

المتابعة الطبية للمرأة العربية أثناء فترة الحمل، الولادة وفترة النفاس
(دراسة تحليلية لنتائج المشروع العربي لصحة الأسرة)

ساكر صليحة برادعية*

استلم بتاريخ: 2017/07/10

قيم بتاريخ: 2017/08/18

ملخص

يهدف المقال إلى عرض نتائج المسوح العربية لصحة الأسرة المتعلقة بالصحة الإنجابية.

سيتم الاعتماد على تقارير المسوح الخاصة بثمان دول ألا وهي تونس، سوريا، الجزائر، جيبوتي، اليمن، لبنان، فلسطين، السودان وليبيا. والتي تغطي الفترة 2001-2007.

تسمح المنهجية المعايير لمسوح المشروع العربي لصحة الأسرة بإجراء مقارنات بين الدول المشاركة، وإيضاح الفوارق وبالتالي حجم الجهود المتبقية الواجب بذلها في هذا المجال.

الكلمات الدالة

الأهداف الإنمائية للألفية، متابعة الحمل، مسح صحة الأسرة.

* قسم العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 2.

Résumé

SUIVI MEDICAL PRE, PER ET POST ACCOUCHEMENT DES FEMMES ARABES (UNE ETUDE COMPARATIVE DES RESULTATS DU PROJET ARABE SUR LA SANTE DE LA FAMILLE)

Le but de cet article est de présenter les résultats des enquêtes arabes sur la santé de la famille liées à la santé reproductive.

On utilisera les rapports d'enquête de huit pays : la Tunisie, la Syrie, l'Algérie, Djibouti, le Yémen, le Liban, la Palestine, le Soudan et la Libye, couvrant la période 2001-2007.

La méthodologie standard des enquêtes du projet arabe sur la santé de la famille permet de faire des comparaisons entre les pays participants, en clarifiant les différences et l'ampleur des efforts restants à faire dans ce domaine.

Mots-clés

Objectifs du Millénaire pour le développement ; suivi de la grossesse ; enquête sur la santé de la famille.

Abstract

A PRE, PER AND POST-NATAL MEDICAL FOLLOW-UP OF ARAB WOMEN (A COMPARATIVE STUDY OF THE RESULTS OF THE ARAB FAMILY HEALTH PROJECT)

The aim of this article is to present the results of the family health Arab surveys related to reproductive health.

The survey reports will be based on concerns eight countries: Tunisia, Syria, Algeria, Djibouti, Yemen, Lebanon, Palestine, Sudan and Libya, covering the period 2001-2007.

The standard methodology of the Arab Family Health Project surveys allows us makes comparisons between participating countries, clarifying the differences and the scale of the remaining efforts to be made in this area.

Keywords

Millennium Development Goals; pregnancy follow-up; family health survey.

1. مقدمة

قامت جامعة الدول العربية بإنجاز المشروع العربي لصحة الأسرة بدعم من برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية، صندوق الأمم المتحدة للسكان، منظمة الصحة العالمية، اليونيسف، صندوق الاوبيك للتنمية الدولية، المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا.

يهدف المشروع إلى توفير بيانات تفصيلية عن الظروف الاقتصادية والاجتماعية والصحية والبيئية للأسرة العربية، وتعزيز وتدعيم الكفاءات والقدرات الوطنية في مجالات جمع وتحليل البيانات واستخدامها في رسم السياسات والبرامج وكذلك في متابعة التقدم المحرز في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية وخطط وبرامج عمل المؤتمرات الدولية الخاصة بالسكان والتنمية والطفولة والمرأة (جامعة الدول العربية، 2001).

سنعرض في هذه المداخلة إلى أهم إنجازات المشروع ومساهمته في متابعة التقدم نحو تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة الانجابية في بعض الدول العربية التي أنجز فيها المشروع ما بين 2000-2007. وهي تونس، سوريا، الجزائر، اليمن، جيبوتي، المغرب، لبنان، ليبيا، فلسطين والسودان.

2. المنهجية ومصادر المعطيات

تقدم المسوح القطرية لصحة الأسرة مؤشرات في غاية الأهمية حول الأمومة الآمنة في عدد من الدول العربية يمكن الاعتماد عليها واستغلالها ليس فقط في وضع البرامج والسياسات وتطوير الخدمات بل وإجراء مقارنات إقليمية ودولية وهذا ما سنقوم به، مركزين على مراتب الجزائر ما بين مختلف الدول العربية في المجالات ذات الصلة.

يجرى تنفيذ المسح العربي لصحة الأسرة باستخدام عينة رئيسية حجمها حوالي 6 آلاف أسرة معيشية، تم اختيارها حسب منهجية معاينة تضمن تمثيل كل طبقات المجتمع وتضمن الحصول على تقديرات غير متحيزة للمؤشرات المطلوبة وبمستوى عال من الدقة.

كانت أحجام العينات بالدول العربية المعنية كما يلي:

- تونس 6055 أسرة معيشية؛
- سوريا 9500 أسرة معيشية؛
- الجزائر 19233 أسرة معيشية؛
- جيبوتي 4400 أسرة معيشية؛
- اليمن 12665 أسرة معيشية؛
- لبنان 6505 أسرة معيشية؛
- فلسطين 13838 أسرة معيشية؛
- السودان 25000 أسرة معيشية؛
- ليبيا 21540 أسرة معيشية.

وجمعت البيانات عن طريق فرق يتكون كل منها من أربع باحثات ومدفقة ميدانية ومشرف. وتقوم كل باحثة بإجراء مقابلات مع عدد من الأسر المعيشية يتم تخصيصه لها من قبل المشرف. ويشمل المسح الرئيسي الاستبيانات التالية:

أ) استبيان صحة الأسرة المعيشية

ويستوفي لكل أسرة معيشية مختارة ويتضمن 6 أقسام رئيسية على النحو التالي:

- خصائص أفراد الأسرة المعيشية؛
- النموذج العام لانتشار الأمراض؛
- نموذج الإعاقة؛
- وزن وطول الأطفال دون السادسة؛
- وزن وطول الإناث البالغات 15-49 سنة؛
- خصائص المسكن.

ب) استبيان الصحة الإنجابية

ويعنى بكل امرأة عمرها 15-49 سنة متزوجة أو مطلقة أو أرملة وتقيم بصفة معتادة مع الأسرة ويتضمن الأقسام التالية:

- خلفية المبحوثة؛
- الإنجاب ووفيات الأطفال؛
- رعاية الأمومة لآخر ولادة حية خلال السنوات الخمس السابقة للمسح؛
- تغذية وصحة الطفل؛
- انتشار الأمراض المزمنة والمترتبة عن الحمل والولادة؛
- مرض الإيدز والأمراض المنقولة جنسيا؛
- تنظيم الأسرة واتجاهات الإنجاب.

ج) استبيان دراسة أوضاع وحدات تقديم الخدمات الصحية

ويستوفى لكل وحدة معاينة ويتناول حصر المعدات والتجهيزات المتاحة والخدمات المقدمة لتوفير بيانات حول جانب العرض لخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية.

كما أعد المشروع استبيانات ونماذج اختيارية ويتم استخدام بعض أو كل استبيانات هذه المجموعة بناء على طلب الدولة وحاجاتها وتضم:

- نموذج وفيات الأمهات؛
- نموذج ختان الإناث؛
- استبيان دور الأزواج في الصحة الإنجابية؛
- استبيان ما بعد سن الإنجاب للنساء البالغات 50 سنة فأكثر؛
- استبيان دور ومكانة المرأة؛
- استبيان كبار السن للأفراد البالغين 65 سنة فأكثر؛
- استبيان الشباب غير المتزوجين من الجنسين البالغين 15-24 سنة (جامعة الدول العربية وآخرون، 2005).

إضافة إلى ذلك يوظف المسح مجموعة من التقنيات الكيفية عن طريق المجموعات البؤرية أو المقابلات المعمقة حول الصحة الإنجابية للشباب والصحة الإنجابية للنساء.

3. أهم نتائج المسوح الأسرية الخاصة بالصحة الإنجابية لنساء

1.3. رعاية الحمل

تعتبر الرعاية الطبية الدقيقة أثناء الحمل من أفضل الآليات المخفضة لنسب وفيات الامهات وحسب تقارير المنظمة العالمية للصحة فهي لا تساهم فقط في تخفيضها بل أيضا تساهم في تخفيض وفيات الأطفال حديثي الولادة وتقلل من نسب ولادات الناقصي الوزن. ومن المعروف أن مضاعفات الحمل عند المرأة هي نتيجة حالتها الصحية قبله.

ولقد أشارت نتائج المسوح أن الأمهات الصغيرات في السن وحالات الحمل ذات الرتب المنخفضة أكثر إقبالا على تلقي خدمات رعاية الحمل من بقية النساء، حيث تبين أن المولود الأول يحظى بأعلى نسبة رعاية حمل ثم تقل هذه النسب تدريجيا. ربما يرجع ذلك لاكتساب الامهات الخبرة التراكمية مع زيادة حالات الحمل.

كما أوضحت نتائج هذه المسوح مدى أهمية المستوى التعليمي للأمهات، فالأمهات المتعلقات أكثر إقبالا على استخدام خدمات رعاية الأمومة من غير المتعلقات، نفس الشيء بالنسبة للأمهات العاملات. وهذا النمط موجود في معظم الدول التي شملتها الدراسة.

جدول 1 نسبة السيدات اللواتي تلقين رعاية أثناء الحمل بأخر مولود خلال السنوات الخمس السابقة للمسح في بعض الدول العربية

اسم الدولة	نسبة السيدات اللواتي تلقين رعاية أثناء الحمل بأخر مولود
اليمن	44.4
الجزائر	69.9
سوريا	77.1
المغرب	82.8
جيبوتي	85.4
تونس	92.5
ليبيا	93.9
لبنان	95.6
فلسطين	98.8

المصدر: مسوح المشروع العربي لصحة الاسرة.

2.3. التطعيم ضد التيتانوس

يعتبر تسمم التيتانوس من الأسباب الرائدة التي تؤدي إلى وفيات الأمهات والرضع حديثي الولادة، هذا ويكتسب الطفل في أيامه الأولى مناعة ضد هذا التسمم تنقلها له أمه، لهذا يمكن تقليل إصابة الأمهات والرضع حديثي الولادة إلى حد كبير من خلال تلقي الأمهات جرعات التطعيم اللازمة أثناء الحمل.

وتشير نتائج المسوح القطرية لصحة الأسرة إلى تلقي 64.4% من السيدات في جيبوتي جرعة واحدة أو أكثر من اللقاح ضد التيتانوس أثناء الحمل، كما وجد أن أكثر من نصف السيدات قد تلقين اللقاح في سوريا، وأكثر من ثلث الأمهات في الجزائر، فلسطين، اليمن وحوالي ربع الأمهات في ليبيا والمغرب. في حين بلغت النسبة 5.5% فقط في لبنان. ويعود هذا الانخفاض في لبنان وبعض الدول إلى أن هذه الدول تبدأ في إعطاء جرعات اللقاح ضد التيتانوس منذ الصغر حتى تصبح الفتاة محمية أثناء الحمل.

جدول 2: نسبة السيدات التي تلقين جرعة واحدة على الأقل من اللقاح ضد التيتانوس بالنسبة لحملهن الأخير خلال السنوات الخمس السابقة للمسح في بعض الدول العربية

أسم الدولة	نسبة السيدات التي تلقين جرعة واحدة على الأقل من اللقاح ضد التيتانوس خلال حملهن الأخير
تونس	-
لبنان	5.5
المغرب	28
ليبيا	28.1
اليمن	31.5
فلسطين	34.1
الجزائر	43.9
سوريا	51.5
جيبوتي	64.4

المصدر: مسوح المشروع العربي لصحة الأسرة.

2.3. مؤشرات جودة الرعاية أثناء الحمل

تجدر الإشارة إلى أنه ليس من المهم متابعة الحمل فقط ولكن الأهم هو جودة الرعاية، وقد حددت منظمة الصحة العالمية عددا من المؤشرات الدالة على جودة هذه الرعاية، مثل توقيت بدء الرعاية وعدد مرات المتابعة والشخص الذي يقوم بتقديم الخدمة. لذلك

وفرت مسوح صحة الأسرة البيانات الخاصة بقياس جودة الخدمة في بعض الدول العربية.

ويبين الجدول 3 أن السوريات والتونسيات أكثر حرصا على التردد على مصادر تقديم الرعاية، حيث ترتفع نسبة النساء اللاتي تلقين رعاية حمل 4 مرات على الأقل أثناء حملهن بالمولود الأخير خلال الثلاث السنوات السابقة للمسح مقارنة بنساء الدول الأخرى. ووصلت هذه النسبة أدناها في اليمن حيث بلغت 29.3% فقط.

أما بالنسبة للكشف أثناء الحمل عند طبيب فقط فقد كانت سوريا في المقدمة بنسبة 64.7% وبلغت أدنى مستوياتها في المغرب 31.2%.

وتعتبر متابعة الحمل المبكرة وسيلة لعلاج أي مشكلات تتعرض لها الأم أو الجنين في بدايتها حتى لا يتفاقم أثرها. ويوضح الجدول أدناه أن النساء التونسيات أكثر إقبالا على استخدام خدمات رعاية الأمومة مبكرا تليهن النساء المغريبات والسوريات ثم الجزائريات. بينما لا يتلقى الفحص المبكر سوى نصف النساء اليمنيات تقريبا.

جدول 3: نسبة السيدات التي تلقين رعاية خلال حملهن الاخير خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح في بعض الدول العربية

اسم الدولة	فحص مبكر	فحص عند طبيب	فحص 4 مرات فأكثر
تونس	69	35.7	86.6
سوريا	58.1	64.7	78.6
الجزائر	48.4	50.2	74.8
اليمن	29.3	40.9	53
المغرب	44.5	31.2	79.1
جيبوتي	-	-	-
لبنان	-	-	-
فلسطين	-	-	-
ليبيا	-	-	-

المصدر: مسوح المشروع العربي لصحة الأسرة.

3.3. أسباب عدم متابعة الرعاية أثناء الحمل

أوضحت نتائج المسوح القطرية أن عدم توفر أو ارتفاع تكلفة الرعاية أثناء الحمل أو بعد مكانها عن مكان إقامة السيدة يتدنى في العديد من الدول التي شملتها الدراسة، بينما يرتفع في كل من اليمن وجيبوتي.

4.3. الرعاية الصحية أثناء الولادة

تشير الدراسات والبحوث أن الدول العربية تتقدم نحو تحقيق نسب عالية من الولادات بالمراكز الصحية أو تحت إشراف كادر طبي مؤهل، ولكن توجد بعض الدول لا تزال نسب الولادة في المنازل فيها مرتفعة مثل اليمن وبدرجة أقل المغرب، مع العلم أن كل الدول قد وضعت أهدافا إما للقضاء على الولادات بالمنازل أو التقليل منها إلى مستويات دنيا خاصة وأن هذا السلوك سوف يساهم في تحقيق أحد الأهداف التنموية للألفية والخاص بتخفيض مستويات وفيات الامهات.

ويظهر الجدول التالي أن غالبية حالات ولادة الطفل الأخير خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح في كل من فلسطين وليبيا وتونس ولبنان تمت تحت إشراف كادر طبي مؤهل وتبلغ هذه النسبة أدناها في اليمن.

جدول 4: نسبة السيدات اللواتي وضعن مولودهن بمساعدة كادر طبي مؤهل في بعض الدول العربية

اسم الدولة	نسبة السيدات اللواتي وضعن مولودهن بمساعدة كادر طبي مؤهل
اليمن	22
المغرب	40
العراق	72
سوريا	76
الجزائر	77
لبنان	89
تونس	90
ليبيا	94
فلسطين	97
جيبوتي	-

المصدر: مسوح المشروع العربي لصحة الأسرة والمسح العنقودي العراقي متعدد المؤشرات 2006.

ومن المعروف أن استراتيجيات الأمومة الآمنة تعتمد على الشخص الذي يشرف أو يساعد أثناء الولادة وكذلك على المكان الذي تتم فيه، حيث يؤثر نوع المكان على مدى

توافر الإمكانات اللازمة التي تمت في مؤسسات صحية عامة أو خاصة تبلغ أقصاها في تونس والجزائر وأدناها في اليمن حيث يزيد انتشار الولادة في المنزل.

ويظهر الجدول الموالي انخفاض نسبة الولادات في المنزل بين النساء الحاصلات على التعليم الثانوي على الأقل، وإن كان هذا نمطا عاما فإن الجدول يشير إلى وجود اختلافات واضحة.

جدول 5: نسبة السيدات اللواتي وضعن مولودهن الأخير في المنزل حسب مستواهن التعليمي خلال الخمس سنوات السابقة للمسح في بعض الدول العربية

اسم الدولة	ثانوي	أمي
لبنان	12,6	0
الجزائر	15,5	2,1
تونس	22,5	1,2
جيبوتي	32,5	0
ليبيا	4,2	1
المغرب	52,4	7,6
سوريا	57,6	17,7
اليمن	81,6	53,6
السودان	83,4	42,2

المصدر: مسوح المشروع العربي لصحة الأسرة.

5.3. الرعاية الصحية بعد الولادة

تعتبر رعاية ما بعد الولادة ضرورة لكل من الأم والمولود وخاصة الولادات التي تتم خارج المؤسسة الصحية. ويعرض الجدول التالي نسب الأمهات اللاتي تلقين رعاية طبية بعد ولادة مولودهن الأخير خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح ومنه يتضح أن نصف الأمهات في تونس تلقين رعاية بعد الولادة تليها الجزائر ثم سوريا تليها المغرب واليمن. كما يتضح وجود علاقة إيجابية بين المستوى الاقتصادي مقاسا بملكية السلع المعمرة وخصائص المسكن ونسب تلقي الرعاية بعد الولادة في كل الدول محل الدراسة.

جدول 6: نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية بعد الولادة خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح في بعض الدول العربية

اسم الدولة	منخفض	مرتفع	الجملة
تونس	38.8	57.1	49.2
سوريا	18.9	25.7	22.8
الجزائر	23.8	36	28.9
جيبوتي	-	-	-
اليمن	11.3	17	12.7
المغرب	7.4	23.3	16.1
لبنان	-	-	-
فلسطين	-	-	-
ليبيا	-	-	-

المصدر: مسوح المشروع العربي لصحة الأسرة.

وبالنسبة لأسباب عدم تلقي خدمات الرعاية بعد الولادة فقد تبين أن ارتفاع تكلفة الخدمة أو بعد مكانها أو عدم توفرها ترتفع في اليمن وتصل أداها في سوريا حيث تبلغ النسب حوالي 18% و2% على التوالي.

6.3. جودة الرعاية واستمراريتها

تجدر الإشارة إلى أنه ليس من المهم متابعة الحمل فقط ولكن الأهم هو جودة هذه الرعاية وقد حددت منظمة الصحة العالمية عددا من المؤشرات الدالة على جودة رعاية الحمل منها توقيت بدء الرعاية وعدد مرات المتابعة والشخص الذي يقوم بالمتابعة.

وقد اعتبرنا الرعاية جيدة وفعالة إذا توافرت فيها الشروط التالية:

- تلقي رعاية حمل لدى طبيب؛
- القيام بأول زيارة خلال الشهور الثلاث الأولى من الحمل؛
- أن يكون عدد مرات متابعة الحمل على الأقل 4 مرات؛
- أن تتم الولادة في مؤسسة صحية أي تحت إشراف كادر طبي مؤهل.

وتظهر بيانات الجدول الموالي نسب الأمهات اللاتي تلقين رعاية جيدة لآخر مولود خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح حسب التعريف السابق. حيث وجد أن سيدة من كل أربعة سيدات يتلقين الرعاية بجودة عالية في كل من سوريا وتونس وتنخفض النسبة

قليلا لتصل إلى 19% في الجزائر مقابل 13% في المغرب بينما تبلغ أدنى مستوى لها في اليمن. ومن ناحية أخرى يلاحظ اتساع الفجوة بين مستويات جودة الرعاية في كل من الحضر والريف بين الدول حيث بلغت أقصاها في تونس بينما كان أدنى مستوى لها في الجزائر مما يشير إلى ضرورة الاهتمام بعناصر جودة الرعاية في المناطق الريفية.

كما يعتبر استمرار الأم في متابعة حملها والاستعانة بكادر طبي عند الولادة وتلقي الرعاية بعد الولادة وأثناء فترة النفاس من العوامل الرئيسية للحفاظ على حياة الأم والطفل. لذا اهتمت هذه الدراسة بالتعرف على مدى استمرار المتابعة وتلقي الرعاية الصحية خلال الحمل وعند وبعد الولادة.

ويوضح الجدول الموالي نسبة الأمهات اللاتي تلقين رعاية أثناء حملهن بالمولود الأخير حسب استمرارية المتابعة والمستوى الاقتصادي للأسرة والذي يشير إلى أنه بالرغم من أن البيانات تدعم وجود النمط المتوقع حيث نجد أن نساء الأسر ذات المستوى الاقتصادي المرتفع أكثر استمرارا في تلقي خدمات رعاية الأمومة وبالرغم من ذلك فإنه يلاحظ وجود تفاوتات واضحة في الفارق بين المستويين حسب الدولة ويبلغ هذا الفارق أقصاه في تونس.

جدول 6: نسبة السيدات التي تلقين رعاية جيدة لأخر مولود خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب محل الإقامة والمستوى الاقتصادي في بعض الدول العربية

أسم الدولة	محل الإقامة		المستوى الاقتصادي	
	حضر	ريف	مرتفع	منخفض
تونس	37.2	7.5	41.7	23.3
سوريا	37.3	18.7	21.4	12.6
الجزائر	22.9	14.5	26	15.3
جيبوتي	-	-	-	-
اليمن	14.9	14.5	8.5	2.8
المغرب	22.5	2.8	17.2	3.2
لبنان	-	-	-	-
فلسطين	-	-	-	-
ليبيا	-	-	-	-

المصدر: مسوح المشروع العربي لصحة الأسرة.

4. مناقشة النتائج

وخلاصة القول إن الدراسة المقارنة لاستخدام رعاية الأمومة أظهرت أن هناك تفاوتاً في مستويات الرعاية بعناصرها المختلفة من دولة لأخرى وأن النساء في الريف والمقيمات في أسر ذات مستوى اقتصادي منخفض والأقل تعليماً هن الأقل إقبالاً على تلقي هذه الخدمات من غيرهن من النساء. كما أظهرت النتائج أن النساء المتعلّقات والعاملات بأجر نقدي أوفر حظاً في تلقي خدمات ذات جودة عالية وخاصة في كل من تونس وسوريا.

قائمة المراجع

1. جامعة الدول العربية. (2004). المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي. الجزائر، الديوان الوطني للإحصائيات.
2. جامعة الدول العربية. (2004). المسح الجيبوتي حول صحة الأسرة، التقرير الرئيسي. جيبوتي، جامعة الدول العربية.
3. جامعة الدول العربية. (2005). دور المشروع العربي لصحة الأسرة في متابعة الأهداف الإنمائية للألفية. القاهرة، جامعة الدول العربية.
4. جامعة الدول العربية. (2001). دليل التدريب. القاهرة، جامعة الدول العربية.
5. جامعة الدول العربية. (2002). مسح صحة الأسرة في الجمهورية العربية السورية، التقرير الرئيسي. سوريا.
6. جامعة الدول العربية. (2002). المسح التونسي لصحة الأسرة، التقرير الرئيسي. تونس.
7. جامعة الدول العربية. (2004). المسح اللبناني لصحة الأسرة، التقرير الرئيسي. لبنان.
8. جامعة الدول العربية. (2006). المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، التقرير الرئيسي. فلسطين.
9. جامعة الدول العربية. (2007). المسح الليبي لصحة الأسرة، التقرير الرئيسي. ليبيا.
10. وزارة الصحة. (2006). المسح العنقودي متعدد المؤشرات. العراق.