



سلسلة الدراسات الصحية والإجتماعية

الفحص الطبي بعد الولادة: محتوى الرعاية المقدمة بعد الولادة والعوامل المرتبطة باستخدام النساء الفلسطينيات لها

إعداد: معهد الصحة العامة والمجتمعية.
جامعة بيرزيت



تموز 2010

حقوق الطبع محفوظة ©



مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق - اليونسكو
عمارة مكة، ط. 2، البالوع، البيرة، الضفة الغربية
السلطة الوطنية الفلسطينية
هاتف: +972(970)-2-242-6468
فاكس: +972(970)-2-242-6469
صفحة إلكترونية: www.pwrdc.ps

تم تأسيس مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق سنة 2005 كأحد مشاريع قطاع العلوم الإنسانية والاجتماعية لمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (اليونسكو). ويعمل المركز وفق قوانين وأنظمة اليونسكو. يستجيب المركز للحاجة الماسة لوجود مؤسسة قادرة على ترسيخ حقوق المرأة والنهوض بها وتفعيل دور النساء الفلسطينيات في الحياة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية.

ملاحظة: المادة المنشورة ليست بالضرورة تعبر عن وجهة نظر المركز/ اليونسكو وإنما تعبر عن وجهة نظر الباحثين وهم المسؤولون بالكامل عن ما ورد بها.

التصميم والإخراج الفني: شركة بيلسان BILSAAN

بدعم من:



THE REPRESENTATIVE OFFICE OF NORWAY
TO THE PALESTINIAN AUTHORITY

تقديم

أنشئ مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق عام 2005 كأحد مشاريع قطاع العلوم الإنسانية والاجتماعية لمنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (اليونسكو) ليكون مصدراً رئيسياً للمعلومات المتعلقة بالمرأة وتعزيز حقوقها. ومنذ بدأ عمله الفعلي عام 2006، عكف المركز على إنتاج البحوث التي تسلط الضوء على واقع المرأة في المجالات الحياتية المختلفة والتحديات التي تواجهها. واقتراح الإجراءات الكفيلة بمواجهة هذه التحديات.

في كل عام يعمد المركز إلى تحديد عدد من المحاور لإجراء البحوث. من هذا المنطلق نفذ المركز مجموعة من الدراسات ضمن محور "المرأة: قضايا صحية واجتماعية" حيث ضمت المجموعة أربع دراسات: تقرير رصد صحة المرأة: نحو نظرة متعددة الأبعاد إلى صحة المرأة الفلسطينية، نفذتها د. سلوى مسعد من مؤسسة جذور للإيماء الصحي والاجتماعي تموز/يوليو 2009، والدراسة الثانية كانت حول الفحص الطبي بعد الولادة نفذتها ونام حمودة وسماح بركات من معهد الصحة العامة والمجتمعية - جامعة بيرزيت، والدراسة الثالثة حول احتياجات النساء المسنات ووضعهن الصحي والنفسي نفذتها د. أسماء الإمام من جامعة القدس. أما الدراسة الرابعة فكانت بعنوان الآثار والتحديات التي تواجه الأسر الفلسطينية أو أحد أفرادها في الإقامة في الأراضي الفلسطينية نفذها مركز دراسات التنمية - جامعة بيرزيت.

إن دراسة "الفحص الطبي بعد الولادة: محتوى الرعاية المقدمة بعد الولادة والعوامل المرتبطة باستخدام النساء الفلسطينيات لها" جاءت لتبحث في أسباب انخفاض نسبة النساء اللواتي يذهبن للفحص الطبي في فترة النفاس. علماً بأن هذه الفترة تشكل وقتاً حرجاً بالنسبة للمرأة وولدها وأسرتها على المستوى الفسيولوجي والعاطفي والاجتماعي. ووفق ما تشير له الدراسات فإن ما بين 50% إلى 71% من جميع وفيات الأمهات تحدث خلال هذه الفترة، بما يؤكد على ضرورة تقديم الرعاية المتكاملة لكل الأمهات ومواليدهن خلال الأيام الأولى بعد الولادة لتحسين فرص بقائهن على قيد الحياة. ومع ذلك فإن هذه الفترة كثيراً ما تتعرض للإهمال على الرغم من أهميتها بالنسبة لصحة وسلامة الأم والطفل بشكل عام. وأيضاً هي فرصة مهمة لإرشاد النساء بخصوص صحتهن ورعاية المولود. إلى جانب وسائل تنظيم الأسرة.

تهدف هذه الدراسة إلى تبيان محددات استخدام النساء لخدمات الرعاية بعد الولادة. إلى جانب تقديم وصف لمحتوى الفحص الطبي بعد الولادة الذي يقدم للنساء في الأرض الفلسطينية المحتلة. علاوة على ذلك، تتطلع الدراسة إلى الحصول على فهم لاحتياجات النساء في فترة النفاس بما يتعدى احتياجاتهن إلى الرعاية الطبية. على أمل أن تؤخذ هذه الاحتياجات في الحسبان في صنع السياسات والتخطيط للمستقبل.

إننا في مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق نتقدم بالشكر والامتنان لعهد الصحة العامة والمجتمعية - جامعة بيرزيت ونخص بالذكر الباحثة ونام حمودة التي قامت بتنفيذ البحث وتحليل البيانات وإعداد التقرير. كما نتقدم بالشكر إلى الباحثات الميدانيات سماح بركات وكوثر أبو خليل. وكل الشكر لكل من الدكتور ريتا جقمان ولورا ويك لمتابعتها مسار البحث وتنقيح المسودة، والشكر موصول إلى د. سلوى نجاب التي قامت بالتعقيب على الدراسة. وإلى منسقة البحث في مركز المرأة للأبحاث والتوثيق الباحثة شربل عساف لمتابعتها الحثيثة والدقيقة للبحث في مراحلها المختلفة. كما نشكر الدكتور مالك قطينة لقيامه بترجمة الدراسة إلى اللغة العربية. والشكر موصول للمؤسسات الصحية والبحثية والنسوية والمجتمعية وقادة المجتمع الذين شاركوا في ورشة العمل لمناقشة نتائج الدراسة وتقديم الملاحظات والتوصيات التي من شأنها تحسين مستوى خدمات الرعاية الصحية في المجتمع الفلسطيني عامة وللمرأة خاصة.

زهيرة كمال

مديرة مركز المرأة الفلسطينية للأبحاث والتوثيق



تحليل المرحلة الأولى:
وثام حمودة

العمل الميداني للمرحلة الثانية:
وثام حمودة
سماح بركات
كوثر أبو خليل

تحليل المرحلة الثانية:
وثام حمودة
سماح بركات

كتابة التقرير:
وثام حمودة

ملاحظات وتنقيح المسودة:
ريتا جقمان
لورا ويك

جدول المحتويات



06	ملخص تنفيذي
06	خلفية
06	النتائج الرئيسية
10	توصيات سياساتية
11	مقدمة
11	أسئلة البحث
12	مراجعة الأدبيات
12	الرعاية الصحية خلال فترة النفاس
12	التغطية واستخدام الرعاية
14	جودة الرعاية ومحتوى زيارة المراجعة بعد الولادة
16	المنهجية
18	النتائج
18	المرحلة الأولى
18	استخدام الرعاية بعد الولادة
21	محتوى زيارة المراجعة بعد الولادة
25	المرحلة الثانية
25	المعلومات المقدمة خلال فترة النفاس
26	الشكاوى الصحية في فترة النفاس حسب إفادات النساء
27	الدعم في فترة النفاس
28	الخدمات الصحية في فترة النفاس
31	النقاش
34	الخلاصة
34	توصيات سياساتية
36	الملاحق
44	الملحق رقم 1: تفاصيل المجموعات البؤرية التي تم عقدها
45	الملحق رقم 2: دليل المجموعات البؤرية
47	المراجع

ملخص تنفيذي

خلفية:

يتمثل الهدف من هذه الدراسة فهم الاحتياجات الصحية للمرأة الفلسطينية في مرحلة النفاس/ فترة ما بعد الولادة والخدمات المقدمة لها في هذه المرحلة. تكونت المرحلة الأولى من الدراسة من تحليل لبيانات من المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، حيث تم استكشاف العوامل المرتبطة باستخدام الفحص الطبي بعد الولادة ومحتوى هذا الفحص بناءً على إفادات النساء. وجرى في هذه المرحلة استخدام تحليلات أحادية المتغير وثنائية المتغيرات ومتعددة المتغيرات.

أما المرحلة الثانية فتكونت من دراسة نوعية لاحتياجات النساء وجاريهن واستخدامهن للخدمات الصحية في فترة النفاس/ ما بعد الولادة. شملت هذه المرحلة عشر مجموعات نقاش بؤرية عقدت في مختلف أنحاء الضفة الغربية (مواقع حضرية وريفية ومخيمات في شمال الضفة الغربية ووسطها وجنوبها).

النتائج الرئيسية:

المرحلة الأولى:

استخدام الفحص الطبي بعد الولادة:

بالإجمال، أفادت قرابة 30% من النساء بأنهن سعيين للحصول على الفحص الطبي بعد الولادة. وتضمنت العوامل الرئيسية التي تبين أن لها تأثيراً على مراجعة المرفق الصحي بعد الولادة ما يلي: حالة اللجوء، ونوع الولادة، والحصول على معلومات حول الرعاية بعد الولادة. فقد كان احتمال استخدام الفحص الطبي بعد الولادة أعلى بين النساء اللاجئات بالمقارنة مع غير اللاجئات، وعلى نحو مماثل، كان احتمال التوجه إلى الفحص الطبي أعلى بين النساء اللواتي وضعن مواليدهن بمساعدة الأدوات أو من خلال ولادة قيصرية ما هو بين من كانت ولادتهن طبيعية، وكان الاحتمال ذاته أعلى بين النساء اللواتي أفدن بأنهن تلقين في فترة الحمل معلومات عن فترة ما بعد الولادة بالمقارنة مع النساء اللواتي لم يحصلن على هذه المعلومات. وقد تبين أن هناك تأثيراً للموقع الجغرافي وعدد الولادات ومستوى التعليم والوضع الاجتماعي-الاقتصادي على استخدام الفحص الطبي بعد الولادة في بعض الأحيان. فقد كانت النساء في وسط الضفة الغربية أكثر ميلاً للذهاب إلى المراجعة الطبية بعد الولادة بالمقارنة مع النساء من شمال الضفة الغربية. كما كانت الأمهات البكرات أكثر ميلاً للذهاب إلى الفحص الطبي بعد الولادة بالمقارنة مع الأمهات اللواتي لديهن 7 أطفال أو أكثر. وكانت النساء في فئتي العينة من ناحية الحالة المادية: الخمس الرابع والأيسر حالاً أكثر ميلاً للاستفادة من هذه الخدمة قياساً بالنساء في الفئة الأشد فقراً.

محتوى المراجعة الطبية بعد الولادة:

تبين أن حوالي 45% من النساء اللواتي توجهن إلى الفحص الطبي بعد الولادة اخترن الذهاب إلى مرفق صحي خاص، فيما لجأت حوالي 23% إلى خدمات الأونروا، ولجأت 22.5% إلى الخدمات الحكومية، وذهبت أقل من 10% إلى مرافق لمنظمات أهلية أو أنواع أخرى من المرافق. في غالبية الحالات (70.8%)، قام بالفحص الطبي أخصائي أو أخصائية، فيما أجرى الفحص طبيب عام في 19% من الحالات، وأجرته



مرضة أو قابلة في 24% من الحالات. وأفادت حوالي 40% من النساء بأنه أجري لهن فحص للثديين أو تلقين مساعدة بشأن الرضاعة الطبيعية. وقالت 67.1% منهن بأنه تم قياس ضغط الدم لديهن. وأفادت 48.3% بإجراء كشف طبي. وأشارت 53.0% إلى أنه تم قياس وزنهن. وحصلت حوالي 40% على خدمات تنظيم الأسرة. وأجري فحص دم لحوالي 51.3% منهن. ومن المفاجئ أن نلاحظ أن حوالي 11% من النساء اللواتي توجهن إلى الفحص الطبي بعد الولادة لم يتلقين أية من الخدمات المذكورة هنا. فيما أن 14% تقريباً تلقين الخدمات الست المذكورة جميعها.

بشكل عام، تبين وجود ارتباط بين عدد الخدمات التي تلقتها المرأة وكل من المنطقة الجغرافية ونوع مقدم الخدمة وطريقة الولادة. فقد كان احتمال عدم تلقي أية من الخدمات المذكورة أعلى بين النساء في وسط الضفة الغربية مما هو بين النساء في شمال الضفة الغربية. وكانت النساء في جنوب الضفة الغربية أكثر ميلاً للحصول على 1-3 من هذه الخدمات (باعتبار المرجع هو عدم تلقي أية خدمة) بالمقارنة مع النساء في شمال الضفة الغربية. وكانت النساء في قطاع غزة أقل ميلاً للحصول على 4-6 من الخدمات بالمقارنة مع النساء في شمال الضفة الغربية. وعلى العموم، تلقت النساء اللواتي توجهن إلى خدمات الأونروا عدداً أكبر من الخدمات بالمقارنة مع النساء اللواتي استخدمن مرافق وزارة الصحة. وتلقت النساء اللواتي كانت ولادتهن عبر عملية قيصرية، على العموم، عدداً أقل من الخدمات بالمقارنة مع النساء اللواتي كانت ولادتهن طبيعية. كما أن النساء اللواتي أفدن بالحصول على معلومات عن الرعاية بعد الولادة أثناء تلقيهن لرعاية الحمل تلقين، على العموم، عدداً أكبر من الخدمات.

المعلومات المقدمة حول فترة النفاس:

على العموم، كانت كمية المعلومات التي حصلت عليها النساء حول فترة النفاس محدودة. فقد تلقت غالبية النساء بعض المعلومات من قريباتهن حول مختلف عناصر رعاية الطفل، وأحياناً حول العناية بالذات. وقد حصلت مجموعة قليلة من النساء على معلومات من مقدمي الرعاية الصحية حول فترة النفاس. وتضمنت هذه المعلومات جوانب منها تنظيم الأسرة، ورعاية الطفل، والصحة والنظافة الشخصية، إلى جانب معلومات عن تطعيم الطفل.

الشكاوى الصحية في فترة النفاس حسب إفادات النساء:

واجهت النساء خمسة أنواع رئيسية من المشكلات، هي: مضاعفات أو مشكلات متعلقة بالحمل والولادة، ومشكلات في الصحة الجسمية، ومشكلات انفعالية، ومشكلات متعلقة برعاية الطفل، ومشكلات متعلقة بصحة الطفل الرضيع. تركزت المشكلات المتعلقة بالحمل والولادة، في الأساس، حول الألم الناتج عن الولادة والغرز، وفي حالات قليلة، تعلق الأمر باحتمال ارتكاب أخطاء أو إهمال في الممارسة الطبية أثناء الولادة واستعمال علاجات غير مناسبة. أما مشكلات الصحة الجسمية فقد كانت شائعة إلى حد ما، وكانت أكثرها شيوعاً الألم في الثدي، وفقر الدم، والإمساك. ومن المشكلات الأخرى الذي ذكرت ارتفاع ضغط الدم والسكري وتسمم الحمل والبيواسير ونقص الكالسيوم، وفي إطار المشكلات الانفعالية، ذكرت النساء بالأساس الكآبة والعصبية والإحساس بحالة انفعالية سيئة. كما أن القليل من النساء صنفن أنفسهن على أنهن كن مكتئبات أو عانين من الاكتئاب في فترة النفاس. وتضمنت المشكلات الرئيسية المتعلقة برعاية الطفل التعب والأرق بسبب بكاء الطفل ونومه غير المنتظم. كما ذكرت نساء عديدات أنهن افتقرن إلى الخبرة والمعرفة حول التعامل مع الطفل، وكن في أحيان كثيرة لا يفهمن سبب بكاء الطفل. كما ذكرن أيضاً مشكلات متعلقة بكيفية رعاية الطفل. وذكر عدد قليل من النساء مواجهتهن لمشكلات متعلقة بوضع الطفل الصحي، بما في ذلك الاصفرار وفقر الدم لدى الطفل والتشوّهات الخلقية.

الدعم:

تلقت النساء الدعم في الغالب لعدة أيام أو ما يصل إلى فترة أسبوع، وأشارت النساء، عموماً، إلى أنهن كن بحاجة إلى دعم خلال الأسبوع الأول على الأقل. وتضمنت أنواع الدعم التي حصلت عليها النساء المساعدة في شؤون المنزل، ورعاية الطفل، والمساعدة في الاعتناء بالأطفال الآخرين، والدعم الاجتماعي والمعنوي والعاطفي، والعناية الشخصية بقدر محدود. وكانت المساعدة في شؤون المنزل ورعاية الطفل أكثر أنواع الدعم المصرح بها. وقد أشارت النساء عموماً إلى أنهن احتجن إلى مساعدة في هذه الأمور، ولكن الدعم الأهم بالنسبة لهن كان الدعم العاطفي/المعنوي، والذي لم يكن متوفراً على الدوام.

كانت أكثر الجهات المقدمة للدعم تتمثل في القريبات، وهن بالأساس الأم والحماة والأخت وأخت الزوج. وشملت القائمة، في بعض الحالات، الجدة والعممة والخالة والابنة الأكبر وابنة الأخ أو الأخت. كما ذكرت النساء في حالات قليلة تلقي الدعم من أقرباء ذكور مثل الحما والابن، وذكر حوالي ربع النساء تلقي الدعم من الزوج، والذي تضمن المساعدة في شؤون المنزل وفي رعاية الطفل. وتلقت نساء قليلات المساعدة من صديقاتهن أيضاً. على العموم، كان مصدر الدعم المحبذ لدى النساء يتمثل في الزوج لأنه الشخص الذي يتواجد في البيت دائماً، وأشارت بعضهن إلى أنه على الرغم من أنهن رغبين بالحصول على الدعم من أزواجهن، إلا أن الأزواج كانوا إما منشغلين أو غير راغبين بتقديم الدعم، كما ذكر عدد

قليل من النساء أن الأعراف الاجتماعية تمنع الأزواج من تقديم الدعم. وكان مصدر الدعم الثاني المحبذ. بعد الزوج. يتمثل في الأم.

الخدمات الصحية:

أشارت أقل من نصف النساء المشاركات في نقاشات المجموعات البؤرية إلى أنهن ذهبن لتلقي الفحص الطبي في فترة النفاس. وكانت النساء اللواتي يترددن على مرافق الأونروا الأكثر احتمالاً لأن يذهبن لتلقي الفحص الطبي في فترة النفاس. إذ أفدن بأن الحصول على الفحص كان جزءاً من الإجراءات المطلوبة منهن لتسجيل المولود في بطاقة الأونروا الخاصة باللجئتين. وأشارت غالبية النساء اللواتي لم يذهبن للمراجعة بعد الولادة إلى أنهن لم يكن يعرفن عن ضرورة المراجعة أو أنهن شعرن بأن وضعهن طبيعي وليس من حاجة للذهاب إلى الفحص. وقالت نساء أخريات أن المستشفى أو المركز الصحي لم يخبرهن بالقدوم للمراجعة لأنهن على الأرجح لم يكن بحاجة لذلك. وقلّة من النساء قلن بأنهن يعرفن عن زيارة المراجعة ولكن لم يستطعن الذهاب بسبب انشغالهن برعاية الأطفال الآخرين أو بسبب ضغط الأسرة. وأفاد عدد قليل من النساء أيضاً بأن الطبيب قال لهن أن الهدف من المراجعة هو تنظيم الأسرة بالأساس. وبالتالي فلم تذهب للمراجعة سوى النساء المهتمات بالحصول على خدمة تنظيم الأسرة.

بالنسبة للنساء اللواتي ذهبن للفحص الطبي. أشارت غالبيةهن إلى أنهن حصلن على الخدمات التالية: فحص الدم للتأكد من مستوى الهيموجلوبين، وفحص البول، وفحص السكر في الدم، وقياس ضغط الدم، وقياس الوزن، وقياس درجة الحرارة، وتنظيم الأسرة. وذكرت بعضهن أيضاً إجراء مسحة عنق الرحم، وفحص الدم للتأكد من مستوى الكالسيوم، وفحص الرحم وعنق الرحم. وأشارت كل النساء اللواتي ذهبن لتلقي الفحص الطبي تقريباً إلى حصولهن على المقويات الغذائية. وقالت إحدى النساء أنه طلب منها إجراء فحص لفيتامين ب 12 ولكنها لم تجر الفحص لأن تكلفته باهظة. ووضح عدد قليل من النساء أنهن لم يذهبن بقصد الحصول على الفحص الطبي العام في فترة النفاس. بل ذهبن لأن لديهن شكاوى صحية محددة. تضمنت هذه الفئة نساء ذهبن بهدف إزالة الغرز، ونساء عانين من الحمى أو من ألم شديد في الظهر أو انقباضات عضلية حادة.

أشار عدد قليل من النساء إلى أنهن رغبين بالحصول على فحص طبي أكثر شمولية لأنفسهن ولأطفالهن. كما أشارت النساء عموماً إلى أن الخدمات المقدمة في فترة النفاس تكون موجهة نحو المواليد بالأساس ولا تركز كثيراً على النساء. وقد أفادت كل النساء تقريباً بأنه كان من المهم لهن أن يذهبن إلى الفحص الطبي بعد الولادة. وقلن أيضاً أنه حتى إذا شعرن بأن وضعهن طبيعي، يظل من الضروري الذهاب للفحص بغية الاطمئنان على صحتهن.

وفقاً للنساء المشاركات في نقاشات المجموعات البؤرية. كان العامل الأهم الذي شجعهن على استخدام الخدمات الصحية يتمثل في طريقة تعامل مقدمي الرعاية الصحية. فقد كن يحبذن مقدم الرعاية الذي يتعامل معهن بإيجابية ويعطي الوقت اللازم لتزويد المرأة بالنصح والإرشاد. وأكدن على أنهن يرغبن بأن تتم معاملتهن باحترام وكرامة. وليس كحالات طبية على النحو الذي تتم به معاملتهن في العادة. وكانت المرافق الصحية التي تتوفر فيها خدمات شاملة مختصة الأكثر تحبباً بشكل عام. كما بينت النساء أيضاً أن هناك أهمية لتكلفة الخدمة، إلى جانب المسافة وتكلفة المواصلات إلى المرفق الصحي. وأشارت عدد قليل من النساء أيضاً إلى أن وجود طبيبة أنثى كان من العوامل التي شجعتهن على الاستفادة من الخدمة. لأنهن يشعرن براحة أكبر عندما تقوم بفحصهن طبيبة أنثى ويشعرن بأنها أفدر على فهم احتياجاتهن. كما قالت النساء العاملات أنهن ذهبن إلى خدمات القطاع



الخاص لأن هذه الخدمات تكون مفتوحة بعد أن يغادرن عملهن. وأشارت النساء أيضاً إلى أن ترتيب موعد الفحص الطبي في مرحلة النفاس في وقت واحد مع موعد تطعيم المولود يبسر عليهن أمر الذهاب إلى الفحص.

توصيات سياساتية:

يتضح من نتائج الدراسة أن تزويد النساء بمعلومات عن فترة النفاس والخدمات المتعلقة بها والعلاقة مع مقدم الرعاية الصحية يمكن أن يشجعهن على التوجه لتلقي الخدمة. وقد أشارت نتائج كلا المرحلتين إلى أن النساء اللاجئات المسجلات لدى الأونروا كن أكثر احتمالاً للذهاب إلى الخدمة وحصلن على عدد أكبر من الخدمات بشكل عام. إلا أنه من الواضح أن هناك تباينات في الخدمات المقدمة. حتى بين النساء اللواتي يستخدمن مرافق الجهة ذاتها المقدمة للرعاية. قد يشير ذلك إلى نقص في متابعة البروتوكولات أو غياب البروتوكولات المشتركة وعدم توفر الإشراف الكافي. إن هذا الجانب جدير بمزيد من الفحص والتدقيق. وقد تبين أيضاً أن هناك أهمية لقدرة النساء على الوصول إلى الخدمات بنويماً ومالياً. ما يستدعي أخذ ذلك في الاعتبار عند التخطيط لتقديم الخدمات.

تبرز النتائج أيضاً الحاجة إلى العودة إلى ترسيخ نظام الزيارات المنزلية للرعاية في فترة النفاس. فحتى أعوام الثمانينيات من القرن الماضي. كانت الدايات والقابلات المجتمعيات يقدمن الرعاية المنزلية للنساء الواضعات. ولكن منذ ذلك الوقت ومع التغييرات التدريجية التي طرأت على النظام الصحي. تراجعت نظم الزيارات المنزلية. ويبدو أنه حل محلها نظام زيارة المتابعة لمرة واحدة بعد الولادة بستة أسابيع. إن النتائج تشير بوضوح إلى ضرورة تلبية احتياجات النساء ذات الأولوية في هذه الفترة. والتي تتعدى تقديم الرعاية الطبية الناجعة والفعالة وتشمل تقديم الدعم العاطفي والعملية والتثقيفي وغير ذلك من أشكال الدعم الأخرى. بناءً على ذلك. فإن التوصيات الرئيسية المشتقة من هذه الدراسة بخصوص السياسات تتضمن أيضاً التوصية بالعودة إلى بناء نظم الزيارات المنزلية للنساء الواضعات. وتثقيف الأزواج وتشجيعهم على المشاركة في الاستجابة لاحتياجات كل من الأم والطفل خلال هذه الفترة الحساسة.

مقدمة :

تشكل فترة النفاس وقتاً حرجاً بالنسبة للمرأة ووليدها وأسرتها على المستوى الفسيولوجي والعاطفي والاجتماعي. وتوجد دلائل واضحة على ضرورة تقديم الرعاية المتكاملة لكل الأمهات ومواليدهن خلال الأيام الأولى بعد الولادة لتحسين فرص البقاء (Sines, Syed et al. 2007). في الغالب، تشير فترة النفاس إلى الفترة التي تلي الولادة مباشرة وحتى ستة أسابيع (WHO 1998). إلا أن ثمة وعي متزايد بأن الأمهات الجدد قد يواجهن مشكلات نفاسية أخرى تستمر إلى ما بعد الأسابيع الستة التقليدية لفترة النفاس (Gjerdingen and Center 2003).

أظهرت دراسات متنوعة أن الرعاية والدعم خلال هذه الفترة قد يكون لهما تأثيرات طويلة الأمد على سلامة كل من الأم والطفل (Cronin and McCarthy 2003; Liamputtong and Naksook 2003; van Bussel, Spitz et al. 2006; Rodrigues, Patel et al. 2003; Lee, Halpern et al. 2006). وهي أيضاً مرحلة حرجة يمكن أن تحدث فيها العديد من المشكلات الصحية، وتحدث فيها ما بين 50% إلى 71% من جميع وفيات الأمهات (WHO 1998; WHO 2005). ومن المشكلات الصحية الشائعة التي تواجه النساء خلال هذه الفترة آلام الظهر وآلام العجان وسلس البول والمشكلات الجنسية والبواسير والاكنتاب ومشكلات الإخراج والتهاب الثدي والإرهاق (MacArthur 1999; Gjerdingen and Center 2003). ومع أنه كثيراً ما تفيد النساء بالتعرض لهذه المشكلات، لا تزال حالات عديدة تمر دون أن يبلغ عنها ودون أن تعالج (MacArthur 1999; Kabakian-Khasholian, Jurdi et al. 2006).

يمكن أن تمثل هذه الفترة فرصة مهمة لإرشاد النساء بخصوص صحتهن ورعاية المولود، إلى جانب وسائل تنظيم الأسرة. إن الرعاية بعد الولادة تتطلب جهداً ملموساً من المهنيين الصحيين، إلا أن هذه الفترة كثيراً ما تتعرض للإهمال على الرغم من أهميتها بالنسبة لصحة وسلامة الأم والطفل بشكل عام (WHO 1998; MacArthur 1999; WHO 2005). وتطرح أحياناً بعض التساؤلات بشأن فعالية الرعاية التي تقدم حالياً للنساء في فترة النفاس (MacArthur 1999).

تهدف هذه الدراسة إلى تبيان محددات استخدام النساء لخدمات الرعاية بعد الولادة، إلى جانب تقديم وصف لمحتوى الفحص الطبي بعد الولادة الذي يقدم للنساء في الأرض الفلسطينية المحتلة. علاوة على ذلك، تتطلع الدراسة إلى الحصول على فهم لاحتياجات النساء في فترة النفاس بما يتعدى احتياجاتهن إلى الرعاية الطبية. على أمل أن تؤخذ هذه الاحتياجات في الحسبان في صنع السياسات والتخطيط للمستقبل.

أسئلة البحث:

1. ما العوامل التي ترتبط باستخدام النساء للفحص الطبي بعد الولادة؟
 2. ما الذي يجري تقديمه للنساء خلال الفحص الطبي بعد الولادة؟
- هل توجد أية تباينات في محتوى الفحص بعد الولادة بين الأطراف المختلفة المقدمة للخدمات؟
 - هل توجد أية تباينات في محتوى الفحص بعد الولادة ارتباطاً بخصائص النساء؟
 - ما الاحتياجات الأخرى، بخلاف الرعاية الطبية، التي تعبر عنها النساء؟



مراجعة الأدبيات :

الرعاية الصحية خلال فترة النفاس:

تعاني أجزاء عديدة من العالم من نقص في الرعاية الصحية. ومع النزعة السائدة دولياً باتجاه الرعاية الطبية البحتة أثناء الولادة، يطرأ تغيير على النظم التقليدية للرعاية والتكيف خلال فترة النفاس (Ozsoy and Katabi 2008; Wang, Wang et al. 2008). في المقابل، لم تنجح الأطر الطبية في التكيف مع احتياجات النساء في فترة النفاس (WHO 1998; HDIP 2002; McLachlan and Waldenstrom 2008; McLachlan, Forster et al. 2007; Yelland, McLachlan et al. 2005; WHO 2005). بل يمكن أن تتحول هذه الأطر بحد ذاتها. في بعض الأحيان، إلى عقبة أمام تقديم رعاية نوعية في هذه الفترة بسبب النقص في عدد الطاقم، وعدم فاعلية توزيع المهام، والاكتمال (McLachlan, Forster et al. 2008). وهناك العديد من الناس الذين يعيشون في أوضاع الفقر ولا يستطيعون الوصول إلى المرافق الصحية، حتى عندما تكون متاحة، لكي يحصلوا على الرعاية اللازمة (Rodrigues, Patel et al. 2003; Lagro, Liche et al. 2006).

التغطية واستخدام الرعاية:

توصي منظمة الصحة العالمية (WHO 2005) بأن تكون رعاية الأمومة والنفاس ميسرة للنساء، وتطرح المنظمة إرشاداتها للرعاية المناسبة، والتي تدعو في الغالب إلى إشراك مجموعات الدعم الاجتماعي للنساء بهدف تعزيز الصحة النفاسية. من ناحية أخرى، كثيراً ما لا تكون الأطر الصحية، وخاصة في البلدان النامية، مهيأة للتعامل مع الرعاية النفاسية بسبب النقص في المرافق، وقلة الموارد، وعدم توفر الطواقم الكافية. وفي بعض الأحيان، قد يكون طاقم المستشفيات منشغلاً إلى حد يحول دون تزويد النساء بالرعاية التي يحتاجنها (Yelland, McLachlan et al. 2007; McLachlan, Forster et al. 2008). على النحو السائد في المستشفيات الحكومية في فلسطين، أو قد لا يملكون فهماً كاملاً لما تحتاجه النساء في فترة ما بعد الولادة (Gibb and Hundley 2007).

تقل نسبة النساء اللواتي يسعين بالفعل للحصول على الرعاية بعد الولادة، على المستوى الدولي، عن 50%، وتبلغ نسبة التغطية في الظرف الفلسطيني ثلث الأمهات فقط (PCBS 2007). على الرغم من واقع أن الأمهات ومواليدهن كثيراً ما يغادرون المستشفى بعد ساعات قليلة من الولادة، إضافة إلى ذلك، لا تتوفر معلومات موثوقة عن محتوى الخدمات المقدمة ومدى ملاءمتها.

أظهرت النتائج أيضاً أن العديد من النساء يعانين من اضطرابات عاطفية بعد الولادة، ولكن لا يفصحن عنها (MacArthur, Winter et al. 2002; Lagro, Liche et al. 2006). وقد أشارت نتائج دراسة طولية عن استخدام الرعاية بعد الولادة في بنغلادش إلى أن أغلب النساء اللواتي أفدن بوجود مضاعفات خلال فترة النفاس لم يتلقين العلاج (Chakraborty, Islam et al. 2002). في هذه الدراسة، تراوحت نسبة النساء اللواتي أفدن بوجود مضاعفات ولكن دون أن يسعين للحصول على الرعاية من 51.6% إلى 89.4%. بما في ذلك بعض النساء اللواتي واجهن مشكلات تهدد حياتهن. وتضمنت العوامل المرتبطة باستخدام الرعاية في هذه الأوضاع عمر الأم عند الزواج، وعمل الزوج، ونقص القدرة على الوصول إلى الخدمات المهنية، وخاصة في المجتمعات الريفية. مما يدفع البعض إلى طلب الرعاية من المعالجين التقليديين. وأظهر تحليل لحضور النساء لتلقي الرعاية في فترة النفاس في زامبيا أن معدل الحضور



لتلقي الرعاية النفاسية على المستوى الوطني بلغ 7.3% (Lagro, Liche et al. 2006). وتشير دراسة أجريت سنة 2001 في مستشفى في زامبيا أن حوالي 42% من النساء اللواتي وضعن مواليدهن في هذا المستشفى عدن للحصول على الفحص الطبي خلال سنة أسابيع. ومن ضمن الأسباب التي دفعتهن للقدوم إلى المستشفى الرعاية النفاسية الروتينية، وتطعيم الطفل. ووجود مشكلات صحية لدى الطفل. ووجود مشكلات صحية لدى الأم. أما أسباب عدم الرجوع إلى المستشفى لإجراء الفحص الطبي بعد الولادة فقد تضمنت عدم المعرفة بالرعاية النفاسية، وعدم الشعور بما يكفي من الصحة للقدوم سيراً على الأقدام إلى المستشفى. وعدم توفر الوقت. وعدم توفر المواصلات. ربما تشير هذه النتائج إلى احتمال وجود نقص في المعلومات التي تمتلكها النساء حول الرعاية التي يحتاجها بعد الولادة، إلى جانب أنها تشير إلى عوامل أخرى. بخلاف توفر الخدمات. يمكن أن تؤثر في قدرة المرأة على الذهاب إلى المستشفى للحصول على الرعاية.

أظهرت دراسة على تلقي النساء لرعاية الأمومة أجريت في دمشق أنه فيما استخدمت 95% من النساء في الدراسة خدمات رعاية الحمل. فإن أقل من 9% من النساء حصلن على مواعيد للمراجعة في مرحلة ما بعد الولادة. علاوة على ذلك، ومع أن حوالي ثلثي النساء في العينة عانين من مشكلات في فترة ما بعد الولادة. فقد سعت أقل من 50% منهن في طلب الرعاية (Bashour, Abdulsalam et al. 2008). ووجدت دراسة أخرى أجريت في لبنان أن النساء اللواتي حصلن على مواعيد للمراجعة بعد الولادة كن أكثر احتمالاً للقدوم إلى الفحص الطبي بعد الولادة (Kabakian-Khasholiana and Campbell 2005). كما وجدت الدراسة ذاتها أن النساء ذوات التعليم الجامعي، والنساء اللواتي امتلكن معلومات عن صحة الأمومة، والنساء اللواتي تلقين كتيباً عن الرعاية الصحية كن أكثر احتمالاً للعودة لتلقي الفحص الطبي بعد الولادة. وتبين في دراسة عرضية-مقطعية أجريت في ثلاث عيادات في الضفة الغربية أن النساء اللواتي وضعن مواليدهن بواسطة ولادة قيصرية أو بمساعدة أدوات، والنساء اللواتي ولدن في مستشفى خاص. وأولئك اللواتي واجهن مشكلات في الولادة كان احتمال سعيهن للحصول على الرعاية بعد الولادة أعلى من سواهن (Dhaher et al 2008). وتبين في هذه الدراسة أن معدل الحصول على خدمات الرعاية بعد الولادة كان منخفضاً. إذ سعت 36.6% من النساء فقط للحصول على هذه الخدمات.

إن البيانات (غير المنشورة) من المسح الصحي الديموغرافي 2004 في فلسطين ترسم صورة مماثلة ينعكس فيها النقص في طلب الرعاية النفاسية على الرغم من وجود مضاعفات (DHS 2004 data set, ICPH). فقد أشارت بيانات المسح الصحي الديموغرافي 2004 حول الإفادات الذاتية بأمراض الأمهات بعد الولادة إلى أنه لا تتم معالجة كل حالات أمراض الأمهات التي تختمل الخطورة في فترة النفاس. على سبيل المثال. عانت 14% من الأمهات من حمى مرتفعة ولم تتلق 37% منهن العلاج. وأفادت 13% بالاكئاب ولم تتلق 70% منهن العلاج. وأفادت 6% بأنهن عانين من تشنجات ولم تحصل 14% منهن على أي علاج. ومع أن هناك حدوداً لبيانات الإفادة الذاتية عن المرض في هذا المسح. إلا أنها تظل تشير إلى وجود حاجة غير ملباة من ناحية العلاج الطبي في فترة النفاس. أما نتائج المسح العربي لصحة الأسرة 2006 (PAPFAM) فتشير إلى أن حوالي 30% من النساء اللواتي وضعن مواليدهن خلال السنوات الخمس السابقة للمسح أفدن بحصولهن على الفحص الطبي في فترة النفاس. مقابل إفادة أكثر من 90% من هؤلاء النساء في المسح ذاته بالحصول على الفحص الطبي في فترة الحمل (PCBS 2007). إن هذه النتائج مماثلة للوضع في لبنان. حيث ترتفع معدلات استخدام الرعاية أثناء الحمل (87%). على غرار فلسطين. فيما حصل 39% فقط من النساء على الفحص الطبي خلال الأسابيع الستة الأولى بعد الولادة (Kabakian-Khasholiana, Jurdi et al. 2006).

جودة الرعاية ومحتوى زيارة المراجعة بعد الولادة:

إلى جانب الاهتمام بدراسة مدى استخدام الرعاية، تشير بعض الدراسات إلى الحاجة إلى إعادة فحص جودة الرعاية المقدمة ومحتوى زيارة المراجعة في فترة النفاس. ويجادل (MacArthur 1999) في أن الممارسات التي تنفذ أثناء زيارة المراجعة في فترة النفاس تتضمن في الغالب ممارسات روتينية يجري تطبيقها منذ سنوات ولم تتم دراستها بعناية لتقييم مدى فعاليتها. وأشارت مراجعة للرعاية بعد الولادة في المستشفيات العامة في فيكتوريا في أستراليا (Yelland, McLachlan et al. 2007) إلى أن احتياجات النساء وأطفالهن خلال هذه الفترة كثيراً ما يطغى عليها الاهتمام الذي يركز على فترتي الحمل والولادة. كما أشارت المراجعة إلى أن الفترة المبكرة بعد الولادة في هذه المستشفيات تتصف بممارسات متنوعة تفتقر إلى تنسيق جيد لإجراءات التقييم والدعم النفسي. وفي المملكة المتحدة، وعلى الرغم من الاتصال المتكرر الذي جريه القابلات والأطباء مع النساء، فإن العديد من النساء أفدن برغبتهم في تلقي المزيد من الإرشاد حول التعامل مع المشكلات الصحية (MacArthur 1999). ما يشير إلى أن النساء لا يحصلن على ما يحتجنه من زيارة المراجعة في فترة النفاس.

14

كان محتوى زيارة المراجعة في فترة النفاس أيضاً موضوع دراسة أجريت في لبنان في ثلاث مناطق محرومة في ضواحي مدينة بيروت (Kabakian-Khasholian, Jurdi et al. 2006). وتبين أن هناك بعض التقلبات في توقيت الزيارة في فترة النفاس، إذ تراوحت من الأسبوعين الأولين إلى حوالي 40-45 يوماً بعد الولادة. وأشار المسح أيضاً إلى وجود تباين كبير في محتوى الفحص بعد الولادة. فقد أفادت 37% من النساء بأن الطبيب لم يفحص عنق الرحم أثناء الكشف الطبي، فيما أشارت 57.2% إلى أنه لم يجر لها فحص مهبل، وأفادت 42.1% بأنه لم يتم قياس ضغط الدم لديهن. وأفادت 67% بأنه لم يجر فحص الثديين لهن. وقالت 16% أنه لم يتم سؤالهن عن صحتهم. وفيما يتعلق بالمعلومات التي تلقينها خلال هذه الزيارات، أفادت 17% منهن بأنهن لم يتلقين أية معلومات عن صحتهم. فيما قالت 30.5% أنهن لم يتلقين معلومات عن وسائل منع الحمل خلال الزيارة. وأشارت 27% فقط من النساء إلى أنهن تلقين معلومات عن صحة أطفالهن.

يتضح من هذه الدراسة أن هناك فجوات في الرعاية المقدمة إلى النساء في فترة النفاس. ومن المثير للقلق أنه لا يتم قياس المؤشرات الرئيسية ولا يتم تقديم القدر الكافي من المعلومات عن الرعاية الشخصية ورعاية الطفل. إن تزويد الأمهات بالمعلومات الكافية عن الرعاية الشخصية وصحة الطفل يكتسب أهمية بالنسبة لثقة الأم بنفسها (Ruchala and James 1997). كما أنه يمد الأم بالقدرة على الاعتناء بنفسها وبوليدها بالقدر الكافي. ويكتسب هذا الأمر أهمية خاصة بالنظر إلى ما تشير إليه الأبحاث من أن العديد من النساء يرغبن بالحصول على المزيد من المعلومات حول كيفية الاعتناء بأنفسهن ورعاية أطفالهن (Bull and Lawrence 1984; Moran, Holt et al. 1997). وتشير إرشادات منظمة الصحة العالمية (WHO 1998) إلى أن النساء يحتجن إلى معلومات كافية عن صحة الطفل والأم، وعن الرضاعة الطبيعية، وعلامات الخطر في المرحلة النفاسية المبكرة. وتتضمن العناصر الرئيسية من الرعاية النفاسية الموصى بها في فترة 3-6 أيام بعد الولادة الاعتناء بالثديين، وقياس درجة الحرارة، وفحص العدوى، والإفرازات المهبلية، وتقييم مزاج الأم. أما عند الأسبوع السادس، فيكون التركيز على التعافي وفقر الدم ووسائل منع الحمل. وعلى مقدمي الرعاية الصحية أن يسألوا النساء في كافة مراحل الاتصال حول صحتهم العامة وعن أية أعراض قد تكون لديهن.

مع أنه لا تتوفر دراسات منشورة تقدم معلومات تفصيلية عن محتوى زيارة المراجعة في فترة النفاس في فلسطين، إلا أن بعض المؤشرات تلمح إلى أن الرعاية ليست كافية وأنه لا يتم تقديم المشورة



المناسبة. وتوجد بعض المؤشرات التي تدل. بناءً على النقص في الرضاعة الطبيعية المطلقة لمدة 4-6 شهور (Barghouthi and Kalter 2006). على أن النساء لا يتلقين الدعم والتوجيه الكافي بخصوص الرضاعة الطبيعية وتغذية الطفل الرضيع. علاوة على ذلك، أشارت نصف النساء المشاركات في الدراسة إلى أنهن لم يتلقين أية مشورة بخصوص تغذية الأم بعد الولادة، على الرغم من انتشار فقر الدم بين النساء والأطفال في فلسطين (PCBS 2007). ولم يتلقين معلومات عن علامات الخطر لدى الأم والطفل (Barghouthi and Kalter 2006). في المقابل، أفادت غالبية النساء بأنهن تلقين معلومات عن مراكز صحة الأم والطفل وتم تزويدهن بمعلومات عن تطعيم الطفل. إذن، فالدلائل المتاحة تشير إلى أنه لا يجري تناول عناصر أساسية في الرعاية بعد الولادة بالقدر الكافي، مما يثير التساؤل حول جودة الرعاية المقدمة وتوقيتها في الحالات التي يتم فيها استخدام هذه الرعاية.

المنهجية :

المرحلة الأولى:

تستخدم هذه الدراسة بيانات من المسح الفلسطيني لصحة الأسرة الذي أجري سنة 2006 في الأرض الفلسطينية المحتلة ضمن برنامج المسح العربي لصحة الأسرة.

إن مسوح المشروع العربي لصحة الأسرة تتماثل مع المسح الديموغرافي والصحي في تصميمها. ولكنها تركز على صحة الأسرة في البلدان العربية. وقد أجري المسح الفلسطيني لصحة الأسرة سنة 2006 بواسطة الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالتعاون مع المشروع العربي لصحة الأسرة. واعتمد على عينة عشوائية من 13,238 أسرة معيشية عبر الأرض الفلسطينية المحتلة. بنيت عينة الدراسة من خلال تصميم طباقى على مرحلتين. في المرحلة الأولى. تم اختيار عينة عشوائية من 325 منطقة عد مع حساب الاحتمالية بما يتناسب مع الحجم. وفي المرحلة الثانية. تم اختيار عدد ثابت من 40 أسرة معيشية بشكل عشوائي من كل منطقة عد. وتكون المسح من أربع أدوات لجمع البيانات حول الأسر المعيشية. والنساء في عمر 15-54 سنة اللواتي سبق لهن الزواج. والأطفال دون الخامسة. والنساء غير المتزوجات في عمر 15-29 سنة. وكبار السن في عمر 60 سنة فما فوق. بالإضافة إلى ذلك. تم إجراء المقابلات بنجاح مع 10,648 امرأة فلسطينية في عمر 15-54 سنة سبق لهن الزواج. وبلغ معدل الاستجابة 98%. كان نوعية البيانات المجموعة جيدة. وكان معدل الاستجابة الإجمالي 88% (86% في الضفة الغربية و93% في قطاع غزة). تركز الدراسة الحالية على النساء المتزوجات في عمر 15-54 سنة اللواتي أُجبن في السنوات الخمس السابقة للمسح.

التحليل:

المتغيرات التابعة الرئيسية التي تعنى بها هذه الدراسة هي: استخدام الفحص الطبي بعد الولادة (يعرّفه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني على أنه الفحص الطبي المقدم خلال الأسابيع الستة الأولى بعد الولادة) والخدمات المقدمة للنساء خلال زيارة المراجعة بعد الولادة حسب إفادات النساء. تركز هذه الدراسة على ست خدمات اعتماداً على توفر البيانات وأهمية الخدمة. وهي: قياس ضغط الدم. وفحص الدم. ووسائل منع الحمل. والكشف الطبي العام لاستبعاد المشكلات الصحية. وقياس الوزن. ودعم الرضاعة الطبيعية/فحص الثديين. وقد تم بناء متغير عددي بناءً على عدد الخدمات المقدمة وتم تسجيله في ثلاث فئات: صفر من الخدمات. 1-3 خدمات. 4-6 خدمات. وتمثل الفئة 1-3 خدمات عدداً منخفضاً إلى متوسط من الخدمات المقدمة. فيما تعكس فئة 4-6 خدمات عدداً متوسطاً إلى مرتفع من الخدمات. وقد اعتقدنا أن النساء اللواتي تلقين صفرًا من الخدمات اختلفن عن الفئتين الأخريين ولذا أبقيناهن في فئة منفصلة.

يتضمن التحليل الإحصائي إجراءات وصفية أساسية. أهمها التكرار. كما تم استخدام اختبارات مربع كاي (chi square tests) في تحليل المتغيرات الثنائية. ويجري استخدام نموذجين منفصلين للانحدار أو الارتباط. أحدهما تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي للتوصل إلى الرابط بين استخدام الرعاية والمتغيرات الديموغرافية وغيرها. وتحليل الانحدار المتعدد لاختبار الصلة بين عدد الخدمات المقدمة خلال زيارة المراجعة بعد الولادة وبعض العوامل المختارة. بما يخص الانحدار المتعدد. تم استخدام النساء اللواتي لم يحصلن على أية خدمات كمرجع. وتشير نسبة الأرجحية إلى احتمال التحول من صفر من الخدمات إلى 1-3 خدمات (مستوى خدمات منخفض إلى متوسط). وإلى 4-6 خدمات (مستوى خدمات متوسط

إلى مرتفع). في كلا الانحدارين. تم تحديد العوامل التي بينت التحليلات ثنائية المتغيرات أنها ترتبط بالمتغير التابع بشكل ملموس إحصائياً وإدخالها في نموذجي الانحدار.

المرحلة الثانية:

المرحلة الثانية من الدراسة ذات طبيعة نوعية. تم إجراء عشر مجموعات نقاش بؤرية عبر مختلف أنحاء الضفة الغربية (انظر الملحق رقم 1). حيث أجريت ثلاثة نقاشات في مجموعات بؤرية في كل منطقة من مناطق الضفة الغربية (الشمال والوسط والجنوب). وتم في كل منطقة توزيع المجموعات حسب نوع الموقع (حضري، أو ريفي، أو مخيم). وتم في جنوب الضفة الغربية عقد مجموعتين بؤريتين في مواقع حضرية. أحدهما في عيادة تابعة لوزارة الصحة وثانيهما في عيادة تديرها وكالة المم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأونروا). وتم استخدام معاينة قصدية للحصول على عينة الدراسة. وقد شاركت 79 امرأة، بالإجمال. في نقاشات المجموعات البؤرية. يورد الجدول رقم 7 في الملاحق صورة عامة لخصائص المشاركات في كل مجموعة بؤرية.

تمت دعوة نساء أجنبي خلال السنوات الثلاث الماضية للمشاركة في الدراسة. بغض النظر عن عدد الولادات لديهن. وتمثلت الغاية في توفير فهم للمشكلات الرئيسية التي تواجهها النساء خلال تلك الفترة. ونوع المعلومات المقدمة إلى النساء خلال زيارة المراجعة بعد الولادة. ومحددات استخدام هذه الخدمات. وكذلك تفحص الاحتياجات الإضافية غير الطبية للنساء خلال هذه الفترة. وتم خلال نقاشات المجموعات البؤرية استخدام دليل نقاش بني على أساس أسئلة البحث. يمكن الاطلاع على دليل المجموعات البؤرية والأسئلة التي يتضمنها في الملحق رقم 2. تم التنسيق لنقاشات المجموعات البؤرية من خلال وزارة الصحة والأونروا. وكذلك من خلال المنظمات الأهلية والمهنيين الصحيين. وأجريت المجموعات البؤرية في الأساس في مرافق مختلف للخدمات الصحية تدار من قبل وزارة الصحة والأونروا ولجان العمل الصحي وجمعية الهلال الأحمر.



النتائج:

المرحلة الأولى:

استخدام الرعاية بعد الولادة:

خصائص العينة:

بلغ متوسط أعمار النساء المشمولات في التحليل حوالي 33 سنة. وقد أُجبت جميعهن أطفالاً في السنوات الخمس السابقة، حيث أُجبت 9.4% منهن الطفل الأول. تشير النتائج إلى ارتفاع معدلات الخصوبة، إذ أن 30% من النساء كان لديهن 2-3 أطفال وقت المسح، وكان هناك 4-6 أطفال لدى 40.2% منهن. وكان عدد الأطفال 7 أو أكثر لدى 20.1% منهن.

كانت حوالي 45% من النساء لاجئات. إلا أن 17.8% منهن فقط يعشن في مخيمات، فيما يقيم أكثر من النصف بقرى في مواقع حضرية وتقيم 29.2% في مواقع ريفية. يعيش حوالي ربع النساء في شمال الضفة الغربية (23.8%)، فيما تقيم 15.6% في وسط الضفة الغربية، وتقيم 16.7% في جنوب الضفة الغربية، وتقيم 40.8% في قطاع غزة.

كانت نسبة نقل عن 10% بقليل من النساء يعملن. وهذه النسبة قريبة من معدل العام للنساء العاملات في الأرض الفلسطينية، والذي يبلغ 14.4% (PCBS 2007). ويزيد التحصيل التعليمي عن التعليم الأساسي لدى غالبية النساء، فيما أن 27.9% منهن أكملن التعليم الأساسي أو أقل. وحوالي 13.4% حاصلات على تعليم ما بعد الثانوي.

أفادت غالبية النساء بأن ولادتهن الأخيرة كانت طبيعية (75.6%). فيما كانت الولادة مهبلية بمساعدة الشفط أو الملاقط لدى 2.6% منهن. وكانت الولادة مهبلية مع شق أو جرح لدى 6.7%. وكانت الولادة قيصرية لدى 15.1% من النساء. وقد ذهبت 30% من النساء للحصول على فحص طبي بعد الولادة. فيما أفادت 52.4% فقط من النساء بأنهن تلقين معلومات عن الرعاية النفسانية أثناء زيارتهن لعيادة رعاية الحمل (انظر الجدول رقم 1).

الجدول رقم 1: خصائص العينة

العمر				
الانحراف المعياري			المتوسط	
8.20			33.01	
الولادات (%)				
7 أطفال أو أكثر	6-4 أطفال	3-2 أطفال	طفل واحد	
20.1	40.2	30.2	9.4	
نوع الموقع (%)				
مخيم		ريفي	حضري	
17.8		29.2	53.0	
المنطقة (%)				
قطاع غزة	جنوب الضفة الغربية	وسط الضفة الغربية	شمال الضفة الغربية	
40.8	19.7	15.6	23.8	
التعليم (%)				
بعد الثانوي	ثانوي	إعدادي	أساسي أو أقل	
13.4	22.0	36.7	27.9	
العمل (%)				
لا تعمل			تعمل	
90.3			9.7	
حالة اللجوء (%)				
غير لاجئة			لاجئة	
55.3			44.7	
فئات الحالة المادية (%)				
الأيسر حالاً	الخمس الرابع	الخمس الثالث	الخمس الثاني	الأفقر
17.5	20.4	21.2	21.1	19.8
استخدام الرعاية بعد الولادة (%)				
لم تستخدم الرعاية			استخدمت الرعاية	
70.3			29.7	
هل حصلت أثناء حملك على معلومات عن الرعاية بعد الولادة من مقدم الرعاية الصحية؟ (%)				
لا			نعم	
47.6			52.4	
نوع الولادة (%)				
ولادة قيصرية	شق/جرح	شفط/ملاقط	ولادة طبيعية	
15.1	6.7	2.6	75.6	



نتائج المتغيرات الثنائية:

يستعرض الجدول رقم 2 في الملاحق نتائج تحليل المتغيرات الثنائية. عموماً، أظهرت جميع المتغيرات وجود ارتباط ملموس مع استخدام الرعاية بعد الولادة باستثناء نوع الموقع. والذي كان تأثيره هامشياً. فالنساء اللواتي يقمن في المخيمات والنساء اللاجئات كن أكثر احتمالاً بقدر ملموس لأن يستخدمن الرعاية بعد الولادة. كما وجدت درجة أعلى من الاستخدام بين النساء الأيسر حالاً، والنساء اللواتي أُجبن من خلال ولادة قيصرية. والنساء العاملات. والنساء الحاصلات على تعليم أعلى من الثانوي. والأمهات اللواتي أُجبن الطفل الأول. كما تبين أن العمر يرتبط باللجوء إلى الخدمات. حيث لوحظت الزيادة في استخدام الرعاية بعد الولادة مع الزيادة في العمر. وأظهرت النساء اللواتي يقمن في وسط الضفة الغربية أعلى درجة استخدام. فيما كانت أدنى درجة استخدام لدى النساء في جنوب الضفة الغربية. إلا أنه لم تكن هناك تباينات كبيرة حسب نوع الموقع. انظر الجدول رقم 2 في الملاحق.

نتائج المتغيرات المتعددة:

على العموم. تبين أن حالة اللجوء ونوع الولادة وتلقي معلومات عن الرعاية بعد الولادة أثناء الحمل ترتبط بشكل ملموس بمدى استخدام الرعاية بعد الولادة (الجدول رقم 3 في الملاحق). وتبين أن درجة ارتباط الموقع الجغرافي والولادات والتعليم والوضع الاجتماعي-الاقتصادي كانت ملموسة بشكل جزئي. وفقد العمر والعمل أهميتهما بعد ضبط البيانات حسب المتغيرات الأخرى. وذلك بعد أن كانت أهميتهما واضحة في المتغيرات الثنائية. أما نوع الموقع الذي كانت له أهمية هامشية في نتائج المتغيرات الثنائية. فلم تتبني له أهمية في تحليل المتغيرات المتعددة.

كانت النساء في وسط الضفة الغربية أكثر احتمالاً بفارق ملموس إحصائياً يصل إلى 1.3 مرة لأن يذهبن إلى الفحص الطبي بعد الولادة بالمقارنة مع النساء في شمال الضفة الغربية، وكان الفرق غير ملموس بالنسبة للفئتين الأخرين: جنوب الضفة الغربية وقطاع غزة. وكانت النساء اللواتي لديهن طفل واحد أعلى احتمالاً بحوالي 1.4 مرة لأن يذهبن إلى الفحص الطبي بعد الولادة بالمقارنة مع النساء اللواتي لديهن 7 أطفال أو أكثر. وكانت أهمية هذا الفرق هامشية. فيما لم تظهر أهمية إحصائية لفئتي الولادات الأخرين. وكانت النساء اللاجئات أكثر احتمالاً من غير اللاجئات بحوالي 1.3 مرة لاستخدام الرعاية. وكان احتمال الذهاب إلى الرعاية لدى النساء الحاصلات على تعليم أعلى من الثانوي أعلى بشكل ملموس يصل إلى 1.4 مرة ما هو لدى النساء الحاصلات على تعليم أساسي أو أقل. فيما لم تبد أهمية إحصائية للفئتين الأخرين. وكانت النساء في فئة الخمس الرابع وفئة الأيسر حالاً أكثر احتمالاً بشكل ملموس يصل إلى 1.3 و1.8 مرة على التوالي لأن يذهبن لتلقي الخدمة بالمقارنة مع النساء في الفئة الأشد فقراً.

وكانت النساء اللواتي تمت الولادة لديهن بمساعدة شق/جرح أكثر احتمالاً بما يصل إلى 1.3 مرة لأن يذهبن إلى الفحص الطبي بعد الولادة بالمقارنة مع النساء اللواتي كانت الولادة لديهن طبيعية. فيما كانت النساء اللواتي أُجبن عن طريق الولادة القيصرية أكثر احتمالاً بخمس مرات لأن يذهبن إلى المراجعة. وكلا النتيجتين أظهرتا أهمية إحصائية. أما الولادة بمساعدة الشفط أو الملاقط فلم تكن من العوامل المهمة التي تُحد استخدام الرعاية. وقد كانت نسبة هذا النوع من الولادة لا تزيد على 2.6% من العينة على أي حال. أما النساء اللواتي أفدن بتلقي معلومات عن الرعاية بعد الولادة فقد كان احتمال ذهابهن إلى زيارة المراجعة بعد الولادة أعلى بشكل ملموس يصل إلى 1.4 مرة ما هو لدى النساء اللواتي أفدن بعدم تلقي مثل هذه المعلومات.

خصائص العينة:

بلغ متوسط عمر النساء اللواتي ذهبن لتلقي الفحص الطبي بعد الولادة 31.1 سنة. وأنجبت 11% تقريباً من هؤلاء النساء طفلهن الأول. فيما كان هناك 2-3 أطفال لدى 28.4% منهن. و4-6 أطفال لدى 40.9% منهن. وسبعة أطفال أو أكثر لدى 19.6% منهن.

كانت نسبة تزيد عن 40% بقليل من النساء يعشن في قطاع غزة. وكانت 23.7% يعشن في شمال الضفة الغربية. و18.9% في وسط الضفة الغربية. و16.1% في جنوب الضفة الغربية. وكانت نسبة من النساء تزيد عن النصف بقليل (51.4%) يعشن في مواقع حضرية، فيما كانت 29.0% يعشن في مواقع ريفية، و19.6% يعشن في مخيمات. وكانت نسبة اللاجئين أكثر من نصف مجموع هؤلاء النساء بقليل (50.1%).

أكملت قرابة 18% من النساء تعليمهن إلى ما بعد المرحلة الثانوية، فيما أن 26.9% حاصلات على تعليم أساسي أو أقل. وكانت حوالي 11% من النساء يعملن في وقت المسح. وكانت الولادة قيصرية لدى حوالي الثلث (31.7%). وتلقت قرابة 58% من النساء معلومات عن الرعاية بعد الولادة أثناء مراجعة عيادة رعاية الحمل. وقد كانت نسبة النساء اللواتي ذهبن إلى مرفق خاص للحصول على الفحص الطبي بعد الولادة (45,0%) أعلى من نسبة من ذهبن إلى أي مرفق صحي آخر (انظر الجدول رقم 4).



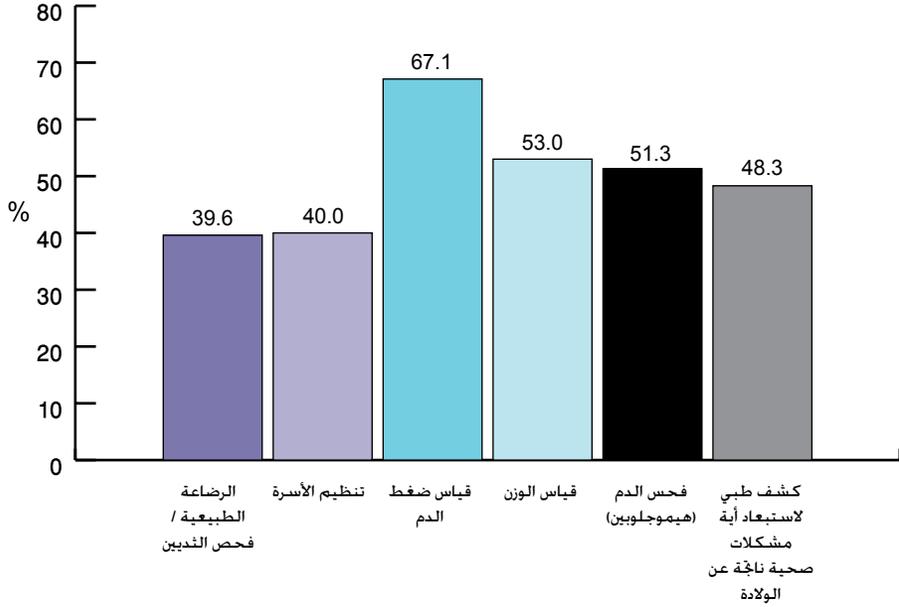
الجدول رقم 4: خصائص العينة

العدد: 1897				
العمر				
الانحراف المعياري			المتوسط	
8.66			31.1	
الولادات (%)				
7 أطفال أو أكثر	6-4 أطفال	3-2 أطفال	طفل واحد	
19.6	40.9	28.4	11.2	
نوع الموقع (%)				
مخيم	ريفى	حضرى		
19.6	29.0	51.4		
المنطقة (%)				
قطاع غزة	جنوب الضفة الغربية	وسط الضفة الغربية	شمال الضفة الغربية	
41.4	16.1	18.9	23.7	
التعليم (%)				
بعد الثانوى	ثانوى	إعدادى	أساسى أو أقل	
17.9	21.4	33.8	26.9	
العمل (%)				
لا تعمل			تعمل	
88.6			11.4	
حالة اللجوء (%)				
غير لاجئة			لاجئة	
49.9			50.1	
فئات الحالة المادية (%)				
الأيسر حالاً	الخمس الرابع	الخمس الثالث	الخمس الثاني	الأفقر
22.6	20.7	20.6	20.0	16.2
هل حصلت أثناء حملك على معلومات عن الرعاية بعد الولادة من مقدم الرعاية الصحية؟ (%)				
لا			نعم	
41.9			58.1	
نوع الولادة (%)				
ولادة قيصرية	شق/جرح	شفط/ملاقط	ولادة طبيعية	
31.7	6.6	2.4	59.4	
نوع مقدم الرعاية (%)				
الأونروا	أهلى وآخر	خاص	حكومى	
22.8	9.6	45.0	22.5	

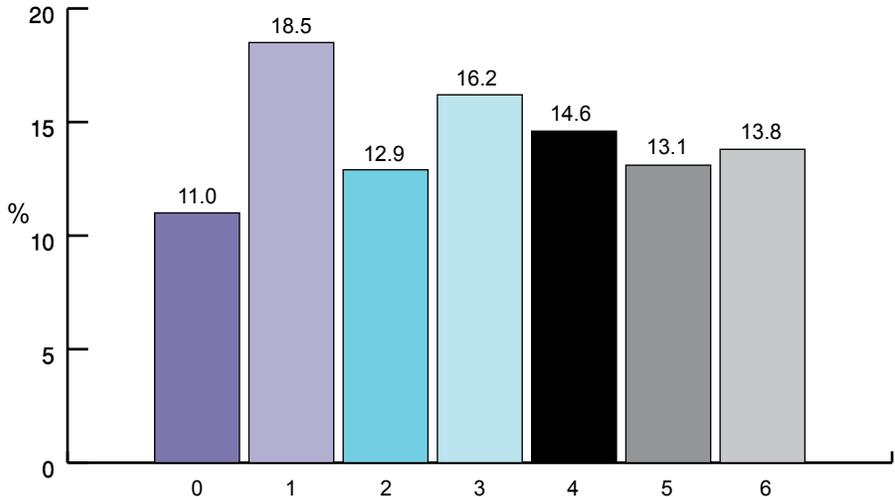


كما يوضح الشكل رقم 1. أفادت 39.6% من النساء بأنه أجري لهن فحص للتدخين أو تلقين مساعدة بشأن الرضاعة الطبيعية. وقالت 67.1% منهن بأنه تم قياس ضغط الدم لديهن. وأفادت 48.3% بإجراء كشف طبي. وأشارت 53.0% إلى أنه تم قياس وزنه. وحصلت حوالي 40% على خدمات تنظيم الأسرة. وأجري فحص دم حوالي 51.3% منهن. ومن المفاجئ أن نلاحظ أن حوالي 11% من النساء اللواتي توجهن إلى الفحص الطبي بعد الولادة لم يتلقين أية من الخدمات المذكورة هنا. فيما أن 14% تقريباً تلقين الخدمات الست المذكورة جميعها (انظر الشكل رقم 2).

الشكل رقم 1: الخدمات المقدمة خلال زيارة المراجعة بعد الولادة (%)

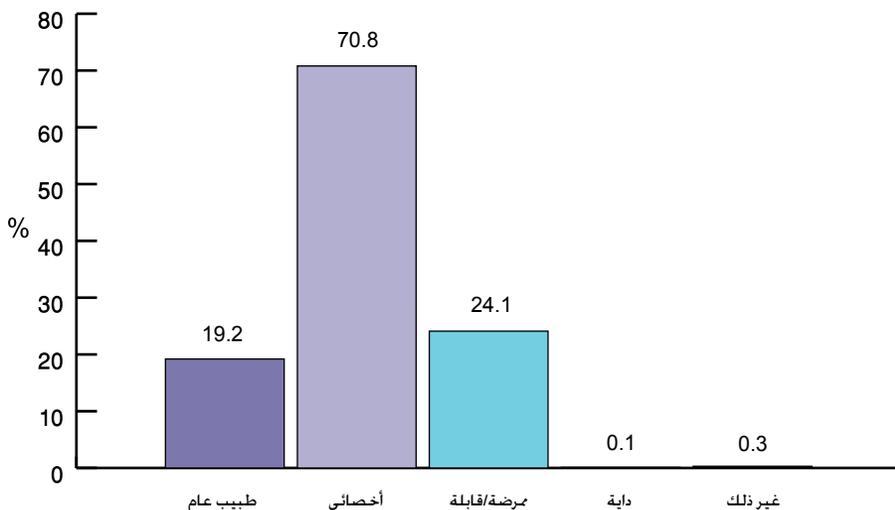


الشكل رقم 2: عدد الخدمات المقدمة (%)



في غالبية الحالات (70.8%)، قام بالفحص الطبي للنساء بعد الولادة أخصائي أو أخصائية، فيما أجرى الفحص طبيب عام في 19% من الحالات، وأجرته ممرضة أو قابلة في 24% من الحالات. وفي أقل من 1% من الحالات، قامت بالفحص داية أو مقدم آخر للخدمات (الشكل رقم 3).

الشكل رقم 3: الكوادر الصحية التي قدمت الخدمة خلال زيارات المراجعة بعد الولادة (%)



نتائج المتغيرات الثنائية:

بشكل عام، كانت العوامل التي لها ارتباط ملموس بعدد الخدمات التي تلقتها المرأة هي: نوع الموقع، وتلقي معلومات عن الرعاية النفسانية أثناء زيارات رعاية الحمل، ونوع الولادة، وحالة اللجوء، ومنطقة السكن، ونوع المرفق الذي تمت زيارته لتلقي الرعاية بعد الولادة. أما الحالة المادية والعمل والعمر وعدد الولادات فلم يتبين لها أهمية إحصائية في تحليل المتغيرات الثنائية، وبالتالي لم يشملهن تحليل المتغيرات المتعددة. يتضمن الجدول رقم 5 في الملاحق استعراضاً مفصلاً للنتائج.

نتائج المتغيرات المتعددة:

تم استعمال نموذجين في إعداد الجدول رقم 6 (في الملاحق). يتنبأ النموذج الأول باحتمال تلقي 3-1 خدمات ويتنبأ النموذج الثاني باحتمال تلقي 4-6 خدمات أثناء زيارة المراجعة بعد الولادة. وفي كلا النموذجين، كانت النساء اللواتي لم يتلقين أية خدمة بمثابة الفئة المرجعية. أظهر كلا النموذجين أن المنطقة الجغرافية، ونوع المرفق الذي أجري فيه الفحص الطبي بعد الولادة، وتلقي معلومات عن الرعاية النفسانية أثناء زيارات رعاية الحوامل، وطريقة الولادة ترتبط باحتمال الحصول على 3-1 خدمات و4-6 خدمات (يرجى الرجوع إلى الجدول رقم 6). وفي كلا النموذجين، فقدت حالة اللجوء ونوع الموقع أهميتهما التي ظهرت في تحليل المتغيرات الثنائية وظهر أنهما ليس لهما دلالة إحصائية بعد ضبط البيانات حسب المتغيرات الأخرى.

في النموذج الأول (تلقى 3-1 خدمات)، كان احتمال تلقي النساء في وسط الضفة الغربية 3-1 خدمات أقل بمقدار 0.4 مرة بالمقارنة مع النساء في شمال الضفة الغربية، وكان احتمال حصولهن على 4-6 خدمات أقل بمقدار 0.6 مرة بالمقارنة مع شمال الضفة في النموذج الثاني. وكان الفارق ملموساً



إحصائياً في الحالتين. وكانت النساء في جنوب الضفة الغربية أكثر ميلاً للحصول على 3-1 خدمات بفارق ملموس يبلغ 1.8 مرة بالمقارنة مع النساء في شمال الضفة الغربية. ولم يلاحظ فرق ملموس بالنسبة لتلقي 6-4 خدمات. وكانت النساء في قطاع غزة أقل ميلاً للحصول على 6-4 من الخدمات بمقدار النصف بالمقارنة مع النساء في شمال الضفة الغربية. ولم يلاحظ وجود فرق ملموس إحصائياً بالنسبة لاحتمال تلقي 3-1 خدمات.

من جهة أخرى. كانت النساء اللواتي حصلن على الرعاية لدى الأونروا أكثر احتمالاً بفارق ملموس يصل إلى 8.1 مرة للحصول على 3-1 خدمات وبفارق يصل إلى 24.7 مرة بالنسبة للحصول على 6-4 خدمات بالمقارنة مع النساء اللواتي استخدمن مرافق وزارة الصحة. هذا على الرغم من واقع أن حالة اللجوء لم تثبت أية دلالة إحصائية. بما أنه يتوقع أن تكون النساء اللواتي يستخدمن مرافق الأونروا من اللاجئين. وفي الواقع. لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين النساء اللواتي يستخدمن مرافق خاصة أو أهلية أو غيرها بالمقارنة مع المرافق الحكومية.

وتبين أن النساء اللواتي كانت ولادتهن طبيعية كن أكثر احتمالاً بقدر ملموس يصل إلى 3.0 مرات لأن يتلقين 3-1 خدمات بالمقارنة مع النساء اللواتي أُجبن عبر عملية قيصرية. فيما كانت النساء اللواتي تمت ولادتهن بمساعدة شق/جرح أكثر احتمالاً بما يزيد عن مرتين بقليل للحصول على 3-1 خدمات. كما أن النساء اللواتي كانت ولادتهن طبيعية كن أكثر احتمالاً بما يزيد عن ثلاث مرات بقليل للحصول على 6-4 خدمات بالمقارنة مع اللواتي كانت ولادتهن قيصرية.

كما أن النساء اللواتي أفدن بالحصول على معلومات عن الرعاية بعد الولادة أثناء تلقيهن لرعاية الحمل كن أكثر احتمالاً بقدر ملموس يصل إلى 1.5 مرة لتلقي 3-1 خدمات خلال الفحص الطبي بعد الولادة. كما كن أكثر احتمالاً بقدر يزيد عن خمس مرات لتلقي 6-4 خدمات بالمقارنة مع النساء اللواتي لم يتلقين أية معلومات.

المرحلة الثانية:

المعلومات المقدمة خلال فترة النفاس:

على العموم. تلقت الأمهات المعلومات بالأساس من قريباتهن الإناث الأكبر سناً والأكثر خبرة. وتضمنت المعلومات التي قدمتها هؤلاء النساء إرشادات حول التغذية، والعناية بالطفل، والرضاعة الطبيعية والعناية بالثديين، والعناية الشخصية. وكانت ثاني أكثر فئة مقدمة للمعلومات تتمثل في المستشفيات التي جرت فيها الولادة والمراكز الصحية التي ذهبن إليها، وركزت المعلومات التي أعطاها مقدمو الخدمات، بالأساس، على تنظيم الأسرة، والرضاعة الطبيعية والعناية بالثديين، ورعاية الطفل. كما ذكر عدد قليل من النساء أنهن حصلن على معلومات من الإنترنت والكتب وكتيب صحة الأم والطفل الذي توزعه وزارة الصحة في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وتمثل أحد مصادر المعلومات الأخرى لدى الأمهات اللواتي لديهن أكثر من طفل في التجربة السابقة.

اشتكى بعض النساء من نقص المعلومات التي يقدمها المهنيون الصحيون. من فيهم العاملون في القطاع الخاص. وقالت هؤلاء النساء أن الأطباء لم يكونوا يبذلون الرغبة بتخصيص الوقت الكافي لتقديم المشورة والتثقيف الصحي للنساء. كما ذكرت بعض النساء أيضاً أن الأطباء لا يبذلون الاهتمام بفترة النفاس. وعلى العموم. كانت النساء اللواتي سعين لتلقي الخدمات في مرافق الأونروا أو المؤسسات الأهلية أكثر احتمالاً بالحصول على معلومات صحية من طاقم هذه المرافق. مع وجود

بعض الاختلافات في كمية المعلومات التي تلقتها النساء من هذه الفئة. أما النساء اللواتي اعتمدن بالأساس على خدمات وزارة الصحة، فقد تلقين عموماً قدرًا أقل من المعلومات من الطاقم الصحي، ولكنهن أشرن إلى أنهن استخدمن كتيب صحة الأم والطفل كمصدر رئيس للمعلومات.

الشكاوى الصحية في فترة النفاس حسب إفادات النساء:

واجهت النساء خمسة أنواع رئيسية من المشكلات، هي: مضاعفات أو مشكلات متعلقة بالحمل والولادة، ومشكلات في الصحة الجسمية، ومشكلات انفعالية، ومشكلات متعلقة برعاية الطفل، ومشكلات متعلقة بصحة الطفل الرضيع.

تركزت المضاعفات والمشكلات المتعلقة بالحمل والولادة، في الأساس، حول المشكلات المتعلقة بالغرز أو الألم الناتج عن الغرز، وسكري الحمل، وزيادة الوزن بسبب الحمل، والألم في الظهر، وخاصة لدى النساء اللواتي أُجبن عن طريق ولادة قيصرية، والنزيف النفاسي. كما اشتكت بعض النساء من سوء معاملتهن أثناء الولادة، هؤلاء النساء مررن بتجارب سيئة مع المهنيين الصحيين الذين أشرفوا على الولادة، وتضمنت هذه التجارب سوء المعاملة، واستعمال علاجات غير مناسبة، وسوء استعمال الأوكسيتوسين. وقد رفعت إحدى النساء قضية في المحكمة ضد المستشفى الذي ولدت فيه بسبب طريقة معاملة القابلة التي ساعدتها في الولادة، وكذلك بسبب الإهمال الطبي. وذكرت امرأة أخرى أنها عندما ذهبت إلى الطبيب بعد الولادة، لاحظ أن الغرز لديها لم تزل في مكانها وقرر أن يزيلها بيديه دون استعمال مواد مطهرة أو أي مخدر لأنه كان منشغلاً مع حالة أخرى.

كما كانت مشكلات الصحة الجسمية شائعة أيضاً، وكانت أكثر المشكلات التي ذكرتها النساء شيوعاً الألم في الثدي، وفقر الدم، والإمساك، ومن المشكلات الأخرى الذي ذكرت ارتفاع ضغط الدم والسكري وتسمم الحمل والبواسير ونقص الكالسيوم وجلط الدم. وذكرت إحدى النساء أنها عانت من حساسية للأدوية التي أعطيت لها، وذكرت أخرى أنها تعاني من مشكلة في القلب.

وفي إطار المشكلات الانفعالية، ذكرت النساء بالأساس الكآبة والعصبية والإحساس بحالة انفعالية سيئة. كما أن القليل من النساء صنفن أنفسهن على أنهن كن مكتئبات أو عانين من الاكتئاب في فترة النفاس، وقالت إحداهن أيضاً أنها تعرضت لانهايار عصبي بسبب كل الضغوط التي كان عليها أن تواجهها. وذكر عدد قليل من النساء أيضاً أنهن عانين من فقدان الشهية والانخفاض المفاجئ في الوزن، وهو ما يمكن أن يكون مرتبطاً بسوء حالتها الانفعالية. تحدثت هذه المشكلات الانفعالية بالأساس نتيجة الاضطرار للتعامل مع كل ضغوط رعاية الطفل إلى جانب المسؤوليات الأخرى (شؤون الأسرة، ورعاية الأطفال، الخ).

تضمنت المشكلات الرئيسية المتعلقة برعاية الطفل التعب والأرق بسبب بكاء الطفل ونومه غير المنتظم. كما ذكرت نساء عديدات أنهن افتقرن إلى الخبرة والمعرفة حول كيفية التعامل مع الطفل، وكن في أحيان كثيرة لا يفهمن سبب بكاء الطفل. كما ذكرن أيضاً مشكلات متعلقة بمعرفة كيفية رعاية الطفل. تضمن ذلك حمام الطفل، والرضاعة الطبيعية، وكيفية حمل الطفل، وكيفية وضع الطفل أثناء نيام (أي الوضعية الأفضل للطفل أثناء نومه)، وكيفية التعامل مع الطفل السيئ الطبع، وإطعام الطفل. وشككت نساء أخريات من مشكلات في التوازن بين الطفل الجديد والأطفال الآخرين، وكانت الغيرة لدى الأطفال الآخرين واحتياجاتهم مصدر ضغط للنساء. وذكر القليل من النساء قصر فترة المباحة بين أطفالهن كمصدر آخر للضغط. وكان النقص في المباحة بشكل عام ناجماً عن نقص الوعي أو عدم الاستعمال الصحيح لوسائل تنظيم الأسرة أو الضغوط التي تمارسها الأسرة على المرأة لكي تحمل من جديد.



ذكر عدد قليل من النساء مواجهتهن لمشكلات متعلقة بوضع الطفل الصحي. فقد ذكر القليل منهن أن الأطفال عانوا من الاصفار، والذي شكل مصدر ضغط إضافي بالنسبة لهن. وقالت إحدى النساء أن مشكلتها الرئيسية كانت في تغذية أطفالها. وقالت أن بناتها يعانين من فقر الدم ولم يكن يتناولن الطعام الذي تعده لهن لأن الأقرباء كانوا يعطونهن الأطعمة التي ليست لها قيمة غذائية. وقالت هذه المرأة أنها كانت ترجع باستمرار إلى المركز الصحي للحصول على علاج لأطفالها ولا تزال غير قادرة على التغلب على تأثير الأقرباء على العادات الغذائية لدى بناتها. وقالت امرأة أخرى أن مشكلتها الرئيسية كانت تتعلق بالتشوه الخلقي لدى طفلها. وقد وضحت أنه كان يعاني من بعض المشكلات في وقت مبكر. وأنها واضبت هي وزوجها على أخذه إلى الأطباء لمعرفة ما المشكلة. ولكن لم يتم تحديد تشخيص واضح لحالة الطفل. وبعد أن تم تحويلها إلى أخصائي فقط. عرفت ما المشكلة التي يعاني منها ابنها. وفي ذلك الوقت ساءت حالته وأصبح بحاجة إلى جراحة عاجلة.

قالت بعض النساء في واحدة من المجموعات البؤرية في الموقع الريفي في وسط الضفة الغربية أن إحدى المشكلات التي تواجههن تتمثل في افتقادهن للرغبة الجنسية. وقالت بعضهن أنهن إما يشعرن بالإرهاق الشديد الذي يجعلهن غير قادرات على المعاشرة الزوجية. أو يخشين من حدوث حمل جديد. وقالت أخريات أنهن ببساطة لم يكن يجدن في أنفسهن الرغبة في معاشرة أزواجهن. حتى بعد عدة أشهر من الولادة. ولم يذكر هذا الموضوع إلا في هذه المجموعة فقط.

الدعم في فترة النفاس:

المدة:

تلقت النساء الدعم في الغالب لعدة أيام أو ما يصل إلى فترة أسبوع. وذكرت بعض النساء أنهن تلقين الدعم لفترات زمنية أطول. أشارت النساء، عموماً، إلى أنهن كن بحاجة إلى دعم خلال الأسبوع الأول على الأقل. وذكرت العديدات منهن أنهن احتجن الدعم لفترات أطول تصل إلى شهر واحد أو 40 يوماً.

نوع الدعم:

تضمنت أنواع الدعم التي حصلت عليها النساء المساعدة في شؤون المنزل. ورعاية الطفل. والمساعدة في الاعتناء بالأطفال الآخرين. والدعم الاجتماعي والمعنوي والعاطفي. والعناية الشخصية بقدر محدود. وكانت المساعدة في شؤون المنزل ورعاية الطفل أكثر أنواع الدعم المصرح بها. وقد أشارت النساء عموماً إلى أنهن احتجن إلى مساعدة في هذه الأمور. ولكن الدعم الأهم بالنسبة لهن كان الدعم العاطفي/المعنوي. والذي لم يكن متوفراً على الدوام.

«بكفي الدعم المعنوي والكلمة الطيبة». - امرأة في المجموعة الحضرية في جنوب الضفة الغربية.

أشارت بعض النساء إلى أنهن حصلن على مساعدة شخصية. تضمنت أموراً مثل المساعدة في النهوض من السرير. والتنقل داخل البيت. أو المساعدة في الذهاب إلى المرحاض. ولكن النساء عموماً قلن أن هذا الجانب من الدعم كان محدوداً. واشتكت بعض النساء في المجموعة البؤرية التي عقدت في الموقع الحضري في وسط الضفة الغربية من نقص الاهتمام بالمرأة في فترة النفاس. ويمكن القول أن الدعم الأسري عموماً محدود في مجاله ومدته. وأن مقدمي الخدمات الصحية لا يقدمون أي دعم خلال هذه الفترة أو يقدمون القليل من الدعم في أحسن الأحوال. كما أشارت النساء إلى أنهن كن في حاجة إلى التثقيف الصحي وبعض التوجيه والإرشاد في القيام بمهام الأمومة.

«لا يوجد ما يكفي من التوجيه للأم».

«لا يوجد ما يكفي من التثقيف الصحي للأم». - نساء في المجموعة الحضرية في وسط الضفة الغربية.

اقترح البعض أن يتم تقديم محاضرات وإنشاء مجموعات دعم خلال الحمل وفترة النفاس. وتحدثت إحدى النساء عن تجربة صديقتها الروسية في الزيارات المنزلية في روسيا والدعم الشمولي الذي يقدم إلى الأمهات في روسيا بالمقارنة مع هو متوفر في رام الله/البييرة.

مقدمو الدعم:

كانت أكثر الجهات المقدمة للدعم تتمثل في القربيات. وهن بالأساس الأم والحماة والأخت وأخت الزوج. وشملت القائمة، في بعض الحالات، الجدة والعممة والخالة والابنة الأكبر وابنة الأخ أو الأخت. كما ذكرت النساء في حالات قليلة تلقي الدعم من أقرباء ذكور مثل الحما والابن. كما ذكر حوالي ربع النساء تلقي الدعم من الزوج، والذي تضمن المساعدة في شؤون المنزل وفي رعاية الطفل. وتلقت نساء قليلات المساعدة من صديقاتهن أيضاً. على العموم، كان مصدر الدعم المحبذ لدى النساء يتمثل في الزوج لأنه الشخص الذي يتواجد في البيت دائماً. وأشارت بعضهن إلى أنه على الرغم من أنهن رغبين بالحصول على الدعم من أزواجهن، إلا أن الأزواج كانوا إما منشغلين أو غير راغبين بتقديم الدعم. كما ذكر عدد قليل من النساء أن الأعراف الاجتماعية تمنع الأزواج من تقديم الدعم. وكان مصدر الدعم الثاني المحبذ، بعد الزوج، يتمثل في الأم.

الخدمات الصحية في فترة النفاس:

استخدام الخدمات الصحية في فترة النفاس:

أشارت أقل من نصف النساء المشاركات في نقاشات المجموعات البؤرية إلى أنهن ذهبن لتلقي الفحص الطبي في فترة النفاس. وكانت النساء اللواتي يترددن على مرافق الأونروا الأكثر احتمالاً لأن يذهبن لتلقي الفحص الطبي في فترة النفاس. إذ أفدن بأن الحصول على الفحص كان جزءاً من الإجراءات المطلوبة منهن لتسجيل المولود في بطاقة الأونروا الخاصة باللجئتين. ومع ذلك، فقد ذكر عدد قليل من النساء اللواتي ذهبن إلى مرافق الأونروا أنهن لم يعرفن عن الفحص الطبي وأنهن لم يذهبن سوى من أجل تطعيم الطفل. كما كان احتمال الذهاب للحصول على الفحص الطبي بعد الولادة أعلى بين النساء اللواتي يترددن على مرافق لمنظمات أهلية بالمقارنة مع أولئك اللواتي يتلقين الخدمات في مرافق وزارة الصحة. كما كان احتمال الذهاب إلى الفحص الطبي بعد الولادة أعلى لدى النساء اللواتي أنجبن من خلال ولادة قيصرية. وأشارت غالبية النساء اللواتي لم يذهبن للمراجعة بعد الولادة إلى أنهن لم يكن يعرفن عن ضرورة المراجعة أو أنهن شعرن بأن وضعهن طبيعى وليس من حاجة للذهاب إلى الفحص. وقالت نساء أخريات أن المستشفى أو المركز الصحي لم يخبرهن بالقدوم للمراجعة لأنهن على الأرجح لم يكن بحاجة لذلك. وقلّة من النساء قلن بأنهن يعرفن عن زيارة المراجعة ولكن لم يستطعن الذهاب بسبب انشغالهن برعاية الأطفال الآخرين أو بسبب ضغط الأسرة. وأفاد عدد قليل من النساء أيضاً بأن الطبيب قال لهن أن الهدف من المراجعة هو تنظيم الأسرة بالأساس. وبالتالي فلم تذهب للمراجعة سوى النساء المهتمات بالحصول على خدمة تنظيم الأسرة.

بالنسبة للنساء اللواتي ذهبن للفحص الطبي، أشارت غالبيةهن إلى أنهن حصلن على الخدمات التالية: فحص الدم للتأكد من مستوى الهيموجلوبين، وفحص البول، وفحص السكر في الدم، وقياس ضغط الدم، وقياس الوزن، وقياس درجة الحرارة، وتنظيم الأسرة. وذكرت بعضهن أيضاً إجراء مسحة



عنق الرحم، وفحص الدم للتأكد من مستوى الكالسيوم، وفحص الرحم وعنق الرحم، وأشارت كل النساء اللواتي ذهبن لتلقي الفحص الطبي تقريباً إلى حصولهن على المقويات الغذائية. وقالت إحدى النساء أنه طلب منها إجراء فحص لفيتامين ب 12 ولكنها لم تجر الفحص لأن تكلفته باهظة.

ووضح عدد قليل من النساء أنهن لم يذهبن بقصد الحصول على الفحص الطبي العام في فترة النفاس، بل ذهبن لأن لديهن شكاوى صحية محددة. تضمنت هذه الفئة نساء ذهبن بهدف إزالة الغرز، ونساء عانين من الحمى أو من ألم شديد في الظهر أو انقباضات عضلية حادة.

أشار عدد قليل من النساء إلى أنهن رغبن بالحصول على فحص طبي أكثر شمولية لأنفسهن ولأطفالهن. كما أشارت النساء عموماً إلى أن الخدمات المقدمة في فترة النفاس تكون موجهة نحو المواليد بالأساس ولا تركز كثيراً على النساء.

«ما يتلوعوا عليك ويفحصوك إلا إذا اغمي عليك! ما يعملوا فحوصات من مرة.» - امرأة في المجموعة الحضرية في شمال الضفة الغربية.

قارنت بعض النساء أيضاً التباين في جودة الخدمات المقدمة في القطاعين الخاص والحكومي. وشعرت النساء عموماً أن خدمات القطاعين الخاص والأهلي كانت أفضل من الخدمات الحكومية. مع أن إحدى النساء قالت أن الخدمات الحكومية كانت أفضل. كما قارنت النساء في جنوب الضفة الغربية بين الخدمات المقدمة في الخليل وتلك المقدمة في بيت لحم. وأشارت عموماً إلى أن الخدمات المتاحة في بيت لحم ذات جودة أعلى وتتضمن قدراً أكبر من التثقيف الصحي والإرشاد. وأفادت نساء أخريات بأنهن يرغبن في أن تقدم المرافق الصحية خدمات أكثر شمولية والمزيد من الأدوية. وذكرت بعض النساء أيضاً تكلفة الخدمة وبعد المسافة إلى المركز الصحي باعتبارهما من العوامل المهمة التي تحدد ما إذا كن سيسعين للحصول على الرعاية أم لا.

«المهم أن تكون الخدمة مجانية وأن لا يكون عليك أن تأخذي أكثر من مواصلة واحدة.» - امرأة في مجموعة اللاجنات الحضرية في جنوب الضفة الغربية.

وكانت المجموعة الحضرية في وسط الضفة الغربية الأشد انتقاداً للخدمات المقدمة. إذ قالت النساء أنهن لم يمنحن ما يكفي من الوقت أو الاهتمام من جانب المهنيين الصحيين (في القطاعين الحكومي والخاص). كما أشرن إلى أن إجراء فحص طبي واحد في فترة النفاس غير كافٍ، بل يلزم إجراء كشف طبي منتظم للنساء. يذكر أن هذه المجموعة كانت بالإجمال تميل لأن تضم نساء أكثر تعليماً من النساء في المجموعات الأخرى. وكان لديهن معرفة أكبر بما يجب أن يحصلن عليه بالمقارنة مع المجموعات الأخرى. وكن الأكثر انتقاداً للخدمات المقدمة لهن. وعلى خلاف المجموعات الأخرى، كن على العموم أقل ميلاً للتعبير عن الرضا عن الخدمات المقدمة.

مواقف النساء من أهمية الفحص الطبي في فترة النفاس:

أفادت كل النساء تقريباً بأنه كان من المهم لهن أن يذهبن إلى الفحص الطبي بعد الولادة. وقلن أيضاً أنه حتى إذا شعرن بأن وضعهن طبيعي، يظل من الضروري الذهاب للفحص بغية الاطمئنان على صحتهن. وقلن أنه لو قال لهن المهنيون الصحيون أن يأتوا للفحص لأنوا. وأشارت امرأة واحدة فقط إلى أنها لا تشعر بأهمية الفحص الطبي. وقالت أن على النساء أن يعتنبن بأنفسهن وأن لا يذهبن للفحص إلا عندما يشعرن بوجود مشكلة ما.

«كل امرأة بصير معها شيء بعد الولادة. حتى إذا كانت خَس أنها طبيعية. عشانها مابتعرف شو الي بصير معها. فلازم اتروح على الفحص». - امرأة في المجموعة الحضرية في جنوب الضفة الغربية.

العوامل التي تشجع النساء على الاستفادة من الخدمات الصحية:

وفقاً للنساء المشاركات في نقاشات المجموعات البؤرية، كان العامل الأهم الذي شجعهن على استخدام الخدمات الصحية يتمثل في طريقة تعامل مقدمي الرعاية الصحية. فقد كن يحبذن مقدم الرعاية الذي يتعامل معهن بإيجابية ويعطي الوقت اللازم لتزويد المرأة بالنصح والإرشاد. وأكدن على أنهن يرغبن بأن تتم معاملتهن باحترام وكرامة. وليس كحالات طبية على النحو الذي تتم به معاملتهن في العادة. وكانت المرافق الصحية التي تتوفر فيها خدمات شاملة مختصة الأكثر تحبباً بشكل عام. كما بينت النساء أيضاً أن هناك أهمية لتكلفة الخدمة، إلى جانب المسافة وتكلفة المواصلات إلى المرفق الصحي. وأشار عدد قليل من النساء أيضاً إلى أن وجود طبيبة أنثى كان من العوامل التي شجعتهن على الاستفادة من الخدمة. لأنهن يشعرن براحة أكبر عندما تقوم بفحصهن طبيبة أنثى ويشعرن بأنها أفدر على فهم احتياجاتهن. كما قالت النساء العاملات أنهن ذهبن إلى خدمات القطاع الخاص لأن هذه الخدمات تكون متاحة بعد أن يغادرن عملهن. وقالت إحدى النساء أنها كانت تحبذ الذهاب إلى الخدمات الحكومية لأنها أكثر شمولية. ولكنها ذهبت إلى القطاع الخاص لأن العيادة تعمل في أوقات بعد الظهر. وأشارت النساء أيضاً إلى أن ترتيب موعد الفحص الطبي في مرحلة النفاس في وقت واحد مع موعد تطعيم المولود يبسر عليهن أمر الذهاب إلى الفحص. وأشار عدد قليل من النساء إلى أنهن يحبذن الحصول على الفحص الطبي عدة مرات خلال الأسابيع الستة الأولى بعد الولادة.

النقاش :

على غرار دراسات أخرى (Bashour et al. 2008; Kabakian-Khasholiana and Campbell 2005)، تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن ارتفاع المستوى التعليمي والوضع الاجتماعي-الاقتصادي يزيد من احتمال توجه المرأة للحصول على الخدمات الصحية بعد الولادة. فقد بدأ في المرحلة النوعية من هذه الدراسة أن التعليم يلعب دوراً بين النساء غير اللاجئات بشأن قرارهن باستخدام الرعاية بعد الوضع أو عدمه. ولكن النساء بالإجمال أشرن إلى أن طريقة تعامل مقدمي الرعاية الصحية معهن والقدرة (المادية والمالية) على الوصول إلى الخدمات تعد من العوامل المهمة التي تحدد ما إذا كن سيلجأن إلى الخدمات أم لا. وكانت النساء اللواتي أجنهن الطفل الأول أكثر احتمالاً على العموم للذهاب إلى الفحص الطبي بعد الولادة. إن هذا الأمر ليس مفاجئاً بالنظر إلى أنهن يواجهن التجربة الأولى مع الولادة ويمكن أن يبرز لديهن من الأسئلة ودواعي القلق أكثر مما يمكن أن تواجهه النساء اللواتي سبق لهن الإنجاب. لقد تبدي ذلك في تعبيرات النساء في الدراسة النوعية، حيث قلن أنهن بحاجة إلى مزيد من المعلومات والدعم بشأن التعامل مع مواليدهن البكر.

من ناحية أخرى، وكما أشارت بعض الدراسات (Dhafer et al. 2008)، كان احتمال الذهاب إلى زيارة المراجعة بعد الولادة أعلى لدى النساء اللواتي كانت ولادتهن قيصرية أو بمساعدة شق/جرح بالمقارنة مع النساء اللواتي أجنهن أطفالهن عبر ولادة طبيعية. وتنبغي الإشارة هنا إلى أنه على الرغم من أن النساء اللواتي مررن بولادة قيصرية أظهرن الاحتمال الأعلى بالذهاب إلى الفحص الطبي بعد الولادة، إلا أنهن كن أكثر احتمالاً من سائر النساء لأن لا يتلقين خلال الزيارة أية خدمة من الخدمات الأساسية التي بحثنا فيها. يمكن أن يشير هذا الأمر إلى أن النساء اللواتي كانت ولادتهن قيصرية لا ينظرن عموماً إلى الفحص الطبي بعد الولادة كإجراء وقائي بل يذهبن للفحص من أجل الحصول على خدمات محددة ومتابعة طبية (مثل إزالة الغرز، الخ). وقد تبين أن الأمر كان كذلك في مرحلة الدراسة النوعية أيضاً. حيث أفادت بعض النساء بأنهن سعين في طلب الرعاية لمعالجة مشكلات محددة وليس من أجل الحصول على فحص طبي شامل.

تتمثل إحدى النتائج البارزة في هذه الدراسة في الدور الذي تلعبه المعرفة التي تكتسبها المرأة أثناء الحمل حول الرعاية بعد الولادة في التأثير في أنماط الاستخدام وكذلك في عدد الخدمات التي تحصل عليها النساء. فالنساء اللواتي أفدن بأنهن تلقين معلومات عن الرعاية النفسانية في زيارتهن لرعاية الحمل كن أكثر احتمالاً لأن يذهبن إلى الفحص الطبي بعد الولادة. ويبدو هذا الأمر مشابهاً لنتائج دراسة أجريت في لبنان وتبين منها أن النساء اللواتي حصلن على مواعيد لإجراء الفحص الطبي بعد الولادة كان احتمال ذهابهن إلى الفحص أعلى (Kabakian-Khasholiana and Campbell 2005). كما كانت المعرفة عن الرعاية النفسية من العوامل المهمة التي تتنبأ باستخدام المرأة للخدمات في دراسة أجريت في زامبيا (Lagro et al. 2006). إذن من المحتمل أن يساعد تركيز مقدمي الرعاية الصحية على أهمية الرعاية بعد الولادة أن يزيد من إدراك النساء لأهميتها، وخاصة بالنظر إلى أن الأسباب الرئيسية التي تعبر عنها النساء (بناءً على بيانات المسح العربي لصحة الأسرة لسنة 2006) لعدم ذهابهن إلى الفحص الطبي بعد الولادة تتعلق بتصورهن لعدم أهمية الفحص وشعور النساء بأن كل شيء لديهن طبيعي.

ارتبطت المعرفة عن الرعاية النفسية أيضاً بارتفاع عدد الخدمات المقدمة للنساء. قد يكون السبب في ذلك أن هؤلاء النساء كن أكثر ميلاً لأن يذهبن للحصول على فحص طبي عام بعد الولادة وبالتالي تلقين الخدمات الأساسية. أما النساء اللواتي كانت ولادتهن قيصرية ربما كن أكثر ميلاً للذهاب للحصول على



خدمات مختارة. وقد تردد ذكر هذه النتيجة أيضاً في المرحلة النوعية من هذه الدراسة. حيث أشارت النساء إلى أنهن كن سيذهبن لتلقي الخدمات إذا قال لهن ذلك مقدمو الرعاية الصحية. وقد أفادت النساء اللواتي لم يذهبن لتلقي الرعاية النفسانية أن السبب في العادة هو أنه لم يتم إخبارهن بضرورة الجيء إلى الفحص. فالنساء عموماً لم يبدین معارضة لطلب الرعاية بل أشرن في واقع الأمر إلى أنهن يحبذن أن تتم طمأننتهن على صحتهن. وفي بعض الحالات، كان لتركيز مقدمي الرعاية على ضرورة المراجعة لغايات تنظيم الأسرة وليس للحصول على فحص طبي شامل تأثير على قرار النساء بشأن الذهاب لتلقي الخدمة.

من النتائج المهمة الأخرى هي التباين في عدد الخدمات المقدمة حسب الجهة المقدمة للخدمات. فالنساء اللواتي ذهبن للحصول على الفحص الطبي بعد الولادة في مرافق الأونروا كن أقل احتمالاً لعدم الحصول على أية خدمة من الخدمات الأساسية بالمقارنة مع النساء الأخريات. يمكن أن يشير ذلك إلى أن الأونروا تقدم حزمة أكثر شمولية للرعاية بعد الولادة. إلا أنه يلزم إجراء المزيد من البحث لتأكيد هذه النتيجة. يشير هذا الأمر إلى أن النساء اللاجئات ربما يملكن قدرة أكبر على الوصول إلى خدمات أكثر شمولية. وقد أظهرت المرحلة النوعية للدراسة أن النساء اللاجئات اللواتي عادة ما يحصلن على الرعاية في مرافق الأونروا كن أكثر احتمالاً لأن يفدن بذهابهن إلى الفحص الطبي بعد الولادة. وأشارت العديديات إلى أن هذه الزيارة تعد من متطلبات الأونروا لتسجيل المولود في ملف العائلة. يمكن أن يفسر ذلك جزئياً زيادة استخدام الرعاية النفسانية في أوساط اللاجئات. كما كانت النساء اللواتي ذهبن إلى مرافق الأونروا أكثر ميلاً لأن يشرن إلى تلقيهن التثقيف الصحي ومجالاً أوسع من الخدمات. وقد قدمت مرافق المنظمات الأهلية خدمات ماثلة في بعض الحالات، إلا أن عدد النساء اللواتي يتوجهن إلى خدمات القطاع الأهلي يبدو قليلاً نسبياً. أما النساء اللواتي توجهن لتلقي الرعاية في مرافق وزارة الصحة فقد أفدن بحصولهن على قدر محدود من الرعاية. مع وجود بعض الاستثناءات على ذلك.

كان استخدام الرعاية بعد الولادة أعلى أيضاً بين النساء اللواتي وضعن أول أطفالهن. يحتمل أن يكون ذلك مرتبطاً بافتقارهن إلى خبرات سابقة في الولادة وحاجتهن إلى مزيد من المعلومات. من الضروري تفصيل المزيد من الخدمات حسب احتياجات الأمهات البكرات للمساعدة في تيسير انتقالهن إلى مرحلة النفاس. مع ضمان تقديم خدمات شاملة وعامة لجميع النساء والتأكد على وجه الخصوص من أن النساء اللواتي لديهن أكثر من طفل لا يتوقفن عن التردد على الرعاية النفسانية بعد كل ولادة.

مع أنه سبق وأن جادل البعض في أن عمل المرأة يزيد استقلاليتها وحصولها على الخدمات الصحية. لم تبين نتائج هذه الدراسة ما يثبت ذلك. قد يعود ذلك في جزء منه إلى صغر عدد النساء العاملات والانخفاض العام في استخدام الرعاية بعد الولادة في الأرض الفلسطينية المحتلة. أما في مرحلة الدراسة النوعية، فقد كانت النساء القليلات العاملات والمتعلمات في المجموعة الحضرية في وسط الضفة الغربية الأكثر والأوضح تعبيراً عن عدم رضاهن عن الخدمات الصحية المقدمة. كما كانت لديهن فكرة أوضح عما كن يردنه من الجهاز الصحي. قد يكون ذلك راجعاً إلى مستوى تعليمهن إلى جانب رؤيتهن الأوسع إلى العالم من حولهن. كما أشير في حالات قليلة إلى أن العمل كان يجعل النساء أكثر ميلاً للذهاب إلى خدمات القطاع الخاص بسبب توافق ساعات الدوام مع طبيعة عملهن.

تشير التحليلات عموماً إلى أنه فيما تلعب العوامل الديموغرافية دوراً ملموساً في تحديد ما إذا كانت المرأة تستخدم الرعاية بعد الوضع أم لا. فإن عدد الخدمات التي تنلقاها المرأة يميل بقدر أكبر للارتباط بنوع المرفق الذي تستخدم فيه الرعاية الصحية. ويعد نوع الولادة عاملاً مهماً بالنسبة لكلا الأمرين: استخدام الرعاية وعدد الخدمات المقدمة. ولكنه لا يعمل في الاتجاه ذاته. فيما تزيد الولادة القيصرية من

احتمال استخدام المرأة للرعاية بعد الولادة بالمقارنة مع الولادة الطبيعية. يلاحظ أن الولادة الطبيعية تزيد احتمال حصول المرأة على عدد أكبر من الخدمات. يمكن أن يدل ذلك على أن النساء اللواتي ينجبن عبر ولادة قيصرية أكثر ميلاً للقدوم من أجل خدمات معينة (مثل إزالة الغرز). فيما أن النساء اللواتي ينجبن عبر ولادة طبيعية ربما يكن أكثر ميلاً للقدوم من أجل الحصول على فحص طبي عام. وقد كانت هذه النزعة سائدة أيضاً بين النساء اللواتي شاركن في المرحلة النوعية للدراسة. فالنساء اللواتي ذهبن بسبب شكاوى أو مضاعفات محددة على العموم تلقين رعاية أكثر تخصصاً. وقلما تضمنت هذه الرعاية إجراء فحص طبي شامل.



الخلاصة:

تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن الكشف الطبي الذي يجب أن يجري خلال زيارات الرعاية بعد الولادة لا يتم تنفيذه بشكل ثابت أو منهجي من قبل مقدمي الرعاية الصحية. حتى في نطاق قطاع الخدمات الواحد. إن هذه النتائج تدعو إلى إعادة تدريب مقدمي الرعاية الصحية (الأطباء والممرضات والقابلات. الخ) على إجراء الكشف طبي والفحوصات. وتوفير البنية التحتية والمعدات اللازمة على مستوى الرعاية الصحية الأولية. وتطبيق نظام فعال للإشراف يكفل أن يتم إجراء هذه الفحوص الطبية بشكل روتيني ولكل النساء. وعلى الرغم من وجود بروتوكولات موحدة. إلا أنه من الواضح أنه لا يجري اتباعها بشكل ثابت. إن من الضروري اتخاذ تدابير في مجال المتابعة والإشراف للتأكد من أن يتم تزويد النساء برعاية نوعية.

تشير النتائج أيضاً إلى أن الكوادر الصحية لا تقدم معلومات كافية للنساء حول أهمية الزيارة للرعاية النفسانية. وتشير النتائج إلى أن معرفة النساء عن الرعاية النفسانية تعد من العوامل المهمة التي تمهد لاستخدامهن لهذه الرعاية بعد الولادة. إن هذه النتائج تدعو لبناء تدخلات ترمي إلى ضمان أن تقوم كل كوادر الرعاية الصحية بإبلاغ النساء بطريقة مناسبة خلال فترة الحمل عن أهمية الحضور إلى زيارة المراجعة بعد الولادة. مع التركيز بشكل خاص على النساء اللواتي يعشن في أوضاع فقر. ويتطلب هذا التدخل أيضاً بعض التدريب الإضافي. والأهم من ذلك توفير نظام إشراف فعال يساهم في رفع مستوى الجودة في جوانب الرعاية الفنية والاتصال الشخصي في مرحلة الحمل وبعد الولادة.

إلى جانب أهمية زيادة استخدام النساء للرعاية بعد الولادة. فإن ضمان جودة هذه الخدمات لا يقل عن ذلك أهمية. لقد أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن هناك نواقص في الخدمات الأساسية المقدمة للنساء. ومن الضروري العمل على زيادة شمولية الخدمات الصحية بعد الولادة وزيادة تركيزها على احتياجات النساء. إن النتائج تؤكد على الحاجة لتحسين اتجاهات مقدمي الرعاية الصحية نحو النساء خلال زيارات المراجعة وزيادة اهتمامهم باحتياجات النساء. وخاصة العناصر الانفعالية والنفسية لمرحلة ما بعد الولادة. وعلى النحو ذاته. تشير النتائج أسئلة مهمة بخصوص غياب نظم الزيارات المنزلية. والتي تكتسب أهمية كبيرة في دعم النساء من النواحي الجسمية والعملية والعاطفية وغيرها. إن هذه النتائج تدعو إلى إعادة تأسيس نظم الزيارات المنزلية لدعم النساء الواضعات خلال الأيام الأولى بعد الولادة وما يليها من أسابيع.

توصيات سياساتية:

- إعادة تدريب مقدمي الرعاية الصحية وتأسيس نظام فعال للإشراف لمساعدة النساء على فهم أهمية زيارة المراجعة بعد الولادة وقيمتها الكبيرة.
- معالجة نقص القدرة لدى بعض النساء على الوصول إلى الخدمات بعد الولادة من خلال الصلات بين مستشفيات الولادة وعيادات الرعاية الصحية الأولية العاملة في المنطقة ذاتها حيث تقيم النساء. يجب أن يتضمن ذلك المتابعة من مركز الرعاية الصحية. وحض النساء على القدوم للحصول على الخدمات بعد الولادة. وإعادة تنظيم خدمات الرعاية بعد الولادة حتى تكون أكثر استجابة لاحتياجات الأمهات والمواليد خلال هذه الفترة الحرجة من حياتهم.
- إعادة تدريب وتوجيه المهنيين الصحيين لكي يصبحوا أكثر اهتماماً بالنساء ويحسنوا اتجاهاتهم بما يكفل وجود اتصال فعال يركز على تقديم المشورة والنصح للمرأة حول الصحة الجسمية والنفسية للمرأة ووليدها.



- ضمان الجودة والشمولية في الخدمات واستمرارية الرعاية المقدمة للنساء في مراحل الحمل والولادة والنفاس. يجب أن يشمل ذلك كلاً من جوانب الصحة الجسدية والنفسية-الاجتماعية.
- جعل الرعاية بعد الولادة ضمن أولويات السياسات.
- ضمان استمرار الإشراف والمتابعة الداعمة لتقديم الخدمات والاستفادة منها بما يكفل الجودة والشمولية والوصول المتكافئ.
- التخطيط والتنفيذ لتقديم الرعاية المجتمعية والمنزلية خلال أول يومين بعد الولادة بواسطة الممرضات والقابلات وعاملات صحة المجتمع. ومن ثم إجراء زيارات متابعة خلال الأسابيع التالية. إن لهذا الجانب أهمية حاسمة في الاستجابة لاحتياجات النساء بعد الولادة من النواحي الجسدية والنفسية - الاجتماعية والعملية وغيرها.

الجدول رقم 2: تحليل المتغيرات الثنائية لاستخدام الرعاية بعد الولادة وعدد من المتغيرات المختار

p-value	لم يستخدمها		استخدمن الرعاية بعد الولادة		المتغيرات
	(%)	العدد	(%)	العدد	
0.042					نوع الموقع
	71.2%	2412	28.8%	975	حضري
	70.5%	1316	29.5%	550	ريفي
	67.3%	765	32.7%	372	مخيم
	70.3%	4493	29.7%	1897	المجموع
<0.001					فئات الحالة المادية
	75.7%	957	24.3%	307	الأفقر
	71.9%	972	28.1%	379	الخمس الثاني
	71.2%	963	28.8%	390	الخمس الثالث
	69.9%	911	30.1%	392	الخمس الرابع
	61.7%	690	38.3%	429	الأيسر حالاً
<0.001					هل حصلت على معلومات عن الرعاية بعد الولادة أثناء تلقيك الرعاية لحملك الأخير؟
	66.8%	2205	33.2%	1097	نعم
	73.6%	2210	26.4%	792	لا
<0.001					نوع الولادة
	76.7%	3703	23.3%	1126	ولادة طبيعية
	72.9%	121	27.1%	45	شفاط / ملاقط
	71.0%	306	29.0%	125	شقوق / جرح
	37.7%	363	62.3%	601	قيصرية
0.002					العمل
	65.1%	405	34.9%	217	تعمل
	70.9%	4088	29.1%	1680	لا تعمل
<0.001					التعليم
	71.4%	1273	28.6%	510	أساسي أو أقل
	72.7%	1703	27.3%	641	إعدادي
	71.1%	1001	28.9%	406	ثانوي
	60.3%	516	39.7%	340	بعد الثانوي



<0.001					العمر
	75.4%	144	24.6%	47	19-15
	75.6%	876	24.4%	283	24-20
	70.7%	1206	29.3%	501	29-25
	68.8%	1072	31.2%	486	34-30
	67.7%	719	32.3%	343	39-35
	66.8%	476	33.2%	237	40 فأكثر
<0.001					حالة اللجوء
	66.7%	1903	33.3%	951	لاجئة
	73.2%	2590	26.8%	946	غير لاجئة
<0.001					المنطقة الجغرافية
	70.5%	1074	29.5%	449	شمال الضفة الغربية
	64.1%	640	35.9%	358	وسط الضفة الغربية
	75.8%	954	24.2%	305	جنوب الضفة الغربية
	69.9%	1825	30.1%	785	قطاع غزة
0.005					الولادات
	64.7%	389	35.3%	212	طفل واحد
	72.2%	1394	27.8%	538	2-3 أطفال
	69.8%	1794	30.2%	776	4-6 أطفال
	71.2%	916	28.8%	371	7 أطفال أو أكثر

الجدول رقم 3: الانحدار اللوجستي لاستخدام الرعاية بعد الولادة وعدد من المتغيرات المختارة

p-value	OR	
		المنطقة الجغرافية
0.001	المرجع	شمال الضفة الغربية
0.007	1.3	وسط الضفة الغربية
0.278	0.9	جنوب الضفة الغربية
0.489	0.9	قطاع غزة
		الولادات
0.044	1.4	طفل واحد
0.663	1.1	3-2 أطفال
0.392	1.1	6-4 أطفال
	المرجع	7 أطفال أو أكثر
		حالة اللجوء
<0.001	1.3	لاجئة
	المرجع	غير لاجئة
		العمر
0.094	المرجع	19-15
0.957	1.0	24-20
0.187	1.3	29-25
0.124	1.4	34-30
0.186	1.3	39-35
0.3	1.3	40 فأكثر
		التعليم
0.001	المرجع	أساسي أو أقل
0.361	0.9	إعدادي
0.558	1.0	ثانوي
0.004	1.4	بعد الثانوي
		العمل
	المرجع	تعمل
0.469	1.1	لا تعمل
		نوع الموقع
0.139	المرجع	حضري
0.049	1.2	ريفي
0.504	1.1	مخيم



		مؤشر الحالة المادية
-0.001	المرجع	الأفقر
0.05	1.2	الخمس الثاني
0.051	1.2	الخمس الثالث
0.006	1.3	الخمس الرابع
-0.001	1.8	الأيسر حالاً
هل حصلت على معلومات عن الرعاية بعد الولادة أثناء تلقيك الرعاية لحملك الأخير؟		
-0.001	1.4	نعم
	المرجع	لا
نوع الولادة		
-0.001	المرجع	ولادة طبيعية
0.183	1.3	شفط / ملاقط
0.014	1.3	شق / جرح
-0.001	5.3	قيصرية
العدد = 6304		

الجدول رقم 5: تحليل مربع كاي لعدد الخدمات المقدمة في زيارات المراجعة بعد الولادة وعدد من المتغيرات المختارة

p-value	6-4 خدمات		3-1 خدمات		صفر من الخدمات		المتغيرات
	(%)	العدد	(%)	العدد	(%)	العدد	
<0.001							نوع الموقع
	40.8%	398	47.7%	465	11.5%	112	حضري
	35.8%	197	51.3%	282	12.9%	71	ريفي
	51.3%	191	41.9%	156	6.7%	25	مخيم
0.678							مؤشر الحالة المادية
	43.3%	133	47.2%	145	9.4%	29	الأفقر
	42.2%	160	46.7%	177	11.1%	42	الخمس الثاني
	42.3%	165	46.7%	182	11.0%	43	الخمس الثالث
	41.6%	163	45.4%	178	13.0%	51	الخمس الرابع
	38.5%	165	51.5%	221	10.0%	43	الأيسر حالاً
<0.001							هل حصلت على معلومات عن الرعاية بعد الولادة أثناء تلقيك الرعاية لحملك الأخير؟
	55.0%	603	37.9%	416	7.1%	78	نعم
	23.0%	182	60.7%	481	16.3%	129	لا
<0.001							نوع الولادة
	45.4%	511	47.7%	537	6.9%	78	ولادة طبيعية
	46.7%	21	46.7%	21	6.7%	3	شفط / ملاقط
	42.4%	53	49.6%	62	8.0%	10	شق / جرح
	33.4%	201	47.1%	283	19.5%	117	قيصرية
0.757							العمل
	41.0%	89	46.5%	101	12.4%	27	تعمل
	41.5%	697	47.7%	802	10.8%	181	لا تعمل
0.255							التعليم
	36.9%	188	50.2%	256	12.9%	66	أساسي أو أقل
	43.4%	278	46.6%	299	10.0%	64	إعدادي
	42.4%	172	46.3%	188	11.3%	46	ثانوي
	43.5%	148	47.1%	160	9.4%	32	بعد الثانوي



0.747							العمر
	27.7%	13	57.4%	27	14.9%	7	19-15
	40.3%	114	47.7%	135	12.0%	34	24-20
	40.9%	205	49.1%	246	10.0%	50	29-25
	41.6%	202	46.5%	226	11.9%	58	34-30
	43.4%	149	46.9%	161	9.6%	33	39-35
	43.5%	103	45.6%	108	11.0%	26	40 فأكثر
<0.001							حالة اللجوء
	47.1%	448	44.2%	420	8.7%	83	لاجئة
	35.7%	338	51.1%	483	13.2%	125	غير لاجئة
<0.001							المنطقة الجغرافية
	36.5%	164	52.6%	236	10.9%	49	شمال الضفة الغربية
	43.9%	157	38.3%	137	17.9%	64	وسط الضفة الغربية
	29.2%	89	63.0%	192	7.9%	24	جنوب الضفة الغربية
	47.9%	376	43.1%	338	9.0%	71	قطاع غزة
0.183							الولادات
	36.3%	77	48.1%	102	15.6%	33	طفل واحد
	39.8%	214	49.3%	265	11.0%	59	3-2 أطفال
	42.5%	330	46.8%	363	10.7%	83	6-4 أطفال
	44.5%	165	46.6%	173	8.9%	33	7 أطفال أو أكثر
0.001							نوع المرفق
	34.0%	145	49.4%	211	16.6%	71	مرفق حكومي
	31.3%	267	56.1%	479	12.6%	108	مرفق خاص
	45.9%	84	40.4%	74	13.7%	25	منظمة أهلية أو غير ذلك
	67.0%	290	32.1%	139	0.9%	4	مرفق للأونروا

الجدول رقم 6: الانحدار المتعدد لعدد الخدمات المقدمة في زيارات المراجعة وعدد من المتغيرات المختارة

p-value	OR	p-value	OR	المتغيرات
6-4 خدمات		3-1 خدمات		
<0.001		<0.001		التقاطع
				حالة اللجوء
0.639	1.1	0.343	1.2	لاجئة
المرجع		المرجع		غير لاجئة
				المنطقة الجغرافية
المرجع		المرجع		شمال الضفة الغربية
0.033	0.6	<0.001	0.4	وسط الضفة الغربية
0.284	1.4	0.029	1.8	جنوب الضفة الغربية
0.011	0.5	0.138	0.7	قطاع غزة
				نوع المرفق
المرجع		المرجع		مرفق حكومي
0.842	1.0	0.415	1.2	مرفق خاص
0.275	1.4	0.839	0.9	منظمة أهلية أو غير ذلك
<0.001	24.7	<0.001	8.1	مرفق للأونروا
				هل حصلت على معلومات عن الرعاية بعد الولادة أثناء تلقيك الرعاية لحملك الأخير؟
<0.001	5.2	0.025	1.5	نعم
المرجع		المرجع		لا
				نوع الموقع
0.772	0.9	0.755	0.9	حضري
0.405	0.8	0.531	0.8	ريفي
المرجع		المرجع		مخيم
				نوع الولادة
<0.001	3.3	<0.001	3.0	ولادة طبيعية
0.099	3.0	0.153	2.5	شفط / ملاقط
0.073	2.0	0.033	2.2	شق / جرح
المرجع		المرجع		قيصرية
العدد = 1889				

الجدول رقم 7: ملخص المجموعات البؤرية

الموقع المنطقة في المنطقة القريبة	نوع الموقع	نوع الرفق	عدد المشاركات	متوسط العمر (السن)	متوسط العمر عند الزواج (السن)	التعليم	العمل	متوسط عدد الأطفال (السن)	حالة اللجوء
الوسط	مخيم	الأوزيرا	12	24.5 (43-21)	17.4 (22-14)	8 إعدادي 3 ثانوي 1 بعد الثانوي	جميعهن ربات بيوت	2.8 (9-1)	جميعهن لاجئات
الوسط	ريفي	ج.ان العمل الصحي	14	28.6 (34-18)	19.1 (24-16)	7 إعدادي 4 ثانوي 3 بعد الثانوي	جميعهن ربات بيوت	2.9 (7-1)	لا توجد لاجئات
الوسط	حضري	وزارة الصحة	7	29.4 (35-23)	22.3 (29-19)	1 إعدادي 2 ثانوي 4 بعد الثانوي	يعملن 3 ربات بيوت	3.3 (5-2)	لاجئة واحدة
الجنوب	مخيم	الأوزيرا	6	31 (37-27)	20.8 (23-18)	1 أساسي 3 إعدادي 1 بعد الثانوي 1 غير مذكور	2 تعملان بشكل مؤقت 4 ربات بيوت	4.2 (6-2)	جميعهن لاجئات
الجنوب	حضري	الأوزيرا	9	31 (39-23)	19.9 (30-16)	1 أساسي 4 إعدادي 4 بعد الثانوي	3 يعملن 6 ربات بيوت	4.1 (8-1)	جميعهن لاجئات
الجنوب	حضري	وزارة الصحة	7	30 (29-23)	18.5 (22-16)	1 أساسي 3 إعدادي 2 ثانوي 1 بعد ثانوي	جميعهن ربات بيوت	5.1 (9-1)	لاجئة واحدة
الجنوب	ريفي	جمعية الهلال الأحمر	5	27.8 (29-21)	19 (21-18)	2 إعدادي 2 ثانوي 1 بعد الثانوي	4 ربات بيوت 1 طالبة	3.4 (6-1)	لا توجد لاجئات
الشمال	مخيم	الأوزيرا	7	28 (23-18)	20.4 (27-16)	1 أساسي 3 إعدادي 2 ثانوي 1 بعد ثانوي	1 تعمل 6 ربات بيوت	2.9 (7-1)	جميعهن لاجئات
الشمال	حضري	ج.ان العمل الصحي	6	37.7 (48-27)	20 (28-14)	1 أساسي 2 إعدادي 1 ثانوي 2 بعد ثانوي	2 تعملان 4 ربات بيوت	3.8 (5-1)	لا توجد لاجئات
الشمال	ريفي	ج.ان العمل الصحي	5	23.8 (33-17)	15.8 (16-15)	1 أساسي 4 إعدادي	جميعهن ربات بيوت	3.2 (6-1)	لاجئة واحدة



الملحق رقم 1: تفاصيل المجموعات البؤرية التي تم عقدها

عدد المشاركات	المنطقة	نوع الموقع	الموقع	التاريخ
12	محافظة رام الله والبيرة - وسط الضفة الغربية	مخيم	عيادة الأونروا - الجلزون	2009/9/9
14	محافظة رام الله والبيرة - وسط الضفة الغربية	ريفي	عيادة لجان العمل الصحي - المزرعة الشرقية	2009/9/30
9	محافظة الخليل - جنوب الضفة الغربية	حضري (سكان لاجئون بالأساس)	عيادة الأونروا - مدينة الخليل	2009/10/6
7	محافظة الخليل - جنوب الضفة الغربية	مخيم	عيادة الأونروا - الفوار	2009/10/6
7	محافظة طولكرم - شمال الضفة الغربية	مخيم	عيادة الأونروا - طولكرم	2009/10/7
7	محافظة الخليل - جنوب الضفة الغربية	حضري	عيادة وزارة الصحة - الخليل	2009/10/14
5	محافظة بيت لحم - جنوب الضفة الغربية	ريفي	عيادة جمعية الهلال الأحمر - الخضر	2009/10/14
6	محافظة رام الله والبيرة - وسط الضفة الغربية	حضري	عيادة وزارة الصحة - البيرة	2009/10/22
6	محافظة نابلس - شمال الضفة الغربية	حضري	عيادة لجان العمل الصحي - نابلس. البلدة القديمة	2009/10/28
5	محافظة نابلس - شمال الضفة الغربية	ريفي	عيادة لجان العمل الصحي - عورتا	2009/10/28

مجموعات نقاش مصغرة حول موضوع:

الرضا عن الحياة عند النساء في مرحلة ما بعد الولادة

المرحلة الثالثة

أسئلة للتعمق في النقاش

تعريف على فريق المعهد وهدف اللقاء:

إحنا من معهد الصحة العامة والمجتمعية التابع لجامعة بيرزيت، عمّالنا بنعمل دراسة عن رضا الأمهات عن حياتهم في مرحلة ما بعد الولادة وكيف ممكن تحسينها عن طريق الخدمات اللي ممكن تتوفر لهم. وعشان نقدر نقوم بهذه الدراسة ونختار أسئلة مناسبة حابين نسمع منكم عن تجاربكم في هذه المرحلة ونتعلم من خبرتكم.

وإحنا عمّالنا بنجتمع مع مجموعات نسائية ثانية كمان في عشان نتعرف على وجهات نظر مختلفة.

راح ناخذ من وقتكم حوالي ساعة ونصف لساعتين.

الاتفاق على قوانين عامة:

الطلب من المشاركات وضع قوانين جلسة أو اقتراح بعض القوانين عليهم مثل:

- احترام آراء بعضنا البعض - لا يوجد إجابة صحيحة أو خاطئة
- إعطاء المجال للجميع بالتحدث ولكن دون إجبار أحد على التحدث
- احترام سرية المعلومات والمجموعة
- إغلاق الهواتف النقالة

التعرف على المشاركات:

- الاسم
- العمر
- العمر عند الزواج
- عاملة (طبيعة العمل) أم ربة منزل
- المستوى التعليمي
- عدد وعمر وجنس الأطفال
- منطقة السكن
- لاجئة أو غير لاجئة



الأسئلة المقترحة على المجموعة:

- **الحصول على المعلومات:**
 1. هل تم خلال فترة حملك أو مباشرة بعد ولادتك تزويدك بأية معلومات حول فترة ما بعد الولادة من خلال مقدمي الخدمات الصحية (أمثلة: الرضاعة الطبيعية، الحالة الصحية لك و للمولود، علامات الخطر، متى يجب مراجعة المركز الصحي)؟
- **الصعوبات والمساندة والمساعدة التي تلقيتها:**
 2. ما هي الصعوبات التي واجهتها بعد الحمل الحالي أو الأحمال السابقة؟
 - هل شعرت انك بحاجة إلى المساندة أو المساعدة؟
 - إذا الجواب نعم: أي نوع من المساندة أو المساعدة التي شعرت انك بحاجة لها؟ من؟
 - في أية فترة تلقيت المساعدة أو المساندة؟
 - ما أنواع المساندة أو المساعدة التي تلقيتها أو حصلت عليها؟ ماذا عملوا لكم؟ ماذا تريدون أن يعملوا لكم؟ هل المساعدة التي حصلت عليها كانت كافية؟
- **تقديم الخدمات الصحية:**
 - ما هي أنسب فترة لتقديم هذه الخدمات؟
 - برأيك، من يمكن أن يقدم لك هذه الخدمات (نوع المقدم الصحي: طبيب، ممرضة، مثقفة صحية، ...)
 - 3. ما هي الخدمات التي تم تقديمها لك؟
 - 4. هل شعرت أن الخدمات التي قدمت لك كافية؟
 - 5. إذا لم تكن كافية؟ لماذا؟
 - 6. هل وجدت فرقاً في الخدمات المقدمة بين الأحمال المختلفة بين أول ولد وآخر ولد (بين بطن وبطن). وكيف اختلفت الخدمات؟
- **فحص ما بعد الولادة:**
 7. بعد ولادتك الأخيرة، هل ذهبت إلى فحص ما بعد الولادة؟ ومتى ذهبت؟ ماذا فعلوا لك؟
 8. إذا لم تذهبي إلى فحص بعد الولادة؟ لماذا؟
 9. برأيك من يجب أن يذهب إلى فحص ما بعد الولادة؟
- **الرعاية الصحية:**
 10. هل تعتقدين أن الرعاية الصحية مهمة لصحة المرأة؟ إذا نعم لماذا؟ إذا لا لماذا؟
 - ما هي الرعاية الصحية بالنسبة لك والتي تحتاجينها؟ هل الفحوصات كلها التي عملت لك كانت مهمة بالنسبة لك؟ كيف كانت مهمة لصحتك؟ هل ساعدتك أن تمرى بهذه المرحلة بسهولة؟
 11. ماذا تعتقدين أنه يجب عمله لزيادة أو تحسين استخدام المرأة للخدمات الصحية ما بعد الولادة؟ وتحسين نوعية الخدمات المتوفرة أو المقدمة؟
 - ما الذي يجب أن تعمله المرأة لكي تهتم بصحتها؟
 - ما الذي يشجعك على استخدام الخدمات الصحية بشكل أكبر في هذه الفترة؟



- Barghouthi, M. and H. Kalter (2006). Perinatal and Infant Mortality in Palestine. Ramallah, West Bank, Health, Development, Information and Policy Institute (HDIP) and John Hopkins University.
- Bashour, H., A. Abdulsalam, et al. (2008). «Patterns and determinants of maternity care in Damascus.» East Mediterr Health J **14**(3): 595-604.
- Bull, M. and D. Lawrence (1984). "A pilot study: postpartum mothers' perception of the information received in the hospital and its usefulness during the first weeks at home." J Community Health Nurs **1**(2): 111-24.
- Chakraborty, N., M. A. Islam, et al. (2002). "Utilisation of postnatal care in Bangladesh: evidence from a longitudinal study." Health Soc Care Community **10**(6): 492-502.
- Cronin, C. and G. McCarthy (2003). "First-time mothers - identifying their needs, perceptions and experiences." J Clin Nurs **12**(2): 260-7.
- Gibb, S. and V. Hundley (2007). "What psychosocial well-being in the postnatal period means to midwives." Midwifery **23**(4): 413-24.
- Gjerdingen, D. K. and B. A. Center (2003). "First-time parents' prenatal to postpartum changes in health, and the relation of postpartum health to work and partner characteristics." J Am Board Fam Pract **16**(4): 304-11.
- HDIP (2002). Outreach Linkages With Public Hospitals To Promote Postpartum Care. Ramallah, Health, Development, Information, and Policy Institute (HDIP).
- Kabakian-Khasholian, T., R. Jurdi, et al. (2006). "What is happening during the postnatal visit?" Health Care Women Int **27**(9): 839-47.
- Lagro, M., A. Liche, et al. (2006). "Postpartum care attendance at a rural district hospital in Zambia." Trop Doct **36**(4): 205-8.
- Lee, L. C., C. T. Halpern, et al. (2006). "Child care and social support modify the association between maternal depressive symptoms and early childhood behaviour problems: a US national study." J Epidemiol Community Health **60**(4): 305-10.
- Liamputtong, P. and C. Naksook (2003). "Perceptions and experiences of motherhood, health and the husband's role among Thai women in Australia." Midwifery **19**(1): 27-36.
- MacArthur, C. (1999). "What does postnatal care do for women's health?" Lancet **353**(9150): 343-4.

- MacArthur, C., H. R. Winter, et al. (2002). "Effects of redesigned community postnatal care on womens' health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial." *Lancet* **359**(9304): 378-85.
- McLachlan, H. and U. Waldenstrom (2005). "Childbirth experiences in Australia of women born in Turkey, Vietnam, and Australia." *Birth* **32**(4): 272-82.
- McLachlan, H. L., D. A. Forster, et al. (2008). "Is the organisation and structure of hospital postnatal care a barrier to quality care? Findings from a state-wide review in Victoria, Australia." *Midwifery* **24**(3): 358-70.
- Moran, C. F., V. L. Holt, et al. (1997). "What do women want to know after childbirth?" *Birth* **24**(1): 27-34.
- Ozsoy, S. A. and V. Katabi (2008). "A comparison of traditional practices used in pregnancy, labour and the postpartum period among women in Turkey and Iran." *Midwifery* **24**(3): 291-300.
- PCBS (2007). *Palestinian Family Health Survey, 2006: Preliminary Report*. Ramallah, Palestinian Central Bureau of Statistics.
- Rodrigues, M., V. Patel, et al. (2003). "Listening to mothers: qualitative studies on motherhood and depression from Goa, India." *Soc Sci Med* **57**(10): 1797-806.
- Ruchala, P. L. and D. C. James (1997). "Social support, knowledge of infant development, and maternal confidence among adolescent and adult mothers." *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* **26**(6): 685-9.
- Sines, E., U. Syed, et al. (2007). *Postnatal care: a critical opportunity to save mothers and newborns*. Washington, Population Reference Bureau.
- van Bussel, J. C., B. Spitz, et al. (2006). "Women's mental health before, during, and after pregnancy: a population-based controlled cohort study." *Birth* **33**(4): 297-302.
- Wang, X., Y. Wang, et al. (2008). "A population-based survey of women's traditional postpartum behaviours in Northern China." *Midwifery* **24**(2): 238-45.
- WHO (1998). *Postpartum Care of The Mother and Newborn: Report of a Technical Working Group*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2005). *The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count*. Geneva, World Health Organization.
- Yelland, J., H. McLachlan, et al. (2007). "How is maternal psychosocial health assessed and promoted in the early postnatal period? Findings from a review of hospital postnatal care in Victoria, Australia." *Midwifery* **23**(3): 287-97.