

المحددات الاجتماعية للوفاة النفاسية

في ضوء نموذج الانتقال الولادي

"دراسة ميدانية ببعض قرى محافظة المنيا"

د/ عبد المجيد أحمد هندي (*)

الملخص:

استهدفت الدراسة وصف مدى فعالية المحددات الاجتماعية التي رصدها نموذج الانتقال الولادي في حدوث الوفاة النفاسية، وقد أسست الدراسة على فرضيات عدة، تضمنت أن عدم إنصاف البيئة الاجتماعية التي تقيم فيها الأم يؤدي إلى حدوث الوفاة النفاسية، وأن نوعية الرعاية المقدمة بالنظم الصحية الخاصة بصحة المرأة تؤثر في تجنب الوفاة النفاسية، وأن حرمان الأم من التعليم ينتج عنه الخنوع إلى القيم والعادات الاجتماعية المضرة بصحة الحمل والولادة والممارسات الصحية المؤدية لوفاتها. اتخذت الدراسة نموذج الانتقال الولادي لـ"سوزا باولو" موجهاً نظرياً، واعتمدت منهجياً على منهج دراسة الحالة والمنهج الأيكولوجي، وقام الباحث بإعداد دليل مقابلة متعمقة بالاعتماد على طريقة أخوات المرأة، وبطاقة للملاحظة العلمية والإخباريين كأدوات لجمع البيانات، وطبقت الدراسة على عينة عمدية مثلتها خمس شقيقات عن الأمهات المتوفيات، وأوضحت النتائج العامة أن تردي خدمات البنية التحتية والسكنية للبيئة الاجتماعية تؤثر في الحالة الصحية، وتنتج عنها آثار سلبية تؤدي لوفاة الأمهات، كما تبين عدم قدرة المتوفيات على تلقي الرعاية الصحية الوقائية المنتظمة حول الحمل والإنجاب، والمتابعة طوال مدة الحمل، حيث تكون مكلفة مادياً مع انعدام مواردهن المالية، وكشفت الدراسة عن كثير من المعوقات التي واجهت المتوفيات للحمل والولادة في بيئة صحية واجتماعية؛ سواء بالوحدات

(*) أستاذ مساعد بقسم الدراسات السكانية - كلية الآداب - جامعة المنيا.

المحددات الاجتماعية للوفاء النفسية في ضوء نموذج الانتقال الولادي

الصحية القروية، أو بالمرفق الصحي العام. أخيرًا أبانت النتائج تأثير أمية المتوفيات في غياب قدرتهن المعرفية للقيام بالرعاية الصحية الذاتية، وكذا تطوير مهارتهن للرعاية الصحية الوقائية لدرء المخاطر والممارسات الضارة التي تعرضن لها، إضافة إلى غياب التمكين والاستقلال الذاتي، والإذعان لقرارات الأزواج، حتى فيما يخص الرعاية الصحية الخاصة بهن.

الكلمات المفتاحية:

نموذج الانتقال الولادي، المحددات الاجتماعية، الوفاة النفسية، وفيات الأمهات.

Social Determinants of Maternal Mortality In The Term Of Obstetric Transition Model

**" A Field Study In Some Villages of Minya
Governorate"**

Dr. Abdul Majeed Ahmed Hendy

Abstract:

The study aims to describe the effectiveness of the social determinants of obstetric transition model in the occurrence of maternal death, the study was based on several hypotheses such as, the inequity of the social environment in which the mother resides leads to maternal mortality, the quality of care provided in health systems for women's health affects the avoidance of maternal mortality, and depriving mother of education results in submission to social values and customs that are harmful to the health of pregnancy and childbirth and health practices that lead to maternal mortality. The study took the obstetric transition model for "Souza JP" as a theoretical guide. Methodologically, case study , ecological methods were used, and the researcher prepared an in-depth interview guide based on the sisterhood procedure, a scientific observation card and informative as tools for data collection. The study was conducted on a purposed sample of five sisters who replaced their deceased sisters. General results have shown that, the deterioration of infrastructure and housing services for the social environment affects the health and

has negative effects that lead to maternal death. It was also found that the deceased were unable to receive regular preventive health care about pregnancy and childbearing, and follow-up throughout the pregnancy, where it is financially costly with their lack of financial resources, the study revealed many obstacles that faced the deceased in pregnancy and childbirth in a healthy and social environment, whether in the village health units, or the public health hospital. Finally, results showed the effect of illiteracy of the deceased in absence of their cognitive ability to do self-care, As well as developing their skills for preventive health care to ward off risks and harmful practices to which they were previously exposed, in addition to the lack of empowerment and autonomy, and submissiveness to decisions of husbands, even with regard to their own health care.

Key words:

Obstetric Transition Model - Social Determinants - Maternal Mortality.

مدخل إلى إشكالية الدراسة :

على غرار نظرية الانتقال الديموجرافي *Demographic Transition Theory* التي جاء بها "تومسون" *Thompson* عام (١٩٢٩)، لتصنيف مراحل التحول التدريجي التي تمر بها المجتمعات بين المواليد والوفيات، وكذا ما جاء به "عمران" *Omran* عام (١٩٧١) في وصفه للانتقال الوبائي *Epidemiological Transition*، والتحول من نمط المعدل المرتفع لانتشار الأمراض المعدية إلى وجود نمط مغاير لارتفاع معدل انتشار الأمراض غير المعدية، ابتكرت "سوزا باولو" *Souza JP* (*) في عام (٢٠١٤) نموذج الانتقال الولادي *Obstetric Transition* لتصف التغيرات التدريجية التي تمر بها المجتمعات في طريقها نحو القضاء على الوفاة النفاسية، مع الإشارة للمحددات الاجتماعية التي تساعد على فهم مراحل عملية الانتقال (Souza JP ,et al.,2014,1).

ومن القراءة المتأنية للمراحل المختلفة لذلك النموذج، ومضاهاتها بالإحصاءات الرسمية لوفيات الأمهات على المستوى القومي، يتبين تصنيف المجتمع المصري بالمرحلة الرابعة على خريطة الانتقال الولادي، وأن ثمة عقبات تحول دون إحراز التقدم المطلوب للوصول إلى المرحلة الخامسة والأخيرة من ذلك الانتقال، والمعنى بها: تجنب وفيات الأمهات النفس، أو الوصول إلى أقل من (٥) حالات من الوفيات لكل (١٠٠٠٠٠) ولادة حية على أقصى تقدير.

وإن كان هناك انخفاض ملحوظ لمعدل وفيات الأمهات خلال السنوات الأخيرة على المستوى القومي، نتج عنه تحقيق أحد أهداف الألفية الثالثة لجملة وفيات الأمهات بالجمهورية خلال الفترة من (٢٠١٥:٢٠٠٠)، إلا أن هذا الانخفاض يسير بخطى بطيئة. بل وربما يؤدي التأثير السلبي لتدني المحددات الاجتماعية المطروحة بالنموذج - "كإنصاف البيئة الاجتماعية، ونظم الرعاية الصحية وخدماتها، وتعليم المرأة وما يتعلق به من عادات اجتماعية وممارسات تؤثر في صحتها الإنجابية، ونوعية الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه خلال مرحلتي

الحمل والإنجاب؛ كأحد أوجه التدخلات المنقذة للحياة" — إلى تراجع التقدم المحرز وإعادتنا لما قبله، لا سيما وأن هذه المكاسب قد تحققت بشق الأنفس على مدى السنوات السابقة.

فعلى الرغم مما حققته الكثير من البلدان(**) للخروج بتلك العقبات الاجتماعية والوصول إلى المرحلة الأخيرة في نموذج الانتقال الولادي بتجنب الوفاة النفاسية، فإن الشواهد الإمبريقية المستوحاة من الأدبيات السابقة والإحصاءات الرسمية القومية تؤكد أن تلك المحددات المشار إليها سلفاً ما زالت تمثل عقبة للمضي نحو تجنب الوفاة النفاسية على المستوى القومي خاصة بالمجتمع الريفي؛ وذلك لما تعكسه من تأثير سلبي في السلوك الصحي والإنجابي للأمهات، سواء قبل الحمل أو أثناءه أو بعد الإنجاب، وهو الأمر الذي نتج عنه ثبات المجتمع المصري عند المرحلة الرابعة من نموذج الانتقال الولادي دون الصعود للمرحلة الخامسة والأخيرة.

لذا تتبلور إشكالية الدراسة في البحث في تأثيرات تلك المحددات الاجتماعية وتشابكها مع حالة الصحة الإنجابية قبل وقوع الوفاة النفاسية للأمهات، وكخطوة بحثية استباقية لحالة الأمومة الآمنة قبل الوفاة. وبالتالي يمكن بلورة إشكالية الدراسة في تساؤل مؤداه "إلى أى مدى تؤثر المحددات الاجتماعية التي رصدها نموذج الانتقال الولادي في حدوث الوفاة النفاسية بالمجتمع الريفي؟".

أولاً- منهجية دراسة العلاقة بين المحددات الاجتماعية بنموذج الانتقال الولادي والوفاء النفاسية:

١- أهمية الدراسة وأهدافها:

أهمية الدراسة:

- على الصعيد الوطني، تؤكد معدلات الإحصاءات الرسمية أن وفيات الأمهات لا تزال غير مقبولة، فضلاً عن أن توزيعها غير متكافئ إقليمياً، وهو الأمر

الذي يتطلب منا أن نعطي إيلاءً للمحددات الاجتماعية بما تتركه من مشكلات صحية تؤثر في الصحة الإنجابية للأم عبر مراحلها المختلفة، وتحدث ذلك النمط من الوفاة.

- تراجع أدبيات وفيات الأمهات مقارنة بوفيات حديثي الولادة والرضع ودون الخامسة من الأطفال، إضافة لذلك التراجع، فإن جميع الدراسات التي أجريت على المستوى القومي لم تبحث نموذج الانتقال الولادي كأحد النماذج الدولية التي يعتد بها للكشف عن موقف المجتمعات من ذلك النمط النوعي للوفاة.
- تسهم هذه الدراسة في صوغ تصور نظري، يمكن من خلاله وصف علاقة المحددات الاجتماعية بالوفاة النفاسية في ضوء نموذج الانتقال الولادي، على غرار الهيئات والبلدان التي سبقتنا في تطبيق ودراسة ذلك النموذج النظري.
- سوف تساعد نتائج التحليل الحالي للدراسة وتوصياتها، صانعي السياسات للوقوف على سبل الاستثمار في ميدان المحددات الاجتماعية للصحة، كخطوة وقائية سابقة للاستثمار في التقنيات الطبية، والذي يعد أقل تكلفة وأكثر أهمية؛ لتجنب وفيات الأمهات.

أهداف الدراسة:

- تبنى الدراسة على مجموعة من الأهداف في ضوء نموذج الانتقال الولادي على هذا النحو:
- توضيح تأثيرات البيئة الاجتماعية المحيطة بالأم في وقع الوفاة النفاسية.
- التعرف على أوجه الرعاية المقدمة بالنظم الصحية للمجتمع المحلي وعلاقتها بتعزيز صحة المرأة الإنجابية وتجنب الوفاة النفاسية.
- توصيف حالة الأم التعليمية وعلاقتها بقبول أو رفض القيم والعادات الاجتماعية المضرة بصحة الحمل والولادة، والممارسات الصحية المؤدية للوفاة النفاسية.

- توضيح أوجه الدعم الاجتماعي التي تقدم للأمهات عند الحاجة إلى التدخلات المنقذة للحياة.

٢- فرضيات الدراسة:

صيغت فرضيات الدراسة في ضوء مقولات نموذج الانتقال الولادي على النحو التالي:

- يؤدي عدم إنصاف البيئة الاجتماعية التي تقيم فيها الأم إلى حدوث الوفاة النفسانية.

- تؤثر نوعية الرعاية المقدمة بالنظم الصحية الخاصة بصحة المرأة في تجنب الوفاة النفسانية.

- يؤدي حرمان الأم من التعليم إلى الخنوع للقيم والعادات الاجتماعية المضرة بصحة الحمل والولادة والممارسات الصحية المؤدية للوفاة النفسانية.

- تسهم أوجه الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه المرأة خلال فترة الحمل والإنجاب في تجنب الوفاة النفسانية.

٣- الإجراءات المنهجية:

أ- الطريقة العامة للدراسة وأدوات جمع البيانات:

تم الاعتماد على دراسة الحالة من خلال دليل المقابلات المتعمقة، وقد تضمن دليل المقابلة المتعمقة تساؤلات حول وفيات الأمهات، وقام الباحث بتدعيمها بتساؤلات تعكس علاقة المحددات الاجتماعية موضوع الدراسة بذلك النمط من الوفاة، فضلاً عن تساؤلات أخرى تتضمنها استقصاءات الأمومة الآمنة في مجال الصحة الإنجابية، والتي وضعتها منظمة الصحة العالمية بالاعتماد على التقييم المناسب للرعاية السابقة للولادة، وخدمات الولادة، ورعاية التوليد في حالات الطوارئ، وتقديم المشورة، وتقييم متلقي الخدمة للبيئة الاجتماعية ككل (انظر ملحق رقم ١).

من جانب آخر اعتمدت الدراسة على المنهج الأيكولوجي لأجل استيضاح السمات الفيزيائية للبيئة الاجتماعية للمتوفيات وعلاقتها بالحالة الصحية لديهن، وذلك بالاعتماد على بطاقة الملاحظة العلمية المباشرة، والتي تضمنت ملاحظة البيئة الاجتماعية لمجتمع الدراسة، ورصد ما بها من وحدات صحية وطرق ووسائل انتقال ومرافق، وغيرها من مؤشرات البيئة الاجتماعية الصحية (انظر ملحق رقم ٢).

ب- المجتمع الأصلي والعينة:

يتمثل مجتمع الدراسة في ريف محافظة المنيا، وقد تم اختيار ثلاث قرى هي: (سواده، ومنشية سواده، وزاوية سلطان) بمركز المنيا كإحدى القرى التي حدثت بها حالات وفاة من واقع السجلات الرسمية لوفيات الأمهات بمستشفى المنيا الجامعي للأم والطفل، بعده المرفق الصحي الأهم والأكبر بالمحافظة، والذي تلجأ إليه الأمهات ذوات الدخل المنخفض من جميع أنحاء المحافظة لتلقي خدمات الأمومة الآمنة على مختلف أنواعها.

ومن خلال تتبع الإحصاءات السنوية لمستشفى المنيا الجامعي للأم والطفل تبين ما يلي:

- خلال العام (٢٠١٨) توفيت (٣١) حالة من بين (١٢٨٨٧) مريضة تلقين الخدمة، مقارنة بوفاة (٢٨) حالة من بين (١٢١٥٧) مريضة في العام (٢٠١٧)، وأن غالبية وفيات الأمهات خلال العامين (٢٠١٧) و(٢٠١٨) كانت بسبب النزيف الحاد أثناء الحمل أو بعد الولادة، ثم أمراض القلب ومضاعفات التخدير.

- خلال العام (٢٠١٩) توفيت (٢٠) حالة التحقن بالمرفق الصحي لتلقي خدمات الرعاية الصحية من بين (١٤٠٨١)، وأن غالبية وفيات الأمهات كانت نتيجة النزيف الحاد أثناء الحمل أو بعد الولادة، وارتفاع ضغط الدم مع الحمل.

المحددات الاجتماعية للوفاة النفاسية في ضوء نموذج الانتقال الولادي

- تبين إحصاءات الجدول رقم (١) أن مجمل الحالات التي دخلت المستشفى خلال العام الحالي (٢٠٢١) حتى شهر يونيه (١٢٧٨٠) حالة، بفارق زيادة عن العام السابق (٢٠٢٠) مقداره (٨٣) حالة قابلة للزيادة مع نهاية العام الجاري، وفي ذات السياق يلاحظ وفاة (٢٦) حالة خلال العام السابق، بينما توفيت (١٨) حالة حتى نهاية شهر يونيه من العام الجاري، ويحتمل ازدياد العدد الإجمالي أيضًا مع نهاية العام.

- كما تشير البيانات عن أن غالبية الوفيات قد حدثت في عناية التخدير بكلا العاملين، فقد توفيت (٢٤) حالة في العام (٢٠٢٠) مقابل (١٧) حالة حتى شهر يونيه (٢٠٢١)، بينما توفيت الحالات الأخرى نتيجة النزيف الحاد أثناء الحمل وبعد الولادة.

جدول رقم (١): مجمل الحالات التي التحقت بمستشفى المنيا الجامعي للأم والطفل في الفترة من يناير ٢٠٢٠ وحتى يونيه ٢٠٢١ والمتوفيات بينهم

القسم	٢٠٢٠		حتى يونيه ٢٠٢١	
	الحالات	المتوفيات	الحالات	المتوفيات
حالات الحمل	٢٣٤٩	لا يوجد	٢٦٢٦	لا يوجد
قسم النساء	٨٠٤٠	١	٧٩٧٨	لا يوجد
العناية المتوسطة	٦١٩	١	١١٣٣	١
قسم الاقصادي	١٢٠٩	لا يوجد	٥٥٢	لا يوجد
عناية التخدير	٥٧٠	٢٤	٥٨١	١٧
إجمالي	١٢٧٨٧	٢٦	١٢٨٧٠	١٨

المصدر: مكتب الإحصاء، مستشفى المنيا الجامعي للأم والطفل، يونيه ٢٠٢١.

جغرافياً، يقع مجتمع الدراسة - قرى (منشية سواده، وسواده، وزاوية سلطان) - على شريط ممتد وضيق من الأراضي الزراعية شرق نهر النيل، وتحديداً ما بين نهر النيل والجبل الشرقي لمدينة المنيا، فعلى امتداده تتناثر

القرى الثلاث من الشمال إلى الجنوب على الترتيب، وهذه القرى لا تختلف في أوضاع سكانها الاقتصادية والاجتماعية، وفقدانهم للكثير من المرافق العامة وخدمات البنية التحتية، حتى بعد مبادرة المشروع الرئاسي الجاري تنفيذه "حياة كريمة"، لتطوير وتنمية الريف المصري، والذي استهدف العديد من القرى الأخرى الأكثر احتياجًا، والواقعة خارج نطاق مركز المنيا ككل.

وتعمل غالبية الأسر بالزراعة وورش المحاجر والأنشطة الحرفية المتعددة، والأكثر انتشارًا بزواوية سلطان مقارنة بقريتي سواده ومنشية سواده، ويقدر إجمالي السكان لمجتمع الدراسة بداية عام (٢٠٢١)، وفقًا لنموذج النمو الهندسي (٣٦٥٥٣) نسمة، حيث يقدر حجم سكان قرية سواده ومنشية سواده معًا بحوالي (١٦٤٦٩) نسمة، وزاوية سلطان بحوالي (٢٠٠٨٤) نسمة.

ويتوافر بقريتي سواده ومنشية سواده وحدة صحية واحدة تقع بمنشية سواده، وهي وحدة صغيرة تتكون من طابق واحد فقط، ويقتصر نشاطها على خدمات تطعيم الأطفال وتنظيم الأسرة. كما يتوافر بقرية زاوية سلطان وحدة صحية مستقلة لا تختلف في إمكاناتها عن الوحدة الصحية سالفة الذكر، ولا يتوافر بالقرى الثلاث أية عيادات خاصة بأمراض النساء والتوليد، وكذا المراكز الصحية الخاصة بالمرأة.

وبما أنه لا يمكن تطبيق دليل **المقابلة المتعمقة** على المتوفيات، قام الباحث باختيار **عينة عمدية** من شقيقات الأمهات المتوفيات، استنادًا إلى **طريقة أخوات المرأة Sisterhood** التي تستخدم في الدراسات الديموجرافية منذ العام (١٩٨٩)، بغرض التشریح اللفظي لأسباب وفيات الأمهات، وكأسلوب غير مباشر لتقدير معدل وفيات الأمهات كميًا، وتعتمد هذه الطريقة على تكييف عدد قليل من الأسئلة لا يزيد على (٦) أسئلة لعينة من الأخوات على قيد الحياة (Graham et al., 1989, 125-135)، ثم تطورت هذه الطريقة حتى أضحت الأكثر استخدامًا في الدراسات والمسوحات الديموجرافية والصحية.

وقد بلغ حجم العينة خمس حالات من المتوفيات، ينوب عنهن شقيقاتهن بالاستناد إلى الطريقة سالفة الذكر، حيث توصل الباحث لحالتين كانتا تقمن "بمنشية سواده" محل إقامة الباحث، بينما اعتمد على "الإخباريين" بالقريتين المجاورتين "سواده" و"زاوية سلطان"، للوصول للحالات الثلاث الأخرى. كما راعى الباحث عند اختياره للأخوات ممن سوف يمثلن الأمهات المتوفيات الضوابط التالية:

- أن تكون شقيقة المتوفاة متزوجة ومنجبة؛ حتى يكون قد سبق لها وأن مرت بتجارب وخبرات الحمل والإنجاب لطفل واحد على الأقل، وحتى تكون على دراية بمختلف الأوضاع الصحية والبيئية والمؤسسية التي أثرت في الصحة الإنجابية للمتوفاة.

- أن تكون شقيقة المتوفاة من بين المرافقين أو الملازمين لها قبل التعرض لحدث الوفاة.

- أن تكون لا تزال مقيمة بمحل إقامة المتوفاة، ولم تغادر القرية حتى وقت إجراء الدراسة.

وتُعد هذه الدراسة من أنماط الدراسات الوصفية التحليلية، حيث تسعى إلى توصيف وتحليل أهم مظاهر المحددات الاجتماعية بنموذج الانتقال الولادي، وما تقدمه من أفكار ومعلومات يمكن من خلالها الاستبصار بأسباب والوفيات النفسانية في سياقها الاجتماعي.

ثانياً- الإطار النظري في دراسة المحددات الاجتماعية بنموذج الانتقال الولادي وعلاقتها بالوفاة النفسانية:

١- إطار المفاهيم:

أ- المحددات الاجتماعية:

تعرفها منظمة الصحة العالمية (WHO, 2003) بأنها: "الظروف التي يعيش فيها الناس؛ كالوضع الطبقي الاجتماعي، والاستبعاد الاجتماعي، والعمل

والدعم الاجتماعي، ووسائل ومرافق النقل". وجميعها يؤثر في الحالة الصحية بالإصابة بالأمراض وكذا خطر الوفاة. وبالتالي فإن المحددات الاجتماعية تتسع لتشمل كل ما يتضمنه المجتمع مع مقومات يولد فيها أعضاؤه وينمون ويعيشون ويعملون". (Crear-Perry et al., 2021, 230).

وقد أدى البحث في المحددات الاجتماعية للصحة إلى بناء قاعدة معرفية كبيرة على مدى العقود الماضية، أجمعت فيها البحوث على أن البيئة الاجتماعية والفيزيائية، والاستقلال الاقتصادي، والتعليم، والدعم الاجتماعي، والغذاء، والضغوط الاجتماعية، ونظم الرعاية الصحية، والعادات، والقيم الثقافية البالية.. إلخ، بمثابة المحددات الكلاسيكية للصحة والمرض بصفة عامة.

وسوف تقتصر الدراسة على المحددات التي عرضها نموذج الانتقال الولادي، بعدها الأكثر تأثيرًا في واقع الوفاة النفاسية للمرأة، وهي: البيئة الاجتماعية، وتعليم المرأة، والمرفق الصحي، والدعم الاجتماعي الذي قُدم لها.

ويقصد بالبيئة الاجتماعية في الدراسة: "الإطار الإيكولوجي الذي أثر في الحالة الصحية لهؤلاء الأمهات قبل الوفاة، ويتضمن ذلك الإطار جوانب فيزيائية: كالمسكن، والبنية التحتية، والطرق ووسائل الانتقال، والمؤسسات الصحية، وجوانب رمزية تكمن في القيم والعادات والتقاليد السائدة بالمجتمع ككل".

وتعليم المرأة يقصد به: المؤهل التعليمي الذي وصلت إليه مفردات الدراسة، والمعبر عنه بالمستوى الفاصلي: "أمية، شهادة محو أمية، تقرأ ويكتب، مؤهل متوسط، مؤهل فوق متوسط، مؤهل جامعي، مؤهل جامعي فأعلى".

ويقصد بالنظم الصحية "البنية أو المنشأة الحكومية التي تقدم خدمات الصحة الإنجابية للأمهات سواء قبل الحمل أو أثناءه أو عقب الولادة، ويحدد المكان إجرائيًا في كل من (الوحدات الصحية القروية) بمجتمع الدراسة،

والمستشفى الرئيس (العام) الذي يخدم المجتمع المحلي ككل والممثل في (مستشفى المنيا الجامعي للأم والطفل)".

أما الدعم الاجتماعي فيقصد به "صور الرعاية والمساندة المادية والعاطفية والنفسية، التي يحتمل أن تتلقاها الأمهات بواسطة شبكة العلاقات الاجتماعية من المحيطين بها قبل الوفاة".

ب- الوفاة النفاسية:

تعرف منظمة الصحة العالمية (WHO, 2019,8) الوفاة النفاسية بأنها: "وفاة امرأة أثناء الحمل، أو في غضون (٤٢) يوماً من إنهاء الحمل، بغض النظر عن مدة الحمل ومكانه".

وتقاس الوفاة النفاسية إحصائياً بمعدل وفيات الأمهات (*MMR*) *Maternal Mortality Rate* أي عدد النساء اللواتي يتوفون نتيجة مضاعفات الحمل، أو الإنجاب في سنة معينة لكل (١٠٠٠٠٠٠) ولادة حية من ذلك العام (Haupt et al., 2011,18).

ووفقاً للتصنيف الدولي للأمراض "*ICD-10*"، تنقسم وفيات الأمهات إلى مجموعتين (WHO, 2004,3:4):

- الوفيات التوليدية المباشرة *Direct obstetric deaths*، وهي تلك الناتجة عن المضاعفات التوليدية للحمل (الحمل، المخاض والنفاس)، من التدخلات، والإغفالات، والعلاج غير الصحيح، أو من سلسلة الأحداث الناتجة عن أي مما سبق.

- الوفيات التوليدية غير المباشرة *Indirect obstetric deaths*، وهي تلك الناتجة عن مرض موجود سابقاً أو مرض نشأ أثناء الحمل، ولم يكن لأسباب توليدية مباشرة، ولكن تفاقمت بسبب الآثار الفسيولوجية للحمل.

ويستخدم مفهوم الوفاة النفاسية في الدراسة ليشير إلى: "النساء اللاتي يقمن

بالمجتمع الريفي وتوفين أثناء الحمل، أو عند الولادة أو بعدها باثني وأربعين يوماً، نتيجة لتأثير المحددات الاجتماعية لنموذج الانتقال الولادي".

٢- نموذج الانتقال الولادي كموجه نظري للدراسة:

تعرف النماذج الديموجرافية بأنها: "محاولة لتمثيل العمليات الديموجرافية في شكل وظيفة رياضية أو مجموعة من الوظائف المتعلقة بمتغيرين ديموجرافيين قابلين للقياس أو أكثر. والغرض الأساسي من بناء النموذج يكون لإتاحة تمثيل تقريبي للواقع دون تعقيده" (United Nations, 1983, 11). بالتالي يبني الديموجرافيون ما يعرف بالنماذج الرسمية *formal models* لتمثيل جوانب الظواهر الديموجرافية باستخدام أدوات لاستكشاف وقياس خصائص تلك الظواهر التي تنعكس في النموذج، وتقديم ترتيب أكثر وضوحاً لتجاربههم وملاحظاتهم، وكذا لعمل تنبؤات أكثر دقة حول تلك الظواهر (Land, et al., 2005, 660).

ولا يعد النموذج النظري بمثابة تمثيل مجرد لبعض جوانب العالم الحقيقي فقط، بل يحتوي على مبادئ أساسية ينظر إليها كقوانين تعد بمثابة فرضيات حقيقية، وتعميمات تستخدم للحكم على ما إذا كان النموذج يتواءم مع جوانب العالم الواقعي أم نقيضة (Burch, 2014, 4).

كما تعتمد جودة النموذج على مدى مرونة استخدامه في البحث التجريبي، ومدى تطابق نتائج فرضياته النظرية مع الواقع الحقيقي للظاهرة ذاتها عبر الزمان والمكان، وبالتالي القدرة على اختبار البيانات المتوافرة واستخدامها لإجراء استنتاجات واسعة في سياقات أخرى مشابهة (Burch, 2014, 11).

وتُظهر التقييمات الحديثة لعلم الديموجرافيا ازدواجية جدلية حول مكانة النظريات والنماذج السكانية والعلاقة بينهما، ففي الوقت الذي ينظر فيه البعض من أمثال "كالدويل" *Caldwell* و"لي" *Lee* إلى نظرية التحول الديموجرافي باعتبارها النظرية الأساسية في علم السكان، والتي تتكون من مقولات

statements مستمدة من مزيج من التعميمات *generalizations* والتجريد *abstraction* أو القوانين الإمبريقية العالمية، يرى فريق آخر أنها بنية مجردة *abstract constructions* لنموذج سلوكي *behavioral model*، يمثل الإطار العام الذي يستخدمه دارسو السكان لشرح كافة التغيرات الديموجرافية التي تدور حولهم (Micklin & Poston, 2005,4,6).

وفي هذا الصدد يصف "بورش" *Burch* نظرية الانتقال الديموجرافي كنسخة من نموذج نظري مجرد *abstract model*، لتوصيف التاريخ الديموجرافي الحديث للعديد من المجتمعات، إلى جانب التفسير السلوكي لذلك التاريخ في سياق العلاقة اللوجستية بين التنمية ومعدلي الوفيات والخصوبة (Burch, 2014,12).

ولذا يمكننا القول بأن نموذج الانتقال الولادي ليس ببعيد عما ذكره "بورش" *Burch*، خاصة وأن "سوزا باولو" *Souza JP* تستند في بنائها للنموذج على الانتقال الديموجرافي، وبالتالي يمكن النظر إلى نموذج الانتقال الولادي كنموذج نظري مجرد، تبنى مسلماته حول ديناميكية العلاقة بين المحددات الاجتماعية والوفاة النفسانية، من خلال الاستدلال على قوانين ومعدلات الوفاة النفسانية كأدوات موضوعية *substantive tools*، يمكن الاعتماد عليها في الشواهد الإمبريقية لحالات الوفاة النفسانية بالمجتمعات، وبالتالي التوصل لتعميمات *generalization* تعزز مكانة النموذج بتطبيقات الأبحاث التجريبية، بل والتنبؤ بمدخل تجنب الوفاة النفسانية عبر الزمن من خلال المعرفة السببية التي جعلت بعض المجتمعات قد تجاوزت بالفعل ذلك النمط من الوفاة.

ويستخدم نموذج الانتقال الولادي للإشارة إلى التغيرات التدريجية التي تمر بها البلدان في طريقها نحو القضاء على وفيات الأمهات، فمن المعروف أن التغيرات التطورية في الحد من معدل وفيات الأمهات، مرتبطة بحجم وكفاءة

الجهود الحكومية والمجتمعية لتنفيذ السياسات العامة، التي من شأنها تعزيز التنمية الاجتماعية وتحسين الصحة؛ لأجل زيادة رعاية الأمومة المؤسسية.

وبالتالي ينظر نموذج الانتقال الولادي إلى عملية التحول من الريفية *Ruralism* إلى الحضرية *Urbanism*، والانخفاض في معدلات الخصوبة، والخصخصة، واللامركزية في أنظمة تقديم الرعاية الصحية، والأعداد المتزايدة من الولادات المؤسسية، بعدها استجابات لديناميات الحد من مخاطر تعرض الأمهات للوفاة.

ووفقاً لذلك، تحتاج البلدان إلى تخطيط فوري ومتوسط وطويل المدى، لتطوير البنية التحتية للنظام الصحي، والقوى العاملة في رعاية الأمومة، التي يمكنها تلبية هذه الاحتياجات المتجددة، وعلى هذا لن تكون استراتيجية واحدة لصحة الأم كافية داخل كل بلد (Chaves SC et al., 2015, 5).

وتتلخص فكرة نموذج الانتقال الولادي بأن بلدان ومناطق العالم تمر بخمس مراحل للقضاء على وفيات الأمهات، مع الأخذ في الاعتبار أن جميع البلدان تشهد هذا التحول بوتيرة متفاوتة في التاريخ الديموجرافي، فبعض البلدان المتقدمة تم انتقالها بالفعل منذ سنوات، في حين أن أغلب البلدان النامية ما زالت تمضي نحو عملية الانتقال.

وفيما يلي عرض موجز لمراحل الانتقال الولادي على النحو التالي
(Souza JP ,et al ,2014,1:4):-

- المرحلة الأولى (*MMR > 1,000 /100,000 live birth*): وفيها تعاني معظم النساء وضعاً قريباً من التاريخ الطبيعي للحمل والولادة، الذي يعزى إلى ارتفاع معدل وفيات الأمهات لأكثر من (١٠٠٠) سيدة متوفاة لكل (١٠٠٠٠٠) ولادة حية.

وتتميز تلك المرحلة بارتفاع معدل الخصوبة، وانتشار الأسباب المباشرة

لوفيات الأمهات الناتجة عن مضاعفات الحمل أو الولادة؛ كالنزيف الذي يعقب الولادة بالدرجة الأولى، وارتفاع ضغط الدم أثناء فترة الحمل، وتوسع الوضع الطبيعي والقيصري، والإجهاض غير الآمن، فضلاً عن نسبة كبيرة من الوفيات التي تعزى إلى الأمراض المعدية مثل الملاريا.

- المرحلة الثانية (*MMR: 999 – 300 / 100,000 live birth*): وفيها تظل معدلات وفيات الأمهات مرتفعة، وإن كانت أقل من المرحلة الأولى، حيث تتراوح بين (٩٩٩ : ٣٠٠) حالة وفاة لكل (١٠٠٠٠٠٠) ولادة حية. مع ارتفاع ملحوظ ومستمر لمعدلات الخصوبة، ووجود نمط مماثل من أسباب الوفاة مقارنة بالمرحلة الأولى. ويعود الانخفاض النسبي للوفيات إلى وجود نسبة قليلة من النساء لديهن القدرة على الفصل بين تاريخ الحمل الطبيعي والولادة.

وللمرحلتين الأولى والثانية، قضية رئيسة وهي: الوصول إلى الرعاية الصحية؛ فجميع البلدان التي تصنف بكلا المرحلتين لديها نقص كبير في البنية التحتية الأساسية (مثل: الطرق، ووسائل الانتقال، والمرافق الصحية)، ومستويات التعليم المنخفضة جداً (لا سيما الأمية بين الإناث)، وضعف النظم الصحية، وتدني نوعية الرعاية، والنقص الحاد في توافر القابلات الماهرات، مع انخفاض القدرة على توفير ضرورات التدخلات المنقذة لحياة الأمهات.

وبالتالي يهيب نموذج الانتقال الولادي البلدان التي تمر بهاتين المرحلتين توجيه التركيز إلى إنشاء البنية التحتية الأساسية وتطويرها، وتنفيذ الإجراءات للوقاية من وفيات الأمهات الأولية مثل؛ تنظيم الأسرة، وإزالة الحواجز التي تحول دون الوصول إلى النظام الصحي لتقديم الرعاية الجيدة.

- المرحلة الثالثة (*MMR 299 – 100 / 100,000 live birth*): وتتراوح فيها معدلات الوفاة بين (٢٩٩ : ١٠٠) حالة وفاة لكل (١٠٠٠٠٠٠) ولادة حية، ونجد أن الانتقال الولادي يحدث نقطة تحول، ولكن الوفيات لا تزال مرتفعة أيضاً، فلا تزال الخصوبة مسيطرة على الأسباب المتغيرة والمباشرة

الوفيات. وهذه المرحلة معقدة لأن الوصول للرعاية الصحية لا يزال عقبة لدى قطاع عريض من الأمهات خاصة بالمناطق النائية.

وهنا يعد وصول نسبة كبيرة من النساء الحوامل للمرافق الصحية ونوعية الرعاية، أحد المحددات الرئيسة للنتائج الصحية وليس الوقاية الأولية فقط، فالوقاية الثانوية والثالثة تعمل على تحسين النتائج الصحية للأمهات في هذه المرحلة.

- المرحلة الرابعة ($MMR < 50$ maternal deaths / 100,000 live):

وفي هذه المرحلة تكون وفيات الأمهات إما معتدلة أو منخفضة، ولا تزيد بأي حال على (٥٠) حالة وفاة لكل (١٠٠٠٠٠) ولادية حية، ويلاحظ في تلك المرحلة انخفاض تدريجي في الخصوبة، وأسباب غير مباشرة لوفيات الأمهات، وخاصة الأمراض غير المعدية.

ومن بين القضايا الرئيسة بتلك المرحلة القضاء على التأخير في أنظمة الرعاية التي تحسن من النتائج الصحية للأمهات.

- المرحلة الخامسة وتتمثل في (تجنب جميع وفيات الأمهات النفس):

وهي المرحلة الأخيرة، حيث نجد أن معدل وفيات الأمهات منخفض جدًا وذو خصوبة منخفضة جدًا، بالإضافة إلى تصنيف الأمراض غير المعدية كأسباب رئيسة لوفاة الأمهات، حيث تصل وفيات الأمهات إلى أقل من (٥) من الوفيات لكل (١٠٠٠٠٠) ولادة حية كحد أقصى، فالقضية الرئيسة في هذه المرحلة هي استمرارية التميز في جودة الرعاية الصحية.

وفي حين أن وفيات الأمهات لا تزال مأساة عالمية، فإن نموذج الانتقال الولادي يبنى بفكرة إنهاء وفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها في السنوات القادمة. رغم ما ستواجهه المناطق والمجموعات السكانية الفرعية داخل البلدان من مراحل متباينة من الانتقال، مما يتطلب استراتيجيات مخصصة لإحراز التقدم. وبالتالي فإن تعزيز التنمية الاجتماعية والإنصاف، إلى جانب تطوير

النظام الصحي وتحسين جودة الرعاية الصحية، تعد خطوات إلزامية في السعي إلى عالم خالٍ من وفيات الأمهات.

ج- استخلاصات نظرية من نموذج الانتقال الولادي موجهة للدراسة الميدانية:

- ثمة محددات اجتماعية أفرد لها النموذج تؤثر في صحة المرأة الإنجابية، وتؤدي إلى ارتفاع معدلات الخصوبة من ناحية، وتؤثر سلبًا في وفيات الأمهات من ناحية أخرى؛ وأبرز تلك المحددات: (إنصاف البيئة الاجتماعية بالطرق ووسائل النقل، والمراكز الصحية، وجودة الرعاية بالنظم الصحية، وتعليم المرأة وما يتعلق به من عادات اجتماعية وممارسات صحية، والدعم الاجتماعي للأم الحامل كأحد أوجه التدخلات المنقذة للحياة) وجميعها يؤثر في وفيات الأمهات.

- خفض معدلات الوفاة النفاسية أو تجنبها يتحقق من خلال إعطاء الأولوية للمناطق النائية كالمجتمعات الريفية، وتذليل أوجه عدم المساواة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية، بالتالي تكمن فعالية نموذج الانتقال الولادي؛ في أنه يميز ويحدد بوضوح المؤثرات الاجتماعية المؤدية للعوامل المباشرة وغير المباشرة للوفاة المحتملة على مستوى تلك المناطق في مختلف البلدان النامية.

- الوفاة النفاسية: حالة مصر:

تؤكد الإحصاءات الرسمية أن معدل وفيات الأمهات كان مرتفعًا في مصر بداية عقد التسعينيات من القرن الماضي، وأن الأمهات بالوجه القبلي هن الأكثر تعرضًا للوفاة حيث المناطق الريفية الأقل تنمية، فالنساء اللاتي يقمن في صعيد مصر يجدن صعوبة في الحصول على وسائل رعاية الأمومة عالية الجودة، مما يترتب عليه؛ تضاعف نسبة تعرضهن للوفاة بسبب الحمل، مقارنة بالنساء في الوجه البحري؛ وهذا ما دفع وزارة الصحة والسكان إلى بذل جهودٍ مضنية أدت

إلى تحقيق نتائج جوهرية في الحد من تفاوت الرعاية الصحية، حيث انخفض معدل الوفيات في صعيد مصر بين الأمهات بنسبة (٥٩٪) بنهاية عقد التسعينيات، مقارنة بنسبة خفض قدرها (٣٠٪) في الوجه البحري (المجلس القومي للسكان، ٢٠١٦، ١١).

وقد ترتب على هذا أن أحرزت مصر تقدمًا إيجابيًا في مجال صحة الأم والطفل على مدار العشرين عامًا الماضية، إلا أن الأدلة الحديثة تشير إلى أن هذا التقدم بدأ في التراجع، مما يتطلب بذل جهودٍ كبيرة لمنع فقدان المكاسب.

فالمسح الديموجرافي الصحي لعام (٢٠١٤) أظهر أنه بعد سنوات من الانخفاض، بدأ معدل الخصوبة في الزيادة، من (٣,٠٢) إلى (٣,٥) مولود لكل امرأة مقارنة بالعام (٢٠٠٨).

ولا يزال حتى العام (٢٠٢١)، هناك تفاوت كبير في صحة الأم والطفل بجميع أقاليم الجمهورية، حيث تواجه المناطق الريفية بالصعيد المصري تحديات تتمثل في: نقص الوصول إلى الخدمات، وانعدام خدمات البنية التحتية.

ويتبين من بيانات الجدول رقم (٢) الانخفاض المتباطئ لمعدلات وفيات الأمهات لأكثر من عقد من الزمن خلال الفترة من (٢٠٠٨ : ٢٠٢٠)، بل تشير الإحصاءات إلى ثبات معدل الوفاة في بعض الأعوام دون انخفاض، فخلال العامين (٢٠١١/٢٠١٠) ثبت المعدل عند (٥٤) حالة وفاة لكل (١٠٠٠٠٠) مولود حي، والذي يعني التراجع للمرحلة الثالثة من نموذج الانتقال الولادي خلال تلك الفترة، وكذا خلال العامين (٢٠١٦/٢٠١٥) ثبت المعدل عند (٤٦) حالة وفاة، وفي العامين (٢٠١٩/٢٠١٨) وصل المعدل إلى (٤٤) حالة وفاة بفارق قدره حالتا وفاة فقط لكل (١٠٠٠٠٠) مولود حي، كما تشير التقديرات إلى ثبات المعدل عند (٤٣) حالة في العام (٢٠٢٠)، وبفارق (٧) حالات فقط عن الحد الأقصى للمرحلة الرابعة التي تفترض عدم زيادة المعدل عن (٥٠) حالة وفاة لكل (١٠٠٠٠٠) مولود حي؛ مما ينذر باحتمال تراجع المجتمع المصري نحو المرحلة الثالثة من النموذج كما حدث في العامين (٢٠١١/٢٠١٠)، في حال

استمرار معدلات الوفاة بتلك الوتيرة دون تحسن.

وعلى الجانب الآخر، يلاحظ ارتفاع معدل الخصوبة الكلي خلال الفترة الزمنية نفسها، ففي الوقت الذي وصل فيه معدل الخصوبة الكلي إلى (٣,٠٢) طفل لكل سيدة عام (٢٠٠٨)، ارتفع المعدل ليصل إلى (٣,٦) بعد عام واحد فقط، ولم ينخفض سوى (٠,٣) عن ذلك المعدل بعد مضي قرابة عقد من الزمن؛ حيث وصل معدل الخصوبة إلى (٣,٣) في العام (٢٠٢٠)، وهذا الثبات النسبي القابل للتزايد عبر السنوات يشير إلى تأثير تكرار مرات الحمل والإنجاب سلبيًا في ارتفاع معدل وفيات الأمهات.

جدول رقم (٢): معدلات وفيات الأمهات لكل مائة ألف مولود حي والخصوبة

الكلية خلال الفترة (٢٠٠٨ : ٢٠٢٠)

السنوات	٢٠٠٨	٢٠٠٩	٢٠١٠	٢٠١١	٢٠١٢	٢٠١٣	٢٠١٤
معدل الوفيات	٦٥	٥٦	٥٤	٥٤	٥٠	٥٣	٥٢
معدل الخصوبة	٣,٠٢	٣,٦	٣,١٧	٣,٣٠	٣,٤١	٣,٤٥	٣,٥
السنوات	٢٠١٥	٢٠١٦	٢٠١٧	٢٠١٨	*٢٠١٩	*٢٠٢٠	--
معدل الوفيات	٤٩	٤٦	٤٦	٤٤	٤٤	٤٣	--
معدل الخصوبة	٣,٤٢	٣,٣٩	٣,٣٦	٣,٣٣	٣,٣٠	٣,٢٦	--

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، النشرة السنوية لإحصاءات

المواليد والوفيات لعام ٢٠١٧، يوليو ٢٠١٨، ص ٩.

*تقديرات مصدرها الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

ونظرًا للزيادة في معدلات وفيات الأمهات وتبايناتها بمحافظة الجمهورية، فقد استهدفت الاستراتيجية القومية للمرأة الوصول بهذا المعدل إلى (٣٣,٦) خلال العام الإسقاطي (٢٠٢٥) و(٢٦) حالة فقط بحلول العام (٢٠٣٠)، وقد تم حساب المستهدف لجميع محافظات الجمهورية تحت سيناريو واحد؛ وهو أن المعدل سينخفض إلى نصف معدل العام (٢٠١٣)، وهذا يعني استمرار بقاء مجتمعنا المصري داخل المرحلة الرابعة حتى العام الإسقاطي (٢٠٣٠)، دون الدخول في المرحلة الخامسة من نموذج الانتقال الولادي.

وفي ذات السياق تشير بيانات الجدول رقم (٣) إلى أن تلك الاستراتيجية تستهدف الوصول بمحافظة المنيا – والتي جاءت في الترتيب الرابع بعد كل من "الوادي الجديد وبني سويف وأسيوط" كأعلى محافظات الجمهورية ارتفاعًا لمعدل وفيات الأمهات – إلى (٤٠,١) في العام (٢٠٢٥) ثم إلى (٣١) لكل (١٠٠٠٠٠) مولود حي في العام (٢٠٣٠) وبفارق مقداره (+٤) عن المعدل العام للجمهورية (المركز المصري لبحوث الرأي العام، ٢٠١٨).

جدول رقم (٣): معدل وفيات الأمهات لكل ١٠٠٠٠٠٠ ألف مولود حي في العام ٢٠١٣ والمستهدف في ٢٠٣٠

البيان	محافظة المنيا	إجمالي الجمهورية
معدل وفيات الأمهات	٦٢	٥٣
المستهدف في ٢٠٢٥	٤٠,١	٣٣,٦
المستهدف في ٢٠٣٠	٣١	٢٦

المصدر: المركز المصري لبحوث الرأي العام (بصيرة)، يناير ٢٠١٨ .

٣- قراءة تحليلية للتراث البحثي :

أ- العوامل المؤدية لوفيات الأمهات على المستوى القومي:

في دراسة كلاسيكية لـ (الجهاز المركزي لتعبئة العامة والإحصاء، ٢٠٠٤)

لوفيات الأمهات في مصر خلال الفترة (١٩٩٢/١٩٩٣ و ٢٠٠٠)، بالاعتماد على بيانات المسح القومي لوفيات الأمهات، تبين من نتائجها أن (٧٠٪) من وفيات الأمهات كانت نتيجة للأسباب المباشرة للوفاة خلال الفترة الزمنية الأولى، مقابل (٧٧٪) للعام (٢٠٠٠)، وأن أهم العوامل المؤثرة في الوفاة؛ تدني مستوى الخدمة المقدمة من قبل الوحدات الصحية الريفية، والتأخر في اللجوء إلى الأطباء.

وفي دراسة "ريم السيد" (Elsayed, 2010) لمستويات واتجاهات ومحددات الخدمات الصحية المتاحة للأم في مصر خلال الفترة (٢٠٠٠:٢٠٠٨) بالاعتماد على بيانات المسح السكاني الصحي (٢٠٠٨)، كشفت النتائج عن تأثير المحددات الاجتماعية والاقتصادية للأم (كالإقامة، وتعليم الآباء، وعمل المرأة، والدخل) للاستفادة من خدمات الرعاية السابقة للولادة، والولادة بالمنشآت الصحية، وكذا الاستفادة من خدمات رعاية ما بعد الولادة.

كما أوضحت دراسة مماثلة لـ"مها سالم" (Salem, 2011) للعلاقة بين الفقر واستخدام خدمات رعاية صحة الأم والطفل في مصر خلال الفترة الزمنية (٢٠٠٠:٢٠٠٨) السابق الإشارة إليها باستخدام الانحدار اللوجستي، أن سكان المناطق الريفية لديهم إقبال أقل للولادة في منشأة صحية بمساعدة مهنيين متخصصين، فضلاً عن أن الوضع الاقتصادي يؤثر في اختيار مقدم الرعاية بعد أن تبين أن الأمهات ذوات الدخل المرتفع يضعن مولودهن في المرافق الصحية الخاصة على أيدي مقدمي خدمة ماهرة.

وأبانت دراسة (أبو الحسن ، ٢٠٠٩) عن قياس أثر المحددات الاجتماعية والاقتصادية في سلوك الصحة الإنجابية للأسرة الريفية، ومدى التأثير الإيجابي للتعليم وعمل الزوجة في زيادة الوعي والمعرفة والممارسة بمؤشرات الصحة الإنجابية المتنوعة.

وفي دراسة (عبد الله ، ٢٠٠٤) لبحث العوامل الثقافية والاجتماعية المؤثرة في الصحة الإنجابية للمرأة؛ كشفت نتائجها أن البيئة الثقافية بمؤثراتها المختلفة تمثل العامل الحاسم في الرعاية وعدم الرعاية بالصحة الإنجابية مثل: الزواج المبكر، وختان الإناث، والحرص على إنجاب الذكور، والولادة على أيدي القابلة، وأن هذا التأثير يتزايد بالمناطق الريفية مقارنة بالحضرية، وأن عدم الإلمام بالمشكلات المصاحبة لسن البلوغ، وعدم علاج ما قد يصيب الأنثى خلال هذه الفترة يعرض الجهاز الإنجابي للمشاكل الصحية والعقم.

كما تبين من استطلاع رأي (عثمان وآخرين ، ٢٠١٤) لعينة من السيدات قوامها (٢١٠٧) مفردات من العمر (١٨) سنة فأكثر، لتقصي الوضع الصحي للمرأة؛ تباين مقدرة السيدات على الحصول على العلاج بين فئات التعليم المختلفة، حيث تزداد كلما ارتفع المستوى التعليمي. وبالمثل تباين المقدرة في الحصول على العلاج وفقاً للمستوى الاقتصادي، وقد أوصت الدراسة بالحاجة إلى تحقيق تغطية أوسع لمظلة التأمين الصحي للسيدات، خاصة في المناطق الريفية والوجه القبلي.

الدراسات الأجنبية:

في دراسة لخبراء منظمة الصحة العالمية (Chaves SC et al., 2015) لبحث المراحل المقترحة لنموذج الانتقال الولادي بعد عام واحد من إصداره، بالاعتماد على قاعدة بيانات بعض البلدان بأفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية والشرق الأوسط، أبانت نتائجها ارتفاع خصوبة الإناث للبلدان التي تمر بمرحلة انتقال أقل للولادة، وقد تراوح المعدل إلى (٣) أطفال لكل سيدة، مع تطابق التحليل المتعدد البيانات للبلدان مع ما جاء به النموذج من مسيات الوفاة المباشرة وغير المباشرة للأمهات.

وفي دراسة أخرى لـ "ميهاتا وفريقها" (Mehata et al., 2017) عن خدمات صحة الأم "بنيبال" Nepal وعلاقتها بوفيات الأمهات، في ظل الأوضاع الجغرافية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية المتباينة، متخذة من

نموذج الانتقال الولادي موجهاً عامًا للدراسة، اعتمدت الدراسة على تحليل بيانات أربعة مسوح ديموجرافية صحية للفترة من (١٩٩٤:٢٠١١). وأكدت نتائجها تأثير المحددات الاجتماعية والاقتصادية في وفيات الأمهات من خلال تأثير الدخل والتعليم، في نسبة النساء اللاتي تلقين استشارات ما قبل الولادة، وقد أوصت الدراسة بضرورة تعزيز النظام الصحي لزيادة الوصول إلى الخدمات بين النساء الأكثر فقرًا والأقل تعليمًا.

وفي دراسة لـ "رادكار" (Radkar, 2018) لاستكشاف العلاقة بين وفيات الأمهات والخصوبة، بالاعتماد على البيانات الثانوية، تبين أن معدلات وفيات الأمهات سوف تنخفض عندما تنخفض معدلات الخصوبة، أو بالأحرى عندما تزداد وسائل منع الحمل، وتتحسن حالة المرأة الصحية ومؤشر كتلة الجسم، كما كشفت الدراسة عن ارتباط وفيات الأمهات بمدى الاستفادة من خدمات رعاية الصحة الإنجابية خاصة خدمات ما قبل الولادة.

كما استهدفت دراسة حديثة لـ "وانج وفريقه" (Wang et al., 2020) مسح التراث البحثي للمحددات الاجتماعية للصحة والمرض والوفيات المرتبطة بالحمل في الولايات المتحدة، بالاعتماد على منهجية تحليل محتوى الأبحاث المنشورة بدوريات (*Ovid MEDLINE, Scopus Popline, CINAHL*)، خلال الفترة الزمنية (١٩٩٠:٢٠١٨)، وقد أسفرت الدراسة عن تغطية (٨٣) دراسة للأوضاع الاجتماعية والاقتصادية كعوامل منبئة بزيادة وفيات الأمهات والأمراض النفسانية، فضلاً عما كشفت عنه التحليلات حول تأثير السياق الاجتماعي والاقتصادي والثقافي والسياسي (السياسة العامة)، في الوفيات المرتبطة بالحمل والمراحل الأخرى للصحة الإنجابية.

كما أجريت دراسة لـ "بيري وفريقه" (Crear-Perry et al., 2021) عن المحددات الاجتماعية لصحة الأم بالولايات المتحدة، لتفسير أسباب استمرار النتائج الصحية المتباينة للأمهات في مقاطعات مختلفة، كمحاولة من فريق

البحث للبرهان على أن مصطلح المحددات الاجتماعية قد فقد جوهره منذ أن شكلت منظمة الصحة العالمية اللجنة الخاصة بالمحددات الاجتماعية للصحة (*SDOH*)، وقد خلصت الدراسة إلى ارتفاع مخاطر الوفيات النفسانية بين النساء السود، يؤكد الحاجة إلى إعادة مراجعة المحددات الاجتماعية لصحة الأم لتشمل قضايا المحددات البنائية للصحة، والأسباب الجذرية لعدم المساواة في الأوضاع الصحية للأمهات مثل: العنصرية، والطبقية، والقمع الجنساني المفضي إلى عدم المساواة في الأوضاع الصحية للأمهات.

وفي دراسة "بورين وفريقه" (Bohren et al., 2014) المبنية على تجميع الأدلة البحثية المتعلقة بالميسرات والعقبات التي تحول دون الولادة في المرافق الصحية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، بالاعتماد على تحليل (٣٤) مشروعًا بحثيًا من (١٧) دولة، أسفرت نتائجها عن تصنيف مجموعة من العقبات الرئيسية التي تحول دون الولادة في المرافق الصحية منها؛ بُعد المسافة بين الإقامة والمرفق الصحي، وتكلفة الولادة المادية، وانخفاض جودة الرعاية، والخوف من التمييز أثناء الولادة في المرفق، فضلًا عن فعالية تأثير البناء الاجتماعي، وخبرات الرعاية في اتخاذ قرارات صحية مستنيرة من جانب الأمهات بالبلدان النامية، وأن جميع تلك العقبات تدفع بالأمهات للاتجاه نحو الرعاية التوليدية المنزلية على أيدي القابلات.

استخلاصات عامة مع رؤية نقدية للتراث البحثي:

بعد عرض الدراسات السابقة اتضح لنا مجموعة من الحقائق منها؛ غياب جانبي الجودة والحدثة للدراسات والمشروعات البحثية الموجهة صوب قضية وفيات الأمهات، وكان مجتمعنا المصري قد أنجز بالفعل عبوره للمرحلة الخامسة من نموذج الانتقال الولادي، وتجنبنا جميع وفيات الأمهات، فضلًا عن أن الدراسات التي سلطت الضوء نحو وفيات الأمهات أو صحة الأم، بنيت منهجيًا على البيانات الكمية الصادرة عن المسوح السكانية الصحية من النسخة

قبل الأخيرة للعام (٢٠٠٨)، وبالتالي افتقدت أغلب الدراسات جانب الحداثة للبيانات المطلوبة للتحليل الكمي، إلى جانب غياب التحليل الكيفي المتعمق الذي نستطيع من خلاله استيعاب المؤثرات الاجتماعية الكامنة وراء الأسباب المباشرة وغير المباشرة للوفاة.

وفي ذات السياق فإن جميع الدراسات المطروحة لم تدعم نتائجها بالتحليل الكيفي، بالاعتماد على "طريقة أخوات المرأة" كأحدى طرائق جمع البيانات للأبحاث المتوفيات، رغم اعتمادها كأداة لجمع البيانات منذ ثمانينيات القرن الماضي.

وقد بدا من الأدبيات السابقة التي أجريت على المستوى القومي، محاولات تسليط الضوء تجاه المشكلات الصحية للأم في الأوضاع الاجتماعية التي تعزى إلى خطر الوفاة، بعد أن كانت أغلب الدراسات تنصب نحو السياسات الصحية، والحلول القائمة على طرائق التعامل مع الأمراض وتجاهل المحددات الاجتماعية للصحة.

بالتالي يمكن حصر ما خرجت به تلك الأدبيات كمسببات لتدهور الأوضاع الصحية ووفيات الأمهات على المستوى القومي في؛ (تدني مستوى الخدمة، وتأخر اللجوء إلى الأطباء، وتعليم الأم، وتعليم الآباء، وعمل المرأة، والإقامة الريفية، ومستوى الدخل)، وفيما يتعلق بثقافة السلوك الإنجابي للمرأة، أبانت الأدبيات فئة من الأسباب المؤثرة في صحة الأم الإنجابية، والتي قد تؤدي بها إلى الوفاة مثل: (الزواج المبكر، وكثرة الإنجاب، والولادة على أيدي القابلة).

أما الدراسات الأجنبية، وإن تميز بعضها بتطبيق نموذج الانتقال الولادي، واتخاذها موجهاً عامًا للدراسة والبحث — وهو ما لم يتوافر بعد في الدراسات القومية —، إلا أن جميعها اعتمد على التحليل الكمي للبيانات الصادرة عن المسوح القومية وغيرها، أو من خلال تحليل مضامين المشروعات البحثية، وبالتالي يمكن القول: إن الدراسات القومية والأجنبية، اعتمدت على البيانات

الثانوية للتحليل، وأجمعت على المحددات سالفة الذكر؛ كمسببات تؤثر في صحة الأم، والتي يترتب عليها وفيات الأمهات خاصة بالبلدان النامية.

أخيرًا تتميز الدراسة الحالية كونها خطوة على طريق الأدبيات الأجنبية سالفة الذكر، التي اتخذت من نموذج الانتقال الولادي موجهاً عامًا لها، بالإضافة إلى اعتمادها على التحليل الكيفي للبيانات، من خلال المقابلات المتعمقة حتى نتوصل إلى نتائج متعمقة ومكثفة نستجلي منها المحددات الاجتماعية الكامنة وراء وفيات الأمهات بالمجتمع الريفي.

ثالثًا- مناقشة بيانات الدراسة وتحليلها:

أ- الخصائص الاجتماعية والولادية للمتوفيات.

تؤكد أغلب الأدبيات المتعلقة بالإنجاب، على أهمية متغير التعليم كأحد المحددات الاجتماعية التي تعكس الكثير من السلوك الإنجابي للمرأة، وكذا الممارسات الصحية الضارة التي تعزى لوفاتها، وذلك لما للتعليم من تأثير في المعرفة والفهم والإدراك، وكذا العادات والقيم الاجتماعية المتعلقة بالحمل والإنجاب وما بعده.

وعلى صغر حجم العينة الذي يبلغ خمس حالات، لم تصل سوى حالة واحدة فقط من المتوفيات للمؤهل المتوسط كأعلى مؤهل تعليمي، مقابل أربع حالات من الأميات بما يفوق ثلثي العينة المختارة.

أما عن الحالة العملية، فلم يكن لهؤلاء الأمهات القدرة على المشاركة في سوق العمل الحكومي، وإن كان البعض منهن شارك من خلال مساعدة الأزواج في مختلف الأنشطة الزراعية، وتربية المواشي والدواجن، وكذا بيع بعض المشروعات الصغيرة كتجارة التجزئة، ولذا كان دخل هذه الأسر ضعيفًا لا يزيد في مجمله على ألف جنيه.

وقد بلغ متوسط العمر عند الوفاة (٤٣) سنة، مما يعني وصول متوسط

السنوات للعقد الرابع من العمر، وعلى النقيض فيما يتعلق بمتوسط السن عند الزواج الذي يصل إلى (١٨) سنة، ونستنتج من ذلك طول المدة الزمنية بين السن عند الزواج والسن عند الوفاة، وقد ترتب على اتساع المدة الزمنية زيادة عدد مرات الحمل والإنجاب، كمؤشر فعلي لزيادة حجم الأسرة الريفية. فقد بلغ إجمالي الولادات لدى هؤلاء الأمهات المتوفيات (١٩) ولادة حية بمتوسط قدره (٣,٨) طفل لكل سيدة.

وتتطابق مرات الحمل مع المواليد الباقين على قيد الحياة، باستثناء حالة واحدة توفي معها الجنين عند الولادة، مما يعني أن جميع حالات الدراسة لم يتعرضن طوال حياتهن الإنجابية للسقط أو الاجهاض قبل حدوث الوفاة.

كما تصنف المتوفيات وفقاً لمراحل الوفاة النفاسية؛ إلى ثلاثة أنواع: حيث توفيت حالة واحدة أثناء الحمل في العام (٢٠١٤)، وثلاث حالات خلال الولادة في الأعوام (٢٠١١، ٢٠١٥، ٢٠١٧) على الترتيب، وحالة واحدة عقب الولادة وخلال الـ ٤٢ يوماً من الولادة في العام (٢٠١٨).

ومقارنة بالخصائص الديموجرافية الخاصة بسن الزواج والإنجاب، نجد أن الغالبية من حالات الدراسة قد توفين عند أعمار يصل متوسطها للعقد الرابع من العمر، مما يعني أن النساء الأكبر يتعرضن أكثر لمخاطر الحمل والولادة.

أما عن أسباب الوفاة، فيمكن إيجازها على النحو التالي:

أولاً: حالة وفاة واحدة أثناء الحمل: (كانت نتيجة لارتفاع ضغط الدم)، أو كما وصفت شقيقتها "تسم الحمل" حيث توفيت بعد الشهر السادس من الحمل، وقد توفيت عند سن (٣٦) سنة.

ثانياً: أثناء الولادة: (توفيت حالتان اثنتان خلال الولادة وكانت الولادة قيصرية لكنتيهما، ويتمثل سبب الوفاة في التعرض للنزيف الشديد نتيجة انفصال المشيمة أثناء الولادة، بينما توفيت الحالة الثالثة نتيجة مضاعفات

التخدير)، وقد توفيت الحالات الثلاث عند أعمار (٤٣) و (٤٤) و (٤٦) سنة على الترتيب.

ثالثاً: عقب الولادة: (حيث توفيت تلك الحالة نتيجة الإصابة بحمى النفاس)، وكما ذكرت شقيقتها بسبب التهابات حدثت بالرحم بعد الولادة نتيجة الإصابة بالعدوى، وقد توفيت عند سن (٤٦) سنة.

ونستخلص مما سبق أن النساء الأكبر تعرضن لمخاطر الحمل والولادة أكثر مقارنة بالأصغر سناً، وأن الغالبية من حالات الوفاة تعود لأسباب الوفيات التوليدية المباشرة، أكثر من أسباب الوفيات التوليدية غير المباشرة، ومن بين هذه الأسباب: (تسمم الحمل، والتخدير، والنزيف الحاد، وحمى النفاس).

ب- البيئة الاجتماعية للمتوفيات:

تحدثت أخوات الأمهات المتوفيات عن البيئة الاجتماعية لهؤلاء الأمهات قبل الوفاة، وقد حرصنا على رصد الخصائص العامة للمسكن، والتي تتشابه إلى حد كبير مع الأوضاع الاقتصادية لأسر هؤلاء المتوفيات بريف الصعيد المصري. فالشاهد أن نمط المسكن الريفي، وأثاثه، وضيق الشوارع التي كانت تقيم بها تلك النسوة، متشابه إلى حد قريب، الأمر الذي يعكس معه تطابق ممارسات الحياة الاجتماعية، وكذا العادات والممارسات الصحية للريف الصعيدى ككل.

وقد لاحظ الباحث أن الغالبية من الشوارع تستخدم الحجر الجيري (البلوك) في بناء المنازل، حيث يتوافر هذا النوع من مواد البناء بكثرة، ويتميز بانخفاض سعره نسبياً مقارنة بمواد البناء الأخرى، إضافة إلى عمل بعض من أهالي القرى الثلاث بورش بالتحجير، وورش مجمع الحرفيين المنتشرة بالظهير الصحراوي القريب من الموقع الجغرافي للقرى، بجانب النشاط الزراعي الذي يعد المصدر الرئيس للدخل.

كما أشارت الأخوات إلى محدودية مساحة الأراضي الزراعية، وكذا

الحياسة الزراعية لأسر المتوفيات، فأغلب المساحات الزراعية ليست ملكاً خاصاً للأهالي فهي أملاك للدولة، تتمثل في "أرض طرح النيل"، ويدفع أصحابها إيجارات سنوية لوزارة الموارد المائية والري مقابل زراعة الأراضي والاستفادة منها.

أما المساحة الكلية للمنزل وعدد الغرف والأسرة الموزعة بتلك الحجرات، فتوحي بثمة مشكلات بيئية وصحية تعاني منها الأسر ككل. كنتيجة لعشوائية البناء، وإن شئت فقل إن النتيجة الحتمية لعشوائية البيئة الأيكولوجية؛ عشوائية أخرى محتملة في الأوضاع والممارسات الصحية لتلك الأمهات.

وفيما يخص نمط الأسر التي كان المتوفيات يقمن بها، فقد برز نمط الأسرة الممتدة، حيث تبين من مناقشات الأخوات أن المتوفيات لم تُقَم أيّ منهن بمنزل مستقل، وأن جميعهن كن يقمن ببنائيات محدودة المساحة يتراوح بين (٥٠ : ٨٠) متراً، مع آباء أو أمهات أو أخوات أزواجهن، وبالتالي لا تزال الأسرة المعيشية الممتدة متواجدة، حيث التضامن المهني بين الأبناء والآباء خارج المنزل، خاصة في النشاط الزراعي وما يتبعه من تربية للمواشي والأبقار والدواجن.. إلخ، إضافة إلى المشاركة بين الإناث في أعباء المنزل من نظافة وتغذية بين جميع الأعضاء، لطالما أن الجميع يقيم في وحدة معيشية واحدة.

ويخلو مجتمع الدراسة من خدمات البنية التحتية، خاصة الصرف الصحي، حيث يعتمد السكان على الطرائق التقليدية، المسببة للكثير من الأمراض المؤدية للوفاة، وهو ما يتطابق مع ما صدر مؤخراً "بنتقرير التنمية البشرية لمصر"، بأن هناك تبايناً واضحاً في توفير خدمات الصرف الصحي بين سكان الحضر والريف، إذ تتوفر خدمات الصرف الصحي بنسبة (٩٢,٢٪) من الأسر الحضرية مقارنة بنسبة (٤٧٪) فقط في المناطق الريفية. رغم الانتهاء من (٨٠) مشروعاً للصرف الصحي خلال السنوات الأربع الماضية، لتغطية (٤١٤) قرية (برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ٢٠٢١، ١٧٦).

ولا توجد طرق مطورة تربط بين القرى الثلاث، وأقرب مركز صحي

للمرأة الحامل، فقريّة "سواده" بها طريقان رئيسان وكلاهما متهاالك وغير مههد بالإضاءة الكافية، ناهيك عن قطع الطرق بالمطبات العشوائية غير الصناعية التي تعدها الأهالي إما بالخرسانة أو بالحفر (القطع) في نهر الطريق، أو بتثبيت إطارات السيارات التالفة والمعاد تدويرها بعد تقطيعها، ولا شك في أن كل هذه العوامل تعطل من حركة الانتقال خاصة لمن يعانون الحمل.

وقد استرسلت أخوات حالات الدراسة عن صعوبات التنقل والمشكلات التي كن يواجهنها مع المتوفيات في حال الانتقال من محل الإقامة إلى المركز الصحي "مستشفى المنيا الجامعي للأم والطفل"، لتلقي الفحوصات المطلوبة لأخواتهن المتوفيات. فجميع حالات الدراسة كن يستخدمن السيارات ربع النقل كوسيلة للانتقال فهي المتاحة لمجتمع الدراسة، رغم دخول وسائل مواصلات أخرى أكثر أدمية في الآونة الأخيرة لبعض مناطق مجتمع الدراسة، وجميع تلك الوسائل لا تتوافر مساءً، حيث تخلو الطرق من جميع وسائل المواصلات بداية من الساعات المتأخرة من الليل حتى صباح اليوم التالي.

وتذكر بعض الأخوات أنهن كن يضطرن للتنقل بين أكثر من وسيلة انتقال للوصول إلى المركز الصحي المطلوب، وهو ما يتماشى مع أوضاعهن الاقتصادية، فالوصول على وسيلة انتقال خاصة من محل الإقامة إلى المركز الصحي يكبد العائلة كثيرًا من المال غير المتوافر.

وتتباين مسافة الانتقال بين محل الإقامة والمركز المتخصص في أمراض النساء والتوليد، حيث تصل أقرب مسافة بين قرية "منشية سواده" ومستشفى المنيا الجامعي للأم والطفل إلى (١٣) كم تقريبًا، بينما تصل أبعد مسافة بين قرية "زاوية سلطان" جنوبًا، والمرفق الصحي أقصى شمال مدينة المنيا إلى (٢٥) كم تقريبًا.

مع الأخذ في الاعتبار أن هناك الكثير من القرى المتناثرة على خريطة الإقليم، والتي تبعد عن المرفق الصحي "نقطة الوصول" بمئات الكيلومترات،

وبالتالي فإن معيار المسافة ربما يعد أقل أهمية مقارنة بطريقة أو وسيلة الوصول، فربما تبعد المسافة عن المرفق الصحي، وعلى الرغم من ذلك البعد تكون الطرق ممهدة ووسائل المواصلات متنوعة ومتاحة صباحًا ومساءً.

وعلى الرغم من التقارب النسبي للمسافة بين مجتمع الدراسة والمرفق الصحي، تذكر الأخوات أن هذه المسافات تقطعها الأمهات للحصول على الرعاية الصحية في فترة زمنية بعيدة تصل أحيانًا إلى ما يزيد على ساعتين، وهو الأمر الذي يمثل عائقًا أحيانًا في تلقي الخدمة على النحو الأمثل. وفي هذا الصدد تذكر إحدى الأخوات قولها: "المرحومة كانت ساعات بتركب من البلد لغاية المنيا ونزل ونركب مواصلة ثاني لغاية المستشفى وهي في عز تعبها".

كما تبين من مناقشات أخوات الأمهات المتوفيات أن الخدمات الصحية المتوافرة في الريف بصفة عامة تتمثل في الوحدات الصحية فقط، فهي الملاذ الأوحى الذي تلجأ إليه السيدات وغيرهن من الأطفال والشيوخ في ظل الأوضاع المالية المذكورة آنفًا، فهن لا يجدن سبيلًا لتلقي الرعاية الوقائية أو العلاجية إلا من خلال تلك الوحدات الصحية.

وأثناء حديثنا عن فعالية تلك الوحدات، وصفت الأخوات الحالة المأساوية التي تعاني منها تلك الوحدات؛ سواء من نقص الأطباء وتغييبهم المستمر، وأن هؤلاء الأطباء عادة ما يكونون من المبتدئين على حد وصفهم، فضلًا عن عدم توافر الأدوية، والانضباط الإداري والتجهيزات الطبية وغياب الرقابة، وفي ذلك تذكر إحدى المبحوثات أن الوحدة الصحية التي تتبع قريتها "سواده" لا تعمل سوى ثماني ساعات يوميًا ولا يوجد تناوب خاصة في الفترة المسائية.

إضافة لما سبق، تذكر الأخوات أن هذه الوحدات الصحية الريفية يقتصر دورها على خدمات تنظيم الأسرة وتطعيم الأطفال من خلال حملات التطعيم المعروفة. وتوضح إحدى أخوات المتوفيات قولها: "دا ساعات بنروح علشان نقطع ورقة (تذكرة) نلقيهم بيقولوا مفيش حد موجود وعندهم حملة تطعيم بره والدكتور غايب".

فضلاً عن تأكيدهم على تردي الأجهزة الطبية البسيطة لإجراء الكشف أو التحليل، فمثلاً أجهزة الوزن متهالكة ولا تعمل والسونار غير متوافر، كما أن المتاح من أجهزة بمختبر التحاليل يعمل بطرائق قياس قديمة، وتتباين مع نتائج معامل التحاليل الخاصة باهظة الثمن، والتي لا تستطيع هؤلاء السيدات تكبد تكلفتها المالية.

المثير للجدل أن إحدى شقيقات المتوفيات تؤكد أن هناك أجهزة طبية بالوحدة الصحية تمثل "عهدة" على حد وصفها، ولا يتم العمل بها أو الاستفادة منها، وتقول: إنها قد تساءلت ذات مرة عندما ذهبت هي لتلقي الخدمة عن سبب عدم تشغيلها فقليل لها أن ثمة مشكلة في عدم توافر الكوادر الفنية لتركيب تلك الأجهزة وعمل الصيانة الدورية لها لضمان استمرارها.

ونستخلص مما سبق أن ازدياد أعداد المرضى والحالات من الأمهات التي تتردد على المستشفيات العامة كمستشفى المنيا الجامعي للمرأة والطفل بعاصمة المحافظة، نتيجة لنقص الخدمات الصحية وتراجع الدور المنوط به الوحدات الصحية المتواجدة بمحل إقامة تلك السيدات، وهذا ما يتطابق مع جاء في التراث الأدبي، وما طرحه نموذج الانتقال الولادي من مسلمات حول فعالية المحددات الاجتماعية المتمثلة في إنصاف البيئة الاجتماعية بالطرق، ووسائل النقل، والوحدات الصحية المقدمة للخدمة، كأحد المؤثرات الفعالة في وفيات الأمهات.

أما عن أهم مشكلات تلك الوحدات الصحية الريفية وفقاً لسرد الأخوات اللائي كن ملازمات للمتوفيات، فيمكن عرضها على النحو التالي:

أ- الفريق الطبي المقدم للخدمة لا يخرج عن كونه حديث التخرج (طبيب ممارس) لم يكتسب أية خبرات سواء طبية أو إدارية.

ب- عدم توافر الأدوية في الصيدليات الصغيرة الخاصة بالوحدات، وكذا الأجهزة الطبية المساعدة في الفحص والتشخيص.

ج- غياب الرقابة والانضباط الإداري، والذي ينتج عنه تغييب الطاقم الطبي والإداري.

واللافت للانتباه أن بعض الأخوات قد أشدن بالدور الذي تقوم به الرائدات الريفيات، ضمن أفراد الفريق الصحي التابع للوحدة الصحية مع مختلف الأسر في الدعوة والتثقيف الصحي والوقاية من الأمراض، فضلاً عن الجهود التي تقوم بها الرائدات في تثقيف الأمهات أثناء فترة الحمل خاصة في ظل جائحة فيروس كورونا المستجد، لاتباع نمط الحياة الصحية السليم وتوعية السيدات بأهم خدمات الصحة الإنجابية التي تقدمها الوحدات الصحية.

ج- نظم الرعاية الصحية المتخصصة:

- حصول المتوفاة على الرعاية الصحية الوقائية الأولية حول الحمل والإنجاب:

قبل الحديث عن تلقي المتوفيات للرعاية الصحية الوقائية الأولية حول الحمل والإنجاب، يود الباحث الإشارة إلى أن تلقي هذا النوع من الرعاية، يتيح تجاوز العديد من المشكلات الصحية المحتملة خلال فترة الحمل، وتعزيز أنماط الحياة الصحية للأم الحامل في ظل تأثير المحددات الاجتماعية للاستفادة من تلك الرعاية.

وفي هذا السياق، يوصي خبراء منظمة الصحة العالمية (Moller,et al, 2017) "بضرورة تلقي الأمهات أربع زيارات على الأقل قبل الدخول في مرحلة الولادة، لتحديد المشكلات والخروج بها وإعطاء التطعيمات اللازمة لتجنب الوفاة".

ومن تحليل السرد القصصي للأخوات يمكن استنتاج تأثير العديد من المحددات الاجتماعية في تلقي ذلك النمط من الرعاية، حيث تبين عدم قدرة المتوفيات على المتابعة والرعاية على طول مدة الحمل، وأن مصروفات تلقي تلك الرعاية تكون مكلفة وتستنزف الكثير من الموارد المالية المخصصة

لاحتياجات الأسرة الأساسية، خاصة في وسائل الانتقال والرسوم والأدوية والفحوصات التي غالبًا ما يطلبها مقدمو الخدمة، ويتم شراؤها من الصيدليات الخارجية، وبالتالي لم تلتزم جميع الحالات بإجراء تلك الزيارات في مواعيدها المطلوبة، وتؤكد إحداهن أن غالبية السيدات الحوامل يذهبن مرة واحدة على الأكثر أثناء الأشهر الثلاثة الأولى للحمل، ثم تأتي الزيارة الثانية لمعرفة نوع الجنين (ذكر/ أنثى)، وذلك مع نهاية الشهر الرابع أو مع الدخول في المرحلة الثانية للحمل، ولا يكون الغرض من الزيارة الاطمئنان على صحة الأم والجنين بقدر معرفة نوع الجنين.

وبالسؤال عن الأماكن التي توجهت إليها المتوفيات لتلقي الرعاية الصحية في بدايات الحمل، أفادت جميع الأخوات بأن شقيقتهن قد توجهن إلى الوحدات والمستشفيات الحكومية، وربما يستلزم الأمر في بداية الحمل زيارة واحدة لإحدى العيادات الخاصة خارج القرية، أو استشارة صيدلي بإحدى صيدليات القرية إذا توافر لديهن أموال للقيام بذلك.

ونود التذكير هنا بأن جميع المتوفيات ممن لا ينطبق عليهن نظام التأمين الصحي، الذي تمتد مظلته لتشمل قطاعات موظفي الدولة والقطاع العام والعمال والموظفين بقطاع الأعمال والقطاع الخاص.

- مدى الحمل والولادة في بيئة صحية واجتماعية مناسبة:

تؤسس الأمومة الآمنة على درء المخاطر المتعلقة بالحمل، وتوفير الرعاية الشاملة من خلال بيئة صحية واجتماعية مناسبة، وفي حال عدم توافر تلك الأجواء سواء خلال فترة الحمل أو الولادة أو النفاس، فإن مخاطر تعرض الأمهات للوفاة النفاسية تكون محتملة.

وفي هذا السياق تؤكد أخوات المتوفيات على الكثير من المعوقات التي تواجه الأمومة الآمنة بالمناطق الريفية، سواء في غياب مراكز التوليد المتخصصة، أو الأدوية والتجهيزات المطلوبة، أو تأهيل القابلات الريفيات

اللائي يجرين الولادة الطبيعية.

فالقابلات اللائي يقمن بتوليد الأمهات، يعتمدن على الخبرة والممارسة جراء حالات التوليد الطبيعية التي سبق ممارستها، وهن غير حاصلات على شهادة لممارسة التوليد الطبيعي من خلال الوحدة الصحية، وبالتالي غير معتمدات من وزارة الصحة والسكان، وهي إحدى العقبات التي أشار إليها نموذج الانتقال الولادي في المرحلة الثانية من الانتقال.

تذكر إحدى المبحوثات أن وفاة شقيقتها يعود في الأساس إلى تقصير المجتمع في توفير الظروف البيئية المناسبة لها، وإحاطتها بالرعاية الصحية والاجتماعية المطلوبة، وتؤكد أن أية سيدة في فترة الحمل كانت ستقضي نحبها إذا مرت بالظروف البيئية والاجتماعية التي تعرضت لها المتوفاة، فالانتقال بوسائل موصلات غير آدمية، وفي طرق غير ممهدة مثلاً، يزيد من احتمال تعرض الأم لنزيف حاد، أما التلوث، ونقص الخدمات والكوادر الطبية المؤهلة، فهي التي تشكل عقبات توفير بيئة صحية لجميع الأمهات اللائي توفين.

والجدير بالإشارة أن الغالبية من المناقشات، أوضحت تأثير البيئة الاجتماعية في قرارات المتوفيات في تلقي الرعاية الصحية المطلوبة، وكان المصدر الرئيس في توجيه تلك القرارات علاقات القرابة، وتحديدًا العائلة الممتدة التي تعد بمثابة الموجه الأول الذي تبنى عليه سلوكيات وقرارات وتوجيهات السيدات بالمناطق الريفية.

- تزويد المتوفاة بمعلومات حول التغذية المطلوبة خلال الحمل وبعد الولادة من جانب مقدم الخدمة:

يؤكد التشريح القصصي لما سرده الأخوات، أن المتوفيات من عينة الدراسة سبق وأن تلقين قليلاً من المعلومات من مقدمي الخدمة حول التغذية السليمة، وعلى الرغم من ذلك لم تتوفر الظروف المواتية للالتزام بنظام غذائي صحي وضروري، بعده المصدر الرئيس لتغذية الأم والجنين. ومن صور

المعلومات التي تلقتها الأمهات، الالتزام بتناول جميع الوجبات الغذائية مع تدعيمها بالفاكهة والخضراوات الطازجة، وأن تتضمن وجبة الغذاء أحد مصادر الإمداد بالبروتين والفيتامينات والحديد مثل: اللحوم الدواجن والأسماك والبيض... الخ.

إضافة إلى الالتزام بتناول منتجات الألبان لما لها من فائدة في بناء الكالسيوم لعظام الطفل وأسنانه، وكذا شرب الماء المتكرر يوميًا، مع العصائر والمشروبات الأخرى لتجنب الوقاية من الإمساك ومشكلات الجهاز البولي والمثانة.

ولكن الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية لأسر هؤلاء الأمهات حالت دون تلك المتطلبات، لضمان الحصول على التغذية السليمة، وهو ما أثر بالسلب في الحالة الصحية لديهن أثناء فترة الحمل، على الرغم مما يشهده الريف المصري من تغيرات في الأوضاع الاقتصادية نتيجة لتغيرات الحراك المهني والاجتماعي، ويتطابق ذلك التحليل مع دراسات الجهاز المركزي لتعبئة العامة والإحصاء حول وفيات الأمهات، وكذا دراسة "مها سالم" عن العلاقة بين الفقر واستخدام خدمات رعاية صحة الأم، واستطلاع الرأي العام (٢٠١٤) حول الوضع الصحي للمرأة وعلاقته بالأوضاع الاقتصادية لديهن.

- إتاحة رعاية طبية آمنة أثناء الولادة:

تؤكد منظمة الصحة العالمية على: "أن إتاحة الرعاية الطبية الآمنة أثناء الولادة تبدأ على المستوى الأولي بأقرب المرافق الصحية لسكن الأم، ويمكن لهذا المرفق أن يكون مكتبًا للصحة، أو مركزًا، أو عيادة طبية للحوامل، أو مستشفى مزودًا بجناح للولادة أو عيادة خارجية تقدم الخدمة" (منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣، ٤).

وعلى الرغم من عدم توافر ذلك المبدأ للرعاية الطبية الآمنة، كنتيجة لتراجع الدور المنوط بالوحدة الصحية الريفية لتقديم تلك الرعاية أثناء فترة الحمل أو الولادة من ناحية، ومشكلة الانتقال بين موطن الإقامة والمستشفيات

العامة المتخصصة من ناحية أخرى، فإن أخوات عينة الدراسة قد ذكرن أيضاً أن أغلب الإجراءات التي تمت لذويهن، بداية من الاستقبال حتى دخول غرفة الولادة كانت تعثر عليها بعض المشكلات التي سوف نسوقها لاحقاً.

ولكن ثمة إيجابيات ذُكرت وتدلل على توافر القليل من متطلبات البيئة الصحية الآمنة للولادة؛ أهمها: النظافة والتعقيم المستمرين للممرات والغرف وغيرها من أروقة المستشفى، كما تؤكد بعض الأخوات على حرص الأطباء وباقي أفراد مقدمي الخدمة على استخدام معدات الحماية الشخصية من قفازات معقمة وكمامات للوجه وبزات الوقاية للعمليات الجراحية.

أيضاً تتوافر بالمستشفى بعض أدوية التدخل الأولى كالمحاليل والمسكنات الأولية، وما دون ذلك من أدوية أو فحوصات تكون مقابل تذكرة - في حال توافرها - وفي حال عدم توافرها يتحمل المقيم بالحالة الانتقال لإحضارها من الصيدليات الخارجية.

كما تتني حالة واحدة فقط على الخصوصية من رؤية الآخرين للفحص، أو جعل الآخرين يستمعون إلى مناقشات التشاور، حيث تتم في غرفة منعزلة ومخصصة لذلك، بينما تؤكد الحالات الأربع الأخرى أن توافر الخصوصية يعد من إحدى مشكلات المستشفى، ويؤكدن في ذلك أن حالات الكشف والتشخيص كانت تتم بحضور بعض الطلاب بغرض التعليم والتدريب على حد وصفهن، للحد الذي يجعل الغرفة المخصصة مكتظة بالأعداد الغفيرة من الطلاب، وفي ذلك تقول إحداهن "مره واحده لقينا الغرفة اتملت علينا من الشباب الصغير، واللي كانوا يبسألوا الدكتور وهو يشرح لهم من غير حتى ما يستأذنوا".

وعوداً على بدء، عددت الأخوات بعض المشكلات التي يرين أنها تؤدي إلى عرقلة توفير البيئة والرعاية الصحية الآمنة، أثناء تلقي الخدمة بالمستشفى والتي يمكن حصرها فيما يلي:

- طول المدة الزمنية المستغرقة لإنهاء إجراءات الدخول والفحوصات

المطلوبة للحجز داخل المستشفى لتلقي الخدمة، ويتطابق ذلك مع ما طرحه نموذج الانتقال الولادي، بأنه من بين القضايا الرئيسة للقضاء على وفيات الأمهات؛ "القضاء على التأخير في أنظمة الرعاية التي تحسن من النتائج الصحية للأمهات".

- المتخصصون من ذوي الخبرة هم آخر من يلتقون بالحالة بعد مرورها على الأفراد الأحدث سواء من الأطباء أو الممرضين، لطالما أن حالتها ليست متأخرة وتستدعي التدخل السريع.

- لا يوفر مقدم الخدمة الوقت الكافي سواء للحالة أو مرافقها للحديث حول مشكلة الحالة أو العلاج المطلوب أو تفهم التشخيص.

- تعامل مسئولي الأمن الإداري للمستشفى في كثير من الأحيان مع الحالات ومرافقها يكون بالحدة والعنف اللفظي سواء أثناء الدخول أو الزيارة.

- عدم الرضا عن مستوى الخدمة المقدمة نتيجة تغيب الأطباء ذوي الخبرة من الاستشاريين خاصة في الفترات المسائية ونهاية الأسبوع.

- عدم القدرة على استيعاب الأعداد الغفيرة من الأمهات اللاتي يلتحقن بالمستشفى لتلقي الرعاية، ونتيجة لذلك لا يتوافر العدد الكافي من الأسرة، للحد الذي يتطلب فيه من بعض الحالات الانتظار بالأقسام الأخرى لحين خروج أقرب حالة مماثلة للشفاء.

- لا توصي جميع شقيقات المتوفيات بتلقي الرعاية في المرفق الصحي، سواء لأحد أفراد الأسرة أو الأقارب والأصدقاء، والتوجه إلى أحد المراكز أو العيادات الخاصة إن كانت ظروفه الاقتصادية تسمح بذلك.

- انعكاسات الحالة التعليمية على الرعاية الذاتية للمتوفاة:

ذكرنا في الخصائص الاجتماعية للمتوفيات أن جميعهن من الأميات باستثناء واحدة، ولا شك في أن هذا التدني في الحالة التعليمية ينعكس في القدرة

المعرفية للقيام بالرعاية الصحية الذاتية، خاصة وأن أميتهن تعد عائقًا للوصول إلى المعلومات الصحية الخاصة بصحتهن الإنجابية. وما من شك في أن أمية هؤلاء تتسبب في تعرضهن للكثير من المخاطر، أو بالأحرى الوقاية لدرء المخاطر التي تعرضن لها على مدار المراحل المختلفة للحمل.

وعلى الجانب الآخر فإن أمية هؤلاء الأمهات، تلعب دورًا سلبيًا في تعزيز بعض الممارسات الضارة بصحتهن وفي سلوكهن الإنجابي غير الرشيد، فبالنظر إلى سن الزواج نجد أن جميع المتوفيات قد تزوجن في أعمار صغيرة بمتوسط قدره (١٨) سنة، كعلامة ارتباط بديهية بين الأمية والفقر والزواج المبكر، ويمكن أن نقيس على ذلك عدد المواليد الأحياء الذي وصل إلى (١٩) مولودًا حيًا وبمتوسط قدره (٣,٨) طفل لكل سيدة.

من جانب آخر يبين السرد القصصي لشقيقات المتوفيات الرضوخ لعادات وقيم المجتمع مع غياب التمكين والاستقلال الذاتي للمتوفيات، في ظل الانصياع لقرارات الأزواج، فلا يزال بعض من الأزواج يرفضون أن تقدم الخدمات لزوجاتهم عن طريق الأطباء من الرجال أو باقي الفريق الطبي، بدعوى ألا تُكشف الزوجة على رجل أجنبي، وما من شك في أن تعليم الأزواج يلعب دورًا في تأييد أو دحض مثل هذه العادات، وفي ذلك تؤكد إحدى الأخوات قولها: "جوز أختي متدين ويغير (يغار) عليها لدرجة أنه كان لازم اللي يكشف عليها تكون وحده ست، حتى في المستشفى كان لازم يكون موجود في الكشف".

والجدير بالإشارة أن المناقشات المتعمقة أكدت اختفاء أعمال السحر المرتبطة بالحمل والإنجاب، خاصة في حال الرغبة في إنجاب طفل ذكر، ولكن لا تزال عادات العلاج بالأعشاب مستمرة ويشرف عليها العطار، الذي يدرك - على حد قولهن - الصفات المطلوبة لكل شكوى عضوية، سواء كانت تخص الحمل أو الإنجاب أو غيرهما.

كما أن تعليم الأم من أحد أهم المحددات الاجتماعية التي تسهم في تطوير

مهارات الأمهات للرعاية الصحية، وكذا تغيير القيم والعادات والممارسات السلبية، لكل ما يتعلق بالحمل والإنجاب وكذا صحة الأطفال.

ومن بين القيم والعادات والممارسات التي تم رصدها أثناء المناقشات المتعمقة، والتي لعبت دورًا فعالاً في حدوث مضاعفات سلبية لصحة المتوفيات أثناء بقائهن قيد الحياة ما يلي:

أ- الاعتقاد بأن ممارسات الرياضة خاصة أثناء الحمل يشكل خطورة على الأم والجنين، وربما يؤدي إلى السقط بعد انقضاء الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، ومن المعروف أن ممارسة الرياضة خاصة المشي تحقق احتياجات الغالبية من الأمهات لزيادة مرونة العضلات والمفاصل وتحسين استعدادها للولادة الطبيعية.

ب- عدم تجنب التدخين السلبي الصادر من المختلطين بالحامل سواء الأزواج أو الأقارب من الذكور، وكذا عدم تجنب المبيدات الحشرية التي تستخدم لبعض المحاصيل الزراعية، لما يسببانه من مشكلات صحية تتمثل في: تضيق الأوعية الدموية والتأثير السلبي على نتاج المشيمة، مما يؤثر سلباً في تغذية الجنين.

ج- اللجوء إلى الحل البديل بتوصية الأمهات والجندات من كبار السن، في حال عدم القدرة على شراء الأدوية؛ وهي الأعشاب التي يصفها العطار.

د- عدم استخدام الأدوية المساعدة لصحة الأم والجنين، واعتبارها مكملات غير ضرورية، فجميع حالات الدراسة لن يلتزم بتناول الفيتامينات والمعادن وأدوية تثبيت الحمل المطلوبة أثناء فترة الحمل، مثل أملاح الكالسيوم وأقراص الحديد، كما أنهن لم يكن يعلمن أن الامتناع عنها قد يتسبب في حدوث تشوهات الأجنة.

هـ- إهمال الفحوصات الطبية وعدم المتابعة المنتظمة لها.

- الدعم الاجتماعي:

أسفرت المناقشات عن تعدد صور الدعم الاجتماعي التي تلقتها الأمهات خاصة في فترات المرض الذي أدى بهن للوفاء، وكانت أهم مصادر ذلك الدعم الأسرة سواء: (الزوج أو الأم أو الأخوات)، والأقارب، والجيرة، وبعض مقدمي الخدمة.

وتتباين مصادر الدعم الاجتماعي تبعًا لنوعه؛ حيث يقدم الجيران من المنطقة المحيطة أوجه الدعم العاطفي من الزيارات المنزلية والاتصالات بين الحين والآخر، وكذا الزيارات المسموح بها في المرفق الصحي، إضافة إلى التشجيع وإظهار مشاعر الحب والمودة والألفة.

والجدير بالذكر أن هذا النمط من الدعم لا يجدي عضوياً بصحة الأمهات، خاصة أنهن كن في المراحل المتأخرة للصحة، بينما يفيد هذا النمط من الدعم في حال إصابة الأم الحامل بالاكتئاب في المراحل الأولى من الحمل، دون التعرض لأية مخاطر عضوية، وفي ذلك تقول إحدى الأخوات: "فمرضها مكشش البيت بيخلى من الناس بالذات الجيران لغاية ما بقينا مبدخلش عليها حد علشان متتعيش أكثر".

ومن جانب مغاير، تبين أن أعضاء الأسرة والأقارب يقدمون أوجه الدعم المادي، سواء في صورة أموال أو زيارات مدعومة ببعض مستلزمات الأسرة من الاحتياجات الضرورية للحياة. بجانب صور الدعم الأخرى كالمساندة العاطفية بحكم روابط الدم والانتماء والقرابة.

وعند السؤال عن أوجه الدعم المقدم من مقدمي الخدمة بالمرفق الصحي، أكد الجميع على أن الأطباء لم يقدموا للمتوفيات أيًا من صور الدعم الاجتماعي التي تحتاج إليها الحالة، خاصة الدعم المعنوي أو النفسي، في مقابل بعض الممرضات اللاتي كن يقمن هذا النوع من الدعم بين الحين والآخر، من خلال النصح والتشجيع والموازرة والفكاهة أحيانًا، وفي ذات السياق تذكر الأخوات أن بعضًا من الأمهات

المتوفيات قد تلقين الدعم المعلوماتي خاصة التثقيف الصحي من خلال هؤلاء الممرضات، عن طريق معرفة أساليب الرعاية الصحية المرتبطة بالصحة الإنجابية عبر مراحلها المتنوعة خاصة في الأيام الأولى للحمل.

رابعاً- النتائج العامة ودلالاتها النظرية والتطبيقية:

١- النتائج العامة وفرضيات الدراسة:

- أكدت البيانات صحة فرضية الدراسة الموسومة بأن عدم انصاف البيئة الاجتماعية التي تقيم فيها الأم يؤدي إلى حدوث الوفاة النفاسية. فقد تبين من التحليل المتعمق للبيانات أن الخصائص العامة للبيئة المجتمعية والسكنية المحيطة بالأم تؤثر في الحالة الصحية لها، وتنتج عنها آثار سلبية تؤدي إلى الوفاة، فقد كشفت التحليلات عن خلو مجتمع الدراسة من خدمات البنية التحتية مثل: (الصرف الصحي، والطرق المطورة المؤدية لأقرب مركز صحي للمرأة)، فضلاً عن وسائل الانتقال غير الآدمية التي تنتقل بها الأسر الريفية الفقيرة، وأن كل هذه العوامل تعطل من حركة الانتقال أثناء رحلة الذهاب للمرفق الصحي خاصة لمن يعانين الحمل من الأمهات.

كما أوضحت التحليلات أن الوحدات الصحية الريفية، لا تقدم الدور المنوط بها من رعاية وقائية أو علاجية، بل تعاني من نقص الأطباء الفنيين من ذوي الخبرة، وكذا وسائل التشخيص والتحليل والأدوية، وقد ترتب على ما سبق تكدس أعداد المرضى والحالات من الأمهات التي تتردد على المستشفيات العامة بالمجتمع المحلي.

أما البيئة السكنية فقد كشفت البيانات عن تشابهها من حيث نمط المسكن الريفي وأثاثه، كنتيجة لتجانس الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية المتدنية، وأن الجوانب البيئية والفيزيائية للمنازل ونمط الأسرة الممتدة، مع عدد الغرف والأسرة الموزعة بتلك الحجرات، توحى بثمة مشكلات بيئية وصحية ربما تعاني منها الأسر ككل.

- وفيما يتعلق بالفرضية الثانية والتي مؤداها أن نوعية الرعاية المقدمة بالنظم الصحية الخاصة بصحة المرأة تؤثر في تجنب الوفاة النفسية، أوضحت بيانات الدراسة صحة تلك الفرضية في جميع جوانبها، فقد تبين عدم قدرة المتوفيات على تلقي للرعاية الصحية الوقائية الأولية المنتظمة بحد أدنى (أربع زيارات) حول الحمل والإنجاب والمتابعة على طول مدة الحمل، حيث تكون مكلفة مادياً مع محدودية الموارد المالية المخصصة لاحتياجات الأسرة، خاصة في وسائل الانتقال والأدوية والفحوصات التي غالباً ما يطلبها مقدمو الخدمة ويتم شراؤها من الصيدليات الخارجية.

ورغم تزويد المتوفيات ببعض المعلومات حول التغذية المطلوبة خلال الحمل وبعد الولادة من جانب مقدمي الخدمة كإرشادات تثقيفية، إلا أن الأوضاع الاقتصادية لأسر هؤلاء الأمهات، وعدم توافر مصدر دخل مستقل بهن، حال دون تلك المتطلبات لضمان الحصول على التغذية السليمة.

كما كشفت أخوات المتوفيات عن الكثير من المعوقات التي تواجه الحمل والولادة في بيئة صحية واجتماعية مناسبة بالمناطق الريفية، سواء في غياب مراكز التوليد المتخصصة، أو تأهيل القابلات الريفيات، وتوفير الأدوية والتجهيزات المطلوبة.

وعلى مستوى "المستشفى العام" تتوافر عقبات مغايرة تؤكد عدم الرضا عن مستوى الخدمة المقدمة أبرزها؛ غياب الخصوصية أثناء الفحص وتلقي الخدمة كمستشفى تعليمي للطلاب، وطول المدة الزمنية المستغرقة لإنهاء إجراءات الدخول، والفحوصات المطلوبة للحجز داخل المستشفى، وأن مقدمي الخدمة من ذوي الخبرة العالية كالاستشاريين ومن مثلهم لا يلتقون بالحالة إلا بعد تدهورها ومرورها على الكوادر الأقل خبرة وممارسة، فضلاً عن عدم توافر العدد الكافي من الأسرة وكذا الأدوية والتحليل المطلوبة.

- أما الفرضية التي تتبنى مسلمة أن حرمان الأم من التعليم يؤدي بها إلى

الخنوع للقيم والعادات الاجتماعية المضرة بصحة الحمل والولادة والممارسات الصحية المؤدية للوفاة النفاسية. فكانت صحيحة في جميع جوانبها، بعد أن أبانت المناقشات المتعمقة تأثير التعليم على المستويين الذاتي والعائلي، فعلى المستوى الذاتي؛ أثرت أمية المتوفيات في غياب قدرتهن المعرفية للقيام بالرعاية الصحية الذاتية، وكذا تطوير مهارتهن للرعاية الصحية الوقائية، مما نتج عنه عدم قدرتهن على درء المخاطر والممارسات الضارة التي تعرضن لها على مدار المراحل المختلفة للحمل، وفي سلوكهن الإنجابي غير الرشيد؛ (سواء عند سن الزواج أو عدد الأبناء أو الفترات الزمنية بينهم).

وعلى المستوى العائلي؛ أدى هذا التدني إلى غياب التمكين والاستقلال الذاتي، والخنوع والإذعان لقرارات الأزواج حتى فيما يخص الرعاية الصحية الخاصة بهن، وعدم المقدرة على مواجهة وتغيير القيم والعادات المجتمعية والممارسات السلبية لكل ما يتعلق بالحمل والإنجاب سواء (عدم ممارسة المتوفيات للرياضة أثناء الحمل، وبعد مضي الأشهر الثلاثة الأولى، وغياب الوعي بأضرار التدخين السلبي والتعرض له، والانصياع إلى عادات العلاج بالأعشاب عوضاً عن شراء الأدوية، وإهمال الفحوصات الطبية وعدم المتابعة).

- أسفرت النتائج عن عدم صحة الفرضية التي مؤداها : يسهم الدعم الاجتماعي الذي تتلقاه المرأة خلال فترة الحمل والإنجاب في تجنب الوفاة النفاسية في بعض جوانبها، فقد تلقت المتوفيات من عينة الدراسة صوراً عديدة من الدعم الاجتماعي الذي وجه لهن في صورة الدعم العاطفي والمادي، وكان أهم مصادر ذلك الدعم الأسرة سواء (الزوج، أو الأم، أو الأخوات)، والأقارب والجيرة، وجميع أوجه الدعم السابقة لا تعد منقذة للحياة في ظل الأوضاع الصحية المتأخرة قبيل وفاة الأمهات، مع ملاحظة الثناء على طاقم التمريض

ومن مثلهم في تقديم الدعم المعنوي دون الأطباء أثناء تلقي الخدمة للحالات قبل الوفاة. فضلاً عن الدعم المعلوماتي القائم على التثقيف الصحي داخل النظم الصحية، والذي يعد بمثابة تدخلات منقذة للحياة لما يترتب عليه من معرفة أساليب الرعاية الصحية المرتبطة بكافة مراحل الصحة الإنجابية.

٢- النتائج العامة ودلالاتها النظرية:

- تكمن أهمية نموذج الانتقال الولادي في أنه يميز ويحدد بوضوح مخاطر كل من المحددات الاجتماعية والخصوبة العالية، في عرقلة تجنب جميع الوفيات للأمهات على المستويين المحلي والقومي بمختلف البلدان حول العالم، وعليه كشفت التحليلات الإحصائية الحالية تركيز المجتمع المصري بالمرحلة الرابعة للانتقال على خريطة النموذج، كنتيجة لمعدلات الخصوبة غير المقبولة، وغياب إنصاف البيئة الاجتماعية، التي ترتب عليها تفاوتات ملحوظة في وفيات الأمهات بجميع أقاليم الجمهورية، إضافة إلى ما تعانيه المناطق الريفية من تحديات تتمثل في الحصول على رعاية عالية الجودة أثناء الحمل والولادة بالوحدات الصحية القروية والمراكز الصحية، وضمان التغطية الشاملة للرعاية الصحية الإنجابية، والارتقاء بالخصائص الاجتماعية للأم خاصة فيما يتعلق بجانب التعليم وتمكين المشاركة في سوق العمل.

- يكرر نموذج الانتقال الولادي بعض مثالب نظرية الانتقال الديموجرافي في اقتترانه لخفض معدلات الوفاة النفاسية بعملية التحول من الريفية إلى الحضرية، وإن كانت نظرية الانتقال الديموجرافي قد أشارت لعوامل التحديث؛ كالتصنيع والتحضر كمسببات لخفض معدلات المواليد المرتفعة، ونستنتج من ذلك؛ أنه كان من الأولى أن يعطى النموذج إيلاءً لأهمية البناء الثقافي للمجتمعات الريفية وما يتضمنه من تحولات في القيم والعادات والتقاليد والمعايير المؤثرة في تحقيق الانتقال الدينامي المطلوب لتجنب وفيات الأمهات.

- كشف مسح التراث البحثي عن تراجع الدراسات والمشروعات البحثية الحديثة لوفيات الأمهات على المستوى القومي مقارنة بالبلدان الأخرى، وبالتالي فإن نموذج الانتقال الولادي يعد خطوة مهمة لإعادة إحياء تلك القضية والاهتمام بها في الحقول السوسيوديمجرافية والديموجرافيا الصحية، وكذا دراسات المرضى والوفيات وصحة الأم، خاصة وأن إسقاطات السكان واستشراف المستقبل يندران بالبقاء بالمرحلة نفسها حتى العام الإسقاطي (٢٠٣٠)، دون الارتقاء للمرحلة الخامسة والأخيرة من النموذج، والمعنى بها الوصول إلى أقل من (٥) من الوفيات لكل (١٠٠٠٠٠) ولادة حية.

٣- النتائج العامة ودلالاتها التطبيقية:

من التوصيات والمقترحات العملية، التي يمكن الخروج بها للقضاء على وفيات الأمهات بالمجتمع المصري ما يلي:

- ضمان التغطية الصحية الشاملة للرعاية الصحية الإنجابية للأمهات، لن يتحقق إلا من خلال إعادة إحياء الدور المنوط "بالوحدات الصحية القروية" وتزويدها بالاحتياجات اللازمة لتقديم أفضل خدمة طبية، وتعظيم الاستفادة من الموارد المادية والبشرية ورفع كفاءة البنية التحتية والرقابة الإدارية لها، بالقدر الذي يجعلها صورة مصغرة للمستشفيات العامة التي تلجأ إليها الأمهات بعواصم المدن المختلفة على المستوى القومي.

- ضرورة إدراج القرى الثلاث محل الدراسة بالخطة التنفيذية للمرحلة الثانية ضمن المبادرة الرئاسية "حياة كريمة" لتحسين نوعية حياة قاطني مجتمع الدراسة، والتمتع ببيئة اجتماعية وصحية خالية من التلوث والأمراض؛ بتوفير خدمات البنية التحتية من الصرف الصحي، والمياه الصالحة للشرب، والطرق ووسائل النقل، والوحدات الصحية المطورة.

- فيما يتعلق بصحة الأمهات، يقترح أن تجري وزارة الصحة والسكان، قوافل وحملات توعوية وتنقيفية بالاعتماد على الرائدات الريفيات وباقي فريق

العمل لتزويد جميع النساء — خاصة الأميات — بخدمات الرعاية الذاتية، والرعاية السابقة للولادة، والرعاية الماهرة أثناء الولادة، والرعاية والدعم في الأسابيع التي تلي الولادة، على أن يكون التزام الأمهات بالحضور والمشاركة مشروطاً بتقديم خدمات عينية ومادية مع نهاية الدورة أو الحملة التثقيفية لهن.

— بجانب القضاء على أمية الأمهات اللائي يقمن بالمناطق الريفية من خلال وزارات التربية والتعليم، والتعليم العالي، والهيئة العامة لتعليم الكبار، تستوجب القضية تحسين الخصائص الاجتماعية للأزواج والزوجات للقضاء على وفيات الأمهات؛ بصياغة استراتيجية ثقافية تستهدف تصحيح المفاهيم الصحية والاجتماعية المغلوطة وقبول المفاهيم والقيم الجديدة الخاصة بسن الزواج والإنجاب وحجم الأسرة والمسؤولية الاجتماعية في تنشئة الأبناء.

— زيادة الاستثمار في تنظيم الأسرة لخفض معدلات الخصوبة من شأنه أن يعجل بإحراز التقدم صوب القضاء على وفيات الأمهات، وهو الأمر ذاته الذي سيسهم في تحسين صحة المرأة ومكانتها، وزيادة مدخرات الأسرة، والحد من الفقر، وبالتالي يجب أن تعمل وزارة الصحة والسكان ومنظمات المجتمع المدني، على زيادة منافذ توزيع تلك الوسائل سواء الثابتة أو المتحركة بالمجان لتغطية الاحتياجات غير الملباة.

— على وزارة الصحة والسكان صياغة إطار عام لبناء القدرات الطبية، وميثاق أخلاق بواسطة الجهات الرقابية الصحية، يستهدف تقليل عمليات الولادة القيصرية غير المبررة، وتبصير الأطباء بأن إنقاذ حياة الأمهات لا يشكل مجرد حتمية أخلاقية فقط، بل يعد استثماراً بشرياً تعود فيه الفائدة على الأطفال والأسر والمجتمعات ككل.

قضايا جديرة بالبحث في المستقبل:

— إجراء دراسات تتبعية للأثار الاجتماعية والديموجرافية التابعة لوفاء الأمهات

على مستوى الأسرة: كالترمل *Widowhood*، والزواج التابع *Dependent Marriage* من جانب (الأزواج)، والرعاية والتكيف الأسرى *Family Adaptation* من جانب (الأبناء)، كإحدى القضايا المتجددة في علم الاجتماع الأسري وعلم السكان العائلي.

- دراسة تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة بالوحدات الصحية الريفية والمراكز الصحية العامة، سواء من جانب القائمين على تقديم الخدمة، أو توجهات متلقيها، في ضوء المعايير الدولية لجودة الخدمات الصحية.
- دراسة تجارب وسياسات البلدان الإقليمية التي وصلت للمرحلة الخامسة من الانتقال الولادي: الإمارات العربية المتحدة أنموذجاً.

الهوامش:

(*) تعد "سوزا جواو باولو" *Souza João Paulo* أحد خبراء برنامج الأمم المتحدة الإنمائي وصندوق الأمم المتحدة للسكان، ولها مساهمات في البرنامج الخاص بالبنك الدولي للبحث والتطوير والتدريب على البحث في مجال التكاثر البشري، وكذا بإدارة الصحة الإنجابية والبحوث التابعة لمنظمة الصحة العالمية. وتتبع في الأساس قسم الطب الاجتماعي، بكلية ريبيراو بريتو "*Ribeirao Preto*" الطبية، بجامعة ساو باولو "*Sao Paulo*" بالبرازيل، ولها مساهمات ومشاروعات بحثية في مجال الوفيات والخصوبة وصحة الأم والطفل منشورة بأكثر من لغة منها: تصنيفات الوفيات والأمراض النفاسية للأمهات التي أشرفت على الوفاة: نحو أداة قياسية لرصد جودة الرعاية الصحية للأم (٢٠٠٩)، المسح متعدد البلدان لمنظمة الصحة العالمية حول صحة الأم والوليد (٢٠١١)، وفيات الأمهات واتجاهاتها: الانتقال الولادي في البرازيل (٢٠١٣)، تجاوز التدخلات الأساسية للحد من وفيات الأمهات (مسح منظمة الصحة العالمية متعدد البلدان حول صحة الأم والوليد): دراسة مقطعية (٢٠١٣)، والانتقال الولادي: الطريق نحو إنهاء وفيات الأمهات التي لا يمكن تجنبها (٢٠١٤).

(**) من أمثلة البلدان التي دخلت المرحلة الخامسة لنموذج الانتقال الولادي منذ العام (٢٠١٧) بمعدل (٠) أو أقل من (٥) وفيات لكل (١٠٠٠٠٠) مولود حي: النمسا، بيلاروسيا، بلجيكا، التشيك، الدنمارك، فنلندا، اليونان، أيسلندا، إيرلندا، اسرائيل، إيطاليا، اليابان، هولندا، النرويج، بولندا، إسبانيا، السويد، سويسرا، قطر، الإمارات العربية المتحدة. للمزيد انظر (World Health Statistics, 2021).

المراجع

أولاً- المراجع العربية:

- ١- ابتهال، أبو الحسن.(أغسطس ٢٠٠٩). دراسة لأثر المحددات الاجتماعية الاقتصادية على سلوك الصحة الإنجابية للأسرة الريفية بإحدى قرى محافظة الدقهلية، مجلة المنصورة للعلوم الزراعية، الجزء ٤٣، العدد ٨، ٨٦٣٣ : ٨٦٤٣ .
- ٢- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.(٢٠٠٤). وفيات الأمهات في مصر (١٩٩٢/١٩٩٣ و ٢٠٠٠)، مركز الأبحاث والدراسات السكانية، مجلة بحوث ودراسات، العدد ٦٨، ١٥ : ٤٠ .
- ٣- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.(يوليو ٢٠١٨). النشرة السنوية لإحصاءات المواليد والوفيات لعام ٢٠١٧ .
- ٤- المجلس القومي للسكان.(ديسمبر ٢٠١٦). مصر، تحليل الوضع السكاني.
- ٥- المركز المصري لبحوث الرأي العام (بصيرة) .(يناير ٢٠١٨). تحديد المستهدفات الكمية لأهداف التنمية المستدامة على مستوى المحافظات.
- ٦- برنامج الأمم المتحدة الإنمائي.(٢٠٢١). تقرير التنمية البشرية، وزارة التخطيط والتنمية الاقتصادية، مصر.
- ٧- ماجد ، عثمان. حنان ، جرجس. نيفين ، الزيات .(ديسمبر ٢٠١٤). الوضع الصحي للمرأة المصرية، سلسلة صوت المرأة المصرية، المركز المصري لبحوث الرأي العام (بصيرة)، رقم ٢، ١٠ : ١٨ .
- ٨- منظمة الصحة العالمية.(٢٠١٣). دليل الممارسات الأساسية في رعاية الحوامل، والولادة، وما بعد الولادة والولدان، جنيف.
- ٩- منى، عبد الله .(٢٠٠٤). العوامل الثقافية الاجتماعية المؤثرة في الصحة الإنجابية: بحث في الأنثروبولوجيا الطبية في مجتمع بني سويف، رسالة ماجستير، الآداب، قسم علم الاجتماع، جامعة بنى سويف.

ثانياً- المراجع الأجنبية:

- 1- Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP and Gülmezoglu AM.(2014 Sep.). Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. Report Health. 19;11(1):71.

doi: 10.1186/1742-4755-11-71. PMID: 25238684; PMCID: PMC4247708.

- 2- Burch, Thomas.(2018). Model-Based Demography Essays on Integrating Data, Technique and Theory, Demographic Research Monographs, A Series of the Max Planck Institute for Demographic Research, Springer International Publishing AG.
- 3- Chaves SC, Cecatti JG, Carroli G, Lumbiganon P, Hogue CJ, Mori R, et al.(2015). Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. Rev Panam Salud Publica, 37(4/5):203-210.
- 4- Crear-Perry, J., Correa-de-Araujo, R., Lewis J. ,T., McLemore ,M., Neilson ,E. and Wallace , M.(2021 Feb.). Social and Structural Determinants of Health Inequities in Maternal Health, Journal of Women's Health, olume 30, Number 2. 230 -235.
doi: 10.1089/jwh.2020.8882. Epub 2020 Nov 12. PMID: 33181043; PMCID: PMC8020519.
- 5- Elsayed ,Rim .(2010). Levels, Trends and Determinants of Maternal Health Care Services Utilization in Egypt 2000 - 2008, Master Thesis, Cairo ,The Demographic Center,1 - 134.
- 6- Haupt, Arthur . Kane, Thomas and Haub, Carl.(2011). Population Reference Bureau's Population Handbook, Sixth edition, U.S.A.
- 7- Land , Kenneth .Yang, Yang and Yi , Zeng.(2005). Mathematical Demography, PP(659:718) in Poston, Dudley and Micklin, Michael (Edited), Handbook of Population, Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- 8- Mehata S, Paudel YR, Dariang M, Aryal KK, Lal BK, Khanal MN and Thomas D.(2017). Trends and Inequalities in Use of Maternal Health Care Services in Nepal: Strategy in the Search for Improvements. BioMed Research International. Vol. 2017, Article ID 5079234.

doi: 10.1155/2017/5079234. Epub 2017 Jul 20. PMID: 28808658;
PMCID: PMC5541802.

9- Moller , Ann-Beth. Petzold ,Max. Chou, Doris and Say ,
Lale.(2017October). Early antenatal care visit: a systematic analysis of
regional and global levels and trends of coverage from 1990 to 2013,
The Lancet Global Health, Volume 5, Issue 10, e977-e983.

10- Poston, Dudley and Micklin, Michael.(2005). The Demographer's
Ken: 50 Years of Growth and Change,PP(1:16) in Poston, Dudley and
Micklin, Michael (Edited), Handbook of Population, Kluwer
Academic/Plenum Publishers.

11- Radkar ,Anjali .(2018 August). Correlates of Maternal Mortality: A
Macro-level Analysis, Journal of Health Management, Vol. 20, Issue
3, 337-344.

12- Salem ,Maha .(2011). the relationship between poverty and maternal
and child health care services utilization in Egypt (2000 - 2008),
Master Thesis, Cairo, The Demographic Center, 1 - 110.

13- Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer, M, Oladapo OT,
Say L, Gëulmezoglu AM and Temmerman M. ,(2014), obstetric
transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths.
BJOG.;121(s1): 1- 4.

14- United Nations (UN).(1983). Indirect Techniques for Demographic
Estimation, Manual X, Department of International Economic and
Social Affairs, Population Studies, No. 81, New York.

15- Wang E, Glazer KB, Howell EA and Janevic TM.(2020 April). Social
Determinants of Pregnancy-Related Mortality and Morbidity in the
United States: A Systematic Review, Obstetrics & Gynecology,Volume
135, Issue 4, 896 -915.

doi: 10.1097/AOG.0000000000003762. PMID: 32168209; PMCID:
PMC7104722.

- 16- Wendy, Graham. William, Brass and Robert, Snow.(May - Jun., 1989). Estimating Maternal Mortality: The Sisterhood Method, Studies in Family Planning, Vol. 20, No. 3, 125-135.
- 17- World Health Organization (**WHO**).(2003). social determinants of health: the social facts, second edition, Denmark.
- 18- World Health Organization (**WHO**).(2004). Maternal mortality in 2000 : estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva.
- 19- World Health Organization (**WHO**).(2019). Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division, Geneva.
- 20- World Health Statistics,(2021), monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization.

ملاحق الدراسة

ملحق رقم (١): دليل المقابلة المتعمقة:

أولاً- الخصائص الاجتماعية والديموجرافية والولادية للمتوفاة:

مستوى التعليم, الحالة العملية, دخل الأسرة, عدد الأبناء, السن عند الزواج, عدد مرات الحمل, عدد المواليد الباقين قيد الحياة, عدد الولادات الطبيعية والقيصرية, السن عند الوفاة وسبب الوفاة, سنة الوفاة.

ثانياً- البيئة الاجتماعية للمتوفاة:

- خصائص المسكن من حيث: (نوعه/عدد الغرف/المساحة الكلية/أثاث المسكن/اتساع الشارع أو الحارة الموجود بها المسكن/عدد الأسرة في حجرة النوم).

- الطرق ووسائل المواصلات المتاحة: (نوع وسيلة الانتقال، والمسافة الجغرافية بين محل الإقامة نظم الرعاية الصحية المتخصصة/عدد وسائل الانتقال/مدى توافرها خلال الـ ٢٤ ساعة).

- الوحدات الصحية المتوافرة بالقرية وما بها من: (أطباء/ ممرضات/ رائدات ريفيات/فنيين/ إداريين/عمال/ أدوية/ أجهزة/ وأهم خدمات الصحة الإنجابية المقدمة للمرأة).

- انعكاسات الحالة التعليمية على الرعاية الذاتية للمتوفاة.

- انعكاسات الحالة التعليمية على عدم الخنوع للقيم والعادات المضرة بصحة الحمل والولادة.

ثالثاً- نظم الرعاية الصحية المتخصصة وتلقي الخدمة:

- حصول المتوفاة على الرعاية الصحية الوقائية الأولية حول الحمل والإنجاب.

- مدى الحمل والولادة في بيئة صحية واجتماعية مناسبة.
- تزويد المتوفاة بمعلومات حول التغذية المطلوبة خلال الحمل وبعد الولادة من جانب مقدم الخدمة.
- إتاحة رعاية طبية آمنة أثناء الولادة.
- هل سبق أن واجهت المتوفاة مشكلة في واحدة أو أكثر من الإجراءات التالية لها داخل المركز الصحي وأثناء تلقي الخدمة؟ (يراعى الشرح بالتفصيل).
- أ- الوقت الذي استغرقته الحالة لتلقي الخدمة ومقابلة مزودي الخدمة للاستشارة.
- ب- القدرة على مناقشة المشكلات أو المخاوف المتعلقة بالحمل والولادة والاستماع لها.
- ج- مقدار الشرح الذي تلقتته حول المشكلة أو العلاج المطلوب لها.
- د- الرضا عن مستوى الخدمة ومعاملة مزودي الخدمة.
- هـ- الخصوصية من رؤية الآخرين للفحص.
- و- الخصوصية من جعل الآخرين يستمعون إلى مناقشة التشاور الخاص بها.
- ز- نظافة المركز الصحي وتعييمه.
- ح- استخدام معدات الحماية الشخصية.
- ط- توافر الأدوية والفحوصات المطلوبة وتكلفة الخدمات أو العلاج.
- ي- هل ستوصي بهذا المرفق الصحي لأحد أفراد الأسرة أو الأقارب أو الأصدقاء؟

خامساً- الدعم الاجتماعي:

- مصادر الدعم الاجتماعي للمتوفاة.
- صور الدعم التي تلقتها المتوفاة وتوقيتها.
- فعالية تدخلات شبكة العلاقات من الأقارب والجيران قبل التعرض للوفاة.
- فعالية تدخلات مقدمي الخدمة من الأطباء وطاقم التمريض لمحاولات إنقاذ الحياة.

سادساً أعراض ما قبل الوفاة.

- هل كان لدى المتوفاة أية معلومات حول: (نزيف ما بعد الولادة، مضاعفات الحمل والولادة، تشوه الأجنة، الإجهاض العفوي)؟
- صفي لنا الأعراض التي أدت إلى الوفاة إذا توفيت الحالة نتيجة للحمل الخطر.
- صفي لنا الأعراض التي أدت إلى الوفاة إذا توفيت الحالة أثناء الولادة .
- صفي لنا الأعراض التي أدت إلى الوفاة إذا توفيت الحالة عقب الولادة بـ (٤٢) يوماً.

ملحق رقم (٢) - دليل الملاحظة العلمية:

- يقوم الباحث بتسجيل ملاحظاته حول البنود التالية في بطاقة الملاحظة على النحو التالي:

المحددات الاجتماعية في ضوء:- الشكل العام لشوارع القرية/ والصورة العامة لمواد بناء المنازل/ خدمات الصرف الصحي في حال توافرها/ شبكات وخطوط مياه الشرب/ الكهرباء ومصادر الطاقة/ طبيعة الطرق التي تربط كل قرية بعاصمة المحافظة ومستشفى المنيا الجامعي للأم والطفل والمسافة الجغرافية بينهما/ وسائل النقل ومدى توافرها/ الأراضي الزراعية وطبيعة المحاصيل المزروعة/ الأنشطة الاقتصادية الممارسة/ نظافة البيئة وأماكن تجمع القمامة / الوحدات الصحية المتوافرة/ عيادات أمراض النساء والتوليد المتوافرة/ مراكز صحة المرأة الإيجابية المتوافرة.