



اللجنة الوطنية للسياسات السكانية
في العراق



وزارة التخطيط

صحة الامهات في المرحلة الانجابية التباينات وخيارات التدخل



صندوق الأمم المتحدة للسكان
مكتب العراق

صحة الامهات في المرحلة الانجابية

التباينات وخيارات التدخل

المحتويات

أولاً- الملخص التنفيذي

الاستنتاجات

- 1- الرعاية في أثناء الحمل
- 2- الرعاية في أثناء الولادة
- 3- الرعاية ما بعد الولادة
- 4- المراضة
- 5- عدم العدالة والتباينات في تلقي خدمات الامهات
- 6- التوصيات والسياسات المقترحة

ثانياً- المقدمة:

- أ- الصحة الانجابية في العراق
 - ب- مسوغات الدراسة
 - ج- أهداف الدراسة
 - د- مراجعة الادبيات
 - هـ- منهجية الدراسة
- 1- الرعاية في أثناء الحمل
 - 2- الرعاية خلال الولادة
 - 3- الرعاية ما بعد الولادة
 - 4- الامراض المتعلقة بالانجاب

ثالثاً- النتائج والمناقشة:

- أ- الرعاية في أثناء الحمل
- 1- استخدام أي رعاية في أثناء الحمل
 - 2- التباينات في استخدام اي رعاية في أثناء الحمل



- 3- تحليل الانحدار
- 4- استخدام الرعاية الكافية في اثناء الحمل
- 5- التباينات في استخدام الرعاية الكافية في اثناء الحمل
- 6- مكان الرعاية في اثناء الحمل
- 7- التباينات في مكان الرعاية في اثناء الحمل
- 8- مقدم الرعاية في اثناء الحمل
- 9- التباينات في مقدم الرعاية في اثناء الحمل
- 10- الخدمات التي تقدم خلال الرعاية في اثناء الحمل
- 11- التباينات في الخدمات التي تقدم خلال الرعاية في اثناء الحمل
- 12- المعلومات التي تقدم خلال الرعاية في اثناء الحمل
- 13- المضاعفات في اثناء الحمل
- 14- التباينات في المضاعفات في اثناء الحمل
- 15- الرعاية في اثناء الحمل والتعرض للمضاعفات في اثناء الحمل
- 16- الرعاية الجيدة في اثناء الحمل
- 17- التباينات في الرعاية الجيدة في اثناء الحمل
- 18- تحليل الانحدار

ب-الرعاية في اثناء الولادة:

- 1- مكان الولادة
- 2- التباينات في مكان الولادة
- 3- الرعاية في اثناء الحمل ومكان الولادة
- 4- تحليل الانحدار
- 5- اسباب الولادة بالمنزل
- 6- الولادة على ايدٍ مؤهلة
- 7- تباينات في الولادة على ايدٍ مؤهلة
- 8- الرعاية في اثناء الحمل والولادة بمساندة اشخاص مؤهلين



- 9- الرعاية الجيدة في أثناء الحمل والولادة
- 10- التباينات في الرعاية الجيدة في أثناء الحمل والولادة
- 11- تحليل الانحدار
- 12- نوع الولادة (طبيعية-قيصرية)
- 13- التباينات في نوع الولادة (طبيعية-قيصرية)
- 14- تحليل الانحدار
- 15- المضاعفات في أثناء الولادة وما بعدها
- 16- التباينات في المضاعفات في أثناء الولادة
- 17- الرعاية في أثناء الحمل والمضاعفات في أثناء الحمل

ج-الرعاية ما بعد الولادة (النفاس):

- 1- استخدام خدمات ما بعد الولادة
- 2- التباينات في استخدام خدمات ما بعد الولادة
- 3- تحليل الانحدار
- 4- الرعاية في أثناء الحمل واستخدام رعاية ما بعد الولادة
- 5- خصائص الولادة واستخدام رعاية ما بعد الولادة
- 6- مكان رعاية ما بعد الولادة
- 7- التباينات في مكان رعاية ما بعد الولادة
- 8- اسباب عدم تلقي رعاية ما بعد الولادة
- 9- المضاعفات بعد آخر ولادة

د-الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل والولادة:

- 1- التباينات في الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل والولادة
- 2- تحليل الانحدار



رابعاً-الامراض المرتبطة بالانجاب:

أ-هطول الرحم

ب-سلس البول (عدم التحكم في الادرار)

ج-التباينات في خدمة الصحة الانجابية بين المحافظات

خامساً-الاستنتاجات:

أ-الرعاية في أثناء الحمل

ب-الرعاية في أثناء الولادة

ج-الرعاية مابعد الولادة

د-المراضة

ه-عدم العدالة والتباينات في تلقي خدمات الامهات

سادساً-التحديات والسياسات وخيارات التدخل

المصادر



قائمة الجداول

- جدول رقم 2-1:** ملخص عام لمؤشرات استخدام خدمات رعاية الصحة الإنجابية بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح في الدراسة المعمقة
- جدول رقم 2-2:** نسب استخدام أي رعاية أثناء الحمل بين النساء (15-49) واللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية و الاجتماعية
- جدول رقم 2-3:** نتائج الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع « استخدام أي الرعاية أثناء الحمل» علي بعض الخصائص الديموجرافية و الاجتماعية للنساء
- جدول رقم 2-4:** نسب النساء (15-49) واللاتي حققن أربعة زيارات للرعاية أثناء الحمل وبدأن الرعاية خلال الثلاثة شهور الأول بين النساء اللاتي تلقين الرعاية أثناء الحمل بحسب بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للنساء
- جدول رقم 2-5:** توزيع النساء (15-49) بحسب مكان تلقي الرعاية أثناء الحمل (حكومي /خاص) بين النساء اللاتي تلقين الرعاية أثناء الحمل بحسب بعض الخصائص الديموجرافية و الاجتماعية للنساء
- جدول رقم 2-6:** توزيع النساء (15-49) بحسب مقدم الرعاية أثناء الحمل (طبيب/ممرضة أو قابلة/ أخرى) بين النساء اللاتي تلقين الرعاية أثناء الحمل بحسب بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للنساء
- جدول رقم 2-7:** نسبة النساء (15-49) واللاتي تلقين قياس الوزن وقياس الضغط وتحليل الدم وتحليل الإدرار وقياس ارتفاع الرحم وجرعة توكسيد الكزاز(1-2) خلال تلقي الرعاية أثناء الحمل بحسب بعض الخصائص الديموجرافية و الاجتماعية للنساء
- جدول رقم 2-8:** نسبة النساء(15-49) اللاتي أصبن بأي مضاعفات أثناء الحمل بين النساء اللاتي ولدن آخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة للمسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية و الاجتماعية للنساء
- جدول رقم 2-9:** نسبة استخدام النساء (15-49) للرعاية الجيدة أثناء الحمل بين النساء اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية و الاجتماعية
- جدول رقم 2-10:** نتائج الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع « استخدام الرعاية الجيدة أثناء الحمل» علي بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للنساء
- جدول رقم 2-11:** توزيع النساء (15-49) بحسب مكان الولادة بين النساء اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية و الاجتماعية
- جدول رقم 2-12:** نتائج الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع « للولادة في مركز صحي » علي بعض الخصائص الديموجرافية و الاجتماعية للنساء
- جدول رقم 2-13:** توزيع النساء(15-49) بحسب مقدم الخدمة أثناء الولادة بين النساء اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية و الاجتماعية

جدول رقم 14-2: نسب النساء (15-49) اللاتي تلقين خدمات جيدة أثناء الحمل والولادة بين النساء اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية

جدول رقم 15-2: نتائج الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع «استخدام الرعاية الجيدة أثناء الحمل والولادة» علي بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للنساء

جدول رقم 16-2: نسبة الولادات القيصرية بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية

جدول رقم 17-2: نتائج الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع «الولادة بعملية قيصرية» علي بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للنساء

جدول رقم 18-2: نسبة الإصابة بالمضاعفات أثناء الولادة وما بعدها بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية

جدول رقم 19-2: نسبة استخدام خدمات رعاية ما بعد الولادة بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية

جدول رقم 20-2: نتائج الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع «استخدام رعاية ما بعد الولادة» علي بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للنساء

جدول رقم 21-2: نسبة استخدام الرعاية المتكاملة أثناء الحمل والولادة الحمل بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية

جدول رقم 22-2: نتائج الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع «استخدام الرعاية المتكاملة أثناء الحمل والولادة» علي بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للنساء

جدول رقم 23-2: نسبة الإصابة بهطول الرحم بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية

جدول رقم 24-2: نسبة الإصابة بسلس البول (عدم التحكم في الإدرار) بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية



قائمة الاشكال

شكل رقم 2-1: نسب الاستخدام إي رعاية أثناء الحمل بين النساء (15-49) واللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات

شكل رقم 2-2: التوزيع النسبي لأسباب بدء الرعاية أثناء الحمل لأول مرة بين النساء (15-49) اللاتي تلقين الرعاية أثناء الحمل

شكل رقم 2-3: نسب النساء (15-49) اللاتي حققن أربعة زيارات للرعاية أثناء الحمل وبدعن الرعاية خلال الثلاثة شهور الأول بين النساء اللاتي تلقين الرعاية أثناء الحمل بحسب المحافظات

شكل رقم 2-4: توزيع النساء (15-49) بحسب مكان تلقي الرعاية أثناء الحمل (حكومي /خاص) بين النساء اللاتي تلقين الرعاية أثناء الحمل بحسب المحافظات

شكل رقم 2-5: نسبة النساء (15-49) اللاتي تلقين الرعاية أثناء الحمل من طبيب بين النساء اللاتي تلقين الرعاية أثناء الحمل بحسب المحافظات

شكل رقم 2-6: نسبة النساء (15-49) اللاتي حصلن علي المكملات الغذائية من خلال الرعاية أثناء الحمل بين النساء اللاتي تلقين خدمة الرعاية أثناء الحمل

شكل رقم 2-7: نسبة النساء (15-49) اللاتي حصلن علي معلومات إرشادية و تثقيفية عن المواضيع المبينة من خلال الرعاية أثناء الحمل

شكل رقم 2-8: نسبة إصابة النساء بالمضاعفات أثناء الحمل بين النساء (15-49) اللاتي ولدن آخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة للمسح

شكل رقم 2-9: نسبة النساء (15-49) اللاتي أصبن بأي مضاعفات أثناء الحمل بين النساء اللاتي ولدن آخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة للمسح بحسب المحافظات

شكل رقم 2-10: العلاقة التي بين الرعاية أثناء الحمل والمضاعفات أثناء الحمل بين النساء (15-49) اللاتي ولدن آخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة للمسح

شكل رقم 2-11: نسبة استخدام النساء (15-49) للرعاية الجيدة أثناء الحمل بين النساء اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات

شكل رقم 2-12: العلاقة التي بين تلقي الرعاية أثناء الحمل ومكان الولادة بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابق للمسح

شكل رقم 2-13: التوزيع النسبي للنساء (15-49) بحسب مكان الولادة (منزل- مؤسسة حكومية- أهلية) بين النساء اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات

شكل رقم 2-14: أسباب اختيار المنزل كمكان للولادة بين النساء اللاتي ولدن آخر مولود حي خلال السنوات

شكل رقم 2-15: الولادة بمساعدة أشخاص مؤهلين بناء علي الحصول علي الرعاية أثناء الحمل

شكل رقم 2-16: نسب النساء (15-49) اللاتي تلقين خدمات جيدة أثناء الحمل والولادة بين النساء اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات

شكل رقم 2-17: نسب الولادات القيصرية بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات

شكل رقم 2-18: نسب الإصابة بالمضاعفات المبينة أثناء الولادة وما بعدها بين النساء (15-49) اللاتي عانين من مضاعفات

شكل رقم 2-19: نسبة الإصابة بالمضاعفات خلال الولادة وما بعدها بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات

شكل رقم 2-20: نسبة استخدام خدمات ما بعد الولادة بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية بحسب المحافظات

شكل رقم 2-21: استخدام رعاية ما بعد الولادة بناء علي استخدام الرعاية أثناء الحمل بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح

شكل رقم 2-22: توزيع نسبة مكان تلقي رعاية ما بعد الولادة (قطاع حكومي- أهلي) بين النساء اللاتي تلقين تلك الرعاية بحسب المحافظات

شكل رقم 2-23: أسباب عدم تلقي رعاية ما بعد الولادة بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح

شكل رقم 2-24: نسب الإصابة بالمضاعفات بعد آخر ولادة بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح

شكل رقم 2-25: نسب مقدم خدمة علاج المضاعفات بعد آخر ولادة بين النساء 15-49 اللاتي عانين من المضاعفات بعد آخر ولادة

شكل رقم 2-26: نسب استخدام الرعاية المتكاملة أثناء الحمل و الولادة بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات

شكل رقم 2-27: نسبة الإصابة بهطول الرحم بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات

شكل رقم 2-28: التوزيع النسبي للنساء المصابات بأعراض هطول الرحم حسب طلب الرعاية الصحية

شكل رقم 2-29: نسب الإصابة بمشكلة سلس البول (التحكم في الإدرار) بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات

شكل رقم 2-30: التباينات في استخدام خدمات صحة الأمهات (بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات



أولا - الملخص التنفيذي

يعد المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة العراقية (I-WISH) الأول من نوعه حيث يتناول دراسة دورة حياة المرأة العراقية (المراهقة، وسن الإنجاب، ومرحلة ما بعد الإنجاب، والكهولة) من عدة محاور مثل التمكين والصحة العامة والصحة الإنجابية والعنف ضد المرأة وقضايا أخرى تتعلق بأوضاع النساء الاجتماعية والاقتصادية وذلك لبناء قاعدة بيانات عن قضايا المرأة وأوضاعها في العراق في مختلف مراحل حياتها. والجديد في المسح أنه لا ينظر للمرأة من جانب واحد يقتصر على الإنجاب وتربية الأطفال فقط، بل شمل دراسة التأثيرات الاجتماعية والاقتصادية والظروف الأسرية التي تواجهها طوال حياتها وانعكاسات كل مرحلة حياتية على ما يليها من مراحل.

ونظرا للمساهمة الفاعلة لنتائج هذا المسح ومعظم المسوحات المتعلقة بصحة الأم والطفل في توفير مؤشرات كمية واضحة عن جوانب كثيرة من حياة النساء في المجتمع العراقي تتضح أهمية تنفيذ الدراسة التحليلية الحالية والتي تتناول بصورة متعمقة دراسة جوانب الخدمات المقدمة للأمهات خلال مراحل الأنجاب المختلفة بدءا من الرعاية في أثناء الحمل والولادة وما بعدها وإنهاء بالأمراض التي قد تصيب النساء في أثناء تلك المراحل. ومن هنا كان من الضروري مراجعة بيانات المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة العراقية وإجراء التحليل المعمق للبيانات لتوفير قاعدة بيانات حديثة حول تلك الخدمات من وجهة نظر النساء بهدف التعرف على نسب استخدامها والتباينات في مستويات الاستخدام بناء على الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للنساء. يهدف هذا التحليل المعمق إلى فهم أفضل لديناميكية خدمات صحة الأم بما يمكن الباحثين وصانعي السياسات وواضعي ومنفذي البرامج الصحية من التخطيط والتطبيق والمراقبة والتقويم لهذه البرامج الصحية لتطوير النظام الصحي الانجابي في العراق على المستوى المحلي والوطني. كما يهدف التحليل المعمق لخدمات صحة المرأة في ظل مفهوم الصحة الإنجابية إلى تبني سياسات خدمية للصحة الإنجابية قائمة على المؤشرات والدلائل وتهدف إلى تحقيق العدالة الصحية لفئات المجتمع كافة كما تدعم الاستخدام الأمثل لتلك الخدمات والموارد المتاحة وتحديد أولويات التدخل لتحسينها.

اعتمدت الدراسة البيانات المستمدة من نتائج المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة في العراق مع إمكانية الاستعانة بالمسوحات الأخرى ذات العلاقة مثل نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الرابعة (2011) و مسح صحة الأسرة العراقية (2006-2007) فضلا عن مراجعة الأدبيات ذات العلاقة بموضوع البحث محليا وعالميا.

تم استخدام بيانات المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة في العراق كالتالي: استمارة النساء بعمر (15-49) سنة المتزوجات واللاتي سبق لهن الزواج، القسم الثالث والخاص برعاية الأمومة لآخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة على المسح من شهر حزيران 2006 ولغاية حزيران 2011. وتم عرض النتائج على شكل جداول لاستعراض استخدام خدمات الرعاية في أثناء الحمل، والولادة، وما بعد الولادة فضلا عن المتغيرات الخاصة بانتشار الأمراض المرتبطة بالإنجاب وذلك بناء على خصائص النساء (العمر، والمستوى التعليمي، وترتيب الولادات، ومكان الإقامة، والمحافظات) باستخدام الجداول التقاطعية والانحدار اللوجستي

أ- الاستنتاجات

إن العراق قد نجح في تحقيق إحدى الخطوات المهمة اللازمة للوصول إلى تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية من خلال التحسن النسبي في أوجه استخدام خدمات رعاية الأمهات كافة مقارنة بالمسوح السابقة. لكن التحليل المعمق قد أظهر بعض أوجه القصور في هذه الرعاية يمكن تلخيصها بما يأتي:

1. الرعاية في أثناء الحمل:

في الوقت الذي جرى فيه تغطية أية رعاية في أثناء الحمل لتصل (89.1%) أوضح التحليل المعمق ما يأتي:

- انخفاض مستويات الرعاية المنتظمة (أربع زيارات فأكثر) بين النساء (63.8%).
- انخفاض مستويات بدء الرعاية في الثلاثة شهور الأولى (69%).
- اعتماد النساء بصورة أكبر على القطاع الصحي الخاص (55.7%) لتلقي تلك الرعاية مقارنة بالقطاع الحكومي (44.3%).
- تحمل الأطباء العبء الأكبر لتقديم هذه الخدمة (97.2%) مقارنة بأي من مقدمي الخدمة الآخرين.
- تدني نسب التغطية للفحوصات الأساسية المقدمة من خلال الرعاية في أثناء الحمل والتي كانت أعلى نسبة تغطية لقياس ضغط الدم (79.2%).
- ضعف المعلومات الأسترشادية والتثقيفية المقدمة من خلال تلك الرعاية و كان اعلى نسبة تغطية للمعلومات حول التغذية المتوازنة (51.2%).
- وجود علاقة وثيقة بين تلقي تلك الخدمة والأصابة بالمضاعفات في أثناء الحمل مما يدل على أن معظم النساء يلجأن إلى هذا النوع من الرعاية عند إصابتهم بالمضاعفات وليس كإجراء للوقاية قبل حدوث تلك المضاعفات.
- وصلت نسبة التغطية الجيدة للرعاية في أثناء الحمل (أربع زيارات تبدأ خلال الثلاثة شهور الأولي و تتم علي يد طبيب) 49.5% أي أن 50% من نساء العراق محرومات من هذه الخدمة في أثناء حملهن.

2. الرعاية في أثناء الولادة:

في حين أن الولادة في مؤسسة صحية (80.4%) وبمساعدة كادر صحي مؤهل ومدرب (90.2%) كان السمة المشتركة لمعظم الولادات في السنوات الخمس السابقة للمسح. كما أوضح التحليل المعمق ما يأتي:

- أنه لا يزال 19.6% من النساء يلدن في المنزل وقالت غالبية هؤلاء النساء (65%) عن الولادة بالمنزل «أنه افضل».
- وصلت نسبة التغطية الجيدة للرعاية في أثناء الحمل و الولادة (أربع زيارات تبدأ خلال الثلاثة شهور الأولي و تتم علي يد طبيب و الولادة علي يد كادر مؤهل) 43.8% أي أن 5.7% ممن نساء العراق اللاتي تلقين رعاية جيدة في أثناء الحمل ولدن علي أيدي كادر غير مؤهل طبيا.
- ارتفاع نسبة الولادات بعملية قيصرية (21.9%) في الدراسة تفوق الحدود المقبولة (>15%).



3. الرعاية ما بعد الولادة:

تدنت مستويات استخدام رعاية ما بعد الولادة بين العراقيات (38%) وأوضح التحليل المعمق ما يأتي:

- كان القطاع الخاص هو أكثر القطاعات الصحية مصدراً للرعاية بعد الولادة (65.1%).
- عدم الأحساس بأي متاعب بعد الولادة كان السبب الرئيسي (75.4%) لعدم تلقي خدمة الرعاية بعد الولادة.
- وصلت نسبة التغطية المتكاملة للرعاية في أثناء الحمل و الولادة (أربع زيارات تبدأ خلال الثلاثة شهور الأولي و تتم علي يد طبيب و الولادة علي يد كادر مؤهل و تلقي رعاية ما بعد الولادة) 20.2% أي أن 23.6% من نساء العراق اللاتي تلقين رعاية جيدة في أثناء الحمل و الولادة لم يتلقين أية رعاية بعد الولادة.

4. المراضة:

رغم أن البيانات المبنية على إجابات النساء فيما يتعلق بالمضاعفات في أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة ومراضة الأمهات المتعلقة بالإنجاب لا تعطي تقديرات دقيقة للمراضة كونها تعتمد على إجابات النساء حصراً ولكنها مفيدة لإلقاء الضوء على العبء الإجمالي وسلوك النساء المتعلق بطلب الرعاية الصحية لهذه المضاعفات والأمراض.

5. عدم العدالة و التباينات في تلقي خدمات الأمهات:

بصورة عامة أوضح التحليل المعمق وجود تباينات في مستويات استخدام خدمات رعاية الأمهات بحسب الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للنساء

- هناك فجوة في معارف النساء حول الأحمال ذات الخطورة والتي تستدعي عناية أكثر مثل النساء في سن 35 سنة فأكثر و ذوات الحمل الرابع فما فوق والتي أظهرت الدراسة بأنهن اقل الفئات استخداماً لخدمات رعاية الأمهات.
- ارتفعت نسبة استخدام خدمات الرعاية في أثناء الحمل والولادة بين المتعلمات مقارنة بغير المتعلمات
- زادت نسبة الاستفادة من خدمات رعاية الأمهات في المناطق الحضرية عنها في المناطق الريفية
- يوجد تفاوت واضح بين المحافظات في خدماتها الصحية من الجوانب كافة ولأسباب مختلفة تشمل حتى الظروف الاجتماعية والأمنية في كل محافظة.

6. التوصيات و السياسات المقترحة :

- إعادة النظر بسياسات الرعاية المتبعة في أثناء الحمل لتحقيق الرعاية الجيدة والتي بينت الدراسة انخفاضها من خلال تطوير الخدمات وزيادة الوعي المجتمعي بمفهوم الأمومة الآمنة وخاصة بين الفئات المجتمعية المهمشة.
- وضع سياسات عمل لتحسين خدمات الرعاية في أثناء الحمل من خلال التأكيد علي استيفاء هذه الرعاية الخدمات الأساسية كافة طبقاً لمعايير جودة هذه الخدمة وإعطاء المعلومات والمشورة اللازمة لتلك المرحلة في حياة النساء بما فيها التأكيد علي أهمية المتابعة الصحية بعد الولادة ووضع آليات مناسبة لمتابعة وتقويم هذه الفعاليات ضمن برنامج الصحة الإنجابية.

- تدريب الملاكات الصحية والتمريضية ووضع توصيف وظيفي لهذه الملاكات يمكنها من تقديم خدمات صحية للنساء الحوامل لاستثمار قدرات هذه الملاكات وعلاقتها الوطيدة بالمجتمع في التعاون مع الملاكات الطبية وتخفيف العبء عنها في تقديم الخدمات خاصة أن هناك شحة في عدد الأطباء في العراق (عدد أخصائيي النسائية والتوليد الكلي في العراق هو 1023 على وفق تقرير وزارة الصحة لعام 2011 أي بنسبة 3.07 لكل 100000 نسمة).
- إجراء دراسات معمقة للتعرف على أهم أسباب عزوف النساء عن الولادة بمراكز صحية أو بمساعدة كادر مؤهل طبيا
- إعداد دلائل للعمل لضمان الجودة ووضع شروط و ضوابط لإجراء العمليات القيصرية في المستشفيات الحكومية والأهلية مع إجراء مسح لمعرفة وسلوك النساء حول طرق الولادة وعلاقتها بنسبة العمليات القيصرية (والتي كانت نسبتها 22% على وفق الدراسة).
- توفير خدمات الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل والولادة وما بعدها بشكل عادل للنساء ويتناسب مع الزيادة السكانية الحاصلة والتوزيع السكاني لضمان وصول هذه الخدمات إلى المناطق كافة من ريف وحضر، مركزية أو طرفية كون الدراسة أظهرت انخفاً في نسبة الرعاية في أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة في المناطق الريفية عن مثيلاتها في المناطق الحضرية.
- إجراء البحوث الصحية المعمقة والتي تدرس الأسباب الحقيقية التي تكمن وراء النسبة المنخفضة (38%) لخدمات الرعاية ما بعد الولادة
- إجراء دراسة متخصصة للتعرف على الحجم الحقيقي ونمط المشاكل والمضاعفات التي تصيب النساء في العراق خلال الحمل والولادة وما بعدها لغرض مراجعة برامج رعاية الأمومة المعتمدة وتعزيزها بما يتناسب مع نوع المشاكل الصحية السائدة وحجمها للوصول إلى تحقيق أهداف الألفية الإنمائية.
- وضع سياسات صحية تنظم العمل في القطاعين الخاص والعام معا ليكمل احدهما الآخر و يضمن تطوير القطاعين لتقديم خدمات ذات جودة وبأسعار مناسبة لجميع فئات المجتمع
- إشراك جميع الأطراف المعنية من المنظمات الدولية و المنظمات غير الحكومية، والهيئات الصحية والمهنية فضلا عن الوزارات المعنية الأخرى بالتعاون مع وزارة الصحة لدعم الخدمات وتطويرها وزيادة الوعي المجتمعي بمفهوم الأمومة الآمنة .
- وضع السياسات الصحية و الاجتماعية التي تتعامل مع الفروق الواضحة في استخدام خدمات صحة الأمهات بناء على العمر و ترتيب المولود والحالة التعليمية للأمهات و منها تبني سياسات تمكين المرأة ودعم إكمال الفتيات لتعليمهن والحد من ظاهرة الزواج المبكر دون سن الثامنة عشرة والذي غالبا ما يؤدي إلى الانقطاع عن التعليم وزيادة أعداد المواليد و الحمل في سنوات عمرية متقدمة.
- إجراء مراجعة دقيقة وشاملة لتقويم خدمات رعاية الأمهات في المناطق الريفية وفي المحافظات للوقوف على الأسباب التي أدت إلى الفروقات التي بينتها الدراسة بين الريف و الحضر والمحافظات المختلفة في تقديم خدمة رعاية الأمهات.



جدول 2-1: ملخص عام لمؤشرات استخدام خدمات رعاية الصحة الإنجابية بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة على المسح في الدراسة المعمقة

المؤشر	%
الرعاية في أثناء الولادة	
مكان الولادة: مركز صحي حكومي	69.2
مكان الولادة: مركز صحي أهلي	11.4
مكان الولادة: المنزل	19.4
مقدم الخدمة : طبيب	61.0
مقدم الخدمة : ممرضة /مأذونه	29.2
مقدم الخدمة : قابلة أهلية (جدة)	8.8
مقدم الخدمة : أقارب	0.9
مقدم الخدمة : آخريين	0.1
الرعاية الجيدة في أثناء الحمل والولادة ²	43.8
رعاية ما بعد الولادة	38.0
مكان رعاية ما بعد الولادة:عيادات أهلية	65.1
مكان رعاية ما بعد الولادة:عيادات حكومية	34.9
مقدم الخدمة:طبيب	91.2
الرعاية المتكاملة للحمل والولادة وما بعدها ³	20.2

المؤشر	%
الرعاية في أثناء الحمل	
الحصول على رعاية في أثناء الحمل	89.0
الحصول على الرعاية في 3 أشهر الأولى من الحمل	69.0
أربعة زيارات فأكثر	63.4
الرعاية الجيدة في أثناء الحمل ¹	49.5
مكان الرعاية: حكومي	44.3
مقدم الرعاية: طبيب	97.2
مقدم الرعاية: ممرضة /قابلة	1.9
مقدم الرعاية: آخري	0.8
المضاعفات خلال الحمل	34.2

1. رعاية في أثناء الحمل تبدأ في الثلاثة شهور الأولى وتشمل أربع زيارات وتتم على يد طبيب
2. رعاية جيدة في أثناء الحمل وولادة على يد طبيب
3. رعاية جيدة في أثناء الحمل والولادة والحصول على رعاية ما بعد الحمل.

ثانياً - المقدمة

يهدف المجتمع الدولي إلى تحسين الصحة الإنجابية على الصعيد العالمي عبر تخفيض معدل الوفيات لدى الأمهات بنسبة 75% خلال خمس وعشرين سنة وذلك بتخفيض هذا المعدل 50% في عام 2015، غير أنه ومن خلال نمط التقدم الحالي على الصعيد العالمي قد لا يتمكن المجتمع الدولي من تحقيق هذه الأهداف لاسيما في منطقة شرق المتوسط. ففي حين تحسنت كثير من المؤشرات الصحية خلال العقدین الأخيرین لم تشهد معدلات الوفيات لدى الأمهات سوى تحسناً طفيفاً، إذ مازالت تسجل كل دقيقة 110 مضاعفات حمل وحالة وفاة لدى النساء سببها الحمل أو الولادة (نزيف، وارتفاع في ضغط الدم لدى الحامل، وعسر في عملية الولادة، والتهابات، وإجهاض غير آمن)، ومعظم هذه الأسباب يمكن تفاديها وتوقفي معظم هذه الوفيات لأنّ الحلول الطبية لتلك الأسباب و الوفيات الناتجة باتت معروفة. و من أهم أساليب توقفي هذه الوفيات هي تزويد جميع النساء بخدمات الرعاية السابقة للولادة، وخدمات الرعاية الماهرة في أثناء الولادة، وخدمات الرعاية والدعم في الأسابيع التي تلي الولادة. وهناك أهمية خاصة للحرص على أن تتم جميع الولادات بمساعدة عاملين صحيين ماهرين، لأن التعامل مع الحالات الحرجة وعلاجها في الوقت المناسب من التدابير الكفيلة بإحداث فرق كبير وإنقاذ الأم ووليدها من كثير من الأخطار.

تبدو الحاجة في المنطقة العربية ومن ضمنها العراق إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية ملحة، كما تؤكد ذلك الدراسات والمؤشرات المتوفرة. وتختلف أنواع الخدمات المقدمة في هذا المجال مع اختلاف تطور النظام الصحي في كل بلد من بلدان المنطقة. ففي حين تعاني بعض بلدان منطقة شرق المتوسط من ضعفٍ حادٍ في البنية التحتية لنظام الرعاية الصحية مثل اليمن، والسودان، والصومال، تتمتع دول أخرى بنظام رعاية صحية متطور نسبياً وأكثر تجاوباً وملاءمة لمتطلبات الصحة الجنسية والإنجابية كما هي الحال مثلاً في تونس، ولبنان والمغرب. لذا نجد أن معظم بلدان المنطقة تدعم خدمات تنظيم الأسرة بأشكال متفاوتة، ولكن القليل من دول المنطقة ما يدعم خدمات تقديم المشورة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية أو تقدم خدمات عناية لمرضى الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً. كما قد تضعف أو لا تتوافر خدمات الولادة الطارئة (إمكانية إجراء عمليات جراحية قيصرية وعمليات نقل دم وإسعافات أولية بشكل طارئ وسريع) في كثير من دول المنطقة.

ومن هنا كان من الضروري القيام بالدراسات التحليلية والمتممعة باستخدام أحدث البيانات والمسوح من أجل توفير قواعد بيانات حديثة تمكن صانعي السياسات من صياغة برامج وسياسات لتحسين خدمات الصحة الإنجابية ورعاية الأم بما يحقق العدالة الصحية بين النساء فضلاً عن إتاحة البيانات اللازمة للتخطيط على المدى الطويل للنهوض بواقع الخدمات الصحية بمجمله. وتأتي الدراسة الحالية في إطار الجهود العراقية الداعمة لسياسات تحسين خدمات الصحة الإنجابية في العراق بما يوفر لصانعي القرار نظرة عامة علي أوضاع خدمات صحة الأمهات من وجهة نظر المستخدمين والتباينات في مستويات الاستخدام بحسب الخصائص الديموجرافية و الاجتماعية للنساء. كما تطرح الدراسة الحالية بعض التوصيات التي تهدف إلي تعميم إتاحة خدمات الصحة الإنجابية ذات الجودة العالية للنساء كافة وتحقيق العدالة الصحية وتدعم الاستخدام الأمثل للخدمات والموارد المتاحة وتحديد أولويات التدخل لتحسين الخدمات.



أ- الصحة الإنجابية في العراق:

تحتل الصحة الإنجابية/ صحة الأم والطفل موقعا مركزيا في السياسة الوطنية في العراق وفي مقدمة اهتمامات المنظمات الدولية والأقليمية لكونها تشكل عاملا مهما من عوامل التنمية البشرية المستدامة وشرطا لتحقيق أهداف التنمية التي التزم بها العراق بموجب الاتفاقيات الدولية كأهداف الاللفية الإنمائية ومؤتمر القاهرة للسكان والتنمية لعام 1994. وأمام التحولات الاجتماعية والديموغرافية اصبح تمكين الفئات الهشة VULNERABLE GROUPS كالأمهات والأطفال من الحصول المنصف على خدمات الرعاية الصحية الأولية وخدمات الصحة الإنجابية المتكاملة مكونا ضروريا لخفض وفيات الأمهات والأطفال و تقليص العبء الاجمالي للمرض وتحقيق الاهداف الانمائية للاللفية. ولتحقيق هذه الأهداف وضعت وزارة الصحة ضمن الاستراتيجية الوطنية وخطة العمل 2012-2017، استراتيجية الصحة الإنجابية صحة الأم والطفل والتي تهدف إلى تعميم اتاحة خدمات الصحة الإنجابية بحلول 2015.

إن الأسباب الخمسة الرئيسة لوفيات الأمهات في العراق هي كما يأتي (وحسب الترتيب): النزف بعد الولادة، ومضاعفات تخثر الدم والجلطة الرئوية الحادة ومضاعفات ارتفاع ضغط الدم في أثناء الحمل، والولادة المتعسرة ومضاعفاتها، و المضاعفات في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (الحمل المنتبذ والإسقاط) وهي بجمعها تمثل الأسباب الرئيسة للوفيات في الدول النامية بصورة عامة. وحيث أن الإجراءات اللازمة للحد من هذه الوفيات ومستويات المراضة المرتفعة باتت معروفة ومثبتة علميا وأظهرت نجاحها في خفض وفيات الأمهات في كثير من الدول المتقدمة والنامية، كان من المهم أن تعمل السياسات الصحية في العراق على تفعيل هذه الإجراءات والتي تشمل بشكل أساسي توفير خدمات للنساء الحوامل في أثناء الحمل والولادة والنفاس وبشرط أن تكون ذات جودة عالية وبمتناول الجميع فضلا عن تفعيل خدمات تنظيم الأسرة وتطويرها والمباعدة بين الأحمال لما لها من دور أساسي ومثبت علميا في خفض وفيات ومراضة الأمهات والنساء بشكل عام.

من خلال متابعة مؤشرات الصحة الإنجابية ، نجد أن العراق قد حقق تقدما ملحوظا في خفض وفيات الأمهات وفي تحسين صحة الأمهات حيث انخفضت نسبة وفيات الأمهات (MMR) وعلى وفق المسوحات العالمية المعتمدة من 291 وفاة لكل 100,000 ولادة حية عام 1999 إلى 84 وفاة لكل 100000 ولادة حية عام عام 2006 / 2007 وبالرغم من ذلك فان هناك الكثير من المؤشرات تشير إلى الحاجة الملحة لتطوير خدمات الصحة الإنجابية في العراق لتحسين صحة الأمهات ومنها نوعية الخدمات المقدمة للنساء في أثناء الحمل والولادة والنفاس ومدى استجابتها للحاجات الصحية للنساء في العراق في القطاعين العام والخاص.

فقد أظهرت نتائج البحوث السابقة في العراق ارتفاع نسب استخدام خدمات الرعاية الصحية في أثناء الحمل والولادة، فعلى سبيل المثال أظهرت نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة 2006 أن حوالي 84% من النساء الحوامل قد تلقين رعاية صحية خلال الحمل من قبل أشخاص مؤهلين، وأن أكثر من نصف النساء قد حققن 4 زيارات أو أكثر. كما أظهرت نتائج المسح نفسه أن 88.5% من النساء قد ولدن علي أيدي ماهرة ومؤهلة وأن 63% من النساء ولدن في مؤسسة صحية.

وبمقارنة مستويات خدمة رعاية الأمهات في العراق مع الدول النامية والدول المتقدمة يتضح تشابه الوضع العراقي مع الوضع في كثير من الدول النامية فيما يختص برعاية ما قبل الولادة حيث تصل نسبة النساء اللاتي حصلن علي هذه الرعاية مرة واحدة في تلك الدول

إلى 81% من النساء. بينما احتلت العراق مركز متقدما عن كثير من الدول النامية فيما يختص بالولادة على أيدي ماهرة ومؤهلة حيث بلغت نسبة الولادات علي أيدي ماهرة ومؤهلة في تلك الدول حوالي 63% وقاربت العراق النسب في الدول المتقدمة والتي تصل إلى 99%.

بالرغم من الانجازات التي حققها العراق في مجال صحة الأم والطفل لا تزال المشاكل المتعلقة بخدمات الصحة الإنجابية واحدة من التحديات التي تواجه قطاع الخدمات الصحية إذ أن النظام الصحي لا يلبي احتياجات الصحة الإنجابية من حيث تأمين المعلومات والموارد البشرية والمالية واللوجستية، فالنظام المعلوماتي للصحة الإنجابية غير دقيق ولا يحقق التكامل ويفتقر إلى التحليل العلمي المدروس والتغذية الاسترجاعية ولا يتضمن مكنة المعلومات فضلا عن ذلك ما تزال مشاكل الصحة الإنجابية تمثل احد أهم التحديات التي تواجه النساء في سن الإنجاب حيث تبقى المشاكل المتعلقة بالصحة الإنجابية وضعف خدمات رعاية الأمومة أو عدم استخدامها في بعض الأحيان من بين الأسباب المهمة لمرضاة ووفيات الأمهات على مستوى العالم وليس في العراق فقط.

في إطار تبني العراق لمفهوم الصحة الإنجابية وما له من تأثير ايجابي في المرأة بصفة خاصة والأسرة بصفة عامة فأن توفير المعلومات والدلائل عن الأبعاد المختلفة التي يتضمنها مفهوم الصحة الإنجابية هو الركيزة الأساسية للتعرف على أهم التحديات في تطبيق هذا المفهوم في العراق ورسم السياسات التي تكفل مواجهة هذه التحديات. يعد المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة العراقية (I-WISH) الأول من نوعه من حيث توفير قاعدة بيانات عن قضايا أوضاع المرأة في مختلف مراحل حياتها. والجديد في المسح أنه لا ينظر للمرأة من جانب واحد يقتصر على الإنجاب وتربية الأطفال فقط، بل شمل كثيراً من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والظروف الأسرية للمرأة العراقية والتي تواجهها طوال حياتها مما يكفل إمكانية دراسة تأثير هذه العوامل وانعكاسات كل مرحلة حياتية على ما يليها من مراحل. كما وفر هذا المسح قاعدة بيانات مستفيضة حول الصحة الإنجابية بصفة عامة وإقبال المرأة العراقية على استخدام خدمات الصحة الإنجابية خلال مرحلة الحمل والولادة وما يليها ومستويات المرضاة المرتبطة بتلك المرحلة هو ما يمثل الركيزة الأساسية للتحليل الحالي.

وأظهرت النتائج الأولية للمسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة العراقية لسنة 2011 في العراق عدة معطيات تشير إلى ارتفاع مستويات خدمة صحة المرأة في المرحلة الإنجابية وعلى النحو التالي : أظهرت النتائج أن حوالي تسع من كل عشر نساء تابعن حملهن خلال السنوات الخمس السابقة على المسح لدى شخص مؤهل، وكانت هذه النسبة 92.4% في الحضر، وأقل منها في الريف والتي بلغت 83.5% (2).

ولكن في المقابل تظهر نتائج المسح أن بعض أوجه الرعاية الصحية لم تصل إلى تحقيق المستويات المستهدفة، فعلى سبيل المثال نجد أن من بين النساء اللاتي تابعن حملهن، 64% منهن تقريبا قد حققن أربع زيارات أو أكثر للمتابعة. وبلغت نسبة الولادات التي تمت في مؤسسة صحية 78.5% من إجمالي الولادات خلال السنوات السابقة للمسح. وتشير البيانات كذلك إلى ان تسعاً من بين كل عشر ولادات قد تمت تحت إشراف كادر طبي مؤهل داخل المؤسسة الصحية أو خارجها، وهذه النسبة أعلى في الحضر (92,3%) منها في الريف (84,4%) وكذلك في بقية المحافظات منها في إقليم كردستان (85,6%).



أشارت نتائج المسح الى أن نسبة الولادات بعملية قيصرية قد تعدت المعايير الدولية لتصل إلى (22,6%). كما أظهرت النتائج انخفاض نسبة الرعاية بعد الولادة بين النساء اللاتي أنجبن مولوداً حياً خلال السنوات الخمس السابقة على المسح، حيث بلغت نسبة النساء اللاتي تلقين تلك الرعاية من قبل كادر طبي مؤهل (38%) وبلغت نسبة النساء اللاتي عانين من مشكلات صحية خلال وقت النفاس (الأسابيع الستة الأولى بعد الولادة) 18,6%.

فضلا عما سبق ذكره، أظهرت النتائج أن من بين النساء اللاتي عانين من مشاكل صحية في أثناء وقت النفاس (74%) قد تلقين رعاية صحية من كادر طبي مؤهل.

كما أظهرت النتائج الأولية (المستندة إلى إجابات المبحوثات وليس بناء على فحص طبي) انتشار الأمراض المرتبطة بالإنجاب بين النساء في سن الإنجاب (15-49) سنة، حيث بلغت نسبة النساء اللاتي عانين من أعراض تدل على هطول الرحم (18,3%)، وتعاني (10,5%) من مشكلة سلس. فضلا عن المؤشرات العامة السابقة أشارت البيانات الأولية إلى وجود تباينات بين الفئات الاجتماعية في العراق وأيضاً وجود تباينات بين محافظات العراق.

ب- مسوغات الدراسة

إن المزاجية بين المعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية وصحة الأم مع وضع المرأة العام في المجتمع يساعد على صياغة برامج وسياسات لتحسين خدمات الصحة الإنجابية ورعاية الأم بما يحقق العدالة الصحية بين النساء فضلاً عن إتاحة البيانات اللازمة للتخطيط على المدى الطويل للنهوض بواقع الخدمات الصحية بمجمله. وفي إطار الجهود الداعمة لسياسات تحسين خدمات الصحة الإنجابية تتمثل مسوغات الدراسة الحالية في التعامل مع :

1. غياب الاستراتيجيات المتخصصة في العراق مع ندرة بحوث السياسات المتعمقة الخاصة بصحة الأم والطفل واستراتيجيات الصحة الإنجابية.
2. بروز كبير لمشكلة ومستويات وفيات الأمهات والمرضاة في العراق، مع غياب الجانب والمنهج التخطيطي القائم على الحقائق والدلائل الكمية والتنوعية.
3. توافر نتائج المسوحات المتعلقة بصحة الأم والطفل و التي تعطي مؤشرات كمية واضحة تؤكد أهمية تنفيذ دراسة تحليلية متعمقة تهدف لوضع سياسات مستقبلية واضحة تعزز الصحة الإنجابية و صحة المرأة.

من هنا كان من الضروري مراجعة بيانات المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة العراقية وإجراء التحليل المعمق للبيانات وما يترتب على ذلك من توفير قاعدة بيانات حديثة وفهم أفضل لديناميكية صحة الأم وبما يمكن الباحثين وصانعي السياسات

وواضعي ومنفذي البرامج الصحية من التخطيط والتطبيق الجيد لهذه الخدمات ومراقبتها. فضلا عن إتاحة فرصة للتعرف علي وجهة نظر النساء حول هذه البرامج والمشاركة الفعلية في تطوير النظام الصحي في العراق على المستوى المحلي والوطني. كذلك من الممكن أن يوفر التحليل المعمق لبعده الصحة الإنجابية للمرأة إمكانية تبني سياسات صحية تحقق العدالة الصحية لفئات المجتمع كافة، كما تدعم الاستخدام الأمثل للخدمات والموارد المتاحة وتحديد أولويات التدخل لتحسين الخدمات.

ج- أهداف الدراسة

تهدف الدراسة إلى توفير بيانات ومعطيات موثقة وحديثة وذات مصداقية لصانعي السياسات لغرض استخدامها في تطوير السياسات الصحية والسكانية فضلا عن اقتراح السياسات والتدخلات المطلوبة لمواجهة التفاوتات وعدم العدالة في توفير واستخدام خدمات الصحة الإنجابية ومستويات المراضة المرتبطة بها وذلك من خلال:

1. تحليل البيانات والمتغيرات الخاصة باستخدام خدمات الصحة الإنجابية للسيدات عن طريق التحليل المعمق لنتائج المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة العراقية من حيث مستوى الاستخدام وعلاقته بمستويات المراضة بما يوفر دلائل حديثة عن خدمات الصحة الإنجابية للمرأة العراقية ومستويات استخدام الخدمات المتاحة.
2. قياس التباينات وعدم العدالة في استخدام خدمات الصحة الإنجابية بناء علي خصائص النساء بهدف تحقيق فهم أكبر لطبيعة العلاقات والمحددات السلوكية المتعلقة باستخدام الخدمات المتوفرة.

د- مراجعة الأدبيات

مفهوم الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية: الصحة الإنجابية هي حالة رفاة كاملة بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة، ولذلك تعنى الصحة الإنجابية بقدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره، والحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة، والرعاية الصحية للأمهات في أثناء الحمل والولادة المأمونة ورعاية ما بعد الولادة للأم ووليدها بما في ذلك تقديم المشورة الملائمة، والتشجيع على الرضاعة الطبيعية، وتوفير خدمات تنظيم أسرة جيدة النوعية، وتوفير المشورة والمعلومات والتثقيف بشأن جوانب الحياة الجنسية والصحة الإنجابية والوالدية المسؤولة والحياة الأسرية.¹



يعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي انعقد في القاهرة عام 1994 ركناً أساسياً على الصعيد العالمي في مجال الصحة الإنجابية حيث أثار اهتمام الدول كافة نحو قضايا الصحة الإنجابية و تعدي المفاهيم السابقة لقضايا الإنجاب والتي تركزت علي تنظيم الأسرة ليشمل أبعاداً جديدة لم يسبق تناولها كما أكد الضرورة العلمية للنظر في الجوانب السلوكية والاجتماعية المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية للأفراد.¹

ومما لاشك فيه أن النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة)، وهن يشكلن أكثر من خمس سكان العالم، يتعرضن بصورة متكررة إلى المخاطر المصاحبة للحمل والولادة وهو ما يؤكد الحاجة إلي البحث العلمي الدقيق لهذه المخاطر وخدمات رعاية الأمومة الأساسية التي تكفل مواجهة هذه المخاطر. تتضمن خدمات رعاية الأمومة الأساسية الرعاية في أثناء الحمل، والولادة على ايدي مدربة و مؤهلة، ورعاية ما بعد الولادة.²

من المعروف عالمياً أن توفر الرعاية الصحية خلال الحمل والولادة وما بعدها من قبل أشخاص مؤهلين ماهرين يمكن أن يحسن إلى حد كبير معطيات الولادة سواء للأمهات أو للأطفال الرضع من خلال الاستخدام الصحيح والأمثل للإجراءات المناسبة والتي تسمح بالتشخيص السريع للمضاعفات المحتملة ومعالجتها. إن استخدام خدمات الرعاية الصحية سواء كانت الحكومية أو الأهلية تعتمد على عدة عوامل منها : العوامل الاجتماعية والديموغرافية، والتركيبة الاجتماعية، ومستوى التعليم، والعادات والتقاليد السائدة في المجتمع، وضع المرأة، والنظام الاقتصادي والسياسي للبلد فضلا عن العوامل البيئية ونمط انتشار الأمراض والنظام الصحي المعمول به، كذلك فإن المحرك الأساسي والرئيس لطلب الخدمات الصحية واستخدامها يكمن في تنظيم وهيكلية المجتمع ككل وطبيعة النظام الصحي.³

وتعد خدمات رعاية الأمومة خلال وقت الحمل ضرورية جداً للاكتشاف المبكر للأمهات المعرضات للمراضة والوفاة خلال الحمل. ويعتمد استخدام هذه الخدمات على عدة عوامل منها : الحاجة إلى الخدمة، ونوع الخدمة المقدمة، وثقة المستخدم بجودة الخدمة، فضلا عن قدرته على تحمل تكلفتها، وقدرته على الوصول إلى مكان تقديمها، وقدرته المقدم على تقديم الخدمة.³

ضمن إطار برنامج عمل المؤتمر العالمي للسكان والتنمية ، طلب من الحكومات وضع تصور للترويج والوقاية في مواضيع الصحة الإنجابية عامة مع اهتمام خاص بالصحة الجنسية بناءً على «حقهم في السيادة المتماشية مع القوانين المحلية وأولويات التنمية الوطنية مع احترام كامل للديانات والثقافات المختلفة لشعوبها والمتطابقة مع حقوق الإنسان المعترف بها دولياً». ضمن هذا السياق ، بات على الحكومات العمل علي حماية حقوق الصحة الإنجابية والجنسية عبر منع الآخريين من انتهاكها من خلال قوانين صارمة تسن من قبل المجالس النيابية وتهدف إلى تأمين فرصة التمتع بهذه الحقوق. وفي الوقت نفسه بات على الحكومات حماية ممارسة هذه الحقوق وعدم انتهاكها من قبل الدولة نفسها.

كذلك تضمنت توصيات اجتماع البرلمانين العرب الذي انعقد في القاهرة في تموز 2003 ما يأتي: دعم الدولة والحكومات لتطوير سياساتها السكانية، وتحسين وتطوير برامج السكان وتنظيم الأسرة لتشمل الأمومة الآمنة، حقوق الشباب في الصحة الجنسية والإنجابية مع اشتراك الذكور بصورة أكثر كثافة وتطوير القدرات في مجال إدارة برامج الصحة الإنجابية.

تشير الإحصاءات العالمية إلى تسجيل حوالي 536000 وفاة أم على مستوى العالم وحوالي 99% من هذه الوفيات تحدث في الدول النامية، وكان معظم أسباب هذه الوفيات يمكن تفاديها إذا أحيطت المرأة بالرعاية الصحية الكافية في أثناء الحمل والتي تمكن من اكتشاف أي مضاعفات قد تنشأ عن الحمل ومعالجتها، حيث تشير الإحصاءات إلى أن خطر تعرض الأمهات الحوامل للوفاة يزيد 15 مرة لمن لا يحصلن على الرعاية الطبية والصحية اللازمة في أثناء الحمل والولادة مقارنة مع من استخدمن هذه الرعاية ولهذا كان استخدام خدمات رعاية الأمومة إحدى الاستراتيجيات الأساسية المعتمدة للتقليل من المخاطر المصاحبة للحمل والولادة. إن الاختلاف الواسع في مؤشرات رعاية الأمومة (خدمات الولادة وما قبلها وما بعدها) ممكن أن يفسر الاختلافات الواسعة في نسبة وفيات الأمهات بين البلدان النامية والمتقدمة، وتبلغ نسبة استخدام خدمات الرعاية الصحية في أثناء الحمل في الدول النامية حوالي 81% وهي نسبة قليلة مقارنة مع ما هو سائد في الدول المتقدمة والتي تبلغ 97%⁴.

يمثل تحسين صحة الأمهات إحدى الأولويات الرئيسية لمنظمة الصحة العالمية. وتعمل المنظمة حالياً على الحد من وفيات الأمهات بتوفير الإرشادات السريرية والبرمجية المسندة بالبيانات، ووضع المعايير العالمية، وتقديم الدعم التقني اللازم إلى الدول الأعضاء. كما تدعو المنظمة إلى إتاحة علاجات أقل تكلفة وأكثر نجاعة، وتتولى تصميم المواد التدريبية والمبادئ التوجيهية لصالح العاملين الصحيين، ودعم البلدان لتمكينها من تنفيذ السياسات والبرامج ورصد التقدم المحرز.

هـ- منهجية الدراسة

اعتمدت الدراسة الحالية على تحليل البيانات المستمدة من نتائج المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة في العراق مع إمكانية الاستعانة بالمسوحات الأخرى ذات العلاقة مثل نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الرابعة (2011) و مسح صحة الأسرة العراقية (2006-2007) فضلا عن مراجعة الأدبيات ذات العلاقة بموضوع البحث محليا وعالميا.

واعتمدت الدراسة على بيانات استمارة النساء بعمر (15-49) سنة المتزوجات واللاتي سبق لهن الزواج من المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة. و ركزت الدراسة على القسم الثالث والخاص برعاية الأمومة لآخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة على المسح من شهر حزيران 2006 ولغاية حزيران 2011 والتي تتضمن:

- الرعاية قبل الولادة (الأسئلة من 302-318)،
- الرعاية في أثناء الولادة وعند المخاض (الأسئلة 319-336).
- انتشار الأمراض المزمنة واعتلال الصحة خلال الإنجاب، إذ تم استخدام الجزء الخاص بالأمراض المرتبطة بالإنجاب (الأسئلة 411-418) وللنساء اللاتي أنجبن مولودا حيا في حزيران 2006 وما بعده فقط.

وتم استخدام برنامج (SPSS VERSION 20) لتعديل البيانات الإحصائية وعرضها وتحليلها.



وقد شمل التحليل دراسة عامة لمؤشرات استخدام خدمات الصحة الإنجابية (استخدام خدمات الرعاية في أثناء الحمل والولادة ، وما بعد الولادة فضلا عن استعراض المتغيرات مع انتشار الأمراض المرتبطة بالإنجاب) ودراسة للتباينات في هذه المؤشرات بناء علي بعض خصائص النساء (العمر، والمستوى التعليمي، وترتيب الولادات، ومكان الإقامة والمحافظات). وأستخدمت التحليلات الإحصائية المناسبة كاختبار الكاي والانحدار اللوجستي لدراسة العلاقات المتبادلة والمتشابهة بين المتغيرات المختلفة، للوصول إلى نموذج تحليلي يعبر عن العلاقات المدروسة بغرض الوصول إلى استنتاجات وتوصيات للإجابة على الأسئلة البحثية.

وتناول التحليل المعمق دراسة أربعة محاور رئيسة تتعلق باستخدام خدمات الصحة الإنجابية للنساء في سن الحمل:

1. الرعاية في أثناء الحمل: نسب استخدام خدمات الرعاية خلال الحمل من حيث:

- تاريخ بدء الرعاية (خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل).
- عدد الزيارات المتحققة (أربع زيارات أو أكثر).
- استعراض أسباب اختيار وقت بدء الرعاية في أثناء الحمل.
- مكان الرعاية الصحية (أهلي، حكومي).
- مقدم الرعاية (طبيب، ممرضة مؤهلة،...).
- نوع الخدمات المقدمة خلال الزيارة.
- المضاعفات التي تعرضت لها المبحوثات خلال الحمل ونوع الرعاية الصحية التي تلقينها.

2. الرعاية خلال الولادة: نسب استخدام خدمات الولادة من حيث:

- نسب الولادة حسب مكان الولادة (مؤسسة صحية، منزل)
- نوع الولادة (طبيعية – قيصرية)
- مقدم الخدمة (طبيب، ممرضة مؤهلة، جدة مدربة/ شخص غير مؤهل)
- أسباب اختيار المنزل للولادة بدلا عن المؤسسة الصحية.

كما تم استخلاص العلاقة بين الرعاية خلال الحمل مع استخدام المؤسسة الصحية خلال الولادة وحدوث المضاعفات المصاحبة للولادة مع مقدم الخدمة ومكان الولادة.

3. الرعاية ما بعد الولادة: تم استعراض نسب استخدام الرعاية بعد الولادة من حيث:

- مكان الرعاية
- مقدم الرعاية

كما تم كذلك التعرف على أسباب عزوف النساء عن استخدام خدمات الرعاية بعد الولادة فضلا عن استخلاص العلاقة بين استخدام الرعاية خلال الحمل مع الرعاية بعد الولادة وحوث المضاعفات ونوعها.

4. الأمراض المتعلقة بالإنباب: تم استعراض النتائج المتعلقة بمرضين فقط هما هطول الرحم وسلس البول (وذلك بسبب اعتماد البحث على سؤال المبحوثات وليس الفحص الطبي) من حيث:

- نسبة الانتشار
- طلب الرعاية الصحية ونوعيتها (مكان الخدمة، مقدم الخدمة) لعلاج هذه الأمراض.
- التعرف على أسباب عدم طلب الرعاية الطبية من قبل بعض النساء المصابات بهذه الأمراض.



ثالثاً - النتائج والمناقشة

تعد معدلات الوفاة للأمهات رأس الجبل الجليدي للأمراض الناجمة بسبب الحمل؛ والتي قدّرت عالمياً بحوالي 536.000 حالة سينتهي بهن الأمر إلى الوفاة من بين 150 مليون أم حامل، فضلاً عن 34 مليون حالة مشاكل صحيّة بسبب الحمل، و 20 مليون حالة عجز حقيقي وأمراض شديدة، وملايين الحالات الأخرى التي تفاقمت مشاكلها الصحية العامة مثل: فقر الدم، والتهابات الكبد، وأمراض القلب، والسكري، والسل بسبب أمراض الحمل. لهذا أكدت منظمة الصحة العالمية بان من حق كل النساء الحوامل مهما كانت ظروف حملهن وولادتهن أن تتوفر لهن أمكانية الحصول على خدمات الأمومة الأساسية والتي تتضمن خدمات الرعاية في أثناء الحمل، والولادة النظيفة والمأمونة والرعاية بعد الولادة. يمثل استخدام خدمات رعاية الأمومة إحدى الاستراتيجيات الأساسية المعتمدة للتقليل من المخاطر المصاحبة للحمل والولادة وبالتالي التقليل من وفيات الأمهات للوصول إلى أهداف الإنمائية بحلول عام 2015.⁴

يعد استخدام الخدمات الصحية ظاهرة سلوكية معقدة، فقد أظهرت الدراسات التجريبية للخدمات الصحية الوقائية أن استعمال الخدمات يعتمد على عدة عوامل منها: الحاجة إلى الخدمة، ونوع الخدمة المقدمة، ومصداقية مقدم الخدمة، وثقة المستخدم بجودة الخدمة، فضلاً عن قدرته على تحمل كلفتها، وقدرته على الوصول إلى مكان تقديمها، وقدرته المقدم على استمرار تقديم الخدمة فضلاً عن الهيكل الاجتماعي السائد والمعتقدات الصحية والخصائص الشخصية للمستفيدين. وينطبق الأمر ذاته على خدمات صحة الأمومة والتي تغطي المراحل الثلاث من الحمل: في أثناء الحمل، وخلال الولادة وبعدها. وأظهرت نتائج كثير من الدراسات والتي أجريت في مناطق مختلفة من العالم أن هناك الكثير مما يمكن عمله لتوفير هذه الخدمات مع القليل من التكلفة الإضافية بالاستخدام الصحيح والأمثل للخدمات الموجودة أصلاً.

أ- الرعاية في أثناء الحمل:

إن الأمم على اختلاف مستوى تقدمها ورفيها وعلى اختلاف نظمها الاجتماعية تؤكد وباستمرار أهمية العناية بالإنسان بشكل عام وبالجيل الصاعد خصوصاً. ومن هنا كان ولا يزال الاهتمام بصحة الحوامل والأطفال أولوية عالية في معظم أنحاء العالم إذ تبدأ رعاية الإنسان منذ بداية تكوينه جنيناً في بطن أمه لذلك فإن رعاية الحوامل من أهم أسباب نجاح تكوين الأسرة الطبيعية. وتهدف رعاية الحوامل إلى إيجاد الأم السليمة جسدياً وعقلياً واجتماعياً مما يؤدي إلى الآتي:

- خفض وفيات الأمهات في أثناء الحمل والولادة والنفاس.
- حماية صحة الأم وتعزيزها بدنياً وعقلياً واجتماعياً وحمايتها من المضاعفات في جميع مراحل الحمل والولادة والنفاس.
- التأكد من سلامة الحمل والاكتشاف المبكر لأي انحراف عن الوضع الطبيعي والعمل على تصحيح ذلك حفاظاً على سلامة الأم والجنين معاً.
- الاكتشاف المبكر للمرض وتوفير الإمكانيات التشخيصية والعلاجية من أجل تقليل المضاعفات والمعاناة والعجز.

- خفض حجم المرض لكل من الأمهات والأطفال.
- خفض وفيات الأطفال حديثي الولادة والرضع وفي مرحلة الطفولة المبكرة.
- حماية الأطفال من الأمراض الخمجية القاتلة خاصة التي يمكن الوقاية منها بواسطة التطعيم.
- حماية الأطفال من الأمراض العضوية وخاصة الوراثة والخلقية.

وقد أثبت تقديم خدمات رعاية الحوامل بشكل جيد فعاليته عند تطبيقه في معظم الدول. وتعد خدمات مراقبة الحمل من طرف كوادرات ذات كفاءة مرتفعة نسبيا في العراق إذ تغطي 84% من الحوامل بفحص واحد على الأقل خلال وقت الحمل مع العلم أن كل النساء تقريبا يتلقين فحصا على أيدي أطباء. وانتفعت نصف الحوامل تقريبا بالزيارات الأربع (لمراكز الرعاية الصحية الأولية) المنصوح بها في الأقل وتتعدى خدمات مراقبة الحمل المقدمة من قبل كوادرات متخصصة في المناطق الحضرية مثلتها في المناطق الريفية بـ 15%، وتأتي محافظات واسط والقادسية ونيوى وأربيل في آخر الترتيب في هذا المجال⁶.

1- استخدام أي رعاية في أثناء الحمل:

نظرا لما تمثله خدمات الرعاية في أثناء الحمل من أهمية في التقليل من معدلات وفيات الأمهات في العراق (حيث ما يزال الرقم المعتمد وطنيا لوفيات الأمهات في العراق هو 84 وفاة لكل 100000 ولادة حية على وفق نتائج مسح صحة الأسرة في العراق لعام 2006-2007) فمن الضروري التعرف على نسب استخدام هذه الخدمات بين النساء وأسباب عدم تلقي بعضهن تلك الخدمة. وقد أظهرت نتائج المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة العراقية أن نسبة النساء اللواتي حصلن على أي رعاية صحية خلال الحمل لآخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة على المسح كانت 89,1% وتشمل هذه النسبة الرعاية التي تتلقاها النساء في كلا القطاعين العام والخاص. وتتعدى هذه النسبة نسب استخدام خدمات الرعاية الصحية في أثناء الحمل في الدول النامية والتي تبلغ (81%)⁴، كما تزيد عن نسب الاستخدام المسجلة لهذه الخدمات في العراق استنادا إلى بيانات منظمة الصحة العالمية للأعوام 2000-2010 ونتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة 2006 والتي تبلغ حوالي 84%⁶، علما بأن نسبة الفحص للحوامل على وفق ما هو مدرج في التقرير السنوي لوزارة الصحة لعام 2011 هو 66% للزيارة الأولى (وربما يعكس هذا الرقم نسب الاستخدام بالقطاع العام فقط لأنه يستند إلى إحصائيات قسم الإحصاء في الوزارة).

تشير هذه النتائج إلى حدوث تحسن مستمر في استخدام خدمات الرعاية في أثناء الحمل وللحفاظ على هذا التقدم ودعمه يتوجب القيام بعدة خطوات منها رفع مستوى الوعي بأهمية الرعاية خلال الحمل ودورها المؤثر في تحسين معطيات الحمل والولادة للام والطفل عن طريق عقد ندوات تثقيفية للحوامل والعوائل والمجتمع وتغيير السلوك الصحي من خلال استراتيجيات الإعلام والتثقيف والاتصال الفعال وكذلك التأكيد على أهمية المشاركة المجتمعية وبشكل فاعل في كثير من أوجه صحة الأم والطفل. كما تبين أن (9,6%) فقط من النساء في عينة المسح لم يتلقين أي رعاية صحية في أثناء الحمل. غير أن المسح الحالي لم يتطرق لأسباب عدم طلب الرعاية الصحية خلال الحمل على الرغم من أهمية هذا النوع من الأسئلة وإمكانية الاستفادة منه في التعرف على أهم المعوقات التي تمنع النساء من طلب أو استخدام هذه الخدمات ومحاولة إيجاد الحلول الملائمة لها.



وأشارت نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة 2006 أن ثلثي النساء اللاتي لم يتلقين رعاية ما قبل الحمل لم يشعرن بالحاجة للرعاية الصحية خلال الحمل، وواحدة من كل خمس نساء لم يطلبن هذه الخدمات بسبب صعوبة الوصول إلى مراكز الرعاية الصحية^٤.

2- التباينات في استخدام أي رعاية في أثناء الحمل:

أظهرت النتائج أن النساء اللواتي تقل أعمارهن عن 25 سنة كن أكثر استخداماً لخدمات الرعاية الصحية خلال الحمل (93,4%) مقارنة بالنساء للفئات العمرية الأكبر (25-34 و35 وأكثر) (84,4% و89,7%) على التوالي، علماً بأن النساء الأكبر عمراً (35 سنة فأكثر) هن أكثر الفئات العمرية عرضة لمخاطر الحمل والولادة مما يستوجب توعية المجتمع حول أهمية الرعاية في أثناء الحمل لهذه الفئات. لذا يتحتم أن توضع سياسات وبرامج صحية تضمن تعزيز المفاهيم السائدة في المجتمع مع احتياجات هذه الفئة من النساء.

يعد المستوى التعليمي للنساء من العوامل المؤثرة في استخدام خدمات رعاية الحوامل إذ أظهرت النتائج أن 83% من النساء غير المتعلّقات تلقين رعاية في أثناء الحمل مقارنة مع 96,2% من النساء الحاصلات على تعليم جامعي. وأشارت نتائج المسح الحالي إلى أن 95,7% من النساء تلقين رعاية صحية في أثناء الحمل بالمولود الأول، وتنخفض هذه النسبة لتصل إلى 83,4% للمولود الرابع وما بعده. وتختلف نسب استخدام خدمات الرعاية قبل الولادة في المناطق الحضرية (92,0%) مقارنة مع المناطق الريفية (82,9%). وكذلك تتراوح هذه النسب بين المحافظات العراقية المختلفة لتصل إلى (96,7%) في السليمانية مقارنة مع (70,3%) في واسط.

يتبين من جدول 2-2 أن نسبة تلقي الرعاية في أثناء الحمل لدى النساء الأكثر عرضة لمخاطر الحمل تقل كثيراً عن باقي الفئات. فالنساء في الفئات العمرية 35 سنة أو أكبر والنساء ذوات الأحمال الرابع يقل استخدامهن لتلك الرعاية عن باقي الفئات من النساء علي الرغم من أن كلا الحالتين يمثل عاملاً من عوامل الخطورة حيث أن هاتين الفئتين من النساء يتعرضن للكثير من المضاعفات خلال الحمل والولادة والنفاس وهو ما تستدعي رعاية أكثر في أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة. وتظهر هذه التباينات الفجوة في الوعي المجتمعي لدى النساء والمجتمع ككل حول الأحمال التي تستدعي عناية أكثر وضرورة تعزيز الوعي المجتمعي بهذه العوامل.

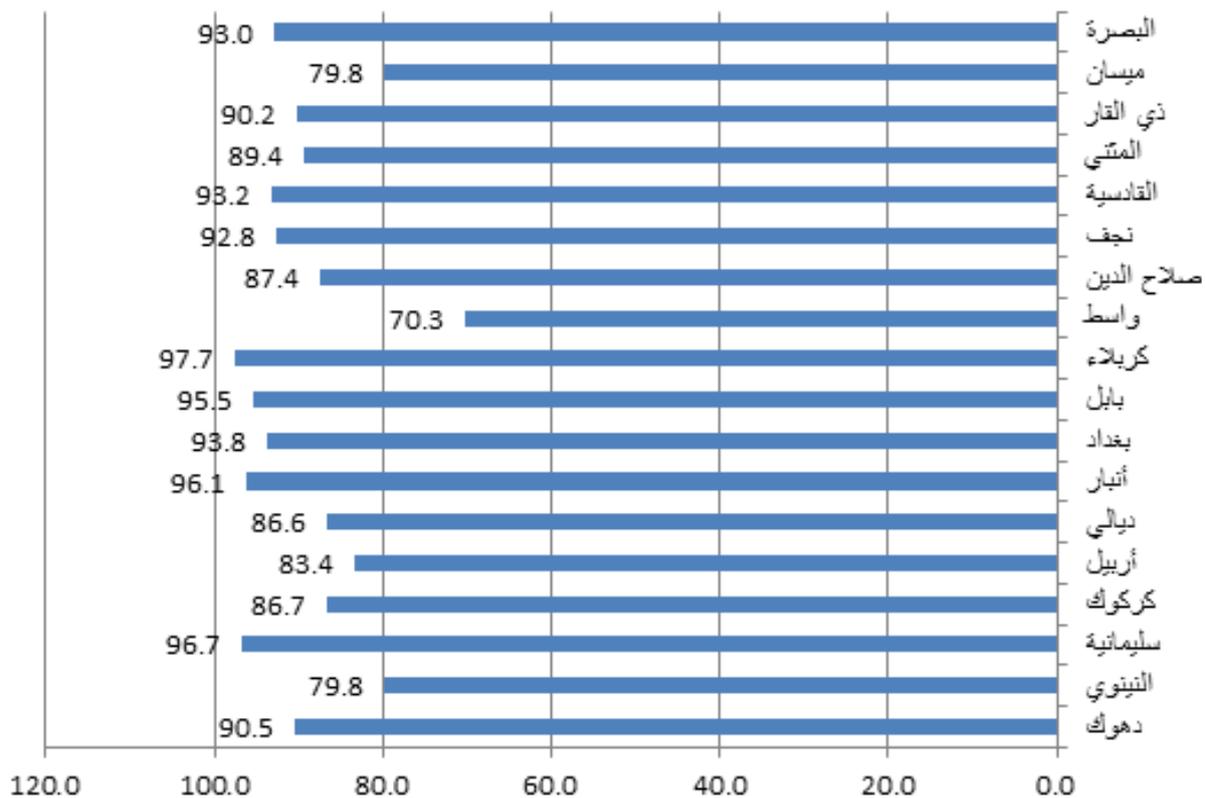
جدول 2-2: نسب استخدام أي رعاية في أثناء الحمل بين النساء (15-49) واللاتي ولدن مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية و الاجتماعية

نسبة النساء اللاتي تلقين أي رعاية في أثناء الحمل (%)		المتغيرات
P		
ترتيب الولادة		
<0.001	95.7	1
	92.3	3-2
	83.4	+4
مكان الإقامة		
<0.001	82.9	ريف
	92.0	حضر

نسبة النساء اللاتي تلقين أي رعاية في أثناء الحمل (%)		المتغيرات
P		
الفئة العمرية		
<0.001	93.2	24-15
	89.7	34-25
	84.4	+35
المستوى التعليمي		
<0.001	83.0	أمية
	90.7	ابتدائية
	93.5	متوسطة
	97.0	إعدادية / دبلوم
	96.2	عالي



شكل 2-1: نسب استخدام إي رعاية في أثناء الحمل بين النساء (15-49) واللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة على المسح بحسب المحافظات



3- تحليل الانحدار:

أكد تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي للمتغير التابع «تلقي المرأة أي رعاية في أثناء الحمل» على الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء (جدول 2-3) النتائج السابقة لتوزيع نسب تلقي هذه الرعاية بحسب تلك الخصائص. حيث أوضحت النتائج معنوية العلاقة بين الخصائص الديموغرافية والاجتماعية واستخدام أي رعاية في أثناء الحمل. و أظهر التحليل أن النسب الأرجحية للرعاية في أثناء الحمل تتناقص مع العمر وتقل بمقدار 46% للعمر 35 سنة فأكثر مقارنة بالعمر 15-24 (OR=0.56) وتتزايد احتمالية استخدام الرعاية مع الزيادة في المستوى التعليمي حيث تصل احتمالية استخدام المتعلقات تعليماً عالياً إلى أربعة أضعاف (OR=3.86) وبين الحاصلات على إعدادية أو دبلوم إلى خمسة أضعاف (OR=5.26) احتمالية استخدام هذه الرعاية بين النساء اللاتي لم يحصلن على أي تعليم. كما أظهرت النتائج أن نسب الأرجحية وجود علاقة عكسية مع ترتيب المولود حيث نقصت احتمالية استخدام هذه الرعاية بحوالي 64% بين النساء ذوات المولود الرابع فأكثر (OR=0.36) مقارنة بالنساء اللاتي يحملن للمرة الأولى وارتفعت نسبة الأرجحية بحوالي 77% (OR=1.77) بين نساء المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية.

جدول 2-3: نتائج الانحدار اللوجستي الثنائي للمتغير التابع «استخدام أي رعاية في أثناء الحمل» على بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء

استخدام أي رعاية في أثناء الحمل			المتغيرات
P	OR	B	
ترتيب الولادة			
	1,00		1
<0,001	0,68	- 0,386	3-2
<0,001	0,36	- 1,012	+4
مكان الإقامة			
	1,00		ريف
<0,001	1,70	0,531	حضر
		2.404	الثابت

استخدام أي رعاية في أثناء الحمل			المتغيرات
P	OR	B	
الفئة العمرية			
	1,00		24-15
0,253	0,847	- 0,166	34-25
<0,001	0,59	- 0,529	+35
المستوى التعليمي			
	1,00		أمية
<0.001	1.91	0.648	ابتدائية
<0.001	2.94	1.079	متوسطة
<0.001	4.79	1.566	إعدادية / دبلوم
<0.001	3.52	1.257	عالي



4- استخدام الرعاية الكافية في أثناء الحمل:

تعرف منظمة الصحة العالمية الرعاية الكافية خلال الحمل بأنها الرعاية التي تحقق أربع زيارات للرعاية الصحية في الأقل طوال وقت الحمل والتي تبدأ خلال الثلث الأول من الحمل (الأشهر الثلاثة الأولى).⁶ وهذا التعريف يأتي اعتماداً على توصيات منظمة الصحة العالمية والتي تؤكد أن الرعاية الصحية للحامل يجب أن تبدأ حال شعورها بالحمل مع ضرورة القيام بأربع زيارات في الأقل خلال مدة الحمل.¹²

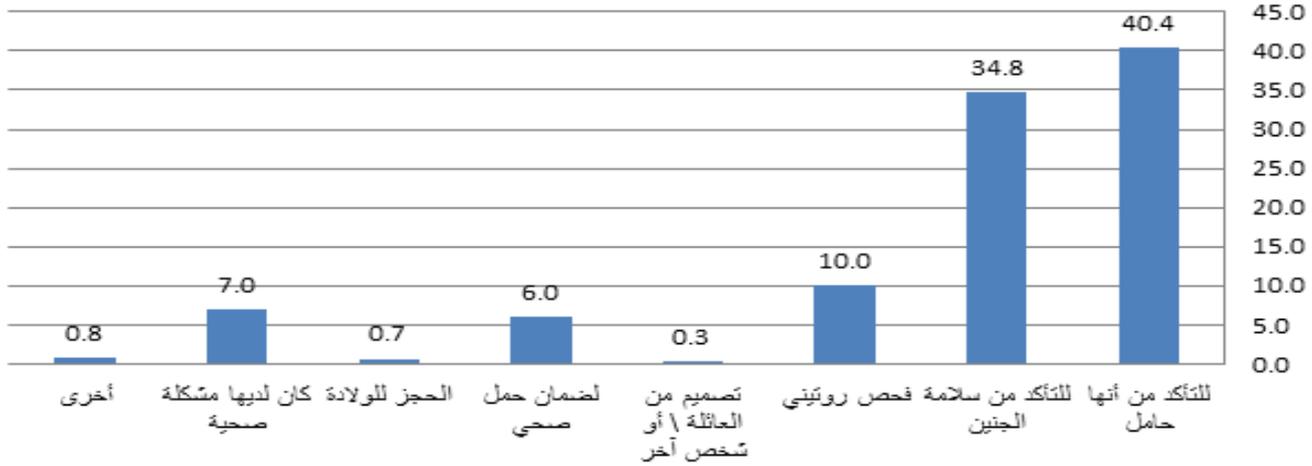
أكد كثير من الباحثين أن الرعاية الكافية قبل الولادة تلعب دوراً مهماً في التقليل من مراضة ووفيات الأمهات والرضع، فضلاً عن تقليل مخاطر الولادة المبكرة وقلة الوزن عند الولادة.¹³ تقيس منظمة الصحة العالمية الرعاية المنتظمة خلال الحمل بنسبة النساء المستخدمات لخدمات الرعاية المقدمة لأسباب تتعلق بالحمل أربع مرات في الأقل خلال الحمل من مجموع النساء اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال مدة زمنية محددة.¹²

أظهرت نتائج المسح الحالي عند تحليل استخدام خدمات الرعاية قبل الولادة اعتماداً على عدد الزيارات المتحققة (الرعاية المنتظمة خلال الحمل)، أن نسبة استخدام خدمات الرعاية تنخفض من (89,1%) المسجلة لأي رعاية خلال الحمل إلى (63,8%) المسجلة لأربع زيارات وأكثر.

وتشير هذه النتائج إلى حدوث تحسن نسبي في نسبة استخدام هذه الخدمات مقارنة بنتائج المسوحات السابقة التي أجريت في العراق، حيث بينت نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة 2006 أن نصف النساء فقط حققت الزيارات الأربع المطلوبة وأكثر. فيما ذكر التقرير السنوي لوزارة الصحة أن نسبة التغطية لخدمات رعاية الحامل في مراكز الرعاية الصحية الأولية بلغت 27% للزيارة الرابعة، وأوضح التقرير السنوي لعام 2011 أن نسبة التغطية للحوامل للزيارة الرابعة 37%⁷ وكما تتعدى النتائج الحالية للمسح نسب التغطية لمنطقة شرق البحر الأبيض المتوسط (EMRO) حسب تقرير منظمة الصحة العالمية والذي يشير إلى أن معدل التغطية للمنطقة ككل لأربع زيارات رعاية في أثناء الحمل تصل إلى 53%⁵.

وأظهرت نتائج المسح أن نسبة النساء اللاتي تلقين الرعاية في أثناء الحمل خلال الثلاثة شهور الأولى من الحمل قد وصلت إلى 69% من النساء فقط. وكانت أهم الأسباب التي ذكرتها النساء المبحوثات لاختيار وقت بدء الرعاية في أثناء الحمل لأول مرة (شكل 2-2) هي التأكد من الحمل (40,4%) من النساء. كما أظهرت النتائج أن السبب الرئيسي الذي لطلب الرعاية في أثناء الحمل هو التأكد من سلامة الجنين بينما كانت النسب متواضعة فيما يخص إجراء الفحص الروتيني الذي هو إجراء وقائي لتجنب المضاعفات في أثناء الحمل، وكذلك الإجابة الخاصة بضمّان حمل صحي مما قد يؤشّر اهتمام النساء بصحة الجنين خلال الحمل وعدم الالتفات إلى ما يمثله الحمل من مخاطر على صحة الأم تستوجب الحصول على الرعاية اللازمة لتلافيها.

شكل 2-2: التوزيع النسبي لأسباب بدء الرعاية في أثناء الحمل لأول مرة بين النساء (15-49) اللاتي تلقين الرعاية في أثناء الحمل



وتشير النسبة المذكورة الخاصة بالحجز للولادة 0,7% إلى عدم تحقيق الرعاية في أثناء الحمل لواحدة من أهم غاياتها وهي الإعداد لخطة الولادة (والمفروض أن يطرح السؤال بصيغة إعداد خطة ولادة وليس الحجز للولادة) كون خطة الولادة وإعلام الأم الحامل بضرورة الولادة في اقرب مؤسسة صحية وتجنب الولادة المنزلية تعد من المرتكزات الأساسية للرعاية في أثناء الحمل التي تؤدي إلى تحقيق النتائج المرجوة منها في إنقاذ حياة الأمهات والولدان وتقليل المضاعفات المصاحبة للحمل والولادة.

5- التباينات في استخدام الرعاية الكافية في أثناء الحمل:

اظهر النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عمر المرأة وعدد الزيارات المتحققة ووقت بدء الرعاية خلال الحمل (جدول 2-4). بينت النتائج أن (66,8%) من النساء للفئة العمرية (15-24) سنة حققن العدد المطلوب من الزيارات خلال الحمل (أربع زيارات أو أكثر) وأن (71%) منهن اخترن بدء الرعاية خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، بينما النساء في فئة العمر 35 سنة فأكثر كانت تلك النسب هي 63,1% لأربع زيارات و 63,2% للرعاية في الثلاثة شهور الأولى. ويمكن تفسير هذا التفاوت في طلب الرعاية الصحية خلال الحمل بين الفئات العمرية المختلفة نتيجة لخوف وقلق الأمهات من الأعمار الصغيرة على سلامة الحمل ومما يدفعهن إلى المشورة الطبية لأبسط الأعراض، بينما الأمهات من الفئات العمرية الأكبر يكن أكثر ثقة بأنفسهن ويعتمدن على تجاربهن السابقة خلال الحمل والولادة لتقدير مدى حاجتهن للرعاية الصحية.



كما أظهرت النتائج توافقها مع نتائج كثير من الدراسات العالمية^{6,14,15,16,17} والتي تؤكد العلاقة الوثيقة بين الاستخدام الكافي للرعاية في أثناء الحمل والمستوى التعليمي للمرأة حيث تبين أن 56,7% و 64,3% من النساء غير المتعلّقات حققن أربع زيارات فأكثر وبدأن الرعاية خلال الثلث الأول من الحمل مقارنة مع 76,5% و 81,6% ، علي التوالي، بين النساء اللاتي حصلن على تعليم جامعي . ويمكن تبرير هذه العلاقة بأن ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة يجعلها أكثر إدراكا لفوائد الرعاية الصحية خلال الحمل وماذا يمكن أن توفر لها هذه الرعاية من إمكانيات للمحافظة على صحتها وصحة جنينها، مما يجعلها أكثر استعدادا لطلب خدمات صحية ملائمة وجيدة من النساء الأقل تعليما.

جدول 4-2: نسب النساء (15-49) واللاتي حققن أربع زيارات للرعاية في أثناء الحمل وبدأن الرعاية خلال الثلاثة شهور الأول بين النساء اللاتي تلقين الرعاية في أثناء الحمل بحسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء

نسبة النساء اللاتي حصلن علي الرعاية قي 3 أشهر الأولي من الحمل (%)		نسبة النساء اللاتي حققن أربع زيارات فأكثر (%)		المتغيرات
P	%	P	%	
الفئة العمرية				
<0.001	71.0	<0.001	66.8	24-15
	71.2		62.7	34-25
	63.2		63.1	+35
المستوى التعليمي				
<0.001	64.3	<0.001	56.7	أمية
	69.2		64.3	ابتدائية
	72.9		70.2	متوسطة
	72.6		72.2	إعدادية / دبلوم
	81.6		76.5	عالي

نسبة النساء اللاتي حصلن علي الرعاية قي 3 أشهر الأولي من الحمل (%)		نسبة النساء اللاتي حققن أربع زيارات فأكثر (%)		المتغيرات
P	%	P	%	
ترتيب الولادة				
<0.001	77.4	<0.001	74.9	1
	71.4		65.2	3-2
	63.1		57.4	+4
مكان الإقامة				
<0.001	65.7	<0.001	56.5	ريف
	70.4		67.0	حضر

كان لترتيب الولادات للمرأة تأثير واضح في عدد الزيارات المتحققة في أثناء الحمل واختيار وقت بدء الرعاية. حيث بلغت نسبة النساء اللاتي حققن أربع زيارات للمولود الأول 74,9% مقارنة بـ 57,4% للمولود الرابع أو أكثر. وأوضحت النتائج أن (77,4%) من النساء اخترن بدء الرعاية الصحية خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل للمولود الأول مقارنة مع (63,1%) للمولود الرابع وما بعده. وهذه النتائج تتوافق مع نتائج عدد من الدراسات السابقة التي بحثت في تأثير ترتيب الولادات على طلب الرعاية الصحية قبل الولادة^{15,16,17} والتي توصلت إلى النتيجة الاتية: أن الرعاية الصحية قبل الولادة تبدأ عادة متأخرة لدى النساء ذوات الولادات المتعددة وكذلك عدد الزيارات المتحققة لهؤلاء ما تكون اقل من المعدل المطلوب، والتي من الممكن تعجيلها باعتقاد العديد من النساء أن الرعاية الصحية خلال الحمل مهمة أكثر للحمل الأول وان المرأة بعد ذلك تستطيع أن تعتمد على الخبرات المتراكمة من الولادات السابقة، لهذا تعتقد انه لا توجد ضرورة ملحة لطلب الرعاية الصحية في كل حمل إذا كانت لا تشكو من مشكلة صحية تتعلق بالحمل فضلا عن أن انشغال المرأة بمتطلبات الأطفال الآخريين من الممكن أن يشكل عائقا في توفير الوقت والتكلفة اللازمة لطلب الرعاية الصحية في أثناء الحمل الجديد.

وأشارت النتائج إلى وجود علاقة إحصائية وثيقة بين مكان الإقامة للمرأة مع عدد الزيارات المتحققة واختيار وقت بدء الرعاية في أثناء الحمل على التوالي، حيث أشارت النتائج إلي أن (67,0%) من النساء سكان المناطق الحضرية حققن الأربع زيارات وأن (70,4%) منهن بدأن الرعاية خلال الثلث الأول من الحمل مقارنة مع (65,5% و 65,7%) من النساء سكان المناطق الريفية، على التوالي. إن هذا الاختلاف في استخدام خدمات رعاية الأمومة بين المناطق الريفية والحضرية يؤكد ما توصلت إليه بحوث سابقة في العراق وبلدان أخرى^{6,9,14,16,17} أن هذا الاختلاف يعود على الأغلب إلى التباينات الكبيرة في توفير وتوزيع هذه الخدمات بين المناطق الحضرية والريفية، وكذلك في توفر إمكانيات الوصول إلى هذه الخدمات من قبل المستفيدين. غالبا ما تتوفر للنساء في المناطق الحضرية إمكانيات أفضل للحصول على هذه الخدمات فضلا عن ذلك من الممكن أن تكون النساء من سكان المناطق الحضرية أكثر تقديرا



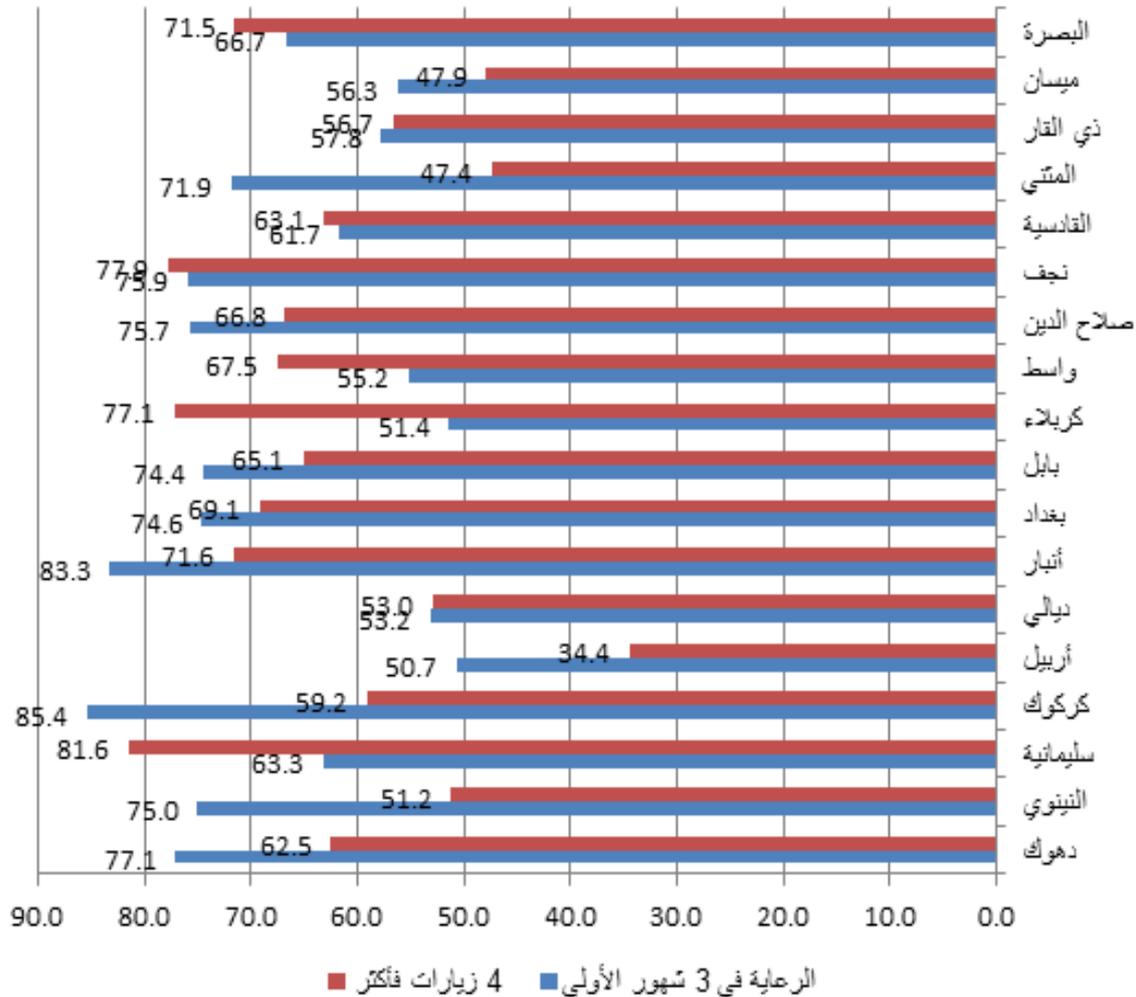
لأهمية الرعاية الصحية المنتظمة خلال الحمل.

أما على مستوى المحافظات، فقد أشارت النتائج (جدول 2-3) إلى وجود اختلافات واضحة بين المحافظات، إذ احتلت أربيل المرتبة الأخيرة من حيث نسبة النساء اللواتي حققن الأربع زيارات (34,4%) وكذلك في بدء الرعاية خلال الثلث الأول من الحمل (50,0%) ، في حين جاءت السليمانية في المرتبة الأولى في نسبة النساء اللاتي حققن الأربع زيارات (81,6%) وكركوك في بدء الرعاية في الوقت الصحيح (85,4%).

6- مكان الرعاية في أثناء الحمل

أن قرار المرأة باختيار المكان الذي ستتلقى فيه الرعاية في أثناء الحمل والشخص الذي سيقدم هذه الرعاية سواء كان من مؤسسة صحية حكومية أو أهلية تتأثر بعدد من العوامل، منها نصيحة الآخرين القريبين من المرأة أو مراقبتها لاختياراتهم وسلوكهم يضاف إلى ذلك تجربة المرأة الشخصية مع عيادة معينة لخدمات الرعاية في أثناء الحمل أو تجربتها مع الحمل عموماً، كل هذه العوامل منفردة أو مجتمعة يمكن أن تؤثر في سلوك المرأة وخياراتها المتعلقة بالرعاية في أثناء الحمل. أظهرت النتائج أن 44,3% من النساء اللاتي حصلن على الرعاية قبل الولادة لآخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة على المسح اخترن مؤسسة صحية حكومية (مركز رعاية صحية - مستشفى حكومي) لتلقي هذه الرعاية، مقابل 55,7% اعتمدن على مؤسسة صحية أهلية (عيادة طبيب خاص- مستشفى أهلي).

شكل 3-2: نسب النساء (15-49) اللاتي حققن أربع زيارات للرعاية في أثناء الحمل وبدأن الرعاية خلال الثلاثة شهور الأول بين النساء اللاتي تلقين الرعاية في أثناء الحمل بحسب المحافظات



7- التباينات في مكان الرعاية في أثناء الحمل:

أظهرت النتائج وجود علاقة وثيقة إحصائياً بين مكان الرعاية و الخصائص الاجتماعية للنساء (جدول 2-5). فبينما أظهرت النتائج أن عمر المرأة ليس له أي تأثير في اختيار مكان الرعاية سواء القطاع الحكومي أو الخاص، بينت النتائج أن المستوى التعليمي للمرأة يلعب دوراً واضحاً في اختيار مكان الرعاية. حيث أظهرت النتائج أن 71,1% من النساء الحاصلات على تعليم جامعي اخترن القطاع الخاص، بينما 45,5% من النساء غير المتعلقات فضلن القطاع الحكومي.

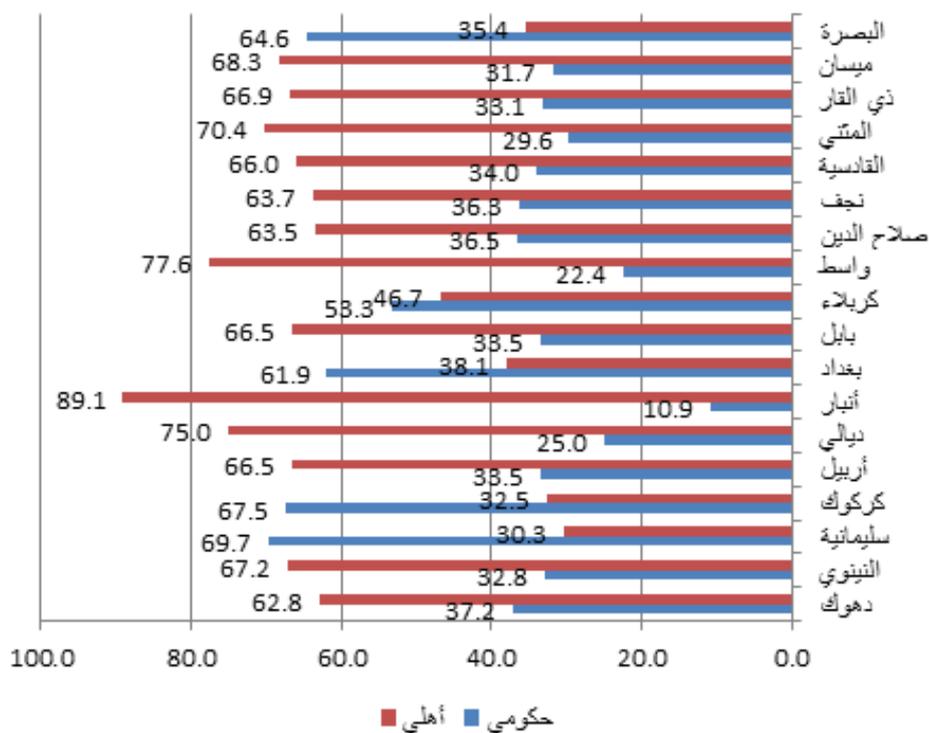
كما أشارت النتائج إلى وجود ترابط ذي مغزى إحصائي بين ترتيب المواليد للأم ومكان الرعاية حيث تبين أن النساء في العراق خلال الحمل بالمولود الأول والمولود الرابع وما بعده اخترن القطاع الخاص (59,2% و 57,2%) على التوالي. أما للمولود الثاني والثالث فاعتمدن على القطاع الحكومي (47,3%). كما لوحظ أن نسبة طلب الخدمة من القطاع الحكومي ترتفع في المناطق الحضرية عنها في المناطق الريفية بـ 10% (47,6% و 36,8%) على التوالي.

جدول 2-5: توزيع النساء (15-49) بحسب مكان تلقي الرعاية في أثناء الحمل (حكومي /خاص) بين النساء اللاتي تلقين الرعاية في أثناء الحمل بحسب بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للنساء

P	مكان الرعاية		المتغيرات
	خاص	حكومي	
الفئة العمرية			
0.894	56.2	43.8	24-15
	55.4	44.6	34-25
	55.7	44.3	+35
المستوى التعليمي			
<0.001	55.0	45.0	أمية
	54.4	45.6	ابتدائية
	50.9	49.1	متوسطة
	58.4	41.6	إعدادية / دبلوم
	71.1	28.9	عالي

P	مكان الرعاية		المتغيرات
	خاص	حكومي	
ترتيب الولادة			
<0.001	59.2	40.8	1
	52.7	47.3	3-2
	57.2	42.8	+4
مكان الإقامة			
<0.001	63.2	36.8	ريف
	52.4	47.6	حضر

شكل 2-4: توزيع النساء (15-49) بحسب مكان تلقي الرعاية في أثناء الحمل (حكومي / خاص) بين النساء اللاتي تلقين الرعاية في أثناء الحمل بحسب المحافظات



و يوضح التوزيع النسبي لمكان الرعاية في أثناء الحمل بحسب المحافظات وجود تفاوت كبير في طلب الرعاية بين القطاع الخاص والحكومي حيث بلغت نسبة النساء اللاتي اخترن القطاع الحكومي في الأنبار إلى 10,9% من النساء مقابل 69,6% في السليمانية.

ولم تتضمن استمارة المسح سؤالاً للنساء المبحوثات حول أسباب اختيار مكان الرعاية خلال الحمل (القطاع الخاص- القطاع الحكومي) , وهو سؤال مهم للتعرف على الأسباب التي تدفع النساء لتفضيل القطاع الخاص على القطاع الحكومي للحصول على الرعاية في أثناء الحمل, وبالتالي التعرف على نقاط الضعف والسلبيات التي تعاني منها خدمات الرعاية في أثناء الحمل المقدمة في القطاع الحكومي من وجهة نظر المستفيدات والتي يمكن الاستفادة منها لتطوير ودعم خدمات رعاية الأمومة والتي تمثل إحدى أهم مكونات الرعاية الصحية الأولية التي تشكل الركيزة الأساسية للنظام الصحي في العراق.

أن تفضيل النساء للقطاع الخاص على القطاع الحكومي لطلب الرعاية قبل الولادة يمكن تفسيره على ضوء نتائج بعض الدراسات التي بحثت في هذا الموضوع والتي أشارت إلى أن النساء في معظم الأحيان يشعرن بقلّة التقدير لهن كأشخاص في المراكز الصحية والمستشفيات العامة وهذا من الممكن إرجاعه إلى صعوبة تقديم الخدمات الصحية المجانية للجميع على مستوى عالي الجودة في ظل محدودية الإمكانيات و الموارد وهو ما ينعكس في:

- طبيعة العمل والتنظيم في هذه المؤسسات كعدد مقدمي الرعاية الذين تتعامل المرأة معهم طيلة مدة الحمل والذي يؤثر في التواصل وبناء الثقة بين الاثنين.
- قصر الوقت المخصص لكل امرأة لكثرة المراجعين فضلا عن انعدام الأجواء المريحة في مراكز الرعاية الصحية لضعف البنية التحتية، فضلا عن رغبة السيدات في عدد من التدخلات التقنية غير المتوفرة في هذه المراكز.
- وينبئ النمو المستمر للقطاع الخاص بمدى جدية هذه المسألة، لذا يجب البحث عن موارد تمويل بالتنسيق مع بعض الجهات الداعمة لدعم الخدمات الصحية المجانية وتحسين نوع الخدمات المقدمة. من الجانب الآخر فإن المرأة تكون في الأغلب أكثر رضا عندما تتلقى الرعاية خلال الحمل من طبيب في عيادة خاصة لأنها تشعر أنها تحصل على رعاية واهتمام أكثر مع ضمان الخصوصية.

8- مقدم الرعاية في أثناء الحمل

تشير النتائج إلى أن نسبة تغطية خدمات الرعاية في أثناء الحمل من قبل أشخاص مؤهلين وصلت إلى (99,1%) من بين النساء اللاتي حصلن على تلك الخدمة وان كل هؤلاء النساء تقريبا حصلن على تلك الرعاية من قبل طبيب (97,2%) , وهي نسبة مرتفعة مقارنة مع نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بدورته الثالثة (1) والتي قدرت نسبة النساء اللاتي حصلن على الخدمة من طبيب ب (84%) من بين النساء اللاتي حصلن على هذه رعاية. وتوضح هذه النسب المرتفعة للحصول على الخدمات من قبل الأطباء العبء الأكبر الذي يقع على كاهل الأطباء في الأحوال والظروف كافة، علما بان العراق قد عانى من قلة الملاكات الطبية خلال السنوات الأخيرة مما يلقي الضوء على الأهمية القصوى لتبني سياسات صحية تؤهل الملاكات الصحية الأخرى لتكون قادرة على تقديم مثل هذه الخدمات وكما هو معمول به في كثير من دول العالم المتقدمة وما تقوم به حاليا حتى الدول النامية لتطوير نظامها الصحي والاعتماد على الملاكات الصحية المدربة ذات الكفاءة والقادرة على تقديم خدمات وقائية ذات جودة عالية و علي أن يكون دور

الطبيب هو الإشراف والاستشارة عند الضرورة كما أن هذه الملاكات بحكم تماسها المباشر مع الناس قادرة على تصحيح المفاهيم الخاطئة لدى عامة الناس وجذب النساء للالتزام بمتطلبات الرعاية الصحية في أثناء الحمل والولادة والنفاس لتحقيق الأهداف الصحية والاجتماعية المتوخاة.

9- التباينات في مقدم الرعاية في أثناء الحمل:

لم يظهر التحليل المعمق للعوامل الاجتماعية والديموغرافية التي اعتمدها الدراسة وجود أي تأثير لهذه العوامل في اختيار مقدم الخدمة، فعلى سبيل المثال لم يلاحظ وجود فروقات مهمة أو ذات مغزى بين الفئات العمرية في اختيار مقدم الخدمة، وهذه النتيجة تنطبق كذلك على المستوى التعليمي وترتيب الولادات للمرأة.

كما أظهرت النتائج أن نسبة التغطية لخدمات الرعاية في أثناء الحمل من قبل أشخاص مؤهلين لا تختلف في المناطق الريفية عنها في المناطق الحضرية (98,4, 99,4%) على التوالي ولا تتفق هذه النسب مع نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بدورته الثالثة (1) والذي اظهر أن نسبة التغطية لهذه الخدمات من قبل أشخاص مؤهلين ترتفع بمقدار 15% في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية.

أظهرت النتائج نسب تغطية مرتفعة جدا تصل إلى (100%) في عدد من المحافظات (دهوك، الأنبار، كربلاء، المثنى). وهذه النتائج تمثل تقدما ملحوظا مقارنة بنتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة 6، حيث حققت محافظة القادسية وواسط ارتفاعا يصل إلى حوالي 23% في نسبة التغطية من قبل أشخاص مؤهلين للرعاية خلال الحمل مقارنة مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات.

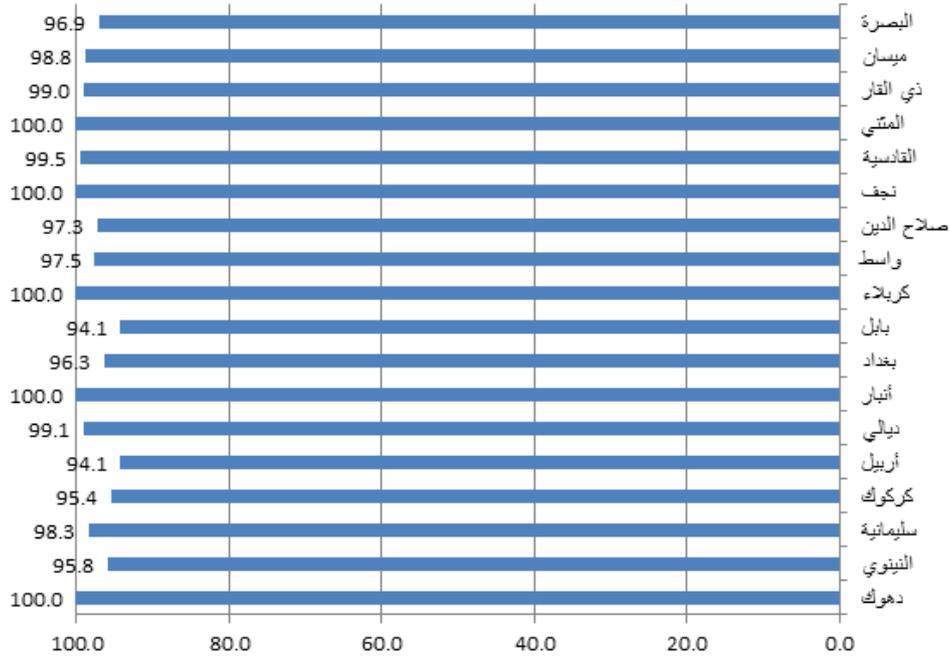
جدول 6-2: توزيع النساء (15-49) بحسب مقدم الرعاية في أثناء الحمل (طبيب/ممرضة أو قابلة/ أخرى) بين النساء اللاتي تلقين الرعاية في أثناء الحمل بحسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء

P	مقدم الخدمة			المتغيرات
	أخرى	ممرضة/قابلة	طبيب	
الفئة العمرية				
0.188	0.4	1.7	98.0	24-15
	0.2	1.8	97.2	34-25
	0.2	2.3	96.7	+35



مقدم الخدمة				المتغيرات
P	أخري	ممرضة / قابلة	طبيب	
المستوى التعليمي				
<0.001	1.5	2.7	95.8	أمية
	0.8	1.4	97.8	ابتدائية
	0.3	2.0	97.7	متوسطة
	0.0	2.0	98.0	إعدادية / دبلوم
	0.0	0.9	99.1	عالي
ترتيب الولادة				
<0.001	0.1	0.5	99.4	1
	0.9	1.8	97.3	3-2
	1.1	2.7	96.2	+4
مكان الإقامة				
<0.001	1.6	2.4	96.0	ريف
	1.1	2.7	96.2	حضر

شكل 2-5: نسبة النساء اللاتي تلقين الرعاية في أثناء الحمل من طبيب بين النساء اللاتي تلقين الرعاية في أثناء الحمل بحسب المحافظات



10- الخدمات التي تقدم خلال الرعاية في أثناء الحمل

تقدم الرعاية الصحية في أثناء الحمل فرص مهمة للوصول إلى النساء الحوامل بكثير من التدخلات الصحية ذات الطبيعة الوقائية والتي تكون عادة مؤثرة في تحسين معطيات الحمل والولادة للام والطفل معا. استنادا إلى لوائح منظمة الصحة العالمية توفر خدمات الرعاية في أثناء الحمل للمرأة الحامل ما يأتي:

- قياس ضغط الدم والوزن (في كل زيارة)
- فحص البطن لمعرفة حجم الرحم (في كل زيارة)
- لقاح توكسيد الكزاز
- الفحوصات المخبرية (صنف الدم, قياس نسبة الهيموكلوبين, فحص الإدرار).
- توزيع جرعات الفيروسولك للنساء الحوامل



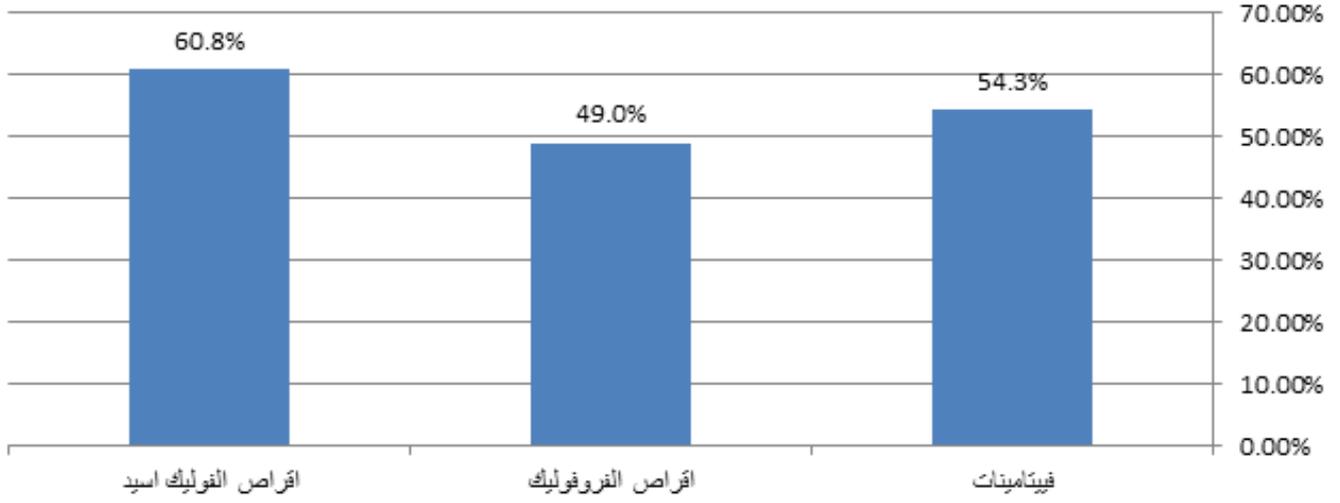
فضلا عن تقديم المشورة والمعلومات والتثقيف والاتصال والخدمات الأساسية والرعاية الطبية في أثناء الحمل والولادة وما بعدها.

ومع ارتفاع نسبة استخدام النساء لخدمة الرعاية في أثناء الحمل فإن السؤال الذي يطرح نفسه هو نوعية الخدمات المقدمة خلال تلك الرعاية يوضح الجدول رقم 2-7 نوع الخدمات التي حصلت عليها النساء الحوامل في العراق خلال السنوات الخمس السابقة للمسح والتي تستخدم كأحد المؤشرات المعتمدة لقياس نوعية الرعاية التي تلقتها النساء في أثناء الحمل. وقد أظهرت النتائج أن من مجموع النساء اللواتي حصلن على أي رعاية صحية خلال الحمل والتي بلغت 90,4%، تم قياس الوزن لـ 57,9%، قياس الضغط لـ 79,2% وأجريت الفحوصات المخبرية لتحليل الدم 78,2% و تحليل الإدرار 76,8%، فيما تم قياس ارتفاع الرحم لمعرفة حجم الجنين لـ 40,7% من النساء فقط وحصلت 62,5% من النساء الحوامل على جرعة أو جرعتين من لقاح توكسيد الكزاز. وتوافقت هذه النتائج مع نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بدورته الثالثة 6. كما أظهرت النتائج (شكل 2-6) أن اقل من 60% من النساء قد حصلن على مكملات غذائية في أثناء تلقيهن الرعاية في أثناء الحمل.

11- التباينات في الخدمات التي تقدم خلال الرعاية في أثناء الحمل:

أوضحت النتائج (جدول 7-2) وجود فروقات واضحة جدا في نسب التغطية لهذه الخدمات بحسب خصائص النساء وبين المناطق الحضرية والريفية وكذلك بين المحافظات. فترتفع نسبة التغطية لقياس ضغط الدم بالمناطق الحضرية بـ (12%) عنها في المناطق الريفية وهذه الفروقات تنسحب كذلك على بقية الخدمات. من مراجعة هذه النتائج يمكن الاستنتاج انه مازال هناك الكثير مما يجب عمله في هذا المجال لتحسين نوعية خدمات الرعاية خلال الحمل في العراق والتقليل من الفجوة القائمة بين المناطق الحضرية والريفية وكذلك بين المحافظات في نوعية الخدمات المقدمة للنساء في أثناء الحمل عن طريق تدريب وتنمية قدرات الملاكات الطبية والتمريضية العاملة في مراكز الرعاية الصحية الأولية لتقديم خدمات ذات جودة عالية، وتطبيق دلائل عمل الرعاية المتكاملة للحمل و تجهيز المؤسسات الصحية بالأدوية والمستلزمات الضرورية وضمان استمرارية توفيرها.

شكل 6-2: نسبة النساء (15-49) اللاتي حصلن علي المكملات الغذائية من خلال الرعاية أثناء الحمل بين النساء اللاتي تلقين خدمة الرعاية في أثناء الحمل



جدول 2-7: نسبة النساء (15-49) واللاتي تلقين قياس الوزن وقياس الضغط وتحليل الدم وتحليل الإدرار وقياس ارتفاع الرحم وجرعة توكسيد الكزاز (2-1) خلال تلقي الرعاية في أثناء الحمل بحسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء

المتغيرات	قياس الوزن	قياس الضغط	تحليل الدم	تحليل الإدرار	قياس ارتفاع الرحم	توكسيد الكزاز جرعة (2-1)
النسبة	57.9	79.2	78.2	76.8	40.7	62.5
الفئة العمرية						
24-15	60.1	78	76.2	74.9	40	72.4
34-25	56.9	79.1	77.7	76.5	38.7	62.3
+35	57.8	80.5	80.8	79.2	44.8	54.9



المتغيرات	قياس الوزن	قياس الضغط	تحليل الدم	تحليل الإدرار	قياس ارتفاع الرحم	توكسيد الكزاز (2-1) جرعة
المستوى التعليمي						
أمية	52.5	75.3	74.2	73.9	38.4	54.8
ابتدائية	56.6	78.9	79.1	77	39.8	62.2
متوسطة	70.5	86.4	82.3	79.4	45.4	69.4
إعدادية / دبلوم	64.3	81.2	80.0	79.8	47.6	76.7
عالي	65.4	87.6	84.0	82.5	40.4	81.9
ترتيب الولادة						
1	59.5	79.5	80.6	79.7	41.4	78.7
3-2	60.9	80.6	78.2	76.8	41.1	68.4
+4	54.1	77.7	77.1	75.6	39.9	50.7
مكان الإقامة						
ريف	42.7	71.0	70.6	70.9	31.8	49.4
حضر	64.4	82.7	81.4	79.3	44.5	68.7

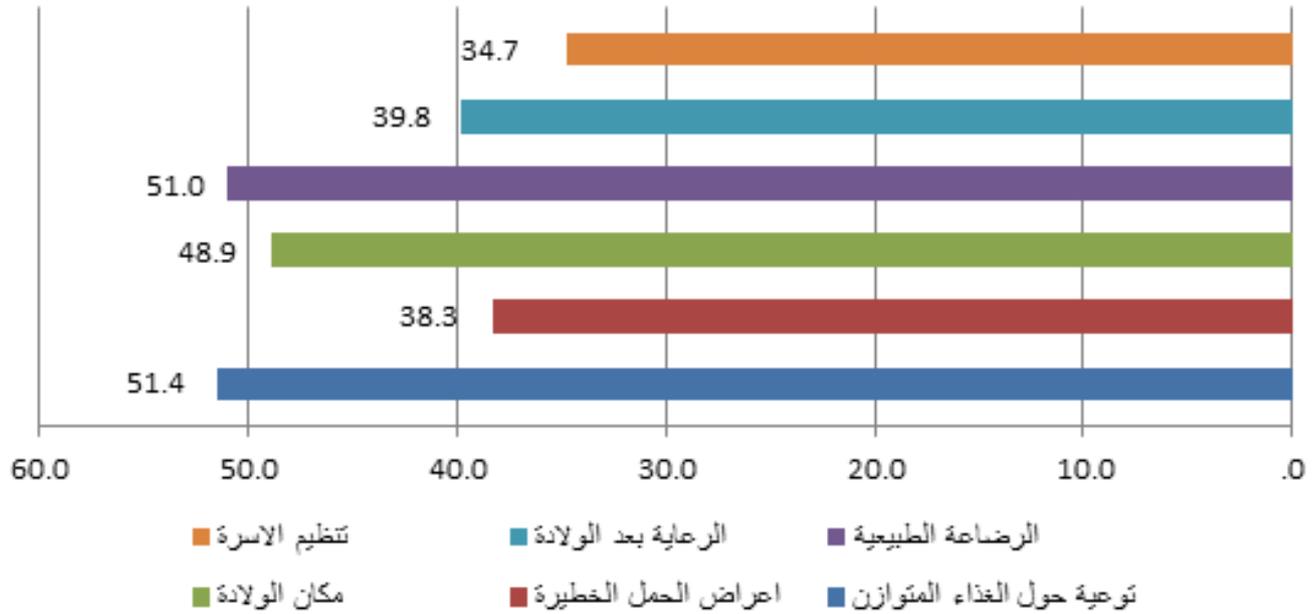
ويجدر الإشارة هنا إلي أن هذه النتائج تم التوصل إليها بناء على إجابات المبحوثات عن نوع الخدمات التي حصلن عليها خلال الحمل بآخر مولود حي في السنوات الخمس السابقة للمسح وليست معلومات موثقة إذ أنها من الممكن أن تتأثر بذاكرة المرأة، ومستواها التعليمي ومدى معرفتها بنوع الخدمات التي حصلت عليها.

12- المعلومات التي تقدم خلال الرعاية في أثناء الحمل

توفر الرعاية في أثناء الحمل فرصة ثمينة للنساء للحصول على المعلومات والإرشادات الصحية وتمثل جزءاً مهماً من مجموع الخدمات التي تقدم خلال المتابعة الدورية للحمل، والتي لها دور مؤثر في ضمان صحة وسلامة الأم والطفل في أثناء الحمل والولادة وما بعدها، كتعريف النساء بعلامات الخطورة خلال الحمل والتي تستوجب الطلب العاجل للرعاية الصحية. بالرغم من أهمية هذا الجانب من خدمات الرعاية خلال الحمل إلا أنه غالباً ما يهمل أو لا يتم التركيز عليه ضمن الرعاية المتكاملة التي يجب أن تقدم للمرأة في أثناء الحمل.

يوضح الشكل 2-7 نسبة النساء اللاتي حصلن علي معلومات إرشادية كجزء من خدمات الرعاية في أثناء الحمل. وتظهر النتائج أن 38,3% من السيدات فقط تلقين معلومات حول أعراض الحمل الخطيرة و 39,8% حصلن على معلومات تخص الرعاية بعد الولادة، وحوالي نصف السيدات تلقين توعية حول الغذاء المتوازن والرضاعة الطبيعية.

شكل 2-7: نسبة النساء (15-49) اللاتي حصلن علي معلومات إرشادية و تثقيفية عن المواضيع المبينة من خلال الرعاية في أثناء الحمل



هذه النتائج تعطي مؤشرا واضحا على نقص الاهتمام بهذا الجانب المهم من خدمات الرعاية خلال الحمل والذي يجب تفعيله والتركيز على أهميته عن طريق تنظيم دورات تدريبية وتأهيلية للإرشاد الصحي والتوعوي للملاكات الطبية والصحية، وتعزيز برامج التثقيف والإرشاد الصحي، وإعداد وتوزيع المواد التثقيفية ومواد التوعية حول أعراض الحمل الخطيرة والعادات الغذائية السليمة خلال الحمل، وعقد ندوات تثقيفية للحوامل للتعريف بأهمية الرعاية بعد الولادة والرضاعة الطبيعية والمباعدة بين الأحمال، ووضع آليات مناسبة لمتابعة وتقويم هذه الفعاليات ضمن برنامج الصحة الإيجابية.



13- المضاعفات في أثناء الحمل

يعد استخدام خدمات الرعاية في أثناء الحمل من أهم الوسائل التي تمكن المرأة من اجتياز مدة الحمل والولادة بأمان كونها توفر الفرص والإمكانيات اللازمة للاكتشاف المبكر للمضاعفات الناجمة عن الحمل عن طريق عدد من المؤشرات البسيطة التي تستخدم لمراقبة تقدم الحمل والتي تساعد في الاكتشاف المبكر لأي عارض صحي وتشمل (قياس الوزن وضغط الدم، قياس نسبة الهيموكلوبين للتحري عن فقر الدم وفحص الإدرار للتحري عن التهابات المجاري البولية والزلال، والفحص السريري)، فضلا عن اتخاذ التدابير الوقائية (أقراص الفيروفولك) والعلاجية المناسبة لتفادي تفاقم هذه العوارض الصحية وتحولها إلى مشكلة خطيرة من الممكن أن تهدد صحة الأم والجنين وحياتيهما معاً.

يعد فقر الدم وارتفاع ضغط الدم والتهابات المجاري البولية من أكثر المشاكل الصحية شيوعاً خلال الحمل في العراق وأماكن أخرى من العالم وينعكس تأثيرها في زيادة نسب المراضة والوفيات للأمهات والرضع على حد سواء¹³. تقدر منظمة الصحة العالمية نسبة انتشار فقر الدم بين النساء الحوامل بحوالي 51%، وان فقر الدم مسؤول بصورة مباشرة وغير مباشرة عن 40% من وفيات الأمهات، وضعف نمو الجنين وزيادة نسبة الولادات المبكرة وقلّة الوزن عند الولادة والتي تؤدي إلى ارتفاع نسبة المراضة والوفاة لحديثي الولادة. من هنا تبرز أهمية قياس نسبة الهيموكلوبين خلال المتابعة الدورية للحمل فضلاً عن تزويد النساء الحوامل بأقراص الحديد والفوليك أسيد والتأكيد على ضرورة تناولها يوميا وإرشاد النساء حول نوعية الغذاء المتوازن كجزء مهم من خدمات الرعاية خلال الحمل للحد من المضاعفات التي يمكن ان تنجم عن فقر الدم في حالة عدم اكتشافه مبكراً وعلاجه بصورة صحيحة¹⁸.

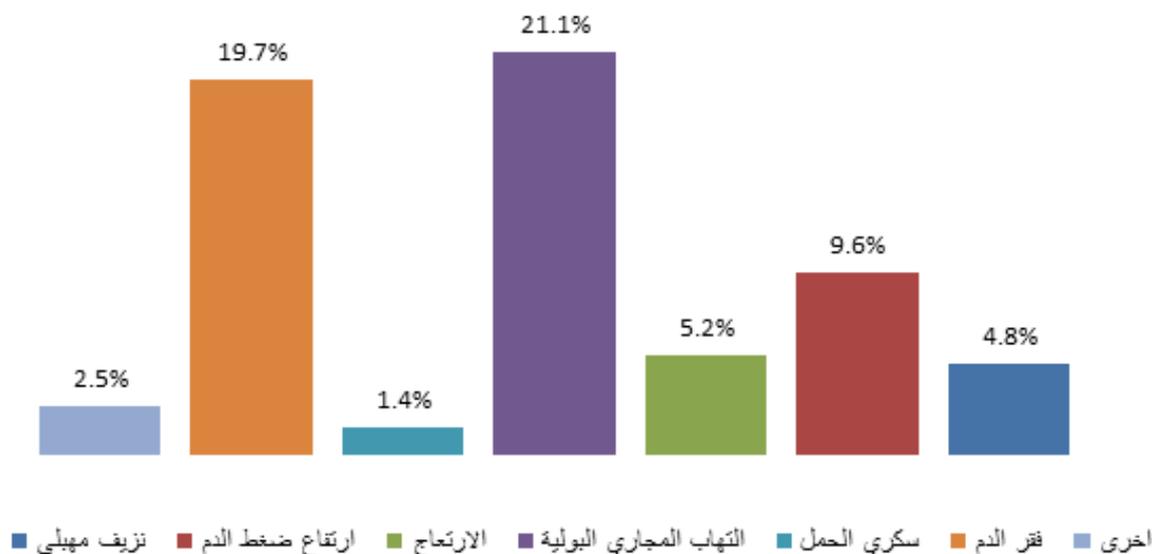
تعد التهابات المجاري البولية واحدة من أكثر المشاكل الصحية انتشاراً خلال الحمل وتعاني منها حوالي 8% من النساء الحوامل، من الممكن أن تتفاقم هذه المشكلة وتتحول إلى مشكلة صحية ذات انعكاسات خطيرة على صحة وسلامة الأم كما إنها تعد من الأسباب الرئيسية لقلّة وزن المولود والولادة المبكرة إذا لم يتم تشخيصها وعلاجها بصورة صحيحة¹⁹. ويؤثر ارتفاع ضغط الدم المصاحب للحمل في حوالي 10-15% من النساء الحوامل وله انعكاسات سلبية على معطيات الولادة للام والطفل.

أظهرت نتائج المسح الحالي أن 34,2% من النساء بعمر (15-49) سنة اللاتي ولدن آخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة للمسح عانين من بعض الأعراض الصحية خلال الحمل. الشكل 2-8 يوضح أنواع المضاعفات التي عانت منها السيدات خلال الحمل. وقد أظهرت النتائج أن التهاب المجاري البولية وفقر الدم كانا أكثر المضاعفات التي عانت منها السيدات بنسبة تصل إلى (21,1% و 19,7%) على التوالي، و (9,6%) من السيدات عانين من ارتفاع ضغط الدم. واستمدت هذه النتائج من أجوبة النساء وليس من نتائج فحوصات طبية مما يؤثر كثيراً في دقتها. وقد تحرى مسح صحة الأسرة العراقية (IFHS2006-2007) (14) عن فقر الدم فقط عن طريق القياس المباشر لنسبة الهيموكلوبين للنساء المبحوثات، وأظهر أن نسبة فقر الدم بين النساء الحوامل تصل إلى 37,9%. والفرق بين هذه النتائج يشير إلى احتمال عدم معرفة هؤلاء النساء بإصابتهم بهذه المضاعفات نتيجة لعدم استخدامهن لخدمات الرعاية في أثناء الحمل أو عدم تقديم خدمة الفحوصات الطبية اللازمة لهن في أثناء تقديم هذه الرعاية .

بالرغم من ذلك تبقى هذه النتائج ذات أهمية كونها توفر معلومات أولية عن المشاكل الصحية التي تعاني منها السيدات خلال الحمل والولادة في العراق لأنها المرة الأولى التي يتم فيها التحري عن المشاكل الصحية والمضاعفات التي تواجه النساء بعمر

الإنجاب خلال الحمل. وهذه النتائج تحتاج إلى دعمها وإثرائها بإجراء دراسة متخصصة للتعرف على الحجم الحقيقي ونمط المشاكل والمضاعفات التي تصيب النساء في العراق خلال الحمل والولادة وما بعدها لغرض مراجعة برامج رعاية الأمومة المعتمدة وتعزيزها بما يتناسب مع نوع وحجم المشاكل الصحية السائدة للوصول إلى تحقيق الأهداف الألفية الإنمائية.

شكل 8-2: نسبة إصابة النساء بالمضاعفات في أثناء الحمل بين النساء (15-49) اللاتي ولدن آخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة للمسح



14- التباينات في المضاعفات في أثناء الحمل:

إن واحدا من المتطلبات المهمة للتقليل من نسبة حدوث المضاعفات المصاحبة للحمل هو تحديد عوامل الخطورة لدى الحوامل والتي تعد الخطوة الأولى لاختيار الإجراءات والتدابير الوقائية والعلاجية والمشورة والتثقيف الصحي للتعامل مع هذه العوامل والتقليل من انعكاساتها على معطيات الحمل والولادة للام والطفل.

وبدراسة العلاقة بين خصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء وعلاقتها بالتعرض للمشكلات في أثناء الحمل أظهرت النتائج أن عمر المرأة، وترتيب الولادات و مكان الإقامة (حضر، ريف) ليس لها تأثير مباشر في زيادة نسبة حدوث المضاعفات في أثناء الحمل (جدول



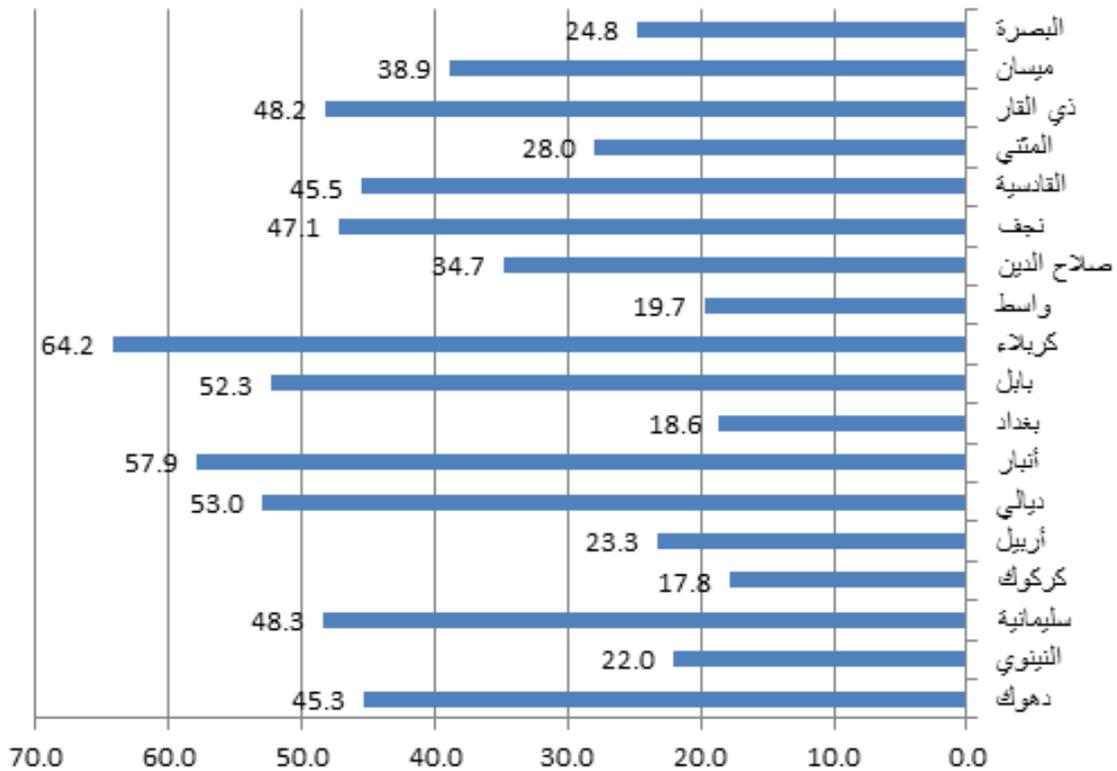
2-8)، بينما أتضح وجود علاقة إحصائية وثيقة بين المستوى التعليمي للمرأة وحدوث المضاعفات أثناء الحمل حيث تبين أن 36,7% من النساء الحاصلات على تعليم ابتدائي عانين من مضاعفات خلال الحمل، مقابل 30,1% من النساء الحاصلات على تعليم عالٍ. وهذه العلاقة يمكن تفسيرها على ضوء النتائج السابقة للمسح والتي أظهرت الأثر المباشر للمستوى التعليمي للنساء بطلب واستخدام خدمات الرعاية خلال الحمل. تزداد نسبة الرعاية المنتظمة خلال الحمل والمقدمة من كادر طبي مؤهل مع تقدم المستوى التعليمي للمرأة. وكما هو مثبت في الأدبيات الطبية تعد الرعاية المبكرة والمنتظمة خلال الحمل من العناصر الجوهرية للكشف المبكر عن المضاعفات المصاحبة للحمل وتزود النساء كذلك بطيف واسع من الخدمات الصحية التعزيزية والوقائية اللازمة لتدعيم صحة المرأة خلال الحمل والولادة

جدول 2-8: نسبة النساء (15-49) اللاتي أصبن بأي مضاعفات في أثناء الحمل بين النساء اللاتي ولدن آخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة للمسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية و الاجتماعية للنساء

المضاعفات خلال الحمل		المتغيرات
P	%	
الفئة العمرية		
0.139	32.1	24-15
	35.1	34-25
	34.4	+35
المستوى التعليمي		
0.024	32.9	أمية
	36.7	ابتدائية
	34.6	متوسطة
	31.5	إعدادية / دبلوم
	30.1	عالي
ترتيب الولادة		
0.778	33.3	1
	34.5	3-2
	34.3	+4
مكان الإقامة		
0.07	35.5	ريف
	33.6	حضر

توضح نسبة إصابة النساء بالمضاعفات في أثناء الحمل بحسب المحافظات (شكل 2-9) أن كربلاء سجلت النسبة الأعلى للمضاعفات في أثناء الحمل بنسبة 64,2%، تليها الأنبار بنسبة 57,9% ثم ديالى وبابل بنسبة 53% و 52,3% على التوالي. فيما كانت كركوك الأقل في نسبة المضاعفات في أثناء الحمل 17,8%. هذه الفروقات الواضحة بين المحافظات تتطلب إجراء مراجعة دقيقة وشاملة لتقويم خدمات رعاية الحوامل في هذه المحافظات لغرض الوقوف على الأسباب التي أدت إلى هذه النسب المرتفعة من المضاعفات مقارنة مع إجمالي نسبة المضاعفات على مستوى العراق 34,2% واتخاذ الإجراءات والتدابير اللازمة لمعالجتها بصورة جذرية وبالتالي الحد من انعكاساتها على الوضع الصحي عموماً وصحة النساء على وجه الخصوص.

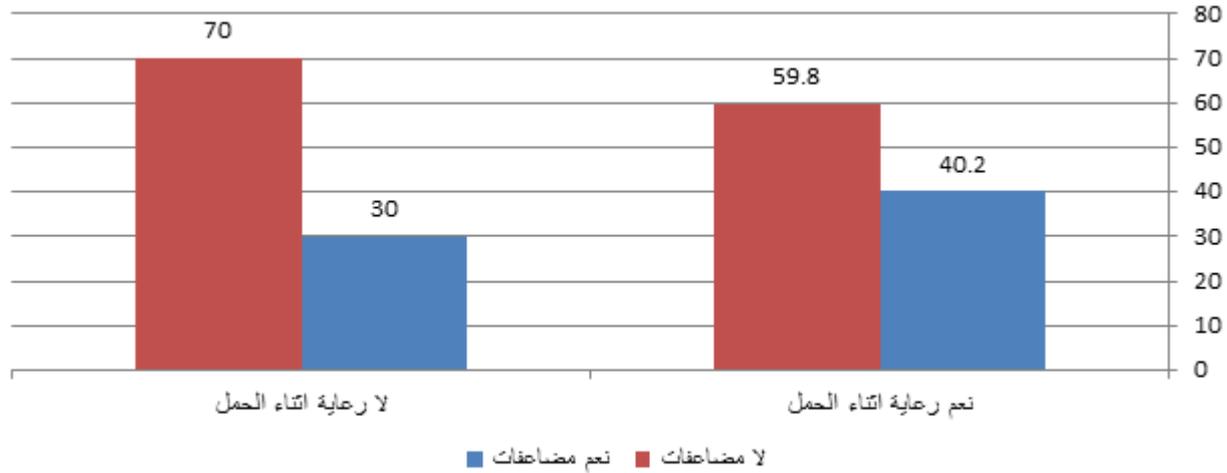
شكل 2-9: نسبة النساء (15-49) اللاتي أصبن بأي مضاعفات في أثناء الحمل بين النساء اللاتي ولدن آخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة للمسح بحسب المحافظات



15- الرعاية في أثناء الحمل و التعرض للمضاعفات في أثناء الحمل:

تم تحليل العلاقة بين مقدم خدمة الرعاية في أثناء الحمل والرعاية المنتظمة والمضاعفات المصاحبة للحمل. و اتضح أن 36,8% من النساء اللاتي تلقين خدمات الرعاية من قبل طبيب عانين من مضاعفات خلال الحمل، مقارنة مع 12,6% من النساء اللاتي لم يحصلن على أي رعاية خلال الحمل و 40,2% من النساء اللاتي تلقين رعاية منتظمة في أثناء الحمل (أربع زيارات أو أكثر) عانين من بعض الأعراض الصحية خلال الحمل، مقابل 30% من النساء اللاتي تلقين رعاية غير منتظمة (أقل من أربع زيارات) هذه النتائج تشير إلى أن النساء اللواتي عانين من بعض المضاعفات المصاحبة للحمل كن أكثر ميلا لطلب الرعاية المنتظمة المقدمة من طبيب والتي تدل على معرفة وإدراك النساء بأهمية الحصول على الرعاية الصحية التي تتناسب مع احتياجاتهن الصحية.

شكل 10-2: العلاقة التي بين الرعاية في أثناء الحمل والمضاعفات في أثناء الحمل بين النساء (15-49) اللاتي ولدن آخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة للمسح



16- الرعاية الجيدة في أثناء الحمل

بناء على توصيات منظمة الصحة العالمية يمكن تعريف الرعاية الجيدة في أثناء الحمل على أنها الرعاية التي تبدأ في الثلاثة شهور الأولى من الحمل و تحقق في الأقل أربع زيارات ويقدمها طبيب. بالجمع بين هذه التوصيات تم حساب مقياس للرعاية الجيدة في أثناء الحمل تم تسميته الرعاية الجيدة. وأظهر هذا المقياس أن 49,5% من النساء اللاتي أنجبن مولوداً خلال الخمس السنوات السابقة من المسح قد حققن هذه الخصائص الجيدة في الرعاية أثناء الحمل. وهو ما يشير إلى أن التفاعل بين هذه الخصائص قد خفض النسب المرتفعة لاستخدام الرعاية في أثناء الحمل لمرة واحدة في الأقل والتي بلغت 89,1% من إجمالي النساء بـ 44% وما يترتب عليه حرمان 50% من النساء من الخدمة الجيدة للرعاية في أثناء الحمل.

17- التباينات في الرعاية الجيدة في أثناء الحمل:

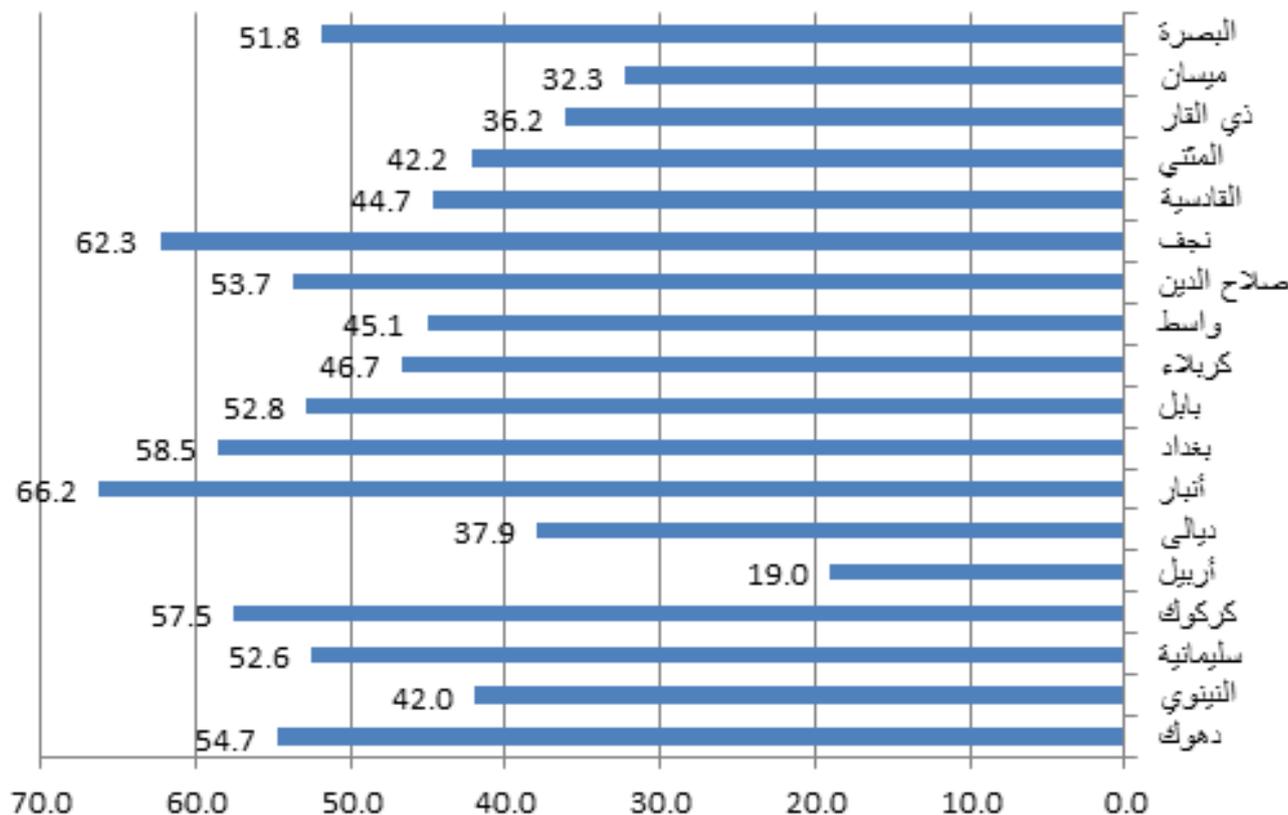
أظهرت النتائج أن الرعاية الجيدة في أثناء الحمل ترتبط ارتباطاً وثيقاً بخصائص النساء (جدول 2-9). حيث تقل نسب استخدام الرعاية الجيدة في أثناء الحمل مع العمر فتنخفض النسبة من 51,6% بين النساء في فئة العمر (15-24) إلى 46,2% للنساء في فئة العمر 35 فأكثر. كما أظهرت النتائج وجود علاقة طردية بين التعليم ونسب الرعاية الجيدة حيث انخفضت النسب من 65,4% بين النساء ذوات التعليم العالي إلى 42,4% بين النساء غير المتعلّقات. وأظهرت النتائج أن النساء الحوامل بالمولود الأول يكن أكثر استخداماً للرعاية الجيدة في أثناء الحمل (62,6%) مقارنة بالنساء الحوامل بالمواليد من الترتيب الرابع فأكثر (43,3%). وكانت الرعاية الجيدة أكثر شيوعاً بين سكان المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية. كما أوضحت النتائج وجود مدي واسع من نسب استخدام النساء للرعاية الجيدة في أثناء الحمل بين المحافظات تتراوح بين 19,0% في أربيل إلى 66,2% في الأنبار.

جدول 2-9: نسبة استخدام النساء (15-49) للرعاية الجيدة في أثناء الحمل بين النساء اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموغرافية و الاجتماعية

الرعاية الجيدة في أثناء الحمل		المتغيرات
P	%	
الفئة العمرية		
0.007	51.6	24-15
	50.3	34-25
	46.2	+35
المستوى التعليمي		
<0.001	42.4	أمية
	50.9	ابتدائية
	53.0	متوسطة
	56.0	إعدادية / دبلوم
	65.4	عالي
ترتيب الولادة		
<0.001	62.6	1
	50.1	3-2
	43.3	+4
مكان الإقامة		
<0.001	43.7	ريف
	52.1	حضر



شكل 11-2: نسبة استخدام النساء (15-49) للرعاية الجيدة في أثناء الحمل بين النساء اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة على المسح بحسب المحافظات



18- تحليل الانحدار:

أكد تحليل الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع «تلقي رعاية جيدة في أثناء الحمل» على الخصائص الديموغرافية و الاجتماعية للنساء (جدول 10-2) النتائج السابقة لتوزيع نسب تلقي هذه الرعاية بحسب تلك الخصائص فيما عدا العلاقة بالعمر. حيث أوضح تحليل الانحدار عدم معنوية العلاقة مع العمر، بينما تزايدت نسب الأرجحية للرعاية الجيدة في أثناء الحمل مع الزيادة في المستوي التعليمي حيث تصل بين المتعلّمات تعليماً عالياً إلى ضعف احتمالية استخدام النساء اللاتي لم يحصلن علي أي تعليم (OR=2.03).

كما أظهرت نسب الأرجحية وجود علاقة عكسية مع ترتيب المولود حيث نقصت احتمالية استخدام هذه الخدمات بحوالي 54% بين النساء ذوات المولود الرابع فأكثر مقارنة بالنساء اللاتي حملن للمرة الأولى (OR=0.46) و ارتفعت نسبة الأرجحية بحوالي 21% بين نساء المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية (OR=1.21).

جدول 10-2: نتائج الانحدار اللوجستي الثنائي للمتغير التابع «استخدام الرعاية الجيدة في أثناء الحمل» علي بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء

الرعاية الجيدة في أثناء الحمل			المتغيرات
P	OR	B	
الفئة العمرية			
	1.00		24-15
0.065	1.15	0.138	34-25
0.334	1.09	0.89	+35
المستوى التعليمي			
	1.00		أمية
<0.001	1.37	0.314	ابتدائية
<0.001	1.41	0.340	متوسطة
<0.001	1.58	0.459	إعدادية / دبلوم
<0.001	2.03	0.708	عالي
ترتيب الولادة			
	1.00		1
<0.001	0.58	- 0.551	3-2
<0.001	0.46	- 0.777	+4
مكان الإقامة			
	1.00		ريف
0.002	1.21	0.187	حضر
0.489		0.059	الثابت



ب- الرعاية في أثناء الولادة

إن ساعات الولادة رغم قصر مدتها (لا تتجاوز 12-16 ساعة) تعد من أخطر المراحل في حياة أي امرأة لما تحملها معها من مخاطر ومضاعفات على سلامة الأم والطفل معاً، من هنا أصبح توفير خدمات و مستلزمات الولادة المأمونة والنظيفة والولادة على أيدي أشخاص مؤهلين ومدربين وقادرين على التشخيص السريع للمضاعفات المحتملة ومعالجتها من خلال استخدام إجراءات فنية مناسبة ودقيقة أحد أهم خدمات الرعاية الصحية الأساسية الواجب توفرها لكل امرأة في أثناء الولادة، ويقصد بالرعاية المؤهلة عند الولادة الرعاية المقدمة من قبل طبيب أو ممرضة أو قابلة مأذونة⁶.

تطبيقاً يوجد تداخلان للحد من الوفيات والمضاعفات في أثناء الولادة : الولادة النظيفة الآمنة بإشراف شخص ماهر هو التداخل الأول والذي يحتاج إليه 100% من الحوامل أثناء الولادة وهذا الشخص الماهر قادر على التشخيص المناسب للمضاعفات والتي يحتاج التعامل معها بدورها إلى التداخل الثاني وهو توفير الرعاية التوليدية الطارئة للتعامل مع مضاعفات الولادة وما بعد الولادة (15% من الحوامل في أثناء الولادة يحدث لديهن مضاعفات ويحتاجن إلى الرعاية التوليدية الطارئة). هذان التداخلان هما الأهم في التقليل من وفيات الأمهات ومعدلات المراضة الناتجة عن الحمل والولادة فضلاً عن التداخل الثالث وهو توفير وسائل تنظيم الأسرة للحد من حالات الحمل غير المرغوب فيه.

1- مكان الولادة:

أظهرت نتائج المسح أن (80,6%) من مجموع النساء بعمر 15-49 سنة اللواتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابق للمسح، وضمن مولودهن الأخير في مؤسسة صحية (مركز رعاية صحية فيه صالة ولادة، مستشفى حكومي، مستشفى أهلي، عيادة طبيب خاصة) مقارنة مع (19,4%) في المنزل فيما أظهرت نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة 2006⁽¹⁾ أن ولادتين من كل ثلاث ولادات حصلتا في مؤسسة صحية. بمقارنة نتائج المسحين نلاحظ حدوث تحسن في تفضيل النساء الولادة في مؤسسة صحية على الولادة المنزلية، وهذه النتائج تتفق مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2011 والتي أظهرت أن ثلاث ولادات من بين كل أربع حدثت في المؤسسات الصحية خلال السنتين السابقتين للمسح (74%) وان نسب الولادات في المؤسسات الصحية للحضر أكبر منها في الريف.⁹

إن هذا السلوك الايجابي يجب تشجيعه و تطويره والتأكيد على أهميته في دعم وتعزيز صحة الأمهات في العراق من خلال تنمية وتطوير الجانب الإرشادي والتثقيفي لخدمات الرعاية خلال الحمل والذي يعاني من قصور حسبما أظهرت نتائج المسح الحالي حيث بلغت نسبة النساء اللواتي تلقين معلومات عن اختيار مكان الولادة في أثناء حصولهن على رعاية خلال الحمل أقل من 50%، رغم دور هذه المعلومات في تشجيع وترسيخ الخيارات الصحية للنساء خلال مراحل الحمل والولادة وما بعدها، علماً أن من أهم مقومات نجاح الرعاية في أثناء الحمل هو وضع خطة ولادة للحامل وتوجيهها للولادة في المستشفى وهذا من الجوانب المنسية في رعاية الحامل، فضلاً عن تشجيع التعاون بين وزارة الصحة وبقية مؤسسات الدولة كوزارة المرأة ووزارة التربية و منظمات المجتمع المدني التي تهتم بالمرأة لوضع وتنفيذ برامج للتوعية الصحية للمجتمع ككل وللنساء خصوصاً حول أهمية الولادة في المؤسسات الصحية،

مع الاستعانة بالمتطوعات الصحيات لتوجيه الحوامل للولادة في المؤسسات الصحية والابتعاد عن الولادات المنزلية.

بمقارنة مكان الولادة بحسب نوع المؤسسة الصحية، أشار تقرير وزارة الصحة (2009)¹⁷ إلى أن نسبة الولادات في المؤسسات الحكومية هي (58%) من المجموع الكلي للولادات، في حين أظهرت نتائج المسح الحالي ان نسبة الولادات في المؤسسات الحكومية (مركز صحي فيه صالة ولادة -مستشفى حكومي) هي (69,2%) ونسبة الولادات في مؤسسة أهلية (مستشفى أهلي- عيادة طبيب خاصة) هي (11,4%) .

2- التباينات في مكان الولادة:

يوضح جدول 11-2 وجود علاقة وثيقة وذات دلالة إحصائية بين مكان الولادة والخصائص الديموجرافية و الاجتماعية للنساء. فأظهرت النتائج أن الولادة في مؤسسة صحية كانت الأعلى بين النساء من الفئة العمرية الصغيرة (15-24) سنة بنسبة (87,4%) وتقل هذه النسبة مع تقدم عمر المرأة والتي تزداد لديها نسبة الولادة المنزلية و اتت هذه النتائج متوافقة مع نتائج المسوحات السابقة في العراق (المسح العنقودي متعدد المؤشرات، و مسح صحة الأسرة العراقية 2006-2007^{9,8}).

كما أظهرت النتائج أن أعلى نسبة للولادة في المنزل سجلت للنساء غير المتعلّقات (24,4%)، وان هذه النسبة تنخفض مع تقدم المستوى التعليمي للمرأة، وان الغالبية العظمى من النساء الحاصلات على تعليم جامعي (90,1%) يلدن في مؤسسة صحية.

كما أظهرت النتائج أن الولادة في مؤسسة صحية حكومية أو أهلية له علاقة بعمر المرأة، المستوى التعليمي، ترتيب الولادات، ومكان الإقامة (حضر، ريف) فضلا عن الرعاية خلال الحمل. وارتفعت نسبة النساء اللاتي ولدن في مؤسسة صحية أهلية بين الفئة العمرية اقل من 35 سنة (22,1%) مقارنة بالنساء في فئة العمرية 35 سنة فأكثر (13,1%). وأوضحت النتائج أن 29,4% من النساء الحاصلات على تعليم عال ولدن في مؤسسة صحية أهلية مقابل 8,2% من النساء غير المتعلّقات. وهذا الاختلاف من المحتمل أن يعود إلى تأثير المستوى التعليمي في المستوى الاجتماعي والاقتصادي للعائلة وانعكاسه على إمكانياتها المادية التي تمكنها من تحمل أعباء وتكاليف الولادة في مستشفى أهلي والتي غالبا ما تكون مرتفعة جدا وتفوق كثيرا تكاليف الولادة في المستشفى الحكومي.

وجاءت هذه النتائج داعمة لنتائج المسوحات السابقة في العراق^{6,9}، وهذا يعكس أهمية التعليم والعوامل الاجتماعية الأخرى مثل تمكين المرأة والتحصن في تحسين الواقع الصحي للمرأة العراقية ويؤكد أهمية تضافر الجهود والتكامل في العمل مع الوزارات كافة المعنية بالمرأة العراقية والمجتمع المدني من أجل الوصول إلى الأهداف المرجوة.



جدول 2-11: توزيع النساء (15-49) بحسب مكان الولادة بين النساء اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموغرافية و الاجتماعية

P	المنزل %	مؤسسة صحية		المتغيرات
		أهلي %	حكومي %	
الفئة العمرية				
0.001>	12.6	11.8	75.7	24-15
	20.4	10.3	69.6	34-25
	23.2	13.1	63.7	+35
المستوى التعليمي				
0.001>	24.4	8.2	67.4	أمية
	18.7	9.4	71.9	ابتدائية
	13.7	12.8	73.5	متوسطة
	13.9	21.4	64.7	إعدادية / دبلوم
	9.9	29.4	60.6	عالي
ترتيب الولادة				
0.001>	8.1	13.4	78.5	1
	18.1	11.7	70.1	3-2
	24.9	10.3	64.7	+4
مكان الإقامة				
0.001>	25.5	8.1	66.4	ريف
	16.5	13.0	70.5	حضر

تشير النتائج إلى أن اختيار مكان الولادة له علاقة وثيقة بترتيب المواليد للمرأة حيث وضعت تسع من كل عشر نساء مولودهن الأول في مؤسسة صحية فيما اعتمدت (24,9%) من النساء على تجربتهن السابقة في الولادة واخترن الولادة في المنزل للمولود الرابع وما بعده. وهي نتيجة تتناقض مع الحقيقة المثبتة علمياً في أن الاحتمال ما بعد الرابع تعد ذات خطورة عالية تستدعي الولادة في المستشفيات حصرياً وهذا يحتاج إلى تعزيز وعي المجتمع وتصحيح المفاهيم الخاطئة والتي تفترض أن السيدة متعددة الولادات يمكن أن تلد في المنزل بأمان وبدون حدوث مضاعفات. كما أوضحت النتائج في الدراسة أن نسبة الولادة في مستشفى أهلي

تقل مع ازدياد ترتيب المواليد للام، حيث تبين أن 13,4% من النساء وضعن مولودهن الأول في مستشفى أهلي مقابل 10,3% للمولود الرابع وما بعده.

وأشارت النتائج الى وجود ترابط إحصائي وثيق بين مكان الإقامة للمرأة ومكان الولادة حيث اختارت حوالي ربع النساء في المناطق الريفية الولادة في المنزل، وكانت الولادة في مؤسسة صحية الاختيار الأول للنساء في المناطق الحضرية بنسبة تصل إلى (5,83%). هذه النتائج تشير إلى حدوث ارتفاع في نسبة الولادة في المؤسسات الصحية في المناطق الريفية والحضرية مقارنة بنتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة⁽¹⁾ والتي كانت (54% و68%) على التوالي. كما أظهرت الدراسة أن 13% من النساء في المناطق الحضرية ولدن في مستشفى أهلي مقابل 8,1% من النساء في المناطق الريفية. وهذه النتيجة يمكن تفسيرها أولاً بأن المستشفيات الأهلية تتركز في المناطق الحضرية لذلك تصبح إمكانية اختيارها والوصول إليها أكثر سهولة مقارنة بالمناطق الريفية، وثانياً دور العامل الاقتصادي في تحديد واختيار مكان الولادة بين المناطق الحضرية والريفية. وهذا يقودنا إلى أهمية تبني سياسات توفر الخدمات المناسبة في المناطق الريفية بشكل يجعل النساء الحوامل يستخدمن هذه المؤسسات وان تزداد الفجوة في الثقة بين المجتمع والمؤسسات الصحية، وكذلك دراسة أسباب لجوء النساء إلى الولادة المنزلية وعزوفهن عن استخدام الخدمات وفيما إذا كانت لديهن ثقة بجدات العرب أكثر من الثقة بالملاكات الطبية والصحية المؤهلة أم هي فقط عدم وعي بخطورة الولادة أو توفر الخدمات، وكذلك فان دراسة معمقة لمعرفة أسباب تدني استخدام الخدمات في المناطق الريفية هي من الأولويات في المراحل القادمة لتحسين الخدمات في هذه المناطق.

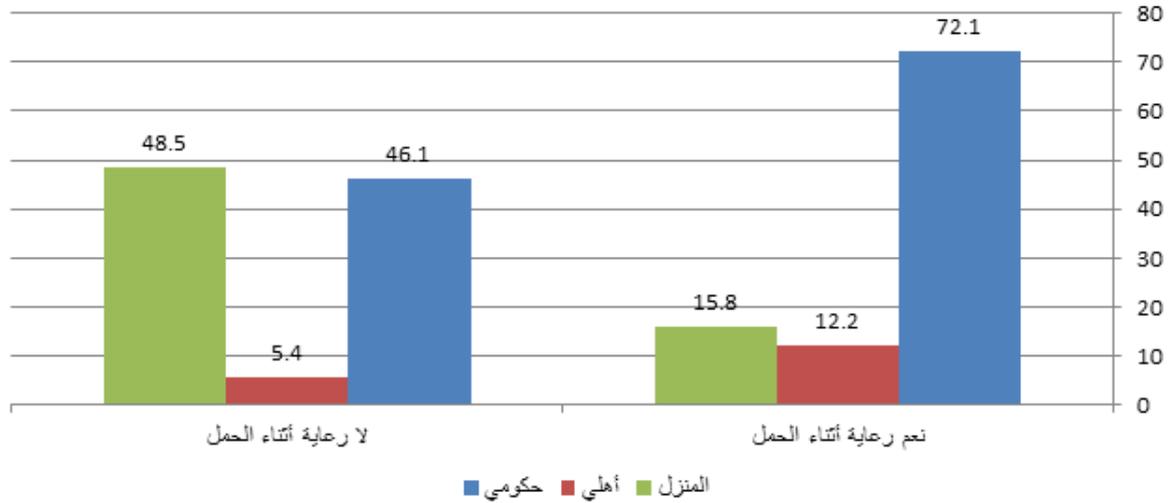
وأظهر التوزيع النسبي لمكان الولادة حسب المحافظات أن المحافظات الوسطى والجنوبية سجلت ارتفاعاً في نسب الولادة في مؤسسة صحية مقارنة مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة³ والتي أشارت إلى تفضيل النساء في كردستان الولادة في مؤسسة صحية على الولادة في المنزل، وسجلت دهوك النسبة الأعلى للولادة في مؤسسة صحية بنسبة تصل إلى (76%)، كما سجلت كربلاء النسبة الأعلى للولادة في مؤسسة صحية على مستوى العراق بنسبة وصلت إلى (97,7%)، فيما سجلت أربيل النسبة الأقل للولادة في مؤسسة صحية (64,7%) حسب نتائج المسح الحالي. من اللافت للنظر عدم تسجيل أي ولادة في مؤسسة صحية أهلية في كركوك. كانت نسبة الولادة في مؤسسة أهلية في كربلاء (26,2%) هي الأعلى على مستوى العراق تليها القادسية بنسبة (24,4%).

3- الرعاية في أثناء الحمل ومكان الولادة:

أشارت النتائج إلى وجود ترابط إحصائي وثيق وذو مغزى بين الرعاية في أثناء الحمل واختيار مكان الولادة (مؤسسة صحية- منزل) (شكل 13-2). حيث أتضح أن من مجموع النساء اللواتي حصلن على رعاية في أثناء الحمل، (93,5%) منهن ولدن في مؤسسة صحية، مقابل (7%) فقط من النساء اللواتي لم يحصلن على أي رعاية في أثناء الحمل، وهذا الاستنتاج مهم جداً ويبرز دور الرعاية في أثناء الحمل في اختيار مكان الولادة وتحديده.

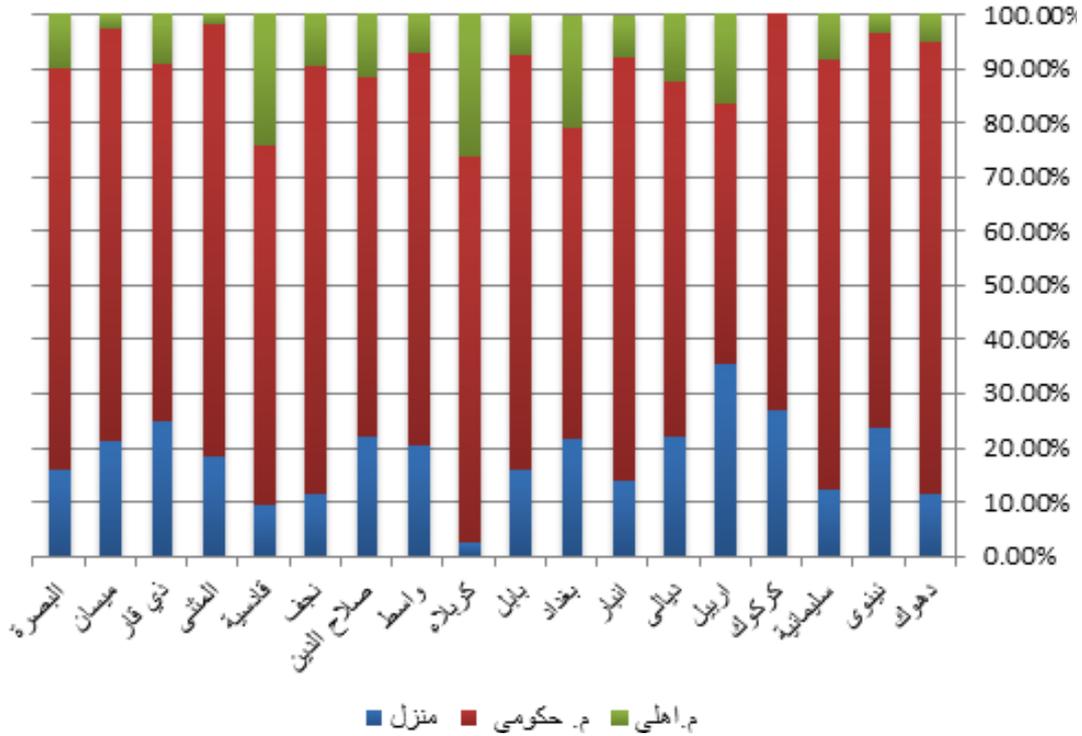


شكل 12-2: العلاقة التي بين تلقي الرعاية في أثناء الحمل ومكان الولادة بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابق للمسح



كما أوضحت البيانات أن الولادة في مؤسسة أهلية له علاقة وثيقة بالرعاية خلال الحمل، 12,2% من النساء اللواتي قد حصلن على الرعاية في أثناء الحمل اخترن الولادة في مؤسسة أهلية مقارنة مع 5,4% ممن لم يحصلن على الرعاية في أثناء الحمل.

شكل 13-2: التوزيع النسبي للنساء (15-49) بحسب مكان الولادة (منزل- مؤسسة حكومية- أهلية) بين النساء اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات



وهذه النتائج تدعمها نتائج دراسات سابقة^{20,21}. إن هذه النتائج يمكن تفسيرها بأن النساء اللاتي يحصلن على رعاية خلال الحمل من الممكن أن يصبحن أكثر رضا وقناعة بجدوى الرعاية الصحية وهميتها نتيجة تعرضهن لتدخلات صحية تؤثر بشكل كبير في تحسين وضعهن الصحي خلال الحمل فضلا عن ذلك فإن الرعاية خلال الحمل توفر فرصاً أكثر للنساء للحصول على نصائح وإرشادات ومعلومات صحية يكون لها عادة تأثير ايجابي في خيارات المرأة الصحية كاختيار الولادة في مؤسسة صحية لضمان الحصول على ولادة آمنة ونظيفة كونها توفر خيارات آمنة للولادة من حيث وجود الأشخاص المؤهلين وتوفير الأدوية والمستلزمات الأخرى اللازمة للتعامل مع أي طارئ أو مضاعفات غير متوقعة.



4- تحليل الإنحدار:

أكد تحليل الإنحدار اللوجستي الثنائي للمتغير التابع «الولادة في مركز صحي» الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء (جدول 12-2) النتائج السابقة لتوزيع نسب النساء اللاتي ولدن في مركز صحي بحسب تلك الخصائص. فقد أظهر التحليل وجود علاقة معنوية مع العمر حيث قلت احتمالية الولادة في مركز صحي بحوالي 33% للأعمار أكبر من 24 سنة ($OR=0.67$) للعمر 24-35 و $OR=0.68$ للعمر 35 فأكثر). أوضح تحليل الإنحدار عدم معنوية العلاقة مع العمر، بينما أوضح التحليل أن النسب الأرجحية للولادة بمركز صحي تتزايد مع الزيادة في المستوى التعليمي حيث تصل احتمالية الولادة بمركز صحي بين المتعلقات تعليماً عالياً إلي ما يقارب ضعف تلك الاحتمالية بين النساء اللاتي لم يحصلن علي أي تعليم ($OR=1.83$). كما أظهرت هذه النسب علاقة عكسية مع ترتيب المولود حيث نقصت احتمالية الولادة بمركز صحي بحوالي 55% و60% بين المواليد من الترتيب 2-3 والمواليد من الترتيب الرابع فأكثر علي التوالي مقارنة بالمواليد من الترتيب الأول ($OR=0.45$, $OR=0.39$ علي التوالي). زادت نسبة الأرجحية بين ساكنات المناطق الحضرية عن ساكنات المناطق الريفية FL بمقدار 32% ($OR=1.32$). وللتعرف علي تأثير الرعاية في أثناء الحمل علي الولادة بمركز صحي تبين زيادة نسبة الأرجحية للولادة في مركز صحي بين النساء اللاتي حصلن علي رعاية جيدة في أثناء الحمل بـ89% مقارنة بالنساء اللاتي لم يحصلن علي هذا النوع من الرعاية ($OR=1.89$).

5- أسباب الولادة بالمنزل:

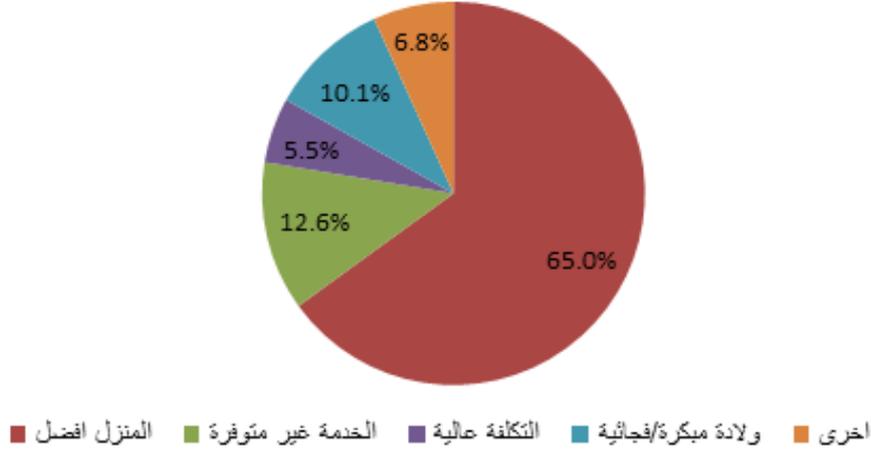
عند سؤال النساء المبحوثات اللواتي ولدن آخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة للمسح في المنزل عن السبب الرئيس للولادة في المنزل، كانت إجابتهن على النحو الآتي : 65% يعتقدن أن المنزل أفضل للولادة، ولا يتبين هنا ماذا تعني النساء بالضبط بكلمة «أفضل» إذ ربما تعني سوء الخدمات المقدمة في المراكز الصحية والمستشفيات أو عدم الوعي بمخاطر الولادة المنزلية من قبل النساء، وأجابت (6,12%) أن السبب الرئيس للولادة في المنزل هو عدم وجود مؤسسة صحية قريبة (شكل 2-14)، 3,68% من النساء اللواتي اعتبرن أن المنزل أفضل للولادة هن من الفئة العمرية (+35) لهذا يمكن ان يكون لتجاربهن السابقة في الولادة تأثير في اختيارهن الحالي لذا فلتحسين الخدمات واستعادة الثقة بالمؤسسات الصحية أهمية خاصة في تحسين هذه المؤشرات.

جدول 2-12: نتائج الانحدار اللوجستي الثنائي للمتغير التابع» للولادة في مركز صحي « علي بعض الخصائص الديموغرافية و الاجتماعية للنساء

الولادة بمركز صحي			المتغيرات
P	OR	B	
الفئة العمرية			
	1.00		24-15
< 0.001	0.674	- 0.395	34-25
0.003	0.678	- 0.389	+35
المستوى التعليمي			
	1.00		أمية
0.205	1.110	0.105	ابتدائية
0.018	1.390	0.329	متوسطة
0.012	1.464	0.381	إعدادية / دبلوم
0.004	1.829	0.604	عالي
ترتيب الولادة			
	1.00		1
< 0.001	0.80	- 0.797	3-2
< 0.001	0.70	- 0.934	+4
مكان الإقامة			
	1.00		ريف
< 0.001	1.32	0.280	حضر
< 0.001	1.89	0.634	الحصول علي رعاية جيدة أثناء الحمل
		2.093	الثابت



شكل 14-2: أسباب اختيار المنزل كمكان للولادة بين النساء اللاتي ولدن آخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة للمسح



6- الولادة على أيدي مؤهلة

تعرف الولادة على يد طبيب أو ممرضة أو قابلة مأذونه بالرعاية المؤهلة عند الولادة. أثبتت الدراسات التي أجريت في مناطق مختلفة من العالم وعلى مدى أعوام أن وجود شخص مؤهل عند الولادة ومدعم بالمستلزمات المطلوبة لمواجهة المضاعفات المحتملة خلال الولادة من الممكن أن يؤدي دوراً مؤثراً في تقليل وفيات الأمهات، من هنا أصبحت نسبة الولادات التي تتم بمساعدة أشخاص مؤهلين ومدرّبين واحدة من المؤشرات المهمة لمراقبة التقدم المتحقق للوصول إلى تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في تقليل وفيات الأمهات^{23,24}. وللوصول إلى تحقيق هذا الهدف وضعت الأهداف المرحلية الآتية: 85% من الولادات في عام 2010 يجب أن تتم بمساعدة أشخاص مؤهلين ويجب أن تصل النسبة إلى 90% بحلول عام 2015 على مستوى العالم.^{20, 23, 24}

بلغت نسبة الولادات التي تمت خلال السنوات الخمس السابقة على المسح على أيدي أشخاص مؤهلين في العراق 90,2%. وبلغت نسبة الولادات التي تمت على أيدي أطباء أكثر من النصف (61%)، في حين بلغت نسبة الولادة التي تمت على أيدي ممرضات أو قابلات مأذونات 29,2%، أما الولادات التي تمت على أيدي قابلات غير مأذونات ومرافق ولادة تقليدي (جدة) فكانت نسبتها 8,8%. وهذه النتائج متوافقة مع نتائج المسوحات السابقة في العراق (المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة ومسح صحة الأسرة العراقية 2006-2007)^{6,8} والتي أشارت إلى أن أكثر من 85% من الولادات تمت بمساعدة أشخاص مؤهلين. وبناء على هذه النتائج يمكن القول أن العراق قد نجح في تحقيق إحدى الخطوات المهمة اللازمة للوصول إلى تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية بالوصول إلى النسب المطلوبة بالولادة على أيدي مؤهلة²⁰.

7- تباينات في الولادة على أيدي مؤهلة:

من المعروف أن طلب واستخدام خدمات الرعاية الصحية ومن ضمنها الرعاية في أثناء الولادة، والولادة على أيدي أشخاص ماهرين تتأثر بالأبعاد الاجتماعية والاقتصادية للفرد والعائلة. وأظهرت النتائج أن حوالي ثلثي الولادات للفئة العمرية (15-24) سنة تمت بمساعدة أطباء (64,3%) و(6,5%) فقط من الولادات للفئة العمرية نفسها تمت على أيدي قابلات غير مأذونات ومرافق ولادة تقليدي (جدة). في حين أظهرت النتائج أن النساء من الفئة العمرية (35+) سنة كن أكثر ميلا للاعتماد على قابلات غير مأذونات ومرافق ولادة تقليدي (جدة) (10,6%) مقارنة مع الفئة العمرية اقل من 35 سنة جدول 2-13. وهذه النتائج أتت متوافقة وداعمة لنتائج المسوحات السابقة في العراق.^{6,8}

وكما أشارت النتائج إلى إنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة كانت أكثر ميلا الى الاعتماد على أشخاص مؤهلين عند الولادة، 84,5% من النساء غير المتعلقات ولدن بمساعدة شخص مؤهل وترتفع هذه النسبة لتصل إلى 94,7% للنساء الحاصلات على الشهادة المتوسطة فأعلى (جدول 13-2). إن تعليم المرأة يعزز مكانتها الاجتماعية ويجعلها أكثر قدرة على اتخاذ القرارات الصائبة المتعلقة بصحتها ومنها طلب الرعاية المؤهلة عند الولادة. كما أوضحت النتائج أن لترتيب مواليد المرأة دورا في الاعتماد على الرعاية المؤهلة عند الولادة، فقد اعتمدت النساء على المساعدة من الأطباء عند الولادة بالمولود الأول (71,2%) بنسبة أعلى مما هو عليه بالنسبة للمولود الرابع وما بعده (51,1%). وهذه النتائج من الممكن تفسيرها على ضوء الاعتقاد السائد بان الولادة الأولى عادة تكون صعبة وأكثر خطورة لصغر سن المرأة في اغلب الأحيان لذلك يفضل أن تكون الولادة بمساعدة شخص مؤهل (طبيب) في مؤسسة صحية لتفادي حدوث أي مضاعفات تهدد صحة الأم والطفل القادم، أما الولادات الالية فان المرأة تبني اختياراتها المستقبلية اعتمادا على تجاربها السابقة في الولادة وتقديرها الشخصي لاحتياجاتها.



جدول 13-2: توزيع النساء (15-49) بحسب مقدم الخدمة في أثناء الولادة بين النساء اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية

آخرين		أقارب	قابلة أهلية (جدة)	ممرضة /مأذونة	طبيب	المتغيرات
P	%	%	%	%	%	
الفئة العمرية						
<0.001	0.1	0.7	6.5	28.5	64.3	24-15
	0.1	0.9	8.8	30.4	59.8	34-25
	0.2	1.2	10.6	27.6	60.4	+35
المستوى التعليمي						
<0.001	0.0	0.1	13.7	31.2	53.3	أمية
	0.1	0.3	7.0	31.3	61.3	ابتدائية
	0.2	0.3	4.9	23.2	71.5	متوسطة
	0.2	1.5	2.3	26.8	69.3	إعدادية / دبلوم
	0.3	0.0	6.4	15.1	77.8	عالي
ترتيب الولادة						
<0.001	0.1	1.3	3.4	24.0	71.2	1
	0.1	0.5	7.8	28.5	63.2	3-2
	0.1	1.2	11.8	31.8	51.1	+4
مكان الإقامة						
<0.001	0.0	1.3	14.3	31.4	52.9	ريف
	0.1	0.7	6.2	28.1	64.8	حضر

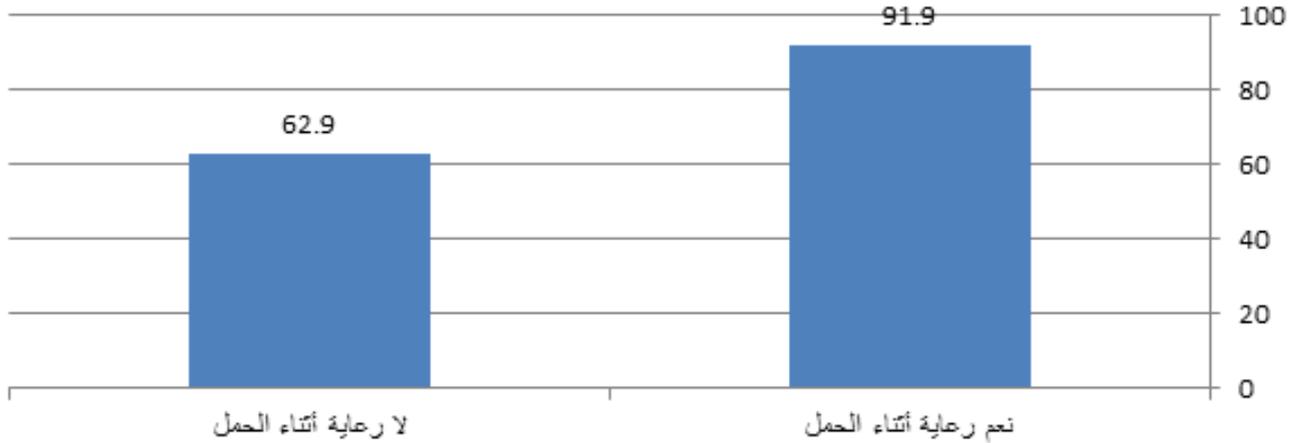
وأوضحت الدراسة أن 84,3% من النساء في المناطق الريفية خلال السنوات الخمس السابقة للمسح ولدن بمساعدة أشخاص مؤهلين و ترتفع هذه النسبة لتصل إلى 92,9% في المناطق الحضرية. وكانت النساء في المناطق الحضرية أكثر ميلا للاعتماد على الأطباء عند الولادة بنسبة تصل إلى 64,8% مقابل 52,9% في الريف. وهذه النتائج تتماشى مع نتائج المسوحات السابقة في العراق. 8,6

أما على مستوى المحافظات، ف لوحظ وجود فروقات بين المحافظات في نسبة الولادة على أيد مؤهلة، 77,3% من الولادات في القادسية تمت على أيدي أطباء، فيما كانت النساء في أربيل الأكثر ميلا الى الاعتماد على القابلات غير المؤهلات ومرافق الولادة التقليدي (جدة) على مستوى العراق بنسبة تصل إلى 16,8%.

8- الرعاية في أثناء الحمل والولادة بمساعدة أشخاص مؤهلين:

أظهرت النتائج وجود علاقة إحصائية وثيقة بين الرعاية قبل الولادة والولادة بمساعدة أشخاص مؤهلين (شكل 2-15). فالنساء اللاتي حصلن على رعاية قبل الولادة كن أكثر ميلا للاعتماد على أشخاص مؤهلين عند الولادة (91,9%) مقارنة مع النساء اللاتي لم يحصلن على أي رعاية قبل الولادة (62,9%).

شكل 2-15: الولادة بمساعدة أشخاص مؤهلين بناء على الحصول على الرعاية في أثناء الحمل



وهذه العلاقة بين الرعاية قبل الولادة والولادة على أيدي أشخاص مؤهلين تم إثباتها في دراسات سابقة^{5,20,21} أوضحت أن الرعاية قبل الولادة والتي من ضمن مهامها تعريف النساء الحوامل وعوائلهن بعوامل الخطورة والمضاعفات المحتملة المصاحبة للحمل والولادة والتي من الممكن أن تجعل النساء أكثر إدراكا وتقديرا لضرورة الولادة بمساعدة أشخاص مؤهلين للتعامل مع أي مضاعفات غير متوقعة بالشكل الذي يضمن تحسين معطيات الولادة للأم والطفل.



9- الرعاية الجيدة في أثناء الحمل والولادة

عند مناقشة الرعاية في أثناء الحمل أقترح مقياس الرعاية الجيدة في أثناء الحمل والذي وصف بأنه يشمل بدء الرعاية خلال الثلاثة شهور الأولى من الحمل، علي أن تشمل هذه الرعاية أربع زيارات وتتم علي يدي طبيب. وأظهرت النتائج أن 49,5% من النساء اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح قد حققن هذه الرعاية الجيدة. وعلى اعتبار أن الولادة على أيدي كادر طبي من المؤهلات الأساسية للولادة الصحية، فبإضافة هذا العامل لمقياس الرعاية الجيدة في أثناء الحمل يمكن تعريف مقياس جديد وهو الرعاية الجيدة في أثناء الحمل و الولادة. وأظهرت النتائج أن 43,8% من النساء اللاتي أنجبن خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح قد حصلن علي هذه الخدمة. هذا يعني أن من بين 49,5% النساء اللاتي حصلن علي خدمة جيدة في أثناء الحمل، 5,7% ولدن بدون أشرف من كادر طبي. وهو ما يطرح التساؤل حول الدافع لهؤلاء النساء إلي اللجوء إلي الولادة غير الآمنة بعد حصولهن علي خدمة جيدة في أثناء حملهن.

10- التباينات في الرعاية الجيدة في أثناء الحمل و الولادة:

أظهرت النتائج وجود علاقة وثيقة وذات دلالة إحصائية بين الرعاية الجيدة في أثناء الحمل والولادة وخصائص النساء الديموجرافية و الاجتماعية (2-14). فقد أظهرت النتائج أن الرعاية الجيدة في أثناء الحمل والولادة تتناقص مع تقدم النساء في العمر حيث بلغت 47,9% للنساء في فئة العمر 15-24 بينما وصلت إلي 39,6% للنساء في العمر 35 سنة فأكثر. كما اتضح وجود علاقة وثيقة بين المستوي التعليمي و استخدام هذه الخدمة حيث سجل النساء ذوات التعليم العالي نسبة استخدام تصل إلي 61,4% مقارنة بـ 36,1% بين النساء غير المتعلقات.

جدول 2-14: نسب النساء (15-49) اللاتي تلقين خدمات جيدة في أثناء الحمل والولادة بين النساء اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية

الرعاية الجيدة في أثناء الحمل و الولادة		المتغيرات
P	(%)	
الفئة العمرية		
<0.001	47.9	24-15
	44.2	34-25
	39.6	+35

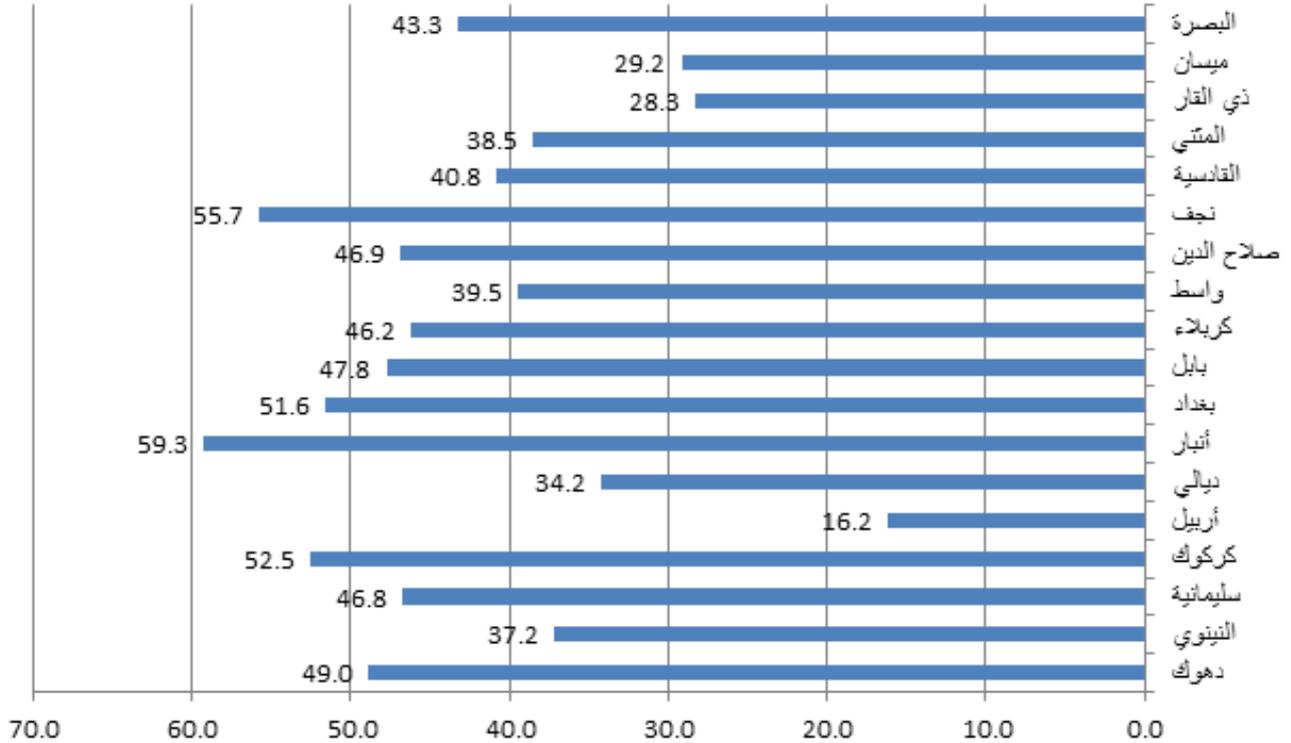
الرعاية الجيدة في أثناء الحمل و الولادة		المتغيرات
P	(%)	
المستوى التعليمي		
<0.001	36.1	أمية
	44.8	ابتدائية
	48.1	متوسطة
	52.1	إعدادية / دبلوم
	61.4	عالي
ترتيب الولادة		
<0.001	59.6	1
	44.2	3-2
	36.5	+4
مكان الإقامة		
<0.001	37.2	ريف
	46.7	حضر

وكان لترتيب المولود أيضا علاقة وثيقة باستخدام هذه الخدمة حيث قل استخدام هذه الخدمات بين النساء الحوامل بالمواليد من الترتيب الرابع فأكثر لتصل إلى 36,5% مقارنة بـ 59,6% بين المواليد من الترتيب الأول وكانت هذه الخدمات أكثر شيوعا بين النساء من سكان المناطق الحضرية (46,7%) مقارنة بالنساء من سكان المناطق الريفية (37,2%).

أما على مستوى المحافظات (شكل 16-2)، فلوحظ وجود فروقات بين المحافظات في نسبة استخدام هذه الخدمة حيث سجلت أربيل أقل استخدام (16,2%) فيما سجلت الأنبار أعلى مستوى للاستخدام (59,3%) تليها النجف (55,7%) و كركوك (52,5%).



شكل 16-2: نسب النساء (15-49) اللاتي تلقين خدمات جيدة في أثناء الحمل والولادة بين النساء اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات



11- تحليل الانحدار

أكد تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي للمتغير التابع تلقي الرعاية الجيدة في أثناء الحمل والولادة الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء (جدول 15-2) النتائج السابقة لتوزيع نسب النساء اللاتي تلقين تلك الخدمة بحسب تلك الخصائص فيما عدا العلاقة بالعمر حيث أوضح تحليل الانحدار عدم معنوية العلاقة مع العمر. أوضح التحليل أن النسب الأرجحية لتلقي خدمة في أثناء الحمل والولادة تتزايد مع الزيادة في المستوى التعليمي حيث تصل احتمالية تلقي تلك الخدمة بين المتعلّقات تعليماً عالياً إلي ما يفوق ضعف تلك

الاحتمالية بين النساء اللاتي لم يحصلن على أي تعليم (OR=2.24). كما أظهرت هذه النسب علاقة عكسية مع ترتيب المولود حيث نقصت احتمالية تلقي تلك الخدمة بحوالي 47% و58% بين المواليد من الترتيب 2-3 والمواليد من الترتيب الرابع فأكثر على التوالي مقارنة بالمواليد من الترتيب الأول (OR=0.53, OR=0.42 على التوالي). وزادت نسبة الأرجحية بين ساكنات المناطق الحضرية عن ساكنات المناطق الريفية بنسبة 25% (OR=1.25).

جدول 15-2: نتائج الانحدار اللوجستي الثنائي للمتغير التابع «استخدام الرعاية الجيدة في أثناء الحمل والولادة» على بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء

الرعاية الجيدة في أثناء الحمل و الولادة			المتغيرات
P	OR	B	
الفئة العمرية			
	1.00		24-15
0.434	1.06	0.59	34-25
0.934	0.99	- 0.008	+35
المستوى التعليمي			
	1.00		أمية
<0.001	1.40	0.337	ابتدائية
<0.001	1.49	0.399	متوسطة
<0.001	1.77	0.571	إعدادية / دبلوم
<0.001	2.24	0.807	عالي
ترتيب الولادة			
	1.00		1
<0.001	0.53	- 0.643	3-2
<0.001	0.42	- 0.873	+4
مكان الإقامة			
	1.00		ريف
<0.001	1.25	0.219	حضر
0.305		- 0.090	الثابت



12- نوع الولادة (طبيعية- قيصرية)

تشير التقارير والدراسات على مستوى العالم أن نسبة الولادة بعملية قيصرية آخذة في الازدياد على مستوى العالم ككل. وهناك تباين واسع في نسبة الولادة بعملية قيصرية تتراوح ما بين 4% إلى 40%²²، أما في البلدان النامية فتتراوح هذه النسبة بين 3%-26% وان غالبية هذه الدول شهدت ارتفاعا في نسبة هذه الولادات خلال عقد التسعينات من القرن الماضي وهذه الزيادات ما تزال مستمرة إلى الوقت الحاضر²³. وأشارت منظمة الصحة العالمية وبعض المصادر الأخرى إلى أن أعلى نسبة للولادة بعملية قيصرية يجب أن لا تزيد عن 15%، وان لا تقل عن 5%. فبينما النسبة اقل من 5% تدل على ضعف أو قلة توفر أو صعوبة الوصول إلى خدمات التوليد الأساسية فإن النسب الأعلى من 15% من الممكن أن تعكس الاستخدام المفرط لأسباب غير ضرورية طبييا.²⁷

أظهرت نتائج دراسة لمنظمة الصحة العالمية شملت مراجعة 110,000 ولادة في آسيا، 2007-2008 أن 27% من الولادات كانت بعملية قيصرية، وسجلت الصين أعلى نسبة ولادات بعملية قيصرية على مستوى العالم وصلت إلى 46%. وحذرت منظمة الصحة العالمية من هذه الزيادة غير المسبوقة بنسب الولادات بعملية قيصرية وأوضحت أن هذه النسب قد وصلت إلى ما يطلق عليه مستويات وبائية في عدة بلدان على مستوى العالم.

أما في العراق فتشير الأرقام كذلك إلى حدوث ارتفاع ملحوظ في نسبة الولادات بعملية قيصرية في السنين الأخيرة استنادا إلى إحصائيات منظمة الصحة العالمية، إذ أن نسبة الولادات بعملية قيصرية وصلت إلى 35% للمدة 2000-2010⁵. فيما ذكر التقرير السنوي لوزارة الصحة 2009²² أن نسبة الولادات القيصرية من الولادات الكلية وصلت إلى 32,01%. وكان المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة⁶ قد أظهر أن خمس الولادات التي حدثت في السنتين السابقتين على المسح كانت بعملية قيصرية. ومن المعروف أن الولادة بعملية قيصرية لا تخلو من المخاطر والمضاعفات الناجمة عن العملية، 9-15% من النساء في الدول النامية اللاتي يخضعن إلى هذه العملية يتعرضن إلى مضاعفات خطيرة تهدد حياتهن وان النساء اللواتي يخضعن لعملية قيصرية بدون أسباب طبية موجبة هن أكثر عرضة للمضاعفات مثل الحاجة إلى نقل الدم، والدخول إلى وحدة العناية المركزة، وحتى الموت²⁷. و تشكل العمليات القيصرية غير المبررة طبييا عبئا ماليا إضافيا على كاهل النظام الصحي والعوائل خاصة في البلدان النامية.

أشارت نتائج الدراسات التي أجريت في مناطق كثيرة من العالم إلى أن الأسباب الكامنة وراء ارتفاع نسب العمليات القيصرية كثيرة ومتشابهة. أوضحت هذه الدراسات أنه من غير الواضح إذا ما كانت الزيادة في نسبة الولادة بعملية قيصرية اختيارية وليس طارئة يعود إلى قرار المؤسسة الصحية مدفوعا بالعوامل الربحية والحوافز المادية أو أنه يعود إلى قرارات عائلية وشخصية متأثرة بارتفاع المستوى المادي والمعيشي، والتقدم في الحقل الطبي والإمكانيات الطبية اللازمة لإجراء العمليات فضلا عن رغبة بعض النساء بتجنب الولادة الطبيعية المؤلمة متأثرة بالتوجهات الحديثة في مجال حقوق الإنسان في أنه من حق المرأة اختيار طريقة الولادة والاعتقاد الخاطئ بان العملية أقل خطورة.²⁵ كل هذه العوامل يمكن أن تفسر إلى حد ما أسباب الزيادة في معدلات الولادة بعملية قيصرية.

تشير نتائج المسح الحالي إلى ان نسبة الولادات بعملية قيصرية 21,9% من النساء اللواتي ولدن في مؤسسة صحية خلال السنوات الخمس السابقة للمسح. هذه النتيجة متوافقة مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة⁶.

13- التباينات في نوع الولادة (طبيعية- قيصرية):

أوضحت النتائج وجود علاقة وثيقة بين الولادة بعملية قيصرية والخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء. فقد أوضح جدول 2-16 أن نسبة الولادة بعملية قيصرية تزداد بزيادة عمر المرأة، إذ أن 29,3% من النساء للفئة العمرية 35 وأكثر ولدن بعملية قيصرية مقابل 17,4% للفئة العمرية 15-24 سنة^{6,28,29}. إن تقدم العمر يزيد من المخاطر المصاحبة للحمل والولادة مثل ارتفاع ضغط الدم، السكري المصاحب للحمل، وتعسر الولادة، والتي تجعلها أكثر عرضة للولادة بعملية قيصرية. كما أظهرت النتائج وجود تأثير مباشر للمستوى التعليمي للمرأة في نسبة الولادة بعملية قيصرية، حوالي 20% من النساء غير المتعلّقات ولدن بعملية قيصرية، ثم ترتفع هذه النسبة مع تقدم المستوى التعليمي لتصل إلى 30,7% للنساء الحاصلات على تعليم عالٍ. مما لا شك فيه أن ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة ينعكس إيجابياً على المستوى الاقتصادي والاجتماعي وكذلك يدعم استقلالية المرأة ويمكنها من اتخاذ القرارات المتعلقة بالحمل والولادة. إن النساء من الخلفية الاجتماعية والاقتصادية الأعلى غالباً ما يفضلن الولادة بعملية قيصرية على الولادة الطبيعية²⁷.

جدول 2-16: نسبة الولادات القيصرية بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة على المسح بحسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية

الولادة القيصرية		المتغيرات
P	%	
الفئة العمرية		
<0.001	17.4	24-15
	20.0	34-25
	29.3	+35
المستوى التعليمي		
<0.001	19.6	أمية
	21.1	ابتدائية
	21.9	متوسطة
	27.5	إعدادية / دبلوم
	30.7	عالي

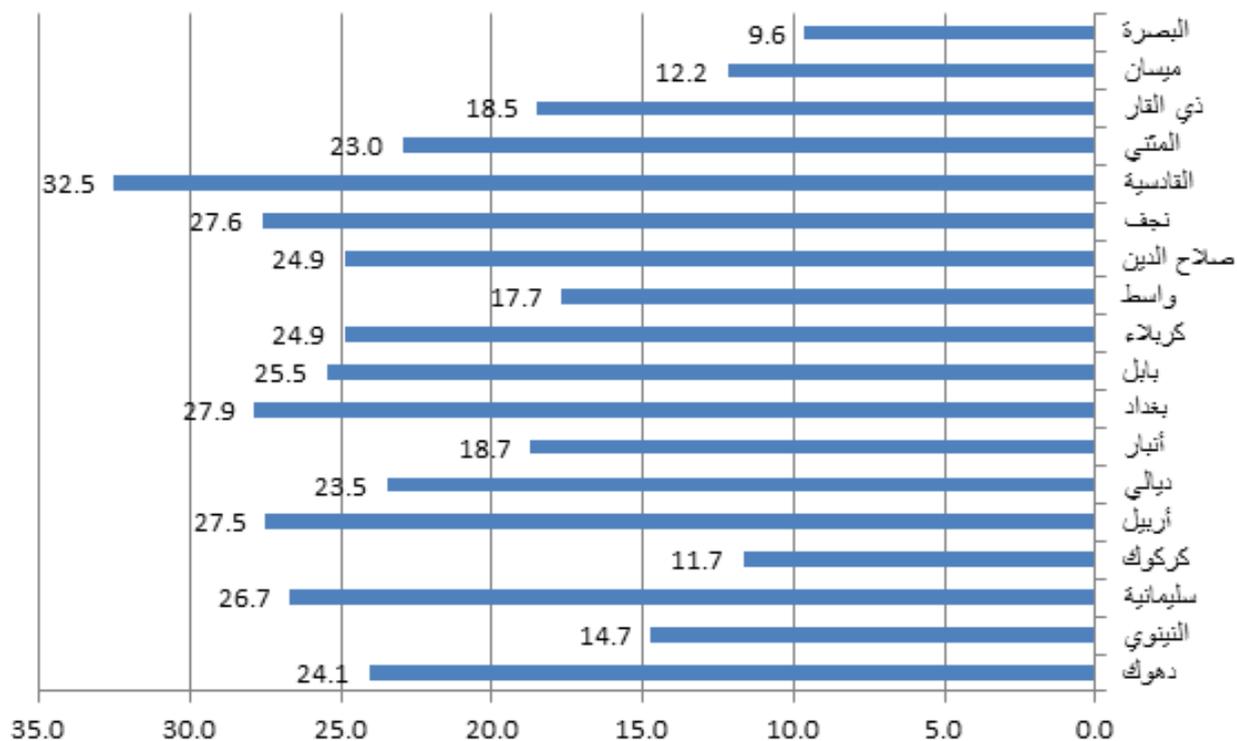


الولادة القيصرية		المتغيرات
P	%	
ترتيب الولادة		
0.667	22.7	1
	22.0	3-2
	21.3	+4
مكان الإقامة		
<0.001	18.8	ريف
	23.2	حضر

لم تظهر النتائج وجود علاقة بين ترتيب الولادات للمرأة والولادة بعملية قيصرية وهذه النتيجة لا تتفق مع نتائج دراسات سابقة 28,29 تبين أن احتمال الولادة بعملية قيصرية يزداد بازدياد عدد المواليد للمرأة.

و قد سجلت الولادات بعملية قيصرية في المناطق الحضرية (23,2%) للسنوات الخمس السابقة للمسح نسبة أعلى منها في المناطق الريفية (و 18,8%). أما على مستوى المحافظات، فبمقارنة نتائج المسح الحالي بنتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة⁶³، ما تزال القادسية تحتل الترتيب الأول في نسبة العمليات القيصرية بزيادة تصل إلى حوالي 4% وكذلك سجلت دهوك ارتفاعا ملحوظا في نسبة العمليات القيصرية (24,1%) مقارنة بنتائج المسح السابق (12%). توضح النتائج أن نسبة العمليات القيصرية المسجلة في البصرة (9,6%) كانت الأقل على مستوى العراق.

شكل 17-2: نسب الولادات القيصرية بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات



14- تحليل الأندحر

أكد تحليل الإندحر اللوجستي الثنائي للمتغير التابع «الولادة بعملية فيصرية» علي الخصائص اليموجرافية والاجتماعية للنساء (جدول 17-2) النتائج السابقة لتوزيع نسب النساء اللاتي تلقين تلك الخدمة بحسب تلك الخصائص. أوضح تحليل الإندحر معنوية العلاقة مع العمر حيث تزايدت (OR=2.56) إحتمالية الولادة بعملية فيصرية بزيادة العمر لتصل إلي حوالي 2,5 مرة بين النساء في العمر 35 سنة فأكثر مقارنة باحتمالية الولادة بتلك العملية بين صغيرات السن في فئة العمر 15-24 سنة. وأوضح التحليل أن النسب الأرحجية



للولادة القيصرية تتزايد مع الزيادة في المستوى التعليمي حيث تزيد احتمالية الولادة القيصرية بين المتعلقات تعليماً عالياً بمقدار 37% مقارنة بالاحتمالية بين النساء اللاتي لم يحصلن علي أي تعليم (OR=1.37). كما أظهرت هذه النسب علاقة عكسية مع ترتيب المولود حيث نقصت احتمالية تلقي تلك الخدمة بحوالي 33% بين المواليد من الترتيب الرابع فأكثر مقارنة بالمواليد من الترتيب الأول (OR=0.67). ولم تختلف احتمالية العمليات القيصرية بين نساء المناطق الحضرية ونساء المناطق الريفية إحصائياً. و من النتائج الجديرة بالملاحظة ارتفاع احتمالية العمليات القيصرية مع حصول النساء على خدمات رعاية جيدة في أثناء الحمل (OR=1.13).

جدول 17-2: نتائج الانحدار اللوجستي الثنائي للمتغير التابع «الولادة بعملية قيصرية» علي بعض الخصائص الديموغرافية و الاجتماعية للنساء

الولادة القيصرية			المتغيرات
P	OR	B	
الفئة العمرية			
	1.00		24-15
0.006	1.31	0.272	34-25
<0.001	2.56	0.940	+35
المستوى التعليمي			
	1.00		أمية
0.535	1.06	0.053	ابتدائية
0.575	1.08	0.070	متوسطة
0.265	1.16	0.145	إعدادية / دبلوم
0.033	1.37	0.316	عالي
ترتيب الولادة			
	1.00		1
0.118	0.87	- 0.157	3-2
0.001	0.67	- 0.405	+4
مكان الإقامة			
	1.00		ريف
0.064	1.17	0.155	حضر

الولادة القيصرية			المتغيرات
P	OR	B	
0.083	1.13	0.124	الحصول علي رعاية جيدة أثناء الحمل
0.001		- 1.659	الثابت

لما كانت نسبة العمليات القيصرية للعدد الكلي للولادات هي إحدى المؤشرات المستخدمة لقياس معايير الجودة لضمان ولادة آمنة ونظيفة بأيد ماهرة لجميع الحوامل بحلول 2014 حسب الإستراتيجية الوطنية وخطة العمل 2013-2017 لوزارة الصحة³⁰، لهذا من الضروري معرفة المسببات الحقيقية وراء زيادة نسبة العمليات القيصرية والتي من الممكن أن تساهم في رسم السياسات المستقبلية والإجراءات الواجب اتخاذها للتقليل من هذه النسب للوصول إلى تحقيق أهداف الإستراتيجية الوطنية وبما لا ينعكس سلباً على صحة وسلامة الأمهات والمواليد. كذلك من الضروري معرفة نسبة الولادات بعملية قيصرية في المستشفيات الحكومية والأهلية ونسبة العمليات الطارئة من مجموع العمليات الكلية وكذلك تحديد نسبة العمليات لأول مرة والعمليات المكررة مع دواعي أو دلائل إجراء العمليات بالمراجعة الدقيقة للإحصائيات والتقارير الدورية لوزارة الصحة وإجراء مسح لمعرفة وسلوك النساء حول طرق الولادة وعلاقتها بنسبة العمليات القيصرية. وعلى ضوء ذلك يمكن إعداد دلائل للعمل لضمان الجودة:

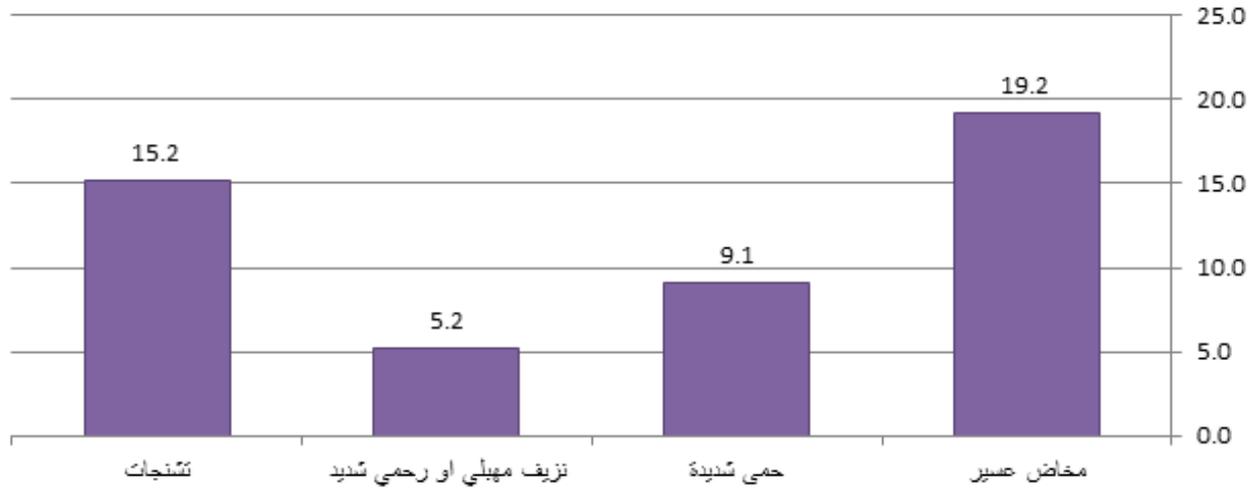
- وضع شروط وضوابط لإجراء العمليات القيصرية في المستشفيات الحكومية والأهلية وإلزام الأطباء بتثبيت دواعي إجراء العمليات اعتماداً على البروتوكولات المعتمدة عالمياً.
- وضع آليات مناسبة للإشراف والمتابعة والتقييم بصورة دورية.

15- المضاعفات في أثناء الولادة وما بعدها

تتمثل المضاعفات في أثناء الولادة في ظهور بعض العلامات والأعراض المرضية على النساء وذلك خلال الولادة أو بعد الولادة مباشرة. وهذه المضاعفات تشمل المخاض الطويل، وتعثر عملية الولادة، النزيف، والانتانات، والحمى، والتشنجات. ما تزال المضاعفات خلال الحمل المسبب الرئيس لوفيات الأمهات لذلك يصبح تقليل حدوث هذه المضاعفات إحدى الاستراتيجيات الرئيسة لتقليل وفيات الأمهات حول العالم⁴. إن أنواع المضاعفات ونسبة حدوث كل منها تختلف من مكان إلى آخر لكونها تتأثر بكثير من العوامل والظروف المحيطة بالحمل والولادة.^{31,32}



شكل 18-2: نسب الإصابة بالمضاعفات المبينة في أثناء الولادة وما بعدها بين النساء (15-49) اللاتي عانين من مضاعفات



أظهرت نتائج المسح الحالي أن 30,5% من النساء اللاتي أنجبن مولوداً حياً خلال السنوات الخمس السابقة للمسح عانين من بعض المضاعفات خلال مدة المخاض أو مباشرة بعد الولادة. وأظهرت النتائج أن المخاض العسير لأكثر من 12 ساعة كان السبب الرئيس للمضاعفات خلال الولادة (19,2%). وهذه النتيجة جاءت متوافقة مع نتائج مسوحات أخرى في العالم³⁰. غالباً ما تؤدي الولادة الطويلة والمتعسرة إلى الولادة بعملية قيصرية وكذلك إلى زيادة حدوث النزيف، والانتانات وإطالة مدة الرقود في المستشفى، وكلها من عوامل الخطورة المتسببة في وفيات الأمهات³⁴.

وأشارت النتائج إلى أن (15,2%) من النساء بعمر (15-49) سنة اللاتي ولدن آخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة للمسح تعرضن للتشنجات خلال الولادة وبعدها مباشرة. هذه النسبة على الأرجح لا تمثل النسبة الحقيقية لهذا النوع من المضاعفات لأن التشنجات لا تعد من المضاعفات الشائعة خلال الولادة حسب البيانات المتوفرة سابقاً³³. إن السبب الرئيس لحدوث التشنجات خلال الولادة يعود إلى الدجاج النفاسي أو التشنج الحلمي (الكلمسيا) الناتج عن الارتعاج (ارتفاع ضغط الدم، ووجود زلال في الإدرار) خلال الحمل، بينما 5,2% من النساء فقط ذكرن إصابتهن بارتعاج خلال الحمل. من الممكن أن تكون هذه النسبة ناتجة عن سوء الفهم لدى النساء لمعنى (تشنج) المقصود في السؤال المطروح والخلط مع مصطلح آخر في اللغة الدارجة.

مثلت الحمى الشديدة خلال 24 ساعة بعد الولادة (9,1%) السبب الرئيس الثالث للمضاعفات خلال الولادة في العراق. تمثل الحمى

بعد الولادة إحدى المضاعفات الشائعة الناجمة عن التهاب بطانة الرحم أو الانتانات الأخرى والتي غالباً ما تتسبب بها العوامل الآتية: المخاض الطويل، والولادة بعملية قيصرية، وانفجار كيس السائل الأمينوسي المبكر، والفحص المتكرر خلال الولادة فضلاً عن استخدام الأدوات غير المعقمة ومكان الولادة غير الصحي⁽³⁴⁾ أظهرت الدراسات أن لمكان الولادة ومرافق الولادة تأثيراً كبيراً في نسبة حدوث الولادات المتعسرة الانتانات؛ فالولادة المنزلية على يد قابلة تقليدية غير مؤهلة تعد من عوامل الخطورة في حدوث الانتانات والحمى^{34,35,36}.

وكان النزيف المهبلي أو الرحمي الحاد أقل المضاعفات التي تعرضت لها النساء في عينة البحث بنسبة (2,5%). هذه النتيجة غير متوافقة مع المسوحات والدراسات العالمية³⁶ التي تظهر أن النزيف هو أحد أهم المضاعفات المصاحبة للولادة، أشار تقرير الصحة العالمي لعام 2005 إلى أن 25% من وفيات الأمهات تحدث كحصول للنزيف خلال الولادة أو بعدها مباشرة³⁴.

وتشير البيانات إلى أن هناك اتجاهًا في زيادة وفيات الأمهات الناتجة عن النزيف خصوصاً النزيف بعد الولادة³⁶. إن الولادات المتعددة، وفقر الدم خلال الحمل، والمخاض الطويل، والنزيف قبل الولادة فضلاً عن التخدير العام تمثل عوامل الخطورة لحدوث نزيف ما بعد الولادة^{31,36}. لم تتضمن الأسئلة فقرة توضح نوع النزيف (خلال الولادة - بعد الولادة). وهي مهمة للاستدلال على أسباب حدوث النزيف والإجراءات والخدمات والوسائل المطلوبة للحد من هذه المشكلة.

لم توفر المسوح السابقة التي أجريت في العراق^{6,8} أي بيانات عن المضاعفات خلال الحمل لاستخدامها لمقارنة النتائج الحالية، فضلاً عن أن النتائج اعتمدت إجابات النساء فقط، لذلك يمكن عدّها نتائج أولية لإجراء مسح أكثر شمولاً ودقة للوقوف على الحجم الحقيقي للمضاعفات خلال الحمل وأنواعها وعوامل الخطورة المترافقة معها ومقارنتها بالمضاعفات خلال الحمل وبعد الولادة وعلاقتها بوفيات الأمهات والتي توفر لصانعي القرار في المؤسسة الصحية البيانات التي يمكن الاستفادة منها في توجيه المخططين نحو الآليات الفاعلة لتحقيق الأهداف الوطنية للصحة الإنجابية ومن ضمنها التقليل من وفيات الأمهات والوصول إلى تحقيق الهدف الإنمائي للألفية بتقليل وفيات الأمهات بنسبة ثلاثة أرباع بين 1990 و 2015.

16- التباينات في المضاعفات في أثناء الولادة:

إن الحد من المضاعفات المصاحبة للولادة يتطلب معرفة العوامل ذات العلاقة والمؤثرة في حدوث مثل هذه المضاعفات بغرض اتخاذ الإجراءات والتدخلات المناسبة للحد من تأثيرها وبالتالي التقليل من وفيات الأمهات. أثبتت كثير من الدراسات السابقة أن خصائص النساء تؤثر بصورة مباشرة أو غير مباشرة في نسبة حدوث المضاعفات خلال الولادة.



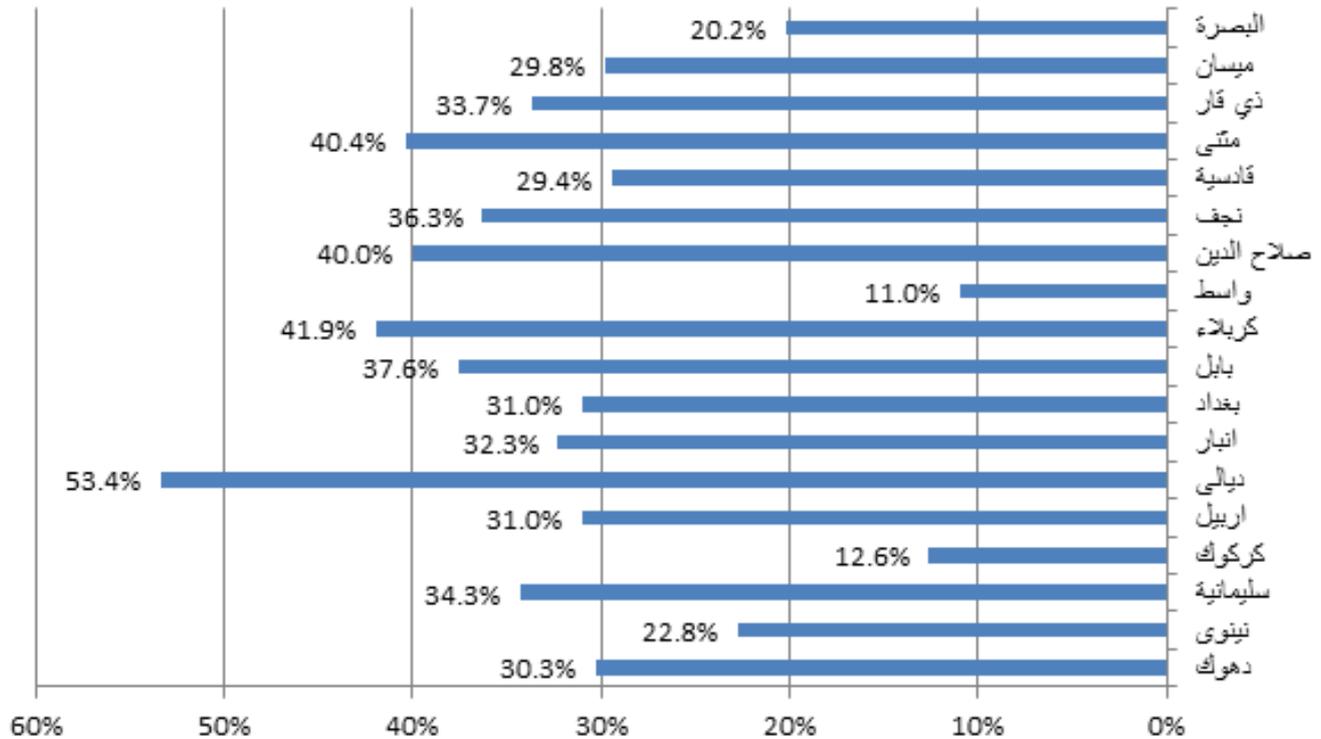
جدول 2-18: نسبة الإصابة بالمضاعفات في أثناء الولادة وما بعدها بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية

المضاعفات في أثناء الولادة		المتغيرات
P	%	
الفئة العمرية		
0.746	30.6	24-15
	30.9	34-25
	29.9	+35
المستوى التعليمي		
0.168	31.9	أمية
	30.2	ابتدائية
	30.4	متوسطة
	26.4	إعدادية / دبلوم
	30.4	عالي
ترتيب الولادة		
0.001>	36.0	1
	28.2	3-2
	30.6	+4
مكان الإقامة		
0.113	31.6	ريف
	30.0	حضر

لم تظهر النتائج أي تأثير للعمر، ومستوى التعليم ومكان الإقامة في نسبة حدوث المضاعفات بشكل عام (جدول 2-18). ولكن أتضح وجود علاقة بين ترتيب المولود و حدوث المضاعفات حيث ظهر أن نسبة حدوث المضاعفات خلال الولادة الأولى (36%) تكون أعلى مقارنة مع نسبتها في الولادة الثانية والثالثة (28,2%) ولكنها ترتفع في الولادة الرابعة إلى (30,6%). كما أظهرت النتائج وجود تباينات واسعة في نسبة حدوث المضاعفات خلال الولادة بين المحافظات حيث تعرض 53,4% من النساء في ديالى إلى مضاعفات خلال الولادة وما بعدها مباشرة، تليها كربلاء بنسبة 41,9%، وسجلت واسط أقل نسبة لحدوث المضاعفات خلال الولادة بنسبة 11%. وأشارت 41,3% من النساء في ديالى إلى تعرضهن للتشنج و 19% منهن عانين من الحمى الشديدة خلال 24 ساعة بعد الولادة.

وهذه النتائج بحاجة إلى مقارنة مع بيانات من وزارة الصحة من أجل الوصول إلى نتيجة نهائية لاتخاذ الإجراءات اللازمة للتعامل مع هذه المشاكل.

شكل 19-2: نسبة الإصابة بالمضاعفات خلال الولادة وما بعدها بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات



17- الرعاية في أثناء الحمل والمضاعفات في أثناء الحمل:

تشير النتائج إلى وجود علاقة بين المضاعفات خلال الولادة والرعاية في أثناء الحمل حيث أقرت 31,9% من النساء اللواتي حصلن على الرعاية من طبيب بتعرضهن إلى مضاعفات خلال الولادة، مقارنة مع 19,6% من النساء اللواتي لم يحصلن على رعاية خلال الحمل.

• مكان الولادة و المضاعفات في أثناء الحمل أظهرت النتائج أن 31.3% من النساء اللواتي ولدن في مؤسسة صحية عانين من مضاعفات خلال الولادة مقابل 27.3% من اللواتي ولدن في المنزل. لم تظهر النتائج وجود فرق في نسبة حدوث المضاعفات خلال الولادة بين المؤسسة الحكومية والأهلية. وهذه النتيجة يمكن أن تشير إلى أن النساء قد اخترن الولادة في مؤسسة صحية بسبب تعرضهن لمشاكل وعوارض صحية خلال الحمل، وأن هذه المضاعفات خلال الولادة من المحتمل أن تكون نتيجة لهذه المشاكل الصحية.

• الولادة بمساعدة كادر صحي و المضاعفات في أثناء الحمل لم تظهر النتائج وجود علاقة بين حدوث المضاعفات خلال الولادة والولادة بمساعدة كادر صحي مؤهل. وهذه النتائج تدل على أن هناك بعض العوامل الأخرى التي من المحتمل أن يكون لها تأثير أكبر في نسبة حدوث المضاعفات خلال الولادة مثل مؤشر الثروة ومشاركة الزوج في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية والتي يجب أن تؤخذ بنظر الاعتبار في المسوحات القادمة.

إن تحسين الخدمات بتأسيس بروتوكولات معيارية وأنظمة مراقبة الجودة وتدريب الأخصائيين الصحيين على مهارات الإنقاذ ومهارات التواصل وضمان توفير الأدوية والدعم والعلاجات والمعدات الأساسية تمثل الأساس للسيطرة على المضاعفات خلال الولادة.

ج- الرعاية ما بعد الولادة (النفاس):

مدة ما بعد الولادة هي الأسابيع الستة الأولى ما بعد الولادة، وخلالها تواجه الأمهات كثيراً من المشاكل الصحية ذات العلاقة بالولادة. لا تقتصر هذه المشاكل على العوارض الصحية الحادة وذات التأثير القصير المدى في صحة الأم ولكنها تشمل أيضاً المشاكل الصحية ومضاعفاتها المتسببة بالأمراض المزمنة المتعلقة بالإنباب، وكثير من المضاعفات الخطيرة التي تهدد حياة الأمهات. علاوة على ذلك فأن حوالي ثلثي وفيات الأمهات تحدث بعد الولادة. لذلك أوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة حصول كل أم على خدمات الرعاية الصحية لما بعد الولادة خلال أول 24 ساعة وقبل نهاية الأسبوع الأول بعد الولادة وبعد ستة أسابيع من الولادة³⁷، إذ تعد الرعاية لما بعد الولادة من المكونات الأساسية للأومومة الآمنة لدورها الحاسم في التقليل من وفيات الأمهات والرضع وضمان الصحة البدنية والعقلية ورفاهة الأمهات³⁸.

بالرغم من هذه التوصيات ما تزال الأرقام العالمية تظهر انخفاضاً ملحوظاً في نسبة استخدام خدمات الرعاية لما بعد الولادة لتبلغ (30%) للبلدان النامية مقارنة مع (90%) للبلدان المتقدمة³⁵. سبع من كل عشر نساء لم يحصلن على أي رعاية لما بعد الولادة، استناداً إلى بيانات المسوحات السكانية والصحية التي أجريت في 30 دولة متدنية الدخل بين 1999-2004^{38,39}. تشمل خدمات الرعاية لما بعد الولادة الفحص العام للأم للتأكد من عدم وجود أي مضاعفات ناتجة عن الحمل والولادة وإجراء بعض التدابير الوقائية وإعطاء المشورة والمساندة

حول الرضاعة من الثدي والمباعدة بين الأحمال واختيار الوسيلة الملائمة لتنظيم الأسرة إلى التغذية السليمة.

1- استخدام خدمات ما بعد الولادة

أظهرت نتائج المسح الحالي أن نسبة طلب واستخدام خدمات ما بعد الولادة ما تزال منخفضة بين نساء العراق إذ أن 38% فقط من النساء بعمر (15-49) سنة اللاتي أنجبن آخر مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة للمسح في العراق طلبن خدمات ما بعد الولادة وهذه النسبة مشابهة للنسب المسجلة في الأردن (35%) ، الضفة الغربية (36,7%) ومصر (41,5%)^{40,41}. وقد أشار تقرير وزارة الصحة 2011⁴ أن نسبة الأمهات المستفيدات من خدمات ما بعد الولادة هي 51% (زيارة واحدة).

2- التباينات في استخدام خدمات ما بعد الولادة

أن تحديد الخطوات والتدخلات والإجراءات المناسبة الكفيلة بتحسين نسبة طلب واستخدام الرعاية لما بعد الولادة يتطلب تحديد وتقويم العوامل الديموغرافية والاجتماعية المرتبطة بطلب واستخدام هذه الخدمات.

جدول 19-2: نسبة استخدام خدمات رعاية ما بعد الولادة بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية

رعاية ما بعد الولادة		المتغيرات
P	%	
الفئة العمرية		
0.121	36.1	24-15
	38.0	34-25
	39.6	+35
المستوى التعليمي		
0.001>	33.2	أمية
	37.2	ابتدائية
	41.7	متوسطة
	45.9	إعدادية / دبلوم
	56.4	عالي
ترتيب الولادة		
0.001>	44.0	1
	38.9	3-2
	34.8	+4

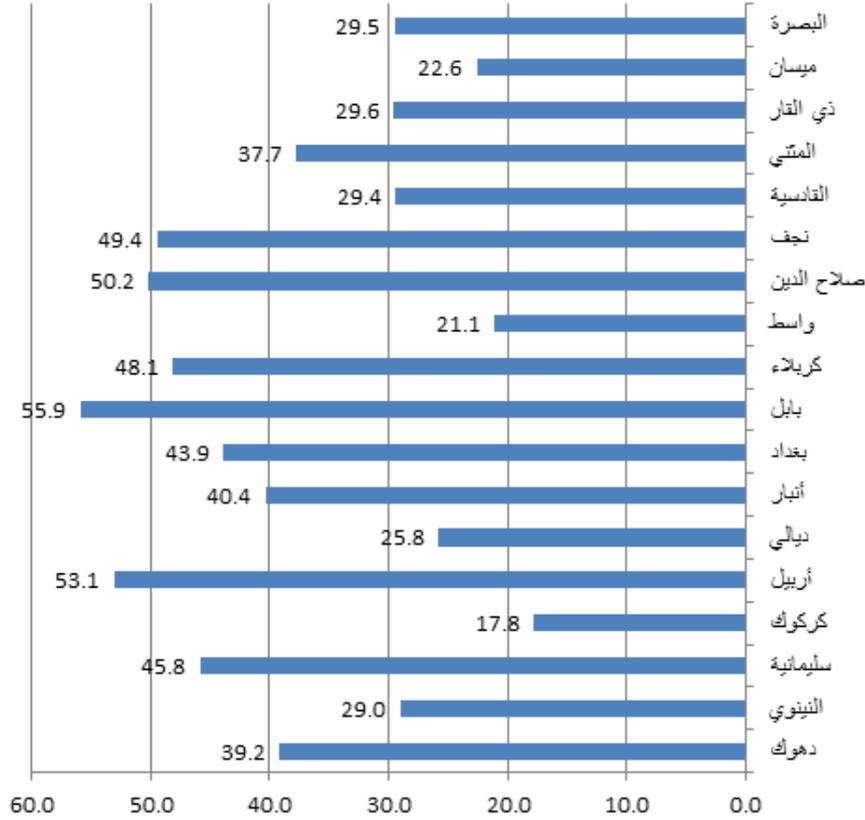


رعاية ما بعد الولادة		المتغيرات
P	%	
مكان الإقامة		
0.001>	32.2	ريف
	40.8	حضر

وأوضحت النتائج أن العمر ليس له تأثير مباشر في طلب هذا النوع من الرعاية (جدول 19-2) بينما أرتبط طلب الرعاية لما بعد الولادة ارتباطاً مباشراً بالمستوى التعليمي للمرأة حيث أظهرت النتائج أن 56,4% من النساء الحاصلات على تعليم عال حصلن على رعاية مقارنة مع 37,2% من النساء بتعليم ابتدائي فقط. كما أظهرت النتائج وجود علاقة مباشرة بين ترتيب الولادات والرعاية لما بعد الولادة فبينما حصل 44% من النساء على رعاية ما بعد الولادة بعد ولادتهن للمولود الأول، انخفضت هذه النسبة بزيادة ترتيب مولود لتصل إلي 34,8% بين النساء بعد ولادتهن للمولود الرابع أو ما يليه. كما أوضحت النتائج أن نسبة طلب الرعاية ترتفع بين ساكنات المناطق الحضرية (40,8%) مقارنة بساكنات المناطق الريفية (32,2%).

وتشير نسبة التغطية لخدمات ما بعد الولادة بحسب المحافظات إلي وجود اختلافات واضحة بين المحافظات (شكل 20-2) والتي كانت في أدنى مستوياتها في محافظة كركوك (17,8%) بينما كانت أعلى مستويات التغطية في بابل (55,9%).

شكل 20-2: نسبة استخدام خدمات ما بعد الولادة بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية بحسب المحافظات



٣-تحليل الانحدار

أكد تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي للمتغير التابع «تلقي رعاية ما بعد الولادة» الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء (جدول 20-2) النتائج السابقة لتوزيع نسب النساء اللاتي تلقين تلك الخدمة بحسب تلك الخصائص. أوضح تحليل الانحدار معنوية العلاقة مع العمر حيث تزداد نسب الأرجحية مع العمر لتصل إلي 53% أكثر بين النساء 35 سنة فأكثر (OR=1.53). بينما أوضح تحليل الانحدار أن النسب الأرجحية لاستخدام تلك الخدمة تتزايد مع الزيادة في المستوى التعليمي حيث تزيد احتمالية استخدام رعاية ما بعد الولادة



بين المتعلقات تعليمياً عالياً بمقدار 80% مقارنة باحتمالية الاستخدام بين النساء اللاتي لم يحصلن علي أي تعليم (OR=1.82). كما أظهرت هذه النسب علاقة عكسية مع ترتيب المولود حيث نقصت احتمالية تلقي تلك الخدمة بحوالي 20% و بين المواليد من الترتيب 2-3 (OR=0.80) و بحوالي 30% للمواليد من الترتيب الرابع فأكثر (OR=0.70) مقارنة بالمواليد من الترتيب الأول. وتبين عدم معنوية الفروق بين النساء من سكان المناطق الحضرية والنساء من سكان المناطق الريفية . كما أن الحصول علي خدمة جيدة في أثناء الحمل ترفع احتمالية استخدام هذه الخدمة بـ 37% مقارنة بالنساء اللاتي لم يتلقين تلك الخدمة (OR=1.37).

جدول 2-20: نتائج الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع «استخدام رعاية ما بعد الولادة» علي بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء

استخدام رعاية ما بعد الولادة			المتغيرات
P	OR	B	
الفئة العمرية			
	1.00		24-15
<0.001	1.223	0.201	34-25
<0.001	1.530	0.425	+35
المستوى التعليمي			
	1.00		أمية
0.565	1.038	0.037	ابتدائية
0.114	1.166	0.153	متوسطة
0.022	1.271	0.239	إعدادية / دبلوم
<0.001	1.824	0.601	عالي
ترتيب الولادة			
	1.00		1
0.004	0.795	- 0.230	3-2
<0.001	0.701	- 0.355	+4

استخدام رعاية ما بعد الولادة			المتغيرات
P	OR	B	
مكان الإقامة			
	1.00		ريف
0.078	1.117	0.111	حضر
<0.001	1.374	0.317	الحصول علي رعاية جيدة أثناء الحمل
<0.001	0.512	- 0.669	الثابت

4- الرعاية في أثناء الحمل واستخدام رعاية ما بعد الولادة :

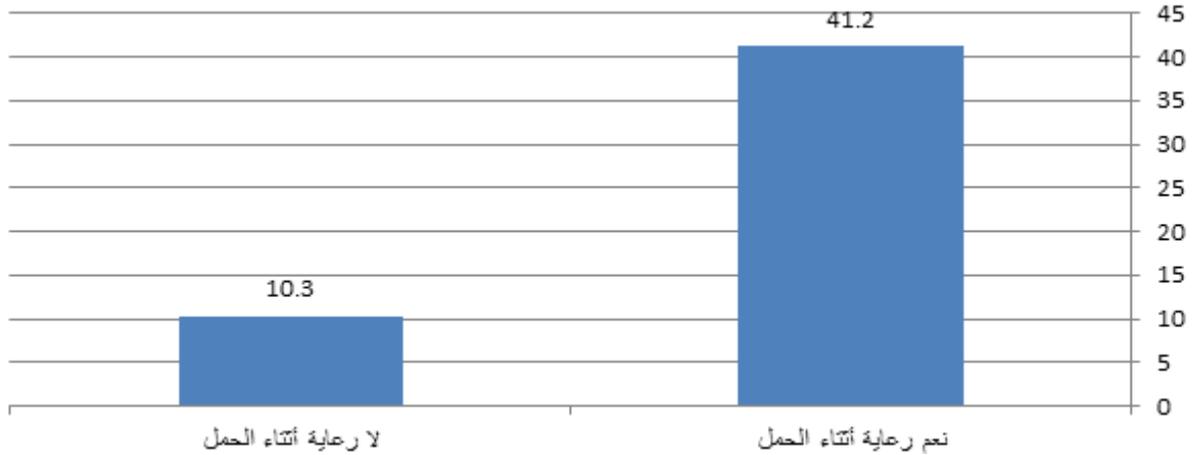
أظهر التحليل تأثيراً ذا دلالة إحصائية للعلاقة بين استخدام الرعاية في أثناء الحمل مع استخدام رعاية ما بعد الولادة (شكل 21-2). فالنساء اللاتي تلقين رعاية في أثناء الحمل كن أكثر ميلا لطلب الرعاية لما بعد الولادة (41,2%) مقارنة مع النساء اللاتي لم يحصلن على الرعاية في أثناء الحمل (10,3%).

5- خصائص الولادة واستخدام رعاية ما بعد الولادة:

كان للولادة في مؤسسة صحية تأثيراً مباشراً في طلب الرعاية لما بعد الولادة. وأظهرت النتائج أن 41,1% من النساء اللاتي ولدن في مؤسسة صحية تلقين رعاية بعد الولادة مقابل 25,2% من اللواتي ولدن في المنزل. كما أظهرت النتائج أن أكثر من نصف النساء اللاتي ولدن في مستشفى أهلي (54,2%) تلقين رعاية صحية بعد الولادة، وهذه النسبة تقل مع الولادة في مستشفى حكومي والولادة في المنزل على التوالي (38,9% و 25,2%). كما أوضحت النتائج أن طلب الرعاية لما بعد الولادة يتأثر بمقدم الخدمة في أثناء الولادة، إذ أن غالبية النساء اللواتي ولدن بأيدي غير ماهرة وغير مؤهلة لم يحصلن على أي رعاية لما بعد الولادة.



شكل 21-2: استخدام رعاية ما بعد الولادة بناء علي استخدام الرعاية في أثناء الحمل بين النساء(15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح



جاءت هذه النتائج متوافقة مع نتائج دراسات أخرى عربية وعالمية أجريت للتعرف على العوامل المؤثرة في طلب واستخدام الرعاية لما بعد الولادة،^{37,38,41}مراجعة الأدبيات أظهرت عدم توفر دراسات عراقية حول هذا الموضوع، لذا فمن الضروري إجراء دراسة موسعة حول العوامل المؤثرة في طلب واستخدام الرعاية لما بعد الولادة بالتعاون بين وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي تشمل الأمهات حديثات الولادة لضمان دقة البيانات). وفضلا عن العوامل التي تم دراستها، فمن الممكن إضافة مؤشرات أخرى لتحديد علاقتها بالرعاية لما بعد الولادة وهذه المؤشرات هي نوع الولادة (طبيعية- قيصرية)، والمضاعفات خلال الولادة وما بعدها فضلا عن معرفة النساء بعلامات الخطورة بعد الولادة.

6- مكان رعاية ما بعد الولادة

كما أوضحت النتائج السابقة للمسح، أن أكثر من نصف النساء اللاتي حصلن على رعاية في أثناء الحمل اعتمدن على القطاع الأهلي لطلب هذه الرعاية. أظهرت النتائج كذلك أن القطاع الأهلي (عيادة طبيب، مستشفى أهلي) كان المصدر الرئيس للرعاية بعد الولادة بنسبة تصل إلى 65,1%. لم تتضمن استمارة المسح سؤالاً حول أسباب اختيار القطاع الحكومي (مركز رعاية صحية أولية، أو مستشفى حكومي، أو عيادة طبية شعبية) أو القطاع الأهلي (عيادة طبيب، أو مستشفى أهلي) للرعاية لما بعد الولادة.

7- التباينات في مكان رعاية ما بعد الولادة:

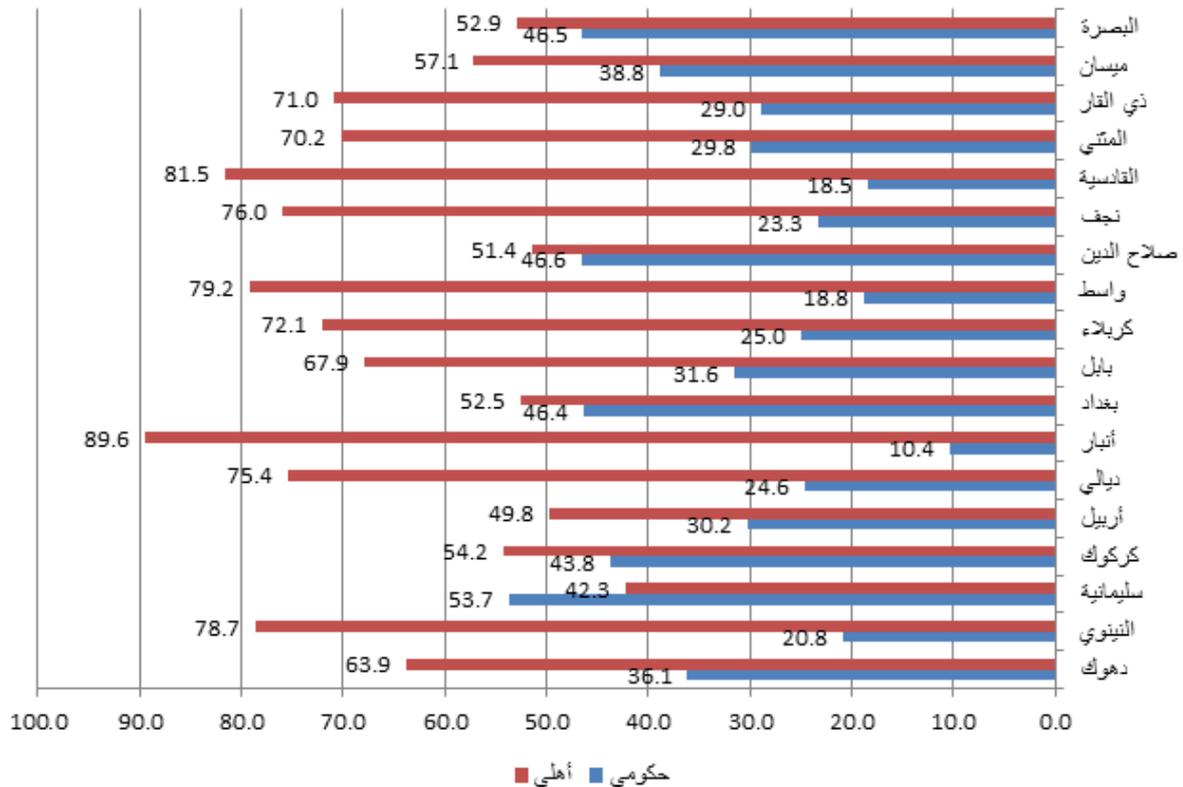
أظهرت النتائج أن طلب الرعاية بعد الولادة من القطاع الحكومي أو الأهلي لم يتأثر بعمر المرأة أو ترتيب الولادات أو مكان الإقامة. في حين تأثر هذا الطلب بالمستوى التعليمي للمرأة؛ فقد لوحظ أن أقل نسبة سجلت في طلب الرعاية بعد الولادة من القطاع الحكومي كانت للنساء بتعليم عالٍ (19,6%) مقابل (39,2%) للنساء غير المتعلّقات.

وأوضحت نسبة الرعاية لما بعد الولادة (قطاع حكومي- أهلي) بحسب المحافظات أن 53,7% من النساء في السليمانية اخترن القطاع الحكومي، في حين اختارت 89,6% من النساء في الأنبار القطاع الأهلي للرعاية لما بعد الولادة.

وأوضحت النتائج أن غالبية النساء اللواتي تلقين رعاية لما بعد الولادة حصلن عليها من طبيب بنسبة تصل إلى 91,2% .

شكل 2-22: توزيع نسبة مكان تلقي رعاية ما بعد الولادة (قطاع حكومي- أهلي) بين النساء اللاتي تلقين تلك الرعاية بحسب

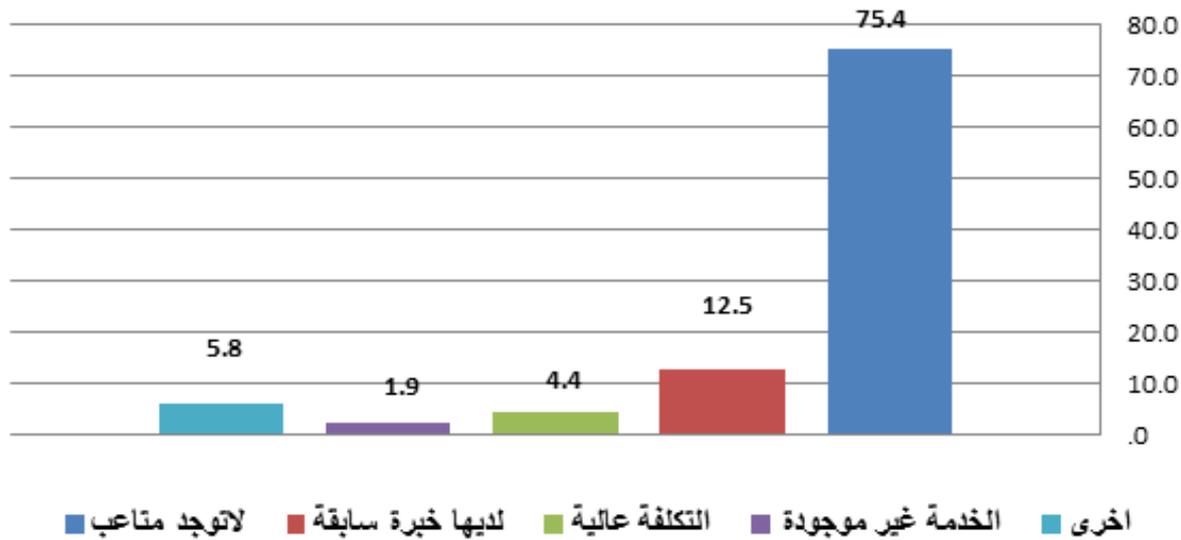
المحافظات



8-أسباب عدم تلقي رعاية ما بعد الولادة:

طلب من النساء اللاتي لم يتلقين رعاية لما بعد الولادة ذكر السبب الرئيس لعدم الذهاب للفحص (شكل 2-23)، أجابت معظم النساء بعدم الحاجة لعدم وجود متاعب (75,4%). وهذه الإجابة تبدو أنها معتقد شائع ليس في العراق فقط، بل كذلك بين النساء في الأردن، ولبنان، ومصر، وفلسطين وبلدان أخرى^{40,41}.

شكل 2-23: أسباب عدم تلقي رعاية ما بعد الولادة بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح



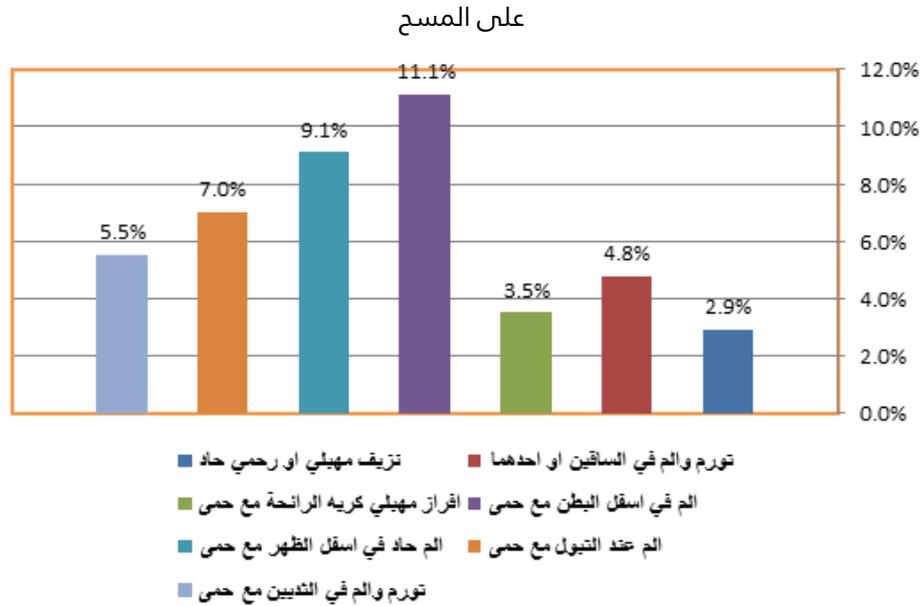
إن اعتبار الرعاية ما بعد الولادة غير ضرورية للنساء اللاتي لا يشعرن بأنهن مريضات هو خطأ شائع، ويظهر أن النساء لا يعتقدن بأهمية الرعاية لما بعد الولادة في الوقاية من المشاكل الصحية التي تحصل في مدة النفاس وهذه المشاكل من المحتمل أن لا يتم الانتباه لها مبكراً أو أن المرأة تتجاهل الأعراض الأولية لها. لذا توصي منظمة الصحة العالمية بالرعاية لما بعد الولادة لكل الأمهات ومن ضمنهن الأمهات اللواتي لا يشعرن بالمرض. لذلك أصبح من الضروري جداً إجراء مسح حول معارف وسلوك الأمهات بخصوص الرعاية لما بعد الولادة، بغرض تقويم معارف الأمهات وتحديد الاتجاهات الايجابية والسلبية في سلوكهن الخاص بالرعاية لما بعد الولادة والتي يمكن الاستفادة منها في تحديد الخطوات والإجراءات الواجب اتخاذها للمساعدة في تطوير وتعزيز خدمات ما بعد الولادة وبالشكل الذي يؤدي إلى رفع نسبة الأمهات اللاتي تتم تغطيتهن بخدمات ما بعد الولادة والذي سينعكس بصورة ايجابية على النهوض بواقع الصحة الإنجابية في العراق بما يحقق أهداف الإستراتيجية الوطنية للصحة الإنجابية ورعاية الأم والطفل. يستلزم

النهوض بخدمات الرعاية لما بعد الولادة تطوير ورفع كفاءة الملاكات الطبية والصحية العاملة في هذا المجال وكذلك توعية النساء حول أهمية الرعاية لما بعد الولادة.

9- المضاعفات بعد آخر ولادة

أشارت النتائج شكل (2-24). إلى أن 18,6% من النساء بعمر (15-49) سنة عانين من بعض المضاعفات بعد آخر ولادة في السنوات الخمس السابقة للمسح. و أوضحت النتائج أن الألم في أسفل البطن مع حمى كان من أكثر المضاعفات التي عانت منها النساء في المسح الحالي (11,1%) يليه ألم في أسفل الظهر وحمى (9,1%).

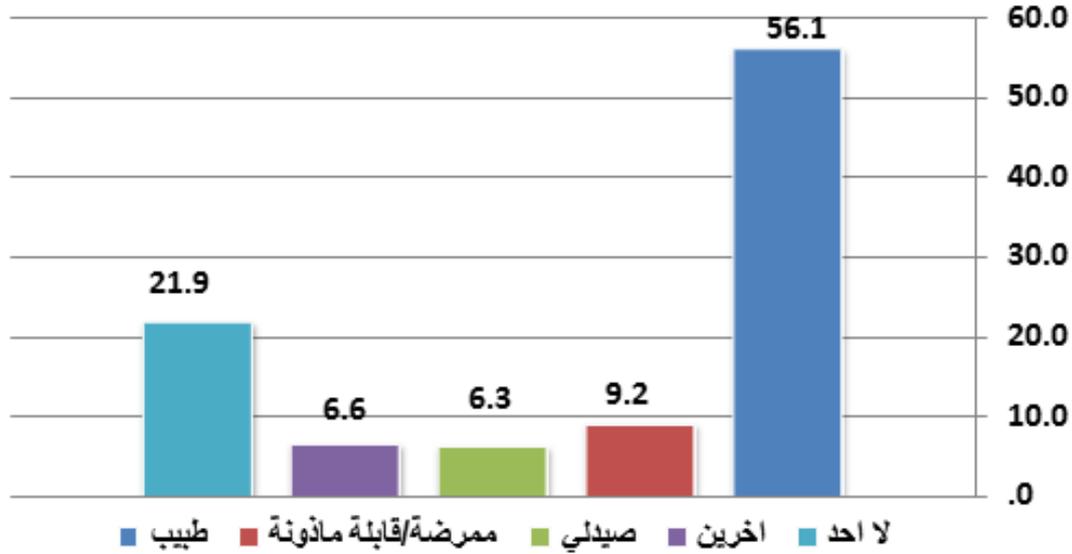
شكل 2-24: نسب الإصابة بالمضاعفات بعد آخر ولادة بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة



من مجموع النساء اللواتي تعرضن إلى مضاعفات ما بعد الولادة، 78,2% منهن طلبن نصيحة أو علاجاً من مصادر متعددة لهذه المضاعفات، بينما أعتد أكثر من نصف النساء (56,1%) على طبيب لعلاج المضاعفات التي تعرضن لها.



شكل 25-2: نسب مقدم خدمة علاج المضاعفات بعد آخر ولادة بين النساء 15-49 اللاتي عانين من المضاعفات بعد آخر ولادة



ولتقويم دور الرعاية لما بعد الولادة في التقليل من نسبة حدوث المضاعفات في وقت النفاس وكذلك عوامل الخطورة للإصابة بهذه المضاعفات يمكن إجراء دراسة موسعة تتناول أنواع المضاعفات ومتى حدثت (خلال 24 ساعة الأولى بعد الولادة، خلال الأسبوع الأول، وما بعدها إلى نهاية الأسابيع الستة بعد الولادة) و ربط هذه المضاعفات مع مكان الولادة (منزل- مؤسسة صحية حكومية-أهلية) ومرافق الولادة، نوع الولادة (طبيعية- قيصرية) وعلاقتها بالمضاعفات خلال الحمل والولادة ونوع الرعاية الصحية المقدمة لعلاج هذه المضاعفات.

لم تتضمن المسوحات السابقة التي أجريت في العراق جانب الرعاية لما بعد الولادة، لذا تمثل النتائج المستخلصة من المسح الحالي نقطة البداية لتقويم هذه الخدمة للوصول إلى التوجهات والخطط اللازمة للنهوض بواقع خدمات الرعاية لما بعد الولادة.

د- الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل و الولادة

نظرا لأهمية خدمة الرعاية لما بعد الحمل لضمان صحة الأم فقد تم إضافة هذا العامل لمقياس الرعاية الجيدة في أثناء الحمل و الولادة علي أن يعرف المقياس الجديد بالرعاية المتكاملة في أثناء الحمل و الولادة. وأظهرت النتائج ان 20,2% فقط من النساء اللاتي أنجبن خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح قد حصلن علي هذه الخدمة. هذا يعني أن من بين 49,5% النساء اللاتي حصلن علي خدمة جيدة في أثناء الحمل و من بين 43,8% حصلن علي خدمة جيدة أثناء الحمل و الولادة أكثر من نصفهن لم يتلقين رعاية ما بعد الولادة.

وهو ما يطرح التساؤل السابق نفسه حول الدافع لهؤلاء النساء إلى اللجوء عدم مراجعة الطبيب بعد الولادة بعد حصولهن علي خدمة جيدة في أثناء حملهن وولادتهن.

**جدول 2-21: نسبة استخدام الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل والولادة
الحمل بين النساء(15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات
السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية**

الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل و الولادة		المتغيرات
P	%	
الفئة العمرية		
0.358	19.3	24-15
	21.0	34-25
	19.7	+35
المستوى التعليمي		
0.001>	15.9	أمية
	20.6	ابتدائية
	20.4	متوسطة
	23.9	إعدادية / دبلوم
	37.0	عالي
ترتيب الولادة		
0.001>	28.1	1
	20.5	3-2
	16.5	+4
مكان الإقامة		
0.001>	17.8	ريف
	21.3	حضر

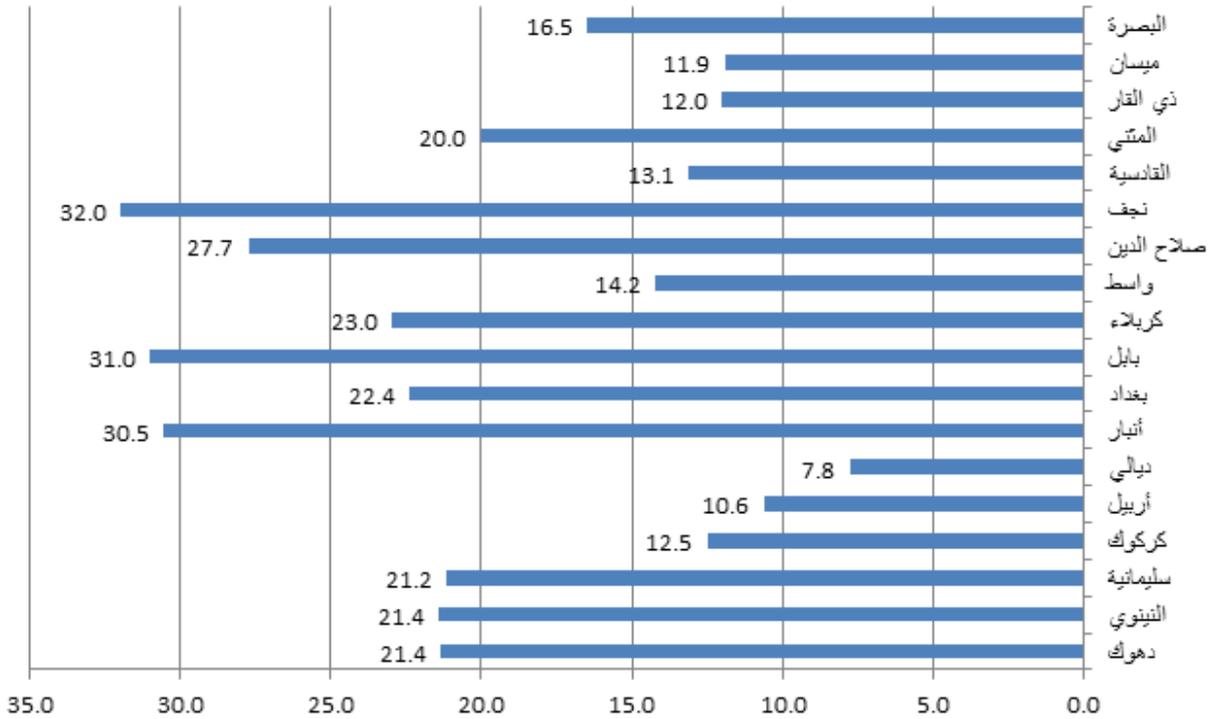
1- التباينات في الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل و الولادة:

أظهرت النتائج أن الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل والولادة عدم معنوية العلاقة بالعمر علي الرغم من تزايدها بين النساء في فئة العمر الوسطي (25-34) لتصل إلي 21% وتقل بين صغار وكبار السن من النساء لتبلغ 19,3% و 19,7% علي التوالي. كما اتضح وجود علاقة وثيقة ومعنوية إحصائياً بين المستوى التعليمي و استخدام هذه الخدمة حيث سجلت النساء ذوات التعليم العالي نسبة استخدام يصل إلي 37,0% مقارنة بـ 15,9% للنساء غير المتعلّقات. وكان لترتيب المولود أيضاً علاقة وثيقة باستخدام هذه الخدمة وكانت النساء اللاتي ولدن مولودهن من الترتيب الرابع فأكثر أقل استخداماً للخدمة بنسبة 42% من النساء ذوات المواليد من الترتيب الأول. كما كانت النساء من سكان المناطق الحضرية (21,3%) أكثر استخداماً لهذه الخدمة مقارنة بالنساء من سكان المناطق الريفية (17,8%).

أما علي مستوى المحافظات، فلو حظ وجود فروقات كبيرة بين المحافظات في نسبة استخدام هذه الخدمة حيث سجلت ديالي أقل استخدام (7,8%) فيما سجلت النجف أعلى مستوى للاستخدام (32,0%) تليها بابل (31,0%) و الأنبار (30,5%).



شكل 2-26: نسب استخدام الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل و الولادة بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات



2- تحليل الإنحدار:

أكد تحليل الإنحدار اللوجستي الثنائي للمتغير التابع «استخدام الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل والولادة» علي الخصائص الديموجرافية والاجتماعية للنساء (جدول 2-22) النتائج السابقة لتوزيع نسب النساء اللاتي استخدمن تلك الرعاية بحسب تلك الخصائص. أوضح التحليل وجود علاقة وثيقة بالعمر وحيث يتزايد احتمالية استخدام هذه الخدمة مع التقدم في العمر بنسبة 33% لفئة العمر (24-34) سنة و 44% لفئة العمر 35 سنة فأكثر. وأوضح تحليل الأنحدار أن النسب الأرجحية استخدام الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل والولادة تتزايد مع الزيادة في المستوي التعليمي حيث تصل احتمالية استخدام تلك الخدمة بين المتعلمات تعليماً عالياً إلي ما يتعدى 2,5 ضعف لنسب النساء اللاتي لم يحصلن علي أي تعليم (OR=2.45). كما أظهرت هذه النسب علاقة عكسية مع ترتيب المولود حيث

نقصت احتمالية استخدام الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل والولادة بحوالي 39% و54% بين المواليد من الترتيب 2-3 والمواليد من الترتيب الرابع فأكثر علي التوالي مقارنة بالمواليد من الترتيب الأول (OR=0.61 , OR=0.46 علي التوالي). ولم تختلف نسبة الأرجحية بين ساكنات المناطق الحضرية و ساكنات المناطق الريفية.

جدول 2-22: نتائج الانحدار اللوجيستي الثنائي للمتغير التابع «استخدام الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل والولادة» علي بعض الخصائص الديموغرافية و الاجتماعية للنساء

الرعاية المتكاملة في أثناء الحمل و الولادة			المتغيرات
P	OR	B	
الفئة العمرية			
	1.00		24-15
0.002	1.33	0.288	34-25
0.002	1.44	0.361	+35
المستوى التعليمي			
	1.00		أمية
<0.001	1.35	0.297	ابتدائية
0.04	1.28	0.250	متوسطة
0.002	1.49	0.396	إعدادية / دبلوم
<0.001	2.45	0.896	عالي
ترتيب الولادة			
	1.00		1
<0.001	0.61	- 0.498	3-2
<0.001	0.46	- 0.789	+4
مكان الإقامة			
	1.00		ريف
0.464	1.06	0.057	حضر
<0.001		- 1.396	الثابت



رابعاً - الأمراض المرتبطة بالإنجاب:

رغم أهمية وفيات الأمهات خطورتها إلا أنها تشكل فقط قمة جبل الجليد من حجم العبء المرضي للنساء في المرحلة الإنجابية وتستدعي النظرة الشمولية للصحة دراسة الأحوال المرضية والأعراض التي تشكو منها النساء وتؤثر في حياتهن، لأنها قد تشكل بالنسبة للمجتمع ككل الحجم الأكبر من سنوات العمر المفقودة بسبب اعتلال الصحة. وتشمل المراضة الإنجابية تلك المتعلقة بالحمل والولادة والنفاس، فضلا عن الأمراض النسائية المتعلقة بالجهاز التناسلي والعقم. وكذلك بعض الأمراض المرتبطة بالنساء مثل التهابات الجهاز البولي و فقر الدم. فلكل حالة وفاة أم، هناك حوالي 40-60 أماً أخرى تواجه أمراضاً وإصابات خطيرة تتعلق بالولادة فقد أشار تقرير الصحة العالمي 2005 أن هناك أكثر من 300 مليون امرأة في الدول النامية يعانين من الأمراض والآثار الحادة والمزمنة المتأتية من الحمل والولادة³⁴. تحتاج النساء الناجيات من المضاعفات الخطيرة المهددة للحياة، في الأغلب إلى وقت طويل للتعافي وللشفاء من هذه المضاعفات وربما يواجهن متاعب وتبعات جسدية ونفسية واجتماعية وحتى اقتصادية. إن الصحة العليلة المزمنة للأم تنعكس سلباً على الأطفال الذين يعتمدون عليها في الطعام والرعاية والدعم العاطفي وتعرضهم إلى أخطار كبيرة ومتعددة.

تشمل الأسباب الرئيسية لمرضاة الأمهات: ناسور الولادة وبقية الإصابات الناجمة عن الولادة، وفقر الدم الشديد، والعقم، وتضرر هيكل الحوض، والالتهابات المزمنة، والكآبة وضعف الإنتاجية، وهذه المشاكل الصحية تؤدي تباعاً إلى مشاكل أخرى مثل: المشاكل الزوجية، وتفكك الأسرة، والعزلة الاجتماعية، والانتحار، وكلفة الرعاية الطبية، وضعف العمل والإنتاج وفقدان العمل⁴². تعد بيانات المراضة من البيانات التي يصعب الحصول عليها حيث لا يتم تسجيلها في السجلات الرسمية وإذا توفرت في سجلات المستشفيات فإنها في الأغلب تكون غير دقيقة، فضلا عن عدم تمثيل المترددات على المستشفيات لمجموع النساء في المجتمع.

شمل المسح الحالي، ضمن استمارة الاستبيان الخاصة بالنساء بعمر (15-49) سنة (اللاتي ولدن آخر مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح) عدة أسئلة حول الأمراض المرتبطة بالحمل والولادة أهمها: هطول الرحم وسلس البول (مشكلة عدم التحكم في الإدرا) ⁴³.

أ- هطول الرحم

هي الحالة الناشئة عن ضعف بنية الهيكل الساند للحوض من العضلات والأنسجة الرابطة والتي تجعل الرحم يهبط أو يصبح حتى خارج المهبل وعادة ما تسوء الحالة عند المشي والحركة لذلك تصبح حركة المرأة مقيدة أو محددة، ومن الممكن ان يصبح أداء الأعمال البيئية الروتينية من الأمور الصعبة جدا وحتى المستحيلة فضلا عن آثارها في العلاقة الزوجية. وهذه الحالة غالبا ما تكون مصحوبة بألم مزمن في الظهر وعدم التحكم في الإدرار. و تعاني كثير من النساء اللواتي يعانين من هذه الحالة من هجر أزواجهن وينتهين الى عزلة اجتماعية تفرض عليهن من المجتمع المحيط بهن. وهناك كثير من مسببات إصابة المرأة بهطول الرحم منها الولادة الطويلة العسرة، والولادات المتكررة والمتقاربة، وضعف الرعاية خلال الولادة، والولادة على يد مرافق ولادة غير مؤهل، والولادة بالملقط، كل هذه العوامل فضلا عن عوامل أخرى مثل سوء التغذية خلال الحمل، والعمل البدني الشاق خلال الحمل وما بعد الولادة، والإجهاد غير الآمن، وتقدم العمر، وانقطاع الطمث، والوزن الزائد، والإمساك المزمن، والسعال المزمن والتدخين.^{44,45}

واشتمل المسح علي سؤال فيما إذا كان النساء يشعرن بثقل أسفل البطن أو يشعرن بان رحمهن سيخرج، و اظهرت النتائج أن 18,4% من النساء يشعرن بهذه الأعراض. لا تتوفر بيانات من دراسات أو مسوحات سابقة في العراق عن نسبة انتشار هذه المشكلة الصحية كما اتضح من مراجعة الدراسات العالمية أن الدراسات العالمية ذات الصلة بالموضوع قليلة ومعظمها تتناول هذه المشكلة لدى النساء بعمر (50-79) سنة. و بينت إحدى هذه الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة أن نسبة هطول الرحم لدى النساء بعمر (50-79) سنة تبلغ 14,2%⁴³. أما في النيبال فتشير نتائج كثير من الدراسات 46,47 الى أن هطول الرحم يمثل مشكلة واسعة الانتشار بين النساء إذ أن نسبة هطول الرحم بين النساء في سن الإنجاب (15-49) سنة تتعدى 10% وترتفع لتبلغ 24% لدى النساء بعمر 45-49 سنة.

تعد النسبة المسجلة في المسح الحالي مرتفعة جدا وبشكل يثير الكثير من الأسئلة حول مدى دقة هذه البيانات، من الممكن أن تكون هذه النسبة نتيجة عدم فهم النساء للسؤال المطروح بصورة صحيحة أو مبالغة بعض النساء في وصف الأعراض التي يعانين منها مما أدى إلى هذه النسبة المرتفعة، لذا أصبح من الضروري إجراء مراجعة دقيقة لسجلات المريضات اللواتي ادخلن المستشفى / قسم النسائية لإصابتهن بهطول الرحم وحاجتهن لإجراء تدخل جراحي فضلا عن إمكانية إجراء دراسة للتعرف على نسبة النساء المراجعات للعيادة الاستشارية للأمراض النسائية بسبب أعراض تدل على هطول الرحم ومقارنة هذه البيانات مع نتائج المسح الحالي لمعرفة الحجم الحقيقي لهذه المشكلة فضلا عن التحري عن عوامل خطورة الإصابة بهذه المشكلة ومقارنة نسبة الإصابة بين النساء في سن الإنجاب مع نسبتها للنساء من الفئة العمرية الكبيرة 45-49 وكذلك 50-79 سنة .

البيانات في الإصابة بهطول الرحم: أوضحت النتائج وجود علاقة وثيقة ومعنوية إحصائيا بين الإصابة بهطول الرحم والخصائص



الديموجرافية والاجتماعية للنساء (جدول 2-23). وتبين أن نسبة النساء اللاتي يشعرن بثقل أسفل البطن ترتفع مع تقدم العمر حيث أقر 20,6% من النساء للفئة العمرية (+35) بهذا الشعور مقارنة 17,1% بين النساء للفئة العمرية (15-24 سنة). تشير الدراسات السابقة إلى أن نسبة الإصابة تزيد بتقدم العمر، لا يؤثر العمر عند ولادة الطفل الأول في نسبة الإصابة بهطول الرحم، بل تتأثر بالعمر عند ولادة الطفل الأخير.^{44, 45}

جدول 2-23: نسبة الإصابة بهطول الرحم بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة على المسح بحسب

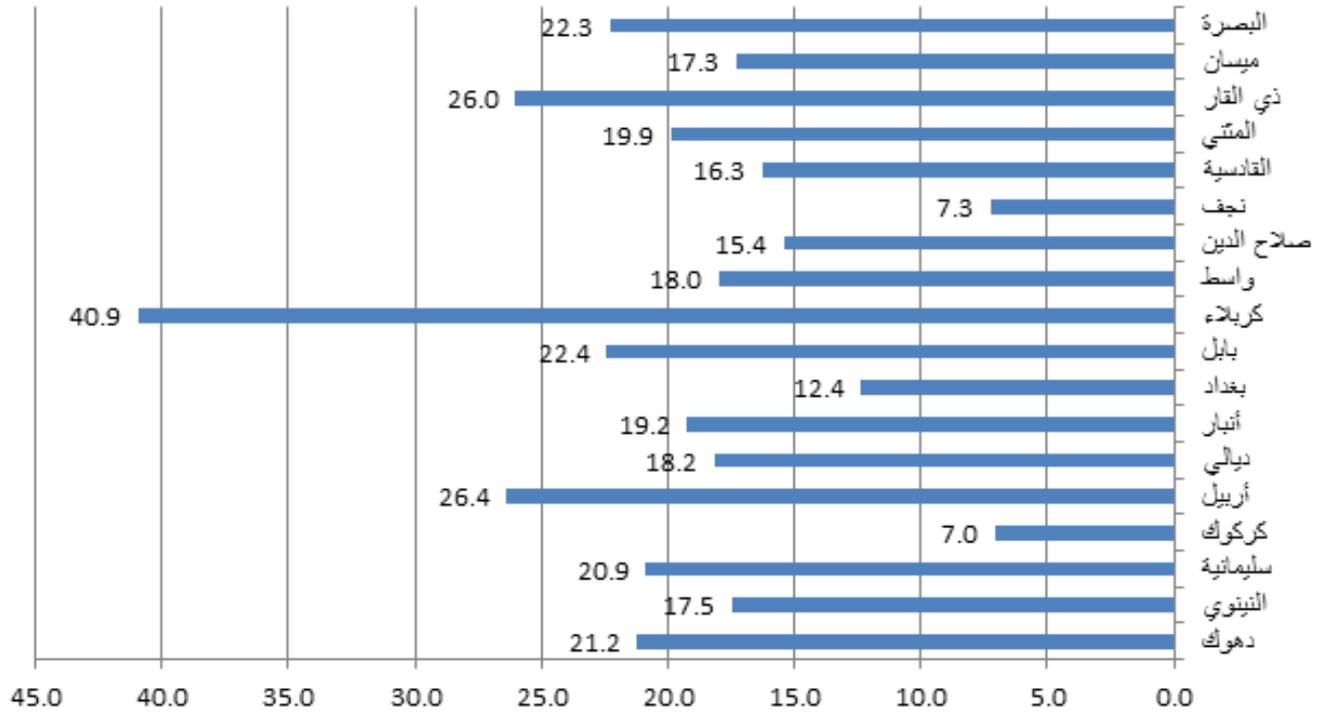
بعض الخصائص الديموجرافية والاجتماعية

هطول الرحم		المتغيرات
الفئة العمرية		
0.001>	17.1	24-15
	17.7	34-25
	20.6	+35
المستوى التعليمي		
0.049	19.9	أمية
	18.9	ابتدائية
	17.2	متوسطة
	13.9	إعدادية / دبلوم
	14	عالي
ترتيب الولادة		
0.003	14.8	1
	16	3-2
	22	+4
مكان الإقامة		
0.001>	19.4	ريف
	17.9	حضر

كما عكست النتائج وجود علاقة وثيقة بين الإصابة بهطول الرحم والمستوى التعليمي إذ أن 19,9% من النساء غير المتعلّمات يعانين من أعراض تدل على هطول الرحم وتنخفض هذه النسبة بارتفاع مستوى التعليم، وهذه النتيجة توافقت مع دراسات أخرى أشارت إلى أن التعليم يلعب دوراً مؤثراً في نسبة حدوث هطول الرحم^{43,44,45}، أو وضحت هذه الدراسات أن النساء غير المتعلّمات غالباً ما يلدن في المنزل بمساعدة مرافق ولادة غير مؤهل وكذلك عدد الولادات للنساء غير المتعلّمات تكون أكثر مقارنة مع النساء المتعلّمات وهذه العوامل هي جزء من عوامل خطورة الإصابة بهطول الرحم. كذلك فإن 22% من النساء اللاتي ولدن أربعة مواليد أو أكثر ذكرن إصابتهن بأعراض هطول الرحم، مقارنة مع 14,8% من النساء اللاتي ولدن مولوداً واحداً.

وأشارت النتائج إلى أنه لا يوجد فرق معنوي بين نسبة النساء اللاتي لديهن أعراض تدل على هطول الرحم في المناطق الريفية عنها في المناطق الحضرية، و أظهرت النتائج وجود اختلافات في التوزيع النسبي للنساء المصابات بأعراض تدل على هطول الرحم بحسب المحافظات حيث تراوحت هذه النسبة بين 7% لكركوك إلى 40,9% في كربلاء والتي تليها أربيل بنسبة 26,4%. إن هذه النتائج تدعو إلى الكثير من التساؤلات والتي تحتاج إلى إجابات من وزارة الصحة حول هذه المشكلة الصحية لغرض وضع الحلول اللازمة للتعامل معها.

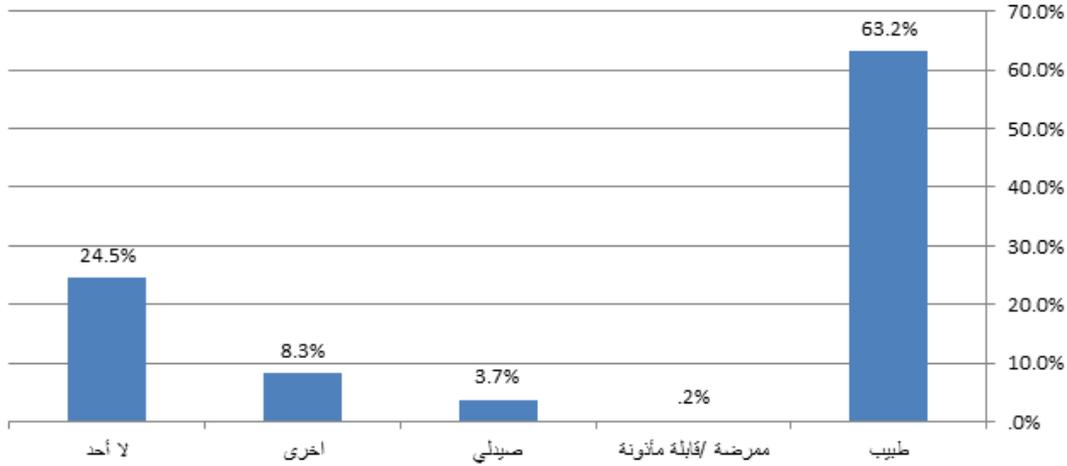
شكل 27-2: نسبة الإصابة بهطول الرحم بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات



ومن بين النساء اللاتي أصبن بأعراض تدل على هطول الرحم، 24,5% لم يطلبن أي استشارة أو نصيحة لعلاج هذه الأعراض مقابل 63,2% منهن استشرن الطبيب لعلاج هذه الأعراض.



شكل 2-28: التوزيع النسبي للنساء المصابات بأعراض هطول الرحم حسب طلب الرعاية الصحية



ب- سلس البول (عدم التحكم في الإدرار)

يعرف سلس البول بعدم القدرة على التحكم في البول مما يؤدي إلى تسرب البول لا إراديا، وتختلف حدة سلس البول من تسرب بسيط للبول عند السعال إلى فقدان القدرة الكلي على التحكم بالبول.

يشكل الحمل والولادة عبئا على عضلات المثانة والحوض مما يضعفها وقد يؤثر في الصمام الذي يتحكم بنزول البول، من الممكن ان تحدث هذه الحالة لدى بعض السيدات بعد أول ولادة ولكنها في الغالب وحسب اخر الدراسات تكون نسبة حدوثها اكبر بعد الولادة الثانية، علما بان هناك بعض السيدات يلدن أكثر من ست مرات ولا يحدث لديهن اي مشكلة ويعود السبب في ذلك إلى أسباب وراثية، طبيعة الجينات، وطبيعة البشرة ولونها. كما ان ضعف العضلة العاصرة لمجرى البول (عضلة المثانة) قد يحدث نتيجة الالتهابات المزمنة للمثانة أو نتيجة السعال المزمن أو السمنة، وعملية رفع الرحم، أو الاضطرابات في الهرمونات كما يحدث عند النساء اللاتي تجاوزن سن الإنجاب^{48,49}. نسبة كبيرة من النساء اللواتي يعانين من سلس البول تأثرت حياتهن اليومية بشكل كبير، وحتى تحولت لدى البعض منهن إلى نوع من العذاب الجسدي والنفسي.

يعد سلس البول من أكثر المشاكل الطبية شيوعا وليس خطيرة، حيث تبلغ نسبة السيدات المصابات به 30% حول العالم. ففي كل عشر سيدات توجد ثلاث مصابات بسلس البول في الفئة العمرية 42-50 سنة وتزيد النسبة لتصل إلى 50% لدى السيدات اللاتي أعمارهن تفوق الستين عاما⁴⁸. تبلغ نسبة انتشار سلس البول في الولايات المتحدة ما بين 30-50% من النساء في مختلف الأعمار. ثلث النساء بعد سن الأربعين مصابات بسلس البول وخاصة في النساء اللواتي مررن بتجربة الولادة عدة مرات أو تعرضن لولادات عسرة. وتمتنع معظم السيدات عن زيارة الطبيب لأسباب منها الخجل والاعتقاد انه حالة طبيعية مع تقدم السن أو نتيجة الولادات المتكررة أو بلوغهن سن انقطاع الطمث أو الاعتقاد انه مرض ليس له علاج أو أن علاجه يتطلب جراحة معقدة⁴⁹.

بينت نتائج المسح الحالي أن (10,5%) من النساء بعمر (15-49) سنة اللواتي شملهن المسح يعانين من مشاكل في التحكم بالإدرار. لا توجد أرقام من دراسات سابقة في العراق لمقارنة النتائج وتشير نتائج من دراسات عالمية الى أن نسبة الإصابة تبلغ حوالي 30% .

التباينات في الإصابة بسلس البول (عدم التحكم في الإدرار): تشير النتائج إلى وجود علاقة وثيقة بين العمر ونسبة الإصابة. إذ يمثل العمر احد عوامل خطورة الإصابة بهذه المشكلة^{47,48}. و يوضح جدول 2-24 ان نسبة التعرض للمشاكل في التحكم في الإدرار تقل بارتفاع مستوى التعليم للمرأة. حيث اقرت 12,5% من النساء غير المتعلقات لديهن هذه المشكلة مقارنة مع 5,6% بين النساء ذوات التعليم العالي.

جدول 2-24: نسبة الإصابة بسلس البول (عدم التحكم في الإدرار) بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب بعض الخصائص الديموغرافية والاجتماعية

سلس البول		المتغيرات
الفئة العمرية		
0.015	9.4	24-15
	10.2	34-25
	11.9	+35
المستوى التعليمي		
0.049	12.5	أمية
	10.1	ابتدائية
	11.2	متوسطة
	6.1	إعدادية / دبلوم
	5.6	عالي
ترتيب الولادة		
0.003	9.8	1
	8.8	3-2
	12.5	+4
مكان الإقامة		
0.001>	13	ريف
	9.4	حضر

الولادات المتكررة للمرأة تشكل عبئاً على عضلات المثانة لذا تصبح مشكلة التحكم بالإدرار أكثر انتشاراً بين النساء اللواتي ولدن أكثر من ثلاث مرات (47). وبينت النتائج أن 12,5% من النساء اللواتي ولدن أربع ولادات فأكثر يعانين من مشكلة في التحكم في الإدرار مقارنة بالنساء اللواتي ولدن 2-3 أطفال (8,8%) أو ولدن مرة واحدة (9,8%). كما زادت الإصابة بمشكلة التحكم في الأدرار في المناطق الريفية حيث أقرت 13% من النساء في المناطق الريفية معاناتهن من مشاكل في التحكم بالإدرار مقابل 9,4% النساء من سكان المناطق الحضرية.

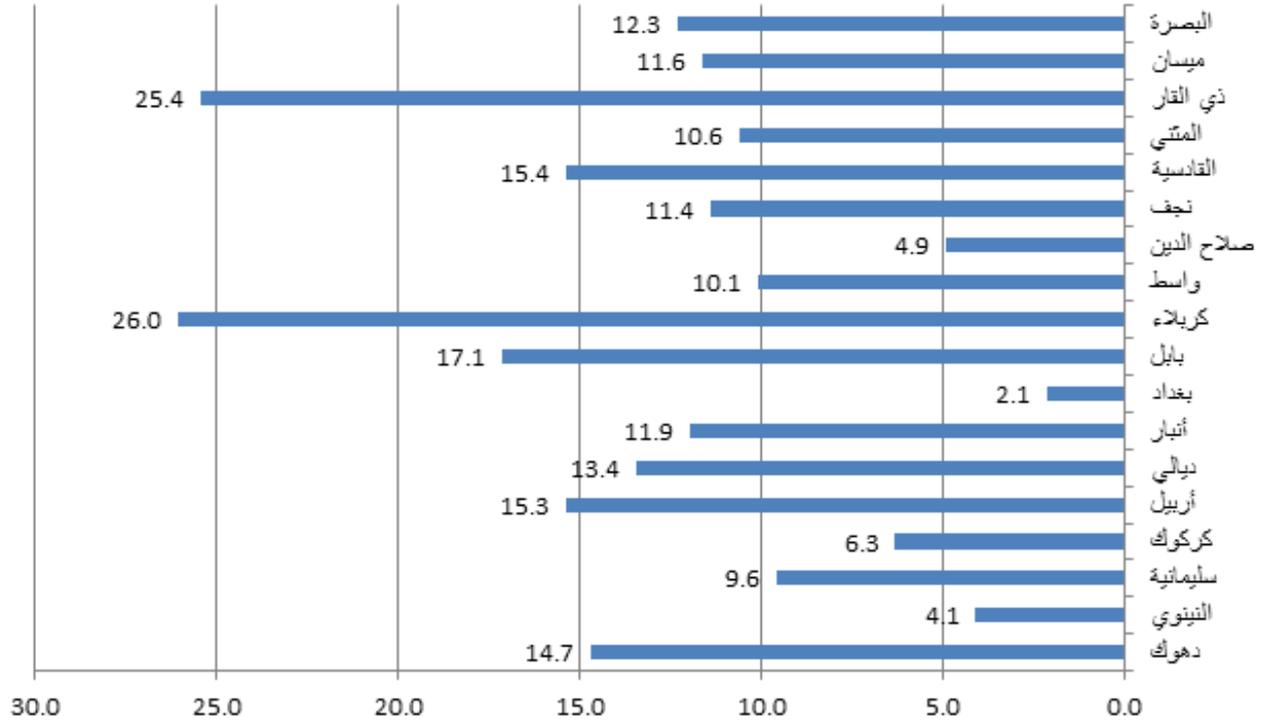
وتظهر النتائج كذلك أن أعلى نسبة للإصابة بسلس البول كانت في كربلاء (26%) وهذه النسبة أتت متوافقة مع نسبة الإصابة بهطول الرحم والذي غالباً ما يتوافق مع حدوث مشكلة في التحكم في الإدرار، أما أقل نسبة فقد جاءت من بغداد (2,1%). وكما أظهرت النتائج السابقة وجود فروقات واضحة في نسبة الإصابة بهطول الرحم بين المحافظات، كذلك أظهرت النتائج مثل هذه الفروقات في نسب الإصابة بمشكلة التحكم في الإدرار.

بينت النتائج أن 57,1% من النساء اللاتي يعانين من مشاكل في التحكم في الإدرار طلبن المساعدة لعلاج هذه المشكلة، منهن 49,3% استشرن طبيباً بخصوص هذه الأعراض. فيما



تشير نتائج دراسات عالمية الى أن نسبة النساء اللاتي يطلبن الاستشارة الطبية بخصوص هذه المشكلة تختلف باختلاف العمر، أوضحت إحدى الدراسات أن نسبة الإصابة بهذه المشكلة للنساء بعمر 42-50 سنة تبلغ 30,7% وان 25,5% منهن طلبن المساعدة الطبية، أما النساء بعمر 50-70 سنة فكانت نسبة الإصابة حوالي النصف (49%) ، فقط 13% منهن طلبن رعاية طبية⁴⁸.

شكل 2-29: نسب الإصابة بمشكلة سلس البول (التحكم في الإدرار) بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات

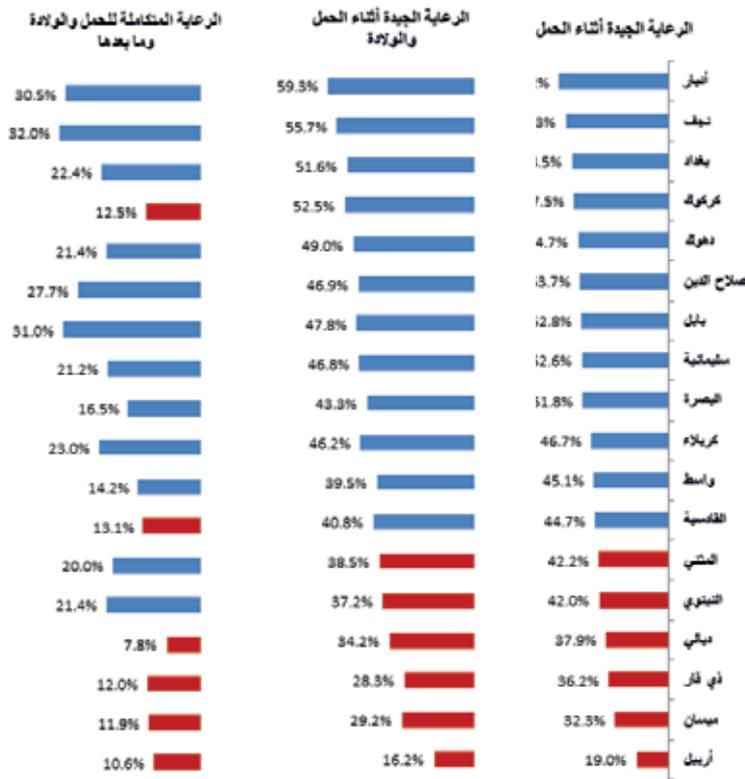


إن المشاكل والأمراض الناجمة عن الحمل والولادة مثل هطول الرحم ومشكلة التحكم بالإدرار لم تحظ بالاهتمام في السابق لذلك نفتقر إلى الإحصائيات اللازمة لوضع الأطر العامة للتعامل معها، من الممكن الاستفادة من خدمات سن الأمان والتي تقتصر حالياً على الجانب العلاجي في تقديم النصح والمشورة والتثقيف الصحي للنساء حول هذه المشاكل فضلاً عن توعية المجتمع ولفت انتباه النساء في نهاية السن الإنجابي إلى هذه المشاكل الشائعة وكونها حالات مرضية تستدعي طلب المساعدة والمشورة الطبية وليست جزءاً طبيعياً من التغيرات المرافقة للتقدم في العمر، لذا يفترض تدريب الملاكات الطبية والصحية العاملة في مجال الصحة الإنجابية على تقديم الخدمات المناسبة للتعامل مع هذه المشاكل الصحية من التشخيص والعلاج وكذلك تقديم التوعية والتثقيف الصحي اللازم.

ج- التباينات في خدمات الصحة الإنجابية بين المحافظات:

في سبيل الإعداد الجيد لوضع خطط و استراتيجيات واقعية لخدمات صحة الأمهات الإنجابية كان من الأهمية بمكان أن ندرس التباينات بين المحافظات في العراق بناء علي الثلاثة مقاييس التي تم حسابها في الدراسة الحالية وبناء علي هذا يتم تحديد أهم المحافظات التي تقل بها نسب استخدام الرعاية الجيدة لصحة الأم سواء في وقت الحمل أو الولادة أو ما بعد الولادة.

شكل 2-30: التباينات في استخدام خدمات صحة الأمهات بين النساء (15-49) اللاتي ولدن مولوداً حياً خلال الخمس سنوات السابقة علي المسح بحسب المحافظات



و قد اظهر ترتيب المحافظات بناء علي تلك المقاييس أن محافظات الأنبار والنجف هما أعلى محافظتين في خدمة الرعاية في أثناء الحمل والولادة أما محافظتا النجف وبابل فهما من أعلى المحافظات في خدمات الرعاية المتكاملة للحمل والولادة. وعلي الجانب الأخر سجلت محافظات أربيل وميسان وذي قار أقل نسب استخدام الرعاية الجيدة في أثناء الحمل والولادة وانضمت لهم ديالى عند تقويم استخدام الخدمات المتكاملة للرعاية في أثناء الحمل والولادة.

خامساً - الاستنتاجات

إن العراق قد نجح في تحقيق إحدى الخطوات المهمة اللازمة للوصول إلى تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية من خلال التحسن النسبي في أوجه استخدام خدمات رعاية الأمهات كافة مقارنة بالمسوح السابقة. لكن التحليل المعمق قد أظهر بعض أوجه القصور في هذه الرعاية يمكن تلخيصها بما يأتي:

أ- الرعاية في أثناء الحمل:

- في حين أن تغطية استخدام أي الرعاية في أثناء الحمل لتصل (89,1%) أوضح التحليل المعمق
- انخفاض مستويات الرعاية المنتظمة (أربع زيارات فأكثر) بين النساء (63.8%)
- انخفاض مستويات بدء الرعاية في الثلاثة شهور الأولى (69%)
- اعتماد النساء بصورة أكبر على القطاع الصحي الخاص (55.7%) لتلقي تلك الرعاية مقارنة بالقطاع الحكومي (44.3%)
- تحمل الأطباء العبء الأكبر لتقديم هذه الخدمة (97.2%) مقارنة بأي من مقدمي الخدمة الآخرين.
- تدني نسب التغطية للفحوصات الأساسية المقدمة من خلال الرعاية في أثناء الحمل والتي كانت أعلى نسبة تغطية لقياس ضغط الدم بنسبة (79.2%).
- ضعف المعلومات الأسترشادية والتثقيفية المقدمة من خلال تلك الرعاية و كان اعلي نسبة تغطية للمعلومات حول التغذية المتوازنة (51.2%).
- وجود علاقة وثيقة بين تلقي تلك الخدمة و الإصابة بالمضاعفات في أثناء الحمل مما يدل علي أن معظم النساء يلجأن إلي هذا النوع من الرعاية عند إصابتهن بالمضاعفات وليس كإجراء للوقاية قبل حدوث تلك المضاعفات.
- وصلت نسبة التغطية الجيدة للرعاية في أثناء الحمل (أربع زيارات تبدأ خلال الثلاثة شهور الأولى و تتم علي يد طبيب) 49.5% أي أن 50% من نساء العراق محرومات من هذه الخدمة في أثناء حملهن.

ب- الرعاية في أثناء الولادة:

- في حين أن الولادة في مؤسسة صحية (80,4%) وبمساعدة كادر صحي مؤهل ومدرب (90,2%) كان السمة المشتركة لمعظم الولادات في السنوات الخمس السابقة للمسح أوضح التحليل المعمق
- أنه لا يزال 19.6% من النساء يلدن في المنزل وبرر غالبية هؤلاء النساء (65%) تفضيلهن للولادة بالمنزل «أنه افضل»
- وصلت نسبة التغطية الجيدة للرعاية في أثناء الحمل و الولادة (أربع زيارات تبدأ خلال الثلاثة شهور الأولى وتتم علي يد طبيب والولادة على يد كادر مؤهل) 43.8% أي أن 5.7% ممن نساء العراق اللاتي تلقين رعاية جيدة في أثناء الحمل ولدن علي أيدي كادر غير مؤهل طبياً.
- ارتفاع نسبة الولادات بعملية قيصرية (21.9%) في الدراسة بما يفوق الحدود المقبولة (>15%)



ج- الرعاية ما بعد الولادة

- تدنت مستويات استخدام رعاية ما بعد الولادة بين العراقيات (38%) وأوضح التحليل المعمق
- كان القطاع الخاص هو أكثر القطاعات الصحية مصدراً للرعاية بعد الولادة (65.1%).
 - عدم الأحساس بأي متاعب بعد الولادة كان السبب الرئيس (75.4%) لعدم تلقي خدمة الرعاية بعد الولادة.
 - وصلت نسبة التغطية المتكاملة للرعاية في أثناء الحمل و الولادة (أربع زيارات تبدأ خلال الثلاثة شهور الأولي و تتم علي يد طبيب و الولادة علي يد كادر مؤهل و تلقي رعاية ما بعد الولادة) 20.2 % أي أن 23.6 % ممن نساء العراق اللاتي تلقين رعاية جيدة في أثناء الحمل و الولادة لم يتلقين أي رعاية بعد الولادة.

د- المراضة

رغم أن البيانات المبنية على إجابات النساء فيما يتعلق بالمضاعفات في أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة ومراضة الأمهات المتعلقة بالإنباب لا تعطي تقديرات دقيقة للمراضة كونها تعتمد على إجابات النساء حصراً فإنها مفيدة لإلقاء الضوء على العبء الإجمالي وسلوك النساء المتعلق بطلب الرعاية الصحية لهذه المضاعفات والأمراض.

هـ- عدم العدالة و التباينات في تلقي خدمات الأمهات

- بصورة عامة أوضح التحليل المعمق وجود تباينات في مستويات استخدام خدمات رعاية الأمهات بحسب الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للنساء.
- هناك فجوة في معارف النساء حول الأحمال ذات الخطورة والتي تستدعي عناية أكثر مثل النساء في سن 35 سنة فأكثر و ذوات الحمل الرابع فما فوق والتي أظهرت الدراسة بأنهن اقل الفئات استخداماً لخدمات رعاية الأمهات.
 - ارتفعت نسبة استخدام خدمات الرعاية في أثناء الحمل والولادة بين المتعلمات مقارنة بغير المتعلمات.
 - زادت نسبة الاستفادة من خدمات رعاية الأمهات في المناطق الحضرية عنها في المناطق الريفية.
 - يوجد تفاوت واضح بين المحافظات في خدماتها الصحية من الجوانب كافة ولأسباب مختلفة تشمل حتى الظروف الاجتماعية والأمنية في كل محافظة.

سادساً - التحديات والسياسات وخيارات التدخل

التحدي الاول- التباين في مستويات استخدام خدمات رعاية الامهات

أظهرت نتائج التحليل المعمق ان هناك فجوة في معارف النساء حول الاحمال ذات الخطورة والتي تستدعي عناية أكثر ولاسيما النساء في سن 35 سنة فأكثر وذوات الحمل الرابع فما فوق والتي أظهرت الدراسة بانهن أقل الفئات استخداماً لخدمات رعاية الامهات. كما أظهرت النتائج تباين في مستوى خدمات رعاية الامهات المقدمة في المناطق الحضرية عنها في المناطق الريفية وكذلك تباينات مابين المحافظات والتي اختلفت درجتها حسب الظروف الاجتماعية والامنية في كل محافظة.

السياسات:

1. وضع سياسات صحية تنظم العمل في القطاعين العام والخاص ليكمل أحدهما الآخر ويضمن تطوير القطاعين لتقديم خدمات رعاية للامهات ذات جودة عالية وبأسعار مناسبة.
2. وضع سياسات صحية واجتماعية تتعامل مع الفروق الواضحة في استخدام خدمات صحة الامهات بناءً على العمر وترتيب المولود والحالة التعليمية للامهات.
3. تبني سياسات تمكينية تدعم استكمال الفتيات لتعليمهن والحد من ظاهرة الزواج المبكر دون الثامنة عشر الذي يساهم في ارتفاع معدلات التسرب من التعليم وزيادة اعداد المواليد والحمل في سنوات عمرية متقدمة.

خيارات التدخل

1. قيام وزارة الصحة بالتعاون مع وزارة التخطيط بمراجعة دقيقة وشاملة لتقويم خدمات رعاية الامهات في المناطق الريفية وفي المحافظات للوقوف على الاسباب التي ادت الى الفروقات بين الريف والحضر وكافة المحافظات في تقديم خدمات رعاية الامهات.
2. اعادة توزيع تخصيصات استثمارات وزارة الصحة وفقاً لمبدأ الانصاف المستدام.
3. اشراك جميع الاطراف المعنية من المنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية والهيئات الصحية والمهنية فضلا عن الوزارات المعنية وبالتعاون مع وزارة الصحة لدعم وتطوير الخدمات الصحية للامهات وزيادة الوعي المجتمعي بمفهوم الامومة الآمنة.



التحدي الثاني- تعثر خدمات الرعاية أثناء الحمل

على الرغم من ان العراق قد نجح في تحقيق إحدى الخطوات المهمة واللازمة للوصول الى الاهداف الانمائية للألفية في مجال استخدام خدمات رعاية الامهات، لكن التحليل المعمق أظهر بعض أوجه القصور في تغطية استخدام أي الرعاية أثناء الحمل لتصل الى 89,1% وانخفاض مستويات الرعاية المنتظمة (أربع زيارات فأكثر) بين النساء 63,8% وانخفاض مستويات بدء الرعاية في الثلاثة شهور الاولى 69% فضلا عن تدني نسبة التغطية للفحوصات الاساسية المقدمة من خلال الرعاية أثناء الحمل حيث كانت أعلى نسبة تغطية لقياس ضغط الدم 79,2% وضعف المعلومات الاسترشادية والتثقيفية المقدمة من خلال تلك الرعاية وكان أعلى نسبة تغطية للمعلومات حول التغذية المتوازنة 51,2%.

السياسات

1. تحقيق مبدأ التكامل ما بين السياسة الصحية والعوامل المجتمعية والديموغرافية والتركيبة الاجتماعية والعوامل البيئية من أجل ضمان فاعلية طلب واستخدام خدمات الرعاية الصحية من قبل الامهات.
2. رفع مستوى الالتزام السياسي بمضمون الاستراتيجية الوطنية للصحة الانجابية ورعاية الام والطفل مع وضع خطة عمل للعوام 2013-2017.
3. تبني معايير دولية ذات جودة عالية تستند اليها خطوات تطوير خدمات الرعاية الصحية الاولى بما يحقق ارتفاعا في مستوى تقديم تلك الخدمات.

خيارات التدخل

1. اعادة هيكلة النظام الصحي لتكون الرعاية الصحية الاولى الركيزة الاساسية في تقديم الخدمات الصحية لتتكامل مع كافة مستويات تقديم الخدمة.
2. تدريب الملاكات الصحية والتمريضية ووضع توصيف وظيفي لهذه الملاكات بما يمكنها من تقديم خدمات صحية للنساء الحوامل بجودة نوعية عالية.
3. زيادة الوعي المجتمعي بمفهوم الامومة الآمنة ولاسيما بين الفئات المجتمعية المهمشة.
4. تبني برنامج موحد للصحة الانجابية يعمم على كافة المراكز المسؤولة على تقديم خدمات الرعاية في أثناء الحمل وبعد الولادة مع وضع اليات مناسبة للمتابعة والتقويم.

التحدي الثالث: ضعف خدمات الرعاية الصحية اثناء الولادة

استكشفت نتائج التحليل المعمق ان 80,4% من الولادات تمت في مؤسسات صحية وبمساعدة كادر صحي مؤهل ومدرب وبنسبة 90,2%، إلا انه ليزال 19,6% من النساء يلدن في المنزل ووصلت نسبة التغطية الجيدة للرعاية في اثناء الحمل والولادة 43,8%، في حين ارتفعت نسبة الولادات بعملية قيصرية الى 21,9% وهذه النسبة تفوق الحدود المقبولة بنسبة 15%.

السياسات:

1. تبني سياسة تهدف توفير خدمات الرعاية المتكاملة في اثناء الحمل والولادة وما بعدها وبشكل عادل بين النساء ليتناسب مع الزيادة السكانية الحاصلة والتوزيع السكاني وبما يضمن وصول تلك الخدمات الى المناطق الريفية والحضرية كافة.
2. تبني نظام مراجعة وتقويم لبرامج رعاية الامومة المعتمدة وتعزيزها بما يتناسب مع نوع وحجم المشاكل الصحية السائدة للوصول الى الاهداف الانمائية للالفة.
3. تمكين كافة ملاكات وزارة الصحة من اجل الارتقاء بنوعية خدمات الرعاية المقدمة في اثناء الحمل والولادة.

خيارات التدخل:

1. قيام وزارة الصحة وبالتعاون مع المنظمات الدولية ومنظمت المجتمع المدني بتبني «اسلوب القافلة الريفية الصحية المتنقلة»، وبما يضمن تقديم خدمات الرعاية المتكاملة للنساء لتغطي الاقضية والنواحي في المحافظات المستهدفة كافة.
2. قيام وزارة الصحة باعداد دلائل للعمل لضمان الجودة ووضع الشروط والضوابط الخاصة باجراء العمليات القيصرية في المستشفيات الحكومية والاهلية مع اجراء مسح لمعارف وسلوك النساء حول طرق الولادة وعلاقتها بنسبة العمليات القيصرية.
3. قيام الاعلام الصحي باصدار النشرات النصف شهرية والجداريات التي تهتم بتوجيه سلوك النساء حول طرق الولادة السليمة والصحية.



التحدي الرابع: انخفاض مستوى استخدام الرعاية مابعد الولادة

أعلنت نتائج التحليل المعمق ان مستويات استخدام رعاية مابعد الولادة بين العراقيات لم تتجاوز 38% ، وقد فسر انخفاض هذه النسبة الى عدم الاحساس بأي متاعب بعد الولادة وبنسبة 75,4% أما نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية جيدة في أثناء الحمل والولادة ولم يتلقين أية رعاية بعد الولادة فقد بلغت 23,6% مما يولد مضاعفات خطيرة تؤدي بحيات الامهات ، ويعد القطاع الخاص في العراق من أكثر القطاعات الصحية مصدراً للرعاية مابعد الولادة وبنسبة 65,1%.

السياسات:

1. تبني سياسات صحية فاعلة تستهدف امراض مابعد الولادة مع السعي الى تحديد الاليات الخاصة بتنفيذها.
2. دمج الجهود المشتركة مابين القطاعين العام والخاص في مجال تقديم الرعاية مابعد الولادة لتكون تكاملية معززة للنظام الصحي القائم في العراق.
3. سياسة رصد ومراقبة مسؤولة عن متابعة مستوى المراضة والمضاعفات التي تتعرض لها النساء في اثناء الحمل والولادة.

خيارات التدخل:

1. برامج تثقيفية وتوعوية تحذر من المضاعفات والمخاطر المصاحبة للولادة في المنزل وتكون كل من وزارة الصحة والقطاع الخاص والمجتمع المدني مسؤولين عن ترجمتها الى ارض الواقع.
2. قيام وزارة الصحة بتوسيع نطاق تقديمها لخدمات الرعاية مابعد الولادة بدءاً من الفحص العام للأُم الى التغذية السليمة.
3. قيام وزارة الصحة باتخاذ التدابير الوقائية واعطاء المشورة والمساندة حول الرضاعة من الثدي والمباعدة بين الاحمال واختيار الوسيلة الملائمة لتنظيم الاسرة.
4. بناء كوادر صحية مؤهلة تسهم في الحد من المضاعفات التي تصاحب الحمل والولادة ومابعدھا.

1. JAIN A, BRUCE J. A REPRODUCTIVE HEALTH APPROACH TO THE OBJECTIVES AND ASSESSMENT OF FAMILY PLANNING PROGRAMMES. NEW YORK, POPULATION COUNCIL, 1994.
2. PROMOTING A NEW VISION OF MASCULINITY –UNFPA WEB SITE-DOCUMENT, OCTOBER, 1)2002).
3. INTERPRETING REPRODUCTIVE HEALTH : ICPD+ 5 FORM AT THE HAGUE . WORLD HEALTH ORGANIZATION , GENEVA, FEBRUARY , 1999.
4. FAST FACTS ABOUT MATERNAL MORTALITY AND MORBIDITY – UNFPA WEB SITE DOCUMENT (HTTP:// WWW. UNFPA. ORG / GENDER) , OCTOBER, 2)2002).
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION, WORLD HEALTH STATISTICS,2011.
6. الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات, المسح العنقودي متعدد المؤشرات الدورة الثالثة، 2006-2007.
7. التقرير السنوي لوزارة الصحة 2011
8. الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات, هيئة إحصاء إقليم كردستان, مسح صحة الأسرة العراقية, 2006-2007.
9. الجهاز المركزي للإحصاء وتكنولوجيا المعلومات, المسح العنقودي متعدد المؤشرات الدورة الرابعة, 2011.
10. تشخيص وتحليل وضع الصحة الإنجابية فى العراق, 2011.
11. WHO, MORTALITY COUNTRY FACT SHEET, WORLD HEALTH STATISTICS, 2006.
12. WHO, HEALTH SERVICES COVERAGE STATISTICS: ANTENATAL CARE COVERAGE (PERCENTAGE) 2006.
13. WHO. PREGNANCY, CHILDBIRTH, POSTPARTUM AND NEW BORN CARE: A GUIDE FOR ESSENTIAL PRACTICE: 2003. WWW. WHO .INT / REPRODUCTIVE – HEALTH / PUBLICATIONS/ PCPNC.
14. MEKONNEM Y, PATTERNS OF MATERNITY CARE SERVICE UTILIZATION IN SOUTHERN ETHIOPIA: EVIDENCE FROM A COMMUNITY AND FAMILY SURVEY. ETHIOPIAN JOURNAL OF HEALTH DEVELOPMENT, 33-27 :17 ;2003.
15. JATTR, NGN, SAN SEBASTIAN M. FACTORS AFFECTING THE USE OF MATERNAL HEALTH SERVICES IN MADHYA PRADESH STATE OF INDIA: A MULTILEVEL ANALYSIS. INT J EQUITY HEALTH, 66-59 :(1)10 ,2011.
16. OLUFEMI TO, MODINAT OO. DO SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN DETERMINE THEIR PERCEPTION OF ANTENATAL CARE QUALITY? MATERNAL AND CHILD HEALTH JOURNAL, 511-505 :(4)13 ;2009.
17. JIMOH AA. UTILIZATION OF ANTENATAL SERVICES AT THE PROVINCIAL HOSPITAL, MONGOMA, GUINEA EQUATORIA. AFR J REPROD HEALTH, 3 200 54-49 :7



18. KALAIVANI K. PREVALENCE AND CONSEQUENCES OF ANEMIA IN PREGNANCY, *INDIAN J MED RES*, 633-627 :130 ;2001.
19. DEIZEI JE, LEFEVRE ML. URINARY TRACT INFECTIONS DURING PREGNANCY. *AM FAMPHYSICIAN*, 2000Feb72-713 :(3)61 ;1.
20. - MPEMBENI RNM, KILLEWO JZ, LESHABARI MT, MASSAWESN , JAHN ALBRECHT, MUSHID, MWAKIPA H. PATTERN AND DETERMINANTS OF SKILLED CARE DURING DELIVERY IN SOUTHERN TANZANIA : IMPLICATIONS FOR ACHIEVEMENT OF MDG5- TARGETS .*BMC PREGNANCY CHILD BIRTH*,;2007 7:29.
21. YANAGISAWA S,OUM S, WAKAI S. DETERMINANTS OF SKILLED BIRTH ATTENDANCE IN RURAL CAMBODIA. *TROP MED INT HEALTH* .-11:238 ;2006 251.
22. التقرير السنوي لوزارة الصحة، العراق، 2009.
23. WHO MATERNAL MORTALITY IN 2000. ESTIMATES DEVELOPED BY. WHO , UNICEF, UNFPA.
24. UNFPA KEY ACTIONS FOR FURTHER IMPLEMENTATION OF THE PROGRAM OF ACTION OF THE ICPD- ICPD+ 5.[HTTP://WWW.UNFPA.ORG/ ICPD/ ICPD5.HTM](http://www.unfpa.org/icpd/icpd5.htm).2005.
25. ALHABE F, ETAL, CESAREAN SECTION RATES AND MATERNAL AND NEONATAL MORTALITY IN LOW-, MEDIUM-, AND HIGH- INCOME COUNTRIES: AN ECOLOGICAL STUDY. *BIRTH*, 2006Dec; 7-270 :(4)33
26. STANTON CK, ETAL. LEVELS AND TRENDS IN CESAREAN BIRTH IN THE DEVELOPING WORLD. *STUD FAMPLANN*. 2006Mar; 8-41 :(1)37
27. LEONE T, ETAL. COMMUNITY FACTORS AFFECTING RISING CAESAREAN SECTION RATES IN DEVELOPING COUNTRIES: AN ANALYSIS OF SIX COUNTRIES. *SocSci Med*. 2008Oct; 45—1236 :(8)67
28. AB-HEIJAA ,ETAL. EFFECT OF AGE AND PARITY ON PRIMARY CAESAREAN SECTION RATES.*CLINEXPBSTET GYNECOL*. 9-38 :(2-1)25 ;1998
29. HIASATM S. IMPACT OF MATERNAL AGE AND PARITY ON THE CESAREAN SECTION RATE. *JRMS*, JUNE 34-30 :(1)12 ;2005.
30. الصحة الإنجابية وصحة الأم والطفل، الإستراتيجية الوطنية وخطة العمل 2012-2015، وزارة الصحة، جمهورية العراق.
31. SMITH JB, LAKHEY B, THAPA S, RAJBHANADARI S, NEUPANE S. MATERNAL MORBIDITY AMONG WOMEN ADMITTED FOR DELIVERY AT A PUBLIC HOSPITAL IN KATHMANDU. *JNMA J NEPAL MED ASSOC*. 40-119,132-118)34 ;1996
32. CHOWDHURY RL, ISLAM MA, AKHTER HH, CHAKRABORTY N. ANALYSIS OF POSTPARTUM COMPLICATIONS IN RELATION TO SELECTED DELIVERY CHARACTERISTICS IN RURAL BANGALADESH. *JOURNAL OF HEALTH & POPULATION IN DEVELOPING COUNTRIES* 2004. / URL: [HTTP:// WWW.JHPDC.UNC. EDU](http://www.jhpd.unc.edu)
33. WORLD HEALTH ORGANIZATION: REPRODUCTIVE HEALTH PUBLICATIONS (1998). [[HTTP:// WWW. WHO .INT / REPRODUCTIVE -HEALTH / PUBLICATIONS/MSM3-98-/ MSM_1_3_98.HTML](http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm3-98-/msm_1_3_98.html)].
34. WHO. MATERNAL MORTALITY IN 2005: ESTIMATES BY WHO, UNICEF AND UNFPA. GENEVA, 2007

35. BEACKMANN CRB, LING FW, BARZANSKY BM, HERBERT WNP, LAUBE DW, SMITH RP. OBSTETRICS AND GYNECOLOGY .SIXTED.2010 . LIPPINCOTT WILLIAMS &WILKINS . BALTIMORE.
36. REVIANINIA. FACTORS INFLUENCING COMPLICATIONS DURING DELIVERY IN INDONESIA 2007. GRADUATE PROGRAM IN APPLIED POPULATION STUDIES, GEOGRAPHY, POPULATION AND ENVIRONMENT MANAGEMENT, SCHOOL OF THE ENVIRONMENT. THE FLINDERS UNIVERSITY OF SOUTH AUSTRALIA, ADELAIDE , DECEMBER,2010
37. RAHMAN M. THE DETERMINANTS OF USE OF POSTNATAL CARE SERVICES FOR MOTHERS: DOSE DIFFERENTIAL EXISTS BETWEEN URBAN AND RURAL AREAS IN BANGLADESH. THE INTERNET JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY. 1)8 .2010). DOL: 2734/10.558
38. CHAKRA BORTY N, ATAHARUL ISLAM M, CHOWDHURY RI, BARI W. UTILIZATION OF POSTNATAL CARE IN BANGLADESH: EVIDENCE FROM A LONGITUDINAL STUDY. HEALTH SOC CARE COMMUNITY, 2002Nov; 502-492 :(6)10.
39. ALFREDO LF, MTKTM N: POSTPARTUM CARE : LEVELS AND DETERMINANTS IN DEVELOPING COUNTRIES . CALVERTON, MARYLAND, USA, MACRO INTERNATIONAL INC.; 2006.
40. EL-ZANATY F, WAY A: EGYPT DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY 2005, CAIRO, EGYPT: MINISTRY OF HEALTH AND POPULATION, NATIONAL POPULATION COUNCIL, EL-ZANATY AND ASSOCIATES, AND ORC .MACRO; 2006
41. DHAHER E, MIKOLOAJCZYK RT, MAXWELL AE, KRAMER A. FACTORS ASSOCIATED WITH LACK OF POST NATAL CARE AMONG PALESTINIAN WOMEN: A CROSS - SECTIONAL STUDY OF THREE CLINICS IN THE WEST BANK. BMC PREGNANCY AND CHILD BIRTH. 26 :8 ,2008DOI: 26-8-2393 -1471 /10.186.
42. UNFPA - MATERNAL MORBIDITY .WWW. UNFPA .ORG / PUBLIC / MOTHERS/PID/ 43388
43. HENDRIX S ,CLARK A, NYGAARD I, ARAGAKI A, BARNABERIV, McTIERNAN A. PELVIC ORGAN PROLAPSE IN THE WOMEN'S HEALTH INITIATIVE : GRAVITY AND GRAVIDITY . AM J OBSTETGYNECOL .6-1160 :186 ;2002
44. KIM SK,KIM JW, BAI SW. RISK FACTORS FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE. INT J GYNAECOLOBSTET .2007 SEP ; 51-248 : (3)98
45. GAUTAM S, ADHIKARI RK, DONGOLA. ASSOCIATED FACTORS FOR UTERINE PROLAPSE . J NEPAL HEALTH RES COUN, 2012 JAN, 4-1 :(20)10
46. CENTER FOR AGRO- ECOLOGY AND DEVELOPMENT NEPAL UTERINE PROLAPSE STUDY REPORT . AVAILABLE FROM :URL:HTTP://WWWADVOCACY NET. ORG/ MODULES /FCK/UPLOAD / FILE/UPA/ CAEDUTERINE PROLAPSE STUDY REPORT 2008
47. BOOKLET ON UTERINE PROLAPSE. GOVERNMENT OF NEPAL ,MINISRTY OF WOMEN , CHILDREN, AND SOCIAL WELFARE ,UNFPA, APRIL 2007
48. BURGIOKL, MATTHEWS KA, ENGEL BT. PREVALENCE , INCIDENCE AND CORRELATES OF URINARY INCONTINENCE IN HEALTHY- MIDDLE AGED WOMEN . JOURNAL OF UROLOGY.1259-1255 :(5)146 -1991.
49. ROBERTS RO, JACOBSEN SJ, RHODES T, REILLY WT, GIRMAN CJ, TALLY NJ, LIEBENMM. URINARY INCONTINENCE IN A COMMUNITY -BASED COHORT: PREVALENCE AND HEALTH CARE SEEKING. JOURNAL OF AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 472-467 :(4)46 ,1998.



الدعم الفني:



الجامعة الامريكية بالقاهرة



المشروع العربي لصحة الأسرة