صندوق الأمم المتحدة للسكان سوريا ©

موجز تقني مشترك حول وضع الإملاص وسُبُل المُضيّ قُدُماً

لشرق المتوسط، والدول العربية، ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

كانون الأول/ ديسمبر 2021

معلومات أساسية

عالمياً، يولد طفل واحد ميتاً كل ستة عشر ثانية وفقاً لتعريف الإملاص، الذي يتمثل في ولادة طفل دون أي علامات دالة على الحياة في الأسبوع 28 أو ما يليه من أسابيع الحمل؛ وهو ما يعني أن نحو مليوني طفل يولدون موتى كل عام، وأن ثمانية وأربعين مليون طفل وُلدوا موتى خلال العقدين الماضيين[1][3]. وتفوق الأعداد الحقيقية ذلك على الأرجح، حيث لا تُستخرج للعديد من الأطفال شهادات الوفاة، وغالباً ما لا تُسجَّل الأعداد الحقيقية والأسباب المرتبطة بالوفاة. وكان يمكن الوقاية من معظم تلك الوفيات عبر توفير مستوى عالي الجودة من الرصد والرعاية قبل الولادة وأثناءها[3].

وشكَّلت التقديرات السنوية المنتظمة للإملاص على الصعيدين العالمي والقُطري، التي أصدرها عام 2020 فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال، مرحلة رئيسية من مراحل زيادة جودة بيانات الإملاص وإمكانية الحصول عليها، وهو ما يكتسي أهمية من أجل تعزيز الاعتراف السياسي بهذه المأساة المهملة والتي يمكن الحيلولة دون وقوعها[1]. وقد أبرز تقرير الفريق الثغرات الرئيسية في البيانات والتدخلات اللازمة للقضاء على حالات الإملاص التي يمكن الوقاية منها، ووضع خطوات لمعالجة تلك الثغرات، وكان ذلك جزئياً عبر إذكاء الوعي بالصدمة والعبء المترتبيْن على حالات الإملاص لملايين الأسر في جميع أنحاء العالم، وتوضيح هذا الموضوع الصحي العام المليء بالمفاهيم الخاطئة[1].

وتتثمل إحدى العقبات الرئيسية التي تحول دون إحراز تقدم في استمرار إخفاء تلك الخسارة الفادحة. ففي حين تضمنت الأهداف الإنمائية للألفية غايات تتعلق بخفض معدلات وفيات الأمهات ووفيات الأطفال دون سن الخامسة، لم تكن هناك أية غاية تتعلق بخفض حالات الإملاص؛ وبالمثل، فقد استُبعدت حالات الإملاص من أهداف التنمية المستدامة لعام 2030[3][6]. ويتناقض ذلك مع الحقيقة القائلة بوقوع حالات الإملاص ووفيات المواليد ضمن السلسلة المتصلة نفسها: من الصحة الإنجابية، وصحة الأمهات، والمواليد، والأطفال، حيث تشكل حالات الإملاص أكثر من ثلث العبء المشترك لحالات الإملاص ووفيات الأطفال دون سن 5 سنوات.

وهناك عقبة أخرى مهمة تتمثل في وجود مشاكل جوهرية تتعلق بجودة البيانات في العديد من البلدان[7]. فالخسائر المتعددة التي تمثلها حالات الإملاص - وهي مليونا وفاة كل عام - لا تضعها الحكومات ولا شركاء التنمية في الحسبان، ولا يوفرون التمويل الكافي للحيلولة دون وقوعها[1]. ولا يتوافر التسجيل والعد الدقيق لحالات الإملاص في الوقت المناسب في العديد من البلدان[3][7][8]. وقد لا تعمل نُظُم المعلومات المتعلقة بإدارة شؤون الصحة وتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، أو قد لا تتضمن التسجيل الروتيني لحالات الإملاص[3][8]. ويشيع الخلط في التصنيف بين حالات الإملاص ووفيات حديثي الولادة[3][9]. وتواجه بلدان عدة مشكلات جوهرية تتعلق بجودة البيانات، ولكننا نحتاج إلى بيانات أفضل لفهم الأسباب وتحديد التدخلات المستهدفة لوضع حد لحالات الإملاص التي يمكن الوقاية منها[3][7][8].

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

UNFPA

يونيسف
لكل طفل

ويتجاوز عبء الإملاص حد الخسارة في الأرواح، حيث يؤثر بصورة جوهرية على النساء والأسر نفسياً، واجتماعياً، واقتصادياً (انظر الإطار 1)[3][9]. فبعد التعرض لولادة أطفالهن موتى، ترتفع معدلات الإصابة بالاكتئاب والقلق وغيرهما من الأعراض النفسية في صفوف النساء وشركائهن، ومنها ما قد يدوم لفترة طويلة[3]. ومع ذلك، فإن الوصمة، والمُحرّمات، والمفاهيم الخاطئة من شأنها أن تُخفي المصاعب المرتبطة بذلك، نظراً لعدم قدرة العديد من الآباء على الكشف عن حزنهم أو التعبير عنه[3][9][10]. ويمكن أن تساعد الرعاية الفورية المستمرة التي يوفرها مقدمو الرعاية الصحية على نحو يراعي مشاعر الفقد في الحد من التكاليف النفسية والعاطفية[9]، ويمكنها أيضاً أن تزيد الوعي بحالات الإملاص وتدعم صوت الأمهات المكلومات، وشركائهن، وعائلاتهن[3].

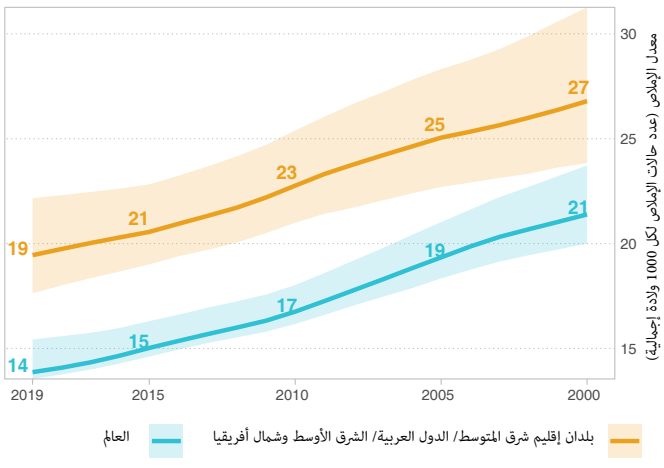
ويتمثل الهدف من هذا الموجز التقني المشترك بين منظمة الصحة العالمية لإقليم شرق المتوسط، والمكتب الإقليمي للدول العربية التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان، ومكتب اليونيسف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا، في مواصلة نشر النتائج الرئيسية حول حالات الإملاص في الإقليم، وتجديد الدعوة العالمية للعمل الجماعي مع التركيز على القضاء على حالات الإملاص التي يمكن توقّيها في إقليمنا، وضمان تقديم رعاية تحترم مشاعر الفقد عند حدوث حالات الإملاص، وذلك جزئياً عبر تعزيز البيانات واستجابة برنامج صحة الأمهات والمواليد.

معدل الإملاص في الإقليم يتجاوز المتوسط العالمي

في الأقاليم المُجمَّعة لشرق المتوسط، والدول العربية، والشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وُلد حوالى 380000 مَليص في عام 2019، وبلغ معدل الإملاص 19 مَليصاً لكل 1000 ولادة إجمالية، ما يضع الإقليم المجمّع في موضع يتجاوز بكثير المتوسط العالمي البالغ 14 لكل 1000 ولادة إجمالية (الشكل 1 أ). وفي الواقع، فإن معدل الإملاص في إقليم شرق المتوسط/ الدول العربية/ الشرق الأوسط وشمال أفريقيا اليوم يعادل المعدل العالمي قبل 15 عاماً. وعلاوة على ذلك، ومع الانخفاض التدريجي في حالات الإملاص على الصعيد العالمي، ازدادت حصة إقليم شرق المتوسط/ الدول العربية/ الشرق الأوسط وشمال أفريقيا من عبء الإملاص على الصعيد العالمي من 14% في عام 2000 إلى 19% في عام 2019 (الشكل 1 ب).

الشكل *1*. معدل الإملاص وعدد حالات الإملاص في الأقاليم المجمعة لشرق المتوسط، والدول العربية، والشرق الأوسط وشمال أفريقيا في ضوء المعدل العالمي، *2000-2019*

أ) معدل الإملاص



المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال *(2020)*

الإطار *1*: أصوات الأمهات والآباء المكلومين والعاملين في مجال الرعاية الصحية

أم لطفلة وُلدت ميتةً (40 سنة، الطفلة الرابعة وُلدت ميتةً)
«عند وصولي إلى المستشفى قيل لي إن طفلتي تُوُفِّيت بسبب ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل. لم أكن أعرف أن ضغط دمي مرتفع لأنني لم أستطع تحمل تكاليف الرعاية أثناء الحمل ولم أعرف إلى أين أتوجه. وقد نُصِحتُ بعدم رؤية طفلتي لأنها تُوُفِّيت قبل بضعة أيام، ولولا أن إحدى الممرضات شجعتني على رؤية ابنتي لما استطعت حملها ولا رؤيتها، لقد كانت جميلة».

أب لطفل وُلِدَ ميتاً (54 سنة، الطفل الثامن وُلِدَ ميتاً بعمر 7 أشهر)[2]
«تمنيت رؤية طفلي لمرة واحدة. وعندما أخرجنا زوجتي من المستشفى، احتضنت طفلي. ولأن عقلي كان ذاهلاً، لم أتحمل رؤية وجهه. وانتابني شعور متزايد بالندم لاحقاً - بعد أن وصلنا إلى المنزل، وكان الطفل قد دُفِن بالفعل. وظل خاطر يراودني لبضعة أيام بأنه «كان يجب أن أرى وجه طفلي ولو لمرة». زوجتي رأته، ولكنها كانت أكثر ذهولاً مني. لقد كنت أيضاً حزيناً. شعرنا بأننا فقدنا طفلنا الحي».

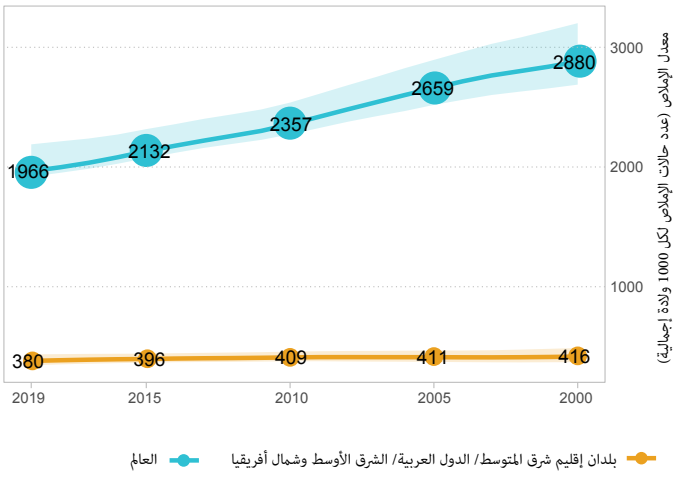
أم لطفل وُلِدَ ميتاً (28 سنة، الطفل الثامن وُلِدَ ميتاً بعمر 9 أشهر)[4]
«نعم، لقد انزعجت وغضبت كثيراً. في إحدى الليالي استيقظت لأرضع الطفل، ولكن عندما أدركت أنه لا يوجد طفل /كانت تحلم بأنها ترضع طفلها/، انزعجت وبكيت كثيراً. وظل زوجي يبكي في كل مرة يزور فيها قبر الطفل. هو يعمل في الجامعة. ولم يكن في المنزل /عندما حدث الوضع/، ولكن عند عودته إلى المنزل، زار قبر الطفل على الفور».

أم لطفل وُلِدَ ميتاً (22 سنة، الطفل الأول وُلِدَ ميتاً بعمر 7 أشهر)[4]
«لقد تأثرت كثيراً. كنت أخرج إلى الشارع كشخص فقد عقله وكنت أشاهد الأطفال الآخرين. وكنت أفكر أنه لو ظل طفلي على قيد الحياة، لكبر وصار بمثل عمرهم. لم يكن معي أحد في المنزل. وبالرغم من مواساة العاملين في مجال الرعاية الصحية لي، لم يكن ذلك مفيداً».

أم لطفل وُلِدَ ميتاً (38 سنة، الطفل الأول وُلِدَ ميتاً بعمر 39 أسبوع حمل)
«فقدان طفل كان أصعب تجربة مررت بها على الإطلاق. من الانتظار ساعتين حتى يصل طبيبي لتأكيد وفاة طفلنا، واضطراري لأن أطلب مراراً وتكراراً صندوق الذكريات الذي كنت أعرف أنه موجود، وسؤال طبيبي عمّا فعلت في اليوم السابق لأتسبب في وفاة طفلي. في تلك اللحظة، وما تلاها مباشرة أخذت أتشكك فعلياً في كل دقيقة مرت بي ذلك اليوم وما الذي كان يمكنني فعله بطريقة مختلفة، لقد كانت مشاعر الذنب والحزن طاغية. أما الآن فأنا أدرك أنني لم أقترف خطأ وأن طفلي لم يمت بسببي. وهذا مجرد مثال واحد وحسب يدل على حاجتنا الماسة إلى تدريب موظفي المستشفى على تقديم الرعاية الواثقة المتعاطفة مع الآباء المكلومين.»

أحد مسؤولي الصحة العامة[5]
«... يُعدُّ الإملاص مشكلة إضافية ... ففي معظم الأحيان لا يُبلِغ موظفو المرفق الصحي بها. وإذا توجهت إلى المرفق الصحي ستعثر بالكاد على سجلات لحالات الإملاص، وهذه هي الحقائق ... لن تتمكن من العثور على المعلومات بسهولة.»

ب) عدد حالات الإملاص



المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال *(2020)*

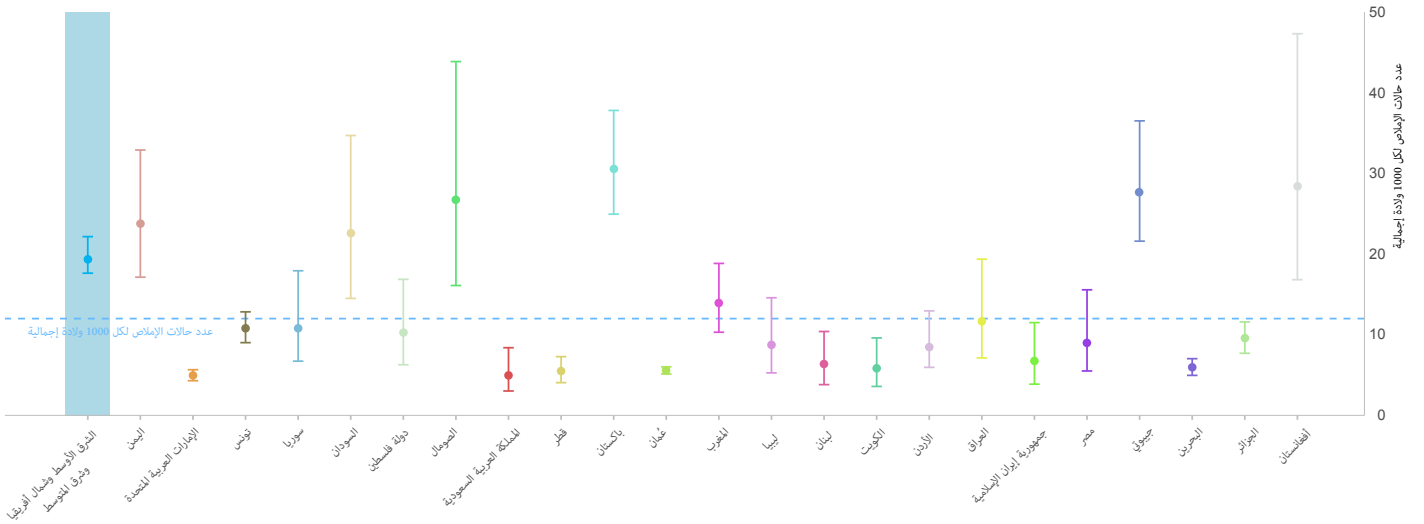
صندوق الأمم المتحدة للسكان، الأردن ©

©UNICEF/Yemen/UN0411686/Haleem

معدل الإملاص في الإقليم يعكس أوجه الإجحاف

لا يقتصر الأمر على ارتفاع العبء الإجمالي للإملاص في إقليمنا وحسب، بل إن ثمة إجحافاً كبيراً في العبء فيما بين البلدان، إذ يتراوح العبء بين أقل معدل للإملاص الذي يبلغ 4.9 لكل 1000 ولادة إجمالية في الإمارات العربية المتحدة إلى 30.6 لكل 1000 ولادة إجمالية في باكستان (الشكل 2). ومنذ عام 2019، زاد معدل الإملاص في سبعة بلدان من أصل 23 بلداً في الإقليم المجمَّع (وهي أفغانستان، وجيبوتي، والمغرب، وباكستان، والصومال، والسودان، واليمن) عن الغاية العالمية المتمثِّلة في 12 حالة إملاص لكل 1000 من مجموع الولادات بحلول عام 2030 (وهي الغاية التي حددتها خطة عمل كل مولود في عام 2014)[11]. ولا تكفي البيانات المتوفرة في الإقليم لتوضيح أوجه الإجحاف داخل البلد، غير أن خطر الإملاص يصل إلى أعلى مستوياته بين الفئات السكانية الأكثر تهميشاً وحرماناً داخل البلد في كل من المناطق ذات الدخل المنخفض، والمتوسط، والمرتفع، وينبغي رصد التفاوتات الهيكلية التي تشمل الإجحاف الشامل في توفير فرص الحصول على الرعاية الصحية الجيدة والتصدي لها في جميع المواقع[1][12].

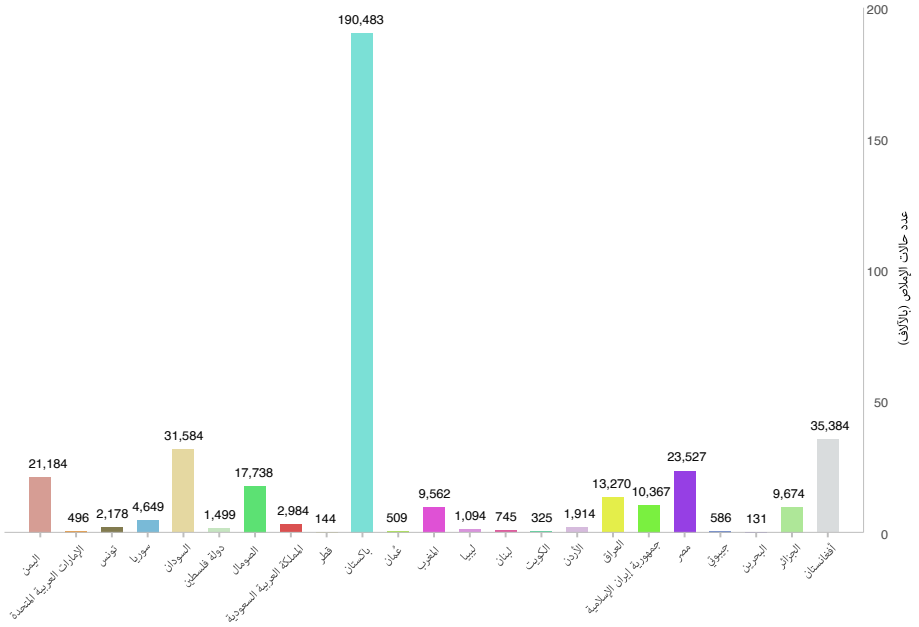
الشكل 2. معدل الإملاص حسب البلد، *2019*



المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال *(2020)*

ومن بين 380000 حالة إملاص في المناطق المجمعة في شرق المتوسط، والدول العربية، والشرق الأوسط وشمال أفريقيا، يقع أكثر من نصف تلك الحالات في باكستان (الشكل 3).

الشكل 3. عدد حالات الإملاص حسب البلد، *2019*

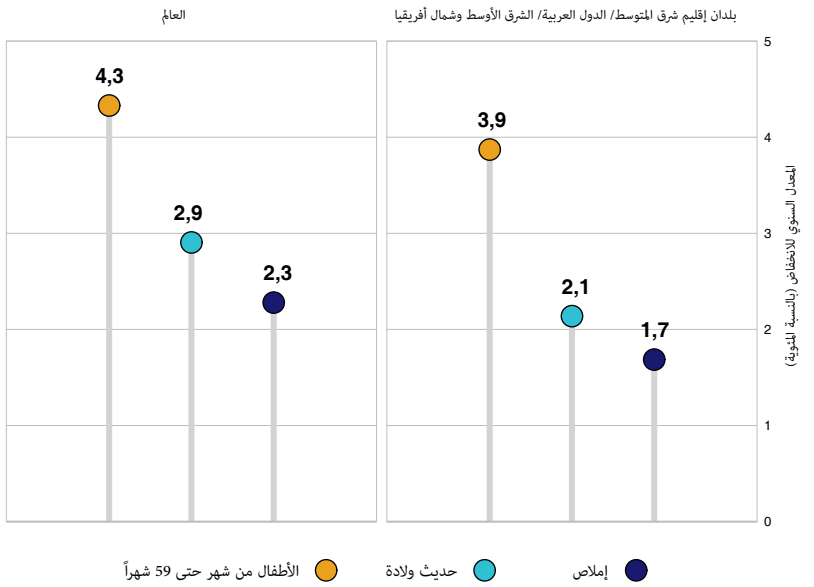


المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال *(2020)*

التقدم المحرز في الوقاية من الإملاص في الإقليم اتسم بالبطء

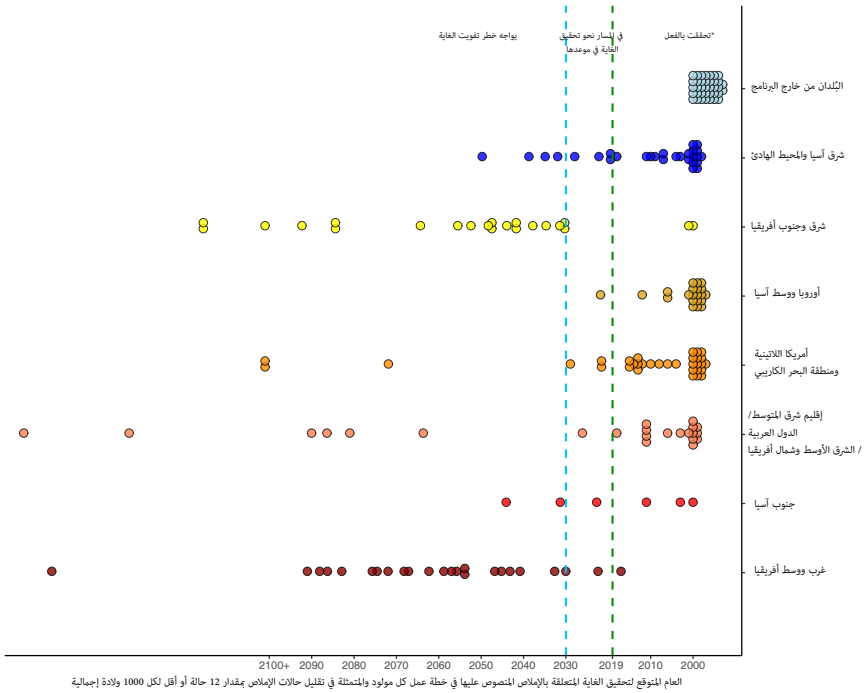
ولا يقتصر الأمر على ارتفاع معدلات الإملاص وحالاته في المنطقة فحسب، بل تتسم معدلات الانخفاض السنوية في معدل الإملاص بالبطء أيضاً. وكان معدل الانخفاض السنوي في الإقليم أبطأ من معدل وفيات المواليد والأطفال من بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين شهر واحد و59 شهراً، وهو أبطأ من المتوسط العالمي (الشكل 4). ويُترجَم هذا التأخر في التقدم المُحرز مباشرة إلى العديد من حالات الإملاص التي يمكن الوقاية منها. وإذا استمرت الاتجاهات الحالية، فإن ستة بلدان في الإقليم (هي أفغانستان، وباكستان، وجيبوتي، والسودان، والصومال، واليمن) لن تتمكن من تحقيق غاية خطة عمل كل مولود لعام 2030 المتمثلة في الوصول إلى 12 حالة إملاص لكل 1000 مولود حتى عام 2060 على أقرب تقدير (الشكل 5). وفي المقابل، إذا حققت جميع البلدان في الإقليم غاية خطة عمل كل مولود بحلول عام 2030، فسيصبح في الإمكان الوقاية من مليون حالة إملاص في هذا العِقد (2020-2030).

الشكل 4. المعدل السنوي لانخفاض معدل الإملاص ومعدلات الوفيات في صفوف الأطفال دون سن الخامسة في المنطقة والعالم، *2000-2019*



المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال *(2020)*

الشكل 5. العام المُتوقع لتحقيق غاية خطة عمل كل مولود في حال استمرار الاتجاهات الحالية، حسب البلد والإقليم

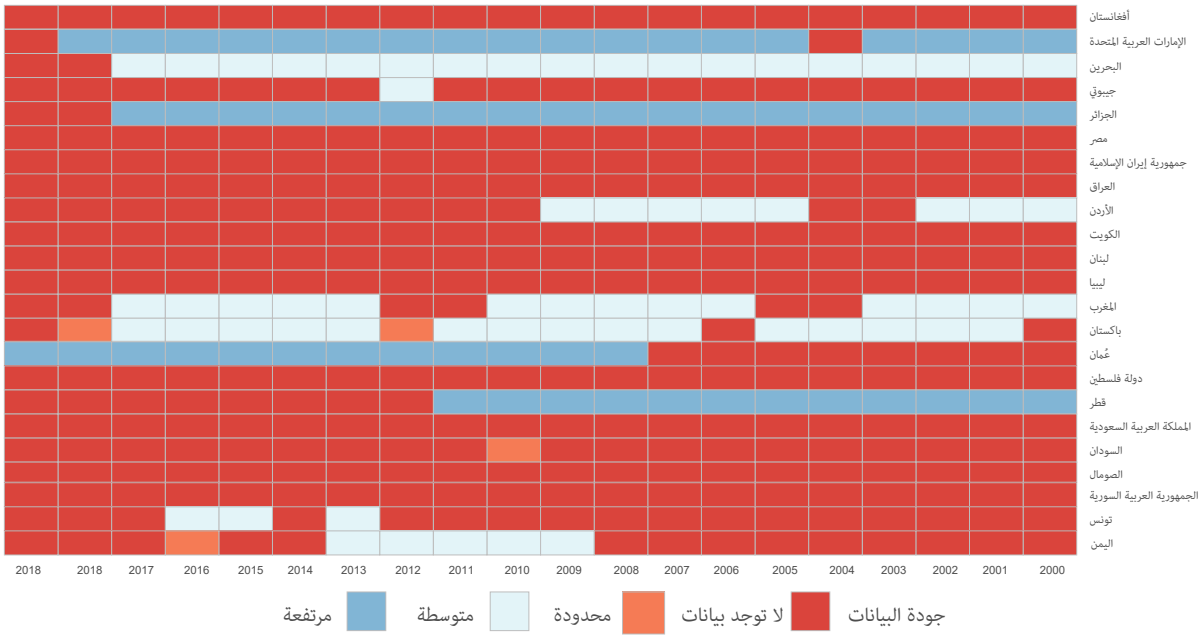


المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال *(2020)*

ندرة البيانات الجيدة عن الإملاص في الإقليم

لا تتوافر بيانات جيدة عن الإملاص، أو قد يندر وجودها، في العديد من البلدان، ولذلك فإن المعدلات والأرقام المبينة في الشكلين 2 و 3 قد لا تجسِّد العبء الحقيقي لحالات الإملاص في الإقليم. وبالإضافة إلى المسائل المذكورة أعلاه المتصلة بنظام المعلومات المتعلقة بإدارة شؤون الصحة وتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية، فإن عدم اتساق تعاريف الإملاص، واختلاف أساليب التحقق منه، والخلط في التصنيف بينه وبين وفاة المولود، والقصور في التبليغ بسبب اللوم أو الوصم، إضافة إلى مشكلات أخرى عديدة، كلها أمور تسهم بشكل أكبر في إحداث ثغرات في البيانات البالغة الأهمية التي يُسترشد بها في استراتيجيات الوقاية[5][6]. وأظهر تحليل حديث أن 11 بلداً من بلدان الإقليم لا تمتلك بيانات عالية الجودة حول حالات الإملاص في أي عام بين عامي 2000 و2019، وأن أربعة بلدان وحسب تتوافر بها بيانات عالية الجودة حول أي من تلك السنوات (وهي الإمارات العربية المتحدة، والجزائر، وعُمان، وقطر) (الشكل 6)[7].

الشكل 6. توافر بيانات جيدة عن الإملاص حسب البلد والسنة



ملاحظة: مرتفعة: إذا كانت بيانات التسجيل متاحة. **متوسطة:** إذا لم تكن البيانات متاحة إلا من المصادر التي تتطلب تعديلات التحيز (مثل المسوحات أو نظام المعلومات المتعلقة بإدارة شؤون الصحة). **محدودة:** إذا لم يكن متاحاً إلا بيانات الدراسة السكانية. **يُنظر في مدى توافر بيانات المسوحات في الفترة التي يشير إليها المسح.**

المصدر: فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال *(2020)*

كوفيد-19 قد يزيد من عبء حالات الإملاص في الإقليم

يمكن أن تكون الآثار غير المباشرة المترتبة على جائحة كوفيد-19 فادحة فيما يخص الإملاص. ويمكن أن تؤدي الاضطرابات المرتبطة بالجوائح في مجال الرعاية الصحية الإنجابية، وصحة الأمهات، والمواليد، والأطفال، إلى زيادة معدلات الإملاص، لا سيما في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وقدرت بعض التوقعات أن 65000 طفل آخرين قد يتعرضون للإملاص إذا استمر سيناريو اضطراب الخدمات الصحية الحاد مدة 12 شهراً في إقليمنا[13][14]. لذا، يكتسي إدراج حالات الإملاص في التحليلات أهمية حاسمة لفهم الأثر المترتب على الجائحة على نحو وافٍ. ومن المهم أيضاً استخدام بيانات جيدة ومناسبة التوقيت عن حالات الإملاص قبل الجائحة، وأثناءها، وبعدها، لفهم العوامل المؤثرة في معدلات الإملاص المحتملة، وكذلك لإذكاء الوعي بشأن التدابير الوقائية المناسبة، ودعم التوجيه الصحيح للرعاية التي تحترم مشاعر الفقد[14].

© WHO / David Spitz

إجراءات السياسات والبرامج ذات الأولوية الرامية إلى القضاء على حالات الإملاص التي يمكن الوقاية منها، وضمان توفير الرعاية التي تحترم مشاعر الفقد

هناك عدة عقبات تحول دون الإسراع بإحراز تقدم فيما يتعلق بحالات الإملاص في إقليمنا. وينعكس هذا الوضع على «سجل قياس أداء القضاء على حالات الإملاص التي يمكن الوقاية منها» الخاص بالإقليم (انظر أدناه)، والذي أعده التحالف الدولي المعني بالإملاص ويسجل فيه وضع البُلدان التي تتتبّعها خطة عمل كل مولود، ويتضمن 16 بلداً من بُلدان إقليمنا، والذي انطلق من الدعوة إلى العمل الصادرة في عام 2016 عن سلسلة مجلة «لانسيت» حول القضاء على حالات الإملاص التي يمكن الوقاية منها. يشير اللون الرمادي إلى عدم توافر بيانات.

سجل قياس أداء القضاء على حالات الإملاص التي يمكن الوقاية منها في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

		2018	2019	2020
الغايات المستهدفة للوفيات بحلول عام 2030	1.1 البلدان التي لديها خطة للمواليد	16/13 (%81)	16/13 (%81)	16/13 (%81)
	2.1 البلدان التي لديها غاية متعلقة بمعدل الإملاص	16/2 (%13)	16/5 (%31)	16/4 (%25)
	3.1 البلدان التي حققت الغاية العالمية لمعدل الإملاص	16/7 (%44)	16/10 (%63)	16/10 (%63)
	4.1 البلدان التي لديها خطة دون وطنية للمواليد	16/9 (%56)	16/9 (%56)	16/8 (%50)
	5.1 البلدان التي لديها غاية متعلقة بالإنصاف فيما يتعلق بمعدل الإملاص			
	6.1 البلدان المُبلِغة عن معدلات الإملاص دون الوطنية			
التغطية الصحية الشاملة: تنظيم الأسرة	1.2 مستعملون إضافيون لوسائل منع الحمل الحديثة	5545000	4806000	5972000
	2.2 النسبة المئوية لتلبية الطلب على وسائل منع الحمل	%28	%27	%32
	3.2 البلدان التي لديها خطة للصحة الإنجابية			
التغطية الصحية الشاملة: الرعاية السابقة للولادة	4.2 توافر المعايير العالمية للرعاية السابقة للولادة			
	5.2 الرعاية السابقة للولادة	%15	%37	%40
	6.2 جودة الرعاية السابقة للولادة			
التغطية الصحية الشاملة: الرعاية أثناء الولادة	7.2 المعايير العالمية للرعاية أثناء الولادة			
	8.2 التوليد بمساعدة أخصائيي التوليد المهرة	%60	%50	%51
	9.2 جودة الرعاية أثناء الولادة			
المعالم الرئيسية	1.3 تحسين جودة صحة الأمهات وحديثي الولادة	16/9 (%56)	16/13 (%81)	16/13 (%81)
	2.3 نظم مراجعة الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة	16/6 (%38)	16/9 (%56)	16/11 (%69)
	3.3 تركيز البحوث على حالات الإملاص وفقاً لمخطط البلد	16/5 (%31)	16/4 (%25)	16/4 (%25)
	4.3 توفير رعاية تحترم المشاعر في أعقاب الوفاة			
	5.3 الحدّ من الوصم			

*تشمل البلدان المُبلِّغة: أفغانستان، وجيبوتي، ومصر، وجمهورية إيران الإسلامية، والعراق، والأردن، ولبنان، وليبيا، والمغرب، وباكستان، والصومال، ودولة فلسطين، والسودان، والجمهورية العربية السورية، وتونس، واليمن

المصدر: التحالف الدولي المعني بالإملاص

مفتاح الرموز:

مُتحقِّق، في الاتجاه الصحيح، يُحرز تقدماً، بطيء/ معدوم التقدم

%50> - 0	%75> - %50≤	%100>-%75≤	%100

واستجابة لوضع حالات الإملاص المُوضح آنفاً، نقترح الأولويات ومجالات العمل التالية:

إجراءات السياسات

- استحدِث سياسات واستثمارات موجهة لجمع بيانات جيدة ومناسبة التوقيت مع التبليغ بها على امتداد سلسلة الرعاية المقدمة لكل أم وطفل، ومن ذلك تعزيز ترصُّد وفيات الأمهات والوفيات التي تحدث في الفترة المحيطة بالولادة والاستجابة لها، وتسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية. فمع انعدام البيانات الجيدة والمناسبة التوقيت، تظل حالات الإملاص غائبة عن خطة الصحة العامة، ولا نزال غير قادرين على فهم نجاعة الاستراتيجيات الحالية وفعاليتها.
- أنصت واستجب لأصوات الآباء المكلومين التي تغيب في أغلب الأحيان عن السياسات والإجراءات. فمن المهم ترجمة آراء الآباء إلى سياسة، والعمل في الوقت نفسه على التخلص من المحرمات الاجتماعية، والوصم، والمفاهيم الخاطئة التي تجعل من الإملاص قضية صحية عامة صامتة إلى حد كبير. وفي إطار ذلك، يكون من الضروري تحسين جودة وفرص حصول الأمهات على رعاية تتسم بالاحترام، لا سيما بعد الإملاص، لزيادة توافر البيانات وجودتها؛ وإدراج حالات الإملاص في جميع الاستثمارات المرتبطة بصحة الأمهات والمواليد.
- استثمر في النهوض برعاية القبالة وتعزيز القوى العاملة في مجال القبالة، وهو ما يكتسي أهمية بالغة لتحسين وضع الإملاص في إقليمنا. فقد أظهر التحليل أنه يمكن تجنب 14% من حالات الإملاص، حتى مع تحقيق زيادة متواضعة في التغطية، بالتدخلات التي تقدمها القابلات[15]. ومع ذلك، فإن 42% فقط من أصحاب مهارات القبالة على مستوى العالم يعملون في 73 بلداً حيث يقع أكثر من 90% من جميع وفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص. وعندما يتوفر للقابلات ذوات الكفاءة التدريب على المعايير الدولية والتمكين بالسياسات والإجراءات الداعمة، ستصبح لديهن القدرة على إنقاذ حياة مئات الآلاف من الأمهات والمواليد في إقليمنا بحلول عام 2030.

«يمكن أن تؤدي التغطية الشاملة بالتدخلات التي تنفذها القابلات إلى تجنب ثلثي وفيات الأمهات وحديثي الولادة وحالات الإملاص، ما يتيح إنقاذ حياة 4.3 مليون شخص سنوياً بحلول عام 2035»

أمينة محمد، نائب الأمين العام للأمم المتحدة

(حالة القبالة في العالم لعام 2021)

إجراءات البرامج

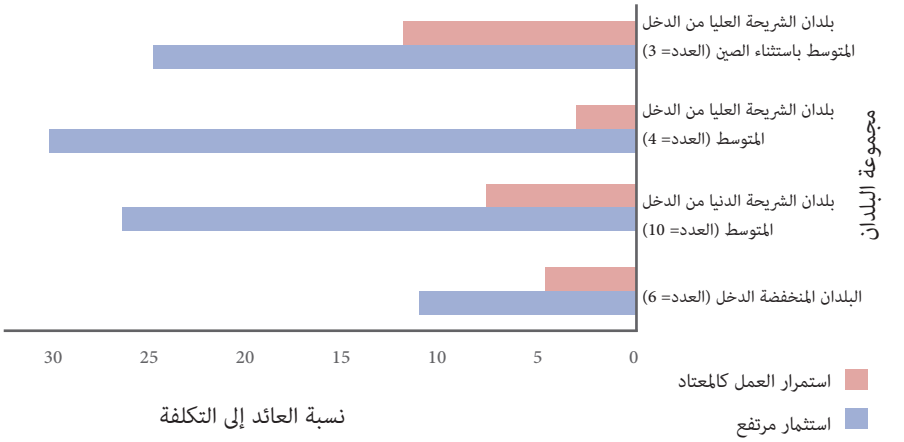
- حسِّن الإتاحة الشاملة لخدمات الرعاية السابقة للولادة والرعاية العالية الجودة والمتميزة بالاحترام أثناء عملية الوضع، بوصفها عنصراً أساسياً من عناصر التغطية الصحية الشاملة. حيث تمثل الرعاية السابقة للولادة والرعاية أثناء الوضع فرصة سانحة لتقليل حالات الإملاص التي يمكن الوقاية منها، وكذلك الحد من وفيات الأمهات وحديثي الولادة وضمان مستقبل مشرق لكل أم وكل طفل[3]. وينبغي أن تبدأ الرعاية من الفترة السابقة للحمل/ ما قبل الولادة مع التأهب للولادة، ونقل النساء الحوامل في الوقت المناسب إلى المرافق الصحية المناسبة، وصولاً إلى الرعاية التوليدية الأساسية والطارئة التي تقدمها القابلات الماهرات لكل حالة وضع، ويتضمن ذلك العمليات القيصرية. وينبغي تقديم الرعاية لكل أم وطفل بغض النظر عن أعمارهم، ويشمل ذلك المراهقين، ومكان إقامتهم، والأوضاع الاجتماعية والاقتصادية الأخرى كاللجوء أو الهجرة. وحتى يتسنى التمكين من الحصول على الرعاية، ينبغي تعزيز المرأة والتصدي لما هو ضارٌّ من الممارسات والمعايير الاجتماعية.
- اكفل الإنصاف والجودة في خدمات رعاية القبالة المُقدَّمة من أجل تحقيق تجربة حمل وولادة إيجابيتيْن. حيث تؤدي القابلات دوراً حيوياً في الوقاية من الإملاص، خاصة عندما يحصلن على التثقيف وفقاً للمعايير العالمية متضمناً سُبُل الوقاية من الإملاص، ويحصلن على الترخيص، ويندمجن بصورة تامة في النُّظُم الصحية، ويتلقيْن الدعم من الفِرَق المتعددة التخصصات في بيئة تمكينية[15][16]. ومع ذلك، فهناك العديد من العوائق، ومن ذلك عدم كفاية التثقيف واللوائح، وعدم كفاية الأعداد، والتوزيع غير المُنصف[16]. وتمسُّ الحاجة إلى زيادة الالتزام بالاستثمار في تعليم القابلات، وتوظيفهن، ونشرهن، واستبقائهن على نحو فعال[15].

- وفِّر التدريب على التعامل مع مشاعر الفقد بوصفه جزءاً أساسياً من التدريب على التوليد والقبالة. حيث تشير بعض الدراسات إلى أن كثيراً من العاملين في مجال الرعاية الصحية، ومنهم القابلات، ليسوا على استعداد كافٍ لحالات الإملاص، ويشعرون بعدم القدرة على دعم النساء بشكل مناسب عند حدوث حالة إملاص[3]. ويجب أن يتدرب هؤلاء على تقديم رعاية تحترم مشاعر الفقد، والتعرف على ردود الفعل غير الطبيعية المرتبطة بالحزن، والإحالة إلى خدمات الصحة النفسية المناسبة حيثما كانت متاحة[3].
- حسِّن نُظُم البيانات على الفور لجمع بيانات عالية الجودة ومناسبة التوقيت عن الإملاص (انظر الملحق). وقد يشمل ذلك إجراء ما يلي:
  - o مواءمة التعاريف العملية لحالات الإملاص على المستويات الوطنية مع المعايير الدولية.
  - o إدماج مكونات خاصة بالإملاص في الخطط المتصلة بتحسين نظام البيانات.
  - o إدراج حالات الإملاص في نُظُم المعلومات الصحية الروتينية ونُظُم تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية.
  - o تقديم الدعم بشأن إدراج معلومات عن التوقيت، والأسباب، والعوامل المساهمة في نُظُم جمع البيانات.
  - o التبليغ ببيانات الإملاص ومراجعتها محلياً، ودمج أنشطة الوقاية من الإملاص في برامج الرعاية الصحية للأمهات[3].
  - o دعم تنفيذ أو تعزيز نظام ترصُّد وفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة والاستجابة لها.
  - o تقديم الدعم بشأن تحديد أولويات بحوث الإملاص، لفهم مناطق ظهور عبء حالات الإملاص، وأسباب ظهوره، والفئة التي تتعرض له، بُغية تحديد سُبُل المضي قُدُماً.
- عبِّر عن أصوات الأمهات المكلومات، وشركائهن، وعائلاتهن، في جميع سياسات وإجراءات الوقاية والدعم المتعلقة بالإملاص. حيث تشير الدراسات إلى أنه عندما يحصل الآباء على الخدمات المهنية والدعم من الأسرة والشبكات الاجتماعية المحلية، ويكونون قادرين على تبادل خبراتهم، فإن ذلك قد يقلل من معدلات الاكتئاب ويحسن حصائل الصحة النفسية[3]. ومن المهم أيضاً زيادة الوعي في المجتمع للحد من الوصم المرتبط بالإملاص. وفوق هذا وذاك، وبُحكم تجربة الآباء المكلومين مع الإملاص، ينبغي مراعاة آرائهم وإدراجها في تصميم السياسات والبرامج، على سبيل المثال من خلال تكييف حزم الرعاية المُحتَرِمة لمشاعر الفقد مع السياقات الثقافية واللغوية المختلفة بما يُعبِّر عن أصوات الآباء.

سُبُل المُضيّ قُدُماً

يُدِر الاستثمار في الرعاية المحيطة بالولادة أكثر من ثلاثة عوائد على الاستثمار: حيث يتحقق الانخفاض في وفيات الأمهات، والانخفاض في وفيات المواليد، والانخفاض في حالات الإملاص، بالإضافة إلى تحسين الحصائل المتعلقة بنماء الطفل[17]. وتشير التقديرات الواردة من 20 بلداً تواجه أكبر عدد من حالات الإملاص في العالم إلى أنه يمكننا توقُّع نسب العائد إلى التكلفة، بمقدار 25 في البلدان المتوسطة الدخل، وأكثر من 10 في البلدان المنخفضة الدخل، عندما تُنفَّذ المجموعة الكاملة المؤلفة من سبعة تدخلات ثبت تأثيرها على وفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص (انظر الإطار 2 والشكل 7).

الشكل 7. نِسَب العائد إلى التكلفة للاستثمار في مجموعة رئيسية من التدخلات



المصدر: *ten Hoope-Bender et al. 2016*

الإطار 2: سبعة تدخلات لتحقيق عائد ثلاثي على الاستثمار في الوقاية من الإملاص

1. التكميل/ التعزيز بحمض الفوليك
2. اكتشاف حالات الزهري وعلاجه في الوقت المناسب
3. التدبير العلاجي لحالات السكري
4. التدبير العلاجي لمقدمات الارتعاج باستخدام كبريتات المغنيسيوم
5. توفُّر العاملين المهرة أثناء المخاض والوضع
6. تحريض المخاض في حالات الحمل التي تستمر أكثر من 41 أسبوعاً
7. العلاج الوقائي المتقطع للملاريا أثناء الحمل

من أجل المضي قُدُماً، يُوصى باتخاذ الإجراءات الفورية التالية:

1. **ارفع مستوى الوعي** وادعُ إلى **التصدي لحالات الإملاص** لتحفيز الاعتراف السياسي والعام بهذه القضية المهملة والمأساوية.
2. **عزِّز نظم البيانات** لجمع بيانات عالية الجودة ومناسبة التوقيت، والتبليغ بها لتيسير إجراءات السياسات والبرامج المسندة بالبيّنات، لضمان تنفيذ تدخلات عالية التأثير لإنهاء حالات الإملاص التي يمكن الوقاية منها.
3. **اكفل الإتاحة الشاملة لرعاية عالية الجودة ومُتَّصفة بالاحترام أثناء فترة الحمل وما حول الولادة،** للحد من وفيات الأمهات، وتقليل وفيات المواليد، وتقليل حالات الإملاص.
4. **استثمر في العاملين في مجال الرعاية الصحية** - لا سيما القوى العاملة في مجال القبالة، مع إيلاء اهتمام خاص بالتثقيف، والتوظيف، والنشر والاستبقاء؛ وإعدادهم للرعاية الوقائية، والتوثيق، وتوفير رعاية مُتصفة بالاحترام لمشاعر الفقد عند حدوث إملاص.
5. **ادعم أصوات الأمهات، والآباء، والأسر، واعمل معهم** لضمان تمثيل آرائهم في السياسات والإجراءات.

موارد مفيدة

- التحالف الدولي المعني بالإملاص: التحالف الدولي المعني بالإملاص
- التحالف الدولي المعني بالإملاص مبادرة أصوات الآباء: مجموعة من أدوات الدعوة لدعم تحسين جودة الرعاية أثناء الإملاص، وأدوات لدعم أصوات الآباء وتحسين الفهم والتواصل بين مقدمي الرعاية الصحية والآباء.
- مركز التميز لأبحاث الإملاص: الموارد المترجمة | مركز التميز لأبحاث الإملاص (stillbirthcre.org.au)
- حاضنة أنشطة الدعوة في مجال الصحة العالمية: مجموعة أدوات المراجعة القانونية والتنظيمية لنظام تسجيل الأحوال المدنية والإحصاءات الحيوية وإدارة الهوية (advocacyincubator.org)
- تقديرات الإملاص ووفيات الأطفال: أحدث البيانات والتقديرات الموثوق بها لمعدلات الإملاص ووفيات الأطفال (معلومات حول تقديرات وفيات الأطفال - تقديرات وفيات الأطفال)

شكر وتقدير

هذا الموجز هو نتاج عمل تعاوني بين المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، والمكتب الإقليمي للدول العربية التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان، والمقر الرئيسي لليونيسف ومكتب اليونيسف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ونود أن نعرب عن خالص امتناننا للتحالف الدولي المعني بالإملاص على مساهمته وتعاونه بشأن هذه الوثيقة.

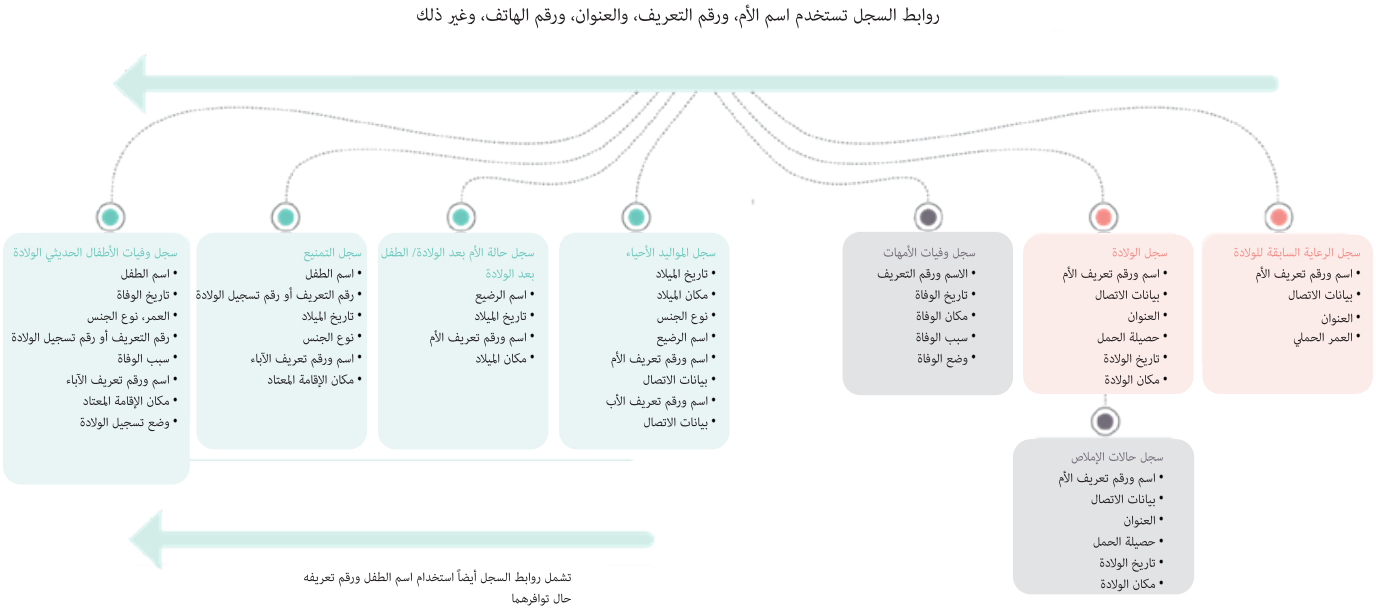
المساهمون:

كريمة الغلبزوري [أ]، نيلميني نيلانغاني هماشندرا [أ]، خالد صديق [أ]، مها العدوي [أ]، محمد عفيفي [ب]، شبل صحباني [ب]، سوزانا ليشر [ج]، غاغان جوبتا [د]، لوسيا هوغ [د]، سينا لي [د]، دانزين يو [د]، كيم ديكسون [د]، أنيربان تشاترجي [هـ]، تومومي كيتامورا [هـ]

[أ] المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، [ب] المكتب الإقليمي للدول العربية التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان، [ج] التحالف الدولي المعني بالإملاص، [د] المقر العالمي لليونيسف، [هـ] المكتب الإقليمي لليونيسف للشرق الأوسط وشمال أفريقيا

الملحق[18]**:** خطوات تحسين بيانات الإملاص

- حدِّد نقاط الدخول الممكنة لتسجيل حالات الإملاص:



- اتبع خطوات عملية تسجيل الولادات/ الإملاص أو تسجيل الإملاص خطوة بخطوة لمعرفة أماكن تفويت تسجيل أي طفل:

المصدر: مساهمات القطاع الصحي في تحسين تسجيل الأحوال المدنية في البلدان المنخفضة الدخل: إرشادات لمديري القطاع الصحي، ومكاتب السجل المدني، وشركاء التنمية (بالإنكليزية)

المراجع

1. فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال. STILLBIRTH AND CHILD MORTALITY ESTIMATES (متاحة من: https://childmortality.org/).
2. Christou A, Alam A, Hofiani SMS, Mubasher A, Rasooly MH, Rashidi MK, et al. 'I should have seen her face at least once': parent's and healthcare providers' experiences and practices of care after stillbirth in Kabul province, Afghanistan. Journal of Perinatology. 2021;41(9):2182-95.
3. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). ‹A Neglected Tragedy: The global burden of stiillbirths›, United Nations Children›s Fund. New York; 2020.
4. Christou A. 2021. Personal communication.
5. Christou A, Alam A, Hofiani SMS, Rasooly MH, Mubasher A, Rashidi MK, et al. How community and healthcare provider perceptions, practices and experiences influence reporting, disclosure and data collection on stillbirth: Findings of a qualitative study in Afghanistan. Social Science & Medicine. 2019;236:112413.
6. Blencowe H, Calvert PC, Lawn JE, Cousens S, Campbell OMR. Measuring maternal, foetal and neonatal mortality: Challenges and solutions. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2016;36:14-29.
7. Hug L, You D, Blencowe H, Mishra A, Wang Z, Fix MJ, et al. Global, regional, and national estimates and trends in stillbirths from 2000 to 2019: a systematic assessment. The Lancet. 2021;398(10302):772-85.
8. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. The Lancet. 2016;387(10018):587-603.
9. Lancet. Ending preventable stillbirths An Executive Summary for The Lancet›s Series 2016.
10. Pollock DD, Pearson DE, Cooper DM, Ziaian APT, Foord C, Warland APJ. Breaking the silence: Determining Prevalence and Understanding Stillbirth Stigma. Midwifery. 2021;93:102884.
11. WHO UNICEF. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths. Geneva; 2014.
12. Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, Ellwood D, Erwich JJ, Coory M, et al. Stillbirths: recall to action in high-income countries. The Lancet. 2016;387(10019):691-702.
13. Homer CSE, Leisher SH, Aggarwal N, Akuze J, Babona D, Blencowe H, et al. Counting stillbirths and COVID 19—there has never been a more urgent time. The Lancet Global Health. 2021;9(1):e10-e1.
14. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Global health. 2021;9(6):e759-e72.
15. UNFPA, International Confederation of Midwives, WHO. The State of the World›s Midwifery 2021 New York: United Nations Population Fund; 2021.
16. Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M, et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. The Lancet Global health. 2021;9(1):e24-e32.
17. Ten Hoope-Bender P, Stenberg K, Sweeny K. Reductions in stillbirths—more than a triple return on investment. The Lancet. 2016;387(10018):e14-e6.
18. WHO, UNICEF. Health sector contributions towards improving the civil registration of births and deaths in low-income countries: guidance for health sector managers, civil registrars and development partners. Geneva. 2021. الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

الاقتباس المقترح:

موجز تقني مشترك حول وضع الإملاص وسبل المضي قدماً في إقليم شرق المتوسط، والدول العربية، ومنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. عمّان/ القاهرة: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لشرق المتوسط، والمكتب الإقليمي للدول العربية التابع لصندوق الأمم المتحدة للسكان، والمكتب الإقليمي لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) للشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2021

منظمة الصحة العالمية
المكتب الإقليمي لشرق المتوسط

UNFPA

يونيسف
لكل طفل

international stillbirth alliance