



# السلامة في رعاية الأمومة منظور دولي من سبع دول

تقرير شبكة الأنظمة الصحية الرائدة 2018

ديدي تومسون



# السلامة في رعاية الأمومة منظور دولي قن سبع دول

---

تقرير شبكة الأنظمة الصحية الرائدة 2018

## المحتويات

03	تمهيد
04	ملخص تنفيذي
05	مقدمة
07	القسم الأول: برنامج السلامة في رعاية الأمومة التابع لشبكة الأنظمة الصحية الرائدة - نظرة عامة والأساليب
11	القسم الثاني: السياق ونماذج الرعاية
16	القسم الثالث: اتجاهات السلامة
20	القسم الرابع: نتائج السلامة
27	خاتمة
28	شكر وتقدير
29	الملحق
36	المراجع

## تهديد

يأتي توفير الرعاية الآمنة على رأس أولويات مقدمي خدمات الرعاية الصحية. لذا، حرصنا خلال السنوات الأربع الماضية في كل من شبكة الأنظمة الصحية الرائدة، ومؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية (ويش)، ومعهد الابتكار في الصحة العالمية بجامعة إمبريال كوليدج لندن أن نجعل من العمل على توفير رعاية صحية أكثر سلامة وأماناً أحد مجالات التركيز الرئيسية في جهودنا البحثية.

وتأسيساً على تقرير شبكة الأنظمة الصحية الرائدة لعام 2016 بشأن سلامة المرضى (انظر التقرير الذي يحمل عنوان "رؤية دولية للمعلومات الخاصة بسلامة المرضى: ما الذي يمكننا تعلمه عن قياس الرعاية الصحية الآمنة؟")، اجتمع أطراف شبكتنا مجدداً لمقارنة ثقافة السلامة ونتائجها في مجال رعاية الأمومة.

وثمة صعوبة كامنة في عقد مقارنات دولية تفرضها طبيعة هذه المهمة؛ إذ تختلف الممارسات المتبعة في التشخيص وترميز الإجراءات باختلاف الدول والأنظمة الصحية، وقد تؤثر الاختلافات الهيكلية على آلية تقديم الرعاية، كما أن خصائص السكان الصحية تؤثر حتماً على النتائج النهائية. ومع إقرارنا بهذه القيود والاعتبارات، فإن شبكتنا تدرك قيمة مقارنة الأداء بين الأنظمة المختلفة لتحديد الجوانب المراد تحسينها وتشجيع الاستفادة بين الدول عبر أنشطة التعلم والتعاون. ويتيح تخصص رعاية الأمومة عقد مثل هذه المقارنات بفضل طبيعة الموضوع الواضحة وأهميته العامة ومؤشراته البسيطة نسبياً المستخدمة في تحديد مستوى السلامة.

ويوجز هذا التقرير نتائج هذه الجهود، ويتضمن أفكاراً ورؤى مستنبطة من الأدبيات المعنية بتوفير رعاية آمنة للأمهات.

وآمل أن يقدم هذا التقرير للقراء في مختلف أرجاء العالم رؤية عن رعاية الأمومة، وأن يسهم في تحفيز مقدمي الخدمات ذات الصلة بالأمومة على مراجعة مستويات أدائهم مع التركيز على تحسينها والارتقاء بها.



Alastair V. Williams

البيوفيسور اللورد دارزي  
رئيس مجلس الإدارة التنفيذي لمؤتمر  
"ويش"، مؤسسة قطر  
مدير معهد الابتكار في مجال الصحة العالمية،  
إمبريال كوليدج لندن

## ملخص تنفيذي

لا جدال أن سلامة المرضى واحدة من أهم قضايا الرعاية الصحية. وتعدّ الولادة من أكثر أسباب دخول المستشفيات شيوعاً في العالم بأسره. ورغم ما أحرزناه من تقدم كبير في إجراء عمليات ولادة أكثر أمناً وسلامة للأمهات، فما تزال حالات الوفاة والأمراض التنفسية التي يمكن الوقاية منها أمراً واسع الانتشار.

لذا، اجتمعت سبع مؤسسات طبية أعضاء في شبكة الأنظمة الصحية الرائدة لعقد مقارنة فيما بينها حول ثقافة السلامة ونتائجها في مجال الأمومة، ويوجز هذا التقرير النتائج التي توصلت إليها هذه الجهود.

تختلف المؤسسات المشاركة اختلافاً كبيراً من حيث معدلات الصحة السكانية ونماذج الرعاية الصحية في بلدانها، ما يجعل وضع تصنيفات مباشرة لأدائها عملاً غير مسؤول، إن لم يكن مستحيلًا. بيد أن بالإمكان تحقيق فوائد جمة عبر مقارنة نتائج هذه الأنظمة بغية تحديد المجالات المراد تحسينها والاستفادة من خبرات ودروس الأنظمة الأخرى.

وتشير نتائجنا إلى أن المؤسسات التي اخترناها للمقارنة هنا توفر خدمات رعاية آمنة بدرجة مقبولة، لا سيما عند مقارنتها بمقاييس مماثلة من مصادر خارجية. وبالمثل، فقد ظهر لنا أن ثقافة السلامة في هذه المؤسسات إيجابية في العموم، وإن كانت بعض النواحي تتطلب مزيداً من البحث والاستقصاء، مثل مستويات التوظيف المناسبة.

وفي هذا الإطار، يعدّ تقييم بيئة الرعاية الحالية أولى الخطوات الضرورية لتحديد المجالات التي تقع في صدر أولويات التحسين والتي يجدر لفت الانتباه إليها، لا سيما وأن مواصلة الجهود لتحسين مقومات السلامة في خدمات رعاية الأمومة هو التزام لا مناص منه لجميع مقدمي الرعاية الصحية، حتى أفضلهم وأعلىهم أداءً. ومن شأن تحسين مستويات السلامة أن يرتقي بحياة الأمهات والأطفال، كما سيسهم في الحدّ من التكاليف غير الضرورية الناجمة عن الرعاية غير الآمنة.

## مقدمة

### السلامة في رعاية الأمومة

تعدّ رعاية الأمومة إحدى أهم خدمات الرعاية الصحية على مستوى العالم؛ إذ يُسجل سنويًا ما يربو على 130 مليون حالة ولادة<sup>1</sup>، ورغم ما أحرزناه من تقدم كبير في إجراء عمليات ولادة أكثر سلامة وأمنًا للأمهات، مثل خفض معدّل الوفيات النفاسية بنسبة 44% منذ عام 1990، ما تزال هناك أكثر من 300 ألف حالة وفاة سنويًا في جميع أنحاء العالم جرّاء مضاعفات الحمل والولادة<sup>2</sup>، ومما يريثى له أن بالإمكان تجنب كثير من حالات الوفيات والمضاعفات النفاسية والوقاية منها، ما يسלט الضوء على ضرورة إيلاء اهتمام متواصل بتوفير خدمات رعاية أكثر سلامة.

وقد نُشرت كثير من الأبحاث والدراسات حول أفضل الاستراتيجيات التي من شأنها الحدّ من الوفيات والأمراض النفاسية، لا سيما في البلدان النامية، ومن بينها زيادة عدد العاملين الطبيين المدربين خلال عمليات الولادة والارتقاء بمستوى إدارة عوامل الخطر أثناء الحمل<sup>3-5</sup>، على الجانب الآخر، توجد العديد من الأدوات والأبحاث المثبتة بالأدلة التي تحدد لمقدمي خدمات رعاية الأمومة سبل تحسين معدلات السلامة في هذا المجال، وذلك باستخدام استراتيجيات عدة، من بينها تحسين قنوات التواصل والعمل الجماعي أو تنفيذ تدخلات رعاية مثبتة بالأدلة<sup>6-9</sup>.

وليس الغرض من هذا التقرير تكرار هذه الجهود أو تقديم استراتيجية شاملة لمقدمي خدمات الرعاية الصحية لتحسين معدلات السلامة في رعاية الأمومة، بل نسعى من ورائه إلى تقديم رؤية مقارنة لرعاية الأمومة في سبعة أنظمة صحية مختلفة، وهي:

- مستشفى أبولو (الهند)
  - هيئة مستشفى هونج كونج (هونج كونج)
  - مؤسسة إمبريال كوليدج للرعاية الصحية التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية (إنجلترا)
  - منظمة الرعاية المتكاملة، كروثيس (إسبانيا)
  - مستشفى راجا إستري بنجيران أنك ساليها (بروناي دار السلام)
  - النظام X (بدون اسم)
- لصحة والخدمات الإنسانية في حكومة ولاية فيكتوريا (أستراليا)

ورغم تعديل بيانات النتائج بحسب الفئات العمرية تبعًا لمجموعة إحصائية معيارية بهدف تسهيل عمليات المقارنة، لا ينبغي استخدام هذه البيانات لتصنيف هذه الأنظمة الصحية من حيث مستوى الأداء، بل ينبغي استخدامها لتحديد مواطن التحسين الممكنة.

كما تجدر الإشارة إلى أننا نركّز في هذا التقرير على تعريف منظمة الصحة العالمية لسلامة المرضى، إذ تقول إن "سلامة المرضى هي غياب الأضرار التي يمكن تجنب حدوثها لهم أثناء تلقيهم للرعاية الصحية".<sup>10</sup>

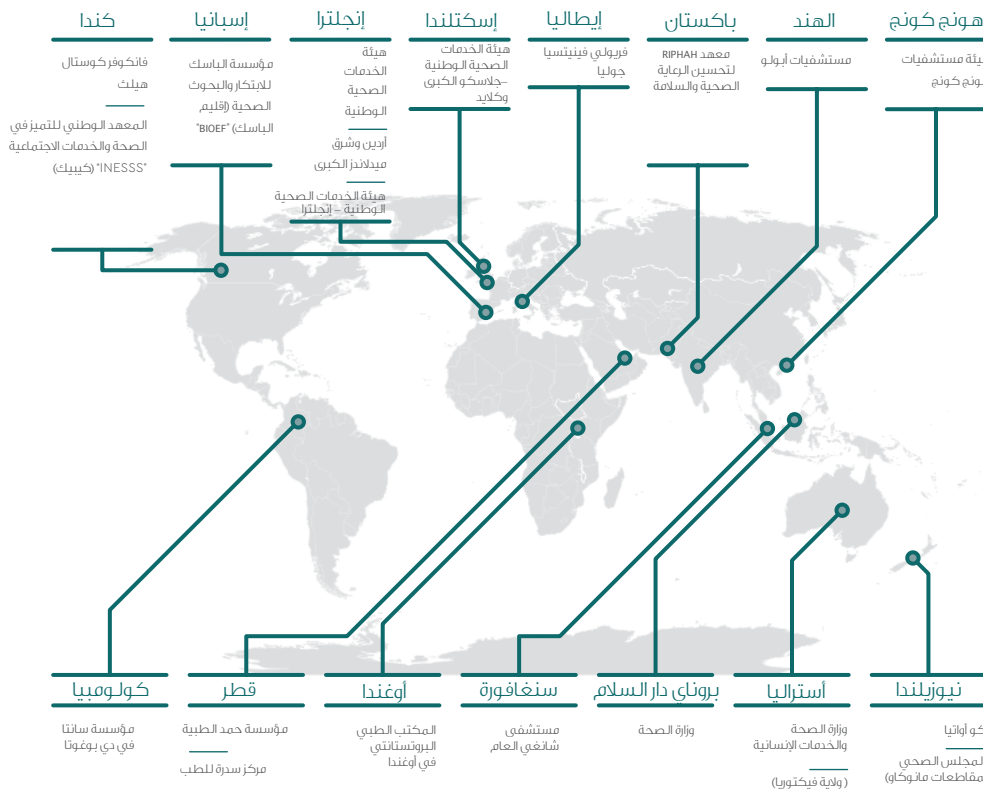
ورغم إقرارنا بأن السلامة والفعالية الطبية السريرية وتجربة المرضى تمثل جميعًا عناصر ضرورية تسهم في جودة الرعاية الصحية، فإننا نركّز في هذا التقرير على سلامة المرضى على وجه التحديد.

## القسم الأول: برنامج السلامة في رعاية الأمومة التابع لشبكة الأنظمة الصحية الرائدة - نظرة عامة والآساليب

### نظرة عامة على شبكة الأنظمة الصحية الرائدة

كما أوضحنا في تقارير سابقة (انظر التقرير الذي يحمل عنوان "رؤية دولية للمعلومات الخاصة بسلامة المرضى: ما الذي يمكننا تعلمه عن قياس الرعاية الصحية الآمنة؟")، فإن شبكة الأنظمة الصحية الرائدة هي شبكة دولية تستضيفها جامعة إمبريال كوليدج لندن بالشراكة مع "ويش"، وتجمع قادة ومؤسسات الرعاية الصحية في مسعى لعقد المقارنة بين مستويات أداء أعضاء الشبكة وتبادل الخبرات والتعلم من بعضهم البعض.

### الشكل 1: خريطة المؤسسات الأعضاء في شبكة الأنظمة الصحية الرائدة



## السلامة في أساليب رعاية الأمومة

استرشادًا بالجهود والأعمال السابقة في مجال سلامة المرضى، نفذت شبكة الأنظمة الصحية الرائدة برنامجًا لمقارنة سياقات الرعاية، وثقافة السلامة ونتائجها في مجال رعاية الأمومة. وفيما يلي نظرة عامة على طرق جمع البيانات، مع إمكانية الاطلاع على مزيد من التفاصيل في هذا الشأن في الملحق.



## السياق ونماذج الرعاية

قام موظفو إمبريال كوليدج بتوزيع استمارة في صورة ملف إكسل على جميع أعضاء شبكة الأنظمة الصحية الرائدة للحصول على معلومات عن: الخصائص التنظيمية (مثل عدد وحدات التوليد ومعدلات الإشغال بالمستشفيات)؛ ونماذج الرعاية السابقة للولادة؛ ونماذج التوظيف؛ والصحة السكانية (مثل معدلات انتشار ارتفاع ضغط الدم). ومن شأن هذه المعلومات أن توفر سياقاً أوسع للنظر في النتائج المستتقة من تحليل ثقافة السلامة ونتائج السلامة وتفسيرها.

أتمت جميع المؤسسات السبع المشاركة ملء هذه الاستمارات، رغم أن بعضها لم يتمكن من تقديم معلومات كاملة، وطلبت مؤسسة واحدة عدم الكشف عن هويتها، فتم تقديم بياناتها تحت الاسم المستعار "النظام X" في هذا التقرير. يمكن الاطلاع على ملخص النتائج في [القسم الثاني](#) من هذا التقرير.

## اتجاهات السلامة

حتى نتمكن من تقييم ثقافة السلامة، أرسلنا لقادة المؤسسات بشبكة الأنظمة الصحية الرائدة "استبيان اتجاهات السلامة"، وهو أداة مجانية معتمدة أكاديمياً تقيم ثقافة السلامة عبر ستة مجالات، وهي: مناخ العمل الجماعي، ومناخ السلامة، والرضا الوظيفي، والتعرف على الضغوط، والتصورات بشأن الإدارة (تقييم إدارة الوحدات وإدارة المستشفيات، كل على حدة)، وظروف العمل.<sup>11</sup> (لم تدرج أسئلة "التعرف على الضغوط" في نتائج المقارنة النهائية لعدم كفاية العينات).

وتولى قادة مؤسسات الشبكة تحديد المشاركين في الاستبيان وتوزيعه عليهم عبر شبكة الإنترنت باستخدام برنامج "Qualtrics"، مع إمكانية طباعة الاستبيان بصيغة "مايكروسوفت وورد". ويمكن الاطلاع من خلال [الملحق](#) على عدد المشاركين ومواقعهم الوظيفية (ممرضة أو موظف إداري، وما إلى ذلك) في كل مؤسسة مشاركة.

صُنفت الإجابات على أسئلة الاستبيان وفق مقياس "ليكرت" المؤلف من 5 درجات، بحيث تشير الدرجات الأعلى إلى ثقافة سلامة أكثر إيجابية - علماً بأن بعض الأسئلة كانت ذات نقاط عكسية، تشير فيها النتائج العالية إلى ثقافة سلامة أقل إيجابية.

قمنا بعد ذلك بحساب متوسط الدرجات لكل مؤسسة وفق الأبعاد التالية:

- مناخ العمل الجماعي
- مناخ السلامة
- الرضا الوظيفي
- تصور الموظفين تجاه إدارة الوحدة
- تصور الموظفين تجاه إدارة المستشفى
- ظروف العمل.

وقدمت خمس مؤسسات نتائج الاستبيان الخاصة بها، وهي:

- مستشفيات أبولو (الهند)
- هيئة مستشفيات هونج كونج (هونج كونج)
- مؤسسة إمبريال كوليدج للرعاية الصحية التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية (إنجلترا)
- منظمة الرعاية المتكاملة، كروثيس (إسبانيا)
- مستشفى راجا إستري بنجيران أنك ساليها (بروناي دار السلام)

ومن جهتها، قامت مؤسسة إمبريال كوليدج للرعاية الصحية التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية بإجراء الاستبيان بشكل مستقل في إطار مبادرة منفصلة تشمل جميع المؤسسات التابعة لهيئة. كما قدمت مؤسسة إمبريال كوليدج للرعاية الصحية نتائج الاستبيان المتعلق بوحدة رعاية الأمومة لديها لضمها إلى هذا التقرير. يلخص **القسم الثالث** هذه النتائج، ويمكن الاطلاع على نسخة كاملة من الاستبيان ومنهجيته بمزيد من التفصيل في **الملحق**.

## نتائج السلامة

قمنا بحساب ما مجموعه 11 مؤشرًا لسلامة المرضى في خدمات رعاية الأمومة استنادًا إلى المؤشرات الأكثر شيوعًا في الأدبيات والبحوث ذات الصلة والمصادر الموثوق بها، مثل مؤشرات سلامة المرضى التي وضعتها "الوكالة الأمريكية لبحوث الرعاية الصحية وجودتها" فيما يخص الإصابات الولادية:<sup>12</sup>

- الإرجاج / نوبات الإرجاج
- النسبة المئوية للولادات القيصرية التي تتم عند الطلب (اختيارية)
- الوفيات النفاسية في المستشفى
- الإصابات الولادية (جميع الولادات الطبيعية)
- الإصابات الولادية (الولادات الطبيعية باستخدام عناصر مساعدة)
- الإصابات الولادية (الولادات الطبيعية بدون استخدام عناصر مساعدة)
- نزيف ما بعد الولادة ونزيف الولادة الحاد
- الولادة المبكرة
- تعفن الدم (الإنتان)
- مقدمات الإرجاج الحادة
- عسر ولادة الكتف

أرسلت بيانات النتائج عبر البريد الإلكتروني بصيغة ملفات إكسل، باستخدام مزيج من رموز التشخيص الواردة في الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض ورموز الإجراءات الواردة في الإصدار الرابع من تصنيف العمليات والإجراءات الجراحية الذي وضعه مكتب التعدادات والمسوح السكانية. وفي حالة تعذر انطباق الرموز انطباقًا مباشرًا بسبب استخدام أنظمة ترميز بديلة، أجرينا محاولات لتحديد الرموز الأقرب إليها حسب تعريفاتها. ورغم ذلك، فإن الاختلافات الإقليمية في طرق الترميز والإبلاغ قد تفسر حصول بعض التباينات في النتائج، الأمر الذي ينبغي اتخاذه في الاعتبار عند تفسير البيانات. ويمكن الاطلاع على التفاصيل الكاملة لنموذج جمع البيانات في [الملحق](#).

يُذكر أن جميع مؤسسات الرعاية الصحية السبع قدمت البيانات الخاصة بها في هذا الاستبيان، رغم أن بعضها لم يقدم معلوماته في جميع المؤشرات. يلخص [القسم الرابع](#) من التقرير هذه النتائج.

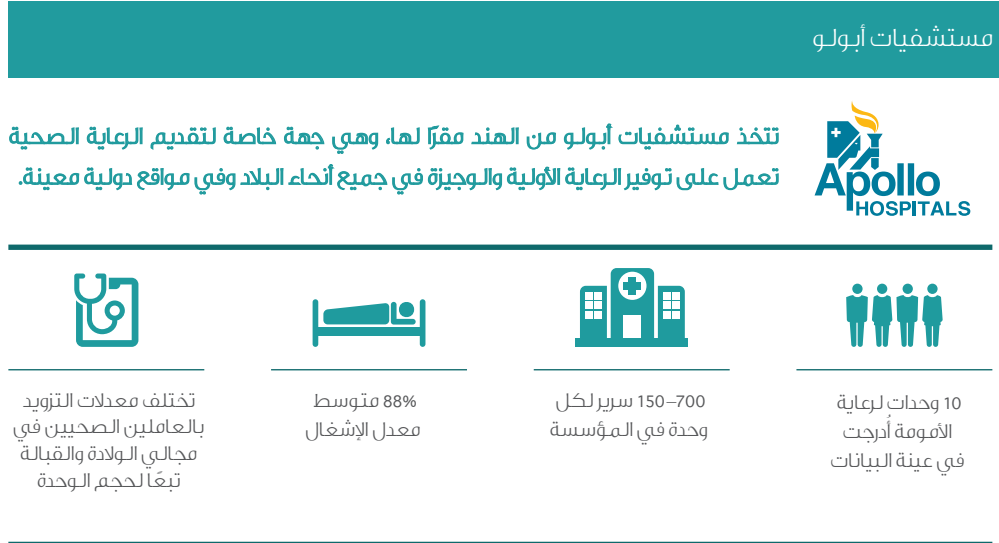
## القسم الثاني: السياق ونماذج الرعاية

هناك عدد لا يحصى من العوامل التي تؤثر على إجراءات السلامة ونتائجها خلال الحمل والولادة، بداية من مستوى الصحة الأساسي والبنية التحتية ونهاية بجودة الرعاية المقدمة من قبل العاملين في مجال الصحة. ويمكن لبعض الخصائص السكانية – ومنها، على سبيل المثال لا الحصر، الوضع الاجتماعي والاقتصادي والاقصادي، وعوامل الخطر مثل الحالات المرضية الموجودة سلفاً، والفئة العمرية وموقع السكن (المناطق الحضرية أم الريفية) – أن تؤدي إلى وجود حالات حمل تكتنفها مخاطر عالية مع احتمالية تحقيق نتائج أسوأ على مستوى السلامة.<sup>13-17</sup> وتؤثر خصائص النظام الصحي أيضاً على مستوى السلامة في رعاية الأمومة، مثل توفير القدر الكافي من الموارد والموظفين والمرافق، والقدرة على تحمل تكاليف الرعاية وإمكانية الحصول عليها.<sup>18-21</sup>

ومن ثم، فإن القياس الكمي لتأثيرات هذه العوامل على السلامة في أثناء الولادة، فضلاً عن مقارنتها بين أنظمة صحية متباينة، يمثل عملية غاية في التعقيد، وهو أمر خارج نطاق هذا التقرير، إلا أن المقارنات الدولية تستدعي وضع السياق المحلي في الاعتبار عند تفسير النتائج.

يقدم الشكل (2) لمحة موجزة تستعرض السياق الذي تقدم فيه المؤسسات الطبية المشاركة خدمات رعاية الأمومة.

### الشكل (2): سياق تقديم الرعاية من جانب المؤسسات الطبية المشاركة<sup>22</sup>



### نظرة عامة على الرعاية السابقة للولادة\*

تتضمن خدمات الرعاية السابقة للولادة ما لا يقل عن 4 زيارات، بما في ذلك التسجيل المبكر وأول زيارة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل. وتشمل هذه الزيارات الفحوصات البدنية والباطنية، وقياس مستوى الهيموجلوبين في الدم، وفحص البول، وإعطاء جرعتين من تطعيم التيتانوس، ووصف أقراص الحديد وحمض الفوليك (لمدة 6 أشهر خلال فترة الرعاية السابقة للولادة و6 أشهر أخرى خلال رعاية ما بعد الولادة).

\* تقدم لمحة عن معدل خدمات الرعاية السابقة للولادة على مستوى الدولة.

يعد مستشفى راجا إستري بنجيران أنك ساليها أكبر المستشفيات التي تديرها وزارة الصحة في بروني دار السلام، كما أنه المستشفى الرئيسي الذي يستقبل حالات الإحالة في البلاد.



6 فرق طبية بقيادة استثنائي لكل منها، وكبير مسؤولي الخدمات الطبية، إضافة إلى 2-3 على الأقل من مسؤولي الخدمات الطبية.



133 سرير في وحدة رعاية الأمومة\*  
13 غرفة توليد

\*يشمل العدد الإجمالي للأسرة عنابر رعاية ما بعد الولادة والرعاية السابقة للولادة.

### نظرة عامة على الرعاية السابقة للولادة

ما يقرب من 95% من الزيارات الأولى في إطار الرعاية السابقة للولادة تجري في عيادات صحة الأمومة والطفل الحكومية، ثم تتم الإحالة إلى أحد مراكز الرعاية الثلاثية وفق خطة وتوقيت زمني يتم تحديدهما بناء على عوامل الخطر، تقدم المكملات الغذائية وفحوصات ما قبل الولادة والتطعيمات مجاناً، وتجري النساء الحوامل سبع زيارات تقريباً في المتوسط لعمل فحوصات ما قبل الولادة، وذلك طوال فترة الحمل. وعادة ما تبدأ الرعاية السابقة للولادة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل مع إجراء زيارات شهرية حتى الأسبوع 28، ثم زيارة كل أسبوعين حتى الأسبوع 36، ثم زيارة أسبوعياً بعد ذلك.

### وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في حكومة ولاية فيكتوريا الأسترالية

وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في حكومة ولاية فيكتوريا الأسترالية هي جهة ممولة حكومياً تعمل على وضع سياسات وبرامج وخدمات الرعاية الصحية وتقديمها، سعياً لحعم صحة ساكني ولاية فيكتوريا الأسترالية ورفاهيتهم.



Health and Human Services



402 طبيب توليد\*  
776 قابلة\*



تضمن المسح جميع حالات الولادة في ولاية فيكتوريا

\*يمثل هذا الرقم عدد الموظفين بصورة إجمالية وليس العدد المكافئ على أساس الدوام الكامل.

### نظرة عامة على الرعاية السابقة للولادة

يتبع مقدمو الرعاية إرشادات الممارسة السريرية لوزارة الصحة بشأن الرعاية السابقة للولادة، وهي تركز على نهج للرعاية يتمحور حول المرأة. وتتألف الرعاية السابقة للولادة عادة من 7-10 زيارات، حسب الصفات الخاصة بالمرضى وتاريخهم الصحي. ويتواصل تقييم المخاطر التي قد تتعرض لها المرأة الحامل ومدى احتياجها لخدمات رعاية إضافية طوال فترة الحمل.

تدير هيئة مستشفيات هونج كونج المستشفيات العامة في هونج كونج، وهي مسؤولة عن توفير خدمات رعاية صحية وقائية وعلاجية وتأهيلية تتمركز حول الأفراد.



196 متوسط عدد أطباء  
التوليد بنظام مكافئ  
الدوام الكامل لكل وحدة



69.5% متوسط  
معدل الإشغال



95 سرير في  
المتوسط لكل وحدة



8 وحدات لرعاية الأمومة  
(جميعها مدرجة في  
عينة البيانات)

### نظرة عامة على الرعاية السابقة للولادة

تتألف خدمات الرعاية السابقة للولادة عادةً من 7-12 زيارة للفحص، ويعتمد الرقم على مدى تكرر المرضى في التسجيل لدى مقدم خدمات الرعاية وما إذا اعتبر الحمل محفوفاً بمخاطر عالية (بالنظر على سبيل المثال إلى التاريخ الطبي أو نتائج الاختبارات).

### مؤسسة إمبريال كوليدج للرعاية الصحية التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية

تقدم مؤسسة إمبريال كوليدج للرعاية الصحية التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية خدمات الرعاية الوجيهة والمتخصصة لما يقرب من مليوني فرد في شمال غرب لندن، وتضم 5 مستشفيات بجانب عدد من المراكز الخدمية المجتمعية.

Imperial College Healthcare NHS Trust



10 غرف توليد



تضمن المسح  
جميع حالات الولادة  
في ولاية فيكتوريا

### نظرة عامة على الرعاية السابقة للولادة

تتألف خدمات الرعاية السابقة للولادة عادةً من 7-10 زيارات، حسب الصفات الخاصة بالمرضى وتاريخهم الصحي. وعادة ما تشرف قابلة على هذه الزيارات التي تجري غالباً في المراكز المجتمعية وليس المستشفى.

تعُد منظمة الرعاية المتكاملة، كروثيس، إحدى مؤسسات الرعاية المتكاملة التي تتبع مؤسسة (أوساكيدتزا) الممولة من منظومة إقليم الباسك الصحية التي تقدم خدمات رعاية صحية شاملة لسكان إقليم الباسك. وقد أنشئت مؤسسة الباسك للابتكار والبحوث الصحية بغرض دعم البحوث وجهود الابتكار وتحسين الأداء في تقديم الخدمات الصحية.



18 طبيب توليد  
و52 قابلة بنظام  
مكافئ الدوام الكامل



71.8% متوسط  
معدل الإشغال



45 سرير لكل وحدة



وحدة رعاية أمومة واحدة تم  
إدراجها في العينة

### نظرة عامة على الرعاية السابقة للولادة

يتم تقديم خدمات الرعاية السابقة للولادة في العيادات الخارجية للمراكز الصحية بالمنطقة. تتم الاستشارة الأولى خلال الفترة من 8-10 أسابيع من بداية الحمل. ويتم تقديم إجمالي 10-12 استشارة طبية طوال فترة الحمل، وذلك اعتماداً على الصفات الخاصة للمرضى وعوامل الخطر.

#### النظام (X)

النظام (X) هو مؤسسة كبيرة لتقديم خدمات الرعاية الثانوية والثالثية، تدير 8 مستشفيات وخدمة إسعاف، بجانب خدمات الرعاية في المنازل ودور الرعاية.



يتراوح عدد أطباء التوليد  
من 5 إلى 148 طبيباً  
بنظام مكافئ الدوام  
الكامل لكل وحدة،  
وذلك وفقاً لحجمها



يتراوح معدل  
الإشغال من 55 إلى 82%



متوسط 81 غرفة للمرضى  
الداخليين لكل وحدة و8  
غرف توليد لكل وحدة



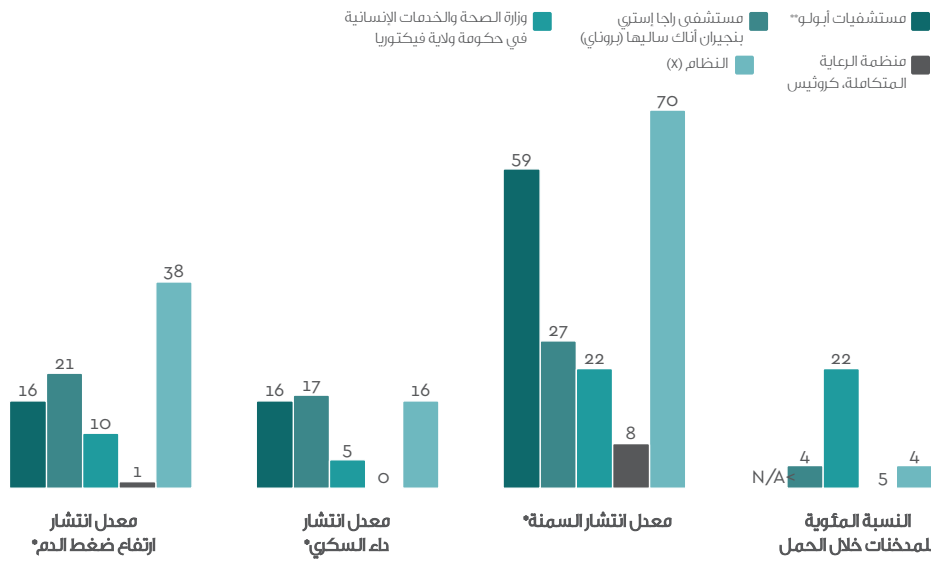
4 وحدات توليد  
(في 5 مستشفيات)

### نظرة عامة على الرعاية السابقة للولادة

يتولى النظام (X) تقديم خدمات الرعاية السابقة للولادة، حيث يتم إحالة النساء الحوامل لإجراء فحوصات ما قبل الولادة في مرحلة مبكرة من الحمل تصل إلى الأسبوع الـ14، إذا كانت هناك مخاطر عالية تهدد الحمل. أما في حالات الحمل العادية، فيتم إحالة النساء الحوامل للعيادات الخارجية في الأسبوع الـ32 من الحمل. وخلال الفترة السابقة لذلك تتولى مراكز الرعاية الأولية تقديم خدمات الرعاية اللازمة.

بجانب الاعتماد على خصائص نماذج الرعاية والسياق المذكورة أعلاه في عقد المقارنة بين مستويات الأداء، ينبغي أيضاً وضع خصائص السكان الصحية التي من شأنها التأثير على النتائج في الاعتبار. فعلى سبيل المثال: بالنسبة للنساء اللاتي يعانين من السمنة، فهن أكثر عرضة بمقدار 3.2 مرة للإصابة بمقدمات الإرجاج مقارنة بالنساء اللاتي يتمتعن بوزن صحي، وأكثر عرضة بمقدار 1.5 مرة للولادة المبكرة، وأكثر عرضة بمقدار 3.6 مرة لعسر ولادة الكتف.<sup>23</sup> وبالمثل، يرفع التدخين من مخاطر الولادة المبكرة وانفصال المشيمة، كما أن داء السكري الحملي يرفع من مخاطر الولادة المبكرة والولادة القيصرية الطارئة، ويزيد ارتفاع ضغط الدم الحملي من مخاطر الإصابة بمقدمات الإرجاج والولادة المبكرة.<sup>24-26</sup>

### الشكل (3): معدلات انتشار عوامل الخطر<sup>27</sup>



\* مجموعة النساء اللاتي شملهن الإحصاء بوجه عام تتراوح أعمارهن من 15 إلى 45 عامًا.  
 \*\* بيانات معممة وفق دراسة أجريت في مدينة بونه بولاية ماهاراشترا الهندية.  
 ملحوظة: بيانات عوامل الخطر غير متوفرة بالنسبة لكل من هيئة مستشفيات هونج كونج ومؤسسة إمبيريال كوليدج للرعاية الصحية.

رغم أن نتائج السلامة في هذا التقرير ليست معدلة وفق عوامل الخطر المرتبطة بالمجموعات المشمولة بالإحصاء، فإن الشكل (3) يوضح سياق عدد من عوامل الخطر التي من شأنها التأثير سلبياً على نتائج خدمات رعاية الأمومة. وينبغي وضع هذه الخصائص في الاعتبار عند مراجعة بيانات النتائج في القسم الرابع. (تم استقاء عوامل الخطر الواردة في هذا التقرير من البيانات الصادرة بين عامي 2011 و2015).



## القسم الثالث: اتجاهات السلامة

### ثقافة السلامة

عادة ما تعرف ثقافة السلامة على النحو التالي:<sup>28</sup>

**"ثقافة السلامة هي ثمرة ما يتحلى به الفرد والجماعة من قيم ومواقف وتصورات وقدرات وأنماط سلوكية تحدد جميعها مدى الالتزام بإدارة الصحة والسلامة في مؤسسة ما وطريقة هذه الإدارة وكفاءتها".**

شهدنا على مدى العقد الماضي اهتمامًا متزايدًا بتقييم ثقافة السلامة والارتقاء بها في مجال الرعاية الصحية. وسلطت الأخطاء البارزة، مثل حادثة مؤسسة ميد ستافوردشاير التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية في المملكة المتحدة، الضوء على الأضرار التي قد تلحق بمنظومة العمل جراء عدم تمكين العاملين من مناقشة بواعث القلق والإبلاغ عن الأخطاء والتعاون بفعالية مع بعضهم البعض.<sup>29</sup> ورغم أن العلاقة بين ثقافة السلامة الإيجابية وتحقيق نتائج أفضل للمرضى ليست بالضرورة علاقة خطية مباشرة، فثمة أدلة ومؤشرات على وجود علاقة طردية بين ثقافة السلامة الإيجابية وتحقيق نتائج أفضل للعاملين والمرضى.<sup>30</sup>

### استبيان اتجاهات السلامة

يعد "استبيان اتجاهات السلامة" إحدى وسائل قياس الاتجاهات والتصورات لدى مقدمي خدمات الرعاية الصحية فيما يخص القضايا المتعلقة بالسلامة في قطاع الرعاية الصحية.<sup>31</sup> ويتميز "استبيان اتجاهات السلامة" بأنه الأوسع نطاقًا من حيث الاستخدام ولفترة زمنية أطول مقارنة بالأدوات الاستقصائية الأخرى المعنية بثقافة السلامة في الحقل الطبي، إلى جانب اشتماله على قدر أكبر من بيانات القياسات النفسية.<sup>32</sup> ويشير إحرار نتائج أعلى في هذا الاستبيان إلى تمتع المؤسسة الطبية بنتائج إيجابية على صعيد المرضى وخبرات جيدة على صعيد العاملين.<sup>33</sup> ويتعارض هذا الأمر مع أدوات القياس الأخرى التي تظهر ترابطًا أقل بين الإجابات والنتائج المتحققة للمرضى.<sup>34</sup>

تم التأكد من صلاحية "استبيان اتجاهات السلامة" ودقته في بادئ الأمر بعد توزيعه على 10 آلاف مؤسسة تقدم خدمات الرعاية في 203 مجالات سريرية في ثلاث دول.<sup>35</sup> ومنذ ذلك الحين، خضع الاستبيان لمزيد من التحقق في عدد متنوع من الدول والبيئات الثقافية واللغات.<sup>36-37</sup> وقد جرت مواءمة الاستبيان ليتوافق مع مختلف أوضاع وبيئات وحدات الرعاية، مثل طب الطوارئ والعيادات الخارجية وغرف العمليات.<sup>38-40</sup> وقد حصل هذا الاستبيان على الاعتماد الكامل لاستخدامه في عقد المقارنات بين المستشفيات ومجالات الرعاية المختلفة، وأنواع مقدمي خدمات الرعاية، والتغيرات الطولية التي تطرأ على الاتجاهات مع مرور الوقت.<sup>41</sup>

### نتائج الاستبيان

أوضحنا في **القسم الأول** أننا تلقينا إجابات عن أسئلة الاستبيان من 5 مؤسسات طبية، وأن الإجابات جاءت وفق مقياس "ليكرت" المؤلف من 5 درجات، بحيث تشير الدرجات الأعلى إلى ثقافة سلامة أكثر إيجابية. ويوضح **الشكل (4)** متوسط الدرجات لإجابات جميع الأسئلة على مستوى 6 أبعاد لثقافة السلامة، حيث تعكس الدرجات الأعلى شيوع اتجاه أكثر إيجابية لثقافة سلامة. يمكن الاطلاع على أسئلة الاستبيان وعلى تركيبة المشاركين في **الملحق**.

#### الشكل (4): نظرة عامة على نتائج "استبيان اتجاهات السلامة"<sup>42</sup>

	ظروف العمل	تصور الموظفين بشأن إدارة المستشفى	تصور الموظفين بشأن إدارة الوحدة	الرضا الوظيفي	مناخ السلامة	مناخ العمل الجماعي
مستشفيات أبولو	.1	4.24	.1	4.84	.7	4.54
مستشفى راجا إستري بنجيران أنك ساليها (بروناي)	.5	3.53	.7	4.53	.0	4.14
هيئة مستشفيات هونغ كونج	.7	3.73	.1	4.24	.3	4.54
مؤسسة إمبريال كوليدج للرعاية الصحية	3.3	/A	N/AN	3.7	.8	3.83
منظمة الرعاية المتكاملة، كروثيس	4.5	3.0	.0	4.45	.8	4.84

■ 1-1.5; ■ 1.51-2.5; ■ 2.51-3.5; ■ 3.51-4.5; ■ 4.51-5.

بوجه عام، تشير الإجابات إلى وجود ثقافة سلامة إيجابية إلى حد ما في جميع المؤسسات المشاركة في الاستبيان، إذ أعطى الموظفون عمومًا تقييماً عاليًا لمناخ العمل الجماعي، ومناخ السلامة والرضا الوظيفي، لكن الأمر الذي أثار اهتمامنا أن الإجابات التي وردت من مستشفى راجا إستري بنجيران أنك ساليها ومنظمة الرعاية المتكاملة بـكروثيس، تشير إلى وجود ثقافة سلامة أقل إيجابية فيما يتعلق بإدارة المستشفيات، على الرغم من تمتع العاملين بتصور أكثر إيجابية تجاه إدارة الوحدات.

وثمة سؤال واحد برزت إجابة له بوجه خاص في الاستبيان، كما هو موضح في الشكل (5)، إذ أوردت مؤسسة واحدة فقط، وهي منظمة الرعاية المتكاملة بـكروثيس، أن مستويات التوظيف لديها كافية للتعامل مع عدد المرضى المترددين عليها. وعلى الرغم من أن جميع المؤسسات المشاركة في الدراسة تطبق مستويات أمانة في التزويد بالموظفين بناء على توصيات الاتحادات المهنية، فلعله يجدر إجراء مزيد من الدراسة والاستقصاء في هذه النقطة لتأسيس فهم أفضل لبواعث القلق ذات الصلة بحجم القوة العاملة.

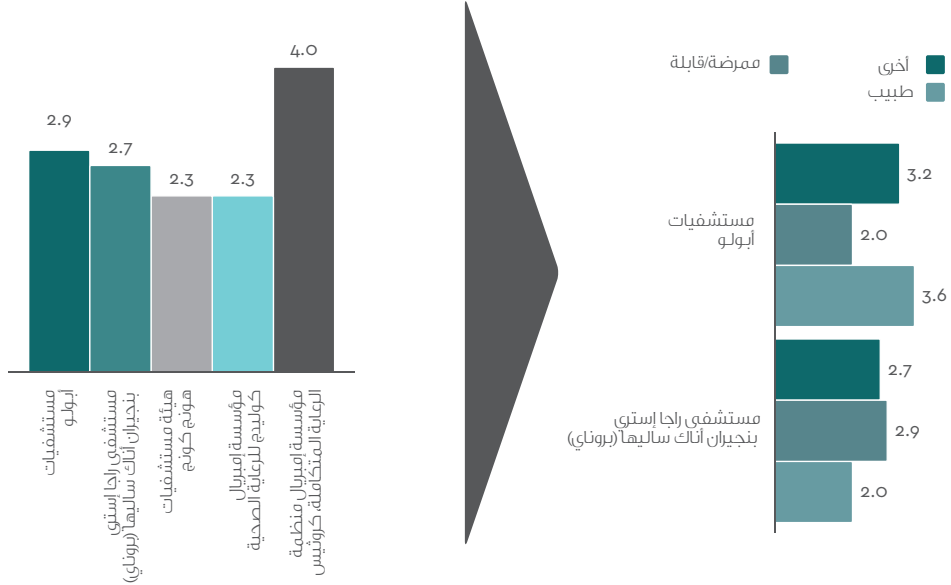
ويمثل التواصل بعدًا آخر يستحق مزيدًا من النظر والبحث، إذ إن القدرة على مناقشة الأخطاء بانفتاح ودون خوف تعدّ ركيزة أساسية في بناء ثقافة إيجابية لسلامة المرضى. وسنجد في عينة الاستبيان، كما هو موضح في الشكل (6)، أن مدى السهولة في مناقشة الأخطاء يتفاوت بين المؤسسات وحسب الوظائف. فعلى سبيل المثال، نرى في مستشفى راجا إستري بنجيران أنك ساليها ومستشفيات أبولو أن الأطباء يجدون مناقشة الأخطاء أيسر عليهم من الممرضات والقابلات وغيرهم من الموظفين.

### الشكل (5): نتائج استبيان اتجاهات السلامة: مستويات التوظيف<sup>43</sup>

مستويات التوظيف في هذا التخصص السري كافية للتعامل مع عدد المرضى

متوسط نتائج الإجابات حسب المؤسسة

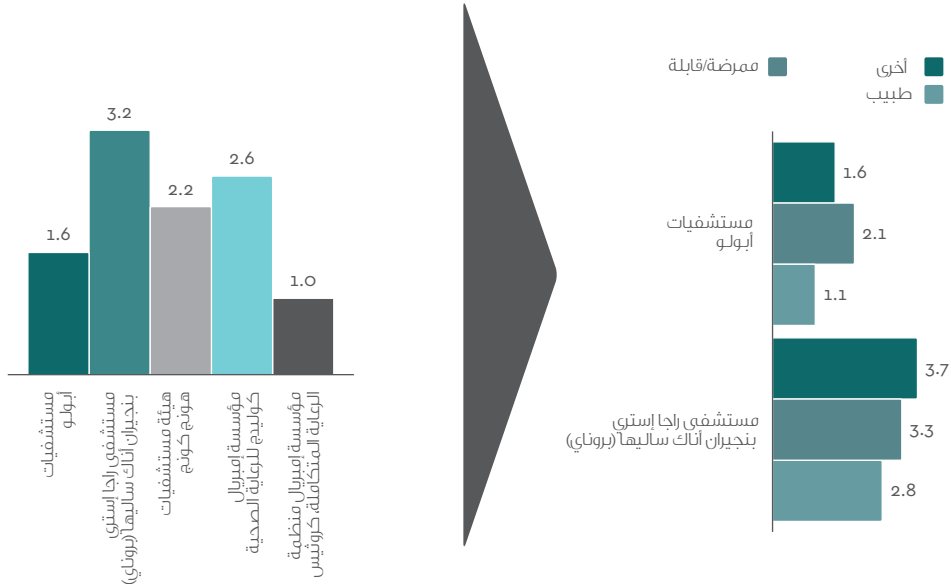
متوسط نتائج الإجابات حسب الوظيفة



مقياس الإجابات 1 = أعترض بشدة 2 = أعترض نوعاً ما 3 = محايد  
4 = أوافق نوعاً ما 5 = أوافق بشدة

\*حيثما كان حجم العينة كافيًا، يوضح الشكل (5) أيضًا متوسط نتائج الإجابات حسب الوظيفة. ملحوظة: الدرجات الأعلى في هذا السؤال تعكس منحنى أقل مأمونية.

### الشكل (6): نتائج استبيان اتجاهات السلامة: مناقشة الأخطاء<sup>44</sup>

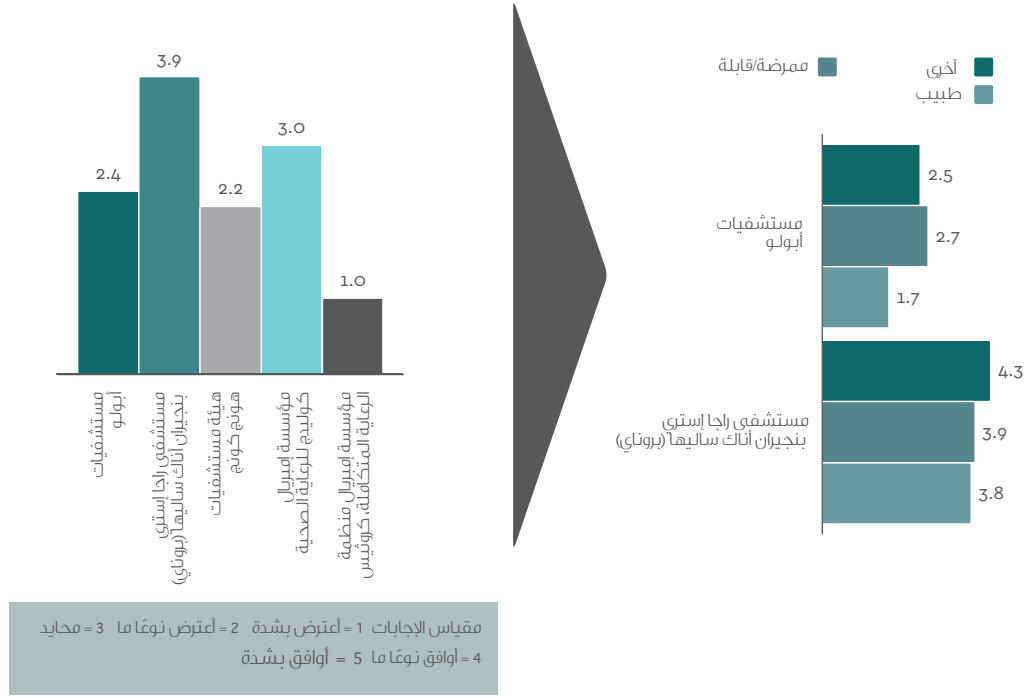


مقياس الإجابات 1 = أعترض بشدة 2 = أعترض نوعاً ما 3 = محايد  
4 = أوافق نوعاً ما 5 = أوافق بشدة

\*حيثما كان حجم العينة كافيًا، يوضح الشكل (6) أيضًا متوسط نتائج الإجابات حسب الوظيفة. ملحوظة: الدرجات الأعلى في هذا السؤال تعكس منحنى أقل مأمونية.

علاوة على ذلك، يضمن التواصل الفعال وفي الوقت المناسب تقديم رعاية صحية مناسبة للمرضى في أسرع وقت ممكن – وهو أحد عوامل السلامة الرئيسية، لا سيما في حالات الطوارئ؛ ويوضح الشكل (7) أن هناك تبايناً كبيراً في التصورات المتعلقة بمسألة التأخير في عملية التواصل وتأثير هذا التأخير على رعاية المرضى. وتظهر النتائج أن منظمة الرعاية المتكاملة بكويتيس، بوجه خاص، تحقق أداءً جيداً في هذا البعد. ورغم أن هذه المقارنة محدودة في طبيعتها، فإنها تتيح لنا فرصة للتعلم من المؤسسات التي أحرزت درجات عالية.

الشكل (7): نتائج "استبيان اتجاهات السلامة: التأخير في التواصل"<sup>45</sup>



\*حيثما كان حجم العينة كافيًا، يوضح الشكل (7) أيضًا متوسط نتائج الإجابات حسب الوظيفة. ملحوظة: الدرجات الأعلى في هذا السؤال تعكس منأخأ أقل مأمونية.

ومع ذلك، فمن الأهمية بمكان الإشارة إلى أن ثمة قيود تحد من الاستعانة باستبيانات اتجاهات السلامة وحدها في تحسين ثقافة سلامة المرضى؛ إذ ثبت بالدليل أن المقابلات النوعية مع الموظفين تقدم تفاصيل أكثر ثراءً عن العوامل التي تؤثر على ثقافة السلامة في مجال الرعاية الصحية وبيئات تقديمها.<sup>46</sup> وقد أشارت دراسات سابقة إلى أن الاتجاهات قد لا تعكس السلوكيات الحقيقية على أرض الواقع، مما يجدر معه الاستعانة بمنهجية تجمع بين استبيانات اتجاهات السلامة وأدوات أخرى بديلة لدراسة ثقافة سلامة المرضى (مثل ملاحظات الأقران، والنقاشات الجماعية، وتحليل تاريخ الحوادث، وإجراء عمليات التدقيق والمراجعة).<sup>47</sup> وإضافة لما سبق، لا تتيح لنا عينة الدراسة المحدودة في هذا التقرير استخلاص مزيد من الاستنتاجات حول العلاقة بين ثقافة السلامة ونتائجها.

## القسم (4): نتائج السلامة

إن الحمل ليس مرضًا، بخلاف كثير من الأسباب الداعية لدخول المستشفيات، ومن الطبيعي أن تتوقع الأمهات الخضوع لإجراءات الولادة دون التعرض لأضرار لا داعي لها. وإذا كان وقوع مضاعفات نادرة أو حالات طوارئ أمرًا لا مفر منه، فإن المضاعفات التي قد تلحق بالأمهات خلال تلقيهن خدمات رعاية الأمومة يُنظر إليها باعتبار أن تفاديها ممكن بدرجة كبيرة إذا ما حصلت الأمهات على خدمات الرعاية المناسبة.<sup>48</sup>

يقدم هذا القسم نظرة مقارنة لنتائج السلامة في مجال رعاية الأمومة على مستوى سبع مؤسسات طبية. وعلى الرغم من أن هذه المؤشرات لا تعطي في حد ذاتها نظرة شاملة وكاملة لمستويات الأداء، فإن استخلاصها من البيانات الإدارية الروتينية وفق أدلة موثوقة يتيح لنا إلى حد ما عقد مقارنة بينها على مستوى المؤسسات الطبية المختلفة.<sup>49</sup> ومع تقديم جميع مؤسسات الرعاية الصحية السبع بياناتها الخاصة لهذا الإجراء، فإن بعضًا منها فقط قدم كافة المعلومات المتعلقة بجميع المؤشرات. ولذلك، نجد تباينًا في مؤشرات المؤسسات المشاركة كما هو موضح في الأشكال من (8) إلى (14) أدناه.

وكما سبق الإشارة في التمهيد، لا يتمثل الهدف من هذا التقرير في وضع تصنيف لمستويات أداء النظم الصحية وترتيبها تبعًا لذلك، بل نأمل من ورائه إتاحة الفرصة للمشاركين لتحديد المواطن التي ينبغي الارتقاء بها وتحسينها في أنظمتهم الصحية، وليكون في الوقت نفسه منطلقًا لإنشاء مبادرات تحسين الأداء القائمة على الأدلة.

ونوه كذلك إلى أن السياقات المحلية واللوائح التنظيمية وممارسات ترميز الإجراءات والاختلافات الهيكلية جميعها عوامل يمكن أن تؤثر على النتائج والمحصلات النهائية لمستويات الأداء الحقيقية وممارسات الإبلاغ ورفع التقارير. وعليه، ينبغي وضع هذه العوامل في الاعتبار عند النظر إلى النتائج.

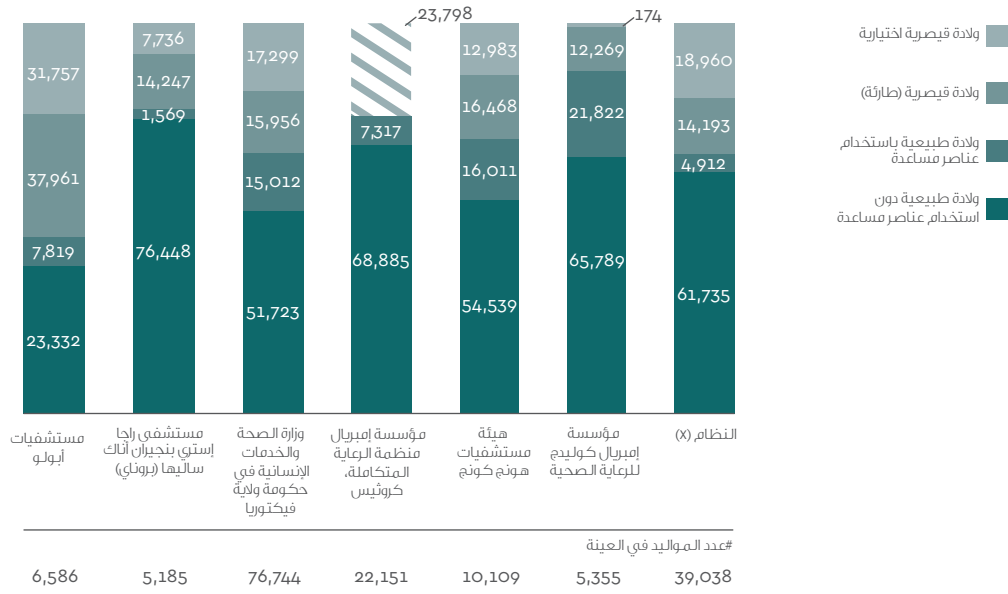
وأخيرًا، فمن الأهمية بمكان أن ندرك أن مؤشرات النتائج التي توضح صحة أو خطأ الممارسات المتبعة، لا تقدم تقييمًا شاملاً لمستوى السلامة في خدمات الرعاية؛ فالمقياس الهيكلية والإجرائية تمثل أيضًا عوامل مهمة تؤخذ في الاعتبار.<sup>50</sup>

## النتائج

تتباين المؤسسات المشاركة في الدراسة تباينًا كبيرًا من حيث الحجم والهيكل التنظيمي، فقد قدمت هذه المؤسسات بيانات نتائج تشمل سنة واحدة من حالات الولادة، ويتراوح حجم العينات بين 5185 حالة في مستشفى راجا إستري بنجيران أنك ساليها وأكثر من 76 ألف حالة في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في حكومة ولاية فيكتوريا. ولكي يتسنى لنا إجراء المقارنات بصورة أفضل، عمدنا إلى تعديل البيانات بحسب الفئات العمرية لتوحيد القياس، مع الإشارة للغالبية العظمى من المؤشرات باعتبارها معدلات.

يقدم الشكل (8) نظرة عامة على تركيبة طرق الولادة في كل مؤسسة. وثمة تفاوت واسع في العينات؛ إذ يتراوح عدد الولادات القيصرية بين معدلات منخفضة تصل إلى 12443 من كل 100 ألف ولادة في منظمة الرعاية المتكاملة بكروثيس، ومعدلات مرتفعة تصل إلى 69718 من كل 100 ألف ولادة في مستشفيات أبولو.\* ويشير هذا التفاوت إلى وجود اختلافات في كل من الممارسات المحلية ومجموعات المرضى. ومع ذلك، فمن الصعوبة بمكان الوصول إلى استنتاجات بشأن الجودة انطلاقًا من هذا المقياس.

## الشكل (8): طرق التوليد<sup>51</sup>

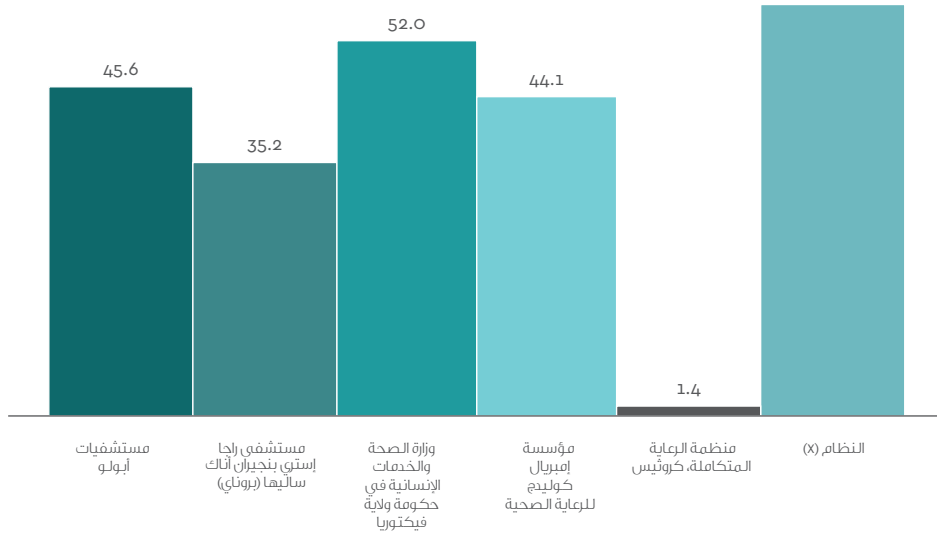


\* يشير معدل الولادات القيصرية الطارئة في هيئة مستشفيات هونغ كونغ إلى كل من حالات الولادة القيصرية الطارئة والاختيارية. ملحوظة: تم حساب معدل العمليات لكل 100 ألف عملية توليد، وتم تعديل البيانات حسب الفئات العمرية تبعًا للمجموعة الإحصائية المعيارية.

وعلى الرغم من الرأي السائد بأن "المعدل المثالي" للولادات القيصرية يتراوح ما بين 10 و15% من جميع الولادات، نجد أن هذه المعدلات في تزايد مطرد في جميع أنحاء العالم نظرًا لأسباب متعددة (مثل زيادة تعقيد حالات المرضى، والحافز المالي، وغيرها).<sup>52</sup> وقد خلصت منظمة الصحة العالمية في استعراض أجرته عن معدلات الولادات القيصرية ونتائجها إلى أنه "ينبغي بذل كل جهد ممكن لإجراء عمليات الولادة القيصرية للنساء اللاتي يحتجن إليها، لا السعي إلى تحقيق معدل معين".<sup>53</sup>

ولما كانت الولادات القيصرية من العمليات الجراحية الكبيرة التي تنطوي على احتمالية حدوث مضاعفات، تحرص كثير من المؤسسات الطبية على رصد معدل الولادات القيصرية الاختيارية (غير الطارئة) لديها. وتتفاوت هذا المعدل تفاوتًا كبيرًا لدى المؤسسات المشاركة في الاستبيان، إلا أن تفسير نتائج هذا المقياس ليس بالأمر البسيط والمباشر كذلك؛ إذ إن السياق المحلي واختيار المريض يؤثران فيها إلى حد كبير. علاوة على ذلك، لم يتضح بعد تأثير معدلات الولادات القيصرية على احتمالات إصابة الأمهات والأطفال بالأمراض وعلى النتائج المستقبلية.<sup>54</sup>

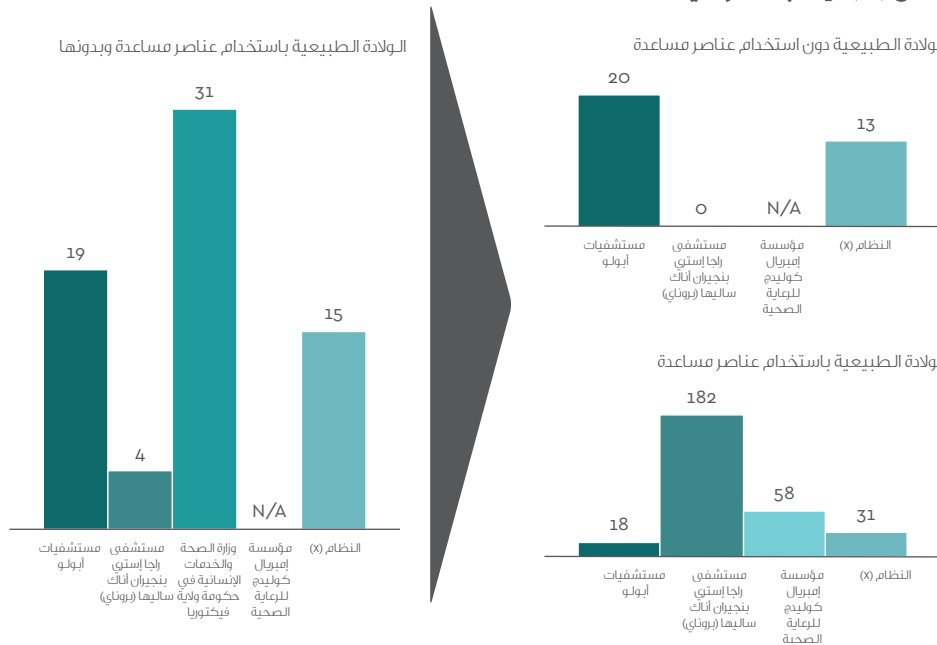
الشكل (9): الولادات القيصرية الاختيارية (%)<sup>55</sup>



ملحوظة: تشير النسبة المئوية لإجمالي عمليات الولادة القيصرية، وتم تعديل البيانات حسب الفئات العمرية تبعاً للمجموعة الإحصائية المعيارية.

تعد الإصابة الولادية المعروفة بالتمزق العجاني الذي يمكن تفاديه خلال الولادة الطبيعية أحد مؤشرات السلامة التي يجري الاستشهاد بها كثيراً. وتستخدم منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي هذا المؤشر، كما أنه يندرج ضمن مؤشرات سلامة المرضى التي وضعتها "الوكالة الأمريكية لبحوث الرعاية الصحية وجودتها". وتعتبر هذه الإصابة من المضاعفات التي يمكن الوقاية منها بشكل عام، رغم وجود العديد من عوامل الخطر التي قد تتسبب فيها، مثل الولادة الطبيعية للمرة الأولى، وزيادة وزن المولود، والمخاض المستحث عبر وسائل الطلق الاصطناعي، وفترات المخاض الطويلة، والولادة باستخدام عناصر مساعدة.<sup>56</sup>

الشكل (10): الإصابات الولادية<sup>57</sup>



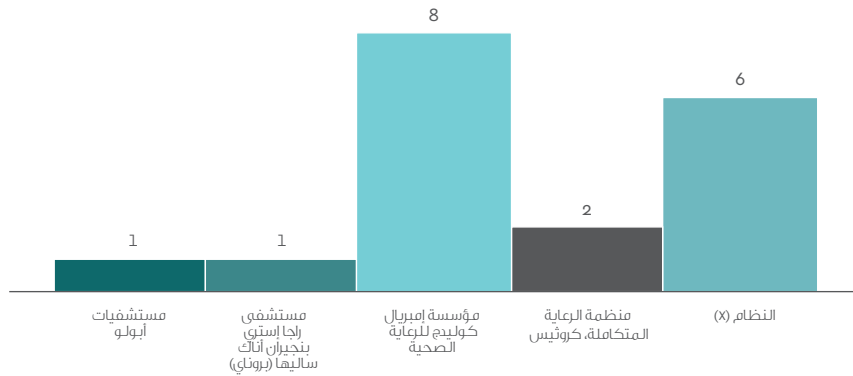
يشير معدل الإصابات لكل ألف ولادة طبيعية، وتم تعديل البيانات حسب الفئات العمرية تبعاً للمجموعة الإحصائية المعيارية.

يوضح الشكل (10) أن معدلات الإصابات الولادية في عينة الدراسة تتماشى تقريبًا مع معدلات منظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (رغم أن هذه المعدلات لم يتم تعديلها حسب الفئة العمرية على نحو متماثل). وتتراوح معدلات المنظمة بين حالة واحدة إلى 31 حالة إصابة لكل ألف عملية ولادة طبيعية دون استخدام عناصر مساعدة و8 حالات إلى 171 حالة إصابة لكل ألف عملية ولادة طبيعية باستخدام عناصر مساعدة.<sup>58</sup> ومن المهم أيضًا الإشارة إلى أن حجم عينة الولادات الطبيعية باستخدام عناصر مساعدة في مستشفى راجا إستري بنجيران أنك ساليها صغيرة جدًا عند مقارنتها بالأنظمة الصحية الأخرى محل الدراسة، الأمر الذي قد يخل بتوازن النتائج بعض الشيء.

يعرّف عسر ولادة الكتف بأنه "الولادة التي تتطلب استخدام مناورات ولادية إضافية لتمرير الكتفين بعد فشل الشد الخفيف لأسفل".<sup>59</sup> وتنطوي الأساليب غير السليمة في معالجة عسر ولادة الكتف على مخاطر كبيرة بحدوث إصابات مستديمة وأمراض لكل من الأم والجنين، ومن ثم لا غنى عن برامج التدريب والإدارة المناسبة لهذه الحالات.<sup>60</sup> وعلى الرغم من أن عسر ولادة الكتف يعتبر من الحالات التي لا يمكن الوقاية منها أو تجنبها، فهناك العديد من عوامل الخطر التي تتيح رصد عن قرب وتوقعه، مثل عملاقة الجنين (زيادة وزن المولود عن المعدل الطبيعي)، وداء السكري الحولي، والسمنة، وكبر سن الأم، والمخاض المستحث عبر وسائل الطلق الصناعي، والمخاض المستمر لفترات طويلة.<sup>61</sup>

يوضح الجدول (11) أن حالات عسر ولادة الكتف أمر نادر الحدوث في عينة الدراسة، ويتفق ذلك مع الدراسات والأدبيات التي تشير إلى أن معدل حدوث هذه الحالات يتراوح بين حالتين و30 حالة لكل ألف ولادة طبيعية.<sup>62</sup> ومع ذلك، لا بد من النظر بحذر لهذه الأرقام، إذ توجد مؤشرات تبين وجود اختلاف كبير في تشخيص حالات عسر ولادة الكتف، حيث يخضع للتقدير الشخصي اعتمادًا على خطورة الحالة، فضلًا عن قلة الإبلاغ عنها.<sup>63</sup>

الشكل (11): عسر ولادة الكتف<sup>64</sup>



ملحوظة: تم حساب المعدلات لكل ألف ولادة طبيعية، وتم تعديل البيانات حسب الفئات العمرية تبعًا للمجموعة الإحصائية المعيارية.

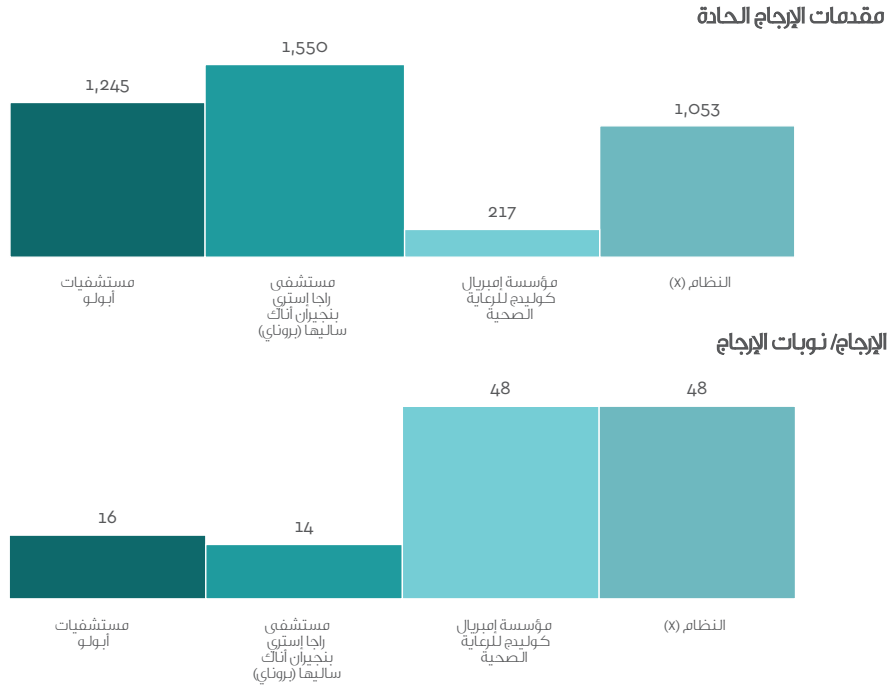
مقدمات الإرجاج هو ارتفاع في ضغط الدم يصاحبه زيادة نسبة البروتين في البول، وإذا لم تشخص الحالة وتعالج بشكل سليم، فقد يتطور الأمر إلى إصابة الحامل بالإرجاج، وهو حالة صحية خطيرة تؤدي إلى إصابة الأم بنوبات.<sup>65</sup> وهناك العديد من عوامل الخطر المسببة لمقدمات الإرجاج، من بينها السمنة والحمل في توأم، وكبر سن الأم والأسباب الوراثية، وإن كان ممكنًا الوقاية من تفاقم هذه الحالة عبر تطبيق الأساليب العلاجية والرعاية المناسبة خلال فترة ما قبل الولادة. ولهذا السبب ترصد كثير من المؤسسات الطبية حدوث هذه الحالة كمقياس للسلامة.<sup>66</sup>

تصيب مقدمات الإرجاج ما يقرب من 2 إلى 8% من النساء الحوامل، على الرغم من أن تقديرات منظمة الصحة العالمية تبين أن معدل الإصابة أعلى بسبعة أضعاف تقريبًا في البلدان النامية مقارنة بالبلدان المتقدمة.<sup>67-68</sup> يوضح الشكل (12) أن معدلات الإصابة بمقدمات الإرجاج في عينة الدراسة أقل نوعًا ما من هذه التقديرات، الأمر الذي قد يعزى إما إلى تقديم الرعاية والمعالجة الدقيقة للنساء المعرضات لخطر الإصابة خلال الحمل، أو ربما لاختلافات في القياس.



وفقاً للبحوث والأدبيات ذات الصلة، تتفاوت معدلات الإصابة بالإرجاج من 44 حالة لكل 100 ألف ولادة في السويد إلى 66 حالة لكل 100 ألف ولادة في اسكتلندا و86 حالة لكل 100 ألف ولادة في إحدى مناطق أستراليا.<sup>69-71</sup> وتتفق هذه التقديرات إلى حد ما مع المعدلات التي أوردتها عينة الدراسة كما هو موضح **بالشكل (12)**، غير أن مستشفى راجا إستري بنجيران أنك ساليها ومستشفيات أبولو تميزت

**الشكل (12): مقدمات الإرجاج والإرجاج<sup>72</sup>**



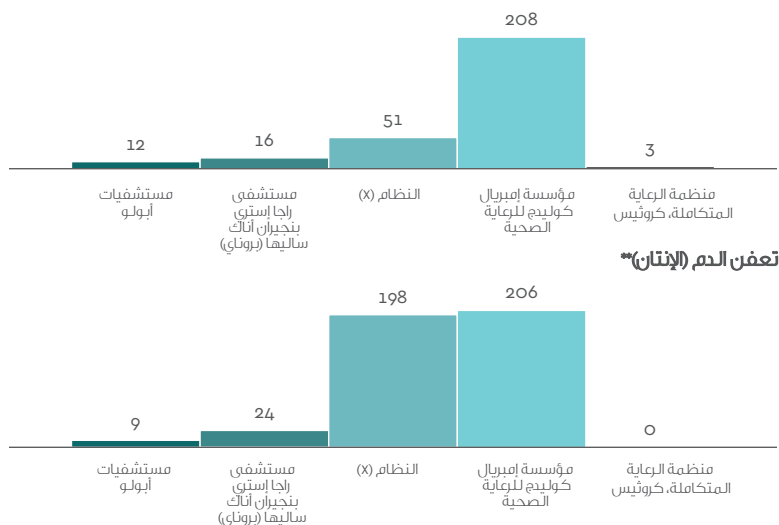
ملحوظة: تم حساب المعدلات لكل 100 ألف ولادة، وتم تعديل البيانات حسب الفئات العمرية تبعاً للمجموعة الإحصائية المعيارية.

نزيف ما بعد الولادة هو فقدان كمية من الدم تزيد عن 500 مل في غضون 24 ساعة من الولادة، بينما نزيف الولادة الحادة تتجاوز فيه الكمية 1000 مل خلال الفترة نفسها.<sup>73</sup> ويعدّ نزيف ما بعد الولادة أحد الأسباب الرئيسية للوفيات النفاسية في جميع أنحاء العالم، وإن كانت الغالبية العظمى من هذه الوفيات تقع في البلدان ذات الدخل المنخفض.<sup>74</sup> علاوة على ذلك، يزيد نزيف ما بعد الولادة من نسبة الإصابة بالأمراض النفاسية بدرجة كبيرة، إذ قدّرت إحدى الدراسات الكندية أن نزيف ما بعد الولادة تسبب في حدوث أكثر من 50% من الأمراض النفاسية الحادة.<sup>75</sup>

وتختلف معدلات الإصابة بنزيف ما بعد الولادة اختلافاً كبيراً، إذ تراوحت التقديرات بين 2 و 8% تقريباً في دراسة على عينة من البلدان المتقدمة.<sup>76-77</sup>، إلّا أن هناك دراسات تشير إلى أن التباين الواسع في هذه المعدلات قد يرجع لأسباب، من بينها اختلاف الممارسات في الإبلاغ عن الحالات وترميزها، فضلاً عن الاعتماد على تقديرات بصرية غير دقيقة لكميات الدم المفقودة، لا سيما في حالات النزيف البسيطة.<sup>78</sup> يوضح **الشكل (13)** أن معدلات الإصابة في عينة دراستنا جاءت على وجه العموم أقل مما يرد عادةً في الدراسات والأدبيات، باستثناء مؤسسة إميرال كولييج للرعاية الصحية التي سجلت معدلاً مرتفعاً نسبياً لحالات الإصابة بالنزيف. ومن غير الواضح لنا مدى تأثير ممارسات الإبلاغ عن الحالات وترميزها في وقوع هذا التفاوت.

## الشكل (13): نزيف ما بعد الولادة وتعفن الدم (الإنتان)<sup>79</sup>

### نزيف ما بعد الولادة ونزيف الولادة الحاد \*



\* تم حساب المعدلات لكل ألف ولادة طبيعية، وتم تعديل البيانات حسب الفئات العمرية تبعًا للمجموعة الإحصائية المعيارية.  
\*\* تم حساب المعدلات لكل 100 ألف ولادة، وتم تعديل البيانات حسب الفئات العمرية تبعًا للمجموعة الإحصائية المعيارية.

يُعرّف تعفن الدم "الإنتان" بأنه "التهاب يصاحبه استجابات التهابية في جميع أنحاء الجسم".<sup>80</sup> ويتسبب الإنتان في أكثر من 10% من الوفيات النفاسية في جميع أنحاء العالم، وإن كانت الغالبية العظمى من هذه الوفيات تقع في البلدان ذات الدخل المنخفض. ورغم ذلك، تشير بعض الدراسات إلى أن معدلات الإصابة بالإنتان عند الأمهات تشهد ارتفاعًا مطردًا في بعض البلدان ذات الدخل المرتفع، مما يسهم بشكل كبير في زيادة معدلات الإصابة بالأمراض النفاسية.<sup>81</sup>

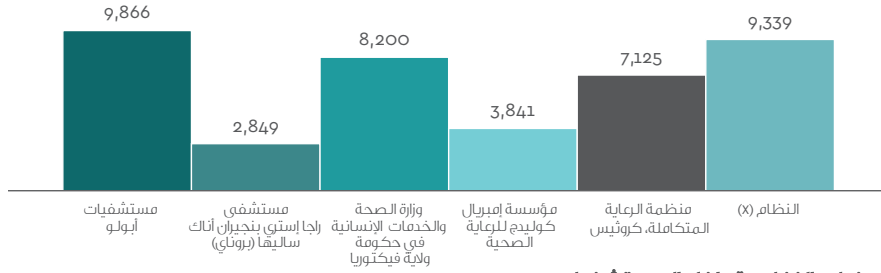
يوضح الشكل (13) أن معدلات الإصابة بالإنتان تتفاوت بشكل كبير في عينة دراستنا، إذ تراوحت من لا شيء في منظمة الرعاية المتكاملة بكروثيس إلى 206 حالات في مؤسسة إمبريال كوليدج للرعاية الصحية لكل 100 ألف ولادة. وفي حين تشير الدراسات والأدبيات إلى وجود قيود عند إجراء القياسات والمقارنات المتعلقة بالإنتان، فإن هذه المعدلات تتماشى مع التقديرات الخارجية التي تتراوح من لا شيء إلى 400 حالة بين كل 100 ألف ولادة في عدد من الدول الأوروبية.<sup>82-83</sup>

تسمى الولادات التي تقع قبل الأسبوع الـ 37 من الحمل بالولادة المبكرة، وهي السبب الرئيسي لوفيات المواليد في العالم.<sup>84</sup> وما يزال من غير المعروف أسباب الولادة المبكرة في 50% من حالاتها، إلا أن هناك عدد من عوامل الخطر التي قد تفضي إلى حدوثها، من بينها عوامل العدوى، كالإصابة بمرض الملاريا، والتهاب المسالك البولية، وفيروس نقص المناعة المكتسب، والزهري، بجانب عوامل مرتبطة بأنماط الحياة، مثل التدخين والاستهلاك المفرط للكحوليات؛ وكذلك عوامل أمومية أخرى مثل كبر سن الأم أو صغره، وانخفاض مؤشر كتلة الجسم.<sup>85</sup>

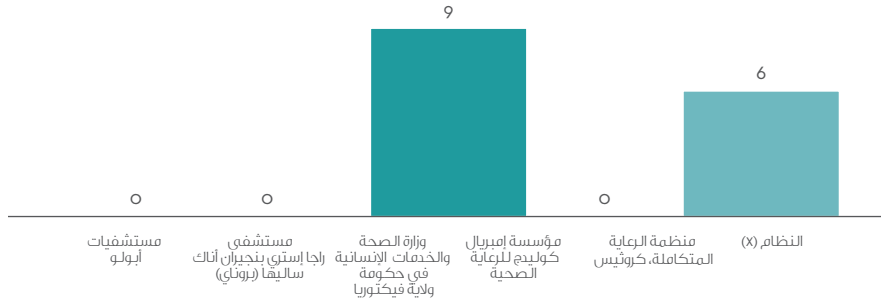
ونجد في عينة دراستنا، كما هو موضح في الشكل (14)، أن معدلات الولادة المبكرة تتراوح بين 2849 و9866 حالة لكل 100 ألف ولادة، ويتماشى ذلك مع متوسط المعدل العالمي الذي يبلغ 11.1% تقريبًا من إجمالي الولادات. ومع ذلك، تختلف هذه النسبة باختلاف مستويات الدخل، إذ يصل متوسط معدل الولادات المبكرة في البلدان ذات الدخل المنخفض إلى 11.8% مقارنة بنسبة 9.3% في البلدان ذات الدخل المرتفع.

## الشكل (14): الولادات المبكرة والوفيات النفاسية<sup>86</sup>

الولادات المبكرة (أقل من 37 أسبوعًا)



الوفيات النفاسية داخل المستشفيات



ملحوظة: تم حساب المعدلات لكل 100 ألف ولادة، وتم تعديل البيانات حسب الفئات العمرية تبعًا للمجموعة الإحصائية المعيارية.

وسبق أن ذكرنا في المقدمة أن الوفيات النفاسية الناجمة عن مضاعفات الحمل أو الولادة قد شهدت انخفاضًا كبيرًا في العقود القليلة الماضية، وأن هذا العبء تتحمله بالدرجة الأولى دول العالم النامي.

ويوضح الشكل (14) أيضًا أن معدلات الوفيات النفاسية في المستشفيات تتراوح بين لا شيء و9 حالات لكل 100 ألف ولادة في المؤسسات الطبية المشاركة في الدراسة.<sup>87</sup> وتأتي هذه المعدلات متوافقة مع تقديرات البنك الدولي ومنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي التي تورد معدلًا متوسطًا يصل إلى 14 حالة ولادة مبكرة لكل 100 ألف مولود حي. وتجدر الإشارة إلى أن معظم المؤسسات الطبية المشاركة في عينة هذه الدراسة سجلت معدلات وفيات نفاسية أقل بكثير من متوسط هذه المعدلات في بلد كل منها.

## خاتمة

رغم ما أحرزناه من تقدم ملحوظ في تحسين مستويات السلامة في رعاية الأمومة، ما زال الطريق أمامنا طويل، فما يزال عدد النساء اللاتي يلحق بهن الضرر خلال تلقيهن الرعاية مرتفعًا بشكل غير مقبول. ويجب علينا مواصلة بذل الجهود لتعزيز السلامة في وحدات رعاية الأمومة والحد من الإصابة بالأمراض المرتبطة بخدمات الرعاية. ولن يسهم تحقيق هذا الهدف في الارتقاء بحياة الأمهات فحسب، بل من الممكن أيضًا أن يقلص التكاليف التي يمكن تجنبها والمرتبطة باللجوء إلى إجراءات طبية إضافية، وطول الإقامة بالمستشفيات، فضلًا عن النزاعات القضائية وتدهور الحالات الصحية.

فعلى سبيل المثال، تقدّر تكلفة علاج حالة واحدة من تعفن الدم "الإنتان" في دول العالم المتقدم بمبلغ يصل إلى 20 ألف دولار أمريكي<sup>88-89</sup> ويترتب على علاج حالات نزيف ما بعد الولادة تكلفة إضافية تتراوح بين 1900 و3000 دولار أمريكي لكل عملية ولادة.<sup>90</sup> ومن أسباب زيادة التكاليف أيضًا مطالبات التعويض عن قصور الممارسة الطبية نتيجة لخدمات الرعاية غير المأمونة، ففي المملكة المتحدة وحدها بلغ متوسط المبالغ المدفوعة خلال الفترة من عام 2000 إلى عام 2010 على سبيل التعويض عن قصور الممارسة 70754.73 جنيه إسترليني في حالات الإصابة بالتمزق العجاني و414083.33 جنيه إسترليني في حالات عسر ولادة الكتف.<sup>91</sup> ويضاف إلى ذلك أيضًا تكاليف أخرى لا يستهان بها للمضاعفات النفسية الناتجة عن الإصابات الولادية، إلا أنه يصعب وضع تقديرات دقيقة لهذه التكاليف.<sup>92</sup>

ولا يمكن تحسين الوضع إلا بدراسة بيئة الرعاية القائمة، طارحين على أنفسنا أسئلة بعينها: ما مدى رسوخ ثقافة السلامة لدينا؟ هل يشعر جميع الموظفين بالاطمئنان عند الحديث عن بواعث القلق المتعلقة بالسلامة؟ هل يرى الجميع أن السلامة مسؤولية يتحملها كل فرد في فريق العمل؟ ما هي النتائج المتحققة من إجراءات السلامة المتبعة؟ ما هي المواطن التي نحتاج إلى تحسينها، وأي النقاط التي ينبغي تركيز جهودنا وطاقاتنا عليها؟

نسعى من خلال شبكة الأنظمة الصحية الرائدة إلى إنشاء حلقة وصل بين مجموعة من قادة الرعاية الصحية ومؤسساتها الحريصين على إجراء تحسينات مستمرة وتبادل المعارف والخبرات. وبالرغم من أن عقد المقارنات بين مؤسسة طبية وأخرى أو نظام صحي في دولة ونظيره في دولة أخرى ليس بالأمر الهين وتكتنفه كثير من القيود، فإننا نؤمن بأن قيمة هذه المقارنات تتمثل في إطلاق حوار بين هذه المؤسسات أو الأنظمة الصحية. لذلك، نتقدم بجزيل الشكر للمؤسسات الطبية السبع التي لم تدخر جهدًا في تقديم بيانات دقيقة لإعداد هذا التقرير. ونأمل أن يستفاد بهذا العمل في تحديد مجالات التحسين ذات الأولوية، والسعي في نهاية المطاف لتعزيز مستويات السلامة في خدمات رعاية الأمهات والأطفال.

## شكر وتقدير

نود أن نتقدم بالشكر والتقدير للأشخاص الآتية أسماؤهم (حسب الترتيب الهجائي) لما قدموه من إسهامات جليلة في هذا البحث:

ماريسا أرتياجويتيا | مؤسسة الباسك للابتكار والبحوث الصحية

سيتي نور أزماه عبدالله | وزارة الصحة، بروناي دار السلام

في بالاجي | مستشفيات أبولو

ميشيل إدواردز | مؤسسة إمبيريال كوليدج للرعاية الصحية التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية

كولدو بينيرا إوريجا | مؤسسة الباسك للابتكار والبحوث الصحية

زهرة هاشم، وزارة الصحة | بروناي دار السلام

وين هنري | مؤسسة إمبيريال كوليدج للرعاية الصحية التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية

هازي كيفل | وزارة الصحة، بروناي دار السلام

ماريا لامبرز | وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في حكومة ولاية فيكتوريا الأسترالية

جوراف لوريا | مستشفيات أبولو

شمس البحرين سابتو | وزارة الصحة، بروناي دار السلام

بريتنديرا ساشديفا | مستشفيات أبولو

روزلين شرباوي | وزارة الصحة، بروناي دار السلام

إن سي سين | هيئة مستشفيات هونج كونج

تي جي تيوه | مؤسسة إمبيريال كوليدج للرعاية الصحية التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية

روبرت توماس | وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في حكومة ولاية فيكتوريا الأسترالية

أر إس أوبيروي | مستشفيات أبولو

## الملحق

### المنهجية

يقدم هذا الملحق مزيدًا من التفاصيل عن المنهجية الموضحة في [القسم الأول](#) من هذا التقرير.

### السياق ونتائج السلامة

نظرة عامة على السياق ونتائج السلامة

تم توزيع طلب البيانات الخاصة بالسياق ونتائج السلامة على المشاركين إلكترونيًا على هيئة ملف "مايكروسوفت إكسل". ويحتوي الملف على ثلاث علامات تبويب:

- "صفحة الغلاف": وتحتوي على إرشادات وتعليمات حول كيفية ملء الاستبيان.
- "السياق": وتحتوي على أسئلة حول المعلومات الهيكلية والديموغرافية الخاصة بالمؤسسة.
- "النتائج": وتحتوي على طلب بإدراج المقاييس، وفق رموز التشخيص الواردة في الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض ورموز الإجراءات الواردة في الإصدار الرابع من تصنيف العمليات والإجراءات الجراحية الذي وضعه مكتب التعدادات والمسوح السكانية، موزعة حسب الفئات العمرية، وموقع خدمات الأمومة إن أمكن ذلك.
- وتحتوي الأشكال أدناه على لقطات شاشة لعلامات التبويب في ملف طلب البيانات لكل فئة.

## الشكل (1): علامة تبويب "صفحة الغلاف"

Excel Online			WISH-2018-LHSN-MATERNITY1		
FILE	HOME	INSERT	DATA	REVIEW	VIEW
<p>Imperial College London MSH</p>					
1	<p>تدرج هذه الوحدة المعونة "سلامة المرضى في مجال رعاية الأمومة" ضمن برنامج تسريع الرعاية الصحية الأكثر مأمونية الذي أشكلته شبكة الأنظمة الصحية الرائدة. وتتناول الوحدة مظاهر سلامة المرضى في رعاية الأمومة في سياق النظم الصحية. ويمكن لهذه الوحدة بجانب "السيئون تجاهات السلامة" أن تمنح رؤية شاملة للتسليم في مجال رعاية الأمومة، كما يمكن جميع النتائج داخلياً في حالة توفير البيانات من قبل منظمة فرعية أو مستشفي، وكذا يمكن مقارنتها على الصعيد الدولي مع الأنظمة الصحية الأخرى التابعة لشبكة الأنظمة الصحية الرائدة.</p>				
2					
3					
4	<p>يمكن جمع البيانات على مستوى المؤسسة أو النظام الصحي، أو حسب الموقع أو المنطقة الفرعية أو الفرع داخل مستشفى الطبي. ويتيح الأخير لنا فرصة استعراض البيانات الداخلية في مستشفى الأمر الذي يدمجنا في إحصائية عن مستوى الأداء فيها. وإذا كنت ترغب في جمع البيانات على مستوى الموقع، فيرجى تقديم الأسماء أو بطاقات الهوية بعد حذف الأسماء منها لكل موقع في نماذج جمع البيانات، علماً بأننا وفرنا مساحة لإضافة 10 مواقع، فيرجى إخراج الأسماء أو أرقامها فرعية، حسبما تقتضيه الحاجة.</p>				
5					
6	<p><b>تحويل البيانات الداخلية:</b></p>				
7	<p>جميع حقول البيانات التي تتطلب مشكلات من جميع المؤسسات مظللة باللون الأصفر</p>				
8	<p>حقول البيانات التي تتطلب معلومات اختيارية مظللة باللون البرتقالي</p>				
9	<p>مجرد ملء البيانات، ستحول الخلايا إلى اللون الأزرق تلقائياً على الانتهاء منها</p>				
10					
11	<p><b>التعليقات:</b></p>				
12	<p>تم توفير حقول التعليقات خاصة بكل مقبول. فيرجى إخراج التعليقات حول أية مشكلات أو اعتبارات أخرى، مثل استخدام المؤسسة تعريفات مختلفة أو وجود مشكلات محتملة في البيانات.</p>				
13					
14	<p><b>الفترة الزمنية:</b></p>				
15	<p>يرجى استخدام أحدث بيانات متاحة للمقياس، كما يُرجى استخدام حقل "الفترة الزمنية" للإشارة إلى الفترة الزمنية التي أجري القياس خلالها، وذلك على النحو التالي: 14 سبتمبر-15 سبتمبر، أو تاريخ نشر المقياس، وذلك على النحو التالي: أكتوبر 2014</p>				
16					
17	<p><b>الملاحظات:</b></p>				
18	<p>تم إخراج الملاحظات لإضفاء تفاصيل إضافية حول بيانات المقياس التي جرى جمعها، أو للإشارة إلى البدائل في حالة عدم توفر البيانات</p>				
19					
20	<p><b>المصدر:</b></p>				
21	<p>يرجى إخراج مصدر عنصر البيانات، حتى يمكن فهم قيمتها فيما أفضل والاستعانة بها في المراجعات المستقبلية. ويمكن أن تتخذ المصدر شكل مستند محدد أو موقع إلكتروني أو مصدر بيانات تم تحطيمه لإنشاء المقياس.</p>				
22					
23	<p><b>الرموز:</b></p>				
24	<p>رموز التصنيف الواردة في الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض (ICD-10) ورموز الإجراءات الواردة في الإصدار الرابع من تصنيف العمليات والإجراءات الجراحية الذي وضعه مكتب التعديلات والمسوح المسكوبة (OPCS-4):</p>				
25	<p>إذا كان لديك أية أسئلة بخصوص نماذج جمع البيانات، فلا تتردد في التواصل معنا عبر البريد الإلكتروني: <a href="mailto:syuik@imperial.ac.uk">syuik@imperial.ac.uk</a> أو البريد الإلكتروني: <a href="mailto:deidre.thompson@imperial.ac.uk">deidre.thompson@imperial.ac.uk</a></p>				

## الشكل (2): علامة تبويب "السياق"

AutoSave OFF			WISH-2018-LHSN-MATERNITY				
Home	Insert	Draw	Page Layout	Formulas	Data	Review	View
<p>B22</p>							
1	يرجى تقديم معلومات أساسية عن مستشفى وعن المنطقة التي تعمل بها						
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							

الشكل (3): علامة تبويب "النتائج"

العمري	المنطقة	الاسم	المجموعة (1)	المجموعة (2)	المجموعة (3)	المجموعة (4)	المجموعة (5)	المجموعة (6)	المجموعة (7)	المجموعة (8)	المجموعة (9)	المجموعة (10)	المصدر	التعليقات
14-10	المنطقة	عدد حالات الولادة المتواصلة في المستشفيات (R2D19) وهو الإجمالي (R2C5) بما في ذلك خلاف												المعيار
19-15		عدد حالات الولادة المتواصلة في المستشفيات												
24-20		التي تحمل رمز التصنيف (R81.1) أو (R81.2)												
29-25														
34-30														
39-35														
44-40														
49-45														
14-10														
19-15		تحمل رمز التصنيف (R84.0) أو (R84.1) باستثناء												
24-20		محمل رمز التصنيف (R84.0) أو (R84.1) باستثناء												
29-25		حالات الولادة المتواصلة التي تحمل رمز الإجراء (R22) (R18) (R17) (R21)												
34-30														
39-35														
44-40														
49-45														
14-10														
19-15		عدد حالات الولادة المتواصلة في المستشفيات												
24-20		التي تحمل رمز التصنيف (R81.1) أو (R81.2)												
29-25		التي تحمل رمز التصنيف (R81.1) أو (R81.2)												
34-30		تحمل رمز الإجراء (R22) (R21)												
39-35														
44-40														
49-45														
14-10														
19-15		عدد حالات الولادة المتواصلة في المستشفيات												
24-20		التي تحمل رمز التصنيف (R84.0) أو (R84.1) باستثناء												
29-25		محمل رمز التصنيف (R84.0) أو (R84.1) باستثناء												
34-30		حالات الولادة المتواصلة التي تحمل رمز الإجراء (R22) (R18) (R17) (R21)												
39-35														
44-40														
49-45														
14-10														
19-15		عدد حالات الحمل العنصرى لأصابات الولادة -												
24-20		مساعد في السنة												
29-25														
34-30														
39-35														
44-40														
49-45														
14-10														
19-15		عدد حالات الحمل العنصرى لأصابات الولادة -												
24-20		مساعد في السنة												
29-25														
34-30														
39-35														
44-40														
49-45														

مواصفات بيانات نتائج السلامة

تم استخدام رموز التشخيص الواردة في الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض ورموز الإجراءات الواردة في الإصدار الرابع من تصنيف العمليات والإجراءات الجراحية الذي وضعه مكتب التعدادات والمسموح السكانية لحساب مقاييس النتائج. وفي حال عدم انطباق هذه الرموز انطباقاً مباشراً لوجود أنظمة ترميز بديلة، فقد تمت الاستعانة بتعريفات الرموز البديلة لتحديد الأكثر ملاءمة منها والأقرب من حيث الدقة للرموز المتبعة في نظامي الترميز المشار إليهما. وقد تم تعديل جميع البيانات بحسب الفئات العمرية تبعاً للمجموعة الإحصائية المعيارية حتى يمكن عقد المقارنات بشكل أفضل. ومع ذلك، فإن الاختلافات الإقليمية في الترميز والإبلاغ قد ينجم عنها اختلافات في النتائج، الأمر الذي ينبغي وضعه في الاعتبار عند تفسير البيانات.



## الشكل (4): تعريفات مقاييس نتائج السلامة

المقياس	التعريفات (على أساس رموز التشخيص الواردة في الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض ورموز الإجراءات الواردة في الإصدار الرابع من تصنيف العمليات والإجراءات الجراحية الذي وضعه مكتب التعدادات والمسوح السكانية، ما لم يذكر خلاف ذلك)
عدد الولادات في السنة	عدد حالات الإقامة المتواصلة في المستشفى التي تحمل رمز التشخيص: (084.x.080)، (083.x)، (082.x)، (081.x)، (x)
عدد الولادات الطبيعية دون استخدام عناصر مساعدة في السنة	عدد حالات الإقامة المتواصلة في المستشفى التي تحمل رمز التشخيص: (R22)، (R21)، (R251)، (R18)، (R17)، باستثناء حالات الإقامة المتواصلة التي تحمل رمز الإجراء: (084.0)، (080.x)
عدد الولادات الطبيعية باستخدام عناصر مساعدة في السنة	عدد حالات الإقامة المتواصلة في المستشفى التي تحمل رمز التشخيص: (084.1.081)، (083.x)، (x) أو تحمل رمز الإجراء: (R21)، (R22)
عدد الولادات القيصرية في السنة	عدد حالات الإقامة المتواصلة في المستشفى التي تحمل رمز التشخيص: (084.2.082)، (x) أو تحمل رمز الإجراء: (R18)، (R17)
عدد حالات التعرض للإصابات الولادية الطبيعية دون استخدام عناصر مساعد	عدد حالات الإقامة المتواصلة في المستشفى التي تحمل رمز التشخيص: (084.0.080)، (x)، باستثناء حالات الإقامة المتواصلة التي تحمل رمز الإجراء: (R22)، (R21)، (R18)، (R17) بالاقتران مع رمز التشخيص: (0702)، (0703) أو رمز الإجراء: (R328)، (R321) بالاقتران مع رمز التشخيص: (R322)، (Z421)
عدد حالات التعرض للإصابات الولادية الطبيعية باستخدام عناصر مساعدة	عدد حالات الإقامة المتواصلة في المستشفى التي تحمل رمز التشخيص: (084.1.081)، (x) أو حالات الإقامة المتواصلة التي تحمل رمز الإجراء: (R21)، (R22) بالاقتران مع رمز التشخيص: (070.2)، (070.3) أو رمز الإجراء: (R328)، (R321) بالاقتران مع رمز التشخيص: (R322)، (Z421.1)
عدد حالات مقدمات الإجهاض الحادة	عدد حالات الإقامة المتواصلة في المستشفى التي تحمل رمز التشخيص: (014.1)
عدد حالات الإجهاض/نوبات الإجهاض	عدد حالات الإقامة المتواصلة في المستشفى التي تحمل رمز التشخيص: (x.015)
عدد حالات عسر ولادة الكتف	عدد حالات الإقامة المتواصلة في المستشفى التي تحمل رمز التشخيص: (066.0)
عدد حالات نزيف ما بعد الولادة ونزيف الولادة الحاد	عدد حالات الإقامة المتواصلة في المستشفى التي تحمل رمز التشخيص: (072.1)، (072.2)
عدد حالات الوفيات النفاسية داخل المستشفى	عدد حالات الإقامة المتواصلة في المستشفى التي تحمل رمز التشخيص: (084.x.080)، (083.x)، (082.x)، (081.x)، (x)، ويكون مسوغ الخروج من المستشفى إما الوفاة أو رمز التشخيص: (097.x.095)، (096.x)، (x)
عدد حالات الولادة المبكرة (أقل من 37 أسبوعًا)	عدد حالات الإقامة المتواصلة في المستشفى التي تحمل رمز التشخيص: (x.060)
عدد حالات الإنتان	عدد حالات الإقامة المتواصلة في المستشفى التي تحمل رمز التشخيص: (x.085)
عدد حالات الولادة القيصرية الاختيارية	عدد حالات الإقامة المتواصلة في المستشفى التي تحمل رمز التشخيص: (082.0) أو رمز التشخيص: (R17)

## الشكل (5أ): المجموعات الإحصائية في بيانات نتائج السلامة ومصادر هذه البيانات

سنة صدور البيانات	المجموعة الإحصائية المشمولة بالدراسة	المؤسسة
أكتوبر 2014 – أكتوبر 2015	مستشفيات في المناطق التالية: دلهي، وتشيناي، وبانجالور، وفاناجارام، ومادوراي، ومستشفى القوات المسلحة الطبي، وكارايكودي، ومستشفى كرادل في جايناغار، ومستشفى كرادل في كورامانجالا، وكارايكام	مستشفيات أبولو (أبولو)
2015	مستشفى راجا إستي بنجيران أنك ساليها	وزارة الصحة في بوناي دار السلام
2013	وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في حكومة فيكتوريا	وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في حكومة ولاية فيكتوريا
2015	هيئة مستشفيات هونج كونج	هيئة مستشفيات هونج كونج
2016	مؤسسة إمبيريال كوليدج للرعاية الصحية (عامة وخاصة)	مؤسسة إمبيريال كوليدج للرعاية الصحية التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية
2016	منظمة الرعاية المتكاملة، كروثيس	إقليم الياسك (منظمة الرعاية المتكاملة، كروثيس)
2015	أربع مستشفيات تقدم خدمات رعاية الأمومة	النظام (X)

## ثقافة السلامة

### نظرة عامة على ثقافة السلامة

قمنا بتحميل "استبيان اتجاهات السلامة" على برنامج "Qualtrics"، وهو من الأدوات المستخدمة في إجراء الاستطلاعات على شبكة الإنترنت، ثم أرسلنا للمؤسسات الطبية المشاركة رابطاً مفتوحاً للجميع لتوزيع الاستبيان على الموظفين داخل كل منها. وقد قام بعض الموظفين بملء الاستبيان في نسخة ورقية تم مسحها إلكترونياً بعد ذلك وإرسالها إلى المعنيين في إمبيريال كوليدج عبر البريد الإلكتروني.

يقدم الشكل (6أ) نظرة عامة على الأسئلة الواردة في استبيان اتجاهات السلامة، بينما يقسم الشكل (7أ) المشاركين في الاستبيان حسب المؤسسة والوظيفة.

## الشكل (6): استبيان اتجاهات السلامة

**اتجاهات السلامة: وجهات نظر موظفي الخطوط الامامية في هذا المجال من مجالات رعاية المرضى**

أعمل في (حدد التخصص السريري أو مجال رعاية المرضى الذي تقضي فيه وقتك عادة): \_\_\_\_\_ هذا التخصص في قسم: \_\_\_\_\_  
 يرجى إكمال هذا الاستبيان انطلاقاً من تجاربك في هذا التخصص السريري.  
 • استخدم قلم رصاص من المقاس 2 فقط.  
 • امح جيداً أية علامة تريد تغييرها.

يرجى الإجابة على العبارات التالية بالنظر إلى وحدتك أو تخصصك السريري.  
 اختر إجاباتك باستخدام المقاييس أدناه:

	أ	ب	ج	د	هـ	لا ينطبق
	أعرض بشدة	أعرض نوعاً ما	محايد	أوافق نوعاً ما	أوافق بشدة	لا ينطبق
1. تستقبل تعليقات الممرضات بشكل حسن في هذا التخصص السريري.						
2. في هذا التخصص السريري، من الصعب الإصغاء عن وجود مشكلة في رعاية المرضى من وجهة نظري.						
3. يتم حل الخلافات في هذا التخصص السريري بشكل مناسب (أي أن التركيز لا ينصب على تحديد صاحب الرأي الصواب، وإنما على تحديد الخيار الأفضل للمريض).						
4. أتلقى الدعم الذي أحتهجه من الموظفين الآخرين لتقديم خدمات الرعاية للمرضى.						
5. يسهل على الموظفين هنا طرح الأسئلة عندما يكون هناك شيء غير مفهوم.						
6. يعمل الأطباء والممرضات هنا كفريق يتمتع بتنسيق جيد.						
7. سأشعر بالامان إن تلقيت العلاج هنا كأحد المرضى.						
8. يتم التعامل مع الأخطاء الطبية بشكل مناسب في هذا التخصص السريري.						
9. أعرّف القنوات المناسبة لتوجيه الأسئلة بشأن سلامة المرضى في هذا التخصص السريري.						
10. أتلقى تعليقات وملاحظات مناسبة حول أدائي.						
11. من الصعب مناقشة الأخطاء في هذا التخصص السريري.						
12. يشجعني زملائي على الإبلاغ عن أية بواعث قلق لدي تتعلق بسلامة المرضى.						
13. يسهل في ظل الثقافة السائدة في هذا التخصص السريري التعلم من أخطاء الآخرين.						
14. يتم التصرف في ضوء اقتراحاتي حول السلامة إذا قمت بإطلاع الإدارة عليها.						
15. أحب وظيفتي.						
16. عملي هنا يشعرتني بأنني عضو في أسرة كبيرة.						
17. هذا مكان جيد للعمل فيه.						
18. أشعر بالفخر إزاء عملي في هذا التخصص السريري.						
19. يتسم هذا التخصص السريري بالمعنويات المرفوعة للعاملين فيه.						
20. عندما تزيد أعبائي من العمل عن الحد، يضعف أدائي.						
21. تنخفض فعاليتي في العمل عندما أشعر بالإرهاق.						
22. من المرجح أن أفترب أخطاء في المواقف المتوترة أو العاطفية.						
23. الإرهاق يضعف أدائي خلال حالات الطوارئ (مثل الإنعاش القلبي في حالات الطوارئ) وعلاج النوبات.						
24. الإدارة تدعم جهودي اليومية.						
25. الإدارة لا تعتمد الاستهانة بسلامة المرضى.						
26. الإدارة تؤدي مهامها على أحسن وجه.						
27. يتم التعامل مع الموظفين الواقعيين في مشكلات بشكل بناء من جانب:						
28. أحصل على معلومات كافية وفي الوقت المناسب حول الأحداث التي قد تؤثر على عملي من:						
29. مستويات التوظيف في هذا التخصص السريري كافية للتعامل مع أعداد المرضى المتزايدين.						
30. هذا المستشفى يبلي بلاء حسناً في تدريب الموظفين الجدد.						
31. كل المعلومات الضرورية عن القرارات التشخيصية والعلاجية متاحة لي بشكل رهينتي.						
32. أحظى بتعاون جيد من الممرضات في هذا التخصص السريري.						
33. يخضع المتدربون في تخصصي لإشراف كاف.						
34. أحظى بتعاون جيد من الأطباء في هذا التخصص السريري.						
35. أحظى بتعاون جيد من الصيادلة في هذا التخصص السريري.						
36. من الأمور الشائعة انقطاع قنوات التواصل مما يؤدي إلى تأخير في تقديم الرعاية.						

**معلومات أساسية**

هل أكملت هذا الاستبيان من قبل؟  نعم  لا  لا أعرف

تاريخ اليوم (الشهر/السنة): \_\_\_\_\_

الدعم السريري (مساعد طبي معتمد، فني طبي، معاون ممرض، الخ)

تقني إختي (مثل الجراحة، المختبرات، الأشعة)

دعم إختي (كاتب، مسكّن، موظف استقبال)

الدعم البيئي (خدمات التنظيف)

مدير إختي (على سبيل المثال، مدير العمارة)

أخرى: \_\_\_\_\_

الجنس:  ذكر  أنثى  التخصّص الرئيسي  بالغير  أطفال  الأثني

سنوات التخصص:  أقل من 6 أشهر  من 6 إلى 11 شهراً  من سنة إلى سنتين  من 3 سنوات إلى 4 سنوات  من 5 سنوات إلى 10 سنوات  أكثر من 10 سنوات

21 سنة أو أكثر  20 سنة  11 سنة إلى 20 سنة

نشكرك على إنهاء الاستبيان، ونقدر بشدة وقتك ومشاركتك.

رجاء لا تكتب في هذه المنطقة

Copyright © 2004 by The University of Texas at Austin Mark Reflex forms by Pearson NCS MW263511-1 321 HC99 Printed in U.S.A.

## الشكل (7): معلومات عن المشاركين في استبيان اتجاهات السلامة

المؤسسة	عدد المشاركين	تصنيف المشاركين
مستشفيات أبولو (أبولو)	40	دعم إداري: 7 اطبيب معالج: 2 اختصاصي تغذية: 3 طبيب زميل: 4 آخرون: 3 مديرون آخرون: 3 صيدلة: 2 ممرضة مسجلة: 11 طبيب مقيم: 3 تقني/فني: 2
وزارة الصحة، برنولي دار السلام (مستشفى رجا إستي بنجيران أتاك ساليها)	29	طبيب معالج: 4 مدير ممرضات/مسؤولة تمريض: 3 آخرون: 2 مديرون آخرون: 1 مساعد طبيب/ممرضة ممارسة: 1 ممرضة مسجلة: 9 طبيب مقيم: 2
هيئة مستشفيات هونج كونج	13	طبيب معالج: 1 طبيب زميل: 10 مدير ممرضات/مسؤولة تمريض: 2
منظمة الرعاية المتكاملة، كروثيس	66	موظف إداري/كاتب: 8 اختصاصي صحة مساعد: 3 ممرضات/قابلات: 52 صيدلي: 1 طبيب: 2
مؤسسة إمبيريال كوليدج للرعاية الصحية التابعة لهيئة الخدمات الصحية الوطنية	87 (هذه المجموعة أكملت الاستبيان بشكل جماعي، وليس بشكل فردي)	ممرضات مساعدات: 20 قابلات: 28 ممرضات مسجلات: 15 أطباء: 24

01. Ecology. World birth and death rates. 2011. Available from: [www.ecology.com/birth-death-rates](http://www.ecology.com/birth-death-rates) [Accessed 20 May 2017].
02. World Health Organization (WHO). Trends in maternal mortality: 1990 to 2015: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: Executive Summary. 2015.
03. WHO. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). 2015 Available from: [who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/epmm/en](http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en) [Accessed 22 May 2017].
04. Souza JP, Gulmezoglu AM, Vogel J, Carroli G, Lumbiganon P, Qureshi Z, et al. Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO multicountry survey on maternal and newborn health): a cross-sectional study. *Lancet* 2013; 381: 1747-1755.
05. Tuncalp, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gulmezoglu AM, Bahl R, Daelmans B, Mathai M, Say L, Kristensen F, Temmerman M, Bustreo F. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2015; 122: 1045-1049. Available from: [www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/quality-of-care/who-vision-quality-care-for-pregnant-women-and-newborns.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/who-vision-quality-care-for-pregnant-women-and-newborns.pdf?ua=1) [Accessed 20 May 2017].
06. Institute for Healthcare Improvement (IHI). How-to guide: prevent obstetrical adverse events. Cambridge, MA: IHI, 2012.
07. Thomas V, Dixon A. Improving safety in maternity services: A toolkit for teams. King's Fund, 2012. Available from: [www.kingsfund.org.uk/publications/improving-safety-maternity-services](http://www.kingsfund.org.uk/publications/improving-safety-maternity-services) [Accessed 19 May 2017].
08. The King's Fund. Safe births: everybody's business. London: King's Fund, 2008. Available from: [www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/safe-births-everybodys-business-onora-oneill-february-2008.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/safe-births-everybodys-business-onora-oneill-february-2008.pdf) [Accessed 14 May 2017].
09. The Health Foundation. Snapshot: Safer maternity services. London: The Health Foundation, 2015. Available from: [patientsafety.health.org.uk/sites/default/files/resources/snapshot\\_maternity\\_final.pdf](http://patientsafety.health.org.uk/sites/default/files/resources/snapshot_maternity_final.pdf) [Accessed 21 May 2017].
10. WHO. Patient safety. c2015. Available from: [www.who.int/patientsafety/about/en](http://www.who.int/patientsafety/about/en) [Accessed 2 June 2017].
11. Sexton J, et al. The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research* 2006; 6(1): 44.
12. Bottle A, Aylin P. Application of AHRQ patient safety indicators to English hospital data. *Quality and Safety in Health Care* 2009; 18(4): 303-308.
13. Kramer MS, Sequin L, Lydon J, Goulet L. Socioeconomic disparities in pregnancy outcome: Why do the poor fare so poorly? *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 2000; 14: 194-210.
14. WHO. Maternal mortality fact sheet. November 2016. Available from: [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en) [Accessed 20 May 2017].

15. Mund M, Louwen F, Klingelhoef D, Gerber A. Smoking and pregnancy: A review on the first major environmental risk factor of the unborn. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2013; 10(12): 6485–6499. doi:10.3390/ijerph10126485.
16. Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, Dyer AM. Individual and community predictors of preterm birth and low birthweight along the rural-urban continuum in central Pennsylvania. *Journal of Rural Health* 2007; 23: 42–48.
17. Leddy MA, Power ML, Schulkin J. The impact of maternal obesity on maternal and fetal health. *Reviews in Obstetrics and Gynecology* 2008; 1(4): 170–178.
18. Royal College of Anaesthetists, Royal College of Midwives, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), Health RCoPaC. Safer childbirth: minimum standards for the organisation and delivery of care in labour. London: RCOG Press, 2007.
19. Allen M, Thornton S. Providing one-to-one care in labour: Analysis of 'Birthrate Plus' labour ward staffing in real and simulated labour ward environments. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2013; 120(1): 100–107.
20. Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, et al. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2014; 14: 159. doi:10.1186/1471-2393-14-159.
21. Agrawal P. Maternal mortality and morbidity in the United States of America. *Bulletin of the World Health Organization* 2015; 93: 135. Available from: [dx.doi.org/10.2471/BLT.14.148627](https://doi.org/10.2471/BLT.14.148627) [Accessed 2 June 2017].
22. Data submitted by participating organizations.
23. Leddy MA, Power ML, Schulkin J. The impact of maternal obesity on maternal and fetal health. *Reviews in Obstetrics and Gynecology* 2008; 1(4): 170–178.
24. Centers for Disease Control and Prevention. PRAMS and smoking. 2013. Available from: [www.cdc.gov/prams/TobaccoandPrams.htm](http://www.cdc.gov/prams/TobaccoandPrams.htm) [Accessed 18 May 2017].
25. Rosenberg TJ et al., Maternal obesity and diabetes as risk factors for adverse pregnancy outcomes: Differences among 4 racial/ethnic groups, *American Journal of Public Health* 2005, 95(9): 1545–1551.
26. Bramham K, Parnell B, Nelson-Piercy C, Seed P, Poston L, Chappell L. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 2014; 348: g2301.
27. Data submitted by participating organizations.
28. Sorra JS, Nieva VF: Hospital survey on patient safety culture. (Prepared by Westat, under Contract No. 290-96-0004). AHRQ Publication No. 04-0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.
29. The Health Foundation. The importance of culture in patient safety. Health Foundation Newsletter, September 2012. Available from: [www.health.org.uk/newsletter/importance-culture-patient-safety](http://www.health.org.uk/newsletter/importance-culture-patient-safety) [Accessed 2 June 2017].

30. The Health Foundation. Evidence scan: Does improving safety culture affect patient outcomes? London: The Health Foundation, 2011. Available from: [www.health.org.uk/sites/health/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatientOutcomes.pdf](http://www.health.org.uk/sites/health/files/DoesImprovingSafetyCultureAffectPatientOutcomes.pdf) [Accessed 2 June 2017].
31. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research* 2006; 6(1): 1.
32. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research* 2006; 6(1): 1.
33. The Health Foundation. Evidence scan: Measuring safety culture. London: The Health Foundation, 2011.
34. The Health Foundation. Evidence scan: Measuring safety culture. London: The Health Foundation, 2011.
35. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research* 2006; 6(1): 1.
36. Zimmermann N, Küng K, Sereika SM, Engberg S, Sexton B, Schwendimann R. Assessing the safety attitudes questionnaire (SAQ), German language version in Swiss university hospitals: a validation study. *BMC Health Services Research* 2013; 13(1): 1.
37. Patel S, Wu AW. Safety culture in Indian hospitals: A cultural adaptation of the safety attitudes questionnaire. *Journal of Patient Safety* 2016; 12(2): 75-81.
38. Patterson PD, Huang DT, Fairbanks RJ, Wang HE. The emergency medical services safety attitudes questionnaire. *American Journal of Medical Quality* 2010; 25(2): 109-115.
39. Modak I, Sexton JB, Lux TR, Helmreich RL, Thomas EJ. Measuring safety culture in the ambulatory setting: The safety attitudes questionnaire – ambulatory version. *Journal of General Internal Medicine* 2007; 22(1): 1-5.
40. Sexton JB, Makary MA, Tersigni AR, Pryor D, Hendrich A, Thomas EJ, et al. Teamwork in the operating room: Frontline perspectives among hospitals and operating room personnel. *Journal of the American Society of Anesthesiologists* 2006; 105(5): 877-884.
41. Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The safety attitudes questionnaire: Psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. *BMC Health Services Research* 2006; 6(1): 1.
42. Data submitted by participating organizations.
43. Data submitted by participating organizations.
44. Data submitted by participating organizations.
45. Data submitted by participating organizations.
46. Allen S, Chiarella M, Homer CS. Lessons learned from measuring safety culture: An Australian case study. *Midwifery* 2010; 26(5): 497-503.

47. Poley MJ, van der Starre C, van den Bos A, van Dijk M, Tibboel D. Patient safety culture in a Dutch pediatric surgical intensive care unit: An evaluation using the safety attitudes questionnaire. *Pediatric Critical Care Medicine* 2011 Nov 1; 12(6): e310-6.
48. King's Fund. Safe births: Everybody's business. London: King's Fund, 2008. Available from: [www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/safe-births-everybodys-business-onora-oneill-february-2008.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/safe-births-everybodys-business-onora-oneill-february-2008.pdf) [Accessed 2 June 2017].
49. Bottle A, Aylin P. Application of AHRQ patient safety indicators to English hospital data. *Quality and Safety in Health Care* 2009; 18(4): 303-308.
50. Newhouse, R, Poe, S. Measuring patient safety. Sudsbury, Massachusetts: Jones and Bartlett, 2005.
51. Data submitted by participating organizations.
52. WHO. WHO statement on caesarean section rates. 2015. Available from: [www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/en](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en) [Accessed 2 June 2017].
53. WHO. WHO statement on caesarean section rates. 2015. Available from: [www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/en](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en) [Accessed 2 June 2017].
54. WHO. WHO statement on caesarean section rates. 2015. Available from: [www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/en](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/en) [Accessed 2 June 2017].
55. Data submitted by participating organizations.
56. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 'Obstetric trauma', in Health at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2015. Available from: [www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm](http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm) [Accessed 2 June 2017].
57. Data submitted by participating organizations.
58. OECD. OECD Health Statistics, 2015. Available from: [dx.doi.org/10.1787/health-data-en](https://dx.doi.org/10.1787/health-data-en) [Accessed 2 June 2017].
59. The American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG) Committee on Practice Bulletins-Gynecology, ACOG. ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 40, November 2002. *Obstetrician & Gynecologist* 2002 Nov; 100(5 Pt 1): 1045-1050.
60. Politi S, D'Emidio L, Cignini P, Giorlandino M, Giorlandino C. Shoulder dystocia: An evidence-based approach. *Journal of Prenatal Medicine* 2010; 4(3): 35-42.
61. Politi S, D'Emidio L, Cignini P, Giorlandino M, Giorlandino C. Shoulder dystocia: An evidence-based approach. *Journal of Prenatal Medicine* 2010; 4(3): 35-42.
62. ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology, ACOG. ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 40, November 2002. *Obstetrician & Gynecologist* 2002 Nov; 100(5 Pt 1): 1045.
63. Politi S, D'Emidio L, Cignini P, Giorlandino M, Giorlandino C. Shoulder dystocia: An evidence-based approach. *Journal of Prenatal Medicine* 2010; 4(3): 35-42.



64. Data submitted by participating organizations.
65. Duley L. Pre-eclampsia, eclampsia, and hypertension. *British Medical Journal Clinical Evidence* 2011; 2011: 1402.
66. English FA, Kenny LC, McCarthy FP. Risk factors and effective management of preeclampsia. *Integrated Blood Pressure Control* 2015; 8: 7–12. doi:10.2147/IBPC.S50641.
67. English FA, Kenny LC, McCarthy FP. Risk factors and effective management of preeclampsia. *Integrated Blood Pressure Control* 2015; 8: 7–12. doi:10.2147/IBPC.S50641.
68. Osungbade KO, Ige OK. Public health perspectives of preeclampsia in developing countries: implication for health system strengthening. *Journal of Pregnancy* 2011; 2011: 481095. Available from: [dx.doi.org/10.1155/2011/481095](https://doi.org/10.1155/2011/481095) [Accessed 2 June 2017].
69. Bhattacharya S, Campbell DM. The incidence of severe complications of preeclampsia. *Hypertension in Pregnancy* 2005; 24: 181–190.
70. Kullberg G, Lindeberg S, Hanson U. Eclampsia in Sweden. *Hypertension in Pregnancy* 2002; 21: 13–21.
71. Thornton C, Dahlen H, Korda A, et al. The incidence of preeclampsia and eclampsia and associated maternal mortality in Australia from population-linked datasets: 2000–2008. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2013; 208: 476.e1–5.
72. Data submitted by participating organizations.
73. Mavrides E, Allard S, Chandrachan E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum hemorrhage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2016; 124: e106–e149.
74. Fawole B, Awolude OA, Adeniji AO, Onafowokan O. WHO recommendations for the prevention of postpartum hemorrhage: RHL guideline (last revised: 1 May 2010). The WHO Reproductive Health Library; Geneva: WHO, 2010.
75. Baskett TF, O'Connell CM. Severe obstetric maternal morbidity: A 15-year population-based study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2005; 25: 7–9.
76. Knight M, Callaghan WM, Berg C, Alexander S, Bouvier-Colle MH, Ford JB, et al. Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: A review and recommendations from the International Postpartum Haemorrhage Collaborative Group. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009; 9: 55.
77. Ford JB, Patterson JA, Seeho SK, Roberts CL. Trends and outcomes of postpartum hemorrhage, 2003–2011. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015; 15(1): 1.
78. Knight M, Callaghan WM, Berg C, Alexander S, Bouvier-Colle MH, Ford JB, et al. Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: a review and recommendations from the International Postpartum Haemorrhage Collaborative Group. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2009; 9: 55.
79. Data submitted by participating organizations.

80. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG). Bacterial sepsis following pregnancy: Green-top guideline no. 64b, April 2012. London: RCOG, 2012. Available from: [www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_64b.pdf](http://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_64b.pdf) [Accessed 2 June 2017].
81. Acosta CD, Kurinczuk JJ, Lucas DN, et al. Severe maternal sepsis in the UK, 2011–2012: A national case-control study. *PLOS Medicine* 2014; 11(7): e1001672. Available from: [journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001672](http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001672) [Accessed 2 June 2017].
82. Zhang WH, Alexander S, Bouvier-Colle MH, Macfarlane A, Group M-B. Incidence of severe pre-eclampsia, postpartum hemorrhage and sepsis as a surrogate marker for severe maternal morbidity in a European population-based study: the MOMS-B survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2005; 112: 89–96.
83. Acosta CD, Knight M, Lee HC, Kurinczuk JJ, Gould JB, et al. The continuum of maternal sepsis severity: Incidence and risk factors in a population-based cohort study. *PLOS ONE* 2013; 8: e67175.
84. Blencowe H, Cousens S, Chou D, et al. Born too soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health* 2013; 10(Suppl 1): S2. doi:10.1186/1742-4755-10-S1-S2.
85. Blencowe H, Cousens S, Chou D, et al. Born too soon: The global epidemiology of 15 million preterm births. *Reproductive Health* 2013; 10(Suppl 1): S2. doi:10.1186/1742-4755-10-S1-S2.
86. Data submitted by participating organizations.
87. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and the United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Geneva: WHO, 2015. Available from: [data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT](http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT) [Accessed 2 June 2017].
88. Angus DC, Linde-Zwirble WT, Lidicker J, et al. Epidemiology of severe sepsis in the United States: Analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Critical Care Medicine* 2001; 29: 1303–1310.
89. The UK Sepsis Trust. Fact sources. [Internet]. Birmingham: The UK Sepsis Trust; 2016. [cited 2 February 2017]. Available from: [sepsistrust.org/fact-sources](http://sepsistrust.org/fact-sources) [Accessed 2 June 2017].
90. Pourat N, Martinez AE, McCullough, JC, Gregory KD, Korst L, Kominski GF. Costs of maternal hemorrhage in California. Los Angeles (CA): UCLA Center for Health Policy Research, 2013.
91. NHS Litigation Authority. Ten years of maternity claims: An analysis of the NHS Litigation Authority data. London: NHS Litigation Authority, 2012. Available from: [www.nhs.uk/safety/Documents/Ten%20Years%20of%20Maternity%20Claims%20-%20An%20Analysis%20of%20the%20NHS%20LA%20Data%20-%20October%202012.pdf](http://www.nhs.uk/safety/Documents/Ten%20Years%20of%20Maternity%20Claims%20-%20An%20Analysis%20of%20the%20NHS%20LA%20Data%20-%20October%202012.pdf) [Accessed 2 June 2017].
92. Birth Trauma Canada. The high cost of a 'normal' birth policy. Calgary, Alberta: Birth Trauma Canada, 2016. Available from: [www.birthtraumacanada.org/resources/The+High+Cost+of+a+\\$27Normal\\$27+Birth+Policy.pdf](http://www.birthtraumacanada.org/resources/The+High+Cost+of+a+$27Normal$27+Birth+Policy.pdf) [Accessed 2 June 2017].

## شركاء "ويش"



يتقدم مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية "ويش" بالشكر والاعتراف لوزارة الصحة العامة في دولة قطر على ما تقدمه من دعم لأنشطته



THE AGA KHAN UNIVERSITY



المستشفى الأهلي  
AL-AHLI HOSPITAL



Apollo  
HOSPITALS



Ballarat Health Services  
Putting your health first®

THE  
BEHAVIOURAL  
INSIGHTS TEAM



Burnet Institute  
Medical Research. Practical Action.



CENTER FOR  
Disease Dynamics,  
Economics & Policy  
WASHINGTON DC • NEW DELHI



Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Estrie - Centre  
hospitalier universitaire  
de Sherbrooke  
Québec

CHATHAM  
HOUSE  
The Royal Institute of  
International Affairs

Deloitte Centre for  
Health Solutions



جامعة  
حمد بن خليفة  
HAMAD BIN KHALIFA  
UNIVERSITY  
عضو في مؤسسة قطر  
Member of Qatar Foundation



مؤسسة حمد الطبية  
Hamad Medical Corporation  
Hamad  
HEALTH • EDUCATION • RESEARCH  
صحة • تعليم • بحث



醫院管理局  
HOSPITAL  
AUTHORITY

Imperial College  
London

Institute of  
Global Health Innovation

NHS  
Imperial College Healthcare  
NHS Trust



Implemental  
improving mental  
health and wellbeing  
around the world



mind  
for better mental health

Moorfields Eye Hospital NHS  
NHS Foundation Trust

NHS  
National Institute for  
Health Research



ISBN 978-1-912865-09-3



9 781912 865093 >

[www.wish.org.qa](http://www.wish.org.qa)