

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

المسح الصحي - 2000

التقرير النهائي

تشرين الثاني/نوفمبر، 2001

ثمان النسخة (6) دولار امريكي

© رمضان، 1422هـ - تشرين الثاني، 2001.
جميع الحقوق محفوظة.

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة إلى هذه المطبوعة كالتالي:

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. المسح الصحي - 2000، التقرير النهائي.
رام الله - فلسطين.

جميع المراسلات توجه إلى دائرة النشر والتوثيق/ قسم خدمات الجمهور على العنوان التالي:
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
ص.ب: 1647، رام الله - فلسطين.

فاكس: 2406343 (970-2)

صفحة إلكترونية: <http://www.pcbs.org>

هاتف: 2406340 (970-2)

بريد إلكتروني: diwan@pcbs.pna.org

شكر وتقدير

تم تمويل المسح الصحي-2000 من السلطة الوطنية الفلسطينية عبر الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (31.0%)، وصندوق الأمم المتحدة للسكان (38.0%)، ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال (31.0%).

شارك عدد من الباحثين والباحثات في إعداد مادة التقرير، حيث تولت د. لمى مجموع اعداد فصلي (الخصوبة وتفضيلات الخصوبة)، عايشة الرفاعي فصلي (تنظيم الأسرة والصحة العامة)، د. يحيى عابد فصل (وفيات الرضع والأطفال)، د. خديجة جرار فصل (صحة ورعاية الأم)، د. سامية حليلة فصل (صحة الطفل)، د. كايرو عرفات فصل (حقوق الطفل)، ثائرة صباح فصل (محددات الخصوبة)، خالد أبو خالد فصلي (المدخل العام وخصائص أسر وأفراد العينة)، وتولت الأنسة عناية زيدان (المديرة التنفيذية للمشروع) والسيد خالد أبو خالد مهام الاشراف والمتابعة مع الباحثين الذين عملوا على اعداد فصول التقرير منذ مراحل العمل الأولى.

يتقدم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشكر والعرفان الى جميع المساهمين في قيادة هذا المشروع وادارته وتنفيذه واخراجه الى النور.

تنويه للمستخدمين

1. الإشارة (-): في الجداول تعني لا تنطبق.

2. (0.0): القيمة أقل من نصف وحدة.

تقديم

نظراً لأهمية توفر بيانات شاملة وحديثة حول الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية، وكون المخططين وصانعي السياسات في المجال الصحي يعتمدون على البيانات الإحصائية الدقيقة والشاملة، فقد ارتأى الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني تنفيذ سلسلة من المسوح الصحية، كان أولها المسح الصحي الذي نفذ في العام 1996. والذي جاء لسد الفجوة القائمة في البيانات الإحصائية الصحية خلال العقود الماضية، حيث اعتبرت بياناته قاعدة أساسية للأبحاث والنشرات الصحية على مدار السنوات الماضية.

ولمتابعة تحديث البيانات وحرصاً على شموليتها فقد تم تنفيذ المسح الصحي الثاني، المسح الصحي - 2000، كجزء من خطة الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني الرامية لتوفير بيانات حول الاحتياجات الصحية الأساسية للشعب الفلسطيني. وذلك بالتعاون مع وزارة الصحة وبتنفيذ جزئي من صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال (UNICEF).

يوفر هذا المسح تقديرات حول العديد من المؤشرات الصحية لتكون منبعاً لوضعي الخطط وصانعي السياسات التنموية والصحية، خاصة تلك المؤشرات المتعلقة بالصحة الإنجابية وأهداف نهاية العقد. لقد ركز المسح الصحي - 2000 على أهداف نهاية العقد التي تمخضت عن القمة العالمية للطفولة، والتي عقدت في نيويورك في أيلول 1990، حيث تعهد 71 زعيم دولة وحكومة من مختلف دول العالم بتحسين أوضاع الطفل ووضع خطط عملية لتنفيذ ذلك.

يتناول هذا التقرير مجموعة هامة من المؤشرات حول صحة الأسرة ومدى توفر الخدمة الصحية في الأراضي الفلسطينية. كما يزودنا هذا التقرير ببيانات حول صحة الطفل وحالته التغذوية ونموه والأمراض التي يتعرض لها والعديد من المؤشرات ذات العلاقة. بالإضافة لذلك، يتناول هذا التقرير عدداً كبيراً من المؤشرات ذات العلاقة بالصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة واتجاهات الإنجاب وتفضيلاتها والرضاعة الطبيعية والرعاية أثناء الحمل.

يأمل كل من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الصحة أن يسهم هذا التقرير في تمكين المخططين وصانعي القرار من القيام بأعبائهم في تطوير القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية، وأن يبنير الدرب لمتخذي القرار وصانعي السياسات في مسيرة التنمية الوطنية الشاملة في هذا الوطن.

والله نسال أن ينكل عملنا بالنجاح

د. حسن أبو لبده

المدير الوطني للمشروع/

رئيس الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

تشرين الثاني، 2001

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال البيانية
	المصطلحات والتعاريف
	خارطة فلسطين
39	1. مدخل عام
39	1.1 تمهيد
39	2.1 الأوضاع الديمغرافية
41	3.1 النظام الصحي في الأراضي الفلسطينية
42	4.1 الوضع الصحي
43	5.1 أهداف المسح الصحي-2000
43	6.1 تنظيم وتنفيذ المسح
47	7.1 معالجة البيانات
48	8.1 جودة البيانات
53	2. خصائص أسر وأفراد العينة
53	1.2 مقدمة
53	2.2 خصائص السكان
55	3.2 التركيب الأسري
57	4.2 التعليم
60	5.2 الالتحاق بالتعليم
61	6.2 خصائص المسكن
64	7.2 الخصائص الخلفية للسيدات المؤهلات اللواتي تمت مقابلتهن
65	8.2: عمل المرأة
66	9.2: الأطفال المؤهلون للمقابلة 0-17 سنة في العينة

الصفحة	الموضوع
71	3. الخصوبة
71	1.3 مقدمة
71	2.3 مستويات الخصوبة
73	3.3 اتجاهات الخصوبة
75	4.3 المواليد من الأطفال الأحياء
78	5.3 فترات المبعادة بين المواليد
80	6.3 العمر عند ولادة المولود الأول
82	7.3 خصوبة المراهقات
85	4. محددات الخصوبة
85	1.4 مقدمة
86	2.4 الحالة الزوجية
87	3.4 العمر عند الزواج الأول
91	4.4 زواج الأقارب
93	5.4 العمر عند إنجاب المولود الأول
95	6.4 فترة التباعد بين المواليد
95	7.4 مدة الحياة الزوجية
97	8.4 استخدام وسائل تنظيم الأسرة
99	9.4 العمل
100	10.4 التعليم
105	5. تنظيم الأسرة
105	1.5 مقدمة
105	2.5 المعرفة بطرق تنظيم الأسرة ومصادرها
108	3.5 استخدام وسائل تنظيم الأسرة
117	4.5 عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة

الصفحة	الموضوع
123	6. تفضيلات الخصوبة
123	1.6 مقدمة
123	2.6 الرغبة في إنجاب الأطفال
126	3.6 العدد الإضافي المفضل للذكور/الإناث
129	4.6 الحاجة إلى خدمات تنظيم الأسرة
130	5.6 العدد المثالي للأطفال
133	6.6 وضع التخطيط لإنجاب الموالي
137	7. وفيات الرضع والأطفال
137	1.7 مقدمة
138	2.7 تقييم جودة المعلومات
139	3.7 المستويات والاتجاهات للوفيات
140	4.7 تقديرات وفيات الرضع والأطفال بالطرق المباشرة ولفترات زمنية خمسية
143	5.7 عوامل الخطر لوفيات الرضع والأطفال
147	6.7 أسباب وفيات الرضع والأطفال
149	8. صحة ورعاية الأم
149	1.8 مقدمة
149	2.8 الرعاية الصحية أثناء الحمل
161	3.8 الرعاية أثناء الولادة
168	4.8 الرعاية بعد الولادة
179	9. صحة الطفل
179	1.9 مقدمة
179	2.9 آلية جمع البيانات
180	3.9 التطعيم
187	4.9 الرضاعة الطبيعية والأغذية الإضافية
194	5.9 فيتامين أ/د

الصفحة	الموضوع
195	6.9 التغذية
199	7.9 الإسهال
206	8.9 التهابات الجهاز التنفسي الحادة
217	10. الصحة العامة
217	1.10 مقدمة
217	2.10 تغطية التأمين الصحي
218	3.10 التدخين
220	4.10 الأمراض المزمنة
220	5.10 طلب الرعاية الطبية للأطفال دون سن الخامسة
221	6.10 أعراض الأمراض الإنجابية
222	7.10 مفهوم الصحة الإنجابية
223	8.10 مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)
231	11. حقوق الطفل
231	1.11 مقدمة
232	2.11 تسجيل ولادة الطفل
236	3.11 الأيتام والأطفال الذين يقيمون في مؤسسات الرعاية الاجتماعية والصحية
238	4.11 تعليم الطفل
243	5.11 عمل الأطفال
249	المراجع
251	ملحق (1): العينة وحساب الأوزان
261	ملحق (2): الاستمارة

قائمة الجداول

الصفحة	الجدول
54	جدول 1.2: التوزيع النسبي للأفراد حسب العمر والجنس والمنطقة (نيسان، 2000)
55	جدول 2.2: التوزيع النسبي للسكان في الأراضي الفلسطينية حسب العمر للأعوام 1995، 1997، 2000
55	جدول 3.2: التوزيع النسبي للأسر حسب حجم الأسرة وبنسبة رب الأسرة وبعض الخصائص الخلفية، 2000
57	جدول 4.2: الأسر الخاصة حسب نوع الأسرة والمنطقة للأعوام 1995، 1997، 2000
58	جدول 5.2: نسبة الأفراد 15 سنة فأكثر غير الأميين حسب بعض الخصائص الخلفية والجنس، 2000
59	جدول 6.2: التوزيع النسبي للذكور 10 سنوات فأكثر حسب التحصيل العلمي وبعض الخصائص الخلفية، 2000
60	جدول 7.2: التوزيع النسبي للإناث 10 سنوات فأكثر حسب التحصيل العلمي وبعض الخصائص الخلفية، 2000
61	جدول 8.2: معدلات الالتحاق بالتعليم حسب العمر والجنس والمنطقة، 2000
63	جدول 9.2: توزيع الأسر حسب خصائص المسكن والمنطقة ونوع التجمع، 2000
64	جدول 10.2: التوزيع النسبي للنساء المؤهلات (15-49) سنة اللواتي تمت مقابلاتهن حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000
65	جدول 11.2: التوزيع النسبي للنساء المؤهلات (15-49) سنة اللواتي تمت مقابلاتهن حسب الحالة التعليمية وبعض الخصائص الخلفية، 2000
66	جدول 12.2: التوزيع النسبي للنساء المؤهلات (15-49) سنة اللواتي تمت مقابلاتهن حسب العلاقة بقوة العمل وبعض الخصائص الخلفية، 2000
67	جدول 13.2: التوزيع النسبي للأطفال دون سن الخامسة حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000
68	جدول 14.2: توزيع الأطفال (5-17) سنة حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000
72	جدول 1.3: معدلات الخصوبة العمرية المحددة حسب العمر (لكل ألف امرأة) ومعدلات الخصوبة الكلية للأعوام 1994، 1999 حسب المنطقة
75	جدول 2.3: معدلات الخصوبة الكلية للعام 1999 حسب بعض الخصائص الخلفية

الصفحة

الجدول

- 77 **جدول 3.3:** التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج والنساء المتزوجات حالياً حسب عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم، ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم، ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ولا زالوا أحياء حسب العمر
- 78 **جدول 4.3:** متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ولا زالوا أحياء للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب المنطقة والعمر
- 79 **جدول 5.3:** عدد المواليد وفترات المباشرة بين المواليد (بالأشهر) في السنوات الخمس التي سبقت إجراء المسح حسب بعض الخصائص الخلفية
- 80 **جدول 6.3:** نسبة النساء اللواتي يتمتعن بفترات مباحة قصيرة بين المواليد (أي أقل من 18 شهراً) حسب العمر الحالي للمرأة والمنطقة
- 81 **جدول 7.3:** التوزيع النسبي للنساء حسب العمر عند المولود الأول والعمر الحالي
- 81 **جدول 8.3:** العمر الوسيط عند المولود الأول للنساء في الفئة العمرية (25-49) سنة حسب العمر الحالي وبعض الخصائص الخلفية
- 82 **جدول 9.3:** نسبة النساء في الفئة العمرية (15-19) سنة أمهات أو حوامل بالمولود الأول حسب سنوات العمر المفردة والمنطقة، 2000
- 83 **جدول 10.3:** نسبة النساء في الفئة العمرية (15-19) سنة أمهات أو حوامل بالمولود الأول حسب سنوات العمر المفردة والمنطقة، 1995
- 83 **جدول 11.3:** نسبة النساء في الفئة العمرية (15-19) سنة أمهات أو حوامل بالمولود الأول حسب سنوات العمر المفردة ونوع التجمع
- 86 **جدول 1.4:** التوزيع النسبي للنساء (15-49) سنة حسب العمر والحالة الزوجية الحالية والمنطقة، 2000
- 87 **جدول 2.4:** التوزيع النسبي للنساء (15-49) سنة اللواتي سبق لهن الزواج حسب العمر عند الزواج الأول والعمر الحالي، 2000
- 89 **جدول 3.4:** التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب العمر عند الزواج الأول وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الأحياء والمنطقة، 2000
- 90 **جدول 4.4:** التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب عمر الأم وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الأحياء والمنطقة، 2000

<u>الصفحة</u>	<u>الجدول</u>
92	التوزيع النسبي للنساء (15-49) سنة اللواتي سبق لهن الزواج حسب درجة القرابة مع الزوج والعمر والمنطقة، 2000
92	التوزيع النسبي للنساء (15-49) سنة المتزوجات حالياً حسب عدد المواليد الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد المواليد الأحياء ومتوسط عدد المواليد الباقين على قيد الحياة وعلاقة القرابة مع الزوج، 2000
93	العمر الوسيط عند إنجاب المولود الأول بين النساء (25-49) سنة حسب العمر الحالي وبعض الخصائص الخلفية، 2000
94	التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب عدد المواليد الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد المواليد الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد المواليد الأحياء والعمر عند إنجاب المولود الأول، 2000
95	نسبة النساء اللواتي انجبن خلال فترة قصيرة بين المواليد (المعرفة على أنها اقل من 18 شهراً) حسب العمر الحالي للنساء والمنطقة، 2000
96	التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب مدة الحياة الزوجية وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم في الأراضي الفلسطينية، 2000
97	التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب مدة الحياة الزوجية وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الأحياء والمنطقة، 2000
98	نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج واستخدمن وسيلة تنظيم الأسرة حسب العمر الحالي والحالة التعليمية والمنطقة، 2000
99	نسبة النساء المتزوجات حالياً (15-49) سنة اللواتي يستخدمن (أو يستخدم أزواجهن) وسيلة تنظيم الأسرة حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000
100	التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب العلاقة بقوة العمل وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الأحياء والمنطقة، 2000
101	التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب المؤهل العلمي وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الأحياء والمنطقة، 2000
124	نسبة النساء المتزوجات حالياً اللواتي يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب المنطقة ونوع التجمع

<u>الصفحة</u>	<u>الجدول</u>
124	التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً ممن يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب الفئة العمرية والمنطقة
126	التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب تفضيلات الخصوبة وعدد الأطفال الأحياء
125	التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب تفضيلات الخصوبة والفئة العمرية للمرأة
126	التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً ممن يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب الفئة العمرية للمرأة 1995، 2000
127	التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب عدد الأطفال الأحياء، والعمر الحالي للمرأة، وعدد الأطفال المتوقع
128	التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب عدد الذكور/الاناث الذين سبق انجابهم والعدد الإضافي المفضل من الذكور/ الاناث
129	التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً غير الحوامل في الفئة العمرية (15-49) سنة حسب تفضيلات الخصوبة، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، والمنطقة
130	التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً في الفئة العمرية (15-49) سنة اللواتي يرغبن بعدد أكبر من الأطفال حسب فترة المباشرة المرغوبة والمنطقة
131	متوسط عدد الأطفال المثالي من وجهة نظر المرأة حسب عدد الأطفال الأحياء، والعمر الحالي للمرأة
132	متوسط عدد الأطفال المثالي من وجهة نظر المرأة حسب بعض الخصائص الخلفية
133	التوزيع النسبي للنساء حسب عدد الأطفال الأحياء والعدد المثالي للأطفال
140	معدلات وفيات الرضع والأطفال لكل ألف مولود حي المقدره بالطرق المباشرة لسنوات مختارة حسب المنطقة
144	معدلات وفيات الرضع والأطفال لكل ألف مولود حي المقدره بالطرق المباشرة للسنوات الخمس السابقة للمسح حسب بعض الخصائص الخلفية (1995-1999)
145	نسبة الأطفال المتوفين في الأراضي الفلسطينية حسب عمر الأم والمنطقة
145	العلاقة بين عدد الأطفال الذين تم إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال المتوفين
146	معدل المواليد الخام ووفيات الرضع في عدد من الدول حسب تقارير منظمة الصحة العالمية 1996

<u>الصفحة</u>	<u>الجدول</u>
154	جدول 1.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب الشخص الذي قدم الرعاية أثناء الحمل والمنطقة
155	جدول 2.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب مكان الفحص والسبب وراء اختيار المكان
157	جدول 3.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتعرضت أمهاتهم لمشاكل صحية أثناء الحمل حسب نوع المشكلة الصحية وبعض الخصائص الخلفية
158	جدول 4.8: نسبة الأمهات اللواتي انجبن في السنة السابقة للمسح وتلقين مطعوم الكزاز (التيتانوس) حسب بعض الخصائص الخلفية وعدد الجرعات
162	جدول 5.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب مكان الولادة وبعض الخصائص الخلفية
163	جدول 6.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب الشخص الذي قدم المساعدة أثناء الولادة وبعض الخصائص الخلفية
164	جدول 7.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح التي تمت في مؤسسات صحية حسب مكان الولادة والسبب الرئيس لاختيار مكان الولادة
170	جدول 8.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب الشخص الذي قدم الرعاية التي تلقتها الأم بعد الولادة (الأسابيع الستة بعد الولادة) وبعض الخصائص الخلفية
172	جدول 9.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وعانت أمهاتهم من المضاعفات بعد الولادة وبعض الخصائص الخلفية
173	جدول 10.8: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) التي تمت في السنوات الثلاث السابقة للمسح وعانت فيها الأم من مشكلة صحية واحدة على الأقل وتلقت فيها العلاج حسب مكان تلقي الرعاية ونوع التجمع والمنطقة
181	جدول 1.9: نسبة الأطفال (12-23) شهراً في الأراضي الفلسطينية، الذين تمت/لم تتم رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم وتلقوا تحصيماً معيناً
183	جدول 2.9: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين تمت رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم وتلقوا تحصيماً معيناً حسب بعض الخصائص الخلفية

<u>الصفحة</u>	<u>الجدول</u>
184	جدول 3.9: نسبة الأطفال (12-23) شهراً في الأراضي الفلسطينية الذين تمت رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم وتلقوا تحصيناً ضد الحصبة في الأراضي الفلسطينية (باستثناء محافظة القدس) حسب نوع التجمع
185	جدول 4.9: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين تمت رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم وتلقوا تحصيناً معيناً حسب بعض الخصائص الخلفية
186	جدول 5.9: نسبة الأطفال (12-23) شهراً ممن تمت رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم وتلقوا تحصيناً ضد الحصبة في الأراضي الفلسطينية (باستثناء محافظة القدس) حسب بعض الخصائص الخلفية
187	جدول 6.9: نسبة الأطفال المحصنين في عمر (12-23) شهراً الذين تمت رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم 1996، 2000
187	جدول 7.9: نسبة الأطفال المحصنين (24-35) شهراً الذين تمت رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم 1996، 2000
188	جدول 8.9: التوزيع النسبي للأطفال (آخر طفل) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح الذين رضعوا رضاعة طبيعية حسب الفترات الزمنية الفاصلة بين ولادة المولود ووقت إرضاعه لأول مرة والمنطقة ونوع التجمع
189	جدول 9.9: نسبة الأطفال (آخر طفل) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب وضع الرضاعة الطبيعية وبعض الخصائص الخلفية
190	جدول 10.9: التوزيع النسبي للأطفال (آخر طفل) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب عمر الأم ووضع الرضاعة الطبيعية الحالي وعمر الطفل
190	جدول 11.9: التوزيع النسبي للأطفال الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح (آخر طفل) ممن تم فطامهم حسب سبب الفطام، وعمر الطفل (بالأشهر) والمنطقة
191	جدول 12.9: متوسط العمر للأطفال عند بدء التغذية التكميلية (أغذية سائلة وصلبة) حسب عمر الأم الحالي والمنطقة
191	جدول 13.9: معدل التغذية التكميلية الوقتية للأطفال (6-9) أشهر حسب تعليم الأم والمنطقة
192	جدول 14.9: نسبة الأطفال الذين تلقوا نوعاً محدداً من السوائل والأغذية الصلبة حسب نوع التغذية التكميلية وعمر الطفل
194	جدول 15.9: التوزيع النسبي للأطفال 6 شهور فأكثر الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب تلقيهم جرعات فيتامين (أ) خلال الأشهر الستة الأخيرة حسب بعض الخصائص الخلفية
195	جدول 16.9: نسبة الأسر التي تستهلك كميات كافية من الملح المؤيدن حسب المنطقة ونوع التجمع

<u>الصفحة</u>	<u>الجدول</u>
197	جدول 17.9: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من سوء تغذية حاد أو متوسط حسب بعض الخصائص الخلفية
198	جدول 18.9: الوزن مقابل الطول نسبة لفئات الانحراف المعياري للطول مقابل العمر، باستخدام المرجع الدولي للسكان
200	جدول 19.9: نسبة السكان حسب المصدر الرئيس لمياه الشرب ونوع التجمع
200	جدول 20.9: التوزيع النسبي للأسر حسب نوع نظام الصرف الصحي، والمنطقة، ونوع التجمع
201	جدول 21.9: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا علاجاً حسب نوع العلاج وبعض الخصائص الخلفية
202	جدول 22.9: نسبة الأطفال الذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا سوائل أو طعاماً أكثر حسب بعض الخصائص الخلفية
204	جدول 23.9: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا استشارة طبية حسب المصدر وبعض الخصائص الخلفية
207	جدول 24.9: نسبة الأطفال الذين عانوا من السعال مع/بدون سرعة تنفس خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا استشارة طبية حسب بعض الخصائص الخلفية
208	جدول 25.9: نسبة الأطفال الذين يعانون من التهابات الجهاز التنفسي الحادة حسب الكثافة السكنية وبعض الخصائص الخلفية
208	جدول 26.9: نسبة الأطفال الذين يعانون من التهابات الجهاز التنفسي الحادة حسب نسبة التدخين في الأسرة وبعض الخصائص الخلفية
210	جدول 27.9: نسبة الأطفال ممن أصيبوا بالسعال مع/بدون تنفس سريع خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا استشارة طبية حسب المصدر وبعض الخصائص الخلفية
233	جدول 1.11: التوزيع النسبي للأطفال دون سن الخامسة حسب وضع تسجيل المولود وبعض الخصائص الخلفية
237	جدول 2.11: التوزيع النسبي للأطفال في الفئة العمرية (0-17) سنة حسب ترتيبات المعيشة ونوع التجمع والمنطقة
239	جدول 3.11: نسبة الأطفال (36-59) شهراً حسب الالتحاق بمراكز التعليم المبكرة للأطفال وبعض الخصائص الخلفية
242	جدول 4.11: نسبة الأطفال في سن المدرسة الملتحقين بالمرحلة الأساسية حسب الجنس وبعض الخصائص الخلفية
244	جدول 5.11: نسبة الأطفال (5-17) سنة الذين يعملون 4 ساعات فأكثر حسب بعض الخصائص الخلفية

قائمة الأشكال البيانية

<u>الصفحة</u>	<u>الشكل</u>
54	شكل 1.2: الهرم السكاني في الأراضي الفلسطينية، تقديرات منتصف عام 2000
73	شكل 1.3: معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر للأعوام 1994، 1999
74	شكل 2.3: معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر (لكل ألف امرأة) للعام 1999 حسب المنطقة
74	شكل 3.3: معدلات الخصوبة العمرية المحددة لفترات مرجعية سبقت المسح الديموغرافي للعام 1995
76	شكل 4.3: متوسط عدد الأطفال الذين ولدوا للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب الفئة العمرية (1995، 2000)
88	شكل 1.4: العمر الوسيط عند الزواج الأول للنساء (15-49) سنة اللواتي سبق لهن الزواج حسب العمر الحالي والمنطقة، 2000
106	شكل 1.5: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج (15-49) سنة حسب مصدر المعلومات بوسائل تنظيم الأسرة والمنطقة
107	شكل 2.5: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج (15-49) سنة واللواتي يعرفن مصدراً للحصول على وسائل تنظيم الأسرة حسب المنطقة
108	شكل 3.5: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج (15-49) سنة واللواتي يعرفن مصدراً للحصول على وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع التجمع
108	شكل 4.5: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج واللواتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب العمر الحالي والمنطقة
109	شكل 5.5: نسبة النساء اللواتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب عدد الأطفال الأحياء عند الاستخدام الأول والمنطقة
111	شكل 6.5: نسبة النساء (15-49) سنة اللواتي سبق لهن الزواج وسبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة التي استخدمت لأول مرة
112	شكل 7.5: نسبة النساء المتزوجات حالياً ويستخدمن أو يستخدم أزواجهن وسائل تنظيم الأسرة حسب العمر

<u>الصفحة</u>	<u>الشكل</u>
113	شكل 8.5: نسبة النساء المتزوجات حالياً ويستخدمن أو يستخدم أزواجهن وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع التجمع
114	شكل 9.5: نسبة النساء المتزوجات حالياً اللواتي يستخدمن أو يستخدم أزواجهن وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة
114	شكل 10.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً اللواتي يستخدمن وسائل حديثة لتنظيم الأسرة حسب مصدر الوسيلة
116	شكل 11.5: نسبة النساء المتزوجات حالياً ويستخدمن وسيلة لتنظيم الأسرة حسب مصدر الوسيلة والسبب وراء اختيار المصدر
117	شكل 12.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً اللواتي يستخدمن وسيلة حديثة حسب مصدر الوسيلة والمنطقة
118	شكل 13.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً اللواتي لا يستخدمن أية وسيلة لتنظيم الأسرة حسب السبب الرئيس لعدم الاستخدام
123	شكل 1.6: تفضيلات الخصوبة للنساء المتزوجات حالياً في الفئة العمرية (15-49) سنة
126	شكل 2.6: التوزيع النسبي للأشخاص الذين يتخذون قراراً بشأن عدد الأطفال في العائلة
131	شكل 3.6: التوزيع النسبي للنساء حسب وجهة نظر المرأة بالعدد المثالي للأطفال
134	شكل 4.6: التوزيع النسبي للنساء الحوامل حالياً حسب الرغبة في الحمل
134	شكل 5.6: التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج وأنجن مولود حي واحد على الأقل خلال السنوات الثلاث الماضية حسب الرغبة في الحمل
140	شكل 1.7: معدلات وفيات الرضع والأطفال في الأراضي الفلسطينية لكل ألف مولود حي المقدره بالطرق المباشرة لسنوات مختارة
141	شكل 2.7: معدلات وفيات الرضع والأطفال في الأراضي الفلسطينية لكل ألف مولود حي المقدره بالطرق المباشرة لسنوات مختارة
143	شكل 3.7: وفيات الرضع والأطفال في فلسطين مقارنة بعدد من دول شرق البحر المتوسط (1999)

<u>الصفحة</u>	<u>الشكل</u>
146	شكل 4.7: معدلات الخصوبة حسب العمر في الأراضي الفلسطينية في السنوات 1994-1997
150	شكل 1.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب المنطقة (1996، 2000)
150	شكل 2.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب بعض الخصائص الخلفية
151	شكل 3.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب عدد الزيارات والمنطقة 2000
152	شكل 4.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب فترة الحمل (بالشهر) عند البدء بالتردد على مراكز الرعاية والمنطقة
153	شكل 5.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب مكان إجراء الفحص والمنطقة
154	شكل 6.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب السبب في اختيار مصدر الرعاية
156	شكل 7.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح ولم تتلق أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب السبب والمنطقة
157	شكل 8.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتعرضت أمهاتهم لمشاكل صحية أثناء الحمل حسب نوع المشكلة والمنطقة والمنطقة
159	شكل 9.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم حامض الفوليك أثناء الحمل حسب المنطقة
160	شكل 10.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم أقراص الحديد أثناء الحمل حسب المنطقة
160	شكل 11.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم أقراص الحديد وحامض الفوليك أثناء الحمل، (1996، 2000)
165	شكل 12.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب طبيعة الولادة
166	شكل 13.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب طبيعة الولادة وعمر الأم

<u>الصفحة</u>	<u>الشكل</u>
166	شكل 14.8: نسبة الولادات (آخر مولودين) التي تمت في المستشفى في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم تنقيفا صحيا حسب موضوع التنقيف الصحي والمنطقة
168	شكل 15.8: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتمت في مؤسسات صحية حسب سبب مغادرة مكان الولادة قبل مرور 24 ساعة على الولادة
169	شكل 16.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب تلقي الام رعاية بعد الولادة والمنطقة (1996، 2000)
171	شكل 17.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في الثلاث سنوات السابقة للمسح حسب المضاعفات التي عانت منها الأم بعد الولادة (خلال فترة النفاس) والمنطقة
172	شكل 18.8: التوزيع النسبي للولادات (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وعانت امهاتهم من مشكلة صحية واحدة على الأقل بعد الولادة حسب تلقي الرعاية ونوع التجمع
174	شكل 19.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب حدوث زيارة بيتية للأم من مرشدة أو ممرضة أو داية والمنطقة
174	شكل 20.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح وتم زيارة الأم من قبل مرشدة صحية أو ممرضة أو داية حسب بعض الخصائص الخلفية
175	شكل 21.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح وتمت زيارة أمهاتهم بعد الولادة وتلقين تنقيفا صحيا حسب موضوع التنقيف الصحي
200	شكل 1.9: نسبة الأطفال دون 2- إنحراف معياري للوزن مقابل الطول، والوزن مقابل العمر، والطول مقابل العمر باستخدام المجتمع المرجعي المحلي والوزن مقابل الطول باستخدام المجتمع المرجعي الدولي (1996، 2000)
207	شكل 2.9: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين لمسحي 1996 و2000 وتلقوا استشارة طبية حسب المصدر
212	شكل 3.9: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من سعال مصحوب او غير مصحوب بسرعة في التنفس خلال الاسبوعين السابقين للمسح وتلقوا استشارة طبية حسب المصدر وبعض الخصائص الخلفية
217	شكل 1.10: التوزيع النسبي للأشخاص حسب نوع التأمين الصحي والمنطقة (1996، 2000)
219	شكل 2.10: التوزيع النسبي للأفراد 12 سنة فأكثر حسب ممارسة عادة التدخين والمنطقة
219	شكل 3.10: نسبة الأفراد في الفئة العمرية 12 سنة فأكثر الذين يمارسون التدخين حسب المنطقة والجنس

<u>الصفحة</u>	<u>الشكل</u>
220	شكل 4.10: نسبة الأفراد الذين أشاروا إلى أنهم تلقوا علاجاً للأمراض المزمنة حسب نوع المرض
221	شكل 5.10: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج وعانين من أعراض معينة في السنة السابقة لإجراء المسح حسب المنطقة
222	شكل 6.10: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج ممن عانين من أعراض معينة في السنة السابقة لإجراء المسح حسب نوع التجمع
223	شكل 7.10: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج ممن سمعن بمكونات الصحة الإيجابية
224	شكل 8.10: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-49) سنة ومدى معرفتهن بانتشار مرض نقص المناعة المكتسبة حسب نوع التجمع
225	شكل 9.10: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-49) سنة ممن يعرفن بأبرز الوسائل المتبعة في منع انتقال مرض الإيدز حسب المنطقة
225	شكل 10.10: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-49) سنة ومدى معرفتهن بوسائل انتقال مرض الإيدز من الأم إلى الطفل حسب المنطقة
226	شكل 11.10: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-49) سنة ومعرفتهن بالأفكار والمواقف الخاطئة من مرض الإيدز حسب نوع التجمع
227	شكل 12.10: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-49) سنة ممن أعربن عن مواقف تمييز بحق الأشخاص المصابين بالإيدز حسب المنطقة

المصطلحات والتعاريف

1.2 تعاريف عامة:

الأسرة المعيشية: فرد أو مجموعة من الأفراد يعيشون في نفس الوحدة السكنية ويتناولون الطعام معا ويشتركون في توفير احتياجاتهم المعيشية، وقد تربطهم علاقة قرابة ليشكلوا عائلة، أو لا تربطهم هذه العلاقة.

الفرد في الأسرة: الفرد الموجود في الوحدة السكنية عند إجراء المقابلة، ويعتبر فرداً في الأسرة أو عضواً فيها إذا:

1. كانت هذه الوحدة السكنية هي مكان الإقامة المعتاد له أو مكان الإقامة الوحيد له.
2. كان الفرد يقيم معظم وقته في هذه الوحدة مع انه من الممكن أن يقيم بعض الوقت في وحدة سكنية أخرى أو في مكان آخر. وفي هذا المسح تم اعتبار الأفراد المقيمين في تجمعات معينة داخل الضفة الغربية وقطاع غزة من اجل الدراسة (الطلاب)، والطلاب الذين يدرسون في الخارج ولكنهم يعودون سنويا لزيارة ذويهم والإقامة معهم، والعمال المنفصلين عن أسرهم ويعودون لها في نهاية الأسبوع أو الشهر وكذلك السجناء على انهم أفراد مقيمون بصورة معتادة مع أسرهم وليس في أماكن عملهم أو دراستهم أو سجنهم.

رب الأسرة: هو الشخص المقيم إقامة معتادة مع الأسرة، والذي عرف بأنه يحمل هذه الصفة من قبل باقي أفراد الأسرة، وعادة ما يكون هذا الشخص صاحب السلطة والمسؤول عن تدبير الشؤون الاقتصادية للأسرة وقد يشاركه الآخرون في ذلك، وقد يكون رب الأسرة ذكراً أو أنثى.

الغرفة: هي عبارة عن جزء من مسكن أو مسكن بأكمله لها جدران وسقف بحيث لا تقل مساحتها عن 4 متر مربع وتستخدم لأغراض النوم والجلوس أو الطعام أو الدراسة. ولا تعتبر غرفة كل من المطبخ المستقل المخصص للطهي، الحمام، المراض، السدة، البلكون، كما لا تحسب من غرف المسكن كل الغرف المخصصة لأغراض العمل مثل الغرفة المخصصة لعيادة الطبيب أو الخياطة للغير. وكذلك يمكن اعتبار البرندات التي مساحتها 4 متر مربع فاكثر ومقرزة على أنها غرفة إذا استخدمت للمعيشة أو النوم أو للطعام أو الدراسة.

معدلات الازدحام: متوسط عدد الافراد لكل غرفة في المسكن، وتحسب بالعلاقة ما بين عدد افراد الاسرة السكان وعدد الغرف في المسكن

منطقة العد: هي المنطقة الجغرافية المحددة على الخرائط والتي يتم تحديدها على الطبيعة بحدود واضحة المعالم (شوارع، طرق، ممرات، حدود ادارية) لتكون مجال عمل عداد واحد عادة، وقد تكون تجمعاً صغيراً أو جزءاً من تجمع سكاني كبير. وتضم كل منطقة حوالي 150 وحدة سكنية باستثناء التجمعات الصغيرة والتي تضم أقل من 150 وحدة سكنية، فقد اعتبرت منطقة عد، بغض النظر عن عدد الوحدات السكنية.

الخلية: هي اصغر وحدة معاينة جغرافية يتم جمع البيانات على مستواها ويراعى أن تكون حدود الخلايا واضحة ويسهل التعرف عليها.

الطبقة: هي فئة من المجتمع الإحصائي متجانسة فيما بينها في كثير من الصفات والمتغيرات قيد الدراسة.

وحدة المعاينة الأولية: تستخدم عند تصميم العينة متعددة المراحل يتم في المرحلة الأولى اختيار وحدات أولية، وحدات جغرافية أو تجمعات سكنية، وهي في هذا المسح مناطق العد.

الوحدة السكنية: هي عبارة عن غرفة أو مجموعة من الغرف مأهولة أو شاغرة ومعدة للاستخدام كمسكن منفصل ويتوفر أحد الشرطين: 1. مدخل مباشر خارجي أو من خلال ممر. 2. خدمات مطبخ كاملة يقتصر استخدامها على ساكني الوحدة سواء كانت مستخدمة أو غير مستخدمة.

الإسناد الزمني: هو التاريخ المرجعي الذي تم استخدامه عند احتساب الأعمار وقد حدد في هذا المسح على انه يوم 2000/4/29.

التجربة القبلية: هي صورة مصغرة للمسح، يتم إجراؤها بهدف فحص الأدوات (الاستمارات والنماذج) والعمليات الميدانية والتقديرات البشرية والمادية الموضوعية والزمن المقدر لإنهاء العمل الميداني وإدخال البيانات، أي باختصار هدفها فحص الخطة المعدة لتنفيذ المسح الرئيسي.

2.2 التعاريف الأساسية لخصائص الأفراد والأسر:

العمر: هو الفترة الزمنية المقدرة أو المحسوبة بين تاريخ الميلاد وتاريخ الإسناد (2000/4/29)، معبرا عنه بسنوات شمسية كاملة.

العمر الوسيط: العمر الذي يقسم السكان الى مجموعتين متساويتين من ناحية العدد، اي نصف السكان اصغر من هذا العمر والنصف الثاني اكبر.

تاريخ الميلاد: هو تاريخ ميلاد الفرد ويتكون من اليوم والشهر والسنة الميلادية حسب الوثائق الرسمية مثل تباليج الولادة أو شهادات الميلاد أو جواز السفر أو أي مستند رسمي.

التراكم في الأعمار: الميل من قبل المستجوبين أو الباحثين نحو تفضيل أعمار معينة دون غيرها، وأيضا تعرف كعمر (تفضيل احاد عمر معينة) وينتشر تفضيل الأعمار المنتهية بصفر أو خمسة.

الالتحاق بالتعليم النظامي: ويقصد بالالتحاق تسجيل الفرد بأحد مراحل التعليم النظامية ، سواء كان منتظما أو منتسبا ومرحلة التعليم النظامي تشمل المرحلة الابتدائية أو الإعدادية (الأساسية) أو الثانوية أو الكليات والمعاهد الأكاديمية أو المهنية التي تعطي شهادات دبلوم متوسط أو المراحل الجامعية.

وتكون إحدى الحالات التالية:

ملتحق حاليا بالتعليم: أي أن الفرد لا يزال مسجلا بأحد مراحل التعليم النظامية.

التحق بالتعليم وترك: أي أن الفرد التحق بالتعليم سابقا ولو ليوم واحد وترك المرحلة التعليمية التي كان يلتحق بها قبل إنهائها.

التحق بالتعليم وتخرج: أي أن الفرد التحق بالتعليم سابقا وتوقف عن التعليم عند نهاية المرحلة ويعني ذلك حصول الفرد على شهادة نهاية المرحلة بنجاح.

لم يلتحق أبدا بالتعليم: أي أن الفرد لم يسبق له فرصة الالتحاق بالتعليم بتاتا ولو ليوم واحد.

عدد سنوات الدراسة التي أتمها الفرد بنجاح: بالنسبة للفرد الملتحق حاليا أو الذي التحق وتخرج، تكون عدد سنوات الدراسة النظامية التي أتمها بنجاح هي السنوات الكاملة، ولا تشمل سنوات الانقطاع وسنوات الرسوب وسنوات الإعادة، كما لا تشمل السنة الحالية التي لم تنته للملتحق حاليا ولا تعتبر الدورات التدريبية ضمن عدد سنوات الدراسة النظامية.

المشتغل: هو الفرد الذي يباشر شغلا أو عملا معيناً سواء كان لحسابه أو لحساب الغير، باجر أو بدون اجر أو في مصلحة العائلة، ويصنف المشتغلون حسب عدد ساعات العمل الأسبوعية إلى مشتغلين (1-14) ساعة، ومشتغلين 15 ساعة فاكتر وكذلك الأفراد الغائبون عن أعمالهم بسبب المرض، أو إجازة مدفوعة الأجر، أو إغلاق أو إضراب أو توقيف مؤقت وما شابه ذلك، يعتبر مشتغلا من 1-14 ساعة.

المتعطّل عن العمل: هو الفرد الذي لم يعمل مطلقا خلال فترة الإسناد (الأسبوع الماضي)، ولم يكن مرتبطا بعمل معين وهو قادر على العمل ويرغب في الحصول على عمل وقد قام بالبحث عن فرصة عمل في هذه الفترة، كذلك فإن الفرد المتوقع عن العمل، يعتبر غائبا عن العمل حتى ولو كان يتوقع العودة أو كان مستعدا للعودة في حال استدعائه للعمل. ويقسم المتعطّلون عن العمل إلى مجموعتين: المتعطّلين الذين سبق لهم العمل، والمتعطّلين الذين لم يسبق لهم العمل.

المهنة: هي الحرفة أو نوع العمل الذي يباشره الفرد إذا كان مشتغلا، أو الذي باشره سابقا إذا كان متعطلا سبق له العمل، والمقصود بالمهنة الرئيسية هي المهنة التي يقضى فيها المشتغل أكثر من نصف وقت العمل، أو هي المهنة الأكثر تكرراً خلال الأشهر الثلاثة السابقة ليوم الإسناد الزمني.

الحالة الزوجية: الحالة الزوجية للفرد تعني حالة الفرد الشخصية والتي يكون عليها ذلك الفرد الذي يبلغ من العمر 12 سنة فاكتر وقت إجراء المقابلة، والمتعلقة بقوانين وعادات الزواج المعمول به في البلد.

وقد تكون إحدى الحالات التالية

لم يتزوج أبدا: هو الفرد الذي يبلغ من العمر 12 سنة فاكتر ولم يتزوج زواجا فعليا وفقا للعرف السائد (أي لم يتم الدخول بعد) ولم يعقد قرانه ولم يكن قد تزوج في السابق.

• **عقد قران لأول مرة:** هو الفرد الذي يبلغ من العمر 12 سنة فاكثر، وقد تم تسجيل عقد زواج رسمي له من قبل المحكمة ولكنه لم يتزوج فعليا وفقا للمعرف السائد (أي لم يتم الدخول بعد) وليس مطلقا أو أرملا من زواج سابق ولا يشمل الفرد الذكر المتزوج حاليا وعقد قرانه للمرة الثانية حيث يعتبر متزوجا.

متزوج: هو الفرد الذي يبلغ من العمر 12 سنة فاكثر والمتزوج زواجا فعليا وفقا للمعرف السائد سواء كان الزوجان يقيمان معا وقت إجراء المقابلة أم لا، وبغض النظر عن حالته السابقة.

مطلق: هو الفرد الذي يبلغ من العمر 12 سنة فاكثر وسبق له الزواج فعلا وانفصم (انحل) آخر زواج بالطلاق المسجل شرعا ولم يتزوج مرة أخرى.

أرمل: هو الفرد الذي يبلغ من العمر 12 سنة فاكثر وسبق له الزواج فعلا وانفصم (انحل) آخر زواج بوفاة الطرف الآخر ولم يتزوج مرة أخرى.

العمر عند الزواج الأول: هو عمر الفرد بالسنوات في وقت إتمام الزواج الفعلي.

مدة الحياة الزوجية: هي الفترة ما بين تاريخ الزواج الفعلي وتاريخ إجراء المقابلة بالنسبة للمتزوجات حاليا، أو الفترة الفاصلة ما بين تاريخ الزواج الفعلي وتاريخ الطلاق أو الترميل بالنسبة للمطلقات والأرامل، أو مجموع مدد الحياة الزوجية بالسنوات الكاملة للمتزوجات اكثر من مرة.

معدل الخصوبة الكلي: متوسط عدد المواليد الأحياء لكل امرأة (أو مجموعة من النساء) خلال فترة حياتها (حياتهن) الإيجابية حسب معدلات الخصوبة العمرية لسنة ما، وهو ناتج عن مجموع معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية مضروبا في خمسة.

معدل الخصوبة التفصيلية حسب العمر: عدد المواليد الذين تتجههم النساء من فئة عمرية معينة لكل 1000 امرأة في تلك الفترة.

وفيات الذين أعمارهم تقل عن خمس سنوات: نسبة المتوفين من الأطفال المولودين قبل بلوغهم عمر الخمس سنوات.

معدل وفيات الرضع: عدد وفيات الرضع الذين تقل أعمارهم عن سنة لكل 1000 من المواليد الأحياء خلال سنة معينة.

معدلات وفيات حديثي الولادة: عدد الوفيات من الأطفال الرضع خلال الشهر الأول أو الأسابيع الأربعة الأولى من الولادة في سنة معينة لكل 1000 مولود حي خلال السنة نفسها.

معدل وفيات المواليد المتأخرة: عدد الوفيات من المواليد الرضع في العمر (1-11) شهرا في سنة معينة لكل 1000 مولود حي خلال السنة نفسها.

مؤشر مايرز:

مؤشر لتفضيل أرقام معينة يتكون أساساً من عملية تجميع للأفراد المنتهية أعمارهم بهذا الرقم عبر مدى عمري محدد، في العادة 10 الى 89، تم التعبير عن المجموع كنسبة من المجموع لجميع السكان. ويتفادى اثر التحيز الناتج عن عدم التوزيع المنتظم للأفراد على جميع الأعمار بتكرار الحسابات 10 مرات، مرة لكل رقم في البداية ويجاد متوسط النتائج، ويعبر عن الفرق بين هذا المتوسط والمتوسط 10 المتوقع 10% عن مدى التفضيل أو تجنب الرقم عبر المدى العمري المختار.

مؤشر ويبيل:

مؤشر لجودة الإدلاء بالعمر، يعتمد على مدى تفضيل رقم معين أو مجموعة من الأرقام، ويعتمد المؤشر أساساً على المقارنة بين عدد السكان المسجل مقابل رقم أو مجموعة من أرقام معينة، والعدد المتوقع، بافتراض أن السكان دالة خطية في العمر. ويتم قسمة عدد السكان المنتهية أعمارهم بالرقم المحدد عبر مدى عمري عادة من 23-62 على عشر (10/1) إجمالي السكان، وتضرب النتيجة في 100 وتقسم على عدد الأرقام المختلفة المحددة. وتشير القيمة 100 الى عدم وجود تفضيل لتلك الأرقام، بينما القيم أعلى من 100 تشير الى تفضيل لتلك الأرقام.

مياه الشرب الآمنة:

تشمل مياه الشبكة الموصولة بالمنزل أو غير الموصولة، شبكة عامة، مياه الآبار والحفر الموصولة بمضخة، الآبار والينابيع المحمية، ومياه الأمطار.

الملح المؤيدن:

هو الملح الذي يحتوي على 15 جزء من المليون من اليود على الأقل.

الصحة:

هي حالة رفاه كامل من الناحية الجسدية والنفسية والاجتماعية وليس فقط الخلو من المرض أو الإعاقة.

الصحة الإيجابية:

حالة رفاه كامل من الناحية الجسدية والعقلية والاجتماعية وليست السلامة من المرض أو الإعاقة في جميع الأمور والمتعلقة بالجهاز التناسلي لكل من الذكر والأنثى ووظائفه.

الإيدز:

من الأمراض الخطيرة، وكلمة ايدز هي مختصر لكلمة إنجليزية معناها نقص العوز المناعي المكتسب عند الإنسان ويسببه فيروس HIV ويؤدي إلى نقص المناعة المكتسبة مما يؤدي إلى الوفاة.

التأمين الصحي:

هو تعويض عن خسارة مادية ترتبط بتغطية التكاليف المتعلقة بمشكلة صحية ما وعلاجها.

المرض المزمن:

هو المرض الذي يصيب الإنسان بصورة مزمنة ويحتاج إلى تناول علاج بصورة مستمرة ومنظمة، وقد شخص من قبل طبيب اختصاصي ومن الأمثلة على ذلك مرض السكري، ضغط الدم، أمراض القلب، وغيرها.

الحمل:

هو انقطاع الحيض (الدورة الشهرية) خلال فترة الإنجاب وهي من 15-49 سنة على الأغلب، وهي عادة 40 أسبوعاً أو 280 يوماً ويمكن التأكد من حدوث الحمل بعمل فحص تأكيدي للحمل عن طريق فحص البول.

المولود الحي:

هو المولود الذي خرج من الرحم طبيعياً أو جراحياً مع ظهور أي علامة من علامات الحياة على المولود كالتنفس والبكاء مثلاً، حتى ولو مات المولود بعد ذلك مباشرة.

الباقى على قيد الحياة: هو المولود حيا ولا يزال على قيد الحياة حتى وقت المقابلة مهما كان عمره وسواء كان مقيما مع الأم أو غير مقيم معها.

مولود متوفى: هو المولود حيا ثم فارق الحياة بعد ولادته بغض النظر عن الفترة التي قضاها حيا. وقد تتراوح هذه الفترة بين لحظات وسنين.

الإيجاب: هو أن تكون السيدة قد أنجبت مولودا حيا (ظهر عليه أي علامة تدل على الحياة بعد الولادة حتى لو مات بعد فترة قصيرة ولا يقصد بالإيجاب حالات الإجهاض أو مولود ميت).

المولود الميت: هو المولود الذي خرج من الرحم جراحيا أو طبيعيا بعد إكمال الأسبوع الثامن والعشرين على الأقل من الحمل ولم تظهر عليه أي علامة من علامات الحياة مثل التنفس أو البكاء.

الإجهاض: أي حمل انتهى خلال الأسابيع الـ 28 الأولى من الحمل

تنظيم الأسرة: هي المباشرة بين حمل واخر عن طريق استخدام وسيلة أو أكثر من وسائل تنظيم الأسرة والهدف منها هو إنجاب العدد المرغوب فيه من الأطفال في الوقت المناسب، وهو اختياري من اجل الحفاظ على صحة الأم والطفل وعدم تعريضهما لأي مخاطر يمكن تجنبها.

وسائل تنظيم الأسرة: هي الوسائل التي يمكن أن يستخدمها الزوجان أحدهما أو كلاهما دون إكراه أي منهما وبواسطتها يمكن تجنب أو تأخير الحمل ومنها:

الحبوب: وهي حبة تؤخذ يوميا وبانتظام عن طريق الفم، وتستعمل لتجنب أو تأخير الحمل.

اللوايب: هو جهاز بلاستيكي يوضع داخل الرحم بواسطة طبيب أو ممرضة مؤهلة ومدربة، وغالبا ما يحتوي على الرصاص، ويستعمل لتأخير أو تجنب الحمل، ويزال عند الرغبة في الحمل.

الحقن بالإبر: هي حقنة خاصة تعطى بالعضل على فترات زمنية لتأخير أو تجنب الحمل.

التحاميل/المرغوة/المبيدات المنوية: وسائل توضع داخل المهبل قبل الجماع بفترة قصيرة وتستعمل لتجنب أو تأخير الحمل.

الواقى الذكري (الكندوم): عبارة عن كيس من المطاط يستعمله الرجل أثناء الجماع لمنع وصول السائل المنوي إلى مهبل السيدة ولمرة واحدة، ويستعمل لتأخير أو تجنب الحمل وكذلك للوقاية من الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا.

التعقيم الأنثوي: هي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة وتتم بطريقة جراحية، وتهدف إلى وقف الحمل كليا وذلك عن طريق ربط الأنابيب أو تسكير المواسير.

فترة الأمان: تعتمد هذه الطريقة على احتساب أيام الخصوبة للمرأة، أو الامتناع عن الجماع في هذه الفترة، وهي الفترة قبل منتصف الدورة الشهرية بيومين إلى ثلاثة أيام والتي تكون فيها المرأة أكثر عرضة للحمل.

العزل/القذف الخارجي: وهو منع وصول السائل المنوي للرجل إلى داخل الرحم خلال فترة الجماع، وهو اقدم وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة.
الرضاعة الطبيعية: تستعمل الرضاعة الطبيعية كوسيلة لتنظيم الأسرة إذا توفرت فيها الشروط التالية:

- تكثيف وزيادة عدد مرات الرضاعة ليلا ونهارا.
- انقطاع الطمث.
- أن يكون عمر المولود اقل من 6 شهور.

الولادة الآمنة: هي الولادة التي تتم على يد أو حضور شخص مؤهل طبيا ومدرب وفي مكان نظيف وآمن، وذلك لتلافي أي مخاطر محتملة للأم والطفل.

الكادر الطبي المؤهل: يشمل الأطباء والمرضين والقابلات.

المستشفى: مؤسسة طبية يتمثل هدفها الأول في توفير خدمات تشخيصية وعلاجية لمختلف الظروف الطبية جراحية كانت أم غير جراحية، وتقدم معظم المستشفيات أيضا خدمات لمرضى العيادات الخارجية وخاصة خدمات الطوارئ.

المستشفى أو المركز الصحي التابع لمنظمات غير حكومية: أي مستشفى أو مركز صحي تابع لجمعيات خيرية أو مؤسسة لا تهدف للربح، ومثال ذلك: الإغاثة الطبية الفلسطينية، ولجان العمل الصحي، وجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، وجمعية أصدقاء المريض الخيرية، ولجان الزكاة،... الخ.

الرعاية الصحية الأولية: الفحص الأولي والرعاية الصحية الشاملة المتواصلة بما فيها التشخيص والعلاج الأولي والإشراف الصحي وإدارة الخدمات الصحية الوقائية والحالات المزمنة، ولا يتطلب توفير الرعاية الصحية الأولية معدات وأجهزة متطورة أو مصادر متخصصة.

الوزن الطبيعي للمولود: عبارة عن وزن الطفل مباشرة بعد الولادة وهو 3.0-3.5 كغم للمولود الذكر أو 2.8-3.2 كغم للمولود الأنثى.

الوزن اقل من الطبيعي: هو وزن المولود الذي يقل عن 2.5 كغم عند ولادته.

الوزن اكثر من الطبيعي: هو وزن المولود الذي يزيد عن 4.0 كغم عند ولادته.

الرضاعة الطبيعية: تلقي الطفل لحليب الثدي بشكل مباشر أو مشفوط.

الرضاعة الطبيعية المطلقة: هي تناول الطفل حليب ثدي أمه فقط دون إضافة أي أطعمة أو سوائل حتى الماء.

الفظام: هو توقف الأم عن إرضاع الطفل من الثدي لأسباب تتعلق بالأم، منها مرض الأم، أو عدم كفاية الحليب، أو حمل الأم، وأسباب أخرى تتعلق بالطفل كبلوغه سن الفطام أو رفضه لثدي أمه.

التغذية المكتملة: تلقي الطفل كلا من حليب الثدي والأغذية الصلبة أو شبه الصلبة كالحليب الصناعي والعصير.

التغذية المدعمة:	أية سوائل (بما فيها الحليب) أو أغذية صلبة تعطى للطفل وهو لا يزال يرضع.
معدل الاستمرار في الرضاعة الطبيعية:	نسبة الأطفال الذين أعمارهم (9-12) شهرا والذين ما زالوا يرضعون.
تطعيم الكزاز (التيتانوس):	هو مطعوم يعطى للسيدة الحامل خلال فترة الحمل وذلك لحماية الطفل من الإصابة بمرض الكزاز الوليدي.
المطعوم:	عبارة عن مادة محضرة تحتوي على ميكروبات مضعفة أو ميتة أو مصنعة، تعطى للأطفال إما عن طريق نقط بالفم، أو حقن، وذلك بهدف الوقاية من الإصابة بأمراض معدية وخطيرة، والتي استطاع الإنسان إيجاد مطعوم للوقاية منها.
مطعوم السل (BCG):	مطعوم يعطى خلال الشهر الأول من الولادة، وذلك للوقاية من مرض السل الرئوي (التدرن) ويعطى على شكل حقنة تحت الجلد.
مطعوم الشلل:	مطعوم يعطى للوقاية من شلل الأطفال، إما عن طريق نقط بالفم (OPV) (Sabin)، ويعطى على شكل نقط في الفم على النحو التالي: الجرعة الأولى عند عمر شهرين، الجرعة الثانية عند عمر 4 شهور، الجرعة الثالثة عند عمر 6 شهور، والجرعة الرابعة (المنشطة) تعطى عند عمر 12 شهراً أو بعد 6 شهور من الجرعة الثالثة. كذلك يعطى المطعوم على شكل حقن (Salk) (IPV)، وتعطى الحقن عند عمر شهر وعمر شهرين.
المطعوم الثلاثي (DPT):	وهو عبارة عن مطعوم مشترك لثلاثة أمراض هي: الدفتيريا والسعال الديكي والكزاز، وتعطى على شكل حقن بمعدل 4 جرعات على النحو التالي: الجرعة الأولى عند عمر شهرين، الجرعة الثانية عند عمر 4 شهور، الجرعة الثالثة عند عمر 6 شهور، والجرعة الرابعة (المنشطة) تعطى عند عمر 12 شهراً أو بعد 6 شهور من الجرعة الثالثة.
مطعوم الحصبة (Measles):	مطعوم يعطى عند عمر 9 شهور وذلك بهدف الوقاية من مرض الحصبة ويعطى على شكل حقنة.
مطعوم التهاب الكبد الوبائي (HB):	مطعوم يعطى على شكل ثلاث جرعات: الأولى تعطى عند الولادة، والثانية بعد شهر، والجرعة الثالثة تعطى بعد خمسة شهور من الجرعة الثانية. ويعطى هذا المطعوم للوقاية من التهاب الكبد الوبائي من نوع B ويعطى على شكل حقن.
مطعوم MMR:	مطعوم يعطى للطفل عند عمر 15 شهراً بهدف الوقاية من الإصابة بالنكاف (Mumps) والحصبة (Measles) والحصبة الألمانية (Rubella) ويعطى على شكل حقنة.
الإسهال:	هو التغيير الملموس في عدد مرات التبرز (أكثر من ثلاث مرات في اليوم) والتغير في لزوجة البراز بحيث يميل إلى السيولة، وقد يرافق هذه العملية وجود دم أو مخاط في البراز.
الجفاف:	النقص في الماء. الطفل المصاب بالإسهال يفقد وبشكل سريع الماء مع البراز مما يؤدي إلى جفافه.

عبارة عن محلول يتكون من ماء وسكر وملح وكربون وعصير ليمون أو برتقال بنسب معينة وذلك بهدف الوقاية من الجفاف الناتج عن الإسهال.	أملاح معالجة الجفاف (البيتي):
فيتامين يعطى للأطفال ما دون السنة لوقايتهم من أمراض الكساح وأمراض العين.	فيتامين أ/د:
هي التي تسمح لنا بقياس ووصف الوضع الحالي للطفل، إما بطريقة مباشرة نتيجة عوامل حادة، مثل عدم تناول كمية كافية من الغذاء، أمراض الطفولة والإسهال المؤدي إلى الهزال بالإضافة إلى التأثيرات الجانبية للحرمان المزمن المؤدي إلى قصر القامة.	الحالة الغذائية:
هو عبارة عن الزيادة في الحجم والتي تشمل الزيادة في الطول والوزن ومحيط الرأس ومحيط الصدر.	النمو:
مصطلح سوء التغذية يستخدم ليشمل الاضطرابات الناجمة عن أسباب متعددة بدءاً بنقص عناصر غذائية دقيقة ومحددة مثل الفيتامينات والمعادن والتي من الممكن أن تسبب المجاعة أو السمنة. وهذا مرتبط إلى حد كبير بالبروتينات ونقص السعرات الحرارية، والذي يظهر بشكل جلي على شكل تخلف النمو الجسمي والذي يتم قياسه عن طريق الطول والوزن.	سوء التغذية:
الطريقة التي تتعامل مع قياس الحجم، الوزن ونسب حجم الإنسان وقياسات الجسم هي قياسات الارتفاع في حالة الوقوف والطول في حالة الانبطاح على الظهر.	قياسات الجسم:
الباحثة المدربة التي تقوم بعملية قياس الارتفاع والوزن بشكل فعلي.	القائمة بالقياس:
المسافة بين قمة الرأس وحتى عقبي الطفل عندما يتم قياس الطفل مستلقياً (للأطفال الذين أعمارهم أقل من سنتين).	الطول:
قياس الكتلة الكلية لجسم الطفل بدون ملابسه.	الوزن:
هي اللوحة التي يمكن بواسطتها قياس ارتفاع الطفل وهو واقف أو طوله وهو مستلق مقرباً لأقرب 1 سم.	لوحة قياس الطول:
هي القطعة المتحركة من لوحة القياس والتي تستقر فوق رأس الطفل أثناء قياس ارتفاعه والتي تستقر مقابل قدميه أثناء قياس طوله.	قطعة الرأس /قطعة القدم:
يعني نقص الوزن مقارنة مع الطول والذي يعتبر افضل مؤشر لسوء التغذية الحاد، وهذا يعني نقص في الأنسجة والدهنيات وذلك بمقارنته مع الوضع المتوقع للطفل الطبيعي الذي له نفس الطول.	الهزال:
هو نقص الطول بالمقارنة مع العمر الذي يشير إلى قصر القامة. ويعد نقص التغذية المزمن أحد أهم الأسباب لقصر القامة، وهذا يعني الهزال المزمن، كما أن هناك أسباباً أخرى تسبب قصر القامة كالعوامل الوراثية والأمراض المعدية والظروف الاجتماعية والاقتصادية.	قصر القامة:
المسافة بين قمة الرأس وحتى عقبي الطفل عندما يتم قياس الطفل واقفاً (للأطفال الذين أعمارهم سنتين فأكثر).	ارتفاع الطفل:

خارطة فلسطين

الفصل الأول

مدخل عام

1.1 تمهيد:

قام الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بتخطيط وتنفيذ العديد من المسوح التي هدفت إلى توفير قاعدة بيانات دقيقة علمية موثوق بها، تستخدم من قبل المؤسسات المعنية لدراسة وتحليل الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والصحية والبيئية للمجتمع الفلسطيني، وذلك للاستفادة منها في عمليات رسم السياسات التنموية والتخطيط العلمي للنهوض بالمجتمع الفلسطيني في مختلف مناحي الحياة. وكان المسح الصحي الذي أنجز عام 2000 من أهم المسوح التي نفذها الجهاز، وقد تم نشر بيانات التقرير الأساسي في كانون الثاني 2000، حيث تمثل الهدف الرئيس من المسح في توفير المعلومات الدقيقة والحديثة حول مجموعة من المؤشرات والمحددات الصحية التي تعكس الواقع الصحي للمجتمع الفلسطيني، وتساهم بشكل كبير في توضيح متطلبات المجتمع من أجل تسليط الضوء على البرامج والخطط ذات الأولوية في هذا المجال.

صمم هذا المسح ليوفر دراسة تفصيلية عن الواقع الصحي للسكان في الأراضي الفلسطينية، مع التركيز على صحة الأم والطفل بشكل خاص، حيث خرج المسح بنتائج ومعلومات تعكس الوضع الحالي للأم والطفل من حيث المؤشرات التي تؤثر في أوضاعهم الصحية، والتي تتعلق بتوفر خدمات الصحة الإنجابية للأم، وبرامج الرعاية الصحية الأولية، والمستوى التعليمي والثقافي لها والسلوك المتبع في تغذية الطفل. وقد روعي في تنفيذ المسح الاتساق العام مع الأهداف الوطنية، وأهداف نهاية العقد والمتعلقة بمراقبة التطور على المؤشرات الصحية التي تتعلق بصحة الأم والطفل تحديداً.

يتطرق هذا الفصل إلى مجموعة من المواضيع، كالأوضاع السكانية، والوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية، وأهداف المسح، وتنظيم ومراحل تنفيذ المسح، بالإضافة إلى جودة البيانات.

2.1 الأوضاع الديمغرافية:

تم إجراء أول تعداد سكاني على المستوى الوطني عام 1997، حيث بلغ عدد سكان الأراضي الفلسطينية في نهاية عام 1997 (2,895,683)* نسمة منهم (1,873,476) في الضفة الغربية و(1,022,207) في قطاع غزة. وقد توزع السكان حسب نوع التجمع السكاني بواقع 53.1% في الحضر و31.0% في الريف و15.9% في المخيمات. ويقدر عدد السكان في منتصف عام 2000 بـ 3,150,056 نسمة، وتقدر الكثافة السكانية في فلسطين عام 2000 بحوالي (525 فرد لكل كم²).

كما بلغ معدل الزيادة السكانية الناتج عن الفرق بين معدل المواليد والوفيات في الأراضي الفلسطينية عام 2000 حوالي 3.6%. وتشير البيانات إلى أن معدل المواليد الخام في الأراضي الفلسطينية عام 2000 بلغ 40.7 لكل 1000 من السكان، بينما بلغ معدل الوفيات الخام لنفس العام 4.4 لكل 1000 من السكان.

* يشمل السكان الذين تم عددهم فعلاً خلال الفترة من 10-24/12/1997 وتقديرات عدد السكان الذين لم يتم عددهم على ضوء الدراسة البعديه وكذلك تقديرات عدد السكان في ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للأراضي الفلسطينية عام 1967.

تعتبر مستويات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية مرتفعة إذا ما قورنت بالمستويات السائدة حالياً في المجتمعات الأخرى. وتعود أسباب ارتفاع مستويات الخصوبة إلى الزواج المبكر للإناث خاصة، وإلى الرغبة في إنجاب الذكور، وإلى تدني نسبة مشاركة المرأة في سوق العمل، وإلى العادات والتقاليد السائدة في المجتمع الفلسطيني، وقد يكون للأوضاع السياسية تأثيراً على ارتفاع مستوى الخصوبة.

لكن هناك دلائل تشير إلى أن مستويات الخصوبة بدأت بالانخفاض خلال السنوات القليلة الماضية في الأراضي الفلسطينية. يشار هنا إلى أن معدل المواليد الخام بدأ بالانخفاض منذ السبعينيات، إلا أنه ومع اندلاع الانتفاضة الأولى في كانون أول عام 1987 أخذ هذا المعدل بالارتفاع حيث وصل إلى 46.7 لكل ألف من السكان في الضفة الغربية و 54.7 في قطاع غزة عام 1990. ثم بدأ بالانخفاض مع قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية عام 1994، حيث أشارت التقديرات إلى أن هناك انخفاضاً مضطرباً في معدل المواليد الخام (عدد المواليد لكل 1000 من السكان في منتصف العام) خلال النصف الثاني من العقد الماضي، إذ قدر معدل المواليد الخام لعام 1997 في الأراضي الفلسطينية 42.7، في حين قدر في الضفة الغربية بـ 41.2 و 45.4 في قطاع غزة.

وعند الأخذ بعين الاعتبار مقياس معدل الخصوبة الكلية، وهو متوسط ما تتجبه المرأة من أطفال خلال فترة حياتها الإنجابية، نجد أن معدل الخصوبة الكلية انخفض من 6.4 مولود خلال الفترة 1985-1989 إلى 6.1 مولود عام 1995، وانخفض إلى 6.0 مولود عام 1997 وفق النتائج النهائية للتعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت عام 1997 ثم انخفض إلى 5.93 مولود عام 1999. ويعزى هذا الاتجاه في انخفاض معدلات الخصوبة إلى ارتفاع نسب التعليم خاصة بين الإناث، وتحسن الأوضاع الصحية وارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت نسبة النساء اللواتي استخدمن وسائل تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية 45.2% عام 1996، في حين وصلت إلى 51.4% عام 2000 وفقاً لنتائج المسح الصحي 2000. وفي ظل الاهتمام المتزايد بصحة المرأة والصحة الإنجابية ووفقاً للسياسة التي تنتهجها وزارة الصحة يتوقع أن يستمر الارتفاع في استخدام وسائل تنظيم الأسرة مما يؤدي إلى انخفاض مستويات الخصوبة.

يعتبر مستوى الوفيات في الأراضي الفلسطينية منخفضاً بالمقارنة مع الدول النامية والدول العربية المجاورة، حيث انخفضت معدلات الوفيات بشكل عام ومعدلات وفيات الرضع بشكل خاص منذ بداية العقد الأخير من القرن الماضي، حيث بلغ معدل الوفيات الخام المقدر 4.4 لكل ألف من السكان في منتصف عام 2000، في حين كان 4.8 لكل ألف من السكان عام 1997. كما بلغ معدل وفيات الرضع في الفترة 1990-1994 حوالي 27.3 لكل ألف مولود حي وذلك وفقاً لنتائج المسح الديمغرافي 1995، حيث بلغ 25.5 لكل ألف مولود حي في الضفة الغربية و 30.2 لكل ألف مولود حي في قطاع غزة. وبلغ توقع البقاء على قيد الحياة عند الولادة في الأراضي الفلسطينية عام 1997 69.8 سنة للذكور و 73.0 سنة للإناث. ووفقاً لنتائج المسح الصحي 2000، فإن معدل وفيات الرضع للفترة 1995-1999 انخفض ليصل إلى 25.5 لكل ألف مولود حي على مستوى الأراضي الفلسطينية، مقابل 24.4 و 27.3 لكل ألف مولود حي في الضفة الغربية وقطاع غزة على التوالي.

وفيما يتعلق بمعدل وفيات الأمومة، فقد بلغ 70-80 لكل 100 ألف ولادة حية في الأراضي الفلسطينية للفترة 1990-1994 طبقاً لنتائج المسح الديمغرافي 1995، ويعتبر هذا المعدل منخفضاً إذا ما قورن بالمعدلات لبعض الدول المجاورة. ومن المتوقع أن تستمر معدلات الوفيات بالانخفاض التدريجي خلال السنوات القادمة خاصة معدل وفيات

الرضع، مما يزيد من الارتفاع في توقع البقاء على قيد الحياة لكلا الجنسين، حيث من المتوقع أن يصل العمر المتوقع عند الولادة عام 2010 في الأراضي الفلسطينية إلى 71.8 سنة للذكور و74.8 سنة للإناث، حيث يبلغ 70.43 سنة للذكور و73.57 سنة للإناث عام 2001.

3.1 النظام الصحي في الأراضي الفلسطينية:

دأبت وزارة الصحة إلى جانب العديد من القطاعات الصحية الأخرى مثل جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، ووكالة الغوث الدولية، والمؤسسات الصحية الأهلية الأخرى على انتهاج سياسة واضحة وثابتة للرقى بالقطاع الصحي، كان أولها تأسيس المجلس الصحي الفلسطيني الأعلى ليكون بمثابة سلطة مركزية تقوم بعمليات التقييم والتخطيط والمراقبة والتنسيق لمختلف أنظمة الرعاية الصحية.

تم وضع العديد من البرامج والسياسات الصحية التي تنظم عمل هذا القطاع بهدف جسر الهوة الحاصلة بسبب وجود الاحتلال، حيث تم الأخذ بعين الاعتبار سوء التوزيع لمؤسسات الرعاية الصحية، فتم افتتاح العديد من هذه المراكز في التجمعات التي كانت تفتقر لمثل هذه الخدمات وطورت تلك التي كانت موجودة، كذلك عمدت إلى إنشاء مراكز تنظيم الأسرة بالإضافة إلى تكثيف برامج التنقيف الصحي، وبدأت وزارة الصحة بإنشاء نظام شامل للتأمين الصحي.

يشرف على القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية ثلاث جهات رئيسة تأخذ على عاتقها تقديم الخدمات الصحية:

1. **القطاع العام:** تشرف عليه وزارة الصحة، وتقدم العديد من الخدمات الصحية تتمثل في خدمات الرعاية الصحية الأولية، حيث تشرف على ما مجموعه 341 مركزاً موزعة على الضفة الغربية (باستثناء ذلك الجزء من محافظة القدس الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للأراضي الفلسطينية (JI)) وقطاع غزة، وتضم عيادات الأمومة والطفولة ومراكز تنظيم الأسرة. كما تقدم وزارة الصحة خدمات الرعاية الثانوية من خلال المستشفيات والتي بلغ عددها 15 مستشفى عام 2000.

2. **القطاع غير الحكومي:** ويتمثل هذا القطاع في العديد من المؤسسات غير الحكومية والجمعيات الخيرية العاملة في القطاع الصحي، أبرزها جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، ولجان العمل الصحي، واتحاد لجان الإغاثة الطبية الفلسطينية، واتحاد لجان الزكاة وغيرها من المؤسسات. وتشرف هذه المنظمات على 167 مركزاً وعيادة تقدم خدمات رعاية أولية موزعة على الضفة الغربية وقطاع غزة. كذلك تقوم هذه المنظمات بتقديم خدمات رعاية ثانوية، إذ يشرف بعضها على عدد من المستشفيات الموزعة في الضفة الغربية وقطاع غزة والبالغ عددها 22 مستشفى. وقد تم تنظيم عمل هذه المؤسسات عند قدوم السلطة الوطنية، حيث كانت العيادات والمراكز الصحية التابعة لهذه الجهات محرومة من الترخيص في حقبة الاحتلال، وتعتمد هذه المنظمات في غالبية تمويلها على الدول المانحة.

3. **دائرة الصحة التابعة لوكالة الغوث الدولية:** تعنى هذه الدائرة باللاجئين الفلسطينيين عام 1948، ويوجد في الأراضي الفلسطينية مكتبان إقليميان للوكالة، أحدهما في الضفة الغربية والآخر في قطاع غزة، وتشرف وكالة الغوث الدولية على 47 مركزاً صحياً، حيث توفر خدمات الرعاية الصحية الأولية إضافة إلى مراكز أمومة وطفولة. كما تشرف وكالة الغوث الدولية على مستشفى واحد في الضفة الغربية يعنى بخدمات الرعاية الثانوية.

أما القطاع الخاص، فيشرف عليه ويديره مجموعة من الأطباء والمؤسسات الخاصة التي تقدم الرعاية الصحية بتكاليف عالية نوعاً ما، ويقدم هذا القطاع رعاية صحية أولية وثانوية، بالإضافة إلى خدمات الصحة النفسية. وتتميز هذه الخدمات بجودتها العالية مقارنة بتلك التي يقدمها القطاع الحكومي.

الخطة الوطنية الاستراتيجية الصحية:

استكمالاً للجهود التي تبذل لتطوير الرعاية الصحية ووضع أهداف واستراتيجيات وطنية مستقبلية يجري تحقيقها خلال سنوات خمسية، من أجل الوصول إلى أعلى معايير ممكنة من النظام الصحي والظروف الصحية، وضعت وزارة الصحة الخطة الصحية الاستراتيجية الوطنية (1999-2003)، والتي تهدف إلى ما يلي:

1. تحسين فعالية إدارة المؤسسات الصحية والاستثمار الأمثل لها لتكامل وتطوير أوسع لقطاعات الصحة المختلفة.
2. تعزيز وتطوير القدرات البشرية المستدامة وتحديد المناطق التي تحتاج إلى تطوير بما فيها الإدارة الصحية، والخدمات المساندة، وتطوير المؤسسات، والتخطيط، والأبحاث والاقتصاد الصحي.
3. تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية في كافة المستويات مع ضمان المساواة بالتوسع والوصول الأمثل لكافة مستويات الرعاية.
4. تنفيذ نظام مستمر للتقييم والرقابة لخطة الوزارة ومراجعة الخطة بناء على الظروف المستجدة.
5. إعادة تشكيل النظام المالي في القطاع الصحي، وتبني تغطية مالية ملائمة للعلاج وتطوير بدائل التأمين الصحي لتحسين الموارد المالية الدائمة في القطاع الصحي والاكتفاء الذاتي في التمويل.
6. الاستخدام الكامل لخدمات الرعاية الصحية المتوفرة، وبدائل الرعاية اليومية وتقليص الخدمات غير الضرورية مع التركيز على تحسين خدمات الرعاية الثانوية والرعاية الثالثة.
7. تنظيم وإدارة المساعدات الفنية المقدمة من المانحين للمشاريع والنشاطات بالتوازي مع الاحتياجات والتوقعات الفلسطينية.
8. تطوير نظام تنسيق قابل للتطبيق من خلال التعاون بين القطاع الصحي العام والقطاعات الأخرى مثل وكالة الغوث الدولية، والمنظمات غير الحكومية، والقطاع الخاص، والمجتمع لتجنب تداخل العمل وتقليص الخدمات غير الضرورية.

4.1 الوضع الصحي:

يلاحظ أن تطوراً قد طرأ على الوضع الصحي خلال السنوات الخمس السابقة من خلال مقارنة المؤشرات الصحية المختلفة التي تمت دراستها مع ما كانت عليه في السابق، حيث يظهر تقدم ملحوظ في هذه المؤشرات. فقد تم خفض معدل وفيات الرضع في الأراضي الفلسطينية، وارتفع توقع البقاء على قيد الحياة بين الذكور والإناث عام 2000. وتمت السيطرة على العديد من الأمراض السارية والمعدية في مرحلة الطفولة كالنكاف والسعال الديكي والكزاز والحصبة، وكذلك شلل الأطفال. كما تم أيضاً إسقاط الوفيات الناجمة عن أمراض الجهاز الهضمي من القائمة المسببة لوفيات الرضع.

وفيما يخص التحصينات، فقد شهدت الفترة المنصرمة تحسناً واضحاً في تغطية المطاعيم بين الأطفال دون الخامسة. كذلك تشير الدراسات إلى ارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وذلك نتيجة لانتشار مراكز تنظيم الأسرة بشكل أفضل من ذي قبل في التجمعات الفلسطينية واتباع برامج التثقيف الصحي. أما بالنسبة للرعاية الصحية للأم، فقد

شهدت الفترة الماضية تحسناً في نسب تلقي الرعاية أثناء الحمل، وزيادة في نسبة الولادات التي تتم في مؤسسات صحية وعلى يد كادر طبي مؤهل.

من جهة أخرى لا يزال هناك فجوة في العديد من المؤشرات المرتبطة بصحة الأم والطفل على حد سواء، فعلى سبيل المثال لا تزال أمراض الجهاز التنفسي والالتهابات الرئوية المسبب الرئيس لوفيات الأطفال دون الخامسة في الضفة الغربية، وتشكل حوادث الطرق والشلل الدماغي السبب الرئيس لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في قطاع غزة، وما زالت نسبة تلقي مطعوم التيتانوس للنساء الحوامل متدنية مقارنة بنسب تلقي الرعاية أثناء الحمل. كما أن نسبة تلقي الرعاية بعد الولادة ما زالت متدنية أيضاً.

5.1 أهداف المسح الصحي-2000:

يهدف المسح الصحي-2000 إلى توفير مؤشرات حول أهداف نهاية العقد، وذلك لتقييم وضع الطفل الفلسطيني، كما يهدف إلى تشخيص الأوضاع الصحية للمواطن الفلسطيني وخاصة الأم والطفل، ومراقبة التغيرات التي طرأت على العديد من المؤشرات المتعلقة بصحة الأم والطفل منذ عام 1996، (حيث تم تنفيذ المسح الصحي الأول)، وذلك من خلال قاعدة بيانات شاملة ودقيقة حول العديد من المؤشرات الصحية، والمتمثلة في الخصوبة، وتنظيم الأسرة، والتطعيم، والرضاعة الطبيعية، والرعاية الصحية للأمهات أثناء الحمل وبعد الولادة، والولادات التي تتم تحت إشراف طبي. بالإضافة إلى توفير قاعدة بيانات تمكن الباحثين من دراسة الخصوبة، وتنظيم الأسرة، والتطعيمات للأطفال والأمهات، وتسجيل المواليد، وتعليم وعمل الأطفال، بالإضافة إلى الصحة الإنجابية.

6.1 تنظيم وتنفيذ المسح:

1.6.1 تنظيم المسح:

قام الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بتنفيذ المسح الصحي 2000 بالتعاون مع وزارة الصحة وبمساعدة فنية محدودة من كل من منظمة الأمم المتحدة للأطفال وصندوق الأمم المتحدة للسكان، وقد ساهمت هذه المنظمات الدولية بتوفير التمويل لتنفيذ المسح إلى جانب السلطة الوطنية الفلسطينية، وقد وفر هذا المسح العديد من المؤشرات التي لم تكن متوفرة سابقاً وساهم في تحديث البيانات حول العديد من المؤشرات المتوفرة. أما اللجنة الفنية التي أشرفت على عملية تنظيم المسح في كافة مراحله، فقد اشتملت على خبراء من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، إضافة إلى مجموعة من الأطباء من ذوي الاختصاص من وزارة الصحة.

2.6.1 العينة والإطار:

روعي في تصميم عينة المسح الصحي - 2000 أهم التوصيات التي اقترحتها اليونيسف لهذا النوع من المسوح، بالإضافة إلى ضرورة توفير عينة من الأسر التي تتلقى خدمات من المراكز الصحية التي تشرف عليها وزارة الصحة بهدف تقييم ومراقبة الخدمات الصحية.

مجتمع الهدف في هذا المسح هو جميع الأسر الفلسطينية التي تقيم بصورة معتادة في الأراضي الفلسطينية، ويتم التركيز في هذا النوع من المسوح على دراسة أوضاع النساء اللواتي سبق لهن الزواج وأعمارهن أقل من 55 سنة، بالإضافة إلى الأوضاع الصحية للأطفال دون سن الخامسة.

بعد الانتهاء من تنفيذ التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-1997، تم إعداد إطار للأسر المقيمة في الأراضي الفلسطينية، وتم اختيار "عينة طبقية عنقودية عشوائية" من هذا الإطار شاملة وممثلة للأراضي الفلسطينية تتألف من 481 منطقة عد لتستخدم بعد ذلك في اختيار عينات جزئية منها لمسوح أسرية مختلفة. ومنطقة العد هي تجمع من المساكن المتجاورة تضم ما معدله 120 أسرة. وقد تم اختيار عينة المسح الصحي - 2000 من خلال العينة الشاملة.

3.6.1 معدلات الاستجابة:

بلغ عدد الأسر المؤهلة للمقابلة في العينة 6,349 أسرة منها 4,295 أسرة في الضفة الغربية و2,054 أسرة في قطاع غزة، وقد تم مقابلة 6,204 أسر منها 4,164 أسرة في الضفة الغربية و2,040 أسرة في قطاع غزة. وبلغت نسبة الاستجابة 97.7%، بواقع 96.9% في الضفة الغربية و99.3% في قطاع غزة. الجدول التالي يوضح معدلات الاستجابة في هذا المسح.

خصائص العينة ومعدلات التجاوب حسب المنطقة

الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	البيان
6,600	2,137	4,463	عدد الأسر في العينة
6,349	2,054	4,295	الأسر المؤهلة للمقابلة
6,204	2,040	4,164	الأسر التي تمت مقابلتها
97.7	99.3	96.9	نسبة الاستجابة
			النساء المؤهلات (في العمر 12-54 سنة وسبق لهن الزواج)
5,765	2,119	3,646	عدد النساء المؤهلات
5,729	2,103	3,626	عدد النساء اللواتي تمت مقابلتهم
99.4	99.2	99.5	نسبة الاستجابة
			الأطفال دون سن الخامسة
6,179	2,360	3,819	عدد الأطفال المؤهلين
6,169	2,358	3,811	عدد الأطفال الذين تمت مقابلتهم
99.8	99.9	99.8	نسبة الاستجابة

4.6.1 استمارة المسح:

على ضوء تحديد الاحتياجات من البيانات، تم تطوير استمارة المسح الصحي - 2000 بعد مراجعة عدد من التجارب المحلية والإقليمية والدولية بما في ذلك استمارات المسح الديمغرافي والمسح الصحي اللذين نفذهما الجهاز في الأعوام 1995 و1996 على التوالي، واستمارة اليونيسف للمسح متعدد المؤشرات (MICSII)، واستمارات المسح الديمغرافية/الصحية لعدد من الدول العربية المحيطة، والاستمارة المعيارية للمسح الديمغرافية/الصحية (DHS). وتتكون استمارة المسح الصحي - 2000 من ثلاثة أجزاء رئيسية:

الجزء الأول: استمارة الأسرة، وخصصت لجمع بيانات عن جميع أفراد الأسرة المقيمين، وتشمل العمر، والجنس، والتعليم، والمهنة الرئيسية للمشتغلين والمتعطلين الذين سبق لهم العمل، وحالات التيتيم، والحالة الزوجية للأفراد 12 سنة فأكثر، والتأمين الصحي، والتدخين، والإصابة ببعض الأمراض المزمنة مثل السكري والسرطان وأمراض القلب وغيرها. بالإضافة إلى بيانات عن المسكن: وتشمل بيانات حول المصدر الرئيسي لمياه الشرب للأسرة، ومصادر الصرف الصحي، ونوع المرحاض الخاص بالأسرة، وكذلك بيانات حول آلية التخلص من براز الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 3 سنوات، وعدد الغرف في المسكن، ويحتوي هذا القسم أيضاً على بيانات حول استهلاك الأسرة للملح المؤيدن.

الجزء الثاني: استمارة صحة الأم، وهي استمارة تخص النساء اللواتي سبق لهن الزواج وتقل أعمارهن عن 55 سنة، وخصصت لجمع بيانات عن الخصائص الخلفية للمبحوثات، رعاية الأمومة (النساء اللواتي سبق لهن الحمل والإنجاب)، وتطعيم التيتانوس، والرضاعة الطبيعية، وتنظيم الأسرة، والإنجاب وتفضيل الإنجاب، والوعي الصحي والصحة العامة، والمعرفة بالإيدز.

الجزء الثالث: استمارة الطفل، وتخص جمع بيانات عن الأطفال دون سن الخامسة، وعن تعليم وعمل الأطفال (5-17) سنة، وتطعيم الأطفال دون سن الخامسة، والإصابة بالأمراض (كالإسهال والتهابات الجهاز التنفسي)، وصحة عيون الأطفال، وقياس الطول والوزن للأطفال دون سن الخامسة.

5.6.1 التجربة القبلية:

تعتبر التجربة القبلية صورة مصغرة عن المسح الرئيسي، فقد تم تصميمها بحيث تعكس جميع جوانب ومواصفات الخطة الموضوعية لتنفيذ المسح. وتهدف إلى فحص عدة أمور أهمها: التدريب، والعمل الميداني، واستمارة المسح، وإجراء المقابلة، ومعالجة البيانات، والعينة.

وقد تم اختيار عينة مؤلفة من 117 أسرة معيشية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث كان توزيع العينة على النحو التالي: الضفة الغربية: شملت تجمعات مدينة رام الله، وسلواد، ومخيم الجلزون، كما تم اختيار مدينة غزة، ومخيم البريج والقرارة في قطاع غزة، حيث تم اختيار منطقة عد في كل منها، ومن ثم تم اختيار خلية من كل منطقة عد. وقد توزعت الأسر في العينة بواقع 69 أسرة في الضفة الغربية و48 أسرة في قطاع غزة.

بدأ العمل الميداني للتجربة القبلية في 20/02/2000 واستمر لمدة 5 أيام، وبعد انتهاء العمل الميداني تم عقد اجتماع للباحثات اللواتي عملن في التجربة بهدف مناقشتن والحصول على ملاحظتهن سواء أكانت ذات علاقة بالميدان أو بالاستمارة أو بالمبجوثين. وتم إجراء تقييم للتجربة القبلية ونتائجها واعداد تقرير التقييم، وبناءً على التوصيات الواردة في تقرير التقييم، تم إجراء التعديلات اللازمة والضرورية على كل من الاستمارة ودليل التدريب وآلية التدريب، والجدول الزمني لنبود التدريب، وهيكلية فريق العمل الميداني، وكذلك برنامج الإدخال وغيرها من الأمور.

6.6.1 تجهيز كتيب إرشادات الباحثات وتدريب الفريق:

تم تجهيز كتيب تدريب الباحثات ليشمل جميع المواضيع ذات العلاقة بالعمل الميداني واستيفاء الاستمارة، بحيث شمل مهام كل عضو في فريق العمل الميداني، وآلية الوصول للأسرة، وإجراء المقابلة واستيفاء الاستمارة. وكذلك تم تجهيز كتيبات تدريب المشرفة والمدققة، بهدف تدريب الطاقم على كل المهارات اللازمة لضمان نجاح المشروع.

وقد تم تجهيز برنامج التدريب ليشمل جميع المواضيع الواردة في دليل التدريب. وعقدت الدورة التدريبية في نفس الوقت في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث تم تدريب فريق العمل للضفة الغربية في مدينة رام الله، وتدريب فريق العمل لقطاع غزة في مدينة غزة.

كما تم إجراء دورة تدريبية مدتها 16 يوماً للباحثات ويومين آخرين لطواقم المشرفات والمدققات والمساعدات، حيث شارك في الدورة 147 متدربة، منهن 100 في الضفة الغربية و 47 في قطاع غزة، وعقدت الدورة في الفترة الواقعة ما بين 2000/3/20 و 2000/4/9.

اشتمل تدريب الباحثات على محاضرات قسمت إلى قسمين:

القسم الأول: يناقش مواضيع خاصة بالباحثة بشكل عام مثل تصميم المسوح الإحصائية، والوصول إلى الأسرة المختارة، وإجراء المقابلات ومهام وواجبات فريق العمل الميداني، بالإضافة إلى إدارة العمل الميداني.

القسم الثاني: الخاص بالمسح الصحي، وقد تم نقاش أهداف المسح وتمارين عديدة حول الاستمارة وبيان طريقة استيفاء أفسامها، بالإضافة إلى المحاضرات الطبية المتخصصة التي قدمها الأطباء المتخصصون، لتكون داعماً لمعرفة الباحثة وحثها على توخي الدقة أثناء استيفاء الاستمارة.

وقد استخدمت المحاضرات المسجلة بواسطة الفيديو لضمان توحيد التدريب بين الضفة الغربية وقطاع غزة، كما اشتمل التدريب على العديد من التمارين العملية الصفية والميدانية والبيئية لضمان حصول المتدربات على جميع المهارات اللازمة لتنفيذ العمل الميداني بنجاح.

7.6.1 العمل الميداني للمسح الرئيسي:

قامت الإدارة العامة للعمل الميداني بوضع خطة لتنفيذ العمل الميداني للمسح الرئيسي في الضفة الغربية وقطاع غزة. وقد شملت هذه المرحلة تحضير طاقم البحث، وتحضير لوازم وأدوات العمل (الاستمارات والخرائط وكشوف العينة ووحدات قياس الوزن والطول). وتم إعداد فريقين لتنفيذ العمل الميداني:

الفريق الأول: وتكون من 51 باحثة و12 مشرفة و13 مساعده و7 مدققات في الضفة الغربية، وقد تم توزيع الطاقم على ثلاث مناطق (الشمال، والوسط، والجنوب).

الفريق الثاني: وتكون من 21 باحثة و5 مشرفات و5 مدققات و3 مساعدات في قطاع غزة، تم توزيعه على ثلاث مناطق (الشمال، والوسط، والجنوب).

وقد تم تقسيم كل فريق في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة حسب المحافظة، حيث كان يعمل في كل محافظة طاقم أو طاقمان، وكل طاقم كان مكوناً من 3-5 باحثات ومشرفة ومساعدة مشرفة ومدققة، بالإضافة إلى منسق عمل ميداني ومساعد في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة.

8.6.1 إجراء المقابلات:

بدأت الفرق الميدانية بجمع البيانات في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة بتاريخ 2000/4/10 وانتهى العمل في الميدان بتاريخ 2000/5/31.

9.6.1 تدقيق البيانات في الميدان:

قامت إدارة المشروع بوضع آلية واضحة لتدقيق البيانات، وتم تدريب طاقم المدققات عليها. وكانت آلية التدقيق المتبعة كالتالي:

- استلام الاستثمارات المكتملة من الباحثات بشكل يومي.
- فحص كل استثمارة والتأكد من أنه قد تم جمع بيانات عن جميع النساء المؤهلات والأطفال المؤهلين وأنه قد تم استيفاء جميع الأقسام والأسئلة في الاستثمارة، وأنه قد تم تسجيل جميع الإجابات بدقة.
- إعادة الاستثمارات غير المكتملة أو التي وجد بها أخطاء أو أقسامها غير متسقة مع بعضها البعض إلى الميدان.
- إعادة مقابلات بنسبة 10% من حجم الخلية وذلك باستخدام استثمارة خاصة بالمشرفة للتأكد من صحة البيانات بالمقارنة مع استثمارة الباحثة.
- إجراء فحص سريع للأعمار وإعادة مقابلة الأسر التي تشمل النساء والأطفال في الأعمار الفاصلة بين كون المرأة والطفل مؤهلين أو غير مؤهلين لاستكمال مقابلتهم، حيث يتم من خلال ذلك التأكد من دقة البيانات التي حصلت عليها الباحثة.

10.6.1 آلية الإشراف والمتابعة:

تم تصميم نماذج خاصة للمتابعة على صعيد استلام وتسليم الاستثمارات على جميع المستويات، وكذلك على صعيد متابعة الإنجاز اليومي للباحثات، حيث كانت المشرفة تقوم بتوزيع العمل على الفريق من خلال الخارطة وكشف العينة الاستدلالي. وكانت تقدم تقارير يومية وأسبوعية إلى منسق العمل الميداني وإدارة المشروع، توضح فيها عدد المقابلات المكتملة، وحالات الرفض، والحالات التي لا تنطبق، كالوحدات السكنية غير المأهولة والحالات التي لم يتم فيها تحديد نتيجة المقابلة، والحالات التي لم يكن بالإمكان الاتصال بها بعد ثلاث زيارات. بالإضافة إلى إجراء زيارات ميدانية من قبل الفنيين ومنسقي العمل الميداني بهدف مراقبة العمل وضمان جودة البيانات والمساعدة في حل أي مشكلة تواجه فريق العمل الميداني.

7.1 معالجة البيانات:

1.7.1 تجهيز برامج الإدخال:

تم استخدام برنامج IMPS في عملية إدخال البيانات وفحص مدى اتساقها. وقد روعي في تصميم البرنامج وشاشات الإدخال الأمور التالية:

1. مطابقتها لشكل الاستثمارة من حيث الترتيب.
2. مطابقة تسلسلها لتسلسل الاستثمارة (تسلسل الصفحات والأقسام) كون الأقسام والأبواب متتابعة تلقائياً.
3. تضمين القيود والشروط على البرنامج كما وردت في الاستثمارة وبخاصة الانتقالات الموجودة في أسئلة وأقسام الاستثمارة المختلفة والقيم المسموح بإدخالها، وطباعة التنبيهات للمدخل في حالة الخطأ في الإدخال.
4. سهولة الرجوع إلى الاستثمارة وعمل التعديل عليها.

2.7.1 إدخال البيانات:

بعد الانتهاء من تصميم برامج الإدخال واختبارها والتأكد من جاهزيتها بوشر العمل بإدخال البيانات وذلك بعد أن تم تدريب المدخلين على التعامل مع برامج الإدخال المعدلة على ضوء نتائج التجربة القليلة. وبعد ذلك بدأ العمل على إدخال البيانات الفعلية للمسح في 2000/04/18 وانتهى العمل على إدخال البيانات بتاريخ 2000/06/08. وقد كان

الإدخال يتم من خلال وردتي عمل، صباحية وكان يعمل بها 20 شخصاً من المدخلين والمدققين والمشرفين، أما الوردية المسائية فكان يعمل بها 17 شخصاً من المدخلين والمدققين والمشرفين. وقد عمل 9 أشخاص آخرين من المدخلين والمدققين والمشرفين نصف وردية أخرى.

3.7.1 تدقيق وتنظيف البيانات:

بعد الانتهاء من عملية إدخال البيانات بدأ العمل على تدقيق وفحص البيانات على النحو التالي:

1. تدقيق الانتقالات والقيم المسموح بها حيث كانت المشاكل فيها محدودة جداً.
2. تدقيق التطابق والاتساق بين أسئلة القسم الواحد والأقسام المختلفة، وذلك بناءً على علاقات منطقية.
3. إجراء فحوصات بناءً على علاقات معينة بين الأسئلة المختلفة بحيث كان يتم استخراج قائمة بالاستمارات غير المتطابقة ومراجعتها وتحديد مصادر الخلل فيها، فإذا كان خطأ إدخال كان يتم تعديله فوراً وإذا كانت أخطاء ميدان فكان يتم تحويلها إلى العمل الميداني لإعادة الزيارة مرة أخرى وتصحيح الأخطاء الموجودة في الاستمارة. وقد تضمنت عملية تنظيف البيانات مرحلتين، هما: مرحلة تنظيف بيانات المسح الصحي التي ركزت على النساء المؤهلات من حيث العمر وتاريخ الميلاد والحالة الزوجية والاتساق بين الأقسام المختلفة في الاستمارة الخاصة بالأم، بالإضافة إلى التركيز على الأطفال المؤهلين وربط ذلك بالعمر وتاريخ الميلاد؛ والمرحلة الثانية وتضمنت فحص الاتساق ما بين بيانات المسح الصحي - 2000 وبيانات المسح الصحي 1996 وكذلك بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت - 1997، وبيانات المسح الديمغرافي - 1995 وذلك من خلال إجراء بعض المقارنات.

8.1 جودة البيانات:

تم جمع بيانات هذا المسح بأسلوب العينة وليس بالحصص الشامل، لذا فهي معرضة لنوعين رئيسيين من الأخطاء؛ الأول: أخطاء المعاينة (الأخطاء الإحصائية)، والثاني: أخطاء غير المعاينة (الأخطاء غير الإحصائية). ويقصد بأخطاء المعاينة تلك الأخطاء الناتجة عن تصميم العينة، لهذا فهي سهلة القياس وقد حسب التباين وتأثير تصميم العينة لكل من الأراضي الفلسطينية والضفة الغربية وقطاع غزة.

أما الأخطاء غير الإحصائية فهي ممكنة الحدوث في كل مراحل المسح، سواءً خلال مرحلة جمع البيانات أو إدخالها والتي يمكن إجمالها بأخطاء عدم الاستجابة، وأخطاء الاستجابة (المبحوثة)، وأخطاء المقابلة (الباحثة) وأخطاء إدخال البيانات. ولتفادي هذه الأخطاء والحد من تأثيرها بذلت جهود كبيرة من خلال تدريب الباحثات تدريجياً مكثفاً، وبحضور مجموعة من الخبراء المختصين ومشاركتهم في التدريب على توضيح المفاهيم والمصطلحات الطبية/الصحية، وتدريبهم على كيفية إجراء المقابلات، والأمور التي يجب اتباعها أثناء إجراء المقابلة، والأمور التي يجب تجنبها، وتم إجراء ثلاثة أيام تدريب ميداني خلال الدورة التدريبية بهدف ترسيخ المعلومات والتأكد من قدرة الباحثات على إجراء المقابلة وتسجيل البيانات بطريقة دقيقة.

كما تم تدريب مدخلي البيانات على برنامج الإدخال، وتم تجريب البرنامج على بيانات التجربة القبلية والاستمارات التي تم استيفؤها خلال أيام التدريب الميداني التي نفذت ضمن الدورة التدريبية. ومن أجل الاطلاع على صورة الوضع والحد من أية إشكاليات، كان هناك اتصال دائم مع المشرفات والمدققات من خلال الزيارات المستمرة إلى المكاتب الفرعية، والاجتماعات الدورية. إضافة لذلك تم صياغة مجموعة من التعاميم حول العديد من النقاط

والملاحظات التذكيرية للباحثات والمدققات والمشرفات، وتم تعميمها عليهن بشكل منتظم. كذلك تم التطرق خلال هذه التعاميم إلى المشاكل التي واجهتها الباحثات أثناء العمل الميداني وتوضيح هذه الأمور.

1.8.1 تقييم البيانات الصحية والديمغرافية:

تم تقييم البيانات الصحية والديمغرافية حسب المجالات التالية:

1. السمات الديمغرافية التي لها علاقة بتاريخ الميلاد وتقديرات معدلات الخصوبة والوفيات.
2. الرعاية أثناء الحمل ورعاية الأمومة.
3. الرضاعة الطبيعية وأنماط التغذية الإضافية.
4. تطعيم الأطفال.
5. نمو الطفل (قياسات الوزن والطول).

هناك طرق مختلفة لتقييم البيانات تختلف باختلاف المواضيع وتشمل هذه الطرق ما يلي:

1. تكرارات القيم المفقودة وإجابات "أخرى" و "لا أعرف" وفحص عدم الاتساق بين الأقسام المختلفة أو بين تاريخ الميلاد والأقسام الأخرى. إضافة إلى فحص الاتساق الداخلي للبيانات كجزء من منطقية البيانات واكتمالها.
2. مقارنة بيانات المسح مع مسح دول أخرى مشابهة للوضع في الأراضي الفلسطينية وكذلك نتائج المسوح ذات العلاقة التي تمت في الأراضي الفلسطينية.

1.1.8.1 السمات الديمغرافية التي لها علاقة بتاريخ الميلاد وتقديرات معدلات الخصوبة والوفيات:

تم تحديد المرأة المؤهلة بناء على تاريخ ميلادها وحالتها الزوجية، حيث كان يتم استيفاء تاريخ الميلاد من شهادة الميلاد أو من الهوية أو أي وثيقة رسمية أخرى، وقد يكون هناك بعض الأخطاء في أعمار اللواتي لم تتوفر لديهن مثل هذه الوثائق. أما الأطفال فليس هناك مشكلة في توفر شهادات الميلاد، وفي هذا المجال فقد بلغت نسبة النساء المؤهلات اللواتي تم استجوابهن 99.4% من مجموع النساء المؤهلات. أما الأطفال المؤهلين الذين تم جمع بيانات حولهم فقد بلغت نسبتهم 99.8% من مجموع الأطفال المؤهلين. وتبرز أهمية الدقة في تحديد تاريخ الميلاد كون المسح يركز على فئات عمرية محددة لما للعمر من أهمية وتأثير على الوضع الصحي للفرد، وقد اعتمد تاريخ ميلاد الفرد لاحتساب العمر، وتم تحديد تاريخ الإسناد الزمني للمسح بـ 2000/04/29.

إن أخطاء تسجيل العمر تنتج عن أخطاء في التبليغ عن العمر أثناء استيفاء البيانات، أو عن عدم فهم السؤال الخاص بالعمر، أو خطأ أثناء إدخال بيانات العمر، وقد تكون ناتجة عن عدم معرفة المبحوث لعمره الفعلي. وأخطاء التبليغ عن العمر تحدث في كل المسوح ولا يستثنى هذا المسح من ذلك. ويجب الإشارة هنا إلى أنه خلال السؤال عن كل من العمر بالسنوات الكاملة، وتاريخ الميلاد، استخدمت الوثائق الرسمية كلما أمكن ذلك لاستيفاء بياناتها في هذا المسح.

الطريقة المعيارية لتقييم بيانات العمر هي فحص حجم ومدى التراكم في الأعمار وعند آحاد أعمار معينة، وبشكل عام عند آحاد العمر 0 و5، وقد بلغت قيمة مقياس "وييل" المستخدم لفحص بيانات العمر 103.9 لكلا الجنسين وهذا يشير إلى أن البيانات خالية من التراكم عند آحاد العمر 0 و5، ومقياس "مايزر" و"باتشي" هي على التوالي 5.1 و2.9 الأمر

الذي يدل على عدم تراكم عند آحاد العمر. إن التركيب العمري ونسبة الجنس حسب العمر المستخلصة من بيانات هذا المسح متفقة مع تلك النسب الموجودة في مصادر أخرى، وأثبتت نتائج مقاييس الفحوصات المختلفة المستخدمة بان بيانات هذا المسح ذات جودة ونوعية عالية.

إن تقديرات معدلات الخصوبة والوفيات اعتمدت على البيانات التي تم الحصول عليها من جدول المواليد، وفي هذا المسح تم الحصول على سجل مواليد كامل لكل النساء اللواتي سبق لهن الزواج ممن تقل أعمارهن عن 55 سنة. وتم توجيه أسئلة خاصة بكل المواليد الذين أنجبتهن المرأة ومعرفة إن كانوا على قيد الحياة أو متوفين. وظهر من النتائج المستخلصة من جدول المواليد بأنها جيدة عند مقارنتها بالأسئلة الخاصة بالعدد الكلي للمواليد والوفيات، والسبب أن المبحوثة تكون أكثر قدرة على تذكر الأحداث وتسجيلها بدقة في سجل المواليد. ومع هذا لا تزال البيانات معرضة لمصادر مختلفة من الأخطاء بما فيها نقص في تسجيل المواليد نتيجة نسيانهم وعدم تذكرهم، أو خطأ في تسجيل تاريخ الولادة أو العمر عند الوفاة. ولهذا فمن المهم اكتمال وشمولية تسجيل تاريخ الولادة والعمر عند الوفاة.

إن خطأ تسجيل تاريخ الولادة له تأثير فعلي في تقدير معدلات واتجاهات الخصوبة والوفيات. والشكل الأكثر شيوعاً لهذه المشكلة هو تراكم تاريخ الولادة عند آحاد عمرية معينة ومفضلة. وأشارت فحوصات مختلفة أجريت لتراكم تاريخ الولادة عن آحاد معينة بأن البيانات التي جمعت من سجل المواليد خالية عملياً وواقعياً من هذه المشكلة.

2.1.8.1 الرعاية أثناء الحمل ومكان الولادة:

تم سؤال السيدات اللواتي انجبن خلال السنة السابقة للمسح عن تلقي مطعوم التيتانوس أثناء الحمل، كذلك تم سؤال المرأة المؤهلة عن آخر حملين لها في السنوات الثلاث السابقة عن الشخص الذي قام بالمساعدة أثناء الولادة ومكان الولادة، ويمكن تقسيم جودة البيانات لهذا الجزء إلى قسمين:

فيما يتعلق بمطعوم التيتانوس:

تم توجيه هذا السؤال للسيدات اللواتي سبق وانجبن خلال السنة السابقة للمسح، ولم يتم توجيه السؤال للسيدات الحوامل حالياً وذلك لان فترة الحمل تلعب دوراً في موعد تلقي هذا المطعوم، فالسيدات الحوامل لا يأخذن هذا المطعوم خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل وقد يتأخرن عن تلقي المطاعيم في مواعيدها.

الأحمال المكتملة:

وتبرز المشكلة هنا في النسيان مع مرور الزمن، إذ قد لا تتذكر الأم إن كانت قد أخذت مطعوم التيتانوس أم لا، وإن تذكرت ذلك فهي قد لا تتذكر عدد الجرعات وخاصة أننا نسأل عن شيء حدث في الماضي (طيلة فترة حياتها). وفيما يختص بجوانب الاستشارات الطبية قد لا تتذكر المرأة أي المؤسسات التي زارتها بهدف الكشف عن حملها وكذلك عدد مرات الزيارة، وقد تنسى أيضاً الأمراض التي صادفتها أثناء فترة الحمل وخاصة الأمراض التي تعتبر عادية.

3.1.8.1 الرضاعة الطبيعية:

تم جمع البيانات عن الرضاعة الطبيعية لجميع الأطفال من الأم البيولوجية والذين ولدوا خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح، وقد تم جمع البيانات بالاعتماد على ذاكرة الأم، وقد يكون هناك إشكاليات في المدة التي بدأت بها الأم إعطاء طفلها الماء فقط، أو لسوائل والأطعمة، أما بالنسبة لسن الفطام للطفل فإنها كانت أكثر دقة كونها الحدث الأهم في الرضاعة الطبيعية.

4.1.8.1 تطعيم الأطفال:

إن تقييم بيانات المطاعيم تشمل تحليل بطاقات الأطفال التي تم الاطلاع عليها وقياس نسبة دقة التواريخ المسجلة والمكتملة من هذه البطاقات. وبالرغم من وجود هذه التواريخ فإن هناك لا شك نسبة خطأ نتيجة لأخطاء في نقل التواريخ من البطاقة أو أخطاء في التسجيل في البطاقة الأصلية. أما الأطفال الذين لا تتوفر لهم بطاقات للمطاعيم فقد اعتمد في جمع البيانات حول المطاعيم التي تلقوها على ذاكرة الأم، حيث كانت نسبة إجابة "لا أعرف" عند السؤال عن تلقي الطفل للمطعم لا تتجاوز ما نسبته 1.6% من هؤلاء الأطفال، وكان واضحاً أن الأم قد نسيت في كثير من الأحوال أن تتذكر عدد الجرعات التي تلقاها الطفل حيث بلغت نسبة "غير المبين" في عدد الجرعات بالنسبة للأسئلة التي تحتاج لذلك ما بين 10-12%.

5.1.8.1 حالة التغذية:

أثناء التجربة القبلية تم استخدام مقاييس للوزن يسجل لأقرب 0.1 كغم، وخلال جمع البيانات كان يتم خلع ملابس الأطفال الخارجية وخاصة الثقيلة منها وأحذيتهم أثناء قياس أوزانهم. وقد تم قياس أطوال الأطفال الصغار (اقل من سنتين) وهم مستلقون، أما الأطفال الكبار (أكبر من سنتين واقل من 5 سنوات) فتم قياس أطوالهم وهم وقوف بعد أن تخلع أحذيتهم وتفك جدائلهم مستخدمين الخطوات التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية للحصول على أطوال دقيقة.

6.1.8.1 الأمراض التي تصيب الأطفال:

تم جمع البيانات عن الأطفال دون سن الخامسة لفترة الأسبوعين السابقين للمسح للتقليل من خطأ النسيان، وقد كانت نسبة الإجابة "لا أعرف" حول الإصابة بالإسهال معدومة، مما يشير إلى أن النتائج دقيقة وإن الأم على اتصال دائم مع طفلها وأنها ملمة بالأمر الصحية بالحدود المعقولة، وكذلك فإن نسبة إجابة "لا أعرف" أو "غير مبين" قليلة جداً وتكاد تكون معدومة في العديد من الأسئلة ذات العلاقة بصحة الطفل. وكذلك تم السؤال عن التهابات الجهاز التنفسي لنفس الفئة العمرية والفترة الزمنية، وقد تم تحري الدقة في السؤال عن السعال والكحة العادية والتهابات الرئة من خلال السؤال عن الأعراض المرافقة كسرعة التنفس أو صعوبة في التنفس، حيث تم اعتبار الأطفال الذين عانوا من صعوبة أو سرعة في التنفس نتيجة انسداد في الأنف أو مشكلة صحية في الصدر أو هؤلاء الذين لا يعرف سبب هذه المشكلة، بأن لديهم التهابات في الجهاز التنفسي.

الفصل الثاني

خصائص أسر وأفراد العينة

1.2 مقدمة:

يتناول هذا الفصل عرضاً لأهم الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية المختارة لأفراد الأسر والنساء المبحوثين في المسح، ويحتوي الفصل على وجه التحديد عرضاً موجزاً لكل من الخصائص التالية: التركيب العمري والنوعي للسكان، التركيب الأسري، والمستوى التعليمي لأفراد الأسر، والالتحاق بالتعليم، وخصائص المسكن، والتركيب العمري للسيدات المؤهلات، والمستوى التعليمي لهن، وعلاقتهم بقوة العمل، وخصائص الأطفال دون الخامسة والأطفال من 5-17 سنة.

2.2 خصائص السكان:

تم استخدام استمارة خاصة بالمسح الصحي 2000 لجمع بيانات ديمغرافية واجتماعية لكافة الأفراد المقيمين إقامة معنادة في الأراضي الفلسطينية من عينة الأسر المختارة للمسح، وفيما يلي عرضاً لأهم الخصائص الديمغرافية والاجتماعية:

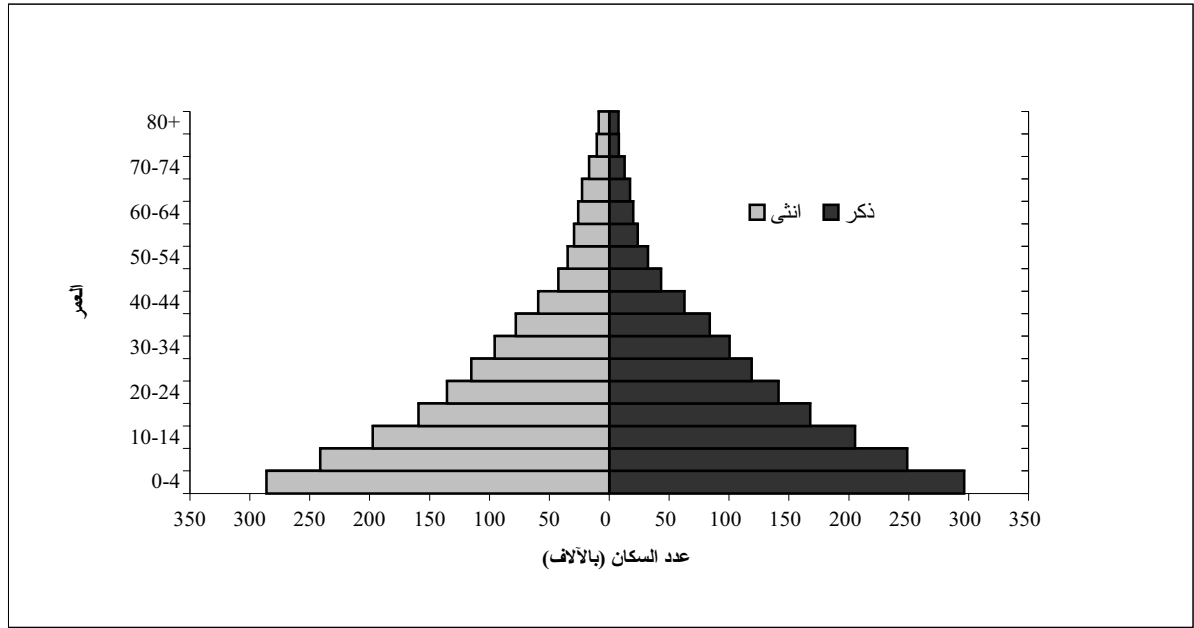
1.2.2 التركيب العمري والنوعي:

يبين الجدول (1.2) التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب العمر والجنس، وكما هو موضح في الجدول فإن نمط التوزيع العمري في الأراضي الفلسطينية مماثل للأنماط الشائعة في البلدان ذات المعدلات المرتفعة لمستويات الخصوبة والوفيات، حيث ترتفع نسبة الأفراد دون الخامسة عشرة وتبلغ حوالي 47%، بينما تقل نسبة الأفراد المسنين 65 عاماً فأكثر حيث تبلغ 3.4% فقط، وهي تعتبر قريبة من النسب التي كانت عليها في العام 1996، إذ بلغت 46% و4% على التوالي. وهذه النسب تشير إلى ارتفاع معدلات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية وإلى أن المجتمع الفلسطيني مجتمع قتي يمتاز هرمه بقاعدة عريضة.

الجدول (2.2) يبين توزيع السكان حسب العمر لسنوات مختلفة من مصادر مختلفة، وكما هو موضح في الجدول فإن العمر الوسيط بقي ثابتاً خلال الأعوام 1995، 1997، 2000، إذ بلغ 16.0 سنة. وكما هو واضح فإن نسبة السكان في الفئات العمرية العريضة تتساوى تقريباً في السنوات الثلاث (1995، 1997، 2000). فعلى سبيل المثال نجد أن نسبة السكان دون سن الخامسة عشرة بلغت 46.5% عام 1995، ووصلت إلى 46.9% عام 2000 وهذا مؤشر على أن معدلات الخصوبة ما زالت مرتفعة، فيما تساوت نسبة السكان الذين تزيد أعمارهم عن 64 سنة، إذ بلغت 3.4% في العامين المذكورين.

بالنظر إلى معدلات الإعالة نجد أن هذه المعدلات في ارتفاع مستمر، حيث أن هناك ثباتاً نسبياً في الفئة من 15-64 سنة. وبلغت نسبة الجنس (الذكور/الإناث) في الأراضي الفلسطينية 102، حيث كانت الأعلى في الفئة العمرية أقل من 15 سنة (103.5)، والأقل في الفئة العمرية 65+ (78.6)، فيما بلغت 102.3 في الفئة العمرية 15-64 سنة.

شكل 1.2: الهرم السكاني في الأراضي الفلسطينية، تقديرات منتصف عام 2000



المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. قاعدة بيانات المسح الصحي-2000. رام الله - فلسطين.

جدول 1.2: التوزيع النسبي للأفراد حسب العمر والجنس والمنطقة (نيسان، 2000)

العمر	الأراضي الفلسطينية			قطاع غزة			الضفة الغربية		
	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور
4-0	18.5	18.4	18.7	19.8	19.7	20.0	17.8	17.6	17.9
9-5	15.6	15.5	15.6	16.9	16.8	16.9	14.8	14.7	14.9
14-10	12.8	12.6	12.9	13.5	13.4	13.7	12.3	12.2	12.4
19-15	10.4	10.2	10.5	10.5	10.4	10.7	10.3	10.1	10.5
24-20	8.8	8.7	8.9	8.5	8.5	8.5	9.0	8.8	9.1
29-25	7.4	7.4	7.5	6.7	6.7	6.7	7.8	7.8	7.9
34-30	6.2	6.1	6.3	5.6	5.5	5.7	6.6	6.5	6.7
39-35	5.1	5.0	5.3	4.8	4.5	5.0	5.4	5.2	5.5
44-40	3.8	3.8	3.9	3.5	3.4	3.6	4.0	4.0	4.1
49-45	2.7	2.7	2.7	2.6	2.7	2.6	2.8	2.8	2.8
54-50	2.1	2.3	2.0	2.0	2.1	1.9	2.2	2.3	2.1
59-55	1.7	1.9	1.5	1.4	1.6	1.2	1.8	2.0	1.6
64-60	1.5	1.7	1.3	1.3	1.5	1.1	1.6	1.8	1.4
69-65	1.2	1.4	1.0	1.1	1.1	1.0	1.3	1.6	1.0
74-70	1.0	1.1	0.8	0.9	1.1	0.7	1.0	1.2	0.9
79-75	0.6	0.5	0.6	0.4	0.5	0.4	0.6	0.5	0.7
84-80	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3	0.2	0.4	0.4	0.3
+85	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.1	0.3	0.4	0.2
لا اعرف	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0
عدد الأفراد	3,117,290	1,543,096	1,574,194	1,125,185	558,000	567,185	1,992,105	985,096	1,007,009

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي-2000: النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

جدول 2.2: التوزيع النسبي للسكان في الأراضي الفلسطينية حسب العمر للأعوام 1995، 1997، 2000

العمر	المسح الديمغرافي 1995*	التعداد 1997**	المسح الصحي 2000
اقل من 15	46.5	47.0	46.9
15-64	50.1	49.5	49.7
+65	3.4	3.5	3.4
المجموع	100	100	100
معدل الإعالة	99.6	102.0	101.2
العمر الوسيط	16.0	16.0	16.0

المصادر: * دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة - النتائج النهائية. رام الله - فلسطين.
** دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1999. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-1997، لمحة إحصائية (ملخص نتائج التعداد). رام الله - فلسطين.

3.2 التركيب الأسري:

يبين الجدول (3.2) توزيع أسر العينة حسب جنس رب الأسرة وعدد الأفراد في الأسرة والمنطقة. وكما هو مبين في الجدول فإن ثلثي الأسر تقيم في الضفة الغربية والثلث الآخر يقيم في قطاع غزة. ويتضمن الجدول عرضاً لمتوسط حجم الأسرة. وتكمن أهمية معرفة حجم الأسرة لارتباطها بازدهام المسكن وانعكاسه على الظروف البيئية والصحية والاقتصادية للأسرة.

جدول 3.2: التوزيع النسبي للأسر حسب حجم الأسرة وبنسب رب الأسرة وبعض الخصائص الخلفية، 2000

الخصائص الخلفية	المنطقة			نوع التجمع		
	الضفة الغربية	قطاع غزة	الأراضي الفلسطينية	حضر	ريف	مخيم
رب الأسرة	90.3	93.0	91.2	91.6	90.8	90.3
ذكر	9.7	7.0	8.8	8.4	9.2	9.7
أنثى	90.3	93.0	91.2	91.6	90.8	90.3
عدد الأفراد المعتاد						
1	4.3	2.3	3.7	3.4	4.3	3.5
2	9.8	8.5	9.4	9.7	9.0	8.8
3	9.8	7.0	8.9	9.0	9.5	7.4
4	11.2	8.5	10.3	10.8	10.2	8.6
5	13.8	8.8	12.2	13.4	12.1	7.8
6	14.2	11.8	13.5	14.6	12.0	12.3
7	12.2	12.5	12.3	11.7	13.4	12.1
8	8.8	11.3	9.6	8.9	9.3	12.9
9	6.4	8.4	7.0	6.4	7.3	9.1
+10	9.5	20.9	13.1	12.1	12.9	17.5
المجموع	100	100	100	100	100	100
متوسط حجم الأسرة	5.7	6.9	6.1	6.0	6.0	6.7
توزيع الأسر حسب مكان الإقامة	67.8	32.2	100.0	55.7	29.7	14.6

خلال عام 2000، بلغ متوسط حجم الأسرة 6.1 أفراد في الأراضي الفلسطينية، (5.7 في الضفة الغربية و6.9 في قطاع غزة)، ولا يوجد تفاوت حسب نوع التجمع، إلا أن متوسط حجم الأسرة يرتفع قليلاً في المخيمات عنه في الحضر والريف، إذ بلغ (6.7، 6.0، 6.0) على التوالي. ويلاحظ حدوث انخفاض بسيط على متوسط حجم الأسرة عند مقارنته بما كان عليه عام 1995، حيث بلغ في حينه حوالي 7 أفراد في الأراضي الفلسطينية و6.6 في الضفة الغربية و7.8 في قطاع غزة¹.

ويلاحظ أن الأسرة الفلسطينية تمتاز بكبر حجمها، حيث أن 20.1% من الأسر يزيد عدد أفرادها على 9 أفراد. وهذا يلقي بظلاله على ظروف الأسرة الاجتماعية والصحية والاقتصادية.

وفيما يتعلق بنسبة الأسر التي ترأسها امرأة، تبين النتائج الواردة في جدول (3.2) أن ما نسبته 8.8% من الأسر ترأسها امرأة، وترتفع هذه النسبة في الضفة الغربية والمخيمات (9.7% لكل منهما)، إلا أنها تنخفض في قطاع غزة وفي الحضر، إذ تبلغ 7.0% و8.4% على التوالي، فيما تبلغ في الريف 9.2%. وتكمن أهمية معرفة هذا النوع من الأسر في انعكاساتها على الظروف المعيشية والاقتصادية التي تعيشها هذه الأسر، خاصة إذا كانت المرأة لا تعمل، إذ غالباً ما تكون هذه الأسر أم وأطفالها أو بدون أطفال أو امرأة لم يسبق لها الزواج. ومن خلال مقارنة هذه النسب بما كانت عليه عام 1995، يلاحظ حدوث ارتفاع بسيط عليها، حيث كانت 7.7% في الأراضي الفلسطينية و8.3% في الضفة الغربية و6.4% في قطاع غزة².

1.3.2 نوع الأسرة:

يعرض الجدول (4.2) توزيع الأسر في الأراضي الفلسطينية حسب نوع الأسرة، حيث تشكل الأسر النووية 77.5%، تليها الأسر الممتدة 18.6%. وعند مقارنة بيانات المسح الديمغرافي 1995 والتعداد 1997، نجد أن نسبة الأسر النووية كانت 69.4% و73.2% على التوالي، فيما كانت الأسر الممتدة تشكل ما نسبته 27.6% و23.0% على التوالي. وهذا يشير إلى زيادة في نسب الأسر النووية على حساب الأسر المركبة، الأمر الذي يقود إلى ضرورة زيادة الوحدات السكنية، والحاجة إلى زيادة توفير الخدمات وخاصة ما له علاقة بدور الحضانه ورعاية المسنين، وذلك في حال كون المرأة عاملة وعدم وجود أفراد في الأسرة للعناية بالأطفال دون سن الخامسة أو كبار السن.

²1 دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة، النتائج النهائية. رام الله- فلسطين.

جدول 4.2: الأسر الخاصة حسب نوع الأسرة والمنطقة للأعوام 1995، 1997، 2000

نوع الأسرة والسنة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الأراضي الفلسطينية
*1995			
أسرة من شخص واحد	3.1	1.9	2.8
أسرة نووية	72.2	62.7	69.4
أسرة ممتدة	24.4	35.3	27.6
أسرة مركبة	0.3	0.1	0.2
المجموع	100	100	100
**1997			
أسرة من شخص واحد	3.7	2.6	3.3
أسرة نووية	74.0	71.8	73.2
أسرة ممتدة	21.7	25.3	23.0
أسرة مركبة	0.6	0.3	0.5
المجموع	100	100	100
2000			
أسرة من شخص واحد	4.3	2.3	3.7
أسرة نووية	79.0	74.3	77.5
أسرة ممتدة	16.5	23.0	18.6
أسرة مركبة	0.2	0.4	0.2
المجموع	100	100	100

المصادر: * دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة - النتائج النهائية. رام الله - فلسطين.

** دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1999. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-1997، لمحة إحصائية (ملخص نتائج التعداد). رام الله - فلسطين.

4.2 التعليم:

يعتبر التحصيل العلمي لأفراد الأسرة أحد أهم خصائص الأسرة لارتباطه بالكثير من الظواهر كالإنجاب واستخدام وسائل تنظيم الأسرة وصحة ورعاية الأطفال وغيرها من المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والصحية ذات العلاقة.

1.4.2 التحرر من الأمية:

تم في المسح الصحي 2000 السؤال عن أعلى مستوى علمي أتمه الفرد بنجاح، وعن الالتحاق بالتعليم للأفراد 5 سنوات فأكثر. يبين الجدول (5.2) معدل معرفة القراءة والكتابة للأفراد 15 سنة فأكثر، وكما هو واضح فإن نسبة معرفة القراءة والكتابة بلغت 89.2% مع وجود تفاوت ملحوظ بين الذكور والإناث، إذ بلغت نسبة معرفة القراءة والكتابة بين الذكور 94.4% فيما بلغت هذه النسبة بين الإناث 83.9%. ولعل الزواج المبكر للفتيات والأوضاع الاقتصادية الصعبة من أهم الأسباب التي تحول دون حصول الفتاة على الحق الكامل في التعليم. وترتفع معدلات معرفة القراءة في الحضر، وتنخفض في الريف. ويوضح الجدول أن هناك علاقة طردية بين العمر والتعليم، إذ ترتفع نسبة الأميين كلما ارتفع العمر.

جدول 5.2: نسبة الأفراد 15 سنة فأكثر غير الأميين حسب بعض الخصائص الخلفية والجنس، 2000

المجموع		إناث		ذكور		الخصائص الخلفية
عدد الأفراد	غير أمي	عدد الأفراد	غير أمي	عدد الأفراد	غير أمي	
العمر						
598,028	98.2	291,971	98.7	306,057	97.8	24-15
426,015	97.0	208,636	96.0	217,379	98.0	34-25
279,737	94.2	135,235	91.3	144,502	97.0	44-35
151,150	84.6	76,630	74.1	74,520	95.4	54-45
98,476	55.3	55,067	33.4	43,409	83.0	64-55
102,974	29.4	57,656	9.5	45,318	54.7	+65
نوع التجمع						
909,733	90.6	452,987	86.4	456,746	94.7	حضر
491,201	86.5	243,937	79.2	247,264	93.8	ريف
255,446	89.2	128,271	84.2	127,175	94.4	مخيم
المنطقة						
1,656,380	89.2	825,195	83.9	831,185	94.4	الأراضي الفلسطينية
1,096,443	89.2	545,571	83.6	550,872	94.7	الضفة الغربية
559,937	89.2	279,624	84.6	280,313	93.8	قطاع غزة

2.4.2 التحصيل العلمي للذكور:

يبين الجدول (6.2) المستوى التعليمي للأفراد الذكور 10 سنوات فأكثر، فنجد أن 4.7% من الذكور أميون، و18.6% يستطيعون القراءة والكتابة، فيما حصل أكثر من نصف هؤلاء الأفراد على تعليم دون الثانوي (52.5%) وأن 13.7% منهم انهوا تعليمهم الثانوي، و10.5% منهم حاصلون على دبلوم متوسط فأعلى. وترتفع نسبة الأمية بين الذكور في قطاع غزة وفي الريف عما هي عليه في الضفة الغربية والحضر والمخيمات. وتشير البيانات بأنه لا يوجد فرق بين الذكور الحاصلين على دبلوم متوسط فأعلى، من الضفة الغربية وقطاع غزة، في حين أن نسبتهم في المخيمات والحضر أعلى مما عليه في الريف. وكما هو واضح في الجدول فإن هناك علاقة طردية بين العمر ونسبة الأمية، إذ ترتفع نسبة الأمية كلما تقدم الأفراد في العمر.

جدول 6.2: التوزيع النسبي للذكور 10 سنوات فاكثر حسب التحصيل العلمي وبعض الخصائص الخلفية، 2000

عدد الأفراد	المجموع	دبلوم متوسط فأعلى	ثانوي	إعدادي	ابتدائي	يستطيع القراءة والكتابة	أمي	الخصائص الخلفية
العمر								
202,495	100	-	-	0.4	44.3	54.4	0.9	14-10
166,201	100	0.0	8.9	57.9	26.5	4.6	2.1	19-15
139,856	100	8.5	29.4	36.6	18.0	5.2	2.3	24-20
117,742	100	17.2	21.1	30.5	22.8	6.5	1.9	29-25
99,637	100	18.6	21.9	25.7	23.7	8.1	2.0	34-30
82,939	100	23.6	17.7	23.3	22.9	10.0	2.5	39-35
61,563	100	22.0	11.8	23.6	27.2	11.7	3.7	44-40
42,769	100	24.4	12.8	25.0	22.1	11.8	3.9	49-45
31,751	100	20.2	17.7	20.0	20.1	16.5	5.5	54-50
23,390	100	20.7	13.7	14.3	19.4	21.2	10.7	59-55
20,019	100	11.1	8.3	9.3	18.0	28.9	24.4	64-60
45,318	100	1.9	1.3	4.6	13.8	33.1	45.3	+65
407	100	0.0	0.0	0.0	0.0	34.7	65.3	لا أعرف
نوع التجمع								
563,694	100	10.8	14.4	25.6	26.6	18.1	4.5	حضر
310,203	100	9.6	11.4	26.5	27.8	19.6	5.1	ريف
160,190	100	11.1	15.4	25.9	24.5	18.5	4.7	مخيم
المنطقة								
1,034,087	100	10.5	13.7	25.9	26.6	18.6	4.7	الأراضي الفلسطينية
676,221	100	10.4	12.3	27.2	27.4	18.2	4.5	الضفة الغربية
357,866	100	10.7	16.2	23.4	25.1	19.5	5.1	قطاع غزة

3.4.2 التحصيل العلمي للإناث:

الجدول (7.2) يوضح المستوى التعليمي للإناث 10 سنوات فاكثر. بشكل عام نجد أن ما نسبته 13.2% من النساء أميات، و18.2% يستطعن القراءة والكتابة. ويتضح كذلك أن نصف النساء قد حصلن على تعليم دون الثانوي، وأن 19.3% من النساء حصلن على تعليم ثانوي فأعلى. ويتضح من الجدول ان نسبة النساء غير المتعلقات ترتفع في الريف وفي الضفة الغربية، وكما هو النمط السائد بين الذكور فإن هناك علاقة ما بين العمر والمستوى التعليمي، إذ ترتفع نسبة الأمية بارتفاع العمر، فعلى سبيل المثال نجد ان نسبة اللواتي حصلن على الابتدائية فأعلى في الفئة العمرية 19-15 سنة 95.8%، مقارنة بـ 46.6% بين النساء في الفئة العمرية 50-54 سنة. والملاحظ أن نسبة الحاصلات على دبلوم متوسط فأعلى، ما زالت منخفضة بشكل عام، وهي في المناطق الريفية والمخيمات أقل مما هي عليه في الحضر، وكذلك في قطاع غزة فإن نسبتهن أقل مما هي عليه في الضفة الغربية.

جدول 7.2: التوزيع النسبي للإناث 10 سنوات فأكثر حسب التحصيل العلمي وبعض الخصائص الخلفية، 2000

عدد الأفراد	المجموع	لا أعرف	دبلوم متوسط فأعلى	ثانوي	إعدادي	ابتدائي	يستطيع القراءة والكتابة	أمي	الخصائص الخلفية
العمر									
194,805	100	0.0	-	-	0.4	43.4	55.4	0.8	14-10
157,679	100	0.1	0.0	12.8	58.3	24.7	3.0	1.1	19-15
134,292	100	0.0	9.8	29.1	33.9	19.5	6.3	1.4	24-20
114,010	100	0.0	14.6	18.3	33.4	22.7	7.6	3.4	29-25
94,626	100	0.0	16.6	18.6	26.4	22.5	11.2	4.7	34-30
77,115	100	0.0	11.4	16.9	25.1	27.8	11.7	7.1	39-35
58,120	100	0.0	8.3	14.5	23.1	24.7	18.6	10.8	44-40
42,063	100	0.0	9.0	12.9	23.8	19.8	15.6	18.9	49-45
34,567	100	0.0	7.1	11.6	10.1	17.8	18.9	34.5	54-50
29,134	100	0.0	3.7	3.7	6.3	11.1	18.7	56.5	59-55
25,933	100	0.0	1.6	0.3	2.0	4.3	13.9	77.9	64-60
57,655	100	0.0	0.3	0.3	0.8	3.6	4.6	90.4	+65
741	100	23.6	4.1	0.0	0.0	0.0	12.3	60.0	لا أعرف
نوع التجمع									
558,069	100	0.0	7.7	14.1	25.3	24.5	17.2	11.2	حضر
302,166	100	0.0	4.3	8.6	22.8	27.1	20.2	17.0	ريف
160,505	100	0.0	6.8	15.9	25.1	21.7	17.6	12.9	مخيم
المنطقة									
1,020,740	100	0.0	6.6	12.7	24.5	24.8	18.2	13.2	الأراضي الفلسطينية
666,127	100	0.0	6.9	10.2	24.8	25.8	18.6	13.7	الضفة الغربية
354,613	100	0.1	5.9	17.4	23.9	23.1	17.3	12.3	قطاع غزة

تظهر النتائج وجود فجوة كبيرة في المستوى التعليمي بين الذكور والإناث، فكما هو واضح فإن نسبة الأمية بين الإناث تصل إلى حوالي ثلاثة أضعاف النسبة بين الذكور، وكذلك فإن نسبة الذكور الحاصلين على دبلوم متوسط فأعلى تزيد عن نسبة الإناث الحاصلات على نفس المؤهل. ومن الجدير ذكره أن الفوارق بين الذكور والإناث في المستوى العلمي تقل عند الفئات الشابة والصغيرة.

5.2 الالتحاق بالتعليم:

يعرض الجدول (8.2) معدلات الالتحاق بالتعليم للأفراد 6 سنوات فأكثر حسب الجنس والمنطقة. يتضح من الجدول أن 41.5% من الأفراد 6 سنوات فأكثر ملتحقون بالتعليم، بواقع 42.3% للذكور و40.6% للإناث، ويتضح أن معدل الالتحاق في قطاع غزة أعلى منه في الضفة الغربية.

تبيّن نتائج المسح أن هناك تبايناً في الالتحاق بالتعليم بين الجنسين، ويزداد هذا التباين لصالح الذكور للأفراد 18 سنة فأكثر، حيث تبلغ معدلات التحاق الذكور 9.3% والإناث 6.7%، ويلاحظ هذا التباين في قطاع غزة أكثر مما هو عليه في الضفة الغربية.

جدول 8.2: معدلات الالتحاق بالتعليم حسب العمر والجنس والمنطقة، 2000

المجموع	العمر				المنطقة والجنس
	+18	17-15	14-12	11-6	
41.5	8.0	74.0	96.0	95.3	الأراضي الفلسطينية
42.3	9.3	71.2	95.1	95.2	ذكور
40.6	6.7	76.9	96.9	95.4	إناث
39.4	7.1	72.4	95.9	96.2	الضفة الغربية
39.8	7.7	68.1	94.9	96.1	ذكور
39.0	6.4	77.0	97.0	96.3	إناث
45.2	9.9	76.6	96.1	93.9	قطاع غزة
47.0	12.5	76.6	95.5	93.9	ذكور
43.3	7.3	76.7	96.7	93.9	إناث

6.2 خصائص المسكن:

إن لخصائص المسكن أثراً كبيراً على الوضع الصحي للأسرة من حيث تعرض أفرادها لبعض الأمراض، هذا بالإضافة إلى أنها تعكس ظروف الأسرة الاقتصادية بشكل عام. وقد تم خلال استمارة المسح الصحي 2000 توجيه مجموعة من الاسئلة التي تتعلق ببيئة المبحوثة والخصائص المرتبطة بأسرتها مثل عدد غرف المسكن، والمادة المكونة لأرضية المسكن، وتوفر مصدر مياه شرب آمن لأفراد الأسرة، ووسائل الصرف الصحي.

1.6.2 أرضية المسكن:

حوالي 82.0% من الأسر تعيش في مساكن استخدم فيها الرخام/السيراميك/البلاط في بناء أرضيتها، وترتفع هذه النسبة في الحضر والمخيمات عنها في الريف.

وكما هو موضح في الجدول (9.2) فإن 17.4% من الأسر تعيش في مساكن أرضيتها من الإسمنت، وترتفع هذه النسبة في الريف، بينما تعيش 0.7% من الأسر في مساكن أرضيتها من التراب/الرمل أو الألواح الخشبية ومواد أخرى.

2.6.2 عدد الغرف:

يوضح الجدول (9.2) أن 7.3% من الأسر تسكن في مسكن مؤلف من غرفة واحدة، فيما تسكن 20.7% من الأسر في مسكن مكون من 5 غرف فأكثر، ومعدل الازدحام في المسكن فردان لكل غرفة. وتعاني أسر المخيمات ازدحاماً أكثر مما هو عليه في الريف والحضر، إذ يبلغ معدل الازدحام فيها 2.11 فرداً لكل غرفة، وهو أعلى من المعدل الإجمالي على مستوى الأراضي الفلسطينية. وقد بلغ هذا المعدل في كل من الحضر والريف 1.9 و2.0 فرداً لكل غرفة على التوالي.

3.6.2 مصادر مياه الشرب:

إن ما نسبته 96.2% من المساكن الفلسطينية لديها مصدر مياه شرب آمن (شبكة عامة موصولة أو غير موصولة بالمنزل، ويثر جمع مع تمديدات داخل المنزل أو بدون تمديدات)، وترتفع هذه النسبة في قطاع غزة وفي الحضر والمخيمات عما هي عليه في الضفة الغربية والريف. وكما هو واضح فإن الغالبية العظمى من السكان يستخدمون مياهاً تصلهم من خلال الشبكة العامة الموصولة بالمنزل، وأن 2.4% من السكان يستخدمون مياهاً تصلهم من خلال شبكة مياه عامة غير موصولة بالمنزل. فيما تعتمد 10.7% من الأسر على آبار الجمع في الحصول على مياه الشرب وترتفع هذه النسبة في الضفة الغربية وفي الريف. أما النسبة المتبقية فتعتمد على مصادر أخرى (الصهاريج والجدول ومصادر أخرى).

4.6.2 الصرف الصحي:

تشير النتائج إلى أن 99.6% من الأسر لديها وسيلة تصريف صحي، وأن 22.2% من الأسر يتوفر لديها مرحاض إفرنجي، فيما تعتمد نصف الأسر تقريباً على المرحاض التقليدي. وكما هو موضح في الجدول (9.2) فإن 43.9% من الأسر تشترك في شبكة مجارٍ عامة، ويظهر الجدول تفاوتاً واضحاً حسب نوع التجمع، حيث ترتفع في المخيمات والحضر وتنخفض في الريف، إلا أن ذلك لا يعني أن وضع المخيمات ممتاز، حيث أن هناك العديد من شبكات المجاري مكشوفة. هذا، وتعتمد 92.0% من أسر الريف على الحفر الامتصاصية كوسيلة للصرف الصحي.

جدول 9.2: توزيع الأسر حسب خصائص المسكن والمنطقة ونوع التجمع، 2000

نوع التجمع			المنطقة			خصائص المسكن
مخيم	ريف	حضر	الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
أرضية المسكن						
0.2	0.4	0.7	0.5	1.1	0.3	تراب/رمل
0.1	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1	ألواح خشبية
82.9	73.3	86.1	81.9	81.8	81.9	رخام/سيراميك/بلاط
16.7	26.1	13.0	17.4	16.9	17.6	صبة إسمنتية
0.1	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	أخرى
عدد الغرف في المسكن						
7.4	8.4	6.6	7.3	5.8	8.0	1
16.7	20.8	17.5	18.3	13.1	20.8	2
28.9	29.3	27.9	28.5	23.0	31.1	3
26.4	24.2	25.4	25.2	29.1	23.3	4
20.6	17.3	22.6	20.7	29.0	16.8	+5
2.11	2.04	1.93	1.99	2.02	1.98	معدل الازدحام في المسكن
التوزيع النسبي للأسر حسب مصدر مياه الشرب						
89.4	63.3	91.9	83.1	89.2	79.6	شبكة عامة بالمنزل
7.0	0.9	2.0	2.4	6.1	0.4	شبكة عامة غير موصولة بالمنزل
1.0	21.9	3.5	8.5	2.6	11.9	بئر جمع مع تمديدات
0.6	5.3	0.9	2.2	0.7	3.0	بئر جمع بدون تمديدات داخل المنزل
1.1	6.0	1.4	2.7	0.9	3.8	صهريج
0.2	2.5	0.0	0.8	0.0	1.2	ينابيع/جداول
0.7	0.1	0.3	0.3	0.5	0.1	مصدر آخر
98.0	91.4	98.3	96.2	98.6	94.9	مصدر مياه شرب آمن*
الصرف الصحي						
71.2	6.8	56.4	43.9	59.3	36.5	شبكة مجارٍ عامة
28.2	92.0	43.0	55.4	40.6	62.4	حفرة امتصاصية
0.4	0.6	0.2	0.3	0.0	0.5	طرق أخرى
0.2	0.6	0.4	0.4	0.1	0.6	لا يوجد
وسيلة الصرف الصحي						
14.9	19.3	25.9	22.2	16.5	25.4	مرحاض إفرنجي
55.1	58.7	39.1	47.5	45.8	48.4	تقليدي
29.9	21.5	34.6	29.9	37.6	25.6	كلاهما
0.1	0.5	0.4	0.4	0.1	0.6	لا يوجد

* تشمل: شبكة عامة موصولة أو غير موصولة بالمنزل، وبئر جمع مع تمديدات داخل المنزل أو بدون تمديدات.

7.2 الخصائص الخلفية للسيدات المؤهلات اللواتي تمت مقابلاتهن:

يبين الجدول (10.2) توزيع السيدات 15-49 سنة وسبق لهن الزواج، اللواتي تمت مقابلاتهن حسب خصائص خلفية مختارة تشمل العمر، والمنطقة، والتعليم، ونوع التجمع، والحالة الزوجية.

بالنظر إلى توزيع السيدات حسب العمر، نجد أن أقل من نصف السيدات تقل أعمارهن عن 30 سنة، وأن حوالي خمس السيدات أعمارهن 40 سنة فأكثر. وفيما يتعلق بالحالة الزوجية للسيدات المؤهلات يتضح من الجدول أن غالبية السيدات متزوجات حالياً، وتتساوى نسبة الأرمال والمطلقات بما نسبته 2.1% لكل منهما.

جدول 10.2: التوزيع النسبي للنساء المؤهلات (15-49) سنة اللواتي تمت مقابلاتهن حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000

النسبة	الخصائص الخلفية
المنطقة	
64.7	الضفة الغربية
35.3	قطاع غزة
نوع التجمع	
55.8	حضر
28.4	ريف
15.8	مخيم
العمر	
6.6	19-15
18.3	24-20
20.8	29-25
18.7	34-30
15.1	39-35
11.8	44-40
8.7	49-45
الحالة الزوجية	
95.8	متزوجة حالياً
2.1	مطلقة
2.1	أرملة
المؤهل العلمي	
15.7	لا شيء
25.1	ابتدائي
32.5	إعدادي
26.7	ثانوي +
440,606	عدد النساء

1.7.2 التفاوت في المستوى التعليمي:

يوضح الجدول (11.2) التوزيع النسبي للسيدات المؤهلات اللواتي تمت مقابلاتهن حسب أعلى مؤهل علمي حصلن عليه حسب العمر ونوع التجمع السكاني والمنطقة. وكما هو واضح فإن مستوى التحصيل العلمي للنساء ينخفض مع ارتفاع العمر، فعلى سبيل المثال بلغت نسبة الأمية 0.4% بين النساء في العمر 15-19 سنة، مقابل 18.9% بين النساء في الفئة العمرية 45-49 سنة. وترتفع نسبة الأمية بين نساء الريف ونساء الضفة الغربية. بالمقابل نلاحظ أن نسبة النساء الحاصلات على دبلوم متوسط فأعلى في الفئة العمرية 30-34 سنة تبلغ ضعف ما هي عليه للنساء في الفئة العمرية 40-44 سنة.

جدول 11.2: التوزيع النسبي للنساء المؤهلات (15-49) سنة اللواتي تمت مقابلاتهن حسب الحالة التعليمية وبعض الخصائص الخلفية، 2000

عدد النساء	المجموع	لا أعرف	دبلوم متوسط +	ثانوي	إعدادي	ابتدائي	تستطيع القراءة والكتابة	أمي	الخصائص الخلفية
العمر									
28,967	100	0.5	0.2	12.0	54.0	28.4	4.5	0.4	19-15
80,644	100	0.0	5.6	21.4	41.8	24.8	5.6	0.8	24-20
91,702	100	0.0	12.0	17.9	36.2	24.5	7.0	2.4	29-25
82,502	100	0.0	14.2	19.2	27.2	23.5	11.3	4.6	34-30
66,637	100	0.0	9.3	17.5	25.3	28.7	12.7	6.5	39-35
52,074	100	0.0	7.1	14.5	23.4	26.1	19.1	9.8	44-40
38,080	100	0.0	8.8	12.6	23.5	20.4	15.8	18.9	49-45
نوع التجمع									
245,882	100	0.1	10.2	19.1	32.8	24.4	8.9	4.5	حضر
125,020	100	0.0	6.4	11.8	29.8	29.6	14.6	7.8	ريف
69,704	100	0.0	10.5	22.1	36.1	19.4	8.4	3.5	مخيم
المنطقة									
440,606	100	0.0	9.2	17.5	32.5	25.1	10.4	5.3	الأراضي الفلسطينية
285,094	100	0.0	9.4	13.8	32.1	27.2	11.7	5.8	الضفة الغربية
155,512	100	0.1	8.8	24.3	33.2	21.1	8.2	4.3	قطاع غزة

ويلاحظ أن نسبة النساء الحاصلات على الثانوية فأعلى بين نساء المخيمات أعلى مما هي عليه في الحضر والريف، وترتفع في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية.

8.2 عمل المرأة:

تم في المسح الصحي 2000، السؤال عن العلاقة بقوة العمل للأفراد 10 سنوات فأكثر خلال الأسبوع السابق للمسح، وكذلك السؤال عن المهنة. يبين الجدول (12.2) التوزيع النسبي للسيدات المؤهلات 15-49 سنة اللواتي تمت مقابلاتهن حسب العلاقة بقوة العمل حسب العمر والمنطقة ونوع التجمع.

وكما هو موضح في الجدول، فإن نسبة السيدات في الفئة العمرية 15-49 سنة والعاملات منخفضة إذ بلغت 7.4%، وترتفع هذه النسبة بين نساء الحضر ونساء الضفة الغربية وبين أوساط النساء في الفئة العمرية 40-44 سنة. وتقل هذه النسبة بين نساء الريف وقطاع غزة. والملاحظ أن معظم النساء المؤهلات خارج القوى العاملة، إذ بلغت نسبتهن 91.2%.

جدول 12.2: التوزيع النسبي للنساء المؤهلات (15-49) سنة اللواتي تمت مقابلتهن حسب العلاقة بقوة العمل وبعض الخصائص الخلفية، 2000

عدد النساء	المجموع	أخرى	متعطلة لم يسبق لها العمل	متعطلة سبق لها العمل	تعمل	الخصائص الخلفية
العمر						
28,967	100	99.0	0.4	0.0	0.6	19-15
80,644	100	94.6	0.5	0.6	4.3	24-20
91,702	100	91.6	0.5	1.5	6.4	29-25
82,502	100	89.7	0.7	1.0	8.6	34-30
66,637	100	88.6	0.1	1.7	9.6	39-35
52,074	100	87.6	0.3	0.9	11.2	44-40
38,080	100	89.6	0.2	0.7	9.5	49-45
نوع التجمع						
245,882	100	90.7	0.3	1.1	7.9	حضر
125,020	100	93.2	0.1	0.5	6.2	ريف
69,704	100	89.2	1.2	1.9	7.7	مخيم
المنطقة						
440,606	100	91.2	0.4	1.0	7.4	الأراضي الفلسطينية
285,094	100	91.3	0.1	0.6	8.0	الضفة الغربية
155,512	100	91.0	1.0	1.9	6.1	قطاع غزة

9.2: الأطفال المؤهلون للمقابلة 0-17 سنة في العينة:

تم خلال المسح الصحي 2000 تخصيص استمارة للأطفال من 0-17 سنة، وتم السؤال فيها عن عمل وتعليم الأطفال 5-17 سنة، وعن حالة تسجيل المواليد والتطعيمات والأمراض التي تصيب الأطفال وصحة عيونهم وحالتهم التغذوية لمن هم دون سن الخامسة.

1.9.2: الخصائص الخلفية للأطفال دون الخامسة:

الجدول (13.2) يبين التوزيع النسبي للأطفال دون سن الخامسة حسب الجنس والمنطقة ونوع التجمع وغيرها من الخصائص الخلفية الأخرى. وكما هو مبين في الجدول فإن نسبة الأطفال الذكور دون سن الخامسة تزيد قليلاً عن نسبة الإناث في نفس العمر (50.9% و 49.1% على التوالي) وهذه النتائج تتفق مع طبيعة النتائج في الدول النامية، إذ أن نسبة الجنس عند الولادة تزيد لصالح الذكور، كما أن هناك اختلافات بسيطة بين معدلات وفيات الرضع والأطفال حسب الجنس، لكن لا تؤدي إلى إحداث تأثير كبير على نسبة الجنس بين الأطفال دون سن الخامسة كما هي عليه عند الولادة.

حوالي ثلثي الأطفال دون سن الخامسة يقيمون في الضفة الغربية ونصف هؤلاء الأطفال يقيمون في الحضر. فيما يقيم حوالي ثلث الأطفال في قطاع غزة.

جدول 13.2: التوزيع النسبي للأطفال دون سن الخامسة حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000

النسبة	الخصائص الخلفية
	الجنس
50.9	ذكور
49.1	إناث
	المنطقة
61.3	الضفة الغربية
38.7	قطاع غزة
	نوع التجمع
55.2	حضر
28.8	ريف
16.0	مخيم
	العمر بالأشهر
11.4	أقل من 6
10.0	6-11
20.8	12-23
20.1	24-35
19.1	36-47
18.6	48-59
	المؤهل العلمي للأم
12.8	لا شيء
25.9	ابتدائي
34.8	إعدادي
26.5	ثانوي فأعلى
100	المجموع
577,350	عدد الأطفال

وطبقاً للتوزيع العمري للأطفال، نجد أن نسبة الأطفال في الفئة العمرية 12-23 شهراً تبلغ 20.8%، فيما تبلغ نسبة الأطفال في الفئة العمرية 24-35 شهراً 20.1%، هذا وتبلغ نسبة الأطفال في الفئة العمرية 6-11 شهراً 10.0%.

بلغ عدد الأطفال دون الخامسة (المؤهلين) في عينة المسح 6,179 طفلاً، وتمت مقابلة 6,169 طفلاً منهم، أي بنسبة تجاوز 99.8%.

2.9.2: الخصائص الخلفية للأطفال 5-17 سنة:

يعرض الجدول (14.2) التوزيع النسبي لأطفال عينة المسح 5-17 سنة حسب بعض الخصائص الخلفية. وكما هو واضح في الجدول فإن نسبة الأطفال في الفئة العمرية 5-9 سنوات تبلغ 44.8%. وتتقارب أيضاً نسبة الذكور والإناث

في هذه الفئة، ويقوم القسم الأكبر منهم (47.6%) في المخيمات، فيما يقيم أقل من النصف في كل من الريف والحضر. وتبلغ نسبة الأطفال في الفئة العمرية 10-12 سنة 23.1% و 13.6% في الفئة العمرية 13-14 سنة و 18.5% في الفئة العمرية 15-17 سنة.

جدول 14.2: توزيع الأطفال (5-17) سنة حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000

عدد الأطفال	المجموع	العمر				الخصائص الخلفية
		17-15	14-13	12-10	9-5	
الجنس						
551,955	100	18.7	13.8	22.9	44.6	ذكور
531,362	100	18.4	13.3	23.4	44.9	إناث
المنطقة						
667,468	100	19.0	13.8	22.9	44.3	الضفة الغربية
415,849	100	17.8	13.1	23.5	45.6	قطاع غزة
نوع التجمع						
577,563	100	19.3	13.6	22.9	44.2	حضر
324,676	100	18.5	13.8	23.5	44.2	ريف
181,078	100	16.4	12.9	23.1	47.6	مخيم
1,083,317	100	18.5	13.6	23.1	44.8	المجموع

ملخص تنفيذي

- يشكل الأفراد دون سن الخامسة عشرة ما نسبته 47.0% من مجمل سكان الأراضي الفلسطينية، بينما يشكل الأفراد المسنون 65 عاماً فأكثر ما نسبته 3.4% من مجمل سكان الأراضي الفلسطينية، وهذا مؤشر على ارتفاع معدلات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية.
- ثلثا الأسر تقيم في الضفة الغربية، فيما يقيم الثلث المتبقي في قطاع غزة.
- تمتاز الأسر الفلسطينية بكبر حجمها، حيث أن 20.1% من الأسر يزيد عدد أفرادها عن 8.
- 8.8% من الأسر ترأسها امرأة، وترتفع هذه النسبة في الضفة الغربية وفي المخيمات.
- تشكل الأسر النووية 77.5% من مجموع الأسر في الأراضي الفلسطينية، فيما تشكل الأسر الممتدة 18.6%، والأسر المركبة 0.2% والأسر التي تتكون من شخص واحد 3.7%.
- 89.2% من الأفراد 15 سنة فأكثر في الأراضي الفلسطينية غير أميين، ويظهر تفاوت واضح بين الذكور والإناث (94.4% مقابل 83.9% على التوالي).
- ترتفع نسبة الأمية بين الذكور والإناث بارتفاع العمر.
- 41.5% من الأفراد 6 سنوات فأكثر ملتحقون بالتعليم في الأراضي الفلسطينية، بواقع 42.3% للذكور و40.6% للإناث. وترتفع معدلات الالتحاق في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية.
- يبلغ معدل الازدحام في المسكن فردان لكل غرفة في الأراضي الفلسطينية، وتعاني أسر المخيمات ازدحاماً أكثر مما هو عليه في الريف والحضر (2.11، و2.04، و1.93) فرد لكل غرفة على التوالي.
- 96.2% من المساكن الفلسطينية لديها مصدر مياه شرب آمن، وترتفع هذه النسبة في قطاع غزة والحضر والمخيمات عنها في الضفة الغربية والريف.
- 99.6% من الأسر لديها وسيلة تصريف صحي، فيما تشترك 44.0% من الأسر في شبكة مجارٍ عامة.
- غالبية النساء (91.2%) في الفئة العمرية 15-49 سنة من بين اللواتي تمت مقابلتهن خارج القوى العاملة.
- ترتفع نسبة الأطفال الذكور دون الخامسة قليلاً عن نسبة الإناث في نفس العمر (50.9% مقابل 49.1% على التوالي)، وهي تتفق مع طبيعة النتائج في الدول النامية، حيث أن نسبة الجنس تبلغ (103.6) ذكراً لكل 100 أنثى في هذه الفئة.

الفصل الثالث

الخصوبة

1.3 مقدمة:

يهدف هذا الفصل إلى دراسة وضع مستويات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية خلال السنة التي سبقت تنفيذ المسح الصحي للعام 2000. وتعتمد مقاييس الخصوبة في هذا الفصل على سجلات وتواريخ المواليد المبلغ عنها للنساء اللواتي تمت مقابلتهن في الفئة العمرية 15 - 49 سنة ممن سبق لهن الزواج. إلا أن تقديرات الخصوبة تمثل جميع النساء في سن الزواج بصرف النظر عن الحالة الزواجية. وقد تم جمع البيانات خلال المسح في قسمين من أقسام الاستمارة، حيث تم طرح سلسلة من الأسئلة على كل امرأة حول عدد أطفالها الذكور والإناث الذين يعيشون معها، وعدد الذين لا يسكنون معها، وعدد الذين وافقهم المنية. ومن ثم، تم طرح أسئلة تتعلق بكل مولود حي؛ حيث طلب من كل امرأة أن تذكر الجنس، وتاريخ الميلاد، وما إذا كان هناك مولود واحد أم توأم، وما إذا كان الطفل يعيش مع الأسرة أم في مكان آخر. أما فيما يتعلق بالأطفال المتوفين، فيتم تسجيل العمر عند الوفاة. ومؤشر للخصوبة المستقبلية، تم جمع معلومات حول ما إذا كانت النساء المتزوجات حوامل في الوقت الذي أجريت فيه المقابلة أم لا. وتجدر الإشارة إلى أن الجودة الكبيرة للبيانات الخاصة بالعمر وتواريخ الإبلاغ تضيئي الثقة على جودة البيانات الأساسية المستخدمة في تقدير مقاييس الخصوبة.

في هذا الفصل تمت دراسة التغيرات التي طرأت على الخصوبة خلال السنوات الخمس السابقة. كما وتم إجراء تحليل للعوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بالخصوبة وتبايناتها بين منطقة وأخرى. وتم أيضاً بحث مواضيع إضافية تتعلق بالخصوبة كالمواليد، وفترات المباشرة بين المواليد، والعمر عند ولادة المولود الأول، والخصوبة في سن المراهقة.

2.3 مستويات الخصوبة:

يتناول الجدول (1.3) معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر (لكل ألف امرأة) ومعدلات الخصوبة الكلية للسنة التي سبقت إجراء المسح الصحي - 2000، جنباً إلى جنب مع معدلات الخصوبة للسنة التي سبقت إجراء المسح الديموغرافي عام 1995. ويعرف معدل الخصوبة الكلي بأنه مجموع معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر ويمثل متوسط عدد الأطفال الذين يمكن للمرأة أن تتجنبهم أثناء حياتها إذا كان لها أن تمر بسنوات الإنجاب بما يتماشى مع معدلات الخصوبة العمرية المحددة في سنة ما. ووفقاً للمستويات الحالية، يمكن للمرأة أن تتجنب 5.93 أطفال طوال حياتها الإنجابية.

جدول 1.3: معدلات الخصوبة العمرية المحددة حسب العمر (لكل ألف امرأة) ومعدلات الخصوبة الكلية للأعوام 1994، 1999 حسب المنطقة

1999			*1994			العمر
الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
77	72	79	114	144	100	19-15
311	365	285	294	340	273	24-20
300	319	290	291	347	264	29-25
268	321	244	248	289	229	34-30
169	192	158	177	230	155	39-35
57	93	41	82	123	62	44-40
4	0	7	5	5	5	49-45
5.93	6.81	5.52	6.06	7.41	5.44	معدل الخصوبة الكلي

* المصدر: دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الديموغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة: النتائج النهائية. رام الله - فلسطين.

مقارنةً بمستويات الخصوبة السائدة في الدول المجاورة التي تتوفر بيانات حولها من المسوحات الصحية والديموغرافية، يلاحظ أن معدلات الخصوبة الكلية في الأراضي الفلسطينية مرتفعة إلى حد ما؛ حيث أن غالبية الدول الأخرى تتمتع بمستويات خصوبة أقل، بما في ذلك الأردن (4.4 مواليد في الفترة 1995 - 1997)، ومصر (3.6 مواليد في الفترة 1993 - 1995)، وتونس (3.0 مواليد في الفترة 1993 - 1995)، والمغرب (3.3 مواليد في الفترة 1993 - 1995). إلا أن اليمن هي الوحيدة من بين هذه الدول التي تتمتع بمعدلات خصوبة أعلى (6.5 مواليد في الفترة 1995 - 1997).

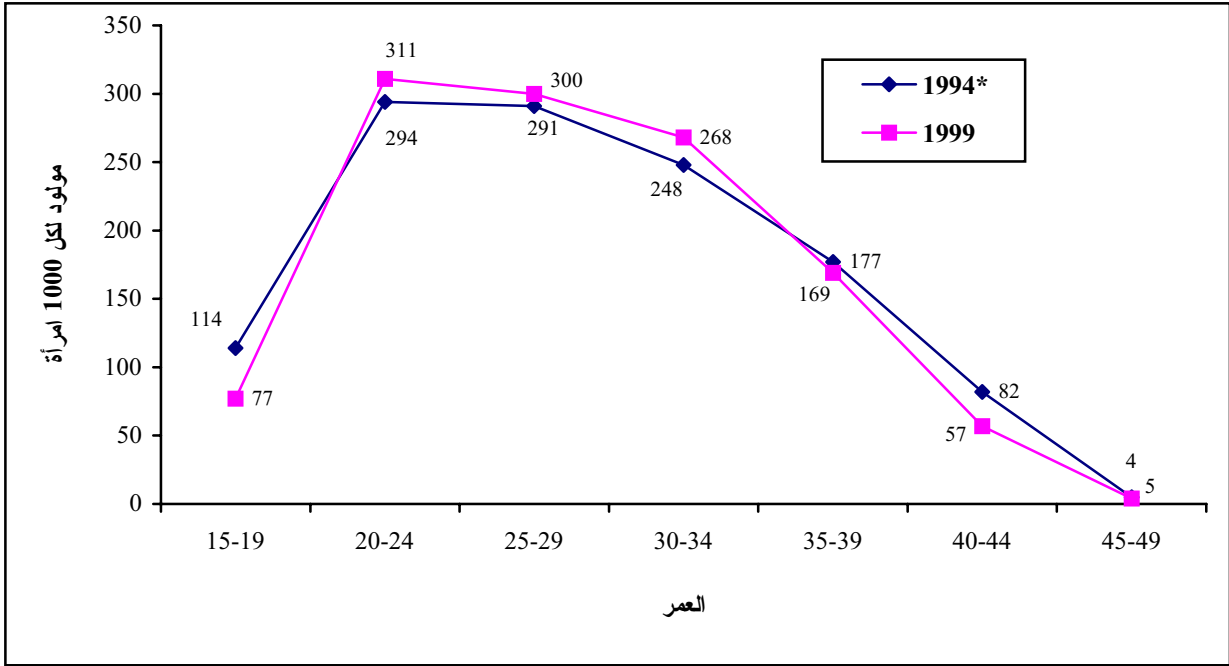
ويعود ارتفاع مستوى الخصوبة في الأراضي الفلسطينية إلى العديد من العوامل الاجتماعية، والديموغرافية، والاقتصادية، والثقافية، والسياسية. كما أن هناك العديد من العوامل الأخرى التي تسهم في ارتفاع مستويات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية بما في ذلك تدني عمر المرأة عند الزواج الأول ومن ثم الحمل الأول، والرغبة في بناء عائلات كبيرة، وتدني مشاركة المرأة في القوى العاملة، وأهمية العنصر الديموغرافي في الصراع الفلسطيني - الإسرائيلي.

تتفاوت معدلات الخصوبة الكلية في الأراضي الفلسطينية حسب المنطقة (5.52 في الضفة الغربية مقابل 6.81 في قطاع غزة). وقد يكون الاختلاف عائداً إلى إختلاف الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية في الضفة الغربية وقطاع غزة. كما شهدت معدلات الخصوبة الكلية في الأراضي الفلسطينية انخفاضاً طفيفاً من 6.1 في عام 1994 إلى 5.9 في عام 1999. وقد كان الاختلاف في معدلات الخصوبة الكلية متفاوتاً بين منطقة وأخرى خلال الفترة الممتدة من عام 1994 إلى 1999. ومن الجدير بالذكر أن الضفة الغربية شهدت ارتفاعاً طفيفاً في معدلات الخصوبة الكلية خلال نفس الفترة (5.4 في عام 1994 مقابل 5.5 في عام 1999)؛ هذا في الوقت الذي شهد فيه قطاع غزة انخفاضاً في معدلات الخصوبة الكلية (7.4 في عام 1994 مقابل 6.8 في عام 1999).

3.3 اتجاهات الخصوبة:

يلقي الشكل (1.3) الضوء على معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر (لكل ألف امرأة) في السنة التي سبقت تنفيذ المسح الديموغرافي للعام 1995 والمسح الصحي للعام 2000 في الأراضي الفلسطينية. وقد شهدت معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر للنساء في الفئة العمرية 20 – 34 سنة ازدياداً طفيفاً خلال الفترة الممتدة من عام 1995 إلى عام 2000. إلا أن ذلك قابله انخفاضٌ في معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر للنساء اللواتي نقل أعمارهن عن 20 سنة وللواتي تزيد أعمارهن عن 35 سنة خلال نفس الفترة.

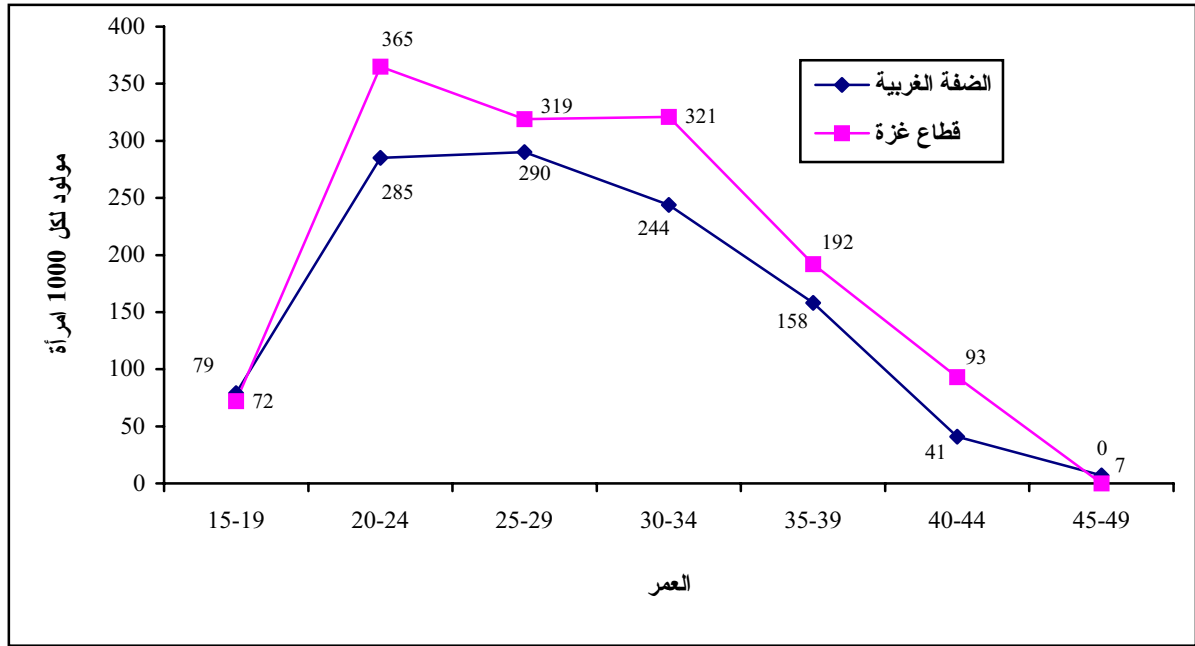
شكل 1.3: معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر للأعوام 1994، 1999



* المصدر: دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الديموغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة: النتائج النهائية. رام الله- فلسطين.

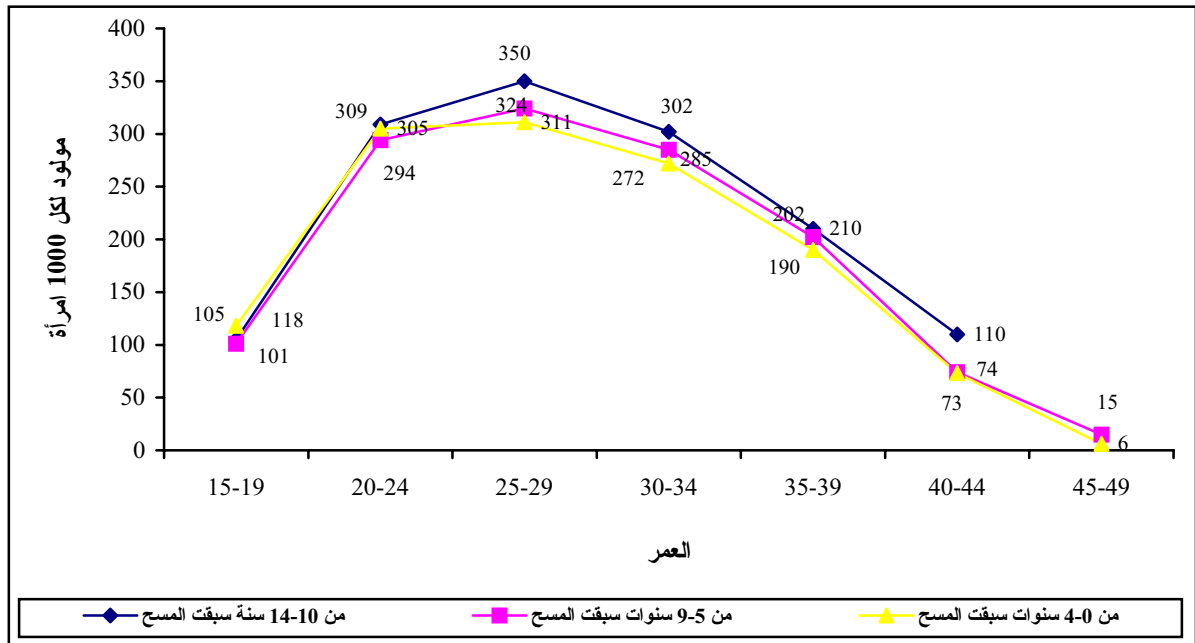
من ناحية أخرى، يتناول الشكل (2.3) معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر (لكل ألف امرأة) في السنة التي سبقت تنفيذ المسح الصحي للعام 2000 حسب المنطقة. كما يتضح من هذا الشكل أن معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر في قطاع غزة تفوق مثيلاتها في الضفة الغربية للنساء في الفئة العمرية 20 – 44 سنة. ومن الجدير ذكره أن الاختلافات بين الضفة الغربية وقطاع غزة تزداد بين الفئات العمرية 20 – 24 سنة و30 – 34 سنة.

شكل 2.3: معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر (لكل ألف امرأة) للعام 1999 حسب المنطقة



يتناول الشكل (3.3) معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر (لكل ألف امرأة) لفترات مرجعية مختلفة سبقت تنفيذ المسح الديموغرافي للعام 1995 حسب عمر المرأة وقت الولادة. حيث يلاحظ أن انخفاضاً كلياً قد طرأ على الخصوبة على مر السنين.

شكل 3.3: معدلات الخصوبة العمرية المحددة لفترات مرجعية سبقت المسح الديموغرافي للعام 1995



* المصدر: دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الديموغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة: التقرير النهائي. رام الله - فلسطين.

يعرض الجدول (2.3) معدلات الخصوبة الكلية حسب بعض الخصائص الخلفية. وترتفع معدلات الخصوبة الكلية في المناطق الريفية ومخيمات اللاجئين (6.07 و 6.06 على التوالي) عن المعدلات السائدة في المناطق الحضرية (5.85). علاوة على ذلك، ترتبط معدلات الخصوبة الكلية بشكل عكسي بمستويات التعليم بين النساء، حيث تبلغ معدلات الخصوبة الكلية بين النساء اللواتي أنهين أقل من التعليم الثانوي حوالي 6.64، وحوالي 5.37 بين النساء اللواتي أنهين مرحلة التعليم الثانوي، وحوالي 4.1 بين النساء اللواتي أنهين أكثر من التعليم الثانوي. وعادة ما يرتبط تدني مستويات التحصيل العلمي بانخفاض العمر عند الزواج الأول والحمل، وبالتالي وجود مستويات خصوبة مرتفعة لدى النساء الأقل تعليماً. ومن الملاحظ أن النساء اللواتي يعشن في المناطق الحضرية يتمتعن بمستويات علمية أعلى مقارنةً بالنساء اللواتي يعشن في المناطق الريفية أو مخيمات اللاجئين، ولذلك يتمتعن بمستويات خصوبة متدنية. وقد يكون هذا الاختلاف نتيجة للاختلافات القائمة في الوضع الاجتماعي والاقتصادي بين النساء في الحضر والريف ومخيمات اللاجئين.

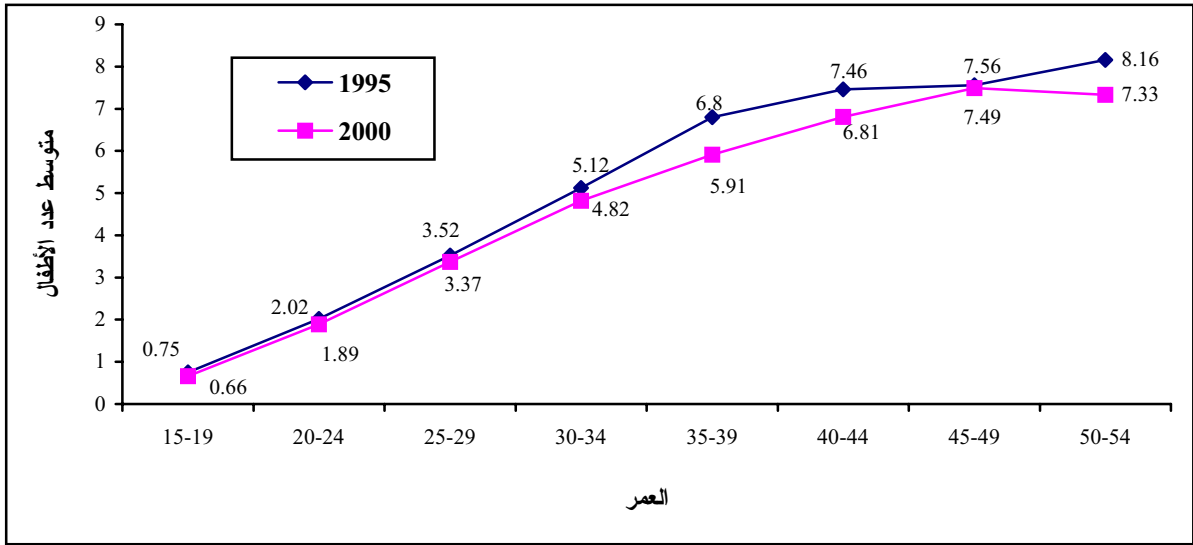
جدول 2.3: معدلات الخصوبة الكلية للعام 1999 حسب بعض الخصائص الخلفية

معدلات الخصوبة الكلية	الخصائص الخلفية
	نوع التجمع
5.85	حضر
6.07	ريف
6.06	مخيم
	المؤهل العلمي
6.64	أقل من ثانوي
5.37	ثانوي
4.10	أعلى من ثانوي

4.3 المواليد من الأطفال الأحياء:

يعتبر متوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم للمرأة مؤشراً للخصوبة التراكمية ويعكس خصوبة النساء الأكبر سناً ممن يشرفن على نهاية الفترة الإنجابية.

شكل 4.3: متوسط عدد الأطفال الذين ولدوا للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب الفئة العمرية (1995*، 2000)



* المصدر: دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الديمغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة: النتائج النهائية. رام الله - فلسطين.

يبين الشكل (4.3) متوسط عدد الأطفال الذين سبق للمرأة انجابهم في الأراضي الفلسطينية حسب العمر خلال 1995 و2000. وقد انخفض متوسط عدد الأطفال الذين سبق للمرأة انجابهم من 4.76 إلى 4.54 خلال هذه الفترة، ومن الملاحظ انخفاض هذا المتوسط لجميع الفئات العمرية.

يعرض الجدول (3.3) التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج والنساء المتزوجات حالياً حسب عدد الأطفال الذين سبق للمرأة انجابهم، ومتوسط عدد هؤلاء الأطفال، ومتوسط عدد هؤلاء الأطفال ولا زالوا على قيد الحياة. ومن الجدير بالذكر أنه يوجد لدى 30% من النساء اللواتي سبق لهن الزواج من جميع الفئات العمرية طفلان أو أقل (خصوبة الاحلال). وبالمعدل، فإنه يوجد لدى النساء الفلسطينيات اللواتي سبق لهن الزواج 4.54 أطفال، يبقى من بينهم 4.31 أطفال على قيد الحياة.

جدول 3.3: التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج والنساء المتزوجات حالياً حسب عدد الأطفال الذين سبق انجابهم، ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم، ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم ولا زالوا أحياء حسب العمر

متوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم	متوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم	عدد النساء	عدد الأطفال الذين سبق انجابهم												العمر
			+10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0		
			النساء اللواتي سبق لهن الزواج												
0.64	0.66	28,659	-	-	-	-	-	-	0.6	0.8	15.2	30.8	52.6	19-15	
1.84	1.89	80,200	-	-	-	0.1	0.4	1.5	8.6	21.3	27.3	25.9	14.9	24-20	
3.27	3.37	91,280	-	-	0.7	3.3	7.1	14.4	24.6	19.7	13.8	9.0	7.4	29-25	
4.64	4.82	82,065	2.1	2.6	4.7	10.1	16.0	21.3	18.6	12.4	6.1	2.1	4.0	34-30	
5.65	5.91	66,479	9.6	7.4	12.3	13.5	16.3	11.6	10.9	5.5	3.3	4.7	4.9	39-35	
6.41	6.81	51,773	22.4	10.8	12.3	10.7	8.1	10.0	9.7	3.9	3.7	2.6	5.8	44-40	
6.98	7.49	37,460	30.2	10.4	10.9	13.2	6.9	10.0	5.1	2.8	4.2	1.5	4.8	49-45	
6.71	7.33	31,279	27.7	15.4	10.2	9.1	8.2	8.2	7.7	3.9	3.2	0.3	6.1	54-50	
4.31	4.54	469,195	8.5	4.5	5.6	7.2	8.5	10.9	13.1	11.4	10.8	9.5	10.0	المجموع	
النساء المتزوجات حالياً															
0.64	0.66	28,659	-	-	-	-	-	-	0.6	0.8	15.2	30.8	52.6	19-15	
1.87	1.92	78,199	-	-	-	0.1	0.4	1.6	8.8	21.7	27.5	25.6	14.3	24-20	
3.32	3.42	89,194	-	-	0.7	3.3	7.3	14.6	25.1	19.9	13.6	8.8	6.7	29-25	
4.70	4.89	79,418	2.1	2.7	4.8	10.3	16.1	21.8	19.0	12.3	5.4	2.0	3.5	34-30	
5.77	6.04	63,854	10.0	7.6	12.8	13.9	16.7	11.7	10.9	5.1	3.2	3.6	4.5	39-35	
6.68	7.09	47,025	24.3	11.5	12.4	11.4	8.1	9.9	9.3	3.4	3.1	2.2	4.4	44-40	
7.16	7.68	33,373	31.3	11.1	11.6	13.4	6.0	10.6	4.5	2.4	3.7	1.1	4.3	49-45	
6.97	7.62	25,873	30.2	16.0	9.5	9.8	7.5	9.0	7.7	2.9	2.0	0.4	5.0	54-50	
4.34	4.57	445,595	8.5	4.5	5.6	7.3	8.5	11.1	13.3	11.5	10.7	9.4	9.6	المجموع	

كما يتضح من الجدول (3.3) فإنه يزداد متوسط عدد الأطفال الذين سبق للمرأة انجابهم ومتوسط عدد الذين لا يزالون على قيد الحياة، للنساء اللواتي سبق لهن الزواج والنساء المتزوجات حالياً مع زيادة عمر المرأة في الفئة العمرية 15 - 49 سنة، مقابل نقصان طفيف بين النساء في الفئة العمرية 50 - 54 سنة.

يعرض الجدول (4.3) متوسط عدد الأطفال الذين سبق للمرأة انجابهم، ومتوسط عدد هؤلاء الأطفال ولا يزالون على قيد الحياة للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب المنطقة والفئة العمرية. ويتضح من الجدول بأن متوسط عدد الأطفال الذين سبق للمرأة انجابهم ومتوسط عدد هؤلاء الأطفال الذين لا يزالون على قيد الحياة يرتفع بين نساء قطاع غزة ممن هن في الفئة العمرية 20 - 49 سنة عما هو عليه بين نظيراتهم في الضفة الغربية. لكن متوسط عدد الأطفال الذين سبق للمرأة انجابهم ومتوسط عدد هؤلاء الأطفال الذين لا يزالون على قيد الحياة يقل بين نساء قطاع غزة ممن هن في الفئة العمرية 15 - 19 سنة و 50 - 54 سنة مما هو بين نظيراتهم في الضفة الغربية.

جدول 4.3: متوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم ولا زالوا أحياء للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب المنطقة والعمر

العمر	الضفة الغربية		قطاع غزة	
	متوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم	متوسط عدد الاطفال الأحياء	متوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم	متوسط عدد الاطفال الأحياء
19-15	0.70	0.68	0.60	0.57
24-20	1.87	1.83	1.95	1.86
29-25	3.23	3.13	3.64	3.54
34-30	4.58	4.42	5.28	5.06
39-35	5.56	5.32	6.55	6.26
44-40	6.44	6.07	7.55	7.08
49-45	7.25	6.65	7.93	7.58
54-50	7.41	6.86	7.19	6.45
المجموع	4.39	4.17	4.82	4.58

5.3 فترات المباشرة بين المواليد:

فترة المباشرة بين المواليد هي الفترة الزمنية الممتدة بين مولودين أحياء متتاليين. وقد بلغ متوسط فترة المباشرة بين المواليد للنساء في الأراضي الفلسطينية خلال السنوات الخمس التي سبقت إجراء المسح حوالي 33 شهراً. يحتوي الجدول (5.3) على معلومات حول عدد المواليد وفترات المباشرة بين المواليد في السنوات الخمس التي سبقت إجراء المسح حسب خصائص مختارة حول الموضوع. ويرتبط متوسط فترات المباشرة بين المواليد بشكل إيجابي بعمر المرأة، حيث يتراوح بين 18.8 شهراً للنساء في الفئة العمرية 15 - 19 سنة وحوالي 48.8 شهراً للنساء في الفئة العمرية 40 - 44 سنة.

علاوة على ذلك، تمتاز النساء العاملات بارتفاع معدلات المباشرة بين المواليد مقارنةً بالنساء العاطلات عن العمل ممن سبق لهن أن عملن، والنساء العاطلات عن العمل ممن لم يسبق لهن أن عملن، وغيرهن من النساء (36.2 شهراً مقابل 27.3 شهراً، و32.5 شهراً، و32.9 شهراً على التوالي). كما يتضح بأنه لا توجد أية اختلافات كبيرة بين فترات المباشرة بين المواليد فيما يتعلق بمستوى المرأة التعليمي.

بالإضافة إلى ذلك، تتمتع النساء في الضفة الغربية بمعدلات مباحرة أكبر بين المواليد مقارنةً بالنساء في قطاع غزة (34.1 شهراً مقابل 31.2 شهراً على التوالي). كذلك الأمر، تتمتع النساء القاطنات في المناطق الحضرية والريفية بمعدلات مباحرة أكبر بين المواليد مقارنةً بالنساء القاطنات في المخيمات (33.6 شهراً و33.6 شهراً مقابل 30.0 شهراً على التوالي).

يتضح من مقارنة هذه المعدلات بمعدلات العام 1995¹ أن ازدياداً بنسبة 50% قد طرأ على فترات المباشرة بين المواليد منذ تلك السنة، حيث ازداد متوسط فترة المباشرة بين المواليد في الأراضي الفلسطينية من 21.8 شهراً في عام 1995 إلى 33.0 شهراً في عام 2000. كما تمت ملاحظة ازديادٍ مشابهٍ في فترات المباشرة بين المواليد في الضفة

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. المسح الديمغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة: النتائج النهائية. رام الله-فلسطين.

الغربية (21.9 شهراً في عام 1995 إلى 34.1 شهراً في عام 2000) وقطاع غزة (21.6 شهراً في عام 1995 إلى 31.2 شهراً في عام 2000). وتعرف الفترات القصيرة للمباعدة بين المواليد بأنها فترة المباعدة بين المواليد التي تقل عن 18 شهراً. وتحتل عملية قياس مدى وجود نساء يتمتعن بفترات قصيرة للمباعدة بين المواليد أهمية خاصة؛ وذلك لأن الفترات القصيرة للمباعدة بين المواليد تؤثر سلباً على صحة المرأة والطفل.

جدول 5.3: عدد المواليد وفترات المباعدة بين المواليد (بالأشهر) في السنوات الخمس التي سبقت إجراء المسح

حسب بعض الخصائص الخلفية

الخصائص الخلفية	عدد المواليد	متوسط فترة المباعدة بين المواليد (بالأشهر)
العمر		
19-15	4,927	18.8
24-20	72,821	22.6
29-25	126,667	28.5
34-30	110,652	34.9
39-35	62,986	41.6
44-40	26,854	48.8
49-45	5,217	46.0
المؤهل العلمي		
أقل من ثانوي	309,728	33.0
ثانوي	68,765	32.6
أعلى من ثانوي	31,631	34.5
الحالة العملية		
مشتغلة	19,999	36.2
متعطلة سبق لها العمل	4,067	27.3
متعطلة لم يسبق لها العمل	1,499	32.5
أخرى	384,559	32.9
نوع التجمع		
حضر	222,924	33.6
ريف	121,898	33.6
مخيم	65,302	30.0
المنطقة		
الأراضي الفلسطينية	410,124	33.0
الضفة الغربية	255,407	34.1
قطاع غزة	154,717	31.2

يقدم الجدول (6.3) توزيعاً نسبياً للنساء اللواتي يتمتعن بفترات قصيرة للمباعدة بين المواليد حسب العمر الحالي للمرأة والمنطقة.

جدول 6.3: نسبة النساء اللواتي يتمتعن بفترات مباحدة قصيرة بين المواليد (أي أقل من 18 شهراً) حسب العمر الحالي للمرأة والمنطقة

2000			*1995			العمر الحالي
الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
7.2	6.4	7.8	61.7	61.9	61.6	19-15
30.7	31.5	30.3	60.7	63.9	58.8	24-20
45.3	45.4	45.3	64.6	67.2	63.2	29-25
59.5	63.0	57.8	71.0	72.0	70.6	34-30
63.3	68.0	60.7	76.1	76.7	75.9	39-35
67.4	70.6	65.8	76.2	77.3	75.6	44-40
70.8	66.8	73.0	72.0	69.5	73.2	49-45
50.3	51.2	49.8	69.4	69.8	69.2	المجموع

* المصدر: دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الديمغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة: النتائج النهائية. رام الله - فلسطين.

في عام 2000، بلغت نسبة النساء في الأراضي الفلسطينية اللواتي يتمتعن بفترات قصيرة للمباحدة بين المواليد حوالي 50.3% مقابل 69.4% في عام 1995. ويلاحظ أن نسبة النساء اللواتي يتمتعن بفترات قصيرة للمباحدة بين المواليد لم تكن متفاوتة كثيراً حسب المنطقة في كلا المسحين.

6.3 العمر عند ولادة المولود الأول:

يعتبر عمر المرأة عند ولادة المولود الأول مؤشراً هاماً على الخصوبة؛ ذلك أن تأجيل المواليد الأوائل (يعكس عمراً متأخراً عند الزواج الأول) غالباً ما يكون مرتبطاً بانخفاض معدلات الخصوبة. يتناول الجدول (7.3) التوزيع النسبي للنساء حسب العمر عند ولادة المولود الأول والعمر الحالي. يتضح من الجدول بأن حوالي ثلث النساء في الأراضي الفلسطينية أنجبن مولودهن الأول على عمر 18 سنة أو أقل، بينما أنجب الثلث الثاني من النساء مولودهن الأول بين عمر 19-21 سنة، وأنجب الثلث الأخير مولودهن الأول على عمر أكبر من 21 سنة.

جدول 7.3: التوزيع النسبي للنساء حسب العمر عند المولود الأول والعمر الحالي

العمر عند المولود الأول	العمر الحالي								
	المجموع	54-50	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15
17 >	10.8	10.8	9.6	11.7	8.1	7.5	8.7	15.1	32.3
17	11.4	11.0	8.7	8.8	9.7	9.3	12.0	13.9	32.4
18	12.9	11.3	8.7	8.6	11.5	9.8	17.1	16.7	24.2
19	13.7	7.6	10.3	13.8	12.3	11.1	16.0	20.0	11.1
20	11.5	8.8	10.2	11.5	9.4	12.3	11.2	16.7	-
21	9.5	8.1	10.2	8.7	10.5	11.0	9.7	9.4	-
22	6.6	5.0	7.2	5.1	8.5	8.8	6.2	5.6	-
23	5.7	5.5	7.8	6.6	4.9	9.1	5.8	1.8	-
24	4.9	8.1	5.6	6.7	6.7	5.4	4.7	0.8	-
+25	13.0	23.8	21.7	18.5	18.4	15.7	8.6	-	-
عدد النساء	455,181	29,374	35,674	48,794	96,237	78,749	84,522	68,237	13,594

يعرض الجدول (8.3) تحليلاً للعمر الوسيط للنساء عند انجابهن أول مولود في الفئة العمرية 25 - 49 سنة حسب العمر الحالي وخصائص مختارة حول الموضوع. ويتضح من الجدول بأن العمر الوسيط للنساء في الأراضي الفلسطينية عند انجابهن المولود الأول يبلغ 20 سنة.

جدول 8.3: العمر الوسيط عند المولود الأول للنساء في الفئة العمرية (25-49) سنة حسب العمر الحالي وبعض الخصائص الخلفية

الخصائص الخلفية	العمر الحالي					
	المجموع	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25
المؤهل العلمي						
ثانوي وأقل	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	19.0
أعلى من الثانوي	24.0	25.0	26.0	25.0	23.0	24.0
نوع التجمع						
حضر	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	19.0
ريف	20.0	21.0	20.0	21.0	20.0	19.0
مخيم	20.0	21.0	20.0	21.0	21.0	19.0
المنطقة						
الأراضي الفلسطينية	20.0	21.0	20.0	20.0	21.0	19.0
الضفة الغربية	20.0	20.0	20.0	20.0	21.0	19.0
قطاع غزة	20.0	21.0	20.0	20.0	20.0	19.0

يتفاوت العمر الوسيط عند المولود الأول حسب المستوى التعليمي؛ حيث يتراوح بين 20 سنة للنساء اللواتي تعليمهن ثانوي وأقل و24 سنة للنساء اللواتي تعليمهن أعلى من التعليم الثانوي. علاوة على ذلك، يزداد العمر الوسيط عند انجاب المولود الأول مع ازدياد العمر، إلا أنه لم يختلف باختلاف المنطقة أو نوع التجمع السكاني.

يتضح من المقارنة مع بيانات عام 1995² أن العمر الوسيط عند انجاب المولود الأول قد انخفض بشكل طفيف من 20.7 سنة في عام 1995 إلى 20.0 سنة في عام 2000.

7.3 خصوبة المراهقات:

تحتل مسألة حمل وأمومة المراهقات درجة بالغة الأهمية؛ ويعود ذلك إلى أن صغر عمر الأم عادة ما يكون مرتبطاً بازدياد مخاطر مرض ووفاة الأم والطفل. كما أن الحمل والأمومة المبكرة تحد من فرص تحصيل التعليم العالي والمشاركة في القوى العاملة للمرأة وبالتالي تؤثر سلباً على الظروف الاجتماعية والاقتصادية لها. يلقى الجدول (9.3) الضوء على نسبة النساء في الفئة العمرية 15 – 19 سنة ممن أصبحن أمهات أو حوامل لأول مرة حسب سنوات العمر المفردة والمنطقة. ويتضح من الجدول بأن نسبة النساء اللواتي أصبحن أمهات في الفئة العمرية 15 – 19 سنة في الأراضي الفلسطينية قد بلغت 8.6%، كما أن 4.4% قد أصبحن حوامل بالمولود الأول. من ناحية أخرى، حوالي ثلث النساء الفلسطينيات في سن 19 سنة أصبحن أمهات أو حوامل في المولود الأول.

جدول 9.3: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-19) سنة أمهات أو حوامل بالمولود الأول حسب سنوات العمر المفردة والمنطقة، 2000

العمر بالسنوات المفردة	الضفة الغربية		قطاع غزة		الأراضي الفلسطينية	
	حوامل بالمولود الأول	أمهات	حوامل بالمولود الأول	أمهات	حوامل بالمولود الأول	أمهات
15	1.1	0.0	0.6	0.0	0.9	0.0
16	2.1	0.0	1.4	1.7	1.9	0.7
17	5.4	7.4	12.1	3.3	7.8	6.0
18	6.9	14.7	7.0	9.9	6.9	13.0
19	4.5	26.3	5.3	26.1	4.8	26.2
المجموع	4.0	9.2	5.1	7.6	4.4	8.6

يبين الجدول (10.3) نسبة النساء في الفئة العمرية 15 – 19 سنة ممن أصبحن أمهات أو حوامل لأول مرة حسب سنوات العمر المفردة والمنطقة في عام 1995³. ومن الملاحظ أن انخفاضاً قد طرأ على حمل المراهقات من 5.0% عام 1995 إلى 4.4% عام 2000، والأمهات من 12.3% إلى 8.6% لنفس الفترة على التوالي. ويتضح أن نسبة الانخفاض في حمل المراهقات يمكن ملاحظته في سن 15 سنة، و16 سنة، و19 سنة. من ناحية أخرى، نجد أن هناك انخفاضاً في نسبة الأمومة بين المراهقات في العمر 15 وحتى 19 سنة.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. المسح الديموغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة: التقرير النهائي. رام الله - فلسطين.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. المسح الديموغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة: التقرير النهائي. رام الله - فلسطين.

جدول 10.3: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-19) سنة أمهات أو حوامل بالمولود الأول حسب سنوات العمر المفردة والمنطقة، 1995

الأراضي الفلسطينية		قطاع غزة		الضفة الغربية		العمر بالسنوات المفردة
أمهات	حوامل بالمولود الأول	أمهات	حوامل بالمولود الأول	أمهات	حوامل بالمولود الأول	
0.8	1.7	1.3	2.5	0.5	1.3	15
2.8	4.6	4.4	4.5	2.0	4.6	16
10.6	5.3	17.7	5.1	7.4	5.4	17
19.9	6.7	26.3	6.5	16.9	6.8	18
30.1	7.0	32.8	7.8	28.9	6.5	19
12.3	5.0	16.1	5.2	10.6	4.8	المجموع

المصدر: دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الديمغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة: النتائج النهائية. رام الله - فلسطين.

يبين الجدول (11.3) نسبة النساء في الفئة العمرية 15 - 19 سنة أمهات أو حوامل لأول مرة حسب سنوات العمر المفردة ونوع التجمع السكاني. وتقل هذه النسبة بين الأمهات في المخيمات مقارنة بالنساء المقيمات في مناطق الحضر والريف (6.9% مقابل 8.9% و 8.9% على التوالي).

جدول 11.3: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-19) سنة أمهات أو حوامل بالمولود الأول حسب سنوات العمر المفردة ونوع التجمع

مخيم		ريف		حضر		العمر بالسنوات المفردة
أمهات	حوامل بالمولود الأول	أمهات	حوامل بالمولود الأول	أمهات	حوامل بالمولود الأول	
0.0	2.2	0.0	0.0	0.0	1.1	15
1.7	1.7	0.0	0.0	0.7	2.7	16
4.8	5.9	7.7	3.7	5.4	10.1	17
3.2	8.3	14.6	8.7	14.7	5.6	18
23.7	7.9	23.9	4.1	28.4	4.2	19
6.9	5.2	8.9	3.3	8.9	4.7	المجموع

ملخص تنفيذي

* يشير المسح الصحي للعام 2000 إلى ارتفاع مستويات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية. علاوة على ذلك، تنخفض الخصوبة ببطء مع الوقت. وتشير النتائج إلى أن معدل الخصوبة الكلي للمرأة الفلسطينية بلغ 5.93 أطفال عام 2000، أي بانخفاض قدره 0.13 عن عام 1995.

* تتفاوت مستويات الخصوبة حسب المنطقة الجغرافية، ويبلغ معدل الخصوبة الكلية 5.52 مواليد لكل امرأة في الضفة الغربية و 6.81 مواليد لكل امرأة في قطاع غزة.

* تتفاوت مستويات الخصوبة كثيراً حسب مستوى التحصيل العلمي للمرأة، حيث تبلغ معدلات الخصوبة الكلية بين النساء اللواتي أنهين أقل من التعليم الثانوي حوالي 6.6، وحوالي 5.4 بين النساء اللواتي أنهين مرحلة التعليم الثانوي، وحوالي 4.1 بين النساء اللواتي أنهين أكثر من التعليم الثانوي.

* انخفض متوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم لكل امرأة من 4.76 إلى 4.54 خلال الفترة 1995 و 2000.

* بلغ متوسط فترة المباشرة بين المواليد للنساء في الأراضي الفلسطينية خلال السنوات الخمس التي سبقت إجراء المسح حوالي 33 شهراً. وقد شهدت فترة المباشرة بين المواليد ازدياداً بنسبة 50% منذ عام 1995.

* تلت النساء في الأراضي الفلسطينية ينجبن مولودهن الأول على عمر 18 سنة أو أقل، بينما ينجب الثلث الثاني من النساء في الأراضي الفلسطينية مولودهن الأول بين 19 سنة و 21 سنة، أما الثلث الثالث من النساء في الأراضي الفلسطينية فينجبن مولودهن الأول بعد عمر 21 سنة.

* 8.6% من النساء في الفئة العمرية 15 - 19 سنة في الأراضي الفلسطينية كن أمهات عند تنفيذ المسح. إضافة إلى ذلك هناك 4.4% من النساء في هذه الفئة العمرية حوامل في الطفل الأول.

التوصيات

- التركيز في برامج صحة الأمومة والطفولة التثقيفية على الفائدة الصحية المرجوه للأم والطفل من العائلات الأصغر حجماً، وفترات أطول للمباشرة بين المواليد، وتأخير الحمل الأول حتى سنوات العشرينيات من العمر، إذ أن من شأن هذه الأمور المحافظة على صحة متوازنة لكل من الأم والطفل، بالإضافة إلى إعطاء كل طفل حقه الكامل في التربية والعناية الكافية.

- ضرورة أن تساهم المؤسسات العاملة في مجال تنظيم الأسرة في توجيه المواطنين نحو تنظيم الأسرة وأهميتها، وأهمية المباشرة بين المواليد وتأخير الحمل والانجاب إلى ما بعد سن المراهقة، وعدم الاكتفاء بتوجيه النساء فقط، بل محاولة اشراك الرجال في هذه المواضيع، حيث يقومون بدور في القرار حول تنظيم الأسرة أو عدمه.

الفصل الرابع

محددات الخصوبة

1.4 مقدمة:

يبحث هذا الفصل في بعض العوامل البيولوجية، والديمغرافية، والصحية، والاجتماعية، والاقتصادية التي تؤثر على صحة المرأة الإنجابية، وفي تحديد مستويات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية. وتشمل هذه العوامل الحالة الزوجية، والعمر عند الزواج الأول، وزواج الأقارب، والعمر عند إنجاب المولود الأول، والتباعد بين المواليد، ومدة الحياة الزوجية، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم، والعمل، والتعليم.

إن توزيع السكان حسب الحالة الزوجية يؤثر في التغيرات السكانية، حيث تتميز المجتمعات التي تنتشر فيها ظاهرة الزواج المبكر بالإنجاب المبكر والخصوبة المرتفعة. إذ أن الزواج والطلاق والترمّل، عبارة عن أحداث ديمغرافية تؤثر مباشرة في التعرض للحمل والإنجاب. ولأنماط الزواج تأثير كبير على الخصوبة، وذلك من حيث تأثيرها على الفترة التي تكون المرأة خلالها معرضة للحمل، كما يعتبر الزواج الخطوة الأولى نحو البدء في العملية الإنجابية، حيث أن جميع حالات الحمل والولادة في المجتمع الفلسطيني كغيره من المجتمعات العربية تتم أثناء الزواج. حيث أن العادات والتقاليد والبنية الاجتماعية والديانة تدعم الإنجاب بعد الزواج وليس خارج الزواج.

بالرغم من الانخفاض التدريجي البسيط الذي تشهده معدلات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية إلا أنها ما زالت مرتفعة نسبياً مقارنة بما هي عليه في دول أخرى، وقد يكون لصغر العمر عند الزواج الأول، والرغبة في إنجاب الذكور، والأوضاع السياسية تلعب دوراً هاماً في رفع أو خفض معدل المواليد، كما أن للعادات والتقاليد السائدة في المجتمع الفلسطيني أثر في ذلك. وهناك دلائل تؤكد على أن الخصوبة بدأت في الانخفاض خلال السنوات القليلة الماضية، كما تشير التقديرات السكانية إلى أن هناك انخفاضاً مضطرباً في معدل المواليد الخام (عدد المواليد لكل 1000 من السكان في منتصف العام) خلال النصف الثاني من العقد الماضي.

قدر معدل المواليد الخام لعام 1997 في الأراضي الفلسطينية بـ 42.7 لكل ألف من السكان، موزعاً على الضفة الغربية بواقع 41.2 وقطاع غزة بواقع 45.4 لكل ألف من السكان¹. ويشار هنا إلى أن معدل المواليد الخام بدأ بالانخفاض منذ منتصف السبعينات، إلا أنه ومع اندلاع الانتفاضة عام 1987، أخذ بالارتفاع حيث وصل إلى 46.7 لكل ألف من السكان في الضفة الغربية و54.7 في قطاع غزة عام 1990²، ثم بدأ بالانخفاض مع قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية عام 1994.

وعند الأخذ في الاعتبار مقياس معدل الخصوبة الكلية (متوسط ما تتجبه المرأة من أطفال خلال فترة حياتها الإنجابية) نجد أن معدل الخصوبة الكلية انخفض من 6.4 مولود خلال الفترة 1985-1989 إلى 6.1 مولود عام 1995، وانخفض إلى 6.0 مولود عام 1997 وفق النتائج النهائية للتعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت - 1997، وقد يعود الانخفاض إلى عدة عوامل منها زيادة مشاركة المرأة بالقوى العاملة، واستتباب الأمن، كما أن تحسن الأوضاع الصحية، وارتفاع

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. السكان في الأراضي الفلسطينية، 1997-2025. رام الله-فلسطين

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. المسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة-النتائج النهائية. رام الله-فلسطين

نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية لها أثر واضح في انخفاض مستويات الخصوبة، بالإضافة إلى ارتفاع معدلات التعليم وخاصة تعليم الإناث. وتجدر الإشارة إلى أن معدل الخصوبة الكلي في قطاع غزة أعلى منه في الضفة الغربية، حيث بلغ معدل الخصوبة الكلي لعام 1999 في الأراضي الفلسطينية 5.9 مولود، وبلغ معدل الخصوبة في الضفة الغربية 5.4 و6.8 في قطاع غزة وفقاً لنتائج المسح الصحي 2000.

2.4 الحالة الزوجية:

مما لا شك فيه أن لظاهرة الزواج أبعادها الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية. وأن بيانات الحالة الزوجية الحالية للإناث توفر معطيات حول ظاهرة الزواج والعمر المتوقع عند الزواج، ودور الحالة الزوجية وسلوكها في تعزيز وتحديد الخصوبة باعتبارها العامل الديمغرافي الأكثر استجابة وحسماً في التأثير على معدلات النمو السكاني سلباً أو إيجاباً.

جدول 1.4: التوزيع النسبي للنساء (15-49) سنة حسب العمر والحالة الزوجية الحالية والمنطقة، 2000

عدد النساء	الحالة الزوجية				العمر والمنطقة
	أرملة	مطلقة	متزوجة	عزباء	
الأراضي الفلسطينية					
157,679	0.0	0.0	18.4	81.6	19-15
134,292	0.0	1.5	58.6	39.9	24-20
114,010	0.2	1.7	78.5	19.6	29-25
94,626	1.0	1.8	84.4	12.8	34-30
77,115	2.0	1.5	82.9	13.6	39-35
58,120	5.3	3.2	81.1	10.4	44-40
42,063	8.2	1.6	80.7	9.5	49-45
677,905	1.3	1.4	62.3	35.0	المجموع
الضفة الغربية					
99,867	0.0	0.0	17.2	82.8	19-15
87,039	0.0	1.6	57.7	40.7	24-20
76,374	0.2	1.9	75.9	22.0	29-25
64,036	0.7	1.4	83.1	14.8	34-30
51,696	2.6	1.8	79.5	16.1	39-35
39,301	4.8	3.1	79.8	12.3	44-40
27,248	8.3	1.4	79.6	10.7	49-45
445,561	1.4	1.4	61.2	36.0	المجموع
قطاع غزة					
57,812	0.0	0.0	20.4	79.6	19-15
47,253	0.0	1.3	60.1	38.6	24-20
37,636	0.0	1.5	83.9	14.6	29-25
30,590	1.6	2.7	87.2	8.5	34-30
25,419	0.8	1.0	89.7	8.5	39-35
18,819	6.1	3.4	84.1	6.4	44-40
14,815	8.0	2.1	82.7	7.2	49-45
232,344	1.2	1.4	64.3	33.1	المجموع

يبين الجدول (1.4) توزيع النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة، حسب الحالة الزوجية الحالية، ويتضح من الجدول أن 62.3% من النساء في سن الإنجاب متزوجات حالياً، و1.3% منهن أرمال، و1.4% مطلقات، في حين أن 35.0% من النساء لم يتزوجن أبداً. كما وتشير المعطيات في الجدول بأن 18.4% من النساء في الفئة

العمرية من 19-15 سنة متزوجات، وترتفع نسبة المتزوجات في الفئة العمرية 20-24 سنة لتصل إلى 58.6%. ويلاحظ كذلك أن نسب الترميل ترتفع مع تقدم العمر، حيث بلغت نسبة النساء الأرمال في الفئة العمرية 45-49 سنة حوالي 8.0%. أما نسبة المطلقات بين النساء 20 سنة فأكثر فقد تراوحت بين 1.5% و3.2%.

يظهر الجدول (1.4) أن 61.2% من النساء في سن الإنجاب في الضفة الغربية متزوجات حالياً، وترتفع هذه النسبة في قطاع غزة إلى 64.3%، وهذا يفسر جزئياً ارتفاع معدلات الخصوبة، والتي تؤثر على معدلات النمو السكاني. أما نسبة الأرمال والمطلقات في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة فهي متساوية تقريباً، وتشير النتائج إلى أن نسبة النساء اللواتي لم يتزوجن بعد في الضفة الغربية أعلى منها في قطاع غزة ولجميع الفئات العمرية.

3.4 العمر عند الزواج الأول:

يحدد العمر عند الزواج الأول بموجب قانون الأحوال الشخصية رقم (61) لسنة 1976 المعمول به في فلسطين، إذ تنص المادة رقم (5) على أنه وضمن أهلية الزواج يشترط أن يكون عمر الخاطب ست عشرة سنة، وعمر المخطوبة خمس عشرة سنة وذلك بالسنوات الهجرية.

جدول 2.4: التوزيع النسبي للنساء (15-49) سنة اللواتي سبق لهن الزواج حسب العمر عند الزواج الأول والعمر الحالي، 2000

المجموع	العمر الحالي							العمر عند الزواج الأول
	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	
النساء اللواتي سبق لهن الزواج								
5.1	5.1	6.8	4.5	3.8	4.6	6.2	5.6	14 فأقل
9.9	8.9	8.7	8.6	6.9	9.2	11.6	22.6	15
12.9	10.1	10.5	11.1	10.5	13.5	15.5	23.0	16
13.3	7.4	8.5	11.0	9.9	16.5	15.0	29.1	17
14.3	9.7	13.8	14.3	12.1	15.1	17.4	16.4	18
11.0	12.2	11.0	8.4	11.4	10.6	15.2	3.3	19
8.5	9.7	6.9	11.2	11.4	7.2	8.3	-	20
5.2	5.6	5.2	5.3	7.0	4.2	5.8	-	21
5.1	7.6	6.1	4.4	8.6	4.5	3.1	-	22
4.0	5.8	4.9	5.5	5.0	4.3	1.4	-	23
2.9	4.2	2.5	3.5	3.9	4.2	0.5	-	24
7.8	13.7	15.1	12.2	9.5	6.1	-	-	+25
437,916	37,460	51,773	66,479	82,065	91,280	80,200	28,659	عدد النساء

إن العمر عند الزواج الأول يعتبر من العوامل الهامة التي تؤثر على مستوى الإنجاب، ويؤثر على رفع أو خفض معدلات الخصوبة، فالزواج المبكر يؤدي عادة إلى معدلات خصوبة عالية، كما وأن الزواج المتأخر يؤدي إلى خفض معدلات الخصوبة والإنجاب بسبب قصر فترة الإنجاب. فالنساء اللواتي يتزوجن في سن مبكرة تكون فرصهن للتعرض للحمل لعدة مرات أعلى، وبالتالي فإن رفع سن الزواج هو أحد الأسباب التي يمكن أن تقلل من معدلات الخصوبة.

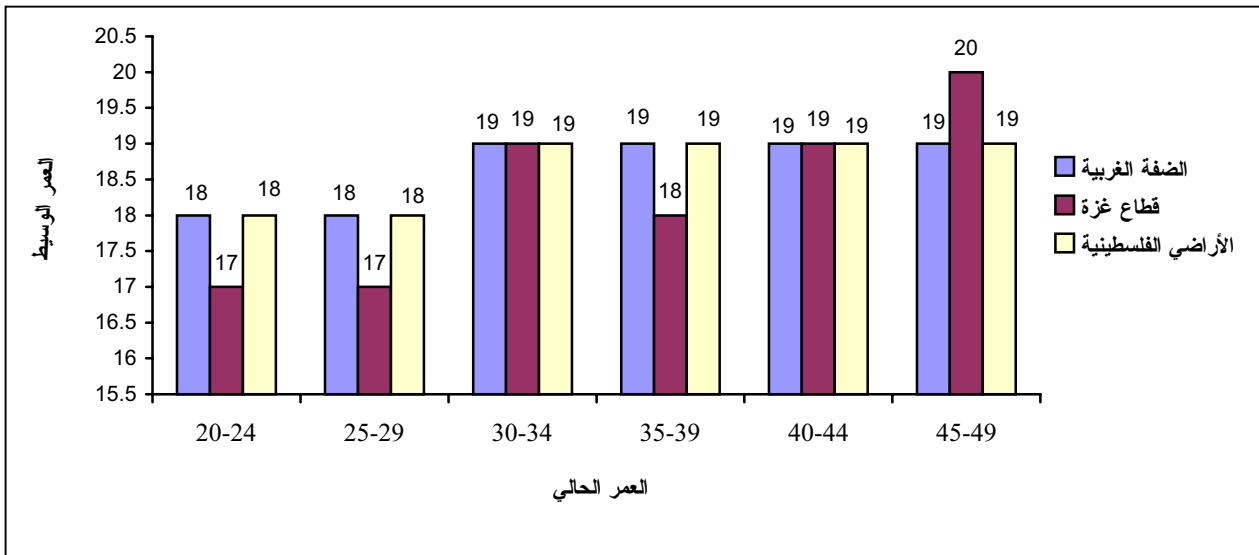
يبين الجدول (2.4) نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج، حسب العمر عند الزواج الأول وحسب العمر الحالي، فيلاحظ أن نسبة النساء اللواتي تزوجن عند بلوغهن 14 سنة أو أقل بلغت 5.1%، كما أن نسبة النساء اللواتي

تزوجن الزواج الأول عند بلوغهن 14 سنة فأقل، وعمرهن الحالي 15-19 سنة هي 5.6%، في حين ارتفعت النسبة لتصل إلى 6.2% للنساء اللواتي تزوجن الزواج الأول عند بلوغهن 14 سنة فأقل وعمرهن الحالي 20-24 سنة. وكما يبدو من خلال الجدول فإن الزواج يتم في سن مبكرة، وتتركز أعلى النسب للنساء المتزوجات واللواتي يبلغن من العمر 15-19 سنة وكن قد تزوجن عند الأعمار (15، 16، 17، 18) سنة.

من الملاحظ أن العمر الوسيط عند الزواج الأول لا يزال منخفضاً ويبلغ 18 سنة، أي أن حوالي 50% من النساء قد تزوجن قبل بلوغهن سن الثامنة عشرة. ويلاحظ تساوي العمر الوسيط عند الزواج الأول في الضفة الغربية وقطاع غزة.

بالإضافة إلى احتمال زيادة معدلات الخصوبة للمرأة نتيجة للزواج المبكر، فإن هناك آثاراً سلبية على صحة الأم والطفل معاً نتيجة لهذه الظاهرة. كما أن انخفاض العمر عند الزواج قد يشكل عائقاً أمام المرأة من حيث إمكانية متابعة تحصيلها العلمي أو مشاركتها في سوق العمل.

شكل 1.4: العمر الوسيط عند الزواج الأول للنساء (15-49) سنة اللواتي سبق لهن الزواج حسب العمر الحالي والمنطقة، 2000



حسب نتائج المسح الديمغرافي لعام 1995 لم يطرأ تغيير على العمر الوسيط عند الزواج الأول منذ عام 1995، حيث بلغ العمر الوسيط عند الزواج الأول عام 1995 في الأراضي الفلسطينية 18 سنة³.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. المسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة - النتائج النهائية. رام الله - فلسطين.

1.3.4 العمر عند الزواج الأول وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم:

لمعرفة وضع الخصوبة الحالي لآبد من ربط تأثير النساء المتزوجات حالياً مع العمر عند الزواج الأول وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم. فمن الواضح بأنه كلما انخفض العمر عند الزواج الأول زاد عدد الأطفال المنجبين أحياء والباقيين على قيد الحياة، حيث بلغت نسبة النساء المتزوجات حالياً وانجبن من 0-3 أطفال 41.2%، بينما بلغت نسبة النساء المتزوجات حالياً وانجبن من 4-7 أطفال 40.2%، في حين بلغت نسبة النساء المتزوجات حالياً وانجبن 8 أطفال فأكثر 18.6%، كما وبلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم 4.6.

جدول 3.4: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب العمر عند الزواج الأول وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الأحياء والمنطقة، 2000

عمر عند الزواج الأول والمنطقة	عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم			متوسط عدد الأطفال الأحياء	عدد النساء
	3-0	7-4	+8		
الأراضي الفلسطينية					
14 فأقل	22.5	44.7	32.8	6.26	23,355
19-15	39.5	39.9	20.6	4.77	271,413
24-20	42.4	42.7	14.9	4.27	114,556
+25	61.3	32.4	6.3	2.93	36,271
المجموع	41.2	40.2	18.6	4.57	445,595
الضفة الغربية					
14 فأقل	17.3	47.4	35.3	6.68	12,315
19-15	39.5	42.0	18.5	4.70	173,832
24-20	46.1	43.0	10.9	3.96	76,556
+25	64.9	31.7	3.4	2.63	25,480
المجموع	42.6	41.7	15.7	4.40	288,183
قطاع غزة					
14 فأقل	28.2	41.8	30.0	5.79	11,040
19-15	39.4	36.1	24.5	4.89	97,581
24-20	35.2	42.0	22.8	4.89	38,000
+25	52.7	33.7	13.6	3.62	10,791
المجموع	38.5	37.8	23.7	4.86	157,412

ويتضح أنه كلما ارتفع العمر عند الزواج الأول قلّ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم، مع وجود بعض الفروق ما بين الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث بلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم 4.4 في الضفة الغربية و4.9 في قطاع غزة.

ومن الملاحظ أن ما نسبته 17.3% من النساء في الضفة الغربية المتزوجات حالياً واللواتي تزوجن وأعمارهن 14 سنة أو أقل قد انجبن من 0-3 أطفال، بينما بلغت النسبة في قطاع غزة 28.2%. ويتضح الفرق بين المنطقتين من حيث نسبة النساء اللواتي انجبن ما يزيد عن ثمانية أطفال، فقد بلغت 15.7% في الضفة الغربية، و23.7% في قطاع غزة، وهذا يفسر ارتفاع معدل الخصوبة في قطاع غزة عنه في الضفة الغربية.

2.3.4 عمر الأم:

هناك ارتباط واضح بين عمر الأم وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم من حيث مدى التأثير على الخصوبة، حيث تظهر البيانات في جدول (4.4) بأنه لا فرق في معدلات خصوبة النساء المتزوجات حالياً اللواتي يؤثرن بشكل واضح على معدلات الخصوبة الحالية وبين النساء اللواتي سبق لهن الزواج وكن قد أثرن في الخصوبة.

جدول 4.4: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب عمر الأم وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الأحياء والمنطقة، 2000

عدد النساء	متوسط عدد الأطفال الأحياء	متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم	عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم			عمر الأم
			+8	7-4	3-0	
الأراضي الفلسطينية						
28,659	0.64	0.66	0.0	0.6	99.4	19-15
78,199	1.87	1.92	0.0	10.9	89.1	24-20
89,194	3.32	3.42	0.8	50.2	49.0	29-25
249,543	5.91	6.25	32.9	50.5	16.6	54-30
445,595	4.34	4.57	18.6	40.2	41.2	المجموع
الضفة الغربية						
17,198	0.68	0.70	0.0	0.0	100	19-15
49,964	1.86	1.89	0.0	10.2	89.8	24-20
57,947	3.18	3.28	0.5	46.8	52.7	29-25
163,074	5.64	5.96	27.9	53.7	18.4	54-30
288,183	4.19	4.40	15.7	41.7	42.6	المجموع
قطاع غزة						
11,461	0.57	0.60	0.0	1.6	98.4	19-15
28,235	1.89	1.97	0.0	12.2	87.8	24-20
31,247	3.57	3.67	1.1	56.9	42.0	29-25
86,469	6.42	6.8	42.8	43.9	13.3	54-30
157,412	4.62	4.86	23.7	37.8	38.5	المجموع

نلاحظ أن نسبة النساء المتزوجات حالياً في الفئة العمرية 19-15 سنة وأنجن 3-0 أطفال بلغت 99.4%، في حين بلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم 0.7، وبلغت نسبة النساء المتزوجات حالياً وأنجن من 3-0 أطفال 41.2%، بينما بلغت نسبة النساء المتزوجات حالياً وأنجن من 7-4 أطفال 40.2%، كما وبلغت نسبة النساء اللواتي أنجن 8 أطفال فأكثر 18.6%. ومن الملاحظ أن عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم يزداد مع ازدياد العمر وذلك نتيجة لزيادة الفترة التي تكون فيها المرأة معرضة للحمل، ويؤكد ذلك ارتفاع نسبة النساء اللواتي أنجن أكثر من أربعة أطفال في الفئة العمرية 54-30 سنة، حيث بلغت نسبة النساء اللواتي أنجن أكثر من أربعة أطفال 83.4%. كما يرتبط متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم طردياً مع العمر، حيث بلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم للفئة العمرية (54-30) سنة 6.25 طفلاً.

4.4 زواج الأقارب:

يلاحظ شيوع ظاهرة الزواج بين الأقارب بالدم في الأراضي الفلسطينية كمثيلاتها من البلاد العربية الأخرى، سواء كانت القرابة بين أبناء العم أو الخال أو كليهما، أو بين أبناء الحمولة الواحدة.

نلاحظ أن ظاهرة زواج الأقارب شائعة في المجتمع الفلسطيني كما هو موضح في الجدول (5.4)، حيث أن ما نسبته 48.3% من النساء اللواتي سبق لهن الزواج تزوجن من قريب لهن من الدرجة الأولى (ابن عم/عمة، ابن خال/خاله) أو قريب من نفس الحمولة، وهذه النسبة في قطاع غزة 52.5% أعلى مما هي عليه في الضفة الغربية 46.1%، ويتضح أن هذه النسب لم تختلف كثيراً عما كانت عليه عام 1995، حيث بينت نتائج المسح الديمغرافي لذلك العام بأن نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج من قريب لهن من الدرجة الأولى أو قريب من نفس الحمولة بلغت 52% في قطاع غزة و47% في الضفة الغربية⁴. ولهذه الظاهرة آثار سلبية خاصة على صحة الأطفال، حيث يكون احتمال الإصابة بالأمراض الوراثية أعلى بين أطفال الأزواج الأقارب مقارنة مع أطفال الأزواج غير الأقارب، ويعتبر الحفاظ على العلاقات الاجتماعية والعائلية بين الأسر والأفراد من أسباب انتشار هذه الظاهرة، ومن هنا نجد أن هذه الظاهرة قد تكون أحد الأسباب التي تؤدي إلى زواج مبكر ومن ثم إلى ارتفاع معدلات الخصوبة كون العائلة تلعب دوراً كبيراً في تحديد عدد الأطفال وبالأخص الذكور، حيث ينظر للأبناء كعزوة وضمن اجتماعي للوالدين عند تقدمهم في السن، إذ أنه يتوقع أن عمل الذكور في المستقبل سيجلب دخلاً للأسرة يساعدها في تحسين ظروفها الاقتصادية وإعالة الوالدين عند تقدمهم في السن. كما أن إنجاب الأبناء وخاصة الذكور منهم فيه حفظ لاسم العائلة، إضافة إلى النظرة إلى الأبناء وزيادة عددهم كعامل سياسي مؤثر في الصراع الديمغرافي في المنطقة.

ويلاحظ من خلال جدول (6.4) أن هناك فرقاً، وإن كان بسيطاً، بين الذين يتزوجون من أقارب وبين الذين يتزوجون من خارج نطاق العائلة، حيث بلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم للأزواج الذين تربطهم علاقة قرابة من الدرجة الأولى 4.5، في حين بلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم للأزواج الذين لا توجد بينهم صلة قرابة 3.9 في الأراضي الفلسطينية.

4 الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1998. المسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير المواضيع (رقم 3)، الزواج - نتائج تفصيلية.

جدول 5.4: التوزيع النسبي للنساء (15-49) سنة اللواتي سبق لهن الزواج حسب درجة القرابة مع الزوج والعمر والمنطقة، 2000

المجموع	العمر							درجة القرابة والمنطقة
	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	
الأراضي الفلسطينية								
28.4	26.9	27.5	30.2	27.2	28.6	29.0	29.7	قرابة من درجة أولى
19.9	21.2	22.8	18.5	20.9	19.0	19.2	18.4	قريب من نفس الحمولة
51.7	51.7	49.7	51.3	51.9	52.4	51.8	51.9	لا توجد قرابة
437,916	37,460	51,774	66,479	82,065	91,280	80,199	28,659	عدد النساء
الضفة الغربية								
26.8	26.0	23.6	28.5	25.6	25.9	29.6	27.8	قرابة من درجة أولى
19.3	19.0	21.9	18.7	18.5	18.9	19.5	20.2	قريب من نفس الحمولة
53.9	55.0	54.5	52.8	55.9	55.2	50.9	52.0	لا توجد قرابة
283,747	23,934	34,463	43,226	54,093	59,488	51,345	17,198	عدد النساء
قطاع غزة								
31.5	28.6	35.2	33.4	30.3	33.5	27.9	32.6	قرابة من درجة أولى
21.0	24.9	24.6	18.2	25.4	19.4	18.7	15.6	قريب من نفس الحمولة
47.5	46.5	40.2	48.4	44.3	47.1	53.4	51.8	لا توجد قرابة
154,169	13,526	17,311	23,253	27,972	31,792	28,854	11,461	عدد النساء

جدول 6.4: التوزيع النسبي للنساء (15-49) سنة المتزوجات حالياً حسب عدد المواليد الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد المواليد الأحياء ومتوسط عدد المواليد الباقين على قيد الحياة وعلاقة القرابة مع الزوج، 2000

عدد النساء	متوسط عدد الأطفال الأحياء	متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم	عدد المواليد الذين سبق إنجابهم			درجة القرابة والمنطقة
			+8	7-4	3-0	
الأراضي الفلسطينية						
120,196	4.27	4.54	19.8	39.5	40.7	قرابة من درجة أولى
85,003	4.63	4.82	21.8	41.0	37.2	قريب من نفس الحمولة
214,523	3.79	3.95	12.2	41.2	46.6	لا توجد قرابة
419,722	4.10	4.29	16.3	40.7	43.0	المجموع
الضفة الغربية						
72,896	4.08	4.34	16.0	41.9	42.1	قرابة من درجة أولى
53,111	4.46	4.64	18.5	42.6	38.9	قريب من نفس الحمولة
145,588	3.70	3.85	10.6	41.5	47.9	لا توجد قرابة
271,595	3.95	4.14	13.6	41.8	44.6	المجموع
قطاع غزة						
47,300	4.56	4.85	25.6	35.8	38.6	قرابة من درجة أولى
31,893	4.91	5.11	27.3	38.3	34.4	قريب من نفس الحمولة
68,935	4.00	4.15	15.6	40.5	43.9	لا توجد قرابة
148,128	4.37	4.58	13.6	38.5	40.2	المجموع

5.4 العمر عند إنجاب المولود الأول:

يعتبر العمر عند إنجاب المولود الأول من العوامل المؤثرة في معدلات الخصوبة، وهو مرتبط بصورة أكبر بالعمر عند الزواج الأول. وقد بلغ العمر الوسيط عند إنجاب المولود الأول للنساء في العمر 25-49 سنة حوالي 20 سنة، وهذا يعني أن نصف النساء اللواتي سبق لهن الزواج في هذه الفئة العمرية قد أنجبن المولود الأول قبل بلوغهن هذا العمر، ويعتبر هذا العمر منخفضاً حيث أنه من المتوقع أن تكون النساء في هذا العمر على مقاعد الدراسة لمواصلة تعليمهن، ويعود الانخفاض في العمر عند إنجاب المولود الأول إلى انخفاض العمر الوسيط عند الزواج الأول للمرأة الفلسطينية والبالغ 18 سنة.

جدول 7.4: العمر الوسيط عند إنجاب المولود الأول بين النساء (25-49) سنة حسب العمر الحالي وبعض الخصائص الخلفية، 2000

المجموع	العمر الحالي					الخصائص الخلفية
	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	
سنوات التعليم						
20.0	21.0	19.0	20.0	19.0	18.0	0
19.0	19.0	19.0	19.0	20.0	18.0	6-1
19.0	20.0	20.0	19.0	19.0	18.0	9-7
20.0	21.0	21.0	21.0	20.0	20.0	12-10
24.0	25.0	26.0	25.0	23.0	23.0	+13
نوع التجمع						
20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	19.0	حضر
20.0	21.0	20.0	21.0	20.0	19.0	ريف
20.0	21.0	20.0	21.0	21.0	19.0	مخيم
المنطقة						
20.0	21.0	20.0	20.0	21.0	19.0	الأراضي الفلسطينية
20.0	20.0	20.0	20.0	21.0	19.0	الضفة الغربية
20.0	21.0	20.0	20.0	20.0	19.0	قطاع غزة

وكما أن للتعليم تأثيراً على معدلات الخصوبة الكلية فإنه يؤثر أيضاً في العمر عند إنجاب المولود الأول، ويتضح بأنه كلما ارتفع التحصيل العلمي للمرأة ارتفع العمر عند إنجاب المولود الأول، حيث أنه كلما ارتفع مستوى التحصيل العلمي للمرأة ارتفع العمر عند الزواج الأول، بالإضافة إلى أن تعليم المرأة يكسبها قدرات وقناعات تساعد على تحديد ما تريده وما ترى فيه مصلحة لها ولأسرتها.

بما أن غالبية النساء في المجتمع الفلسطيني يتزوجن في سن مبكرة، فإن سن الإنجاب تكون مبكرة أيضاً، فيلاحظ أن نسبة النساء اللواتي أنجبن في سن مبكرة مرتفعة، حيث بلغت نسبة النساء اللواتي أعمارهن عند انجاب المولود الأول تقل عن 17 سنة وأنجبن ما بين 4-7 أطفال 42.3%، في حين بلغت نسبة النساء اللواتي أنجبن 8 أطفال أو أكثر وأنجبن مولودهن الأول عند نفس العمر 31.1%، وبلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم لهذه الفئة من النساء 6 أطفال.

جدول 8.4 : التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب عدد المواليد الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد المواليد الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد المولود الأول، 2000

عدد النساء	متوسط عدد الأطفال الأحياء	متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم	عدد المواليد الذين سبق إنجابهم			العمر عند إنجاب المولود الأول والمنطقة
			+8	7-4	3-1	
الأراضي الفلسطينية						
42,870	5.66	6.05	31.1	42.3	26.6	أقل من 17
46,026	5.46	5.74	28.7	43.7	27.6	17
53,038	4.90	5.21	20.8	46.7	32.5	18
55,718	4.87	5.12	22.0	44.1	33.9	19
46,266	4.80	4.99	19.8	44.1	36.1	20
38,266	4.60	4.80	17.9	45.4	36.7	21
26,620	4.54	4.75	15.6	49.3	35.1	22
23,113	4.86	5.08	20.5	44.1	35.4	23
19,638	4.61	4.80	17.8	50.4	31.8	24
51,374	3.68	3.83	9.2	40.4	50.4	+25
402,928	4.80	5.05	20.6	44.5	43.9	المجموع
الضفة الغربية						
27,899	5.83	6.20	32.3	43.5	24.2	أقل من 17
28,676	5.20	5.50	25.3	44.4	30.3	17
36,587	4.77	5.08	18.7	46.1	35.2	18
36,608	4.72	4.96	19.2	45.7	35.1	19
28,281	4.54	4.70	15.0	48.3	36.7	20
26,134	4.37	4.57	13.6	48.3	38.1	21
16,430	4.21	4.40	12.6	47.4	40.0	22
14,067	4.50	4.70	15.4	45.5	39.1	23
12,361	4.21	4.37	11.6	51.7	36.7	24
35,793	3.43	3.53	5.5	40.8	53.7	+25
262,835	4.60	4.83	17.4	45.6	37.0	المجموع
قطاع غزة						
14,971	5.33	5.79	28.5	40.5	31.0	أقل من 17
17,350	5.88	6.15	34.4	42.3	23.3	17
16,451	5.19	5.51	25.7	47.8	26.5	18
19,109	5.17	5.42	27.3	41.1	31.6	19
17,985	5.21	5.45	27.5	37.7	34.8	20
12,133	5.10	5.29	27.3	39.1	33.6	21
10,191	5.06	5.33	20.3	52.3	27.4	22
9,045	5.41	5.66	28.1	41.9	30.0	23
7,277	5.30	5.53	28.3	48.1	23.6	24
15,581	4.27	4.50	17.6	39.5	42.9	+25
140,093	5.19	5.46	26.6	42.5	30.9	المجموع

يدل الجدول أعلاه على أن هناك فروقاً بسيطة بين الضفة الغربية وقطاع غزة، فالنساء اللواتي يبلغن من العمر أقل من 17 سنة عند إنجابهن المولود الأول وأنجن ما بين 1-3 أطفال، بلغت نسبتهن 24.2% في الضفة الغربية و31.0% في قطاع غزة، في حين ارتفعت النسبة في الضفة الغربية عنها في قطاع غزة للنساء اللواتي أنجن ما بين

4-7 أطفال عند إنجابهن للطفل الأول في نفس العمر (أقل من 17 سنة)، حيث بلغت في الضفة الغربية 43.5% وفي قطاع غزة 40.5%، وبلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم لنفس الفئة من النساء في الضفة الغربية 6.2 وفي قطاع غزة 5.8 عند نفس العمر.

6.4 فترة التباعد بين المواليد:

بالإضافة إلى انخفاض العمر عند إنجاب المولود الأول للمرأة الفلسطينية، فإن فترة التباعد بين إنجاب مولود وآخر هي أيضاً فترة قصيرة وتقل في المتوسط عن سنتين.

جدول 9.4: نسبة النساء اللواتي انجبن خلال فترة قصيرة بين المواليد (المعرفة على أنها أقل من 18 شهراً)

حسب العمر الحالي للنساء والمنطقة، 2000

المنطقة			العمر الحالي
الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
7.2	6.4	7.8	19-15
30.7	31.5	30.3	24-20
45.3	45.4	45.3	29-25
59.5	63.0	57.8	34-30
63.3	68.0	60.7	39-35
67.4	70.6	65.8	44-40
70.8	66.8	73.0	49-45
50.3	51.2	49.8	المجموع

يتضح من خلال الجدول بأن نصف النساء اللواتي سبق لهن الإنجاب، انجبن مواليد خلال فترة قصيرة (تقل عن 18 شهراً)، مع وجود فروق بسيطة بين الضفة الغربية وقطاع غزة، ومع مقارنة هذه البيانات بما كانت عليه عام 1995 يتبين لنا أن نسبة النساء اللواتي انجبن خلال فترة قصيرة أخذت في الانخفاض، حيث كانت 69.4% عام 1995 وانخفضت إلى 50.3% عام 2000، وانخفضت في الضفة الغربية من 69.2% إلى 49.8%، كما وانخفضت في قطاع غزة من 69.8% إلى 51.2%⁶.

وقد يعود السبب في الانخفاض إلى ارتفاع مستوى التعليم لدى المرأة، وإدراك المرأة بأن قصر فترة التباعد بين المواليد تؤدي إلى انعكاسات سلبية على صحة الأم والطفل، بالإضافة إلى تأثيرها على زيادة حجم الأسرة ومعدلات النمو السكاني. علماً بأن هذه النسبة ما زالت مرتفعة نسبياً وبالتالي تؤثر في زيادة عدد المواليد الذين قد تتجهم المرأة طوال حياتها الإنجابية، مما يؤدي إلى رفع معدلات الخصوبة.

7.4 مدة الحياة الزوجية:

تعتبر مدة الحياة الزوجية أحد العوامل المؤثرة في الخصوبة، حيث أن احتمال إنجاب المرأة للأبناء خلال فترة حياتها الإنجابية تزيد كلما زادت مدة حياتها الزوجية، وكما يتضح من خلال جدول (10.4) بأن 99.6% من النساء اللواتي سبق لهن الزواج ومدة حياتهن الزوجية من 0-4 سنوات قد انجبن من 0-3 أطفال. في حين بلغت نسبة النساء

⁶ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. المسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة - النتائج النهائية. رام الله - فلسطين.

اللواتي سبق لهن الزواج وأنجن 8 أطفال فأكثر ومدة حياتهن الزوجية 30 سنة فأكثر 67.2%، ويتضح بأنه يزداد عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم مع إزدياد مدة الحياة الزوجية، إذ نجد بأن النساء المتزوجات حالياً اللواتي تزيد مدة حياتهن الزوجية عن 30 سنة يرتفع متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ليصل إلى 8.8 مع وجود فروق بين الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث تظهر النتائج بأن النساء اللواتي امتدت حياتهن الزوجية من 0-4 سنوات بلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم 1.05 في الضفة الغربية و0.97 في قطاع غزة، في حين بلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم للنساء اللواتي امتدت حياتهن الزوجية أكثر من 30 سنة 8.58 في الضفة الغربية و9.18 في قطاع غزة كما هو موضح في جدول (11.4).

جدول 10.4: التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب مدة الحياة الزوجية وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم في الأراضي الفلسطينية، 2000

عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم			مدة الحياة الزوجية
+8	7-4	3-0	
0.0	0.4	99.6	4-0
0.1	35.5	64.4	9-5
3.1	76.1	20.8	14-10
28.1	59.3	12.7	19-15
47.3	44.5	8.2	24-20
60.0	33.0	7.0	29-25
67.2	26.8	6.0	+30

وعند رصد ما إذا كان هناك تغيير على وضع النساء المتزوجات حالياً، مقارنة بوضع النساء اللواتي سبق لهن الزواج، من حيث تأثير مدة الحياة الزوجية على عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم، ومن خلال البيانات الخاصة بالنساء المتزوجات حالياً جدول (11.4)، يتضح بأنه لا يوجد أية اختلافات على تأثير مدة الحياة الزوجية على عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم، إذ يبدو بأن هناك إستقراراً واضحاً على وضع النساء في أي حالة زواجية كانت. حيث بلغت نسبة النساء المتزوجات حالياً واللواتي امتدت حياتهن الزوجية من 0-4 سنوات وأنجن من 0-3 أطفال 99.7% على مستوى الأراضي الفلسطينية. مع العلم بأن هذه النسبة لم تتغير بشكل ملحوظ في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة.

جدول 11.4: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب مدة الحياة الزوجية وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الأحياء والمنطقة، 2000

عدد النساء	متوسط عدد الأطفال الأحياء	متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم	عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم			مدة الحياة الزوجية والمنطقة
			+8	7-4	3-0	
الأراضي الفلسطينية						
93,182	1.00	1.02	0.0	0.3	99.7	4-0
89,654	2.96	3.05	0.0	36.0	64.0	9-5
91,088	4.47	4.62	2.7	77.4	19.9	14-10
60,570	5.82	6.10	28.3	59.5	12.2	19-15
47,308	6.85	7.23	47.3	45.2	7.5	24-20
36,611	7.55	8.07	60.5	32.2	7.3	29-25
27,182	8.01	8.78	68.4	26.8	4.8	+30
445,595	4.34	4.57	18.6	40.2	41.2	المجموع
الضفة الغربية						
62,453	1.03	1.05	0.0	0.1	99.9	4-0
58,118	2.99	3.06	0.0	34.8	65.2	9-5
57,462	4.34	4.49	1.7	77.7	20.6	14-10
38,228	5.48	5.74	21.3	63.7	15.0	19-15
29,906	6.53	6.87	38.2	53.7	8.1	24-20
23,676	7.29	7.83	56.0	37.5	6.5	29-25
18,340	7.86	8.58	64.0	31.1	4.9	+30
288,183	4.19	4.40	15.7	41.7	42.6	المجموع
قطاع غزة						
30,729	0.93	0.97	0.0	0.4	99.6	4-0
31,536	2.92	3.02	0.0	38.2	61.8	9-5
33,626	4.69	4.84	5.0	76.7	18.3	14-10
22,342	6.40	6.71	40.3	52.3	7.4	19-15
17,402	7.40	7.84	62.7	30.8	6.5	24-20
12,935	8.01	8.50	68.7	22.4	8.9	29-25
8,842	8.31	9.18	77.3	17.8	4.9	+30
157,412	4.62	4.86	23.7	37.8	38.5	المجموع

8.4 استخدام وسائل تنظيم الأسرة:

إن المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة واستخدامها من خلال اكتشاف أدوية وتقنيات جديدة تسمح بتحقيق قدر أعلى من التحكم في قرار الإنجاب ومجريات الحمل. إذ أصبح من السهل تنظيم الأسرة عبر تقنيات ووسائل تم استحداثها للتحكم في الخصوبة، كما تنوعت هذه الوسائل وأصبح المرء الراغب في التحكم نسبياً في نمو وتطور أسرته يجد أمامه خيارات متعددة تتراوح بين ما هو تقليدي وطبيعي وما هو صناعي وعصري.

جدول 12.4: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج واستخدمن وسيلة تنظيم الأسرة حسب العمر الحالي والحالة التعليمية والمنطقة، 2000

عدد النساء	العمر الحالي				المؤهل العلمي والمنطقة
	49-30		30>		
	وسيلة حديثة	أي وسيلة	وسيلة حديثة	أي وسيلة	
الأراضي الفلسطينية					
68,408	62.6	71.6	43.3	56.9	لا شيء
110,343	71.4	79.3	51.6	64.6	ابتدائي
142,305	76.4	84.8	49.2	65.0	إعدادي
116,860	73.7	83.6	48.5	64.4	ثانوي فأعلى
437,916	71.3	80.1	49.2	64.1	المجموع
الضفة الغربية					
49,680	66.1	74.5	46.1	60.6	لا شيء
77,631	73.4	81.3	54.7	69.4	ابتدائي
91,039	79.5	88.4	51.3	68.6	إعدادي
65,398	76.5	87.2	51.2	69.4	ثانوي فأعلى
283,748	73.8	82.7	51.8	68.3	المجموع
قطاع غزة					
18,728	53.0	63.6	37.1	48.4	لا شيء
32,712	66.5	74.5	44.1	53.1	ابتدائي
51,266	70.6	78.0	45.6	58.9	إعدادي
51,462	70.4	79.3	44.9	57.5	ثانوي فأعلى
154,168	66.6	75.2	44.6	56.6	المجموع

وكما يبدو فإن استخدام وسائل تنظيم الأسرة قد لا يكون فاعلاً بصورة جيدة في تأثيره على خفض معدلات الخصوبة لأسباب مختلفة منها العمر عند الإستخدام الأول، إذ من الملاحظ بأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة في الغالب يتم كلما تقدم العمر لدى المرأة، ففرى بأن نسبة اللواتي لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة ترتفع مع انخفاض العمر حيث بلغت النسبة 83.9% للواتي بلغت أعمارهن أقل من 20 سنة، كما أن فترة الاستخدام وعدد الأولاد عند الاستخدام لأول مرة يلعب دوراً هاماً، وقد يكون لتعليم المرأة وانضمامها إلى سوق العمل دور كبير في التأثير على الاستخدام، إذ ترتفع أيضاً نسبة اللواتي لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة مع انخفاض مستوى التعليم حيث بلغت النسبة للواتي لم يحصلن على أي تعليم 54.7%.

وعند إلقاء نظرة حول ما تعكسه البيانات من توقعات لوضع الخصوبة الحالي، فلا بد من الإشارة إلى نسبة النساء المتزوجات حالياً واللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة ومقارنتهن مع غيرهن ممن لا يستخدمن هذه الوسائل. فمن الملاحظ بأن هناك توجهاً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت نسبة النساء المتزوجات حالياً واللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية 51.4%، وقد يعود هذا التوجه لأسباب عدة منها زيادة نسبة الإناث المتعلّمات ومن ثم التحاقهن بسوق العمل، والتقليل من العبء الاقتصادي الملقى على عاتق الأسرة، وزيادة الوعي الصحي لدى النساء وحول ما يسببه الحمل والإنجاب المتكرر من مخاطر على صحة الأم والطفل على حد سواء.

جدول 13.4: نسبة النساء المتزوجات حالياً (15-49) سنة اللواتي يستخدمن (أو يستخدم أزواجهن) وسيلة تنظيم الأسرة حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000

عدد النساء	لا تستخدم	تستخدم أي وسيلة	الخصائص الخلفية
العمر			
28,659	83.9	16.1	أقل من 20
78,199	58.9	41.1	20-24
312,864	42.7	57.3	25-49
المؤهل العلمي			
62,975	54.7	45.3	لا شيء
106,307	47.7	52.3	ابتدائي
138,214	48.1	51.9	إعدادي
112,226	46.4	53.6	ثانوي+
نوع التجمع			
234,813	48.9	51.1	حضر
119,667	47.1	52.9	ريف
65,242	49.9	50.1	مخيم
المنطقة			
419,722	48.6	51.4	الأراضي الفلسطينية
271,594	45.7	54.3	الضفة الغربية
148,128	53.9	46.1	قطاع غزة

في المقابل نلاحظ بأن معدل الخصوبة ما زال مرتفعاً 5.93 بواقع 6.81 في قطاع غزة و5.52 في الضفة الغربية وذلك حسب النتائج الأساسية للمسح الصحي - 2000، مع الأخذ بعين الاعتبار الفروقات الموجودة بين الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث ترتفع نسبة المستخدمين لوسائل تنظيم الأسرة في الضفة الغربية عنها في قطاع غزة، 54.3% مقابل 46.1% على التوالي. كما ويبدو من خلال الجدول (13.4) أن استخدام النساء لوسائل تنظيم الأسرة يزداد مع ازدياد العمر والتعليم، حيث بلغت نسبة النساء اللواتي أعمارهن أقل من 20 ويستخدمن وسائل تنظيم الأسرة 16.1%، في حين بلغت نسبة النساء اللواتي في الفئة العمرية 25-49 ويستخدمن وسائل تنظيم الأسرة 57.3%. هذا وبلغت نسبة النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة ممن لم يحصلن على أي نوع من التعليم 45.3%، في حين بلغت نسبة النساء الحاصلات على تعليم ثانوي فأكثر ويستخدمن وسائل تنظيم الأسرة 53.6%.

9.4 العمل:

يعتبر عمل المرأة وما يرافقه من تحمل لمسؤوليات خارج نطاق الأسرة والأطفال أحد العوامل التي من الممكن أن تؤثر على عدد الأطفال المنجبين، إذ تلجأ بعض النساء إلى تخفيف الأعباء الملقاة على عاتقها من خلال تحديد عدد الأطفال الذين ترغب في إنجابهم، وربما إدراكاً منها لما يحتاجه الأطفال من رعاية. بلغت نسبة النساء العاملات واللواتي أنجبن ما بين 0-3 أطفال 48.0%، في حين ترتفع نسبة النساء اللواتي خارج سوق العمل وانجبن أكثر من أربعة أطفال، حيث بلغت النسبة في الأراضي الفلسطينية 59.3%. كما ويظهر بأن متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم للنساء العاملات 3.7، ويرتفع هذا المتوسط عند النساء غير العاملات إلى 4.6.

جدول 14.4: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب العلاقة بقوة العمل وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الأحياء والمنطقة، 2000

عدد النساء	متوسط عدد الأطفال الأحياء	متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم	عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم			العلاقة بقوة العمل والمنطقة
			+8	7-4	3-0	
الأراضي الفلسطينية						
29,455	3.52	3.74	14.5	37.5	48.0	تعمل
416,141	4.38	4.60	18.9	40.5	40.6	أخرى
445,595	4.31	4.54	18.6	40.2	41.2	المجموع
الضفة الغربية						
20,816	3.42	3.57	8.5	41.2	50.3	تعمل
267,368	4.26	4.47	16.4	41.7	41.9	أخرى
288,183	4.19	4.40	15.8	41.7	42.5	المجموع
قطاع غزة						
8639	3.30	3.47	28.9	28.6	42.5	تعمل
148,773	4.25	4.47	23.4	38.3	38.3	أخرى
157,412	4.17	4.39	23.8	37.7	38.5	المجموع

10.4 التعليم:

كما أن لعمل المرأة تأثيراً على عدد الأطفال المنجبين، فإن لتعليم المرأة تأثيراً آخر على عدد الأطفال المنجبين، وهذا ما تؤكدته البيانات في جدول (15.4)، حيث يظهر بأن نسبة النساء اللواتي لم يحصلن على أي نوع من التعليم وأنجن من 3-0 أطفال 21.2%، في حين ترتفع هذه النسبة لتصل إلى 78.8% للنساء اللواتي أنجن أربعة أطفال وأكثر، أي أن النساء غير المتعلقات يفضلن إنجاب عدد أكبر من الأطفال مقارنة مع غيرهن من المتعلقات. يتضح أنه مع ازدياد تعليم المرأة ترتفع نسبة النساء اللواتي أنجن من 3-0 أطفال، في حين تقل نسبة النساء اللواتي أنجن أكثر من أربعة أطفال، ويتضح ذلك من خلال النظر إلى متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم، إذ نجد بأن متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم يقل مع ازدياد مستوى التحصيل العلمي للنساء، حيث بلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم 6.59 للنساء اللواتي لم يحصلن على أي نوع من التعليم، بينما بلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم 3.56 للنساء اللواتي حصلن على تعليم ثانوي فأعلى في الأراضي الفلسطينية.

جدول 15.4: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب المؤهل العلمي وعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم ومتوسط عدد الأحياء والمنطقة، 2000

عدد النساء	متوسط عدد الأطفال الأحياء	متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم	عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم			المؤهل العلمي والمنطقة
			+8	7-4	3-0	
الأراضي الفلسطينية						
76,975	6.10	6.59	42.4	36.4	21.2	لا شيء
111,225	4.69	4.93	22.8	39.9	37.3	ابتدائي
140,426	3.85	4.01	10.9	43.3	45.8	إعدادي
116,969	3.46	3.56	8.1	39.6	52.3	ثانوي فأعلى
445,595	4.34	4.57	18.6	40.2	41.2	المجموع
الضفة الغربية						
55,829	6.11	6.61	41.9	37.3	20.8	لا شيء
78,261	4.51	4.73	18.6	43.2	38.2	ابتدائي
89,466	3.58	3.70	6.3	45.6	48.1	إعدادي
64,627	3.00	3.08	3.0	38.0	59.0	ثانوي فأعلى
288,183	4.19	4.40	15.7	41.7	42.6	المجموع
قطاع غزة						
21,146	6.06	6.54	44.1	33.4	22.5	لا شيء
32,964	5.11	5.40	32.8	32.5	34.7	ابتدائي
50,960	4.31	4.55	19.0	39.0	42.0	إعدادي
52,342	4.02	4.16	14.3	41.5	44.2	ثانوي فأعلى
157,412	4.62	4.86	23.7	37.8	38.5	المجموع

ملخص تنفيذي

الحالة الزوجية:

- الحالة الزوجية وسلوكها تلعب دوراً هاماً في تعزيز وتحديد الخصوبة باعتبارها العامل الديمغرافي الأكثر استجابة وحسماً في التأثير على معدلات النمو السكاني سلباً أو إيجاباً.
- المجتمع الفلسطيني من المجتمعات التي تتميز نساؤها بالزواج في سن مبكرة نوعاً ما، مما يسبب ارتفاع معدلات الخصوبة.

العمر عند الزواج الأول:

- الزواج المبكر يؤدي إلى خصوبة عالية، في حين أن الزواج المتأخر يؤدي إلى خفض معدلات الخصوبة والإنجاب لاعتبارات تتعلق بقصر فترة الإنجاب.
- التعليم عامل مؤثر في العمر عند الزواج الأول حيث أن هذا العمر يرتفع بإرتفاع التحصيل العلمي.
- حوالي 50% من النساء في الأراضي الفلسطينية تزوجن قبل بلوغهن سن 18.
- لم يطرأ تغيير على العمر الوسيط عند الزواج الأول منذ عام 1995، حيث بلغ 18 سنة.

العمر عند الزواج الأول مقارنة بعدد الأطفال الذين سبق إنجابهم:

- كلما انخفض العمر عند الزواج الأول زاد عدد الأطفال المنجبين أحياء والباقيين على قيد الحياة.
- نسبة النساء المتزوجات حالياً اللواتي انجبن ثمانية أطفال فأكثر بلغت 15.7% في الضفة الغربية، و 23.7% في قطاع غزة.

عمر الأم:

- عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم يزداد مع تقدم العمر وذلك نتيجة لزيادة الفترة التي تكون فيها المرأة معرضة للحمل.
- النساء في الفئة العمرية (15-19) سنة اللواتي انجبن 0-3 أطفال بلغت نسبتهن 99.4%، مقابل 16.6% من النساء في الفئة العمرية (30-54) سنة واللواتي انجبن 0-3 أطفال.

زواج الأقارب:

- ظاهرة زواج الأقارب لا زالت شائعة في المجتمع الفلسطيني، وهي منتشرة في قطاع غزة أكثر مما هي عليه في الضفة الغربية.
- فروق بسيطة بين الأزواج الذين تربطهم علاقة قرابة وبين غيرهم من الأزواج الذين لا تربطهم أي علاقة قرابة من حيث عدد الأطفال، إذ بلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم للأزواج الذين تربطهم علاقة قرابة من الدرجة الأولى 4.5، بينما بلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم للأزواج الذين لا توجد بينهم صلة قرابة 3.9.

العمر عند إنجاب المولود الأول:

- نصف النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-49) سنة انجبن المولود الأول قبل بلوغهن سن العشرين.

- هناك عوامل تؤثر على تحديد العمر عند إنجاب المولود الأول، منها العمر عند الزواج الأول، والتحصيل العلمي للمرأة.

فترة التباعد بين المواليد:

- فترة التباعد بين إنجاب مولود وآخر هي فترة قصيرة وتقل في المتوسط عن سنتين.
- قصر فترة التباعد بين المواليد لها انعكاسات سلبية على صحة الأم والطفل بالإضافة إلى تأثيرها على زيادة حجم الأسرة ومعدلات النمو السكاني.

استخدام وسائل تنظيم الأسرة:

- استخدام وسائل تنظيم الأسرة أحد العوامل التي تؤدي إلى تنظيم الأسرة واستخدامها يؤثر في الحد من ارتفاع معدلات الخصوبة.
- هناك نسبة كبيرة من النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة في المجتمع الفلسطيني والتي بلغت 51.4%.
- هناك عوامل تدعم أو تحد من استخدام وسائل تنظيم الأسرة والتي منها التعليم وعمر المرأة، فكلما ارتفع مستوى التحصيل العلمي للمرأة وعمرها ازداد استخدامها لوسائل تنظيم الأسرة.
- يلاحظ بأن نسبة النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة في الضفة الغربية أعلى منها في قطاع غزة حيث بلغت (54.3%) و(46.1%) على التوالي، ومع ذلك ما زالت معدلات الخصوبة مرتفعة حيث بلغ معدل الخصوبة لعام 1999 في الضفة الغربية 5.52 و6.81 في قطاع غزة
- استخدام وسائل تنظيم الأسرة قد لا يكون فاعلاً بصورة جيدة في التأثير على خفض معدلات الخصوبة لأسباب منها العمر عند الاستخدام الأول، ومدة الاستخدام، والتحاق المرأة بالتعليم والعمل.

العمل:

- النساء غير العاملات يرغبن في إنجاب أكثر من أربعة أطفال، حيث أن 59.3% من النساء في هذه الفئة يرغبن بإنجاب هذا العدد. حوالي نصف النساء (48.0%) العاملات يفضلن إنجاب ما بين 3-0 أطفال.

التعليم:

- النساء غير المتعلمات يفضلن إنجاب عدد أكبر من الأطفال مقارنة مع غيرهن من المتعلمات، حيث بلغت نسبة النساء غير المتعلمات واللواتي انجبن أكثر من أربعة أطفال 78.8%.
- ينخفض متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم بارتفاع مستوى التحصيل العلمي.

الفصل الخامس

تنظيم الأسرة

1.5 مقدمة:

عندما يعيش الناس تحت ظلم وقمع وآلام كثيرة، وعندما يقتل الأطفال وتستباح دماؤهم فقط بسبب الهوية الوطنية التي يحملونها، وعندما تهدر حياة اثنين أو ثلاثة من البشر في كل يوم، عندما يحدث ذلك كله، يصبح الحديث عن مسألة تنظيم الأسرة إلى حد ما خارج السياق. كانت هذه هي الظروف التي أحاطت بالفترة التي تم فيها إنجاز هذا العمل، إنها انتفاضة الأقصى التي أرجعت إلى أذهان الفلسطينيين قضية الصراع الديموغرافي الفلسطيني الإسرائيلي، وأصبحت مسألة تنظيم الأسرة أمراً اضطر صناع القرار الفلسطيني إلى تأجيله حتى ولو لحين. على الرغم من ذلك، ومن منطلق الإصرار على حق الأجيال القادمة بمستقبل أكثر إشراقاً وحياة نوعية أفضل والتزاماً مطلقاً بدوره الوطني، أثر الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني المضي قدماً بخطته الرامية لدراسة الواقع الصحي والديمغرافي ومنها تنظيم الأسرة، وذلك من خلال واقع بيانات المسح الصحي الوطني الثاني الذي نفذته الجهاز عام 2000.

يتناول هذا الفصل عدداً من المؤشرات الصحية التي تتعلق بتنظيم الأسرة من واقع بيانات المسح الصحي - 2000 مع تركيز خاص على معرفة النساء بوسائل تنظيم الأسرة، والاستخدامات السابقة والحالية وأول استخدام، جنباً إلى جنب مع معدلات وأسباب عدم استخدامها. وحيثما يتاح، فستتم مقارنة النتائج المستمدة من المسح الصحي - 2000 مع نتائج المسح الصحي للعام 1996.

2.5 المعرفة بطرق تنظيم الأسرة ومصادرها:

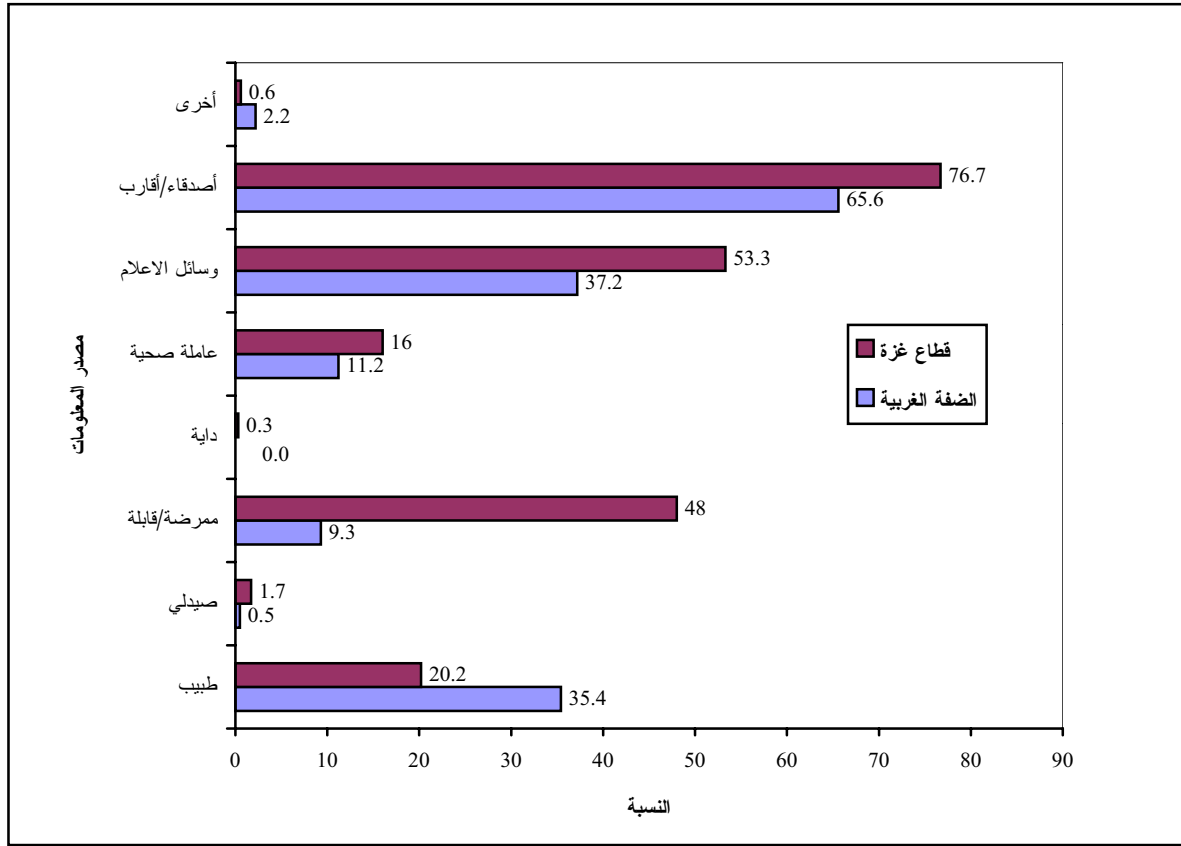
أفادت ما نسبته 99% من المبحوثات في عينة موزونة مؤلفة من 419,722 مبحوثة، بأنهن على علم بوسائل تنظيم الأسرة الحديثة

رغم أن السلطة الوطنية الفلسطينية لا تمتلك سياسة سكانية واضحة تهدف إلى التأثير على مستويات الخصوبة، إلا أنها تقر بحق كافة الرجال والنساء في الحصول على المعلومات المناسبة. ففي الخطة الصحية الوطنية الاستراتيجية لفلسطين، أشارت وزارة الصحة إلى "بناء برامج تدخل مجتمعية وثقافية حساسة لتعزيز حملات تثقيف في مجال الصحة الإنجابية"، والتي يعتبر تنظيم الأسرة أحد العناصر الأساسية فيها (الخطة الصحية الوطنية الاستراتيجية لفلسطين: فلسطين 1999 - 2003).

من الناحية المنطقية، تعتبر المعرفة شرطاً مسبقاً لاستخدام أو عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة. في هذا المسح، سئلت عينة حجمها 419,722 امرأة من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 واللاتي سبق لهن الزواج، حول معرفتهن بأية وسيلة أو وسيلة حديثة من وسائل تنظيم الأسرة¹. ولم تتم ملاحظة أية اختلافات جوهرية بين معرفة النساء في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة، وكذلك بين مختلف الفئات العمرية.

¹ تشمل الوسائل الحديثة الحبوب، والوسائل الرحمية، والحقن، والطرق المهبليّة، والجلي الأنثوي، والتعقيم الأنثوي، والتعقيم الذكري، والوفاي الذكري.

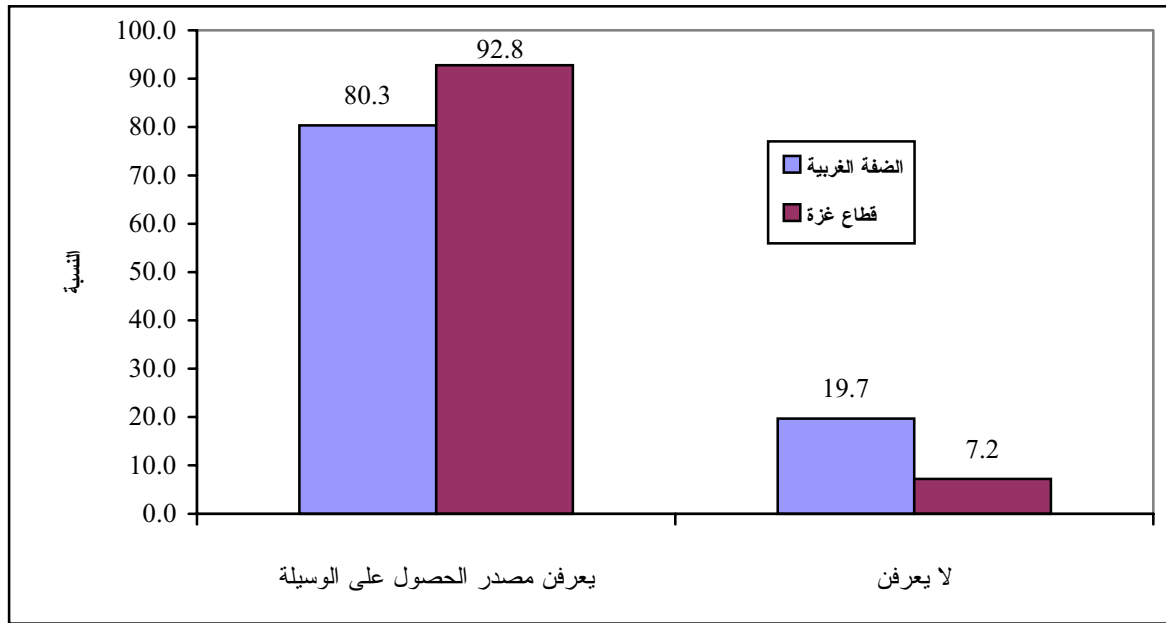
شكل 1.5: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج (15-49) سنة حسب مصدر المعلومات بوسائل تنظيم الأسرة والمنطقة



سئلت النساء اللواتي سبق لهن الزواج عن المصدر الذي يحصلن منه على المعلومات المتعلقة باستخدام وسائل تنظيم الأسرة. وكما يوضح الشكل أعلاه، مع مراعاة أن النساء كن قادرات على تحديد أكثر من مصدر واحد للمعلومات فقد لوحظ وجود بعض الاختلافات على مستوى المناطق. ففي وقت أشارت ما نسبته 35% من نساء الضفة الغربية إلى الأطباء باعتبارهم مصدراً للمعلومات حول وسائل منع الحمل، انخفضت هذه النسبة إلى 20% في قطاع غزة. من ناحية أخرى، أشارت حوالي نصف النساء (48%) إلى أن الممرضات أو القابلات شكلن مصدر المعلومات لهن حول المعرفة عن وسائل تنظيم الأسرة مقارنة بما نسبته 9% من نساء الضفة الغربية. علاوة على ذلك، أشارت نساء قطاع غزة إلى العاملين الصحيين ووسائل الإعلام باعتبارهم مصادر أخرى للمعلومات حول وسائل تنظيم الأسرة. من الملاحظ في كلا المنطقتين قلة الإشارة إلى القابلة التقليدية (الداية) كمصدر للمعلومات حول وسائل تنظيم الأسرة، وهذا يعني أن القابلة التقليدية بدأت تفقد مصداقيتها لصالح القابلات المهنيات اللواتي يمارسن عملهن بمهنية استناداً إلى أصول علمية. وتظهر هذه النتائج فجوة كبيرة بين الضفة الغربية وقطاع غزة لصالح قطاع غزة فيما يتعلق بتبني النهج المجتمعي والموصي به دولياً في مجال خدمات تنظيم الأسرة، وبالذات عنصر التوعية والتثقيف الصحي. وعندما تشير 66% من نساء الضفة الغربية و77% من نساء قطاع غزة إلى الأصدقاء والأقارب كمصدر للمعلومات حول وسائل تنظيم الأسرة، فإن هذا يثير الشك في دقة المعلومات قيد التداول بين النساء الفلسطينيات. وبالإضافة، عندما يكون المصدر واحد من عدة مصادر، فإن ذلك يخلق الكثير من الإرباك والخطأ حول المعلومات خصوصاً إذا ما تناقضت مع بعضها البعض.

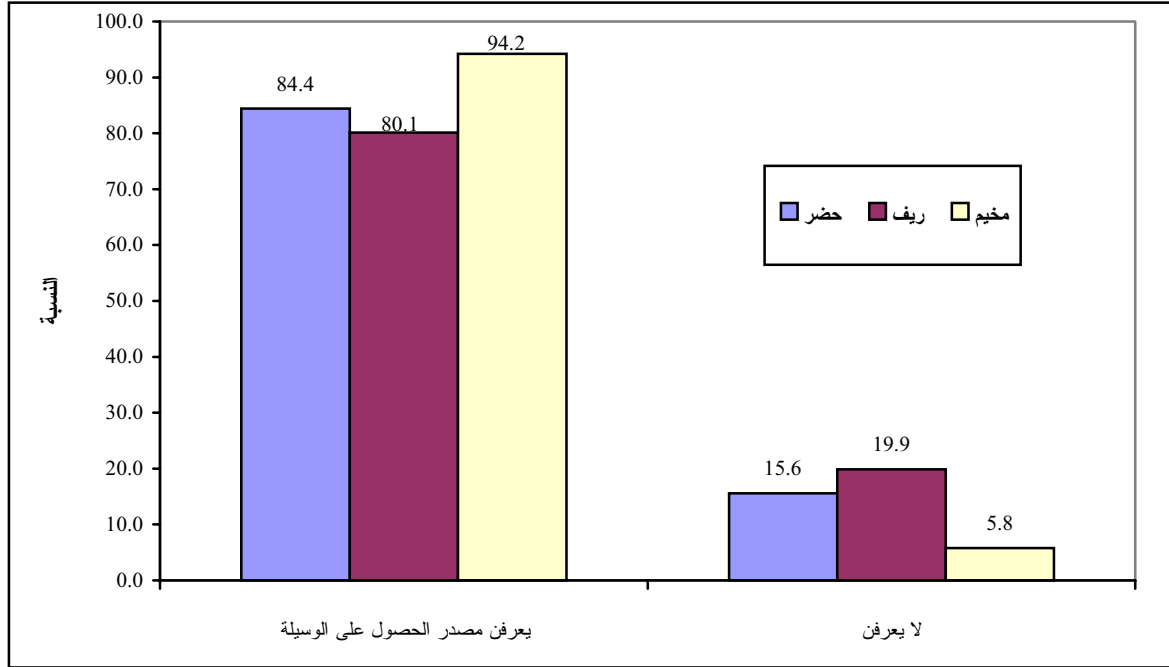
سئلت النساء عن معرفتهن بمكان للحصول على وسائل تنظيم الأسرة، إن الشكل (2.5) يبين أن نسبة 80% من نساء الضفة الغربية يعرفن مصدراً للحصول على الوسيلة مقارنةً بحوالي 93% بين نساء قطاع غزة. ويتضح من دراسة النتائج حسب نوع التجمع السكاني؛ أن النساء في المخيمات سجلن أعلى نسبة من المعرفة بمكان للحصول على الوسيلة، وهي 94% مقابل 84% و80% بين النساء المقيمت في الحضر والريف على التوالي. ومن الملاحظ أن الفجوة بين نساء التجمعين الأخيرين تعتبر أصغر كثيراً من تلك القائمة بين كل منهما من جهة وبين فئة النساء المقيمت في المخيمات من الناحية الأخرى.

شكل 2.5: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج (15-49) سنة واللواتي يعرفن مصدراً للحصول على وسائل تنظيم الأسرة حسب المنطقة



يتضح من النتائج المعروضة في شكل (2.5) وشكل (3.5) أن نسب معرفة الحصول على وسائل تنظيم الأسرة ترتفع في قطاع غزة والمخيمات، وقد يعود ذلك للتواجد والمساهمة المميزة لخدمات مراكز وكالة الغوث. وحيث أن أغلبية سكان قطاع غزة هم لاجئون، وبالتالي فهم مؤهلون للحصول على خدمات مجانية من وكالة الغوث؛ ولعل النهج المتبع في برامج صحة الأمومة التابعة لوكالة الغوث من حيث تفعيل دور القابلات في مراكز الأمومة والطفولة يفسر تلك الخصوصية. استكمالاً لذلك، ينبغي الاعتراف بدور وزارة الصحة ومختلف مبادراتها ذات العلاقة المدعومة من مختلف الجهات الممولة.

شكل 3.5: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج (15-49) سنة واللواتي يعرفن مصدراً للحصول على وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع التجمع

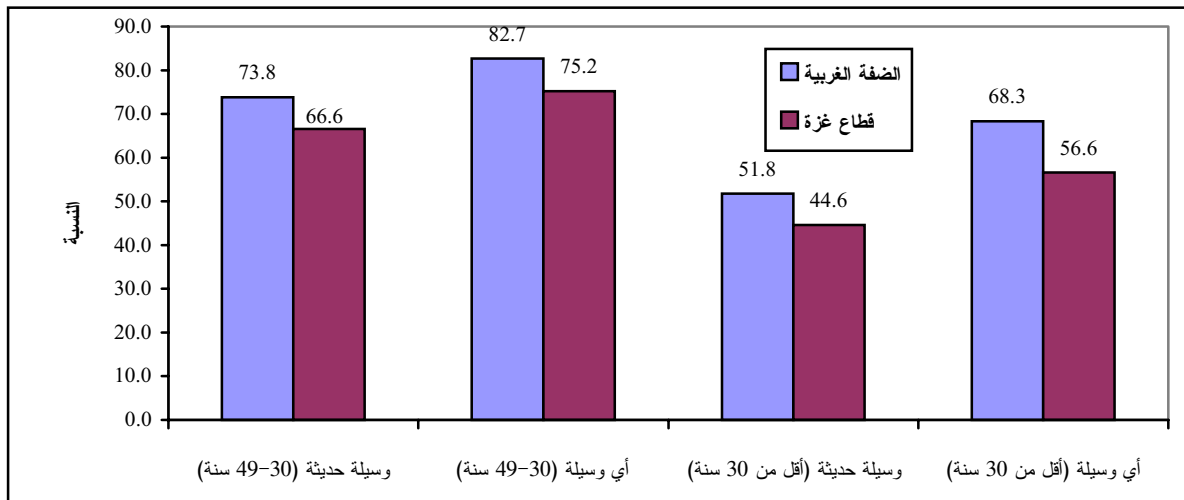


وتجدر الإشارة إلى أن الحجم الكبير للعينة الموزونة (437,852) يجعل نسبة مقدارها 20% من النساء اللواتي لا يعرفن عن مصدر لوسائل تنظيم الأسرة قيمة من الضروري أخذها على محمل الجد وإجراء التدخلات اللازمة لتعديلها.

3.5 استخدام وسائل تنظيم الأسرة:

1.3.5 الاستخدام السابق لوسائل تنظيم الأسرة:

شكل 4.5: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج واللواتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب العمر الحالي والمنطقة

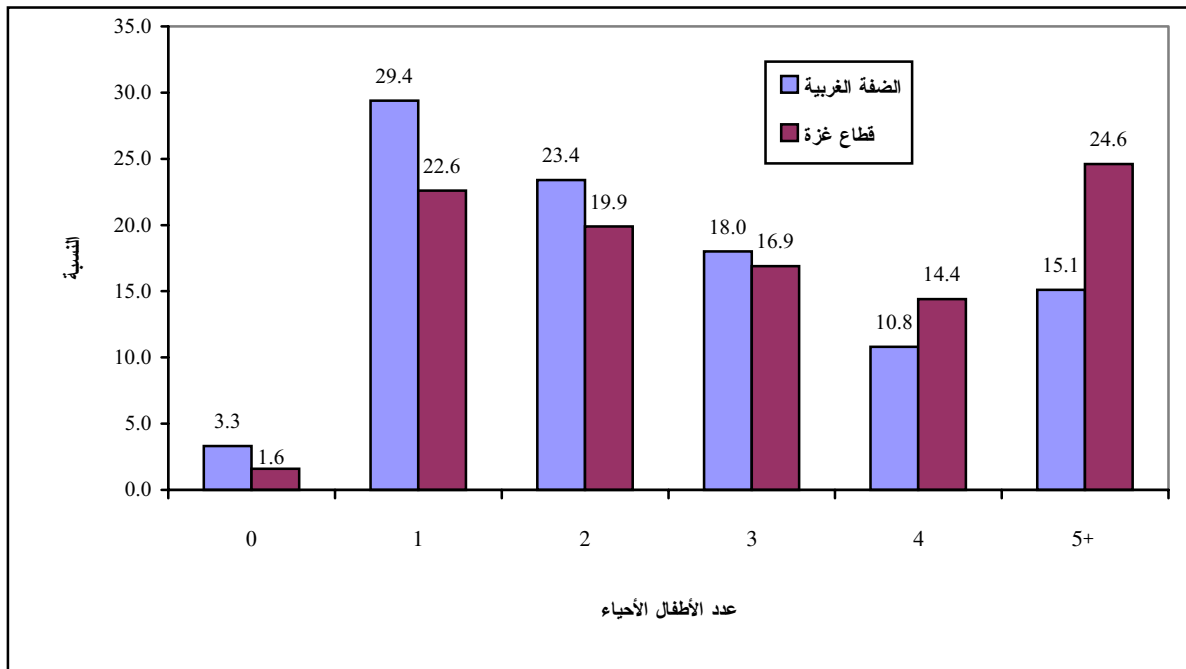


تشير النتائج المبينة في شكل (4.5) إلى أن نساء قطاع غزة في جميع الأعمار يعتبرن الأقل ميلاً في جميع الحالات إلى استخدام وسائل تنظيم الأسرة مقارنةً بنظيراتها من الضفة الغربية. ويلاحظ وجود فجوة كبيرة بين نسبة الاستخدام لأي من وسائل تنظيم الأسرة في فئات العمر أقل من 30 سنة لتصل إلى 12% بين الضفة الغربية وقطاع غزة، بينما تنقلص الفجوة في فئات العمر 30-49 سنة لتصل إلى 7% بين المنطقتين.

لقد سجلت أعلى نسبة مئوية من استخدام وسائل تنظيم الأسرة لكلا منطقتي الضفة الغربية وقطاع غزة بين النساء اللواتي استخدمن أية وسيلة وذلك في الفئة العمرية 30 - 49 سنة، حيث وصلت إلى (80%). ومن الملاحظ أن هناك انخفاضاً كبيراً في نسبة الاستخدام بين النساء دون سن 30 سنة، حيث سجلت نسبة مقدارها 64%. كما تشير النتائج إلى أن استخدام الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة كان أقل ما يكون عليه بين النساء دون سن 30 سنة في منطقتي الضفة الغربية وقطاع غزة (44.6% و 51.8% على التوالي). ومن الجدير بالذكر، أن هذا الوضع مع حقيقة أن العمر الوسيط للزواج يبلغ 18 سنة؛ يعرضان المرأة للمخاطر ذات العلاقة بالحمل لفترة زمنية أطول. (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997 ومركز شؤون المرأة، 1999).

يتضح من مقارنة هذه النتائج، مع تلك الواردة في نتائج المسح الصحي الذي نفذته الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في عام 1996، ارتفاع نسب استخدام وسائل تنظيم الأسرة عام 2000 بمتوسط قدره 13% في قطاع غزة و 4% في الضفة الغربية، وهذا يشير إلى حدوث بعض التحسن في مستوى المعرفة والمواقف من جانب النساء أنفسهن، ووجود خدمات أفضل من جانب الجهات المقدمة للخدمة.

شكل 5.5: نسبة النساء اللواتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب عدد الأطفال الأحياء عند الاستخدام الأول والمنطقة



سئلت النساء اللواتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة حول عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم عند الاستخدام الأول لوسيلة تنظيم الأسرة. وقد أفادت النساء اللواتي أنهن فعلاً ذلك بعد أن أنجبن مولوداً حياً واحداً، حيث كانت نسبتهن

29.4% في الضفة الغربية و22.6% في قطاع غزة. إلا أن نسبة كبيرة (حوالي 24.6%) بين النساء في قطاع غزة أشرن إلى أنهن قد قمن بذلك بعد أن كن قد أنجبن 5 مواليد أحياء فأكثر، مقابل 15.1% من النساء في الضفة الغربية. وقد برزت نفس الصورة تقريباً في المسح الصحي الذي أجراه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في عام 1996، مع وجود اختلافات طفيفة بين المنطقتين. وهذا يتوافق مع مستوى 4-6 و 5-6 كعدد مثالي للأطفال في عدد من الدراسات. (الرفاعي، 1996 والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997 والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000).

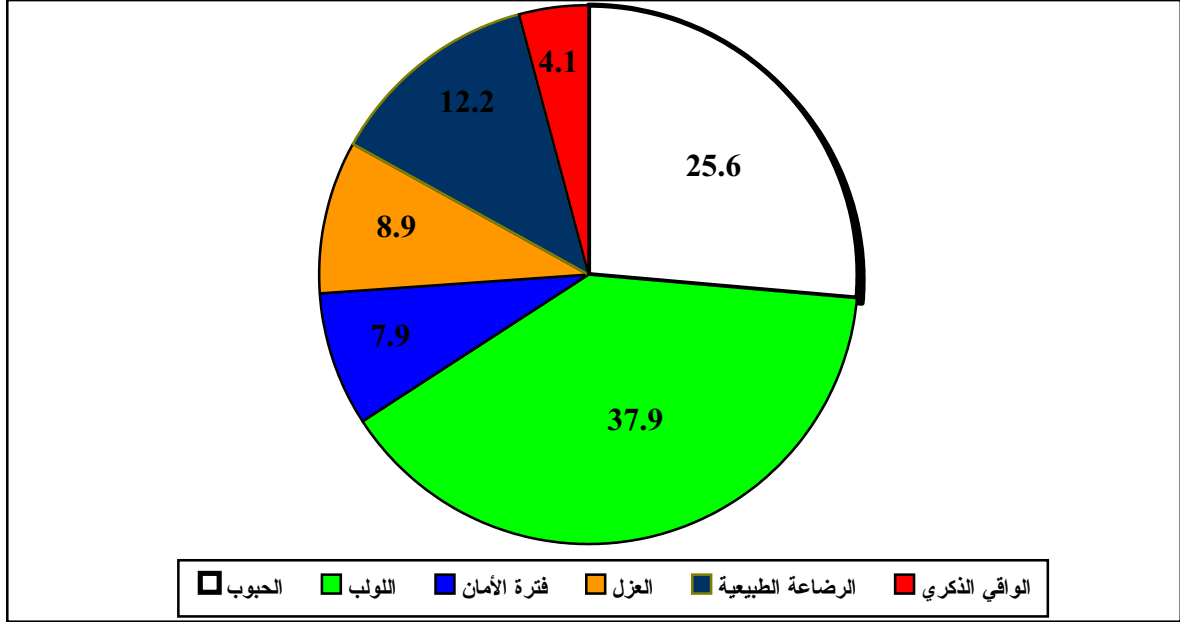
على الرغم من أنه يمكن القول بأن مضمون شكل (5.5) ليس واعداءً، إلا أن نظرة عن كثب إلى نفس الشكل تشير إلى تغيير هام في اتجاهات استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء الفلسطينيات؛ حيث أنه أصبح أقل ارتباطاً بالإنجابية العالية كما كان الأمر عليه في السابق، فقد أصبح هناك اتجاه لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بعد إنجاب المولود الأول. وقد أشارت نسبة كبيرة من النساء إلى استخدامهن لوسائل تنظيم الأسرة بعد إنجابهن المولود الأول، في المقابل أشارت نسبة أقل من النساء إلى أنهن استخدمن وسائل تنظيم الأسرة لأول مرة بعد أن أنجبن 2 أو 3 أطفال أو 4 أطفال بنسبة 22.3% و 17.6% و 12% على التوالي.

وبشكل عام، يبدو أن النساء قد أصبحن أكثر معرفة بهذا الموضوع، الأمر الذي يجعلهن أقل حرجاً للبدء باستخدام وسائل تنظيم الأسرة في الوقت الذي يناسبهن، حتى وإن كانت لديهن النية في إنجاب المزيد من الأطفال. إلا أن فجوة معلوماتية كبيرة ما زالت قائمة بين الأزواج الشابة وأولئك الذين ليس لديهم أطفال. وكما يتضح من الشكل (5.5)، أشارت ما نسبته 3.3% فقط من نساء الضفة الغربية و1.6% من نساء قطاع غزة إلى أنهن استخدمن وسائل تنظيم الأسرة بينما لم يكن لديهن أطفال بعد. وفي السياق الاجتماعي والثقافي الفلسطيني، فإن حديثي الزواج غالباً ما يتعرضون لضغط كبير من أجل تقييم مستوى الخصوبة لديهم (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000). أضف على ذلك انتشار العديد من المفاهيم الخاطئة حول استخدام وسائل تنظيم الأسرة قبل إنجاب المولود الأول بشكل خاص، مما يشير إلى أن هناك حاجة للتركيز على تثقيف الأزواج الشابة حول الوسائل المختلفة لتنظيم الأسرة. ولعل استهداف فئة الشباب في مرحلة مبكرة يؤدي إلى تحقيق نتائج أفضل على هذا الصعيد.

وقد توصل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني إلى استنتاج مشابه في دراسة نوعية، أجراها على المستوى الوطني على صحة الأم والطفل الفلسطيني، ونشرت بياناتها في تموز 2000.

2.3.5 الاستخدام الأول لوسائل تنظيم الأسرة:

شكل 6.5: نسبة النساء (15-49) سنة اللواتي سبق لهن الزواج وسبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة التي استخدمت لأول مرة



لقد لوحظ أنه من بين 11 خياراً منحت للنساء للإجابة على سؤال حول أول استخدام لوسائل تنظيم الأسرة، تم اختيار ستة من بين هذه الخيارات، باستثناء ما مجموعه 4.3% للخيارات الخمس المتبقية. ولصغرها، تم تجاهل هذه النسبة البسيطة في هذا التحليل.

وكما هو متوقع وكما تبين في دراسات عديدة سابقة، فقد احتل اللولب مكاناً متقدماً بين مختلف وسائل تنظيم الأسرة الأخرى، متبعاً بالحبوب (كيله 1993، وموسى 1994، والرفاعي 1996، والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 1997، ومركز شؤون المرأة 1999، والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2000).

وقد تلتتهما كل من الرضاعة، والعزل، وفترة الأمان، والواقى الذكري على التوالي، ولكن بفجوة كبيرة بينها وبين الوسيلتين المذكورتين في البداية (اللولب والحبوب). ومن الملاحظ أن ثلاثة من ستة من الوسائل الأكثر استخداماً هي وسائل تقليدية ذات مستوى ثقة منخفض ولكنها غير غزوية في الوقت ذاته.

احتل اللولب والحبوب المرتبة الأولى بين قرابة 63.5% من بين النساء المشاركات في عينة المسح الموزونة المؤلفة من 318,409 نساء سبق لهن الزواج في الفئة العمرية 15 - 49 سنة.

ومن بين وسائل تنظيم الأسرة الحديثة وغير الغزوية، يحتل الواقى الذكري أدنى مرتبة بنسبة تساوي 4.1%. بالرغم من الدور الهام الذي يلعبه الواقى الذكري في التحكم بالحمل ومنع انتشار الأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك مرض

الايذز . لذلك، فإنه من الأهمية بمكان أن يتم التركيز وإيلاء مزيد من الاهتمام ببرامج التسويق الاجتماعي ورفع مستوى الوعي لدى الذكور خاصة وتثقيفهم حول أهمية وميزات استخدام الواقي الذكري.

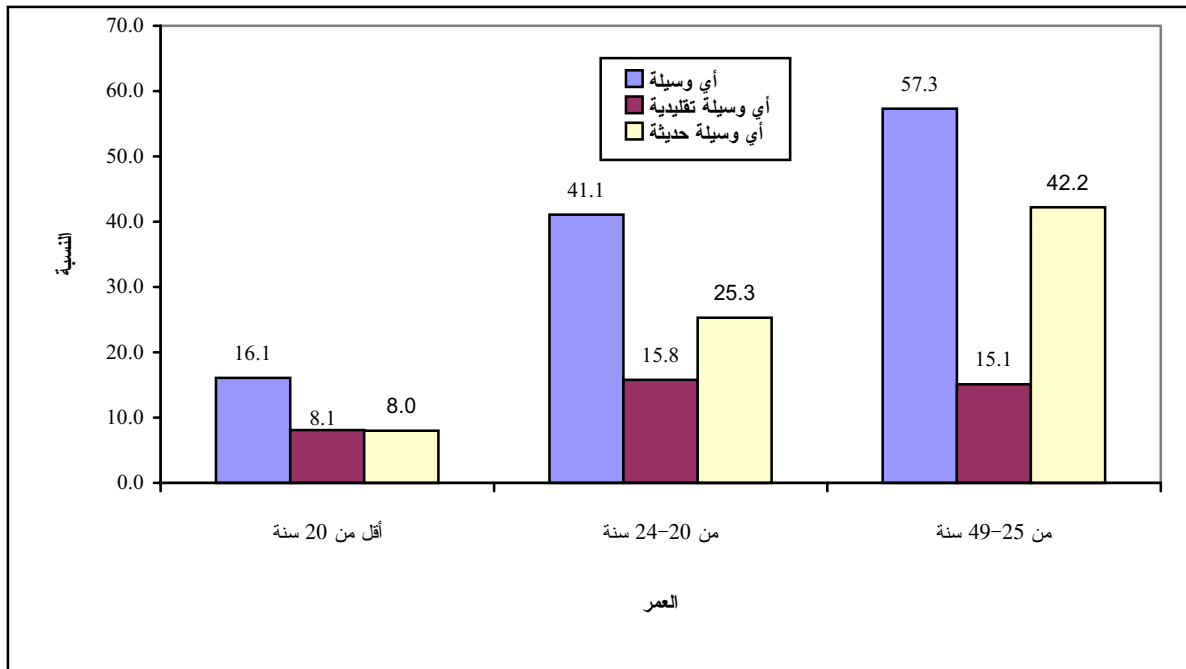
3.3.5 الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة:

تبلغ نسبة معرفة النساء بوسائل تنظيم الأسرة 99% في المسح الصحي للعام 2000، بينما تبلغ نسبة استخدام هذه الوسائل 51.4% مقارنةً بحوالي 45.2% في المسح الصحي الذي نفذته الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في عام 1996.

تعتبر العبارة أعلاه دليلاً على التقدم الهام الذي تم إحرازه في مجال استخدام وسائل تنظيم الأسرة في فترة زمنية لا تتعدى الأربع سنوات. ومما لا شك فيه أن عينة موزونة ذات حجم يصل إلى 419,722 امرأة من النساء اللواتي سبق لهن الزواج تزيد من قيمة النتائج التي تم التوصل إليها حديثاً.

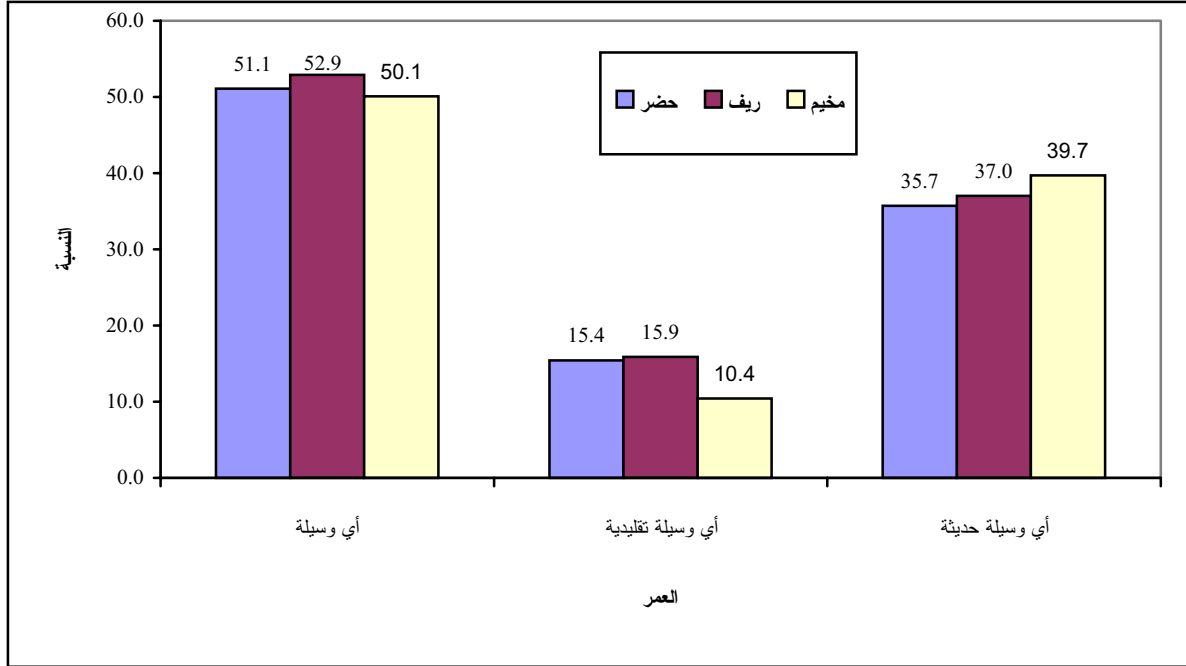
يتضح من دراسة البيانات المعروضة في شكل (7.5) أن ميل النساء لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة يزداد كلما تقدمت النساء بالعمر، بصرف النظر عن نوع الوسيلة التي يتم استخدامها. فبين النساء دون سن 20 سنة، يتبين تدني استخدام وسائل تنظيم الأسرة حيث تصل النسب إلى 16.1% و 8.1% و 8% أية وسيلة، وأية وسيلة تقليدية، وأية وسيلة حديثة على التوالي. وإلى حين بلوغ النساء سن 20 سنة، فإن غالبيةهن يكن قد اخترن حالة الخصوبة لديهن وضمن العدد الذي رغبن به من الأطفال، بعد ذلك فإنهن يكن أكثر قبولاً ورغبة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة. وينطبق هذا بشكل خاص على الوسائل الحديثة، حيث أشارت ما نسبته 42.2% من النساء في الفئة العمرية 25-49 سنة إلى أنهن يستخدمن وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة.

شكل 7.5: نسبة النساء المتزوجات حالياً ويستخدمن أو يستخدم أزواجهن وسائل تنظيم الأسرة حسب العمر



بالنظر إلى نفس مجموعة البيانات حسب نوع التجمع، يلاحظ أنه لا توجد اختلافات جوهرية في أنماط استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين النساء في التجمعات الرئيسية الثلاث: المخيمات، والحضر والريف. ويمكن ملاحظة تميز النساء المقيمات في المخيمات بعض الشيء من حيث استخدام الوسائل الحديثة، بينما تتميز النساء المقيمات في الريف باستخدام أي وسيلة وأي وسيلة تقليدية. يستعرض شكل (8.5) أدناه هذه المعطيات بشكل تمثيلي.

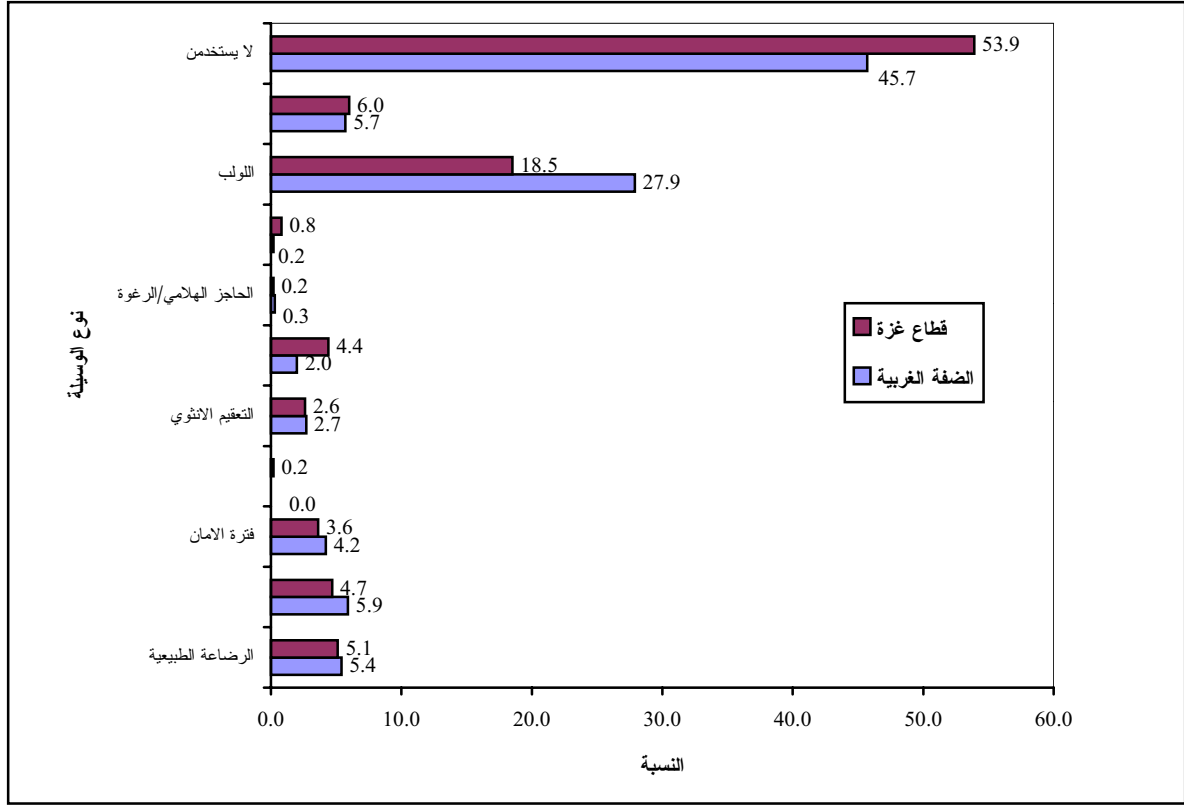
شكل 8.5: نسبة النساء المتزوجات حالياً ويستخدمن أو يستخدم أزواجهن وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع التجمع



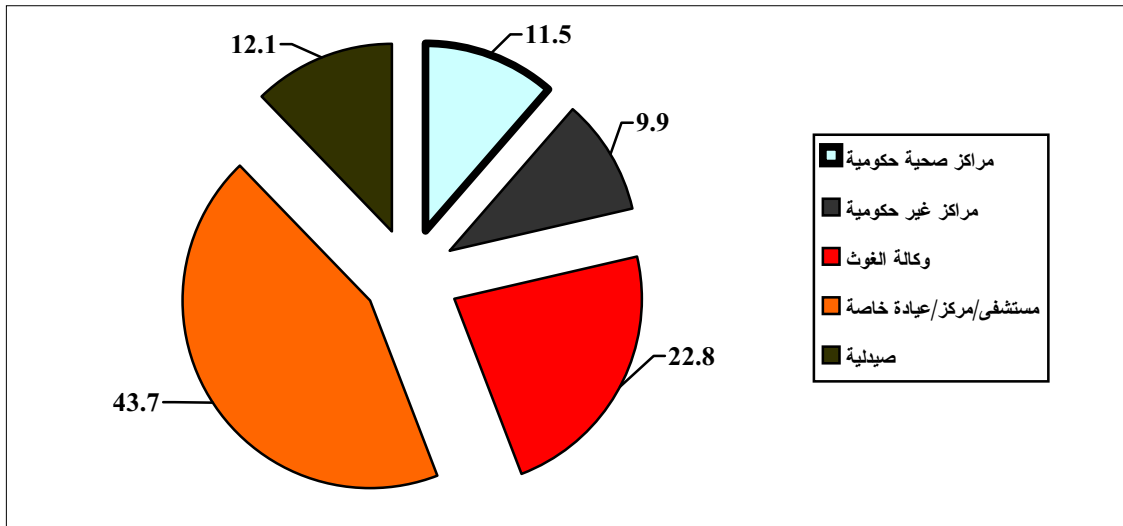
يعرض شكل (9.5) أدناه صورة واضحة حول الاستخدام وعدم الاستخدام لوسائل تنظيم الأسرة بالإضافة إلى نوع الوسائل المستخدمة، ويلاحظ أن هناك فجوة قائمة بين الضفة الغربية وقطاع غزة فيما يتعلق بعدم الاستخدام بنسبة مقدارها 8.2% لصالح قطاع غزة، حيث تصل نسبة عدم الاستخدام هذه إلى 45.7% في الضفة الغربية مقابل 53.9% في قطاع غزة.

من ناحية أخرى، لا يزال استخدام اللولب يحتل المرتبة الأولى في الوسائل المستخدمة في المنطقتين، تليه الحبوب التي تستخدمها نسبة أكبر من النساء في الضفة الغربية 27.9% مقارنة بحوالي 18.5% في قطاع غزة. وعلى ضالة استخدامه يزيد استخدام الواقي الذكري في قطاع غزة بمعدل ضعف مثيله في الضفة الغربية (4.4% في قطاع غزة و2% في الضفة الغربية). وبشكل عام، تبقى نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة أدنى بكثير مما هو مرغوب به.

شكل 9.5: نسبة النساء المتزوجات حالياً اللواتي يستخدمن أو يستخدم أزواجهن وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة



شكل 10.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً اللواتي يستخدمن وسائل حديثة لتنظيم الأسرة حسب مصدر الوسيلة



ملاحظة: تم استثناء التعقيم الذكري والأنثوي.

يبين الشكل أعلاه، أن ما يقارب النصف (43.7%) من النساء اللواتي يستخدمن وسائل حديثة لتنظيم الأسرة يحصلن عليها في عيادة خاصة، أو مستشفى، أو مركز طبي. حيث يعتبر اللولب الوسيلة المفضلة والأكثر انتشاراً، كما هو مبين في شكل (9.5). فهل هناك علاقة بين هاتين النتيجتين؟ الإجابة على هذا السؤال تقتضي النظر إلى الصورة ككل.

أولاً، تأسست مؤسسات القطاع الخاص لأغراض ربحية في المقام الأول. ثانياً، تعتبر عملية تركيب اللولب خدمة مربحة عند مقارنتها بالوسائل الأخرى المستخدمة، خاصةً عند بيع اللولب في المؤسسة أو العيادة نفسها. علاوة على ذلك، فإنه من المعروف أن مؤسسات القطاع الخاص تذهب إلى توظيف عدد أقل من المهنيين الصحيين ذوي المهن المدرة للدخل والذين هم في هذه الحالة أخصائيي النسائية والتوليد والأطباء الذين غالباً ما يكونون من الرجال. بالتالي، يتم استثناء مهن أخرى كالعاملات الصحيات والقابلات القانونيات وغيرهن من النساء العاملات في هذا المجال. وعلى صعيد آخر، وكما تم توثيقه في الأدبيات ذات العلاقة، فإن النساء وأزواجهن عادة ما يذعنون للرأي الطبي حول اختيار وسائل تنظيم الأسرة. (زاهر 1997، EMRO 1998، والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2000)²، لذا وبالمجمل فإن الإجابة على السؤال أعلاه ستكون على الأغلب إيجابية.

ومزيداً حول هذا الموضوع فإن هناك حاجة ماسة إلى أن تكون الخدمة ذات حس بقضايا النوع الاجتماعي، بحيث تتاح للنساء فرصة يعبرن فيها عن مشاعرهن، واحتياجاتهن، ومخاوفهن، ومصادر قلقهن. فالمرأة التي تقدم خدمات الرعاية الصحية هي وحدها القادرة على سماع وتفهم كل ذلك. لذا، فإنه من الضروري أن يتم إيلاء الاهتمام إلى هذا الموضوع بحيث تشكل المهنيات الصحيات النساء العاملات في مجال الرعاية الصحية العناصر الأساسية لخدمات تنظيم الأسرة، وبشكل خاص على مستوى الرعاية الصحية الأولية. وبهذه الطريقة فقط تصبح النساء أكثر إخباراً، وبالتالي أكثر قدرة على اتخاذ قرارات على أسس معرفية معلومة لديهن. علماً، بأن الاستثمار الدولي الذي نشهده مؤخراً في مهنة القبالة ينسجم تماماً مع الرؤية الواعية لقضايا النوع الاجتماعي هذه.

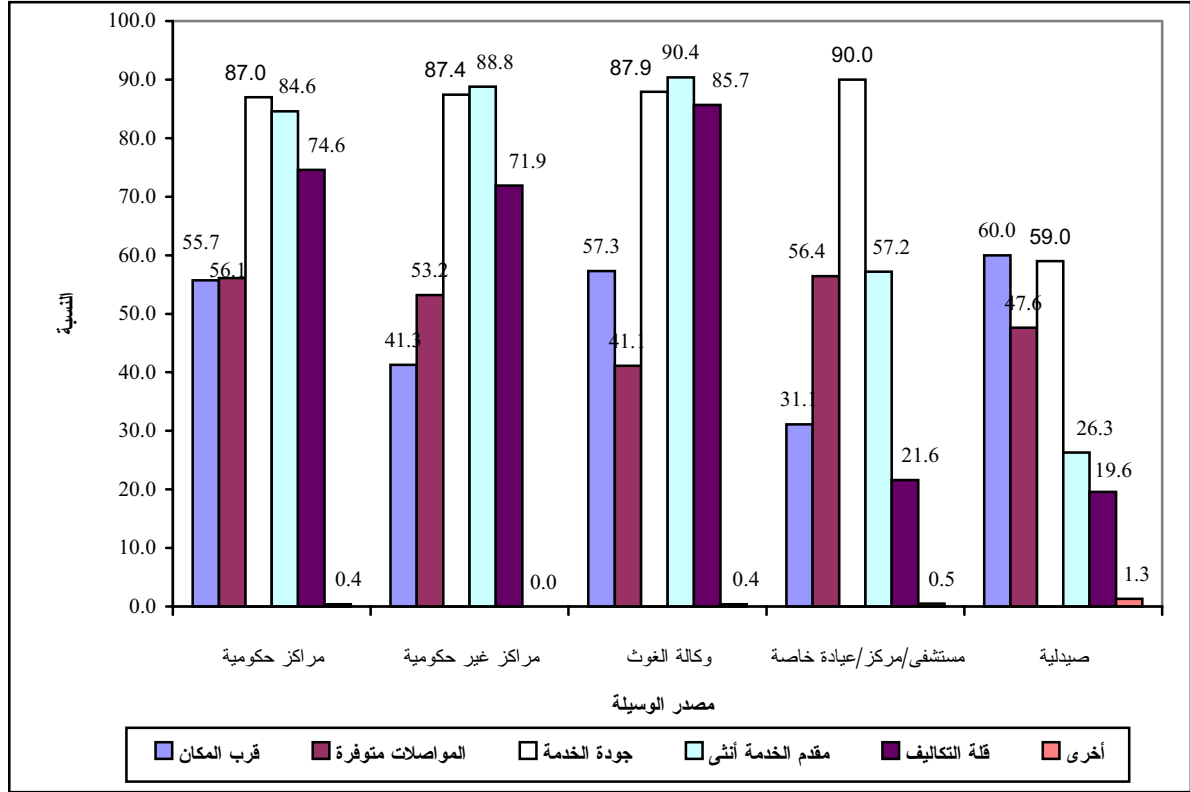
من بين 142,225 مستخدمة لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة، أشارت ما نسبته 85.2% و 67.3% إلى أن جودة الخدمة، وكون مقدم الخدمة انثى على التوالي، كانا السببين الرئيسيين في اختيار مكان الحصول على الوسيلة.

سئلت النساء اللواتي يستخدمن حالياً وسائل حديثة لتنظيم الأسرة حول الأسباب الكامنة وراء اختيار المكان الذي يحصلن منه على الوسيلة. وبصرف النظر عن المكان، فقد تمحورت إجاباتهن حول جودة الخدمة والتي احتلت المركز الأول بين كافة الأسباب الأخرى، فقد أشار ما نسبته 85.2% من المبحوثات إليها باعتبارها سبب اختيارهن لمكان تقديم الخدمة. وقد تلتها وجود إناث مقدمات للخدمة، وتوفر المواصلات، والقرب من المرافق الصحية بنسب قدرها 67.3%، و 51.5%، و 47.1% و 44.4% على التوالي.³ يبين شكل (11.5) مزيداً من التفصيل.

² أشارت دراسة حول مدى رضى النساء عن خدمات الاستشارات المتكاملة في عيادات تنظيم الأسرة التابعة لجمعية تنظيم الأسرة المصرية إلى أن الطبيب اختار وسيلة تنظيم الأسرة في 54% من الحالات التي تم فيها استخدام اللولب. علاوة على ذلك، بينت دراسة أخرى أجريت في كينيا أن الجهة المقدمة للخدمة تختار وسيلة تنظيم الأسرة لحوالي 46% من النساء اللواتي يسعين للحصول على الخدمة.

³ تم الطلب من كل امرأة أن تجيب إيجابياً أو سلبياً فيما يتعلق بكل سبب كما هو مبين في أداة المسح. وهذا يعني أنه كان من الممكن لكل امرأة أن تختار أكثر من سبب واحد، الأمر الذي جعل إجمالي النسبة يصل إلى أكثر من مائة.

شكل 11.5: نسبة النساء المتزوجات حالياً ويستخدمن وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة حسب مصدر الوسيلة والسبب وراء اختيار المصدر

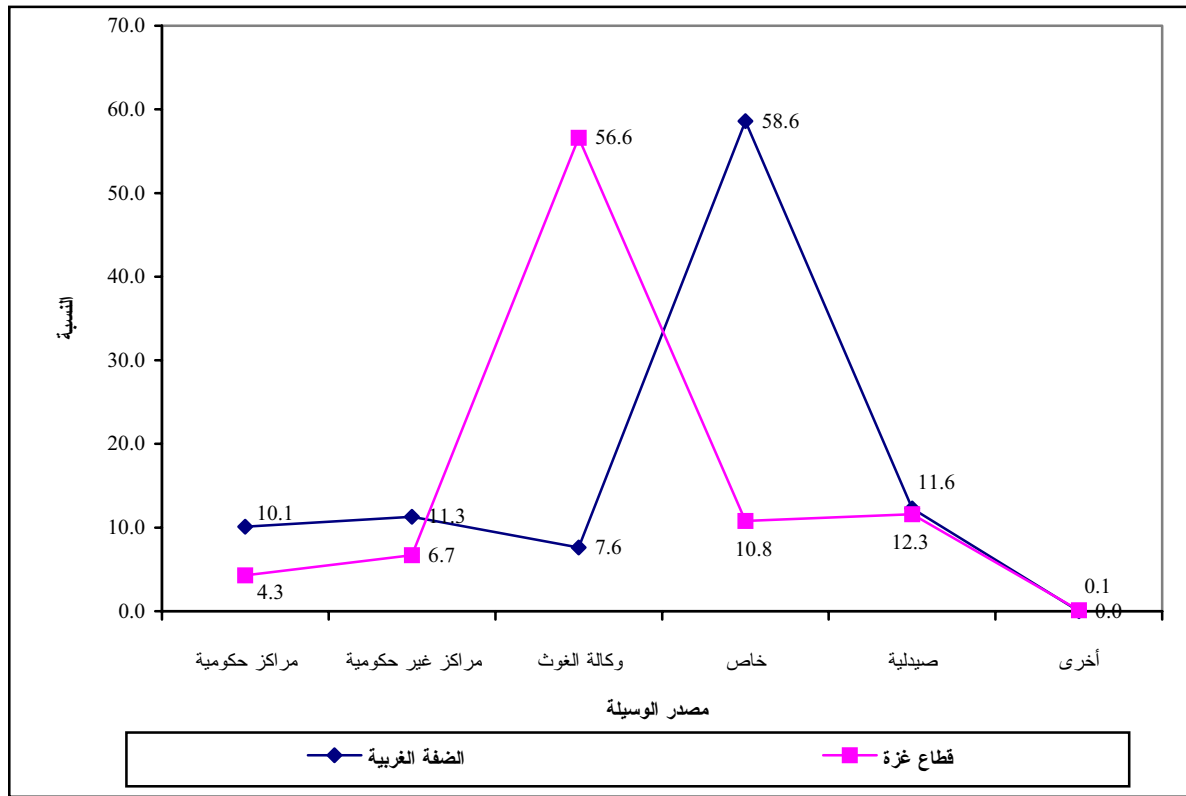


ملاحظة: تم استثناء التعقيم الذكري والأنثوي.

بالنظر إلى البيانات حسب مرافق الخدمات التي تم اختيارها، فمن وجهة نظر النساء شكلت جودة الخدمات في مؤسسات القطاع الخاص عنصر الجذب الرئيس لحوالي 90% من أولئك اللواتي يستهدفن هذا النوع من مرافق الرعاية الصحية. في الوقت ذاته، شكلت جودة الخدمة وقيام إناث بتقديم الخدمة وعامل التكلفة الأقل العوامل المحددة الثلاثة للنساء اللواتي يسعين للحصول على الخدمة في المنظمات غير الحكومية، ومراكز وكالة الغوث الدولية والمرافق الحكومية. إلا أن حقيقة كون الجودة احتلت المرتبة الثانية لأولئك اللواتي يسعين للحصول على الخدمة من صيدلية يضع تعريف وفهم المبحوثات للجودة كمصطلح تحت المراجعة والسؤال. فما هو مقدار الجودة التي يمكن أن يراها شخص كمشتري من صيدلية؟ كما أن الطريقة التي طرح فيها السؤال في أداة المسح ذاتها يمكن لها أن تكون محط تساؤل هي الأخرى.

وبالنظر إلى الموضوع حسب المنطقة شكل (12.5)، فإن أكثر من نصف (56.6%) مستخدمات الوسائل الحديثة في قطاع غزة، يسعين للحصول على الخدمات من مراكز وكالة الغوث الدولية، بينما تسعى 58.6% من النساء في الضفة الغربية للحصول على الخدمة ذاتها من مرافق القطاع الخاص. أما بالنسبة للمنظمات غير الحكومية والمراكز الحكومية، فإن هناك فروقاً بسيطةً في سعي النساء للحصول على خدمات منها في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة.

شكل 12.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً اللواتي يستخدمن وسيلة حديثة حسب مصدر الوسيلة والمنطقة



ملاحظة: تم استثناء التعقيم الذكري والأنثوي.

وعندما سئلت النساء عن الوقت المستغرق للوصول إلى مركز تقديم الخدمة، أفادت ما نسبته 61.1% منهن إلى أنهن يحتجن 0-29 دقيقة، مقابل 28% أشرن إلى أنهن يحتجن إلى 30-59 دقيقة و9.3% أشرن إلى أنهن يحتجن 60-89 دقيقة. من ناحية أخرى، أشارت ما نسبته 1.6% من المبحوثات إلى أنهن يحتجن إلى وقت أكثر من ذلك للوصول إلى مراكز الخدمة. وقد يشير ذلك إلى أن الوصول إلى الخدمة لا تشكل مشكلة أمام النساء اللواتي يسعين للحصول عليها.

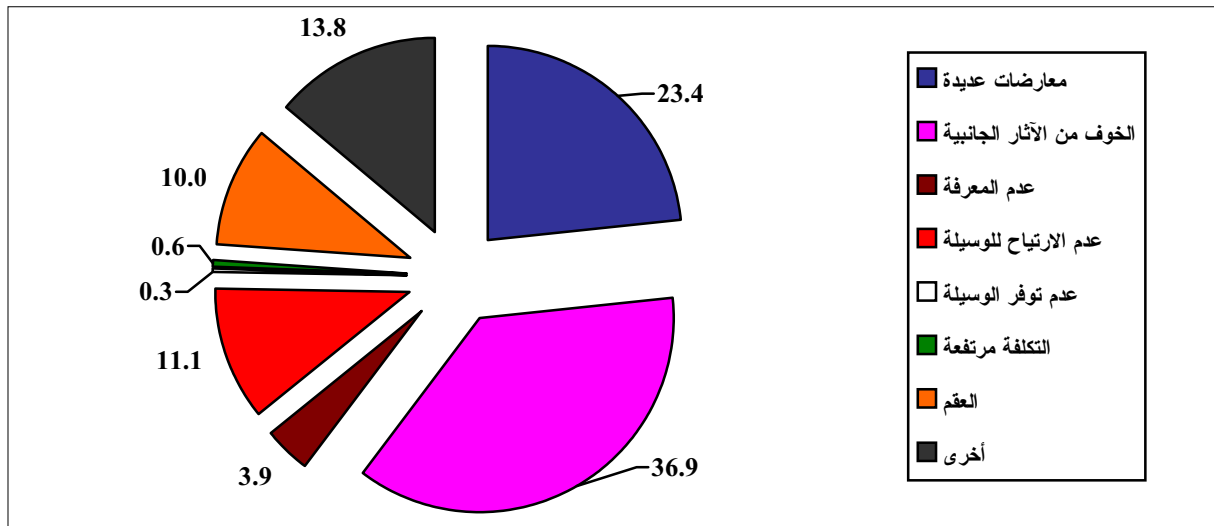
4.5 عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة:

أعربت ما نسبته 63.1% من النساء المبحوثات عن المعارضات العديدة والخوف من الأعراض الجانبية كأهم سببين لعدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

تمثل السبب الرئيس لعدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة في الخوف من الأعراض الجانبية، وذلك وفقاً لحوالي 36.9% من النساء غير المستخدمات لأية وسيلة (مع استثناء النساء اللواتي يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال، واللواتي بلغن سن الأمان، والنساء اللواتي غاب عنهن أزواجهن). وهذا يعتبر مؤشراً قوياً على الضعف الكبير والجهود المحدودة التي يتم استثمارها في مجال حملات التثقيف الصحي والاتصال (IEC)، خاصةً وأنها تشكل استراتيجية رئيسية موصى بها لحماية حق المرأة في الوصول إلى المعلومات وإتاحتها لها بشكل يجعلها أكثر اطلاعاً، الأمر الذي يلعب دوراً بالغ التأثير على صعيد الإدراك والمواقف وهذا يقودنا إلى السبب الثاني وراء عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث

أعطت ما نسبته 23.4% من النساء المبحوثات معارضات عديدة كسبب رئيس لعدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة، من بينها معارضة ذاتية، ومعارضة الزوج، والأقارب، والدين. هذا في الوقت الذي ثبت فيه خطأ الافتراض القائل بأن الإسلام يعارض تنظيم الأسرة وذلك في أنحاء عديدة من العالم الإسلامي. وتتوفر الكثير من الأدلة في الأدبيات الإسلامية على أن تنظيم الأسرة لم يكن أبداً محرماً منذ أيام الإسلام الأولى. وقد عمل المركز الإسلامي الدولي جنباً إلى جنب مع جامعة الأزهر في القاهرة على هذا الموضوع، وأصدرا معاً عدداً من المنشورات ذات العلاقة (المركز الإسلامي الدولي وجامعة الأزهر، 1997). وباختصار، فإن هذا لا يخرج عن كونه فهماً خاطئاً متعمقاً في العادات الفلسطينية والنظام الاجتماعي وليس الدين، وهذا في حقيقة الأمر هو السبب الحقيقي وراء معارضة الذات والزوج والأقارب لتنظيم الأسرة.

شكل 13.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً اللواتي لا يستخدمن أية وسيلة لتنظيم الأسرة حسب السبب الرئيس لعدم الاستخدام



ملخص تنفيذي

- في عينة موزونة حجمها 419,722 من النساء المتزوجات، تبين أن أكثر من 99% منهن يعرفن عن وسيلة حديثة، دون وجود فرق كبير حسب المنطقة أو الفئة العمرية.
- تعتمد النساء في الضفة الغربية على الأطباء كمصدر للمعلومات المتعلقة بوسائل تنظيم الأسرة بنسبة 35.0%، فيما تعتمد نساء قطاع غزة على القابلات والممرضات في الحصول على تلك المعلومات وذلك بنسبة 48%. هذا مع العلم أنه قد أتيح للنساء ذكر أكثر من مصدر يحصلن منه على مثل هذه المعلومات.
- 80% من نساء الضفة الغربية يعرفن مكاناً للحصول على وسيلة لتنظيم الأسرة مقابل 93.0% في قطاع غزة.
- بلغت نسبة النساء اللواتي لديهن معرفة بوسائل تنظيم الأسرة أعلى درجاتها في قطاع غزة والمخيمات، حيث الوجود المميز لمراكز وكالة الغوث.
- نساء الضفة الغربية أكثر ميلاً لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة مقارنة مع نساء قطاع غزة، وذلك لكافة الفئات العمرية.
- سجلت أعلى نسبة استخدام لوسائل تنظيم الأسرة بين نساء الفئة العمرية 30-49 سنة، وبلغت هذه النسبة 80.0%.
- بلغت نسبة النساء اللواتي سبق لهن استخدام وسائل حديثة لتنظيم الأسرة، وتقل أعمارهن عن 30 سنة أدنى درجاتها، حيث كانت النسبة 51.8% في الضفة الغربية، و44.6% في قطاع غزة.
- مقارنة بنتائج المسح الصحي عام 1996، نجد أن هناك زيادة في نسبة النساء اللواتي يستخدمن حالياً وسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت هذه الزيادة (13.0% و 4%) في قطاع غزة والضفة الغربية على التوالي.
- بلغت أعلى نسبة للنساء اللواتي استخدمن وسائل تنظيم الأسرة للمرة الأولى بعد إنجاب المولود الأول، 29.4% في الضفة الغربية و22.6% في قطاع غزة.
- بلغت نسبة النساء اللواتي استخدمن وسائل تنظيم الأسرة للمرة الأولى قبل المولود الأول 3.3% في الضفة الغربية و1.6% في قطاع غزة.
- في عينة موزونة حجمها 318,409 نساء، احتل كل من اللولب والحبوب المرتبة الأولى في استخدام وسائل تنظيم الأسرة بنسبة قدرها 63.5%.
- بلغت نسبة النساء اللواتي يعرفن عن وسائل تنظيم الأسرة 99.0%، بينما بلغت نسبة النساء اللواتي يستخدمن مثل هذه الوسائل 51.4% مقارنة مع 45.2% وفقاً لنتائج المسح الصحي عام 1996.
- هناك تفاوت في النسبة الإجمالية لعدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين الضفة الغربية وقطاع غزة، بفجوة تصل إلى 8.2% لصالح قطاع غزة.

- بلغت نسبة استخدام الواقي الذكري في قطاع غزة 4.4%، وهي ضعف النسبة في الضفة الغربية، والتي بلغت 2.0%.
- 43.7% من النساء اللواتي يستخدمن وسائل حديثة لتنظيم الأسرة، يحصلن عليها من القطاع الخاص سواء كان مستشفى أو مركزاً صحياً أو عيادة.
- من بين 142,225 امرأة تستخدم وسيلة حديثة لتنظيم الأسرة، أشارت 82.5% إلى أن جودة الخدمة كان السبب الرئيس في اختيار مكان الحصول على الوسيلة، فيما أكدت 67.3% أن السبب يعود إلى جنس مقدم الخدمة كونه أنثى.
- أكثر من نصف النساء (56.6%) اللواتي يستخدمن وسيلة تنظيم أسرة حديثة في قطاع غزة، يحصلن على الوسيلة من مراكز وكالة الغوث الدولية، فيما تحصل 58.6% من نساء الضفة الغربية على هذه الوسائل من العيادات والمراكز الخاصة.
- تمثل السبب الرئيس في عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة في الخوف من الأعراض الجانبية (36.9%)، مقارنة بـ 10.8% وفقاً لنتائج المسح الصحي 1996.
- إن ما نسبته 23.4% من النساء اللواتي لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة، ذكرن أن أسباب عدم الاستخدام تعود لمعارضتهن الذاتية للاستخدام ومعارضة الزوج ومعارضة الأقارب والدين، مقارنة بـ 38.9% وفقاً لنتائج المسح الصحي 1996.

التوصيات:

بالرغم من أن نتائج البيانات والمعلومات التي تم الحصول عليها تشير إلى أن هناك تقدماً ملموساً في مجال تنظيم الأسرة خلال الفترة ما بين تنفيذ المسح الصحي 1996 والمسح الصحي 2000؛ إلا أن حجم التحديات المستقبلية يبقى كبيراً. ولقد تم وضع التوصيات المقترحة أدناه في أربع مجالات واسعة. ويتطلب تحقيق هذه التوصيات عملاً جماعياً تشترك فيه جميع الجهات المعنية، وذلك من أجل إحداث التغيير المطلوب. ولكن بداية لا بد من التأكيد على أنه وبالنظر إلى التركيبة الاجتماعية والثقافية للمجتمع الفلسطيني، فإن حقيقة أن الصحة الإنجابية بشكل عام، وتنظيم الأسرة بشكل خاص، لها دلالة تتعلق بالتركيبة البيولوجية للمرأة، تخضع المجال برمته للاهتمامات المرتبطة بقضايا النوع الاجتماعي أكثر من المجالات الصحية الأخرى، وهذا ما تم أخذه بالحسبان عند صياغة التوصيات التالية:

1. استراتيجية معلومات وتعليم واتصال حساسة للنوع الاجتماعي: من المؤكد أنه تم رأب الكثير من الفجوات المعلوماتية خلال السنوات الثلاث الماضية، وهذا ما بينته نتائج المسح، كما هو الحال بالنسبة للتغيرات في أنماط استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وكذلك فقد أظهرت البيانات أن الانتفاع من وسائل تنظيم الأسرة لم يعد محصوراً بالإيجابية العالية كما كان عليه الأمر في السابق، وأن المزيد من النساء بادرن إلى استخدام وسائل تنظيم الأسرة بعد المولود الأول أو الثاني. وقد يكون هذا مؤشراً على أن النساء أصبحن أكثر قدرة على اتخاذ قرارات في هذا المجال بعد حصولهن على المعلومات التي بدونها يصعب عليهن اتخاذ مثل هذه القرارات. وقد يدل أيضاً على وجود مزيد من التوازن في العلاقات بين الجنسين، مما أدى إلى اكتساب المرأة مقدرتها على التحكم بتجربته

الإيجابية. ولكن تبقى هناك فجوات معلوماتية حول الأزواج الشباب وحديثي الزواج، الذين لم تتعدى نسبة استخدامهم لوسائل تنظيم الأسرة 3.3% في أفضل الأحوال. تساعد المعلومات المتعلقة بنوع وسيلة تنظيم الأسرة التي يستخدمها هؤلاء الأزواج في إيجاد وفهم علاقة بين الوسيلة المستخدمة ومدى حساسيتها لقضايا النوع؛ فعلى سبيل المثال، يدل استخدام الواقي الذكري على وجود مسئولية مشتركة تجاه الإنجاب، بعكس ما هو الحال عليه عند استعمال النساء الطرق النسائية التي تصل نسبة استخدامها إلى 63.5% ما بين الحبوب واللولب، وذلك حسب ما جاء في نتائج المسح. أما فيما يتعلق بالسيبين الرئيسيين لعدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة وهما: الخوف من الأعراض الجانبية، ومعارضة الزوج والزوجة ومعارضة الأقارب والدين، فهما مؤشران قويان على وجود ضعف في أنشطة التعليم والاتصال ذات الحساسية لقضايا النوع. فلو حصل الرجال والنساء على قدر كافٍ من المعلومات المناسبة لما كان لديهم مثل هذا القلق والخوف من الأعراض الجانبية الناتجة عن استخدام وسائل تنظيم الأسرة، كما يعتقدون. ولو وظفت أنشطة المعلومات والتعليم والاتصال الحساسة لقضايا النوع لخدمة هذه المسألة بشكل صحيح وفعال، لما سجل مثل هذا القدر من المعارضة لممارسة تنظيم الأسرة.

من هذا المنطلق، فإننا نوصي باستثمار الجهود التي ما فتئت تبذلها المنظمات غير الحكومية ووزارة الصحة وانتاج المزيد من الرزم المعلوماتية والتثقيفية الحساسة لقضايا النوع، والتي تستهدف الرجل والمرأة على حد سواء مع التركيز على فئة الشباب وصناع القرار. ومن المؤكد أن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني مؤهل لأن يلعب دوراً محورياً في هذه المسألة من خلال برنامجي إحصاءات الجندر وإحصاءات الصحة الفاعلين فيه.

2. خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة الحساسة للنوع الاجتماعي: تعتبر النتائج حول استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب النوع، وسبب استهداف مركز صحي معين، بالإضافة إلى المعرفة بمصدر وسائل تنظيم الأسرة، مؤشرات تدل على مدى توفر الخدمة وجودتها وإتاحتها. وقد أظهرت البيانات أن وسائل تنظيم الأسرة النسائية الاستخدام هي الأكثر شيوعاً، بينما أظهرت أن هناك محدودية شديدة في التعاطي مع الوسائل التي يستخدمها الذكور، وأظهرت النتائج أيضاً أن جودة الخدمة، وجنس مقدم الخدمة كونه أنثى، هما السببان الرئيسيان في استهداف مركز معين للحصول على وسائل تنظيم الأسرة. كما أظهرت النتائج أن المعرفة بمصادر وسائل تنظيم الأسرة ليست كما يجب. وبالمجمل تشير النتائج إلى وجود جعل خدمات تنظيم الأسرة أكثر حساسية للنوع الاجتماعي بتوفيرها وإتاحتها لمستخدميها من الجنسين، رجالاً ونساءً مع ضرورة إعلامهم وتعليمهم عن الموارد المجتمعية المتاحة لهم ليتسنى لهم الاستفادة من حقهم في استهدافها والوصول إليها والانتفاع بها، مما يؤكد مرة أخرى ضرورة الاستثمار في أنشطة المعلومات والتعليم والاتصال الحساسة للنوع الاجتماعي للتركيز على إشراك الرجال وبرامج التسويق الاجتماعي. وأخيراً، فإن الأسباب التي تدفع النساء، كما جاء في النتائج، إلى استهداف مركز صحي بعينه تعتبر بحد ذاتها تعبيراً واضحاً عن حاجات النساء وأولوياتهن، الأمر الذي لا بد من الاستثمار فيه في هذا المجال.

3. البحوث والسياسات الحساسة للنوع الاجتماعي: تظهر النتائج بوضوح أن المسح ركز على صحة الأمومة دون أن يشمل الوقفات خارج إطار الدور الإيجابي للمرأة، علاوة على تغييب كامل للذكور، مما يترك فجوة كبيرة في المعلومات، حيث أنه يعيق الفهم الكامل للمتغيرات التي تشكل السلوك الإيجابي للمرأة وقراراتها. بالإضافة إلى ذلك فهو يتسم بفقدان كامل للوعي بمدى التداخل في التجربة الحياتية لكل من المرأة والرجل، هذا التداخل الذي هو جوهر ولب قضايا النوع الاجتماعي أولاً وأخيراً. وينطبق هذا أكثر ما ينطبق على مسألة تنظيم الأسرة لأن قرار

استخدام أو عدم استخدام أي من وسائلها المعروفة يعتمد إلى حد بعيد على المعلومات المكتسبة سابقاً لاتخاذ القرار بالإضافة إلى علاقات وموازين القوى بين الرجال والنساء داخل العائلة. ولهذا فإننا نوصي بأن تستهدف المسوح المستقبلية كل من الرجال والنساء على حد سواء بما في ذلك الواقع خارج الدور الإيجابي ولأن تصبح حاجات النساء ووجهات نظرهن مرئية لدى صناع القرار لتضمينها في الخطط التنموية التي تشكل الصحة أحد أهم مكوناتها، فإن من الضروري تصنيف كافة البيانات حسب الجنس عند عرضها وتحليلها في التقرير.

4. التباين على مستوى المناطق: بالرغم من أن الفجوة بين الضفة الغربية وقطاع غزة، تتقلص باستمرار إلا أن هناك حاجة إلى المزيد من العمل للقضاء على الفروقات التي ما زالت قائمة، مثل العمل على تقليص الفجوة في استخدام وسائل تنظيم الأسرة فيما بين الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث سجل فرقاً مقداره 7% فقط بين المنطقتين. وعلينا أن نلاحظ هنا أن قطاع غزة سجاً أفضل من الضفة الغربية في عدة مجالات؛ مثل الاستخدام الفعال للموارد المتاحة من المهنيين العاملين في القطاع الصحي، خاصة في مجال الوصول إلى المعلومات. وقد يرتبط هذا بالمجهود الاستثنائي الذي تم بذله في قطاع غزة من قبل جميع الجهات المعنية، مثل الجهات المانحة ووزارة الصحة والمنظمات غير الحكومية المحلية والدولية.

تفضيلات الخصوبة

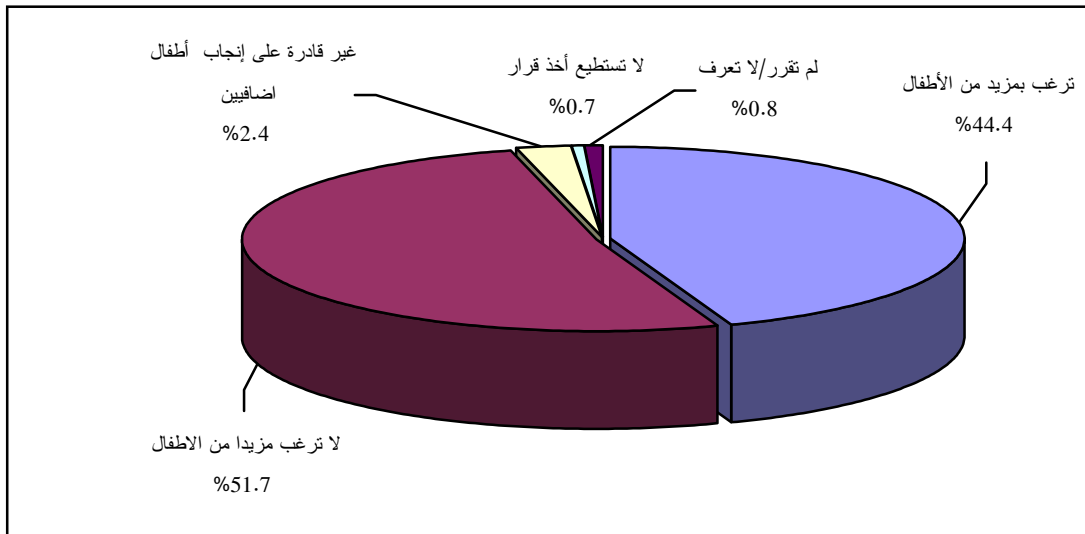
1.6 مقدمة:

يتناول هذا الفصل تفضيلات الخصوبة للمبحوثات الإناث المتزوجات حالياً في سن الإنجاب (الفئة العمرية 15 – 49 سنة). كما يعالج موضوع الحاجة لوسائل تنظيم الأسرة ومدى الخصوبة غير المرغوب فيها. وقد تم سؤال المبحوثات غير الحوامل في وقت المسح عما إذا كن يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال، وإذا كان كذلك، تم سؤالهن عن جنس الطفل الذي يفضلنه وعن الفترة التي يفضلن انتظارها قبل إنجاب الطفل التالي. من ناحية أخرى، سئلت المبحوثات الحوامل عما إذا كن يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال بعد أن يضعن حملهن، وعن جنس الطفل الذي يفضلنه والفترة التي يفضلن انتظارها قبل إنجاب الطفل التالي. كما تم سؤال المبحوثات عن عدد الأطفال الذين يرغبن بإنجابهم فيما لو بدأن الإنجاب من جديد. وتم إجراء تقييم لرغبة المبحوثات في إنجاب الأطفال، والحاجة إلى خدمات تنظيم الأسرة، والعدد المثالي للأطفال، وتخطيط وتنظيم إنجاب المواليد.

2.6 الرغبة في إنجاب الأطفال:

إن البيانات حول الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال بين النساء اللواتي يحتمل أن يكن قادرات على الإنجاب، توفر معلومات حول الخصوبة المستقبلية والحاجة الكامنة لخدمات تنظيم الأسرة. وقد تبين من هذه البيانات أن حوالي نصف النساء المتزوجات حالياً في سن الإنجاب يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال مقابل 44.4% يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال، و 2.4% غير قادرات على إنجاب الأطفال و 1.5% لم يقررن بعد/لا يعرفن بشأن ذلك، ولا يستطعن إتخاذ قرار (أنظر الشكل 1.6). في المقابل، يتضح من البيانات أن نسبة النساء اللواتي يفضلن إنجاب الأطفال في قطاع غزة تفوق مثلثتها في الضفة الغربية (49.7% مقابل 41.5% على التوالي).

شكل 1.6: تفضيلات الخصوبة للنساء المتزوجات حالياً في الفئة العمرية (15-49) سنة



يلقي الجدول (1.6) الضوء على رغبة النساء في التوقف عن إنجاب الأطفال حسب المنطقة ونوع التجمع السكاني. ومن الجدير بالذكر أن نسبة النساء الراغبات في التوقف عن إنجاب الأطفال في الضفة الغربية بلغت 54.3% مقابل 46.8% في قطاع غزة. كما أن النسبة مرتفعة أيضاً بين النساء المقيمات في الريف (56.2%) مقارنةً بالنساء المقيمات في الحضر والمخيمات (49.9% و 49.7% على التوالي).

جدول 1.6: نسبة النساء المتزوجات حالياً اللواتي يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب المنطقة ونوع التجمع

المنطقة ونوع التجمع	يرغبن بوقف اتجاب المزيد من الأطفال
المنطقة	
الضفة الغربية	54.3
قطاع غزة	46.8
نوع التجمع	
حضر	49.9
ريف	56.2
مخيم	49.7
المجموع	51.7

كما يتناول الجدول (2.6) التوزيع النسبي للنساء اللواتي يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب العمر والمنطقة، ويبين أن أعمار أكثر من نصف هؤلاء النساء تقل عن 35 سنة.

جدول 2.6: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً ممن يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب الفئة العمرية والمنطقة

العمر الحالي	الضفة الغربية	قطاع غزة	الأراضي الفلسطينية
19-15	1.6	1.0	1.4
24-20	10.4	5.9	9.0
29-25	18.0	17.0	17.6
34-30	22.5	22.8	22.6
39-35	20.5	22.5	21.2
44-40	16.3	17.9	16.8
49-45	10.7	12.9	11.4
المجموع	100	100	100
عدد النساء	143,443	67,512	210,955

من ناحية أخرى، يتناول الجدول (3.6) والجدول (4.6) توزيع النساء اللواتي يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال حسب عدد الأطفال الأحياء وعمر المرأة.

جدول 3.6: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب تفضيلات الخصوبة وعدد الأطفال الأحياء

عدد الاطفال الأحياء								تفضيلات الخصوبة
المجموع	+6	5	4	3	2	1	0	
44.4	9.5	24.6	38.9	58.6	71.7	81.8	83.6	ترغب في مزيد من الأطفال
51.7	87.1	71.1	58.8	39.6	26.1	14.7	4.3	لا ترغب في مزيد من الأطفال
2.4	2.8	2.0	0.5	0.6	0.8	0.9	10.0	غير قادرة على إنجاب أطفال
0.7	0.4	0.8	1.0	0.2	0.1	1.6	0.9	غير قادرة على اتخاذ قرار
0.8	0.2	1.5	0.8	1.0	1.3	1.0	1.2	لم تقرر/لا تعرف
408,320	116,137	48,197	57,023	53,586	48,329	43,313	41,735	عدد النساء

ترتبط نسبة النساء اللواتي يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال إيجابياً بعدد الأطفال الأحياء الذين أنجبتهن المرأة، والتي تتراوح بين 4.3% للنساء اللواتي لا يوجد لديهن مواليد أحياء و 87.1% للنساء اللواتي لديهن ستة مواليد أحياء فأكثر (أنظر جدول 3.6).

علاوة على ذلك، ترتبط نسبة النساء اللواتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال إيجابياً بالعمر الحالي للمرأة، والتي تتراوح بين 10.4% للنساء في الفئة العمرية 15 - 19 سنة و 83.3% للنساء في الفئة العمرية 40 - 44 سنة (أنظر جدول 4.6).

جدول 4.6: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب تفضيلات الخصوبة والفئة العمرية للمرأة

عدد الاطفال الأحياء								تفضيلات الخصوبة
المجموع	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	
44.4	4.0	11.4	23.5	36.9	55.7	73.6	86.9	ترغب في مزيد من الاطفال
51.7	79.6	83.3	72.7	60.9	41.8	24.2	10.4	لا ترغب في مزيد من الأطفال
2.4	16.3	4.6	2.6	0.6	0.5	0.5	0.0	غير قادرة على انجاب أطفال اضافيين
0.7	0.1	0.7	0.8	0.8	0.5	0.6	1.0	غير قادرة على اتخاذ قرار
0.8	0.0	0.0	0.4	0.8	1.5	1.1	1.7	لم تقرر/لا تعرف
408,320	30,218	42,580	61,431	78,209	89,024	78,199	28,659	عدد النساء

كما تم طرح نفس مجموعة الأسئلة على النساء اللواتي تم إجراء مقابلات معهن في سياق المسح الديموغرافي للعام 1995. وقد تبين أن النسب الحالية للنساء اللواتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال تفوق تلك النسب التي تم الحصول عليها من المسح الديموغرافي للعام 1995 وذلك للنساء في الفئة العمرية 15 - 34 سنة. في حين تبين أن النسب الحالية للنساء اللواتي لا يرغبن بإنجاب مزيد من الأطفال تقل عن تلك النسب في مسح 1995 للفئة العمرية 35-49 سنة.

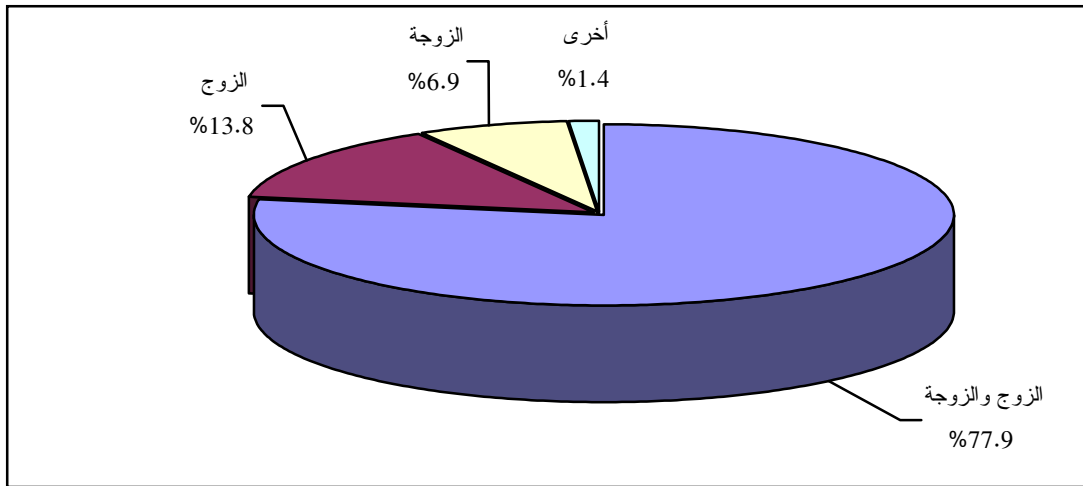
جدول 5.6: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً ممن يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب الفئة العمرية للمرأة 1995، 2000

2000	*1995	الفئة العمرية
1.4	1.1	19-15
9.0	7.2	24-20
17.6	13.8	29-25
22.6	19.9	34-30
21.2	22.4	39-35
16.8	19.4	44-40
11.4	16.2	49-45

* المصدر: دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الديمغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة: النتائج النهائية. رام الله - فلسطين.

يتضح من الشكل 2.6 أن كلا من الزوج والزوجة يتخذا القرار بشأن عدد الأطفال في الأسرة في حوالي 77.9% من الحالات، بينما تقرر الزوجة وحدها بشأن ذلك في 6.9% من الحالات، ولكن يقرر الزوج بمفرده في 13.8% من الحالات. وبما أن غالبية النساء غير قادرات على اتخاذ القرار بمفردهن بشأن عدد الأطفال في الأسرة لوحدهن، فإنه من الأهمية بمكان أن يتم إشراك الرجال في برامج تنظيم الأسرة والتثقيف الصحي.

شكل 2.6: التوزيع النسبي للأشخاص الذين يتخذون قراراً بشأن عدد الأطفال في العائلة



3.6 العدد الإضافي المفضل للذكور/الإناث:

تم طرح أسئلة على النساء بشأن عدد الأطفال الذين يرغبن بإنجابهم في المستقبل إضافة إلى الذين تم إنجابهم، وقد أشارت 54.1% من النساء المبحوثات إلى عدم رغبتهن بإنجاب المزيد من الأطفال أو أنهن غير قادرات على إنجاب الأطفال.

جدول 6.6: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب عدد الأطفال الأحياء، والعمر الحالي للمرأة، وعدد الأطفال المتوقع

عدد النساء	عدد الأطفال المتوقع								عدد الأطفال الأحياء
	غير محدد برقم	+6	5	4	3	2	1	0	
41,735	6.6	10.8	4.9	39.0	9.9	14.3	0.2	14.3	0
43,313	6.0	8.0	8.7	18.2	22.5	13.5	7.5	15.6	1
48,596	5.3	5.4	3.2	13.0	8.9	30.1	6.4	27.7	2
54,246	4.4	2.2	2.4	5.1	10.4	16.4	18.0	41.1	3
57,853	3.3	1.6	1.6	1.9	3.2	13.3	15.3	59.8	4
49,021	4.1	0.8	0.3	0.6	1.7	6.4	12.5	73.6	5
124,887	1.2	0.5	0.2	0.5	0.2	2.6	4.1	90.7	+6
									العمر الحالي للأم
28,659	6.4	11.2	6.8	36.1	15.5	12.2	1.4	10.4	19-15
78,199	5.3	7.4	4.6	17.8	13.7	18.5	7.9	24.8	24-20
89,124	4.7	3.0	3.4	7.4	7.9	18.9	12.3	42.4	29-25
79,417	3.9	1.7	1.1	3.8	3.6	9.5	14.3	62.1	34-30
63,854	2.1	0.8	0.8	1.4	1.7	7.9	8.9	76.4	39-35
47,025	2.0	0.5	0.1	0.9	0.8	3.6	2.7	89.4	44-40
33,373	0.5	0.2	0.0	0.1	0.9	0.7	1.4	96.2	49-45
419,651	3.8	3.3	2.4	8.4	6.4	11.7	8.6	55.4	المجموع

وترتبط نسبة النساء اللواتي يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال أو غير قادرات على إنجاب المزيد من الأطفال إيجابياً بعدد الأطفال الأحياء الذين أنجبهم المرأة وعمر الأم الحالي، فقد تراوحت النسبة بين 14.3% للنساء اللواتي لا يوجد لديهن أطفال أحياء و90.7% للنساء اللواتي لديهن ستة أطفال أحياء فأكثر. كما تراوحت النسبة بين 10.4% للأمهات في الفئة العمرية 15 - 19 سنة وبين 96.2% للأمهات في الفئة العمرية 45 - 49 سنة (أنظر جدول 6.6).

ارتفعت نسبة النساء اللواتي لا يوجد لديهن أطفال ولا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال من 2.8% عام 1995¹ إلى 14.3% عام 2000، كما ارتفعت النسبة للنساء اللواتي لديهن 6 أطفال فأكثر من 83.7% عام 1995 إلى 90.7% عام 2000. وقد لوحظ ذلك الارتفاع أيضاً حسب عمر الأم الحالي، فقد ارتفعت نسبة اللواتي لا يوجد لديهن أطفال ولا يرغبن بإنجاب المزيد من 5.6% عام 1995 إلى 10.4% عام 2000 للأمهات في الفئة العمرية 15-19 سنة. وارتفعت من 90.8% عام 1995 إلى 96.2% عام 2000 للأمهات في الفئة العمرية 45-49 سنة.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. المسح الديمغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة: التقرير النهائي. رام الله - فلسطين.

تم طرح أسئلة محددة على النساء بشأن عدد الذكور والإناث الذين يرغبن بإنجابهم في المستقبل إضافة إلى الذين سبق انجابهم. وحول العدد الإضافي من الذكور الذين يفضلن إنجابهم، أشارت ما نسبته 59.1% من بين النساء المبحوثات أنهن لا يرغبن بإنجاب المزيد من الذكور مقابل 30.4% أشرن إلى رغبتهن في إنجاب المزيد من الذكور (ذكر واحد إلى اثنين)، بينما أشارت 7.0% من الأمهات إلى رغبتهن في إنجاب المزيد من الذكور (ثلاثة ذكور أو أكثر). وترتبط نسبة النساء اللواتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الذكور إيجابياً بعدد الذكور الذين سبق انجابهم، والتي تتراوح بين 16.9% للنساء اللواتي لم يسبق لهن أن أنجبن ذكراً وبين 93.7% للنساء اللواتي سبق لهن إنجاب 4 ذكور أو أكثر (أنظر جدول 7.6).

جدول 7.6: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً حسب عدد الذكور/الإناث الذين سبق انجابهم والعدد الإضافي المفضل من الذكور/الإناث

عدد النساء	عدد الذكور الإضافي المفضل						عدد الذكور المنجبين
	غير محدد برقم	+4	3	2	1	0	
80,432	6.3	7.3	10.8	43.0	15.7	16.9	0
86,630	3.5	4.4	5.9	21.5	31.2	33.5	1
88,250	3.7	0.9	2.9	9.7	15.9	66.9	2
71,643	2.4	1.3	1.1	4.1	8.3	82.8	3
92,696	1.7	0.9	0.2	1.4	2.1	93.7	+4
419,651	3.5	2.9	4.1	15.7	14.7	59.1	المجموع
عدد الإناث الإضافي المفضل							
عدد النساء	غير محدد برقم	+4	3	2	1	0	عدد الإناث المنجبات
93,776	4.9	1.6	4.6	36.2	25.2	27.5	0
93,344	3.7	0.9	2.4	12.5	33.3	47.2	1
83,010	3.5	0.2	0.8	4.5	10.1	80.9	2
61,773	2.4	0.2	1.2	1.8	4.1	90.3	3
87,748	1.1	0.4	0.0	0.3	1.2	97.0	+4
419,651	3.2	0.7	1.9	12.1	15.9	66.2	المجموع

وحول العدد الإضافي من الإناث اللواتي يفضلن إنجابهن، أشارت ما نسبته 66.2% من النساء إلى أنهن لا يرغبن بإنجاب المزيد من الإناث، بالمقابل أشارت 28.0% إلى أنهن يرغبن في إنجاب المزيد من الإناث (بنت واحدة إلى اثنتين)، بينما أشارت 2.6% من الأمهات إلى أنهن يرغبن في إنجاب المزيد من الإناث (ثلاث بنات أو أكثر). وترتبط نسبة النساء اللواتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الإناث إيجابياً بعدد الإناث اللواتي سبق للأمهات إنجابهن، والتي تتراوح بين 27.5% للنساء اللواتي لم يسبق لهن إنجاب إناث وبين 97.0% للنساء اللواتي سبق لهن إنجاب 4 إناث أو أكثر (أنظر جدول 7.6). ويتضح من هذه الأرقام ارتفاع نسبة تفضيل إنجاب عدد إضافي من الذكور أكثر من الإناث، في ظل وجود أعداد متشابهة من الذكور والإناث اللواتي سبق انجابهن.

فيما يتعلق بالنساء اللواتي لم يسبق لهن إنجاب ذكور، لوحظ أن عدداً أكبر من النساء في الضفة الغربية يفضلن إنجاب (0-2) من الذكور. أما في قطاع غزة، فإن عدداً أكبر من النساء يفضلن إنجاب اثنتين فأكثر من الذكور. بالنسبة للنساء

اللواتي لم يسبق لهن إنجاب اناث، من الملاحظ أن عدداً أكبر من النساء في الضفة الغربية لا يفضلن إنجاب اناث. بينما في قطاع غزة، فإن عدداً أكبر من النساء يفضلن إنجاب ابنة واحدة أو أكثر².

ففيما يتعلق بالنساء اللواتي لم يسبق لهن إنجاب ذكور حسب نوع التجمع، يلاحظ أن عدد أكبر من النساء في المناطق الريفية لا يفضلن إنجاب ذكور مقارنةً بالنساء في المدن والمخيمات. أما بالنسبة للنساء اللواتي لم يسبق لهن إنجاب اناث، يلاحظ أن عدد أكبر من النساء في المناطق الريفية يفضلن إنجاب (0-1) من الاناث، بالمقابل فإن عدداً أكبر من النساء المقيمت في الحضر والمخيمات يفضلن انجاب ابنتين أو أكثر.

4.6 الحاجة إلى خدمات تنظيم الأسرة:

تشمل قائمة النساء اللواتي يحتجن خدمات تنظيم الأسرة ولم يتم تلبيةها كل من: النساء غير الحوامل، اللواتي يرغبن بتأخير حملهن للمولود التالي، أو اللواتي لا يرغبن بالمزيد من الأطفال، ولا يستخدمن أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، والنساء الحوامل ممن كان حملهن الأخير في وقت غير مناسب أو غير مرغوب به.

يبين الجدول (8.6) التوزيع النسبي للنساء المتزوجات في الفئة العمرية 15 – 49 سنة وغير الحوامل حالياً حسب تفضيلات الخصوبة، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، والمنطقة، حيث أن 60.0% من النساء غير الحوامل حالياً في الأراضي الفلسطينية يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة.

جدول 8.6: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً غير الحوامل في الفئة العمرية (15-49) سنة حسب تفضيلات الخصوبة، واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، والمنطقة

تفضيلات الخصوبة						استخدام وسائل تنظيم الأسرة والمنطقة
المجموع	لم تقرر/ لا تعرف	لا تستطيع اتخاذ قرار	غير قادرة على الحصول على المزيد من الأطفال	لا تريد مزيداً من الأطفال	تريد مزيداً من الاطفال	
الأراضي الفلسطينية						
60.0	63.3	39.2	4.2	73.7	47.4	تستخدم وسائل تنظيم الأسرة
40.0	36.7	60.8	95.8	26.3	52.6	لا تستخدم
340,850	2,118	1,982	9,792	179,107	147,851	عدد النساء
الضفة الغربية						
63.1	51.1	29.9	2.5	75.5	52.0	تستخدم وسائل تنظيم الأسرة
36.9	48.9	70.1	97.5	24.5	48.0	لا تستخدم
221,900	1,152	1,198	7,374	121,445	90,730	عدد النساء
قطاع غزة						
54.3	77.8	53.3	9.3	69.9	40.1	تستخدم وسائل تنظيم الأسرة
45.7	22.2	46.7	90.7	30.1	59.9	لا تستخدم
118,950	966	784	2,418	57,662	57,121	عدد النساء

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي – 2000، النتائج الأساسية، رام الله – فلسطين.

وتتراوح نسبة الاستخدام بين النساء اللواتي يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال (47.4%) والنساء اللواتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال (73.7%).

تجدر الإشارة إلى أن النساء اللواتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال ولا يستخدمن حالياً وسائل تنظيم الأسرة معرضات لأن يصبحن حوامل؛ وذلك فإنهن يعتبرن في حاجة إلى خدمات تنظيم الأسرة (24.5% من النساء اللواتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال في الضفة الغربية و30.1% في قطاع غزة لا تستخدم وسائل تنظيم الأسرة حالياً).

من بين النساء اللواتي يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال، تبين أن 21.4% يرغبن بالانتظار لفترة تقل عن سنتين حتى الحمل التالي مقابل 52.2% أشرن إلى أنهن يرغبن بالانتظار مدة سنتين أو أكثر قبل أن يحملن مرة أخرى بينما لم تحدد ما نسبته 26.4% فترة زمنية قبل أن يحملن مرة أخرى (جدول 9.6). ومن الملاحظ أن عدداً أكبر من النساء في الضفة الغربية يرغبن بالانتظار لفترة تقل عن سنتين قبل الحمل مرة أخرى، بينما يرغب عدد أكبر من النساء في قطاع غزة بالانتظار مدة سنتين أو أكثر قبل الحمل مرة أخرى.

جدول 9.6: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً في الفئة العمرية (15-49) سنة اللواتي يرغبن بعدد أكبر من الأطفال حسب فترة المباشرة المرغوبة والمنطقة

الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	فترة المباشرة بين المواليد
21.4	15.2	25.4	أقل من سنتين
52.2	54.3	50.8	سنتان فأكثر
26.4	30.5	23.8	غير محدد برقم
100	100	100	المجموع
187,574	74,377	113,197	عدد النساء

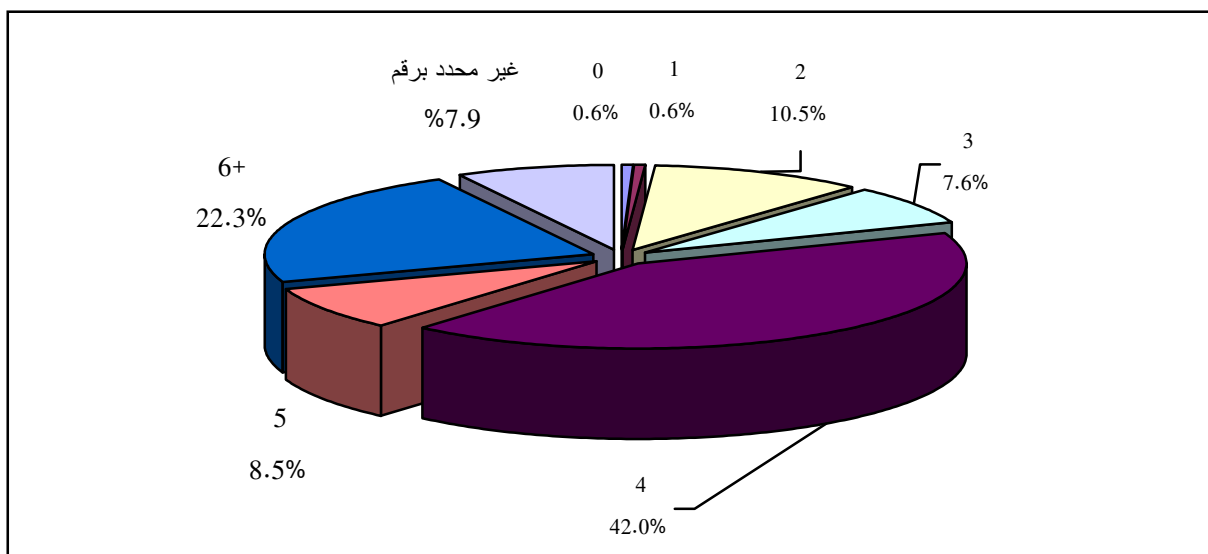
بالإضافة إلى ذلك، فإن النساء الحوامل وقت إجراء المسح اللواتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال أو يرغبن بتأخير الحمل في المرة القادمة يعتبرن من ضمن النساء اللواتي بحاجة إلى خدمات تنظيم الأسرة ولم يتم تلبيةها (أنظر الجزء 6.6، وضع التخطيط لانجاب الوليد).

5.6 العدد المثالي للأطفال:

تم طرح أسئلة على المبحوثات حول العدد المثالي للأطفال الذين يرغبن بإنجابهم فيما لو أنهن سيبدأن الانجاب من جديد وعدد الأطفال الذين يرغبن بإنجابهم بصرف النظر عن العدد الحقيقي للأطفال الذين أنجبهم.

يبين الشكل 3.6 العدد المثالي للأطفال للنساء المتزوجات حالياً ممن هن في سن الإنجاب (15 - 49 سنة)، حيث أشارت ما نسبته 1.2% من المبحوثات إلى أنهن يعتقدن بأن الحجم المثالي للأسرة يقل عن طفلين (مستوى الاحلال)، 10.5% أشرن إلى أن حجم الأسرة المثالي هو طفلان، فيما أشارت 7.6% منهن إلى أن حجم الأسرة المثالي هو ثلاثة أطفال، وأن 42.0% أشرن إلى أن حجم الأسرة المثالي هو أربعة أطفال، بينما أشارت 30.8% منهن إلى أن الحجم المثالي للأسرة هو خمسة أطفال فأكثر. ويتضح من هذه الأرقام بشكل عام أن المبحوثات يملن إلى تفضيل الأسر الكبيرة. وتفضل نساء قطاع غزة حجماً مثالياً للأسرة بمعدل 3، و5، و6 أطفال، بالمقابل تفضل نساء الضفة الغربية 0، و2، و4 أطفال كحجم مثالي للأسرة.

شكل 3.6: التوزيع النسبي للنساء حسب وجهة نظر المرأة بالعدد المثالي للأطفال



جدول 10.6: متوسط عدد الأطفال المثالي من وجهة نظر المرأة حسب عدد الأطفال الأحياء، والعمر الحالي للمرأة

متوسط عدد الاطفال المثالي	عدد الاطفال الاحياء والعمر الحالي للأم
عدد الاطفال الاحياء	
4.00	0
3.97	1
4.14	2
4.20	3
4.37	4
4.83	5
5.32	+6
عمر الام الحالي	
4.06	19-15
4.17	24-20
4.28	29-25
4.60	34-30
4.76	39-35
4.85	44-40
5.26	49-45
5.64	54-50
4.58	المجموع

ويتراوح متوسط عدد الأطفال المثالي، حسب عدد الأطفال الأحياء الذين أنجبتهم المرأة (بين 4.0 للنساء اللواتي لا يوجد لديهن أطفال أحياء و5.3 للنساء اللواتي لديهن ستة أطفال أحياء فأكثر) وحسب العمر الحالي للمرأة (بين 4.1 لدى النساء في الفئة العمرية 15 – 19 سنة و5.6 للنساء في الفئة العمرية 50 – 54 سنة). أنظر جدول (10.6).

يبين الجدول (11.6) الاختلاف في متوسط عدد الأطفال المثالي بين النساء حسب بعض الخصائص الخلفية، حيث يوضح أن النساء المقيمات في قطاع غزة يتميزن بارتفاع متوسط عدد الأطفال المثالي مقارنةً بالنساء المقيمات في الضفة الغربية (4.8 مقابل 4.5 على التوالي). كما أن النساء المقيمات في مخيمات اللاجئين يتميزن بارتفاع متوسط عدد الأطفال المثالي مقارنةً بالنساء المقيمات في المناطق الحضرية والريفية (4.8 مقابل 4.6 و4.5 على التوالي).

من جهة أخرى يرتبط متوسط عدد الأطفال المثالي عكسياً مع مستوى التحصيل العلمي للمرأة، حيث يتراوح بين 5.2 للنساء اللواتي لا يتمتعن بأي مستوى تحصيل علمي وبين 4.2 للنساء اللواتي أنهين التعليم الثانوي فأعلى.

جدول 11.6: متوسط عدد الأطفال المثالي من وجهة نظر المرأة حسب بعض الخصائص الخلفية

متوسط عدد الاطفال المثالي	الخصائص الخلفية
المنطقة	
4.46	الضفة الغربية
4.80	قطاع غزة
نوع التجمع	
4.55	حضر
4.50	ريف
4.81	مخيم
المؤهل العلمي	
5.16	لا شيء
4.76	ابتدائي
4.44	اعدادي
4.22	ثانوي وأعلى
4.58	المجموع

يتناول الجدول (12.6) التوزيع النسبي للنساء حسب عدد الأطفال الأحياء والعدد المثالي للأطفال. وبالنظر للجدول، يمكن لنا أن نتعرف على نسب النساء اللواتي يتمتعن بعدد أطفال أحياء أكبر من العدد المثالي للأطفال.

جدول: 12.6: التوزيع النسبي للنساء حسب عدد الأطفال الأحياء والعدد المثالي للأطفال

عدد الأطفال المثالي	عدد الأطفال الأحياء						
	0	1	2	3	4	5	+6
0	0.5	0.1	0.6	0.2	0.8	0.9	0.8
1	1.0	2.3	0.8	0.1	0.2	0.9	0.2
2	19.0	14.1	16.7	10.0	9.9	9.1	5.4
3	9.2	11.5	7.7	11.9	4.3	6.6	5.9
4	44.5	46.5	46.0	49.3	51.8	36.6	33.6
5	7.0	7.0	6.9	10.5	8.6	16.9	6.0
+6	12.5	12.8	16.6	14.6	19.0	21.7	34.9
غير محدد برقم	6.3	5.7	4.7	3.4	5.4	7.3	13.2
عدد النساء	47,432	46,489	52,282	57,443	62,031	53,923	149,524
المجموع	469,124						

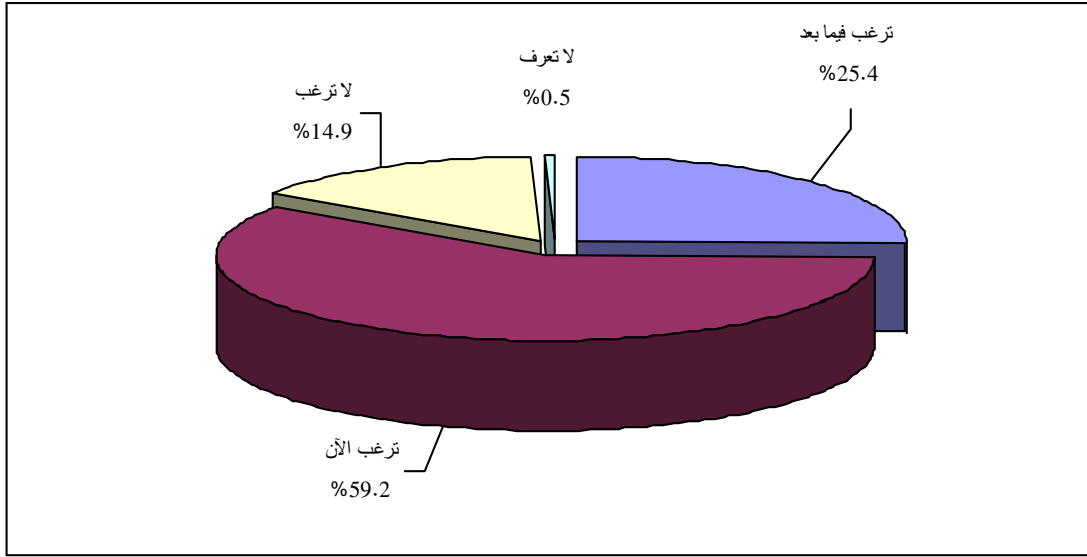
6.6 وضع التخطيط لإنجاب المواليد:

تم طرح أسئلة على المبحوثات الحوامل حالياً بهدف تحديد ما إذا كان حملهن الحالي مرغوباً به في حينه، أو كان مرغوباً به في تاريخ لاحق، أو غير مرغوب به على الإطلاق. بالإضافة إلى ذلك، تم طرح أسئلة على المبحوثات اللواتي سبق لهن الزواج ممن أنجبن مولود حي واحد على الأقل خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح من أجل تحديد فيما إذا كان آخر حملين خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح مرغوباً بهما في حينه، أو كان مرغوباً بهما في تاريخ لاحق، أو غير مرغوب بهما على الإطلاق.

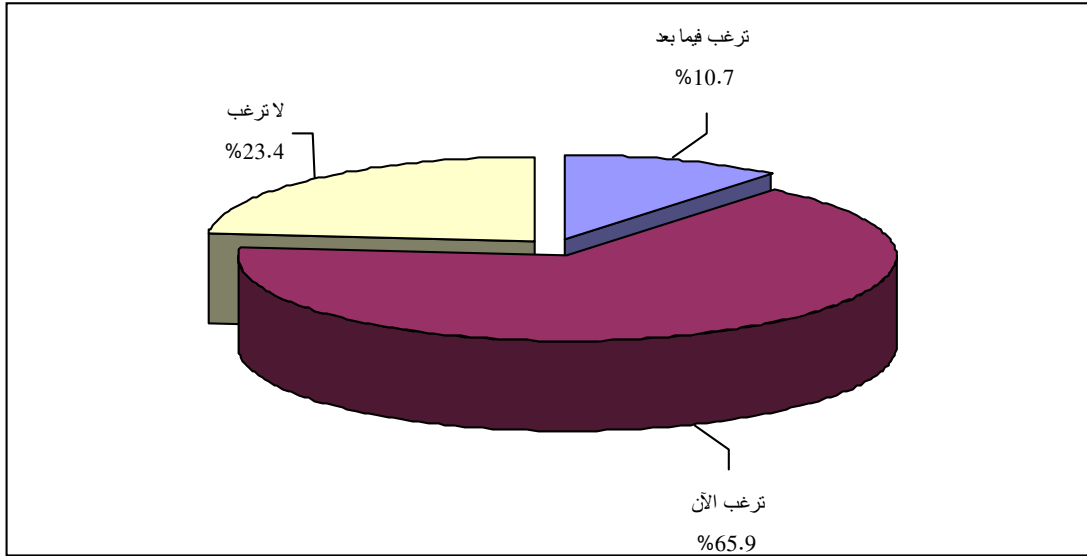
يبين الشكل (4.6) رغبة النساء الحوامل حالياً في أن يصبحن حوامل خلال الوقت الذي تم فيه الحمل. وقد أشارت ما نسبته 59.2% من النساء الحوامل حالياً إلى أنهن كن راغبات في أن يصبحن حوامل أثناء وقت الحمل، و 25.4% كن يرغبن في أن يصبحن حوامل في وقت لاحق، و 14.9% لم يكن راغبات في الحمل إطلاقاً، بينما أشارت ما نسبته 0.5% أنهن لا يعرفن. لذلك، فإن ما نسبته 40.3% من النساء الحوامل حالياً كن بحاجة إلى خدمات تنظيم الأسرة ولم يتم تلبيةها، سواء بهدف تنظيم أو وقف الانجاب.

ومن بين النساء اللواتي سبق لهن الحمل وأنجبن على الأقل مولود حي واحد خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح، أشارت ما نسبته 65.9% إلى أنهن كن راغبات في أن يصبحن حوامل عند حملهن، بينما أشارت ما نسبته 10.7% إلى أنهن كن راغبات في أن يتم حملهن في وقت لاحق مقابل 23.4% أشرن إلى أنهن لم يكن راغبات في الحمل إطلاقاً (أنظر الشكل 5.6). لذلك، فإن ما نسبته 34.1% من هؤلاء النساء كن بحاجة إلى خدمات تنظيم الأسرة ولم يتم تلبيةها، سواء بهدف تنظيم أو وقف الانجاب.

شكل 4.6: التوزيع النسبي للنساء الحوامل حالياً حسب الرغبة في الحمل



شكل 5.6: التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج وأنجبن مولوداً واحداً على الأقل خلال السنوات الثلاث الماضية حسب الرغبة في الحمل



أما حسب المنطقة ونوع التجمع السكاني فلم يكن هناك أية اختلافات رئيسية فيما يتعلق برغبة النساء الحوامل حالياً أو النساء اللواتي سبق لهن الزواج ممن لديهن مولود واحد على الأقل خلال السنوات الثلاثة السابقة في أن يصبحن حوامل في الوقت الذي تم فيه الحمل.

ملخص تنفيذي

- حوالي نصف النساء في سن الانجاب يرغبن في وقف الانجاب، بينما 44.4% يرغبن بانجاب المزيد من الأطفال، و 2.4% غير قادرات على إنجاب المزيد من الأطفال و 1.5% لم يقررن بعد/لا يعرفن بشأن ذلك، ولا يستطعن اتخاذ قرار.
- ترتفع نسبة النساء اللواتي يرغبن بالتوقف عن الانجاب في الضفة الغربية (54.3%) عنها في قطاع غزة (46.8%)، وترتفع هذه النسبة بين نساء الريف مقارنة بنساء الحضر والمخيمات (56.2%)، و 49.9%، و 49.7% على التوالي).
- يشترك كل من الزوج والزوجة في اتخاذ قرار حول عدد الأطفال في العائلة بنسبة (77.9%)، في حين أن الزوجة تتخذ القرار بمفردها بنسبة 6.9%، وأن 13.8% من الحالات يقرر فيها الزوج لوحده.
- 24.5% من النساء في الضفة الغربية و 30.1% في قطاع غزة من بين اللواتي لم يرغبن في انجاب المزيد من الأطفال، لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة، وهن معرضات للحمل في الوقت نفسه، الأمر الذي يشير إلى عدم حصولهن على خدمات تنظيم الأسرة.
- 21.4% من النساء اللواتي يرغبن بانجاب مزيد من الأطفال يرغبن بفترة مباحة تقل عن السنتين، 52.2% يرغبن بالانتظار مدة سنتين فأكثر، بينما أفادت 26.4% بأنهن يرغبن بالمباحة بين المواليد بفترة زمنية غير محددة رقمياً.
- بشكل عام تميل النساء إلى تفضيل العائلات كبيرة الحجم. فقط 1.2% من المبحوثات أفدن أن متوسط حجم العائلة المثالي أقل من طفلين، بينما تعتبر 10.5% حجم العائلة المثالي طفلين، و 7.6% تعتبره ثلاثة أطفال، و 42.0% تعتبره أربعة أطفال، بينما تعتبر 30.8% حجم العائلة المثالي أكثر من أربعة أطفال.

التوصيات:

- التركيز في برامج صحة الأم والطفل على خدمات تنظيم الاسرة غير الملباه.
- التركيز على الأزواج في مواضيع تنظيم الاسرة.
- تفعيل دور المرأة من خلال المشاركة الواسعة في اتخاذ القرار بشأن عدد الأطفال في العائلة بشكل أكبر.

وفيات الرضع والأطفال

1.7 مقدمة:

تقديرات معدلات وفيات الرضع والأطفال من أهم المؤشرات الصحية التي تعكس الأحوال الصحية والمستوى المعيشي في أي مجتمع من المجتمعات. دراسة هذه المعدلات والتعمق في دراسة اتجاهات وتباينات هذه المؤشرات مهمة لما توضحه من تغير زمني في صحة الشعوب وتساعد في مراقبة وتقييم البرامج الصحية المقدمة للسكان. وتبني العديد من دول العالم سياساتها الصحية حسب التغيرات في هذه المعدلات. وفي الوقت الذي يقوم فيه عدد من الدول المتقدمة بتطوير خدمات المستشفيات، والتركيز على الخدمات التخصصية، وما يصاحب ذلك من تكلفة عالية، فإن العديد من دول العالم تبنت سياسة دعم الرعاية الصحية الأولية، بما تشمله من خدمات صحية للأم وللطفل ودعم البرامج الصحية التي تقلل الوفاة بين الأطفال بسبب الأمراض الشائعة، وبالأخص التي يمكن الوقاية منها بإعطاء التحصينات اللازمة مما نتج عنه انخفاض ملحوظ في معدلات وفاة الأطفال في معظم دول العالم.

ومن الملاحظ عامة بأن البلاد التي تسجل معدلات خصوبة عالية ومعدلات مواليد عالية ما زالت تعاني من مشاكل وفيات الأطفال، فهناك علاقة بين الأمرين وقد يتسبب أحدهما في حدوث الآخر. تشهد بلاد العالم تفاوتاً في تسجيل معدلات الوفاة، ففي سنة 1999 كانت وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر أقل من 5 لكل ألف مولود في اليابان وفنلندا والسويد وكانت أكثر من 200 حالة وفاة لكل ألف مولود في مالي والصومال وأنجولا، وقد سجلت أفغانستان أعلى هذه المعدلات إذ وصلت لمعدل 275 وفاة لكل ألف مولود، وهذا يعني بأن أكثر من ربع الأطفال المولودين أحياء يموتون قبل استكمال عامهم الخامس في أفغانستان¹.

في الأراضي الفلسطينية تم تبني خطة وطنية صحية في عام 1994². بموجب الخطة الاستراتيجية الوطنية للصحة فإن خدمات الرعاية الصحية الأولية تمثل العمود الفقري للنظام الصحي الفلسطيني. وقد تم إعطاء صحة الأم والطفل الأولوية في هذا النظام فكان من الأهداف الرئيسية "خفض الأمراض والوفيات بين الأمهات والأطفال" وقد تم صياغة هدف استراتيجي في عام 1994 يتم بموجبه خفض نسبة وفيات الأطفال الرضع بمعدل 30% عن المعدل الحالي بحلول العام 2000". وتم خلال السنوات اللاحقة للخطة دعم وتطوير وإنشاء مراكز رعاية الأمومة والطفولة وتطوير البرامج الصحية الخاصة بها. وقد دعت الخطة الاستراتيجية الوطنية للصحة (1999-2003) لإنشاء عدد من مراكز الرعاية الأولية التي تقدم خدمات رعاية الأمومة والطفولة في المناطق المحرومة من الأراضي الفلسطينية³.

في هذا الفصل سيتم استعراض أربعة مؤشرات لقياس مستويات واتجاهات وفيات الرضع والأطفال، وهي:

1. وفيات حديثي الولادة: احتمال الوفاة خلال الـ 28 يوماً الأولى من العمر.
2. وفيات ما بعد حديثي الولادة: احتمال الوفاة بعد 28 يوماً من العمر وقبل إتمام السنة الأولى.

¹ منظمة الصحة العالمية: تقرير منظمة الصحة العالمية، 2000. النظام الصحي: تحسين الأداء.

² الخطة الصحية الوطنية، أهداف واستراتيجيات، 1994.

³ وزارة الصحة الفلسطينية، الخطة الاستراتيجية الوطنية للصحة (1999 - 2003)

3. وفيات الرضع: احتمال الوفاة خلال السنة الأولى من العمر. وتشمل مجموع المقياس الأول والثاني.
4. وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر: احتمال الوفاة قبل بلوغ السنة الخامسة من العمر.

ويتم حساب هذه المعدلات بقسمة عدد الوفيات في مرحلة الطفولة المحددة سلفاً على عدد المواليد في العام مضروبة في 1000. ويعبر عنها بمعدل الوفيات لكل ألف مولود.

لكل مقياس أهميته الخاصة إذ انه يعكس أخطار محددة ويعبر عن خدمات صحية تؤثر على حياة الطفل، فمثلاً: وفيات حديثي الولادة غالباً ما تتسبب عن الابتسار والتشوهات الخلقية ومضاعفات الولادة. لتقليل معدلات الوفاة في هذه الحالة يتطلب الأمر تحسين خدمات رعاية الأمومة في فترة الحمل وتطوير أماكن التوليد وأقسام حضانة الأطفال بالمستشفيات. أما وفيات بعد حديثي الولادة فغالباً ما تتسبب عن التهابات الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي وهذه تتطلب ظروفاً بيئية أفضل وتدعيم خدمات الرعاية الصحية الأولية.

2.7 تقييم جودة المعلومات:

تعتمد دقة معدلات وفاة الرضع والأطفال على مقدرة الباحثين بالحصول على أرقام دقيقة لعدد الوفيات في كل مرحلة من مراحل الطفولة وعلى صدق الأرقام المعطاة لعدد المواليد الأحياء لنفس السكان وفي نفس الحقبة الزمنية. تضاربت معدلات الوفاة للرضع والأطفال في الأراضي الفلسطينية لأسباب عدة من أهمها:

1. التسجيل غير الكامل لأعداد المواليد الأحياء.
2. عدم التبليغ عن حالات الوفاة لأسباب مختلفة.
3. اختلاف منهجية جمع المعلومات وتقديرها سواء بالطرق المباشرة أو غير المباشرة.

خلال المسح الصحي 2000 كانت هناك محاولة جادة لتفادي المشاكل التي تعرضت لها التسجيلات والمسوحات الصحية السابقة حيث:

1. تم اختيار عينة البحث لتكون عشوائية طبقية عنقودية متعددة المراحل لتشمل جميع المحافظات الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، وشملت العينة الحضرة والريف والمخيمات، وكان تمثيل العينة متناسباً مع تعداد السكان في المناطق التي شملها المسح الصحي⁴.
2. تم حساب معدلات وفيات الرضع من المعلومات التي تم جمعها في القسم الثالث من استمارة جمع المعلومات والمتعلق بالإنجاب، حيث سئلت السيدات عن الأبناء (ذكور وإناث) الذين تم إنجابهم، وعن عدد الأطفال الذين توفوا، وإعطاء تفاصيل عن الاسم والجنس وتاريخ الميلاد وتاريخ حالة الوفاة إذا حدثت في فترات زمنية سابقة للمسح الصحي. وهنا يجدر الذكر بأن الاستفسار يدور حول حدثين في غاية الأهمية هما الولادة والوفاة، ولا يمكن بأي حال أن تنسى السيدة أيّاً من هذين الحدثين الهامين مما يقلل من فرص الخطأ في تقدير المواليد أو الوفيات، بافتراض أن الباحثة الميدانية قامت بالعمل المطلوب، والمبحوث أدلى بالإجابات.
3. كانت معدلات التجاوب عالية (94%) وتم تدريب الباحثات الميدانيات وتم إتقان تجربة قبلية. وتم تدقيق البيانات التي جمعت ميدانياً، وتم إعادة مقابلات 10% من حجم العينة للتأكد من صحة البيانات. وكل هذه الخطوات ترفع من درجة مصداقية المعلومات التي تم جمعها.

⁴ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي - 2000. النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

إلا أن المعلومات التي يتم الحصول عليها في مثل هذه الاستثمارات معرضة لأخطاء من أهمها:

1. عدم الدقة في تسجيل تاريخ الميلاد أو تاريخ الوفاة، وهذا يؤدي إلى تداخل المعلومات مما قد يقود لتحيز سلبي نحو تقدير وفيات الرضع، إلا أن التأثير المحتمل معتدل، إذ أنه لا يؤثر إلا على نسبة ضئيلة من وفيات الأطفال في الشهر الثاني عشر والتي تكون غالباً منخفضة جداً. ومن خلال المسح الصحي 2000 فقد تم استيفاء بيانات العمر عند الوفاة باليوم لمن توفوا وعمرهم أقل من شهر، وبالشهر لمن توفوا وعمرهم أقل من سنتين، وبالسنة لمن توفوا وعمرهم سنتان فأكثر وهذا يقلل من التخوف بحدوث خطأ ويعطي المعلومات مصداقية أعلى.
2. وفي تحديد عوامل الخطأ لوفيات الرضع والأطفال يعتمد المسح الصحي على سؤال السيدات عن متغيرات غير موثقة كما هو الحال في عدد سنوات التعليم، إلا أن الخطأ ضئيل إذ أنه من الصعب على سيدة أمية أن تدعي بأنها تحمل مؤهلاً جامعياً. وبظل احتمال خطأ في الفئات متوسطة التعليم. عموماً فإن اتباع الأسلوب العلمي في اختيار العينة وتدريب الطواقم يقلل من حجم هذه المشاكل ويجعل المعلومات المستمدة على درجة عالية من المصداقية لواقعية الوضع الصحي في هذا الجانب.

3.7 المستويات والاتجاهات للوفيات:

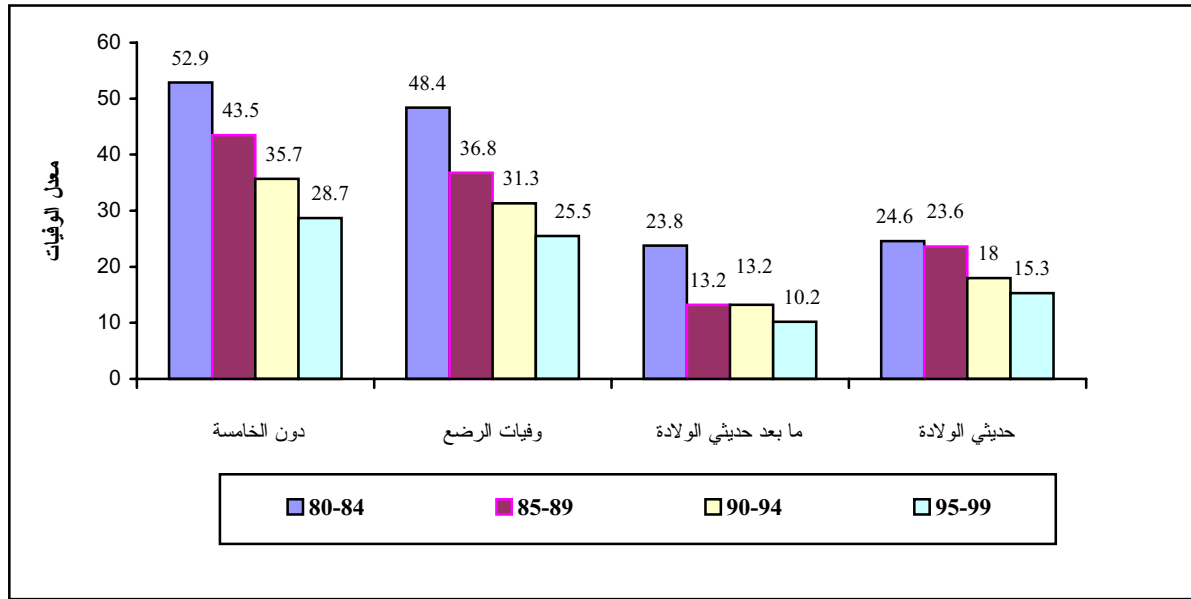
تم تحديد معدلات وفيات الرضع والأطفال في العشرين عاماً الماضية. وقد قسمت المراحل الزمنية لأربعة مجموعات كل مجموعة تمثل خمس سنوات.

الجدول (1.7) والشكل (1.7) يوضحان انخفاضاً تدريجياً ومنتظماً عبر السنوات في معدلات الوفاة. انخفضت وفيات حديثي الولادة من 24.6 لكل ألف مولود من الفترة الزمنية الأولى (1980-1984) وواصلت انخفاضها حتى وصلت إلى 15.3 لكل ألف في السنوات الخمس الأخيرة، كما انخفضت وفيات ما بعد حديثي الولادة وبنفس النظام من 23.8 في السنوات الخمس الأولى لتصل إلى 10.2 لكل ألف في السنوات الخمس الأخيرة، وقد انعكس هذا على وفيات الرضع، إذ أن احتمال وفيات الرضع هو عبارة عن احتمال الوفاة في مرحلة حديثي الولادة وفي مرحلة ما بعد حديثي الولادة. فكانت المعدلات لوفيات الرضع 48.4 في الألف في السنوات (1980-1984) لتصل إلى 25.5 في الألف في السنوات الخمسة الأخيرة بعد أن مرت بانخفاض تدريجي عبر السنوات العشرين. كما أن الوفيات دون الخامسة انخفضت وبنفس الطريقة من 52.9 في الألف في الفترة الزمنية الأولى لتصل إلى 28.7 لكل ألف في السنوات الخمس الأخيرة.

جدول 1.7: معدلات وفيات الرضع والأطفال لكل ألف مولود حي المقدرة بالطرق المباشرة لسنوات مختارة حسب المنطقة

الفترة التقريبية قبل المسح	وفيات حديثي الولادة	وفيات ما بعد حديثي الولادة	وفيات الرضع	وفيات دون الخامسة
الأراضي الفلسطينية				
1984 - 1980	24.6	23.8	48.4	52.9
1989 - 1985	23.6	13.2	36.8	43.5
1994 - 1990	18.0	13.2	31.3	35.7
1999 - 1995	15.3	10.2	25.5	28.7
الضفة الغربية				
1984 - 1980	25.8	25.6	51.4	55.1
1989 - 1985	26.0	11.4	37.4	42.6
1994 - 1990	17.2	10.7	28.0	30.7
1999 - 1995	14.6	9.8	24.4	27.2
قطاع غزة				
1984 - 1980	22.4	20.8	43.1	49.3
1989 - 1985	19.9	16.0	35.9	45.1
1994 - 1990	19.2	17.0	36.2	43.2
1999 - 1995	16.4	10.9	27.3	31.2

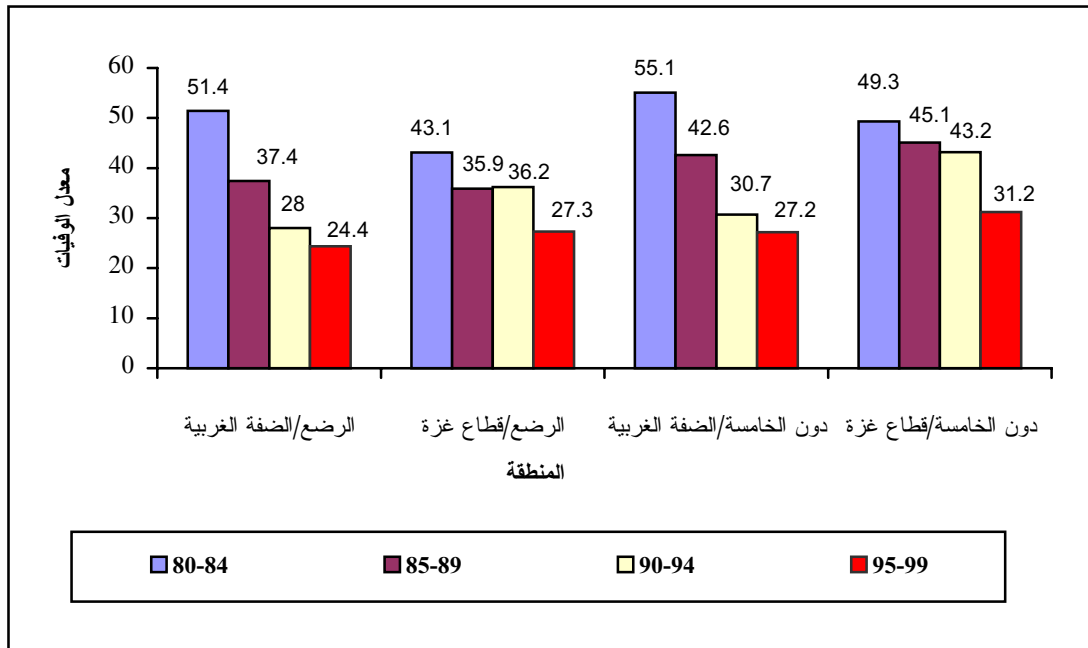
شكل 1.7: معدلات وفيات الرضع والأطفال في الأراضي الفلسطينية لكل ألف مولود حي المقدرة بالطرق المباشرة لسنوات مختارة



4.7 تقديرات وفيات الرضع والأطفال بالطرق المباشرة ولفترات زمنية خمسية:

خطر الوفاة يقل كلما ازداد عمر الطفل ولكن من الملفت للنظر أن معدلات وفاة حديثي الولادة (أقل من 29 يوماً) كانت تتساوى مع معدلات وفاة ما بعد حديثي الولادة (29-365 يوماً) في الفترة الزمنية الأولى. في السنوات الخمس الأخيرة أصبحت معدلات وفاة حديثي الولادة 1.5 ضعفاً لمعدلات ما بعد حديثي الولادة. وهذا يشير إلى الخطر العالي في الأسابيع الأربعة الأولى من حياة الطفل إذا ما قورن بالشهور اللاحقة لذلك وحتى اكتمال الأطفال عامهم الأول.

شكل 2.7: معدلات وفيات الرضع والأطفال في الأراضي الفلسطينية لكل ألف مولود حي المقدره بالطرق المباشرة لسنوات مختارة



وقد أظهر الجدول (1.7) والشكل (2.7) نفس الاتجاه في الانخفاض في معدلات وفيات الرضع والأطفال في كل من قطاع غزة والضفة الغربية، إلا أن هذه المعدلات كانت أعلى في الضفة الغربية في السنوات الخمس الأولى (84-80) منها في قطاع غزة، بحيث كانت وفيات الرضع في الألف في الضفة 51.4 في الألف في الضفة 43.1 في الألف في قطاع غزة. وكانت للأطفال دون الخامسة 55.1 في الألف في الضفة الغربية و49.3 في الألف في قطاع غزة. إلا أن الجدول (1.7) والشكل (2.7) يوضحان بأن معدلات وفيات الرضع والأطفال في آخر خمس سنوات (1999-1995) أصبحت بصورة أفضل في الضفة الغربية، إذ بلغت وفيات الرضع في الضفة الغربية 24.4 في الألف وفي قطاع غزة 27.3 في الألف، وقد بلغت وفيات الأطفال دون الخامسة في الضفة الغربية 27.2 وفي قطاع غزة 31.2 حالة وفاة لكل ألف مولود. وقد يرجع السبب في هذا التغيير لعاملين رئيسيين: الأول ازدياد شبكة مراكز رعاية الأمومة والطفولة وبالأخص في الضفة الغربية والتي تقوم بتزويد خدمات أفضل تقلل من معدلات الوفاة، والسبب الثاني بأن جمع المعلومات الصحية بصورة أفضل تؤدي لمعدلات أكثر دقة.

الفروق بسيطة اجمالاً، إلا أن هذا يوضح بأن نسبة الانخفاض في معدلات وفيات الرضع والأطفال كانت في الضفة الغربية أفضل من نفس المعدلات بقطاع غزة.

وقد فاق الانخفاض في معدلات وفيات الرضع التقديرات التي وضعها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني لسنة 2000 في تقديره الذي تم إعداده سنة 1994 حول ديموغرافية الشعب الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، إذ كانت التقديرات للأراضي الفلسطينية 30.3 في الألف مقابل 25.5 في الألف في المسح الصحي الحالي وكانت تقديرات وفيات

الرضع في الضفة الغربية 31.0 في الألف وفي قطاع غزة 29.5 في الألف إذا ما قورنت بالتقديرات الحالية: 24.4 في الألف و 27.3 في الألف على التوالي في المسح الصحي الحالي المقدر بالطرق المباشرة.⁽⁵⁾

أظهرت نتائج المسوحات الصحية السابقة التي تمت في الضفة الغربية وقطاع غزة في السنوات (1993-1997) أن معدلات وفيات الرضع والأطفال المقدر بالطرق غير المباشرة في مستويات متقاربة مع نتائج المسح الصحي 2000. وقد أظهرت النتائج النهائية للمسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة (آب/أغسطس 1997)⁽⁶⁾، بأن السنوات الخمس السابقة للمسح قد سجلت معدل وفيات رضع يقدر بـ 27.3 في الألف في الأراضي الفلسطينية منها 16.3 في الألف وفيات للمواليد حديثي الولادة و 11.0 في الألف وفيات للمواليد بعد حديثي الولادة. وقد بلغ معدل الوفيات 33.2 في الألف للأطفال دون الخامسة. وأظهرت نفس النتائج معدلات في قطاع غزة أعلى منها في الضفة الغربية علماً بأن هذه النتائج كانت مقدره بالطرق المباشرة. وقد يكون الفارق الزمني بين المسح الديمغرافي 1995 والمسح الصحي 2000 والبالغ 5 سنوات ذات دور في تسجيل معدلات أقل في المسح الصحي 2000.

وفي تقديرات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للسكان في الأراضي الفلسطينية 1997-2025 والذي صدر في أيلول/سبتمبر سنة 1999 قدرت معدلات الوفيات للأطفال الرضع لعام 2000 بـ 22.7 في الألف في الأراضي الفلسطينية، وكانت التقديرات لوفيات الرضع بالضفة الغربية 21.1 في الألف مقابل 25.1 في الألف لوفيات الرضع بقطاع غزة⁽⁷⁾.

ويستدل من المعدلات المسجلة بوزارة الصحة حول وفيات الرضع والأطفال بأن هناك تسجيلات أقل من الرقم المسجل في هذا المسح، إذ أوضحت الإحصائيات بأن معدل وفيات الرضع في قطاع غزة 20.1 وفي الضفة الغربية 12.6 حالة وفاه لكل ألف مولود، وقد بلغت معدلات وفاة الأطفال دون الخامسة 25.5 في قطاع غزة و 17.5 في الضفة الغربية. إلا أن تقرير وزارة الصحة يشير بأن هذه المعدلات مبنية على حالات الوفاة التي تم الإبلاغ عنها وتم تسجيلها، وقد عبر التقرير عن احتمال قصور في تسجيل الوفيات⁽⁸⁾.

ويوضح الشكل (3.7) مقارنة بين وفيات الرضع والأطفال في الأراضي الفلسطينية كما أظهرتها نتائج المسح الصحي 2000 وبعض دول منطقة الشرق الأوسط كما وردت في تقرير منظمة الصحة العالمية- مكتب الشرق الأوسط لعام 1999. ومن الواضح أن معدلات وفيات الرضع والأطفال في الأراضي الفلسطينية هي أقل من المعدلات المسجلة في عدد من الدول العربية المجاورة، وأنها أقل من متوسط المعدلات المسجلة في إقليم شرق المتوسط⁽⁹⁾.

(5) مركز الإحصاء الفلسطيني، 1994. ديمغرافية الشعب الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير الوضع الراهن رقم (1). رام الله- الضفة الغربية.

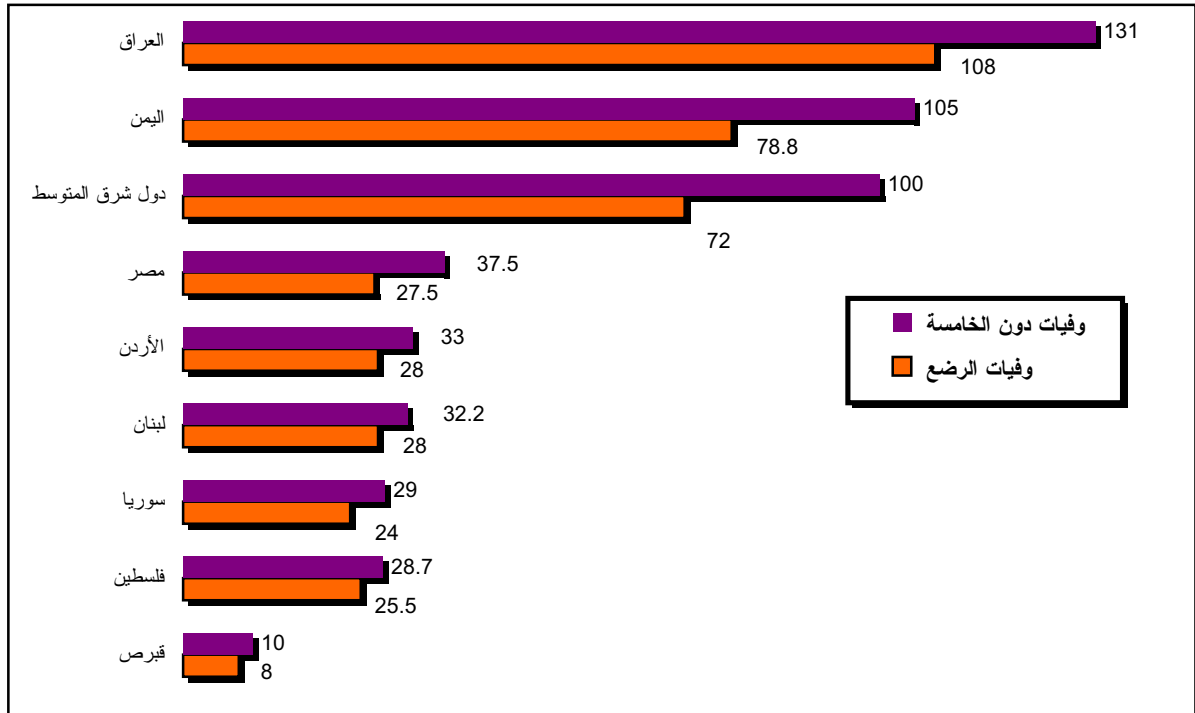
(6) دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة، 1995: النتائج النهائية. رام الله - فلسطين.

(7) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. السكان في الأراضي الفلسطينية 1997 - 2025. رام الله - فلسطين.

(8) وزارة الصحة الفلسطينية، 1998. التقرير السنوي، 1997. غزة - فلسطين.

(9) EMRO: Demographic and health indicators for the Eastern Mediterranean, Annual report 1999.

شكل 3.7: وفيات الرضع والأطفال في فلسطين مقارنة بعدد من دول شرق البحر المتوسط (1999)



المصدر: تقارير منظمة الصحة العالمية - إقليم شرق المتوسط (1999). (العراق، اليمن، مصر، الأردن، لبنان، سوريا، قبرص والشرق الأوسط).

5.7 عوامل الخطر لوفيات الرضع والأطفال:

تم دراسة عدد من العوامل التي قد تكون عوامل خطر لوفيات الرضع والأطفال حسب ما هو متوفر في النتائج الرئيسية للمسح الصحي 2000، كما تم مقارنة عوامل الخطر بعوامل مشابهة تم دراستها من خلال مسوحات صحية تمت في دول عربية مثل مصر والأردن واليمن وليبيا ولم يتمكن من استعراض عوامل أخرى للخطر.

1. الجنس:

أوضحت نتائج المسح الصحي - 2000 (جدول 2.7) بأن هناك تقارباً بين وفيات الذكور والإناث في مرحلة الرضاعة والطفولة الأقل من خمس سنوات. وأن احتمال وفاة الذكور أعلى بين حديثي الولادة، بينما احتمال الوفاة أعلى بين الإناث في فترة ما بعد حديثي الولادة. وقد تشابهت هذه النتائج مع نتائج مسوحات صحية تمت في بلاد عربية مثل مصر والأردن واليمن وليبيا. المسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة سنة 1995 أظهر فروقات أكثر من المسح الصحي لسنة 2000 إذ كانت وفيات الرضع 30.3 بين الذكور و 24.0 في الألف بين الإناث وكانت معدلات الوفاة للأطفال دون الخامسة 36.7 في الألف للذكور و 29.3 في الألف للإناث. وبذلك فإن نتائج هذا المسح الصحي تستبعد التمييز بين الذكور والإناث سواء على المستوى الاجتماعي أو مستوى تقديم الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية.

2. التعليم للأمهات:

جدول (2.7) يوضح أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم قلت احتمالات وفاة الرضع والأطفال دون الخامسة وفي جميع مراحلها. وقد تجاوزت الفروق ثلاثة أضعافها في وفيات حديثي الولادة لأطفال السيدات ذات التعليم المنخفض (17.3) والسيدات ذات التعليم العالي (5.1). وهناك تشابه بين نتائج المسح الصحي بالأراضي الفلسطينية ونتائج

المسوحات الصحية في البلاد العربية، وقد تشابهت نتائج هذا المسح مع الاسقاطات التي نشرها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عام 1999⁽¹⁰⁾، إذ أوضح المسح بأن هناك تناسبا عكسيا بين معدلات الوفاة في مراحل الطفولة المختلفة والمستوى التعليمي للأمهات.

جدول 2.7: معدلات وفيات الرضع والأطفال لكل ألف مولود حي المقدره بالطرق المباشرة للسنوات الخمس السابقة للمسح حسب بعض الخصائص الخلفية (1995-1999)

الخصائص الخلفية	وفيات حديثي الولادة	وفيات ما بعد حديثي الولادة	وفيات الرضع	وفيات دون الخامسة
الجنس				
ذكور	16.3	9.0	25.3	29.1
إناث	14.1	11.5	25.6	28.3
المؤهل العلمي للأم				
أقل من ثانوي	17.3	11.3	28.6	32.1
ثانوي	11.6	7.4	18.9	22.2
أكثر من ثانوي	5.1	6.0	11.1	12.0
نوع التجمع				
حضر	15.7	9.7	25.4	28.8
ريف	11.7	8.9	20.6	23.5
مخيم	20.1	14.1	34.2	37.5
المنطقة				
الأراضي الفلسطينية	15.3	10.2	25.5	28.7
الضفة الغربية	14.6	9.8	24.4	27.2
قطاع غزة	16.4	10.8	27.3	31.2

3. نوع التجمع السكاني:

حسب النتائج الواردة في الجدول (2.7) فإن سكان المخيمات قد سجلوا أعلى المعدلات في وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة، وأن سكان الريف هم الأقل عرضة لخطر الوفاة في المراحل العمرية المشار إليها في هذا المسح. سكان الأرياف في البلاد المجاورة سجلوا معدلات وفاة أعلى من المدن. المسح الديمغرافي (1995) أظهر بأن أعلى المعدلات تسجل في القرى، وعلى ما يبدو فإن الاختلاف بين النتائج يعود للاختلاف في تعريف الريف والقرية.

(10) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. السكان في الأراضي الفلسطينية 1997 - 2025. رام الله-فلسطين.

4. المنطقة:

أظهرت نتائج المسح الصحي - 2000 بأن معدلات وفاة الرضع (حديثي الولادة وما بعد حديثي الولادة) ومعدلات وفاة الأطفال الأقل من 5 سنوات أعلى قليلاً في قطاع غزة من نظيراتها في الضفة الغربية خلال الفترة الزمنية (1995-1999)، وقد سبق نقاش هذه الاختلافات في جزئية المستويات والاتجاهات.

5. عمر الأم:

الجدول (3.7) يوضح بأن احتمال وفاة الطفل هو أقل للسيدات التي تتراوح أعمارهن ما بين 20-29 عاماً، وتزداد احتمالية الوفاة بين أطفال السيدات الأقل من عشرين عاماً. بعد سن الثلاثين تبدأ احتمالات الخطر في الزيادة فكلما زاد عمر الأم زادت احتمالية خطر الوفاة بحيث تصل أقصاها بين السيدات الأكبر من 45 عاماً. وقد تطابقت نتائج المسح الصحي 2000 في الأراضي الفلسطينية بالنتائج التي ظهرت من المسوحات الصحية في كل من الأردن ومصر، إلا أن المسوحات في ليبيا واليمن لم تظهر نفس النتائج.

جدول 3.7: نسبة الأطفال المتوفين في الأراضي الفلسطينية حسب عمر الأم والمنطقة

نسبة الأطفال المتوفين			عمر الأم
الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
4.0	5.0	3.0	19-15
3.0	4.0	2.0	24-20
3.0	3.0	3.0	29-25
4.0	4.0	3.0	34-30
4.0	5.0	4.0	39-35
6.0	6.0	6.0	44-40
7.0	4.0	8.0	49-45

6. عدد الولادات السابقة:

الجدول (4.7) يوضح بأن وفاة طفل واحد على الأقل ترتفع بارتفاع عدد الأطفال الذين أنجبهم الأم لتصل أعلى مستوى لها بين السيدات اللواتي أنجن 8 أطفال أو أكثر.

جدول 4.7: العلاقة بين عدد الأطفال الذين تم إنجابهم ومتوسط عدد الأطفال المتوفين

عدد الأطفال المتوفين			عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم
ثلاث أطفال فأكثر	طفلين	طفل واحد	
0.0	0.2	3.4	3-1
6.3	2.5	13.3	7-4
7.2	9.5	26.1	+8

ويوضح الجدول أيضاً بأن احتمال وفاة طفلين أو أكثر تزداد كلما زاد عدد الأطفال الذين تم إنجابهم. وأظهرت نتائج المسوحات الصحية في مصر والأردن واليمن تشابهاً لهذه النتائج.

وباستعراض مقارنة بين معدلات المواليد الخام في عدد من دول العالم نجد بأن هناك تناسبا طرديا بين معدلات المواليد ومعدلات وفيات الأطفال الرضع، فكلما انخفضت معدلات المواليد كان هناك انخفاض في معدلات وفيات الأطفال الرضع، والجدول (5.7) يوضح هذه العلاقة في عدد من دول العالم التي تم اختيارها لتوضيح هذه الحقيقة وللتأكيد على ما تم تسجيله في المسح الصحي 2000 في فلسطين من علاقة بين الخصوبة العالية ووفيات الأطفال.

جدول 5.7: معدل المواليد الخام ووفيات الرضع في عدد من الدول

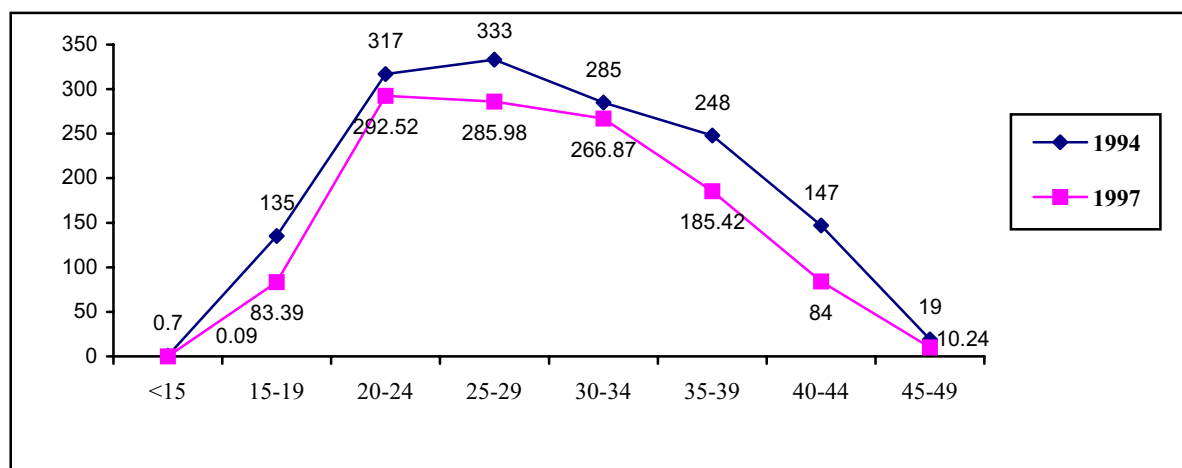
حسب تقارير منظمة الصحة العالمية 1996

البلد	معدل المواليد الخام	معدل وفيات الرضع
أفغانستان	53.4	154.4
أوغندا	51.1	112.8
الصومال	50.0	111.9
مصر	26.1	54.4
تركيا	21.9	43.7
إنجلترا	11.9	6.1
سويسرا	10.9	5.1

المصدر: منظمة الصحة العالمية، 1996. الإحصاءات الصحية في العالم، التقرير السنوي.

إلا أن عامل الخطر هذا في طور السيطرة عليه في الأراضي الفلسطينية، إذ أوضحت تقارير وزارة الصحة الفلسطينية اندحارا في معدل الخصوبة الكلي وبالأخص بين السيدات في مراحل الخطر وكما هو موضح في الشكل (4.7).

شكل 4.7: معدلات الخصوبة حسب العمر في الأراضي الفلسطينية في السنوات 1994-1997



المصدر: وزارة الصحة الفلسطينية، 1997. التقرير السنوي للأوضاع الصحية في الأراضي الفلسطينية. فلسطين.

لم نتمكن من دراسة العلاقة بين رعاية السيدات الحوامل ومعدلات وفاة الرضع والأطفال، إذ أن نتائج المسح الصحي الحالي تشير إلى أن 95% من السيدات في الأراضي الفلسطينية تقدم لهن هذه الخدمات، مما يجعل أمر المقارنة ليس سهلاً. ويبقى السؤال حول نوعية وجودة رعاية السيدات الحوامل، وهذا السؤال بحاجة لمزيد من البحث للوصول لنتائج حول هذا الموضوع.

6.7 أسباب وفيات الرضع والأطفال:

توضح تقارير وزارة الصحة الفلسطينية الأسباب الرئيسية لوفاة الرضع، وهي: الالتهابات الرئوية، وأمراض الجهاز التنفسي، والتشوهات الخلقية، والابتسار، والتسممات الدموية. وأن أهم أسباب الوفاة للأطفال دون الخامسة هي الالتهابات الرئوية، وأمراض الجهاز التنفسي، والحوادث، والتشوهات الخلقية، وأن جزءاً كبيراً من هذه الوفيات يمكن تجنبها⁽¹¹⁾. ولم يشر المسح الصحي 2000 لأسباب وفيات الرضع والأطفال.

(11) وزارة الصحة الفلسطينية، 1998. الوضع الصحي في فلسطين. التقرير السنوي، 1997. فلسطين.

ملخص تنفيذي

أظهرت نتائج المسح الصحي 2000، أن معدلات وفيات الرضع والأطفال في الأراضي الفلسطينية في وضع جيد إذا ما قورنت بدول المنطقة. إلا أنها لم تصل إلى الحد الذي وصلته عدد من الدول المتقدمة. شهدت الضفة الغربية وقطاع غزة انخفاضاً في معدلات وفيات الرضع بشقيها حديثي الولادة وما بعد حديثي الولادة وفي معدل وفاة الأطفال دون الخامسة من العمر في السنوات العشرين السابقة. ولم تظهر نتائج المسح فروقاً كبيرة في الوفيات بين الضفة الغربية وقطاع غزة، وقد تساوت معدلات الوفاة بين الذكور والإناث. وأشارت النتائج لعدد من عوامل الخطر، من أهمها عمر الأم عند الإنجاب إذ كانت السيدات الأقل من عشرين عاماً والأكثر من 30 عاماً أكثر عرضة لإنجاب طفل معرض للوفاة. وعامل الخطر الثاني هو عدد الأطفال الذين تم إنجابهم إذ ترتفع احتمالية الوفاة كلما زاد عدد الأطفال المنجبين. كما يلعب تعليم الأم دوراً أساسياً إذ أن معدلات الوفاة أعلى بين أطفال الأمهات الأقل تعليماً. وهي أيضاً أعلى في مخيمات اللاجئين، وسجلت نتائج المسح أقل المعدلات في الريف.

لم تتطرق نتائج المسح لأسباب وفاة الرضع والأطفال، ويمكن في المرحلة الحالية الاعتماد على التقارير المتوفرة بالمستشفيات، ومكاتب وزارة الصحة، لتحديد الأسباب الرئيسية المباشرة لوفيات الرضع والأطفال، ووضع البرامج الصحية المناسبة للتقليل من هذه الوفيات.

يمكن بذل المزيد من الجهد لخفض معدلات وفاة الرضع والأطفال، وهذا الأمر يتطلب دعم برامج الرعاية الصحية والنهوض برعاية السيدات الحوامل. ولخفض معدلات وفاة للأطفال حديثي الولادة يتطلب الأمر تطوير أماكن الولادة وحضانات الأطفال حديثي الولادة.

التوصيات

1. استمرارية المسوحات الصحية التي تحدد الأسباب الرئيسية لوفاة الرضع والأطفال وعوامل الخطر لهذه المسببات.
2. تدعيم صحة المرأة بتشجيع تعليم الأمهات وتقديم الرعاية الصحية الكافية أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة. والحث لتجنب الزواج المبكر.
3. التنسيق بين المؤسسات الصحية الوطنية والخدمات الصحية في وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين للعمل سوياً لخفض معدلات وفاة الرضع والأطفال في مخيمات اللاجئين.
4. دعوة جميع المؤسسات الصحية لخفض وفيات حديثي الولادة عن طريق:
 - أ. تعزيز رعاية السيدات الحوامل وبرامج تنظيم الأسرة.
 - ب. رفع كفاءة أقسام الولادة للوصول لولادة سليمة للسيدات والمولود الجدد.
 - ت. التعامل مع مشكلة الأطفال المبتسرين.

صحة ورعاية الأم

1.8 مقدمة:

الحمل والولادة حدث مميز في حياة المرأة، لذلك كان لزاما التعامل مع هذا الحدث بعناية شديدة، فبقدر ما هي عملية بيولوجية بقدر ما تحمل من مخاطر على حياة الأم والطفل. تعتبر رعاية الأم خلال الحمل والولادة من المحاور الأساسية في خدمات الصحة الإنجابية التي تساهم بشكل كبير في التقليل من وفيات الأمومة وحديثي الولادة ومن نسبة المضاعفات والأمراض الناجمة عن الحمل والولادة.

إن الرعاية الدورية المنتظمة خلال فترة الحمل تعتبر ضرورية للتمكن من اكتشاف عوامل الخطر والمضاعفات التي قد تنجم عن الحمل وعلاجها وتحويل ومتابعة حالات الحمل الخطر، ولتقديم التطعيم ضد الكزاز والوقاية من فقر الدم، بالإضافة إلى تقديم التنقيف والتوعية الصحية وتمكين الحوامل من الحصول على الدعم النفسي من العائلة والمجتمع.

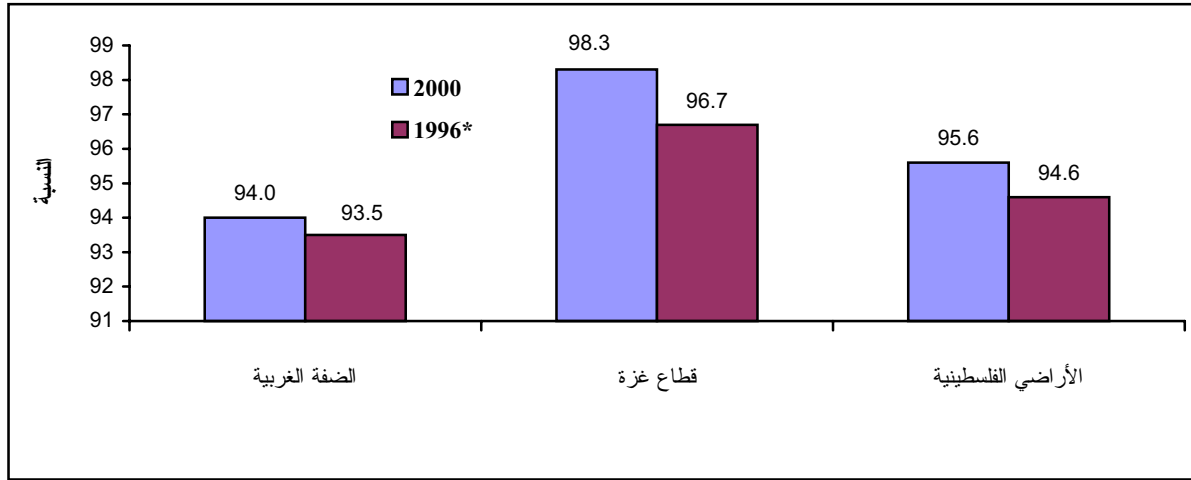
إن أدبيات منظمة الصحة العالمية تؤكد على أهمية البدء برعاية الحمل بمرحلة مبكرة، على أن لا يقل عدد زيارات الحامل للمركز الصحي أو عيادة الطبيب عن 4 زيارات للحمل الطبيعي. وقد انعكست هذه المتطلبات في الدليل الوطني الفلسطيني لخدمات الصحة الإنجابية الذي تم إنجازه في أوائل عام 2000، حيث جاء فيه أن جميع النساء الحوامل في الأراضي الفلسطينية يجب أن تقدم لهن رعاية دورية خلال الحمل على أن يكون عدد الزيارات 6-8 مرات للحمل الطبيعي وأكثر من ذلك في حالة الحمل الخطر، بحيث يقدم الخدمة كادر صحي مؤهل (طبيب، ممرضة/قابلية) في مركز صحي تتوفر فيه شروط خاصة.

تضمن المسح الصحي 2000 أسئلة عديدة حول رعاية الأم أثناء الحمل والولادة وبعد الولادة، خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح من حيث: ما إذا كانت الأم قد تلقت خدمة أم لا، مكان تلقي الخدمة، مقدمو الخدمة، نوعية الخدمة، أسباب عدم تلقي الخدمة، المضاعفات خلال الحمل والولادة وما بعد الولادة والتنقيف الصحي.

2.8 الرعاية الصحية أثناء الحمل:

يبين الشكل (1.8) أن نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية أثناء الحمل خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح في الأراضي الفلسطينية قد بلغت 95.6%، منها 94% في الضفة الغربية و98.3% في قطاع غزة، حيث لوحظ التقدم في نسبة تلقي الرعاية أثناء الحمل عما كانت عليه عام 1996، حيث بلغت في حينه 94.6% في الأراضي الفلسطينية (93.5% في الضفة الغربية و96.7% في قطاع غزة).

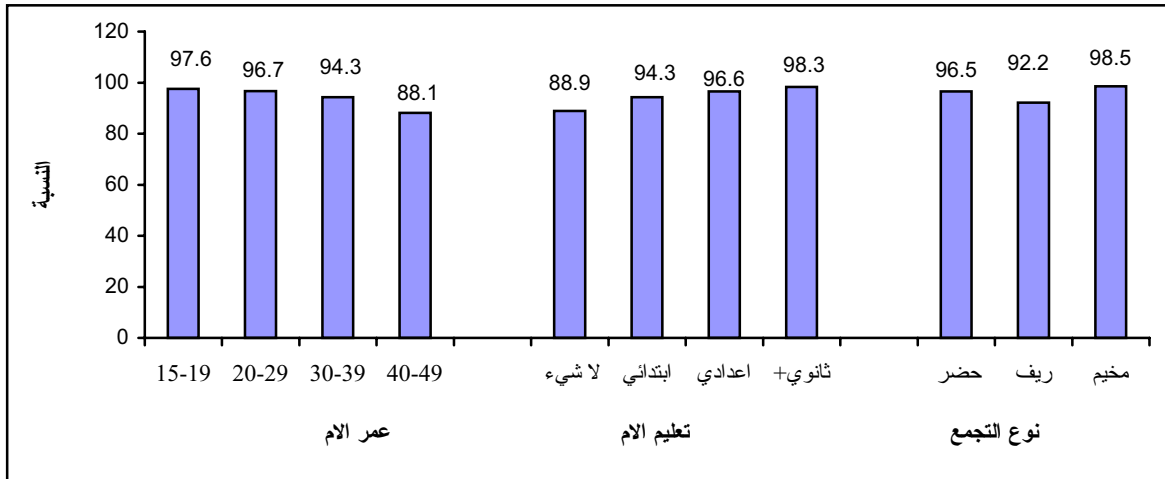
شكل 1.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب المنطقة (1996، 2000)



* دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1996: النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين

وقد اعتبرت أي ولادة أنها قد تلقت الرعاية إذا ذكرت الأم أنها حصلت على رعاية أثناء الحمل من أي مصدر يقدم رعاية للحوامل ولو لمرة واحدة .

شكل 2.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب بعض الخصائص الخلفية



وبالمقارنة مع بعض الخصائص الخلفية للحامل كما يبين الشكل (2.8) نجد أن النساء الأصغر سناً والأكثر تعليماً والقاطنات في المخيمات هن الأكثر استفادة من خدمات رعاية الحوامل، فنرى أن 97.6% من النساء في الفئة العمرية (15-19) حصلن على خدمات رعاية الحمل مقابل 88.1% من النساء في الفئة العمرية (40-49)، علماً بأن الفئة الأخيرة هي الأكثر تعرضاً للخطر خلال الحمل والأكثر احتياجاً للرعاية. تشير النتائج أن الإقبال على الرعاية عند الفئة الأكبر سناً في الضفة الغربية أقل منها في قطاع غزة، حيث بلغت نسبة من لم يتلقين رعاية من الفئة العمرية (40-49) خلال الحمل في الضفة الغربية 18.0% بينما في قطاع غزة 3.0% فقط¹.

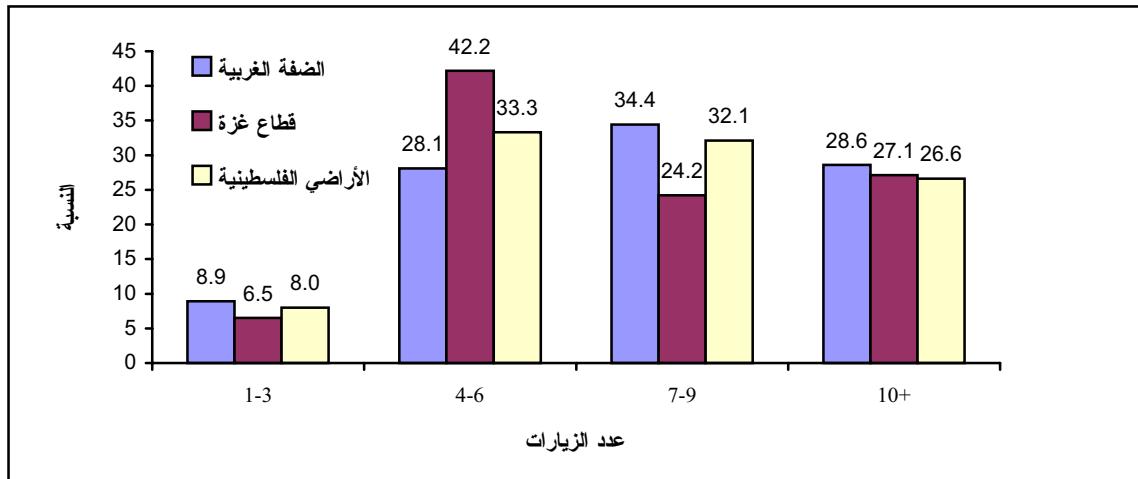
¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. قاعدة بيانات المسح الصحي-2000.

يبقى التعليم من أهم العوامل التي تؤثر على مدى استفادة النساء من الخدمات الصحية، وهذا ما أكدته نتائج المسوح الصحية في جميع الدول، بما في ذلك نتائج المسح الصحي السابق في الأراضي الفلسطينية الذي نفذ عام 1996. فحسب نتائج هذا المسح بلغت نسبة تردد النساء الحاصلات على تعليم ثانوي فما فوق، على المراكز الصحية 98.3%، بينما بلغت نسبة تردد غير المتعلّقات 89.0%. أما بالنسبة لتلقي الرعاية للأمهات حسب نوع التجمع فنجد أن نساء المخيم أكثر إقبالاً على رعاية الحمل من نساء الحضر والريف في الأراضي الفلسطينية، وقد يعود السبب إلى توفر الخدمة في جميع المخيمات الفلسطينية حيث يسهل على المواطنين الوصول إليها لقربها من ناحية، ولأن وكالة الغوث الدولية توفر هذه الخدمة مجاناً من الناحية الأخرى.

بينت نتائج المسح أن أعلى نسبة للنساء اللواتي لم يتلقين خدمة كانت في الريف إذ بلغت 8.0% تقريباً. ويفسر ذلك بامتداد الرقعة الجغرافية للتجمعات السكانية في الريف الفلسطيني وصعوبة الوصول إلى مراكز الرعاية الصحية وعدم توفرها للتجمعات الصغيرة والبعيدة .

1.2.8 عدد الزيارات أثناء الحمل:

شكل 3.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب عدد الزيارات والمنطقة 2000



وضعت منظمة الصحة العالمية معياراً لعدد الزيارات لمراكز رعاية الحوامل توصي فيه بأن لا يقل عدد زيارات الحامل للمركز الصحي بهدف المتابعة عن 4 زيارات، على أن تتوزع بين الثلث الأول والثاني والثالث من الحمل.

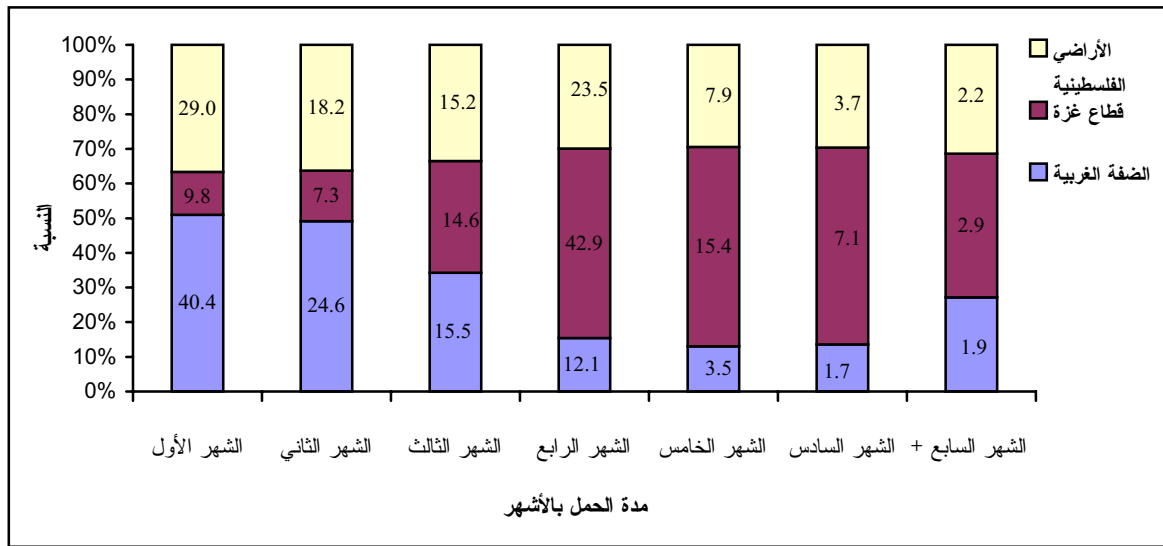
يظهر من النتائج أن الغالبية العظمى من النساء (92.0%) اللواتي أنجبن خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح وأنجن أنهن تلقين رعاية خلال الحمل كن قد ترددن على المركز الصحي على الأقل 4 مرات (91% في الضفة و93.5% في غزة) وأكثر من نصف النساء ترددن 7 مرات أو أكثر (شكل 3.8)، وهذا يدل على وعي النساء بأهمية الرعاية والمتابعة المنتظمة خلال الحمل، كما وتتماشى هذه النتائج مع نتائج بعض الدراسات المحلية التي قامت بها بعض المؤسسات غير الحكومية في الأراضي الفلسطينية، حيث أشارت نتائجها إلى أن معدل زيارات الحوامل لمراكز الرعاية كان 7.5 زيارة للحامل (معهد تطوير السياسات والإعلام. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة. لينوك وشبيطة 1998). وتبين النتائج أيضاً أن 8.0% ممن تلقين رعاية خلال الحمل ترددن أقل من الحد الأدنى (1-3)

زيارات) على المركز الصحي (8.9% في الضفة الغربية و6.5% في قطاع غزة)، أي أن الرعاية التي حصلن عليها وحسب اعتبارات منظمة الصحة العالمية لم تكن كافية.

2.2.8 فترة الحمل عند البدء بمتابعة الحمل أي عند الزيارة الأولى للمركز الصحي:

إن الأشهر الأولى من الحمل لا تخلو من المشاكل والمضاعفات، لذلك تؤكد بروتوكولات منظمة الصحة العالمية على أهمية البدء بالتردد على رعاية الحمل مبكراً حالما تشعر الأم باحتمال وجود الحمل لديها، وذلك لإعطاء مجال زمني لمقدمي الخدمة لتغطية متطلبات رعاية الحمل، من تثقيف ومشورة وتقييم للحالة الصحية للحامل والجنين، إضافة إلى تمكين الكادر الصحي من تقديم خدمات الوقاية للحد من المضاعفات وتقديم الخدمات العلاجية لبعض الحالات التي لها تأثير مباشر على صحة الأم والجنين مثل فقر الدم وارتفاع الضغط والسكري.

شكل 4.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب فترة الحمل (بالأشهر) عند البدء بالتردد على مراكز الرعاية والمنطقة

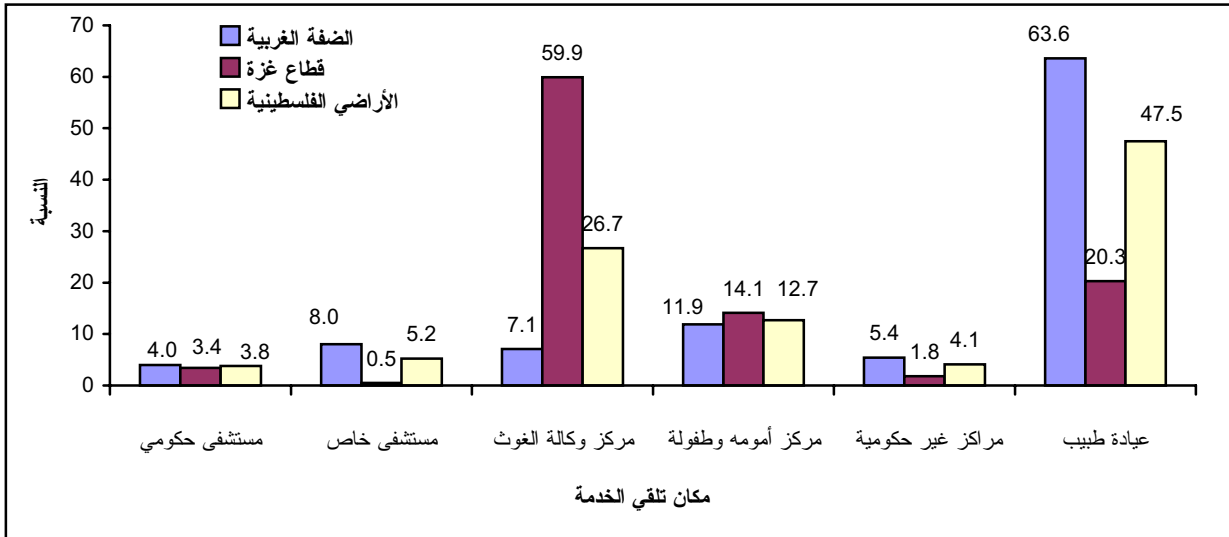


تشير النتائج (الواردة في شكل 4.8) إلى أن نسبة عالية من الحوامل في الضفة الغربية (40.4%) قد بدأت بالتردد على مراكز رعاية الحوامل من بداية الشهر الأول للحمل، وهذا ينسجم وروح بروتوكولات رعاية الحمل الحديثة. أما في قطاع غزة فإن 9.8% فقط بدأت بالتردد على مراكز الرعاية من الشهر الأول للحمل، و42.9% بدأت بالتردد من الشهر الرابع. ويعود السبب في ذلك إلى أن بروتوكول رعاية الحمل في وكالة الغوث (أحد المصادر الرئيسية في تقديم خدمات رعاية الحوامل في قطاع غزة)، ينص على بدء رعاية الحمل من الشهر الرابع. يتبين لنا من النتائج أن 86.0% من النساء اللواتي أنجبن خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح وتلقين رعاية خلال الحمل بدأت بالتردد على رعاية الحوامل بين الشهر الأول والرابع من الحمل، ويلاحظ أن نسبة الحوامل اللواتي بدأت بالرعاية مبكراً (بين الشهر الأول والرابع) في الضفة الغربية أعلى منها في قطاع غزة (92.6% في الضفة الغربية و74.6% في قطاع غزة).

3.2.8 مكان تلقي الرعاية أثناء الحمل:

أظهرت البيانات الواردة في شكل (5.8) أن عيادة الطبيب الخاص احتلت الترتيب الأول في تقديم الرعاية أثناء الحمل، إذ بلغت نسبة الحوامل اللواتي تلقين رعاية في عيادة الطبيب الخاص 47.5%، تليها في ذلك مراكز وكالة الغوث 26.7%، أما مراكز الأمومة والطفولة التابعة لوزارة الصحة فكانت نسبة التردد عليها فقط 12.7% علماً بأن هذه الخدمة توفرها وزارة الصحة الفلسطينية مجاناً لجميع الحوامل بغض النظر عن التأمين الصحي، ويمكن ان يعزى ذلك إلى الاعتقاد السائد لدى النساء بأن الخدمات في القطاع الحكومي أقل جودة من القطاع الخاص. ويجب أن لا ننسى أن من مقاييس الجودة عند النساء الحوامل وجود طبيب أخصائي عند كل زيارة، وتوفير الأجهزة الحديثة مثل التصوير بالأشعة فوق صوتية، حيث يستخدم الأطباء في العيادة الخاصة التصوير في كل زيارة تقوم بها الحامل للعيادة.

شكل 5.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب مكان إجراء الفحص والمنطقة



وبالمقارنة بين الضفة الغربية وقطاع غزة، من حيث مكان تلقي الخدمة، نجد أن نسبة التردد على العيادة الخاصة والمستشفى الخاص في الضفة الغربية أعلى منها في قطاع غزة (71.6% في الضفة الغربية بينما 20.8% في قطاع غزة) وقد يكون للظروف الاقتصادية في قطاع غزة أثرها في انخفاض نسبة التردد على العيادات الخاصة. عدا عن ذلك فإن نسبة الإقبال على خدمات وكالة الغوث في غزة كبيرة (60%) وذلك بسبب الانتشار الكبير لهذه المراكز هناك، حيث غالبية السكان هم من اللاجئين الفلسطينيين.

من هذه النتائج نستخلص أن 57.0% من الحوامل يتحملن تكلفة الرعاية سواء لدى القطاع الخاص أو لدى مراكز المنظمات غير الحكومية أما وزارة الصحة ووكالة الغوث فتتحمل عبء 43.0% فقط من رعاية الحوامل.

4.2.8 مقدم الرعاية الصحية (الكادر الصحي):

الجدول (1.8) يوضح الكادر الطبي الذي أشرف على رعاية الحمل للولادات التي تمت خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح، حيث يبين أن 78.0% من الحوامل قد أشرف على رعايتهن طبيب، وحوالي 33.0% ممرضة/قابله، ونسبة لا تكاد تذكر قد تلقين رعاية لدى الداية، مما يؤكد على أن رعاية الحوامل في الأراضي الفلسطينية يقدمها كادر مؤهل

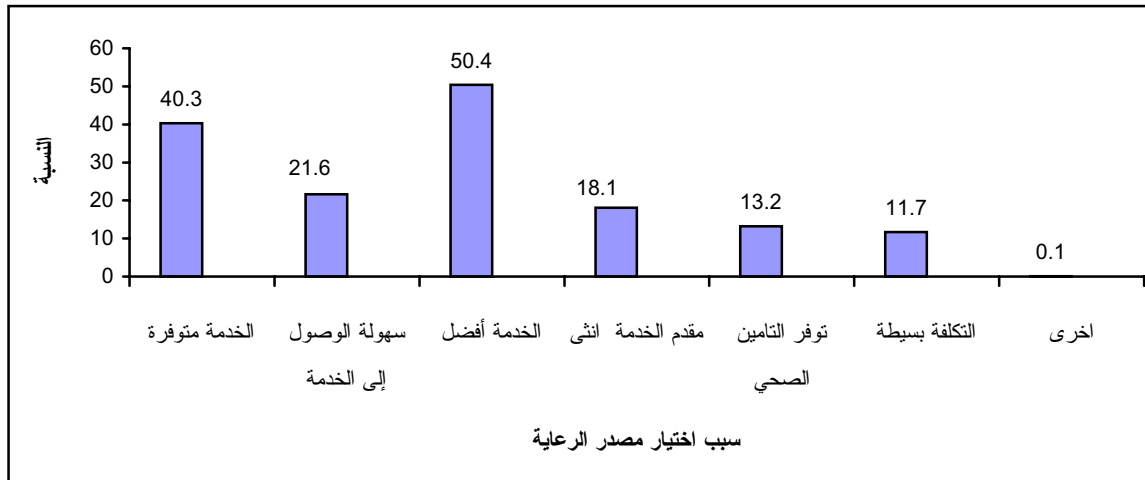
تأهيويا عاليا، والنساء لا يعبرن الدايات مصدرا لتلقي الرعاية خلال الحمل، على الرغم من أن نسبة أعلى من ذلك لا تزال تستدعي الداية للمساعدة في الولادة (بلغت نسبة إشراف الداية على الولادة في الأراضي الفلسطينية حسب نتائج مسح عام 2000 2.7%).

جدول 1.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب الشخص الذي قدم الرعاية أثناء الحمل والمنطقة

عدد المواليد	الشخص الذي قدم الرعاية أثناء الحمل					المنطقة
	طبيب	ممرضة/قابلة	داية	لا أحد	أخرى	
295,621	78.3	32.6	0.3	0.1	0.1	الأراضي الفلسطينية
186,015	93.1	10.2	0.2	0.2	0.1	الضفة الغربية
109,606	53.2	70.6	0.3	0.0	0.0	قطاع غزة

هناك اختلاف كبير بين الضفة الغربية وقطاع غزة بما يخص مقدم الخدمة، حيث نجد أن 93% من الحوامل في الضفة الغربية تلقت الرعاية لدى الطبيب و10% فقط لدى الممرضة/القابلة، بينما في قطاع غزة الغالبية العظمى تلقت الخدمة من قبل ممرضة/قابلة، وهذا يعود إلى نظام وكالة الغوث (المصدر الرئيس) في تقديم خدمات رعاية الحوامل في قطاع غزة الذي يعتمد على القابلة في الأساس. لا يوجد فرق بين الضفة الغربية وقطاع غزة من حيث الاعتماد على الداية في هذا المجال.

شكل 6.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب السبب في اختيار مصدر الرعاية



وبعد الاستفسار عن مكان تلقي خدمة رعاية الحوامل تم توجيه سؤال للنساء المبحوثات حول الأسباب وراء اختيار مكان الفحص (كان هناك اختيار لأكثر من إجابة من قبل المبحوثات). الشكل (6.8) يبين أن 50.4% من النساء اللواتي أنجبن في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقتن رعاية أثناء الحمل شكلت نوعية الخدمة السبب الرئيسي بالنسبة لهن لتحديد مكان تلقي الخدمة، بينما 40% توفر الخدمة و21.6% سهولة الوصول لمكان الخدمة، كما أشارت 11.7% فقط من النساء إلى أن قلة التكلفة شكلت سبباً رئيسياً بالنسبة لهن عند تحديد مكان تلقي الخدمة.

إن ذلك يؤكد على أن توفر الخدمة شيء مهم جدا إلا أن توفرها فقط لا يكفي حيث أن النساء بدأت تنظر إلى الخدمة من زاوية الجودة متخطيات بذلك حدود التكلفة وسهولة الوصول. كما تجدر الإشارة إلى أن جنس مقدم الخدمة (أنثى) قد شكل أحد العوامل الرئيسة في اختيار مكان تلقي هذه الخدمة عند 18% من النساء في الأراضي الفلسطينية .

ولو نظرنا بشيء من التفصيل حول أسباب اختيار كل مكان كما يبين الجدول (2.8) لوجدنا أن من أهم أسباب اختيار المستشفى الحكومي ومراكز وكالة الغوث كان توفر الخدمة وتوفر التأمين الصحي، أما المستشفى الخاص فنوعية الخدمة كانت الأكثر أهمية وراء الاختيار، وبالنسبة للمركز الصحي الحكومي فقد احتلت سهولة الوصول المرتبة الأولى بين أسباب التوجه إليه. ويبقى السبب الرئيس وراء اختيار عيادة الطبيب الخاص لتلقي الخدمة، شعور النساء بأن الخدمة فيه أفضل، وهذا يفسر الإقبال الكبير عليها من قبل الحوامل.

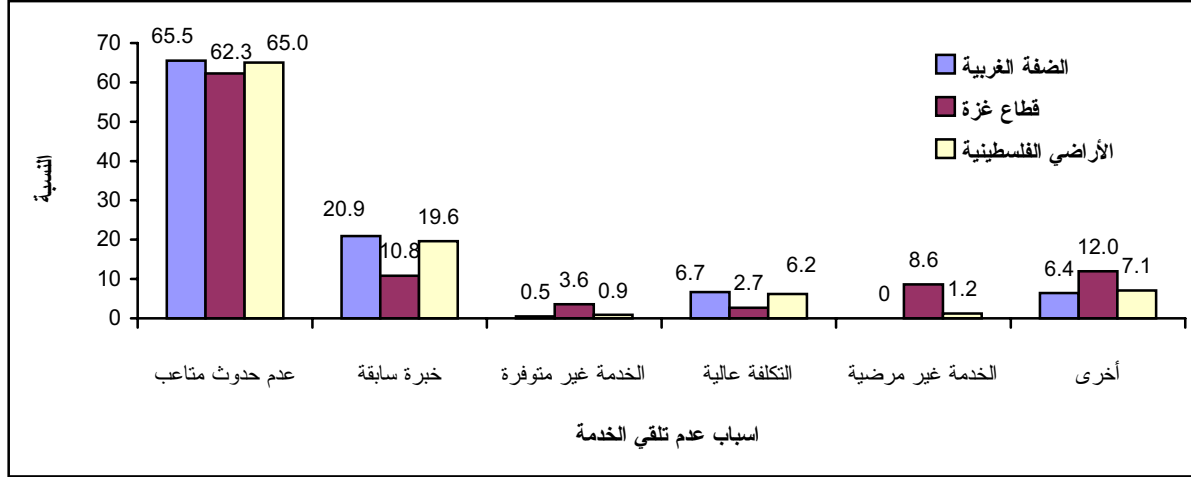
جدول 2.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب مكان الفحص والسبب وراء اختيار المكان

عدد المواليد	السبب وراء اختيار مكان الفحص							مكان الفحص
	أخرى	التكلفة بسيطة	توفر التأمين الصحي	مقدم الخدمة أنثى	الخدمة أفضل	سهولة الوصول الى الخدمة	الخدمة متوفرة	
11,278	0.0	10.9	32.8	10.8	23.2	31.2	39.0	مستشفى حكومي
15,334	0.0	5.3	20.2	7.3	47.3	20.6	34.5	مستشفى خاص
78,900	0.0	30.7	22.6	26.8	36.7	31.2	60.8	مركز وكالة
30,820	0.0	12.9	15.2	14.4	27.5	44.0	40.4	مركز صحي حكومي
6,805	0.0	6.5	9.8	18.1	39.4	27.2	50.8	مركز أمومة وطفولة حكومي
140,476	0.1	1.6	5.2	15.3	67.7	9.8	29.9	عيادة طبيب خاص
12,008	0.0	14.3	14.6	22.9	32.6	27.3	30.6	مركز تابع لمنظمات غير حكومية
295,621	0.1	11.7	13.2	18.1	50.4	21.6	40.3	المجموع

وبخصوص مراكز المنظمات غير الحكومية فإن 32.6% من النساء اللواتي تلقين الخدمة فيها اخترنهن بسبب جودة الخدمة الصحية المقدمة و 22.9% لوجود مقدم خدمة أنثى (عمدت المؤسسات غير الحكومية إلى استخدام طبيبات لتقديم الخدمة للحوامل في مراكزها نزولاً عند رغبة النساء في المناطق الجغرافية التي تعمل فيها).

5.2.8 أسباب عدم تلقي الرعاية أثناء الحمل:

شكل 7.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح ولم تتلق أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب السبب والمنطقة



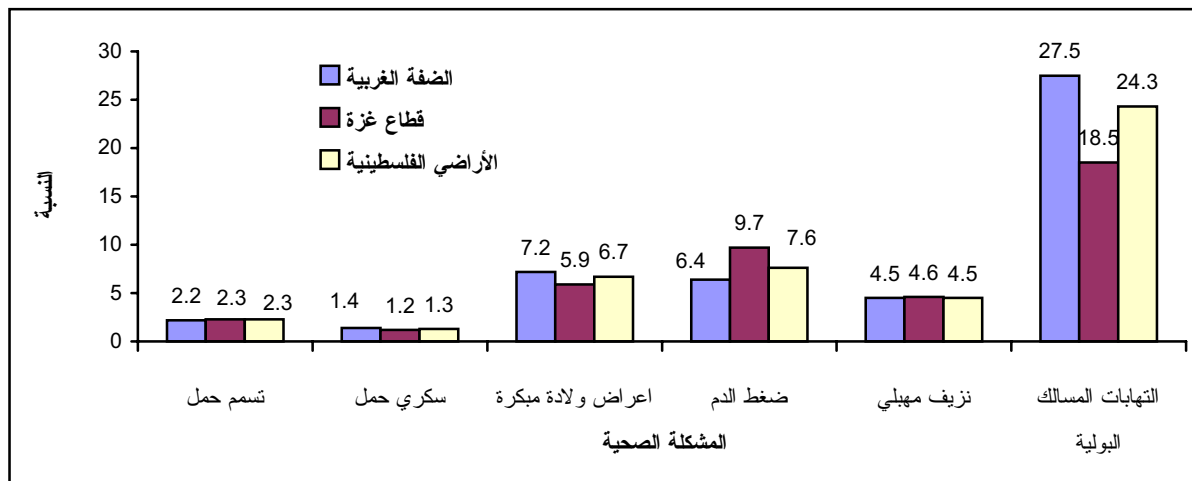
من الأهمية بمكان معرفة المعوقات التي تحد من استفادة النساء من خدمات رعاية الحوامل، على هذا الأساس تم توجيه سؤال للنساء اللواتي أنجبن خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح ولم يتلقين رعاية أثناء الحمل عن السبب وراء عدم توجههن لمراكز الرعاية. حيث أعربت الغالبية العظمى منهن (65.0%) أن السبب كان لعدم حدوث متاعب أثناء الحمل، و19.6% اعتبرن أن لديهن خبرة سابقة تغنيهن عن طلب المساعدة من المختصين و6.2% من بين من لم يتلقين رعاية كان ارتفاع التكلفة عائقاً، بينما 0.9% فقط من غير المستفيدات كان لعدم توفر الخدمة و1.2% لعدم الرضى عن الخدمة.

كان هناك تشابه بين الضفة الغربية وقطاع غزة في أسباب عدم التوجه لرعاية الحمل من حيث عدم حدوث متاعب (65.5% في الضفة الغربية و62.3% في قطاع غزة)، ولكن ظهر اختلاف من حيث كون وجود خبرة سابقة عند النساء في الضفة الغربية قد شكلت 20.9% من أسباب عدم تلقي الخدمة أثناء الحمل بينما في قطاع غزة 10.8%. أما التكلفة فقد شكلت حوالي 6.7% من أسباب عدم تلقي الخدمة في الضفة الغربية، بينما 2.7% في قطاع غزة وذلك للاعتماد الأكبر في الضفة الغربية على القطاع الخاص بينما في قطاع غزة على وكالة الغوث التي تقدم الخدمة مجاناً. لم يكن في الضفة الغربية تأثير لعدم الرضى عن الخدمة، ولكن شكل ذلك حوالي 8.6% من أسباب عدم الإقبال على الرعاية أثناء الحمل في قطاع غزة، والرضى عن الخدمة يعتبر من أهم مؤشرات الجودة.

6.2.8 مضاعفات الحمل:

إن من أهم أهداف رعاية الحوامل تقييم نسبة الخطر للأم الحامل واكتشاف المضاعفات والمشاكل خلال الحمل وعلاجها أو التحويل للمتابعة في عيادة الحمل الخطر. وخلال المسح سئلت النساء اللواتي أنجبن خلال السنوات الثلاث السابقة ما إذا كن قد تعرضن خلال الحمل لأي من الأعراض التالية: التهابات المسالك البولية، أو النزيف المهبل، أو ارتفاع ضغط الدم، أو أعراض ولادة مبكرة، أو سكري حمل أو تسمم حمل.

شكل 8.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتعرضت أمهاتهم لمشاكل صحية أثناء الحمل حسب نوع المشكلة والمنطقة



تظهر النتائج (الواردة في شكل 8.8) أن 24.3% من مجموع تلك الولادات قد عانين خلال الحمل من التهابات المسالك البولية حيث يتبين أنها من أكثر المشاكل شيوعاً عند النساء خلال الحمل، وقد عانت نساء الضفة الغربية من هذه المشكلة أكثر من نساء قطاع غزة (27.5% في الضفة الغربية و18.5% في قطاع غزة). كما تبين أن 7.6% من النساء المبحوثات قد تعرضن خلال الحمل للإصابة بارتفاع ضغط الدم، حيث عانت نساء قطاع غزة أكثر من نساء الضفة الغربية (9.7% في قطاع غزة و6.4% في الضفة الغربية). وقد تعرضت نساء الضفة الغربية للإصابة بأعراض الولادة المبكرة أكثر من نساء قطاع غزة (7.2% في الضفة الغربية و5.9% في قطاع غزة). وبلغت نسبة النساء اللواتي عانين من سكري الحمل في الأراضي الفلسطينية 1.3%، ومن تسمم الحمل 2.3%.

جدول 3.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتعرضت أمهاتهم لمشاكل صحية أثناء الحمل حسب نوع المشكلة الصحية وبعض الخصائص الخلفية

المشكلة الصحية خلال الحمل						الخصائص الخلفية
التهابات المسالك البولية	نزيف مهبلي	ارتفاع ضغط الدم	أعراض ولادة مبكرة	سكري الحمل	تسمم الحمل	
						عمر الأم
						أقل من 30
26.0	4.1	5.3	6.7	0.7	1.8	
						30-49
21.4	5.3	11.3	6.7	2.3	2.9	
						المؤهل العلمي
						لا شيء
21.9	4.2	10.0	4.5	2.5	3.4	
						ابتدائي
23.8	3.5	8.8	6.8	1.5	1.6	
						إعدادي
27.0	5.3	7.0	7.6	1.0	2.5	
						ثانوي+
22.2	4.6	6.3	6.5	1.0	2.0	
						نوع التجمع
						حضر
23.2	4.3	6.3	6.9	1.4	2.0	
						ريف
26.0	4.4	8.2	6.3	1.1	2.7	
						مخيم
24.8	5.6	11.2	6.9	1.3	2.4	

وبالمقارنة مع الخصائص الخلفية للنساء (يبين جدول 3.8) أن النساء الأكبر سناً (30-49 سنة) وغير المتعلقات أكثر عرضة من الفئات الأخرى للإصابة بارتفاع ضغط الدم وسكري الحمل وتسمم الحمل، كما تبين النتائج أن نساء المخيم أصبن بارتفاع ضغط الدم خلال الحمل أكثر من نساء الريف والحضر (11.2% في المخيم، 8.2% في الريف و6.3% في الحضر). عدا ذلك لا توجد فروقات تذكر بين مختلف الفئات في نسبة الإصابة بالأعراض الأخرى.

7.2.8 تطعيم الكزاز:

يعتبر مطعوم الكزاز من أهم المطاعيم التي يجب أن تحصل عليها الحامل خلال فترة الحمل، وهو من المطاعيم القديمة الفعالة والمتوفرة بتكلفة منخفضة حيث تؤكد عليها بروتوكولات رعاية الحمل عالمياً ومحلياً. ويعطى هذا المطعوم للحامل لحماية المولود من الإصابة بكزاز حديثي الولادة الذي يعتبر من أهم أسباب وفيات حديثي الولادة في الدول النامية، خاصة من تكون ولادتهم بيتية.

وعلى الرغم من أن بروتوكول رعاية الحوامل في وزارة الصحة الفلسطينية ووكالة الغوث والمنظمات غير الحكومية ينص وبشكل واضح على إلزامية التطعيم ضد الكزاز، حسب جدول يتضمن ثلاث جرعات على أن تكون الجرعة الأولى في الزيارة الأولى للمركز الصحي خلال الحمل والثانية بعد شهر من ذلك والجرعة الثالثة بعد مرور سنة من تاريخ الجرعة الأولى، إلا أن نسبة تطعيم الحوامل تعتبر منخفضة، وبلغت حسب نتائج هذا المسح بين الأمهات اللواتي أنجبن في السنة السابقة للمسح وتلقين على الأقل جرعتين آخرهما خلال السنوات الثلاث الأخيرة 20.3%، بينما من تلقين على الأقل ثلاث جرعات آخرها خلال السنوات العشرة الأخيرة 7.2%، حيث بلغت نسبة من تم تطعيمهن ضد الكزاز فقط 27.5% (جدول 4.8).

جدول 4.8: نسبة الأمهات اللواتي أنجبن في السنة السابقة للمسح وتلقين مطعوم الكزاز (التيتانوس) حسب بعض الخصائص الخلفية وعدد الجرعات

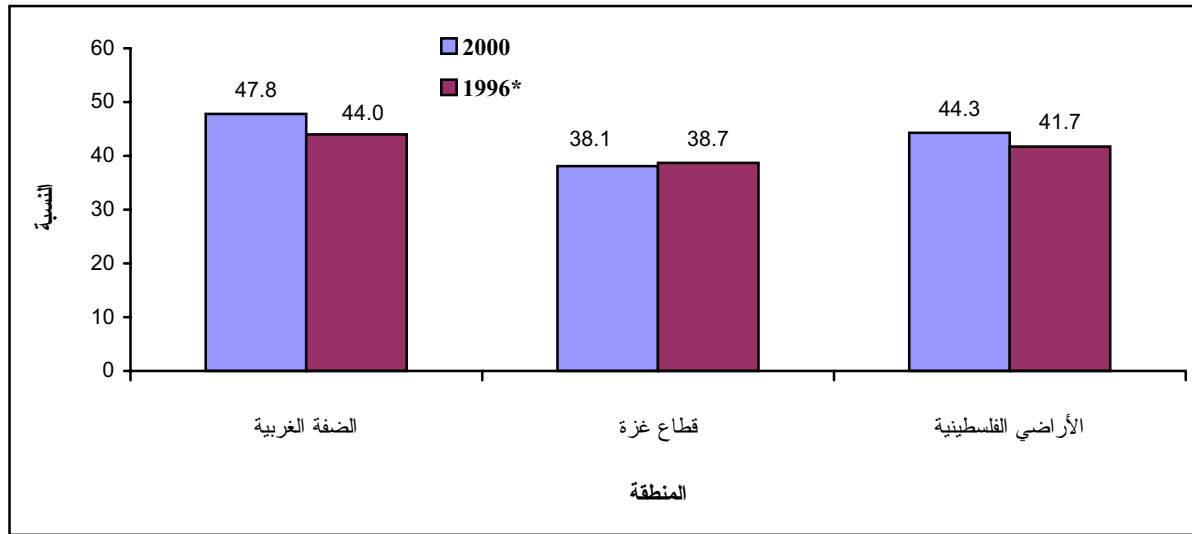
عدد النساء	عدد جرعات طعم الكزاز				الخصائص الخلفية
	تم تطعيمهن ضد الكزاز	تلقين على الأقل 5 جرعات طوال حياتهن	تلقين على الأقل 3 جرعات آخرها خلال السنوات العشر الأخيرة	تلقين على الأقل جرعتين آخرهما خلال السنوات الثلاث الأخيرة	
المؤهل العلمي					
11,891	25.8	0.0	4.7	21.1	لاشيء
26,086	23.8	0.0	6.0	17.8	ابتدائي
39,015	26.1	0.0	7.5	18.6	إعدادي
31,830	33.0	0.0	9.0	24.0	ثانوي+
نوع التجمع					
60,585	28.2	0.0	8.5	19.7	حضر
32,301	22.9	0.0	6.0	16.9	ريف
15,936	34.4	0.0	4.8	29.6	مخيم
المنطقة					
108,822	27.5	0.0	7.2	20.3	الأراضي الفلسطينية
69,741	23.0	0.0	5.5	17.5	الضفة الغربية
39,081	35.7	0.0	10.4	25.3	قطاع غزة

وعند المقارنة بين الضفة الغربية وقطاع غزة فقد كانت نسبة التطعيم في قطاع غزة أعلى منها في الضفة الغربية (35.7% مقابل 23%)، وبالمقارنة مع الخصائص الخلفية نجد أن النساء المتعلّقات والقاطنات في المخيم أكثر إقبالاً على تطعيم الكزاز من الفئات الأخرى. ومن الجدير بالذكر أنه لم تحصل أي من النساء المبحوثات على خمس جرعات طوال حياتهن بغض النظر عن مستوى التعليم أو نوع التجمع.

قد يكون سبب الانخفاض في نسبة التطعيم ضد الكزاز أن الغالبية العظمى من النساء تعتمد في رعاية الحمل على القطاع الخاص الذي لا يوفر التطعيم للحوامل، ولا يوجهن لعيادات وزارة الصحة للحصول عليه. عدا عن ذلك فإن الفكرة السائدة لدى الأطباء بأن كزاز حديثي الولادة لا يعتبر مشكلة كبيرة تهدد حياة الأطفال في الأراضي الفلسطينية، على اعتبار أن 95% من الولادات تحصل في المستشفيات في ظروف نظيفة، وعلى اعتبار أن كزاز حديثي الولادة ليس من بين أسباب وفيات الأطفال في الأراضي الفلسطينية (استناداً إلى التقارير السنوية لوزارة الصحة الفلسطينية)، كل ذلك جعلهم لا يبذلون جهداً في إقناع النساء بأهمية التطعيم.

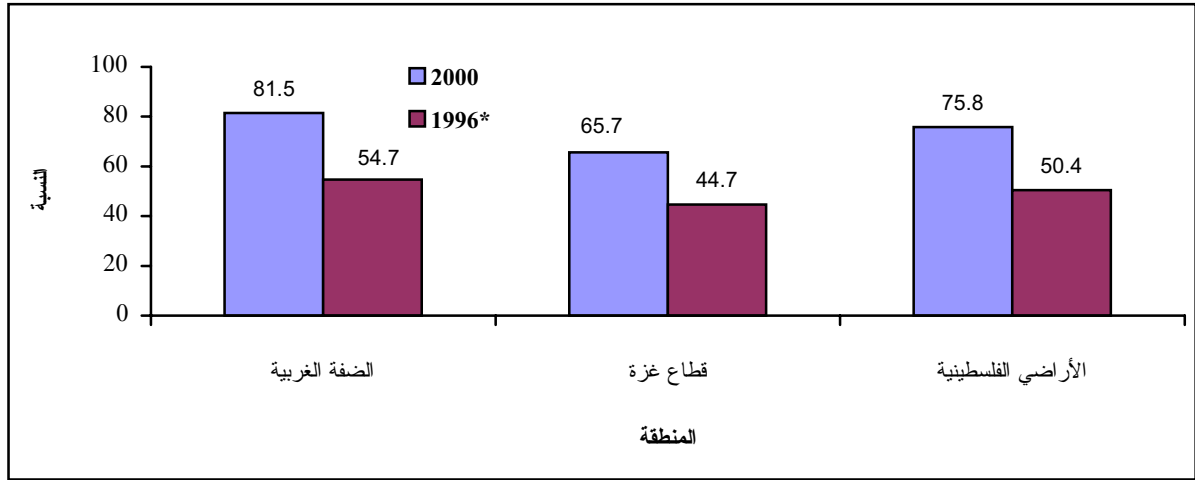
8.2.8 تناول الحديد وحامض الفوليك:

شكل 9.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم حامض الفوليك أثناء الحمل حسب المنطقة



* دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1996: النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

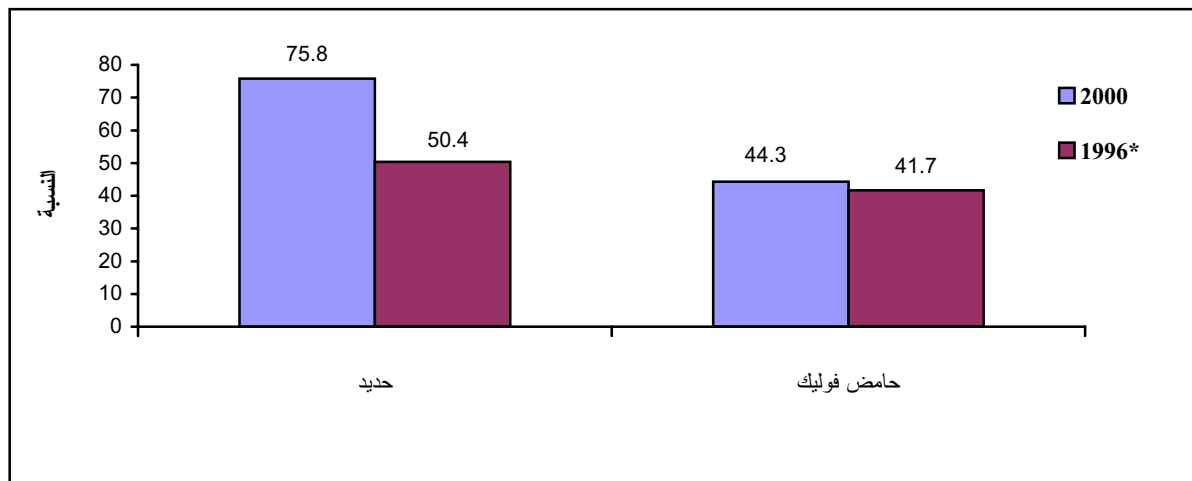
شكل 10.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم أقراص الحديد أثناء الحمل حسب المنطقة



* دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1996: النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

يعتبر فقر الدم خلال الحمل من أكبر المشكلات التي تواجه النساء في الدول النامية، إذ تقدر منظمة الصحة العالمية نسبة انتشار فقر الدم عند الحوامل في هذه الدول بـ 61.0%. ولمكافحة فقر الدم عند الحوامل لابد من إعطاء الأم الحامل أقراص الحديد و حامض الفوليك، إذ تتصح منظمة الصحة العالمية بإعطاء جميع الحوامل 60 ملغم من الحديد مع 250 ميكروغرام من الفوليك خلال الثلث الثاني والثالث من الحمل بشكل روتيني للوقاية من فقر الدم. لذا كان لابد من الاستفسار خلال المسح عما إذا كانت النساء اللواتي انجبن خلال السنوات الثلاث التي سبقت المسح قد تلقين أقراص الحديد و حامض الفوليك خلال حملهن. أفادت 75.8% من النساء أنهن استخدمن أقراص الحديد و 44.3% استخدمن أقراص حامض الفوليك (شكل 11.8) مقابل 50.4% من الحوامل استخدمن أقراص الحديد و 41.7% استخدمن أقراص الفوليك حسب نتائج المسح الصحي السابق (عام 1996). ويتضح أن النساء في الضفة الغربية أكثر استخداماً للحديد والفوليك من نساء قطاع غزة والنساء المتعلمات أكثر استخداماً من غير المتعلمات (شكل 9.8، 10.8).

شكل 11.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم أقراص الحديد وحمض الفوليك أثناء الحمل، (1996، 2000)



* دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1996: النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

3.8 الرعاية أثناء الولادة:

1.3.8 مكان الولادة:

أكدت نتائج المسح الصحي 2000 على أن الغالبية العظمى من الولادات في الأراضي الفلسطينية تحدث في المؤسسات الصحية. حيث أشارت 94.8% من النساء اللواتي أنجبن في السنوات الثلاث السابقة للمسح أن ولادتهن كانت في مستشفى أو مركز صحي أو عيادة طبيب (جدول 5.8). كما أشارت 5.2% فقط من النساء إلى أن ولادتهن كانت في المنزل (7.7% في الضفة الغربية، و0.8% في قطاع غزة). من الملاحظ أن هناك انخفاضاً مطرداً في نسبة الولادات البيئية في الأراضي الفلسطينية خلال السنوات الخمس الماضية، إذ بلغت نسبة الولادة في المنزل عام 1996 في الضفة الغربية (18%) وعام 1997 (12.7%) بينما في قطاع غزة بلغت عام 1996 (9.9%) وعام 1997 (6.3%) وعام 1998 (3.1%)². وقد قدر البنك الدولي في نظرة عامة حول الأوضاع الصحية في الأراضي الفلسطينية عام 1993 أن ثلث النساء ينجبن في البيوت دون إشراف من كادر صحي مؤهل (البنك الدولي 1993).

² وزارة الصحة الفلسطينية. الوضع الصحي في فلسطين. التقرير السنوي. 1998.

جدول 5.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب مكان الولادة وبعض الخصائص الخلفية

عدد المواليد	المجموع	مكان الولادة						الخصائص الخلفية
		في المنزل	عيادة طبيب	مستشفى منظمات غير حكومية	مستشفى/ مركز وكالة	مستشفى/ مركز خاص	مستشفى/مركز حكومي	
عمر الأم								
16,880	100	1.4	12.9	5.9	5.9	31.1	42.8	19-15
174,972	100	5.1	11.1	6.2	8.1	28.0	41.5	29-20
102,079	100	5.7	10.6	5.0	6.1	27.0	45.6	39-30
15,452	100	7.7	7.7	4.0	6.1	26.5	48.0	49-40
المؤهل العلمي								
37,222	100	10.8	9.3	5.0	7.2	19.5	48.2	لا شيء
77,335	100	5.2	12.2	5.3	5.8	24.6	46.9	ابتدائي
110,582	100	5.3	10.6	4.9	7.4	28.9	42.9	إعدادي
84,244	100	2.7	10.7	7.3	8.3	32.8	38.2	ثانوي
نوع التجمع								
171,075	100	3.7	13.5	6.6	6.6	30.8	38.8	حضر
91,153	100	9.4	3.8	3.8	1.7	29.1	52.2	ريف
47,155	100	2.8	15.1	5.7	20.0	14.2	42.2	مخيم
المنطقة								
309,383	100	5.2	10.9	5.6	7.2	27.8	43.3	الأراضي الفلسطينية
197,919	100	7.7	2.7	5.5	2.5	40.2	41.4	الضفة الغربية
111,464	100	0.8	25.4	6.0	15.5	5.7	46.6	قطاع غزة

شكلت المستشفيات الحكومية المكان الرئيس في تقديم خدمات التوليد في الأراضي الفلسطينية، حيث أكدت 43.3% من النساء المبحوثات أن ولادتهن كانت في مستشفى حكومي، و 27.8% أن ولادتهن كانت في مستشفى خاص و 7.2% في مستشفى تابع لوكالة الغوث و 5.6% في مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية و 10.9% في عيادة طبيب خاص (جدول 5.8). وقد أظهرت النتائج ارتفاع نسبة الولادات في المستشفيات الخاصة في الضفة الغربية، حيث بلغت 40.2% مقارنة مع 28.3% في عام 1996، وهذا يرجع للتطور الكبير الذي حصل على قطاع المستشفيات الخاصة في الضفة في السنوات الماضية بعد مجيء السلطة الوطنية الفلسطينية.

يتبين من الجدول (5.8) أن النساء الأصغر سناً والأكثر تعليماً وسكان الحضر، كن أكثر إقبالاً على الولادة في المستشفيات الخاصة، بينما النساء الأكبر سناً وغير المتعلّقات وسكان الريف، كن أكثر إقبالاً على الولادة في المستشفيات الحكومية.

بينت نتائج المسح أيضاً أن نسبة حدوث الولادة في المنزل كانت في الضفة الغربية أعلى من قطاع غزة (7.7% في الضفة الغربية و 0.8% في قطاع غزة)، وكذلك كانت النسبة أعلى بين النساء الأكبر سناً والأقل تعليماً والريفيات (7.7% من الأكبر سناً و 10.8% من غير المتعلّقات و 9.4% من الريفيات).

2.3.8 الكادر الصحي الذي ساعد في الولادة:

جدول 6.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب الشخص الذي قدم المساعدة أثناء الولادة وبعض الخصائص الخلفية

المجموع	الشخص الذي قدم المساعدة أثناء الولادة						الخصائص الخلفية
	لا أحد	أخرى	أقارب/أصدقاء	داية	ممرضة/قابلة	طبيب	
عمر الأم							
100	0.0	0.0	0.2	2.4	26.6	70.8	19-15
100	0.2	0.0	0.3	2.7	37.7	59.1	29-20
100	0.1	0.0	0.3	2.9	36.3	60.4	39-30
100	1.2	0.0	0.0	2.3	35.9	60.6	49-40
المؤهل العلمي							
100	0.6	0.0	0.4	7.0	40.5	51.5	لاشيء
100	0.2	0.1	0.4	3.1	39.1	57.1	ابتدائي
100	0.2	0.0	0.1	2.5	37.4	59.8	إعدادي
100	0.1	0.0	0.2	0.8	31.3	67.6	ثانوي+
نوع التجمع							
100	0.3	0.0	0.4	1.8	31.6	65.9	حضر
100	0.1	0.1	0.3	4.8	45.4	49.3	ريف
100	0.0	0.0	0.0	2.0	37.1	60.9	مخيم
المنطقة							
100	0.2	0.0	0.3	2.7	36.5	60.3	الأراضي الفلسطينية
100	0.3	0.0	0.2	3.8	44.3	51.4	الضفة الغربية
100	0.1	0.0	0.3	0.9	22.9	75.9	قطاع غزة

عند مقارنة نسبة الولادات حسب الكادر الصحي المشرف على الولادة تبين أن 60.3% من الولادات التي حصلت خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح قد أشرف عليها طبيب، و36.5% أشرف عليها ممرضة/قابلة و2.7% داية و0.2% لم يشرف عليها أحد (جدول 6.8). وقد ساعد الطبيب في نسبة أعلى في ولادات النساء من الفئة العمرية (19-15) والمتعلمات ثانوي فأكثر ونساء الحضر، بينما كان الدور الأكبر للداية بين النساء غير المتعلمات والريفيات. وممن لم يقدم لهن مساعدة خلال الولادة كانت أعلى نسبة بين النساء من الفئة العمرية (40-49) وغير المتعلمات.

تظهر النتائج أيضاً أن الطبيب قد أشرف على نسبة أعلى من الولادات في قطاع غزة مقارنة مع الضفة الغربية، فقد بلغت نسبة إشراف الطبيب على الولادة في قطاع غزة 75.9% بينما في الضفة الغربية 51.4%، كما تظهر وجود دور أكبر للداية في الضفة الغربية منه في قطاع غزة، فقد أشرفت الداية على 3.8% من الولادات في الضفة الغربية مقابل 0.9% من الولادات في قطاع غزة.

3.3.8 السبب في اختيار مكان الولادة:

جدول 7.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح التي تمت في مؤسسات صحية حسب مكان الولادة والسبب الرئيس لاختيار مكان الولادة

المجموع	مكان الولادة					السبب الرئيس لاختيار مكان الولادة
	عيادة طبيب	مستشفى منظمات غير حكومية	مستشفى/ مركز وكالة	مستشفى/مركز صحي خاص	مستشفى/ مركز حكومي	
44.3	56.1	57.4	55.1	64.1	25.1	الخدمة افضل
3.7	1.8	3.3	3.1	2.8	4.9	صعوبة الوصول لمكان آخر
3.0	5.0	1.7	3.3	2.5	2.8	الولادة مبكرة/ فجائية
23.7	1.4	13.0	29.9	10.0	38.7	التكلفة اقل/توفر تأمين
7.4	18.3	14.0	0.3	11.2	2.5	وجود طببي الخاص
14.0	16.4	8.8	3.1	6.8	20.6	وجود مخاطر طبية
3.7	1.0	0.4	4.7	2.5	5.3	لا يتوفر مكان آخر
0.2	0.0	1.4	0.5	0.1	0.1	أخرى
100	100	100	100	100	100	المجموع
293,264	33,606	17,531	22,345	85,884	133,898	عدد المواليد

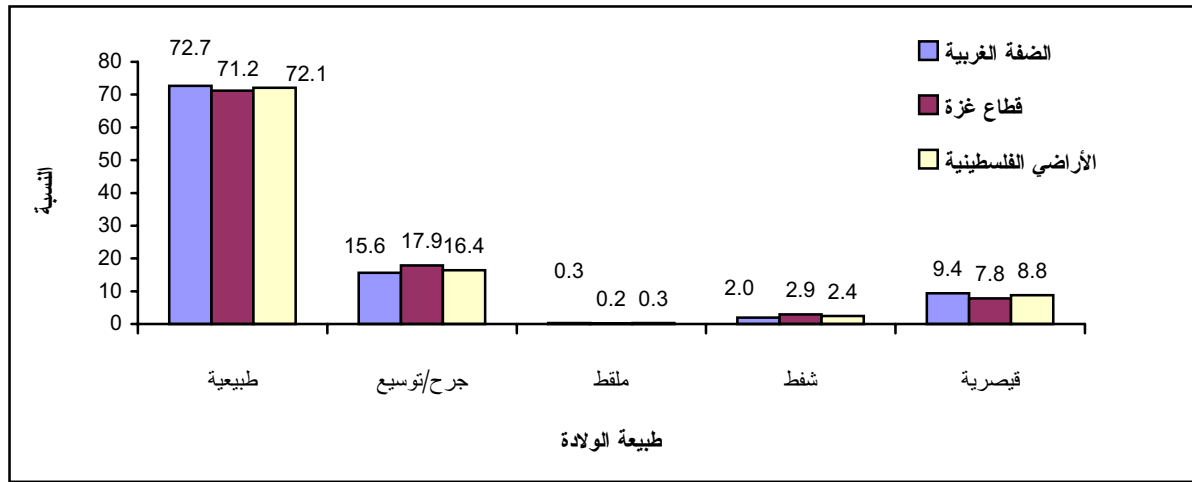
كانت جودة الخدمة والتكلفة ووجود المخاطر من بين أهم العوامل التي أثرت على اختيار النساء لمكان الولادة، فقد شكلت جودة الخدمة 44.3% من أسباب اختيار مكان الولادة، وقلّة التكلفة أو توفر التأمين الصحي 23.7% من الأسباب، بينما وجود المخاطر الطبية سواء على صحة وحياة الأم أو الجنين 14% (جدول 7.8).

يبين الجدول (7.8) أن 38.7% من النساء المبحوثات اللواتي أنجبن في المستشفى الحكومي قررن الولادة فيه لقلّة التكلفة أو لتوفر التأمين الصحي، حيث تعتبر تكلفة الولادة لمن لا يملكون التأمين الصحي في المستشفى الحكومي منخفضة جدا مقارنة مع المستشفيات الخاصة. تجدر الإشارة إلى أن 20.6% من النساء اللواتي أنجبن في المستشفى الحكومي كن قد اخترنه بسبب وجود مخاطر طبية، وقد يعود ذلك لوجود كفاءات بشرية وتجهيزات حديثة في المستشفى الحكومي بعضها غير متوفر في المستشفيات الخاصة مثل الحاضنة للأطفال الخداج. أما المستشفى الخاص فغالبية النساء اللواتي أنجبن فيه (64.1%) قررن اختياره لجودة الرعاية فيه، بينما 10% لتوفر التأمين الصحي (تأمين تابع لشركات خاصة)، و6.8% فقط لوجود مخاطر طبية. كما أشارت النتائج إلى أن 55.1% ممن أنجبن في مستشفى أو مركز تابع لوكالة الغوث قد اخترنه لجودة الرعاية فيه و29.9% لقلّة التكلفة أو لتوفر التأمين الصحي (تأمين تابع لوكالة غوث اللاجئين الفلسطينيين)، و3.1% فقط لوجود مخاطر طبية. أظهرت النتائج أيضا أن 57.4% من النساء اللواتي أنجبن في مستشفيات تابعة لمنظمات غير حكومية اخترنهن لجودة خدماتها، و13% لقلّة التكلفة أو لتوفر التأمين الصحي (تأمين خاص)، بينما 8.8% لوجود مخاطر طبية. كما أفادت 56.1% من النساء اللواتي أنجبن في عيادة لطبيب خاص أن جودة الخدمة كانت السبب الرئيسي في الاختيار، و16.4% لوجود مخاطر طبية.

4.3.8 طبيعة الولادة:

تشير نتائج المسح إلى أن غالبية الولادات التي حصلت في السنوات الثلاث السابقة (72%) كانت طبيعية و16.4% من الولادات تم إجراء شق العجان خلال الولادة للتوسيع و2.4% تمت بواسطة جهاز الشفط و8.8% خلال عملية قيصرية (شكل 12.8). وتعتبر نسبة الولادات بعملية قيصرية في الأراضي الفلسطينية من النسب المنخفضة في العالم. بالمقارنة مع نتائج المسح السابق عام 1996، فقد انخفضت نسبة الولادات الطبيعية حيث كانت تشكل 76% من مجموع الولادات، بينما ارتفعت نسبة العمليات القيصرية إذ كانت تشكل 6% من مجموع الولادات³.

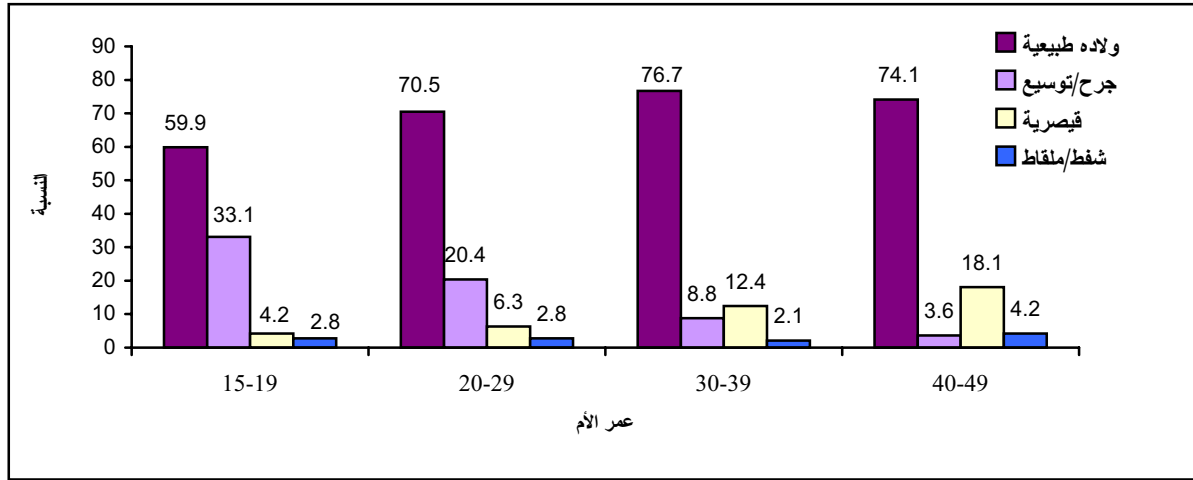
شكل 12.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب طبيعة الولادة



بالمقارنة بين الضفة الغربية وقطاع غزة (شكل 12.8) نلاحظ أن نسبة العمليات القيصرية في الضفة الغربية أعلى منها في قطاع غزة (9.4% و7.8% على التوالي) وجرح التوسيع في الضفة الغربية أقل من قطاع غزة (15.6% و17.9% على التوالي).

³ دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1996: النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين

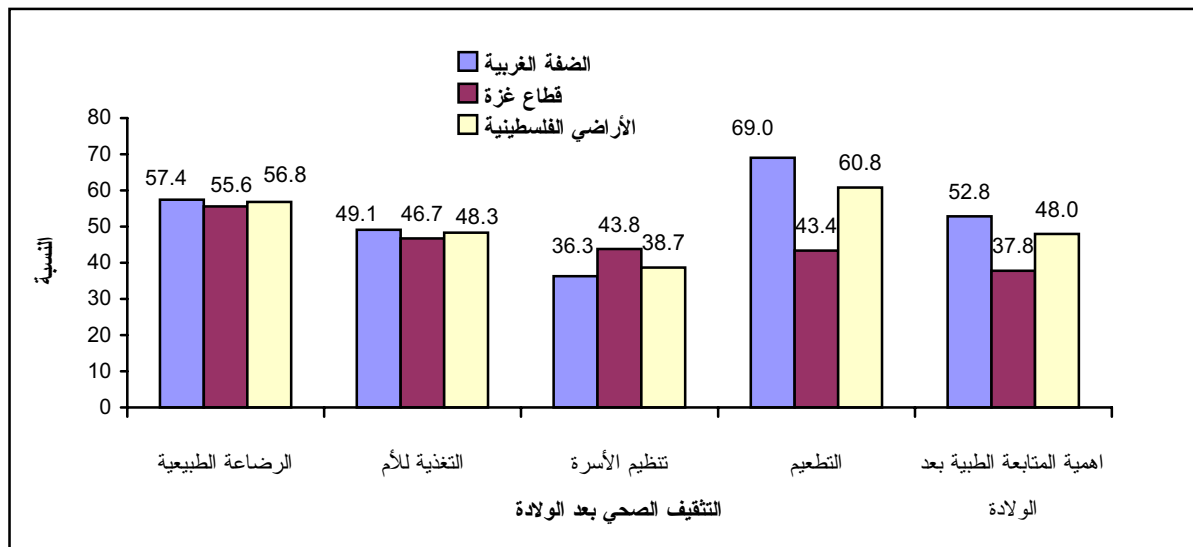
شكل 13.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب طبيعة الولادة وعمر الأم



بالمقارنة مع الخصائص الخلفية نجد أن أعلى نسبة من الولادات الطبيعية كانت بين النساء في الفئة العمرية (30-39) وأعلى نسبة في الولادات التي أجري لها جرح توسيع بين الفئة العمرية (15-19) ثم الفئة العمرية (20-29) (شكل 13.8) ويرجع ذلك إلى أن شق العجان للتوسيع هو إجراء روتيني في المستشفيات لجميع الولادات البكرية والتي غالبيتها تقع بين هاتين الفئتين العمريتين. عملية الولادة بمساعدة جهاز الشفط كانت الأعلى بين الفئة العمرية (40-49). أما العملية القيصرية، فأعلى نسبة كانت بين الفئة العمرية الأكبر سناً وغير المتعلمات⁴ (الغالبية العظمى من غير المتعلمات هن من الفئة العمرية الأكبر سناً).

5.3.8 التثقيف الصحي:

شكل 14.8: نسبة الولادات (آخر مولودين) التي تمت في المستشفى في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم تثقيفاً صحياً حسب موضوع التثقيف الصحي والمنطقة



⁴ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي - 2000. النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

إن تقديم المشورة والتثقيف الصحي بعد الولادة يعتبر من أهم مؤشرات جودة الخدمة حيث أن الرسائل الصحية التي نوصلها للأم ستؤثر في سلوكها تجاه نفسها وتجاه طفلها في المستقبل.

تم الاستفسار خلال المسح عما إذا كانت النساء اللواتي أنجبن في المستشفى خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح قد تلقين تثقيفا صحيا، وذلك استنادا إلى بروتوكولات الصحة الإنجابية التي تنص على أن كل سيدة بعد الولادة يجب أن تقدم لها مشورة وتثقيف صحي حول المواضيع التالية: الرضاعة الطبيعية، والتغذية، والتطعيم، والعناية بالمولود الجديد، وأهمية المتابعة بعد الولادة وتنظيم الأسرة. كان موضوع التطعيم هو الأكثر بحثا مع الأمهات في المستشفيات بعد الولادة يليه موضوع الرضاعة الطبيعية، حيث أشارت 60.8% من النساء اللواتي أنجبن في المستشفيات أنهن قد تلقين تثقيفا حول أهمية التطعيم للأطفال، حيث بلغت نسبة من تلقين تثقيفا حول هذا الموضوع في الضفة الغربية 69.0% بينما في قطاع غزة 43.3% (شكل 14.8). أقل من نصف النساء اللواتي أنجبن في المستشفيات في الأراضي الفلسطينية تلقين تثقيفا حول أهمية المتابعة الطبية بعد الولادة (52.8% في الضفة الغربية، 37.8% في قطاع غزة) علما بأهمية التوعية في هذا المجال إذ كان من المفترض التركيز الكبير على هذا الموضوع لتشجيع النساء على الاستفادة من خدمات الرعاية ما بعد الولادة، حيث شكلت نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية بعد الولادة 19.6% فقط حسب نتائج مسح عام 1996⁵. أفادت 38.7% من النساء أنه قد تم مناقشة أهمية تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل المتوفرة في الأراضي الفلسطينية معهن، وقد كانت نسبة من تلقين تثقيفا حول تنظيم الأسرة في قطاع غزة أعلى من الضفة الغربية (43.8% في قطاع غزة، 36.3% في الضفة الغربية).

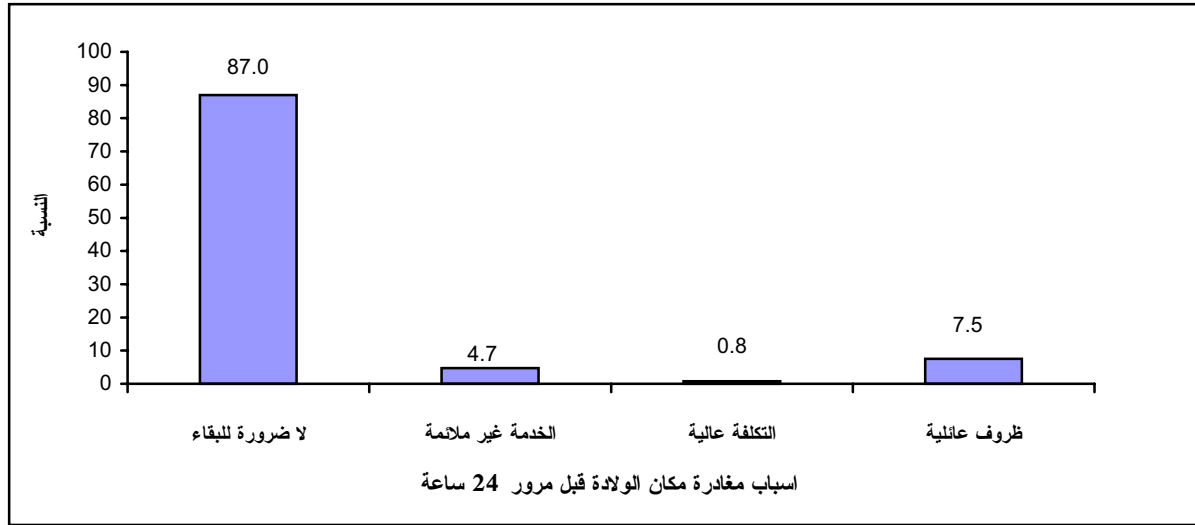
6.3.8 المكوث في المستشفى بعد الولادة:

يعتبر المكوث في المستشفى بعد الولادة لفترة من الزمن للمراقبة الحثيثة من أهم العوامل التي تقلل من وفيات الأمومة إذ دلت الدراسات الحديثة على أن 60% من وفيات الأمومة تحصل في الأسبوع الأول بعد الولادة وأن 45% من الوفيات خلال الـ 24 ساعة الأولى بعد الولادة⁶. ونتيجة للمخاطرة العالية على حياة الأم والوليد تؤكد جميع مستشفيات التوليد على وجوب عدم مغادرة الأم بعد الولادة المؤسسة الصحية قبل مرور 24 ساعة على الولادة، وبالرغم من ذلك دلت نتائج المسح الصحي على أن 34% من النساء اللواتي أنجبن خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح في مؤسسة صحية قد غادرنها قبل مرور 24 ساعة على الولادة. والسبب وراء ذلك حسب رأي النساء المبحوثات يعود إلى شعورهن بأنه لا ضرورة للبقاء لفترة أطول في المستشفى (87%). إن ذلك يدل على قلة الوعي عند النساء بأهمية البقاء في المستشفى للمراقبة لفترة أطول بعد الولادة. وعزت 7.5% من المبحوثات اللواتي غادرن المستشفى قبل مرور 24 ساعة على ولادتهن السبب للظروف العائلية في البيت و4.7% لعدم ملائمة الخدمة وأقل من 1% للتكلفة العالية (شكل 15.8).

⁵ دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1996: النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

⁶ تعزيز رعاية الأمومة والطفولة ذات الجودة. دليل مدراء البرامج. كير 1998.

شكل 15.8: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) في السنوات الثلاث السابقة للمسح وتمت في مؤسسات صحية حسب سبب مغادرة مكان الولادة قبل مرور 24 ساعة على الولادة



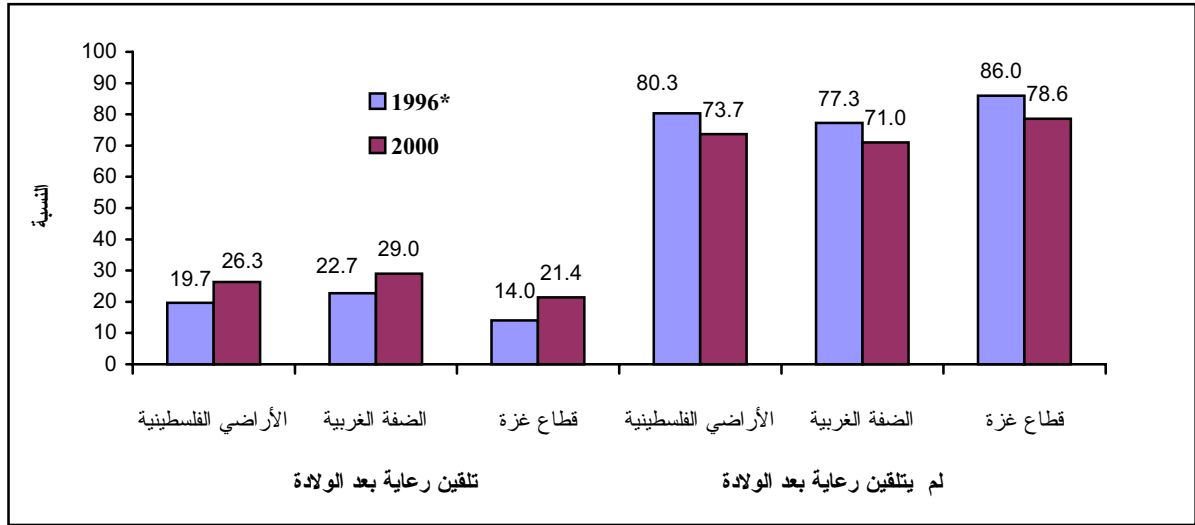
4.8 الرعاية بعد الولادة:

خلال فترة النفاس أي 6 أسابيع بعد الولادة وهي الفترة الزمنية اللازمة لعودة أعضاء الجهاز الإنجابي إلى حالتها الطبيعية كما كانت قبل الحمل، يجب متابعة الأم ورعايتها من قبل كادر صحي مؤهل قادر على القيام بفحص الأم والطفل وتقديم المشورة والدعم. إن الرعاية بعد الولادة تعتبر أساسية لتعزيز الصحة الجسدية والنفسية للأم، بالإضافة إلى تعزيز العلاقة والترابط بين الأم وطفلها، والهدف من هذه الرعاية بعد الولادة هو الوقاية من المضاعفات عند الأم مثل النزيف، وحمى النفاس، والتهابات الجهاز البولي والتناسلي، والثدي والاكنتاب. وبالنسبة للطفل للوقاية من الإصابة بالاختناق، والالتهابات، وانخفاض درجة الحرارة، ومشاكل الرضاعة والتغذية. بالإضافة إلى أهميتها في اكتشاف وتشخيص المضاعفات وعلاجها. والرعاية بعد الولادة يمكن أن تتخذ أشكالاً متعددة مثل الرعاية البيئية أو الرعاية في العيادة أو المستشفى. ويمكن أن تقدمها كوادر صحية متعددة مثل الطبيب، أو القابلة، أو الممرضة، أو المرشدة الصحية أو الداية.

كانت رعاية الأم بعد الولادة وما زالت هي الحلقة الأضعف في خدمات الصحة الإنجابية في الأراضي الفلسطينية على الرغم من أن مرحلة النفاس وكما ذكرنا سابقاً من أكثر المراحل خطراً على حياة الأم والطفل، وبالرغم من حدوث ارتفاع على نسبة المستفيدات من خدمات رعاية ما بعد الولادة عن نتائج المسح السابق عام 1996، إلا أن هذا الارتفاع كان ضئيلاً قياساً مع حجم المشكلة وخطورتها. يبين الشكل (16.8) أن 26.3% فقط من النساء اللواتي انجبن خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح قد تلقين رعاية بعد الولادة بينما 73.7% لم يتلقين رعاية (مقابل 19.7% تلقين رعاية بعد الولادة و 80.3% لم يتلقين حسب نتائج عام 1996⁷) كما تظهر النتائج أن نسبة تلقي الرعاية بعد الولادة في الضفة الغربية أعلى منها في قطاع غزة، حيث بلغت في الضفة الغربية 29% بينما في قطاع غزة 21.4%.

⁷ دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1996: النتائج الأساسية. رام الله-فلسطين.

شكل 16.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب تلقي الام رعاية بعد الولادة والمنطقة (1996، 2000)



* دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1996: النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

من الملاحظ من نتائج هذا المسح أن نسبة رعاية الحمل، والولادة في المستشفيات، ورعاية وتطعيم الأطفال من النسب العالية جداً، بينما نسبة الرعاية ما بعد الولادة منخفضة جداً، ولم يتغير هذا النمط عما كان سائداً في نتائج المسح الصحي السابق عام 1996. وقد يرجع السبب في ذلك إلى أن النساء يتوجهن إلى مراكز رعاية الحمل، والولادة في المستشفيات، لإدراكهن أن ذلك يؤثر بشكل مباشر على صحة أطفالهن، بينما يشعرن أن الرعاية بعد الولادة موجهة لهن وتؤثر على صحتهن فقط، وبما أن صحة النساء في بلادنا ليست من الأولويات بالنسبة لهن، لذا نجد أن نسبة ترددهن على الرعاية ما بعد الولادة منخفضة جداً.

1.4.8 الكادر الصحي الذي قدم الرعاية بعد الولادة:

بالنسبة للشخص الذي قدم الخدمة ما بعد الولادة نجد كما هو مبين في الجدول (8.8) أن 20.1% من النساء اللواتي انجبن في الثلاث سنوات السابقة للمسح في الأراضي الفلسطينية قد تلقين الرعاية بعد الولادة من قبل طبيب أخصائي وأن 3.3% من قبل طبيب عام و2.8% من قبل ممرضة/قابلة ونسبة لا تكاد تذكر (0.1%) من قبل الداية. من الأسباب التي أدت إلى اعتماد النساء على الطبيب أكثر من أي كادر صحي آخر بعد الولادة، أنهن لا يتوجهن لطلب الرعاية في هذه المرحلة بشكل روتيني، بل يقصدنها إذا حدث لديهن مضاعفات.

جدول 8.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب الشخص الذي قدم الرعاية التي تلقتها الأم بعد الولادة (الأسابيع الستة بعد الولادة) وبعض

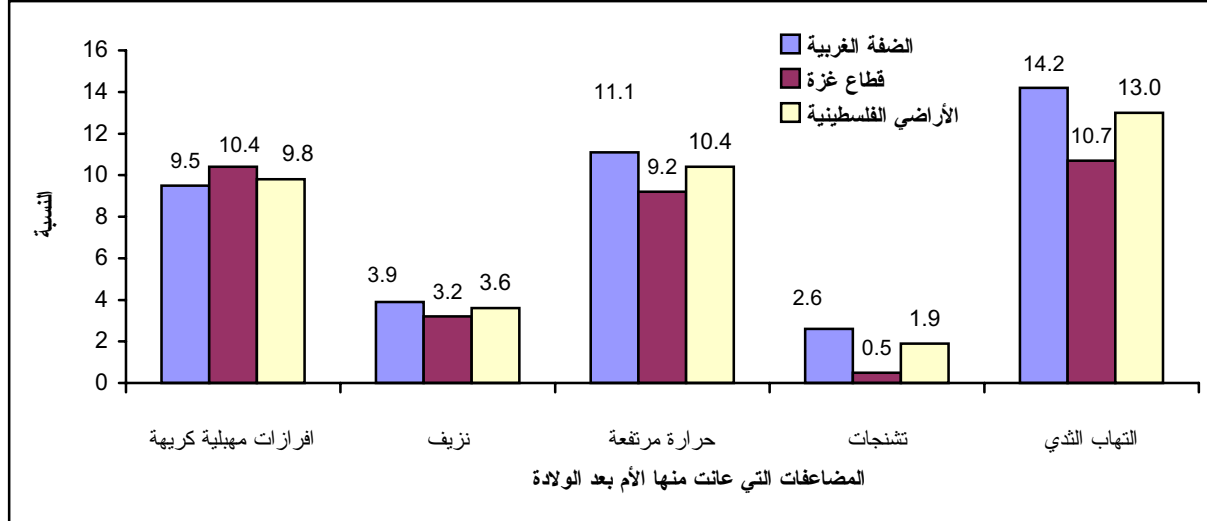
الخصائص الخلفية

المجموع	مقدم الرعاية					الخصائص الخلفية
	لا أحد	داية	ممرضة/قابلة	أخصائي	طبيب عام	
عمر الام						
100	76.1	0.0	2.5	17.6	3.8	19-15
100	75.0	0.1	2.8	19.3	2.8	29-20
100	71.9	0.3	3.0	21.0	3.8	39-30
100	69.6	0.0	2.7	22.0	5.7	49-40
المؤهل العلمي						
100	77.1	0.9	1.7	17.0	3.3	لا شيء
100	76.6	0.1	1.9	17.6	3.8	ابتدائي
100	72.1	0.0	3.5	21.2	3.2	إعدادي
100	71.8	0.0	3.3	21.9	3.0	ثانوي +
نوع التجمع						
100	74.9	0.1	2.1	19.9	3.0	حضر
100	73.8	0.3	0.8	21.9	3.2	ريف
100	69.5	0.0	9.2	16.4	4.9	مخيم
المنطقة						
100	73.7	0.1	2.8	20.1	3.3	الأراضي الفلسطينية
100	71.0	0.2	1.5	24.0	3.3	الضفة الغربية
100	78.6	0.0	5.2	12.8	3.4	قطاع غزة

بالمقارنة مع الخصائص الخلفية للأمهات اللواتي تلقين رعاية بعد الولادة، نجد أن الفئة العمرية (40-49) والمتعلمات تعليماً ثانوياً فأكثر، ونساء الريف، قد تلقين الخدمة عند الأخصائي أكثر من الفئات الأخرى (جدول 8.8)، كما أن أعلى نسبة لمن تلقين خدمة من قبل داية كانت بين النساء غير المتعلمات. ومن الملاحظ أن أعلى نسبة من بين النساء اللواتي لم يتلقين خدمة بعد الولادة كانت من الفئة العمرية الأصغر (15-19) حيث بلغت 76.1%، والأقل تعليماً (77.1%)، وسكان الحضر (74.9%).

2.4.8: المضاعفات بعد الولادة:

شكل 17.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في الثلاث سنوات السابقة للمسح حسب المضاعفات التي عانت منها الأم بعد الولادة (خلال فترة النفاس) والمنطقة



تم الاستفسار عن أكثر المشاكل شيوعاً خلال فترة النفاس (إفرازات مهبلية كريهة، نزيف بعد الولادة، ارتفاع في درجة الحرارة، التهاب الثدي والتشنجات)، حيث أكدت 26.7% من النساء اللواتي أنجبن في الثلاث سنوات السابقة للمسح أنهن قد عانين من مشكلة واحدة على الأقل بعد الولادة، ويتضح أن نسبة من عانين من مضاعفات بعد الولادة في الضفة الغربية أكثر من قطاع غزة (27.0%، 26.1% على التوالي)⁸. وقد يعود السبب في هذا الاختلاف إلى أن نسبة الولادات البيئية في الضفة الغربية أعلى من قطاع غزة. يتضح من الشكل (17.8) أن التهابات الثدي كانت من أكثر المشاكل انتشاراً بين النساء بعد الولادة، وأن نساء الضفة الغربية تعرضن للإصابة بكافة أنواع المضاعفات أكثر من نساء قطاع غزة. ومن الملفت للنظر الفرق الكبير بين نساء الضفة الغربية وقطاع غزة في نسبة الإصابة بالتشنجات التي تعتبر من المضاعفات الخطيرة بعد الولادة، فقد أصيبت نساء الضفة الغربية بالتشنجات خمس مرات أكثر من نساء قطاع غزة.

بالمقارنة مع الخصائص الخلفية للنساء المبحوثات نجد هناك تأثيراً كبيراً للعمر على نسبة الإصابة بالمضاعفات المختلفة، فالأصغر سناً أكثر عرضة للإصابة بالتهابات الثدي. وهذا يرجع إلى أن غالبية البكرات من هذه الفئة العمرية (15-19) حيث تقل خبرتهن في الأساليب الصحيحة لممارسة الرضاعة الطبيعية. كما أن نسبة الإصابة بالإفرازات المهبلية الكريهة عند نفس الفئة أعلى وذلك لتعرضهن أكثر للإصابة بتمزق في قناة الولادة مما يعرضهن للإصابة بالتهابات الجهاز التناسلي أكثر من غيرهن. ونجد أيضاً أن نسبة أعلى من الصغيرات في السن قد أصيبت بالتشنجات والنزيف بعد الولادة (جدول 9.8) بينما كانت الإصابة بارتفاع في درجة الحرارة بين الفئة الأكبر سناً (40-49) أعلى.

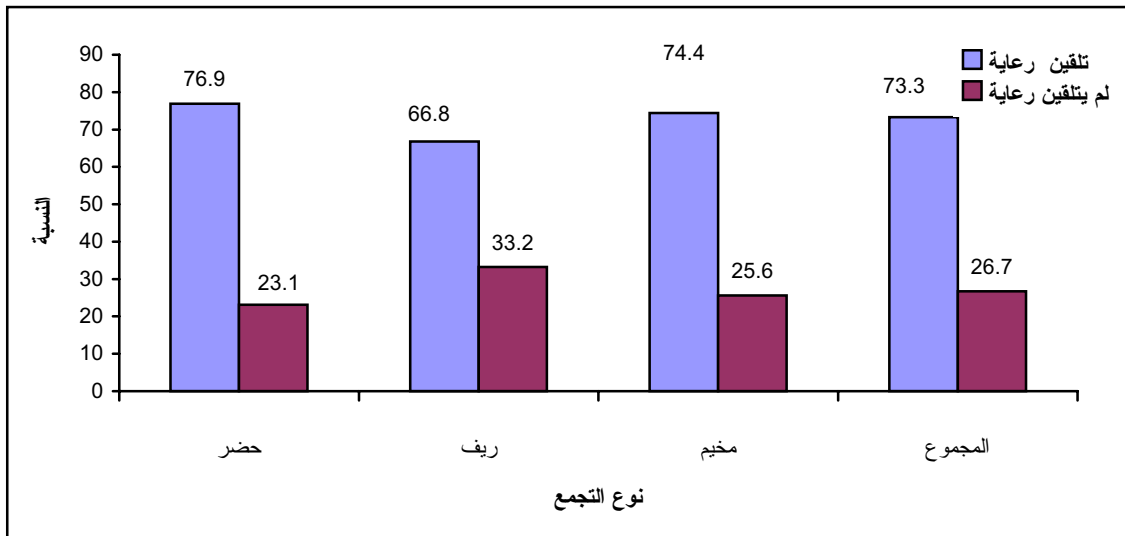
⁸ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. قاعدة بيانات المسح الصحي - 2000.

جدول 9.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وعانت أمهاتهم من المضاعفات بعد الولادة وبعض الخصائص الخلفية

العدد الكلي للولادات	المضاعفات بعد الولادة (مرحلة النفاس)					الخصائص الخلفية
	التهاب الثدي	تشنجات	حرارة مرتفعة	نزيف	إفرازات مهبلية كريهة	
الفئة العمرية						
168,80	17.5	3.2	9.6	3.7	11.1	19-15
877,10	14.5	1.7	10.0	4.3	12.3	24-20
872,61	13.6	2.0	9.7	3.7	10.0	29-25
643,99	10.9	2.0	10.0	3.5	8.7	34-30
376,81	11.4	2.0	13.0	2.5	6.9	39-35
131,32	9.2	0.0	13.3	3.2	5.3	44-40
2,319	4.5	0.0	12.9	1.7	3.0	49-45
نوع التجمع						
171,076	13.0	1.9	9.8	3.2	8.7	حضر
91,153	13.4	2.3	11.6	4.4	11.3	ريف
47,155	12.0	1.2	10.4	3.8	10.9	مخيم
309,383	13.0	1.9	10.4	3.6	9.8	المجموع

نستنتج مما سبق أن الفئة العمرية (15-19) هي الأكثر تعرضاً للإصابة بمضاعفات خلال فترة النفاس مما يستدعي اهتماماً أكثر بهذه الفئة بعد الولادة. بالنسبة لنوع التجمع بينت النتائج أن نساء الريف قد عانين من مضاعفات بعد الولادة أكثر من نساء الحضر والمخيمات. ويمكن تفسير ذلك بسبب زيادة الولادات البيئية ونقص الخدمات الصحية في مجال النوعية والتتقيد الصحي.

شكل 18.8: التوزيع النسبي للولادات (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح وعانت أمهاتهم من مشكلة صحية واحدة على الأقل بعد الولادة حسب تلقي الرعاية ونوع التجمع



أكثر من ربع النساء اللواتي عانين من مشاكل بعد الولادة (26.7%) لم يتلقين أي نوع من الرعاية أو العلاج (شكل 18.8). ولا فرق بين نساء الضفة الغربية وقطاع غزة في ذلك. تشير النتائج (شكل 18.8) الى أن نساء الريف أقل اهتماماً بصحتهن في حالة حدوث مشاكل لهن بعد الولادة ، حيث بلغت نسبة النساء اللواتي تعرضن لمضاعفات بعد الولادة وتلقين رعاية أو علاجاً لتلك المضاعفات 66.8% في الريف مقابل 76.9% في الحضر و74.4% في المخيم.

جدول 10.8: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) التي تمت في السنوات الثلاث السابقة للمسح وعانت فيها الأم من مشكلة صحية واحدة على الأقل وتلقت فيها العلاج حسب مكان تلقي الرعاية ونوع التجمع والمنطقة

عدد المواليد	مكان تلقي الرعاية عند حدوث مشاكل بعد الولادة								نوع التجمع والمنطقة
	أخرى	صيدلية	عيادة طبيب خاص	عيادة منظمات غير حكومية	مركز صحي حكومي	مستشفى وكالة	مستشفى خاص	مستشفى حكومي	
نوع التجمع									
33,997	0.7	19.9	40.8	4.4	5.6	6.4	8.4	13.8	حضر
18,172	0.0	10.7	51.4	4.1	4.2	1.8	9.7	18.1	ريف
10,329	0.9	11.6	26.8	5.3	1.2	36.8	4.8	12.6	مخيم
المنطقة									
62,498	0.5	15.9	41.6	4.5	4.5	10.0	8.2	14.8	الأراضي الفلسطينية
40,682	0.5	12.8	50.7	4.6	3.3	3.7	11.0	13.4	الضفة الغربية
21,816	0.5	21.5	24.5	4.3	6.6	22.1	3.0	17.5	قطاع غزة

يبين الجدول (10.8) أن غالبية النساء اللواتي عانين من مشكلة بعد الولادة وتلقين علاجاً، كن قد تلقينه لدى الطبيب الخاص (41.6%) بينما 14.8% تلقينه في مستشفى حكومي و10% في مستشفى تابع لوكالة الغوث. ومن الملفت للنظر أن 15.9% من النساء تلقين علاجاً من الصيدلية مباشرة دون الرجوع إلى طبيب. ونساء الحضر كن الأكثر استخداماً للعلاج من الصيدلية مباشرة من نساء الريف والمخيم (20%، 10.7%، 11.6% على التوالي). وقد يكون تفادي دفع تكاليف الكشف الطبي عند الطبيب أو المستشفى من الأسباب التي أدت إلى التوجه المباشر للصيدلية، ومهما يكن السبب فهذه ظاهرة تستحق البحث.

3.4.8 الزيارة البيئية بعد الولادة:

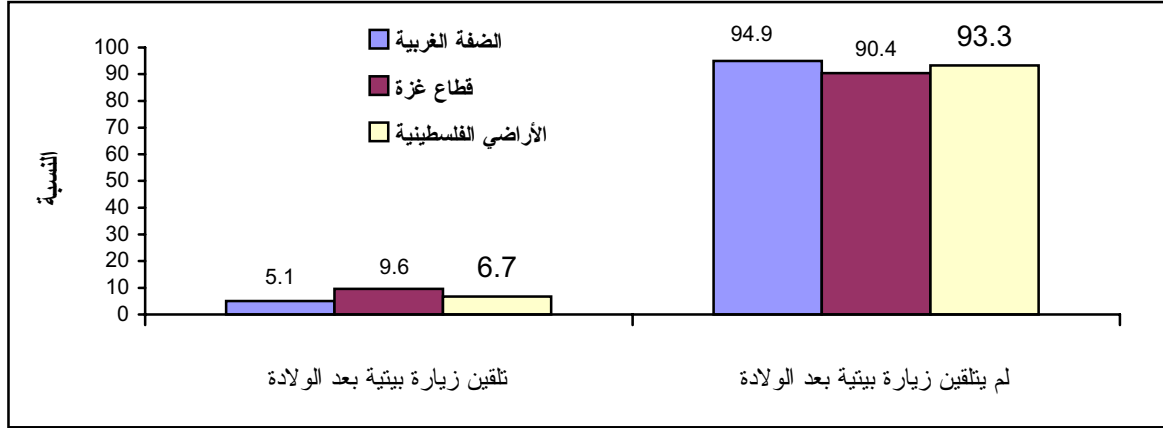
تعتبر الزيارة البيئية من أهم عناصر الرعاية بعد الولادة، حيث توفر امكانية متابعة الأم والطفل ضمن المحيط والبيئة التي يعيشان فيها، لذا تنصح الكلية الأمريكية للتمريض والقبالة بأن تكون الرعاية البيئية بعد الولادة لمن كانت ولادتهن على النحو التالي:

1. الزيارة الأولى تكون خلال الساعات الست الأولى بعد الولادة.
2. الزيارة الثانية تكون في اليوم الثالث بعد الولادة.
3. الزيارة الثالثة في اليوم الرابع عشر بعد الولادة.
4. الزيارة الرابعة في اليوم الأربعين بعد الولادة.

ولكن عندما تكون الولادة في المستشفى أو في مؤسسة صحية، تتم متابعة الأم والطفل خلال 24 ساعة الأولى بعد الولادة داخل المستشفى أو المؤسسة الصحية، على أن تتلقى زيارة بيئية بين اليوم الثالث والخامس بعد الولادة من قبل

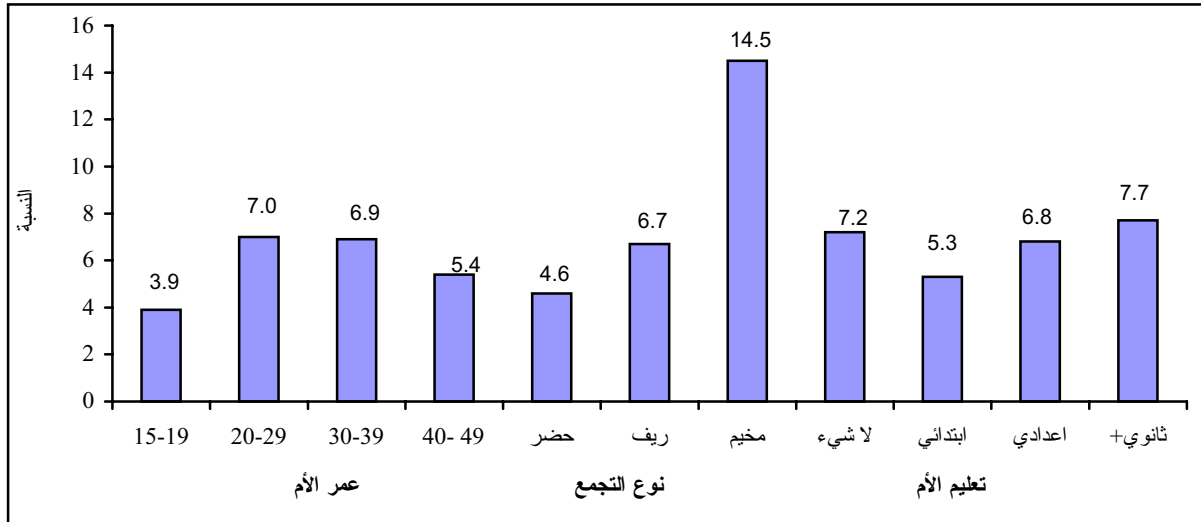
كادر صحي مؤهل (قابلة، ممرضة، عاملة صحية). وقد جاء في الدليل الوطني الفلسطيني لخدمات الصحة الانجابية (الرعاية بعد الولادة/الزيارة البيئية)، أنه يجب أن تقوم مقدمة الخدمة بزياره بيتية للأم وطفلها حديث الولادة على الأقل مرة واحدة خلال الأسبوع الأول من الولادة.

شكل 19.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب حدوث زيارة بيتية للأم من مرشدة أو ممرضة أو دايرة والمنطقة



أفادت 6.7% من النساء اللواتي أنجبن خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح أنهن قد تلقين زيارة بيتية بعد الولادة من قبل مرشدة صحية أو ممرضة أو دايرة (5.1% في الضفة الغربية و9.6% في قطاع غزة) (شكل 19.8).

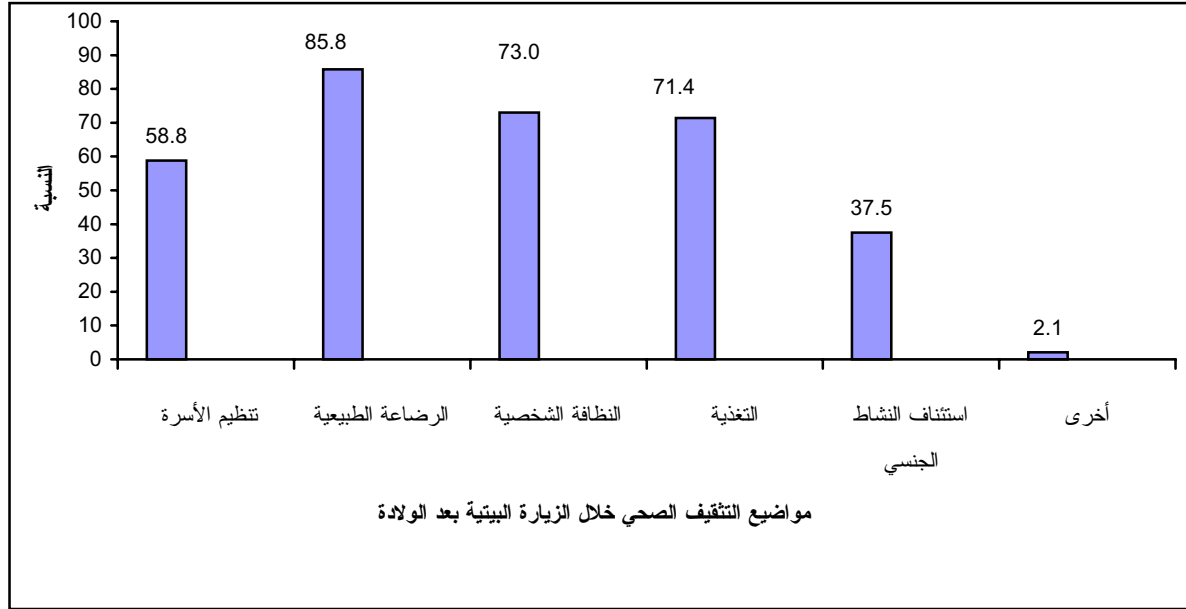
شكل 20.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح وتم زيارة الأم من قبل مرشدة صحية أو ممرضة أو دايرة حسب بعض الخصائص الخلفية



وقد كانت أعلى نسبة في تلقي خدمة الزيارة البيئية بين نساء المخيم إذ بلغت 14.5% وأقل نسبة بين نساء الحضر إذ بلغت 4.6% فقط (شكل 20.8). أما من حيث عمر الأم فقد كانت الفئة العمرية (15-19) الأقل حظاً في تلقي زيارة بيتية بعد الولادة إذ بلغت نسبة من تلقين زيارة بيتية من هذه الفئة 3.9% (شكل 20.8) علماً بان هذه الفئة وكما ذكرنا

سابقا هي الأكثر تعرضا للإصابة بمضاعفات ما بعد الولادة، وهي أيضا أقل فئة في الإقبال على مراجعة المراكز الصحية بعد الولادة.

شكل 21.8: نسبة المواليد (آخر مولودين) الذين ولدوا خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح وتمت زيارة أمهاتهم بعد الولادة وتلقين تثقيفا صحيا حسب موضوع التثقيف الصحي



من أهم أهداف الزيارة البيتية بعد الولادة تقديم المشورة والتثقيف الصحي والدعم النفسي وفحص الأم والطفل. ينضح من نتائج المسح أن موضوع الرضاعة الطبيعية كان الموضوع المحوري بين المواضيع التثقيفية التي تمت مناقشتها مع الأمهات خلال الزيارة البيتية، فحوالي 86% من النساء اللواتي تمت زيارتهن أكدن أنهن تلقين تثقيفا حول الرضاعة الطبيعية و73.0% حول الصحة الشخصية/ النظافة و71.4% حول التغذية و58.8% حول تنظيم الأسرة و37.5% حول استئناف النشاط الجنسي (شكل 21.8).

كنا قد ذكرنا سابقا أن الرعاية بعد الولادة هي أضعف حلقة في سلسلة خدمات الصحة الإنجابية في بلادنا، وبررنا ذلك بأن النساء في الأراضي الفلسطينية لا يعتبرن صحتهم أولوية، ولكن عند مطالعة نتائج خدمات الزيارة البيتية للأمهات بعد الولادة، نجد أن هناك تقصيرا واضحا من قبل مقدمي الخدمات الصحية تجاه النساء في هذا المجال. وهذا يدل على عدم وجود سياسات واضحة للمؤسسات الصحية تتعلق برعاية الأمهات بعد الولادة، على الرغم من أن بروتوكول منظمة الصحة العالمية يؤكد على أن جميع النساء في مرحلة النفاس يجب أن تتلقى زيارة بيتية واحدة على الأقل. لقد كان جديراً بالمؤسسات الصحية الحكومية وغير الحكومية أن تأخذ بنتائج المسح الصحي الأول (1996)، وتترجم هذه النتائج إلى خطط توضع في مقدمتها نقاط الضعف في المؤشرات الصحية والتي كان أضعفها الرعاية بعد الولادة.

ملخص تنفيذي

على ضوء نتائج المسح تبين أنه قد حدث تقدم على كافة مؤشرات خدمات رعاية الحمل والولادة وبعد الولادة في الأراضي الفلسطينية.

- فقد أكدت النتائج على أن نسبة التغطية في خدمات رعاية الحوامل في الأراضي الفلسطينية بين النساء اللواتي أنجبن خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح قد بلغت 95.6% حيث تعتبر هذه النسبة من النسب العالية في الشرق الأوسط.
- 86.0% من الحوامل بدأت بالتردد على مراكز رعاية الحمل مبكراً، ما بين الشهر الأول والرابع و92.0% من الحوامل ترددن على المراكز الصحية على الأقل 4 مرات خلال فترة الحمل.
- أكثر من 60.0% من الحوامل في الضفة الغربية تلقين الرعاية في عيادة الطبيب الخاص، بينما 60.0% من الحوامل في قطاع غزة تلقين الرعاية في مراكز وكالة الغوث، وقد كانت جودة الخدمة من أهم الأسباب في تحديد مكان تلقي الخدمة، أما النساء اللواتي لم يتلقين رعاية خلال الحمل فقد كان السبب الأساسي وراء عدم توجههن للمراكز الصحية عدم حدوث مضاعفات عندهن خلال الحمل.
- أكدت نتائج المسح أيضاً أن رعاية الحوامل في الأراضي الفلسطينية يقدمها كادر صحي مؤهل تأهيلاً عالياً، حيث أشارت 78.3% من الحوامل أنهن قد تلقين رعاية من قبل الطبيب و32.0% من قبل الممرضة أو القابلة.
- طرأ ارتفاع على نسبة استخدام الحوامل لأقراص الحديد وحامض الفوليك، حيث بلغت نسبة من استخدمن أقراص الحديد خلال الحمل حوالي 76.0% وأقراص الفوليك 44.0%.
- فيما يتعلق في التطعيم ضد الكزاز، فقد كانت نسبة التغطية منخفضة جداً، إذ بلغت نسبة الحوامل اللواتي حصلن على جرعتين آخرها خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح 20.0% فقط.
- من حيث مكان حدوث الولادة، أكدت النتائج أن الغالبية العظمى من الولادات في الثلاث سنوات السابقة للمسح في الأراضي الفلسطينية قد حدثت في مستشفى أو مركز صحي (94.8%) وقد أشرف الطبيب على غالبيتها (60.3%) والقابلة أو الممرضة على 36.5% منها، بينما أشرفت الداية على أقل من 3.0% من الولادات. تجدر الإشارة إلى أن 34.0% من النساء اللواتي أنجبن خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح قد قمن بمغادرة المستشفى أو المؤسسة الصحية التي أنجبن فيها قبل مرور 24 ساعة على ولادتهن، الأمر الذي يشكل خطراً على صحة الأم والطفل.
- ما نسبته 26.0% فقط من الحوامل في الأراضي الفلسطينية تلقين رعاية بعد الولادة، وغالبيتهم حصلن على الخدمة من قبل الطبيب الأخصائي. وقد كانت النساء الأصغر سناً والأقل تعليماً الأقل إقبالاً على خدمات رعاية ما بعد الولادة علماً بأنهن كن الأكثر تعرضاً للإصابة بالمضاعفات بعد الولادة.

- 26.7% من النساء اللواتي أنجبن في الثلاث سنوات السابقة للمسح كن قد عانين من مضاعفات بعد الولادة، وقد كان التهاب الثدي من المشاكل الأكثر شيوعاً. أكثر من ربع النساء اللواتي عانين من مشكلة بعد الولادة لم يتلقين أي رعاية، أما من تلقين رعاية فغالبيةهن حصلن عليها من قبل الطبيب الأخصائي ونسبة لا يستهان بها (16.0%) حصلن على العلاج من الصيدلية مباشرة دون الرجوع للطبيب.
- لم تتجاوز نسبة النساء اللواتي تلقين خدمات الزيارة البيئية ما بعد الولادة، من قبل مرشدة صحية 6.5%، الأمر الذي يشكل نقصاً خطيراً في خدمات الرعاية ما بعد الولادة.

التوصيات

- تركيز الاهتمام على الجوانب المتعلقة بتوعية النساء لأهمية الرعاية الصحية بعد الولادة، حيث اتضح من نتائج المسح أن هناك ضعفاً شديداً عند النساء في معرفة المخاطر التي يمكن أن تتعرض لها الأم بعد الولادة، وقد انعكس ذلك من خلال إجابة 87.0% من النساء اللواتي غادرن المستشفى قبل مرور 24 ساعة على ولادتهن بأن لا ضرورة للبقاء. وأن غالبية اللواتي تلقين رعاية بعد الولادة، تلقينها بسبب حدوث مضاعفات لديهن. لذلك لا بد من نزع فكرة ربط الرعاية بعد الولادة بالمضاعفات وتعزيز فكرة الوقاية من خلال الرعاية الروتينية للأم وطفلها بعد الولادة، ويمكن أن يتأتى ذلك من خلال برامج توعية محلية ووطنية والاستفادة القصوى من برامج الإعلام المرئي والمسموع والمقروء، والتعامل مع هذا الموضوع ليس فقط على المستوى الفردي النسوي وإنما على المستوى المجتمعي العام.
- تطوير وتعزيز برامج الرعاية بعد الولادة وتشجيع النساء على الاستفادة من هذه البرامج. من أهم العوامل التي تؤدي إلى تطوير برامج التدريب المستمر للكوادر الصحية على المهارات الطبية ومهارات الاتصال مع النساء بالإضافة إلى توفير الوقت الكافي للقيام بمهام ذات جودة عالية. ويمكن أن يتأتى ذلك بتنظيم أوقات الدوام باستخدام سجلات المواعيد داخل العيادة بالإضافة إلى زيادة عدد الكوادر الصحية العاملة في المراكز. فالبرامج ذات الجودة العالية والتي توفر للنساء المعلومات التثقيفية/الصحية وتؤمن الخصوصية والاحترام والوقت الكافي للنقاش وطرح الأسئلة ستشجع النساء على الإقبال على هذه البرامج والاستفادة منها.
- تحقيق التكامل اللازم بين خدمات الرعاية بعد الولادة ودمجها مع الخدمات المقدمة للأطفال حديثي الولادة. بالإضافة إلى تطوير أنظمة المعلومات المتعلقة بخدمات الرعاية بعد الولادة وربطها بنظام المعلومات المتعلق برعاية حديثي الولادة. على الرغم من أن مراكز الأمومة والطفولة في وزارة الصحة ووكالة الغوث تهدف إلى تقديم الخدمات للأم وللطفل، إلا أن الأمهات يقصدن لرعاية أطفالهن فقط. لذا لا بد من تغيير هذا المفهوم الخاطئ الذي يحدد وظيفة هذه المراكز لرعاية الأطفال دون أمهاتهم وتغيير نمط التعامل عند الكادر الصحي مقدم الخدمة الذي يعزز هذا الشعور عند الأمهات، ويمكن حل هذه المشكلة بتحديد موعد زيارة الأم للرعاية والفحص الطبي بعد شهر من الولادة لتتزامن مع زيارة طفلها للمركز الصحي لحصوله على الفحص الطبي والتطعيم، وربط بطاقة رعاية الأم بعد الولادة ببطاقة رعاية الطفل.
- تطوير سياسات المكوث في المرافق الصحية بعد الولادة وتعيين معايير محددة لذلك بحيث تضمن عدم مغادرة النساء لهذه المرافق قبل التأكد من عدم وجود مخاطر على صحتهن، على أن تكون هذه السياسات مكتوبة

ومعروفة لدى المجتمع وتطبيقها خاضع لرقابة وزارة الصحة. من العوامل التي ستساعد في تطبيق مثل هذه السياسات زيادة عدد أسرة الولادة في المستشفيات الحكومية في بعض المحافظات لخفض نسبة إشغال الأسرة العالية التي تؤدي إلى خروج الأمهات من المستشفى بعد الولادة بساعات قليلة.

- التركيز على البرامج المتعلقة بالتوعية والإرشاد من خلال الزيارة البيتية للنساء بعد الولادة، وضمان وجود نظام محدد لذلك. ويمكن أن يتم هذا باستخدام طاقات بشرية جديدة في النظام الصحي الفلسطيني، مثل العاملة الصحية التي أثبتت جدارتها في مثل هذا النوع من الخدمات في بعض المؤسسات الصحية غير الحكومية، آخذين بعين الاعتبار التدريب الجدي والتدريب المستمر والإشراف والمتابعة لمثل هذه الكوادر. وقد يساعد على التطبيق الأمثل لمثل هذه البرامج استخدام نظام معلومات محدد وموحد مثل بطاقة الزيارة البيتية بعد الولادة، التي تساعد مقدمة الخدمة على القيام بمهام محددة خلال الزيارة وتضمن توثيق المعلومات عن حالة الأم والطفل وتكون دليلاً في توصيل الرسائل التثقيفية المحددة للأمهات.

الفصل التاسع

صحة الطفل

1.9 مقدمة:

يتناول هذا الفصل العديد من مؤشرات صحة الطفل التي تلقى الرعاية والدعم من منظمة الأمم المتحدة للأطفال (اليونيسيف)، ومنظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للعلوم والثقافة (اليونيسكو). وتتمثل الفكرة في تقييم صحة الطفل كل عدة سنوات بهدف النظر إلى الاتجاهات الصحية، وإجراء مقارنات مع دول أخرى، وتقييم مدى نجاح البرامج الهادفة لتعزيز صحة الطفل في الدول النامية وللحيلولة دون انتشار الأمراض السارية. وتشمل هذه المؤشرات مدى انتشار التطعيم، وممارسة الرضاعة الطبيعية، وتلقي الفيتامينات، والوضع الغذائي للطفل، وانتشار ومتابعة مرضين رئيسيين هما التهابات الجهاز التنفسي الحادة والإسهال. ومن المعروف أن جميع هذه المؤشرات تؤثر على صحة الطفل وتطوره في جميع أنحاء العالم من خلال منع انتشار الأمراض المعدية، والجفاف، والالتهابات الرئوية، ونقص الوزن، وفقدان البصر، وتضخم الغدة الدرقية، والوفاة.

كما يعرض هذا الفصل ويحلل البيانات التي تم الحصول عليها من المسح الصحي للعام 2000، ومن ثم تتم مقارنتها مع البيانات المستمدة من المسح الصحي للعام 1996 من أجل النظر إلى الاتجاهات الصحية، ومن ثم تحديد ما إذا كانت الأهداف الصحية قد تحققت.

2.9 آلية جمع البيانات:

تم جمع البيانات الخاصة بتطعيم الأطفال بطريقتين، هما الأولى: النظر إلى بطاقات التطعيم، والثانية من خلال الاعتماد على ذاكرة الأم، في حال لم تكن بطاقة التطعيم متوفرة.

بالنسبة للبيانات الخاصة بالرضاعة الطبيعية، تم طرح أسئلة على الأم فيما إذا كان آخر طفل من أطفالها أو جميع أطفالها الذين أنجبتهم خلال السنوات الثلاثة الماضية قد رضعوا رضاعة طبيعية (مباشرة من الصدر أو عن طريق العصر)، بالنسبة إلى البدء بالرضاعة الطبيعية وعمر الطفل. ومن ثم تم سؤالها عما إذا كان الطفل قد تلقى بالإضافة إلى حليب الأم أية أغذية صلبة أو شبه صلبة، وتم سؤالها عن عمر الطفل عند البدء بإعطائه الطعام ونوع ذلك الطعام.

كما تم سؤال الأمهات اللواتي أنجبن أطفالاً خلال السنوات الثلاث الماضية عما إذا كان أطفالهن قد تلقوا جرعات فيتامين (أ)، وهل يوجد ملح لدى الأسر؟ وتم فحصه للكشف عن وجود اليود. ومن الجدير بالذكر أن التركيز المناسب لليود في الملح هو 15 جزءاً وأكثر لكل مليون جزء.

فيما يتعلق ببيانات التغذية، خضع جميع أطفال النساء اللواتي تمت مقابلتهن في المسح ممن ولدوا في السنوات الخمس الأخيرة إلى قياس أطوالهم ووزانهم، وكانت نسبهم 96.4% ذكور و 97.3% إناث.

فيما يتعلق بالإسهال، تم طرح أسئلة على أمهات الأطفال دون عمر الخامسة عما إذا كان أطفالهن قد عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح، وعن نوع العلاج الذي خضعوا له، وعما إذا كانوا قد تلقوا زيادة في السوائل أو تناول

الطعام، وعمّا إذا كانوا قد سعوا للحصول على استشارة. بعد ذلك، تم التحقق من الاستشارة حسب المصدر وبعض الخصائص الخلفية.

فيما يتعلق بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة، تم احتسابها من خلال طرح أسئلة على الأمهات حول ما إذا كان أطفالهن دون عمر الخامسة قد تعرضوا للإصابة بمرض السعال المصحوب أو غير المصحوب بسرعة التنفس خلال الأسبوعين السابقين للمسح. ومن ثم تم سؤالهم عما إذا كانوا قد سعوا للحصول على استشارة حسب المصدر وبعض الخصائص الخلفية.

3.9 التطعيم:

يعتبر التطعيم أكثر البرامج أهمية في الوقاية من الأمراض المعدية بين الأطفال. وقد أصبح التطعيم بمثابة حق لجميع الأطفال في جميع أرجاء العالم، كما جاء في المؤتمر الدولي لحقوق الطفل الذي عقد في نيويورك في عام 1990. ومن الجدير بالذكر أن برنامج التطعيم في الأراضي الفلسطينية يشمل جميع المطاعيم التي توصي بها منظمة الأمم المتحدة للأطفال (اليونيسيف) ومنظمة الصحة العالمية للدول النامية (السل، والثلاثي، وشلل الأطفال). علاوة على ذلك، يشمل برنامج التطعيم كلاً من التهاب الكبد (ب)، والحصبة، ومطعوم الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية. أما فيما يتعلق بأولئك المقيمين في ذلك الجزء من القدس الذي احتلته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للأراضي الفلسطينية عام 1967، فإنه لا يتم تقديم مطاعيم السل والحصبة للأطفال؛ وذلك وفقاً لبرنامج التطعيم الإسرائيلي الذي يشمل بدلاً منهما هيموفلس انفلونزا من نوع (ب) و التهاب الكبد (أ).

1.3.9 تطعيم الأطفال:

تقوم ثلاث هيئات مختلفة بتقديم ثلاث هيئات مختلفة بتقديم خدمات التطعيم للأطفال في الأراضي الفلسطينية وهي: وكالة الغوث الدولية، ووزارة الصحة الفلسطينية، ووزارة الصحة الإسرائيلية. أما وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى فتقوم بتطعيم الأطفال في المخيمات وتقوم بتقديم خدمات التطعيم للأطفال الذين يعيشون في المنطقة بصرف النظر عن حالة اللجوء الخاصة بهم. كما تقوم وزارة الصحة الفلسطينية بتطعيم الأطفال في الأراضي الفلسطينية ممن يصلون إلى العيادات التابعة لها. وأخيراً، تقوم وزارة الصحة الإسرائيلية بتقديم خدمات التطعيم للأطفال الذين تحمل أمهاتهم هوية إسرائيلية أو بطاقة الهوية الإسرائيلية الخاصة بسكان القدس جنباً إلى جنب مع أي شخص يحمل جواز سفر أجنبي ممن يسعون للحصول على خدمات التطعيم في العيادات التابعة لها.

وتجدر الإشارة إلى أن وكالة الغوث الدولية تقوم دائماً بتطعيم أطفال اللاجئين من خلال أربع جرعات لكل من الثلاثي وشلل الأطفال، والسل عند الولادة، والحصبة في عمر 9 أشهر. كما أن وزارة الصحة تقدم نفس التطعيمات ما عدا السل والحصبة. وفي عامي 1988 و 1992، تم ادخال مطعوم الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية و التهاب الكبد (ب) على التوالي في عيادات الحكومة ووكالة الغوث الدولية في الضفة الغربية وقطاع غزة. كما أن وزارة الصحة الإسرائيلية قدمت نفس المطاعيم إلى الأطفال الذين يعيشون في إسرائيل والقدس في الوقت نفسه.

بعد تولي السلطة الوطنية الفلسطينية مسؤولية القطاع الصحي في عام 1995، تم إجراء محاولات لتوحيد برامج التحصين لدى كل من وزارة الصحة ووكالة الغوث. كنتيجة لذلك، قامت وزارة الصحة بتقديم مطعوم الحصبة للرضع

في عمر تسعة أشهر في شهر كانون الثاني 1996، ومطعموم السل خلال الشهر الأول للميلاد في كانون الثاني 1999. إلا أن وزارة الصحة الإسرائيلية لم تدخل هذه المطاعيم ضمن برامجها.

وعليه، فإن الأطفال الذين تم تطعيمهم في المراكز التابعة لوزارة الصحة الإسرائيلية لم يتلقوا مطعموم السل والحصبة. كما أن الأطفال الذين تم تطعيمهم في العيادات التابعة لوزارة الصحة من بين الذين يزيد عمرهم عن شهر واحد في كانون الثاني 1999 لم يتلقوا مطعموم السل، بالإضافة إلى أن الأطفال الذين كان عمرهم يزيد عن تسعة أشهر في كانون الثاني 1996 لم يتلقوا مطعموم الحصبة.

عند النظر إلى مختلف الطرق المتبعة في الحصول على بيانات التطعيم، يتضح أن ذاكرة الأم لم تشكل طريقة دقيقة مقارنة بطريقة النظر إلى بطاقة التطعيم وحدها. وقد تجلى ذلك بوضوح بشكل خاص بين الأطفال في عمر 12 – 23 شهراً ممن تم جمع بيانات التطعيم الخاصة بهم اعتماداً على ذاكرة الأم، حيث كانت الجرعة الثالثة من مطعموم شلل الأطفال عن طريق الفم بنسبة 86.6% والجرعة الثالثة من الثلاثي بنسبة 22.7%. أما بالنسبة للأطفال الذين تمت رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم ممن هم في نفس الفئة العمرية، فقد بلغت نسبة تطعيم الجرعة الثالثة من مطعموم شلل الأطفال عن طريق الفم 98.3% والجرعة الثالثة من الثلاثي بنسبة 98.7%.

جدول 1.9: نسبة الأطفال (12-23) شهراً في الأراضي الفلسطينية، الذين تمت/لم تتم رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم وتلقوا تحصيماً معيناً

وضع بطاقة التحصين	الجرعة الثالثة (OPV)	الجرعة الثالثة (DTP)
تمت رؤية بطاقة التحصين	98.3	98.7
لم تتم رؤية بطاقة التحصين	86.6	22.7

ونظراً لتوفر نسبة مرتفعة من بطاقات التطعيم (85.9%) للأطفال في الفئة العمرية 12 – 23 شهراً و71.4% للأطفال دون سن الخامسة، سوف يتم استخدام نتائج التطعيم المتوفرة من البطاقات كلما أمكن ذلك.

2.3.9 شمولية التحصين:

بسبب اختلاف التواريخ التي تعطى فيها مطاعيم معينة، فقد تم تصنيفها في مجموعات حسب تاريخ إعطاء المطعموم، ومن ثم تم تفسيرها ومقارنتها مع بيانات عام 1996.

السل

تم إدخال مطعموم السل ضمن برنامج المطاعيم لدى وزارة الصحة في كانون الثاني 1999، بينما تم إجراء المسح في نيسان 2000. وهذا يضيف مزيداً من الصعوبة على عملية تفسير نسبة الشمول، إلا إذا نظرنا إلى الفئة العمرية للأطفال 0 – 15 شهراً ممن كانوا مؤهلين لتلقي المطعموم في وقت إجراء المسح؛ وبالطبع بالإضافة إلى الأطفال الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين ممن كانوا يتلقون المطعموم في هذا العمر لفترة طويلة. إلا أن هذه الفئة العمرية لم تكن ممثلة في المسح الصحي للعام 2000، حيث كانت الفئة الأقرب للأطفال في عمر 6 – 11 شهراً. وبالنظر إلى إعطاء مطعموم السل في الأراضي الفلسطينية من خلال مراجعة البطاقات (التي توفر منها حوالي 95.3%) للأطفال في الفئة العمرية 6 – 11 شهراً، تبين أن نسبة تلقي مطعموم السل بلغت 91.6%. وفي نفس الفئة العمرية، بلغت نسبة تلقي

المطعموم 86.7% في الضفة الغربية و 99.2% في قطاع غزة. وهذا يعني أن العجز الكلي في معدل تغطية التطعيم يأتي من الضفة الغربية. ويمكن أن يعزى جزء من هذا العجز إلى الأطفال الذين يعيشون في القدس الشرقية والذين يتم تطعيمهم في المراكز التابعة لوزارة الصحة الإسرائيلية ولا يتلقون مطعوم السل. ومن جملة الأسباب الأخرى التي تفسر الاختلاف في تلقي مطعوم السل بين الأطفال الذين نقل أعمارهم عن خمس سنوات ويعيشون في الريف (49.0%) والحضر (74.0%) حيث أن المناطق الريفية ترتفع فيها نسبة حالات الولادة المنزلية وهي 9.4% مقابل 2.8% في المخيمات و 3.7% في الحضر¹. ومن المحتمل أن تكون هذه الأمهات غير مدركات لوجود معطوم السل لأنهن ولدن في البيوت وبسبب حداثة تقديم هذا المطعوم. كما أن هناك أسباباً أخرى كشفت عنها الممرضات العاملات في مراكز وزارة الصحة في الضفة الغربية، ومن بينها أن كون قارورة مطعوم السل تحتوي على 30 جرعة يؤدي إلى تأخير التطعيم في المناطق الريفية حتى يتم توفر عدد كافٍ من الأطفال من أجل فتح قارورة واحدة. وفي بعض الأحيان، يتم إرسال الأمهات من المناطق الريفية إلى مراكز كبيرة تابعة لوزارة الصحة في الحضر من أجل تلقي مطعوم السل وذلك من أجل تجنب هدر قارورة المطعوم، الأمر الذي يتسبب في تأخير تلقي المطعوم.

من ناحية أخرى، بلغ معدل التغطية الكلي لمطعوم السل بين الأطفال في عمر سنتين فأكثر حوالي 50%، وذلك على الرغم من أن الأطفال غير اللاجئين لم يتلقوها. يمكن أن يثير هذا أسئلة خاصة وأن السكان اللاجئين في الأراضي الفلسطينية يشكلون أقل من 50%. وقد يكون هذا عائد إلى كون العيادات التابعة لوكالة الغوث الدولية تقوم بتطعيم الأطفال الذين يعيشون في المناطق المحيطة بالمخيمات، وهذا يشمل تقديم طعم السل للأطفال غير المسجلين كلاجئين، الأمر الذي يزيد من تغطية السل بين الأطفال غير اللاجئين. أما فيما يتعلق بتلقي مطعوم السل فإنه من لم يلاحظ وجود أي اختلاف بين الذكور والإناث من هم (هن) دون سن الخامسة من العمر.

الحصبة

تم تقديم مطعوم الحصبة في كانون الثاني 1996 للرضع في عمر تسعة أشهر، بينما تم إجراء المسح في نيسان 2000. وهذا يعني أن الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن تسعة أشهر ولغاية خمس سنوات فقط في وقت المسح كانوا مؤهلين لتلقي مطعوم الحصبة. وهذا يفسر انخفاض معدل شمول المطعوم بين الأطفال في عمر 0 - 5 سنوات لغاية 74.9% في قطاع غزة، و 67.1% في الضفة الغربية، و 73.6% في مخيمات اللاجئين؛ وهذا يشمل الرضع في الفئة العمرية 0 - 9 أشهر غير المؤهلين لتلقي المطعوم. وبالنظر إلى الفئات العمرية، لم يتلق الرضع دون عمر 6 أشهر المطعوم تقريباً، بينما كان معدل شمول التطعيم بين الرضع في عمر 6 - 11 شهراً ضئيلاً بسبب وجود رضع دون عمر 9 أشهر في هذه الفئة العمرية. وتجدر الإشارة إلى أن أقصى معدل تطعيم كان بين الأطفال 12 - 23 شهراً (92.7%) مقابل 89.0% للأطفال فوق عمر سنتين. وهذا يعني أن معدل التطعيم للأطفال في الفئة العمرية 12 - 23 شهراً مرتفع وأفضل مما هو عليه بين الأطفال في الفئة العمرية 24 - 35 شهراً، مما يعني أن هناك زيادة في عدد الأطفال الذين تم تطعيمهم ممن ولدوا في عام 1998 مقارنةً بالأطفال الذين ولدوا في عام 1997؛ وهو أمر جيد. لم يلاحظ وجود أي اختلاف بين الذكور والإناث دون سن الخامسة فيما يتعلق بتلقي مطعوم الحصبة.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي - 2000: النتائج النهائية. رام الله، فلسطين.

جدول 2.9: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين تمت رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم وتلقوا تحصيناً معيناً حسب بعض الخصائص الخلفية

نوع المطعم		الخصائص الخلفية
الحصبة	السل	
الجنس		
70.6	69.4	ذكور
69.3	70.1	إناث
نوع التجمع السكني		
68.7	74.0	حضر
70.5	49.0	ريف
73.6	96.4	مخيم
عمر الطفل بالأشهر		
0.8	85.7	أقل من 6 أشهر
37.9	91.6	6 - 11
92.7	73.0	12 - 23
89.1	59.6	24 - 35
89.0	54.7	36 +
المنطقة		
69.9	69.8	الأراضي الفلسطينية
67.1	53.0	الضفة الغربية
74.9	99.5	قطاع غزة

تجدر الإشارة إلى أن أدنى نسبة تطعيم للحصبة كانت في مناطق الحضر، حيث بلغت 68.7% للأطفال دون سن الخامسة مقارنة بالمناطق الريفية التي بلغت فيها النسبة حوالي 70.5% ومخيمات اللاجئين بنسبة قدرها 73.6%. كما هو مبين، فإن الاختلاف ضئيل وقد يكون عائداً إلى الأطفال الذين يتلقون التطعيم في المراكز التابعة لوزارة الصحة الإسرائيلية، والذين يعيشون في مدينة القدس. وقد تم التأكد من هذا من خلال النظر إلى بطاقات تطعيم الأطفال في الفئة العمرية 12 - 23 شهراً للحصبة في الأراضي الفلسطينية مع أو بدون محافظة القدس، فقد بينت زيادة ملحوظة في تلقي مطعم الحصبة عندما يتم استثناء محافظة القدس، وخاصة عند مقارنة نسبة التطعيم في المناطق الحضرية.

جدول 3.9: نسبة الأطفال (12-23) شهراً في الأراضي الفلسطينية الذين تمت رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم وتلقوا تحصيناً ضد الحصبة في الأراضي الفلسطينية (باستثناء محافظة القدس) حسب نوع التجمع

نوع التجمع	الأراضي الفلسطينية	الأراضي الفلسطينية باستثناء القدس
حضر	93.1	98.6
ريف	92.0	95.3
مخيم	92.3	95.0
المجموع	92.7	97.1

مطاعيم الثلاثي، وشلل الأطفال، والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية والتهاب الكبد (ب)

توفر العيادات التابعة لوكالة الغوث الدولية والحكومة في الضفة الغربية وقطاع غزة وإسرائيل المطاعيم المذكورة أعلاه لفترة تزيد عن 7 سنوات. لذلك، فإن تاريخ البدء في تقديم المطعوم لن يؤثر على تلقي الأطفال للمطعوم في المسح.

تشكل النسب الواردة في الجدول (4.9) متوسط معدل التطعيم؛ لذلك فإنها ليست دقيقة كأرقام مطلقة؛ وذلك لأنها تشمل الأطفال غير المؤهلين لتلقي التطعيم في نفس الفئة العمرية؛ إلا أنها بالطبع كافية لأغراض إجراء المقارنات بين الأطفال في المجموعات المختلفة.

تشير البيانات المتوفرة إلى عدم وجود اختلاف في تغطية المطاعيم بين الذكور والإناث. إلا أن هناك تغطية أفضل إلى حد ما لإلتهاب الكبد (ب) والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية في مناطق الحضر والريف التي يجري فيها التطعيم في عيادات مراكز الأمومة والطفولة التابعة للحكومة. في المقابل، هنالك تغطية أفضل لمطاعيم الثلاثي وشلل الأطفال في المخيمات التي يتم فيها التطعيم في عيادات مراكز الأمومة والطفولة التابعة لوكالة الغوث الدولية. وهذه الاختلافات تظهر عند المقارنة بين تغطية المطاعيم في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية بسبب اختلاف عدد السكان اللاجئين في هذه المناطق.

عند النظر عن كثب إلى نسبة تغطية المطاعيم للأعمار المختلفة، يلاحظ أن أعلى معدل تغطية موجود بين الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن سنة واحدة بين تغطية الجرعة الثالثة من الثلاثي، وشلل الأطفال، والتهاب الكبد (ب) الذي يتراوح بين 94.1% للجرعة الثالثة من التهاب الكبد (ب) وبين 98.7% للجرعة الثالثة من الثلاثي وللذين تزيد أعمارهم عن سنتين لمطعوم الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية بواقع 95.0%، وهي قريبة من نسبة التغطية المعلنة من قبل وزارة الصحة.

جدول 4.9: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين تمت رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم وتلقوا تحصيناً معيناً حسب

بعض الخصائص الخلفية

التهاب الكبد ب			الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية		شلل الأطفال			الثلاثي			الخصائص الخلفية
3	2	1			3	2	1	3	2	1	
الجنس											
76.6	93.6	97.7	64.0	84.2	90.6	94.9	83.9	89.7	93.2	ذكور	
76.8	94.0	97.9	64.1	84.2	89.4	94.3	83.9	89.1	93.8	إناث	
نوع التجمع											
76.8	94.3	98.2	64.1	84.3	90.2	95.0	83.9	89.7	93.7	حضر	
78.2	95.3	98.1	65.2	82.3	88.7	93.8	82.6	88.4	92.9	ريف	
73.3	89.0	96.0	61.3	87.9	92.0	95.1	86.6	90.6	93.9	مخيم	
عمر الطفل بالأشهر											
2.2	74.5	96.3	1.1	16.6	39.8	68.1	13.1	37.6	64.4	أقل من 6 أشهر	
70.8	95.6	97.4	4.5	84.8	97.6	98.9	86.7	97.0	98.2	11 - 6	
94.1	97.9	99.2	74.7	98.3	99.5	99.6	98.7	99.0	98.9	23 - 12	
93.7	98.0	98.2	95.3	98.3	98.9	99.7	98.8	99.5	99.5	35 - 24	
92.2	96.9	97.4	95.6	97.9	98.8	98.8	97.0	98.0	97.8	+ 36	
المنطقة											
76.7	93.8	97.8	64.1	84.2	90.0	94.6	83.9	89.4	93.5	الأراضي الفلسطينية	
77.5	94.5	97.4	64.2	81.0	88.3	93.6	81.6	88.2	92.9	الضفة الغربية	
75.3	92.6	98.7	63.8	90.0	93.0	96.4	87.9	91.6	94.6	قطاع غزة	

3.3.9 نسبة التطعيم حسب بعض الخصائص الخلفية:

يبحث هذا القسم موضوع التحصين بين الأطفال في عمر 12 - 23 شهراً الذين تم الاطلاع على بطاقتهم، باستثناء الأطفال الذين يعيشون في محافظة القدس.

لم تتم ملاحظة أية اختلافات جوهرية بين الجنسين في مجال التطعيم. ومن الجدير بالذكر أن قطاع غزة يشهد تغطية أفضل لكل من السل، والحصبة، والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية، والجرعة الثالثة لكل من الثلاثي، وشلل الأطفال، بينما يوجد في الضفة الغربية تغطية أفضل للجرعة الثالثة من التهاب الكبد (ب).

ومن الجدير بالذكر أيضاً أن هناك تغطية متدنية لمطعم السل في مناطق الريف والحضر، بينما تشهد المخيمات مستوى تغطية أفضل. من الناحية الأخرى، يوجد في المخيمات أدنى مستوى تغطية لكل من الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية والجرعة الثالثة من التهاب الكبد (ب) مقارنة بمناطق الريف والحضر.

ويظهر من المعطيات أن تعليم المرأة يؤثر على نسبة التحصينات عند الأطفال. ويعود ذلك على الأرجح إلى أن نسبة تلقي المطاعيم مرتفعة جداً لدرجة لا تسمح باظهار اختلافات بين مراحل التعليم المختلفة. من ناحية أخرى، فإن المطاعيم التي تغطيتها أقل مثل السل والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية أظهرت فروقات، حيث أن نسبة التحصين تزداد مع تعليم الأم.

جدول 5.9: نسبة الأطفال (12-23) شهراً ممن تمت رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم وتلقوا تحصيناً ضد الحصبة في الأراضي الفلسطينية (باستثناء محافظة القدس) حسب بعض الخصائص الخلفية

الخصائص الخلفية	السل	الثلاثي الحصبة، النكاف والحصبة الألمانية	الجرعة الثالثة، شلل الأطفال	الجرعة الثالثة، DTP	الجرعة الثالثة، التهاب الكبد ب	الحصبة
الجنس						
ذكور	74.3	76.8	99.7	99.7	95.4	98.2
إناث	76.1	70.3	99.2	99.2	92.8	96.0
نوع التجمع السكني						
حضر	54.3	72.8	99.1	98.8	97.6	95.3
ريف	79.0	75.3	99.6	99.6	94.1	98.6
مخيم	98.6	68.2	99.6	99.6	87.6	95.0
المؤهل العلمي						
لا شيء	64.9	70.1	99.3	96.5	98.4	97.8
ابتدائي	76.3	69.8	99.4	99.4	91.5	97.4
إعدادي	76.2	74.1	99.8	100.0	95.0	97.2
ثانوي فأعلى	76.9	77.2	99.2	99.2	93.3	96.9
المنطقة						
الأراضي الفلسطينية	75.2	73.5	99.5	99.3	94.1	97.1
الضفة الغربية	56.3	70.4	99.3	99.1	94.5	96.2
قطاع غزة	100	77.5	99.7	99.4	93.4	98.2

اتجاهات في تغطية التحصين:

هنالك تشابه في المنهجية بين كل من المسح الصحي لعام 1996 وبين المسح الصحي 2000. الاختلاف الوحيد بين المسحين تمثل في أن مطعموم السل لم يكن يقدم في مراكز الأمومة والطفولة الحكومية في وقت إجراء المسح الصحي 1996، بالإضافة إلى أنه كان قد تم البدء بتقديم مطعموم الحصبة قبل سبعة أشهر من تنفيذ المسح الصحي 1996. لذلك، فإن مستوى تغطية هذه المطاعيم في مراكز الأمومة والطفولة سوف يحذف من هذا القسم، وسيتم بحثه فقط من حيث نسبة تغطيته في المخيمات. وقد بلغت نسبة بطاقات تطعيم الأطفال المتوفرة 71.4% في عام 2000 مقارنةً بحوالي 66.8% في عام 1996. وقد كانت أدنى نسبة بطاقات متوفرة لدى الأطفال الذين يعيشون في المخيمات لكلا العاميين (65.3% لعام 2000 و54.8% لعام 1996). وقد يتساءل المرء عما إذا كان هناك اعتماد على الغير بين السكان اللاجئيين مقارنة بالسكان المقيمين في مناطق الحضر والريف.

والمعروف أنه من الصعوبة بمكان أن تتم مقارنة نسبة تغطية التطعيمات بين 1996 و2000، خاصةً وأن عدد الأطفال في الأعمار المختلفة يختلف من مسح لآخر قد يؤثر على نتيجة المسحين، لكن يمكن التقليل من نسبة الخطأ إذا ما تمت المقارنة بين نسب تلقي المطعموم في الفئة العمرية 12 - 23 شهراً. ويتمثل الاستثناء الوحيد في مطعموم الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية الذي يعطى في عمر 15 شهراً؛ لذلك قد يكون من الأفضل مقارنة الفئة العمرية 24 - 35 شهراً.

لقد طرأ ارتفاع على نسبة تلقي الجرعة الثالثة من مطعوم شلل الأطفال والثلاثي والتهاب الكبد (ب) في عام 2000 مقارنةً بعام 1996، خاصةً فيما يتعلق بالتهاب الكبد (ب).

جدول 6.9: نسبة الأطفال المحصنين في عمر (12-23) شهراً الذين تمت رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم 2000، 1996

السنة	الجرعة الثالثة، DTP	الجرعة الثالثة، شلل الأطفال	الجرعة الثالثة، التهاب الكبد ب	نسبة البطاقات التي تم رؤيتها
المسح الصحي، 1996	96.4	95.8	79.0	78.7
المسح الصحي، 2000	98.7	98.3	94.1	85.9

فيما يتعلق بمطعوم الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية، يمكن القول بأنه طرأ تحسن بسيط على مستوى التغطية، وذلك على الرغم من أنه لا يمكن للمرء أن يكون متأكداً من هذه الاستنتاجات حيث أنه قد تمت رؤية ما نسبته 70% وأقل من بطاقات تطعيم الأطفال.

جدول 7.9: نسبة الأطفال المحصنين (24-35) شهراً الذين تمت رؤية بطاقات التطعيم الخاصة بهم 2000، 1996

السنة	الحصبة، والنكاف والحصبة الألمانية	البطاقات التي تم رؤيتها
المسح الصحي، 1996	93.8	65.4
المسح الصحي، 2000	95.3	70.0

4.9 الرضاعة الطبيعية والأغذية الإضافية:

الرضاعة الطبيعية لها أثر هام على صحة الطفل، حيث أن التغذية تعتبر العامل الرئيس الذي يحدد الوضع الغذائي للطفل والذي يزيد من خطر المرض والوفاة بين الأطفال. كما أن ممارسة الرضاعة تؤثر أيضاً على خصوبة الأم. وغالباً ما ترتبط فترات الرضاعة الطبيعية الطويلة بازدياد طول فترة انقطاع الطمث التي تلي الولادة، وبالتالي ازدياد فترة المباشرة بين المواليد وخصوبة أقل.

1.4.9 بدء ممارسة الرضاعة الطبيعية:

البداية المبكرة في الرضاعة الطبيعية هامة لكل من الأم والطفل. فبالنسبة للأم، تعزز الرضاعة المبكرة من إفراز هرمون يساعد الرحم على الانقباض والحد من خطر النزيف الذي يلي الولادة. وبالنسبة للطفل، تعتبر الرضاعة هامة للحصول على حليب اللبأ (الحليب الذي ينتج مباشرة بعد الولادة) الذي يعتبر غنياً بالأجسام المضادة التي تحمي المولود من الإصابة بالأمراض.

جدول 8.9: التوزيع النسبي للأطفال (آخر طفل) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح الذين رضعوا رضاعة طبيعية حسب الفترات الزمنية الفاصلة بين ولادة المولود ووقت إرضاعه لأول مرة والمنطقة ونوع التجمع

وقت بدء الرضاعة الطبيعية				المنطقة ونوع التجمع السكني
أقل من ساعة	1 - 2 ساعة	3 - 5 ساعة	6 ساعات فأكثر	
نوع التجمع السكني				
51.9	22.1	8.6	17.4	حضر
49.5	26.3	9.1	15.1	ريف
50.2	25.5	9.4	14.9	مخيم
المنطقة				
50.3	24.9	9.0	15.8	الأراضي الفلسطينية
51.9	22.2	8.7	17.2	الضفة الغربية
47.5	29.6	9.5	13.4	قطاع غزة

أشارت بيانات المسح الصحي 2000 إلى أنه يتم إرضاع نصف المواليد رضاعة طبيعية في الساعة الأولى، وبنسبة أكبر في الضفة الغربية من قطاع غزة. وبشكل عام، تم إرضاع حوالي 84.2% من المواليد رضاعة طبيعية في غضون خمس ساعات، وذلك بنسبة أكبر في قطاع غزة (86.6%) والمخيمات (85.1%).

2.4.9 الرضاعة الطبيعية:

تصل نسبة الرضاعة الطبيعية المطلقة إلى 28.8%، وهي أعلى في قطاع غزة وفي المخيمات. ولم تتم ملاحظة أي علاقة بين نسبة الرضاعة الطبيعية المطلقة وتعليم المرأة أو جنس المولود.

يتلقى ما نسبته 77.9% من الأطفال في الفئة العمرية 6 - 9 أشهر أغذية صلبة/شبه صلبة، حيث تعتبر هذه العملية واحدة من الممارسات المناسبة التي تسمح للطفل أن يتذوق أنواعاً مختلفة من الطعام والحصول على المتطلبات الإضافية من الحديد والفيتامينات اللازمة للنمو. وقد بينت النتائج أن عدداً أكبر من الأطفال الذين يعيشون في مخيمات قطاع غزة يتلقون أغذية صلبة، ويتمثل غالبية هؤلاء في الإناث والأطفال الذين حصلت أمهاتهم على تعليم ثانوي فأكثر. كما أن نصف الأطفال في الفئة العمرية 12 - 15 شهراً يرضعون رضاعة طبيعية، ويتمركز عدد أكبر منهم في المخيمات داخل قطاع غزة، ويتمثل غالبية هؤلاء في الذكور والأطفال الذين لم تحصل أمهاتهم على أي تعليم. من ناحية أخرى، 10.5% فقط من الأطفال في الفئة العمرية 20 - 23 شهراً رضعوا رضاعة طبيعية، ويتمركزون في المناطق الريفية في الضفة الغربية وينتمون لأمهات حصلن على تعليم متدن. كما بلغت نسبة الرضاعة الطبيعية المستمرة حوالي 68.8%، وتعتبر هذه النسبة الأقل في مناطق الحضر وبين الأطفال الذي حصلت أمهاتهم على تعليم ثانوي فأعلى. وقد يكون هذا عائداً إلى أن الأمهات المتعلمات غالباً ما يعملن، وبالتالي فإنهن مرشحات لوقف الرضاعة الطبيعية أبكر. ويبلغ المعدل الوسيط لفترة الرضاعة 11.1 شهراً، وفي المخيمات يصل إلى 12.4 شهراً.

بلغت نسبة الرضاعة الطبيعية لآخر مولود حوالي 97.2% خلال السنوات الثلاثة الماضية. إلا أن نسبة الأطفال الذين يتم فطامهم في الأشهر الثلاثة الأولى قد بلغت حوالي 14.0%. وعلى الرغم من أنه يتم إرضاع الذكور لفترات أطول من الإناث، إلا أن نسبة الذكور الذين يتم فطامهم خلال الأشهر الثلاثة الأولى تفوق نسبة الإناث، وفي المقابل فإن نسبة الإناث اللواتي يتم إعطاؤهن أغذية صلبة في عمر 6 - 9 أشهر تفوق نسبة نظرائهن من الذكور.

فيما يتعلق بمسألة وضع الرضاعة الطبيعية، يوجد انخفاض تدريجي في نسبة النساء اللواتي لم يسبق لهن أن مارسن الرضاعة الطبيعية من 3.9% للفئة العمرية 40 – 49 سنة إلى 2.0% في الفئة العمرية 20 – 24 سنة. ومن الملفت للنظر وجود نسبة 3.4% من النساء في الفئة العمرية 15 – 19 سنة اللواتي لم يسبق لهن ممارسة الرضاعة الطبيعية، الأمر الذي يشير على الأرجح إلى أن هناك نسبة أكبر من النساء الأصغر سناً غير مرضعات مقارنة بالسابق.

جدول 9.9: نسبة الأطفال (آخر طفل) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب وضع الرضاعة الطبيعية وبعض الخصائص الخلفية

الخصائص الخلفية	رضاعة طبيعية مطلقة	6 – 9 أشهر تلقوا طعاماً صلباً	معدل الاستمرار في الرضاعة الطبيعية	شهوراً رضعوا 12 – 15	شهوراً رضعوا 20 – 23	رضعوا رضاعة طبيعية (آخر طفل)	تم فطامهم خلال 3 أشهر (آخر طفل)	متوسط الرضاعة الطبيعية
الجنس								
ذكور	29.0	75.3	70.2	50.8	10.6	96.7	15.4	11.4
إناث	28.6	80.8	67.4	46.9	10.5	97.8	12.5	10.7
المؤهل العلمي								
لا شيء	23.0	76.1	71.2	60.4	21.2	96.6	12.8	11.6
ابتدائي	31.0	70.5	72.3	45.1	12.2	97.0	16.0	11.1
إعدادي	26.0	77.7	73.5	52.3	9.7	97.5	13.6	11.5
ثانوي فأكثر	32.5	84.2	59.6	42.5	4.6	97.5	13.3	10.4
نوع التجمع								
حضر	26.7	75.4	64.8	48.7	9.6	96.9	13.9	11.0
ريف	28.1	80.9	71.2	44.3	14.2	97.7	15.5	10.5
مخيم	36.5	82.0	76.4	57.6	6.2	97.9	11.5	12.4
المنطقة								
الأراضي الفلسطينية	28.8	77.9	68.8	48.8	10.5	97.2	14.0	11.1
الضفة الغربية	27.5	76.2	67.4	45.7	12.3	96.8	15.3	10.4
قطاع غزة	30.8	80.4	71.1	54.1	7.1	98.0	11.7	12.4

يرتبط استمرار وتوقف الرضاعة الطبيعية مباشرة بعمر الأم وعمر الطفل، فكلما كان عمر المرأة والطفل أكبر، كلما ازدادت نسبة النساء اللواتي توقفن عن الرضاعة الطبيعية.

جدول 10.9: التوزيع النسبي للأطفال (آخر طفل) الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب عمر الأم ووضع الرضاعة الطبيعية الحالي وعمر الطفل

التوزيع العمري لآخر مولود (بالأشهر)			وضع الرضاعة الطبيعية			عمر الأم الحالي (بالسنوات)
+ 12	11 - 6	أقل من 6	توقفت عن الرضاعة	لا تزال ترضع	لم ترضع أبداً	
35.9	32.9	31.2	39.6	57.0	3.4	19 - 15
49.8	26.4	23.8	47.8	50.2	2.0	24 - 20
58.5	18.9	22.6	51.5	46.4	2.1	29 - 25
62.6	17.9	19.5	52.4	44.1	3.5	39 - 30
81.0	5.8	13.2	60.2	35.9	3.9	49 - 40
57.8	20.5	21.7	50.7	46.5	2.8	المجموع

3.4.9 أسباب الفطام:

اعتمدت أسباب الفطام على عمر الطفل. وقد تمثل السبب الرئيس لفطام الطفل الأخير الذي يقل عمره عن 6 أشهر في عدم كفاية الحليب (36.3%) ورفض الطفل للرضاعة (23.1%). إلا أن هناك أسباباً أخرى غير شائعة كموت الطفل (8.6%) ومرض الطفل (7.1%) وغيرها. فيما يتعلق بالفئة العمرية 6 - 11 شهراً، تمثلت الأسباب الشائعة في عدم كفاية الحليب (32.5%)، وحمل الأم (24.0%)، ورفض الطفل للرضاعة (15.8%). بالنسبة للأطفال الذين تزيد أعمارهم عن 24 شهراً، تمثل السبب الرئيس في أن الطفل كان كبيراً ما فيه الكفاية (87.0%). بالنسبة لأسباب فطام الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 6 أشهر، أشارت نسبة أكبر من النساء في الضفة الغربية من نظيرتهن في قطاع غزة إلى عدم كفاية الحليب باعتباره سبباً للفطام (39.6%)؛ بينما أشارت نسبة أقل من النساء إلى رفض الطفل للرضاعة كسبب للفطام (18.6%) مقارنة بنسبة 27.2% و 35.2% على التوالي في قطاع غزة.

جدول 11.9: التوزيع النسبي للأطفال الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح (آخر طفل) ممن تم فطامهم حسب سبب الفطام، وعمر الطفل (بالأشهر) والمنطقة

الأراضي الفلسطينية				قطاع غزة				الضفة الغربية				سبب الفطام
+ 24	23 - 12	11 - 6	أقل من 6	+ 24	23 - 12	11 - 6	أقل من 6	+ 24	23 - 12	11 - 6	أقل من 6	
0.0	5.4	8.8	7.8	0.0	4.6	7.5	8.3	0.0	6.0	9.2	7.7	مرض الأم
0.7	4.1	1.4	7.1	2.1	4.1	1.7	9.6	0.0	4.2	1.3	6.2	مرض الطفل
0.0	0.1	0.4	8.6	0.0	0.0	1.5	10.8	0.0	0.1	0.0	7.8	موت الطفل
0.4	2.8	3.3	7.2	0.0	3.5	2.7	4.5	0.7	2.3	3.5	8.2	مشاكل في حلمة الصدر
1.1	12.8	32.5	36.3	3.0	12.9	27.5	27.2	0.0	12.6	34.3	39.6	عدم كفاية الحليب
0.0	1.0	3.6	2.3	0.0	0.9	0.0	2.1	0.0	1.1	4.8	2.4	الرغبة في العمل
2.4	3.6	15.8	23.1	0.0	1.7	25.1	35.2	3.7	5.0	12.6	18.6	رفض الطفل للرضاعة
87.0	52.6	7.9	1.5	88.3	54.0	6.2	0.0	86.3	51.6	8.5	2.0	الطفل كبير بما فيه الكفاية
8.4	14.9	24.0	4.0	6.6	16.4	25.8	1.7	9.4	13.8	23.4	4.8	الأم أصبحت حاملاً
0.0	1.7	1.0	1.1	0.0	1.7	1.1	0.0	0.0	1.7	1.0	1.5	استخدام وسائل تنظيم الأسرة
0.0	1.0	1.3	1.0	0.0	0.2	0.9	0.6	0.0	1.6	1.4	1.2	غير ذلك
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	المجموع

4.4.9 التغذية المكملية:

يفوق العمر الذي يتم فيه تقديم السوائل للأطفال في الضفة الغربية مثيله في قطاع غزة (3.4 شهراً و2.4 شهراً على التوالي)؛ هذا على الرغم من أن العمر الذي يتم فيه تقديم الأغذية الصلبة للأطفال متشابهة تقريباً في كلا المنطقتين، 5.7 – 5.8 أشهر على التوالي. ولم يلاحظ أي اختلاف واضح بين عمر الطفل عند تقديم الطعام له وعمر الأم.

جدول 12.9: متوسط العمر للأطفال عند بدء التغذية التكميلية (أغذية سائلة وصلبة) حسب عمر الأم الحالي والمنطقة

متوسط عمر الطفل عند البدء بإعطائه الأطعمة بالأسهر		متوسط عمر الطفل عند البدء بإعطائه السوائل بالأسهر			عمر الأم الحالي (سنوات)	
المجموع	قطاع غزة	الضفة الغربية	المجموع	قطاع غزة		الضفة الغربية
5.8	5.6	5.9	2.9	2.3	3.2	19 – 15
5.6	5.7	5.6	3.0	2.6	3.2	24 – 20
5.9	5.6	6.0	3.1	2.3	3.6	29 – 25
5.7	5.7	5.7	2.9	2.3	3.3	39 – 30
6.2	5.8	6.4	2.8	2.0	3.4	49 – 40
5.8	5.7	5.8	3.0	2.4	3.4	المجموع

لم يظهر أن هناك أي اختلاف في معدلات التغذية التكميلية للرضع في عمر 6 – 9 أشهر تبعاً للمؤهل العلمي للأم أو المنطقة. وبالنظر إلى نوع التغذية التكميلية، يتضح أن 83% من الأطفال في الفئة العمرية 6 – 11 شهراً كانوا يتلقون أغذية صلبة. إلا أن هذه النسبة ازدادت إلى 95.6% بين الأطفال في عمر 12 – 17 شهراً. كما بينت النتائج أن 33.3% من الأطفال في كافة الأعمار يتلقون حليب البودرة. كما أن ما نسبته 51.3% من الأطفال في كافة الأعمار يتلقون عصير الفواكه. كما أن تقديم المشروبات العشبية للأطفال شائع للغاية، حيث تبلغ نسبة انتشارها 85.1% بين الأطفال في الفئة العمرية 24 شهراً فأكثر.

جدول 13.9: معدل التغذية التكميلية الوقيية للأطفال (6-9) أشهر حسب تعليم الأم والمنطقة

الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	المؤهل العلمي
98.1	95.0	100.0	لا شيء
90.1	100.0	84.3	ابتدائي
91.0	87.0	93.3	إعدادي
96.5	95.8	97.2	ثانوي فأعلى
93.3	93.3	93.2	المجموع

وصلت نسبة انتشار العادات غير المرغوب فيها مثل إعطاء الحليب الطازج للرضع إلى 2.4% و13.0% للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 6 أشهر و6 – 11 شهراً على التوالي. ومن جملة العادات الأخرى غير المرغوب فيها إعطاء الطفل ماء محلي بسكر، بنسبة 6.9%.

جدول 14.9: نسبة الأطفال الذين تلقوا نوعاً محدداً من السوائل والأغذية الصلبة حسب نوع التغذية التكميلية وعمر الطفل

المجموع	عمر الطفل بالأشهر					التغذية التكميلية
	+ 24	23 – 18	17 – 12	11 – 6	5 – 0	
87.9	98.3	98.6	97.9	90.9	46.1	مياه معدنية / مياه عادية
33.3	24.4	36.0	39.4	38.3	39.0	حليب بودرة
21.9	29.6	31.3	26.3	13.0	2.4	حليب طازج
51.3	61.3	60.2	61.2	49.2	16.6	عصير فواكه
6.9	6.7	8.6	5.5	6.4	7.8	ماء محلي
65.4	85.1	81.9	66.3	40.1	33.4	مشروبات عشبية
10.4	4.2	6.4	11.8	17.9	18.6	فيتامين
81.6	97.5	96.8	95.6	83.0	23.1	طعام العائلة
1.2	1.2	0.6	2.3	1.5	0.7	أملاح معالجة الجفاف
43.6	53.5	52.1	50.6	41.2	12.4	سوائل أخرى

مقارنة مع بيانات المسح الصحي للعام 1996:

أشارت نتائج المسح الصحي للعام 1996 إلى أنه تم إرضاع 76.0% من الأطفال رضاعة طبيعية خلال الساعات الخمس الأولى من ولادتهم، وترتفع هذه النسبة في قطاع غزة (82.3%) مقارنةً بال الضفة الغربية (التي تصل فيها النسبة إلى 72.8%). من الجدير بالذكر أن هذه النسبة أقل من النتائج التي وردت في المسح الصحي للعام 2000، والتي تلقى وفقاً لها ما نسبته 84.2% من الأطفال رضاعة طبيعية في الساعات الخمسة الأولى، وبنسبة أكبر في قطاع غزة (86.6%) من الضفة الغربية (82.8%). إلا أن الفجوة في ممارسات الرضاعة الطبيعية بين المنطقتين قد تلاشت في فترة السنوات الأربعة، ويعود ذلك بشكل أساسي إلى التحسن الذي طرأ على ممارسات الرضاعة الطبيعية في مناطق الحضر (حيث ارتفعت من 73.4% في عام 1996 إلى 84.9% في عام 2000).

من ناحية أخرى، فإنه لم يتم قياس نسبة الرضاعة الطبيعية المطلقة للأطفال في الفئة العمرية 0 – 3 أشهر في عام 1996.

أما نسبة التغذية التكميلية للأطفال في الفئة العمرية 6 – 9 أشهر، فقد بلغت 93.3% في سنة 2000 مقارنةً بحوالي 96.3% في سنة 1996.

بلغ معدل الاستمرار في الرضاعة الطبيعية (نسبة الأطفال ما بين 9-12 شهراً وما زالوا يرضعون) حوالي 58.3% في عام 1996، أي أنها أقل مما وصلت إليه في عام 2000 (68.8%). وقد كان متوسط فترة الرضاعة الطبيعية متشابهاً في كلا المسحين بمعدل يصل إلى 11 شهراً، حيث يرتفع هذا المعدل في المخيمات إلى 12.4 شهراً ولدى أطفال الأمهات الحاصلات على مستوى تعليم متدن.

بلغت نسبة الأطفال الذين تم فطامهم خلال الأشهر الثلاثة الأولى من أعمارهم حوالي 7.4% في عام 1996 مقارنةً بحوالي 12.9% في عام 2000. وكانت هذه النسبة الأقل في المخيمات، وبلغت أعلى معدل لها في المناطق الريفية،

علماً بأن هذه النسبة لم يكن لها أية علاقة بمستوى التحصيل العلمي للأُم. من ناحية أخرى، كانت نسبة الفطام للمولود الأخير خلال الأشهر الثلاثة الأولى أعلى في عام 2000 بنسبة تصل إلى 14.0% مقابل 7.8% لعام 1996.

بلغت نسبة الرضاعة الطبيعية للمولود الأخير الذي ولد خلال السنوات الخمس الماضية حوالي 96.1% في المسح الصحي للعام 1996، مقارنةً بحوالي 97.2% للمولود الأخير الذي ولد خلال السنوات الثلاث السابقة لإجراء المسح الصحي للعام 2000. وقد كانت النسبة متدنية أكثر بشكل عام عند النظر إلى الرضاعة الطبيعية لكل المواليد.

فيما يتعلق بمسألة وضع الرضاعة الطبيعية، انخفضت نسبة الأمهات اللواتي لم يسبق لهن أن مارسن الرضاعة الطبيعية في المسح الصحي للعام 1996 تدريجياً من 5.0% بين الأمهات في الفئة العمرية 40 – 49 سنة إلى 1.7% بين الأمهات في الفئة العمرية 14 – 19 سنة. وقد استمر هذا الانخفاض في المسح الصحي للعام 2000، الأمر الذي يشير إلى انخفاض تدريجي من 3.9% بين الأمهات في الفئة العمرية 40 – 49 سنة إلى 2.0% بين الأمهات في الفئة العمرية 20 – 24 سنة. ولا يوجد أي تفسير للزيادة الذي طرأ على نسبة الأمهات اللواتي لم يسبق لهن الرضاعة في الفئة العمرية 15 – 19 سنة وبلغ 3.4% في المسح الصحي للعام 2000، إلا إذا كانت النسبة تزداد طبيعياً.

اعتمدت أسباب الفطام على عمر الطفل. وبالنظر إليها بشكل عام، يمكن القول بأنه لم يكن هناك اختلاف بين تلك الأسباب في المسحين. ويتمثل أكثر الأسباب شيوعاً لفطام المولود الأخير في أن الطفل "كبير بما فيه الكفاية"، بنسبة تصل إلى 33.2% في المسح الصحي للعام 2000 مقارنةً بحوالي 36.1% في المسح الصحي للعام 1996. أما "حمل المرأة" فقد شكل سبباً في حوالي 12.9% من حالات الفطام في المسح الصحي للعام 2000 وحوالي 15.2% من خلال الفطام في المسح الصحي للعام 1996. أما الأسباب الأخرى فتتمثلت في "عدم كفاية حليب الأم" و "رفض الطفل للرضاعة" فقد شكلت معاً حوالي 32.8% من حالات الفطام في المسح الصحي للعام 2000 وحوالي 33.6% في المسح الصحي للعام 1996.

أما بالنسبة للعمر الذي يتم فيه تقديم الغذاء التكميلي، فقد كان متشابهاً في المسحين، حوالي 6 أشهر. وما كان متشابهاً أيضاً هو عمر تقديم الغذاء التكميلي الذي كان أقل في قطاع غزة من الضفة الغربية في المسحين.

يتضح من مقارنة نوع الغذاء التكميلي أن المتغيرات كانت مختلفة قليلاً. وتمثلت المتغيرات الهامة في الحليب الطازج والماء المحلى، حيث كانت نسب استخدامهما أعلى كثيراً في المسح الصحي للعام 1996. وقد بلغت نسبة استخدام الحليب 5.6% و 20.2% في عام 1996 للأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة أشهر وللأطفال في الفئة العمرية 6 – 11 شهراً على التوالي مقابل 2.4% و 13% في المسح الصحي للعام 2000. كما بلغت نسبة استخدام الماء المحلى 21.6% و 15.7% في عام 1996 للأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة أشهر وللأطفال في الفئة العمرية 6 – 11 شهراً على التوالي مقابل 7.8% و 6.4% في المسح الصحي للعام 2000.

5.9 فيتامين أ/د:

تستخدم الفيتامينات للعلاج وللحيلولة دون انتشار حالات نقص معينة، أو بشكل خاص في الحالات التي يكون فيها الطعام غير كاف. يتم في كافة أرجاء العالم تشجيع استخدام الأغذية التكميلية المعززة بفيتامين (أ) للرضع بهدف الحيلولة دون الإصابة بالعمى الليلي لدى الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية. وتتم ممارسة هذه العملية في الأراضي الفلسطينية منذ سنوات عديدة. ويتم إعطاؤها للأطفال من لحظة الميلاد إلى عمر سنة على شكل نقطتين من فيتامين أ/د. إلا أن بعض الأطباء لا يشجعون هذه الممارسة إذا كان الطفل يتلقى حليب البودرة لأنه يحتوي على كمية مناسبة من فيتامين أ/د.

جدول 15.9: التوزيع النسبي للأطفال 6 شهور فأكثر الذين ولدوا في السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب تلقيهم جرعات فيتامين (أ) خلال الأشهر الستة الأخيرة حسب بعض الخصائص الخلفية

لم يتلق	لا يعرف فيما اذا تلقى	الأطفال الذين تلقوا جرعات فيتامين (أ)			الخصائص الخلفية
		غير متأكد متى تلقى	قبل الأشهر الستة الأخيرة	خلال الأشهر الستة الأخيرة	
الجنس					
46.4	0.7	1.1	34.6	17.2	ذكور
51.2	1.0	0.7	33.4	13.7	إناث
نوع التجمع					
48.4	0.5	0.7	35.1	15.3	حضر
45.7	1.5	1.1	33.9	17.8	ريف
55.9	0.7	1.4	30.4	11.6	مخيم
المؤهل العلمي					
61.7	1.5	1.4	24.2	11.2	لا شيء
47.9	0.9	0.9	35.2	15.1	ابتدائي
47.1	0.7	1.0	34.3	16.9	إعدادي
45.8	0.7	0.6	36.9	15.8	ثانوي فأعلى
المنطقة					
48.7	0.9	0.9	34.0	15.5	الأراضي الفلسطينية
41.0	1.1	1.3	37.3	19.3	الضفة الغربية
62.5	0.5	0.2	28.2	8.6	قطاع غزة

بلغت نسبة تغطية فيتامين (أ) بين الأطفال الذين ولدوا في السنوات الثلاث الماضية حوالي 50%. وقد كانت مرتفعة نسبياً بين الذكور وفي المناطق الريفية وفي الضفة الغربية، وهي تزداد مع ازدياد تعليم المرأة ولا ترتبط بعمر الطفل.

تبين أن أمراض تضخم الغدة الدرقية، الناتجة عن نقص اليود في الطعام، شائعة بين أطفال المدارس في الأراضي الفلسطينية. وفي السنوات الأخيرة، أصبح يتم إضافة اليود الى الملح بهدف الحيلولة دون انتشار تضخم الغدة الدرقية بين أطفال المدارس.

بلغت نسبة الأسر التي تستهلك كميات مناسبة من الملح المؤيدن حوالي 37.4%. وقد كانت النسبة الكبرى في الضفة الغربية (47.3%)، مقابل 16.6% في قطاع غزة. وبالنظر إلى نوع التجمع السكاني، نلاحظ أن أدنى نسبة توجد في المخيمات، بنسبة تصل إلى 24.6%. وهذا يعني أن كافة التجمعات السكانية في قطاع غزة تمتاز بتدني استهلاك الملح المؤيدن كثيراً مقارنةً بالضفة الغربية.

جدول 16.9: نسبة الأسر التي تستهلك كميات كافية من الملح المؤيدن حسب المنطقة ونوع التجمع

نسبة الأسر التي تم فيها فحص الملح	نتيجة فحص الملح المؤيدن		الخصائص الخلفية
	PPM +15	PPM 15>	
			المنطقة
98.8	47.3	52.7	الضفة الغربية
98.6	16.6	83.4	قطاع غزة
			نوع التجمع
98.8	39.7	60.3	حضر
98.6	39.4	60.6	ريف
99.1	24.6	75.4	مخيم
98.8	37.4	62.6	المجموع

6.9 التغذية:

يعتبر الوضع الغذائي أحد العوامل الرئيسية التي تحدد صحة الطفل، حيث أن الوجبات الغذائية غير المناسبة أو غير المتوازنة ترتبط بسوء الوضع الغذائي بين الأطفال.

من أجل تقييم الوضع الغذائي، يمكن أن ينتج ثلاثة مؤشرات (مقاييس) معيارية للنمو الجسدي عن عملية قياس الوزن والطول للأطفال الذين تزيد أعمارهم عن سنتين والوزن والارتفاع للأطفال لغاية عمر سنتين. وتتمثل هذه المؤشرات في الوزن مقابل العمر، والوزن مقابل الطول، والطول مقابل العمر.

تجدر الإشارة إلى أن كل مقياس من هذه المقاييس يستخدم في قياس جوانب مختلفة من الوضع الغذائي للأطفال. فالأطفال الذين يقل الطول مقابل العمر لديهم عن (- 2) من الانحراف المعياري للوسيط الخاص بالمرجع الدولي للسكان الذين يعتبرون قصار القامة مقارنةً بعمرهم أو أقزاماً. أما الأطفال الذين يقل الطول مقابل العمر لديهم عن (- 3) من الانحراف المعياري للوسيط الخاص بالمرجع الدولي للسكان، فإنهم يعتبرون قصار القامة بدرجة كبيرة. ومن الممكن أن يكون القصر أو القصور في نمو الطفل ناتجاً عن الفشل في الحصول على تغذية مناسبة على مدار فترة طويلة من الزمن أو نتيجة لأمراض متكررة أو مزمنة.

يستخدم مؤشر الوزن مقابل الطول في قياس كتلة الجسم فيما يتعلق بطول الجسم. تجدر الإشارة إلى أن الأطفال الذين يمتازون بمؤشر وزن/طول دون (- 2) من الانحراف المعياري للوسيط الخاص بالمرجع الدولي للسكان يعتبرون نحيلي الجسم مقارنةً بطولهم أو مصابين بالهزال. أما الأطفال الذين يعانون من هزال شديد فهم الذين في مرتبة دون (- 3) من الانحراف المعياري للوسيط الخاص بالمرجع الدولي للسكان. ونعني بالهزال الفشل في تلقي غذاء مناسب في الفترة التي تسبق المسح مباشرةً. كما يمكن أن يكون ناتجاً عن مرض شديد أو نقص حاد في الطعام.

يستخدم مؤشر الوزن مقابل العمر في قياس وزن الطفل بالنسبة لعمره. تجدر الإشارة إلى أن الأطفال الذين أوزانهم/ أعمارهم دون (-2) من الانحراف المعياري للوسيط الخاص بالمرجع الدولي للسكان يعتبر لديهم نقص في الوزن مقارنةً بالعمر. ويعاني الأطفال الذين يقعون دون (-3) من الانحراف المعياري للوسيط الخاص بالمرجع الدولي للسكان من نقص وزن حاد. ويمكن أن يكون مصاباً بنقص الوزن لأنه يعاني من قصر القامة أو الهزال أو كلا السببين.

تجدر الإشارة إلى أن مقياس الطول مقابل العمر للأطفال الأكبر عمراً يستخدم في قياس الوضع المثالي لصحة الطفل؛ فكما هو عليه الحال في الدول المتقدمة، يسهم التحسن في الوضع الاجتماعي والاقتصادي جنباً إلى جنب مع استخدام الفيتامينات ووجبات متنوعة في تحسين طول الطفل، وذلك وفقاً للبيانات الخاصة بأطفال المملكة المتحدة عقب الحرب العالمية الثانية وأطفال المهاجرين الصينيين إلى الولايات المتحدة. من الملفت للنظر أن مقياس الوزن مقابل الطول يستبعد مفهوم الصحة المثالية، وذلك لأن استخدام هذا المؤشر يقبل أن يكون الطفل القصير والنحيف في حالة صحية جيدة بينما وضعه سيختلف إذا قيس الوزن والطول مقارنةً بالعمر. ومن الأهمية بمكان أن يتم أخذ ذلك بعين الاعتبار عند تحليل المسح الصحي للعام 2000 من أجل الحيلولة دون الإرباك.

وفقاً لتوصيات منظمة الصحة الدولية، يتوجب أن يتم تقييم الوضع الصحي مقارنةً بالمجتمعات التي يتمتع بها الأطفال بمستويات تغذية جيدة. لذلك، تم تحليل المقاييس في هذا المسح استناداً إلى المجتمع المحلي، ومن ثم تحليلها وفقاً للمجتمع المرجعي الدولي، وفقاً للتعريف الذي وضعه مركز الولايات المتحدة القومي للإحصاءات الصحية، الذي يعتبر مقبولاً لدى منظمة الصحة العالمية ومركز التحكم بالأمراض.

1.6.9 مستويات سوء تغذية الأطفال:

يعتبر الأطفال الفلسطينيون في وضع غذائي أفضل نسبياً مقارنةً بدول أخرى في العالم الثالث. ويتمثل أكثر المؤشرات الخاصة بقياس نمو الأطفال سوءاً في مقياس الطول مقابل العمر (قصر القامة)، خاصةً الأطفال دون (-2) من الانحراف المعياري يشكلون 7.5% من الأطفال الذين خضعوا لقياس الطول. ويليه في المرتبة التالية مقياس الوزن مقابل العمر (نقص الوزن) بنسبة تصل إلى 2.5% ومن ثم مقياس الوزن مقابل الطول (المصابين بالهزال) بنسبة تصل إلى 1.4% من الأطفال دون (-2) من الانحراف المعياري. وتعتبر الإناث أكثر عرضة لقصر القامة ونقص الوزن من الذكور، إلا أن نسبة أقل من الإناث يعانين من الهزال مقارنةً بالذكور.

ويرتبط مستوى تعليم الأم إيجابياً بطول ووزن الطفل، أي أن ازدياد مستوى التحصيل العلمي للأم يؤدي إلى ازدياد عدد الأطفال الذين يتمتعون بمدى طبيعي من الطول مقابل العمر والوزن مقابل العمر. إلا أنه لا توجد أية علاقة بين التحصيل العلمي للأم والهزال.

يعاني الأطفال في الفئة العمرية 6 - 11 شهراً من وجود أعلى نسبة من نقص الوزن والهزال؛ اللذين ينخفضان تدريجياً مع ارتفاع عمر الطفل، الأمر الذي قد يرتبط بوقت الفطام. من ناحية أخرى، هناك توجه مشابه فيما يتعلق بالطول، إلا أن أقصى حالات قصر القامة تنتشر بين الأطفال في الفئة العمرية 12 - 23 شهراً، ومن ثم تبدأ بالانخفاض تدريجياً.

وتتمتع المخيمات بأقل نسبة من الأطفال الذين يعانون من قصر القامة ونقص الوزن أو الهزال. إلا أن المناطق الريفية تعاني من أعلى نسبة من الأطفال الذين يعانون من قصر القامة بينما يعاني أطفال الحضر من نسبة أقل من الأطفال

الذين يعانون من الهزال. علاوة على ذلك، يتمتع قطاع غزة بأدنى نسبة من الأطفال الذين يعانون من الهزال أو نقص الوزن مقارنة بالضفة الغربية، إلا أنه (قطاع غزة) يعاني من نسبة أكبر من حالات قصر القامة. ومن الصعب إيجاد تفسير لذلك، وذلك لأن قطاع غزة يضم نسبة كبيرة من الأطفال الذين يعيشون في المخيمات، التي تتمتع بنسبة أعلى من الأطفال الذين يعانون من قصر القامة. وقد يكون التفسير الوحيد لذلك هو أن الأطفال المقيمين في المناطق الريفية والحضر في قطاع غزة يعانون من حالات قصر قامة بشكل يفوق نظرائهم الذين يقيمون في المناطق الريفية والمدن في الضفة الغربية، الأمر الذي قد يفسر ارتفاع معدل قصر القامة في قطاع غزة.

جدول 17.9: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من سوء تغذية حاد أو متوسط حسب بعض الخصائص الخلفية

الوزن مقابل العمر		الطول مقابل العمر		الوزن مقابل الطول		الخصائص الخلفية
-3SD	-2SD	-3SD	-2SD	-3SD	-2SD	
الجنس						
0.1	2.2	1.3	7.0	0.3	1.6	ذكور
0.3	2.8	1.9	8.1	0.3	1.3	إناث
عمر الطفل بالأشهر						
0.1	1.9	1.3	3.4	0.6	1.9	أقل من 6 أشهر
0.0	3.0	0.8	3.5	0.3	4.1	6 – 11
0.2	2.9	1.8	10.5	0.3	2.0	12 – 23
0.4	2.6	1.6	7.4	0.4	0.7	24 – 35
0.3	2.0	2.0	8.3	0.1	0.3	36 – 47
0.2	2.4	1.5	8.1	0.2	1.0	48 فأكثر
المؤهل العلمي						
1.0	4.9	3.0	11.5	0.6	1.5	لا شيء
0.2	2.9	1.7	8.8	0.4	1.7	ابتدائي
0.0	1.7	1.2	6.3	0.0	1.2	إعدادي
0.1	2.0	1.1	5.7	0.4	1.5	ثانوي فأعلى
نوع التجمع						
0.1	2.4	1.8	7.6	0.2	1.6	حضر
0.4	3.3	1.6	8.1	0.5	1.4	ريف
0.1	1.3	1.1	6.2	0.2	1.1	مخيم
المنطقة						
0.2	2.5	1.6	7.5	0.3	1.4	الأراضي الفلسطينية
0.2	2.6	1.4	7.0	0.3	1.5	الضفة الغربية
0.2	2.4	1.9	8.3	0.2	1.4	قطاع غزة

وباستخدام المجتمع المرجعي الدولي، يتضح أن 8.2% من الأطفال الفلسطينيين يعانون من قصر القامة مقابل 2.0% يعانون من الهزال. ومن الجدير بالذكر أن نسبة قصر القامة تفوق مثلتها التي تم الحصول عليها باستخدام المجتمع المرجعي المحلي (7.5%). وهذا يعني أن الأطفال الفلسطينيين بشكل عام يميلون إلى القصر بشكل أكثر من المجتمع المرجعي الدولي.

جدول 18.9: الوزن مقابل الطول نسبة لفئات الانحراف المعياري للطول مقابل العمر، باستخدام المرجع الدولي للسكان

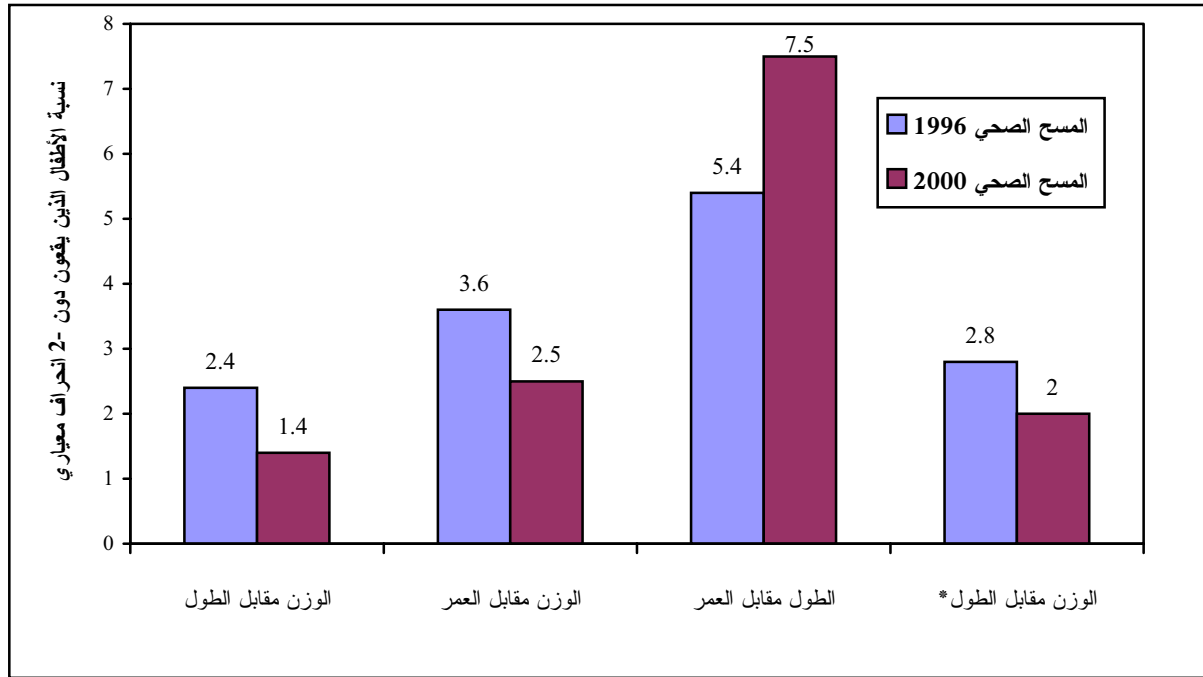
الوضع الغذائي	الضفة الغربية	قطاع غزة	الأراضي الفلسطينية
قصر القامة	7.8	8.9	8.2
الهزال	2.1	2.0	2.0

مقارنة مع بيانات المسح الصحي للعام 1996:

يتضح من استخدام بيانات المسح الصحي للعام 1996 لأغراض المقارنة مع بيانات عام 2000 أن هنالك نسبة أقل من الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن والهزال في عام 2000، لكن هنالك الكثير من الأطفال الذين يعانون من قصر القامة.

تضاعفت نسبة قصر القامة بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة أشهر وفي الفئة العمرية 12 - 23 شهراً. ومن الصعب إيجاد تفسير لذلك من البيانات المتوفرة، إلا أن ما تعنيه بكل وضوح هو أن الأطفال الفلسطينيين أقصر طولاً عام 2000 من نظرائهم في عام 1996. ومع أن قصر القامة يعتبر نتاجاً للإساءة المزمنة للأطفال، إلا أن أسبابه متعددة وتتفاوت بين سوء التغذية المزمن (إلا أنه ليس بالسبب المباشر في هذه الحالة خاصة وأن عدد الأطفال الذين يعانون من الهزال هو أقل، (2.5%) في المسح الصحي لعام 2000 و(4.4%) في المسح الصحي لعام 1996)، والأمراض المتكررة، والالتهابات المزمنة، والتوتر العقلي. تجدر الإشارة إلى أن السبب الأكثر احتمالية يتمثل في سوء تغذية الأطفال المهمشين على مدار السنين (وهذا غير متوفر في بيانات سنة 2000)، الأمر الذي يؤدي بالتالي إلى زيادة النسبة الكلية للمصابين بقصر القامة. وقد كان هذا مذكوراً في بيانات المسح للعام 1996، حيث تبين أن الأطفال قصار القامة كانوا بشكل رئيسي من قرى الضفة الغربية (9.5%) ومدن ومخيمات قطاع غزة (9.3% و8.7% على التوالي).

شكل 1.9: نسبة الأطفال دون 2- إنحراف معياري للوزن مقابل الطول، والوزن مقابل العمر، والطول مقابل العمر باستخدام المجتمع المرجعي المحلي والوزن مقابل الطول باستخدام المجتمع المرجعي الدولي (1996، 2000)



* الوزن مقابل الطول باستخدام المرجع العالمي للسكان

7.9 الإسهال:

يعتبر الجفاف الناتج عن الإسهال الشديد سبباً رئيساً للأمراض والوفيات بين الأطفال صغار العمر. ويتمثل أحد الردود البسيطة والفعالة على الجفاف في إعطاء الطفل المصاب المزيد من السوائل التي تأتي على شكل علاج للجفاف يعطى عن طريق الفم، والذي يشمل بعض أملاح معالجة الجفاف وأية سوائل أخرى². كما يتم تشجيع تناول الطعام خلال الإصابة بالإسهال، والتي تأخذ شكل حليب طبيعي للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 6 أشهر وأغذية صلبة للأطفال الأكبر عمراً من أجل تجنب سوء التغذية، الذي قد يتسبب في وضع أسوأ³.

فيما يتعلق بانتشار وعلاج الإسهال حسب خصائص مختارة، تجدر الإشارة إلى أن المسح كان قد أجري في فصل الربيع، حيث كان عدداً أقل من حالات الإسهال متوقعاً. من الجدير بالذكر أن 6.7% من الأطفال عانوا من الإسهال في الأسبوعين السابقين للمسح. وقد كان الذكور أكثر تأثراً من الإناث. وكانت النسبة الكبرى بين الأطفال في عمر 6 - 11 شهراً و 12 - 23 شهراً خاصةً وأن هذا العمر الذي يكون فيه الأطفال أكثر عرضة للميكروبات التي من شأنها أن تؤدي إلى الإصابة بالإسهال، والتي تكون موجودة في طعام العائلة الذي يقدم للطفل والذي لا يكون معقماً، بالإضافة إلى أن الأطفال يقومون بوضع أي شيء في أفواههم. بعد هذا العمر، يطور الأطفال قدرة على التحمل ومناعة أفضل مما يؤدي إلى انخفاض في نسبة الإسهال إلى حوالي الثلث. وقبل عمر 6 أشهر، من المرجح أن يقتصر ما يتناوله الأطفال على الرضاعة الطبيعية أو التغذية عن طريق الزجاجات المعقمة، وأن ينحني الأطفال

² الزعتري ف، حسين م، شوقي ج، ووي أكيشور س (Way A and Kishor S)، 1996. المسح الديموغرافي والصحي المصري، 1995. المجلس الوطني للسكان (مصر). وماكرو انترناشيونال انك، كاليفيرتون، ميريلاند (الولايات المتحدة الأمريكية).

³ منظمة الصحة العالمية، 1992. مساق تدريبي في إدارة الإسهال، دليل المشارك.

ويتناولون الطعام بأيد غير نظيفة أو طعام غير نظيف. وتشير البيانات المتوفرة إلى أن تعليم الأم لم يشكل اتجاهًا محددًا في نسبة الإسهال، وتبين أنه أكثر انتشاراً بين الأطفال الذين يعيشون في المناطق الريفية وفي الضفة الغربية. ومن بين الأسباب التي يحتمل أن تفسر ذلك هو أن المناطق الريفية تتمتع بأقل نسبة من شبكة المياه (63.3% مقارنةً بحوالي 91.9% في مناطق الحضر و 89.4% في مخيمات اللاجئين).

جدول 19.9: نسبة السكان حسب المصدر الرئيس لمياه الشرب ونوع التجمع

نوع التجمع	المصدر الرئيس لمياه الشرب					
	شبكة مياه عامة موصولة بالمنزل	شبكة مياه عامة بدون تمديدات	بئر مع تمديدات	بئر بدون تمديدات	صهريج	قناة/نبع
حضر	91.9	2.0	3.5	0.9	1.4	0.0
ريف	63.3	0.9	21.9	5.3	6.0	2.5
مخيم	89.4	7.0	1.0	0.6	1.1	0.2
الأراضي الفلسطينية	83.1	2.4	8.5	2.2	2.7	0.8

كما أن المناطق الريفية تعتبر أقل المناطق التي تتصل بشبكات عامه للصرف الصحي (6.8%) مقارنةً بمناطق الحضر (56.4%) والمخيمات (71.2%)، الأمر الذي يزيد من احتمالات تلوث مياه الشرب. وهذا لا يعني أن الوضع الصحي في المخيمات أفضل منه في الريف أو الحضر، إذ ان شبكات الصرف الصحي في المخيمات مكشوفة، الأمر الذي يزيد من احتمال انتشار الأمراض وتلوث مياه الشرب في المخيمات بشكل أكبر.

تم بحث قضايا الأطفال الذين يتلقون علاجاً مناسباً حسب بعض الخصائص الخلفية. وبشكل عام، تلقى ما نسبته 99.1% من الأطفال علاجاً مناسباً مثل، الرضاعة الطبيعية، والشوربات، والسوائل البيئية، وأملاح معالجة الجفاف (ORS)، والوصفات الخاصة بالرضع أو المياه مع الطعام.

جدول 20.9: التوزيع النسبي للأسر حسب نوع نظام الصرف الصحي، والمنطقة، ونوع التجمع

نوع نظام الصرف الصحي	المنطقة			نوع التجمع	
	الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	حضر	ريف
شبكة صرف صحي عامة	43.9	59.3	36.5	56.4	6.8
حفرة مجاري	55.4	40.6	62.4	43.0	92.0
وسائل أخرى	0.3	0.0	0.5	0.2	0.4
لا يوجد	0.4	0.1	0.6	0.4	0.2

بما أن نسبة تقديم العلاج اللازم كانت مرتفعة إلى حد ما، كان من الصعب ملاحظة أية اختلافات في خصائص الأطفال. إلا أن بعض الاختلافات اتضحت فيما يتعلق بتعليم المرأة والعلاج المناسب مع الازدياد التدريجي من 96.9% بين الأمهات الأميات إلى 100% بين الأمهات اللواتي حصلن على تعليم إعدادي وثانوي فأعلى. أما بالنسبة للأطفال في الفئة العمرية 0 - 6 أشهر و 6 - 12 شهراً، تلقى 96.4% و 76.8% منهم رضاعة طبيعية مناسبة. كما تبين أن غالبية

الأطفال تلقوا ماء مع الطعام (80.1%) وسوائل معدة في البيت (71.4%)، وشوربات (57.7%)، وحليباً جافاً (35.2%)، وأملاح معالجة الجفاف (20.6%) التي شكلت أدنى نسبة.

يمكن ربط تدني استخدام معالجة الجفاف بتدني نسبة الاستشارة الطبية (50%)، خاصةً وأنه يتعين على المعنيين الحصول على وصفة طبية ومن ثم شراء مثل هذه الأملاح من الصيدلية، بينما تتوفر كافة الأغذية الأخرى عادةً في البيت. وبشكل عام، تشير النتائج إلى أن الأمهات كن مدركات لخطورة الإسهال وتصرفن من هذا المنطلق، حيث شرعن في إجراء بعض أشكال العلاج. حيث أن نسبة الذين لم يعملوا على تقديم أي علاج بلغت حوالي 0.9%.

جدول 21.9: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا علاجاً حسب نوع العلاج وبعض الخصائص الخلفية

الأطفال المصابين بالإسهال ممن تلقوا						تلقوا علاجاً	أصيبوا بالإسهال	الخصائص الخلفية
ماء مع طعام	حليباً آخر	أملاح معالجة الجفاف	السوائل المقبولة محلياً	الشوربات	حليب الأم			
الجنس								
80.1	37.4	24.6	73.0	60.1	42.9	99.0	7.0	ذكور
80.1	32.7	15.9	69.5	54.9	39.7	99.3	6.3	إناث
عمر الطفل بالأشهر								
36.9	39.0	17.9	34.2	22.6	96.4	100	7.3	أقل من 6 أشهر
69.9	35.5	29.4	70.0	59.0	76.8	98.4	15.6	6 – 11
92.4	31.6	15.9	76.6	65.1	29.9	100	11.9	12 – 23
91.9	41.1	16.4	85.0	60.1	2.8	96.5	4.8	24 – 35
90.9	35.6	27.1	77.2	64.0	0.0	100	3.1	36 – 47
95.0	33.1	22.1	86.0	67.9	0.0	100	1.4	48 – 59
المؤهل العلمي								
71.3	27.3	26.1	63.2	51.2	40.8	96.9	6.2	لا شيء
79.6	37.3	24.9	78.2	45.3	42.4	97.7	5.7	ابتدائي
81.8	30.1	18.5	71.1	59.4	43.9	100	7.4	إعدادي
80.5	47.0	19.1	71.4	69.3	39.0	100	6.8	ثانوي فأعلى
نوع التجمع								
81.8	35.8	21.0	69.4	56.4	37.6	98.7	6.3	حضر
75.4	35.6	19.7	75.5	60.8	47.2	100	7.6	ريف
84.3	32.5	21.2	69.6	55.2	42.0	98.8	6.3	مخيم
المنطقة								
80.1	35.2	20.6	71.4	57.7	41.4	99.1	6.7	الأراضي الفلسطينية
78.9	39.7	21.5	76.6	65.0	41.3	98.6	7.0	الضفة الغربية
82.1	27.2	19.0	62.2	44.7	41.6	100	6.2	قطاع غزة

ومن بين الأطفال الذين تلقوا سوائل أثناء إصابتهم بالإسهال، يشير المسح إلى ازدياد كمية السوائل المقدمة للأطفال لحوالي 45.1% منهم مقابل 54.5% تلقوا نفس الكمية أو أقل. فيما يتعلق بتناول الطعام، تشير البيانات المتوفرة إلى أن 10.2% من الأطفال تلقوا نفس كمية الطعام أو أكثر مقابل 89.8% تلقوا كمية أقل أو لم يتلقوا أية كمية. هذا وقد

ارتبط تعليم المرأة بازدياد كميات السوائل أو الطعام المقدم للطفل. إلا أن عمر الطفل لم يشكل أي اختلاف في نسب ازدياد تناول السوائل/الطعام. ومن الجدير بالذكر أن الأطفال الذين يعيشون في المناطق الريفية تلقوا كمية سائل قليلة مقارنةً بالأطفال الذين يعيشون في الحضر والمخيمات، بالإضافة إلى أن الأطفال الذين يعيشون في الضفة الغربية تلقوا على الأرجح كمية سائل أقل/متساوية أو كمية طعام أقل/بدون.

جدول 22.9: نسبة الأطفال الذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا سائل أو طعاماً أكثر حسب بعض الخصائص الخلفية

الخصائص الخلفية	طعام أقل أو بدون	نفس السوائل أو أقل	سوائل أكثر	نفس الطعام/أكثر	ازدياد في السوائل وأكل مستمر
الجنس					
ذكور	91.6	51.2	48.1	8.4	45.8
إناث	87.8	58.4	41.6	12.2	39.6
عمر الطفل بالأشهر					
أقل من 6 أشهر	43.6	77.4	22.6	56.4	13.3
6 – 11	88.7	59.2	39.6	11.3	36.0
12 – 23	99.1	48.5	51.5	0.9	51.2
24 – 35	98.6	43.2	56.1	1.4	56.1
36 – 47	100	51.6	48.4	00	48.4
48 – 59	100	58.4	41.6	00	41.6
المؤهل العلمي					
لا شيء	92.4	59.9	39.3	7.6	36.6
ابتدائي	91.8	61.9	38.1	8.2	35.9
إعدادي	89.1	50.8	49.2	10.9	48.4
ثانوي فأعلى	87.2	49.3	49.6	12.8	45.8
نوع التجمع					
حضر	89.6	47.7	52.3	10.4	50.1
ريف	89.6	64.2	34.6	10.4	32.7
مخيم	90.8	56.9	43.1	9.2	40.8
المنطقة					
الأراضي الفلسطينية	89.8	54.5	45.1	10.2	43.0
الضفة الغربية	92.6	57.0	42.4	7.4	40.7
قطاع غزة	84.8	50.0	50.0	15.2	46.9

1.7.9 السعي لاستشارة طبية حول الإسهال حسب المصدر:

بشكل عام، يمكن القول أن 50% من الأمهات سعت إلى الحصول على استشارة طبية، إلا أن هذه النسبة تزداد في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية، وتصل إلى أدنى نسبة لها في المناطق الريفية. ومن الملاحظ أن نسبة الحصول على استشارات طبية كانت أعلى بين الذكور عنها بين الإناث بنسبة 3.2% وبين الأطفال في الفئة العمرية 6 – 11 شهراً، ممن كانت لديهم أعلى نسبة إصابة بالإسهال. وتشير النتائج إلى أن ثلث الأطفال زاروا الطبيب، وبنسبة أكبر من المناطق الريفية والضفة الغربية. كما زار ثلث آخر عيادات الأمومة والطفولة التابعة للحكومة، وبشكل خاص في قطاع غزة والمناطق الريفية. من ناحية أخرى، تبين أن 13.5% من الأطفال زاروا العيادات التابعة لوكالة الغوث الدولية، وبشكل خاص في المخيمات وقطاع غزة. كما زار ما نسبته 10.9% من الأمهات في مناطق الحضر والريف مراكز الوكالة مقابل 37.3% من أطفال المخيمات زاروا المراكز الحكومية. من ناحية أخرى، سعى ما نسبته 3.6% من الأمهات إلى الحصول على استشارة من صيدلية، حيث كانت غالبية من مناطق الحضر وبشكل رئيس من قطاع غزة. وإذا ما تمت إعادة تصنيف الخدمات العامة والخاصة على النحو المبين في جدول (23.9)، يتضح أن الأمهات اللواتي يعشن في المناطق الريفية لم يستفيدون من الخدمات التي تقدمها المنظمات غير الحكومية وأنهن استعملن الخدمات الخاصة بشكل يفوق استعمال الخدمات العامة. أما بالنسبة للأمهات اللواتي يسكن في مناطق الحضر، فإنهن استقدن من الخدمات الخاصة والعامة بشكل متساوٍ وبعض الخدمات التي يقدمها قطاع المنظمات غير الحكومية.

جدول 23.9: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا

استشارة طبية حسب المصدر وبعض الخصائص الخلفية

الخصائص الخلفية	قطاع صحي خاص*	عيادة طبيب	صيدلية	قطاع صحي عام**	وكالة الغوث	مستشفى/ مركز حكومي	منظمة غير حكومية	استشارة أية جهة
الجنس								
ذكور	42.7	33.8	2.5	54.3	15.6	38.7	3.4	51.5
إناث	47.6	33.8	4.8	51.0	10.9	40.1	7.5	48.3
عمر الطفل بالأشهر								
أقل من 6 أشهر	39.3	17.9	8.1	67.3	21.3	46	5.1	47.7
6 – 11	55.6	50.8	1.5	49.1	14.3	34.8	3.2	65.2
12 – 23	37.1	29.1	0.0	58.4	11.2	47.2	4.5	46.3
24 – 35	45	33.1	8.9	47.8	15.2	32.6	1.4	45.7
36 فأكثر	45.5	17.8	9.4	35.5	7.3	28.2	19.0	39.7
نوع التجمع								
حضر	47.1	35.4	6.1	46.6	8.2	38.4	7.1	55.7
ريف	56.0	42.8	0.0	45.6	2.7	42.9	0.0	39.2
مخيم	19.9	14.1	0.0	86.5	49.2	37.3	7.0	53.8
المنطقة								
الأراضي الفلسطينية	44.9	33.8	3.6	52.9	13.5	39.4	5.2	50.0
الضفة الغربية	58.3	48.2	0.8	34.6	6.5	28.1	4.6	46.4
قطاع غزة	25.3	12.7	7.7	79.5	23.7	55.8	6.2	56.3

* يشمل: مستشفى/مركز صحي خاص، وعيادة طبيب، وصيدلية.

** يشمل: مستشفى/مركز صحي حكومي، مستشفى/مركز صحي تابع لوكالة الغوث.

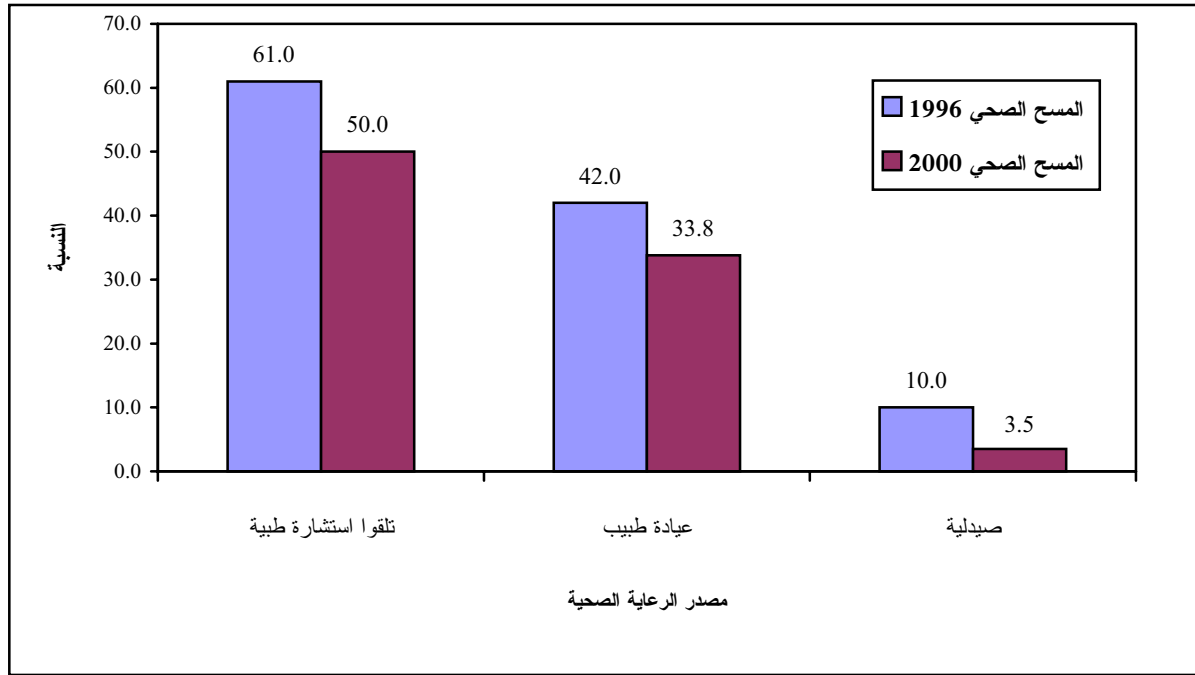
ومن الجدير بالذكر أن عدداً أكبر من الأطفال حصلوا على استشارات من مؤسسات القطاع الخاص في الضفة الغربية منها في قطاع غزة، الأمر الذي يعود على الأرجح إلى ارتفاع نسبة التأمين الصحي الخاص، والتي تبلغ 17.1% في الضفة الغربية مقابل 0.3% في قطاع غزة .

مقارنة مع بيانات المسح الصحي للعام 1996:

تشير بيانات المسح الصحي للعام 1996 إلى أن نسبة الإصابة بالإسهال بلغت حوالي 14.5%، الأمر الذي كان متوقفاً خاصةً وأن المسح كان قد أجري في أشهر الصيف حيث يكون الإسهال أكثر انتشاراً. وقد كانت أعلى النسب انتشاراً بين الأطفال في الفئة العمرية 6 - 23 شهراً في المناطق الريفية وبين الذكور كما هو مبين في المسح الصحي للعام 2000. وقد تم تقييم علاج الإسهال في المسح الصحي للعام 1996 من حيث استخدام أملاح معالجة الجفاف والمحاليل التي تعد في البيت، حيث كانت نسب استخدامهما 26.9% و 9.9% على التوالي. من الجدير بالذكر أن نسبة استخدام الأملاح المضادة للجفاف كانت أعلى من نسبة استخدامها في المسح الصحي للعام 2000. وقد يكون هذا عائد إلى مدى شدة الإسهال أو أنه يعكس نسبة أكبر للذين يسعون للحصول على رعاية صحية مهنية والتي قد ينتج عنها المزيد من الوصفات الخاصة باستخدام أملاح معالجة الجفاف (راجع الشكل 2.9). وقد كانت كمية السوائل المعطاة للأطفال أكبر لدى 53.9% من الأطفال، علماً بأن 33.7% من الأطفال تلقوا نفس كمية الطعام أو أكثر. بالنسبة للأطفال الذين يعيشون في المناطق الريفية، فإنهم تلقوا أقل كمية من السوائل الإضافية، بنسبة تصل إلى 48.9% مقارنة بمناطق الحضر (55.6%) والمخيمات (62.5%). ولم يتم تسجيل تعليم الأم والمنطقة في إدارة الإسهال في المسح الصحي للعام 1996، لذلك فإنه ليس من الممكن مقارنتها.

كان مصدر الإستشارة في المسح الصحي للعام 1996 مختلفاً عنه في المسح الصحي للعام 2000، لذلك فإنه من الصعب مقارنة جميع المتغيرات وإعادة تصنيفها ضمن عام وخاص. وبشكل عام، يمكن القول بأن 61.1% من الأطفال سعوا إلى الحصول على خدمات الرعاية الصحية، أي بشكل أكبر من المسح الصحي للعام 2000 (50%)، الأمر الذي قد يفسر النسبة الكبيرة لاستخدام الأملاح المضادة للجفاف. من ناحية أخرى، حصل عدد أكبر من الاستشارات الطبية في المخيمات عام 1996 بنسبة تصل إلى 70.1% مقابل 59.4% في الحضر و 58.7% في الريف، بشكل مغاير لما كان عليه الحال في المسح الصحي للعام 2000، حيث سعى ما نسبته 53.8% من الأطفال في المخيمات للحصول على استشارة صحية مقابل 39.2% في المناطق الريفية و 55.7% في الحضر. كما سعى 42.1% للحصول على استشارة طبية من عيادة طبيب، وبشكل أكبر في المناطق الريفية كما هو عليه الحال في المسح الصحي للعام 2000. من ناحية أخرى، تشير نتائج المسح الصحي للعام 1996 إلى أن عدداً أكبر من ذوي الأطفال سعوا للحصول على استشارة طبية من الصيدلية، بنسبة تصل إلى 10% مقارنةً بحوالي 3.5% في المسح الصحي للعام 2000. وكانت غالبية هؤلاء الأطفال من المناطق الريفية بنسبة تصل إلى 11.2% وتلتها المخيمات بنسبة 10.2%. وبشكل عام، يمكن القول بأن نسبة أكبر من الذكور سعوا للحصول على استشارة طبية في كلا المسحين.

شكل 2.9: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين لمسحي 1996 و 2000 وتلقوا استشارة طبية حسب المصدر



8.9 التهابات الجهاز التنفسي الحادة:

تعتبر أمراض الجهاز التنفسي الحادة، وبشكل خاص الالتهابات الرئوية، سبباً رئيساً لوفيات الرضع والأطفال صغار العمر. ومن الجدير بالذكر أن التشخيص المبكر للمرض والعلاج باستخدام المضادات الحيوية يمكن أن يحول دون وقوع نسبة كبيرة من الوفيات.

1.8.9 انتشار السعال حسب بعض الخصائص الخلفية:

لقد تبين أن السعال ينتشر بشكل أكبر بين الذكور منه بين الإناث. وبشكل خاص تعتبر الفئة العمرية 6 - 23 شهراً العمر الذي يكون فيه الأطفال أكثر عرضة للإصابة بالمرض وهي فترة بناء المناعة. من الملاحظ أن نسبة السعال تزداد مع ازدياد تعليم المرأة.

كانت أقل نسبة من الحالات موجودة في المناطق الريفية (بنسبة تصل إلى 13.9%)، بينما وجدت أعلى نسبة من الحالات في المخيمات (20.8%). كما أن قطاع غزة شهد نسبة أعلى من الضفة الغربية، الأمر الذي يمكن أن يكون عائداً إلى الازدحام. من ناحية أخرى، بلغت نسبة انتشار السعال المصحوب بسرعة تنفس - والذي يعتبر مؤشراً على وجود التهابات أكثر خطورة - حوالي نصف نسبة انتشار السعال بمفرده (9.1% مقابل 17% على التوالي). وتجدر الإشارة إلى أن نسبة الاستشارة كانت مرتفعة جداً، حيث تراوحت بين 99.0% و 100%. ولم يلاحظ أي اختلاف حسب الجنس، وتعليم المرأة، والمنطقة.

جدول 24.9: نسبة الأطفال الذين عانوا من السعال مع/بدون سرعة تنفس خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا استشارة طبية حسب بعض الخصائص الخلفية

الخصائص الخلفية	السعال	السعال مع سرعة في التنفس	نسبة الذين استشاروا أية جهة
الجنس			
ذكور	19.5	11.3	99.6
إناث	14.5	6.9	99.8
عمر الطفل بالأشهر			
أقل من 6 أشهر	16.6	9.8	99.0
6 – 11	23.7	17.3	100
12 – 23	21.7	11.1	100
24 – 35	15.3	7.6	99.3
36 – 47	15.0	6.7	100
48 – 59	12.4	6.4	99.3
المؤهل العلمي			
لا شيء	11.9	6.9	100
ابتدائي	16.3	8.7	99.7
إعدادي	18.9	10.1	99.3
ثانوي فأعلى	17.8	9.3	100
نوع التجمع			
حضر	17.6	9.2	100
ريف	13.9	7.5	99.5
مخيم	20.8	11.7	99.0
المنطقة			
الأراضي الفلسطينية	17.0	9.1	99.7
الضفة الغربية	15.2	8.4	99.8
قطاع غزة	19.9	10.3	99.6

بما أن التهابات الجهاز التنفسي الحادة ترتبط بازدياد الكثافة السكنية، والأوضاع المزدهمة والتدخين، فإنه قد تم النظر إليها حسب معدل الكثافة السكنية. وقد تبين أن هناك زيادة سريعة في نسبة انتشار التهابات الجهاز التنفسي الحادة من 12.7% بين الأطفال الذين يعيشون في بيوت بكثافة سكنية تصل إلى 0.99 فرد لكل غرفة إلى 39.6% بين الأطفال الذين يعيشون في بيوت بكثافة سكنية تتراوح بين 1 – 1.99 فرد لكل غرفة.

جدول 25.9: نسبة الأطفال الذين يعانون من التهابات الجهاز التنفسي الحادة حسب الكثافة السكنية وبعض الخصائص

الخلفية

الخصائص الخلفية	إصابات الجهاز التنفسي الحادة	لغاية 0.99 شخص لكل غرفة	لغاية 1-1.99 شخص لكل غرفة	لغاية 2-2.99 شخص لكل غرفة	لغاية 3-3.99 شخص لكل غرفة
نوع التجمع					
حضر	غير مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	11.6	42.1	29.2	17.1
	مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	13.0	39.1	29.1	18.8
ريف	غير مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	12.6	41.6	27.6	18.2
	مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	10.6	36.5	32.6	20.3
مخيم	غير مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	11.7	40.9	29.0	18.4
	مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	14.3	44.7	22.1	18.8
المنطقة					
الضفة الغربية	غير مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	13.4	43.2	27.2	16.2
	مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	14.0	38.5	26.4	21.1
قطاع غزة	غير مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	9.4	39.2	31.3	20.1
	مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	11.2	40.9	31.1	16.8
الأراضي الفلسطينية	غير مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	11.9	41.7	28.7	17.7
	مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	12.7	39.6	28.5	19.2

بعد ذلك، تتخفض النسبة تدريجياً لتصل مستوى 19.2% بين الأطفال الذين يعيشون في غرف يسكنها ثلاثة أشخاص فأكثر.

جدول 26.9: نسبة الأطفال الذين يعانون من التهابات الجهاز التنفسي الحادة حسب نسبة التدخين في الأسرة وبعض

الخصائص الخلفية

خصائص مختارة	إصابات الجهاز التنفسي الحادة	غير مدخن	مدخن
نوع التجمع السكني			
حضر	غير مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	39.0	61.0
	مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	44.2	55.8
ريف	غير مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	39.8	60.2
	مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	36.3	63.7
مخيم	غير مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	40.1	59.9
	مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	44.9	55.1
المنطقة			
الضفة الغربية	غير مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	39.3	60.7
	مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	40.2	59.8
قطاع غزة	غير مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	39.5	60.5
	مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	45.2	54.8
المجموع	غير مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	39.4	60.6
	مصاب بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة	42.5	57.5

فيما يتعلق بالتدخين، تبين أن هناك زيادة طفيفة في عدد المدخنين في الأسر التي يعاني أطفالها من التهابات حادة في الجهاز التنفسي في مناطق الريف والحضر وفي الضفة الغربية، إلا أن الحال لم يكن كذلك في المخيمات أو قطاع غزة.

وهذا يعني أن هناك عوامل أخرى تساهم في التهابات الجهاز التنفسي الحادة عدا التدخين وازدحام المسكن، حسب نتائج المسح، الأمر الذي يعد خارج نطاق هذا التقرير.

2.8.9 السعي للاستشارة الطبية حول السعال حسب المصدر:

بشكل عام، يمكن القول بأنه قد تم استخدام الخدمات الصحية الخاصة والعامة بشكل متساو بنسبة تصل إلى 41.0%. إلا أن الخدمات الصحية الحكومية استخدمت بنسبة تفوق نسبة استخدام خدمات الوكالة بمعدل ثلاثة أضعاف، الأمر الذي يعكس على الأرجح مدى توفرها وإمكانية الحصول عليها. كما تقدر نسبة الذين يسعون للحصول على خدمات الرعاية الصحية مباشرة من الصيدلية بحوالي 5.7%، وبشكل أكبر في قطاع غزة، وفي مناطق الحضر والريف، والأطفال الذين تزيد أعمارهم عن 36 شهراً، والذكور. ومن الجدير بالذكر أن تعليم المرأة يزيد من استعمال الخدمات الصحية الخاصة بشكل أكبر من الخدمات العامة، وبالذات العيادات الخاصة. ومن الملاحظ أن الأطفال الذين يعيشون في المخيمات يستعملون الخدمات العامة أكثر مما يستعملون الخدمات الخاصة، وهذا ينطبق أيضاً على الأطفال المقيمين في قطاع غزة، والأطفال المقيمون في الريف يستفيدون من الخدمات الخاصة أكثر من العامة، وهذا ينطبق أيضاً على أطفال الضفة الغربية. كما أن الخدمات الحكومية تستخدم بنسبة تفوق استخدامها خدمات وكالة الغوث بحوالي ثلاثة أضعاف. ويستخدم ما نسبته 29.0% من أطفال المخيمات الخدمات الحكومية مقابل 5.5% من أطفال الريف و4.8% من أطفال الحضر يستفيدون من خدمات وكالة الغوث الدولية. تشير البيانات المتوفرة إلى أن معدل زيارات الأطفال لعيادات الأطباء الخاصة في الضفة الغربية يفوق مثيله في قطاع غزة بمعدل ثلاثة أضعاف، وقد يكون ذلك عائد إلى أن الكثير من الأطفال في الضفة الغربية يتمتعون بتأمين صحي خاص (17.1% في الضفة الغربية مقابل 0.3% في قطاع غزة) إضافةً إلى أنهم يتمتعون بوضع اقتصادي أفضل من نظرائهم في قطاع غزة.

جدول 27.9: نسبة الأطفال ممن أصيبوا بالسعال مع/بدون تنفس سريع خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا
استشارة طبية حسب المصدر وبعض الخصائص الخلفية

الخصائص الخلفية	عيادة طبيب	صيدلية	وكالة الغوث	مركز/مستشفى حكومي	قطاع عام*	قطاع خاص**	منظمة غير حكومية
الجنس							
ذكور	26.6	6.3	14.3	30.7	45.0	40.4	5.4
إناث	28.1	4.9	8.4	27.5	35.9	41.2	5.5
عمر الطفل بالأشهر							
أقل من 6 أشهر	28.0	1.7	12.8	35.9	48.7	34.7	4.0
6 – 11	36.6	2.6	13.7	33.4	47.1	50.5	6.9
12 – 23	31.1	5.6	12.7	28.2	40.9	44.4	3.9
24 – 35	19.2	3.7	11.6	33.5	45.1	32.1	6.1
36 – 47	23.6	10.4	9.9	25.1	35.0	38.8	6.6
48 فأكثر	24.7	9.1	9.9	21.7	31.6	42.8	5.8
المؤهل العلمي							
لا شيء	13.1	0.9	20.3	28.5	48.8	22.6	1.8
ابتدائي	23.0	6.3	12.4	28.9	41.3	36.2	6.5
إعدادي	27.9	7.0	10.4	31.2	41.6	43.4	5.5
ثانوي فأعلى	34.6	5.3	11.0	26.5	37.5	42.8	5.9
نوع التجمع							
حضر	27.7	6.6	4.8	32.8	37.6	42.3	6.9
ريف	35.8	5.8	5.5	21.3	26.8	50.8	3.7
مخيم	15.7	3.0	39.9	29.0	68.9	24.2	3.4
المنطقة							
الأراضي الفلسطينية	27.2	5.7	11.8	29.3	41.1	40.8	5.5
الضفة الغربية	38.4	4.6	6.0	17.5	23.5	54.5	6.2
قطاع غزة	13.6	7.1	18.9	43.7	62.6	24.1	4.5

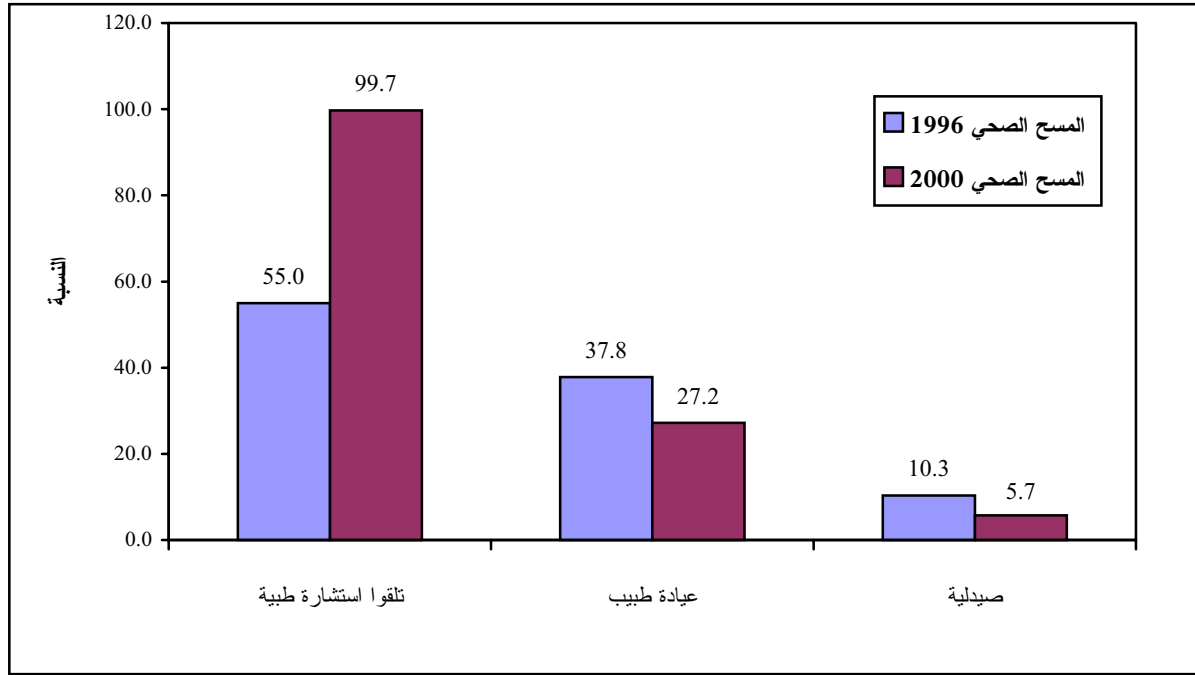
* تشمل: مستشفى/مركز صحي حكومي، مستشفى/مركز وكالة الغوث.

** يشمل: مستشفى/مركز صحي خاص، عيادة طبيب، صيدلية.

مقارنة مع المسح الصحي للعام 1996:

أظهر المسح الصحي الذي أجري في صيف عام 1996 أن 22.5% من الأطفال عانوا من التهابات الجهاز التنفسي في الأسبوعين الأخيرين السابقين للمسح. خلافاً لذلك، أظهر المسح الصحي الذي أجري في ربيع عام 2000 أن 17.0% من الأطفال عانوا من التهابات الجهاز التنفسي في الأسبوعين الأخيرين السابقين للمسح، ويعتبر ذلك مغايراً للتوقعات، حيث أن المنتبغ للموضوع يرى أن هناك عدداً أكبر من الأطفال يعانون من التهابات الجهاز التنفسي في الربيع مقارنة بفصل الصيف، ويعود السبب في ذلك إلى اختلافات في طريقة جمع البيانات، حيث في المسح الصحي لعام 1996، تم سؤال الأمهات عما إذا كان أطفالهن يعانون من الرشح (المصحوب بمخاط من الأنف) أو السعال، ولكن في المسح الصحي 2000، تم سؤال الأمهات عما إذا كان الأطفال يعانون من سعال أو سرعة في التنفس. ومن الجدير بالذكر أنه من المتوقع أن يعاني عدد أكبر من الأطفال من الرشح مقارنةً بالسعال، وفقاً لنتائج المسح الصحي للعام 1996.

شكل 3.9: نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين يعانون من سعال مصحوب او غير مصحوب بسرعة في التنفس خلال الاسبوعين السابقين للمسح وتلقوا استشارة طبية حسب المصدر وبعض الخصائص الخلفية



في المسح الصحي للعام 1996، سعى حوالي نصف الآباء إلى استشارات تتعلق بالتهابات الجهاز التنفسي مقارنةً بحوالي 100% لسنة 2000. كما أن 37.8% لجأوا إلى عيادات الأطباء و10.3% لجأوا إلى الصيدليات في عام 1996 مقارنةً بحوالي 27.2% و5.7% على التوالي عام 2000.

وهذا يعني أنه من المرجح أن يكون الآباء في سنة 2000 أكثر إدراكاً لحقيقة أن التهابات الجهاز التنفسي يشكل سبباً رئيساً لوفيات الأطفال صغار العمر ممن يسعى ذوهم للحصول على استشارات بين 100% من الحالات. كما أن سلوكهم الصحي يعتبر أكثر ملاءمة من حيث أنهم يستخدمون الصيدليات بشكل أقل كمصدر أول للعلاج.

من الصعب التعليق على تدني استخدام الآباء لعيادات الأطباء في عام 2000 مقارنة بعام 1996؛ وذلك لعدم توفر مؤشرات أخرى للقطاع الخاص لم تكن متوفرة في عام 1996.

ملخص تنفيذي:

* هناك نسبة عالية للتطعيم لكافة الأمراض، ما عدا التطعيم ضد السل في المناطق الريفية والحضرية والحصبة في المناطق الحضرية. الأمر الذي يتطلب البحث والدراسة لمعرفة مسببات انخفاض نسبة التغطية لهذه المطاعيم لوضع الخطط للتدخل.

* أطفال المناطق الريفية أكثر عرضة للإصابة بالإسهال من غيرهم، ولا يتلقى هؤلاء الأطفال العلاج المناسب في أغلب الأحيان. وهذا ما يدعو إلى البحث في أسباب الإسهال في هذه المناطق، والاستمرار في علاجه مع التركيز على العائلات التي تسكن في هذه المناطق.

* تنتشر أمراض الجهاز التنفسي في المخيمات، ويرتبط انتشارها بالكثافة السكانية ووجود مدخنين في الأسرة، ولقد لوحظ تقدم مالموس في معالجة أمراض الجهاز التنفسي منذ عام 1996، ولا يزال هناك مجالاً للتدخل ومعالجة هذه المشكلة في المخيمات.

* تلت الأمهات توقفن عن الرضاعة الطبيعية لأسباب يمكن تجنبها لو كان هناك إرشاد، ووجد أن الفطام في الأشهر الثلاث الأولى بلغ أعلى نسبة في المناطق الريفية، من هنا نجد أن هناك حاجة إلى استمرارية الإرشاد المتعلق بالرضاعة الطبيعية، ليشمل جميع الأمهات خاصة في المناطق الريفية.

* هناك نقص في تناول حبوب فيتامين "أ" وأملاح اليود في المخيمات وفي قطاع غزة بشكل خاص، وعليه يجب توفير كل منهما، ويجب أيضا عمل حملات توعية تستهدف العاملين في مجال الصحة والأهل.

* تدل مؤشرات التغذية على أن نسبة الأطفال الفلسطينيين الذين يعانون من قصر القامة هي أكثر مما كان عليه الحال في عام 1996. وتشير التحليلات المؤقتة إلى أن قصر القامة يصيب العائلات الفقيرة في حضر وأرياف قطاع غزة، بينما نجد أن أطفال مخيمات اللاجئين لا يعانون من هذه المشكلة، ونجد أن هناك حاجة ماسة للمزيد من البحث، خاصة أن بيانات برامج الصحة المدرسية المتعلقة بالأطفال الذين تبلغ أعمارهم 6 سنوات، أظهرت نتائج مماثلة في السنوات الأربع الماضية.

التطعيم:

* يعتبر الاعتماد على ذاكرة الأم أقل دقة من الاعتماد على بطاقات التطعيم، فيما يخص تطعيم الأطفال في الضفة الغربية وقطاع غزة، وإن بطاقات التطعيم تتوفر لدى ثلاثة أرباع الأطفال فقط، والتي أقلها في المخيمات، وهناك توفر أكبر لعدد بطاقات التطعيم لعام 2000 أكثر من عام 1996.

* هناك زيادة قليلة في تناول الجرعة الثالثة من مطعموم الثلاثي في عام 2000، والجرعة الثالثة لمطعموم شلل الأطفال، ومطعموم الحصبة/النكاف/الحصبة الألمانية، وزيادة ملحوظة في تلقي مطعموم التهاب الكبد "ب" بالمقارنة مع عام 1996.

* تعتبر نسبة تلقي مطعموم السل أدنى نسبة وخاصة في المناطق الريفية، وقد بلغت نسبة تلقي المطعموم ضد الثلاثي وشلل الأطفال (التي توفر من قبل وكالة الغوث في المخيمات). بينما مطعموم كل من الحصبة/النكاف/الحصبة

الألمانية ومطعم التهاب الكبد "ب" وصل أعلى نسبة في المناطق الريفية والحضرية، والذي يقدم من قبل وزارة الصحة.

* تشرف وزارة الصحة الفلسطينية على تطعيم الأطفال في الضفة الغربية بشكل عام، حيث أن هناك نسبة ضئيلة من الأطفال الذين تشرف على تطعيمهم وزارة الصحة الإسرائيلية ممن يسكنون في مدينة القدس. كما تشير التغييرات البسيطة في التحصين ضد مطعم السل والحصبة، عندما يستثنى الأطفال الفلسطينيون الذين يسكنون في القدس.

التوصيات:

1. يعتبر الاعتماد على ذاكرة الأم أقل دقة من الاعتماد على بطاقات التطعيم فيما يخص تطعيم الأطفال، وبالتالي من الأفضل مراجعة بطاقات التطعيم في حالة توفرها.

2. إن هناك حاجة إلى مزيدٍ من البحث للنظر بأسباب انخفاض نسبة تلقي مطعم السل في الضفة الغربية، وهذا يدعو إلى تحليل بيانات القدس بشكل منفصل عن الضفة الغربية في البداية، من أجل تقييم نسبة تلقي مطعومي السل والحصبة خاصة ، وذلك بسبب اختلاف برنامج التطعيم.

3. إن حساب النسبة المئوية لتلقي المطعم لكل الأطفال دون سن الخامسة هي غير دقيقة، حيث أن نسبة تلقي المطاعيم للأطفال في عمر 12-23 شهراً تعطي مدلولات أكثر حول نسبة التغطية لجميع المطاعيم باستثناء مطعم الحصبة/النكاف/الحصبة الألمانية، حيث أن العمر المناسب لاعطاء معلومات أدق حول تغطيته هو 24-35 شهراً.

الرضاعة الطبيعية:

* هناك تحسن في ممارسة الرضاعة الطبيعية المبكرة لعام 2000 عما كان عليه الحال في العام 1996، خاصة بسبب ممارسات أفضل في المناطق الحضرية. كما أن هناك المزيد من الأطفال الذين رضعوا حتى سن 6-9 أشهر وهناك المزيد من الأطفال الذين تم فطامهم عندما بلغوا ثلاثة أشهر في العام 2000، وذلك مقارنة مع العام 1996، وقد يكون السبب في ذلك ارتفاع نسبة الأمهات العاملات في عام 2000.

* ما تزال نسبة الأطفال الذين لم يرضعوا طبيعياً منخفضة لتبلغ 2%. ومن ناحية أخرى، فإن ثلث الأطفال فطموا لأسباب مختلفة، مثل عدم وجود حليب كافٍ لدى الأم أو لأن الطفل رفض الرضاعة من الأم.

* يتم إعطاء السوائل للأطفال في سن ثلاثة أشهر، كما تعطى الأطعمة الصلبة في سن ستة أشهر. وهناك عدد أقل من الأطفال أقل من سنة الذين أعطوا حليباً طازجاً أو مياهاً محلاة في العام 2000 مقارنة بالعام 1996.

التوصيات:

1. يمكن منع الفطام المبكر من خلال إرشاد الأم وتقديم الدعم لها، حيث أن التوعية الصحية التي تستهدف أسباب الفطام تستطيع أن تخفض نسبة الفطام بالثلاث. ويمكن تشجيع الممارسات المرغوبة في التغذية التكميلية للطفل من خلال تقديم المعلومات للأم.

فيتامين أ/د:

* تبلغ نسبة تناول فيتامين "أ" 50%، النسبة منخفضة في المخيمات وقطاع غزة، وهناك نقص عام في توفر أملاح اليود خاصة في قطاع غزة.

التوصيات:

1. تشجيع الدراسات والأبحاث الهادفة إلى دراسة أسباب انخفاض نسبة تناول فيتامين "أ" وأملاح اليود، ويجب زيادة معرفة الأطباء والناس العاديين بفوائد فيتامين "أ" واليود. كما يجب توفير أملاح اليود بشكل أكبر، وخاصة في المخيمات وقطاع غزة. ويجب الحث على تناول حبوب فيتامين "أ" وخاصة بين الأطفال في المخيمات وقطاع غزة.

التغذية:

* تعاني الإناث من قصر القامة ونقص الوزن أكثر من الذكور، ويؤثر تعليم الأم بشكل إيجابي على طول الطفل وبدرجة أقل على وزنه.

* تدل مؤشرات التغذية على أن أطفال المخيمات يتمتعون بصحة أفضل من أطفال الحضر والمناطق الريفية.

* يعاني أطفال قطاع غزة من قصر القامة بشكل أكبر من أطفال الضفة الغربية، الأمر الذي زاد من نسبة الأطفال الذين يعانون من قصر القامة في الأراضي الفلسطينية. وباستخدام المرجع العالمي للسكان نجد أن أطفال فلسطين أقصر ممن هم في عمرهم في المجتمع المرجعي.

وبشكل عام، فإن هناك نسب الأطفال الذين يعانون من الهزال ونقص الوزن في عام 2000 أقل منها في عام 1996، وبالمقابل فإن هناك نسبة أكبر من الأطفال يعانون من قصر القامة عام 2000 مقارنة بعام 1996، مما يدل على أن الأطفال بشكل عام يعانون أكثر من قصر القامة. ولقد تم ملاحظة نفس النتائج في بيانات برنامج الصحة المدرسية في الضفة الغربية من خلال مقارنة نسبة الأطفال الذين يعانون من قصر القامة في الصف الأول في الفترة الواقعة ما بين 1997 و1999، حيث ارتفعت النسبة من 2.06% لتصل إلى 2.58% خلال الفترة المذكورة والتي غطت 40,000 طالب في كل عام.^{4 5}

وتم التوصل أيضا إلى نفس النتائج في المسح الديمغرافي لعام 1992 وعام 1995 في مصر، والتي ركزت على الأطفال دون سن الخامسة. وقد أظهرت النتائج أن المزيد من الأطفال يعانون من مؤشرات سوء التغذية الثلاثة بشكل أكبر عام 1995 مقارنة بعام 1992.⁶

⁴ زيادة س، الخطيب و، سكيك م، عرقوب ع، أكورسي س وكوغو سي، الواقع الصحي لطلاب الصف الأول في فلسطين، برنامج الصحة المدرسية الوطني لعام 1997، وزارة الصحة الفلسطينية.

⁵ وزارة الصحة الفلسطينية، دائرة المعلومات والإحصاءات، نشاطات فريق الصحة المدرسية للعام الدراسي 98/97 و 99/98

⁶ الزيناتي ف، حسين م، شوقي ج، واي أ وكيشور س، المسح الصحي والسكاني المصري لعام 1995، مجلس السكان الوطني (مصر) وماكرو العالمية، 1996، كالفرتون، ماريلاند، الولايات المتحدة الأمريكية

التوصيات:

1. تعتبر مقاييس الطول والوزن مقابل عمر الطفل مؤشرا أفضل على جودة التغذية من الوزن مقابل الطول، لذا هناك حاجة إلى المزيد من الدراسات والأبحاث لدراسة العوامل التي تؤدي إلى قصر قامة أطفال فلسطين، بسبب التزايد في عدد الأطفال الذين يعانون من قصر القامة في عام 2000، بالمقارنة عما كان عليه الحال في العام 1996.

الإسهال:

* ينتشر الإسهال بشكل أكبر في فصل الصيف، وبلغت نسبة انتشاره بشكل أكبر بين الذكور والأطفال الذين يعيشون في الريف والأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-23 شهراً.

* غالبية الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال تلقوا علاجاً مناسباً، ولكن فقط 45.1% تناولوا كميات أكثر من السوائل و90% تناولوا كميات طعام أقل، أو لم يتناولوا الطعام على الإطلاق أثناء إصابتهم بالإسهال.

* نسبة الأطفال الذين تناولوا سوائل كانت أقل في المناطق الريفية، ويعتمد أطفال الأرياف على القطاع الخاص في تلقي الخدمات الصحية، بينما يعتمد أطفال المخيمات بشكل أساسي على الخدمات الصحية العامة، ويعتمد أطفال الحضر على الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص والقطاع العام على حد سواء، بالإضافة إلى أن استخدام المرافق الصحية يعتمد على إمكانية الوصول إليها وتوفرها وتكلفتها.

* نسبة أقل من الأمهات سعين للحصول على استشارة طبية للإسهال عام 2000 مقارنة بالعام 1996، وقد يعود ذلك إلى ازدياد في معرفة الأهل والأطباء لطريقة معالجة الإسهال، بعد الحملة التي بدأتها منظمة اليونيسف عام 1995.

التوصيات:

1. يجب توفر الخدمات الصحية العامة في المناطق الريفية؛ مثل توفر شبكات مياه عامة موصولة بالمنزل وشبكات مجار سليمة.

2. استمرار التركيز على التنقيف الصحي حول الإسهال والتركيز على الأمهات اللواتي يسكن في المناطق الريفية.

3. إجراء وتنفيذ دراسات تبحث في أسباب أن ربع أطفال المخيمات يتلقون العلاج في خدمات صحية حكومية، فهل يعود السبب إلى تقصير في خدمات وكالة الغوث الدولية؟ بالرغم من أنها تعمل بنفس عدد ساعات الدوام التي تعملها المراكز الصحية الحكومية.

4. 50% من الأمهات اللواتي عانى أطفالهن من الإسهال حصلن على استشارة طبية. نسبة أطفال المخيمات الذين تمت معالجتهم في مراكز صحية حكومية، هي أكبر من عدد أطفال الريف والحضر الذين سعوا لتلقي الرعاية الصحية في مراكز وكالة الغوث.

أمراض الجهاز التنفسي:

* لقد سجلت نسبة الإصابة بالسعال أعلى درجاتها في المخيمات وأدناها في المناطق الريفية. إن أسباب السعال متعددة العوامل وتعتبر الكثافة السكانية والتدخين من العوامل المسببة لهذا المرض.

التوصيات:

1. لا يعتبر السعال دليلاً دقيقاً على وجود التهاب في الجزء السفلي للجهاز التنفسي، ويجب البحث عن أعراض أخرى مثل الحمى، والتنفس السريع وقلة تناول الطعام...الخ.
2. هناك حاجة إلى المزيد من الأبحاث والدراسات للبحث في أثر الكثافة السكانية والتدخين، والعوامل الأخرى التي تسبب السعال، من أجل توضيح وجود نسبة عالية من أمراض الجهاز التنفسي في المخيمات، ووجود نسبة منخفضة في الأرياف.

الفصل العاشر

الصحة العامة

1.10 مقدمة:

في إطار الحديث عن الأولويات الوطنية فإنه من غير الممكن التغاضي عن قضايا الصحة العامة. ولعل الوضع في فلسطين أكثر حساسية بسبب الظروف غير الاعتيادية التي شهدتها الأراضي الفلسطينية طوال سنوات الاحتلال الإسرائيلي الطويلة لها. لقد تسببت الآثار السلبية التي خلفها الإهمال المنهج والمتعمد للخدمات الاجتماعية والصحية الناجمة عن سياسات الاحتلال في تدهور الوضع الصحي للفلسطينيين في كافة الأعمار، الأمر الذي نتج عنه وجود تركيبة مرضية فريدة وواسعة من أمراض كل من العالمين الأول والثالث بين الفلسطينيين. ففي الوقت الذي تنتشر فيه أمراض فقر الدم وأمراض الطفيليات، فإننا نرى أيضا انتشار أمراض ضغط الدم، والسكري، والسرطان، وأمراض القلب. وبالمحصلة، وفي مرحلة لاحقة، فقد أصبح تحقيق الدور المناط بالسلطة الوطنية الفلسطينية أكثر صعوبة.

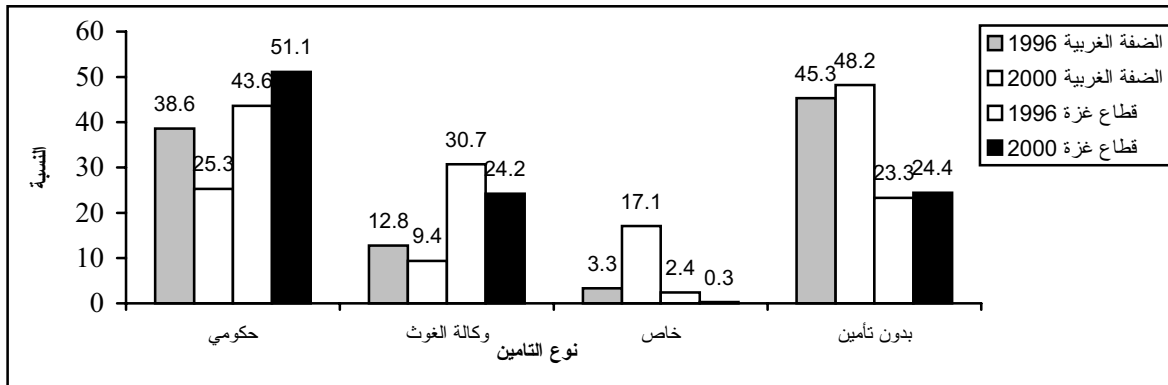
فيما يلي تحليل لمجموعة من البيانات المختارة من النتائج الأساسية للمسح الصحي - 2000 الذي نفذه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، والتي تم التركيز فيها على قضايا أساسية في مجال الصحة العامة مثل؛ تغطية التأمين الصحي، والأمراض المزمنة، والتدخين، ومرض نقص المناعة المكتسبة، ومفهوم الصحة الإيجابية.

2.10 تغطية التأمين الصحي:

تعتبر تغطية التأمين الصحي واحدة من أبرز المجالات الشائكة في النظام الصحي الفلسطيني. ويعود ذلك إلى ندرة الموارد الوطنية بالإضافة إلى تنوع الأمراض واسعة الانتشار، مما يعيق توفير رزم تأمين صحي وطني شاملة للجمهور الفلسطيني.

توفر خدمات التأمين الصحي ثلاث جهات رئيسة: الحكومة، ووكالة الغوث الدولية، وشركات التأمين الخاصة. و يندرج تحت مظلة التأمين الصحي الحكومي ثلاث فئات: تأمين الضمان الاجتماعي، والتأمين العسكري، وتأمين وزارة الصحة.

شكل 1.10: التوزيع النسبي للأشخاص حسب نوع التأمين الصحي والمنطقة (1996، 2000)



باستثناء العسكريين، يندرج التأمين المقدم لجميع العاملين في مختلف مؤسسات السلطة الوطنية الفلسطينية والمؤسسات المرتبطة بها، تحت مظلة تأمين وزارة الصحة.

يبين الشكل (1.10) نسب تغطية التأمين حسب المنطقة ونوع التأمين، للعامين 1996 و2000. وفقاً للمسح الصحي 2000، فمن الملاحظ أن نسبة استخدام التأمين الصحي الحكومي في قطاع غزة بلغ 51.1% مقارنة بحوالي 25.3% في الضفة الغربية، وقد لوحظ وجود صورة مشابهة في المسح الصحي للعام 1996 وإن كانت الفجوة أصغر بين المنطقتين. آخذين بعين الاعتبار العدد الكبير من العمال الغزيين العاملين داخل الخط الأخضر، فإن تفسير ذلك يكمن في حقيقة أنه لا بد لهؤلاء من أن يكونوا مؤمنين صحياً، الأمر الذي تم الترتيب له بالاستفادة من نظام التأمين الصحي التابع لوزارة الصحة الفلسطينية مما يفسر الارتفاع المذكور في استخدام هذه الفئة من فئات التأمين الصحي بشكل خاص في قطاع غزة.

من الناحية الأخرى، يخلق "وضع اللاجئين" الذي تحمله الغالبية العظمى من سكان قطاع غزة مجالاً كبيراً لعمل وكالة الغوث في قطاع غزة، وبالتالي فإنه يبرر تغطية 24.2% و30.7% من سكان قطاع غزة في خدمات التأمين الصحي التي تقدمها وكالة الغوث، مقارنة بحوالي 9.4% و12.8% في الضفة الغربية، وفقاً لنتائج المسح الصحي لعامي 2000 و1996 على التوالي.

وفي حين تظل النسبة الإجمالية للأفراد المؤمنين في قطاع غزة والتي تساوي 75.6% دون المستوى المطلوب، يثير الانتباه وجود فجوة مقدارها 24% في نسبة غير المؤمنين في المنطقتين، لصالح الضفة الغربية كما تبين في كل من المسحين عام 1996 و2000 على التوالي.

وهذا يشير إلى الوضع الاقتصادي الأفضل لفلسطيني الضفة الغربية مقارنة بأولئك المقيمين في قطاع غزة، وإمكانية حصولهم على الخدمات الصحية الأخرى التي يرونها كخدمات ذات جودة أعلى يستطيعون ويرغبون أن يدفعوا لقاءها.

آخذين بعين الاعتبار المفهوم السائد بأن التأمين الخاص يعتبر الأفضل من حيث الجودة، وحقيقة أنه الأعلى من حيث التكلفة. يعزز هذا الاستنتاج نسبة المؤمنين بنظام التأمين الخاص في الضفة الغربية التي تفوق كثيراً مثيلاتها في قطاع غزة (17.1% مقابل 0.3% على التوالي).

3.10 التدخين:

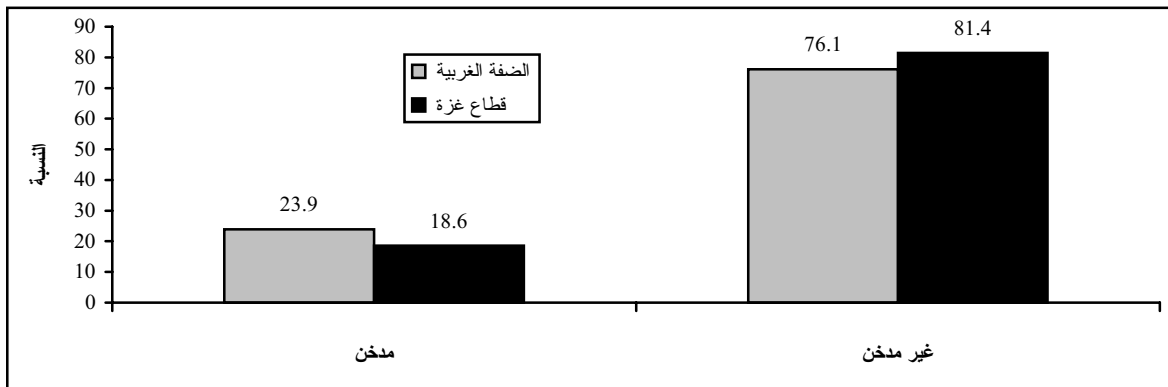
إن ما نسبته 6.4% من حوالي 551,393 فرداً في الفئة العمرية 12 - 19 سنة يدخنون. بينما، ينتشر التدخين بنسبة 27.5% بين 505,900 فرداً في الفئة العمرية 20 - 29 سنة.

يبين الشكل (2.10) أن 22% من الأفراد في الفئة العمرية 12 سنة فأكثر يمارسون التدخين، أي أقل بقليل من ربع الأفراد في هذه الفئة العمرية. وبلغت نسبة ممارسة التدخين أعلى في الضفة الغربية منها في قطاع غزة بنسبة 5.3%. ومن الملفت للنظر أن هذه النتيجة كانت تقريباً نفسها في المسح الصحي للعام 1996. آخذين بعين الاعتبار حقيقة أن

الأفراد المقيمين في قطاع غزة يعيشون ظروفًا حياتية أكثر وطأة وصعوبة، وبذلك فهذه النتيجة تضعف من الافتراض القائل بأن التدخين يشكل متنفساً من التوتر ومهدئاً لحالات الضغط والتوتر.

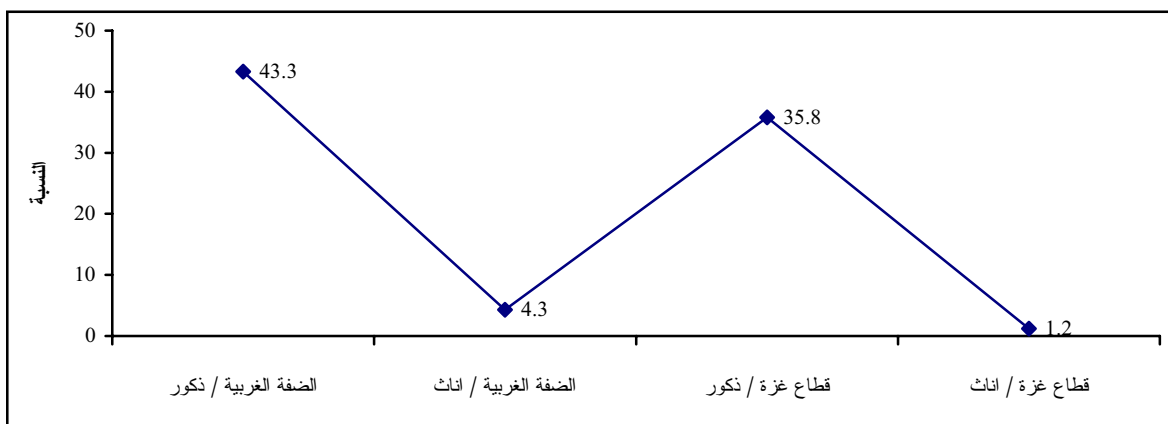
إلا أن هذه النتيجة تدعم التفسير القائم على الوضع الاجتماعي والاقتصادي للفلسطينيين في قطاع غزة بشكل خاص. فتدني الوضع الاجتماعي والاقتصادي لفلسطينيي قطاع غزة مقارنةً بنظرائهم في الضفة الغربية، يجعل من ممارسة التدخين ترفاً ليس بمقدور سكان قطاع غزة تحمل أعباءه. بالإضافة إلى ذلك، فإن نظام القيم الاجتماعية في قطاع غزة ينظر إلى التدخين باعتباره عادة وممارسة غير محببة.

شكل 2.10: التوزيع النسبي للأفراد 12 سنة فأكثر حسب ممارسة عادة التدخين والمنطقة



فبالنظر إلى التوزيع حسب المنطقة والجنس، يمكن القول إن الذكور في الضفة الغربية هم الأكثر ممارسةً للتدخين، حيث تصل نسبة الذين يمارسون التدخين من بينهم إلى حوالي 43.3%. في الوقت نفسه، تعتبر الإناث في قطاع غزة الأقل ممارسةً للتدخين، بنسبة تصل إلى حوالي 1.2%. أما في الضفة الغربية، فإن نسبة الإناث اللواتي يمارسن التدخين تصل إلى حوالي 4.3%، أي أكثر بحوالي ثلاثة أضعاف من نظيراتهن في قطاع غزة. ولعل الضغط الاجتماعي الممارس بشكل أكبر على النساء في قطاع غزة يمنعهن من إقحام أنفسهن فيما هو غير محبب اجتماعياً ومعرف على أنه شأن ذكوري إلى حد بعيد. الشكل التالي يعرض تفاصيل دقيقة حول الموضوع.

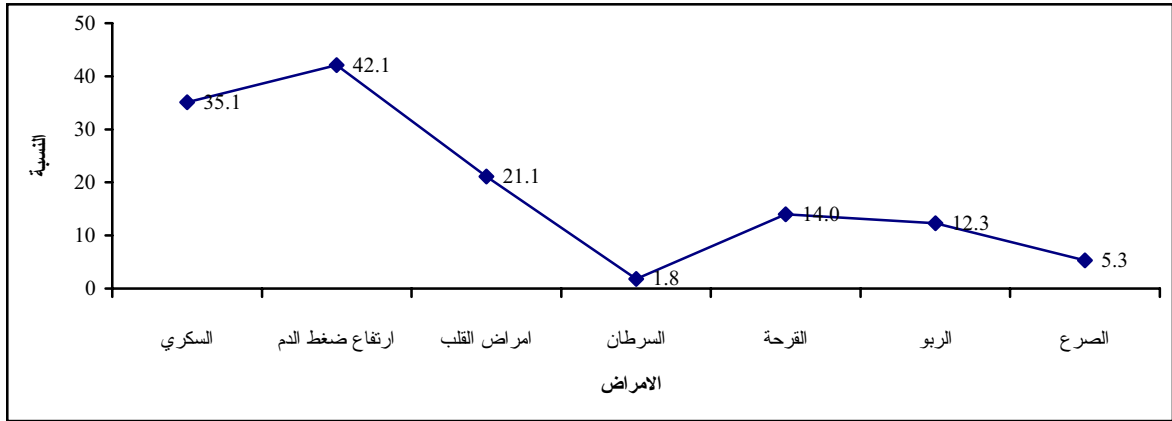
شكل 3.10: نسبة الأفراد في الفئة العمرية 12 سنة فأكثر الذين يمارسون التدخين حسب المنطقة والجنس



4.10 الأمراض المزمنة:

سئل ما مجموعه 3117290 فرداً من الذكور والإناث من المنطقتين عما إذا كانوا يعانون من أية أمراض مزمنة كانوا قد تلقوا علاجاً لها، وقد أشار ما نسبته 94.3% منهم إلى أنهم لا يعانون من أي منها. أما أولئك الذين أجابوا بأنهم يعانون من مثل هذه الأمراض فبلغت نسبتهم 5.7% (177,686 فرداً)، وقد أشاروا إلى أنهم تلقوا علاجاً لأمراض مثل السكري، وضغط الدم، والسرطان، والقرحة، والأزمة، والصرع. آخذين بعين الاعتبار إمكانية أن يكون مبحث ما قد أجاب بأنه قد تلقى علاجاً لأكثر من مرض مزمن، فقد احتل ضغط الدم والسكري المرتبتين الأولى والثانية بين الأمراض المزمنة التي أشار المبحوثون إلى أنهم تلقوا علاجاً لها، كما هو مبين في الشكل (4.10) أدناه.

شكل 4.10: نسبة الأفراد الذين أشاروا إلى أنهم تلقوا علاجاً للأمراض المزمنة حسب نوع المرض



في نظرة متعمقة إلى البيانات التي تم جمعها يتضح أنه مقارنةً بحوالي 5.1% من الذكور الذين يعانون من أمراض مزمنة، هنالك نسبة أعلى بين الإناث المشمولات في المسح (6.4%) يعانون من نفس الأمراض. وبشكل خاص، تشير هذه البيانات إلى أن الإناث يعانون أكثر من الرجال بمعدل الضعفين من أمراض السكري وضغط الدم. كما أن الإناث تعاني أكثر من الذكور من أمراض القلب. إلا أن الصورة تتقلب فيما يتعلق بأمراض القرحة، والأزمة، والصرع. أما بالنسبة للسرطان، فإن الوضع متشابه لدى كل من الذكور والإناث.

وبمقارنة الضفة الغربية مع قطاع غزة فإن الأمراض المزمنة تنتشر بشكل أكبر بين سكان الضفة الغربية منها بين سكان قطاع غزة. كما أن انتشار أمراض القلب والقرحة والأزمة في الضفة الغربية يفوق انتشارها في قطاع غزة بحوالي الضعفين.

5.10 طلب الرعاية الطبية للأطفال دون سن الخامسة:

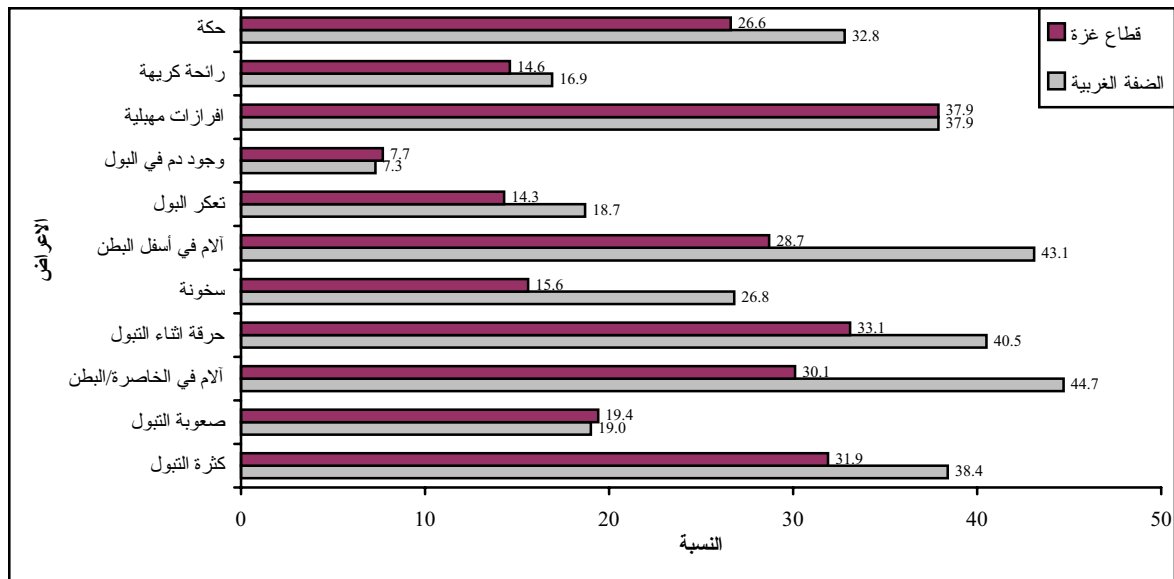
في عينة موزونة قدرها 293,602 من الأمهات أو من تقوم على رعاية الأطفال دون سن الخامسة، أفاد ما نسبته 96.8% على الأقل بأنهن يعرفن العلامات التي تتطلب السعي للحصول على رعاية طبية، باستثناء أعراض "الضعف العام"، التي أفاد ما نسبته 89.4% بأنهن مللمات بها. ولم تتضح أية اختلافات جوهرية عند محاولة ربط ذلك مع المؤهل العلمي، أو التجمع السكاني أو المنطقة.

أفاد ما نسبته 100% من النساء المشمولات بالمسح بأنهن يدركن مدى الحاجة إلى الحصول على الرعاية الطبية عندما تظهر على الأطفال أي من العلامات التي ذكرناها لهن. وهذا يشير إلى مدى وعي الأمهات الفلسطينيات للمسائل المتعلقة بصحة الطفل. إلا أن هناك حاجة إلى مزيد من البحث لهذه النتيجة ضمن إطار ارتفاع وفيات الأطفال دون سن الخامسة في فلسطين.

6.10 أعراض المراضة الإيجابية:

سئلت النساء حول ما إذا كن قد عانين من أعراض معينة خلال السنة التي سبقت إجراء المسح

شكل 5.10: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج وعانين من أعراض معينة في السنة السابقة لإجراء المسح حسب المنطقة



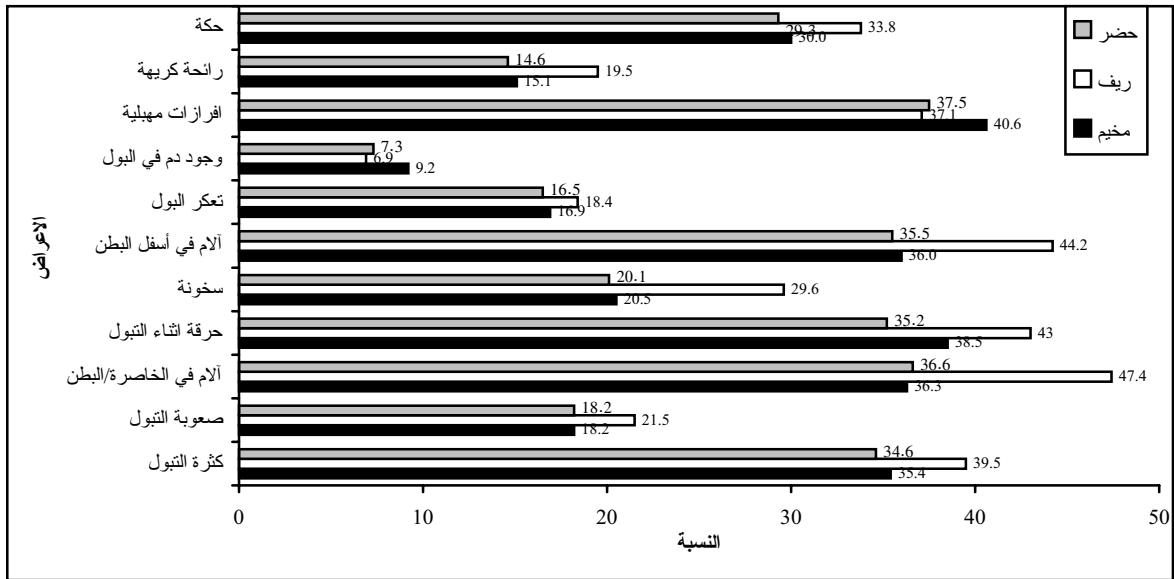
فكما هو مبين في الشكل (5.10) أعلاه، اتضح أنه في غالبية الأعراض المتعلقة بالمرضاة الإيجابية أن نسبة معاناة النساء في الضفة الغربية أعلى مقارنةً بنظيرتهن في قطاع غزة. وقد كان هذا أكثر وضوحاً فيما يتعلق بحالات المغص الكلوي، وآلام البطن، والحكة، والحرق والتبول المتكرر.

ما يتعين تحريره أكثر هنا هو المسببات الكامنة وراء هذه الاختلافات والتباينات. حيث أن هذه المسببات قد تكون مختلفة ولكل منها تأثيراته الخاصة على صنع السياسات، والأمثلة على ذلك تشمل على: الاختلافات في إدراك وتعريف النساء لماهية الصحة وماهية المرض، والاختلافات في "حد الألم" بين النساء في كلا المنطقتين، والذي يتعلق بالطبع بتجارب الحياة القاسية للنساء في قطاع غزة مما يجعلهن أكثر تحملاً للألم، وامتناع نساء قطاع غزة عن التحدث بأمر لها علاقة بالإيجاب وذات الدلالات الجنسية، وأخيراً التنقيف الصحي الأفضل المقدم للنساء في قطاع غزة المعزز للسلوك الإيجابي المحفز على السعي للحصول على الخدمات الصحية وبالتالي التقليل من المراضة.

تجدد الإشارة إلى أن النساء الريفيات حسب نوع التجمع السكاني يعتبرن الأكثر إبلاغاً عن الأعراض المذكورة أعلاه. الشكل (6.10) يبين أن هناك فرقاً كبيراً بين درجة إبلاغهن، وبين أولئك النساء المقيمت في المناطق الحضرية والمخيمات، مع إشارة خاصة إلى أعراض المغص الكلوي، والحمى، وآلام المنطقة السفلى من البطن. ويعتبر هذا

مؤشراً على مدى حاجة النساء الريفيات إلى تثقيف بشؤون الصحة الإيجابية، جنباً إلى جنب مع إقامة مرافق خدمتية على مقربة منهن. وقولنا ذلك لا يعني أننا نعتقد أن النساء المقيمت في الحضر والمخيمات يعشن ظروفاً جيدة، حيث أن ما نسبته 29% وأكثر من النساء المشمولات بالمسح والنساء المقيمت في الحضر والمخيمات عانين من ستة أعراض من بين الأعراض العشرة المذكورة.

شكل 6.10: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج ممن عانين من أعراض معينة في السنة السابقة لإجراء المسح حسب نوع التجمع



تشير البيانات إلى أن المؤهل العلمي للمرأة يرتبط سلباً بمعاناتها من الأعراض المذكورة أعلاه للأمراض الإيجابية (نقل بارتفاع المؤهل العلمي). لكن العلاقة بين هذه الأعراض والعمر غير متسقة وتختلف من حالة لأخرى.

7.10 مفهوم الصحة الإيجابية:

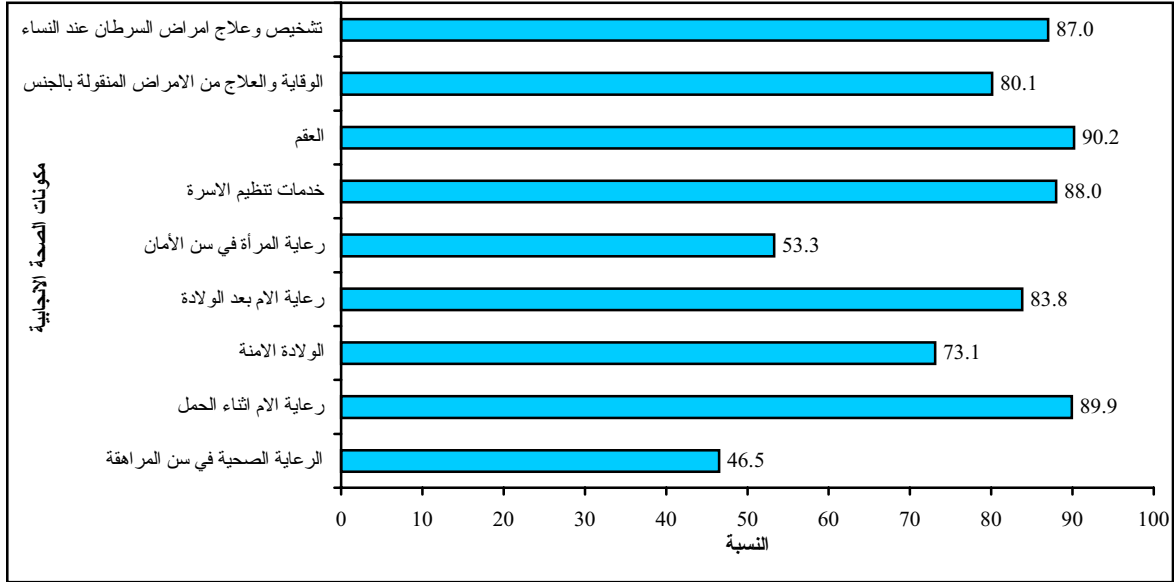
تم سؤال النساء حول ما إذا كان قد سبق لهن أن سمعن بمفهوم الصحة الإيجابية. أجابت ما نسبته 11.6% فقط من النساء المبحوثات بأنهن سمعن بمفهوم الصحة الإيجابية. وهذا يشير إلى قصور في برامج التثقيف الصحي الموجهة للنساء والتي تتناول الصحة الإيجابية كمفهوم. هذا ولم يسجل اختلاف كبير بين منطقتي الضفة الغربية وقطاع غزة بهذا الخصوص.

في عينة موزونة مؤلفة من 469,011 امرأة من النساء اللواتي سبق لهن الزواج، أفادت 11.6% فقط بأنه سبق لهن أن سمعن بمفهوم الصحة الإيجابية

إلا أنهن أبدن معرفة أكثر بعناصر الصحة الإيجابية عندما تم طرح أسئلة عليهن حول مدى معرفتهن بعناصر الصحة الإيجابية. وباستثناء الرعاية الصحية للمراهقات والرعاية الصحية للنساء في سن الأمان، فقد أفادت ما نسبته 70.0% من النساء المشمولات بالمسح بمعرفتهن بعناصر الصحة الإيجابية. ومن اللافت أن مجالات الصحة الإيجابية التي تلم

بها النساء أقل من غيرها، تتسجم مع التوجه والفهم الخاص بالصحة الإيجابية كونها شأن مرتبط بالتنازل والحمل. الشكل (7.10) يلقي الضوء على التفاصيل.

شكل 7.10: نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج ممن سمعن بمكونات الصحة الإيجابية



8.10 مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز):

على صعيد مرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز)، تم طرح أسئلة على النساء حول عدد من القضايا بما فيها معرفتهن بالمرافق التي تقدم خدمات فحص لمرض الإيدز، وطرق منع انتقاله، والأفكار والمفاهيم الخاطئة، والمواقف المتحيزة.

عندما تم طرح أسئلة عليهن حول ما إذا كن يعرفن مكاناً يمكن التوجه إليه لإجراء فحص الإيدز، أشارت ما نسبته 20.8% من النساء المشمولات بالمسح بأنهن يعرفن مثل هذا المكان. ويمكن أن يعود تدني هذه النسبة إلى محدودية الأماكن التي تقدم الخدمة أو إلى عدم إبلاغ النساء بوجود مثل هذه الأماكن. وبعبارة أخرى، فإن هذا يعني تدني الثقافة الصحية حول الإيدز بالشكل الذي يقدم فيه من الجهات التي تقدم هذه الخدمة.

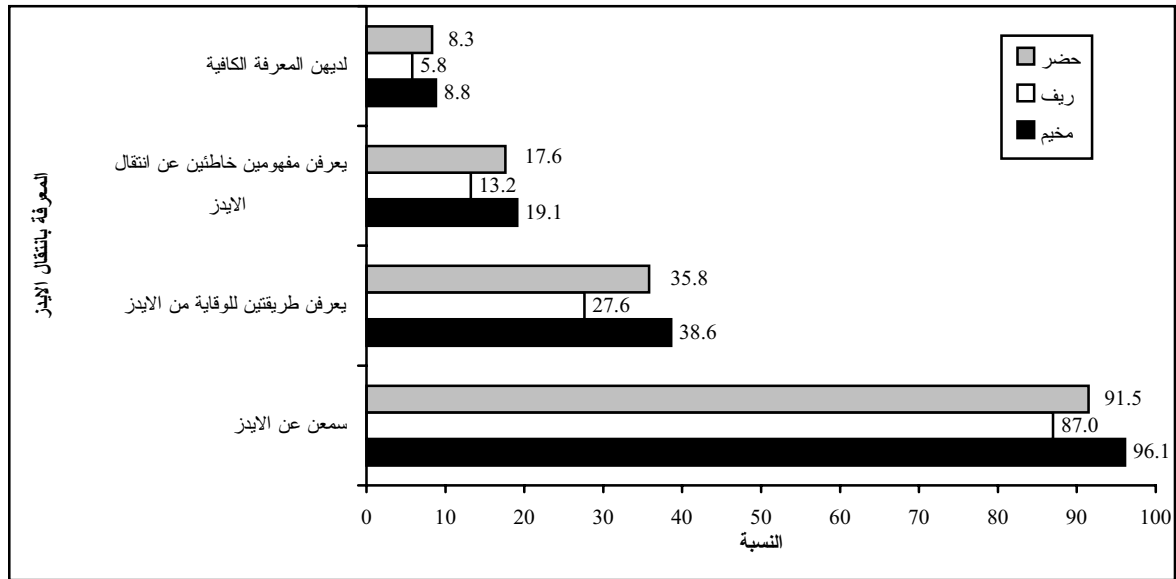
في عينة موزونة قدرها 397,976 امرأة من النساء اللواتي سبق لهن الزواج، أفاد ما نسبته 20.8% من بينهن بأنهن يعرفن أين يمكن التوجه لإجراء فحص الإيدز

أفاد ما نسبته 91.0% من النساء اللواتي سبق لهن الزواج بأنه سبق لهن أن سمعن بمرض الإيدز. وكما هو مبين في الشكل (8.10)، احتلت النساء المقيمات في المخيمات المرتبة الأولى، تلتها النساء المقيمات في الحضر والريف بنسبة 96.1% و 91.5% و 87.0% على التوالي.

وبنظرة شاملة فيما يتعلق بالحيلولة دون انتشار مرض الإيدز، ومن بين 14 خياراً مقدمة للنساء، أشارت ما نسبته 57.2% من النساء بأنهن يحمين أنفسهن من المرض، وذلك بممارسة الجنس مع الزوج فقط، بالمقابل فإن 39.4%

أشرون إلى أن "استخدام الواقي الذكري في كل مرة تتم فيها ممارسة جنس"، كوسيلتين ناجعتين للحيلولة دون انتشار مرض الإيدز. كما أشارت ما نسبته 33.9% من بينهن إلى أنهن على معرفة بكلا الإجراءين، بالمقابل 62.7% أشرون إلى معرفتهن بواحد فقط من الإجراءين. هذا في الوقت الذي أشارت فيه ما نسبته 37.3% من بين النساء المشمولات بالمسح إلى عدم معرفتهن بأي من الإجراءات المتبعة في الحيلولة دون انتشار المرض.

شكل 8.10: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-49) سنة ومدى معرفتهن بانتشار مرض نقص المناعة المكتسبة حسب نوع التجمع



وكما هو واضح في الشكل أعلاه، فإن 38.6% من النساء المقيمت في المخيمات تمكن من معرفة وتحديد الإجراءين المذكورين مقابل 35.8% من النساء المقيمت في الحضر و 27.6% في الريف. علاوة على ذلك، احتلت النساء المقيمت في مخيمات اللاجئين مرتبة أفضل من حيث أساليب الحيلولة دون انتقال المرض (73.7%) تلتها النساء المقيمت في الحضر والريف (64.4% و 53.4% على التوالي).

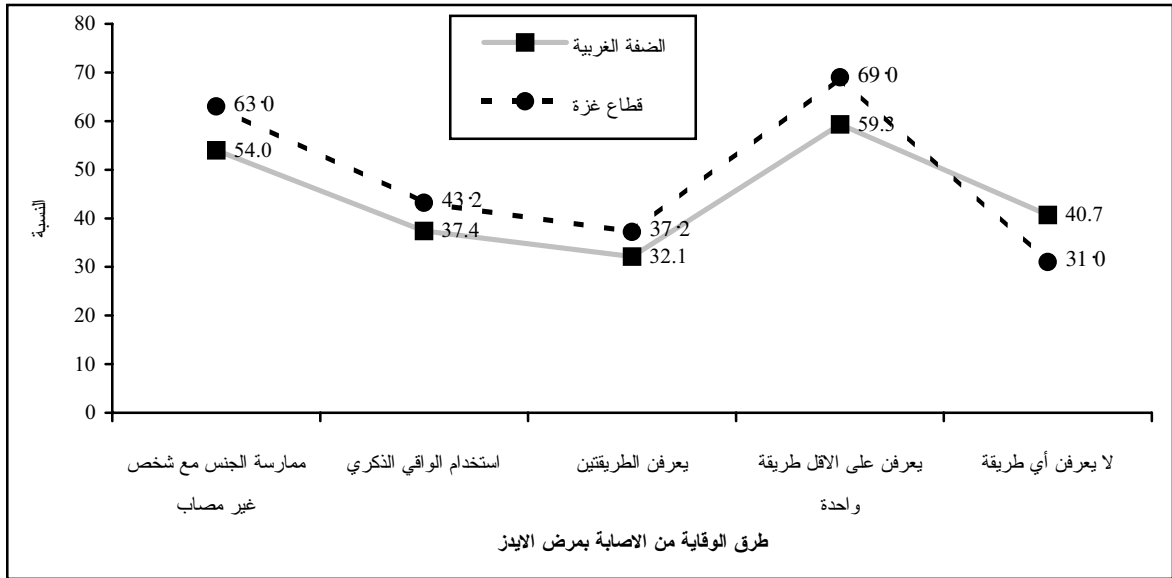
على الرغم من أن القيمة الإجمالية لهذه النسب لا تزال بعيدة كل البعد عما نطمح إليه، إلا أنها تقدم دليلاً واضحاً على الجهود الكبيرة التي تبذلها وكالة الغوث في مجال الاستثمار بالتنقيف الصحي في مختلف أماكن عملها؛ أي مخيمات اللاجئين. في الوقت نفسه، تلفت هذه النتائج الانتباه إلى الحاجة الحقيقية لدى التجمعات الحضرية والريفية لتلقي برامج تنقيف صحي أكثر كثافةً وتنظيماً.

كما أن دراسة الموضوع حسب المنطقة تشير أيضاً إلى أن الضفة الغربية تراجعت وراء قطاع غزة في كافة الحالات، بمتوسط فجوة قدره 7.2% لصالح قطاع غزة، كما يمكن ملاحظته من الشكل (9.10). ورغم عدم خطورتها، إلا أن هذه الفجوة تدق أجراساً من حيث الأسباب الكامنة وراء وجودها.

من ناحية أخرى، تشير تلك الفجوة إلى العمل الجيد الذي تقوم به كافة المؤسسات العاملة في قطاع غزة، وبشكل خاص وزارة الصحة وجهودها المميزة في تعزيز الاستثمار في المصادر البشرية والمادية، خلال السنوات الماضية في هذا المجال.

شكل 9.10: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-49) سنة ممن يعرفن بأبرز الوسائل المتبعة في منع انتقال مرض

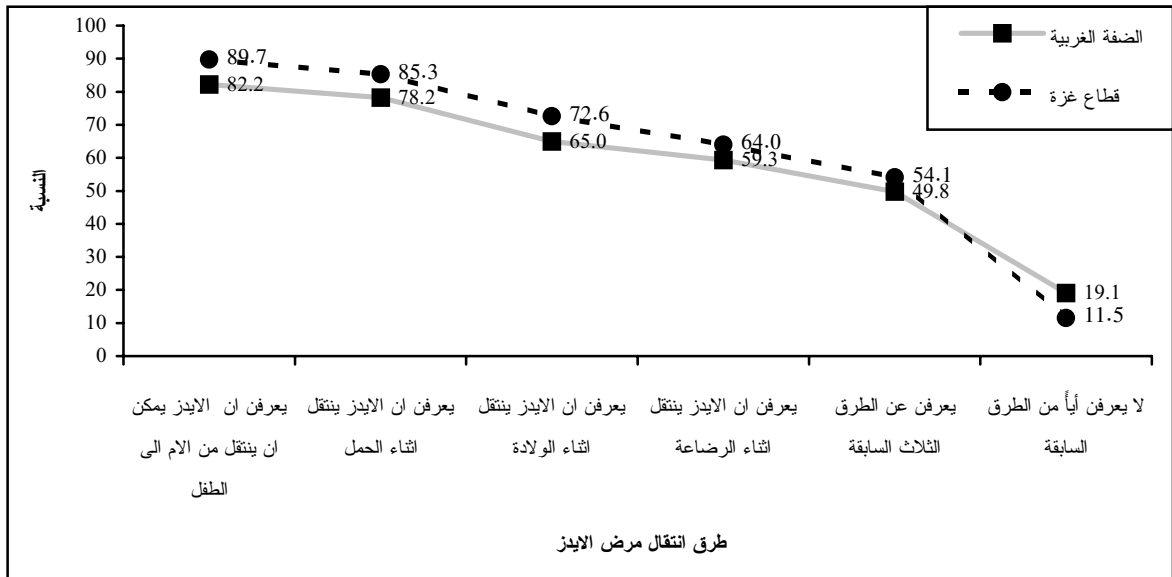
الإيدز حسب المنطقة



وفيما يتعلق بانتقال مرض الإيدز، تم التركيز بشكل أساسي على انتقاله من الأم إلى الطفل. ومن بين جميع النساء المشاركات في المسح، أفادت ما نسبته 84.9% من بينهن أنهن يعلمن أنه يمكن انتقال مرض الإيدز من الأم إلى الطفل.

شكل 10.10: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-49) سنة ومدى معرفتهن بوسائل انتقال مرض الإيدز من الأم إلى

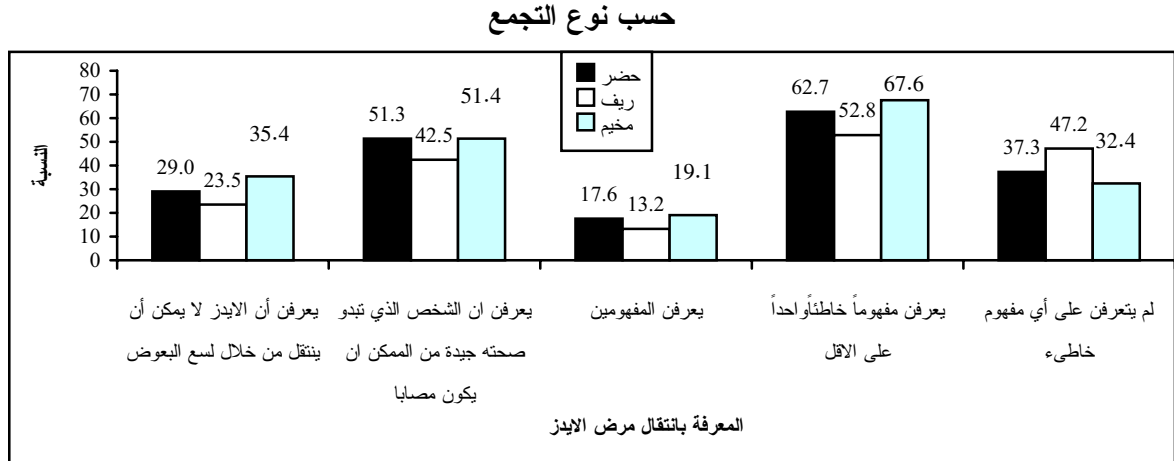
الطفل حسب المنطقة



تجدد الإشارة إلى أن 80.7%، و67.7%، و61.0% من النساء المشمولات في المسح أفدن بأنهن يعرفن بأن هذا المرض يمكن أن ينتقل أثناء الحمل، والولادة، والرضاعة على التوالي. وقد أفادت ما نسبته 51.3% من المشمولات في المسح بأنهن يعرفن أن المرض يمكن أن ينتشر بجميع تلك الطرق الثلاثة، مقابل 16.4% ليس لديهن أية معرفة بأي منها. إن الشكل (10.10) أعلاه يبين هذه التفاصيل حسب المنطقة.

كما يتناول الشكل البياني (11.10) قدرة المبحوثات على تحديد الأفكار والمفاهيم الخاطئة بشكل صحيح حول مرض الإيدز. وكما يمكن ملاحظته من الشكل، كانت النساء في المخيمات الأفضل في ذلك في جميع الحالات، بينما كانت النساء في الريف الأسوأ في كافة الحالات.

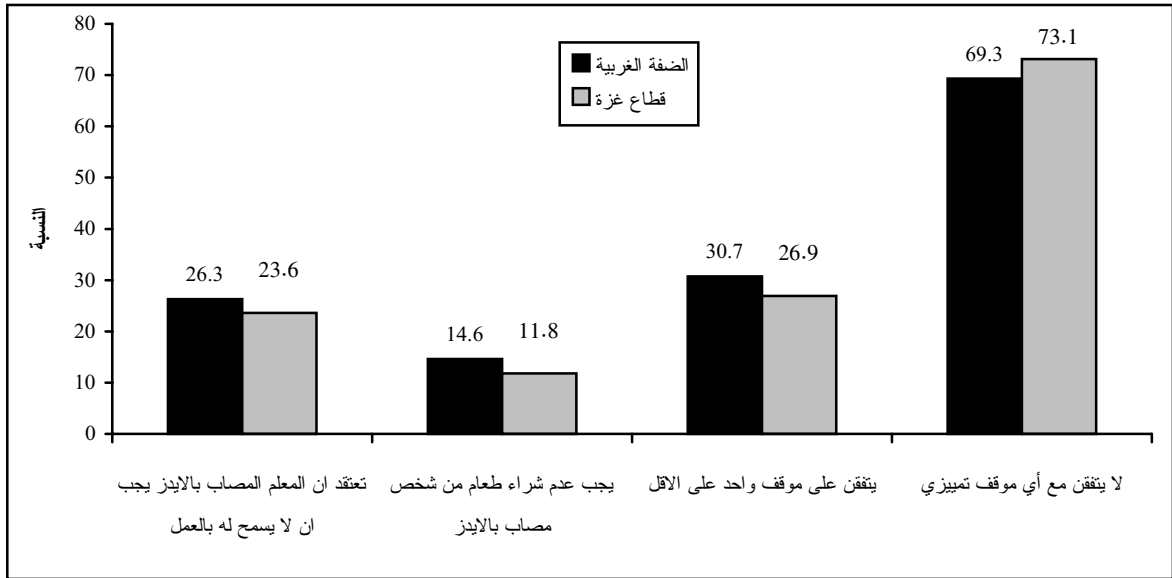
شكل 11.10: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-49) سنة ومعرفتهن بالأفكار والمواقف الخاطئة من مرض الإيدز



وكما هو موضح في البيانات السابقة، تحتل نساء الحضر موقعاً متوسطاً بين الريفيات والمقيمات في المخيمات من حيث قدرتهن على تحديد الأفكار والمفاهيم الخاطئة. إلا أن هناك انخفاضاً كبيراً قد ظهر فيما يتعلق بمعرفة اثنتين من الأفكار والمفاهيم الخاطئة. وهذا يبين أن معرفة النساء بمثل هذه القضية محدودة بشكل كبير، الأمر الذي يشير إلى مدى الحاجة إلى المزيد من التثقيف والتوعية في هذا المجال.

وفي سياق دراسة للمواقف المتحيزة ضد الأشخاص المصابين بمرض الإيدز، تبين أن مثل هذه المواقف منتشرة في المجتمع الفلسطيني. ومن بين المشمولات في عينة مؤلفة من 397,976 امرأة، تبين أن 25.3% يعتقدون بوجوب عدم السماح لمعلم مصاب بالمرض بممارسة عمله، كما أن 13.6% أشرن إلى أنهم لن يقمن بالشراء من شخص يتبين أنه مصاب بالإيدز. في المقابل، أعربت ما نسبته 29.3% عن عدم موافقتهن على واحد من الموقفين أعلاه على الأقل مقابل 70.7% أعربن عن عدم موافقتهن على كلا الموقفين المشار لهما أعلاه. إن الشكل (12.10) يعكس موقفاً أكثر تعاطفاً مع المصابين بالمرض لدى النساء في قطاع غزة مقارنةً بنظيرتهن في الضفة الغربية.

شكل 12.10: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-49) سنة ممن أعربن عن مواقف تمييز بحق الأشخاص المصابين بالإيدز حسب المنطقة



من جانب آخر، تبقى الصورة غير مكتملة بسبب عدم أخذ وجهة نظر الرجال بعين الاعتبار، لأن هذا المسح استهدف النساء فقط، الأمر الذي يتطلب استكشاف وجهة نظرهم أيضاً. على الرغم من ذلك، فإن استخدام هذه الأرقام كمؤشر للصورة ككل يشدد على وجوب إجراء حملات على المستوى الوطني؛ للتوعية بمرض الإيدز من أجل تحسين مستوى المعرفة والوعي الصحي، الأمر الذي سينعكس إيجاباً على سلامتهن، بالإضافة إلى تمتعهن بفهم أفضل للمرض واتخاذهن موقفاً أكثر تعاطفاً مع المصابين به.

ملخص تنفيذي:

- يستفيد 51.1% من سكان قطاع غزة من خدمات التأمين الصحي الحكومي، مقارنة مع 25.3% من سكان الضفة الغربية.
- يستخدم 17.1% من سكان الضفة الغربية تأميناً صحياً خاصاً، مقارنة مع 0.3% من سكان قطاع غزة.
- إن ما نسبته 24.4% من الأفراد في قطاع غزة غير مؤمنين تأميناً صحياً، مقابل 48.2% من أفراد الضفة الغربية، أي بفارق قدره 24.0% بين المنطقتين.
- 6.4% من 551,393 فرداً في الفئة العمرية 12-19 سنة هم مدخنون، بينما تصل هذه النسبة إلى 27.5% من بين 505,900 فرداً في الفئة العمرية 20-29 سنة.
- أقل من ربع الأفراد بقليل (22%) في الأراضي الفلسطينية، من بين الذين تبلغ أعمارهم 12 عاماً فأكثر هم مدخنون.
- ترتفع نسبة المدخنين في الضفة الغربية بمعدل 5.3% عنها في قطاع غزة.
- تنتشر الأمراض المزمنة في الضفة الغربية بشكل أكبر من قطاع غزة، وعلى الأخص أمراض القلب والقرحة والأزمة بمقدار يزيد عن الضعف عنها في قطاع غزة.
- مقارنة ما بين الذكور والإناث الذين يعانون من نفس الأمراض المزمنة، فإن الإناث يعانون أكثر من الذكور حيث بلغت النسب (6.4% مقابل 5.1%) على التوالي.
- تعاني النساء ضعفي ما يعانيه الرجال من مرض السكري وضغط الدم، وتعاني النساء بنسبة أكثر قليلاً من الرجال من أمراض القلب، ولكن العكس صحيح بالنسبة لأمراض القرحة والأزمة والصرع.
- أفاد 96.8% من الأمهات أو اللواتي يرعين الأطفال الذين نقل أعمارهم عن خمس سنوات في عينة حجمها 293,602 امرأة، أنهن يعرفن بوجود أعراض تتطلب البحث عن استشارة طبية، باستثناء أعراض الضعف العام، حيث بلغت نسبة المعرفة بهذا العرض (89.4%).
- أعراض الأمراض المتعلقة بالإنجاب أكثر انتشاراً في الضفة الغربية والمناطق الريفية منها في قطاع غزة والحضر ولدى نساء المخيمات.
- في عينة بلغ حجمها 469,011 امرأة من النساء المتزوجات أفادت 11.6% منهن أنهن سمعن بمصطلح الصحة الإنجابية، ولكن 70% منهن أفدن أنهن يعرفن مكونات الصحة الإنجابية.
- من بين ما مجموعه 397,976 امرأة من النساء اللواتي شملهن المسح، هناك ما نسبته 20.8% فقط يعرفن مكان لإجراء فحص مرض الإيدز.

- 57.2% من النساء أفدن أن ممارسة الجنس مع الزوج فقط، من شأنها منع انتقال مرض الإيدز، فيما أفاد 39.4% منهن أن استخدام الواقي الذكري من شأنه أن يمنع انتقال الفيروس المسبب لمرض الإيدز أيضاً.
- أفادت 84.9% من النساء اللواتي شملهن المسح، بأنهن على معرفة بأن مرض الإيدز ينتقل من الأم إلى الطفل.
- 80.7% من النساء يعرفن أن الإيدز قد ينتقل خلال الحمل، وأيضاً 67.7% من النساء يعرفن بأن مرض الإيدز ينتقل عن طريق عملية الولادة، بالإضافة إلى أن 61.0% من النساء يعرفن بأن هذا المرض ينتقل عن طريق الرضاعة.
- حول معرفة المفاهيم الخاطئة عن انتقال مرض الإيدز، أشارت النتائج إلى أن نساء المخيمات هن الأكثر معرفة بالمفاهيم الخاطئة عن انتقال المرض فيما نساء الريف هن الأقل معرفة بذلك.
- أفادت 25.3% من النساء اللواتي شملهن المسح باعتقادهن بأنه يجب عدم السماح للمعلم المصاب بمرض الإيدز بأن يعمل في التدريس، وهناك نسبة بلغت 13.6% أفدن بأنهن لن يشتريين طعاماً من شخص مصاب بمرض الإيدز.

التوصيات:

1. مدى الشمولية في الصحة العامة: بالرغم من اتساع مجال الصحة العامة إلا أنه كان هناك تركيز ضيق حولها في هذا المسح، ويمكن ملاحظة هذا من خلال تفحص أدوات جمع البيانات أو البيانات التي تم جمعها. إن ترك قضايا هامة في الصحة العامة مثل الإعاقة وخدمات التأهيل والخدمات المجتلبة إلى الجمهور وقضايا الصحة العقلية، وجميع أنواع الحوادث واستعمال الأدوية هو فقدان لعناصر غنية في المجال الصحي كان بإمكانها أن تضيف المزيد من القيمة والأهمية إلى هذا المسح. لهذا السبب، فإننا نوصي بالتوسع في هذا المجال في المسوح المقبلة، وذلك من أجل ملء الفراغات المعلوماتية الموجودة ذاتها في كثير من المسوح.
2. استهداف الرجال لأبحاث وسياسات ذات حس بقضايا النوع: فلقد كان التركيز في المسح على النساء فقط، مما حال دون إدماج البعد الجندي أو البعد الخاص بقضايا النوع في المسح، وبالتالي فقد أضاع فرصة التكامل التي تعطي صورة أوضح عن الوضع، وفهم أفضل لخلفية المتغيرات التي تؤثر على السلوك الصحي للرجل والمرأة. إن هذا الأمر مرتبط كثيراً بقضايا الصحة العامة التي تتعاطى مع كل من الجنسين بينما تتباين فيه التجربة الحياتية واحتياجات كل من الرجال والنساء من هنا فإن هناك حاجة لاستهداف الرجل في المسح حيثما انطبق.
3. نقص كبير في التثقيف الصحي والتوعية: تشير البيانات إلى وجود نقص كبير في التثقيف الصحي والمعلومات، ولقد كان هذا واضحاً من خلال سؤال يتعلق بمرض الإيدز، لذلك فإننا نقترح بذل المزيد من الجهود والوقت والمال في برامج تثقيفية محضرة بشكل جيد في كافة أنحاء الوطن.
4. التباين حسب المنطقة: الفجوة بين منطقتي الضفة الغربية وقطاع غزة تتناقص باستمرار، ولكننا نجد هنا أن وضع الفجوة قد انعكس هذه المرة، حيث أن معظم بيانات قطاع غزة كانت أفضل من بيانات الضفة الغربية خاصة فيما يتعلق بالمعرفة. إنه لأمر سار أن نرى تقدماً سريعاً في قطاع غزة، ولكنه يبقى من الضروري أن نستمر بالمحافظة

على مستوى الإنجازات في الضفة الغربية، خاصة في مجال التنقيف الصحي والتوعية، وهذا يعزز التوصيات المقترحة؛ وهي بذل المزيد من الجهود في مجال التنقيف الصحي.

حقوق الطفل

1.11 مقدمة:

قامت الجمعية العامة للأمم المتحدة بتبني وثيقة حقوق الطفل الدولية بتاريخ 20 تشرين الثاني من عام 1989، وقد صادقت على هذه المعاهدة القانونية في مجال حقوق الطفل غالبية دول العالم، أما فلسطين فلم تستطع المصادقة عليها بسبب عدم تمتعها بدولة حتى الآن، وعلى الرغم من ذلك فإن السلطة الوطنية الفلسطينية تبنت الوثيقة وتعمل إلى جانب مؤسسات المجتمع المدني على تلبية حقوق الطفل الفلسطيني والتحقق من مدى تطبيق الوثيقة وتنفيذها، وهي مهمة جسيمة في ظل الظروف الحالية وذلك للأسباب التالية:

1. القصور في تحديد الأولويات فيما يتعلق بقضايا وحقوق الأطفال – فالوضع السياسي والاقتصادي يطغى على ذلك.
2. عدم اكتمال السيادة الوطنية على كامل الأراضي الفلسطينية يتسبب في منع صانعي القرار من اتخاذ قرارات على المستوى الكلي التي من شأنها أن تحسن بشكل مباشر أو غير مباشر، واضح أو ضمني من وضع الأطفال (أي التشريعات، والقرارات الخاصة بسياسات الاقتصاد الكلي، والسياسات التي تصب في صالح الأطفال).
3. النقص الكلي في المصادر اللازمة للتحقق من التطبيق المناسب ومراقبة حقوق الأطفال.

بصرف النظر عن القيود التي تفرضها الأوضاع المعيشية للفلسطينيين (العيش تحت الاحتلال الإسرائيلي وبالتالي عدم وجود دولة، وسلام، وعدالة)، يمكن استخدام ميثاق حقوق الطفل كإطار عام يمكن الاعتماد عليه في بناء لبنات اجتماعية، وثقافية، وسياسية، واقتصادية للأطفال، تلك اللبنات التي تعتمد بالأساس على حقوق الطفل. وتتمثل نقطة البداية نحو إرساء بنية تحتية ونظام يستند إلى الحقوق في وجوب الإقرار بأن الطفل هو أي إنسان يقل عمره عن 18 سنة، وأن كل طفل له الحق في أن يعامل باحترام وبشكل جيد مع الأخذ بعين الاعتبار القدرات والطاقات المتطورة لكل طفل. كما أن لكل طفل "حقاً متأصلاً في الحياة" وأنه ينبغي على الدول أن تتحقق "قدر الإمكان من بقاء وتطور الطفل". (ميثاق حقوق الطفل، المادة 6)¹.

يتضمن ميثاق حقوق الطفل مجموعة من المبادئ العامة التي تشكل أساس هذه الوثيقة . وتشمل:

1. المادة 2: يتوجب الاعتراف بجميع حقوق الطفل دون أي شكل من أشكال التمييز (العمر، واللون، والجنس، والجنسية، والوضع السياسي، واللغة، والعرق، والدين).
2. المادة 3: جميع الأعمال التي تتخذ نيابة عن الطفل يجب أن تأخذ بعين الاعتبار المصلحة الفضلى للطفل كمصلحة أولية.
3. المادة 6: جميع الأطفال يتمتعون بحق الحياة وأقصى قدر ممكن من البقاء والتطور.

¹ الأمم المتحدة (1989). ميثاق الأمم المتحدة لحقوق الطفل.

4. المادة 12: احترام وجهة نظر الطفل في كافة المواضيع التي تؤثر على وضع الطفل ومنحه فرصة الاستماع إليه في أية إجراءات قضائية أو إدارية تؤثر عليه.

في هذا القسم سوف يتم إجراء تحليل لأربع قضايا مختلفة من أجل تقييم مدى التطبيق السليم لحقوق الطفل وفقاً للمبادئ المبينة أعلاه، وسيتم إيلاء اهتمام خاص بحقوق الطفل الفلسطيني من حيث:

1. تسجيل المولود، والجنسية، ومعرفة والديه وتلقيه رعايتهما (ميثاق حقوق الطفل، المادة 7).

2. تلقي رعاية مناسبة في حال لم يكن الأبوان قادران على توفير الدعم والرعاية اللازمين للطفل (ميثاق حقوق الطفل، المادة 21).

3. الحصول على التعليم (ميثاق حقوق الطفل، المادة 28).

4. الحماية من الاستغلال الاقتصادي وعمالة الأطفال (ميثاق حقوق الطفل، المادة 32).

لذلك، فإن هذا الفصل ليس مكتملاً لدرجة تسمح بمراجعة حقوق الطفل والوضع الراهن في فلسطين، إلا أن فصولاً أخرى من هذا التقرير تعالج قضايا أخرى تتعلق بصحة ورفاهية الطفل. ويجدر التنويه إلى أن المعلومات المعروضة تمكن من مراقبة الوضع الراهن للأطفال الفلسطينيين، إلا أنها لا "تراقب حقوقهم". ويعود ذلك إلى أن البيانات المتوفرة تتناول حالات للأطفال الذين يعملون أو لا يعملون، يذهبون إلى المدرسة أو لا يذهبون؛ لديهم شهادات ولادة أو لا، يقيمون في مؤسسات رعاية اجتماعية أو لا. لكن هذه الأقسام لا تعطي أية فكرة عن أماكن تواجد هؤلاء الأطفال والأسباب الكامنة وراء عدم تطبيق حقوقهم. وعلى الرغم من أنه يصعب قياس هذه المهمة، إلا أن الوقت قد حان للشروع في فحص "الفجوات" في أنظمتنا ورؤية من هم الأكثر تهميشاً من بين أطفالنا والسبب في عدم تطبيق حقوقهم في البقاء، والتطور، والحماية، والمشاركة. ويمكن أن تشكل هذه المعلومات القيمة، التوجيه والإرشاد اللازم لإعادة هيكلة ومواءمة الأنظمة التربوية، والاجتماعية، والترفيهية، والصحية، والحماية التي تعتبر الأكثر قابلية للتوسع، وتلبي حاجات جميع الأطفال، خاصة أولئك المحتاجين منهم.

2.11 تسجيل ولادة الطفل:

تنص المادة السابعة من ميثاق حقوق الطفل على:

1. يسجل الطفل بعد ولادته فوراً ويكون له الحق منذ ولادته في اسم والحق في اكتساب جنسية، ويكون له قدر الامكان الحق في معرفة والديه وتلقي رعايتهما.

2. تكفل الدول الأطراف أعمال هذه الحقوق وفقاً لقانونها الوطني والتزاماتها بموجب الصكوك الدولية المتصلة بهذا الميدان، ولا سيما حيثما يعتبر الطفل عديم الجنسية في حال عدم القيام بذلك.

ووفقاً للسياسات الوطنية، يتوجب إبلاغ وزارتي الداخلية والصحة بجميع الأطفال الذين يولدون في المستشفيات، والعيادات، أو بواسطة القابلات. كما يتوجب أيضاً تسليم تقرير عن الولادة إلى الأبوين؛ كي يكون بمقدورهم التوجه إلى مكاتب وزارة الداخلية لتقديم تقرير ولادة الطفل والحصول على شهادة ميلاد للطفل. ويعتبر الطفل مسجلاً بشكل

رسمي بعد تقديم تقرير الولادة والحصول على شهادة ولادة، وهذه العملية ككل محدودة التكلفة. لكن، إذا لم يتم الأوبان بتسجيل المولود في غضون عشرة أيام من تاريخ الولادة، فإنهم يضطرون لدفع غرامة تأخير. وفي الوقت الراهن، هنالك العديد من الفجوات في النظام المتبع؛ حيث أن المستشفيات، والعيادات، والقابلات لا تبلغ عن جميع حالات الولادة، بالإضافة إلى ذلك، فإن بعض الأولاد يولدون في البيت حتى دون وجود قابلة، وبالتالي فإنه لا يتم الإبلاغ عن مثل هذه الحالات. وقد تم الحصول على البيانات التالية من خلال مسح اعتمد في منهجيته على بيانات أسرية. وتم الحصول على البيانات من الأم/الأب مباشرة أو رب الأسرة. لذلك، فإن البيانات المعروضة لا تحتوي على أية مقارنات مع السجلات الإدارية (أي عدد حالات الولادة التي أبلغت عنها المستشفيات، والعيادات، والقابلات) تلك المقدمة من الأوبان وتلك الموثقة لدى وزارة الداخلية. وفي هذا الوقت، لا تتوفر أية وسيلة لتقييم نسبة الأطفال المسجلين أو غير المسجلين ممن هم دون سن الخامسة.

جدول 1.11: التوزيع النسبي للأطفال دون سن الخامسة حسب وضع تسجيل المولود وبعض الخصائص الخلفية

الخصائص الخلفية	مسجل	غير مسجل
الجنس		
ذكور	99.7	0.3
إناث	99.3	0.7
عمر الطفل بالأشهر		
دون 6 أشهر	98.0	2.0
6 - 11	99.2	0.8
12 - 23	99.8	0.2
24 - 35	99.8	0.2
36 - 47	99.8	0.2
48 - 59	99.8	0.2
المؤهل العلمي للأم		
لا شيء	99.8	0.2
ابتدائي	99.2	0.8
إعدادي	99.8	0.2
ثانوي فأعلى	99.4	0.6
نوع التجمع		
حضر	99.6	0.4
ريف	99.4	0.6
مخيم	99.7	0.3
المنطقة		
الأراضي الفلسطينية	99.5	0.5
الضفة الغربية	99.3	0.7
قطاع غزة	99.9	0.1
عدد الأطفال	573,260	2,891

يتعين على كل الآباء أن يسجلوا أطفالهم قبل سن الخامسة، وذلك لأنه يتعين عليهم تقديم شهادة ميلاد عند التحاقهم بالمدرسة. وقد لا يعي الآباء أهمية شهادة الميلاد للأطفال دون سن الخامسة إلا إذا كان يتعين عليهم الحصول على وثيقة سفر للمولود، لأن العملية تتطلب تسجيل المولود وتقديم شهادة ميلاد.

أشارت نتائج المسح إلى أن 0.5% فقط من الأطفال لم يكونوا مسجلين. ولا توجد أية اختلافات إحصائية حول إبلاغ الآباء عن المواليد بين الذكور (99.7%) والإناث (99.3%)، وبين الضفة الغربية (99.3%) وقطاع غزة (99.9%)، وبين الحضر (99.6%) والريف (99.4%) والمخيم (99.7%) أو باختلاف مستوى تعليم الأم.

تمثلت الأسباب وراء عدم تسجيل الأطفال بارتفاع الرسوم، وبعد مكان التسجيل، وعدم المعرفة بوجوب التسجيل، والغرامة، وأخرى، والتي شكلت السبب الرئيس في عدم الإبلاغ عن ولادة الطفل، يليه سبب آخر مفاده أن الأهل تأخروا في تسجيل المولود ولم يذهبوا لتسجيله بعد ذلك بسبب عدم رغبتهم في دفع غرامة في ذلك الوقت. ومن الأسباب الأخرى أن مكاتب تسجيل المواليد كان بعيداً من المنزل. وتشكل هذه الحالات ما نسبته أقل من 1% من الأطفال المشاركين في المسح، ويرتبط كلا السببين الأخيرين "بتكلفة" تسجيل المولود كعقبة أمام تسجيل الطفل. ومن الجدير ذكره أن الآباء قاموا مباشرة بعد الولادة بتسجيل ما نسبته 99.9% من الأطفال المشاركين في المسح في قطاع غزة. وهم لم يشيروا إلى أنهم اضطروا إلى دفع الغرامات أو واجهوا صعوبة في الوصول إلى مكاتب التسجيل لأن تلك المكاتب تقع على مقربة من بيوتهم. كما يجدر التنويه إلى أن أكبر مجموعة من الأطفال الذين لم يتم تسجيلهم كانت أعمارهم دون ستة أشهر (2%). وهذا متوقع (على الرغم من أنه غير مقبول). ولا يزال الآباء يبدون ميلاً لعدم الإبلاغ عن المواليد فوراً. وقد أشار الآباء إلى أنهم لم يقوموا بالإبلاغ عن المواليد لأن الغرامات كانت مرتفعة جداً (5.8%)، أو لأن مكاتب التسجيل كانت بعيدة (9.9%)، أو لأنهم لم يكونوا راغبين في دفع غرامات (16.8%)، أو غيرها (67.5%). وتشكل هذه النتائج مؤشراً على أن الآباء لا يزالون غير مدركين لأهمية التسجيل المبكر للمواليد. وفي بعض الأحيان، يقومون بتأجيل تسجيل المواليد حتى تكون هناك حاجة من قبيل استصدار جواز سفر للطفل، أو تسجيل الطفل لأغراض خدمات معينة، وغيرها.

تعتبر هذه النتائج جيدة نوعاً ما من حيث أنها تشير إلى تسجيل الغالبية العظمى من الأطفال دون سن الخامسة. ويمكن تلخيص أهمية تسجيل الأطفال على النحو التالي:

1. تشكل عملية تسجيل الطفل أول اعتراف رسمي من الدولة بوجوده ومن ثم مسؤوليتها تجاهه كمواطن جديد.
2. إذا لم تتوفر شهادة ميلاد للطفل، فإن هذا يعني أنه لن تكون هناك أية شهادة في حال اختفى الطفل أو توفي.
3. الإبلاغ الدقيق عن المواليد هام لأغراض التخطيط المناسب، وتعتبر عمليات التسجيل ضرورية لتحديد معدلات وفيات الرضع وأسباب الوفاة.

في الحالة الأولى، يتعين على الدولة أن تعرف عدد الأطفال الذين يولدون بشكل دوري من أجل تحديد نوعية الخدمات اللازمة وأماكن تقديمها، وهذا ينطبق على الخدمات الصحية (الفحوصات، والتحصين وغيرها) أو حماية الأطفال الذين لا يستطيع ذووهم وعائلاتهم تقديم مثل هذه الخدمات لهم بشكل مباشر. وفي بعض البلدان، تعتبر عمليات بيع، وتهريب، وخطف الأطفال من أبرز القضايا التي تواجه الأطفال الصغار. لكن، ومع وجود تسجيل مناسب للمواليد، فإن

عملية متابعة ومراقبة مثل هذه الحالات تكون أكثر سهولة بالإضافة إلى أن إمكانية المساءلة تكون أكبر. وعلى الرغم من أن الحالة الأخيرة لا تشكل مشكلة في الوقت الراهن في فلسطين، إلا أنه من الواجب أخذها بعين الاعتبار، خاصةً إذا كانت الحركة السياحية ستشهد ازدياداً كبيراً. والجدير بالذكر أن العديد من المناطق التي تشهد تدفقات سياحية كبيرة تكون أكثر عرضة لعمليات بيع، وتهريب، وخطف الأطفال.

كما يعتبر تسجيل المواليد طريقة ضرورية للتحقق من أن الطفل المولود لأبوين فلسطينيين يحملان الجنسية الفلسطينية يحق له العيش في فلسطين. وفي الوقت الراهن، هنالك مجموعة من القواعد والتنظيمات التي تتعلق بالجنسية الفلسطينية، حيث أن الطفل المولود لأبوين يحملان بطاقات هوية فلسطينية يمكن له أن يحصل على الجنسية الفلسطينية. لكن الأطفال الذين يولدون لأباء غير مقيمين لا يمنحون الهوية/الجنسية الفلسطينية حتى وإن كان آباؤهم فلسطينيين. وهذه قضية معقدة، وتزداد تعقيداً عندما يولد الطفل لأبوين يحمل أحدهما هوية القدس والآخر يحمل هوية الضفة الغربية. وتركز الأنظمة والقوانين الإسرائيلية دائماً على منع الفلسطينيين المقيمين في القدس من الحصول على بطاقة الهوية الخاصة بالقدس. وعلى نحو مشابه، تسعى القوانين الإسرائيلية أيضاً إلى الحد قدر الإمكان من عدد الفلسطينيين الذين يتمتعون بحقوق مواطنة في الأراضي الفلسطينية. للإطلاع على صورة أوفى من تلك الأنظمة والقيود التي تفرضها الحكومة الإسرائيلية، راجع تقارير مؤسسة الحق حول هذه القضية. من ناحية أخرى، ينبغي التنويه إلى أن جميع نماذج تسجيل المواليد يجب أن تشير بشكل واضح إلى أسماء الوالدين، وعناوينهم، وجنسياتهم.

وفقاً للنظام السائد في الأراضي الفلسطينية، يطلب من جميع المستشفيات، والعيادات، والأشخاص/القابات تقديم السجلات الإدارية الخاصة بجميع المواليد مباشرة إلى وزارتي الصحة والداخلية. كما ينبغي تسليم نسخ عن هذه السجلات إلى الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، إلا أن ذلك لا يتم بشكل منتظم. كذلك، فإن 5.2% فقط من جميع حالات الولادة المبلغ عنها قد حدثت في بيئة البيت، وفقاً لأحدث دراسة صحية. ومن الأهمية أن يتم إجراء تحليل للسجلات الإدارية الخاصة بالإبلاغ عن المواليد وبين عمليات الإبلاغ الفعلية التي قام بها الوالدان (ووصلوا على شهادة ميلاد)، وذلك بهدف تحديد ما إذا كان يتم تسجيل المواليد خلال الأسبوعين التاليين للولادة. سوف يبين مثل هذا التحليل ما إذا كان معدل الإبلاغ عن المواليد مرتفعاً أم لا. على سبيل المثال، قد لا يقوم الأبوان بتسجيل طفل قد يموت خلال الأسبوع الأول من ولادته. وبذلك، فإنه لن يكون هناك أي سجل لهذا المولود، بالإضافة إلى أنه لن تمثل معلومات الوفاة في حساب معدلات وفيات الرضع. على نحو مشابه، قد لا يقوم الأبوان دائماً بتسجيل الأطفال الذين يعانون من إعاقات شديدة على افتراض أن الطفل قد لا يعيش طويلاً. وتسهم مثل هذه النتائج في الحد من دقة التقديرات الخاصة بعدد الأطفال المعاقين في الأراضي الفلسطينية. وهناك العديد من الأسباب التي قد يقدمها الآباء لتبرير عدم تسجيل الأطفال، إلا أن الدولة تبقى مسؤولة عن التحقق من تسجيل جميع الأطفال.

3.11 الأيتام والأطفال الذين يقيمون في مؤسسات الرعاية الاجتماعية والصحية:

علاوة على حق الطفل في تسجيل ولادته، تنص المادة 7 من ميثاق حقوق الطفل على أن لجميع الأطفال الحق في "أن يعرفوا والديهم وأن يتلقوا الرعاية منهم". وترتبط هذه المادة ارتباطاً وثيقاً بالمادة 9 من ميثاق حقوق الطفل، والتي تتناول فصل الأطفال عن والديهم.

المادة 9 / ميثاق حقوق الطفل

1. تضمن الدول الأطراف عدم فصل الطفل عن والديه على كره منهما، إلا عندما تقرر السلطات المختصة رهناً بإجراء إعادة نظر قضائية وفقاً للقوانين والإجراءات المعمول بها. إن هذا الفصل ضروري لصون مصالح الطفل الفضلى. وقد يلزم مثل هذا القرار في حالة معينة مثل حالة إساءة الوالدين معاملة الطفل أو إهمالهما له، أو عندما يعيش الوالدان منفصلين ويتعين اتخاذ قرار بشأن محل إقامة الطفل².

تشير النتائج المستمدة من المسح الصحي - 2000 إلى أن 94.6% من الأطفال الفلسطينيين يعيشون حالياً مع كلا الوالدين³. وهي نسبة مرتفعة نسبياً مقارنةً بالعديد من الدول. إلا أن هناك اختلافات بسيطة بين البيانات المستمدة من التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت - 1997⁴ وبين بيانات المسح الصحي - 2000. ففي عام 1997، تبين أن هناك 4.2% من جميع الأطفال الذين يعيشون في أسر ترأسها امرأة (سواء كان الرجل ميتاً أو حياً) مقارنةً بحوالي 3.3% فقط يعيشون في أسر ترأسها امرأة في عام 2000⁵.

في المقابل، يعيش قرابة 1.1% من الأطفال مع آبائهم فقط (سواء كانت الأم ميتة أو على قيد الحياة). للحصول على تفاصيل حول الظروف المعيشية للأطفال، راجع جدول (2.11). يلاحظ أن الغالبية العظمى من الأطفال الفلسطينيين (99%) تعيش مع كلا الأبوين أو أحدهما. كما تقدر نسبة الذين لا يعيشون مع كلا الأبوين أو أحدهما بحوالي 1%. ويعتبر ما نسبته 0.1% من الأطفال (1,660) أيتام الأبوين.

² الأمم المتحدة (1989). ميثاق الأمم المتحدة لحقوق الطفل.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي - 2000: النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين

⁴ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. التعداد، العام للسكان والمساكن والمنشآت - 1997. رام الله - فلسطين.

⁵ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي - 2000: النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

جدول 2.11: التوزيع النسبي للأطفال في الفئة العمرية (0-17) سنة حسب ترتيبات المعيشة ونوع التجمع والمنطقة

نوع التجمع والمنطقة	يعيش مع كلا الوالدين	يعيش مع الأم فقط	يعيش مع الأب فقط	يعيش دون أي من الوالدين	المجموع	عدد الأطفال
نوع التجمع						
حضر	94.4	3.1	1.3	1.2	100	896,169
ريف	95.5	3.2	0.5	0.8	100	490,911
مخيم	93.8	4.1	1.3	0.8	100	273,587
المنطقة						
الأراضي الفلسطينية	94.6	3.3	1.1	1.0	100	1,660,667
الضفة الغربية	94.9	3.3	0.8	1.0	100	1,021,626
قطاع غزة	94.3	3.3	1.4	1.0	100	639,041

وهناك 1.0% من الأطفال (16,606) الذين لا يعيشون مع الوالدين (أحدهما أو كلاهما على قيد الحياة). وهذا يشير إلى أن أحد الوالدين على قيد الحياة لحوالي 15,000 من الأطفال، لكنهم لا يعيشون مع ذلك الأب. وفي الكثير من الحالات، يعيش مثل هؤلاء الأطفال مع أحد أعضاء الأسرة الممتدة (جدة، عمّة، خالة، عم أو مع آباء أو عائلات تبنتهم)، ومن الصعب أن نتحقق من عدد الأطفال الذين يعيشون فعلياً مع عائلات بديلة أو الذين تم تبنيهم اعتماداً على البيانات المتوفرة. من الجدير بالذكر أن الأرقام الخاصة بالفئة الأخيرة تعتبر سرية للغاية. وتتم مراقبة هذه الحالات الاجتماعية عن كثب، علماً بأن المعلومات التي تتعلق بهم ليست متوفرة أو في متناول اليد. من ناحية أخرى، بمقدور العائلات المسيحية أن تتبنى أطفالاً فلسطينيين مسيحيين فقط، بينما يمكن للعائلات المسلمة أن تتولى رعاية طفل فلسطيني (بصرف النظر عن الدين) تحت بند الكفالة (كفالة اليتيم) أو الرعاية الدينية الإسلامية للأطفال، والتي تعتبر مشابهة إلى حد ما للتبني، إلا أن الطفل لا يمنح جميع الحقوق الخاصة بالتبني.

تشير البيانات المتوفرة من المسح الصحي - 2000 (الجدول رقم 141، تقرير النتائج الأساسية)⁶ إلى أن هناك فرقاً كبيراً بين عدد الأطفال الذين يعيشون مع الوالدين استناداً إلى عمر الطفل. ومن الملاحظ أن احتمال أن يعيش الطفل مع أحد الوالدين يزداد مع ازدياد العمر. وهناك 85.5% فقط من الأطفال في الفئة العمرية 15 - 17 سنة يعيشون مع كلا الوالدين مقارنةً بحوالي 97.8% من الأطفال في الفئة العمرية 0 - 4 سنوات، ومن غير الواضح من البيانات المتوفرة ماهية السبب الكامن وراء مثل هذه الحالة، وهناك حاجة لجمع المزيد من البيانات.

في الوقت الراهن، يعيش حوالي 1,714 طفلاً في مؤسسات الرعاية الاجتماعية والصحية ودور الأيتام⁷. وتشير البيانات إلى أن غالبية الأطفال الذين يعيشون في مؤسسات الرعاية الاجتماعية والصحية ينتمون إلى أسر يعيش فيها أحد الوالدين، وتم وضعهم في المؤسسات لأسباب ومشاكل تتعلق بالأسرة (طلاق، انفصال، خلافات أسرية، أو فقر

⁶ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي-2000: النتائج الأساسية. رام الله-فلسطين.

⁷ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. الأطفال الفلسطينيين دون سن خمس سنوات في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية. رام الله - فلسطين.

مدقع،...الخ). كما تشير وزارة الشؤون الاجتماعية إلى أن أكثر من 40% من مجموع الأطفال الذين يعيشون في المؤسسات ينتمون إلى أسر يعيش فيها كلا الوالدين ولكن تم وضعهم في مؤسسات اجتماعية فقط بسبب التفكك الأسري⁸

تعمل وزارة الشؤون الاجتماعية بكل جد لتطبيق السياسات والبروتوكولات التي تحول دون وضع الأطفال في مؤسسات الرعاية الاجتماعية والصحية إلا في حالات الضرورة. وتتص السياسات المتبعة حالياً على عدم وجوب إدخال أي طفل إلى مؤسسات الرعاية الاجتماعية والصحية إلا بعد بذل كافة الجهود لإعادتهم إلى آبائهم وعائلاتهم الطبيعية أو لوضعهم لدى عائلة أخرى إذا اقتضت الضرورة. لذلك، فقد طرأ انخفاض كبير على العدد الفعلي للأطفال المقيمين في مؤسسات الرعاية الاجتماعية والصحية خلال السنوات الخمس الأخيرة. وتبين التقارير الأولية أن أكثر من 3,500 طفل كانوا يعيشون في مؤسسات الرعاية الاجتماعية والصحية ودور الأيتام في عام 1995 مقارنةً بحوالي 1,700 حالة في عام 2000⁹. وهذا تحسن تجدر الإشادة به في مجال تلبية حقوق الطفل.

تشير المعلومات أعلاه إلى أن المواد التالية من ميثاق حقوق الطفل سارية المفعول:

1. المادة رقم 5، وهي تعترف بأن رعاية الآباء لأبنائهم تعتبر أولوية، ويلبهم "أعضاء العائلة الممتدة أو المجتمع كما هو منصوص عليه في القوانين المحلية".

2. المادة رقم 9، وهي تدعو إلى "عدم فصل الطفل عن أبويه خلافاً لرغبته، باستثناء عندما يكون مثل هذا الفصل يصب في صالح الطفل".

3. المادة رقم 18، وهي تؤكد على المبدأ القائل بأن كلا الوالدين يتحملان مسؤولية مشتركة عن رعاية أطفالهم وأن الوصي القانوني "يتحمل المسؤولية الأولى عن تربية الطفل ونموه، وتكون مصالح الطفل المثلى اهتمامهم الأساسي"¹⁰

4.11 تعليم الطفل:

تلعب الأسرة دوراً مركزياً في التحقق من تلبية حقوق الطفل في التطور والتنمية، وهذا يشمل الممارسات المتبعة في تربية الطفل التي تصب بشكل تام في مصلحة الطفل الفضلى، بالإضافة إلى التحقق من أن الطفل يتعلم المعرفة الأساسية، والمهارات، والمواقف، والقيم التي تساعد الأطفال على النمو السليم. ويعتبر تعليم الطفل جزءاً من هذه العملية التنموية الشاملة، لذلك يتعين على الآباء أن يبذلوا قصارى جهدهم لوضع أطفالهم في برامج مناسبة تعنى بالتعليم المبكر، وتوفر للطفل بيئة اجتماعية وتربوية تصقل عملية نموه. وقد بينت العديد من الدراسات الدولية والمحلية أن الأطفال الذين يلتحقون بمؤسسات تعليم مبكر مناسبة يتمتعون بفرص أفضل للنجاح على المستوى التعليمي وتحسين مستويات الإنتاجية لديهم عندما يكبرون.

⁸ وزارة الشؤون الاجتماعية، 2000. التقرير السنوي حول الأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة. إعداد الإدارة العامة للعائلة والطفولة.

⁹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. الأطفال الفلسطينيين دون سن خمس سنوات في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية. رام الله - فلسطين.

¹⁰ الأمم المتحدة، 1989. ميثاق الأمم المتحدة لحقوق الطفل.

المادة 28/ ميثاق حقوق الطفل: تعترف الدول الأطراف بحق الطفل في التعليم، وتحقيقاً للتنفيذ الكامل لهذا الحق تدريجياً وعلى أساس تكافؤ الفرص، سوف تقوم بوجه خاص بما يلي:

أ. جعل التعليم الابتدائي إلزامياً ومتاحاً مجاناً للجميع

ب. اتخاذ التدابير المناسبة لتشجيع الالتحاق المنتظم بالمدارس والحد من معدلات التسرب من المدرسة¹¹.

وتشير البيانات التي تم الحصول عليها إلى أن انخفاضاً قد طرأ على عدد الأطفال الفلسطينيين (في الفئة العمرية 36 – 59 شهراً) الذين يلتحقون ببعض أشكال برامج التعليم المبكر في عام 2000 مقارنةً بعام 1997.

جدول 3.11: نسبة الأطفال (36-59) شهراً حسب الالتحاق بمراكز التعليم المبكرة للأطفال وبعض الخصائص الخلفية

الخصائص الخلفية	عدد الأطفال	نسبة الملتحقين بالبرنامج
الجنس		
ذكور	110,868	19.2
إناث	106,561	18.9
عمر الطفل بالأشهر		
36 – 47	110,399	7.6
48 – 59	107,030	30.9
المؤهل العلمي للأم		
لا شيء	32,394	9.0
ابتدائي	59,398	16.1
إعدادي	70,270	19.5
ثانوي فأعلى	51,436	28.3
نوع التجمع		
حضر	118,024	19.6
ريف	64,195	19.5
مخيم	35,210	16.4
المنطقة		
الأراضي الفلسطينية	217,429	19.1
الضفة الغربية	133,068	22.8
قطاع غزة	84,361	13.2

في عام 1997، التحق ما نسبته 34% من الأطفال 4 – 5 سنوات في رياض الأطفال مقارنةً بحوالي 31% فقط في عام 2000^{12، 13}. وبشكل عام، تبلغ النسبة الإجمالية للأطفال في الفئة العمرية 36 – 59 شهراً الذين التحقوا

¹¹ الأمم المتحدة، 1989. ميثاق الأمم المتحدة لحقوق الطفل.

¹² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1995. إحصاءات التعليم في الضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير الوضع الراهن (رقم 5). رام الله – فلسطين.

¹³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي – 2000: النتائج الأساسية. رام الله – فلسطين.

بمؤسسات التعليم المبكر حوالي 19.1% أو قرابة 41,500 طفل. وتشير أحدث البيانات المتوفرة إلى أن 7.6% من الأطفال في الفئة العمرية 36 – 47 شهراً التحقوا بمؤسسات التعليم قبل المدرسي مقابل 30.9% من الأطفال في الفئة العمرية 48 – 59 شهراً ملتحقين برياض الأطفال. وتبين هذه النتائج أن عدد الأطفال في هذه الفئة العمرية الذين التحقوا بمؤسسات التعليم قبل المدرسي يفوق بحوالي أربعة أضعاف عدد الملتحقين من الأطفال في الفئة العمرية 36-47 شهراً فما دون. وتشير هذه البيانات إلى أن الآباء أكثر دعماً لبرامج التعليم المبكر للأطفال في سن 4 – 5 سنوات، وذلك كمرحلة تمهيدية للالتحاق بالصف الأول. لمزيد من المعلومات، راجع جدول (3.11).

تعتبر هذه المعلومات ذات علاقة وثيقة بالموضوع قيد البحث خاصة في ظل الحقيقة التي مفادها أن الالتحاق برياض الأطفال لا يعتبر إلزامياً، ورغم أن وزارة التربية والتعليم تدعم برنامج التعليم المبكر، إلا أنها حالياً تفتقر إلى المصادر الفنية والمادية لتقديم الدعم الكافي لهذا القطاع. لذلك، فإن الآباء يرسلون أطفالهم إلى مؤسسات التعليم المبكر للأطفال بشكل اختياري واعترافاً منهم بأن نظام التعليم المبكر يعتبر جانباً هاماً من جوانب تنمية ونمو الطفل. ومن الأهمية بمكان التنويه إلى أنه كلما ازداد مستوى التحصيل العلمي للأم، كلما ازداد احتمال التحاق أطفالها بالتعليم المبكر. للحصول على تفاصيل، راجع جدول (142) من تقرير النتائج الأساسية للمسح الصحي-2000. من ناحية أخرى، تشير البيانات المتوفرة إلى أن 9.0% فقط من الأطفال الذين لم تحصل أمهاتهم على أي تحصيل علمي التحقوا بمؤسسات التعليم المبكر مقابل 28.3% للأطفال الذين حصلت أمهاتهم على تعليم ثانوي فأعلى، فهناك علاقة هامة وإيجابية بين مستوى تعليم الأم والتحاق الطفل بمؤسسات التعليم المبكر، وقد تكون هذه العلاقة عائدة إلى ازدياد وعي الأم واعتقادها بأهمية التعليم المبكر للأطفال أو إلى حقيقة أن الأمهات اللاتي حصلن على تعليم عالٍ غالباً ما تعيش في عائلات ذات دخل مرتفع. وبالتالي، فإن الأم (العائلة) تمتلك مصادر أكثر تمكنها من تغطية تكاليف التعليم المبكر لطفلها.

من الأهمية بمكان التركيز على المساواة بين النوع الاجتماعي من حيث التحاق الذكور والإناث بمؤسسات التعليم قبل المدرسي. وتدعم نتائج دراسة حديثة (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، المسح الصحي - 2000) النتائج السابقة، والتي تفيد بأن الذكور والإناث ممثلون بشكل متساوٍ في مجتمع مؤسسات ما قبل المدرسة. وفي آخر دراسة أجريت حول الموضوع، تبين أن حوالي 19.0% من الذكور والإناث في الفئة العمرية 36 – 59 شهراً التحقوا بمؤسسات التعليم قبل المدرسي من رياض أطفال وغيرها. إلا أنه لا تتوفر أية معلومات تفصيلية حول أنماط التحاق الذكور والإناث حسب نوع التجمع والمنطقة. وسوف تكون مثل هذه المعلومات هامة في التعرف على مواقف الآباء من التحاق الذكور والإناث بمزيد من التفاصيل.

من الملاحظ وجود اختلافات في أنماط الالتحاق بالتعليم المبكر في مرحلة ما قبل المدرسة حسب نوع التجمع والمنطقة. لذلك، فإن نسبة الأطفال الذين يلتحقون بمؤسسات التعليم المبكر تعتبر أقل ما تكون في قطاع غزة ومخيمات اللاجئين مقارنة بمناطق الحضر والريف في الضفة الغربية. وقد بلغت نسبة الالتحاق الكلي بمؤسسات التعليم المبكر حوالي 22.8% للأطفال الضفة الغربية مقارنة بحوالي 13.2% للأطفال قطاع غزة. على الرغم من عدم توفر معلومات تفصيلية، ومن المحتمل أن تكون نسبة الالتحاق بتلك المؤسسات في قطاع غزة متدنية بسبب قضايا الفقر وعدم تمكن الأهل من دفع تكاليف التعليم المبكر. وهذا مدعوم بحقيقة مفادها أن الأطفال الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين هم الأقل التحاقاً بمؤسسات التعليم المبكر (16.2%) مقارنةً بنظرائهم في الحضر (19.6%) والريف (19.5%). كما يجدر

التنويه إلى أن مخيمات اللاجئين تعتبر أكثر المناطق فقراً، وهذا يرتبط مباشرة بقطاع غزة والالتحاق بالتعليم المبكر. هنالك حاجة إلى إجراء تحليل مفصل لأنماط الالتحاق بالتعليم المبكر من أجل تقييم هذه القضية.

غالبية المؤسسات التي تعنى بالأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة هي عبارة عن مؤسسات خيرية خاصة وعامة تعمل تحت رعاية وزارة التربية والتعليم التي تتولى مسؤولية الترخيص والإشراف الأساسي على مؤسسات ما قبل المدرسة. وأشارت الإدارة العامة للتعليم العام في وزارة التربية والتعليم، في سياق مباحثات معها، إلى وجوب إيلاء المزيد من الاهتمام بالتعليم المبكر للأطفال. وفي غضون 5 - 10 سنوات، من المتوقع أن لا تكون الوزارة قادرة على إدراج نظام التعليم قبل المدرسي كجزء من مرحلة التعليم الإلزامي. لذلك، من الضروري الأخذ بعين الاعتبار وسائل جديدة لتعليم الأطفال صغار السن على المستوى الوطني، ويتوجب التشديد على اعتبار هذه المسألة ذات أولوية خاصة في ظل حقيقة مفادها أن أكثر من 80% من الأطفال في الفئة العمرية 3 - 5 سنوات غير ملتحقين بمؤسسات التعليم المبكر ورياض الأطفال. وهذا يعني أن الغالبية العظمى من الأطفال الفلسطينيين تفتقر إلى إمكانية الوصول إلى خيارات التعليم "الرسمي" خارج البيت. وقد يكون من المجدي أن يتم التفكير في تبني طرق غير مباشرة لتوعية الأبوين حول أهمية التعليم المبكر في مرحلة ما قبل المدرسة، وجعل تكاليف نظام التعليم المبكر في متناول جميع الأطفال، أو إيجاد برامج تربوية متخصصة للأطفال "في حالة الخطر"، وهي تبين أيضاً أن الوصول إلى الأطفال في البيت مصحوباً بمواد "تعليم نشط" يجب أن تعتبر أولوية في هذا الوقت.

تناولت الدراسة الحالية نسبة الأطفال في السن المدرسية الذين كانوا ملتحقين بالتعليم المدرسي الأساسي خلال النصف الثاني من عام 2000. وتشير البيانات المتوفرة إلى أن 93.7% من الأطفال في الفئة العمرية 6 - 15 سنة كانوا ملتحقين بالتعليم المدرسي الأساسي. في المقابل، تشير نفس البيانات إلى أن 72.3% فقط من الأطفال في سن 6 سنوات كانوا ملتحقين بالتعليم المدرسي الأساسي، وهي نسبة متدنية ويعود السبب في ذلك إلى أنه تم جمع بيانات المسح الصحي 2000 خلال شهري نيسان وأيار من عام 2000، مما أدى إلى زيادة عدد الأفراد الذين أعمارهم 6 سنوات فأكثر ولكنهم في بداية العام الدراسي لم يكونوا قد بلغوا سن الدخول الرسمي للمدرسة (خمس سنوات وثمانية أشهر في بداية العام الدراسي)، مما أدى إلى زيادة نسبة غير الملحقين من الذين أعمارهم 6 سنوات.

من الملفت للنظر أن معدلات الالتحاق بالمدارس تتراوح بين نسبة متدنية تصل إلى 72.3% (بين الأطفال في سن ست سنوات) إلى نسبة مرتفعة تصل إلى 99.5% (بين الأطفال في سن تسع سنوات). لمزيد من المعلومات، راجع جدول (4.11).

جدول 4.11: نسبة الأطفال في سن المدرسة الملحقين بالمرحلة الأساسية حسب الجنس وبعض الخصائص الخلفية

المجموع	الجنس		الخصائص الخلفية
	ذكور	إناث	
			العمر
72.3	70.5	74.2	6
97.9	97.9	97.9	7
98.5	98.9	98.1	8
99.5	99.7	99.2	9
99.0	99.2	98.8	10
98.7	97.9	99.9	11
99.0	98.7	99.3	12
96.8	96.2	97.4	13
94.0	93.5	94.5	14
82.8	80.2	85.7	15
			نوع التجمع
93.9	93.4	94.5	حضر
93.8	93.3	94.3	ريف
92.8	92.2	93.3	مخيم
			المنطقة
93.7	93.1	94.2	الأراضي الفلسطينية
93.9	93.4	94.6	الضفة الغربية
93.9	92.8	93.7	قطاع غزة

يوفر جدول (143) من تقرير النتائج الأساسية للمسح الصحي-2000، معلومات مفصلة حول أعداد ونسب محددة للأطفال الملحقين بالمدرسة حسب العمر، والجنس، والتجمع والمنطقة. ويتضح من هذه المعلومات أن عدداً أكبر من الإناث (94.2%) ملتحقات بالمدرسة في هذا الوقت مقارنةً بالذكور (93.1%). والجدير بالذكر أن هذه المعلومات ذات علاقة، حيث أنها تبين أن مساواة النوع الاجتماعي بين الذكور والإناث الفلسطينيين كانت ناجحة من حيث مسألتي الوصول والالتحاق. وفي الحقيقة، فإن البيانات تشير إلى أن نسبة الإناث اللواتي يذهبن إلى المدرسة تفوق مثيلتها بين الذكور، بفرق يصل إلى 1%.

من المثير للتوحيه إلى أن نسبة الإناث الملتحقات بالمدرسة في سن 15 سنة (85.7%) أعلى بشكل كبير منها بين الذكور (80.2%). ومن الصعب التحقق من الأسباب الكامنة وراء ازدياد تسرب الذكور من المدرسة بالاعتماد على هذه البيانات المتوفرة. إلا أن هذه النتائج تؤكد على الأنماط السابقة لمعدلات التسرب من المدرسة لكل من الذكور والإناث. وخلال الفترة 1994 – 1999، شهدت المعدلات الكلية لتسرب الإناث انخفاضاً كبيراً مقارنةً بالذكور¹⁴.

ومن الأهمية بمكان أن نأخذ بالحسبان حقيقة أن نسبة أكبر من الإناث ملتحقات بالمرحلة الثانوية (الصفوف 11 و12) مقارنةً بنظرائهن من الذكور. رغم ذلك، إلا أن المعدلات الكلية للتسرب من المدرسة شهدت ازدياداً حتى 8.28% و4.31% للإناث والذكور على التوالي. لذلك، يبدو أن الذكور والإناث في وضع متساو من حيث فرص الالتحاق بالتعليم. وفي هذا السياق، تستحق مديريات التعليم التابعة لوزارة التربية والتعليم ووكالة الغوث كل الشناء على

¹⁴ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. أطفال فلسطين – قضايا وإحصاءات (رقم 2). رام الله- فلسطين.

الاستثمار في دعم تعليم الإناث، وقد لوحظ حدوث تحسن في التحاق الإناث بالمدارس في كافة التقارير التي تلت السنة الدراسية 1994/1995، بالإضافة إلى أن نتائج الدراسة الحالية تؤكد على هذا الإنجاز.

على الرغم من هذه المكاسب، إلا أن هناك حاجة لإيلاء مزيد من الاهتمام بقضيتين محددتين:

- 1 - من تمثل النسبة المتبقية 6.3% من الأطفال غير الملحقين بالمدارس الأساسية؟
- 2 - ما هي الإجراءات التي يمكن اتخاذها للحد من التسرب من طلاب المدارس الثانوية؟

أشارت الدراسات التي أجريت حول الفقر في فلسطين إلى أنه كلما كان الشخص متعلماً أكثر، كلما قل احتمال تعرضه للعيش في ظروف الفقر¹⁵. علاوة على ذلك، بينت المؤشرات الصحية والتربوية أن الأطفال الذين حصل أبائهم على تعليم أعلى، يتمتعون بوضع اجتماعي، وجسدي، وتربوي أفضل على المدى الطويل¹⁶. وهذه أسباب كافية للعمل على تحسين وضع الأطفال من خلال تحسين وضعهم التعليمي.

5.11 عمل الأطفال:

ترتبط عمالة الأطفال بشكل مباشر مع الفقر، وقد توصلت دراسات سابقة إلى أن العديد من الأطفال يبحثون عن عمل عندما تكون عائلاتهم غير قادرة على تلبية الحد الأدنى من الاحتياجات الأساسية لأطفالهم¹⁷. ويبين المسح الصحي - 2000 بشكل واضح أن عمالة الأطفال آخذة في الازدياد. وتشير النتائج الراهنة إلى أن 19.6% من جميع الأطفال في الفئة العمرية 5 - 17 سنة يعملون 4 ساعات فأكثر يومياً. وترتفع معدلات العمالة بين الذكور (25.5%) بشكل أكبر من الإناث (13.5%). لمزيد من المعلومات، راجع جدول (5.11).

علاوة على ذلك، تشير البيانات إلى أن الأطفال المقيمين في مخيمات اللاجئين معرضون أكثر من غيرهم للعمل (4 ساعات فأكثر كل يوم) مقارنةً بالأطفال المقيمين في الريف والحضر. كما ترتفع معدلات عمالة الأطفال على نحو مشابه في قطاع غزة أيضاً (22.7%) مقارنةً بالضفة الغربية (17.7%). وتوازي هذه النتائج اتجاهات الفقر في فلسطين، حيث ترتفع معدلات الفقر في المخيمات وفي قطاع غزة¹⁸. وتبين البيانات أن عمالة الأطفال آخذة في الازدياد إذا تم إجراء مقارنات على مدار السنوات الخمسة السابقة¹⁹.

¹⁵ اللجنة الوطنية حول الحد من الفقر، تقرير الفقر الفلسطيني، 1998، البيرة - فلسطين.

¹⁶ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، التقرير السنوي لأطفال فلسطين، رقم (3)، 2000. رام الله - فلسطين.

¹⁷ سكرتاريا خطة العمل الوطنية لأطفال فلسطين (2001). مواقف الأطفال الفلسطينيين وفهمهم لحقوقهم. البيرة - فلسطين.

¹⁸ اللجنة الوطنية لمكافحة الفقر، 1998. تقرير الفقر الفلسطيني. البيرة - فلسطين.

¹⁹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. التقرير السنوي لأطفال فلسطين رقم (3). رام الله - فلسطين.

جدول 5.11: نسبة الأطفال (5-17) سنة الذين يعملون 4 ساعات فاكثر حسب بعض الخصائص الخلفية

الخصائص الخلفية	يعملون 4 ساعات فاكثر	يعملون أقل من 4 ساعات
الجنس		
ذكور	25.5	33.2
إناث	13.5	65.1
عمر الطفل بالسنوات		
9 - 5	15.8	0.1
14 - 10	18.6	39.9
17 - 15	30.7	52.8
نوع التجمع		
حضر	18.3	51.1
ريف	20.9	38.3
مخيم	21.6	60.4
المنطقة		
الأراضي الفلسطينية	19.6	48.8
الضفة الغربية	17.7	38.9
قطاع غزة	22.7	64.8

تزداد عمالة الأطفال مع ازدياد العمر، كما هو مبين في الجدول (5.11). لذلك، فإن الفئة العمرية الأصغر سناً تشكل 15.8% من الأطفال العاملين، بينما تشكل الفئة العمرية الأكبر سناً 30.7% منهم، وهذا متوقع بسبب وجود ميل لدى الأطفال الأكبر سناً للتسرب من المدرسة والبحث عن عمل. وعلى الرغم من أن القوانين السارية في الأراضي الفلسطينية تسمح للأطفال فوق سن 14 سنة بالعمل بشكل منفرد، إلا أن البيانات المتوفرة تشير إلى أن أكثر من 15% من الأطفال يعملون بشكل غير قانوني. كما يجدر التنويه إلى أن عدداً كبيراً من الأطفال كانوا يعملون أقل من 4 ساعات كل يوم، ومن الملفت للنظر أن البيانات أشارت إلى أن عدداً أكبر من الإناث يعملن أقل من 4 ساعات كل يوم (65.1%) مقارنةً بالذكور (33.2%)، وهذا مرجح جداً في ظل حقيقة أن الإناث يعملن داخل البيت في العناية بأخوتهن وأخواتهن والقيام بالأعمال المنزلية المعتادة كالتنظيف والطبخ. ويبدو أن دخول الذكور إلى سوق العمل غالباً ما يكون مصحوباً بالتحرك السريع نحو ازدياد ساعات العمل. هنالك حاجة إلى بحث هذه الظاهرة بمزيد من التفصيل.

البيانات المتوفرة ليست واضحة كثيراً من حيث تصنيف عمالة الأطفال ومكان ونوع العمل. لذلك، فإن هناك حاجة إلى إجراء بحث معمق في ظاهرة عمالة الأطفال من أجل مراقبة هذا الوضع وتطوير استراتيجيات مناسبة للحد منها. والجدير بالذكر أن المعدل المرتفع لعمالة الأطفال (1 من بين كل 5 أطفال) يعتبر خطيراً ويتوجب معالجته. كما أن هذه النتائج مقلقة جداً، حيث أنها تشير إلى أن جزءاً كبيراً من مجتمع الأطفال يعملون حالياً، ومن المحتمل أن يؤثر هذا على تعليمهم وصحتهم الجسدية والنفسية.

ملخص تنفيذي:

- 0.5% من الأطفال لم يتم تسجيلهم عند الميلاد.
- 94.6% من الأطفال الذين شملهم المسح يعيشون مع كلا الوالدين.
- 3.3% من الأطفال فقط يعيشون مع أمهاتهم، (سواء كان الأب متوفى و/أو مازال على قيد الحياة).
- 1.0% من الأطفال يعيشون في ظروف عائلية مختلفة بدون أي من والديهم.
- 0.1% من الأطفال يعيشون في دور رعاية أيتام.
- إن ما نسبته 31.0% من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 4-5 سنوات، ملتحقون في مؤسسات تعليمية، وهذا يدل على انخفاض قدره 8.8% مما كان عليه الحال عام 1997.
- 19.1% فقط من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 36-59 شهراً ملتحقون بأحد أشكال التعليم المبكر، حيث لم يتم تسجيل أي فروق في الجنس في هذه المؤسسات، ومن الملاحظ أن غالبية أطفال الحضر والريف يذهبون إلى مثل هذه المؤسسات، وذلك أكثر بكثير من أطفال المخيمات.
- نسبة الإناث المسجلات في المرحلة الأساسية البالغة 94.2% هي أعلى بقليل من نسبة الذكور البالغة 93.1%.
- نسبة أكبر من الإناث (85.7%)، مقارنة بنسبة الذكور المسجلين في المدارس والذين تبلغ أعمارهم 15 سنة، وهذا ما يشير إلى وجود ميول بين الذكور إلى ترك المدرسة أكثر منه لدى الإناث اللواتي تحسنت نسبتهن.
- هناك طفل بين كل خمسة أطفال فلسطينيين يعمل، وغالبا ما يكون الميل لدى الذكور للعمل أكثر من الإناث. ومن الملاحظ أن الأطفال العاملين تكون أغلبيتهم من أبناء المخيمات، كما أن هناك نسبة عالية من الأطفال العمال في قطاع غزة.

التوصيات

تسجيل المواليد

1. يجب إجراء مقارنة تحليلية للسجلات الإدارية التي تحتوي على سجلات المواليد مع المعلومات الموجودة لدى الآباء عند تسجيل المواليد.
2. يجب التركيز على السكان البدو لأنهم يعانون من صعوبة الحصول على خدمات صحية، وقد يكون الحال أن معظم أبنائهم يولدون في البيوت، ولا يتم تسجيلهم لعدة أشهر مما تصعب عملية تخطيط الخدمات لهؤلاء السكان. وقد تكون فكرة وحدة التسجيل المتنقلة للمناطق الريفية والبدو ضرورية.
3. يجب العمل على زيادة الوعي لدى الآباء والعاملين حول أهمية تسجيل المواليد في تقديم الخدمات الصحية، لكي يسرعوا في عملية التسجيل وادراك أهميتها في تحسين التخطيط وتقديم الخدمات للأطفال

الأيتام والأطفال الذين يعيشون في المؤسسات:

1. يجب أن تشمل البيانات التي تجمع مستقبلاً معلومات حول أسباب انفصال الأطفال عن ذويهم. وأين ومع من يعيش هؤلاء الأطفال؟ ويمكن استخدام هذه المعلومات في دعم برامج مساعدة الآباء للحفاظ على أبنائهم بحيث يكونوا مسؤولين عن تربيتهم.
2. يجب أيضاً دراسة أشكال وجود الأطفال مع أحد الآباء، حيث أن هذه الظاهرة منتشرة في العالم ولذلك فإنه يجب فحص هذه الظاهرة في الأراضي الفلسطينية لكي يتم اتخاذ الخطوات اللازمة لمساندة الأطفال لكي يكبرون في كنف آبائهم.

برامج تعليم الأطفال:

1. يجب استخدام البيانات التي تم الحصول عليها في سياسة التطوير، وتخصيص المصادر لرفع نسب التحاق الأطفال برياض الأطفال وبرامج التعليم قبل المدرسي.
2. يجب عمل تقييم نوعي لمؤهلات المعلمين في مراحل ما قبل المدرسة، والمنهاج وبيئة ما قبل المدرسة ومواد التعليم، وتأثير الذهاب إلى رياض الأطفال على التحصيل العلمي في المراحل التعليمية اللاحقة، ومن خلال فحص الوضع الحالي لمرحلة ما قبل المدرسة؛ نستطيع أن نقرر الخطوات اللازم اتخاذها لتطوير التعليم المبكر في البيت وفي البيئة المدرسية.

الأطفال والتعليم الأساسي:

1. يجب مراقبة الأطفال غير الملتحقين بالتعليم الأساسي، لأن هذه القضية هامة جداً لأنها تحدد قضية حق الأطفال في التعليم والتطور. عندما لا يذهب الأطفال إلى المدارس يكون السبب غالباً هو استثناء أو فشل في متابعة تسجيل الطلاب الذين هم بحاجة ماسة إلى التعليم. غالباً ما يكون الأطفال الذين لا يذهبون إلى المدارس من الفقراء جداً وأطفال البدو والأطفال المعاقين. يحتاج هؤلاء الأطفال المهمشين إلى التسجيل في المدارس حيث أنه في الغالب ما يهمل هؤلاء الأطفال لأن تعليمهم يكلف الكثير من المال والجهد، ولكن لا يجب أن يعتبر هذا مبرراً لعدم الوصول إلى هؤلاء الأطفال المحرومين من التعليم.
2. هناك حاجة إلى وجود جهود خاصة لتكثيف المدرسة لتستوعب احتياجات الأطفال المهمشين إن أمكن. أما بالنسبة للأسباب الثلاث الرئيسية لغياب هؤلاء الأطفال عن المدارس؛ فتعود إلى صعوبة المواصلات والنقص في عدد الأشخاص المؤهلين للتعامل مع حاجات هؤلاء الأطفال، والنقص في وعي الآباء لأهمية تعليم أبنائهم.
3. هناك علاقة بين تسجيل المواليد، وحضور الأطفال إلى المدارس، وعلى السلطات المختصة أن تجري مقارنة بين عدد الأطفال الحقيقي المسجلين عند الولادة وعدد الأطفال المسجلين في الصف الأول الأساسي، إذ لا تقوم وزارة الداخلية حالياً بإرسال سجلاتها إلى وزارة التربية والتعليم؛ وبالتالي فإن مسؤولية وزارة التعليم، هو تسجيل الأطفال الذين يسجلهم آباؤهم في المدارس وأنه لا يمكن ملاحقة أي طفل لا يسجله والداه في المدرسة قانونياً. في أغلب المدارس يقوم المدير أو أي من الأشخاص المعنيين بالتأكد من أن كل الأطفال في منطقتهم مسجلون في المدرسة، ولكن هذا يعتبر واجباً مدنياً أكثر من أن يكون مسؤولية قانونية. إذا قامت وزارة الداخلية بتحديث سجلاتها وضمن الحصول على كافة سجلات المواليد، فإنها تستطيع إرسال سجلات المواليد إلى وزارة التعليم، حيث تصبح وزارة التعليم مسؤولة عن ضمان تسجيل جميع الأطفال في الصف الأول الأساسي. ومن الجدير

بالذكر، أن مشكلة التنسيق هذه تؤدي إلى عدم وجود نسبة كبيرة من الأطفال غير الملحقين بالمدارس، لأن قاعدة بيانات وزارة التربية والتعليم تبدأ عند تسجيل الطفل في المدرسة، وليس في العدد الحقيقي للأطفال.

4. على الآباء والطلاب أن يبذلوا جهداً خاصاً في دعم واستمرارية التعليم فيما بعد المرحلة الإلزامية، وتقوم وزارة التعليم حالياً بتوفير فرص التعليم الثانوي لأي طالب (ذكر أم أنثى) يرغب في إتمام التعليم، من هنا تكون مسئولية المجتمع في الضغط حول إمكانية أن يكون التعليم إجبارياً حتى الصف الثاني عشر.

الأطفال العاملون:

1. هناك حاجة إلى المزيد من البحث والتحليل لمعرفة سبب التحاق الأطفال بسوق العمل، ولتطوير استراتيجيات فعالة لتقليص نسبة الأطفال العاملين.
2. العمل على تطوير مؤشرات وطنية لمراقبة الأطفال العاملين.
3. يجب البحث في أسباب الفروق في نسبة عمل الأطفال بين الذكور والإناث، وكذلك التباين على مستوى نوع التجمع.
4. هناك حاجة ماسة إلى شبكة سلامة شاملة ونظام ضمان اجتماعي للعائلات.
5. هناك حاجة ماسة لاتخاذ خطوات لحماية الأطفال العاملين، حتى يتم التوصل إلى وقف هذه الظاهرة.

المراجع

1. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي- 2000، النتائج الأساسية. رام الله- فلسطين.
2. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999. السكان في الأراضي الفلسطينية، 1997-2025. رام الله - فلسطين.
3. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. صحة الأم والطفل في فلسطين، دراسة وطنية نوعية. رام الله-فلسطين.
4. الجهاز المركزي للإحصاء، 1999. المسح الديمغرافي اليمني لصحة الأم والطفل 1997، التقرير الرئيسي. صنعاء-اليمن.
5. دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1999. المسح الصحي حول صحة الأم والطفل في الضفة الغربية وقطاع غزة-1996: التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.
6. دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1999. التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-1997، لمحة إحصائية (ملخص نتائج التعداد). رام الله - فلسطين.
7. دائرة الإحصاءات العامة. مسح الخصوبة والصحة الأسرية، 1997. التقرير الرئيسي. عمان - الأردن.
8. مجلس السكان الوطني. المسح الصحي الديمغرافي، 1995. التقرير الرئيسي، 1996. القاهرة - مصر.
9. وزارة الصحة الفلسطينية. الخطة الصحية الاستراتيجية الوطنية، 1999-2003. فلسطين.
10. معهد أبحاث السياسات الاقتصادية الفلسطيني (ماس) 1996. الفجوات في الحياة الاقتصادية والاجتماعية الفلسطينية: محددات واتجاهات وضع المرأة الفلسطينية - الخصوبة والعمالة والدعم الاجتماعي.
11. المختار الهراس وإدريس بنسعيد 1996. الثقافة والخصوبة: دراسة في السلوك الإنجابي بالمغرب. بيروت.
12. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. المسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة-النتائج النهائية. رام الله - فلسطين.

13. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. الزواج والطلاق في الأراضي الفلسطينية - 1999. رام الله - فلسطين.

14. منظمة الصحة العالمية : تقرير منظمة الصحة العالمية 2000 . النظام الصحي : تحسين الأداء.

15. دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1995. الإحصائيات الصحية في الضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير الوضع الراهن رقم (2). رام الله- الضفة الغربية.

16. مركز الإحصاء الفلسطيني، 1994. ديمغرافية الشعب الفلسطيني في الضفة الغربية وقطاع غزة، سلسلة تقارير الوضع الراهن رقم (1). رام الله- الضفة الغربية.

ملحق (1)

العينة وحساب الأوزان

العينة وحساب الأوزان

العينة والإطار:

يراعي تصميم عينة المسح الصحي الفلسطيني - 2000 أهم التوصيات التي اقترحتها اليونيسيف لهذا النوع من المسوح، بالإضافة إلى ضرورة توفير عينة من الأسر التي تتلقى خدمات من المراكز الصحية التي تشرف عليها وزارة الصحة لاستخراج مؤشرات خاصة بالوزارة.

مجتمع الهدف:

مجتمع الهدف في هذا المسح هي الأسر الفلسطينية التي تقيم بصورة اعتيادية في الأراضي الفلسطينية، ويتم التركيز في هذا النوع من المسوح على دراسة أوضاع النساء اللواتي سبق لهن الزواج وأعمارهن (15-54) سنة، بالإضافة إلى الأوضاع الصحية للطفل دون سن 5 سنوات.

الإطار:

بعد الانتهاء من تنفيذ التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-1997، تم إعداد إطار للأسر المقيمة في الأراضي الفلسطينية. من هذا الإطار تم اختيار "عينة طبقية عشوائية" شاملة وممثلة للأراضي الفلسطينية لتستخدم بعد ذلك في اختيار عينات جزئية منها لمسوح أسرية مختلفة. تتكون العينة الشاملة من 481 منطقة عد. ومنطقة العد هي تجمع من المساكن المتجاورة تتضمن بما معدله 120 أسرة. إن عينة المسح الصحي - 2000 هي عينة جزئية من العينة الشاملة.

حجم العينة:

لقد تم تحديد حجم العينة بحيث روعي عدة أمور من أهمها: أن يكون مقدار خطأ المعاينة المرتبط بأهم المؤشرات مقبولاً ضمن المعايير المحددة دولياً بحيث لا تزيد نسبة الخطأ النسبي عن 10% لمعظم المؤشرات. كما تم تحديد حجم العينة بحيث تكون النتائج قابلة للنشر على 3 مستويات نشر. و تم افتراض أن نسبة عدم الاستجابة حوالي 10% وتم اخذ ذلك بعين الاعتبار عند تحديد حجم العينة.

بلغ عدد مناطق العد في العينة 272 منطقة، منها 178 منطقة عد في الضفة الغربية و94 منطقة في قطاع غزة ، تحتوي على 288 خلية موزعة على 194 خلية في الضفة الغربية و94 خلية في قطاع غزة. وقد بلغ عدد الأسر التي تمت زيارتها 6,349 أسرة منها 4,295 أسرة من الضفة الغربية و 2,054 أسرة من قطاع غزة.

تصميم العينة:

تم تصميم العينة بحيث تتضمن العينة مناطق عد من التجمعات التي يوجد فيها خدمات صحية من المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة ، ولذلك من هذه التجمعات تم اختيار 23 منطقة عد من الضفة الغربية و21 منطقة عد من قطاع غزة. وكما تم اختيار عينة عشوائية من باقي مناطق العد في العينة الشاملة.

تم استخدام طريقة الخلايا المترابطة (Compact Design) حيث تم تقسيم كل منطقة عد إلى خلايا (مجموعة من المساكن المتجاورة). وقد روعيت الأمور التالية عند تقسيم مناطق العد إلى خلايا:
- أن تكون الخلايا محددة بحدود واضحة المعالم قدر الإمكان، مثل حدود طبيعية أو شوارع أو دخلات قدر الإمكان.

- أن يكون عدد الأسر التقريبي ضمن الخلية متساوياً تقريباً.
- أن يكون عدد الأسر في الخلية ما بين 25 إلى 30 أسرة.

جميع الأسر في الخلايا المختارة كانت مستهدفة في المسح سواء وردت الأسرة في العينة الشاملة أم لم ترد.

إن عينة المسح الصحي الفلسطيني هي عينة عشوائية طبقية عنقودية متعددة المراحل. حيث تم تصنيف مناطق العد إلى طبقات حسب المحافظة ونوع التجمع عند اختيار العينة الشاملة الممثلة للأراضي الفلسطينية باستثناء منطقة J₁ * من محافظة القدس، حيث تم اختيار عينة الأسر من مناطق العد مباشرة دون تقسيمها إلى خلايا.

معدلات التجاوب:

بلغ إجمالي عينة الأسر في الأراضي الفلسطينية (6600)، حيث بلغ عدد الأسر في عينة الضفة الغربية (4463) أسرة، وفي قطاع غزة (2137) أسرة. وبعد إجراء المسح كانت حصيلة توزيع الاستمارات حسب نتيجة المقابلة كما في الجدول التالي

توزيع العينة (عدد الأسر) حسب نتيجة المقابلة

المجموع	الاستمارات غير المكتملة				الاستمارات المكتملة	المنطقة الجغرافية	
	أخرى	المسكن خالي	لا أحد في البيت	الأسرة غير موجودة			رفض
6600	28	223	32	93	20	6204	الأراضي الفلسطينية
4463	24	144	29	84	18	4164	الضفة الغربية
2137	4	79	3	9	2	2040	قطاع غزة

بلغ عدد الأسر المؤهلة للمقابلة (تشمل الاستمارات المكتملة، حالات الرفض، حالات الأسرة غير موجودة، و لا أحد في البيت) في هذا المسح 6349، كان منها 4295 أسرة في الضفة الغربية، و 2054 أسرة في غزة.

يتم حساب معدل الاستجابة كما في المعادلة التالية:

$$\text{معدل الاستجابة} = \frac{\text{عدد الاستمارات المكتملة}}{\text{عدد الأسر المؤهلة للمقابلة}} \times 100 \%$$

بناءً عليه بلغت نسبة الاستجابة بين الأسر في الأراضي الفلسطينية حوالي 97.7%، وقد بلغت هذه النسبة في الضفة الغربية 96.9%، فيما بلغت نفس النسبة في قطاع غزة 99.3%. مقارنة مع معدلات التجاوب في مثل هذه المسوح على المستوى العالمي نجد أن نسبة التجاوب في هذا المسح مرتفعة نسبياً.

حساب الأوزان

يعرف الوزن على انه مقلوب احتمال الاختيار للعنصر في العينة ويمكن تفسير الوزن على انه مقدار ما يمثله العنصر في العينة من عناصر المجتمع. تم حساب الأوزان بحيث تراعي التعويض عن حالات عدم الاكتمال التي تمت خلال عملية جمع البيانات، بالإضافة إلى مراعاة توزيع السكان حسب المنطقة والجنس، والتركييب العمري حسب التقديرات

* تمثل ذلك الجزء من محافظة القدس والذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية عام 1967.

السكانية لبداية الربع الثاني من عام 2000. من الضروري عند حساب التقديرات لمؤشرات المسح أن يتم حساب الأوزان، بحيث يكون لكل وحدة تحليل وزن يتناسب مع احتمال الاختيار للوحدة.

إن تعديل الأوزان مهم للتقليل من التحيز الناشئ عن حالات عدم الاستجابة، كما أن تعديل الأوزان راعى التغير في عدد السكان منذ إجراء التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت عام 1997 وحتى وقت إجراء المسح.

روعي عند حساب الأوزان والتقديرات عدد السكان في الأراضي الفلسطينية وتوزيعهم حسب الفئات العمرية في بداية الربع الثاني من عام 2000، لذا فإن النتائج والتقديرات والنسب المستخرجة من هذا المسح تمثل الواقع في الأراضي الفلسطينية في تلك الفترة.

لقد تم الأخذ بعين الاعتبار عند حساب الأوزان تصميم العينة بمختلف مراحلها، إلا أنه وللتقليل من تعقيدات الحسابات فقد تم افتراض أن الأسر تم اختيارها مباشرة من مناطق العد دون تقسيمها إلى خلايا، أي أنه تم إهمال وجود مرحلة وسطية بين اختيار مناطق العد واختيار الأسر.

أولاً: أوزان الأسر

لنرمز للطبقة المكونة من المحافظة ونوع التجمع بالرمز h . فيما يلي خطوات تعديل أوزان المسح الصحي 2000:

1. تم استخراج عدد الأسر الفلسطينية حسب الطبقة h والتي تمثل المحافظة ونوع التجمع من بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 1997 HF_h

2. تم استخراج عدد الأسر الفلسطينية حسب الطبقة h من بيانات العينة الشاملة HM_h .

3. تم استخراج عدد الأسر التابعة لمناطق العد التي اختيرت باحتمال 1 حسب الطبقة h من بيانات العينة الشاملة HM_{h1} .

4. تم استخراج عدد الأسر التابعة لمناطق العد التي اختيرت باحتمال اقل من 1 حسب الطبقة h من بيانات العينة الشاملة HM_{h2} .

5. تم استخراج عدد الاستمارات المكتملة من مناطق العد التي اختيرت باحتمال 1 حسب الطبقة h HS_{h1} من بيانات العينة.

6. تم استخراج عدد الاستمارات المكتملة من مناطق العد التي اختيرت باحتمال اقل من 1 حسب الطبقة h من بيانات العينة HS_{h2} .

7. يكون وزن الأسرة التابعة لمناطق العد التي اختيرت باحتمال 1

$$W_{h1} = (HF_h / HM_h) * (HM_{h1} / HS_{h1})$$

8. يكون وزن الأسرة التابعة لمناطق العد التي اختيرت باحتمال اقل من 1

$$W_{h2} = (HF_h / HM_h) * (HM_{h2} / HS_{h2})$$

ثانياً: أوزان الأفراد

في هذا المسح تم اخذ بعض البيانات عن جميع أفراد الأسرة، بالإضافة إلى اختيار جميع النساء المؤهلات وجميع الأطفال المؤهلين وطرح أسئلة إضافية عليهم. وبمراعاة التقديرات السكانية تم تعديل أوزان الأفراد لتكون التقديرات المستخرجة من العينة حسب الفئة (المنطقة: الضفة الغربية وقطاع غزة، الجنس: ذكر وأنثى، والفئات العمرية 0-4، 5-10، 11-14، 15-17، 18-19، 20-24، 25-29، 30-34، 35-39، 40-44، 45-49، 50-54، 55-59، 60-64، 65+) كما يلي:

1. تم إيجاد مجموع الأوزان حسب الفئة g ولنرمز لها بالرمز N_{97g} .
2. تم إيجاد عدد السكان الفلسطينيين المقدر لبداية الربع الثاني من عام 2000 حسب الفئة g ولنرمز لها بالرمز N_{2000g} .
3. تم إيجاد معامل التعديل حسب الفئة وذلك بقسمة الناتج من الخطوة 2 على الناتج من خطوة 3 ولنرمز لها بالرمز f_g .
4. وبالتالي يكون وزن الفرد عبارة عن وزن الأسرة التابع لها مضروباً في معامل التعديل للفئة التابع لها وتعطى الصيغة النهائية للأوزان للأسر التي اختيرت من مناطق عد تم اختيارها باحتمال 1 كما يلي:
$$W'_{h1} = W_{h1} * f_g$$
كما وتعطى الصيغة النهائية للأوزان للأسر التي اختيرت من مناطق عد تم اختيارها باحتمال اقل من 1 على
كما يلي:
$$W'_{h2} = W_{h2} * f_g$$

هذه الآلية تضمن ما يلي:

1. المحافظة على تأثير تصميم العينة.
2. التقليل من تحيز عدم الاستجابة.
3. تمثيل مجموع السكان حسب المنطقة والجنس والفئات العمرية لبداية الربع الثاني من عام 2000.

حساب التقديرات

لحساب تقدير معدل معين يتم قسمة مجموع حاصل ضرب قيمة المتغير بالوزن على مجموع الأوزان. وتكون صيغة التقدير لنسبة معينة بين متغيرين في مجتمع جزئي عبارة عن حاصل قسمة تقديري مجموعي المتغيرين في المجتمع الجزئي.

ومن الجدير بالملاحظة أن المسح الصحي يركز على استخراج المعدلات والنسب. وتكون صيغة تقدير أي نسبة تتعلق بالمجتمع A على النحو التالي:

$$\hat{R}_A = \frac{\hat{Y}_A}{\hat{X}_A} = \frac{\sum_s w'_{hij} y_{Ahij}}{\sum_s w'_{hij} x_{Ahij}}$$

حيث

$$\begin{aligned} h &= \text{رمز طبقة جزئية في مجال التقدير.} \\ i &= \text{رمز وحدة المعاينة الأولية المختارة (الخلية)} \\ j &= \text{رمز وحدة التحليل أو العنصر} \\ A &= \text{مجموعة جزئية للعناصر التي لها خاصية معينة أي التي تتبع مجموعة معينة من السكان.} \\ y_{Ahij} &= \text{القيمة المشاهدة للمتغير } y \text{ للعنصر } j \text{ في الخلية } i \text{ في الطبقة } h \text{ للمجتمع الجزئي } A. \\ x_{Ahij} &= \text{القيمة المشاهدة للمتغير } x \text{ للعنصر } j \text{ في الخلية } i \text{ في الطبقة } h \text{ للمجتمع الجزئي } A. \\ \hat{R}_A &= \text{تقدير النسبة بين متغيرين } x, y \text{ في المجتمع الجزئي } A. \\ \hat{X}_A &= \text{المجموع المقدر للمتغير } x \text{ في المجتمع الجزئي } A. \\ \hat{Y}_A &= \text{المجموع المقدر للمتغير } y \text{ في المجتمع الجزئي } A. \\ w'_{hij} &= \text{وزن المعاينة (المعدل) النهائي للعنصر } j \text{ في الخلية } i \text{ في الطبقة } h. \end{aligned}$$

إن المتوسطات الحسابية والنسب المئوية (Proportions) هي أنواع خاصة من النسب (Ratios)، في حالة الوسط الحسابي يعرف المتغير في مقام المعادلة بأنه يساوي 1 لكل عنصر لذلك فإن المقام عبارة عن مجموع الأوزان في المجتمع الجزئي، أما في حالة النسبة المئوية فإن المتغير x في المقام أيضاً يساوي 1 لجميع العناصر. إلا أن المتغير في البسط هو ثنائي ويعرف بأنه يساوي إما 0 أو 1 على الترتيب اعتماداً على غياب أو وجود خاصية معينة في العنصر الذي تتم دراسته.

حساب التباين

من الضروري أن يجري حساب الأخطاء المرتبطة بالمسح، لان نشر التقديرات مع الإشارة إلى قيمة الأخطاء المرتبطة بها يعطي فكرة عن درجة دقة النتائج وموثوقية المسح.

إن الخطأ الإجمالي للمسح يصنف إلى نوعين: أخطاء إحصائية، وأخطاء غير إحصائية. ترتبط الأخطاء غير الإحصائية بإجراءات العمل الإحصائي في مراحله المختلفة مثل الإخفاق في تفسير أسئلة الاستمارة، وعدم الرغبة في الإجابة الصحيحة، أو عدم القدرة عليها، وسوء التغطية الإحصائية... الخ. وتعتمد هذه الأخطاء على نوعية العمل ونوعية التدريب والإشراف وكفاءة التصميم والتنفيذ وما يرتبط بها من فعاليات مختلفة.

لقد بذل فريق العمل جهوداً حثيثة في مختلف المراحل للتقليل من الأخطاء غير الإحصائية، إلا أنه من الصعب تقدير قيمة هذا النوع من الأخطاء بسبب غياب أساليب قياسية فنية، تقوم على أسس نظرية بمعالجتها.

أما الأخطاء الإحصائية فإنه يمكن تقييمها إحصائياً. وتقاس الأخطاء الإحصائية غالباً بالخطأ المعياري والذي يعرف على أنه الجذر التربيعي الموجب للتباين. لقد تم حساب التباين لهذا المسح باستخدام الحزمة البرمجية CENVAR حيث يتم استخدام طريقة Ultimate Cluster في حساب التباين.

$$v(\hat{R}_A) = \frac{1}{\hat{X}_A^2} \left[v(\hat{Y}_A) + \hat{R}_A^2 v(\hat{X}_A) - 2\hat{R}_A \text{cov}(\hat{X}_A, \hat{Y}_A) \right]$$

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

$$\hat{Y}_{Ahi} = \sum_{j \in A} w'_{hij} y_{hij}$$

$$\hat{Y}_{Ah} = \sum_i \sum_{j \in A} w'_{hij} y_{hij}$$

$$\hat{X}_{Ahi} = \sum_{j \in A} w'_{hij} x_{hij}$$

$$\hat{X}_{Ah} = \sum_i \sum_{j \in A} w'_{hij} x_{hij}$$

$$v(\hat{Y}_A) = \text{cov}(\hat{Y}_A, \hat{Y}_A)$$

$$v(\hat{X}_A) = \text{cov}(\hat{X}_A, \hat{X}_A)$$

أخطاء المعاينة

جداول أخطاء المعاينة لمتغيرات مختارة متوفرة لمن يرغب. للحصول على الجداول، يرجى إرسال خطاب بريدي متضمنا مغلفا فارغا عليه عنوانك الكامل وورقة تتضمن اسمك وعنوانك البريدي وعنوان البريد الإلكتروني (E-Mail) إلى:

دائرة المعايير والمنهجيات

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

ص.ب. 1647،

رام الله، فلسطين

يرجى ذكر اسم المطبوعة وتاريخ صدورها كما هو مدون في الصفحة الثانية من هذه المطبوعة. علما بأنه لن يتم الرد على المراسلات التي لا تذكر اسم المطبوعة وتاريخ صدورها، أو لا تتضمن مغلفا فارغا عليه عنوانك الكامل.

ملحق (2)

الاستمارة

جميع المعلومات في هذه الاستمارة هي لأغراض إحصائية محضة وليست لأي غرض آخر. وتعتبر سرية بموجب قانون الإحصاءات العامة لعام 1994



السلطة الوطنية الفلسطينية
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

السلطة الوطنية الفلسطينية
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
المسح الصحي 2000
استمارة الأسرة

IDH00 - رقم الاستمارة المتسلسل في الخلية:		IDH05 - عنوان المبنى:	
IDH01 - المحافظة:		IDH06 - اسم رب الأسرة:	
IDH02 - التجمع:		IDH07 - هل الأسرة موجودة في كشف الأسر. 1. نعم 2. لا	
IDH03 - رقم منطقة العد في التجمع		IDH08 - (إذا الإجابة السابقة نعم) رقم الأسرة في الكشف	
IDH04 - رقم الخلية في منطقة العد			
سجل المقابلة			
IR01 - جدول الزيارات			
	اليوم	الشهر	
الزيارة الأولى			
الزيارة الثانية			
الزيارة الثالثة			
IR02 - العدد الكلي للزيارات			
IR03 - نتيجة المقابلة			
1	تمت		
2	لا يوجد أحد/لا يوجد فرد مؤهل		
3	الأسرة غير موجودة لفترة طويلة		
4	رفضت		
5	المسكن خالي		
6	أخرى (حددي)		
IR04 - رقم سطر الفرد الذي أجاب على الأسئلة الخاصة بالأسرة		IR05 - مجموع أفراد الأسرة	
IR06 - مجموع النساء المؤهلات		IR07 - مجموع النساء المؤهلات اللاتي قوبلن	
IR08 - عدد الأطفال دون 5 سنوات		IR09 - عدد الأطفال دون 5 سنوات الذين قوبلوا	
IR10 - عدد الأطفال من 5-17 سنة			
IR11 - برنامج المقابلة			
	اليوم	الشهر	الساعة
البدء - الزيارة الأولى			
الانتهاء - الزيارة الأولى			
البدء - الزيارة الثانية			
الانتهاء - الزيارة الثانية			
البدء - الزيارة الثالثة			
الانتهاء - الزيارة الثالثة			
IR12 - اسم الباحثة:	IR14 - اسم المشرفة:	IR16 - اسم المدققة:	IR18 - اسم المدخل:
IR13 - رقم الباحثة:	IR15 - رقم المشرفة:	IR17 - رقم المدققة:	IR19 - رقم المدخل:

للباحثة: ضعي إشارة X داخل المربع إذا استخدمت استمارة إضافية.

جميع المعلومات في هذه الاستمارة هي لأغراض إحصائية محضة وليست لأي غرض آخر. وتعتبر سرية بموجب قانون الإحصاءات العامة لعام 1994



السلطة الوطنية الفلسطينية
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

السلطة الوطنية الفلسطينية
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
المسح الصحي 2000
استمارة المرأة

IDH00 - رقم الاستمارة المتسلسل في الخلية:		IDH05 - عنوان المبنى:	
IDH01 - المحافظة:		IDH06 - اسم رب الأسرة:	
IDH02 - التجمع:		IDH07 - هل الأسرة موجودة في كشف الأسر. 1. نعم 2. لا	
IDH03 - رقم منطقة العد في التجمع		IDH08 - (إذا الإجابة السابقة نعم) رقم الأسرة في الكشف	
IDH04 - رقم الخلية في منطقة العد			
سجل المقابلة			
IR1 - جدول الزيارات		اليوم	الشهر
		الزيارة الأولى	
		الزيارة الثانية	
		الزيارة الثالثة	
IR2 - العدد الكلي للزيارات			
IR3 - نتيجة المقابلة		1	تمت
		2	لا يوجد أحد/لا يوجد فرد مؤهل
		3	الأسرة غير موجودة لفترة طويلة
		4	رفضت
		5	المسكن خالي
		6	أخرى (حددي)
IR4 - مجموع النساء المؤهلات		IR5 - مجموع النساء المؤهلات اللواتي قوبلن	
IR6 - رقم سطر السيدة المؤهلة من قائمة افراد الأسرة			

للباحثة: ضعي إشارة X داخل المربع إذا استخدمت استمارة إضافية.

جميع المعلومات في هذه الاستمارة هي لأغراض إحصائية محضة وليست لأي غرض آخر. وتعتبر سرية بموجب قانون الإحصاءات العامة لعام 1994



السلطة الوطنية الفلسطينية
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

السلطة الوطنية الفلسطينية
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
المسح الصحي 2000
استمارة الطفل

IDH05 - عنوان المبنى: _____		IDH00 - رقم الاستمارة المتسلسل في الخلية: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
IDH06 - اسم رب الأسرة: _____		IDH01 - المحافظة: _____	
IDH07 - هل الأسرة موجودة في كشف الأسر. 1. نعم 2. لا <input type="checkbox"/>		IDH02 - التجمع: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
IDH08 - (إذا الإجابة السابقة نعم) رقم الأسرة في الكشف <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		IDH03 - رقم منطقة العد في التجمع <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		IDH04 - رقم الخلية في منطقة العد <input type="text"/> <input type="text"/>	
سجل المقابلة			
		CIR1 - جدول الزيارات	
	اليوم	الشهر	
الزيارة الأولى	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
الزيارة الثانية	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
الزيارة الثالثة	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
		CIR2 - العدد الكلي للزيارات <input type="text"/>	
		CIR3 - نتيجة المقابلة	
تمت	1		
لا يوجد أحد/لا يوجد فرد مؤهل	2		
الأسرة غير موجودة لفترة طويلة	3		
رفضت	4		
المسكن خالي	5		
أخرى (حدد)	6		
CIR5 - مجموع الأطفال من 5-17 سنة <input type="text"/> <input type="text"/>		CIR4 - مجموع الأطفال الذين أعمارهم أقل من 5 سنوات <input type="text"/> <input type="text"/>	
CIR7 - مجموع الأطفال من 5-17 سنة وتم استيفاء البيانات عنهم <input type="text"/> <input type="text"/>		CIR6 - مجموع الأطفال الذين أعمارهم أقل من 5 سنوات وتم استيفاء البيانات عنهم <input type="text"/>	
		CIR8 - رقم سطر الأم أو الشخص الذي يرعى الطفل من قائمة أفراد الأسرة <input type="text"/> <input type="text"/>	

للباحثة: ضعي إشارة X داخل المربع إذا استخدمت استمارة إضافية.

جميع المعلومات في هذه الاستمارة هي لأغراض إحصائية محضة وليست لأي غرض آخر. وتعتبر سرية بموجب قانون الإحصاءات العامة لعام 1994



السلطة الوطنية الفلسطينية
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

السلطة الوطنية الفلسطينية
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
المسح الصحي 2000
استمارة المشرفة

IDH00 - رقم الاستمارة المتسلسل في الخلية:		<input type="text"/>	IDH05 - عنوان المبنى:	<input type="text"/>
IDH01 - المحافظة:		<input type="text"/>	IDH06 - اسم رب الأسرة:	<input type="text"/>
IDH02 - التجمع:		<input type="text"/>	IDH07 - هل الأسرة موجودة في كشف الأسر. 1. نعم 2. لا	<input type="checkbox"/>
IDH03 - رقم منطقة العد في التجمع		<input type="text"/>	IDH08 - (إذا الإجابة السابقة نعم) رقم الأسرة في الكشف	<input type="text"/>
IDH04 - رقم الخلية في منطقة العد		<input type="text"/>		
IR02 - العدد الكلي للزيارات		<input type="text"/>		
IR03 - نتيجة المقابلة				
	1	تمت		
	2	لا يوجد أحد/لا يوجد فرد مؤهل		
	3	الأسرة غير موجودة لفترة طويلة		
	4	رفضت		
	5	المسكن خالي		
	6	أخرى (حددي)		
IR04 - رقم سطر الفرد الذي أجاب على الأسئلة الخاصة بالأسرة		<input type="text"/>	IR05 - مجموع أفراد الأسرة	<input type="text"/>
IR06 - مجموع النساء المؤهلات		<input type="text"/>	IR07 - مجموع النساء المؤهلات اللاتي قوبلن	<input type="text"/>
IR08 - عدد الأطفال دون 5 سنوات		<input type="text"/>	IR09 - عدد الأطفال دون 5 سنوات الذين قوبلوا	<input type="text"/>
IR10 - عدد الأطفال من 5-17 سنة		<input type="text"/>		
IR11 - اسم الباحثة:		<input type="text"/>	IR13 - اسم المشرفة:	<input type="text"/>
IR12 - رقم الباحثة:		<input type="text"/>	IR14 - رقم المشرفة:	<input type="text"/>
			IR15 - اسم المدققة:	<input type="text"/>
			IR16 - رقم المدققة:	<input type="text"/>

للمشرفة: ضعي إشارة X داخل المربع إذا استخدمت استمارة إضافية.

القسم الأول: بيانات أفراد الأسرة

HR06	HR05A	HR05	HR04	HR03	HR02	HR01
هل (الاسم) لاجئ مسجل أو لاجئ غير مسجل أو ليس لاجئاً؟	للباحثة: احتسبي العمر من تاريخ الميلاد في HR05 وسجلي الإجابة بالسنوات الكاملة. وفي حال عدم معرفة تاريخ الميلاد اسألي عن العمر وسجله	ما هو تاريخ ميلاد (الاسم) باليوم والشهر والسنة؟ للباحثة: سجلي ذلك من خلال وثائق رسمية إن أمكن.	هل (الاسم) ذكر أم أنثى؟	ما هي علاقة (الاسم) برب الأسرة؟ 01 رب الأسرة 02 زوج/زوجة 03 ابن/ بنت 04 أب / أم 05 أخ/أخت 06 جد/جدة 07 حفيد/حفيدة 08 زوجة ابن/زوج بنت 09 أقرباء آخرون 10 آخرون	أسماء أفراد الأسرة المعتادين (الاسم الثلاثي) من فضلك سمي لي أسماء جميع الأشخاص الذين يقيمون عادة في أسرتك بما في ذلك الأطفال الصغار والرضع، ولنبدأ برب الأسرة أولاً	رقم الفرد المتسلسل
1. لاجئ مسجل 2. لاجئ غير مسجل 3. ليس لاجئاً	تاريخ الميلاد أسألي عن العمر وسجله سجلي (00) إذا كان العمر أقل من سنة 98 لا أعرف	يوم شهر سنة	1. ذكر 2. أنثى			
						01
						02
						03
						04
						05
						06
						07
						08
						09
						10
						11
						12
						13
						14
						15
						16
						17
HR11	HR10	HR09	HR08	HR07	HR02	HR01

رقم الفرد المتسلسل	أسماء أفراد الأسرة المعتادين (الاسم الثلاثي) من فضلك سمي لي أسماء جميع الأشخاص الذين يقيمون عادة في أسرتك بما في ذلك الأطفال الصغار والرضع، ولنبدأ برب الأسرة أولاً	هل أم (الاسم) على قيد الحياة؟ 1. نعم 2. لا 8. لا أعرف ← HR09	الباحثة: إذا كانت الأم تعيش مع الأسرة سجلي رقم سطرها كما في سؤال HR01 سجلي (00) إذا كانت الأم لا تعيش مع الأسرة 1. نعم 2. لا 8. لا أعرف ← HR11	هل أب (الاسم) على قيد الحياة؟ 1. نعم 2. لا 8. لا أعرف ← HR11	للباحثة: إذا كان الأب يعيش مع الأسرة سجلي رقم سطره كما في سؤال HR01 سجلي (00) إذا كان الأب لا يعيش مع الأسرة 1. نعم، تأمين صحي/وزارة الصحة 2. نعم، تأمين عسكري 3. نعم، تأمين صحي وكالة 4. نعم، تأمين ضمان اجتماعي/شيخوخة 5. نعم، تأمين خاص 6. لا، بدون تأمين	هل (الاسم) لديه تأمين صحي؟
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

للأفراد 10 سنوات فأكثر		للأفراد 5 سنوات فأكثر		HR12	HR02	HR01
HR16	HR15	HR14	HR13	HR12	HR02	HR01
للباحثة: يتم توجيه هذا السؤال للذين أجابوا 1 أو 2 أو 3 في سؤال HR14 هل يستطيع (الاسم) قراءة رسالة أو جريدة؟	ما هي عدد السنوات الدراسية التي أتمها (الاسم) بنجاح؟	ما هي الحالة التعليمية لـ (الاسم)؟ 01 أمي 02 ملم 03 ابتدائي 04 إعدادي 05 ثانوي 06 دبلوم متوسط 07 بكالوريوس 08 دبلوم عالي 09 ماجستير 10 دكتورة 98 لا أعرف	هل (الاسم)... 1. ملتحق حالياً بالتعليم 2. التحق بالتعليم وترك قبل إنهاء المرحلة. 3. التحق بالتعليم وتخرج 4. لم يلتحق أبداً بالتعليم	هل (الاسم) مصاب بأحد الأمراض التالية ويتلقى علاج بصورة مستمرة له؟ 1. سكري 2. ضغط دم 3. أمراض القلب 4. سرطان 5. قرحة 6. ربو (أزمة) 7. صرع 8. غير مصاب للباحثة: يمكن اختيار أكثر من إجابة	أسماء أفراد الأسرة المعتادين (الاسم الثلاثي) من فضلك سمي لي أسماء جميع الأشخاص الذين يقيمون عادة في أسرتك بما في ذلك الأطفال الصغار والرضع، ولنبداً برب الأسرة أولاً	رقم الفرد المتسلسل
				8 7 6 5 4 3 2 1		01
				8 7 6 5 4 3 2 1		02
				8 7 6 5 4 3 2 1		03
				8 7 6 5 4 3 2 1		04
				8 7 6 5 4 3 2 1		05
				8 7 6 5 4 3 2 1		06
				8 7 6 5 4 3 2 1		07
				8 7 6 5 4 3 2 1		08
				8 7 6 5 4 3 2 1		09
				8 7 6 5 4 3 2 1		10
				8 7 6 5 4 3 2 1		11
				8 7 6 5 4 3 2 1		12
				8 7 6 5 4 3 2 1		13
				8 7 6 5 4 3 2 1		14
				8 7 6 5 4 3 2 1		15
				8 7 6 5 4 3 2 1		16
				8 7 6 5 4 3 2 1		17

للأفراد 12 سنة فأكثر		للأفراد 10 سنوات فأكثر			
HR20	HR19	HR18	HR17	HR02	HR01
هل (الاسم) يدخن؟	ما هي حالة (الاسم) الزواجية الحالية؟ هل هو/هي... 1. أعزب/عزباء 2. عقد لأول مرة ولم يتم الدخول 3. متزوج/متزوجة 4. مطلق/مطلقة 5. أرمل/أرملة	ما هي مهنة (الاسم)؟ المهنة الرئيسية (نوع العمل الذي يقوم به (الاسم)) للباحثة: يتم توجيه السؤال في حال كان الفرد مشغلاً أو متعطلاً سبق له العمل	ماذا كان (الاسم) يعمل معظم الوقت خلال الأسبوع الماضي؟ 1. مشغول من 1 - 14 ساعة 2. مشغول 15 ساعة فأكثر 3. متعطّل سبق له العمل 4. متعطّل لم يسبق له العمل 5. طالب متفرغ للدراسة 6. متفرغ لأعمال المنزل 7. عاجز عن العمل 8. لا يعمل ولا يبحث عن عمل 9. أخرى (إذا كانت الإجابة من 4-9 انتقلي إلى HR19)	أسماء أفراد الأسرة المعتادين (الاسم الثلاثي) من فضلك سمي لي أسماء جميع الأشخاص الذين يقيمون عادة في أسرتك بما في ذلك الأطفال الصغار والرضع، ولنبدأ برب الأسرة أولاً	رقم الفرد المتسلسل
		الرمز	المهنة		01
					02
					03
					04
					05
					06
					07
					08
					09
					10
					11
					12
					13
					14
					15
					16
					17

للأفراد أقل من 18 سنة					
HR24	HR23	HR22	HR21	HR02	HR01
للباحثة: ضعي دائرة حول رقم سطر الأطفال دون 5 سنوات المؤهلون لإجراء المقابلة الخاصة بهذه الأعمار	للباحثة: ضعي رقم سطر زوج السيدة المؤهلة كما ورد في سؤال HR01 في حال الزوج غير مقيم مع الأسرة ضعي 00	للباحثة: ضعي دائرة حول رقم سطر السيدات المتزوجات حالياً أو اللاتي سبق لهن الزواج وأعمارهن أقل من 55 سنة (أي النساء المؤهلات لإجراء المقابلة)	من هو القوائم غالباً على رعاية (الاسم)؟ (للباحثة: سجلي رقم سطر الأم أو من يقوم على رعايته)	أسماء أفراد الأسرة المعتادين (الاسم الثلاثي) من فضلك سمي لي أسماء جميع الأشخاص الذين يقيمون عادة في أسرتك بما في ذلك الأطفال الصغار والرضع، وتبدأ برب الأسرة أولاً	رقم الفرد المتسلسل
01		01			01
02		02			02
03		03			03
04		04			04
05		05			05
06		06			06
07		07			07
08		08			08
09		09			09
10		10			10
11		11			11
12		12			12
13		13			13
14		14			14
15		15			15
16		16			16
17		17			17

الباحثة: للتأكد من أنك سجلت جميع أفراد الأسرة اطرحي السؤال التالي: هل هناك أي أفراد آخرين كالأطفال الصغار والرضع لم يتم تسجيلهم أو أي فرد من المقيمين في الأسرة بصورة معتادة ولكنه موجود في مكان آخر أو مسافر لمدة مؤقتة؟ 1. نعم 2. لا |

القسم الثاني: بيانات المسكن والأسرة

HD03	← 1 شبكة مياه عامة موصولة بالمنزل 2 شبكة مياه عامة بدون تمديدات داخل المنزل 3 حنفية عامة تخدم مجموعة من الأسر	والآن أود أن أسألك بعض الأسئلة عن المسكن الذي تقطنين فيه عادة: ما هو المصدر الرئيسي لمياه الشرب للأسرة؟	HD01
HD03	← 4 بئر جمع مع تمديدات داخل المنزل 5 بئر جمع بدون تمديدات داخل المنزل 6 ينابيع/جداول		
HD03 HD03	← 7 صهريج ← 8 زجاجات مياه معدنية 9 أخرى (حددي)		
	بالدقائق لا أعرف 999	كم تستغرق عملية الوصول إلى مصدر المياه لجلبها والعودة إلى المنزل؟	HD02
	1 سيارة خاصة 2 وسائل النقل العام 3 مشيا على الأقدام 4 عربة كارو 5 أخرى (حددي)	ما هي وسيلة الوصول إلى مصدر المياه الذي تستخدميه؟	HD02A
	1 الشبكة العامة للمجاري 2 حفرة امتصاصية 3 أخرى (حددي) 4 لا يوجد 8 لا أعرف	ما هو نوع التصريف الصحي في المسكن؟	HD03
HD07	1 مرحاض إفرنجي 2 مرحاض عربي 3 مرحاض عربي وإفرنجي 4 أخرى (حددي) ← 5 لا يوجد	ما هو نوع المرحاض في المسكن؟	HD04
	1 داخل المسكن 2 في ساحة المسكن	هل المرحاض موجود داخل المسكن/ساحة المسكن؟	HD05
	1 خاص بالأسرة 2 مشترك مع أسرة أخرى	هل المرحاض خاص بالأسرة أم مشترك مع أسرة أخرى؟	HD06
	1 الأطفال دائما يستخدمون المرحاض أو الحمام 2 يلقي البراز داخل الحمام أو المرحاض 3 يلقي البراز خارج المسكن 4 يدفن البراز خارج المسكن 5 يوضع في سلة المهملات 6 أخرى (حددي) 7 لا يوجد أطفال في العمر (0-3) في الأسرة	ماذا يحصل لبراز الأطفال الذين أعمارهم (0-3) سنوات، عندما يستخدمون الحفاظات أو لا يستخدمونها؟	HD07
	1 تراب/رمل 2 ألواح خشبية 3 بلاط 4 رخام/سراميك 5 صبة إسمنتية 6 أخرى (حددي)	ما هي نوع المادة الرئيسية لأرضية المسكن؟	HD08
	عدد الغرف	ما هو عدد الغرف في المسكن؟	HD09
	1 نعم ويوجد نص يشير إلى وجود اليود 2 نعم ولا يوجد نص يشير إلى وجود اليود 3 لم أشاهد العبوة	هل أستطيع أن أرى الباكيت/العبوة الأصلية لملح الطعام الذي استخدمته الليلة الماضية لإعداد الطعام لأفراد أسرتك؟ للإباحتة: هل يوجد على العبوة نص يدل على وجود اليود في الملح؟	HD10
	1 غير مضاف إليه اليود (لا تغير في اللون) 2 مضاف إليه أقل من 15 ppm (لون فاتح) 3 مضاف إليه 15 ppm فأكثر (لون غامق) 4 لا يوجد ملح في البيت 5 الملح لم يتم فحصه	للإباحتة: خذي عينة من ملح الطعام وقومي بفحصه كما هو موضح في دليل التدريب. ما هي نتيجة الفحص؟	HD11

القسم الثالث : الإجاب

RE01	اللباحثة: سجلي إذا كان الزوج غير مقيم مع الأسرة سجلي (00)	اسم المبحوثة..... رقم سطر المبحوثة في قائمة أفراد الأسرة رقم سطر الزوج في قائمة أفراد الأسرة
RE02	ما هي حالتك الزوجية؟	1 متزوجة..... 2 مطلقة..... 3 أرملة.....
RE03	كم كان عمرك عند الزواج (الأول)؟	العمر.....
RE03A	كم سنة تبلغ مدة الحياة الزوجية لك بالسنوات الكاملة؟	عدد السنوات.....
RE03B	ما هي صلة (علاقة) القرابة بينك وبين زوجك (الأول)؟	1 ابن عم..... 2 ابن عمة..... 3 ابن خال..... 4 ابن خالة..... 5 ابن عم وخالة/ابن عمة وخال... 6 من نفس الحمولة..... 7 لا يوجد علاقة قرابة.....
RE04	هل سبق لك الحمل؟	1 نعم..... 2 لا.....
RE04A	كم كان عمرك عند الحمل الأول؟	العمر.....
RE05	هل سبق لك أن أنجبت أي مولود حي حتى لو لم يعيش إلا لفترة محدودة فقط؟	1 نعم..... 2 لا.....
RE06	متى أنجبت مولودك الأول؟ يوم/شهر/سنة	_____ / _____ / _____
RE07	كم كان عمرك عندما أنجبت لأول مرة؟	العمر.....
RE08	هل رزقت بأبناء أو بنات يعيشون معك الآن؟	1 نعم..... 2 لا.....
RE09	كم عدد الأبناء : الذكور الذين يعيشون معك؟ الإناث اللواتي يعشن معك؟ لا مواليد (00)	A. ذكور..... B. إناث.....
RE10	هل رزقت بأبناء أو بنات أحياء ولكنهم لا يعيشون معك في الأسرة؟	1 نعم..... 2 لا.....
RE11	كم عدد الأبناء: الذكور الذين لا يعيشون معك؟ الإناث اللواتي لا يعشن معك؟ لا مواليد (00)	A. ذكور..... B. إناث.....
RE12	هل حدث أن أنجبت أي مولود ظهرت عليه إحدى علامات الحياة (مثل التنفس أو الصراخ أو البكاء أو الحركة) ثم توفي/توفيت حتى لو عاش لبضع دقائق أو ساعات أو أيام فقط؟	1 نعم..... 2 لا.....
RE13	كم عدد الأبناء : الذكور الذين توفوا؟ الإناث اللواتي توفين؟ لا مواليد (00)	A. ذكور..... B. إناث.....
RE14	الباحثة: اجمعي الإجابات للأسئلة (RE11, RE09), RE13) وسجلي المجموع لا مواليد (00)	المجموع.....
RE15	اللباحثة: انظري RE14 واسألي: فقط لكي أتأكد أنني على صواب، لقد رزقت ب (عدد المواليد من RE14) مولودا طوال حياتك، هل هذا صحيح؟ 1. نعم 2. لا استقصي وصحي الأسئلة (RE14 - RE09)	
RE16	اللباحثة: انظري RE14 1. مولودا واحدا أو أكثر 2. لا مواليد	1. مولودا واحدا أو أكثر 2. لا مواليد
والآن أود أن أتحدث معك بخصوص جميع الأطفال الذين أنجبتهم من جميع زيجاتك بغض النظر إذا كانوا على قيد الحياة أم لا سواء الذي يعيشون معك أو في أي مكان آخر، ابتداء من أول طفل أنجبتته : الباحثة: سجلي أسماء جميع المواليد في السؤال RE18 وسجلي التوائم كل على سطر منفصل		

RF27	RF26	RF25	RF24	RF23	RF22	RF21	RF20	RF19	RF18	RF17
هل هناك آية ولادات حية بين (الاسم) والمولود السابق؟ 1. نعم 2. لا	للباحثة : اطرحي من شهر وسنة ميلاد(الاسم) شهر وسنة ميلاد المولود السابق؟ هل الفرق سنتين أو أكثر؟ 1. نعم 2. لا المولود التالي	للموئد المتوفين كم كان عمره/ عمرها وقت الوفاة؟ للباحثة: إذا كانت الإجابة "سنة واحدة" تقصي بقولك: كم شهرا كان عمره/ عمرها؟ سجلي العمر بالأيام إذا كان عمر المولود المتوفى وقت الوفاة أقل من شهر واحد، وسجليه بالأشهر إذا كان عمره أقل من سنتين وبالسنتين إذا كان سنتين فأكثر.	للموئد الباقين علم قيد الحياة هل يعيش/ تعيش (الاسم) معك في الأسرة؟ 1. نعم 2. لا RE26 ما عدا المولود الأول المولود التالي	للموئد الباقين كم كان عمر (الاسم) وقت عيد ميلاده/ ميلادها الأخير؟ سجلي العمر بالسنوات الكاملة، (00) إذا كان العمر أقل من سنة	هل لا يزال (الاسم) على قيد الحياة؟ 1. نعم 2. لا ↓ RE25	في أي شهر وسنة ولد (الاسم)؟ تقصي بقولك: ما هو تاريخ ميلاده/ ميلادها؟ سنة شهر	هل (الاسم) مفرد أم توأم؟ 1. ذكر 2. أنثى	هل (الاسم) توأم؟ 1. مفرد 2. توأم	اذكري لي أولادك كلهم ولنبدأ باسم أول مولود ومن ثم المولود الثاني وهكذا إلى أن نصل إلى الأصغر؟	رقم المولود
			2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		01
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		02
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		03
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		04
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		05
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		06
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		07
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		08
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		09
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		10
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		11
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		12
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		13
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		14
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		15
2 1	2 1		2 1		2 1	_____/____/____	2 1	2 1		16

RF27	RF26	RF25	RF24	RF23	RF22	RF21	RF20	RF19	RF18	RF17
هل هناك أية ولادات حية بين (الاسم) والمولود السابق؟ 1. نعم 2. لا	للباحثة: اطرحي من شهر وسنة ميلاد(الاسم) شهر وسنة ميلاد المولود السابق؟ هل الفرق سنتين أو أكثر؟ 1. نعم 2. لا ↓ المولود التالي	للمولود المتوفين كم كان عمره/ عمرها وقت الوفاة؟ للباحثة: إذا كانت الإجابة "سنة واحدة" تقصي بقولك: كم شهرا كان عمره/ عمرها؟ سجلي العمر بالأيام إذا كان عمر المولود المتوفى وقت الوفاة أقل من شهر واحد، وسجليه بالأشهر إذا كان عمره أقل من سنتين وبالسنتين إذا كان سنتين فأكثر.	علم قيد الحياة هل يعيش/ تعيش (الاسم) معك في الأسرة؟ 1. نعم 2. لا ↓ RE26 ما عدا المولود الأول ↓ المولود التالي	للمولود الباقين كم كان عمر (الاسم) وقت عيد ميلاده/ ميلادها الأخير؟ سجلي العمر بالسنوات الكاملة، (00) إذا كان العمر أقل من سنة	هل لا يزال (الاسم) على قيد الحياة؟ 1. نعم 2. لا ↓ RE25	في أي شهر وسنة ولد (الاسم)؟ تقصي بقولك: ما هو تاريخ ميلاده/ ميلادها؟ شهر سنة	هل (الاسم) مفرد أم أنثى؟ 1. ذكر 2. أنثى	هل (الاسم) توأم؟ 1. مفرد 2. توأم	اذكري لي أولادك كلهم ولنبدأ باسم أول مولود ومن ثم المولود الثاني وهكذا إلى أن نصل إلى الأصغر؟	رقم المولود
			2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		17
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		18
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		19
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		20
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		21
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		22
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		23
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		24
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		25
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		26
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		27
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		28
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		29
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		30
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		31
2 1	2 1		2 1		2 1	/ /	2 1	2 1		32

القسم الرابع: وسائل تنظيم الأسرة

اسم المبحوثة.....		للباحثة: سجلي	FP01
رقم سطر المبحوثة في قائمة أفراد الأسرة			
رقم سطر الزوج في قائمة أفراد الأسرة			
إذا كان الزوج غير مقيم مع الأسرة سجلي (00) رقم سطر الزوج في قائمة أفراد الأسرة			
أريد الآن التحدث عن تنظيم الأسرة والطرق والوسائل المختلفة التي يمكن أن يستعملها الأزواج لتأخير أو تجنب الحمل.			
الباحثة: ضعي دائرة حول الرمز (1) في السؤال (FP02) لكل وسيلة ذكرت تلقائياً ثم استمري بالسؤال (FP03) أقرئي أسماء وأوصاف بقية الوسائل التي لم تذكر تلقائياً، وضعي دائرة حول الرمز (2) للوسائل التي سمعت بها بعد التقصي ودائرة حول الرمز (3) إذا لم تسمع بها بعد التقصي. ومن ثم اسألي السؤال (FP04) لكل وسيلة ظهر لها الرمز (1) أو (2) في السؤال (FP02) (FP03).			
FP04	هل سبق أن استعملت (اسم الوسيلة) في أي وقت؟	FP03	هل سبق أن سمعت بـ (اسم الوسيلة)؟ (للوسائل التي لم تذكر تلقائياً)
	1. نعم 2. لا		نعم بشكل تلقائي نعم بعد التقصي لا
			أي الوسائل والطرق سمعت بها؟
			نعم بشكل تلقائي 1 2 3
			(حبوب منع الحمل) تأخذ المرأة حبة يومياً دون انقطاع.
			1 2 3
			(اللولب) أداة طبية تتركب داخل الرحم من قبل الطبيب أو الممرضة.
			1 2 3
			(الحقن بالإبر) إبرة تعطى في العضل تمنع الحمل لعدة أشهر
			1 2 3
			(التحميلة، الرغوة، الهلام، الإسفنجية، الغشاء) وسائل توضع داخل المهبل قبل كل جماع بفترة قصيرة
			1 2 3
			(الواقي الذكري)/الكندوم غلاف مطاطي يستخدمه الرجل أثناء الجماع ولمرة واحدة.
			1 2 3
			(التعقيم الأنثوي) وسيلة دائمة تتم بربط المواصل عند المرأة.
			1 2 3
			(التعقيم الذكري) وسيلة دائمة تتم بربط الحبل المنوي عند الرجل.
			1 2 3
			(فترة الأمان) تعتمد هذه الطريقة على حساب أيام الخصوبة للمرأة والامتناع عن الجماع في هذه الفترة.
			1 2 3
			العزل/القذف الخارجي يتم القذف خارج المهبل عند نهاية الجماع.
			1 2 3
			الرضاعة الطبيعية إرضاع الطفل لبناً ونهراً لتجنب الحمل خلال فترة الرضاعة.
			1 2 3
			هل سمعت بأية طرق أخرى أو وسيلة يمكن للمرأة أو الرجل استخدامها لتجنب الحمل؟ حددي
			1 2 3
			من أين سمعت بهذه الوسيلة/الوسائل؟
			للباحثة: (للساء اللواتي سبق لهن أن سمعن بوسيلة منع حمل واحدة على الأقل). (يمكن اختيار أكثر من إجابة)
			1 أطباء..... 2 صيادلة..... 3 ممرضة/قابلة..... 4 داية..... 5 مرشدة صحية..... 6 وسائل الإعلام..... 7 الأصدقاء والأقارب..... 8 غير ذلك (حددي).....

FP08	←	1 نعم..... 2 لا.....	هل تعرفين مكانا يمكن الحصول منه على وسيلة لتنظيم الأسرة؟ ما هو هذا المكان؟	FP06
		1 مركز/مستشفى حكومي..... 2 مركز/مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية..... 3 مركز / مستشفى وكالة الغوث..... 4 مستشفى/ مركز/ عيادة طبيب خاص..... 5 صيدلية..... 6 أخرى (حددي) _____	للباحثة: (يمكن اختيار أكثر من إجابة) للباحثة: سجلي اسم المكان: _____	FP07
FP11	←	1. لا يوجد أي إجابة "نعم" (لم يسبق للمرأة الاستعمال) 2. يوجد على الأقل إجابة واحدة "نعم"	للباحثة: انظري FP04	FP08
FP14	←	1 نعم، استخدم حاليا 2 نعم، سبق وأن استخدمت وتوقفت حاليا..... 3 لا، لم استخدم	هل سبق أن استعملت أو تستعملين حاليا اية وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة؟	FP09
			ما هي الوسائل التي استعملتها؟ للباحثة: (صححي FP03، FP04، FP08، إن كان ضروريا)	FP10
		01 حبوب منع الحمل..... 02 اللولب..... 03 الحقن بالإبر..... 04 تحاميل / الرغوة/الهلام/غشاء أو الحاجز/الاسفنجة.. 05 الواقي الذكري/الكندوم..... 06 التعقيم الأنثوي/ربط المواسير..... 07 التعقيم الذكري..... 08 فترة الأمان/الامتناع الدوري..... 09 القذف الخارجي/العزل..... 10 الرضاعة الطبيعية..... 11 أخرى (حددي) _____	ما أول وسيلة رئيسية استعملتها لتأخير أو تجنب الحمل؟	FP11
		A. عدد الأطفال الذكور B. عدد الأطفال الإناث C. المجموع	كم كان عدد أطفالك الأحياء عند استعمالك لوسائل تنظيم الأسرة لأول مرة؟ سجلي (00) إذا كان لا يوجد أطفال عند أول استعمال	FP12
FP23	←	2. مطلقة أو أرملة	للباحثة: انظري RE02 1. متزوجة حاليا	FP13
FP23	←	2. حامل أو في فترة النفاس	للباحثة: انظري RE33 1. غير حامل أو غير متأكدة	FP14
FP17A	←	2. أجريت لها عملية تعقيم	للباحثة: انظري FP04 (البند 6) 1. لم تجر لها عملية تعقيم	FP15
FP22	←	1 نعم..... 2 لا.....	هل تستعملين أي وسيلة الآن لتأخير أو تجنب الحمل؟	FP16
FP21	←	01 حبوب منع الحمل..... 02 اللولب..... 03 الحقن بالإبر..... 04 تحاميل / الرغوة/الهلام/غشاء أو الحاجز/الاسفنجة.. 05 الواقي الذكري/الكندوم..... 06 التعقيم الأنثوي/ربط المواسير..... 07 التعقيم الذكري..... 08 فترة الأمان/الامتناع الدوري..... 09 القذف الخارجي/العزل..... 10 الرضاعة الطبيعية..... 11 أخرى (حددي) _____	ما هي الوسيلة الرئيسية التي تستعملينها حاليا؟ للباحثة: (ضعي دائرة حول الرمز 6 إذا أجريت لها عملية تعقيم)	FP17
		1 مركز/مستشفى حكومي..... 2 مركز/مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية..... 3 مركز / مستشفى وكالة الغوث..... 4 مستشفى/ مركز/ عيادة طبيب خاص..... 5 صيدلية..... 6 أخرى (حددي) _____	من أين حصلت على هذه (الوسيلة)؟ للباحثة: سجلي اسم المكان _____	FP18
			الزمن بالدقائق	FP19

			إلى المصدر الذي اخترته؟	
		1 سيارة خاصة..... 2 وسائط النقل العام..... 3 مشياً على الأقدام..... 4 عربة كارو..... 5 أخرى.....	ما هي الوسيلة التي تستخدمها للوصول إلى المصدر الذي اخترته؟	FP19A
	نعم 1 لا 2	A. القرب من المسكن/ العمل..... B. توفر وسائط النقل..... C. الخدمة أفضل..... D. مقدم الخدمة أنثى..... E. تكاليف أقل/ أرخص..... F. أخرى (حددي).....	هل أحد الأسباب التي أتلوها عليك كان له دوره مما دفعك للذهاب إلى هذا المكان؟ للباحثة: تقصي عن أي أسباب أخرى.	FP20
FP23	←	1 الطبيب نصحني بها..... 2 الزوج لم يعترض عليها..... 3 الصديقات نصحن بها..... 4 الارتياح للوسيلة..... 5 رخيصة التكاليف..... 6 أخرى (حددي).....	ما هو السبب الرئيسي الذي جعلك تستخدمين هذه الوسيلة؟	FP21
		01 الرغبة في الإنجاب..... 02 أعارض تنظيم الأسرة..... 03 الزوج غير موافق..... 04 معارضة الأقارب..... 05 الآثار الجانبية..... 06 عدم المعرفة بوجود وسائل تنظيم الأسرة..... 07 صعوبة الحصول على الوسيلة..... 08 التكلفة مرتفعة..... 09 عدم الارتياح للوسيلة..... 10 سن الأمان..... 11 الزوج غير موجود حالياً مع الأسرة..... 12 العقم..... 13 يتعارض مع المعتقدات الدينية..... 14 أخرى (حددي)..... 98 لا أعرف.....	ما هو السبب الرئيسي الذي يجعلك لا تستعملين حالياً أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة؟	FP22
FP26	←	1 نعم..... 2 لا.....	خلال الستة أشهر الماضية هل سمعت عن تنظيم الأسرة؟	FP23
		1 راديو..... 2 تلفزيون..... 3 الصحف/الجراند..... 4 المصقات/ الكتيبات/ النشرات..... 5 المحاضرات..... 6 الزوج/ الأقارب/ الأصدقاء..... 7 مركز صحي..... 8 أخرى (حددي).....	من أين سمعت عن تنظيم الأسرة؟ للباحثة: يمكن تسجيل أكثر من إجابة	FP24
		1 مركز/مستشفى حكومي..... 2 مركز/مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية..... 3 مركز/ مستشفى وكالة الغوث..... 4 مستشفى/ مركز/ عيادة طبيب خاص..... 5 وسائل إعلام..... 6 الأقارب والأصدقاء..... 7 النشرات والكتب..... 8 أخرى (حددي).....	لو أردت الحصول على معلومات إضافية/المزيد من أين تحصلين على هذه المعلومات؟ للباحثة: يمكن تسجيل أكثر من إجابة	FP25
		1 الزوج..... 2 الزوجة..... 3 الزوج والزوجة معاً..... 4 الحماة..... 5 آخرون.....	للباحثة: لا يطرح هذا السؤال إذا كانت السيدة مطلقاً أو أرملة. في أسرتك من الذي يقرر استعمال وسائل تنظيم الأسرة؟	FP26

القسم الخامس: الحمل والرضاعة

AN01		للباحثة: سجلي إنما كان الزوج غير مقيم مع الأسرة سجلي (00)	
اسم المبحوثة..... رقم سطر المبحوثة في قائمة أفراد الأسرة رقم سطر الزوج في قائمة أفراد الأسرة		للباحثة: انظري RE22 هل سبق للسيدة إنجاب مولود حي واحد على الأقل خلال السنوات الثلاث السابقة (منذ نيسان/إبريل 1997)؟ 1. نعم 2. لا ← القسم التالي	
الباحثة: يتم السؤال عن آخر حملين انتهيا بولادة حية خلال السنوات الثلاث السابقة بعد إدخال رقم السطر والاسم لكل مولود ولد منذ نيسان/ إبريل 1997 من جدول الإنجاب، حتى ولو لم يكن ذلك المولود على قيد الحياة حالياً: وأسأل الأسئلة عن كل هؤلاء المواليد ابتداءً بآخر مولود. والآن أود أن اطرح عليك بعض الأسئلة الإضافية حول آخر حملين انتهت بولادات حية خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح، وسيتم الحديث عن كل مولود على انفراد (يتم الرجوع إلى جدول المواليد)			
الحمل الأخير	الحمل قبل الأخير	رقم سطر المولود من RE17	AN03
_____	_____	تاريخ ميلاد المولود باليوم والشهر والسنة	AN04
_____	_____	اسم المولود من RE18	AN05
AN06A ← 1	AN06A ← 1	راغبة في الحمل.....	في الوقت الذي أصبحت فيه حاملاً بـ (اسم المولود) هل كنت راغبة في الحمل أم راغبة في الانتظار أم لم ترغب في الحمل؟
2	2	راغبة في الانتظار.....	
AN06A ← 3	AN06A ← 3	لم ترغب في الحمل.....	
_____ 1	_____ 1	عدد الأشهر.....	AN06
98	98	لا أعرف.....	
1	1	نعم.....	AN06A
AN12 ← 2	AN12 ← 2	لا.....	هل تلقيت رعاية أثناء الحمل بـ (اسم المولود)؟
1	1	طبيب.....	AN07
2	2	ممرضة/قابلة.....	
3	3	داية.....	
4	4	لا أحد.....	
_____ 5	_____ 5	أخرى (حددي).....	
1	1	مستشفى حكومي.....	AN08
2	2	مستشفى خاص.....	
3	3	مراكز الوكالة.....	
4	4	مركز صحي حكومي.....	
5	5	مركز أمومة وطفولة حكومي.....	
6	6	عيادة طبيب خاص.....	
7	7	عيادة أو مركز صحي تابع لمنظمات غير حكومية.....	
_____ 8	_____ 8	أخرى (حددي).....	
1	1	الخدمة متوفرة.....	AN09
2	2	سهولة الوصول إلى الخدمة.....	
3	3	نوعية الخدمة أفضل.....	
4	4	مقدم الخدمة أنثى.....	
5	5	توفر التأمين الصحي.....	
6	6	التكلفة بسيطة.....	
_____ 7	_____ 7	أخرى (حددي).....	

الحمل قبل الأخير	الحمل الأخير		
الاسم _____	الاسم _____	اسم المولود من RE18	
_____ 98	_____ 98	شهر لا أعرف.....	AN10 في أي شهر من الحمل كانت الزيارة الأولى من أجل الفحص على هذا الحمل؟
_____ 98 سجلي الإجابة ثم انتقلي إلى AN13	_____ 98 سجلي الإجابة ثم انتقلي إلى AN13	عدد الزيارات لا أعرف.....	AN11 ما هو عدد الزيارات التي قمت بها للفحص عند حملك (بالاسم)؟
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	عدم حدوث متاعب..... لدي خبرة سابقة..... الخدمة غير متوفرة..... التكاليف مرتفعة..... الخدمة غير مرضية..... أخرى (حددي) _____	AN12 ما هو السبب الرئيسي في عدم تلقي رعاية أثناء الحمل؟
لا أعرف 8 لا 2 نعم 1	لا أعرف 8 لا 2 نعم 1	A. تسم حمل..... B. سكري حمل..... C. أعراض ولادة مبكرة..... D. ارتفاع ضغط الدم..... E. نزيف مهبلي..... F. التهاب في المسالك البولية.....	AN13 خلال فترة حملك بـ (اسم المولود) هل تعرضت لأي من المشاكل التالية؟
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	ذهبت إلى المستشفى..... استشرت طبيب خاص..... استشرت ممرضة/قابلية..... استشرت داية..... أخرى (حددي) _____	AN14 للباحثة: للواتي أجبن بنعم على أحد المشاكل في سؤال AN13 كيف تصرفتي بذلك؟
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	عيادة الحمل الخطر..... مستشفى..... عيادة طبيب خاص..... حولت ولم أذهب..... لم أحول.....	AN15 للباحثة: للواتي أجبن بنعم على أحد المشاكل في سؤال AN13 هل حولت إلى:
لا أعرف 8 لا 2 نعم 1	لا أعرف 8 لا 2 نعم 1	A. أقرص حديد..... B. أقرص حمض الفوليك.....	AN16 هل تناولت أي من الأشياء التالية أثناء حملك في (اسم المولود):
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	مستشفى أو مركز صحي حكومي..... مستشفى أو مركز صحي خاص..... مستشفى أو مركز صحي للوكالة..... مستشفى/مركز صحي تابع لمنظمات غير حكومية عيادة طبيب خاص..... صيدلية..... أخرى (حددي) _____	AN16A للباحثة: لمن أجبن بنعم على واحدة على الأقل في سؤال AN16 من أين حصلت على أقرص الحديد أو أقرص حمض الفوليك؟
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	مستشفى أو مركز صحي حكومي..... مستشفى أو مركز صحي خاص..... مستشفى أو مركز صحي للوكالة..... مستشفى أو مركز صحي تابع لمنظمات غير حكومية عيادة طبيب خاص..... في المنزل..... أخرى (حددي) _____	AN17 أين تمت ولادة (اسم المولود) ؟
(5-7 انتقلي إلى AN21)	(5-7 انتقلي إلى AN21)		

الحمل قبل الأخير	الحمل الأخير	اسم المولود من RE18	
الاسم _____	الاسم _____		
_____	_____	A. عدد الساعات.....	كم من الوقت مكثت في المستشفى؟
_____	_____	B. عدد الأيام.....	
1	1	ظروف عائلية.....	AN18
2	2	التكلفة عالية.....	
3	3	الخدمة غير ملائمة.....	AN19
4	4	لا ضرورة للبقاء لفترة أطول.....	لمن مكثن أقل من 24 ساعة وتركين المستشفى: ما هو السبب الرئيسي الذي جعلك تتركين المستشفى قبل استكمال 24 ساعة في المستشفى؟
لا نعم	لا نعم	A. الرضاعة الطبيعية.....	AN20
2 1	2 1	B. التغذية للأم.....	هل تلقيت تثقيفا صحيا في أحد المواضيع التالية قبل خروجك من المستشفى؟
2 1	2 1	C. تنظيم الأسرة.....	
2 1	2 1	D. التطعيم.....	
2 1	2 1	E. أهمية المتابعة الطبية.....	
1	1	طبيب.....	AN21
2	2	ممرضه/قابلة.....	من الذي ساعدك في ولادة (اسم المولود)؟
3	3	داية.....	
4	4	قريبة/صديقة.....	
_____ 5	_____ 5	أخرى (حددي) _____	
6	6	لا أحد.....	
1	1	الخدمة أفضل.....	AN22
2	2	صعوبة الوصول لمكان آخر.....	ما هو السبب الرئيسي لاختبارك هذا المكان للولادة؟
3	3	ولادة مفاجئة.....	
4	4	وجود تأمين/ تكاليف أقل.....	
5	5	وجود طبيبي الخاص.....	
6	6	وجود مخاطر طبية.....	
7	7	لا يتوفر مكان آخر.....	
_____ 8	_____ 8	أخرى (حددي).....	
لا نعم	لا نعم	A. إفرازات ذات رائحة كريهة.....	AN23
2 1	2 1	B. نزيف حاد.....	بعد ولادة (اسم المولود) وخلال الـ 6 أسابيع من ولادته (خلال فترة النفاس) هل عانيت من أي من المشاكل التالية؟
2 1	2 1	C. حرارة مرتفعه.....	
2 1	2 1	D. تشنجات.....	
2 1	2 1	E. التهاب الثدي.....	
1	1	نعم.....	AN24
AN26 ← 2	AN26 ← 2	لا.....	(للواتي اجبن بنعم على أحد الأسئلة في AN23) هل تلقيت علاجاً؟
1	1	مستشفى حكومي.....	AN25
2	2	مستشفى خاص.....	أين تلقيت العلاج؟
3	3	مستشفى وكالة.....	
4	4	مركز صحي حكومي.....	
5	5	مركز صحي/عيادة تابعة لمنظمات غير حكومية.....	
6	6	عيادة طبيب خاص.....	
7	7	صيدلية.....	
_____ 8	_____ 8	أخرى حددي.....	

الحمل قبل الأخير	الحمل الأخير	
------------------	--------------	--

اسم المولود من RE18		الاسم	الاسم
AN26	هل كانت ولادة (اسم المولود) طبيعية أم توسيع أو جرح أم ملقط أم شفط أم قيصرية؟	1 طبيعياً..... 2 توسيع/جرح 3 ملقط..... 4 شفط..... 5 قيصرية.....	1 2 3 4 5
AN27	خلال فترة النفاس (6 أسابيع بعد الولادة) من رجعت للكشف عليك؟	1 طبيب عام 2 طبيب مختص..... 3 ممرضة/ قابلة 4 داية..... 5 لا أحد..... 6 أخرى (حددي) _____	1 2 3 4 5 6
AN28	خلال فترة النفاس (6 أسابيع بعد ولادة (اسم المولود) هل زارتك مرشدة صحية/ ممرضة/ داية؟	1 نعم..... 2 لا.....	1 2
AN29	هل كلمتك في أي من الموضوعات التي سوف أذكرها لك؟	A. تنظيم الأسرة..... B. الرضاعة الطبيعية..... C. الصحة الشخصية/ النظافة..... D. التغذية..... E. استئناف النشاط الجنسي..... F. أخرى (حددي) _____	نعم لا 1 2 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1
AN30	عند ولادة (اسم المولود) هل كان حجمه يزيد كثيراً عن الحجم الطبيعي/ أكبر من الحجم الطبيعي/ أصغر من الحجم الطبيعي/ أصغر من الحجم جداً؟	1 يزيد كثيراً عن الحجم الطبيعي..... 2 أكبر من الحجم الطبيعي..... 3 طبيعي الحجم..... 4 أصغر من الحجم الطبيعي..... 5 صغير الحجم جداً..... 8 لا أعرف.....	1 2 3 4 5 8
AN31	هل تم وزن (اسم المولود) عند ولادته؟	1 نعم..... 2 لا.....	1 2
AN32	كم كان وزن (اسم المولود) وقت ولادته؟ سجلي الوزن (بالغرام) من بطاقة الصحة إذا توفرت لا أعرف.....	من البطاقة..... بدون بطاقة..... لا أعرف.....	1 1 2 2 99998 99998
ارجعي إلى AN03 في العمود التالي أو إذا كان لا يوجد مواليد ← إلى السؤال AN33 استمري إلى سؤال AN33			
الباحثة: انظري RE21			
هل أنجبت السيدة خلال السنوات الثلاث السابقة؟ (استخدمي استمارة إضافية إذا كان عدد المواليد أكثر من اثنين) 1. نعم 2. لا ← القسم التالي			
AN33	رقم سطر المولود من RE17	المولود الأخير	المولود قبل الأخير
AN33a	اسم المولود من RE18	المولود الأخير	المولود قبل الأخير
AN34	هل أرضعت (اسم المولود) من الثدي؟	1 نعم..... 2 لا.....	1 2
AN35	يا ترى بعد كم من الوقت بعد ولادة (اسم المولود) بدأت بإرضاعه طبيعياً؟ للباحثة: سجلي (00) في الخيار الأول إذا كانت الإجابة مباشرة بعد الولادة أو لفترة تقل عن ساعة.	1 مباشرة بعد الولادة..... 2 ساعات..... 3 أيام.....	1 2 3

المولود	المولود الأخير				من RE18
الاسم	الاسم				
AN40 ←	1	AN40 ←	1	نعم.....	معين (اسم المولود) رضاعة
	2		2	لا.....	
	3		3	الطفل توفي.....	
_____	_____	_____	عدد الأشهر.....	كم شهرا أرضعت (اسم المولود) رضاعة طبيعية؟	
98	98	_____	لا زال الطفل يرضع.....		
_____	_____	_____	شهر.....	إلى أي عمر أرضعت (اسم المولود) رضاعة طبيعية	
98	98	_____	لا أعرف.....	مطلقة؟	
01	01	_____	مرض الأم/ضعف الأم.....	عن إرضاع (اسم المولود)	
02	02	_____	مرض الطفل/ضعف الطفل.....	بيعية؟	
03	03	← المولود التالي	توفي الطفل.....		
04	04		مشكلة في الحلمة /الثدي.....		
05	05		الحليب غير كاف.....		
06	06		الأم تعمل.....		
07	07		رفض الطفل الرضاعة.....		
08	08		بلغ الفطام.....		
09	09		أصبحت حاملا.....		
10	10		بدأت باستعمال وسائل منع الحمل....		
_____	_____	_____	أخرى (حددي).....		
نعم	لا أعرف	لا	نعم	(اسم المولود) خلال يوم أمس أو الليلة السابقة أي حاجة	
1	8	2	1	التي سوف أذكرها لك؟	
1	8	2	1	A. فيتامينات.....	
1	8	2	1	B. مياه عادية/ معدنية.....	
1	8	2	1	C. مياه محلاة.....	
1	8	2	1	D. عصير فواكه.....	
1	8	2	1	E. شاي / أعشاب.....	
1	8	2	1	F. محلول معالجة الجفاف.....	
1	8	2	1	G. حليب بودرة.....	
1	8	2	1	H. حليب طازج.....	
1	8	2	1	I. سوائل أخرى.....	
1	8	2	1	J. طعام صلب.....	
1	_____	_____	1	نعم.....	أسم المولود) أي سوائل من خلال القنينة أو
2	_____	_____	2	لا.....	س أو الليلة السابقة؟
8	_____	_____	8	لا أعرف.....	
1	_____	_____	1	نعم.....	ت أي نوع من الحليب غير صدرك
AN45 ←	2	AN45 ←	2	لا.....	مولود؟
AN45 ←	8	AN45 ←	8	لا أعرف.....	
_____	_____	_____	شهر.....	(اسم المولود) عندما بدأت بإعطائه	
98	98	_____	لا أعرف.....	حليب غير صدرك ؟	
1	1	_____	مرض الأم/ضعف الأم.....	إعطاء (اسم المولود) أي نوع من	
2	2	_____	مرض الطفل/ضعف الطفل.....	حليب غير صدرك ؟	
3	3	_____	الطبيب نصح بذلك.....		
4	4	_____	المرضاة نصحت بذلك.....		
5	5	_____	مشكلة في الحلمة /الثدي.....		
6	6	_____	الحليب غير كاف.....		
7	7	_____	الأم تعمل.....		
8	8	_____	رفض الطفل حليب الأم.....		
9	9	_____	بلغ الفطام.....		
10	10	_____	أصبحت حاملا.....		
11	11	_____	بدأت باستعمال وسائل منع الحمل.....		
_____	_____	_____	أخرى (حددي).....		

المولود قبل الأخير	المولود الأخير		
--------------------	----------------	--	--

اسم المولود من RE18	الاسم	الاسم	
AN45	كم كان عمر (اسم المولود) عندما بدأت بإعطائه سوائل إضافية؟	شهر لم يتم إعطاؤه أية سوائل بعد لا أعرف	_____ _____ 95 95 98 98
AN46	كم كان عمر (اسم المولود) عندما بدأت بإعطائه الطعام؟	شهر لم يتم إعطاؤه أية أطعمة بعد لا أعرف	_____ _____ 95 95 98 98
AN47	هل أعطي (اسم المولود) نقط من فيتامين أ+د ولو لمرة واحدة في حياته؟	نعم لا لا أعرف	1 2 ← المولود التالي 8 ← المولود التالي إذا لا يوجد مواليد انتقلي للقسم التالي
AN48	كم كان عمر (اسم المولود) عندما تلقى نقط فيتامين أ+د آخر مرة؟	عدد الأشهر لا أعرف	_____ _____ 98 98
AN49	ما هي طول الفترة الزمنية التي أعطي فيها (اسم المولود) نقط فيتامين أ+د ؟	عدد الأشهر ما زال الطفل مستمراً بأخذ فيتامين أ+د لا أعرف	_____ _____ 95 95 98 98
AN50	من أين تم الحصول على النقط/ الشراب في آخر مرة؟	خلال زيارة عادية للمركز الصحي خلال زيارة مرضية للمركز الصحي شراء من الصيدلية أخرى (حددي) لا أعرف	1 2 3 4 _____ 8
ارجعي إلى AN34 في العمود التالي أو إذا كان لا يوجد مواليد انتقلي للقسم التالي		ارجعي إلى AN34 في العمود التالي أو إذا كان لا يوجد مواليد انتقلي للقسم التالي	

القسم السابع: تفضيل الإنجاب

	<p>اسم المبحوثة..... رقم سطر المبحوثة في قائمة أفراد الأسرة رقم سطر الزوج في قائمة أفراد الأسرة </p>	<p>للباحثة: سجلي إذا كان الزوج غير مقيم مع الأسرة سجلي (00)</p>	<p>PR01</p>
<p>PR11</p>	<p>2. الزوجة أو الزوج معقم أو المرأة عمرها 50 سنة فأكثر أو مطلقة أو أرملة ←</p>	<p>الباحثة: انظري (FP04) 1. لا أحد من ↓ الزوجين معقم</p>	<p>PR02</p>
<p>PR06</p>	<p>2. السيدة حامل ←</p>	<p>الباحثة: انظري (RE33) 1. السيدة غير حامل أو غير متأكدة ↓</p>	<p>PR03</p>
<p>PR10 PR11</p>	<p>1 تفضل إنجاب المزيد 2 تفضل عدم الإنجاب..... ← 3 لا تستطيع الإنجاب ← 4 القرار ليس بيدها..... 8 لم تقرر/ لا تعرف</p>	<p>هل ترغبين في إنجاب المزيد من الأطفال أم تفضلين عدم إنجاب أطفال آخرين؟</p>	<p>PR04</p>
<p>PR08</p>	<p>المدة : شهر 1 سنة 2 بسرعة (حالياً) 993 غير قادرة على الحمل 994 هذا بيد الله..... 995 لا أعرف 996 أخرى (حددي) 998</p>	<p>ما هي المدة التي ترغبين في انتظارها من الآن وحتى إنجاب الطفل التالي؟</p>	<p>PR05</p>
<p>PR10</p>	<p>1 تفضل إنجاب المزيد 2 تفضل عدم الإنجاب..... ← 3 القرار ليس بيدها..... 4 لم تقرر/ لا تعرف</p>	<p>بعد الولادة هل تفضلين إنجاب المزيد من الأطفال؟ أم تفضلين عدم إنجاب أطفال آخرين؟</p>	<p>PR06</p>
	<p>المدة : شهر 1 سنة 2 بسرعة (حالياً) 993 غير قادرة على الحمل 994 هذا بيد الله..... 995 لا أعرف 996 أخرى (حددي) 998</p>	<p>ما هي المدة التي ترغبين في انتظارها بعد الولادة من الحمل الحالي وحتى إنجاب الطفل التالي؟</p>	<p>PR07</p>

	<p>عدد الذكور عدد الذكور (الأولاد) الذي تودين إنجابه في المستقبل بالإضافة إلى عدد الذكور الحالي؟</p> <p>94 أكبر عدد ممكن</p> <p>95 هذا بيد الله</p> <p>96 لا أعرف</p> <p>98 أخرى (حددي) _____</p>	PR08
	<p>عدد الإناث عدد الإناث (البنات) الذي تودين إنجابه في المستقبل بالإضافة إلى عدد الإناث الحالي؟</p> <p>94 أكبر عدد ممكن</p> <p>95 هذا بيد الله</p> <p>96 لا أعرف</p> <p>98 أخرى (حددي) _____</p>	PR09
	<p>1 الزوج</p> <p>2 الزوجة</p> <p>3 الزوج والزوجة معاً</p> <p>4 الحماة</p> <p>5 آخرون</p> <p>6 غير ذلك (حددي) _____</p> <p>8 لا أعرف</p>	PR10
PR13	<p>الباحثة: انظري (RE22)</p> <p>1. لدى السيدة أبناء على قيد الحياة / /</p> <p>↓</p> <p>2. ليس لدى السيدة أبناء على قيد الحياة / / ←</p>	PR11
	<p>عدد الذكور لو أن بإمكانك أن تعودى إلى الوقت الذي لم يكن لديك فيه أي أطفال، وكان من الممكن أن تختاري العدد الذي ترغيبينه، فما هو عدد الأطفال الذي ترغيبين في إنجابه طيلة حياتك؟</p> <p>الباحثة: تقصي لمعرفة العدد</p> <p>عدد الذكور عدد الذكور</p> <p>عدد الإناث عدد الإناث</p> <p>المجموع المجموع</p> <p>94 أكبر عدد ممكن</p> <p>95 هذا بيد الله</p> <p>96 لا أعرف</p> <p>97 أخرى (حددي) _____</p>	PR12
	<p>عدد الذكور لو كان لديك إمكانية لاختيار عدد معين من الأطفال، فما هو العدد الذي ترغيبين في إنجابه طيلة حياتك؟</p> <p>الباحثة: تقصي لمعرفة العدد</p> <p>عدد الذكور عدد الذكور</p> <p>عدد الإناث عدد الإناث</p> <p>المجموع المجموع</p> <p>94 أكبر عدد ممكن</p> <p>95 هذا بيد الله</p> <p>96 لا أعرف</p> <p>97 أخرى (حددي) _____</p>	PR13

القسم الثامن: الوعي الصحي والصحة العامة

اسم المبحوثة رقم سطر المبحوثة في قائمة أفراد الأسرة رقم سطر الزوج في قائمة أفراد الأسرة		للباحثة: سجلي إذا كان الزوج غير مقيم مع الأسرة سجلي (00)		PH00
				PH01
				PH02
				PH03

للباحثة: ضعي دائرة حول الرمز (1) في السؤال (PH04) في كل موضوع ذكر تلقائياً، ثم استمري بالسؤال (PH05) وافرأي بقية المواضيع التي لم تذكر تلقائياً، وضعي دائرة حول الرمز (2) للموضوع الذي سمعت به بعد التقصي، والرمز (3) للموضوع الذي لم تسمع به مطلقاً.

PH05		PH04		
هل سمعت عن المواضيع التالية؟		ما هي مواضيع الصحة الإيجابية التي سمعت عنها؟		
لا	نعم بعد التقصي	نعم بشكل تلقائي		
3	2	1	الرعاية الصحية في سن المراهقة	.1
3	2	1	رعاية الأم أثناء الحمل	.2
3	2	1	الولادة الآمنة	.3
3	2	1	رعاية الأم بعد الولادة	.4
3	2	1	رعاية المرأة في سن الأمان	.5
3	2	1	خدمات تنظيم الأسرة	.6
3	2	1	العقم	.7
3	2	1	الوقاية والعلاج من الأمراض المنقولة بالجنس	.8
3	2	1	تشخيص وعلاج أكثر أمراض السرطان عند النساء (عنق الرحم، الثدي)	.9

<p>1 مركز / مستشفى حكومي.....</p> <p>2 مركز / مستشفى وكالة.....</p> <p>3 مركز / مستشفى غير حكومي ...</p> <p>4 طبيب خاص</p> <p>5 وسائل الإعلام.....</p> <p>6 العاملون في الصحة.....</p> <p>7 ممرضة/قابلة/داية.....</p> <p>8 المحاضرات والندوات.....</p> <p>9 الزوج /الأصدقاء/الأقارب.....</p> <p>10 مكان العمل</p> <p>11 أخرى(حددي) _____</p>	<p>PH06</p> <p>للباحثة: (لنساء اللواتي سبق ان سمعت بموضوع واحد على الأقل من مواضيع الصحة الإيجابية)</p> <p>ما المصادر التي حصلت منها على معلومات حول موضوع/مواضيع الصحة الإيجابية؟</p> <p>للباحثة: يمكن تسجيل أكثر من اجابة.</p>
<p>PH12</p> <p>2. السيدة لم يسبق لها الإجاب /___/ ←</p>	<p>PH06A</p> <p>للباحثة: انظري RE05</p> <p>1. السيدة سبق لها الإجاب /___/ ↓</p>
<p><u>لا</u></p> <p>2</p> <p><u>نعم</u></p> <p>1</p> <p>A. صعوبات الحمل.....</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>B. أهمية حبوب الحديد.....</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>C. أعراض الحمل الخطر.....</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>D. تنظيم الأسرة.....</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>E. الرضاعة الطبيعية.....</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>F. مطعوم التيتانوس.....</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>G. التغذية</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>H. الصحة العامة</p>	<p>PH07</p> <p>أثناء الحمل هل تلقيت أية معلومات أو إرشاد حول أي من الموضوعات التالية؟</p>
<p><u>لا</u></p> <p>2</p> <p><u>نعم</u></p> <p>1</p> <p>A. عدد الزيارات.....</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>B. موعد بدء الزيارة.....</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>C. مكان تلقي الرعاية.....</p>	<p>PH08</p> <p>هل تعرفين شيئاً عن الرعاية أثناء الحمل من حيث عدد الزيارات، موعد الزيارة، مكان تلقي الرعاية؟</p>
<p>1 مركز / مستشفى حكومي.....</p> <p>2 مركز / مستشفى وكالة.....</p> <p>3 مركز / مستشفى غير حكومي.....</p> <p>4 طبيب خاص</p> <p>5 وسائل الإعلام.....</p> <p>6 العاملون في الصحة.....</p> <p>7 ممرضة/قابلة/داية.....</p> <p>8 المحاضرات والندوات.....</p> <p>9 الزوج /الأصدقاء/الأقارب.....</p> <p>10 مكان العمل</p> <p>11 أخرى(حددي) _____</p>	<p>PH09</p> <p>للباحثة: اللواتي اجبن بنعم عل إجابة واحدة على الأقل في سؤال PH08</p> <p>من أين سمعت عن ذلك؟</p> <p>للباحثة : يمكن تسجيل أكثر من إجابة.</p>
<p>1 نعم</p> <p>2 لا.....</p> <p>PH12</p>	<p>PH10</p> <p>هل سمعت عن مفهوم الرضاعة الطبيعية المطلقة(التامة)؟</p>

	<p>1 مركز/ مستشفى حكومي</p> <p>2 مركز/ مستشفى وكالة</p> <p>3 مركز/ مستشفى غير حكومي</p> <p>4 طبيب خاص</p> <p>5 وسائل الإعلام</p> <p>6 العاملون في الصحة</p> <p>7 ممرضة/ قابلة/ داية</p> <p>8 المحاضرات والندوات</p> <p>9 الزوج / الأصدقاء/ الأقارب</p> <p>10 مكان العمل</p> <p>11 أخرى (حدد) _____</p>	<p>PH11</p> <p>من أين سمعت عن ذلك؟</p> <p>للباحثة : يمكن تسجيل أكثر من إجابة.</p>
<p>لا</p> <p>نعم</p> <p>2 1</p> <p>2 1</p> <p>2 1</p> <p>2 1</p> <p>2 1</p> <p>2 1</p> <p>2 1</p> <p>2 1</p> <p>2 1</p> <p>2 1</p> <p>2 1</p> <p>2 1</p> <p>2 1</p> <p>2 1</p>	<p>A. الطفل غير قادر على الأكل أو الرضاعة أو الشرب</p> <p>B. خمول وكسل</p> <p>C. الطفل مصاب بالحمى</p> <p>D. يعاني من سرعة في التنفس</p> <p>E. يعاني من صعوبة في التنفس</p> <p>F. وجود دم في البراز</p> <p>G. القيء المتكرر</p> <p>H. الإسهال</p> <p>I. الجفاف</p> <p>J. تشنجات</p> <p>K. أخرى (حدد) _____</p>	<p>PH12</p> <p>للباحثة: يطرح السؤال على الأم أو القائمة على العناية بالطفل.</p> <p>برأيك هل الأعراض التالية تستوجب نقل الطفل إلى مؤسسة صحية للحصول على استشارة طبية؟</p>
	<p>1 ضرورة صحية فقط</p> <p>2 الرغبة في المباشرة بين المواليد</p> <p>3 الرغبة في إنجاب عدد اقل من الأطفال</p> <p>4 مشاركة المرأة في العمل أو في الحياة العامة.</p> <p>5 أخرى (حدد) _____</p> <p>6 أعراض استخدامها</p>	<p>PH13</p> <p>حسب رأيك ما هو السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة؟</p>

القسم التاسع: المعرفة بمرض الإيدز

		اسم المبحوثة		للباحثة: سجلي		A00
		رقم سطر المبحوثة في قائمة أفراد الأسرة		إذا كان الزوج غير مقيم مع الأسرة سجلي (00)		
		رقم سطر الزوج في قائمة أفراد الأسرة				
		1 نعم		هل سبق أن سمعت عن مرض يسمى الإيدز (نقص المناعة المكتسبة)؟		A01
القسم التالي		2 لا				
		1 الراديو		ما هي المصادر التي سمعت منها على معلومات حول الإيدز؟		A02
		2 التلفزيون		للباحثة: سجلي كل الإجابات التي تذكرها المبحوثة.		
		3 الصحف/المجلات				
		4 النشرات/الملصقات				
		5 العاملون في الصحة				
		6 المحاضرات				
		7 الأماكن الدينية				
		8 المدارس/المدرسون				
		9 الاجتماعات العامة				
		10 الأصدقاء/الأقارب				
		11 مكان العمل				
		12 أخرى (حددي)				
		1 نعم		هل يوجد أي شيء يستطيع الفرد عمله لتجنب العدوى بفيروس نقص المناعة		A03
A05		2 لا		المكتسبة أو الإصابة بالإيدز؟		
A05		8 لا أعرف				
لا اعرف		نعم		يا ترى أي من الأمور التي سوف أذكرها لك يمكن للفرد من خلالها تجنب		A04
8		2		مرض الإيدز؟		
8		2		A. استخدام الواقي الذكري		
8		2		B. ممارسة الجنس مع الزوج فقط		
8		2		C. تجنب نقل الدم		
8		2		D. تجنب الحقن بالإبر		
8		2		E. تجنب القبل		
8		2		F. الامتناع عن ممارسة الجنس كلياً		
8		2		G. تجنب المصافحة		
8		2		H. تجنب لسعات البعوض		
8		2		I. البحث عن الحماية من المرض عند الطب الشعبي		
8		2		J. الامتناع عن الحديث مع المصابين		
8		2		K. تجنب الوشم		
8		2		L. تجنب تقب الأذن/والأنف		
8		2		M. تجنب التردد على طبيب الأسنان		
8		2		N. تجنب الختان		
8		2		O. أخرى (حددي)		
		1 نعم		هل من المحتمل أن يكون الشخص الذي تظهر صحته جيدة حاملاً لفيروس		A05
		2 لا		الإيدز؟		
		8 لا أعرف				
		1 لا يموتون بسبب هذا المرض		هل تعتقد أن الأشخاص المصابين بالإيدز لا يموتون بسبب هذا المرض،		A06
		2 يموتون أحياناً		يموتون أحياناً أو يموتون دائماً من هذا المرض؟		
		3 يموتون دائماً				
		8 لا أعرف				

				هل تعتقد بان فرص أصابتك بالإيدز قليلة، متوسطة ، كبيرة، أو لا توجد أية مخاطر إطلاقاً؟	A07
1	قليلة				
2	متوسطة				
3	كبيرة				
4	لا توجد مخاطر				
8	لا أعرف				
				هل من الممكن انتقال مرض الإيدز من الأم إلى الطفل :	A08
1	نعم				
A10 ← 2	لا				
A10 ← 3	لا أعرف				
				كيف يمكن ان ينتقل المرض؟	A09
<u>لا اعرف</u>	<u>لا</u>	<u>نعم</u>			
8	2	1	A. أثناء الحمل		
8	2	1	B. أثناء الولادة		
8	2	1	C. أثناء الرضاعة		
8	2	1	D. لا يمكن أن ينتقل		
8	2	1	E. أخرى (حددي)		
				إذا كان المعلم / المعلمة مصاب بفيروس الإيدز ولكنه لا تظهر عليه /عليها أية أعراض مرضية، فهل يسمح له/ لها بالاستمرار في التدريس في المدرسة؟	A10
1	نعم				
2	لا				
8	لا أعرف				
				إذا عرفت أن صاحب الدكان أو بائع الطعام مصاب بالإيدز أو بفيروس المرض، فهل تشتريين منه/ منها الطعام؟	A11
1	نعم				
2	لا				
8	لا أعرف				
				في الوقت الحالي هل تعرفين مكانا يتم فيه إجراء فحص الإيدز؟	A12
1	نعم				
2	لا				
8	لا أعرف				

القسم العاشر: تسجيل الأطفال دون 5 سنوات

تعباً هذه الاستمارة من خلال مقابلة جميع السيدات / الأمهات اللواتي يرعين أطفال دون سن 5 سنوات. (راجعي نموذج الأسرة لمعرفة عدد الأطفال دون سن الخامسة من العمر).

استخدمى استمارة إضافية إذا كان هناك أكثر من 3 أطفال في الأسرة دون سن الخامسة.

الطفل الثاني قبل الأخير	الطفل قبل الأخير	الطفل الأخير			
_____	_____	_____		رقم سطر الطفل	RG01
_____	_____	_____		اسم الطفل	RG02
_____	_____	_____		رقم سطر الأم أو من يقوم على رعاية الطفل من قائمة أفراد الأسرة	RG03
_____	_____	_____	اليوم الشهر السنة	تاريخ الميلاد للباحثة: إذا كان اليوم غير معروف ضعي 99 في الخانة المخصصة لذلك	RG04
_____	_____	_____		العمر	RG05
RG9A ← 1 2 3 8	RG9A ← 1 2 3 8	RG9A ← 1 2 3 8	نعم، شوهدت نعم، لم تشاهد لا يوجد لا أعرف	هل عند (اسم المولود) شهادة ميلاد؟ هل أستطيع أن أراها؟ للباحثة: تحققى من تاريخ الميلاد من خلال الشهادة إذا كنت قد رأيتها، وإلا تحققى من ذلك من خلال أي وثائق أخرى (مثل البطاقة الصحية).	RG06
RG9A ← 1 2 RG09 ← 8	RG9A ← 1 2 RG09 ← 8	RG9A ← 1 2 RG09 ← 8	نعم لا لا أعرف	إذا لم تشاهدي شهادة ميلاد (اسم المولود) اسألي: هل تم تسجيل (اسم المولود) عند ولادته؟	RG07
1 2 3 4 5 6 8	1 2 3 4 5 6 8	1 2 3 4 5 6 8	رسوم التسجيل مرتفعة بعد مكان التسجيل عدم المعرفة بوجود التسجيل .. تأخرت ولا أريد دفع غرامة .. عدم معرفة مكان التسجيل أخرى (حددي) _____ لا أعرف	لماذا لم يتم تسجيل (اسم المولود) عند ولادته؟	RG08
1 2 8	1 2 8	1 2 8	نعم لا لا أعرف	هل يتوفر ل (اسم المولود) تيلغ ولادة؟	RG09
1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	نعم، مسجل في هوية الأب... .. نعم، مسجل في هوية الأم..... نعم، مسجل في هوية الأب والأم غير مسجل..... لا أعرف	هل (الاسم) مسجل في هوية أحد الوالدين أو كلاهما؟	RG09A
1 2 8	1 2 8	1 2 8	نعم لا لا أجابه	هل تعرفين الطريقة التي يجب أن تتبعينها لتسجيل (اسم المولود)؟	RG10
للباحثة: انظري RG05					
2. الطفل عمره أقل من 3 سنوات / / ← القسم التالي					
1. الطفل عمره من (3-4) سنوات. / / ↓					
1 2 المولود التالي المولود التالي	1 2 المولود التالي المولود التالي	1 2 المولود التالي المولود التالي	نعم لا لا أعرف	هل يذهب (اسم المولود) إلى روضة أو إلى أي دار حضانية؟	RG11A
_____	_____	_____	عدد الساعات	خلال الأيام السبعة الأخيرة، كم ساعة داوم (اسم المولود) في الروضة أو دار الحضانية؟	RG12

القسم الحادي عشر: تعليم الأطفال

هذا القسم خاص بالأطفال من سن 5 سنوات وحتى 17 سنة

E08	E07	E06	E05	E04	E03	E02	E01
<p>ما هو المستوى (المرحلة) التعليمية كان(الاسم) ملتحقا به في العام الماضى</p> <p>1. رياض أطفال 2. أساسي 3. ثانوي 4. دبلوم متوسط/ بكالوريوس 8. لا اعرف</p> <p>رقم الصف</p>	<p>هل التحق (الاسم) في المدرسة خلال العام الدراسي الماضي؟</p> <p>1. نعم 2. لا ← الطفل التالي 8. لا اعرف ← الطفل التالي</p>	<p>ما هو المستوى (المرحلة) التعليمية والصف المدرسي الذي يلتحق به (الاسم)؟</p> <p>1. رياض أطفال 2. أساسي 3. ثانوي 4. دبلوم متوسط/ بكالوريوس 8. لا اعرف</p> <p>رقم الصف المرحلة (98 لا اعرف)</p>	<p>في السبعة أيام الماضية كم يوما داوم (الاسم) في المدرسة؟</p> <p>للباحثة: سجلي عدد الأيام</p> <p>عدد الأيام</p>	<p>خلال السنة الدراسية الحالية هل التحق (الاسم) في أي وقت من السنة الدراسية بالمدرسة؟</p> <p>1. نعم 2. لا ← E07</p>	<p>خلال السنة الدراسية الحالية هل (الاسم) ملتحق حاليا في المدرسة؟</p> <p>1. نعم ← E05 2. لا</p>	<p>أسماء الأطفال من سن 5 وحتى 17 سنه</p>	<p>طفل</p>
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		
	8 2 1			2 1	2 1		

القسم الثاني عشر: عمل الأطفال

يسأل للفتامين على رعاية الأطفال في العمر 5 - 17 سنة ممن يعيشون في الأسرة، ادرجي رقم سطر كل طفل مؤهل من قائمة أفراد الأسرة. والآن أود توجيه أسئلة حول أي عمل يقوم به الأطفال في هذه الأسرة.

C09	C08	C07	C06	C05	C04	C03	C02	C01	C00
كم ساعة أمضى (الاسم) في العمل خلال الأسبوع الماضي؟	خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الاسم) بأي عمل للأسرة (مثلاً، في المزرعة، في المتجر، في المصنع أو أية أعمال أخرى تعود للأسرة أو لحسابه الخاص)؟	كم ساعة أمضى (الاسم) في العمل المنزلي خلال الأسبوع الماضي؟	خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الاسم) بأية أعمال منزلية. (طبخ، غسيل، تنظيف، العناية بالأطفال....الخ)؟	خلال أي وقت من العام الماضي، هل قام (الاسم) بأي عمل لأي شخص ما من خارج أسرته؟ (للباحثة: للاستفسار إن كان العمل باجر أو بدون أجر)	خلال الأسبوع الماضي، كم ساعة قضى (الاسم) في أداء العمل لذلك الشخص من خارج أسرته؟ (إذا كان هناك أكثر من عمل، نولي مجموع الساعات الكلي)	خلال الأسبوع الماضي، هل قام (الاسم) بأي عمل لأي شخص من خارج أسرته المعيشية ولو لساعة واحدة؟ (للباحثة: للاستفسار إن كان العمل باجر أو بدون أجر)	أسماء الأطفال من سن 5-17 سنة	رقم سطر الطفل	رقم سطر الأم
	1. نعم 2. لا ← الطفل التالي		1. نعم 2. لا ← C08	1. نعم: مدفوع الأجر (نقدياً، أو عينياً) 2. نعم، بدون أجر 3. لم يعمل		1. نعم: تلقى اجرا (نقدياً، أو عينياً) 2. نعم، بدون أجر 3. لم يعمل ← C05			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			
	2 1		2 1	3 2 1		3 2 1			

القسم الثالث عشر: صحة وتطعيم الأطفال

أدخل رقم السطر والاسم وحالة البقاء على قيد الحياة لكل مولود ولد منذ إبريل/نيسان 1995 من جدول تاريخ الإنجاب: وأسأل الأسئلة عن كل هؤلاء المواليد ابتداءً بآخر مولود. (إذا كان عدد المواليد أكثر من ثلاثة استخدم استمارة إضافية)			
المولود الأخير	المولود قبل الأخير	المولود الثاني قبل الأخير	المولود الثالث قبل الأخير
رقم سطر المولود من HR01 للباحثة: سجلي (00) إذا كان المولود متوفياً			IM00
رقم سطر المولود من RE17			IM01
(اسم المولود) من RE18 وبقاءه على قيد الحياة من RE22	الاسم _____ 1 ← 2 (العمود التالي) ← لا مواليد ← القسم التالي	الاسم _____ 1 ← 2 (العمود التالي) ← لا مواليد ← القسم التالي	الاسم _____ 1 ← 2 (العمود التالي) ← لا مواليد ← القسم التالي
هل لديك بطاقة ل (اسم المولود) تبين فيها التطعيمات التي تلقاها؟ إذا كانت الإجابة نعم، هل يمكن مشاهدتها	نعم و شوهدت .. نعم ولم تشاهد ... لا بطاقة لا أعرف	IM05 ← 1 IM07 ← 2 3 8	IM05 ← 1 IM07 ← 2 3 8
هل سبق وان كان لديك بطاقة تطعيم ل (اسم المولود)؟	نعم..... لا.....	IM07 ← 1 IM07 ← 2	IM07 ← 1 IM07 ← 2
الباحثة: سجلي تاريخ كل تطعيم حصل عليه الطفل من البطاقة (سجلي الرقم 99 في خانة الأيام إذا تم تطعيم الطفل و كان التاريخ غير مبيّن)	يوم شهر سنة	يوم شهر سنة	يوم شهر سنة
تطعيم السل (BCG)			
شلل الأطفال (نقط بالفم OPV)			
جرعة أولى			
جرعة ثانية			
جرعة ثالثة			
جرعة رابعة			
شلل الأطفال (حقنة بالعضل IPV)			
جرعة أولى			
جرعة ثانية			
ثلاثي (DPT):			
جرعة أولى			
جرعة ثانية			
جرعة ثالثة			
جرعة رابعة			
الحصبة (Measles)			
التهاب الكبد الوبائي (HB)			
جرعة أولى			
جرعة ثانية			
جرعة ثالثة			
النكاف والحصبة والحصبة الألمانية MMR			

المولود قبل الأخير	المولود قبل الأخير	المولود الأخير	اسم المولود من RE18	
الاسم	الاسم	الاسم		
1	1	1	هل حصل (اسم المولود) على أية تطعيمات غير مسجلة في بطاقة التطعيم بما فيها حملات التطعيم الوطنية من المطاعيم التي ذكرت في سؤال IM05؟	IM06
IM17 ← 2 IM17 ← 8	IM17 ← 2 IM17 ← 8	IM17 ← 2 IM17 ← 8	نعم..... لا..... لا اعرف.....	
1	1	1	للباحثة: ضعي دائرة حول الرمز (1) إذا كانت الإجابة السبل (BCG)، شلل الأطفال (1-6) والثلاثي (1-4) والحصبة (1-2) فقط والتهاب الكبد الوبائي (1-3).	
1	1	1	للباحثة: الأسئلة من IM07-IM16 تسأل لمن ليس عندهم بطاقة أو لمن لديه بطاقة ولم تشاهد.	
2	2	2	هل تلقى (اسم المولود) أيا من المطاعيم التالية؟	IM07
8	8	8	نعم..... لا..... لا اعرف.....	
1	1	1	مطعوم (BCG) ضد السل ويعطى في النزاع اليسرى للطفل أو كتفه وينتج عنه ندبة؟	IM08
IM10 ← 2 IM10 ← 8	IM10 ← 2 IM10 ← 8	IM10 ← 2 IM10 ← 8	نعم..... لا..... لا اعرف.....	
1	1	1	شلل الأطفال (نقط تعطي في الفم OPV)	IM09
1	1	1	كم عدد المرات؟	
2	2	2	شلل الأطفال (حقنة بالعضل IPV)؟	IM10
8	8	8	نعم..... لا..... لا اعرف.....	
1	1	1	كم عدد المرات؟	IM11
2	2	2	أول جرعة ضد التهاب الكبد (البرقان HB) مباشرة بعد الولادة مباشرة.....	IM12
8	8	8	نعم..... لا..... لا اعرف.....	
1	1	1	الثلاثي (DPT) (الدفتيريا، السعال، الكزاز) (حقنة في العضل) ويعطى في نفس الوقت مع مطعوم شلل الأطفال؟	IM13
IM15 ← 2 IM15 ← 8	IM15 ← 2 IM15 ← 8	IM15 ← 2 IM15 ← 8	نعم..... لا..... لا اعرف.....	
1	1	1	ما هو عدد المرات؟	IM14
2	2	2	حقنة للوقاية من الحصبة (Measles) ؟	IM15
8	8	8	نعم..... لا..... لا اعرف.....	
1	1	1	حقنة للوقاية من النكاف والحصبة والحصبة الألمانية MMR	IM16
2	2	2	هل حصل (اسم المولود) على أية تطعيمات أخرى تقيه من الأمراض؟	IM17
8	8	8	نعم..... لا..... لا اعرف.....	
1	1	1	ما هي هذه المطاعيم	IM17A
2	2	2	انفلونزا	
3	3	3	التهاب السحايا.....	
4	4	4	كلاهما.....	
1	1	1	أخرى (حددي) _____	
2	2	2	هل أصيب (اسم المولود) بالحمى خلال الأسبوعين السابقين؟	IM18
8	8	8	نعم..... لا..... لا اعرف.....	
1	1	1	هل أصيب (اسم المولود) بالحصبة؟	IM19
IM21 ← 2 IM21 ← 8	IM21 ← 2 IM21 ← 8	IM21 ← 2 IM21 ← 8	نعم..... لا..... لا اعرف.....	

المولود الثاني قبل الأخير	المولود قبل الأخير	المولود الأخير	اسم المولود من RE18	
الاسم _____ 98	الاسم _____ 98	الاسم _____ 98	العمر بالسنوات لا أعرف	IM20 كم كان عمره وقت الإصابة بالحصبة؟ للباحثة: سجلي 00 إذا كان عمر الطفل أقل من سنة عند الإصابة
1 IM28 ← 2 IM28 ← 8	1 IM28 ← 2 IM28 ← 8	1 IM28 ← 2 IM28 ← 8	نعم لا لا أعرف	IM21 هل أصيب (اسم المولود) بمرض مصحوب بالسعال خلال الأسبوعين السابقين؟
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	مستشفى حكومي مركز أمومة وطفولة حكومي .. مركز صحي حكومي مراكز وكالة الغوث عيادة/ مستشفى خاص..... مراكز منظمات غير حكومية .. صيدلية طبيب خاص معالج بالطب الشعبي عاملة صحية الأصدقاء/ الجيران/ الأقارب... أخرى (حددي) _____	IM22 من أين التمت الرعاية الصحية/ المعالجة؟ للباحثة: يمكن تسجيل أكثر من اجابة
1 IM28 ← 2 IM28 ← 8	1 IM28 ← 2 IM28 ← 8	1 IM28 ← 2 IM28 ← 8	نعم لا لا أعرف	IM23 عندما أصيب (اسم المولود) بمرض مصحوب بالسعال هل كان التنفس أسرع من المعتاد أو/ لديه صعوبة بالتنفس؟
1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	انغلاق في الأنف..... مشكلة في الصدر كلاهما..... أخرى (حددي) _____ لا أعرف	IM24 هل كانت هذه الأعراض نتيجة مشكلة صحية في الصدر أم انغلاق في الأنف، أم كلاهما؟
1 IM28 ← 2	1 IM28 ← 2	1 IM28 ← 2	نعم لا	IM25 هل تمت معالجة (اسم المولود) أو استشارة أحد حول المرض المصحوب بالسعال خارج نطاق المنزل؟
1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	1 2 3 4 5 6 7 8	مستشفى حكومي..... مركز صحي/ أمومة وطفولة. مركز/ مستشفى غير حكومي مراكز وكالة الغوث..... مستشفى/عيادة خاصة..... صيدلية..... طبيب خاص..... أخرى (حددي) _____	IM26 أين تمت المعالجة او الاستشارة؟
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	الخدمة متوفرة..... سهولة الحصول على الخدمة تقتي بالطاقم الطبي..... توفر تأمين صحي..... التكلفة بسيطة..... أخرى(حددي) _____	IM27 ما السبب الرئيسي وراء اختيار المكان الذي حددته للاستشارة؟
1 IM40 ← 2 IM40 ← 8	1 IM40 ← 2 IM40 ← 8	1 IM40 ← 2 IM40 ← 8	نعم لا لا أعرف	IM28 هل أصيب (اسم المولود) بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين؟
لا 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	نعم 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	لا 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	نعم 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	IM28A خلال نوبة الإسهال الاخيرة، هل تناول (اسم المولود) أيًا من السوائل التالية؟ حليب الام طعام مصنوع من الحبوب/ شوربة سوائل منزلية مقبولة مثل اللبن ... محلول معالجة الجفاف حليب صناعي ماء مع الطعام ماء لوحده سوائل غير مقبولة مثل المياه الغازية أخرى (حددي) _____

المولود الثاني قبل الأخير	المولود قبل الأخير	المولود الأخير	اسم المولود من RE18	
الاسم _____	الاسم _____	الاسم _____		
1 2 8	1 2 8	1 2 8	نعم..... لا..... لا اعرف.....	IM29 هل ظهر دم في البراز؟
_____	_____	_____	عدد المرات لا أعرف.....	IM30 كم مره تبرز (اسم المولود) براز سائل في اشد يوم من أيام إصابته بالإسهال؟
1 2 3 8	1 2 3 8	1 2 3 8	نفس الكمية أكثر أقل لا أعرف	IM31 أثناء إصابة (اسم المولود) بالإسهال هل أعطي نفس، أقل، أكثر من كمية السوائل التي كان يشربها قبل الإسهال؟
		1 ← 2 IM34	نعم..... لا.....	IM32 للباحثة: انظري AN36 هل المولود لا يزال يرضع؟
		1 2 3 4	زاد قل توقف لم يتغير	IM33 أثناء إصابة (اسم المولود) بالإسهال هل أعطي نفس، أكثر، أقل، من كمية الحليب التي كان يتناولها قبل الإسهال؟
1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	نفس الكمية أكثر أقل لم يعط طعاما بعد لا أعرف	IM34 أثناء إصابة (اسم المولود) بالإسهال هل أعطي نفس، أكثر، أقل، من كمية الطعام التي كان يتناولها قبل الإسهال؟
لا أعرف 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1	لا أعرف 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1	لا أعرف 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1 8 2 1	A. رضاعة طبيعية B. محلول معالجة الجفاف الجاهز .. C. ماء رز D. شوربة E. محلول ماء (سكر/ملح) بيتي F. حليب أطفال G. مشتقات ألبان H. ماء I. سائل من الأعشاب المغلية	IM35 أثناء إصابة (اسم المولود) بالإسهال هل أعطي أي من الحاجات التالية في البيت؟
1 IM39 ← 2 IM39 ← 8	1 IM39 ← 2 IM39 ← 8	1 IM39 ← 2 IM39 ← 8	نعم..... لا..... لا اعرف.....	IM36 هل تمت مراجعة أو استشارة أحد من أجل الإسهال الذي حصل مع (الاسم)؟
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11	مستشفى حكومي مركز أمومة وطفولة حكومي مركز صحي حكومي مراكز وكالة الغوث عيادة/ مستشفى خاص..... مراكز منظمات غير حكومية صيدلية طبيب خاص معالج بالطب الشعبي عاملة صحية أخرى (حددي)	IM37 أين تمت الاستشارة أو المعالجة؟ للباحثة: يمكن تسجيل أكثر من اجابة
لا 2 1 2 1 2 1 2 1	لا 2 1 2 1 2 1 2 1	لا 2 1 2 1 2 1 2 1	A. أدوية ضد الإسهال B. محلول بالوريد C. حقنة بالوريد/ العضل D. أخرى (حددي) _____	IM38 لمعالجة الإسهال هل تم إعطاء (الاسم) أي من التالية ؟
انتقلي إلى IM40	انتقلي إلى IM40	انتقلي إلى IM40		

المولود الثاني قبل الأخير	المولود قبل الأخير	المولود الأخير			
الاسم _____	الاسم _____	الاسم _____	اسم المولود من RE18		
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	الإصابة كانت خفيفة عولج في البيت وتحسن..... الأم كانت مشغولة لا يوجد أحد مؤهل للاستشارة... لا يوجد عيادة..... أخرى (حددي) _____	لماذا لم تتم الاستشارة؟	IM39
<u>لا</u> <u>نعم</u> 2 1 2 1 2 1 2 1	<u>لا</u> <u>نعم</u> 2 1 2 1 2 1 2 1	<u>لا</u> <u>نعم</u> 2 1 2 1 2 1 2 1	A. التهاب الأذن..... B. التهاب العين..... C. التهاب في الجهاز التنفسي D. أمراض الحساسية.....	هل أصيب وعولج (اسم المولود) بأحد الأمراض التالية خلال الشهر الأخير؟	IM40
1 2	1 2	1 2	نعم..... لا.....	هل تلقى (اسم المولود) مطعوم شلل الأطفال خلال الحملة الوطنية للتطعيم ضد شلل الأطفال الأخيرة؟	IM41
<i>IM02</i> ارجعي إلى سؤال <i>IM02</i> في العمود التالي وإذا لم يكن هناك المزيد من المواليد انتقلي إلى القسم التالي	<i>IM02</i> ارجعي إلى سؤال <i>IM02</i> في العمود التالي وإذا لم يكن هناك المزيد من المواليد انتقلي إلى القسم التالي	<i>IM02</i> ارجعي إلى سؤال <i>IM02</i> في العمود التالي وإذا لم يكن هناك المزيد من المواليد انتقلي إلى القسم التالي			

القسم الرابع عشر: فحص صحة عيون الأطفال

تعباً هذه الاستمارة من خلال مقابلة جميع السيدات / الأمهات اللواتي يرعين أطفال دون سن 5 سنوات. (راجعي نموذج الأسرة لمعرفة عدد الأطفال دون سن الخامسة من العمر).
استخدمى استمارة إضافية إذا كان هناك أكثر من 3 أطفال في الأسرة دون سن الخامسة.

الطفل الثاني قبل الأخير	الطفل قبل الأخير	الطفل الأخير			
_____	_____	_____		رقم سطر الطفل	EYE1
_____	_____	_____		اسم الطفل	EYE2
_____	_____	_____		رقم سطر الأم أو من يقوم على رعاية الطفل من قائمة أفراد الأسرة	EYE3
1 EYE6 ← 2	1 EYE6 ← 2	1 EYE6 ← 2	نعم..... لا.....	هل راجع (اسم المولود) طبيب العيون منذ ولادته وحتى العمر الحالي من أجل إجراء فحص لعينه؟	EYE4
1 2	1 2	1 2	فحص روتيني..... مشكلة/مرض في العين	ما هو السبب الذي من أجله تم إجراء الفحص لـ (اسم المولود)؟	EYE5
1 2	1 2	1 2	نعم..... لا.....	هل يستخدم (اسم المولود) نظارة طبية؟	EYE6
1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	نعم، ماء بيضاء..... نعم، ماء سوداء..... نعم، حول..... لا.....	هل أجرى (اسم المولود) عملية جراحية في العين؟	EYE7

القسم الخامس عشر: القياسات / الطول والوزن

<p>M01</p> <p>الباحثة: انظري HR05</p> <p>1. مولودا أو اكثر منذ نيسان/ إبريل 1995 /_ / ↓</p> <p>2. لا مواليد منذ نيسان/ إبريل 1995 /_ / ← انتهت المقابلة</p>
--

الباحثة: يتم اخذ القياس والوزن لجميع الأطفال دون سن الخامسة، استخدمي استمارة إضافية إذا كان هناك أكثر من 3 أطفال.

3- المولود الثاني قبل الأخير	2- المولود قبل الأخير	1- المولود الأخير			
_ _	_ _	_ _	رقم سطر الطفل من HR01	M02	
_____	_____	_____	اسم الطفل من HR02	M03	
_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _	اليوم الشهر السنة	تاريخ ميلاد الطفل من HR05	M04
_ . _ . _ . _ . _	_ . _ . _ . _ . _	_ . _ . _ . _ . _	الطول بالسنتيمترات		M05
1..... مستلقيا 2..... واقفا	1..... مستلقيا 2..... واقفا	1..... مستلقيا 2..... واقفا	هل تم قياس طول الطفل وهو مستلقيا أم واقفا؟		M06
_ . _ . _ . _ . _	_ . _ . _ . _ . _	_ . _ . _ . _ . _	الوزن بالكيلو غرام		M07
1 2 3 4 5 6 8	1 2 3 4 5 6 8	1 2 3 4 5 6 8	النتيجة تم قياس الوزن والطول تم قياس الوزن فقط.... تم قياس الطول فقط... الطفل غير موجود.... الطفل رفض القياس... الأم/ المربية رفضت.. أخرى (حددي) _____		M08
اسم ورقم المساعد:			اسم ورقم الشخص الذي قام بالقياسات		M09
_ . _ . _ . _ . _			_ . _ . _ . _ . _		

ملاحظات الباحث

ملاحظات عن المبحوثة: _____

ملاحظات على أسئلة معينة: _____

أية ملاحظات أخرى: _____

اسم الباحثة: _____ التاريخ / /

رقم الباحثة: _____

ملاحظات المشرفة

اسم المشرفة: _____ التاريخ / /

رقم المشرفة: _____

ملاحظات المدققة

اسم المدققة: _____ التاريخ / /

رقم المدققة: _____