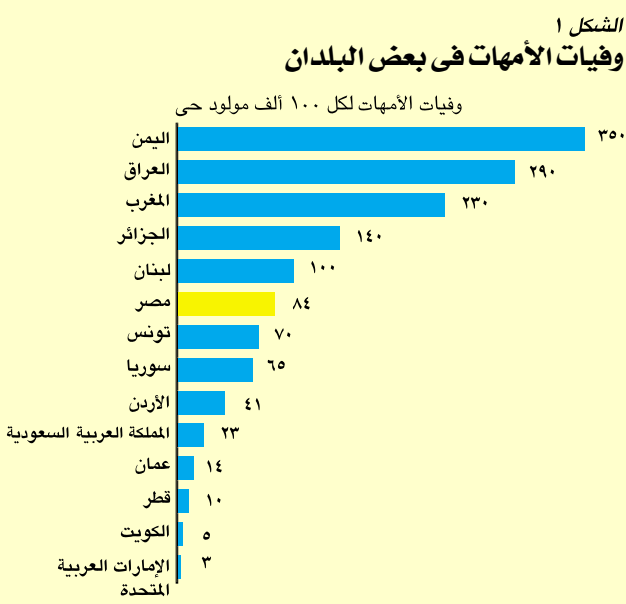


# نحو أمومة أكثر أمانا في مصر

بقلم كريمة خليل وفرزانه روى - فهيمى



تؤدى إلى مضاعفات خطيرة وتستلزم تدخلا طبيا ماهرا وفوريا (انظر الإطار ١، صفحة ٢).<sup>(٢)</sup>

ويطلق تقرير التنمية البشرية العربية لعام ٢٠٠٢ على وفيات الأمهات عبارة «التحدى الصحى الرئيسى» ويوضح أن مستوى وفيات الأمهات فى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا يبلغ ضعف مثيله فى منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي، وأربعة أمثال المستوى فى منطقة شرق آسيا.<sup>(٣)</sup> وعلى وجه التقريب، تموت نحو ١٣ ألف امرأة فى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا فى كل سنة من جراء المضاعفات المتعلقة بالحمل والولادة.<sup>(٤)</sup> وتتمتع دولتان فقط فى المنطقة، هما الكويت ودولة الإمارات العربية المتحدة، بمستويات من وفيات الأمهات تعتبر منخفضة حسب المعايير الدولية (حيث لا يتعدى معدل وفيات الأمهات ٥ لكل ١٠٠ ألف مولود حى). وبالمقارنة مع البلدان الأخرى فى المنطقة، فإن وفيات الأمهات تعتبر منخفضة نسبيا فى عمان، وقطر والمملكة العربية السعودية، إلا أنها أعلى منها فى البلدان خارج المنطقة التى تتساوى معها فى دخل الفرد.

**تموت** أعداد أقل من النساء المصريات اليوم لأسباب تتعلق بالأمومة بالمقارنة بما كان عليه الوضع قبل ١٠ سنوات أو ١٥ سنة، ويعود الفضل فى ذلك إلى حد كبير إلى البرنامج القومى للأمومة الآمنة. ومع ذلك، فإن حجم وفيات الأمهات فى مصر لا يزال مرتفعا نسبيا، وتواجه البلاد تحديات فى تحقيق المزيد من خفض هذه النسبة. ويكمن قدر كبير من هذه التحديات فى معالجة أسباب التأخير التى تتعرض لها النساء عند الحاجة إلى الرعاية أثناء الولادة. ويمكن تجنب غالبية وفيات الأمهات فى مصر وغيرها من الدول إذا أتاحت للنساء فرصة الحصول فى الوقت المناسب على خدمات طوارئ الولادة عالية الكفاءة.

كل عام تموت نحو ١٤٠٠ امرأة مصرية، ويموت أيضا نحو نصف مواليدهن الصغار نتيجة للمضاعفات المتصلة بالحمل والولادة. وبالرغم من أن هذا المستوى لوفيات الأمهات (٨٤ حالة من وفيات الأمهات لكل مائة ألف مولود حى) عال نسبيا وفقا للمعايير الدولية، فإن الشواهد الأخيرة توحى بأن نسبة احتمال الوفاة فى فترة الإنجاب من أسباب متعلقة بالحمل والولادة انخفضت فى مصر بصورة كبيرة، من ١ فى كل ١٢٠ إلى ١ فى كل ٢٥٠ خلال التسعينيات.<sup>(١)</sup>

ويمكن متابعة قصة النجاح فى مواجهة وفيات الأمهات فى مصر لأن الدولة أجرت دراستين نموذجيتين على المستوى القومى. وتقدم هاتان الدراستان مساهمة متميزة وقيمة لإثراء الفهم العالمى للأمومة الآمنة، باعتبارها قضية صحية تفتقر بصفة عامة إلى بيانات موثوقة. كما تعطى نتائج الدراستين رؤى ثاقبة للعناصر المنهجية المرتبطة ببقاء الأمهات على قيد الحياة. ويعرض هذا الموجز الجهود التى تبذلها مصر للحد من وفيات الأمهات - وهى عملية يمكن أن توفر دروسا قيمة للبلدان الأخرى فى الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وكذلك لبلدان العالم النامى.

## تحدى صحى رئيسى

تشير التقديرات إلى أن نصف مليون امرأة على مستوى العالم يمتن سنويا لأسباب تتعلق بالأمومة، وأن ٩٩ فى المائة من هذه الوفيات تحدث فى العالم النامى. وترتبط وفيات الأمهات، التى يمكن تجنب الكثير منها، ارتباطا وثيقا بعدم توافر الرعاية الطبية الجيدة قبل الولادة، أو أثناءها، أو بعدها. ويقدر أن نحو ١٠ فى المائة إلى ١٥ فى المائة من إجمالى حالات الولادة

## صعوبات قياس وفيات الأمهات

يتم تعريف وفاة الأم بأنها وفاة امرأة أثناء الحمل أو في خلال ٤٢ يوما من انتهاء الحمل، لأي سبب يتصل بالحمل أو مضاعفات الحمل أو استمراره. ويعتبر معدل وفيات الأمهات - أى عدد وفيات الأمهات لكل مائة ألف مولود حي - المؤشر الذى يستخدمه المحللون المهتمون بصحة المرأة غالبا فى تحديد حجم وفيات الأمهات فى أى بلد من البلدان.

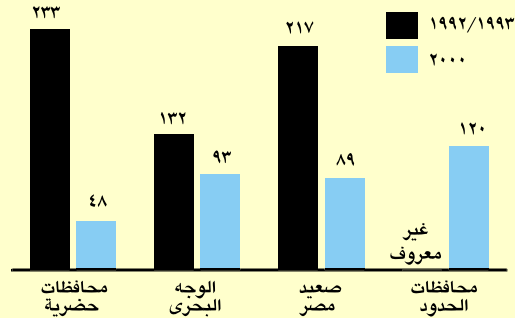
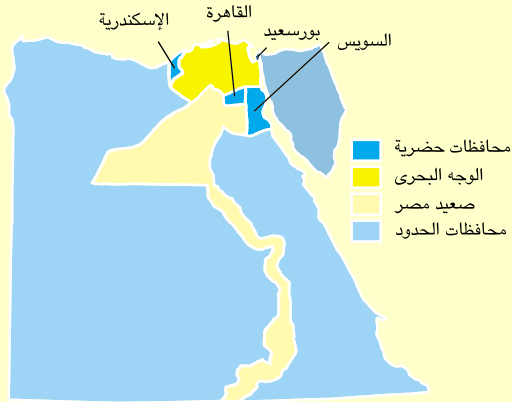
ويمكن جمع البيانات الخاصة بوفيات الأمهات من خلال التسجيل الأساسى، وعمليات المسح للأسر والمستشفيات، أو الجمع بين هذين الأسلوبين، وإن كان لكل أسلوب حدوده. فليست كل الدول تدرج الأمومة كسبب للوفاة فى سجلاتها الرسمية للوفاة. كذلك، فإنه حيث يوجد نظام للتسجيل والإبلاغ عن وفيات الأمهات، فليس من الضرورى أن يسجل نظام التسجيل كل الأسباب المتعلقة بوفيات السيدات الحوامل أو حديثى الولادة، فلا تسجل أو تصنف تصنيفاً خاطئاً. وعلاوة على ذلك، فإن كثيرا من النساء يمتن خارج نطاق النظام الصحى، مما يعنى أن وفاتهن تحدث دون تسجيل أو يساء تصنيفها.

وحيث إن وفيات الأمهات أحداث نادرة نسبيا، فإن إجراء عمليات المسح لجمع البيانات الخاصة بوفيات الأمهات تستلزم عينات كبيرة الحجم. ونتيجة لذلك فإنها تصبح مهمة باهظة التكاليف وصعبة التحقيق، خاصة من جانب الدول فقيرة الموارد التى تعاني عادة من ارتفاع معدل وفيات الأمهات وتحتاج فى واقع الأمر إلى مثل هذه البيانات لكى تعمل على وضع سياسات وبرامج ملائمة للحد من وفيات الأمهات لديها. وتعتمد البيانات التى يتم جمعها من خلال عمليات المسح بصفة عامة على سؤال الأسر التى تعرف مريضة أو واحدة من أفراد الأسرة تكون قد ماتت بسبب الحمل أو لأسباب تتعلق به. ولهذا المنهج أيضا عيوبه الخاصة: حيث يعتمد على ذاكرة أفراد الأسرة، ومعرفتهم، واستعدادهم للإفادة بدقة. ويزيد الشعور بالعار والحرج من تعقيد هذه المشكلات. ونتيجة لذلك، فإن كثيرا من وفيات الأمهات تحدث دون تسجيل - خاصة الوفيات الناجمة عن عمليات الإجهاض غير الشرعية.

وفى العالم النامى بصفة عامة، وبسبب الافتقار إلى البيانات الكافية التى يمكن التعويل عليها، فإن الخبراء ينبهون إلى ضرورة استخدام معدل وفيات الأمهات بحذر شديد. فمن المعتقد بصفة عامة أن معدل وفيات الأمهات عادةً يكون أقل من نسبة حدوث الوفيات فى الواقع. غير أنه بالرغم من عيوبه، فإن هذا المعيار يظل مؤشرا مهما للتنمية التى ينبغى أن يخضع تقدمها لرقابة المجتمع الدولى كجزء من أهداف الألفية الإنمائية.

المصادر: United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization (WHO), and United Nations Population Fund (UNFPA), *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services* (New York: UNICEF, October 1997); Kenneth Hill, Carla AbouZahr, and Tessa Wardlaw, "Estimates of Maternal Mortality for 1995," *Bulletin of the World Health Organization* 79, no. 3, 2001; Oona Campbell et al., *Lesson Learnt: A Decade of Measuring the Impact of Safe Motherhood Programmes* (London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1997); WHO, *Reduction of Maternal Mortality: A Joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement* (Geneva: WHO, 1999); and United Nations, *Implementation of the United Nations Millennium Declaration, Report of the Secretary General, July 2002*, accessed online at <http://ods-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/506/69/PDF/N0250669.pdf?OpenElement>, on May 5, 2003.

## انخفاض وفيات الأمهات حسب المنطقة، مصر



المصدر: وزارة الصحة والسكان فى مصر - الدراسة القومية لوفيات الأمهات، ٢٠٠٠: الشكل ٤.

## انخفاض وفيات الأمهات فى مصر

يبدو أن وفيات الأمهات فى مصر قد انخفضت انخفاضاً ملحوظاً، من ١٧٤ وفاة لكل مائة ألف مولود حي فى عام ١٩٩٢ إلى ٨٤ وفاة لكل مائة ألف مولود حي فى عام ٢٠٠٠. وهذا المستوى الراهن يضع مصر فى الوسط تقريبا بين دول المنطقة، حيث تتراوح تقديرات وفيات الأمهات من ٣٥٠ حالة وفاة لكل مائة ألف مولود حي فى اليمن إلى ٣ وفيات لكل مائة ألف فى دولة الإمارات العربية المتحدة (انظر الشكل ١، صفحة ١). ويشمل هذا الانخفاض كافة أنحاء البلاد، ولكنه شديد بصفة خاصة فى المحافظات الحضرية وفى صعيد مصر (انظر الشكل ٢).

وتشهد مصر كل عام مولد نحو ١,٧ مليون طفل.<sup>(٥)</sup> ومن المرجح أنهم وأمهاتهم سيبقون اليوم على قيد الحياة بالمقارنة بما كان عليه الوضع من قبل. كما انخفضت وفيات الأطفال بمقدار النصف تقريبا على مدى السنوات العشرين الماضية،

## نماذج توفير الخدمات فى رعاية الأمومة الآمنة

النموذج	عوامل الخدمات اللازمة من أجل ولادة آمنة
نموذج ١: ولادة بواسطة مساعدين غير مهنيين فى البيت	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ رعاية ملائمة لحالات الولادة الطبيعية</li> <li>■ معرفة غير المهنيين للمضاعفات</li> <li>■ الوصول إلى الرعاية الطبية الأساسية بواسطة الأسرة أو غير المهنيين</li> <li>■ الاستفادة من الرعاية الطبية الأساسية المتاحة</li> </ul>
نموذج ٢: الولادة بواسطة مساعدين مهرة فى البيت	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ العوامل المذكورة أعلاه، ولكن باستبدال غير المهنيين بمعاونى ولادة مهرة.</li> </ul>
نموذج ٣: ولادة بواسطة مقدمى خدمة مهرة فى مركز صحى (مرفق مزود بالرعاية الطبية الأساسية)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ معاون ولادة ماهر يعرف المضاعفات - يقدم الرعاية الطبية الأساسية فى مرفق صحى</li> <li>■ مرفق ينظم الوصول إلى الرعاية الطبية الأساسية</li> <li>■ الاستفادة من الرعاية الطبية الأساسية المتاحة</li> </ul>
نموذج ٤: ولادة بواسطة مقدم خدمة ماهر فى المستشفى (توفر الرعاية الطبية الأساسية الشاملة)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ معاون ماهر يعرف المضاعفات</li> <li>■ معاون ماهر يوفر الرعاية الطبية الأساسية الشاملة</li> </ul>

حتى. وقد كشفت دراسة وفيات الأمهات فى مصر عام ٢٠٠٠ عن أن عدم توافر الدم فى المركز الطبى أو المستشفى قد أسهم فى حدوث ١٦ فى المائة من وفيات الأمهات فى البلاد. وبالرغم من عدم وجود دلائل كافية للمساعدة فى تحديد فعالية تكاليف النماذج ٢، ٣، أو ٤، فإنه من المؤكد أن النموذج ٤ هو الأكثر تكلفة.

المصادر: Elizabeth I. Ransom and Nancy V. Yinger, *Making Motherhood Safer: Overcoming Obstacles on the Pathway to Care* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2002): 14; World Bank, *Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe* (Washington, DC: World Bank, 2003): 6-37; and Egypt Ministry of Health and Population, *National Maternal Mortality Study, 2000* (Cairo: Ministry of Health and Population, 2000): table 9.

نصيب عمليات الولادة التى يقوم بها مقدمى خدمة مهرة من ٣٥ فى المائة عام ١٩٨٨ إلى ٦١ فى المائة عام ٢٠٠٠ (انظر الجدول ١، صفحة ٤)، وإلى ٦٩ فى المائة عام ٢٠٠٣. ويشرف الأطباء فى مصر على نحو ٩٠ فى المائة من جميع عمليات الولادة التى يقوم بها مقدمى خدمة مهرة.<sup>(٧)</sup>

كما أسهمت زيادة استخدام وسائل منع الحمل وانخفاض الخصوبة (عدد الولادات لكل امرأة) فى التحسينات التى طرأت على صحة الأمهات والأطفال. ففيما بين عام ١٩٨٨ وعام ٢٠٠٣، زاد استخدام وسائل منع الحمل من جانب النساء

حددت دراسة أعدتها البنك الدولى لنماذج توفير الخدمات فى بعض البلدان النامية أربعة نماذج لرعاية حالات الولادة. وهى تتراوح من الولادة المنزلية بواسطة أفراد غير مهنيين، مثل إحدى القريبات أو قابلة تقليدية، إلى الولادة على يد أخصائى مهنى ماهر فى مستشفى تتوافر به رعاية طبية أساسية شاملة. وينبغى أن تكون المستشفى الذى تتوافر به الرعاية الطبية الأساسية مزودة بإمكانيات إجراء الولادة القيصرية ونقل الدم، بالإضافة إلى الرعاية الطبية الأساسية. وتتضمن الرعاية الطبية الأساسية التى تتوافر بصفة عامة فى المراكز الصحية ودور الولادة الصغيرة، توافر أدوية خاصة واتخاذ الإجراءات العاجلة لإنقاذ الحياة.

ومن أجل أمومة أكثر أماناً، فإن هناك عدداً من العوامل اللازمة لتوفير خدمات صحة الأم فى كل نموذج، على النحو الوارد فى الجدول.

وفى الأوساط التى تكون فيها الولادة المنزلية ممارسة شائعة (النموذجان ١ و ٢)، فإنه يمكن الحد من وفيات الأمهات إذا استطاع النظام الصحى توفير الدعم للقائمين على الولادة المنزلية (سواء كانوا مدربين أو غير مدربين) وإقامة اتصالات للإحالة والإشراف بحيث تستطيع الحوامل تلقى الرعاية الطبية العاجلة فى الوقت المناسب حينما يحتجن إليها. وتعتبر أفضل طريقة فعالة للحيلولة دون حدوث وفيات الأمهات أن تجرى الولادات، سواء كانت فى البيت أو فى مرفق صحى، فى وجود مقدمى خدمة مهرة يستطيعون التعرف على أية مضاعفات قد تنشأ، وعلاجها أو إحالتها (النماذج ٢، ٣، ٤). ويشمل مقدمى الخدمة المهرة، المهنيين الصحيين مثل الأطباء والحكيمات والقابلات، ولكنهم لا يشملون معاونات الولادة التقليديات اللاتى لم يحصلن على تدريبات لإجراء تدخلات طبية عاجلة لإنقاذ الحياة.

ومن الناحية النظرية، فإن النموذج ٤ ينبغى أن يوفر أفضل وأمن رعاية ممكنة. ولكن فى الواقع العملى، فإن ذلك ليس هو الحال دائماً. إذ تشير الدراسات الخاصة بوفيات الأمهات فى مكسيكو سيتى ورومانيا، حيث تجرى غالبية عمليات الولادة فى المستشفيات، إلى أن معدلات وفيات الأمهات تزيد على ١٠٠ حالة وفاة لكل مائة ألف مولود

بالرغم من أنها لا تزال مرتفعة وفقاً للمستويات الدولية - حيث يموت نحو ١ من كل ٢٢ طفلاً مصرياً قبل حلول عيد ميلاده أو ميلادها الخامس. وعلاوة على ذلك، فإن أعداداً أقل من الأطفال المولودين لأمهات يتوفين بأسباب تتعلق بالأمومة يموتون هم أيضاً، مما يشير إلى تحسن رعاية المواليد الجدد. ففيما بين عام ١٩٩٢ وعام ٢٠٠٠، انخفض معدل وفيات المواليد الجدد الذين ماتت أمهاتهم من ٥٧ فى المائة إلى ٥٠ فى المائة.<sup>(٨)</sup> وتتحوّل رعاية الأمومة فى مصر تدريجياً من الولادة فى البيوت إلى الولادة فى المستشفيات (انظر الإطار ٢) وزاد

المحافظات الحضرية	الوجه البحرى	صعيد مصر	المحافظات الحدودية	الإجمالى	
٤٨	٩٣	٨٩	١٢٠	٨٤	معدل وفيات الأمهات (وفيات لكل ١٠٠ ألف مولود حي)
٨٤	٦٥	٤٨	٦٠	٦١	نسبة حالات الولادة بواسطة أطباء أو حكيما / قابلات مدربات
٤٠	١٨	١٩	٢٥	٢٢	نسبة حالات الولادة التي تمت:
٣٦	٣٣	١٥	١٥	٢٦	في مرفق صحى عام
٢٣	٤٨	٦٦	٦٠	٥٢	في مرفق صحى خاص في البيت
٧٤	٥٤	٤٤	٤٥	٥٣	نسبة حالات الولادة التي تلقت فيها الأمهات أى رعاية قبل الولادة أثناء حملهن
٦٣	٦٢	٤٥	٤٣	٥٦	نسبة الزوجات اللاتي تستخدمن وسائل منع الحمل
٢,٩	٣,٢	٤,٢	٣,٨	٣,٥	إجمالى معدل الخصوبة

المصدر: المسح السكاني والصحي فى مصر، ٢٠٠٠: جداول ١-٦، ١١-٥، ١١-٨ و ١١-٩.

٢٠٠٠، حيث كان ما يقرب من نصف الأمهات تواصلن حملهن بدون أية رعاية قبل الولادة.<sup>(١١)</sup> وتظهر دراسة وفيات الأمهات لعام ٢٠٠٠ أن نقص رعاية ما قبل الولادة أسهم بنسبة ١٩ في المائة من وفيات الأمهات وأن سوء نوعية رعاية ما قبل الولادة اسهم بنسبة ١٥ في المائة أخرى.<sup>(١٢)</sup>

ومع التوسع الذى شهدته البلاد فى القطاع الصحى الخاص، تزايد عدد حالات الولادة التى تجرى فى المرافق الصحية الخاصة. ويظهر المسح السكانى والصحي المرحلى لعام ٢٠٠٣ أن ٣٦ فى المائة و ٢٣ فى المائة من حالات الولادة تجرى حاليا فى المرافق الخاصة والحكومية، على التوالي، وأن باقى حالات الولادة، وقدرها ٤١ فى المائة، تجرى فى البيت.<sup>(١٣)</sup>

إن نوعية رعاية حالات الولادة، التى تحددت بوضوح كمشكلة فى مسح عام ١٩٩٢، مازالت منخفضة، ومن المحفوظ أن الأطباء غالبا ما يكونون مسئولين عن هذه النوعية المتدنية. وعلى سبيل المثال، أظهر مسح وفيات الأمهات لعام ٢٠٠٠ أن من بين النساء اللاتي توفين أثناء أو عقب الولادة فى مرفق صحى، توفى نحو الربع فيما بعد، خارج المرفق الصحى أثناء الانتقال أو فى البيت وتعتبر هذه النسبة العالية مزعجة وتشير إلى وجود مشكلات تتعلق بالإحالات والخروج من المرفق الصحى قبل الأوان.

ويعيش جميع المصريين تقريبا فى أماكن غير بعيدة عن العيادات الصحية. كما أن الطرق جيدة بصفة عامة والكثافة السكانية العالية فى البلاد تعنى أن النساء لديهن إمكانية الوصول إلى المرافق الطبية فى حالات الطوارئ. وحتى فى المناطق الريفية، يعيش ٩٩ فى المائة من النساء فى أماكن لا تبعد أكثر من ٣٠ كيلومترا عن مستشفى حكومى.<sup>(١٤)</sup> وتشير الدراسات إلى أن العوامل الاجتماعية الاقتصادية والعوامل الثقافية، وليس مجرد الوصول المادى، تلعب دورا فى قلة استخدام خدمات الرعاية الصحية.

### تأثير مسح عام ١٩٩٢

حدد مسح عام ١٩٩٢ لصحة الأمهات كلا من العوامل التى لا يمكن تجنبها والتى يمكن تجنبها التى تسهم فى وفيات الأمهات فى مصر، بما فى ذلك سوء نوعية رعاية حالات الولادة. واستجابة لذلك، قامت وزارة الصحة والسكان، بالتعاون مع شركاء دوليين مثل برنامج الأم السليمة/الطفل السليم الذى تموله الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، والذى تتولى تنفيذه مؤسسة جون سنو، بوضع وتنفيذ سلسلة من الأنشطة لتحسين نوعية الرعاية. وعلى سبيل المثال، قامت الوزارة برفع مستوى مرافق صحة الأمهات والمواليد الجدد وتحسين نظام الإمدادات فى سائر أنحاء البلاد، مع التركيز بشكل خاص على صعيد مصر والمستشفيات الريفية. وقد أولت هذه التدخلات اهتماما خاصا للرعاية الأساسية لحالات الولادة وإدارة حالات طوارئ

المتزوجات من ٣٨ فى المائة إلى ٦٠ فى المائة، وانخفضت الخصوبة من ٤,٤ ولادة إلى ٣,٢ ولادة لكل امرأة.<sup>(٨)</sup> وحيث إن كل حالة حمل وولادة تحمل معها درجة من الخطورة، فإن انخفاض الخصوبة يقلل من خطر الموت الذى تتعرض له السيدة على مدى حياتها الإنجابية بسبب متعلق بالأمومة. بيد أن انخفاض الخصوبة وحده ليس كافيا لتفسير حجم التحسن فى معدل وفيات الأمهات فى البلاد.

وبالرغم من الزيادة فى استخدام وسائل منع الحمل، فإن حالات الحمل غير المرغوب فيه مازالت تمثل تحديا للصحة الإنجابية. وقد أوضحت دراسة حديثة تناولت استخدام خدمات الولادة فى المستشفيات العامة أن حالات رعاية ما بعد الإجهاض تمثل نحو خمس الحالات التى تاتى إلى هذه المرافق الصحية. وتشمل كلا من حالات الإجهاض التلقائية والمستحثة على السواء.<sup>(٩)</sup> ويعتبر الإجهاض إجراء أمنا عندما يقوم به أطباء مؤهلون فى ظل ظروف صحية مناسبة. بيد أن المضاعفات الناجمة عن عمليات الإجهاض غير الآمنة - المستحثة ذاتيا أو التى يجريها معاونون غير مدربين - من شأنها أن تؤدى إلى عواقب صحية وخيمة بل إلى الموت. ولا يزال الوصول إلى إجهاض آمن مقيدا فى مصر: حيث يقتصر السماح بالإجهاض على الحالات التى تكون فيها حياة الحامل فى خطر.<sup>(١٠)</sup>

وبالرغم من العدد الكبير للأطباء وضخامة البنية الأساسية الصحية فى مصر، فإن ثلث الحوامل فى مصر يواصلن الحمل دون تلقى أية رعاية قبل الولادة على الإطلاق. ومن الواضح أن هناك بعض التحسينات فى رعاية ما قبل الولادة منذ عام



## الجدول ٢

### الأسباب الضردية الرئيسية لوفيات الأمهات، مصر، ٢٠٠٠

نسبة وفيات الأمهات	السبب الرئيسي للوفاة
٧٧	أسباب مباشرة مرتبطة بالولادة
٣٠	النزيف
١٣	أمراض ضغط الدم المصاحبة للحمل
٨	تمزق الرحم
٦	تقيح الأعضاء التناسلية
٦	الجلطة الرئوية
٥	التخدير
٤	الولادة القيصرية
٣	الإجهاض
٢	سبب مباشر آخر
٢٠	أسباب غير مباشرة مرتبطة بالولادة
١٠	أمراض القلب والأوعية الدموية
٣	الأمراض المعدية والطفيلية
٣	أمراض الجهاز الهضمي
٤	أسباب غير مباشرة أخرى
٣	أسباب غير معروفة

المصدر: وزارة الصحة والسكان المصرية، الدراسة القومية لوفيات الأمهات، ٢٠٠٠: الجدول ٧.

الولادة والمواليد الجدد. وتضمنت التدخلات عمليات تقويم لاحتياجات التدريب على نطاق واسع، وتحليلات مفصلة للأوضاع على مستوى المجتمعات المحلية، وتدخلات شاملة في المهارات الفنية لمقدمي الخدمة وقدراتهم على الاتصالات. كما قامت الوزارة بوضع معايير قومية لرعاية حالات الولادة ورعاية المواليد الجدد، ومراجعة المناهج الدراسية لكليات الطب. وتم إعداد دليل لإرشاد وتدريب الدايات لتحسين كفاءتهن. وشملت الأنشطة الأخرى برنامج الأمومة الآمنة لصندوق الأمم المتحدة للطفولة الذي تموله الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، والذي استمر نشاطه من ١٩٨٦ إلى ٢٠٠١.

كما قامت الوزارة بتنظيم حملات إعلامية جماهيرية لتشجيع الأسر على التماس الرعاية الطبية وزيادة المعرفة بمؤشرات الخطر أثناء الحمل، والولادة، وفترة النفاس. ومن أجل زيادة المشاركة المحلية، أصدرت الوزارة قرارا بإنشاء لجان الأمومة الآمنة على المستوى المركزى وفي جميع المحافظات لتنسيق الأنشطة المحلية، والقيام بدور رئيسى فى نظام مستقبلى لرصد وفيات الأمهات.

ويشير مسح وفيات الأمهات لعام ٢٠٠٠ إلى نجاح هذه الجهود. وأظهر المسح انخفاضا شديدا فى وفيات الأمهات فى سائر أنحاء البلاد، خاصة فى صعيد مصر. والحقيقة أن

الانخفاض فى صعيد مصر، وهى من أفقر المناطق فى البلاد، يتفق مع دراسات دولية أخرى توضح أن وفيات الأمهات يمكن الحد منها فى كافة الأوساط الاجتماعية الاقتصادية من خلال الاستثمار فى التدخلات الملائمة لتحقيق الرعاية الأساسية لحالات الولادة والإدارة المناسبة لحالات طوارئ الولادة.

### أسباب وفيات الأمهات فى مصر

تظهر دراسة وفيات الأمهات لعام ٢٠٠٠ أن نحو ثلاثة أرباع وفيات الأمهات فى البلاد تعود لأسباب طبية مباشرة (حالات تتعلق بالحمل نفسه). ويتفق ذلك بصفة عامة مع الدراسات التى أجريت فى البلدان النامية الأخرى.<sup>(١٥)</sup> ويعد النزيف، أو نزيف الدم الحاد، أهم سبب مباشر، يليه ارتفاع ضغط الدم، وتمزق الرحم، والعدوى، والجلطة الرئوية. ومن الأسباب غير المباشرة - أى الحالات المتفاقمة بسبب الحمل - تعتبر أمراض القلب أهم هذه الأسباب (انظر الجدول ٢).

وقد كان أحد أغراض مسح عام ١٩٩٢/١٩٩٣ ومسح عام ٢٠٠٠ (انظر الإطار ٣، صفحة ٦) معرفة العوامل التى يمكن تجنبها التى تسهم فى حدوث وفيات الأمهات - وأوضح مسح عام ٢٠٠٠ أن نحو الخمس فقط من وفيات الأمهات اعتبر غير ممكن تجنبه. وقد قام الباحثون بجمع البيانات من خلال فحص السجلات الطبية للنساء اللاتى توفين لأسباب تتعلق بالأمومة، وإجراء المقابلات مع أفراد الأسرة حول الحالة، والتقييم الطبى التفصيلى لما أدى إلى تلك الوفيات. وتوضح هذه الحالات مجموعة العوامل المعقدة التى تلعب دورا فى وفيات الأمهات. وقد يكون فى الإمكان تجنب وفاة المرأة إذا هى تلقت رعاية كافية فى فترة ما قبل الولادة لتحديد المشكلات المحتملة، أو إذا قامت المقابلات بتشخيص المضاعفات فى الوقت المناسب. وقد تصل النساء متأخرات جدا إلى مستشفى المنطقة، وقد لا يكون المستشفى نفسه مجهزا للتعامل مع مثل هذه الحالات فى الوقت الملائم.

وإجمالا، فإن واحدا أو أكثر من العوامل التى يمكن تجنبها ارتبطت بـ ٩٢ فى المائة من وفيات الأمهات المسجلة فى مسح عام ١٩٩٢، بالمقارنة بـ ٨١ فى المائة من وفيات الأمهات فى مسح عام ٢٠٠٠. وقد تم تصنيف الأسباب التى يمكن تجنبها فى الدراستين باعتبارها «عوامل متعلقة بالمرأة والأسرة»، و«عوامل متعلقة بالمرافق الصحية»، و«عوامل متعلقة بالفريق الطبى» (انظر الجدول ٣، صفحة ٧). وقد كشفت مراجعات وفيات الأمهات فى كل من المسحين عن أن الرعاية دون المستوى من جانب أطباء الولادة كانت هى العامل الواحد الأكبر المؤدى إلى وفيات الأمهات، حيث يمثل وحده ٤٧ فى المائة من العوامل التى يمكن تجنبها الواردة فى مسح ١٩٩٢/١٩٩٣ و٤٣ فى المائة فى مسح ٢٠٠٠. ويسهم الممارسون العاملون فى حدوث

## الدراسة القومية لوفيات الأمهات فى مصر عام ٢٠٠٠

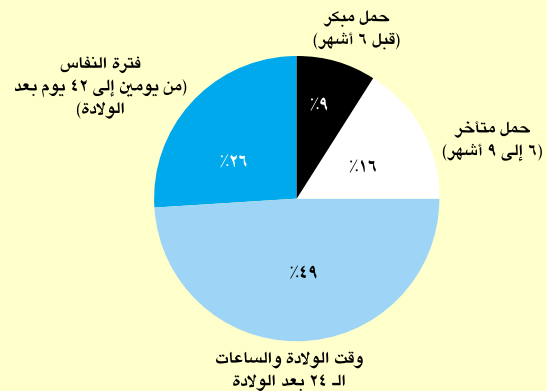
أجرت الدراسة القومية لوفيات الأمهات فى مصر فى عام ٢٠٠٠ مديرية رعاية صحة الأم والطفل بوزارة الصحة والسكان، بمساعدة الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء. وقد استخدمت الدراسة تصميمًا بحثيًا مماثلاً للدراسة القومية الأولى لوفيات الأمهات عام ١٩٩٢/١٩٩٣، وشاركت فيها نفس الهيئات. وتولت توفير التمويل اللازم لكل من الدراستين الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية، بمساعدة فنية من مؤسسة جون سنو.

وقد كان الغرض من دراسة عام ٢٠٠٠ متعدد الجوانب، وشمل: تقدير وفيات الأمهات على المستوى القومى، وكذلك بالنسبة للمناطق ولحافظات أسوان، والأقصر، وقنا، وبنى سويف، والغيز، وكفر الشيخ، والسويس، والوادي الجديد، وتقويم التغيرات فى وفيات الأمهات من إجراء دراسة عام ١٩٩٢/١٩٩٣؛ وتحديد الأسباب الطبية الرئيسية لوفيات الأمهات؛ وتعيين العوامل التى يمكن تجنبها والتى تسهم فى وفيات الأمهات. كما نظرت الدراسة فيما حدث للأطفال الرضع الذين توفيت أمهاتهم.

وشملت الدراسة عينة من وفيات النساء فى سن الحمل التى حدثت فى جميع المحافظات خلال عام ٢٠٠٠. وقد تم الحصول على العينة باستخدام بيانات التسجيل الحيوى من ١٤٩ مكتب صحة. وكانت مكاتب الصحة المنتقاة قد كلفت بتقديم تقرير أسبوعى بجميع حالات الوفاة للنساء اللاتى تراوحت أعمارهن بين ١٥ و ٤٩ سنة من أول يناير إلى آخر ديسمبر ٢٠٠٠. وبعد تحديد النساء اللاتى توفين لأسباب تتعلق بالحمل، قام الباحثون بمراجعة السجلات الطبية وإجراء مقابلات مع أسر هؤلاء النساء ومع كل معاون صحى له علاقة بالموضوع. ثم قامت مجموعة استشارية محلية من الأطباء فى كل محافظة بمراجعة السجلات واتفقت بإجماع الآراء على الأسباب الطبية لكل حالة وفاة والعوامل الممكن تجنبها التى أدت إلى الوفاة.

وقد كانت السرية وسياسة عدم إلقاء اللوم جوانب مهمة فى تصميم المسح، لضمان عدم اتخاذ إجراءات قانونية أو سياسية بناء على النتائج. وقد تم تحديد ٥٨٥ حالة وفاة للأمهات، تمثل ٧ فى المائة من إجمالى الإناث فى سن الحمل اللاتى سجلت وفاتهن. وكما يتضح أدناه، فإن نحو نصف وفيات الأمهات المسجلة فى الدراسة حدثت أثناء الولادة أو خلال ٢٤ ساعة منها.

## وفيات الأمهات حسب وقت الوفاة



المصدر: وزارة الصحة والسكان فى مصر. الدراسة القومية لوفيات الأمهات لعام ٢٠٠٠ (القاهرة، وزارة الصحة والسكان، ٢٠٠٠).

عدد متفاوت من الوفيات الواردة فى كلا المسحين. وفى حين أن واحدا فى المائة فقط من النساء المصريات يتوجهن إلى ممارس عام للولادة، فإن نحو ١١ فى المائة من العوامل التى يمكن تجنبها فى كلا المسحين كانت تتعلق بالرعاية دون المستوى من جانب تلك المجموعة من مقدمى الرعاية الصحية.

كما وجد مسح ٢٠٠٠ أن أطباء الولادة الكبار والمتمرسين لم يكونوا موجودين فى أغلب الأحيان لمساعدة المرأة أثناء الولادة، ولذلك كانت تترك معالجة المضاعفات فى أيدي صغار أطباء الولادة. ومما يثير المزيد من القلق زيادة معدل الوفيات الناجمة عن التدخلات الطبية، خاصة الاستخدام غير المناسب لعقار الأوكسيتوسين (oxytocin)، وهو عقار يمكن استخدامه بأمان لتقوية انقباضات الرحم وتقليل مدة المخاض، ولكنه يمكن أن يكون ضارا للأم وطفلها عندما يستخدم بطريقة غير صحيحة<sup>(١٦)</sup>. وتشير الأبحاث الحديثة إلى أن الأوكسيتوسين يستخدم فى أغلب الأحيان بطريقة غير صحيحة فى حالات المخاض الطبيعى فى بعض المرافق الصحية المصرية<sup>(١٧)</sup>.

وقد أوضح مسح عام ٢٠٠٠ أن ٩٣ فى المائة من النساء اللاتى توفين لأسباب تتعلق بالأمومة قد التمسن المساعدة الطبية فى وقت ما. كما أن ٣٩ فى المائة من النساء اللاتى توفين، داهمهن الموت قبل الولادة. وإجمالاً، فإن ٦٢ فى المائة من الوفيات حدثت فى مرافق صحية، و ٩ فى المائة أثناء الانتقال، و ٢٩ فى المائة فى البيت<sup>(١٨)</sup>.

## الدروس المستفادة

■ يمكن استخدام الدراسة القومية لوفيات الأمهات التى توفر تقديراً لوفيات الأمهات، ومعلومات حول الأسباب الطبية الرئيسية، والعوامل الممكن تجنبها التى تسهم فى وفيات الأمهات والأطفال الرضع كأداة مهمة فى إدارة برامج الأمومة الآمنة.

■ تعتبر التنمية، والتوحيد القياسى، ونشر مبادئ السلوك الإكلينيكي الصحيح على المستوى القومى من الأمور الأساسية لتحسين رعاية الأمومة والمواليد الجدد.

■ يتعين تحسين مهارات مقدمى الخدمة وتجهيزات الإدارات المعاونة (غرفة الطوارئ، وغرفة العمليات، والتخدير، والمختبر، وقسم التعقيم المركزى والتموين، وبنوك الدم) بأقسام طب الولادة والمواليد الجدد للحد من الوفيات والمضاعفات التى يمكن تجنبها.

■ لا يغير التدريب الإكلينيكي وحده من مواقف وسلوكيات مقدمى الخدمة. ويأخذ غالبية مقدمى الخدمة بمبادئ السلوك الإكلينيكي الصحيح ويتقنون المهارات بعد التدريب أثناء العمل مع المشرفين الإكلينيكين الخبراء.

■ يمكن أن تساعد لجان الأمومة الآمنة (التي تدعمها القرارات الوزارية) والمؤسسة على جميع المستويات فى تحقيق استدامة الخدمات.

العوامل التي يمكن تجنبها والمرتبطة بوفيات  
الأمهات في مصر، ١٩٩٢/١٩٩٣ و ٢٠٠٠

عوامل يمكن تجنبها		نسبة وفيات الأمهات المرتبطة بكل عامل <sup>(١)</sup>	
		١٩٩٢/١٩٩٣	٢٠٠٠
<b>عوامل متعلقة بالمرأة والأسرة</b>			
التأخر في معرفة المشكلات/ التماس الرعاية الطبية	٤٢	٣٠	
عدم وجود رعاية في فترة ما قبل الولادة	*	١٩	
حمل غير مرغوب فيه	٥	٢	
<b>عوامل متعلقة بالمرافق الصحية</b>			
نقص الدم	٦	١٦	
نقص في العقاقير، والإمدادات والمعدات	٢	٦	
عدم توافر المواصلات	٤	٥	
نقص التخدير	لم يقوم	٤	
بعد المسافة عن المستشفى	لم تقوم	٤	
<b>عوامل متعلقة بالفريق الطبي</b>			
رعاية دون المستوى من جانب:			
الطبيب المولد	٤٧	٤٣	
الممارس العام	١٢	١١	
الداية	١٢	٨	
القابلة	لم تقوم	٤	
سوء الرعاية قبل الولادة	*	١٥	
إجمالي العوامل التي يمكن تجنبها	٩٢	٨١	
عدم وجود عامل يمكن تجنبه	٨	١٩	

\* وردت العبارتان «عدم وجود رعاية قبل الولادة» و«سوء الرعاية قبل الولادة» معا في دراسة ١٩٩٢، التي أظهرت أن سوء أو انعدام رعاية ما قبل الولادة ارتبطت بـ ٣٢ في المائة من وفيات الأمهات.  
(١) الأعداد لا تصل في مجموعها إلى ١٠٠ لأن كل وفاة قد تكون مرتبطة بأكثر من عامل واحد.

المصادر: وزارة الصحة والسكان في مصر، الدراسة القومية لوفيات الأمهات: نتائج واستنتاجات، ١٩٩٤: الجدول ٨؛ ووزارة الصحة والسكان في مصر، الدراسة القومية لوفيات الأمهات، ٢٠٠٠: الجدول ٩.

## الحاجة إلى مزيد من العمل

وضع زعماء العالم في قمة الألفية عام ٢٠٠٠ للأمم المتحدة هدف الحد من وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع خلال الفترة بين ١٩٩٠ و ٢٠١٥<sup>(١٩)</sup> ومن أجل تحقيق هذا الهدف، تحتاج مصر إلى زيادة الحد من معدل وفيات الأمهات لديها بمقدار النصف - أي إلى نحو ٤٤ حالة من وفيات الأمهات لكل ١٠٠ ألف مولود حي. واعترافا منها بأن ذلك يمثل تحديا كبيرا، فإن وزارة الصحة والسكان تعمل على المحافظة على قوة الدفع التي انطلقت على مدى العقد الماضي. وبناء على نتائج مسح وفيات الأمهات لعام ٢٠٠٠، تقوم الوزارة، بالتعاون مع برنامج الأم السليمة/الطفل السليم، بتطوير استراتيجية تستهدف:

- توسيع وتقوية نظام رصد وفيات الأمهات لمراقبة وفيات الأمهات؛
  - التوسع في توفير الخدمات الجيدة بوضع مبادئ للسلوك الصحيح في طب الولادة ورعاية المواليد الجدد وتدريب المعاونين على استخدامها، إلى جانب تحسين المرافق الصحية وتوفير المعدات في جميع المرافق التابعة لوزارة الصحة والسكان التي تقدم خدمات الولادة؛
  - التوسع في خدمات الرعاية الصحية للأمهات والأطفال التي يقدمها المجتمع؛
  - تعيين المناطق المحرومة من الخدمات والمحفوفة بالمخاطر الصحية وتوجيه التدخلات لتلك المناطق، بما في ذلك المناطق العشوائية في المدن؛ و
  - تعليم المجتمعات السلوكيات الصحية التي تسهم في تحقيق نتائج أفضل لصحة الأمهات والأطفال<sup>(٢٠)</sup>
- لقد كان دعم المجتمع الدولي دافعا حاسما للتغييرات التي حققتها مصر في نظامها الخاص برعاية صحة الأمومة إبان التسعينيات. وبفضل الالتزام الذي تحمله وزارة الصحة والسكان والمانحون الدوليون بتحقيق أمومة آمنة، فإن أعدادا أقل من النساء المصريات يمتن لأسباب يمكن تجنبها تتعلق بالأمومة. وتظهر التجربة المصرية أن استثمار موارد كافية في توفير خدمات الولادة في الوقت المناسب ورعاية المواليد الجدد من شأنه انقاذ حياة النساء والمواليد الجدد على السواء. وتستطيع الحكومات والمانحون الدوليون أن يستفيدوا من التجربة المصرية في وضع البرامج التي تحقق أغراض الأمومة الآمنة الواردة ضمن أهداف الألفية الإنمائية.

■ يمكن أن يعطى الاستثمار في تطوير نظام قومي قوى لرصد وفيات الأمهات بيانات مهمة عن وفيات الأمهات في الوقت المناسب.

■ يعتمد نجاح حملات الإعلام، والتوعية، والاتصال على كثافة استخدام وسائل الإعلام، إلى جانب الاتصالات الشخصية، وأنشطة التعبئة المجتمعية. وبالإضافة إلى ذلك، فإن استخدام المنظمات غير الحكومية للوصول إلى المناطق النائية وتوصيل رسائل وزارة الصحة والسكان من شأنه أن يسهم في تحسين السلوكيات الصحية للمجتمع.



<sup>6</sup> ORC Macro, *Egypt Interim Demographic and Health Survey (DHS), 2003* (Calverton, MD: ORC Macro, 2004): table 7.1; and Egypt Ministry of Health and Population, *National Maternal Mortality Study, 2000*.

<sup>7</sup> ORC Macro, *Egypt Demographic and Health Survey, 2000* (Calverton, MD: ORC Macro, 2001): figure 11.2; and ORC Macro, *Egypt DHS, 2003*: table 5.8.

<sup>8</sup> ORC Macro, *Egypt DHS, 2003*: tables 2.2 and 3.4.

<sup>9</sup> Dale Huntington et al., "The Postabortion Caseload in Egyptian Hospitals: A Descriptive Study," *International Family Planning Perspectives* 24, no. 1, March 1998: 25-31.

<sup>10</sup> United Nations, *Abortion Policies, A Global Review* 1 (New York: United Nations, 2001).

<sup>11</sup> ORC Macro, *Egypt DHS, 2003*: table 5.1.

<sup>12</sup> Egypt Ministry of Health and Population, *National Maternal Mortality Study, 2000*: table 9.

<sup>13</sup> ORC Macro, *Egypt DHS, 2003*: table 5.8.

<sup>14</sup> World Bank, *Reducing Maternal Mortality: Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe* (Washington, DC: World Bank, 2003): 97.

<sup>15</sup> Ann Tinker and Marge Koblinsky with contributions from Patricia Daly et al., *Making Motherhood Safer* (Washington, DC: World Bank Discussion Paper 202, 1993).

<sup>16</sup> Egypt Ministry of Health and Population, *National Maternal Mortality Study, 2000*: 61.

<sup>17</sup> Karima Khalil et al., "Labor Augmentation in an Egyptian Teaching Hospital," *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 85, no. 1 (2004): 75-81.

<sup>18</sup> Egypt Ministry of Health and Population, *National Maternal Mortality Study, 2000*: 25-26.

<sup>19</sup> United Nations, *Implementation of the United Nations Millennium Declaration, Report of the Secretary General, July 2002*, accessed online at <http://ods-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N02/506/69/PDF/N0250669.pdf?OpenElement>, on May 5, 2003.

<sup>20</sup> Esmat Mansour, "Reducing Maternal Mortality in Egypt: Achievements and Challenges." congressional briefing held in Washington, DC, May 27, 2003.

## تنويه

أعدت هذا الموجز كريمة خليل المجلس الدولي للسكان بالقاهرة وفرزانه روى - فهيمى بالمكتب المرجعي للسكان. يجدر توجيه شكر خاص إلى اليزابيث رانسوم بهيئة إنقاذ الطفولة (المكتب المرجعي للسكان سابقا) على حماسها في البحث والاتصال والمساهمة في إعداد الصياغة المبكرة. وقامت لوري أشفورد ونانسى ينجر بالمكتب المرجعي للسكان بالمراجعة وتقديم المساهمات في مراحل مختلفة. كما يجدر توجيه شكر خاص للمراجعين التالية أسماءهم: عصمت منصور بوزارة الصحة والسكان في مصر، وناهد متى بوكالة المعونة الأمريكية للتنمية الدولية/القاهرة، ومها العدوى بمؤسسة فورد، وليلى بشارة وريجينا جيبسون بمؤسسة جون سنو.

قام بتمويل هذا العمل مكتب مؤسسة فورد التربوية للشرق الأوسط وشمال أفريقيا بالقاهرة.

أعد الترجمة العربية: مركز الأهرام للترجمة والنشر، مؤسسة الأهرام طباعة: مطابع الأهرام التجارية - قليب - مصر

© مارس ٢٠٠٤، المكتب المرجعي للسكان

الاحتفال بمرور ٧٥ عاما ■ ١٩٢٩-٢٠٠٤

## برنامج المكتب المرجعي للسكان في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

إن هدف برنامج المكتب المرجعي للسكان للشرق الأوسط وشمال أفريقيا هو الاستجابة للاحتياجات الإقليمية للمعلومات والتحليلات الحديثة والموضوعية والمناسبة زمنيا بشأن السكان، والقضايا الاجتماعية - الاقتصادية وقضايا الصحة الإنجابية. ويثير البرنامج الوعي بهذه القضايا لدى صناع القرار في المنطقة وفي المجتمع الدولي، على أمل التأثير في السياسات وتحسين حياة السكان المقيمين في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

وتتضمن أنشطة برنامج الشرق الأوسط وشمال أفريقيا إنتاج ونشر الإصدارات المطبوعة والإلكترونية الخاصة بالموضوعات المهمة حول السكان، والصحة الإنجابية، والبيئة، والتنمية (وكثير من المطبوعات مترجم إلى العربية)، وكذلك العمل مع الصحفيين في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لزيادة معلوماتهم وتغطيتهم لقضايا السكان والتنمية، والعمل مع الباحثين في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا لزيادة مهاراتهم في نقل نتائج أبحاثهم إلى واضعي السياسة ووسائل الإعلام.

ويعتبر المكتب المرجعي للسكان رائدا في توفير المعلومات الحديثة والموضوعية عن الاتجاهات السكانية الأمريكية والدولية ودلالاتها. ويحتفل المكتب المرجعي للسكان في عام ٢٠٠٤ بذكرى مرور ٧٥ سنة على تأسيسه.

## دراسات موجزة للسياسة في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا:

التقدم نحو أهداف الألفية الإنمائية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (مارس ٢٠٠٤)

نحو أمومة أكثر أمانا في مصر (مارس ٢٠٠٤)

تمكين النساء، تنمية المجتمع: تعليم الإناث في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (أكتوبر ٢٠٠٣)

الصحة الإنجابية للنساء في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (فبراير ٢٠٠٣)

البحث عن التوازن: ندرة المياه والطلب السكاني في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (يوليو ٢٠٠٢)

برنامج تنظيم الأسرة في إيران: استجابة لاحتياجات أمة (يونيه ٢٠٠٢)

الاتجاهات والتحديات السكانية في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (أكتوبر ٢٠٠١)

وهذه الدراسات الموجزة متاحة باللغتين الإنجليزية والعربية، وتستطيع جماهير القراء في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا طلبها مجانا، وذلك بالاتصال بالمكتب المرجعي للسكان عن طريق البريد الإلكتروني ([prborders@prb.org](mailto:prborders@prb.org)) أو على العنوان المذكور أدناه. وتوجد النصوص الإنجليزية على موقع الإنترنت الخاص بالمكتب المرجعي للسكان ([www.prb.org](http://www.prb.org))

## المراجع

<sup>1</sup> Egypt Ministry of Health and Population, Directorate of Maternal and Child Health Care, *National Maternal Mortality Study, 2000* (Cairo: Ministry of Health and Population, June 2001).

<sup>2</sup> Carla AbouZahr, "Maternal Mortality Overview," in *The Health Dimensions of Sex and Reproduction*, ed. Christopher Murray and Alan Lopez (Boston: Harvard University Press, 1998): 147.

<sup>3</sup> United Nations Development Programme (UNDP), *Arab Human Development Report 2002: Creating Opportunities for Future Generations* (New York: UNDP, 2002).

<sup>4</sup> Farzaneh Roudi-Fahimi, *Women's Reproductive Health in the Middle East and North Africa* (Washington, DC: Population Reference Bureau, 2003).

<sup>5</sup> Carl Haub, *2003 World Population Data Sheet* (Washington, DC: Population Reference Bureau, July 2003).

المكتب المرجعي للسكان



1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520 ■ Washington, DC 20009 USA

Tel.: 202-483-1100 ■ Fax: 202-328-3937 ■ E-mail: [popref@prb.org](mailto:popref@prb.org) ■ Website: [www.prb.org](http://www.prb.org)