

دراسة حول

المحددات الاجتماعية والاقتصادية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في فلسطين

قيس محمود جميل حسيبا

E-mail: hqais@pcbs.gov.ps

ملخص

استهدفت هذه الدراسة بحث المحددات الاجتماعية والديمغرافية والاقتصادية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في فلسطين، وذلك من خلال دراسة كيف يرتبط معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة مع الخصائص الاجتماعية والديمغرافية والاقتصادية للأسرة استنادا الى استخدام نموذج احصائي متمثل في الانحدار اللوجستي، حيث تمثلت المحددات في عدد من العوامل الاجتماعية والديمغرافية والاقتصادية مثل المستوى التعليمي للأم، علاقة الأم بقوة العمل، المصدر الرئيسي لمياه الشرب، مؤشر الثروة، حجم الأسرة، علاقة القرابة بين الزوج والزوجة، نتيجة الحمل (مفرد، توأم)، ترتيب المولود وفترة الولادة السابقة، عمر الأم عند الولادة، جنس المولود، مكان الإقامة والمنطقة. وقد اعتمدت الدراسة بشكل أساسي على تحليل بيانات مسح الأسرة الفلسطيني الذي نفذته الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في عام 2010 حيث بلغ حجم عينة المسح 15,355 أسرة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية والاقتصادية مثل المستوى التعليمي للأم، عمر الأم عند الولادة، نتيجة الحمل، حجم الأسرة، علاقة الأم بقوة العمل، علاقة القرابة بين الزوج والزوجة، ترتيب المولود وفترة الولادة السابقة ومؤشر الثروة لها تأثير كبير على وفيات الأطفال دون سن الخامسة. وبالتالي السياسات يجب أن توجه لتخفيض وفيات الأطفال من خلال العمل على تحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسر.

Abstract

This study aimed to discuss social and economic determinants of child mortality under five years in Palestine, through the study of how the associated mortality rate of children under the age of five with the social and economic characteristics of the household based on the use of a statistical model represented in logistic regression, where was determinants in a number of social factors and economic development, such as the educational level of the mother, relationship of mother in labor force, the main source of drinking water, wealth index, household size, relationship of kinship between husband and wife, result of pregnancy (Single, twin), birth order and the period of previous birth interval, mother's age at birth, sex, place of residence and the region. The study was based mainly on the analysis of Palestinian household survey data, which was carried out by the Palestinian Central Bureau of Statistics in 2010 where the sample size of the survey was 15,355 households.

The study results showed that the socio-economic variables such as the educational level of the mother, mother's age at birth, result of pregnancy, family size, relationship of mother in labor force, relationship of kinship between husband and wife, birth order and the period of previous birth interval and wealth index have a significant impact on child mortality under the age of five. And therefore policies must be directed to reducing child mortality by working to improve social and economic conditions for households.

1. مقدمة

تعتبر وفيات الأطفال الرضع أحد المؤشرات الهامة في تقييم الظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحية لأي مجتمع، وذلك بسبب أن هذه الفئة العمرية من السكان بقائها على قيد الحياة يعتمد على الظروف الاجتماعية والاقتصادية لبيئتهم (madise وآخرون 2003). ويعتبر مؤشر وفيات الأطفال الرضع احد مكونات مؤشر التنمية البشرية المعد من قبل الأمم المتحدة (UN 2007)، ومن هذا المنطلق فان وصف ودراسة هذا المؤشر أمر حيوي للتقييم والتخطيط لاستراتيجيات الصحة العامة (Park 2005). احد أهم المؤشرات في الأهداف الإنمائية للألفية (MDG) خفض معدل وفيات الأطفال الرضع وبمقدار الثلثين بين 1990-2015 (اليونيسيف، 2006). فقد بلغت معدلات وفيات الرضع في فلسطين 18.9 لكل ألف ولادة حية في العام 2010 في فلسطين، 18.1 في الضفة الغربية مقابل 20.1 في قطاع غزة. وقد انخفضت هذه المعدلات في فلسطين بمقدار 25.9% مقارنة بالعام 2000 حيث كانت 25.5 لكل ألف ولادة حية. من جانب آخر بلغ معدل وفيات الأطفال دون الخامسة 23.4 لكل ألف ولادة حية في فلسطين، 21.0 في الضفة الغربية مقابل 26.8 في قطاع غزة. وقد انخفضت هذه المعدلات في فلسطين حوالي 18.5% حيث كانت 28.7 لكل ألف ولادة حية في العام 2000. (PCBS, 2013). ورغم الجهود المبذولة لخفض معدلات وفيات الأطفال إلا أن معدل وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة لا زال مرتفعاً إذا ما قورن بالدول المتقدمة، لذا وجب تحديد العوامل الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية المؤثرة في عامل الوفاة .

1.1 أهداف الدراسة:

- تحديد وتحليل الاتجاهات والتباينات في وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة في فلسطين حسب بعض المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية في فلسطين.
- تحديد أهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية التي تؤثر على وفيات الأطفال دون سن الخامسة في فلسطين وتحديد الأهمية النسبية لكل عامل من تلك العوامل مما يستتبع تحديد الأولويات في مجال التخطيط لتخفيض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في فلسطين.

2.1 مصادر البيانات:

المصدر الرئيسي من البيانات لهذه الدراسة هو البيانات التي تم جمعها من خلال تنفيذ مسح الأسرة الفلسطيني 2010 حيث يعتبر من أهم وأكبر المسوح الوطنية التي تغطي مواضيع ومؤشرات هامة حول الأسرة والأفراد، حيث بلغ حجم العينة 15,355 أسرة، وقد بلغ حجم العينة 10,027 أسرة في الضفة الغربية، و5,328 أسرة في قطاع غزة، وبلغ عدد الأسر التي تمت مقابلتها في فلسطين 13,629 أسرة بنسبة استجابة 92%، بينما بلغ عدد الأسر التي تمت مقابلتها في الضفة الغربية 8,740 أسرة بنسبة

استجابة 90.5%، و4,889 أسرة في قطاع غزة بنسبة استجابة 94.8%. وهي عينة طبقية عنقودية متعددة المراحل، ففي المرحلة الأولى تم اختيار عينة من العناقيد (مناطق العد) بطريقة PPS (عينة احتمالية متناسبة مع الحجم) بدون إرجاع، حيث تم اختيار 644 منطقة عد من الإطار الكلي لمناطق العد. أما في المرحلة الثانية فقد تم اختيار 24 أسرة من كل منطقة عد تم اختيارها في المرحلة الأولى، حيث تم اختيار الأسر بطريقة منتظمة. وقد تم حصر جميع الأفراد المستهدفين من الفئات التالية: النساء من الفئة العمرية 15-54 سنة، كبار السن 60 سنة فأكثر الأطفال من الفئة العمرية 0-5 سنوات. وفي المرحلة الثالثة تم اختيار فرد من الفئة العمرية 2-14 سنة (المجموعة من الأسئلة)، وتم اختيار فرد من الفئة العمرية 15-29 سنة لمرفق الشباب باستخدام جداول كيش العشوائية. (PCBS,2013).

3.1 منهجية الدراسة:

تم استخدام خمس مقاييس لقياس مستويات وفيات الرضع والأطفال كما يلي:

- وفيات حديثي الولادة: احتمال الوفاة خلال الشهر الأول من العمر.
- وفيات ما بعد حديثي الولادة: احتمال الوفاة بعد الشهر الأول من العمر وقبل إتمام السنة الأولى من العمر (الفرق بين معدلي وفيات الرضع ووفيات حديثي الولادة).
- وفيات الرضع ($1q_0$): احتمال الوفاة قبل إتمام السنة الأولى من العمر.
- وفيات الطفولة ($4q_1$): احتمال الوفاة بين السنة الأولى من العمر وقبل بلوغ سن الخامسة.
- وفيات الأطفال دون سن الخامسة ($5q_0$): احتمال الوفاة قبل بلوغ السنة الخامسة من العمر.

وقد تم حساب معدلات وفيات الرضع والأطفال من المعلومات التي تم جمعها في الجزء الخاص بتاريخ الانجاب في استمارة المواليد. وقد سئلت كل سيدة في مسح الاسرة الفلسطيني 2010 عن عدد الذكور والإناث الذين انجبتهم ويعيشون معها، وعدد الذين لا يعيشون معها، وعدد الذين توفوا. والهدف من هذه الأسئلة هو الحصول على عدد المواليد الذين أنجبتهم كل سيدة، وبعد ذلك تم الطلب من المستجيب ان تعطي معلومات عن كل واحد من الاطفال الذين أنجبتهم، تشمل الاسم، الجنس، تاريخ الولادة، وما اذا كان المولود مفردا أو توأم وحالة البقاء على قيد الحياة. واذا كان الطفل متوفي، يسجل العمر وقت الوفاة. اما اذا كان الطفل لا يزال على قيد الحياة فقد تم طرح أسئلة عن عمره في آخر عيد ميلاد. وتجدر الاشارة الى ان بيانات تواريخ الانجاب غالبا ما تكون معرضة لأخطاء عدم الدقة في التبليغ أو في تواريخ حدوث الوقائع، مما قد ينشأ عنه معدلات واتجاهات متحيزة مع الزمن. وبغض النظر عن هذه السلبيات فان تواريخ الانجاب توفر بيانات للتحليل يتعذر جمعها بأي أسلوب آخر لجمع البيانات (Fargues and Khlal, 1989).

ولإنجاز مراحل التحليل ولتحقيق أهداف الدراسة، ارتكزت الدراسة في منهجيتها على المنهج الوصفي لتقديم وصف تفصيلي ودقيق عن مستويات واتجاهات والتباينات في معدلات وفيات الأطفال الرضع والأقل من 5 سنوات في فلسطين، والمنهج الإحصائي التحليلي من خلال استخدام بيانات مسح الأسرة الفلسطيني، 2010 حيث استخدمت طريقة تحليل الانحدار اللوجستي (Logistic Regression) لتحديد محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في فلسطين كوسيلة من وسائل التحليل متعدد المتغيرات، حيث كان المتغير التابع إذا كان الطفل حي أو ميت وهو متغير وهمي قيمته صفر أو واحد، وأما المتغيرات المستقلة التي استخدمتها الدراسة في التحليل هي المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية والتي تم اختيارها لمعرفة تأثيرها على وفيات الأطفال دون سن الخامسة كانت على النحو التالي: المستوى التعليمي للأم، عمر الأم عند ولادة الطفل، نتيجة الحمل (طفل واحد، توأم)، علاقة القرابة بين الزوجة والزوج، المصدر الرئيسي لمياه الشرب، جنس الطفل، حجم الأسرة، العلاقة بقوة العمل للأم، ترتيب المولود وفترة الولادة السابقة، المنطقة (الضفة الغربية، قطاع غزة)، مكان الإقامة (حضر، ريف، مخيم)، مؤشر الثروة (المئينات).

2. مستويات واتجاهات وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة:

يشير البند الثاني من المادة 24 من اتفاقية حقوق الطفل إلى ضرورة اتخاذ الدول الأعضاء التدابير المناسبة لتخفيض وفيات الرضع والأطفال حيث أحد الأهداف التنموية للألفية خفض معدل الوفيات بين الأطفال دون الخمس سنوات إلى الثلثين خلال الفترة الممتدة بين عامي 1990 و2015، كما أن المؤشرات المرتبطة بخفض وفيات الأطفال تسهم في عملية التقييم للخطط والبرامج الصحية وكذلك تسهم في رسم السياسات الصحية اللازمة.

يعرف معدل وفيات الأطفال الرضع على أنه احتمال الوفاة بين لحظة الولادة وقبل إتمام الرضيع السنة الأولى من عمره كما أنه يعتبر أحد المؤشرات الأكثر حساسية واستخداماً في الدلالة على التنمية الاجتماعية والاقتصادية للسكان (Masuy-Stroobant & Gourbin, 1995). وقد تعززت العلاقة بين العوامل الاجتماعية والاقتصادية مع مؤشر وفيات الأطفال الرضع أكثر عندما حصل انخفاض في مستويات وفيات الأطفال الرضع عموماً على مر الزمن بشكل متوازي مع التنمية الاجتماعية والاقتصادية في معظم البلدان الصناعية، حيث خلال القرن العشرين وعلاوة على ذلك منذ الحرب العالمية الثانية تم التأكد من وجود العلاقة العكسية القوية بين التنمية الاجتماعية والاقتصادية ومعدلات الوفيات بين البلدان والمناطق داخل البلدان (Haglund et al., 1993).

كل مؤشر من مؤشرات وفيات الأطفال التالية تعكس فترة زمنية من حياة الطفل، حيث تم تعريف أربعة

مؤشرات تقيس مستوى واتجاهات معدلات وفيات الرضع والأطفال على النحو التالي:

- وفيات حديثي الولادة: احتمال الوفاة خلال الشهر الأول من العمر.
- وفيات ما بعد حديثي الولادة: احتمال الوفاة بعد الشهر الأول من العمر وقبل إتمام السنة الأولى من العمر (الفرق بين معدلي وفيات الرضع ووفيات حديثي الولادة).
- وفيات الرضع ($1q_0$): احتمال الوفاة قبل إتمام السنة الأولى من العمر.
- وفيات الطفولة ($4q_1$): احتمال الوفاة بين السنة الأولى من العمر وقبل بلوغ سن الخامسة.
- وفيات الأطفال دون سن الخامسة ($5q_0$): احتمال الوفاة قبل بلوغ السنة الخامسة من العمر.

يتم قياس هذه المعدلات من عدد الوفيات لكل ألف ولادة حية، وتقدر هذه المعدلات باستخدام تاريخ المرأة الإنجابي، والتي تشمل جميع الولادات للمرأة منذ زواجها الأول وحتى تاريخ المقابلة، بما في ذلك أول ولادة، وتاريخ الميلاد، جنس المولود، وإذا كان على قيد الحياة، وإذا كان على قيد الحياة يتم السؤال عن العمر الحالي، وإذا كان ليس على قيد الحياة يتم السؤال عن العمر عند الوفاة للحصول على تقديرات مباشرة حول معدلات وفيات الرضع والأطفال.

أظهرت النتائج في الجدول 1 معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة، ومعدلات وفيات ما بعد حديثي الولادة، وفيات الرضع، وفيات الأطفال من 1-4 سنوات، ومعدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات حيث بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع خلال الخمس سنوات السابقة للمسح (2006-2010) 19 طفل لكل ألف مولود حي، وبلغ معدل وفيات الأطفال دون الخمس سنوات 23.4 طفل لكل ألف مولود حي. وهذا يعني أن طفل واحد من كل 43 طفل ولدوا في فلسطين يموت قبل بلوغ عامهم الخامس، كما أظهرت النتائج أن 49.6% من الوفيات دون سن الخامسة تحدث أثناء فترة حديثي الولادة، و31.2% من الوفيات تحدث أثناء فترة ما بعد حديثي الولادة، كما أظهرت النتائج أن معدلات وفيات الأطفال الرضع ودون الخمس سنوات أعلى في قطاع غزة مقارنة مع الضفة الغربية.

جدول 1: معدلات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة لكل ألف مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب

المنطقة في فلسطين OMNM

المنطقة	معدل وفيات حديثي الولادة	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة	وفيات الرضع	وفيات الأطفال 1-4 سنوات	وفيات دون خمس سنوات
الضفة الغربية	11.8	6.3	18.1	3.0	21.0
قطاع غزة	11.4	8.8	20.1	6.9	26.8
فلسطين	11.6	7.3	18.9	4.6	23.4

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني - 2010.

كما أظهرت النتائج في الجدول 2 الاتجاهات في وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة لفتترات زمنية خمسية سابقة للمسح خلال الفترة 1991-2010، حيث أشارت النتائج الى انخفاض وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة خلال الفترة (1991-1995) الى الفترة (2006-2010)، خلال الفترة (1991-2010) انخفض معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة من 16.8 في الفترة الأولى (1991-1995) لتصل الى 11.6 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في الفترة (2006-2010)، كما انخفض معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة من 11.5 إلى 7.3 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في الفترة (2006-2010).

وبنعكس ذلك أيضا على معدل وفيات الرضع حيث احتمال وفيات الرضع هو مجموع احتمال وفيات حديثي الولادة ووفيات ما بعد حديثي الولادة، حيث خلال الفترة الأولى (1991-1995) كان معدل وفيات الرضع 28.4 انخفض ليصل إلى 18.9 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في الفترة (2006-2010)، أي انخفض بنسبة 33.5% في 20 عاما. كما نلاحظ من الجدول 2 على نفس النمط فان معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة انخفض من 33.3 في الفترة (1991-1995) الى 23.4 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في الفترة (2006-2010).

وكما نلاحظ من الجدول 2 فان هناك نفس اتجاه الانخفاض في معدل وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة خلال الفترة (1991-2010)، حيث كان معدل وفيات الرضع في الضفة الغربية 26.8 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في الضفة الغربية و30.8 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في قطاع غزة في الفترة (1991-1995). بينما كان معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة 31.5 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في الضفة الغربية و36.2 حالة وفاة لكل ألف مولود حي

في قطاع غزة. وكما أظهرت نتائج الجدول 2 فإن الحالة في الضفة الغربية أفضل من قطاع غزة في الفترة (2006-2010) حيث انخفض معدل وفيات الرضع في الضفة الغربية الى 18.1 حالة وفاة لكل ألف مولود حي، وإلى 20.1 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في قطاع غزة. كما انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الضفة الغربية الى 20.9 حالة وفاة لكل ألف مولود حي، و 26.8 حالة وفاة لكل الف مولود حي في قطاع غزة.

كما أظهرت نتائج الجدول 2 تغير جوهري في مستوى وفيات الأطفال خلال العشرين سنة الماضية في كل من الحضر والريف والمخيمات، حيث انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الحضر من 30.4 حالة وفاة لكل ألف مولود حي خلال الفترة 15-19 سنة التي سبقت المسح إلى حوالي 22.4 حالة وفاة خلال الفترة الأخيرة (0-4) سنوات. وكذلك الحال في كل من الريف والمخيم، حيث انخفضت وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 41.5، 40.9 حالة وفاة لكل ألف مولود حي خلال الفترة 15-19 سنة التي سبقت المسح الى حوالي 25.9 حالة وفاة لكل من الريف والمخيم خلال الفترة الأخيرة (0-4) سنوات.

جدول 2: اتجاهات وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة لفترات زمنية خمسية قبل المسح حسب المنطقة في فلسطين خلال الفترة (1991 - 2010)

وفيات دون خمس سنوات	وفيات الأطفال 1-4 سنوات	وفيات الرضع	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة	معدل وفيات حديثي الولادة	المنطقة والسنوات السابقة للمسح
					فلسطين
33.3	5.1	28.4	11.5	16.8	19-15 (1995-1991)
29.2	5.8	23.6	10.7	12.9	14 -10 (2000-1996)
26.1	3.8	22.4	6.9	15.5	9 -5 (2005-2001)
23.4	4.6	18.9	7.3	11.6	4 - 0 (2010-2006)
					الضفة الغربية
31.5	4.8	26.8	9.8	17.0	19-15 (1995-1991)
28.7	5.7	23.1	10.6	12.5	14 -10 (2000-1996)
25.1	3.4	21.8	7.6	14.2	9 -5 (2005-2001)
20.9	2.9	18.1	6.3	11.8	4 - 0 (2010-2006)
					قطاع غزة
36.2	5.6	30.8	14.2	16.6	19-15 (1995-1991)
30.1	5.9	24.3	10.8	13.6	14 -10 (2000-1996)
27.7	4.4	23.4	6.0	17.4	9 -5 (2005-2001)
26.8	6.9	20.1	8.8	11.3	4 - 0 (2010-2006)

جدول 2 (تابع): اتجاهات وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة لفترات زمنية خمسية قبل المسح حسب المنطقة في فلسطين خلال الفترة (1991 - 2010)

وفيات دون خمس سنوات	وفيات الأطفال 1-4 سنوات	وفيات الرضع	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة	معدل وفيات حديثي الولادة	المنطقة والسنوات السابقة للمسح
					حضر
30.4	4.8	25.7	10.4	15.3	19-15 (1995-1991)
29.9	6.2	23.8	10.4	13.4	14-10 (2000-1996)
24.2	3.9	20.3	6.3	14.0	9-5 (2005-2001)
22.4	4.3	18.2	6.9	11.3	4-0 (2010-2006)
					ريف
41.5	5.9	35.7	15.4	20.4	19-15 (1995-1991)
31.5	4.9	26.7	13.9	12.9	14-10 (2000-1996)
34.2	3.6	30.7	9.6	21.0	9-5 (2005-2001)
25.9	5.2	20.8	8.6	12.3	4-0 (2010-2006)
					مخيم
40.9	5.9	35.1	13.0	22.1	19-15 (1995-1991)
19.5	3.7	15.8	6.7	9.1	14-10 (2000-1996)
26.3	2.5	23.9	7.4	16.5	9-5 (2005-2001)
25.9	5.2	20.8	8.2	12.6	4-0 (2010-2006)

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني - 2010.

3. تباينات وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة:

يتناول هذا القسم التباينات في معدلات وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة حسب مكان الإقامة والمنطقة، وجنس الطفل وتعليم الأم. وقد تم استخدام فترة 5 سنوات لحساب تقديرات الوفيات للحصول على عدد كاف من الحالات في كل فئة. حيث من المتوقع أن يحسّن استخدام الخمس سنوات كفترة مرجعية مصداقية تقديرات الوفيات.

ووفقاً لنتائج الجدول 3 فإن هناك اختلافات جوهرية في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب المنطقة حيث أظهرت النتائج أن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في قطاع غزة (26.8 حالة وفاة لكل ألف مولود حي) أعلى مما عليه في الضفة الغربية (21.0 حالة وفاة لكل ألف مولود حي).

وأما حسب مكان الإقامة فقد أظهرت النتائج أن المعدلات للأطفال في الحضر أقل منها لنظرائهم في الريف والمخيم (22.4، 25.9، 25.9) لكل ألف مولود حي على التوالي. ولوحظ كذلك نمط مماثل لوفيات الأطفال الرضع.

والفرق بين الجنسين في معدل وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة يتوافق مع النمط المتوقع في ارتفاع معدل وفيات الذكور عن الإناث، فقد أظهرت النتائج أن معدل وفيات الأطفال الرضع للذكور 20.7 حالة وفاة لكل ألف مولود حي، وبالنسبة للإناث الرضع هو 17.1 حالة وفاة لكل ألف مولود حي، وبالمثل بالنسبة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة، فإن معدل الوفيات للذكور 26.6 حالة وفاة لكل ألف مولود حي، وبالنسبة للإناث 20.1 حالة وفاة لكل ألف مولود حي.

كما لوحظ في معظم الدراسات، هناك علاقة قوية بين المستوى التعليمي للأم مع بقاء الطفل على قيد الحياة، حيث تنخفض معدلات وفيات الأطفال بشكل عام مع المستوى التعليمي العالي للأم وذلك بسبب أن التحصيل العلمي العالي للأم يعطيها القدرة في الحصول على المعلومات التي تفيد في تحسين التغذية، واستخدام وسائل منع الحمل للمباعدة بين الولادات، وكذلك المعرفة حول أمراض الطفولة والعلاج. كما نرى من الجدول 3 أن الأطفال الذين كان التحصيل العلمي لمهاتهم لا شيء أي غير متعلمات أكثر ميلا للوفاة، حيث بلغ معدل وفيات حديثي الولادة 17.1 حالة وفاة لكل ألف مولود حي مقارنة مع 10.9 حالة وفاة لكل ألف مولود حي للنساء اللواتي لديهن تحصيل علمي ثانوي فأكثر، وبالمثل فإن النساء اللواتي لديهن تحصيل علمي ثانوي فأكثر فإن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة 20.5 حالة وفاة لكل ألف مولود حي مقارنة مع 37.1 حالة وفاة لكل ألف مولود حي للنساء اللواتي تحصيلهن التعليمي لا شيء أي غير متعلمات.

كما أظهرت النتائج أن معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة عالية بشكل جوهري بين أطفال الأمهات اللاتي أعمارهن تتراوح بين 35-49 سنة (33.0 حالة وفاة لكل ألف مولود حي)، والسيدات اللواتي أعمارهن أقل من 20 سنة (16.0 حالة وفاة لكل ألف مولود حي). وكذلك الحال بالنسبة لوفيات الأطفال الرضع حيث يوجد فرق جوهري في وفيات الأطفال الرضع للأمهات اللواتي أعمارهن تتراوح بين 35-49 سنة (23.8 حالة وفاة لكل ألف مولود حي) مقارنة مع 11.8 حالة وفاة لكل ألف مولود حي للسيدات اللواتي أعمارهن أقل من 20 سنة.

جدول 3: معدلات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة لكل ألف مولود حي خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب بعض

الخصائص الخلفية في فلسطين OMM

الخصائص الخلفية	معدل وفيات حديثي الولادة	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة	وفيات الرضع	وفيات دون خمس سنوات
المنطقة				
الضفة الغربية	11.8	6.3	18.1	21.0
قطاع غزة	11.4	8.8	20.1	26.8
فلسطين	11.6	7.3	18.9	23.4
عمر الأم				
أقل من 20 سنة	4.7	7.1	11.8	16.0
20-34 سنة	11.8	7.0	18.8	22.6
35-49 سنة	14.8	9.0	23.8	33.0
الجنس				
ذكور	13.1	7.6	20.7	26.6
إناث	10.0	7.1	17.1	20.1
تعليم الأم				
لا شيء	17.1	13.4	30.5	37.1
أساسي	11.6	8.3	19.9	24.1
ثانوي فأعلى	10.9	5.3	16.2	20.5
نوع التجمع السكاني				
حضر	11.3	6.9	18.2	22.4
ريف	12.3	8.6	20.8	25.9
مخيم	12.6	8.2	20.8	25.9

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني، 2010.

4. محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة:

في هذا الجزء من الدراسة سوف نتطرق إلى العلاقة المتبادلة بين عدد من المتغيرات وذلك من خلال استخدام بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010. وبالاعتماد على التحليل المتعمق باستخدام منهجية تحليل الانحدار اللوجستي (Logistic Regression) لكي يتم معرفة التأثير الصافي للمتغيرات المستقلة على المتغير التابع مع افتراض ثبات المتغيرات التفسيرية الأخرى. ويتمثل المتغير التابع في بقاء الطفل على قيد الحياة أو وفاة الطفل، بينما تتمثل المتغيرات المستقلة في عدد من العوامل الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية والتي تم اختيارها لمعرفة تأثيرها على وفيات الأطفال دون سن الخامسة كانت على النحو التالي: المستوى التعليمي للأم، عمر الأم عند ولادة الطفل، نتيجة الحمل (طفل واحد، توأم)، علاقة القرابة بين الزوجة والزوج، المصدر الرئيسي لمياه الشرب، جنس الطفل، حجم الأسرة، العلاقة بقوة العمل للأم،

المنطقة (الضفة الغربية، قطاع غزة)، مكان الإقامة (حضر، ريف، مخيم)، ترتيب المولود و فترة الولادة السابقة، مؤشر الثروة (المئينات).

وعليه فقد تم حساب معادلة الانحدار اللوجستي لمعرفة تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع ويعرض الجدول 4 وصف المتغيرات المستخدمة في التحليل المتعمق. ولكي يتحقق الهدف من هذا التحليل سيتم توضيح العلاقة بين هذه المتغيرات حسب خطوات معينة يجب اتباعها وهي كالتالي:

- استعراض المتغيرات التي يمكن استخدامها في النموذج.
- الانتقاء الموضوعي لأهم العوامل الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية.
- التصنيف الاحصائي للمشاهدات محل الدراسة.
- بناء النموذج وتفسيره واختباره.

جدول 4: تعريف المحددات (المتغيرات) المستخدمة في معادلة الانحدار اللوجستي

اسم المتغير	وصفه ومرجعته
المتغير التابع	
هل ما زال المولود على قيد الحياة	1. الطفل ميت 0. الطفل حي
المتغيرات المستقلة	
نتيجة حالة الحمل	متغير ثنائي (X_1) 1. توأم 0. ليس توأم (فئة مرجعية)
علاقة القرابة بين الزوج والزوجة	متغير ثنائي (X_2) 1. يوجد علاقة قرابة 0. لا يوجد علاقة قرابة (فئة مرجعية)
جنس المولود	متغير ثنائي (X_3) 1. ذكر 0. أنثى (فئة مرجعية)
حجم الأسرة	متغير تم تمثيله من خلال متغيرين ثنائيين X_4 : حجم متوسط (5-7) أفراد ("1" اذا نعم، "0" غير ذلك). X_5 : حجم كبير (+8) أفراد ("1" إذا نعم، "0" غير ذلك). حجم صغير (2-4) أفراد (فئة مرجعية).
المستوى التعليمي للأم	متغير ثنائي (X_6) 0. أقل من ثانوي (فئة مرجعية) 1. ثانوي فأكثر

جدول 4 (تابع): تعريف المحددات (المتغيرات) المستخدمة في معادلة الانحدار اللوجستي

<p>متغير تم تمثيله من خلال متغيرين ثنائي</p> <p>X₇: عمر الأم أقل من 20 سنة ("1" إذا نعم، "0" غير ذلك).</p> <p>X₈: عمر الأم 35-49 سنة ("1" إذا نعم، "0" غير ذلك).</p> <p>عمر الأم (20-34) سنة (فئة مرجعية)</p>	عمر الأم عند الولادة
<p>متغير تم تمثيله من خلال متغيرين ثنائي</p> <p>X₉: حضر ("1" إذا نعم، "0" غير ذلك).</p> <p>X₁₀: مخيم ("1" إذا نعم، "0" غير ذلك).</p> <p>ريف (فئة مرجعية)</p>	مكان الإقامة
<p>متغير ثنائي (X₁₁)</p> <p>0. الضفة الغربية (فئة مرجعية)</p> <p>1. قطاع غزة</p>	المنطقة
<p>متغير ثنائي (X₁₂)</p> <p>0. لا تعمل (فئة مرجعية)</p> <p>1. تعمل</p>	علاقة الأم بقوة العمل
<p>متغير ثنائي (X₁₃)</p> <p>0. آبار ارتوازية، ينابيع، بئر جمع مع تمديدات داخل المنزل (فئة مرجعية)</p> <p>1. شبكة مياه عامة، صهريج/ تنكات، مياه معدنية، شراء مياه في غالونات</p>	المصدر الرئيسي لمياه الشرب
<p>متغير تم تمثيله من خلال 6 متغيرات ثنائية</p> <p>X₁₄: ترتيب المولود 2-3 وفترة الولادة أقل من 2 سنوات ("1" إذا نعم، "0" غير ذلك)</p> <p>X₁₅: ترتيب المولود 2-3 وفترة الولادة أكبر أو يساوي 2 سنوات ("1" إذا نعم، "0" غير ذلك)</p> <p>X₁₆: ترتيب المولود 4-6 وفترة الولادة أقل من 2 سنوات ("1" إذا نعم، "0" غير ذلك)</p> <p>X₁₇: ترتيب المولود 4-6 وفترة الولادة أكبر أو يساوي 2 سنوات ("1" إذا نعم، "0" غير ذلك)</p> <p>X₁₈: ترتيب المولود 7 فأكثر وفترة الولادة أقل من 2 سنوات ("1" إذا نعم، "0" غير ذلك)</p> <p>X₁₉: ترتيب المولود 7 فأكثر وفترة الولادة أكبر أو يساوي 2 سنوات ("1" إذا نعم، "0" غير ذلك)</p> <p>ترتيب المولود "1" (فئة مرجعية)</p>	ترتيب المولود وفترة الولادة السابقة

جدول 4 (تابع): تعريف المحددات (المتغيرات) المستخدمة في معادلة الانحدار اللوجستي

متغير تم تمثيله من خلال 3 متغيرات ثنائية X ₂₀ : المتوسط ("1" إذا نعم، "0" غير ذلك) X ₂₁ : الأغنياء ("1" إذا نعم، "0" غير ذلك) X ₂₂ : الأكثر غنى ("1" إذا نعم، "0" غير ذلك). الفقراء (فئة مرجعية)	مؤشر الثروة
---	-------------

يوضح الجدول 4 تقديرات النموذج المقترح مع توضيح الفئة المرجعية المختارة في جميع المتغيرات المستقلة، حيث تم الاعتماد على مستوى معنوية ثابت قدره 5%. كما تم استخدام Odds Ratio أو نسبة الاحتمال لتوضيح التأثير النسبي للمتغير المستقل مقارنة بالفئة المرجعية، حيث يتضح أنه كلما كانت قيمة Odds Ratio لفئة معينة من فئات المتغير المستقل أقل من واحد فهذا يعني أن تأثير هذه الفئة أقل من الفئة المرجعية وتكون إشارة التقدير سالبة والعكس صحيح.

ويعرض الجزء التالي نتائج التحليل اللوجستي باستخدام طريقة الاختيار المتعدد (Forward Stepwise Conditional) والذي يقوم باختيار المتغيرات المستقلة مرتبة بحسب قوة ارتباطها بالمتغير التابع (محل الدراسة) وكذلك المتغيرات ذات الدلالة الاحصائية والتي يقل فيها مستوى المعنوية عن 0.05.

تم صياغة معادلة الانحدار اللوجستي بناء على النتائج الموضحة في الجدول 5 كما يلي:

$$Y = \ln \left(\frac{p}{1-p} \right) = \sum_{i=0}^p B_i * X_i$$

ومن خلال النتائج في الجدول 5 يتضح أن الحالات التي تم تصنيفها تصنيفا صحيحا بلغت نسبتها حوالي 86.9% من اجمالي الحالات، كما أن مستوى معنوية جودة التوفيق قد بلغ (0.000).

أظهرت نتائج التحليل أن المستوى التعليمي للأم له تأثير معنوي في تخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة، حيث أن الأطفال الذين يولدون للأمهات لديهن مستوى تعليمي ثانوي فأعلى خطر أقل للوفاة بنسبة 64% خلال فترة الخمس سنوات مقارنة مع الأطفال الذين ولدوا للأمهات لديهن مستوى تعليمي أقل من الثانوي. وتبين هذه النتائج أن خطر الوفيات دون سن الخامسة انخفضت مع زيادة المستوى التعليمي للأم.

كما أظهرت النتائج أيضا وجود علاقة بين عمر الأم عند ولادة الطفل (أقل من 20 سنة) واحتمال وفاة الطفل خلال الخمس سنوات، فالأطفال الذين ولدوا للأمهات أعمارهن أقل من 20 سنة أكثر احتمالا للوفاة

من الأطفال الذين ولدوا لأمهات أعمارهن تتراوح بين 20-34 سنة بمقدار حوالي 1.9 مرة. بينما أظهرت النتائج أن الأطفال الذين ولدوا لأمهات تتراوح أعمارهن بين 35-49 سنة خطر أقل للوفاة بنسبة 33% مقارنة مع الأطفال الذين ولدوا لأمهات تتراوح أعمارهن بين 20-34 سنة ويمكن أن يرجع ذلك لزيادة الخبرة لدى الأم في متابعتها لصحة الطفل.

وتشير النتائج أن مؤشر نتيجة الحمل له تأثير معنوي على وفيات الأطفال دون سن الخامسة، فالأمهات اللواتي نتيجة حملهن توأم يعد أطفالها أكثر عرضة لمخاطر الوفاة حوالي 3.9 مرة مقارنة مع الأمهات اللواتي نتيجة حملهن طفل مفرد خلال فترة الخمس سنوات.

كما نلاحظ أن وجود علاقة قرابة بين الزوج والزوجة له تأثير على احتمال حصول وفيات للأطفال دون الخامسة، فالأطفال الذين يوجد علاقة قرابة بين الأب والأم أكثر احتمالا للتعرض لخطر الوفاة من الأطفال الذين لا يوجد علاقة قرابة بين الأب والأم بمقدار حوالي 1.9 مرة.

ويتبين من النتائج أيضا أن خطر الوفاة للأطفال دون سن الخامسة كان أعلى 1.2 مرة و1.5 مرة للأطفال الذين ولدوا في أسر متوسطة الحجم 5-7 أفراد والأسر كبيرة الحجم 8 أفراد فأكثر مقارنة مع الأطفال الذين ولدوا في أسر صغيرة الحجم 2-4 أفراد.

كذلك من خلال الجدول 5 نلاحظ أن عمل المرأة له تأثير معنوي على زيادة وفيات الأطفال دون سن الخامسة، حيث خطر وفاة الأطفال أعلى لدى الأم التي تعمل 1.7 مرة مقارنة مع الأطفال الذين أمهاتهم لا تعمل، وقد يرجع ذلك إلى أن بقاء الطفل في البيت خلال الخمس سنوات الأولى من عمره يحميه من تعرضه للأمراض التي ممكن أن تكون سببا في الوفاة وذلك بسبب عدم خروج المرأة للعمل.

أما بالنسبة لترتيب المولود وفترة الولادة السابقة، فقد أظهرت النتائج أنه إذا كان ترتيب المولود 7 فأكثر وفترة الولادة السابقة أكثر من سنتين فإن خطر الوفاة للأطفال دون سن الخامسة أقل بنسبة 54% مقارنة مع المولود الأول، بينما إذا كان ترتيب المولود 7 فأكثر وفترة الولادة السابقة أقل من سنتين فإن خطر الوفاة أعلى 1.8 مرة مقارنة مع المولود الأول. وكذلك الحال بالنسبة لترتيب المولود 2-3 وفترة الولادة السابقة أقل من سنتين فإن خطر وفاة الأطفال دون سن الخامسة أعلى 1.6 مرة مقارنة مع المولود الأول، كما أن خطر الوفاة أقل للأطفال دون سن الخامسة في حال أن ترتيب المولود من 2-3 وفترة الولادة السابقة أكثر من سنتين بنسبة 53% مقارنة مع المولود الأول. أما بالنسبة لترتيب المولود 4-6 وفترة الولادة السابقة أقل من سنتين فإن خطر وفاة الأطفال دون سن الخامسة أعلى 1.8 مرة مقارنة مع المولود

الأول، بينما خطر الوفاة يقل في حال كان ترتيب المولود 4-6 وفترة الولادة السابقة أكثر من سنتين بنسبة 60% مقارنة مع المولود الأول.

ويتبين من النتائج أيضا التأثير الواضح لمؤشر الثروة على تعرض الأطفال دون سن الخامسة للوفاة، فالأسر التي تم تصنيفها أكثر غنى يعد أطفالها أقل عرضة لخطر الوفاة مقارنة بباقي الفئات، فكلما ارتفع مؤشر الثروة قل معه تعرض الأطفال دون سن الخامسة للوفاة.

جدول 5: نتائج تحليل الانحدار اللوجستي لاحتمال تعرض الأطفال دون سن الخامسة للوفاة

المتغيرات المستقلة	معامل الانحدار B	الخطأ المعياري Standard Error	مستوى المعنوية Significant	نسبة الاحتمال Odds Ratio
المستوى التعليمي للأم	-1.030	0.068	0.000	0.357
عمر الأم عند الولادة أقل من 20 سنة	0.664	0.084	0.000	1.943
عمر الأم عند الولادة (35-49) سنة	-0.405	0.103	0.000	0.667
نتيجة حالة الحمل - توأم	1.373	0.098	0.000	3.949
علاقة القرابة بين الزوج والزوجة	0.627	0.055	0.000	1.872
حجم الأسرة (5-7) أفراد	0.209	0.086	0.015	1.233
حجم الأسرة 8 أفراد فأكثر	0.427	0.092	0.000	1.533
علاقة الأم بقوة العمل	0.508	0.089	0.000	1.661
ترتيب المولود 2-3 وفترة الولادة أقل من 2 سنوات	0.456	0.086	0.000	1.577
ترتيب المولود 2-3 وفترة الولادة أكبر أو يساوي 2 سنوات	-0.766	0.117	0.000	0.465
ترتيب المولود 4-6 وفترة الولادة أقل من 2 سنوات	0.581	0.104	0.000	1.789
ترتيب المولود 4-6 وفترة الولادة أكبر أو يساوي 2 سنوات	-0.907	0.110	0.000	0.404
ترتيب المولود 7 فأكثر وفترة الولادة أقل من 2 سنوات	0.608	0.134	0.000	1.837

جدول 5 (تابع): نتائج تحليل الانحدار اللوجستي لاحتمال تعرض الأطفال دون سن الخامسة للوفاة

نسبة الاحتمال Odds Ratio	مستوى المعنوية Significant	الخطأ المعياري Standard Error	معامل الانحدار B	المتغيرات المستقلة
0.462	0.000	0.143	-0.772	ترتيب المولود 7 فأكثر وفترة الولادة أكبر أو يساوي 2 سنوات
0.806	0.027	0.097	-0.215	مؤشر الثروة - متوسطي الحال
0.753	0.003	0.096	-0.283	مؤشر الثروة - الأغنياء
0.642	0.000	0.087	-0.443	مؤشر الثروة - الأكثر غنى
0.152	0.000	0.124	-1.881	ثابت
%86.9				نسبة التصنيف بطريقة صحيحة
0.000				مستوى معنوية جودة التوفيق

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني-2010.

5. الاستنتاجات والتوصيات:

1.5 الاستنتاجات:

يعتبر خفض معدلات وفيات الأطفال أحد أهم الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها السياسات والبرامج الصحية في مختلف الدول، إذ تمثل معدلات الوفيات بشكل عام مؤشرات أساسية تدل على مدى نجاح السياسات الصحية لأن هذه الظاهرة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالحالة الصحية السائدة في المجتمع ومستوى المعيشة السائد. وقد جاءت هذه الدراسة لتلقي الضوء على المحددات الاجتماعية والديمقراطية والاقتصادية لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في فلسطين، حيث تم الاعتماد في هذه الدراسة على البيانات الخام لمسح الأسرة الفلسطيني لعام 2010. فقد أظهرت نتائج التحليل الإحصائي للبيانات أن المتغيرات التالية: حجم الأسرة، المستوى التعليمي للأم، والعلاقة بقوة العمل للأم، وحالة الحمل، مؤشر الثروة، علاقة القرابة بين الزوج والزوجة، ترتيب المولود وفترة الولادة السابقة وعمر الأم عند الولادة لها علاقة قوية بوفيات الأطفال دون سن الخامسة، حيث يمكننا استنتاج ما يلي:

- أظهرت النتائج أن المستوى التعليمي العالي للأم (ثانوي فأكثر) له تأثير معنوي على خفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة.
- كما أظهرت النتائج أن الأطفال المولودين في السنوات الخمس السابقة للمسح المعرضين إلى خطر أكبر للوفاة بسبب الخصائص الإيجابية للأم، حيث يكون الأطفال أكثر عرضة للوفاة إذا كانت أمهاتهم صغيرات السن وقت الولادة حيث تم تصنيف الأم على أنها صغيرة السن إذا كان عمرها أقل من 20 سنة وقت الولادة، وكذلك أظهرت النتائج أن ترتيب المولود وفترة الولادة السابقة

من العوامل الهامة التي لها تأثير قوى على تعرض الطفل دون سن الخامسة لخطر الوفاة، حيث تشتمل أكبر فئة من الأطفال المعرضين للوفاة على ذوي الترتيب المتأخر بين المواليد وفترة الولادة السابقة أقل من 24 شهرا مقارنة مع المولود الأول.

- كذلك أظهرت النتائج أن نتيجة الحمل للأمهات من العوامل الهامة التي لها تأثير قوى في تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة، فالأمهات اللواتي نتيجة حملهن توأم يعد أطفالها أكثر عرضة لخطر الوفاة مقارنة مع الأمهات اللواتي نتيجة حملهن طفل مفرد.
- كما أن الدراسة أظهرت أن وجود علاقة قرابة بين الزوج والزوجة من العوامل الهامة التي لها تأثير قوى على تعرض الأطفال دون سن الخامسة لخطر الوفاة مقارنة مع الأطفال الذين ولدوا لوالدين لا يوجد علاقة قرابة بينهم.
- كما أظهرت النتائج أن الأطفال الذين ولدوا في أسر متوسطة الحجم 5-7 أفراد وكبيرة الحجم 8 أفراد فأكثر أكثر عرضة لخطر الوفاة مقارنة مع الأطفال الذين ولدوا في أسر صغيرة الحجم (2-4) أفراد.
- أما بالنسبة لعلاقة الأم بالعمل فقد أظهرت النتائج أن تعرض الأطفال دون سن الخامسة الذين أمهاتهم عاملات لخطر الوفاة أعلى بمقدار 1.7 مرة مقارنة مع الأطفال الذين أمهاتهم غير عاملات.
- كما بينت النتائج التأثير الكبير لمؤشر الثروة على وفيات الأطفال دون سن الخامسة، فالأسر التي تم تصنيفها أكثر غنى يعد أطفالها أقل عرضة لخطر الوفاة مقارنة بباقي الفئات، فكلما ارتفع مؤشر الثروة قل معه تعرض الأطفال دون سن الخامسة للوفاة.
- كذلك أظهرت النتائج أن بعض المتغيرات لم يكن لها تأثير معنوي على وفيات الأطفال دون سن الخامسة مثل جنس الطفل ومكان الإقامة، المصدر الرئيسي لمياه الشرب، والمنطقة.

2.5 التوصيات:

- أظهرت نتائج الدراسة أن معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة كانت مرتفعة لدى الأمهات اللواتي أعمارهن كانت أقل من 20 سنة عند الولادة، ولذلك من أجل السيطرة وتقليل وفيات الأطفال يجب تجنب الزواج المبكر والحمل في سن مبكرة.
- من المحددات الهامة التي أظهرتها الدراسة والتي لها علاقة قوية بوفيات الأطفال دون سن الخامسة ترتيب المولود وفترة الولادة السابقة حيث من الضروري زيادة الوعي للأمهات على أن تكون فترة الولادة السابقة بين المواليد على الأقل سنتين فأكثر.

- العمل على تحسين الظروف المعيشية للأسر الفقيرة مما ينعكس بتحسين الوضع الصحي للأسر الفقيرة وذلك من خلال تبني سياسات اقتصادية اتجاه الأسر الفقيرة، وبالتالي سيؤدي ذلك لتقليل وفيات الأطفال دون سن الخامسة.
- كذلك أظهرت الدراسة أن وجود علاقة قرابة بين الزوج والزوجة من المحددات الهامة في حدوث وفيات الاطفال دون سن الخامسة لذلك يجب نشر الوعي على ضرورة تجنب زواج الأقارب.

المراجع

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني-2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين.

Haglund, B., Cnattignius, S., Nordstrom, M.-L., 1993. Social differences in late fetal death and infant mortality in Sweden 1985-86, Paediatric and Perinatal Epidemiology 7, 33-44

Madise, N.J (2003): Infant mortality in Zambia: Socioeconomic and demographic correlates. *Social Biology*. Accessed from www.findarticles.com/p/articles/mi_qa3998, on 04/01/2008.

Masuy-Stroobant, and Gourbin, C., 1995. Infant health and mortality indicators: their accuracy for monitoring the socio-economic development in the Europe of 1994, European Journal of Population 11(1), 63-84.

PARK, K. (2005): "Preventive Medicine in Obstetrics, Pediatrics and Geriatrics", *PARK'S textbook of Preventive and social medicine*, (18th edition) India: BHANOT (2005); Pp 414-422.

UNICEF. (2006): *State of World's Children 2006*.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). *World Mortality Report 2007* (United Nations publication).