات ووضع التنفيذ. غير أنه قد تبين من تقييم البرامج القائمة على الأدلة أن الابتكارات والتدخلات ليست ذاتية التنفيذ. وتشير الدراسات الحديثة إلى أن تنفيذ الممارسات القائمة على الأدلة في مجال الرعاية الصحية يستغرق في المتوسط حوالي 17 عامًا، حوالي 14% فقط من الممارسات القائمة على الأدلة المستخرجة من الأبحاث تدخل في الممارسات السريرية اليومية.

«تشير الدراسات إلى أن وصول الأدلة البحثية إلى الممارسة السريرية يستغرق 17 عامًا في المتوسط.»

بالاس إي إيه وبورين إس إيه: الكتاب السنوي لمعالجة المعلومات الطبية: إدارة المعرفة السريرية لتحسين الرعاية الصحية. شتوتجارت، ألمانيا، 2000.

«يستغرق الأمر ما يقارب 17 عامًا حتى يتم 14% فقط من الاكتشافات العلمية الجديدة في الممارسة السريرية اليومية.»

ويستفول جيه إم، ومولد جيه، وفاجنان إل: البحث القائم على الممارسة - «الطرق السريعة الزرقاء» على خارطة طريق المعاهد الوطنية للصحة. مجلة الجمعية الطبية الأمريكية، 297 (4)، ص. 403، 2007.

استجابة لإخفاقات تنفيذ البرامج على نطاق عريض، توسع مجال «علم التنفيذ» بسرعة في العقد الماضي وأصبح التنفيذ الفعال للتدخلات القائمة على الأدلة مصدر اهتمام متزايد لمختلف البلدان. على سبيل المثال، ففي حالة الاستثمار الوطني في الصحة الإنجابية وصحة الأمهات وحديثي الولادة والأطفال والمراهقين (2015)، تعتبر أوغندا أن «ارتفاع معدل وفيات الأمهات والأطفال [في البلد] لا يرجع كثيرًا إلى الافتقار إلى السياسات المناسبة على المستويين الوطني والمقاطعات، بل يرجع إلى التنفيذ غير الكافي للسياسات.» وكما تم التأكيد سابقًا، لا يزال توافر خدمات رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة محدودًا في معظم البلدان منخفضة الدخل، مما يعكس نقاط الضعف في تطوير وتنفيذ شبكات المرافق. كما أظهرت دراسة حديثة لصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية بشأن رصد وفيات الأمهات والتصدي لها وجود تفاوتات بين الدول في تنفيذ أنظمة رصد وفيات الأمهات والتصدي لها. فعلى سبيل المثال، نجد أن كل من بنغلاديش وبوركينا فاسو والسنغال لديها أطر لرصد وفيات الأمهات والتصدي لها، ولكن نسبة تبليغ وفيات الأمهات لدى كل منها 15% و19% و4% على التوالي، بينما تبلغ نسبة تبليغ وفيات الأمهات لدى كل من الكونغو والنيجر ورواندا 42% و25% و31% على التوالي.

وقد ساهمت المراجعة المنهجية للدروس المستفادة من تنفيذ البرامج³² في تحديد مجموعة من المفاهيم لتسهيل التنفيذ الناجح، مثل وجود فرق التنفيذ، ومحركات التنفيذ، ودورات تحسين الجودة. ويمكن تطبيق هذه المفاهيم -الموصوفة في القسم التالي- على تنفيذ إنشاء ورصد ومراقبة شبكة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

3.6 مفاهيم علم التنفيذ

1.3.6 فرق دعم التنفيذ/ فرق تحسين الجودة

يعد تنفيذ البرامج عملية نشطة، ومن الأهمية بمكان وجود موارد بشرية مخصصة حصريًا لدعم التنفيذ الفعال. وتظهر الأبحاث الحديثة أهمية وجود فرق تنفيذ داخل المنظمات لدعم التدخلات الرئيسية من أجل تنفيذ هادف وفعال.

وعلى الرغم من هذه الأدلة، فإن فرق دعم التنفيذ المبنية بوعي لا تعد جزءًا قياسيًا من برامج صحة الأم في الوقت الحالي. ونادرًا ما تكون هناك ميزانية مخصصة لدعم التنفيذ بشكل استباقي من خلال هذه الفرق.

ويمكن أن يكون لفرق دعم التنفيذ هياكل وتكليفات مختلفة في بيئات مختلفة، ولكن هدفها الرئيسي يظل هو توفير الخبرة الفنية لتعزيز تنفيذ البرنامج. وعادة ما تتألف هذه الفرق من ثلاثة إلى خمسة أفراد. وتتكون بعض فرق التنفيذ من معدي ومنفذي البرنامج، والبعض الآخر يشمل أيضًا خبراء من خارج المنظمة أو جهة التنفيذ. والأهم هو الحصول على الخبرة والموارد اللازمة من أجل: (1) رصد ومراقبة عملية التنفيذ، (2) استخدام البيانات لإجراء تحسينات مستمرة على تنفيذ البرنامج، (3) بناء وإدارة العلاقات بين الشركاء، (4) التسهيل لإحداث التغييرات اللازمة لدمج البرنامج في الهياكل التنظيمية القائمة، (5) توفير التدريب للمنفذين³².

وفي سياق إعداد شبكة وطنية من مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، يجب أن تقوم فرق مراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (الفرق الإقليمية/ فرق المقاطعات والفريق الوطني) بدور فرق دعم التنفيذ لتسهيل تنفيذ مراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة ومراحل الاستجابة. ويتمثل أحد الأساليب في وجود فريق لدعم التنفيذ على المستوى المركزي، وفريق آخر على المستوى الأقل (الإقليم/ المقاطعة/ الولاية). ووفقًا للسياق والخبرة المتاحة في تنفيذ البرنامج، يجب أن يتم تدريب فرق مراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من قبل خبراء التنفيذ حتى تصبح هذه الفرق قادرة على دعم فرق المرافق الصحية بشكل فعال في تنفيذ نهج تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. وينبغي أن يكون هذا الدعم في التنفيذ مكملًا للدعم الفني الآخر مثل الإشراف الداعم والتوجيه، والمنفذ بالفعل في العديد من البلدان. ويوضح الجدول 10 في الجدول الفني رقم 7 هذه الأنواع المختلفة من الدعم. وفي سياق إعداد شبكة مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، يجب على فرق دعم التنفيذ تحقيق ما يلي:

- أن تتكون من ثلاثة أشخاص على الأقل (لاستمرارية الفريق) مع مزيج من المهارات والخبرات في كل مما يلي:

- الخبرات السريرية

- تنفيذ البرنامج (بما في ذلك الرصد والتقييم)

- التغيير التنظيمي

- أصول التدريس

- أن يكونوا على اتصال منتظم مع فرق المرافق لدعمهم في تنفيذ مراحل جمع البيانات وتحليلها والاستجابة (بما في ذلك اختبار التغيير عن طريق التخطيط لذلك، تنفيذ الخطة، مراقبة ودراسة الآثار ثم تحديد التعديلات الواجب عملها للاختبار دورة PDSA).

وقد أوضح برنامج صحة الطفل على المستوى الوطني في غانا القيمة المضافة لفرق دعم التنفيذ، حيث استخلص الفريق المنفذ بعض الدروس الأساسية حول دعم التنفيذ، بما في ذلك ضمان أن تستهدف الزيارات الميدانية التصدي لاهتمامات ومخاوف المرافق الصحية، وبناء ثقافة استخدام البيانات لقياس وتحسين جودة الرعاية³⁹.

6.3.2. دوافع التنفيذ

دوافع/ مكونات التنفيذ هي العناصر التي تؤثر بشكل إيجابي على نجاح تنفيذ البرنامج وتكراره. وتشير هذه الدوافع إلى القدرات والبنية التحتية وعمل المنظمات، ويتم تجميعها في ثلاث فئات (كما هو موضح في الشكل 46):

1. دوافع الكفاءة: هي الأنشطة الهادفة إلى إعداد وتحسين واستدامة القدرة على وضع البرامج والابتكارات موضع التنفيذ من أجل تحقيق الفائدة للمريض أو المجتمع. وتشمل دوافع الكفاءة الثلاثة ما يلي: (أ) اختيار الموظفين، (ب) التدريب، (ج) التوجيه/ تلقي التغذية الراجعة من تقييم الأداء. وقد تم ذكر تكامل هذه المكونات بشكل أقل تكراراً، رغم كونه يتمتع بذات القدر من الأهمية. وغالباً ما يترك الممارسون التدريب ويجدون أن معارفهم ومهاراتهم الجديدة غير مدعومة من قبل مشرفيهم. أمّا في النهج المتكامل، يكون المشرفون على استعداد لدعم وتوسيع المعرفة والمهارات المقدمة في التدريب.

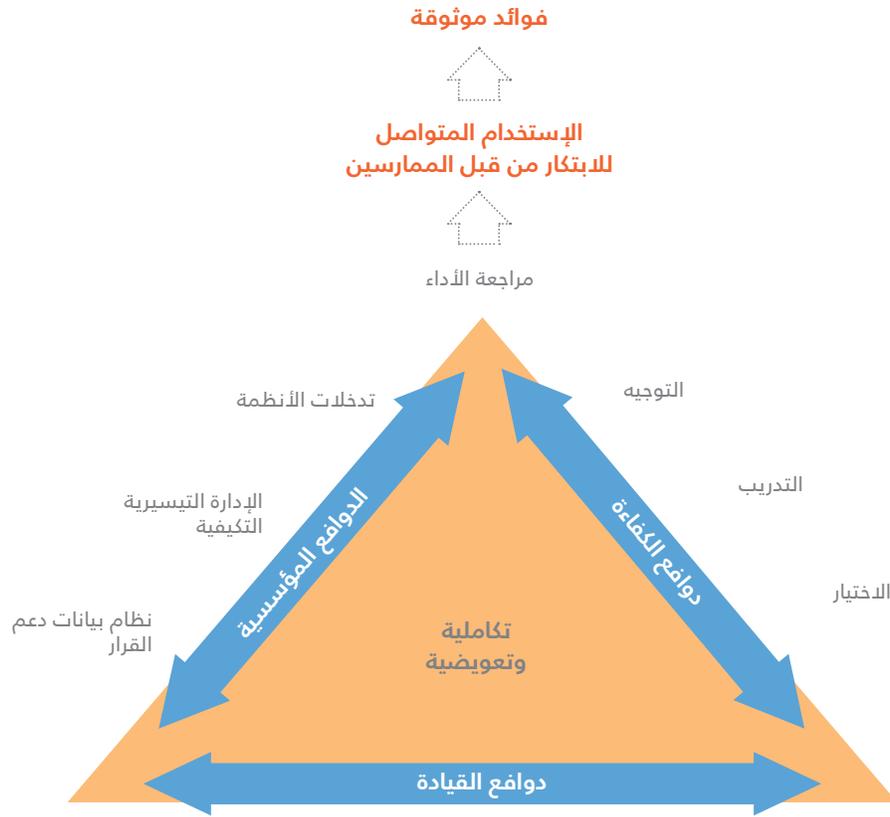
2. الدوافع المؤسسية: هي آليات يتم إنشاؤها والحفاظ عليها لضمان الظروف والبيئة المواتية لتنفيذ البرنامج أو الابتكار، ومن ثم الحصول على النتائج. وتشمل الدوافع التنظيمية الثلاثة ما يلي: (هـ) تدخلات النظام، وتعني أهمية ضمان الالتزام ودعم التغيير على جميع مستويات النظام/ المنظمة والاعتماد على المناصرين والأشخاص ذوي التأثير والنفوذ للعمل معاً لبناء الثقافة والسياسات والممارسات التنظيمية وآليات التمويل واستدامتها، وهو ما يعد ضرورياً لازدهار كل من دوافع التنفيذ وممارسات التدخل، (و) الدعم الإداري التيسيري بما في ذلك تحليلات السياسة الداخلية والقرارات والتغييرات الإجرائية ومخصصات التمويل، وثقافة تركز على ما يلزم للتنفيذ للحصول على نتائج جيدة وتقليل الحواجز أمام التنفيذ، على سبيل المثال عن طريق تقليل الأعمال الورقية والتأكد من أن المشكلات مثل ضغط العمل على الممارس، والسلامة، والأجور، والتواصل، وردود الفعل، يتم تناولها بشكل استباقي من قبل الإدارة بما يرضي الممارسين، (ز) القرار المدعوم بالبيانات والأدلة، باعتباره أحد أهم المكونات للتحسين المستمر للجودة. وتساعد فرق دعم التنفيذ المؤسسات على إنشاء أنظمة البيانات الخاصة بها وتطويرها بحيث تكون المعلومات متاحة على الفور ومفيدة للممارسين والمدربين والموجهين والمديرين للتخطيط والتحسين على المدى القصير والطويل على المستويات السريرية والتنظيمية.

3. دوافع القيادة: هي استراتيجيات القيادة التي يجب وضعها لدعم تنفيذ البرنامج أو الابتكار، حيث تبرز الحاجة إلى وجود قادة أكفاء طوال عمر البرنامج أو المنظمة لدعم التنفيذ، فمن النادر أن تعثر على وصف للتغيير لا يشير إلى القيادة باعتبارها مساهماً مهماً في النجاح أو الفشل. وهناك حاجة إلى كل من (ح) القيادة الفنية و(ط) القيادة التكيفية. وقد يُنظر إلى القيادة الفنية على أنها إدارة جيدة، حيث يكون القائد مشاركاً، وسريع في التعرف على المشكلات التي تنشأ والاستجابة لها، وينظم المجموعات لحل المشكلات، ويحقق النتائج المرجوة بانتظام. ويعمل القادة الفنيون في النطاق الذي يوجد فيه اتفاق جوهري حول ما يجب القيام به ويقين معقول حول كيفية القيام بذلك. بينما تكون القيادة التكيفية مطلوبة في النطاق ذي التعقيدات من حيث انخفاض درجة الاتفاق وقلّة اليقين. ويلقى مفهوم القيادة التكيفية صدى لدى القادة الذين يدركون طبقات التعقيد التي ينطوي عليها أي إصلاح للأنظمة على نطاق واسع.

فعلى سبيل المثال، يفهم القادة التكيفيون الفرق بين «السلطة» (أي منصب رسمي ذو سلطات وصلاحيات) و«القيادة» (أي الإجراءات المتخذة لمساعدة الناس على تحقيق تغيير ذي مغزى). ويلتخط هيفتزر ولينسكي 40 أن «السلطة» منظمة بهدف توفير «التوجيه والحماية والنظام» والحفاظ على نظام مستقر. وعندما تخضع الأنظمة للتغيير، فإن الاتجاه الطبيعي لمكونات النظام هو النظر إلى من هم في السلطة لتقليل توتر التغيير واستعادة الاستقرار. ومع ذلك، فعندما يكون التغيير هو الهدف،

يمكن للسلطة الرسمية أن تعترض طريق القيادة، حيث إنها مصممة للحفاظ على الأنظمة، وليس لمساعدة الناس على التغلب على ميولهم الطبيعية للحفاظ على الوضع الراهن. وعند تغيير المنظمات والأنظمة عن قصد، فإن القيادة التكيفية ضرورية لإدارة عملية التغيير. ويمكن أن تساعد فرق دعم التنفيذ القادة وفرق الإدارة التابعة لهم على استكشاف طبيعة التحديات التكيفية والاستفادة الجيدة من أساليب القيادة التكيفية لحل المشكلات، لا سيما في حالة دورات تحسين الجودة التي تتطلب مراجعة مستمرة للممارسات.

الشكل 45: دوافع تنفيذ التغييرات والابتكارات



المصدر: فيكسن دي إل، كارين إيه، بليز كيه إيه، نعوم إي إف، دودا إم إيه، دوافع التنفيذ: تقييم أفضل الممارسات، شبكة علوم التنفيذ الوطنية (NIRN)، جامعة نورث كارولينا، تشابل هيل، 2015

ويتوافق هذا الإطار جيدًا مع الدروس المستفادة من أدبيات صحة الأم. فعلى سبيل المثال، بالنسبة لدوافع الكفاءة، فقد كان من الواضح منذ فترة طويلة أن التدريب أثناء الخدمة (قاعدة المعرفة قصيرة الأجل) لا يكفي بمفرده للحفاظ على المهارات. ويتطلب هذا أيضًا اختيارًا مناسبًا للمرشحين للتدريب³⁷، فضلًا عن التدريب المستمر والإشراف والتوجيه^{41,42}. وكما هو مبين في الجدول 9، يمكن أن تزيد قدرة المهنيين الصحيين على تطبيق إحدى الممارسات في بيئة العمل الخاصة بهم من 5% إلى 95% عند استكمال التدريب أثناء العمل (النظرية + العرض العملي أثناء التدريب + الممارسة خارج موقع العمل) بالإرشاد/ التوجيه في موقع العمل⁶¹.

الجدول 9: فعالية مناهج التدريب أثناء الخدمة في تنفيذ مهارات جديدة

النتائج			
النسبة المئوية للمشاركين الذين يظهرون المعرفة ويظهرون مهارات جديدة أثناء التدريب ويستخدمون مهارات جديدة في بيئة العمل			
مكونات التدريب	المعرفة	إظهار المهارات	الاستخدام في بيئة العمل
النظرية والنقاش	10%	5%	0%
... + استعراض المهارات أثناء التدريب	30%	20%	0%
... + التغذية الراجعة الراجعة أثناء التدريب	60%	60%	5%
... + التوجيه في بيئة العمل	95%	95%	95%

وتدعم أدبيات صحة الأم أيضًا قابلية تطبيق الدوافع المؤسسية ودوافع القيادة، حيث توضح أن ممارسات الإدارة الصحيحة يمكنها تسهيل التغيير وإحداث فرق واضح في قدرة المرفق على تقديم رعاية للأم تتسم بالاحترام والجودة العالية. ولكن المرافق الفردية تحتاج في النهاية إلى الدعم من خلال تعزيز النظام الصحي بأكمله⁴⁴. وتعد تجربة كمبوديا -التي حققت الهدف 5 من الأهداف الإنمائية للألفية- إرشادية بشكل خاص في هذا الصدد⁴⁵. وقد أدى الجهد المبذول لتحسين الإحالة في إطار رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة - من خلال العمل بشكل منهجي لتكوين العلاقات الشخصية والعلاقات التنظيمية داخل شبكة الإحالة - إلى إحداث تغيير جذري في كيفية أداء النظام عند حدوث مضاعفات ولادية مهددة للحياة.

ويتم دعم مثل هذه الممارسات الجديدة من خلال تعزيز أنظمة المعلومات الصحية بحيث تكون مفيدة بشكل مستمر في حل المشكلات واتخاذ القرار على مستوى السياسات ولأجل تحسين تقديم

الخدمات⁴⁶. ويوضح مثال إضافي من زيمبابوي مدى التأثير الإيجابي المحتمل لنظام بيانات دعم القرار المعزز، حيث أنشأ منفذو البرنامج لوحة معلومات سريرية شهرية في المستشفى وكان الموظفون (الإدارة والقبالات) ملتزمون بالبرنامج، مما سمح بتحديد الاتجاهات السلبية في النتائج السريرية وصياغة وتنفيذ الإجراءات التصحيحية.

6.3.3. دورات تحسين الجودة

إلى جانب دوافع التنفيذ، تم بنجاح استخدام دورات تحسين الجودة (مثل PDSA) -كما هو محدد في المربع أدناه- في مجال صحة الأم والمولود لمعالجة الثغرات في توافر الرعاية وجودتها^{48,49,50}. فعلى سبيل المثال، نجح مستشفى إقليمي في غانا في تنفيذ تحسين الجودة لمعالجة وفيات الأمهات في الفترة من 2007 إلى 2011. وعلى الرغم من زيادة الولادات في المستشفى بنسبة 50% خلال هذه الفترة، انخفض معدل وفيات الأمهات بنسبة 22.4%⁵¹. كما أدى تعاون تحسين الجودة في النيجر -من خلال تقديم الدعم التدريبي- إلى امتثال أعلى يتسم بالتناسق للمعايير الأساسية لرعاية الولادة وحديثي الولادة، حسب نتائج تقييم مراجعة المخطط والمراقبة المباشرة للرعاية⁵².

تحسين الجودة: «تحسين الجودة هو الجهد المبذول لتحسين مستوى أداء عملية رئيسية، ويشمل قياس مستوى الأداء الحالي، وإيجاد الطرق لتحسين هذا الأداء، وتنفيذ طرق أحدث وأفضل.» (دونالد إن بيرويك وآخرون: علاج الرعاية الصحية -دار نشر جوزي باس- 1990)

وسائل وأدوات تحسين الجودة

يصف القسم التالي بإيجاز عددًا قليلًا من وسائل وأدوات تحسين الجودة التي يمكن استخدامها من قبل فرق الدعم والفرق في المرافق الصحية وعلى مستوى المنطقة/ الإقليم والمستوى الوطني لدعم دورات تحسين الجودة في المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة.

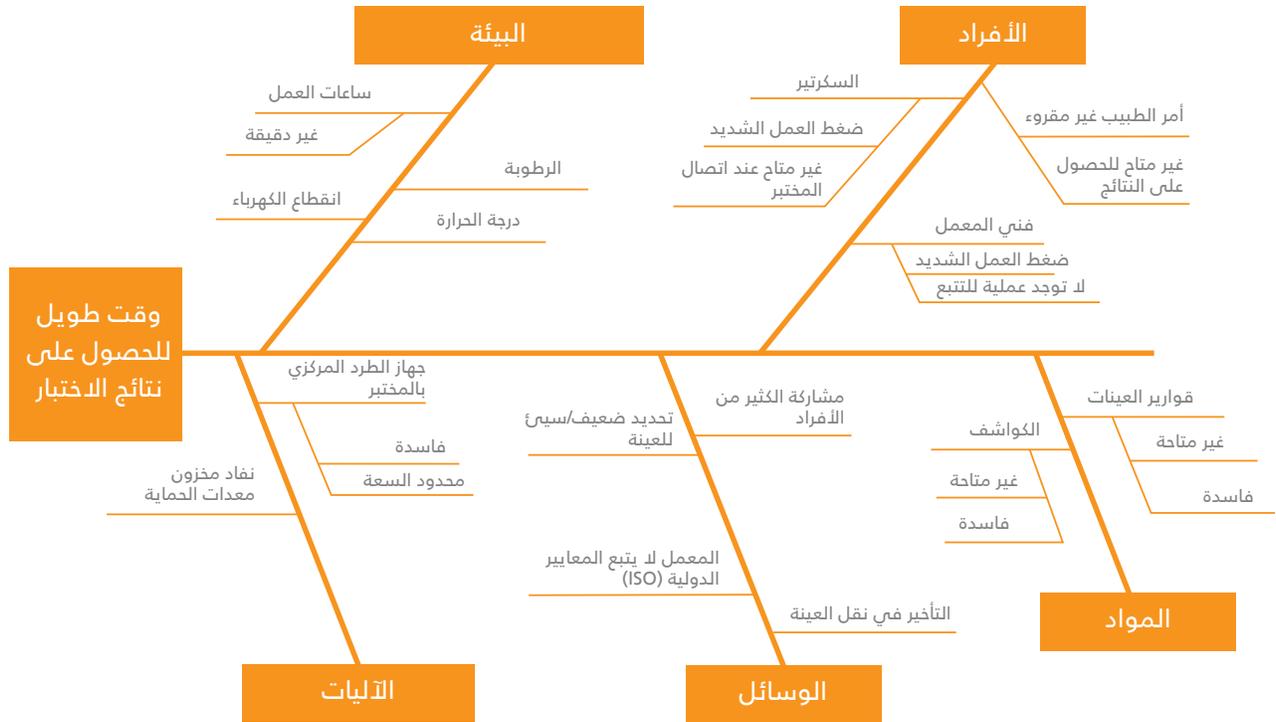
مخطط إيشيكاوا أو «هيكل السمكة» (راجع الشكل 47): ويُطلق عليه أيضًا مخطط المسبب والأثر، وهو أداة بيانية تُستخدم لاستكشاف وعرض المسببات المحتملة لأثرٍ محدد. وكما هو موضح في المثال أدناه، يتم تنظيم هذا الرسم البياني عادةً وفقًا لنموذج «5M» الذي يتكون من الأبعاد التالية: المواد (المواد الخام والمواد الاستهلاكية والمعلومات)، والآليات (المعدات، البرامج، التكنولوجيا)، والطريقة (العملية)، والقوى العاملة (التدخلات البشرية)، والوسيط (البيئة، السياق).

وتتوافق كل «عظمة» في الهيكل مع إحدى هذه الفئات، مع وضع أكثر المسببات تأثيراً مباشراً في المكان الأقرب إلى «العظمة» الرئيسية.

ولهذا الرسم البياني مجموعة متنوعة من الفوائد، حيث:

- يساعد الفرق على فهم أن هناك العديد من المسببات التي تساهم في إحداث الأثر المعني.
- ويعرض بيانياً علاقة المسببات بالأثار وبعضها البعض.
- كما يساعد على تحديد مجالات التحسين وترتيبها حسب الأولوية.

الشكل 46: مثال على مخطط إيشيكاوا أو «هيكل السمكة» - تأخير نتائج المختبر



طريقة «الأسباب الخمسة» (انظر الشكل 48): هي عملية استجواب بسيطة مصممة لتحديد المسبب الجذري/ المسببات الجذرية للمشكلة، وتتمثل أولاً في تحديد المشكلة المزمع استكشافها، ثم السؤال عن سبب وجود المشكلة. وقد تستغرق هذه العملية أكثر أو أقل من خمسة أسئلة (لماذا) لتحديد المسبب الجذري.

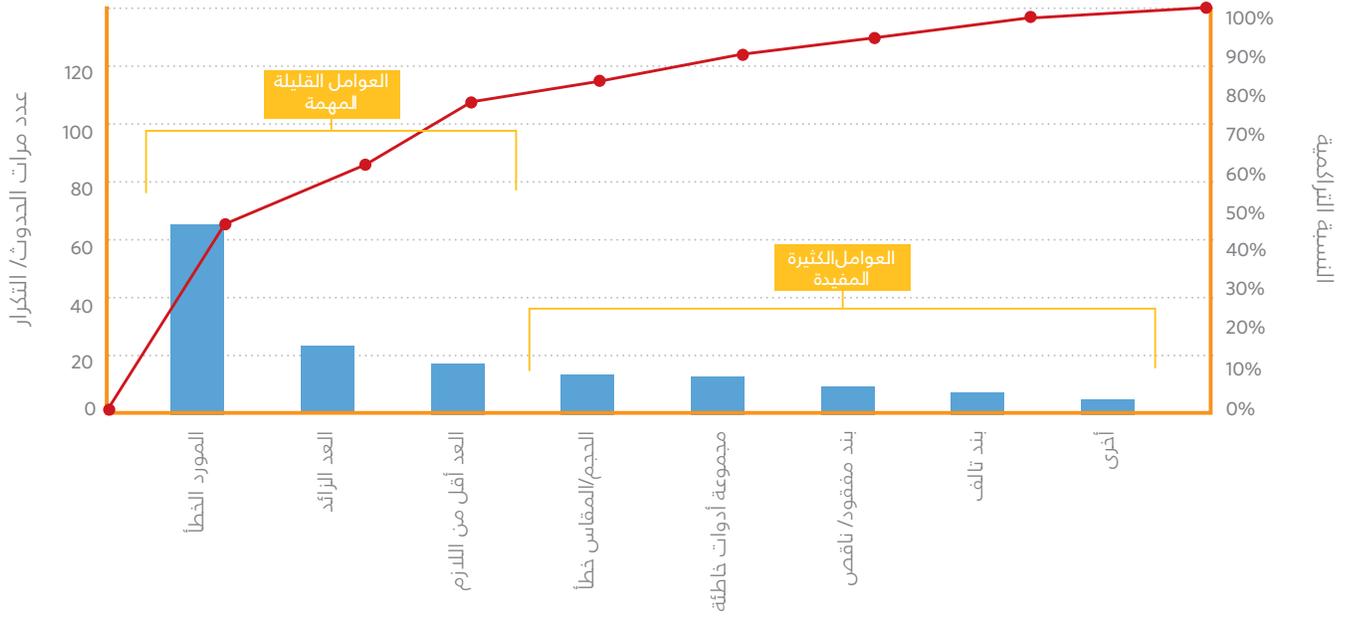
الشكل 47: مثال على طريقة «أسئلة لماذا الخمسة» -التأخير في نقل المرضى من وحدة الطوارئ



المصدر: فان ديفينتر سي، ماش بي: أبحاث الرعاية الأولية الأفريقية: دورات تحسين الجودة، المجلة الأفريقية للرعاية الصحية الأولية وطب الأسرة، 2014.

مخطط باريتو (راجع الشكل 49): هو نوع من الرسم البياني الشريطي يتم فيه ترتيب العوامل المختلفة التي تسهم في إحداث الأثر الكلي، بدءًا من العامل ذي المساهمة الأكبر إلى العامل ذي المساهمة الأقل في إحداث هذا الأثر. ويساعد هذا الترتيب على تحديد «عدد قليل من العناصر الحيوية» (العوامل الأكثر مساهمة في إحداث الأثر، وبالتالي تتطلب أكبر قدر من الاهتمام)، وتمييزها عن «العوامل الكثيرة المفيدة» (العوامل التي على الرغم من الفائدة العائدة من معرفتها، إلا أن مساهمتها تعد أقل نسبيًا في إحداث الأثر). ووفقًا لـ «مبدأ باريتو» - والمعروف أيضًا باسم «قاعدة 20/80» - ففي أي مجموعة من العوامل التي تساهم في إحداث الأثر الكلي، يحدث ما يقرب من 80% من الأثر من 20% من المسببات. ويساعد استخدام مخطط باريتو الفرق على تركيز جهود تحسين الجودة على العوامل ذات الأثر الأكبر، كما يساعدها على شرح أسبابهم المنطقية للتركيز على مجالات ونقاط محددة دون غيرها.

الشكل 48: مثال على مخطط باريتو -أنواع الأخطاء المكتشفة في طلبات الأدوات الجراحية



الجدول الفني رقم 7: مفهوم الإرشاد

تصف هذه الوثيقة نهجًا لتطوير شبكة وطنية من المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، والتي يمكنها إدارة رعاية الحمل والولادة وحديثي الولادة، بما في ذلك الحالات الطارئة منها. ويسلط هذا النهج الضوء بشكل خاص على أهمية نشر العاملين الصحيين المهرة كفريق واحد في هذه المرافق الصحية، وهو ما يمكن تحقيقه من خلال سياسة طموحة للموارد البشرية تتضمن الاستراتيجيات الموضحة أدناه.

تتمثل الإستراتيجية الأولى لتحسين جودة رعاية الولادة في التأكد من أن جميع المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة تعمل من خلال فريق من العاملين الصحيين المهرة، على أن يتألف هذا الفريق من أخصائيي الولادة و/أو القابلات، مع تحديد أدوار ومسؤوليات كل منهم. وكما هو مذكور سابقًا في هذا الدليل، فإن مهام القابلات في مرفق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة هي كالتالي:

- ضمان رعاية تقوم على احترام الناس والتركيز على إحتياجاتهم ورضائهم.
- إدارة الولادات الطبيعية «السهلة» بطريقة آمنة.

- إدارة مضاعفات الولادة بأمان (الرعاية الأساسية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة) إلى أن ترى القابلة أنه من الضروري استدعاء طبيب ولادة أو إحالة المريضة إلى مرفق صحي ذي مستوى أعلى (الرعاية الشاملة لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة).

وتتطلب هذه المهام نظامًا تعليميًا قبل الخدمة للقابلات يتماشى مع المعايير الوطنية التي تحددها وزارة الصحة بالبلد، والتي يجب أن تتماشى بدورها مع المعايير الدولية التي حددها الاتحاد الدولي للقابلات ومنظمة الصحة العالمية⁵³ والمعايير الإقليمية مثل معايير منظمة الصحة في غرب إفريقيا (WAHO).

وتتمثل الإستراتيجية الثانية (مكملة للإستراتيجية الأولى) في دعم تحسين جودة الرعاية في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة تحت إشراف وزارة الصحة، وهو ما ينبغي أن يتطور إلى نظام إشراف داعم. وكما هو موضح سابقًا، يجب أيضًا استكمال هذه الآليات بفرق لدعم عملية التغيير المتعلقة بتنفيذ النهج المبتكرة (مثل مراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتحسين الجودة/ دورة PDSA) حتى يتم اعتمادها من قبل الفرق في المرفق الصحي/ المقاطعة والفريق الإقليمي.

وأخيرًا، يُنصح باستكمال آليات وزارة الصحة ببرنامج إرشادي للقابلات من أجل معالجة الثغرات التي تم تحديدها من حيث الكفاءات السريرية و/أو التنظيمية. وقد أنشأت أكثر من نصف البلدان الـ 32 التي تعاني من ارتفاع كبير في معدل وفيات الأمهات -والتي يدعمها برنامج الصندوق المتخصص لصحة الأم والمولود التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان- مثل هذا البرنامج، حيث تم تقييم بعضها مثل تلك الموجودة في بوركينافاسو ومدغشقر⁵⁴ وبنين. ويجب استخدام الدروس المستفادة من هذه البرامج لتطوير دليل محدد لتنفيذ برنامج إرشادي للقابلات. ويوفر هذا الجدول الفني فقط المبادئ الأساسية لإنشاء مثل هذا البرنامج.

7.1 مفاهيم الإشراف والإشراف الداعم وفرق دعم التنفيذ والإرشاد

من المهم أن نميز بين الإشراف والإشراف الداعم وفرق دعم التنفيذ وبرنامج الإرشاد من حيث التعريف والخصائص وتكرار التدخلات في المرافق الصحية.

الجدول 10: تعريفات وخصائص الإشراف والإشراف الداعم وفرق دعم التنفيذ والإرشاد.

التعريفات	
الإشراف	هو عملية هرمية -عادةً ما تكون مدمجة في النظام الإداري للدول -وتتألف من نهج تنازلي لضمان امتثال الممارسات للبروتوكولات والمبادئ التوجيهية (السريرية بشكل أساسي).
الإشراف الداعم	هو عملية هرمية -عادةً ما تكون مدمجة في النظام الإداري للدول -وهي شكل من الإشراف يتسم بكونه أكثر دعمًا، حيث يتم ممارسة الاتصال ثنائي الاتجاه والمشاركة في صنع القرار. يشمل الإشراف الداعم تركيزًا عمليًا مستمر يدمج الملاحظات البناءة بدلًا من الحكم على الأداء بناءً على إرشادات محددة مسبقًا
فرق دعم التنفيذ	يقوم خبراء التنفيذ من وزارة الصحة (أو من خارجها) بإنشاء علاقة موثوقة وشخصية وتعلمية وداعمة مع منفذي البرامج -مثل مقدمي الرعاية الصحية -لبناء بيئة مواتية لتنفيذ البرنامج/ الابتكار وثقافة تحسين الجودة، حيث يكون التقدم هو الدافع المحفز الرئيسي.
الإرشاد	علاقة موثوقة وشخصية وتعلمية وداعمة ونقل واسع للمهارات (مهارات إكلينيكية و/ أو إدارية / تنظيمية) من فرد لديه خبرة أكبر في مجال ما (المرشد) إلى فريق أو فرد أقل خبرة (المتدرب). والهدف من الإرشاد هو تحسين أداء المتدرب في المجال المعني ودعم التطور والنمو المهني للمتدرب (عابدين إن زد، حسن إيه، مراجعة ممارسات الإرشاد الفعالة لتطوير المتدربين. مجلة دراسات التعليم 2011، 2: 72-89).
	و غالبًا ما يتم تضمين التدريب كعنصر من عناصر الإرشاد، مع التركيز بشكل خاص على تحسين الأداء لسد الفجوة بين المعرفة والفعل (بيرسون إم، برو إيه: يبحث عن تطوير التدريب والإشراف. دراسة التعليم العالي 2002، 27: 135-50).

متى يتكرر التدخل	الخصائص
<p>زيارات منتظمة وقصيرة إلى المرافق الصحية (محدودة في الكثافة والمدة).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ يستخدم عادةً قوائم مراجعة محددة مسبقًا لتقييم امتثال المهارات والممارسات للبروتوكولات/ الإرشادات/ القواعد. ■ العلاقة الهرمية (من أعلى إلى أسفل) بين المشرف والعامل الصحي، والتي يمكن أن تؤدي إلى عقوبات وإضعاف قدرة المتعلم -قد تؤدي إلى إلقاء اللوم على الموظفين بدلًا من تمكينهم من إجراء التحسينات (ماركيز إل، كين إل: جعل الإشراف داعيًا ومستدامًا: نُهج جديدة لمشكلات قديمة. MAQ ورقة رقم 4. 2002). ■ حل المشكلات بشكل عرضي مع القليل من المتابعة أو بدون متابعة.
<p>زيارات منتظمة وقصيرة إلى المرافق الصحية (محدودة في الكثافة والمدة).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ تقييم ممارسة الامتثال للبروتوكولات/ الإرشادات/ القواعد بالإضافة إلى المهنية بشكل عام (بما في ذلك الرعاية التي تركز على المريض وتتصف بالاحترام). ■ الاستناد إلى علاقة شخصية -رغم استمرار وجود العلاقة الهرمية -علاقة هرمية بين المشرف والعامل الصحي، مع احتمال فرض العقوبات. ■ نهج يعتمد على حل المشكلات مع المتابعة وإبداء ملاحظات بناءة تركز على التقدم بدلًا من تحديد نقاط الضعف فقط.
<p>زيارات منتظمة للمرافق الصحية لمدة يوم واحد (كل ثلاثة أرباع السنة أو كل نصف سنة).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ التركيز على التنفيذ الفعال للبرنامج و/ أو الابتكار (مثل رصد ومراقبة رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة وتحسين الجودة في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة). ■ على أساس من الثقة والاحترام المتبادلين. ■ استخدام البيانات المحلية لمراقبة الأداء ولتحديد وتنفيذ الحلول لحل المشكلات/ الثغرات. ■ استنادًا إلى الحق في الإخفاق وتمكين موظفي المرافق الصحية من تحليل بياناتهم واتخاذ القرارات وتنفيذها لمعالجة الفجوات في توافر الرعاية وجودتها. ولذلك تستخدم فرق الدعم الأسئلة المفتوحة وأساليب تحسين الجودة الموضحة في القسم السابق (راجع الجدول الفني رقم 6)
<p>زيارات منتظمة وطويلة (لعدة أيام) للمنشأة الصحية (عالية الكثافة والمدة) لمدة معينة تحدد حسب الحاجة. ومن ثم، يُعد دعماً مؤقتاً لمعالجة الثغرات السريرية أو التنظيمية أو الإدارية المحددة.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ التركيز على تحسين المهارات والكفاءات والمهنية والتطوير الوظيفي باستخدام نهج شامل ومهني يركز على المتعلم وعلى مساره المهني، والتحول من الفحص والاختبار التقليدي للمهارات والبروتوكولات والمبادئ التوجيهية إلى الممارسة. ■ تقوم على الثقة والاحترام المتبادلين بين الأقران وعلاقة التمكين التي تعود بالفائدة على كل من المرشد والمتعلم، والذين لديهما مجموعة مشتركة من أهداف التعلم. ويستفيد المتدرب من الإرشاد من خلال التقدم الوظيفي والتعلم والتطوير والملاحظات والتعليقات، بينما قد يستفيد المرشد من خلال التأثير الإيجابي على ممارسته/ ممارستها وتحقيق الذات والأفكار الجديدة والاهتمام المتجدد بعمله/ عملها (ماكولون إيه، أوبراين إل، جاكسون د: وضع الإرشاد في سياقات التمريض الأسترالية: مراجعة الأدبيات. الممرضة المعاصرة 2006، 23(1): 120-34).

2.7 تنظيم برنامج الإرشاد

يمكن لبرنامج الإرشاد المنظم والمدار بشكل جيد أن يسرع من تحسين الجودة في المرافق الصحية. ويمكن دعم تكلفة هذا البرنامج بالاستفادة من الأموال المخصصة للتدريب أثناء الخدمة داخل الفصول. ويجب أن تكون جودة الرعاية في صميم برنامج التوجيه، بدءًا من المفهوم إلى التنفيذ.

1.2.7 المرشدون

يمثل العدد المحدود للمرشدين في البلدان التي تعاني من ارتفاع معدل وفيات الأمهات تحديًا كبيرًا أمام تنفيذ مثل هذا البرنامج في البلدان ذات المعدلات المرتفعة. وتعد كفاءات المرشدين أمرًا بالغ الأهمية لنجاح البرنامج ولبرنامج التوجيه في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة. ومن ثم، يتعين على المرشدين ما يلي:

- أن يكون لديهم خبرة سريرية معترف بها في الولادة.
- إبداء التعاطف والاستعداد لتبادل المعرفة.
- التحدث باللغة (اللغات) السارية في البلد.
- أن يتسموا بسلوك أخلاقي.
- أن يكون لديهم الخبرة فيما يتعلق بإدارة الفرق.
- أن يكون لديهم الخبرة في مجال إدارة ومراقبة وتقييم برامج الصحة العامة، ويفضل الخبرة في برامج الصحة الجنسية والإنجابية.

وتُعدّ التدريب/ الخبرة في علم أصول التدريس ميزة إضافية.

يجب أن يكون المرشدون تحت إشراف وزارة الصحة ويجب أن يتمتعوا بوضع معترف به كجزء من تقدمهم الوظيفي، مع زيادة في الراتب عندما يصبحون موجهين.

2.2.7 المستفيدون من برنامج الإرشاد

في النظام الصحي الهش -كما هو الحال في العديد من البلدان ذات الأعباء الثقيلة- يجب إعطاء الأولوية للعدد المحدود من المرشدين المتاحين لدعم المرافق المخصصة لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، مع تنظيم المهنيين الصحيين في فرق. ويُظهر تقييم برنامج الإرشاد في بوركينا فاسو أن فعالية مثل هذا البرنامج تنخفض بشكل كبير إذا تم تنفيذه في مرافق رعاية الأمومة التي يعمل بها مهني صحي واحد.

بالإضافة إلى ذلك، يجب على المرشدين دعم المرافق الصحية الملتزمة بتحسين جودة الرعاية. ويجب تحديد هذه المرافق بناءً على توصيات فرق الإشراف وفرق دعم التنفيذ والمنطقة الصحية. كما يتيح استهداف هذه المرافق الصحية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة إدارة أفضل للتنفيذ الأولي لبرنامج التوجيه وتكاليفه.

والغرض من برنامج الإرشاد لدعم تطوير الشبكة الوطنية لرعاية الأطفال والمواليد الجدد هو تعزيز قدرات القابلات، إلى جانب مرافق رعاية الأمومة بشكل عام من خلال ما يلي:

(أ) تقييم الاحتياجات وتعزيز كفاءة كل قابلة.

(ب) تقييم الاحتياجات وتحسين توافر وجودة الخدمات الصحية والخدمات الداعمة، مثل الحالات والصرف الصحي وإدارة النفايات.

(ج) تقييم وتعزيز فريق رعاية الأمومة، على سبيل المثال من خلال توضيح الأدوار والمسؤوليات داخل الفريق، وتطبيق أو مناقشة الإجراءات والبروتوكولات القياسية، وتحسين إدارة اجتماعات الفريق.

3.2.7 النتائج المتوقعة من برنامج الإرشاد

يجب أن تكون أهداف برنامج الإرشاد مرتبطة بالنتائج المتوقعة لبرنامج صحة الأم والمولود، وترتبط هذه الأهداف بالثغرات التي تم تحديدها خلال زيارات الإشراف (الداعم)، ومن قبل فرق دعم التنفيذ، ومن خلال تحليل رصد ومراقبة الأنشطة ومؤشرات النتائج للمرافق الصحية. ولذا، يمكن للمرشدين دعم تعزيز الكفاءات السريرية للقابلات و/ أو سلوكياتهن المهنية. كما يمكن للمرشدين أيضًا تحسين تنظيم سلوكيات رعاية الأمومة وروح الفريق وتحسين الجودة. ويمكنهم أيضًا دعم تحسين خدمات الصحة الجنسية والإنجابية على نطاقها الأوسع، مثل المشورة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة طويلة الأمد، والوقاية الثانوية من سرطان عنق الرحم، ومعالجة العنف القائم على النوع الاجتماعي، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية وعلاجه (الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي).

وبناءً على خبرتهم وتجاربهم وعلاقتهم الموثوقة مع فرق المرافق الصحية، يجب على المرشدين أيضًا تسهيل مراجعة وفيات الأمهات، وهي عملية تواجه تحديات من جهة الجودة في العديد من البلدان ذات العبء الثقيل. ويمكن أن تكون العلاقة الموثوقة بين المرشد وفريق المرفق الصحي مفيدة جدًا لهذه المراجعات.

في مرافق رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة، يجب أن يساهم المرشدون بشكل خاص في تقليص الفجوات في الوظائف الدلالية المرتبطة بالكفاءات والشؤون التنظيمية. ويجب أن يكون لديهم تركيز خاص على تحسين جودة الرعاية، والتي يمكن قياسها بمؤشرات مثل معدل الوفيات المرتبطة مباشرة بالولادة (DOCFR)، أو ناسور الولادة، أو الدراسات التي تحلل أهمية الحالات أو تصور جودة رعاية الأمومة من قبل المجتمعات والسلطات المحلية.

4.2.7 الأدوات البرمجية

يجب أن يحتوي برنامج الإرشاد على ما يلي:

- أهداف محددة.
 - خطة تشغيلية محددة التكلفة مع جدول زمني محدد.
 - إطار برنامجي وإطار مؤشرات النتائج ذات الصلة (في وجود مؤشرات محددة).
 - أدوات الرصد لمراقبة عمل المرشدين والنتائج المتحصل عليها في المرافق الصحية.
 - مدير مختص لبرنامج الإرشاد.
- يجب تقييم هذا البرنامج بانتظام من قبل جهات تقييم خارجية ومستقلة. وكما ذكرنا سابقًا، يجب أن يُستخدم هذا الجدول الفني كأساس لتطوير دليل تشغيلي مفصل للإرشاد.

A stylized white line-art illustration of a woman's face and hair, set against a solid blue background. The lines are smooth and flowing, capturing the essence of the woman's features and her long, wavy hair. The drawing is minimalist and elegant.

الملحق



الملحق رقم 1

نظرة عامة على تنفيذ نهج تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة من 2015 إلى 2020

هايتي

المراحل من الأولى إلى الثالثة من تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

نهج تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة على المستوى الوطني، جدول الرصد والمراقبة، وتحديد وتعريف الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (باستخدام نظام المعلومات الجغرافية/AccessMod): بنين، تشاد، كوت ديفوار، موزمبيق، السنغال، السودان.

المرحلتين الرابعة والخامسة من تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

مراقبة ربع سنوية للمؤشرات الرئيسية للصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود في الشبكة الوطنية لطوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة (باستخدام نظام المعلومات الجغرافية/AccessMod): بروندي، غينيا، مدغشقر.

المرحلة السادسة من تطوير رعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة

تحسين الجودة/ الاستجابة لمعالجة الثغرات في الشبكة الوطنية لرعاية طوارئ الحمل والولادة وحديثي الولادة بناءً على بيانات الرصد والمراقبة: توجو

المراجع

1. Nirupam S. et al. Emergency Obstetric Care: measuring availability and monitoring progress. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 1995.
2. WHO, UNFPA, UNICEF, AMDD. Monitoring emergency obstetric care: a handbook. World Health Organization. 2009.
3. WHO, UNFPA, UNICEF, USAID, FIGO, The White Ribbon Alliance, Family Care International, ICM, World Bank Group, Maternal Health Task Force, MCHIP. Strategies towards ending preventable maternal mortality (EPMM). World Health Organization, 2015
4. Campbell O M R. The scale, scope coverage and capability of childbirth care. Lancet series maternal Health, 2016. pp. 3660-
5. UNFPA. Documentation du processus et resultats de la mise en oeuvre de reseaux SONU dans 4 pays: Togo, Benin, Senegal et Guinee, United Nations Population Fund, 2019.
6. Dieleman, Joseph L et al., Development assistance for health: past trends, associations, and the future of international financial flows for health. The Lancet, 2016, 387, 10037, pp. 2536 - 2544.
7. UNFPA, ICM, WHO. The State of the World's Midwifery (SoWMy), UNFPA, 2014.
8. United Nations Population Fund. Maternal Health Thematic Fund, Annual report 2013. UNFPA, 2014.
9. Countdown to 2015-Maternal, Newborn & Child Survival. A Decade of Tracking Progress for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2015 Report. National availability of EmONC by country.
10. UNFPA. The Maternal and Newborn Health Thematic Fund Annual Report 2018: Focused action, increasing impact - transitioning to Phase III (2018-2022-). UNFPA, 2019.
11. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, France. Les maternités. Cahiers 1: analyse générale. [Communication to the Senate's Commission for Social Affairs. Maternity facilities. Specifications 1: overall analysis] Courts of Auditors Regional and territorial chambers of auditors: 99. 2014.
12. Gabrysch S. et al. Emergency obstetric care availability: a critical assessment of the current indicator, Tropical Medicine and International Health, Vol 17, 2012.
13. EmONC prioritization report in Burundi. United Nations Population Fund. 2017.
14. EmONC prioritization report in Togo. United Nations Population Fund. 2018.

15. EmONC prioritization report in Senegal, United Nations Population Fund. 2018 and Validation of the national EmONC network in Senegal, Ministry of Health and Social Action. 2019.
16. Langlely GJ, et al. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organisational Performance. 2nd ed., San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2009
17. Evaluation des ressources, des besoins et monitoring des soins obstétricaux et néonataux d'urgence - Rapport annuel, 2011. [Assessment of resources, requirements and monitoring of emergency obstetric and newborn care - Annual Report, 2011.] Kingdom of Morocco. Ministry of Health, Population Department.
18. UNFPA, ICM, WHO. The State of the World's Midwifery. A Universal Pathway. A Woman's Right to. UNFPA. 2014.
19. World Health Organization, Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities, WHO, 2016: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/9789241511216-/1/249155/eng.pdf?ua=1>
20. Geographical access to care at birth in Ghana: a barrier to safe motherhood. Peter W Gething, Zoe Matthews et al. BMC Public Health 2012, 12:991.
21. Ebener S., Guerra-Arias M., Campbell J., Tatem A.J., Moran A.C., Amoako Johnson F., Fogstad H, Stenberg K., Neal S., Bailey P., Porter R, Matthews Z. (2015): The geography of maternal and newborn health: the state of the art. International Journal of Health Geographics 2015, 14:19: <https://ij-healthgeographics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s129420012--015-x>
22. Roth S., Landry M., Ebener S., Marcelo A., Kijsanayotin B., Parry J. (2016): The geography of universal health coverage: Why geographic information systems are needed to ensure equitable access to quality health care. ADB brief No. 55, April 2016: <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/183422/geography-uhc.pdf>
23. UNICEF (2016): Guidance on the Use of Geospatial Data and Technologies in Immunization Programs: Overview and Managerial Considerations for In-Country Strengthening: <https://drive.google.com/file/d/OBOiJNe5CNLsHaVFsTTYyTmlaX3M/view>
24. Ebener S., Verzilli M., Payne J., Teesdale S. (2017): HIS geo-enabling: Guidance on the establishment of a common geo-registry for the simultaneous hosting, maintenance, update and sharing of master lists core to public health: <https://drive.google.com/open?id=OB6enNobOP9SZOVFIQzA4T2IVaDQ>
25. Ebener S (2017) Guidance for the collection and use of geospatial data in health - Part 2 - Implementing the data management cycle: 2.2 Defining the vocabulary, the data set specifications and the ground reference: http://www.aehingislab.net/DOCUMENTS/Guide_GIS_Lab_Part2_2.pdf

26. Ray, N and S. Ebener. 2008. AccessMod 3.0: computing geographic coverage and accessibility to health care services using anisotropic movement of patients. *International Journal of Health Geographics*, 7: 63
27. WHO (2016): Investing the Marginal Dollar for Maternal and Newborn Health: Geographic Accessibility Analysis for Emergency Obstetric Care services in Cambodia: <http://apps.who.int/iris/bitstream/106652/250271/WHO-HIS-HGF-GIS-2016.2-eng.pdf>
28. USAID (2015): Malawi - Accessibility to EmOC facilities
29. WHO (2016): Investing the Marginal Dollar for Maternal and Newborn Health: Geographic Accessibility Analysis for Emergency Obstetric Care services in Cambodia: <http://apps.who.int/iris/bitstream/106652/250271/WHO-HIS-HGF-GIS-2016.2-eng.pdf>
30. World Health Organization, Global Reference List of 100 Core Health Indicators, WHO, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf?sequence=1>)
31. Ebener S., Maude R.J., Gault P. (2016): Guidance for the Collection and Use of Geospatial Data in Health. Part 2 - Implementing the Geospatial Data Management Chain: 2.4 Creating geospatial data - 2.4.2 Collecting data in the field; AeHIN GIS Lab Documents: http://www.aehingislab.net/DOCUMENTS/Guide_GIS_Lab_Part2_4_2.pdf
32. Fixsen, D.L., Naoom, S. F., Blase, K.A., Friedman, R.M. & Wallace, F. Implementation Research: A Synthesis of the Literature. University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network, 2005.
33. Fixsen D, Blase K, Metz A, Van Dyke M. Implementation Science. In: Wright JD, ed. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2nd edn. Oxford: Elsevier, 2015: 695–702.
34. Fixsen, D.L., Blasé, K.A., Duda, M., Naoom, S.F., Van Dyke, M. Establishing an infrastructure for implementing substance abuse programs. Invited presentations and workshop, OASAS, Albany, NY. June 2008
35. Durlak JA et al. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*. 2008
36. Metz, A et al. An integrated stage-based framework for implementation of early childhood programs and systems (OPRE Research Brief OPRE 2015 48). Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. 2015
37. Freedman LP, Graham WJ, Brazier E, et al. Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation. *Lancet* 2007; 370: 1383–91.
38. Miller et al. Shifting Implementation Science Theory to Empower Primary Care Practices. *Annals of Family Medicine*, 2019.

39. Sodzi-Tettey S, Twum-Danso NAY, Mobisson-Etuk N, Macy LH, Roessner J, Barker PM. Lessons Learned from Ghana's Project Fives Alive! A Practical Guide for Designing and Executing Large-Scale Improvement Initiatives. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2015. <http://www.ihl.org/resources/Pages/PublicationsProjectFivesAliveLessonsLearnedGuide.aspx>
40. Heifetz RA et al. Leadership on the Line: Staying alive through the dangers of leading. Harvard Business School Press. 2002.
41. Ersdal HL, Vossius C, Bayo E, et al. A one-day 'Helping Babies Breathe' course improves simulated performance but not clinical management of neonates. *Resuscitation* 2013; 84: 1422–7.
42. Rowe AK, De Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high- quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet* 2005; 366: 1026–35.
43. Tibandebage BP, Kida T, Mackintosh M, Ikingura J. Understandings of Ethics in Maternal Health Care: an Exploration of Evidence From Four Districts in Tanzania. Dar es Salaam: Ethics, Payments and Maternal Survival Project, 2013.
44. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, 2007 http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf.
45. Liljestrand J, Sambath MR. Socio-economic improvements and health system strengthening of maternity care are contributing to maternal mortality reduction in Cambodia. *Reprod Health Matters* 2012; 20: 62–72.
46. Moxon SG, Ruysen H, Kerber KJ, et al. Count every newborn; a measurement improvement roadmap for coverage data. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015; 15: S8.
47. Crofts, J., Moyo, J., Ndebele, W., Mhlanga, S., Draycott, T., & Sibanda, T. (2014). Adaptation and implementation of local maternity dashboards in a Zimbabwean hospital to drive clinical improvement. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(2), 146–52. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24623908>
48. Franco LM, Marquez L. Effectiveness of collaborative improvement: evidence from 27 applications in 12 less-developed and middle-income countries. *BMJ Qual Saf* 2011; 20: 658–65.
49. Colbourn T, Nambiar B, Bondo A, et al. Effects of quality improvement in health facilities and community mobilization through women's groups on maternal, neonatal and perinatal mortality in three districts of Malawi: MaiKhanda, a cluster randomized controlled effectiveness trial. *Int Health* 2013; 5: 180–95.
50. Boucar M, Hill K, Coly A, et al. Improving postpartum care for mothers and newborns in Niger and Mali: a case study of an integrated maternal and newborn improvement programme. *BJOG* 2014; 121: 127–33.

51. Srofenyoh, E. K., Kassebaum, N. J., Goodman, D. M., Olufolabi, A. J., & Owen, M. D. (2016). Measuring the impact of a quality improvement collaboration to decrease maternal mortality in a Ghanaian regional hospital. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27177512>
52. Boucar, M., Franco, L., Sabou, D., Saley, Z., Jennings, L., & Mohan, D. (2011). *Sustaining Better Maternal and Newborn Care and Quality Improvement in Niger: Challenges and Successes*. Bethesda, MD: USAID Health Care Improvement Project.
53. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/201903//icm-competencies-en-screens.pdf>
54. Evaluation et documentation du programme de mentorat des sages femmes à Madagascar. Ministère de la santé, UNFPA, 2017
55. Ebener S, Stenberg K, Brun M, et al. Proposing standardised geographical indicators of physical access to emergency obstetric and newborn care in low and middle-income countries. *BMJ Global Health* 4: e000778. 2019.
56. UNFPA. *Sexual and Reproductive Health and Rights: An essential element of Universal Health Coverage*. United Nations Population Fund. 2019.
57. Moxon SG et al. Categorising interventions to levels of inpatient care for small and sick newborns: Findings from a global survey. *PLoS ONE*. 2019
58. Le Bacq F, et al. High maternal mortality levels and additional risk from poor accessibility in two districts of northern province, Zambia. *International Journal of Epidemiology*. 1997.
59. Pirkle, C.M., Fournier, P., Tourigny, C. et al. Emergency Obstetrical Complications in a Rural African Setting (Kayes, Mali): The Link Between Travel Time and In-Hospital Maternal Mortality. *Maternal and Child Health Journal*. 2011.
60. Michie, S., et al. (2009). Specifying and reporting in complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implementation Science*, 2009.
61. Bruce Joyce and Beverley Showers, *Student Achievement through Staff Development*, 3rd edition, ASCD, 2002.



بالتعاون مع:

