



الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة

ورقة موقف عالمية



Gates Foundation



الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة

ورقة موقف عالمية

الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة: ورقة موقف عالمية
[Transitioning to midwifery models of care: global position paper]

ISBN 978-92-4-012090-7 (نسخة إلكترونية)

ISBN 978-92-4-012091-4 (نسخة مطبوعة)

© 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>).

وبمقتضى هذا الترخيص يجوز لكم نسخ المصنف وإعادة توزيعه وتحويله للأغراض غير التجارية، شريطة أن يتم اقتباس المصنف على النحو الملائم، كما هو مبين 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 قمت بتحويل هذا المصنف، فيجب عندئذ الحصول على ترخيص لمصنفكم بمقتضى نفس ترخيص المشاع الإبداعي (Creative Commons licence) أو ما يعادله. وإذا قمت 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. الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة: ورقة موقف عالمية
[Transitioning to midwifery models of care: global position paper] جنيف: منظمة الصحة العالمية: 2026. الترخيص: 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/bookorders>. ولتقديم طلبات الاستخدام التجاري والاستفسارات بشأن الحقوق والترخيص، انظر الرابط: <http://www.who.int/ar/copyright>.

مواد الطرف الثالث. إ. إذا رغبت 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، تُميز 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، صريحة 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.

صورة الغلاف (من الأعلى، باتجاه عقارب الساعة): © صندوق الأمم المتحدة للسكان/إيس تاتو، © منظمة الصحة العالمية/بينتي بينديروب، © منظمة الصحة العالمية/كارلو برونو سانتوس، © منظمة الصحة العالمية/يوشي شيميزو، © اليونيسف ومستشفى مؤسسة فرنانديز، © منظمة الصحة العالمية/مويسوا رامزي، © الاتحاد الدولي للقبالات/نوريكو هاياشي، © الاتحاد الدولي للقبالات/كارلا مولينا.
من تصميم وتخطيط شركة Green Ink Publishing Services Ltd.

المحتويات

v	شكر وتقدير
ix	مسرد المصطلحات
xiii	موجز تنفيذي
1	1. معلومات أساسية
7	2. المصطلحات والتعاريف الرئيسية
7	2-1 من هي القبالة؟
8	2-2 ما هو العمل الذي تقوم به القابلات؟
12	2-3 ما هي نماذج الرعاية القائمة على القبالة؟
15	3. مسألة نماذج الرعاية القائمة على القبالة
15	3-1 نماذج الرعاية القائمة على القبالة تنقذ الأرواح وتحسّن صحة ورفاه النساء والمواليد والشركاء والأسر والمجتمعات المحلية
16	3-2 نماذج الرعاية القائمة على القبالة تعمل على إضفاء الطابع الإنساني على الرعاية والاستجابة لاحتياجات المرأة
18	3-3 تساهم نماذج الرعاية القائمة على القبالة في بناء مجتمع أفضل وتعزيز رأس المال البشري في عالم يعوزه اليقين
19	3-4 نماذج الرعاية القائمة على القبالة هي تدخل فعال من حيث التكلفة مع فوائد اقتصادية محتملة طويلة الأجل
21	4. المبادئ التوجيهية لنماذج الرعاية القائمة على القبالة
22	4-1 رعاية منصفة وقائمة على حقوق الإنسان تتيح إمكانية الوصول لجميع النساء والمواليد
23	4-2 رعاية تركز على الأشخاص وتحترمهم وتشجع على إرساء علاقة وشراكة مبنية على الثقة بين النساء والقابلات
24	4-3 رعاية عالية الجودة تتواءم مع فلسفة الرعاية القائمة على القبالة
25	4-4 رعاية مقدمة ومنسقة من قابلات مستقلات ومتعلّقات ومنظمات ومدعومات، في جميع الأماكن وعلى جميع مستويات النظام الصحي
26	4-5 رعاية متكاملة مقدمة ضمن فرق متعددة التخصصات في شبكات الرعاية
29	5. الخاتمة
30	6. المراجع
41	الملحق 1: فلسفة الاتحاد الدولي للقابلات بشأن الرعاية القائمة على القبالة ونموذج الرعاية القائمة على القبالة
42	الملحق 2: استمرارية الرعاية وطرق تحقيقها

العبارات المستخدمة في هذه الوثيقة

في ورقة الموقف العالمية 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 رؤيتنا 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 الدولية.¹ وفي ورقة الموقف العالمية هذه، 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، كما هو موضح في القسم 2-2 من هذه الوثيقة.

شكر وتقدير

أوصى فريق الخبراء الاستشاري الاستراتيجي والتقني المعني بصحة وتغذية الأم والوليد والطفل والمراهق التابع لمنظمة الصحة العالمية، خلال اجتماعه الخامس، في أيار/مايو 2022، بأن تدعم المنظمة البلدان في انتقالها إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة من خلال تقديم المشورة في مجال السياسات والتوجيه في التنفيذ. واستجابة لذلك، أنشأت المنظمة فريقاً عاماً جديداً معنياً بنماذج الرعاية القائمة على القبالة وتابعا لفريق الخبراء الاستشاري التقني وجمعت بين أصحاب المصلحة الرئيسيين لوضع إرشادات بشأن نماذج الرعاية القائمة على القبالة. وقد أعدت أمانة المنظمة لفريق الخبراء الاستشاري التقني المعني بالقبالة ورقة الموقف هذه، بدعم من الفريق العامل المعني بالقبالة التابع لفريق الخبراء الاستشاري التقني. وقد استعرضها خبراء خارجيون وشركاء وموظفون في المنظمة واستعرضها وأقرها فريق الخبراء الاستشاري التقني التابع للمنظمة.

وتقدّر إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة التابعة للمنظمة بكل امتنان المساهمات التي قدمها العديد من الأفراد والمنظمات في وضع ورقة الموقف العالمية هذه بشأن نماذج الرعاية القائمة على القبالة.

وتودّ إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة التابعة للمنظمة أن تعرب عن تقديرها لأعضاء فريق الخبراء الاستشاري التقني التابع للمنظمة الذين قدموا مدخلات تقنية بشأن المحتوى واستعرضوا الوثيقة النهائية ووافقوا عليها: أمانويل أباجوير (المركز الأفريقي للأبحاث السكانية والصحية، إثيوبيا)، وكوكي أجاروال* (برنامج MOMENTUM في القيادة الوطنية والعالمية، الولايات المتحدة الأمريكية)، ورينا أغوستينا (جامعة إندونيسيا، إندونيسيا)، ونظام الدين أحمد (مؤسسة Shastho Shurokha، بنغلاديش)، وفادية البحيران (برنامج تحويل القطاع الصحي، المملكة العربية السعودية)، وشبيبة عارف (جامعة الآغا خان، باكستان)، ونازيندرا كومار أرورا* (صندوق INCLEN Trust International، الهند)، وريتشموند أرييتي (كلية الصحة العامة بجامعة غانا، غانا)، وبيير آشورن (جامعة تامبيري، فنلندا)، وبيتر أزوباردي (جامعة ملبورن، أستراليا)، وجاي بيركلي (معهد كينيا للبحوث الطبية، كينيا/جامعة أكسفورد، المملكة المتحدة لبريطانيا العظمى وأيرلندا الشمالية)، وأوليفيا بازيريت* (جامعة رواندا، رواندا)، وكريستينا بيسون (معهد RTI International، الولايات المتحدة الأمريكية)، وغاري دارمشتات* (كلية الطب بجامعة ستانفورد، الولايات المتحدة الأمريكية)، وكاثارين ديوي (جامعة كاليفورنيا، ديفيس، الولايات المتحدة الأمريكية)، وتريفور ديوك (جامعة ملبورن، أستراليا)، وفيصل القاق (الجامعة الأمريكية في بيروت، لبنان)، وكارولين هوميروس* (رئيسة فريق الخبراء الاستشاري التقني، معهد بيرنت، أستراليا)، وفايزة جيهان (جامعة الآغا خان، جمهورية باكستان الإسلامية)، وكارولين كاييرو (المركز الأفريقي للأبحاث السكانية والصحية، كينيا)، ونوراي كانبور (جامعة أوتاوا، كندا)، وبيتي كيركوود (كلية لندن للصحة والطب الاستوائي، المملكة المتحدة)، وجوناثان كلاين (جامعة ستانفورد، الولايات المتحدة الأمريكية)، ودانيال مارتينيز جارسيا (مستشفى جامعة جنيف، سويسرا)، وسيورد بوستما (شركة Khulisa Management Services، جنوب أفريقيا)، وليندا ريختر (جامعة وتواترسراند، جنوب أفريقيا)، وجين ساندال* (الرئيسة المشاركة لفريق الخبراء الاستشاري التقني المعني بالقبالة وكلية كينجز، المملكة المتحدة)، وأوليا سوانتيكا (جامعة بادجارجان، إندونيسيا)، وبيتر وايسوا (كلية الصحة العامة بجامعة ماكيري، أوغندا)، وديليس ووكر* (جامعة كاليفورنيا سان فرانسيسكو، الولايات المتحدة الأمريكية)، وستانلي زلوتكين (جامعة تورنتو، كندا).

وتقدر إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة التابعة للمنظمة تقديراً عالياً الأدوار التي اضطلع بها المساهمون التالية أسماؤهم في إعداد ورقة الموقف العالمية هذه. وكانت جوستين ليز (استشارية في مجال صحة الأم، مقر المنظمة الرئيسي، سويسرا) المؤلفة الرئيسية وكانت منسقة أمانة المنظمة لفريق الخبراء الاستشاري التقني المعني بالقبالة. وقدم أعضاء الفريق العامل التابع لفريق الخبراء الاستشاري التقني المعني بالقبالة التوجيهات التقنية والمدخلات التقنية الهامة في كتابة ورقة الموقف العالمية واستعراضها؛ وكان من بين أعضاء الفريق العامل: الرئيستان المشاركتان، سالي بيرمان (الاتحاد الدولي للقابلات، مملكة هولندا) وجين ساندال (كلية كينغز لندن، المملكة المتحدة)؛ وممثلتا المجموعات والمنظمات النسائية، هيلين كارير وسوزيك غيران-كاويت (التجمع المشترك بين الجمعيات المعنية بالولادة، فرنسا) وليان ليفرز (تحالف الشريط الأبيض، الولايات

المتحدة الأمريكية)؛ وممثلون عن فريق الخبراء الاستشاري التقني التابع للمنظمة (يُشار إليهم بعلامة * في الفقرة أعلاه)؛ والمستشارة القطرية في مجال التمريض، ديبিকা سيسيل خا (وزارة الصحة ورعاية الأسرة، حكومة الهند، الهند)؛ وممثلون من الجمعيات المهنية والمنظمات غير الحكومية، مارينا بويكوف (مجلس الممرضات الدولية لحدثي الولادة، الولايات المتحدة الأمريكية)، وجاكلين دنكلي بنت (الاتحاد الدولي للقبالات، مملكة هولندا)، وأن كيهارا (الاتحاد الدولي لطب النساء والتوليد، الولايات المتحدة الأمريكية)، وآبي كرا-فريدمان (المجلس الدولي للممرضات، سويسرا)، ونافين ثاكر (الرابطة الدولية لطب الأطفال، الولايات المتحدة الأمريكية) وبارثيشا تيتولار (شركة Laerdal Global Health، النرويج)؛ وعطف غريسي (معلمة وباحثة دولية في مجال القبالة، تونس)؛ وممثلا صناديق الأمم المتحدة، أشير غايم (المكتب الإقليمي لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة [اليونيسف] لجنوب آسيا، نيبال) وغيتا لال (مقر صندوق الأمم المتحدة للسكان، الولايات المتحدة الأمريكية). وتود المنظمة أيضاً أن تعرب عن تقديرها لإيلينا أتيقا (تحالف الشريط الأبيض، الولايات المتحدة الأمريكية)، وباربرا ماكبيك (معهد نوسال للصحة العالمية، أستراليا) وماري رينفرو (جامعة دندي، المملكة المتحدة) - الأعضاء السابقون في الفريق العامل - على خبرتهن التقنية القيمة. كما تشكر المنظمة ساباراتنام أرولكوماران (عضو سابق في المنظمة، جامعة سانت جورج في لندن، المملكة المتحدة)، وفاطمة جوهر (المكتب الإقليمي لليونيسف لشرق أفريقيا والجنوب الأفريقي، كينيا)، وبو جاكوبسون (الاتحاد الدولي لطب النساء والتوليد، الولايات المتحدة الأمريكية) على مساهماتهم التقنية القيمة خلال الاجتماع الأول للفريق العامل المعني بالقبالة التابع لفريق الخبراء الاستشاري التقني.

وتعرب المنظمة عن امتنانها لجميع الأفراد الذين بدأوا هذا العمل بشأن نماذج الرعاية القائمة على القبالة: فران ماكوفيل، وأليس موران، وأنابا بورتيل، وجورجيا تابلور (مستشارة) (مقر المنظمة، سويسرا)؛ وسارة بار-زيف3 وأنيكا كنوتسون (مقر صندوق الأمم المتحدة للسكان، الولايات المتحدة الأمريكية). وتعرب المنظمة عن تقديرها لجميع المشاركين الذين قدّموا مدخلات قيّمة من خلال مشاركتهم النشطة في حلقتي عمل تشاوريتين عالميتين عبر الإنترنت (عُقدتا يومي 3 و7 كانون الأول/ديسمبر 2021) ودراسة استقصائية عالمية عبر الإنترنت بشأن نماذج الرعاية القائمة على القبالة (أُجريت في آب/أغسطس 2022). كما نتوجه بالشكر إلى جورجيا تابلور وليا بريغاتي، الاستشاريتين في مقر المنظمة الرئيسي، بشأن تحليل البيانات.

وتعرب المنظمة عن خالص تقديرها لأعضاء فريق الخبراء الذين ساهموا في تنقيح هذه الوثيقة لتوجيهاتهم الثابتة، المدرجة هنا بالترتيب الأبجدي الإنكليزي حسب الاسم العائلي: كوثر أفسانا (جامعة براك، بنغلاديش)، وجنيفر أكوامواه - بواتينغ (مؤسسة بيل ومليندا غيتس، الولايات المتحدة الأمريكية)، ورعا التولي (جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن، المملكة العربية السعودية) وآني أنتشومي (اتحاد جمعيات القبالات في أفريقيا الناطقة بالفرنسية، الكاميرون)، وفرح باباي (وزارة الصحة والتعليم الطبي، جمهورية إيران الإسلامية)، وسارة بار زيف (معهد بيرنيت، أستراليا)، وندي بيغ با مبودجي (الرابطة الوطنية للقبالات في دولة السنغال، السنغال)، وبونتوبوس بابو (مستشفى سانت ماري لأكور، أوغندا)، ومالين بوغرين (جامعة غوتنبيرغ، السويد)، وليا بريجاتي (الكلية الملكية للقبالات، المملكة المتحدة)، وشيلا كلو (جامعة كيب تاون، جنوب أفريقيا)، وماريا هيلينا داسيلفا باستوس (الشبكة النسائية لأطباء أمراض النساء والتوليد، البرازيل)، وأليسون إيدي (كلية القبالات في نيوزيلندا، نيوزيلندا)، وأوبة فرح أحمد (الجمعية الصومالية لطب الأطفال، الصومال)، وماندي فورستر (الاتحاد الدولي للقبالات، مملكة هولندا)، ولين فريدمان (جامعة كولومبيا، الولايات المتحدة الأمريكية)، ومينا غاندي (وزارة الخارجية وشؤون الكومنولث والتنمية، المملكة المتحدة)، ويامييلث غرانيزو رومان (لجنة منع التعذيب، شيلي)، وباندورا هاردمان (منظمة Jhpiego، الولايات المتحدة الأمريكية)، وباريدي جها (مؤسسة البحوث في النظم الصحية، الهند)، وإندرجيت كور (مستشفى فرنانديز، الهند)، وزوزانا كريسكوفا (مؤسسة Women's Circles، سلوفاكيا)، وباشي كومان هازارد (حقوق الإنسان في الولادة [منظمة عالمية])، وديبرا لويس (مركز ماماتوتو للموارد والولادة، ترينيداد وتوباغو)، ومارغريت لوما فيري (مستشارة مستقلة في مجال القبالة، ملاوي)، وجودي لوري (جامعة ميشيغان، الولايات المتحدة الأمريكية)، وأليسون ماكفادين (جامعة دندي، المملكة المتحدة)، وبولا ميدواي (وزارة الصحة والرفاهية، حكومة جنوب أستراليا، أستراليا)، وبيريت مورتنسن (جامعة أوسلو متروبوليتان، النرويج)، وغوما نيراولا (جمعية القبالة في نيبال، نيبال)، وجيرالدين نياكو (تحالف الشريط الأبيض، زبابوي)، وجوفيتا أورتيث كونتريراس (جامعة شيلي، شيلي)، ولوفداي بن-كيكانا (كلية لندن للصحة والطب الاستوائي، المملكة المتحدة)، وبهاراتي شارما (المعهد الهندي للصحة العامة، الهند)، ويوكو شيمبوكو (جامعة هيروشيما، اليابان)، وسوزان ستالز (برنامج MOMENTUM في القيادة الوطنية والعالمية، الولايات المتحدة الأمريكية)، وكاثارين تابلور (مبادرة MSD for Mothers، الولايات المتحدة الأمريكية)، وسالي ك. تريسي (جامعة سيدني، أستراليا)، وجونا تورالدي (مركز مالاي للتربية الجنسية، الفلبين) وألكسندرا (شركة

Ata Health Strategies LLC، الولايات المتحدة الأمريكية). وتقدر أيضاً إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة التابعة للمنظمة المساهمات التقنية الأولية من روبين تشرشل (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، الولايات المتحدة الأمريكية) وكريستينا ماتيسون (معهد كارولينسكا، السويد). كما تشكر المنظمة آني أوليفر (كلية القابلات في نيوزيلندا، نيوزيلندا) على دعمها في جمع الوثائق.

وتود أيضاً إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة التابعة للمنظمة أن تشكر المستشارين الإقليميين والعالميين من اليونيسف وصندوق الأمم المتحدة للسكان على مساهماتهم التقنية في مراجعة ورقة الموقف العالمية: سلوى الإرياني (مكتب اليونيسف الإقليمي لشرق أفريقيا والجنوب الأفريقي، كينيا)، وتيد بابي ديجيفي هايلي جبريل (مقر اليونيسف، الولايات المتحدة الأمريكية)، وتومومي كيتامورا (مكتب اليونيسف الإقليمي لغرب ووسط أفريقيا، السنغال)، وشيرلي مارك براهو (مكتب اليونيسف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا، الأردن)، وكاثرين برين كامكونغ (مكتب صندوق الأمم المتحدة للسكان الإقليمي لآسيا والمحيط الهادئ، تايلند)، وأليخاندرا كوراو (مكتب صندوق الأمم المتحدة للسكان الإقليمي لأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، بنما)، ومولي فير (مكتب صندوق الأمم المتحدة للسكان الإقليمي للدول العربية، مصر)، وتامار خوماسوردزي (مكتب صندوق الأمم المتحدة للسكان الإقليمي لأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، تركيا)، وتشيساتو ماسودا وجان بيير مونييه (مقر صندوق الأمم المتحدة للسكان، الولايات المتحدة الأمريكية).

وتتقدم إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة التابعة لمنظمة الصحة العالمية بالشكر الجزيل لزملائها في المنظمة الذين قدموا الدعم التقني في مراجعة الوثيقة. وكان من بين المساهمين من مكاتب المنظمة القطرية والإقليمية: خوليو بيدروزا (مكتب المنظمة القطري في البرازيل)، وتريفوني نكورونزيزا (مكتب المنظمة الإقليمي لأفريقيا، جمهورية الكونغو)، وبريمن دي موشيو (مكتب المنظمة الإقليمي للأمريكتين/منظمة الصحة للبلدان الأمريكية، المركز اللاتيني للفترة المحيطة بالولادة وصحة المرأة، أوروغواي)، ومحمد عفيفي (مكتب المنظمة الإقليمي لشرق المتوسط، مصر)، وسوفاجي جود، وراجيش خانا، وآي تانيميزو (مكتب المنظمة الإقليمي لجنوب شرق آسيا، الهند). وساهم في إعداد هذا البحث من مقر المنظمة الرئيسي في جنيف، سويسرا، كل من: أميليا لاتو أفوهامانغو تويبولوتو (مكتب رئيسة الممرضات في المنظمة)، وكاري مكارثي (إدارة القوى العاملة الصحية في المنظمة)، وتوفا تامبي (البرنامج الخاص للرعاية الصحية الأولية في المنظمة)، وأن بيت مولر (إدارة الصحة الجنسية والإنجابية والبحوث في المنظمة)، وأنشو بانيرجي، وسوبها سري بالاكريشنان، وفريدا بيرج، وأليسين موران، وهيدر سكوت، وبينافارغيز، وفلورنس ويست، وإميلي ووتون (إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة التابعة للمنظمة).

ويوجّه الشكر إلى مؤسسة بيل وميلندا غيتس ومبادرة MSD for Mothers على الدعم المالي لهذا المشروع.



مسرد المصطلحات

تنسيق الرعاية	نهج استباقي يجمع بين مهنيي الرعاية ومقدميها من أجل تلبية احتياجات مستعملي الخدمات لضمان تلقيهم رعاية متكاملة مركزة على الأشخاص في مختلف السياقات (1).
الرعاية التعاونية	الرعاية التي تجمع بين المهنيين أو المنظمات للعمل في شراكة مع الناس تحقيقاً لغرض مشترك (1).
استمرارية الرعاية	درجة تلقي الناس لأحداث الرعاية الصحية المتميزة على أنها أحداث متماسكة ومتراصلة على مدى الزمن ومتماشية مع احتياجاتهم وأفضليتهم الصحية (1).
سلسلة الرعاية	طيف الرعاية الصحية الشخصية والسكانية اللازمة على امتداد مختلف مراحل الحالة الصحية، أو الإصابة، أو الحدث طيلة العمر، بما في ذلك تعزيز الصحة، والوقاية من الأمراض، والتشخيص، والمعالجة، والتأهيل، والرعاية التلطيفية (1).
الإنصاف في الصحة	انعدام الفوارق المنهجية أو القابلة للإصلاح في الوضع الصحي، والوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والبيئات المعززة للصحة، ومعالجة جانب أو أكثر من جوانب الصحة على امتداد المجموعات أو الشرائح السكانية المحددة اجتماعياً، أو اقتصادياً، أو ديموغرافياً، أو جغرافياً ضمن البلدان وفيما بينها (1).
استمرارية نماذج الرعاية التي تقدمها القبالة ⁴	نماذج الرعاية القائمة على القبالة التي تكون فيها قابلة معروفة وموثوقة، أو مجموعة صغيرة من القابلات المعروفات، هي المصدر الرئيسي لتقديم الرعاية إلى النساء وأطفالهن طوال الفترة السابقة للولادة والمخاض والولادة والفترة التالية للولادة (المحددة في هذه الوثيقة).
التجزؤ (في الخدمات الصحية)	(أ) الوجود المشترك لوحداث، أو مرافق، أو برامج غير مدمجة في الشبكة الصحية؛ (ب) انعدام تغطية النطاق الكامل من خدمات التعزيز، والوقاية، والتشخيص، والمعالجة، والتأهيل، والرعاية التلطيفية؛ (ج) انعدام التنسيق بين الخدمات في منصات الرعاية المختلفة؛ (د) انعدام استمرارية الخدمات على مدى الزمن (1).
رعاية عالية الجودة	رعاية آمنة وفعالة ومركزة على الأشخاص ومناسبة التوقيت وفعالة ومنصفة ومتكاملة (2).
الخدمات الصحية المتكاملة	الخدمات الصحية التي تدار وتقدم بحيث يتلقى الناس سلسلة من خدمات تعزيز الصحة، والوقاية من الأمراض، والتشخيص، والمعالجة، وإدارة الأمراض، والتأهيل، والرعاية التلطيفية عبر مختلف مستويات الرعاية ومواقعها ضمن القطاع الصحي وخارجه ووفقاً لاحتياجاتهم طوال مراحل حياتهم (1).
انخفاض الوزن عند الميلاد	وزن الولادة أقل من 2500 غرام (حتى 2499 غرام) (3).

أي حالة صحية تعزى إلى الحمل والولادة ولها تأثير سلبي على رفاه المرأة و/أو أدائها الوظيفي و/أو تؤدي إلى تعقيدات في ذلك (4).	مرضاة الأمهات
وفاة المرأة أثناء الحمل أو في غضون 42 يوماً من إنتهاء الحمل، بغض النظر عن مدة الحمل وموقعه ونتيجته، لأي سبب يتعلق بالحمل أو إدارته أو يتفاقم بسبب أحدهما (من الوفاة التوليدية المباشرة أو غير المباشرة)، ولكن ليس لأسباب غير مقصودة أو عرضية (3).	وفيات الأمهات
يقوم المهنيون في مجال القبالة بتخطيط خدمات الرعاية القائمة على القبالة وإدارتها وتوفيرها وتقييمها قبل الحمل والولادة، وخلالهما وبعدهما. ويوفرون الرعاية أثناء الولادة للحد من المخاطر الصحية التي تتعرض لها النساء والمواليد وفقاً لممارسات ومعايير القبالة الحديثة، ويعملون بشكل مستقل أو ضمن فرق مع مقدمي الرعاية الصحية. وقد يجرون أبحاثاً عن ممارسات وإجراءات القبالة وينفذون أنشطة تثقيفية في مجال القبالة في البيئات السريرية والمجتمعية (5).⁶	القبالة⁵
نماذج الرعاية القائمة على القبالة هي نماذج رعاية يكون فيها مقدمو الرعاية الرئيسيون للنساء والمواليد، بدءاً من الفترة السابقة للحمل وحتى الفترة التالية للولادة، قابلات مؤهلات وحاصلات على التراخيص وخاضعات للتنظيم يقدمن وينسقن بشكل مستقل رعاية عالية الجودة ومحترمة عبر النطاق الكامل لممارستهن، باستخدام نهج يتماشى مع فلسفة الرعاية القائمة على القبالة، والتي:	نماذج الرعاية القائمة على القبالة
(1) تعزز نهج الرعاية المتمركز على الأشخاص؛ (2) تقدّر العلاقة والشراكة بين المرأة والقبالة؛ (3) تحسّن العمليات الفسيولوجية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية؛ (4) تستخدم التدخلات عند الحاجة إليها فقط.	
وفي نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تقدم القابلات رعاية متكاملة، تلبي احتياجات كل امرأة ومولود، ضمن نظم صحية وظيفية وتمكينية مجهزة بالموارد اللازمة وعمليات مبسطة للاستشارة والإحالة. وتتعاون ضمن شبكات الرعاية كجزء من فرق متعددة التخصصات تتميز بالمساواة والثقة والاحترام. ويضمن هذا النهج حصول كل امرأة ومولود على رعاية شخصية مصممة خصيصاً لاحتياجاتهما الصحية.	
وتتكيف أيضاً نماذج الرعاية القائمة على القبالة مع جميع مستويات الرعاية والسياقات، بما في ذلك البيئات المنزلية والمجتمعية والمستشفيات؛ والقطاعين العام والخاص والشراكات بين القطاعين العام والخاص. والبيئات المحدودة الموارد؛ والسياقات الإنسانية وحالات الأزمات. وهذا يضمن إمكانية الوصول والإنصاف والجدوى على نطاق واسع عبر السياقات الثقافية المختلفة للنساء والمواليد والشركاء والأسر والمجتمعات المحلية (المحددة في هذه الوثيقة).	

5 في ورقة الموقف العالمية هذه، تشير كلمة «القابلات» إلى كل من القابلات والممرضات-القابلات.

6 سيُحدّث في عام 2028 التعريف المستخدم في التصنيف الدولي الموحد للمهن، المنشور في عام 2008.

تصوّر مفاهيمي للكيفية الواجبة لتقديم الخدمات، بما في ذلك عمليات الرعاية، وتنظيم مقدمي الخدمات، وإدارة الخدمات، مدعوم بتحديد الأدوار والمسؤوليات لمختلف المنصات ومقدمي الخدمات على امتداد مسالك الرعاية (1).	نماذج الرعاية
مجموعة من المرافق الصحية العامة و/أو الخاصة والعاملين الصحيين المترايطين بشكل مدروس من أجل تعزيز العمل الجماعي متعدد التخصصات والتعلم التعاوني من أجل توفير رعاية شاملة ومنصفة ومحترمة ومركزة على الأشخاص من المنزل/المجتمع المحلي إلى المستوى الأول ومن ثم إلى المستوى الثالث (6).	شبكة رعاية صحة الأم والوليد
الوفيات خلال أول 28 يوماً مكتملة بعد وضع مولود حي (7).	وفيات المواليد
تُهج وممارسات الرعاية التي تنظر إلى الشخص كوحدة متكاملة، ذات مستويات متعددة من الاحتياجات والغايات، وهذه الاحتياجات ترجع إلى المحدّات الاجتماعية الشخصية للصحة (1).	الرعاية المتركزة على الأشخاص
الفترة التي تبدأ مباشرة بعد ولادة الطفل وتمتد حتى ستة أسابيع (42 يوماً) (8).	الفترة التالية للولادة
طفل يُولد حياً قبل اكتمال 37 أسبوعاً من الحمل (أقل من 259 يوماً) (3).	الولادة المبكرة
توفير خدمات رعاية صحية متكاملة وميسّرة من قِبل ممارسين مسؤولين عن تلبية الغالبية العظمى من احتياجات الرعاية الصحية الشخصية، وإقامة شراكات مستدامة مع الناس، والممارسة في سياق الأسرة والمجتمع المحلي. وفي بعض المناطق، يُشار إليها أيضاً باسم المستوى الأول من الرعاية (1).	الرعاية الأولية
الرعاية الصحية الأساسية القائمة على أساليب وتكنولوجيا عملية وسليمة علمياً ومقبولة اجتماعياً متاحة للأفراد والأسر في المجتمع المحلي، من خلال مشاركتهم الكاملة وبتكلفة يمكن للمجتمع المحلي والبلد تحمّلها، في كل مرحلة من مراحل تنميتهم بروح من الاعتماد على الذات وتقرير المصير. وهو المستوى الأول من اتصال الأفراد والأسرة والمجتمع المحلي بالنظام الصحي الوطني، ممّا يجعل الرعاية الصحية أقرب ما يمكن إلى المكان الذي يعيش فيه الناس ويعملون فيه، وتشكل العنصر الأول في عملية استمرارية الرعاية الصحية (1).	الرعاية الصحية الأولية
توجيه الفرد إلى مرفق أو أخصائي مناسب في النظام الصحي أو شبكة مقدمي الخدمات لتلبية الاحتياجات الصحية ذات الصلة. وقد تحدث الإحالة المرتدة عندما يُعاد المريض إلى الرعاية الأولية من أجل متابعة الرعاية بعد الخضوع لعملية جراحية في مرافق الرعاية من المستوى الثاني أو الثالث (1).	الإحالة
الوزن عند الولادة أقل من 2- انحراف معياري متوسط، أو أقل من الشريحة المئوية العاشرة وفقاً لمخططات النمو داخل الرحم المحلية (3).	مولود صغير بالنسبة إلى العمر الحملي
إخراج الجنين أو استخراجه بشكل كامل من رحم المرأة بعد وفاة الجنين قبل الإخراج أو الاستخراج التام، بعمر 22 أسبوعاً أو أكثر من الحمل. وبالنسبة إلى الإبلاغ الدولي، يُوصى بالإبلاغ عن حالات الإملاص في الأسبوع الثامن والعشرين أو أكثر من الحمل (3).	الإملاص

الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة

يشير الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة إلى عملية إعادة توجيه النظم الصحية بعيداً عن نموذج الرعاية المجزأ والقائم على المخاطر السائد حالياً إلى نموذج الرعاية القائمة على القبالة الذي تتلقى فيه النساء والمواليد، بدءاً من الفترة السابقة للحمل وحتى الفترة التالية للولادة، رعاية منصفة ومركزة على الأشخاص ومحترمة ومتكاملة وعالية الجودة، تقدّمها وتنسّقها القابلات العاملات ضمن فرق تعاونية متعدّدة التخصصات (محدّدة في هذه الوثيقة).

التغطية الصحية الشاملة

ضمان وصول جميع الناس إلى ما هو ضروري من خدمات صحية تعزيزية، ووقائية، وإنعاشية، وعلاجية، وتأهيلية، وتلطيفية، والجيدة بما يكفي لتكون فعالة، مع عدم تعريض أي مستعمل لهذه الخدمات في الوقت ذاته لمصاعب مالية (1).

مراجع المسرد⁷

- 1- منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة. الإطار التشغيلي للرعاية الصحية الأولية: تحويل الرؤية إلى عمل. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/352451>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 2- استمرارية الرعاية وتنسيقها: ملخص ممارسات لدعم تنفيذ إطار عمل منظمة الصحة العالمية بشأن الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (بالإنكليزية)
- 3- التصنيف الدولي للأمراض، المراجعة الحادية عشرة (ICD-11). حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2019/2021 (<https://icd.who.int/ar>). الترخيص: CC BY-ND 3.0 IGO.
- 4- Chou D, Tunçalp Ö, Firoz T, Barreix M, Filippi V, von Dadelszen P et al.; Maternal Morbidity Working Group. Constructing maternal morbidity: towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality. BMC Pregnancy Child-birth. 2016;16:45. (<https://doi.org/10.1186/s12884-015-0789-4>)
- 5- International Standard Classification of Occupations. Geneva: International Labour Organization Department of Statistics (ILO STAT); 2008 (<https://ilostat.ilo.org/methods/concepts-and-definitions/classification-occupation/>)
- 6- Kalaris K, Radovich E, Carmone AE, Smith JM, Hyre A, Baye ML et al. Networks of care: an approach to improving maternal and newborn health. Glob Health Sci Pract. 2022;10(6):e2200162 (<https://doi.org/10.9745/ghsp-d-22-00162>)
- 7- المرصد الصحي العالمي. معدل وفيات المواليد (0-27 يوماً لكل 1000 مولود حي) (الغاية 2-2 من أهداف التنمية المستدامة). حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024. (<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/67>). (بالإنكليزية)
- 8- توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن رعاية الأم والوليد من أجل تحرية إيجابية بعد الولادة. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352658>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (بالإنكليزية)

موجز تنفيذي

على الرغم من التقدم الكبير الحاصل في العقود الأخيرة، لا تزال وفيات الأمهات والمواليد والمراضة وحالات الإملاص مرتفعة بشكل غير مقبول على المستوى العالمي، مما يشير إلى استمرار عدم المساواة الصحية. ولا يزال حمل المراهقات مصدر قلق عالمي كبير في مجال الصحة العامة، إذ تواجه ملايين المراهقات تحديات الحمل غير المقصود كل عام. ويساهم عدم كفاية فرص حصول ملايين النساء حول العالم على الخدمات والمنتجات في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة والإجهاض المأمون، في زيادة معدل وفيات ومراضة الأمهات والمواليد وحالات الإملاص على المستوى العالمي. وتتمثل التحديات الكبيرة في العدد المتزايد من الأشخاص، بمن فيهم النساء الحوامل والمواليد الذين يقيمون في بيئات إنسانية أو هشّة تتفاقم بسبب آثار تغير المناخ. وتنبع النتائج الطبية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية الوخيمة من تجارب الناس في حالات الأزمات هذه، مما يؤثر على كل جانب من جوانب حياة النساء والمواليد والشركاء والأسر والمجتمعات المحلية ورفاههم.

ويمكن الوقاية من غالبية وفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص من خلال الحصول على رعاية عالية الجودة في الوقت المناسب. ورغم أن تحسين فرص الحصول على الرعاية أمر أساسي في التخفيف من معدل وفيات ومراضة الأمهات والمواليد وحالات الإملاص، فإنّ الرعاية الرديئة النوعية مسؤولة عن عدد أكبر من الوفيات مقارنة بعدم الحصول على الرعاية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وفي هذه السياقات، يمكن تفادي أكثر من 50% من وفيات الأمهات وأكثر من 60% من وفيات المواليد بتوفير رعاية عالية الجودة. وفي جميع أنحاء العالم، تتعرّض العديد من النساء والمواليد لسوء المعاملة أثناء الحمل والولادة والرعاية التالية للولادة. وتساعد الإفراط في اللجوء إلى الرعاية الطبية في الحمل والولادة في العقود الأخيرة، مما يساهم في زيادة تدني جودة الرعاية والنتائج غير المواتية للنساء والمواليد، ويشكّل عائقاً أمام تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

وبموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، تلتزم الحكومات بتعزيز حقوق النساء والمواليد والأطفال والمراهقين في تلقي رعاية صحية عالية الجودة والتمتع بأعلى مستويات الصحة واحترامها وحمايتها وضمانها والالتزام بها. وكخطوة أساسية على الطريق نحو تحقيق التغطية الصحية الشاملة، تؤيد وتدعو منظمة الصحة العالمية إلى إعادة توجيه النُظم الصحية نحو الرعاية الصحية الأولية.⁸ ويشمل ذلك وضع نماذج للرعاية تتناسب تماماً مع السياقات القطرية والمحلية وتحسّن مبادئ تعزيز الخدمات الصحية المتكاملة الشاملة. وفي إطار السعي إلى توفير خدمات صحية عالية الجودة من أجل تحسين الصحة والرفاه للجميع في سياق التغطية الصحية الشاملة، يمثل الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة استراتيجية فعالة من حيث التكلفة لتحسين النتائج بالنسبة إلى النساء والمواليد مع استخدام أقل قدر من التدخلات غير الضرورية.

يشير «الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة» إلى عملية إعادة توجيه النُظم الصحية بعيداً عن نموذج الرعاية المجزأ والقائم على المخاطر السائد حالياً إلى نموذج الرعاية الشمولية القائمة على القبالة الذي تتلقى فيه النساء والمواليد، بدءاً من الفترة السابقة للحمل وحتى الفترة التالية للولادة، رعاية منصفة ومركزة على الأشخاص ومحترمة ومتكاملة وعالية الجودة، تقدّمها وتنسّقها القابلات العاملات ضمن فرق تعاونية متعدّدة التخصصات.

نماذج الرعاية القائمة على القبالة: التعريف

نماذج الرعاية القائمة على القبالة هي نماذج رعاية يكون فيها مقدمو الرعاية الرئيسيون للنساء والمواليد، بدءاً من الفترة السابقة للحمل وحتى فترة التالفة للولادة، قابلات مؤهلات وحاصلات على التراخيص وخاضعات للتنظيم يقدمن وينسقن بشكل مستقل رعاية عالية الجودة ومحترمة عبر النطاق الكامل لممارستهن، باستخدام نهج يتمشى مع فلسفة الرعاية القائمة على القبالة، والتي:

- 1- تعزز نهج الرعاية المركز على الأشخاص؛
- 2- تقدّر العلاقة والشراكة بين المرأة والقابلة؛
- 3- تحسّن العمليات الفسيولوجية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية؛
- 4- تستخدم التدخلات عند الحاجة إليها فقط.

وفي نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تقدم القابلات رعاية متكاملة، تلبي احتياجات كل امرأة ومولود، ضمن نظم صحية وظيفية وتمكينية مجهزة بالموارد اللازمة وعمليات مبسطة للاستشارة والإحالة. وتتعاون ضمن شبكات الرعاية كجزء من فرق متعددة التخصصات تتميز بالمساواة والثقة والاحترام. ويضمن هذا النهج حصول كل امرأة ومولود على رعاية شخصية مصممة خصيصاً لاحتياجاتهما الصحية.

وتتكيف أيضاً نماذج الرعاية القائمة على القبالة مع جميع مستويات الرعاية والسياقات، بما في ذلك البيئات المنزلية والمجتمعية والمستشفيات؛ والقطاعين العام والخاص والشراكات بين القطاعين العام والخاص. والبيئات المحدودة الموارد؛ والسياقات الإنسانية وحالات الأزمات. وهذا يضمن إمكانية الوصول والإنصاف والجدوى على نطاق واسع عبر السياقات الثقافية المختلفة للنساء والمواليد والشركاء والأسر والمجتمعات المحلية.

المبادئ التوجيهية لنماذج الرعاية القائمة على القبالة



بالنظر إلى الضرورة الملحة لحماية وتعزيز حياة النساء والمواليد ورفاههم، فإن تنفيذ نماذج الرعاية القائمة على القبالة يوفر طريقة من أجل:

- إنقاذ الأرواح؛
- تحسين النتائج الصحية للنساء والمواليد على المدى القصير والمتوسط والطويل، وبالتالي ضمان أحياء أكثر صحة في المستقبل؛
- تعزيز الرضا عن الرعاية وتحربة الرعاية بالنسبة إلى النساء بشكل كبير، بما يتماشى مع الطلب العام على الرعاية عالية الجودة؛
- تمكين المرأة من اتخاذ قرارات صحية مستنيرة، مما يساهم في استقلاليتها العامة في اتخاذ القرار وقدرتها على التمتع الكامل بصحتها وحقوقها الجنسية والإنجابية؛
- دعم العمليات الصحية والفسولوجية واستخدام التدخلات عند الحاجة إليها فقط، وبالتالي تقليل النتائج السلبية والعبء المالي المرتبط بالإجراءات الطبية غير الضرورية؛
- النهوض بالصحة العامة في البلدان والحد من أوجه عدم المساواة الصحية، والمساهمة في إقامة مجتمع أكثر صحة وإنصافاً؛
- تعزيز فرص الحصول على الخدمات الصحية في البلدان، ومعالجة الثغرات الحرجة في النظام الصحي وقدرته على تلبية احتياجات السكان؛
- تحسيد الالتزام بصحة المرأة وحقوقها، مع الاعتراف بالاحتياجات من الصحة والرفاه المحددة للمرأة وتلبيتها؛
- زيادة كفاءة تخصيص الموارد، بما يضمن استثمار الأموال العامة في أكثر ممارسات الرعاية الصحية للأمهات والمواليد فعالية وتأثيراً.

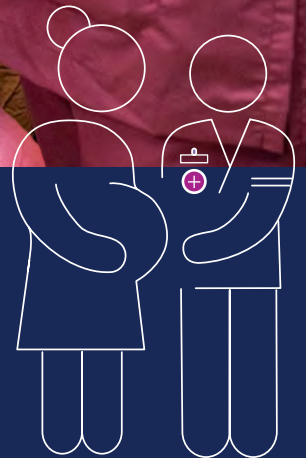


امرأة تتلقى الدعم في الرضاعة الطبيعية من قابلة في جمهورية الكونغو الديمقراطية. © صندوق الأمم المتحدة للسكان

1



امرأة حامل تُعرض عليها تمارين ما قبل
الولادة لتخفيف آلام المخاض في الهند.
© اليونيسف في الهند



1- معلومات أساسية

على الرغم من التقدم الكبير في العقود الأخيرة، لا يزال معدل وفيات ومراضة الأمهات مرتفعاً بشكل غير مقبول على مستوى العالم (1). وفي عام 2020، فقدت ما يقدر بنحو 287 000 امرأة حياتهن بسبب مضاعفات تتعلق بالحمل أو الولادة أو الفترة التالية للولادة (1). وإضافة إلى ذلك، في عام 2015، كان هناك ما يقدر بنحو 27 مليون نوبة مرضية مباشرة من المضاعفات التوليدية الأكثر شيوعاً: النزف واضطرابات ارتفاع ضغط الدم والإنتان ومضاعفات الإجهاض غير المأمون (2). وتؤثر مشاكل الصحة النفسية، بما في ذلك القلق والاكتئاب خلال الفترة المحيطة بالولادة، على حوالي امرأة من كل 10 نساء في البلدان المرتفعة الدخل وامرأة من كل 5 نساء في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (3). ويمكن أن تؤدي مشاكل الصحة النفسية هذه إلى الانتحار، الذي أصبح أحد الأسباب الرئيسية للوفيات أثناء الحمل وحتى عام واحد بعد الولادة في البلدان المرتفعة الدخل (4-7). وتنشأ عواقب طبية ونفسية واجتماعية واقتصادية وخيمة (8-12) ونتائج سلبية متوسطة إلى طويلة الأجل من وفيات ومراضة الأمهات، مما يؤثر على كل جانب من جوانب حياة ورفاه النساء والرضع والشركاء والأسر والمجتمعات المحلية (12-14).

وتتشكل الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية عنصراً أساسياً من عناصر التغطية الصحية الشاملة. ومع ذلك، لا تزال خدمات الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية غير متاحة في العديد من البلدان. وفي شتى أنحاء العالم، يوجد 164 مليون امرأة لديهن حاجة غير ملبأة إلى تنظيم الأسرة، وفي بعض المناطق، يُلبى أقل من نصف الطلب على تنظيم الأسرة (15). وإضافة إلى ذلك، تفضي 3 من كل 10 حالات حمل إلى الإجهاض المتعمد، وتعتبر نسبة 45% منها غير آمنة (16). وتمثل عمليات الإجهاض غير المأمونة هذه ما يقدر بنحو 4.7-13.2% من وفيات الأمهات وتساهم في زيادة المراضة بين النساء الناجيات (16-18).

ولا تزال أيضاً وفيات المواليد مرتفعة بشكل غير عادي على المستوى العالمي، إذ يُقدر عدد الوفيات اليومية بنحو 6300 حالة وفاة في صفوف المواليد، ويحدث معظمها خلال الأسبوع الأول من العمر (19). وتصنف حالات المواليد (بما فيها، على سبيل المثال، مضاعفات الولادة المبكرة، والاختناق الولادي، ورضح الولادة، والإنتان الوليدي وحالات العدوى) مجتمعة كسبب رئيسي خامس للوفاة في شتى الفئات العمرية في جميع أنحاء العالم والسبب الرئيسي في البلدان المنخفضة الدخل (20).



امرأة نازحة داخلياً بسبب النزاع وقابلتها خلال زيارة الرعاية السابقة للولادة في جمهورية الكونغو الديمقراطية. © صندوق الأمم المتحدة للسكان



امرأة تتلقى الرعاية القائمة على القبالة أثناء الحمل في جمهورية لاو الديمقراطية الشعبية. © صندوق الأمم المتحدة للسكان

ومراضة المواليد مرتفعة بشكل ملحوظ على المستوى العالمي: ففي عام 2020، تشير التقديرات إلى أن 13.4 مليون وليد ولدوا قبل الأوان (21)، ويعاني ما يُقدر بنحو 19.8 مليون منهم من انخفاض الوزن عند الولادة (22). وتعد الحالات التي تصيب المواليد، وخاصة الولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة، من العوامل الرئيسية المسببة في سنوات العمر المصححة باحتساب مدة العجز (20) ووفيات الأطفال دون سن الخامسة (23، 19) ووفيات ومراضة المواليد على الصعيد العالمي (19). وتنطوي هذه الحالات على إمكانية التسبب في إعاقات مدى الحياة (24، 25) ونتائج سلبية طويلة الأمد (24، 25)، مما يضاعف عبء الأمراض غير السارية (26-28). وتُعد الرضاعة الطبيعية أحد التدخلات الرئيسية التي يمكن أن تقلل من الوفيات والأمراض غير السارية لدى الأطفال في وقت لاحق من الحياة (29)، لكن فقط 47% من المواليد يبدؤون الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى من الحياة و67% فقط يرضعون رضاعة طبيعية حصرية في اليومين الأولين بعد الولادة (30).

وعلى الرغم من الواقع المأساوي المتمثل في وفاة أكثر من مليوني طفل في الرحم سنوياً، لا تزال مسألة الإملاص بعيدة عن الأنظار تقريباً. وعلى المستوى العالمي، يحدث ما يقدر بنحو 5200 حالة إملاص يوميّاً (الأطفال الذين يموتون بعد 28 أسبوعاً من الحمل، إما قبل أو أثناء المخاض/الولادة)، وتحدث نسبة 40% من هذه الوفيات أثناء المخاض (31). وعلى نحو ما يبين تقرير عام 2022 الصادر عن فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأطفال، «تبقى هذه الوفيات مخبأة خلف حجاب من الصمت بسبب الوصم والمحرمات والتصور الخاطئ بأنه لا يمكن فعل أي شيء للوقاية منها» (31).

كما أنّ وفيات ومراضة الأمهات والمواليد وحالات الإملاص لا تتوزع بشكل متساوٍ أو عشوائي في جميع أنحاء العالم أو داخل البلدان - فهي مؤشر مهم على التفاوتات الصحية (8). وتحدث الغالبية العظمى من وفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا، حيث تمثل أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وحدها حوالي 70% من وفيات الأمهات في العالم، و46% من وفيات المواليد، و77% من حالات الإملاص (1، 19، 31). ومن العوامل الرئيسية الأخرى التي تساهم في عدم المساواة في مخاطر وفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص هي الجنس والنوع الاجتماعي والأصل الإثني للمرأة والطفل، ومستوى التعليم لدى المرأة، والوضع الوظيفي، ومستوى الدخل، والإعاقة، والميل الجنسي، والعمر (1، 32).

ولا يزال حمل المراهقات مصدر قلق عالمي كبير في مجال الصحة العامة. وفي عام 2019، أبلغ عما يقدر بنحو 21 مليون حالة حمل في صفوف المراهقات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-19 عاماً في البلدان المنخفضة الدخل، ونصف حالات الحمل هذه تقريباً غير مقصودة، وتنتهي نسبة 55% من حالات الحمل غير المقصودة بعمليات الإجهاض، وهي غالباً ما تكون غير آمنة (33). وعلى المستوى العالمي، تُعد المضاعفات الناجمة عن الحمل والولادة من الأسباب الرئيسية للوفيات في صفوف الفتيات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-19 عاماً (34). وتتعرّض

الأمهات المراهقات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 10-19 عاماً بشكل متزايد لخطر حدوث مضاعفات مثل النزف والإنتان واضطرابات ارتفاع ضغط الدم وعُسر الولادة، ويصبح أطفالهن أكثر عرضة للولادة قبل الأوان و/أو بوزن منخفض عند الولادة (34).

وعلى المستوى العالمي، يوجد أعداد غير مسبقة من الأشخاص الذين يعيشون في بيئات إنسانية أو هشة، والنازحين قسراً و/أو عديمي الجنسية (35، 36). وفي عام 2017 وحده، كان 630 مليون امرأة وطفلاً يعيشون بالقرب من مناطق النزاع أو نزحوا قسراً (37). وفي حالات الأزمات، تصبح النساء والمواليد معرضين للخطر بشكل خاص (35، 38) وترتبط النزاعات المسلحة بوفيات كبيرة جداً ومستمرة للأمهات والأطفال على مستوى العالم (39). ويساهم تغير المناخ في الأزمات الإنسانية في جميع أنحاء العالم (35) كما تضاعفت الكوارث المرتبطة بالمناخ ثلاث مرات تقريباً خلال العقد الماضي (40). وتعيق أعداد الأشخاص والظروف السائدة في مثل هذه البيئات إلى حد كبير التقدم نحو تحقيق الأهداف والغايات العالمية المتعلقة بالصحة والرفاه، وخاصة الأهداف الرامية إلى الحد من وفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص (1).

ومع ذلك، يمكن الوقاية من غالبية وفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص من خلال الوصول في الوقت المناسب إلى رعاية عالية الجودة (1، 19، 31). ويرتبط التأخير في الحصول على الرعاية اللازمة بالوفيات والمضاعفات الصحية التي يمكن تجنبها لدى النساء والمواليد، وكذلك حالات الإملاص، وغالباً ما توصف هذه الرعاية بأنها «قليلة جداً ومتأخرة جداً» (1، 41). وعلى الصعيد العالمي، ما زالت العديد من النساء والفتيات المراهقات لا يحصلن على أربع زيارات على الأقل قبل الولادة مع عامل صحي، ويواصلن الولادة دون الوصول إلى مرفق صحي و/أو دون توفير الرعاية من قبل عاملين صحيين مهرة، ولا يحصل الكثير منهن و/أو مواليدهن على أي اتصال بعد الولادة مع عامل صحي في غضون يومين من الولادة (42). وتنتشر أوجه عدم المساواة والتفاوت في الحصول على الرعاية بشكل ملحوظ في جميع أنحاء العالم، حيث تواجه مجموعات محددة مثل سكان الريف والفتيات المراهقات وأولئك الذين ينتمون إلى أدنى شرائح الدخل أكبر الصعوبات في الحصول عليها (42). وعلى سبيل المثال، يُعدّ ناسور الولادة من مضاعفات الولادة غير المنصفة إلى حد كبير، الناتجة عن عدم الحصول في الوقت المناسب على الجراحة القيصرية الطارئة أثناء عُسر الولادة (43). ويؤثر ذلك بشكل رئيسي على النساء الأكثر حرماناً وضعفاً، ويؤدي إلى ضائقة طبية ونفسية واجتماعية واقتصادية شديدة للنساء المتضررات، إضافة إلى أن عُسر الولادة يؤدي إلى حالات إملاص في 90.1% من هذه الحالات (43).



تتلقى امرأة الاستشارة من قابلة بشأن وسائل تنظيم الأسرة الحديثة المتاحة في مرفق صحي في مخيم للاجئين في الروهينجا في بنغلاديش. © صندوق الأمم المتحدة للسكان

وفي حين أن تحسين الوصول إلى الرعاية أمر أساسي في الحد من وفيات ومراضة الأمهات والمواليد وحالات الإملاص، فإن الرعاية ذات الجودة الرديئة مسؤولة عن عدد أكبر من الوفيات مقارنةً بعدم الحصول على الرعاية في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (44). وتقدر لجنة لانسييت للصحة العالمية المعنية بالنظم الصحية عالية الجودة في عصر أهداف التنمية المستدامة أنه يمكن إنقاذ مليون حالة وفاة في صفوف المواليد و150 000 حالة وفاة في صفوف الأمهات سنوياً من خلال توفير رعاية عالية الجودة (44). ومع ذلك، فإن العديد من البيئات غير قادرة على توفير رعاية عالية الجودة للأمهات والمواليد، بناءً على معايير المنظمة، ويرجع ذلك في المقام الأول إلى غياب الرعاية المركزة على الأشخاص (45، 46)؛ وندرة الموارد البشرية المؤهلة والمحفزة؛ وعدم توفر الموارد المادية الأساسية، مثل السلع المنقذة للحياة؛ والفجوات في توفير الرعاية؛ وأوجه قصور خطيرة في الخبرات في مجال الرعاية (47-49) وعلى الصعيد العالمي، يتعرض العديد من النساء والمواليد لسوء المعاملة أثناء الحمل والولادة والرعاية التالية للولادة؛ وتوجد أدلة على ذلك من الدراسات التي أجريت في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (48، 50) والبلدان المرتفعة الدخل (50-53)، وكذلك من الدراسات التي شملت بلداناً من جميع مستويات الدخل (45، 54، 55). وقد ينبع عدم الاحترام والإساءة من تصرفات فردية للعاملين الصحيين، أو من مشاكل هيكلية ونظامية تؤدي إلى رعاية غير محترمة، أو من كليهما. ويشمل ذلك الإساءة اللفظية والبدنية و/أو الجنسية؛ والوصم والتمييز؛ وعدم استيفاء المعايير المهنية للرعاية؛ وسوء العلاقة بين النساء ومقدمي الرعاية؛ وعدم كفاية الرعاية القائمة على ظروف النظام الصحي وقيوده (45، 48، 54-57). ويمكن أن يترتب على هذه الأشكال من سوء المعاملة عواقب وخيمة على صحة ورفاه النساء والمواليد، مما قد يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بالقلق واكتئاب ما بعد الولادة، وتراجع الشعور بالاستقلالية، وانخفاض احتمالية استخدام الخدمات الصحية في المستقبل (45، 52، 58).

وشهدت العقود الأخيرة تصاعداً في الإفراط في استخدام الطب في الحمل والولادة - وهو اتجاه عالمي يُوصف بأنه «إفراط في العلاج، وسرعة في الولادة» (41). وتتضمن هذه الممارسة استخداماً غير مناسب أو غير ضروري أو روتيني للتدخلات دون وجود حاجة واضحة لها، بناءً على حالة المرأة أو مولودها. وتشمل التدخلات المُفرطة الاستخدام، على سبيل المثال، بضع الفرج، ووضع السلى/الأمنيوسي، وتحريض المخاض، والولادة القيصرية غير الضرورية، وشطف السائل الأمنيوسي الشفاف من المواليد عند الولادة (48، 59-61) ويمكن أن يؤدي الإفراط في استخدام الخدمات الطبية إلى نتائج صحية سلبية (41، 59-65) ويمكن أن يقوّض قدرة المرأة على الولادة، مما يجعلها تشعر بالتهمة في عملية الولادة، ويؤثر سلباً على تجربة الولادة (41، 59، 66). ومن خلال إثقال كاهل العاملين الصحيين، المرهقين أصلاً، قد يؤدي الإفراط في تقديم الخدمات الطبية إلى تدني جودة الرعاية الصحية وإلى نتائج صحية سلبية غير مواتية فورية ومتوسطة و/أو طويلة الأجل للنساء والمواليد (14، 59، 62، 63، 66، 67). وكما أنه يزيد من الأعباء المالية على النظم الصحية (67) والنفقات الصحية من الأموال الخاصة للنساء وأسرهن (68-71)، مما يشكل عائقاً أمام تحقيق التغطية الصحية الشاملة.

وتتخذ الجراحات القيصرية الأرواح عند استخدامها بالشكل المناسب. ومع ذلك، فإن إجراء الجراحات القيصرية غير الضرورية طبياً يؤدي إلى زيادة في النتائج السلبية للنساء والمواليد في جميع أنحاء العالم (61، 66) ويولد تكاليف إضافية كبيرة للنظم الصحية (61، 72). وفي عام 2010 وحده، قُدِّر الإنفاق العالمي المتصل بالإفراط في استخدام الجراحات القيصرية بحوالي 2.32 مليار دولار أمريكي، وفقاً لتقرير صادر عن المنظمة (67). ويؤدي هذا التدخل الطبي أيضاً إلى ضائقة مالية كبيرة للنساء والأسر، إما بسبب التكلفة العالية المدفوعة من الأموال الخاصة أو بسبب الآثار السلبية للجراحة القيصرية على صحتهن ورفاههن (68-71)؛ وهذا يؤثر سلباً على الإنصاف في مجال الصحة (67) ويزيد من احتمال سحبهم (أو سحبهم أكثر) إلى هاوية الفقر.

وبموجب القانون الدولي لحقوق الإنسان، تلتزم الحكومات بتعزيز حقوق النساء والمواليد والأطفال والمراهقين واحترامها وحمايتهم وضمانها والالتزام بها في الحصول على رعاية صحية عالية الجودة والتمتع بأعلى معايير الصحة (73). وتعزز مبادرتنا «خطة العمل بشأن صحة المواليد» و«القضاء على وفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها» ملكية البلدان وتشجيعان على الشراكات على المستويات العالمية والإقليمية والقطرية لتنفيذ الاستراتيجيات التكميلية ورصدها - الفريدة في مجال صحة الأم والوليد - لتعزيز التخطيط للبرامج، وتتبع التقدم المحرز، وتبادل أفضل الممارسات (74، 75). وتهدف هذه الاستراتيجيات إلى تحسين جودة الرعاية المقدمة للنساء والمواليد، ودعم تحقيق التغطية الصحية الشاملة لتقديم خدمات شاملة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية، وصحة الأم والوليد (74، 75).



تتلقى امرأة الرعاية السابقة للولادة من قابلة في مركز ولادة في كندا. © آشلي مارستون/
الاتحاد الدولي للقابلات

كخطوة أساسية على الطريق إلى تحقيق التغطية الصحية الشاملة، تؤيد المنظمة وتدعو إلى إعادة توجيه النظم الصحية نحو الرعاية الصحية الأولية.⁹ وكما هو مُحدد في إعلان أستانا لعام 2018 (76) ومُوضح بشكل أكبر في الإطار التشغيلي للمنظمة واليونسف للرعاية الصحية الأولية لعام 2020 (77)، تمثل الرعاية الصحية الأولية الاستراتيجية الأكثر شمولاً وإنصافاً وفعالية من حيث التكلفة والكفاءة لتعزيز الصحة البدنية والنفسية ورفاه الناس، وتحقيق التغطية الصحية الشاملة. ومن بين الركائز الأساسية التي حددها الإطار التشغيلي للمنظمة واليونسف تطوير نماذج رعاية مناسبة للسياقات القطرية والمحلية، والتي تحسّن مبادئ تعزيز الخدمات الصحية المتكاملة الشاملة (77). وكحد أدنى من المتطلبات السياسية والاستراتيجية لنهج الرعاية الصحية الأولية بشأن صحة ورفاه النساء والأطفال والمراهقين، يوصي فريق الخبراء الاستراتيجي والتقني التابع للمنظمة، المعني بصحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين وتغذيتهم «بزيادة معدل وجودة زيارات الرعاية السابقة للولادة وبعدها، وتحسين الرعاية أثناء الولادة (بما في ذلك الرعاية الطارئة) المقدمة من خلال نماذج الرعاية القائمة على القبالة» (78).

وفي إطار السعي إلى توفير خدمات صحية عالية الجودة لتحسين الصحة والرفاه للجميع في سياق التغطية الصحية الشاملة، يمثل الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة استراتيجية فعّالة من حيث التكلفة لتحسين النتائج بالنسبة إلى النساء والمواليد مع الاستخدام الأدنى للتدخلات غير الضرورية (85-79). ويشير مصطلح «الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة» إلى عملية إعادة توجيه النظم الصحية بعيداً عن نموذج الرعاية السائد حالياً المُجزأ والموجه لمعالجة المخاطر إلى نموذج الرعاية القائمة على القبالة الذي تتلقى فيه النساء والمواليد، بدءاً من الفترة السابقة للحمل وحتى الفترة التالية للولادة، رعاية منصفة ومتركَزة على الأشخاص ومحترمة ومتكاملة وعالية الجودة، تقدّمها وتنسّقها القابلات العاملات ضمن فرق تعاونية متعدّدة التخصصات.

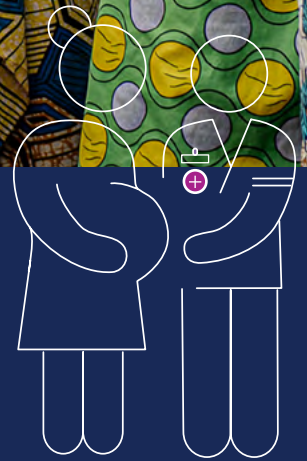
وعلى الرغم من الاهتمام المتزايد، لا يوجد تعريف دولي متفق عليه فيما يخص «نماذج الرعاية القائمة على القبالة». وتسعى ورقة الموقف العالمية هذه إلى سدّ هذا النقص من خلال تقديم تعريف دولي، ووصف المبادئ التوجيهية لنماذج الرعاية القائمة على القبالة، واستعراض مزايا اعتمادها. وبينما يشمل نطاق ممارسة القابلات جوانب أوسع نطاقاً من الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق، تُركّز هذه الوثيقة على تأثير القابلات في مجالات صحة الأم والوليد. وتُقرّ هذه الوثيقة بالدور والتأثير المهمين للقابلات في النظم الصحية، مع الاعتراف بأهمية الرعاية التعاونية والمتكاملة، حيث يساهم مختلف المهنيين معاً في تقديم خدمات صحية عالية الجودة للأم والوليد.

9 تميّز المنظمة الرعاية الصحية الأولية - وهي نهج للمجتمع ككل إزاء الصحة - عن الرعاية الأولية، وهي الاتصال الأول بالخدمات الصحية المتركَزة على الأشخاص والمستمرة والشاملة والمنسقة.

2



قابلة تدعم النساء والفتيات النازحات في مقاطعة إيتوري في جمهورية الكونغو الديمقراطية. © صندوق الأمم المتحدة للسكان في جمهورية الكونغو الديمقراطية/جونيور مايندو.



2- المصطلحات والتعاريف الرئيسية

2-1 هي القبالة؟

يقدم الإصدار الحالي/2008 من التصنيف الدولي الموحد للمهن (ISCO-08)، وهو منشور صادر عن قسم الإحصاء في منظمة العمل الدولية، التعريف التالي¹⁰ لأخصائيات القبالة (86):

تقوم أخصائيات القبالة بالتخطيط لخدمات الرعاية القائمة على القبالة وإدارتها وتقديمها وتقييمها قبل الحمل والولادة وخلالهما وبعدهما. وتقدم الرعاية عند الولادة للحد من المخاطر الصحية التي تتعرض لها النساء والمواليد وفقاً لممارسات ومعايير القبالة الحديثة، وتعملن بشكل مستقل أو ضمن فرق مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين. وقد يُجرين أبحاثاً بشأن ممارسات وإجراءات القبالة، ويُنفذن أنشطة تثقيفية في مجال القبالة في البيئات السريرية والمجتمعية.

وتستخدم منصة حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية تعاريف وتصنيفات التصنيف ISCO-08 كإطار عمل لرصد المعلومات المتعلقة بالقوى العاملة الصحية والإبلاغ عنها، وتطلب من الدول تصنيف العاملين الصحيين ضمن مجموعات مهنية محددة وفقاً لتعريف التصنيف الدولي الموحد للمهن (87). وفي بعض الدول، يوجد عاملون صحيون لديهم مؤهل مزدوج كمرمضة وقابلة، ويُشار إليهم باسم «المرمضات القابلات» (89، 88). وينبغي التمييز بين هاتين المهنتين بناءً على طبيعة العمل المُنجز، وليس على المسار التعليمي اللازم ليصبحوا ممرضات و/أو قابلات، كما هو موضح في التصنيف (86) ISCO-08:

ينبغي التمييز بين العاملين في مجال التمريض والقبالة بناءً على طبيعة العمل المُنجز فيما يتعلق بالمهام المحددة في هذا التعريف وفي تعاريف مجموعات الوحدات ذات الصلة. ولا تُعدّ المؤهلات التي يحملها الأفراد أو السائدة في البلد العامل الرئيسي في هذا التمييز، إذ تختلف ترتيبات تدريب الممرضات والقابلات اختلافاً كبيراً بين البلدان، وقد تفاوتت مع مرور الوقت داخل البلدان.

وفي ورقة الموقف العالمية هذه، يُشير مصطلح «القابلات» إلى كل من القابلات والممرضات-القابلات، شريطة أن تتوافق طبيعة العمل الذي تؤديه الممرضات-القابلات مع مهام القبالة المحددة والمدرجة في التصنيف الدولي الموحد للمهن (ISCO-08) (86). كما هو موضح في القسم التالي.

ويمكن أن تكون القابلات أفراداً من أي نوع اجتماعي.

2-2 هو العمل الذي تقوم به القابلات؟

القابلات هن العاملات الصحيات المتخصصات في دعم العمليات الصحية والفيسيولوجية لكل من النساء والمواليد على امتداد سلسلة الرعاية، بدءاً من الفترة السابقة للحمل وحتى نهاية الفترة التالية للولادة؛ واعتماداً على السياق والاحتياجات، قد تمتد الرعاية التي يقدمنها إلى ما بعد الفترة التالية للولادة.

وتمارس القابلات مهنتهن وفق فلسفة رعاية تقوم على ما يلي: (79)

- تعزيز نهج الرعاية المركزة على الأشخاص؛
- تقدير العلاقة والشراكة بين المرأة والقابلة؛
- تحسين العمليات الفسيولوجية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية؛
- استخدام التدخلات عند الحاجة إليها فقط.



وعندما يحصلن على تعليم كامل وترخيص، ويندمجن بشكل جيد في النظم الصحية ويعملن في بيئة مواتية، يمكن للقابلات - بدعم من فرق متعددة التخصصات - تلبية حوالي 90% من الاحتياجات العالمية من التدخلات الأساسية في مجالات الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق (89).

للقابلات نطاق واسع من الممارسة، يشمل ما يلي (79، 86، 90، 91):

- توفير التثقيف والمعلومات في مجال الصحة (تعزيز الصحة) للنساء والشركاء والأسر؛
- تقييم الحالة الصحية والرفاه واحتياجات النساء والأطفال؛
- الكشف عن عوامل الخطر والسلوكيات المعرضة للخطر؛
- قيادة عملية تخطيط الرعاية بالتعاون مع النساء؛
- تعزيز الحمل الفسيولوجي، والمخاض، والولادة، والفترة التالية للولادة؛
- تقديم الرعاية الأساسية للمواليد وبعض التدخلات الخاصة برعايتهم؛
- وصف الأدوية أو المنتجات وتوزيعها وإدارتها؛
- طلب الفحوصات المخبرية و/أو فحوصات التصوير وإحرازها وتفسيرها.

وتتضمن مهام القابلات المحددة، كما وردت في التصنيف الدولي الموحد للمهن (ISCO-08)، ما يلي:

- تخطيط وتوفير وتقييم خدمات الرعاية والدعم للنساء والرضع قبل الحمل والولادة وأثناءهما وبعدهما، وفقاً للممارسات والمعايير الحديثة للرعاية القائمة على القبالة؛
- تقديم المشورة للنساء والأسر، وإجراء أنشطة تثقيفية مجتمعية بشأن الصحة، والتغذية، والنظافة، والتمارين الرياضية، والولادة وخطط الطوارئ، والرضاعة الطبيعية، ورعاية الرضع، وتنظيم الأسرة ومنع الحمل، ونمط الحياة، وغيرها من المواضيع المتعلقة بالحمل والولادة؛
- تقييم التقدم المحرز أثناء الحمل والولادة، والتعامل مع المضاعفات، والتعرف على العلامات التحذيرية التي تتطلب الإحالة إلى طبيب متخصص في التوليد؛
- رصد الحالة الصحية للمواليد، والتعامل مع المضاعفات، والتعرف على العلامات التحذيرية التي تتطلب الإحالة إلى طبيب متخصص في المواليد؛
- رصد الألم والانزعاج الذي تعاني منه النساء أثناء المخاض والولادة، وتخفيف الألم باستخدام مجموعة متنوعة من العلاجات، بما في ذلك استخدام مسكنات الألم؛
- إبلاغ السلطات الحكومية بالولادات لاستيفاء المتطلبات القانونية والمهنية؛
- إجراء البحوث عن ممارسات وإجراءات القبالة ونشر النتائج، مثلاً عن طريق الأوراق والتقارير العلمية؛
- تخطيط وتنفيذ أنشطة تثقيفية بشأن القبالة في البيئات السريرية والمجتمعية (86).

والقابلات مسؤولات عن قراراتهن وأفعالهن، شريطة أن يبقى الوضع ضمن نطاق ممارستهن (91). ويتمتعن بالكفاءات اللازمة لتحليل الأوضاع، وتقييم المخاطر لدى النساء والمواليد، واتخاذ قرارات مدروسة. وهن قادرات على الكشف المبكر عن المضاعفات وتقديم التدخلات المنقذة للحياة، مثل الرعاية التوليدية ورعاية المواليد الأساسية في حالات الطوارئ. وإذا احتاجت النساء و/أو المواليد إلى رعاية أكثر تعقيداً و/أو تدخلات متخصصة تقع خارج نطاق ممارستهن، فإن القابلات يستشن ممارسين طبيين متخصصين - مثل أطباء التوليد وأطباء الأطفال و/أو أطباء التخدير - لتقديم أفضل رعاية ممكنة للنساء و/أو المواليد بشكل مشترك، كجزء من فرق متعددة التخصصات (79، 91). وإذا استقر الوضع وعاد إلى حالته الصحية، تستأنف القابلات دورهن كمقدمات للرعاية الرئيسية والمنسقة، مع الاستمرار في بذل الجهود التعاونية مع العاملين الصحيين الآخرين. وعلى امتداد سلسلة الرعاية، تكون النساء والمواليد في جوهر الرعاية، المصممة خصيصاً لتلبية احتياجاتهن. ويعمل العاملون في مجال الصحة على تشجيع مشاركة المرأة بنشاط وتمكينها من إدارة رعايتها بشكل تعاوني من خلال اتخاذ القرارات المستنيرة.

ونظراً إلى الخط الرفيع بين الحالة الصحية والمرضية خلال سلسلة الرعاية، فمن الضروري وجود ثقة مهنية، وتواصل متبادل، وتنسيق وتعاون سلسين، وفهم مشترك وتحديد للأدوار والمسؤوليات بين القابلات والعاملين الصحيين الآخرين (مثل أطباء التوليد وأطباء الأطفال والممرضات)؛ وسيضمن ذلك رعاية عالية الجودة للأمهات والمواليد تتسم بالاحترام وتركز على الأشخاص. وكلما احتاجت النساء و/أو المواليد إلى رعاية خارج نطاق ممارسة القابلات، فإن القابلات سيبلغن - بعد الحصول على موافقة المرأة - أخصائي الصحة الذي سيقدم تلك الرعاية بالمعلومات الأساسية.

ويقدم الاتحاد الدولي للقابلات أيضاً تعريفاً للقبالة ونطاق ممارستها (إطالاً 1-2). وانظروا الملحق 1 **عاطال** على فلسفة الاتحاد الدولي للقابلات بشأن الرعاية القائمة على القبالة ونموذج الرعاية القائمة على القبالة.



قابلة تتحدث مع المرضى بشأن صحة الأمهات الأساسية في دار صحة الأسرة في منطقة شيبير باميان، أفغانستان. © صندوق الأمم المتحدة للسكان

الإطار 1-2 تعريف القابلة ونطاق ممارستها، من الاتحاد الدولي للقابلات

التعريف:

«القابلة هي الشخص الذي أكمل بنجاح برنامج تعليم خاص بالقابلة على أساس الكفاءات الأساسية للاتحاد الدولي للقابلات بشأن ممارسة القابلة¹¹ وإطار المعايير العالمية للاتحاد الدولي للقابلات بشأن التعليم الخاص بالقابلة، المعترف به في البلد الذي يقع فيه؛ والذي اكتسب المؤهلات المطلوبة ليكون مسجلاً و/أو مرخصاً قانوناً لممارسة القابلة واستخدام لقب «قابلة»، والذي يثبت الكفاءة في نطاق ممارسة القابلة».

نطاق الممارسة:

تُعرف القابلة بأنها أخصائية مسؤولة وخاضعة للمساءلة، تعمل بالشراكة مع النساء لتقديم الدعم والرعاية والمشورة اللازمة أثناء الحمل والولادة والفترة التالية للولادة، وإجراء عمليات الولادة على مسؤوليتها الخاصة، وتوفير الرعاية للمولود والرضيع. وتشمل هذه الرعاية التدابير الوقائية، وتشجيع الولادة الطبيعية، واكتشاف أي مضاعفات لدى الأم والطفل، والحصول على الرعاية الطبية أو غيرها من المساعدات المناسبة، وتنفيذ تدابير الطوارئ.

وتؤدي القابلة دوراً هاماً في تقديم الاستشارة والتثقيف في مجال الصحة، ليس فقط للنساء والأشخاص المتنوعين جنسياً الذين تخدمهم، بل أيضاً داخل الأسر والمجتمعات المحلية. وينبغي أن يشمل هذا العمل التثقيف السابق للولادة والإعداد للأمومة، وقد يمتد ليشمل رعاية الصحة الجنسية والإنجابية، ورعاية الرضع والأطفال الصغار.

«يمكن للقابلة ممارسة المهنة في أي بيئة، بما في ذلك المنزل، أو المجتمع المحلي، أو المستشفى، أو العيادة، أو الوحدة الصحية.»

المصدر: الاتحاد الدولي للقابلات، 2023 (90).



طالبات في مجال القابلة في بنغلاديش. © صندوق الأمم المتحدة للسكان

11 يجري حالياً مراجعة وتحديث الكفاءات الأساسية لممارسة القابلة في الاتحاد الدولي للقابلات.



امرأة تتلقى دعماً للرضاعة الطبيعية من قابلة في الفترة التالية للولادة في أوزبكستان.
© منظمة الصحة العالمية، مالين برينج/منظمة الصحة العالمية، أوزبكستان

وتؤدي القابلات أيضاً دوراً محورياً في العديد من مجالات الرعاية الصحية الأخرى، بما في ذلك:

- تنظيم الأسرة؛
 - التحصين (التمنيع)؛
 - النمو في مرحلة الطفولة المبكرة؛
 - التدخلات التغذوية (مثل تشجيع البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية، وتقديم المشورة في محال التغذية)؛
 - الفحوصات بالموحات فوق الصوتية الخاصة بالتوليد و/أو أمراض النساء؛
 - التثقيف الصحي الوقائي، والفحص، والإدارة، والإحالة فيما يتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً؛
 - إعادة تأهيل عضلات الحوض؛
 - التثقيف الجنسي الشامل؛
 - الوقاية من العنف والاعتداء القائم على النوع الاجتماعي والكشف عنهما، ورعاية الناجيات (91).
- ووفقاً للسياقات والتشريعات، والاحتياجات المحددة في مختلف البلدان والمواقع، قد يشمل نطاق ممارسة القابلة أيضاً الرعاية الشاملة للإجهاد و/أو الفحص والتثقيف الصحي الوقائي بشأن السرطانات النسائية و/أو تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (91، 16).

ولا تقدّم القابلات عادةً جميع جوانب الخدمات الصحية المذكورة أعلاه؛ إذ تتفاوت مشاركتهن، وقد يعملن كجزء من جهود فريق متعدد التخصصات أوسع نطاقاً، إلى جانب العاملين الصحيين المجتمعيين، والممرضين، والأخصائيين الصحيين المساعدين، والمساعدات في مجال الرعاية الصحية، والمساعدات الطبيين، والممارسين الطبيين العامين أو المتخصصين. ويتيح هذا التعاون متعدد التخصصات تكاملاً سلساً للخدمات، مُصمماً خصيصاً لتلبية الاحتياجات الخاصة للنساء، وشركائهن، والمواليد، والأطفال، والمراهقين، والأسر، والمجتمعات المحلية، مما يضمن حصولهن على أشمل رعاية ممكنة في سياقات وبيئات متنوعة.

2-3 هي نماذج الرعاية القائمة على القبالة؟

تعرف المنظمة نماذج الرعاية بأنها:

تصور مفاهيمي للكيفية الواجبة لتقديم الخدمات، بما في ذلك عمليات الرعاية، وتنظيم مقدمي الخدمات، وإدارة الخدمات، مدعوم بتحديد الأدوار والمسؤوليات لمختلف المنصات ومقدمي الخدمات على امتداد مسارات الرعاية (77).

ويرد في رابطاً 2-2 تعريف نماذج الرعاية القائمة على القبالة، كما أُعدت من أجل ورقة الموقف العالمية هذه.

الإطار 2-2: نماذج الرعاية القائمة على القبالة: التعريف

نماذج الرعاية القائمة على القبالة هي نماذج رعاية يكون فيها مقدمو الرعاية الرئيسيون للنساء والمولود، بدءاً من الفترة السابقة للحمل وحتى الفترة التالية للولادة، قابلات متعلّقات ومرخصات ومنظمات، يقدمن وينسقن بشكل مستقل رعاية عالية الجودة تنسجم بالاحترام في جميع مجالات ممارستهن، باتباع نهج يتواءم مع فلسفة الرعاية القائمة على القبالة، التي:

- 1- تعزز نهجاً يركز على الأشخاص في الرعاية؛
- 2- تقدّر العلاقة والشراكة بين المرأة والقبالة؛
- 3- تحسّن العمليات الفسيولوجية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية؛
- 4- تستخدم التدخلات عند الحاجة إليها فقط.

وفي نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تقدم القابلات رعاية متكاملة، تلبّي احتياجات كل امرأة ومولود، ضمن نُظم صحية وظيفية وتمكينية مجهزة بالموارد اللازمة وعمليات مبسطة للاستشارة والإحالة. ويتعاونون ضمن شبكات رعاية كجزء من فرق متعددة التخصصات تتميز بالمساواة والثقة والاحترام. ويضمن هذا النهج حصول كل امرأة ومولود على رعاية شخصية مُصممة خصيصاً لاحتياجاتهما الصحية.

ونماذج الرعاية القائمة على القبالة قابلة للتكيف مع جميع مستويات الرعاية والسياقات، بما في ذلك البيئات المنزلية والمجتمعية والمستشفيات؛ والقطاعان العام والخاص والشراكات بين القطاعين العام والخاص؛ والبيئات ذات الموارد المحدودة؛ والسياقات الإنسانية وحالات الأزمات. ويضمن ذلك إمكانية الوصول واسع النطاق، والمساواة، والجدوى عبر مختلف السياقات الثقافية للنساء والمولود والشركاء والأسر والمجتمعات المحلية.

وتوجد مجموعة من نماذج الرعاية القائمة على القبالة وتُطبّق حول العالم (93، 92)، وذلك حسب السياق والاحتياجات. وتُعد نماذج «استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة»¹² أشهر أنواع نماذج الرعاية القائمة على القبالة. وفي هذه النماذج، تُقدّم قبالة معروفة وموثوقة، أو مجموعة صغيرة من القابلات المعروفات، الرعاية للمرأة وطفلها طوال الفترة السابقة للولادة، وأثناء الولادة، وبعدها.

وتشمل هذه الاستمرارية عملية رعاية ودعمًا نفسيًا مستمرين وداعمين أثناء الحمل والولادة وخلال الأسابيع التي تليها (94، 95)، وتضمن استمرارية شخصية (علاقية)، وطويلة، وإدارية، ومعلوماتية (رظنا 2 قفرملا)، مما يُوفّر رعاية أكثر تخصيصاً وتكاملاً (80، 96).

12 يُشار سابقاً إلى نماذج استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة باسم نماذج استمرارية الرعاية التي تقودها القبالة.

ويُشار إلى نماذج استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة غالباً باسم «القبالة القائمة على الحالات» أو «الاستمرارية التي تقودها القبالة» أو «ممارسة فريق/مجموعة القبالة» في الأدبيات (92). وقد أوصت بها المنظمة في البيئات التي تتمتع ببرامج قبالة تعمل بشكل جيد، (65، 64، 59) بناءً على مفهوم استمرارية الرعاية ونتائج الاستعراض المنهجي الذي نُشر عام 2016، والذي شمل 17 674 امرأة، معظمهن من البلدان المرتفعة الدخل، وقارن النساء اللاتي تلقين الرعاية في إطار نموذج استمرارية الرعاية التي تقدمها القبالة بمن تلقين الرعاية في إطار أحد النهج الثلاثة التالية (80).¹³

- **الرعاية التي يقدمها طبيب التوليد** - يُعد أطباء التوليد مقدم الرعاية الرئيسي لمعظم النساء الحوامل، وعندما يكون طبيب التوليد (ليس بالضرورة الشخص الذي يقدم الرعاية السابقة للولادة) موجوداً أثناء الولادة، وتقدم الممرضات الرعاية أثناء الولادة وبعدها.
- **الرعاية التي يقدمها طبيب الأسرة** - طبيب الأسرة أو الطبيب الممارس العام هو مقدم الرعاية الرئيسي، مع إحالات إلى الرعاية المتخصصة القائمة على التوليد عند الحاجة، ويتواجد الطبيب أثناء الولادة. وتقدم ممرضات التوليد أو القابلات الرعاية أثناء الولادة وما بعدها مباشرةً، لكنهن لا يشاركن في اتخاذ القرار ولا يشاركن طوال فترة الرعاية.
- **نماذج الرعاية المشتركة** - يتشارك مختلف العاملين الصحيين مسؤولية تنظيم الرعاية وتقديمها، بدءاً من أول استشارة قبل الولادة وحتى الفترة التالية للولادة (80).



قابلة تقيس ضغط دم امرأة حامل في عيادة ولادة في غواتيمالا. © الاتحاد الدولي للقابلات/كارلا مولينا

3



امراة تحمل مولودها بمساعدة قابلة في مستشفى بنادير في مقديشو، الصومال. © صندوق الأمم المتحدة للسكان/لويس تاتو

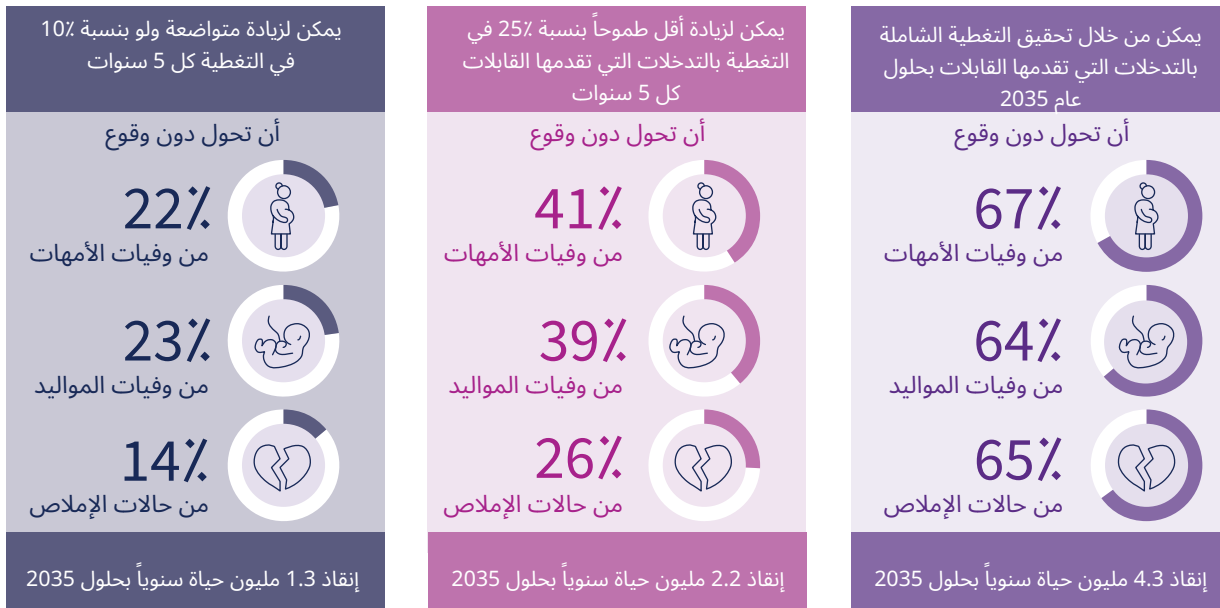


3- حدوى نماذج الرعاية القائمة على القبالة

3-1 الرعاية القائمة على القبالة تنقذ الأرواح وتحسّن صحة ورفاه النساء والمواليد والشركاء والأسر والمجتمعات المحلية

القبالات ينقذن الأرواح. يُمكن تجنّب أكثر من 60% من وفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص من خلال تحقيق التغطية الشاملة بالتدخلات التي تقدمها القبالات بحلول عام 2035، بما في ذلك توفير خدمات تنظيم الأسرة قبل الحمل¹⁴، وذلك وفقاً لدراسة نمذجة حديثة (الشكل 3-1) (97). ويمثّل ذلك إنقاذ 4.3 مليون حياة من أرواح النساء والمواليد سنوياً (97). ويمكن لزيادة متواضعة ولو بنسبة 10% في التغطية كل خمس سنوات بحلول عام 2035 أن تُنقذ 1.3 مليون حياة سنوياً (97).

الشكل 3-1 الانخفاضات المُتوقعة في وفيات الأمهات والمواليد وحالات الإملاص مع زيادة التغطية بالتدخلات التي تقدمها القبالات بحلول عام 2035



المصدر: صندوق الأمم المتحدة للسكان، 2020 (98)، مقتبس من Nove et al., 2021 (97). Reproduced with permission.

ويمكن تحسين أكثر من 50 حصيلة/مؤشرات صحية قصيرة ومتوسطة وطويلة الأجل لدى النساء والمواليد من خلال الرعاية القائمة على القبالة العالية الجودة، بما في ذلك خفض معدلات مراضة الأمهات والمواليد، مما يضمن أجيالاً مستقبلية أكثر صحة (79). ويمكن لتطبيق نماذج الرعاية القائمة على القبالة معالجة الأسباب الجذرية للنتائج الصحية السلبية للأمهات والمواليد في مختلف الفئات والبيئات، والنهوض بالصحة العامة في البلدان.

14 تجدر الإشارة إلى أن تنظيم الأسرة هو جزء من نطاق ممارسة القبالات، ولكن نماذج الرعاية القائمة على القبالة لا تغطي إلا الفترة السابقة للحمل حتى نهاية الفترة التالية للولادة.

وكشف استعراض منهجي محدث، شمل بيانات 18 533 امرأة شاركن في تجارب عشوائية، ومعظمهن من البلدان المرتفعة الدخل، أن النساء اللاتي تلقين الرعاية في ظل نموذج استمرارية الرعاية القائمة على القبالة يعشن تجربة ولادة مهبلية عفوية وتجربة ولادة إيجابية، وهن أقل عرضة للتعرض لولادة مهبلية باستخدام الأدوات، أو بضع الفرج، أو الخضوع لجراحة قيصرية مقارنة بالنساء اللاتي تلقين الرعاية التي يقدمها طبيب التوليد، أو الرعاية التي يقدمها طبيب الأسرة، أو الرعاية المقدمة في إطار نموذج مشترك للرعاية (99).

وتدعم نماذج الرعاية القائمة على القبالة العمليات الصحية والفسولوجية، ولا تستخدم التدخلات إلا عند الحاجة إليها، مما يقلل من النتائج السلبية والعبء المالي المرتبط بالإجراءات الطبية غير الضرورية. وقد أظهرت دراسات أخرى تأثيراً كبيراً لاستمرارية الرعاية القائمة على القبالة، بما في ذلك انخفاض احتمالية التدخلات الطبية غير الضرورية أثناء المخاض والولادة (101- 99، 79)، وانخفاض معدلات الجراحة القيصرية (102، 99)، وانخفاض محتمل في القلق واكتئاب ما بعد الولادة (103)، وزيادة في بدء الرضاعة الطبيعية ومدتها واستخدام وسائل تنظيم الأسرة (79). وقد تعاني النساء اللواتي يخضعن لعمليات تنشق العجان الروتينية والولادات باستخدام الأدوات، والجراحات القيصرية، واللواتي يعانين من اكتئاب ما بعد الولادة، من عواقب طبية ونفسية واجتماعية واقتصادية متوسطة إلى طويلة المدى (63، 62، 13)؛ ويمكن أن تؤثر هذه الإعاقات على حالات الحمل المستقبلية، كما قد تعرض علاقة الأم بالطفل للخطر (13). وإن استمرارية الرعاية القائمة على القبالة يمكن أن تقلل من هذه التأثيرات السلبية، والتي لها تداعيات عميقة على حياة ورفاه النساء والأسر والمجتمعات المحلية، كما تزيد بشكل كبير من التكاليف على النساء وأسرنهن وعلى النظم الصحية المضغوطة أصلاً (67).

وفي نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تتمتع القابلات بالكفاءة ويؤدي دوراً حاسماً في الوقاية من الأمراض السارية (مثل الملاريا وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً) والأمراض غير السارية (مثل اضطرابات ارتفاع ضغط الدم ومرض السكري وسرطان عنق الرحم أو الثدي ومشاكل الصحة النفسية) وفحصها واكتشافها وإدارتها لدى النساء والمواليد تحت رعايتهن. ويرتبط الحمل بزيادة شدة الأمراض المعدية، مما قد يؤدي إلى نتائج سلبية لدى النساء والأجنة والمواليد والرضع، مثل الولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة والإملاص والتشوهات الخلقية. وتعد الأمراض غير السارية السبب الرئيسي للوفاة على مستوى العالم (20) وأحد الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات في البلدان المرتفعة الدخل (7، 6، 4). وتتمتع القابلات بمكانة جيدة لتعزيز السلوكيات الصحية لدى النساء وشركائهن وأسرنهن. وتتيح الفترة السابقة للولادة والتالية للولادة فرصة سانحة لتشجيع السلوكيات الصحية والعناية الذاتية، مثل الإقلاع عن التدخين وأنواع التبغ الأخرى وتجنب التعرض للتدخين الضار، وزيادة النشاط البدني، وتقليل استهلاك الكحول، واتباع نظام غذائي صحي وسلوكيات جنسية أكثر أماناً، وتحسين الإقبال على التطعيم (104). ويمكن أن تعرض ظروف الحمل، والأحداث في المراحل المبكرة من الحياة، والتعرض للسموم البيئية أثناء وجود الجنين في الرحم، الأفراد لإعاقات مدى الحياة (25، 24)، والسمنة، وارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب، والسكري (107- 105)، مما يزيد من خطر الإصابة بالأمراض المزمنة في مراحل لاحقة من الحياة لكل من المرأة وطفلها (109- 107). وتخفف بعض التدخلات التي تقدمها الرعاية القائمة على القبالة، مثل دعم النساء للرضاعة الطبيعية الحصرية، من مخاطر إصابة النساء والمواليد بالأمراض غير السارية في مراحل لاحقة من الحياة، مما يضمن أجيالاً مستقبلية أكثر صحة. (91، 29)

3-2 الرعاية القائمة على القبالة تعمل على إضفاء الطابع الإنساني على الرعاية والاستجابة لاحتياجات المرأة

تجسد نماذج الرعاية القائمة على القبالة الالتزام بصحة المرأة وحقوقها، مع مراعاة احتياجاتها الخاصة من الصحة والرفاه وتلبيةها. وبينما تتمثل الأهداف الرئيسية للمرأة في نجاح الولادة وإنجاب طفل سليم، فإنها تقدم أيضاً تجربة حمل وولادة إيجابية تليها أو تتجاوز توقعاتها الشخصية والاجتماعية والثقافية (110). وقد حلت سلسلة مجلة لانسييت للقبالة 461 استعراضاً من استعراض كوكرين المنهجي و13 دراسة تجميعية لتحديد احتياجات جميع النساء والمواليد من النظام الصحي على امتداد سلسلة الرعاية (79).

ولُخصت هذه النتائج في «إطار الرعاية الجيدة للأم والوليد»، كما هو موضح في الشكل 2-3. وتتوقع النساء الحصول على رعاية آمنة وعالية الجودة وذات اهتمام وفردية، إلى جانب الحصول على المعلومات والدعم الكافيين (111، 79). ويُعد الحصول على رعاية محترمة وكريمة وغير تمييزية للصحة الإنجابية وصحة الأم إحدى أولويات أكثر من مليون امرأة أجريت مقابلة معهن من خلال حملة «ما تريده النساء» (112). وترغب النساء في تلقي الرعاية من العاملين الصحيين الذين يتمتعون بالاحترام والكفاءة والتعاطف والمساعدة وعدم التسرع واللطف والتفهم والرحمة (112- 79، 110). ويطمحن إلى تجربة العملية الفسيولوجية للمخاض والولادة في بيئة آمنة، بدعم من مرافقي الولادة

من اختياريهن (110). ويرغبين في الشعور بالمشاركة الفعالة في عملية اتخاذ القرار، مما يتيح لهن الشعور بالإنجاز والتحكم الشخصي (110، 111).

وتعزز نماذج الرعاية القائمة على القبالة بشكل كبير رضا النساء عن الرعاية وتجربتهن في الرعاية، بما يتماشى مع الطلب العام على رعاية عالية الجودة (99، 100). وأفادت النساء اللواتي يتلقين استمرارية الرعاية القائمة على القبالة عموماً بالمرور بتجربة أكثر إيجابية مع الرعاية وتجربة حمل وولادة أفضل (99، 100). ويزيد هذا بدوره من استمرارية الرعاية والالتزام بالعلاج والثقة في النظم الصحية، ويؤثر إيجابياً على قرارات النساء والأسر في طلب الرعاية من العاملين الصحيين المهرة (113). وفي نماذج استمرارية الرعاية القائمة على القبالة، تقدر النساء العلاقة بين المرأة والقبالة، والتي يُنظر إليها على أنها شراكة شخصية قائمة على الثقة والود (114- 119). وفي نماذج الرعاية هذه، تشارك النساء في اتخاذ القرار ويشعرن بالتمكين في اتخاذ قرارات مستنيرة (115، 118). ويشعرن كذلك بأنهن معروفات ومفهومات ومحترمت، وقد زادت ثقتهم في قدرات القابلات وكفاءتهن في تقديم الرعاية، وكذلك في قدراتهن الخاصة (120). وتمكّن نماذج الرعاية القائمة على القبالة النساء من اتخاذ قرارات صحية مستنيرة، مما يساهم في تعزيز استقلاليتهن بشكل عام في اتخاذ القرار وقدرتهن على التمتع الكامل بصحتهن وحقوقهن الجنسية والإنجابية.

الشكل 2-3 إطار الرعاية الجيدة للأمهات والمواليد: مكونات صحة الأم والوليد في نظام صحي تحتاجه النساء الحوامل والمواليد

بالنسبة إلى جميع النساء الحوامل والرضع		بالنسبة إلى النساء الحوامل والرضع الذين يعانون من مضاعفات	
فئات الممارسة	التثقيف الإعلام تعزيز الصحة*	التقييم الفحص التخطيط للرعاية †	تعزيز العمليات الطبيعية، والوقاية من المضاعفات ‡
تنظيم الرعاية	خدمات متاحة ومبسرة ومقبولة وذات نوعية جيدة - موارد كافية، وقوى عاملة كفؤة والاستمرارية والخدمات المتكاملة في المجتمع المحلي والمرافق		
القيم	الاحترام والتواصل والمعرفة المجتمعية والتفاهم رعاية مصممة خصيصاً لتلائم ظروف المرأة واحتياجاتها		
الفلسفة	تحسين العمليات البيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية؛ وتعزيز قدرات المرأة إدارة الحوامل، باستخدام التدخلات عند الحاجة إليها فقط		
مقدمو الرعاية	الممارسون الذين يجمعون بين المعرفة والمهارات السريرية والكفاءة الشخصية والثقافية تقسيم الأدوار والمسؤوليات على أساس الحاجة والكفاءات والموارد		

* تشمل الأمثلة على التثقيف والإعلام وتعزيز الصحة الترويج للتغذية الخاصة بالأمهات وتنظيم الأسرة الرضاعة الطبيعية.
† تشمل الأمثلة على التقييم والفحص والتخطيط للرعاية التخطيط للنقل إلى خدمات أخرى حسب الحاجة، وفحص الأمراض المنقولة جنسياً ومرض السكري وفيروس نقص المناعة البشرية ومقدمات الارتعاج ومشاكل الصحة النفسية وتقييم تقدم المخاض.
‡ تشمل الأمثلة على تعزيز العمليات الطبيعية والوقاية من المضاعفات الوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة البشرية من الأم إلى الطفل، وتشجيع الحركة أثناء المخاض، والرعاية السريرية والعاطفية والنفسية والاجتماعية أثناء المخاض والولادة غير المعقدة، والرعاية الفورية للمواليد، وملازمة الجلد للجلد، ودعم الرضاعة الطبيعية.
§ تشمل الأمثلة على إدارة المضاعفات في الخط الأول علاج التهابات أثناء الحمل، وإعطاء مضادات (دي) أثناء الحمل للنساء الحوامل سلبيات العامل ريسوس (Rhesus)، والتحويل الرأسي الخارجي للولادة المقعدة، والرعاية الأساسية والطائرة للتوليد والمواليد (منظمة الصحة العالمية 2009، رصد الرعاية الطارئة)، مثل إدارة حالات مقدمات الارتعاج، وفقر الدم الناتج عن نقص الحديد بعد الولادة، والتزيف بعد الولادة.
¶ ومن الأمثلة على إدارة المضاعفات الخطيرة الجراحة القيصرية النشطة والطائرة، ونقل الدم، ورعاية النساء في حالات تعدد المواليد والمضاعفات الطبية مثل فيروس نقص المناعة البشرية ومرض السكري، وخدمات رعاية المواليد الذين ولدوا قبل الأوان والمواليد الصغار بالنسبة إلى العمر الحولي والمواليد المرضى.

المصدر: Renfrew et al., 2014 (79). Reproduced with permission.

يلصلاً صنلا بلع تيسنال ةلجعب ةصاخلا ةيربرحتلا تاءارجلا تقبظ دقو .ةيملاعلا ةحصلا ةمظنم نم نويمسر نومجرتم ةقيثولا هذه ةمجرتب ماق
Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, et al. - ةقيثولا هذهل عجرمك مدختسي نأ يغبني يذلاو ،طقف ةيزيلجنلا ةغلاب
Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn

3-3 نماذج الرعاية القائمة على القبالة في بناء مجتمع أفضل وتعزيز رأس المال البشري في عالم يعوزه اليقين

لطالما أدت القابلات دوراً محورياً في المجتمعات والثقافات، وهو ما يؤكد إدراج اسم «القبالة: المعارف والمهارات والممارسات» مؤخراً في القائمة التمثيلية للتراث الثقافي غير المادي للبشرية لمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) (121).

وتسعى القابلات جاهدات إلى تهيئة بيئة تعزز حقوق النساء والمواليد في أعلى مستوى صحي ممكن، إضافة إلى حقوقهن في التعليم والحصول على المعلومات، وتحترمها وتحميها وتضمنها وتلتزم بها (122، 123). ويعزز تطبيق نماذج الرعاية القائمة على القبالة من فرص الحصول على خدمات صحة الأم والوليد في البلدان لجميع النساء والمواليد، مما يساهم في سد الثغرات الحرجة في النظام الصحي وتعزيز قدرته على تلبية احتياجات السكان. كما تسهل القابلات الوصول الشامل إلى الخدمات في مجال الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية للنساء والفتيات المراهقات والرجال والفتيان المراهقين والأسر والمجتمعات المحلية، ويمكنهن التأثير في الحد من العنف والممارسات الضارة والتمييز. ويساهمن في إحداث تغييرات إيجابية في الأعراف والتقاليد المجتمعية والثقافية والجنسانية، مما يساهم في الحفاظ على الإنتاجية الاقتصادية للمرأة ومشاركتها.

ويمكن للقابلات تقديم تدخلات منقذة للحياة للأمهات والمواليد في أوقات الأزمات (129-122). وأصبحت حالات الأزمات في العالم أكثر تواتراً وتنوعاً و/أو أطول أمداً. وفي عام 2020، أصدرت المنظمة قائمة تضم 13 تحدياً صحياً عالمياً عاجلاً للعقد المقبل، بما في ذلك هذه التحديات الأربعة: الارتقاء بالصحة في النقاش بشأن المناخ؛ وتقديم الرعاية الصحية في النزاعات والأزمات (بما في ذلك تفشي الأمراض)؛ وجعل الرعاية الصحية أكثر عدلاً (الحد من عدم المساواة)؛ والتأهب للأوبئة (130). ويمكن للقابلات ضمان استمرارية رعاية الأم والمواليد في جميع هذه الحالات. ويواصلن تقديم الرعاية القائمة على القبالة ورعاية النساء والمواليد في الظروف الصعبة، مثل مخيمات اللاجئين أو النازحين داخلياً (131، 132)، وحالات النزاع المسلح (133-138) والكوارث الطبيعية (122، 139-141)؛ ويمكن لمساعدتهن التخفيف من آثار الضغوط الشديدة التي تعاني منها النساء أثناء حالات الأزمات (142).

وفي عام 2022، خلال الفيضانات غير المسبوقة والشديدة المرتبطة بالمناخ في باكستان وبنغلاديش، واصلت القابلات تقديم الرعاية رغم انقطاع الخدمات الصحية خلال هذه الكارثة، حيث نشرت بعض القابلات في المرافق الصحية الريفية لضمان استمرارية الرعاية للمتضررات (143، 144، 129). وفي كوينزلاند، أستراليا، في عام 2011، خففت استمرارية الرعاية القائمة على القبالة من آثار الفيضانات الشديدة المفاجئة على مستويات القلق والتوتر والاكتئاب لدى النساء (142).

وخلال جائحة كوفيد-19، ازدادت مخاطر وفيات الأمهات، ودخولهن وحدة العناية المركزة، والولادة المبكرة لدى النساء الحوامل (145). وكانت القابلات في صميم برامج الاستجابة للجائحة، وساهمن بشكل كبير في ضمان استمرارية الرعاية الصحية للنساء خلال هذه الفترة (146-152)، على الرغم من ظروف العمل الصعبة للغاية، بما في ذلك نقص معدات الحماية الشخصية اللازمة لمنع انتقال العدوى (153-155). وخلال هذه الفترة غير المسبوقة، عدلت القابلات بسرعة طريقة تقديمهن للرعاية الصحية من خلال تطبيق التطبيق عن بُعد، سواء في البلدان المرتفعة الدخل أو البلدان المنخفضة الدخل (147، 149، 152، 156، 157).

3-4 الرعاية القائمة على القبالة هي تدخل فعال من حيث التكلفة مع فوائد اقتصادية محتملة طويلة الأجل

يؤدي تنفيذ نماذج الرعاية القائمة على القبالة إلى تعظيم كفاءة تخصيص الموارد، مما يضمن استثمار الأموال العامة في أكثر ممارسات رعاية صحة الأم والوليد فعالية وتأثيراً. وقد حُدِّدَت الرعاية القائمة على القبالة كأفضل استراتيجية لتعزيز مخرجات صحة الأم والوليد مع تحسين تخصيص الموارد، عند اقترانها بالرعاية القائمة على القبالة في حالة حدوث مضاعفات للأم (79، 81- 84، 99). وتؤدي استمرارية نماذج الرعاية القائمة على القبالة إلى توفير التكاليف في الفترات السابقة للولادة وأثناء الولادة، مقارنة بنماذج الرعاية الأخرى (99). وتنبع فعالية التكلفة الحالية للرعاية القائمة على القبالة من عدة عوامل، بما في ذلك:

- مدة تدريب أقصر وما يترتب على ذلك من انخفاض في النفقات التعليمية مقارنة بأطباء التوليد؛
- انخفاض التكاليف المرتبطة بالوفيات والمراضة التي يتجنبها محال القبالة، بما في ذلك الوقاية من المضاعفات الصحية طويلة المدى؛
- انخفاض النفقات أثناء الحمل والولادة والفترة التالية للولادة - ويعزى ذلك إلى قلة التدخلات الطبية، مثل الحراحت القيصرية (79، 81، 82، 99، 158، 159).

وتشير التحليلات الاقتصادية إلى أن متوسط الإنفاق لكل امرأة أقل مع الرعاية القائمة على القبالة مقارنة بالرعاية التي يقدمها الطبيب، مع توفير 182 يورو لكل امرأة في أيرلندا (160) و2262 دولاراً أمريكياً لكل امرأة في الولايات المتحدة الأمريكية بالنسبة إلى حالات الحمل منخفضة الخطورة (158). وأفاد تحليل بشأن تقليل التكلفة أنه في سويسرا، أدى الخروج المبكر بعد الولادة إلى جانب دعم التوليد المنزلي إلى توفير 1221 فرنكاً سويسرياً لكل ثنائي من الأم والرضيع (161). وفي أستراليا، كانت النفقات المرتبطة بتكاليف ممارسة التوليد الجماعية أقل بنسبة 22% من تلك الخاصة بنماذج الرعاية الأخرى (162)، مما أدى إلى توفير سنوي قدره 1394.88 دولاراً أسترالياً مقارنة بالرعاية التي يقدمها أطباء التوليد الخاصون و1935 دولاراً أسترالياً مقارنة بالرعاية العادية في المستشفيات (83). ومن الممكن لزيادة نسبة النساء المستفيدات من الرعاية القائمة على القبالة من 8.9% إلى 20% على مدى ثماني سنوات أن يوفر 4 مليارات دولار أمريكي في الولايات المتحدة الأمريكية (163).

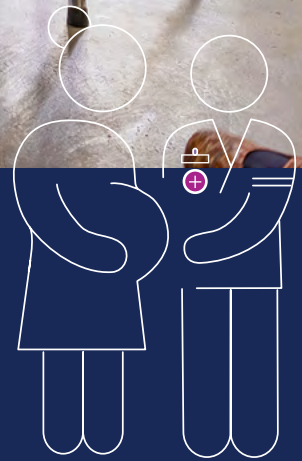
وأجري تحليل نمذجة لمحاكاة آثار توسيع نطاق الرعاية القائمة على القبالة والتوليد على التكاليف وعلى وفيات الأمهات والأجنة والمواليد في 58 بلداً من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. وخلصت الدراسة إلى أن الرعاية القائمة على القبالة، سواءً قُدِّمت بشكل منفصل أو مُدمجة مع الرعاية القائمة على التوليد، كانت أكثر فعالية من حيث التكلفة بمرتين تقريباً من الرعاية التي يقدمها أطباء التوليد وحدهم (2200 دولار أمريكي مقابل 4200 دولار أمريكي لكل حالة وفاة مُتجنبة) (81). وكانت تكلفة الوفاة المُتجنبة في أدنى مستوياتها (2100 دولار أمريكي) في السيناريوهات التي وُصفت بأنها «توسيع شامل»، والتي تتضمن الرعاية القائمة على القبالة والتوليد المتكاملة مع توسيع خدمات تنظيم الأسرة، مما أسفر عن وفورات إجمالية قدرها 2.7 مليار دولار أمريكي مقارنة بتوسيع نطاق خدمات التوليد وحدها (81). وفي المغرب، حُدِّد تحليل مقارن نسبة التكلفة إلى الفائدة بما يقارب 16 بالنسبة إلى الاستثمارات في مجال القبالة، مع التركيز فقط على الحد من وفيات الأمهات والمواليد واستبعاد الفوائد الأوسع لنماذج الرعاية القائمة على القبالة (164).

ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى القيود: فالنتائج المقدمة أعلاه قد تطبق أساليب تقييم اقتصادي غير متنسقة وتعتمد على بنية النظام الصحي داخل البلد، ونوع البيانات التي جُمعت، والعوامل التي أخذت في الاعتبار في التحليل.

4



امراة تتلقى الدعم الشامل من قابلة أثناء المخاض في مستشفى بانزي في جمهورية الكونغو الديمقراطية.
© صندوق الأمم المتحدة للسكان في جمهورية الكونغو الديمقراطية/ليزا ثائر



4- المبادئ التوجيهية لنماذج الرعاية القائمة على القبالة

صُمّمت المبادئ التوجيهية لنماذج الرعاية القائمة على القبالة، كما هو موضح في الشكل 4-1، لتلبية احتياجات النساء وطلباتهن (115، 112، 79). وتستند هذه المبادئ إلى فلسفة رعاية تحسّن العمليات الفسيولوجية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية، وتشدد على أهمية اتباع نهج مرتكز على حقوق الإنسان، قائم على شراكة وعلاقة مبنيتين على الثقة بين النساء والقابلات (167-165، 115، 79). وتقدّم القابلات، في نطاق ممارستهن، رعاية منصفة، ومركزة على الأشخاص، وشاملة، ومحترمة، وعالية الجودة، ومتكاملة، على امتداد سلسلة الرعاية، بدءاً من الفترة السابقة للحمل وحتى الفترة التالية للولادة، ضمن فرق متعددة التخصصات وشبكات الرعاية.

وتتوافق المبادئ التوجيهية مع المبادئ الأساسية للخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الأشخاص (168)، والرعاية الصحية الأولية (77)، وخطة العمل بشأن صحة المواليد واستراتيجيات القضاء على وفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها (75، 74). وتتوافق كذلك مع الشريعة الدولية لحقوق الإنسان¹⁵ (169) ومع الوثائق الرئيسية التالية، التي تُعدّ جميعها أساسية لتحقيق التغطية الصحية الشاملة والمساواة بين الجنسين: اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (170)؛ واتفاقية حقوق الطفل (171)؛ واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة (172)؛ وبرنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام 1994 (173)؛ واتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة (174).

الشكل 4-1: المبادئ التوجيهية لنماذج الرعاية القائمة على القبالة



ينبغي ان يسعى كل نموذج للرعاية قائم على القبالة إلى الاسترشاد بهذه المبادئ التوجيهية.

15 تتضمن الشريعة الدولية لحقوق الإنسان الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية.

1

المبدأ التوجيهي 1



4-1 منصفة وقائمة على حقوق الإنسان تتيح إمكانية الوصول لجميع النساء والمواليد

في نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تكون الرعاية المقدمة للنساء والمواليد منصفة ومتاحة لجميع النساء والمواليد. وفي جميع الظروف وبغض النظر عن حالة الخطر، تُتاح للنساء والمواليد فرصة متكافئة لتلقي الرعاية القائمة على القبالة المراعية للثقافة وغير التمييزية والمصممة خصيصاً لتلبية احتياجاتهم، دون تكبد ضائقة مالية (79، 112، 175). وتقرّب نماذج الرعاية القائمة على القبالة الخدمات الصحية من الأماكن التي تعيش فيها النساء والمواليد والأسر (مثل الرعاية المنزلية أو المجتمعية)، مما يسهل حصول الجميع على الرعاية في الوقت المناسب. وتخفف الرعاية القائمة على القبالة من أوجه عدم التكافؤ وعدم المساواة والحرمان الاجتماعي (94، 176- 179).

وتؤدي القابلات دوراً هاماً في النهوض بحقوق الإنسان، ولا سيما حقوق النساء والمواليد (180). وتعمل القابلات على حماية الحق في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه والحق في التعليم والحصول على المعلومات (170). وتعمل القابلات أيضاً على تعزيز الوصول إلى الخدمات الصحية، ويؤدي دوراً محورياً في الدفاع عن الحقوق الجنسية والإنجابية للمرأة، وهن شريكات مهمات في تعزيز المساواة بين الجنسين. ويقدمن رعاية محترمة وغير تمييزية، ويدعمن النساء في اتخاذ قرارات مستنيرة فيما يتعلق بصحتهن ورفاههن، ويلتزمّن بتهيئة بيئات مواتية لإعمال حقوق النساء والمواليد (180).



قابلة تقيس درجة حرارة مولود في مستشفى بنادير في مقديشو، الصومال.
© صندوق الأمم المتحدة للسكان/لويس تاتو



المبدأ التوجيهي 2

4-2 رعاية تركز على الأشخاص وتحترمهم وتشجع على إرسال علاقة وشراكة مبنيتين على الثقة

تقع النساء والمواليد في صميم الرعاية القائمة على القبالة (92، 155). وفي نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تبني النساء علاقة وشراكة شخصيتين قويتين وموثقتين وإيجابيتين مع قابلاتهن أو قابلاتهن (114- 119). وتلقى النساء والمواليد رعاية مصممة، وفق تفضيلاتهن واحتياجاتهن وقيمهن. وتقدر النساء تجربة استمرارية الرعاية التي تتلقاها من قابلة موثوقة ومألوفة تكون مطلعة على تاريخها الطبي والنفسي والاجتماعي (94، 95، 115، 181)، إذ تعزز العلاقة الآمنة والموثوقة بين القابلات والنساء (94، 115، 120، 175، 182).

وفي نماذج الرعاية القائمة على القبالة، يُتاح للنساء إجراء تخطيط تعاوني لرعايتهن من خلال اتخاذ قرارات مستنيرة ويشاركن بشكل كامل في تصميم وتنفيذ ورصد الخدمات الصحية التي يتلقينها، وبالتالي يتحكمن في صحتهن ورفاههن (77، 85، 166، 175). ويحصلن على الاحترام والاستماع والتفهم (183). ويتلقين أيضاً تعليمًا صحيًا مراعيًا للثقافة بشأن الرعاية الذاتية، وتُدعم قدرتهن الداخلية على الصمود واستقلاليتهن، مما يعزز قدرات النساء على رعاية أنفسهن وأقاربهن (79، 183). وفي نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تشعر النساء بأنهن مسموعات ومشاركات بفعالية في عملية اتخاذ القرار، مما يحسّن من قدرتهن على طلب المساعدة في الوقت المناسب (94، 115، 120، 175، 182). ويمكن لهذا الأمر بدوره أن يخفف من مشاعر القلق والتوتر ويحسن تنسيق الرعاية ويعزز السلامة (94، 95، 103، 115، 181، 182).

وفي نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تتلقى النساء والمواليد رعاية محترمة من القابلات، مما يحافظ على كرامة النساء وخصوصيتهن وسريتهن؛ ويضمن عدم تعرضهن للضرر والعنف والتمييز وسوء المعاملة؛ ويتيح لهن الاختيار المستنير والدعم المستمر على امتداد سلسلة الرعاية، من الفترة السابقة للحمل وحتى نهاية الفترة التالية للولادة.

ويستفيد كذلك الشركاء والرجال والفتيان المراهقون والأسر والمجتمعات المحلية من الرعاية القائمة على القبالة، وذلك أساساً من خلال مبادرات تعزيز الصحة والتعليم والرعاية الوقائية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية وصحة الأم والوليد والطفل والمراهق (184). وقد ارتبطت مشاركة الرجال والفتيان المراهقين بتحسين تقديم الرعاية الصحية؛ وتحسين ممارسات الرعاية في المنزل، مثل الرضاعة الطبيعية؛ وزيادة التواصل بين الأزواج؛ واتخاذ القرارات المنصفة لصحة الأمهات والمواليد (184- 186)؛ وهناك حاجة إلى مزيد من البحوث في هذه المجالات. وتتواصل القابلات مع الشركاء أثناء الحمل والمخاض والولادة والفترة التالية للولادة، مع الحفاظ على استقلالية النساء في اتخاذ القرار وقدرتهن على التمتع الكامل بالصحة والحقوق الجنسية والإنجابية بمنأى عن الإكراه (184). وخلال سلسلة الرعاية من الفترة السابقة للحمل وحتى نهاية الفترة التالية للولادة، تدعم القابلات آباء وأمهات المستقبل في انتقالهم إلى مرحلة الأبوة والأمومة وتساعدنهم على بناء مهاراتهم الأبوية والأمومة. وفي حالة فقدان الجنين في الفترة المحيطة بالولادة، مثل الإجهاض أو الإملاص أو وفاة المواليد، تساهم القابلات بالتعاون مع عاملين صحيين آخرين في تقديم الرعاية في حالات فقد الجنين إلى المرأة وشريكها بناءً على احتياجاتهما الفردية (187).

3

المبدأ التوجيهي 3



4-3 عالية الجودة تتواءم مع فلسفة الرعاية القائمة على القبالة

في نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تتلقى النساء والمواليد الرعاية التي تقوم على أساس فلسفة وقيم القبالة التي تعزز نهج الرعاية المتركزة على الأشخاص؛ وتقدر العلاقة والشرابة بين المرأة والقبالة؛ وتحسن العمليات الفسيولوجية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية؛ ولا تستخدم التدخلات إلا عند الحاجة إليها. وتعتبر فلسفة الرعاية القائمة على القبالة الحمل والمخاض والولادة والفترة التالية للولادة عمليات فسيولوجية طبيعية خالية من المضاعفات الشديدة لغالبية النساء والمواليد؛ وتركز أيضاً على جوانب الرعاية التي تعزز الصحة بدلاً من التركيز فقط على تجنب الضرر والأحداث الضارة (59). وعندما تحدّد القابلات المضاعفات، تعمل على تيسير الوصول إلى الخدمات المتخصصة وفقاً لاحتياجات كل امرأة ومولود. ويضمن ذلك اتباع نهج رعاية متركز على الأشخاص، ومصمّم ليلئم الظروف الفريدة لكل امرأة ومولود وأسرة.

وفي نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تتلقى النساء والمواليد رعاية أخلاقية وعالية الجودة. وتلتزم القابلات بمدونة أخلاقيات تدعمهن في الالتزام بمعايير السلوك الأخلاقي في ممارستهن. وتزوّد النساء والمواليد بالرعاية القائمة على القبالة التي تتسم بالمساواة (المبدأ التوجيهي 1) وترتكز على الأشخاص (المبدأ التوجيهي 2)، بل وتكون أيضاً آمنة وفعالة ومناسبة التوقيت وكفؤة ومتكاملة (المبدأ التوجيهي 5). وتستخدم القابلات أفضل وأحدث الأدلة المتاحة المستمدة من الأبحاث الدقيقة لتوفير رعاية عالية الجودة قائمة على الأدلة للنساء ومواليدهن. ويحسن تطبيق الممارسة القائمة على الأدلة من جودة الرعاية والنتائج والسلامة بالنسبة إلى النساء والمواليد، ويقلل من التكاليف (188). ويزيد كذلك من الرضا الوظيفي بين القابلات ويعزز التطوير المهني (188). ولاستحداث ممارسات القبالة القائمة على الأدلة، تُمنح القابلات الفرصة لتطوير المعرفة العلمية في مجال خبراتهن وقيادة البحوث في مجال القبالة. وتستفيد القابلات أيضاً من الصحة المحمولة/الإلكترونية (mHealth/eHealth)، بما في ذلك الذكاء الاصطناعي، حسب الاقتضاء، مما يحسن إنتاجيتهن وبالتالي حضورهن (189).

4



المبدأ التوجيهي 4

4-4 مقدمة ومنسقة من قابلات مستقلات ومتعلقات ومنظمات ومدعومات، في جميع الأماكن وعلى جميع مستويات النظام الصحي

في نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تتلقى النساء والمواليد الرعاية من القابلات اللاتي يعملن كمقدمات رئيسيات للرعاية الصحية وكبوابات الدخول إلى الرعاية الخاصة بالأمهات والمواليد. وتقدم القابلات الرعاية التي تقع في نطاق ممارستهن وتنسّقنها، من خلال اتخاذ القرارات المشتركة مع النساء والأسر، على امتداد سلسلة الرعاية، من الفترة السابقة للحمل وحتى نهاية الفترة التالية للولادة، على جميع مستويات النظام الصحي. وبفضل مجموعة معارفهن وكفاءاتهن الفريدة من نوعها، تكون القابلات المتعلقات والمنظمات والمرخصات مؤهلات على أحسن وجه لتقديم الرعاية القائمة على القبالة العالية الجودة والأخلاقية عبر النطاق الكامل لممارسة القبالة للنساء والمواليد على امتداد سلسلة الرعاية. وبعد الحصول على موافقة مستنيرة من النساء و/أو آباء وأمهات المواليد، تتخذ القابلات قرارات مستقلة ضمن نطاق ممارستهن مما يجعلهن مسؤولات عن قراراتهن وأفعالهن كممارسات مستقلات. وتتيح الرعاية القائمة على القبالة للقابلات، عند توفيرها باستمرار، العمل على طول السلسلة الكاملة للرعاية وعبر النطاق الكامل لممارستهن، ويمكنهن في هذه العملية تحسين كفاءاتهن في تحديد احتياجات النساء وتطوير نهجهن في تقديم الرعاية لمختلف الأفراد (120).

ونماذج الرعاية القائمة على القبالة قابلة للتكيف مع جميع مستويات الرعاية والسياقات، بما فيها البيئات المنزلية والمجتمعية والمستشفيات؛ والقطاع العام والخاص والشراكات بين القطاعين العام والخاص؛ والبيئات ذات الموارد المحدودة؛ والسياقات الإنسانية وحالات الأزمات. ويمكن للقابلات العمل عبر مستويات الرعاية الأولية والثانوية والثالثية حيث يمكنهن إدارة و/أو المساهمة في تقديم الرعاية القائمة على القبالة ضمن فريق متعدد التخصصات. ويسهل نطاق ممارسة القابلات قدرتهن على مواصلة تقديم الرعاية للنساء والمواليد أثناء تنقلهم عبر النظام الصحي، بناءً على احتياجاتهم من الرعاية - على سبيل المثال، من الرعاية الأولية إلى الرعاية الثانوية والعودة مجدداً. ويضمن ذلك إمكانية الوصول إلى الرعاية على نطاق واسع، وتحقيق المساواة والجدوى في الرعاية عبر السياقات الثقافية المختلفة للنساء والمواليد والشركاء والأسر والمجتمعات المحلية (94، 95).

ولتوفير رعاية عالية الجودة، يجب دعم القابلات واحترامهن ودمجهن في نظام صحي فعال. ويجب أن يعملن في بيئة آمنة وداعمة وخالية من التمييز والعنف والمضايقة القائمة على النوع الاجتماعي. وينبغي أن تُكفل لهن ظروف عمل لائقة مع إمكانية الحصول على الموارد الأساسية الكافية، بما فيها المياه والصرف الصحي والكهرباء والإمدادات، مثل السلع المنقذة للأرواح (190).

5

المبدأ التوجيهي 5



4-5 متكاملة مقدمة ضمن فرق متعددة التخصصات في شبكات الرعاية

إن التعاون الوثيق مع العاملين الصحيين والاجتماعيين الآخرين، مدعوماً بآليات قوية للتشاور والإحالة، أمر مطلوب وحاسم لتقديم خدمات عالية الجودة في إطار التغطية الصحية الشاملة (192، 191، 168، 77). وتعمل نماذج الرعاية التي تتمحور حول فرق متعددة التخصصات، والتي تشمل مجموعة من المهارات ونطاقات الممارسة المثلى، على تحسين إنتاجية القوى العاملة مع الاستجابة بكفاءة للاحتياجات المتنوعة للسكان والمجتمعات المحلية (189).

وكون القابلات المقدّم الرئيسي للرعاية بالنسبة إلى الأمهات والمواليد وعملهن باستقلالية مهنية لا يعني أنهن يعملن بمفردهن، ففي نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تكون القابلات أعضاء في فرق متعددة التخصصات، من خلال شبكات الرعاية، داخل النظم الصحية التي توفر آليات فعالة للتشاور والإحالة. ويمثل هذا النهج التعاوني والمتكامل للرعاية استراتيجية فعالة للحد من وفيات ومراضة النساء والمواليد مع كونه فعالاً من حيث التكلفة (81-79). وهو يضمن الاستمرارية الشخصية والطولية والإدارية والمعلوماتية (الملحق 2). ويتطلب هذا التعاون توضيح الأدوار والاتفاقات بين المهنيين داخل القطاعات وفيما بينها؛ ووجود استراتيجيات ومسارات إحالة واضحة؛ والتخطيط لرعاية فردية ومكيفة حسب الحاجة؛ وإدارة حالات النساء والمواليد ذوي الاحتياجات المعقدة؛ ووجود سجلات رعاية مشتركة ومتزامنة؛ ووجود بروتوكولات سريرية موحدة في جميع أماكن الرعاية (175).

وتتعاون القابلات وتنسق مع مجموعة واسعة من العاملين الصحيين الآخرين: أطباء التوليد، وأطباء الأطفال، وأطباء المواليد، وأطباء التخدير، والأطباء النفسيين، والأطباء الممارسون في مجال الطب العام، والممرضات، والمساعدون في الرعاية الصحية مثل المساعدين في مجال التوليد، والمهنيون المساعدون، والأخصائيون النفسيون، والأخصائيون في مجال التغذية، والأخصائيون في مجال الحمية، والصيادلة، والأخصائيون في العلاج الطبيعي، والأخصائيون الاجتماعيون، وغيرهم من العاملين في مجالي الصحة والرعاية. ويستند هذا العمل الجماعي إلى علاقات مستمرة من الثقة المتبادلة والاحترام والتواصل الإيجابي المنتظم والممارسة التعاونية واتخاذ القرارات المستنيرة والقيادة الفعالة والإشراف والإرشاد الداعمين، داخل المرافق الصحية ومستويات الرعاية وفيما بينها (195-193). وتضمن شبكات الرعاية أيضاً الاستمرارية الطولية والمعلوماتية (الملحق 2) مع العاملين الصحيين الآخرين الذين يقدمون الرعاية للنساء والمواليد ذوي المشاكل الصحية التي لا تتصل بالحمل و/أو الذين يقدمون لهم الرعاية قبل الحمل وفي الفترة التالية للولادة.

وفي نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تتواصل القابلات والعاملون الصحيون الآخرون من خلال شبكات وظيفية للرعاية، تعزز تبادل المعلومات والتعلم التعاوني (194، 193). وتمكّن الشبكات التي تتضمن التعاون الوثيق والتنسيق والشراكة القائمة على الثقة، العاملين الصحيين الآخرين - بمن فيهم أطباء التوليد وأطباء الأطفال والممرضات والممرضون والممارسون في مجال الطب العام والعاملون الصحيون المجتمعيون - من فهم الإمكانيات الكاملة لممارسة القبالة ونطاقها ودعم تنفيذ نماذج الرعاية القائمة على القبالة. وتسهل كذلك على القبالة مواصلة تقديم الرعاية القائمة على القبالة في حالة حدوث مضاعفات تتطلب رعاية أكثر تعقيداً. وعندما تحتاج النساء أو المواليد إلى رعاية متخصصة، ينسق الأطباء المتخصصون الرعاية ويعملون في تعاون مع القابلات. ويقلل ذلك من خطر الرعاية المجزأة ويضمن استمرار تلقي النساء والمواليد الرعاية القائمة على القبالة المتخصصة. ويمكن تكييف الرعاية مع مستوى التعقيد الذي تتصف به حالتهم في جميع الأماكن وعلى جميع مستويات النظام الصحي (175).

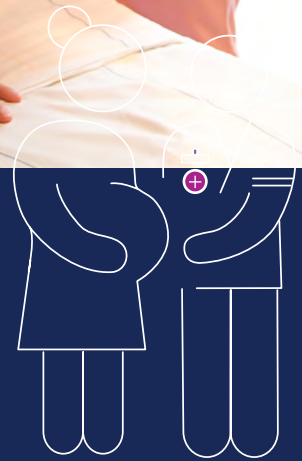


امراة حامل تخضع لفحص بالموجات فوق الصوتية، تجرته قابلة باستخدام تكنولوجيا الموجات فوق الصوتية المحمولة في مستشفى نتيمازو الفرعي من المستوى الرابع في كيهانشا، مقاطعة ميغوري، كينيا. © صندوق الأمم المتحدة للسكان في كينيا

5



امرأة حامل، مرتكزة على يديها وركبتيها، تتلقى الدعم من القابلات أثناء المخاض في اليابان. © الاتحاد الدولي للقابلات/ نوريكو هياشي



5- الخاتمة

تقدم هذه الوثيقة تعريفاً دولياً لنماذج الرعاية القائمة على القبالة، وتثبت أهميتها البرمجية وتحدد المبادئ التوجيهية الأساسية المدمجة ضمن المكونات الرئيسية للرعاية الصحية الأولية.

وفي نماذج الرعاية القائمة على القبالة، تعمل القابلات كمقدم رئيسي للرعاية الصحية للنساء والمواليد في جميع مراحل استمرارية الرعاية بدءاً من الفترة السابقة للحمل، وبما يشمل الحمل والمخاض والولادة والفترة التالية للولادة. ويوفرن وينسقن، في نطاق ممارستهن، رعاية صحية منصفة ومتمركزة على الأشخاص وعالية الجودة للأمهات والمواليد، وذلك باستخدام نهج يتماشى مع فلسفة القبالة القائمة على الرعاية. وفي حين تعمل القابلات بشكل مستقل ضمن نطاق ممارستهن، فهن يتعاونن كأعضاء في فرق متعددة التخصصات، ضمن شبكات الرعاية، لضمان توفير رعاية مستمرة ومتكاملة وتعاونية تتسم بالاحترام والفعالية من حيث التكلفة.

والرعاية القائمة على القبالة العالية الجودة تنقذ الأرواح ويمكن أن تعزز أكثر من 50 هدف من أهداف الصحة والرفاه، في حين أن الرعاية المستمرة التي تقدمها القابلات تحسن الرضا عن الرعاية وتجربة الرعاية بالنسبة إلى النساء والشركاء والأسر والمجتمعات المحلية. ويمثل الانتقال إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة حلاً فعالاً من حيث التكلفة وضرورياً لإنقاذ وتحسين حياة النساء والمواليد ورفاههم على مستوى العالم، مع احترام حقوق الإنسان. وتُستمد الأدلة المتوفرة على نماذج الرعاية القائمة على القبالة بشكل رئيسي من البلدان المرتفعة الدخل، مما يبرز الحاجة إلى إجراء بحوث تنفيذية عن هذا الموضوع في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل من أجل مواصلة تنمية قاعدة الأدلة. ولتيسير اعتماد نماذج الرعاية القائمة على القبالة في البلدان، يجري حالياً إعداد وثيقة إرشادية مفصلة لتنفيذ نماذج الرعاية القائمة على القبالة، بما في ذلك دراسات الحالة، لترافق ورقة الموقف العالمية هذه. وستدعم هذه الوثائق البلدان أثناء انتقالها التدريجي إلى نماذج الرعاية القائمة على القبالة التي تتكيف مع سياقاتها الفريدة، وستساهم بالتالي في تحقيق التغطية الصحية الشاملة وأهداف التنمية المستدامة، وستحسن في نهاية المطاف حياة سكانها ورفاههم.

6- المراجع¹⁶

- 1- فريق الأمم المتحدة المشترك بين الوكالات المعني بتقدير وفيات الأمومة. الاتجاهات المتعلقة بوفيات الأمهات من عام 2000 إلى عام 2020: 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. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023. (<https://www.who.int/ar/publications/i/item/9789240069251>) الترخيص CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 2- Graham W, Woodd S, Byass P, Filippi V, Gon G, Virgo S et al. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. *Lancet*. 2016;388(10056):2164–75 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31533-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31533-1)).
- 3- دليل إدماج الصحة النفسية في الفترة المحيطة بالولادة ضمن خدمات صحة الأم والطفل. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2022. (<https://iris.who.int/handle/10665/362880>) الترخيص CC BY-NC-SA 3.0 IGO (بالإنكليزية).
- 4- Knight M. The findings of the MBRRACE-UK confidential enquiry into Maternal Deaths and Morbidity. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2019;29(1):21–3 (<https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2018.12.003>).
- 5- Chin K, Wendt A, Bennett IM, Bhat A. Suicide and maternal mortality. *Curr Psychiatry Rep*. 2022;24(4):239–75 (<https://doi.org/10.1007/s11920-022-01334-3>).
- 6- Diguisto C, Saucedo M, Kallianidis A, Bloemenkamp K, Bødker B, Buoncristiano M et al. Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population based study. *BMJ*. 2022;379:e070621 (<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070621>).
- 7- Santé publique France. Les morts maternelles en France: mieux comprendre pour mieux prévenir. 7e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM), 2016–2018. Saint-Maurice: Santé Publique France; 2024, p. 232. Report No.: 7. (<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculairecerebral/maladies-vasculaires-de-la-grossesse/documents/enquetes-etudes/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir-7e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>).
- 8- Miller S, Belizán JM. The true cost of maternal death: individual tragedy impacts family, community and nations. *Reprod Health*. 2015;12:56 (<https://doi.org/10.1186/s12978-015-0046-3>).
- 9- National Research Council (US) Committee on Population, Reed HE, Koblinsky MA, Mosley WH. Evidence on the consequences of maternal mortality. In: The consequences of maternal morbidity and maternal mortality: report of a workshop. National Academies Press (US); 2000 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225436/>).
- 10- Vogel J, Souza J, Mori R, Morisaki N, Lumbiganon P, Laopaiboon M et al. Maternal complications and perinatal mortality: findings of the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2014;121(Suppl 1):76–88 (<https://doi.org/10.1111/1471-0528.12633>).
- 11- Geller SE, Koch AR, Garland CE, MacDonald EJ, Storey F, Lawton B. A global view of severe maternal morbidity: moving beyond maternal mortality. *Reprod Health*. 2018;15(Suppl 1):98 (<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0527-2>).
- 12- Gon G, Leite A, Calvert C, Woodd S, Graham WJ, Filippi V. The frequency of maternal morbidity: A systematic review of systematic reviews. *Int J Gynaecol Obstet*. 2018;141(Suppl 1):20–38 (<https://doi.org/10.1002/ijgo.12468>).
- 13- Vogel JP, Jung J, Lavin T, Simpson G, Kluwigant D, Abalos E et al. Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: a systematic analysis of the burden, recommended practices, and a way forward. *Lancet Glob Health*. 2024;12(2):e317–30 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00454-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00454-0)).
- 14- Akhter S. Maternal morbidity: the lifelong experience of survivors. *Lancet Glob Health*. 2024;12(2):e188–9 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(23\)00553-3](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(23)00553-3)).
- 15- World family planning 2022: meeting the changing needs for family planning: contraceptive use by age and method. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2022 (UN DESA/POP/2022/TR/No. 4; <https://desapublications.un.org/publications/world-family-planning-2022-meeting-changing-needs-family-planning-contraceptive-use>).

- 16- مبادئ توجيهية بشأن الرعاية المتعلقة بالإجهاض. منظمة الصحة العالمية: (https://iris.who.int/handle/10665/366402) 2022. الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 17- Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1152–61 (https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30315-6).
- 18- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014;2(6):e323–33 (https://doi.org/10.1016/s2214-109x(14)70227-x).
- 19- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Levels and trends in child mortality: report 2023, estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund; 2024 (https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality-2024/).
- 20- تقديرات الصحة العالمية: متوسط العمر المتوقع والأسباب الرئيسية للوفاة والإعاقة. في: المرصد الصحي العالمي [الموقع الإلكتروني]. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024 (https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates). (بالإنكليزية)
- 21- Ohuma EO, Moller AB, Bradley E, Chakwera S, Hussain-Alkhateeb L, Lewin A et al. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. *Lancet*. 2023;402(10409):1261–71 (https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)00878-4).
- 22- Okwaraji YB, Krasevec J, Bradley E, Conkle J, Stevens GA, Gatica-Domínguez G et al. National, regional, and global estimates of low birthweight in 2020, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet*. 2024;403(10431):1071–80 (https://doi.org/10.1016/s01406736(23)01198-4).
- 23- Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health*. 2022;6(2):106–15 (https://doi.org/10.1016/s2352-4642(21)00311-4).
- 24- البقاء على قيد الحياة والازدهار: تحويل الرعاية لكل مولود صغير ومريض. منظمة الصحة العالمية؛ 2019 (https://iris.who.int/handle/10665/326495). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IG. (بالإنكليزية)
- 25- منظمة الصحة العالمية، الشراكة من أجل صحة الأم والوليد والطفل، منظمة الأمم المتحدة للطفولة، صندوق الأمم المتحدة للسكان. الولادة المبكرة جداً: عقد من العمل بشأن الولادة المبكرة. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ (https://iris.who.int/handle/10665/367620). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 26- Barker DJP. The origins of the developmental origins theory. *J Intern Med*. 2007;261(5):412–7 (https://doi.org/10.1111/j.13652796.2007.01809.x).
- 27- Watkins DA, Msemburi WT, Pickersgill SJ, Kawakatsu Y, Gheorghe A, Dain K et al. NCD Countdown 2030: efficient pathways and strategic investments to accelerate progress towards the Sustainable Development Goal target 3.4 in low-income and middleincome countries. *Lancet*. 2022;399(10331):1266–78 (https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)02347-3).
- 28- Hanson MA, Gluckman PD. Early developmental conditioning of later health and disease: physiology or pathophysiology? *Physiol Rev*. 2014;94(4):1027–76 (https://doi.org/10.1152/physrev.00029.2013).
- 29- NEOVITA Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health*. 2016;4(4):e266–75 (https://doi.org/10.1016/s2214-109x(16)00040-1).
- 30- Breastfeeding. In: UNICEF DATA [website]. New York: United Nations Children's Fund; 2023 (https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/, accessed 19 October 2023).
- 31- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Never forgotten: the situation of stillbirth around the globe. New York: United Nations Children's Fund; 2023 (https://data.unicef.org/resources/never-forgotten-stillbirth-estimatesreport/).
- 32- حالة عدم المساواة: الصحة الإنجابية، وصحة الأم والوليد والطفل. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ (https://iris.who.int/handle/10665/164590). 2015 (بالإنكليزية)
- 33- Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N et al. Adding it up: investing in sexual and reproductive health 2019. New York: Guttmacher Institute; 2020 (https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexualreproductive-health-2019).

- 34 تسريع العمل العالمي من أجل صحة المراهقين: إرشادات لدعم التنفيذ في البلدان. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2023. <https://iris.who.int/handle/10665/373300> (بالإنكليزية) CC BY-NC-SA 3.0 IGO. الترخيص: (بالإنكليزية)
- 35 Global humanitarian overview 2024. Geneva and New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2023 (<https://doi.org/10.18356/9789213587089>).
- 36 Global Report 2022. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2022 (<https://reporting.unhcr.org/globalreport-2022>).
- 37 Bendavid E, Boerma T, Akseer N, Langer A, Malembaka EB, Okiro EA et al. The effects of armed conflict on the health of women and children. *Lancet*. 2021;397(10273):522–32 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00131-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00131-8)).
- 38 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 systems and enabling environments. *BMJ Glob Health*. 2022;7(1):e006872 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006872>).
- 39 Jawad M, Hone T, Vamos EP, Cetorelli V, Millett C. Implications of armed conflict for maternal and child health: a regression analysis of data from 181 countries for 2000–2019. *PLoS Med*. 2021;18(9):e1003810 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003810>).
- 40 Global humanitarian overview 2023. Geneva and New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2022 (<https://doi.org/10.18356/9789210024136>).
- 41 Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*. 2016;388(10056):2176–92 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)).
- 42 Maternal and newborn health coverage. In: UNICEF Data [website]. New York: United Nations Children's Fund; 2022 (<https://data.unicef.org/resources/dataset/maternal-newborn-health/>, accessed 20 April 2024).
- 43 Ahmed S, Anastasi E, Laski L. Double burden of tragedy: stillbirth and obstetric fistula. *Lancet Glob Health*. 2016;4(2):e80–2 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00290-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00290-9)).
- 44 Kruk ME, Gage AD, Joseph NT, Danaei G, García-Saisó S, Salomon JA. Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*. 2018;392(10160):2203–12 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)).
- 45 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 Med*. 2015;12(6):e1001847 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>).
- 46 Bohren MA, Iyer A, Barros AJD, Williams CR, Hazfiarini A, Arroyave L et al. Towards a better tomorrow: addressing intersectional gender power relations to eradicate inequities in maternal health. *eClinicalMedicine*. 2024;67:102180 (<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102180>).
- 47 معايير النهوض بحودة الرعاية للأم والوليد في المرافق الصحية. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016. <https://iris.who.int/handle/10665/249155> (بالإنكليزية)
- 48 Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health*. 2014;11(1):71 (<https://doi.org/10.1186/17424755-11-71>).
- 49 O'Neil S, Naeve K, Ved R. An examination of the maternal health quality of care landscape in India. Cambridge, USA: Mathematica Policy Research; 2017 (<https://www.mathematica.org/publications/an-examination-of-the-maternal-health-quality-of-carelandscape-in-india>).
- 50 Khalil M, Carasso KB, Kabakian-Khasholian T. Exposing obstetric violence in the Eastern Mediterranean region: a review of women's narratives of disrespect and abuse in childbirth. *Front Glob Womens Health*. 2022;3:850796 (<https://doi.org/10.3389/fghw.2022.850796>).
- 51 Limmer CM, Stoll K, Vedam S, Leinweber J, Gross MM. Measuring disrespect and abuse during childbirth in a high-resource country: development and validation of a German self-report tool. *Midwifery*. 2023;126:103809 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103809>).

- Schroll AM, Kjærgaard H, Midtgaard J. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:74 (<https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-74>). -52
- Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE). Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical. Report No. 2018-06-26-SAN-034. Paris: HCE; 2018, p. 164 (https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf). -53
- Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*. 2014;384(9948):e42-4 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60859-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60859-x)). -54
- Sacks E. Defining disrespect and abuse of newborns: a review of the evidence and an expanded typology of respectful maternity care. *Reprod Health*. 2017;14(1):66 (<https://doi.org/10.1186/s12978-017-0326-1>). -55
- Afulani PA, Phillips B, Aborigo RA, Moyer CA. Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1):e96-109 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30403-0](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30403-0)). -56
- Downe S. Focusing on what works for person-centred maternity care. *Lancet Glob Health*. 2019;7(1):e10-1 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30544-8](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30544-8)). -57
- 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 Health*. 2021;6(4):e004698 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004698>). -58
- توصيات منظمة الصحة العالمية: رعاية الحامل أثناء الولادة لكي تخوض تجربة إيجابية عند وضع مولودها. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018. الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>). (بالإنكليزية) -59
- Fawke J, Wyllie J, Udaeta E, Rüdiger M, Ersdal H, Wright MD et al. Suctioning of clear amniotic fluid at birth: a systematic review. *Resusc Plus*. 2022;12:100298 (<https://doi.org/10.1016/j.resplu.2022.100298>). -60
- Souza J, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Med*. 2010;8:71 (<https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-71>). -61
- Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD000081 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>). -62
- Belghiti J, Kayem G, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaux C. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. *BMJ Open*. 2011;1(2):e000514 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000514>). -63
- توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن رعاية الحامل قبل الولادة لكي تخوض تجربة حمل إيجابية. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>). (بالإنكليزية) -64
- توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن رعاية الأم والوليد من أجل تجربة إيجابية بعد الولادة. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2022. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352658>). (بالإنكليزية) -65
- Sandall J, Tribe RM, Avery L, Mola G, Visser GH, Homer CS et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet*. 2018;392(10155):1349-57 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31930-5)). -66
- Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. *Health Systems Financing*. World Health Report 2010, Background Paper No. 30. Geneva: World Health Organization; 2010, p. 32 (<https://www.researchgate.net/publication/265064468>). -67
- Kumbeni MT, Afaya A, Apanga PA. An assessment of out of pocket payments in public sector health facilities under the free maternal healthcare policy in Ghana. *Health Econ Rev*. 2023;13(1):8 (<https://doi.org/10.1186/s13561-023-00423-0>). -68
- Haider MR, Rahman MM, Moinuddin M, Rahman AE, Ahmed S, Khan MM. Ever-increasing caesarean section and its economic burden in Bangladesh. *PLoS One*. 2018;13(12):e0208623 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208623>). -69
- Mori AT, Binyaruka P, Hangoma P, Robberstad B, Sandoy I. Patient and health system costs of managing pregnancy and birthrelated complications in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Health Econ Rev*. 2020;10(1):26 (<https://doi.org/10.1186/s13561020-00283-y>). -70

- 71 Binyaruka P, Mori AT. Economic consequences of caesarean section delivery: evidence from a household survey in Tanzania. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1367 (<https://doi.org/10.1186/s12913-021-07386-0>).
- 72 Shaw D, Guise JM, Shah N, Gemzell-Danielsson K, Joseph K, Levy B et al. Drivers of maternity care in high-income countries: can health systems support woman-centred care? *Lancet.* 2016;388(10057):2282–95 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(16\)31527-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(16)31527-6)).
- 73 Human rights-based approach to reduce preventable maternal morbidity and mortality: technical guidance. Geneva; Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2012 (<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/TGReduceMaternalMortality.pdf>).
- 74 خطة عمل كل مولود من أحل وضع حد للوفيات التي يمكن توقيها. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2014 (<https://iris.who.int/handle/10665/127938>). (بالإنكليزية)
- 75 القضاء على وفيات الأمهات التي يمكن الوقاية منها: تحديد التركيز على تحسين صحة الأمهات والمواليد ورفاههم. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/350834>). الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (بالإنكليزية)
- 76 إعلان أستانا: المؤتمر العالمي المعني بالرعاية الصحية الأولية: أستانا، كازاخستان، 25 و26 تشرين الأول/أكتوبر 2018. منظمة الصحة العالمية؛ 2019. (<https://iris.who.int/handle/10665/328123>) الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 77 منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة. (2021). الإطار التشغيلي للرعاية الصحية الأولية: تحويل الرؤية إلى عمل. منظمة الصحة العالمية. (<https://iris.who.int/handle/10665/352451>) الترخيص: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 78 مجموعة الخبراء الاستشارية الاستراتيجية والتقنية التابعة لمنظمة الصحة العالمية لصحة الأمهات والمواليد والأطفال والمراهقين. تحسين صحة ورفاه المرأة والطفل والمراهق من خلال الرعاية الصحية الأولية. مجلة لانسيت. (بالإنكليزية) 2023;402(10413):1606-8 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)01909-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)01909-8)).
- 79 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 newborn care. *Lancet.* 2014;384(9948):1129–45 ([https://doi.org/10.1016/s01406736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/s01406736(14)60789-3)).
- 80 Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(4):CD004667 (<https://doi.org/10.1002/14651858.cd004667.pub5>).
- 81 Bartlett L, Weissman E, Gubin R, Patton-Molitors R, Friberg IK. The impact and cost of scaling up midwifery and obstetrics in 58 low- and middle-income countries. *PLoS One.* 2014;9(6):e98550 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098550>).
- 82 Bernitz S, Aas E, Øian P. Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway: a randomised controlled trial. *Midwifery.* 2012;28(5):591–9 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.001>).
- 83 Tracy SK, Welsh A, Hall B, Hartz D, Lainchbury A, Bisits A et al. Caseload midwifery compared to standard or private obstetric care for first time mothers in a public teaching hospital in Australia: a cross sectional study of cost and birth outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:46 (<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-46>).
- 84 Homer CS, Matha DV, Jordan LG, Wills J, Davis GK. Community-based continuity of midwifery care versus standard hospital care: a cost analysis. *Aust Health Rev.* 2001;24(1):85–93 (<https://doi.org/10.1071/ah010085>).
- 85 United Nations Population Fund, World Health Organization, International Confederation of Midwives. The state of the world's midwifery 2014: a universal pathway: a woman's right to health. New York: United Nations Population Fund; 2014 (<https://www.unfpa.org/sowmy-2014>).
- 86 International Standard Classification of Occupations: ISCO-08. Geneva: International Labour Organization; 2008 (<https://isco.ilo.org/en/isco-08/>).
- 87 بوابة بيانات حسابات القوى العاملة الصحية الوطنية [موقع إلكتروني]. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2024 (<https://apps.who.int/nhwportal/>). (بالإنكليزية)
- 88 المصطلحات المتعلقة بالقوى العاملة الصحية: مصنف في مجال المصطلحات أعدته إدارة الشؤون اللغوية في منظمة الصحة العالمية بناءً على طلب إدارة القوى العاملة الصحية. منظمة الصحة العالمية؛ 2021 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/hwp/202100608-health-workforce-terminology.pdf>).

- United Nations Population Fund, World Health Organization, International Confederation of Midwives. 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 (<https://www.unfpa.org/publications/sowmy-2021>). -89
- Core document: Definition of the midwife and scope of practice of the midwife. International Confederation of Midwives; 2023 (<https://internationalmidwives.org/resources/international-definition-of-the-midwife/>). -90
- Essential competencies for midwifery practice, 2019 update. International Confederation of Midwives; 2019 (<https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>). -91
- 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 Public Health. 2022;2(10):e0000935 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000935>). -92
- Sandall J, Coxon K, Mackintosh N, Rayment-Jones H, Locock L, Page L et al. Relationships: the pathway to safe, high-quality maternity care. Report from the Sheila Kitzinger symposium at Green Templeton College. Oxford: Green Templeton College; 2015 (https://pre.rcm.org.uk/media/2962/skp_report.pdf). -93
- Rayment-Jones H, Harris J, Harden A, Turienzo CF, Sandall J. Project20: Maternity care mechanisms that improve (or exacerbate) health inequalities: a realist evaluation. Women Birth. 2023;36(3):e314–27 (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.11.006>). -94
- Dahlberg U, Aune I. The woman's birth experience: the effect of interpersonal relationships and continuity of care. Midwifery. 2013;29(4):407–15 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.09.006>). -95
- Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? Fam Pract. 2003;20(6):623–7 (<https://doi.org/10.1093/fampra/cm601>). -96
- Nove A, Friberg IK, de Bernis L, McConville F, Moran AC, Najjemba M et al. Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study. Lancet Glob Health. 2021;9(1):e24–32 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30397-1](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30397-1)). -97
- New study reveals investing in midwives could save millions of lives. New York: United Nations Population Fund; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Midwives_Save_Lives_Infographic.pdf). -98
- 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 Syst Rev. 2024;(4):CD004667.pub6 (<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>). -99
- Sutcliffe K, Caird J, Kavanagh J, Rees R, Oliver K, Dickson K et al. Comparing midwife-led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. J Adv Nurs. 2012;68(11):2376–86 (<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05998.x>). -100
- Waldenström U, Turnbull D. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. Br J Obstet Gynaecol. 1998;105(11):1160–70 (<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb09969.x>). -101
- Chapman A, Nagle C, Bick D, Lindberg R, Kent B, Calache J et al. Maternity service organisational interventions that aim to reduce caesarean section: a systematic review and meta-analyses. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19(1):206 (<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2351-2>). -102
- Cibralic S, Pickup W, Diaz AM, Kohlhoff J, Karlov L, Stylianakis A et al. The impact of midwifery continuity of care on maternal mental health: a narrative systematic review. Midwifery. 2023;116:103546 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103546>). -103
- تعزيز قدرات التمريض والقبالة على المساهمة في الوقاية من الأمراض غير السارية وعلاجها وإدارتها عملياً: السياسات والدعوة والبحث والتثقيف. الموارد البشرية لمراقب الصحة، العدد 12. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2012 (<https://www.who.int/publications/m/item/9789241504157>). (بالإنكليزية) -104
- Barker DJ, Osmond C. Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales. Lancet. 1986;1(8489):1077–81 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(86\)91340-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(86)91340-1)). -105
- Painter RC, Roseboom TJ, Bleker OP. Prenatal exposure to the Dutch famine and disease in later life: an overview. Reprod Toxicol. 2005;20(3):345–52 (<https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2005.04.005>). -106

- 107 خطة العمل العالمية بشأن الوقاية من الأمراض غير السارية ومكافحتها 2013-2020. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2013 (<https://iris.who.int/handle/10665/94384>) (الإنكليزية)
- 108 Brohan MP, Daly FP, Kelly L, McCarthy FP, Khashan AS, Kublickiene K et al. Hypertensive disorders of pregnancy and long-term risk of maternal stroke: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;229(3):248–68 (<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.034>).
- 109 Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease. *N Engl J Med*. 2008;359(1):61–73 (<https://doi.org/10.1056/nejmra0708473>).
- 110 Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS One*. 2018;13(4):e0194906 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>).
- 111 Small R, Roth C, Raval M, Shafiei T, Korfer D, Heaman M et al. Immigrant and non-immigrant women's experiences of maternity care: a systematic and comparative review of studies in five countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:152 (<https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-152>).
- 112 What women won: demands for quality healthcare. Washington, DC: White Ribbon Alliance; 2022 (<https://whiteribbonalliance.org/resources/what-women-won-report/>).
- 113 Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196–252 ([https://doi.org/10.1016/s2214109x\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/s2214109x(18)30386-3)).
- 114 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 scoping review. *PLoS Glob Public Health*. 2023;3(5):e0001936 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001936>).
- 115 Perriman N, Davis DL, Ferguson S. What women value in the midwifery continuity of care model: a systematic review with metasynthesis. *Midwifery*. 2018;62:220–9 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.011>).
- 116 Bradfield Z, Hauck Y, Duggan R, Kelly M. Midwives' perceptions of being "with woman": a phenomenological study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):363 (<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2548-4>).
- 117 Shahinfar S, Abedi P, Najafian M, Abbaspour Z, Mohammadi E, Alianmoghaddam N. Women's perception of continuity of team midwifery care in Iran: a qualitative content analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):173 (<https://doi.org/10.1186/s12884021-03666-z>).
- 118 Walsh D, Devane D. A metasynthesis of midwife-led care. *Qual Health Res*. 2012;22(7):897–910 (<https://doi.org/10.1177/1049732312440330>).
- 119 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):343–51 (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.08.008>).
- 120 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*. 2020;20(1):304 (<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05159-9>).
- 121 Midwifery: knowledge, skills and practices [website]. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2023 (<https://ich.unesco.org/en/RL/midwifery-knowledge-skills-and-practices-01968>).
- 122 بعد إنقاذها من الزلزال الذي ضرب المغرب، القابلة «ماريا» تُساعد في ولادة الأطفال وتُنقذ أرواحاً بينما تتكشف الكارثة من حولها [نشرة إخبارية]. صندوق الأمم المتحدة للسكان؛ 25 أيلول / سبتمبر 2023 (<https://www.unfpa.org/ar/news/>).
- 123 Midwives in humanitarian settings: realities of strengthening an essential health workforce. *New Security Beat*. 5 July 2023 (<https://www.newsecuritybeat.org/2023/07/midwives-humanitarian-settings-realities-strengthening-essential-health-workforce/>).
- 124 Nove A, Bytyqi A, Boyce M, Castro Lopes S. Midwives on the front line: delivering midwifery services in difficult times: a snapshot from selected Arab countries. Cairo: United Nations Population Fund, Arab States Regional Office; 2016 (<https://arabstates.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AS%20-%20Midwifery%20in%20Difficult%20Times%20in%20Selected%20Countries%202016.pdf>).
- 125 The role of midwives in humanitarian setting [news release]. United Nations Population Fund South Sudan; 28 July 2022 (<https://southsudan.unfpa.org/en/news/role-midwives-humanitarian-setting>).

- 126 Beek K, McFadden A, Dawson A. The role and scope of practice of midwives in humanitarian settings: a systematic review and content analysis. Hum Resour Health. 2019;17(1):5 (<https://doi.org/10.1186/s12960-018-0341-5>).
- 127 Les sages-femmes pour la paix : le rôle des sages-femmes dans les conflits [news release]. International Confederation of Midwives; 6 April 2022 (<https://internationalmidwives.org/fr/les-sages-femmes-pour-la-peace-le-role-des-sages-femmes-dans-les-conflits/>).
- 128 كيف تساعد القابلات البولنديات النساء الأوكرانيات اللاتي فررن من ديارهن [نشرة إخبارية]. منظمة الصحة العالمية؛ 4 مايو / أيار 2022 (<https://www.who.int/europe/fr/news/item/04-05-2022-how-polish-midwives-help-ukrainian-women-fleeing-their-homes>) (بالإنكليزية).
- 129 Purno NH, Biswas A, Anderson R, Hoque DME. Responding to humanitarian crises: midwifery care in Bangladesh. J Midwifery Womens Health. 2023;68(3):371–5 (<https://doi.org/10.1111/jmwh.13524>).
- 130 التحديات الصحية الملحة للعقد القادم [نشرة إخبارية]. منظمة الصحة العالمية؛ 13 كانون الثاني/يناير 2020 (<https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/urgent-health-challenges-for-the-next-decade>) (بالإنكليزية).
- 131 Myanmar’s “red angel” midwives prepare to bring care to displaced women in Rakhine [news release]. United Nations Population Fund; 28 May 2014 (<https://www.unfpa.org/news/myanmars-red-angel-midwives-prepare-bring-care-displaced-women-rakhine>).
- 132 Male midwife champions safe motherhood for South Sudan refugees [news release]. United Nations Population Fund; 17 June 2015 (<https://www.unfpa.org/news/male-midwife-champions-safe-motherhood-south-sudan-refugees>).
- 133 Health needs escalate as crisis in Gaza continues [news release]. United Nations Population Fund; 24 July 2014 (<https://www.unfpa.org/news/health-needs-escalate-crisis-gaza-continues>).
- 134 Amid grinding conflict, Yemen’s midwives go to heroic lengths to save lives [news release]. United Nations Population Fund; 4 May 2018 (<https://www.unfpa.org/news/amid-grinding-conflict-yemens-midwives-go-heroic-lengths-save-lives>).
- 135 As a midwife, I always feel responsible for two lives at the same time: the mother and her child [news release]. Medecins Sans Frontieres; 10 March 2020 (<https://www.msf-me.org/media-centre/news-and-stories/midwife-i-always-feel-responsible-two-lives-at-the-same-time-mother-and-her>).
- 136 Coyle R. As a midwife, I have seen what happens to women when they do not receive prenatal care: an MSF midwife shares her story from Taiz Houban, Yemen. ReliefWeb; 15 August 2023 (<https://reliefweb.int/report/yemen/midwife-i-have-seen-whathappens-women-when-they-do-not-receive-prenatal-care>).
- 137 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.eclim.2019.04.003>).
- 138 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>).
- 139 Midwives in Bangladesh bring hope to survivors of Cyclone Mocha in world’s largest refugee camp [news release]. United Nations Population Fund; 15 June 2023 (<https://www.unfpa.org/news/midwives-bangladesh-bring-hope-survivors-cyclone-mocha-worlds-largest-refugee-camp>).
- 140 «وصل الأمل في صورة رهنا»: عمل القابلات المنقذ للحياة بعد زلزال أفغانستان. [نشرة إخبارية]. صندوق الأمم المتحدة للسكان؛ 2 تشرين الثاني/نوفمبر 2023 (<https://www.unfpa.org/ar/news/>) (بالإنكليزية).
- 141 In her words: a heavy monsoon, a flooded hospital and twins on the way: a midwife’s story in Bangladesh [news release]. United Nations Population Fund; 7 April 2022 (<https://www.unfpa.org/news/her-words-heavy-monsoon-flooded-hospital-and-twins-way-midwives-story-bangladesh>).
- 142 Kildea S, Simcock G, Liu A, Elgeili G, Laplante DP, Kahler A et al. Continuity of midwifery carer moderates the effects of prenatal maternal stress on postnatal maternal wellbeing: the Queensland flood study. Arch Womens Ment Health. 2018;21(2):203–14 (<https://doi.org/10.1007/s00737-017-0781-2>).
- 143 Idress A, Rehman AU, Mohsin A, Lee KY. Pregnant women lose all hope of help as Pakistan drowns in floods. Health Sci Rep. 2023;6(10):e1082 (<https://doi.org/10.1002/hsr2.1082>).

- Hadid D. The fearless midwives of Pakistan: in the face of floods, they do not give up [news release]. NPR; 19 October 2022 -144
(<https://www.npr.org/sections/goatsandsoda/2022/10/08/1127631160/midwives-in-pakistan-are-mobilizing-to-help-women-and-children-after-the-floods>).
- Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;370:m3320 (<https://doi.org/10.1136/bmj.m3320>). -145
- Pallangyo E, Nakate MG, Maina R, Fleming V. The impact of COVID-19 on midwives' practice in Kenya, Uganda and Tanzania: a reflective account. *Midwifery*. 2020;89:102775 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102775>). -146
- Ortiz J, Castro MD. Buenas prácticas de parteras profesionales en respuesta a la pandemia por COVID-19 en América Latina y el Caribe, 2020–2021. Panama City: United Nations Population Fund, Latin America and the Caribbean Regional Office; 2022 (<https://lac.unfpa.org/es/publications/buenas-practicas-de-parteras-profesionales>). -147
- Helping women give birth during the pandemic: the experience of four midwives [news release]. Pan American Health Organization; 5 May 2020 (<https://www.paho.org/en/stories/helping-women-give-birth-during-pandemic-experience-four-midwives>). -148
- مركز الأمم المتحدة الإقليمي للإعلام في بروكسل. القابلات يسعون لدعم النساء الحوامل أثناء الوباء. الأمم المتحدة: -149
(<https://www.un.org/ar/pregnant-women-are-worried-about-giving-birth-during-pandemic>).
- Amid pandemic and unrest, midwives undeterred in saving lives in Conakry [news release]. United Nations Population Fund; 11 February 2021 (<https://www.unfpa.org/news/amid-pandemic-and-unrest-midwives-undeterred-saving-lives-conakry>). -150
- Schantz C, Tiet M, Evrard A, Guillaume S, Boujahma D, Quentin B et al. A strong capacity to face the shock of the health crisis: MaNaO, a midwife-led birthing centre in France. *Midwifery*. 2023;127:103837 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103837>). -151
- Islam A, Begum F, Williams A, Basri R, Ara R, Anderson R. Midwife-led pandemic telemedicine services for maternal health and gender-based violence screening in Bangladesh: an implementation research case study. *Reprod Health*. 2023;20(1):128 (<https://doi.org/10.1186/s12978-023-01674-0>). -152
- Hartz DL, Tracy SK, Pairman S, Yates A, Renard C, Brodie P et al. Midwives speaking out on COVID-19: The International Confederation of Midwives global survey. *PLoS One*. 2022;17(11):e0276459 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276459>). -153
- Coxon K, Turienzo CF, Kweekel L, Goodarzi B, Brigante L, Simon A et al. The impact of the coronavirus (COVID-19) pandemic on maternity care in Europe. *Midwifery*. 2020;88:102779 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102779>). -154
- Alnuaimi K. Understanding Jordanian midwives' experiences of providing care during the COVID-19 pandemic crisis: a phenomenological study. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2021;9(3):238–50 (<https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2021.88793.1545>). -155
- Foulhy C, Knezovic N, Guillaume S, Ettienne C, Guignard M, Perrin L. Les sages-femmes face à la crise sanitaire (Midwives facing the health crisis). *Sages-Femmes*. 2020;19(5):29–32 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1637408820301358>). -156
- Rousseau A, Gaucher L, Gautier S, Mahrez I, Baumann S. How midwives implemented teleconsultations during the COVID-19 health crisis: a mixed-methods study. *BMJ Open*. 2022;12(4):e057292 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057292>). -157
- Attanasio LB, Alarid-Escudero F, Kozhimannil KB. Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: a cost comparison. *Birth*. 2020;47(1):57–66 (<https://doi.org/10.1111/birt.12464>). -158
- Friedman H, Liang M. Costs of pre-service midwifery education. Background document for the State of the World's Midwifery 2011. June 2011 (<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=c0b2bfdbf46f3884b765bdec933cf9f33c46ce29>). -159
- Kenny C, Devane D, Normand C, Clarke M, Howard A, Begley C. A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study). *Midwifery*. 2015;31(11):1032–8 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.06.012>). -160

- Petrou S, Boulvain M, Simon J, Maricot P, Borst F, Perneger T et al. Home-based care after a shortened hospital stay versus hospitalbased care postpartum: an economic evaluation. *BJOG*. 2004;111(8):800–6 (<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00173.x>).
- Callander EJ, Slavin V, Gamble J, Creedy DK, Brittain H. Cost-effectiveness of public caseload midwifery compared to standard care in an Australian setting: a pragmatic analysis to inform service delivery. *Int J Qual Health Care*. 2021;33(2):mzab084 (<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab084>).
- Kozhimannil K, Attanasio L, Alarid-Escudero F. More midwife-led care could generate cost savings and health improvement: policy brief. Minneapolis: University of Minnesota School of Public Health; 2019, p. 4 (<https://www.sph.umn.edu/sph-2018/wp-content/uploads/docs/policy-brief-midwife-led-care-nov-2019.pdf>).
- Boukhalfa C, Ouakhzan B, Masbah H, Acharai L, Zbiri S. Investing in midwifery for sustainable development goals in low- and middle-income countries: a cost-benefit analysis. *Cost Eff Resour Alloc CE*. 2024;22(1):1 (<https://doi.org/10.1186/s12962-02300507-y>).
- MacKenzie Bryers H, Van Teijlingen E. Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. *Midwifery*. 2010;26(5):488–96 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.07.003>).
- McFarland AK, Jones J, Luchsinger J, Kissler K, Smith DC. The experiences of midwives in integrated maternity care: a qualitative metasynthesis. *Midwifery*. 2020;80:102544 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102544>).
- Eri T, Berg M, Dahl B, Gottfreðsdóttir H, Sommerseth E, Prinds C. Models for midwifery care: a mapping review. *Eur J Midwifery*. 2020 4:30 (<https://doi.org/10.18332/ejm/124110>).
- المجلس التنفيذي، الدورة الثامنة والثلاثون بعد المائة، إطار الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس: تقرير من الأمانة. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2016 (EB138/37) (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_37-ar.pdf).
- الشرعة الدولية لحقوق الإنسان: لمحة تاريخية والعهدان الدوليان. مكتب مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان؛ تحديث (<https://www.ohchr.org/ar/what-are-human-rights/international-bill-human-rights>).
- اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة. نيويورك، 18 كانون الأول/ديسمبر 1979. نيويورك: الأمم المتحدة؛ 1980 (https://treaties.un.org/doc/Treaties/1981/09/19810903%2005-18%20AM/Ch_IV_8p.pdf).
- اتفاقية حقوق الطفل. نيويورك، 20 تشرين الثاني/نوفمبر 1989. نيويورك: الأمم المتحدة؛ 1989 (https://treaties.un.org/doc/Treaties/1990/09/19900902%2003-14%20AM/Ch_IV_11p.pdf).
- اتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. نيويورك: الأمم المتحدة؛ 2006 (A/RES/61/106) (<https://www.ohchr.org/ar/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>).
- Programme of Action: adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5–13 September, 1994. United Nations Population Fund; 2004 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf).
- اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة. نيويورك، 10 كانون الأول/ديسمبر 1984. مفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان؛ 1987 (<https://www.ohchr.org/ar/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading>).
- استمرارية الرعاية وتنسيقها: ملخص ممارسات لدعم تنفيذ إطار عمل منظمة الصحة العالمية بشأن الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>). CC BYNC-SA 3.0 IGO. (بالإنكليزية)
- Homer CS, Leap N, Edwards N, Sandall J. Midwifery continuity of carer in an area of high socio-economic disadvantage in London: a retrospective analysis of Albany Midwifery Practice outcomes using routine data (1997–2009). *Midwifery*. 2017;48:1–10 (<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.02.009>).
- Hadebe R, Seed PT, Essien D, Headen K, Mahmud S, Owasil S et al. Can birth outcome inequality be reduced using targeted caseload midwifery in a deprived diverse inner city population? A retrospective cohort study, London, UK. *BMJ Open*. 2021;11(11):e049991 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049991>).
- Khan Z, Vowles Z, Fernandez Turienzo C, Barry Z, Brigante L, Downe S et al. Targeted health and social care interventions for women and infants who are disproportionately impacted by health inequalities in high-income countries: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):131 (<https://doi.org/10.1186/s12939-023-01948-w>).

- Kildea S, Gao Y, Hickey S, Nelson C, Kruske S, Carson A et al. Effect of a Birthing on Country service redesign on maternal and neonatal health outcomes for First Nations Australians: a prospective, non-randomised, interventional trial. *Lancet Glob Health*. 2021;9(5):e651–9 ([https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(21\)00061-9](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(21)00061-9)). -179
- Thompson JE. Midwives and human rights: dream or reality? *Midwifery*. 2002;18(3):188–92 (<https://doi.org/10.1054/midw.2002.0320>). -180
- Dharni N, Essex H, Bryant MJ, Cronin De Chavez A, Willan K et al., on behalf of the Better Start Bradford Innovation Hub. The key components of a successful model of midwifery-led continuity of carer, without continuity at birth: findings from a qualitative implementation evaluation. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):205 (<https://doi.org/10.1186/s12884-021-03671-2>). -181
- Brigante L, Coxon K, Fernandez Turienzo C, Sandall J. “She was there all the time”: a qualitative study exploring how women at higher risk for preterm birth experience midwifery continuity of care. *Women Birth*. 2023;36(4):e397–404 (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.01.003>). -182
- Mathias LA, Davis D, Ferguson S. Salutogenic qualities of midwifery care: a best-fit framework synthesis. *Women Birth*. 2021;34(3):266–77 (<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.006>). -183
- Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchters S. Involving men to improve maternal and newborn health: a systematic review of the effectiveness of interventions. *PLoS One*. 2018;13(1):e0191620 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191620>). -184
- Yargawa J, Leonardi-Bee J. Male involvement and maternal health outcomes: systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(6):604–12 (<https://doi.org/10.1136/jech-2014-204784>). -185
- Kraft JM, Wilkins KG, Morales GJ, Widyono M, Middlestadt SE. An evidence review of gender-integrated interventions in reproductive and maternal-child health. *J Health Commun*. 2014;19(Suppl 1):122–41 (<https://doi.org/10.1080/10810730.2014.918216>). -186
- Xie J, Hunter A, Biesty L, Grealish A. The impact of midwife/nurse-led psychosocial interventions on parents experiencing perinatal bereavement: an integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2024;157:104814 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104814>). -187
- 188- تيسير الممارسة القائمة على الأدلة في التمريض والقبالة في إقليم المنظمة الأوروبي . كوبنهاغن: المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية لأوروبا؛ 2017. (<https://iris.who.int/handle/10665/353672>) (بالإنكليزية)
- 189- بناء القوى العاملة في مجال الرعاية الصحية الأولية في القرن الحادي والعشرين. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018. (<https://iris.who.int/handle/10665/328072>). CC BY-NC-SA 3.0 IGO. الترخيص: (بالإنكليزية)
- 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*. 2016;11(5):e0153391 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153391>). -190
- 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 (<https://doi.org/10.1186/s12961-020-00590-0>). -191
- 192- منظمة الصحة العالمية، ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي، والبنك الدولي للإنشاء والتعمير. تقديم خدمات صحية عالية الجودة: ضرورة عالمية للتغطية الصحية الشاملة. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018. (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272465/>). CC BY-NC-SA 3.0 IGO. الترخيص:
- Kalaris K, Radovich E, Carmone AE, Smith JM, Hyre A, Baye ML et al. Networks of care: an approach to improving maternal and newborn health. *Glob Health Sci Pract*. 2022;10(6):e2200162 (<https://doi.org/10.9745/gfsp-d-22-00162>). -193
- Agyekum EO, Kalaris K, Maliqi B, Moran AC, Ayim A, Roder-DeWan S. Networks of care to strengthen primary healthcare in resource constrained settings. *BMJ*. 2023;380:e071833 (<https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071833>). -194
- 195- إطار العمل بشأن التعليم المشترك بين المهنيين والممارسة التعاونية. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2010. (<https://iris.who.int/handle/10665/70185>) (بالإنكليزية)

الملحق 1: فلسفة الاتحاد الدولي للقبالات بشأن الرعاية القائمة على القبالة ونموذج الرعاية القائمة على القبالة

فلسفة الاتحاد الدولي للقبالات بشأن الرعاية القائمة على القبالة

- عادةً ما يكون الحمل والإنجاب عمليتان فسيولوجيتان طبيعيتان.
- الحمل والإنجاب تجربة عميقة تحمل معنى كبيراً للمرأة وعائلتها والمجتمع المحلي.
- القبالات هنّ أنسب مقدمي الرعاية الصحية لرعاية النساء في مرحلة الإنجاب.
- الرعاية القائمة على القبالة تعزز وتحمي وتدعم الصحة والحقوق الإنسانية والإنجابية والجنسية للمرأة، وتحترم التنوع الإثني والثقافي. وتستند إلى المبادئ الأخلاقية للعدالة والإنصاف واحترام كرامة الإنسان.
- الرعاية القائمة على القبالة شاملة ومتواصلة بطبيعتها، وترتكز على فهم التحارب الاجتماعية والعاطفية والثقافية والروحية والنفسية والحسدية للنساء.
- الرعاية القائمة على القبالة هي رعاية تحررية إذ إنها تحمي وتعزز الوضع الصحي والاجتماعي للنساء وتبني ثقة النساء بأنفسهن في قدرتهن على التعامل مع الولادة.
- الرعاية القائمة على القبالة تحري بالشراكة مع النساء وتعترف بحقهن في تقرير مصيرهن، وهي رعاية محترمة وشخصية ومستمرة وغير سلطوية.
- تسترشد الرعاية القائمة على القبالة الأخلاقية والكفاءة بالتعليم الرسمي والمستمر والبحث العلمي وتطبيق الأدلة.

نموذج الاتحاد الدولي للقبالات بشأن الرعاية القائمة على القبالة

- تعمل القبالات على تعزيز وحماية صحة النساء والمواليد وحقوقهم.
- تحترم القبالات النساء وتثق بهن وبقدراتهن على الولادة.
- تعزز القبالات الولادة الطبيعية وتدعو إلى عدم التدخل فيها.
- تزود القبالات النساء بالمعلومات والمشورة المناسبة بطريقة تشجع على المشاركة وتعزز اتخاذ القرارات المستنيرة.
- تقدم القبالات رعاية محترمة واستباقية ومرنة تشمل احتياجات المرأة ومولودها وعائلتها ومجتمعها المحلي، وتبدأ بإيلاء اهتمام أساسي بطبيعة العلاقة بين المرأة التي تسعى إلى حصول على الرعاية القائمة على القبالة والقبالة.
- تعمل القبالات على تمكين المرأة من تحمل المسؤولية عن صحتها وصحة أسرتها.
- تمارس القبالات عملهن بالتعاون والتشاور مع الأخصائيين الصحيين الآخرين لتلبية احتياجات المرأة ومولودها وعائلتها ومجتمعها المحلي.
- تحافظ القبالات على كفاءتهن وتضمن أن تكون ممارستهن قائمة على الأدلة.
- تستخدم القبالات التكنولوجيا بشكل مناسب وتحري الإحالة في الوقت المناسب عند ظهور المشاكل.
- تتحمل القبالات مسؤولية فردية وجماعية عن تطوير الرعاية القائمة على القبالة وتدريب الجيل الجديد من القبالات والزملاء على مفهوم التعلم مدى الحياة.

الملحق 2: استمرارية الرعاية وطرق تحقيقها

صاغ (2017) Deeny et al مفهوم استمرارية الرعاية كمفهوم معقد يشمل أربعة مجالات:

- الاستمرارية الشخصية - التحربة الذاتية لعلاقة الرعاية بين المرضى والعاملين في ميدان الصحة؛
- الاستمرارية الطولية - تاريخ من التفاعل مع العامل الصحي نفسه في سلسلة من الحلقات المتميزة؛
- الاستمرارية الإدارية - التعاون الفعال للفرق عبر شتى حدود الرعاية لتوفير رعاية سلسلة؛
- الاستمرارية المعلوماتية - توافر المعلومات السريرية والنفسية والاجتماعية في جميع اللقاءات مع المهنيين (1,2).

وترد في الشكل ألف 1-1 أدناه النهج والتدخلات التي يمكن استخدامها لتحقيق استمرارية الرعاية، ضمن كل مجال من هذه المجالات.

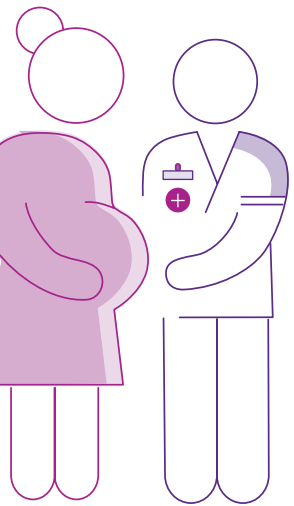
الشكل ألف 1-1: مجموعة النهج والتدخلات لتحقيق استمرارية الرعاية



المصدر: منظمة الصحة العالمية، 2018 (1)، مقتبس من (2) Deeny et al، 2017.

مراجع الملحق 2

- 1- استمرارية الرعاية وتنسيقها: ملخص ممارسات لدعم تنفيذ إطار عمل منظمة الصحة العالمية بشأن الخدمات الصحية المتكاملة التي تركز على الناس. حنيف: منظمة الصحة العالمية؛ 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628>). الترخيص: CC BYNC-SA (بالإنجليزية) 3.0 IGO.
- 2- Deeny S, Gardner T, Al-Zaidy S, Barker I, Steventon A. Briefing: reducing hospital admissions by improving continuity of care in general practice. London: The Health Foundation; 2017 (<https://www.health.org.uk/sites/default/files/ReducingAdmissionsGPCContinuity.pdf>).



منظمة الصحة العالمية

20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland

إدارة صحة الأم والوليد والطفل والمراهق ومرحلة الشيخوخة

البريد الإلكتروني: mncah@who.int

الموقع الإلكتروني:
<https://www.who.int/teams/maternal-newborn-child-adolescent-health-and-ageing>

www.who.int