دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية

المسح الصحي حول صحة الأم والطفل
في الضفة الغربية وقطاع غزة 1996

التقرير الرئيسي

كانون ثاني / يناير، 1999

© رمضان، 1419هـ – كانون ثاني، 1999.
جميع الحقوق محفوظة.

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة إلى هذه المطبوعة كالتالي:

دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1999. *المسح الصحي حول صحة الأم والطفل في الضفة الغربية وقطـــاع– 1996: التقرير الرئيسي.* رام الله – فلسطين.

جميع المراسلات توجه إلى قسم خدمات الجمهور على العنوان التالي:
دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية
ص.ب. 1647، رام الله
الضفة الغربية، فلسطين

هاتف: 2986340 (2–972) **فاكس: 2986343 (2–972)**
بريد إلكتروني: Diwan@pcbs.pna.org **صفحة إلكترونية: http://www.pcbs.org**

أنجز هذا التقرير بدعم مالي من مؤسسة FORD وعبر تعاون فني مع مركز البحوث الاجتماعية – الجامعة الأمريكية – القاهرة.

شكـــر وتقدير

تتقدم دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية بالشكر والتقدير إلى كـــل أســـرة فلســـطينية ساهمت في هذا المسح، وجميع من عملوا فيه لما أبدوه من حرص منقطع النظير أثنـــاء تأديتهم لواجبات عملهم، والذين عملوا بصمت وكجنود مجهولين من أجل إنجـــاح هـــذه الدراسة ميدانياً وفنياً.

قام كل من محمد العمري (رئيس قسم سجل الأمراض، إحصاءات الصحة) وسامر البـظ (باحث، إحصاءات الصحة) بالعمل على إعداد هذا التقرير، كما قام خـــالد أبـــو خـــالد (مساعد باحث، إحصاءات الصحة) بالتدقيق والأعمال المكتبية. وقد تولى د. التيجـــاني الطاهر (أستاذ مساعد في مركز البحوث الاجتماعية في الجامعة الأمريكيـــة بالقـــاهرة ورئيس فريق العمل الخاص بتحليل بيانات المسح الصحي في الضفة الغربيـــة وقطـــاع غزة) الإشراف المباشر على إعداد التقرير بجميع مراحله، كما قام السيد الضو عبـد الله (مساعد باحث، في مركز البحوث الاجتماعية في الجامعـــة الأمريكيـــة فـــي القـــاهرة) بمراجعة وتدقيق والإشراف على إعداد بعض الفصول وكذلك قام الســـيد هشـــام عبـد المجيد(مساعد باحث، في مركز البحوث الاجتماعية في الجامعة الأمريكية في القـــاهرة) بالمساهمة في تحليل البيانات ، كما تولت د. ليلى الزيني (أستاذ مساعد، مركز البحـــوث الاجتماعية) بالإشراف على إعداد فصلي رعاية الأم وتنظيم الأسرة،. تولى كل مـــن د. حسن أبو لبده (رئيس الدائرة) و د. هدى رشاد (أستاذة بحوث ومدير مركز البحـــوث الاجتماعية في الجامعة الأمريكية بالقاهرة)، و د. عبـــد الرحيـــم برهـــم (مديـــر عـــام الإحصاءات السكانية والاجتماعية) مراجعة مادة التقرير وتقديـــم الملاحظـــات التـــي ساهمت في إغناء المادة. وقامت السيدة فاطمة شوقي(سكرتيرة فـــي مركـــز البحـــوث الاجتماعية) بأعمال الطباعة. تتقدم الدائرة لكل هؤلاء بالشكر والتقديـــر لإخـــراج هـــذا التقرير.

قامت وزارة الصحة بتقديم الدعم والمساندة الرسمية والفنية لهذا المسح. تتقدم الدائـــرة بالشكر والتقدير لوزير الصحة د. رياض الزعنون ووكيل الوزارة د. منـــذر الشـــريف وجميع المختصين في الوزارة على الدعم والمساندة التي تلقتها الدائرة.

قامت منظمة الأمم المتحدة للأطفال (UNICEF) بتقديم 55% من التمويـــل لتخطيـــط

وتنفيذ المسح الصحي. تعبر دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية عن شكرها وامتنانـــها لليونسيف على توفير الدعم الفني والمالي.

تم إنجاز هذا التقرير بتمويل سخي من مؤسسة (FORD). وتتقدم دائـــرة الإحصـــاء المركزية الفلسطينية بالشكر والتقدير إلى مؤسسة (FORD) على توفيرهـــا التمويـــل اللازم لإنجاز مجموعة من التقارير الصحية الأخرى.

تقديـم

تعتمد عمليات التخطيط ورسم السياسات في مختلف المناحي الاجتماعية والاقتصادية والسياسية اساساً على البيانات والمعطيات الاحصائية الموثوقة والدقيقة. وفي المجال الصحي تعتبر البيانات الاحصائية حجر الأساس في وضع الخطط والسياسات الصحية، حيث عانى التخطيط في هذا المجال طيلة العقود الثلاثة الماضية من عدم توفر البيانات الدقيقة حول هذا القطاع للمجتمع والمواطن. ومن خلال دراسة الدائرة للبيانات الاحصائية التي أنتجتها مختلف المؤسسات المحلية والدولية حول الوضع الصحي تبين أن اهتمامها كان منصبا بالدرجة الأولى على الإحصاءات التقليدية كأعداد المستشفيات والأسرة والمراكز الصحية...الخ.

ونظراً لأهمية توفر بيانات شاملة وحديثة حول الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية، فقد قامت الدائرة بتنفيذ مسح صحي شامل ـــ المسح الصحي الفلسطيني الأول – وذلك بالتعاون مع وزارة الصحة ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال (يونسيف)، حيث وفر هذا المسح مجموعة كبيرة من المؤشرات الصحية التي لم تتوفر في الماضي. وتجدر الإشارة هنا انه لا يمكن الوقوف على المستوى الراهن للخدمات الصحية المقدمة للجمهور إلا من خلال بيانات تتسم بالدقة والشمول والمصداقية، وقد أثبتت التجربة أن أي تقييم صحيح للخدمات الصحية لا بد وان يبني على أساس صحيح من المعلومات والتي من خلالها يمكن حساب المؤشرات وقياس درجة تحقيق الأهداف الصحية.

لقد ركز هذا المسح على أهداف منتصف العقد التي تتلخص في مراقبة عدد من المؤشرات الخاصة بصحة الطفل مثل تغطية التحصينات الى أن تصل الى80% وتخفيض وفيات الأطفال دون الخامسة الناجمة عن أمراض الحصبة بنسبة 95% وإزالة التيتانوس (الكزاز الوليدي) وإزالة النقص في فيتامين (أ) ورفع مستوى استخدامه بالإضافة الى تخفيض مستويات 1990 لسوء التغذية (الشديدة والمتوسط)ب 20% أو اكثر.

يتناول هذا التقرير مجموعة هامة من المؤشرات الصحية حول صحة الأسرة وتوفر الخدمة الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة والتي يفتقر لها المخططون والباحثون. ويزودنا ببيانات حول صحة الطفل وتغذيته وتطور نموه والأمراض والحوادث التي يتعرض لها، كون هذه المؤشرات الاحصائية (معدلات التغذية ومراقبة الأمراض...) تعكس الطبيعة المحيطة بتطور الطفل. بالإضافة الى توفير

عدد كبير من مؤشرات الصحة الإنجابية كتنظيم الأسرة واتجاهات الإنجاب وتفضيلاتـــها والرضاعـــة الطبيعية والرعاية أثناء الحمل.

والله نسأل أن يتكلل عملنا بالنجاح

كانون ثاني، 1999

د. حسن أبو لبده
رئيس الدائرة

المحتويات

	الموضوع	الصفحة
	قائمة الجداول	
	قائمة الأشكال البيانية	
	الفصل الأول: مدخل عام	**27**
	تمهيد	27
1 / 1	المعالم الجغرافية	28
1 / 2	النظام والوضع الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة	30
1 / 2 / 1	**النظام الصحي**	30
1 / 2 / 2	**الخطة الصحية الوطنية الفلسطينية**	33
1 / 2 / 3	**الوضع الصحي**	33
1 / 3	أهداف ، تنظيم ، وتنفيذ المسح الصحـــي للضفة الغربية وقطاع غزة	34
1 / 3 / 1	أهداف المسح	34
1 / 3 / 2	تنظيم المسح	35
1 / 3 / 3	**تنفيذ المسح**	37
	الفصل الثاني: خصائص أسر وأفراد العينة	**43**
2 / 1	مقدمة	43
2 / 2	التركيب العمري والنوعي لأفراد العينة	43
2 / 3	مكان الإقامة وحجم الأسرة	45
2 / 4	الحالة الزواجية	46
2 / 5	التأمين الصحي	48
2 / 6	التدخين	49
2 / 7	خصائص النساء السابق لهن الزواج	50
2 / 8	الخلاصة	54

الفصل الثالث: الوضع الصحي لأفراد أسر العينة **55**

3 / 1 مقدمة 55
3 / 2 انتشار الأمراض المفاجئة والإصابات 55
3 / 2 / 1 التعرض للأمراض المفاجئة والإصابات 55
3 / 2 / 2 مكان حدوث الإصابة 57
3 / 3 الاستشارة الطبية لعلاج الأمراض والإصابات 58
3 / 3 / 1 مصدر الاستشارة الطبية 58
3 / 3 / 2 مكان الاستشارة الطبية 60
3 / 3 / 3 أسباب عدم الاستشارة الطبية 61
3 / 4 الإعاقة 62
3 / 4 / 1 انتشار الإعاقة 63
3 / 4 / 2 أنواع الإعاقة 64
3 / 4 / 3 أسباب الإعاقة 66
3 / 4 / 4 العناية بالمعاقين 68
3 / 5 الخلاصة 69

الفصل الرابع: صحة الطفل **71**

4 / 1 مقدمة 71
4 / 2 الحالة التغذوية للأطفال 71
4 / 2 / 1 الطول بالنسبة للعمر (قصر القامة) 73
4 / 2 / 2 الوزن بالنسبة للطول (النحافة) 75
4 / 2 / 3 الوزن بالنسبة للعمر (نقص الوزن) 75
4 / 3 الإصابة بالإسهال 76
4 / 3 / 1 انتشار الإصابة بالإسهال 77
4 / 3 / 2 استخدام محلول معالجة الجفاف لعلاج الإسهال 79
4 / 3 / 3 الحصول على استشارة لعلاج الإسهال 80
4 / 4 أمراض الجهاز التنفسي انتشار أمراض الجهاز التنفسي 83

4 / 4 / 1	انتشار أمراض الجهاز التنفسي	83
4 / 4 / 2	الحصول على استشارة لعلاج أمراض الجهاز التنفسي	84
4 / 4 / 3	معالجة أمراض الجهاز التنفسي	87
4 / 5	الحوادث الخطيرة	88
4/6	الخلاصة	90

الفصل الخامس: رعاية الطفل **93**

5 / 1	مقدمة	93
5 / 2	تطعيم الأطفال	93
5 / 2 / 1	مصادر بيانات التطعيم	94
5 / 2 / 2	انتشار التطعيم	96
5 / 2 / 3	أسباب عدم استكمال التطعيم	102
5 / 3	تناول فيتامين أ/د	103
5 / 4	الرضاعة الطبيعية	106
5 / 4 / 1	ممارسة الرضاعة الطبيعية	106
5 / 4 / 2	الحالة الراهنة للرضاعة الطبيعية	107
5 / 4 / 3	طول فترة الرضاعة الطبيعية	108
5 / 4 / 4	أسباب الفطام	109
5 / 5	التغذية الإضافية	110
5 / 5 / 1	عمر الطفل عند بدء التغذية الإضافية	110
5 / 5 / 2	نوع الأغذية الإضافية	111
5 / 6	الخلاصة	112

الفصل السادس: رعاية الأمومة **115**

6 / 1	مقدمة	115
6 / 2	الرعاية الصحية أثناء الحمل	116
6 / 2 / 1	عدد مرات متابعة الحمل	120

6 / 2 / 2	الكادر الذي قام بالرعاية الصحية أثناء الحمل	122
6 / 2 / 3	مكان الرعاية الصحية أثناء الحمل	124
6 / 2 / 4	أسباب عدم متابعة الحمل	126
6 / 3	تطعيم الحوامل ضد التيتانوس	128
6 / 3 / 1	انتشار التطعيم ضد التيتانوس	128
6 / 3 / 2	أسباب عدم تلقي التطعيم ضد التيتانوس	130
6 / 4	الحالة الصحية أثناء الحمل	132
6 / 5	استعمال الأدوية أثناء الحمل	133
6 / 6	الرعاية الصحية عند الولادة	134
6 / 6 / 1	مكان الولادة	134
6 / 6 / 2	أسباب عدم الولادة في مؤسسات الرعاية الصحية	136
6 / 6 / 3	الكادر الذي ساعد في عملية الولادة	138
6 / 6 / 4	طبيعة الولادة	139
6 / 6 / 5	وزن المولود عند الولادة	140
6 / 7	الرعاية الصحية بعد الولادة	141
6 / 8	الخلاصة	142

الفصل السابع: تنظيم الأسرة

7 / 1	مقدمة	**145**
7 / 2	المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة	145
7 / 3	الاستخدام السابق لوسائل تنظيم الأسرة	147
7 / 4	الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة	151
7 / 5	مشاكل استخدام وسائل تنظيم الأسرة	156
7 / 6	النية في استخدام الوسائل في المستقبل	157
7 / 7	الخلاصة	159

الفصل الثامن: النتائج والتوصيات **161**

8 / 1	مقدمة	161
8 / 2	صحة الأطفال	161
8 / 3	رعاية الأمومة	165
8 / 4	الوضع الصحي لأفراد أسر العينة	166
8 / 5	التوصيات	167

المراجع

الملاحق

الملحق الأول: التنظيم الإداري

الملحق الثاني: تقدير أخطاء المعاينة

الاستبيانات

قائمة الجداول

الجدول		الصفحة
جدول 2 / 1	التوزيع النسبي للسكان في أسر العينة حسب فئات العمر والنوع، الضفة الغربية وقطاع غزة	44
جدول 2 / 2	التوزيع النسبي لأسر وأفراد العينة، ومتوسط عدد أفراد الأسرة حسب مكان الإقامة ، الضفة الغربية وقطاع غزة	46
جدول 2 / 3	التوزيع النسبي لأفراد أسر العينة البالغين من العمر 15 عاما فأكثر حسب العمر والنوع والحالة الزواجية، الضفة الغربية وقطاع غزة	47
جدول 2 / 4	التوزيع النسبي لأفراد أسر العينة البالغين من العمر 15 عاما فأكثر حسب الحالة الزواجية والنوع ومكان الإقامة، الضفة الغربية وقطاع غزة	48
جدول 2 / 5	التوزيع النسبي لأفراد أسر العينة حسب نوع التأمين الصحي ومكان الإقامة، الضفة الغربية وقطاع غزة	49
جدول 2 / 6	التوزيع النسبي لأفراد أسر العينة البالغين من العمر14 عاما فأكثر حسب ممارسة التدخين وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	50
جدول 2 / 7	التوزيع النسبي للسيدات 15–49 السابق لهن الزواج والمتزوجات حاليا حسب العمر ومكان الإقامة، الضفة الغربية وقطاع غزة	52
جدول 2 / 8	التوزيع النسبي للسيدات السابق لهن الزواج حسب فئات العمر ومستوى التعليم، الضفة الغربية وقطاع غزة	53
جدول 3 / 1	نسب الأفراد الذين تعرضوا لمرض مفاجئ أو إصابة خلال الأسبوعين السابقين للمسح حسب خلفية الفرد، الضفة الغربية وقطاع غزة	56
جدول 3 / 2	التوزيع النسبي للأفراد المصابين خلال الأسبوعين السابقين للمسح حسب مكان حدوث الإصابة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	57

جدول 3 / 3	نسب الأفراد الذين تعرضوا لمرض مفاجئ أو إصابة خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا استشارة للعلاج، وتوزيعهم حسب مصدر الاستشارة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	59
جدول 3 / 4	التوزيع النسبي للأفراد الذين تعرضوا لمرض مفاجئ أو إصابة وتلقوا استشارة للعلاج، حسب موقع مصدر الاستشارة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	60
جدول 3 / 5	التوزيع النسبي للأفراد الذين تعرضوا لمرض مفاجئ أو إصابة ولم يتلقوا استشارة للعلاج حسب سبب عدم الاستشارة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	62
جدول 3 / 6	عدد الأفراد المعاقين ومعدل الإعاقة لكل مائة ألف من السكان، حسب الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	63
جدول 3 / 7	التوزيع النسبي للأفراد المعاقين حسب نوع الإعاقة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	65
جدول 3 / 8	التوزيع النسبي للأفراد المعاقين حسب سبب الإعاقة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	67
جدول 3 / 9	التوزيع النسبي للأفراد المعاقين حسب مقدرتهم على الحركة بدون مساعدة أحد والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	68
جدول 3 / 10	التوزيع النسبي للأفراد المعاقين حسب الشخص الذي يقوم بالرعاية والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	69
جدول 4 / 1	نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين تم قياس أوزانهم وأطوالهم حسب الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	73
جدول 4 / 2	نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين يعانون من قصر القامة حسب الخصائص الخلفية، الضفة ا لغربية وقطاع غزة	74
جدول 4 / 3	نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين يعانون من النحافة حسب الخصائص الخلفية، الضفة ا لغربية وقطاع غزة	75
جدول 4 / 4	نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن حسب الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	76

جدول 4 / 5	نسب الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح، ومتوسط فترة الإصابة بالإسهال حسب الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	77
جدول 4 / 6	نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح والذين عانوا من بعض الأعراض المحددة حسب الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	78
جدول 4 / 7	نسبة الأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال والذين تلقوا محلول معالجة الجفاف حسب نوع المحلول والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	79
جدول 4 / 8	نسبة الأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا استشارة لعلاج الإسهال وتوزيعهم حسب مصدر الاستشارة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	81
جدول 4 / 9	التوزيع النسبي للأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح ولم يتلقوا استشارة بخصوص العلاج حسب السبب وراء عدم الاستشارة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	82
جدول 4 / 10	نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالرشح / السعال خلال الأسبوعين السابقين للمسح، ونسب الأطفال الذي تعرضوا لأعراض مصاحبة للرشح / السعال حسب الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	83
جدول 4 / 11	نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالرشح / السعال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا استشارة للعلاج، وتوزيع حسب مصدر الاستشارة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	85
جدول 4 / 12	التوزيع النسبي للأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالرشح / السعال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا استشارة للعلاج حسب طول الفترة بين الإصابة وتلقي الاستشارة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	86
جدول 4 / 13	نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالرشح / السعال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا أدوية للعلاج حسب نوع الأدوية والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	87

جدول 4 / 14	نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين تعرضوا للحوادث وتوزيعهم حسب نوع الحادث والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	89
جدول 4 / 15	التوزيع النسبي للأطفال تحت سن الخامسة الذين تعرضوا للحوادث حسب مكان وقوع الحادث والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	90
جدول 5 / 1	التوزيع النسبي للأطفال تحت سن الخامسة حسب مصدر بيانات التطعيم وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	95
جدول 5 / 2	نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين تلقوا جرعات التطعيم، من بين الأطفال ممن لديهم بطاقة صحية تم الاطلاع عليها حسب نوع التطعيم وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	97
جدول 5 / 3	نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين تلقوا جرعات التطعيم من بين الأطفال ممن لديهم بطاقة صحية لم يتم الاطلاع عليها، حسب نوع التطعيم وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	98
جدول 5 / 4	نسب الأطفال في سن 12–23 شهرا الذين تلقوا جرعات التطعيم من بين الأطفال ممن لديهم بطاقة صحية تم الاطلاع عليها حسب نوع التطعيم وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	100
جدول 5 / 5	نسب الأطفال في سن 12–23 شهرا الذين تلقوا جرعات التطعيم من بين الأطفال ممن لديهم بطاقة صحية لم يتم الاطلاع عليها حسب نوع التطعيم وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	101
جدول 5 / 6	نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين لم يتلقوا أو يستكملوا جرعات التطعيم حسب السبب وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	102
جدول 5 / 7	التوزيع النسبي للأطفال في سن 2–11 شهرا حسب تناولهم لفيتامينات أ/د وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	103
جدول 5 / 8	التوزيع النسبي للأطفال في سن 2–11 شهرا الذين تلقوا فيتامينات أ/د حسب عمر الطفل عند بدء تلقي الفيتامينات وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	104

جدول 5 / 9	التوزيع النسبي للأطفال في سن 2–11 شهرا الذين تلقوا فيتامينات أ/د حسب طول فترة تلقي الفيتامينات وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	105
جدول 5 / 10	نسب المواليد الذين ارضعوا رضاعة طبيعية من بين آخر مولود وآخر مولودين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب بعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	106
جدول 5 / 11	التوزيع النسبي للمواليد خلال الخمس سنوات السابقة للمسح والذين لم يسبق لهم الرضاعة حسب السبب وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	107
جدول 5 / 12	نسب الأطفال الذين مازالوا يرضعون (لآخر مولود) طبقا لنوع وعمر الطفل ومكان الإقامة، الضفة الغربية وقطاع غزة	108
جدول 5 / 13	متوسط طول فترة الرضاعة الطبيعية طبقا لبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	109
جدول 5 / 14	التوزيع النسبي للأطفال (آخر مولود) الذين تم فطامهم حسب سن الطفل عند الفطام وسبب الفطام، الضفة الغربية وقطاع غزة	110
جدول 5 / 15	متوسط عمر الطفل عند البدء بإعطائه السوائل والأغذية الصلبة حسب الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	111
جدول 5 / 16	نسب الأطفال الذين تم إعطائهم أغذية مكملة حسب عمر الطفل ونوع الأغذية المكملة، الضفة الغربية وقطاع غزة	112
جدول 6 / 1	نسب السيدات الحوامل اللاتي تابعن الحمل، والتوزيع النسبي لهن حسب الغرض من المتابعة، الضفة الغربية وقطاع غزة	117
جدول 6 / 2	نسب آخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح التي تمت لها متابعة للحمل، وتوزيعها حسب الغرض من المتابعة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	118
جدول 6 / 3	التوزيع النسبي للولادات التي تمت متابعة الحمل لها حسب طول فترة الحمل عند أول زيارة للمتابعة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	120

جدول 6 / 4	التوزيع النسبي للسيدات الحوامل اللاتي تابعن الحمل حسب عدد مرات المتابعة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	121
جدول 6 / 5	التوزيع النسبي للسيدات الحوامل اللاتي تابعن الحمل حسب الكادر الذي قام بالمتابعة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	122
جدول 6 / 6	التوزيع النسبي لآخر ولادتين تحسب لها متابعة للحمل حسب الكادر الذي قام بالمتابعة، الضفة الغربية وقطاع غزة	123
جدول 6 / 7	التوزيع النسبي للسيدات الحوامل اللاتي تابعن الحمل حسب مكان المتابعة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	124
جدول 6 / 8	نسب آخر ولادتين تمت لها متابعة أثناء الحمل حسب مكان المتابعة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	125
جدول 6 / 9	التوزيع النسبي للسيدات الحوامل اللاتي لم يتابعن الحمل حسب السبب وراء عدم المتابعة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	126
جدول 6 / 10	التوزيع النسبي لآخر ولادتين لم تتلق أي متابعة أثناء الحمل حسب السبب وراء عدم المتابعة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	127
جدول 6 / 11	التوزيع النسبي للسيدات الحوامل حسب عدد جرعات التطعيم التي تلقتها السيدة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	129
جدول 6 / 12	التوزيع النسبي لآخر ولادتين لم تتلق أمهاتهم تطعيم ضد التيتانوس حسب السبب في عدم التطعيم وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	131
جدول 6 / 13	نسب السيدات الحوامل اللاتي عانين من أعراض معينة حسب تلك الأعراض والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	132
جدول 6 / 14	نسب السيدات الحوامل اللاتي يتناولن أدوية معينة حسب نوع الدواء والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	134
جدول 6 / 15	التوزيع النسبي لآخر ولادتين حسب مكان الولادة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	135
جدول 6 / 16	التوزيع النسبي للولادات التي تمت في المنزل حسب السبب وراء الولادة في المنزل وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	137

جدول 6 / 17	التوزيع النسبي لآخر ولادتين حسب الكادر الذي ساعد في عملية الولادة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	138
جدول 6 / 18	التوزيع النسبي للولادات التي تمت في مؤسسات الرعاية الصحية حسب طبيعة الولادة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	139
جدول 6 / 19	التوزيع النسبي لآخر ولادتين حسب رأي الأم في وزن الطفل عند الولادة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	140
جدول 6 / 20	التوزيع النسبي لآخر ولادتين حسب الشخص الذي قام بالرعاية الصحية للأم بعد الإنجاب وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	141
جدول 7 / 1	نسب السيدات السابق لهن الزواج اللاتي يعرفن وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة وتلقائية الإجابة ، الضفة الغربية وقطاع غزة	147
جدول 7 / 2	نسب السيدات السابق لهن الزواج اللاتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	148
جدول 7 / 3	التوزيع النسبي للسيدات السابق لهن الزواج واللاتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب عدد الأطفال الأحياء عند أول استخدام وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	149
جدول 7 / 4	التوزيع النسبي للسيدات السابق لهن الزواج واللاتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب الهدف من أول استخدام للوسائل وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	151
جدول 7 / 5	نسب السيدات المتزوجات اللاتي يستخدمن حاليا وسيلة لتنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة المستخدمة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	153
جدول 7 / 6	التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات اللاتي يستخدمن وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة حسب مصدر الحصول على الوسيلة و بعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة	155
جدول 7 / 7	التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات اللاتي يستخدمن حاليا وسيلة لتنظيم الأسرة حسب مشاكل الاستخدام و نوع الوسيلة ، الضفة الغربية وقطاع غزة	156

جدول 7 / 8 التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات اللاتي يستخدمن حاليا وسيلة لتنظيم الأسرة ويرغبن في الاستخدام في المستقبل حسب الوسيلة التي ينوين استخدامها ، الضفة الغربية وقطاع غزة 158

جدول 7 / 9 التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات اللاتي لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة ولا يرغبن في الاستخدام في المستقبل حسب السبب ومكان الإقامة، الضفة الغربية وقطاع غزة 158

قائمة الأشكال

الشكل		الصفحة
شكل 2 / 1	الهرم السكاني	45
شكل 6 / 1	نسب آخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح التي تلقت أمهاتهم تطعيم ضد التيتانوس حسب خلفية الأم، الضفة الغربية وقطاع غزة	130
شكل 7 / 1	نسب السيدات 15–45 السابق لهن الزواج اللاتي يعرفن وسائل تنظيم الأسرة حسب خلفية المبحوثة، الضفة الغربية وقطاع غزة	146
شكل 7 / 2	نسب السيدات المتزوجات اللاتي لا يستخدمن حاليا وسائل تنظيم الأسرة ويرغبن في الاستخدام في المستقبل حسب خلفية المبحوثة، الضفة الغربية وقطاع غزة	157

الفصل الأول

مدخل عام

تمهيد

قامت دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية بتخطيط وتنفيذ العديد من المسوح التي هدفت إلى توفير قاعدة بيانات دقيقة، علمية موثوق بها تستخدم من قبل المؤسسات المعنية لدراسة وتحليل الخصائص الاجتماعية والصحية والبيئية والديموغرافية للمجتمع الفلسطيني، ويتم الاستفادة بها في عمليات رسم السياسات التنموية والتخطيط العلمي للنهوض بواقع الحال الفلسطيني في مختلف مناحي حياته.

وكان المسح الصحي الشامل الذي أنجز عام 1996 من أهم المسوح التي نفذتها دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية. ولقد قامت دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية بنشر جداوله الأساسية في كانون ثاني1997. وكان الهدف الرئيسي لهذا المسح هو توفير المعلومات الدقيقة والحديثة حول مجموعة كبيرة من المؤشرات والمحددات الصحية التي تعكس الوضع الصحي الحقيقي للمجتمع الفلسطيني، وتساهم بشكل جيد في توضيح حاجات المجتمع وتركيز الضوء على البرامج والخطط التنموية ذات الأولوية، وتلاشي الارتباك الناشئ عن افتقار الباحثين وصانعي القرار لمثل هذه المعلومات.

وقد اهتمت دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية أن يوفر هذا المسح دراسة تفصيلية عن الوضع الصحي للسكان في الضفة الغربية وقطاع غزة، مع التركيز على صحة الأم والطفل بشكل خاص، بحيث تخرج بنتائج ومعلومات تعالج الوضع الحالي الذي يعيشه كل من الأم والطفل من حيث المؤشرات التي تؤثر في أوضاعهم الصحية والتي تتعلق بتوفر خدمات الصحة الإنجابية للام، وبرامج الرعاية الصحية الأولية والمستوى التعليمي والثقافي للام، والسلوك المتبع في تغذية الطفل.

وقد كانت الاستراتيجية العامة في تنفيذ هذا المسح وتحديد أهدافه في إطار توجهات وتوصيات منظمة الصحة العالمية. وقد ارتكز التصور العام للمسح في تصميم آليات جمع البيانات على تجربة المشروع العربي للنهوض بالطفولة المنبثق عن جامعة الدول العربية وعلى خبرات الدول المشاركة فيه والتي نفذت مسوحاً مشابهة، مع مراعاة خصوصية المجتمع الفلسطيني والتعديل الذي يلائم حاجاته. ومن هذا المنطلق، فقد روعي أن تكون أهداف المسح الصحي لصحة الأم والطفل في الضفة الغربية وقطاع غزة متناسقة مع الأهداف القومية والعالمية لتنفيذ وتحقيق برنامج الصحة للجميع بحلول عام 2000، وأهداف منتصف العقد التي تتلخص في مراقبة عدد من المؤشرات الخاصة بصحة الطفل.

1/1 المعالم الجغرافية

تقع فلسطين في الغرب من قارة آسيا بين خطي عرض ° 30 ' 29 و ° 33 ' 15 شمالاً وبين خطي طول ° 15 ' 34 و ° 40 ' 35 شرقي غرينيتش. وهي القسم الجنوبي الغربي من بلاد الشام. يحدها من الغرب البحر الأبيض المتوسط، على ساحل طوله 224 كيلو متراً، ومن الشرق سوريا – ويبلغ طول الحدود بين القطرين 70 كيلو متراً – والأردن على حدود طولها 360 كيلوا متراً، ومن الشمال الجمهورية اللبنانية – على حدود طولها 79 كيلو متراً – وسوريا، ومن الجنوب سيناء وخليج العقبة. ويبلغ طول الحدود المصرية – الفلسطينية بين رأس طابا على خليج العقبة ورفح على البحر الأبيض المتوسط نحو 240 كيلو متراً. أما طول الساحل الفلسطيني الواقع على خليج العقبة فيبلغ نحو عشرة كيلو مترات ونصف الكيلو متر.

تعينت الحدود بين فلسطين من جهة ولبنان وسورية من جهة أخرى بموجب الاتفاق الفرنسي – البريطاني المنعقد في 1920/12/23. وفي عام 1922 – 1923 عدلت هذه الحدود، فأدخلت ضمن حدود فلسطين بعض الأراضي السورية القريبة من نهري بانياس والحاصباني وكذلك بعض القرى اللبنانية القريبة من نهر الليطاني.

أما الحدود مع شرقي الأردن، فقد حددها المندوب السامي البريطاني لفلسطين وشرقي الأردن في 1922/9/1. وكانت الحدود بين فلسطين ومصر قد حددت بموجب الاتفاقية في أول تشرين أول 1906 بين خديوية مصر والحكومة العثمانية. ومما هو جدير بالذكر أن طول الحدود البرية بين "فلسطين المحتلة" والأقطار العربية المجاورة اليوم تبلغ 951 كيلو متراً.

وفلسطين مستطيلة الشكل تبلغ مساحتها حوالي 27,009 كيلو متراً مربعاً. من هذه المساحة 704 كيلو متراً مربعاً مساحة بحيرة طبرية ونصف مساحة البحر الميت. وفي عام 1948، ونتيجة للحرب العربية الإسرائيلية الأولى، احتل اليهود 79% من مساحة فلسطين، ثم قاموا باحتلال كامل الأراضي الفلسطينية (ومنها الضفة الغربية التي كانت تحت الحكم الأردني وقطاع غزة الذي كان تحت حكم مصر) بعد حرب حزيران عام 1967.

تتوسط فلسطين، ومعها بلاد الشام، قارات العالم القديم: آسيا وأفريقيا وأوروبا، وهي ممر لا بد منه لأي حركة أو هجرة بشرية أو حملة عسكرية أو نشاط تجاري. فهي المعبر أو الجسر البري الذي يصل آسيا بأفريقيا فأوروبا وبالعكس. وتتوسط فلسطين البلاد العربية الشرقية (بقية بلاد الشام والعراق وجزيرة العرب) والبلاد الغربية (مصر والسودان والشمال الأفريقي).

ويدار قطاع غزة وأجزاء من الضفة الغربية حاليا من قبل السلطة الوطنية الفلسطينية ، بعد توقيع اتفاقية أوسلو التاريخية عام 1993 واتفاقية القاهرة عام 1994.

الضفة الغربية

يعرف عن تضاريس الضفة الغربية أنها منطقة شديدة التحدر، كثيرة التلال والجبال. تقدر مساحتها بحوالي 5,634 كيلو متر مربع. وتقع الضفة الغربية ما بين السهل الساحلي غرباً ووادي الأردن شرقاً بعرض 40-65 كيلو متر ومعدل ارتفاع 2,400 قدماً عن سطح البحر، وبسبب كميات الأمطار التي تسقط فيها والتي تقدر بحوالي 450-600 مليمتر سنوياً، تتميز أراضى الضفة الغربية إلى حد ما بجودتها للزراعة. وعلى هذا، تقسم أراضيها إلى أربع مناطق جغرافية. ففي الشمال، تقع المدينتان الساحليتان جنين وطولكرم اللتان تتميزان بأراضيهما الغنية بالمحاصيل الزراعية مثل الفواكه والخضار والبطيخ إضافة إلى الحمضيات والحبوب. وتبدأ سلسلة المرتفعات إلى الجنوب من جنين حيث تتكون من جبال نابلس والقدس والخليل. ورغم سمات هذه المناطق الجبلية، وبخاصة في الشمال والجنوب، إلا أن هذه الأراضي تستقبل كميات كافية من الأمطار مما يجعلها بشكل خاص أراضى زراعية، كما أن معالمها السطحية التي تشمل الأودية المنخفضة والسهول تساعد أيضاً على زراعتها. وتكتسب هذه الخصائص الجغرافية للأراضي الشمالية والجنوبية أهمية خاصة حيث تتركز هناك معظم قرى الضفة الغربية (450 قرية) ويعتمد اقتصاد سكانها على الزراعة.

قطاع غزة

يقع قطاع غزة في جنوب فلسطين ، وهو عبارة عن حزام ضيق من الأراضي يشكل المنطقة الساحلية للأراضي الفلسطينية على طول البحر الأبيض المتوسط ما بين الأراضي الفلسطينية التي تم احتلالها عام 1948 ومصر. تبلغ مساحة القطاع 362 كيلو متر مربع حيث يمتد بطول 50 كيلو متر وبعرض 5-12 كيلو متر، ويرتفع بما يقارب 0-40 متراً عن سطح البحر. ويتميز القطاع بفصوله الأربعة وبمناخه شبه الاستوائي. يقسم قطاع غزة إلى خمس مناطق إدارية: الشمال، غزة، منطقة الوسط، خان يونس، ورفح. أما فيما يتعلق بالأرض، فهي سهلية بالضرورة، حيث يشكل ساحل البحر المتوسط شريطاً منتظماً بدون خلجان طبيعية. ويتفاوت معدل هطول الأمطار السنوي في القطاع بشكل كبير من 350 مليمتر في الشمال إلى 150 مليمتر في الجنوب، وتتكون المحاصيل الرئيسية في قطاع غزة من الحمضيات والخضروات. من ناحية أخرى، فقد تعرض هذا المصدر الحيوي للدخل القومي لانتكاسه اقتصادية كبيرة بسبب ازدياد ملوحة الأرض، والاستخدام الضخم للأراضي الزراعية في المشاريع السكنية، وبسبب الاغلاقات الأمنية المتكررة لحدود غزة ولفترات طويلة من قبل السلطات الإسرائيلية.

2/1 النظام والوضع الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة

1/2/1 النظام الصحي

منذ العام 1967 وحتى توقيع اتفاقية إعلان المبادئ بين منظمة التحرير الفلسطينية والحكومة الإسرائيلية عام 1993، كانت الإدارة المدنية الإسرائيلية (التابعة لوزارة الدفاع) هي الجهة المسؤولة عن إدارة الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية، تدعمها تغطية قانونية وسلسلة من التشريعات المتعاقبة هدفت إلى تسهيل مهمة الإدارة المدنية في تطبيق مفهومها للنظام الصحي في الأراضي المحتلة. فطيلة هذه الحقبة، كان واضحا أن النظام الصحي الذي تبنته الإدارة المدنية الإسرائيلية فشل في الارتقاء إلى المستوى المعياري أو حتى المقبول مقارنة بنظيره في الدول الأخرى، حيث لم يكن هناك نظام صحي منطقي يدار بآلية مركزية أو شبكة منتظمة، ولم تكن هناك خطط محددة لتدريب وتأهيل القائمين على الرعاية الصحية ضمن أسس معيارية أو حاجات إدارية. علاوة على ذلك، لم تتوفر للأراضي الفلسطينية مدارس أو كليات أو معاهد تعنى بتخريج كفاءات صحية محلية. بل لم يكن هناك منهاج رسمي للتثقيف الصحي أو للتعليم المستمر. أما عملية تأهيل مؤسسات الرعاية الصحية، فقد افتقرت إلى التوزيع السليم المتوازن، وغالباً ما كانت باهظة التكاليف. وفيما يتعلق بخدمات تنظيم الأسرة فقد كانت موجودة إلى حد ما، لكن وبسبب الأوضاع السياسية، لم تكن هناك أية نشاطات منتظمة تصل الجميع من قبل المؤسسات القليلة الموجودة.

بالنسبة للتأمين الصحي، فبالرغم من السماح للفلسطينيين بالاشتراك في التأمين الصحي الذي وفرته الإدارة المدنية الإسرائيلية، إلا انه لم ينجح في استقطاب قطاع كبير من السكان. ويعود ذلك أساسا لتكلفته الباهظة التي لا يقوى الجميع على الوفاء بها، أيضا أن كثير من المواطنين لمسوا عدم وجود توازن وتناسق في رسوم التأمين الباهظة مقارنة بالخدمات الصحية المتوفرة، مما جعل الكثيرين يبحثون عن بدائل أخرى. وقد كان من نتائج السياسة الإسرائيلية المتعمدة تجاه القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية ما يلي:

1. الضعف الشديد في البنية التحتية لمختلف القطاعات التي تؤثر في الوضع الصحي، والتي قامت السلطات الإسرائيلية بعرقلة تطويرها إما بالسيطرة الاقتصادية أو بسلسلة من القوانين المجحفة (التشاريع والتراخيص) لكي يبقى هذا القطاع رهناً بإرادة جهاز الصحة الإسرائيلي.

2. غياب جهاز صحي وطني مؤسس على اعتماد معايير صحية وطنية وآلية واضحة لتنسيق وتوزيع الخدمات ومراقبة النوعية، والتطوير.

3. تدهور نسبي واضح في الخدمات الصحية والخدمات ذات العلاقة، وقد تمثل هذا الدور في الكثير من الحقائق ومنها:

أ. خفض الإدارة المدنية الإسرائيلية من معدل صرفها على الصحة في المناطق المحتلة بأكثر من 50 في المائة، علماً بأن ما كانت تنفقه على هذا القطاع بشكل عام كان يقل بكثير عما تجبيه هذه السلطات من رسوم التأمين الصحي.

ب. عدم توفر شبكات المياه النظيفة وشبكات الصرف الصحي والهواتف وأنظمة التخلص من النفايات والكهرباء وغيرها من خدمات البنية التحتية لقطاع كبير من السكان.

ج. عدم التوازن بين نوعية الخدمات المقدمة، حيث تم التركيز على الخدمات الصحية العلاجية على المستويين الثاني والثالث على حساب الرعاية الصحية الأولية والخدمات الوقائية.

د. انخفاض في عدد أسرة المستشفيات المتوفرة في الأراضي الفلسطينية.

وبعد نقل صلاحيات الجهاز الصحي إلى السلطة الوطنية الفلسطينية، أخذت وزارة الصحة على عاتقها مسؤولية إدارة الخدمات الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة. وقامت جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني وبالتعاون مع القطاع الصحي العام ووكالة الغوث والمنظمات غير الحكومية بتأسيس المجلس الصحي الفلسطيني ليكون بمثابة سلطة مركزية تجري عمليات التقييم والتخطيط والمراقبة والتنسيق لمختلف أنظمة الرعاية الصحية في المرحلة الانتقالية.

وتتركب بنية قطاع الرعاية الصحية في الأراضي الفلسطينية في الوقت الحاضر من ثلاث جهات رئيسية تتعهد بتقديم الخدمات الصحية للمواطن الفلسطيني. وهذه الجهات هي:

1. القطاع العام

تديره وتشرف عليه وزارة الصحة الفلسطينية (بدلا من دائرة الصحة الإسرائيلية سابقاً). وتشمل الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة الفلسطينية حالياً: الرعاية الصحية الأولية عن طريق مراكز ودوائر صحية ومراكز أمومة وطفولة منتشرة في مختلف ألوية الضفة الغربية (باستثناء القدس) وقطاع غزة. أما الرعاية الصحية الثانوية فتقدمها وزارة الصحة عبر إدارة المستشفيات المسؤولة عن المستشفيات في الضفة الغربية والقطاع. ومازال هذا النظام يتميز بنفس التنظيم السابق. وقد تقلص دور وحجم هذه الخدمات بسبب الانتفاضة الفلسطينية التي اندلعت عام 1987 وبسبب الطوق الأمني الذي فرضته السلطات الإسرائيلية على الأراضي الفلسطينية إبان حرب الخليج.

2. دائرة الصحة التابعة لوكالة الغوث (أونروا)

وتعنى باللاجئين الفلسطينيين منذ العام 1948. تأسست وكالة الغوث الدولية لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى (الأونروا) بقرار من الأمم المتحدة للإشراف على أوضاع اللاجئين الفلسطينيين، وتقديم الخدمات الإنسانية لهم في الأراضي المحتلة والدول المضيفة وخاصة الأردن وسوريا ولبنان. وتعمل الوكالة وفق القوانين والأنظمة التي أُقرت في فينا. وتشرف منظمة الصحة العالمية على الخدمات الصحية. ويوجد في الأراضي الفلسطينية مكتبان إقليميان للوكالة، واحد في الضفة الغربية (القدس)، وآخر في مدينة غزة. وقد ساهمت هذه الوكالة ومنذ إنشائها في تقديم الكثير من الخدمات الصحية للشعب الفلسطيني، حيث

قدمت خدماتها لما يقارب 2.9 مليون لاجئ مسجل حتى 31 كانون أول لعام 1993، منهم ما يزيد قليلاً عن المليون لاجئ في الضفة الغربية والقطاع.

وتتنوع خدمات وكالة الغوث ما بين خدمات الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك الرعاية الطبية (الوقائية والعلاجية) وخدمات صحة البيئة في المخيمات، والخدمات الغذائية، والخدمات الصحية الثانوية مثل الإدخال إلى المستشفى. وتحافظ الوكالة على آلية تنسيق متواصلة ووثيقة مع دائرة الصحة العامة في الأراضي الفلسطينية وخاصة فيما يتعلق بمراقبة ومتابعة الأمراض الوبائية ذات الاهتمام من حيث وضع انتشارها والتطعيم ضدها.

3. القطاع غير الحكومي

ويشمل الجمعيات الخيرية المحلية والدولية، والمنظمات غير الحكومية والمستثمرين من القطاع الخاص. ومن أنشطة **الجمعيات الخيرية** تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية. أما أبرز هذه الجمعيات فهي لجان الزكاة التي ظهرت مؤخراً وتقدم مجموعة من أنشطة الرفاه الاجتماعي وبرامج صحية وتعليمية وتعمل بشكل مستقل عن الأخرى. أما أبرز مثال على المؤسسات الخيرية الدولية التي تقدم خدماتها الصحية للمواطنين الفلسطينيين فهي المؤسسة اللوثرية العالمية وجمعية الكاريتاس.

وقد بدأ نشاط **المنظمات غير الحكومية** في أواخر السبعينات لسد النقص في الخدمات الصحية المتوفرة، نتيجة للقيود الإسرائيلية. وتقدم هذه المنظمات خدمات الرعاية الصحية الأولية عن طريق مراكزها وعياداتها المنتشرة في مختلف الألوية وتحديداً في المناطق الريفية. ومن أهم هذه الجمعيات: مجلس الخدمات الصحية، اتحاد لجان الرعاية الصحية، اتحاد لجان العمل الصحي، اتحاد لجان الإغاثة الطبية الفلسطينية. وقد كان لهذه المنظمات دور ضخم وفعال خلال الانتفاضة الفلسطينية نتيجة لضخامة عدد الإصابات والجرحى. وقد كانت سياسة السلطات الإسرائيلية واضحة في محاربة هذه المنظمات عن طريق رفض منح تراخيص للوحدات الصحية التابعة لها. ومع ذلك، استمرت هذه الوحدات بالعمل دون ترخيص.

بالنسبة **للقطاع الخاص** ، فإنه لا يخضع لأية منظمة أو سلطة، ويمتلكه ويديره مجموعة من الأطباء والمؤسسات الخاصة التي تقدم الرعاية الصحية بتكاليف باهظة. ويقدم هذا القطاع خدمات من النوع الثاني والثالث، إضافة إلى الخدمات الصحية والنفسية، حيث تتميز هذه الخدمات بجودتها العالية مقارنة بتلك التي تقدمها الخدمات الطبية الحكومية، غير أن تكاليفها الباهظة يحصر نطاق المستفيدين منها.

2/2/1 الخطة الصحية الوطنية الفلسطينية

تعتبر هذه الخطة نتاج عملية وطنية، وثمرة لجهود مشتركة من لجنة الخطة الصحية الفلسطينية التي أعدتها بالتشاور مع القائمين على الخدمات الصحية وممثلين عن المستفيدين من هذه الخدمات عام 1993، ونشرها مركز البحث والتطوير عام 1994 بالتعاون مع جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني.

وقد وضع الهدف العام لهذه الخطة من أجل "توفير طريقة منظمة لتطوير الرعاية الصحية ووضع أهداف واستراتيجيات وطنية مستقبلية يجري تحقيقها مع حلول عام 2002 من اجل الوصول إلى أعلى معايير ممكنة في النظام الصحي والظروف الصحية". وتسعى الخطة الصحية الوطنية إلى "توفير اتجاه موضوعي يتبعه الشعب الفلسطيني في تحديد المستقبل الصحي الأمثل، وانجح السبل للوصول إليه". إضافة لكون هذه الخطة هامة جداً من حيث كونها تشكل مرجعا لا يمكن الاستغناء عنه لكل جهد يهدف إلى استعراض شامل لأوضاع القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية المحتلة من حيث الظروف الراهنة والحاجات المعروفة. وتتمثل أهداف الخطة الصحية الوطنية بما يلي:

1. تشكيل قاعدة الأساس للخطة الحالية لجميع مزودي الخدمات الصحية.
2. التقليل من التباينات الصحية بين فئات المجتمع الفلسطيني.
3. تشجيع فعالية الرعاية الصحية المقدمة.
4. تنظيم عمل الكوادر الصحية عن طريق الالتزام بمعايير محددة.
5. تنسيق وتنظيم البرامج الصحية الموجودة.
6. إنشاء نظام شامل للتأمين الصحي.

1/ 3/2 الوضع الصحي

تشير المؤشرات السائدة في الدراسات التي أجريت لتقييم الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية بان النمط الصحي السائد في هذه الأراضي يشابه إلى حد ما نفس الوضع السائد في الدول النامية ذات الدخل المتوسط الأدنى، أو الدول التي تمر بمراحل انتقالية، من حيث توقع البقاء على الحياة ووفيات الرضع وانتشار المرض. فمثلاً يبلغ معدل وفيات الرضع في المناطق الفلسطينية بين 27.3 رضيع لكل 1000 مولود حي، وتوقع البقاء على قيد الحياة عند الولادة للذكور 70 عاما وللإناث 73.7 عاما. ولقد تمت السيطرة إلى حد كبير على الأمراض المعدية في مرحلة الطفولة كالنكاف والسعال الديكي، والكزاز والحصبة، وشلل الأطفال نتيجة لإتباع برنامج تحصين جيد للأطفال. من جهة أخرى، لا تزال أمراض الجهاز الهضمي (أمراض المعدة والأمعاء معاً) وعدوى الجهاز التنفسي تمثل مشاكل رئيسية في قطاع غزة، حيث يلاحظ ارتفاع نسبة هذه الأمراض والأمراض الجلدية المعدية المنتشرة بين سكان مخيمات اللاجئين نتيجة الاكتظاظ السكاني وسوء النظافة والوضع البيئي العام. ومما هو جدير بالملاحظة أن حالات سوء التغذية المتوسطة والخطيرة تكاد تكون معدومة، إذ تعتبر المواد الغذائية كافة وجيدة من حيث الكمية والتوزيع السليم، والغذاء العادي غني بالبروتينات والألياف، رغم افتقاره لبعض المواد الغذائية كالحديد. بالنسبة لمعدلات الإصابة بأمراض القلب

والشرايين وارتفاع ضغط الدم والسكري والسرطان في الأراضي الفلسطينية، فهي تشابه المعدلات الموجـــودة في الدول الصناعية.

ورغم أن نتائج تقييم الوضع الصحي في المسح الذي أجرته المؤسســـة النرويجيـــة (FAFO) عـــام 1992 توصلت إلى أن الخدمات الصحية متوفرة وفي متناول اليد، إلا أن الكثير مـــن الســـكان أبـــدوا عـــدم رضاهم عن تلك الخدمات سواء من حيث نوعيتها أو إمكانية الحصول عليها، وهذا ما تؤكده الدراسات القليلـــة التي هدفت إلى تقييم نوعي للخدمات الصحية الراهنة في الأراضي الفلسطينية. ويكاد يكون اعتقاد الناس هـــذا عن عدم تلبية الخدمات الصحية المتوفرة لحاجاتهم نابع أساساً من الفروقات الملموسة بيـــن نوعيـــة الخدمـــات الموجودة في الأراضي الفلسطينية المحتلة وتلك المتوفرة في إسرائيل.

3/1 أهداف، تنظيم، وتنفيذ المسح الصحي للضفة الغربية وقطاع غزة

1/3/1 أهداف المسح

يتمحور هدف المسح الصحي لصحة الأم والطفل حول إنشاء قاعدة بيانـــات مفصلـــة تحـــدد العوامل الرئيسية والمؤشرات التي تؤثر في صحة كل من الأم والطفل وذلك من اجل وضعها تحـــت تصرف المؤسسات صاحبة القرار وذات العلاقة ببحث وتطوير برامج صحة الأم والطفل لمســـاعدتها على اتخاذ القرارات المناسبة، والتحليل الموضوعي والعلمي للأوضاع التي تعيشها الأم وطفلـــها فـــي الأراضي الفلسطينية، ومن ثم تنفيذ هذه الخطط ومتابعتها وتقييمها حتى الوصول للأهداف القومية لـــهذه البرامج. لذا، فان هذا المسح يهدف إلى توفير المعلومات التالية:

1. توفير بيانات حول أهداف منتصف العقد وبيانات حول المؤشرات الصحية الأخرى التي تخـــص المواطـــن الفلسطيني خاصة الأم والطفل.
2. تحديث المعلومات المتوفرة حول بعض المؤشرات كالتطعيمات والرضاعة الطبيعية وغيرها.
3. توفير قاعدة بيانات للوزارات المختصة وصانعي السياسات خاصة في هذه المرحلة الحرجة.
4. دعم القدرة على التخطيط والمراقبة المستمرة للمؤشرات الصحية المختلفة في دائرة الإحصـــاء المركزيـــة الفلسطينية من خلال امتلاكها لقاعدة بيانات حول ذلك وبدء عملية المراقبة الرئيسية على المؤشرات الرئيســـية وخاصة أهداف منتصف العقد وأهداف الإعلان العالمي لحقوق الطفل.
5. تدعيم سبل التعاون بين مختلف الهيئات والمؤسسات والوزارات المعنية من خلال تنفيذ هذا المسح وطريقـــة أدائه في تحقيق الأهداف التي وضعت في الخطة الشاملة للإحصاءات الفلسطينية.

2/3/1 تنظيم المسح

نظرا لأهمية توفر بيانات شاملة وحديثة حول الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية، فقد قامت دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية بتنفيذ هذا المسح الصحي الأول في فلسطين، وذلك بالتعاون مع وزارة الصحة ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال (اليونيسيف)، حيث وفر هذا المسح مجموعة كبيرة من المؤشرات الصحية التي لم تتوفر في الماضي. أما اللجنة الفنية التي أشرفت على عملية تنظيم المسح في كافة مراحله، فقد اشتملت على خبراء من دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، إضافة إلى لجنة خارجية شملت عدداً من الأطباء من ذوي الاختصاص من وزارة الصحة الفلسطينية والمؤسسات الأخرى.

- **العينة والإطار**

اتفق أن يكون مجتمع الدراسة (المجتمع الهدف أو المجتمع الإحصائي) في المسح الصحي هو جميع الأسر التي تعيش في الضفة الغربية وقطاع غزة. وقد استثني من ذلك مجتمعات البدو الرحل وسكان مباني السكن الجماعي مثل مساكن الطلبة الداخلية ومساكن الممرضات الداخلية والمجتمع المؤسساتي.

لقد كانت عينة المسح الصحي جزءاً من عينة المسح الديموغرافي الذي نفذته دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية عام 1995. وكان من المناسب أن يتبع تصميم عينة المسح الصحي نفس طريقة تصميم عينة المسح الديموغرافي وهو تصميم يعتمد العينة الطبقية ثلاثية المراحل. في المرحلة الأولى، وبعد اختيار عينة التجمعات السكانية، تم تقسيم العينة إلى خلايا متساوية في الحجم إلى حد ما، حيث اختير بعد ذلك وفي المرحلة الثانية عدد من هذه الخلايا بطريقة عشوائية. أما في المرحلة الثالثة والأخيرة، فقد اختيرت عينة الأسر من عينة الخلايا باستخدام العينة المنتظمة.

- **استمارة المسح**

استنارت خطة إعداد وتطوير هذا المسح الصحي بتوصيات منظمة الصحة العالمية والأمم المتحدة في هذا المجال، كما حرصت هذه الخطة على الاستفادة من التجارب والمسوح المماثلة التي أجرتها دول أخرى مجاورة وغيرها. وعلى ضوء ذلك، فقد تمت الاستعانة باستمارات مسوح من مصادر مختلفة ومرجعية أحياناً مثل استمارة اليونيسيف للمسح متعدد المؤشرات (MICS) واستمارة المسح العربي لصحة الأم والطفل (PAPCHILD)، وعدد من استمارات بعض المسوح الديموغرافية/ الصحية لعدد من الدول العربية المحيطة (DHS). ومع مراعاة الظروف الخاصة للشعب الفلسطيني، فقد تم تعديل وتطوير الاستمارة حتى أصبحت بشكلها النهائي المقبول. وتتكون استمارة المسح الصحي من ثلاثة أجزاء:

الجزء الأول: استمارة الأسرة، وخصصت لجمع بيانات عن جميع أفراد الأسرة المقيمين، وتشمل تلك البيانات النوع، العمر، والعلاقة برب الأسرة، والحالة الزواجية للأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 14 عاما، والإعاقة

والإصابة بأمراض مفاجئة أو التعرض لحادث خلال الأسبوعين السابقين للمسح، التأمين الصحي، التدخين بين الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 14 عاما، التخلص من القمامة ونظافة المنطقة المحيطة بالمنزل.

الجزء الثاني: استمارة صحة الأم، وهي استمارة تخص النساء اللواتي سبق لهن الزواج وأعمارهن من (14-49). وخصصت لجمع بيانات عن خلفية المبحوثة، رعاية الأمومة (النساء اللواتي سبق لهن الحمل أو الإنجاب)، تطعيم التيتانوس (الكزاز) والرضاعة الطبيعية، تنظيم الأسرة واتجاهات الإنجاب.

الجزء الثالث: استمارة صحة الطفل، وتختص بجمع بيانات عن الأطفال دون سن الخامسة من العمر، وعن تعرض الطفل لحادث خلال الإثني عشر شهرا السابقة للمسح، والإصابة بالإسهال، والتهابات الجهاز التنفسي الحادة خلال الأسبوعين السابقين للمسح، وتطعيم الأطفال، وتلقي الأطفال فيتامين أ/د، وقياس طول ووزن الطفل.

- **تجهيز كتيب إرشادات الباحثة ودليل التدريب**

اشتملت خطة التدريب على تحضير وإعداد وتنفيذ برنامج لتدريب فريق العمل الميداني لكل من التجربة القبلية والمسح الرئيسي، وقد قامت بهذا العمل إدارة المشروع بجهد مشترك مع اللجنة الفنية. وقد قسمت مناطق التدريب إلى منطقتين: منطقة الضفة الغربية، وقد تم التدريب في مدينة رام الله، ومنطقة قطاع غزة حيث تم التدريب في مدينة غزة. وكان هدف التدريب إعداد فريق كامل لجمع البيانات الدقيقة من الأسر المستهدفة اعتماداً على أسس صحيحة لإدارة العمل الميداني.

وقد تم تجهيز تعليمات وأسس التدريب التي اعتمدتها إدارة المشروع واللجنة الفنية في كتيب خاص. وقد احتوى الكتيب على تعليمات استيفاء الاستمارة والمفاهيم والمصطلحات الموجودة في الاستمارة. وقد عرض الهدف من كل سؤال في الاستمارة وكيفية الإجابة عليه. وقد تمت الاستفادة من دروس وملاحظات التجربة القبلية والمتعلقة بتطوير الاستمارة لتطوير محتويات وأهداف هذا الكتيب.

من ناحية ثانية، فقد تم استخراج كتيب آخر يعالج آلية إدارة العمل الميداني والتعرف على مهام كل من الباحثة والمشرفة والمدققة، والآلية التي تتم فيها المقابلات والوصول للمبحوث والتكيف مع بيئته، إضافة إلى التعريف بتصميم المسوح الإحصائية والعينات بشكل عام.

وتجدر الملاحظة إلى أن المسح الصحي للضفة الغربية وقطاع غزة الذي أنجز تميز بخاصية فريدة اتسمت باشراك أطباء متخصصين في التدريب، وكانت مهام هؤلاء الأطباء تتمثل في شرح المفاهيم والمصطلحات الطبية الموجودة في الاستمارة، حيث تمت الاستعانة بوسائل الإيضاح الخاصة لكل مدرب. ولغرض توحيد واعتماد هذه المفاهيم والمصطلحات في كل من الضفة الغربية والقطاع، فقد أجريت عملية تصوير المحاضرات باستخدام الفيديو، وتم نقل الأشرطة الموضحة إلى القطاع لغرض الاستعانة بها في عملية

التدريب هناك. ومن وسائل الإيضاح الجيدة الأخرى التي استخدمت في التدريب، استعمال الأوراق الشفافة التي عرضت على المتدربين باستخدام المساقط، وذلك بهدف عرض ملخص بأهم النقاط المتعلقة بكل قسم من أقسام الاستمارة، وآلية العمل الميداني والمقابلة.

3/3/1 تنفيذ المسح

- **التجربة القبلية**

هدفت التجربة القبلية إلى:

1. اختبار الاستمارة والمدة التي تستغرقها الباحثة في اكتمال الزيارة.
2. اختبار إدارة العمل الميداني.
3. اختبار برنامج إدخال البيانات.
4. اختبار أدوات المسح الأخرى.

في الضفة الغربية (مناطق الشمال والجنوب والوسط)، تم اختيار عينة مؤلفة من 117 أسرة وقد قسمت العينة إلى ثماني خلايا موزعة على ثلاث مناطق في الضفة الغربية كالتالي: 40 أسرة في منطقة رام الله و41 أسرة في منطقة الخليل و 36 أسرة في منطقة جنين. وقد اختير فريق عمل مؤلفاً من 21 باحثة لتنفيذ جميع البيانات.

تم تخصيص برنامج تدريب لمدة ستة أيام ابتدأ في 1996/2/29 لتدريب الباحثات والمشرفات ممن عملن في المسح الديموغرافي. وخلال التدريب، تم التدريب على طرق قياس الطول والوزن للأطفال، وبسبب وجود مقاييس أطوال وأوزان للأطفال ما دون الخامسة، كانت هناك حاجة لوجود باحثتين يقمن معاً بقياس الطول والوزن واستكمال الاستمارة. وفي اليوم الأخير من التدريب، تم تقسيم الباحثات إلى ثلاث فرق عمل، يتولى كل فريق منها منطقة.

وقد بدأ العمل الميداني للتجربة القبلية، في 1996/3/5 في مناطق رام الله والخليل وجنين، حيث استمر لمدة أربعة أيام متتالية. وقد كان واضحاً تدني إنجاز الزيارات لليوم الأول من العمل وذلك بسبب الاغلاقات المتكررة للمناطق والظروف الصعبة التي مرت بها.

وقد تم تقييم مشاكل العمل الميداني وذلك باستدعاء الباحثات يوم 1996/3/11 ومناقشتهن بالإشكاليات التي ظهرت لهن أثناء العمل الميداني، وخاصة المشاكل المتعلقة بالاستمارة واستخدام النماذج، وتم تلخيص ملاحظاتهن كاملة، ووثقت هذه المشاكل في نماذج أعدت خصيصاً لهذا الغرض لتبين المشاكل المتعلقة بالاستمارة. وقد تم تجنيد باحثتين لتدقيق الاستمارات بعد جمعها من الميدان، واستغرق ذلك ثلاثة أيام ظهرت خلالها المشاكل التي قابلت الباحثات في العمل الميداني.

أما البيانات، فقد تم إخراجها على شكل تكرارات، وقد شكلت لجنة مصغرة لدراستها والخروج بـــأهم الاستنتاجات والدروس. وقد تم بالفعل الخروج بتوصيات حول أهم المشكلات التي يجب أخذها بعين الاعتبـــار وتعديلها إما على صعيد الاستمارة أو في التدريب أو في برنامج الإدخال.

- **تدريب فريق العمل الميداني**

بعد إقرار استمارة المسح بصورة نهائية، بدأت عملية تدريب العاملين في فريق العمل الميداني. وقـــد تميز تدريب العمل الميداني بعدد كبير من المتدربات (165 باحثة في الضفة الغربية، و63 باحثة فـــي قطـــاع غزة) وبطول فترة التدريب (من1996/5/11 ولغاية 1996/5/30 في الضفة الغربيـــة ومـــن 1996/8/3 ولغاية 1996/8/18 في قطاع غزة) حيث بدأ التدريب بتدريب المساعدات اللواتي كن يقمن بالإشراف علـــى مجموعة من المتدربات. احتوت خطة تدريب الباحثات على محاضرات صفية قسمت إلـــى قســـمين: **القســـم الأول:** يناقش مواضيع عامة منها ما اهتم بالمبحوث بشكل خاص مثل تصميم المسوح الإحصائيـــة والوصـــول إلى الأسرة المختارة وإجراء المقابلات ومهام وواجبات فريق العمل الميدانـــي بالإضافـــة إلـــى إدارة العمـــل الميداني. أما بالنسبة للمسح الصحي الذي ادرج في **القسم الثاني** من التدريب، فقد عولج فيه موضوع أهـــداف المسح، وآخر ينفرد بالاستمارة من حيث أقسامها وبيان طريقة استيفائها. وقد كانت هناك محـــاضرات طبيـــة متخصصة أدارها أطباء متخصصون كان الهدف منها تعزيز معرفة الباحثة وان تكون داعمـــاً لتوخـــي الدقـــة والعلمية في صغائر الأمور. فقد كان الطبيب المختص يقوم بشرح المصطلحات الموجودة في الاستمارة عـــن طريق عرض الشفافيات Transparencies لإعطاء تعريف بمحتويات الاستمارة من مصطلحات ومفـــاهيم، ومن ثم شرح كيفية استيفاء ذلك القسم من الاستمارة، وأخيراً إعطاء التدريب العملي عليه. في غـــزة، حظـــي التدريب على استيفاء الاستمارة باهتمام كبير، حيث تم عرض أشرطة الفيديو والمحاضرات المسجلة والخاصـــة بالجانب الطبي منها والتي أجريت في الضفة الغربية وذلك لتوحيد المصطلحـــات والتعـــاريف الطبيـــة التـــي استخدمت، ولتكون الأفكار والآليات التي طرحت في تدريب الباحثات في الضفة الغربية هي نفســـها المعتمـــدة في تدريب باحثات قطاع غزة.

أما بالنسبة للتدريب على قياس أطوال وأوزان الأطفال، فقد اتفق على تقسيم المتدربات إلى مجموعـــات وكل مجموعة منها إلى فرق يحتوي كل فريق على باحثتين. وقد أعطي كل فريق ميزاناً ومقياس طول. وعند بدء التدريب، تم إحضار 15 طفلاً إلى قاعة التدريب ولمدة نصف يوم. بعد ذلك وفي اليوم التالي، تم تدريـــب المتدربات في إحدى رياض الأطفال في مدينة رام الله على آلية قياس الأطفال تحت سن الخمس سنوات. وقـــد اتسم التدريب في قطاع غزة بنفس آلية التدريب في الضفة الغربية.

ولقد روعي أن يتم التأكد من فهم المتدربات لعمليات استيفاء الاستمارة والتمرس على عملية الانتقال والتنبيهات وذلك عن طريق إعطائهن عينة من هذه الاستمارة للتدرب المنزلي بالاستعانة أما بالأقارب أو الجيران واستيفاء الاستمارة منهم. وقد كانت حصة كل متدربة ثلاث استمارات للتدرب عليها.

لقد اعتبر طاقم الإشراف والتدقيق العمود الفقري للعمل الميداني وجودته بحيث أعطي هذا الفريق رعاية خاصة واهتماماً شديداً في عملية تدريبه. لذلك، فقد تم إعداد آلية متكاملة لعمل المدققات هدفت إلى الحد من العودة إلى الميدان وذلك بالحصول على بيانات صادقة ودقيقة. وقد احتوى تدريب المشرفات على شرح الواجبات الإدارية التي تقع على عاتقهن، وتقييم الباحثات وطريقة ضبط العمل الميداني، وكيفية معالجة المشاكل الميدانية والتعامل الصحيح مع النماذج.

- **العمل الميداني للمسح الرئيسي**

آلية العمل الميداني

تم التجهيز للعمل الميداني برسم خطة واضحة قامت بإعدادها الإدارة العامة للعمل الميداني وخدمات المسوح. وقد تم أيضاً تحضير طاقم البحث بتجهيزه بلوازم وأدوات العمل اللازمة (الاستمارات والخرائط وكشوف العينة ووحدات قياس الوزن والطول). ولقد أعد لتنفيذ العمل الميداني فريقان، تم في الأول تعيين 66 باحثة و11 مشرفة و11 مدققة في الضفة الغربية وتم توزيعهن على ثلاث مناطق (الشمال والوسط والجنوب). وأما الفريق الثاني فقد خصص له 36 باحثة و6 مشرفات و6 مدققات لقطاع غزة تم توزيعهن للعمل على ثلاث مناطق أيضاً (الشمال والوسط والجنوب). وقد ضمت المنطقة مجموعة من الألوية يعمل في كل لواء طاقم أو طاقمان. يتكون كل طاقم من مشرفة ومدققة واثنتين إلى أربع فرق.

إجراء المقابلات

بعد اعتماد كافة التعديلات المقترحة على الاستمارة، والتوصيات المرفوعة من اللجنة الفنية والتي اعتمدت على نتائج التجربة القبلية، وبعد التأكد من الاستعداد التام لإجراء المسح ميدانياً، بدأت فعلياً عملية جمع البيانات من الميدان في 1996/6/11، وانتهت في 1996/7/8 في الضفة الغربية. وفي قطاع غزة، فقد بدأت العملية بتاريخ 1996/8/27 وانتهت بتاريخ 1996/9/18. ولقد كان السبب وراء تأخير جمع البيانات في القطاع هو الإغلاقات المتكررة التي كانت السلطات الإسرائيلية تمارسها، وعدم تمكن القائمين على تنفيذ المسح من الحصول على أذونات سفر إلى غزة. كما رافق عملية جمع البيانات وما بعدها زيارات متابعة وتقييم متواصل لعمليات التدقيق وحضور المقابلات.

تدقيق البيانات في الميدان

وهي المهمة التي أوكلت إلى طاقم المدققات اللواتي تم تدريبهن لإنجازها ضمن خطة عمل وآلية واضحة تتلخص فيما يلي:

1. استلام الاستمارات المكتملة من الباحثات يومياً.
2. فحص شامل لكل استمارة للتأكد من انه تم جمع البيانات حول جميع النساء المؤهلات وكذلك الأطفال المؤهلين، ومن أن جميع الأقسام والأسئلة التي تكون الاستمارة تم استيفاؤها وتغطيتها، وتمت الإجابة على جميع الأسئلة وتم تسجيل هذه الإجابات بدقة.
3. إعادة الاستمارات غير المكتملة أو تلك التي احتوت على أخطاء أو تلك التي ظهر عدم اتساق في أقسامها وأسئلتها.

آلية الإشراف والمتابعة

تتمثل الآلية التي اعتمدت للإشراف والمتابعة باستخدام نماذج خاصة أعدت للمتابعة من حيث استلام وتسليم الاستمارات على مختلف المستويات وكذلك من حيث متابعة الإنجاز اليومي للباحثات. ومن ضمن آلية العمل هذه، كانت هناك تقارير يومية وأسبوعية للعاملين في الميدان ترفع إلى منسقة العمل الميداني والى مدير المشروع، توضح فيها تفاصيل الأحداث اليومية مثل عدد المقابلات المكتملة وحالات الرفض والحالات التي لا تنطبق كالوحدات السكنية غير المأهولة والحالات التي لم يتم فيها تحديد نتيجة المقابلة، والحالات التي فشل الاتصال فيها ثلاث مرات، وغير ذلك من المشاكل التي واجهت الفرق الميدانية.

ولغرض التشديد على موضوع الإشراف والمتابعة، قامت إدارة المشروع ومنسقة العمل الميداني وعدد من خبراء وموظفي دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية ذوي الاختصاص في العمل الميداني والمسوح، بإعداد برنامج زيارات دورياً للمكاتب وذلك للتأكد من إتباع آلية التدقيق لضمان جودة البيانات. وكان لا بد أيضاً من مراقبة التزام الباحثات بإتباع الأساليب المعتمدة لإجراء المقابلة وتقديم المساعدة والتوصيات لحل المشاكل التي تواجه الفرق الميدانية. ومن أجل ضمان تحقيق هذه الأهداف كان يتم توجيه التعميم إلى المكاتب في المناطق المختلفة لتقديم العون للفرق الميدانية في تلافي الأخطاء وعدم تكرارها.

- **معالجة البيانات**

تجهيز برامج الإدخال

استخدمت قاعدة البيانات ORACLE في عملية إدخال البيانات وأدواتها المساعدة. وقد روعي في تصميم البرامج وشاشات الإدخال الأمور التالية:

1. مطابقتها لشكل الاستمارة من حيث الترتيب.
2. تطابق تسلسل الصفحات والأقسام كما هو في الاستمارة، كون الأقسام والأبواب تتابع تلقائياً.
3. تضمين القيود والشروط على البيانات كما وردت في الاستمارة وبخاصة الانتقالات الموجودة في أسئلة وأقسام الاستمارة المختلفة، والقيم المسموح بإدخالها، وطباعة التنبيهات للمدخل في حالة حدوث الخطأ في الإدخال.
4. سهولة الرجوع للاستمارة وعمل التعديل الضروري عليها.

إدخال البيانات

بدأ العمل على إدخال البيانات بعد الانتهاء من عملية تصميم برامج الإدخال واختبارها والتأكد من جاهزيتها، وبعد أن تم تدريب القائمين بإدخال البيانات على التعامل مع برامج الإدخال وتعريفهم بطبيعة المسح والاستمارة، وتدريبهم على برامج الإدخال المعدلة على ضوء التجربة القبلية. وقد بُوشِر العمل على إدخال بيانات المسح الفعلية بتاريخ 1996/6/17 في الضفة الغربية حيث انتهى في 1996/7/18. أما بيانات قطاع غزة، فقد أدخلت في 1996/9/23 وانتهت عملية الإدخال له في 1996/10/15.

تدقيق وتنظيف البيانات

بعد إنجاز مرحلة إدخال البيانات، بوشر العمل على المرحلة التالية، التي تتمثل في إجراء تدقيق وتنظيف للبيانات. وقد سارت المرحلة على النحو التالي:

1. تدقيق الانتقالات والقيم المسموح بها. وقد كانت المشاكل فيها محدودة جداً.
2. تدقيق التطابق والاتساق بين أسئلة القسم الواحد والأقسام المختلفة انسجاماً مع علاقات منطقية.
3. إجراء فحوصات بناء على علاقات معينة بين الأسئلة المختلفة بحيث كان يتم استخراج قائمة بالاستمارات غير المتطابقة ومراجعتها وتحديد مصدر الخلل فيها. فعلى سبيل المثال، لو كان مصدر الخلل خطأ في الإدخال، تم تعديل الخطأ فوراً. أما لو كان المصدر أخطاء ميدانية، فقد كان يتم تحويلها إلى قسم العمل الميداني لإعادة الزيارة مرة أخرى وتصحيح الأخطاء الموجودة في الاستمارة.

أما عملية تنظيف البيانات فقد مرت بمرحلتين، الأولى عنيت بتنظيف بيانات المسح الصحـــي حيـث ركزت على النساء المؤهلات من حيث العمر وتاريخ الميلاد والحالة الزواجية والاتساق بيـن أقسـام استمارة الأم، إضافة إلى التركيز على الأطفال المؤهلين وربط ذلك بالعمر وتـــاريخ الميـلاد. أمـا المرحلة الثانية، فقد عالجت الاتساق ما بين بيانات المسح الصحي وبيانات المسح الديموغرافي.

- **معدلات الاستجابة**

اختيرت 3934 أسرة للمقابلة ، منها 2694 أسرة في محافظات الضفة الغربية، و1240 أسـرة في محافظات غزة. ولأسباب مختلفة، تعذر إجراء مقابلات مع جميع الأسر التي تشغل هذه الوحـدات السكنية.

يعرض الجدول التالي معدلات عدم التجاوب في الضفة الغربية وقطاع غزة كلا علـــى حـدة، كمـا يعرضها لهاتين المنطقتين مجتمعتين.

خصائص العينة ومعدلات التجاوب حسب المنطقة

البيان	الضفة الغربية	قطاع غزة	الأراضي الفلسطينية
الأسر المعيشية			
عدد الأسر المستهدفة	2694	1240	3934
عدد الأسر التي تمت مقابلتها	2530	1192	3722
معدل التجاوب (%)	93.9	96.1	94.6
السيدات المؤهلات			
عدد السيدات المستهدفات	2345	1294	3639
عدد السيدات اللاتي تمت مقابلتهن	2286	1278	3564
معدل التجاوب (%)	97.5	98.8	97.9
الأطفال المؤهلين			
عدد الأطفال المستهدفين	3002	1865	4867
عدد الأطفال الذين تمت مقابلتهم	2890	1740	4630
معدل التجاوب (%)	96.3	93.3	95.1

الفصل الثاني

خصائص أسر وأفراد العينة

1/2 مقدمة

يتناول هذا الفصل عرضاً لأهم خصائص أسر وأفراد العينة، وعلى وجـــه التحديـد سوف يحتوى الفصل على عرض موجز لكل من الخصائص التالية:

- التركيب العمري والنوعي لأفراد العينة
- مكان الإقامة وحجم الأسرة
- الحالة الزواجية لأفراد العينة
- التأمين الصحي
- التدخين
- الحالة التعليمية للنساء في سن الإنجاب اللاتي سبق لهن الزواج.

وسيتم عرض هذه الخصائص حسب مكان الإقامة الحالي للأسرة والذي تم تلخيصـــه في منطقتين أساسيتين هما، الضفة الغربية وقطاع غزة. وفى بعض الأحيان يتناول هذا الفصل عرضاً لبعض من هذه الخصائص حسب النوع.

2/2 التركيب العمري والنوعي لأفراد العينة

يعرض الجدول 1/2 والشكل 1/2 التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب العمر والجنس. كما هو واضح من الجدول والشكل، فإن نمط التوزيع العمري في الضفة الغربية وقطاع غـزة مماثل للأنماط الشائعة في البلدان ذات المعدلات المرتفعة لمســتويات الخصوبـــة والوفيـــات. حيث تبلغ نسبة الأفراد دون سن الخامسة عشرة 46 في المائة من جملة أفراد العينة، وتقـــل نسبة الأفراد المسنين (65 عاماً فما فوق) حيث تبلغ 4 في المائة فقط. أما بالنسبة للـــتركيب النوعي، فإن نسبة الذكور لكل مائة من الإناث تقع عند معدلاتها الطبيعية، حيث تبلغ 105 في الضفة الغربية و 103 في قطاع غزة و 104 في المنطقتين.

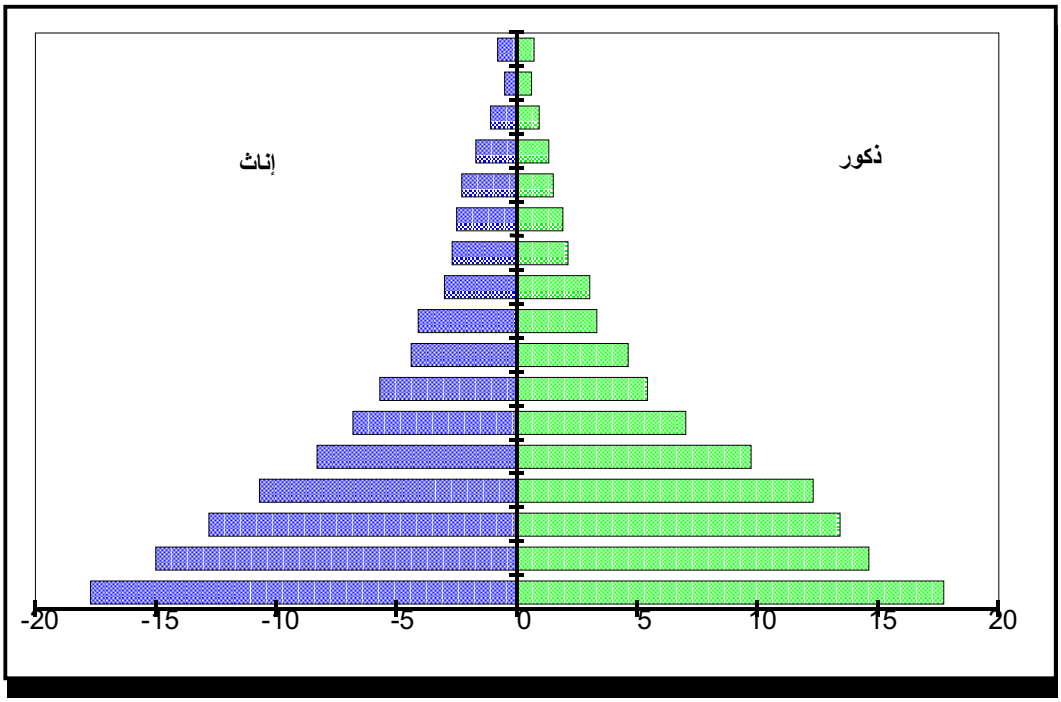
جدول 1/2

التوزيع النسبي للسكان في أسر العينة حسب فئات العمر والنوع، الضفة الغربية وقطاع غزة

العمر بالسنوات	الضفة الغربية			قطاع غزة			الإجمالي		
	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث	إجمالي
4-0	16.7	16.6	16.7	19.8	20.0	19.9	17.7	17.7	17.7
9-5	13.6	13.8	13.7	16.8	17.5	17.1	14.6	15.0	14.8
14-10	13.0	12.4	12.7	14.3	13.8	14.0	13.4	12.8	13.1
19-15	12.6	11.0	11.8	11.7	9.9	10.8	12.3	10.7	11.5
24-20	10.7	8.5	9.6	7.6	7.9	7.8	9.7	8.3	9.0
29-25	7.4	7.1	7.3	6.2	6.1	6.2	7.0	6.8	6.9
34-30	5.3	6.0	5.6	5.6	5.1	5.4	5.4	5.7	5.5
39-35	4.7	4.6	4.6	4.3	3.9	4.1	4.6	4.4	4.5
44-40	3.0	4.3	3.7	3.9	3.7	3.8	3.3	4.1	3.7
49-45	3.0	3.0	3.0	2.9	3.1	3.0	3.0	3.0	3.0
54-50	2.5	2.9	2.7	1.4	2.2	1.8	2.1	2.7	2.4
59-55	2.1	2.6	2.4	1.6	2.2	1.9	1.9	2.5	2.2
64-60	1.5	2.5	2.0	1.6	1.8	1.7	1.5	2.3	1.9
69-65	1.5	1.8	1.6	1.1	1.4	1.2	1.3	1.7	1.5
74-70	1.0	1.3	1.1	0.6	0.7	0.6	0.9	1.1	1.0
79-75	0.6	0.5	0.6	0.5	0.4	0.4	0.6	0.5	0.5
80 فأكثر	0.9	0.9	0.9	0.4	0.4	0.4	0.7	0.6	0.7
الإجمالي	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
إجمالي العينة	**8852**	**8445**	**17297**	**4017**	**3915**	**7932**	**12869**	**12360**	**25229**

شكل رقم (1/2)

الهرم السكاني



3/2 مكان الإقامة وحجم الأسرة

يبين الجدول 2/2 التوزيع النسبي للأسر والأفراد ومتوسط حجم الأسرة حسب مكان الإقامة. وكما هو مبين في الجدول فإن حوالي ثلثي الأسر التي تمت تغطيتها في المسح (68 في المائة) تقطن في الضفة الغربية. أما البقية (32 في المائة) فتقطن في قطاع غزة. ويمثل سكان هذه الأسر 68 و32 في المائة من جملة أفراد العينة بالنسبة للضفة الغربية وقطاع غزة على التوالي.

تضمن الجدول عرض لمتوسط حجم الأسرة، وتكمن أهمية معرفة حجم الأسرة لارتباطها بازدحام المسكن وانعكاسه على الظروف البيئية والصحية للأسرة. يعتبر متوسط حجم الأسرة في الضفة الغربية وقطاع غزة من المعدلات العالية نسبياً (7 أفراد) ، ويتراوح هذا المتوسط بين 8 أفراد بين الأسر في قطاع غزة و 7 أفراد في الضفة الغربية.

جدول (2/2)

التوزيع النسبي لأسر وأفراد العينة، ومتوسط عدد أفراد الأسرة حسب مكان الإقامة،

الضفة الغربية وقطاع غزة

مكان الإقامة	الأسر		الأفراد		متوسط أفراد الأسرة
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
الضفة الغربية	2530	68.0	17297	68.6	6.7
قطاع غزة	1192	32.0	7932	31.4	7.9
الإجمالي	**3722**	**100.0**	**25229**	**100.0**	**7.0**

4/2 الحالة الزواجية

يبين الجدول 3/2 توزيع أفراد أسر العينة حسب العمر، والنوع والحالة الزواجية. وكما يتضح من الجدول فان نسبة الذكور الذين لم يسبق لهم الزواج تبلغ 45 في المائة، بينما تبلغ نسبة الإناث اللاتي لم يسبق لهن الزواج حوالي 33 في المائة. ويتضح من الجدول أيضا أن نسبة الأرامل والمطلقين ترتفع بين الإناث مقارنة بالذكور.

ويلاحظ من الجدول الانخفاض الواضح في نسب الإناث اللاتي لم يسبق لهن الزواج مع ازدياد عمر المرأة. فبينما نجد أن 80 في المائة من الإناث في فئة العمر 15- 19 لم يسبق لهن الزواج، نجد أن نسبة هؤلاء الإناث تبلغ 5.2 عند فئة العمر 45-49 عاما. هذا وتبلغ نسبة الإناث في عمر الإنجاب (15-49) المتزوجات وقت المسح حوالي 61 في المائة. ويمكن اعتبار نسبة الإناث في عمر الإنجاب المتزوجات في الضفة الغربية وقطاع غزة منخفضة نسبيا إذا ما قورنت بالنسبة في مصر (65 في المائة)، وفي اليمن (72 في المائة) غير أن النسبة تعتبر مرتفعة إذا ما قورنت بالنسبة في المغرب مثلا (52 في المائة).

جدول (3/2)

التوزيع النسبي لأفراد أسر العينة البالغين من العمر 15 عاما فأكثر حسب العمر، والنوع، والحالة الزواجية، الضفة الغربية وقطاع غزة

فئات العمر	الحالة الزواجية					
	لم يتزوج أبدا	متزوج	أرمل	مطلق	منفصل	أجمالي
			ذكور			
19-15	99.8	0.2	0.0	0.0	0.0	**100**
24-20	77.1	22.6	0.0	0.1	0.2	**100**
29-25	34.6	64.4	0.0	0.8	0.3	**100**
34-30	8.8	90.6	0.0	0.6	0.0	**100**
39-35	2.7	96.9	0.0	0.3	0.0	**100**
44-40	1.7	98.3	0.0	0.0	0.0	**100**
49-45	1.5	98.3	0.2	0.0	0.0	**100**
54-50	1.1	97.6	0.0	1.3	0.0	**100**
59-55	1.5	97.4	0.6	0.1	0.4	**100**
64-60	1.1	94.2	4.2	0.5	0.4	**100**
69-65	0.0	92.6	6.9	0.5	0.0	**100**
74-70	0.0	90.0	10.0	0.0	0.0	**100**
79-75	0.0	80.1	18.9	0.0	1.0	**100**
+80	0.0	66.9	32.1	1.0	0.0	**100**
الاجمالي	**44.8**	**53.8**	**1.0**	**0.3**	**0.1**	**100**
			إناث			
19-15	80.4	19.4	0.1	0.1	0.0	**100**
24-20	37.1	60.4	0.1	0.9	0.5	**100**
29-25	23.4	74.9	0.4	1.0	0.4	**100**
34-30	18.8	78.0	1.2	1.8	0.2	**100**
39-35	11.5	84.2	2.3	1.0	1.0	**100**
44-40	7.0	86.5	4.6	1.2	0.6	**100**
49-45	5.2	84.1	8.2	2.1	0.4	**100**
54-50	10.2	76.2	10.7	2.2	0.8	**100**
59-55	6.4	60.5	25.9	3.7	3.5	**100**
64-60	7.8	51.0	38.4	0.0	2.8	**100**
69-65	4.1	46.9	47.2	0.6	1.2	**100**
74-70	1.6	28.9	67.4	1.5	0.5	**100**
79-75	7.3	26.8	65.8	0.0	0.0	**100**
+80	5.1	10.8	83.2	1.0	0.0	**100**
الإجمالي	**32.6**	**57.2**	**8.5**	**1.2**	**0.6**	**100**

ويبين الجدول 4/2 التوزيع النسبي لأفراد العينة البالغين من العمر 15 عاماً فأكثر حسب الحالة الزواجية ومكان الإقامة. ويظهر من الجدول أن العزوبية أكثر انتشاراً وسط الذكور عن الإناث سواء في الضفة الغربية أو في قطاع غزة. أما نسبة المتزوجين والمتزوجات فترتفع في قطاع غزة عن الضفة الغربية.

جدول (4/2)

التوزيع النسبي لأفراد أسر العينة البالغين من العمر 15 عاماً فأكثر حسب الحالة الزواجية والنوع ومكان الإقامة، الضفة الغربية وقطاع غزة

الحالة الزواجية	الضفة الغربية			قطاع غزة			الإجمالي		
	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث	إجمالي	ذكور	إناث	إجمالي
لم يسبق له الزواج	46.8	34.2	**40.6**	39.8	28.5	**34.2**	44.8	32.5	**38.8**
متزوج	51.9	55.4	**53.6**	58.7	61.5	**60.1**	53.8	57.2	**55.5**
أرمل	0.9	8.6	**4.7**	1.2	8.0	**4.5**	1.0	8.5	**4.6**
مطلق	0.3	1.1	**0.7**	0.3	1.4	**0.9**	0.3	1.2	**0.7**
منفصل	0.1	0.6	**0.4**	0.0	0.5	**0.3**	0.1	0.6	**0.3**
الإجمالي النسبي	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
أجمالي الأفراد	**5262**	**5021**	**10283**	**2082**	**2006**	**4088**	**7344**	**7027**	**14371**

5/2 التأمين الصحي

يبين الجدول 5/2 توزيع أفراد العينة حسب مصدر التأمين الصحي ومكان الإقامة . وكما هو مبين في الجدول فإن تغطية التأمين الصحي بالنسبة للأفراد مازال بعيداً عن مستوى الشمول، حيث أن 38 بالمائة من أفراد العينة لا يغطيهم نظام التأمين الصحي. وترتفع نسبة عدم التغطية بالتأمين الصحي ارتفاعاً كبيراً في الضفة الغربية مقارنة بقطاع غزة، حيث تصل إلى 45 في المائة في الضفة الغربية، مقارنة بـ 23 في المائة في قطاع غزة. أما بالنسبة لمصدر التأمين الصحي فإن النظام الحكومي هو الأكثر شيوعاً حيث يغطي حوالي 39 في المائة من الأفراد، يليه التأمين بواسطة وكالة غوث اللاجئين (الاونروا) والذي يغطي حوالي 18 في المائة من الأفراد. ويلاحظ من الجدول ضعف مشاركة نظام الضمان الاجتماعي والقطاع الخاص في عملية التأمين الصحي.

جدول (5/2)

التوزيع النسبي لأفراد أسر العينة حسب نوع التأمين الصحي ومكان الإقامة، الضفة الغربية وقطاع غزة

نوع التأمين	الضفة الغربية		قطاع غزة		الإجمالي	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
تأمين حكومي	6498	37.6	3314	41.8	**9812**	**38.9**
الاونروا	2223	12.9	2433	30.7	**4655**	**18.5**
الضمان الاجتماعي	170	1.0	140	1.8	**310**	**1.2**
تأمين خاص	560	3.2	198	2.5	**759**	**3.0**
غير مؤمن عليهم	7842	45.3	1847	23.3	**9690**	**38.4**
الإجمالي النسبي	-	**100.0**	-	**100.0**	-	**100.0**
عدد الأفراد	**17297**	-	**7932**	-	**25229**	-

6/2 التدخين

يعتبر التدخين واحداً من أخطر السلوكيات التي تضر بصحة الفرد، لذلك نجده يحظى باهتمام الجميع من حيث التنبيه لخطورة التدخين وأضراره بالنسبة للمدخنين أنفسهم ومن يكون حولهم وبالأخص في الأماكن العامة. ومن هذا المنطلق فقد أولى هذا المسح اهتماماً لمسألة التدخين لمعرفة مدى تفشي هذه الظاهرة وسط أفراد العينة.

ويبين الجدول 6/2 توزيع أفراد العينة البالغين من العمر 14 عاماً فأكثر حسب ممارستهم للتدخين وحسب النوع والعمر . وكما يبين الجدول فإن من بين كل 5 أفراد هناك فرد واحد يمارس التدخين. ويعتبر التدخين أكثر انتشاراً وسط الذكور (40 في المائة) عن الإناث (3 في المائة). أما بالنسبة لنمط ظاهرة التدخين حسب العمر، فنلاحظ أنها تقل جداً عند سن 10-14 سنة وترتفع تدريجياً بارتفاع العمر لتصل لأعلى مستوياتها عند سن 25-44 عاماً، وتبدأ في الانخفاض التدريجي بعد سن 45 عاماً فما فوق. هذا هو النمط السائد وسط الذكور. أما بالنسبة للإناث فإن نسبة المدخنات تقل جداً عند سن 10-34 وتبدأ الارتفاع ابتداء من سن 35 فما فوق لتصل أعلى مستوياتها عند سن 65 عاماً فأكثر (6 في المائة).

جدول (6/2)

التوزيع النسبي لأفراد أسر العينة البالغين من العمر 14 عاماً فأكثر حسب ممارسة التدخين، وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

فئات العمر	ذكور			إناث			أجمالي		
	يمارس التدخين	لا يمارس التدخين	غير مبين	يمارس التدخين	لا يمارس التدخين	غير مبين	يمارس التدخين	لا يمارس التدخين	غير مبين
14-10	3.6	96.0	0.4	0.6	99.4	0.0	**2.2**	**97.5**	**0.2**
24-15	27.4	72.2	0.4	0.5	99.5	0.0	**15.2**	**84.6**	**0.2**
34-25	56.2	43.6	0.2	4.0	96.0	0.0	**30.5**	**69.4**	**0.1**
44-35	58.5	41.5	0.0	3.5	96.5	0.0	**30.4**	**69.6**	**0.0**
54-45	51.9	48.1	0.0	3.7	96.3	0.0	**27.0**	**73.0**	**0.0**
64-55	43.4	65.6	0.0	4.0	96.0	0.0	**20.9**	**79.1**	**0.0**
+65	57.8	72.2	0.0	5.8	94.2	0.0	**16.7**	**83.3**	**0.0**
الإجمالي	**39.9**	**59.9**	**0.2**	**2.7**	**97.3**	**0.0**	**21.7**	**78.1**	**0.1**

7/2 خصائص النساء السابق لهن الزواج

يعرض الجدول رقم (7/2) بعض الخصائص الخلفية للسيدات السابق لهن الزواج، والسيدات المتزوجات حالياً. وتشمل هذه الخصائص العمر، والتعليم، والعمل. ويتضح جلياً من الجدول أنه ليس هنالك فرق يذكر من حيث مستوى ونمط توزيع الخصائص الخلفية بين السيدات السابق لهن الزواج والسيدات المتزوجات لذلك سوف نكتفي بذكر النساء السابق لهن الزواج فقط عند التعليق.

يعكس التوزيع العمري للسيدات السابق لهن الزواج مدى تركز هؤلاء السيدات حسب مراحل فترة الإنجاب. ومن المعروف انه لا يحبذ من الناحية الصحية والإنجابية الدخول في عقد الزواج عند سن مبكرة. ويبين الجدول أن حوالي 8 في المائة من السيدات السابق لهن الزواج تقع أعمارهم ما بين 15 إلى 19 عاماً، وتزيد النسبة بين نساء قطاع غزة عن نساء الضفة الغربية. ويتركز أكثر من نصف السيدات السابق لهن الزواج عند الأعمار الوسطى (20-34 عاماً) لفترة الإنجاب.

بالنسبة للتعليم فانه يمثل أحد أهم العوامل التي تؤثر بصورة إيجابية على سلوك المرأة الصحي والإنجابي، لذلك جرت العادة على تسليط الضوء عليه في معظم الدراسات والأبحاث الديموغرافية والصحية. ويلاحظ من الجدول أن معدل الأمية وسط النساء السابق لهن الزواج في الضفة الغربية وقطاع غزة منخفض جداً إذا ما قورن ببعض البلدان العربية الأخرى، حيث بلغت النسبة 10 في المائة فقط. وبالنسبة للمستوى التعليمي يبين الجدول أن حوالي 21 في المائة من النساء السابق لهن الزواج لم يحصلن على تعليم مدرسي، وترتفع هذه النسبة بين السيدات في الضفة الغربية عن السيدات في قطاع غزة. أما بالنسبة للتعليم الثانوي فما فوق فنجد أن حوالي 24 في المائة من السيدات السابق لهن الزواج قد حصلن على تعليم ثانوي أو أكثر، وترتفع هذه النسبة بين السيدات في قطاع غزة حيث تصل إلى حوالي 32 في المائة مقارنة بـ 20 في المائة بالنسبة في الضفة الغربية.

جدول (7/2)

التوزيع النسبي للسيدات 15-49 السابق لهن الزواج والمتزوجات حالياً حسب العمر ومكان الإقامة، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	الضفة الغربية				قطاع غزة				الإجمالي			
	السيدات السابق لهن الزواج		السيدات المتزوجات حالياً		السيدات السابق لهن الزواج		السيدات المتزوجات حالياً		السيدات السابق لهن الزواج		السيدات المتزوجات حالياً	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
العمر												
19-15	164	7.3	162	7.5	91	8.4	90	8.7	**255**	**7.6**	**252**	**7.9**
24-20	413	18.3	398	18.5	217	20.1	208	20.2	**630**	**18.9**	**607**	**19.0**
29-25	425	18.7	416	19.3	203	18.9	198	19.2	**628**	**18.8**	**614**	**19.3**
34-30	386	17.1	369	17.1	178	16.6	173	16.8	**564**	**16.9**	**542**	**17.0**
39-35	324	14.3	306	14.3	140	13.0	136	13.2	**463**	**13.9**	**443**	**13.9**
44-40	328	14.5	306	14.2	134	12.5	124	12.0	**463**	**13.9**	**430**	**13.5**
49-45	220	9.8	194	9.1	113	10.5	101	9.8	**333**	**10.0**	**295**	**9.3**
التعليم												
لم تذهب لمدرسة	551	24.4	510	23.7	176	16.4	162	15.7	**727**	**21.8**	**672**	**21.1**
ابتدائي	633	28.0	603	28.0	246	22.8	235	22.9	**878**	**26.3**	**838**	**26.3**
إعدادي	615	27.2	594	27.6	315	29.3	303	29.4	**930**	**27.9**	**897**	**28.2**
ثانوي فأكثر	461	20.4	446	20.7	339	31.5	330	32.0	**800**	**24.0**	**776**	**24.4**
الأمية												
تستطيع القراءة والكتابة	2015	89.2	1920	89.2	1004	93.4	963	93.5	**3019**	**90.5**	**2883**	**90.6**
العمل بأجر												
نعم	178	7.9	149	6.9	84	7.8	74	7.2	**262**	**7.9**	**222**	**7.0**
الإجمالي	**2260**	**100.0**	**2153**	**100.0**	**1076**	**100.0**	**1030**	**100.0**	**3335**	**100.0**	**3183**	**100.0**

وأيضاً يعتبر عمل المرأة من العوامل المؤثرة على السلوك الصحي والإنجابي. فالمرأة العاملة يفترض فيها عنصر الاستقلالية في القرار والمقدرة المادية على تسيير بعض متطلبات الأسرة من دخلها الخاص مما يجعلها في وضع افضل من المرأة التي لا تعمل. يبين الجدول 6/2 أن حوالي 8 في المائة فقط من السيدات السابق لهن الزواج يعملن بأجر نقدي، هذا وليس هناك فرق يذكر بين النسب في الضفة الغربية وقطاع غزة.

بالنسبة للمستوى التعليمي للسيدات السابق لهن الزواج حسب العمر ومكان الإقامة، يوضح الجدول 8/2 أن نسبة السيدات السابق لهن الزواج واللاتي لم يحصلن على تعليم مدرسي تقل جداً بين السيدات اللاتي يقل عمرهن عن 25 سنة، وترتفع النسبة تدريجياً لتصل إلى حوالي 49 في المائة بين النساء في سن 45-49 عاماً. وترتفع نسبة السيدات اللاتي حصلن على تعليم ثانوي فأكثر عند سن 25-34 وتنخفض النسبة بصورة ملحوظة عند عمر 35 فأكثر.

جدول (8/2)

التوزيع النسبي للسيدات السابق لهن الزواج حسب فئات العمر ومستوى التعليم، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	مستوى التعليم					عدد السيدات
	لم تذهب لمدرسة	ابتدائي	إعدادي	ثانوي فاكثر	الإجمالي النسبي	
العمر						
19-15	6.9	36.9	48.5	7.7	100.0	255
24-20	8.6	25.0	40.7	25.7	100.0	630
29-25	14.1	26.3	26.3	33.3	100.0	628
34-30	20.8	23.9	25.9	29.3	100.0	564
39-35	27.5	28.2	22.6	12.7	100.0	463
44-40	34.5	28.6	20.3	16.5	100.0	463
49-45	49.0	18.8	12.0	20.3	100.0	333
مكان الإقامة						
الضفة الغربية	24.4	28.0	27.2	20.4	100.0	2260
قطاع غزة	16.4	22.8	26.3	31.5	100.0	1076
الإجمالي	**21.8**	**26.3**	**27.9**	**24.0**	**100.0**	**3336**

8/2 الخلاصة

قدم هذا الفصل عرضاً شاملاً لخصائص أفراد أسر العينة من حيث مكـــان الإقامـــة، وحجـــم الأسرة، والتركيب العمري والنوعي، والحالة الزواجية، والتأمين الصحي، والتدخين، والحالة التعليميـــة للسيدات اللاتي سبق لهن الزواج والمتزوجات حالياً.

وتوضح النتائج أن نمط التوزيع العمري والنوعي لأفراد هذه الأسر يماثل الأنماط الشائعة فـــي البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة، حيث يمثل الأفراد دون سن الخامسة عشر أكثر من 45 فـــي المائة من جملة الأفراد. بالنسبة للحالة الزواجية تبين النتائج أن هناك ارتفاع معدلات العزوبية بيـــن الذكور (45 في المائة) مقارنة بالإناث (33 في المائة). وتزيد نسبة المتزوجين عن النصف، وتكـــاد تنعدم حالات الطلاق والانفصال. أما نسبة الأرامل فلا تزيد عن 5 في المائة.

وفيما يخص التأمين الصحي كشفت النتائج عن أن أكثر من ثلث أفراد العينـــة لا يشـــملهم أي نوع من أنواع التأمين الصحي، ويلاحظ أن نسبة الأفراد الذين لا يوجد لديهم تأمين صحي مرتفعة جداً وسط سكان الضفة الغربية. ويعتبر النظام الحكومي للتأمين الصحي هو الأكثر انتشاراً.

وقد كشفت نتائج المسح أن من بين كل 5 أفراد، هنالك فرد واحد يمارس التدخين. وينتشـــر التدخين بصورة واضحة بين الذكور (40 في المائة) مقارنة بالإناث (3 في المائة).

وتعرض هذا الفصل أيضاً لدراسة بعض الخصائص الخلفية للسيدات السابق لـــهن الـــزواج والسيدات المتزوجات حالياً. وشملت هذه الخصائص، التوزيع العمري، والتعليم، والعمـــل. وتشـــير النتائج إلى أن الزواج يقل عند السن المبكرة لعمر الإنجاب (15–19)، ويتركز في الأعمار الوســـطى (20–34). وبالنسبة للتعليم نلاحظ أن نسبة الأمية تقل وسط السيدات السابق لهن الـــزواج حيـــث أن هنالك 10 في المائة فقط من النساء لا يعرفن القراءة ولا الكتابة، وإن من بين كل 5 ســـيدات هنـــاك واحدة لم تحظى بالالتحاق بتعليم مدرسي، مقابل واحدة من بين كل 4 سيدات اســـتطاعت أن تحصـــل على تعليم ثانوي أو أكثر. بالنسبة للعمل، فقد كشفت النتائج أن نسبة السيدات اللاتي يعملن تمثل 8 في المائة فقط من جملة السيدات السابق لهن الزواج.

الفصل الثالث

الوضع الصحي لأفراد أسر العينة

1/3 مقدمة

يتطلب الإلمام بالوضع الصحي لأي مجتمع، معرفة مدى انتشار الأمـــراض بأنواعها المختلفة (المعدية والمزمنة)، ومعدلات التعرض للحوادث، ومدى انتشـــار الإعاقـة وأسباب حدوثها بين فئات المجتمع المختلفة. وتشمل دراسة الوضع الصحي أيضـــاً معرفـة هيكل الخدمات الصحية المتاحة ومدى ملاءمتها ومدى استخدامها، وتبيـن العوائـق الماديـة والاجتماعية التي تحدد مدى الاستفادة منها.

ويعرض هذا الفصل نتائج المسح الصحي للضفة الغربية وقطاع غـزة فيمـا يتعلق بمعدلات الإصابة بأمراض مفاجئة والتعرض للحوادث، خلال الأســـبوعين الســابقين للمسح، بين أفراد الأسر التي شملها المسح، ومدى استخدام مؤسسات الرعاية الصحية لعـلاج تلك الأمراض والحوادث. كما يعرض الفصل أيضاً النتائج الخاصة بمدى انتشـــار الإعاقـة بأنواعها بين أفراد أسر العينة وعرض أسباب حدوثها.

2/3 انتشار الأمراض المفاجئة والإصابات

1/2/3 التعرض للأمراض المفاجئة والإصابات

قام المسح بسؤال أفراد أسر العينة عما إذا كانوا قـد تعرضـوا لإصابـة أو مرض مفاجئ خلال الأسبوعين السابقين للمسح. ويتضح من بيانات الجدول 1/3 أن 13 فـي المائة من أفراد الأسر التي شملها المسح تعرضوا لمرض مفاجئ فـــي خـلال الأســبوعين السابقين للمسح، وحوالي واحد في المائة أصيبوا خلال نفس الفترة. ويتبين من الجـــدول أن نسبة التعرض لمرض مفاجئ تبلغ أقصاها بين الأفراد في فئة العمر 0–4 سنوات (35 فـــي المائة)، ثم تنخفض بشكل ملحوظ، قبل أن تبدأ في الارتفاع مرة أخرى بين الأفراد في الفئـــة العمرية 30–39 (11 في المائة) لتصل إلى 12 في المائة بين الأفراد في الفئـــات العمريـة 40–49 ، و 50 عاماً فأكثر.

وكما يلاحظ من الجدول فإن نسب التعرض لمرض مفاجئ تتساوى تقريباً بين الذكور والإناث، وفى الضفة الغربية وقطاع غزة. غير أن نسبة التعرض لمرض مفاجئ ترتفع بشكل واضح بين الأفراد الذين يشملهم التأمين الصحي (16 في المائة)، مقارنة مع باقي الأفراد (9 في المائة). وهذا التفاوت الملحوظ في نسب التعرض لمرض مفاجئ بين الأفراد المشمولين بالتأمين الصحي وباقي الأفراد لا يعكس بالضرورة أن الوضع الصحي للأفراد المشمولين بالتأمين الصحي أسوأ من باقي الأفراد، غير أنه قد يكون مؤشراً بأن الأفراد المشمولين بالتأمين الصحي أكثر قابلية لتسجيل إصابتهم بالأمراض أكثرمن غيرهم .

جدول (1/3)

نسب الأفراد الذين تعرضوا لمرض مفاجئ أو إصابة خلال الأسبوعين السابقين للمسح، حسب خلفية الفرد، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نسبة الذين تعرضوا لمرض مفاجئ	نسبة الذين أصيبوا	إجمالي عدد الأفراد
العمر بالسنوات			
4-0	35.2	1.5	**4469**
14-5	7.1	0.7	**7045**
29-15	7.6	0.8	**6941**
39-30	10.7	1.0	**2530**
49-40	11.6	1.0	**1690**
50+	11.9	1.8	**2554**
النوع			
ذكر	13.2	1.3	**12868**
أنثى	13.6	0.7	**12359**
مكان الإقامة			
الضفة الغربية	13.5	1.2	**17297**
قطاع غزة	13.1	0.6	**7932**
التأمين الصحي			
نعم	16.1	1.1	**15539**
لا	9.0	0.9	**9690**
الإجمالي	**13.4**	**1.0**	**25229**

2/2/3 مكان حدوث الإصابة

يتضح من بيانات الجدول 2/3 أن 43 في المائة من الإصابات التي تعـوض لها أفراد الأسر، خلال الأسبوعين السابقين للمسح، قد حدثت في المنزل، بينما حدثت 23 في المائة من تلك الإصابات خارج الوحدة السكنية، و 19 في المائة حدثت في مكان عــام، و 13 في المائة أخرى حدثت في مكان العمل.

جدول (2/3)

التوزيع النسبي للأفراد المصابين خلال الأسبوعين السابقين للمسح، حسب مكان حدوث الإصابة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	مكان حدوث الإصابة					الإجمالي	عدد الأفراد المصابين
	في المنزل	خارج الوحدة السكنية	في مكان العمل	في مكان عام	غير مبين		
العمر بالسنوات							
4-0	62.2	33.2	0.0	3.7	0.8	**100.0**	**66**
14-5	43.2	36.5	0.0	14.7	5.6	**100.0**	**52**
29-15	24.8	16.7	28.6	29.9	0.0	**100.0**	**53**
39-30	22.9	9.9	36.6	30.6	0.0	**100.0**	**25**
49-40	23.8	15.1	35.4	22.2	3.6	**100.0**	**17**
50+	50.7	11.6	9.0	26.8	1.9	**100.0**	**45**
النوع							
ذكر	35.0	20.7	18.4	23.7	2.2	**100.0**	**171**
أنثى	57.4	27.7	3.4	10.2	1.4	**100.0**	**88**
مكان الإقامة							
الضفة الغربية	42.8	20.0	14.0	21.2	1.9	**100.0**	**214**
قطاع غزة	42.0	37.6	9.7	8.7	2.0	**100.0**	**45**
الإجمالي	**42.7**	**23.1**	**13.3**	**19.1**	**1.9**	**100.0**	**259**

وكما يتبين من الجدول فإن مكان حدوث الإصابة يتأثر بخلفية الفرد. فبينما ترتفع نسبة الإصابة داخل المنزل بين الأفراد في الفئة العمرية 0-4 سنوات (62 في المائة)، وبين الإناث (57 في المائة)، نجد أن نسب الإصابة في مكان العمل ترتفع بين الأفراد في الفئة العمريـــة

(30–49) عاماً، وبين الذكور، وفى الضفة الغربية . وبالنسبة لحدوث الإصابة في مكان عام فان نسبتها ترتفع بين الأفراد في الفئة العمرية 15–39 عاماً، وبين الذكور ، وبين الأفراد المقيمين في الضفة الغربية.

3/3 الاستشارة الطبية لعلاج الأمراض والإصابات

1/3/3 مصدر الاستشارة الطبية

يتضح من الجدول 3/3 أن 69 في المائة من الأفراد الذين تعرضوا لمرض مفاجئ أو إصابة، خلال الأسبوعين السابقين للمسح، قد حصلوا على استشارة طبية بخصوص العلاج . هذا وتبلغ نسبة الاستشارة أقصاها بين الأفراد في عمر 50 سنة فأكثر (80 في المائة). كما أن نسبة الاستشارة ترتفع بين الذكور (71 في المائة) مقارنة بالإناث (67 في المائة)، وبين الأفراد الذين يغطيهم نظام الضمان الاجتماعي الخاص (75 في المائة) مقارنة مع الأفراد الذين يشملهم التأمين الحكومي (69 في المائة)، أو الأفراد الذين ليست لديهم تغطية بالتأمين الصحي (67 في المائة، لكل منهما).

ويعرض الجدول أيضاً توزيع الأفراد الذين حصلوا على استشارة لعلاج المرض المفاجئ أو الإصابة حسب مصدر الاستشارة الطبية. وكما يتبين من الجدول فان عيادات الأطباء تمثل المصدر الرئيسي للحصول على الاستشارة الطبية (40 في المائة)، تليها المراكز الصحية (33 في المائة)، ثم المستشفيات (14 في المائة).

ويلاحظ من الجدول أن مصدر الاستشارة الطبية يتأثر بخلفية الفرد. فبينما يكون المركز الصحي المصدر الرئيسي للاستشارة الطبية للأفراد في الفئة العمرية 0–4 سنوات، نجد أنه مع تقدم العمر تكون عيادات الأطباء هي المصدر الرئيسي للاستشارة. بالنسبة لتأثير مكان الإقامة على مصدر الاستشارة يلاحظ من الجدول أن 46 في المائة من الاستشارات الطبية في الضفة الغربية يكون مصدرها عيادات الأطباء، بينما يمثل المركز الصحي المصدر الرئيسي للاستشارة الطبية في قطاع غزة (36 في المائة). وأيضاً تؤثر التغطية بالتأمين الصحي ومصدره على مصدر الاستشارة الطبية. فكما يتبين من الجدول فان غالبية المشمولين بالتأمين الصحي الحكومي أو الضمان الاجتماعي حصلوا على الاستشارة الطبية في المركز الصحي (40 في المائة و 39 في المائة على التوالي لكل منهما)، وذلك مقارنة مع غالبية الذين يشملهم التأمين الصحي الخاص، حيث تلقى 39 في المائة منهم الاستشارة في عيادات الأطباء. بالنسبة للأفراد الذين ليس لديهم تأمين صحي، نجد أن 61 في المائة منهم تلقوا الاستشارة في عيادات الأطباء.

جدول (3/3)

نسب الأفراد الذين تعرضوا لمرض مفاجئ أو إصابة خلال الأسبوعين السابقين للمسح، وتلقوا استشارة للعلاج، وتوزيعهم حسب مصدر الاستشارة، الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نسبة الأفراد الذين تلقوا استشارة	مصدر الاستشارة							عدد الأفراد الذين تعرضوا لمرض مفاجئ أو إصابة
		مركز صحي	مركز أمومة وطفولة	مستشفى	عيادة طبيب	صيدلية	غير مبين	الإجمالي	
العمر بالسنوات									
4-0	64.3	41.3	12.5	8.0	34.8	2.2	1.1	**100.0**	**1640**
14-5	71.1	32.8	6.0	13.0	42.0	5.5	0.7	**100.0**	**554**
29-15	71.9	23.6	3.8	18.9	47.9	4.4	1.5	**100.0**	**581**
39-30	69.5	21.3	4.5	16.7	51.5	3.9	2.1	**100.0**	**295**
49-40	75.0	27.1	10.4	17.2	41.3	1.6	2.5	**100.0**	**213**
50+	80.4	29.6	4.6	27.8	34.0	2.5	1.8	**100.0**	**352**
النوع									
ذكر	71.3	30.5	9.0	16.2	40.1	3.3	0.9	**100.0**	**1865**
أنثى	66.7	36.2	7.7	11.7	32.4	3.2	1.9	**100.0**	**1770**
مكان الإقامة									
الضفة الغربية	69.5	32.1	4.5	13.9	46.9	1.5	1.6	**100.0**	**2552**
قطاع غزة	68.1	35.8	17.7	14.5	23.9	7.4	0.7	**100.0**	**1083**
التأمين الصحي									
حكومي	69.0	40.2	9.3	14.2	32.2	2.4	1.6	**100.0**	**1827**
الانروا	72.4	32.0	16.9	14.4	32.6	3.2	0.9	**100.0**	**674**
ضمان اجتماعي	75.7	38.8	6.6	23.7	26.5	2.1	2.3	**100.0**	**53**
تأمين خاص	74.0	30.1	1.6	25.1	32.8	5.4	0.0	**100.0**	**115**
غير مؤمّن عليهم	66.5	20.1	1.1	11.6	61.2	4.6	1.4	**100.0**	**965**
الإجمالي	**69.1**	**33.2**	**8.4**	**14.1**	**39.8**	**3.2**	**1.4**	**100.0**	**3635**

2/3/3 مكان الاستشارة الطبية

يشير الجدول 4/3 إلى أن 55 في المائة من الأفراد الذين تعرضوا لمـــرض مفاجئ أو إصابة وتلقوا استشارة طبية، تلقوا تلك الاستشارة من مصدر فـــي نفـــس التجمـــع السكاني الذي يقيمون فيه. وقد تكون الأسباب التي أدت إلى لجوء 45 في المائة من الذيـــن تعرضوا لمرض مفاجئ أو إصابة وتلقوا استشارة في مكان خارج منطقة السكن مرتبطة إمـــا بعدم توفر الخدمات الصحية في مناطق سكنهم، أو إن الخدمـــات متوفـــرة غـــير أن نوعيـــة الخدمات التي تقدمها لا تساعد في جذب السكان للتعامل معها.

جدول (4/3)

التوزيع النسبي للأفراد الذين تعرضوا لمرض مفاجئ أو إصابة، وتلقوا استشارة للعلاج، حسب موقع مصدر الاستشارة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	مكان الاستشارة			عدد الأفراد الذين تلقوا استشارة
	في نفس منطقة السكن	في منطقة أخرى	إجمالي	
العمر بالسنوات				
4-0	63.6	36.4	**100.0**	**1056**
14-5	56.2	43.8	**100.0**	**396**
29-15	42.5	57.5	**100.0**	**417**
39-30	55.8	44.2	**100.0**	**204**
49-40	50.3	49.7	**100.0**	**160**
50+	39.8	60.2	**100.0**	**283**
النوع				
ذكر	54.6	45.4	**100.0**	**1334**
أنثى	55.2	44.8	**100.0**	**1183**
مكان الإقامة				
الضفة الغربية	49.1	50.9	**100.0**	**1779**
قطاع غزة	66.5	33.5	**100.0**	**738**
التأمين الصحي				
حكومي	54.7	45.3	**100.0**	**1261**
الاونروا	66.2	33.8	**100.0**	**488**
ضمان اجتماعي	59.2	40.8	**100.0**	**40**
تأمين خاص	53.8	46.2	**100.0**	**86**
غير مؤمّن عليهم	46.4	53.6	**0.0**	**642**
الإجمالي	**54.8**	**45.2**	**100.0**	**2517**

ويتبين من الجدول أن نسبة الاستشارات التي تمت في مصدر في نفس التجمع السكاني بلغت أقصاها بين الأفراد في الفئة العمرية 0–4 سنوات (64 في المائة)، أدناها بين الأفراد في عمر 50 عاماً فأكثر (40 في المائة). كما أن تلك النسبة ترتفع في قطاع غزة (67 في المائة) مقارنة بالضفة الغربية (49 في المائة)، وبين الأفراد الذين يشملهم التأمين الصحي بواسطة وكالة غوث اللاجئين (66 في المائة) مقارنة مع الأفراد الذين ليس لديهم تأمين صحي (46 في المائة).

3/3/3 أسباب عدم الاستشارة الطبية

بالنسبة للأفراد الذين تعرضوا لمرض مفاجئ أو إصابة ولم يتلقوا استشارة طبية بخصوص العلاج، يعرض الجدول 5/3 الأسباب التي أدت إلى عدم الاستشارة. وكما يتضح من الجدول فإن 47 في المائة من هؤلاء الأفراد أوضحوا أن عدم الاستشارة الطبية كان بسبب إحساسهم بان المرض أو الإصابة كانت لا تستدعى الاستشارة الطبية، كما أوضح 21 في المائة منهم بأن السبب كان استخدامهم لعلاج بدون استشارة طبية، وحوالي 10 في المائة أفادوا بأن السبب في عدم الاستشارة استخدامهم للعلاج التقليدي، بينما كان ارتفاع تكلفة الاستشارة السبب في عدم تلقي 7 في المائة من الأفراد المصابين لاستشارة طبية للعلاج.

هذا ويلاحظ من الجدول أن نسبة المصابين الذين لم يتلقوا استشارة طبية بسبب استخدامهم للأدوية دون استشارة طبية ترتفع بين الذكور (23 في المائة) مقارنة بالإناث (20 في المائة)، وفي قطاع غزة (25 في المائة) مقارنة مع الضفة الغربية (19 في المائة)، وبين الأفراد الذين لديهم تأمين صحي خاص (38 في المائة) مقارنة مع الأفراد الذين يغطيهم التأمين الصحي الحكومي (18 في المائة). كما أن نسب المصابين الذين لم يتلقوا استشارة طبية بسبب ارتفاع تكلفة الاستشارة الطبية ترتفع بصورة واضحة في الضفة الغربية (9 في المائة) مقارنة مع قطاع غزة (4 في المائة)، وبين الأفراد الذين ليس لديهم تأمين صحي (21 في المائة) مقارنة مع باقي الأفراد.

جدول (5/3)

التوزيع النسبي للأفراد الذين تعرضوا لمرض مفاجئ أو إصابة، ولم يتلقوا استشارة للعلاج، حسب سبب عدم الاستشارة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	سبب عدم الاستشارة								عدد الأفراد الذين لم يتلقوا استشارة
	الإصابة خفيفة	ارتفاع التكلفة	عدم وجود خدمة صحية	استخدم علاج تقليدي	استخدم أدوية بدون استشارة	مشغول	غير مبين	الإجمالي	
العمر بالسنوات									
4-0	59.6	2.3	1.3	9.5	18.6	2.8	5.9	**100.0**	**586**
14-5	33.9	9.3	0.7	14.8	24.9	5.1	11.3	**100.0**	**160**
29-15	35.1	12.4	0.9	7.3	27.4	8.6	8.4	**100.0**	**162**
39-30	36.6	7.2	2.8	12.9	20.3	14.3	5.9	**100.0**	**88**
49-40	31.1	24.9	1.5	3.3	26.3	5.7	7.1	**100.0**	**53**
50+	23.2	16.2	6.1	15.7	13.4	4.1	21.4	**100.0**	**63**
النوع									
ذكر	46.7	6.9	1.6	10.3	22.7	4.5	7.3	**100.0**	**525**
أنثى	47.3	7.1	1.5	10.1	19.7	5.6	8.6	**100.0**	**587**
مكان الإقامة									
الضفة الغربية	47.1	8.5	1.4	10.9	19.3	3.9	8.8	**100.0**	**767**
قطاع غزة	46.9	3.6	1.9	8.7	25.0	7.7	6.1	**100.0**	**345**
التأمين الصحي									
حكومي	54.3	1.8	2.1	10.7	17.5	5.0	8.6	**100.0**	**562**
الاونروا	50.9	1.0	1.2	10.2	24.7	7.0	5.1	**100.0**	**186**
ضمان اجتماعي	45.0	0.0	0.0	12.7	23.8	0.0	18.6	**100.0**	**13**
تأمين خاص	52.2	0.0	0.0	0.0	37.9	4.2	5.6	**100.0**	**30**
غير مؤمن	31.6	20.5	1.1	10.3	23.7	4.5	8.3	**100.0**	**321**
الإجمالي	**47.1**	**7.0**	**1.6**	**10.2**	**21.0**	**5.1**	**8.0**	**100.0**	**1112**

4/3 الإعاقة

تحرص جميع الدول على الاهتمام بالمعاقين ، وذلك لتفادي تعطيل هذه الطاقات في المجتمع ، لذلك كان لابد من توفير قاعدة بيانات حول انتشار الإعاقة بين أفراد المجتمع وأنواع الإعاقة وأهم أسبابها لتكون بين يدي صانعي القرار وراسمي السياسات الصحية لتصميم وتنفيذ برامج التخطيط والتنمية البشرية والتي يمكن من خلالها توفير خدمات الرعاية والتأهيل للمعاقين لضمان انخراطهم

في المجتمع بصورة فاعلة. وقد حرص المسح الصحي على جمع بعض البيانات عن الإعاقة و التي عرّفها المسح الصحي "بالقصور عند شخص ما ناتج عن العجز (الجسدي أو العقلي) الذي يحد أو يمنع من قدرته بالمقارنة مع شخص طبيعي يماثله عمراً وجنساً ويعيش نفس الظروف الاجتماعية".

1/4/3 انتشار الإعاقة

اهتم المسح الصحي للضفة الغربية وقطاع غزة بموضوع الإعاقة حيث خصص سؤالا عن الإعاقة شمل جميع أفراد أسر العينة. ويتضح من الجدول 6/3 أنه من بين 25229 شخص، وهم يمثلون إجمالي العينة هنالك 541 شخصاً معاقاً، بنسبة 2144 معاقاً لكل مائة ألف من السكان، أي أن هنالك شخص واحد معاق لكل 46 فرد من السكان. ويعتبر معدل الإعاقة في الضفة الغربية وقطاع غزة مرتفعاً إذا ما قورن بمعدلات الإعاقة في الدول العربية التي شملتها مسوحات المسح العربي لصحة الأم والطفل الذي أجرته جامعة الدول العربية. فمثلا تبلغ نسبة المعاقين من سكان سوريا 0.9 في المائة، وفي الجزائر 1.2 في المائة، وفي ليبيا 1.7 في المائة .

جدول (6/3)

عدد الأفراد المعاقين ومعدل الإعاقة لكل مائة ألف من السكان، حسب الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	إجمالي أفراد العينة	عدد الأفراد	معدل الإعاقة لكل
ذكور			
4-0	2275	24	1054.9
14-5	3601	82	2277.1
64-15	6555	169	2578.6
+65	439	33	7517.1
إناث			
4-0	2195	37	1685.6
14-5	3444	57	1655.1
64-15	6242	112	1780.9
+65	477	27	15660.4
الإجمالي			
4-0	4470	61	1364.7
14-5	7045	139	11973.0
64-15	12797	281	2196
+65	916	60	6550.2
الإجمالي	**25229**	**541**	**2144.4**

ويتضح من الجدول أيضاً أن نسب الإعاقة ترتفع مع العمر، وأنه فيما عدا الأفراد في الفئة العمرية 0–4 سنوات، فان نسب الإعاقة ترتفع بين الذكور عن الإناث في جميع الفئات العمرية.

2/4/3 أنواع الإعاقة

يوضح الجدول 7/3 التوزيع النسبي للمعاقين في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب نوع الإعاقة. وكما يتبين من الجدول فإن الإعاقة الجسدية تمثل 34 في المائة من جملة حالات الإعاقة، يليها الإعاقة الذهنية (18 في المائة)، ثم الإعاقة البصرية (12 في المائة)، والإعاقة السمعية (9 في المائة)، ثم النطقية (8 في المائة) كما أن 10 في المائة من المعاقين، معاقين بأكثر من إعاقة.

ويتضح من الجدول أيضاً أن نسب الإعاقة الذهنية والسمعية، والنطقية بين الإناث تفوق النسب بين الذكور، بينما تتساوى نسب الإعاقة الجسدية والبصرية بين الإناث والذكور.

جدول (7/3)

التوزيع النسبي للأفراد المعاقين حسب نوع الإعاقة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نوع الإعاقة												عدد الأفراد المعاقين
	ذهنية	سمعية	بصرية	جسدية	نطقية	ذهنية وسمعية	ذهنية وبصرية	ذهنية وجسدية	نطقية وسمعية	ذهنية وسمعية وبصرية	إعاقة كاملة	غير مبين	
ذكور	**17.7**	**7.2**	**11.7**	**34.0**	**7.3**	**0.6**	**0.6**	**5.8**	**3.8**	**0.0**	**2.1**	**9.2**	**308**
4-0	15.9	8.4	3.5	20.5	22.4	3.5	0.0	7.5	0.0	0.0	0.0	18.4	24
14-5	19.1	4.2	10.1	19.4	13.6	1.2	2.2	10.3	6.6	0.0	1.8	11.8	82
64-15	20.6	7.7	9.0	41.3	3.6	0.0	0.0	4.6	3.7	0.0	2.5	7.1	169
+65	0.0	11.3	36.3	42.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.8	6.7	33
إناث	**19.3**	**11.1**	**12.1**	**33.8**	**8.1**	**0.4**	**0.4**	**3.3**	**3.3**	**0.4**	**2.3**	**5.6**	**233**
4-0	12.4	12.2	0.0	37.0	4.7	2.4	0.0	4.0	8.3	0.0	5.5	13.5	37
14-5	20.9	7.3	12.0	29.3	13.0	0.0	1.6	4.4	1.4	1.7	3.4	5.0	57
64-15	23.9	9.8	14.2	30.7	8.8	0.0	0.0	3.3	3.3	0.0	1.2	4.6	112
+65	6.7	22.9	19.3	51.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	27
الإجمالي	**18.4**	**8.9**	**11.9**	**33.9**	**7.7**	**0.5**	**0.5**	**4.7**	**3.6**	**0.2**	**2.2**	**7.6**	**541**
4-0	13.8	10.7	1.4	30.4	11.7	2.8	0.0	5.4	5.0	0.0	3.3	15.4	61
14-5	19.9	5.4	10.9	23.5	13.2	0.7	1.9	7.8	4.4	0.7	2.5	9.0	139
64-15	21.9	8.6	11.1	37.1	5.7	0.0	0.0	4.1	3.5	0.0	1.9	6.1	281
+65	3.0	16.6	28.6	46.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.5	3.7	60

* تشمل الإعاقة العقلية، السمعية، البصرية، النطقية والحركية.

3/4/3 أسباب الإعاقة

بالنسبة لأسباب الإعاقة، يشير الجدول 8/3 إلى أن 31 في المائة من الإعاقات كانت نتيجة للإصابة بالأمراض ، و21 في المائة نتيجة لأسباب خلقية ، و 9 في المائة نتيجة لأسباب وراثية، وبلغت نسبة الإعاقة نتيجة للإصابة أثناء الانتفاضة 7 في المائة أو بسبب التعرض لحادث 11 في المائة، بينما كانت نسبة الإعاقة لظروف متعلقة بالولادة تمثل 7 في المائة.

وكما يتضح من الجدول فان نسبة الإعاقة نتيجة للإصابة أثناء الانتفاضة ترتفع بصورة واضحة وسط الذكور في فئات العمر 15–24 عاما و 25–34 عاما حيث تبلغ 24 في المائة و 22 في المائة، على التوالي. كما أن نسبة المعاقين نتيجة للانتفاضة في قطاع غزة تبلغ (9 في المائة)، مقارنة بالضفة الغربية (6 في المائة)

هذا وترتفع نسبة الإعاقة نتيجة لأسباب خلقية أو وراثية، أو لأسباب تتعلق بالولادة بين الإناث مقارنة بالذكور.

جدول (8/3)

التوزيع النسبي للأفراد المعاقين حسب سبب الإعاقة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	سبب الإعاقة										عدد الأفراد المعاقين
	خلقية	وراثية	أسباب تتعلق بالولادة	حادث سير	الانتفاضة	حادث آخر	مرض معدي	مرض آخر	أخرى	غير مبين	
ذكور	**32.7**	**8.1**	**4.3**	**4.3**	**11.5**	**7.2**	**5.7**	**14.8**	**8.6**	**2.7**	**308**
4-0	66.4	10.6	6.2	0.0	0.0	4.7	0.0	6.1	2.9	3.1	24
14-5	49.8	9.9	10.7	0.0	3.0	6.8	5.0	8.1	3.9	2.8	82
24-15	25.5	7.3	2.8	2.4	24.1	3.1	7.9	13.3	8.9	4.8	74
34-25	21.6	7.3	0.0	6.9	21.9	9.4	4.5	6.2	16.9	3.3	37
+35	18.6	6.9	1.0	10.0	7.9	10.7	6.4	27.1	10.8	0.7	91
إناث	**37.7**	**10.3**	**9.9**	**3.2**	**1.0**	**6.3**	**2.2**	**18.4**	**8.7**	**2.4**	**233**
4-0	45.9	11.1	31.2	2.1	0.0	0.0	0.0	6.1	3.7	0.0	37
14-5	33.3	14.4	.3.0	14.4	3.0	1.4	6.7	1.6	11.0	11.1	57
24-15	40.1	36.8	3.1	6.7	0.0	7.1	0.0	10.7	0.0	3.3	23
39-25	65.8	1.6	2.1	0.0	0.0	7.1	7.8	10.7	4.9	0.0	37
+35	23.7	3.8	2.3	4.2	1.9	10.2	1.8	35.2	13.4	3.4	81
الإجمالي	**34.8**	**9.1**	**6.7**	**3.8**	**7.0**	**6.8**	**4.2**	**16.4**	**8.6**	**2.6**	**541**
4-0	54.0	10.9	21.2	1.3	0.0	1.9	0.0	6.1	3.4	1.2	61
14-5	42.0	11.6	12.3	1.2	2.3	6.7	3.6	9.3	6.8	3.1	139
24-15	28.9	14.2	2.8	3.4	18.4	2.4	6.1	12.5	6.8	4.4	96
39-25	43.6	4.5	1.0	3.5	11.0	8.2	6.2	4.5	10.9	1.6	74
+35	21.0	5.4	1.6	7.3	5.0	10.5	4.2	30.9	12.0	2.0	171

4/4/3 العناية بالمعاقين

يتضح من الجدول 9/3 أن 34 في المائة من الأفراد المعاقين يجدون صعوبة كبيرة في الخروج من المنزل دون مساعدة أحد، في حين أن 34 في المائة آخرين لا يجدون صعوبة في الخروج من المنزل دون مساعدة، وحوالي 32 في المائة يمكنهم الخروج من المنزل دون مساعدة بشيء من الصعوبة.

جدول (9/3)

التوزيع النسبي للأفراد المعاقين حسب مقدرتهم على الحركة بدون مساعدة أحد والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	القدرة على الحركة بدون مساعدة			عدد الأفراد المعاقين
	بدون صعوبة	بصعوبة بسيطة	بصعوبة كبيرة	
ذكور	**36.0**	**36.0**	**28.1**	**308**
4-0	57.5	9.4	33.2	24
14-5	44.7	27.4	27.8	82
64-15	33.2	42.0	24.9	169
+65	14.6	43.8	41.6	33
إناث	**31.3**	**26.1**	**42.7**	**233**
4-0	49.5	19.5	31.0	37
14-5	38.6	26.7	34.7	57
64-15	27.1	26.6	46.3	112
+65	17.5	28.0	54.4	27
الإجمالي	**34.0**	**31.8**	**34.2**	**541**
4-0	53.4	14.5	32.0	61
14-5	42.1	27.1	30.7	139
64-15	30.7	35.8	33.5	281
+65	15.9	36.6	47.5	60

كما يتبين من الجدول فان نسبة المعاقين الذين يجدون صعوبة كبيرة في الخروج من المنزل بدون مساعدة ترتفع بصورة واضحة بين المعاقين من الإناث (43 في المائة) مقارنة بالذكور (28 في المائة). كما أن نسب هؤلاء المعاقين ترتفع بارتفاع العمر.

بالنسبة لتقديم المساعدة للأفراد المعاقين، يشير الجدول 10/3 إلى أن 67 في المائة من المعاقين يقوم أفراد الأسرة الآخرين بتقديم المساعدة لهم، وحوالي 9 في المائة تقوم المؤسسات بتقديم المساعدة لهم في حين أن حوالي ربع المعاقين لا يحتاجون لمساعدة. هذا وترتفع نسبة المعاقين الذين لا يحتاجون لمساعدة بين المعاقين الذكور (31 في المائة) مقارنة بالإناث (16 في المائة).

جدول (10/3)

التوزيع النسبي للأفراد المعاقين حسب الشخص الذي يقوم بالرعاية والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	الشخص الذي يقوم بالرعاية			عدد الأفراد المعاقين الذين يحتاجون الرعاية
	لا يحتاج لرعاية	الأسرة	مؤسسة	
ذكور	**30.7**	**61.3**	**8.0**	**190**
4-0	6.4	93.6	0.0	9
14-5	30.5	66.9	2.6	43
64-15	38.7	57.9	3.4	110
65+	7.7	55.0	37.3	28
إناث	**16.2**	**74.6**	**9.1**	**151**
4-0	0.0	100.0	0.0	11
14-5	30.0	67.4	2.6	35
64-15	10.8	73.6	15.6	83
65+	23.0	77.0	0.0	22
الإجمالي	**24.3**	**67.2**	**8.5**	**341**
4-0	2.9	97.1	0.0	20
14-5	30.3	67.1	2.6	78
64-15	26.8	64.6	8.6	193
65+	14.4	64.6	21.0	50

5/3 الخلاصة

يتبين من نتائج المسح الصحي للضفة الغربية وقطاع غزة أن 13 في المائة من أفراد الأسر التي شملها المسح قد تعرضوا لمرض مفاجئ، وحوالي 1 في المائة أصيبوا ، وذلك خلال الأسبوعين السابقين للمسح. بالنسبة للأفراد الذين أصيبوا بجروح، يتضح من نتائج المسح أن 43 في المائة من الجروح حدثت في المنزل، وحوالي 23 في المائة حدثت خارج الوحدة السكنية، بينما حدثت 19 في المائة و 13 في المائة من الجروح أما في مكان عام أو في مكان العمل، على التوالي.

هذا وقد تلقى 69 في المائة من الأشخاص الذين تعرضوا لمرض مفاجئ أو جروح استشارة طبية بخصوص العلاج. وتمثل عيادات الأطباء المصدر الرئيسي للاستشارة الطبية (40 في المائة)، تليها المراكز الصحية (33 في المائة)، ثم المستشفيات (14 في المائة). ويتأثر مصدر الاستشارة بمكان الإقامة. فبينما تكون عيادات الأطباء المصدر الرئيسي للاستشارة في الضفة الغربية، نجد أن المصدر الرئيسي هو المراكز الصحية في قطاع غزة.

بالنسبة للأشخاص الذين تعرضوا لمرض مفاجئ أو جروح خلال الأسبوعين السابقين للمسح ولم يتلقوا استشارة بخصوص العلاج، تبين من نتائج المسح أن الأسباب الرئيسية وراء عدم الاستشارة تكمن في الشعور بأن الإصابة لا تحتاج لاستشارة طبية (47 في المائة)، أو بسبب استخدام العلاج بدون استشارة طبية (21 في المائة) أو بسبب استخدام العلاج التقليدي (10 في المائة)، أو بسبب ارتفاع تكلفة الاستشارة الطبية (7 في المائة).

أوضحت نتائج المسح أيضا ارتفاع معدل الإعاقة بين أفراد الأسر التي شملها المسح، حيث يبلغ معدل الإعاقة حوالي 2114 معاقاً لكل مائة ألف من السكان، أي يوجد شخص واحد معاق لكل 46 نسمة، ويعتبر معدل الإعاقة في الضفة الغربية وقطاع غزة مرتفعاً نسبياً إذا ما قورن بالمعدلات في الدول العربية الأخرى.

وتعتبر الإعاقة الجسدية أكثر أنواع الإعاقة انتشاراً (34 في المائة)، تليها الإعاقة الذهنية (18 في المائة)، والبصرية (12 في المائة)، ثم السمعية (9 في المائة). وكانت معظم الإعاقات نتيجة لأسباب خلقية (35 في المائة)، أو نتيجة التعرض للأمراض (16 في المائة). هذا وتبلغ نسبة الإعاقة بسبب الانتفاضة (7 في المائة)، أو بسبب التعرض لحادث حوالي 11 في المائة. وترتفع نسبة الإعاقة نتيجة للانتفاضة بصورة واضحة بين الذكور في فئات العمر 15–24 عاما و 25–34 عاما.

الفصل الرابع

صحة الطفل

1/4 مقدمة

انطلاقاً من الحرص والاهتمام بالطفل وصحته، ونظراً للاهتمام المتزايد عالمياً بالتركيز على القضايا والمؤثرات في حياه الطفل من كل الجوانب (الصحية، الاجتماعية والنفسية وغيرها) حرص المسح على إبراز الوضع الصحي للأطفال تحت سن الخامسة في الضفة الغربية وقطاع غزة. هذا وقد تم استخدام المقاييس الأنثروبومترية لتقييم الحالة التغذوية للأطفال دون الخامسة وذلك من خلال جمع بيانات عن الطول والوزن وربطها بعمر الطفل. كما تم جمع بيانات عن إصابة الأطفال ببعض الأمراض مثل الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي وكذلك تعرضهم للإصابة بالحوادث الخطيرة.

2/4 الحالة التغذوية للأطفال

لقد تم استخدام البيانات حول أطوال وأوزان الأطفال دون الخامسة المتواجدين في الأسر المعيشية المبحوثة في حساب ثلاثة مقاييس أنثروبومترية للحالة التغذوية للأطفال. وهذه المقاييس تتمثل في الآتي:

1. الطول بالنسبة للعمر (قصر القامة):

يعتبر الطول بالنسبة للعمر مقياساً للحالة التغذوية على مدى زمن طويل، حيث أن انخفاض الطول بالنسبة للعمر، والمعروف بقصر القامة هو مؤشر لسوء التغذية المزمن.

2. الوزن بالنسبة للطول (النحافة):

ويقيس هذا المؤشر الحالة التغذوية على المدى القصير والحالة التغذوية الحالية، فهو يشير إلى حالات نقص التغذية الحادة والحديثة معاً والتي تحدث كنتيجة لعدم تناول الغذاء الكافي أو نتيجة للإصابة بالأمراض المعدية.

3. الوزن بالنسبة للعمر (نقص الوزن)

وهو مؤشر مركب يقيس كلا الحالتين التغذوية السابقة والحالية.

إن تحديد الحالة التغذوية للأطفال دون الخامسة يتطلب تحديد مجتمعاً معياريا جيد التغذية كمرجع للمقارنة يمكننا من خلاله تحديد مدى معين حول المستوى الوسيط، حيث يمكن اعتبار الأطفال الواقعين ضمن هذا المدى جيدي التغذية أو طبيعيين. وللحصول على بيانات قابلة للمقارنة تم استخدام المجتمع المرجعي المرشح من منظمة الصحة العالمية **(NCHS\CDC\WHO)** . إن استخدام هذا المرجع العالمي مبنى على أنه باستثناء قليل من المجتمعات التي يتميز أفرادها بالطول الشديد أو القصر الشديد فإن الأطفال جيدي التغذية في جميع دول العالم تقريباً يتبعون أنماطاً متشابهة في النمو قبل سن البلوغ.

إن المقارنة تتم من خلال النسبة المئوية للأطفال الواقعين في فئات انحراف معياري عن وسيط المجتمع المعياري لكل مؤشر أنثروبومترى. إن توزيع الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية حول الوسيط يتبع التوزيع المعتدل بمعنى أن 68.2 في المائة من الأطفال جيدي التغذية يجب أن يكونوا في مدى انحراف معياري واحد (أعلى أو أدنى) من وسيط الطول أو الوزن بالنسبة للأطفال في نفس العمر في المجتمع المعياري وكذلك يقع 27.2 في المائة من الأطفال بين انحراف معياري واحد أو أثنين (أعلى أو أدنى) من الوسيط وبالمثل فإن 4.6 في المائة من الأطفال جيدي التغذية ينحرفون عن الوسيط (أعلى أو أدنى) بمقدار انحرافين معياريين أو أكثر.

عند الحديث عن مدى نقص التغذية في أي من المجتمعات فإن الحديث يدور عن النسبة المئوية التي تقع أدنى من الوسيط بفرق لا يقل عن ضعف الانحراف المعياري، فإن مدى زيادة النسبة المئوية للأطفال الواقعين في تلك الفئة (أدنى من الوسيط) عن النسبة المئوية 2.3 في المائة يشير إلى أن مجموعة الأطفال الواقعة ضمن هذه الفئة يعانون من سوء التغذية. ويمكن تقسيم حالات سوء التغذية إلى سوء تغذية متوسط وسوء تغذية حاد. ويعتبر الأطفال الواقعين أدنى من الوسيط بما يتراوح بين ضعف وثلاثة أمثال الانحراف المعياري يعانون من سوء تغذية متوسط وتبلغ النسبة في المجتمع المعياري 2.2 في المائة أما الأطفال الواقعين أقل من الوسيط بثلاثة انحرافات معيارية على الأقل فيعتبرون من المصابين بسوء التغذية الحاد.

يتضح لنا من بيانات الجدول 1/4 أن 95 في المائة من الأطفال دون الخامسة قد تم قياس أطوالهم وأوزانهم ونلاحظ أن هذه النسبة قد بلغت 97 في المائة للفئتين (0-5) أشـــهر و(6-11) شهراً ثم تنخفض للفئات الأخرى. كما يتبين من الجدول عدم وجود فروقات في النسبة بين الذكور والإناث. أما بالنسبة لمكان الإقامة فنجد أن النسبة ترتفع في قطاع غزة عنها في الضفة الغربيـــة (96 في المائة و 94 في المائة على التوالي).

جدول (1/4)

نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين تم قياس أوزانهم وأطوالهم حسب الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نسبة الأطفال الذين تم قياس أوزانهم وأطوالهم	عدد الأطفال
عمر الطفل (بالشهور)		
5-0	96.8	**341**
11-6	97.3	**438**
23-12	94.5	**908**
35-24	92.7	**860**
47-36	94.8	**877**
59-48	94.8	**805**
نوع الطفل		
ذكر	94.7	**2149**
أنثى	94.8	**2080**
مكان الإقامة		
الضفة الغربية	93.9	**2753**
قطاع غزه	96.3	**1476**
الإجمالي	**94.7**	**4229**

1/2/4 الطول بالنسبة للعمر (قصر القامة)

يوضح الجدول 2/4 أن 2 في المائة من الأطفال دون الخامسة يعانون من قصر القامـــة الحاد. بينما يعانى 5 في المائة منهم من قصر القامة المتوسط و7 في المائة يعانون مـــن قصـــر

القامة. ويتبين أن قصر القامة يكون أقل انتشاراً في الفئة العمرية (0–11) شهراً وربما يعزى ذلك لانتشار الرضاعة الطبيعية في هذه الفترة، ثم تبدأ النسبة في الارتفاع كلما زاد عمر الطفل

جدول (2/4)

نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين يعانون من قصر القامة حسب الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نسب الأطفال الذين يعانون من			عدد الأطفال
	قصر القامة الحاد	قصر القامة المتوسط	قصر القامة	
عمر الطفل (بالشهور)				
5–0	0.3	1.7	2.0	**327**
11–6	0.7	4.0	4.7	**425**
23–12	1.6	5.6	7.2	**856**
35–24	2.4	4.9	7.3	**794**
47–36	1.7	6.4	8.1	**828**
59–48	2.9	7.0	9.9	**761**
نوع الطفل				
ذكر	1.8	4.7	6.5	**2032**
أنثى	1.9	6.1	8.0	**1959**
مكان الإقامة				
الضفة الغربية	1.6	5.1	6.7	**2574**
قطاع غزه	2.2	6.0	8.2	**1417**
الإجمالي	**1.8**	**5.4**	**7.2**	**3991**

ويلاحظ من الجدول عدم وجود تباين واضح بين الذكور والإناث المصابين بقصر القامة، حيث بلغت النسبة 7 في المائة للذكور و8 في المائة للإناث. وكذلك الحال بالنسبة لمكـــان الإقامة فقد بلغت النسبة في الضفة الغربية 7 في المائة و8 في المائة في قطاع غزة.

2/2/4 الوزن بالنسبة للطول (النحافة)

يوضح الجدول 3/4 أن 3 في المائة من الأطفال دون الخامسة العمر يعانون من النحافة (2 في المائة يعانون من النحافة المتوسطة بينما يعانى أقل من 1 في المائة من النحافة الحادة). ويتضح من بيانات الجدول أن أعلى نسبة للنحافة وجدت في الفئتين العمريتين (6-11) شهراً و (12-23) شهراً، حيث بلغت 7 في المائة و5 في المائة على التوالي، ثم تعود بعد ذلك للانخفاض كلما زاد عمر الطفل لتصل إلى أقل من 1 في المائة في الفئة العمرية (36-59) شهراً. وتجدر الإشارة إلى أن حالات النحافة الحادة تنعدم تماماً في الفئة العمرية (36-59) شهراً. كما يلاحظ من الجدول عدم وجود تباينات في معدل النحافة بين الذكور والإناث، بينما نجد معدل النحافة في قطاع غزة بلغ 4 في المائة مقارنة بـــ 2 في المائة في الضفة الغربية.

جدول (3/4)

نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين يعانون من النحافة حسب الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزه

الخصائص الخلفية	نسب الأطفال الذين يعانون من			عدد الأطفال
	نحافة حادة	نحافة متوسطة	النحافة	
عمر الطفل (بالشهور)				
5-0	0.2	2.3	2.5	**327**
11-6	0.9	6.0	6.9	**425**
23-12	0.7	4.7	5.4	**856**
35-24	0.5	1.6	2.1	**794**
47-36	0.0	0.6	0.6	**828**
59-48	0.0	0.7	0.7	**761**
نوع الطفل				
ذكر	0.3	2.3	2.6	**2032**
أنثى	0.4	2.5	2.9	**1959**
مكان الإقامة				
الضفة الغربية	0.2	2.1	2.3	**2574**
قطاع غزه	0.7	3.0	3.7	**1417**
الإجمالي	**0.4**	**2.4**	**2.8**	**3991**

3/2/4 الوزن بالنسبة للعمر (نقص الوزن)

يتضح من بيانات الجدول 4/4 أن 4 في المائة من الأطفال دون الخامسة يعانون من نقص الوزن المتوسط وأقل من 1 في المائة يعانون من نقص الوزن الحاد. ويلاحظ أن أعلى نسبة للمصابين

بنقص الوزن وجدت بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (6-11) و(12-23) شهراً حيث بلغت 6 في المائة و5 في المائة على التوالي. ويلاحظ أن هذه النسبة تنخفض كلما زاد عمر الطفل.

وتبين من الجدول أيضاً وجود تفاوت طفيف في نسب الذكور والإناث المصابين بنقص الوزن، حيث وجدت النسبة للذكور 3 في المائة بينما بلغت النسبة 5 في المائة للإناث. كما يلاحظ تباين طفيف في نسب الأطفال المصابين بنقص الوزن حسب مكان الإقامة، حيث بلغت نسبة الأطفال المصابين بنقص الوزن 4 في المائة في الضفة الغربية مقارنة بـ 5 في المائة في قطاع غزة.

جدول (4/4)

نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين يعانون من نقص الوزن حسب الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نسبة الأطفال الذين يعانون من			عدد الأطفال
	نقص الوزن الحاد	نقص الوزن المتوسط	نقص الوزن	
عمر الطفل (بالشهور)				
5-0	0.0	1.4	1.4	**327**
11-6	0.7	5.5	6.2	**425**
23-12	0.8	4.1	4.9	**856**
35-24	0.4	3.9	4.3	**794**
47-36	0.3	3.0	3.3	**828**
59-48	0.0	3.3	3.3	**761**
نوع الطفل				
ذكر	0.3	3.1	3.4	**2032**
أنثى	0.5	4.0	4.5	**1959**
مكان الإقامة				
الضفة الغربية	0.3	3.3	3.6	**2574**
قطاع غزه	0.6	4.1	4.7	**1417**
الإجمالي	**0.4**	**3.6**	**4.0**	**3991**

3/4 الإصابة بالإسهال

تعتبر الإصابة بالإسهال أحد أبرز المشكلات الصحية في الدول النامية، وتكمن خطورة الإسهال في أنه قد يؤدي لفقدان الطفل لكميات كبيرة من السوائل والأملاح والعناصر الغذائية الدقيقة، مما يجعل الطفل المصاب عرضة للإصابة بالجفاف وبالتالي معرضاً لخطر الوفاة إذا لم يتم إعطاء الطفل محلول معالجة الجفاف والسوائل الأخرى، كما ويجعل الإسهال الأطفال المصابين عرضة لخطر الإصابة بسوء التغذية نظراً لفقدان الشهية وفقدان العناصر الغذائية وكذلك لجوء بعض الأمهات لتغيير نمط تغذية الطفل عند إصابته بالإسهال.

1/3/4 انتشار الإصابة بالإسهال

يتبين من الجدول 5/4 أن 14 في المائة من الأطفال دون الخامسة تعرضوا للإصابة بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح. هذا ويبلغ متوسط الفترة التي استمر فيها الإسهال حوالي 4 أيام. ويلاحظ من الجدول أن أعلى نسبة إصابة بالإسهال وجدت في الفئة العمرية 6-11 شهراً، وقد بلغت 32 في المائة، ثم تبدأ النسبة بالانخفاض كلما زاد عمر الطفل لتبلغ أدنى مستوى لها في الفئة العمرية 48-54 شهراً (3 في المائة). كما يتضح من الجدول أن نسبة الإصابة بالإسهال بين الأطفال الذكور والإناث تكاد تكون متساوية. هذا ويمكن ملاحظة التفاوت في نسب الإصابة بالإسهال بين الضفة الغربية وقطاع غزة حيث بلغت النسبة 15 في المائة و 12 في المائة على التوالي.

جدول (5/4)

نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح ومتوسط فترة الإصابة بالإسهال، حسب الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	المصابين بالإسهال	متوسط فترة الإصابة (بالأيام)	عدد الأطفال
عمر الطفل (بالشهور)			
5-0	19.9	4.4	**341**
11-6	32.4	4.2	**438**
23-12	22.7	4.3	**908**
35-24	9.9	3.8	**860**
47-36	5.4	3.6	**877**
59-48	2.6	2.1	**805**
نوع الطفل			
ذكر	14.4	4.1	**2149**
أنثى	12.6	4.1	**2080**
مكان الإقامة			
الضفة الغربية	14.5	4.0	**2753**
قطاع غزه	11.6	4.3	**1476**
الإجمالي	**13.5**	**4.1**	**4229**

ويوضح الجدول 6/4 أن 63 في المائة من الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال قد أصيبوا بالحمى، وأن 8 في المائة صاحب إصابتهم بالإسهال دم في البراز، و 37 في المائة كان اسهالهم مصحوباً بالقيء، و13 في المائة أصيبوا بالجفاف نتيجة لإصابتهم بالإسهال.

جدول (6/4)

نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح والذين عانوا من بعض الأعراض المحددة حسب الخصائص الخلفية ، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نسبة الأطفال المصابين بالإسهال و يعانون من					عدد الأطفال المصابين بالإسهال
	ارتفاع في درجة الحرارة	دم بالبراز	قيء	جفـــاف	أخـــرى	
عمر الطفل (بالشهور)						
5-0	65.0	8.1	49.8	23.2	2.3	**68**
11-6	59.5	8.6	38.5	9.0	2.3	**141**
23-12	69.0	3.8	36.3	16.5	3.4	**206**
35-24	54.6	11.3	31.2	10.4	4.5	**85**
47-36	60.8	15.6	34.3	9.0	3.0	**47**
59-48	57.7	10.2	26.2	7.4	3.8	**21**
نوع الطفل						
ذكر	60.8	6.0	33.0	11.9	2.3	**309**
أنثى	65.4	10.0	42.1	14.6	3.8	**261**
مكان الإقامة						
الضفة الغربية	61.5	7.4	39.8	15.3	3.3	**400**
قطاع غزه	66.4	9.0	30.8	6.3	2.2	**170**
الإجمالي	**62.9**	**7.9**	**37.1**	**13.2**	**3.1**	**570**

ويلاحظ من الجدول أن نسبة الأطفال الذين أصيبوا بإسهال مصحوباً بالحمى ترتفع بالنسبة للأطفال في الفئة العمرية (12-23) شهراً، وبين الإناث مقارنة بـــالذكور. وبالنســبة للإســهال مصحوباً بقيء، فإن النسب تكون أعلى بين الأطفال في الفئات العمرية (0-5) و (6-11) شــهراً مقارنة بالأطفال في الفئات العمرية الأخرى. كما ونجد أن أعلى نسبة للإصابة بالجفاف كـــانت بين الأطفال في الفئات العمرية 0-5 شهراً و 12-23 شهراً مقارنة بالأطفال في الفئات العمرية الأخرى، وترتفع نسبة الأطفال الذين أصيبوا بالجفاف نتيجة للإسهال بين الأطفال الإناث، وبيـــن الأطفال في الضفة الغربية.

2/3/4 استخدام محلول معالجة الجفاف لعلاج الإسهال

يوضح الجدول 7/4 أن 22 في المائة من الأطفال المصابين بالإسهال تناولوا محلـــول معالجـــة الجفاف، وأن 6 في المائة من الأطفال تناولوا محلول معد بالمنزل (محلول سكر وملح)، وأن 5 في المائـة تناولوا كلا المحلولين. وهذا يعنى أن نسبة الأطفال الذين عولجوا بمحاليل معالجة الجفاف بلغت 43 فـــي المائة.

ويتبين من الجدول أن 38 في المائة من الأطفال في الفئة العمريـــــة (6-11) شـــهراً عولجـــوا بمحاليل معالجة الجفاف ثم تنخفض النسبة كلما زاد عمر الطفل. كما وترتفع نسبة الاستخدام بين الإنـــاث مقارنة بالذكور (35 في المائة و 31 في المائة على التوالي).

ويلاحظ أيضاً أن نسبة استخدام محاليل معالجة الجفاف في قطاع غزة (43 في المائة) أعلى منها في الضفة الغربية (29 في المائة).

جدول (7/4)

نسبة الأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال والذين تلقوا محلول معالجة الجفاف حسب نوع المحلول والخصائص الخلفية ، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نسبة الأطفال الذين تلقوا				عدد الأطفال المصابين بالإسهال
	محلول معالجة الجفاف	محلول منزلي	كلا المحلولين	إجمالي نسبة الذين تلقوا محلول معالجة الجفاف	
عمر الطفل (بالشهور)					
5-0	27.6	5.6	0.0	33.2	**68**
11-6	20.4	10.5	6.9	37.8	**141**
23-12	26.1	5.8	4.1	36.0	**206**
35-24	14.1	1.8	8.1	24.0	**85**
47-36	16.3	7.4	3.4	27.1	**47**
59-48	13.3	4.4	3.1	20.8	**21**
نوع الطفل					
ذكر	21.4	5.7	4.3	31.4	**309**
أنثى	22.3	7.2	5.4	34.9	**261**
مكان الإقامة					
الضفة الغربية	18.4	6.2	4.1	28.7	**400**
قطاع غزه	29.8	6.8	6.5	43.1	**170**
الإجمالي	**21.8**	**6.4**	**4.8**	**33.0**	**570**

3/3/4 الحصول على استشارة لعلاج الإسهال

يوضح الجدول 8/4 أن 61 في المائة من الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال قد حصلوا على استشارة لعلاج الإسهال. ويتبين أن نسب الأطفال الذين حصلوا على استشارة لعلاج الإسهال تنخفض عند الفئة العمرية (36–59) شهراً مقارنة بالفئات العمرية الأخرى. وترتفع النسبة بين الإناث (64 في المائة) مقارنة بالذكور (59 في المائة)، وفى قطاع غزة (70 في المائة) مقارنة بالضفة الغربية (58 في المائة).

أما بالنسبة لمصدر الاستشارة فالجدول يشير إلى أن 45 في المائة من الاستشارات لعلاج الإسهال تمت في المراكز الصحية، و 42 في المائة في عيادات الأطباء الخاصة، و 18 في المائة من مراكز الأمومة والطفولة . هذا وترتفع نسب الاستشارة في المراكز الصحية في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية، بينما ترتفع نسب الاستشارة في عيادات الأطباء الخاصة بصورة واضحة في الضفة الغربية (54 في المائة) عنها في قطاع غزة (18 في المائة).

جدول (8/4)

نسبة الأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا استشارة لعلاج الإسهال وتوزيعهم حسب مصدر الاستشارة والخصائص الخلفية ، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نسبة الذين تلقوا استشارة	مصدر الاستشارة						عدد الأطفال المصابين بالإسهال
		مركز صحي	مركز أمومة وطفولة	مستشفى	عيادة طبية	صيدلية	أخرى	
عمر الطفل (بالشهور)								
5-0	61.6	35.8	11.1	13.5	62.5	18.4	0.0	**68**
11-6	66.1	44.6	14.5	7.6	46.4	8.5	0.0	**141**
23-12	62.8	47.7	20.8	10.1	39.2	9.5	0.6	**206**
35-24	60.5	48.2	23.9	7.8	23.6	10.4	4.9	**85**
47-36	40.1	42.1	14.7	7.4	50.4	7.9	4.3	**47**
59-48	57.6	32.2	17.3	11.9	33.8	0.0	22.1	**21**
نوع الطفل								
ذكر	58.9	40.2	18.5	9.6	43.2	13.6	2.3	**309**
أنثى	63.6	49.6	17.2	9.3	40.8	6.0	1.5	**261**
مكان الإقامة								
الضفة الغربية	57.5	40.4	9.3	9.0	53.8	10.4	2.6	**400**
قطاع غزه	69.5	53.1	34.9	10.2	18.9	9.2	0.7	**170**
الإجمالي	**61.1**	**44.6**	**17.9**	**9.4**	**42.1**	**10.0**	**1.9**	**570**

بالنسبة للأطفال الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح ولـــم يتلقــوا استشـــارة بخصوص العلاج يبين الجدول 9/4 أن 71 في المائة من هؤلاء الأطفال لم يحصلوا على استشارة بسبب الاعتقاد بأن الحالة كانت خفيفة. بالنسبة لبقية الأسباب والتي تشمل انشغال الأم وعـــدم توافـــر الخدمـــات الصحية فتبين أنها تمثل 7 في المائة، و 2 في المائة على التوالي.

ويلاحظ وجود فرق واضح فيما يخص الأسباب الثلاثة سالفة الذكر حسب مكان الإقامـــة حيـــث ترتفع نسب عدم الحصول على استشارة بسبب انشغال الأم أو عدم توفر مصدر للاستشارة بيـــن أطفـــال قطاع غزة مقارنة بأطفال الضفة الغربية

جدول (9/4)

التوزيع النسبي للأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح ولم يتلقوا استشارة بخصوص العلاج حسب السبب وراء عدم الاستشارة، والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	سبب عدم الاستشارة				عدد الأطفال الذين لم يتلقوا استشارة لعلاج الإسهال
	الإصابة خفيفة	الأم مشغولة	عدم توفر الخدمة الصحية	غير مبين	
عمر الطفل (بالشهور)					
5-0	84.3	3.3	4.7	7.7	**26**
11-6	63.3	8.1	4.3	24.3	**48**
23-12	71.4	8.2	0.6	19.8	**77**
35-24	63.6	6.1	4.1	26.2	**34**
47-36	69.5	7.4	0.0	23.1	**28**
59-48	100.0	0.0	0.0	0.0	**9**
نوع الطفل					
ذكر	72.9	7.5	3.0	16.6	**127**
أنثى	68.2	6.0	1.4	24.4	**95**
مكان الإقامة					
الضفة الغربية	72.5	5.7	1.7	20.1	**170**
قطاع غزه	65.5	10.6	4.5	19.4	**52**
الإجمالي	**70.9**	**6.8**	**2.3**	**19.9**	**222**

4/4 أمراض الجهاز التنفسي

تعتبر أمراض الجهاز التنفسي من بين الأمراض الشائعة بين الأطفال دون سن الخامسة، كما قد تكون من أحد الأسباب التي قد تؤدي إلى وفيات الأطفال، وهنالك العديد من العوامل التي تساهم في انتشار أمراض الجهاز التنفسي مثل الازدحام، والعوامل المناخية. ويمكن تقليل نسب الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي عن طريق تطعيم الأطفال ضد بعض تلك الأمراض.

1/4/4 انتشار أمراض الجهاز التنفسي

يتضح من الجدول 10/4 أن واحد من بين كل 4 أطفال دون سن الخامسة أصيب بالرشح أو السعال خلال الأسبوعين السابقين للمسح

جدول (10/4)

نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالرشح/السعال خلال الأسبوعين السابقين للمسح، ونسب الأطفال الذين تعرضوا لأعراض مصاحبة للرشح/السعال حسب الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نسب الذين يعانون من الرشح/السعال	عدد الأطفال الإجمالي	نسبة الأطفال الذين يعانون من*		عدد الأطفال المصابين بالرشح/الإسهال
			صعوبة في التنفس	ارتفاع في درجة الحرارة	
عمر الطفل (بالشهور)					
5-0	29.7	341	41.4	60.1	**101**
11-6	38.3	438	41.6	62.9	**168**
23-12	32.1	908	46.3	69.1	**292**
35-24	26.6	860	42.1	64.1	**229**
47-36	17.3	877	42.8	50.2	**151**
59-48	12.8	805	27.0	64.5	**103**
نوع الطفل					
ذكر	23.8	2149	42.0	64.8	**511**
أنثى	25.6	2080	41.6	61.3	**532**
مكان الإقامة					
الضفة الغربية	27.1	2753	40.9	63.4	**744**
قطاع غزه	20.3	1476	42.4	61.7	**299**
الإجمالي	**24.7**	**4229**	**41.5**	**62.9**	**1043**

*من بين المصابين بالرشح/ السعال

ويتبين أن هناك تباين في نسبة الإصابة بالرشح أو السعال حسب نوع الطفـــل ومكـــان الإقامة. حيث ترتفع نسبة الإصابة بين الإناث وبين أطفال الضفة الغربية مقارنة بالذكور وأطفال قطاع غزة.

وقد بلغت نسبة الأطفال الذين صاحب إصابتهم بالرشح أو السعال صعوبة بالتنفس 42 في المائـة بينما بلغت نسبة الذين صاحب إصابتهم حمى 63 في المائة.

2/4/4 الحصول على استشارة لعلاج أمراض الجهاز التنفسي

تشير بيانات الجدول 11/4 أن 55 في المائة من الأطفال دون الخامسة حصلـــوا علـــى استشارة لعلاج الرشح أو السعال. ويبين الجدول أن نسبة الأطفال الذين حصلوا على استشـــارة لعلاج الرشح أوالسعال ترتفع عند الفئات العمرية (0–23) شهراً وتنخفض بعد ذلـــك قبـــل أن ترتفع عند الفئة العمرية (48–59) شهراً، وأيضا ترتفع النسبة بين الذكور مقارنة بالإناث، وكذلك بين الأطفال في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية.

جدول (11/4)

نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالرشح/السعال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا استشارة للعلاج، وتوزيعهم حسب مصدر الاستشارة والخصائص الخلفية ، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نسبة الذين تلقوا استشارة	مصدر الاستشارة						عدد الأطفال المصابين بالرشح/السعال
		مركز صحي	مركز أمومة وطفولة	مستشفى	عيادة طبية	صيدلية	أخرى	
عمر الطفل (بالشهور)								
5-0	63.8	41.0	13.7	8.2	46.3	4.0	0.9	**101**
11-6	62.7	45.1	14.8	2.1	42.1	10.9	0.0	**168**
23-12	62.3	50.3	15.8	7.8	33.0	12.2	2.4	**292**
35-24	52.8	49.3	18.2	4.5	32.4	11.6	0.7	**229**
47-36	35.6	43.7	9.2	14.4	40.2	7.3	0.0	**151**
59-48	55.1	33.0	9.0	6.0	44.9	10.5	1.6	**103**
نوع الطفل								
ذكر	60.0	41.3	15.5	7.6	40.3	13.5	0.6	**511**
أنثى	51.0	50.8	13.6	5.4	35.0	6.7	1.8	**532**
مكان الإقامة								
الضفة الغربية	53.9	44.7	10.6	5.6	45.9	10.9	1.0	**744**
قطاع غزه	59.2	48.3	23.6	8.9	19.5	9.0	1.5	**299**
الإجمالي	**55.4**	**45.8**	**14.6**	**6.6**	**37.8**	**10.3**	**1.2**	**1043**

وبالنسبة لتوزيع الأطفال الذين حصلوا على استشارة حسب المصدر، يتبين أن 46 في المائة من الأطفال تلقوا استشارة من المراكز الصحية، وحوالي 15 في المائة حصلوا عليها من مراكز الأمومة والطفولة، بينما حصل 7 في المائة على استشارة من المستشفيات، و 38 في المائة من العيادات الخاصة. أما بالنسبة للحصول على الاستشارة من الصيدلية والمصادر الأخرى فبلغت نسبتها 10 في المائة، وواحد في المائة على التوالي.

ويبين الجدول 12/4 أن أكثر من نصف الأطفال (56 في المائة) الذين أصيبوا بالرشح والسعال وحصلوا على استشارة، تمت الاستشارة لهم في خلال يوم واحد فقط من حدوث الإصابة، وأن 29 في المائة حصلوا على الاستشارة بعد مضي يومين من حدوث الإصابة، وحوالي 15 في المائة حصلوا على الاستشارة بعد مضى أكثر من يومين على حدوث الإصابة. ويشير الجدول إلى عدم وجود تباينات واضحة في مدة الحصول على الاستشارة خلال يوم واحد من حدوث الإصابة حسب عمر الطفل أو نوعه، بينما نلاحظ أن نسبة الحصول على الاستشارة بعد مضي يوم واحد على حدوث الإصابة ترتفع بين أطفال غزة مقارنة بأطفال الضفة الغربية (60 في المائة و 54 في المائة على التوالي).

جدول (12/4)

التوزيع النسبي للأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالرشح/السعال خلال الأسبوعين السابقين للمسح والذين تلقوا استشارة للعلاج حسب طول الفترة بين الإصابة وتلقي الاستشارة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	الفترة بين الإصابة وتلقي الاستشارة			عدد الأطفال الذين تلقوا استشارة
	يوم واحد	يومين	أكثر من يومين	
عمر الطفل (بالشهور)				
5-0	51.8	19.5	28.7	**64**
11-6	50.4	31.1	18.5	**103**
23-12	59.9	25.5	14.6	**179**
35-24	54.1	39.1	6.8	**121**
47-36	59.4	34.7	6.0	**54**
59-48	59.9	22.2	17.9	**57**
نوع الطفل				
ذكر	56.8	25.2	18.0	**307**
أنثى	55.2	33.7	11.1	**271**
مكان الإقامة				
الضفة الغربية	54.0	30.7	15.3	**401**
قطاع غزه	60.2	25.7	14.1	**177**
الإجمالي	**56.0**	**29.2**	**14.8**	**578**

3/4/4 معالجة أمراض الجهاز التنفسي

يتضح من الجدول 13/4 أن 64 في المائة من الأطفال الذين أصيبوا بالرشح والسعال وتلقوا أي نوع من العلاج حصلوا على علاج خافض للحرارة. وأن حوالي 50 في المائة من الأطفال حصلوا على مضاد حيوي، وحصل 48 في المائة على شراب للسعال، وحوالي 51 في المائة على شراب من الأعشاب بينما حصل 6 في المائة على أنواع أخرى للعلاج. وتعكس هذه النسب تعدد أنواع العلاج بالنسبة للرشح والسعال. ويتبين لنا من بيانات الجدول أن نسب استخدام المضاد الحيوي وشراب الكحة لعلاج الرشح والسعال تنخفض لدى الأطفال عند الفئة العمرية الدنيا (0–5) أشهر، حيث تزيد في المقابل نسبة استخدام المحاليل العشبية، وتنخفض نسبة استخدام المضاد الحيوي أيضا بالنسبة للإناث مقارنة بالذكور، وكذلك تنخفض بشكل ملحوظ وسط أطفال الضفة الغربية مقارنة بأطفال قطاع غزة.

جدول (13/4)

نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين أصيبوا بالرشح/السعال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا أدوية للعلاج حسب نوع العلاج والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نوع الأدوية					عدد الأطفال المصابين بالرشح/السعال
	خافض للحرارة	مضادات حيوية	شراب الكحة	محاليل عشبية	أخرى	
عمر الطفل (بالشهور)						
5-0	52.6	37.6	34.6	69.1	6.3	**101**
11-6	69.3	49.9	47.9	54.0	4.5	**168**
23-12	73.0	53.3	52.4	45.8	6.2	**292**
35-24	61.7	53.5	51.7	49.7	4.3	**229**
47-36	48.3	42.4	46.0	43.4	6.3	**151**
59-48	65.2	60.0	45.6	53.4	10.0	**103**
نوع الطفل						
ذكر	66.4	52.2	48.2	51.0	7.8	**511**
أنثى	60.9	48.6	48.2	50.4	4.1	**532**
مكان الإقامة						
الضفة الغربية	63.9	44.6	44.9	52.8	5.6	**744**
قطاع غزه	63.0	64.6	56.4	45.2	6.6	**299**
الإجمالي	**63.6**	**50.4**	**48.2**	**50.7**	**5.9**	**1043**

كما ويلاحظ من الجدول أيضا أن نسب استخدام شراب الكحة تقل بين أطفال الضفة الغربية حيث تزيد في المقابل نسب استخدام المحاليل العشبية مقارنة مع قطاع غزة .

4/5 الحوادث الخطيرة

يتضح من الجدول 14/4 أن 4 في المائة من الأطفال دون الخامسة تعرضوا لحادثة خطيرة خلال الأثني عشر شهرا السابقة للمسح، بينما تعرض 2 في المائة لحادثة خطيرة خلال أكثر من سنة سابقة للمسح . ويتضح من بيانات الجدول أن 7 في المائة من الأطفال في الفئة العمرية (24–35) شهراً تعرضوا للإصابة بحادث خلال 12 شهراً السابق للمسح تم تبدأ النسبة بالانخفاض كلما زاد العمر، بينما نجد نسبة الإصابة خلال أكثر من سنة سابقة للمسح قد بلغت 3 في المائة للفئة العمرية (24–35) شهراً ثم ترتفع كلما زاد عمر الطفل كما يلاحظ من الجدول عدم وجود تفاوت واضح في نسب الإصابة خلال سنة أو سنة فأكثر حسب نوع الطفل أو مكان إقامته.

ويتبين من الجدول أن أعلى نسبة للإصابة بالحوادث الخطيرة حسب نوع الحادث قد كانت الإصابة بالجروح حيث بلغت 43 في المائة، تليها نسبة الإصابة بالحروق (23 في المائة)، والكسور (22 في المائة)، بينما تعرض 12 في المائة من الأطفال للإصابة بالتسمم. كما تبين نتائج الجدول أن 13 في المائة من الحوادث التي تعرض لها الأطفال قد تركت آثار طويلة المدى.

ويمكننا ملاحظة أن الاتجاه العام لنسب الإصابة حسب نوع الحادث تنخفض كلما زاد عمر الطفل باستثناء الجروح فإن النسبة ترتفع كلما زاد عمر الطفل.

وتبين النتائج أنه لا يوجد فروقات واضحة بنسب الإصابة حسب نوع الحادث بين الذكور والإناث باستثناء الكسور والتسمم حيث أن نسبة إصابة الذكور بالكسور ترتفع مقارنة بإصابة الإناث ، كما أن نسبة إصابة الإناث بالتسمم ترتفع مقارنة بالذكور. كما لا توجد فروقات بنسب الإصابة بالحوادث المختلفة حسب مكان الإقامة، باستثناء الإصابة بالحروق حيث ترتفع النسبة في الضفة الغربية (25 في المائة) مقارنة بقطاع غزة (18 في المائة).

جدول (14/4)

نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين تعرضوا للحوادث، وتوزيعهم حسب نوع الحادث والخصائص الخلفية ، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نسب الأطفال الذين تعرضوا للحوادث			نوع الحادث					نسب الذين أصيبوا بحادث أدى إلى عواقب طويلة المدى	عدد الأطفال الذين تعرضوا لحادث
	خلال أل 12 شهر السابقة للمسح	خلال الفترة اكثر من 12 شهر	عدد الأطفال تحت سن الخامسة	جروح	حروق	كسور	تسمم	إجمالي نسبى		
عمر الطفل (بالشهور)										
5-0	1.2	0.0	341	36.9	0.0	36.7	26.4	100.0	19.5	**4**
11-6	1.8	0.0	438	23.4	76.6	0.0	0.0	100.0	42.3	**8**
23-12	4.8	0.6	908	39.0	31.5	25.3	4.2	100.0	1.6	**49**
35-24	6.7	2.8	860	49.4	19.2	17.7	13.6	100.0	10.4	**82**
47-36	4.6	3.6	877	40.4	29.2	18.7	11.7	100.0	15.9	**72**
59-48	4.2	4.5	805	44.1	12.0	29.2	14.7	100.0	17.5	**70**
نوع الطفل										
ذكر	4.8	2.4	2149	42.8	24.5	27.7	5.0	100.0	12.3	**155**
أنثى	4.1	2.2	2080	43.7	20.8	15.5	20.0	100.0	13.9	**131**
مكان الإقامة										
الضفة الغربية	4.9	2.9	2753	41.7	24.8	22.5	11.0	100.0	13.9	**213**
قطاع غزه	3.7	1.2	1476	46.6	18.4	22.0	13.0	100.0	10.6	**73**
الإجمالي	**4.4**	**2.3**	**4229**	**43.2**	**22.9**	**22.3**	**11.6**	**100.0**	**13.0**	**286**

بالنسبة لمكان وقوع الحادث، يوضح الجدول 15/4 أن 64 في المائة من الحوادث التـــي تعرض لها الأطفال وقعت داخل المنزل. ويبين الجدول أن نسبة الإصابة داخل المنزل ترتفع لدى الإناث مقارنة بالذكور، ولا يلاحظ وجود فروقات للإصابة داخل المنزل حسب مكان الإقامة.

جدول (15/4)

التوزيع النسبي للأطفال تحت سن الخامسة الذين تعرضوا للحوادث حسب مكان وقوع الحادث، والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	مكان وقوع الحادث				عدد الأطفال الذين تعرضوا للحوادث
	في المنزل	خارج المنزل	غير مبين	الإجمالي	
عمر الطفل (بالشهور)					
0-5	72.8	0.0	27.2	100.0	**4**
6-11	63.0	10.2	26.8	100.0	**8**
12-23	73.9	18.0	8.0	100.0	**49**
24-35	63.4	29.2	7.3	100.0	**82**
36-47	59.9	38.0	2.0	100.0	**72**
48-59	59.2	34.9	5.9	100.0	**70**
نوع الطفل					
ذكر	62.6	32.2	5.1	100.0	**155**
أنثى	64.4	27.3	8.3	100.0	**131**
مكان الإقامة					
الضفة الغربية	63.8	29.7	6.4	100.0	**213**
قطاع غزه	62.4	30.6	7.0	100.0	**73**
الإجمالي	**63.5**	**30.0**	**6.6**	**100.0**	**286**

6/4 الخلاصة

يتضح من نتائج المسح الفلسطيني لصحة الأم والطفل أن 7 في المائة من الأطفال مصابون بقصر القامة و3 في المائة مصابون من النحافة و4 في المائة مصابون بنقص الوزن، لذلك يمكننا القول أن الوضع التغذوي للأطفال في المجتمع الفلسطيني جيد جداً.ويلاحظ أن الوضع التغـــذوي للذكور أفضل مقارنة بالإناث وكذلك في الضفة الغربية مقارنة بقطاع غزة.

وتبين نتائج المسح أن 14 في المائة من الأطفال دون سن الخامسة قد أصيبوا بالإســـهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح، وبلغ متوسط مدة الإصابة بالإسهال 4 أيام. وقد تبين أن نســـبة الإصابة بالإسهال ترتفع في الضفة الغربية مقارنة بقطاع غزة.

وتشير البيانات إلى أن 13 في المائة من الأطفال تعرضوا للجفاف أثناء الإصابة بالإسهال وكانت النسبة للإناث ترتفع مقارنة بالذكور. وترتفع النسبة بشكل واضح في الضفة الغربية مقارنة بقطاع غزة. كما وجدت أعلى نسبة للإصابة بالجفاف (23 في المائة) بين الأطفال في الفئة العمرية (0-5) أشهر.

وتشير النتائج إلى أن 33 في المائة من الأطفال دون الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال تلقوا علاجاً للإسهال بمحاليل معالجة الجفاف وكانت نسبة الاستخدام في قطاع غزة ترتفع مقارنة مع الضفة الغربية.

أما بالنسبة للإصابة بأمراض الجهاز التنفسي، فتشير البيانات إلى أن 25 في المائة من الأطفال تعرضوا للإصابة بالرشح أو السعال في الأسبوعين السابقين للمسح، وقد بلغت النسبة أقصاها (38 في المائة) بين الأطفال في الفئة العمرية (6-11) شهراً.

وتبين أن 55 في المائة من الأطفال دون الخامسة الذين أصيبوا بالرشح أو السعال قد حصلوا على استشارة للعلاج. وترتفع نسبة الاستشارة للعلاج بين الذكور مقارنة بالإناث (60 في المائة و 51 في المائة على التوالي)، كما ترتفع في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية (59 في المائة و 54 في المائة على التوالي).

وتشير نتائج المسح أيضاً إلى أن 4 في المائة من الأطفال قد تعرضوا للإصابة بحادث خطير خلال الاثني عشر شهراً السابقة للمسح، بينما تعرض 2 في المائة منهم للإصابة قبل المسح بسنة وأكثر.

وقد بلغت نسبة الإصابة حسب نوع الحادث أعلاها للإصابة بالجروح (43 في المائة) وأقلها الإصابة بالتسمم (12 في المائة). وتشير نتائج المسح إلى أن غالبية الحوادث التي تعرض لها الأطفال (64 في المائة) حدثت داخل المنزل.

الفصل الخامس
رعاية الطفل

1/5 مقدمة

يستعرض هذا الفصل بعض المؤشرات الخاصة برعاية الطفل والتي تشمل التطعيم، وتلقي الفيتامينات، والرضاعة الطبيعية، حيث تلعب هذه المؤشرات دوراً حيوياً في تحديد مستوى صحة الطفل وفرص بقاءه على قيد الحياة.

فبالنسبة للتطعيم، فإن أهميته تنبع من أنه يزود الطفل بالمناعة اللازمة للوقاية من الإصابة بالأمراض الخطيرة التي قد تؤدي إلى وفاتهم، أو إعاقتهم. وتهتم معظم دول العالم بتطبيق برامج التطعيم للأطفال كما نص علية الإعلان العالمي لحقوق الطفل.

أما بالنسبة لأهمية تناول الفيتامينات، فإن تناول الطفل لها يكسبه الوقاية ضد بعض الإمراض، كما تساعد أيضاً في تكوين الأسنان ونمو العظام، والبناء الجسدي. وتعتمد دول العالم سياسة إعطاء الطفل فيتامين أ/د منذ الساعات الأول للولادة، بينما تكمن سياسة وزارة الصحة الفلسطينية بإعطاء الأطفال الفيتامينات بعد الشهر الثاني من الولادة.

فيما يخص الرضاعة الطبيعية فإنها تعتبر من أهم العوامل المؤثرة في صحة ونمو الطفل وذلك من خلال تزويده بالعناصر الغذائية الضرورية، خاصة خلال الشهور الأولى من عمره، كما أنها تزود الطفل بالمناعة اللازمة للوقاية ضد الأمراض، إضافة إلى كونها تساعد على تباعد المواليد.

2/5 تطعيم الأطفال

انطلاقاً من اهتمام السلطة الوطنية الفلسطينية بصحة الطفل، فقد وقعت منظمة التحرير الفلسطينية على وثيقة مؤتمر الإعلان العالمي لحقوق الطفل المنعقد عام 1990، وتعبيراً عن هذا الاهتمام تشترك وزارة الصحة الفلسطينية مع منظمة اليونيسيف (UNICEF)، ومنظمة الصحة العالمية (WHO)، ومع وكالة غوث اللاجئين (UNRWA) في تنفيذ برامج التطعيم. هذا ويوصى برنامج التطعيم المتبع لدى وزارة الصحة الفلسطينية ووكالة غوث اللاجئين تطعيم الأطفال حسب التوقيت الزمني الآتي:

عمـــر الطفل	اللقاح
الشهر الأول	تطعيم ضد الدرن ، الجرعة الأولى ضد اليرقان، والجرعة الأولى ضد شلل الأطفال (حقن)
الشهر الثاني	الجرعة الثانية ضد اليرقان والجرعة الثانية ضد شلل الأطفـــال الجرعـــة الأولى ضد شلل الأطفال (بالفم) والجرعة الأولى ضد الثلاثي
3.5 شهـــر	الجرعة الثانية ضد شلل الأطفال (بالفم) وضد الثلاثي
5 أشهـــر	الجرعة الثانية ضد شلل الأطفال (بالفم) وضد الثلاثي
9 أشهـــر	تطعيم ضد الحصبة والجرعة الثالثة ضد اليرقان
12 شهـــر	جرعة تعزيزي IPV-OPV -DPT
15 شهـــر	تطعيم ضد الحصبة/نكاف/روبيلا

1/2/5 مصادر بيانات التطعيم

لقد تم جمع البيانات عن تطعيم الأطفال في المسح الفلسطيني حول صحة الأم والطفل من خلال سؤال الأمهات اللاتي لديهن أطفال أقل من خمس سنوات عن التطعيمات المختلفـــة التي تناولها الطفل، وتاريخ التطعيم، وقد تم أيضاً الاستقصاء عن بطاقات التطعيم التي توفـــر بيانات موثوق بها. وقد تم تدوين ما إذا كانت البيانات أخذت من البطاقات أم لا. وفى حالـــة عدم وجود بطاقة كان يتم الاعتماد على ذاكرة الأم.

يتضح من بيانات الجدول 1/5 أن نسبة الأطفال الذين تم الاطلاع على بطاقاتهم قـــد بلغت 67 في المائة. ويتبين لنا أن نسبة الأطفال الذين لديهم بطاقة ولم تتم رؤيتها قد بلغت 27 في المائة بينما بلغت نسبة الأطفال الذين ليس لديهم بطاقات تطعيم 6 في المائة. ويجب لفت الانتباه إلى أن نسبة الأطفال الذين لديهم بطاقة لم يتم الإطلاع عليها قد تعود أساســاً إلـــى أن الأطفال الذين تم تطعيمهم في مراكز وكالة غوث اللاجئين تحتفظ الوكالة ببطاقتهم لديها .

ومن خلال النظر في الجدول يتضح أن نسبة الأطفال الذين لديهم بطاقة وتم الإطـــلاع عليها ترتفع بين الأطفال في الفئة العمرية 0-5 أشهر حيث تبلغ 90 في المائـــة ،ثـــم تبـــدأ

بالانخفاض كلما زاد العمر لتصل أدناها بين الأطفال في الفئة العمرية 36–59 شهراً (52 في المائة).

جدول 1/5

التوزيع النسبي للأطفال تحت سن الخامسة حسب مصدر بيانات التطعيم، وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

مصدر بيانات التطعيم	لديه بطاقة وتم الإطلاع عليها	لديه بطاقة ولم يتم الإطلاع عليها	ليس لديه بطاقة	عدد الأطفال
عمر الطفل بالشهور				
5–0	89.5	7.2	3.3	**341**
11–6	87.5	11.5	1.0	**438**
17–12	83.5	12.4	4.1	**440**
23–18	74.1	22.5	3.4	**468**
35–24	65.4	28.1	6.5	**860**
59–36	51.5	39.5	9.4	**1682**
النوع				
ذكر	66.7	27.1	6.2	**2149**
أنثى	66.9	26.8	6.3	**2080**
مكان الإقامة				
الضفة الغربية	74.4	20.8	4.8	**2753**
قطاع غزة	52.7	38.5	8.8	**1476**
الإجمالي	**66.8**	**27.0**	**6.2**	**4229**

بالنسبة للأطفال الذين ليس لديهم بطاقات فإننا نجد أن نسبتهم بلغت أدناها بين الأطفال في الفئة العمرية 6–11 شهراً حيث بلغت واحد في المائة ، بينما تبلغ النسبة أقصاها بين الأطفال في الفئة العمرية 36–59 شهراً (9 في المائة).

ويتبين من الجدول أيضاً أنه لا يوجد تفاوت واضح في نسب الأطفال الذين لديهم بطاقة وتم الإطلاع عليها أو ليس لديهم بطاقة بين الأطفال الذكور والإناث. غير أننا نجد أن الأطفال الذين لديهم بطاقة وتم الإطلاع عليها ترتفع في الضفة الغربية (74 في المائة) مقارنة بقطاع غزه (53 في المائة). بالنسبة للأطفال الذين ليس لديهم بطاقات تطعيم فقد بلغت نسبتهم في الضفة الغربية 5 في المائة وفى قطاع غزه 9 في المائة

2/2/5 انتشار التطعيم

يتضح من بيانات الجدول 2/5 أن نسبة الأطفال تحت سن الخامسة الذين تلقوا اللقاح ضد الدرن قد بلغت 37 في المائة، وأن نسبه التطعيم ضد شلل الأطفال تراوحت بين 97 في المائة للجرعة الأولى و 85 في المائة للجرعة الثالثة ، كما تراوحت نسبة التطعيم ضد الثلاثي (DPT) بين 95 في المائة للجرعة الأولى و 84 في المائة للجرعة الثالثة. هذا وبلغت نسبه التطعيم ضد اليرقان 84 في المائة للجرعة الأولى و63 في المائة للجرعة الثالثة. أما بالنسبة لتلقى التطعيم ضد الحصبة الألمانية والنكاف والروبيلا (MMR) فقد بلغت النسبة 59 في المائة، بينما بلغت النسبة للتطعيم ضد الحصبة 37 في المائة. وتشير النتائج أن نسبه التغطية لجميع التطعيمات (والتي تشمل ثلاث جرعات لكل من التطعيم ضد شلل الأطفال والثلاثي، والتطعيم ضد الحصبة/النكاف/الروبيلا، أو الحصبة قد بلغت 71 في المائة ويتضح من الجدول أن نسبة التغطية بالتطعيمات المختلفة ترتفع بارتفاع عمر الطفل .

ويلاحظ من الجدول أنه لا يوجد فرق بين الذكور والإناث بالنسبة لتلقى التطعيمات المختلفة. إلا أنه يمكننا ملاحظة التباين الواضح في نسب تلقي التطعيمات المختلفة بين الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث نجد أن نسبة تلقى التطعيم ضد الدرن تبلغ 89 في المائة في قطاع غزة مقارنة بـ 17 في المائة في الضفة الغربية. أما بالنسبة لتلقى الأطفال التطعيم ضد شلل الأطفال والثلاثي والحصبة، فإننا نجد أن نسب الأطفال الذين تلقوا هذه التطعيمات ترتفع في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية، بينما نجد أن نسبة تلقى التطعيم ضد اليرقان لجميع الجرعات ترتفع في الضفة الغربية عنها في قطاع غزة وكذلك الحال بالنسبة للتطعيم ضد الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية. بالنسبة لتغطية الطفل بجميع التطعيمات فيلاحظ أن النسبة ترتفع في قطاع غزة (76 في المائة) عنها في الضفة الغربية (69 في المائة).

جدول (2/5)

نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين تلقوا جرعات التطعيم، من بين الأطفال ممن لديهم بطاقة صحية تم الاطلاع عليها، حسب نوع التطعيم وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	درن	شلل الأطفال			الثلاثي			اليرقان			حصبة/ نكاف/ روبيلا	الحصبة	كل الجرعات*	عدد الأطفال الذين لديهم بطاقة تم الاطلاع عليها
		أولى	ثانية	ثالثة	أولى	ثانية	ثالثة	أولى	ثانية	ثالثة				
عمر الطفل بالشهور														
5-0	21.4	85.6	50.1	10.8	71.5	40.4	9.8	91.8	73.2	4.9	0.5	0.2	0.0	**302**
11-6	46.3	97.1	95.6	74.0	96.4	92.9	75.7	86.6	80.5	55.8	7.8	29.7	31.1	**384**
17-12	42.2	98.6	98.3	95.1	98.5	97.7	96.2	90.0	88.1	79.3	46.7	51.4	73.9	**365**
23-18	44.3	98.4	97.6	96.4	96.0	97.6	96.5	88.7	83.4	78.6	82.6	46.3	89.1	**343**
35-24	36.6	98.8	98.7	98.1	99.0	99.2	98.5	91.8	89.3	81.9	84.1	43.5	93.7	**562**
59-36	33.4	98.7	97.6	96.4	98.0	97.0	96.1	71.7	66.8	61.7	83.3	38.6	89.2	**858**
النوع														
ذكر	36.9	96.7	92.1	83.5	95.1	91.0	84.0	83.5	78.1	63.2	58.8	37.1	70.1	**1432**
أنثى	37.0	97.4	92.9	85.2	95.3	91.0	85.2	85.2	79.2	63.2	60.1	36.5	71.2	**1382**
مكان الإقامة														
الضفة الغربية	17.3	96.5	91.0	81.4	94.1	89.0	81.9	91.3	87.1	72.7	62.1	22.1	68.5	**2036**
قطاع غزة	88.5	98.6	96.5	92.0	98.0	96.1	91.6	66.1	56.6	38.3	52.3	75.4	76.1	**778**
الإجمالي	**37.0**	**97.0**	**92.5**	**84.3**	**95.2**	**91.0**	**84.6**	**84.4**	**78.6**	**63.2**	**59.4**	**36.8**	**70.6**	**2814**

*** تضم جرعات التطعيم ضد الحصبة أو الحصبة/النكاف/روبيلا، و ثلاثة جرعات لكل من الثلاثي وشلل الأطفال.**

بالنسبة للأطفال دون سن الخامسة والذين لم تتم رؤية بطاقاتهم، وتم التبليغ انهم تلقوا تطعيمات محددة، يتضح لنا من الجدول 3/5 أن نسبة تلقي التطعيم ضد شلل الأطفال قد تراوحت بين 86 في المائة للجرعة الأولى و83 في المائة للجرعة الثالثة، أما بالنسبة للتطعيم ضد الثلاثي (DPT) فقد تراوحت النسبة بين 89 في المائة للجرعة الأولى و 84 في المائة للجرعة الثالثة. كما يتبين أن نسبة تلقي التطعيم ضد الحصبة بلغت 87 في المائة، بينما كانت نسبه التغطية لجميع التطعيمات 79 في المائة. هذا ونلاحظ أن نسبة التطعيم ضد الأمراض المبلغ عنها تزداد كلما زاد عمر الطفل. ومن خلال النظر إلى البيانات نجد أنه لا يوجد فرق بين الذكور والإناث في نسب تلقى التطعيمات المبلغ عنها، ولكن يمكننا ملاحظة الفرق الشاسع بين الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث نجد أن جميع النسب ترتفع في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية.

جدول (3/5)

نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين تلقوا جرعات التطعيم، من بين الأطفال ممن لديهم بطاقة صحية لم يتم الاطلاع عليها، حسب نوع التطعيم وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	شلل الأطفال			الثلاثي			الحصبة	كل الجرعات*	عدد الأطفال الذين لديهم بطاقات لم يتم الاطلاع عليها
	أولى	ثانية	ثالثة	أولى	ثانية	ثالثة			
عمر الطفل بالشهور									
5-0	47.9	35.0	15.6	53.1	41.6	10.4	5.0	0.0	**35**
11-6	87.0	83.5	68.5	79.3	71.1	55.3	45.3	29.1	**55**
17-12	84.0	84.0	79.4	92.3	92.3	85.7	80.8	68.2	**72**
23-18	87.5	87.5	85.2	87.5	86.9	83.5	87.4	79.9	**120**
35-24	89.6	89.6	88.3	92.0	91.4	89.0	91.5	84.9	**289**
59-36	86.3	86.0	85.4	89.4	89.0	87.8	91.5	84.1	**820**
النوع									
ذكر	86.7	86.1	84.5	88.9	88.2	85.5	88.3	80.6	**715**
أنثى	85.3	84.6	82.0	88.3	87.0	83.2	84.7	77.0	**685**
مكان الإقامة									
الضفة الغربية	72.9	71.8	69.0	78.3	76.7	71.7	77.6	63.3	**702**
قطاع غزة	99.3	99.0	97.6	98.9	98.5	97.1	95.6	94.4	**698**
الإجمالي	**86.0**	**85.4**	**83.3**	**88.6**	**87.6**	**84.3**	**86.6**	**78.8**	**1400**

*** تضم التطعيم ضد الحصبة، وثلاثة جرعات لكل من الثلاثي وشلل الأطفال.**

فيما يخص معدلات التغطية بالتطعيمات المختلفة بالنسبة للأطفال في الفئة العمرية 12-23 شهراً والذين تم الاطلاع على بطاقاتهم، فأنه يتضح لنا من بيانات الجدول 4/5 أن نسبة الأطفال الذين تلقوا التطعيم ضد الدرن قد بلغت 43 في المائة ، وكانت النسبة لكل من شلل الأطفال والثلاثي تتراوح بين 98 في المائة للجرعة الأولى و 96 في المائة للجرعة

الثالثة، بينما كانت نسبة التطعيم ضد اليرقان تتراوح بين 89 في المائة للجرعة الأولى و79 في المائة للجرعة الثالثة، وبلغت نسبة تلقي التطعيم ضد الحصبة 49 في المائة. هذا وتبلغ نسبة الأطفال في هذه الفئة العمرية والذين تلقوا جميع التطعيمات 81 في المائة. ويلاحظ من الجدول عدم وجود فوارق في نسبة تلقى التطعيم ضد الدرن وشلل الأطفال والثلاثي واليرقان بين الأطفال في الفئات العمرية (12–17) شهراً و(18–23) شهراً، بينما نجدها للحصبة والنكاف والحصبة الألمانية ترتفع في الفئة العمرية (18–23) شهراً عنها في الفئة العمرية (12–17) شهراً حيث بلغت النسبة 83 في المائة و47 في المائة على التوالي، وينطبق هذا الحال على التطعيم ضد الحصبة أيضاً.

هذا ويمكن ملاحظة عدم وجود فوارق في نسبة التطعيم بين الذكور والإناث لكننا من خلال بيانات الجدول نجد أن هناك تبايناً واضح في النسب بين الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث أن نسبة التطعيم ضد الدرن ترتفع في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية (91 في المائة و22 في المائة على التوالي)، وكذلك الحال بالنسبة للحصبة حيث ترتفع نسبة التطعيم له في قطاع غزة (93 في المائة) مقارنة بالضفة الغربية (29 في المائة)، بينما تتساوى النسب تقريباً في التطعيم ضد الشلل والثلاثي، لكنها تعود وترتفع في الضفة الغربية عنها في قطاع غزة في حالة التطعيم ضد اليرقان، وبالنسبة لتغطية الأطفال في هذه الفئة العمرية بجميع التطعيمات، يتبين من الجدول الفارق الكبير في نسبة التطعيم بين قطاع غزة (94 في المائة) والضفة الغربية (75 في المائة).

جدول (4/5)

نسب الأطفال في سن 12–23 شهراً الذين تلقوا جرعات التطعيم، من بين الأطفال ممن لديهم بطاقة صحية تم الاطلاع عليها، حسب نوع التطعيم وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	الدرن	شلل الأطفال			الثلاثي			اليرقان			حصبة/ نكاف/ روبيلا	الحصبة	كل الجرعات*	عدد الأطفال
		أولى	ثانية	ثالثة	أولى	ثانية	ثالثة	أولى	ثانية	ثالثة				
عمر الطفل (بالشهور)														
17-12	42.2	98.6	98.2	95.1	98.5	97.7	96.2	90.0	88.1	79.3	46.7	51.4	73.9	**365**
23-18	44.3	98.4	97.6	96.4	98.0	97.6	96.5	88.7	83.4	78.6	82.6	46.3	89.1	**343**
النوع														
ذكر	42.1	98.4	97.5	94.2	98.2	97.5	95.3	87.3	84.3	78.1	64.1	47.7	79.6	**355**
أنثى	44.4	98.6	98.3	97.2	98.3	97.9	97.4	91.4	87.3	79.9	64.1	50.1	82.9	**353**
مكان الإقامة														
الضفة الغربية	21.6	98.6	98.1	94.9	98.2	97.6	95.8	98.1	97.6	93.3	65.5	28.7	75.4	**486**
قطاع غزة	90.5	98.3	97.5	97.5	98.3	97.9	97.5	70.2	60.1	47.5	61.2	93.2	94.0	**222**
الإجمالي	**43.2**	**98.5**	**98.5**	**95.7**	**98.2**	**97.7**	**96.3**	**89.3**	**85.8**	**79.0**	**64.1**	**48.9**	**81.3**	**708**

*** تضم الحصبة، أو الحصبة/النكاف/الروبيلا وثلاثة جرعات لكل من الثلاثي وشلل الأطفال**

بالنسبة للأطفال في عمر 12–23 شهراً والذين لم تتم رؤية بطاقاتهم وتم التبليغ على أنهم تلقوا تطعيمات محددة، يتضح من بيانات الجدول 5/5 إلى أن نسبة التطعيم ضد شلل الأطفال بين هؤلاء الأطفال قد تراوحت بين 86 في المائة للجرعة الأولى و83 في المائة للجرعة الثالثة، بينما تراوحت نسبة التطعيم ضد الثلاثي DPT بين 89 في المائة للجرعة الأولى و84 في المائة للجرعة الثالثة. كما يتبين أن نسبة التطعيم ضد الحصبة وكذلك التغطية بجميع التطعيمات بلغت 85 في المائة و 76 في المائة على التوالي.

ويلاحظ من خلال بيانات الجدول أن نسبة التطعيم ضد شلل الأطفال، و الحصبة، ونسبة التغطية بجميع التطعيمات ترتفع بين الأطفال في الفئة العمرية (18–23) شهراً عنها في الفئة العمرية (12–17) شهراً. بينما ينعكس الحال في نسبة التطعيم ضد الثلاثي. كما أن نسبة التطعيم ضد الأمراض والتغطية بجميع التطعيمات أعلى لدى الذكور منها للإناث. هذا وترتفع نسبة التطعيم ضد جميع الأمراض ونسبة التغطية بجميع التطعيمات بصورة واضحة في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية.

جدول (5/5)

نسب الأطفال في سن 12–23 شهراً الذين تلقوا جرعات التطعيم، من بين الأطفال الذين لديهم بطاقات صحية لم يتم الاطلاع عليها، حسب نوع التطعيم وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	شلل الأطفال			الثلاثي			الحصبة	كل الجرعات*	عدد الأطفال
	أولى	ثانية	ثالثة	أولى	ثانية	ثالثة			
عمر الطفل (بالشهور)									
12–17	84.0	84.0	79.4	92.3	92.3	85.7	80.8	68.2	**72**
18–23	87.5	87.5	85.2	87.2	86.9	83.5	87.4	79.9	**120**
النوع									
ذكر	88.4	88.4	86.4	88.2	87.4	85.3	87.4	78.5	**94**
أنثى	84.1	84.1	79.7	90.4	90.4	83.3	82.5	72.6	**98**
مكان الإقامة									
الضفة الغربية	77.0	77.0	74.0	82.6	81.9	77.0	78.1	63.5	**113**
قطاع غزة	99.2	99.2	95.8	98.8	98.8	94.6	94.6	92.6	**79**
الإجمالي	**86.2**	**86.2**	**83.0**	**89.3**	**88.9**	**84.3**	**84.9**	**75.5**	**192**

***تضم الحصبة، وثلاثة جرعات لكل من الثلاثي وشلل الأطفال**

3/2/5 أسباب عدم استكمال التطعيم

يوضح جدول 6/5 نسبة الأطفال دون سن الخامسة والذين لم يكملوا تناول جميع التطعيمات حسب السبب في عدم استكمال الجرعات وبعض الخصائص الخلفية. ويتضح من بيانات الجدول أن 93 في المائة في هؤلاء الأطفال لم يتم استكمال التطعيم لهم بسبب صغر سن الطفل، وبلغت نسبة الأطفال الذين لم يستكملوا التطعيم بسبب مرضهم 3 في المائة ، كما ويتبين أن 2 في المائة من الأطفال تنوى أمهاتهم الذهاب لاستكمال التطعيم لهم.

ويلاحظ أن نسبة عدم الاستكمال بسبب صغر سن الطفل تقل كلما زاد عمر الطفل ، كما ونلاحظ وبشكل عام أن نسبه الأطفال الذين لم يستكملوا التطعيم بسبب مرض الطفل ترتفع كلما زاد عمر الطفل ، حيث بلغت النسبة أعلاها بين الأطفال في الفئة العمرية (36-59) شهراً (48 في المائة).

جدول (6/5)

نسب الأطفال تحت سن الخامسة الذين لم يتلقوا أو يستكملوا جرعات التطعيم، حسب السبب وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	سبب عدم استكمال التطعيم									عدد الأطفال الذين لم يستكملوا جرعات التطعيم
	الطفل مازال صغيراً	لم تعلم بأهمية التطعيم	لم تعلم بأهمية إعادة الزيارة	لم تعلم بميقات التطعيم	الخوف من الآثار الجانبية	تنوى الذهاب	الطفل كان مريضاً	عدم توفر المصل	بُعد المسافة	
عمر الطفل (بالشهور)										
5-0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	**302**
11-6	98.3	0.4	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	**263**
17-12	69.4	0.0	0.0	3.6	0.0	17.6	6.9	2.4	0.0	**95**
23-18	47.9	0.0	0.0	0.0	9.5	0.0	22.7	13.4	6.7	**37**
35-24	0.0	0.0	0.0	16.7	16.7	15.0	19.9	16.7	15.0	**34**
59-36	0.0	15.7	14.6	8.0	0.0	7.9	47.9	6.0	0.0	**91**
النوع										
ذكر	91.7	0.8	0.0	0.7	0.6	2.2	3.4	0.5	0.0	**427**
أنثى	94.3	0.0	0.5	0.6	0.0	1.9	1.4	0.8	0.4	**395**
مكان الإقامة										
الضفة الغربية	92.3	0.2	0.1	0.6	0.4	2.4	3.2	0.7	0.1	**638**
قطاع غزة	95.5	1.3	0.7	0.7	0.0	0.6	0.0	0.7	0.6	**184**
الإجمالي	**93.0**	**0.4**	**0.3**	**0.6**	**0.3**	**2.0**	**2.5**	**0.7**	**0.2**	**822**

3/5 تناول فيتامين أ/د

تم في المسح سؤال الأمهات اللاتي لديهن أطفال في عمر 2–11 شهرا عما إذا كان هؤلاء الأطفال تناولوا أو يتناولون حاليا فيتامينات أ/د. ويوضح جدول 7/5 التوزيع النسبي للأطفال من عمر (2–11) شهراً حسب تناولهم لفيتامين أ/د وبعض الخصائص الخلفية. وتبين من الجدول أن 38 في المائة من الأطفال في هذه الفئة العمرية قد تلقوا فيتامين أ/د وتشير البيانات أن نسبة تلقي الأطفال لفيتامين أ/د تزداد بإزدياد العمر، حيث بلغت النسبة أقصاها بين الأطفال في الفئة العمرية (9–11) شهراً (46 في المائة).كما يتبين أن نسبة تلقى الذكور لفيتامين أ/د أعلى منها لدى الإناث (42 في المائة و34 في المائة على التوالي). ويمكن أيضاً ملاحظة التباين الواضح في نسبة تلقى فيتامين أ/د بين الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث بلغت النسبة 48 في المائة في الضفة الغربية مقارنة بـ 19 في المائة في قطاع غزة.

جدول (7/5)

التوزيع النسبي للأطفال في سن 2–11 شهراً حسب تناولهم لفيتامينات أ/د وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	فيتامينات أ/د		عدد الأطفال
	تلقى فيتامينات	لم يتلق فيتامينات	
عمر الطفل (بالشهور)			
8–2	34.4	42.0	**484**
11–9	45.7	46.8	**233**
النوع			
ذكر	42.4	41.7	**362**
أنثى	33.7	45.4	**354**
مكان الإقامة			
الضفة الغربية	47.6	38.6	**482**
قطاع غزة	18.6	53.6	**235**
الإجمالي	**38.1**	**43.5**	**717**

أما بالنسبة لتوقيت تلقى الأطفال لفيتامينات أ/د، يتبين من بيانات الجدول 8/5 أن 89 في المائة من الأطفال بدءوا بتلقي فيتامين أ/د عند عمر (2–5) أشهر، بينما بدأ 8 في المائة من الأطفال في تلقي الفيتامين عند عمر (6–8) شهور، و 4 في المائة عند عمر (9–11) شهراً. هذا يمكن ملاحظة عدم وجود فوارق بين الذكور والإناث عند عمر البدء (2–5) أشهر، حيث

نجد الفرق واضحاً عند عمر البدء (6–8) اشهر، حيث نجد أن النسبة للذكور (6 في المائة) مقارنة بالنسبة للاناث (11 في المائة). كما تشير النتائج إلى أن 98 في المائة من الأطفال في الضفة الغربية بدءوا تلقي فيتامين أ/د عند عمر (2–5) أشهر، وهي نسبة أعلى بكثير من النسبة في قطاع غزة، حيث بلغت (40 في المائة).

جدول (8/5)

التوزيع النسبي للأطفال في سن 2–11 شهراً الذين تلقوا فيتامينات أ/د حسب عمر الطفل عند بدء تلقى الفيتامينات، وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	عمر الطفل عند بدء تناول الفيتامينات				عدد الأطفال الذين تلقوا فيتامينات أ/د
	5–0	8–6	11–9	الإجمالي	
عمر الطفل (بالشهور)					
8–2	94.7	5.3	0.0	100.0	**167**
11–9	79.0	11.6	9.3	100.0	**106**
النوع					
ذكر	89.2	5.5	5.3	100.0	**153**
أنثى	87.9	10.6	1.5	100.0	**119**
مكان الإقامة					
الضفة الغربية	97.9	1.8	0.3	100.0	**229**
قطاع غزة	40.2	38.9	21.0	100.0	**44**
الإجمالي	**88.6**	**7.8**	**3.6**	**100.0**	**273**

بالنسبة لطول فترة تلقي الفيتامين، بين الأطفال الذين تلقوا فيتامين أ/د ، يتضح من بيانات الجدول 9/5 أن 79 في المائة من الأطفال استمروا في تلقى الفيتامين لمدة تتراوح بين أقل من شهر وخمسة أشهر، و 17 في المائة استمروا لمدة (6–8) أشهر، و 5 في المائة لمدة (9–11) شهراً.

ومن خلال بيانات الجدول يمكننا ملاحظة أن نسبة تلقي فيتامين أ/د لفترة (0–5) أشهر تبلغ 77 في المائة بين الأطفال الذكور، بينما كانت النسبة للإناث 81 في المائة. أما بالنسبة للاستمرار لفترة (9–11) شهرا فنجد أن نسبة الذكور تبلغ 7 في المائة مقارنة مع الاناث 2 في المائة.

جدول (9/5)

التوزيع النسبي للأطفال في سن 2-11 شهراً الذين تلقوا فيتامينات أ/د حسب طول فترة تلقي الفيتامينات، وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	فترة تلقى الفيتامينات				عدد الأطفال
	5-0	8-6	12-9	الإجمالي	
عمر الطفل (بالشهور)					
8-2	90.4	9.6	0.0	100.0	**167**
11-9	60.3	27.7	12.0	100.0	**106**
النوع					
ذكر	76.7	16.7	6.6	100.0	**153**
أنثى	81.3	16.5	2.2	100.0	**119**
مكان الإقامة					
الضفة الغربية	75.9	18.8	5.3	100.0	**229**
قطاع غزة	93.5	5.0	1.5	100.0	**44**
الإجمالي	**78.7**	**16.6**	**4.7**	**100.0**	**273**

كما ويتبين لنا من أن مدة الاستمرار لفترة (0-5) أشهر تكون أعلى في قطاع غـــزة (94 في المائة) منها في الضفة الغربية (76 في المائة)، وينعكـــس الحـــال بالنســـبة لفـــترة الاستمرار لمده (6-8) أشهر و (9-11) شهرا حيث ترتفع النسب في الضفة الغربية مقارنـــة مع قطاع غزة.

4/5 الرضاعة الطبيعية

5 /4 /1 ممارسة الرضاعة الطبيعية

تدل نتائج المسح الموضحة في الجدول 10/5 إلى أن 4 في المائة فقط من آخر مولودين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح لم يسبق لهم الرضاعة الطبيعية، مما يدل على انتشار ممارسة الرضاعة في الضفة الغربية وقطاع غزة. وتبين من الجدول أن نسبة المواليد الذين أرضعوا رضاعة طبيعية تنخفض مع ازدياد عمر الأم.كما إنها ترتفع بصورة طفيفة بين المواليد (آخر مولود) الذكور(97 في المائة) مقارنة بالإناث (96 في المائة)، و في قطاع غزة (97 في المائة) مقارنة مع الضفة الغربية (96 في المائة).

جدول (10/5)

نسب المواليد الذين أرضعوا رضاعة طبيعية من بين آخر مولود وآخر مولودين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب بعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	المولود الأخير		آخر مولودين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح	
	النسبة	العدد	النسبة	العدد
عمر الأم				
19-15	**98.4**	**138**	**97.2**	193
24-20	**96.7**	**511**	**97.2**	879
29-25	**96.3**	**553**	**94.9**	960
39-30	**95.8**	**799**	**96.1**	1274
49-40	**95.1**	**268**	**95.1**	346
النوع				
ذكر	**96.8**	**1182**	**96.4**	1874
أنثى	**95.6**	**1086**	**95.6**	1778
مكان الاقامة				
الضفة الغربية	**95.7**	**1508**	**95.5**	2390
قطاع غزة	**97.1**	**760**	**97.0**	1262
تعليم الأم				
لم تذهب للمدرسة	**93.9**	**277**	**94.1**	453
ابتدائي	**96.0**	**592**	**96.6**	949
اعدادي	**97.1**	**693**	**96.5**	1126
ثانوي فأكثر	**96.2**	**579**	**96.0**	921
غير مبين	**97.1**	**127**	**94.3**	203
الإجمالي	96.2	2268	96.0	3652

بالنسبة لآخر مولودين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، والذين لم يسبق لهم الرضاعة الطبيعية يتضح من الجدول 11/5 أن الأسباب الرئيسية في عدم رضاعة الطفل تتلخص في مرض الأم أو الطفل (29 في المائة)، وعدم وجود حليب كافي لدى الأم (28 في المائة)، ورفض الطفل للرضاعة (22 في المائة) وإلى وجود مشاكل في الثدي أو الحلمة (12 في المائة).

جدول (11/5)

التوزيع النسبي للمواليد خلال الخمس سنوات السابقة للمسح والذين لم يسبق لهم الرضاعة حسب السبب وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

سبب عدم الرضاعة	الضفة الغربية	قطاع غزة	كل الأطفال
الأم/الطفل مريض	30.3	26.3	29.2
رفض الرضاعة	18.3	31.1	21.6
عدم توفر حليب الأم	31.6	18.7	28.3
مشاكل في الثدي/الحلمة	10.1	15.2	11.5
غير مبين	9.6	8.7	9.4
الإجمالي	**100.0**	**100.0**	**100.0**
عدد الأطفال	**109**	**37**	**146**

2/4/5 الحالة الراهنة للرضاعة الطبيعية

يتضح من بيانات الجدول 12/5 أن 92 في المائة من الأطفال في عمر أقل من 3 شهور كانوا لا يزالون يرضعون وقت المسح. وتتناقص نسبة الأطفال الذين مازالوا يرضعون وقت المسح بارتفاع عمر الطفل، لتصل إلى 52 في المائة بين الأطفال في فئة العمر 12–14 شهراً، وتبلغ النسبة أدناها (3 في المائة) بين الأطفال في عمر 21 شهراً فأكثر.

ويلاحظ من الجدول أن نسب الأطفال الذين في عمر أقل من 12 شهراً ومازالوا يرضعون وقت المسح ترتفع في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية.

جدول (12/5)

نسب الأطفال الذين مازالوا يرضعون (لأخر مولود)، طبقا لنوع وعمر الطفل، ومكان الإقامة، الضفة الغربية وقطاع غزة

عمر الطفل بالشهور	ذكور		إناث		الضفة الغربية		قطاع غزة		الإجمالي	
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد
<3*	88.2	54	95.3	66	92.1	120	-	-	92.1	120
3-5	85.6	106	84.4	104	82.0	152	92.8	58	85.0	210
6-8	70.7	101	73.3	98	69.2	125	76.7	75	72.0	200
9-11	56.2	116	52.8	110	48.9	131	62.5	95	54.6	226
12-14	52.4	97	50.8	91	51.9	123	51.1	65	51.6	188
15-17	45.6	107	26.6	107	38.0	144	32.0	70	36.1	214
18-20	19.7	89	10.8	90	13.3	115	18.5	64	15.2	179
+21	3.8	512	2.6	420	4.0	598	1.9	333	3.2	931
الإجمالي	**34.8**	**1182**	**34.6**	**1086**	**36.0**	**1508**	**32.2**	**760**	**34.7**	**2268**

*نسبة لتأخر جمع المعلومات من قطاع غزة، تم حساب عمر الأطفال حسب تاريخ الزيارة.

3/4/5 طول فترة الرضاعة الطبيعية

تم احتساب متوسط فترة الرضاعة حسب طريقة (P/I)، وفيها يتم حساب متوسط الفترة بقسمة عدد الأطفال الذين مازالوا يرضعون وقت المسح على عدد المواليد في الشهر (والذي يتم احتسابه بالاعتماد على أعداد المواليد خلال العامين السابقين للمسح).

وتشير بيانات الجدول 13/5 إلى أن متوسط فترة الرضاعة الطبيعية في الضفة الغربية وقطاع غزة يبلغ 11.1 شهراً . كما يمكن ملاحظة أن متوسط فترة الرضاعة الطبيعية يزداد كلما زاد عمر الأم، كما يتضح من الجدول أن متوسط فترة الرضاعة الطبيعية يرتفع بين الأطفال الذكور (11.6 شهراً)، مقارنة بالإناث (10.5 شهراً)، وفى قطاع غزة (12.2 شهراً)، مقارنة بالضفة الغربية (10.5 شهراً) كما أن متوسط فترة الرضاعة الطبيعية ينخفض بارتفاع المستوى التعليمي للأم.

جدول (13/5)

متوسط طول فترة الرضاعة الطبيعية، طبقاً لبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	متوسط طول فترة الرضاعة الطبيعية (بالشهور)
عمر الأم	
19-15	8.5
24-20	9.9
29-25	10.5
39-30	11.9
49-40	13.2
النوع	
ذكر	11.6
أنثى	10.5
مكان الإقامة	
الضفة الغربية	10.5
قطاع غزة	12.2
تعليم الأم	
لم تذهب لمدرسة	11.6
ابتدائي	11.9
إعدادي	10.8
ثانوي فأكثر	10.3
الإجمالي	**11.1**

4/4/5 أسباب الفطام

يبين الجدول 14/5 توزيع المواليد (المولود الأخير) الذين تم فطامهم حسب عمر الطفل عند الفطام وسبب الفطام. ويلاحظ من بيانات الجدول أن الأسباب الرئيسية لفطام هؤلاء الأطفال تتخلص في بلوغ الطفل سن الفطام (36 في المائة)، وعدم توفر حليب كافي لدى الأم (18 في المائة)، ورفض الطفل للرضاعة (16 في المائة)، وحمل الأم (15 في المائة).

جدول (14/5)

التوزيع النسبي للأطفال (آخر مولود) الذين تم فطامهم حسب سن الطفل عند الفطام وسبب الفطام، الضفة الغربية وقطاع غزة

سبب الفطام	عمر الطفل عند الفطام				
	اقل من 6 شهور	6–11	12–23	+24	الإجمالي
الطفل بلغ سن الفطام	0.3	9.7	59.7	85.6	**36.4**
مرض الطفل	4.1	3.4	1.6	0.0	**2.5**
رفض الرضاعة	31.0	28.4	4.8	2.5	**16.2**
مرض ا لأم	13.1	6.0	4.6	1.3	**6.9**
الأم ليس لديها حليب كاف	41.4	18.4	6.4	0.0	**17.7**
الأم حامل	4.5	26.6	18.5	8.9	**15.3**
ترغب في الحمل	0.4	2.9	1.7	0.0	**1.4**
الأم تنوى استخدام وسائل منع الحمل	0.8	0.3	0.8	1.7	**0.8**
الأم ترغب في العمل	1.9	1.6	0.4	0.0	**1.0**
تفضل الأغذية المعلبة	2.5	2.2	1.5	0.0	**1.8**
الإجمالي	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**
عدد الأطفال	**351**	**232**	**576**	**110**	**1269**

وكما يلاحظ من الجدول فإن ترتيب أهمية هذه الأسباب يتغير حسب عمر الطفل عند الفطام. فبالنسبة للأطفال الذين تم فطامهم في عمر أقل من 6 شهور نجد أن السبب الرئيسي وراء الفطام هو عدم توفر حليب كافي لدى الأم، في حين أن السبب الرئيسي للفطام بين الأطفال في عمر 12 شهراً فاكثر يكون هو بلوغ الطفل لسن الفطام. أما بالنسبة للأطفال الذين تم فطامهم في عمر 6–11 شهراً فأن الأسباب الرئيسية للفطام تتمثل في رفض الطفل للرضاعة، وحمل الأم.

5/5 التغذية الإضافية

1/5/5 عمر الطفل عند بدء التغذية الإضافية

المقصود بالتغذية الإضافية هو تغذية الطفل بها بصورة منتظمة وليس مجرد تناولها. ويوضح الجدول 15/5 أن متوسط عمر الأطفال عند البدء بالأغذية الإضافية (السوائل والأطعمة الصلبة) يبلغ حوالي خمس شهور (5.1 شهور بالنسبة للإناث و 4.8 شهراً للذكور). هذا ويلاحظ أنه في الضفة الغربية يبدأ إعطاء الطفل للأغذية الإضافية في متوسط عمر أعلى من متوسط العمر في قطاع غزة. كما أن الأطفال لأمهات أكملن مرحلة التعليم

الابتدائي، وأطفال الأمهات في الفئة العمرية (15–19 عاماً) يبدءون في تنـــاول الأغذيـــة الإضافية في أعمار أعلى نسبياً مقارنة مع باقي الأطفال .

جدول (15/5)

متوسط عمر الطفل عند البدء بإعطائه السوائل والأغذية الصلبة، حسب الخصائص الخلفية للأم،

الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نوع الطفل		
	ذكور	إناث	إجمالي
عمر الأم			
19–15	6.5	4.5	**5.6**
24–20	4.3	6.8	**5.5**
29–25	5.5	4.5	**5.0**
39–30	4.3	4.7	**4.5**
49–40	4.6	4.1	**4.3**
مكان الإقامة			
الضفة الغربية	4.9	5.3	**5.1**
قطاع غزة	4.6	4.6	**4.6**
تعليم الأم			
لم تذهب لمدرسة	4.5	5.1	**4.8**
ابتدائي	5.9	5.2	**5.6**
إعدادي	4.1	5.1	**4.6**
ثانوي فأكثر	4.6	5.0	**4.8**
الإجمالي	**4.8**	**5.1**	**4.9**

2/5/5 نوع الأغذية الإضافية

يوضح الجدول 16/5 نوع الأغذية الإضافية التي يتناولها الأطفال حسب عمر الطفل. وكما يتبين من الجدول فأن 90 في المائة من الأطفال يتناولون طعام الأسرة، و82 في المائـــة يتناولون عصير الفواكه، و65 في المائة يتناولون أغذية غنية بالحديد.

ويعتمد نوع الأغذية الإضافية التي يتناولها الطفل على عمر ذلك الطفل. فكمـــا هـــو واضح من خلال الجدول أن 86 في المائة من الأطفال في سن أقل من أربعة أشهر يتنـــاولون شراب الأعشاب، و38 في المائة يتناولون حليب البودرة، و 4 في المائة فقط يناولون حليـــب طازج.

جدول (16/5)

نسب الأطفال الذين تم إعطائهم أغذية مكملة حسب عمر الطفل ونوع الأغذية المكملة، الضفة الغربية وقطاع غزة

نوع الأغذية	عمر الطفل بالشهور						الإجمالي
	اقل من 4 شهور	6-4	11-7	17-12	23-18	59-24	
مياه معدنية	13.1	12.6	13.0	10.2	11.9	11.1	**11.5**
لبن جاف	38.5	51.3	54.2	50.7	48.1	44.3	**46.7**
لبن حليب	3.5	7.1	20.4	30.2	43.0	41.0	**34.3**
عصير فواكه	21.8	64.3	88.1	85.0	87.5	85.4	**81.9**
ماء بسكر	33.4	16.0	15.9	15.7	16.2	17.5	**17.5**
أعشاب	86.1	82.0	78.8	74.6	70.6	72.7	**74.4**
وجبة محضرة في المنزل	14.5	66.1	70.9	52.7	44.3	36.7	**43.8**
طعام الأسرة	6.2	46.1	86.1	97.5	97.1	98.2	**89.7**
أغذية معلبة	11.5	33.4	30.8	20.6	22.8	20.8	**22.5**
وجبة مخلوطة بالمقويات	8.0	31.2	57.4	68.6	74.5	72.1	**65.3**

ويلاحظ ازدياد اعتماد الأطفال على طعام الأسرة كلما زاد العمر. فمثلاً نلاحظ أن 97 في المائة من الأطفال في عمر سنة ونصف فأكثر اعتمدوا على طعام الأسرة و75 في المائة تناولوا أغذية غنية بالحديد.

6/5 الخلاصة

تشير بيانات المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع أن 94 في المائة من الأطفال لديهم بطاقات تطعيم وأنه تم الإطلاع على 67 في المائة منها. وتشير نتائج المسح إلى أن 71 في المائة من الأطفال الذين تم الإطلاع على بطاقاتهم تلقوا جميع التطعيمات (الحصبة، أو الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية، وعلى الأقل ثلاث جرعات من لقاح الشلل والثلاثي) ، بينما نجد النسبة للتغطية بجميع التطعيمات للأطفال الذين لم يتم الإطلاع على بطاقاتهم قد بلغت 79 في المائة. وبلغت نسبة التغطية بجميع التطعيمات للأطفال في عمر (12-23) شهراً والذين تم الإطلاع على بطاقاتهم 81 في المائة.

وتشير نتائج المسح إلى أن نسبة التغطية لمعظم التطعيمات تكـــون أعلـــى بصـــورة واضحة في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية خاصة بالنسبة للتطعيم ضد الـــدرن (BCG). هذا ولا يلاحظ وجود فروقات بين نسب التطعيم بالجرعات المختلفة حسب نوع الطفل.

كما أشارت البيانات أن 47 في المائة من الأطفال في سن (2–12) شهرا قد تنـــاولوا فيتامين أ/د، ويمكن ملاحظة الفروقات حسب نوع الطفل، حيث نجد أن النسبة ترتفـــع بيـــن الذكور مقارنة بالإناث، وكذلك ترتفع النسبة في الضفة الغربية بصورة واضحة عن النسبة في قطاع غزة، هذا وقد بلغت نسبة الأطفال الذين استمروا في تناول الفيتامينـــات لمـــدة (2–5) شهور 71 في المائة.

وتبين لنا من البيانات أن 4 في المائة فقط من آخر مولودين خلال الخمـــس ســـنوات السابقة للمسح لم يرضعوا أبداً، مما يشير إلى انتشار الرضاعة الطبيعية في الضفـــة الغربيـــة وقطاع غزة. وقد بلغ متوسط مدة الرضاعة 11 شهراً. ونلاحظ أن متوسط مده الرضاعـــة يزداد كلما زاد عمر الأم. كما أن متوسط فترة الرضاعة الطبيعية ترتفع بين الأطفال الذكـــور مقارنة بالإناث، وفى قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية، وبين أطفال الأمهات الذين لم تذهـــب أمهاتهم للمدرسة أو الذين تلقت أمهاتهم تعليما ابتدائيا مقارنة مع باقي الأمهات.

وتشير النتائج أن متوسط العمر عند البدء بالتغذية الإضافية قد بلغ خمسة شهور لكـــل من الذكور والإناث، ولا نجد فروقات في متوسط العمر تبعاً لمكان الإقامة.

الفصل السادس

رعاية الأمومة

1/6 مقدمة

الاهتمام بصحة الأمومة يعني العمل على ضمان حصولها على الرعاية الطبية وغير الطبية أثناء فترة الحمل والإنجاب، وخلال فترة ما بعد الإنجاب. فضمان رعاية صحية مناسبة للأم أثناء فترة الحمل، يمكن أن يقلل من تلك المشاكل والتعقيدات التي يسببها الحمل، أو تلك التي كانت سابقة للحمل إلا أن الحمل ساعد على تفاقمها، وصولاً للحفاظ على حياة كل من الأم والطفل. ولهذه الرعاية دور آخر يتمثل في تحديد فئات معينة من النساء الحوامل واللاتي تتطلب أوضاع الحمل عندهن رعاية ومتابعة خاصة أثناء الحمل أو عند الوضع.

وترتبط الرعاية الصحية أثناء الوضع بطبيعة ومستوى الخدمات المقدمة من حيث مدى توفرها وسهولة الحصول عليها، ومستوى تدريب وخبرة القائمين على عملية الوضع. وتعتمد كذلك على مستوى خدمات الطوارئ التي قد تستدعى الحاجة اللجوء إليها في حالات معينة، خاصة في حالات الوضع المتعسر.

أما الرعاية الصحية للأم بعد الإنجاب فتتمثل بتلك الإجراءات الوقائية والعلاجية الضرورية للحفاظ على صحة الأم والطفل.

وعلى ضوء هذه الحقائق ، بات من الواضح أن رعاية الأم قبل، وخلال ، وفى فترة ما بعد الولادة يعتبر إجراءاً حيوياً لتقليل مخاطر وفيات الأم والطفل على حد سواء. وهو حيوي أيضاً من اجل نمو وتطور سليم لصحة الأم والطفل.

ويعتمد مفهوم الرعاية الصحية للأمهات ومدى استخدامهن لها على أمور متعددة منها المعتقدات المحلية، والخلفية الثقافية، والمستوى الاقتصادي ، والخصائص الديموغرافية للأمهات وخصائص المجتمع الذي يعشن فيه. لذا فإن التعرف على هذه العوامل التي تؤثر في صحة الأم والطفل، وجمع المعلومات عنها هي الطريقة المثلى التي تدعم عمليات تصميم وتنفيذ السياسات الصحية المناسبة التي تستهدف رفع مستوى صحة الأم والطفل عن طريق التأثير في مدى استخدام الرعاية الصحية للأمهات ونوعية هذا الاستخدام.

وقد قام المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة ومن خلال الجـــزء الخـــاص بصحة ورعاية الأم بتوجيه أسئلة متعددة للنساء الحوامل والأمهات اللاتي أنجبن طفلاً واحـــداً على الأقل أثناء فترة الخمس سنوات السابقة للمسح تتعلق بمستوى وطبيعة خدمات الرعايـــة الصحية التي تلقتها النساء الحوامل والأمهات أثناء مراحل الإنجاب المختلفة.

ومن الجدير بالذكر أن البيانات المجموعة من النساء الحوامل توفر معلومات جيدة عن الوضع الراهن لمستوى الخدمات الصحية. ومن جانب آخر، فإن المعلومـــات المســـتقاة مـــن المواليد خلال الخمس سنوات التي سبقت المسح توفر قدراً اكبر من المعلومات عن اســـتخدام الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل، الإنجاب، وبعد الإنجاب. كما أنها تتيح تحليـــلاً إحصائيـــا اكثر دقة وشمولاً. ولا بد هنا من التنويه بأن تعبير الولادات المستخدم في هذا الفصل يشـــير إلى الولادات التي انتهت بمولود حي.

2/6 الرعاية الصحية أثناء الحمل

يوضح جدول (1/6) نسبة السيدات الحوامل اللاتي تلقين الرعاية الصحية أثناء الحمل طبقاً لبعض خصائص المبحوثات. ويشير الجدول إلى أن حوالي (80 في المائة) من السيدات الحوامل في الضفة الغربية وقطاع غزة تلقين على الأقل كشفاً واحداً لمتابعة الحمل. ويتضـح من بيانات الجدول أن نسبة السيدات الحوامل من القاطنات في الضفة الغربية وقمـــن بتلقـــي الرعاية الصحية أثناء الحمل (83 في المائة) كانت أعلى من نسبة اللاتي تلقين هذه الرعايـــة في قطاع غزة (77 في المائة). كما نلاحظ أن نسبة الحوامل اللاتي قمن بزيارات لمتابعـــة الحمل تزداد بازدياد المستوى التعليمي، حيث تراوحت هذه النسبة بين (87 في المائة) بالنسبة للسيدات اللاتي أكملن المرحلة الثانوية فما فوق، مقارنة بـــ 71 في المائة بالنسبة للســـيدات اللاتي لم يتلقين أي تعليم. ويتبين من الجدول أنه لا توجد تباينات في نسب الحوامل اللاتـــي تابعن الحمل حسب عمر الحامل. كما أن نسبة الحوامل اللاتي تابعن الحمل ترتفـــع بصـــورة واضحة مع طول فترة الحمل.

جدول (1/6)

نسب السيدات الحوامل اللاتي تابعن الحمل، والتوزيع النسبي لهن حسب الغرض من المتابعة، الضفة الغربية وقطاع غزة

خلفية المبحوثة	عدد الحوامل	نسبة الحوامل اللاتي تابعن الحمل	الغرض من المتابعة			عدد الحوامل اللاتي تابعن الحمل
			شكوى صحية	متابعة عادية	الإجمالي	
العمر						
اقل من 30 سنة	434	79.8	42.5	57.5	100.0	346
30-49	188	81.3	62.7	37.3	100.0	154
مكان الإقامة						
الضفة الغربية	354	82.9	46.2	53.8	100.0	294
قطاع غزة	268	76.8	52.2	47.8	100.0	206
تعليم الأم						
لم تذهب للمدرسة	94	70.5	65.9	34.1	100.0	66
ابتدائي	178	78.4	46.4	53.6	100.0	140
إعدادي	186	81.0	50.0	50.0	100.0	151
ثانوي فأكثر	164	87.2	41.6	58.4	100.0	143
مدة الحمل						
اقل من 3 شهور	63	50.1	61.3	38.7	100.0	32
3-5 شهور	214	68.6	56.3	43.7	100.0	147
6-9 شهور	345	92.9	43.8	56.2	100.0	321
الإجمالي	**622**	**80.3**	**48.6**	**51.4**	**100.0**	**500**

ويتضح من الجدول أيضاً أن أكثر قليلا من نصف عمليات متابعة الحمل (51 في المائة) كانت بغرض المتابعة العادية للحمل. هذا وكما يتبين من الجدول فإن نسب متابعة الحمل بغرض معالجة شكوى صحية ترتفع بين السيدات الحوامل في عمر أكثر من 30 عاماً (63 في المائة)، وبين الحوامل في قطاع غزة (52 في المائة)، وبين الحوامل من غير المتعلمات (66 في المائة)، وبين الحوامل في الثلث الأول من فترة الحمل (61 في المائة).

بالنسبة لأخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، يوضح الجدول 2/6 أن غالبية الولادات (95 في المائة) تمت متابعة الحمل لها. ويبين الجدول أن معدلات استخدام الرعاية الصحية للولادات أثناء الحمل بلغت (97 في المائة بين الولادات للأمهات تحت الثلاثين سنة من العمر و 92 في المائة بين الولادات للأمهات فوق سن الثلاثين). كذلك، بقيت هذه المعدلات مرتفعة بغض النظر عن مكان سكن الأمهات، حيث بلغت نسبة متابعة الحمل بين الولادات لأمهات يقمن في الضفة الغربية 94 في المائة، بينما بلغت النسبة في قطاع غزة

97 في المائة. ويشير الجدول أيضا إلى أن معدلات استخدام الرعاية الصحية لمتابعة الحمل تتأثر باختلاف مستويات التعليم، حيث تبلغ هذه المعدلات أقصاها بين الولادات لأمهات حاصلات على التعليم الثانوي على الأقل (98 في المائة) مقارنة بالمعدلات بين الولادات لأمهات غير متعلمات (87 في المائة).

جدول (2/6)

نسب آخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح التي تمت لها متابعة للحمل، وتوزيعها حسب الغرض من المتابعة وبعض الخصائص الخلفية للأم، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	عدد الولادات	نسبة الولادات التي تمت لها متابعة للحمل	الغرض من المتابعة			عدد الولادات التي تمت لها متابعة للحمل
			شكوى صحية	متابعة عادية	الإجمالي النسبي	
عمر الأم						
اقل من 30 سنة	1837	96.6	40.3	59.7	100.0	1774
30-49	1513	92.1	43.0	57.0	100.0	1394
مكان الإقامة						
الضفة الغربية	2221	93.5	40.6	59.4	100.0	2077
قطاع غزة	1129	96.7	43.1	56.9	100.0	1091
تعليم الأم						
لم تذهب للمدرسة	595	86.5	55.2	44.8	100.0	514
ابتدائي	879	94.9	43.4	56.6	100.0	835
إعدادي	1034	96.0	40.4	59.6	100.0	993
ثانوي فأكثر	842	98.1	32.2	67.8	100.0	826
الإجمالي	**3350**	**94.6**	**41.5**	**58.5**	**100.0**	**3168**

وفيما يتعلق بالسبب وراء القيام بمتابعة الحمل، يبين الجدول أن (59 في المائة) من تلك الولادات كانت المتابعة لها بغرض الكشف الروتيني على الحمل . وكما هو مبين في الجدول، فإن معدلات الزيارة الروتينية بهدف متابعة الحمل ترتفع بين الولادات لأمهات في عمر أقل من 30 سنة (60 في المائة)، وفى الضفة الغربية (59 في المائة)، وبين الولادات لأمهات أكملن المرحلة الثانوية على الأقل (68 في المائة)، وذلك مقارنة مع باقي الولادات.

بالنسبة لطول فترة الحمل عند إجراء أول زيارة لمتابعة الحمل، يوضح الجدول 3/6 أن أكثر من نصف الولادات التي تمت لها متابعة للحمل (52 في المائة) تمت المتابعة خلال الفترة بين الشهر الثالث والشهر الخامس من الحمل، بينما تمت المتابعة لحوالي 38 في المائة من الولادات خلال الشهرين الأولين من الحمل.كذلك يبرز الجدول فرقاً واضحاً بين نسبة الولادات التي تمت متابعة الحمل لها في الثلث الأول من الحمل بين الولادات في الضفة الغربية (51 في المائة) وفى قطاع غزة (14 في المائة). ومن الواضح أن متابعة الحمل أثناء الثلث الأول من فترة الحمل تتأثر بالمستوى التعليمي للسيدة الحامل، حيث أن أعلى نسبة متابعة تكون بين الولادات للأمهات الحاصلات على التعليم الثانوي فما فوق (43 في المائة).

جدول (3/6)

التوزيع النسبي للولادات التي تمت متابعة الحمل لها حسب طول فترة الحمل عند أول زيارة للمتابعة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	فترة الحمل عند أول زيارة للمتابعة			عدد الحوامل اللاتي تابعن الحمل
	أقل من 3 شهور	3-5 شهور	6-9 شهور	
العمر				
أقل من 30 سنة	40.5	51.8	7.7	1774
30-49	35.6	51.5	12.8	1394
مكان الإقامة				
الضفة الغربية	51.1	40.9	8.0	2077
قطاع غزة	14.1	72.2	13.7	1091
تعليم الأم				
لم تذهب للمدرسة	38.7	47.0	14.3	514
ابتدائي	36.6	52.3	11.1	835
إعدادي	37.5	52.2	10.4	993
ثانوي فأكثر	42.6	51.3	6.1	826
الإجمالي	**38.4**	**51.7**	**10.0**	**3168**

1/2/6 عدد مرات متابعة الحمل

يعرض الجدول (4/6) توزيع السيدات الحوامل اللاتي قمن بمتابعة الحمل حسب عدد مرات المتابعة وخلفية المبحوثة. ويبين الجدول أن أكثر من نصف هؤلاء السيدات (52 في المائة) قمن بإجراء أربع زيارات على الأقل لمتابعة الحمل، في حين أن 18 في المائة قمن بثلاثة زيارات لمتابعة الحمل، و13 في المائة قمن بزيارتين، وقد بلغ متوسط عدد الزيارات لمتابعة الحمل أربع زيارات. هذا ويرتفع متوسط عدد مرات المتابعة بين الحوامل الأكثر تعليماً، والحوامل في الثلث الأخير من فترة الحمل. حيث بلغ متوسط عدد مرات المتابعة في كل منهما 5 مرات.

جدول (4/6)

التوزيع النسبي للسيدات الحوامل اللاتي تابعن الحمل حسب عدد مرات المتابعة، وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	عدد مرات المتابعة						عدد الحوامل اللاتي
	1	2	3	4+	الإجمالي النسبي	متوسط عدد مرات المتابعة	تابعن الحمل
العمر							
أقل من 30 سنة	18.4	11.3	17.2	53.1	100.0	4.5	346
30-49	16.3	16.1	18.6	49.1	100.0	4.4	154
مكان الإقامة							
الضفة الغربية	18.7	15.0	16.0	50.4	100.0	4.6	294
قطاع غزة	16.5	9.6	19.9	54.0	100.0	4.2	206
تعليم الأم							
لم تذهب للمدرسة	25.1	18.1	18.1	38.7	100.0	3.5	66
ابتدائي	19.5	16.5	16.6	47.4	100.0	4.4	140
إعدادي	19.5	9.7	20.1	50.7	100.0	4.3	151
ثانوي فأكثر	10.8	9.8	15.8	63.6	100.0	5.2	143
طول مدة الحمل							
أقل من 3 شهور	55.8	23.3	20.9	0.0	100.0	1.7	32
3-5 شهور	32.4	19.0	20.1	28.4	100.0	2.9	147
6-9 شهور	7.4	8.9	16.2	67.5	100.0	5.5	321
الإجمالي	**17.8**	**12.8**	**17.7**	**51.8**	**100.0**	**4.5**	**500**

2/2/6 الكادر الذي قام بالرعاية الصحية أثناء الحمل

يوضح الجدول (5/6) النساء اللاتي تلقين الرعاية أثناء الحمل طبقاً للشخص الذي قدم هـــذه الرعاية. وتشير بيانات الجدول إلى أن اكثر من ثلاثة أرباع (78 في المائة) السيدات الحوامل اللاتـــي قمن بالكشف لمتابعة الحمل قد أجرين تلك المتابعة لدى طبيب اختصاصي، في حين لجأت (19 فـــي المائة) ممن تابعن الحمل لاستشارة طبيب عام. ويلاحظ من الجدول بان اختيار الحوامـــل للشـــخص الذي يتابع لهن الحمل يتأثر بمستوياتهن التعليمية. فمثلاً، بينما نجد أن 86 في المائة من الحـــاصلات على التعليم الثانوي فما فوق، قد زرن طبيب اختصاصي نجد أن 74 في المائة من الحوامـــل غـــير المتعلمات قد قمن بالمتابعة عند طبيب اختصاصي. ويوضح الجدول وجود تفاوت كبير في معـــدلات المتابعة عند طبيب اختصاصي في أوساط النساء طبقاً لمكان الإقامة. فعند مقارنة الحوامل في الضفـــة الغربية بمثيلاتهن في قطاع غزة، نجد أن 86 في المائة من الحوامل في الضفة الغربية قـــد تـــابعن حملهن عند طبيب اختصاص، مقارنة بـــ 68 في المائة بالنسبة للحوامل في قطاع غزة.

جدول (5/6)

التوزيع النسبي للسيدات الحوامل اللاتي تابعن الحمل حسب الكادر* الذي قام بالمتابعة والخصائص الخلفية،

الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	الكادر الذي قام بالمتابعة			عدد الحوامل اللاتي تابعن الحمل
	ممارس عام	طبيب أخصائي	أخرى	
العمر				
أقل من 30 سنة	17.8	78.8	30.9	346
30-49	21.4	77.8	25.1	154
مكان الإقامة				
الضفة الغربية	21.5	85.5	12.1	294
قطاع غزة	15.3	68.3	53.3	206
تعليم الأم				
لم تذهب للمدرسة	24.9	74.1	23.6	66
ابتدائي	21.7	76.0	32.0	140
إعدادي	18.4	75.3	33.0	151
ثانوي فأكثر	14.0	86.3	24.7	143
طول مدة الحمل				
أقل من 3 شهور	7.0	83.3	14.0	32
3-5 شهور	18.9	81.9	17.3	147
6-9 شهور	20.1	76.9	36.1	321
الإجمالي	**18.9**	**78.4**	**29.2**	**500**

***يسمح بتعدد الإجابات**

بالنسبة للولادات التي تمت لها متابعة أثناء الحمل، يفيد الجدول 6/6 أن 78 في المائة منها تمت متابعة الحمل لها عند طبيب اختصاصي مقابل 18 في المائة عند طبيب عمومي و 29 في المائة عند شخص آخر. وبينما لا يوجد تفاوت ملحوظ بين نسب المتابعة عند الطبيب الاختصاصي بين الولادات لأمهات في الفئات العمرية المختلفة، نجد أن التفاوت في هذه النسب واضحاً عند النظر إليها طبقاً لمكان إقامة الأمهات. فبينما بلغت نسبة الولادات في الضفة الغربية والتي تمت متابعة الحمل لها عند طبيب اختصاصي 90 في المائة، نجد أن هذه النسبة تصل إلى 56 في المائة بين الولادات لأمهات في قطاع غزة.

جدول (6/6)

التوزيع النسبي لآخر ولادتين تمت لها متابعة للحمل حسب الكادر*الذي قام بالمتابعة، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	الكادر الذي قام بالمتابعة			عدد الولادات آلتي تم لها متابعة للحمل
	ممارس عام	طبيب أخصائي	أخرى	
العمر				
اقل من 30 سنة	19.7	78.6	28.1	1774
30-49	16.8	77.4	29.8	1394
مكان الإقامة				
الضفة الغربية	19.7	89.8	11.7	2077
قطاع غزة	15.9	55.9	60.5	1091
تعليم الأم				
لم تذهب للمدرسة	19.8	81.8	23.3	514
ابتدائي	20.6	75.3	28.7	835
إعدادي	18.7	76.4	31.5	993
ثانوي فأكثر	15.0	80.6	29.2	826
الإجمالي	**18.4**	**78.1**	**28.9**	**3168**

*** يسمح بتعدد الإجابات**

3/2/6 مكان الرعاية الصحية أثناء الحمل

يبين الجدول 7/6 نسب النساء اللاتي قمن بمتابعة الحمل حسب مكان إجراء المتابعة. وتشير بيانات الجدول إلى أن 62 في المائة من النساء الحوامل قمن بالمتابعة في عيادة طبيب، في حين بلغت نسبة من قمن بها في مراكز أمومة وطفولة حوالي 48 في المائة. هذا وقد بلغت نسب المتابعة في المستشفيات الحكومية والخاصة 5 في المائة لكل منهما.

ويشيع استخدام عيادة الطبيب بغرض متابعة الحمل بغض النظر عن سن المرأة الحامل أو مستواها التعليمي. ومع هذا، نجد أن مكان إقامة السيدة الحامل يؤثر في قرارها بشأن اختيار مكان الرعاية أثناء الحمل. فمثلاً، بينما تستخدم (69 في المائة) من النساء الحوامل في قطاع غزة مراكز الأمومة والطفولة، نجد أن 34 في المائة من النساء الحوامل في الضفة الغربية يطلبن هذه الرعاية من تلك المراكز، حيث أن معظم الحوامل في الضفة الغربية يجرين المتابعة في عيادات الأطباء (71 في المائة).

جدول (7/6)

التوزيع النسبي للسيدات الحوامل اللاتي تابعن الحمل حسب مكان المتابعة*، والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	مكان المتابعة						عدد السيدات الحوامل اللاتي تابعن الحمل
	مستشفى خاص	مستشفى حكومي	مركز صحي تابع لوكالة اللاجئين	مركز أمومة وطفولة	عيادة طبيب	أخرى	
العمر							
أقل من 30 سنة	5.8	4.4	2.7	49.8	60.7	0.9	346
30-49	3.6	7.0	5.5	44.6	63.0	1.4	154
مكان الإقامة							
الضفة الغربية	6.9	6.2	3.4	33.8	71.0	1.8	294
قطاع غزة	2.6	3.8	3.8	68.8	47.8	0.0	206
تعليم الأم							
لم تذهب للمدرسة	5.7	7.4	3.2	43.4	62.1	1.8	66
ابتدائي	2.6	3.6	4.7	47.2	63.2	0.5	140
إعدادي	4.7	2.9	4.8	48.6	63.2	1.5	151
ثانوي فأكثر	7.8	8.2	1.3	50.8	57.5	0.8	143
طول مدة الحمل							
أقل من 3 شهور	1.7	3.1	2.4	16.0	74.6	4.4	32
3-5 شهور	5.4	3.9	2.5	36.4	72.4	0.3	147
6-9 شهور	5.4	6.1	4.2	56.7	55.2	0.6	321
الإجمالي	**5.1**	**5.2**	**3.6**	**48.1**	**61.6**	**1.1**	**500**

* يسمح بتعدد الإجابات

بالنسبة للولادات التي تمت لها متابعة أثناء الحمل يبين الجدول 8/6 أن حوالي 60 في المائة من تلك الولادات تمت المتابعة لها في عيادات الأطباء، وأن 45 في المائة تمت المتابعة لها في مراكز أمومة وطفولة. ومن الملاحظ أن بيانات الجدول تتبع نفس نمط بيانات الجدول السابق من حيث ارتفاع نسب المتابعة في عيادة الطبيب بين الولادات بغض نظر عن سن الأم ومستواها التعليمي. ومرة أخرى فإن التباين الوحيد يتضح عند النظر لمكان إقامة الأم. فبينما نجد أن (71 في المائة) من الولادات للأمهات القاطنات في الضفة الغربية تمت المتابعة لها في عيادات الأطباء ، نجد أن النسبة تبلغ 37 في المائة من الولادات لأمهات في قطاع غزة، والذي ترتفع فيه نسبة الولادات التي تمت المتابعة لها في مراكز الأمومة والطفولة (74 في المائة).

جدول (8/6)

نسب آخر ولادتين تمت لها متابعة أثناء الحمل حسب مكان المتابعة* وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	مكان المتابعة						عدد الولادات التي تمت لها متابعة أثناء الحمل
	مستشفى خاص	مستشفى حكومي	مركز صحي تابع لوكالة اللاجئين	مركز أمومة وطفولة	عيادة طبيب	أخرى	
عمر الأم							
أقل من 30 سنة	7.2	5.7	4.0	47.2	61.5	0.8	1774
30-49	7.6	8.7	5.7	44.6	56.9	0.8	1394
مكان الإقامة							
الضفة الغربية	9.6	8.5	4.7	31.5	71.4	1.1	2077
قطاع غزة	3.1	4.3	4.8	73.7	36.9	0.2	1091
تعليم الأم							
لم تذهب للمدرسة	6.6	5.3	4.3	38.0	67.1	1.4	514
ابتدائي	7.9	6.6	5.1	46.0	58.0	0.8	835
إعدادي	6.0	9.3	5.5	49.0	56.8	0.7	993
ثانوي فأكثر	8.9	5.9	3.6	47.5	59.5	0.5	826
الإجمالي	**7.4**	**7.0**	**4.7**	**45.0**	**59.5**	**0.8**	**3168**

* يسمح بتعدد إجابات

4/2/6 أسباب عدم متابعة الحمل

كما اتضح من بيانات الجدول 1/6 فان 20 في المائة من السيدات الحوامل لم يقمن بمتابعة الحمل. ويستعرض الجدول 9/6 توزيع هؤلاء السيدات، حسب السبب وراء عدم قيامهن بمتابعة الحمل. وقد أفادت معظم هؤلاء السيدات (36 في المائة) إلى أن السبب وراء عدم قيامهن بمتابعة الحمل هو انه لم تكن لديهن حاجة لمتابعة الحمل لأنهن لا يعانين من مشاكل صحية تدفعهن لطلب الرعاية الصحية ، بينما عزت حوالي خمس هؤلاء السيدات بان خبرتهن السابقة كانت تكفى بحيث لا يوجد داع لطلب الرعاية أثناء الحمل. ومن مجموع النساء اللاتي لم يتلقين الرعاية الصحية أثناء الحمل، أوضحت 9 في المائة منهن بان تكلفة المتابعة الصحية للحمل مكلفة. كما أشارت 2 في المائة منهن إن السبب يرجع إلى عدم توفر الخدمة الصحية. ويشير الجدول أيضا أن نسبة الحوامل اللاتي أوضحن أن السبب وراء عدم متابعتهن للحمل كان ارتفاع تكلفة المتابعة ترتفع بصورة واضحة في الضفة الغربية (15 في المائة) مقارنة بقطاع غزة (3 في المائة).

جدول (9/6)

التوزيع النسبي للسيدات الحوامل اللاتي لم يتابعن الحمل حسب السبب وراء عدم المتابعة والخصائص الخلفية المبحوثة، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	السبب وراء عدم المتابعة							عدد السيدات الحوامل اللاتي لم يتابعن الحمل
	عدم وجود مشاكل صحية	لديها خبرة سابقة	عدم توفر خدمات صحية	ارتفاع التكلفة	الخدمة غير مرضية	غير مبين	الإجمالي النسبي	
مكان الإقامة								
الضفة الغربية	34.5	20.6	3.6	14.7	–	26.6	100.0	61
قطاع غزة	37.4	19.4	–	3.3	1.4	38.3	100.0	62
الإجمالي	**36.0**	**20.0**	**1.8**	**8.9**	**0.7**	**32.5**	**100.0**	**123**

بالنسبة لأخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح والتي لم تتلق متابعة صحية أثناء الحمل فان الجدول 10/6 يلقي الضوء على الأسباب في عدم تلقي الرعاية وبعض الخصائص الخلفية.

ويفيد الجدول أن 40 في المائة من تلك الولادات لم تتم متابعة الحمل لها بسبب عـــدم وجـــود مشاكل صحية أثناء الحمل، بينما كان وجود خبرة سابقة في الحمل السبب وراء عـــدم تلقـــى المتابعة لـــ 30 في المائة. وقد تراوحت الإجابات الأخرى عن الســـبب وراء عـــدم تلقـــى الولادات لرعاية صحية أثناء الحمل بين عدم توفر الخدمة الصحية (4 في المائة)، وارتفـــاع تكلفة الرعاية (9 في المائة).

جدول (10/6)

التوزيع النسبي لآخر ولادتين لم تتلق أي متابعة أثناء الحمل حسب السبب وراء عدم المتابعة، والخصائص الخلفية ، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	السبب وراء عدم المتابعة							الولادات التي لم تتلق متابعة للحمل
	عدم وجود مشاكل صحية	لديها خبرة سابقة	عدم توفر خدمات صحية	ارتفاع التكلفة	الخدمة غير مرضية	غير مبين	الإجمالي النسبي	
عمر الأم								
أقل من 30 سنة	46.6	21.3	4.2	8.7	1.7	17.5	100.0	63
30-49	36.8	33.8	3.4	8.8	0.0	17.2	100.0	119
مكان الإقامة								
الضفة الغربية	39.0	29.2	3.0	11.0	0.7	17.1	100.0	144
قطاع غزة	45.0	30.8	6.4	0.0	0.0	17.9	100.0	38
تعليم الأم								
لم تذهب للمدرسة	39.2	30.2	2.0	13.4	1.3	14.0	100.0	80
ابتدائي	27.2	37.4	9.6	6.2	0.0	19.6	100.0	45
إعدادي	55.1	23.3	0.0	5.8	0.0	15.8	100.0	41
ثانوي فأكثر	43.3	19.8	5.1	0.0	0.0	31.7	100.0	16
الإجمالي	**40.2**	**29.5**	**3.7**	**8.7**	**0.6**	**17.3**	**100.0**	**182**

وكما يتضح من الجدول فانه بينما لا يلعب ارتفاع تكلفة متابعة الحمل أي دور كسبب في عدم تلقى الرعاية الصحية أثناء الحمل في قطاع غزة، فإننا نجد أن 11 في المائـــة مـــن الولادات لم تتلق الرعاية الصحية أثناء الحمل في الضفة الغربية بسبب ارتفـــاع مصـــاريف المتابعة.

3/6 تطعيم الحوامل ضد التيتانوس

يعتبر تسمم التيتانوس من الأسباب الهامة التي تؤدى إلى وفيات الأمهات والرضع حديثي الولادة. كما أن الطفل في أيامه الأولى يكتسب مناعة ضد التسمم بالتيتانوس من خلال الأم. لهذا، يمكن التقليل، إلى حد كبير، من إصابة الأمهات والرضع حديثي الولادة بتسمم التيتانوس إذا تلقت الأم جرعات التطعيم اللازمة، إما أثناء فترة الحمل أو في خلال فترة مبكرة من حياتها.

1/3/6 انتشار التطعيم ضد التيتانوس

يعرض الجدول 11/6 توزيع السيدات الحوامل حسب عدد جرعات التطعيم التي تلقينها أثناء الحمل وبعض الخصائص الأخرى. ويتبين من الجدول أن الغالبية العظمى من السيدات الحوامل (78 في المائة) لم يتلقين أي تطعيم، في حين حصلت 17 في المائة منهن على جرعة واحدة من التطعيم ضد التيتانوس، وحوالي 5 في المائة حصلن على جرعتين. هذه البيانات تعكس تدنى مستوى التطعيم ضد التيتانوس بين السيدات الحوامل. هذا وترتفع نسب السيدات الحوامل اللاتي لم يتلقين أي جرعة من التطعيم بين الحوامل الأكبر عمرا (83 في المائة)، وبين الحوامل في الضفة الغربية (80 في المائة)، وبين الحوامل غير المتعلمات (82 في المائة)، وبين الحوامل في الثلث الأول من فترة الحمل (96 في المائة). هذا ويمكن من الجدول ملاحظة الانخفاض الواضح في نسبة الحوامل اللاتي لم يتلقين أي تطعيم ضد التيتانوس بازدياد طول فترة الحمل، حيث تنخفض النسبة من 96 في المائة بالنسبة للحوامل في الثلث الأول من الحمل، إلى 66 في المائة بالنسبة للحوامل في الثلث الأخير من الحمل. رغم ذلك الانخفاض مع طول فتر الحمل إلا أن نسبة الحوامل اللاتي لم يتم تطعيمهن ضد التيتانوس تعتبر مرتفعة بصورة عامة.

جدول (11/6)

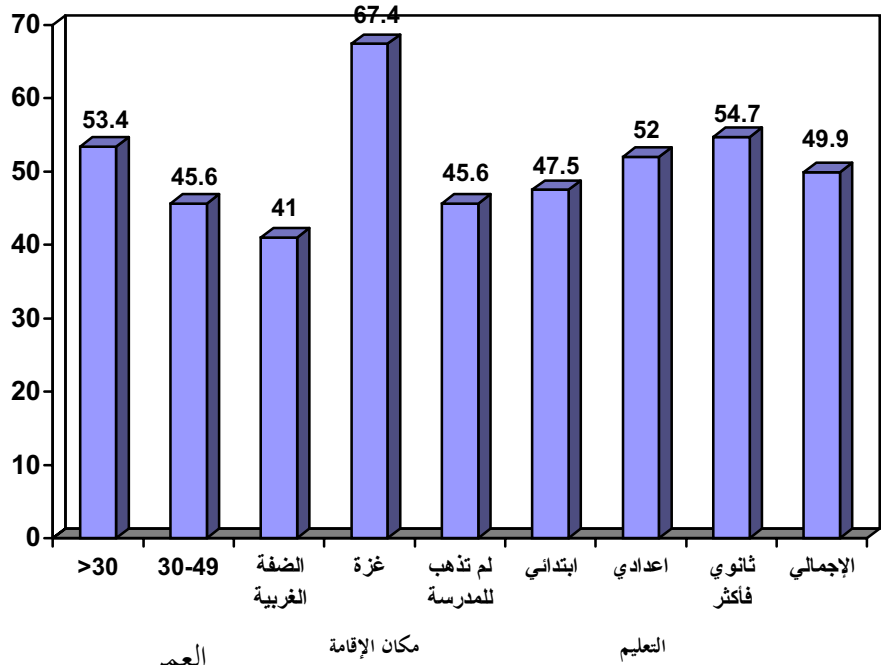
التوزيع النسبي للسيدات الحوامل حسب عدد جرعات التطعيم التي تلقتها السيدة والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	عدد جرعات التطعيم			عدد السيدات الحوامل
	جرعة واحدة	جرعتين	لم تتلق أي جرعة	
عمر الأم				
أقل من 30 سنة	18.6	5.1	75.8	434
30-49	13.3	3.6	82.7	189
مكان الإقامة				
الضفة الغربية	14.7	4.9	79.6	354
قطاع غزة	20.1	4.3	75.7	268
تعليم الأم				
لم تذهب للمدرسة	13.4	3.6	82.2	94
ابتدائي	15.2	5.4	78.2	178
إعدادي	19.8	5.5	74.7	186
ثانوي فأكثر	17.8	3.6	78.6	164
فترة الحمل				
أقل من 3 شهور	3.0	0.0	95.8	63
3-5 شهور	5.6	1.1	92.2	214
6-9 شهور	26.3	7.7	66.0	345
الإجمالي	**16.9**	**4.7**	**78.0**	**622**

بالنسبة لأخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح اللاتي تلقت أمهاتهم تطعيم أثناء الحمل، فان الشكل 1/6 يشير إلى أن نصف (49.9 في المائة) من تلك الولادات تلقت أمهاتهم على الأقل جرعة من التطعيم خلال فترة الحمل. وكما هو مبين في الشكل، فان أعلى نسب للولادات التي تلقت أمهاتهم جرعة على الأقل من التطعيم ضد التيتانوس كانت أيضا بين ولادات الأمهات تحت سن الثلاثين عاماً، والولادات في قطاع غزة، والولادات لأمهات أكملن على الأقل التعليم الثانوي.

شكل 1/6

نسب آخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح اللتين تلقت أمهاتهم تطعيم ضد التيتانوس، حسب خلفية الأم، الضفة الغربية وقطاع غزة



2/3/6 أسباب عدم تلقي التطعيم ضد التيتانوس

يستعرض الجدول 12/6 توزيع آخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح والتي لم يتم تلقى أمهاتهم تطعيم ضد التيتانوس خلال فترة الحمل، حسب السبب وراء عدم تلقى التطعيم. ويشير الجدول إلى أن أكثر من ثلث تلك الولادات (36 في المائة) أوضحت أمهاتهم بأنهن لم يعتقدن أن تلقى التطعيم مهم، في حين أن السبب وراء عدم تلقى الثلث (32 في المائة) من تلك الولادات للتطعيم كان يعود لعدم توفر التطعيم في المراكز الصحية.

جدول (12/6)

التوزيع النسبي لآخر ولادتين لم تتلق أمهاتهم تطعيم ضد التيتانوس حسب السبب في عدم التطعيم وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	السبب في عدم تلقى تطعيم ضد التيتانوس						عدد الولادات التي لم تتلق أمهاتهم تطعيم ضد التيتانوس
	لم تعرف أهمية التطعيم	ليس لديها الوقت	مكان التطعيم بعيد	المركز الصحي لا يقوم بالتطعيم	أخرى	الإجمالي النسبي	
عمر الأم							
أقل من 30 سنة	33.8	3.2	2.9	34.7	25.5	100.0	741
30-49	38.0	4.0	1.3	29.2	27.5	100.0	702
مكان الإقامة							
الضفة الغربية	40.8	3.2	2.6	35.7	17.7	100.0	1168
قطاع غزة	14.2	5.2	0.0	15.0	65.6	100.0	275
تعليم الأم							
لم تذهب للمدرسة	41.5	5.5	3.7	30.4	18.9	100.0	307
ابتدائي	41.9	2.4	2.8	28.1	24.8	100.0	392
إعدادي	29.6	3.9	1.5	33.4	31.6	100.0	441
ثانوي فأكثر	31.5	2.4	0.5	36.3	29.3	100.0	303
الإجمالي	**35.9**	**3.5**	**2.1**	**31.9**	**26.5**	**100.0**	**1443**

وترتفع نسبة الولادات التي لم تتلق أي تطعيم أثناء الحمل بسبب عدم إدراك الأم لأهمية التطعيم بين الولادات في الضفة الغربية (41 في المائة)، وبين الولادات لأمهات غير متعلمات أو لأمهات تلقين تعليماً ابتدائياً (42 في المائة، لكل منهما) وذلك مقارنة مع باقي الولادات. فيما يخص عدم تلقى التطعيم بسبب عدم توفر التطعيم في المراكز الصحية، فإن نسب تلك الولادات ترتفع بصورة واضحة في الضفة الغربية (36 في المائة)، مقارنة بقطاع غزة (15 في المائة)، وبين الولادات لأمهات تلقين تعليماً ثانوياً على الأقل (36 في المائة).

4/6 الحالة الصحية أثناء الحمل

يوضح الجدول 13/6 نسب السيدات الحوامل في الضفة الغربية وقطاع غزة اللاتي واجهن مشاكل صحية أثناء الحمل حسب نوع المشكلة. وتشير بيانات الجدول إلى أن أهم المشاكل التي تتعرض لها الحامل تتمثل في الصداع المستمر (39 في المائة)، الالتهابات (33 في المائة)، وارتفاع ضغط الدم (20 في المائة)، وتورم الكاحل (24 في المائة).

جدول (13/6)

نسب السيدات الحوامل اللاتي عانين من أعراض معينة حسب تلك الأعراض والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	الأعراض							عدد السيدات الحوامل
	تورم الكاحل	صداع مستمر	ارتفاع ضغط الدم	نزيف	تشنجات	التهابات	أخرى	
العمر								
أقل من 30 سنة	19.5	38.6	19.3	4.4	7.1	34.5	6.0	434
30-49	33.0	39.5	20.7	7.3	4.0	31.2	11.7	189
مكان الإقامة								
الضفة الغربية	25.0	38.5	21.1	4.9	6.7	35.1	9.7	356
قطاع غزة	21.7	39.3	18.0	5.8	5.5	31.4	5.0	268
مستوى التعليم								
لم تذهب إلى مدرسة	30.7	40.2	22.0	2.4	4	40.8	9.3	94
ابتدائي	27.1	40.0	7.7	4.7	6.5	28.9	5.3	178
اعدادي	14.4	40.7	21.6	5.7	5.6	37.3	7.7	186
ثانوي فأكثر	20.5	34.8	18.5	7.1	7.5	30.0	9.5	164
طول فترة الحمل								
أقل من 3 شهور	2.9	43.3	9.3	9.1	2.7	22.2	2.6	63
3-5 شهور	12.1	40.5	7.6	2.9	5.0	21.6	7.0	214
6-9 شهور	34.5	36.9	22.7	5.8	7.6	36.6	9.1	345
الإجمالي	**23.5**	**38.8**	**19.6**	**5.2**	**6.2**	**33.4**	**7.7**	**622**

ويلاحظ أن نسبة الإصابة بالالتهابات ترتفع بين الحوامل الأصغر سناً (35 في المائة)، والحوامل في الضفة الغربية (35 في المائة لكل منهما)، والحوامل غير المتعلمات (41 في المائة)، الحوامل في الثلث الأخير من فترة من الحمل (37 في المائة)، في حين أن

نسبة الإصابة بتورم الكاحل ترتفع بين الحوامل فوق سن الثلاثين من العمر (33 في المائة) والحوامل غير القاطنات في الضفة الغربية (25 في المائة)، والحوامل غير المتعلمات (31 في المائة)، وبين الحوامل في الثلث الأخير من الحمل (35 في المائة). وينتشر ارتفاع ضغط الدم بين الحوامل غير المتعلمات وبين اللاتي أكملن المرحلة الاعدادية، وبين الحوامل في الأشهر الأخيرة من حملهن، علماً بأن سن المرأة ومكان إقامتها لم يؤثرا على معدلات ارتفاع ضغط الدم بين الحوامل.

5/6 استعمال الأدوية أثناء الحمل

يبين الجدول 14/6 نسب السيدات الحوامل اللاتي يتناولن الأدوية أثناء الحمل طبقاً لنوع الأدوية التي يتناولنها وبعض الخصائص الخلفية. ويوضح الجدول أن 51 في المائة من السيدات الحوامل في الضفة الغربية وقطاع غزة يتناولن أقراص الحديد أثناء الحمل، بينما تتناول 42 في المائة فيتامينات، و29 في المائة يتناولن أدوية أخرى. وكما هو واضح من بيانات الجدول فان نسبة الحوامل اللاتي يتناولن أقراص الحديد ترتفع بين الحوامل الحاصلات على التعليم الثانوي فما فوق (61 في المائة)، والحوامل في الثلث الأخير من فترة الحمل (66 في المائة)، كما أن نسبة الحوامل اللاتي يتناولن فيتامينات ترتفع بصورة واضحة مع ارتفاع المستوى التعليمي للسيدة، ومع طول فترة الحمل.

جدول (14/6)

نسب السيدات الحوامل اللاتي يتناولن أدوية معينة حسب نوع الدواء والخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	نوع الدواء			عدد السيدات الحوامل
	أقراص حديد	فيتامينات	أخرى	
العمر				
أقل من 30 سنة	45.9	42.4	27.9	434
30-49	52.8	40.5	30.3	189
مكان الإقامة				
الضفة الغربية	54.9	44.1	30.2	354
قطاع غزة	44.7	38.7	27.0	268
تعليم الأم				
لم تذهب للمدرسة	34.8	29.2	29.3	94
ابتدائي	45.8	35.9	22.6	178
إعدادي	54.1	45.2	33.6	186
ثانوي فأكثر	60.6	51.6	29.7	164
طول مدة الحمل				
أقل من 3 شهور	20.5	12.1	25.8	63
3-5 شهور	34.1	26.1	28.7	214
6-9 شهور	66.3	56.8	29.2	345
الإجمالي	**50.6**	**41.7**	**28.7**	**622**

6/6 الرعاية الصحية عند الولادة

غالباً ما يتحدد اختيار مكان الولادة من قبل السيدات الحوامل نتيجة للانطباع عن مدى الرعاية التي يتوقع أن تتلقاها المرأة، ومدى توقع حدوث صعوبات أو مشاكل صحية قد تصاحب عملية الولادة. هذا، ومن المتوقع أن تكون احتمالات أن تتم عملية الولادة بصورة آمنة افضل إذا اشرف عليها كادر طبي مدرب ومزود بكل المعدات الطبية اللازمة لإجراء الولادة والإشراف عليها.

1/6/6 مكان الولادة

يبين الجدول 15/6 توزيع آخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، طبقاً لمكان الولادة وبعض الخصائص الخلفية. وتشير البيانات الواردة في الجدول أن غالبية الولادات (44 في المائة) حدثت في مستشفى حكومي، وأن 22 في المائة تمت في مستشفى خاص، بينما حدثت (11 في المائة) من الولادات في عيادة طبيب، و 10 في المائة في المنزل، و8 في المائة في مركز أمومة وطفولة، و3 في المائة فقط في مركز صحي تابع لوكالة غوث اللاجئين.

جدول (15/6)

التوزيع النسبي لآخر ولادتين حسب مكان الولادة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	مكان الولادة							الإجمالي	عدد الولادات
	مستشفى خاص	مستشفى حكومي	مركز تابع لوكالة اللاجئين	مركز أمومة وطفولة	عيادة طبيب	في المنزل	غير مبين		
العمر									
أقل من 30 سنة	22.2	42.8	2.2	8.8	11.0	8.9	4.1	100.0	1837
30-49	21.3	44.5	3.8	7.1	9.8	11.2	2.3	100.0	1413
مكان الإقامة									
الضفة الغربية	28.3	47.4	3.4	0.6	2.8	12.9	4.7	100.0	2221
قطاع غزة	8.8	36.1	2.2	22.4	25.9	4.1	0.6	100.0	1129
مستوى التعليم									
لم تذهب إلى مدرسة	18.6	42.4	3.2	5.4	10.0	16.9	3.6	100.0	595
ابتدائي	20.3	45.5	2.2	8.1	9.9	10.9	3.0	100.0	879
إعدادي	19.3	44.0	3.6	9.9	11.2	8.7	3.3	100.0	1034
ثانوي فأكثر	28.5	41.9	2.8	7.3	10.8	5.6	3.3	100.0	842
الإجمالي	**21.8**	**43.6**	**2.9**	**8.0**	**10.5**	**9.9**	**3.3**	**100.0**	**3350**

هذا، وكما يلاحظ من الجدول، فان مكان الإقامة يؤثر تأثيراً كبيراً في تحديد مكان الولادة. فبينما حدثت أكثر من ثلاثة أرباع الولادات (76 في المائة) في الضفة الغربية في المستشفيات العامة والخاصة نجد أن 45 في المائة من الولادات في قطاع غزة حدثت في المستشفيات.

2/6/6 أسباب عدم الولادة في مؤسسات الرعاية الصحية

كما اتضح من الجدول 15/6 فان حوالي 10 في المائة من إجمالي آخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حدثت في المنزل. ويعرض الجدول 16/6 توزيع آخر ولادتين، طبقاً للسبب وراء عدم الولادة في مؤسسات الرعاية الصحية.

وتشير بيانات الجدول إلى أن اكثر من نصف (53 في المائة) الولادات التي تمت في المنزل كانت بسبب اعتقاد الأم بأن الولادة في البيت تكون أفضل، في حين كان السبب لحدوث حوالي خمس الولادات بالمنزل هو حدوث الولادة في توقيت مبكر عن المتوقع، حيث حال ذلك دون إمكانية الوصول إلى المركز الصحي في الوقت المناسب. من ناحية أخرى، كان ارتفاع تكاليف الولادة في المؤسسات الصحية السبب في حدوث 16 في المائة من الولادات في المنزل.

ويتضح من الجدول بأن نسبة من يعتقدن بأن البيت أفضل مكان لإتمام الولادة تزداد بين الولادات للأمهات الأصغر سناً (57 في المائة)، وبين الولادات في الضفة الغربية (55 في المائة)، وبين الولادات لأمهات حاصلات على التعليم الإعدادي (65 في المائة) في حين ترتفع نسبة الحدوث المبكر للولادة كسبب للولادة بالمنزل بين الولادات للأمهات الأكبر سناً، والولادات في قطاع غزة، والولادات لأمهات حاصلات على التعليم الثانوي على الأقل.

جدول (16/6)

التوزيع النسبي للولادات التي تمت في المنزل حسب السبب وراء الولادة في المنزل وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	سبب عدم الولادة في مؤسسة صحية							عدد الولادات في المنزل
	عدم توفر الخدمة	ارتفاع التكلفة	الولادة مبكرة	المنزل أفضل	الإغلاق	غير مبين	الإجمالي	
عمر الأم								
أقل من 30 سنة	4.2	14.6	17.7	57.3	1.2	5.0	100.0	163
30-49	1.2	17.1	22.9	48.2	3.0	7.7	100.0	169
مكان الإقامة								
الضفة الغربية	3.1	16.4	18.2	55.4	1.6	5.3	100.0	287
قطاع غزة	0.0	12.6	33.5	35.6	5.2	13.1	100.0	45
تعليم الأم								
لم تذهب إلى مدرسة	3.9	16.8	15.1	56.6	1.5	6.2	100.0	102
ابتدائي	4.1	20.8	19.3	43.5	2.1	10.2	100.0	95
إعدادي	1.1	11.6	18.7	64.6	2.1	1.8	100.0	90
ثانوي فأكثر	0.0	11.8	37.2	40.0	3.3	7.7	100.0	45
الإجمالي	**2.7**	**15.9**	**20.3**	**52.7**	**2.1**	**6.3**	**100.0**	**332**

3/6/6 الكادر الذي ساعد في عملية الولادة

يوضح الجدول 17/6 توزيع أخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، حسب الشخص الذي ساعد في إجراء الولادة وبعض الخصائص الخلفية. ويتضح من بيانات الجدول أن الغالبية العظمى من الولادات التي حدثت خلال الخمس سنوات السابقة للمسح قد أجريت بواسطة كوادر صحية مدربة، حيث تم إجراء (59 في المائة) من الولادات عن طريق طبيب أخصائي و 34 في المائة تحت إشراف ممرضة أو قابلة مدربة. إما بقية الولادات، فقد تمت على النحو التالي: 1 في المائة عن طريق أقارب أو أصدقاء، و 2 في المائة بواسطة طبيب عام، و 4 في المائة تمت بواسطة آخرين.

جدول (17/6)

التوزيع النسبي لآخر ولادتين حسب الكادر الذي ساعد في عملية الولادة وبعض الخصائص الخلفية ، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	الكادر الذي ساعد في الولادة						عدد الولادات
	ممارس عام	أخصائي	قابلة/ ممرضة	الأقارب/ الأصدقاء	أخرى	الإجمالي	
عمر الأم							
أقل من 30 سنة	1.4	59.1	34.9	0.9	3.6	100.0	1837
30-49	2.3	58.0	33.5	0.8	5,4	100.0	1513
مكان الإقامة							
الضفة الغربية	1.1	53.1	38.9	1.1	5.9	100.0	2221
قطاع غزة	3.3	69.5	25.1	0.5	1.5	100.0	1129
تعليم الأم							
لم تذهب إلى مدرسة	1.8	50.7	35.8	2.4	9.2	100.0	595
ابتدائي	2.2	56.1	36.3	0.6	4.7	100.0	879
إعدادي	1.7	58.4	36.0	0.6	3.3	100.0	1034
ثانوي فأكثر	1.6	67.2	29.1	0.5	1.7	100.0	842
الإجمالي	**1.8**	**58.6**	**34.3**	**0.9**	**4.2**	**100.0**	**3350**

وتشير بيانات الجدول إلى أن نسبة الولادات التي أجريت بواسطة طبيب أخصائي تزداد في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية (70 في المائة و 53 في المائة على التوالي)، كما ترتفع هذه النسبة بين الولادات لأمهات حاصلات على التعليم الثانوي على الأقل (67 في المائة).

4/6/6 طبيعة الولادة

يتبين من الجدول 18/6 أن ما يقارب الثلاثة أرباع الولادات التي حدثت في مؤسسات الرعاية الصحية (72 في المائة) تمت بصورة طبيعية وخالية من المشاكل . ويشير الجدول إلى أن 11 في المائة من الولادات تمت بالجرح والتوسيع، وأن 7 في المائة تمت بعملية قيصرية، و6 في المائة بطلق صناعي، وحوالي 3 في المائة بواسطة الشفط والملقاط .

فيما يتعلق بالولادات التي استخدم فيها الجرح والتوسيع، يبين الجدول أن نسبتها ترتفع بين الولادات للأمهات الأصغر سناً، وبين الولادات في الضفة الغربية. من ناحية أخرى، يشير الجدول أنه كلما زاد سن المرأة (فوق سن الثلاثين من العمر) ، وأنخفض مستواها التعليمي بشكل عام، فأن نسبة الولادات التي تتم بعملية قيصرية ترتفع.

جدول (18/6)

التوزيع النسبي للولادات التي تمت في مؤسسات الرعاية الصحية حسب طبيعة الولادة وبعض الخصائص الخلفية ، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	طبيعة الولادة						عدد الولادات في مؤسسات الرعاية الصحية
	ولادة طبيعية	الشفط والملقاط	الطلق الصناعي	الجرح والتوسيع	عملية قيصرية	الإجمالي	
عمرالأم							
اقل من 30 سنة	70.0	2.5	5.9	16.2	5.4	100.0	1598
30-49	75.0	3.8	6.9	5.0	9.3	100.0	1309
مكان الإقامة							
الضفة الغربية	70.3	2.4	7.5	12.1	7.6	100.0	1831
قطاع غزة	75.6	4.3	5.0	9.5	5.6	100.0	1076
تعليم الأم							
لم تذهب إلى مدرسة	72.6	3.4	6.2	6.2	11.5	100.0	473
ابتدائي	73.0	2.6	7.8	10.0	6.7	100.0	757
إعدادي	75.2	2.8	5.7	10.9	5.0	100.0	911
ثانوي فأكثر	67.9	4.0	5.8	15.6	6.4	100.0	766
الإجمالي	**72.3**	**3.1**	**6.4**	**11.1**	**6.8**	**100.0**	**2907**

5/6/6 وزن المولود عند الولادة

يرتبط وزن الطفل عند الولادة بالوضع الغذائي والصحي للأم طول فـــترة الحمـــل. ويعتبر انخفاض أو تدنى وزن المولود مؤشر هاماً يمكن أن يساهم في تحديد الوضع الغذائـــي للطفل وقابليته للإصابة بالأمراض، واحتمال وفاة المولود أثناء فترة الرضاعـــة أو الطفولـــة المبكرة.

وتشير بيانات المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة الموضحة في الجـــدول 19/6 إلى أن الغالبية العظمى من الولادات (85 في المائة) انتهت بمواليد تعتقد أمهاتهم بأنهم يتميزون بأوزان طبيعية، وحوالي 6 في المائة من المواليد تعتقد أمهاتهم بأن أوزانهم كانت أقل من الوزن المعتاد، و8 في المائة تعتقد أمهاتهم بان أوزانهم كانت اكبر من المعتاد.

وكما يبين الجدول فإن نسبة المواليد الذين تعتقد أمهاتهم بأن أوزانهم عند الولادة كانت أقل من المعتاد ترتفع بين الولادات لأمهات صغيرات في السن، وبين الولادات فـــي الضفـــة الغربية، وبين الولادات لأمهات غير متعلمات.

جدول (19/6)

التوزيع النسبي لآخر ولادتين حسب رأى الأم في وزن الطفل عند الولادة وبعض الخصائص الخلفية ، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	رأى الأم في وزن الطفل عند الولادة					عدد الولادات
	اقل من الوزن المعتاد	الوزن المعتاد	أكبر من الوزن المعتاد	غير مبين	الإجمالي	
عمر الأم						
أقل من 30 سنة	6.7	87.0	5.4	0.9	100.0	1837
30-49	4.9	82.1	11.8	1.2	100.0	1513
مكان الإقامة						
الضفة الغربية	6.5	84.3	7.8	1.4	100.0	2221
قطاع غزة	4.8	85.8	9.2	0.2	100.0	1129
تعليم الأم						
لم تذهب للمدرسة	7.3	81.0	8.3	3.4	100.0	595
ابتدائي	5.9	84.5	8.7	0.9	100.0	879
إعدادي	5.8	87.1	6.7	0.4	100.0	1034
ثانوي فأكثر	5.0	85.1	9.6	0.3	100.0	842
الإجمالي	**5.9**	**84.8**	**8.3**	**1.0**	**100.0**	**3350**

7/6 الرعاية الصحية بعد الولادة

يبين الجدول (20/6) توزيع آخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب نوع الشخص الذي قدم الرعاية الصحية للأم بعد الولادة وخلفية الأم. وكما هو موضح في الجدول، فإن 81 في المائة من تلك الولادات لم تتلق أمهاتهم أية رعاية صحية بعد الولادة، بينما تلقى 18 في المائة رعاية بواسطة الطبيب ، وأقل من 1 في المائة فقط تلقت الرعاية من ممرضة أو قابلة مدربة.

جدول (20/6)

التوزيع النسبي لآخر ولادتين حسب الشخص الذي قام بالرعاية الصحية للأم بعد الإنجاب وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	الكادر الذي قام بالرعاية الصحية بعد الإنجاب					عدد الولادات
	لا أحد	طبيب	قابلة/ممرضة	أخرى	الإجمالي	
عمر الأم						
أقل من 30 سنة	81.3	17.3	0.8	0.6	100.0	1837
30-49	79.5	19.5	0.7	0.3	100.0	1513
مكان الإقامة						
الضفة الغربية	77.6	21.0	0.8	0.7	100.0	2221
قطاع غزة	86.2	13.0	0.8	0.0	100.0	1129
تعليم الأم						
لم تذهب للمدرسة	82.7	16.2	0.6	0.4	100.0	595
ابتدائي	83.4	14.9	0.9	0.7	100.0	879
إعدادي	81.7	17.2	0.6	0.4	100.0	1034
ثانوي فأكثر	74.2	24.6	1.1	0.1	100.0	842
الإجمالي	**80.5**	**18.3**	**0.8**	**0.3**	**100.0**	**3350**

وترتفع نسب الولادات التي تلقت أمهاتهم رعاية بعد الولادة من طبيب بين الولادات في الضفة الغربية (21 في المائة)، وبين الولادات لأمهات تلقين على الأقل تعليماً ثانوياً (25 في المائة)، وذلك مقارنة مع باقي الولادات.

8/6 الخلاصة

أشارت بيانات المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة إلى أن حوالي 80 في المائة من السيدات الحوامل قمن بمتابعة الحمل. وقد كان اكثر قليلاً من نصف (51 في المائة) زيارات المتابعة بغرض المتابعة الروتينية للحمل. كما أن نسبة من قمن من السيدات الحوامل بمتابعة الحمل في أربع مناسبات على الأقل بلغت حوالي (52 في المائة). هذا وبلغ متوسط عدد الزيارات من أجل متابعة الحمل أربع زيارات.

وقد أفادت أكثر من ثلاثة أرباع (78 في المائة) من السيدات الحوامل اللاتي تابعن الحمل قيامهن بمتابعة الحمل مع طبيب اختصاصي، في حين ذكرت 19 في المائة بأنهن تابعن الحمل مع طبيب عمومي. ويغلب استخدام عيادة الطبيب من اجل متابعة الحمل وتلقى الرعاية الصحية بين كل فئات الحوامل، فيما عدا الحوامل القاطنات في قطاع غزة (69 في المائة)،وبين الحوامل في الثلث الأخير من الحمل (57 في المائة)، حيث يغلب استخدام عيادات الأمومة والطفولة. ومن الجدير ذكره أن نتائج البيانات الواردة عن الولادات التي حدثت في السنوات الخمس السابقة للمسح جاءت متسقة مع نتائج بيانات الحوامل وتؤكدها.

وفيما يتعلق بالحوامل اللاتي لم يقمن بمتابعة الحمل، فقد تبين أن السبب الرئيسي لذلك هو شعور المرأة الحامل بعدم حاجتها لمتابعة حملها وذلك بسبب عدم تعرضها لأية مشاكل صحية تتعلق بالحمل تدعوها للمتابعة (36 في المائة). أما السبب الآخر الذي تم ذكره من قبل حوالي 20 في المائة من الحوامل اللاتي لم يتابعن الحمل، فهو اكتفاء الحامل بخبرتها ومعرفتها السابقة بأمور الحمل. وقد أشارت 9 في المائة من الحوامل إلى التكلفة الباهظة للرعاية الصحية عند القيام بزيارات المتابعة مما يحول دون قيامهن بهذه الزيارات، خاصة في الضفة الغربية حيث أوضحت 11 في المائة من الحوامل اللاتي لم يتابعن الحمل أن ارتفاع تكلفة المتابعة كان السبب وراء عدم متابعة الحمل.

وبالنسبة للتطعيم ضد التيتانوس، فقد أوضحت بيانات المسح الصحي تدني مستوى هذه الممارسة، وهذا ما يمكن استنتاجه من معدلات تطعيم السيدات الحوامل، ونسبة الولادات التي لم تتلق لها الأم أية جرعة من التطعيم خلال الحمل. فالبيانات تشير إلى أن الغالبية العظمى من الحوامل (78 في المائة) لم تتلق أية جرعة خلال الحمل، كما أن حوالي (5 في المائة) فقط من الحوامل تلقين جرعتين من تطعيم التيتانوس. بالنسبة لآخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح فإن نسبة الولادات التي تلقت أمهاتهم تطعيم ضد التيتانوس بلغت حوالي النصف. وتعزى الأسباب الرئيسية في عدم تلقى التطعيم إلى عدم المعرفة

بأهميته (36 في المائة) ، أو إلى أن المركز الصحي لا يقدم خدمات التحصين ضد التيتـانوس (32 في المائة)

أما فيما يتعلق بالمشاكل الصحية التي واجهتها النساء الحوامل أثناء الحمل، فقد تمثلت بالصداع المستمر (39 في المائة)، والالتهابات (33 في المائة)، وبتورم الكـــاحل (24 فـــي المائة)، وبارتفاع ضغط الدم (20 في المائة). ومن الجدير ذكره أن مشكلة الالتهابات أثنـــاء الحمل ترتفع نسبتها لدى الحوامل الصغيرات في السن (35 في المائة)، والحوامل من غـــير المتعلمات (41 في المائة)، وبين الحوامل في الثلث الأخير من الحمل (37 في المائة)، ممـــا يعطي الانطباع باحتمال أن يلعب سن المرأة ومستواها التعليمي وطول فترة الحمل دوراً فـــي تحديد نسبة الإصابة بالالتهابات.

وقد تبين من نتائج المسح أن غالبية الحوامل يتلقين أقراص الحديد (51 في المائة)، أو فيتامينات (42 في المائة) ، بينما تقوم 29 في المائة منهن بتناول أدوية أخرى.

تبين بيانات المسح الصحي مكان إجراء الولادة بالنسبة لآخر ولادتين خلال الخمـــس سنوات السابقة على المسح. ويستدل من هذه البيانات أن أغلبية الولادات تتم فـــي مستشـــفي حكومي (44 في المائة)، بينما تجرى اكثر من خمس الولادات (22 في المائة) في مستشـــفي خاص، و11 في المائة في عيادة طبيب، بينما تمت 10 في المائة من الولادات في المـــنزل. وبإجراء مقارنة بين مكان متابعة الرعاية الصحية أثناء الحمل والمكان الذي تختاره الحـــامل للولادة، نجد أن التباين واضح. فبينما تتجه غالبية الحوامل لمتابعة الحمل في عيادة الطبيـــب (62 في المائة) ، نجد أن المستشفي الحكومي هو المكان المفضل لهن للولادة، ولا تشكل نسبة من يخترن عيادة الطبيب للولادة سوى 11 في المائة من الأمهات.

وعند بحث الأسباب التي تؤدى بالمرأة للولادة في البيت، وليس في منشأة صحية، نجد أن السبب الرئيسي عند غالبية النساء كان اعتقادهن بان البيت أفضل للولادة من غـــيره (53 في المائة)، بينما ذكرت 16 في المائة بان الولادة في مؤسسات الرعايـــة الصحيـــة مرتفعـــة التكلفة. وقد تعكس هذه الأسباب تقييم النساء للجودة والنوعية التي يتوقعنـــها مـــن المراكـــز الصحية لأغراض الولادة.

وتوضح البيانات الواردة في المسح أن أكثر من نصف الولادات، قام طبيب أخصـــائي بإجرائها (59 في المائة) بينما قامت ممرضة أو قابلة قانونية بإجراء ثلث (34 فـــي المائـــة) الولادات. ويستدل من البيانات أن حوالي 95 في المائة من الولادات تمت على يد كادر طبـــي

مؤهل. هذا ويتضح أن الغالبية العظمى من الولادات التي تمت داخل مؤسسة صحية (72 في المائة) انتهت بطريقة طبيعية تخلو من التعقيدات أو المشاكل.

وبالنسبة لتقييم الأم لوزن المولود عند الولادة ، تشير البيانات إلى أن 85 في المائة من الولادات التي تمت في الضفة الغربية وقطاع غزة تعتقد أمهات بأنها كانت في الوزن الطبيعي، وذلك لدى كل الأمهات على اختلاف فئاتهن.

وفيما يتعلق بالرعاية الصحية بعد الولادة، فقد أوضحت نتائج المسح أن غالبية الولادات (81 في المائة) لم تتلق أمهاتهم أي نوع من الرعاية بعد الولادة. ويلاحظ هنا أن هذه النسبة هي نفس نسبة النساء الحوامل اللاتي تلقين الرعاية أثناء الحمل، مما يتضح أن الفجوة كبيرة بين تلقى الرعاية أثناء الحمل وبين تلقيها بعد الوضع. وقد يكون من المناسب، على ضوء هذه النتائج، أن تركز حملات التثقيف والتوعية على أن تنال الأم الرعاية الكافية بعد الولادة، وشرح محاسنها وفوائدها، وذلك لرفع نسبة تلقي الرعاية بعد الولادة كما هو الحال أثناء الحمل.

الفصل السابع

تنظيم الأسرة

1/7 مقدمة

يعتبر استخدام وسائل تنظيم الأسرة من العوامل المباشرة التي تؤثر على مستويات الخصوبة. لذا اهتم المسح الصحي للضفة الغربية وقطاع غزة بجمع معلومات من السيدات السابق لهن الزواج بخصوص المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة، وعن الاستخدام السابق لتلك الوسائل، وعن الهدف من وراء ذلك الاستخدام. كما قام المسح أيضاً بجمع معلومات من السيدات المتزوجات عن الاستخدام الحالي (وقت المسح) لوسائل تنظيم الأسرة، وعن مصدر الحصول على الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة. بالنسبة للسيدات المتزوجات اللائي لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حالياً، تم الاستفسار عن نيتهن في استخدام تلك الوسائل مستقبلاً، وعن وراء عدم النية في الاستخدام.

ويعرض هذا الفصل النتائج التي توصل إليها المسح ذات الأهمية للباحثين/والمخططين/ في مجالات السكان وتنظيم الأسرة.

2/7 المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة

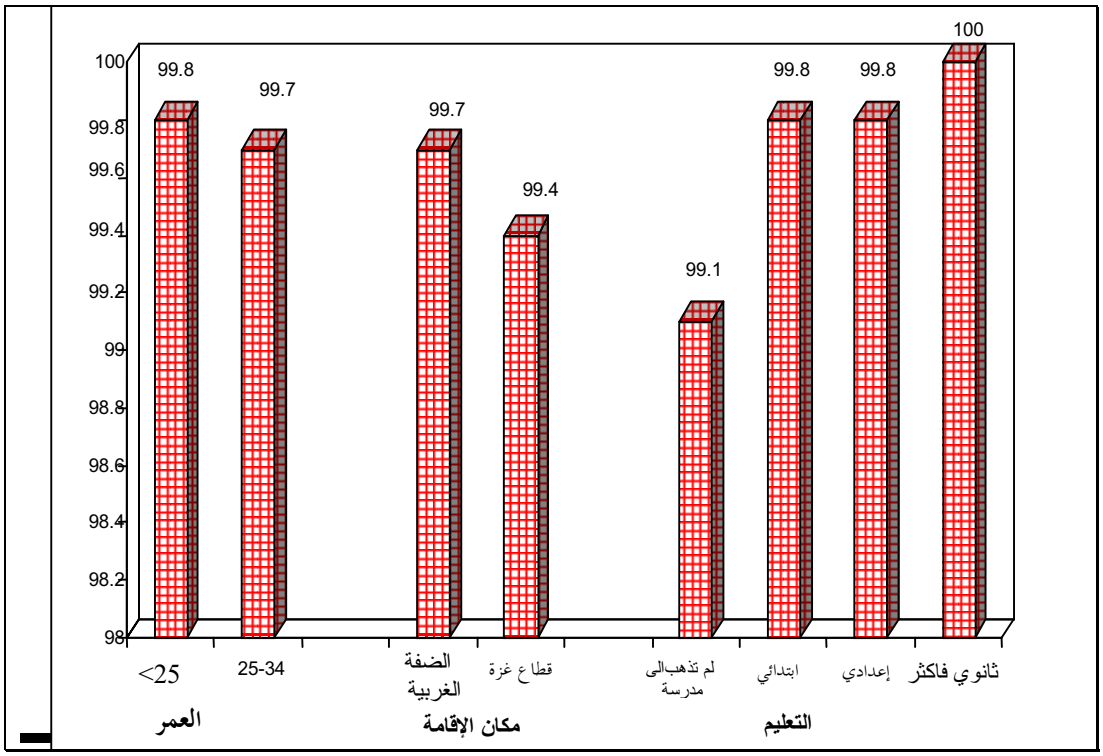
تشير بيانات الشكل 1/7 إلى أن تقريباً جميع السيدات السابق لهن الزواج يعرفن وسيلة واحدة على الأقل من وسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت نسبة المعرفة ، سواء التلقائية أو بعد تعريف الوسيلة، 99 في المائة، وذلك بغض النظر عن خلفية السيدة، من حيث العمر أو مستوى التعليم، أو مكان الإقامة.

وفيما يتعلق بمعرفة النساء بوسائل محددة لتنظيم الأسرة، يوضح الجدول 1/7 أن نسبة من يعرفن بالحبوب أو اللولب كوسائل حديثة لتنظيم الأسرة كانت 99 في المائة (لكل منهما). أما نسب السيدات اللاتي يعرفن الوسائل الحديثة الأخرى لتنظيم الأسرة فقد كانت على النحو التالي: ربط الأنابيب الرحمية 35 في المائة. الواقي الذكري 77 في المائة، الحقن بالإبر 65 في المائة، الوسائل المهبلية 54 في المائة، وتعقيم الرجال 25 في المائة. ويلاحظ من الجدول أن نسبة المعرفة التلقائية

بالحبوب واللولب ترتفع عنها بعد الوصف، بينما احتاجت الوسائل الحديثة الأخـــرى إلى وصفها للسيدات لمعرفتها، حيث ترتفع نسبة المعرفة بعـــد الوصـــف للحقـــن، والوسائل المهبلية، والواقي الذكري، وربط الأنابيب عن نسبة المعرفة التلقائية بها.

شكل (1/7)

نسب السيدات (15–49) السابق لهن الزواج اللاتي يعرفن وسائل تنظيم الأسرة، حسب خلفية المبحوثة، الضفة الغربية وقطاع غزة



بالنسبة لمعرفة النساء بالوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة، يوضح الجـــدول أن الغالبية العظمى من النساء (93 في المائة) يعرفن عن الرضاعة الطبيعية كوســـيلة تقليدية لتنظيم الأسرة، تليها فترة الأمان (74 في المائة)، ثم العزل (72 في المائـــة). ومن الجدير بالذكر أن جميع هذه الوسائل التقليدية احتاجت لتعريفها للتأكد من معرفة النساء بها، حيث ارتفعت نسبة المعرفة بها بعد الوصف عن نسبة المعرفة التلقائيـــة بها. فمثلاً، بينما بلغت نسبة المعرفة التلقائية بالرضاعة الطبيعية كوســـيلة لتنظيـــم الأسرة 6 في المائة، ارتفعت هذه النسبة بشكل حاد إلى 87 في المائة بعد وصفـــها للنساء. وقد يدل ذلك على إدراك السيدات لنقص فاعلية وســـائل تنظيـــم الأســـرة

التقليدية، حيث يرتبط عندهم تعبير تنظيم الأسرة بالوسائل الحديثة، خاصة اللولـــب والحبوب.

جدول (1/7)

نسب السيدات السابق لهن الزواج اللاتي يعرفن وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة

وتلقائية الإجابة، الضفة الغربية وقطاع غزة

نوع الوسيلة	نسبة اللاتي يعرفن وسائل تنظيم الأسرة		
	معرفة تلقائية	معرفة بعد الوصف	الإجمالى
الوسائل الحديثة			
الحبوب	89.7	9.1	**98.8**
اللولب	94.1	5.1	**99.2**
الحقن	26.2	38.9	**65.1**
العازل الطبي للمرأة	25.0	28.9	**53.9**
العازل الواقي للرجال	29.6	38.0	**76.6**
ربط الأنابيب الرحمية	10.5	23.9	**34.5**
التعقيم للرجال	0.6	23.9	**24.5**
الوسائل التقليدية			
فترة الأمان	26.0	47.9	**73.9**
العزل	23.0	48.6	**71.6**
الرضاعة الطبيعية	6.1	86.8	**92.9**
أخرى	5.8	4.7	**10.5**

3/7 الاستخدام السابق لوسائل تنظيم الأسرة

تم في المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة سؤال السيدات الســابق لهن الزواج عما إذا كان سبق لهن استخدام وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة. ويبيــن الجدول 2/7 أن ثلثي النساء السابق لهن الزواج قد سبق لهن استخدام وسيلة لتنظيـم الأسرة في وقت ما. هذا ويشيع استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة، بين أكــثر من نصف النساء السابق لهن الزواج. ومن بين هذه الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة، تبين أن اللولب كان الأكثر استخداماً، حيث سبق استخدامه بواسطة 38 في المائة من السيدات، مقابل 25 في المائة سبق لهن استخدام الحبوب. ومن ناحية أخرى، فقــد سبق استخدام الوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة بواسطة 44 في المائة مــن الســيدات السابق لهن الزواج، حيث تبين أن أكثر هذه الوسائل التقليدية شيوعاً بين النساء كــلن فترة الأمان (16 في المائة). ثم العزل (15 في المائة)، فالرضاعة الطبيعيــة (14 في المائة).

جدول (2/7)

نسب السيدات السابق لهن الزواج واللاتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	العمر (بالسنوات)			مكان الإقامة		مستوى التعليم				الإجمالي
	اقل من 25 سنة	25-34	35-49	الضفة الغربية	قطاع غزة	لم تذهب للمدرسة	إبتدائي	إعدادي	ثانوي فأكثر	
أي وسيلة	43.8	72.0	75.5	71.9	53.0	64.0	64.4	63.9	77.8	**65.0**
وسيلة حديثة	28.0	57.3	65.7	57.3	43.1	56.3	52.2	52.0	54.0	**52.7**
الحبوب	10.4	24.1	35.8	29.4	15.3	27.4	25.8	21.7	25.3	**24.9**
اللولب	19.0	43.1	47.1	41.9	30.4	37.4	38.2	39.5	37.4	**38.2**
الحقن	0.9	1.5	3.1	2.1	1.5	3.1	1.9	1.7	1.2	**1.9**
عازل طبي للمرأة	0.8	4.3	9.1	4.7	6.3	5.6	4.6	5.7	5.0	**5.2**
العازل الواقي للرجال	4.8	9.6	10.6	8.4	9.3	4.9	8.7	9.4	11.4	**8.7**
ربط الأنابيب الرحمية	-	0.8	6.8	3.5	1.6	5.0	3.1	2.4	1.2	**2.9**
تعقيم الرجال	0.1	-	0.1	0.1	-	-	-	0.2	-	**0.1**
فترة الأمان	9.5	16.8	18.8	18.5	9.5	8.5	13.3	14.6	25.7	**15.6**
العزل	11.4	15.4	16.2	18.2	7.1	13.5	13.4	16.2	15.1	**14.6**
الرضاعة الطبيعية	9.9	15.9	15.3	16.9	8.1	14.0	16.9	12.4	12.9	**14.1**
أي وسيلة أخرى	0.1	0.6	2.5	1.5	0.4	2.6	1.0	0.9	0.5	**1.2**
الإجمالي	**885**	**1191**	**1258**	**2259**	**1075**	**728**	**878**	**929**	**800**	**3335**

ويتبين من الجدول أيضاً أن نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة ترتفع بين السيدات الأكبر عمراً (76 في المائة)، مقابل 44 في المائة بين السيدات الأصغر من 25 عاماً، وبين السيدات القاطنات في الضفة الغربية (72 في المائة)، وبين الحاصلات على التعليم الثانوي على الأقل مقارنة بمن لم يسبق لهن الذهاب للمدرسة.

بالنسبة لعدد الأطفال الأحياء عند أول استخدام لوسائل تنظيم الأسرة، يعرض الجدول 3/7 نسبة السيدات اللائي سبق لهن استخدام وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، طبقاً لعدد الأطفال الأحياء عند وقت البدء باستخدام الوسيلة، وخصائص المبحوثات. ويستدل من بيانات الجدول أن حوالي ربع (26 في المائة) النساء بدأن باستخدام وسائل تنظيم الحمل لأول مرة بعد أن كان لديهن خمسة أطفال على الأقل على قيد الحياة، وأن ما نسبته 25 في المائة من النساء بدأن أول استخدام عندما كان لديهن طفل واحد على قيد الحياة. وهذا يدل على أن الاستخدام الأول لوسائل تنظيم الأسرة ينتشر إما بين النساء في سن مبكرة ممن لديهن عدد أقل من الأطفال الأحياء، أو بين النساء في المراحل المتقدمة من العمر ممن لديهن عدد أكبر من الأطفال الأحياء. ويشير ذلك إلى أن الهدف من الاستخدام قد يكون المباعدة أو التحديد.

جدول (3/7)

التوزيع النسبي للسيدات السابق لهن الزواج واللاتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب عدد الأطفال الأحياء عند أول استخدام وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	عدد الأطفال الأحياء عند أول استخدام						عدد السيدات
	0	1	2	3	4	5	
العمر (بالسنوات)							
اقل من 25	4.5	41.8	35.4	13.7	3.9	0.6	387
25-34	1.4	26.2	23.8	14.6	14.6	19.4	859
35-49	0.8	16.6	13.1	13.2	14.0	42.3	950
مكان الإقامة							
الضفة الغربية	1.9	28.1	22.5	13.7	11.6	22.2	1627
قطاع غزة	1.2	15.4	17.5	14.2	14.8	36.9	569
مستوى التعليم							
لم تذهب لمدرسة	0.5	12.0	11.3	13.0	13.8	49.5	455
ابتدائي	0.6	21.0	18.2	11.6	18.0	30.6	566
إعدادي	2.1	27.6	25.4	15.4	11.3	18.2	594
ثانوي فأكثر	3.3	35.6	27.7	15.2	7.1	11.0	582
الإجمالي	**1.7**	**24.8**	**21.2**	**13.8**	**12.4**	**26.0**	**2196**

وتشير بيانات الجدول إلى أن أعلى نسبة لأول استخدام بالنسبة لفئات العمر المختلفة وعدد الأطفال الأحياء كانت بين السيدات أقل من 25 سنة من العمر ممن لديهن طفل واحد فقط على قيد الحياة، وبين النساء في فئة العمر 35–49 سنة من العمر ممن لديهن خمسة أطفال على الأقل أحياء (42 في المائة لكل منهما). كذلك فان أعلى نسبة لأول استخدام بين السيدات في الضفة الغربية يبدأ بعد الطفل الأول (28 في المائة)، بينما نجد بين السيدات في قطاع غزة أن النسبة تكون أعلى بعد الطفل الخامس (37 في المائة). وتوضح البيانات أيضاً انه كلما زاد تعليم السيدة كلما كانت نسبة أول استخدام أعلى في المراحل المبكرة للحياة الإنجابية. ففي حين بلغت نسبة الاستخدام بعد الطفل الأول 36 في المائة عند الحاصلات على الثانوية على الأقل، لم تتجاوز تلك النسبة 12 في المائة من السيدات غير المتعلمات، واللاتي بدأ خمسون بالمائة منهن الاستخدام بعد إنجاب الطفل الخامس.

وفيما يتعلق بمبرر أول استخدام بالنسبة للسيدات السابق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، يوضح جدول 4/7 أن الهدف الرئيسي لأول استخدام كان المباعدة بين الولادات وذلك بغض النظر عن سن السيدة، ومكان إقامتها، وتحصيلها العلمي، وعدد الأطفال الأحياء لديها (فيما عدا من لديهن أكثر من خمسة أطفال)، حيث ذكرت 76 في المائة من السيدات السابق لهن الاستخدام هذا الهدف كمبرر لاستخدامهن الأول لتنظيم الأسرة، بينما أفادت 24 في المائة أن الهدف كان إيقاف الإنجاب.

ويتبين من الجدول إلى أن الاستخدام الأول بهدف المباعدة بين الولادات ينتشر في أوساط النساء الأصغر عمراً، وممن لديهن عدد أقل من الأطفال على قيد الحياة، والقاطنات في الضفة الغربية والحاصلات على اكبر قدر من التعليم.

جدول (4/7)

التوزيع النسبي للسيدات السابق لهن الزواج واللاتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حسب الهدف من أول استخدام للوسائل وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص الخلفية	الهدف من الاستخدام الأول				عدد السيدات السابق لهن الاستخدام
	المباعدة بين الولادات	التوقف عن الإنجاب	أخرى	الإجمالي النسبي	
العمر (بالسنوات)					
اقل من 25	92.7	6.0	1.2	100.0	387
25-34	81.0	18.8	0.2	100.0	859
35-49	64.7	35.3	-	100.0	950
عدد الأطفال الأحياء					
0	83.2	4.3	13.2	100.0	37
1	97.4	2.6	-	100.0	545
2	88.5	11.5	-	100.0	466
3	82.9	17.1	-	100.0	304
4	75.0	24.6	0.4	100.0	273
5+	41.8	58.0	0.2	100.0	571
مكان الإقامة					
الضفة الغربية	77.6	22.0	0.4	100.0	1627
قطاع غزة	71.6	28.4	-	100.0	569
مستوى التعليم					
لم تذهب إلى مدرسة	61.8	38.0	0.2	100.0	455
ابتدائي	75.3	24.9	0.2	100.0	566
إعدادي	79.4	20.5	0.1	100.0	594
ثانوي فأكثر	84.5	14.8	0.7	100.0	582
الإجمالي	**76.4**	**23.7**	**0.3**	**100.0**	**2196**

4/7 الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة

تعتبر نسب الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة من أهم المؤشرات التي تستخدم لتقييم برامج تنظيم الأسرة وللتنبؤ بمستويات الخصوبة. وعادة ما يشار إليها بمعدل الممارسة. ويمكن تقدير نسب الممارسة عن طريق معرفة نسب استخدام السيدات في فئة العمر (15-49) والمتزوجات حالياً لوسائل تنظيم الأسرة.

وتشير البيانات الواردة في الجدول 5/7 إلى أن 45 في المائة من السيدات المتزوجات يستخدمن حالياً وسيلة لتنظيم الأسرة، وان 31 في المائة يستخدمن وسيلة حديثة. وتوضح نتائج

المسح أن نسبة استخدام الوسائل (ومنها الوسائل الحديثة) تزيد مع زيـــادة العمـــر ومســـتوى التعليم، وبين القاطنات في الضفة الغربية (51 في المائة) مقابل 34 في المائة في قطاع غزة.

وفيما يخص استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة، تبين مـــــن الجـــدول أن نســـبة استخدام اللولب (22 في المائة) تفوق نسبة استخدام الوسائل الأخرى (4 في المائة للحبـــوب، وحوالي 5 في المائة للوسائل الحديثة الأخرى). وبالنسبة للوسائل التقليدية، تفيد البيانـــات أن نسبة الاستخدام الحالي للعزل بلغت 6 في المائة، وفترة الأمان 5 في المائة، بينما بلغت نســـبة استخدام الرضاعة الطبيعية 3 في المائة. وتعتبر نسبة السيدات المتزوجات، الضفة الغربيـــة وقطاع عزة واللاتي يستخدمن الوسائل التقليدية لتنظيم الأسرة (14 في المائة) مرتفعة نســـبياً إذا ما قورنت بالنسبة في مصر (2 في المائة)، وفي المغرب (8 في المائة).

جدول (5/7)

نسب السيدات المتزوجات اللاتي يستخدمن حالياً وسيلة لتنظيم الأسرة، حسب نوع الوسيلة المستخدمة وبعض الخصائص الخلفية،

الضفة الغربية وقطاع غزة

الخصائص / الخلفية	العمر بالسنوات			مكان الإقامة		مستوى التعليم				الإجمالي
	25>	25-34	35-49	الضفة الغربية	قطاع غزة	لم تذهب لمدرسة	ابتدائي	إعدادي	ثانوي فأكثر	
لا يستخدمن أي وسيلة	69.7	51.3	47.1	49.3	66.1	58.8	56.6	54.1	49.8	**54.7**
تستخدم أية وسيلة	30.3	48.7	52.9	50.7	33.9	41.2	43.4	45.9	50.2	**45.3**
تستخدم وسيلة حديثة	17.4	34.3	37.0	33.7	24.5	29.7	30.2	30.3	32.7	**30.8**
حبوب	3.3	4.3	3.6	4.3	2.7	2.7	3.6	4.0	4.8	**3.8**
لولب	12.5	26.3	23.6	24.1	16.2	20.4	21.6	21.1	23.0	**21.6**
حقن	0.5	0.5	0.8	0.6	0.7	0.4	0.8	0.4	0.8	**0.6**
عازل طبي للمرأة	0.1	0.5	0.8	0.3	0.9	0.7	0.1	0.6	0.6	**0.5**
الواقي الذكرى للرجال	0.9	2.1	1.4	1.1	2.4	0.7	1.0	2.0	2.1	**1.5**
ربط الأنابيب الرحمية	–	0.7	6.8	3.3	1.6	4.8	3.0	2.2	1.3	**2.8**
فترة الأمان	3.4	4.3	7.2	5.6	4.1	1.5	3.8	5.5	9.2	**5.1**
العزل	5.7	5.3	6.5	7.1	3.3	6.8	5.5	6.7	4.5	**5.8**
الرضاعة الطبيعية	3.8	4.8	1.6	4.0	1.8	2.6	3.7	3.3	3.5	**3.3**
أخرى	0.1	0.1	0.6	0.3	0.1	0.6	0.1	0.1	0.3	**0.3**
عدد السيدات المتزوجات	**859**	**1156**	**1168**	**2153**	**1030**	**672**	**838**	**897**	**776**	**3183**

بالنسبة لتوزيع السيدات المتزوجات واللاتي يستخدمن حالياً وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة، تفيد بيانات الجدول 6/7 أن حوالي 45 في المائة من النساء يحصلن على وسيلة لتنظيم الحمل من طبيب خاص، بينما تفضل 13 في المائة الحصول عليها من مراكز الأمومة والطفولة، و 11 في المائة من عيادات تنظيم الأسرة. وبالرغم من أن مصدر الوسيلة لغالبية السيدات القاطنات في الضفة الغربية (52 في المائة) كان الطبيب الخاص، تبين أن أكثر من ثلث النساء في قطاع غزة يحصلن على الوسيلة من مراكز الأمومة والطفولة.

بالنسبة لمصدر الحصول على وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة ومكان الإقامة، يتضح من الجدول أن مراكز رعاية الأمومة والطفولة هي المصدر الرئيسي للحصول على كل من اللولب والحبوب في قطاع غزة (ويليها الطبيب الخاص)، بينما المصدر الرئيسي للحصول على اللولب والحبوب في الضفة الغربية هو الطبيب الخاص.

جدول (6/7)

التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات اللاتي يستخدمن وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة حسب مصدر الحصول على الوسيلة وبعض الخصائص الخلفية، الضفة الغربية وقطاع غزة

مصدر الوسيلة	الضفة الغربية				قطاع غزة				الإجمالي			
	حبوب	لولب	أخرى حديثة	الإجمالي	حبوب	لولب	أخرى حديثة	الإجمالي	حبوب	لولب	أخرى حديثة	الإجمالي
مستشفى عام	-	4.6	25.1	7.2	-	0.5	22.5	5.3	**-**	**3.6**	**24.2**	**6.7**
مستشفى خاص	1.3	6.0	38.8	10.5	6.0	1.9	3.9	2.8	**2.4**	**5.0**	**27.2**	**8.5**
مركز صحي حكومي	2.0	1.0	-	0.9	6.0	7.8	2.7	6.5	**3.0**	**2.6**	**0.9**	**2.4**
مركز صحي خاص	3.4	8.1	0.6	6.3	3.3	6.9	5.8	6.3	**3.4**	**7.8**	**2.3**	**6.3**
مركز أمومة وطفولة	8.4	5.4	3.9	5.5	41.4	39.8	16.1	34.7	**16.2**	**13.8**	**8.0**	**13.1**
مركز تنظيم أسرة	5.8	13.3	5.0	11.1	5.3	15.8	2.8	11.7	**5.7**	**13.9**	**4.3**	**11.3**
طبيب خاص	47.1	61.7	13.5	52.4	20.4	27.4	9.5	22.7	**40.7**	**53.3**	**12.2**	**44.7**
صيدلية	32.0	-	13.0	6.0	17.6	-	36.8	10.1	**28.6**	**-**	**20.9**	**7.1**
الإجمالي	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**	**100.0**

5/7 مشاكل استخدام وسائل تنظيم الأسرة

يوضح الجدول 7/7 التوزيع النسبي للنساء المتزوجات اللاتي يستخدمن حالياً وسيلة لتنظيم الأسرة حسب المشاكل التي يواجهنها نتيجة لهذا الاستخدام. وبما أن اللولب كان الوسيلة الأكثر استخداماً بين السيدات، فقد تم عرضه على حده في الجدول.

جدول (7/7)

التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات اللاتي يستخدمن حالياً وسيلة لتنظيم الأسرة حسب مشاكل الاستخدام ونوع الوسيلة، الضفة الغربية وقطاع غزة

مشاكل الاستخدام	نوع الوسيلة		
	اللولب	وسيلة حديثة أخرى	أي وسيلة
لا توجد مشاكل	73.7	79.5	81.6
مشاكل صحية	24.6	20.0	16.9
وسيلة غير فعالة	0.3	-	0.4
اعتراض الزوج	0.2	-	0.5
عدم الارتياح لاستخدامها	1.3	0.5	0.7
الإجمالي النسبي	100.0	100.0	100.0
عدد السيدات	**683**	**171**	**1442**

ويستدل من الجدول أن الغالبية العظمى (74 في المائة) من السيدات المتزوجات اللاتي يستخدمن اللولب لا يواجهن أية مشاكل من جراء هذا الاستخدام، وان 79 في المائة لم يشكين من أية مشكلة نتيجة لاستخدام وسائل حديثة أخرى، فيما ذكرت 82 في المائة من النساء عدم تعرضهن لمشاكل باستخدام أية وسيلة لتنظيم الأسرة.

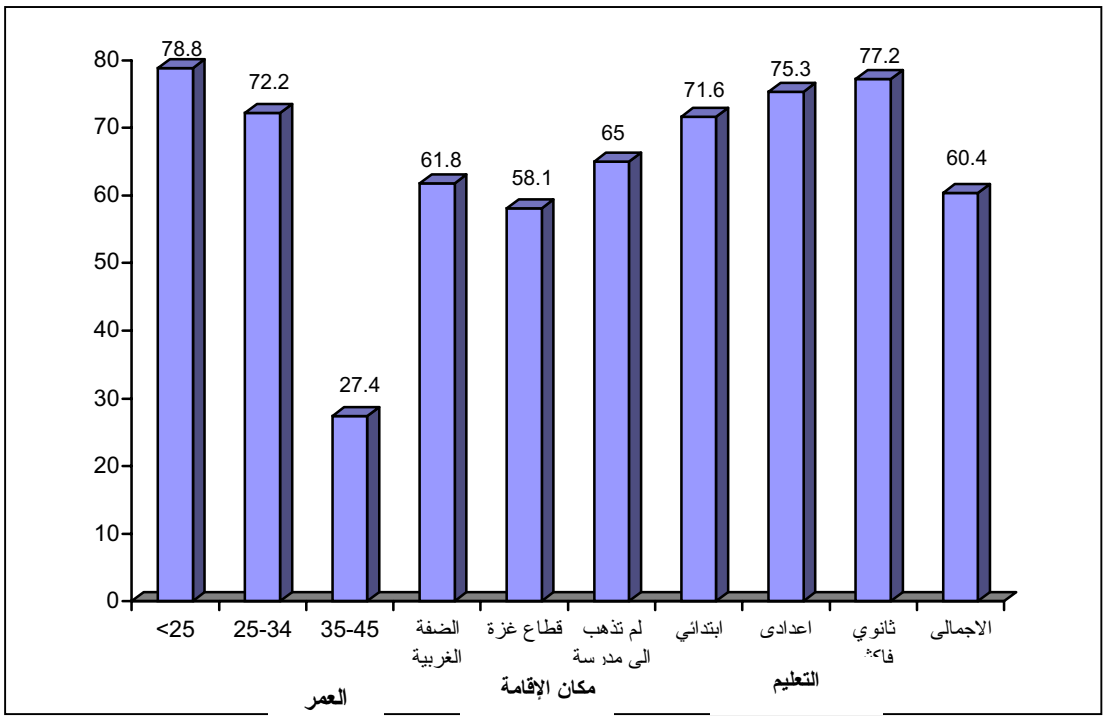
ومن ناحية أخرى، تظهر بيانات الجدول بوضوح أن المشاكل الرئيسية التي عانت منها السيدات المستخدمات للوسائل تمثلت في المشاكل الصحية (17 في المائة) وأوضحت 25 في المائة من السيدات اللاتي يستخدمن اللولب مواجهتهن لمشاكل صحية نتيجة لهذا الاستخدام.

6/7 النية في استخدام الوسائل في المستقبل

قام المسح بسؤال السيدات المتزوجات اللائي لا يستخدمن حالياً وسائل تنظيم الأسرة عن نيتهن في استخدام تلك الوسائل في المستقبل.

شكل (2/7)

نسب السيدات المتزوجات اللاتي لا يستخدمن حالياً وسائل تنظيم الأسرة ويرغبن في الاستخدام في المستقبل، حسب خلفية المبحوثة، الضفة الغربية وقطاع غزة



وتشير بيانات الشكل 2/7 إلى أن 60 في المائة من النساء غير المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة حالياً ينوين استخدامها في المستقبل. ويلاحظ من الشكل أن معدلات النية في استخدام وسائل تنظيم الأسرة ترتفع بين السيدات في فئة العمر 25–34 سنة من العمر (72 في المائة)، وبين السيدات القاطنات في الضفة الغربية (62 في المائة)، وبين السيدات اللاتي اكملن التعليم الثانوي على الأقل (77 في المائة).

وتفيد بيانات المسح الموضحة في الجدول 8/7 أن 61 في المائة من السيدات المتزوجات اللاتي ينوين استخدام وسائل تنظيم الأسرة في المستقبل، ينوين استخدام اللولب. ويوضح الجدول أن 18 في

المائة يرغبن باستخدام وسائل تقليدية، بينما أبدت 13 في المائة من النساء رغبتهن باســتخدام الحبوب، و7 في المائة أبدين رغبتهن باستخدام وسائل حديثة أخرى.

جدول (8/7)

التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات اللاتي لا يستخدمن حالياً لوسائل تنظيم الأسرة ويرغبن في الاستخدام في المستقبل حسب الوسيلة التي ينوين استخدامها ، الضفة الغربية وقطاع غزة

الوسيلة	الإجمالي
الحبوب	**13.2**
اللولب	**61.2**
وسيلة أخرى حديثة	**7.3**
وسيلة تقليدية	**18.2**
الإجمالي	**100.0**
عدد النساء	**1051**

فيما يتعلق بأسباب عدم النية في الاستخدام في المستقبل، يبرز الجدول 9/7 أن السبب الرئيسي وراء عدم نية اكثر من ثلث النساء (36 في المائة) في استخدام وسائل تنظيم الأســوة هو انقطاع الدورة وعدم القدرة على الإنجاب (العقم)، يليه معارضة الزوج (15 في المائة)، ثم يليه معارضة السيدة لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة (11 في المائة).

جدول (9/7)

التوزيع النسبي للسيدات المتزوجات اللاتي لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة ولا يرغبن في الاستخدام في المستقبل حسب السبب ومكان الإقامة، الضفة الغربية وقطاع غزة

أسباب عدم الرغبة في الاستخدام	مكان الاقامة		
	الضفة الغربية	قطاع غزة	الإجمالي
أسباب دينية	6.2	5.9	**6.1**
تعارض تنظيم الأسرة	8.9	12.7	**10.5**
معارضة الزوج	11.5	19.3	**14.8**
معارضة لأقارب	1.2	0.9	**1.1**
الخوف من الآثار الجانبية	8.9	9.1	**9.0**
عدم المعرفة	1.6	2.0	**1.8**
ارتفاع التكلفة	0.4	0.6	**0.5**
عدم الارتياح للوسائل	3.4	2.7	**3.1**
سن اليــأس/العقم	37.1	35.3	**36.3**
غير متأكدة/لا تعرف	20.7	11.5	**16.8**
الإجمالي	**100.0**	**100.0**	**100.0**
عدد النساء	**404**	**284**	**688**

7/7 الخلاصة

تفيد بيانات المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة بان نسبة معرفة النساء السابق لهن الزواج بوسائل تنظيم الأسرة قد وصلت إلى اكثر من 99 في المائة، مما يعنى انتشار المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة.

فيما يتعلق باستخدام وسائل تنظيم الأسرة، فقد وصلت نسبة السيدات السابق لهن الزواج وسبق لهن استخدام وسيلة واحدة على الأقل من وسائل تنظيم الأسرة إلى 65 في المائة، منهن 53 في المائة استخدمن وسائل حديثة. كما أشارت بيانات المسح الصحي أن استخدام اللولب لتنظيم الحمل كان الأوسع انتشاراً، حيث بلغت نسبة استخدامه 38 في المائة، يليه الحبوب التي بلغت نسبة استخدامها 25 في المائة.

وفيما يتعلق بعدد الأطفال عند استخدام وسائل تنظيم الأسرة لأول مرة، تبين أن أعلى نسبة استخدام كانت بين السيدات اللاتي أنجبن خمسة أطفال على الأقل (26 في المائة)، والسيدات اللاتي أنجبن طفلاً واحداً (25 في المائة)، ثم السيدات اللاتي أنجبن طفلين فقط (21 في المائة). ويتضح من بيانات المسح أن السبب الرئيسي وراء استخدام الوسائل لأول مرة كان المباعدة بين الولادات (76 في المائة).

وعند سؤال السيدات المتزوجات عن الاستخدام الحالي (وقت المسح) لوسائل تنظيم الأسرة، تبين أن 45 في المائة منهن يستخدمن وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة. وبلغت نسبة استخدام الوسائل الحديثة حوالي 31 في المائة. هذا وقد بلغت نسبة استخدام اللولب (22 في المائة). كما تشير البيانات إلى ارتفاع نسبة استخدام الوسائل التقليدية لتنظيم الحمل (14 في المائة). وبشكل عام، يلاحظ أن معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة ترتفع مع زيادة العمر، ومستوى التعليم، وبين القاطنات في الضفة الغربية.

وأفادت بيانات المسح أن المصدر الرئيسي للحصول على الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة هو الطبيب الخاص (45 في المائة). في حين تحصل 13 في المائة من السيدات المتزوجات على الوسائل من مراكز الأمومة والطفولة، و11 في المائة من مراكز تنظيم الأسرة.

وقد أفادت 81 في المائة من المستخدمات حالياً لوسائل تنظيم الأسرة عدم معاناتهن من أية مشاكل مرتبطة باستخدام تلك الوسائل، بينما أفادت 17 في المائة من السيدات بوجود مشاكل صحية مرتبطة باستخدام الوسائل.

وعند الاستفسار من النساء المتزوجات اللاتي لا يستخدمن حالياً لوسائل تنظيم الأسرة عن نيتهن في استخدام الوسائل مستقبلاً، تبين أن 60 في المائة منهن ينوين الاستخدام، ومن بين اللاتي ينوين استخدام الوسائل، وجد أن 61 في المائة منهن ينوين استخدام اللولب، مقابل 18 في المائة ينوين استخدام وسائل تقليدية، و13 في المائة ترغبن في استخدام الحبوب. أما بالنسبة للسبب وراء عدم النية في استخدام وسائل تنظيم الأسرة، فقد ذكرت حوالي 36 في المائة من السيدات المتزوجات اللاتي لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة ولا ينوين الاستخدام مستقبلاً أن السبب الرئيسي هو انقطاع الدورة (العقم). وكانت معارضة الزوج لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة هو السبب وراء عدم نية15 في المائة من السيدات في الاستخدام مستقبلاً.

الفصل الثامن

النتائج والتوصيات

1/8 مقدمة

تم تنفيذ المسح الصحي للضفة الغربية وقطاع غزة بواسطة دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، وذلك بالتعاون مع وزارة الصحة ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال (اليونيسيف).

وقد تم جمع معلومات المسح في الضفة الغربية خلال الفترة من 1996/6/11 إلى 1996/7/8 وفى قطاع غزة في خلال الفترة من 1996/8/27 إلى 1996/9/18. هذا وقد تمت مقابلة 2530 أسرة في الضفة الغربية، و 1192 أسرة في قطاع غزة.

من خلال استمارات المسح، تم جمع بيانات عن تعرُّض أفراد أسر العينة للأمراض المفاجئة أو الإصابة بالجروح، وإصابة الأطفال تحت سن الخامسة بالأمراض المعدية، واستخدام الخدمات العلاجية والوقائية، ورعاية الأمومة، ومدى انتشار وأسباب الإعاقة بين السكان، وعن استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

2/8 صحة الأطفال

تم تقييم الوضع الصحي للأطفال تحت سن الخامسة عن طريق قياس الوضع التغذوى، ونسبة الإصابة بأمراض الإسهال وأمراض والجهاز التنفسي ، ونسبة التعرض للحوادث. كذلك تم قياس معدلات تطعيم الأطفال ضد الأمراض، ومدى استخدام مؤسسات الرعاية الصحية عند تعرض الأطفال للأمراض المختلفة.

وتشير نتائج المسح الخاصة بالوضع التغذوي للأطفال تحت سن الخامسة إلى أن 7 في المائة من هؤلاء الأطفال يعانون من قصر القامة. هذا وترتفع نسبة الأطفال المصابين بقصر القامة مع الزيادة في عمر الطفل. ولا يوجد تفاوت واضح في نسبة الإصابة بقصر القامة بين الأطفال الذكور والإناث، أو بين الأطفال المقيمين في قطاع غزة أو الضفة الغربية. بالنسبة للإصابة بالنحافة، اتضح من النتائج أن 3 في المائة فقط من الأطفال في الضفة الغربية وقطاع غزة يعانون من النحافة. وترتفع نسبة الأطفال المصابين بالنحافة بصورة واضحة بين الأطفال في فئة العمر 6-11 شهرا (7 في المائة)، وذلك مقارنة مع باقي الأطفال. وأيضا

لايوجد تباين واضح في نسبة الإصابة بالنحافة وذلك حسب نوع الطفل أو مكان أقامته. كما تشير نتائج المسح إلى أن 4 في المائة من الأطفال تحت سن الخامسة في الضفة الغربية وقطاع غزة يعانون من نقص الوزن.

بالنسبة لانتشار الأمراض المعدية بين الأطفال تحت سن الخامسة، تشير نتائج المسح إلى أن 14 في المائة من هؤلاء الأطفال أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح، وقد كان متوسط مدة الإصابة حوالي أربعة أيام. وتبلغ نسبة الإصابة بالإسهال أقصاها بين الأطفال في فئة العمر 6–11 شهرا (32 في المائة). هذا ولا يوجد تفاوت واضح في نسبة الإصابة بالإسهال حسب نوع الطفل، غير أن نسبة الإصابة ترتفع في الضفة الغربية (15 في المائة) مقارنة بقطاع غزة (12 في المائة). وقد صاحب الإصابة بالإسهال بعض الأعراض الأخرى، حيث أن 63 في المائة من الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال صاحب إصابتهم ارتفاع في درجة الحرارة، و 73 في المائة صاحب الإصابة قيء، في حين أن 13 في المائة من هؤلاء الأطفال أصيبوا بالجفاف نتيجة للإسهال. وتبلغ نسبة الإصابة بالجفاف نتيجة للإسهال أقصاها بين الأطفال في فئة العمر 0–5 شهور (23 في المائة)، تليها نسبة الأطفال في فئة العمر 12–23 شهرا (17 في المائة). كما أن نسبة هؤلاء الأطفال ترتفع بصورة واضحة بين الأطفال في الضفة الغربية (15 في المائة) مقارنة مع الأطفال في قطاع غزة (6 في المائة).

وتشير بيانات المسح إلى أن 33 في المائة من الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح قد استخدم محلول معالجة الجفاف في علاجهم. وترتفع نسبة الأطفال الذين عولجوا بمحلول معالجة الجفاف بين الأطفال في قطاع غزة (43 في المائة) مقارنة مع الأطفال في الضفة الغربية (29 في المائة).

بالنسبة للاستشارة الطبية لعلاج الإسهال، اتضح من نتائج المسح أن 61 في المائة من الأطفال المصابين بالإسهال قد حصلوا على استشارة طبية للعلاج. وقد تمت 45 في المائة من تلك الاستشارات في المراكز الصحية، و 42 في المائة في عيادات الأطباء الخاصة، و18 في المائة في مراكز الأمومة والطفولة.

وأشارت نتائج المسح أيضا إلى أن 25 في المائة من الأطفال تحت سن الخامسة قد أصيبوا بالرشح/السعال خلال الأسبوعين السابقين للمسح. هذا وقد عانى 42 في المائة من الأطفال الذين أصيبوا بالرشح/السعال من صعوبة في التنفس، وحوالي 63 في المائة من ارتفاع في درجة الحرارة. وقد حصل أكثر من نصف (55 في المائة) الأطفال المصابين بالرشح/السعال على استشارة طبية للعلاج. هذا وقد كانت المراكز الصحية المصدر الرئيسي

لتلقي الاستشارات الطبية (46 في المائة)، تليها عيادات الأطباء الخاصة (38 في المائة)، ثم مراكز الأمومة والطفولة (15 في المائة). بالنسبة لنوع الأدوية التي استخدمت في علاج الرشح/السعال، اتضح من البيانات أن 64 في المائة من الحالات استخدم دواء خافض للحرارة في علاجهم، واستخدمت محاليل عشبية في علاج 51 في المائة، والمضادات الحيوية في علاج 50 في المائة.

وتشير نتائج المسح إلى أن 4 في المائة من الأطفال تحت سن الخامسة تعرضوا للحوادث خلال الاثني عشر شهرا السابقة للمسح. وتبلغ نسبة الأطفال الذين تعرضوا لحادث أقصاها بين الأطفال في فئة العمر 24–35 شهرا (7 في المائة). وتمثل الجروح أهم الحوادث التي تعرض لها الأطفال (43 في المائة)، ثم الحروق (23 في المائة)، والكسور (22 في المائة)، وأخيرا التسمم (12 في المائة). ومن الملاحظ أن حوادث التسمم ترتفع بصورة كبيرة بين الأطفال الإناث (20 في المائة) مقارنة بالذكور (5 في المائة). وتدل النتائج أيضا إلى أن 64 في المائة من الحوادث التي تعرض لها الأطفال حدثت في المنزل.

وكما هو معروف، يمكن تقليل فرص تعرض الأطفال للإصابة بالأمراض المعدية الشائعة عن طريق تحصينهم ضد هذه الأمراض، والتي تشمل الدرن، الدفتريا، السعال الديكي، التيتانوس، شلل الأطفال، الحصبة، واليرقان. وقد تبين من نتائج المسح أن 67 في المائة من الأطفال تحت سن الخامسة لديهم بطاقات صحية تمت معاينتها، وحوالي 27 في المائة لديهم بطاقات صحية ولكن لم يتم الاطلاع عليها في حين أن 6 في المائة ليس لديهم بطاقات صحية.

بالنسبة للأطفال تحت سن الخامسة الذين لديهم بطاقات صحية تم الاطلاع عليها، تشير البيانات إلى أن 37 في المائة من هؤلاء الأطفال تم تحصينهم ضد الدرن، وتراوحت نسبة التطعيم ضد شلل الأطفال بين 97 في المائة للجرعة الأولى و 84 في المائة بالجرعة الثالثة كما تراوحت نسبة التطعيم ضد الثلاثي بين 95 في المائة للجرعة الأولى و 85 في المائة للجرعة الثالثة، بينما بلغت نسبة التطعيم ضد الحصبة حوالي 37 في المائة. هذا وقد لوحظ عدم وجود تباين في نسب التطعيم بين الذكور والإناث، غير أنه تم ملاحظة التباين الواضح في نسب تلقي التطعيمات المختلفة بين الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث أن نسبة تلقي التطعيم ضد الدرن بلغت 89 في المائة في قطاع غزة، مقارنة بـ17 في المائة فقط في الضفة الغربية ونفس الشيء ينطبق على التطعيم ضد الحصبة حيث أن النسبة في قطاع غزة تبلغ 75 في المائة، مقارنة بـ 22 في المائة فقط في الضفة الغربية. وأيضا ترتفع نسبة تلقي التطعيم

الثلاثي وشلل الأطفال في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية، حيث ترتفع فيها نسب التطعيم ضد اليرقان، والحصبة الألمانية/النكاف/الروبيلا.

وفيما يخص الأطفال تحت سن الخامسة والذين لم يستكملوا جرعات التطعيم المقررة، تبين من نتائج المسح أن السبب الأساسي في عدم استكمال جرعات التطعيم يرجع إلى اعتقاد الأم بأن الطفل مازال صغيرا (93 في المائة) يليه مرض الطفل (3 في المائة).

بالإضافة للتحصين ضد الأمراض السارية، يتأثر الوضع الصحي للطفل بمدى تناوله للفيتامينات. وقد أشارت نتائج المسح إلى أن 38 في المائة من الأطفال في فئة العمر 2-11 شهرا قد تلقوا فيتامينات أ/د. هذا وترتفع نسبة هؤلاء الأطفال بارتفاع عمر الطفل، كما أنها ترتفع بين الذكور (42 في المائة) مقارنة مع الإناث (34 في المائة)، وفي الضفة الغربية (48 في المائة) مقارنة مع قطاع غزة (19 في المائة). وقد بدأت الغالبية العظمى (89 في المائة) من هؤلاء الأطفال في تلقي الفيتامينات عند عمر أقل من شهر إلى خمسة شهور.

وتبين من نتائج المسح انتشار الرضاعة الطبيعية في الضفة وقطاع غزة، حيث أن 96 في المائة من المواليد خلال الخمس سنوات السابقة للمسح قد تم إرضاعهم من الثدي. هذا ويبلغ متوسط طول فترة الرضاعة الطبيعية حوالي 11.1 شهرا. ويرتفع متوسط طول فترة الرضاعة الطبيعية بالنسبة للأطفال الذكور (11.6) مقارنة مع الإناث (11.5)، وبين الأطفال في قطاع غزة (12.2 شهرا) مقارنة مع الأطفال في الضفة الغربية (10.5 شهرا).

بالنسبة للأطفال الذين تم فطامهم، كانت أسباب الفطام تتلخص قى بلوغ الطفل لسن الفطام (36 في المائة)، وعدم توفر حليب كاف لدى الأم (18 في المائة)، ورفض الطفل للرضاعة (16 في المائة)، وحمل الأم (15 في المائة). هذا ويختلف ترتيب هذه الأسباب من حيث الأهمية حسب عمر الطفل فمثلا بالنسبة للأطفال الذين تم فطامهم في عمر 6-11 شهر فإن الأسباب الرئيسية في الفطام تتمثل في رفض الطفل للرضاعة (28 في المائة)، وحمل الأم (27 في المائة).

وتشير البيانات إلى أن عمر الطفل عند بدء إعطاءه الأغذية الإضافية يبلغ حوالي 5 شهور هذا ولا يوجد تفاوت في متوسط عمر الطفل عند إعطائه الأغذية الإضافية حسب نوع الطفل أو مكان إقامته.

3/8 رعاية الأمومة

رعاية الأمومة تشمل الرعاية الصحية أثناء الحمل، والوضع، ومرحلة ما بعد الوضع. وتشير نتائج المسح إلى أن 95 في المائة من آخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح قد تمت متابعة الحمل لها. وقد كانت أكثر من نصف حالات المتابعة (58 في المائة) بغرض المتابعة الروتينية للحمل. هذا وقد قام الأطباء الأخصائيين بإجراء 78 في المائة من عمليات متابعة الحمل، في حين قام الأطباء العموميين بتقديم 18 في المائة من عمليات المتابعة. واتضح من البيانات أيضا أن 60 في المائة من عمليات متابعة الحمل تمت في العيادات الخاصة، و حوالي 45 في المائة في مراكز الأمومة والطفولة.

بالنسبة للولادات التي لم تتم لها متابعة للحمل اتضح أن السبب الرئيسي لـ40 في المائة من الحالات كان عدم التعرض لمشاكل صحية أثناء الحمل، بينما كان وجود خبرة سابقة في الحمل السبب وراء عدم القيام بمتابعة الحمل لـ 30 في المائة من تلك الولادات.

وأشارت بيانات المسح إلى أن 50 في المائة من آخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح لم تلق أمهاتهم أي جرعة من التطعيم ضد التيتانوس. وقد كانت الأسباب وراء عدم التطعيم ضد التيتانوس ترجع إلى عدم المعرفة بأهمية التطعيم (36 في المائة)، وعدم توفر التطعيم في المراكز الصحية (32 في المائة).

بالنسبة لمكان الولادة، تشير نتائج المسح إلى أن 44 في المائة من آخر ولادتين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح تمت في مستشفى حكومي و 22 في المائة في مستشفى خاص، و11 في المائة في عيادة طبيب، بينما حدث 10 في المائة من الولادات في المنزل. هذا وقد ساعد الأطباء الأخصائيين في إجراء 59 في المائة من عمليات الولادة، في حين ساعدت الممرضات أو القابلات المدربات في إتمام 34 في المائة من عمليات الولادة.

بالنسبة للولادات التي تمت في مؤسسات الرعاية الصحية، أشارت نتائج المسح إلى أن 72 في المائة من تلك الولادات تمت بصورة طبيعية، في حين أن 11 في المائة تمت عن طريق الجرح والتوسيع، و7 في المائة عن طريق عملية قيصرية، وحوالي 4 في المائة بواسطة الشفط والملقاط.

وتشير النتائج إلى أن 81 في المائة من آخر ولادتين خلال الخمس سنوات لم تتلـــق أمهاتهم أية رعاية صحية بعد الولادة مما يعكس المستوى المتدني لاستخدام الرعاية الصحيـــة بعد الولادة.

4/8 الوضع الصحي لأفراد أسر العينة

اتضح من بيانات المسح أن 13 في المائة من أفراد الأسر التي شملها المسح تعرضوا لمرض مفاجئ خلال الأسبوعين السابقين للمسح، وان واحد في المائة تعرضوا للإصابة خلال نفس الفترة. وتعتبر نسب الإصابة بمرض مفاجئ متساوية تقريبا بين الإناث والذكور وعلـــى حسب مكان الإقامة، غير أن نسبة الذين أصيبوا بمرض مفاجئ ترتفع بشـــكل واضـــح بيـــن الأفراد الذين يشملهم التأمين الصحي (16 في المائة)، مقارنة مع باقي الأفراد (9 في المائة).

وأشارت البيانات إلى أن 69 في المائة من الأفراد الذين تعرضوا لمرض مفـــاجئ أو إصابة قد تلقوا استشارة طبية بخصوص العلاج. وتمثل عيادات الأطباء المصدر الرئيســـي للاستشارة الطبية (40 في المائة)، تليها المراكز الصحية (33 في المائة)، ثم المستشفيات (14 في المائة).

بالنسبة للأفراد الذين تعرضوا لمرض أو إصابة ولم يتلقوا استشارة بخصوص العلاج، تشير نتائج المسح إلى أن الأسباب الرئيسية وراء ذلك تكمن في الاعتقاد بأن الإصابة كـــانت خفيفة (47 في المائة)، أو بسبب استخدام العلاج بدون استشارة طبية (21 فـــي المائـــة)، أو بسبب استخدام العلاج التقليدي (10 في المائة).

واتضح من بيانات المسح أن هناك 2144 شخص معاق لكل مائة ألف من الســـكان، أي وجود شخص معاق لكل 46 فرد من السكان. ويعتبر معدل الإعاقة في الضفة الغربيـــة وقطاع غزة مرتفعا إذا ما قورن بمعدلات الإعاقة في الدول العربية الأخـــرى. هـــذا وتمثـــل الإعاقة الجسدية أكثر أنواع الإعاقة انتشارا (34 في المائة)، يليها الإعاقة الذهنيـــة (18 فـــي المائة) ثم الإعاقة البصرية (12 في المائة)، والإعاقة السمعية (9 في المائة). كما أن 2 فـــي المائة من المعاقين يعانون من أكثر من إعاقة. وتعتبر الأسباب الخلقية من أهم أسباب الإعاقة (35 في المائة). وكانت نسبة الإعاقة نتيجة التعرض لحادث تبلغ 11 في المائـــة أو بســـبب الانتفاضة حوالي 7 في المائة.

5/8 التوصيات

بعد استعراض النتائج العامة للمسح الصحي للضفة الغربية وقطاع غزة يمكن التقـــدم ببعض التوصيات والتي تتلخص في:-

- تصميم سياسة متكاملة للتثقيف الصحي لزيادة الإقبال علـــى تطعيـــم الســـيدات الحوامل ضد التيتانوس، ولتشجيع استخدام محلول معالجة الجفاف عند إصابة الأطفال بالإسهال.
- توفير التطعيم ضد التيتانوس في المراكز الصحية.
- التركيز على رفع معدلات تطعيم الأطفال ضد الدرن والحصبـــة فـــي الضفـــة الغربية وإزالة العوائق التي تعترض هذا السبيل.
- تشجيع الأمهات، خاصة في قطاع غزة، بإعطاء الطفل فيتامينات أ/د.
- الاهتمام بتشجيع الأمهات لتلقى الرعاية الصحية بعد الـــــولادة، خاصـــة بعـــد الولادات المتعسرة، ويجب أن يبدأ ذلك التشجيع منذ بداية متابعة الحمل.
- الاهتمام بتوسيع قاعدة التأمين الصحي، خاصة في الضفة الغربية.

قائمة المراجع

المراجع

1. دائرة الاحصاء المركزية الفلسطينية 1996 المسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة: النتائج الاساسية. رام الله فلسطين .
2. دائرة الاحصاء المركزية الفلسطينية .1995 الاحصاءات الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة: سلسلة تقارير الوضع الراهن ، رقم 5 . رام الله فلسطين.؟
3. وزارة التخطيط والتنمية الجهاز المركزي للاحصاء، 1994 . المسح الدميغرافي اليمني حول صحة الام والطفل التقرير الرئيسي . 1994 صنعاء اليمن.
4. جامعة الدول العربية 1989 المسح العربي لصحة الام والطفل : دليل التدريب الجمهورية التونسية.
5. جامعة الدول العربية 1989 المسح العربي لصحة الام والطفل: تصميم وتنظيم وادارة المشروع لجمهورية التونسية.
6. جامعة الدول العربية 1990 ندوة مسوح الاسرة حول الصحة والتغذية . الجمهورية التونسية.
7. جامعة الدول العربية 1989 المسح العربي لصحة الام والطفل : الاستبيانات النموذجية التونيسة.

فريق العمل في مشروع المسح الصحي ـــ حزيران 1996

أ- اللجنة الفنية

كامل منسي — مدير المشروع

أيمن صوالحة

د. مروان خواجا

ايمان أبو الرب

د. حسن أبو لبده

مجدي سماره

حسان ابو حسان

سمر خالد

عناية الحاج داود

لؤي شبانه

ب- استشارات فنية

سمر عبد النور — د. برناديت كومار — عمر أبو عرقوب

ج- المدربون المتخصصون

د. خلود دجاني — د. سامية حليلة — د. أمين مسعد

د. يحيى عابد — د. نديم عديلي — د. سلوى النجاب

د- فريق العمل الميداني

- **منسقي المشروع**

سمر خالد — نجوى الجخلب — أمل رويدي

- **منسقي مناطق**

نجوى الجخلب — نعمة النجار — غسان ابو الحسن

سمية صالح

- **مشرفات ميدانيات**

سهير دلبح	خولة غزاونة	لبنى سمور
سهير جويحان	نادية ملحم	عواطف آدم الضي
آمنة حسين	ريما البطش	أماني شيخة
هيام عواد	مروة أبو دان	سرية حسين
نجوى أبو عويمر	محضية أبو حلوب	سعاد فرج
أفنان البستنجي		

- **مدققات مكتبيات**

نيبال ناجي	نهى عطير	حليمة حسين
آمنة زعترة	سوزان عواد	بشرى بدر
نجاح عاشور	هدى عبد الجواد	فاطمة بلوط
ابتسام الدنف	باسمة محسن	نهى الزعانين
هناء بوادي	هداية شبير	نعمة السمور
ريم خليفة	منال المغثة	

- **باحثات ميدانيات**

نداء محمد صالح	عايده جوده	مرام عواد
ميساء حجازي	وسام زيدان	سهير الشافعي
فاطمه الدغامين	سعديه الخطيب	حنين خالد
سوسن الشريف	سعاد فرج	ازدهار حسين
عدويه صلاح	ريما سلامه	ليلى فضه
رائده حويطي	نجاح سالم	زهيره مشعل
ليلى فرحانه	حنان أبو راضي	تحرير الأعرج
سحر أبو كيفه	سلوى عطاله	عبير حماد
بسمه حسين	حنان عبد القادر	وسيله الزغاري
سيما درزي	سعدة البدرساوي	ناهد عوض
سحر عدوي	هاله الأسمر	سحر بني عوده

هيفاء الطحل
آمال أبو خديجة
أسيل جرارعه
سهى الددو
لبنى أبو شمله
نجاح فرارحه
مريم عليان
مروة أبو عمر
منوى الشرباتي
سناء الأعرج
منى الطاهر
سلوى عبد القادر
كفاح صلاح
أحلام الحيح
سناء عليان
لبنى أبو هلال
عبله برغوثي
نسرين العطي
حنان أبو سمره
فاطمه الشيخ عبد
ماجده الحمص
أمل مسلم
وفاء المصري

مجدولين عبد الواحد
منى الأشقر
غاده عبد الوهاب
ميرفت أبو جزر
فضة أبو دقة
ايمان أبو عوده
لبنى الجولاني
لينا صوالحه
عبير البكر
فايزه صالح
اكرام أبو داوود
هناء ناصر
منال النتشه
ماجده سلهب
كاملة الشعور
فاتنه عبد الرحمن
وفاء عياش
مروه القدرة
مريم بركه
ناهد البحيري
لينا الشيخ طه
خضيره عبد الحميد

نظمية ثابت
فداء نزال
روز رفيدي
اخلاص دعيبس
علا حموده
جولي سليمان
فاطمه خضر
سائده أبو مقدم
ناهد حسن
نهاية جبر
خلود أبو الحمص
أميره عقيل
الهام أبو الحلاوه
تغريد البكري
جهاد الدغامين
عداله صوالحه
ايمان عبد الله
رينيه شقور
غاده شعبان
ميرفت محمد علي
سهير كولك
ميرفت الجبري

• أعمال مكتبية

رغده عرسان
سولاند عرموني
تمارا عجوة
فكري حلحولي
ماهر راشد
مأمون موسى

غسان أبو الحسن
هاني رمانه
سلام سلمان
محمد عوض
نظام أبو سعيد
محمد العمري

مي غنام
فيحاء الزاغة
محمد فشافشه
جمال غنام
ياسر حسين

هـ-ادخال البيانات

•مشرف ادخال

خالد حنتولي　　سعدي بياتنه　　زاهره جرارعه

•مدخل بيانات

رحاب أبو شحاده　　انعام البابا　　هاني رمانه

ماجد وهدان　　أحلام سلامه　　عدنان سلمان

و- برمجة ومعالجة بيانات

مجدي سماره　　حسين عليان　　أيمن صوالحه

محمد العمري　　د. مروان الخواجا　　د. التيجاني الطاهر

هشام عبد المجيد

ز- إعداد التقرير

محمد العمري　　سامر البظ

ح- المراجعة النهائية

د. حسن ابو لبده　　د. عبد الرحيم برهم

العينة والاطار

1. مجتمع الدراسة

المجتمع الهدف (المجتمع الاحصائي) في المسح الصحي هو جميع الاسر التي تعيش في الضفة الغربية وقطاع غزة باستثناء البدو الرحل وسكان المباني المخصصة لسكن جماعي مثل مساكن الطلبة الداخلية ومساكن الممرضات الداخلية والمجتمع المؤسساتي.

2. تصميم العينة واختيارها

ان عينة المسح الصحي هي جزء (Sub-Sample) من عينة المسح الديمغرافي الذي نفذته دائرة الاحصاء المركزية الفلسطينية في صيف 1995، وقد تم تصميم العينة بنفس الطريقة والتي يمكن توضيحها كما يلي: ان تصميم العينة الذي تم تطبيقه في اختيار أسر المسح هو العينة الطبقية ثلاثية المراحل. ففي المرحلة الاولى تم اختيار عينة التجمعات السكانية، وتم تقسيم هذه العينة الى خلايا متساوية في الحجم الى حد ما، وتم اختيار عدد من هذه الخلايا بطريقة عشوائية من كل تجمع من عينة التجمعات في المرحلة الثانية، وفي المرحلة الثالثة والنهائية تم اختيار عينة الأسر من عينة الخلايا. وقد يكون التصميم الثنائي المرحلة مرغوبا أكثر لأن التصميم الحالي يعتبر أكثر تعقيدا نتيجة لمحدودية البيانات التي تعتمد عليها العينة وبشكل خاص حول حجم السكان في الوحدات السكانية صغيرة الخلايا.

تم عمل قائمة لكل خلية عن طريق عدد البنايات (بالعودة الى الخرائط) وكذلك الوحدات السكنية. و تشكل قوائم عد الوحدات السكنية اطار العينة والذي تم من خلاله اختيار عينة الأسر في المرحلة الثالثة باستخدام العينة المنتظمة.

3. معدلات الاستجابة

تم اختيار ما مجموعه **2694** وحدة سكنية للمقابلة في محافظات الضفة الغربية و **1240** وحدة سكنية في محافظات غزة، أي ما مجموعه **3934** وحدة سكنية. لم يكن بالإمكان، لأسباب مختلفة، إجراء مقابلات مع كل الأسر التي تشغل هذه الوحدات السكنية.

يعرض جدول A1 حالات عدم التجاوب في محافظات الضفة الغربية ومحافظات غزة كلا على حدة، كما يعرضها لهتين المنطقتين مجتمعتين.

جدول A1 : معدلات الاستجابة حسب المنطقة

المعدل	محافظات الضفة	محافظات غزة	المجموع
معدل التجاوب	97.60	99.50	98.20
معدل عدم التجاوب	2.40	0.50	1.80
معدل الرفض	0.20	0.10	0.20
معدل الوحدات السكنية الموجـــودة مؤقتا خارج مجال المسح	3.80	3.50	3.70

4. حساب أوزان العينة

يتطلب حساب صيغ التقديرات (estimators) في هذا المسح استخدام الأوزان ذلك أن تصميم العينة يقتضي وجود احتمالات إدراج متغيرة. تعرف الأوزان الخاصـــة بأســرة مــا بأنــها المعكوس الرياضي لاحتمال إدراجها، وهذا يقودنا إلى ما سمى بوزن التوســع (expansion weight) والذي سيؤدي إلى توسيع العينة لتشمل المجتمع ككل. ومن الجدير التنويه إليه هنــا أن إغفال استخدام الأوزان في حساب التقديرات سواءً كانت مجاميع أو نسب ســـيؤدي إلـــى الحصول على تقديرات متحيزة.

إن الأوزان المستخدمة للأسرة هي نفسها المستخدمة لأعضاء الأسرة، للنساء، والأطفال، وذلك لأن تصميم العينة اقتضى أن يتم اختيار جميع الوحدات ذات المستوى المنخفض المتعلقة بأسرة ما عند اختيار هذه الأسرة.

5. حساب التقديرات والتباين

طريقة حساب التقديرات

من الممكن حساب المجموع الكليY لمجتمع جزئي A بالاعتماد على المعادلة التالية:

$$Y_A = \sum_h \sum_i \sum_j W_{hij} Y_{hij} \qquad (1)_A$$

ولكن لكون W' ثابت لكافة وحدات التحليل الموجودة ضمن نفس العنقود (i)، تصبح معادلة التقدير:

$$\hat{Y}_A = \sum_h \sum_i W_{hi} Y_{Ahi} \qquad (1)_B$$

حيث

$\hat{Y}_A$ = المجموع المقدر للمتغير Y في المجتمع الجزئي A.

Dom= مجال التقدير المطلوب.

h = طبقة جزئية في مجال التقدير.

i = العنقود (cluster)

j = وحدة التحليل أوالعنصر.

A = مجموعة جزئية للعناصر التي لها خاصية معينة أي التي تتبع مجموعة معينة من السكان (A).

Y_{hij} = القيمة المشاهدة للمتغير " y " للعنصر j في العنقود (i) في الطبقة h.

W_{hij} = وزن المعاينة (المعدل) النهائي للعنصر.

y_{Ahi} = المجموع غير الموزون للقيم المشاهدة للمتغير y ضمن المجتمع الجزئي A داخل العنقود (i) في الطبقة "h".

وتكون صيغة التقدير لنسبة معينة تتعلق بالمجتمع الجزئي A على النحو التالي:

$$\hat{R}_A = \frac{\hat{Y}_A}{\hat{X}_A}$$

حيث:

$\hat{R}_A$ = تقدير النسبة بين متغيرين، X/Y ، في المجتمع الجزئي A.

$\hat{X}_A$ = المجموع المقدر للمتغير X في المجتمع الجزئي A، حاصل الصيغة $(1)_B$.

Y_A = المجموع المقدر للمتغير Y في المجتمع الجزئي A، كذلك حاصل الصيغة $(1)_B$.

إن المتوسطات الحسابية والنسب المئوية (Proportions) عبارة عن أنواع خاصة من النسب (Ratios)، في حالة الوسط الحسابي، يعرف المتغير X في مقام المعادلة بأنه يساوي 1 لكل عنصر لذلك فإن المقام عبارة عن مجموع الأوزان في المجتمع الجزئي. أما في حالة النسبة المئوية، فإن المتغيرX في المقام أيضاً يساوي 1 لجميع العناصر. إلا أن المتغير Y في البسط هو ثنائي ويعرف

بأنه يساوي إما 0 أو 1 على الترتيب إعتماداً على غياب أو وجود خاصية معينة في العنصر الذي تتم دراسته.

حساب التباين

من الضروري أن يجري حساب الأخطاء المعيارية لتقديرات المسح الرئيسية حتى يتسنى للمستخدم الحصول على فكرة عن موثوقية ودقة هذه التقديرات. سوف تستخدم الطريقة المسماة (Ultimate Clusters) في حساب التباين وتكون المعادلات الخاصة بأي مجال للتقدير، ولمجتمع فرعي A، والمتغير Y على النحو التالي:

(أ) يتم تقدير التباين لصيغة تقدير مجموع ما حسب الصيغة التالية:

$$V\left(\hat{Y}_A\right) = \sum_h \left[\frac{n_h}{n_{h-1}} \sum_{i=1}^{n_h} \left(\hat{Y}_{Ahi} - \frac{\hat{Y}_{Ah}}{n_h} \right)^2 \right] \qquad (3)$$

حيث:

$$\hat{Y}_{Ahi} = \sum_{j \in A} W_{hij} Y_{hij} \qquad (4)$$

و

$$\hat{Y}_{Ah} = \sum_{i} \sum_{j \in A} W_{hij} Y_{hij} \qquad (5)$$

إن التعبير الوارد في (3) عبارة عن صيغة غير متحيزة لتقدير التباين.

(ب) يتم تقدير التباين الخاص بصيغة التقدير لنسبة ما على النحو التالي:

$$V\left(\hat{R}_A\right) = \frac{1}{\hat{X}_A^2}\left[V\left(\hat{Y}_A\right) + \hat{R}_A^2 V\left(\hat{X}_A\right) - 2\hat{R}_A COV\left(\hat{X}_{A,}\hat{Y}_A\right)\right] \qquad (6)$$

حيث:

$$COV\left(\hat{X}_A, \hat{Y}_A\right) = \sum_{h}^{Dom} \frac{n_h}{n_{h-1}} \sum_{i=1}^{n_h} \left(\hat{X}_{Ahi} - \frac{\hat{X}_{Ah}}{n_h}\right)\left(\hat{Y}_{Ahi} - \frac{\hat{Y}_{Ah}}{n_h}\right)$$

تحسب

$\hat{V}(X_A)$و $\hat{V}(Y_A)$ من خلال المعادلة (3)

وتحسب X_A من خلال المعادلة (1), وأما R_A فتحسب من خلال المعادلة (2).

أخطاء المعاينة

المتغير	الفئة	القيمة	الخطأ المعياري	الخطأ النسبي	حدود الثقة 95%		أثر تصميم العينة	عدد الحالات في العينة
					الحد السفلي	الحد العلوي		
DS1	وجود إعاقة لدى أحد أفراد الأسرة	0.138	0.008	6.06	0.122	0.155	2.38	544
HR8	الحالة الاجتماعية للأشخاص 14سنة فأكثر متزوج/ متزوجة	0.953	0.004	0.45	0.945	0.962	1.41	3247
	الحالة الاجتماعية للأشخاص 14سنة فأكثر أرمل / أرملة	0.026	0.003	12.79	0.019	0.032	1.47	87
	الحالة الاجتماعية للأشخاص 14سنة فأكثر مطلق / مطلقة	0.016	0.003	16.37	0.011	0.021	1.44	50
BG3	المبحوثة لم تدرس شيئا	0.139	0.007	4.72	0.126	0.152	1.22	493
	المبحوثة درست المرحلة الابتدائية	0.263	0.01	3.61	0.245	0.282	1.58	892
	المبحوثة درست المرحلة الإعدادية	0.15	0.007	4.83	0.135	0.164	1.4	488
	المبحوثة درست المرحلة الثانوية	0.254	0.009	3.51	0.237	0.272	1.42	850
	المبحوثة حاصلة على دبلوم متوسط	0.062	0.004	6.98	0.053	0.07	1.09	209
	المبحوثة حاصلة على شهادة جامعية	0.023	0.004	15.82	0.016	0.03	2	72

FP21	سبق وسمعت المبحوثة عن حبوب منع الحمل تلقائيا	0.898	0.006	0.64	0.887	0.909	1.2	2971
	سبق وسمعت المبحوثة عن حبوب منع الحمل بعد التقصي	0.091	0.006	6.1	0.08	0.102	1.24	306
FP22	سبق وسمعت المبحوثة عن اللولب تلقائيا	0.944	0.005	0.51	0.935	0.954	1.44	3123
	سبق وسمعت المبحوثة عن اللولب بعد التقصي	0.048	0.004	9.31	0.039	0.057	1.46	167
FP23	سبق وسمعت المبحوثة عن الحقن تلقائيا	0.264	0.008	3.22	0.247	0.28	1.23	924
	سبق وسمعت المبحوثة عن الحقن بعد التقصي	0.395	0.009	2.34	0.377	0.414	1.19	1309
FP24	سبق وسمعت المبحوثة عن العازل الطبي للمرأة تلقائيا	0.258	0.01	4	0.237	0.278	1.84	867
	سبق وسمعت المبحوثة عن العازل الطبي للمرأة بعد التقصي	0.294	0.009	3.07	0.276	0.312	1.3	987

المتغير	الفئة	القيمة	الخطأ المعياري	الخطأ النسبي	حدود الثقة 95%		أثر تصميم العينة	عدد الحالات في العينة
					الحد السفلي	الحد العلوي		
FP25	سبق وسمعت المبحوثة عن العازل الوقائي للرجل تلقائيا	0.3	0.011	3.5	0.28	0.321	1.74	988
	سبق وسمعت المبحوثة عن العازل الوقائي للرجل بعد التقصي	0.388	0.01	2.49	0.369	0.407	1.3	1247
FP26	سبق وسمعت المبحوثة عن ربط الأنابيب الرحمية تلقائيا	0.106	0.006	5.96	0.093	0.118	1.39	325
	سبق وسمعت المبحوثة عن ربط الأنابيب الرحمية بعد التقصي	0.745	0.009	1.2	0.727	0.762	1.38	2446
FP27	سبق وسمعت المبحوثة عن التعقيم للرجال تلقائيا	0.006	0.002	29.27	0.003	0.009	1.72	18
	سبق وسمعت المبحوثة عن التعقيم للرجال بعد التقصي	0.241	0.008	3.48	0.224	0.257	1.27	770
FP28	سبق وسمعت المبحوثة عن فترة الأمان تلقائيا	0.267	0.01	3.89	0.247	0.287	1.83	848

	سبق وسمعت المبحوثة عن فترة الأمان بعد التقصي	0.481	0.01	2.09	0.461	0.501	1.34	1593
FP29	سبق وسمعت المبحوثة عن العزل تلقائيا	0.234	0.009	3.81	0.217	0.252	1.47	755
	سبق وسمعت المبحوثة عن العزل بعد التقصي	0.493	0.01	2.09	0.473	0.513	1.41	1632
FP210	سبق وسمعت المبحوثة عن الرضاعة الطبيعية مانع للحمل تلقائيا	0.058	0.005	7.95	0.049	0.067	1.3	202
	سبق وسمعت المبحوثة عن الرضاعة الطبيعية مانع للحمل بعد التقصي	0.873	0.006	0.73	0.86	0.885	1.22	2883
FP31	سبق واستعملت حبوب منع الحمل	0.263	0.013	4.99	0.237	0.289	2.95	796
FP32	سبق واستعمل اللولب كمانع للحمل	0.4	0.011	2.76	0.378	0.422	1.68	1274
FP33	سبق واستعملت الحقن كمانع للحمل	0.021	0.003	13.77	0.015	0.027	1.35	72
FP34	سبق واستعمل العازل الطبي للمرأة كمانع للحمل	0.055	0.005	8.49	0.046	0.064	1.38	181
FP35	سبق واستعمل العازل الوقائي للرجل كمانع للحمل	0.092	0.006	6.71	0.08	0.104	1.52	277
FP36	سبق واستعمل ربط الأنابيب الرحمية كمانع للحمل	0.031	0.004	13.28	0.023	0.039	1.84	89
FP38	سبق واستعملت فترة الأمان كمانع للحمل	0.162	0.008	4.99	0.147	0.178	1.6	497

FP39	سبق واستعمل العزل كمانع للحمل	0.155	0.008	5.04	0.14	0.17	1.54	483
FP310	سبق واستعملت الرضاعة الطبيعية كمانع للحمل	0.148	0.007	4.91	0.133	0.162	1.39	484
AI1	تعرض الطفل لحادث خطير	0.082	0.005	6.69	0.071	0.092	1.48	294
AI4	سقط الطفل من مكان مرتفع	0.362	0.029	8.12	0.305	0.42	1.1	108
	تعرض الطفل لحادث	0.107	0.029	26.94	0.05	0.163	2.54	28
	لعب الطفل بمواد مشتعلة	0.078	0.018	22.76	0.043	0.113	1.28	22
	تناول الطفل مواد غذائية فاسدة	0.03	0.009	30.68	0.012	0.049	0.86	10
	لعب الطفل بأدوات حادة	0.034	0.01	29.69	0.014	0.054	0.92	10
المتغير	الفئة	القيمة	الخطأ المعياري	الخطأ النسبي	حدود الثقة 95%		أثر تصميم العينة	عدد الحالات في العينة
					الحد السفلي	الحد العلوي		
DI1	إصابة الطفل بالاسهال خلال الأسبوعين الماضيين	0.093	0.005	5.68	0.083	0.104	1.23	349
DI62	خلال فترة الاسهال أخذ الطفل محلول معالجة الجفاف	0.255	0.026	10.06	0.204	0.305	1.2	86

DI67	خلال فترة الاسهال أخذ الطفل ماء مع سكر/ ملح	0.086	0.018	20.35	0.052	0.121	1.36	29
DI9	لقد تمت الاستشارة بخصوص علاج الاسهال	0.582	0.031	5.31	0.521	0.642	1.37	206
AR1	اصابة الطفل بالسعال والرشح خلال الأسبوعين الماضيين	0.214	0.009	4.02	0.197	0.23	1.63	753
AR5	لقد تمت الاستشارة بخصوص علاج السعال والرشح	0.53	0.021	4.04	0.488	0.572	1.39	390
IM1	وجود بطاقة تطعيم وقد تم الاطلاع عليها	0.597	0.011	1.83	0.575	0.618	1.83	2184
OPV	أخذ الطفل مطعوم شلل الأطفال	0.999	0	0.04	0.998	1	0.77	3704
MMR	أخذ الطفل مطعوم النكاف والحصبة والحصبة الالمانية	0.942	0.004	0.44	0.933	0.95	1.18	3489
MEASLES	أخذ الطفل مطعوم الحصبة	0.71	0.011	1.54	0.689	0.732	2.15	2667
DTP	أخذ الطفل المطعوم الثلاثي	0.999	0	0.05	0.998	1	0.86	3704
AP4W	تم قياس وزن الطفل	0.944	0.005	0.56	0.934	0.955	1.98	3515
AP4H	تم قياس طول الطفل	0.938	0.005	0.57	0.927	0.948	1.84	3494
COMPLETED-OPV	ألانتهاء من أخذ مطعوم شلل ألأطفال	1	0	0	1	1	******	926
MEASLES-COMPLETE	الانتهاء من أخذ مطعوم الحصبة	0.692	0.015	2.19	0.662	0.721	0.99	650

DTP-COMPLETED	الانتهاء من أخذ المطعوم الثلاثي	1	0	0	1	1	******	926
AN5a	الأستعانة بأحد للكشف عن الحمل الأخير	0.905	0.006	0.66	0.893	0.916	1.08	2327
AN13a	أخذ جرعة واحدة للتحصين ضد التيتانوس	0.174	0.008	4.49	0.159	0.189	1.1	478
	أخذ جرعتين للتحصين ضد التيتانوس	0.106	0.006	5.81	0.094	0.118	1.03	284
	عدم أخذ أي جرعة للتحصين ضد التيتانوس	0.697	0.009	1.36	0.678	0.715	1.09	1768
AN16a	مستشفى حكومي	0.333	0.011	3.39	0.311	0.355	1.48	818
	مستشفى خاص	0.169	0.009	5.03	0.153	0.186	1.33	423
	مستشفى وكالة	0.022	0.003	13.98	0.016	0.028	1.12	50
	عيادة طبيب	0.071	0.005	7.4	0.061	0.081	1.08	199
	في المنزل	0.064	0.005	7.59	0.054	0.073	1.02	179
	مركز صحي / مركز أو وحدة أمومة	0.049	0.004	8.07	0.041	0.057	0.87	143
المتغير	الفئة	القيمة	الخطأ المعياري	الخطأ النسبي	حدود الثقة 95%		أثر تصميم العينة	عدد الحالات في العينة
					الحد السفلي	الحد العلوي		
AN5b	الأستعانة بأحد للكشف عن الحمل قبل الأخير	0.918	0.007	0.76	0.905	0.932	1.22	1736

AN13b	أخذ جرعة واحدة للتحصين ضد التيتانوس	0.214	0.01	4.44	0.196	0.233	1.02	413
	أخذ جرعتين للتحصين ضد التيتانوس	0.141	0.008	6.01	0.124	0.158	1.12	269
	عدم أخذ أي جرعة للتحصين ضد التيتانوس	0.608	0.012	1.92	0.586	0.631	1.08	1146
AN16b	مستشفى حكومي	0.379	0.012	3.25	0.355	0.404	1.22	680
	مستشفى خاص	0.187	0.01	5.38	0.167	0.206	1.26	360
	مستشفى وكالة	0.026	0.004	14.12	0.019	0.034	1.03	47
	عيادة طبيب	0.104	0.007	6.84	0.09	0.118	1.03	210
	في المنزل	0.105	0.007	7.13	0.09	0.12	1.13	211
CF2a	إرضاع الطفل الأخير من الثدي	0.957	0.005	0.54	0.947	0.967	1.57	2384
CF7A	إعطاء الطفل الأخير حليب بودرة	0.567	0.011	1.96	0.545	0.589	1.24	1400
CF7B	إعطاء الطفل الخير حليب بقري	0.218	0.009	4.27	0.2	0.236	1.26	509
CF2b	إرضاع الطفل قبل الأخير من الثدي	0.964	0.005	0.55	0.954	0.974	1.27	1515
CF71	إعطاء الطفل قبل الأخير حليب بودرة	0.568	0.014	2.39	0.541	0.594	1.17	889
CF72	إعطاء الطفل قبل الأخير حليب بقري	0.201	0.011	5.54	0.179	0.222	1.21	304