

صحة المواليد: مسودة خطة العمل

كل مولود: خطة عمل من أجل وضع حد للوفيات التي يمكن تلافيها

تقرير من الأمانة

١- على الرغم من إحراز تقدم ملحوظ في العقود الأخيرة للحد من عدد وفيات الأطفال بأرجاء العالم كافة فإن معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة لم ينخفض في العالم إلا بوتيرة أبطأ رغم أنه يجري تلافي نسبة كبيرة من وفيات المواليد. وثمة فرص لم يسبق لها مثيل لتحسين صحة المواليد، فالمعارف اليوم آخذة في التزايد بشكل كبير عن فعالية التدخلات وقنوات تقديم الخدمات والنهج المتبعة في تسريع عجلة التغطية وتحسين نوعية الرعاية. وتعهد مؤخراً الكثير من الحكومات والشركاء بالتزامات متجددة بشأن إنقاذ حياة الرضع حديثي الولادة استجابة للاستراتيجية العالمية للأمين العام للأمم المتحدة لصحة المرأة والطفل والمبادرة المصاحبة لها بعنوان كل امرأة، كل طفل، وللتوصيات المقدمة من اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل^١ ولجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع الأساسية اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والأطفال^٢. وقد أثارت هذه الاستجابة مبادرة أطلقها العديد من أصحاب المصلحة تقترح على الأوساط الصحية العالمية وضع مسودة لخطة عمل عالمية.

إعداد مسودة خطة العمل

٢- استُرشِد في إعداد مسودة خطة العمل الخاصة بصحة المواليد بمشورة الخبراء والشركاء وبقيادة منظمة الصحة العالمية (المنظمة) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وبحصيلة العديد من المشاورات بين أصحاب المصلحة المتعددين في مختلف المحافل العالمية والإقليمية.

٣- واضطلع عقب ذلك بعملية تشاور أخرى مع الدول الأعضاء، ولاسيما فيما يخص الأهداف والإجراءات المقترحة بشأن التوجهات الاستراتيجية الخمسة لمسودة خطة العمل وما يتصل بها من غايات، وذلك من خلال اجتماع عالمي واحد واجتماعين إقليميين آخرين عقدها أصحاب المصلحة. وإضافة إلى ذلك نُشرت مسودة خطة العمل على موقع المنظمة الإلكتروني في كانون الأول/ ديسمبر ٢٠١٣ لكي تتشاور بصددتها الدول الأعضاء

١ اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل. الوفاء بالوعود، قياس النتائج. جنيف: منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١.

٢ تقرير لجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع الأساسية اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والأطفال: أيلول/ سبتمبر ٢٠١٢. نيويورك: الأمم المتحدة، ٢٠١٢.

وسائر أصحاب المصلحة قبل انعقاد دورة المجلس التنفيذي الرابعة والثلاثين بعد المائة. وقد أحاط المجلس علماً في تلك الدورة بالعملية المقترحة بشأن مواصلة وضع مسودة خطة العمل.^١

٤- وأُجريت المشاورة اللاحقة على شبكة الإنترنت حسبما بيّنته الوثيقة م١٣٤/١٧ إضافة ١، وأُرسلت في ٤ شباط/فبراير ٢٠١٤ مذكرة شفوية إلى الدول الأعضاء تبين وقائع تلك العملية وتدعو إلى التعليق عليها. وإضافة إلى ذلك نُشرت على نطاق واسع معلومات عن المشاورة التي أُجريت على شبكة الإنترنت من خلال وسائط الإعلام الاجتماعية وشبكات التواصل الاجتماعي فيما يتعلق بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل، وذلك تشجيعاً لإرسال الردود على أوسع نطاق ممكن.

٥- وبحلول الموعد النهائي في ٢٨ شباط/فبراير ٢٠١٤ ورد أكثر من ٣٠٠ تعليق، منها ردود من ٤٣ جهة من الجهات الفاعلة الدول، و ٢٣ رابطة مهنية، و ١٠٢ منظمة من المنظمات غير الحكومية والعديد من الأفراد. وأخذت الأمانة هذه التعليقات في حسابها لدى تنقيحها لمسودة خطة العمل.

٦- وتزوّد الخطة المقترحة تحت عنوان "كل مولود: خطة عمل من أجل وضع حد للوفيات التي يُمكن تلافيها" الدول الأعضاء وسائر أصحاب المصلحة بأهداف وإجراءات واضحة، كما تقترح مؤشرات يمكن استخدامها لتقييم التقدم المحرز في تنفيذ خطة العمل ونتائجها على حد سواء.

معلومات أساسية

٧- انخفض في العقود الأخيرة عدد وفيات الأطفال في جميع أنحاء العالم انخفاضاً ملحوظاً، وهو أمر يُردّ إلى حد كبير إلى التدخلات المنفذة بشأن خفض معدل الوفيات في أعقاب الشهر الأول من الولادة. وانخفض كذلك على الصعيد العالمي معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بنسبة ٥٠٪ تقريباً (من ٩٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي في عام ١٩٩٠ إلى ٤٨ حالة لكل ١٠٠٠ مولود حي في عام ٢٠١٢)، على أن معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة لم ينخفض إلا بنسبة ٣٧٪ (من ٣٣ حالة إلى ٢١ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي) خلال الفترة نفسها ومثلت في عام ٢٠١٢ نسبة ٤٤٪ من إجمالي عدد وفيات الأطفال.^٢

٨- وثمة وفيات كثيرة بين المواليد يمكن تلافيها والوقاية منها إذا ما نُفذت الإجراءات الواردة في هذه الخطة وتحققت أهدافها وغاياتها. وتستند مسودة خطة العمل إلى بيانات تثبت النجاح من الأعمال. وهي تسلّم بأن بقاء المولود على قيد الحياة علامة حساسة تدل على استجابة النظام الصحي لأضعف فئات المواطنين، وتدعو جميع أصحاب المصلحة إلى تحسين إتاحة خدمات الرعاية الصحية ونوعيتها أمام النساء والمواليد في إطار تقديم خدمات الرعاية المتواصلة التي تمتد اعتباراً من فترة ما قبل الحمل وخلالها وإلى مرحلتَي الطفولة والمراهقة.

٩- وترسم مسودة خطة العمل رؤية تصور فيها عالماً خالياً من الوفيات أو حالات الإملاص التي يمكن تلافيها بين المواليد، حيث تكون فيه كل حالة حمل مطلوبة ويُحتقّى فيه بكل ولادة وتبقى فيه النساء والرضع والأطفال على قيد الحياة وينعمون فيه بحياة ناجحة ويحققون إمكاناتهم بالكامل. ولتحقيق تلك الرؤية فإن الخطة

١ انظر المحاضر الموجزة للجلسة الرابعة (الفرع ٤) والجلسة السابعة للمجلس التنفيذي في دورته الرابعة والثلاثين بعد المائة (الوثيقة م١٣٤/٢٠١٤/سجلات/٢) (بالإنكليزية).

٢ منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي، الأمم المتحدة. مستويات وفيات الأطفال واتجاهاتها: تقرير عام ٢٠١٣. نيويورك، اليونيسيف، ٢٠١٣.

تقترح أغراضاً استراتيجية وأهدافاً ذات صلة بالوفيات ومستوى التغطية وبنوعية الغايات الخاصة بالرعاية بحلول عام ٢٠٣٥، بالاقتران مع أهداف وسيطة للأعوام ٢٠٢٠ و ٢٠٢٥ و ٢٠٣٠. وترتبط الأهداف الخاصة بالوفيات بمستوى التغطية المستهدفة بخدمات الرعاية الجيدة للنساء والرضع في الفترة المحيطة بالولادة وتقديم الرعاية للمرضى وصغار المواليد وفي الفترة اللاحقة للولادة. وتشمل خطة العمل إطاراً للناتج ومعالماً (الملحق ١) ومؤشرات لقياس التقدم المحرز (الملحق ٢).

١٠- ولأن الخطة موضوعة في إطار المبادرة المعنونة كل امرأة، كل طفل، فإنها تهدف إلى تعزيز إجراءات محددة بشأن المواليد وتدعيم تنسيق تلك الإجراءات وتخطيطها وتنفيذها في سياق استراتيجيات وخطط عمل وطنية معنية بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق، وذلك بقصد تحقيق تغطية منصفة وعالية الجودة بخدمات الرعاية الأساسية وخدمات الإحالة في حالات الطوارئ للنساء والمواليد في كل بلد من خلال إقامة روابط بسائر الخطط وتدابير القياس والمساءلة على الصعيدين العالمي والوطني.

١١- وينصب التركيز في المقام الأول على إبقاء المواليد على قيد الحياة وعلى الصحة والوقاية من حالات الإملاص. ولم تُدرج هذه الغايات في إطار الأهداف الإنمائية للألفية، ولم تحظ بالتالي إلا بمستوى أقل من الاهتمام والاستثمار، ما أدى إلى إبطاء عجلة التخفيضات في معدل الوفيات.

١٢- وترتبط حالات الإملاص وبقاء المواليد على قيد الحياة والتمتع بالصحة ارتباطاً وثيقاً ببقاء المرأة على قيد الحياة وصحتها وتغذيتها قبل حالات الحمل وأثنائها وفيما بينها. والساعات السابقة للولادة والساعات والأيام اللاحقة لها هي من أخطر الفترات التي تمنى فيها المرأة والطفل بحالات المراضة والوفيات. لذا فإن مسودة خطة العمل تشدد على ضرورة الوصول إلى كل امرأة ومولود في الحالات التي يكونان فيها أضعف ما يكون - أي خلال المخاض وأثناء الولادة وفي أولى أيام الحياة. ويتيح التدخل في تلك الفترة الزمنية الحرجة أكبر الفرص لإنهاء حالات الوفيات التي يمكن تلافيها بين المواليد وحالات الإملاص ووفيات الأمهات، ومن شأنه أن يعود بمردود مضاعف إلى ثلاث مرات من الاستثمارات الموظفة في هذا المضمار. وتشكل الخطة جزءاً من المبادرة الأوسع نطاقاً بشأن وضع حد لوفيات الأمهات والمواليد التي يمكن تلافيها؛ ويلزم أيضاً وضع خطة عمل شاملة بشأن الأمهات لتقديم إرشادات عن الرعاية قبل الحمل وأثنائها.

١٣- وقد وُضعت مسودة خطة العمل بالتشاور على نحو وثيق مع أصحاب المصلحة؛ وأثارت مسودة النسخة التي حُمِلت على موقع المنظمة الإلكتروني في شباط/فبراير ٢٠١٤ أكثر من ٣٠٠ تعليق رسمي. وتراعي الخطة جميع المدخلات والنتائج المستمدة من تحليل للعقبات التي تحول دون تعزيز التدخلات الفعالة الرامية إلى تحسين صحة المواليد ومن تحليل شامل للشؤون الوبائية واستعراض لبيانات تثبت فعالية التدخلات المقترحة.

الالتزامات القائمة

١٤- سيؤدي وضع خطة العمل موضع التنفيذ إلى تعزيز الالتزامات القائمة، مثل التعهد المقطوع في مبادرة تنظيم الأسرة لعام ٢٠٢٠ "تجديد الوعد"^١ (التي تدعو إلى وضع حد لوفيات الأطفال التي يمكن تلافيها) والتعهدات الإقليمية والعالمية القوية بشأن وضع حد لوفيات الأمهات التي يمكن تلافيها. ونظراً لارتفاع نسبة الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة ووجود صلة وثيقة بين وفيات

١ منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، الالتزام ببقاء الطفل على قيد الحياة: تجديد الوعد - التقرير المرحلي لعام ٢٠١٣. نيويورك: اليونيسيف؛ ٢٠١٣.

الأمهات والمواليد فإن الوفاء بهذه الالتزامات سيتعذر من دون بذل جهود محددة لتخفيض وفيات المواليد وحالات الإملاص. وتستند الخطة إلى خطط عمل عالمية أخرى وترتبط بها، من قبيل الخطط المتعلقة بالتغذية واللقاحات ومكافحة الملاريا والالتهاب الرئوي والإسهال والمياه والإصحاح والقضاء على انتقال فيروس العوز المناعي البشري من الأم إلى الطفل والزهري والكزاز الوليدي، وتأخذ الخطة في حساباتها أطراً زمنية متعددة لتحقيق الأهداف والغايات المتعلقة بهذه الالتزامات القائمة.

١٥- وجدّد العديد من الحكومات والشركاء التزاماته المقطوعة بشأن إنقاذ حياة النساء والمواليد استجابة للاستراتيجية العالمية للأمن العام للأمم المتحدة لصحة المرأة والطفل (التي أطلقت في عام ٢٠١٠) والمبادرة المصاحبة لها بعنوان كل امرأة، كل طفل، وللتوصيات المقدمة من اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل^١ ولجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع الأساسية اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والأطفال^٢. واعتراضاً من الخطة بأن إحرار التقدم بشأن صحة المواليد قد تخلّف عن مواكبة ركب ذلك المحرز فيما يخص صحة الأم والطفل فإنها تمضي قدماً بمهمة الاستراتيجية العالمية في إطار تأييد النداء الموجه من جمعية الصحة العالمية في القرار ج ص ع ٥٨-٣١ والعمل من أجل تحقيق تغطية شاملة بالتدخلات الصحية الخاصة بصحة الأم والوليد والطفل والالتزام بتخصيص الموارد وتسريع عجلة العمل على المستوى الوطني لتقديم خدمات رعاية متواصلة في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل. وتؤكد أيضاً هذه المبادرات على صحة المرأة والطفل بوصفها من المسائل المتعلقة بحقوق الإنسان الأساسية.

١٦- وتشير تقديرات إطار الاستثمار العالمي في مجال صحة المرأة والطفل^٣ إلى أن من شأن توظيف استثمارات إضافية بمبلغ ٥ دولارات أمريكية لكل شخص سنوياً في ميدان الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل عبر كامل ما يُقدّم من خدمات الرعاية المتواصلة أن يحقق مردوداً مضاعفاً يتسع مرات على الاستثمار في الفوائد الاجتماعية والاقتصادية المجنية في البلدان التي تزرع تحت وطأة أثقل الأعباء.

١٧- وأعربت جمعية الصحة العالمية الرابعة والستون عام ٢٠١١ في القرار ج ص ع ٦٤-١٢ بشأن دور منظمة الصحة العالمية في متابعة الاجتماع العام الرفيع المستوى للجمعية العامة للأمم المتحدة بشأن استعراض الأهداف الإنمائية للألفية (نيويورك، أيلول/سبتمبر ٢٠١٠)، عن بالغ قلقها إزاء التقدم المحرز ببطء وتفاوت في بلوغ الهدفين ٤ و ٥ من الأهداف الإنمائية للألفية. ولاحظت جمعية الصحة في القرار ج ص ع ٦٤-١٣ بشأن العمل على تخفيض معدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة ومعدل وفيات الأطفال حديثي الولادة أن التحرك نحو خفض معدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة ومعدل وفيات الأطفال حديثي الولادة قد أصابه الركود، وطلبت من المدير العام أن يشجع على وضع خطط محددة الأهداف لزيادة إتاحة خدمات الرعاية الصحية الآمنة والعالية الجودة التي تؤمن الوقاية والعلاج من الحالات في الفترة المحيطة بالولادة وتلك اللاحقة لها. وتستجيب مسودة خطة العمل لذلك الطلب وتجسّد أيضاً المقررات الإجرائية لجمعية الصحة في القرار ج ص ع ٦٤-٩ بشأن استدامة هياكل التمويل الصحي والتغطية الشاملة.

١ اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل. الوفاء بالوعود، قياس النتائج. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١١.

٢ تقرير لجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع الأساسية اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والأطفال: أيلول/سبتمبر ٢٠١٢. نيويورك، الأمم المتحدة، ٢٠١٢.

٣ Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, Anderson I, Gülmezoglu AM, Temmerman M et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. Lancet 2013; early online publication, 19 November. doi:10.1016/S0140-6736(13)62231-X.

الحقوق

١٨- وفقاً لأحكام المادتين ٦ و ٢٤ من اتفاقية حقوق الطفل فإن لكل طفل حقاً أصيلاً في الحياة والبقاء والنمو وفي التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وفي مرافق علاج الأمراض وإعادة التأهيل الصحي. ويتعزز مفهوم الالتزامات القانونية في التعليق العام رقم ١٥ الصادر عن لجنة حقوق الطفل بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه وفي الرعاية الصحية،^١ والذي ينص على أن الدول ملزمة بخفض وفيات الأطفال وأنه ينبغي إيلاء اهتمام خاص لوفيات المواليد.

١٩- ورحب مجلس حقوق الإنسان التابع للأمم المتحدة بالإرشادات التقنية المتعلقة بتطبيق نهج قائم على حقوق الإنسان بشأن تنفيذ سياسات وبرامج للحد من حالات المراضة والوفيات التي يمكن تلافيها بين الأمهات في أيلول/سبتمبر ٢٠١٢، وتعزيز حقوق المرأة في الحصول على خدمات جيدة ومناسبة وميسورة التكلفة والدعم عبر كامل ما يُقدّم من خدمات الرعاية المتواصلة. وأكد قرار المجلس المذكور A/HRC/22/L.27/Rev.1 بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه على أهمية تطبيق نهج قائم على حقوق الإنسان للقضاء على حالات الوفيات والمراضة بين الأمهات والأطفال، وطلب إلى الدول تجديد التزامها السياسي واتخاذ ما يلزم من إجراءات لمعالجة الأسباب الرئيسية للوفيات والمراضة.

الحالة الراهنة

٢٠- علاوة على وفيات الرضع البالغ عددها ٢,٩ مليون وفاة في الشهر الأول من الحياة، تشير التقديرات إلى أن عدد حالات الإملاص بين الرضع يبلغ ٢,٦ مليون حالة (ممن يموتون في الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل أو أثناء الولادة) وأنه تموت سنوياً نحو ٢٨٧ ٠٠٠ امرأة بسبب مضاعفات الحمل والولادة. وبلغ متوسط المعدل السنوي العالمي للحد من وفيات المواليد منذ عام ١٩٩٠ نسبة ٢,٠٪، وهو أقل من معدله لوفيات الأمهات (٣,١٪) ومعدله بالنسبة إلى وفيات الأطفال دون سن ٥ سنوات (٢,٩٪).^٣

٢١- وتُمنى البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل بمعظم وفيات المواليد. وتفيد التقارير بأن ثلثي مجموع وفيات المواليد تقع في ١٢ بلداً،^٤ منها ستة بلدان في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وتستأثر البلدان التي تبلغ فيها وفيات المواليد ٣٠ وفاة أو أكثر لكل ١٠٠٠ مولود حي بنسبة ٦٠٪ من مجموع وفيات المواليد.^٥

١ اتفاقية حقوق الطفل، الوثيقة CRC/C/GC/15.

٢ المفوضية السامية لحقوق الإنسان، القرار A/HRC/21/L.10.

٣ منظمة الصحة العالمية، منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، صندوق الأمم المتحدة للسكان، البنك الدولي. الاتجاهات الملحوظة في الوفيات النفاسية: ١٩٩٠ إلى ٢٠١٠. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٢، و http://www.childinfo.org/files/Child_Mortality_Report_2013.pdf، على التوالي.

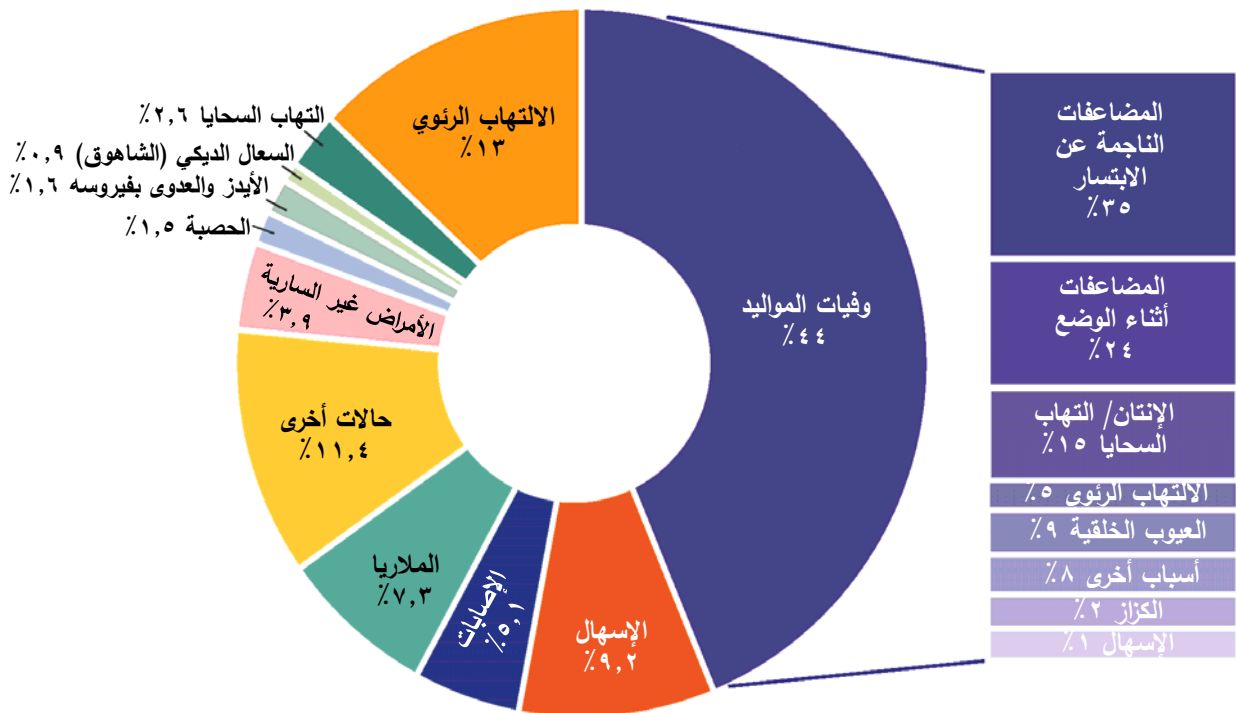
٤ فيما يلي البلدان بحسب الترتيب التنازلي لعدد وفيات المواليد فيها سنوياً: الهند ونيجيريا وباكستان والصين وجمهورية الكونغو الديمقراطية وإثيوبيا وبنغلاديش وإندونيسيا وأنغولا وكينيا وجمهورية تنزانيا المتحدة وأفغانستان.

٥ أفغانستان وأنغولا وبوروندي وجمهورية أفريقيا الوسطى وتشاد وجزر القمر والكونغو وكوت ديفوار وجمهورية الكونغو الديمقراطية وجيبوتي وغينيا الاستوائية وإثيوبيا وغينيا وغينيا - بيساو والهند وليسوتو ومالي وموريتانيا وموزامبيق ونيجيريا وباكستان وسيراليون والصومال وجنوب السودان وسوازيلند وتوغو وزمبابوي.

٢٢- وتشهد مؤخراً بلدان كثيرة تزرع تحت وطأة عبء ثقيل من وفيات المواليد اندلاع نزاعات أو حدوث حالات طوارئ إنسانية فيها، ويعاني بعضها الآخر من ضعف النظم الصحية المقترنة بمحدودية البنية التحتية وقلة عدد العاملين الصحيين المهرة فيها، ويواجه سكانها خطر تكبد نفقات باهظة من جيبهم الخاص. وتسفر الإتاحة غير المنصفة للخدمات الصحية الجيدة أمام النساء والأطفال عن تفاوت صارخ في معدلات الوفيات والتغطية بالتدخلات بين البلدان وداخلها. وبرغم ذلك تمكّن ١١ بلداً من البلدان المنخفضة الدخل وتلك المتوسطة الدخل من خفض معدل وفيات المواليد بنسبة زادت على ٤٠٪ منذ عام ٢٠٠٠، ممّا يثبت أن إحراز تقدم سريع أمر ممكن.

٢٣- وفيما يلي الأسباب الثلاثة التي استأثرت بأكثر من ٨٠٪ من وفيات الأطفال الحديثي الولادة في عام ٢٠١٢ (الشكل ١): مضاعفات الابتسار ووفيات المواليد أثناء الوضع (ومنها الاختناق أثناء الولادة) والالتهابات التي تصيب المواليد. ومضاعفات الابتسار هي أيضاً السبب الرئيسي الثاني لجميع وفيات الأطفال دون سن الخامسة. ويولد سنوياً ١٥ مليون طفل قبل الأوان و ٣٢,٤ مليون طفل يقل وزنه عن عشرة في المائة بالنسبة إلى سنهم أثناء الحمل؛ و ١٠ ملايين طفل لا يتنفسون عند الولادة، منهم ٦ ملايين طفل يحتاجون إلى إنعاش أساسي أثناء الولادة (تهوية بواسطة الكيس والقناع).

الشكل ١ - أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ٢٠١٢



تلتحق نسبة تزيد على ٨٠٪ من وفيات المواليد بصغار الرضع (من المولودين قبل الأوان أو صغار الحجم بالنسبة لسنهم أثناء الحمل) في الأماكن التي تنوء بأثقل أعباء الوفيات.

المصدر: المرصد الصحي العالمي التابع لمنظمة الصحة العالمية، ٢٠١٤.

١ بنغلاديش وكمبوديا وجمهورية كوريا الديمقراطية الشعبية ومصر والسلفادور وملايو ومنغوليا ورواندا والسنغال وسري لانكا وجمهورية تنزانيا المتحدة.

٢٤- وتسجل أعلى معدلات مخاطر الوفاة أثناء الحمل، وفي الفترة المحيطة بالولادة والوفاة خلال مرحلتي الرضاعة والطفولة المبكرة عند المواليد الصغار والمواليد المنخفضي الوزن عند الولادة، أي الأطفال الخدج أو ممن هم أصغر حجماً بالنسبة للعمر الحولي، أو الاثنين معاً. وتحدث أكثر من ٨٠٪ من وفيات جميع المواليد لدى الرضع الصغار الحجم في جنوب آسيا والبلدان الأفريقية جنوب الصحراء الكبرى.

٢٥- ولا تزال حالات العجز تشكل مسألة هامة. ويمكن الوقاية من العديد منها بتوفير رعاية مناسبة أثناء المخاض وعند الولادة وفي فترة الولادة الحديثة. ويواجه الرضع الخدج الباقيون على قيد الحياة بعد الشهر الأول من الحياة مستوى أعلى من مخاطر الوفاة في المرحلة اللاحقة لمرحلة الولادة الحديثة، واختلال النمو العصبي الطويل الأجل، وتعرقل النمو والإصابة بأمراض غير معدية. ويواجه المواليد الأصغر بالنسبة للعمر الحولي مخاطر تعرقل النمو واعتلالات الاضطراب الاستقلابي التي تنشأ بعد البلوغ. ويتعرض أربعة ملايين من المواليد الذين يولدون بانقضاء أجل الحمل أو قبيل انقضائه إلى اعتلالات أخرى مهددة للحياة، منها إصابات الدماغ أثناء الوضع، والعدوى البكتيرية الشديدة، واليرقان المرضي، التي تؤدي إلى الإصابة بحالات العجز مدى الحياة. ويبقى على قيد الحياة أكثر من مليون وليد كل سنة مع الإصابة باختلال النمو العصبي الطويل الأجل. لذا لابد من النظر فيما هو أبعد من البقاء على قيد الحياة وتوفير رعاية المتابعة المناسبة للأطفال المصابين بهذه الاعتلالات من أجل ضمان الكشف المبكر ومنحهم الرعاية والتأهيل المناسبين. وكما تؤكد عليه المادة ٢٣ من اتفاقية حقوق الطفل، فإن من الأهمية بمكان أيضاً الوفاء باحتياجات الأطفال المصابين بعجز ذهني أو بدني.

٢٦- ويتعلق نحو ١٠٪ من إجمالي عبء الأمراض العالمي باعتلالات الولادة الحديثة والاعتلالات الخلقية. ووفقاً لما أقرته جمعية الصحة العالمية في قرارها ج ص ٦٣-١٧ بشأن العيوب الولادية، فإن العوامل التي تؤدي إلى الإصابة بالعيوب الولادية وحالات الشذوذ الخلقي يمكن أن تؤثر في الحوامل الصحيين للرضع الذين يبقون على قيد الحياة لما بعد فترة الولادة الحديثة، شأنها شأن العديد من الأسباب المتنوعة والعوامل التي تحدد الاضطرابات الخلقية. ويلزم إدراج الوقاية من العيوب الولادية وتوفير الرعاية للأطفال المصابين بها في الخدمات القائمة بشأن صحة الأمومة والصحة الإنجابية وصحة الأطفال، مع منح الرعاية الاجتماعية لكل من هم بحاجة إليها.

٢٧- وتعتبر المحددات الاجتماعية عاملاً هاماً من العوامل المؤثرة في صحة النساء والمواليد. فالفقر واللامساواة وانعدام الاستقرار الاجتماعي عوامل تقوّض رعاية الأمهات والمواليد بسبل متعددة مثل سوء الحالة التغذوية للفتيات والنساء (بمن فيهن الحوامل) وعدم ملائمة ظروف السكن والإصحاح. وتسبب حالات الطوارئ الإنسانية المعقدة تحركات خطيرة للأشخاص (بمن فيهم الحوامل والمواليد) وتهدد إمكانية وصولهم للنظم الصحية العاملة. كما يعوق انخفاض مستويات التعليم، والتمييز بين الجنسين وانعدام التمكين التماس النساء للرعاية الصحية وتحول دون اتخاذ أفضل الخيارات لصحتهن ولصحة أطفالهن، مما يؤدي إلى تأجيلات خطيرة ووفيات لا داعي لها. وتقر خطة العمل هذه بالروابط المتأصلة بين العوامل الظرفية وصحة الأمهات والمواليد وتركز بالدرجة الأولى على الحلول المتصلة بالنظم الصحية.

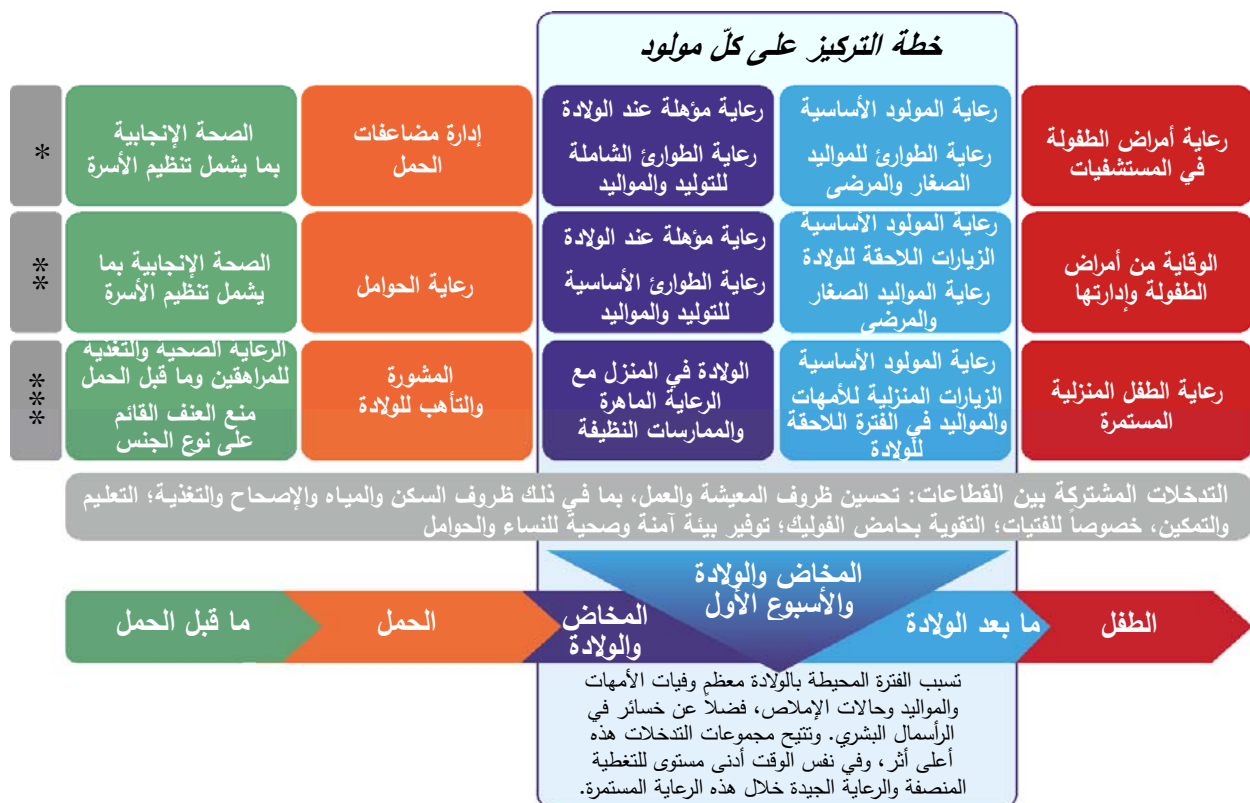
تدخلات فعالة لغرض تحسين صحة المواليد عبر الرعاية المستمرة

٢٨- ثمة فرص لم يسبقها مثيل متاحة الآن لتعزيز صحة المواليد، وهي حسيطة تحليل وبحث امتد عقوداً من الزمن وأثمرت معلومات عن عبء وفيات المواليد وأسبابها، وأوضحت فعالية التدخلات وتقنيات توفير الخدمات، وحددت سبلاً من شأنها تعجيل التقدم المحرز في توسيع نطاق التدخلات من أجل خفض تلك الوفيات.^١

١ مجموعة توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن صحة الأم والمولود والطفل والمراهق (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/mnca-recommendations/en/) تم الاطلاع في ٢٧ آذار/ مارس (٢٠١٤).

٢٩- وتشكّل التدخلات الفعالة من أجل تعزيز صحة المواليد وفرص بقائهم على قيد الحياة أحد مكونات الخدمات الصحية المتكاملة للصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود والطفل والمراهق (الشكل ٢). وهي تدخلات معززة جيداً بوثائق على مدى دورة الحياة وجمّعت لمختلف مستويات تقديم الخدمات.^١ ويوفر العديد منها عن طريق البرامج الشائعة لتقديم الرعاية الصحية؛ ويتيح تخطيط التدخلات وتقديمها المتكاملين ضمان فعالية وكفاءة الخدمات الصحية للأم والطفل.

الشكل ٢ - مجموعات التدخلات في إطار الرعاية المستمرة



* REFERRAL AND TERTIARY FACILITY = إحالة ومرفق المستوى التخصصي

** FIRST AND SECONDARY FACILITY = المرفق الأولي والثانوي

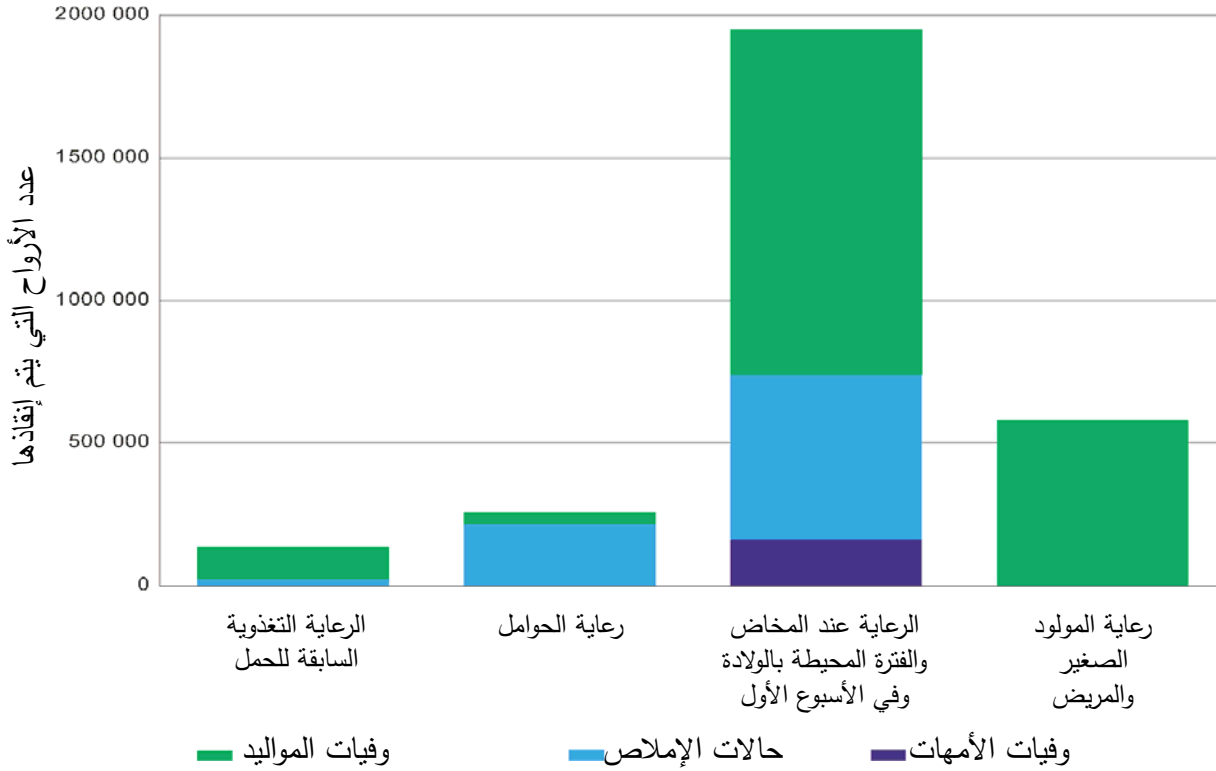
*** COMMUNITY = المجتمع

٣٠- وتتضمن مجموعات تدخلات الرعاية ذات الأثر الأعظم في الحد من وفيات المواليد والإملاص ما يلي: الرعاية أثناء المخاض والولادة والأسبوع الأول من الحياة؛ ورعاية المواليد الصغار والمرضى. ويشرح الشكل ٣ النتائج الأولية للأثر المقدّر لهذه التدخلات فيما لو تحققت الرعاية الشاملة بحلول عام ٢٠٢٥. وستركز خطة

^١ A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health; 2011.

العمل كلّ مولود على مجموعات التدخلات هذه نظراً لأثرها في إنقاذ حياة معظم المواليد، فضلاً عن إتاحة الوقاية من وفيات الأمهات والإملاص.

الشكل ٣- الأرواح التي يمكن إنقاذها بحلول عام ٢٠٢٥ بفضل تغطية الرعاية الشاملة (النتائج الأولية)



المصدر: Special analysis detailed in *The Lancet* Every newborn series, in press.

٣١- تشمل (على سبيل المثال لا الحصر) تدخلات مجموعة "الرعاية أثناء المخاض والفترة المحيطة بالولادة وفي الأسبوع الأول بعد الولادة" توفير الرعاية الماهرة عند الولادة، ورعاية التوليد الأساسية والشاملة، وإدارة الإبتسار (بما في ذلك استخدام الأسيترويدات قبل الولادة)، ورعاية المولود الأساسية (رعاية التصحيح، الرعاية الحرارية، دعم الإرضاع بالثدي، وعند الاقتضاء، إنعاش المولود). ويلزم اعتبار التدخلات الخاصة بالأم والمولود كوحدة وظيفية يجري تقديمها في حدود فترة زمنية ضيقة على يد مقدم الرعاية نفسه (أو فرقة الرعاية) وفي نفس المكان، مع الإحالة لغرض إدارة المضاعفات بما يشمل الأم والرضيع كليهما.

٣٢- وتشمل مجموعة "رعاية المواليد الصغار والمرضى" تدخلات لمعالجة المضاعفات الناجمة عن الإبتسار و/أو صغر الحجم بالنسبة للعمر الحلمي، والإصابة بحالات العدوى الولادية (الإنتان والتهاب السحايا والالتهاب الرئوي والعدوى المسببة للإسهال). وتشتمل الإدارة المناسبة للمواليد الصغار والمواليد المرضى رعاية حرارية إضافية ودعم تغذية المواليد الصغار أو الخدج، بما في ذلك رعاية الأم لطفلها على طريقة الكنغر، وعلاج حالات العدوى باستخدام المضادات الحيوية ورعاية الدعم الكاملة في المرافق. وتتضمن هذه الرعاية الأخيرة دعم الإرضاع الإضافي (بما في ذلك التغذية بالقدرح والأنبوب الأنفي المعوي والسوائل الوريدية)، والوقاية من العدوى

وإدارتها، وعلاج الأكسجين المأمون، وإدارة حالات اليرقان مع إمكانية الدعم التنفسي باستخدام مواد تقليص الشد السطحي.

٣٣- وتتيح الرعاية ما بعد الولادة برنامجاً لرعاية المولود الطبيعي، بما يشمل ترويج الممارسات الصحية واكتشاف المشاكل التي تستلزم رعاية إضافية. وتقدم هذه الرعاية في إطار زمني مختلف، وهي توفر في معظم الأحيان على يد أفراد مختلفين وفي أماكن مختلفة. وتشمل رعاية المولود الطبيعي بدء الإرضاع (الحصري) بالثدي في وقت مبكر، والوقاية من انخفاض حرارة الجسم، وممارسات الرعاية النظيفة ما بعد الولادة ورعاية الحبل السري المناسبة. وبغية ضمان اتباع ممارسات جيدة في تقديم الرعاية واكتشاف أي اعتلالات مهددة للحياة، يوصى بمراقبة جميع الأمهات والمواليد عن كثب لمدة ٢٤ ساعة وبإجراء ثلاثة اتصالات إضافية على الأقل بعد الولادة (في اليوم الثالث (٤٨-٧٢ ساعة)، وبين ٧ أيام إلى ١٤ يوماً، وبعد مرور ستة أسابيع على الأقل على الولادة).^١

٣٤- وتعتبر التدخلات الأخرى ضمن سلسلة الرعاية المستمرة تدخلات حيوية بالنسبة لصحة النساء ومواليدهن ويقائهن على قيد الحياة. فالرعاية قبل الولادة، على سبيل المثال، تتيح فرصة لتقديم خدمات متكاملة للحوامل، بما في ذلك خدمات التوليد، ولكنها تغطي أيضاً حالات العدوى، مثل الوقاية من الإصابة بالمalaria والزهرى أثناء الحمل والكشف عن هذين المرضين ومعالجتهما، ورعاية المصابات بالسّل وبعدي فيروس الأيدز، والوقاية من انتقال فيروس الأيدز من الأم إلى الطفل وخفض الممارسات المضرة المتصلة بنمط الحياة كالتدخين وتناول الكحول. ووفقاً للإحصاءات الصحية العالمية (٢٠١٣) الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، فقد بلغ فعلاً معدل التغطية لبعض التدخلات، كالتطعيم بذيغان الكزاز مثلاً، مستوى مرتفعاً في العديد من البيئات (٨٢٪ من جميع المواليد محصنين الآن ضد كزاز المواليد عند ولادتهم)؛ وهناك بالتالي احتمال أقل لتلافي الوفيات (انظر الشكل ٣)، ولكن معدلات التغطية يجب أن تبقى مرتفعة. وتتلقى نحو ٨١٪ من النساء رعاية سابقة للولادة مرة واحدة على الأقل أثناء الحمل، بيد أن ٥٥٪ فقط من النساء يحصلن على الحد الأدنى الموصى به من الزيارات وهو أربع زيارات فأكثر، ويغلب أن تكون نوعية الرعاية دون المستوى الأمثل.

٣٥- وتؤثر الرعاية قبل كل حملين والفترة الفاصلة بينهما على صحة النساء ومواليدهن ويقائهن على قيد الحياة. ويشكل منع الحمل عنصراً حيوياً من العناصر التي تساهم في ذلك عن طريق تأجيل الولادات والمباعدة بينها وتقليلها، وكلها قادرة على خفض وفيات المواليد وتعزيز صحة الأمهات وأطفالهن الرضع وغير الرضع. كذلك فإن الحصول على وسائل تنظيم الأسرة والحق في التحكم فيه، وفي تواتر الحمل ومواعيده هي من الأساليب التمكينية للنساء والفتيات وتعزيز صحة الرضع وفرص بقائهم على قيد الحياة. ومن شأن الاستثمار في تخطيط الأسرة أن يساهم مساهمة كبرى في خفض الشامل لوفيات الأمهات والمواليد: فخفض عدد حالات الحمل غير المقصود يمكن أن يحول دون ٦٠٪ من وفيات الأمهات و ٥٧٪ من وفيات الأطفال.

٣٦- ومن بين العناصر الإضافية للرعاية قبل الحمل والفترات الفاصلة بين حالات الحمل، والتي تؤثر في صحة المولود، تعليم مهارات الحياة، والتغذية، والوقاية من الممارسات الضارة وإدارتها (بما في ذلك التدخين وتناول الكحول)، والتعرف على الاعتلالات ومعالجتها مثل العدوى المنقولة جنسياً والأمراض النفسية، ومجابهة العنف الذي يرتكبه الشركاء المقربون. وثمة أهمية خاصة لحالة المرأة التغذوية، فالمرأة التي تعاني من نقص التغذية قبل الحمل أكثر احتمالاً بأن تضع مواليد خدج أو صغار بالنسبة للعمر الحولي عند ولادتهم، أو كليهما. ويتحدد قسم من هذا الخطر بنقص تغذية المرأة في الألف يوم الأولى من حياتها وأثناء مرحلة المراهقة. ولابد من

١ WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization; 2013.

كسر الحلقة التعاقبية بين الأجيال لسوء الصحة ونقص التغذية، سيما وأن عدداً متزايداً من الأدلة يشير إلى الروابط بين نقص الوزن عند الولادة ونقص التغذية في الألف يوم الأولى من الحياة وبين ارتفاع الإصابة بالأمراض غير السارية بعد سن الرشد.

٣٧- وتعتبر الوقاية من الحمل المبكر غير المقصود في أوساط المراهقات عنصراً رئيسياً في جهود تعزيز صحة المواليد.^١ إذ تواجه الأمهات الصغيرات السن جداً ومواليدهن مخاطر أعظم شأنها نتيجة للحمل والولادة.^٢ ويشكل تأجيل الحمل لدى المراهقات وسيلة قوية لإنقاذ حياة الأم والمولود ولتمكين الفتيات من إكمال تعليمهن.

٣٨- ويعتبر المهني الصحي الحريص والمؤهل في مجال القبالة أفضل من يقدم الرعاية للنساء قبل الحمل وأثنائه، وعند الولادة والفتريات الفاصلة بين حالات الحمل.^٣ وينبغي أن تُبنى الرعاية على الاحترام وأن تحقق أفضل العمليات الطبيعية والبيولوجية. وتقدم الرعاية في معظم الأحيان على يد قابلة مهنية، والتي ستحتاج بين حين وآخر إلى دعم يقدمه فريق يتألف من مهنيين صحيين آخرين، كالمرضيين والأطباء من أخصائيي التوليد وأمراض الأطفال، وذلك عند حدوث المضاعفات. وبإمكان هذا الفريق تقديم كافة جوانب الرعاية في البيئات التي تقتدر لوجود القابلة المهنية: يستخدم مصطلح "موظفو القبالة" في هذه البيئات.

٣٩- ويمكن للعاملين الصحيين المجتمعيين، ولاسيما في المناطق الريفية، أداء دور هام في سدّ الفجوات الكائنة بين الخدمات الصحية والأسر، وقد اتضح أنّ الزيارات المنزلية التي يقومون بها أثناء الحمل وفي الأسبوع الأول بعد الولادة تخفّف أثراً إيجابياً على ممارسات رعاية المولود ومعدلات وفيات المواليد. وهم فعّالون أيضاً في اكتشاف وإحالة الأمهات المصابات بالمضاعفات اللاحقة للولادة وفي إسداء المشورة بشأن تخطيط الأسرة. وفي وسع العاملين المجتمعيين الآخرين أيضاً، مثل القيادات التقليدية وأعضاء الأسرة ذوي النفوذ ومساعدات التوليد التقليديات، التأثير على التماس الرعاية الماهرة والحصول عليها.

٤٠- ويستلزم توفير الرعاية المستمرة مدى الحياة وجود تنسيق سلس وفاعل بين شتى مستويات الخدمات الصحية وبين القطاعين العام والخاص. كذلك فإن تقديم الرعاية الصحية للنساء والمواليد يتطلب التنسيق بين المبادرات والبرامج التقنية والتعاون ما بين جميع أصحاب المصلحة المعنيين: الحكومات، والرابطات المهنية، والمجتمع المدني، والمؤسسات الأكاديمية ومؤسسات البحث، ومجتمع الأعمال التجارية، والشركاء في التنمية والأسر.

خطة العمل: الرؤية والأهداف

٤١- الرؤية التي تحملها خطة العمل المعنونة كل مولود هي عالم خال من وفيات المواليد وحالات الإملاص التي يمكن تلافيها، يكون فيه كلّ حمل حملاً مرغوباً، ويُحتفى بكل طفل يولد، وحيث تبقى كل امرأة، ويبقى كل مولود وطفل، على قيد الحياة ويزدهرون ويحققون كامل قدراتهم فيه.

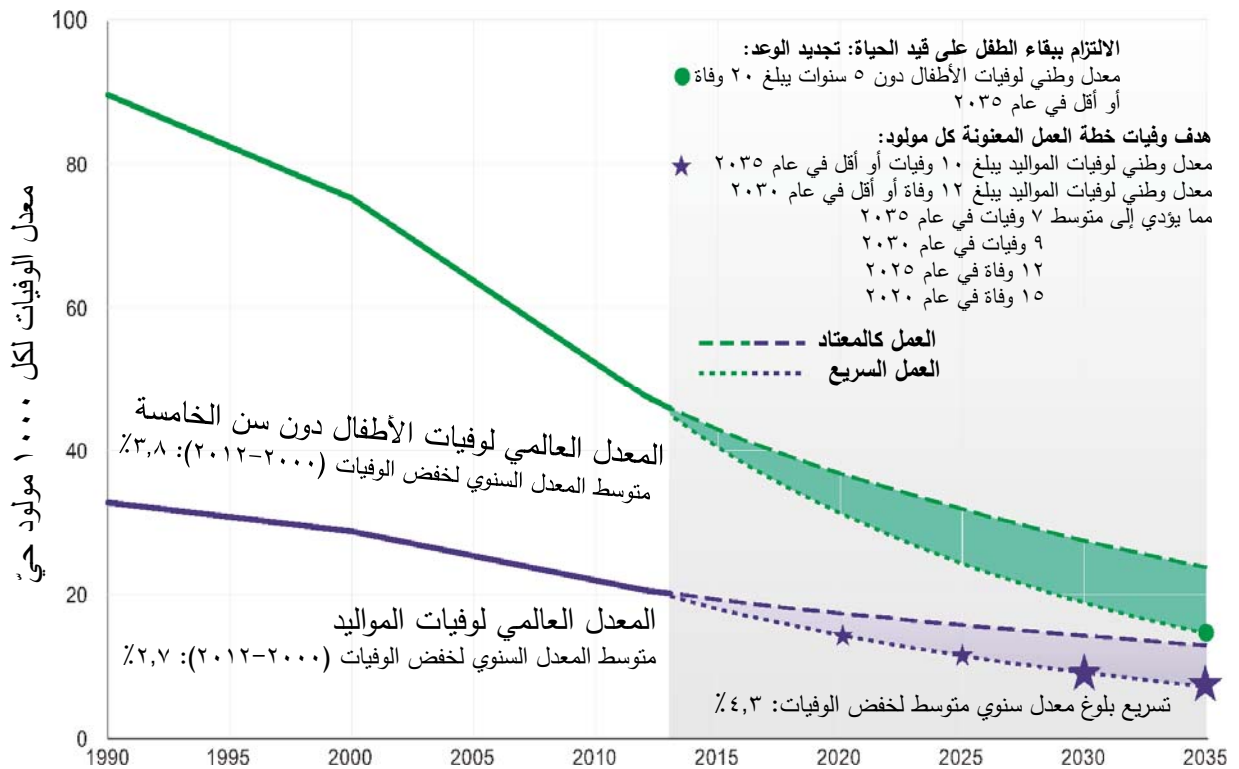
١ Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2011.

٢ Motherhood in childhood. Facing the challenge of adolescent pregnancy. UNFPA state of world population 2013. New York: United Nations Population Fund; 2013.

٣ يقصد بالرعاية بعد الولادة رعاية الأمهات والرضع خلال فترة الأسابيع الستة الأولى التالية للولادة، وذلك وفقاً لتوصيات منظمة الصحة العالمية بشأن رعاية الأم والمولود بعد الولادة (جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣).

٤٢- الهدف ١- وضع حدّ لوفيات المواليد الممكن تلافيها: ١ بحلول عام ٢٠٣٥، ستكون جميع البلدان قد حققت هدف خفض عدد وفيات المواليد إلى أقل من ١٠ وفيات لكل ١٠٠٠ مولود حيّ وستستمر في خفض عدد الوفيات وحالات العجز، بما يضمن عدم إغفال أي مولود. وسيفضي بلوغ هذا الهدف إلى تحقيق متوسط عالمي لمعدل وفيات المواليد يبلغ ٧ وفيات لكل ١٠٠٠ مولود حيّ، وهو رقم يتسق مع هدف الحدّ من وفيات الأطفال الممكن تلافيها المحدد في "الالتزام ببقاء الطفل على قيد الحياة: تجديد الوعد"^٢ وضروري لبلوغ ذلك الهدف. وبحلول عام ٢٠٣٠ ستبلغ جميع البلدان معدل ١٢ وفاة أو أقل من بين كلّ ١٠٠٠ مولود حيّ مما سيفضي إلى متوسط عالمي يبلغ ٩ وفيات للمواليد من بين كلّ ١٠٠٠ مولود حيّ (بيّن الشكل ٤ أهداف مؤقتة أخرى). ويتوقع أن ترتبط هذه الأهداف أيضاً بالأهداف المقبلة المقترحة لوضع حدّ لوفيات الأمهات الممكن تلافيها. وينبغي لجميع البلدان أن تضمن بلوغ هذا الهدف أيضاً لدى الفئات السكانية التي يقل حصولها على الخدمات، مما يؤدي إلى تحقيق أقصى رأس مال بشري ممكن. ويمكن اعتبار هذا الهدف مواصلة للهدف ٤ من الأهداف الإنمائية للألفية لتغطية العمل غير المكتمل في خفض وفيات المواليد.

الشكل ٤- وضع حدّ لوفيات المواليد والأطفال الممكن تلافيها



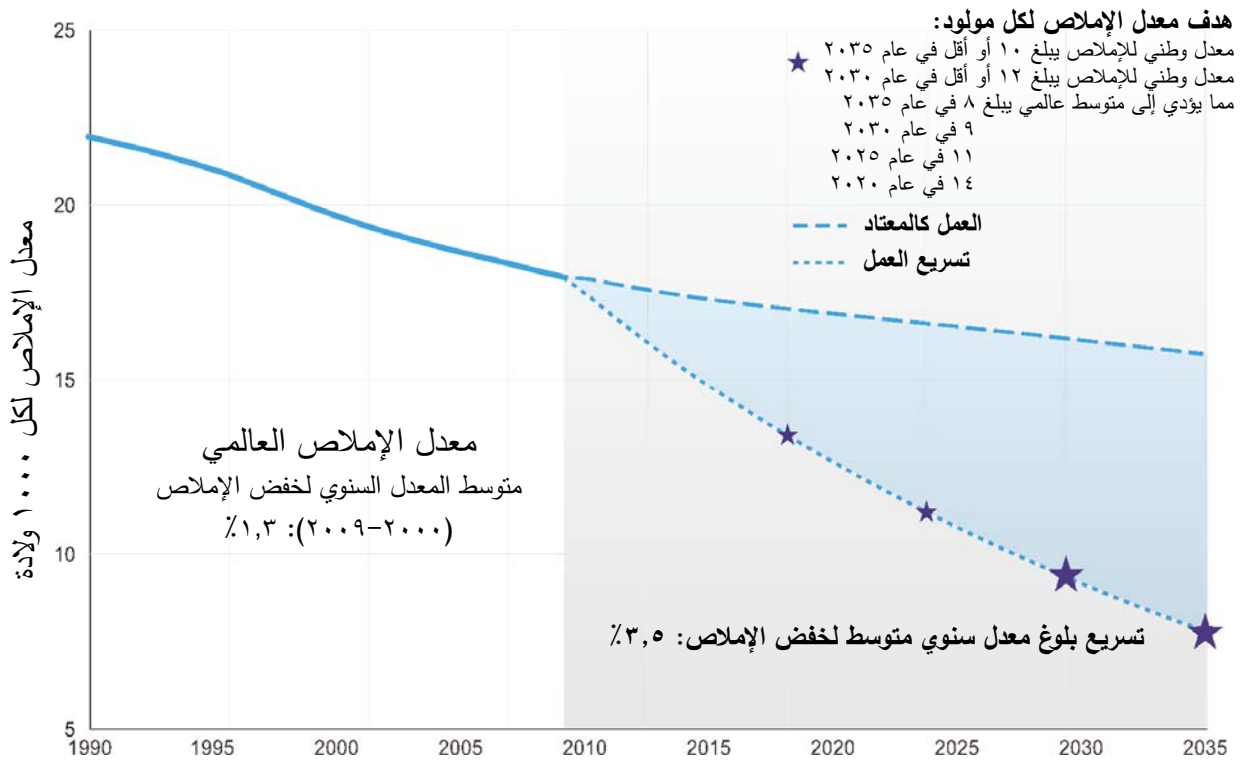
المصدر: مشاورات إلكترونية قطرية ورسمية وبيانات معدلات وفيات المواليد المحصلة من فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقديرات وفيات الأطفال، ٢٠١٣.

١ تُعرّف وفاة المولود بأنها الوفاة التي تحدث في غضون ٢٨ يوماً من الولادة لأي مولود حيّ مهما كان وزنه أو عمره الحولي.

٢ UNICEF. Committing to child survival: a promise renewed progress report 2013. New York: United Nations Children's Fund; 2013.

٤٣- الهدف ٢ - الحدّ من الإملاص الممكن تلافيه: ١ ستبلغ كل البلدان هدف تحقيق معدل للإملاص يقل عن ١٠ لكل ١٠٠٠ ولادة بحلول عام ٢٠٣٥ وستواصل سدّ فجوات الإنصاف. وسيفضي بلوغ هذا الهدف إلى متوسط عالمي لمعدلات الإملاص يبلغ ٨ لكل ١٠٠٠ ولادة. وبحلول عام ٢٠٣٠، ستبلغ جميع البلدان معدل ١٢ أو أقل من حالات الإملاص لكل ١٠٠٠ ولادة مما سيؤدي إلى متوسط عالمي لمعدل الإملاص يبلغ ٩ وفيات لكل ١٠٠٠ ولادة (يبين الشكل ٥ أهدافاً مؤقتة أخرى). وينبغي لجميع البلدان أن تركز على معالجة اللامساواة وأن تستخدم بيانات المراجعة في تتبع الإملاص والوقاية منه.

الشكل ٥ - الحدّ من الإملاص الممكن تلافيه



المصدر: ٢. Country and official online consultations and stillbirth rate data from *The Lancet* stillbirth series

١ لأغراض المقارنة الدولية، يعرّف الإملاص بأنه المولود الذي لا تبدو عليه أي علامة من علامات الحياة، والذي يتجاوز وزنه ١٠٠٠ غرام أو الذي أكمل أكثر من ٢٨ أسبوعاً كاملاً من الحمل.

٢ Cousens S, Blencowe H, Stanton C, Chou D, Ahmed S, Steinhardt L et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. *Lancet* 2011;377(9774):1319-30. doi:10.1016/S0140-6736(10)62310-0.

٤٤- إن الهدفين الطموحين المقترحين في خطة العمل هذه، وهما الحدّ من وفيات المواليد وحالات الإملاص الممكن تلافيها بحلول عام ٢٠٣٥ - مع أهداف وسيطة للأعوام ٢٠٣٠ و ٢٠٢٥ و ٢٠٢٠ - يستلزمان تحقيق تغطية شاملة منصفة ورفيعة الجودة بالرعاية الأساسية ورعاية الإحالة والطوارئ لكل امرأة ومولود وفي كل بلد، مما يقتضي قياسات ومساءلة وروابط مع الخطط العالمية والوطنية الأخرى.

المبادئ والأغراض الاستراتيجية لخطة العمل

٤٥- توخياً لتحقيق الرؤية وأهداف خفض الوفيات، تقترح خطة العمل المعنونة كل مولود خمسة أغراض استراتيجية.

الغرض الاستراتيجي ١: تعزيز الرعاية أثناء المخاض والولادة واليوم الأول والأسبوع الأول من الحياة والاستثمار فيها. تحدث نسبة كبيرة من وفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص في هذه الفترة. ويمكن الوقاية من العديد من الوفيات والمضاعفات بضمان توفير رعاية أساسية عالية الجودة لكل امرأة حامل ورضيع حوالي وقت المخاض والولادة وفي الأربع وعشرين ساعة الأولى والأسبوع الأول من الحياة.

الغرض الاستراتيجي ٢: تحسين نوعية رعاية الأم والوليد. ثمة فجوات هامة في نوعية الرعاية الكائنة على امتداد الرعاية المستمرة لصحة النساء والأطفال. ففي العديد من البيئات لا تتلقى النساء والمواليد الرعاية التي يحتاجونها حتى مع وجود اتصال بينهن وبين النظام الصحي قبل الحمل وأثناءه أو بعده. ومن العوامل الرئيسية في تحسين نوعية الرعاية استحداث رعاية عالية الجودة ذات أثر كبير، وتوفير تدخلات فعالة للتكلفة للأم والرضيع معاً - يقدمها في معظم الحالات مقدمو الرعاية الصحية أنفسهم مع قابلات ماهرات في نفس الوقت.

الغرض الاستراتيجي ٣: الوصول إلى كل امرأة ومولود من أجل تقليل اللامساواة. إنّ الحصول على رعاية صحية عالية الجودة على أساس الاحتياج ودون معاناة من الصعوبات المالية هو حق من حقوق الإنسان. وثمة بيئات متينة متزايدة بخصوص نُهج الحدّ من وفيات المواليد الممكن تلافيها، التي تسرّع على نحو فعال تغطية التدخلات الأساسية بواسطة أساليب ابتكارية مثل تقاسم المهام، وتحسين قدرة الحصول على السلع المنقذة للأرواح، والتأمين الصحي، وآليات التمويل، واستخدام تكنولوجيا المعلومات والشبكات الاجتماعية والمعرفية.

الغرض الاستراتيجي ٤: تسخير قدرة الآباء والأسر والمجتمعات. تساعد مشاركة القيادات المجتمعية والجمعيات النسائية والعاملين المجتمعيين على عكس الاتجاه نحو تحسين الحصائل الصحية للمواليد، خصوصاً في المجتمعات الريفية الفقيرة. ويشكل التعليم والمعلومات عاملين حاسمي الأهمية في تمكين الآباء والأسر ومجتمعاتهم من طلب الرعاية الجيدة وتحسين ممارسات الرعاية في المنزل.

الغرض الاستراتيجي ٥: إحصاء كل مولود - القياس وتتبع البرامج والمساءلة. تمكّن القياسات مديري البرامج من تحسين الأداء وتكييف أعمالهم وفقاً للحاجة. كما يساعد تقييم النتائج والتدفقات المالية، مع وجود مؤشرات تقنية، على تحسين المساءلة. وثمة حاجة ملحة إلى تحسين القياسات على المستويين العالمي والوطني، ولاسيما القياسات المتعلقة بحصائل الولادة ونوعية الرعاية المقدمة في فترة الولادة. ويلزم تسجيل كل مولود وحساب عدد وفيات المواليد والأمهات وحالات الإملاص.

٤٦- وتستند خطة العمل إلى ستة مبادئ توجيهية.

(١) **القيادة القطرية.** إنّ البلدان هي المالك الرئيسي والمسؤول عن إرساء وتوفير خدمات فعالة وجيدة النوعية للصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد، وعن التصريف الجيد لشؤون تلك الخدمات. وتشكل مشاركة المجتمعات في تخطيط وتنفيذ ورصد السياسات والبرامج المؤثرة فيها سمة محورية لهذه القيادة وواحدة من آليات التحوّل الأكثر فعالية في العمل والمساءلة من أجل صحة المواليد. وينبغي للشركاء في التنمية أن يكفلوا المواءمة بين مساهماتهم والاتساق بين أعمالهم.

(٢) **حقوق الإنسان.** ينبغي الاسترشاد بمبادئ وقواعد مستمدة من المعاهدات الدولية لحقوق الإنسان في جميع عمليات تخطيط وإعداد برامج الصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود وفي كافة مراحل عملية إعداد البرامج. وثمة بيانات وممارسات تدل على الأهمية الحيوية للصحة والتنمية في تحقيق العديد من نواتج حقوق الإنسان.

(٣) **التكامل.** يلزم وجود خدمات متكاملة لتقديم رعاية صحية جيدة النوعية ومقبولة لكل امرأة ومولود، مع جعلها في متناولهم دون تمييز. وبالتالي، لابد من كفالة تنسيق نهج منسقة للنظم الصحية تشمل على برامج متعددة، وأصحاب المصلحة ومبادرات على مدى السلسلة المستمرة للصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود والطفل وتغذيتهم، وذلك دون ضياع الرؤية الواضحة للمحتويات الخاصة بالوليد.

(٤) **الإنصاف.** يشكل توفير تغطية منصفة وشاملة بتدخلات عالية الأثر مع التركيز على الوصول إلى شرائح السكان المستثناة والمعرضة للمخاطر والأشد فقراً، عاملاً محورياً في ضمان حصول كل امرأة ومولود على الحق في الحياة والبقاء والصحة والتنمية.

(٥) **المساءلة.** من الشروط الأساسية لتحقيق تغطية منصفة ورعاية جيدة واستخدام أمثل للموارد، ضمان وجود تغطية برنامجية فعّالة ويسيرة المنال وشاملة وشفافة، مع آليات لرصد الأثر واستعراض مستقل وإجراءات من قبل جميع الفاعلين المعنيين. وتشمل المساءلة أيضاً إمكانية الوصول إلى عمليات وآليات الانتصاف، سواء أكانت قانونية أم إدارية أم غير ذلك.

(٦) **الابتكار.** شهدت العقود الأخيرة حصيلة تراكمية من بيانات الممارسات الفضلى لاستراتيجيات من شأنها توسيع تغطية التدخلات لصالح المواليد ومن أجل خفض وفياتهم. مع ذلك، فإن التفكير الابتكاري مطلوب للتوصل إلى سبل تضمن توسيع مشاركة جميع أصحاب المصلحة والوصول إلى الشرائح السكانية الأشد فقراً والأقل انتفاعاً بالخدمات. ويلزم أيضاً زيادة البحوث التطويرية من أجل القيام بأفضل تطبيق ممكن للمعارف التي تتيح تحقيق أقصى قدر من فعالية التدخلات والاستراتيجيات.

الإجراءات اللازمة لتحقيق الأغراض الاستراتيجية

الغرض الاستراتيجي ١: تعزيز الرعاية أثناء المخاض والولادة واليوم الأول والأسبوع الأول من الحياة والاستثمار فيها

الأساس المنطقي للغرض الاستراتيجي ١

٤٧- تتسم الفترة التي تبدأ بعد ٢٨ أسبوعاً من الحمل لغاية الشهر الأول بعد الولادة بأهمية خاصة لا للبقاء على قيد الحياة فحسب، وإنما أيضاً للتفاعل والنمو أثناء مرحلة الطفولة المبكرة، حينما تنشأ أسس التطور الإدراكي والمهارات النفسانية. وتحدث في هذه الفترة ٤٤٪ (١,٢ مليون) من حالات الإملاص، و ٧٣٪ (مليونان) من وفيات المواليد و ٦١٪ (٢٥٠ ٢٠٦) من وفيات الأمهات.

٤٨- وينبغي لكل امرأة حامل أن تحصل على رعاية أساسية يقدمها لها مهني ماهر ومتخصص في رصد المخاض والمساعدة على التوليد، قادر على أن يكشف فوراً عن المضاعفات وعلى إدارتها بكفاءة، ومتمكن أيضاً من اتخاذ ترتيبات الإحالة الفورية عند اللزوم. وينبغي لكل رضيع أن يحصل على رعاية المواليد الأساسية التي تبدأ فور الولادة، وخلال اليوم الأول وتستمر في الفترات الحرجة في الأسبوع الأول من الحياة وما بعده.

٤٩- وإذا كانت نسبة النساء اللاتي يلدن بمساعدة مهنية ماهرة (طبيب أو ممرض أو قابلة) قد ارتفعت على الصعيد العالمي إلى نسبة ٧٠٪، فإن التباينات مازالت قائمة، رغم ذلك، في تغطية الرعاية وجودتها داخل البلدان وفيما بينها. فتغطية الرعاية الماهرة عند الولادة لا تبلغ سوى نصف سكان منطقة أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وتتيح المرافق الصحية العامة والخاصة في العديد من البلدان رعاية ماهرة في الفترة المحيطة بالولادة وبأفضل السبل كفاءة، حيث يكون الوصول المباشر لخدمات التوليد الطارئة وخدمات رعاية المواليد عند حدوث المضاعفات أمراً حاسماً لأهمية لبقاء الأم والطفل على قيد الحياة.

٥٠- ومن شأن مجموعات التدخلات المثبتة أن تضمن تقديم الرعاية الأساسية ورعاية إضافية للنساء والمواليد من أجل الوقاية من الأسباب الرئيسية للوفاة ومعالجتها. ولتقديم رعاية إضافية للرضع الصغار (الصغار بالنسبة للعمر المحلي و/ أو المواليد الخدج) والمرضى أهمية خاصة في خفض وفيات المواليد. ويلزم أن يتمتع المهنيون الصحيون بدرجة كافية من المهارة والمعدات التي تمكنهم من دعم النساء وهؤلاء الرضع، والعديد منهم ليس بحاجة لرعاية متطورة أو مكثفة وإنما يمكن إدارتهم في مرفق صحي أدنى درجة أو حتى في إطار المجتمع. وبمقدور مرافق الرعاية الداخلية أداء دور حيوي للرضع الذين يحتاجون إلى رعاية الدعم الكامل في المرافق (انظر الفقرة ٣٢). وتشير البحوث الأخيرة إلى أن اتباع الأنظمة المبسطة للعلاج بالمضادات الحيوية في تدبير الحالات المحتملة لعدوى البكتيريا الخطيرة، والتي تُقدم من خلال خدمات الوصول الممتد من المرافق الصحية الأولية، يمكن أن تنقذ عدداً إضافياً من الأرواح في البيئات التي لا يمكن فيها إحالة المرضى.

٥١- ويشكل البحث عنصراً هاماً من عناصر الاستثمار في الرعاية في الفترة المحيطة بالولادة وقسماً قائماً بذاته من الأنشطة المقترحة في هذه الخطة. وتشمل أولويات البحث فهم العوامل التي تعرقل أو تيسر توسيع تغطية التدخلات المثبتة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وسبل ملء الفجوات القائمة (مثل الحاجة إلى تعزيز فهم الأساس البيولوجي لمخاض الولادة التي تحدث في أوانها ومخاض ولادة الابتسار وسبل الوقاية من الابتسار) والتحري بشأن الآثار البعيدة المدى التي تظهر في وقت لاحق من الحياة نتيجة للأمراض الحادة قبل الحمل وحواليه، أو خلال الحمل وفي الشهر الأول من الحياة. كذلك فإن تحسين جمع البيانات ودعم الابتكار والتعاون تشكل هي الأخرى عناصر أساسية في هذا الصدد.

الإجراءات المقترحة

الإجراءات الرئيسية للغرض الاستراتيجي ١

ينبغي للحكومات القيام بما يلي بالتعاون مع أصحاب المصلحة:

- (أ) إجراء تحليل نظامي للحالة والاتفاق على جملة أساسية من التدخلات ومجموعات البرامج المهيئة للسياق المحلي؛
- (ب) استحداث تدابير لزيادة تغطية الرعاية الماهرة عند الولادة في المرافق الصحية؛
- (ج) تعزيز وعي المجتمعات بأهمية الفترة المحيطة بالولادة والأسبوع الأول من الحياة للوقاية من وفيات الأمهات والمواليد والإملاص؛
- (د) زيادة مساءلة جميع أصحاب المصلحة المعنيين؛
- (هـ) وضع خطط وطنية أو شذذ الخطط القائمة منها بشأن صحة المواليد ضمن السلسلة المستمرة للصحة والتغذية الإنجابية وصحة وتغذية الأم والمولود والطفل؛
- (و) تخصيص موارد مالية كافية لتنفيذ الخطة الوطنية.

٥٢- ينبغي للحكومات وكافة أصحاب المصلحة المعنيين توعية المجتمعات ودعم إقرارها بأن للفترة المحيطة بالولادة والأسبوع الأول من الحياة أهمية حيوية في المحافظة على حياة الأم والمولود وبأن عليها أن تأخذ بمسؤوليتها عن إيجاد الظروف التي تتيح لكل أم ومولود التمتع بالحق في الصحة والرعاية الصحية.

٥٣- وتشجع جميع البلدان على وضع أو إعادة تركيز استراتيجياتها وخطط عملها الوطنية وفقاً لمبادئ خطة العمل هذه وأهدافها وغاياتها وأغراضها الاستراتيجية. وينبغي لكل حكومة أن تجري تحليلاً نظامياً للحالة وأن تتفق بشأن التدخلات الأساسية ومجموعات البرامج الملائمة للسياق المحلي، وذات الصلة بعبء مراضة المواليد ووفياتهم، والمناسبة للرعاية المستمرة. وينبغي لجميع الخطط القطرية ذات الصلة أن تؤكد على توفير الانتفاع المنصف بالرعاية العالية الجودة أثناء الحمل والولادة وفي الأسبوع الأول من الفترة اللاحقة لها.

٥٤- ويجب أن تؤلف مجموعات التدخلات الشاملة لصحة الأم والمولود قسماً من الاستحقاقات الأساسية في إطار النظم الصحية الشاملة القائمة والجديدة في جميع البلدان. وينبغي للسلطات الوطنية أن تستحدث تدابير لزيادة التغطية بالرعاية الماهرة عند الولادة في مرافق الصحة. وينبغي لها كذلك أن تدعم تنفيذ مبادئ توجيهية وسياسات ترمي لتحسين الإدارة أثناء الحمل والولادة، بما في ذلك استخدام جهاز تخطيط الولادة، وهو أداة بسيطة لرصد المخاض وتوقع المضاعفات، وزيادة عدد الزيارات اللاحقة للولادة للنساء وأطفالهن الرضع. وينبغي، عند الاقتضاء، تدريب وإعادة تدريب عدد أكبر من القابلات والموظفين المساعدين والعاملين الصحيين المجتمعيين.

٥٥- وينبغي للسلطات الوطنية، بدعم من أصحاب المصلحة، حساب تكاليف الخطط وتخصيص التمويل الكافي لصحة النساء والأطفال، مع التركيز الواجب على الرعاية في الفترة المحيطة بالولادة والأسبوع الأول من الحياة. وينبغي للحكومات ولكافة الشركاء المعنيين ضمان مواصلة الاستثمارات في صحة الأم والمولود لما بعد عام ٢٠١٥ وزيادتها عند الاقتضاء.

الغرض الاستراتيجي ٢: تحسين نوعية رعاية الأم والوليد

الأساس المنطقي للغرض الاستراتيجي ٢

٥٦- تُقدّم الرعاية الماهرة عند الولادة في العديد من البلدان على يد القابلات والممرضين والأطباء، ولكن النساء اللاتي يلدن بمساعدة مهني ماهر يمكن أن يتلقين رعاية دون المستوى الأمثل أو رعاية سيئة وغير قائمة على الاحترام. وما زال استخدام جهاز تخطيط الولادة أمراً غير شائع، وغالباً ما تكون ممارسات الوقاية من العدوى والرعاية المقدمة للمولود فور الولادة ممارسات ضارة لا تتقيد بمبادئ مبادرة المستشفيات الصديقة للأطفال، التي تتضمن المحافظة على دفء الرضيع، والإبقاء على الأم والطفل معاً، واستهلال الإرضاع بالثدي في وقت مبكر والترويج للإرضاع بالثدي حصراً. وكثيراً ما يُغفل إنشاء مساحات مناسبة لرعاية المواليد. لذا فإن زيادة عدد الولادات في المرافق الصحية لا تكفي وحدها لخفض وفيات المواليد، وخصوصاً وفيات المواليد المبكرة. وينبغي ضمان توفير رعاية جيدة للأمهات والمواليد، حتى في حالات النكبات الطبيعية والكوارث والطوارئ.

٥٧- ويُقدّر أنّ امرأة واحدة من بين كل ثلاث حوامل تحتاج لبعض التدخلات أثناء الولادة وأنّ من ٥٪ إلى ١٥٪ من الحوامل بحاجة إلى عملية قيصرية.^١ والكثير من النساء والرضع في البيئات التي تنسم بارتفاع الوفيات لن يحصلوا على رعاية التوليد الطارئة، أو حتى على الرعاية الأساسية للمواليد. ويتزايد حدوث المضاعفات الولادية والوفيات أثناء الوضع والاعتلال الدماغي لدى المولود مع تزايد وفيات المواليد، مما يعكس غياب الرعاية الجيدة للتوليد ورعاية الطوارئ للمواليد. ومع أن ارتفاع معدلات العمليات القيصرية ليس أمراً مرغوباً، فإن معدلاتها التي تقل عن ٥٪ تعتبر عادة مؤشراً على غياب رعاية الطوارئ والرعاية المكثفة للأم والطفل.

٥٨- ويؤثر كل من جودة الرعاية والإنصاف في الحصول عليها في الحصائل الصحية في البيئات التي تنخفض فيها الوفيات. ونظراً لصعوبة التكهن بالحاجة إلى خدمات التوليد الطارئة، ينبغي لكل مرفق لخدمات الأمهات أن يكون قادراً على توفير التدخلات الأساسية لإنقاذ أرواح النساء والمواليد وأن يتيح إمكانية الوصول المستمر إلى خدمات النقل لغرض الإحالة عند حدوث مضاعفات خطيرة.

٥٩- ولجودة الرعاية أهمية خاصة في خفض مخاطر الإصابة بالعجز أو الضعف. فالخدج، على سبيل المثال، معرضون للإصابة بمضاعفات العين. والوقاية من العمى الناجم عن أمراض الشبكية لدى الخدج ممكنة من خلال تحسين نوعية رعاية المواليد، بما في ذلك استعمال الأكسجين بطريقة أكثر أماناً، وبالكشف المبكر عن أمراض الشبكية. ويجب متابعة الخدج وفحص عيونهم.

٦٠- ويتيح الاستمرار السلس بين الرعاية الأولية والرعاية على مستوى مرافق الإحالة إنقاذ الأرواح. وربما كانت الرعاية في إطار المجتمع التي يقدمها مهنيو التوليد الماهرون أمراً شائعاً في البيئات التي تنسم بمعدلات وفيات منخفضة أو متوسطة، حيث تتوفر الموارد البشرية وقدرات التدريب، ولكن ما يقارب ثلث الولادات على الصعيد العالمي (وعموماً في البيئات التي ترتفع فيها وفيات المواليد) يحدث في المنزل دون الحصول على رعاية صحية مهنية. والثُّجُج المجتمعية الفعالة تستلزم رعاية فاعلة مستمرة وترابط فعال مع المرافق الصحية مع تأمين الرعاية الشاملة للطوارئ التوليدية.

١ WHO, UNFPA, UNICEF and Mailman School of Public Health. Averting maternal death and disability: monitoring emergency obstetric care. A handbook. Geneva: World Health Organization; 2009.

٦١- وثمة بيّنات واسعة تدل على انخفاض معيار تعليم الأطباء والممرضين والقابلات في بلدان عديدة. فمناهج تعليم مهنة القبالة في بعض البلدان لا تقي بالمعايير الدولية، حيث لا يكتسب الطلاب الكفاءات اللازمة لتوفير الخدمات الجيدة بثقة. والتقييدات القائمة في اللوائح وقدرات الرابطات المهنية تعني ضيق الحماية القانونية التي يتمتع بها مهنيو القبالة وعدم وجود أي صوت منظم لتمثيل مصالحهم. وتؤدي كل من هذه العوامل، فضلاً عن نقص العاملين، وسوء تجهيز المرافق وانخفاض الأجور، إلى قلة الدوافع ورداءة نوعية الرعاية.

٦٢- ويلزم من الخدمات الصحية معالجة عوامل الخطر التي تهدد الحاصلات الصحية للمواليد، مثل حمل المراهقات، والتقارب بين الولادات، وسوء التغذية (انخفاض الوزن والبدانة)، والأمراض المزمنة (مثل السكري)، والأمراض المعدية (مثل السل ومرض فيروس الأيدز)، وتعاطي مواد الإدمان (مثل التبغ والكحول)، والعنف في المنزل وسوء الصحة النفسانية. وتعتبر سياسات أماكن العمل مهمة لدعم النساء أثناء الحمل وفي فترة ما بعد الولادة وينبغي أن تُدرج فيها لوائح حماية الحوامل والممرضات من أداء الأعمال البدنية المرهقة.^١ ويلزم أيضاً وجود تدخلات سلوكية ومجتمعية لتقليل التعرض إلى الملوثات الضارة المحتملة، مثل الملوثات التقليدية التي تصدر عن مواقع الطهي والتعرض إلى دخان التبغ. ويكثر أن تنفذ الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً (كفيروس الأيدز والزهري) والملاريا والأمراض غير السارية، وفحص هذه الأمراض وإدارتها في إطار برامج محددة ولكنها يجب أن تتكامل جيداً مع الخدمات الصحية للأمهات والمواليد.

٦٣- ويمكن أن تتيح منصات البرامج القائمة روابط محددة لتحسين فرص بقاء المواليد على قيد الحياة وتعزيز صحتهم، وهي تسهم في تعزيز نوعية الخدمات الصحية المقدمة، بما في ذلك الخدمات المقدمة لتخطيط الأسرة، والعدوى بفيروس الأيدز والسل، والزهري، والملاريا، والمياه والاصحاح، والتغذية، والإدارة المتكاملة للأمراض الطفولة، والزيارات المنزلية في فترة ما بعد الولادة والتمنيع.

٦٤- ويلزم أن توفر للشباب خدمات صحية ملائمة للمراهقين تتضمن الصحة الجنسية والإنجابية، حيث توضّح البيانات عدم وصول الخدمات الصحية إلى المراهقين وتزايد العدوى بفيروس الأيدز عندهم. وتعتبر الوقاية من الحمل المبكر غير المقصود، إلى جانب رعاية الفتيات والشابات أثناء الحمل والولادة وفي فترة ما بعد الولادة، عاملاً حيوياً لدعم صحتهم وصحة مواليدهن النفسية والبدنية.

٦٥- ويفتقر العديد من مرافق الصحة، خصوصاً في المناطق النائية، إلى السلع اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والمواليد، وهو ما استبانته لجنة الأمم المتحدة المعنية بالسلع الأساسية اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والأطفال. وتشمل التحديات في هذا السياق الصيغ الدوائية الجديدة غير المسجلة، والاختناقات الكبرى في سلسلة الإمداد، ونفاد المخزونات، والتكاليف في البيئات التي لا توفر خدمات مجانية، وعدم تثقيف مقدمي الرعاية الصحية والقائمين على شؤونها بشأن السلع وفعاليتها. ويجب تسخير خبرات القطاع الخاص الواسعة في استتباب الأدوية والأجهزة والتكنولوجيات الطبية، وصنعها وتوزيعها من أجل زيادة توافر هذه السلع، ولاسيما في البيئات الضعيفة الموارد.

٦٦- ويقل على الصعيد العالمي وجود المؤشرات اللازمة لرصد جودة رعاية الأمهات والمواليد، كما ينعدم وجود آليات الرصد والتقييم في العديد من البلدان. ومراقبة وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالحمل والتصدي لها يمكن أن تكون نهجاً قوياً لتحسين نوعية الرعاية. وقد اعتمد العديد من البلدان تشريعات تقضي بالإبلاغ عن وفيات الأمهات، مما يمكن أن يشكل مدخلاً لإجراء تحقيق سري في الأسباب التي تؤدي إلى وفيات

^١ International Labour Organization. C183 – Maternity Protection Convention, 2000 (no. 183)

(http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183, accessed 27 March 2014).

الأمهات وتخطيط الإجراء التصحيحي اللازم لذلك. ويمكن اتباع نهج مماثل بشأن الوفيات التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة.

الإجراءات المقترحة

الإجراءات الرئيسية للغرض الاستراتيجي ٢

ينبغي للحكومات القيام بما يلي بالتعاون مع أصحاب المصلحة:

- (أ) تحديث السياسات والمبادئ التوجيهية والقواعد والمعايير الوطنية بشأن رعاية الأمهات والمواليد؛
- (ب) تشغيل نظم فعالة لتحسين النوعية بغية كفالة رعاية رفيعة الجودة قائمة على الاحترام للأمهات والمواليد؛
- (ج) اعتماد مناهج دراسية على أساس الكفاءة لتدريب العاملين الصحيين، ووضع أطر تنظيمية لموظفي القبالة وغيرهم من موظفي الرعاية الصحية؛
- (د) تأمين زيارات الرعاية اللاحقة للولادة في الأسبوع الأول؛ وتوفير رعاية إضافية جيدة للمواليد الصغار والمرضى؛
- (هـ) دراسة وتقييم النُهُج الابتكارية لحفز العاملين ولتعزيز قدرة الوصول إلى الرعاية وتحسين نوعيتها؛ ومواصلة التحري عن فعالية التكلفة وما يقترن بها من مخاطر التمويل على أساس الأداء، على غرار ما استحدثته بعض البلدان؛
- (و) كفالة تجهيز جميع المرافق على نحو كاف بأفرقة متعددة التخصصات من الموظفين القادرين على إدارة المضاعفات التي تحدث لدى الأمهات والمواليد على مستوى مرافق الإحالة، مع توفير البنى التحتية الأساسية المثلّي لهذا الغرض؛
- (ز) ضمان إدراج السلع اللازمة لإنقاذ أرواح النساء والأطفال وصحتهم في كل قائمة وطنية للأدوية الأساسية؛
- (ح) وضع استراتيجيات لإشراك مزودي الخدمات من القطاع الخاص في توسيع الدعوة لاتخاذ الإجراءات اللازمة بشأن وفيات المواليد والأمهات والإملاص، واستتباط تكنولوجيات ابتكارية لتحسين الحصائل الصحية للمواليد والأمهات؛
- (ط) استحداث مراقبة لوفيات الأمهات والوفيات التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة والتصدي لها، بما في ذلك الإبلاغ عن هذه الوفيات (يستحسن أن يتم ذلك في غضون ٢٤ ساعة)؛
- (ي) تحسين إشراف الجمهور على نوعية الرعاية المقدمة للأمهات والمواليد بواسطة التوعية العامة وتوسيع المشاركة المجتمعية.

٦٧- ينبغي للحكومات أن تتعاون مع الرابطات المهنية والقطاع الأكاديمي ومؤسسات التدريب وسائر أصحاب المصلحة على إجراء تحديثات منتظمة للسياسات الوطنية والمبادئ التوجيهية بشأن التدخلات المتصلة بالرعاية المستمرة لصحة النساء والأطفال فيما يتصل بالمبادئ التوجيهية العالمية المستندة للبيانات والاستراتيجيات المحددة محلياً. وينبغي لهم أيضاً تشغيل نظم فعالة لتحسين النوعية واعتماد وإنفاذ تطبيق قواعد ومعايير الرعاية الرفيعة الجودة والقائمة على الاحترام للأمهات والمواليد.

٦٨- وينبغي للحكومات اعتماد مناهج تعليمية على أساس الكفاءة لتدريب العاملين في الرعاية الصحية مع وضع أطر تنظيمية تحدد نطاق وممارسة مهنة القبالة والتمريض، بما يشمل مهارات محددة لرعاية المواليد الصغار بالنسبة لعمرهم الحولي أو المواليد المرضى، وإسداء المشورة بشأن الإرضاع وتدريب الدعم، والمعايير الدنيا اللازمة لمقتضيات التعليم. وينبغي، عند الاقتضاء، النظر في علاج مسألة نقص الأخصائيين، مثل أخصائيي الأمراض العصبية واستشاريي الإرضاع بالثدي.

٦٩- ويلزم تخطيط مستويات الملاك الوظيفي لكل مرفق يقدم الرعاية للأمهات والمواليد، وذلك بأسلوب يضمن توفير الخدمات على أساس مستمر، على مدار الساعة، وفي جميع أيام الأسبوع. ويعد العمل في أفرقة عنصراً أساسياً: ينبغي أن تكون أفرقة العمل في مستشفيات الإحالة من المستوى الأولي والثانوي أفرقة متعددة التخصصات، وأن تشمل موظفين متخصصين في التوليد وطب الأطفال والتخدير من أجل إدارة المضاعفات عند الأمهات والمواليد.

٧٠- وينبغي تأمين بنية تحتية ملائمة لمرافق الأمومة وتجهيزها تجهيزاً كافياً لتوفير الرعاية اللازمة للأمهات والرضع. ويجب التقيد بقواعد الوقاية من العدوى والأمان البيولوجي. ولا بد من ضمان التجهيز الآمن بالكهرباء، والماء، ومرافق الإصحاح وغسل اليدين، والمراحيض النظيفة، وأماكن مناسبة لتوليد النساء مع احترام الحرة الشخصية، وأماكن مخصصة لمعالجة المواليد المرضى.

٧١- وبعد الولادة، ينبغي أن تتلقى النساء والمواليد في المرافق الصحية كافة الخدمات الأساسية قبل مغادرة تلك المرافق. وينبغي وجود الأم والطفل بصورة روتينية في نفس الغرفة مع اتخاذ الاحتياطات اللازمة لكفالة تمكّن الأمهات من تقديم الرعاية على طريقة الكنغر للأطفالهن على نحو مريح. وينبغي التشجيع على سحب اللبن من الثدي وخزنه في المرافق الصحية التي توفر الرعاية للخدج، والرضع الصغار بالنسبة للعمر الحولي و/أو الرضع المرضى، بالإضافة إلى بنوك اللبن في مرافق الإحالة المختارة. وينبغي القيام على نحو ملائم بتجهيز مرافق الرعاية الثانوية والمتخصصة بالمعدات وتوفير الملاك الوظيفي لوحدات رعاية المواليد ووحدات الحضانه فيها، وربطها بمرافق الرعاية الأولية بواسطة نظام للإحالة جيد العمل. وتعتبر الزيارات اللازمة للرعاية في الأسبوع الأول بعد الولادة ضرورية لإسداء المشورة بشأن سلوكيات التماس الصحة والكشف عن أي مضاعفات.

٧٢- وينبغي أن تُدرج سلع إنقاذ الأرواح (بما في ذلك التكنولوجيات الأساسية) اللازمة لصحة النساء والأطفال في كل قائمة وطنية من قوائم الأدوية الأساسية مع كفالة وجود سلسلة إمدادات متواصلة لجميع المرافق، وخصوصاً المرافق المحيطية النائية.

٧٣- وينبغي استحداث عمليات رصد وتحسين نوعية الرعاية في جميع الخدمات العامة والخاصة لرعاية الأمهات، وذلك مثلاً عن طريق مراقبة وفيات الأمهات والوفيات التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة والتصدي لها، وسجلات الولادة والوفيات (بما في ذلك وفيات الأجنة والإملاص) وعمليات المسح الدوري لتوفر المرافق الصحية ومدى تأهبها. ويمكن الاستعانة بتكنولوجيا المعلومات في إجراء الرصد الآني: فالهواتف المحمولة، على سبيل المثال، تشكل وسيلة مفيدة في زيادة الاتصال وتبادل البيانات بين مقدمي الرعاية الصحية والمجتمعات. ويلزم أيضاً الاستثمار في الروابط المجتمعية والروابط مع الخدمات لغرض تحسين نوعية الرعاية، كما تؤلف الاجتماعات والمساءلة عناصر رئيسية في عملية تحسين نوعية الرعاية.

٧٤- وتعتبر حوافز الموظفين عاملاً محدداً هاماً لضمان جودة الرعاية. وينبغي أيضاً تطبيق النهج الابتكارية عند الاقتضاء، مثل الإرشاد والنصح والاعتماد والتعليم المستمر من أجل تحسين نوعية الرعاية والوصول إليها.

ويمكن للسلطات الوطنية النظر في تقديم حوافز مثل المدفوعات المالية والعلاوات والإعرا ب عن التقدير علناً. وتقوم بعض البلدان الآن باتتباع أسلوب التمويل على أساس الأداء، ولكن يلزم مواصلة التحري عن فعالية تكلفة هذا الأسلوب والمخاطر المقترنة به.

٧٥- وتساعد توعية الجمهور وزيادة مشاركة المجتمع على تسريع إدخال التحسينات على نوعية الرعاية. وبالتالي فإن أعضاء البرلمان، الذين يمثلون المنتخبين ويقومون بوظائف التشريع والفحص الدقيق واعتماد الميزانيات والإشراف على الإجراءات الحكومية، يشكلون عاملاً أساسياً من العوامل المحددة لرفاه النساء والأطفال. ومن شأن المجتمع المدني والقيادات المحلية، بما في ذلك قيادات قطاع الأعمال، تعزيز الإرادة السياسية والمساعدة على زيادة التوعية العامة ومسؤولية المجتمع في التحري عن المشاكل ووضع حلولها. وبغية التمكن من ذلك، يلزم كفالة حرية تدفق البيانات والمعلومات، مع التوفير العلني بواسطة الاتصال الإلكتروني للنتائج السنوية المسجلة في القطاع الصحي والتوصيات التي تصدرها اللجنة المعنية بالمعلومات والمساءلة عن صحة المرأة والطفل.

٧٦- وثمة منافع متعددة يمكن جنيها من العمل الذي تقوم به الشراكات بين القطاعين العام والخاص، وهي تشمل ما يلي: رفع مستوى الدعوة؛ ونقل التكنولوجيا إلى البلدان المنخفضة الدخل؛ وخفض التكاليف وتعزيز توفر أدوية أساسية وأجهزة طبية مضمونة الجودة؛ وتحسين نوعية الرعاية والخدمات المستندة للبيانات التي يقدمها ممارسو الرعاية الصحية في القطاع الخاص؛ وتحسين وظيفة الإشراف والتنظيم التي تؤديها الحكومات؛ وإتاحة خدمات النقل في حالات الطوارئ؛ وتعزيز الخدمات الصحية المستندة لأرباب العمل وسياسات أماكن العمل والبرامج الداعمة للحوامل والأمهات الجدد؛ وتطوير التكنولوجيات الابتكارية ذات القدرة على خفض وفيات المواليد والأمهات والوقاية من الإملاص والعجز.

الغرض الاستراتيجي ٣: الوصول إلى كل امرأة ومولود من أجل تقليل اللامساواة

الأساس المنطقي للغرض الاستراتيجي ٣

٧٧- لكل امرأة ومولود الحق في الحصول على رعاية صحية جيدة وفقاً لمبادئ التغطية الصحية الشاملة وحقوق الإنسان. ويتوقف الحصول على رعاية عالية الجودة للأمهات والمواليد على عدة عوامل، من بينها توفر عاملين صحيين ماهرين من ذوي الدوافع، وتجهيزهم تجهيزاً جيداً وتوزيعهم على نحو منصف. وفي العديد من البلدان، يشكل عدم الإنصاف في فرص الوصول إلى المهنيين الصحيين، خصوصاً في المناطق الريفية، أحد العوامل الرئيسية للارتفاع المستمر لوفيات النساء والمواليد.

٧٨- وفي الوقت الحاضر، لم يبلغ أكثر من ستة من بين البلدان ذات العبء الأعلى لوفيات المواليد والأمهات الحد الأدنى الأساسي من ٢٣ طبيباً ومهنيي قبالة وممرضاً لكل ١٠ ٠٠٠ فرد من السكان، وهو الحد اللازم لتوفير المجموعة الأساسية من خدمات الرعاية.^١ ويعاني ٣٨ بلداً على الأقل من نقص حاد في عدد مهنيي القبالة.^٢ وتسبب هذه العوامل، إضافة إلى سوء أحوال العمل وقلة الحوافز التي تدفع الموظفين للعيش والعمل في المناطق

١ الأطللس العالمي للقوى الصحية، <http://apps.who.int/globalatlas/default.asp>، تم الاطلاع في ٢٧ آذار/ مارس ٢٠١٤.

٢ UNFPA. State of the world's midwifery report 2011: delivering health, saving lives. New York: United Nations Population Fund; 2011.

النائية أو في إطار الشرائح السكانية المحرومة، عدم المساواة في توزيع العاملين الصحيين مع تباينات كبرى في فرص الحصول على رعاية الأمهات والمواليد في البلدان التي تعاني من عبء مرتفع وغير متكافئ لوفيات المواليد.

٧٩- ويمكن أن تشكل تكاليف الخدمات الصحية عائقاً كبيراً أمام الأسر في التماس الرعاية أثناء الحمل والولادة وفي الفترة اللاحقة لها. فالتكاليف المباشرة، مثل التسديد المباشر لثمن الأدوية وأجور الاستشارات والإجراءات، والتكاليف غير المباشرة، مثل النقل وخسائر الدخل، أدت إلى تباينات حادة في التغطية، لاسيما للنساء اللاتي يلدن بمساعدة مهنية ماهرة. وفي بعض البلدان، يتحمل لغاية ١١٪ من السكان تكاليف باهظة لتسديد مدفوعات الرعاية الصحية، والتي تسببت في إفقار ٥٪ منهم نتيجة للمصروفات المتصلة بالصحة، بما في ذلك التكاليف المرتبطة بالرعاية الأساسية للأمهات والمواليد.^١ وينص هدف توفير التغطية الصحية الشاملة على أن كل فرد ينبغي أن يكون قادراً على الوصول إلى الخدمات الصحية دون أن يتعرض لضائقة مالية نتيجة لذلك، ولكن العالم قد تخلف في ضمان هذين الشرطين كليهما، خصوصاً بالنسبة للنساء والأطفال.

٨٠- ويلزم اتخاذ تدابير خاصة في الخدمات الصحية والبيئات المجتمعية لوضع حدٍّ لانتهاكات حقوق الإنسان التي تحدث مع التمييز القائم على الجنس ضد الأطفال البنات.

٨١- ويؤدي غياب المعلومات عن الميزانيات إلى تقيد الشفافية ومراقبة صحة الأمهات والمواليد. وقد أجرت بضعة بلدان حسابات الصحة الوطنية مع حسابات فرعية محددة لصحة الأمهات والمواليد، وقد أصبح تتبع المساعدات الإنمائية المتاح علناً عنصراً بارزاً في الفترة الأخيرة.

٨٢- وينبغي لمنشآت القطاع الخاص أن تتخذ تدابير خاصة لتعزيز الدعم المجتمعي والدعم في أماكن العمل المقدم للأمهات فيما يخص الحمل والإرضاع بالثدي وتوفير خدمات مجدية ومتيسرة للتكلفة لرعاية الطفل، عملاً بأحكام اتفاقية منظمة العمل الدولية لعام ٢٠٠٠ بشأن حماية الأمومة (رقم ١٨٣). والقطاع الخاص قادر، وينبغي له أيضاً، الإسهام في الترويج للإرضاع بالثدي حصراً منذ وقت مبكر، ووقايته ودعمه من خلال كفالة امتثال ممارسات التسويق والترويج امتثالاً تاماً لأحكام المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم والقرارات اللاحقة التي أصدرتها جمعية الصحة العالمية بهذا الشأن، وكذلك من خلال التقيد بالأحكام القانونية والتنظيمية الوطنية الرامية لإنفاذها.

٨٣- ويستلزم الوصول إلى جميع النساء والمواليد استثماراً في كافة جوانب النظام الصحي، بما يشمل القيادة وتصريف الشؤون، وقوى العمل، والبنى التحتية، والسلع والإمدادات، وتقديم الخدمات، ونظم المعلومات والتمويل. وتستلزم السياقات المختلفة اتباع نهج ملائمة لها، مع توجيه اهتمام خاص للتأهب للطوارئ الإنسانية المعقدة والاستجابة العاجلة لمقتضياتها.

١ التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠١٠. تمويل النظم الصحية: السبيل إلى التغطية الشاملة. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٠.

الإجراءات المقترحة

الإجراءات الرئيسية للغرض الاستراتيجي ٣

ينبغي للحكومات القيام بما يلي بالتعاون مع أصحاب المصلحة:

- (أ) إجراء تحليل منتظم للعقبات التي تحول دون التحقيق الكامل النطاق لمعدلات مرتفعة من التغطية بمجموعات من التدخلات الفعالة لكفالة تقديم رعاية عالية الجودة في إطار النظام الصحي والمجتمع واتخاذ الإجراء اللازم لإزالة تلك العقبات؛
- (ب) كفالة إدراج إجراءات تتعلق بصحة المواليد في المبادرات والبرامج القائمة لتقديم خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال من أجل عدم تقويت أي فرصة للوصول إلى الأمهات والمواليد؛
- (ج) إعداد وتنفيذ خطة لتنمية القوى العاملة الصحية لضمان الكفاءة والسلوك القائم على الاحترام، ولتحسين الكثافة، وزيادة الدوافع والاحتفاظ بكوادر مناسبة من العاملين الصحيين وفقاً للاحتياج؛
- (د) تحقيق الأداء الأمثل للموظفين المتاحين من خلال النظر في تفويض المهام للموظفين الصحيين من المستوى المتوسط بالتدريب والدعم المناسبين ودور العاملين الصحيين المجتمعيين في سدّ الفجوات القائمة بين الأسر والخدمات الصحية؛
- (هـ) اعتماد القوانين والسياسات وإنفاذها بشأن المساواة في فرص الحصول على رعاية الأمهات والمواليد وكفالة جودتها في القطاعين العام والخاص؛
- (و) تخطيط الخدمات الصحية للأمهات والمواليد على أساس برنامج للعمل مستند للبيّنات، وتوفير الملاك الوظيفي اللازم لتقديمها؛
- (ز) ضمان إزالة العقبات (الاجتماعية والمالية) التي تقيد حصول الأمهات والمواليد على الرعاية، ويشمل ذلك البنات وهن الأشد ضعفاً في بعض الشرائح السكانية؛
- (ح) تتبع الإنفاق الصحي الوطني، بما في ذلك صحة الأمهات والمواليد، وتعبئة موارد محلية إضافية؛
- (ط) إعداد برامج مستهدفة في سياق المدرسة وخارجها لتوسيع نطاق حصول المراهقين والراشدين الشباب على وسائل منع الحمل الحديثة واستخدامها، ومنح المراهقات الحوامل الدعم الكامل اللازم لهن؛
- (ي) النظر في اتخاذ استراتيجيات مجتمعية لتحسين الطلب على الخدمات، والتأهب للولادة والممارسات الأساسية لرعاية المواليد، بما في ذلك الزيارات المنزلية التي يجريها العاملون الصحيون المجتمعيون والجمعيات النسائية المشاركة.

٨٤- وتتمثل الخطوة الأولى المقترحة للبلدان من أجل المضي قدماً نحو تحقيق التغطية الشاملة لرعاية الأمهات والمواليد في إجراء تحليل نظامي للعقبات التي تعترض توسيع نطاق توفير مجموعات التدخلات اللازمة لتقديم الرعاية الجيدة. ويمكن العثور على هذه العقبات داخل النظام الصحي نفسه، ولكن فجوات المعارف الأسرية والمجتمعية، وسوء المفاهيم ونقص الموارد يمكن أن تسهم هي أيضاً في تلك الإعاقة. وينبغي مراعاة نتائج تلك التحليلات عند تصميم خطط العمل الوطنية بشأن المواليد.

٨٥- ويشكل إدراج الإجراءات المعنية بصحة المواليد في المبادرات القائمة بشأن الصحة الإنجابية وصحة الأمهات والمواليد والأطفال وبرامج تقديم الخدمات (بما في ذلك البرامج الخاصة بفيروس الأيدز والملاريا والتمنيع) عاملاً حاسماً للأهمية لضمان عدم تفويت أي فرصة للوصول إلى الأمهات والمواليد. ويجب على البلدان أن تجري تقييماً نقدياً لأي من الخدمات يلزم توفيرها، وحفز العاملين الصحيين على تحسين كفاءة المستشفيات، والقضاء على الإهدار والفساد، وتحقيق الاستخدام الأفضل للتكنولوجيات والخدمات الصحية.

٨٦- وينبغي لكل بلد أن يضع خطة إنمائية شاملة للقوى العاملة الصحية تشمل على التعليم والتدريب، وتوزيع الموظفين الماهرين وحفزهم والاحتفاظ بهم، ومعالجة التفاوت بين عدد العاملين في الرعاية الصحية المتوفرين وعدد الوظائف بواسطة نظام للتتبع بدءاً بالتدريب السابق للخدمة ثم تعيين الموظفين والاحتفاظ بهم. ولابد للعاملين الصحيين من اتباع مواقف وسلوكيات قائمة على الاحترام تجاه النساء والمواليد، وينبغي لظروف العمل أن تسمح للعاملين الصحيين الاشتغال في بيئة تتسم بالأمان والاحترام. وينبغي للخطط أن تشمل على إجراءات ترمي لزيادة الإنصاف في توزيع القوى العاملة و/ أو إعادة توزيعهم، والتنفيذ الفوري للتدابير العلاجية عند اللزوم، بما في ذلك منحهم الأجور الملائمة. ولقد كان توفير السكن والكهرباء وعلاوات الأجر عاملاً فعالاً في حفز العاملين الصحيين على العمل في المناطق النائية التي تقل الخدمات فيها.

٨٧- ويعد ضمان الأداء الأفضل للموظفين المتاحين من بين الأولويات. وثمة بينات راسخة على إمكانية تفويض تدخلات إنقاذ الأرواح على نحو مأمون للعاملين الصحيين المتوسطي المستوى، بشرط حصولهم على التدريب المناسب. فمثلاً، ينبغي للعاملين في مجال القبالة التمكن من تقديم الطائفة الكاملة لرعاية التوليد الطارئة حينما لا تتوفر سوى إمكانيات محدودة للإحالة.

٨٨- وينبغي للحكومات أن تعتمد وتنفذ قوانين وسياسات بشأن المساواة في الحصول على الرعاية الجيدة للأمهات والمواليد في القطاعين العام والخاص. وينبغي تضمين السياسات ما يلي: كفالة حصول النساء والأطفال الشامل على خدمات الرعاية الصحية دون معاناة من الصعوبات المالية؛ والإشعار بشأن وفیات الأمهات والوفيات التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة؛ واتباع نهج مناسبة للسياقات المحددة تجاه العدوى بفيروس الأيدز وتغذية الرضع؛ والتصديق على اتفاقية منظمة العمل الدولية لعام ٢٠٠٠ بشأن حماية الأمومة (رقم ١٨٣)؛ وتشريعات تخص تنفيذ المدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم.

٨٩- وينبغي الاستناد إلى المعلومات الموضوعية والبيانات عند وضع خطط توسيع نطاق الخدمات الصحية للأمهات والمواليد. ويلزم من البلدان أن تقدّر الاحتياجات المطلوبة وفقاً لعدد حالات الحمل والولادة الحادثة في بيئة ما وأن تشيّد البنى التحتية الضرورية وتجهزها بالمعدات. ويلزم منها أيضاً تحديد مجموعة قياسية من خدمات رعاية الأمهات والمواليد لكل مستوى من مستويات توفير الصحة وأن تقرر عدد الموظفين وتشكيل أفرقة العاملين، بمن فيهم القابلات وموظفو القبالة، وعند الاقتضاء، أخصائيون مثل أخصائيي التوليد وتمريض المواليد وأمراض الأطفال. ولقد نجح إعداد خرائط جغرافية لنقاط الحصول على الخدمات في عدة بلدان في دعم صانعي القرار على تحديد عدد مرافق الأمومة وتعيين مواقعها من أجل بلوغ أكبر عدد ممكن من الأسر والمجتمعات. وينبغي للتخطيط السليم أن يوفر المعلومات لأجل زيادة الاستثمار في توفير الرعاية الجيدة في الفترة المحيطة بالولادة.

٩٠- ويلزم وجود برامج موجهة داخل المدارس وخارجها بغية توسيع نطاق حصول المراهقين والراشدين الشباب على طرائق منع الحمل الحديثة واستخدامها. وينبغي للتدابير المتخذة للوقاية من الحمل المبكر أن تتضمن تشريعات لمنع أو تقليل عدد زيجات الفتيات دون سن ١٨ عاماً وتعليم مهارات الحياة (للفتيان والفتيات) بغية المساعدة على بقاء الفتيات في المدارس، وخفض معدلات العلاقات الجنسية القسرية، والوقاية من الحمل المبكر

وغير المقصود قبل سن ٢٠ عاماً وغرس المعايير والتقاليد الثقافية الإيجابية لديهم. وينبغي أن تتوفر للشباب إمكانية الحصول على طرائق منع الحمل والتتقيف الجنسي الشامل الذي يعزز قدرتهم، والمصمم من أجل تمكينهم من اتخاذ القرارات الجنسية والإنجابية بحرية ومسؤولية. وينبغي للبلدان أن تهيئ البيئة اللازمة لذلك. وينبغي أيضاً إتاحة الخدمات الصحية المناسبة للشباب لكي تقدم للمراهقات الحوامل الدعم الكامل اللازم لهن من أجل الاستعداد جيداً للولادة والأمومة، بصرف النظر عن حالتهم الزوجية.

٩١- ويلزم وجود سياسات للتخلص من الفروق في الحصول على الرعاية الصحية، بما يشمل دعم تكلفة الرعاية والتركيز على الشرائح السكانية الأكثر ضعفاً لضمان توفر خدمات صحية جيدة النوعية للأمهات والمواليد ميسورة التكلفة في مواضع الاستخدام (مما يعني خدمات مجانية للعديد من الناس). وينبغي للبلدان أن تقلل اعتمادها على أسلوب الإنفاق من الجيب لتسديد التكاليف من خلال زيادة أشكال الدفع المسبق مع تجميع الأموال لتقاسم المخاطر المالية على مستوى السكان. ويشتمل الدفع المسبق عادة على الضرائب وغيرها من الرسوم الحكومية و/ أو رسوم التأمين. وبغية تعبئة الموارد، يجب على الحكومات أن تحدد أولويات القطاع الصحي في الميزانيات المحلية، مع زيادة كفاءة عمليات تجميع الدخل الوطني واعتماد أساليب ابتكارية في جمع الأموال عن طريق فرض الضرائب على التبغ والكحول على سبيل المثال.

٩٢- ويجب على البلدان تتبع الإنفاقات الصحية الإجمالية بحسب مصادر التمويل (ولكل فرد من السكان) والإنفاقات الإجمالية على الصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود والطفل بحسب مصادر التمويل (ولكل فرد من السكان). وينبغي لكافة الشركاء الرئيسيين في التنمية الإبلاغ بشأن المساعدة التي يقدموها لصحة الأمهات والمواليد مقابل التزاماتهم مع إبرام تعهدات بغرض تمكين السلطات الوطنية من إعداد ميزانيات يمكن التكهن بها وتعزيز المساواة المتبادلة.

٩٣- وثمة دور حاسم الأهمية في تقليص عدم المساواة أمام الوفيات والحصول على الرعاية، وهو الدور الذي تؤديه الاستراتيجيات المجتمعية الرامية لتحسين الطلب على الخدمات، والتأهب للولادة وممارسات الرعاية الأساسية للمواليد، بما في ذلك الجمعيات النسائية التشاركية والزيارات المنزلية المدعومة بالعاملين الصحيين المجتمعيين أو المتطوعين أو الميسرين من عامة الناس. وتدل البيانات على أن للجمعيات النسائية التشاركية أكبر الآثار على الوفيات في الأوساط السكانية الأشد فقراً.

الغرض الاستراتيجي ٤: تسخير قدرة الآباء والأسر والمجتمعات

الأساس المنطقي للغرض الاستراتيجي ٤

٩٤- هناك أهمية حيوية لإزالة العقبات التي تعترض الحصول على الرعاية الماهرة عند الولادة وتسخير قدرة الآباء والأسر والمجتمعات، وإشركهم في التماس الرعاية على امتداد الحمل والولادة والأيام والأسابيع الأولى من حياة الأطفال. وتشتد هذه الأهمية في البلدان المنخفضة الدخل، حيث لا تحصل نصف الأمهات تقريباً على رعاية ماهرة أثناء الولادة. وهناك أكثر من ٧٠٪ من الرضع المولودين خارج المرافق الذين لا يحصلون على رعاية بعد الولادة^١ حيث تحدث معظم وفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص. ويموت الكثير من المواليد في المنزل دون التماس أي رعاية كانت.

١ WHO, UNICEF. Accountability for maternal, newborn and child survival: the 2013 update. Countdown to 2015: maternal, newborn and child survival. Geneva: World Health Organization; 2013.

٩٥- ولابد من تمكين النساء والآباء والأسر والمجتمعات لكي يلتبسوا خدمات الرعاية الصحية حيثما احتاجوا إليها وضمان قدرتهم على تقديم الرعاية الموصى بها في المنزل بأنفسهم. وتتحدد الحوائل الصحية، السلبية منها والإيجابية، بالقرارات المتخذة في إطار الأسر المعيشية، وبقدرة الأسر على بلوغ الرعاية عند الحاجة إليها وجودة الخدمات التي يحصلون عليها عند وصولهم. ومما يؤسف له هو أن العديد من الفاعلين خارج الخدمات الصحية لا يشاركون غالباً في مناقشات أو جهود لتحسين صحتهم ولزيادة التغطية بالتدخلات الأساسية.

٩٦- وقد اتضحت آثار هذه النُهُج من خلال البرامج التي تتوخى تعزيز الخدمات الصحية عن طريق تعبئة أعضاء المجتمع لاعتماد الممارسات الصحية، وتغيير القواعد الاجتماعية لزيادة الدعم الاجتماعي ومعالجة العقبات التي تعترض الحصول على الخدمات. وتتضح التغيرات الناتجة بصفة خاصة في سياق صحة الأمهات والمواليد. ويعتبر حق المرأة في اتخاذ القرارات عاملاً حاسماً لصحتها وصحة أسرتها.

٩٧- ويمكن عموماً تصنيف الأنشطة المجتمعية التوجه في الفئات الأربع التالية: (١) زيادة التوعية بالحقوق والاحتياجات والمسؤوليات والمشاكل المحتملة المتصلة بصحة الأمهات والمواليد؛ (٢) تطوير قدرات المحافظة على الصحة، واتخاذ القرارات الصحية والاستجابة لمقتضيات حالات الطوارئ المتصلة بالتوليد والمواليد؛ (٣) تعزيز شبكات الدعم الاجتماعي بين النساء والأسر والمجتمعات والروابط مع الخدمات الصحية؛ (٤) تحسين نوعية الرعاية عن طريق تعزيز تفاعلات الخدمات الصحية مع النساء والأسر والمجتمعات والاستجابة لاحتياجاتهم^١. ويعتبر الاستثمار ضرورياً في كل واحد من هذه المجالات، وخصوصاً في البيئات التي تنسم بارتفاع معدلات وفيات الأمهات والمواليد وبمحدودية الوصول إلى الخدمات الصحية. ويلزم اتخاذ إجراءات جماعية من قبل أطراف متعددة، علاوة على الجهود الرامية لتحسين نوعية الخدمات الصحية. وبوسع المجتمع المدني أداء دور محفّز بواسطة التحالفات والشبكات القائمة والمعززة.

٩٨- وتحتل الأسر، ولاسيما الآباء، موقع الصدارة في تقديم الرعاية للمواليد. وفي إمكانهم، بل وينبغي لهم، كفالة تقديم جوانب معينة من الرعاية لصحة الرضيع بعد ولادته، بما يشمل المحافظة على نظافته ودفئه، والبدء في إرضاعه بالتدري في وقت مبكر ورعاية الحبل السري (بما في ذلك استعمال الكلوروكسيدين عند الاقتضاء). ولذلك أهمية خاصة بالنسبة للرضع المولودين في المنزل أو الذين يخرجون من المرافق بعد مرور بضع ساعات على ولادتهم. وإذا كانت ممارسات الإرضاع بالتدري تعتبر سلوكاً طبيعياً في غالبية الأحيان، فإن العديد من النساء يحتجن مع ذلك إلى الدعم الماهر.

٩٩- وللتفاعلات بين مقدم الرعاية والطفل أهمية حاسمة في نمو الطفل النفسي والإدراكي وينبغي أن تبدأ منذ يوم الولادة. فالتواصل البسيط والمحاكاة يحفزان نضوج المسالك العصبية وهما عاملان هامين للرضع المولودين في أوانهم والخدج على السواء. ويشكل دعم النمو المبكر للطفل عنصراً أساسياً من عناصر رعاية المواليد.

١٠٠- وفي إمكان الرجال أداء دور في صحة الأمهات والمواليد، بصفتهم شركاء في الحياة وآباء وأعضاء في المجتمع. وكثيراً ما يكون الرجل صانع القرار الرئيسي في سلوك التماس رعاية الأم والمولود ويلزم منه فهم الاحتياجات والمخاطر وعلامات الخطر أثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة. ويلزم من البرامج الصحية التي تصمم تقليدياً للتفاعل مع المرأة توسيع فهم احتياجات الرجل ومنظوراته (دون تهديد لحقوق المرأة)، وأن تعمل مع الرجال والنساء (المراهقون منهم والراشدون) وتحدد موقع المنظورات الجنسانية والحقوق الإنجابية نظراً لأهميتها

١ Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2003.

للجنسين. ويلزم من العاملين الصحيين تيسير مرافقة الرجال لشريكاتهم وحضورهم أثناء الولادة، ودعمهم من أجل تحسين اتخاذ القرارات والتواصل بين الشريكين.

١٠١- ولقد أصدرت منظمة لصحة العالمية واليونيسيف في عام ٢٠٠٩ بياناً مشتركاً بشأن إجراء الزيارات المنزلية للمواليد بالاستناد إلى بحوث تدل على تحسن معدلات بقاء المواليد على قيد الحياة بفضل الزيارات التي يجريها العاملون الصحيون المجتمعون.^١ وبيّنت الدراسات الواسعة التي أجريت في أفريقيا وآسيا منذ ذلك الحين أنّ إجراء الزيارات المنزلية أثناء الحمل وفي الأسبوع الأول بعد الولادة يؤدي إلى زيادة عدد النساء اللاتي يلتصقن الرعاية قبل الولادة ويحصلن على رعاية ماهرة أثناء الولادة. كما تساعد الزيارات التي يجريها العاملون الصحيون المجتمعون الأسر على تحسين رعايتها للمولود وتؤدي إلى اتباع ممارسات محسّنة، مثل تأجيل الاستحمام وبدء الإرضاع بالثدي في وقت مبكر، مما يفضي إلى انخفاضات هامة في وفيات المواليد.

١٠٢- ويمكن لقادة المجتمعات وأفراد الأسر والدايات التقليديات وغيرهم من الأشخاص ذوي النفوذ أيضاً الاضطلاع بدور إيجابي كوسطاء لتقديم الدعم. ويتمتع أفراد الأسر المسنون مثل الجدة والحماة حسب السياق بسلطة قوية وراسخة ثقافياً لاتخاذ القرارات وتوفير الرعاية بالتأثير مثلاً في النظام الغذائي الذي تتبعه المرأة الحامل وعبء العمل والمسؤوليات الأسرية وفرص الاستعانة بالخدمات الطارئة.

١٠٣- ويوصى بتعبئة المجتمع عبر أنشطة ميسرة للتعليم والعمل القائمين على المشاركة بالتعاون مع التجمعات النسائية بهدف تحسين صحة الأم والوليد، ولاسيما في السياقات الريفية حيث يتدنى مستوى إتاحة الخدمات الصحية. ويمكن أن تؤثر التدخلات تأثيراً إيجابياً في معدل وفيات المواليد وأن يحسّن إجراء المزيد من البحوث فهم الآثار على صحة الأم وعلى التماس رعاية الأم. وينبغي أن يركز تنفيذ الأنشطة الميسرة للتعليم والعمل القائمين على المشاركة بالتعاون مع التجمعات النسائية على إجراء مناقشات مواتية تستطيع المرأة خلالها تحديد المشاكل ذات الأولوية والدعوة إلى إيجاد حلول محلية لصحة الأم والوليد. وسعيًا إلى ضمان الجودة، ينبغي تنفيذ هذه التدخلات إلى جانب الرصد والتقييم الوثيقيين والتكيف المسبق مع السياق المحلي.

١٠٤- وقد نجح العاملون الصحيون من عامة الناس بمن فيهم الدايات التقليديات في أداء مهام متصلة بتوفير الرعاية الصحية للمرأة والوليد ويمكنهم أن يكونوا أعضاء مهمين في فريق الأشخاص المعنيين بشؤون الصحة. وليس الغرض المنشود أن يحل هؤلاء الأشخاص محل المهنيين الصحيين في المساعدة على التوليد إلا أنهم قد ينهضون على نحو فعال بتدخلات تتصل بصحة الأم والوليد والصحة الإنجابية وتشمل على سبيل المثال لا الحصر التماس الرعاية الملائمة والتأهب للولادة والمضاعفات ودعم الرضاعة الطبيعية. وغالباً ما تعتبر الدايات التقليديات موارد مجتمعية تحظى بالتقدير والاحترام ومن المهم إيجاد أدوار جديدة يضطلعن بها في مجالات مثل توفير الدعم المتواصل للمرأة أثناء المخاض (بحضور عامل متخصص) والعمل كهمزة وصل بين المجتمعات المحلية والخدمات الصحية.^٢

١ WHO, UNICEF. Home visits for the newborn: a strategy to improve survival. Geneva: World Health Organization; 2009.

٢ توصيات منظمة الصحة العالمية. تحقيق المستوى الأمثل لأدوار العاملين الصحيين عن طريق تفويض المهام لأغراض تحسين إتاحة التدخلات الرئيسية المتصلة بصحة الأم والوليد، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠١٢؛ والوثيقة المعنونة تعزيز مأمونية الحمل: الدور الحاسم للعامل الصحي المؤهل والصادرة عن منظمة الصحة العالمية والاتحاد الدولي للقبائل والاتحاد الدولي لأطباء النساء والتوليد، جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ ٢٠٠٤.

١٠٥- ويمكن أن تؤثر وسائط التواصل الاجتماعي ووسائل الإعلام بالاقتران مع إجراءات أخرى في نقل المعارف وتغيير السلوك وغرس المساءلة الاجتماعية بشأن خدمات رعاية صحة الوليد. وقد ساهمت حملات الدعوة المعتمدة على الراديو والتلفزيون في زيادة عدد الولادات في المرافق الصحية وبدء الرضاعة الطبيعية في وقت مبكر والتعويل الحصري عليها وفي تدخلات أخرى. وتعزز النهج المتعددة الجوانب تأثير الرسائل.

١٠٦- ويمكن تسخير الخبرة الكبيرة التي يتمتع بها القطاع الخاص في مجال الاتصالات الاستراتيجية لتغيير القواعد الاجتماعية (مثل قبول وفيات الأمهات والمواليد كأمر محتوم) والنهوض بالسلوك الصحي الأمثل وزيادة الطلب على الرعاية المتسمة بحسن الجودة. وتتحدى عدة شركات خاصة بالقدرة على إجراء البحوث والبحث عن مصادر متنوعة للبيانات لتكوين فهم الدوافع السلوكية مما يعتبر ثروة قيمة للغاية لم تستغل بعد كامل طاقاتها. وتتأثر الشراكات بين القطاعين العام والخاص بوجه خاص بحملات الدعوة المتعددة الوسائط عبر منصات الاتصالات الراهنة للقطاع الخاص والراديو والتلفزيون ووسائط التواصل الاجتماعي والصحة الإلكترونية وتكنولوجيا الهاتف المحمول.

١٠٧- وقد تسهم منظمات المجتمع المدني إسهاماً ملحوظاً في تعبئة المجتمع وتكوين الإرادة السياسية وتصميم السياسات وتساعد على مساءلة الحكومات والدوائر الصحية عن تنفيذ برامجها وخططها.

١٠٨- وتجرى استعراضات منتظمة لنتائج النهج المسندة بالبيانات الرامية إلى تسخير قوة النساء والآباء والمجتمعات المحلية في مجالات مثل التأهب للولادة والمضاعفات؛ ونظم النقل؛ ودور استقبال الحوامل قبل الولادة؛ ومشاركة المجتمعات المحلية في تخطيط البرامج وتحسين الجودة؛ وتخفيف العقبات المالية والتحويلات النقدية؛ والتدبير العلاجي المتكامل لحالات المرض لدى الطفل والوليد؛ واستخدام تكنولوجيا الهاتف المحمول؛ والتحقق من وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة؛ والتمويل القائم على النتائج. وستوجه النتائج السياسة القادمة بشأن هذه النهج.

الإجراءات المقترحة

الإجراءات الرئيسية للغرض الاستراتيجي ٤

ينبغي للحكومات الاضطلاع بما يلي بالتعاون مع أصحاب المصلحة:

- (أ) تعزيز عدم التسامح بخصوص وفيات الأمهات والموليد التي يمكن تلافيها؛
- (ب) زيادة قوة رأي الآباء والمجتمع المدني ووسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي إلى أقصى حد من أجل توفير المعلومات وتغيير القواعد؛
- (ج) إجراء تحليل منهجي للعقبات التي تعرقل إتاحة خدمات متسمة بالجودة للأم والوليد وانتفاع النساء والأسر والمجتمعات المحلية بممارسات الرعاية المنزلية الأساسية ومشاركة المجتمعات النشطة في تحديد الأولويات وتخطيط الإجراءات الملائمة؛
- (د) تزويد أفراد الأسرة بمن فيهم الرجال بالمعارف والقدرات اللازمة لتوفير الرعاية المنزلية الجيدة؛
- (هـ) توطيد الروابط بين المجتمع المحلي والمرافق الصحية من خلال تطبيق نهج ابتكارية للوصول إلى المناطق النائية؛
- (و) اعتماد نهج مشتركة لتحسين جودة الرعاية داخل المنزل وفي الدوائر الصحية؛
- (ز) تقييم فائدة المنظمات المجتمعية مثل التجمعات النسائية التشاركية للنهوض بتعبئة المجتمع وخصوصاً في صفوف سكان الأرياف الذين تتاح لهم فرص محدودة للحصول على الرعاية؛
- (ح) اعتماد استراتيجيات مسندة بالبيانات لتوليد الطلب على الخدمات واستمراره بالاعتماد على إجراءات مجتمعية التوجه؛
- (ط) إشراك منظمات المجتمع المدني داخل البلدان وتمكينها ودعمها للمطالبة بالشفافية ومراقبة فرص إتاحة خدمات الرعاية وجودة هذه الخدمات وتحسينها؛
- (ي) إشراك القطاع الخاص لدعم حملات الاتصالات المتعددة الوسائط بهدف تغيير القواعد الاجتماعية وتعزيز عدم التسامح بشأن الوفيات التي يمكن تلافيها والدعوة إلى اتباع السلوك الأمثل.

١٠٩- ولابد للمجتمعات المحلية والأسر والأفراد من الاعتراف بأن الوفيات وحالات الإملاص لدى الأمهات والموليد هي حالات يمكن تلافيها وليست أمراً محتوماً. وضماناً لعدم التسامح بخصوص الوفيات التي يمكن تلافيها، يجب أن يطرأ تغيير في القواعد والتوقعات الاجتماعية التي تحيط بالولادة وبقاء المولود على قيد الحياة، ومن الضروري أن تتاح الفرص للآباء المتأثرين بحالات الإملاص أو بوفيات الموليد للتعبير عن آرائهم. ويمكن اللجوء إلى استراتيجيات الأنداد المعتمدة على آراء الآباء لتعبئة المجتمع المدني ووسائل الإعلام ووسائل التواصل الاجتماعي من أجل نشر المعلومات وتغيير القواعد.

١١٠- وينبغي أن يركز تحليل العقبات المقترح في إطار الغرض الاستراتيجي ٣ أيضاً على عوامل تحدد الطلب على خدمات رعاية صحة الأم والوليد وتؤثر في توفير الرعاية الذاتية الموصى بها في المنزل في بلدان تسجل مستويات مرتفعة في عبء وفيات الموليد. ومن الأساسي إدراك الدوافع والعناصر الثقافية والهيكلية والمالية التي تدعم الأسر والمجتمعات المحلية لتطبيق ممارسات الرعاية المنزلية الجيدة والتماس الرعاية الملائمة للأم ووليدها

من أجل تصميم استجابة ملائمة. وينبغي أن تشمل البرامج أنشطة ترمي إلى إتاحة فرص للمرأة والأسرة للتعبير عن رأيهما وتمكينهما من المشاركة في تحديد الأولويات المتصلة بالمشاكل والحلول.

١١١- وعندما تكون فرص إتاحة الخدمات الصحية غير متكافئة أو متدنية، ينبغي أن تأخذ البلدان في الاعتبار الاستثمار في العاملين الصحيين المجتمعيين بوصفهم موارد فعالة لتحسين رعاية الأم والمولود، ولاسيما في المناطق التي يصعب الوصول إليها وضمان إدماجهم باعتبارهم موارد بشرية مهمة إلى جانب المهنيين الصحيين فيما يخص مسائل صحة الأم والطفل. ويعتبر التدريب الملائم والإشراف الداعم والنشر والتعويض من الأمور الضرورية.

١١٢- وينبغي إيلاء العناية لتدعيم المنظمات المجتمعية مثل التجمعات النسائية بغية تعزيز تعبئة المجتمع باتباع نهج قائمة على الحوار على غرار الدورات الميسرة للتعليم والعمل القائمين على المشاركة. ويكتسي هذا الأمر أهمية خاصة في صفوف سكان الأرياف التي تتاح لهم فرص محدودة للحصول على الرعاية. وهناك حاجة ملحة إلى مواصلة تقييم فائدة اتباع هذا النهج في المناطق الحضرية الفقيرة ومع جهات فاعلة أخرى تشمل الرجال والجدات.

١١٣- ويضطلع أفراد الأسرة وعلى الخصوص الرجل والأب أيضاً بدور مهم. وينبغي إشراكهم في الأنشطة الأسرية الفردية والمجتمعية لتعزيز إسهامهم في دعم صحة الأسرة. ويمكن لقنوات مختلفة أن تبني القدرة على توفير الرعاية المنزلية الجيدة مثل أنشطة التنقيف الصحي وحملات الإعلام والزيارات المنزلية التي يجريها العاملون الصحيون المجتمعيون المدربون.

١١٤- ويحسن توطيد الروابط بين المجتمعات المحلية والمرافق الصحية الحصائل الصحية لدى الأم وطفلها ولاسيما حيثما توفر خدمات الإحالة. وتتيح تكنولوجيا الهاتف المحمول التي تتوفر حالياً على نطاق واسع ويمكن وصولها إلى المناطق النائية في عدة بلدان أحد النهج لتحسين هذه الروابط. وقد استُخدمت هذه التكنولوجيا استخداماً ناجحاً للإمداد بالرسائل الصحية وإنشاء خطوط اتصال للمساعدة وتيسير الرصد الآني للولادات والوفيات ويمكن ربطها بتدخلات التعبئة المجتمعية لتعزيز التأزر.

١١٥- ويتطلب تكوين الطلب على الخدمات للمجتمعات المحلية التي تعاني من نقص الخدمات اتباع نهج ابتكارية قائمة على استراتيجيات مسندة بالبيانات. وعلى سبيل المثال، يمكن أن تؤخذ التحويلات النقدية المشروطة إلى الأسر والمجتمعات المحلية في الاعتبار حيثما تعرقل الظروف المالية إتاحة الرعاية الصحية بتوخي الدقة في الرصد من أجل بيان المردودية.

١١٦- وقد دعت اللجنة المعنية بالإعلام والمساءلة في مجال صحة المرأة والطفل إلى تحسين المراقبة والشفافية بحث البرلمانين وقادة المجتمعات والمجتمع المدني وعامة السكان على المطالبة بالمعلومات والمشاركة النشطة في تخطيط الخدمات الصحية وجودة الرعاية المقدمة إلى الأم والطفل ورصدها. وينبغي أن تتوخى البلدان تنفيذ هذه التوصيات. وعلى نحو مماثل، ينبغي لجميع أصحاب المصلحة المعنيين قبول المساءلة المستقلة عن تنفيذ خطة العمل هذه على الصعيد العالمي كجزء من التزامهم بإنقاذ أرواح المواليد.

الغرض الاستراتيجي ٥: إحصاء كل مولود - القياس وتتبع البرامج والمساءلة

الأساس المنطقي للغرض الاستراتيجي ٥

١١٧- تتيح الإحصاءات الحيوية معلومات لا غنى عنها وتساهم في هذه الحالة في تعزيز فعالية السياسات ومستوى استجابتها لاحتياجات المرأة والطفل. وعلى الرغم من ذلك، لم يسجل حوالي ثلث عدد الولادات البالغ ١٣٥ مليون ولادة على الصعيد العالمي إضافة إلى ثلثي عدد الوفيات خلال عام ٢٠١٠. ولا يسجل نصف البلدان الموجودة في الإقليم الأفريقي وإقليم جنوب شرق آسيا التابعين للمنظمة أسباب الوفاة في إحصاءاتها الحيوية وتوجد أوجه قصور جسيمة ضمن النظم الراهنة.^١ ولا تتبع نظم تسجيل الإحصاءات الحيوية في بعض البلدان التوصيات العالمية بشأن الأطفال الذين ينبغي إحصاؤهم وتطبق في الغالب في جزء من البلد فقط. ولا تسجل جميع الوفيات في بلدان أخرى. ويؤدي عدم جمع بيانات عالية الجودة بشأن تسجيل الولادات والوفيات بما في ذلك أسباب الوفاة إلى عدم توفر المعلومات الحاسمة لوضع السياسات والتخطيط والتقييم على مستوى جميع قطاعات التنمية بما فيها قطاع الصحة والخدمات الصحية. وإن قرار مجلس الأمم المتحدة لحقوق الإنسان A/HRC/19/L.24 بشأن تسجيل الولادات وحقوق كل إنسان في أن يُعترف له بالشخصية القانونية في كل مكان مكرس كلياً لتسجيل الولادات والاعتراف بالشخصية القانونية للجميع دون تمييز.

١١٨- وإذ ترسي الحكومات والجهات الشريكة التدخلات المتصلة بصحة الوليد وتوسع نطاق إتاحتها، لا بد من زيادة المعلومات وتحسينها لرصد التقدم المحرز من أجل تحقيق الالتزامات المقطوعة لوضع حد للوفيات وحالات الإملاص لدى المواليد التي يمكن تلافيها وتقييم هذا التقدم.

١١٩- ويتوفر عدد قليل من المؤشرات الشاملة لرصد تكافؤ فرص إتاحة خدمات رعاية الأم والوليد وجودة هذه الخدمات. وقد بدأ اتخاذ بعض الخطوات لتحسين القياس مثل إضافة أسئلة إلى أدوات استقصاء الأسر عن رعاية الأم والوليد في الفترة التالية للولادة وإلى أدوات تقييم المرافق عن مدى توفر السلع الأساسية التي تستهدف بالتحديد المواليد وتشمل معدات الإنعاش والكورتيكوستيرويدات المستخدمة قبل الولادة. ومع ذلك، مازالت هناك عدة تحديات مواجهة في جمع هذه البيانات. وطالما جُمعت البيانات عن المؤشرات المتعلقة بتنظيم الأسرة والرعاية قبل الولادة والمساعدة على التوليد عبر الدراسات الاستقصائية الأسرية السكانية بما فيها الدراسات الاستقصائية السكانية والصحية والدراسات الاستقصائية الجماعية المتعددة المؤشرات. وقد أدرجت معلومات إضافية عن الاتصالات اللاحقة للولادة فيما يخص المواليد في هذه الدراسات الاستقصائية في الآونة الأخيرة ويزداد باطراد عدد البلدان التي تتوفر لديها البيانات. ومن ضمن المعالم المقترحة في هذه الخطة عملية لتوليد مؤشرات يمكن أخذها في الاعتبار لإضافتها إلى الدراسات الاستقصائية الأسرية بهدف قياس ممارسات رعاية الوليد وجوهر الرعاية التالية للولادة.

١٢٠- وهناك ثغرات كبرى لاتزال تسجل في جمع البيانات عن حصائل الرعاية في الفترة المحيطة بالولادة وتغطيتها وجودتها ولا بد من إيلاء عناية أكثر صرامة لوضع المؤشرات واختبارها وإدراجها في نظم معلومات الإدارة الصحية. ويدرج عدد قليل من المؤشرات المتصلة بصحة الوليد في الوقت الحالي في نظم معلومات الإدارة الصحية الروتينية باستخدام البيانات بشكل محدود لتحسين الجودة. ومن الضروري الاتفاق على مجموعة من المؤشرات الأساسية والإضافية التي لا تستهدف تتبع التغطية السكانية للتدخلات الفعالة فحسب بل تتبع جودة

^١ Oomman N, Mehl G, Berg M, Silverman R. Modernising vital registration systems: why now? Lancet 2013;381(9875):1336-7.

الرعاية في الدوائر الصحية أيضاً بهدف استخدامها في سياقات مختلفة تشمل حالات الطوارئ الإنسانية المعقدة. ولا بد للمديرين على جميع المستويات من الإلمام بمدى قدرة النظام على توفير الخدمات الأساسية للأم والوليد وتحديد مواطن ضعف الأداء التي يمكن إصلاحها عن طريق تحسين التخطيط والميزنة وتوفير الخدمات. ويمكن إدماج العديد من المؤشرات في نظم المعلومات الصحية الروتينية بالتحقق من صحة النتائج بشكل دوري عبر دراسات استقصائية محددة.

١٢١- وقد قبلت عدة بلدان ترصد حالات وفاة الأمهات والاستجابة لمقتضياتها كوسيلة فعالة لتحديد حالات الوفاة وتقصى محدداتها واتخاذ تدابير إصلاحية بشأن الأسباب التي يمكن تلافيها. وينبغي اعتبار الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة عنصراً مهماً من هذه المبادرات. وقد بين تحليل تلوي للأثر المرتبط ببدء التحقق من الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط تسجيل انخفاض بنسبة ٣٠٪ في معدل الوفيات عندما رُبطت الحلول المحددة بناءً على عملية التحقق بالإجراءات.^١ وتتضمن التوجيهات الجديدة الصادرة عن المنظمة وشركائها توصيات واضحة بشأن سبل النجاح في تنفيذ أنشطة ترصد وفيات الأمهات على وجه تام.^٢ وتنهض التوجيهات بنهج متدرج وتقتصر التركيز على تعزيز أنشطة ترصد وفيات الأمهات والاستجابة لمقتضياتها في المرافق الصحية قبل توسيع نطاقها لتشمل المجتمعات المحلية. ويحتمل أن يعزز التحقق من وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة وربط النتائج بعملية وطنية القدرة على تجنب أسباب الوفاة التي يمكن تلافيها. إلا أن آليات الحماية القانونية التي من شأنها تيسير عمليات الاستعلام التامة ليست كافية في عدة بلدان، مما يعني أن كامل طاقات النهج تبقى في الغالب غير مستغلة.

^١ Pattinson R, Kerber K, Waiswa P, Day LT, Mussell F, Asiruddin SK et al. Perinatal mortality audit: counting, accountability, and overcoming challenges in scaling up in low- and middle-income countries. Int J Gynaecol Obstet. 2009;107 (Suppl. 1):S113–21, S121–2.

^٢ ترصد وفيات الأمهات والاستجابة لمقتضياتها: توجيهات تقنية. المعلومات لاتخاذ الإجراءات الرامية إلى تلافي وفيات الأمهات، جنيف، منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣.

الإجراءات المقترحة

الإجراءات الرئيسية للغرض الاستراتيجي ٥

ينبغي للحكومات الاضطلاع بما يلي بالتعاون مع أصحاب المصلحة:

- (أ) الاستثمار في تغطية تسجيل الولادات والوفيات وجودتها بالنهوض بتسجيل كل مولود حي أو ميت وتسجيل حالات الإملاص ووفيات المواليد؛
- (ب) الأخذ في الاعتبار استخدام شهادات محددة للوفاة في الفترة المحيطة بالولادة تسجل بيانات إضافية عن حالات الإملاص والعمر الحولي والوزن عند الميلاد إضافة إلى المضاعفات لدى الأمهات؛
- (ج) إعداد مجموعة من البيانات الدنيا المتصلة بالفترة المحيطة بالولادة وضمان جمع حصائل كل الولادات بتوفير تعاريف متسقة ووصلات مشتركة بقواعد البيانات لتسجيل الإحصاءات الحيوية؛
- (د) إضفاء الطابع المؤسسي على أنشطة ترصد وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة والاستجابة لمقتضياتها بربط هذه الأنشطة باستعراضات الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة واتخاذ الإجراءات للتصدي للعوامل الممكن تلافيها والمحددة عبر هذه الاستعراضات؛
- (هـ) تتبع حصائل المراضة والعجز وخصوصاً عندما يوسع نطاق الرعاية المكثفة للمواليد؛
- (و) تقييم المؤشرات الوطنية لتوفير خدمات رعاية صحة الأم والوليد وتحديثها (بالاستناد إلى المؤشرات العالمية المقترحة في الملحق ٢) وإدماجها في النظم والأدوات الروتينية لجمع البيانات؛
- (ز) حث البرلمانيين وقادة المجتمعات والمجتمع المدني وعامة السكان على المطالبة بالمعلومات والمشاركة النشطة في التخطيط والرصد لإتاحة الخدمات الصحية المتسمة بالجودة والمقدمة إلى المرأة والطفل؛
- (ح) إعداد استراتيجيات لإشراك القطاع الخاص في تحسين نظم تسجيل الولادات والوفيات من حيث جمع البيانات وجودتها وفي الاستثمار في آليات ابتكارية لجمع البيانات ووضع هذه الآليات وتنفيذها.

١٢٢- وينبغي أن تعتمد البلدان نظاماً لتسجيل الولادات والوفيات وتستثمر في تحسينها وتأخذ في الاعتبار آليات ابتكارية لجمع البيانات بالاستعانة بالعاملين الصحيين المجتمعين واستخدام الهاتف المحمول مثلاً. وينبغي أن يقترن تسجيل حالات الإملاص ووفيات المواليد بتصنيف وجيه من الناحية البرمجية لأسباب الوفاة. وينبغي إدراج البيانات الإضافية (مثل العمر الحولي والوزن عند الميلاد) وبحث المحددات الاجتماعية للوفيات. ومن الضروري رصد جودة البيانات واكتمالها باستمرار وينبغي نشر البيانات كأساس للتخطيط.

١٢٣- ولابد من الاستثمار والدعم التقني لتحسين البيانات عن الإسهامات الوطنية بالنسبة إلى جميع الحصائل المتصلة بالأمهات والولادات من حيث كميتها واتساقها وتواترها كجزء من مجموعة البيانات الدنيا الخاصة بالفترة المحيطة بالولادة والمرتبطة بتسجيل الإحصاءات الحيوية والبيانات المنبثقة عن المرافق الصحية. وينبغي للبلدان تدعيم آليات ترصد وفيات الأمهات والاستجابة لمقتضياتها وترصد الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة بربط هذه الأنشطة باستعراضات الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة واتخاذ الإجراءات للتصدي للعوامل الممكن تلافيها والمحددة عبر هذه الاستعراضات. ومن المهم أيضاً تتبع حصائل العجز (مثل اعتلال الشبكية لدى الخديج والصمم والشلل الدماغي) ولاسيما بالنسبة إلى البلدان التي توسّع نطاق الرعاية المكثفة للمواليد.

١٢٤- وينبغي لأصحاب المصلحة تقييم المؤشرات الأساسية العالمية المقترحة ضمن خطة العمل (الملحق ٢) وإدماج هذه المؤشرات بعد تقييمها في نظم إدارة المعلومات الصحية الوطنية. وسيتواصل وضع مجموعة المؤشرات المقترحة في إطار تنفيذ خطة العمل (المشار إليها في الفقرة ١٣٥) لكي تشمل مجالات تهيئة الخدمات والحاصل والانتفاع بالخدمات وتغطية التدخلات وجودة الرعاية.

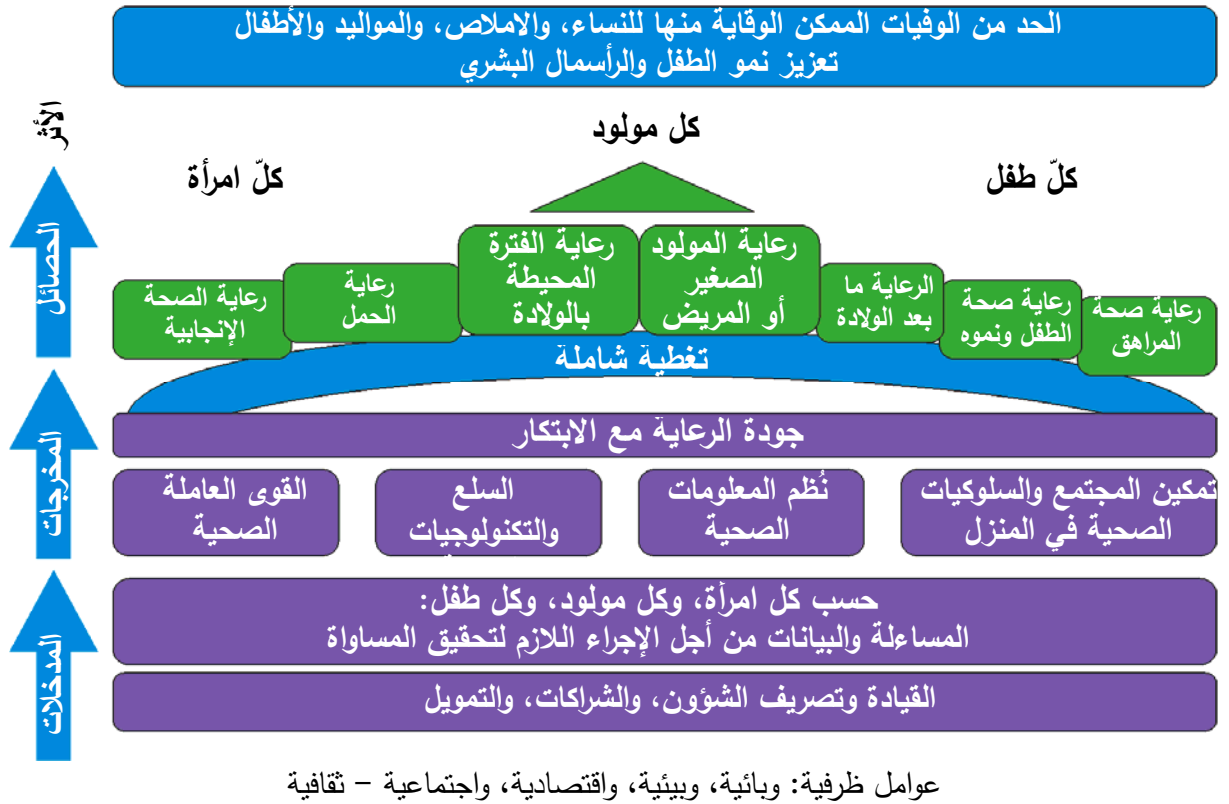
١٢٥- ولابد لجميع أصحاب المصلحة بدءاً من البرلمانين وقادة المجتمعات ووصولاً إلى المجتمع المدني وعامة السكان من المطالبة بالمعلومات والمشاركة في التخطيط والرصد لإتاحة الخدمات الصحية المتسمة بالجودة والمقدمة إلى المرأة والطفل باحتمال استخدام سجلات للقياس بهدف تعزيز المساءلة عن تنفيذ خطة العمل هذه.

١٢٦- وإذ تعزز النظم الروتينية، ينبغي للبلدان والجهات الشريكة الإنمائية إجراء دراسات استقصائية أسرية دورية للحصول على بيانات عن معدل الوفيات وتغطية التدخلات والانتفاع بالخدمات. وينبغي أيضاً إشراك القطاع الخاص في تحسين نظم تسجيل الولادات والوفيات من حيث جمع البيانات وجودتها وفي الاستثمار في آليات ابتكارية لجمع البيانات ووضع هذه الآليات وتنفيذها ولاسيما من خلال استخدام الهاتف المحمول.

إطار للنجاح

١٢٧- يُدرج إطار الأثر المبيّن في الشكل ٦ "كل مولود" في مفهوم "كل امرأة، كل طفل" ويوسع نطاق الأهداف بشمول الحدّ من الوفيات التي يمكن الوقاية منها للنساء، والإملاص، والمواليد والأطفال، وتعزيز نمو الطفل والرأسمال البشري. ويشمل مستوى حصائل الإطار كافة مجموعات تدخلات الصحة الإيجابية وصحة الأم والمولود والطفل، مما يوجه تركيز خطة العمل الخاص نحو رعاية النساء والمواليد أثناء المخاض والولادة والأسبوع الأول من الحياة، وكذلك نحو المواليد الصغار والمرضى، مع توخي تحقيق غرض التغطية الصحية الشاملة بكل مجموعة من المجموعات. وتستلزم زيادة التغطية بالرعاية الجيدة تغيير البرامج في إطار النظام الصحي والمجتمع. كما تقتضي مدخلات النظام الصحي المعزز قياسات دقيقة وتتبع صارم للبرامج ومساءلة. أخيراً، فإن كل سياق من السياقات الاجتماعية والسياسية، والاقتصادية، والبيئية، والبيولوجية، والقانونية يؤثر في جميع مستويات التغيير.

الشكل ٦ - إطار أثر كل مولود



١٢٨- وتحقيق أهداف خفض الوفيات لن يتم سوى عن طريق إدخال التحسينات على تغطية ونوعية الرعاية المقدمة للنساء والرضع أثناء الولادة ورعاية المولود الصغار والمرضى. لذا يجري اقتراح أهداف مؤقتة للتدخلات المسندة بالبيانات فيما يخص التغطية وجودة الرعاية المقدمة في الفترة المحيطة بالولادة، ورعاية المولود المعرضين للخطر، والزيارات المنزلية والجمعيات التشاركية لدعم النساء والمولود (الملحق ١).

١٢٩- أهداف التغطية بحلول عام ٢٠٢٠

(أ) **تغطية الرعاية وجودتها في الفترة المحيطة بالولادة:** تتلقى ٩٠٪ من النساء اللاتي يلدن في المرافق والمولودين فيها رعاية فعالة عالية الجودة قائمة على الاحترام، وهي تشمل على تقديم الرعاية الأساسية أثناء الحمل والمخاض وبعد الولادة، مع رعاية الوقاية من المضاعفات التي تصيب الأم والمولود وإدارتها على نحو مناسب. وتشكل مراقبة وفيات الأمومة والوفيات التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة، فضلاً عن الاستجابة في الموعد المناسب والرصد المنتظم لنوعية الرعاية قسماً قائماً بذاته من الخدمات الصحية المقدمة للأمهات والمولود.

(ب) **تغطية الرعاية وجودتها للمولود الصغار والمرضى:** يجري إنعاش ما يقارب نصف المولود الذين لا يتنفسون تلقائياً عند الولادة بعد تجفيفهم وحفزهم بعناية، ويتم ذلك الإنعاش بالتهوية باستخدام كيس وقناع؛ ويتلقى نحو نصف المولود الخدج المستقرين أو المولود الذين يقل وزنهم عن ٢٠٠٠ غرام رعاية الأم على طريق الكنغر وغيرها من أشكال رعاية الدعم؛ ويتلقى ما لا يقل عن نصف المولود

المحتمل إصابتهم بعدوى بكتيرية خطيرة علاجاً بالمضادات الحيوية. ويجري تحديد الأهداف الخاصة بكل بلد فيما يخص رعاية المواليد المكثفة الشاملة، بما في ذلك تتبع العجز.

(ج) **الزيارات المنزلية ودعم الجمعيات التشاركية للنساء والمواليد:** يحقق كل بلد زيادة لا تقل نسبتها عن ٢٠٪ (أو زيادة لغاية ٩٠٪ إذا كان الحد الأساسي فيها يزيد على ٧٠٪) من الرعاية المبكرة اللاحقة للولادة للنساء والمواليد في غضون يومين من الولادة لتشجيع الرضاعة بالثدي، وإسداء المشورة وفحص المضاعفات لدى الأم والمولود، وتنظيم الأسرة بعد الولادة. وتؤلف الروابط مع النُهج المجتمعية التشاركية وجمعيات الآباء عنصراً هاماً في هذه الاستراتيجية.

١٣٠ - أهداف التغطية بحلول عام ٢٠٢٥

(أ) **تغطية الرعاية وجودتها في الفترة المحيطة بالولادة:** تلد ٩٥٪ من النساء بمساعدة مهني ماهر، وتحصل كل امرأة ومولودها على رعاية فعالة عالية الجودة قائمة على الاحترام (انظر الفقرة ١٢٩).

(ب) **تغطية الرعاية وجودتها للمواليد المعرضين للمخاطر:** يجري إنعاش ٧٥٪ على الأقل من المواليد الذين لا يتنفسون تلقائياً عند الولادة بعد تجفيفهم وحفزهم بعناية، ويتم ذلك الإنعاش بالتهوية باستخدام كيس وقناع؛ ويتلقى ٧٥٪ على الأقل من المواليد الخدج المستقرين أو المواليد الذين يقل وزنهم عن ٢٠٠٠ غرام رعاية الأم على طريق الكنغر وغيرها من أشكال رعاية الدعم؛ ويتلقى ما لا يقل عن ٧٥٪ من المواليد المحتمل إصابتهم بعدوى بكتيرية خطيرة علاجاً بالمضادات الحيوية.

(ج) **الزيارات المنزلية ودعم الجمعيات التشاركية للنساء والمواليد:** يحصل ٩٠٪ من النساء والمواليد على رعاية مبكرة لاحقة للولادة رفيعة الجودة في غضون يومين من الولادة. ويجري تتبع نوعية الرعاية اللاحقة للولادة مع استخدام قياسات محسنة لتقييم المضمون والحصائل على المدى الأبعد، مثل هدف تغذية الإرضاع بالثدي حصراً بنسبة ٥٠٪ في جميع البلدان بحلول عام ٢٠٢٥.

مقاييس النجاح

١٣١- تتعلق خطة العمل المعنونة كل مولود باتخاذ إجراء يرمي لتحقيق أهداف طموحة لخفض الوفيات وأهداف التغطية للحد من وفيات المواليد والإملاص التي يمكن الوقاية منها. وستحدد معالم للتأشير على المسار الذي يفضي للأثر المرغوب، وستحدد هذه المعالم على المستوى العالمي والوطني للفترة ٢٠١٤-٢٠٢٠ (الملحق ١). وستشكل المعالم نقطة الانطلاق للمساءلة والإشراف المستقل والأساس الذي يستند إليه رصد التقدم المحقق في التنفيذ. ويتزامن الرصد والتقييم مع استعراضات التقدم نحو بلوغ الأهداف الإنمائية للألفية في عام ٢٠١٥ وسيكونا جاهزين لمنظور ما بعد عام ٢٠١٥ لأهداف التنمية المستدامة، والترابط مع آلية المساءلة الجديدة.

١٣٢- وتشكل خطة للرصد أكثر تفصيلاً، مع قياسات التغطية والحصائل لغرض تتبع التقدم المحرز، مرحلة على المستوى العالمي. وسيلزم جمع هذه المؤشرات واستخدامها في إجراء البرنامج الوطني داخل البلدان. مع تحديد واضح للتدخلات بشأن الإملاص واستراتيجيات تمثل المعالم الأخرى.

١٣٣- وسيحدث التغيير الحقيقي للنساء والرضع داخل البلدان. وتشمل المعالم الوطنية (على سبيل المثال لا الحصر) كفالة ما يلي: إدراج السلع في القوائم الوطنية للأدوية الأساسية وتتبعها؛ الإصغاء لما يقوله المجتمع، والنساء بصفة خاصة؛ شحذ الخطط الصحية الوطنية وحساب تكاليفها من أجل تيسير معالجة صحة المواليد وحالات الإملاص على نحو مناسب؛ تتبع الإنفاقات الوطنية على الصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود والطفل، والإبلاغ بشأنها.

١٣٤- وبالنظر إلى أن المرأة ورضيعها يشكلان مفهوماً أساسياً لخطة العمل، فسيلزم توفير مجموعة من التدخلات لكليهما: فهما متميزان ولكن أحدهما يعتمد على الآخر أيضاً، ولهذا الاعتماد المتبادل أهمية حيوية لكليهما. وكإضافة لخطة العمل هذه، ستعد منظمة الصحة العالمية واليونيسيف مع الشركاء مبادرة ملائمة للأم والرضيع تركز على تحسين نوعية رعاية الأمهات والمواليد في المرافق، وترتبط بالأعمال المجتمعية وتعزيز النظم الصحية المحلية. وسيجري تحديد طائفة من القواعد والمعايير لنوعية الرعاية المقدمة في الفترة المحيطة بالولادة والفترة التي تليها مباشرة، وبمجرد التثبت من هذه القواعد والمعايير بالتشاور مع البلدان والخبراء التقنيين، سيلزم تكييفها واعتمادها في إطار البلدان.

١٣٥- ويتطلب تحقيق الرؤية وأهداف خفض الوفيات والتغطية المشروحة في خطة العمل وجود مؤشرات قابلة للقياس لغرض تتبع التقدم المحرز وإبلاغ السياسات والبرامج الصحية. وشمل اختيار المؤشرات الأساسية (الملحق ٢) عملية لتحديد درجات الصلة المباشرة بإطار خطة العمل، وأهدافها وغاياتها واستعراض البيانات المتاحة حالياً. ويجري في بعض الحالات الاتفاق بشأن المؤشرات الأساسية وتتبعها، بيد أنه سيلزم إجراء اختبار إضافي لبعض المؤشرات وإدراجها في نظم القياسات الوطنية. ويلزم القيام بعمل عاجل لتحسين قياسات هذه المؤشرات وغيرها من مؤشرات الدعم ولزيادة عدد البلدان التي تتبعها روتينياً. ويشكل تفعيل هذه المؤشرات الأساسية مع قائمة واسعة بالمؤشرات الضرورية الأخرى قسماً من المعالم القصيرة الأجل المدرجة في الملحق ١.

أولويات البحث

١٣٦- يلزم وضع البحث في مجال تقديم الرعاية والتطوير واكتشاف الاحتياجات في صدارة الجهود الرامية لخفض وفيات المواليد. ولقد حددت الممارسة العالمية للفترة ٢٠١٣-٢٠٢٥ أولويات البحث بشأن صحة المولود كالاتي: تتعلق تسع من ١٠ أولويات بتحسين تقديم التدخلات المعروفة.

١٣٧- وتشمل أولويات البحث الرئيسية في مجال تقديم التدخلات ما يلي: التوصل إلى نهج لزيادة السبل المبسطة لإنعاش المولود في المستويين الأوليين من مستويات النظام الصحي؛ وتحديد العدوى التي يصاب بها المولود وإدارتها على مستوى المجتمع؛ والتخلص من العقبات التي تعوق توسيع نطاق الرضاعة الحصرية بالثدي ورعاية الأم لمولودها على طريقة الكنغر في المرافق؛ وتقييم استخدام الكلورهيكسدين في رعاية الحبل السري لدى المواليد في مرافق الرعاية الصحية؛ ووضع استراتيجيات لتحسين نوعية الرعاية المقدمة في المرافق أثناء المخاض والولادة.

١٣٨- وتتضمن أولويات البحث المحددة ما يلي: تكييف رعاية الأم للمولود على طريقة الكنغر من أجل إتاحة تقديمها على المستوى المجتمعي؛ والكشف المبكر عن النساء الأشد تعرضاً للمخاطر أثناء الحمل والمخاض في إطار المجتمع؛ وتحسين وتبسيط الرصد قبل الولادة؛ وتقييم المضادات الحيوية الفموية المناسبة لعلاج الإنتان لدى المولود؛ وتحديد دور المراجعات في الفترة المحيطة بالولادة في تحسين نوعية الرعاية المقدمة أثناء المخاض والولادة؛ وتطوير مؤثرات سطحية وأجهزة زهيدة التكلفة للبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل.

١٣٩- إبراز أولويات بحوث الاكتشاف: في مجال العلم والتكنولوجيا من أجل فهم المسارات المسببة للابتسار؛ والأدوية الجديدة المضادة للتقلصات الرحمية لغرض تأجيل الابتسار؛ واكتشاف مؤثرات سطحية مستقرة ويسيرة الاستخدام؛ ولقاحات فعالة للأمهات للوقاية من الإنتان عند المواليد؛ ووسائل التشخيص في أماكن الرعاية وعوامل بيولوجية محسنة لتحديد الإنتان عند الوليد وعلاجه؛ وسبل محسنة للكشف عن الضيق الجنيني؛ وتحديد واصمات بيولوجية لتأخر النمو داخل الرحم والإملاص السابق للولادة.

التنسيق

١٤٠- سيقنضي تنفيذ خطة العمل مشاركة العديد من أصحاب المصلحة، بما في ذلك الحكومات وصانعو القرار، والبلدان المانحة، والأمم المتحدة والمنظمات المتعددة الأطراف الأخرى والمؤسسات الخيرية العالمية والمجتمع المدني، والعاملين في مجال الرعاية الصحية ورابطاتهم المهنية، ومجتمع الأعمال، والمؤسسات الأكاديمية والبحثية (انظر الملحق ٣).

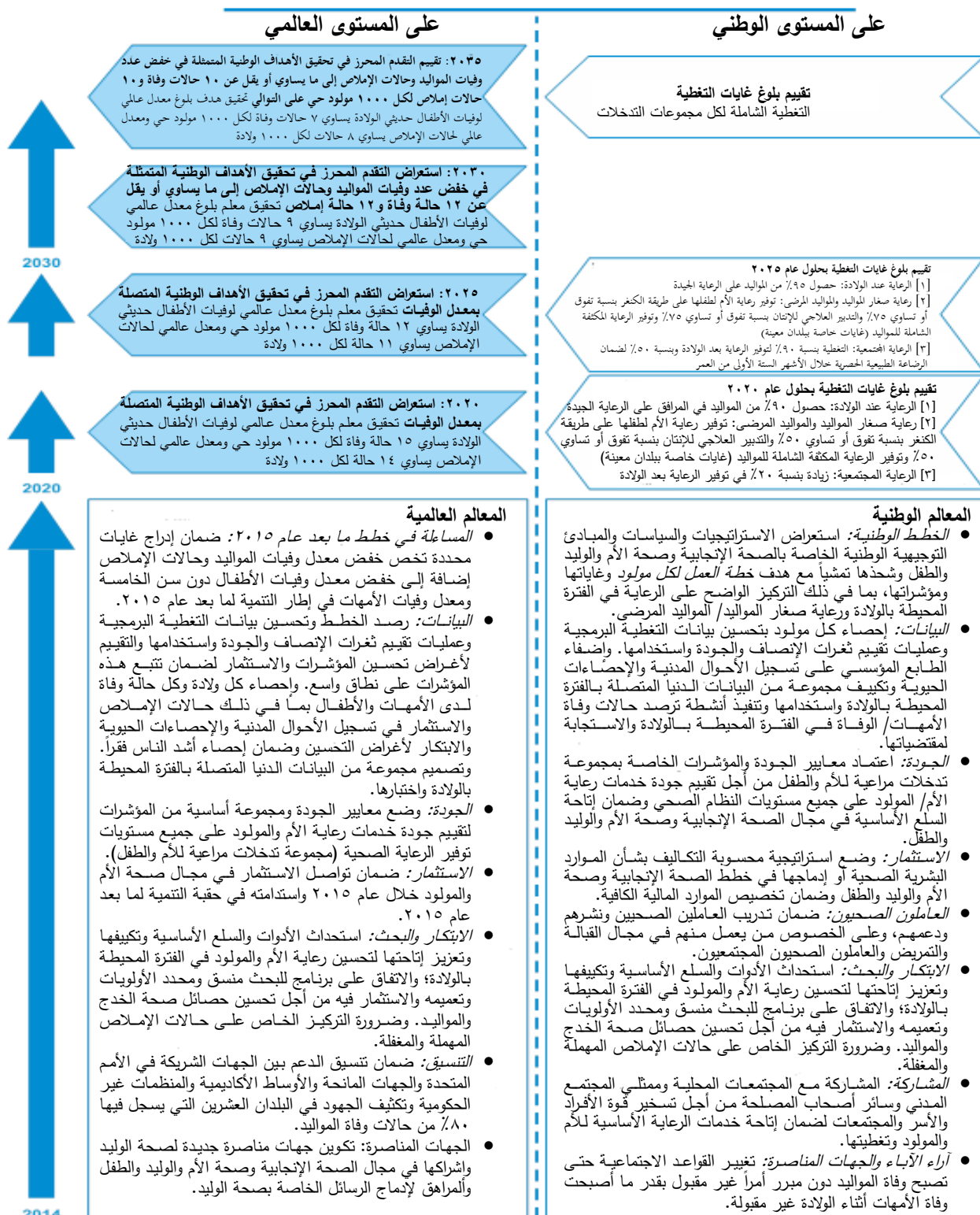
١٤١- وتحدد الخطة أولويات العمل لإتاحة بداية صحية لكل مولود في سياق البرامج المتكاملة للصحة الإنجابية وصحة الأم والمولود والطفل والمراهق. وتشكل الخدمات الصحية للأم والطفل منصة مثالية لتقديم مجموعات متكاملة تشتمل على طائفة من التدخلات، بما في ذلك التدخلات الخاصة بالمalaria والعدوى بفيروس الأيدز والتغذية والتمنيع. وثمة أهمية حيوية لأن تتضمن أهداف التنمية لما بعد عام ٢٠١٥ رؤية للمجتمعات الصحية التي يُضمن فيها بقاء النساء والمراهقات والمواليد والأطفال على قيد الحياة وازدهارهم. وسيتوقف تنسيق تنفيذ هذه الرؤية على سلسلة قوية ومؤمنة للرعاية المستمرة من أجل تحقيق انخفاض كبير في وفيات الأم والمولود والطفل التي يمكن الوقاية منها، والقادرة على بناء مجتمعات أكثر إنصافاً وعلى تغيير التنمية البشرية.

الإجراء المطلوب من جمعية الصحة

١٤٢- جمعية الصحة مدعوة لاعتماد مسودة خطة العمل.

الملحق ١

الأهداف والغايات والمعالم العالمية والوطنية للفترة ٢٠١٤-٢٠٣٥



الملحق ٢

المؤشرات العالمية المقترحة لخطة العمل لكل مولود^١

مؤشرات إضافية	مؤشرات أساسية لكل مولود	
	١- معدل وفيات الأمهات*	
معدل حالات الإملاص أثناء الوضع	٢- معدل حالات الإملاص	
معدل انخفاض الوزن عند الميلاد*	٣- معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة*	
معدل الابتسار صغار الحجم بالنسبة إلى العمر الحولي معدلات المراضة لدى الأطفال حديثي الولادة، مثل الإصابة بالعدوى معدلات العجز الطويل الأجل بعد إصابة الأطفال حديثي الولادة باعتلالات		الأثر
	٤- الولادة بإشراف عامل متخصص* ٥- توفير الرعاية المبكرة بعد الولادة للأم والطفل* ٦- التعويل الحصري على الرضاعة الطبيعية حتى الشهر السادس من العمر*	التغطية: توفير الرعاية لجميع الأمهات والمواليد
معدل العمليات القيصرية*	٧- استخدام الكورتيكوستيرويدات قبل الولادة ٨- إنعاش المواليد ٩- رعاية الأم لطفلها على طريقة الكنغر ودعم التغذية ١٠- علاج الإنتان لدى الأطفال حديثي الولادة	التغطية: المضاعفات وخدمات الرعاية الإضافية
تسجيل الوفيات بما في ذلك أسباب الوفاة	تسجيل الولادات*	الإسهام: الإحصاء
	القواعد والمعايير المراعية للأم والطفل القابلة للقياس رعاية صغار المواليد والمواليد المرضى	الإسهام: مجموعات التدخلات لتوفير الخدمات لكل مولود

١ =* المؤشر على النحو المحدد والمتتبع في الإحصاءات الصحية العالمية لعام ٢٠١٣؛ اللون الرمادي = مؤشرات غير متتبعة بشكل روتيني في الوقت الحالي؛ الخط الأسود العريض = مؤشر يتطلب تقييماً إضافياً لاتساق القياس ويرتبط بالمعالم الواردة في الملحق ١.

الخط المائل = مجموعة الإسهامات التي تتطلب قواعد ومعايير ينبغي تحديدها وربطها بالمعالم الواردة في الملحق ١.

وينبغي تتبع جميع المؤشرات على نحو يسمح بتقسيمها لتقييم الإنصاف حسب الشريحة الخمسية الحضرية/ الريفية والإقليمية ومن حيث الثروة على سبيل المثال.

الملحق ٣

الإجراءات حسب الفئات المستهدفة

لكل فرد دور يضطلع به

الجهات الفاعلة	الإجراءات
الحكومات وواضعو السياسات على المستويين الوطني والإقليمي وعلى الصعيد العالمي	<ul style="list-style-type: none"> • <i>الخطط الوطنية:</i> استعراض الاستراتيجيات والسياسات والمبادئ التوجيهية الوطنية الخاصة بالصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل وتنقيحها تمشياً مع الهدف المحدد والغايات والمؤشرات المحددة في خطة العمل لكل مولود، بما في ذلك التركيز الواضح على الرعاية في الفترة المحيطة بالولادة. • <i>الميزانيات:</i> تخصيص الموارد المالية الكافية لصحة الأم والمولود وضمان الاستثمار الكافي لتحسين جودة الرعاية. • <i>التشريع:</i> اعتماد التشريعات الملائمة بشأن تسجيل الولادات والإخطار بوفيات الأمهات وحماية الأمومة والمدونة الدولية لقواعد تسويق بدائل لبن الأم. • <i>العاملون الصحيون:</i> وضع استراتيجية محسوبة التكاليف بشأن الموارد البشرية الصحية أو إدماجها في خطط الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل لضمان تدريب العاملين الصحيين ونشرهم ودعمهم، ولاسيما من يعمل منهم في مجال القبالة والتمريض والعاملون المتخصصون المشرفون على حالات الولادة والعاملون الصحيون المجتمعون. • <i>الجودة:</i> اعتماد معايير الجودة ومجموعة أساسية من المؤشرات لتقييم جودة خدمات رعاية الأم والمولود على جميع مستويات توفير الرعاية الصحية. • <i>السلع الأساسية:</i> إدراج السلع الأساسية لصحة الأم والمولود في قائمة الأدوية الأساسية الوطنية وضمان الإمداد المتواصل بها على جميع مستويات النظام الصحي. • <i>المشاركة:</i> المشاركة مع المجتمعات المحلية وممثلي المجتمع المدني وسائر أصحاب المصلحة من أجل تسخير قوة الأفراد والأسر والمجتمعات لضمان إتاحة خدمات الرعاية الأساسية للأم والمولود وتغطيتها. • <i>المساءلة:</i> إحصاء كل مولود بإضفاء الطابع المؤسسي على تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية وتنفيذ أنشطة ترصد حالات وفاة الأمهات والوفاة في الفترة المحيطة بالولادة ووفاة الأطفال حديثي الولادة والاستجابة لمقتضياتها.

الجهات الفاعلة	الإجراءات
<p>المنظمات المنتمية إلى منظومة الأمم المتحدة والوكالات المتعددة الأطراف الأخرى</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>السياسة العامة:</i> ضمان إدراج غايات محددة تخص خفض معدل وفيات المواليد وحالات الإملاص إضافة إلى خفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومعدل وفيات الأمهات في إطار التنمية لما بعد عام ٢٠١٥. • <i>المساعدة التقنية:</i> توفير المساعدة والدعم التقنيين للجهود الحكومية المبذولة في مجالات التخطيط والتتفيذ والمساءلة. • <i>التنسيق:</i> ضمان تنسيق الدعم بين الجهات الشريكة في الأمم المتحدة وتكثيف الجهود في البلدان العشرين التي يسجل فيها ٨٠٪ من جميع حالات وفاة المواليد. • <i>الجودة:</i> وضع معايير الجودة ومجموعة أساسية من المؤشرات لتقييم جودة خدمات رعاية الأم والمولود على جميع مستويات توفير الرعاية الصحية. • <i>الاستثمار:</i> ضمان تواصل الاستثمار المتعدد الأطراف في مجال صحة الأم والمولود خلال عام ٢٠١٥ واستدامته في حقبة التنمية لما بعد عام ٢٠١٥. • <i>الجهات المناصرة:</i> إشراك جهات مناصرة للصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق بهدف ضمان اتساق الرسائل الخاصة بصحة الوليد وتنسيقها.
<p>الجهات المانحة والمؤسسات</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>التمويل:</i> تعبئة الأموال لسد الثغرات ودعم تنفيذ خطط الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل التي تكون محسوبة التكاليف ومسندة بالبيانات وتملكها البلدان وتركز على الولادة. • <i>تدريب العاملين الصحيين:</i> دعم تدريب العاملين الصحيين ونشرهم، بما في ذلك الاستثمار المتصل بالعاملين في مجال القبالة والتمريض والعاملين المتخصصين المشرفين على حالات الولادة والعاملين الصحيين المجتمعيين الذين يمكنهم توفير تدخلات أساسية تتسم بالجودة وتركز على الولادة. • <i>السلع الأساسية:</i> دعم إتاحة السلع الأساسية ذات الجودة من خلال الاستثمار في التمويل الابتكاري وإرساء حوافز تمنح للمنتجين والمشتريين ودعم ضمان الجودة وتنظيمها وجهود البحث والتطوير لتحسين المنتجات. • <i>المساءلة:</i> المشاركة في اتفاقات قطرية وتعزيز المساءلة بشأن التدفقات المالية.

الإجراءات	الجهات الفاعلة
<ul style="list-style-type: none"> • <i>الابتكار</i>: الاستثمار في استحداث الأدوات والسلع الأساسية وتكييفها لرعاية الأم والمولود في الفترة المحيطة بالولادة؛ والاستثمار في حملات التغيير الاجتماعي والسلوكي، بما فيها الحملات التي تصل إلى أشد الناس فقراً وضعفاً. • <i>التنفيذ</i>: النهوض بأفضل الممارسات وإرساء الشراكات مع القطاع العام لتحسين توفير الخدمات. 	الشركات الخاصة
<ul style="list-style-type: none"> • <i>العاملون الصحيون/المجتمعيون</i>: دعم الرعاية الوقائية قبل الفترة المحيطة بالولادة وبعدها والإحالة إلى مرافق الخدمات الأساسية والشاملة عند الاقتضاء. • <i>القيادة والمساءلة المجتمعية</i>: تعزيز القيادة والمساءلة المجتمعية لإزالة العوائق (المتصلة بالنقل مثلاً) وتحميل مقدمي الخدمات الصحية المسؤولية عن توفير خدمات تتسم بالجودة وتوطيد الروابط بين المجتمعات المحلية والمرافق. • <i>الجهات المناصرة</i>: تحديد المناصرين المحليين ودعمهم بمن فيهم البرلمانين ومجموعات الآباء والمهنيين والمتطوعون الصحيون المجتمعيون وقادة المجتمعات؛ وإشراك المناصرين وربطهم في مجال الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق بهدف ضمان اتساق الرسائل الخاصة بصحة الوليد وتنسيقها. • <i>الطلب</i>: تكوين الطلب على الخدمات ودعمه بالاعتماد على إجراءات تتخذها المجتمعات (على غرار حوافز مثل التحويلات النقدية المشروطة والتأمين والنقل واستنهاض همم المجتمع والنظم والتعاونيات للادخار والائتمان). • <i>المراهقات</i>: إيلاء عناية خاصة للمراهقات وتنفيذ نهج تساعد على الوقاية من الحمل المبكر وغير المرغوب فيه. • <i>السعي إلى الحصول على الرعاية</i>: الاستعانة بالعاملين الصحيين المجتمعيين والعاملين المتخصصين المشرفين على حالات الولادة والقبالات بهدف الحصول على الخدمات الأساسية لرعاية الأم والمولود التي تنتقد أرواح الأطفال والأمهات. • <i>الجودة والمساءلة</i>: الدعوة إلى التغيير؛ والمطالبة بخدمات تتسم بالجودة وتكون ميسورة الكلفة وسهلة المنال؛ والإبلاغ عن الخدمات المتدنية الجودة عبر الآليات الحكومية وغير الحكومية. 	المنظمات غير الحكومية والمجتمعات المحلية و/أو مجموعات الآباء

الإجراءات	الجهات الفاعلة
<ul style="list-style-type: none"> • تحديد الأولويات المتصلة باحتياجات البحث: الاتفاق على برنامج للبحث منسق ومحدد الأولويات وتعميمه لتحسين حصائل صحة الخدج والمواليد. • الاستثمار في البحث: تشجيع زيادة تخصيص الأموال من الميزانية للبحوث المتصلة بالتدخلات الابتكارية. • بناء القدرة على البحث: بناء القدرات في مؤسسات البحث، ولاسيما في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وتدريب المهنيين. • نشر النتائج: نشر نتائج البحوث وأفضل الممارسات. • تكوين الشراكات: تدعيم الشبكات العالمية لمقدمي الخدمات والباحثين والمدرّبين الأكاديميين. 	<p>الأوساط الأكاديمية ومؤسسات البحث</p>
<ul style="list-style-type: none"> • التدخلات الأساسية: تحديد الأولويات المتعلقة بالتدخلات الأساسية في الفترة المحيطة بالولادة ورعاية صغار المواليد والمواليد المرضى في إطار مجموعة متكاملة من خدمات الصحة الإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل. • العاملون الصحيون: توفير خدمات متكاملة ومتسمة بالجودة للطفل والأم باعتماد نهج سريعة لتدريب العاملين وإبقائهم وحفزهم. • السلع الأساسية: العمل مع الأجهزة المحلية والوطنية لضمان اتساق توافر السلع الأساسية والإمدادات الضرورية لتوفير تدخلات رئيسية في الفترة المحيطة بالولادة. • الجودة: رصد جودة الرعاية ولاسيما عن طريق تنفيذ أنشطة ترصد حالات وفاة الأمهات والوفاة في الفترة المحيطة بالولادة والاستجابة لمقتضياتها. 	<p>المهنيون الصحيون</p>

= = =