

تقديم

عند إعلان الأهداف الإنمائية الألفية في عام ٢٠٠٠، واجه الأردن التحديات المتعلقة بخفض مُعدّل وفيات الأمّهات بنسبة مذهلة تصل إلى ٧٥٪ من المُعدّل الحالي بحلول عام ٢٠١٥. ونظراً لأن مُعدّل وفيات الأمّهات حسب الدراسة التي أُجريت خلال عامي ١٩٩٥-١٩٩٦ بلغ ٤١,٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي، فقد كانت المهمة صعبة، واحتاجت إلى إستراتيجية وطنية وبرنامج تنفيذي شاملين، واحتاجت أيضاً إلى التزام جديد من الحكومة الأردنية اتجاه صحة الأردنيين ورفاههم بشكل عام.

وتُبين الدراسة التي بين أيدينا أن الأردن قد تجاوز جميع التوقعات، وحقق الهدف الذي وضعه لنفسه، وذلك قبل سبع سنوات من الوقت المحدد. فقد انخفض مُعدّل وفيات الأمّهات في الأردن إلى ١٩ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حيّ مبيّناً إتجاهاً تنازلياً ملحوظاً، مما يؤكد ليس فقط على نجاح الأردن في تنفيذ أولويات الأهداف الإنمائية الألفية، وإنما يوفر مبررات ملموسة للإستثمار الكبير في مجالات الأمومة الذي قدّم من الحكومه والقطاعات الأخرى الداعمة خلال العقد الماضي. فاليوم تشير بيانات الأردن أنه قد أصبح قريباً من الوصول الى المُعدّلات المنخفضة لوفيات الأمّهات في الدول المتقدمة في العالم.

إن تحقيق هذا التحسن الملموس في مُعدّل وفيات الأمّهات ليس هو فقط الجدير بالثناء، وإنما أشعر أنه ينبغي القاء الضوء على العمل الذي أنجز في البحث وتوثيق المُعدّل الحالي، وكذلك إتعرّف وبعمق على العوامل التي كان بالإمكان تضادها ومن الممكن أن تؤدي إلى مزيد من الإنخفاض لمُعدّل وفيات الأمّهات في الأردن. لقد أخذ وبجديه إلتزام الأردن بالأهداف الإنمائية الألفية من قبل فريق البحث واللجنة التوجيهية الوطنية الذين شاركوا في هذه الدراسة، وأعدوا بناءً على ذلك حزمة من النتائج والتوصيات والتي أعتقد بأنها ستكون أساسية لمقدمي خدمات صحة الأم، حيث سيكون بإمكانهم الآن مراجعة وتدقيق الخدمات الحالية التي يقدمونها، وإعادة تقييم أدلّتهم الإرشادية المتعلقة بمعالجة الحالات الشائعة بناءً على التوصيات والحقائق العلمية.

أُتقدّم بالدعوة لواقعي السياسات ومدراء البرامج ومقدمي الخدمات للإضمام إلى الجهد الوطني للمحافظة على الإتجاه التنازلي لمُعدّل وفيات الأمّهات، وللمشاركة في المسؤولية لتحقيق الأهداف الموضوعية، وللعمل على تخفيض الوفيات التي يمكن تضادها، وذلك لضمان إستمرار نجاحنا في الأردن.

أمين عام المجلس الأعلى للسكان



الأستاذة الدكتورة رائدة القطب

شكر وتقدير

يتقدم المجلس الأعلى للسكان بالشكر لجميع المؤسسات والأشخاص الذين ساهموا في تنفيذ هذه الدراسة، ويتقدم بشكر خاص لأفراد أُسَرُ الأمهات اللواتي توفاهن الله، فقد كانت مساهمتهم وتعاونهم بتوفير المعلومات حول وفيات الأمهات لا تُقدَّر بثمن، وكانت أحد عوامل النجاح في تحديد العوامل التي ساهمت في وفيات الأمهات ووسائل الوقاية منها في المستقبل.

وعلاوة على ذلك، فالشكر موصول للجنة التوجيهية الوطنية لوفيات الأمهات على التزامهم وتفانيهم بتوفير التوجيهات وتقديم التسهيلات الخاصة بالمسائل اللوجستية التي تمَّت مواجهتها طيلة فترة الدراسة.

لم يكن بالإمكان إجراء هذه الدراسة بدون الدعم المقدم من لجنة أخلاقيات الأبحاث الوطنية للموافقة على البحث، فالشكر موصول لهم.

وأخيراً، فإننا نثمن عالياً الشراكة الأردنية الدولية المميّزة والقوية للمساعدة في مراجعة الدراسة وتحريرها وتصميمها ونشرها. ونقدر عالياً الدعم الكامل من منظمة الصحة العالمية في عملية المراجعة. والشكر موصول إلى الأمين العام السابق للمجلس الأعلى للسكان ونائبه على مبادرتهم في هذا المسعى.

قائمة المشاركين

فريق البحث

جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية

الأستاذ الدكتور زهير عمّارين

الأستاذ الدكتور هاشم جدّوع

الدكتور يوسف خضر

الدكتور عبد الحكيم العكور

المجلس الأعلى للسكان

الأستاذة الدكتورة رائدة القطب – الأمين العام

السيدة هدى مراد – رئيسة وحدة إدارة أبحاث الصحة الإنجابية

اللجنة الوطنية لوفيات الأمهات

وزارة الصحة

الدكتور عصام الشريدة – رئيس اختصاص النسائية والتوليد

الدكتورة رويدة رشيد – مديرة مديرية صحة المرأة والطفل

الدكتور مؤمن الحديدي- مدير عام المركز الوطني للطب الشرعي

الدكتور مالك حباشنه- مدير مديرية التوعية والإعلام الصحي

الخدمات الطبية الملكية

الدكتور محمود الدبّاس- رئيس قسم النسائية والتوليد

مستشفى الجامعة الأردنية

الدكتور شوقي صالح- رئيس قسم النسائية والتوليد

جامعة مؤتة

الدكتور عادل أبو الهيجا- عميد كلية الطب

السجل المدني

السيد عصام الشواقفة- مساعد مدير دائرة الأحوال المدنية

جمعية إختصاصي النسائية والتوليد الأردنية
الدكتور خليل بربراوي- رئيس جمعية إختصاصي النسائية والتوليد

دائرة الإحصاءات العامة
الدكتور حيدر فريحات- مدير عام دائرة الإحصاءات العامة

جمعية المستشفيات الخاصة
الدكتور فوزي الحموري- رئيس جمعية المستشفيات الخاصة

الجمعية الأردنية للطب المبني على الأدلة
الدكتور عبد المالك عبد المالك- رئيس الجمعية الأردنية للطب المبني على الأدلة

لجنة مراجعة أخلاقيات الأبحاث

تنفيذ الدراسة

وزارة الصحة

الخدمات الطبية الملكية

مستشفيات القطاع العام

مستشفيات القطاع الخاص

وكالة الغوث الدولية

أقسام الطب الشرعي

دائرة الأحوال المدنية

مراجعة التقرير

الدكتور رامز محاييني- المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية

الدكتور موسى العجلوني - الأردن

قائمة المحتويات

١٠	ملخص تنفيذي.....
١٢	المقدمة.....
١٣	أهمية الدراسة.....
١٤	أهداف الدراسة.....
١٥	المنهجية.....
١٥	الفئة المستهدفة وعينة الدراسة.....
١٦	التعريف الإجرائي.....
١٨	تصميم الدراسة.....
١٩	جمع البيانات.....
٢٠	التنفيذ.....
٢٢	تحليل البيانات.....
٢٢	النتائج.....
٣٠	الصعوبات الإجرائية.....
٣١	المناقشة.....
٣٧	التوصيات.....
٣٩	المراجع.....
٤٢	الملحق (١) - إستبانة دراسة وقيّات الأمّهات.....

قائمة الجداول

- جدول ١ : توزيع وفيات الأمهات حسب خصائص محددة.
- جدول ٢ : عدد وفيات الأمهات، عدد المواليد الأحياء، مُعدّل الخصوبة الإجمالي، ومقاييس وفيات الأمهات لعامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨.
- جدول ٣ : الأسباب المباشرة وغير المباشرة لوفيات الأمهات لدى النساء الأردنيات في عامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨.
- جدول ٤ : العوامل المرافقة لوفيات الأمهات لدى النساء الأردنيات في عامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨.
- جدول ٥ : التوزيع التكراري لوفيات الأمهات لدى النساء الأردنيات في عامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨ حسب مدة الحمل، نوع المستشفى، ووضع تشريح الجثة.
- جدول ٦ : التوزيع التكراري لوفيات الأمهات حسب الولادة.
- جدول ٧ : التوزيع التكراري لوفيات الأمهات العرضية والتصادفية حسب الأسباب.
- جدول ٨ : مُعدّلات الوفيات من الأسباب الرئيسية للوفيات المباشرة لكل مليون حالة أمومة حسب التحقيق السري في وفيات الأمهات في المملكة المتحدة، ٢٠٠٠-٢٠٠٢.
- جدول ٩ : مُعدّلات الوفيات من الأسباب الرئيسية للوفيات غير المباشرة لكل مليون حالة أمومة حسب التحقيق السري في وفيات الأمهات في المملكة المتحدة، ٢٠٠٠-٢٠٠٢.
- جدول ١٠ : التقرير العالمي للصحة حول أسباب وفيات الأمهات، ٢٠٠٥.

قائمة الأشكال:

- الشكل ١ : خطوات تحديد أسباب وفيات الأمهات في عامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨.
- الشكل ٢ : مُعدّل وفيات الأمهات في البلاد العربية: ٢٠٠٨.

ملخص تنفيذي

يصف هذا التقرير الرصد الذي أُجريَ لتحديد الوفيات ذات العلاقة بالحمل لعامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨. وكانت الغاية من ذلك، مراجعة العوامل التي ساهمت في هذه الوفيات، وتحليل وتفسير المعلومات التي جمعت، وبهدف نهائي هو العمل والإستجابة للنتائج من أجل خفض هذه الوفيات في المستقبل.

كان هناك أكثر من ٥٠٠,٠٠٠ وفاة للأمهات على مستوى العالم عام ٢٠٠٥. وحسب المناطق الخاصة بالأهداف الإنمائية الألفية، ساهمت الدول النامية في ٩٩٪ من هذه الوفيات، وبمعدل بلغ ٤٥٠ وفاة للأمهات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي، وذلك على عكس الدول المتقدمة التي بلغ فيها المعدل ٩ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي. وقد تم تقدير الخطورة العمرية للبالغات لوفيات الأمهات - Adult Lifetime Risk (أي احتمالية الوفاة للأنتى في عمر ١٥ سنة لأسباب تعود للأمومة) على النحو التالي: (١) إلى (٢٦) في إفريقيا، (١) إلى (١٢٠) في آسيا، وذلك مقابل (١) إلى (٧٣٠٠) في العالم المتقدم.

أهداف الدراسة

تهدف دراسة وفيات الأمهات في الأردن ٢٠٠٧-٢٠٠٨ إلى ما يلي:

١. تقدير معدل وفيات الأمهات لدى النساء الأردنيات في سن الإنجاب.
٢. التعرف على الأسباب المباشرة وغير المباشرة لوفيات الأمهات.
٣. تحديد مدى إمكانية الوقاية من وفيات الأمهات.
٤. تحديد العوامل التي إذا تم التعامل معها، ستؤدي إلى الوقاية من وفيات الأمهات.
٥. تقييم مدى ملاءمة واكتمال سجلات المستشفيات الطبية والسجلات الحيوية.

تصميم الدراسة

هدفت الدراسة إلى تحديد جميع وفيات الأمهات لعامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨ في الأردن. وقد استخدم أسلوب مسح الوفيات في سن الإنجاب لدراسة وفيات الأمهات. واتبعت عدة طرق لجمع البيانات والتأكد من مصداقيتها خلال هذه الدراسة، حيث استخدمت أنظمة التسجيل المدني، المسوح الأسرية، طرق الأخوات (Sisterhood Method)، دراسات الوفيات في سن الإنجاب، مراجعة وفيات الأمهات على مستوى المجتمع (التشريح الشفهي - Verbal Autopsy)، ومراجعة وفيات الأمهات على مستوى المؤسسات الصحية. وتعتبر مسح الوفيات في سن الإنجاب الطريقة المثلى لتحديد الوفيات المتعلقة بالحمل.

النتائج

تم تحديد ما مجموعه ٧٦ وفاة للأمهات لعامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨ وذلك من إجمالي ٣٩٧٥٨٨ مولود حي، وبمعدل ١٩,١ وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي. وبتحليل اتجاهات وفيات الأمهات، تبين أن الخطورة الأعلى لوفيات الأمهات كانت مترافقه مع صغر العمر، كبر حجم العائلة، مراجعة المستشفيات النائية، تدني المستوى التعليمي والدخل الشهري للأسرة، وكون مكان القامة المرأة في المنطقة الجنوبية من الأردن.

ومن إجمالي ٧٦ وفاة للأمهات، كان ٥٦,٦% منها يُعزى إلى النزيف، التخثرات الدموية وانسداد الأوعية الدموية التخثري، وشمخ الدم (sepsis). وقدر وجود عوامل بالإمكان تضادها في ٥٣,٩% من وفيات الأمهات، وحصل ٥٢,٦% منها على رعاية صحية دون المستوى، وكان هناك ضعف في الرعاية أثناء الحمل، حيث لم تراجع ١٩,٧% من النساء أية مؤسسة صحية للحصول على هذه الرعاية، وراجعت ٣٣,٣% منهن ما مجموعه ٣ زيارات أو أقل للرعاية أثناء الحمل.

ومن إجمالي ٧٦ وفاة للأمهات، لم تتوفر تفاصيل حول تنظيم الأسرة لدى ٣٢,٩% من النساء. ومن اللواتي توفر عنهن معلومات، استخدمت ٢٩,٤% منهن فقط أي نوع من وسائل تنظيم الأسرة سابقاً، ولم تستخدم ٧٠,٦% منهن أبداً أي نوع من موانع الحمل. ومن الإجمالي، كان ٣٩ امرأة (٥١,٣%) تخطط لأن تحمل في هذا الحمل.

التوصيات

١. إعداد سياسة وطنية لصحة الأم تضع أولويات للمداخلات اللازمة للوصول إلى المجموعات السكانية ذات الإحتياجات وتجميع عناصر صحة الأم في وثيقة سياسات واحدة.

٢. تبني وتشجيع تنفيذ الإستراتيجيات وخطط العمل المتعلقة بالحمل الآمن والتي أثبتت فعاليتها بدعم الجهود الوطنية نحو تحقيق الأهداف الإنمائية الألفية. وفي هذا المجال، ينبغي وضع آليات ملائمة للمتابعة لضمان التنفيذ الفعال للخطط الوطنية وبما ينسجم مع الأهداف الموضوعية.

٣. تطوير أنظمة التبليغ والتسجيل لضمان اتساق البيانات وكفاءة المدخلات لأنظمة المعلومات الوطنية، وتطوير أنظمة رصد وطنية لتحديد الأنماط الوبائية واتجاهات مراضة وفيات الأمهات.

٤. تكثيف الجهود في مجال تنفيذ المداخلات المجتمعية المتعلقة بصحة الأم كإستثمار نحو تطوير وتقوية المجتمعات للعب دور نشط وفعال لرعاية صحة الأمهات والأطفال. وينبغي التركيز بشكل خاص على التعرف المبكر لعلامات الخطورة وكذلك الإجراءات الوقائية لتعزيز صحة الأم.

٥. إدخال الأدلة الإرشادية المتعلقة بصحة الأم في المناهج الرسمية لكليات الطب والمهن الطبية المساعدة، وذلك لتحسين جودة التعليم وضمان استدامة المداخلات الفعالة.

المقدمة

إن تخفيض وفيات الأمهات هو أحد الأهداف الإنمائية الألفية الثمانية التي تم تبنيها في القمة الألفية عام ٢٠٠٠. وفي هذا الإطار، التزم المجتمع الدولي بتخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار الثلثة أرباع ما بين عامي ١٩٩٠-٢٠١٥ (١).

وقد أجرت منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، وصندوق الأمم المتحدة للسكان تحليلاً للإتجاهات لتقييم التغييرات المحتملة لمعدل وفيات الأمهات منذ عام ١٩٩٠ إلى عام ٢٠٠٥ على المستوى الإقليمي والعالمي، ومن إجمالي ٥٣٦,٠٠٠ وفاة للأمهات قُدرت في ١٧١ دولة ومنطقة في العالم في عام ٢٠٠٥، ساهمت الدول النامية في ٩٩٪ (٥٣٣,٠٠٠) من هذه الوفيات، وحدث ما يزيد قليلاً عن نصف وفيات الأمهات (٢٧,٠٠٠) في جنوب الصحراء الإفريقية (Sub-Saharan Africa) لوحدها، تَبعتها جنوب آسيا (١٨٨,٠٠٠). وبذلك، فإن جنوب الصحراء الإفريقية وجنوب آسيا ساهمتا في ٨٦٪ من وفيات الأمهات في العالم (٢).

وحسب المناطق الخاصة بالأهداف الإنمائية الألفية، كان المعدل الأعلى لوفيات الأمهات في المناطق النامية (٤٥٠ وفاة للأمهات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي)، وذلك على عكس المناطق المتقدمة (٩ وفيات للأمهات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي). وإضافة لذلك، فإن الخطورة العمرية للبالغات لوفيات الأمهات (Adult lifetime risk)، أي احتمالية الوفاة للمرأة في عمر ١٥ سنة لأسباب تعود للأمومة، كانت الأعلى في إفريقيا (١ إلى ٢٦)، تلتها أوقيانوسيا (١ إلى ٦٢)، وآسيا (١ إلى ١٢٠)، بينما كانت الأدنى في المناطق المتقدمة (١ إلى ٧٣٠٠) (٢).

وحسب الدول، ففي ١٧١ دولة أُجري لها تقديرات، كانت الخطورة العمرية الأعلى في نيجيريا (١ إلى ٧)، وبإختلاف واضح عن إيرلندا التي كان لديها الخطورة العمرية الأدنى (١ إلى ٤٨,٠٠٠) (٢). تشير هذه التقديرات وبقوة للحاجة إلى المزيد من العمل لخفض معدل وفيات الأمهات وتوفير المزيد من المعلومات حولها في المستقبل.

لقد انخفض معدل وفيات الأمهات على مستوى العالم بمعدل أقل من ١٪ سنوياً ما بين عامي ١٩٩٠ - ٢٠٠٥ (٢)، وهذا أقل بكثير من الإنخفاض الموصى به في الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية الألفية وهو ٥,٥٪ سنوياً. ولتحقيق هذا الهدف، فإن هناك حاجة لخفض المعدل بنسبة أكبر في المستقبل وخاصة في الدول النامية.

وقد تم من خلال التحقيق السري (Confidential Inquiry) في وفيات الأمهات، تقييم المستويات والأسباب والعوامل المساهمة في وفيات الأمهات، والإستفادة من الدروس للتعامل معها. ولهذه الغاية، فإن هناك ضرورة لإجراء مراجعات معمّقة لوفيات الأمهات من قبل كل من الدول منفردة. وعلاوة على ذلك، فإن هذه المراجعات، ومن خلال تدقيق معايير خدمات رعاية الأمومة، تستطيع تحديد الإستراتيجيات الجديدة اللازمة لتخصيص أفضل للموارد. وعليه، فإن التحقيقات السرية تُعتبر حيوية نحو تحسين جودة خدمات الرعاية الطبية للمرأة، ويهدف أساسي هو حمل أكثر مأمونية (٣، ٤).

لقد نُشر الأردن دراسته الوطنية الأولى حول وفيات الأمهات للأعوام ١٩٩٦/١٩٩٥، والتي أفادت أن معدل وفيات الأمهات كان ٤١,٤ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي. وقبل ذلك، كان هناك بعض الدراسات التي أُجريت على مستوى المستشفيات فقط، ولم يتم إجراء أي من الدراسات على المستوى الوطني. وقد شملت دراسة ١٩٩٦/١٩٩٥ جميع وفيات المستشفيات والوفيات المُبلّغ عنها للسجل المدني، وأشارت إلى معدل دقة بلغ حوالي ٩٩٪. وخلال فترة تلك الدراسة، تم إجراء ٩١٪ من الولادات في المستشفيات، ٧٪ خارج المستشفيات أشرف عليها المراكز الصحية وممرضات وكالة الغوث الدولية، وأشرفت قابلات ودايات تقليديات مديرات على ٢٪ فقط من الولادات. وقد وجدت الدراسة أن ٧٦,٥٪ من وفيات الأمهات حدثت في المستشفيات، و١١,٧٪ أثناء النقل، و١١,٧٪ في المنزل. وبيّنت الدراسة أن ٧٠٪ من وفيات الأمهات حدثت خلال أو بعد الولادة (٨٪ و ٦٢٪ على التوالي)، وحدث ٣٠٪ منها خلال الحمل. وكانت اضطرابات إرتفاع ضغط الدم هي السبب الرئيسي لوفيات الأمهات المباشرة، تَبعتها النزيف والجلطة الرئوية. بينما كانت أمراض القلب، السرطانات، ومرض السكري هي الأسباب الثلاثة الرئيسية الغير مباشرة لوفيات الأمهات (٥).

أهمية الدراسة

إن لوفيات الأمهات انعكاسات على جميع أفراد الأسرة وتأثيرات تمتد على مدى الأجيال، وتؤدي المضاعفات التي تسببت في وفيات وإعاقات الأمهات الطفل الذي يحملته أيضاً. فمن حوالي ٨ ملايين وفيات للأطفال الرضع في كل سنة، يحدث حوالي ثلثها خلال فتره حديثي الولادة (قبل عمر شهر)، ويحدث ٣,٤ مليون وفيات لحديثي الولادة خلال الأسبوع الأول من الحياة، وهي ناتجة وبدرجة كبيرة عن الرعاية غير الكافية وغير الملائمة خلال فترة الحمل والولادة أو الساعات الحرجة الأولى بعد الولادة. وعلاوة على ذلك، يولد طفلاً واحداً على الأقل متوفياً مقابل كل وفاة لحديثي الولادة. ويمكن أن يتحقق انخفاضاً كبيراً في وفيات الرضع من خلال مداخلات تُصمم لتحسين صحة الأم وسبل وصولها وحصولها على الرعاية خلال المخاض والولادة، والساعات الأولى الحرجة بعد الولادة مباشرة (٤,٢).

هناك أهمية لاكتشاف أكبر عدد ممكن من الوفيات ذات الصلة بالحمل. فتحدث الوفاة للنساء عادة في المنزل أو العيادة أو المستشفى، وتحدث خلال الحمل أو الولادة أو بعد الولادة، ويتوفين نتيجة لمضاعفات الولادة أو الإجهاض أو الحمل خارج الرحم. وللحصول على صورة مُتَّلة للمؤثرات على وفيات الأمهات، نحتاج الى صورة كاملة ويقدر الإمكان عن النساء المتوفيات. فيمكن أن تختلف النساء اللواتي تُوفين في المنازل عن اللواتي تُوفين في المستشفيات التحويلية، ويمكن أن يكون لدى النساء اللواتي تُوفين أثناء المخاض والولادة قصصاً مختلفة عن اللواتي تُوفين في أقسام النسائية أو غرف الطوارئ. وعلى المستوى الوطني والعالمي، تنامت الحاجة وبدرجة كبيرة إلى تقديرات موثوقة لوفيات الأمهات منذ إعداد الأهداف الإنمائية الألفية (١).

يحظى تخفيض معدل وفيات الأمهات بأولوية قصوى لدى المجتمع الدولي، وبخاصة من منظور ازدياد الاهتمام بالأهداف الإنمائية الألفية. تنشأ وفيات الأمهات من الخطورة الناتجة عن الحمل والولادة، وأيضاً من تدني جودة خدمات الرعاية الصحية. وتحتاج الخدمات الفعالة لتحسين صحة الأم الى سياسات صحية واجتماعية موجهة وبيانات وبائية موثوقة وذات مصداقية، وتعتبر الملخصات الشاملة حول حجم وتوزيع أسباب وفيات الأمهات حاسمة بالنسبة لسياسات وبرامج الصحة الإنجابية، حيث ينبغي أن يؤدي تحديد ومراجعة الوفيات المتعلقة بالحمل وتحليل النتائج واتخاذ الإجراءات إلى تخفيض خطورة الوفيات الناتجة عن الحمل لدى المرأة، وكذلك مساعدة الكثير من النساء اللواتي يعانين من المرضة المتعلقة بالحمل لوقايتهن من الوفاة (٤,٢).

ولتحسين صحة وبقاء المرأة، يجب أن يتخذ واضعو السياسات خيارات صعبة حول أولويات تخصيص الموارد الشحيحة وآلية إعداد أولويات البرامج والسياسات. ولاتخاذ هذه القرارات، يحتاج واضعو السياسات ومعدو البرامج إلى بيانات دقيقة عن اتجاهات وفيات الأمهات في بلدانهم أو مناطقهم. ويماثل ذلك في الأهمية، المعلومات حول الاختلافات في المخاطر لوفيات الأمهات، وعلى سبيل المثال، بين مجتمعات المناطق النائية والحضرية أو الفقراء والأغنياء في الدولة. ولسوء الحظ، هنالك ندرة في البيانات الموثوقة والقابلة للمقارنة، وغالباً ما تُعد السياسات أو البرامج على الرغم من غياب البيانات التي تُحدد النساء اللواتي على درجة عالية من الخطورة لوفيات الأمهات، وعدم كفاية المعلومات حول ماهية الإجراءات التي يمكن أن تُخفف هذه الوفيات (٤,٢).

يمكن أن تستخدم البيانات الموثوقة حول مستويات وأسباب وفيات الأمهات في تخطيط ومتابعة وتقييم البرامج، ويمكن استخدام هذه البيانات أيضاً لوضع الأولويات والدعوة والتأييد، والتي يمكن أن تساعد في رفع مستوى الوعي حول الأمومة الآمنة، وتعزيز المسؤولية وحشد التمويل (٤,٢).

أهداف الدراسة :

تهدف دراسة وفيات الأمهات في الاردن ٢٠٠٧-٢٠٠٨ إلى ما يلي:

١. تقدير مُعدّل وفيات الأمهات لدى السيدات الأردنيات في سن الإنجاب.
٢. التعرفُ على الأسباب المباشرة وغير المباشرة لوفيات الأمهات.
٣. تحديد مدى إمكانية الوقاية من وفيات الأمهات.
٤. تحديد العوامل التي إذا تم التعامل معها، يمكن أن تؤدي إلى الوقاية من وفيات الأمهات.
٥. تقييم مدى ملاءمة واكتمال سجلات المستشفيات الطبية والسجلات الحيوية.

المنهجية :

الفئة المستهدفة وعينة الدراسة :

تم حصر جميع الوفيات في سن الإنجاب في الأردن (المؤسسية وغير المؤسسية) خلال عامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨. وتمت مراجعة جميع الوفيات المدرجة في قوائم السجل الوطني للوفيات و/أو شهادات الوفاة للنساء في عمر ١٥-٤٩ سنة والسجلات الطبية المتعلقة بها اعتماداً على التعريف الخاص بالتصنيف الدولي للأمراض (ICD - 10) مع استثناء وفيات الأمهات المتأخرة والوفيات المتعلقة بالحمل (٦).

هدفت الدراسة إلى تحديد جميع وفيات الأمهات في الأردن للأعوام ٢٠٠٧-٢٠٠٨. استخدم أسلوب مسح الوفيات في سن الإنجاب (RAMOS) لدراسة وفيات الأمهات. وتعتبر مسح الوفيات في سن الإنجاب الطريقة المثلى لتحديد الوفيات المتعلقة بالحمل وتتضمن:

١. تحديد واستقصاء أسباب جميع وفيات النساء في سن الإنجاب في منطقة/مجموعة سكانية محدودة باستخدام مصادر متعددة للبيانات عن جميع النساء المتوفيات من عمر ١٠ ولغاية ٥٠ سنة (مثل مقابلات أفراد العائلة، التسجيل الحيوي، سجلات الدفن، القابلات التقليديات، مراجعة السجلات الطبية للأطباء والعيادات والمستشفيات).
٢. مراجعة سجلات التشريح لحالات وفيات مختارة ولأسباب يمكن أن تكون ذات صلة بالحمل مثل الوفيات الناتجة عن النزيف، الجلطات، وخمج الدم.
٣. لا تتم مراجعة الوفيات التي تعود لأسباب مثل الإصابات الناتجة عن حوادث السير والسرطانات.

يتصف أسلوب مسح الوفيات في سن الإنجاب بما يلي :

١. يتم الحكم فيما يتعلق بأحدث وأفضل تقدير (مثل اختيار طريقة الأخوات المباشرة بدلاً من غير المباشرة، ودراسة الوفيات في سن الإنجاب بدلاً من التسجيل الحيوي إذا كان كلاهما متوفرًا لنفس السنة).
٢. تملاً مسح الوفيات في سن الإنجاب الفراغ الناتج عن ضعف أنظمة التسجيل الحيوي.
٣. وجوب استخدام مصادر مختلفة للبيانات، فليس هناك مصدراً واحداً يحدد جميع الوفيات.
٤. يؤدي التحديد الغير كافي لجميع الوفيات في سن الإنجاب إلى خفض في تقدير معدل وفيات الأمهات.
٥. تُستخدم المقابلات مع أفراد العائلة ومقدمي الخدمات الصحية ومراجعة سجلات المؤسسات الصحية لتصنيف الوفيات كوفيات أمهات أو غير ذلك.
٦. يوفر هذا الأسلوب إذا تم إجراؤه بشكل صحيح تقديراً صائباً لوفيات الأمهات (في غياب أنظمة التسجيل الروتينية الموثوقة)، ويمكنه توفير معدلات وطنية لهذه الوفيات.
٧. من الممكن أن يكون معقداً ويحتاج لوقت طويل وتكلفة عالية.
٨. من الممكن أن يكون عدد المواليد الأحياء المستخدم في احتساب المعدل غير دقيق، وذلك عندما تتم ولادة معظم النساء في المنازل.

التعريف الإجرائي

يشتمل التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات العلاقة لمنظمة الصحة العالمية، المراجعة العاشره ١٩٩٢ (ICD - 10)، على المفاهيم والتعاريف التاليه (٦):

وفاة الأم

تُعرف "بوفاة الأم خلال الحمل والولادة أو خلال ٤٢ يوماً من إنهاء الحمل، بغض النظر عن مُدة الحمل أو موضعه، لأي سبب له علاقة بالحمل أو تفاقم بسببه، أو بالتدابير العلاجية للحمل، وليس لأسباب عرضيه أو تصادفية (Accidental or incidental)".

يحتاج هذا التعريف إلى معلومات حول أسباب الوفاة لكي يتم استبعاد الأسباب العرضيه أو التصادفيه وتصنيف وفيات الأمهات إلى مجموعتين: وفاة توليديّة مباشرة ووفاة توليديّة غير مباشرة.

الوفاة التوليديه المباشرة

تُعرف "بالوفاة الناجمة عن المضاعفات التوليديه لحالة الحمل (الحمل، والولادة، والنفاس) من المداخلات، الإهمال، العلاج الخاطئ، أو سلسلة الأحداث الناتجة عن أي من أعلاه".

الوفاة التوليديه غير المباشرة

تُعرف "بالوفاة الناجمة عن مرض موجود مسبقاً أو مرض حدث خلال الحمل ولم يكن ناجماً عن أسباب توليديّة مباشرة ولكنه تفاقم بالتأثير الفيسيولوجي للحمل".

الوفاة المتعلّقه بالحمل

تُعرف "بوفاة المرأة خلال الحمل أو خلال ٤٢ يوماً من إنهاء الحمل، بغض النظر عن سبب الوفاة". يشتمل مفهوم الوفاة المتعلّقه بالحمل على وفيات الأمهات لأي سبب كان. وحسب هذا المفهوم، تُعرف أية وفاة خلال الحمل أو الولادة أو فترة ما بعد الولادة بأنها "وفاة متعلّقه بالحمل حتى لو كانت لأسباب عرضيه أو تصادفية. يسمح هذا التعريف بقياس الوفيات في الحالات التي لا يتوفر فيها معلومات دقيقة حول أسباب الوفيات اعتماداً على الشهادات الطبية، ومثال ذلك استخدام طرق الأخوات، وبدون استيضاح أية معلومات عن سبب الوفاة، وبذلك نقيس الوفيات المتعلّقه بالحمل وليس وفيات الأمهات.

مقاييس وفيات الأمهات:

تعود أهمية قياس وفيات الأمهات لما يلي:

- تأسيس مستويات واتجاهات لوفيات الأمهات.
- التعرف على خصائص ومحددات وفيات الأمهات.
- متابعة وتقييم فعالية الأنشطة المصممة لتخفيض وفيات الأمهات.
- متابعة التقدّم نحو الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية الالفية.

مُعدّل /نسبة وفيات الأمهات (Maternal Mortality Ratio)

عدد وفيات الأمهات خلال فترة زمنية محدّدة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حيّ خلال نفس الفترة.

$$\text{مُعدّل /نسبة وفيات الأمهات} = \text{MMRatio} = \frac{\text{عدد وفيات الأمهات}}{\text{عدد المواليد الأحياء}} \times 100,000$$

$$\text{مُعدّل /نسبة وفيات الأمهات} = \text{MMRatio} = \frac{\text{مُعدّل وفيات الأمهات}}{\text{مُعدّل الخصوبة العام}}$$

$$\text{مُعدّل /نسبة وفيات الأمهات} = \text{MMRatio} = \frac{1 - (\text{الخطورة العمرية لوفيات الأمهات})^{TFR/1}}{TFR} = \text{مُعدّل الخصوبة الإجمالي}$$

مُعدّل وفيات الأمهات (Maternal Mortality Rate)

عدد وفيات الأمهات خلال فترة زمنية محدّدة لكل ١٠٠,٠٠٠ امرأة في سن الإنجاب، أو السنوات التي تتعرض فيها المرأة للخطورة، خلال نفس الفترة.

$$\text{مُعدّل وفيات الأمهات} = \text{MMRate} = \frac{\text{عدد وفيات الأمهات}}{\text{عدد النساء في عمر ١٥-٤٩ سنة}} \times 100,000$$

$$\text{مُعدّل وفيات الأمهات} = \text{MMRate} = \text{مُعدّل /نسبة وفيات الأمهات} (\text{MMRatio}) \times \text{مُعدّل الخصوبة العام}.$$

$$\text{مُعدّل وفيات الأمهات} = \text{MMRate} = 1 - (1 - \text{الخطورة العمرية لوفيات الأمهات})^{35/1}$$

الخطورة العمرية لوفيات الأمهات (LTR)

يُعبّر عادة عن احتمال وفاة الأم خلال سنواتها الإنجابية بأرقام فردية.

$$\text{الخطورة العمرية لوفيات الأمهات} = 1 - (1 - \text{مُعدّل وفيات الأمهات} (\text{MMRate}))^{35}$$

نسبة وفيات الأمهات من وفيات الإناث

وفيات الأمهات كنسبة من وفيات الإناث في سن الإنجاب (عادة ١٥-٤٩ سنة) خلال فترة زمنية محدّدة. وهي تعكس مساهمة وفيات الأمهات من إجمالي الوفيات لدى النساء في سن الإنجاب.

$$\text{نسبة وفيات الأمهات من وفيات الإناث} = \frac{\text{عدد وفيات الأمهات خلال فترة زمنية}}{\text{عدد وفيات النساء في عمر ١٥-٤٩ سنة خلال نفس الفترة}}$$

مُعدّل الهلاك للحالة أو الإصابة المرضية (Case Fatality Rate)

يعكس عدد النساء اللواتي تُوفّقن نتيجة مضاعفات محدّدة من إجمالي عدد النساء الحوامل أو حديثات الولادة اللواتي حدث معهن نفس المضاعفات.

تصميم الدراسة

طرق قياس وفيات الأمهات

استُخدمت عدة طرق لجمع البيانات والتأكد من مصداقيتها بهدف قياس وفيات الأمهات، حيث استُخدمت أنظمة التسجيل المدني، المسوح الأسرية، طرق مقابلة الأخوات، دراسات الوفيات في سن الإنجاب، مراجعة الوفيات على مستوى المجتمع، ومراجعة الوفيات على مستوى المؤسسات الصحية.

أنظمة التسجيل المدني

مثالياً، ينبغي الحصول على وفيات الأمهات من بيانات السجل المدني حيث يتم التسجيل الروتيني للمواليد والوفيات. ومع ذلك، فحتى عندما يتم تحديد جميع الوفيات اعتماداً على الشهادات الطبية المعتمدة، فإنه يمكن فقدان أو إساءة تصنيف وفيات الأمهات، وعليه فإن هناك حاجة إلى الإكتشاف النشط للحالات (٧).

المسوح الأسرية

توفر المسوح الأسرية بديلاً عندما تكون بيانات السجل المدني غير متوفرة. ومع ذلك، فهي تُحدد الوفيات المتعلقة بالحمل أكثر من وفيات الأمهات، وتحتاج إلى حجم عينة كبير لتوفير تقديرات موثوقة نظراً لأن وفيات الأمهات يعتبر حدثاً نادراً. وبسبب اتساع فترة الثقة (confidence interval)، فإنه يصعب متابعة اتجاهات وفيات الأمهات حتى لو كان حجم العينة كبيراً (٢).

طرق الأخوات (Sisterhood methods)

تجمع طرق الأخوات المعلومات بإجراء مقابلات مع عينة ممثلة من المستجيبين حول بقاء جميع أخواتهم البالغات على قيد الحياة. ويتم الحصول على بيانات عن عدد الأخوات اللواتي سبق لهن الزواج مع تفصيلات عن كونهن على قيد الحياة أم متوفيات، وفيما إذا كان للوفاة علاقة بالحمل والولادة وفترة الستة أسابيع بعد الولادة. تقلل هذه الطريقة حجم العينة، ولكنها تُحدد الوفيات المتعلقة بالحمل وليس وفيات الأمهات، وبفترة ثقة واسعة، وبذلك فإنها تحول دون تحليل الاتجاهات (٨،٩).

دراسات الوفيات في سن الإنجاب

تحدد هذه الطريقة وتستقصي جميع وفيات النساء في سن الإنجاب في مجموعة سكانية محددة باستخدام مصادر متعددة للبيانات (السجل المدني، إداخلات وزارة الصحة، سجلات المؤسسات الصحية، المقابلات مع مقدمي الخدمات الصحية الذين تابعوا الحالة، سجلات الطب الشرعي، وأفراد العائلة) (١٠-١٢).

مراجعة وفيات الأمهات على مستوى المجتمع (التشريح الشفهي - Verbal autopsy)

تعتمد هذه الطريقة على مقابلة أفراد العائلة، الجيران، والقابلات التقليديات، عند عدم توفر أسباب الوفاة. ويكون سوء التصنيف لوفيات النساء في سن الإنجاب شائعاً في هذه الطريقة (١٣-١٥).

التعداد السكاني

نظراً لشمول جميع النساء بالتعداد السكاني الوطني، فإنه يتم التخلص من خطأ المعاينة. هناك حاجة للحصول على المزيد من المعلومات من قبل أشخاص مدربين على الإستعلام عن وفيات الأمهات (١٦).

مراجعة وفيات الأمهات على مستوى المؤسسات الصحية

هي استقصاء نوعي معمق عن الأسباب التي ساهمت والظروف التي أحاطت بوفيات الأمهات في المؤسسات الصحية. وهي تهتم بشكل خاص بتعقب مسار المرأة المتوفاة خلال نظام الرعاية الصحية وفي المؤسسة الصحية، وذلك للتعرف على أي من العوامل التي كان بالإمكان تفاديها ومعالجتها والتي يمكن تغييرها لتحسين رعاية الأم في المستقبل (١٧).

جمع البيانات

قبل البدء بالدراسة، تم الإتفاق مع المجلس الأعلى للسكان على البروتوكول التنفيذي للدراسة، وأصدر المجلس الكتب الرسمية اللازمة لجميع الجهات الحكومية وغير الحكومية المشاركة في الدراسة. قام فريق الدراسة بزيارات لدائرة الأحوال المدنية/ السجل المدني ومديرية المعلومات في وزارة الصحة، وتم الحصول على قائمة شاملة لوفيات النساء في عمر ١٥-٤٩ سنة من وزارة الصحة والسجل المدني في الأردن (كانت هذه المؤسسات الحكومية هي المصدر الرئيسي لتجميع شهادات الوفاة للنساء في سن الإنجاب). ودمج القائمتين وحذف الإزدواجية، تم إعداد قائمة رئيسية واحدة بأسماء جميع المتوفيات من النساء في سن الإنجاب. اشتملت القائمة الرئيسية على أسماء النساء المتوفيات (الأول، الأب، الجد، واسم العائلة)، تاريخ الميلاد، تاريخ الوفاة، مكان الوفاة، العنوان، والرقم الوطني. وكانت هذه الخطوة الأولى نحو إعداد القائمة الرئيسية.

اجتمع فريق الدراسة على نحو منتظم للقيام بما يلي:

١. إعداد إستبانة الدراسة. أُعدت الإستبانة (ملحق ١) واشتملت على ثلاثة أجزاء: معلومات على مستوى المستشفيات والعائلات (الجزء الأول والثاني) تضمنت أسئلة لتعبئتها من سجلات المستشفيات، الأطباء، وأفراد العائلة. وخصص الجزء الثالث للتشريح الشفهي للحالات التي كانت بدون أسباب مؤكدة للوفاة في الأجزاء السابقة من الإستبانة. قُسمت النسخة النهائية إلى أجزاء فرعية تضمنت بيانات ديموغرافية، معلومات عن الإدخال، معلومات عن حادثة الوفاة، التاريخ العائلي والطبي والتوليدي، الحمل المرجعي، معلومات ملف المستشفى، معلومات العائلة بما فيها الوضع الاجتماعي - الاقتصادي، التأخير في اتخاذ الإجراءات، جودة خدمات الرعاية الصحية، وأسئلة التشريح الشفهي.
٢. الإتفاق على بروتوكول جمع البيانات. تم الإتفاق على الإتصال مع أقارب النساء المتوفيات من خلال أرقام الهواتف المتوفرة. وعندما أشارت النتائج بعدم حدوث الوفاة خلال الحمل والولادة أو خلال ٤٢ يوماً من إنهاء الحمل، فقد تم تصنيف الإسم بـ (لا) في القائمة الرئيسية، ولم تتخذ أية إجراءات لاحقة لاستقصاء سجلات المستشفيات. وتمت مراجعة سجلات المستشفيات لجميع الأسماء المتبقية.
٣. الإتفاق على استقصاء جميع وفيات النساء في سن الإنجاب في وكالة الغوث الدولية، وجميع أقسام الطب الشرعي والمستشفيات في الأردن.
٤. استكشاف أفضل الطرق لتحديد مكان وفاة النساء اللواتي لم يتوفر تفاصيل عن مكان وفاتهن في القائمة الرئيسية. اتفق الفريق على البحث في هذه التفاصيل بالعثور أولاً على أرقام هواتف الأقارب من الدرجة الأولى من دليل الهاتف. وقد ساعد المهنيون الصحيون المحليون من الأطباء والقابلات والممرضات بتحديد بعض العناوين وأرقام الهواتف.
٥. الإتصال باختصاصيين في المجالات الأخرى للإستشارة في الحالات التي لم يكن سبب الوفاة واضحاً أو كان خلافياً. مثل استشارة اختصاصيي النسائية والتوليد وعلم الأنسجة والأشعة والتخدير، وخبراء الطب الشرعي.

التنفيذ

بدأ المسح التجريبي في كانون الثاني ٢٠٠٨ في مستشفى الأميرة بسمة في مدينة إربد شمال الأردن. عيّن فريق الدراسة أحد أعضاء الفريق مسؤولاً عن تحديد وجمع البيانات لجميع وفيات الأمهات. واشتمل البروتوكول على تحديد جميع المستشفيات في الأردن، والإتصال مع مكاتبها الإدارية، وزيارتها للبحث عن سجلات جميع النساء في القائمة الرئيسية، وإعادة التدقيق مع سجلات الوفيات في المستشفيات لاكتشاف أية أسماء محتملة لم يتم إدراجها في القائمة الرئيسية.

تم الحصول على قائمة من السجل المدني تضمنت ١١٦٤ إسماً لنساء متوفيات في عمر ١٥-٤٩ سنة، وتضمنت الإسم الكامل، مكان السكن، الرقم الوطني، تاريخ الميلاد والوفاة، ومكان الوفاة. وتم الحصول من وزارة الصحة على ٨٤٨ إسماً اشتملت على الإسم الكامل، مكان السكن، الرقم الوطني، تاريخ الميلاد والوفاة، مكان الوفاة، إسم الطبيب الذي تابع الحالة، الحالة الزوجية، ورقم الهاتف إذا كان متوفراً.

جمعت القائمتين في قائمة واحدة اشتملت على تفصيلات عن ١١٧٧ امرأة متزوجة في الفئة العمرية ١٥-٤٩. وصُنفت الأسماء التي تضمنتها القائمة حسب المنطقة التي حدثت فيها الوفاة: الشمال (٢٧٢ إسماً)، الوسط (٨٠٢ إسماً)، ومنطقة الجنوب (١٠٣ إسماً).

وفي هذه القائمة، لم يتوفر تفاصيل خاصة بالمستشفيات عن ٥١٨ إسماً. تم الإتصال بمن توفر لديهن أرقام هواتف، وأجريت محاولات مكثفة للحصول على هذه الأرقام من دليل الهاتف في حال عدم توفرها، وتم الإتصال بأقاربهن فيما يتعلق بالتفاصيل حول المستشفيات، الأقسام، أسماء الأطباء، توقيت الوفاة فيما يتعلق بالحمل أو النفاس، وعمر الطفل الأصغر. وتمت زيارة المستشفيات للإستقصاء عن النساء اللواتي لم يتم الإتصال بعائلاتهم. وقد تم تقليص عدد النساء اللواتي لم يتوفر معلومات حول مكان محدد للوفاة أو أرقام اتصال إلى ٣٢٢، وباستمرار البحث عن أرقام هواتف الأقارب ومقدمي المعلومات حول الوفاة، خُفض هذا الرقم إلى ٨٢. ومن ٢٤٠ حالة وفاة تم الإتصال بشأنها، كان هناك حالة واحدة فقط من وفيات الأمهات، وتم إعادة التدقيق بشأنها من خلال زيارة لمستشفى الأميرة إيمان في معدي. وقد تم الحصول بشكل مباشر على ٢٢٩ إسماً لامرأة متوفاة في سن الإنجاب من خلال زيارات المستشفيات.

تم القيام بزيارات لأقسام الشرطة المسؤولة عن الحالات التي "وصلت متوفاة" لتحديد أية حالات ممكنة. وتم زيارة أقسام الطب الشرعي المتوفرة لتحديد أية حالات لم يتم معرفة أسباب وفاتها.

كان الرقم النهائي للنساء المتوفيات في سن الإنجاب في سجلات المستشفيات ١٤٠٦ إسماً تم تحديدها من القائمة الرئيسية وسجلات المستشفيات (١١٧٧، ٢٢٩ إسماً على التوالي) (شكل ١). كانت الزيارة التالية لعائلات النساء المتوفيات بعد الإتصال الهاتفي، وبذلك، فإنه قد تم الوصول إلى جميع مصادر المعلومات الممكنة لتحديد وفيات الأمهات. تم تعبئة الإستبانة بالمعلومات عن جميع حالات وفيات الأمهات التي تم تحديدها، وتم تدقيقها بحثاً عن المعلومات الناقصة من الأطباء، أقسام الولادة، وأفراد العائلة كلما دعت الحاجة.

تصنيف العمليات القيصرية

صُنفت أنواع العمليات القيصرية على النحو التالي:

طارئة (emergency): عند وجود تهديد فوري لحياة المرأة أو الجنين.

عاجلة (urgent): عند تعرّض الأم والجنين للخطر الذي لا يشكل تهديداً فورياً للحياة.

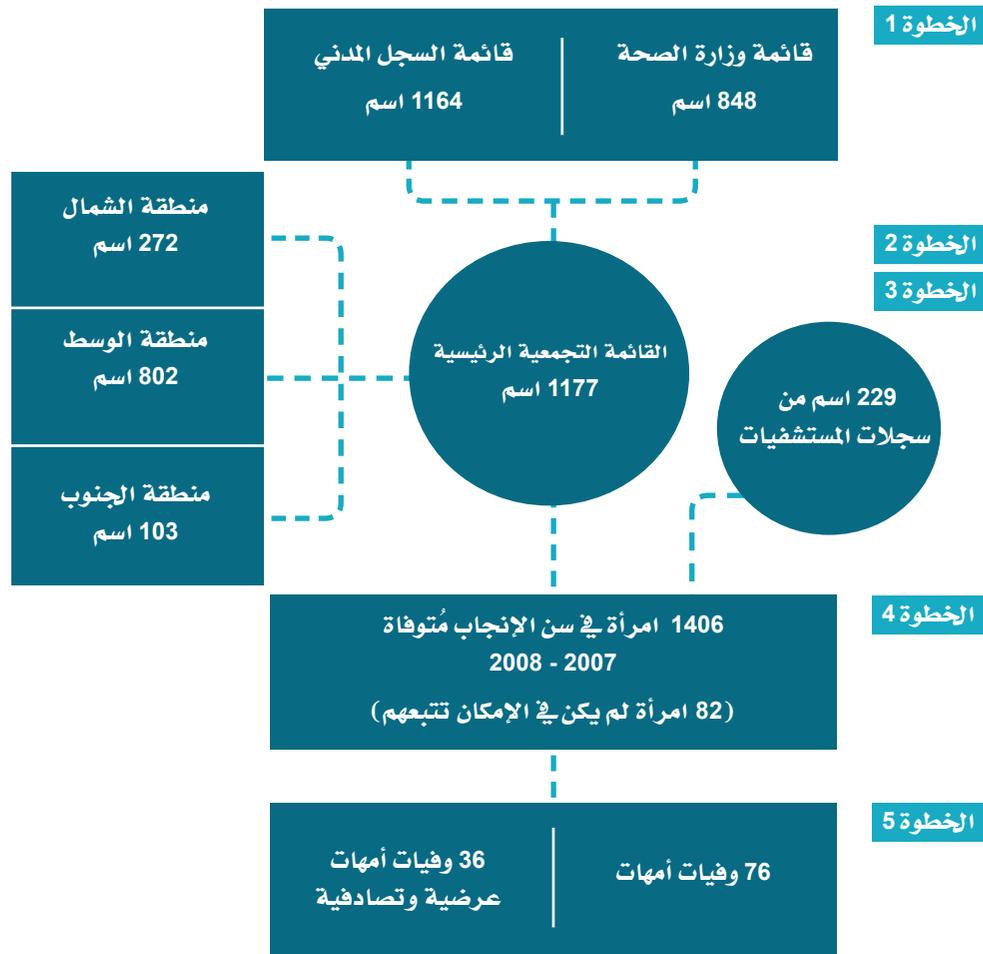
اختيارية (elective): تُجرى في وقت يلائم المريضة وفريق التوليد.

حول الوفاة (perimortem): تُجرى في النهايات بينما تكون المرأة تحت الإنعاش النشط.

بعد الوفاة (postmortem): تُجرى بعد وفاة الأم لمحاولة إنقاذ الجنين.

يشير التعريف المستخدم في هذا التقرير حول "الرعاية دون المستوى بشكل كبير (Major)" إلى تلك الرعاية التي ساهمت بقوة في وفاة الأم بينما من المتوقع إمكانية تغيير النتائج من خلال المعالجة المختلفة للحالة، أما "الرعاية دون المستوى بشكل بسيط (Minor)"، فهي عندما كان هناك عاملاً مساهماً له علاقة، ولم يكن هناك احتمالية لتغيير النتائج من خلال المعالجة المختلفة للحالة.

شكل (١) خطوات تحديد حالات وفيات الأمهات خلال عامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨



مُعدّل / نسبة وفيات الأمهات (Maternal Mortality Ratio)

يتطلب احتساب مُعدّل / نسبة وفيات الأمهات إلى ما يلي:

١. عدد وفيات الأمهات حسب التعريف المُعتمد لعامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨

٢. عدد إجمالي المواليد الأحياء في الأردن لعامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨

مُعدّل / نسبة وفيات الأمهات (MMRatio): عدد وفيات الأمهات خلال فترة زمنية محدّدة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حيّ خلال نفس الفترة الزمنية.

$$\text{مُعدّل / نسبة وفيات الأمهات} = \frac{\text{عدد وفيات الأمهات}}{\text{عدد المواليد الأحياء}} \times 100,000$$

تحليل البيانات

رُمِّت جميع البيانات وأدخلت إلى ملف إكسل، ثم نُقلت إلى الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية (SPSS، النسخة ١٥). نُظِّمَت البيانات ولُخِّصَت باستخدام المتوسطات والنسب والتكراريات (إستخدام التوزيع التكراري لمتغيرات الفئات، واستُخدمت المتوسطات والانحراف المعياري للمتغيرات المستمرة). استُخدم برنامج الحاسوب (جراف باد- Graph pad) لتحليل فترة الثقة (Confidence interval) (١٨).

النتائج

خصائص وفيات الأمهات

تم تحديد ٧٦ وفاة للأمهات في عامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨ من إجمالي ٣٩٧٥٨٨ مولود حي، وبمعدل وفيات أمهات ١٩,١ وفاة لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي. ومن هذه الوفيات، كان ٤٠,٨% في الفئة العمرية ١٥-٢٩ سنة، ولدى ٢٩,٣% حجم أسرة ٧ أفراد أو أكثر، وحدثت ١٥,٨% من الوفيات في منطقة الجنوب من الأردن والتي يُشكّل عدد سكانها ٩,٣% فقط من إجمالي السكان في الأردن (١٩). وكان ٣٨,١% فقط من النساء قد أكملن بعض التعليم الجامعي، ولدى ١٩% شهادات مدرسية عالية، ١٤,٣% تعليم مدرسي متوسط، ١٩% تعليم ابتدائي، وكان ٩,٦% من الأميات. كان دخل الأسرة الشهري أقل من ٣٥٠ دينار أردني لدى الغالبية (٨٠,٤%). ومن إجمالي وفيات الأمهات، حدث ٤٦,١% منها في المستشفيات الطرفية، ولم تتم ١٧,١% من الوفيات في المستشفيات.

يبين الجدول (١) توزيع وفيات الأمهات حسب الخصائص الاجتماعية-الاقتصادية، وخصائص الأمهات والخصائص الأخرى ذات العلاقة.

جدول (١) توزيع وفيات الأمهات حسب خصائص محددة

المتغيرات	العدد	%
العمر		
٢٩-١٥	٣١	٤٠,٨
٣٩-٣٠	٢٧	٣٥,٥
٤٠<	١٨	٢٣,٧
الإقليم		
الوسط (٦٢,٣% من السكان)	٤٥	٥٩,٢
الشمال (٢٨,١% من السكان)	١٩	٢٥
الجنوب (٩,٣% من السكان)	١٢	١٥,٨
حجم الأسرة		
٣-٢	١٧	٢٩,٣
٦-٤	٢٤	٤١,٤
٧<	١٧	٢٩,٣
الدخل بالدينار الأردني		
٣٥٠≥	٤١	٨٠,٤
٣٥٠<	١٠	١٩,٦
عدد الأحمال		
٣-١	٢٨	٤٣,١
٦-٤	٢١	٣٢,٣
٧<	١٦	٢٤,٦
عدد الولادات		
١-٠	٢٣	٣٤,٨
٤-٢	٢٦	٣٩,٤
٥<	١٧	٢٥,٨
عمر الحمل		
٢٧≥	١٨	٢٤
٣٦-٢٨	١٧	٢٢,٧
٣٧<	٤٠	٥٣,٣
الجنسية		
أردنية	٧٠	٩٢,١
مصرية	٣	٣,٩
سورية	١	١,٣
صينية	١	١,٣
بنغالية	١	١,٣

مقاييس وفيات الأمهات

يُبين الجدول (٢) مقاييس وفيات الأمهات والبيانات الضرورية للأردن لعامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨. فقد كان مُعدّل وفيات الأمهات ١٩,١ لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حيّ (فترة ثقة ٩٥% : ١٤,٣ إلى ٢٦,٥). وكانت الخطورة العمرية للبالغات لوفيات الأمهات (إحتمال وفاة الأنثى في عمر ١٥ سنة لأسباب تعزى للأمومة) ١ إلى ١٤٢٨.

جدول (٢) عدد وفيات الأمهات، عدد المواليد الأحياء، مُعدّل الخصوبة الكلي، ومقاييس وفيات الأمهات لعامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨	
٧٦ (٦٠ إلى ٩٥)	عدد وفيات الأمهات (فترة ثقة ٩٥%)
١٩٢٠٥٨	عدد المواليد الأحياء في عام ٢٠٠٧
٢٠٥٥٣٠	عدد المواليد الأحياء في عام ٢٠٠٨
٣٩٧٥٨٨	عدد المواليد الأحياء في عامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨
٣,٦	مُعدّل الخصوبة الكلي
١٩,١ (١٤,٣ إلى ٢٦,٥)	مُعدّل/نسبة وفيات الأمهات MM Ratio (لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي) (فترة ثقة ٩٥%)
٢	مُعدّل وفيات الأمهات MM Rate (لكل ١٠٠,٠٠٠ امرأة في سن الإنجاب)
١ إلى ١٤٢٨ (٠,٠٠٠٧)	الخطورة العمرية لوفيات الأمهات (إحتمالية وفاة الأنثى في عُمر ١٥ سنة لأسباب تعزى للأمومة)

أسباب وفيات الأمهات

من إجمالي ٧٦ وفاة (٣٥ وفاة في عام ٢٠٠٧ إضافة إلى ٤١ وفاة في عام ٢٠٠٨) ، كان ٥٦ (٧٣,٧٪) منها تُعزى لأسباب مباشرة. ومن إجمالي الوفيات، كان ١٩ (٢٥٪) بسبب النزيف، والذي كان السبب المباشر الأكثر شيوعاً لوفيات الأمهات، والعامل الأكثر تكراراً في وفيات الأمهات حسب الأسباب. وكانت أمراض القلب هي السبب الأكثر شيوعاً للوفيات غير المباشرة (١٠,٥٪). وبشكل عام، فإن أكثر من نصف وفيات الأمهات تُعزى للنزيف، التخثرات وانسداد الأوعية الدموية التخثري، وحمج الدم. ويبين الجدول (٣) توزيع أسباب وفيات الأمهات.

جدول (٣) الأسباب المباشرة وغير المباشرة لوفيات الأمهات لدى النساء الأردنيات في عامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨ (العدد=٧٦)		
أسباب وفيات الأمهات	العدد	%
الأسباب المباشرة	٥٦	٧٣,٧%
النزيف		
تمزق الرحم (العدد=٥)		
إرتخاء الرحم (العدد=٥)		
انفصال المشيمة (العدد=٣)		
تجلط الأوعية الدموية المنتشر (العدد=٤)		
إنفجار الحمل خارج الرحم (العدد=٢)		
التخثرات وانسداد الأوعية الدموية التخثري	١٨	٢٣,٧
حمج الدم	٦	٧,٩
اضطرابات ارتفاع ضغط الدم	٥	٦,٦
الجلطة الناتجة عن السائل الأمنيوسي	٤	٥,٣
التخدير	٣	٣,٩
الإستفراغ المفرط خلال الحمل	١	١,٣
الأسباب غير المباشرة	٢٠	٢٦,٣%
أمراض القلب	٨	١٠,٥
أمراض الجهاز العصبي المركزي		
الحوادث الوعائية الدماغية (العدد=٤)		
الصرع (العدد=٢)		
الأمراض السارية		
الإلتهاب البيريتوني الكبدى المراري (العدد=٢)		
الإلتهاب البيريتوني البنكرياسي (العدد=١)		
التهاب الرئة الصديدي (العدد=١)		
فقر الدم المزمن	١	١,٣
الفشل الكلوي	١	١,٣

وفيات الأمهات حسب إمكانية أو عدم إمكانية تفاديها

قُدِّرت العوامل التي وُجِدَت وكان يمكن تفاديها في ٤١ (٥٣,٩%) وفاة من إجمالي وفيات الأمهات. فقد حصلت أربعون امرأة (٥٢,٦%) على رعاية دون المستوى، وتوافقت خمسة وسبعون بالمائة من الوفيات بسبب أمراض القلب مع بعض درجات الرعاية دون المستوى. ومن إجمالي، لم تراجع ٩ (١٦,٧%) من النساء المتوفيات أية مؤسسة صحية للرعاية أثناء الحمل، وحصلت ١٥ (٣٣,٣%) على ما مجموعه ٣ زيارات أو أقل للرعاية أثناء الحمل. وتقع مسؤولية هذه العوامل على المرأة نفسها، الممارسين الطبيين الذين يقومون بالتحويل، والكوادر الطبية في المستشفيات، أو تركيبة منها. وكان يمكن الوقاية من معظم هذه الوفيات في حالة عدم وجود عوامل محددة، سواءً من جانب الأسرة أو من جانب الكوادر الصحية (جدول ٤).

جدول (٤) العوامل المرافقة لوفيات الأمهات لدى النساء الأردنيات في عامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨

العوامل	العدد	%
التأخير في النقل	٣	٤
التأخير في البحث عن الرعاية	٤٢	٥٥,٣
التأخير في تقديم الرعاية الفورية	٣٧	٤٨,٧
التدابير العلاجية دون المستوى	٤٠	٥٢,٦
المؤسسات الصحية غير المثالية	٤	٥,٣

توزيع وفيات الأمهات حسب متغيرات هامة:

يُبين الجدول (٥) توزيع وفيات الأمهات في عامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨ حسب مدة الحمل، نوع المستشفى، ووضع تشريح الجثة. كان المستشفى هو المكان لمعظم حالات الوفاة. ومن إجمالي وفيات الأمهات، وصل ١٧,١% من النساء متوفيات، وتوفي ٢,٦% من النساء في مستشفيات الولادة، ٤٦,١% في المستشفيات العامة الطرفية، ٣٤,٢% في المستشفيات العامة التحويلية. وتوفي أكثر من نصف النساء (٥٦,٦%) بعد الولادة، و ٣٦,٨% خلال الحمل، و ٦,٦% خلال الولادة. وأجري تشريح الجثة لما مجموعه ٢٢ امرأة (٢٨,٩%) (جدول ٥).

جدول (٥) التوزيع التكراري لوفيات الأمهات لدى النساء الأردنيات في عامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨ حسب مدة الحمل، نوع المستشفى، ووضع تشريح الجثة (العدد = ٧٦).

مدة الحمل	العدد	%
خلال الحمل	٢٨	٣٦,٨
خلال الولادة	٥	٦,٦
بعد الولادة	٤٣	٥٦,٦
نوع المستشفى		
مُتوفاة عند الوصول	١٣	١٧,١
مستشفى ولادة	٢	٢,٦
مستشفى طريفي	٣٥	٤٦,١
مستشفى تحويلي	٢٦	٣٤,٢
وضع تشريح الجثة		
تشريح للمُتوفاة عند الوصول	١٣	١٧,١
تشريح للمُتوفاة في المستشفى	٩	١١,٨
تُوفيت عند الوصول - لم تُشرح	٣	٣,٩
تُوفيت في المستشفى - لم تُشرح	٥١	٦٧,١

يُبين الجدول (٦) نوع الولادة لجميع وفيات الأمهات التي حدثت بعد ٢٤ أسبوع من الحمل. ويتضح أنه قد أُجريت ولادة بعملية قيصرية لما مجموعه ٢٧ امرأة.

جدول (٦) التوزيع التكراري لوفيات الأمهات حسب نوع ووضع الولادة (العدد = ٧٦).

نوع الولادة	العدد	%
لم تتم الولادة	٢٤	٣١,٥
إجهاض	٥	٦,٥
مهبلية تلقائية	١٥	١٩,٧
مهبلية مُستحثة	١	١,٣
بالشفط	١	١,٣
بالمقاط	٣	٣,٩
مهبلية بالمقعدة	٠	٠
عملية قيصرية	٢٧	٣٥,٥
طارئة	٢٠	٢٦,٣
إختيارية	٥	٦,٥
حول الوفاة	١	١,٣
بعد الوفاة	١	١,٣

علاوة على ذلك، فمن إجمالي ٧٦ وفيات أمهات، لم تتوفر تفاصيل عن تنظيم الأسرة لدى ٢٥ (٣٢,٩٪) منهن. ومن اللواتي توفر معلومات عنهن، استخدمت ١٥ امرأة فقط أي نوع من وسائل تنظيم الأسرة سابقاً، ولم تستخدم ٣٦ (٧٠,٦٪) امرأة أي نوع من موانع الحمل على الإطلاق. ومن الإجمالي، كان ٣٩ (٥١,٣٪) منهن يخططن لهذا الحمل.

كان ثمانية وثلاثون (٥٠٪) من أقارب الدرجة الأولى راضين عن الخدمات الصحية التي قدمت لقربياتهم المتوفيات. ومن الأسباب التي ذُكرت لعدم الرضا الإنتظار الطويل (٢٨٪)، عدم الإحترام (٣٩٪)، تأخر الرعاية (٥٣٪)، ونقص الكوادر الكفؤة (٦٣٪).

خصائص ومُحددات وفيات الأمهات

الحصول على الرعاية

وضع التأمين الصحي: لم يكن لدى ٢٤,٦٪ المتوفيات تأميناً صحياً، وكان لدى ٢٠٪ منهن تأميناً صحياً عسكرياً، ولدى ٣٨,٥٪ تأميناً صحياً من وزارة الصحة، ولدى ٧,٧٪ تأميناً صحياً من وكالة الغوث ولكنه لا يغطي إجراءات الولادة، وكان لدى ٩,٢٪ تأميناً صحياً من شركات القطاع الخاص.

النقل: لم يكن لدى ٩٧٪ من المتوفيات مشاكل متعلقة بالوصول للمؤسسات الصحية، وكان ٢٠٪ منهن على بعد ١٥ دقيقة بالسيارة عن أقرب مستشفى. ومع ذلك،

التأخير: لم يكن هناك مشكلة في التنقل الفعلي للمراكز الصحية، كان هناك عوامل مُحددة ساهمت في وفيات الأمهات، منها:

أ. التأخير من قبل العائلة: كان هناك تأخراً في البحث عن الرعاية في ٤٢ (٥٥,٣٪) من الحالات.

ب. التأخير من المنزل إلى المستشفى: أدخلت ١٣ امرأة بداية إلى المستشفى، وتم تحويلهن لاحقاً لمستشفى آخر. وقد وضعت إحداهن في إحدى المستشفيات التحويلية حيث حدث لها نزيف بعد الولادة، ونظراً لعدم توفر الأسرة، تم تحويلها إلى مستشفى طرقي خلال حالتها الصحية الحرجة. وأدخلت ٣ نساء أخريات إلى المستشفى، ثم حُوّلن إلى مستشفى آخر، وتبع ذلك تحويل لاحق إلى مستشفى تحويلي ثالثي. وراجعت إمرأتان المستشفيات وتم طمأنتهن وإعادتهن إلى المنزل في الوقت الذي كانتا فيه بحاجة مُلحة لإدخالهن المستشفى.

ج. التأخير الناتج عن سلوكيات المريضة: قامت ٤ مريضات بالتوقيع على خروجهن على الرغم من النصيحة الطبية، وأعيد إدخالهن ثانية بحالة حرجة وتوفين لاحقاً. ورفضت إحدى النساء إنهاء الحمل على الرغم من النصيحة الطبية وذلك قبل وقت قصير من وفاتها.

وفيات الأمهات العرضية والتصادفية (Accidental and Incidental)

تبيّن أن ما مجموعه ٣٦ امرأة توفيت نتيجة لأسباب عرضية أو تصادفية وحسب التفاصيل المبينة في جدول (٧).

جدول (٧) التوزيع التكراري للوفيات العرضية والتصادفية حسب الأسباب.	
العدد	سبب الوفاة
١١	حادث سير
٤	التسمّم بغاز أول أكسيد الكربون
٣	سرطان الغدد اللمفاوية والدم
٢	القتل
١	الحروق
٢	الصدمة الكهربائية
١	التهاب السحايا
١	سرطان البنكرياس
١	سرطان الثدي
١	انفجار الأنورزما
١	سرطان القولون
٢	انسداد الأمعاء
٣	الحوادث الوعائية الدماغية
١	عضة الكلب
١	السقوط
١	الغرق
٣٦	المجموع

الصعوبات الإجرائية

لم يتم العثور على العديد من أسماء النساء المتوفيات في سن الإنجاب المدرجة في القائمة الرئيسية، سواء في سجلات المستشفيات أو أي مكان آخر. وكانت شهادات الوفاة غير مجدية في تحديد وفيات الأمهات.

تم مواجهة معوقات في مسار هذه الدراسة، فقد رفضت ثلاثة مؤسسات الوصول إلى سجلاتها الطبية لمدة ٦ - ١٣ شهراً، نظراً للتأخر في المراسلات، الحصول على موافقات السلطات العليا، اتخاذ القرار النهائي وتحديد شخص للإتصال به.

كان العديد من وفيات الأمهات التي تم تحديدها في أقسام الطب الشرعي بدون تفاصيل تحدد المستشفيات، الأسماء أو عناوين أفراد العائلة. وكذلك، لم تتضمن العديد من ملفات الوفيات في المستشفيات تسجيلاً للعناوين أو أرقام الهواتف، وتم فقط توثيق المدينة أو القرية ولكن ليس لجميع الحالات.

من إجمالي ٧٦ ملفاً لوفيات الأمهات، كان منها ١٢ ملفاً منظماً ومتضمناً على تفاصيل الأحداث في مستشفياتهم، وكان ضعف الجودة واضحاً في جميع الملاحظات الطبية الأخرى عن الحالات. وهناك نقص في البيانات الأساسية مثل عناوين وأرقام هواتف الأقارب، والتفاصيل عن الحمل الحالي والسابق، والتاريخ الطبي والعائلي.

وبشكل مماثل، فخلال البحث في ملفات النساء المتوفيات في سن الإنجاب لتحديد وفيات الأمهات، كانت الغالبية العظمى تخلوا من التفاصيل عن الحالة الزوجية، والتاريخ الإنجابي، والعنوان الحالي ورقم الهاتف، والتاريخ الطبي والعائلي. إضافة لذلك، استخدمت ملاحظات غير معيارية للفحص الجسماني مع قليل من الجهد لملاحظة المشاهدات الغير طبيعية. وفي نسبة كبيرة من الحالات، كان من الإستحالة تقييم جميع المعلومات اللازمة بشكل كامل وذلك لعدم وضوح كتابتها أو استخدام مصطلحات غير مألوفة. ولم تكن معظم هذه الملاحظات موقعة أو مؤرخة أو مختومة.

وبالإضافة لذلك، كانت معظم الملفات مفقودة، ومفهرسة بشكل غير صحيح، وبصفحات غير مرقمة، وغير منظمة بالترتيب أو بتاريخ الإدخال أو الحدث، وبنسائج مخبرية مفقودة.

وعلاوة على ذلك، لم يتم التوصل إلى ٤ ملفات. وكان لزاماً استرجاع البيانات عن هذه الحالات من خلال مقابلة الطبيب المسؤول، رئيس القسم وأفراد من العائلة.

المناقشة

ينبغي أن يعيد هذا التقرير التأكيد وطمأنة فئات المجتمع بأن وفيات الأمهات حدث نادر في الأردن وبأنها بانخفاض مستمر. وبشكل عام، فقد حدثت وفيات الأمهات لدى ٧٦ امرأة من إجمالي ٣٩٧٥٨٨ امرأة أنجبن مواليداً أحياء خلال عامي ٢٠٠٧-٢٠٠٨. وقد أظهر مُعدّل وفيات الأمهات لكل من الأسباب المباشرة وغير المباشرة انخفاضاً ملحوظاً بالمقارنة مع التقرير الأخير لعامي ١٩٩٦/١٩٩٥. فقد تحقق انخفاض بمقدار ٥٣,٩% خلال ١٢ عاماً (انخفاض سنوي ٤,٥%) متفقاً مع التخفيض الموصى به في الأهداف الإنمائية الألفية والبالغ ٧٥%. وعلى المستوى العالمي، فقد انخفض مُعدّل وفيات الأمهات بأقل من ١% سنوياً بين عامي ١٩٩٠ - ٢٠٠٥ (٣)، وهذا أقل بكثير من التخفيض الموصى به في الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية الألفية وهو ٥,٥% سنوياً.

تُعتبر تقديرات الدولة المستمرة لوفيات الأمهات على مدى الزمن حاسمة، وذلك لتوفير معلومات لتخطيط برامج الصحة الإنجابية وتوجيه جهود الدعوة والتأييد والبحوث على المستوى الوطني. وهناك حاجة أيضاً لهذه التقديرات على المستوى الدولي، وذلك لتوفير المعلومات لصانعي القرار بخصوص تخصيص الموارد من قبل الشركاء والمانحين في مجال التنمية (١، ٢).

وعلى مستوى العالم، تحدث وفيات الأمهات نتيجة لمدى واسع من المضاعفات خلال الحمل والولادة أو فترة ما بعد الولادة. وتُعزى الأسباب الرئيسية الخمسة لوفيات الأمهات والتي تتسبب في ٨٠% منها إلى: النزيف الشديد (غالباً النزيف بعد الولادة)، العدوى والإلتهابات (غالباً بعد الولادة مباشرة أيضاً)، اضطرابات إرتفاع ضغط الدم خلال الحمل (تسمم الحمل)، الولادة المتعسرة (٢، ٢٠) والمضاعفات بعد الإجهاض غير الآمن والذي يتسبب في ١٣% من وفيات الأمهات. ومن الأسباب الغير مباشرة لوفيات الأمهات التي نسبتها (٢٠%)، فهناك الأمراض التي تؤدي إلى مضاعفات للحمل أو تتفاقم بسببه مثل الملاريا وفقر الدم. وتحصل الوفاة أيضاً بسبب ضعف الحالة الصحية خلال الحمل وعدم توفر الرعاية الطبية المناسبة واللازمة للحصول على نتائج صحية مُرضية للحمل، لكل من الأم والطفل (٢).

تختلف أسباب وفيات الأمهات بين الدول المتقدمة والدول النامية. ويختلف ترتيب الأسباب الرئيسية للوفيات المباشرة وغير المباشرة عن الترتيب في المقياس العالمي، وذلك كما تم تسجيلها بواسطة التحقيق السري في وفيات الأمهات في المملكة المتحدة ٢٠٠٠-٢٠٠٢، (جدول ٨-١٠) (٢٢، ٢١، ٢).

جدول (٨) مُعدّل الوفيات من الأسباب الرئيسية للوفيات المباشرة لكل مليون حالة أمومة حسب التحقيق السري في وفيات الأمهات في المملكة المتحدة، ٢٠٠٠-٢٠٠٢.

١٥	التخثرات وانسداد الأوعية الدموية التخثري
٨	النزيف
٧	الوفاة خلال الحمل المبكر بما في ذلك الحمل خارج الرحم
٥	ارتفاع ضغط الدم في الحمل
٦	خمج الدم
٤	أسباب مباشرة أخرى
٣	التخدير
٢	الجلطة الناتجة عن السائل الأمينوسي

جدول ٩. مُعدّل الوفيات من الأسباب الرئيسية للوفيات غير المباشرة لكل مليون حالة أمومة حسب التحقيق السري في وفيات الأمهات في المملكة المتحدة، ٢٠٠٠-٢٠٠٢.

٢٢	قلبية
١٨	الإنتحار
١٢	نزيف الجهاز العصبي المركزي
٧	الصرع
٧	العدوى والإلتهابات
٥	تنفسية
٣	جهاز هضمي
٦	أسباب غير مباشرة أخرى

جدول ١٠. التقرير العالمي للصحة حول أسباب وفيات الأمهات، ٢٠٠٥.

%	أسباب وفيات الأمهات
٢٥	النزيف
١٥	العدوى والإلتهابات
١٢	تسمم الحمل
٨	الولادة المتعسرة
١٣	الإجهاض غير الآمن
٨	أسباب مباشرة أخرى
٢٠	أسباب غير مباشرة

العوامل المؤدية للأسباب الطبية

يُعتبر الوضع الاجتماعي والاقتصادي المتدني من المؤثرات الجوهرية على وفيات الأمهات في العديد من الدول، حيث يؤدي الوضع المتدني إلى محدودية حصول الفتيات والنساء على التعليم والتغذية المناسبة، وكذلك على الموارد الاقتصادية اللازمة لتكاليف خدمات الرعاية الصحية وتنظيم الأسرة. تعمل العوامل التي تؤدي إلى الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات على عدة مستويات، فيحد الوضع الاجتماعي المتدني للنساء في الدول النامية فرصة حصولهن على الموارد الاقتصادية والتعليم الأساسي وبالتالي قدرتهن على اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتهن وتغذيتهن. وتمتنع بعض النساء عن الحصول على الرعاية عند الحاجة لها إما بسبب الممارسات الثقافية الخاصة بعزل المرأة أو لأن اتخاذ القرار هو من مسؤولية أفراد العائلة الآخرين (٢٣-٢٦).

إن عدم سهولة الوصول والحصول على خدمات الرعاية التوليدية الأساسية واستخدامها يعتبر عاملاً جوهرياً يساهم في ارتفاع وفيات الأمهات. ويؤدي عدم القدرة على اتخاذ القرار وعدم توفر الفرص البديلة عند العديد من النساء إلى حياةٍ من الحمل المتكرر، كما يساهم العمل الشاق مقروناً بسوء التغذية بمخرجات ضعيفة للأمومة (٢٣-٢٦).

يتم الإشراف على العديد من النساء أثناء الولادة في الدول النامية من قبل القابلات التقليديات أو القريبات، وتتم ولادة العديديات بمفردهن. وعلى مستوى العالم، أشرفت كوادر صحية مؤهلة على ٦١,٥% من الولادات. وعلى الرغم من إشراف كوادر صحية مؤهلة على جميع الولادات في معظم الدول المتقدمة، فإن هذه النسبة ٥٧,٤% في الدول القليلة التقدم، ٢٣,٧% في الدول الأقل تقدماً. وقد عرّفت منظمة الصحة العالمية المشرفين المؤهلين على الولادة على أنهم "القابلات والممرضات المدربات أو الأطباء الذين أنهوا مساقاً دراسياً وسُجّلوا أو رُخصوا قانونياً للممارسة". تمت ولادة ٤٠% فقط من النساء الحوامل في مستشفى أو مركزاً صحياً. ويقدر بأن ١٥% من النساء الحوامل سيواجهن مضاعفات تهدد الحياة وتحتاج إلى رعاية طارئة، ولا يتوفر بعد أية بيانات حول نسبة سهولة الوصول والحصول على هذه الرعاية. ويُحتمل أن تحتاج ٤٠% من الأحمال إلى رعاية خاصة. ومن أهم العوامل للوقاية من وفيات الأمهات، توفير مشرفين مؤهلين على الولادات لديهم القدرة على اكتشاف ومعالجة المضاعفات التوليدية الرئيسية مع توفير الأجهزة الطبية والأدوية الضرورية (٢٧).

تساهم التغذية الغير كافية قبل الحمل وخلال الحمل بطرق مختلفة بضعف الحالة الصحية للأم وتؤدي إلى مشاكل توليدية وضعف مخرجات الحمل. فيُعرض التقرُّم الناتج عن سوء التغذية الشديد خلال الطفولة المرأة إلى خطورة الولادة المتسرة نتيجة لعدم التناسب بين رأس الطفل وحجم الحوض. ويعود فقر الدم لأسباب مختلفة، تشمل على تناول كميات غير كافية من الحديد وحمض الفوليك وفيتامين (أ)، أو فقدانها نتيجة الإصابة بالديدان المعوية أو الملاريا (٢٨-٣٨).

تعاني ٥٠% تقريباً من النساء الحوامل في العالم من فقر الدم، وتعرض النساء المصابات بفقر الدم الشديد إلى العدوى والإلتهابات أثناء الحمل والولادة، وترتفع خطورة الوفاة لديهن نتيجة النزيف الولادي، وتزداد خطورة العمليات الجراحية عند الحاجة لإجراء العمليات القيصرية (٢٨-٣٨).

يمكن أن يجعل نقص فيتامين (أ) المرأة أكثر عُرضة لمضاعفات الولادة وما يصاحبها من وفيات الأمهات، وهناك حاجة إلى المزيد من الأبحاث حول تأثير نقص فيتامين (أ) على مخرجات الحمل، وحول إمكانية إدخال مدعّمات فيتامين (أ) في برامج رعاية صحة الأم. يزيد نقص اليود من خطورة وفاة الأجنة والإجهاض التلقائي، ويمكن أن تساهم حالات النقص الشديد في وفيات الأمهات من خلال نقص إفراز الغدة الدرقية الشديد (٢٨-٣٨).

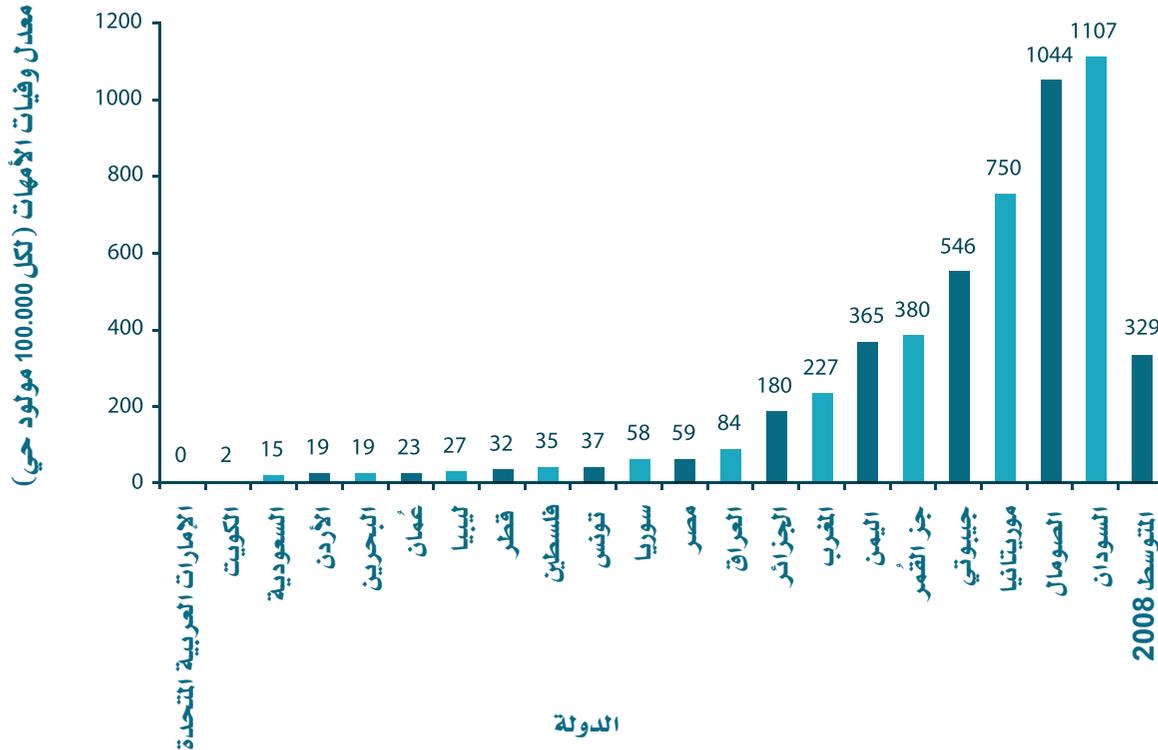
تبيّن أن عدم تناول كمية كافية من الكالسيوم في الغذاء يزيد من خطورة حدوث تسمّم الحمل، ويبدو أن هناك تأثيراً قليلاً لمدعّمات الكالسيوم في الوقاية من تسمّم الحمل في المناطق التي يتم فيها تناول كمية كافية من الكالسيوم في الغذاء، ولكنها يمكن أن تكون خياراً هاماً عندما يكون الغذاء مفتقراً للكالسيوم. ويمكن أن تساهم المغذيات الدقيقة الأخرى في ضعف الحالة الصحية ومخرجات الحمل في بعض مناطق العالم على الرغم أن الأدلة حول فوائد المدعّمات خلال الحمل غير متوفرة بعد (٢٨-٣٨).

وحسب منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ساهمت الدول النامية في ٩٩٪ (٥٣٣٠٠٠) من إجمالي ٥٣٦٠٠٠ وفيات للأمهات على مستوى العالم في عام ٢٠٠٥. وحدث أكثر بقليل من نصف وفيات الأمهات (٢٧٠٠٠٠) في جنوب الصحراء الإفريقية، تليها جنوب آسيا (١٨٨٠٠٠). وبهذا، فإن جنوب الصحراء الإفريقية وجنوب آسيا ساهمتا في ٨٦٪ من وفيات الأمهات على مستوى العالم (٢).

كان معدل وفيات الأمهات حسب المناطق الخاصة بالأهداف الإنمائية الألفية هو الأعلى في المناطق النامية (٤٥٠ وفاة أمهات لكل ١٠٠,٠٠٠ مولود حي) وباختلاف واضح عن المناطق المتقدمة (٩) ودول الكومنولث (٥١). وفي المناطق النامية، كان المعدل الأعلى لوفيات الأمهات في جنوب الصحراء الإفريقية (٩٠٠)، تليها جنوب آسيا (٤٩٠)، وأقيانوسيا (٤٣٠)، جنوب شرق آسيا (٣٠٠)، غرب آسيا (١٦٠)، شمال إفريقيا (١٦٠)، أمريكا اللاتينية والكاريبي (١٣٠)، وشرق آسيا (٥٠) (٢).

وحسب الدول في عام ٢٠٠٥، كان معدل وفيات الأمهات ١٠٠٠ على الأقل في ١٤ دولة، كان منها ١٣ دولة (بإستبعاد أفغانستان) في جنوب الصحراء الإفريقية. وهذه الدول هي (مرتبة تنازليا): سيراليون (٢١٠٠)، النيجر (١٨٠٠)، أفغانستان (١٨٠٠)، تشاد (١٥٠٠)، الصومال (١٤٠٠)، أنغولا (١٤٠٠)، رواندا (١٣٠٠)، ليبيريا (١٢٠٠)، غينيا بيساو (١١٠٠)، بوروندي (١١٠٠)، جمهورية الكونغو الديمقراطية (١١٠٠)، نيجيريا (١١٠٠)، ملاوي (١١٠٠)، والكاميرون (١٠٠٠). وعلى عكس ذلك، كان معدل وفيات الأمهات (١) في إيرلندا (٢).

وبالمقارنة مع أحدث معدلات وفيات الأمهات في الدول العربية في عام ٢٠٠٨، كان معدل وفيات الأمهات في الأردن أقل من المعدلات في جميع الدول العربية باستثناء الإمارات العربية المتحدة والكويت، وكما هو مبين في الشكل (٢).



فيما يتعلق بدقة نتائج الدراسة، فرغم وجود التعريف المعتمد لوفيات الأمهات، شكّل القياس الدقيق لها تحدياً نظراً لصعوبة تحديدها بسبب عدم اكتمال التسجيل الروتيني للوفيات في أنظمة التسجيل المدني. وقد افتقدت الغالبية العظمى من الإحصاءات الوطنية لشهادات الوفاة أية معلومات عن البنود المتعلقة بالولادة، ولم تسجل وفيات النساء في سن الإنجاب في جميع الحالات. وحتى عند تسجيل هذه الوفيات، لم يكن هناك ضرورة لمعرفة وضع الحمل وبالتالي لم تسجل الوفاة كوفاة أمهات. وعلاوة على ذلك، فمن خلال محاولات الفريق الجاهدة لتجميع كل وفيات الأمهات، بحث في جميع الوفيات للنساء في سن الإنجاب في وكالة الغوث الدولية وجميع أقسام الطب الشرعي والمستشفيات في الأردن. وقد حدّد هذا الأسلوب ٢٢٩ إسماءً إضافياً إلى تلك التي حدّدت من قوائم السجل المدني ووزارة الصحة. ومن ٢٢٩ إسماء، تم تحديد واستقصاء ١٤ وفاة للأمهات.

يمكن أن يكون هناك تدنياً في تسجيل وفيات الأمهات حتى في الدول المتقدمة، ويمكن أن يحتاج تحديد الأعداد الحقيقية لوفيات الأمهات إلى استقصاءات خاصة إضافية في أسباب الوفيات. ومن الأمثلة الخاصة على هذه الاستقصاءات هي التحقيق السري في وفيات الأمهات الذي استحدث في المملكة المتحدة عام ١٩٢٨. وقد بين أحدث تقرير للأعوام ٢٠٠٠-٢٠٠٢ زيادة في وفيات الأمهات مقدارها ٤٤٪ عما جاء في نظام التسجيل المدني الروتيني (٢٢).

لم يكن بالإمكان دائماً تحديد أسباب وفيات الأمهات بدقة بالتفريق فيما إذا كانت تعود لأسباب مباشرة أو غير مباشرة أو لأحداث عرضية أو تصادفية، وذلك لأن الإعراف الصحيح لأسباب الوفاة لم يكن كافياً في مختلف مصادر المعلومات التي استخدمت في هذه الدراسة، وعلى وجه الخصوص سجلات المستشفيات. وقد ازداد ذلك مع حقيقة أن معظم الحالات لم تخضع للفحص بعد الوفاة، ويتناغم هذا مع نتائج التحقيقات السرية الأخرى في وفيات الأمهات (٢٩-٣٩).

إن المنهجية التي تم تبنيها لغاية هذه الدراسة هي دراسة الوفيات في سن الإنجاب. ويشتمل هذا الأسلوب على تحديد واستقصاء أسباب وفيات النساء في سن الإنجاب في منطقة أو مجموعة سكانية محدّدة باستخدام مصادر مُتعدّدة، والتي إذا ما تم اجراؤها بشكل صحيح، فإنها توفر تقديراً كاملاً إلى حد ما لوفيات الأمهات في غياب أنظمة التسجيل الروتينية الموثوقة.

أجرت مجموعة (د) لتقرير منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٥ حول وفيات الأمهات الذي شمل البرازيل ومصر والأردن وتركيا دراسات وطنية للوفيات في سن الإنجاب (أو أجرت دراسات للوفيات في سن الإنجاب في مناطق مختارة من الدولة وتم تعديلها على المستوى الوطني)، وقد تم قبول مُعدّل وفيات الأمهات الذي تم تسجيله بأن يكون الحد الأدنى لعدم الثقة، أما الحد الأعلى، فقد كان تقدير دراسة الوفيات في سن الإنجاب مضموراً بإثنين. وأخذت نقطة المنتصف لعدم الثقة كنقطة التقدير (point estimate) لمُعدّل وفيات الأمهات (٢).

تشير بياناتنا بوضوح أن وفيات الأمهات كانت في الغالب لدى الفئات الغير مُوسرة، والأقل تعليماً، والغير مؤمنة صحياً، والأقل دخلاً للفرد. وكانت الأعلى في منطقة الجنوب، حيث شكلت ١٥,٨٪ من إجمالي الوفيات في منطقة تشكل ٩,٣٪ من مجموع سكان الأردن. إضافة إلى أن الغالبية العظمى من الوفيات حدثت لدى النساء الأقل استخداماً لوسائل تنظيم الأسرة، واللواتي يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال. فالتعامل مع هذه المجالات سوف يساهم بالمزيد من التخفيض المستهدف لمُعدّل وفيات الأمهات في الأردن.

كان من الصعب تقييم العوامل التي يمكن تفاديها والرعاية دون المستوى لمعظم الحالات في هذا التقرير، وذلك نظراً لنقص المعلومات الأساسية في الملاحظات عن الحالات، ويتناغم هذا مع التقارير الأخرى (٤٠-٤٤). فمن ناحية، كان واضحاً أن العديد من الحالات تُلقت رعاية دون المستوى، ومن ناحية أخرى، فليس من الممكن دائماً قياساً مؤكداً لمقدار هذا النقص. وعلى الرغم من المحددات، فقد صُنفت ٥٠٪ من الوفيات في هذا التقرير بأنها تُلقت بعض أشكال الرعاية دون المستوى. ووجدت العوامل التي كان بالإمكان تفاديها في ٥٣,٩٪ من وفيات الأمهات. وهذا مُغاير للنسب ٦٠٪، ٦٧٪ المذكورة في التحقيقين الأخيرين في وفيات الأمهات في المملكة المتحدة خلال الأعوام ١٩٩٧-١٩٩٩، ٢٠٠٠-٢٠٠٢. إن ما يثير القلق بخصوص الرعاية المقدمة لتلك الحالات كان عدم قدرة مقدمي الرعاية إيصال المعلومات الطبية الملائمة في نماذج التحويل أو بالهاتف إلى العيادات أو المستشفيات عند الإدخال، وعدم قدرة كوادر الإسعاف والحوادث في التعرف على المرض وطلب تقييم الحالة التوليدية، وعدم قدرة بعض الكوادر التوليدية على اكتشاف الحالات الطبية والإستجابة لها وتقدير شدتها أو تشخيصها بالشكل الصحيح، وضعف الإتصال والعمل ضمن فريق متعدد التخصصات، واستمرار غياب السياسات الواضحة للوقاية أو لعلاج الحالات مثل النزيف المفرط والجلطة الرئوية وحمى الدم، وعدم سهولة الوصول والحصول الفوري على خدمات الرعاية المركزة أو الأسرة عالية الإعتماد أو إمدادات الدم، وغياب المتابعة النشطة للنساء اللواتي عُرفن أنهن لم يتلقين رعاية أثناء الحمل وخاصة الحالات ذات المخاطر العالية. وهذا يتناغم مع التقارير الأخرى (٢٨-٣٨).

كان النزيف هو السبب الرئيسي لوفيات الأمهات في هذه الدراسة، تبعه التخثرات وانسداد الأوعية الدموية التخثري وحمى الدم. وقد تسببت هذه الأسباب الثلاث في ٤٣ (٥٦,٦٪) حالة وفاة من إجمالي ٧٦ حالة وفاة. وأشارت نتائج هذه الدراسة أنه كان بالإمكان تفادي ٥٣,٩٪ من الوفيات. وقد تسبب النزيف في ١٩ (٢٥٪) حالة من إجمالي ٧٦ حالة وفاة، منها ٣ حالات بسبب تمزق الرحم الذي لم يُشخص سريرياً واحتاج إلى التشريح بعد الوفاة للتوصل إلى التشخيص. ويمكن تخفيض الوفيات الناتجة عن النزيف من خلال سرعة تبليغ الجهات الصحية في الوقت المناسب من قبل العائلات، والتشخيص الصحيح والعاجل. ويشير هذا إلى حقيقة أن هناك مجالاً كبيراً لتخفيض مُعدّل وفيات الأمهات في المستقبل.

تسببت الوفيات الناتجة عن التخثرات وانسداد الأوعية الدموية التخثري في ١٨ (٢٣,٧٪) من وفيات الأمهات، وكانت السبب الثاني من الأسباب الأكثر شيوعاً لوفيات الأمهات في هذه الدراسة. وقد حدث بعضها بدون إنذار في الحالات التي لم يكن لديها عوامل خطورة وكان من الصعب منعها. ومع ذلك، فقد سُجّلت أعراض لضيق التنفس أو ألم في الصدر لدى نساء أخريات قبل حدوث الجلطة، وعولجت على أنها التهابات تنفسية. ترتفع خطورة الإصابة بأمراض انسداد الأوعية الدموية التخثري إلى خمسة أضعاف خلال الحمل والنفاس (٥)، وتحدث معظم الوفيات خلال النفاس وهي أكثر شيوعاً بعد العمليات القيصرية (٥). وفي هذه الدراسة، كانت معظم الوفيات (٥٧٪) في فترة ما بعد الولادة، وحدثت ٣٦٪ من الوفيات لدى النساء اللواتي أُجريَ لهن عملية قيصرية. فينبغي البدء الفوري بالمعالجة الشاملة بمضادات التجلط وإجراء الفحوصات الشاملة عند الإشتباه بتخثرات الأوردة العميقة أو الجلطة الرئوية، وينبغي أن يكون مقدموا الرعاية الصحية التوليدية مُطلعين على توصيات الجهات ذات العلاقة حول الوقاية من التخثرات وانسداد الأوعية الدموية التخثري خلال الحمل والنفاس.

كانت البيانات التي جُمعت عن الوفيات هي إحصاء كاملاً لهذه الأحداث ولا تخضع لخطأ المعاينة. ومع ذلك، فإن مُعدّل وفيات الأمهات ليس هو المؤشر الملائم للتغير في وفيات الأمهات عندما يكون عدد الوفيات المتعلقة بالحمل قليلاً، وهو يتغير غالباً من سنة لأخرى، مما يؤدي إلى تباينات في مُعدّل وفيات الأمهات. فعندما يكون عدد وفيات الأمهات قليلاً، لا يكون المُعدّل موثوقاً نظراً لتداخل فترة الثقة ٩٥٪، ويمكن ألا يكون للفرق مغزى إحصائياً. وبشكل عام، يوصى بتسجيل مُعدّل وفيات الأمهات عند وجود ٢٠ وفاة على الأقل (الخطأ المعياري النسبي >٢٣٪). وللحصول على تقديرات موثوقة لوفيات الأمهات، فإن تجميع عدّة سنوات يمكن أن يكون موثوقاً بشكل أكبر. ومع ذلك، فإن تجميع عدّة سنوات يُفقد إمكانية التعرف على الإتجاهات والتغيرات على مدى الزمن (٢).

التوصيات

بناءً على نتائج هذه الدراسة حول وفيات الأمهات، فقد أعدت التوصيات التالية:

التوصيات العامة:

١. إعداد سياسة وطنية لصحة الأم تضع أولويات للمداخلات اللازمة للوصول إلى المجموعات السكانية ذات الإحتياجات وتجميع عناصر صحة الأم في وثيقة سياسات واحدة.
٢. تبنّي وتشجيع تنفيذ الإستراتيجيات وخطط العمل المتعلقة بالحمل الآمن والتي أثبتت فعاليتها بدعم الجهود الوطنية نحو تحقيق الأهداف الإنمائية الألفية. وفي هذا المجال، ينبغي وضع آليات ملائمة للمتابعة لضمان التنفيذ الفعّال للخطط الوطنية وبما ينسجم مع الأهداف الموضوعية.
٣. تطوير أنظمة التبليغ والتسجيل لضمان اتساق البيانات وكفاءة المدخلات لأنظمة المعلومات الوطنية، وتطوير أنظمة رصد وطنية لتحديد الأنماط الوبائية وإتجاهات مراضة ووفيات الأمهات.
٤. تكثيف الجهود في مجال تنفيذ المداخلات المجتمعية المتعلقة بصحة الأم كإستثمار نحو تطوير وتقوية المجتمعات للعب دور نشط وفعّال لرعاية صحة الأمهات والأطفال. وينبغي التركيز بشكل خاص على التعرف المبكر لعلامات الخطورة وكذلك الإجراءات الوقائية لتعزيز صحة الأم.
٥. إدخال الأدلة الإرشادية المتعلقة بصحة الأم في المناهج الرسمية لكليات الطب والمهن الطبية المساعدة، وذلك لتحسين جودة التعليم وضمان استدامة المداخلات الفعّالة.

التوصيات الخاصة

- الإهتمام بوفيات الأمهات التي يمكن تفاديها، وخاصة النزيف. ويوصى بعقد منتدى خبراء على المستوى الوطني يتناول وفيات الأمهات الناتجة عن النزيف، وذلك لإعداد بروتوكولات مُعدّدة التخصصات حول النزيف المفرط والتي ينبغي تحديثها ومراجعتها دورياً بمشاركة بنوك الدم. وينبغي أن تتم ولادة النساء المعرّضات لمخاطر عالية للنزيف في مراكز يتوفر فيها إمكانيات لنقل الدم والعناية المركزة.
- إجراء تقييم لجميع النساء الحوامل لتحديد مدى خطورة تعرّضهن للتخثرات وانسداد الأوعية الدموية التخثري، وينبغي إعداد وتنفيذ بروتوكول في هذا المجال في جميع مستشفيات وأقسام التوليد كلما دعت الضرورة.
- أن يكون لدى المستشفيات سياسة خاصة بالمضادات الحيوية لحالات خمج الدم، وذلك للسيطرة على العدوى ومنع حدوث تخثرات الأوعية الدموية المنتشرة (Disseminated intravascular coagulation)، وفشل الأعضاء. وينبغي الإستشارة المبكرة لإختصاصيي علم الجراثيم لضمان المعالجة بالمضادات الحيوية الملائمة.
- حصول النساء المصابات بأمراض القلب على المشورة قبل الحمل. والتدريب المناسب لجميع الكوادر الطبية والتمريضية على مهارات دعم الحياة (Life support) الأساسية والمتوسطة والمتقدمة.

• تُعتبر الرعاية المُخططة متعددة الإختصاصات جوهرية للنساء المصابات بالسرطان، وبمشاركة إختصاصي النسائية والتوليد، والممارسين العاميين، وإختصاصي الأورام، والجراحين، وخدمات الرعاية التخفيفية (Palliative care). وضرورة تقديم المشورة للنساء اللواتي يُخططن للحمل بعد معالجتهم من السرطان. وإشراك إختصاصي الأطفال أثناء الحمل عندما يكون هناك تخطيطاً للولادة قبل الموعد المحدد لمنح الأم فرصة للعلاج الجذري للسرطان.

• قد يكون حدوث حالة مفاجئة من التَشوُّش والإضطراب هي العلامة الأولى لنقص الأوكسجين وأعراضاً مُندرة للجلطة الناتجة عن السائل الأمنيوسي، ومن الأهمية في هذه الحالة إشراك الكوادر الأعلى إختصاصاً وإختصاصي التخدير والرعاية المُركزة. وعند الإشتباه السريري بتشخيص الجلطة الناتجة عن السائل الأمنيوسي لدى امرأة حامل تُوفيت بعد إغماء مفاجئ، فيجب البحث عند تشريحها عن عناصر للجنين في الأوعية الدموية للرتتين.

• الوصول والحصول الفوري على الرعاية المُركزة أو الأسرة عالية الاعتماد أو إمدادات الدم. وعندما يكون التحويل مطلوباً، فيجب الإهتمام بتحسين استقرار الحالة وإدخال أنبوبة القصبة الهوائية قبل النقل. وينبغي أن يكون مستشاري الرعاية المُركزة جزءاً من فريق التخطيط لرعاية الحالات التي تُعاني من مَرَضَة مُصاحبة خطيرة.

• أن تكون كوادر الإسعاف والحوادث على درجة أفضل من الخبرة والمهارة لاكتشاف وتمييز شدة الحالة المرضية للنساء الحوامل وطلب التقييم التوليدي. والتشخيص والمعالجة بطريقة أفضل من قِبَل الكوادر الأقل إختصاصاً وتحويل الحالات في الوقت الملائم لزملائهم الأعلى إختصاصاً والذين عليهم الحضور بدون التفويض غير الملائم للمسؤوليات.

• أن تكون أهمية الحصول على الرعاية المُبكرة أثناء الحمل جزءاً من مواد التثقيف والتوعية وتعزيز الصحة التي يتم إعدادها لجمع شرائح المجتمع، والتأكيد على أهمية الزيارة الأولى المبكرة لعيادات الرعاية أثناء الحمل خلال الثلث الأول من الحمل.

• إعداد وتنفيذ برامج للتثقيف الصحي على مستوى المجتمع ومراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات لإرشاد النساء الحوامل حول المخاطر المُهددة للحياة نتيجة لبعض الحالات الطبية وعرض إنهاء الحمل عندما يكون ذلك ضرورياً.

• رضا المريضة: ينبغي أخذ مستوى رضا المريضة كقياس موثوق لجودة الرعاية في نظام الرعاية الصحية.

• تقديم دعم مُتعدد التخصصات للنساء اللواتي لديهن احتياجات طبية واجتماعية ونفسية خاصة، وأولئك الأكثر تَعَرُّضاً للمخاطر من فئات المجتمع.

• هناك حاجة إلى التعليم الطبي المستمر والتطوير المهني وإعادة تقييم جميع العاملين الصحيين بشكل عام، وإختصاصي النسائية والتوليد بشكل خاص، وعلى وجه الخصوص عند تعلق الأمر بوفيات الأمهات.

• التوثيق الأفضل في السجلات الطبية لتوفير درجة أعلى من الدقة في تقييم وتشخيص ومعالجة المريضات. وأن تقوم جميع الأقسام السريرية والمستشفيات بإجراء تدقيق تفصيلي منتظم لمضمون ملاحظاتهم الطبية واقتراح التعديلات الملائمة.

• ينبغي أن تتخذ وزارة الصحة الإجراءات اللازمة لضمان إكمال شهادات الوفاة فيما يتعلق بالوضع التوليدي للأمهات المتوفيات، والتأكيد على أهمية تحسين جودة المعلومات لتوثيق وفيات الأمهات على جميع المستويات.

• أن تقوم المستشفيات بتقديم عرض فوري للدعم والمشورة لجميع الكوادر التي قَدَّمت الرعاية للمرأة المُتوفاة.

1. United Nations. United Nations Millennium Declaration. Resolution A/RES/55/2. New York, NY: United Nations; 2000. World Health Organization website, www.who.int/reproductive-health.
2. Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2005/index.html, accessed 14 August 2008).
3. Berg CJ, Harper MA, Atkinson SM, Bell EA, Brown HL, Hage ML, Mitra AG, Moise KJ Jr, Callaghan WM. Preventability of pregnancy-related deaths: results of a state-wide review. *Obstet Gynecol.* 2005; 106:1228-1234.
4. Rankin J, Bush J, Bell R, Cresswell P, Renwick M Impacts of participating in confidential enquiry panels: a qualitative study. *BJOG*2006;113:387-392.
5. Essential Obstetric Care Clinical Guidelines for Physicians. Health Systems Strengthening, Jordan. www.hss.jo. 2007.
6. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems, tenth revision 2nd ed. Geneva: WHO; 1992.
7. Lewis G, ed. Why mothers die 2000–2002: the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press; 2004.
8. Hill K, El Arifeen S, Koenig M, Al Sabir A, Jamil K, Raggars H. How should we measure maternal mortality in the developing world? A comparison of household deaths and sibling history approaches. *Bull World Health Organ* 2006;84:173-180.
9. Stanton C, Abderrahim N, Hill K. DHS maternal mortality indicators: an assessment of data quality and implications for data use. Calverton, Maryland USA: Macro International Inc.; 1997 (DHS Analytical Report No. 4).
10. Betrán AP, Wojdyla D, Posner SF, Gülmezoglu AM. National estimates for maternal mortality: an analysis based on the WHO systematic review of maternal mortality and morbidity. *BMC Public Health.* 2005;5:131.
11. Smith JM, Burnham G. Conceiving and dying in Afghanistan. *Lancet* 2005;365:827-828
12. Atrash HK, Alexander S, Berg CJ. Maternal mortality in developed countries: not just a concern of the past. *Obstet Gynecol* 1995;86:700-705.
13. Abou-Zahr C, Wardlaw T. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva: WHO; 2004 (ISBA 92 4 156270 6).
14. Chandramohan D, Stetel P, Quigley M. Misclassification error in verbal autopsy: can it be adjusted? *Int J Epidemiol* 2001;30:509-514.

15. Chandramohan D, Rodrigues LC, Maude GH, Hayes RJ. The validity of verbal autopsies for assessing the causes of institutional maternal death. *Stud Fam Plann* 1998;29:414-422.
16. Stanton C, Hobcraft J, Hill K, Kodjogbe N, Mapeta WT, Munene F, et al. Every death counts: measurement of maternal mortality via a census. *Bull World Health Organ* 2001;79:657-664.
17. Berg C, Danel I, Atrash H, Zane S, Bartlett L (Editors). *Strategies to reduce pregnancy-related deaths: from identification and review to action*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2001.
18. Graph Pad Software. Analyze, graph, and organize your data. Quick Calcs on line calculators for scientists. <http://www.graphpad.com/quickcalcs/confInterval2.cfm>.
19. The Hashemite Kingdom of Jordan Department of Statistics. <http://www.dos.gov.jo>.
20. Chhabra S, Sirohi R. Trends in maternal mortality due to haemorrhage: Two decades of Indian rural observations. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:40-43.
21. Drife, J (2006) Fifty years of the Confidential Enquiry in Maternal Deaths. *British Journal of Hospital Medicine*, Vol. 67: 121-125.
22. Mortality rates per million maternities of leading causes of Direct deaths as reported by the Confidential Enquiry into Maternal Death in the United Kingdom; 2000–2002.
23. Aggarwal A, Pandey A, Bhattacharya BN. Risk factors for maternal mortality in Delhi slums: A community-based case-control study. *Indian J Med Sci*. 2007;61:517-526.
24. Bhat PN. Maternal mortality in India: An update. *Stud Fam Plann* 2002;33:227-236.
25. Registrar General of India. *Maternal Mortality in India: 1997-2003. Trends, Causes and Risk Factors*. Registrar General India: New Delhi; Report. 2006. p. 1-29.
26. Arora P. Maternal mortality: Indian scenario. *MJAFI* 2005;61:214-5.
27. <http://www.maternal-mortality-measurement.org/MMMResourceBackgroundBasicInfoIndicators.html>).
28. Bartlett LA, Mawji S, Whitehead S, Crouse C, Dalil S, et al. Where giving birth is a forecast of death: maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002. *Lancet* 2005;365:864–870.
29. Geelhoed DW, Visser LE, Asare K, Schagen van Leeuwen JH, van RJ. Trends in maternal mortality: a 13-year hospital-based study in rural Ghana. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;107:135–139.
30. Granja AC, Machungo F, Gomes A, Bergstrom S, Brabin B. Malaria-related maternal mortality in urban Mozambique. *Ann Trop Med Parasitol* 1998;92:257–263.

31. Hoestermann CF, Ogbaselassie G, Wacker J, Bastert G. Maternal mortality in the main referral hospital in The Gambia, west Africa. *Trop Med Int Health* 1996;1:710–717.
32. Kodio B, de Bernis L, Ba M, Ronsmans C, Pison G, et al. Levels and causes of maternal mortality in Senegal. *Trop Med Int Health* 2002;7:499–505.
33. Oladapo OT, Sule-Odu AO, Olatunji AO, Daniel OJ. "Near-miss" obstetric events and maternal deaths in Sagamu, Nigeria: a retrospective study. *Reprod Health*. 2005;2:9.
34. Sule-Odu AO. Maternal deaths in Sagamu, Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* 2000;69:47–49.
35. Thonneau PF, Matsudai T, Alihonou E, De SJ, Faye O, et al. Distribution of causes of maternal mortality during delivery and post-partum: results of an African multicenter hospital-based study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;114:150–154.
36. Toure B, Thonneau P, Cantrelle P, Barry TM, Ngo-Khac T, et al. Level and causes of maternal mortality in Guinea (West Africa). *Int J Gynaecol Obstet* 1992;37:89–95.
37. Bouvier-Colle MH, Ouedraogo C, Dumont A, Vangeenderhuysen C, Salanave B, et al. Maternal mortality in West Africa. Rates, causes and substandard care from a prospective survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:113–119.
38. Schuitemaker N, van Roosmalen J, Dekker G, van Dongen P, van Geijn H, Gravenhorst J.B. Confidential enquiry into maternal deaths in the Netherlands: 1983-1992. *Euro J Obs Gynecol Reprod Biol* 1998;79:57-62.
39. Cowan J. Clinical governance and clinical documentation: still a long way to go? *Clinical performance and quality health care* 2000;8:179-182.
40. Edwards M, Moczygemba J. Reducing medical errors through better documentation. *Health Care Manag* 2004;23:329-333.
41. Rodriguez-Vera FJ, Marin Y, Sanchez A, Borrachero C, Pujol E. Illegible handwriting in medical records. *J R Soc Med* 2002;95:545-546.
42. Arshad-A-R, Ganesananthan-S, Ajik-S. An audit of inpatient case records and suggestions for improvements. *The Medical journal of Malaysia* 2000;55,331-340.
43. Liyanage SE, Thyagarajan S, Khemka S, Blades M, de Alwis DV. Audit of the quality of documentation in an eye casualty department. *Clinical Governance* 2006;11:187.

ملحق (١) إستبانة دراسة وفيات الأمهات

المملكة الأردنية الهاشمية
دراسة وفيات الأمهات ٢٠٠٧-٢٠٠٨

الجزء ١ : معلومات عن المرأة المتوفاة :

	١-١ الرقم التعريفي I.D #
	٢-١ الاقليم:
	٣-١ المحافظة:
المدينة:	٤-١ مكان الإقامة
القرية:	٥-١ الإسم
	٦-١ الرقم الوطني
يوم / شهر / سنة :	٧-١ تاريخ الميلاد
	٨-١ العنوان
١- ٢- ٣-	٩-١ رقم الهاتف

الجزء ٢ : معلومات عن وفاة المرأة:

اليوم:	الشهر:	السنة:	١-٢ تاريخ الوفاة
			٢-٢ العمر عند الوفاة
١. عندما كانت حامل (ما هو شهر الحمل؟.....)			٣-٢ توفيت المرأة:
٢. خلال الولادة / قبل ولادة الطفل			
٣. خلال الولادة / بعد ولادة الطفل			
٤. بعد الولادة، خلال ٤٢ يوم بعد الولادة			
٥. بعد الولادة، خلال ٤٢ يوم بعد الولادة وحتى سنة واحدة: كم عدد الأيام أو الأشهر؟ (.....)			
١. المنزل			٤-٢ مكان الوفاة:
٢. المستشفى			
٣. أخرى.....			
١. توفيت في المستشفى: أرجو وصف كيفية وفاتها			٥-٢ وصف أحداث وفاتها:
.....			
١. توفيت في المنزل (أو خارج المستشفى): أرجو وصف كيفية وفاتها.			٦-٢ إستمرّي

الجزء ٣ : معلومات عن المستجيب/ة:

الإسم
العمر
العلاقة مع المرأة المتوفاة
العنوان ورقم الهاتف

الجزء ٤ : التاريخ الإنجابي للمرأة المتوفاة:

	١-٤ كم عدد الأحمال لديها؟
	٢-٤ كم عدد أطفالها؟
	٣-٤ كم عدد الإجهاضات التي حدثت معها؟
	٤-٤ كم عدد أطفالها الذين توفوا؟
	٥-٤ عمر الطفل الأصغر لديها:
١. نعم	٦-٤ هل استخدمت سابقاً أية وسيلة لمنع الحمل أو تباعد الأحمال؟
٢. لا	
١. اللولب	
٢. الحبوب	
٣. الحقن	
٤. الواقي الذكري	
٥. ربط الأنابيب	
٦. أخرى.....	
١. نعم	٧-٤ إذا كان الجواب نعم، ما هي وسائل منع الحمل التي استخدمتها سابقاً؟
٢. لا	٨-٤ هل استخدمت أية وسيلة لمنع الحمل قبل الحمل الحالي؟
١. اللولب	
٢. الحبوب	
٣. الحقن	
٤. الواقي الذكري	
٥. ربط الأنابيب	
٦. أخرى.....	
١. نعم	٩-٤ إذا كان الجواب نعم، ما هي وسيلة منع الحمل التي استخدمتها؟
٢. لا	١٠-٤ هل كانت تستخدم وسيلة منع الحمل بانتظام؟
	١١-٤ إذا لم تكن تستخدم وسيلة للمباعدة بين الأحمال، لماذا؟

الجزء ٥ : البيانات الاجتماعية - الديموغرافية للمرأة المتوفاة:

١. متزوجة	١-٥ الحالة الزوجية
٢. مطلقة	
٣. أرملة	
٥. منفصلة	
٦. أخرى.....	
١. أمية	
٢. تستطيع القراءة فقط	
٣. أقل من مدرسة عليا	
٤. أنهت المدرسة العليا	
٥. كلية أو تعليم أعلى	
١. نعم ٢. لا	٣-٥ هل كانت تعمل؟
	٤-٥ إذا كان الجواب نعم، ماذا كانت تعمل؟
	٥-٥ ما هو عمل الزوج؟
١. أمي	٦-٥ المستوى التعليمي للزوج:
٢. يستطيع القراءة فقط	
٣. أقل من مدرسة عليا	
٤. أنهى المدرسة العليا	
٥. كلية أو تعليم أعلى	
١. $100 >$	٧-٥ الدخل الشهري للأسرة بالدينار:
٢. ١٠١ - ٢٠٠	
٣. ٢٠١ - ٣٠٠	
٤. ٣٠١ - ٤٠٠	
٥. ٤٠١ - ٥٠٠	
٦. ٥٠١ - ٧٠٠	
٧. ٧٠١ - ٩٠٠	
٨. $900 <$	
١. ملك الأسرة الخاص	٨-٥ ملكية المنزل:
٢. مستأجر	
٣. لأسرة الزوج	
٤. لأسرة المرأة	
٥. أخرى.....	
١. غرفة واحدة + مطبخ وحمام	٩-٥ عدد غرف المنزل:
٢. غرفتين + مطبخ وحمام	
٣. ثلاث غرف + مطبخ وحمام	
٤. أربع غرف + مطبخ وحمام	
٥. غرفة وحمام	
٦. أخرى.....	

		١٠-٥ كم عدد الأشخاص الذين يعيشون في المنزل بمن فيهم المرأة المتوفاة؟
١. المياه الواصلة بالأنابيب		١١-٥ مصدر مياه الشرب:
٢. المياه المعبأة في زجاجات		
٣. بئر ماء		
٤. أخرى.....		
١. نعم	٢. لا	١٢-٥ توفر حمام:
١. نعم	٢. لا	١٣-٥ هل كانت المرأة المتوفاة تدخن؟
١. نعم	٢. لا	١٤-٥ هل كان أي من أفراد الأسرة يدخن؟
١. نعم	٢. لا	١٥-٥ هل كانت تملك هي أو زوجها سيارة؟
١. نعم	٢. لا	١٦-٥ هل كان الحصول على المواصلات سهلاً عليها؟

الجزء ٦ : البيانات عن خدمات الرعاية الصحية :

١. نعم	٢. لا	١-٦ هل كان الوصول لأقرب مستشفى سهلاً عليها؟
١. ١٠ إلى ٢٠ دقيقة سيراً على الأقدام		٢-٦ كم كان أقرب مستشفى يبعد عنك؟
٢. > ١٠ دقائق بالسيارة		
٣. ١٠-٢٠ دقيقة بالسيارة		
٤. < ٢٠ دقيقة بالسيارة		
٥. أخرى.....		
١. نعم	٢. لا	٣-٦ هل كانت راضية عن الرعاية الصحية التي قدمت لها في المستشفى الأقرب لك؟
١. نعم	٢. لا	٤-٦ هل كنت راضياً/راضية عن الرعاية الصحية التي قدمت لها في المستشفى الأقرب لك؟
١. الانتظار الطويل		٥-٦ إذا كان الجواب لا، لماذا؟
٢. عدم الإحترام		
٣. تأخر الرعاية أو عدم تقديمها في وقتها		
٤. عدم توفر الكوادر الكفوة أو ذات الخبرة		
٥- أخرى.....		

الجزء ٧: التاريخ الطبي والتوليدي السابق:

١. مضاعفات حمل أو مشاكل ذات علاقة بالحمل	١-٧ قبل بداية هذا الحمل، هل كان لديها:
٢. إدخال إلى المستشفى	
٣. عمليات جراحية (ليس عمليات قيصرية)	
٤. أمراض طبية أو سارية	
٥. أخرى.....	
١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف	٢-٧ هل كانت تعتني بصحتها خلال الحمل السابق؟
١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف	٣-٧ هل كانت تراجع طبيباً أو مركزاً صحياً للرعاية أثناء الحمل؟
١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف	٤-٧ هل أجري لها عملية قيصرية؟
١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف	٥-٧ هل كانت تعرف أي من علامات الخطورة التي تهدد الحياة خلال الحمل أو بعد الولادة؟

الجزء ٨ : الحمل الحالي :

١-٨ هل حصلت على رعاية أثناء الحمل؟	١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف
٢-٨ إذا كان نعم، أين؟	١. عيادة أو مستشفى خاص
	٢. مركز صحي في وزارة الصحة
	٣. مستشفى في وزارة الصحة
	٤. عيادة أو مستشفى عسكري
	٥. عيادة أو مستشفى جامعي
	٦. أخرى.....
٣-٨ كم عدد المرات التي تلقت فيها رعاية أثناء الحمل؟	١. ٢. لا أعرف
٤-٨ متى بدأت بالحصول على الرعاية أثناء الحمل (في أي شهر)؟	١. ٢. لا أعرف
٥-٨ هل حصلت على مساعدة أو دعم خلال الحمل؟	١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف
٦-٨ هل كان ذلك لحمل مرغوباً فيه أو مخططاً له؟	١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف
٧-٨ أين كان مكان الولادة؟	١. مستشفى
٨-٨ من الذي أشرف على الولادة؟	٢. عيادة
	٣. المنزل
	١. طبيب/ة
٩-٨ كانت ولادتها:	٢. قابلة
	٣. أخرى.....
	١. طبيعية
٩-٨ كانت ولادتها:	٢. مصحوبة بمضاعفات (بالمقعدة أو سوء وضعية الجنين، طويلة أو متعسرة)
	٣. بالملقط أو بالشفط
	٤. بعملية قيصرية
	٥. أخرى.....
	٦. لا أعرف

الجزء ٩ : سبب الوفاة – الأعراض والظروف:

١-٩ هل تعرف/ي ما الذي تسبب في وفاتها؟	١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف
٢-٩ إذا كان نعم، أرجو إعلامنا ما هو سبب الوفاة؟	١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف
٣-٩ هل كانت بصحة جيدة قبل الوفاة؟	١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف
٤-٩ هل توفيت فجأة أم غير ذلك؟	١. فجأة ٢. كانت مريضة ٣. لا أعرف
٥-٩ إذا كانت قد مرضت، ما هي مدة مرضها قبل الوفاة؟	١. ٢. لا أعرف
٦-٩ خلال مرضها، هل كانت قادرة على أداء مهامها الروتينية الاعتيادية؟	١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف
٧-٩ هل راجعت طبيباً بسبب مرضها؟	١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف
٨-٩ كيف انتهى حملها وماذا نتج عنه؟	١. ولادة طفل حي طبيعي
	٢. ولادة طفل حي قبل الموعد
	٣. ولادة طفل حي بوزن منخفض
	٤. ولادة طفل حي لديه تشوهات خلقية
	٥. ولادة طفل متوفي
	٦. مضاعفات بعد الولادة
	٧. إجهاض بدواعي طبية
	٨. إجهاض بدون دواعي طبية
	٩. مضاعفات بعد الإجهاض
	١٠. عملية جراحية للحمل خارج الرحم
	١١. تمزق الرحم
	١٢. أخرى.....
٩-٩ إذا كان قد حدث لديها مضاعفات قبل الولادة، ما هي؟	١. نزيف ٢. تسمّم الحمل ٣. أخرى.....
١٠-٩ إذا كان قد حدث لديها نزيف مهبل خلال الحمل، متى بدأ؟	١. ٢. لا أعرف
١١-٩ هل استمر حتى وفاتها؟	١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف
١٢-٩ هل كان لديها نزيف مهبل:	١. خلال الولادة أو الإجهاض ٢. بعد الولادة أو الإجهاض
١٣-٩ إذا كان لديها نزيف غير مهبل خلال الحمل، متى بدأ؟	١. ٢. لا أعرف
١٤-٩ هل استمر حتى وفاتها؟	١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف
١٥-٩ إذا كان لديها سُعال أثناء الحمل، متى بدأ؟	١. شهر ٢. لا أعرف
١٦-٩ هل استمر حتى وفاتها؟	١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف
١٧-٩ هل كان لديها بُصاق مع السعال؟	١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف
١٨-١٩ هل كان لديها دم مع البُصاق؟	١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف

١. خلال الحمل، الشهر.....	١٩-٩ إذا كان قد حدث لديها ضيق تنفس، متى بدأ؟
٢. قبل الحمل	
٣. بعد الولادة	
٤. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....). ٣. لا أعرف	٢٠-٩ هل استمر حتى وفاتها؟
١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف	٢١-٩ هل كان لديها ربو قصبي؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	
٢. بعد الولادة	٢٢-٩ هل كان لديها حمى، متى بدأت؟
٣. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٢٣-٩ هل استمرت حتى وفاتها؟
١. نعم ٢. لا ٣. لا أعرف	٢٤-٩ هل كان لديها قشعريرة؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	
٢. بعد الولادة	٢٥-٩ إذا كان لون وجهها قد تغير، متى بدأ ذلك؟
٣. لا أعرف	
١. شاحب	
٢. مُزرق	٢٦-٩ هل كان لون وجهها عند ذلك:
٣. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٢٧-٩ هل استمر ذلك حتى وفاتها؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	
٢. بعد الولادة	٢٨-٩ إذا كان لديها ألم، متى بدأ؟
٣. لا أعرف	
١. في رأسها	
٢. في بطنها	
٣. في صدرها	
٤. في ثديها	
٥. في ساقها	٢٩-٩ أين كان موضع الألم؟
٦. في جميع أنحاء جسمها	
٧. أخرى.....	
٨. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٣٠-٩ هل استمر حتى وفاتها؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	
٢. بعد الولادة	٣١-٩ إذا كان قد حدث لديها إستفراغ، متى بدأ؟
٣. لا أعرف	
١. شديد	
٢. تستفرغ كل شيء	٣٢-٩ كيف كان الإستفراغ؟
٣. تستفرغ دم	
٤. بسيط	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٣٣-٩ هل استمر حتى الوفاة؟

١. خلال الحمل، الشهر.....	٣٤-٩ إذا كان قد حدث لديها إسهال، متى بدأ؟
٢. بعد الولادة	
٣. لا أعرف	
١. دم مع البراز	٣٥-٩ هل كان لديها ما يلي مع الإسهال:
٢. مخاط	
٣. صديد	
٤. أخرى.....	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٣٦-٩ هل استمر حتى وفاتها؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	
٢. بعد الولادة	٣٧-٩ إذا كان قد حدث لديها بُراز داكن، متى بدأ؟
٣. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٣٨-٩ هل استمر حتى وفاتها؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	
٢. بعد الولادة	٣٩-٩ هل كان قد حدث لديها عُسر بولي، أو صعوبات أخرى في التبول، متى بدأت؟
٣. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٤٠-٩ هل استمرت حتى وفاتها؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	
٢. بعد الولادة	٤١-٩ هل كان قد حدث لديها دم مع البول، متى بدأ؟
٣. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٤٢-٩ هل استمر حتى وفاتها؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	
٢. بعد الولادة	٤٣-٩ إذا كان قد حدث لديها زيادة في عدد مرات التبول، متى بدأت؟
٣. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٤٤-٩ هل استمرت حتى وفاتها؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	
٢. بعد الولادة	٤٥-٩ إذا كانت تعاني من الإرهاق بسهولة، متى بدأ ذلك؟
٣. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٤٦-٩ هل استمر حتى وفاتها؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	
٢. بعد الولادة	٤٧-٩ إذا كانت قد فقدت وزنها بشكل ملحوظ، متى بدأ ذلك؟
٣. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٤٨-٩ هل استمر حتى وفاتها؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	
٢. بعد الولادة	٤٩-٩ إذا كان وزنها قد ازداد بشكل ملحوظ، متى بدأ ذلك؟
٣. لا أعرف	
١. مُفاجئة	
٢. تدريجية	٥٠-٩ هل كانت زيادة الوزن:
٣. لا أعرف	

١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٥١-٩ هل استمرت حتى وفاتها؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	٥٢-٩ إذا كان قد حدث تورُّمٌ في أي من أجزاء جسدها، متى بدأ ذلك؟
٢. بعد الولادة	
٣. لا أعرف	
١. الوجه	٥٣-٩ ما هو الجزء الذي كان متورِّماً من جسدها؟
٢. البطن	
٣. الساقين والأقدام	
٤. الوجه، الساقين والأقدام	
٥. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٥٤-٩ هل استمر حتى وفاتها؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	٥٥-٩ إذا كان قد حدث لديها ضعف أو شلل في أطرافها، متى بدأ؟
٢. بعد الولادة	
٣. لا أعرف	
	٥٦-٩ كيف حدث ذلك؟
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٥٧-٩ هل استمر حتى وفاتها؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	٥٨-٩ إذا كان قد حدث لها إغماء أو فقدان للوعي، متى بدأ؟
٢. بعد الولادة	
٣. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٥٩-٩ هل استمر حتى وفاتها؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	٦٠-٩ إذا كان قد حدث لها نوبات تشنُّج أو تقلُّصات، متى بدأت؟
٢. بعد الولادة	
٣. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٦١-٩ هل استمرت حتى وفاتها؟
١. خلال الحمل، الشهر.....	٦٢-٩ إذا كان قد تم تشخيصها كارتفاع في ضغط الدم، متى بدأ ذلك؟
٢. بعد الولادة	
٣. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٦٣-٩ هل استمر حتى وفاتها؟
١. السكري	٦٤-٩ هل تم تشخيص إصابتها بأي من الأمراض التالية:
٢. أمراض القلب	
٣. أمراض الكلى	
٤. أمراض الكبد	
٥. أمراض الغدة الدرقية	
٦. السل (التدرن الرئوي)	
٧. أخرى.....	
٨. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٦٥-٩ إذا كان لديها أي من هذه الأمراض، هل استمرت حتى وفاتها؟

١. خلال الحمل، الشهر.....	٦٦-٩ إذا كان قد أجري لها أية عملية جراحية، متى حدث ذلك؟
٢. بعد الولادة	
٣. لا أعرف	
١.	٦٧-٩ ماهي العملية الجراحية؟
٢. لا أعرف	
١.	٦٨-٩ أين أجريت العملية الجراحية؟
٢. لا أعرف	
١.	٦٩-٩ إذا كان قد حدث لها مضاعفات بعد العملية الجراحية، ما هي؟
٢. لا أعرف	
١. خلال الحمل، الشهر.....	٧٠-٩ إذا كانت تتناول أية أدوية، متى كان ذلك؟
٢. بعد الولادة	
٣. لا أعرف	
١. هل الدواء معك؟	٧١-٩ ما هي تلك الأدوية؟
٢. لا أعرف	
١. وصفة طبية	٧٢-٩ من أين حصلت على الأدوية؟
٢. من الصيدلية	
٣. لا أعرف	
١. نعم ٢. لا (المدة.....) ٣. لا أعرف	٧٣-٩ هل استمرت في تناول الأدوية حتى وفاتها؟
١. الغذاء	
٢. الدواء	٧٤-٩ إذا كان لديها حساسية، ماهو سببها؟
٣. أخرى	
٤. لا أعرف	
	٧٥-٩ هل ترغب/ي بإضافة أي شيء؟
١. جيدة	
٢. متوسطة	٧٦-٩ تقييم الباحث لجودة هذه المعلومات؟
٣. ضعيفة	

الجزء ١٠ : تقييم هيئة المستشارين:

١٠-١ جودة البيانات	١. جيدة		
	٢. متوسطة		
	٣. ضعيفة		
١٠-٢ الملاحظات من قبل الأعضاء	١.		
	٢.		
	٣.		
	٤.		
	٥.		
١٠-٣ وفاة أمهات	١. نعم	٢. لا	٣. غير مؤكدة
	مباشرة		
	١.		
	٢.		
	٣.		
	٤.		
	غير مباشرة		
	١.		
	٢.		
	٣.		
	٤.		
١٠-٥ التشخيص النهائي لوفاة الأم			



المجلس الأعلى للسكان
عمان - الأردن

الدارسة الوطنية لوفيات الأمهات
في الأردن (٢٠٠٧-٢٠٠٨)