

**NEEDS ASSESSMENT OF MATERNITY SERVICES  
IN RAMALLAH GOVERNMENTAL HOSPITAL  
WEST BANK**

Sahar Hassan  
*Institute of Community and Public Health  
Birzeit University*

October 2007

## **Acknowledgements**

We would like to thank the midwives, nurses, and physicians who contributed their time, energy, and insights, as well as their active engagement and co-operation in completing this study. Special thanks are due to the Theodor-Springmann Foundation for its financial support, the Head of the Obstetrics Department for his cooperation, and above all, the Director of Ramallah Hospital for making this study possible. Thanks to all women who shared with us their views and experiences with enthusiasm.

## ملخص تنفيذي

### المقدمة

أخذت وزارة الصحة الفلسطينية في السنوات الأخيرة خطوات حثيثة لتحديد الأولويات الصحية للشعب الفلسطيني. وبناء على تلك الجهود، تم تنفيذ العديد من المبادرات الصحية الوطنية مثل الصحة الإنجابية، الوصول إلى المرافق الصحية في حالات الطوارئ، التغذية، الإرشادات والبروتوكولات الاكلينيكية في الرعاية الصحية الأولية، الولادة ومنع العدوى. ومن الجدير بالذكر إن العديد من النشاطات التدريبية تم تنفيذها ضمن تلك المبادرات

في السنوات الأخيرة عانت خدمات الأمومة في المستشفيات العديد من التحديات ونقص الموارد. ففي سنة 2004، تمت أكثر من 56% من الولادات في فلسطين في المستشفيات الحكومية. وفي ظل تفاقم وازدياد معدلات الفقر في فلسطين، تبقى المستشفيات الحكومية هي الخيار الوحيد أمام معظم النساء للولادة منذ إدخال نظام التأمين الصحي المجاني "تأمين الأقصى". إن إدخال هذا التأمين المجاني إلى النظام الصحي زاد من العبء الملقى على النظام الصحي حيث لم يوازيه زيادة في مساحة أقسام الولادة، المعدات، عدد الأسرة، أو الطاقم الصحي (ويشمل ذلك القابلات بالدرجة الأولى، والممرضات) حتى تتمكن المستشفيات من استيعاب العبء الإضافي والزيادة في أعداد الأمهات والمواليد.

ونتيجة لذلك، كان الهدف من هذه الدراسة هو فحص الاحتياجات الضرورية لخدمات الأمومة في المستشفيات وإعلام واضعي السياسات الصحية، والمسؤولين، والمنظمات الدولية الممولة، ومقدمي الخدمات، والجمعيات المهنية إضافة إلى مجموعات الدفاع عن حقوق المرأة عن تلك الحاجات الملحة لتحسين جودة خدمات الأمومة في المستشفيات الحكومية. ولهذا جاء هذا التقرير الذي يشمل تفاصيل هذه الاحتياجات في أقسام الولادة (قسم الولادة والجراحة النسائية وغرفة الولادة) في مستشفى رام الله الحكومي. كونه المستشفى الحكومي الوحيد في منطقة رام الله، يعتبر مستشفى رام الله مرجعية لمعظم مستشفيات الولادة في منطقة رام الله، وبعض ضواحي القدس، كذلك تحول له الحالات الطارئة من مناطق أخرى مثل أريحا، سلفيت ونابلس، وبالتالي أهمية إكمال الدراسات العلمية في هذا المستشفى.

تم إجراء هذه الدراسة في الفترة الواقعة ما بين شهري نيسان 2005 وأذار 2006، حيث تعرض تفاصيل حول التركيبة الإنشائية الهندسية لأقسام الولادة، الممارسات الروتينية خلال فترتي المخاض والولادة، الموارد البشرية وآراء الأمهات حول الخدمات المقدمة لهن أثناء المخاض، والولادة وما بعد الولادة. وتهدف إلى:-

1. فحص جودة خدمات الأمومة المقدمة في مستشفى رام الله.
2. تحديد وفهم الثغرات في خدمات الأمومة المقدمة لضمان جودة أفضل.
3. إيجاد قاعدة بيانات أساسية من أجل استخدامها لرفع مستوى خدمات الأمومة المقدمة.

### طرق البحث

تم استخدام طرق بحث كمية ونوعية من أجل جمع المعلومات المتعلقة بتقديم خدمات الأمومة خلال فترتي المخاض، والولادة وما بعد الولادة في المستشفى (انظر إلى الجدول رقم 1، صفحة رقم 12 حول طرق البحث التي استخدمت للحصول على المعلومات).

تم إجراء (31) مقابلة معمقة شملت جميع مقدمي خدمات الأمومة والمسؤولين في أقسام الولادة في مستشفى رام الله الحكومي باستثناء احد الأطباء (9 قابلات، 14 ممرضة و8 أطباء) حيث شملت الأسئلة معلومات، آراء، ممارسات، ظروف العمل والمعيقات التي تحول دون تحسين جودة الخدمات المقدمة ومدى الرضى الوظيفي من وجهة نظر مقدمي الخدمات.

تم إجراء (159) مقابلة مع سيدات من الواضعات في فترة ما بعد الولادة وذلك قبل ساعات (1-3 ساعة) من مغادرتها للمستشفى لاستكشاف آراؤهن حول الخدمات المقدمة لهن أثناء المخاض، الولادة وما بعد الولادة تمت مقابلة السيدات على مدى أسبوعين متتاليين تم من خلالها سؤال جميع السيدات اللواتي أنجن في المستشفى في تلك الفترة بعض النظر عن طريقة الولادة (طبيعية أو بعملية قيصرية) وذلك خلال الفترة الواقعة ما بين الفترة من 25 آب و 8 أيلول 2005.

إضافة إلى ذلك، أمضت الباحثة الرئيسية مدة أسبوعين من البحث الميداني في غرف الولادة وقسم الولادة استخدمت خلالها، نماذج لأدوات البحث التي تم تطويرها بناء على أدوات **فحص احتياجات الأمومة الآمنة** من منظمة الصحة العالمية، و**هيكل تقييم جودة خدمات الأمومة في المستشفيات** الذي أوجده هيلتون.

ركزت الباحثة خلال تواجدها الميداني على جمع معلومات حول مدى كفاية ونوعية مبنى أقسام الولادة للإيفاء بحاجات العمل اليومي، والعناية المقدمة للأمهات خلال فترتي المخاض والولادة، ومعلومات حول بعض الأمور الإدارية المتعلقة بمقدمي الخدمات ومدى كفاية أعدادهم أثناء الدوام الرسمي، وضغط العمل اليومي، والضغط الزمني الذي يتعرضون له، والعلاقات المهنية والشخصية بعضهم مع البعض، وعلاقتهم مع الأمهات وعائلاتهن.

تم مراجعة سجلات أقسام الولادة وملفات الأمهات لفحص مدى شموليتها ومحتواها.

تم مقارنة ما جمع من معلومات حول الممارسات الروتينية أثناء المخاض والولادة مع التوصيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، **مصادر الأدلة العلمية الحديثة** (Cochrane Database) والبروتوكولات المتبناة من قبل وزارة الصحة وأطباء قسم الولادة والمتوفرة في غرف الولادة.

## النتائج

### خدمات الأمومة، مدى توافر المعدات والأدوات ونوعية الخدمات:

#### خدمات الأمومة

يستقبل مستشفى رام الله ما بين 5-20 ولادة خلال 24 ساعة، (بمعدل 10 ولادات طبيعية وولادتين بعملية قيصرية / 24 ساعة). يتراوح عدد الولادات الطبيعية ما بين 5-16 / 24 ساعة، يتم توليدها من قبل 6 قابلات يتناوبن العمل بنظام الورديات الثلاث (قابلتين/وردية). وبذلك يبلغ عدد الولادات الشهرية ما بين 330 – 450 ولادة. وتساعد القابلات الأطباء في غرف الولادة بالعمليات الجراحية النسائية الصغيرة والتي يتم إجراؤها بعدد يتراوح ما بين (صفر - 6) عمليات جراحية / 24 ساعة. وتساعد القابلات كذلك الأطباء في غرف الولادة على استقبال وإدخال حالات الولادة وحالات الطوارئ النسائية والتي تتراوح عددها ما بين 2 – 25 حالة / 24 ساعة.

وتقدم القابلات العناية اللازمة للمواليد الجدد الذين يتم توليدهم في غرف الولادة إضافة إلى الذين يتم توليدهم بالعمليات القيصرية في غرفة عمليات المستشفى الرئيسية حيث يتم نقل هؤلاء المواليد الجدد إلى غرف الولادة الطبيعية لتقديم العناية الفورية اللازمة لهم. علماً بأنه يتراوح عدد المواليد الذين يتم توليدهم بالعمليات القيصرية ويتم نقلهم لغرف الولادة لتلقي العناية اللازمة ما بين (صفر - 8) مواليد / 24 ساعة.

من الجدير ذكره أن التوصيات العالمية توصي بوجود قابلة لكل سيدة أو اثنتين في حالة مخاض، ولولادة آمنة بوجود قابلتين أو قابلة وشخص آخر مؤهل خلال الولادة، القابلة للتوليد والعناية بالأم، والآخر للعناية بالمولود. بينما توصي الجمعية العلمية الملكية لأطباء النساء والولادة (RCOG) بنسبة 50 قابلة بوظيفة كاملة لكل 1000 ولادة في السنة (أي أن مستشفى رام الله يحتاج إلى 15 قابله على الأقل ليستطعن تقديم العناية للأمهات بأمان) كمييار مناسب ومقبول في خدمات الأمومة المقدمة في المستشفيات.

يوجد نقص في عدد القابلات نسبة إلى عدد الولادات والمسؤوليات الملقاة على عاتقهن. ويوجد نقص في عدد الأسرة والمساحة اللازمة في أقسام الولادة والمطلوبة لتقديم خدمات أمومة بفعالية.

مجموع عدد الأسرة في أقسام الولادة في مستشفى رام الله هو 40 سرير موزعة على النحو الآتي:-  
سريرين للولادة، 3 أسرة للمخاض، سرير للعمليات البسيطة، 3 أسرة للإنعاش بعد العملية، 31 سرير للحالات ما بعد الولادة، والعمليات القيصرية والعمليات النسائية وحالات مراقبة للحوامل.

أثناء تنفيذ هذه الدراسة، كان هناك 9 قابلات (إحدهن كانت في إجازة مرضية لمدة طويلة 3 اشهر)، 14 ممرضة بما فيهم مسؤولة القسم، و9 أطباء (4 أخصائيين بما فيهم رئيس القسم و5 أطباء مقيمين) يقدمون خدمات الأمومة في أقسام الولادة.

## توفر المعدات

يوجد نقص في المعدات الضرورية اللازمة، ويعزى هذا لنقص في الموازنات والأموال المتوفرة و/أو انقطاع في مصادر التمويل والمعونات الدولية التي عادة معوناتا قليلاً ما تشمل مصاريف التشغيل والصيانة للأجهزة ولا تسد الاحتياجات الملحة للعمل مثال على ذلك، انقطاع معاجي في توفر أساور مطابقة/تعريف المواليد الجدد لأمهاتهم لعدة أشهر، وجود بعض الأجهزة المعطلة أو التي لا تعمل بشكل سليم مثل أجهزة تخطيط قلب الجنين، ومنظم الإبر الوردية. كذلك الأمر بالنسبة لعدم مقدرة المستشفى لسد الاحتياجات المتزايدة للشاش المعقم في غرف الولادة والعمليات الجراحية البسيطة التي تجري هناك، حيث أجبرت القابلات في غرف الولادة على إعداد ما يحتاجه العمل من شاش وفوط معقمة لسد حاجة غرف الولادة وذلك بشكل يدوي خلال ساعات العمل.

كذلك بسبب ازدياد الحاجة لتعقيم الأدوات الجراحية وعدم توفر عدد من العمال المساعدين لتنسيق إرسال وإحضار ما يحتاجه من الأدوات الجراحية في قسم التعقيم المركزي بشكل فعال مما اجبر المسؤولين بإعطاء مهمة تنظيف وتعقيم الأدوات الجراحية للقابلات أثناء ساعات العمل وداخل غرف الولادة.

هناك نقص حاد في الاحتياج اليومي للشر اشف قد يكون ناجم عن حقيقة أن عملية غسيل شر اشف المستشفى تجري في خارج مبنى المستشفى، وبسبب عدم توفر عدد كاف من الكوادر المساندة لإرسال وإحضار الشر اشف من وإلى المغسلة بشكل يسد حاجة القسم. وقد لوحظ انه حتى في الحالات النادرة جداً عندما تكون الشر اشف متوفرة، لا يتم استخدامها لحاجة الأمهات أثناء الولادة.

يوجد قلة اهتمام بنظافة المكان الخاص بالعناية بالمولود والميزان وذلك قبل وضع المولود عليه بشكل خاص.

هناك العديد من الأدوات والمعدات التي يمكنها الاستفادة من أية عملية تطوير مستقبلية بسبب كونها غير صالحة للاستعمال مثل بعض الأدوات الجراحية (كالمقصات) أو يعلوها الصدأ (كميزان المواليد الجدد، والعربات الجراحية وأواني الشاش المعقم الجراحي) أو أنها غير متوفرة بشكل كافي (وجود مدفنة واحدة للمواليد الجدد بينما عدد الولادات قد يصل إلى 20 ولادة في 24 ساعة) (التفاصيل حول مدى توفر الأدوات والمعدات في غرف الولادة وقسم الولادة، انظر مرفق 3 + 4).

## جودة العناية المقدمة

تعتبر جودة العناية الصحية المقدمة للأمهات خلال فترات المخاض والولادة وما بعد الولادة غير كافية ولا تستند على الأدلة العلمية للدراسات الحديثة، فهناك نقص في الكوادر الصحية خاصة القابلات. إضافة إلى عدم كفاية الإشراف المهني لمقدمي الخدمات. كذلك هناك تنوع في الحالات في نفس القسم، فعلى سبيل المثال، نجد في غرفة الولادة نساء في حالة مخاض، و/أو ولادة، و/أو بعد الولادة، وحالات طوارئ بحاجة لعلاج، وحالات تحتاج عمليات بسيطة، وحالات تحتاج لرقابة ترميزية بعد العمليات ومواليد جدد بحاجة لمراقبة ورعاية فورية. كذلك الحال في قسم الولادة يوجد حالات بعد الولادة الطبيعية، حالات بعد الولادة القيصرية، حالات حوامل للمراقبة، حالات جراحة نسائية يسود التوجه العالمي الآن إلى توفير غرف ولادة بهيكلية بسيطة تشابه إلى حد كبير أجواء البيوت العادية حيث تستطيع النساء المرور بعملية المخاض والولادة بسلام وخصوصية وكرامة في نفس الغرفة وبدون حاجة لنقلها أثناء المراحل الحرجة من غرفة لأخرى. كذلك إيجاد مساحة كافية لاستقبال حالات الطوارئ النسائية في قسم خاص بموارد بشرية ومعدات منفصلة عن الأقسام الرئيسية.

أما بالنسبة لغرفة العمليات المضافة كجزء من غرف الولادة، فهي تفتقر للطاقت الخاص لتشغيلها. وعليه ينصح استعمالها فقط في الحالات الطارئة والمستعجلة التي تكون فيها غرف العمليات الرئيسية في المستشفى مشغولة، ويتطلب الأمر إجراء العملية لإنقاذ حياة.

## مسؤوليات مقدمي الخدمات وظروف العمل

يوجد نقص حاد في أعداد القابلات ونتيجة لذلك لوحظ ضغط عمل مضاعف لهؤلاء القابلات العاملات ضمن الطاقم الصحي ( انظر مسؤوليات القابلات مرفق 5 . يعود هذا النقص إلى تعقيدات في النظام الصحي قد تتعلق في تحديد أعداد

القابلات المطلوبة لكل مستشفى، أنواع الموارد البشرية المطلوب توظيفها كأولوية، عدم وجود نظام حوافز للقابلات أو الممرضات لضمان بقائهم في الطاقم الصحي في المستشفيات) إضافة إلى نقص الموازنات المالية، فمثلاً تعمل القابلات والممرضات في المستشفيات بنظام الورديات بدون أي فوارق في الرواتب عن هؤلاء القابلات والممرضات العاملات في مراكز الرعاية الصحية الأولية (فترة صباحية فقط، وبدوام عادي) وتتلقى القابلات والممرضات العاملات بنظام الورديات في المستشفيات حوالي 30 شيكل فقط لليلة الواحدة ولا توجد علاوات مالية للدوام المسائي.

تقوم الممرضات بالعناية بالأمهات ومواليدهن في فترة ما بعد الولادة والعمليات القيصرية، ومراقبة حالات الحمل الخطر والعناية بحالات الجراحية النسائية.

تعاني الممرضات في قسم الولادة من ضغط العمل أيضاً بسبب تنوع الحالات الموجودة ( انظر مسؤوليات الممرضات مرفق 8 ) ولكن مسؤوليات الممرضات مركزة ومحددة بشكل أكبر من القابلات (يوجد مهمات يومية محددة لكل ممرضة) لكن يوجد نقص في التدريب على أسس العناية بالأمهات.

## ظروف العمل

تبين أن ظروف عمل القابلات هي الأسوأ بين مقدمي خدمات الأمومة (الأطباء والممرضات) بسبب ضغط العمل، تعدد المسؤوليات، لا يوجد مهمات يومية محددة خلال الوردية، رواتب ضئيلة مقارنة مع المسؤوليات الملقاة على عاتقهن، وجداول عمل غير مرنة بسبب قلة العدد. كما تبين انه حتى كتابة هذا التقرير لم يتم تطبيق أي وصف وظيفي للقابلات أو الممرضات في المستشفيات.

العمل بدون إشراف كافي هو تحدي على كل قابلة تقبله والعمل به منذ اليوم الأول لبدء عملها في المستشفى وهذا يعود إلى غياب ايه برامج توجيهية منظمة للممرضات والقابلات الجدد (على سبيل المثال دوام الممرضة أو القابلة الجديدة مع قابلة أو ممرضة من ذوي الدرجات الوظيفية العليا من اجل الإرشاد والدعم للموظفة الجديدة في الفترة الأولى للتوظيف)

تبين انه بدلا من أن تقوم رئيسة قسم الولادة بإرشاد القابلات وتنظيم وتنسيق ضغط العمل في غرف الولادة وقسم الولادة، والإشراف على جودة العناية المقدمة، مجبرة بالتعامل مع مسؤوليات تقنية يومية مثل متابعة الأوامر الطبية الجديدة لكل حالة في قسم الولادة، جدول الدوام الأسبوعي والإحصائيات الشهرية للقسم.

بالإضافة إلى التقديرات المؤسسية، تبين أن القابلات لديهن أعلى نسبة عن عدم الرضى أثناء العمل ويعود هذا بشكل أساسي لما سبق ذكره من ظروف العمل والشروط الوظيفية إضافة إلى ما يعانيه باقي مقدمي الخدمات في المستشفيات نقص في التدريب المؤسسي، وفرص التعليم المستمر وإمكانية الحصول على معلومات حديثة في مجال العمل. (للاطلاع على أسباب عدم الرضى الوظيفي عند القابلات، انظر الصورة 2 صفحة 28) من بين جميع مقدمي الخدمات الذين تمت مقابلتهم تبين أن اقل من نصف عدد القابلات (4 من 9) وثلاث الممرضات (5 من 14) وطبيبين فقط هم الذين تلقوا تدريبات في السنوات الثلاث الأخيرة وهذه التدريبات تتعلق في العناية بالأمهات، القبالة المجتمعية، طوارئ حالات الولادة، مراقبة العدوى، تطبيق البروتوكولات، ومهارات الكمبيوتر. ومن الجدير ذكره إن مقدمي الخدمات الذين تلقوا هذه التدريبات وجدوا أن تطبيقها صعب على ارض الواقع أثناء ممارستهم العملية، وكنتيجة لذلك، تبين أن مستويات التوتر عالية في مكان العمل. (انظر صورة 1 صفحة 27).

## الممارسات المتبعة خلال المخاض والولادة

تبين من مقابلات مسؤولي أقسام الولادة أن السياسات العامة في خدمات الأمومة توضع من قبل وزارة الصحة بينما تترك الخطوط العريضة لإدارة القسم والإشراف الإكلينيكي وأسس المعالجة أثناء حالات الولادة لرئيس القسم.

تبنت وزارة الصحة مجموعة من البروتوكولات والإرشادات الإكلينيكية المتعلقة بالولادة الطبيعية، العناية بالمولود، العناية بالسيدات في فترة ما بعد الولادة، منع نقل العدوى للعمل بها وإتباعها على نطاق المستشفيات والتي تم إيجادها من قبل مشروع مرام الممول من USAID.

تم تدريب بعض مقدمي الخدمات ومسؤولي أقسام الولادة على كيفية استخدام هذه البروتوكولات وكيف يمكنهم تدريب وتطبيق ودعم مقدمي الخدمات في أقسام الولادة التي يعملون بها. وحيث أن تطبيق البروتوكولات أثناء العمل عملية معقدة وفيها الكثير من التحديات والعوائق على مستويات النظام الصحي والمؤسسة مما شكل هذا عائقاً لإمكانية مقدمي الخدمات المدربين لتطبيق ما قاموا بالتدريب عليه وتدريب الآخرين. ونتيجة لذلك، لم يتم إجراء أي تدريبات لمقدمي الخدمات في مواقع العمل بسبب عدم كفاية الكادر، ضغط العمل في الأقسام وتعقيدات أخرى النظام الصحي.

كذلك، تم تبني مجموعة بروتوكولات وإرشادات إكلينيكية من احد المستشفيات البريطانية (مستشفى الأمير تشارلز) من قبل رئيس قسم الولادة لتطبيقها على حالات الولادة المعقدة والخطرة. إلا انه لم يتم تدريب مقدمي الخدمات على كيفية استخدامها وتطبيقها في اقسام الولادة، علماً بأن تلك البروتوكولات لا تأخذ بعين الاعتبار حالة نقص الموارد التي تعاني منها أقسام الولادة في مستشفيات وزارة الصحة.

أيضاً، لوحظ أن الممارسات الروتينية المتبعة خلال المخاض والولادة لا تتوافق مع الممارسات المبنية على الأدلة العلمية الحديثة. فمع انه تبين أن بعض الممارسات الضارة لا تتبع، إلا أن هناك بعض الممارسات غير الضرورية والتي قد تكون مؤذية لا زالت تتبع أثناء تقديم العناية للأمهات أثناء مراحل المخاض والولادة، على سبيل المثال استخدام الإبر الوريدية بشكل روتيني (97% من الأمهات) عدم السماح للأمهات بشرب السوائل أثناء المخاض (96% من الأمهات) episiotomy بشكل روتيني لجميع الأمهات أثناء الولادة الأولى لهن.

أفادت القابلات بان التعليمات المتفق عليها في غرف الولادة بوضع الإبر الوريدية لكل سيدة عند إدخالها للقسم في حالة ولادة، بينما عبر الأطباء عن قلقهم من المضاعفات التي قد تحدث أثناء عملية البنج أن سمحوا للأمهات بشرب السوائل خلال المخاض خصوصاً أن احتجن للولادة بعملية قيصرية علماً بان تلك المضاعفات قد تحدث حتى في حال الامتناع عن تناول السوائل عن طريق الفم.

يتكرر عدد مرات الفحوصات المهبلية للسيدات خلال فترة المخاض بشكل غير ضروري حيث أفادت (43.6%) من السيدات انه تم فحصهن مهلبياً أكثر من خمس مرات خلال فترة المخاض، وهذا لا يتفق مع توصيات منظمة الصحة العالمية والتي توصي بضرورة التقليل من الفحوصات المهبلية أثناء المخاض ما أمكن، وتحديد تكرار الفحص المهلبى كل 4 ساعات فقط. كذلك تنص بروتوكولات قسم الولادة على ضرورة تحديد تكرار الفحص المهلبى كل 2-4 ساعات. هذا وقد لوحظ فرق بين الأعداد الحقيقية للفحص المهلبى والعدد الموثق في الملفات الطبية.

علت القابلات أسباب تكرار الفحوصات المهبلية بشكل غير ضروري بسبب ضغط العمل الذي يبقى هؤلاء القابلات منشغلات عن السيدات أثناء المخاض مما يجعلهن يكررن الفحوصات كلما سحت الفرصة لمعرفة ما إذا قد حان وقت الولادة لنقل السيدة من غرفة المخاض إلى غرفة الولادة بسبب التركيبة الهيكلية لغرف الولادة.

لا يستخدم نموذج تخطيط المخاض كما هو موصى به في بروتوكولات القسم ومنظمة الصحة العالمية. وبحسب إفادات مسؤولي القسم، تم إدخال استخدام هذا النموذج لفترة قصيرة حيث توقف بسبب عدم توفر هذه النماذج بشكل مستمر.

هناك بعض التدخلات الممكنة استخدامها خلال فترة المخاض وهي تعتبر مفيدة للام مثل السماح لمرافقة للسيدة خلال فترة المخاض لدعمها ومساعدتها وقد تبين إن من ضمن سياسات وزارة الصحة عدم السماح لمرافقات للسيدات في غرفة الولادة.

تبين أن إمكانية الحركة والمشي للسيدات خلال المخاض هي محدودة جداً بسبب الممارسات الروتينية غير الضرورية مثل الإبر الوريدية الروتينية للسيدات خلال المخاض. إن وجود الإبرة الوريدية بشكل عائقاً للسيدة عن الحركة خلال المخاض إضافة إلى ضيق مساحة القسم. علل الأطباء عدم السماح للنساء بالحركة أثناء المخاض لأسباب الازدحام، ضيق مساحة القسم، وهيكلية غرف الولادة المحدودة. أما القابلات فقد أفدن بأنهن تلقين تعليمات بعدم السماح للأمهات بالحركة أثناء المخاض.

تبين وجود ثغرات في تطبيق سياسة Active management of the third stage of labor كسياسة ضرورية موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية وبروتوكولات القسم لمنع النزيف بعد الولادة. إن هذه الثغرات يعود في الدرجة الأولى لنقص كادر القابلات حيث أن قابلة واحدة فقط تقوم بالولادة والعناية بالأم والوليد، إضافة إلى نقص في المعلومات والمهارات اليدوية المتعلقة بتطبيق هذه السياسة.

لوحظ وجود ثغرات في الممارسات المتبعة لمنع العدوى مثل إتباع بعض الممارسات بطريقة غير كافية كغسل اليدين، عدم تنظيف الطاولة التي يوضع عليها المولود بشكل دائم، نقص في المواد والمعدات كالشراشف، مناشف المواليد الجدد، ورق تنشيف الأيدي، الصابون، وبعض الأدوات يعلوها صدأ مثل ميزان المولود والعربات الجراحية.

تبين أن الممارسات التي تتبع لتنظيف غرف الولادة غير كافية وهذا يرجع إلى تدريب غير كافي لعاملات النظافة وظروف عملهن السيئة (عاملتين يقتسمن الدوام خلال 24 ساعة) ورواتب ضئيلة (حوالي 25 شيكل / اليوم).

## العناية الفورية بالمولود بعد الولادة

تتضمن العناية الفورية بالمولود بعد الولادة: التنشيف، إعطاء إبرة فيتامين K، إعطاء إبرة التطعيم لمرض التهاب الكبد الفيروسي B، توزيع المولود، ثم البدء بالرضاعة الطبيعية والتي تمارس فوراً بعد الولادة وفقاً لما أفادت به 73.5% من النساء.

تبين عدم استخدام بعض الممارسات المفيدة والموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية وبروتوكولات القسم مثل وضع المولود مباشرة على بطن أمه بعد الولادة وذلك بسبب عدم وجود قابلة أو شخص آخر مؤهل يساعد القابلة التي تقوم بالتوليد.

تبين أن بعض الممارسات الروتينية للمولود هي غير ضرورية مثل شفط الفم والأنف وإعطاء الأوكسجين للمواليد الجدد بشكل روتيني بعد الولادة.

## الممارسات التمريضية الروتينية بعد الولادة

تبين أن الممرضات في قسم الولادة بحاجة إلى تدريب وأشرف إضافيين لرفع كفاءتهن لتقديم العناية الضرورية للأمهات بعد الولادة حسب بروتوكولات القسم. وأفادت ثلث الممرضات (5 من 14 ممرضة) بقيامهن بفحص انقباض الرحم بعد الولادة. وأفادت (9 من 14 ممرضة) بأنهن يفحصن كمية النزيف بعد الولادة بشكل روتيني. فيما أفادت 12.5% فقط من الأمهات بأنه قد تم فحص كمية النزيف لديهن بشكل روتيني بعد الولادة. وأفادت 10% من الأمهات بأنه تم سؤالهن من قبل الممرضات / الأطباء عن كمية النزيف لديهن بعد الولادة.

تبين أن هناك ثغرات في عملية الفحص الروتينية التي تتبعها الممرضات والتي هي نتيجة لعدم تلقيهن معلومات ومهارات كافية خلال فترة الدراسة. (لمزيد من التفاصيل حول العناية التمريضية الروتينية للأمهات بعد الولادة، ارجع إلى جدول 4 صفحة 44. كذلك لمعرفة آراء الأمهات حول العناية التمريضية في رسمة 5، صفحة 43).

تبين وجود ضغط عمل على الممرضات اللواتي يقدمن العناية التمريضية لحالات متنوعة ومختلفة في قسم الولادة مما يجعل العناية بالأمهات بعد الولادة الطبيعية الأقل أهمية من بين الحالات الأخرى.

## حالات التوليد الطارئة

حالات النزيف بعد الولادة والتشنج الناجم عن ارتفاع ضغط الدم هي الأكثر حدوثاً بين الحالات الطارئة وأكثر الحالات التي تعرضت لها القابلات والممرضات أثناء العمل. كما وأكد الأطباء بان حالتي النزيف بعد الولادة والتشنجات هي الأكثر شيوعاً وحدوثاً.

تبين انه من بين ال 159 سيدة، هناك الربع (أي 40 سيدة) شكين من وجود مضاعفات بعد الولادة. من هؤلاء اللواتي لديهن مضاعفات، 9 سيدات نزلن بعد الولادة. ( انظر رسمة 4، صفحة 40).

هناك حاجة ماسة لرفع كفاءة مقدمي الخدمات في أقسام الولادة لتقديم العناية ومنع النزيف بعد الولادة والتعامل مع حالات التشنج الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم حتى تتوافق مع التوصيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية والمتضمنة في بروتوكولات القسم.



## وجهات نظر الأمهات بما يتعلق بالخدمات المقدمة

معظم النساء وصفن من قام بتوليدهن "بلطيف/ه" (87.3% من النساء اللواتي ولدن ولادة طبيعية و89.7% من النساء اللواتي ولدن ولادة قيصرية).

بينما أبدت 42% من الأمهات فقط الرضى عن خدمات الأمومة المقدمة في مستشفى رام الله. أسباب ذلك الرضى يعود إلى عدم كفاية المعدات كالنشر اشف، المخدرات، الأكل، الماء الساخن، ورق التواليت، قلة النظافة، الازدحام، سوء معاملة عاملات التنظيف وعدم السماح للمرافقات في غرف الولادة.

أفادت معظم السيدات أنهن اخترن الولادة في هذا المستشفى بسبب حوزتهن على التأمين الصحي الحكومي المجاني والذي يسمح بالولادة في المستشفيات الحكومية بالمجان. (لمعرفة أسباب عدم رضى الأمهات، ارجع إلى رسمة 7، صفحة 48)

## الاستنتاجات

لمستشفى رام الله دور أساسي في تقديم خدمات الأمومة بسبب موقعه المركزي حيث يشكل مستشفى ذو دور مرجعي في منطقة رام الله والمناطق المجاورة ويتم فيه عدد كبير من الولادات سنوياً.

هناك حاجة ماسة لإدخال نظام إشراف إكلينيكي تقني لخدمات الأمومة في المستشفيات.

تبين انه بالمكان إحداث بعض التغييرات غير المكلفة أو بكلفة قليلة والتي ستساهم في تحسين جودة العناية المقدمة للأمهات والمواليد الجدد مثل التقليل من الإبر الوريدية أثناء المخاض، السماح للأمهات بالحركة والمشي وشرب السوائل أثناء المخاض كما يرغبن.

إن السماح لإحدى قريبات / مرافقة للسيدة أثناء المخاض لدعمها ومساعدتها له فوائد كثيرة على الولادة وبعد الولادة.

بالنسبة للتحسينات في خدمات الأمومة على المدى البعيد، هناك حاجة لبذل جهود مكثفة على أكثر من صعيد لإيجاد تحسينات في النظام الصحي ككل. وهذا يشمل: كوادر صحية كافية ومناسبة للأمومة آمنة، مساحة كافية في غرف الولادة تسمح للأمهات بالحركة والمشي كما يرغبن، وتوفير المعدات الأساسية بشكل منتظم، ونظام موارد بشرية فعال.

كما هو معروف على مستوى بلدان العالم إن القابلات يعتبرن الأكثر فاعلية واستمرارية والأقل كلفة لتقديم خدمات أمومة آمنة خلال المخاض والولادة وبعد الولادة. إلا أن القابلات يحتجن الدعم الكافي والكوادر ليستطعن تقديم خدمات أمومة آمنة. كذلك هناك حاجة لأطباء ذو كفاءة عالية للعناية بحالات التوليد الطارئة والمعقدة.

إن تطبيق الممارسات المبنية على الأدلة العلمية حتماً سوف يحسن من جودة خدمات الأمومة المقدمة في المستشفيات، وسيساهم في توفير المصاريف غير الضرورية من التدخلات الطبية التي لا حاجة لها ويزيد من رضى الأمهات عن الخدمة المقدمة. (لمعرفة تفاصيل المواضيع التي تتطلب تدخلات من أجل تحسين خدمات الأمومة المقدمة من قبل وزارة الصحة والمنظمات الأهلية والدولية، انظر مرفق رقم 1)

## التوصيات:

### على مستوى صناع القرار:

- إجراء تحسينات على خدمات الولادة الطبيعية في مستشفيات وزارة الصحة كأولوية وذلك بتبني الممارسات والسياسات منخفضة التكلفة والتي تحمل فرص كبيرة للاستمرارية في نظام صحي ذو موارد قليلة. "إن التأكد من أن النساء يستطعن الإنجاب في مؤسسة صحية بوجود قابلية هي الاستراتيجية الأفضل التي تؤدي في النهاية للتقليل من وفيات الأمهات في العالم". (مجلة لا نسيت 2006).
- تبني سياسات حديثة خاصة بعملية المخاض والولادة في مستشفيات وزارة الصحة الفلسطينية. الامتناع بقدر الامكان عن الاستعمال الكثير لبعض الإجراءات مثل الاستعمال الروتيني لهرمون الطلق الاصطناعي لتسريع عملية الطلق والولادة وشق العجان أثناء الولادة. إن الاستعمال الروتيني لهذه الإجراءات يزيد من احتمالات حدوث المضاعفات أثناء الطلق والولادة، يزيد من تكاليف (مصاريف) خدمات الأمومة ويقلل من رضى الأمهات عن نوعية الخدمة المقدمة.
- تشجيع استعمال الممارسات المفيدة وغير المستخدمة حالياً مثل توفير الدعم الشخصي والاجتماعي للمرأة أثناء المخاض، تشجيع الأمهات على الحركة والمشى أثناء المخاض، ممارسة وضع المولود مباشرة على بطن أمه بعد الولادة والمساعدة في البدء في الرضاعة الطبيعية مباشرة بعد الولادة ما أمكن.
- الاستثمار في إعداد ورفع كفاءة مقدمي خدمات الأمومة والطفولة في مستشفيات وزارة الصحة. هناك حاجة ماسة لتشجيع ورفع مستوى جودة خدمات القبالة للولادة الطبيعية ورعاية ما بعد الولادة. كذلك هناك حاجة لوجود ممرضات، أخصائيي نساء وولادة مؤهلين لتقديم خدمات الأمومة. إن الإدارة الفعالة للموارد البشرية هي مطلب أساسي لأي تحسينات مستقبلية دائمة، وللاحتفاظ بالطواقم الصحي ولضمان استمرارية أي تحسينات تطراً.
- تطوير وتنسيق أساليب أخرى لتطوير الطاقات البشرية وتطوير خدمات الأمومة مبني على أساس فهم التعقيدات في النظام الصحي والعناية الصحية. العمل على التفاوض على هذا الأسلوب مع المؤسسات الوطنية والدولية والمانحة حيث أن الأساليب التي تتبعها مشاريع الدول المانحة وأطرها الزمنية غالباً ما تكون مقيدة للتمكن من أحداث تحسينات فيها نوع من الاستمرارية.
- تنسيق عقد اجتماعات دورية شهرية لفحص خدمات الأمومة ومراجعة بعض الحالات في مستشفيات وزارة الصحة. الاجتماع الشهري لممثلي خدمات الأمومة في المستشفيات الحكومية بحيث يشتمل على رؤساء الأطباء والتمريض والقبالة في المستشفيات. إن الهدف من هكذا اجتماعات دورية هي تبادل الآراء والتشاور لتحسين جودة خدمات الأمومة المقدمة في مستشفيات وزارة الصحة، رفع مستوى الأداء والممارسات وتحسين التواصل بين مقدمي خدمات الأمومة في مستشفيات وزارة الصحة.
- الأخذ بعين الاعتبار التقليل ما أمكن من تنوع الحالات في أقسام الولادة حيث إن زيادة التنوع في الحالات يحتاج إلى تطوير وتعليم مستمرين في المستشفى للقبالات والممرضات لرفع مستوى أدائهن وكفاءتهن للتأكد من تقديم عناية متكاملة لمختلف الحالات. وعليه فانه من المحبذ إيجاد أقسام منفصلة تحت خدمات الأمومة تحتوي على التالي: عيادات خارجية نسائية (للطوارئ والعلاج وفحص حالات الإدخال للمراقبة والعمليات النسائية)، قسم للمخاض والولادة، قسم مراقبة الحوامل، قسم العناية بالنساء ما بعد الولادة، قسم النسائية والعمليات الجراحية النسائية. إن الأخذ بعين الاعتبار هذه التغييرات يسمح باستخدامها الموارد بفعالية وخصوصاً الموارد البشرية ويسهل تطبيق ممارسات علمية مبنية على الأدلة للنساء أثناء الولادة الطبيعية مثل السماح للسيدات بالحركة والمشى أثناء المخاض، السماح بوجود مرافقة (إحدى قريبات السيدة) معها أثناء المخاض، وإيجاد جو من الخصوصية يسمح بفحص السيدات بعد الولادة بشكل منظم. إن ذلك يؤدي بالنتيجة إلى تقديم خدمات أمومة آمنة متكاملة ومرضية وإيجاد المكان الكافي للسيدات اللواتي لا يشكين من أية مشاكل أثناء المخاض والولادة (وهن الأغلبية) وبالتالي تحسين تنظيم العمل في أقسام الولادة.
- مراجعة الكوادر البشرية المناسبة لخدمات الأمومة والتأكد من أن مقدمي الخدمات يملكون المعرفة والمهارات التقنية والاجتماعية والنفسية لإنجاز الأعمال المنوطة بهم.

▪ ضرورة التنبيه لنتائج توظيف ممرضات نوات مستوى تعليمي منخفض للعناية بالأمهات بعد الولادة بدون تحضيرهن وتدريبهن الكافي للقواعد الأساسية لخدمات الأمومة.

### ▪ تقوية خدمات القبالة في وزارة الصحة وذلك عن طريق:

- زيادة أعداد القابلات لتقديم خدمات الأمومة والولادة في المستشفيات.

- استخدام القابلات بفعالية أكثر لتقديم خدمات شاملة في القبالة وذلك باستخدام طاقم مساعد في أعمال تنظيف الأدوات الجراحية والأقسام، التحضير اليدوي للشاش والقوط المعقمة، مساعدة الأطباء في العمليات الجراحية البسيطة التي تجري في غرف الولادة، تقديم العناية الفورية اللازمة للمواليد الجدد المولودين بواسطة العمليات القيصرية في قسم العمليات الرئيسي. وبالتالي يؤدي هذا إلى تفرغ القابلات للعناية بحاجات الأمهات المختلفة خلال الطلق والولادة.

- تحسين ظروف عمل القابلات وتعويضهن بما يتناسب مع الأعمال والمسؤوليات التي يقمن بها والأهمية التي يشكلها دورهن في الحفاظ على حياة الأمهات والمواليد مثال على ذلك منحهن علاوتي التخصص والمخاطرة.

- استحداث "نظام إشراف" للقابلات العاملات في وحدات وزارة الصحة من قبل قابلات بحيث يمنحهن هكذا نظام الدعم، الإرشاد، النصح، العمل المشترك والتشبيك على مستوى وزارة الصحة.

▪ تقديم المعلومات والمهارات التنقيفية اللازمة للأمهات وعائلاتهم من أجل تمكينهم من اتخاذ القرار المبني على المعلومة بما يختص بصحتهن، وتشجيعهن على فهم حقوقهن في الحصول على خدمات أمومة ذات جودة عالية. ويكون هذا من خلال رسائل موجهة عبر صور الحائط داخل أقسام الولادة في المستشفيات، توفر كتيبات إرشادية في أقسام الولادة والتي تحمل رسائل صحية تؤكد على الممارسات المبنية على أساس علمي خلال عملية الولادة.

▪ فحص مدى رضى الأمهات عن خدمات الأمومة المقدمة لهن بشكل دوري وإشراكهن ومساعدتهن في اتخاذ قرارات تخص صحتهن.

### توصيات بخصوص خدمات الأمومة في مستشفى رام الله

▪ بناء القدرات في المستشفى من أجل ضمان تقديم خدمات أمومة ذات جودة عالية لحالات الولادة الطبيعية، المعقدة والطارئة وذلك من خلال استخدام نهج مبني على الممارسات المبنية على الأدلة العلمية والتدريب الميداني لمقدمي الخدمة

▪ توسيع هيكليّة أقسام الولادة في المستشفى من أجل تقليل الازدحام وضغط العمل (مثلاً، إضافة قسم آخر لحالات الولادة أو النسائية إن أمكن ما أمكن) حتى تتمكن من تلبية حاجات الأمهات والتأقلم مع الحالات المعقدة التي يتم تحويلها من المستشفيات والمناطق الأخرى.

▪ تقوية وتشجيع خدمات وممارسات مهنة القبالة في المستشفى وذلك باستخدام مهارات القابلات بشكل فعال أكثر ليتمكن من التركيز أكثر لتقديم عناية ذات جودة عالية للنساء أثناء الولادة وذلك عن طريق:

- استخدام طواقم أخرى لمساعدة القابلات في مسؤوليتهن والأعمال المطلوبة منهن مثل مساعدة الأطباء في إدخال وعلاج الحالات النسائية (غير الولادة) ، المساعدة في العمليات النسائية البسيطة التي تجري في غرف الولادة، العناية بمواليد السيدات اللواتي يلدن بعمليات قيصرية والذين يحدّب عدم نقلهم من غرف العمليات إلى غرفة الولادة بل إلى قسم حديثي الولادة أو غرفة خاصة بقسم الأطفال حيث تتواجد الممرضات في تلك الأقسام خصيصاً للعناية بالمواليد والأطفال.

- كذلك استخدام طواقم مساعدة لتنظيف القسم والأدوات الجراحية والتحضير اليدوي للشاش والقوط المعقمة اللازمة لحالات الولادة والعمليات الجراحية، تحضير ملفات الإدخال، إرسال العينات وإحضار نتائج الفحوصات من المختبر وتعبئة حالات الخروج من القسم.

- اختيار قابلة قانونية كفؤ أو توزيع بعض من المهام التقنية اليومية لرئيسة القسم حتى تستطيع القيادة والإشراف والإرشاد بفعالية للقابلات والممرضات في غرف الولادة وقسم الولادة على السواء لضمان خدمات ذات جودة عالية.

## ■ تنظيم سرعة العمل أو تقليل الازدحام في غرف الولادة:

- استقبال الحالات النسائية العلاجية في العيادات الخارجية أو في غرفة خاصة للطوارئ في قسم الولادة.
- نقل المواليد الجدد للأمهات اللواتي يلدن بعمليات قيصرية إلى قسم حديثي الولادة أو استحداث غرفة خاصة بقسم الأطفال لاستقبال هؤلاء المواليد لحين نزول أمهاتهم إلى قسم الولادة من غرف العمليات.
- الإشراف والمتابعة اليومية لعمال التنظيف خصوصاً الطريقة المتبعة في تنظيف غرف الولادة.
- تشجيع التدريب الميداني لمقدمي خدمات الأمومة (القابلات، الممرضات والأطباء) حتى يستطيعوا تطبيق ما يتعلموه من معلومات ومهارات في ممارساتهم اليومية من أجل بناء أفضل للقدرات.
- تقديم الدعم الإشرافي لتطبيق ممارسات مبنية على الأدلة أثناء الولادة مبتدئين بتلك التي لا تحتاج مصاريف مالية إضافية.
- العمل على إثراء معلومات ومهارات مقدمي خدمات الأمومة في أقسام الولادة (قابلات، ممرضات وأطباء) بحيث تكون مبنية على الأدلة العلمية وذلك في مجالات رعاية الحوامل، العناية بالسيدة أثناء المخاض الولادة وما بعد الولادة، التعامل مع الحالات الطارئة والمعقدة خصوصاً حالات تسمم الحمل، ومنع حدوث نزيف بعد الولادة وإنعاش الوليد. (انظر تفاصيل احتياجات التدريب صورة 9 صفحة 51 وملحق 9).
- البدء بتطبيق نظام فحص خدمات الأمومة في المستشفى ومراجعة بعض الحالات بشكل دوري من أجل تحديد العناية ذات مستوى الجودة المنخفضة، رفع مستوى الخدمات، وتحسين الاتصال والتواصل بين مقدمي الخدمات.
- استغلال فرصة وجود أفراد العائلات للمساعدة في تقديم بعض أوجه الدعم والعناية للأمهات وتعليمهم ممارسات صحية تساعد في دعم الأم والمولود.