

اتجاهات مقلقة في خدمات الأمومة الصحية في لبنان

الدكتور عدنان مروة - الجامعة الأميركية

في العقود الماضية حدثت تطورات ايجابية في المؤشرات الصحية عموما في لبنان. لعل اهمها اطالة العمر المتوقع عند الولادة عند النساء و الرجال. و تعود اسبابه الى انحسار وفيات الأطفال و الرضع بفعل التقدم الكبير في الحقول الطبية و الجراحية و الى الانجازات في رعاية المواليد الجدد و خصوصا الذين ولدو بوزن ناقص، اما بسبب عدم اتمام فترة الحمل المحددة بأربعين اسبوعا او بسبب قصور النمو اثناء فترة الحمل.

اما بالنسبة الى رعاية الأمومة فيتجلى هذا التطور في انخفاض معدل وفيات الأمهات (وفاة الأم اثناء الحمل او الولادة او خلال ستة اسابيع من الوضع). في نيسان الماضي نشرت دراسة حديثة حول مؤشر وفيات الأمهات في 181 بلدا في العالم. بالنسبة الى لبنان تشير الدراسة الى انخفاض معدل وفيات الأمهات من 124 (لكل مائة الف مولود حي) في العام 1980 الى 76 في العام 1990 و الى 37 في العام 2000 و الى 24 في العام 2008. ورغم التحسن البارز الواضح من هذه الأرقام، ألا ان معدل 2008 الأخير يبين الحاجة الى جهود مضاعفة بحيث يتماشى المعدل مع دول اخرى انخفضت فيها معدلات وفيات الأمهات الى 5 مثل استراليا او 7 مثل اليابان او حتى بعض بلدان المنطقة العربية مثل دولة الإمارات حيث يقدر المعدل 9 لكل مائة الف مولود حي .

و مؤشر وفيات الأمهات كان مثار قلق واهتمام من قبل رؤساء دول العالم عند اجتماعهم في مقر الأمم المتحدة في مطلع الألفية حيث تم التوافق على سلسلة اهداف انمائية لإسعاد شعوب العالم. كان الهدف الخامس منها خفض وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة ارباع خلال الأعوام 1990 -2015. الا ان معدل وفيات الأمهات على اهميته هو اشبه بالقسم الطاهر من جبل الثلج لا يظهر الشوائب و النواقص في خدمات الأمومة في لبنان. هناك معايير اخرى يتم اعتمادها من قبل الهيئات الصحية المعنية بصحة الأم و الطفل هي اكثر دقة في تبيان نوعية خدمات الأمومة و اظهار الفوارق بين بلد و آخر او بين مؤسسة و اخرى و حتى بين الأفراد من مقدمي الرعاية من اطباء و قابلات . تشمل هذه المعايير مثلا نسبة الولادات القيصرية من مجموع الولادات ، نسبة المواليد المصابين بأذى ناجم عن عملية الولادة و نسبة المواليد الذين تمت ولاداتهم طوعا قبل 39 اسبوع من الحمل و نسبة المواليد بوزن ناقص و نسبة المواليد الذين تم ادخالهم الى غرف العناية الفائقة لحديثي الولادة .

ويشهد النظام الطبي اهتماما متزايدا بنوعية الخدمة الطبية او الجراحية وذلك بهدف تحاشي الأخطاء الطبية و توفير الأمان للمرضى. و لذلك تزداد المراقبة بقصد ضبط النوعية في كافة الأنشطة الطبية و الجراحية ، كما على مقدم الرعاية او المركز الطبي توفير المعلومات حول نتائج وحصيلة اعماله للتأكد من انها تتماشى مع النتائج و المعايير المتوفرة في المحافل الطبية و الجراحية. وفي هذا المجال تنشر بعض المؤسسات الطبية الأستشفائية و حتى بعض الأفراد من مقدمي الرعاية نتائج كافة اعمالهم و تدخلاتهم على الأنترنت، بحيث يتمكن المواطن مسبقا من الاطلاع على كافة الجوانب المتعلقة بحالته الطبية و اعطاء موافقة مستنيرة كما ينص القانون.

في السنوات الأخيرة سعت وزارة الصحة في لبنان الى بداية التعاطي مع ضبط النوعية عبر نظام الاعتماد حيث تقوم لجنة بتفحص المركز الأستشفائي و التأكد من توفر الحد الأدنى من شروط السلامة و الأمان. ألا ان انظمة الاعتماد هذه لا تشمل الاطلاع على حصيلة الأعمال و نتائجها و عما اذا كانت متطابقة مع المعايير المعتمدة تبعا للأدلة العلمية. في بعض الدول تقوم الهيئات المهنية بتوفير المراقبة و المساءلة للمؤسسات و حتى للأفراد.

تشهد الساحة الصحية في دول العالم ارتفاعا متزايدا في اعتماد الولادات القيصرية ، مما حدا بمنظمة الصحة العالمية ان تعبر عن قلقها من تنامي هذه الظاهرة ووصفتها بوباء العملية القيصرية. في الولايات المتحدة الأميركية غدت العملية القيصرية اكثر التدخلات الجراحية شيوعا في مراكزها الأستشفائية . في العام 2007 من مجموع اربعة ملايين ولادة تقريبا، بلغت نسبة من تمت ولادتهم بعد عملية قيصرية 32% او ثلث المواليد. و تشير بعض الدراسات الى ان نصف هذه التدخلات الجراحية لم تكن مبررة طبيا. كذلك الأمر في اميركا اللاتينية، حيث تقدر بعض الأوساط المتابعة اجراء 850,000 عملية قيصرية سنويا دون مسوغ طبي.

في لبنان يتبين من المسوحات المختلفة التي اجريت منذ التسعينات الى المنحى التصاعدي في اعتماد الولادة القيصرية. في العام 1996 بلغت نسبة الولادات القيصرية 17-23%، مع تفاوت بين مناطق لبنان المختلفة. النسبة الأعلى كانت في بيروت (22,6- 24,8%) حيث تتوفر اعداد وفيرة من المراكز الأستشفائية واطباء التوليد في كافة مناطق العاصمة، كما تتوفر سهولة الأستشفاء على نفقة وزارة الصحة. نسبة الولادة القيصرية كانت متدنية نسبيا في محافظة لبنان الشمالي حيث لا تتوفر التسهيلات اعلاه، كما ان الأنماط الاجتماعية التي ما زالت تعتمد على الولادات المنزلية وعلى دور اكبر للقبائل فيها. يزداد اللجوء الى الولادة القيصرية مع توفر التأمين الصحي بحيث غدت وكأنها اشعار بالتغيير والحدثة في النظام الصحي. وتشير ارقام بعض شركات التأمين الخاص الى ان نسبة القيصرية تزيد تبعا لدرجة بوليصة التأمين، فهي اعلى في الدرجة الأولى وتتخفض تباعا في الدرجات الثانية والثالثة. هذا التفاوت والفوارق في اعتماد الولادة القيصرية لا يمكن تفسيره بمبررات علمية أو فوارق فيزيولوجية ، و انما يعكس الى حد كبير الأفرط في التدخلات الطبية Over medicalization. و قد لوحظت هذه الفوارق في بلدان افريقية حيث تلازمت نسبة الاعتماد المفرط على الولادة القيصرية مع انتشار المؤسسات الأستشفائية وبالتالي الانتقال بعملية الولادة من ظاهرة فسيولوجية بين فصيلة اللبونات تطورت عبر ملايين السنين الى عملية طبية بحت. و التطور العلمي الذي تم احرازه في العقود الماضية تمثل في تحديد عوامل الخطر على الأم والطفل وبالتالي توصيف وتحديد الحالات السريرية التي تستدعي اجراء ولادة قيصرية للحفاظ على حياة وصحة الأم و الطفل. وخلال هذه الفترة اعتمدت نسبة الولادات القيصرية احد المؤشرات الهامة لنوعية رعاية الأمومة في المستشفيات و المراكز الطبية . على العموم كان الهدف الأساسي الترشيد و التدخل الملائم و اللجوء الى الولادة القيصرية فقط عند استفاد الخيارات الأخرى ومع الاعتماد على الأدلة العلمية التي تشير الى هذا الخيار يبقى اكثر امانا لكلا الأم والطفل. لذا تفاوتت نسبة الولادات القيصرية بين 5-10% وقد اشارت منظمة الصحة العالمية الى ان نسبة 15% وما دون هي النسبة الأمثل التي تفضي الى احسن النتائج بالنسبة الى الأم والطفل وان تجاوز 15% يعني ان الأضرار بصحة الأم والطفل تزيد عن الفوائد .

في لبنان فد يرتبط الأفرط في اعتماد الولادة القيصرية الى التخمة في اعداد اطباء التوليد بحيث زادت اعدادهم -حسب سجلات نقابتي الأطباء -الى اكثر من الف طبيب وطبيبة يتنافسون فرادى في عيادات لا تؤمن العدد الكافي من الحوامل لتوفر للطبيب الممارس الخبرة السريرية والدخل الكريم . لذا يسعى الى توقيت مواعيد الولادة للحوامل Induction of Labor عبر اللجوء الى عقاقير لتحفيز تقلصات الرحم او ثقب الكيس الأمنيوسي او الولادة القيصرية. ومن المعلوم ان هذه التدخلات جميعا من شأنها ان تزيد من احتمالات تعسر الولادة والأنتهاء بعملية قيصرية. وقد ازدادت ممارسات توقيت موعد الولادة من نسبة متدنية وفق معايير طبية تستدعي تحفيز الولادة في عقود السبعينات والثمانينات الى نسبة 25% من مجموع الولادات حاليا لأسباب مختلفة قد يكون من اهمها الرغبة في تحاشي العمل في اوقات قد يعتبرها مقدم الرعاية غير ملائمة لأنماط حياته.

والفروق بين التعويضات المهنية للعملية القيصرية والولادة الطبيعية قد تشكل حافزا اضافيا. كما ان للمركز الاستشفائي مصلحة في زيادة اشغال الأسرة و بالتالي المردود الأوفر من الشركات والصناديق الضامنة.

هناك العديد من الدراسات و الأبحاث تشير الى الانعكاسات السلبية للعملية القيصرية على الأم والطفل , اذ ان التدخل الجراحي المبكر لإنهاء الحمل بسبب احتساب موعد الولادة الخاطئ، حتى مع التصوير الصوتي , قد يؤدي الى ولادة طفل قبل نضج جهازه التنفسي ونموه الدماغى. لذا تكثر الحالات التي تستدعي عناية مكثفة للمولود بعد الولادة, مع ما يصاحب هذا العلاج من اكلاف باهظة وقلق نفسي عند الأهلين ومخاطر من عواقب سلبية على صحة الطفل ونموه الجسدي والعقلي. اما بالنسبة للأم, فبالإضافة الى مخاطر البنج والجراحة الملائمة لأي تدخل جراحي هناك انعكاس مستقبلي على حياتها الإنجابية. اذ ان الجرح الرحمي سيبقى معها طيلة حياتها وسيعرضها الى مخاطر لا يستهان بها مثل الحاجة الى ولادات قيصرية في اي حمل مستقبلي او الموافقة على محاولة ولادة طبيعية مع الأقرار بخطر 1% احتمال تمزق في الجرح الرحمي السابق، مع ما يصاحب هذا الحدث من مخاطر تهدد حياة الأم و الطفل. كذلك يؤدي وجود الجرح الرحمي الى زيادة في احتمالات النزيف بسبب التصاق المشيمة على هذا الجرح وتزداد المخاطر تباعا مع كل عملية قيصرية ومع كل جرح رحمي جديد.

بسبب هذه الإتجاهات المقلقة في رعاية الأمومة ودعت منظمة الصحة العالمية الحكومات الى التدخل للحد من هذا النهج ونادت بخفض معدلات الولادات القيصرية الى ما دون 15 %، اذ اعتبرت ان تجاوز هذا المعدل من شأنه ان يزيد المخاطر عن الفوائد المرجوة للأم والطفل. هذه الاتجاهات المقلقة في انماط رعاية الأمومة في لبنان المتمثلة بالجوء المفرط الى تدخلات توقيت الولادة والى المبالغة في الولادات القيصرية تستدعي القيام بأنشطة مختلفة على كافة المستويات للحد من تفاقم هذا النهج وانعكاساته السلبية على الوضع الصحي. في هذا المجال تبدو الحاجة ماسة الى مؤتمر يجمع المعنيين – ممثلي الإدارات الصحية المختلفة, جمعيات و روابط المهنيين من اطباء و قابلات وممرضات وممثلين عن الصناديق الضامنة المختلفة والمعاهد التعليمية ومراكز التدريب المهني وفعاليات المجتمع المدني وخصوصا العاملين والعاملات في أنشطة تمكين المرأة. يستعرض المؤتمر الوضع اللبناني ويناقشون التدابير الممكنة ويرفعون التوصيات الى المراجع المعنية . ويجب ان يواكب هذا المسعى القيام بجهود اعلامية وتثقيفية وذلك لأستنهاض التجمعات النسائية والأضياء على الاتجاهات المقلقة في خدمات الأمومة بحيث تصبح الحامل مشاركة فعالة في اتخاذ القرار الصائب. اما النقابات والهيئات المهنية فلها الدور الكبير في اعتماد المعايير المدعومة بالأدلة الواضحة Evidence based guidelines والقيام بالخطوات التصحيحية عبر مراقبة حثيثة للممارسات في المستشفيات وحتى للأفراد. في هذا المجال تستطيع وزارة الصحة مثلا الزام المؤسسات الأستشفائية بتوفير سجل يبين المؤشرات المعتمدة حول نوعية خدمات الأمومة وحرمان المؤسسة من التعاقد اذا ما تبين مثلا ان نسبة الولادة القيصرية قد تجاوزت رقما تحددته دوائر الوزارة تماشيا مع الأدلة العلمية او اذا ما تبين ان هناك مبالغة وافراط في اعتماد توقيت الولادة عبر التحفيز المبكر لتقلصات الرحم بواسطة مختلف الوسائل Induction of Labor كما يمكن لشركات التأمين الخاص والادارات الطبية في صناديق التأمين المختلفة ان تقوم بالتدقيق ومراجعة سجلاتها بحيث يمكنها معرفة الممارسات ونوعية الخدمة وتفاوتها بين مركز استشفائي وآخر كما بين المهنيين انفسهم. وعليها عندئذ حرمان المؤسسة الأستشفائية او المهني من التعاقد الى ان يتم تصحيح الخلل والالتزام بمعايير مهنية توفر الأمان للأم والطفل وتتماشى مع الفن الطبي الحديث.