

إرشادات التنفيذ بشأن الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة



إرشادات التنفيذ بشأن الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة



يونسف | لكل طفل



إرشادات التنفيذ بشأن الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة

[Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care]

(نسخة إلكترونية) ISBN 978-92-4-012094-5

(نسخة مطبوعة) ISBN 978-92-4-012095-2

© منظمة الصحة العالمية 2026

بعض الحقوق محفوظة. هذا المصنف متاح بمقتضى ترخيص المشاع الإبداعي "نسب المصنف – غير تجاري – المشاركة بالمثل 3.0 لفائدة المنظمات الحكومية الدولية"

(CC BY-NC-SA 3.0 IGO; https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.ar).

ويعتضى هذا الترخيص يجوز لكم نسخ المصنف وإعادة توزيعه وتحويله للأغراض غير التجارية، شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم، كما هو مبيّن أدناه. ولا ينبغي في أي استخدام لهذا المصنف الإيحاء بأن المنظمة

(WHO) تعتمد أي منظمة أو منتجات أو خدمات محددة. ولا يُسمح باستخدام شعار المنظمة (WHO). وإذا قمتم بتحويل هذا المصنف، فيجب عندئذٍ الحصول على ترخيص لمصنفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي

((Creative Commons licence) أو ما يعادله. وإذا قمتم بترجمة المصنف، فينبغي إدراج بيان إخلاء المسؤولية التالي مع الاقتباس المقترح: "هذه الترجمة ليست من إعداد منظمة الصحة العالمية (المنظمة (WHO)). والمنظمة غير

مسؤولة عن محتوى هذه الترجمة أو دقتها. والإصدار الأصلي بالإنكليزية هو الإصدار الملزم وذو الحجية."

ويجب أن تتم أية وساطة فيما يتعلق بالمنازعات التي تنشأ في إطار هذا الترخيص وفقاً لقواعد الوساطة للمنظمة العالمية للملكية الفكرية(http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/).

الاقتباس **المقترح**. إرشادات التنفيذ بشأن الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة

[Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care]

جنيف: منظمة الصحة العالمية. 2026الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

بيانات الفهرسة أثناء النشر. بيانات الفهرسة أثناء النشر متاحة على الرابط

&https://iris.who.int/?locale-attribute=ar.

المبيعات والحقوق والترخيص. لشراء مطبوعات المنظمة (WHO) انظر الرابط https://www.who.int/publications/book-orders. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات بشأن الحقوق والترخيص، انظر الرابط

http://www.who.int/ar/copyright.

مواد الطرف الثالث. إذا رغبتم في إعادة استخدام مواد واردة في هذا المصنف ومنسوبة إلى طرف ثالث، مثل الجداول أو الأشكال أو الصور، فعليكم مسؤولية تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على إذن لإعادة الاستخدام، والحصول على

إذن من صاحب حقوق المؤلف. ويتحمل المستخدم وحده مخاطر أي مطالبات تنشأ نتيجة انتهاك أي عنصر في المصنف تعود ملكيته لطرف ثالث.

بيانات عامة لإخلاء المسؤولية. لا تنطوي التسميات المستخدمة في هذا المطبوع وطريقة عرض المواد الواردة فيه، على أي رأي كان من جانب المنظمة (WHO) بشأن الوضع القانوني لأي بلد أو أرض أو مدينة أو منطقة أو لسلطات أي

منها أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة والخطوط المتقطعة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل بشأنها.

كما أن ذكر شركات محددة أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة أو موصى بها من جانب المنظمة (WHO)، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها في الطابع ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو،

نُحِيزُ أسماء المنتجات المسجلة الملكية بالأحرف الاستهلاكية (في النص الإنكليزي).

وقد اتخذت المنظمة (WHO) كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك، فإن المواد المنشورة تُوزع دون تقديم أي نوع من أنواع الضمانات، صريحةً كانت أم ضمنية. ويتحمل القارئ وحده

المسؤولية عن تفسير هذه المواد واستعمالها. ولا تتحمل المنظمة (WHO) بأي حال من الأحوال المسؤولية عن الأضرار التي قد تترتب على استعمالها.

تصميم وإخراج: Sonder Design Collective

المحتويات

المحتويات

شكر وتقدير

١. مقدمة

١.١ ما هو الغرض من إرشادات التنفيذ؟

١.٢ من هم المستخدمون المتوقعون؟

١.٣ استكشاف نماذج الرعاية القائمة على القبالة الواردة في إرشادات التنفيذ

١.٣.١ نماذج استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة

١.٣.٢ نماذج الرعاية المجتمعية القائمة على القبالة

١.٣.٣ مراكز الولادة

١.٣.٤ نماذج الرعاية القائمة على القبالة في القطاع الخاص

١.٣.٥ نماذج الرعاية القائمة على القبالة في السياقات الإنسانية وحالات الأزمات

١.٤ نهج مرن بشأن الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة

٢. الركائز الأساسية للانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة

٢.١ تعزيز وتأمين الالتزام السياسي والتمويل

٢.٢ إنشاء الحوكمة أو تعزيزها

٢.٣ بناء الشراكات

٢.٤ ضمان استدامة الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة

٣. عملية التخطيط الاستراتيجي

الخطوة ١: إجراء تحليل الأوضاع

الخطوة ٢: تصميم خطة استراتيجية

الخطوة ٣: وضع خطة تشغيلية مع إطار للرصد والتقييم

الخطوة ٤: وضع خطة مالية وتخصيص الموارد

٤. مجالات الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة

٤.١ مشاركة المرأة والمجتمع

٤.٢ تقديم خدمات رعاية الأم والوليد

٤.٣ التعاون بين المهنيين

٤.٤ القيادة والبحوث في مجال القبالة

٤.٥ البيئة السياساتية والتنظيمية

٤.٦ التعليم والتطوير المهني المستمر

٤.٧ استراتيجيات القوى العاملة الصحية

٤.٨ بيئة النظام الصحي الداعمة

٥. أداة تقييم إطار الانتقال

٦. قصص عن الانتقال

٦.١ الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة في غياب القابلات: قصة من بنغلاديش

٦.٢ استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة إلى الناجيات من العنف الجنسي: قصة من قصص الانتقال من

جمهورية الكونغو الديمقراطية

٦.٣ من الالتزام السياسي إلى التغيير واسع النطاق: الانتقال إلى استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة في إنكلترا

٦.٤ طرح نموذج استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة في شمال إثيوبيا

٦.٥ الانتقال إلى استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة في بيئة متأثرة بالنزاعات: قصة من الضفة الغربية

المراجع

الملحق الأول

شكر وتقدير

تعرب منظمة الصحة العالمية عن امتنانها للعديد من الأفراد الذين ساهموا في إعداد هذه الوثيقة الإرشادية.

القيادة والتنسيق

أُعِدَّت هذه الوثيقة تحت القيادة الاستراتيجية العامة لأنشو بانيرجي (مدير إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة التابعة للمنظمة)، وأليسين موران (رئيس وحدة صحة الأم في إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة التابعة للمنظمة). وتولت جوستين لو ليز (مستشارة في إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة التابعة للمنظمة) وأولريكا رينستروم لوي (مسؤولة فنية في مجال القبالة بإدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة التابعة للمنظمة) المسؤولية عن القيادة التقنية وتنسيق الوثيقة وإنتاجها.

الفريق العامل المعني بالقبالة، التابع لفريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني المعني بصحة وتغذية الأم والوليد والطفل والمراهق (فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني)

تتوجه المنظمة بالشكر إلى أعضاء الفريق العامل المعني بالقبالة، التابع لفريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني، على ما قدموه من توجيهات تقنية من خلال الاجتماعات المنتظمة التي عُقِدَت في الفترة بين تشرين الثاني/نوفمبر 2022 وكانون الثاني/يناير 2025 ومساهماتهم في عملية الاستعراض: الرئيستين المشاركتين، سالي بيرمان (الاتحاد الدولية للقبالات، مملكة هولندا) وجين ساندال (كلية كينغز لندن، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية)؛ وكوكي أجاروال (برنامج MOMENTUM في القيادة الوطنية والعالمية، الولايات المتحدة الأمريكية)، وناريندرا كومار أرورا (صندوق INCLEN Trust International، الهند)، وأوليفا بازيريت (جامعة رواندا، رواندا)، ومارينا بويكوكفا (مجلس الممرضات الدولي لحديثي الولادة، الولايات المتحدة)، وغاري دارمشتات (كلية الطب بجامعة ستانفورد، الولايات المتحدة)، وجاكلين دنكلي بنت (الاتحاد الدولي للقبالات، مملكة هولندا)، وآبي كرا-فريدمان (المجلس الدولي للممرضات، سويسرا)، وأشير غايم (المكتب الإقليمي لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة [اليونيسف] لجنوب آسيا، نيبال)، وعطف الغريسي (معلمة وباحثة دولية في علوم التعليم والقبالة، تونس)، وكارولين هومير (رئيسة فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني، معهد بيرنت، أستراليا)، وديبيكا سيسيل خاخا (وزارة الصحة ورعاية الأسرة، حكومة الهند، الهند)، وزوزانا كريسكوكفا (مؤسسة Women’s Circles، سلوفاكيا)، وغيتا لال (مقر صندوق الأمم المتحدة للسكان، الولايات المتحدة)، وديبرا موني (الاتحاد الدولي لأمراض النساء والتوليد، المملكة المتحدة)، وجبرالدين نياكو (باحثة مستقلة، زمبابوي)، ونافين ثاكر (الرابطة الدولية لطب الأطفال، الولايات المتحدة)، وباتريشيا تيتولار (شركة Laerdal Global Health، النرويج)، وديليس ووكر (جامعة كاليفورنيا سان فرانسيسكو، الولايات المتحدة).

الفريق الأساسي المعني بالقبالة، التابع لفريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني

تعرب المنظمة عن تقديرها لأعضاء الفريق الأساسي المعني بالقبالة، التابع لفريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني، لما قدموه من توجيهات تقنية في وضع واستعراض إرشادات التنفيذ من خلال الاجتماعات المنتظمة التي عُقِدَت في الفترة بين آب/أغسطس 2024 وكانون الثاني/يناير 2025: سالي بيرمان وجين ساندال، وفيردوسي بيغوم؛ وغيتا شير (مستشارة الصحة العامة، الهند)؛ وجينيفر دورن (كلية التمريض بجامعة كولومبيا، الولايات المتحدة)؛ وفاتوماتا نغايتا ضيوف (صندوق الأمم المتحدة للسكان، السنغال)؛ وجامع إيغال (جمعية التمريض والقبالة في صوماليلاند، الصومال)؛ وعطف الغريسي (معلمة وباحثة دولية في علوم التعليم والقبالة، تونس) ؛ وسليمان هيليمسكل بيشاه (جامعة ديبري برهان، إثيوبيا)؛ وباندورا هاردتمان (منظمة Jhpiego، الولايات المتحدة، في عام 2024)؛ وديوان محمد عماد الحق (اليونيسف، بنغلاديش)؛ وزوزانا كريسكوكفا؛ وميشيل سادلر (مرصد عنف الولادة، شيلي)؛ ودافني شاممبو (وزارة الصحة، زامبيا).

قصص عن الانتقال

تعرب منظمة الصحة العالمية عن تقديرها للأفراد والمنظمات التالي ذكرهم لإعداد واستعراض القصص عن الانتقال: الجمعية المغربية للقبالات (المغرب)؛ وروسان آرا (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بنغلاديش)؛ ورابعة بصري (حكومة بنغلاديش، بنغلاديش)؛ وفريدة بيغوم (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بنغلاديش)؛ وفيردوسي بيغوم (جمعية أمراض النساء والتوليد في بنغلاديش، بنغلاديش)؛ وماري بيرغ (الجامعة الإنجليزية في أفريقيا، جمهورية الكونغو الديمقراطية)؛ وماكوندان مارثي بيامونغو (مستشفى بانزي للإحالة، جمهورية الكونغو الديمقراطية)؛ وسوزان دياز دياز (مستشفى Eloísa Díaz، لا فلوريدا، شيلي)؛ وجاكلين دنكلي بنت؛ وأليسون إيدي؛ وفيكتور فلوريس كاراسكو (مستشفى Eloísa Díaz، لا فلوريدا، شيلي)؛ وعطف غريسي؛ وسليمان هيليمسكل بيشاه؛ وأبو سيد حسن (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بنغلاديش)، وماريا هوغيناس (مؤسسة Art of Life and Birth، السويد)؛ وديوان محمد عماد الحق؛ وجوي كيمب (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بنغلاديش)؛ وأنيكا كنوتسون (مستشارة مستقلة في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، السويد)؛ وجونزالو ليفا روخاس (مستشفى Eloísa Díaz، لا فلوريدا، شيلي)؛ وهيلينا ليندجرين (معهد كارولينسكا، السويد)؛ وكاميل لوبيز إيكافاري (مستشفى Eloísa Díaz، لا فلوريدا، شيلي)؛ وبيريت مورتسنن (جامعة أوسلو متروبوليتان، النرويج)؛ وسارة نامبالو (رابطة القبالات الخاصة في أوغندا، أوغندا)؛ وفاتوماتا نغايتا ضيوف؛ وجوفيتا أورتيز كونتيراس (جامعة شيلي، شيلي)؛ وسالي بيرمان؛ وبرونيتا راها (صندوق الأمم المتحدة للسكان، بنغلاديش)؛ وجين ساندال، وميشيل سادلر، وإسوبالو تيسفاهون (جامعة غوندار، إثيوبيا).

خبراء الاستعراض الخارجيون

تعرب منظمة الصحة العالمية عن امتنانها لخبراء الاستعراض الخارجيين الذين اضطلعوا باستعراض شامل لمختلف المجالات التي شملتها الوثيقة: جين فرانسيس أكام (وزارة الصحة، أوغندا)؛ وآنا أف وأغلاس (الاتحاد الدولي للقبالات، مملكة هولندا)؛ وفرح باباي (وزارة الصحة والتعليم الطبي، جمهورية إيران الإسلامية)؛ وسارة بار زيف (معهد بيرنت*, أستراليا)؛ ونداي بيغ با مبودجي (الرابطة الوطنية للقبالات في دولة السنغال، السنغال)؛ وهيلين كارير (التجمع المشترك بين الجمعيات المعنية بالولادة، فرنسا)؛ وماريا هيلينا داسيلفا باستوس (الشبكة النسائية لأطباء أمراض النساء والتوليد، البرازيل)؛ وأليسون إيدي (كلية القابلات في نيوزيلندا، نيوزيلندا)؛ وأوبة فرح أحمد (الجمعية الصومالية لطب الأطفال، الصومال)؛ وإندرجيت كور (مستشفى فرنانديز، الهند)؛ وديبرا لويس (مركز ماماتوتو للموارد والولادة، ترينيداد وتوباغو)؛ وأليسون ماكفادين (جامعة دندي،

المملكة المتحدة)؛ وبولا ميدواي (وزارة الصحة والرفاهية، حكومة جنوب أستراليا، أستراليا)؛ وبيريت مورتسنن (جامعة أوسلو متروبوليتان، النرويج)؛ وغوما ديفي نراولا (جمعية القبالة في نيبال، نيبال)؛ وجوفيتا أورتيز كونتيراس (جامعة شيلي، شيلي)؛ ولوفداي بن-كيكانا (كلية لندن للنظافة الصحية وطب المناطق المدارية، المملكة المتحدة)؛ ولوسيا روكا إيهيناشو (جامعة لندن ممدينة سانت جورج، المملكة المتحدة)، ويوكو شيمبوكو (جامعة هيروشيما، اليابان)؛ وسوزان ستالز (برنامج MOMENTUM في القيادة الوطنية والعالمية، الولايات المتحدة، في عامي 2023 و2024).

وتتوجه المنظمة بالشكر أيضاً إلى المستشارين العالميين من صندوق الأمم المتحدة للسكان واليونسف لمساهماتهم التقنية في عملية الاستعراض: تشيساتو ماسودا ودنكان شيكوكو (مقر صندوق الأمم المتحدة للسكان، الولايات المتحدة) وشيماء إبراهيم وغان غوبتا (مقر اليونسف).

المساهمون وخبراء الاستعراض الآخرون التابعون لمنظمة الصحة العالمية

يُتَوَجَّه بالشكر إلى الموظفين التالية أسماؤهم من منظمة الصحة العالمية لتقديم التوجيهات التقنية وإجراء الاستعراض التقني: المساهمون من مقر المنظمة في جنيف، سويسرا: أغيا ماهات وكاري مكارتي (إدارة القوى العاملة الصحية في المنظمة)، وجون فوغارتي وبليرتا ماليكي (إدارة الخدمات الصحية المتكاملة التابعة للمنظمة)، وأوزما سيد (إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة التابعة للمنظمة)، وتوفا تامبي (البرنامج الخاص المعني بالرعاية الصحية الأولية في المنظمة). المساهمون من مكاتب منظمة الصحة العالمية: داليا أبو جهل وإعتماد المدهون (مكتب المنظمة في الضفة الغربية وغزة)، وأدينيي أديروبا (مكتب المنظمة الإقليمي لأفريقيا، جمهورية الكونغو)، ومحمد عفيفي (مكتب المنظمة الإقليمي لشرق المتوسط، مصر)، ومو أندو (مكتب منظمة الصحة العالمية، جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية)، وآنا بارالدي (مكتب المنظمة القطري، البرازيل)، وليونتيان بيكر (مكتب منظمة الصحة العالمية، نيبال)، وكلارا فيشر (مكتب منظمة الصحة العالمية، ليبريا)، وبريمن دي موسيو (مكتب المنظمة الإقليمي للأمريكتين/منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، الولايات المتحدة)، وسيلفيا غاتشر (مكتب منظمة الصحة العالمية، رومانيا)، ومينهيونغ هوانغ (مكتب منظمة الصحة العالمية، بنغلاديش)، ومارغريتا لانغنز (مكتب المنظمة الإقليمي لأوروبا)، وبرناديت مبو نكولوموني (مكتب منظمة الصحة العالمية، جمهورية الكونغو الديمقراطية)، وروبرت مولوندا كانكي (مكتب منظمة الصحة العالمية، جمهورية الكونغو الديمقراطية)، ومحمد نور الزمان (مكتب منظمة الصحة العالمية، بنغلاديش)، وجورجيانا-فيكتوريا شير (مكتب منظمة الصحة العالمية، رومانيا)، وآي تانيميزو (مكتب المنظمة الإقليمي لجنوب شرق آسيا، الهند)، وإلين ثوم وقديسيا أوزما (مكتب المنظمة القطري، باكستان).

وقد اعتمد فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني المعني ببصحة وتغذية الأم والوليد والطفل والمراهق، التابع لمنظمة الصحة العالمية، إرشادات التنفيذ، في أيار/مايو 2025.

المساهمات المالية

تعرب منظمة الصحة العالمية عن تقديرها للدعم المالي الذي تلقتّه من مؤسسة غيتس ومن مبادرة MSD للأمهات.

^[1] أثناء العمل تغير الائتماء المؤسسي لهذه المساهمة من صندوق الأمم المتحدة للسكان في البداية إلى معهد بيرنت

العبارات المستخدمة في هذه الوثيقة

في إرشادات التنفيذ هذه، عند الإشارة إلى الحمل والولادة والفترة التالية للولادة، يُراعى أن مصطلح "النساء" يشمل أيضاً المراهقات. ويُقصد بمصطلحي "النساء" و "الأمهات" أن يشملا جميع اللاتي يعرّفن أنفسهن بأنهن نساء و/أو يلدن. وفي حين أن غالبية الحوامل أو القادرات على الولادة هنّ من النساء المتوافقات الجنس والنوع (اللاتي ولدن ويعرّفن بأنهن إناث) فإن هذه الإرشادات تشمل أيضاً تجارب الرجال المتحولين جنسياً وغيرهم من الأشخاص المتنوعين جنسياً الذين لديهم القدرة على الولادة.

وتتسق مصطلحات المهن الصحية مع الطبعة الحالية لعام 2008 من التصنيف الدولي الموحد للمهن (التصنيف ISCO-08)، وهو منشور صادر عن منظمة العمل الدولية¹. وفي هذه الوثيقة، يشير مصطلح "القابلات" إلى كل من القابلات والممرضات-القابلات، شريطة أن تتسق طبيعة العمل الذي تؤديه الممرضات-القابلات مع مهام القبالة المحددة والمدرجة في التصنيف ISCO-08. ويمكن أن تكون القابلات من أي جنس.

¹ التصنيف الدولي الموحد للمهن (التصنيف ISCO-08). جنيف: منظمة العمل الدولية؛ 2008 (<https://isco.ilo.org/en/isco-08>).

01

مقدمة

ولتحسين الحاصلات الصحية للأمهات والمواليد ورفاههم وتحقيق التغطية الصحية الشاملة، تدعم منظمة الصحة العالمية الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة؛ والتي تمثل طريقة لتحقيق المستوى الأمثل في تقديم الخدمات لتلبية احتياجات النساء والمواليد قبل الحمل والولادة وأثناءهما وبعدهما (8). في هذه النماذج، تتولى القابلات تنسيق الرعاية الجيدة ويتخذن قرارات مستقلة عبر نطاق ممارستهن الكامل، كجزء من فرق متعددة التخصصات. وفي حالة حدوث مضاعفات، تتعاون القابلات بسلاسة مع أطباء التوليد وأطباء الأطفال وغيرهم من الأخصائيين، من خلال الاستشارة الفعالة وأنظمة الإحالة في الوقت المناسب، كي يضمنوا معاً تقديم رعاية مستمرة وشخصية للنساء والمواليد.

ويمكن لنظام صحي واحد أن يستوعب نماذج متعددة لرعاية الأم والوليد، يتكيف كل نموذج منها مع شتى الاحتياجات والسياقات. ويمثل توسيع نطاق تقديم الخدمات من خلال نماذج الرعاية القائمة على القبالة استراتيجية فعالة من حيث التكلفة وقائمة على الأدلة وقائمة على حقوق الإنسان تنقذ الأرواح وتعزز صحة النساء والمواليد ورفاههم على مستوى العالم. ويضمن هذا النهج توفير رعاية جيدة للأمهات والمواليد قبل الحمل وأثناءه وبعده، مع معالجة التحديات الحرجة التي تواجه الأم والوليد في مجالي الصحة والإنصاف (8). وتتحقق أفضل النتائج عندما تقدم الرعاية نفسُ القابلة أو فريق القابلات أثناء الحمل والولادة والفترة التالية للولادة (استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة).

وفي عام 2024، نشرت منظمة الصحة العالمية ورقة موقف عالمية تعرض تعريف الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة، ومبادئه المُوجَّهة ومبرراته (8). ويُلخص الشكل 1 أهم المعلومات المستقاة من ورقة الموقف هذه.

التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه هو حق أساسي من حقوق الإنسان.

وعلى الرغم من التقدم الكبير الحاصل في العقود الأخيرة، لا تزال وفيات الأمهات

والمواليد والمرضاة وحالات الإملاص مرتفعة على المستوى العالمي (1-5). وتعاني

العديد من النساء والمواليد من سوء المعاملة والإفراط في اللجوء إلى الرعاية

الطبية طوال مدة الرعاية أثناء الحمل وأثناء الولادة والتالية للولادة، مما يمكن أن

يؤثر بشدة على صحتهن ورفاههن ويعيق التقدم نحو تحقيق التغطية الصحية

الشاملة (6، 7).

الشكل 1: المفاهيم الأساسية المتعلقة بنماذج الرعاية القائمة على القبالة. المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2024 (8)

تتيح نماذج الرعاية القائمة على القبالة للنساء والمواليد الرعاية على يد قابلة مستقلة، تعمل كجزء من فريق، طوال فترة الحمل والولادة والفترة التالية للولادة.

- رعاية تركز على المرأة والوليد

- مقدمة من قابلات مستقلات ضمن فرق



- علاقة وشراكة قائمة على الثقة بين المرأة والقابلة

- دعم العمليات الصحية والفسولوجية



- رعاية عالية الجودة وشاملة، قائمة على الأدلة

- مقدمة قبل الحمل والولادة وأثناءهما وخلال الفترة التالية للولادة

نماذج الرعاية القائمة على القبالة



ما هي أسباب اختيار نماذج الرعاية القائمة على القبالة؟

- لإنقاذ الأرواح

- لزيادة نسبة الولادات المهبليّة

- لتقليل نسبة الولادات المهبليّة باستخدام الأدوات والجراحات القيصرية

- لتحسين تجربة المرأة في الرعاية

- للحد من أوجه عدم المساواة الصحية وتحقيق التغطية الصحية الشاملة

- لتحسين الفعالية من حيث التكلفة

١.١ ما هو الغرض من إرشادات التنفيذ؟

تقدم هذه الوثيقة إرشادات استراتيجية وعملية للبلدان العاكفة على الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة.

توفر هذه الوثيقة إرشادات استراتيجية وعملية للبلدان العاكفة على الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة، بما يتماشى مع الأولويات الصحية العالمية وأهداف التنمية المستدامة. وهي تزود مقرري السياسات وقادة الرعاية الصحية بالممارسات القائمة على الأدلة وأداة تقييم إطار الانتقال لتحقيق المستوى الأمثل من الخدمات واستخدام الموارد. ومن خلال التأكيد على التعاون والتنسيق متعدد التخصصات، توضح الإرشادات الخطوات القابلة للتنفيذ لدمج وتعزيز الرعاية القائمة على القبالة في النظم الصحية الوطنية ودون الوطنية.

وَصُمِّمَت هذه الإرشادات المرنة، التي تقر بأن البلدان تمر بمراحل انتقالية مختلفة، للتكيف مع الاحتياجات المحددة لكل بلد - سواء كانت ملتزمة حديثاً باعتماد نماذج الرعاية القائمة على القبالة أو تعمل بالفعل على توسيع نطاق خدمات القبالة القائمة.

١.٢ من هم المستخدمون المتوقعون؟

صُمِّمَت هذه الإرشادات لتوفير الدعم اللازم إلى المسؤولين الحكوميين في وزارة الصحة - لا سيما المعنيين منهم بصحة الأم والوليد، والموارد البشرية الصحية، والرعاية الصحية الأولية، والنظم الصحية على نطاقها الأوسع. ويعتمد نجاح الانتقال واستدامة نماذج الرعاية القائمة على القبالة على القيادة القوية والملكية من وزارة الصحة (9-11).

ويجب إشراك مجموعة واسعة من أصحاب المصلحة تحت قيادة وزارة الصحة في الانتقال إلى هذه النماذج، والذين يمكنهم أيضاً الاستفادة من هذه الإرشادات. وفيما يلي أمثلة لأصحاب المصلحة:

المستخدمون النهائيون والجماعات النسائية والمجتمعية

مقررو سياسات الرعاية الصحية والقادة الحكوميون في مجالات صحة الأم والوليد، والموارد البشرية الصحية، والنظم الصحية

ممثلو الوزارات الأخرى ذات الصلة (مثل وزارات المالية، والتعليم، والتخطيط، وشؤون المرأة)

الشركاء المنفذون، والمنظمات الصحية الدولية، والمنظمات غير الحكومية

مسؤولو الرعاية الصحية، والمديرون، والقابلات، وغيرهم من العاملين الصحيين

الرابطات المهنية، والسلطات التنظيمية، والمؤسسات التعليمية والتدريبية

الباحثون، والأكاديميون، ومجموعات المناصرة، والإعلاميون، والمتخصصون في الاتصال

الجدول 1: العناصر الأساسية لتقديم الخدمات في كل نموذج من نماذج الرعاية القائمة على القبالة

المستفيدون من خدمات الرعاية	النساء والمواليد
مجموعة خدمات القبالة	خدمات الصحة الإنجابية ورعاية الأم والوليد
سلسلة الرعاية	فترة ما قبل الحمل و/أو وأثناء الحمل و/أو فترة المخاض والولادة و/أو الفترة التالية للولادة
مقدمو الرعاية الرئيسيون	القبالات اللاتي يقدمن الرعاية وينسقنها ويتخذن قراراتهن ضمن نطاق ممارستهن
نهج الرعاية	استناداً إلى فلسفة الرعاية القائمة على القبالة (14) - يركز على الأشخاص - العلاقة والشراكة بين القبالات والنساء - تحسين العمليات الفسيولوجية، والبيولوجية، والنفسية، والاجتماعية، والثقافية - استخدام التدخلات عند الحاجة إليها فقط.

١.٣ استكشاف نماذج الرعاية القائمة على القبالة

لا يوجد وصف نموذجي واحد لنماذج الرعاية القائمة على القبالة، حيث يصمم كل بلد نهجه خصيصاً لتلبية احتياجاته الفريدة. وينتج عن هذا التخصيص مجموعة متنوعة من النماذج حول العالم (12).

ويتضمن تصميم نموذج الرعاية تحديد العناصر الرئيسية لتقديم الخدمات (13). ولكي يُعتبر النموذج نموذجاً للرعاية القائمة على القبالة، فمن الضروري أن تعمل القبالات المؤهلات كمقدمات رعاية رئيسيات للنساء والمواليد على امتداد سلسلة الخدمات الصحية المقدمة للأم والوليد. وتشمل هذه الخدمات الرعاية قبل الحمل والرعاية أثناء الحمل وأثناء الولادة والتالية للولادة (8). وتقدم القبالات الرعاية بشكلٍ مستقل في نطاق ممارستهن مع التعاون ضمن فرق متعددة التخصصات. وتدعم هذا التعاون أنظمةُ الإحالة القائمة وآليات التعاون بين المهنيين على نطاق العاملين الصحيين ومنصات تقديم الخدمات لضمان استمرارية الرعاية في حالة حدوث مضاعفات (8). ويستند نهج الرعاية القائمة على القبالة إلى الفلسفة والمبادئ الأساسية للمهنة، مع توفير رعاية متركزة على الأشخاص ومحترمة وقائمة على الأدلة، وتشجيع الشراكة والعلاقة القوية بين القبالة والمرأة (8).

يعرض الجدول 1 العناصر الأساسية لتقديم الخدمات في نماذج الرعاية القائمة على القبالة. ورغم أن هذه العناصر عناصر أساسية، فمن الممكن توسيعها لتناسب الاحتياجات والسياق الفريدين لكل بلد. فعلى سبيل المثال، يمكن توسيع مجموعة الخدمات داخل نطاق عمل القبالات لتشمل خدمات الصحة الجنسية والإنجابية، والتوسع في سلسلة الرعاية بما يتجاوز الفترة التالية للولادة، وربما توسيع نطاق الفئة المستهدفة لتشمل المراهقات والمراهقين.

كما تتمتع البلدان أيضاً بالمرونة في اختيار منصات تقديم الخدمات التي تلبي الاحتياجات المحلية على أفضل وجه.

ومن الممكن أن توجد هذه المنصات في البيئات التالية:

السياقات المجتمعية
بيئة المستشفيات
القطاعين العام والخاص، بما في ذلك الشراكات بين القطاعين العام والخاص
المرافق الموجودة في بيئات محدودة الموارد أو في السياقات الإنسانية وحالات الأزمات (8)

نماذج الرعاية القائمة على القبالة مرنة ويمكن إدماجها أو دمجها لتناسب السياقات المختلفة. فعلى سبيل المثال، قد توفر القبالة استمرارية الرعاية داخل مركز الولادة المجتمعي أثناء الأزمات الإنسانية. وحيث أن لكل بلد احتياجات محددة، ينبغي تصميم نماذج الرعاية القائمة على القبالة وفقاً لذلك. ويمكن تسنى أيضاً تطبيق هذا النهج على الصعيد دون الوطني في النظم اللامركزية.

ولمساعدة البلدان في صياغة نماذجها المصممة خصيصاً، تقدم هذه الوثيقة أمثلة على الأنساق القابلة للتكيف من بينها ما يلي:

1 نماذج استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة

2 مراكز الولادة

3 لنماذج المجتمعية

4 نماذج الممارسات في القطاع الخاص

5 النماذج المستخدمة في السياقات الإنسانية وحالات الأزمات

لا يُقصد من هذه الأمثلة تمثيل أفضل الممارسات النهائية، وإنما المقصود منها أن تكون بمثابة خيارات قابلة للتكيف لاستلهم حلول خاصة بالسياق.

١.٣.١ نماذج استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة

تُعرف نماذج استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة بأنها النُّهْج التي تكون فيها قابلة معروفة وموثوقة، أو مجموعة صغيرة من القابلات، هي المصدر الرئيسي لتقديم الرعاية إلى النساء وأطفالهن على امتداد سلسلة الرعاية بأكملها، بدءاً من الفترة السابقة للولادة مروراً بالمخاض والولادة وصولاً إلى المرحلة التالية للولادة (8).

ويوفر هذا النموذج رعاية متسقة ودعمًا عاطفياً أثناء الحمل والمخاض والولادة والأسابيع التالية للولادة. ويعزز الصلات الشخصية المستمرة والإدارة الفعالة للرعاية ومشاركة المعلومات بسلاسة، مما يؤدي إلى توفير رعاية أكثر تكاملاً يغلب عليها الطابع الشخصي (8). وتوصي منظمة الصحة العالمية بهذه النماذج في السياقات التي تتوفر بها برامج القبالة جيدة الأداء (15-17). يعرض الإطار 1 مثالاً لاستمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة في نيوزيلندا.

الإطار 1

استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة في نيوزيلندا

في نيوزيلندا، تختار النساء الحوامل مقدم رعاية الأمومة الرئيسي (غالباً ما يكون قابلة) الذي ينسق جميع جوانب رعاية الأمومة المقدمة للحوامل، بما في ذلك الرعاية أثناء الحمل السابقة للولادة وأثناء الولادة والتالية للولادة لمدة تصل إلى ستة أسابيع. يركز هذا النموذج على النساء، ويدعم اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن رعايتهن.

وتتوفر قابلات رعاية الأمومة الرئيسيات على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع، وغالباً ما يعملن في فرق عاملة صغيرة لتقديم رعاية مستمرة. وتوفر شبكة من المرافق التي تقودها القابلات خدمات الرعاية أثناء الولادة والتالية للولادة على جميع مستويات الرعاية، وهي ممولة بالكامل من القطاع العام. ويعالج هذا النهج الاحتياجات السريرية والاجتماعية والثقافية ويحسن إتاحة الخدمات للفئات ذات الأولوية مثل الماوري والباسيفيكا والنساء المحرومات اجتماعياً والنساء ذوات الإعاقة.

وتتوفر لدى قابلات رعاية الأمومة الرئيسيات اتفاقات إتاحة مع المستشفيات، ويتعاونن مع موظفي المستشفيات لضمان تقديم رعاية متكاملة وسلسة تركز على الأشخاص، بما يشمل الوصول إلى الرعاية المتخصصة من خلال خدمات الإحالة والاستشارة. وتدعم المبادئ التوجيهية الوطنية للإحالة والسجلات الإلكترونية الوطنية التعاون متعدد التخصصات، وتسهيله. ويسلط نجاح هذا النظام الضوء على أهمية الشراكات القوية والتدريب الشامل والتعاون الفعال بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية.

استراتيجية القابلات المتجولات في السنغال: نموذج رعاية مجتمعية قائمة على القبالة

في السنغال، تقوم القابلة المتجولة بزيارات منتظمة إلى المراكز الصحية والمواقع المجتمعية وأماكن التجمع المحلية، لضمان توفير خدمات صحية شاملة ومتكاملة ومجتمعية للأمهات، والمواليد، والأطفال والمراهقين. تمتد هذه الرعاية بدءاً من الرعاية أثناء الحمل والرعاية أثناء الولادة والرعاية الأساسية للمواليد؛ وصولاً إلى خدمات التمنيع والتدبير العلاجي المتكامل لأمراض الطفولة، والاستشارات التغذوية وتنظيم الأسرة والتثقيف الصحي. وتدير القابلة المتجولة أيضاً خدمات الأدوية والإمدادات، وتشرف على جمع البيانات واستخدامها، وتدريب العاملين الصحيين المجتمعيين وتشرف عليهم. وللنساء والمجتمعات المحلية دورٌ محوري في نجاح استراتيجية القابلات المتجولات. فكلاهما يشاركان بنشاط في تخطيط وتقييم الخدمات المتجولة، ويدعم حركة القابلة المتجولة، ويساعد في تأمين السكن المناسب عند الحاجة. وتشارك المجتمعات المحلية أيضاً في التوعية والترويج من أجل زيادة الوعي والتشجيع على استخدام خدمات القابلات المتجولات.

ومن خلال التعاون الوثيق مع الجهات الفاعلة المحلية، تعمل القابلة المتجولة على تعزيز النظم الصحية المجتمعية، وتوسيع نطاق الوصول إلى الرعاية عالية الجودة، وتهيئة بيئة تدعم الحاصلات الإيجابية لصحة الأم والطفل..

١.٣.٢ نماذج الرعاية المجتمعية القائمة على القبالة

توفر نماذج الرعاية المجتمعية القائمة على القبالة الخدمات الأساسية مباشرةً للمجتمعات المحلية، مما يضمن إمكانية الوصول إلى رعاية عالية الجودة ومراعية للاعتبارات الثقافية والشخصية في المكان الذي يعيش الناس به. ويُعد هذا النهج، بوصفه مكوناً أساسياً للرعاية الصحية الأولية، ضرورياً لتحقيق التغطية الصحية الشاملة عن طريق تكييف الخدمات بما يلائم الاحتياجات والتفضيلات المحلية (13). وهو مفيد بشكل خاص في المناطق الريفية والنائية والناقص الخدمات حيث يكون الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية محدوداً. وتستخدم هذه النماذج منصات مختلفة لتقديم الخدمات، مثل الوحدات الصحية المتنقلة والمراكز الصحية المجتمعية، لتقريب الرعاية القائمة على القبالة من السكان بشكلٍ فعال.

يعرض الإطار 2 مثلاً لنموذج الرعاية المجتمعية القائمة على القبالة في السنغال.

تنفيذ فكرة مراكز الولادة التي تقودها القابلات: موجز سياساتي صادر عن الاتحاد الدولي للقابلات (22)

أصدرت الكنفدرالية الدولية للقابلات موجزًا سياساتيًا حول تنفيذ فكرة مراكز الولادة، حيث عرض الموجز مسار التغيير (الذي يوضح العمليات والآليات المطلوبة لتوسيع نطاق مراكز الولادة) وشرحت بالتفصيل سلسلة الإجراءات اللازمة لضمان نجاح التنفيذ. استند هذا الموجز السياساتي إلى الأدلة المستقاة من دراسة حالة وصفية تناولت أربعة مراكز ولادة في بنغلاديش وباكستان وجنوب أفريقيا وأوغندا، مما أتاح رؤى قيمة حول منصات تقديم الخدمات هذه (9).

١.٣.٣ مراكز الولادة

مراكز الولادة² هي أماكن مخصصة تحصل فيها النساء والمواليد المعرضون لخطر منخفض للإصابة بمضاعفات على رعاية عالية الجودة تقدمها القابلات وتنسقها (18-22). وبينما تقدم هذه المراكز دوماً الرعاية أثناء الولادة، فهي تقدم أحياناً خدمات إضافية، مثل الخدمات الصحية المقدمة أثناء الحمل والتالية للولادة وخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، حيث يجري تقديمها من خلال نموذج استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة (19، 22).

وتُعد مراكز الولادة جزءاً من النظام الصحي ويمكن أن تأخذ أحد الأشكال التالية:

- مراكز الولادة القائمة بذاتها - تقع خارج المستشفى ويتوفر بها خيار إحالة النساء والمواليد إلى مرفق أعلى مستوى في حالة حدوث مضاعفات (18-20، 22، 23).
- مراكز الولادة الملحقة - توجد داخل المستشفى وتتصل فعلياً بمبنى المستشفى لسهولة الوصول إلى موارد إضافية في حالة حدوث مضاعفات (18-20، 22، 23).

ويعتمد نجاح تنفيذ فكرة مراكز الولادة على تقديم رعاية عالية الجودة قائمة على القبالة يعترف بها المجتمع ويقدرها. ويدعم تلك الفكرة أنظمة الإحالة القوية والتنسيق السلس بين مقدمي الرعاية الصحية ومرافق الرعاية الصحية (19، 22، 24). وعندما تكون هناك حاجة إلى رعاية أكثر تعقيداً أو تدخلات متخصصة، تتشاور القابلات مع النساء ويحلن النساء والمواليد إلى ممارسين متخصصين - مثل أطباء التوليد أو أطباء الأطفال أو غيرهم من الخبراء - مما يضمن تعاون الفرق متعددة التخصصات في عملها لتقديم أفضل رعاية ممكنة. يعرض الإطار 3 معلومات عن الموجز السياساتي الصادر عن الكنفدرالية الدولية للقابلات حول مراكز الولادة.

دور رعاية الأمومة الخاصة في أوغندا: استمرارية رعاية الأم والوليد التي تقدمها القابلات الخاصات

في أوغندا، تتيح دور رعاية الأمومة الخاصة ميزة استمرارية الرعاية المركزة على الأشخاص أثناء الحمل وأثناء الولادة والتالية للولادة المقدمة للنساء والمواليد، ويغلب أن تقدمها نفس القابلة أو القابلات. يبدأ تعامل النساء في إطار النموذج بزيارة سابقة للولادة، ويستمررن في الزيارات الشهرية، بمسهدف يبلغ ثماني زيارات طوال فترة الحمل. وتتلقى النساء الرعاية أثناء الولادة خلال وقت المخاض والولادة، وبلي ذلك نظامً مخطط للرعاية التالية للولادة على أساس "نموذج 4-6"، والذي يتضمن متابعات بعد ست ساعات وستة أيام وستة أسابيع وستة أشهر من تاريخ الولادة، إلى جانب الوصول الفوري إلى خدمات تنظيم الأسرة.

وفي دور رعاية الأمومة الخاصة، تعمل القابلات عن كثب مع سائر العاملين الصحيين، ومن بينهم الأطباء والممرضات، مما يضمن اتباع نهج تعاوني في الرعاية، لا سيما بشأن الحالات أو التدبير العلاجي للمضاعفات. ويختلف تمويل خدمات رعاية الأمومة الخاصة باختلاف الموقع، حيث ترتفع التكلفة بوجه عام في المراكز الموجودة بالمناطق الحضرية مقارنةً بالمناطق الريفية. ولتخفيف الأعباء المالية، تتيح العديد من المراكز خيارات دفع مرنة، مما يسمح للنساء بالدفع على أقساط على مدار فترة الحمل.

١.٣.٤ نماذج الرعاية القائمة على القبالة في القطاع الخاص

يمكن أيضاً تقديم الرعاية القائمة على القبالة على يد قابلة تمارس عملها بشكلٍ خاص، سواء كفرد أو كجزء من مؤسسة رعاية صحية خاصة. ولضمان حصول جميع النساء والمواليد على رعاية جيدة ومنصفة ومستدامة مالياً، ينبغي إدماج هذه النماذج الخاصة إدماجاً كاملاً في النظم الصحية الوطنية ودون الوطنية من خلال إطار سياساتي وتنظيمي متين، بما يشمل آليات التمويل التي تحول دون التعرض لضائقة مالية. يعرض الإطار 4 مثالاً لنموذج الرعاية القائمة على القبالة في القطاع الخاص في أوغندا.

١.٣.٥ نماذج الرعاية القائمة على القبالة في السياقات الإنسانية وحالات الأزمات

يمكن تكييف نماذج الرعاية القائمة على القبالة بما يناسب البيئات المحدودة الموارد، حيث يتم توفير التدخلات الأساسية للأمهات والمواليد في السياقات الإنسانية وحالات الأزمات. وتشمل هذه السياقات والحالات مخيمات اللاجئين أو النازحين داخلياً والنزاعات المسلحة والكوارث الطبيعية (8). يعرض الإطار 5 مثلاً لنموذج الرعاية القائمة على القبالة في باكستان أثناء الفيضانات.

5 رابطاً

نموذج الرعاية القائمة على خدمات القبالة المتنقلة أثناء الفيضانات في باكستان

في حزيران/يونيو 2022، أدت الفيضانات المدمرة التي اجتاحت باكستان إلى نزوح أكثر من 33 مليون نسمة، مما أدى إلى تعطيل الخدمات الصحية بشكلٍ جسيم وتعريض النساء الحوامل بدرجة كبيرة لخطر محدودة الوصول إلى الخدمات الصحية الأساسية، وفاقم من ذلك الوضع الملاجئ غير الآمنة التي تفتقر إلى الخصوصية والنظافة الصحية وأبسط الموارد.

واستجابةً لذلك الوضع، جرى تنفيذ نموذج القبالة المتنقلة بهدف توفير الدعم المنقذ للأرواح في الوقت المناسب للنساء والمواليد على الرغم من التضاريس الوعرة وتعطل البنية التحتية. وكفل ذلك النموذج تحقيق استجابة مبكرة لاحتياجات الرعاية الصحية لدى النساء الحوامل والمواليد في المناطق المتضررة من الفيضانات. وسافرت فرق متنقلة من القابلات، مزودة بالإمدادات الأساسية ومدربة على رعاية التوليد والمواليد في حالات الطوارئ، باستخدام القوارب أو المركبات أو سيراً على الأقدام للوصول إلى المناطق المتضررة، بهدف تقديم خدمات الزيارات أثناء الحمل، والرعاية الجيدة أثناء المخاض والولادة، والرعاية التالية للولادة، إلى جانب خدمات الإحالة بالنسبة لحالات الطوارئ الأكثر تعقيداً.

أعطى هذا النموذج الأولوية للمرونة ومراعاة الاعتبارات الثقافية والتعاون القوي مع السلطات المحلية وقادة المجتمع وسائر الجهات الفاعلة في مجال العمل الإنساني. ومن خلال دمج التثقيف الصحي وخدمات الاستشارات بشأن موضوعات مثل الرضاعة الطبيعية ورعاية المواليد والكشف المبكر عن المضاعفات، دعمت فرق القبالة المتنقلة النساء والأسر في اتخاذ قرارات صحية مستنيرة أثناء الأزمة، مما عزز ثقة المجتمع وقدرته على الصمود وإمكاناته، وهو ما ساهم في نهاية المطاف في توفير خدمات صحية أكثر إنصافاً واستدامة للأمهات والمواليد حتى بعد انحسار حالة الطوارئ.

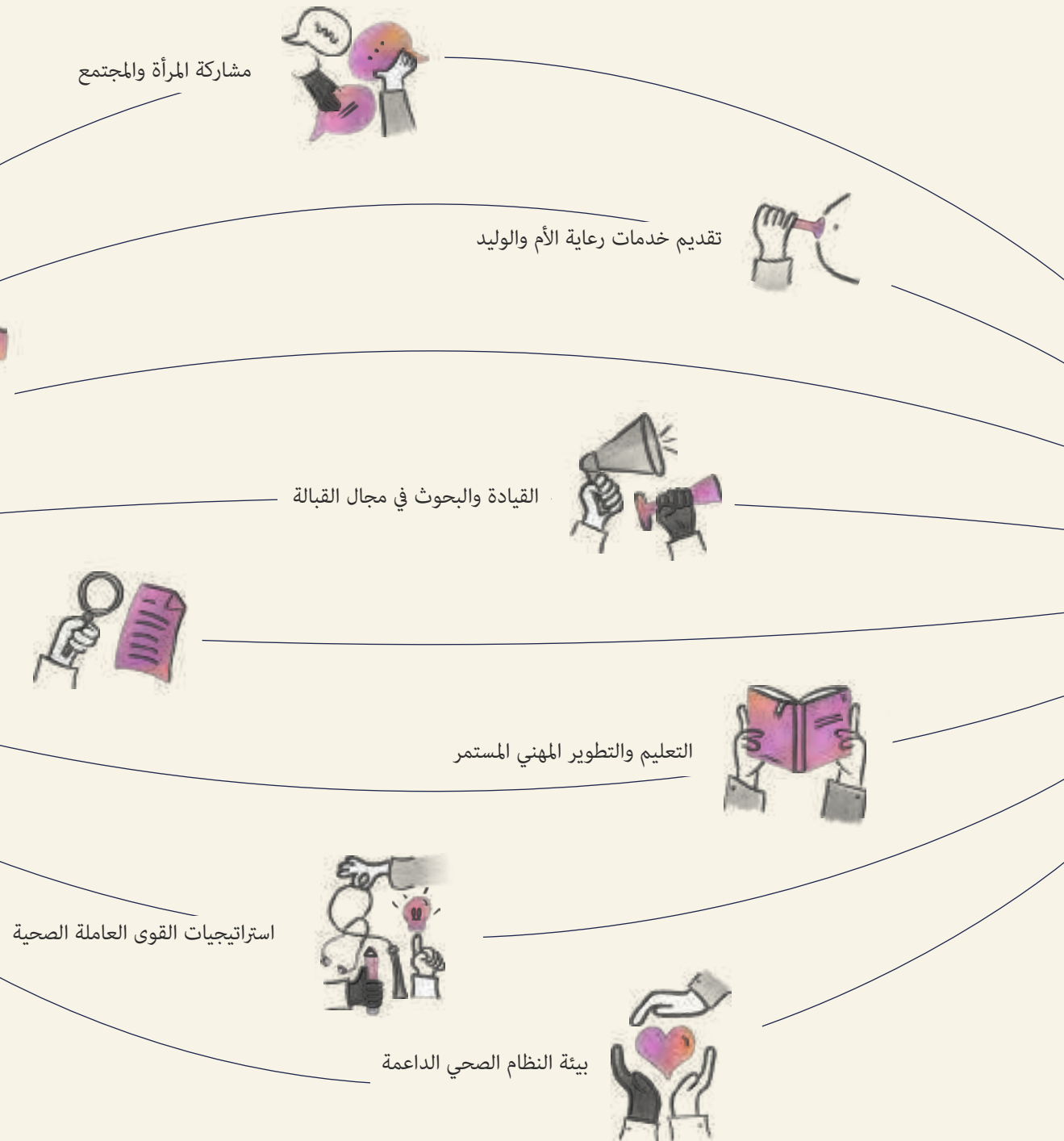
الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة عملية ديناميكية وغير خطية ومحددة السياق تتطلب نهجاً منظماً وقابلاً للتكيف في الوقت نفسه.

تحدد هذه الإرشادات ثمانية مجالات يجب معالجتها لتحقيق انتقال سلس مستدام إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة. وينقسم كل مجال إلى خمس مراحل انتقالية. ولا غنى عن جميع مجالات الانتقال، فغالباً ما يدفع التقدم في أحدها التقدم في سائرهما أو يعتمد عليه.



نماذج الرعاية القائمة على القبالة

١.٤ نهج مرّن بشأن الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة



تتضمن العملية الانتقالية المقترحة في هذه الإرشادات بدء التغيير واستدامته من خلال عددٍ من الركائز الأساسية، على النحو الموضح في الفصل 2. وهي تركز على وضع خطط استراتيجية وتشغيلية، وتنظيم في شكل عملية من أربع خطوات لدعم تحديد الأولويات، كما هو مبين في الفصل 3. ولتوجيه هذه العملية، تُتاح أداة تقييم إطار الانتقال لمساعدة البلدان على تقدير المرحلة الانتقالية الحالية التي تمر بها في كل مجال. وترد في الفصل 4 الإجراءات الموصى بها للنهوض بكل مجال انتقال، مثل مشاركة المرأة والمجتمع أو التعاون بين المهنيين، والتي يمكن إدراجها في الخطط التشغيلية للبلدان، بناءً على الاحتياجات المتطورة.

ومن الضروري توفير حلول مصممة خصيصاً تتماشى مع النظم الصحية والسياسات والسياقات الثقافية الفريدة في كل بلد. وربما لا يتخذ التقدم نمطاً خطياً؛ حيث قد يمر كل بلد بتحولات بين مختلف المراحل الانتقالية استجابةً لاحتياجات المتطورة والعوامل الخارجية، مثل عدم الاستقرار السياسي أو التغيرات في الأولويات الوطنية ودون الوطنية (10). ولا تُلزم هذه الوثيقة باتباع عملية صارمة، وإنما تقدم نهجاً مرناً وقابلاً للتكيف يمكنه الاستجابة للظروف المتغيرة والتحديات الناشئة.

ويعرض الملحق الأول عملية وضع إرشادات التنفيذ هذه. وقد حُدِّدَت الركائز الأساسية ومجالات الانتقال الواردة في هذه الإرشادات من خلال استعراض الأدبيات، ثم خضعت لمزيدٍ من التنقيح من خلال مشاورات الخبراء. وفي حين أن هذه الركائز والمجالات توفر أساساً قوياً، فما زال ثمة حاجة إلى مزيدٍ من البحث - لا سيما حول الانتقال إلى نماذج استمرارية الرعاية القائمة على القبالة لتحديد التصميم والاستراتيجيات المثلى لتقديم الخدمات من أجل التوسع المستدام على المستوى الوطني. ويشمل ذلك التحليلات الاقتصادية للتكاليف والفوائد النسبية. ويُعد التحليل الاقتصادي للتكاليف والفوائد النسبية مهماً بشكلٍ خاص لصوغ مبررات استثمار مقنعة بشأن نماذج الرعاية القائمة على القبالة، بما في ذلك تحسين الحصائل الصحية للأمهات والمواليد، والمزايا الاجتماعية والاقتصادية، وكفاءة استخدام موارد الرعاية الصحية.



مجموعة نساء يتلقين المشورة من قابلة حول الرضاعة الطبيعية والتغذية وغسل اليدين في عيادة نور خدا في مزار الشريف، أفغانستان. © اليونيسف، أفغانستان

02

الركائز الأساسية
للانتقال
إلى نماذج الرعاية
القائمة على
القبالة

يعرض هذا الفصل الركائز الأساسية لبدء واستدامة الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة. وليس الهدف اتباع هذه الركائز في تسلسل صارم؛ وإنما الهدف السعي لتحقيقها بشكلٍ متزامن عادةً. ولا غنى عن الاضطلاع بجهود متواصلة وتكيفية للحفاظ على هذه الركائز، وتحقيق أثر دائم، وتعزيز قدرة النظام الصحي على الصمود، وتحسين الحصائل الصحية للأمهات والمواليد.



٢.١ تعزيز وتأمين الالتزام السياسي والتمويل

يُعد الالتزام السياسي أمراً ضرورياً لتهيئة بيئة مواتية للتغيير وتعبئة الموارد اللازمة من أجل نجاح الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة (10، 25-27).

عندما يعطي مقرر السياسات الأولوية لنماذج الرعاية القائمة على القبالة فإنهم يقودون إصلاحات منهجية، ويؤمنون التمويل اللازم لتنمية القوى العاملة، وينفذون سياسات داعمة تؤدي إلى تحسين الحصائل الصحية للأمهات والمواليد على حدٍ سواء. وهذا الالتزام لا يضيف الشرعية على هذه النماذج فحسب، بل يعزز أيضاً التعاون اللازم من أجل تحقيق تحسينات مستدامة وطويلة الأجل في خدمات رعاية الأمومة. ومن الأمور التي تساعد على تأمين الدعم السياسي إشراك صانعي القرار من خلال البرهنة على مدى توافق الانتقال مع الأهداف الصحية دون الوطنية والوطنية والعالمية. ويمكن أن يكون عائد الاستثمار المتحقق من نماذج الرعاية القائمة على القبالة بمثابة أداة قوية للدعوة. وللدعوة المستمرة والقيادة عبر جميع المستويات أهمية حاسمة لاستبقاء الزخم السياسي وضمان استمرار تمتع نماذج الرعاية القائمة على القبالة بالأولوية على الصعيدين الوطني ودون الوطني (10، 26، 28).

وفي حين أن الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة يتطلب استثمارات أولية، فإن فعاليتها من حيث التكلفة على المدى المتوسط والطويل تؤدي إلى تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد على الصعيدين الوطني ودون الوطني، مما يسفر عن وفورات كبيرة في التكاليف وخفض النفقات الصحية (8). ولضمان فعالية الانتقال واستدامته على حدٍ سواء، فإن تأمين تمويل مكرس من مصادر متنوعة أمرٌ ضروري لتغطية التكاليف التشغيلية، وذلك من خلال ميزانيات مخصصة وإدماج تمويل أعمال القبالة في استراتيجيات صحية أوسع نطاقاً مثل التغطية الصحية الشاملة (10، 25، 26).

٢.٢ إنشاء الحوكمة أو تعزيزها

إن إنشاء الحوكمة أو تعزيزها يدعم الالتزام السياسي والإجماع الوطني و/أو دون الوطني، ويضمن المواءمة الاستراتيجية وكفاءة استخدام الموارد اللازمة للانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة، ويسهل مشاركة أصحاب المصلحة في العملية (10، 11، 29، 30). وينطوي هذا على إيجاد أو تعزيز هيكلين رئيسيين:

● الفريق العامل الاستشاري الوطني التقني والاستراتيجي المعني بالقبالة: يقود هذا الفريق دفة التوجيه الاستراتيجي والإشراف على الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة.

● فريق إدارة المشروع: يدعم هذا الفريق عملية تفعيل الخطة الاستراتيجية.

وإضافةً لذلك، قد تختار البلدان إنشاء فرقة عمل وطنية مؤقتة معنية بالقبالة لمعالجة قضايا محددة وحساسة من حيث التوقيت، مثل عملية وضع السياسات أو التحديات العاجلة في مجال القبالة. وتبعاً للسياق القطري، يمكن أن يتوفر دعمٌ قيمٌ أيضاً من خلال إنشاء فرق عاملة إقليمية معنية بالقبالة أو تعزيز القائم منها.

وفي بعض السياقات، قد يعمل الفريق العامل المعني بالقبالة كفريق فرعي ضمن الفرق الاستشارية التقنية الوطنية المعنية بصحة الأم والوليد أو الموارد البشرية الصحية أو الرعاية الصحية الأولية. وإذا كان الفريق العامل الوطني المعني بالقبالة يعمل بشكلٍ مستقل، يُوصى بشدة بالتواصل والتعاون القويين مع هذه الفرق الاستشارية التقنية حيثما وجدت.

ويمكن أيضاً إنشاء هذه الهياكل أو تعزيزها على المستوى دون الوطني.

الإطار 6

قيادة أنشطة الدعوة من أجل الاعتراف المهني بالقبالة وممارستها الآمنة في المغرب

قادت الرابطة المغربية للقبالات حملة دعوة ناجحة لتأسيس الهوية المهنية للقبالات ونطاق ممارستهن وكفاءتهن، وتُوِّجت جهود الرابطة بإصدار القانون رقم 13-44 في عام 2016، والذي شكّل معلماً بارزاً في تاريخ المهنة. أعدت الرابطة المغربية للقبالات موجزات سياسية وحملات توعية، بدعمٍ من العديد من أصحاب المصلحة، ومن بينهم الرابطة الوطنية للقبالات في المغرب، مستفيدةً من الأدلة العلمية لتسليط الضوء على الدور الحاسم الذي لعبته القبالات في الحد من وفيات الأمهات في المغرب على مدى السنوات الثلاثين الماضية. وأسفرت جهود الرابطة عن القانون الصادر عام 2016 والذي حدد رسمياً، وللمرة الأولى، هوية ونطاق ممارسة القبالة في البلاد. تضمن هذا النهج المنظم دعوة موسعة ومشاركة أصحاب المصلحة، بما في ذلك المشاركة مع البرلمانيين والسفراء ووسائل الإعلام ووكالات الأمم المتحدة والجمعيات النسوية والسلطات الصحية، وأظهر قوة النهج القائم على الأدلة والمثابرة والتعاون والتضامن. كما شدد على أهمية بناء قدرة القبالات على الدعوة الفعالة.

تؤدي جماعات المصالح المشتركة دوراً كبيراً في إدماج نماذج الرعاية القائمة على القبالة في النظم الصحية، سواء من يؤيد منها الانتقال إلى تلك النماذج ومن يعارضه (11).

وتقتضي الضرورة، لتعزيز القبول وتحسين التنسيق عبر القطاعات، بناء شراكات استراتيجية وإشراك أصحاب المصلحة الرئيسيين في وقت مبكر من العملية - مثل النساء وأفراد المجتمع وأطباء التوليد وأطباء الأطفال والممرضات والقبالات ومقرري السياسات (10، 11، 27، 30). ولمشاركتهم المستمرة أهمية حاسمة لتحقيق انتقال ناجح ومستدام، حيث تلعب الرابطة/الاتحادات والجمعيات المهنية أيضاً دوراً مهماً.

وغالباً ما يُعرقل التنفيذ بسبب سوء الفهم إزاء نماذج الرعاية القائمة على القبالة، حتى بين القبالات أنفسهن (10، 26، 27). ولا غنى عن الدعوة المستمرة من أجل تحسين فهم نماذج الرعاية القائمة على القبالة ودور القبالات من خلال التواصل الواضح القائم على الأدلة والمناقشات عبر القطاعات وحلقات العمل المشتركة وفعاليات التعلم (10، 26، 28). وبالإضافة إلى ذلك، يتسنى تعزيز هذه الجهود بشكلٍ أكبر بفضل القادة المؤثرين المضطلعين بدور المناصرين في مجال الدعوة، إلى جانب استراتيجية إعلامية قوية تشمل البيانات الصحفية ومشاركة الصحفيين وتغطية وسائل التواصل الاجتماعي. يعرض الإطار 6 مثلاً لأنشطة الدعوة الناجحة من أجل الاعتراف المهني بالقبالة في المغرب.

موارد مفيدة

● الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة: ورقة موقف عالمية. جنيف: منظمة الصحة العالمية. منظمة الصحة العالمية، 2024. (8) [بالإنكليزية فقط]

٢.٤ ضمان استدامة الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة

للاستدامة أهمية بالغة في تحقيق كامل إمكانات نماذج الرعاية القائمة على القبالة. ويتسنى للبلدان، عند توافر الدعم السياسي والمالي والتشغيلي القوي، أن تضع نماذج رعاية قائمة على القبالة توفر باستمرار رعاية عالية الجودة وميسورة الوصول للنساء والمواليد (10، 11، 26، 27).

وثمة حاجة إلى استراتيجية شاملة للحفاظ على هذه الفوائد وتعزيزها على المدى الطويل، ولتحقيق أثر دائم. وينبغي أن تحافظ هذه الاستراتيجية على الالتزام السياسي، وتبقي على تواصل أنشطة الدعوة والقيادة، وتدمج النماذج القائمة على القبالة في النظم الصحية الوطنية و/أو دون الوطنية، وتؤمن التمويل طويل الأجل، وتظل قادرة على التكيف مع الاحتياجات المتغيرة (10، 25، 26).

03

عملية التخطيط
الاستراتيجي

يتطلب الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة عملية تخطيط استراتيجي منظمة تشمل ما يلي:

تحليل الأوضاع
تقييم الظروف الحالية

الخطة الاستراتيجية
تحديد الأولويات الوطنية و/أو دون الوطنية

الخطة التشغيلية وإطار الرصد والتقييم
بيان الخطوات القابلة للتنفيذ

التخطيط المالي وتخصيص الموارد المالية

موارد مفيدة

- إضفاء الطابع الاستراتيجي على قضية الصحة الوطنية في القرن الحادي والعشرين: دليل. جنيف: منظمة الصحة العالمية. المنظمة، 2016 (31) [بالإنكليزية فقط]
- دليل لإجراء استعراضات البرامج الوطنية ودون الوطنية بشأن صحة الأم والوليد والطفل والمراهق. منظمة الصحة العالمية، 2024 (32) [بالإنكليزية فقط]
- دليل الميسرين لإجراء استعراضات البرامج الوطنية ودون الوطنية بشأن صحة الأم والوليد والطفل والمراهق. منظمة الصحة العالمية، 2024 (33) [بالإنكليزية فقط]

قابلة في أستراليا تشرح كيف يدخل الطفل إلى منطقة الحوض أثناء المخاض، باستخدام نماذج تحاكي الطفل وعظام الحوض. © الاتحاد الدولي للقبالات

الخطوة 1

إجراء تحليل الأوضاع

يوفر التحليل الدقيق للأوضاع فهماً واضحاً للمشهد الحالي ويحدد مجالات معينة مطلوب تحسينها. ويمكن تكييف القائمة التالية التي تضم المجالات المقترحة تناولها ضمن تحليل الأوضاع حسب احتياجات كل بلد.

تقييم الوضع الراهن لصحة الأم والوليد، ومؤشرات الجودة الرئيسية، والتغطية بالخدمات.

تقييم هياكل الحوكمة والالتزام السياسي وقيادة القبالة.

إجراء تحليل نقاط القوة والضعف والفرص والأخطار لتحديد عوائق الانتقال وعوامل تمكينه.

إجراء تحليل أصحاب المصلحة ورسم خرائط المجتمع.

تحديد قيم المرأة والمجتمع واحتياجاتهما وتفضيلاتهما بشأن رعاية الأم والوليد.

استعراض البيئة السياسية والتنظيمية والمالية التي تدعم الانتقال أو تعيقه.

بحث الجوانب الحالية لتقديم الخدمات ونماذج رعاية الأم والوليد.

تقييم التعاون بين المهنيين في صفوف العاملين الصحيين بمجال رعاية الأم والوليد.

الاضطلاع بتخطيط القوى العاملة والتنبؤ بنماذج الرعاية القائمة على القبالة.

استعراض برامج التعليم في مجال القبالة، بما في ذلك فرص التطوير المهني المستمر.

تقييم البنية التحتية للنظام الصحي وقدرته على الانتقال إلى الرعاية القائمة على القبالة.

الخطوة 2

تصميم خطة استراتيجية

● **تحديد الأولويات:** تحديد الأولويات الوطنية و/أو دون الوطنية الرئيسية للانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة ووضع خطة استراتيجية شاملة لتنفيذ الأولويات بشكل فعال (27). يستعرض الفصل 5 أداة تقييم إطار الانتقال لمساعدة البلدان على تقدير المرحلة الانتقالية الحالية التي تمر بها عبر مختلف المجالات وعلى تحديد مجالات التقدم.

● **ضمان المواءمة:** دمج هذه الأولويات والأهداف الوطنية و/أو دون الوطنية مع احتياجات المستخدمين المستهدفين، وضمان المواءمة مع البرامج والسياسات والاستراتيجيات دون الوطنية والوطنية والدولية القائمة.

الخطوة 3

وضع خطة تشغيلية مع إطار للرصد والتقييم

● **وضع خطة تشغيلية مصممة خصيصاً** تتماشى مع السياق المحلي والموارد المتاحة. ويوضح الفصل 4 من هذه الوثيقة إجراءات محددة لكل مجال انتقال يمكن إدراجها في الخطة. ويتضمن الفصل قسماً مخصصاً يشرح بالتفصيل كيفية إشراك المرأة والمجتمع وأصحاب المصلحة مع تحديد نقاط الاتصال وطرق الاتصال ومجالات الانتقال والقنوات المعنية والوتيرة.

● **إدراج إطار قوي للرصد والتقييم** لتقييم فعالية الاستراتيجيات المنفذة (27).

● **وضع دورة استعراض منتظم** لتتبع التقدم المحرز وضمان المساءلة ومعالجة التحديات والتكيف مع الاحتياجات المتغيرة (27).

الخطوة 4

وضع خطة مالية وتخصيص الموارد

تأمين الدعم المالي بما في ذلك تحديد وتأمين الموارد المالية اللازمة من الميزانيات الحكومية والجهات المانحة الدولية وشركات القطاع الخاص. واستكشاف آليات التمويل المتنوعة، بما في ذلك المنح والقروض والشراكات بين القطاعين العام والخاص.

إجراء أعمال الميزنة وتحليل التكاليف بما في ذلك تقدير التكاليف المرتبطة بتدريب القوى العاملة، والتوظيف، وتطوير البنية التحتية أو تكييفها، ومنصات تقديم الخدمات والاحتياجات التشغيلية الأخرى (27). ووضع خطة تنفيذ وطنية و/أو دون وطنية شاملة ومحددة التكاليف بشأن نماذج الرعاية القائمة على القبالة، وضمان تغطية الميزانيات للتكاليف التشغيلية المستمرة والنفقات الطارئة.

موارد مفيدة

● أداة نهج الصحة الواحدة: مورد لدعم البلدان في تحديد الأولويات بناءً على الاعتبارات المتعلقة بالأثر والفعالية من حيث التكلفة في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. منظمة الصحة العالمية، 2025 (34) [بالإنكليزية فقط]

ثلاث نساء في صحبة مواليدهن يتلقين تثقيفاً تالياً للولادة في المركز الوطني لصحة الأم والطفل، في مقاطعة بيانجول، أولان باتار، منغوليا، خلال جائحة كوفيد-19 في عام 2021. © منظمة الصحة العالمية/خازار

04

مجاللات الانتقال
إلى نماذج الرعاية
القائمة على
القبالة

يتمثل أحد المبادئ الأساسية لنماذج الرعاية القائمة على القبالة في علاقة الثقة والشراكة بين القابلات والنساء (8). فمن الممكن أن يتحقق نجاح الانتقال، حتى في السياقات الإنسانية والهشة، من خلال تمكين وإشراك النساء ومجتمعاتهن في الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة، وكذلك تعزيز الطلب على رعاية القبالة الجيدة (10، 35-37).

يكفل هذا النهج أن تكون النماذج مراعيةً لشتى الاحتياجات والمعتقدات والممارسات لدى المرأة والمجتمع، مما يؤدي في نهاية المطاف إلى تحسين الحصائل الصحية، وتعزيز الرعاية الصحية الأولية، وزيادة قبول المجتمع لنماذج الرعاية القائمة على القبالة، وتعزيز رضا القابلات الوظيفي واستبقائهن، وتقليل التكاليف (9، 10، 35، 38-40).

ومن المهم إشراك ممثلين عن المجتمعات الضعيفة والفئات المهمشة لضمان إدماج وجهات نظرهم بشكلٍ كامل في العملية وعدم ترك أي أحد خلف الركب. يعرض الإطار 7 مثالاً لمشاركة المرأة والمجتمع في نماذج الرعاية القائمة على القبالة في لا فلوريدا، شيلي.

٤.١ مشاركة المرأة والمجتمع



الإجراءات الموصى بها

● تحسين الوعي المجتمعي بنماذج الرعاية القائمة على القبالة

- إعداد مواد اتصال مصممة خصيصاً حول نماذج الرعاية القائمة على القبالة تتناول مستويات الإلمام بالقراءة والكتابة والسياقات الثقافية، استناداً إلى الأدلة.
- الترويج للقصص الإيجابية باستخدام سرد القصص، بهدف مشاركة تجارب النساء والموليد في تلقي الرعاية أثناء الحمل والولادة والفترة التالية للولادة في إطار نموذج الرعاية القائمة على القبالة.
- تنظيم أنشطة التوعية، مثل المنتديات المجتمعية أو الحملات الإعلامية أو جلسات التوعية. وإشراك النساء وقادة المجتمع والمناصرين والمؤثرين لتحقيق أكبر أثرٍ من الرسائل.
- تمكين المجتمعات من الدعوة إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة على المستويات المحلية ودون الوطنية والوطنية.

● تعزيز المشاركة مع المرأة والمجتمع

- تحديد وتنفيذ النُهج التشاركية لإشراك النساء وأفراد المجتمع بنشاط، بما في ذلك آليات الرصد والتقييم.
- دمج الممارسات التشاركية في النظام الصحي لضمان المشاركة المستدامة للمرأة والمجتمع في العملية الانتقالية.
- دمج المرأة والمجتمع في هياكل الحوكمة.
- إنشاء آليات للمساءلة الاجتماعية والتغذية المرتدة، مما يتيح وجود تغذية مرتدة مستمرة عن نماذج الرعاية القائمة على القبالة.
- التعاون بشأن المشاريع ومبادرات التعبئة لدعم الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة.

موارد مفيدة

- المشاركة المجتمعية: دليل تعزيز الصحة لجعل التغطية الصحية الشاملة في متناول أيدي الناس. منظمة الصحة العالمية، 2020 (41) [بالإنكليزية فقط]
- الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة: ورقة موقف عالمية. جنيف: منظمة الصحة العالمية. المنظمة، 2024 (8) [بالإنكليزية فقط]
- A mapping and synthesis of tools for stakeholder and community engagement in quality improvement initiatives for reproductive, maternal newborn, child and adolescent health. Spencer et al, 2021 (42)
- دمج مشاركة أصحاب المصلحة والمشاركة المجتمعية في مبادرات جودة الرعاية الصحية للأم والوليد والطفل. منظمة الصحة العالمية، 2020 (43) [بالإنكليزية فقط]

تعزيز المشاركة المجتمعية في نماذج الرعاية القائمة على القبالة في مستشفى الدكتوراة Eloísa Díaz، لا فلوريدا، سنوياً

يتعامل مستشفى الدكتوراة Eloísa Díaz في لا فلوريدا، شيلي، مع ما يقرب من 2500 ولادة سنوياً. ويؤكد نموذج القبالة المتبع في المستشفى على الرعاية المحترمة المكمزة على الأشخاص، ودعم النساء وأسرهن للمشاركة بنشاط في عملية الولادة. ومنذ عام 2023، اعتمد المستشفى استراتيجية "المستشفى المفتوح"، والتي تهدف إلى تعزيز المشاركة المجتمعية من خلال تشجيع مشاركة المواطنين في صنع القرار وتوفير معلومات واضحة وميسورة الوصول حول الخدمات والموارد والسياسات للنساء وشركائهن وأسرهن والمجتمع على نطاقه الأوسع.

تتضمن استراتيجية المستشفى المفتوح مختصاً للوصول إلى المعلومات العامة ولجاناً تركز على المعلومات العامة والابتكار، مع تعزيز مشاركة المجتمع في الابتكار، وتحسين إتاحة الرعاية الصحية للجميع. ويُعتنى بتنمية الروابط المجتمعية القوية من خلال جولات في جناح رعاية الأمومة برفقة مرشدين مع القابلات، والتعاون في وضع خطط الولادة، مما يسمح للنساء وأسرهن بمشاركة تفضيلاتهن وتوقعاتهن بشأن الولادة. ومما يزيد من تعزيز التواصل المباشر بين فريق الرعاية الصحية والمجتمع وجود حساب إنستغرام تديره القابلات يحظى بما يقرب من 00010 متابع.

وقد حقق هذا النموذج أعلى معدل للولادات الطبيعية في الشبكة الوطنية للصحة العامة في شيلي، ويحظى بالتقدير على الصعيد الوطني لتأثيره الإيجابي على المجتمع. وأدى النموذج إلى تحسين كبير في تجارب الولادة، وإلى تعزيز الممارسات القائمة على الأدلة، وكانت التغذية المرتدة من المجتمع عن النموذج إيجابية بشكلٍ متميز.

٤.٢ تقديم خدمات رعاية الأم والوليد

يستلزم الانتقال المستدام إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة إحداث تغييرات تنظيمية شاملة وعملية تكييف مستمرة على نطاق النظام الصحي، بما يشمل الدقة في تصميم تقديم الخدمات وفي نهج تنفيذ النموذج (11، 24، 27، 28).

وتتسم نماذج الرعاية الفعالة بالديناميكية والتطور المستمر من خلال رصد الأداء والاستجابة لاحتياجات السكان المتغيرة والأولويات الصحية والسياقات المحلية. ويكفل هذا النهج حصول الجميع على رعاية ملائمة حسنة التوقيت يقدمها الفريق المناسب في البيئة المناسبة (12).



الإجراءات الموصى بها

التحضير لمرحلة التصميم

- جمع الأدلة من أفضل الممارسات العالمية والمحلية.
- الترتيب لزيارات متعددة التخصصات إلى مواقع أو أماكن تجريبية نُفذت فيها نماذج الرعاية القائمة على القبالة بنجاح.

إعداد نماذج مصممة خصيصاً

- الاتفاق على النهج، والمستفيدين من خدمات الرعاية، ومجموعة الخدمات، ومنصات تقديم الخدمات، ومقدمي الرعاية، ومسالك الرعاية - بما في ذلك أنظمة الإحالة وآليات التعاون بين المهنيين وآليات التمويل. يعرض الجدول 2 اعتبارات مهمة لكل عنصر من هذه العناصر.

تنفيذ نماذج الرعاية القائمة على القبالة الجديدة أو المحدثه

- التجريب في مرافق و/أو مناطق مختارة، بما في ذلك بناء قدرات العاملين الصحيين بشأن نموذج الرعاية ونهجها.
- تقييم الدروس المستفادة وتوثيقها وتبادلها.
- تنقيح النموذج والتحضير لتوسيع نطاق تطبيقه.

امرأة حامل تخضع لتصوير بالموجات فوق الصوتية تجريبه قابلة باستخدام تقنية الموجات فوق الصوتية المحمولة في مستشفى نيتيمارو الفرعي من المستوى 4 في كيهانشا، مقاطعة ميجوري، كينيا. © صندوق الأمم المتحدة للسكان، كينيا

الجدول 2: اعتبارات مهمة عند تصميم نموذج الرعاية القائمة على القبالة

عنصر التصميم	اعتبارات مهمة	موارد
نهج الرعاية تحديد المبادئ المُوجَّهة للنموذج وقيمه الأساسية لضمان توفير رعاية جيدة.	- ضمان أن يدمج النهج العناصر الرئيسية للرعاية الصحية عالية الجودة: رعاية تركز على الأشخاص، وفعالة، وآمنة، وفي الوقت المناسب، ومنصفة، ومتكاملة، وناجعة (40). - مواءمة النهج مع فلسفة الرعاية القائمة على القبالة. - ويجب كلما أمكن إعطاء الأولوية لاستمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة، على يد نفس القبالة أو فريق صغير من القابلات على امتداد سلسلة الرعاية. - ضمان فهم واعتناق أصحاب المصلحة الرئيسيين لهذه القيم، إلى جانب رؤية مشتركة وأهداف مشتركة.	- تقديم خدمات صحية عالية الجودة: ضرورة عالمية للتغطية الصحية الشاملة. منظمة الصحة العالمية، 2018 (40) - معايير النهوض بجودة الرعاية للأم والوليد في المرافق الصحية. منظمة الصحة العالمية، 2016 (44) [بالإنكليزية فقط] - الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة: ورقة موقف عالمية. منظمة الصحة العالمية، 2024 (8) [بالإنكليزية فقط] - استمرارية الرعاية وتنسيقها: ملخص ممارسات لدعم تنفيذ إطار عمل منظمة الصحة العالمية بشأن الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس. منظمة الصحة العالمية، 2018 (45) [بالإنكليزية فقط]
المستفيدون من خدمات الرعاية تحديد الفئات المستهدفة والمستفيدين المقصودين من النموذج.	- السعي لتحقيق هدف التغطية الصحية الشاملة والإنصاف لجميع النساء والمواليد، بغض النظر عن الموقع الجغرافي، أو الأصل الإثني، أو الدين، أو المستوى التعليمي، أو الوضع الوظيفي، أو مستوى الدخل، أو الإعاقة، أو الميل الجنسي، أو العمر، أو الخلفية الثقافية. - ضمان أن النموذج يعطي الأولوية للسكان الذين يعانون من نقص في الخدمات والأشد عرضة للخطر ويسعى حثيثاً لتقليل التفاوتات.	- نهج استعراض البرامج الصحية الوطنية Innov8 لضمان عدم ترك أي أحد خلف الركب: دليل تقني. منظمة الصحة العالمية، 2016 (46) - أداة منظمة الصحة العالمية للنمذجة AccessMod5. دعم التغطية الصحية الشاملة من خلال نمذجة إمكانية الوصول المادي إلى الرعاية الصحية. منظمة الصحة العالمية، 2023 (47) [بالإنكليزية فقط]
مجموعة خدمات القبالة تحديد نطاق الخدمات الصحية المقرر أن تقدمها القابلات ضمن النموذج.	- إعداد مجموعة شاملة من خدمات القبالة التي تغطي الرعاية قبل الحمل والرعاية أثناء الحمل وأثناء الولادة والتالية للولادة. - ضمان توافق مجموعة الخدمات مع نطاق ممارسة القابلات وشمولها جميع فئات الخدمات الرئيسية - مثل تعزيز الرعاية الذاتية، والوقاية، والتثقيف الصحي، والاستشارات الخاصة بالنساء والمواليد، ووسائل التشخيص، والعلاج. - التأكيد على استمرارية تقديم الخدمات الصحية عبر سلسلة الرعاية بأكملها.	منصة منظمة الصحة العالمية لتخطيط خدمات التغطية الصحية الشاملة وتوفرها وتنفيذها. منظمة الصحة العالمية (48)

الجدول 2: اعتبارات مهمة عند تصميم نموذج الرعاية القائمة على القبالة

عنصر التصميم	اعتبارات مهمة	موارد
منصات تقديم الخدمات تحديد البيئات المناسبة لتقديم الرعاية، مثل الخدمات المجتمعية أو المستشفيات أو مراكز الولادة.	- ضمان توفر الخدمات بالقرب من المكان الذي تعيش فيه النساء والمجتمعات. - تكييف منصات تقديم الخدمات لاستيعاب البيئات المحدودة الموارد وحالات الأزمات، حسب الحاجة. - تعزيز الروابط بين القابلات التقليديات والعاملين الصحيين المجتمعيين ومقدمي الرعاية في المرافق لدعم انتقال الرعاية بسلاسة عبر سلسلة الرعاية.	أداة منظمة الصحة العالمية للنمذجة AccessMod5. دعم التغطية الصحية الشاملة من خلال نمذجة إمكانية الوصول المادي إلى الرعاية الصحية. منظمة الصحة العالمية، 2023 (47) [بالإنكليزية فقط]
مسالك الرعاية ومقدمو الرعاية إنشاء مسالك واضحة تعزز استمرارية الرعاية على نطاق مقدمي الرعاية الصحية ومستويات النظام الصحي، بما في ذلك في حالات المضاعفات.	- تحديد نقطة الدخول إلى نموذج رعاية النساء والموليد. - فيما يخص النماذج القائمة على نموذج استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة، تحديد عبء الحالات التي يمكن التعامل معها لكل قابلة أو مجموعة صغيرة من القابلات (أي عدد النساء في السنة اللاتي ستقوم كل قابلة بدور مقدم الرعاية الرئيسي لهن). - واستحداث مسلك رعاية للمضاعفات يتضمن بروتوكولات إحالة وتصعيد واضحة، ويعزز التعاون بين المهنيين على نطاق مقدمي الرعاية الصحية ومنصات تقديم الخدمات. وينبغي أن يدعم هذا النهج استمرارية الرعاية، مع الحفاظ في الوقت ذاته على العلاقة بين النساء والموليد والقابلات اللاتي يتولين رعايتهن. ويشمل ذلك إعداد بروتوكولات الإحالة والتصعيد والاتصال. - تحديد أدوار ومسؤوليات جميع العاملين الصحيين المعنيين بالنموذج، وضمان انعكاسها في التوصيف الوظيفي الرسمي لدعم التعاون الفعال.	شبكات رعاية صحة الأم والوليد: إرشادات التنفيذ. منظمة الصحة العالمية، 2024 (49) [بالإنكليزية فقط]
آليات التمويل تأمين آليات التمويل المستدام، بما في ذلك الحماية المالية وأنظمة الدفع، لتعزيز الإنصاف في الرعاية.	ضمان تمويل الصحة من أجل إتاحة خدمات القبالة الأساسية أمام الجميع من خلال تقصي سُبل التمويل العام ومخططات التأمين واستراتيجيات خفض التكاليف.	منظمة الصحة العالمية، مصفوفة التقدم في مجال تمويل الصحة بمنظمة الصحة العالمية (50) [بالإنكليزية فقط]

٤.٣ التعاون بين المهنيين

في نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تعمل القابلات بشكل مستقل ضمن نطاق ممارستهن مع التعاون في الوقت ذاته مع أطباء التوليد وأطباء الأطفال والممرضات وغيرهم من المهنيين الصحيين. ويُعد التعاون بين المهنيين، المحترم والقائم على الثقة وغير الهرمي، أمراً ضرورياً لنجاح الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة ولضمان الرعاية عالية الجودة (26، 27، 35، 39، 51-54).



الإجراءات الموصى بها

بناء العلاقات وتعزيز التعاون

- تدعيم العلاقات الإيجابية بين القابلات والأطباء والممرضات وغيرهم من العاملين الصحيين والاستفادة منها، وتعزيز التعاون القائم على المساواة والثقة والاحترام المتبادل.
- إرساء قيم مشتركة، بالإضافة إلى رؤية وأهداف مشتركة، عبر فئات المهنيين.
- تعزيز فهم العاملين الصحيين لأدوار القابلات ومسؤولياتهن ومبادئ وفوائد نماذج الرعاية القائمة على القبالة.
- الحد من الهياكل الهرمية وتعزيز عملية صنع القرار المشتركة. فهذا يمكن القابلات من التمتع بالاستقلالية الكاملة ضمن نطاق ممارستهن، ويدعم الرعاية التعاونية المنصفة.
- تعزيز السلامة النفسية من خلال تنفيذ ثقافة اللوم والعار والتصدي لها.
- بناء وتعزيز التحالفات بين الرابطات/الاتحادات المهنية للقابلات وأطباء التوليد وأطباء الأطفال والممرضات وغيرهم من العاملين الصحيين من خلال مبادرات وفعاليات مشتركة التنظيم.
- ضمان إشراك القابلات في اللجان والفرق العاملة المشتركة بين المهنيين، مثل لجان الترصد والاستجابة لوفيات الأمهات والوفيات في الفترة المحيطة بالولادة.

تعزيز التواصل بين التخصصات

- تطوير وتعزيز آليات الاتصال والتنسيق بين العاملين الصحيين، بما في ذلك في حالات الطوارئ.
- تعزيز الاجتماعات المنتظمة متعددة التخصصات لاستعراض الحالات ومعالجة التحديات وتقوية العمل الجماعي.
- إنشاء وصون شبكات الرعاية التي تربط المرافق والعاملين الصحيين عبر جميع مستويات النظام الصحي.
- تنفيذ أنظمة فعالة لحل النزاعات بين العاملين الصحيين لدعم التعاون والاحترام المهني.

تعزيز التعليم والتوجيه المشتركين

- إشراك القابلات وأطباء التوليد وأطباء الأطفال والممرضات وغيرهم من العاملين الصحيين المعنيين في التثقيف والتوجيه المشتركين، سواء قبل الخدمة أو أثناء الخدمة.

موارد مفيدة

- شبكات رعاية صحة الأم والوليد: إرشادات التنفيذ. منظمة الصحة العالمية، 2024 (49) [بالإنكليزية فقط]

صورة لفريق جراحي متنقل متعدد التخصصات بعد إجراء جراحة قيصرية ناجحة أثناء انقطاع التيار الكهربائي في مستشفى بمقاطعة مونتيويو، كابو ديلجادو، موزامبيق. © صندوق الأمم المتحدة للسكان، موزامبيق/مبونو ماشيلي

٤.٤ القيادة والبحوث في مجال القبالة

إن للقيادة القوية في مجال القبالة على كل مستوى من المستويات، التعليمية والتنظيمية والسياسية والبحثية والسريرية والتشغيلية، إلى جانب البحوث القوية، أهمية بالغة في دعم الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة وضمان فعالية تمثيل ومعالجة احتياجات النساء والمواليد (10، 11، 28، 55، 56).

لا يؤدي هذا النهج إلى الارتقاء بجودة الرعاية فحسب، وإنما يسرع أيضاً من اعتماد الممارسات القائمة على الأدلة (10، 28، 57). ومن الواجب إشراك رابطات القبالة القوية بنشاط في الحوار السياساتي وعمليات صنع القرار.



الإجراءات الموصى بها

ضمان تمثيل القبالة في صنع القرار

- إنشاء وتعزيز المناصب القيادية العليا لدعم تصريف شؤون القابلات وإدارتهن، وضمان مساهمتهن النشطة في تطوير السياسات الصحية، على النحو المبين في الأولوية السياساتية الواردة في التوجّهات الاستراتيجية العالمية في مجالي التمريض والقبالة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية للفترة 2021-2025 (التوجّهات الاستراتيجية العالمية) (55). وتبعاً للسياق الوطني، قد تكون هناك حاجة أيضاً إلى وظائف على المستوى دون الوطني.
- إشراك القابلات في القرارات السياساتية، وتخطيط نماذج الرعاية القائمة على القبالة وتنفيذها ورصدها وتقييمها على جميع المستويات - دون الوطنية والإقليمية والعالمية.

تعزيز القدرات القيادية للقابلات

- الاستثمار في تعزيز القدرات القيادية للقابلات، على النحو المبين في الأولوية السياساتية الواردة في التوجّهات الاستراتيجية العالمية (55).
- تعزيز قدرة القابلات على القيادة والدعوة، وضمان مشاركتهن في اتخاذ قرارات السياسات الصحية والتخطيط للسياسات الصحية (56).
- تحديد ودعم المناصرين المعنيين بمهنة القبالة في المجتمعات المحلية وفي النظم الصحية.
- تشجيع قادة مجال القبالة على الانضمام إلى اللجان أو الفرق الاستشارية أو فرق العمل المعنية بالصحة.
- تطوير آليات الجوائز والتقدير لتسليط الضوء على مساهمات قادة مجال القبالة، وتقديم نماذج يُحتذى بها للقابلات في بداية حياتهن المهنية.
- استحداث برامج إعداد القادة للقابلات الشابات من أجل تحضيرهن للاضطلاع بأدوار في الدعوة الصحية على المستويات دون الوطنية والوطنية والعالمية.

إنشاء رابطات/اتحادات وجمعيات مهنية قوية

- تعزيز الرابطات/الاتحادات والجمعيات المهنية للقبالة للمشاركة بفعالية مع الرابطات الحليفة في تقديم رعاية عالية الجودة ومحترمة.
- ضمان تهيئة الرابطات/الاتحادات والجمعيات في السياقات الهشة لتمثيل القابلات أثناء الأزمات.

تعزيز البحث

- تشجيع وتعزيز البحوث التي تنسّقها القابلات أو تقودها.
- إقامة شراكات مع المؤسسات البحثية لدعم وتعزيز الممارسات القائمة على الأدلة.

موارد مفيدة

- التوجّهات الاستراتيجية العالمية في مجالي التمريض والقبالة للفترة 2021-2025. منظمة الصحة العالمية، 2021 (55)
- أدوار ومسؤوليات كبار الموظفين الحكوميين في مجالي التمريض والقبالة: دليل لبناء القدرات. منظمة الصحة العالمية، 2015 (58) [بالإنكليزية فقط]

٤.٥ البيئة السياسية والتنظيمية



إن تهيئة بيئة سياسية وتنظيمية داعمة أمرٌ أساسي لتوفير الرعاية عالية الجودة للنساء والمواليد (11، 24، 26، 27، 37، 56، 59). ويقتضي ذلك الاعتراف بالقابلات بوصفهن ممارسات مستقلة وتمكينهن من العمل ضمن كامل نطاق ممارستهن (10، 11، 26، 27).

الإجراءات الموصى بها

إنشاء وتعزيز بيئة سياساتية داعمة

- ضمان دعم التنفيذ المستدام لنماذج الرعاية القائمة على القبالة من خلال السياسات والاستراتيجيات والخطط والميزانيات دون الوطنية والوطنية.
- وضع قوانين وسياسات للاعتراف بالقبالات بوصفهن ممارسات صحيات مؤهلات مستقلة، مما يسمح لهن بمزاولة نطاق ممارستهن بشكل كامل.
- صياغة وتطبيق سياسات القبالة التي تساهم في إحراز تقدم نحو تحقيق أهداف مبادرة "كل امرأة وكل مولود في كل مكان"، والتغطية الصحية الشاملة، وأهداف التنمية المستدامة، لا سيما في مجال صحة الأم والوليد والصحة الإنجابية، والمساواة بين الجنسين، والتعليم المنصف والجيد.

إنشاء وتعزيز بيئة تنظيمية داعمة

تعتمد الإجراءات المحددة لتعزيز تنظيم مهنة القبالة على سياق سلامة المرضى والمخاطر التي تهدد سلامة المرضى. ويلزم، عند الاقتضاء، النظر في وجود قانون شامل لجميع الممارسين الصحيين ووكالة تنظيمية متعددة الممارسين لضمان الاتساق أثناء معالجة سمات المخاطر المحددة. وتشمل مخططات الترخيص ما يلي:

- متطلبات مصممة خصيصاً لاللتحاق بمزاولة المهنة تشترط حداً أدنى من معايير التعليم في مجال القبالة وممارستها.
- آليات لتقييم وضمان الكفاءة المستمرة.
- اعتماد مؤسسات تعليم القبالة ومنح تراخيص للخريجين بناءً على معايير واضحة.
- الاعتراف بمؤهلات القبالة على المستوى الدولي على أساس الكفاءة وقابلية المقارنة.
- مدونة قواعد السلوك والأخلاقيات للممارسة المهنية.
- بروتوكولات التصدي لحالات سوء السلوك المهني وحل المظالم.
- نطاق ممارسة منظم يُحدّد في ضوء التعليم والمهارات والكفاءة، مدعوماً بالحوكمة والإشراف السريري (59).

موارد مفيدة

- تنظيم شؤون الممارسين الصحيين: إرشادات التصميم والإصلاح والتنفيذ. منظمة الصحة العالمية، 2024 (59) [بالإنكليزية فقط]
- التوجهات الاستراتيجية العالمية في مجالي التمريض والقبالة للفترة 2021-2025. جنيف: منظمة الصحة العالمية. المنظمة، 2021 (55)

امرأة تتلقى دعماً أثناء المخاض من مرافق من اختيارها وقابلة في مركز ولادة كازا أنجيلا، ساو باولو، البرازيل، في عام 2023. © الاتحاد الدولي للقبالات

٤.٦ التعليم والتطوير المهني المستمر

إن التعليم المناسب في مجال القبالة والاستثمار المستدام في التطوير المهني المستمر يدعمان تقديم الرعاية الجيدة.

ويؤدي هذا بدوره إلى تعزيز الهوية المهنية للقبالات وكفاءاتهن وثقتهن في أنفسهن، مع شحذ استقلاليتهن عبر نطاق ممارستهن (10، 11، 26، 27، 37، 48، 51، 55، 56). وكما يتضح من الأولوية السياساتية الواردة في التوجّهات الاستراتيجية العالمية، ينبغي لخريجات القبالة أن يلبن احتياجات النظام الصحي أو يتجاوزنها، وأن تتوفر لديهن المعرفة والكفاءات والمواقف اللازمة للوفاء بالأولويات الصحية الوطنية (50). يعرض الإطار 8 معلومات عن خطة العمل المكونة من سبع خطوات لتعزيز التعليم الجيد في مجال القبالة، والتي وضعتها منظمة الصحة العالمية واليونسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان والاتحاد الدولي الدولية للقبالات.



الإجراءات الموصى بها

وضع وتعزيز المعايير والمناهج التعليمية

- مواومة التعليم في مجال القبالة مع الأدوار المثلى ضمن النظم الصحية والأكاديمية، على النحو المبين في الأولوية السياساتية الواردة في التوجّهات الاستراتيجية العالمية (50).
- استحداث وتطبيق برامج تعليمية قائمة على الكفاءات تتضمن تصميماً فعالاً للتعلم وتلتزم بمعايير الجودة وتلبي احتياجات السكان الصحية، على النحو المبين في الأولوية السياساتية الواردة في التوجّهات الاستراتيجية العالمية (50).
- وضع وتنفيذ برامج تعليمية مرنة ومعتمدة وبرامج تطوير مهني مستمر، على الصعيد الوطني، لإبقاء القابلات على اطلاع دائم بالممارسات المتطورة القائمة على الأدلة.

تدعيم أعضاء هيئة التدريس وتعليم الطلاب

- التأكد من تمتع أعضاء هيئة التدريس بالمؤهلات المطلوبة في الأساليب والتقنيات التربوية الفعالة وامتلاكهم الخبرة السريرية، على النحو المبين في الأولوية السياساتية الواردة في التوجّهات الاستراتيجية العالمية (50).
- إعداد وتدعيم المؤسسات التعليمية وأماكن الممارسة والموجهين السريريين.
- استخدام أساليب التعلم المبتكرة جنباً إلى جنب مع النظرية التقليدية والممارسات السريرية.
- تعزيز رفاه الطلاب واستبقائهم من خلال الدعم المالي والمنح الدراسية وبرامج الإرشاد ومجموعات الدعم المتبادل وخدمات الرفاه.

الإطار 8

خطة عمل من سبع خطوات لتعزيز التعليم الجيد في مجال القبالة

وضعت منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان واليونيسف والاتحاد الدولي للقابلات خطة عمل من سبع خطوات لتعزيز التعليم الجيد في مجال القبالة. توفر هذه الخطة إطاراً لتطوير وتعزيز التعليم في مجال القبالة من خلال التعاون بين القطاعات والمشاركة من أصحاب المصلحة المتعددين والمجتمع (61).

موارد مفيدة

- أداة تقييم الكفاءات على المستوى الإقليمي للمعلمين في مجال القبالة والقابلات. منظمة الصحة العالمية، 2021 (62) [بالإنكليزية فقط]
- التوجّهات الاستراتيجية العالمية في مجالي التمريض والقبالة للفترة 2021-2025. منظمة الصحة العالمية، 2021 (55)
- تعزيز التعليم الجيد في مجال القبالة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030. منظمة الصحة العالمية، 2019 (61) [بالإنكليزية فقط]
- منهج تعليمي أولي للقبالة على المستوى الإقليمي مدته ثلاث سنوات قائم على الكفاءات قبل الالتحاق بالخدمة. منظمة الصحة العالمية، 2016 (63) [بالإنكليزية فقط]
- الكفاءات الأساسية لمعلم القبالة. منظمة الصحة العالمية، 2014 (64) [بالإنكليزية فقط]

موارد مفيدة

- تقرير حالة القبالة في العالم لسنة 2021: بناء قوى عاملة صحية لتلبية احتياجات النساء والمواليد والمراهقين في كل مكان. منظمة الصحة العالمية، 2019 (56) [بالإنكليزية فقط]

٤.٧ استراتيجيات القوى العاملة الصحية

إن كفاية تخطيط القوى العاملة وتحسين ظروف العمل واستراتيجيات الاستبقاء الموجهة أمورٌ لا غنى عنها من أجل ضمان وجود نماذج رعاية قائمة على القبالة منصفة وميسورة الوصول لجميع النساء والمواليد (10، 11، 24، 26، 27، 37، 55، 56).

تساعد هذه التدابير على بناء قوى عاملة صحية تتمتع بالمرونة وإمكانية الاستجابة ولديها القدرة على تلبية شتى احتياجات رعاية الأم والوليد. وتوصي التوجّهات الاستراتيجية العالمية بأن تزيد البلدان من معدلات توفر القابلات من خلال المداومة على إيجاد وظائف القبالة، وتوظيف القابلات واستبقائهن، وإدارة التنقل والهجرة الدوليين على نحوٍ أخلاقي (55).



الإجراءات الموصى بها

الاضطلاع بتخطيط القوى العاملة

- الاضطلاع بتخطيط القوى العاملة في مجال القبالة والتنبؤ بها باستخدام منظور سوق العمل الصحية، على النحو المبين في الأولوية السياسية الواردة في التوجّهات الاستراتيجية العالمية (55)، على أن يُحدّد ذلك في ضوء ما تعتمد البلدان من نماذج الرعاية القائمة على القبالة.
- اجتذاب القابلات وتوظيفهن واستبقاؤهن في المواقع الأشد احتياجاً، على النحو المبين في الأولوية السياسية الواردة في التوجّهات الاستراتيجية العالمية (55).
- تقصي الكيفية التي يمكن أن يؤثر بها الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة على جوانب الوصول والجودة والتوظيف والاستبقاء.
- رسم خرائط احتياجات مرافق الرعاية الصحية لرصد وسد الفجوات في الخدمة وتحديد متطلبات التوظيف اللازمة لتنفيذ نماذج الرعاية القائمة على القبالة.
- إعداد أو تحديث خطط استراتيجية واستثمارية للقوى العاملة باستخدام الرؤى المستقاة من البيانات والتحليلات.
- الاحتفاظ بسجل وطني للقابلات المؤهلات لدعم تخطيط القوى العاملة ونشرها وتطويرها تطويراً مهنيّاً مستمراً.

وضع استراتيجيات التوظيف والتوزيع

- تحقيق المعدلات المثلى في تخريج القابلات محلياً لتلبية طلب النظام الصحي أو تجاوزه، على النحو المبين في الأولوية السياسية الواردة في التوجّهات الاستراتيجية العالمية (55).
- وجود فرص عمل كافية لدعم تقديم الخدمات الصحية اللازمة للرعاية الصحية للأم والوليد، على النحو المبين في الأولوية السياسية الواردة في التوجّهات الاستراتيجية العالمية (55).
- تطبيق مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي ("المدونة")، على النحو المبين في الأولوية السياسية الواردة في التوجّهات الاستراتيجية العالمية (55).
- زيادة فرص العمل وتأمينها لضمان توظيف القابلات العاطلات عن العمل في القطاع الصحي، ومعالجة الفجوات الحرجة في العرض والتوزيع.

وضع استراتيجيات الجذب والاستبقاء

- تقييم جداول الأجور الوطنية فيما يتناسب مع متطلبات الحياة الكريمة والالتزام بإنشاء نظام أجور عادل ومحاييد جنسياً لجميع موظفي القبالة، بما يشمل العاملين منهم في القطاع الخاص، بما يتناسب مع مستويات المسؤولية.
- النظر في الحوافز والسياسات الاجتماعية الداعمة لجذب الأفراد إلى القوى العاملة في مجال القبالة.
- تحديد مزايا للقابلات العاملات في حالات الطوارئ والسيئات الإنسانية، مثل أجر العمل الإضافي وأجر المخاطر عند الحاجة، والاستفادة من تدابير الصحة والسلامة المهنية الشاملة، والتدريب النوعي في مجال التأهب للطوارئ والاستجابة لها، والتشخيص، ودعم وخدمات الصحة النفسية.
- إنشاء مسارات وظيفية واضحة وبرامج تطوير مهني مستمر للقابلات لتشجيع النمو والتقدم المهني، بما يشمل مجالات الإدارة والقيادة والتعليم والبحث. والاعتراف بالتقدم التعليمي للقابلات من خلال مواعاة أدوارهن ومسؤولياتهن مع الأجور المناسبة.
- تنفيذ السياسات ووضع الممارسات بما يعزز التوازن بين العمل والحياة الشخصية من خلال ضمان وجود أعباء عمل يمكن إدارتها ومستويات كافية من التوظيف.
- تطوير جوانب التوجيه والإدارة، بما يشمل دعم القابلات في بداية حياتهن المهنية.

موارد مفيدة

- أداة دعم تحليل سوق العمل الصحية (النسخة الأولى 3.0)، دليل المستخدم. منظمة الصحة العالمية، 2024 (65) [بالإنكليزية فقط]
- التوجّهات الاستراتيجية العالمية في مجالي التمريض والقبالة للفترة 2021-2025. منظمة الصحة العالمية، 2021 (55)
- دليل تحليل سوق العمل الصحية. منظمة الصحة العالمية، 2021 (66) [بالإنكليزية فقط]
- المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن تنمية القوى العاملة في مجال الصحة واجتذابها وتوظيفها واستبقائها في المناطق الريفية والناحية. منظمة الصحة العالمية، 2021 (67)
- حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية: دليل التنفيذ. منظمة الصحة العالمية، 2018 (68) [بالإنكليزية فقط]
- حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية: دليل. منظمة الصحة العالمية، 2017 (69) [بالإنكليزية فقط]
- جمعية الصحة العالمية الثالثة والستون. البند رقم 5-11 من جدول الأعمال، 21 أيار/مايو 2010: مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي. منظمة الصحة العالمية، 2010 (70) [بالإنكليزية فقط]

٤.٨ بيئة النظام الصحي الداعمة

بيئة النظام الصحي الداعمة أمرٌ لا غنى عنه من أجل نجاح الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة، مما يكفل حصول النساء والمواليد على رعاية عالية الجودة قائمة على القبالة (26، 27، 37، 54-56).

ويشمل هذا ضمان أن تُتاح للقبالات والأطباء والممرضات وسائر العاملين الصحيين ظروف عمل آمنة وداعمة ومراعية للمنظور الجنساني، في بيئة يتوفر بها ما يكفي من بنية تحتية ومستلزمات أساسية (24، 35، 46). وينطوي هذا الأمر أيضاً على تمكين القبالات من تقديم الرعاية باستقلالية ضمن كامل نطاق ممارستهن، دون أي تدخل بسبب الهياكل الهرمية المؤسسية أو عدم تكافؤ ديناميات القوة في الإدارة (10، 26، 54، 71). ويتناول الفصل ذو الصلة مسألة العمل الجماعي الفعال والتعاون بين المهنيين.



الإجراءات الموصى بها

تعزيز الممارسات والسياسات التكيفية في مكان العمل

- تمكين القابلات من المساهمة الكاملة في تقديم الخدمات على النحو المبين في الأولوية السياسية الواردة في التوجّهات الاستراتيجية العالمية، بما في ذلك إنفاذ السياسات التي تحمي استقلاليتهن ضمن نطاق ممارستهن المحدد (55).
- تهيئة بيئة مراعية للمنظور الجنساني وخالية من التمييز والعنف والمضايقات.
- فرض عدم التسامح مطلقاً مع التحرش اللفظي والجسدي والجنسي، وتعزيز منع العنف في مكان العمل من خلال التدريب على إدارة النزاعات.

تطوير أو تحسين البنية التحتية والمرافق

- وضع سياسات في مكان العمل توفر الموارد الأساسية مثل المياه والصرف الصحي والكهرباء والإمدادات والمستلزمات الأساسية والبنية التحتية الآمنة، بما في ذلك الإقامة والنقل.
- ضمان توفر مرافق الرعاية الصحية المناسبة، بما في ذلك أنظمة الإحالة وخدمات النقل، وتقييم مدى الحاجة إلى وجود مرافق جديدة أو مصممة خصيصاً.
- تحديد الإمدادات والمعدات الطبية الأساسية اللازمة.
- التأكد من وجود خطة لتخصيص وتوزيع الإمدادات مقررّة لكل سيناريو أو موقع.

تعزيز استخدام الابتكار والتكنولوجيا

- توسيع نطاق وصول العاملين إلى الابتكارات والأدوات والتقنيات اللازمة لتمكينهم من تحقيق أقصى معدلات الأداء والرفاه والتحفيز والرضا الوظيفي، بما في ذلك في سياق إدارة الأداء وتقديم الخدمات والممارسات المتقدمة.
- تقييم مدى الحاجة إلى السجلات الصحية الإلكترونية وأنظمة إدارة البيانات وغيرها من الأدوات الرقمية، لدعم رصد وتقييم الحصائل المتعلقة بالأمهات والمواليد.

موارد مفيدة

🔗 التوجّهات الاستراتيجية العالمية في مجال التمريض والقبالة للفترة 2021-2025. جنيف: منظمة الصحة العالمية. المنظمة، 2021 (55)

أم تتلقى دعماً من قابلة حول كيفية إرضاع وليدها رضاعةً طبيعية في مستشفى راجا إستيري بنجران أنك صالها، بندر سري بيغاوان، بروني دار السلام، في عام 2016. © منظمة الصحة العالمية، يوشي شيميزو

05

أداة تقييم
إطار الانتقال

يُوصى باتّباع الخطوات التالية لكل مجال انتقال:

- **الاستعراض:** دراسة النتائج المستقاة من تحليل الأوضاع باستخدام مجالات الانتقال الموضحة في أداة تقييم إطار الانتقال.
- **المقارنة:** تقييم وضع البلد من خلال مقارنته بالأوصاف المبيّنة لكل مرحلة في الأداة.
- **الاختيار:** تحديد المرحلة التي تعكس على أفضل وجه وضع البلد في كل مجال انتقال، مع رسم دائرة حول الخانة المقابلة. ونظراً لأن كل خانة تغطي عناصر متعددة، فقد يكون البلد على مستويات مختلفة لجوانب مختلفة. وفي مثل هذه الحالات، يُوصى باختيار أدنى مرحلة منطبقة.
- **التلخيص:** تقديم ملخص النتائج. ويمكن استخدام جدول موجز لوصف المرحلة المحددة واللون المرتبط بها لكل مجال انتقال.

مثال: في البلد "س"، بالنسبة لمجال الانتقال "مشاركة المرأة والمجتمع"، هناك فهم واضح لنماذج الرعاية القائمة على القبالة (المرحلة 4). ومع ذلك، لا يوجد تمثيل رسمي للمرأة والمجتمع في عمليات الدعوة أو الحوكمة أو صنع القرار (المرحلة 2). سيتم رسم دائرة حول المرحلة 2 كتقييم نهائي، وسيتم استكمال الجدول الموجز وفقاً لذلك، بما يعكس هذه المرحلة واللون المقابل لها.

مجال الانتقال	مشاركة المرأة والمجتمع
المرحلة	المرحلة 2 - الانتقال الأولي
اللون المرتبط	

استُحدثت أداة تقييم إطار الانتقال، المعروضة في الجدول 3، لمساعدة البلدان على تقدير المرحلة الانتقالية الحالية التي تمر بها عبر مجالات الانتقال مثل مشاركة المرأة والمجتمع وتقديم الخدمات والتعاون بين المهنيين. وعندما تقف البلدان على المرحلة التي تمر بها، يمكنها أن تفهم بشكلٍ أفضل ما أحرزته من تقدم، وتعين الأولويات الوطنية و/أو دون الوطنية، وتحدد الإجراءات اللازمة لتعزيز النظم الصحية ونماذج الرعاية القائمة على القبالة.

ووضِع هذا الإطار من خلال استعراض الأدبيات ومشاورات الخبراء. وعلى الرغم من عدم اختبار هذه الأداة تجريبياً بعد في أي بلد، فإن إرشادات التنفيذ هذه تقدمها باعتبارها أداة مرنة وقابلة للتكيف يمكن تعديلها لتناسب مختلف السياقات الوطنية والاحتياجات المحددة. ويُوصى بإجراء مزيد من البحوث لتعزيز فعالية الأداة وتحسين تطبيقها.



مشاركة المرأة والمجتمع

المرحلة 1	المرحلة 2	المرحلة 3	المرحلة 4	المرحلة 5
يوجد وعي قليل أو منعدم بنماذج الرعاية القائمة على القبالة.	الوعي بنماذج الرعاية القائمة على القبالة محدود، وإن كان آخذاً في النمو.	الوعي والفهم بشأن نماذج الرعاية القائمة على القبالة في تزايد.	يوجد فهم واضح لنماذج الرعاية القائمة على القبالة.	ترسخ فهم شاملٌ وواسعُ النطاق لنماذج الرعاية القائمة على القبالة.
مشاركة المرأة والمجتمع في عملية الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة مشاركةٌ محدودة أو منعدمة.	يجري بذل جهود أولية لإشراك المرأة والمجتمع في عملية الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة.	يجري العمل على المشاركة المنظمة والنهج التشاركية الرسمية التي تشمل المرأة والمجتمع في مجال الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة؛ ولكن مازالت آليات المساءلة والتغذية المرتدة محدودة.	تم إرساء آليات مشاركة رسمية لضمان المشاركة المنظمة للمرأة والمجتمع في عملية الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة، مع العمل بأنظمة التغذية المرتدة.	المشاركة المستمرة والشاملة مع ممثلي المرأة والمجتمع مدمجة دمجاً كاملاً في العملية الانتقالية - بما يشمل من ينتمون إلى بيئات ضعيفة.
تمثّل المرأة والمجتمع تمثيلاً ضئيلاً في عمليات الدعوة والحوكمة وصنع القرار المتعلقة بهذا الانتقال.	لم تُمثّل المرأة والمجتمع بشكلٍ رسمي بعد في عمليات الدعوة والحوكمة وصنع القرار المتعلقة بهذا الانتقال.	تمثيل المرأة والمجتمع في عمليات الدعوة أو الحوكمة أو صنع القرار آخذٌ في الظهور، ولكن دون إشراك المجتمعات الضعيفة والفئات المهمشة بشكلٍ منهجي.	تشمل عمليات الدعوة والحوكمة وصنع القرار والتحسين المستمر أصوات المجتمعات الضعيفة والفئات المهمشة.	النُهُج التشاركية قائمة بما يكفل المشاركة النشطة في عمليات الدعوة والحوكمة وصنع القرار والتحسين المستمر.

تقديم الخدمات



المرحلة 5

أُدمِج نموذج الرعاية القائمة على القبالة إدماجاً كاملاً في النظام الصحي الوطني، بما يكفل استمرارية رعاية تقدمها القبالة عالية الجودة ومنصفة لجميع النساء والمواليد.

توجد أُطر للرصد والتقييم، إلى جانب آليات التحسين المستمر للجودة.

المرحلة 4

تم توسيع نطاق نموذج الرعاية القائمة على القبالة على الصعيد الوطني، بما يضمن إتاحة رعاية قائمة على القبالة عالية الجودة لجميع النساء والمواليد.

يجري البدء في مناقشات حول تكييف النموذج بما يلائم نموذج استمرارية الرعاية القائمة على القبالة في الأماكن التي لم يوجد بها النموذج بعد.

المرحلة 3

تم الانتهاء من تصميم نموذج الرعاية القائمة على القبالة، بما يتضمن مجموعة شاملة من الخدمات التي تقدمها القابلات ومسالك رعاية محددة بوضوح لضمان استمرارية الرعاية عبر المنصات الصحية.

بدأ التنفيذ التجريبي في مناطق و/أو مرافق مختارة، ويجري العمل على وضع أُطر أولية للرصد والتقييم.

يجري البدء في مناقشات حول المُضي قُدُماً في توسيع نطاق الاستراتيجية.

المرحلة 2

يجري البدء في مناقشات حول تصميم نموذج رعاية قائمة على القبالة خاص بالسياق، بما يشمل تعريف مجموعة خدمات القبالة ومسالك الرعاية، بهدف وضع أساس مفاهيمي متين.

تجري الاستعدادات الأولية للتنفيذ التجريبي.

المرحلة 1

لا توجد نماذج للرعاية القائمة على القبالة.

التعاون بين المهنيين



المرحلة 5

التعاون متأصل تماماً على نطاق النظام الصحي، ويتسم بالشراكات المنصفة، والتعليم المستمر المشترك بين المهنيين، وشبكات الرعاية الرسمية، والآليات الفعالة لحل النزاعات.

يتم الحفاظ على ثقافة الثقة والقيادة المشتركة، مرتكزةً على التزام متواصل بالتحسين المستمر للجودة.

المرحلة 4

تظهر القابلات الاستقلالية في صنع القرار في نطاق ممارستهن، مع الحفاظ على التعاون بين المهنيين.

تحافظ القابلات على اتصال واضح ومحترم ومتسق مع المهنيين الصحيين الآخرين لضمان الرعاية المنسقة والحصول الصحية الإيجابية.

المرحلة 3

تم تعزيز التعاون من خلال مبادرات منظمة متعددة التخصصات.

عملية صنع القرار المشتركة آخذة في التنامي؛ ولكن مازالت العملية هرمية إلى حد كبير، حيث تعمل القابلات تحت إشراف أطباء من بينهم أطباء توليد.

المرحلة 2

يجري بذل جهود التعاون وبناء العلاقات في وقت مبكر من خلال مبادرات مشتركة غير رسمية بين القابلات والأطباء والممرضات وغيرهم من العاملين الصحيين.

يجري المُضي في خطوات أولية نحو اتخاذ قرارات أكثر إنصافاً. ولكن يستمر عمل القابلات إلى حد كبير تحت إشراف أطباء من بينهم أطباء توليد، والذين غالباً ما يحتفظون بسلطة اتخاذ القرارات السريرية، مما في ذلك تلك التي تقع في نطاق ممارسة القبالة.

المرحلة 1

مازال التعاون بين القابلات وأطباء التوليد وأطباء الأطفال والممرضات وغيرهم من العاملين الصحيين محدوداً أو ضئيلاً.

مازال صنع القرار هرمياً، حيث تعمل القابلات تحت إشراف أطباء من بينهم أطباء توليد.



القيادة والبحوث في مجال القبالة

المرحلة 1

القيادة في مجال القبالة غائبة أو ضئيلة.

لا يوجد هيكل تنظيمي للقبالة داخل وزارة الصحة.

تمثيل القبالة في عمليات الحوكمة وصنع القرار غير كافٍ أو ضئيل.

لا توجد رابطة مهنية للقبالة.

لا تشارك القابلات في الأنشطة البحثية.

المرحلة 2

القيادة غير الرسمية بين القابلات آخذة في الظهور.

يجري اتخاذ خطوات أولية لإرساء تمثيل القبالة داخل وزارة الصحة.

تُشهد بدايات مشاركة القابلات في عمليات الحوكمة وصنع القرار.

يجري البدء في مناقشات حول إنشاء رابطة مهنية للقبالة، ولكن الجهود مازالت غير منظمة.

تشرع بعض القابلات في الانخراط في الأنشطة البحثية، لكنهن لا يقدن عملية البحث، والدعم المؤسسي للمبادرات البحثية التي تقودها القبالة محدود أو غائب.

المرحلة 3

المناصب القيادية في مجال القبالة آخذة في الازدياد.

هناك تمثيل موسع للقبالة في عمليات الحوكمة وصنع القرار على المستوى الرسمي، ولكن دون أخذ مساهمات القابلات دائماً في الاعتبار بشكلٍ كامل.

أُنشئت رابطة مهنية للقبالة لها إطار حوكمة أساسي وأهداف محددة بوضوح.

ينخرط عدد متزايد من القابلات في أنشطة بحثية؛ ولكن دون تقلد أدوار قيادية في البحث، ولا توجد مبادرات بحثية رسمية في مجال القبالة أو تمويل مخصص لها.

المرحلة 4

المناصب القيادية العليا في مجال القبالة مدمجة دمجاً كاملاً في هياكل الحوكمة الخاصة بالصحة والتعليم.

يوجد منصب كبير موظفي القبالة أو ما يعادله داخل وزارة الصحة.

تمثّل القابلات في عمليات الحوكمة وصنع القرار، وتؤخذ مساهماتهن بعناية في الاعتبار.

تؤدي الرابطة/الاتحادات والجمعيات المهنية للقبالة وظيفتها ككيان رسمي ومستقر، وتدافع عن القابلات وتمثلن في عمليات صنع القرار الوطنية.

تقود القابلات أنشطة بحثية وتنسّقها، ولكن مع بقاء التمويل المخصص للقبالة محدوداً.

المرحلة 5

قادة مجال القبالة يدفعون عملية التحسين المستمر على نطاق السياسات والتعليم والبحوث والممارسات.

تمثيل القبالة في عمليات الحوكمة وصنع القرار داخل وزارة الصحة تمثيلاً قوياً وذو صبغة رسمية، مع وضع أصوات القابلات في الاعتبار بعناية.

تلعب الرابطة/الاتحادات والجمعيات المهنية للقبالة دوراً محورياً في أنشطة الدعوة وتساهم في عمليات صنع القرار الوطنية، مدعومةً في ذلك بنموذج تمويل مستدام.

تقود القابلات أنشطة بحثية وتنسّقها، بدعمٍ من تمويل مخصص وآليات مؤسسية.



البيئة السياسية والتنظيمية

المرحلة 1	المرحلة 2	المرحلة 3	المرحلة 4	المرحلة 5
الاستراتيجيات أو السياسات الرسمية التي تعترف بالقبالات أو بالرعاية القائمة على القبالة غائبة أو ضئيلة.	تجري حالياً مناقشات حول إدماج نماذج الرعاية القائمة على القبالة في الاستراتيجيات الصحية الوطنية، مع العمل على وضع مشاريع أولية للأطر القانونية.	تحدد مشاريع السياسات والاستراتيجيات الخاصة بالرعاية القائمة على القبالة أدوار القبالات ومسؤولياتهن.	تمكّن السياسات التي تم سنّها القبالات من ممارسة عملهن كمهنيات مستقلات، مع سلطة اتخاذ القرارات ضمن نطاق ممارستهن المحدد.	تعترف الاستراتيجيات والسياسات الوطنية الشاملة والراسخة بنماذج الرعاية القائمة على القبالة وتدعمها بشكلٍ كامل.
لا يوجد نظام تنظيمي أو مخطط ترخيص لمهنة القبالة.	تشمل مخططات الترخيص الناشئة الحد الأدنى الموثق من معايير التعليم والممارسة، ولكنها لا تُطبق بشكلٍ متسق.	توسع النظام التنظيمي للقبالة ليشمل نطاقاً محدداً للممارسة، وآليات اعتماد لبرامج التعليم في مجال القبالة، ومدونة قواعد سلوك وأخلاقيات رسمية، معتمدة رسمياً من سلطة تنظيمية.	يجري تنفيذ عمليات تنظيمية على المستوى الوطني، مع وجود أدلة موثقة على الاستعراض المنتظم والممارسات الموحدة في المبادئ التوجيهية الرسمية.	تم بشكلٍ كامل دمج نظام تنظيمي قوي للقبالة ومخطط ترخيص في النظام الصحي الوطني، مع تطبيق عمليات رصد وتقييم مستقرة.
تحد سياسات مكان العمل والقيود المؤسسية من ممارسة القبالات مهنتهن إلى أقصى حد تسمح به مؤهلاتهن وتعليمهن المعترف بهما على المستوى الوطني.	يجري بذل جهود أولية لتتقيح سياسات مكان العمل والحد من القيود المؤسسية.	تم تتقيح سياسات مكان العمل لتمكين القبالات من ممارسة مهنتهن إلى أقصى حد تسمح به مؤهلاتهن وتعليمهن.	تشمل الاستراتيجيات الصحية الوطنية نماذج الرعاية القائمة على القبالة.	تدعم سياسات مكان العمل والأطر المؤسسية القبالات دعماً كاملاً لممارسة مهنتن إلى أقصى حد تسمح به مؤهلاتهن وتعليمهن المعترف بهما على المستوى الوطني.



التعليم والتطوير المهني المستمر

المرحلة 5

جرى تنقيح المنهج التعليمي للقبالة بناءً على التغذية المرتدة التجريبية واعتمده المؤسسات التعليمية رسمياً على مستوى البلاد بما يتماشى مع احتياجات السكان المتطورة.

تم توسيع برامج التطوير المهني المستمر وتوحيدها لضمان توفير فرص التطوير المهني الجيد للقبالات على نحو متسق.

المرحلة 4

يجري توحيد وتنفيذ برامج التعليم في مجال القبالة على أساس الكفاءات وبرامج التطوير المهني المستمر في جميع أنحاء البلاد.

تمكّن فرص التطوير المهني المستمر الشامل القبالات من تحديث كفاءاتهن وتعزيزها باستمرار.

المرحلة 3

تتماشى برامج التعليم في مجال القبالة القائمة على الكفاءات وبرامج التطوير المهني المستمر تماماً مع الاستراتيجيات الصحية الوطنية والأطر القانونية، مدعومة باعتمادات ميزانية مخصصة وأنظمة قوية للرصد والتقييم.

عمليات التقييم المتواصل والتحسين المستمر قائمة بشأن كل من مناهج التعليم في مجال القبالة وبرامج التطوير المهني المستمر.

المرحلة 2

يجري تجريب منهج تعليمي للقبالة قائم على الكفاءات مدته لا تقل عن ثلاث سنوات في مؤسسات تعليمية مختارة، مع وجود آليات للتغذية المرتدة لدعم تحسين المنهج.

وُضعت أطر أولية لبرامج التطوير المهني المستمر، مع التركيز على المهارات الأساسية والمواقف والمستجدات المعرفية للقبالات العاملات.

المرحلة 1

برامج التعليم الرسمي في مجال القبالة إما غائبة أو محدودة للغاية.

يجري البدء في مناقشات حول وضع منهج تعليمي للقبالة قائم على الكفاءات مدته لا تقل عن ثلاث سنوات.

لا توجد برامج للتطوير المهني المستمر.



استراتيجيات القوى العاملة الصحية

المرحلة 1

التخطيط المنسق للقوى العاملة بشأن نماذج الرعاية القائمة على القبالة إما غائب أو ضئيل.

البيانات المتعلقة باحتياجات القوى العاملة محدودة.

لا يوجد سجل وطني للقبالات.

لا توجد مبادرات موجهة للتوظيف والاستبقاء.

المرحلة 2

تشمل الجهود الناشئة لتخطيط القوى العاملة والتنبؤ بها رسم خرائط أولية لفجوات الخدمة واحتياجات المرافق.

بدأت خطوات لجمع وتجميع بيانات القوى العاملة من مصادر متعددة، بما في ذلك الدراسات الاستقصائية والسجلات المؤسسية وقواعد البيانات الوطنية.

تجري مناقشات أولية لإنشاء سجل وطني للقبالات.

تجري مناقشات مبكرة بشأن استراتيجيات التوظيف والاستبقاء.

المرحلة 3

تم وضع أول خطة وتوقعات على أساس البيانات بشأن القوى العاملة، لمعالجة فجوات الخدمة واحتياجات المرافق ومتطلبات القوى العاملة المستقبلية.

أُجريت استعراضات أولية لبيانات القوى العاملة الحالية.

يجري حالياً إعداد سجل وطني للقبالات لضمان دقة تتبع وإدارة المهنيين العاملين في مجال القبالة.

بدأت مناقشات استراتيجية بشأن النهج المبتكرة للتوظيف والاستبقاء، مع التركيز على الأجور التنافسية، وترتيبات العمل المرنة، وبرامج إشراك الموظفين لاجتذاب القابات واستبقائهم.

المرحلة 4

تم تنفيذ الخطة الشاملة للقوى العاملة والتنبؤ بها بالكامل، مما يوفر خريطة طريق واضحة لمعالجة فجوات الخدمة واحتياجات المرافق ومتطلبات القوى العاملة المستقبلية.

يتم استعراض بيانات القوى العاملة بشكل دقيق باستخدام الدراسات التحليلية المتقدمة لتحديد الاتجاهات وفجوات الكفاءة وفرص التحسين.

يجري العمل بالسجل الوطني للقبالات الذي يقدم معلومات دقيقة ومحدثة عن المهنيين العاملين في مجال القبالة لدعم تخطيط القوى العاملة وإدارتها.

نُفذت استراتيجيات التوظيف والاستبقاء، مما أدى إلى تحسين مجموعة عناصر الأجر، وتطبيق ترتيبات العمل المرنة، وتعزيز برامج إشراك الموظفين التي تؤدي إلى اجتذاب القابات واستبقائهم بشكل فعال.

المرحلة 5

يتم باستمرار تحديث وتنقيح خطة القوى العاملة وتنبؤاتها بناءً على البيانات والتغذية المرتدة لضمان التوافق مع الاحتياجات والأولويات المتطورة في مجال الرعاية الصحية.

أنظمة بيانات القوى العاملة مدمجة دمجاً كاملاً عبر جميع المنصات ذات الصلة، مما يتيح الوصول إلى البيانات في الزمن الحقيقي وإدارة القوى العاملة بشكل أكثر دقة.

يعمل السجل الوطني للقبالات بكامل طاقته ويجري تحديثه باستمرار، بما يشمل سمات التطوير المهني وإدارة تجديد الشهادات واستخراج تحليلات القوى العاملة.

برامج التوظيف والاستبقاء راسخة ويجري تحسينها باستمرار، وتتضمن أفضل الممارسات والتغذية المرتدة للحفاظ على قوى عاملة مستقرة وراضية وعالية المهارة في مجال في القبالة.

بيئة النظام الصحي



المرحلة 1

عناصر النظام الصحي الأساسية لدعم نماذج الرعاية القائمة على القبالة إما غائبة أو ضئيلة.

هناك نقص في المعدات والإمدادات الأساسية اللازمة لتقديم خدمات القبالة.

أنظمة الإحالة إما غير متوفرة أو غير كافية، مما يعيق النقل الفعال للنساء والمواليد.

تواجه القابلات والعاملون الصحيون الآخرون ظروف عمل غير آمنة وغير مستقرة.

المرحلة 2

بدأت جهود لإيجاد البنية التحتية الأساسية والموارد اللازمة لدعم نماذج الرعاية القائمة على القبالة، بما في ذلك توفير الإمدادات والمعدات الأساسية للمرافق الصحية.

يجري اتخاذ خطوات أولية لتحسين بيئات العمل، مع التركيز على تلبية المعايير الأساسية للسلامة والأمن والنظافة الصحية. وفي حين أن التقدم المحرز لا يزال محدوداً، فهذه الجهود تمثل بداية لتحسينات مجدية.

المرحلة 3

يجري تعزيز البنية التحتية والموارد اللازمة لدعم نماذج الرعاية القائمة على القبالة، بما في ذلك المرافق الأساسية مثل المياه والكهرباء. وهناك عدد متزايد من المرافق مجهزة الآن تجهيزاً كافياً بالإمدادات والمعدات الأساسية.

- يتم إعطاء الأولوية تدريجياً لظروف العمل الآمنة والمأمونة. ويشمل ذلك ما يلي:
 - السلامة في مكان العمل: تحسينات على بروتوكولات وممارسات السلامة في مكان العمل.
 - تدابير الحماية: تنفيذ تدابير لحماية العاملين الصحيين من المضايقات أو العنف، وتعزيز بيئة عمل آمنة وداعمة.

المرحلة 4

تم توسيع المكونات الرئيسية لنظام صحي داعم.

المرافق عبر جميع مستويات الرعاية مجهزة باستمرار بالموارد الأساسية.

ظروف العمل الآمنة والمأمونة والمواتية مستقرة باعتبارها ممارسات قياسية، مدعومةً بسياسات وتدابير تعزز رفاه الموظفين ورضاهم الوظيفي.

المرحلة 5

بيئة النظام الصحي داعمة تماماً لنماذج الرعاية القائمة على القبالة، مع بنية تحتية جيدة التجهيز وتؤدي وظيفتها وظروف عمل آمنة ومأمونة تُطبَّق بشكلٍ شامل.

السياسات وآليات الحوكمة تعزز بيئة مستدامة وداعمة للعاملين الصحيين.

● رصد التقدم بمرور الوقت. تطبيق الأداة بشكل دوري لتتبع التقدم المحرز ودعم التعديلات المدخلة على التخطيط الاستراتيجي.

● الاستفادة من النتائج في إعداد التقارير والدعوة على نطاق أوسع. يمكن أن يُسترد بالنتائج في التقارير الوطنية والخطط التشغيلية ومبادرات الدعوة وتقديم التقارير إلى الشركاء الدوليين.

● الإبلاغ عن النتائج بشكل فعال: إعداد ملخص موجز أو تمثيل مرئي باستخدام الترميز اللوني لمشاركة النتائج مع السلطات والفرق التقنية والمنظمات المجتمعية. يؤدي هذا إلى النهوض بمستوى الشفافية، وتدعيم الملكية، وتعزيز المشاركة المتعددة القطاعات.

وبمجرد تطبيق الأداة واستكمال الجدول الموجز مع المرحلة المخصصة لكل مجال انتقال، يُوصى باتباع الخطوات التالية لتحليل النتائج والاستفادة منها بشكل استراتيجي.

● **تحديد الأولويات الوطنية:** استعراض مجالات الانتقال في المرحلة الأدنى، لأنها تشير إلى المكونات الأكثر تأخيراً في العملية الانتقالية. ويمكن أن يساعد تحديد أولويات هذه المجالات المتعلقة بالتدخلات قصيرة ومتوسطة الأجل على تسريع وتيرة التقدم بفعالية.

● **المقارنة عبر المجالات:** استكشاف جوانب عدم الاتساق أو الفجوات بين مجالات الانتقال المرتبطة. فعلى سبيل المثال، قد يكون التعليم الإلزامي الموحد القائم على الكفاءات في مجال القبالة والتطوير المهني المستمر في المرحلة 4، في حين أن الوعي لدى المرأة والمجتمع بنماذج الرعاية القائمة على القبالة لا يزال في المرحلة 1. وقد تشير هذه التناقضات إلى تحديات أو مجالات حرجة تحتاج إلى تحسين.

● **تحديد الإجراءات الاستراتيجية ودمجها في الخطة التشغيلية.** بناءً على نتائج التقييم، يتم تحديد إجراءات معينة للمُضي قُدماً في كل خطوة انتقالية نحو المرحلة التالية. ويتم إدراج هذه الإجراءات في الخطة التشغيلية. ويمكن الاطلاع على الإجراءات المقترحة المفصلة لكل مجال انتقال في الفصل 4.

06

قصص عن
الانتقال



يعرض هذا الفصل قصصاً عن الانتقال من خمسة سياقات مختلفة ونطاقات انتقالية متنوعة. ولا يُقصد من هذه القصص تمثيل أفضل الممارسات النهائية، وإنما المقصود منها أن تكون بمثابة خيارات قابلة للتكيف لاستلهاام حلول خاصة بالسياق.

٩ بنغلاديش

٦.١ الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة في غياب القابلات: قصة من بنغلاديش

الموقع	النطاق
بنغلاديش (جميع أنحاء البلاد)	الانتقال على المستوى الوطني

السياق

أحرزت بنغلاديش تقدماً كبيراً في تحسين الحصائل الصحية للأمهات والمواليد، ولكن مع استمرار بعض التحديات، لا سيما في المناطق الريفية التي مازال يندر بها وجود عاملين في القطاع الصحي ذوي كفاءة ولا تزال الولادات المنزلية شائعة.

وفي عام 2008، ولتحسين الحصائل الصحية للأمهات والمواليد، بدأت حكومة بنغلاديش في الانتقال إلى نموذج الرعاية القائمة على القبالة - بدعم من صندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الصحة العالمية واليونيسف وشركاء آخرين. وفي ذلك الوقت، لم تكن هناك قابلات متخصصات في البلاد، مما جعل من تلك المبادرة مبادرة رائدة.

العملية الانتقالية

ركائز أساسية

التزام سياسي قوي من الحكومة وقيادات وزارة الصحة ورعاية الأسرة، إلى جانب التعاون الوثيق بين الوزارات والإدارات الحكومية.

أقيمت شراكات قوية مع أصحاب المصلحة الرئيسيين بهدف تقديم الدعم والاضطلاع بأنشطة الدعوة، ومن بينهم صندوق الأمم المتحدة للسكان، ومنظمة الصحة العالمية، واليونيسف، والجهات المانحة الدولية، والمنظمات غير الحكومية المحلية، وجمعية أمراض النساء والتوليد في بنغلاديش، وغيرها من الرابطات/الاتحادات والجمعيات المهنية وقادة المجتمع.

العملية الانتقالية

العملية حسب مجال الانتقال

البيئة السياسية والتنظيمية



- 2008 تطوير التوجه الاستراتيجي لدعم بدء العمل بفكرة القابلات المتخصصات، مع التركيز المؤقت على حسن استغلال الممرضات-القابلات.
- 2014 نشر التوجهات الاستراتيجية الوطنية للقابلات في بنغلاديش.
- 2016 تحديث مديريةية خدمات التمريض ومجلس التمريض البنغلاديشي ليشملا مهنة القبالة.
- وضع إطار تنظيمي ومخطط ترخيص يحددان نطاق ممارسة القابلات.
- 2017 استحداث إجراءات تشغيلية موحدة لممارسة القبالة، خضعت للتنقيح في عام 2022 لتشمل إعطاء القابلات الأدوية الأساسية.
- نشر المبادئ التوجيهية الوطنية للقابلات.
- 2021 إعداد خطة عمل وطنية محددة التكاليف للقبالة (2021-2025) ومبادئ توجيهية لنشر القابلات.

بيئة النظام الصحي الداعمة



- 2016 - القبالة توفير الإمدادات واللوجستيات الأساسية للمرافق الصحية لدعم خدمات القبالة.

بنغلاديش

التعليم والتطوير المهني المستمر



- 2010-2012 وضع منهج تعليمي وطني للقبالة.
- 2011 إطلاق برنامج تعليمي متقدم مدته ستة أشهر للممرضات القابلات.
- 2013 استحداث برنامج دبلوم في القبالة مدته ثلاث سنوات.
- تجهيز مدارس القبالة بمختبرات اكتساب المهارات والبنية التحتية اللازمة.
- 2016 إطلاق برنامج ماجستير مختلط في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية لأعضاء هيئة تدريس القبالة.
- 2019 بدء عمليات الاعتماد لبرامج تعليم القبالة.
- 2020 وضع مشروع برنامج للتطوير المهني المستمر مرتبط بإعادة الترخيص.
- 2022 استحداث درجة البكالوريوس ما بعد التعليم الأساسي في القبالة.
- 2023 تنفيذ برنامج ضمان الجودة لتعليم القبالة.
- 2026 إطلاق برنامج ماجستير في القبالة أثناء الخدمة مدته عامان.

استراتيجيات القوى العاملة



- 2014 إيجاد 3000 وظيفة في مجال القبالة، مع إعطاء الأولوية للمناطق النائية/الناقص الخدمات.
- 2018 نشر 1149 قابلة في المرافق الصحية العامة.
- 2021 نشر 1407 قابلات إضافيات في المرافق الصحية العامة.
- 2022-2024 إيجاد 7000 وظيفة جديدة للقابلات في القطاع العام.
- 2025 استحداث مسار وظيفي منظم للقابلات.

العملية الانتقالية

العملية حسب مجال الانتقال



القيادة والبحوث في مجال القبالة

- 2010 إنشاء جمعية القبالة البنغلاديشية.
- منذ 2017 بناء قدرات جمعية القبالة البنغلاديشية.
- 2018 إطلاق برنامج إعداد القادة للقبالات الشابات بغرض تمكين القبالات من خلال أنشطة التدريب والتوجيه والإرشاد في مجال القيادة.
- 2020 إنشاء وحدة مخصصة للقبالة داخل المديرية العامة للتمريض والقبالة بوزارة الصحة.



تقديم الخدمات

- منذ 2016 تطبيق نموذج القبالة في المرافق الصحية العامة، حيث تقدم القبالات مجموعة شاملة من خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية - بما في ذلك رعاية الأمومة والولادات الطبيعية وتنظيم الأسرة والاستجابة للعنف القائم على النوع الاجتماعي - مع تنسيق رعاية الأم والوليد في نطاق ممارستهن. كما تتعاون القبالات مع سائر المهنيين الصحيين أثناء حالات الطوارئ. وفي المرافق التي تُنشر بها القبالات، تدير القبالات ما يقرب من 89% من الولادات.
- 2018 دمج بيانات خدمات القبالة في نظم المعلومات الصحية للمقاطعات.

بنغلاديش



التعاون بين المهنيين

- منذ 2016 الدعوة والدعم من جمعية أمراض النساء والتوليد في بنغلاديش.
- منذ 2016 الأنشطة المشتركة في مجالات الدعوة والتوجيه والتدريب بشأن أدوار ومسؤوليات القبالات لمديري الخدمات الصحية وغيرهم من العاملين الصحيين.
- التعريف الرسمي لأدوار ومسؤوليات القبالات داخل المرافق الصحية.
- 2017 إطلاق نشاط الإرشاد في المرافق على يد الأطباء لدعم تنفيذ خدمات القبالة.
- 2018 مواصلة أنشطة الدعوة والتوجيه على مستوى المقاطعات لدعم تنفيذ نطاق ممارسات القبالات المحدث.



مشاركة المرأة والمجتمع

- حملات توعية وطنية ومحلية حول فوائد نماذج الرعاية القائمة على القبالة، يجري تنفيذها من خلال التوعية المجتمعية ووسائل الإعلام والاحتفال باليوم الدولي للقبالة.
- المشاركة المستمرة مع المجتمعات المحلية والقادة المحليين لزيادة الطلب على خدمات القبالة والترويج للولادة في المرافق.

الدروس المستفادة

الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة عملية طويلة الأجل تتطلب التزاماً سياسياً مستداماً ومشاركةً مستمرة مع المجتمعات وأصحاب المصلحة.

الاعتراف المناسب بدور القابلات والدعم المؤسسي المقدم لهن أمرٌ ضروري لتمكينهن من توفير رعاية جيدة وتحقيق الازدهار داخل نظام الرعاية الصحية.

إشراك القطاع الخاص أمرٌ بالغ الأهمية لتوسيع نطاق الوصول إلى خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية من خلال الرعاية القائمة على القبالة.

ينبغي أن يُتبع إيجاد فرص العمل على الفور بنشر القابلات في صفوف القوى العاملة.

يلزم أن يكون نشر القابلات مصحوباً بتهيئة بيئة داعمة لممارسة القبالة.

على الرغم من محدودية الموارد وارتفاع أعباء العمل، يمكن أن يساعد العمل الجماعي القوي والإرشاد المستمر والتعاون الاستراتيجي في التغلب على الحواجز وتعزيز جودة الرعاية.

العملية الانتقالية

ركائز أساسية



إنشاء فريق إدارة المشروع، بما في ذلك قائد مشروع معين.

التنسيق المنتظم للفريق من خلال الاجتماعات المنتظمة والتعاون.

دعم بالتمويل الخارجي من منظمات مثل منظمة أطباء العالم وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومؤسسة بانزي في الولايات المتحدة الأمريكية.

9 جمهورية الكونغو الديمقراطية

٦.٢ استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة إلى الناجيات من العنف الجنسي: قصة من قصص الانتقال من جمهورية الكونغو الديمقراطية

الموقع	النطاق
بوكافو، جمهورية الكونغو الديمقراطية	التنفيذ في مستشفى بانزي العام للإحالة
نموذج الرعاية	المستفيدون من خدمات الرعاية
استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة طوال فترة الحمل والولادة والفترة التالية للولادة	النساء الحوامل والناجيات من العنف الجنسي

السياق

إدراكاً للتحديات الجسدية والنفسية الجلية التي تعرضت لها الناجيات من العنف الجنسي، استحدث مستشفى بانزي العام للإحالة في جمهورية الكونغو الديمقراطية نموذجاً شاملاً ومتكاملاً للرعاية. عالج هذا النهج كامل سلسلة الرعاية - بدءاً من الحمل والولادة والفترة التالية للولادة، حتى عام بعد الولادة.

٩ جمهورية الكونغو الديمقراطية

مشاركة المرأة والمجتمع



- تم إنشاء شبكة Mentor Mothers (أمهات مرشدات) التي تواصل تقديم الدعم المتبادل ودروس أسبوعية قبل الولادة تعرض خبرات مشتركة.
- أتيحت الفرصة للنساء وواصلن بنشاط وضع خطط الدعم الخاصة بهن.

القيادة والبحوث في مجال القبالة



- عُيِّنَ رئيس مسؤول عن جناح الولادة والأمومة.
- تم تعيين مجموعة مخصصة من القابلات المنتسبات إلى المشروع.

بيئة النظام الصحي الداعمة



- أنشئت غرفة ولادة فردية لتهيئة جو هادئ وداعم.

التعليم والتطوير المهني المستمر



- نُظِّمَت أنشطة بناء القدرات وصُمِّمَت بما يلائم احتياجات القابلات والتحديات المتصورة.

العملية الانتقالية

العملية حسب مجال الانتقال

تقديم الخدمات: تصميم النموذج



- نموذج تقديم الخدمات يركز على الأشخاص ومتكامل ومستند إلى استمرارية الرعاية القائمة على القبالة، وهو مدعوم بنهج جماعي قوي بين المهنيين يُمكن الفتيات والنساء الحوامل كي يصبحن عناصر نشطة في رحلة رعايتهن.
- تُعَيَّن لكل امرأة قابلة مخصصة تقدم الرعاية أثناء الحمل وأثناء الولادة (عند الإمكان) والرعاية المبكرة التالية للولادة، وتجري حيثما أمكن زيارات منزلية للمتابعة لمدة تصل إلى عام.
- يدعم القبالة فريق متعدد التخصصات يضم أطباء توليد وأطباء أطفال وأخصائيين نفسيين وأخصائيين اجتماعيين، لتوفير رعاية متكاملة وشاملة.

التعاون بين المهنيين



- عقد اجتماعات منتظمة للفريق متعدد التخصصات لضمان تقديم رعاية منسقة مراعية للصدمات.
- توفير تدريب مشترك بين المهنيين على نموذج الرعاية لجميع الموظفين.
- إيجاد مساحات تأمل وتفكير جماعية آمنة للفريق متعدد المهنيين.

البيئة السياساتية والتنظيمية



- جرى تنقيح سياسات وبروتوكولات المرافق لتتماشى مع نهج النموذج.

الدروس المستفادة

يتبين من نموذج الرعاية هذا أنه حتى في البيئات المنخفضة الدخل والمتأثرة بالنزاعات التي ترتفع بها معدلات العنف الجنسي، يمكن أن يصبح الحمل والولادة تجارب تمكينية وإيجابية للمرأة. إن تعزيز الاستقلالية المهنية للقبالات وكفاءتهن وتعاونهن مع مختلف المهنيين وظروف عملهن يعود بالنفع على النساء ومواليدهن على حد سواء، مع تحسين رضا القبالات وأدائهن للخدمات السريرية في الوقت ذاته.

٩ إنكلترا

٦.٣ من الالتزام السياسي إلى التغيير واسع النطاق: الانتقال إلى استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة في إنكلترا

الموقع	النطاق
إنكلترا، المملكة المتحدة	عموم إنكلترا (المملكة المتحدة)
نموذج الرعاية	المستفيدون من خدمات الرعاية
استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة طوال فترة الحمل والولادة والفترة التالية للولادة	جميع النساء الحوامل

السياق

في عام 2015، شرعت إنكلترا (المملكة المتحدة) في مراجعة خدمات الأمومة لتقييم تقديم رعاية الأمومة واستكشاف نماذج جديدة للرعاية لتلبية احتياجات النساء والمواليد بشكل أفضل. واسترشاداً بالأدلة وعملية تشاور واسعة مع المرأة والمجتمع، أوصى تقرير مراجعة الولادات الأفضل (2016) بضرورة استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة لإيجاد خدمات أكثر أماناً وإنصافاً ويغلب عليها الطابع الشخصي. تطلبت هذ النقلة تحولاً واسع النطاق، مدفوعاً بالعوامل الرئيسية المبينة أدناه (73).

العملية الانتقالية

ركائز أساسية

التزام سياسي من وزير الدولة للصحة والرعاية الاجتماعية بالحد من وفيات المواليد واعتلالهم.

الحوكمة والقيادة من خلال فريق خبراء يضم ممثلات عن المرأة.

تخصيص تمويل إضافي لدعم الانتقال.

تعيين كبير موظفي القبالة للمرة الأولى، مما أدي دوراً أساسياً في تحديد الرؤية والتوجه بشأن رعاية الأمومة.

تعيين رواد إقليميين في جميع أنحاء إنكلترا (المملكة المتحدة) لدعم العملية الانتقالية.

العملية الانتقالية

العملية حسب مجال الانتقال

البيئة السياساتية والتنظيمية



- 2021 جري وضع ونشر إرشادات لتخطيط استمرارية الرعاية القائمة على القبالة، وتنفيذها ورصدها (69).
- 2023 أُدرجت استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة للنساء من مجتمعات السود والآسيويات والأقليات الإثنية ومن الفئات الأكثر حرماناً بوصفها مجال تركيز سريري في البرنامج الوطني لإصلاح أوجه عدم المساواة في الرعاية الصحية.
- وُضعت خطة تنفيذ مدتها ثلاث سنوات بشأن خدمات الأمهات والأطفال حديثي الولادة.

مشاركة المرأة والمجتمع



- تشارك النساء والمجتمعات المحلية من خلال الفعاليات المفتوحة على المستوى الإقليمي، وزيارات الخدمة، والبريد الإلكتروني لاستطلاع رأي الأمهات عن الخدمات، ومجموعات التركيز، وفعاليات الإنصات والاستماع، والاستشارة عبر الإنترنت.
- يُجرى تقييم سنوي لتجربة المرأة في الرعاية من خلال استقصاء خدمات الأمومة الذي تجريه لجنة جودة الرعاية (75).

التعاون بين المهنيين



- 2024 أعدت هيئة الخدمات الصحية الوطنية في إنكلترا برنامجاً تدريبياً بشأن استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة.

بنغلاديش

تقديم الخدمات: تصميم النموذج (2016)



- 2016 يُعرّف نموذج الخدمة بأنه يركز على الناس ويغلب عليه الطابع الشخصي، استناداً إلى احتياجات المرأة وقراراتها. وهو نموذج متكامل يجري فيه تقديم الخدمات باستمرارية وتوفيرها بالقرب من المكان الذي تعيش فيه النساء.
- تقتضي استمرارية الرعاية تلقي النساء الرعاية أثناء الحمل وأثناء الولادة والتالية للولادة من نفس القبالة، بدعم من فريق من القبالات (عادةً في مجموعات من ثماني قابلات أو أقل)، مع عبء حالات سنوي يبلغ حوالي 36 امرأة.
- يرتبط كل فريق مع طبيب توليد لضمان الإحالة في الوقت المناسب إلى الرعاية المتخصصة.

التعليم والتطوير المهني المستمر



- 2018 استحدثت الكلية الملكية للقبالات وحدات تعلم إلكتروني ولعبة لوحية حول استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة.
- 2019 أُدمج نموذج استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة في برامج التعليم في مجال القبالة.

استراتيجيات القوى العاملة الصحية



- 2021 تم تخطيط القوى العاملة، وجرى استحداث أدوات لتحديد عدد القبالات المطلوبات لتقديم خدمات مستدامة.

الخصائص

مقارنةً بالنساء اللاتي لم يحظين باستمرارية الرعاية، أفادت النساء اللاتي حظين باستمرارية الرعاية القائمة على القبالة بحصولهن على تجربة أفضل في الرعاية، علماً بأن أبرز التحسينات أبلغت بها النساء اللاتي حظين بتلك الاستمرارية على امتداد الفترات السابقة للولادة وأثناء الولادة والتالية للولادة (75).

٩ إثيوبيا

٦.٤ طرح نموذج استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة في شمال إثيوبيا

الموقع	النطاق
منطقة شمال شوا، أمهرة الولاية الإقليمية الوطنية، إثيوبيا	أربعة مستشفيات أولية
نموذج الرعاية	المستفيدون من خدمات الرعاية
استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة خلال الحمل والولادة والفترة التالية للولادة مباشرة	النساء الحوامل المعرضات لخطر منخفض للإصابة بمضاعفات

السياق

قامت أربعة مستشفيات في إثيوبيا بتجريب نموذج استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة، في الفترة بين آب/أغسطس 2019 وأيلول/سبتمبر 2020. فبدلاً من رؤية مقدمي رعاية مختلفين في كل زيارة، كانت النساء الحوامل تتلقى دعماً من نفس القابلة - أو فريق صغير من القابلات - طوال فترة الحمل والولادة والأيام الأولى بعد الولادة.

العملية الانتقالية

كانت القيادة القوية من وزارة الصحة ورابطة القابلات الإثيوبيات حاسمة الأهمية.

أُقيمت أنشطة الدعوة والشراكات المستمرة من خلال حوارات سياساتية شاركت فيها وزارة الصحة، والمكاتب الصحية الإقليمية، وقادة المرافق، وأعضاء فريق المشروع، ورابطة القابلات الإثيوبيات. ووجهت هذه الجهود عملية تصميم النموذج وتخطيط التنفيذ. وبعد هذه المناقشات، تم تنظيم القابلات في فرق من أربع إلى ثماني قابلات وتدريبهن على نموذج الرعاية وفلسفته. وقدمت كل قابلة رعاية شاملة عبر السلسلة لعدد حالات بلغ 37 امرأة. وعند عدم وجود القابلة الأساسية، كانت تحل محلها قابلة أخرى من الفريق. وفي حالات حدوث المضاعفات، قدم الدعم أطباء التوليد وغيرهم من العاملين الصحيين.

الحصائل

في نموذج استمرارية الرعاية القائمة على القبالة، كانت 97% من النساء يعرفن بالفعل القبالة التي تدعمهن خلال الرعاية أثناء الولادة (76).

أبلغت النساء عن درجة رضا أعلى عن الرعاية أثناء الحمل وأثناء الولادة والتالية للولادة. وتحسنت الاستفادة من الخدمات الصحية، مع زيادة في التغطية بالرعاية أثناء الحمل والرعاية التالية للولادة (76، 77).

حدثت زيادة كبيرة في الولادات المهبلية والرضاعة الطبيعية خلال ساعة واحدة من الولادة (76).

قلت التدخلات غير الضرورية، وشمل ذلك تراجعاً بنسبة 51% في الجراحات القيصرية الطارئة، وتراجعاً بنسبة 57% في الولادات بالشفط، وانخفاضاً بنسبة 73% في معدلات بضع الفرج، وانخفاضاً بنسبة 47% في تحريض المخاض (76).

تحسنت الحصائل الخاصة بالمواليد، مع انخفاض بنسبة 61% في معدلات الولادة المبكرة، وتراجع بنسبة 59% في حَرَز أبغار المنخفضة لمدة 5 دقائق (>7) وانخفاض بنسبة 50% في حالات دخول المواليد العناية المركزة (76).

أبلغت القابلات العاملات ضمن نموذج الاستمرارية عن رضا وظيفي أعلى.

الخطوات التالية

بناءً على هذه النتائج، وضعت وزارة الصحة الإثيوبية إرشادات التنفيذ لنشر النموذج على الصعيد الوطني، بدعم من رابطة القابلات الإثيوبيات. ويجري النظر في خطط لتوسيع نطاق التنفيذ التجريبي في 24 مقاطعة.

٩ الضفة الغربية

٦.٥ الانتقال إلى استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة في بيئة متأثرة بالنزاعات: قصة من الضفة الغربية

الموقع	الضفة الغربية، الأرض الفلسطينية المحتلة
النطاق	في جميع أنحاء الضفة الغربية (الأرض الفلسطينية المحتلة)
نموذج الرعاية	استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة طوال فترة الحمل والفترة التالية للولادة
المستفيدون من خدمات الرعاية	النساء اللاتي تعاني من نقص في الخدمات في البيئات محدودة الموارد، والبيئات المتأثرة بالنزاعات

السياق

طُرِحَ هذا النموذج من خلال تعاون تجريبي بين اللجنة المعنية بفلسطين في النزوح وجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني ووزارة الصحة الفلسطينية. واستهدف النموذج معالجة التحديات التي تواجهها النساء الحوامل في المناطق الريفية بالضفة الغربية، ولا سيما القيود المفروضة على الوصول إلى المستشفيات. بدأ التنفيذ في عام 2013 في منطقتين، وبحلول عام 2016 توسع النموذج ليشمل ستة مستشفيات إقليمية عامة و37 قرية ريفية، بالتعاون مع لجنة المعونة النرويجية (78).

العملية الانتقالية

ركائز أساسية



أُنشئ فريق عامل وفريق لإدارة المشروع لتكييف نموذج استمرارية الرعاية القائمة على القبالة بما يلائم السياق المحلي، وللإشراف على تنفيذ النموذج.

شارك في عمليات التخطيط والميزنة والتشغيل أصحاب المصلحة ومن بينهم وزارة الصحة، وجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، وممثلو المجتمع، وممثلون عن المستشفيات، والجهات المانحة.

قدمت النرويج التمويل الأولي، وتلاه دعم مالي من وزارة الصحة.

العملية الانتقالية

العملية حسب مجال الانتقال

تقديم الخدمات: تصميم النموذج



- أدارت القابلات عبء الحالات في عيادات القرى لبناء علاقات مستمرة وموثوقة، مع إدخال تكييفات مرنة للاستجابة للاحتياجات المحلية.
- تسنى بفضل الزيارات الأسبوعية التي قامت بها قابلات من المستشفيات العامة القريبة ضمان توفير الرعاية الشاملة أثناء الحمل والتالية للولادة ورعاية المتابعة. وأُجريت إحالات متخصصة عند الحاجة مع الحفاظ على استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة.

مشاركة المرأة والمجتمع



- شارك ممثلون عن المرأة والمجتمع في عمليات التخطيط وإعداد الميزانية والتنفيذ.

التعاون بين المهنيين



- استُخدمت الهواتف الذكية لتسهيل الاتصال والتنسيق بين المجتمع والفرق متعددة المهنيين.
- عُقدت حلقات جماعية شهرية لمعالجة التحديات وتحديث الممارسات السريرية.
- شملت جهود بناء القدرات حلقة دراسية لمدة يومين لتدريب القابلات والممرضات والأطباء على مبادئ وممارسات استمرارية الرعاية القائمة على القبالة.

9 الضفة الغربية

استراتيجيات القوى العاملة الصحية



- حلت قابلات حاصلات على البكالوريوس محل القابلات المساعدات الحاصلات على تدريب رسمي أقل، مع دعمهن بمنح دراسية للتخريج المهني كممارسات مستقلات.
- زادت معدلات توظيف القابلات في المستشفيات.

بيئة النظام الصحي الداعمة



- تلقت القابلات دروساً في القيادة وحصلن على رخص قيادة، وتم توفير سيارات مخصصة تحمل علامات مميزة لضمان نقلهن بأمان إلى العيادات والمنازل بالمناطق الريفية.

القيادة والبحوث في مجال القبالة



- تولت قابلات على مستوى الأقاليم تنسيق الخدمات والإشراف على القابلات الرئيسيات والممرضات المشرفات، وتكييف الجداول الزمنية لتلبية الاحتياجات المحلية.

الحصائل

• لوحظ انخفاض بنسبة 20% في معدلات الجراحات القيصرية غير المخطط لها، وانخفاض بنسبة 21% في معدلات الولادات المبكرة، وانخفاض بنسبة 28% في معدلات فقر الدم التالي للولادة (79).

• أُبلغ عن زيادة كبيرة في معدلات الرضاعة الطبيعية الحصرية خلال ستة أشهر بعد الولادة (80).

• أبلغت النساء عن رضا كبير عن الرعاية على امتداد السلسلة (80).

• تحسنت الاستفادة من الخدمات الصحية (81).

• أوقفت الأنشطة مؤقتاً في نيسان/أبريل 2020 بسبب جائحة كوفيد-19 والتحديات السياسية.

WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization; 2022. (https://iris.who.int/handle/10665/352658). License: .17
CC BY-NC-SA 3.0 IGO

.18 Stevens JR, Alonso C. Commentary: creating a definition for global midwifery centers. Midwifery. 2020;85:102684. (https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102684)

Nove A, Bazirete O, Hughes K, Turkmani S, Callander E, Scarf V et al. Which low- and middle-income countries have midwife-led birthing centres and what are the main characteristics of .19
these centres? a scoping review and scoping survey. Midwifery. 2023;123:103717. (https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103717)

Hermus MAA, Boesveld IC, Hitzert M, Franx A, de Graaf JP, Steegers EAP et al. Defining and describing birth centres in the Netherlands: a component study of the Dutch birth centre study. .20
BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):210. (https://doi.org/10.1186/s12884-017-1375-8)

Laws PJ, Lim C, Tracy S, Sullivan EA. Characteristics and practices of birth centres in Australia. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2009;49(3):290–295. .21
(https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2009.01002.x)

Policy brief: implementing midwife-led birth centres. The Hague: International Confederation of Midwives; 2025. .22
(https://internationalmidwives.org/wp-content/uploads/Policy-Brief-Implementing-Midwife-Led-Birth-Centres-.pdf)

Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database .23
Syst Rev. 2024;2024(4):CD004667. (https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6)

Turkmani S, Nove A, Bazirete O, Hughes K, Pairman S, Callander E et al. Exploring networks of care in implementing midwife-led birthing centres in low- and middle-income countries: a .24
scoping review. PLOS Glob Public Health. 2023;3(5):e0001936. (https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001936)

Bogren M, Erlandsson K. Opportunities, challenges and strategies when building a midwifery profession. findings from a qualitative study in Bangladesh and Nepal. Sex Reprod Healthc. .25
2018;16:45–49. (https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.02.003)

McFadden A, Gupta S, Marshall JL, Shinwell S, Sharma B, McConville F et al. Systematic review of barriers to, and facilitators of, the provision of high-quality midwifery services in India. .26
Birth. 2020;47(4):304–321. (https://doi.org/10.1111/birt.12498)

Middlemiss AL, Channon S, Sanders J, Kenyon S, Milton R, Prendeville T et al. Barriers and facilitators when implementing midwifery continuity of carer: a narrative analysis of the .27
international literature. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24(1):540. (https://doi.org/10.1186/s12884-024-06649-y)

Hewitt L, Dahlen HG, Hartz DL, Dadich A. Leadership and management in midwifery-led continuity of care models: a thematic and lexical analysis of a scoping review. Midwifery. .28
2021;98:102986. (https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.102986)

Abou-Malham S, Hatem M, Leduc N. Analyzing barriers and facilitators to the implementation of an action plan to strengthen the midwifery professional role: a Moroccan case study. BMC .29
Health Serv Res. 2015;15:382. (https://doi.org/10.1186/s12913-015-1037-3)

Batinelli L, Thael S, Leister N, McCourt C, Bonciani M, Rocca-Ihenacho L. What are the strategies for implementing primary care models in maternity? a systematic review on midwifery .30
units. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):123. (https://doi.org/10.1186/s12884-022-04410-x)

.31 وضع استراتيجية للصحة الوطنية في القرن الحادي والعشرين: دليل. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2016. (https://iris.who.int/handle/10665/250221). CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط]

.32 دليل لإجراء استعراضات البرامج الوطنية ودون الوطنية بشأن صحة الأم والوليد والطفل والمراهق. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2024. (https://iris.who.int/handle/10665/376043). CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط]

.33 دليل المُيسرين لإجراء استعراضات البرامج الوطنية ودون الوطنية بشأن صحة الأم والوليد والطفل والمراهق. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2024. (https://iris.who.int/handle/10665/376027). CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط].

.34 أداة نهج الصحة الواحدة: مورد لدعم البلدان في تحديد الأولويات بناءً على الاعتبارات المتعلقة بالأثر والفعالية من حيث التكلفة في البلدان المنخفضة الدخل والمتوسطة الدخل. جنيف: منظمة الصحة العالمية.
(https://www.who.int/tools/onehealth). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط] .

المراجع

.1 Cresswell JA, Alexander M, Chong MYC, Link HM, Pejchinovska M, Gazeley U et al. Global and regional causes of maternal deaths 2009–20: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. .
2025;13(4):e626–e634. (https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(24)00560-6/fulltext)

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNIGME). Levels & trends in child mortality: report 2024, estimates developed by the United Nations Children's Fund. .2
New York: United Nations Children's Fund; 2025. (https://childmortality.org/wp-content/uploads/2025/04/UNIGME-2024-Child-Mortality-Report.pdf)

United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNIGME). Standing up for stillbirth: current estimates and key interventions. Report of the United Nations inter-agency .3
group for child mortality estimation, 2024. New York: United Nations Children's Fund; 2025. (https://childmortality.org/wp-content/uploads/2025/03/UNIGME-Stillbirth-Report-2024.pdf)

Vogel JP, Jung J, Lavin T, Simpson G, Kluwgant D, Abalos E et al. Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: a systematic analysis of the burden, .4
recommended practices, and a way forward. Lancet Glob Health. 2024;12(2):e317–e330. (https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00454-0)

.5 الاتجاهات المتعلقة بوفيات الأمهات من عام 2000 إلى عام 2023: تقديرات صادرة عن منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومجموعة البنك الدولي وشعبة السكان في الأمم المتحدة التابعة لإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2025 (https://iris.who.int/handle/10665/381012). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط] .

Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. PLOS .6
Med. 2015;12(6):e1001847. (https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847)

Minckas N, Gram L, Smith C, Mannell J. Disrespect and abuse as a predictor of postnatal care utilisation and maternal-newborn well-being: a mixed-methods systematic review. BMJ Glob .7
Health. 2021;6(4):e004698. (https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004698)

.8 الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة: ورقة موقف عالمية. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2024. (https://iris.who.int/handle/10665/379236). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط]

Bazirete O, Hughes K, Lopes SC, Turkmani S, Abdullah AS, Ayaz T et al. Midwife-led birthing centres in four countries: a case study. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):1105. .9
(https://doi.org/10.1186/s12913-023-10125-2)

Sangy MT, Duaso M, Feeley C, Walker S. Barriers and facilitators to the implementation of midwife-led care for childbearing women in low- and middle-income countries: a mixed-methods .10
systematic review. Midwifery. 2023;122:103696. (https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103696)

Mattison CA, Lavis JN, Wilson MG, Hutton EK, Dion ML. A critical interpretive synthesis of the roles of midwives in health systems. Health Res Policy Syst. 2020;18(1):77 .11
(https://doi.org/10.1186/s12961-020-00590-0).

Bradford BF, Wilson AN, Portela A, McConville F, Fernandez Turienzo C, Homer CSE. Midwifery continuity of care: a scoping review of where, how, by whom and for whom? PLOS Glob .12
Public Health. 2022;2(10):e0000935. (https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000935)

.13 الإطار التشغيلي للرعاية الصحية الأولية. تحويل الرؤية إلى عمل. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2020. (https://iris.who.int/handle/10665/352451). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and .14
newborn care. Lancet. 2014;384(9948):1129–1145. (https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)

.15 توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن رعاية الأم والوليد من أجل تجربة إيجابية بعد الولادة. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2016. (https://iris.who.int/handle/10665/250796). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط].

.16 توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن رعاية الأم والوليد من أجل تجربة إيجابية بعد الولادة. جنيف: منظمة الصحة العالمية; 2022. (https://iris.who.int/handle/10665/352658). CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط]

Ismaila Y, Bayes S, Geraghty S. Barriers to quality midwifery care: a systematic review and meta-synthesis of qualitative data. Int J Childbirth. 2021;11(3):84–100. 54
(<https://doi.org/10.1891/IJCBIRTH-D-20-00037>).

55. التوجهات الاستراتيجية العالمية في مجالي التمريض والقبالة للفترة 2021-2025. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021. (<https://iris.who.int/handle/10665/353567>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

The State of the World’s Midwifery 2021: building a health workforce to meet the needs of women, newborns and adolescents everywhere. New York: United Nations Population Fund; 2021. 56
(<https://www.unfpa.org/sowmy>).

Blomgren J, Gabriellsson S, Erlandsson K, Wagoro MCA, Namutebi M, Chimala E et al. Maternal health leaders’ perceptions of barriers to midwife-led care in Ethiopia, Kenya, Malawi, 57
Somalia, and Uganda. Midwifery. 2023;124:103734. (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103734>).

58. أدوار ومسؤوليات كبار الموظفين الحكوميين في مجالي التمريض والقبالة: دليل لبناء القدرات. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2015. (<https://iris.who.int/handle/10665/351684>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
[بالإنكليزية فقط] .

59. تنظيم شؤون الممارسين الصحيين: إرشادات التصميم والإصلاح والتنفيذ. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024. (<https://iris.who.int/handle/10665/378775>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط] .

Filby A, McConville F, Portela A. What prevents quality midwifery care? a systematic mapping of barriers in low and middle income countries from the provider perspective. PLOS ONE. 60
2016;11(5):e0153391. (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153391>).

61. تعزيز التعليم الجيد في مجال القبالة لتحقيق التغطية الصحية الشاملة بحلول عام 2030. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019. (<https://iris.who.int/handle/10665/324738>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
[بالإنكليزية فقط] .

62. أداة تقييم الكفاءات على المستوى الإقليمي للمعلمين في مجال القبالة والقبالات. نيودلهي: مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لجنوب شرق آسيا؛ 2021. (<https://iris.who.int/handle/10665/351002>). الترخيص: CC
BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط] .

63. منهج تعليمي أولي للقبالة على المستوى الإقليمي مدته ثلاث سنوات قائم على الكفاءات قبل الالتحاق بالخدمة. برازافيل: مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لأفريقيا؛ 2016. (<https://iris.who.int/handle/10665/331474>).
الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط] .

64. الكفاءات الأساسية لمعلم القبالة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2013. (<https://iris.who.int/handle/10665/112730>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط]

65. أداة دعم تحليل سوق العمل الصحية (النسخة الأولية 3.0)، دليل المستخدم. برازافيل: مكتب منظمة الصحة العالمية الإقليمي لأفريقيا؛ 2024. (<https://iris.who.int/handle/10665/379059>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
[بالإنكليزية فقط] .

66. دليل تحليل سوق العمل الصحية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021. (<https://iris.who.int/handle/10665/348069>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط]

67. المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية بشأن تنمية القوى العاملة في مجال الصحة واجتذابها وتوظيفها واستبقائها في المناطق الريفية والناحية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021.
(<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341139/9789240035522-ara.pdf?sequence=9&isAllowed=y>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. .

68. حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية: دليل التنفيذ. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018. (<https://iris.who.int/handle/10665/275473>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط]

69. حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية: دليل. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2017. (<https://iris.who.int/handle/10665/259360>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط]

70. جمعية الصحة العالمية الثالثة والستون. البند رقم 5/11 من جدول الأعمال، 21 أيار/مايو 2010: مدونة المنظمة العالمية لقواعد الممارسة بشأن توظيف العاملين الصحيين على المستوى الدولي. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2010.
(القرار A63/R16 :1A63/R16-en.pdf?sequence=1). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط] .

Andina-Díaz E, Rodríguez-Puente Z, Arias-Gundín O, Pérez-Rivera FJ. Lack of autonomy and professional recognition as major factors for burnout in midwives: a systematic mixed-method 71
review. J Adv Nurs. 2025;81(2):574–590. (<https://doi.org/10.1111/jan.16279>).

72. Reddy B, Thomas S, Karachiwala B, Sadhu R, Iyer A, Sen G et al. A scoping review of the impact of organisational factors on providers and related interventions in LMICs: implications for 72
respectful maternity care. PLOS Glob Public Health. 2022;2(10):e0001134. (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001134>).

McInnes RJ, Aitken-Arbuckle A, Lake S, Hollins Martin C, MacArthur J. Implementing continuity of midwife carer – just a friendly face? a realist evaluation. BMC Health Serv Res. 35
2020;20(1):304. (<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05159-9>).

What women won: demands for quality healthcare. Washington, D.C.: White Ribbon Alliance; 2022. 36
(https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/What-Women-Want_Global-Results.pdf).

Homer CS, Turkmani S, Wilson AN, Vogel JP, Shah MG, Fogstad H et al. Enhancing quality midwifery care in humanitarian and fragile settings: a systematic review of interventions, support 37
systems and enabling environments. BMJ Glob Health. 2022;7(1):e006872. (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006872>).

Bogren M, Jha P, Sharma B, Erlandsson K. Contextual factors influencing the implementation of midwifery-led care units in India. Women Birth. 2023;36(1):e134–e141. 38
(<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.05.006>).

Homer CSE, Castro Lopes S, Nove A, Michel-Schuldt M, McConville F, Moyo NT et al. Barriers to and strategies for addressing the availability, accessibility, acceptability and quality of the 39
sexual, reproductive, maternal, newborn and adolescent health workforce: addressing the post-2015 agenda. BMC Pregnancy Childbirth. 2018;18:55. (<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1686-4>).

40. منظمة الصحة العالمية، ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، والبنك الدولي للإنشاء والتعمير. تقديم خدمات صحية عالية الجودة: ضرورة عالمية للتغطية الصحية الشاملة. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018.
(<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/9789246513901-ara.pdf>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. .

41. المشاركة المجتمعية: دليل تعزيز الصحة لجعل التغطية الصحية الشاملة في متناول أيدي الناس. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020. (<https://iris.who.int/handle/10665/334379>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
[بالإنكليزية فقط] .

Spencer J, Gilmore B, Lodenstein E, Portela A. A mapping and synthesis of tools for stakeholder and community engagement in quality improvement initiatives for reproductive, maternal, 42
newborn, child and adolescent health. Health Expect. 2021;24(3):744–756. (<https://doi.org/10.1111/hex.13237>).

43. منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة. دمج مشاركة أصحاب المصلحة والمشاركة المجتمعية في مبادرات جودة الرعاية الصحية للأم والوليد والطفل. الطبعة الأولى. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020.
(<https://iris.who.int/handle/10665/333922>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط] .

44. معايير النهوض بجودة الرعاية للأم والوليد في المرافق الصحية. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016. (<https://iris.who.int/handle/10665/249155>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط].

45. استمرارية الرعاية وتنسيقها: ملخص ممارسات لدعم تنفيذ إطار عمل منظمة الصحة العالمية بشأن الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018.
(<https://iris.who.int/handle/10665/274628>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط] .

46. نهج استعراض البرامج الصحية الوطنية Innov8 لضمان عدم ترك أي أحد خلف الركب: دليل تقني. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/330557>).

47. أداة منظمة الصحة العالمية للنمذجة AccessMod 5 [تطبيق إلكتروني]. منظمة الصحة العالمية، 2023. (<https://www.accessmod.org>). [بالإنكليزية فقط]

48. منصة منظمة الصحة العالمية لخطط خدمات التغطية الصحية الشاملة وتوفرها وتنفيذها. [موقع إلكتروني]. منظمة الصحة العالمية. (<https://uhcc.who.int/uhcpackages>).

49. شبكات الرعاية الصحية للأم والوليد: إرشادات التنفيذ. جنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024. (<https://iris.who.int/handle/10665/379031>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [بالإنكليزية فقط].

50. مصفوفة التقدم في مجال تمويل الصحة بمنظمة الصحة العالمية، منظمة الصحة العالمية،
<https://www.who.int/teams/health-financing-and-economics/health-financing/diagnostics/health-financing-progress-matrix>
[بالإنكليزية فقط].

Styles C, Kearney L, George K. Implementation and upscaling of midwifery continuity of care: the experience of midwives and obstetricians. Women Birth. 2020;33(4):343–351. 51
(<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.008>).

Chodzaza E. Midwives’ and medical professionals’ perspectives of collaborative practice at Queen Elizabeth Central Hospital maternity unit, Malawi: the discovery phase of an appreciative 52
inquiry project. Malawi Med J. 2020;32(1):13–18. (<https://doi.org/10.4314/mmj.v32i1.4>).

Downe S, Finlayson K, Fleming A. Creating a collaborative culture in maternity care. J Midwifery Womens Health. 2010;55(3):250–254. (<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.01.004>). 53

73. Better births: improving outcomes of maternity services in England – a five year forward view for maternity care [website]. NHS England; 2017. (<https://www.england.nhs.uk/publication/better-births-improving-outcomes-of-maternity-services-in-england-a-five-year-forward-view-for-maternity-care/>).

74. Delivering midwifery continuity of carer at full scale: guidance on planning, implementation and monitoring 2021/22. NHS England; 2021. (https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/10/B0961_Delivering-midwifery-continuity-of-carer-at-full-scale.pdf).

75. Maternity survey 2024 [website]. London: Care Quality Commission; 2025. (<https://www.cqc.org.uk/publications/surveys/maternity-survey>).

76. Hailemeskel S, Alemu K, Christensson K, Tesfahun E, Lindgren H. Midwife-led continuity of care improved maternal and neonatal health outcomes in North Shoa Zone, Amhara Regional State, Ethiopia: a quasi-experimental study. *Women Birth.* 2022;35(4):340–348. (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.01.005>).

77. Hailemeskel S, Alemu K, Christensson K, Tesfahun E, Lindgren H. Midwife-led continuity of care increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care: North Shoa, Amhara Regional State, Ethiopia: a quasi-experimental study. *Women Birth.* 2022;35(6):553–562. (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.08.008>).

78. Mortensen B. Making midwifery matter: introduction of a midwife-led continuity model of care in occupied Palestine [PhD thesis]. Oslo: University of Oslo; 2020. (<http://urn.nb.no/URN:NBN:no-77106>).

79. Mortensen B, Lieng M, Diep LM, Lukasse M, Atieh K, Fosse E. Improving maternal and neonatal health by a midwife-led continuity model of care – an observational study in one governmental hospital in Palestine. *eClinicalMedicine.* 2019;10:84–91. (<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.04.003>).

80. Mortensen B, Diep LM, Lukasse M, Lieng M, Dwekat I, Elias D et al. Women's satisfaction with midwife-led continuity of care: an observational study in Palestine. *BMJ Open.* 2019;9(11):e030324. (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030324>).

81. Mortensen B, Lukasse M, Diep LM, Lieng M, Abu-Awad A, Suleiman M et al. Can a midwife-led continuity model improve maternal services in a low-resource setting? a non-randomised cluster intervention study in Palestine. *BMJ Open.* 2018;8(3):e019568. (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019568>).

دور أمانة شؤون القبالة المعنية بفريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني التابع لمنظمة الصحة العالمية

حظيت أمانة منظمة الصحة العالمية، بقيادة إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة، بدعم من مختلف إدارات المنظمة، بما في ذلك مكتب كبير أخصائيي التمريض، وإدارة القوى العاملة الصحية، وإدارة الخدمات الصحية المتكاملة. وشملت مسؤوليات الأمانة ضمان المواءمة مع سياسات المنظمة، والتنسيق مع أعضاء فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني، وتقديم الدعم التقني والإداري، والإشراف على كتابة الإرشادات وإخراجها ونشرها.

هيكل ومسؤوليات الفرق الخارجية

اجتمعت ثلاث فرق متميزة للمساهمة في عملية وضع الإرشادات. واختير أعضاء الفرق مع مراعاة التوازن الجغرافي والتوازن في مجالات الخبرة إلى جانب ضمان تمثيل القبالة على النحو الموصى به من فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني.

الفريق العامل

- الغرض: توفير التوجيه العام في إعداد الإرشادات، وقيادة دفة عملية الإعداد، وضمان وجود الخبرة اللازمة عبر التخصصات ذات الصلة.
- تكوين الفريق: الرئيسة المشاركتان للفريق هما سالي بيرمان (الاتحاد الدولي للقبالات) وجين ساندال (عضو فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني)، وضم الفريق 20 خبيراً في مجالات القبالة، والنظم الصحية، والسياسات، والعلوم التطبيقية، بما شمل أعضاء من فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني، وممثلي الرابطة/الاتحادات والجمعيات المهنية، وممثلي الجماعات النسائية، وشركاء الأمم المتحدة.

الفريق الأساسي

- الغرض: توفير التوجيه العام في إعداد الإرشادات، وقيادة دفة عملية الإعداد، وضمان وجود الخبرة اللازمة عبر التخصصات ذات الصلة.
- تكوين الفريق: الرئيسة المشاركتان للفريق هما سالي بيرمان (الاتحاد الدولي للقبالات) وجين ساندال (عضو فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني)، وضم الفريق 20 خبيراً في مجالات القبالة، والنظم الصحية، والسياسات، والعلوم التطبيقية، بما شمل أعضاء من فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني، وممثلي الرابطة/الاتحادات والجمعيات المهنية، وممثلي الجماعات النسائية، وشركاء الأمم المتحدة.

المرفق الأول: عملية وضع إرشادات التنفيذ

وضعت منظمة الصحة العالمية (المنظمة) هذه الإرشادات بعد أن أوصى فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني المعني بصحة الأم والوليد والطفل والمراهق وتغذيتهم (فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني) في أيار/مايو 2022 بأن تضع المنظمة إرشادات تنفيذ بالتعاون مع فريق عامل متعدد التخصصات، بهدف دعم البلدان في الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة التي تتطلب وجود قابلات متخصصات.

وتم بناءً على هذه التوصية إنشاء فريق عامل معني بالقبالة، تابع لفريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني، في تشرين الثاني/نوفمبر 2022. رصد الفريق العامل الحاجة إلى إصدار ورقة موقف عالمية لتعريف نماذج الرعاية القائمة على القبالة، وتوضيح مبادئها الموجهة، وبيان الأساس المنطقي المبرر للانتقال إلى هذه النماذج. ونشرت المنظمة في تشرين الأول/أكتوبر 2024 ورقة الموقف، التي أعدتها بمساهمات قدمها أكثر من 90 فرداً ومؤسسة، وأقرها فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني. وأرسى هذا المنشور الأساس اللازم لوضع إرشادات لاحقة.

فريق الخبراء

- الموصى بها حسب مجال الانتقال وأداة تقييم إطار الانتقال.
- ثلاثة اجتماعات للفريق العامل للحصول على مدخلات إضافية في الفترة بين أيلول/سبتمبر 2024 وكانون الثاني/يناير 2025. كما اجتمع الفريق العامل بانتظام في الفترة بين تشرين الثاني/نوفمبر 2022 وتموز/يوليه 2024 لوضع ورقة الموقف العالمية للمنظمة بشأن الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة. وتم النظر أيضًا في الخبرة التقنية المقدمة خلال هذه العملية حيثما تعلقَت بالإرشادات.

5 الإرشادات التقنية والتوصيات المقدمة من أعضاء فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني: عُنِدَت عروض قدمتها أمانة منظمة الصحة العالمية ومناقشات تقنية مع أعضاء فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني والشركاء في الاجتماع السادس للفريق الذي عُنِدَ في تشرين الثاني/نوفمبر 2022، والاجتماع السابع للفريق الذي عُنِدَ في أيار/مايو 2023، والاجتماع الثامن الذي عُنِدَ في تشرين الثاني/نوفمبر 2023، وفي الاجتماع العاشر.

عملية إعداد الوثيقة

تحديد عوامل التمكين والعوائق وعملية الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة. لإعداد مخطط الوثيقة ومحتواها، وأداة تقييم إطار الانتقال، حددت الأمانة عوامل التمكين والعوائق والعملية والإجراءات المطلوبة للانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة من خلال ما يلي:

1 استعراض للمقالات المنشورة والمنشورات غير الرسمية والتقارير الوطنية والمنشورات الرئيسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) ومنظمة Jhpiego والاتحاد الدولي للقبالات، في مجالات القبالة والقوى العاملة الصحية والرعاية الصحية الأولية والنظم الصحية.

2 الرؤى المستقاة من الحوارات السياساتية الوطنية حول الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة، بدعمٍ من مكتب المنظمة الإقليمي لجنوب شرق آسيا، في كانون الأول/ديسمبر 2023 في بنغلاديش وإندونيسيا ونيبال، مما ساعد على تحديد المعالم الرئيسية في المرحلة الانتقالية التي تمر بها كل بلد من هذه البلدان.

3 المشاورات القطرية

- تموز/يوليه 2024: الاجتماع التقني الإقليمي بشأن تفعيل خطة عمل "كل مولود" وإنهاء وفيات الأمهات التي يمكن تفاديها، في لوساكا، زامبيا.
- أيلول/سبتمبر 2024: المؤتمر التمهيدي لصندوق الأمم المتحدة للسكان السابق لانعقاد المؤتمر الإقليمي للاتحاد الدولي للقبالات لأفريقيا وشرق المتوسط في كيغالي، رواندا.
- أيلول/سبتمبر 2024: مناقشة في المؤتمر الإقليمي للاتحاد الدولي للقبالات في كيغالي، رواندا، مع كبيرَي موظفي القبالة ومديري خدمات القبالة أو من يعادلهم من وزارة الصحة والتعليم الطبي في جمهورية إيران الإسلامية، ووزارة الصحة الأوغندية، ووزارة الصحة في زامبيا.
- كانون الثاني/يناير 2025: مشاورة افتراضية نظمها كبير أخصائيي التمريض وكبير موظفي القبالة أو من يعادلهما من وزارة الصحة ورعاية الأسرة في الهند، ووزارة الصحة والتعليم الطبي في جمهورية إيران الإسلامية، ووزارة الصحة الأوغندية، ووزارة الصحة في زامبيا.

4 توجيهات الخبراء التقنيين المأخوذة من أعضاء الفريق الأساسي والفريق العامل وفريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني، من خلال الآتي:

- اجتماعات تقنية أسبوعية للفريق الأساسي في الفترة بين آب/أغسطس وكانون الأول/ديسمبر 2024 لمناقشة المحتوى، بما في ذلك الإجراءات

وضع الإرشادات

أعدت أمانة المنظمة مشروع الإرشادات استنادًا إلى هذه النتائج. وتولى استعراض ذلك المشروع الفرق الثلاثة جميعًا التي ضمت أعضاء من فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني، والشركاء الرئيسيون، وموظفو المنظمة. وبعد تجميع التعليقات، وُضِعَت الوثيقة في صيغتها النهائية للتحقق من صحتها على يد فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني.

تحديد قصص الانتقال والأمثلة

لا يُقصد من قصص الانتقال والأمثلة القطرية تمثيل أفضل الممارسات النهائية. وإنما المقصود منها أن تكون بمثابة خيارات قابلة للتكييف لاستلهاَم حلول خاصة بالسياق. وتم تحديد هذه الأمثلة من خلال استعراض الأدبيات والمشاورات مع الشركاء وأعضاء مختلف الفرق، بناءً على المعايير التالية:

- حالات الانتقال المؤثقة إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة، بما في ذلك الوصف التفصيلي لعمليات التنفيذ والنتائج المقاسة، حيثما كانت متاحة.
- تمثيل شتى نماذج الرعاية القائمة على القبالة (مثال: استمرارية الرعاية التي تقدمها القابلة ومراكز الولادة).
- التنوع الجغرافي، مع أمثلة من البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل على حد سواء.
- التباين في نطاق التنفيذ (مثال: مستوى المرافق والمستوى الوطني)

تحديد الموارد المفيدة

حددت أمانة منظمة الصحة العالمية الموارد المفيدة وفحصتها واختارتها بالتعاون مع الإدارات والوحدات ذات الصلة. ولم تُدرَج سوى موارد المنظمة.

منظمة الصحة العالمية

إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة
الشيخوخة

Avenue Appia 20
Geneva 27 1211
Switzerland

البريد الإلكتروني: mncah@who.int
الموقع الإلكتروني:
www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing