



مجلة العلوم التربوية والدراسات الإنسانية

ISSN: 2617-5908



محدودية إقبال النساء الحوامل للولادة في المرافق  
الصحية وتحت إشراف طبي

"دراسة حول الواقع والتغير الديمغرافي في المجتمع اليمني" (\*)

إعداد

د/عبد السلام أحمد الدار الحكيمي  
الأستاذ المشارك بقسم علم الاجتماع  
بكلية الآداب - جامعة تعز

## ملخص

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الأسباب التي أدت إلى انخفاض معدل الولادات للنساء الحوامل في المرافق الصحية، واعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي لدراسة ووصف هذه المشكلة وتحليلها وتفسيرها من أجل الوصول إلى تلك الأسباب، وذلك من أجل مساعدة الجهات المختصة في الحد من تلك المشكلة التي تسبب في ارتفاع نسبة الوفيات للأمهات ممن يولدن في المنازل، حيث أشار بعض المسوحات أن نسبة النساء ممن ولدن في مرافق صحي بلغت نسبتهن ٣٠% من إجمالي الولادات. ولهذا فبالرغم من بعض الجهود المبذولة في المجال الصحي للأم والطفل من قبل تلك الجهات الرسمية وغير الرسمية، إلا أن نسبة وفيات الأمهات تُعد من أعلى نسب وفيات الأمهات في العالم، حيث يبلغ معدل وفيات الأمهات ٣٦٥ امرأة من كل ١٠٠,٠٠٠ ولادة حية، وقد أشار تقرير منظمة الصحة العالمية إلى انخفاض هذا المعدل إلى ٢١٠ حالة وفاة عام ٢٠١٠ من كل مائة ألف حالة ولادة حية. بينما كشف تقرير اليونسيف مؤخراً أن ٨ ألف من النساء في اليمن يمُتن سنوياً عند الولادة، وتوصل البحث بأن السبب في ولادة النساء في المنازل حسب وجهة نظر الفئة المستهدفة يعود إلى عدة أسباب منها تبين أن البعض من نساء العينة المستهدفة لازلن يفضلن الولادة في المنازل وأرجعن سبب ذلك إلى السترة والأمان وبأنهن يكن بالقرب من أفراد أسرهن بعكس المستشفى لا يشعرن فيه بالسترة والأمان نتيجة لعدم الخصوصية سواء أثناء الكشف أو الولادة. يعود عدم تفضيل النساء الولادة في المرافق الصحية إلى ضعف جودة الخدمة في المراكز الصحية، وكذا إلى ضعف الكادر وضعف الإمكانيات في هذه المراكز الصحية، بالإضافة إلى عدم تطبيق قانون مجانية الولادة في المراكز الصحية والمستشفيات ولهذا فقد خرجت الدراسة بعدد من التوصيات لمعالجة تلك المشكلة والحد من ولادة النساء في المنازل.

## المقدمة

تعد اليمن من ضمن الدول التي تولي اهتماماً بتحسين الوضع الصحي للأمومة والطفولة، حيث وضعت عدد من السياسات والاستراتيجيات في المجال الصحي، وهي أيضاً من الدول الموقعة على الأهداف التنموية للألفية الثالثة (MDGs)، إلا أن التقارير التقويمية التي قامت بها الحكومة من قبل وزارة التخطيط والتنمية عام ٢٠١٠ (١) (وزارة التخطيط والتنمية، التقرير الوطني الثاني حول أهداف الألفية، ٢٠١٠)، وتقرير الظل لمنظمات المجتمع المدني عام ٢٠١١ حول التقدم نحو تلك الأهداف أظهرت أنه من غير المتوقع أن تصل اليمن إلى تحقيق الهدف الخاص بصحة الأمومة بحلول عام ٢٠١٥ (٢) (الدار عبد السلام وأخرون، تقرير الظل الموازي لتقرير اليمن، ٢٠١١). ويعود ذلك إلى كون اليمن لا تزال تعاني من معدل مرتفع من وفيات الأمهات تصل إلى ٣٦٥ حالة وفاة من كل مائة ألف ولادة حية، بينما تشير منظمة الصحة العالمية إلى انخفاضه عام ٢٠١٠ من ٣٦٥ حالة وفاة لكل مائة ألف ولادة حية إلى ٢١٠ حالة وفاة لكل مائة ألف ولادة حية (٣) (اللجنة الوطنية للمرأة، التقرير الوطني لمستوى تنفيذ إعلان ومنهاج بيجن، ٢٠١٤).

ونتيجة لذلك فقد قامت وزارة الصحة والسكان خلال السنوات القليلة الماضية بتوفير خدمات طوارئ توليدية ورعاية حديثي الولادة ذات الجودة للأمهات اليمنيات ومواليدهن وقد أدت هذه الجهود إلى ظهور العديد من المبادرات في مجال صحة الأم والوليد (MNH) سواء من قبل الجهات الحكومية اليمنية أو الجهات المانحة كاليونيسيف والبرنامج اليمني الألماني للصحة الإنجابية والبنك الدولي ومشروع الخدمات الأساسية للصحة (BHS) الذي يهدف إلى تبني إدماج أفضل الممارسات في خدمات صحة الأم بعد الولادة وحديثي الولادة، وتكون هذه المرافق إما على شكل مستشفيات أو مراكز صحية تقدم مثل تلك الخدمة (الشاملة أو الأساسية) وهي منتشرة في مختلف محافظات الجمهورية كونها حق أساسي من حقوق الإنسان وتحقيق لأهداف التنمية الألفية، وعلى الرغم من تلك الجهود لا تزال التقارير والإحصائيات الرسمية وغير الرسمية تشير إلى محدودية الاستفادة من قبل النساء الحوامل من تلك الخدمات المقدمة في تلك المرافق الصحية.

وضمن هذا الإطار قامت الإدارة العامة للمرأة بوزارة الصحة العامة والسكان وبالتعاون مع اللجنة الوطنية للمرأة والمعهد الملكي للدراسات الاستوائية (الهولندي) (KIT)، وطرح هذا المشروع من أجل إجراء البحث الحالي لتشخيص الوضع الراهن لتلك المرافق الصحية من وجهة نظر مقدمي الخدمة والمختصين والمشرفين عليها ومن وجهة نظر المستفيدات منها من النساء الحوامل والأمهات ممن يحصلن على تلك الخدمات في تلك المرافق، وكذا من

النساء الحوامل والأمهات في البيئة المحيطة للكشف عن الأسباب الكامنة (المؤسسية والمجتمعية) التي تقف وراء تلك المشكلة وترتيب هذه الأسباب والمعوقات حسب أهميتها، وتوفير المعلومات الأساسية الخاصة بالمتطلبات الضرورية لتعزيز هذه الخدمات، وتقديم التوصيات المناسبة للتدخلات المستقبلية من قبل الوزارة والإدارة المختصة بها واللجنة الوطنية للمرأة لمواجهة الاحتياجات الأكثر إلحاحاً التي تساعد في زيادة إقبال النساء للولادة في المرافق الصحية وتحت إشراف طبي في اليمن خلال السنوات القادمة.

وقد تم الاتفاق مع الإدارة العامة للمرأة بوزارة الصحة العامة والسكان على ضرورة إجراء هذه الدراسة على عينة مختارة من العاملين/ات في المرافق الصحية التي تقدم تلك الخدمات وعلى عينة من النساء المستفيدات منها في كل من محافظتي أمانة العاصمة والحديدة، وترشيح الباحث للقيام بإعداد هذه الدراسة والذي استعان بمجموعة من الباحثين لجمع المعلومات من الميدان.

### مبررات اختيار موضوع البحث:

تعد الصحة والحيوية التي تتمتع بها المرأة من أهم العوامل التي تمكنها من التكيف مع محيطها الاجتماعي الذي تعيش فيه وتتفاعل معه، لأن تحسين صحة الأمهات سيُنتج عنه فوائد ومنافع متعدّدة، حيث سيسهم بشكل غير مباشر في التخفيف من الفقر وتحقيق النمو الاقتصادي؛ كونه يُعد من ضمن الأولويات التي تساعد المرأة في أداء مختلف أدوارها الإنجابي والإنتاجي والمجتمعي على أحسن وجه. لذا فزيادة ولادة النساء الحوامل في المرافق الصحية وبمساعدة أيدي مدربة يقلل من حدة وفيات الأمهات في المجتمع اليمني التي تقدر ما بين ٣٦٥ وحوالي ٢١٠ حالة وفاة لكل مائة ألف ولادة حية، وهي من أعلى المعدلات في العالم مما يعيقها من تحقيق وبلوغ أهدافها المختلفة الأخرى

كما تأتي أهمية هذه الدراسة كونها سوف تساعد في الكشف عن تلك الأسباب الكامنة المؤسسية والمجتمعية التي تحد من زيادة إقبال النساء للولادة في المرافق الصحية وتحت إشراف طبي مدرب ومؤهل لمساعدة الجهات المختصة بالإدارة العامة لشؤون المرأة بوزارة الصحة واللجنة الوطنية للمرأة بالمحافظات من رسم السياسات والاستراتيجيات التي من شأنها أن تسهم في التخلص من تلك المعوقات وزيادة الوعي المجتمعي حول أهمية ولادة نساء في المرافق الصحية وتحت إشراف طبي للحد من ارتفاع نسبة وفيات الأمهات في المجتمع اليمني.

## الإطار المنهجي للدراسة:

**مشكلة الدراسة:** تتعرض المرأة أكثر من غيرها من أفراد المجتمع إلى عدد غير محدود من الأمراض الانتقالية والمعدية نتيجة تكوينها البيولوجي ووظيفتها الإنجابية التي تعد العامل الأساس والمهم في حفاظ أي مجتمع على بقائه من التناقص والانقراض. ونتيجة لذلك تقوم الجهات الحكومية ومنظمات المجتمع المدني في أي دولة من رسم السياسات ووضع الاستراتيجيات والبرامج الوقائية التي تحمي المرأة وتحصنها من الأمراض السارية التي تتعرض إليها وتحد من قيامها بأدوارها المختلفة. كما أن توفر المستشفيات والمراكز الصحية التي تقدم خدمات الصحة الإنجابية يُمكن المرأة الحامل من الحفاظ على الحمل والحصول على أفضل الممارسات التي يُمكن أن تقوم بها لغاية ولادة الجنين، وكذا تقديم لها الخدمات والمعلومات الهامة عن كيفية التعامل مع الطفل حديث الولادة والعناية به ورعايته والحفاظ عليه من الأخطار المحيطة.

وفي اليمن وبالرغم من بعض الجهود المبذولة في المجال الصحي للأُم والطفل من قبل تلك الجهات الرسمية وغير الرسمية، إلا أن نسبة وفيات الأمهات تُعد من أعلى نسب وفيات الأمهات في العالم، حيث يبلغ معدل وفيات الأمهات ٣٦٥ امرأة من كل ١٠٠,٠٠٠ ولادة حية، وقد أشار تقرير منظمة الصحة العالمية إلى انخفاض هذا المعدل إلى ٢١٠ حالة وفاة عام ٢٠١٠ من كل مائة ألف حالة ولادة حية. بينما كشف تقرير اليونسيف مؤخراً أن ٨ ألف من النساء في اليمن يمتن سنوياً عند الولادة، ويرجع سبب ارتفاع نسبة وفيات الأمهات في اليمن إلى استمرار الولادة في المنازل، حيث تقدر نسبة النساء اللاتي يلدن في المرافق الصحية أو تحت إشراف كوادر مؤهلة بحوالي ٣٦% من نسبة إجمالي الولادات. بينما يشير الكتاب الإحصائي الصادر من وزارة الصحة العامة والسكان للعام ٢٠١٢ بأن نسبة الولادات التي تمت بمساعدة أيدي مدربة من إجمالي الولادات المتوقعة تختلف بحسب كل محافظة لكنها لا تزال تتراوح ما بين (١٠% إلى ٣٥%) أي أن ٦٤% من الولادات تتم في المنازل. (٤) (وزارة الصحة العامة للسكان التقرير السنوي لعام ٢٠١٢، ص ١٩٤).

ولهذا يرجع البعض أن أغلب الوفيات لدى الأمهات تكون بسبب الولادات التي تتم في المنازل بالوسائل التقليدية فحوالي ٨٤,٣% من وفيات الأمهات حدثت أثناء ولادتهن في المنازل، كما أن معدل الوفيات بين حديثي الولادة تقدر بحوالي ٣٧ حالة وفاة من كل ١٠٠٠ مولود حي (مسح صحة الأسرة، ٢٠٠٣). وبما أن ٨٢% من هذه الوفيات تحدث حول الولادة، حيث أشارت نتائج مسح صحة الأم والطفل عام ٢٠٠٣ إلى أن ٥٧% من

الأمهات المتوفيات، واجهن مشكلات صحية قبل وفاتهن مثل النزيف بنسبة ٤٥% و ٤٠% حى شديدة، ٣٢% من غيبوبة شديدة<sup>(٥)</sup> (اللجنة الوطنية للمرأة؛ مرجع سابق، ٢٠١٤، ص١٦)، الأمر الذي يعكس تدني مستوى الرعاية الصحية للأمهات أثناء الولادة، وتختلف هذه النسب حسب كل محافظة، وهي تكشف لنا بأن هناك عدة أسباب كامنة وراء محدودية إقبال النساء الحوامل للولادة في المرافق الصحية أو بمساعدة أيدي مدربة. كما يرجع البعض أن هناك عدة أسباب مؤسسية من أهمها محدودية أو عدم توفر مثل تلك المرافق الصحية التي تقدم خدمات الرعاية التوليدية في المناطق الريفية والناحية وبعض المناطق الثانوية والحضرية، حيث تشير بعض الإحصائيات أن عدد تلك المرافق الصحية التي تقدم خدمات الرعاية الصحية الشاملة والأساسية تتراوح ما بين (٤٦٤) و(٧٩٩) موزعة على مختلف محافظات الجمهورية؛ إلا أن بعض التقارير أكدت إلى افتقار العديد منها إلى التجهيزات المناسبة وعدم التزامها بالمعايير الخاصة بخدمات الطوارئ التوليدية، وكذا عدم مراعاة البعض منها لخصوصية المرأة أثناء المعالجة والولادة، وهذا ما أكدته بعض الدراسات التقييمية في هذا المجال.<sup>(٦)</sup> (وزارة الصحة العامة للسكان، برنامج الصحة الإنجابي اليمني الألماني، ٢٠٠٦)

كما أن للتضاريس الطبيعية لليمن وتدني مستوى المعيشة التي يعاني منها غالبية السكان كان له دور في وجود تفاوت كبير بين الريف والحضر وتدني مستوى الخدمات، وارتفاع نسبة الفقر بين السكان في المناطق الريفية، حيث تصل نسبة الفقر بين سكان الريف إلى ٤٠,١% مقابل ٢٠,٧% بين سكان الحضر.<sup>(٧)</sup> (الجهاز المركزي للإحصاء، مسح ميزانية الأسرة، ملخص التقرير العام، ٢٠٠٨، ص٥). وقد تدهور الوضع المعيشي للسكان في السنوات الأخيرة، حيث ارتفعت نسبة الفقر عن هذا المعدل، حسب ما أشارت إليه بعض التقارير بأن نسبة الفقر في اليمن قد تفاقم مع بداية اندلاع الأزمة إلى ٥٤,٥% في نهاية عام ٢٠١١؛ ويعود ذلك إلى عدة عوامل من أهمها النمو السكاني ونتيجة لأسباب هيكلية تفاقمت ربما بسبب هذه الأزمة<sup>(٨)</sup> (وزارة التخطيط والتعاون الدولي، التقييم الاجتماعي والاقتصادي المشترك ٢٠١٠، ص٣).

وبالإضافة إلى تلك العوامل التي أسهمت بشكل مباشر وغير مباشر في تدني الوضع الصحي للمرأة وزيادة نسبة الوفيات لدى النساء الحوامل أثناء الولادة تكمن هناك أيضاً بعض الأسباب المجتمعية التي ستحاول هذه الدراسة أن تركز عليها من خلال البحث عن الفروقات بين الجنسين التي لا تزال مستمرة في المجتمع اليمني سواء تعلق ذلك في عملية اتخاذ القرار داخل الأسرة للذهاب لطلب الخدمات الصحية، وكذا في التحكم في الموارد والقدرة على دفع ثمن المعالجة ويمدى علاقة كل ذلك بالاستقلالية الاقتصادية للمرأة داخل

الأسرة، وهل هناك علاقة بين محدودية إقبال النساء للولادة في المرافق الصحية بالنظر المجتمعية إلى الولادة باعتبارها طبيعية وتتم بالأساليب المتعارف عليها مجتمعياً ولا تحتاج إلى تدخل طبي، وما مدى استمرارية تلك الممارسة بما توارثه الناس في المجتمع حول ولادة النساء التي تتم في المنازل بمساعدة بعض النساء من كبار السن في البيئة المحيطة بالتجمع السكاني في المنطقة. وهل هناك اختلاف بين تلك الممارسات في المجتمعات التي تتوفر فيها المرافق الصحية التي تقدم خدمات الرعاية التوليدية، والوعي المجتمعي حول تلك الممارسات وتفضيلهم على ولادة النساء في المنازل بدلاً من الذهاب والولادة في المرافق الصحية. وإلى جانب كل تلك العوامل المجتمعية هل لشعور المرأة الحامل أثناء ولادتها في تلك المرافق الصحية بعدم توفر الخصوصية لها، وكذا تعرض البعض منهن للمخاطر أثناء الولادة علاقة بمحدودية إقبال النساء للولادة في تلك المرافق؟

ومن كل تلك العوامل السابقة وغيرها، سيحاول الباحث من خلال المقابلات المعمقة مع العاملين والمختصين والمشرفين على تلك المرافق الصحية، وكذا من حلقات النقاش الجماعية مع عدد من النساء المستفيدات في المجتمعات المستهدفة للكشف عن الأسباب الكامنة وراء تلك المعوقات المؤسسية والمجتمعية في محدودية إقبال النساء الحوامل من الولادة في المرافق الصحية وتحت إشراف طبي لتقديم المعالجات والتوصيات التي من شأنها أن تسهم في زيادة إقبال النساء للولادة في تلك المرافق الصحية والحد من زيادة ارتفاع نسبة الوفيات للأمهات الحوامل أثناء الولادة، وستكون تلك المعالجات والتوصيات مأخوذة من وجهات النظر المختلفة لكل من العاملين في المرافق الصحية والنساء والرجال في الأسرة والمجتمع في تلك المحافظات التي ستستهدفها هذه الدراسة.

**تساؤلات الدراسة:** جاءت هذا الدراسة كونها ستساهم في الكشف عن الأسباب الكامنة المؤسسية والمجتمعية التي تحد من زيادة إقبال النساء للولادة في المرافق الصحية وتحت إشراف طبي مدرب ومؤهل كي تقدم للجهات المختصة بالإدارة العامة لشئون المرأة بوزارة الصحة واللجنة الوطنية للمرأة بالمحافظات رؤية علمية على ضوءها تمكنهم من رسم السياسات والاستراتيجيات التي من شأنها أن تسهم في التخلص من تلك المعوقات وزيادة الوعي المجتمعي حول ولادة النساء في المرافق الصحية وتحت إشراف طبي للحد من ارتفاع نسبة وفيات الأمهات في المجتمع اليمني، وقد خرجت إشكالية الدراسة بالتساؤل رئيسي تمثل في الآتي:

- ما الأسباب الكامنة وراء محدودية الولادات للنساء الحوامل في المرافق الصحية بالمحافظات المستهدفة في هذه الدراسة؟ ولإجابة على هذا التساؤل تطلب منا الإجابة على عدد من التساؤلات الفرعية تمثلت في الآتي:

### التساؤلات الفرعية للدراسة:

- ١- هل عدد المرافق الصحية التي تقدم خدمات للنساء الحوامل مناسبة ومجهزة بحسب معايير خدمات الطوارئ التوليدية؟
- ٢- ما الأساليب المتعارف عليها في المجتمع للتعامل مع النساء الحوامل وأثناء الولادة؟
- ٣- من يتخذ القرار لذهاب النساء الحوامل إلى المرافق الصحية داخل الأسرة؟ وفي أي مرحلة من مراحل الحمل والولادة يتم ذلك؟
- ٤- ما المشكلات التي تواجهها النساء أثناء طلبهن للخدمات الصحية من وجهة نظر الكادر الطبي والنساء المستفيدات؟

### أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد الأسباب التي أدت إلى انخفاض معدل الولادات للنساء الحوامل في المرافق الصحية بالمحافظات المستهدفة.

### الأهداف الفرعية للدراسة:

- التعرف على التزام المرافق الصحية التي تقدم خدمات للنساء الحوامل بالمعايير الخاصة بخدمات الطوارئ التوليدية.
- التعرف على الأساليب المتعارف عليها في المجتمعات المستهدفة التي تتعامل بها النساء أثناء الحمل والولادة .
- التعرف على من يتخذ القرار لذهاب النساء الحوامل إلى المرافق الصحية داخل الأسرة؟ وفي أي مرحلة من مراحل الحمل والولادة يتم اتخاذ القرار .
- تحديد المشكلات التي تواجهها النساء أثناء طلبهن للخدمات الصحية من وجهة نظر الكادر الطبي والنساء المستفيدات.
- تقديم رؤية علمية لصناع القرار للاستفادة منها في زيادة نسبة الولادات في المرافق الصحية.

## منهجية وأدوات الدراسة

أعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لوصف البيانات التي تم جمعها حول مشكلة الدراسة، وكذا الاعتماد على المنهج الكيفي لتحليل كافة المعلومات المتعلقة بنتائج المقابلات لما له من أهمية في الكشف عن وجهات النظر المختلفة من قبل أفراد العينة بشكل معمق وسريع حول مشكلة البحث. كما تم الاستعانة بعدد من أدوات جمع البيانات منها أسلوب الملاحظة المباشرة أثناء زيارة تلك المرافق الصحية من قبل الباحثين، وكذا أسلوب المقابلة المعقمة مع العاملين بالمراكز الصحية المستهدفة، والقيادات المختصة في الوزارة والمكاتب الصحية، والقيادات النسوية بالمحافظة والمديرية؛ إلى جانب استخدام أسلوب النقاش الجماعي مع عدد من النساء المستهدفات المترددات على المراكز الصحية في المحافظات المستهدفة، حيث تم تصميم ثلاثة نماذج من أسئلة المقابلات المعقمة. النموذج الأول (١) خاص بالقيادات الصحية في الوزارة ومكاتب الصحية بالمحافظات والمديريات، أما النموذج الثاني (٢) خاص بالقيادات النسوية بالمحافظات والمديريات المستهدفة، النموذج الثالث (٣) خاص بالعاملين في المراكز الصحية الشاملة والأساسية التي تم استهدافها في البحث مثل مركز الزبيرى الشامل ومركز المغتربين الأساسي بمدينة الحديدة، بينما النموذج الرابع (٤) خاص بالمقابلات مع الأزواج المرافقين بالمراكز الصحية المستهدفة. النموذج الخامس (٥) الخاص بمقابلة مجموعة النقاش الجماعي البؤري مع عدد من النساء المستهدفات بمركزي الزبيرى أمانة العاصمة ومركز المغتربين بمديرية الحالي بالحديدة.

**حدود الدراسة المكانية والزمنية:** تم تحديدها بالاتفاق مع الإدارة العامة لشئون المرأة بوزارة الصحة العامة والسكان على اختيار عينة من المرافق الصحية بأمانة العاصمة التي يتواجد بها الكثير من السكان جاءوا من مختلف محافظات الجمهورية، وتحتوي على عدد كبير من المرافق الصحية التي تقدم خدمات الرعاية التوليدية التي تنطبق عليها كافة المعايير المناسبة كونها تتواجد في العاصمة وبالقرب من الجهات المختصة بوزارة الصحة، أما محافظة الحديدة فوقع اختيارها لأنها من ضمن المحافظات التي تقع في المشروع وبالإضافة إلى أنها من المحافظات التي يعاني غالبية سكانها من الفقر. إلى جانب كونها تعد من المحافظات التي لا تزال تعاني من محدودية إقبال النساء الحوامل للولادة في المرافق الصحية وتحت إشراف طبي ويتركز بها عدد كبير من السكان والمرافق الصحي، وقد تم تحديد الحدود الزمنية ابتداءً من العام ٢٠١٢-٢٠١٣ لمقارنة نسبة الولادات التي تمت بأيدي مؤهلة

ومدرية وتحت إشراف طبي من إجمالي الولادات المتوقعة في المجتمع اليمني والمحافظات المستهدفة.

**الدراسات السابقة:** هناك عدد من الدراسات السابقة تم الرجوع إليها والاستفادة منها:

**الدراسة الأولى:** التي قامت بها وزارة الصحة العامة والسكان عام ٢٠٠٦ من أجل تحليل للطوارئ التوليدية في المستشفيات الحكومية في عدد من المحافظات (صنعاء، ومأرب، والمحويت، وأبين وحجة)<sup>(٩)</sup> (وزارة الصحة العامة والسكان، ٢٠٠٦). وتوصلت الدراسة إلى أن هناك عدة أسباب تسهم في زيادة وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة في هذه المستشفيات والمراكز الأساسية والشاملة، كما خرجت بتحديد عدد من الاحتياجات لتلك المستشفيات والمراكز التي تقدم خدمات الطوارئ التوليدية الأساسية والشاملة في هذه المحافظات.

**الدراسة الثانية:** نفذتها وزارة الصحة والسكان عام ٢٠١٠ من أجل مسح تقييم احتياجات خدمات الطوارئ التوليدية ورعاية حديثي الولادة، وخدمات تنظيم الأسرة، وأفضل الممارسات في خدمات صحة الأم بعد الولادة وحديثي الولادة بمحافظة عمران، وشبوه، ومأرب، واستهدفت هذه الدراسة الاحتياجات بمحافظة عمران جميع المستشفيات في المحافظة وكذا جميع المراكز التي تقدم خدمات توليد، وقد شمل المسح ١٦ مستشفى و ٢٥ مركزاً صحياً (١٠) (قطاع الصحة والسكان، ٢٠١٠). وتوصلت الدراسة إلى أن هناك تفاوت في تقديم خدمات الطوارئ التوليدية والرعاية لحديثي الولادة، وكذا في تقديم خدمات تنظيم الأسرة بين تلك المحافظات، وهذا مما يتسبب في وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة، كما خرجت بتحديد عدد من الاحتياجات لتلك المحافظات.

**الدراسة الثالثة:** قامت بها الباحثة الهندية Asha George (١١) (George, Asha, November 2007) حول تقديم خدمات الرعاية للأمومة في منطقة Koppal جنوب الهند وهي من أفقر المناطق في ولاية كانماتكا بالهند، ولاحظت أن هناك صعوبات تواجهها النساء الريفيات في هذه المنطقة عند طلبها للحصول على الخدمات الصحية من قبل مقدمي الخدمات الصحية. حيث يوجد الكثير من النساء يتعرضن لحالة وفاة. وقد تبين من الأفكار المستمدة من دراسات الحالة للنساء الحاصلات أو اللاتي يردين رعاية ولادة طارئة من الخدمات الصحية الحكومية، أن تقديم الخدمات في تلك المرافق تكمن وراء استمرار ارتفاع معدلات وفيات الأمهات في كابول. ويعود ذلك إلى أن نظم المعلومات ضعيفة، الانقطاع

في الرعاية، عمال صحة غير مدعومين، أنظمة الإحالة العشوائية وآليات المسؤولية مشوهة بالإضافة إلى مشاكل تقديم خدمة حرجة.. على سبيل المثال، حالات وفيات الأمهات عند الولادة التي قليلا ما يعلن عنها وليست مراجعة، العناية قبل الولادة، والتسليم المؤسساتي لا ترتبط بالرعاية بعد الولادة أو الرعاية التوليدية الطارئة، واستخدام عاملين صحيين غير مناسب.

كما بينت الدراسة أنه بالرغم من أن هناك حقن لكن لا تعالج فقر دم أو التسمم، بالإضافة إلى ما تضيّعه الأسر من وقت ثمين في الوصول لكنهم يخفقون في الحصول على عناية صحية فعّالة وملائمة. كما تبين أن عدم تدخل التقديم المؤسساتي، وغياب دور المدراء والسياسيين في ضمان الخدمات الصحية .

وقد أبرزت الدراسة التي قامت بها الباحثة أن الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات عند الولادة في هذه الولاية الواقعة في الريف الهندي كانت كالتالي: 24 % أنيميا، و 23% نزف في الحمل، إجهاض (12%)، تشنّج حملي وتسمّم دم (10%)، تسمّم ولأدي (10%)، إضافة الطفل يؤدّي إلى موت الأمّ (7%) وأعراض غير مصنّفة (14%)، وهذه الدراسة يمكن أن تقارنها مع الاسباب التي تؤدي إلى وفيات النساء عند الولادة، كون الهند من المجتمعات التي لا زالت النساء فيها لا يلتزم بتنظيم الانجاب ولديهن ولادات متكررة مما تتسبب في وفيات الأمهات خاصة في المناطق الريفية.

### المدخل النظري:

تعتبر اليمن من الدول التي تعاني من ارتفاع معدلات النمو السكاني، كونها تحولت ديمغرافياً من المرحلة الأولى إلى المرحلة الثانية من مراحل التحولات الديمغرافية والتي تتميز بثبات نسبي لمعدلات الولادات وانخفاض بسيط في معدلات الوفيات (12) (عميرة جودة، 2014) بسبب التحسن العام في ظروف الحياة الصحية والاجتماعية والاقتصادية خاصة بعد خروج المرأة للعمل ومشاركتها في العملية التنموية.

وقد أشار أحد علماء الاجتماع بأنه ستكون للتغيرات الديمغرافية أزمات اجتماعية حادة، ولا سيما في الدول النامية التي تواجه الانتقال الديمغرافي. إذ أن التغيرات في الاقتصاد وسوق العمل قد تقضي إلى انتشار الهجرة الداخلية من المناطق الريفية إلى المراكز الحضرية سعياً وراء العمل والتسبب في مخاطر جسمية في مجال الصحة العامة، وإلى فرض أعباء وضغوط متزايدة على مرافق البنية التحتية، وإلى تصاعد معدلات الجريمة ونشؤ المستوطنات السكنية العشوائية الرثة. (13) (انتوني غدنز، علم الاجتماع، 2005، ص 634).

وسوف تزداد معدلات الولادات في الدول النامية، كون النظام القيمي لا يزال هو المهيمن على الكثير من السلوكيات الاجتماعية، حيث تنشأ المرأة على افتراض أن الهدف الأساسي من حياتها هو أن تصبح زوجة وأماً وأن مجال عملها هو البيت، وهذا ما يحدد السلوك المتوقع لها لكي تقوم بهذا الدور الإيجابي. (١٤) (باقية، شفاء، وسعد، كوثر عبد الله؛ العوامل المؤثرة في النوع الاجتماعي باليمن، ٢٠٠٤، ص ٢٩)

وبحسب تعداد ٢٠٠٤ بلغ معدل النمو السكاني ٣,٠٢% سنوياً، ويعد من المعدلات العالية على مستوى العالم، مما يندرج بتضاعف عدد سكان اليمن خلال السنوات القادمة. كما يقدر معدل الخصوبة الكلي ٦ أطفال لكل امرأة وهذا المعدل بحسب النتائج الأولية لمسح ٢٠١٣ بدأ في الانخفاض إلى ٤,٤، وهذا يعود إلى زيادة نسبة الاستخدام الحالي لأي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة والتي بلغت نسبتها حوالي ٣٤% والغالبية من النساء يستخدمن منها الوسائل الحديثة بنسبة (٢٩%) وأن أعلى وسيلة ضمن الوسائل الحديثة هي للحبوب واللولب والغرس وفترة انقطاع الطمث (١٢% و ٦% و ٤% و ٤% على التوالي) (١٥) (وزارة الصحة العامة والسكان؛ النتائج الأولية للمسح الوطني الصحي والديمقراطي، ٢٠١٤، ص ٩). أما معدل المواليد الخام بلغ (٣٩,٧) لكل ١٠٠٠ من السكان، ويعود استمرار ارتفاع معدل الخصوبة إلى عدة عوامل اجتماعية وثقافية واقتصادية.

وأشارت النتائج الأولية للمسح الوطني الديمغرافي ٢٠١٣ أن معدل وفيات الرضع قد انخفض خلال السنوات الأخيرة إلى ٤٣ لكل ١٠٠٠ من المواليد، وأن وفيات الأطفال دون الخامسة بلغ ٥٣ لكل ١٠٠٠ من المواليد، وأن معدل وفيات الأمهات في المسح الوطني لعام ٢٠١٣ انخفض إلى ١٤٨ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي بدلاً من ٣٦٦ لكل ١٠٠,٠٠٠ لكل مولود حي، حيث أبرزت نتائج المسح الوطني الأخير أن معظم الوفيات للأمهات تكون في المنازل بنسبة ٤٣% مقابل ١٧% تكون وفياتهن أثناء طريقهن إلى المرفق الصحي. بينما بلغت نسبة الوفيات للأمهات في المرافق الصحية ٣٩% وهذه النسبة لا تزال كبيرة، ويعود ذلك إلى عدة عوامل، وبالرغم من ذلك إلا أنه يمكن القول أن المسح أظهر انخفاض كبير لمعدل وفيات الأمهات مقارنة بما كان عليه الحال في السابق، وهذا التحسن يمكن أن نرجعه إلى زيادة الوعي من قبل النساء وخاصة المتعلمات منهن بأهمية المراقبة المستمرة أثناء فترة حملهن من قبل شخص مدرب، حيث أشار المسح الأخير أن نسبة النساء ممن ولدن في مرفق صحي ٣٠% من إجمالي الولادات، حيث أبرز التقرير أن النساء الحوامل ممن تلقين رعاية صحية أثناء الحمل من قبل شخص مدرب ٥٩,٨% مقابل ٤٤,٧%

ممن وضعن مولودهن تحت إشراف شخص مدرب، وهذا مما سوف يؤثر ذلك على تحسن في مستقبل الحياة لكل من الذكور والإناث في اليمن خلال السنوات القادمة. وبالرغم من ذلك التحسن الذي طرأ مؤخراً على الخدمات الصحية، إلا أن الوضع الصحي في اليمن لا يزال متدهوراً مقارنة بعدد من الدول العربية في المنطقة العربية، ويعود ذلك التدهور إلى أن قطاع الصحة في اليمن يعاني من ضعف في الموارد المالية المخصصة للصحة من الموازنة العامة للدولة والتي تقدر بحوالي ٤,٥% من إجمالي الإنفاق العام، وهي نسبة متدنية لو قارناها بما ينفق على قطاع الصحة في دول منطقة الشرق الأوسط، ومما يخفف من حجم تلك المعاناة اعتماد قطاع الصحة في اليمن على مصادر تمويل أخرى من خلال المنظمات الدولية الحكومية وغير الحكومية (شركاء التنمية الصحية في اليمن). وعند النظر إلى نسبة الكادر الصحي إلى السكان يتضح أن هناك عجزاً كبيراً في تغطية السكان بالكادر الطبي الفني والتخصصي مثل الأطباء والتخصصات النادر بالإضافة إلى الفئات الطبية المساعدة التي هي أفضل كونها ترتفع نسبتها بما يقابلها من السكان مثل القابلات والممرضين فهناك ٧,٣ لكل ١٠٠٠٠ من السكان.

كما أشارت بعض الدراسات أن معدل وفيات الرضع يرتبط بعمر الأم عند الإنجاب إذا أن أعلى معدلات مخاطر التعرض لوفاة الرضع تحدث بين الأطفال المولدين لأمهات صغيرات في السن (أقل من ٢٠ سنة<sup>(١٦)</sup>) (شجاع الدين، أحمد محمد وآخرون، السكان والتنمية، مركز التدريب والدراسات السكانية، جامعة صنعاء، ٢٠٠٣، ص٨٦).

**مرافق الطوارئ التوليدية** يُعد تحسين صحة الأمهات من القضايا التي باتت تحظى باهتمام من قبل الحكومة والجهات المانحة في اليمن لما لذلك من تأثير على صحة الأم والطفل الشريحة الكبيرة من سكان اليمن، وبالرغم من ذلك الاهتمام إلا أن الوضع الحالي للصحة الإنجابية لا زال يواجه بعض التحديات منها استمرار الزواج المبكر في المجتمع اليمني خاصة في المناطق الريفية، إلى جانب ارتفاع معدل الخصوبة الكلي الذي يعد من أعلى المعدلات في العالم إذ يقدر بـ ٦ أطفال لكل امرأة، وبدأ ينخفض بفضل استخدام وسائل تنظيم الإنجاب حسب المسح الديمغرافي لعام ٢٠١٣ إلى ٤,٤ أطفال لكل امرأة.

وقد حظيت خدمات الطوارئ التوليدية وطوارئ حديثي الولادة باهتمام كبير من قبل الوزارة ومكاتب الصحة في المحافظات والمديريات كونها تساهم في الحد من وفيات النساء أثناء الولادة أو تحافظ على حياة الوليد لأي سبب من أسباب مضاعفات الحمل والولادة، وقد

أكدت الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية على توفير الرعاية الصحية للأمهات وحديثي الولادة ذات الجودة، والتوزيع العادل لمقدمي الخدمات الصحية وفق المعايير الوطنية، وبما يحفز ويضمن إشراف الكوادر الماهرة على الولادة<sup>(١٧)</sup> (الإدارة العامة للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، فبراير ٢٠١١). وتقسّم هذه الخدمات إلى فئتين: خدمات الطوارئ التوليدية وطوارئ حديثي الولادة الأساسية والتي يمكن تقديمها في مركز صحي من قبل ممرضة أو قابلة أو طبيب، وخدمات الطوارئ التوليدية وطوارئ حديثي الولادة الشاملة والتي عادة ما تتطلب مرافق صحية أعلى كـمستشفى المديرية وما فوقه والتي يتوفر بها غرفة لإجراء العمليات. ويعتبر توفر هذه الخدمات هو الخطوة الأولى والأساسية لتسهيل الحصول على خدمات الطوارئ التوليدية وطوارئ حديثي الولادة.

أما فيما يتعلق بعدم حصول معظم الأمهات على الرعاية الكاملة والأمنة لا أثناء الحمل والولادة ولا بعدها كما أنهن لا يتلقين الرعاية المناسبة في الحالات الطارئة، حيث تشير التقديرات أن احتمالات وفاة المرأة في اليمن في أي مرحلة من مراحل عمرها بسبب مضاعفات الحمل والولادة ٤٠ مرة مقارنة بالبلدان المتقدمة وأن كل حالة وفاة تخفي وراءها ١٠٠ حالة مرضية بسبب الحمل والولادة ومضاعفاتها حيث تموت ١٤٨ امرأة من بين كل ١٠٠،٠٠٠ مولود حيٍّ كنتيجة للمضاعفات التي تحدث أثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة مما يجعل وفيات الأمهات أكبر سبب للوفاة (٤٢%) بين النساء في سن الإنجاب.

لقد أظهرت نتائج المسوحات الصحية في الأعوام ١٩٩٢، ١٩٩٧، ٢٠٠٣، ٢٠١٣ والمسوحات الخاصة بالطوارئ التوليدية ورعاية حديثي الولادة والتي قامت بها العديد من المنظمات الدولية في كثير من المحافظات تدنياً للعديد من الوظائف الأساسية والشاملة لخدمات الطوارئ التوليدية ورعاية حديثي الولادة في المستشفيات والمراكز الصحية في كل المحافظات المستهدفة ووجود مؤشرات متدنية لصحة الأمهات فنسبة التغطية بخدمات الرعاية للحوامل لا تزيد عن ٤٥%، بينما نسبة الولادات المنزلية ٧٧,٢%، كما أن ١٢,٦% فقط من الأمهات قد حصلن على الرعاية الصحية أثناء النفاس. أما خدمات رعاية الطوارئ التوليدية فهي محدودة للغاية إذ أن أقل من ١٠% من النساء اللاتي تعرضن لمضاعفات الولادة حصلن على رعاية الطوارئ التوليدية، كما أن معدّل العمليات القيصرية لم يزد عن ٠,٦% بينما يفترض أن تكون بين ٥% و ١٥%، في حين أن نسبة المتوفيات بسبب مضاعفات التوليد بحسب سجلات كل المستشفيات كان أكبر من ( < ١٠%) وهو ما يدل عل تدني الجودة في خدمات رعاية الطوارئ التوليدية، كما يفنقد مقدمو الخدمة إلى المعارف

والمهارات وكذلك التوجه الواضح من خلال بروتوكولات وإرشادات وتوصيفات وظيفية موحدة<sup>(١٨)</sup> (شيخ رشاد غالب، أبريل ٢٠١٢).

إن هذه المؤشرات تؤكد بأن تحسين صحة الأمهات من خلال رفع مستوى الخدمات الصحية بما فيها الطوارئ التوليدية يحتاج إلى تدخلات سريعة وفاعلة ومستدامة، ولذلك فقد أعلنت وزارة الصحة العامة والسكان مجانية تنظيم الأسرة والولادة ورعاية الطوارئ التوليدية، لكن النظام الصحي الحكومي لا يضمن حتى الآن الحصول على طوارئ توليدية جيدة لـ 99% من النساء اللاتي يمكن أن يكن بحاجة لها وأنه لا بد من إجراء تحسينات كبيرة لتخفيف المستوى الحالي من نسبة وفيات الأمومة، فأدوية الطوارئ غير متوفرة ويلزم شراؤها من خارج المنشآت وهو أمر يؤدي إلى تأخير العلاج، كما أن البنية الأساسية والمعدات والتجهيزات وتوزيع واستخدام الكوادر المتخصصة وسوء توزيعها لا تسمح بولادة مناسبة لطوارئ التوليد كما أنها لا تتسجم مع متطلبات الحد الأدنى وتقديم الخدمة بكفاءة عالية<sup>(١٩)</sup> (شيخ، رشاد غالب، مرجع سابق، ص٨) على الرغم من نشر عدد كبير من المرافق الصحية الأساسية والشاملة في معظم المديریات، وذلك من أجل الوصول بخدمة الطوارئ التوليدية إلى أكبر عدد ممكن من النساء الحوامل والأمهات في المجتمع، ويعود ذلك حسب رأي البعض إلى نظام الإشراف التقليدي على هذه المراكز كونه لم يحقق النتائج المرجوة لأنه يركز على الأفراد واكتشاف أخطائهم بدلاً من التركيز على الإجراءات العملية مما يؤدي إلى وقوف العاملين الصحيين موقف دفاعي أمام نظام الإشراف، ولهذا تسعى الوزارة استبداله بنظام الإشراف التكاملية الداعم لتطوير الخدمات الصحية كون هذا النظام يركز على أسلوب التوجيه والإرشاد، وتقديم الدعم والتدريب لمقدمي الخدمات الصحية في أماكن عملهم على كيفية أداء خدماتهم بشكل آمن وذا جودة، وحل المشاكل والصعوبات التي تواجه العاملين الصحيين والأنشطة على حد سواء<sup>(٢٠)</sup> (مكتب الصحة العامة والسكان، دليل الإشراف التكاملية، ٢٠١٠، ص٦).

حيث تعرف الرعاية التوليدية الطارئة على أنها مجموعة من المهام والوظائف الحرجة اللازمة لإنقاذ الحياة (للأم والوليد) وهي وظائف يجب توفرها في المرافق الصحية على مدار ٢٤ ساعة في اليوم و ٧ أيام في الأسبوع. وهناك حزمتان من خدمات الطوارئ التوليدية طبقاً لحزمة الخدمات الصحية التي أقرتها وزارة الصحة العامة والسكان: الأساسية والشاملة. وتشمل الخدمات الأساسية على ستة وظائف رئيسية، بينما الشاملة تحتوي على ثمان وظائف وهو ما يبينه الجدول التالي<sup>(٢١)</sup> (قطاع الصحة العامة والسكان، مسح تقييم احتياجات الطوارئ التوليدية، مايو ٢٠١٠، ص٢٤).

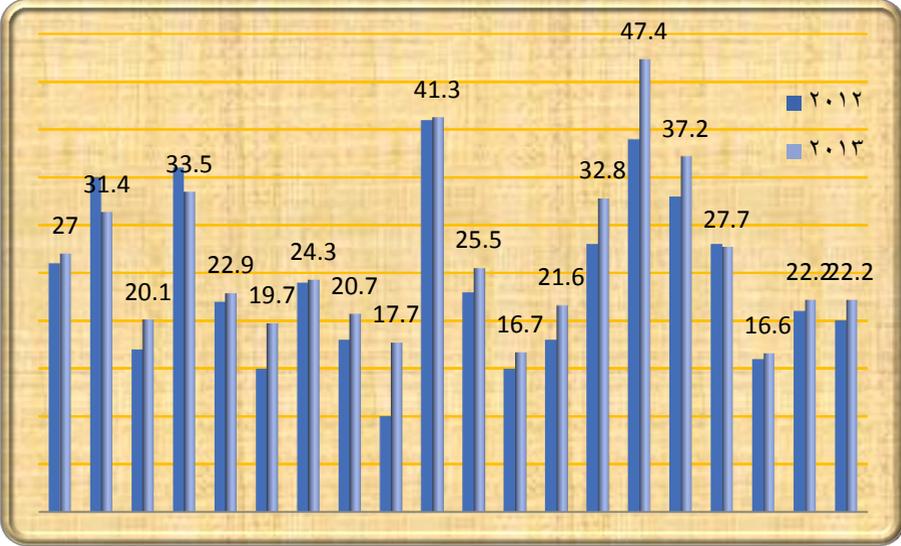
جدول رقم (١) المهام الرئيسية الأساسية والشاملة لخدمات الطوارئ التوليدية وطوارئ حديثي الولادة

المهام الوظيفية للمراكز الأساسية للطوارئ التوليدية وطوارئ حديثي الولادة:	المهام الوظيفية للمراكز الأساسية للطوارئ التوليدية وطوارئ حديثي الولادة:
- إعطاء المضادات الحيوية بالحقن	- إعطاء المضادات الحيوية بالحقن
- إعطاء المنشطات الرحمية بالحقن	- إعطاء المنشطات الرحمية بالحقن
- إعطاء مضادات التشنج لحالات تسمم الحمل (الارتعاج / وما قبل الارتعاج) بالحقن.	- إعطاء مضادات التشنج لحالات تسمم الحمل (الارتعاج / وما قبل الارتعاج) بالحقن.
- إزالة بقايا الإجهاض.	- إزالة بقايا الإجهاض.
- القيام بالولادة المهبلية المساعدة.	- القيام بالولادة المهبلية المساعدة.
- العملية القيصرية.	
- خدمات نقل الدم.	

يتبين من الجدول (١) المعايير والشروط لفتح المراكز الصحية الأساسية والمراكز الصحية الشاملة التي تقدم خدمات الطوارئ التوليدية، ولكن هذا يختلف عما هو عليه حال تلك المرافق الصحية في الواقع لأن بعض المراكز لا تقدم مثل تلك الخدمات للنساء اللاتي يطلبن مثل تلك الخدمات لعدة أسباب أهمها عدم توفر التجهيزات للبنية التحتية والكادر المناسب في بعض المراكز، حيث تبين من خلال النزول الميداني أن عدد من تلك المرافق لا تتوفر فيها الحد الأدنى لمثل تلك الشروط والمعايير لأن معظم المراكز الأساسية مستأجرة أو مكونة من غرفة أو غرفتين. إلى جانب عدم توفر الكادر الصحي بشكل متكامل نتيجة لعدم استقرار الكادر في تلك المرافق وانتقالهم إلى مرافق أخرى قريبة من مناطق سكنهم أو قريبة من المناطق الحضرية. وبالإضافة إلى ذلك يعود تدني الإقبال على مثل تلك المراكز الصحية الأساسية والشاملة إلى انتشار الأمية ومحدودية توفر المنشأة الصحية بالقرب من التجمعات السكانية خاصة وأن معظم سكان اليمن هم من ساكني الأرياف وبما أن المراكز الصحية لا تغطي سوى ثلثي تلك التجمعات السكانية المنتشرة في مختلف مناطق اليمن وبهذا يمكن القول أن ثلث السكان في تلك المناطق الريفية لا تصلهم مثل تلك الخدمات الصحية وتبعد عن تجمعاتهم السكنية بما لا يقل عن عشرة كيلو متر ومعظم هذه المناطق لا تتوفر فيها شبكة طرق مزلتة أو معبدة مما يجد الكثير من هؤلاء السكان صعوبات كبيرة في الوصول إلى تلك المراكز الصحية تكلفهم الكثير من المال والوقت نظراً لوعرة الطرقات الواقعة في معظمها في مناطق جبلية. إلى جانب تلك الصعوبات تبرز المعوقات

المالية كواحدة من المعوقات التي لا يتمكن معظم السكان في اليمن من التخلص منها لأن غالبية سكان اليمن يعيشون تحت خط الفقر المدقع. إضافة إلى كل ذلك تبرز بعض الصعوبات المتمثلة في ضعف الوعي بالمخاطر المحتملة أثناء فترات الحمل والإنجاب وما بعد الإنجاب والتي تؤدي إلى انخفاض البحث والسعي للحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة (٢٢) (مجلس التنمية الصحية، ٢٠٠٩).

وتشير الإحصائيات الصادرة من وزارة الصحة العامة والسكان أن عدد المرافق الصحية في اليمن يبلغ عددها حوالي 1876، ولكن وبالرغم من ذلك العدد إلا أن عدد من تلك المرافق الصحية خاصة المراكز والوحدات الصحية لا تعمل حتى المجهزة فهي بحاجة إلى كادر وميزانية تشغيلية، والبعض الآخر يتوفر فيها كادر وتجهيزات ولكن بشكل غير مناسب ولا يلبي الطلب الاجتماعي من الخدمة المطلوبة. كما أن نسبة الولادات التي تتم بمساعدة أيدي مدربة لا تزال نسبتها صغيرة جداً مقارنة بعدد الولادات المتوقعة، وهذا يدل على أن الولادات التي تتم في المنازل وبدون إشراف طبي لا تزال مرتفعة جداً، والشكل (١) يوضح نسب الولادات التي تمت خلال عامي ٢٠١٢ - ٢٠١٣ بمساعدة أيدي مدربة ومؤهلة.



المصدر: تقارير إحصائية صحية لعدد من السنوات (٢٠١١-٢٠١٢-٢٠١٣)، بالإضافة إلى بيانات من إدارة المراقبة والتقييم بالوزارة

من الشكل (١) يتبين أن الولادات بمساعدة أيدي مدربة ومؤهلة تمت في المرافق الصحية أو في المنازل بمساعدة قابلات طبيبات أو قابلات مديرات ومؤهلات لا تزال متفاوتة بين المحافظات اليمنية، حيث نجدها تصل إلى أعلى نسبة لها قدرت بأكثر من ٤٧% عام ٢٠١٣ في حضرموت الوادي مقابل ١٦,٦% و ١٦,٧% على التوالي في كل من الجوف وصنعاء، كما يلاحظ تراجع في نسب الولادات التي تمت بمساعدة أيدي مدربة ومؤهلة في المرافق الصحية أو في المنازل في بعض المحافظات مثل مأرب وعدن، وهذا يعود إلى عدة أسباب منها الأحداث الأخيرة التي شهدتها اليمن مؤخراً مما أدى بالكثير من القابلات عدم الذهاب لتوليد النساء إلى البيوت نتيجة لتردي الوضع الأمني. ولكننا نشاهد من الشكل أن هناك تحسن في بعض النسب مثل ما هو ملاحظ في حضرموت الوادي والساحل وذمار وصعدة وفي بقية المحافظات ولكنه بسيط لم يتجاوز ٥%، وبالرغم من هذا التحسن إلا أن هذه النسب لا تزال لا تلبي الطموح ولا تتناسب مع الإمكانيات والاهتمام الكبير بالصحة الإنجابية من قبل الوزارة والمانحين، وهذا يؤكد ضرورة بذل المزيد من التسهيلات والاهتمام بالمرافق الصحية الشاملة والأساسية في مختلف محافظات الجمهورية والتوسع فيها وفقاً للشروط والمعايير الفنية والهندسية والطبية، لأن التوسع الحالي في عدد المرافق الصحية يتركز في المدن الرئيسة والمدن الثانوية أما بقية المناطق الريفية والنائية لا تتوفر فيه البنية التحتية، وإن وجدت بعض الوحدات الصحية فيها فالبعض لا يتوفر فيها الكادر الصحي المدرب والمؤهل من القابلات أو لعدم توفر التجهيزات فيها مما يجعلها خارجة عن العمل ولا يستفاد منها في المجتمع المحلي لا على مستوى الرعاية الصحية ولا على مستوى الصحة الإنجابية، والجدول رقم (٢) التالي يوضح عدد المرافق الصحية والولادات التي تمت بمساعدة أيدي مدربة من إجمالي الولادات المتوقعة للعام ٢٠١٣.

جدول (٢) عدد المرافق الصحية والولادات بمساعدة أيدي مدربة من إجمالي الولادات المتوقعة للعام ٢٠١٣

(٢٣) (الإدارة العامة للمعلومات والبحوث الصحية، التقرير السنوي لعام ٢٠١٣)

المحافظة	عدد المرافق	مستشفى	شامل	أساسي	وحدة صحية	إجمالي الولادات في المرافق الصحية	إجمالي الولادات في المنازل بمساعدة قابلة مدربة	إجمالي الولادات بمساعدة أيدي مدربة	عدد الولادات المتوقعة	نسبة الولادات بمساعدة أيدي مدربة من إجمالي الولادات
إب	٣٠٧	٨	١٠	١٠٥	١٨٤	١٧٩٨٤	٤٧٥٣	٢٢٧٣٧	١٠٢٤٧٠	٢٢,٢
الأمانة	٧٦	٦	١	٦٨	١	١٧٩٧٩	٤٧٥٣	٢٢٧٢٩	١٠٢٤٩٤	٢٢,٢
الجوف	١٩	٢		١٧		١٠٣٦	٢٤٨٤	٣٥٢٠	٢١٢١٢	١٦,٦
الضالع	١٤٣	٤	-	٢٦	٨١	٢٦٨٥	٣٧٨٢	٦٤٨٧	٢٤٨٣٧	٢٧,٧
حضرمت ساحل	٧٤	٩	٦	١٣	٤٦	٩٩٢٧	٧٩٥	١٠٧٢٢	١٠٣٢٤	٢٧٧٢٤
حضرمت وادي	٦	-	٣	-	١٠٥٩ ١	١٠٥٩١	٤٩١	١١٠٨١	٢٣٣٧٧	٤٧,٤
ذمار	٤٨	٤	-	٤٤	-	١٠٦١٠	١٢١٢١	٢٢٧٣١	٦٩٣٠٠	٣٢,٨
شبوّه	٦٦	٤	١١	٢١	٣٠	٤٠٥٢	٧٦٣	٤٨١٥	٢٢٢٣١	٢١,٦
صنعا	١٧٥	٤	٩	٦٣	٩٩	٣٧٠٤	٢٩٦٤	٦٦٦٨	٣٩٨١٢	١٦,٧
عمران	١٢٤	٢	١٢	١٨	٩٢	٥٠٠٥	٥٣٤٧	١٠٣٥٢	٤٠٥٣٠	٢٥,٥٤
أبين	١٠٦	٣	٥	١١	٨٧	٦٩٤٠	١٥٧٥	٨٥١٥	٢٠٦٣٥	٤١,٣
البيضاء	٨٦	٢	٤	٣٣	٤٧	٤٣٨٧	٤٨٥	٤٨٧٢	٢٧٤٩٦	١٧,٧
الحديدة	٢٥٥	٦	٨	٥٤	١٨٧	١٠٩٣٤	٢٣٠٣٥	١١١١٢٣	٢٠,٧	١١١١٢٣
المحويت	١٤٧	١	٤	١١	١٣١	٢٢٩٠	٣٨٢٥	٦١١٥	٢٥١٤٨	٢٤,٣
حجة	٢٣٤	٤	٦	٢٤	٢٠٠	٥٤٠٥	٩٣٣٨	١٤٧٤٣	٧٤٧٨٩	١٩,٧
سوقطرى	٢٠	١	-	٢	١٧	٤١٧	١١٨	٥٣٥	٢٢٥٦	٢٢,٩
عدن	٣٤	٢	٢	٢١	٧	١٠٠٣١	٤٤٨	١٠٤٧٩	٣٢٧٣٢	٣٢,٠١
صدقة	١١٣	٢	١	٢٠	٩٠	٦١٩٠	٩٥٢	٧١٤٢	٣٥٥٦٣	٢٠,١
مأرب	٨٠	١	-	١٤	٦٥	٢٣٥٥	١٤٤٤	٣٨٠١	١٢١١٨	٣١,٤
تعز	٢٥٩	١٠	-	٢١	٢٢٨	-	-	٣٠٤٢٨	١١٢٦٩٥	27
ريمة	١٢٩	-	-	٤١	٨٨	١٢٠	١٩٧١	٢٠٩١	١٩٩١٥	١٠,٥
الإجمالي	١٨٧٦					١٢٣٨٨٢	٦٩٣٤٣	٢٠٢٧٧٢	٨٣٥٧٦٢	٢٤,٣

من الجدول (٢) يتبين أن نسبة الولادات التي تمت بمساعدة أيدي مدربة من الولادات المتوقعة لا تزال نسبتها صغيرة وتكاد لا تتجاوز ٢٤,٣% في المتوسط، وتتفاوت بحسب عدد السكان وعدد المرافق الصحية، وهذا يدل على أن الولادات التي تتم في المنازل بدون مساعدة أيدي مدربة نسبتها كبيرة جداً بلغت ٧٥,٧% وهذه النسبة الكبيرة من الولادات في المنازل بدون مساعدة أيدي مدربة يعرض الكثير من تلك النساء اللاتي يفضلن الولادة في المنازل لتعسر في الولادة ونزيف حاد ولبعض المخاطر تؤدي إلى وفاة البعض منهن، ويعود ذلك لعدة أسباب أما لعدم توفر المرافق الصحية الخاصة بالرعاية التوليدية الطارئة بالقرب من تلك التجمعات السكانية أو لعدم توفر التجهيزات الصحية في تلك المرافق الصحية الأساسية أو الشاملة أو لنقص في الكوادر الصحية المناسبة.

كما يتبين أن بعض المحافظات لم تتوفر بها بيانات إحصائية حول عدد المراكز الصحية مثل محافظة ريمة والمهرة، وبالرغم من وجود أكثر من 1876 مرفق صحي، ولكن معظم هذه المرافق الصحية عبارة عن وحدات صحية ولبعض منها لا تعمل أو لا تقدم خدمات الطوارئ التوليدية، حيث يقتصر إجراء الولادات في المستشفيات والمراكز الشاملة كونها مجهزة بغرف عمليات متكاملة بحسب الشروط والمعايير الصحية، لكن البعض من تلك المرافق الصحية الشاملة فقط تتم فيها إجراء العمليات القيصرية كونها مجهزة بغرف علميات وكادر فني. أما بقية المرافق الصحية إما لا تنطبق عليها الشروط والمعايير الصحية أو لأنها تعاني من نقص في الكادر الفني مثل فني التخدير أو غيره من الكوادر الفنية المختصة بغرفة العمليات أو لأن هذه المرافق غير مجهزة بحسب الشروط والمعايير.

## إجراءات البحث الميداني

### منهجية وأدوات الدراسة الميدانية

أعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لوصف البيانات التي تم جمعها حول مشكلة الدراسة، وكذا الاعتماد على المنهج الكيفي لتحليل كافة المعلومات المتعلقة بنتائج المقابلات لما له من أهمية في الكشف عن وجهات النظر المختلفة من قبل أفراد العينة بشكل معمق وسريع حول مشكلة البحث. كما تم الاستعانة بعدد من أدوات جمع البيانات منها أسلوب الملاحظة المباشرة أثناء زيارة تلك المرافق الصحية من قبل الباحثين، وكذا أسلوب المقابلة المعقمة مع العاملين بالمراكز الصحية المستهدفة، والقيادات المختصة في الوزارة والمكاتب الصحية، والقيادات النسوية بالمحافظة والمديرية؛ إلى جانب استخدام

أسلوب النقاش الجماعي مع عدد من النساء المستهدفات المترددات على المراكز الصحية في المحافظات المستهدفة، حيث تم تصميم ثلاثة نماذج من أسئلة المقابلات المعمقة. النموذج الأول (١) خاص بالقيادات الصحية في الوزارة ومكاتب الصحية بالمحافظات والمديريات، أما النموذج الثاني (٢) خاص بالقيادات النسوية بالمحافظات والمديريات المستهدفة، النموذج الثالث (٣) خاص بالعاملين في المراكز الصحية الشاملة والأساسية التي تم استهدافها في البحث مثل مركز الزبيري الشامل ومركز المغتربين الأساسي بمدينة الحديدة، بينما النموذج الرابع (٤) خاص بالمقابلات مع الأزواج المرافقين بالمراكز الصحية المستهدفة. النموذج الخامس (٥) الخاص بمقابلة مجموعة النقاش الجماعي البؤري مع عدد من النساء المستهدفات بمركزي الزبيري أمانة العاصمة ومركز المغتربين بمديرية الحالي بالحديدة.

**حدود الدراسة المكانية والزمنية:** تم تحديدها بالاتفاق مع الإدارة العامة لشئون المرأة بوزارة الصحة العامة والسكان على اختيار عينة من المرافق الصحية بأمانة العاصمة التي يتواجد بها الكثير من السكان جاءوا من مختلف محافظات الجمهورية، وتحتوي على عدد كبير من المرافق الصحية التي تقدم خدمات الرعاية التوليدية التي تنطبق عليها كافة المعايير المناسبة كونها تتواجد في العاصمة وبالقرب من الجهات المختصة بوزارة الصحة، أما محافظة الحديدة فوقع اختيارها لأنها من ضمن المحافظات التي تقع في المشروع وبالإضافة إلى أنها من المحافظات التي يعاني غالبية سكانها من الفقر. إلى جانب كونها تعد من المحافظات التي لا تزال تعاني من محدودية إقبال النساء الحوامل للولادة في المرافق الصحية وتحت إشراف طبي ويتركز بها عدد كبير من السكان والمرافق الصحي، وقد تم تحديد الحدود الزمنية ابتداءً من العام ٢٠١٢-٢٠١٣ لمقارنة نسبة الولادات التي تمت بأيدي مؤهلة ومدرية وتحت إشراف طبي من إجمالي الولادات المتوقعة في المجتمع اليمني والمحافظات المستهدفة.

**إجراءات الدراسة الميدانية:** بعد تحديد إطار عينة الدراسة من قبل الجهة المشرفة على الدراسة الخاصة بمحدودية إقبال النساء الحوامل للولادة في المرافق الصحية، حيث تم الاتفاق على أن يقع تحديد إطار العينة بالمراكز الصحية التي تقدم رعاية الطوارئ التوليدية الشاملة والأساسية في المحافظات المستهدفة والتي تم تحديدها بمحافظتي أمانة العاصمة والحديدة، ونظراً لأن البحث الميداني محدود لذا فقد اقتصرت الدراسة الميدانية على اختيار

مركز صحي شامل بأمانة العاصمة ومركز أساسي بمدينة الحديدة في منطقة فقيرة، وعلى هذا الأساس فقد قام الباحث بعدة مراحل لتنفيذ هذه الدراسة المرحلة الأولى تمثلت في جمع المعلومات والبيانات من الجهات المختصة بوزارة الصحة العامة والسكان من أجل الاستفادة منها في الإطار النظري للبحث، أما المرحلة الثانية والتي حدد فيها تنفيذ البحث الميداني، تم فيها إجراء مقابلة معمقة مع عدد من القيادات بوزارة الصحة العامة والسكان ومكاتب الصحة بالمحافظات والمديريات المستهدفة، بالإضافة إلى إجراء مقابلات معمقة مع عدد من القيادات النسائية بالمحافظة والمديريات المستهدفة بالبحث والواقعة ضمن مديرية المركز الصحي الذي تم اختياره لعينة البحث.

وقد وقع اختيار المراكز الصحية المستهدفة في هذا البحث، بتحديد مركز صحي شامل بأمانة العاصمة ومركز صحي أساسي بمدينة الحديدة، حيث تم تحديد هذين المركزين بناءً على المعلومات من مدراء مكاتب الصحة الإنجابية بالمحافظات المستهدفة اللذان قدما لنا المعلومات والبيانات والنصح والإرشادات الجيدة التي على أساسها وقع اختيار تلك المراكز فمركز الزبيري اختير كونه الوحيد بأمانة العاصمة الذي يقدم خدمات الطوارئ التوليدية الشاملة. بينما مركز المغتربين بمدينة الحديدة الحالي فقد وقع اختياره بناءً على اقتراح مديرة الصحة الإنجابية بالحديدة لأن المركز يقع في منطقة معظم سكانها من الأسر الفقيرة بالإضافة إلى كون المبنى فيه مستأجر وبعاني من ضعف في التجهيزات والبنية التحتية مقارنة بالمراكز الصحية الأساسية الأخرى في المديرية. أما فيما يتعلق بحجم المقابلات المختارة فقد بلغ إجمالي المقابلات ٣٢ مقابلة فردية معمقة، ومقابلتين لجماعة النقاش البؤري لعدد من النساء المترددات على المراكز الصحية المستهدفة، والجدول (٣) يوضح ذلك.

جدول (٣) يبين أفراد العينة المستهدفة ممن تمت مقابلتهم بالأمانة والحديدة

البيان المقابلات في المراكز الصحية	أمانة العاصمة العدد	الحديدة العدد	المقابلات مع القيادات في الوزارة وفي مكاتب ومديريات الصحة بالأمانة والحديدة، وعدد من القيادات النسوية بالمحافظتين	العدد	الإجمالي العام
مديرة المركز	١	١	مدير عام إدارة تنمية المرأة بالوزارة	١	
مشرفة المركز	١	-	مدير عام البرامج بقطاع السكان بالوزارة		
طبيبة نساء وولادة	١	-	مدير عام وحدة السياسات والتعاون الفني بالوزارة		
قابلة	١	١	مدير الصحة الإيجابية بمكتب الصحة بالأمانة	١	
ممرضة	١	١	مدير الصحة الإيجابية بمديرية صنعاء القديمة	١	
مستقبلة حالات	١	١	نائب مدير عام إدارة تنمية المرأة بالأمانة	١	
فني مختبرات	١	١	مدير إدارة تنمية المرأة بمديرية صنعاء القديمة	١	
فني تخدير	١	-	نائب مدير عام مكتب الصحة بالحديدة		
			نائب مدير الصحة الإيجابية بمكتب الصحة بالحديدة		
			مدير الصحة الإيجابية بمديرية الحالي بالحديدة		
			مدير عام إدارة تنمية المرأة بالحديدة		
			مدير إدارة تنمية المرأة بمديرية الحالي		
			نائب مدير عام اللجنة الوطنية للمرأة		
أزواج مرافقين	٣	٣		٣	
الإجمالي	١١	٨			٣٢
مجموعة نقاش بؤري	٩ نساء	٩ نساء			٥٠

## محاوّر تحليل الدراسة الميدانية

لقد قام الباحث بتقسيم محاور الدراسة الميدانية إلى أربعة محاور أساسية بناءً على المعلومات والبيانات التي تم وضعها في دليل المقابلات المعمقة وجماعة النقاش البؤري، وبناءً على الأسئلة الفرعية المنبثقة من التساؤل الرئيس للبحث، حيث قام الباحث أولاً بمراجعة وتصفية البيانات، ثانياً قام بترميز البيانات بناءً على تساؤلات الدراسة، ثالثاً عمل على تفريغ البيانات وتحليلها وفقاً للتساؤلات الفرعية للدراسة وأهدافها، وعلى ضوء ذلك تم تصنيف الدراسة الميدانية إلى أربعة محاور وهي كالتالي:

١ المحور الأول خاص بمعايير وشروط المرافق الصحية التي تقدم خدمات الطوارئ التوليدية

٢ المحور الثاني: الأساليب المتعارف عليها أثناء الحمل والولادة ومن يتخذ قرار الذهاب للمرافق الصحية

٣ المحور الثالث: المشكلات التي تواجهها النساء والأسباب وراء محدودية إقبالهن على المرفق الصحي

٤ المحور الرابع: الوسائل والأساليب لتشجيع النساء والأهل للولادة في المراكز الصحية من وجهة نظر أفراد العينة

وبعد عملية التفريغ والتحليل لهذه المحاور الأربعة من وجهة نظر أفراد العينة برزت عدد من النتائج في كل محور من المحاور الأربعة، ونظراً لمحدودية الصفحات في المجلة سوف نكتفي بعرض لأهم النتائج العامة للدراسة.

النتائج العامة للدراسة: خرجت الدراسة بعدد من النتائج وهي كالتالي:

- تبين أن هناك استراتيجية خاصة للصحة الإنجابية ومعايير لفتح المرافق الصحية الأساسية أو الشاملة، لكن تحصل بعض الاختلافات أثناء التطبيق وتختلف بحسب المناطق لأنه أثناء التنفيذ والتشغيل تكون المعايير متفاوتة من مركز إلى آخر ويحدث بعض التجاوزات فيها.

- تبين أن المرافق الصحية يتم أنشاؤها حسب المناطق الجغرافية والتوزيع السكاني، لكن التشتت السكاني في اليمن أدى إلى عدم توفرها في كل التجمعات لما يتطلبه من مبالغ مالية كبيرة لإنشاء مثل تلك المرافق لكل تلك التجمعات.
- تبين أن التجهيزات في المرافق الصحية يتم تجهيزها من قبل الجهات المختصة في الوزارة ومكاتب الصحة بالمحافظة والمديرية، ولكن بعض المراكز غير مجهزة تجهيزاً متكاملًا.
- تبين أن إشكالية الكادر في معظم المرافق الصحية تعد من المعوقات العديدة والنوعية، وهناك نقص كبير في شريحة الأخصائيين مثل (أخصائية النساء والولادة في المراكز الأساسية، وفني التخدير وفني الحاضنات)، ويعود النقص في البعض منها إلى عدم استقرار الكوادر الصحية في الكثير من المرافق نتيجة لانتقالهم دون علم المركز الصحي.
- تبين أن المراكز الصحية الأساسية المجهزة بحسب المعايير والشروط والمتواجدة في المناطق السكنية الغنية يتردد فيها عدد قليل من سكان تلك المناطق، بعكس المراكز الصحية المتواجدة في المناطق الشعبية الفقيرة غير مجهزة بحسب المعايير والبعض منها مؤجرة يتردد إليها عدد كبير من المستفيدين من أبناء تلك المناطق الفقيرة.
- عدم توفر المكافأة للعاملين في المراكز الصحية تعد من الأسباب الرئيسة في عدم تقديم هذه المراكز خدمات ذات جودة.
- تبين أن معظم النساء المستهدفات بأمانة العاصمة والحديدة لديهن عدد من الولادات في المنازل ولديهن ولادات في المرفق الصحي بنسبة ٥٠%. مقابل البعض من نساء العينة كانت جميع ولاداتهن في المرافق الصحية والبعض الآخر جميع ولاداتهن تمت في المنزل.
- تبين أن معظم النساء في العينة أفدن أن الولادة في المرافق الصحية أفضل من الولادة في المنزل.
- تبين أن النساء ممن يلدن في المنازل يتعرضن لمضاعفات ومخاطر وعندما يتم اتخاذ قرار نقلهن إلى المرافق الصحية لا يجدن نفس الاهتمام والعناية من قبل المستشفيات.
- معظم الشرائح الاجتماعية من الفقراء والطبقات الوسطى يفضلون الولادة في المرافق الصحية الحكومية. بينما غالبية الأسر الغنية تفضل الولادة في المستشفيات الخاصة.

- تبين أن البعض من نساء العينة المستهدفة لا زلن يفضلن الولادة في المنازل وأرجعن سبب ذلك إلى السترة والأمان وبأنهن يكن بالقرب من أفراد أسرهن بعكس المستشفى لا يشعرن فيه بالسترة والأمان نتيجة لعدم الخصوصية سواء أثناء الكشف أو الولادة.
- أفادت بعض النساء في العينة أنهن يفضلن الولادة في البيت على أيدي قابلة لديها خبرة ولديها كافة التجهيزات اللازمة في حقيبتها الخاصة.
- أفادت بعض النساء في العينة حدوث حالات وفاة لبعض الأمهات والأطفال وتعرض الأطفال لإعاقات أثناء الولادة في المنازل.
- أفاد البعض من الأزواج المرافقين أنه يتم الاعتماد على أمهاتهم وقربياتهم أو بمساعدة نساء ممن لديهن خبرة في توليد زوجاتهم في المنزل.
- أفاد بعض من أفراد العينة أنه لا يزال هناك اعتماد على بعض الأساليب التقليدية خلال فترة الحمل والولادة عند بعض النساء في المجتمع.
- تبين أن القرار للذهاب النساء الحوامل للمرفق الصحية يكون للزوج. بينما البعض الآخر أكد أن القرار يتم اتخاذه بالتشاور من قبل الزوج والزوجة.
- أكد البعض من أفراد العينة أن القرار لذهاب المرأة الحامل للمرفق الصحي يكون لأم الزوج في أول فترة الحمل وللزوج أثناء الولادة بدرجة رئيسة وبالتشاور مع بقية أفراد الأسرة المقربين للزوجة مثل أم الزوجة وأم الزوج وبقية أفراد الأسرة ومن قبل القابلة عند تعسر الولادة في المنزل.
- عدم استقرار الطبيبات وتغييرهن باستمرار يؤدي إلى عدم ثقة المرأة الحامل بالطبيبات، وخاصة عندما يكون طبيب النساء المستلم من الرجال.
- عدم توفر الإمكانية للقيام بالعمليات القيصرية في المراكز الصحية الشاملة، وهذا من المشكلات التي يؤدي إلى عدم رغبة الكثير من النساء الذهاب إليها.
- عدم توفر سيارة إسعاف في المراكز الصحية الأساسية لنقل الحالات الطارئة إلى المستشفيات القريبة منها.
- عدم توفر الخدمات الخاصة بالتوليد مثل غرفة ولادة خاصة مجهزة بأجهزة التوليد والكشف في بعض المراكز الصحية الأساسية خاصة تلك التي تقع في المناطق الشعبية الفقيرة.

- تبين أن الجهل وانتشار الأمية والعادات والتقاليد وسيطرة الرجل في المجتمع هي التي تجعل منه صاحب القرار في عدم ذهاب المرأة للولادة في المرافق الصحي، حيث أكدت بعض من نساء أفراد العينة أن سبب ولادة النساء في المنازل يعود إلى أن بعض الأزواج ليس لديهم الرغبة في ولادة نسائهم في المستشفيات.
- سوء المعاملة التي تجدها النساء في المرافق الصحية من قبل الممرضات سواء بسبب الزحمة أو بسبب تأخر الطبيبة.
- أكدت بعض نساء العينة أنهن لا يجدن خصوصية في المستشفى، لأن الولادة تكون في غرفة واحدة مما يؤدي إلى تفضيل النساء الولادة في المنازل.
- يعود عدم تفضيل النساء الولادة في المرافق الصحية إلى ضعف جودة الخدمة في المراكز الصحية، وكذا إلى ضعف الكادر وضعف الإمكانيات في هذه المراكز الصحية.

#### التوصيات:

خرج البحث بعدد من التوصيات والمقترحات وهي كالآتي:

- حصر المراكز الصحية الأساسية والشاملة وتحديد العجز من حيث المبنى، والتجهيزات والكوادر الصحية والتنسيق مع الجهات المختصة لوضع خطة مزمّنة لتوفير الاحتياجات بحسب الأولويات.
- التوسع في بناء المراكز الشاملة وإيجاد مباني خاصة لرقود النساء الحوامل، وغرفة أمراض نساء ليكون في كل مركز صحي شامل قسم رعاية أمومة وطفولة.
- توفير مباني خاصة وفقاً للشروط والمعايير الخاصة بفتح المراكز المتبعة في وزارة الصحة لضمان استمراريتها في تقديم الخدمة بدلاً من المراكز الحالية التي يتم استأجرها مؤقتاً مثل مركز المغتربين وغيرها.
- بناء مركز صحي شامل مجهز متكامل في كل تجمع سكاني في المناطق الشعبية الفقيرة لضمان وصول خدمة الرعاية المتكاملة للأمومة والطفولة لغالبية الشرائح الاجتماعية على مستوى الريف والحضر.
- توفير سيارات إسعاف لكل مركز من أجل إيصال الحالات التي يتم تحويلها للمراكز الشاملة أو للمستشفيات التي تقدم خدمات الرعاية المتكاملة وبما يتناسب مع ظروف كل منطقة (للطرق الضيقة والوعرة).

- توفير ميزانية لتشغيل المراكز الصحية خلال ٢٤ ساعة مع توفير طبيب أطفال خدج، وطبيبة نساء وولادة طوال اليوم.
- زيادة عدد الكوادر الصحية وتوفير كوادر متخصصة بحسب احتياج كل مركز شامل مثل طبيب وفني تخدير فني حضانات وفني مختبرات في بنك الدم مستقر في المركز طوال اليوم.
- تحسين جودة الخدمة في المرافق الصحية من خلال توفير الكادر المؤهل والتجهيزات المناسبة لتشجيع الناس على اتخاذ القرار للذهاب إلى المرافق الصحية.
- تدريب وتأهيل الكوادر الصحية في دورات تخصصية وبحسب الاحتياج، فمعظم الكوادر الصحية غير مدربة خاصة فيما يتعلق بمعاملة المرضى.
- فرض عقوبات قانونية على كل من تثبت مخالفته وخطأه ممن قاموا بعملية توليد للنساء في المنازل والمرافق الصحية حتى لا يتم تكرار مثل تلك الأخطاء.
- التوعية من خلال الإصدارات الإعلامية الصحف والمجلات والملصقات وعن طريق الإذاعة والرسائل عبر الهاتف الجوال وغيرها، لتوعية المجتمع بأضرار الولادة في المنازل.
- توفير الأدلة التدريبية والتوعوية للفئات المستهدفة من النساء والشباب في المجتمع بالمراكز الصحية وكذا توزيعها على المعلمين والطلبة في المدارس.
- إدخال مواضيع خاصة بالصحة الإيجابية وصحة الأم والطفل في المناهج الدراسية والجامعية.
- توعية ونصح الأمهات الحوامل وخاصة النساء العاملات بضرورة زيارة طبيبة نساء وولادة مرة كل شهر طوال فترة الحمل.
- القيام بحملات التوعية والتنقيف للأزواج والنساء، لتشجيعهم على أهمية ولادة نسائهم في المرافق الصحية من خلال إعداد برامج توعية تخصص لذلك في المراكز الصحية والمساجد والوسائل الإعلامية الأخرى المناسبة.

## قائمة بالهوامش والمراجع:

- (١) وزارة التخطيط والتعاون الدولي: تقرير اليمن ٢٠١٠ ، التقرير الوطني الثاني حول أهداف الألفية، قام به مجموعة من الباحثين تحت إشراف وزارة التخطيط والتعاون الدولي، صنعاء ٢٠١٠.
- (٢) الدار، عبد السلام، وآخرون ،" تقرير الظل الموازي لتقرير اليمن ٢٠١٠ حول أهداف الألفية"، منظمة أوكسفام ، صنعاء، ٢٠١١.
- (٣) اللجنة الوطنية للمرأة؛ التقرير الوطني لمستوى تنفيذ إعلان ومنهاج بيجين + ٢٠ ، بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان في اليمن مسودة من تقرير عام ٢٠١٤، ص ١٦.
- (٤) وزارة الصحة العامة والسكان؛ التقرير الإحصائي الصحي السنوي للعام ٢٠١٢، قطاع التخطيط والتنمية، الإدارة العامة للمعلومات والبحوث الصحية، ص ١٩٤.
- (٥) اللجنة الوطنية للمرأة؛ التقرير الوطني لمستوى تنفيذ إعلان ومنهاج بيجين + ٢٠ ، مرجع سابق، ص ١٦.
- (٦) وزارة الصحة العامة والسكان؛ تحليل وضعي للطوارئ التوليدية في المستشفيات الحكومية في عدد من المحافظات، برنامج الصحة الإنجابي اليمني الألماني، قام بالبحث فريق عمل برئاسة د. نجبية عبد الغني ، فبراير ٢٠٠٦.
- (٧) الجهاز المركزي للإحصاء؛ تقييم الفقر مسح ميزانية الأسرة (٢٠٠٥-٢٠٠٦) ملخص التقرير العام، صنعاء ٢٠٠٨، ص ٥.
- (٨) وزارة التخطيط والتعاون الدولي؛ التقييم الاجتماعي والاقتصادي المشترك \_ الجمهورية اليمنية \_ قام بتنفيذ هذا التقييم كل من (البنك الدولي، الأمم المتحدة ، الاتحاد الأوروبي، البنك الإسلامي للتنمية، والحكومة اليمنية ممثلة بوزارة التخطيط والتعاون الدولي)، ص ٣.
- (٩) وزارة الصحة العامة والسكان؛ تحليل وضعي للطوارئ التوليدية في المستشفيات الحكومية في عدد من المحافظات، برنامج الصحة الإنجابي اليمني الألماني، قام بالبحث فريق عمل برئاسة د. نجبية عبد الغني ، فبراير ٢٠٠٦.
- (١٠) قطاع الصحة والسكان؛ مسح تقييم احتياجات الطوارئ التوليدية ورعاية حديثي الولادة وخدمات تنظيم الأسرة وأفضل الممارسات في خدمات صحة الأم بعد الولادة وحديثي الولادة بمحافظة عمران، مشروع الخدمات الأساسية للصحة- اليمن، مايو، ٢٠١٠.

( 11) George, Asha, Persistence of High Maternal Mortality in Koppal District, Karnataka, India: Observed Service Delivery Constraints. Reproductive Health Matters, Vol. 15, No. 30, pp. 91-102, November 2007. Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=1092870>

( 12) عميرة، جودة؛ اتجاهات نظرية في علم السكان، دار جوان للنشر والتوزيع، القاهرة ، ٢٠١٤، ص١٣٤.

( 13) أنتوني غدنز؛ علم الاجتماع، ترجمة فايز الصباغ، المنظمة العربية للترجمة، ومؤسسة ترجمان، توزيع مركز دراسات الوحدة العربية، ط١، بيروت، ٢٠٠٥، ص٦٣٤.

( 14) بافقيه، شفاء عبدالقادر، وسعد، كوثر عبد الله؛ العوامل الثقافية المؤثرة في النوع الاجتماعي باليمن، مركز المرأة للبحوث والتدريب، جامعة عدن، ٢٠٠٤، ص٢٩.

( 15) وزارة الصحة العامة والسكان؛ النتائج الأولية للمسح الوطني الصحي الديموغرافي ٢٠١٣، صنعاء مايو ٢٠١٤، ص٩.

( 16) شجاع الدين، أحمد محمد، وآخرون؛ السكان والتنمية، مركز التدريب والدراسات السكانية، جامعة صنعاء، البراق للطباعة، صنعاء، ٢٠٠٣، ص٨٦.

( 17) الإدارة العامة للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة؛ الاستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية (٢٠١١-٢٠١٥)، صنعاء، فبراير ٢٠١١ ص ٣٣.

( 18) شيخ، رشاد غالب؛ التشريعات والسياسات الصحية لخدمات الطوارئ التوليدية في اليمن دراسة استكشافية، أبريل ٢٠١٢، ص٧.

( 19) شيخ، رشاد غالب: مرجع سابق، ص٨.

( 20) مكتب الصحة العامة والسكان؛ دليل الإشراف التكاملية الداعم لتطوير الخدمات الصحية، برنامج الصحة الإنجابية بذار، الطبعة الأولى، ٢٠١٠، ص٦.

( 21) قطاع الصحة والسكان؛ مسح تقييم احتياجات الطوارئ التوليدية ورعاية حديثي الولادة وخدمات تنظيم الأسرة وأفضل الممارسات في خدمات صحة الأم بعد الولادة وحديثي الولادة بمحافظة مأرب، مشروع الخدمات الأساسية للصحة- اليمن، مايو ، ٢٠١٠، ص٢٤.

(٢٢) مجلس التنمية الصحية: دليل موجز لآلية إعفاء الأسر الأشد فقراً من استعادة كلفة الخدمات الصحية في المرافق العامة، مكتب الصحة العامة بمحافظة لحج، ٢٠٠٩، ص ٦.

(٢٣) الإدارة العامة للمعلومات والبحوث الصحية؛ التقرير الإحصائي السنوي للعام ٢٠١٣، قطاع التخطيط والتنمية بوزارة الصحة العامة والسكان، ٢٠١٣، بالإضافة إلى معلومات إحصائية أخذت من التقارير الرسمية للمحافظات للعام ٢٠١٣ من مدراء الصحة الإنجابية أعطيت إلى وحدة المراقبة والتقييم التابعة لمكتب وزير الصحة العامة والسكان.