



السلطة الوطنية الفلسطينية الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

المسح الصحي الديمغرافي - 2004
التقرير النهائي

شباط/فبراير، 2006

© محرم، 1427هـ - شباط، 2006.
جميع الحقوق محفوظة.

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة إلى هذه المطبوعة كالتالي:

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. المسح الصحي الديمغرافي - 2004، 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: 2 2406343 (970/972)

صفحة إلكترونية: <http://www.pcbs.gov.ps>

هاتف: 2 2406340 (970/972)

بريد إلكتروني: diwan@pcbs.gov.ps

شكر وتقدير

لقد تم تخطيط وتنفيذ المسح الصحي الديمغرافي، 2004 بقيادة فريق فني من الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وبدعم مالي مشترك بين كل من السلطة الوطنية الفلسطينية (PNA) ومجموعة التمويل الرئيسية للجهاز (CFG) ممثلة بمكتب الممثلة النرويجية لدى السلطة الوطنية الفلسطينية، مكتب الممثلة الهولندية لدى السلطة الوطنية الفلسطينية، الوكالة السويسرية للتنمية والتعاون (SDC)، وزارة التنمية الدولية البريطانية (DFID)، المفوضية الأوروبية (EC)، والبنك الدولي. يتقدم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشكر الجزيل لمجموعة التمويل الرئيسية للجهاز (CFG).

كما يتقدم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بجزيل الشكر والتقدير إلى اليونسيف على دعمها للمشروع من خلال توفير أدوات قياس الوزن والطول ومادة فحص اليود في الملح.

يتقدم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشكر والعرفان إلى جميع المساهمين في قيادة هذا المشروع وإدارته وتنفيذه وإخراجه إلى النور.

تنويه للمستخدمين

(0.0): تعني أن النسبة صفر أو تقترب من الصفر، أي أنها أقل من 0.05%.

(-): تعني لا توجد مشاهدات.

*: يوجد بعض الحالات المفقودة خاصة فيما يتعلق بالمتغيرات الفرعية مثل (التعليم، العمر)، وهذه الحالات تفسر الاختلافات البسيطة في عدد المشاهدات في بعض الجداول.

*: النسب المنشورة في الجداول موزونة، بينما عدد المشاهدات غير موزون.

فريق العمل

- إعداد التقرير:

د. يحيى عابد	د. سامية حليلة	د. سلوى النجاب
عبد الله النجار	محمد العمري	محمد دريدي
خالد أبو خالد	خالد قلالوة	رامي الدبس

- المراجعة الأولية:

عناية زيدان	محمد العمري	خالد أبو خالد
-------------	-------------	---------------

- المراجعة النهائية:

محمود جرادات

- الإشراف العام:

لؤي شبانه	رئيس الجهاز
-----------	-------------

- السكرتاريا والطباعة:

ماجدة حسين

تقديم

تعتمد عمليات التخطيط ورسم السياسات في مختلف النواحي الاجتماعية والاقتصادية والسياسية أساساً على البيانات والمعطيات الإحصائية الموثوقة والدقيقة. وفي المجال الصحي تعتبر البيانات الإحصائية حجر الأساس في وضع الخطط والسياسات الصحية، حيث عانى واضعو الخطط في هذا المجال طيلة العقود الماضية من عدم توفر البيانات الدقيقة حول هذا القطاع، إلى أن تم تنفيذ المسح الصحي الأول في عام 1996 والمسح الصحي 2000، والذان اعتبرت بياناتهما قاعدة دقيقة للأبحاث والنشرات الصحية على مدار الأربع سنوات الماضية.

صمم المسح الصحي الديمغرافي 2004 بهدف تحديث البيانات والمؤشرات حول الأوضاع الصحية والديمغرافية في المجتمع الفلسطيني. حيث تم التركيز حول موضوعات ذات العلاقة بالإنجاب وتنظيم الأسرة وصحة الأم والطفل، كذلك اشتمل المسح على موضوعات جديدة تتعلق بصحة الإناث في سن الإنجاب بغض النظر عن حالتهم الزوجية.

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.

نأمل في الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني أن يسهم هذا التقرير في تمكين المخططين وصناع القرار من القيام بأعبائهم في مراقبة وتحسين الأوضاع الصحية والديمغرافية في الأراضي الفلسطينية، وأن ينير الدرب لمتخذي القرار وصانعي السياسات في مسيرة التنمية الوطنية الشاملة في هذا الوطن.

والله نسأل أن يتكلل عملنا بالنجاح

لؤي شبانه

رئيس الجهاز

شباط، 2006

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال البيانية
	المصطلحات والتعاريف
37	الفصل الأول: مدخل عام
37	1.1 مقدمة
38	2.1 الأوضاع الاجتماعية - الاقتصادية
41	3.1 النظام الصحي في الأراضي الفلسطينية
43	4.1 أهداف المسح
43	5.1 منهجية المسح الصحي الديمغرافي 2004
48	6.1 جودة البيانات
53	الفصل الثاني: الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأسر وأفراد العينة
53	1.2 مقدمة
53	2.2 خصائص السكان
55	3.2 التركيب الأسري
57	4.2 التعليم
61	5.2 الالتحاق بالتعليم
61	6.2 خصائص المسكن
64	7.2 الخصائص الخلفية للسيدات المؤهلات اللواتي تمت مقابلتهن
65	8.2 الأطفال المؤهلون للمقابلة 0-17 سنة في العينة
69	الفصل الثالث: الخصوبة
69	1.3 مقدمة
69	2.3 مستويات وتباينات الخصوبة الحالية
71	3.3 اتجاهات الخصوبة
72	4.3 الخصوبة التراكمية
74	5.3 فترات المباشرة بين المواليد
76	6.3 العمر عند ولادة المولود الأول
77	7.3 خصوبة المراهنات
78	8.3 الحالة الزوجية
80	9.3 زواج الأقارب

الصفحة	الموضوع
83	تنظيم الأسرة
الفصل الرابع:	
83	1.4 مقدمة
83	2.4 المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة
84	3.4 مصدر الحصول على وسائل تنظيم الأسرة
85	4.4 استخدام وسائل تنظيم الأسرة
86	5.4 معدل انتشار الاستخدام
87	6.4 الاستخدام الحالي حسب العمر والتعليم
87	7.4 وسائل تنظيم الأسرة المستخدمة
89	8.4 أسباب عدم الاستخدام
89	9.4 فترة المباحة بين المواليد
90	10.4 الاستخدام الأول وعدد الأطفال المنجبين
93	تفضيلات الإنجاب
الفصل الخامس:	
93	1.5 مقدمة
93	2.5 الرغبة في إنجاب الأطفال
95	3.5 تفضيلات الإنجاب والعمر الحالي للمرأة
98	4.5 تفضيلات الإنجاب وعدد الباقيين على قيد الحياة
99	5.5 تفضيلات الإنجاب والمؤهل العلمي
100	6.5 تفضيلات الإنجاب والعلاقة بقوة العمل
101	7.5 اتخاذ قرارات الإنجاب
102	8.5 العدد الإضافي المفضل للذكور/الإناث
104	9.5 تفضيلات الإنجاب وخدمات تنظيم الأسرة
106	10.5 العدد المثالي للأطفال
111	وفيات الأطفال والرضع
الفصل السادس:	
111	1.6 مقدمة
112	2.6 جودة البيانات
113	3.6 مستويات واتجاهات معدل الوفيات
117	4.6 عوامل الخطر في معدل وفيات الأطفال والرضع
120	5.6 أسباب وفاة الرضع والأطفال
123	صحة ورعاية الأم
الفصل السابع:	
123	1.7 مقدمة
124	2.7 صحة الأم
138	3.7 الرعاية أثناء الولادة

الصفحة	الموضوع
144	4.7 الرعاية بعد الولادة
151	صحة الطفل
151	1.8 مقدمة
151	2.8 الوزن عند الولادة
152	3.8 الرضاعة الطبيعية
157	4.8 الإسهال
158	5.8 التهابات الجهاز التنفسي
160	6.8 التطعيم
166	7.8 سوء التغذية
170	8.8 فيتامين أ/د وتناول الحدي
175	الصحة العامة
175	1.9 مقدمة
175	2.9 التأمين الصحي
177	3.9 التدخين
179	4.9 الأمراض المزمنة
181	5.9 الإعاقة
187	المراجع
189	الملاحق
	ملحق 1: الرعاية المركزة أثناء الحمل: نهج أفضل وأقل تكلفة وأسرع وقائم على أساس الأدلة
	ملحق 2: توصيات منظمة الصحة العالمية بخصوص برنامج تطعيم الكزاز
	ملحق 3: الاستمارة

قائمة الجداول

الصفحة	الجدول
44	جدول 1.1: عدد الأسر والنساء المؤهلات والأطفال المؤهلين ومعدلات الاستجابة حسب المنطقة، 2004
54	جدول 1.2: التوزيع النسبي للأفراد حسب العمر والجنس والمنطقة، 2004
55	جدول 2.2: التوزيع النسبي للسكان في الأراضي الفلسطينية حسب العمر للأعوام (1995، 1997، 2000، 2004)
55	جدول 3.2: التوزيع النسبي للأسر حسب جنس رب الأسرة وحجم الأسرة والمنطقة ونوع التجمع، 2004
57	جدول 4.2: الأسر الخاصة حسب نوع الأسرة والمنطقة للأعوام 1995، 1997، 2000، 2004
58	جدول 5.2: نسبة الأفراد 15 سنة فأكثر غير الأميين حسب بعض الخصائص الخلفية والجنس، 2004
59	جدول 6.2: التوزيع النسبي للذكور 10 سنوات فأكثر حسب المؤهل العلمي وبعض الخصائص الخلفية، 2004
60	جدول 7.2: التوزيع النسبي للإناث 10 سنوات فأكثر حسب المؤهل العلمي وبعض الخصائص الخلفية، 2004
61	جدول 8.2: معدلات الالتحاق بالتعليم حسب العمر والجنس والمنطقة، 2004
63	جدول 9.2: التوزيع النسبي للأسر حسب خصائص المسكن والمنطقة ونوع التجمع، 2004
64	جدول 10.2: التوزيع النسبي للنساء المؤهلات (15-54) سنة اللواتي تمت مقابلتهن حسب بعض الخصائص الخلفية، 2004
65	جدول 11.2: التوزيع النسبي للنساء المؤهلات (15-54) سنة اللواتي تمت مقابلتهن حسب الحالة التعليمية وبعض الخصائص الخلفية، 2004
66	جدول 12.2: التوزيع النسبي للأطفال دون سن الخامسة حسب بعض الخصائص الخلفية، 2004
67	جدول 13.2: التوزيع النسبي للأطفال (5-17) سنة حسب بعض الخصائص الخلفية، 2004
70	جدول 1.3: معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية (لكل ألف امرأة) والكلية حسب المنطقة، 2003
71	جدول 2.3: معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية (لكل ألف امرأة) والكلية 1994، 1999، 2003
72	جدول 3.3: معدلات الخصوبة الكلية للعام 2003 حسب بعض الخصائص الخلفية

الصفحة	الجدول
73	جدول 4.3: 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، 2004
74	جدول 5.3: متوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم ولا زالوا أحياء للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب المنطقة والعمر، 2004
75	جدول 6.3: متوسط فترات المباشرة بين المواليد (بالأشهر) في السنوات الخمس التي سبقت إجراء المسح حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000، 2004
76	جدول 7.3: نسبة النساء اللواتي يتمتعن بفترات مباحة قصيرة بين المواليد (أي أقل من 18 شهراً) حسب العمر الحالي للمرأة والمنطقة، 2004
76	جدول 8.3: التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب العمر عند المولود الأول والعمر الحالي، 2004
77	جدول 9.3: العمر الوسيط عند إنجاب المولود الأول للنساء في الفئة العمرية (25-49) سنة حسب العمر الحالي وبعض الخصائص الخلفية، 2004
77	جدول 10.3: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-19) سنة أمهات أو حوامل بالمولود الأول حسب سنوات العمر المفردة والمنطقة، 2000
78	جدول 11.3: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-19) سنة أمهات أو حوامل بالمولود الأول حسب سنوات العمر المفردة والمنطقة، 2004
78	جدول 12.3: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-19) سنة أمهات أو حوامل بالمولود الأول حسب سنوات العمر المفردة ونوع التجمع، 2004
79	جدول 13.3: التوزيع النسبي للنساء (15-49) سنة حسب العمر والحالة الزوجية الحالية والمنطقة، 2004
80	جدول 14.3: التوزيع النسبي للنساء (15-54) سنة اللواتي سبق لهن الزواج حسب درجة القرابة مع الزوج والعمر والمنطقة، 2004
81	جدول 15.3: متوسط عدد الأبناء الذين سبق انجابهم للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب القرابة بين الزوجين والمنطقة، 2004
84	جدول 1.4: التوزيع النسبي للسيدات 15-49 سنة اللواتي يستخدمن وسيلة تنظيم أسرة حسب مصدر الوسيلة والمنطقة، 2004
85	جدول 2.4: التوزيع النسبي للسيدات 15-49 سنة اللواتي يستخدمن وسيلة تنظيم أسرة حسب مصدر الوسيلة والمؤهل العلمي، 2004

الصفحة	الجدول
88	جدول 3.4: نسبة النساء المتزوجات حالياً 15-49 سنة ويستخدمن وسائل تنظيم أسرة حسب نوع الوسيلة المستخدمة والمنطقة ونوع التجمع، 2004
94	جدول 1.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) حسب تفضيلات الإنجاب والمنطقة ونوع التجمع، 2000، 2004
95	جدول 2.5: نسبة النساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) اللواتي يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب المنطقة ونوع التجمع، 2000، 2004
96	جدول 3.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) ممن يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب الفئات العمرية والمنطقة، 2000، 2004
97	جدول 4.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) حسب تفضيلات الإنجاب وعمر المرأة، 2004
97	جدول 5.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) ممن يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب عمر المرأة، 1995، 2000، 2004
98	جدول 6.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) حسب تفضيلات الإنجاب وعدد الأطفال الباقين على قيد الحياة، 2000، 2004
99	جدول 7.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) حسب تفضيلات الإنجاب والمؤهل العلمي للمرأة، 2004
99	جدول 8.5: متوسطات حسابية لمؤشرات مختارة حسب المؤهل العلمي، 2004
101	جدول 9.5: متوسطات حسابية لمؤشرات مختارة حسب العلاقة بقوة العمل، 2004
103	جدول 10.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) القادرات على الإنجاب ولا تفضل التوقف عنه حسب عدد الذكور/الإناث الباقين على قيد الحياة والعدد الإضافي المفضل من الذكور/الإناث، 2004
104	جدول 11.5: نسبة النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة والمتزوجات حالياً وغير الحوامل في الفئة العمرية (15-49) سنة حسب المنطقة وتفضيلات الإنجاب، 2000، 2004
105	جدول 12.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً في الفئة العمرية (15-49) سنة من الحوامل وغير الحوامل اللواتي يرغبن بعدد أكبر من الأطفال حسب فترة المباشرة المرغوبة والمنطقة، 2000، 2004
107	جدول 13.5: متوسط عدد الأطفال المثالي من وجهة نظر المرأة حسب عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة، والعمر الحالي للمرأة، 2000، 2004

الجدول	الصفحة
جدول 14.5:	متوسط عدد الأطفال المثالي والباقيين على قيد الحياة من وجهة نظر المرأة حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000، 2004
جدول 15.5:	التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49) حسب عدد الأطفال المثالي وعدد الأطفال الباقيين على قيد الحياة، 2004
جدول 1.6:	التقديرات المباشرة لمعدل وفيات الأطفال والرضع خلال السنوات الخمس التي سبقت المسح حسب المنطقة، 2000-2004
جدول 2.6:	التقديرات المباشرة لمعدل وفيات الأطفال والرضع خلال السنوات الخمس التي سبقت المسح حسب خصائص خلفية مختارة، 2000-2004
جدول 3.6:	معدل وفيات الرضع والأطفال حسب عمر الأم، 2000-2004
جدول 4.6:	العلاقة بين عدد الأطفال المولودين ومعدلات الوفيات بين الرضع والأطفال، 2000-2004
جدول 5.6:	معدل الخصوبة الكلي ومعدل وفيات الرضع في عدد من الدول المختارة، 2002
جدول 1.7:	خطر تعرض الأم للوفاة في مناطق مختارة، 2000
جدول 2.7:	نسبة المواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والتي حصلت فيها الأمهات على فحوص روتينية أثناء الحمل حسب الخصائص الخلفية ونوع الرعاية التي تم الحصول عليها، 2004
جدول 3.7:	التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والتي لم تحصل فيها أمهاتهم على رعاية أثناء الحمل حسب السبب وبعض الخصائص الخلفية، 2004
جدول 4.7:	نسبة المواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والذين تعرضت فيها أمهاتهم إلى مشاكل صحية حسب المشكلة الصحية وبعض الخصائص الخلفية، 2004
جدول 5.7:	نسبة المواليد (آخر مولودين) التي تمت في المستشفيات خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح والذين تلقوا أمهاتهم تلقيماً صحياً حسب موضوع التلقيح وبعض الخصائص الخلفية، 2004
جدول 6.7:	برنامج تطعيم الكزاز للنساء في سن الحمل والنساء الحوامل اللواتي لم يأخذن من قبل مطعوم الكزاز أو Td أو المطعوم الثلاثي
جدول 7.7:	نسبة النساء اللواتي انجبن في السنة السابقة للمسح اللواتي تلقين مطعوم ضد الكزاز حسب بعض الخصائص الخلفية، 2004

الصفحة	الجدول
139	جدول 8.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح حسب طبيعة الولادة وبعض الخصائص الخلفية، 2004
141	جدول 9.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) التي تمت خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح حسب مكان الولادة وبعض الخصائص الخلفية، 2004
141	جدول 10.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) التي تمت خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح وتمت في مؤسسة صحية حسب مكان الولادة والسبب الرئيسي وراء اختيار مكان الولادة، 2004
143	جدول 11.7: نسبة المواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والتي تلقت فيها الأمهات رعاية أثناء الحمل حسب الشخص الذي قدم هذه الرعاية وبعض الخصائص الخلفية، 2004
144	جدول 12.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح حسب الشخص الذي قدم الرعاية أثناء الولادة وبعض الخصائص الخلفية، 2004
145	جدول 13.7: تغطية الرعاية بعد الولادة في الأراضي الفلسطينية، 1996-2004
146	جدول 14.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والتي تمت في مؤسسات صحية حسب مكان الولادة والسبب الرئيسي لمغادرة المكان قبل 24 ساعة، 2004
152	جدول 1.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) في السنوات الثلاث التي سبقت المسح حسب الوزن عند الولادة وخصائص خلفية مختارة، 2004
153	جدول 2.8: الفروقات في انتشار الرضاعة الطبيعية وفترة الرضاعة الطبيعية بين الأطفال الذي ولدوا خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح حسب بعض الخصائص الخلفية، 2004
155	جدول 3.8: التوزيع النسبي للأطفال (آخر طفلين) الذين ولدوا خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والذين رضعوا رضاعة طبيعية حسب الفترات وعدد الساعات بين ولادة الطفل والوقت الذي حصلوا فيه على أول رضاعة طبيعية وخصائص خلفية مختارة، 2004
156	جدول 4.8: التوزيع النسبي للأطفال الذين ولدوا خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والذين فطموا حسب أسباب الفطام والعمر عند الفطام بالأشهر، 2004
158	جدول 5.8: نسبة الأطفال دون الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح والذين حصلوا على علاج حسب نوع العلاج وخصائص خلفية مختارة، 2004

الصفحة	الجدول
159	جدول 6.8: نسبة الأطفال دون الخامسة الذين أصيبوا بالسعال خلال الأسبوعين السابقين للمسح حسب الأعراض وخصائص خلفية مختارة، 2004
160	جدول 7.8: نسبة الأطفال دون الخامسة في الأراضي الفلسطينية الذين تمت مشاهدة بطاقات تطعيمهم والذين حصلوا على تطعيم محدد حسب نوع المطعم وخصائص خلفية مختارة، 2004
161	جدول 8.8: نسبة الأطفال دون الخامسة في الضفة الغربية الذين تمت مشاهدة بطاقات تطعيمهم والذين حصلوا على تطعيم محدد حسب نوع المطعم وخصائص خلفية مختارة، 2004
163	جدول 9.8: نسبة الأطفال دون الخامسة في قطاع غزة الذين تمت مشاهدة بطاقات تطعيمهم والذين حصلوا على تطعيم محدد حسب نوع المطعم وخصائص خلفية مختارة، 2004
164	جدول 10.8: نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 23 شهراً والذين حصلوا على تطعيم محدد حسب نوع المطعم وخصائص خلفية مختارة، 2004
165	جدول 11.8: نسبة الأطفال دون الخامسة والذين حصلوا على تطعيم محدد (جرعة واحدة على الأقل) حسب النوع وخصائص خلفية مختارة، 2004
166	جدول 12.8: نسبة الأطفال دون الخامسة والذين حصلوا على تطعيم محدد (جرعة واحدة على الأقل) حسب النوع وخصائص خلفية مختارة ويسكنون في مدينة القدس، 2004
167	جدول 13.8: نسبة الأطفال دون الخامسة والذين يعانون من نقص في التغذية حاد أو متوسط حسب خصائص خلفية مختارة، 2004
168	جدول 14.8: نسبة انتشار سوء التغذية بين الأطفال دون الخامس في الأراضي الفلسطينية، 1996-2004
170	جدول 15.8: نسبة الأطفال دون الخامسة الذين حصلوا على فيتامين أ-د حسب المنطقة والعمر، 2004
171	جدول 16.8: نسبة الأطفال دون الخامسة الذين حصلوا على محلول الحديد حسب المنطقة والعمر، 2004
181	جدول 1.9: نسبة الأفراد الذين أفادوا بأنهم مصابون بأمراض معينة ويتلقون علاجاً لها حسب المرض وبعض الخصائص الخلفية، 2004
183	جدول 2.9: التوزيع النسبي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب نوع الإعاقة وبعض الخصائص الخلفية، 2004
184	جدول 3.9: التوزيع النسبي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب سبب الإعاقة وبعض الخصائص الخلفية، 2004
185	جدول 4.9: التوزيع النسبي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب نوع الأعاقة وسببها، 2004

قائمة الأشكال البيانية

الصفحة	الشكل
54	شكل 1.2: الهرم السكاني في الأراضي الفلسطينية، تقديرات منتصف عام 2004
71	شكل 1.3: معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر للأعوام، 1999، 2003
72	شكل 2.3: متوسط عدد المواليد احياء الذين ولدوا للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب الفئة العمرية (2000، 2004)
85	شكل 1.4: التوزيع النسبي للسيدات 15-49 سنة اللواتي يستخدمن وسيلة تنظيم أسرة حسب نوع التجمع، 2004
86	شكل 2.4: نسبة النساء اللواتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب المنطقة والعمر، 2004
87	شكل 3.4: نسبة النساء 15-49 سنة اللواتي يستخدمن حالياً وسائل تنظيم أسرة حسب المنطقة ونوع التجمع، 2004
87	شكل 4.4: نسبة النساء 15-49 سنة اللواتي يستخدمن حالياً وسائل تنظيم أسرة حسب العمر والمؤهل العلمي، 2004
88	شكل 5.4: نسبة النساء المتزوجات حالياً 15-49 سنة ويستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة المستخدمة والمنطقة ونوع التجمع، 2004
89	شكل 6.4: نسبة النساء المتزوجات حالياً 15-49 سنة ويستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة المستخدمة والعمر والمؤهل العلمي، 2004
90	شكل 7.4: نسبة النساء 15-49 سنة اللواتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة لأول مرة حسب المنطقة ونوع التجمع وعدد الأطفال المنجيين، 2004
94	شكل 1.5: تفضيلات الإنجاب للنساء المتزوجات حالياً في الفئة العمرية (15-49 سنة)، 2000، 2004
96	شكل 2.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) ممن يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب العمر ونوع التجمع، 2004
100	شكل 3.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) حسب تفضيلات الإنجاب والعلاقة بقوة العمل، 2004
102	شكل 4.5: التوزيع النسبي للأشخاص الذين يتخذون قراراً بشأن عدد الأطفال في العائلة، 2000، 2004

الصفحة	الشكل
106	شكل 5.5: التوزيع النسبي للنساء الحوامل حالياً (15-49 سنة) حسب الرغبة في الإنجاب بعد الولادة، 2004
106	شكل 6.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) حسب وجهة نظر المرأة بالعدد المثالي للأطفال، 2004
115	شكل 1.6: التقديرات المباشرة لمعدل وفيات الأطفال والرضع لكل ألف مولود حي خلال السنوات الخمس التي سبقت المسح، 2000-2004
116	شكل 2.6: التقديرات المباشرة لمعدل وفيات الأطفال والرضع لكل ألف مولود حي خلال السنوات الخمس التي سبقت المسح حسب المنطقة، 2000-2004
117	شكل 3.6: مقارنة معدلات وفيات الأطفال والرضع في الأراضي الفلسطينية مع معدلات وفيات الأطفال والرضع في بعض دول العالم
124	شكل 1.7: أسباب الوفيات بين الأمهات في العالم، 2002
128	شكل 2.7: نسبة النساء اللواتي تلقين فحوصات روتينية مختارة أثناء الحمل حسب نوع الفحص والمنطقة، 2004
130	شكل 3.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح في قطاع غزة والذين تلقت امهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب مكان تلقي الرعاية، 2004
130	شكل 4.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح في الضفة الغربية والذين تلقت امهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب مكان تلقي الرعاية، 2004
135	شكل 5.7: نسبة المواليد (آخر مولودين) التي تمت في المستشفيات خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب تلقي امهاتهم تثقيف صحي والمؤهل العلمي للأم، 2004
137	شكل 6.7: نسبة تغطية تطعيم الكزاز في الضفة الغربية وقطاع غزة للعامين، 2000، 2004
146	شكل 7.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب الشخص الذي قدم الرعاية بعد الولادة، 2004
169	شكل 1.8: نسبة انتشار قصر القامة بين الأطفال دون الخامسة حسب نوع التجمع، 2000، 2004
169	شكل 2.8: سوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة حسب المنطقة، 1996، 2000، 2004
176	شكل 1.9: نسبة الأفراد حسب نوع التأمين الصحي والمنطقة، 2004
178	شكل 2.9: نسبة الأفراد 12 سنة فأكثر المدخنين حسب الجنس والمنطقة، 2000، 2004

الصفحة	الشكل
178	شكل 3.9: نسبة الأفراد 12 سنة فأكثر المدخنين حسب المنطقة، 2000، 2004
179	شكل 4.9: التوزيع النسبي للأفراد 12 سنة فأكثر حسب عدد سنوات التدخين والمنطقة، 2004
182	شكل 5.9: نسبة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في الأراضي الفلسطينية حسب الجنس والمنطقة، 2004

المصطلحات والتعاريف

- الأسرة المعيشية:** فرد أو مجموعة أفراد تربطهم أو لا تربطهم صلة قرابة، ويقيمون عادة في مسكن واحد أو جزء منه، ويشتركون في المأكل أو في أي وجه من ترتيبات المعيشة الأخرى.
- الفرد في الأسرة:** هو الفرد الذي يقيم في الأسرة بشكل معتاد، وفي هذا المسح تم اعتبار الأفراد المقيمين في تجمعات معينة داخل الضفة الغربية وقطاع غزة من أجل الدراسة (الطلاب)، والطلاب الذين يدرسون في الخارج ولكنهم يعودون سنويا لزيارة ذويهم والإقامة معهم، والعمال المنفصلون عن أسرهم ويعودون لها في نهاية الأسبوع أو الشهر، وكذلك السجناء على أنهم 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 أي مساحة تساوي أو تزيد عن (4) م² (أربعة أمتار مربعة فأكثر) محاطة بجدران وسقف يسهل عزل المستخدمين لها عن الآخرين، وتعتبر الفرنادات المقرزة غرفة إذا كانت مساحتها مساوية أو تزيد عن أربعة أمتار مربعة ومستخدمة لأي غرض من الأغراض المعيشية، وتعتبر الصالة غرفة، ولا يعتبر كل من المطبخ والحمام والمرحاض والممرات من ضمن الغرف كما لا يعتبر من الغرف تلك المخصصة للحيوانات والدواجن وكذلك الغرف المستخدمة للعمل فقط.
- معدلات الازدحام:** متوسط عدد الأفراد لكل غرفة في المسكن، وتحسب بالعلاقة ما بين عدد أفراد الأسرة وعدد الغرف في المسكن.
- منطقة العد:** هي المنطقة الجغرافية المحددة على الخرائط والتي يتم تحديدها على الطبيعة بحدود واضحة المعالم (شوارع، وطرق، وممرات، وحدود إدارية) لتكون مجال عمل عداد واحد عادة، وقد تكون تجمعا صغيرا 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 يسهل 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 مبنى أو جزء من مبنى معد أصلاً لسكن أسرة واحدة، وله باب أو مدخل مستقل أو أكثر من مدخل يؤدي إلى الطريق أو الممر العام دون المرور في وحدة سكنية أخرى، وقد تكون الوحدة السكنية غير معدة أصلاً للسكن إلا أنها وجدت مسكونة وقت تنفيذ المسح، وقد تكون الوحدة السكنية مستخدمة للسكن أو العمل أو لكليهما أو مغلقة أو خالية. وقد تكون الوحدة السكنية مشغولة بأسرة واحدة أو أكثر وقت تنفيذ المسح.

الإسناد الزمني: هو التاريخ المرجعي الذي تم استخدامه عند احتساب الأعمار وقد حدد في هذا المسح على أنه يوم 2004/05/17.

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، وهدفها باختصار هو فحص الخطة المعدة لتنفيذ المسح الرئيسي.

العمر: هو الفترة الزمنية المقدرة أو المحسوبة بين تاريخ الميلاد وتاريخ المقابلة، 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.

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

العمر عند إنجاب المولود الأول: هو عمر السيدة بالسنوات الكاملة عند إنجابها لمولودها الأول.

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

حالة اللجوء: وهي خاصة بالفلسطينيين الذين هجروا من الأراضي الفلسطينية التي احتلتها إسرائيل عام 1948، وأبناء الذكور منهم ويصنف كل فلسطيني حسب الحالات التالية:

لاجئ مسجل: إذا كان الفرد لاجئاً مسجلاً وله اسم في بطاقة التسجيل (المؤن) الصادرة عن وكالة الغوث.

لاجئ غير مسجل: إذا كان الفرد لاجئاً إلا أنه غير مسجل في بطاقة وكالة الغوث (المؤن) لأي سبب كان.

ليس لاجئاً: كل فلسطيني ليس من الفئتين السابقتين.

الالتحاق بالتعليم:

ويقصد بالالتحاق، تسجيل الفرد بأحد مراحل التعليم النظامية، سواء أكان منتظماً أو منتسباً. ومراحل التعليم النظامية تشمل المرحلة الابتدائية أو الإعدادية (الأساسية) أو الثانوية أو الكليات والمعاهد الأكاديمية أو المهنية التي تعطي شهادات دبلوم متوسط أو المرحلة الجامعية. وتكون إحدى الحالات التالية:

ملتحق حالياً: إذا كان الفرد ملتحقاً حالياً بأحد مراحل التعليم النظامي.

التحق وترك: إذا كان الفرد قد ترك أحد مراحل التعليم النظامي دون الحصول على شهادة إتمام هذه المرحلة.

التحق وتخرج: إذا كان الفرد قد تخرج من أي مرحلة تعليمية نظامية ولم يلتحق بأي مرحلة بعدها.

لم يلتحق أبداً: إذا كان الفرد غير ملتحق حالياً ولم يسبق له الالتحاق بأي مرحلة تعليمية نظامية.

المدخن:

هو الشخص (10 سنوات فأكثر) الذي يدخن بمعدل سيجارة باليوم أو أكثر ويضاف إلى ذلك الأشخاص الذين يدخنون الغليون والنارجيلة.

المؤهل العلمي:

هو أعلى مؤهل أتمه الفرد بنجاح، ويكون المؤهل العلمي للأفراد الذين أعمارهم 10 سنوات فأكثر ويصنفون كالتالي:

لا شيء: إذا كان الفرد غير حاصل على أي مؤهل دراسي.

أعلى مؤهل أنهاه الفرد بنجاح: وذلك إذا كان الفرد حاصلًا على مؤهل دراسي أتمه بنجاح ابتدائي فأعلى، حيث يعتبر مؤهل (كل من أنهى الصف السادس بنجاح من المرحلة الأساسية (ابتدائي) وكل من أنهى الصف التاسع بنجاح من المرحلة الأساسية (إعدادي) وكل من أنهى امتحان الثانوية العامة (التوجيهي) من المرحلة الثانوية (ثانوي) أما باقي المستويات فهي: دبلوم متوسط، بكالوريوس، دبلوم عالي، ماجستير، دكتوراه.

عدد سنوات الدراسة

التي أتمها الفرد بنجاح:

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

المهنة:

هي الحرفة أو نوع العمل الذي يباشره الفرد إذا كان مشغلاً، أو الذي باشره سابقاً إذا كان متعطلاً سبق له العمل، والمقصود بالمهنة الرئيسية هي المهنة التي يقضى فيها المشتغل أكثر من نصف وقت العمل، أو هي المهنة الأكثر تكراراً خلال الأشهر الثلاثة السابقة لتاريخ الإسناد الزمني.

المشتغل:

هو الفرد الذي يبلغ من العمر 10 سنوات فأكثر يباشر شغلاً أو عملاً 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

فاكثر 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.

المتعطل 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 المتوقف عن العمل، يعتبر غائبا عن العمل حتى ولو كان يتوقع العودة أو كان مستعدا للعودة في حال استدعائه للعمل. ويقسم المتعطلون عن العمل إلى مجموعتين: المتعطلون الذين سبق لهم العمل، والمتعطلون الذين لم يسبق لهم العمل.

الحالة الزوجية:

الحالة الزوجية للفرد تعني حالة الفرد الشخصية والتي يكون عليها ذلك الفرد الذي يبلغ من العمر 12 سنة فاكثر وقت إجراء المقابلة، والمتعلقة بقوانين وعادات الزواج المعمول بها في البلد. وقد تكون إحدى الحالات التالية:

لم يتزوج أبدا: هو الفرد الذي يبلغ من العمر 12 سنة فاكثر 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 للعرف 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 للعرف 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.

منفصل: هو الفرد الذي يبلغ عمره 12 سنة فاكثر وسبق له الزواج فعلا وانفصل آخر زواج له بسبب ما، وبدون أي إثبات مسجل رسميا وقانونيا، ولم يتزوج مرة أخرى.

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 (حياتها) الإنجابية 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 تتجهبهم 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.

مؤشر مايرز: مؤشر لتفضيل أرقام معينة يتكون أساسا من عملية تجميع للأفراد المنتهية أعمارهم بهذا الرقم عبر مدى عمري محدد، في العادة 10 إلى 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 وإيجاد 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 إلى عدم وجود تفضيل لتلك الأرقام، بينما القيم أعلى من 100 تشير إلى تفضيل لتلك الأرقام.

مياه الشرب الآمنة: تشمل مياه شبكة عامة، والشبكة الموصولة بالمنزل أو غير الموصولة، وبئر جمع مع تمديدات داخل المنزل، وبئر جمع بدوت تمديدات داخل المنزل.

الملح المؤيدن: ملح الطعام الذي يحتوي على كمية محددة من مادة اليود 15 جزء من المليون فأكثر، وذلك للوقاية من الإصابة بأمراض الغدة الدرقية والإعاقات العقلية خاصة عند الأطفال.

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. وفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية فان الصحة الإيجابية تتضمن مقدرة الفرد على اتخاذ القرار المناسب فيما يتعلق بالإنجاب في الوقت والطريقة التي يريدها، وله الحق سواء كان ذكراً أم أنثى في الحصول على الوسائل المناسبة والمقبولة من وسائل تنظيم الأسرة وفقا لاختيارهم، وحق المرأة في الحصول على الخدمات الصحية المناسبة والتي تمكنها من الحصول على الرعاية الصحية الآمنة خلال فترة الحمل والولادة.

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، وينتقل عن طريق نقل الدم والاتصال الجنسي والمعدات الطبية الملوثة خاصة الإبر.

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 ومنتظمة، 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 تأكدي 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.

الباقي على قيد الحياة:

هو المولود حياً ولا يزال على قيد الحياة حتى وقت المقابلة مهما كان عمره وسواء كان مقيماً مع الأم أو غير مقيم معها.

مولود متوفى:

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

الإنجاب:

هو أن تكون السيدة قد أنجبت مولوداً حياً (ظهر عليه أي علامة تدل على الحياة بعد الولادة حتى لو مات بعد فترة قصيرة ولا يقصد بالإنجاب حالات الإجهاض أو مولود ميت).

المولود الميت:

هو المولود الذي خرج من الرحم جراحياً أو طبيعياً 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 أو وقف الأحمال عن طريق استخدام وسيلة أو أكثر من وسائل تنظيم الأسرة.

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.

اللؤلؤ: 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/الرغوة/المبيدات المنوية:** وسائل توضع داخل المهبل قبل الجماع بفترة قصيرة وتستعمل لتجنب أو تأخير الحمل.

الواقي الذكري (الكندوم): عبارة عن كيس من المطاط يستعمله الرجل لمرة واحدة أثناء الجماع لمنع وصول السائل المنوي إلى مهبل السيدة، 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 أقدم 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 حدوث أي مخاطر محتملة للأم والطفل.

يشمل الأطباء والممرضين والقابلات.

الكادر الطبي المؤهل:

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:

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 وغير ذلك من المؤسسات.
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 أقل من الطبيعي:	هو وزن المولود الذي يقل عن 2.5 كغم عند ولادته.
الوزن أكثر من الطبيعي:	هو وزن المولود الذي يزيد عن 4.0 كغم عند ولادته.
الرضاعة الطبيعية:	تلقى الطفل لحليب الثدي بشكل مباشر أو الشفط.
القطام:	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 القطام أو رفضه لثدي أمه.
التغذية المكملة:	تلقى الطفل كل 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) فتعطى عند عمر 12 شهر أو بعد 6 شهور من الجرعة الثالثة. كذلك يعطى المطعوم على شكل حقن (IPV) (Salk) وتعطى الحقن عند عمر شهر وعمر شهرين.

<p>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) فتعطى عند عمر 12 شهر أو بعد 6 شهور من الجرعة الثالثة.</p>	<p>المطعوم الثلاثي (DPT):</p>
<p>مطعوم يعطى عند عمر 9 شهور وذلك بهدف الوقاية من مرض الحصبة ويعطى على شكل حقنة. ويعطى مرة أخرى على عمر 15 شهر على شكل MMR والذي يحتوي على الحصبة وأبو ضغيم والحصبة الألمانية.</p>	<p>مطعوم الحصبة (Measles):</p>
<p>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.</p>	<p>مطعوم التهاب الكبد الوبائي (HB):</p>
<p>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، وقد استخدم تعريف الأم وفهمها للإسهال في هذا المسح.</p>	<p>الإسهال:</p>
<p>النقص في الماء. الطفل المصاب بالإسهال يفقد وبشكل سريع الماء مع البراز مما يؤدي إلى جفافه.</p>	<p>الجفاف:</p>
<p>عبارة عن محلول يتكون من ماء وسكر وملح و كربونات الصودا وعصير ليمون أو برتقال بنسب معينة وذلك بهدف الوقاية من الجفاف الناتج عن الإسهال.</p>	<p>محلول معالجة الجفاف:</p>
<p>هي عبارة عن نقط A+D تعطى للأطفال من الولادة وحتى عمر سنة من قبل مراكز الأمومة والطفولة التابعة لوزارة الصحة، ولا تعطى من قبل مراكز الأمومة والطفولة التابعة للوكالة.</p>	<p>فيتامين أ/د:</p>
<p>مركبات دوائية تعطى للسيدة الحامل أثناء فترة الحمل بهدف العلاج أو الوقاية من فقر الدم الناجم عن نقص الحديد وتعطى بوصفة طبيب.</p>	<p>أقراص الحديد:</p>
<p>مركب دوائي يعطى للسيدة الحامل خلال فترة الحمل بهدف العلاج أو الوقاية من نقصان حامض الفوليك في الدم.</p>	<p>حامض الفوليك:</p>
<p>هو عبارة عن الزيادة في الحجم والتي تشمل الزيادة في الطول والوزن ومحيط الرأس ومحيط الصدر.</p>	<p>النمو:</p>
<p>مصطلح سوء التغذية يستخدم ليشمل الاضطرابات الناجمة عن أسباب متعددة بدءاً بنقص عناصر غذائية دقيقة ومحددة مثل الفيتامينات والمعادن أو البروتينات ونقص أو زيادة السرعات الحرارية والتي من الممكن أن تسبب المجاعة أو السمنة أو أمراض أخرى.</p>	<p>سوء التغذية:</p>
<p>هي التي تسمح لنا بقياس ووصف الوضع التغذوي للفرد، وهي من المؤشرات التي تقيس مدى التطور في الدولة. ترتبط الحالة الغذائية بتوفر الطعام (الغذاء)، وأنماط التغذية والممارسات التغذوية، ويؤثر في ذلك الوضع الاقتصادي في تلك الدولة. يتم تقييم الحالة</p>	<p>الحالة الغذائية:</p>

الغذائية من خلال قياس الوزن والطول، ونوعية بعض الأطعمة التي يتناولها الفرد والتي هي مهمة للنمو.

قياسات الجسم: الطريقة التي تتعامل مع قياس الحجم، الوزن ونسب حجم الإنسان وقياسات الجسم هي قياسات الارتفاع في حالة الوقوف والطول في حالة الانبطاح على الظهر.

القائمة بالقياس: الباحثة المدربة التي تقوم بعملية قياس الارتفاع والوزن بشكل فعلي.

الطول: المسافة بين قمة الرأس وحتى عقبي الطفل عندما يتم قياس الطفل مستلقياً (للأطفال الذين أعمارهم أقل من سنتين).

الوزن: قياس الكتلة الكلية لجسم الطفل بدون ملابسه.

لوحة قياس الطول: هي اللوحة التي يمكن بواسطتها قياس ارتفاع الطفل وهو واقف أو طوله وهو مستلق مقرباً لأقرب 1 سم.

قطعة الرأس / قطعة القدم: هي القطعة المتحركة من لوحة القياس والتي تستقر فوق رأس الطفل أثناء قياس ارتفاعه والتي تستقر مقابل قدميه أثناء قياس طوله.

نقص الوزن (الوزن مقابل العمر): يتأثر وزن الطفل بسرعة بمتغيرات صحية أو تغذوية حديثة أو قديمة، يعتبر الأطفال الذين تقل أوزانهم مقابل أعمارهم عن (-2 SD) أن لديهم نقص وزن متوسط وأولئك الذين تقل أوزانهم مقابل أعمارهم عن (-3 SD) أن لديهم نقص وزن حاد. ويتأثر وزن الطفل بطوله بشكل عام ولهذا لا يعتمد كمؤشر لقياس زيادة الوزن عند الأطفال.

الهزال (الوزن مقابل الطول): يعكس هذا المؤشر وزن الطفل مقابل طوله، ويعتبر نقص الوزن بالنسبة للطول نحافة إذا كان طبيعياً، فيما يسمى هزالاً إذا كان ناتج عن حالة مرضية سواء مزمنة أو حالية. ولا يعني خلو المجتمع من الهزال بان الوضع التغذوي جيد في ذلك المجتمع. وبشكل عام يعتبر الأطفال الذين تقل أوزانهم مقابل أطوالهم عن انحرافين معياريين (-2 SD) أن لديهم هزال متوسط، وأولئك الذين تقل أوزانهم مقابل أطوالهم عن (-3 SD) بأن لديهم هزالاً حاداً. ويتأثر الهزال بشكل أساسي بوزن الطفل وطوله وهو أحد المقاييس المستعملة في البحث لقياس زيادة الوزن عند الأطفال.

قصر القامة (الطول مقابل العمر): إن نقص الطول بالمقارنة مع العمر يشير إلى قصر القامة. ويعكس طول أو قصر قامة الطفل الوضع الصحي أو التغذوي له، ويقاس هذا المؤشر بطريقتين أساسيتين هما الطول والارتفاع، فالطول يقيس طول الطفل وهو مستلقٍ حتى عمر سنتين، أما الارتفاع فيستخدم لقياس طول الطفل الذي يزيد عمره عن سنتين وهو واقف، ويستخدم مصطلح الطول لكلا الحالتين. ويعتبر الأطفال الذين يقعون تحت انحرافين معياريين (-2 SD) أن لديهم قصر قامة متوسط مقارنة بأطوالهم، وأولئك الذين تقل أطوالهم مقابل أعمارهم عن (-3 SD) يصنفون أن لديهم قصر قامة حاد.

ارتفاع الطفل: المسافة بين قمة الرأس وحتى عقبي الطفل عندما يتم قياس الطفل واقفاً (للأطفال الذين أعمارهم سنتين فأكثر).

الأمراض المنقولة بالجنس:

هي الأمراض التي تنتقل من خلال العلاقة الجنسية المباشرة بالدرجة الأولى. هي أمراض منتشرة عالمياً يتعرض لها الإنسان في أي مكان في العالم، ويقدر مركز مراقبة الأمراض في منظمة الصحة العالمية بحدوث 250 مليون إصابة جديدة سنوياً بالعالم. ومن الأمراض الجنسية ما يلي:

السفلس/ الزهري: هو مرض يتمثل بوجود قرحة غير مؤلمة في المرأة تكون القرحة داخل المهبل أما في الرجل تكون القرحة على القضيب بحيث يسهل رؤيتها وتشخيصها. تنتشر العدوى من خلال اللمس ما بين الجلد والقرحة، كما تتم العدوى للجنين أثناء الولادة. يتسبب هذا المرض بالعديد من المضاعفات منها العمى، الاضطرابات النفسية، الجنون، السرطان، موت الأجنة وموت المصاب.

السيلان: ينتج هذا المرض من الإصابة بنوع من البكتيريا تصيب الاحليل في الرجل وعنق الرحم عند المرأة كما انه قد يصيب الفم والحلق والشرج. وأعراض هذا المرض تشمل الإفرازات والحرقنة تكمن مضاعفاتها في التهاب اسفل البطن، العقم، والعمى لدى حديثي الولادة. ومن المهم معالجة القرينين معا.

الفطار(الفطريات): هي اكثر أنواع الأمراض المنقولة بالجنس انتشاراً. تنتج عن الإصابة بنوع من أنواع الفطريات تشمل أعراضها على إفرازات بيضاء سمكية مصاحبة بحكة قوية وحرقنة واحمرار في منطقة المهبل وتنتشر أثناء فترة الحمل وبين مصابي أمراض السكري والنساء البدينات. العلاج يجب أن يشمل القرينين.

النتوءات التناسلية/السعدانه: تنتج عن الإصابة بفيروس المسبب للمرض وهي نفس الفيروس المسبب لتآليل الجلد. ينتج عن الإصابة بها حكة وعدم ارتياح أثناء عملية الجماع والتبول. تعالج من خلال الاستئصال الجراحي. تكمن خطورة هذا المرض بأن له علاقة بسرطان عنق الرحم.

الإيدز: ينتج الإيدز عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري (HIV) الذي يهاجم كريات الدم البيضاء الضرورية للدفاع عن الجسم وبالتالي تضعف جهاز المناعة في جسم الإنسان. فترة حضانة المرض قد تصل إلى سنوات عديدة تتجاوز 10 سنوات في بعض الأحيان، ولكن يكون المصاب معدي خلال فترة الحضانة. وتشمل الأعراض فقدان الوزن، انتفاخ الغدد الليمفاوية، فقدان الشهية، مشاكل في الجهاز الهضمي، ارتفاع في درجة الحرارة، التعرق الليلي، فقدان الذاكرة والنتيجة الموت.

الفصل الأول

مدخل عام

1.1 مقدمة:

تعتمد الدول في التخطيط ورسم السياسات على البيانات التي تتوفر من الأجهزة الإحصائية التابعة لها، نظراً لكونها المصدر الرئيسي والرسمي لتوفير بيانات إحصائية موثقة وعلمية عن المجتمع المحلي، مما يساهم بشكل كبير في مساعدة رسمي السياسات وصناع القرار في رسم السياسات الحالية والمستقبلية وصناعة القرارات التنموية والتخطيطية التي من شأنها رفع مستوى المجتمع المحلي وتنميته وتحسين الخدمات المقدمة وقياس مدى تلائم السياسة المتبعة والخدمة المقدمة للمواطنين. ونظراً لكون جهاز الإحصاء ركناً أساسياً من أركان النظام المدني في أي مجتمع فقد سعى العاملين في الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، ومنذ اليوم الأول لإنشاء النظام الإحصائي في فلسطين إلى سد الفراغ الإحصائي من خلال جمع كافة البيانات الاجتماعية والاقتصادية والجغرافية والبيئية وفق برامج ذات أولويات محددة، وتوفير الرقم الإحصائي الفلسطيني الرسمي الموثوق والمعتمد لرسم السياسات وصناع القرار بالمقام الأول، بالإضافة لتوفيره لكل من الباحثين والدارسين سواء على المستوى الفردي أو المؤسسات، ولمنظمات العمل الإحصائي الدولية.

في إطار خطة الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني الرامية إلى توفير وتحديث البيانات حول الوضع الصحي للمواطن الفلسطيني التي من شأنها تحديد الاحتياجات الصحية الأساسية وأولويات العمل الصحي ومدى تلائم الخطط الصحية المرسومة والخدمات الصحية المقدمة، قام الجهاز بتخطيط وتنفيذ العديد من المسوح التي هدفت إلى توفير قاعدة بيانات تستخدم لدراسة وتحليل الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والصحية والبيئية للمجتمع الفلسطيني. تم تنفيذ المسح الصحي الأول عام 1996 والذي شمل مجموعة من المؤشرات الرئيسية المتعلقة بصحة الأم والطفل والأسرة، ثم تلى ذلك تنفيذ المسح الصحي الثاني عام 2000 والذي غطى إضافة للمؤشرات الرئيسية لصحة الطفل والأم والأسرة مؤشرات لها علاقة بالإنجاب والخصوبة ووفيات الرضع والأطفال وظروف المسكن. واستكمالاً لتقييم ومقارنة ومراقبة الأوضاع الصحية والديمغرافية في الأراضي الفلسطينية قام الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بتنفيذ المسح الصحي الديمغرافي 2004، حيث اكتسب هذا المسح أهمية كبيرة كونه يرصد التغيرات التي طرأت على الواقع الديمغرافي والصحي في الأراضي الفلسطينية خلال السنوات الأربع الماضية. تم خلال المسح التركيز على الموضوعات ذات العلاقة بالإنجاب والخصوبة ووفيات الأطفال والرضع وتنظيم الأسرة وصحة الأم والطفل، كذلك أشتل المسح على موضوعات جديدة تتعلق بصحة الإناث في سن الإنجاب إضافة إلى مؤشرات ذات علاقة بالصحة العامة كالإعاقات والتدخين والأمراض المزمنة.

يتطرق هذا الفصل إلى مجموعة من المواضيع، تتمثل في أهداف المسح، والأوضاع السكانية، والوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية، وتنظيم المسح ومراحل تنفيذه، بالإضافة إلى جودة بيانات المسح.

2.1 الأوضاع الاجتماعية – الاقتصادية:

1.2.1 السكان والأسرة

تشير التقديرات السكانية أن عدد السكان في الأراضي الفلسطينية في منتصف عام 2004 بلغ 3,637,529 نسمة منهم 2,300,293 في الضفة الغربية و1,337,236 في قطاع غزة. يتوزع السكان في الحضر بواقع 56.6% مقابل 28.3% من السكان يسكنون في الريف وحوالي 15.1% يسكنون المخيمات في الأراضي الفلسطينية. يلاحظ من التركيب العمري للسكان أن نسبة السكان الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة قد بلغت 45.7%، بينما بلغت نسبة السكان الذين أعمارهم 65 سنة فأكثر 3.1% في الأراضي الفلسطينية. ومقارنة مع نتائج التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 1997 فقد بلغ في حينه عدد سكان الأراضي الفلسطينية* 2,895,683 نسمة منهم 1,873,476 في الضفة الغربية و1,022,207 في قطاع غزة. كان توزيعهم حسب نوع التجمع السكاني 53.1% في الحضر و31.0% في الريف و15.9% في المخيمات، ويلاحظ أن عدد السكان قد ازداد بما نسبته 25.6% عما كان عليه عام 1997.

بلغ عدد الأسر الفلسطينية في الأراضي الفلسطينية حسب التقديرات المنقحة الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للعام 2004 نحو 575,741 أسرة، منها 382,839 أسرة في الضفة الغربية و192,902 أسرة في قطاع غزة. حيث بلغ متوسط حجم الأسرة 5.7 فرداً، بواقع 5.5 في الضفة الغربية مقابل 6.2 في قطاع غزة. وتبلغ نسبة الأسر التي تدير شؤونها امرأة (ربة أسرة) حوالي 8.9%، (9.9% في الضفة الغربية و7.0% في قطاع غزة). وبلغ معدل الإزدحام في المسكن 1.86 فرد لكل غرفة، أي حوالي شخصين لكل غرفة. وتقدر الكثافة السكانية في الأراضي الفلسطينية عام 2004 بنحو 625 فرداً لكل كيلو متر مربع.

بلغ العمر الوسيط عند الزواج الأول للنساء 19.0 سنة في الأراضي الفلسطينية، حيث لم يتغير العمر في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة، إذ بلغ 19.0 في كل منهما. وبلغت نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج وامتزوجات من أقارب من الدرجة الأولى 27.5% في الأراضي الفلسطينية، وأشارت النتائج إلى أن 17.8% من حالات الزواج حدثت بين أبناء الحمولة الواحدة.

تعتبر مستويات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية مرتفعة إذا ما قورنت بالمستويات السائدة حالياً في المجتمعات الأخرى. غير انه لوحظ أن مستويات الخصوبة بدأت بالانخفاض في الأراضي الفلسطينية خلال السنوات الماضية. فعند الأخذ بعين الاعتبار مقياس معدل الخصوبة الكلية، وهو متوسط ما تتجبه المرأة من أطفال خلال فترة حياتها الإنجابية، تظهر البيانات المتوفرة أن معدل الخصوبة الكلية انخفض من 6.4 مولود خلال الفترة 1985-1989 ليصل إلى 6.1 مولود عام 1995، وانخفض إلى 6.0 مولود عام 1997 وفق النتائج النهائية للتعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت عام 1997، واستمر هذا الانخفاض ليصل إلى 4.6 مولوداً في العام 2003 بعد أن كان 5.93 مولود عام 1999. وقد يعزى هذا الانخفاض في معدلات الخصوبة إلى ارتفاع نسب التعليم خاصة بين الإناث، وتحسن الأوضاع الصحية وارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت نسبة النساء (15-49) سنة اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية عام 2004 بنحو 50.6% وفق نتائج المسح الصحي الديمغرافي 2004، بعد أن كانت

* 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.

هذه النسبة 45.2% عام 1996، و51.4% عام 2000. حيث من المتوقع أن يستمر الانخفاض التدريجي الحاصل على مستويات الخصوبة خلال الأعوام القادمة في ظل الاهتمام المتزايد بصحة وتعليم المرأة والصحة الإنجابية وازدياد استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

أشارت بيانات المسح الصحي الديمغرافي- 2004 أن معدل الخصوبة الكلي بلغ خلال السنة السابقة للمسح في الأراضي الفلسطينية باستخدام الطريقة المباشرة 4.6 مولوداً، ففي الوقت الذي بلغ فيه هذا المعدل 4.1 في الضفة الغربية، وصل إلى 5.8 في قطاع غزة. ويبلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم للمرأة الفلسطينية التي سبق لها الزواج 4.5 مولود، ومتوسط عدد الباقيين على قيد الحياة منهم 4.3 في الأراضي الفلسطينية.

قدر البنك الدولي معدلات الفقر في الأراضي الفلسطينية بين 38% و51% عام 2003، مستخدماً البيانات الاقتصادية الكلية. وقد أظهرت التقارير الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني والتي اعتمدت على مجموعة من المسوح أهمها سلسلة دورات مسح اثر الإجراءات الإسرائيلية على الواقع الاقتصادي والاجتماعي للأسر الفلسطينية بين الأعوام 2001 و2003، أن نسبة الأسر التي تعيش تحت خط الفقر تراوحت بين 61% و72% وفقاً لما أفادت به الأسر من بيانات حول مجموع دخلها، كما أظهرت سلسلة دورات مسح القوى العاملة لعام 2003 أن نسبة العاملين الذين يتقاضون دخلاً شهرياً يقل عن خط الفقر تتراوح بين 59% و61%. أما توزيع عاطلين عن العمل فقد شهد انخفاضاً حاداً في العام 2003، حيث انخفض من 221 ألف عاطل عن العمل في العام 2002 إلى 203 ألف عاطل عن العمل في العام 2003 في حين كان عدد العاطلين 98 ألف عاطل عن العمل في العام 2000. ومن جهة أخرى فإن عدد أفراد القوى العاملة الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة قد ارتفع من 695 ألف فرد في العام 2000 ليصل إلى 794 ألف فرد في العام 2003.

أظهرت بيانات مسح إنفاق واستهلاك الأسرة في الأراضي الفلسطينية لعام 2004 تراجعاً في معدلات إنفاق واستهلاك الأسرة والفرد الشريين بالأسعار الجارية، فقد انخفض متوسط استهلاك الأسرة الشهري في الأراضي الفلسطينية بنسبة 5.7% مقارنة مع العام 1996 وقد بلغ 601 ديناراً، وفي العام 2004 بلغ متوسط إنفاق الأسرة الشهري 535 ديناراً أردنياً بالأسعار الجارية، حيث انخفض متوسط إنفاق الأسرة الشهري بنسبة 9.6% مقارنة مع العام 1996. كما تحمل بيانات متوسط إنفاق الفرد الشهري في الأراضي الفلسطينية الدلالات نفسها، فقد انخفض متوسط إنفاق الفرد الشهري في العام 2004 بنسبة 4.1% مقارنة مع العام 1996.

2.2.1 الصحة العامة:

نتيجة لما تشهده الأراضي الفلسطينية من تغيرات سريعة ومتلاحقة للأوضاع الصحية والاقتصادية والاجتماعية للمجتمع الفلسطيني، فقد شهدت المؤشرات التي تقيس الصحة العامة في المجتمع الفلسطيني تأرجحاً كبيراً، فعند النظر إلى تغطية التأمين الصحي تشير نتائج المسح الصحي الديمغرافي 2004 إلى أن نسبة المؤمنین صحياً بلغت 76.1% في الأراضي الفلسطينية، بواقع 65.8% في الضفة الغربية و93.8% في قطاع غزة. حيث يلاحظ ارتفاع في نسبة تغطية التأمين عن العام 2000 أي قبيل اندلاع الانتفاضة، فقد بينت نتائج المسح الصحي 2000 أن 60.4% من الأفراد في الأراضي الفلسطينية كانوا مؤمنين صحياً (51.8% في الضفة الغربية و75.6% في قطاع غزة). ومن الجدير ذكره أنه قد تم استحداث تأمين انتفاضة الأقصى بعد اندلاع انتفاضة الأقصى بمرسوم رئاسي في حينه بتكاليف زهيدة مما ساهم في زيادة تغطية التأمين الحكومي. وليس غنياً عن القول أن ارتفاع نسبة تغطية التأمين بين المواطنين الفلسطينيين يعد

مؤشرا صحيا جيدا إلا أنه بالمقابل يزيد العبء على الكاهل الحكومي مما يستدعي زيادة الخدمات الصحية المقدمة وتوفرها لتغطي الزيادة في عدد المؤمنين صحيا.

وبالنسبة للتدخين فقد أشارت النتائج إلى أن نسبة الأفراد 12 سنة فأكثر الذين يمارسون عادة التدخين في الأراضي الفلسطينية بلغت 19.6% بواقع 36.6% بين الذكور و2.1 بين الإناث. وتجدر الإشارة هنا إلى أن نسبة الأفراد المدخنين قد انخفضت خلال السنوات الأربع الماضية، فقد أشارت نتائج المسح الصحي 2000 إلى أن نسبة الأفراد المدخنين في الأراضي الفلسطينية 12 سنة فأكثر قد بلغت 22.1%. بشكل عام يمكن القول أن الانخفاض الحاصل في نسب انتشار التدخين قد يعود لأسباب اقتصادية نتيجة لارتفاع نسب البطالة بين الأفراد في المجتمع الفلسطيني بعد انتفاضة الأقصى.

3.2.1 صحة الأم والطفل:

تعد دراسة المؤشرات المتعلقة بصحة الأم والطفل من أهم المؤشرات إن لم تكن الرئيسية لرصد التغيرات المتعلقة بالصحة العامة والتكيف الاجتماعي والاقتصادي، حيث يمكن قياس المستوى الصحي والمعيشي لأي مجتمع عن طريق دراسة بعض المؤشرات المتعلقة بالوضع الصحي عند الأم والطفل. حيث أن هذه الفئة من المجتمع تعد الجزء الأكثر ضعفاً ومن الفئات المهمشة، لذا يعد الطفل بشكل خاص والأم بشكل عام الأكثر تعرضاً للتغيرات التي تطرأ على الأسرة والتي تكون بدورها انعكاساً مباشراً للوضع السائد في المجتمع. هناك العديد من المؤشرات التي تستخدم لقياس الوضع الصحي لكل من الأم والطفل، والتي تشمل معدلات وفيات الرضع والأطفال، وقياس الوضع التغذوي للأطفال، ومدى انتشار بعض الأمراض المعدية بينهم، والرعاية الصحية للام أثناء الحمل والولادة الآمنة والرعاية بعد الولادة، وغيرها من المؤشرات ذات العلاقة.

يلاحظ أن تطوراً قد طرأ على الوضع الصحي خلال السنوات الخمس الماضية من خلال مقارنة المؤشرات الصحية المختلفة التي تمت دراستها مع ما كانت عليه في السابق، حيث يظهر تقدم ملحوظ في هذه المؤشرات. فقد انخفضت معدلات وفيات الرضع في الأراضي الفلسطينية عام 2004 مقارنة بالعام 2000. ويعتبر مستوى وفيات الأطفال والأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية منخفضاً بالمقارنة مع الدول النامية والدول العربية المجاورة، حيث بلغ معدل وفيات الرضع في السنوات الخمس السابقة للمسح (1999-2003) 24.2 طفل لكل 1000 مولود حي في الأراضي الفلسطينية، بواقع 20.0 في الضفة الغربية مقابل 30.2 في قطاع غزة، و يبلغ معدل وفيات الأطفال اقل من 5 سنوات لنفس الفترة الزمنية في الأراضي الفلسطينية 28.3 لكل 1000 مولود حي، بواقع 23.7 في الضفة الغربية مقابل 34.8 في قطاع غزة لكل 1000 مولود حي. ووفقاً لنتائج المسح الصحي 2000، فإن معدل وفيات الرضع للفترة 1995-1999 بلغ 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.

تمت السيطرة على العديد من الأمراض السارية والمعدية في مرحلة الطفولة كالنكاف والسعال الديكي والكرزاز والحصبة، وكذلك شلل الأطفال. من جهة أخرى لا يزال هناك فجوة في العديد من المؤشرات المرتبطة بصحة الأم والطفل على حد سواء، فعلى سبيل المثال أشارت البيانات الصادرة عن وزارة الصحة أن أهم الأسباب التي تؤدي لوفيات المواليد حديثي الولادة هو نقص وزن المولود ووفيات الخدج بما نسبته 25.9% من اجمالي الوفيات تلاه الوفيات الناجمة عن التشوهات الخلقية بنسبة 21.8%، ومن الجدير ذكره أن العمل على خفض الأسباب الأكثر انتشاراً

المؤدية إلى وفيات المواليد حديثي الولادة لا بد وان يكون من أولويات أجندة صناع القرار والمخططين في الجهاز الصحي الحكومي والمنظمات غير الحكومية العاملة في القطاع الصحي لما تعكسه معدلات وفيات المواليد حديثي الولادة من أسباب قد تعود على جودة وتوفير خدمات رعاية الحوامل والولادة الآمنة. ما 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. 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.

3.1 النظام الصحي في الأراضي الفلسطينية:

تقسم طبيعة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في الأراضي الفلسطينية إلى نوعين أساسيين، هما خدمات الرعاية الصحية الأولية والتي يقصد بها الخدمات الصحية الشاملة المتواصلة بما فيها التشخيص والعلاج الأولي والإشراف الصحي وإدارة الخدمات الصحية الوقائية والحالات المزمنة. وخدمات الرعاية الصحية الثانوية والتي تمثل المستشفيات والتي تهدف إلى توفير خدمات تشخيصية وعلاجية لمختلف الظروف الطبية جراحية كانت أم غير جراحية، وتقدم معظم المستشفيات أيضاً خدمات لمرضى العيادات الخارجية وخاصة خدمات الطوارئ.

يتولى الإشراف على تقديم الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية أربع جهات، هي:

1. وزارة الصحة الفلسطينية:

قبل تولي السلطة الوطنية زمام الأمور في الأراضي الفلسطينية كانت "الإدارة المدنية" التابعة لسلطة الاحتلال الإسرائيلي تدير عدداً من العيادات والمستشفيات التي تقدم الخدمات الصحية للشعب الفلسطيني. حيث تم نقل هذه المسؤولية إلى وزارة الصحة الفلسطينية في أيار 1994 في قطاع غزة، وفي تشرين الثاني من نفس العام في الضفة الغربية. حيث تسلمت الوزارة قطاعاً صحياً مترهلاً، وبنى تحتية مدمرة ومهملة لما يقارب ثلاثة عقود. وقد أولت السلطة الوطنية اهتماماً خاصاً للقطاع الصحي بشكل عام، والرعاية الصحية الأولية وصحة الطفل بشكل خاص. حيث اعتبرته ثاني أهم قطاع بعد التعليم في خطتها التنموية، وذلك من خلال التنسيق والتعاون مع المنظمات الدولية المعنية بالصحة، وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية.

تشير بيانات عام 2004 المتوفرة أن وزارة الصحة تدير حوالي 35% من المستشفيات، وما يقارب 31% من مجموع الأسرة في الأراضي الفلسطينية، كما وتشرف الوزارة على ما يقارب 56% من عيادات الرعاية الصحية الأولية التي تقدم خدماتها للمواطنين في الأراضي الفلسطينية. تجدر الإشارة هنا إلى أن عملية تقديم الخدمات الصحية للمواطنين في الأراضي الفلسطينية بالمجمل يقع على عاتق وزارة الصحة كونها الجهة الأولى المسؤولة عن تقديم الخدمات الصحية.

2. وكالة الغوث الدولية لتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الاونروا):

بعد نكبة الشعب الفلسطيني عام 1948، وفي الأول من أيار عام 1950 تحديداً، انطلق برنامج الانروا الصحي لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية الوقائية الشاملة. وتتوفر خدمات الرعاية الطبية والصحة الأسرية والسيطرة على المرض والوقاية منه والتعليم الصحي بشكل مباشر ودون تكلفة على اللاجئين الفلسطينيين، وذلك من خلال شبكة خدمات الوكالة الصحية التي تمثل ما نسبته 7% تقريباً من عيادات الرعاية الصحية الأولية داخل مخيمات اللاجئين وخارجها في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة. تقدم وكالة الغوث الدولية خدمات الرعاية الصحية الثانوية لسكان الضفة

الغربية فقط من خلال مستشفى واحد، بما نسبته 1.2% من مجموع الأسرّة في الأراضي الفلسطينية. بالرغم من اعتماد قطاع واسع من الشعب الفلسطيني على الخدمات الصحية المقدمة من الوكالة (لا سيما سكان المخيمات والذي يقدر عددهم بما يزيد عن المليون لاجيء) إلا أنه جرى تقليص على خدمات الوكالة منذ أواسط التسعينيات وخاصة تلك المتعلقة بإعطاء التحويلات للمستشفيات، بسبب ارتفاع تكاليف المستشفيات وانخفاض ميزانية الوكالة مما دفع الوكالة إلى زيادة نسبة مشاركة اللاجئين في تكلفة العلاج بما نسبته 12-40%، وكذلك خفض عدد الإحالات وعدم تغطية تكاليف بعض الحالات. وتغطي الوكالة بالكامل تكاليف العلاج بالمستشفيات للحالات الصعبة الخاصة عند أفقر اللاجئين. وجاءت عملية تقليص الخدمات بالتدرج نتيجة لنقص في التمويل إذ أن التبرعات لم ترتفع بما يكفي لمواكبة التضخم في الطلب على الخدمات الصحية والنمو السكاني للاجئين الفلسطينيين، ونتيجة لكل هذا التقليل حرم الآلاف من الفلسطينيين من تلقي الخدمات الصحية (الصفحة الإلكترونية لوكالة الغوث، WWW.UNRWA.ORG)

3. المنظمات غير الحكومية:

تشكل المنظمات غير الحكومية ثاني أهم قطاع في تقديم الخدمة الصحية بعد القطاع الحكومي. حيث باشرت بعض هذه المنظمات نشاطاتها في الخمسينيات من القرن الماضي، حيث بدأت عملها في مدينة القدس، ثم انتشرت في باقي الأراضي الفلسطينية. وقد لعبت هذه المنظمات دوراً كبيراً في تقديم خدمات الرعاية الصحية أثناء فترات الاحتلال الإسرائيلي، خاصة في المناطق الريفية النائية، استهدفت الفئات المهمشة والفقيرة، حيث تقدم الخدمات الصحية مقابل رسوم رمزية. وقد برز دور هذه المنظمات خلال الانتفاضة الفلسطينية الأولى عام 1987، وانتفاضة الأقصى عام 2000. وعلى الرغم من السياسة التي فرضها الاحتلال العسكري، والتي وقفت عائقاً أمام تنمية خدمات الرعاية الصحية للفلسطينيين، إلا أن سياسات الاحتلال المفروضة على الشعب الفلسطيني ومؤسساته الوطنية شكلت بمثابة حافز لتفعيل نشاطات العديد من المنظمات غير الحكومية المختلفة في مجال تقديم الخدمات الصحية في فلسطين. وقد تميز هذا القطاع بأعلى عدد من الأطباء العامين والمختصين نسبة إلى عدد العيادات التي يشرف عليها، حيث يشرف هذا القطاع على 35% من المستشفيات، وعلى 30% تقريباً من مجموع الأسرّة، بالإضافة إلى ما نسبته 36% من عيادات الرعاية الأولية المنتشرة في الأراضي الفلسطينية، حيث أن معظم عيادات الرعاية الصحية التابعة للمنظمات غير الحكومية تقدم خدمات وقائية وإرشادية، بالإضافة إلى الدور البارز الذي تؤديه في تخفيف الضغط الهائل على المؤسسات الحكومية في معالجة الجرحى خلال انتفاضة الأقصى المباركة المستمرة منذ 5 سنوات.

4. القطاع الخاص:

على الرغم من أن القطاع الخاص يعتبر قطاعاً ربحياً يتولى الإشراف عليه مجموعة من المستثمرين بهدف الربح، إلا أنه أضحى أحد القطاعات الهامة التي تقدم الخدمات العلاجية والتشخيصية للمواطنين في الأراضي الفلسطينية، حيث يشرف هذا القطاع على ما يقارب 31% من المستشفيات، وعلى 10% تقريباً من مجموع الأسرّة. وقد بدأ القطاع الخاص بالنمو والتوسع خاصة بعد تسلم السلطة الوطنية للنظام الصحي في فلسطين. حيث صاحب هذا التوسع تقلص في نسبة المستفيدين من خدمات القطاع الحكومي، نتيجة لما بلوره هذا القطاع من مفاهيم جديدة لدى المواطنين، بأنه القطاع الأقدر على توفير رعاية صحية ذات جودة أعلى من القطاع الحكومي. واقتصرت الخدمات الصحية في القطاع الخاص على فئات معينة من السكان ذات الإمكانيات الاقتصادية العالية والقادرة على دفع تكلفة الخدمات المقدمة.

4.1 أهداف المسح:

تم تنفيذ المسح الصحي الديمغرافي 2004 ضمن خطة الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني الرامية إلى توفير بيانات شاملة حول كافة المؤشرات ذات العلاقة بالأوضاع الديمغرافية والصحية التي يمكن من خلالها دراسة وتقييم الوضع الصحي والديمغرافي للمجتمع الفلسطيني.

تمحور الهدف الرئيسي لهذا المسح حول تشخيص الأوضاع الديمغرافية والصحية للفلسطينيين وخاصة للنساء والأطفال، ومراقبة حجم التغيرات التي طرأت على العديد من المؤشرات ذات العلاقة، خاصة في ظل الأحداث الجارية والصعوبات التي يواجهها الشعب الفلسطيني بمختلف شرائحه، نتيجة لما خلفه الاحتلال الإسرائيلي من قمع وتدمير للبنية التحتية، الأمر الذي أدى إلى دمار واضح أصاب كافة القطاعات كالصحة والتعليم وغيرها من القطاعات الحيوية. ولتحقيق الهدف الرئيسي للمسح فقد قام مخطوطو المسح بوضع مجموعة من الأهداف المحددة تتمثل بما يلي:

1. تحديث قاعدة البيانات المتوفرة حول الواقع الديمغرافي والصحي للأفراد وخاصة النساء والأطفال.
2. توفير قاعدة بيانات يمكن أن يستخدمها الباحثون المهتمون لتوجيه السياسات وتطوير البرامج في الأراضي الفلسطينية.
3. تقييم برامج الخدمات الصحية ذات العلاقة برعاية الأمومة والطفولة.
4. تمكين واضعي السياسات وصانعي القرارات في الهيئات المختلفة من وضع الخطط والبرامج المستقبلية بالاعتماد على النتائج التي سيوفرها المسح.

5.1 منهجية المسح الصحي الديمغرافي 2004:

1.5.1 استمارة المسح:

تكونت استمارة المسح الصحي الديمغرافي من أربعة أقسام رئيسية، هي:
القسم الأول: البيانات التعريفية وبنود السيطرة النوعية وقائمة أفراد الأسرة التي تشمل بيانات حول الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية، مثل: العمر، الجنس، التعليم، المهنة الرئيسية، حالات التيتيم، الحالة الزوجية، الهجرة، حالة التدخين، وبيانات حول المسكن.

القسم الثاني: صحة المرأة (15-54) سنة وتشمل صحة المرأة بغض النظر عن حالتها الزوجية.

القسم الثالث: صحة الأم (15-54) سنة والتي تشمل الأجزاء التالية:

1. الإنجاب.
2. وسائل تنظيم الأسرة.
3. الرعاية أثناء الحمل والرضاعة.
4. تطعيم الكزاز (التيتانوس).
5. تفضيل الإنجاب.
6. المعرفة بمرض الإيدز.

القسم الرابع: صحة الأطفال (دون 5 سنوات)، ويشمل الأجزاء التالية:

1. صحة وتطعيم الأطفال.
2. قياسات الوزن والطول للأطفال الذين أعمارهم دون الخمس سنوات.
3. تعليم الأطفال (5-17).

2.5.1 العينة والإطار:

1. مجتمع الدراسة:

مجتمع الدراسة في هذا المسح هو الأسر الفلسطينية التي تقيم بصورة اعتيادية في الأراضي الفلسطينية، وتم التركيز على دراسة الأوضاع الصحية للأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات، والنساء اللواتي تقل أعمارهن عن 55 سنة، ويركز الجزء الديمغرافي من المسح على كافة الأفراد الفلسطينيين المقيمين مع أسرهم بصورة اعتيادية في الأراضي الفلسطينية.

2. الإطار:

يتكون إطار المعاينة من العينة الشاملة والتي تم اختيارها للاستخدام في المسوح الأسرية وتم تحديثها في مشروع تحديث الخرائط وأطر المعاينة في العام 2003، وهي عينة مناطق عد تم اختيارها من مناطق عد تعداد السكان والمساكن والمنشآت- 1997، ومناطق العد هي مناطق جغرافية متقاربة الحجم (متوسط عدد الأسر فيها 150 أسرة)، وتستخدم هذه المناطق كوحدات معاينة أولية في المرحلة الأولى من عملية اختيار العينة.

3. حجم العينة:

بلغ حجم عينة المسح 6,574 أسرة، منها 4,456 في الضفة الغربية، و2,118 في قطاع غزة.

4. تصميم العينة:

عينة طبقية عشوائية ذات مرحلتين:

المرحلة الأولى: تم اختيار 260 منطقة عد من كافة الأراضي الفلسطينية.

المرحلة الثانية: تم اختيار عينة عشوائية منتظمة من الأسر من كل منطقة عد، بحيث يتم اختيار 25 أسرة في الضفة الغربية وقطاع غزة من كل منطقة عد، أما في القدس داخل الحواجز (الجزء الذي ضمته إسرائيل عنوة بعيد احتلالها للضفة الغربية) فقد تم اختيار 30 أسرة من كل منطقة عد.

5. معدلات التجاوب:

جدول 1.1: عدد الأسر والنساء المؤهلات والأطفال المؤهلين ومعدلات الاستجابة حسب المنطقة، 2004

قطاع غزة	الضفة الغربية	الأراضي الفلسطينية	العينة ومعدلات الاستجابة
2,118	4,456	6,574	عدد الأسر في العينة
2,053	3,746	5,799	عدد الأسر التي تمت مقابلتها
96.9	84.1	88.2	معدل الاستجابة
1,894	3,198	5,092	عدد النساء في العمر (15-54) سنة اللواتي سبق لهن الزواج
1,885	3,087	4,972	النساء اللواتي تم مقابلتهن
99.5	96.5	97.6	معدل الاستجابة
2,105	2,929	5,034	عدد الأطفال (أقل من 5) سنوات
2,051	2,788	4,839	عدد الأطفال الذين تمت مقابلتهم
97.3	95.2	96.1	معدل الاستجابة

6. حساب الأوزان:

يعرف الوزن على انه مقلوب احتمال الاختيار للعنصر في العينة، ويمكن تفسير الوزن على انه مقدار ما يمثلته العنصر في العينة من عناصر المجتمع. وقد تم حساب الأوزان بحيث تراعي التعويض عن حالات عدم الاكتمال التي تمت خلال عملية جمع البيانات، بالإضافة إلى مراعاة توزيع السكان حسب المنطقة والجنس، والتركيبة العمري حسب التقديرات السكانية لنهاية الربع الثاني من عام 2004. ومن 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 راعي التغير في عدد السكان منذ إجراء التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت عام 1997 وحتى تنفيذ المسح.

كما روعي عند حساب الأوزان والتقديرات عدد السكان في الأراضي الفلسطينية وتوزيعهم حسب الفئات العمرية في نهاية الربع الثاني من عام 2004. 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، إلا انه وللتقليل من تعقيدات الحسابات فقد تم افتراض أن الأسر تم اختيارها مباشرة من الطبقات.

7. حساب التباين:

من الضروري أن يجري حساب الأخطاء المعيارية لتقديرات المسح الرئيسي حتى يتسنى للمستخدم التعرف على دقة التقديرات 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 انه من الصعب تقدير قيمة هذا النوع من الأخطاء بسبب غياب أساليب قياسية فنية تقوم على أسس نظرية بمعالجتها.

أما الأخطاء الإحصائية فانه يمكن تقييمها إحصائياً. وتقاس الأخطاء الإحصائية غالباً بالخطأ المعياري، والذي يعرف على انه الجذر التربيعي الموجب للتباين. لقد تم حساب التباين لهذا المسح باستخدام الحزمة البرمجية CENVAR، حيث يتم استخدام طريقة (Ultimate Cluster) في حساب التباين.

3.5.1 الإسناد الزمني:

تم اعتبار يوم 2004/5/17 تاريخ الإسناد الزمني للمسح، والذي تم من خلاله حساب الأعمار للأفراد.

4.5.1 التجربة القبليّة:

تعتبر التجربة القبليّة 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 150 أسرة معيشية في الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث كان توزيع العينة على النحو التالي: الضفة الغربية: شملت تجمعات رام الله وسنجل ومخيم الأمعري. كما تم اختيار مدينة غزة وجرير الديك ومخيم الشاطئ في قطاع غزة. حيث تم اختيار منطقة عد واحدة من كل تجمع سكاني، ومن ثم اختيار خلية من كل منطقة عد. وقد توزعت هذه الأسر بواقع 75 أسرة في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة.

بدأ العمل الميداني للتجربة القبليّة في 2004/4/4 واستمر لمدة 8 أيام، وفي نهاية العمل تم إجراء تقييم للتجربة القبليّة ونتائجها وإعداد تقرير التقييم، وبناء 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 والنماذج المستخدمة، وغير ذلك من الأمور.

5.5.1 العمليات الميدانية:

1. تجهيز كتيب إرشاد الباحثات والتدريب:

تم تجهيز كتيب تدريب الباحثين 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 المشرفات والمدققات، 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.

استمرت الدورة التدريبية للباحثات الميدانيات لمدة 11 يوم، ما بين 5-2004/5/15، وقد تم استخدام طريقة الفيديو المرئي في التدريب ما بين فريق الضفة الغربية وفريق قطاع غزة، بعد ذلك تم عقد دورة تدريبية للمشرفات والمدققات استمرت يوم واحد. وقد تم اختيار عدد إضافي من الباحثات بمقدار 10% لكل محافظة كاحتياط.

2. العمل الميداني للمسح الرئيسي:

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

تم تحديد هيكلية الفريق بناء على الاحتياجات وطبيعة المهام والعمل في المسح، وتم توظيف الأعداد في كل محافظة حسب حجم العينة في تلك المحافظة مع القيام بضم بعض المحافظات إلى محافظات أخرى قريبة نظراً لصغر حجم العينة في هذه المحافظات.

3. تدقيق البيانات في الميدان:

بدأت الفرق الميدانية بجمع البيانات في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة بتاريخ 2004/5/20 حيث انتهت بتاريخ 2004/07/07. قامت إدارة المشروع بوضع آلية واضحة لتدقيق البيانات، وتم تدريب طاقم المدققات عليها حيث كانت آلية التدقيق المتبعة كالتالي:

- استلام الاستثمارات المكتملة من الباحثات بشكل يومي.
- فحص كل استثمارة والتأكد من أن جميع النساء المؤهلات والأطفال المؤهلين قد تم جمع بيانات عنهم، وأن جميع الأقسام والأسئلة في الاستثمارة قد تم استيفاؤها، وأن جميع الإجابات قد تم تسجيلها بدقة.
- إعادة الاستثمارات غير المكتملة أو التي كان بها أخطاء أو أقسامها غير متسقة مع بعضها البعض.
- إعادة مقابلات بنسبة 10% من حجم الخلية باستمارة خاصة بالمشرفة للتأكد من صحة البيانات بالمقارنة مع استثمارة الباحثة.
- إجراء فحص سريع للأعمار وإعادة مقابلة من قبل المشرفة للأسر التي تشمل النساء والأطفال في الأعمار الفاصلة بين كون المرأة والطفل مؤهلين أو غير مؤهلين لاستكمال المقابلة معهم، حيث يتم من خلال ذلك التأكد من دقة البيانات التي حصلت عليها الباحثة.

4. آلية الإشراف والمتابعة:

تم تصميم نماذج خاصة للمتابعة على صعيد استلام وتسليم الاستثمارات على جميع المستويات. كذلك 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 المؤهلة والحالات التي لم يتم فيها تحديد نتيجة المقابلة، والحالات التي لم يكن بالإمكان الاتصال بها ثلاث مرات. 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.

6.5.1 معالجة البيانات:

1. تجهيز برامج الإدخال:

تم خلال هذه المرحلة إعداد برامج الإدخال باستخدام حزمة BLAIZE وتم تصميم شاشات الإدخال، والعمل على وضع قواعد الإدخال بشكل يضمن إدخال الاستثمارات بشكل جيد، كذلك وضع استعلامات تنظيف لفحص البيانات بعد إدخالها حيث تعمل هذه الاستعلامات على فحص المتغيرات على مستوى الاستثمارة.

2. إدخال البيانات:

بعد الانتهاء من تصميم برامج الإدخال واختبارها والتأكد من جاهزيتها بوشر العمل على إدخال البيانات وذلك بعد أن تم تدريب المدخلين على التعامل مع برامج الإدخال المعدلة على ضوء نتائج التجربة القبلية. وبعد ذلك بدأ العمل على إدخال البيانات الفعلية للمسح في 2004/05/28 وانتهى العمل على إدخال البيانات بتاريخ 2004/07/25. وقد كان الإدخال يتم من خلال وردتي عمل صباحية ومساءلية.

3. 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 فيها المشاكل 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 بالاستثمارات غير المتطابقة ومراجعتها وتحديد مصدر الخلل فيها، وإذا كان خطأ إدخال كان يتم تعديله فوراً وإذا كانت أخطاء ميدان فكان يتم تحويلها إلى إدارة العمل الميداني لإعادة الزيارة مرة أخرى وتصحيح الأخطاء الموجودة في الاستمارة. وقد تضمنت مرحلة تنظيف البيانات مرحلتين هما مرحلة تنظيف بيانات المسح التي ركزت على النساء المؤهلات من حيث العمر وتاريخ الميلاد والحالة الزوجية والاتساق بين أقسام استمارة الأم المختلفة، بالإضافة إلى التركيز على الأطفال المؤهلين وربط ذلك بالعمر وتاريخ الميلاد. أما المرحلة الثانية فقد تضمنت فحص الاتساق ما بين بيانات المسح الصحي الديمغرافي - 2004 وبيانات المسح الصحي لعام 2000 وكذلك بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت - 1997، وبيانات المسح الديمغرافي - 1995 وذلك من خلال إجراء بعض المقارنات.

6.1 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 تنفيذ المشروع، خلال جمع البيانات أو إدخالها والتي يمكن إجمالها بأخطاء عدم الاستجابة، وأخطاء الاستجابة (المبحوثة)، وأخطاء المقابلة (الباحثة) وأخطاء إدخال البيانات. لتفادي الأخطاء والحد من تأثيرها بذلت جهود كبيرة من خلال تدريب الباحثات تدريجياً مكثفاً، وبحضور مجموعة من الخبراء المختصين على المفاهيم والمصطلحات الطبية/الصحية، وتدريبهم على كيفية إجراء المقابلات، والأمور التي يجب إتباعها أثناء إجراء المقابلة، والأمور التي يجب تجنبها، وإجراء التجربة القبلية، وتم إجراء ثلاثة أيام تدريب ميداني خلال الدورة التدريبية.

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 الإطلاع 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 منظم. كذلك تم التطرق خلال هذه التعاميم إلى المشاكل التي واجهتها الباحثات أثناء العمل الميداني وتوضيح هذه الأمور.

1.6.1 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 المصادر الخارجية الأخرى المشابهة للوضع في الأراضي الفلسطينية وكذلك نتائج المسوح ذات العلاقة التي تمت في الأراضي الفلسطينية.

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 مقابلتهن 97.6% من مجموع النساء المؤهلات. أما الأطفال المؤهلين الذين تم جمع بيانات حولهم فقد بلغت نسبتهم 96.1% 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، ولاحتساب العمر تم اعتماد تاريخ ميلاد الفرد وتاريخ إسناد المسح 2004/05/17.

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، وبشكل أهم هي ناتجة عن عدم معرفة المبحوث لعمره الفعلي. وأخطاء التبليغ عن العمر تحدث في كل المسوح ولا يستثنى هذا المسح من ذلك. وعلى كل حال، فإن مقدار وخطورة الأخطاء تختلف بين المسوح. 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 و 5، بلغت قيمة مقياس "ويبل" المستخدم لفحص بيانات العمر 103.9 لكلا الجنسين وهذا يشير إلى أن البيانات خالية من التراكم عند آحاد العمر 0 و 5، ومقياس "مايزر" و"باتشي" هي على التوالي 5.1 و 2.9 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 وأعمارهن تقل عن 55 سنة. وتم توجيه أسئلة خاصة بكل المواليد الذين أنجبهم المرأة ومعرفة إن كانوا على قيد الحياة أو متوفين. والنتائج المستخلصة

من جدول المواليد ظهر أنها 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. الرعاية أثناء الحمل ورعاية الأمومة:

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

الأول: فيما يتعلق بمطعوم التيتانوس:

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

الثاني: الأحمال المكتملة:

وتبرز المشكلة هنا في النسيان مع مرور الزمن، إذ قد لا تذكر الأم إن كانت قد أخذت مطعوم التيتانوس، وإن ذكرت ذلك فهي قد لا تذكر 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، وكذلك قد تنسى أيضاً الأمراض التي صادفتها أثناء فترة الحمل وخاصة الأمراض التي تعتبر عادية.

3. تطعيم الأطفال:

إن تقييم بيانات المطاعيم تشمل تحليل بطاقات الأطفال التي تم الإطلاع 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 عن البطاقة أو أخطاء في التسجيل عن البطاقة الأصلية. ومن الجدير بالذكر أنه تم جمع البيانات حول المطاعيم لجميع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن الخمس سنوات فوجد أن ما نسبته 72.9% لديهم بطاقات صحية وتم الإطلاع عليها. أما الأطفال الذين لا تتوفر لهم بطاقات للمطاعيم والبالغة نسبتهم 27.1% منهم 19.3% لديهم بطاقات ولم يتم الإطلاع عليها لعدم تمكن الأم من إطلاع الباحثة على البطاقة، و7.8% ليس لديهم بطاقات، فقد اعتمدنا في جمع البيانات حول المطاعيم التي تلقوها على ذاكرة الأم، حيث كانت نسبة إجابة لا أعرف عند السؤال عن تلقي الطفل للمطعوم لا تتجاوز 0.1% فقط 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 بنسبة تتراوح ما بين 21-23%.

4. 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 إعطائه السوائل والأطعمة، أما بالنسبة لسن الفطام للطفل فإنها كانت أكثر دقة كونها الحدث الأهم في الرضاعة الطبيعية.

5. حالة التغذية:

لقد تم التركيز أثناء التدریب على هذا الجزء من الاستمارة لحساسيته ودقته المتناهية، إذ انه أثناء التجربة القبلية تم استخدام مقياسات للوزن تقرب 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 (أقل من سنتين) وهم مستلقون أما الأطفال الكبار (أكبر من سنتين وأقل من 5 سنوات) وهم وقوف بعد أن تخلع أحذيتهم وتفك جدائلهم مستخدمين الخطوات التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية للحصول على أطوال دقيقة. وقد بلغت نسبة الأطفال الذين تم قياس كل من أوزانهم وأطوالهم 95.4% من إجمالي عدد الأطفال في العينة. وقد استخدمت جداول خاصة بالأوزان والأطوال تبيين الحد الأدنى والأعلى للأطوال والأوزان للأطفال حسب العمر والجنس طورتها اليونيسيف لمقارنة الأطوال والأوزان التي يتم الحصول عليها للأطفال الذين تم قياسهم، وكان يتم معالجة الحالات الشاذة كل على حده.

6. الأمراض التي تصيب الأطفال:

تم جمع البيانات عن الأطفال دون الخمس سنوات وخلال فترة 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 بالأمور 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 تحرينا الدقة في السؤال عن السعال والكحة العادية والتهابات الرئة من خلال السؤال عن الأعراض المرافقة كسرعة التنفس والحرارة.

الفصل الثاني

الخصائص الاجتماعية والاقتصادية لأسر 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 الديمغرافي 2004 لجمع بيانات ديمغرافية واجتماعية لكافة الأفراد المقيمين إقامة معتادة في الأراضي الفلسطينية من عينة الأسر المختارة للمسح، وفيما يلي عرضاً لأهم الخصائص الديمغرافية والاجتماعية:

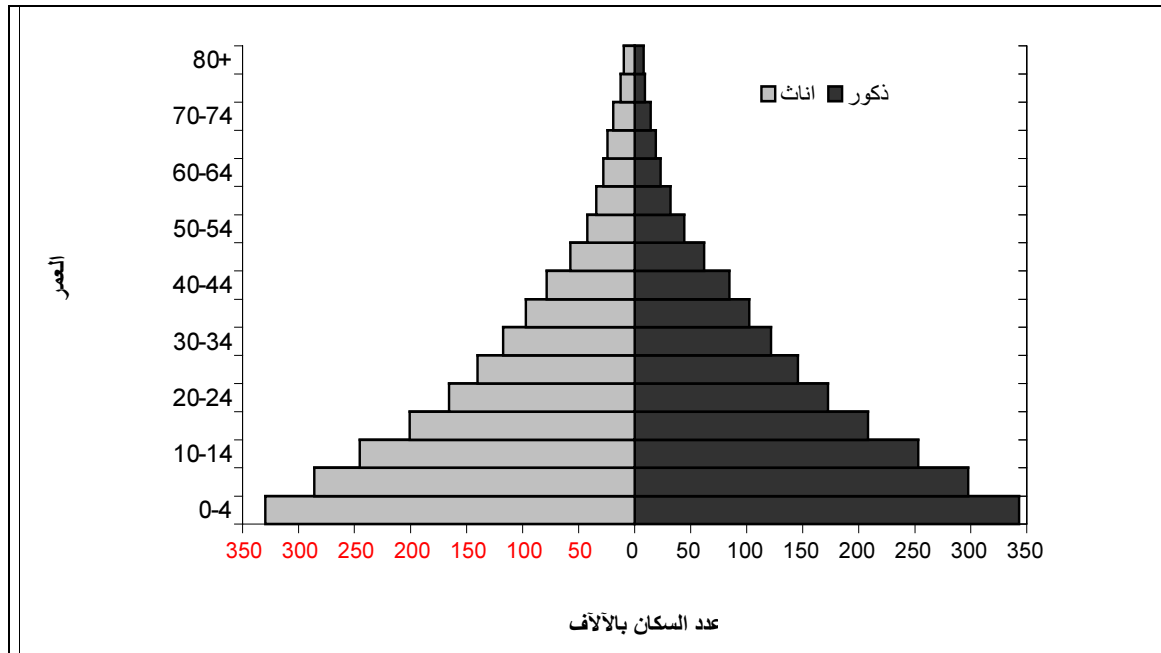
1.2.2 التركيب العمري والنوعي:

يبين الجدول (1.2) التوزيع النسبي لأفراد العينة حسب العمر والجنس، وكما هو موضح في الجدول فان نمط التوزيع العمري في الأراضي الفلسطينية مماثل للأنماط الشائعة في البلدان ذات المعدلات المرتفعة لمستويات الخصوبة، حيث ترتفع نسبة الأفراد دون الخامسة عشرة وتبلغ حوالي 45.6%، وانخفضت هذه النسبة بمقدار 1.9% مقارنة مع العام 2000. هذا وقد بلغت نسبة الأفراد المسنين 65 عاماً فأكثر 3.6% وهي تعتبر قريبة من النسب التي كانت عليها في العام 2000 حيث بلغت 3.4%. وتدلل هذه النسب على ميل نسبي للانخفاض في معدلات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية.

بناءً على بيانات توزيع السكان حسب العمر لسنوات مختلفة من مصادر مختلفة، وكما هو موضح في الجدول (2.2) فان العمر الوسيط بقي ثابتاً خلال الفترة ما بين عام 1995 وعام 2004 إذ بلغ 16.0 سنة. وكذلك فإن نسبة السكان في الفئات العمرية العريضة ومنها: (0-14) سنة والفئة (15-24) سنة، تتساوى تقريباً خلال نفس الفترة ما بين عام 1995 وعام 2000، بينما مالت هذه النسبة للانخفاض في العام 2004. فعلى سبيل المثال نجد أن نسبة السكان دون سن الخامسة عشرة بلغت 46.5% عام 1995 ووصلت إلى 46.9% في العام 2000، في حين انخفضت إلى 45.6% عام 2004 وهذا مؤشر على ميل معدلات الخصوبة للانخفاض.

بالنظر إلى معدلات الإعاقة نجد أن انخفاضاً ملحوظاً مقداره 4.6% قد حصل في الفترة ما بين العام 2000 والعام 2004 حيث كان معدل الإعاقة 101.2 في العام 2000 وانخفض إلى 96.5 في العام 2004. بالاستناد إلى نسبة الأفراد في الفئة من 15-64 سنة ومعدل الإعاقة في العام 2004 نستطيع القول أن معدلات الإعاقة في طريقها للانخفاض نسبياً وهذا ينسجم مع الثبات المفترض في معدلات الخصوبة بل الميل للانخفاض النسبي فيها.

شكل 1.2: الهرم السكاني في الأراضي الفلسطينية، تقديرات منتصف عام 2004



المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004. الإسقاطات السكانية، بيانات منقحة. رام الله - فلسطين.

جدول 1.2: التوزيع النسبي للأفراد حسب العمر والجنس والمنطقة، 2004

فئات العمر	قطاع غزة			الضفة الغربية			الأراضي الفلسطينية		
	ذكور	إناث	كلا الجنسين	ذكور	إناث	كلا الجنسين	ذكور	إناث	كلا الجنسين
4-0	19.0	19.2	19.0	16.7	16.8	16.7	17.5	17.7	17.5
9-5	15.8	16.0	15.9	14.7	14.9	14.8	15.1	15.3	15.2
14-10	13.8	13.8	13.8	12.5	12.6	12.6	13.0	13.0	13.0
19-15	11.0	11.1	11.0	10.4	10.5	10.5	10.6	10.7	10.7
24-20	8.7	8.7	8.7	8.8	9.0	8.9	8.8	8.9	8.8
29-25	7.1	7.1	7.1	7.6	7.8	7.7	7.4	7.5	7.5
34-30	5.5	5.5	5.5	6.6	6.7	6.7	6.2	6.3	6.3
39-35	4.6	4.8	4.7	5.5	5.6	5.5	5.1	5.3	5.2
44-40	3.7	4.0	3.9	4.4	4.6	4.5	4.2	4.4	4.3
49-45	2.7	2.9	2.8	3.2	3.4	3.3	3.0	3.2	3.1
54-50	2.2	2.2	2.2	2.3	2.3	2.3	2.2	2.3	2.3
59-55	1.6	1.5	1.6	1.9	1.7	1.8	1.8	1.6	1.7
64-60	1.3	1.0	1.1	1.6	1.3	1.5	1.5	1.2	1.3
69-65	1.1	0.8	1.0	1.4	1.0	1.2	1.3	1.0	1.1
74-70	0.9	0.7	0.8	1.1	0.8	0.9	1.1	0.7	0.9
79-75	0.6	0.4	0.5	0.7	0.5	0.6	0.7	0.5	0.6
+80	0.4	0.3	0.4	0.6	0.5	0.5	0.5	0.4	0.5
عدد الأفراد	12,782	6,281	6,501	20,465	10,132	10,333	33,247	16,413	16,834

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005. المسح الصحي الديمغرافي - 2004: النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

جدول 2.2: التوزيع النسبي للسكان في الأراضي الفلسطينية حسب العمر للأعوام (1995، 1997، 2000، 2004)

العمر	المسح الديمغرافي *1995	التعداد **1997	المسح الصحي ***2000	المسح الصحي الديمغرافي 2004
اقل من 15	46.5	47.0	46.9	45.6
15-64	50.1	49.5	49.7	51.0
+65	3.4	3.5	3.4	3.4
المجموع	100	100	100	100
معدل الإعالة	99.6	102.0	101.2	96.5
العمر الوسيط	16.0	16.0	16.0	16.0

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

3.2 التركيب الأسري:

توزيع أسر العينة حسب جنس رب الأسرة وعدد الأفراد في الأسرة والمنطقة، جدول (3.2) تشير البيانات أن ثلثي الأسر تقيم في الضفة الغربية والثلث الآخر يقيم في قطاع غزة.

جدول 3.2: التوزيع النسبي للأسر حسب جنس رب الأسرة وحجم الأسرة والمنطقة ونوع التجمع، 2004

الخصائص الخلفية	المنطقة			نوع التجمع	
	الأراضي الفلسطينية	الضفة الغربية	قطاع غزة	حضر	ريف
جنس رب الأسرة					
ذكر	91.1	90.1	93.0	90.8	92.7
أنثى	8.9	9.9	7.0	9.2	7.3
عدد الأفراد المعتاد					
1	3.8	4.3	2.8	2.4	4.0
2	9.1	9.4	8.4	6.2	9.4
3	9.3	9.5	8.8	7.7	9.6
4	12.2	12.7	11.1	12.1	11.6
5	13.6	15.6	10.2	13.2	12.7
6	14.0	14.7	13.1	11.5	14.3
7	12.0	11.8	12.2	12.3	12.2
8	10.3	9.8	11.1	13.2	10.7
9	6.7	5.8	8.5	8.2	6.9
+10	9.0	6.4	13.8	13.2	8.6
المجموع	100	100	100	100	100
متوسط حجم الأسرة	5.7	5.5	6.2	5.6	6.2
عدد الأسر	5,799	3,746	2,053	3,276	899

ويتضمن الجدول عرضاً لمتوسط حجم الأسرة. وتكمن أهمية معرفة حجم الأسرة لارتباطها بازدهام المسكن وانعكاسه على الظروف البيئية والصحية والاقتصادية للأسرة.

انخفض متوسط حجم الأسرة في الأراضي الفلسطينية من 6.1 فرد إلى 5.7 فرد في الفترة ما بين العام 2000 حتى العام 2004، وكان مقدار الانخفاض في متوسط حجم الأسرة في قطاع غزة (0.7) أكثر منه في الضفة الغربية (0.2)، فيما بلغ مقدار الانخفاض في متوسط حجم الأسرة أقصاه في المخيمات (0.5)، في حين تساوت تقريباً مقادير الانخفاض في هذا المتوسط ما بين الحضر والريف. وبالمقارنة مع العام 1995 نجد انخفاضاً ملحوظاً في متوسط حجم الأسرة والذي بلغ في حينه حوالي 7 أفراد في الأراضي الفلسطينية و6.6 في الضفة الغربية و7.8 في قطاع غزة¹.

ما زالت الأسرة الفلسطينية تمتاز بكبر حجمها، حيث أن 15.7% من الأسر يزيد عدد أفرادها على 8 أفراد. في حين كانت هذه النسبة 20.1% في العام 2000، ويلقي كبر حجم الأسرة بظلاله على ظروف الأسرة الاجتماعية والصحية والاقتصادية؛ فمن الملاحظ من الاتجاه العام في الدول النامية والانتقالية أن كبر حجم الأسرة يحرم من فرص استكمال التعليم لبعض أفراد الأسرة، وعدم توفير الرعاية الصحية الكافية في الكثير من الأحيان، كما أن المجتمعات التي تمتاز بكبر حجم أسرها تعيش بظروف سكنية وبيئية سيئة نتيجة للكثافة السكانية والازدحام السكاني.

يكاد الارتفاع في نسب الأسر التي ترأسها امرأة لا يذكر للعام 2004 عما كان عليه الحال في العام 2000. تبين النتائج الواردة في جدول (3.2) للعام 2004، أن ما نسبته 8.9% من الأسر ترأسها امرأة، وترتفع هذه النسبة في الضفة الغربية عنها في قطاع غزة (9.9%، 7.0%) على التوالي وتتساوى هذه النسب في كل من الحضر والريف لتبلغ (9.2%)، فيما تبلغ في المخيمات 7.3%. ومن خلال مقارنة هذه النسب بما كانت عليه عام 1995، يلاحظ حدوث ارتفاع بسيط عليها، حيث كانت 7.7% في الأراضي الفلسطينية بواقع 8.3% في الضفة الغربية و6.4% في قطاع غزة 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. فقد دلت التجارب في الدول العربية على مدى حساسية المرأة للتغيرات الاقتصادية، وقد انبثق مفهوم تأنيث الفقر من الاتجاه العام الملاحظ نحو تدهور الظروف المعيشية للمرأة.

1.3.2 نوع الأسرة:

يعرض الجدول (4.2) توزيع الأسر في الأراضي الفلسطينية حسب نوع الأسرة. تتجه نسب الأسر النووية إلى الزيادة المطردة منذ العام 1995 وحتى عام 2004 حيث بلغت (69.4% مقابل 83.0%) على التوالي، مقابل انحسار في نسبة الأسر الممتدة والتي انخفضت من 27.6% عام 1995 لتصل إلى 12.6% عام 2004، فيما تضاعفت تقريباً نسب الأسر المكونة من شخص واحد ما بين العام 1995 والعام 2004 حيث كانت (2.8%، 4.3%) على التوالي. وقد تكون الظروف الطارئة والاستثنائية الناجمة عن إجراءات الاحتلال الإسرائيلي من قتل وتدمير وتقطيع لأوصال الأراضي الفلسطينية منذ أيلول 2000 هي أحد مسببات القفزة التي حصلت في نسب الأسر النووية ما بين العام 2000 والعام 2004، وعليه فإن الزيادة الملحوظة بشكل كبير في نسب الأسر النووية على حساب الأسر المركبة والممتدة،

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

يقود إلى ضرورة زيادة الوحدات السكنية، والحاجة إلى زيادة توفير الخدمات وخاصة ما له علاقة بدور الحضانة ورعاية المسنين.

جدول 4.2: الأسر الخاصة حسب نوع الأسرة والمنطقة للأعوام 1995، 1997، 2000، 2004

الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	نوع الأسرة والسنة
*1995			
2.8	1.9	3.1	أسرة من شخص واحد
69.4	62.7	72.2	أسرة نووية
27.6	35.3	24.4	أسرة ممتدة
0.2	0.1	0.3	أسرة مركبة
100	100	100	المجموع
**1997			
3.3	2.6	3.7	أسرة من شخص واحد
73.2	71.8	74.0	أسرة نووية
23.0	25.3	21.7	أسرة ممتدة
0.5	0.3	0.6	أسرة مركبة
100	100	100	المجموع
***2000			
3.7	2.3	4.3	أسرة من شخص واحد
77.5	74.3	79.0	أسرة نووية
18.6	23.0	16.5	أسرة ممتدة
0.2	0.4	0.2	أسرة مركبة
100	100	100	المجموع
2004			
4.3	3.0	5.0	أسرة من شخص واحد
83.0	83.5	82.7	أسرة نووية
12.6	13.4	12.2	أسرة ممتدة
0.1	0.1	0.1	أسرة مركبة
100	100	100	المجموع

* 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.

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

4.2 التعليم:

مما لا شك فيه أن التحصيل العلمي أداة لقياس تقدم الأمم ورفيها؛ يعتبر التحصيل العلمي لأفراد الأسرة من أهم المؤشرات الاجتماعية لارتباطه بالكثير من الظواهر كالإنجاب واستخدام وسائل تنظيم الأسرة وصحة ورعاية الأطفال وانعكاسه على الكثير من المؤشرات الاقتصادية والصحية.

1.4.2 التحرر من الأمية:

تم السؤال في المسح الصحي الديمغرافي 2004 والمسح الصحي 2000 عن أعلى مستوى علمي أتمه الفرد بنجاح، وعن الالتحاق بالتعليم للأفراد 5 سنوات فأكثر. يبين الجدول (5.2) نسب غير الأميين للأفراد 15 سنة فأكثر، ومن خلال المقارنة ما بين العاميين 2000 و2004 فإن نسبة غير الأميين قد ارتفعت في العام 2004 بمقدار 3.6% عما كان عليه الحال في العام 2000 لتصل إلى 92.4%، ومن الملاحظ أن الفجوة في نسبة الأمية بين الذكور والاناث قد انحسرت في العام 2004 مقارنة مع العام 2000 حيث كانت الفجوة في نسبة غير الأميين بين الجنسين حوالي 10.5% في العام 2000، وانخفضت الى حوالي 6.2% في العام 2004، إذ بلغت نسبة غير الأميين للعام 2004 بين الذكور 96.8% فيما بلغت هذه النسبة بين الاناث 90.6%. هذا وبقيت الفجوة في نسب غير الأميين ما بين الحضر والريف. ومن الطبيعي في ظل التطور الحاصل على برامج التعليم النظامي وانخفاض نسب التسرب ان تكون العلاقة 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، 2004

الخصائص الخلفية	ذكور		إناث		المجموع	
	غير أمي	عدد الأفراد	غير أمي	عدد الأفراد	غير أمي	عدد الأفراد
العمر						
24-15	98.5	3,305	99.2	3,183	98.9	6,488
34-25	98.6	2,323	98.6	2,238	98.6	4,561
44-35	98.5	1,623	93.8	1,529	96.2	3,152
54-45	97.6	921	84.6	866	91.3	1,787
64-55	90.8	477	47.7	539	67.9	1,016
+65	60.4	437	20.0	569	37.6	1,006
نوع التجمع						
حضر	96.8	6,306	91.6	6,193	93.0	12,499
ريف	96.8	3,217	87.9	3,103	90.8	6,320
مخيم	97.2	1,761	91.8	1,754	93.2	3,515
المنطقة						
الأراضي الفلسطينية	96.8	11,284	90.6	11,050	92.4	22,334
الضفة الغربية	97.1	7,286	90.1	7,122	92.4	14,408
قطاع غزة	96.3	3,998	91.4	3,928	92.5	7,926

2.4.2 التحصيل العلمي للذكور:

يبين الجدول (6.2) المستوى التعليمي للأفراد الذكور 10 سنوات فأكثر، فنجد أن 3.2% من الذكور أميون وقد انخفضت هذه النسبة بمقدار 32.0% عما كانت عليه في العام 2000، كما انخفضت نسبة من يستطيعون القراءة والكتابة في العام 2004 بمقدار 22.5% لتصل الى 14.5% يستطيعون القراءة والكتابة، فيما حصل أكثر من نصف هؤلاء الأفراد على تعليم دون الثانوي (54.1%) وارتفعت نسبة من انهوا تعليمهم الثانوي بمقدار 19.7% لتصل الى

16.4% مقارنة مع العام 2000، كما ارتفعت نسبة من حصل من الذكور 10 سنوات فأكثر على دبلوم متوسط فأعلى بمقدار 12.3% لتصل الى 11.8%. فيما بقيت الفجوة في نسبة الأمية بين الذكور كما كانت عليه في العام 2000 ما بين الضفة الغربية وقطاع غزة، بينما انحسرت الفجوة في نسبة الأمية ما بين الحضر والريف من جهة والمخيمات من جهة أخرى.

وتشير البيانات بأن الفجوة آخذة في الاتساع في نسبة الذكور الحاصلين على دبلوم متوسط فأعلى ما بين الضفة الغربية وقطاع غزة عما كانت عليه في العام 2000، حيث كانت النسب 10.4% و 10.7% في الضفة الغربية وقطاع غزة على التوالي مقابل 11.4% و 12.7% للعام 2004، وكذلك الحال فان الفجوة آخذة في الاتساع في نسبة الذكور الحاصلين على دبلوم متوسط فأعلى ما بين الريف والحضر من جهة والحضر والمخيمات من جهة أخرى.

جدول 6.2: التوزيع النسبي للذكور 10 سنوات فأكثر حسب المؤهل العلمي وبعض الخصائص الخلفية، 2004

عدد الأفراد	المجموع	دبلوم متوسط فأعلى	ثانوي	إعدادي	ابتدائي	يستطيع القراءة والكتابة	أمي	الخصائص الخلفية
العمر								
2,195	100	0.0	0.0	3.7	51.8	44.1	0.4	14-10
1,809	100	0.5	13.8	63.2	18.4	2.7	1.4	19-15
1,499	100	9.7	37.5	32.2	14.5	4.5	1.6	24-20
1,265	100	19.9	20.3	35.7	18.7	4.5	0.9	29-25
1,059	100	18.9	24.1	30.0	19.8	5.2	2.0	34-30
888	100	22.5	20.2	28.3	20.9	6.9	1.2	39-35
735	100	25.5	16.2	25.5	22.8	8.1	1.9	44-40
535	100	24.1	12.5	24.4	25.4	12.1	1.5	49-45
384	100	24.7	17.4	19.2	25.2	9.9	3.6	54-50
280	100	21.4	16.1	18.9	21.4	15.8	6.4	59-55
198	100	16.2	12.6	12.6	24.7	20.3	13.6	64-60
438	100	6.6	4.8	5.0	14.8	29.4	39.4	+65
نوع التجمع								
6,304	100	11.5	16.4	27.4	26.8	14.7	3.2	حضر
3,218	100	10.8	14.8	31.9	25.5	13.8	3.2	ريف
1,762	100	14.6	19.0	26.3	22.3	15.0	2.8	مخيم
المنطقة								
11,284	100	11.8	16.4	28.5	25.6	14.5	3.2	الأراضي الفلسطينية
7,284	100	11.4	15.4	30.8	26.2	13.3	2.9	الضفة الغربية
4,000	100	12.7	18.2	24.4	24.5	16.6	3.6	قطاع غزة

3.4.2 التحصيل العلمي للإناث:

الجدول (7.2) يوضح المستوى التعليمي للإناث 10 سنوات فأكثر. فنجد أن انخفاضاً ملموساً قد طرأ على نسبة الإناث الأميات مقارنة مع العام 2000 بمقدار 28.7% حيث بلغت نسبة النساء الأميات 9.4%، و 14.5% يستطعن القراءة والكتابة. ويتضح كذلك أن نسبة النساء اللواتي حصلن على تعليم دون الثانوي قد تجاوزت النصف بقليل في حين كان

نصف النساء قد حصلن على تعليم دون الثانوي في العام 2000، وأن 24.4% من النساء حصلن على تعليم ثانوي فأعلى. ويتضح من الجدول ان نسبة النساء غير المتعلّقات ترتفع في الريف وفي الضفة الغربية، بينما انعكست ظاهرة التعليم العالي بين النساء مقارنة مع الذكور في نسبة الحصول على دبلوم متوسط فأعلى ما بين الضفة الغربية وقطاع غزة، في حين كانت الفجوة لصالح الذكور في قطاع غزة بينما انعكست لصالح الاناث في الضفة الغربية على حساب النساء الغزاويات. 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 ابتدائي فأعلى في الفئة العمرية 15-19 سنة 97.0%، مقارنة بـ 68.0% بين النساء في الفئة العمرية 50-54 سنة.

جدول 7.2: التوزيع النسبي للإناث 10 سنوات فأكثر حسب المؤهل العلمي وبعض الخصائص الخلفية، 2004

عدد الأفراد	المجموع	دبلوم متوسط فأعلى	ثانوي	إعدادي	ابتدائي	يستطيع القراءة والكتابة	أمية	الخصائص الخلفية
العمر								
7,212	100	0.0	0.0	4.0	51.7	43.5	0.8	14-10
1,743	100	0.2	16.5	66.0	14.3	2.1	0.9	19-15
1,441	100	13.4	39.6	30.1	12.2	4.0	0.7	24-20
1,219	100	22.3	20.3	34.0	16.5	5.3	1.6	29-25
1,019	100	16.1	20.5	30.9	23.9	7.3	1.3	34-30
844	100	14.6	17.7	30.9	21.1	10.5	5.2	39-35
683	100	12.2	16.4	24.7	26.4	13.2	7.1	44-40
501	100	11.1	13.6	20.2	26.3	16.8	12.0	49-45
365	100	9.6	12.6	19.2	26.6	12.0	20.0	54-50
296	100	5.0	7.8	9.1	19.3	17.2	41.6	59-55
243	100	2.9	2.5	4.9	11.5	12.8	65.4	64-60
568	100	1.1	1.2	1.2	6.5	9.9	80.1	+65
نوع التجمع								
6,192	100	9.4	17.3	27.0	23.8	14.2	8.3	حضر
3,103	100	7.1	11.7	28.7	26.1	14.2	12.2	ريف
1,754	100	9.3	16.8	27.4	22.6	15.8	8.1	مخيم
المنطقة								
11,049	100	8.8	15.6	27.5	24.2	14.5	9.4	الأراضي الفلسطينية
7,122	100	9.3	13.5	28.3	25.4	13.5	10.0	الضفة الغربية
3,927	100	7.4	19.4	26.1	22.2	16.4	8.5	قطاع غزة

تظهر النتائج وجود فجوة كبيرة في المستوى التعليمي بين الذكور والإناث، فكما هو واضح فان 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 نسبة الأفراد 6 سنوات فأكثر الملتحقون بالتعليم قد زادت بمقدار 7.4% مقارنة مع العام 2000 ولم تكن هناك فروق في مقدار الزيادة ما بين الذكور والإناث، ومن الواضح أن معدل الالتحاق في قطاع غزة بقي أعلى منه في الضفة الغربية بالمقارنة مع العام 2000.

بقي التباين في الالتحاق بالتعليم بين الجنسين لصالح الذكور للأفراد 18 سنة فأكثر مقارنة مع العام 2000، حيث تبلغ معدلات التحاق الذكور 12.8% والإناث 10.7%، ويلاحظ هذا التباين في قطاع غزة أكثر مما هو عليه في الضفة الغربية.

جدول 8.2: معدلات الالتحاق بالتعليم حسب العمر والجنس والمنطقة، 2004

معدل الالتحاق للعام 2000	المجموع	العمر				المنطقة والجنس
		+18	17-15	14-12	11-6	
41.5	44.6	11.7	84.2	96.4	96.0	الأراضي الفلسطينية
42.3	45.1	12.8	81.8	96.2	96.2	ذكور
40.6	44.0	10.7	86.6	96.7	95.8	إناث
39.4	42.5	10.8	83.9	96.3	95.9	الضفة الغربية
39.8	42.6	11.1	79.8	96.1	96.0	ذكور
39.0	42.4	10.5	88.1	96.6	95.9	إناث
45.2	48.3	13.6	84.7	96.5	96.1	قطاع غزة
47.0	49.6	15.9	85.2	96.4	96.6	ذكور
43.3	49.6	11.2	84.2	96.7	95.6	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 الديمغرافي 2004 توجيه مجموعة من الأسئلة 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:

كما هو مبين في الجدول (9.2) ارتفعت نسبة الأسر الفلسطينية التي تعيش في مساكن استخدم فيها الرخام/السيراميك/البلاط في بناء أرضيتها من 82.0% في العام 2000 إلى 88.0% في العام 2004، وبقي اتجاه النسب كما كان عليه في العام 2000 حيث ترتفع هذه النسبة في الحضر والمخيمات عنها في الريف.

وقد انخفضت نسبة الأسر التي تعيش في مساكن أرضيتها من الإسمنت إلى 11.0% مقارنة بالعام 2000 حيث بلغت في حينه 17.4%، وكما هو موضح في الجدول (9.2) فإن نسبة الأسر التي تعيش في مساكن أرضيتها من الإسمنت، هي ضعفها في الريف مقارنة مع الحضر. بينما تعيش 1.0% من الأسر في الأراضي الفلسطينية في مساكن أرضيتها من التراب/الرمال أو الألواح الخشبية ومواد أخرى.

2.6.2 عدد الغرف:

يوضح الجدول (9.2) أن انخفاضاً نسبياً قد حصل في معدلات الازدحام في المسكن بمقدار 7.0% مقارنة ما بين العامين 2000 و 2004 ليبلغ 1.86 فرد في الغرفة. وقد طال هذا الانخفاض بنفس المقدار تقريباً كافة الأراضي الفلسطينية بمناطقها وأنواع تجمعاتها. فيما بقيت أسر المخيمات هي الأكثر ازدحاماً مما هو عليه في الريف والحضر، إذ بلغ معدل الازدحام في المخيمات 2.03 فرداً لكل غرفة، وهو أعلى من المعدل الإجمالي على مستوى الأراضي الفلسطينية. وقد كان الجزء الأكبر من الانخفاض في معدل الازدحام بين الأسر التي تسكن في مسكن مؤلف من غرفة واحدة حيث كانت في العام 2000 حوالي 7.3% فيما انخفضت في العام 2004 لتصل إلى 5.5%. فيما لم يطرأ تغيير يذكر على نسبة الاسر التي تعيش في مسكن مكون من 5 غرف فأكثر مقارنة ما بين العام 2000 والعام 2004.

3.6.2 مصادر مياه الشرب:

حصل تدهور كبير على نسبة المساكن الفلسطينية التي لديها مصدر مياه شرب آمن مقارنة ما بين العام 2000 والعام 2004، فقد انخفضت هذه النسبة إلى 80.6% في حين كانت حوالي 96.2% في العام 2000، حيث انخفضت نسبة الأسر التي لديها مصدر مياه آمن للشرب في قطاع غزة إلى 60.1% مقارنة عما كانت عليه في العام 2000 حيث بلغت 98.6%. وقد نتج هذا التدهور في نسبة المساكن التي لديها مصدر مياه شرب آمن من اعتماد الغزويين على تنكات المياه كمصدر رئيسي لمياه الشرب نتيجة ارتفاع الملوحة للمياه في قطاع غزة بسبب سحب قوات الاحتلال للمياه الجوفية الصالحة للشرب من آبار قطاع غزة، لري المزروعات في إسرائيل والمستوطنات.

وكما هو واضح فإن ثلثي الأسر تستخدم مياهاً تصلها من خلال الشبكة العامة الموصولة بالمنزل، وأن أقل من خمس الأسر بقليل (16.2%) تستخدم مياهاً تصلها من شراء تنكات مياه. فيما تعتمد 9.0% 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 والجداول ومصادر أخرى).

4.6.2 الصرف الصحي:

تشير النتائج إلى أن 99.6% من الأسر لديها مرحاض، وأن الأسر تتوزع بمقدار الثلث تقريباً التي يتوفر لديها مرحاض إفرنجي، وثلث آخر يتوفر لديها مرحاض تقليدي، والثلث الأخير من الأسر يتوفر لديها كلاهما. وكما هو موضح في الجدول (9.2) فإن نصف الأسر تشترك في شبكة مجارٍ عامة، وقد حصل ارتفاع على هذه النسبة بمقدار 16.0% مقارنة ما بين العام 2000 والعام 2004، ويظهر الجدول تفاوتاً واضحاً حسب نوع التجمع، حيث ترتفع نسبة الأسر التي تشترك في شبكة مجارٍ عامة 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 86.7% من أسر الريف على الحفر الامتصاصية كوسيلة للصرف الصحي. هذا وبقي اتجاه النسب كما كان عليه الحال في العام 2000 عند مقارنته على مستوى نوع التجمع.

جدول 9.2: التوزيع النسبي للأسر حسب خصائص المسكن والمنطقة ونوع التجمع، 2004

نوع التجمع			المنطقة			خصائص المسكن
مخيم	ريف	حضر	الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
نوع المسكن						
0.7	1.3	1.1	1.1	0.6	1.4	فيلا
54.0	78.5	50.5	59.0	44.6	66.3	دار
41.3	16.8	46.5	37.3	52.0	29.8	شقة
2.8	2.6	1.5	2.0	1.9	2.1	غرفة مستقلة
1.2	0.8	0.4	0.6	0.9	0.4	أخرى
أرضية المسكن						
78.2	69.0	78.5	75.7	79.1	74.1	بلاط
11.3	13.8	11.8	12.3	8.5	14.2	رخام/سراميك
10.4	15.5	8.8	11.0	12.0	10.4	صيه إسمنتية
0.1	1.7	0.9	1.0	0.4	1.3	أخرى
عدد الغرف في المسكن						
6.0	7.6	4.4	5.5	5.3	5.6	1
16.3	16.3	16.8	16.6	16.2	16.8	2
30.3	29.1	31.6	30.8	29.6	31.4	3
29.9	27.9	28.2	28.3	30.0	27.5	4
17.5	19.1	19.0	18.8	18.9	18.7	+5
2.03	1.89	1.80	1.86	1.98	1.79	معدل الإزدحام في المسكن 2004
مصدر مياه الشرب						
71.2	64.6	77.7	72.9	58.2	80.4	شبكة مياه عامة
22.1	13.0	16.2	16.2	36.0	6.2	شراء تكتات مياه
0.4	17.0	4.9	7.7	1.9	10.6	بئر منزلي
0.3	3.0	0.7	1.3	0.1	1.9	عين أو نبع
6.0	2.4	0.5	1.9	3.8	0.9	مصدر آخر
71.6	81.6	82.6	80.6	60.1	91.0	مصدر مياه شرب آمن *
الصرف الصحي						
80.1	12.1	63.0	50.9	71.6	40.5	شبكة مجار عامة
19.5	86.7	36.3	48.3	27.9	58.6	حفرة امتصاصية
0.4	1.2	0.7	0.8	0.5	0.9	طرق أخرى
نوع المراض						
25.7	23.5	38.7	32.5	26.8	35.4	مراض إفرنجي
42.6	46.4	27.5	35.1	37.2	34.0	مراض عربي
31.6	29.3	33.5	32.0	35.9	30.1	كلاهما
0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	أخرى
0.1	0.8	0.3	0.4	0.1	0.5	لا يوجد

* تشمل: شبكة مياه عامة وبئر منزلي.

7.2 الخصائص الخلفية للسيدات المؤهلات اللواتي تمت مقابلاتهن:

يبين الجدول (10.2) توزيع السيدات 15-54 سنة، اللواتي تمت مقابلاتهن حسب خصائص خلفية مختارة تشمل العمر، والمنطقة، والتعليم، ونوع التجمع، والحالة الزوجية.

بالنظر إلى توزيع السيدات حسب العمر، نجد أن أكثر 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 حوال ثلثي السيدات متزوجات حالياً، وتتقارب نسبة الأرمال والمطلقات والتي بلغت 1.5% و 1.2% على التوالي، فيما بلغت نسبة النساء المنفصلات حوالي 0.3%.

جدول 10.2: التوزيع النسبي للنساء المؤهلات (15-54) سنة اللواتي تمت مقابلاتهن حسب بعض الخصائص الخلفية، 2004

النسبة	الخصائص الخلفية
	المنطقة
64.9	الضفة الغربية
35.1	قطاع غزة
	نوع التجمع
56.4	حضر
27.7	ريف
15.9	مخيم
	العمر
22.3	19-15
18.4	24-20
15.6	29-25
13.1	34-30
10.8	39-35
8.7	44-40
6.4	49-45
4.7	54-50
	الحالة الزوجية
33.0	لم تتزوج أبداً
2.2	عقد لأول مرة ولم يتم الدخول
61.8	متزوجة حالياً
1.2	مطلقة
1.5	أرملة
0.3	منفصلة

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 تلاشت الأمية نهائياً بين النساء في العمر 15-19 سنة، مقابل 21.6% 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 قد بلغت 10.4% مقارنة مع 8.1% للنساء في الفئة العمرية 40-44 سنة.

جدول 11.2: التوزيع النسبي للنساء المؤهلات (15-54) سنة اللواتي تمت مقابلتهم حسب الحالة التعليمية وبعض الخصائص الخلفية، 2004

عدد النساء	المجموع	دبلوم متوسط فأعلى	ثانوي	إعدادي	ابتدائي	تستطيع القراءة والكتابة	أمي	الخصائص الخلفية
العمر								
189	100	1.6	8.5	60.8	24.9	4.2	0.0	19-15
1,539	100	3.9	26.6	42.4	20.4	6.2	0.5	24-20
3,006	100	10.6	18.8	42.2	20.4	7.1	0.9	29-25
3,937	100	10.4	20.1	34.1	26.4	8.0	1.0	34-30
4,248	100	10.8	16.4	33.3	23.3	11.2	5.0	39-35
4,011	100	8.1	15.4	26.3	29.2	14.7	6.3	44-40
2,453	100	7.8	12.8	18.8	26.0	13.0	21.6	49-45
3,068	100	6.8	12.2	19.5	29.2	18.3	14.0	54-50
نوع التجمع								
12,571	100	8.3	18.1	30.8	25.6	10.8	6.4	حضر
6,143	100	7.1	11.6	29.7	26.3	15.1	10.2	ريف
3,737	100	13.1	21.3	32.2	23.3	7.8	2.3	مخيم
المنطقة								
22,451	100	8.8	16.9	30.7	25.4	11.5	6.7	الأراضي الفلسطينية
13,472	100	8.7	12.4	30.7	26.7	13.2	8.3	الضفة الغربية
8,979	100	8.9	23.6	30.8	23.5	8.9	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. هذا وبقي اتجاه النسب كما كان عليه الحال في العام 2000.

8.2 الأطفال المؤهلون للمقابلة 0-17 سنة في العينة:

تم خلال المسح الصحي الديمغرافي 2004 تخصيص استمارة للأطفال من 0-17 سنة، وتم السؤال فيها عن تعليم الأطفال 5-17 سنة، وعن حالة تسجيل المواليد والتطعيمات والأمراض التي تصيب الأطفال وحالتهم التغذوية لمن هم دون سن الخامسة.

1.8.2 الخصائص الخلفية للأطفال دون الخامسة:

الجدول (12.2) 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 (51.0% و 49.0% على التوالي) وتتفق هذه النتائج مع مثيلاتها في الدول النامية، إذ أن نسبة

الجنس عند الولادة تزيد لصالح الذكور، كما أن هناك اختلافات بسيطة بين معدلات وفيات الرضع والأطفال حسب الجنس، ولكن هذه الاختلافات 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 ما يزيد عن ثلث الأطفال في قطاع غزة.

جدول 12.2: التوزيع النسبي للأطفال دون سن الخامسة حسب بعض الخصائص الخلفية، 2004

النسبة	الخصائص الخلفية
	الجنس
51.0	ذكور
49.0	إناث
	المنطقة
60.0	الضفة الغربية
40.0	قطاع غزة
	نوع التجمع
54.6	حضر
28.6	ريف
16.8	مخيم
	العمر بالأشهر
11.5	أقل من 6
10.8	11-6
19.3	23-12
19.0	35-24
20.9	47-36
18.5	59-48
	حالة اللجوء
41.4	لاجئ مسجل
2.0	لاجئ غير مسجل
56.6	ليس لاجئ
5,034	عدد الأطفال

وطبقاً للتوزيع العمري للأطفال، نجد أن نسبة الأطفال في الفئة العمرية 12-23 شهراً والفئة العمرية 24-35 شهراً قد بلغت (19.3% و19.0%) على التوالي، هذا وبلغت نسبة الأطفال في الفئة العمرية 6-11 شهراً 10.8%. بلغ عدد الأطفال دون الخامسة (المؤهلين) في عينة المسح 5,034 طفلاً.

2.8.2 الخصائص الخلفية للأطفال 5-17 سنة:

يعرض الجدول (13.2) 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 43.8%. وتتقارب أيضاً نسبة الذكور والإناث

في هذه الفئة، فيما يوزعون بالتساوي تقريباً حسب مكان الإقامة في كل من الحضر والريف والمخيم. وتبلغ نسبة الأطفال في الفئة العمرية 10-12 سنة 23.1% وفي الفئة العمرية 13-14 سنة 14.3% وفي الفئة العمرية 15-17 سنة 18.7%.

جدول 13.2: التوزيع النسبي للأطفال (5-17) سنة حسب بعض الخصائص الخلفية، 2004

عدد الأطفال	المجموع	العمر				الخصائص الخلفية
		17-15	14-13	12-10	9-5	
الجنس						
5,864	100	18.5	14.7	22.8	44.0	ذكور
5,691	100	19.0	13.9	23.5	43.6	إناث
المنطقة						
7,078	100	18.6	14.3	23.0	44.1	الضفة الغربية
4,477	100	18.8	14.3	23.3	43.6	قطاع غزة
نوع التجمع						
6,335	100	18.4	14.5	23.0	44.1	حضر
3,315	100	19.0	14.4	23.1	43.5	ريف
1,905	100	19.2	13.5	23.5	43.8	مخيم
11,555	100	18.7	14.3	23.1	43.9	المجموع

الملخص التنفيذي:

- يشكل الأفراد دون سن الخامسة عشرة ما نسبته 45.6% من مجمل سكان الأراضي الفلسطينية، بينما يشكل الأفراد المسنون 65 عاماً فأكثر ما نسبته 3.4% من مجمل سكان الأراضي الفلسطينية، وقد طرأ انخفاض بسيط على نسبة الأطفال دون سن الخامسة.
- ثلثا الأسر تقيم في الضفة الغربية، فيما يقيم الثلث المتبقي في قطاع غزة.
- ما زالت الأسر الفلسطينية تمتاز بكبر حجمها، حيث أن 15.7% من الأسر يزيد عدد أفرادها عن 8 أفراد، في حين كانت هذه النسبة 20.1% في العام 2000.
- 8.9% من الأسر ترأسها امرأة، وترتفع هذه النسبة في الضفة الغربية وفي الريف والحضر. هذا ولم تتغير هذه النسبة مقارنة مع العام 2000.
- ارتفعت نسبة الأسر النووية إلى 83.0% من مجموع الأسر في الأراضي الفلسطينية فيما بلغت هذه النسبة حوالي 77.5% للعام 2000، فيما تشكل الأسر الممتدة 12.6%، والأسر المركبة 0.1% والأسر التي تتكون من شخص واحد 4.3%.
- 92.4% من الأفراد 15 سنة فأكثر في الأراضي الفلسطينية غير أميين، فيما كانت نسبة غير الأميين 89.2% في العام 2000، وقد انحسرت الفجوة ما بين الذكور والإناث (96.8% مقابل 90.6% على التوالي).
- ترتفع نسبة الأمية بين الذكور والإناث بارتفاع العمر.

- 44.6% من الأفراد 6 سنوات فأكثر ملتحقون بالتعليم في الأراضي الفلسطينية، بواقع 45.1% للذكور و44.0% للإناث. وترتفع معدلات الالتحاق في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية.
- انخفض معدل الازدحام في المسكن ليبلغ 1.86 فرد لكل غرفة في الأراضي الفلسطينية بينما كان فردان لكل غرفة في العام 2000، وما زالت اسر المخيمات تعاني ازدحاماً أكثر مما هو عليه في الريف والحضر (2.03، 1.89، و1.803) فرد لكل غرفة على التوالي.
- تدهور كبير على نسبة المساكن الفلسطينية التي لديها مصدر مياه شرب آمن مقارنة بالعام 2000، فقد انخفضت هذه النسبة إلى 80.6% في حين كانت حوالي 96.2% في العام 2000، وقد انخفضت نسبة الأسر التي لديها مصدر مياه آمن للشرب في قطاع غزة إلى 60.1% مقارنة عما كانت عليه في العام 2000 حيث بلغت 98.6% .
- 99.5% من الأسر لديها مرحاض، فيما تشترك نصف الأسر في شبكة مجارٍ عامة.
- ترتفع نسبة الأطفال الذكور دون الخامسة قليلاً عن نسبة الإناث في نفس العمر (51.0% مقابل 49.0% على التوالي)، وتتفق هذه النتائج مع مثيلاتها في الدول النامية، حيث أن نسبة الجنس تبلغ (103.6) ذكراً لكل 100 أنثى في هذه الفئة.

الفصل الثالث

الخصوبة

1.3 مقدمة:

يتناول هذا الفصل عرضاً لمؤشرات الخصوبة وتشمل مستويات وانماط واتجاهات الخصوبة والعمر الذي تبدأ عنده المرأة الإنجاب. ويعتبر توفر هذه المعلومات ضرورياً لمتابعة تطور اثر البرامج والسياسات الصحية والسكانية في الأراضي الفلسطينية ومدى الحاجة لوضع سياسات بديلة. في هذا الفصل سيتم دراسة التغيرات التي طرأت على الخصوبة خلال السنوات السابقة. كما سيتم إجراء تحليل للعوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بالخصوبة وتبايناتها بين منطقة وأخرى. وكذلك بحث مواضيع إضافية يعتقد بانها تساهم في تحديد مستويات واتجاهات الخصوبة، كفترات المباحة بين المواليد، والعمر عند ولادة المولود الأول، والحالة الزوجية، والخصوبة في سن المراهقة.

يهدف هذا الفصل إلى دراسة وضع ومستويات الخصوبة في الأراضي الفلسطينية وذلك من خلال بيانات المسح الصحي الديمغرافي الذي نفذ عام 2004، ومقارنتها مع المسح الصحي لعام 2000. ويعتمد حساب معدلات الخصوبة في هذا الفصل على سجلات وتواريخ المواليد المبلغ عنها للنساء اللواتي تمت مقابلتهن في الفئة العمرية 15 - 54 سنة ممن سبق لهن الزواج. إلا أن تقديرات الخصوبة تمثل جميع النساء في سن الزواج بصرف النظر عن الحالة الزوجية. 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 وافتهم 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 توائم، وما إذا كان الطفل يعيش مع الأسرة أم في مكان آخر. أما فيما يتعلق بالأطفال المتوفين، فيتم تسجيل العمر عند الوفاة. وكمؤشر 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 تضيف الثقة على جودة البيانات الأساسية المستخدمة في تقدير مقاييس الخصوبة.

2.3 مستويات وتباينات الخصوبة الحالية:

تمكن البيانات من تقدير معدلات الخصوبة الكلية ومعدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر للسنة السابقة للمسح، ويعتبر حساب هذه المعدلات مفيداً لفهم الانماط العمرية للإنجاب فضلاً عن مستوياتها الكلية وتبايناتها. وتحسب المعدلات لجميع النساء باستخدام التركيب العمري من واقع استمارة الأسرة وخصائص الأفراد على أساس ان النساء اللاتي لم يسبق لهن الزواج ليس لديهن اطفال.

يظهر الجدول (1.3) معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر (لكل ألف امرأة) ومعدلات الخصوبة الكلية للسنة التي سبقت إجراء المسح الصحي الديمغرافي - 2004، 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 4.6 طفل طوال حياتها الإنجابية، وقد تم حساب هذا المؤشر وفق الطرق المباشرة، حيث سمحت طبيعة البيانات

المستوفرة من المسح استخدام تلك الطريقة نظرا لدقتها مقارنة بالطرق غير المباشرة كما انها اصبحت تستخدم حاليا في معظم البلدان التي تنفذ المسوحات حول صحة الأم والطفل، وبلغ معدل الخصوبة حسب العمر أعلى مستوياته في الفئة العمرية 20-24 والفئة العمرية 25-29 سنة كما يبدو واضحا.

جدول 1.3: معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية (لكل ألف امرأة) والكلية حسب المنطقة، 2003

قطاع غزة	الضفة الغربية	الأراضي الفلسطينية	الفئة العمرية
76.4	65.2	69.4	19-15
293.3	203.4	236.0	24-20
297.2	193.8	230.2	29-25
240.4	189.5	205.9	34-30
137.5	120.7	126.2	39-35
99.6	36.9	56.5	44-40
3.8	0.0	1.2	49-45
5.8	4.1	4.6	معدل الخصوبة الكلية

وبمقارنة مستويات الخصوبة السائدة في الدول المجاورة التي تتوفر بيانات حولها من المسوح الصحية والديموغرافية، يلاحظ أن معدلات الخصوبة الكلية في الأراضي الفلسطينية مرتفعة إلى حد ما؛ حيث أن غالبية الدول الأخرى تتمتع بمستويات خصوبة أقل، إذ بلغت في الأردن 3.7 مولود، ومصر 3.5 مولود، وتونس 2.1 مولود، والمغرب 2.7 مولود، ولبنان 2.4 مولود، سوريا 3.8 مولود. إلا أن اليمن هي الوحيدة من بين هذه الدول التي تتمتع بمعدلات خصوبة عالية إذ بلغ معدل الخصوبة الكلي فيها حوالي 7.0 مولود¹.

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 إذ لا يتجاوز العمر الوسيط عند الزواج الأول 19 سنة في حين بلغ العمر الوسيط عند الحمل الأول للسيدات 20 سنة، بالإضافة إلى الرغبة في بناء عائلات كبيرة، وتدني مشاركة المرأة في القوى العاملة، وأهمية العنصر الديموغرافي في الصراع الفلسطيني - الإسرائيلي.

وقد اكدت النتائج وجود فروقات جوهرية في معدلات الخصوبة الكلية في الأراضي الفلسطينية على مستوى المنطقة إذ بلغت 4.1 في الضفة الغربية مقابل 5.8 مولود لكل امرأة في قطاع غزة. من ناحية أخرى، يظهر الجدول (1.3) معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر (لكل ألف امرأة) في السنة التي سبقت تنفيذ المسح الديمغرافي الصحي للعام 2004 حسب المنطقة، كما ويتضح من هذا الجدول أن معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر في قطاع غزة تفوق مثيلاتها في الضفة الغربية للنساء في مختلف الفئات العمرية الخمسية. ومن الجدير ذكره أن الاختلافات بين الضفة الغربية وقطاع غزة تزداد بين الفئات العمرية 20 - 24 سنة و25 - 29 سنة وهي الفئات الأكثر انجابا في كلا المنطقتين. وقد يكون الاختلاف عائداً إلى إختلاف الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية في الضفة الغربية وقطاع غزة.

¹ Population Reference Bureau, 2004. World Population Data Sheet.

كما شهدت معدلات الخصوبة الكلية في الأراضي الفلسطينية انخفاضاً من 6.1 في عام 1994 إلى 4.9 في عام 1999 ومن ثم إلى 4.6 في العام 2003. وقد كان الاختلاف في معدلات الخصوبة الكلية متفاوتاً بين منطقة وأخرى خلال الفترة الماضية.

جدول 2.3: معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية (لكل ألف امرأة) والكلية، 1994، 1999، 2003

2003	**1999	*1994	الفئة العمرية
69	88	114	19-15
236	248	294	24-20
230	247	291	29-25
206	206	248	34-30
126	144	177	39-35
57	50	82	44-40
1	4	5	49-45
4.6	4.9	6.1	معدل الخصوبة الكلية

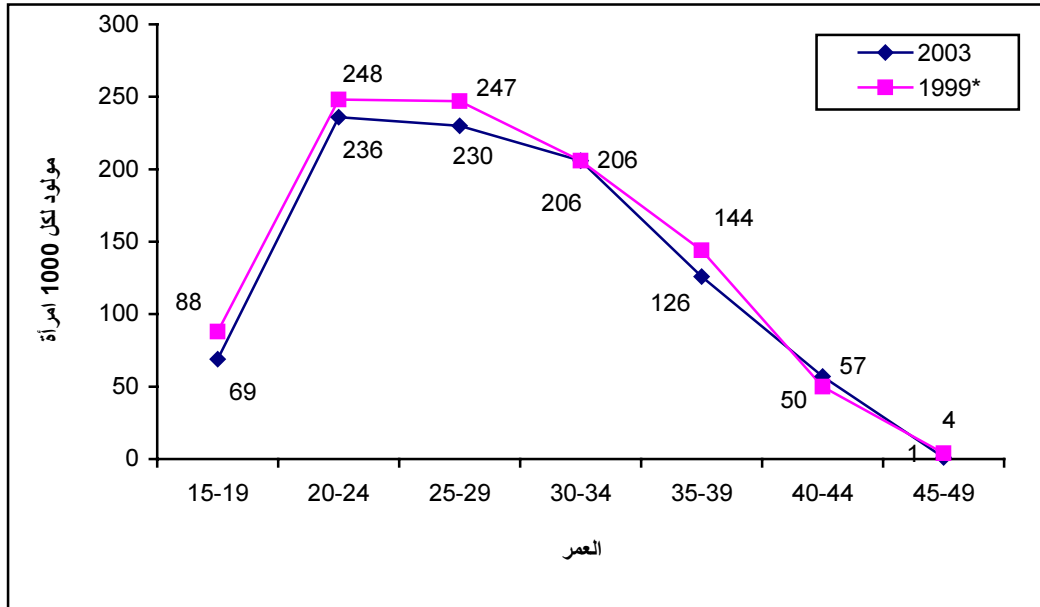
* الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، قاعدة بيانات المسح الديمغرافي 1995. رام الله - فلسطين

** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، قاعدة بيانات المسح الصحي 2000. رام الله - فلسطين

3.3 اتجاهات الخصوبة:

يلقي الشكل (1.3) الضوء على معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر (لكل ألف امرأة) في السنة التي سبقت تنفيذ المسح الصحي الديموغرافي للعام 2004 والمسح الصحي للعام 2000 في الأراضي الفلسطينية. وقد شهدت معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر للنساء في الفئة العمرية 15 - 49 سنة انخفاضا خلال الفترة الممتدة من عام 1999 إلى عام 2003.

شكل 1.3: معدلات الخصوبة التفصيلية حسب العمر للأعوام، 1999، 2003



* الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، قاعدة بيانات المسح الصحي 2000. رام الله - فلسطين

كما يظهر الجدول (3.3) ان معدلات الخصوبة تنخفض في المناطق الحضرية في حين ترتفع بشكل واضح في المخيمات، إذ بلغت 4.5 مولود في الحضر، مقابل 4.7 مولود في الريف وارتفعت لتصل 5.1 مولود في المخيمات، وهذا يبدو منطقياً إذ غالباً ما تكون معدلات الخصوبة منخفضة في الحضر عنها في التجمعات الريفية لاختلاف انماط الحياة ومتطلباتها ففي الريف يكون الطلب اكبر على الأطفال منه في الحضر، كما يرتبط تعليم الام بمستويات الخصوبة إذ تنخفض الخصوبة لدى المتعلمات عن سواهن وهذا ما تشير اليه بيانات المسح الصحي الديمغرافي 2004 فقد بلغ معدل الخصوبة الكلية لمن يحملن مؤهلاً علمياً دون الثانوية العامة 4.8 مولود في حين بلغ لحملة الثانوية 4.5 مولود، وللواتي حصلن على مؤهل علمي اعلى من الثانوية 4.6 مولود.

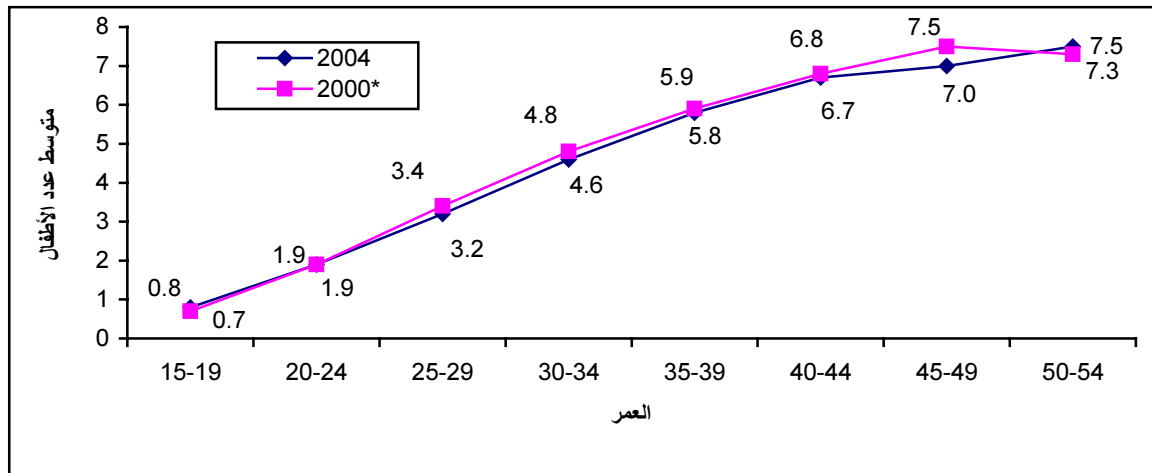
جدول 3.3: معدلات الخصوبة الكلية للعام 2003 حسب بعض الخصائص الخلفية

معدلات الخصوبة الكلية	الخصائص الخلفية
	نوع التجمع
4.5	حضر
4.7	ريف
5.1	مخيم
	المؤهل العلمي
4.8	أقل من ثانوي
4.5	ثانوي
4.6	أعلى من ثانوي

4.3 الخصوبة التراكمية:

يقصد بالخصوبة التراكمية متوسط عدد المواليد أحياء الذين أنجبتهن المرأة حتى تاريخ المسح، وبالتالي فهي لا تمثل كامل الخصوبة للنساء طوال فترة حياتهن الإنجابية، خاصة للنساء في الأعمار المبكرة واللاتي لا زال امامهن متسع من الوقت للإنجاب. وعليه يعتبر متوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم للمرأة مؤشراً للخصوبة التراكمية ويعكس خصوبة النساء الأكبر سناً ممن يشرفن على نهاية الفترة الإنجابية.

شكل 2.3: متوسط عدد المواليد أحياء الذين ولدوا للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب الفئة العمرية (2004، 2000)



* المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. قاعدة بيانات المسح الصحي 2000. رام الله - فلسطين

يظهر الشكل (2.3) متوسط عدد الأطفال الذين سبق للمرأة انجابهم في الأراضي الفلسطينية حسب العمر للسنوات 2000 و2004. ويلاحظ ثبات متوسط عدد الأطفال الذين سبق للمرأة انجابهم خلال تلك السنوات مع العلم ان متوسط عدد الاطفال قد انخفض من 4.76 عام 1995 إلى 4.5 لعام 2000 و2004.

يعرض الجدول (4.3) التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج والنساء المتزوجات حالياً حسب عدد الأطفال الذين سبق للمرأة انجابهم، ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم، ومتوسط عدد الباقيين على قيد الحياة منهم. ومن الجدير بالذكر أنه يوجد لدى 28.5% من النساء اللواتي سبق لهن الزواج من جميع الفئات العمرية طفلان أو أقل، بالمقابل بلغت نسبة النساء اللواتي سبق الزواج ولديهن 10 ابناء فاكثراً 7.3%. وبالمعدل، فإن متوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم للنساء اللواتي سبق لهن الزواج هو 4.5 مولود، ومتوسط عدد الباقيين على قيد الحياة منهم هو 4.3 مولود كما يبدو واضحاً ان نسبة النساء اللاتي لم ينجبن بعد 8.1% ومعظمهن صغيرات السن اللواتي لا يتجاوز اعمارهن 25 سنة من العمر، وبالتركيز على النساء اللواتي اكتمل انجابهن اي اللواتي في الفئة العمرية 50-54 يلاحظ ان حوالي 3.0% لم ينجبن، كما ان حوالي 30% منهن انجبن 10 مواليد فاكثراً وهي نسبة مرتفعة، وقد بلغ متوسط عدد المواليد احياء للنساء في الفئة العمرية 50-54 نحو 7.5 مولود حي، مما يشير بشكل واضح إلى ان مستويات الخصوبة التي كانت سائدة في الماضي غير البعيد هي مستويات مرتفعة جداً.

جدول 4.3: التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج والنساء المتزوجات حالياً حسب عدد الأطفال الذين سبق انجابهم، ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم، ومتوسط عدد الباقيين على قيد الحياة حسب العمر، 2004

متوسط عدد الاطفال الباقيين على قيد الحياة	متوسط عدد الاطفال 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												
0.7	0.8	233	—	—	—	—	—	—	—	—	3.4	16.1	35.6	44.9	19-15
1.8	1.9	851	—	—	—	—	0.2	1.3	7.6	19.7	32.3	24.7	14.2	24-20	
3.1	3.2	918	0.1	0.1	0.4	1.7	4.6	15.0	23.7	21.6	16.5	9.2	7.1	29-25	
4.4	4.6	836	0.7	2.0	4.7	6.7	14.6	22.0	22.3	14.4	6.5	2.7	3.4	34-30	
5.5	5.8	728	5.7	6.6	9.5	14.4	18.2	18.7	11.9	6.5	3.8	1.4	3.3	39-35	
6.3	6.7	655	17.5	10.2	10.6	15.5	14.0	10.4	8.7	5.6	1.6	1.8	4.1	44-40	
6.6	7.0	438	24.6	12.8	10.3	9.2	12.4	7.5	5.5	5.7	4.3	1.8	5.9	49-45	
6.9	7.5	312	30.4	12.6	7.1	10.1	10.7	10.3	4.9	5.6	4.5	0.9	2.9	54-50	
4.3	4.5	4,971	7.3	4.6	5.0	7.0	9.7	12.2	13.2	12.5	11.8	8.6	8.1	المجموع	
النساء المتزوجات حالياً															
0.7	0.8	230	—	—	—	—	—	—	—	—	3.5	16.3	35.6	44.6	19-15
1.8	1.9	841	—	—	—	—	0.2	1.3	7.5	19.9	32.4	24.7	14.0	24-20	
3.2	3.3	892	0.1	0.1	0.4	1.8	4.8	15.4	24.2	22.0	16.4	8.4	6.4	29-25	
4.5	4.6	815	0.7	2.1	4.8	6.6	15.0	22.2	23.0	14.7	6.2	2.1	2.6	34-30	
5.6	5.9	694	5.8	6.7	9.7	15.1	18.8	18.7	12.1	6.2	2.8	1.3	2.8	39-35	
6.5	6.8	626	18.5	10.4	10.4	16.0	14.3	10.4	8.5	5.1	1.6	1.4	3.4	44-40	
6.8	7.2	394	25.8	13.4	10.7	8.9	12.6	7.3	5.3	5.7	3.6	1.2	5.5	49-45	
7.0	7.7	265	31.9	13.1	7.2	9.4	10.5	10.2	5.2	5.3	4.1	0.4	2.7	54-50	
4.3	4.6	4,757	7.3	4.5	4.9	7.0	9.8	12.4	13.5	12.7	11.8	8.4	7.7	المجموع	

كما يتضح من الجدول (4.3) فإن ازدياد 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 - 54 سنة.

يعرض الجدول (5.3) متوسط عدد الأطفال الذين سبق للمرأة انجابهم، ومتوسط عدد الأطفال الذين لا 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 الأطفال الذين لا يزالون على قيد الحياة يرتفع بين نساء قطاع غزة ممن هن في الفئة العمرية 20 - 54 سنة عما هو عليه بين نظيراتهن في الضفة الغربية.

جدول 5.3: متوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم ومتوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم ولا زالوا أحياء للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب المنطقة والعمر، 2004

العمر	الضفة الغربية		قطاع غزة	
	متوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم	متوسط عدد الاطفال الباقين على قيد الحياة	متوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم	متوسط عدد الاطفال الباقين على قيد الحياة
19-15	0.8	0.8	0.9	0.7
24-20	1.8	1.7	2.0	1.9
29-25	3.0	2.9	3.6	3.5
34-30	4.2	4.1	5.2	4.9
39-35	5.3	5.1	6.6	6.3
44-40	6.3	6.0	7.5	7.1
49-45	6.8	6.5	7.4	6.9
54-50	7.1	6.5	8.1	7.5
المجموع	4.3	4.1	4.9	4.7

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 34 شهراً. يحتوي الجدول (6.3) على معلومات حول متوسط فترات 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 20.0 شهراً للنساء في الفئة العمرية 15 - 19 سنة وحوالي 48.3 شهراً للنساء في الفئة العمرية 40 - 44 سنة.

بالإضافة إلى ذلك، تتمتع النساء في الضفة الغربية بمعدلات مباحرة أكبر بين المواليد مقارنةً بالنساء في قطاع غزة (34.7 شهراً مقابل 32.3 شهراً على التوالي). كذلك الأمر، تتمتع النساء القاطنات في المناطق الحضرية والريفية بمعدلات مباحرة أكبر بين المواليد مقارنةً بالنساء القاطنات في المخيمات (33.9 شهراً و34.0 شهراً مقابل 32.5 شهراً على التوالي).

يتضح من مقارنة هذه المعدلات بمعدلات العام 2000 أن زيادة قليلة نسبياً قد طرأت على فترات المباشرة بين المواليد منذ تلك السنة، حيث ازداد متوسط فترة المباشرة بين المواليد في الأراضي الفلسطينية من 33.0 شهراً في عام 2000 إلى 33.7 شهراً في عام 2004. كما تمت ملاحظة ازديادٍ مشابهٍ في فترات المباشرة بين المواليد في الضفة الغربية (34.1 شهراً في عام 2000 إلى 34.7 شهراً في عام 2004) وقطاع غزة (31.2 شهراً في عام 2000 إلى 32.3 شهراً في عام 2004). وتعرف الفترات القصيرة للمباشرة بين المواليد بأنها فترة المباشرة بين المواليد التي تقل عن 18 شهراً. وتحتل عملية قياس مدى وجود نساء يتمتعن بفترات قصيرة للمباشرة بين المواليد أهمية خاصة؛ وذلك لأن الفترات القصيرة للمباشرة بين المواليد تؤثر سلباً على صحة المرأة والطفل.

جدول 6.3: متوسط فترات المباشرة بين المواليد (بالأشهر) في السنوات الخمس التي سبقت إجراء المسح حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000، 2004

2004	*2000	الخصائص الخلفية
العمر		
20.0	18.8	19-15
22.8	22.6	24-20
30.6	28.5	29-25
36.5	34.9	34-30
42.8	41.6	39-35
48.3	48.8	44-40
60.0	46.0	49-45
نوع التجمع		
33.9	33.6	حضر
34.0	33.6	ريف
32.5	30.0	مخيم
المنطقة		
33.7	33.0	الأراضي الفلسطينية
34.7	34.1	الضفة الغربية
32.3	31.2	قطاع غزة

* الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، قاعدة بيانات المسح الصحي 2000. رام الله - فلسطين

يقدم الجدول (7.3) توزيعاً نسبياً للنساء اللواتي يتمتعن بفترات قصيرة للمباشرة بين المواليد حسب العمر الحالي للمرأة والمنطقة.

جدول 7.3: نسبة النساء اللواتي يتمتعن بفترات مباحة قصيرة بين المواليد (أي أقل من 18 شهراً) حسب العمر الحالي للمرأة والمنطقة، 2004

العمر الحالي	الأراضي الفلسطينية	الضفة الغربية	قطاع غزة
19-15	44.1	47.4	40.2
24-20	36.2	36.1	36.4
29-25	28.2	28.4	28.0
34-30	26.0	24.9	27.5
39-35	27.8	26.8	29.3
44-40	28.4	27.8	29.3
49-45	29.3	29.6	28.8
المجموع	28.4	27.8	29.1

بلغت نسبة الولادات التي تمت لنساء انجبن خلال فترة قصيرة (أقل من 18 شهراً) 28.4% من مجمل الولادات في الفئة العمرية 15-49 سنة، مع ملاحظة ان هذه النسبة ترتفع لدى النساء في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية إذ بلغت في قطاع غزة نحو 29.1% مقابل 27.8% لدى النساء في الضفة الغربية.

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 (8.3) التوزيع النسبي للنساء حسب العمر عند ولادة المولود الأول والعمر الحالي. يتضح من الجدول بأن حوالي 40% من النساء في الأراضي الفلسطينية أنجبن مولودهن الأول على عمر 17 سنة أو أقل، بينما أنجب 66.4% من النساء مولودهن الأول قبل بلوغهن سن العشرين من العمر، في حين انجب 7.0% من النساء اللواتي سبق لهن الزواج مولودهن الأول عند العمر 25 سنة فأكثر.

جدول 8.3: التوزيع النسبي للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب العمر عند المولود الأول والعمر الحالي، 2004

العمر عند المولود الأول	العمر الحالي								
	19-15	24-20	29-25	34-30	39-35	44-40	49-45	54-50	المجموع
17 فأقل	78.6	42.3	41.7	37.3	32.5	36.1	43.0	33.6	40.2
18	15.1	18.9	12.7	15.1	11.5	10.3	12.5	17.3	14.1
19	6.3	16.7	12.0	12.8	12.4	11.0	6.6	10.9	12.1
20	—	10.2	7.9	9.0	12.1	9.5	9.2	6.2	8.9
21	—	5.3	7.8	5.5	7.6	6.4	3.6	4.6	5.8
22	—	4.4	5.5	6.7	6.9	6.4	5.4	4.2	5.5
23	—	1.9	5.4	3.7	4.9	4.4	4.4	5.2	4.0
24	—	0.3	2.8	2.7	2.9	3.3	3.6	2.6	2.4
+25	—	—	4.2	7.2	9.2	12.6	11.7	15.4	7.0
عدد النساء	233	851	918	836	728	655	438	312	4,971

لا يوجد تفاوت واضح للعمر الوسيط للنساء عند انجابهن أول مولود في الفئة العمرية 25 – 49 سنة حسب العمر الحالي أو حسب المنطقة أو مكان الإقامة. ويتضح من الجدول بأن العمر الوسيط للنساء في الأراضي الفلسطينية عند انجابهن المولود الأول يبلغ 20 سنة.

جدول 9.3: العمر الوسيط عند إنجاب المولود الأول للنساء في الفئة العمرية (25-49) سنة حسب العمر الحالي وبعض الخصائص الخلفية، 2004

المجموع	العمر الحالي					الخصائص الخلفية
	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	
نوع التجمع						
20	20	20	20	20	20	حضر
20	19	20	21	20	20	ريف
20	21	21	21	20	19	مخيم
المنطقة						
20	20	20	20	20	19	الأراضي الفلسطينية
20	19	20	21	20	20	الضفة الغربية
20	21	21	20	19	19	قطاع غزة

يتضح من المقارنة مع البيانات السابقة للاعوام 1995 و 2000 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 فيما بقي ثابتاً للعام 2004.

7.3 خصوبة المراهقات:

تتعرض الامهات دون سن العشرين ومواليدهن لمخاطر صحية اكبر عادة مقارنة بمن اعمارهن 20 سنة فأكثر. فضلا عن ان الحمل والولادة دون سن العشرين له نتائج اجتماعية سلبية على النساء، لا سيما فيما يتعلق باكمال تعليم الاناث اذ ان اللواتي يحملن او يصبحن امهات في هذا السن المبكر يصبحن اكثر عرضة لعدم اكمال تعليمهن والمشاركة في سوق العمل للمرأة وبالتالي ينعكس ذلك سلباً على الظروف الاجتماعية والاقتصادية للنساء. يلقي الجدول (10.3) الضوء على نسبة النساء في الفئة العمرية 15 - 19 سنة ممن أصبحن أمهات أو حوامل لأول مرة حسب سنوات العمر المفردة والمنطقة من خلال بيانات المسح الصحي 2000. 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، اكثر من ربع النساء الفلسطينيات في سن 19 سنة أصبحن أمهات.

جدول 10.3: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-19) سنة أمهات أو حوامل بالمولود الأول حسب سنوات العمر المفردة والمنطقة، 2000

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

يبين الجدول (11.3) نسبة النساء في الفئة العمرية 15 – 19 سنة ممن أصبحن أمهات أو حوامل لأول مرة حسب سنوات العمر المفردة والمنطقة في عام 2004. ومن الملاحظ أن انخفاضاً قد طرأ على نسبة حمل المراهقات لأول مرة من 4.4% عام 2000 إلى 2.7% عام 2004، والأمهات من 8.6% إلى 7.2% لنفس الفترة على التوالي. ويتضح أن نسبة الانخفاض في حمل المراهقات لأول مرة يمكن ملاحظته في سن 15 سنة، و17 سنة، و18 سنة. من ناحية أخرى، نجد أن هناك انخفاضاً في نسبة الأمومة بين المراهقات في العمر 17 وحتى 19 سنة.

جدول 11.3: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-19) سنة أمهات أو حوامل بالمولود الأول حسب سنوات العمر المفردة والمنطقة، 2004

العمر بالسنوات المفردة	الأراضي الفلسطينية		الضفة الغربية		قطاع غزة	
	حوامل بالمولود الأول	أمهات	حوامل بالمولود الأول	أمهات	حوامل بالمولود الأول	أمهات
15	0.7	0.4	0.5	0.0	1.1	1.2
16	2.2	0.8	1.0	0.5	3.8	1.1
17	2.8	4.4	2.7	2.8	3.0	6.8
18	3.0	13.6	2.6	12.9	3.8	15.0
19	5.1	18.8	4.7	18.5	5.8	19.4
المجموع	2.7	7.2	2.2	6.9	3.4	7.7

يبين الجدول (12.3) نسبة النساء في الفئة العمرية 15 – 19 سنة أمهات أو حوامل لأول مرة حسب سنوات العمر المفردة ونوع التجمع السكاني. وتقل نسبة الأمهات في هذه الفئة في المخيمات والحضر مقارنة بالنساء المقيمت في مناطق الريف (7.1% و 7.0% مقابل 7.7% على التوالي).

جدول 12.3: نسبة النساء في الفئة العمرية (15-19) سنة أمهات أو حوامل بالمولود الأول حسب سنوات العمر المفردة ونوع التجمع، 2004

العمر بالسنوات المفردة	حضر		ريف		مخيم	
	حوامل بالمولود الأول	أمهات	حوامل بالمولود الأول	أمهات	حوامل بالمولود الأول	أمهات
15	0.4	0.4	1.0	0.0	1.1	1.2
16	2.1	1.0	1.9	0.8	2.9	0.0
17	3.8	5.3	2.6	2.4	0.0	4.6
18	2.3	12.6	4.1	17.0	3.8	10.7
19	4.1	16.4	7.6	20.4	3.9	24.8
المجموع	2.5	7.0	3.3	7.7	2.2	7.1

8.3 الحالة الزوجية:

مما لا شك فيه أن لظاهرة الزواج أبعادها الاجتماعية والاقتصادية والديمقراطية. وتوفر بيانات الحالة الزوجية الحالية للإناث 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 13.3: التوزيع النسبي للنساء (15-49) سنة حسب العمر والحالة الزوجية الحالية والمنطقة، 2004

المجموع	الحالة الزوجية					العمر والمنطقة
	منفصل	أرملة	مطاقة	متزوجة	عزباء	
الأراضي الفلسطينية						
100	0.0	0.1	0.2	13.2	86.5	19-15
100	0.0	0.2	0.7	57.8	41.3	24-20
100	0.1	0.7	1.6	75.4	22.2	29-25
100	0.3	0.4	2.0	83.5	13.8	34-30
100	0.6	1.4	2.1	84.2	11.7	39-35
100	0.5	2.1	1.6	86.8	9.0	44-40
100	1.0	6.6	1.9	82.6	7.9	49-45
100	0.2	1.0	1.2	61.1	36.5	المجموع
الضفة الغربية						
100	0.0	0.1	0.2	12.2	87.5	19-15
100	0.0	0.2	0.7	54.5	44.6	24-20
100	0.1	0.8	1.3	73.2	24.6	29-25
100	0.3	0.0	2.2	81.4	16.1	34-30
100	0.9	1.4	2.3	82.2	13.2	39-35
100	0.7	2.1	1.6	83.9	11.7	44-40
100	1.1	7.2	2.1	78.8	10.8	49-45
100	0.3	1.1	1.3	59.6	37.7	المجموع
قطاع غزة						
100	0.0	0.0	0.3	14.8	84.9	19-15
100	0.0	0.4	0.6	63.5	35.5	24-20
100	0.0	0.5	2.1	79.7	17.7	29-25
100	0.3	1.2	1.7	87.5	9.3	34-30
100	0.0	1.5	1.7	88.1	8.7	39-35
100	0.0	2.2	1.5	92.8	3.5	44-40
100	0.7	5.4	1.4	90.6	1.9	49-45
100	0.1	1.0	1.1	63.8	34.0	المجموع

يبين الجدول (13.3) توزيع النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة، حسب الحالة الزوجية الحالية، ويتضح من الجدول أن 61.1% من النساء في سن الإنجاب متزوجات حالياً، و1.0% منهن أرامل، و1.2% مطلقات، في حين أن 36.5% من النساء لم يتزوجن أبداً. كما وتشير المعطيات في الجدول بأن 13.2% من النساء في الفئة العمرية من 19-15 سنة متزوجات، وترتفع نسبة المتزوجات في الفئة العمرية 24-20 سنة لتصل إلى 57.8%. ويلاحظ كذلك أن نسب الترميل ترتفع مع تقدم العمر، حيث بلغت نسبة النساء الأرامل في الفئة العمرية 49-45 سنة حوالي 6.6%. أما نسبة المطلقات بين النساء 25 سنة فأكثر فقد تراوحت بين 1.6% و2.1%.

يظهر الجدول (13.3) أن 59.6% من النساء في سن الإنجاب في الضفة الغربية متزوجات حالياً، وترتفع هذه النسبة في قطاع غزة إلى 63.8%، وهذا يفسر جزئياً ارتفاع معدلات الخصوبة، والتي تؤثر على معدلات النمو السكاني. أما نسبة الأرامل 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.

9.3 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 (14.3)، حيث أن ما نسبته 45.2% 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 51.0% أعلى مما هي عليه في الضفة الغربية 41.9%، ويتضح أن هذه النسب لم تختلف كثيراً عما كانت عليه عام 2000، حيث بينت نتائج المسح الصحي لذلك العام بأن نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج من قريب لهن من الدرجة الأولى أو قريب من نفس الحمولة بلغت 52.9% في قطاع غزة 45.8% في الضفة الغربية. 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 كجزوة 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.

جدول 14.3: التوزيع النسبي للنساء (15-54) سنة اللواتي سبق لهن الزواج حسب درجة القرابة مع الزوج والعمر والمنطقة، 2004

المجموع	العمر									درجة القرابة والمنطقة
	54-50	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15		
الأراضي الفلسطينية										
27.4	28.3	29.7	30.3	28.6	27.2	25.3	26.2	26.0	قرابة من الدرجة الأولى	
17.8	21.0	19.6	20.9	17.0	17.0	16.0	17.0	17.0	قريب من نفس الحمولة	
54.8	50.7	50.7	48.8	54.4	55.8	58.7	56.8	57.0	لا توجد قرابة	
4,971	312	438	655	728	836	918	851	233	عدد النساء	
الضفة الغربية										
24.7	26.3	24.7	28.8	26.7	23.7	21.0	25.5	20.5	قرابة من الدرجة الأولى	
17.2	20.3	17.8	19.8	16.6	18.0	14.9	16.4	15.2	قريب من نفس الحمولة	
58.1	53.4	57.5	51.4	56.7	58.3	64.1	58.1	64.3	لا توجد قرابة	
3,086	193	291	409	484	523	564	497	125	عدد النساء	
قطاع غزة										
32.2	31.4	38.9	33.0	32.3	33.8	32.4	27.0	33.3	قرابة من الدرجة الأولى	
18.8	22.1	22.8	22.9	17.7	15.1	18.0	17.9	19.3	قريب من نفس الحمولة	
49.0	46.5	38.3	44.1	50.0	51.1	49.6	55.1	47.4	لا توجد قرابة	
1,885	119	147	246	244	313	354	354	108	عدد النساء	

كما ويلاحظ من خلال جدول (15.3) 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 في الأراضي الفلسطينية الذين تربطهم علاقة قرابة 4.9 مولود، في حين بلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم للأزواج الذين لا توجد بينهم صلة قرابة 4.2 مولود.

جدول 15.3: متوسط عدد الابناء الذين سبق انجابهم للنساء اللواتي سبق لهن الزواج حسب القرابة بين الزوجين والمنطقة، 2004

متوسط عدد الابناء المنجبين أحياء	القرابة بين الزوجين
الأراضي الفلسطينية	
4.9	يوجد قرابة بين الزوجين
4.2	لا يوجد قرابة
4.5	المجموع
الضفة الغربية	
4.7	يوجد قرابة بين الزوجين
4.0	لا يوجد قرابة
4.3	المجموع
قطاع غزة	
5.2	يوجد قرابة بين الزوجين
4.7	لا يوجد قرابة
4.9	المجموع

الملخص التنفيذي:

- يشير المسح الصحي الديمغرافي للعام 2004 إلى ان معدلات الخصوبة ما زالت مرتفعة رغم انخفاضها. اذ تشير النتائج إلى أن معدل الخصوبة الكلي للمرأة الفلسطينية بلغ 4.6 طفل عام 2003.
- تتفاوت مستويات الخصوبة حسب المنطقة الجغرافية، اذ بلغ معدل الخصوبة الكلية 4.1 مولود لكل امرأة في الضفة الغربية و5.8 مولود لكل امرأة في قطاع غزة.
- تتفاوت مستويات الخصوبة كثيراً حسب مستوى التحصيل العلمي للمرأة، حيث تبلغ معدلات الخصوبة الكلية بين النساء اللواتي مؤهلن أقل من التعليم الثانوي حوالي 4.8 مولود، وحوالي 4.5 بين النساء اللواتي أنهين مرحلة التعليم الثانوي، وحوالي 4.6 بين النساء اللواتي مؤهلن اعلى من التعليم الثانوي.
- يلاحظ ثبات متوسط عدد الأطفال الذين سبق انجابهم لكل امرأة اذ بلغ نحو 4.5 طفل خلال الفترة 2000، 2004.
- بلغ متوسط فترة المباشرة بين المواليد للنساء اللواتي سبق لهن الزواج في الأراضي الفلسطينية خلال السنوات الخمس التي سبقت إجراء المسح حوالي 33.7 شهراً، مع فروقات واضحة بين الضفة الغربية وقطاع غزة.
- حوالي 40.0% من النساء في الأراضي الفلسطينية ينجبن مولودهن الأول على عمر 17 سنة أو أقل، بينما تنجب 86.6% من النساء في الأراضي الفلسطينية مولودهن الاول على العمر 22 سنة ما دون، في حين تنجب 7% فقط من النساء عند العمر 25 سنة فأكثر.

- المجتمع الفلسطيني من المجتمعات التي تتميز نساؤها بالزواج في سن مبكرة نوعاً ما، مما يسبب ارتفاع معدلات الخصوبة.
- 7.2% من النساء في الفئة العمرية 15 – 19 سنة في الأراضي الفلسطينية كن أمهات عند تنفيذ المسح. إضافة إلى ذلك هناك 2.7% من النساء في هذه الفئة العمرية حوامل في الطفل الأول.
- ظاهرة زواج الأقارب لا زالت شائعة في المجتمع الفلسطيني، وهي منتشرة في قطاع غزة أكثر مما هي عليه في الضفة الغربية.
- هناك فروق 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 4.9 مولود، بينما بلغ متوسط عدد الأطفال الذين سبق إنجابهم للأزواج الذين لا توجد بينهم صلة قرابة 4.2 مولود.

التوصيات:

- التركيز في برامج صحة الأمومة والطفولة التثقيفية على الفائدة الصحية المرجوة للأم والطفل من العائلات الأصغر حجماً، وفترات أطول للمباعدة 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 المباعدة بين المواليد وتأخير الحمل والانجاب إلى ما بعد سن المراهقة، وعدم الاكتفاء بتوجيه النساء فقط، بل محاولة إشراك الرجال في هذه المواضيع، حيث يقومون بدور في القرار حول تنظيم الأسرة أو عدمه.

الفصل الرابع

تنظيم الأسرة

1.4 مقدمة:

يمر الشعب الفلسطيني منذ عقود بظروف قاسية نتيجة استمرار خضوعه للاحتلال، ونتيجة لاستمرار الإجراءات القاسية التي يفرضها الاحتلال خلال آخر خمس سنوات منذ أيلول عام 2000، لذلك يختلف توجه الشعب الفلسطيني والحكومة عن توجهات الدول المستقرة التي تحظى بالاستقلال لذلك يقل تفكير واهتمام صانعي السياسات وجمهور العامة بقضايا الزيادة السكانية والعوامل المؤثرة فيها، وأثر تلك الزيادات السكانية على عمليات التنمية المستدامة والتخطيط، فنجد الاهتمامات تتمحور في تبني السياسات التي توفر الحد الأدنى من الخدمات الرئيسية وكذلك العمل على تمهيد الطريق للخلاص من الاحتلال ونيل الاستقلال.

تصنف فلسطين من حيث المفهوم أنها دولة لا تتبنى سياسة تخطيط دراسة الزيادة السكانية رسمياً، حيث تفتقر الأراضي الفلسطينية إلى سياسة سكانية مقررة ومطبقة على المستوى السياسي، إلا أنه تم مؤخراً تشكيل لجنة وطنية للسكان لاقرار سياسات سكانية واضحة في الأراضي الفلسطينية. وعلى الرغم من ذلك نجد هناك سياسات قطاعية تخدم بطريقة غير مباشرة السياسة السكانية، ولكن ذلك يؤثر على تضافر الجهود والعمل المشترك لتحقيق سياسة واضحة تخدم في النهاية تخطيط وضبط النمو السكاني. في المقابل نجد الكثير من الدول النامية ومنها دول عربية تتبنى سياسات سكانية واضحة. تشكل مجالس السكان لمتابعة تنفيذ تلك السياسة لخدمة غايات التنمية فنجد على سبيل المثال الأردن، مصر، تونس، اليمن تتبنى سياسات سكانية واضحة تهدف إلى ربط الزيادة السكانية بالتنمية، ويلاحظ مدى التطور والتنمية في تلك الدول التي تبنت سياسات سكانية وحقت معدلات نمو وتنمية منافسة على المستوى العالمي منها بعض الدول الآسيوية (ماليزيا، كوريا الجنوبية، وإندونيسيا). نرى من الضرورة بمكان أن تستفيد فلسطين من تجارب الآخرين وتبدأ بالتخطيط لتحقيق التنمية من خلال ضبط الزيادة السكانية حيث الموارد المحدودة والخصوبة المرتفعة، والزواج المبكر وتحسن المستوى الصحي الذي ينتج عنه ارتفاع معدلات البقاء على قيد الحياة وقد أثبتت نتائج المسوح الصحية الديمغرافية خلال العشر سنوات الأخيرة مدى تأثير هذه العوامل على تأخير النهوض بالعملية التنموية.

يتطرق فصل تنظيم الأسرة إلى دراسة واقع أحد مكونات الصحة الإنجابية، من حيث مدى المعرفة بالمفهوم، والاستخدام وعدمه وأسباب عدم الاستخدام، معدلات انتشار استخدام الوسائل الحديثة والتقليدية. سيتم الاعتماد على بيانات المسوح الصحية والديمغرافية 1996، 2000، 2004 في قراءة واقع تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية من خلال المقارنات كلما سمحت المنهجية المتبعة والمؤشرات المتوفرة في تلك المسوح.

2.4 المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة:

على الرغم من عدم وجود سياسة سكانية في الأراضي الفلسطينية كما ورد ذكره في المقدمة إلا أن هناك إقرار بحقوق الصحة الإنجابية حيث تتوفر خدمات الصحة الإنجابية من خلال برامج وزارة الصحة والتي تعنى بشؤونها إدارة متخصصة وهي الإدارة العامة لصحة المرأة والتي تعنى بتوفير خدمات الصحة الإنجابية والتي أحد أبرز مكوناتها تنظيم الأسرة، هذا بالإضافة إلى جهود وأنشطة المنظمات والجمعيات الأهلية وغير الحكومية وعلى سبيل المثال جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية.

إن المعرفة أحد أركان الاستخدام الرئيسية، فإن عامل عدم المعرفة يحد من الاستخدام وإضعافه، تشير نتائج المسوح الصحية والديمغرافية التي نفذها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، أن نسبة معرفة النساء اللواتي سبق لهن الزواج بأي وسيلة أو أي وسيلة حديثة قد بلغت 99.4% عام 2004، ولم يلاحظ فروق تذكر حسب مكان الإقامة والمنطقة، فقد بلغت نسبة المعرفة في الضفة الغربية 99.3% وبلغت في قطاع غزة 99.6%، وقد لوحظ ارتفاع نسبة المعرفة كلما زاد المستوى التعليمي للمرأة، فنجد نسبة المعرفة بين النساء اللواتي تعلمين لاشيء قد بلغت 98.4%، وبلغت للواتي تعلمين دبلوم متوسط فأعلى 99.8% إلا أن الفرق غير كبير. كما بلغت نسبة المعرفة بالحبوب 98.7% وبلغت للولب 99.3%، لم تختلف نتائج عام 2004 عن نتائج المسح الصحي 1996، 2000 حيث أظهرت النتائج تقريبا نفس النتائج وذلك بغض النظر عن المنطقة ومكان الإقامة والتعليم.

3.4 مصدر الحصول على وسائل تنظيم الأسرة:

تشير بيانات المسح الصحي الديمغرافي 2004 أن هناك تنوعاً في مصادر الحصول على وسائل تنظيم الأسرة، كما يوجد اختلاف في المصادر الرئيسية للحصول على الوسائل بين الضفة الغربية وقطاع غزة، فنجد أن المصدر الرئيسي للحصول على الوسائل في الضفة الغربية كان القطاع الخاص (مستشفيات، مراكز صحية، أطباء الاختصاص) وشكلت ما نسبته 47.6%، ويمكن أن يعزى ذلك إلى الوضع الاقتصادي الجيد والقدرة على تحمل تكاليف الحصول على الخدمات في القطاع الخاص مقارنة مع 7.1% في قطاع غزة، حيث الوضع الاقتصادي المتدهور وكذلك انتشار خدمات وكالة الغوث المجانية، بينما نجد أن المصدر الرئيسي للحصول على الوسائل في قطاع غزة، كانت مراكز وعيادات ومستشفيات وكالة الغوث UNRWA وشكلت النسبة 58.1%. ويلاحظ أن الصيدليات في الأراضي الفلسطينية شكلت مصدراً لحوالي 13.3% تتوزع بواقع 14.3% في الضفة الغربية مقابل 11.3% في قطاع غزة، ويستدل من البيانات ضعف نسبة الحصول على الوسائل من المصادر الحكومية مقارنة مع القطاع الخاص والوكالة، فلم تشكل سوى مصدراً لنسبة 16.3% على مستوى الأراضي الفلسطينية.

جدول 1.4: التوزيع النسبي للسيدات 15-49 سنة اللواتي يستخدمن وسيلة تنظيم أسرة حسب مصدر الوسيلة

والمناطق، 2004

مصدر الحصول على الوسيلة	الأراضي الفلسطينية	الضفة الغربية	قطاع غزة
مركز/مستشفى حكومي	16.3	15.2	18.4
مركز/مستشفى منظمات غير حكومية	8.6	10.4	4.9
مركز/مستشفى وكالة الغوث	25.8	10.4	58.1
مركز/مستشفى/طبيب خاص	34.5	47.6	7.1
صيدلية	13.3	14.3	11.3
أخرى	1.5	2.1	0.2
المجموع	100	100	100

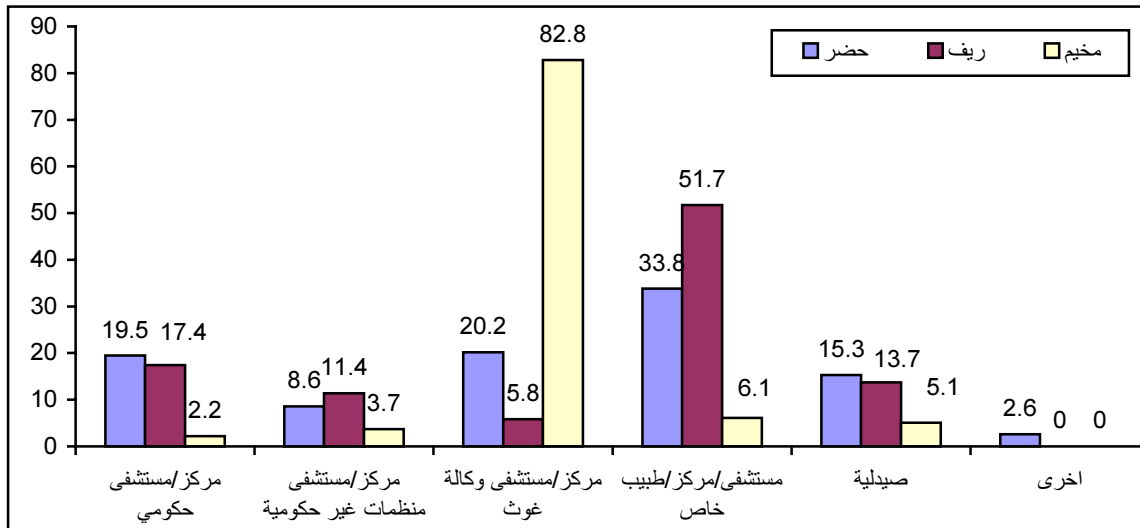
لم يلاحظ وجود نمط إحصائي يظهر تأثير تعليم المرأة على مصدر الحصول على وسائل تنظيم الأسرة، فنجد أن 37.2% من النساء اللواتي مؤهلن أقل من ابتدائي يحصلن على الوسائل من القطاع الخاص، مقارنة مع مدى بين 33-35% للواتي تعلمين ابتدائي، إحصائي، وثانوي فأعلى، كما نجد أن 17.8% من النساء اللواتي تعلمين ثانوي فأعلى يحصلن على الوسائل من الصيدلية مقارنة مع 11.4% للواتي مؤهلن أقل من ابتدائي.

جدول 2.4: التوزيع النسبي للسيدات 15-49 سنة اللواتي يستخدمن وسيلة تنظيم أسرة حسب مصدر الوسيلة والمؤهل العلمي، 2004

مصدر الحصول على الوسيلة	أقل من ابتدائي	ابتدائي	إعدادي	ثانوي فأعلى
مركز/مستشفى حكومي	23.5	17.5	17.8	11.7
مركز/مستشفى منظمات غير حكومية	7.3	8.9	10.9	6.4
مركز/مستشفى وكالة الغوث	20.0	25.5	26.0	27.5
مركز/مستشفى/طبيب خاص	37.2	34.0	33.8	34.9
صيدلية	11.4	12.0	10.4	17.8
أخرى	0.6	2.1	1.1	1.7
المجموع	100	100	100	100

تشكل وكالة الغوث المصدر الرئيسي للحصول على الوسائل في المخيمات بواقع 82.8%، بينما يشكل القطاع الخاص المصدر الرئيسي في الريف والحضر بواقع 51.7%، 33.8% على التوالي.

شكل 1.4: التوزيع النسبي للسيدات 15-49 سنة اللواتي يستخدمن وسيلة تنظيم أسرة حسب نوع التجمع، 2004



4.4 استخدام وسائل تنظيم الأسرة:

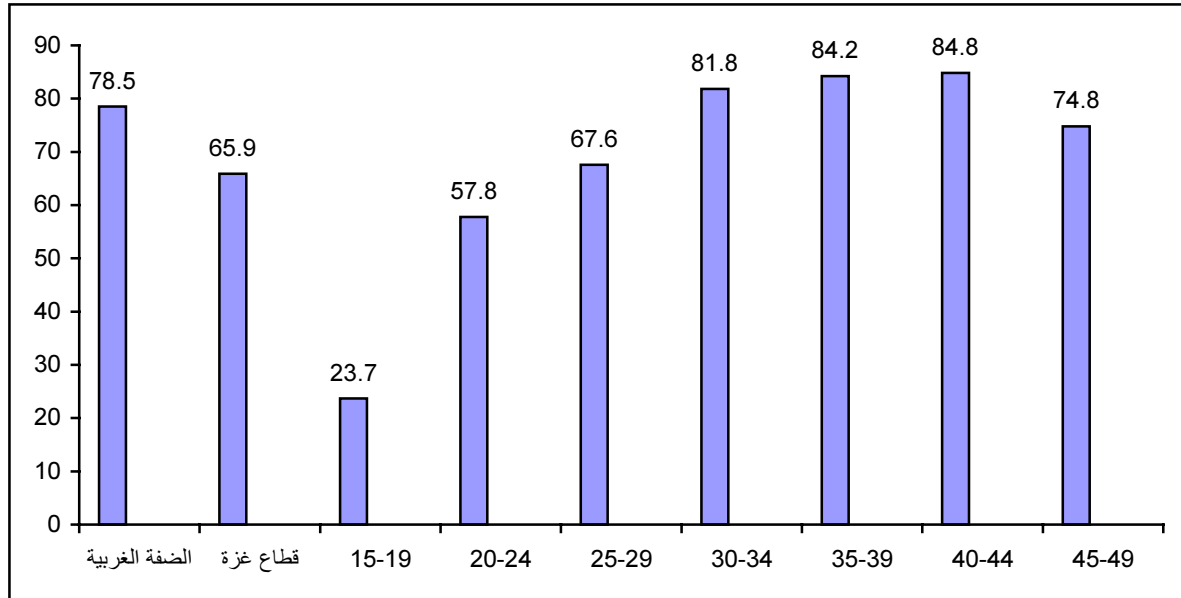
يلجأ الأزواج إلى استخدام وسائل تنظيم الأسرة إما للمباعدة بين الأحمال ولفترات محددة أو لتحديد ووقف الإنجاب، وتتوزع النساء المتزوجات من حيث الاستخدام إما أنهن سبق لهن الاستخدام، أو يستخدمن حالياً وسائل تنظيم الأسرة.

1.4.4 الاستخدام السابق:

تشير البيانات أن نسبة الاستخدام بين النساء المتزوجات اللواتي سبق لهن استخدام أي وسيلة 73.9%، تتوزع بواقع 78.5% في الضفة الغربية، مقارنة مع 65.9% في قطاع غزة، نلاحظ أن نسبة الاستخدام ازدادت من 70.6% بين النساء اللواتي تعلمهن أقل من ابتدائي إلى 74.4% للواتي تعلمهن ابتدائي، ثم ترتفع ببطء دون فرق يذكر لتصل إلى 74.9% للواتي تعلمهن ثانوي فأعلى.

وبالنظر إلى عمر المرأة واستخدام الوسائل نجد أن العلاقة وثيقة بين نسبة الاستخدام وعمر المرأة، حيث ترتفع نسبة الاستخدام كلما ارتفع عمر المرأة، فنجد أن نسبة الاستخدام بين النساء في الفئة العمرية 15-19 سنة 23.7% ترتفع إلى 57.8% بين النساء في الفئة العمرية 20-24 وتستمر بالارتفاع لتصل أعلاها في الفئة 40-44 لتصل 84.8% وتعود للانخفاض لتصل 74.8% بين النساء في الفئة 45-49.

شكل 2.4: نسبة النساء اللواتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب المنطقة والعمر، 2004



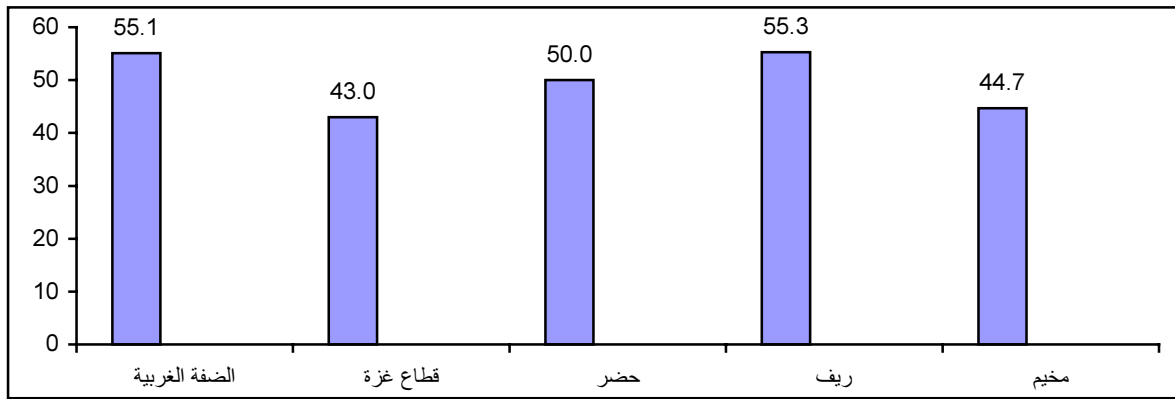
5.4 معدل انتشار الاستخدام:

أظهرت نتائج المسح الصحي الديمغرافي 2004 أن معدل انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية قد ارتفع من 45.0% عام 1996 إلى 50.6%، يتوزع بواقع 55.1% في الضفة الغربية مقارنة مع 43.0% في قطاع غزة.

على الرغم من ارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة في قطاع غزة إلى 43.0% عام 2004 مقارنة مع العام 1996 حيث بلغ في حينه 33.9% إلا أنه ما زال أقل منه في الضفة الغربية وقد ظهر ذلك أيضاً من خلال نتائج المسح الصحي 1996، والمسح الصحي 2000.

تشير نتائج المسح أن النساء في الريف أكثر استخداماً للوسائل من النساء في الحضر والمخيمات فقد بلغت نسبة الاستخدام بين نساء الريف 55.3% مقارنة مع 50.0% بين نساء الحضر وبلغت النسبة لنساء المخيمات 44.7%.

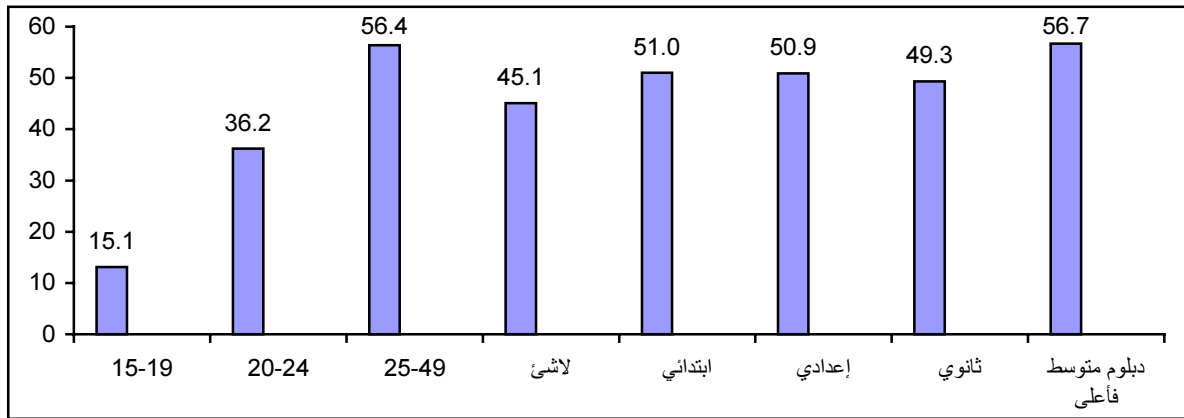
شكل 3.4: نسبة النساء 15-49 سنة اللواتي يستخدمن حالياً وسائل تنظيم أسرة حسب المنطقة ونوع التجمع، 2004



6.4 الاستخدام الحالي حسب العمر والتعليم:

يتضح أيضاً أن الاستخدام الحالي للوسائل يتأثر بعمر المرأة فنجد أن أقل النساء استخداماً للواتي أعمارهن أقل من 20 سنة فقد بلغ المعدل 15.1% مقارنة مع 36.2% للنساء في الفئة العمرية 20-24 سنة. كما يتضح تأثير التعليم على استخدام الوسائل فكلما ازداد تعليم المرأة ازداد استخدام الوسائل، فقد بلغ معدل الاستخدام بين النساء اللواتي تعليمهن لا شئ 45.1%، وارتفع إلى 51.0% للواتي تعليمهن من ابتدائي وحتى الثانوي، بينما بلغ المعدل للواتي تعليمهن دبلوم متوسط فأعلى 56.7%.

شكل 4.4: نسبة النساء 15-49 سنة اللواتي يستخدمن حالياً وسائل تنظيم أسرة حسب العمر والمؤهل العلمي، 2004



7.4 وسائل تنظيم الأسرة المستخدمة:

تتراوح أنواع وسائل تنظيم الأسرة المستخدمة بين الوسائل الحديثة والوسائل التقليدية والتي غالباً ما يحدد نوعها فعالية الوسيلة المستخدمة في تنظيم الأسرة.

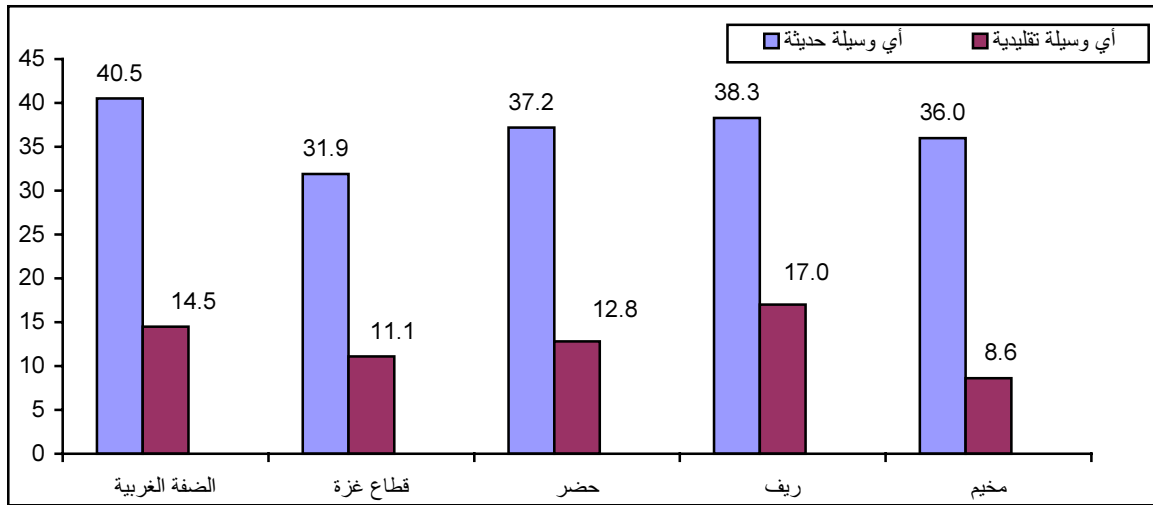
ما زال اللولب هو الوسيلة الأكثر شيوعاً واستخداماً في الأراضي الفلسطينية بواقع 23.7%، ثم الحبوب بواقع 6.2% ثم العزل بواقع 5.2% وتتوزع النسبة المتبقية على الوسائل الأخرى منها التعقيم الذكري والأنثوي، وواقى ذكري والحقن وفترة الأمان والرضاعة. يتوزع معدل الانتشار لاستخدام الوسائل الحديثة بواقع 37.3% مقارنة مع 13.3% للوسائل التقليدية.

جدول 3.4: نسبة النساء المتزوجات حالياً 15-49 سنة ويستخدمن وسائل تنظيم أسرة حسب نوع الوسيلة المستخدمة والمنطقة ونوع التجمع، 2004

المنطقة ونوع التجمع	الحبوب	اللؤلؤ	الواقى الذكري	التعقيم الأثنوي	الحقن	فترة الأمان	العزل الخارجي	الرضاعة الطبيعية	الهلام/الرغوة	التعقيم الذكري	أخرى
الأراضي الفلسطينية	6.2	23.7	3.8	2.7	0.7	3.8	5.2	4.2	0.2	0.0	0.1
الضفة الغربية	6.1	28.1	2.4	3.3	0.5	4.2	6.6	3.6	0.2	0.0	0.1
قطاع غزة	6.4	16.2	6.1	1.8	1.0	3.0	2.9	5.1	0.3	0.1	0.1
حضر	6.6	23.1	4.0	2.6	0.8	4.3	4.4	4.0	0.1	0.0	0.1
ريف	5.4	27.4	1.7	3.2	0.2	3.8	8.3	4.9	0.4	0.0	0.0
مخيم	6.3	19.2	6.7	2.3	1.1	2.1	2.8	3.7	0.4	0.0	0.0

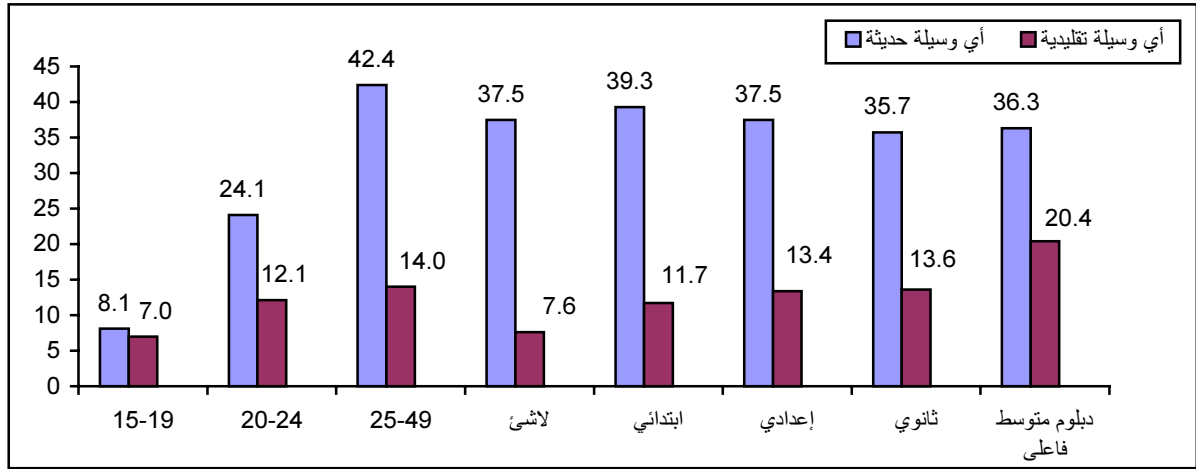
تشير بيانات المسح الصحي الديمغرافي 2004 أن نسبة النساء المتزوجات حالياً ويستخدمن وسائل تنظيم أسرة حديثة قد بلغت 37.3%، ولم يلاحظ فروق ذات دلالة حسب نوع التجمع فبلغت النسبة لنساء المخيمات 36.0% مقارنة مع 38.3%، و37.2% لنساء الريف والحضر على التوالي.

شكل 5.4: نسبة النساء المتزوجات حالياً 15-49 سنة ويستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة والمنطقة ونوع التجمع، 2004



بلغت نسبة استخدام الوسائل التقليدية 13.3% وهي نسبة عالية والتي قد تحد من فعالية عملية تنظيم الأسرة، وقد لوحظ فروق واضحة حسب نوع التجمع فبلغت النسبة في الريف 17.0% وبلغت 12.8% في الحضر وبلغت أدناها في المخيمات بواقع 8.6%. وقد شكل العزل الخارجي الوسيلة الرئيسية من بين الوسائل التقليدية بواقع 5.2%، وشكلت الرضاعة الطبيعية ما نسبته 4.2%، بينما بلغت نسبة استخدام فترة الأمان 3.8%. لم يلاحظ فرق واضح في نسبة الاعتماد على الوسائل التقليدية بين عام 1996 وعام 2004 فقد كانت النسبة 14.0% عام 1996.

شكل 6.4: نسبة النساء المتزوجات حالياً 15-49 سنة ويستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة المستخدمة والعمر والمؤهل العلمي، 2004



تشير البيانات بخصوص استخدام الوسائل الحديثة والتقليدية عكس المتوقع، فيتوقع أن تقل نسبة استخدام الوسائل التقليدية كلما ازداد التعليم ولكن حسب البيانات يلاحظ أن نسبة استخدام الوسائل التقليدية ترتفع كلما ارتفع التعليم، كما أن نسبة استخدام الوسائل التقليدية أيضا يرتفع كلما ارتفع عمر المرأة، إن ذلك يستدعي مزيدا من البحث لمعرفة أسباب اللجوء إلى استخدام الوسائل التقليدية وذلك لأهمية وفعالية استخدام الوسائل الحديثة في تنظيم الأسرة.

8.4 أسباب عدم الاستخدام:

تشير نتائج المسوح الصحية التي نفذها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني خلال الفترة 1996-2004 إلى أن من لا يستخدمون وسائل تنظيم الأسرة يعزى ذلك إلى أسباب مختلفة تراوحت بين الرغبة في الإنجاب والمعارضة من الأقارب والزوج ومنهن من تعزى ذلك لأسباب دينية كما أن الخوف من الآثار الجانبية أحد الأسباب المهمة والتي شكلت 9.5% من مجمل الأسباب خلال العام 2004، وشكلت 9.1% عام 1996، كما شكلت المعارضة لأسباب مختلفة (معارضة الزوج، الأقارب، المرأة نفسها، والمعارضة لأسباب دينية عام 2004 حوالي 9.0%)، كما أن 5.3% لا تستخدمها لعدم ارتياحها للوسيلة، حيث يلاحظ من استعراض الأسباب أن حوالي ربع الأسباب 25.7% يمكن خفضها بنسبة كبيرة إذا ما تم العمل على التوعية والتنقيف الصحي وتوصيل الرسائل الصحية المبنية على معلومات علمية دقيقة وبالتالي يمكن التأثير في زيادة معدل الاستخدام.

9.4 فترة المباشرة بين المواليد:

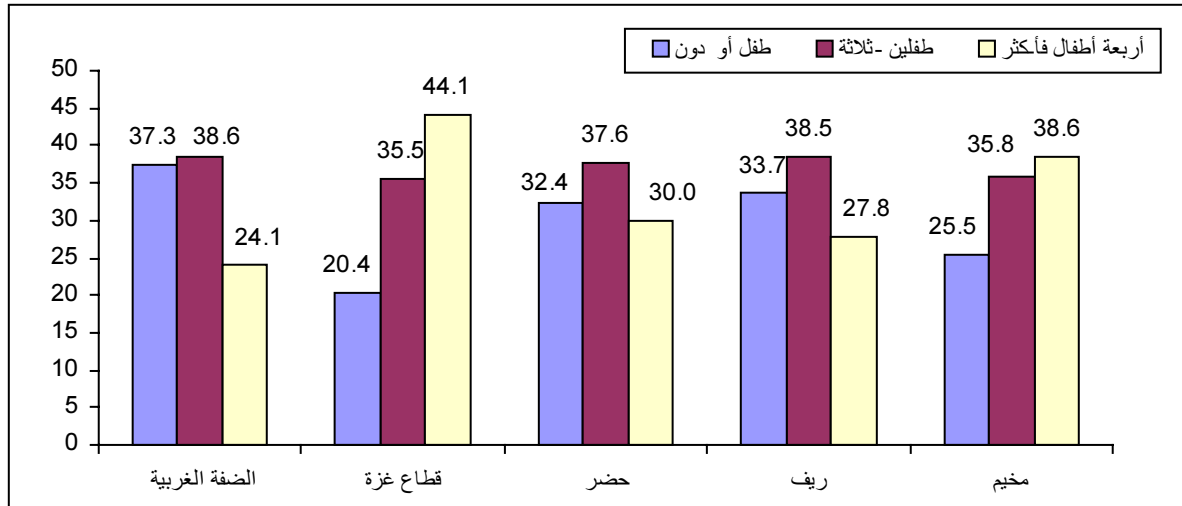
إن استخدام وسائل تنظيم الأسرة ينتج عنه المباشرة بين مولودين متتاليين أحياء، فقد أشارت نتائج المسح الصحي 2000، 2004 أن متوسط فترة المباشرة خلال الخمس سنوات التي سبقت إجراء المسح كانت 33 شهرا، كما وأشارت النسب أن أكثر من ثلثي النساء اللواتي سبق لهن الإنجاب يباعدن بين المواليد لفترة قصيرة أقل من 18 شهرا، كما أشارت نتائج المسح الصحي الديمغرافي 2004 أن حوالي 53% من النساء اللواتي أنجبن خلال الخمس سنوات السابقة كانت فترة المباشرة أقل من 24 شهرا، لذلك وعلى الرغم من ارتفاع نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية إلا أن تأثيرها على معدلات الإنجاب والخصوبة ما زال قليلا.

إن حملات التوعية والتثقيف الصحي يمكن أن تساهم في زيادة فترات المباشرة وبالتالي تنعكس إيجابيا على صحة المرأة والطفل كما ويمكن أيضا أن تؤثر في خفض معدلات الخصوبة المرتفعة.

10.4 الاستخدام الأول وعدد الأطفال المنجيبين:

تشير نتائج المسح الصحي الديمغرافي 2004 أن 37.6% ممن يستخدمون وسائل تنظيم الأسرة استخدموها أول مرة بعد أن كان لديهن 2 أو 3 أطفال، كما أن 30.6% استخدمنها لأول مرة عندما كان لديهن 4 أطفال فأكثر، وتشير النتائج إلى أن النساء المتعلقات يستخدمن الوسائل لأول مرة بشكل أكبر عند بداية الزواج أو بعد المولود الأول حيث بلغت نسبة النساء اللواتي تعلمهن جامعي فأكثر ويستخدمن وسائل تنظيم أسرة 50.8% مقارنة مع 39.7% اللواتي تعلمهن ثانوي وبلغت 26.0% للنساء اللواتي تعلمهن أقل من ابتدائي.

شكل 7.4: نسبة النساء 15-49 سنة اللواتي سبق لهن استخدام وسائل تنظيم الأسرة لأول مرة حسب المنطقة ونوع التجمع وعدد الأطفال المنجيبين، 2004



الملخص التنفيذي:

- أظهرت نتائج المسوح الصحية أن نسبة المعرفة لوسائل تنظيم الأسرة مرتفعة جدا فقد زادت النسبة عن 99.0% وهذا يدل على انتشار المعرفة بالوسائل في الأراضي الفلسطينية.
- ارتفاع معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة عام 2000 وعام 2004 مقارنة مع عام 1996، فقد ارتفع من 45.0% عام 1996 إلى 51.4% عام 2000 وانخفض بشكل بسيط عام 2004 إلى 50.6%.
- هناك ارتفاع بسيط في نسبة استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة فقد ارتفع من 32.0% عام 1996 إلى حوالي 37.0% عام 2004.
- نسبة استخدام الوسائل التقليدية ما زال مرتفعا فقد بلغت نسبة استخدام الوسائل التقليدية عام 2004 حوالي 13.0% مقارنة مع 14.0% عام 1996
- ما زال اللولب أكثر وسيلة تستخدمها النساء لتنظيم الأسرة تليه الحبوب.

- لوحظ الأثر الواضح لتعليم النساء على معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة، فكلما ارتفع تعليم النساء ازداد معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة.
- أكثر من ثلثي النساء تبدأ استخدام وسائل تنظيم الأسرة لأول مرة بعد الطفل الثاني فأكثر، بينما تستخدم 30.0% الوسائل لأول مرة بعد المولود الأول.
- تشير النتائج أن أكثر من ربع أسباب عدم الاستخدام يمكن التأثير فيها وخفضها من خلال التثقيف الصحي مثل الخوف من الآثار الجانبية حوالي 9%، مضاعفات الاستخدام حوالي 5% حيث يمكن توجيه النساء لوسائل تتناسب وضعها ولا تؤدي إلى مضاعفات، كما يمكن التأثير على المعارضات المختلفة من الزوج والاقارب وكذلك عدم الاستخدام لأسباب دينية.

التوصيات:

- على الرغم من الارتفاع في معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة إلا أن هناك حاجة كبيرة إلى تضافر الجهود بين كافة المعنيين بالصحة العامة والتنمية المستدامة ليكون الاستخدام بفعالية أكبر ويؤدي إلى تحسين ظروف الصحة الإنجابية للنساء وكذلك تنظيم وضبط النمو السكاني عند معدلات يمكن معها تحقيق التنمية وفق الموارد المتاحة ويمكن التوصية بما يلي:
- تركيز حملات تثقيف صحي تستهدف النساء في المخيمات وفي قطاع غزة بشكل عام للتأثير على رفع معدلات الاستخدام
- تركيز الجهود للتوعية بأهمية استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة وتقليص الاعتماد على الوسائل التقليدية التي تقلل فرص نجاح عملية المباشرة بين المواليد، ودراسة أسباب استخدام الوسائل التقليدية، حيث ان استخدامها بين الأكثر تعليماً أعلى منه بين الأقل تعليماً.
- تركيز حملات التوعية على التأثير على أسباب عدم الاستخدام من خلال الرسائل الصحية التي توضح أن استخدام الوسائل لا يترتب عليه آثار جانبية ضارة بالصحة وكذلك توجيه السيدات إلى خيارات أخرى عند عدم ملائمة وسيلة محددة، بالإضافة إلى بث الرسائل الدينية التي تثبت أن الدين لا يمانع تنظيم الأسرة.
- التوعية بأهمية زيادة فترة المباشرة بما له من أثر إيجابي على صحة المرأة والطفل، على أن يكون أقلها ثلاث سنوات.
- استغلال المناهج الدراسية لكل من الذكور والإناث للتوعية بتوصيل الرسائل الصحية العلمية المبنية على نتائج الدراسات العلمية حول وسائل تنظيم الأسرة وتشجيع الذكور تحديداً على استخدام الوسائل جنبا إلى جنب مع النساء.

تفضيلات الإنجاب

1.5 مقدمة:

تعتبر الخصوبة المكون الرئيسي من مكونات التغيير في حجم السكان، خاصة وأنها العامل الذي يزيد من عدد السكان فعلا وتأثيرها النسبي الكبير على حجم السكان مقارنة بتأثير عاملي الهجرة والوفيات، إضافة إلى أن عامل الهجرة لا يؤثر في عدد السكان على الأرض بل على توزيعهم الجغرافي، وأن عامل الوفيات أصبح تأثيره محدودا نسبيا نتيجة التحسن الكبير في الخدمات الصحية خلال القرن الماضي في مختلف أرجاء العالم، وبدرجات متفاوتة بين مجموعة الدول النامية والمتقدمة. وتعتبر تفضيلات الإنجاب وعلاقتها بتنظيم الأسرة إحدى المجالات الأساسية التي تبنى عليها القرارات والسياسات السكانية الوطنية.

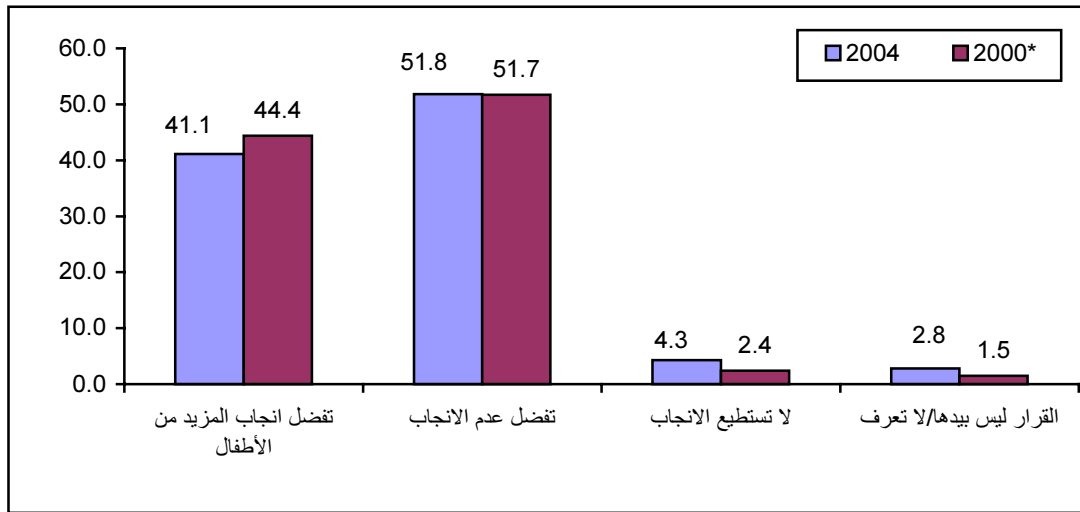
يأتي هذا الفصل ليشمل تفضيلات الإنجاب للنساء المتزوجات حالياً وأعمارهن في سن الإنجاب (15 - 49 سنة) فقط. وذلك من نتائج المسح الصحي الديموغرافي 2004، حيث يركز القسم الثامن في استمارة المسح على تفضيلات الإنجاب، إذ تم سؤال المبحوثات غير الحوامل في وقت المسح عما إذا كن يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال، وإذا كان كذلك، تم سؤالهن عن المدة التي يرغبن في انتظارها من الوقت وحتى إنجاب الطفل التالي، من ناحية أخرى، سئلت النساء الحوامل عما إذا كن يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال بعد الولادة، وعن الفترة التي يرغبن في انتظارها بعد الولادة من الحمل الحالي وحتى إنجاب الطفل التالي. كما تم سؤال النساء الحوامل وغير الحوامل عن عدد الذكور وعدد الإناث الذين تود المرأة إنجابهم في المستقبل إضافة لما أنجبت سابقاً، وعن الجهة التي تحدد عدد الأبناء في الأسرة، كما تم سؤال النساء عن عدد الأطفال الذين يرغبن بإنجابهم طيلة الحياة الإنجابية. وبناء على تلك المعلومات يتم دراسة الموضوع حسب البنود التالية: رغبة النساء في إنجاب الأطفال، والعدد الإضافي المفضل للذكور/الإناث لديهن، والحاجة إلى خدمات تنظيم الأسرة، والعدد المثالي للأطفال.

2.5 الرغبة في إنجاب الأطفال:

تشكل الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال بين النساء المتزوجات والمعرضات للإنجاب عاملاً من العوامل المؤثرة على الخصوبة المستقبلية، وتؤثر على السلوك المستقبلي للزوجين من ناحية استخدام وسائل تنظيم الأسرة والقرارات المتعلقة بالإنجاب أو عدمه. وتتأثر تفضيلات الإنجاب بعمر المرأة وعدد الأطفال الباقين على قيد الحياة من الذين سبق إنجابهم والمستوى التعليمي والعلاقة بقوة العمل وبعض الخصائص الخلفية الأخرى.

تشير البيانات الواردة في شكل (1.5) أن أكثر من نصف النساء 51.8% المتزوجات حالياً في سن الإنجاب يرغبن بالتوقف عن إنجاب المزيد من الأطفال مقابل 41.1% يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال، و 4.3% غير قادرات على إنجاب الأطفال و 1.6% لم يقررن بعد/لا يعرفن بشأن ذلك، وأن 1.2% أشرن بأن القرار ليس بأيديهن.

شكل 1.5: تفضيلات الإنجاب للنساء المتزوجات حالياً في الفئة العمرية (15-49 سنة)، 2000، 2004



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

كما يلاحظ من خلال الشكل (1.5) أنه خلال الفترة 2000-2004، فإن نسبة النساء اللواتي يرغبن بمزيد من الأطفال قد انخفضت، مقابل ثبات نسبة اللواتي يفضلن عدم الإنجاب تقريباً، يرفق ذلك ارتفاع نسبة غير القادرات على الإنجاب.

وللمقارنة بين تفضيلات الإنجاب حسب المنطقة ونوع التجمع، فإن الجدول (1.5) يشير إلى أن نسبة الراغبات في إنجاب المزيد من الأطفال في قطاع غزة 44.8% هي أعلى من نظيرتها في الضفة الغربية 38.9%؛ في الوقت نفسه فإن أكثر من نصف النساء في الضفة الغربية 53.7% يرغبن في التوقف عن الإنجاب مقابل 48.6% في قطاع غزة.

جدول 1.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) حسب تفضيلات الإنجاب والمنطقة ونوع التجمع، 2000، 2004

المجموع		نوع التجمع			المنطقة		تفضيلات الإنجاب
2000	2004	مخيمات	ريف	حضر	قطاع غزة	الضفة الغربية	
44.4	41.1	43.5	40.6	40.6	44.8	38.9	تفضل إنجاب المزيد
51.7	51.8	48.9	53.7	51.7	48.6	53.7	تفضل عدم الإنجاب
2.4	4.3	3.9	3.5	4.8	4.1	4.4	لا تستطيع الإنجاب
0.7	1.2	1.8	0.7	1.3	1.5	1.0	القرار ليس بيدها
0.8	1.6	1.9	1.5	1.6	1.0	2.0	لم تقرر أو لا تعرف
100	100	100	100	100	100	100	المجموع

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

تشير البيانات أيضاً إلى أن نسبة اللواتي يفضلن إنجاب المزيد من الأطفال في المخيمات 43.5%، هي أعلى من نظيراتها في الحضر والريف، وأن نسبة النساء اللواتي يفضلن إنجاب المزيد من الأطفال متساوية بين الحضر والريف 40.6%.

في الوقت نفسه فإن نسبة الراغبات في التوقف عن إنجاب المزيد من الأطفال هي أعلى في الريف 53.7% مقارنة بـ 51.7% في الحضر و48.9% في المخيمات.

ولمقارنة اتجاهات النساء (15-49) سنة حول تفضيلات الإنجاب حسب المنطقة ونوع التجمع بين عامي 2000، 2004، فإن الجدول (2.5) يلقي الضوء على نسبة اللواتي يرغبن بوقف إنجاب المزيد من الأطفال حسب نتائج المسح الصحي 2000، والمسح الصحي الديموغرافي 2004.

جدول 2.5: نسبة النساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) اللواتي يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب المنطقة ونوع التجمع، 2000*، 2004

المنطقة ونوع التجمع		يرغبن بوقف إنجاب المزيد من الأطفال	
المنطقة		2004	2000
الضفة الغربية		53.7	54.3
قطاع غزة		48.6	46.8
نوع التجمع			
حضر		51.7	49.9
ريف		53.7	56.2
مخيم		48.9	49.7
المجموع		51.8	51.7

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

تشير البيانات في الجدول (2.5) إلى أنه لا يوجد فروق جوهرية في الأراضي الفلسطينية في نسبة النساء الراغبات في التوقف عن الإنجاب بين عامي 2000، 2004، حيث تغيرت من 51.7% إلى 51.8% فقط. بينما توجد هناك تغيرات طفيفة حسب المنطقة ونوع التجمع، حيث يلاحظ أن هذه النسبة في الضفة الغربية قد قلت بشكل لا يكاد يذكر، وأنها قد ازدادت في قطاع غزة بشكل قليل من 46.8% إلى 48.6%. أما حسب نوع التجمع فإن نسبة الراغبات في التوقف عن إنجاب المزيد من الأطفال في الحضر قد ازدادت بشكل طفيف من 49.9% إلى 51.7% بينما قلت بشكل ملحوظ في الريف من 56.2% إلى 53.7% بينما تكاد تكون ثابتة في المخيمات.

تجدر الإشارة هنا إلى أن ظاهرة تفضيلات الإنجاب هي ذات حساسية قليلة في الأجل القصير للعوامل المؤثرة فيها، وذلك لأنها ظاهرة تتعلق بعوامل متعددة ولها علاقة بسلوك المجتمع وعاداته وتقاليده.

3.5 تفضيلات الإنجاب والعمر الحالي للمرأة:

التوزيع العمري للنساء المتزوجات حالياً ممن يرغبن بالتوقف عن الإنجاب فيتمثل كما في الجدول (3.5)، حيث يلاحظ أن هناك زيادة في نسبة النساء اللواتي يفضلن عدم الإنجاب بعد العمر 35، وارتفاع هذه النسبة خلال الفترة 2000-2004، مما يدل على أن هناك تغيرات طفيفة في اتجاهات المجتمع اتجاه انخفاض الرغبة في الإنجاب كلما زاد العمر.

جدول 3.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) ممن يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب الفئات العمرية والمنطقة، 2000، 2004

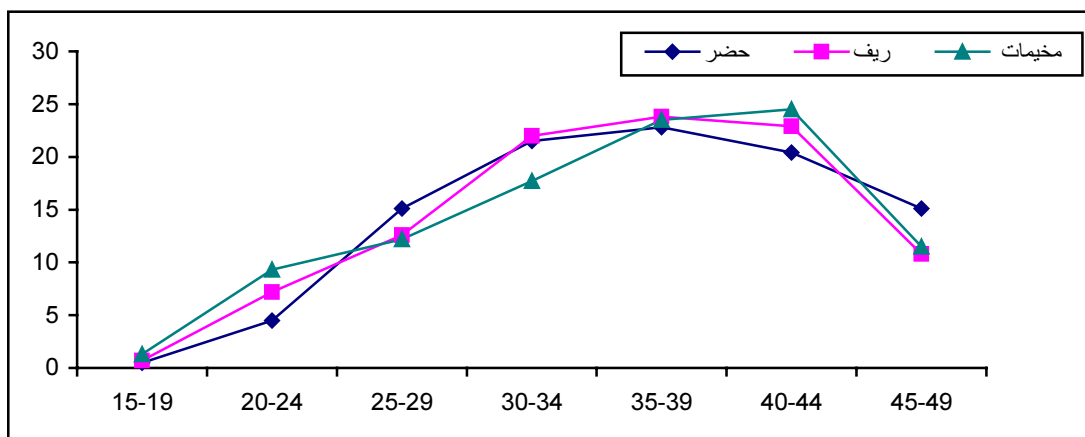
الأراضي الفلسطينية 2000	2004			العمر الحالي
	الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
1.4	0.7	0.6	0.8	19-15
9.0	6.0	6.2	5.9	24-20
17.6	13.9	13.4	14.2	29-25
22.6	21.1	20.8	21.3	34-30
21.2	23.2	22.6	23.5	39-35
16.8	21.7	21.8	21.7	44-40
11.4	13.4	14.6	12.6	49-45
100	100	100	100	المجموع

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

هذا الأمر يعني أن التوزيع النسبي للنساء كبيرات السن (35 سنة فأكثر) يرغبن بالتوقف عن الإنجاب بنسبة أكبر في عام 2004 مقارنة مع عام 2000، بمعنى أن هناك حراك اجتماعي مع الزمن اتجاه زيادة الرغبة في التوقف عن الإنجاب، وعلى العكس من ذلك فإن تأثير النساء صغيرات السن (أقل من 35 سنة) في هذا الحراك قليلاً مقارنة بصغار السن. كما ويلاحظ من الجدول عدم وجود فروق ملحوظة للتوزيع العمري للنساء اللواتي يرغبن بالتوقف عن الإنجاب بين كل من الضفة الغربية وقطاع غزة.

أما لمقارنة توزيع النساء غير الراغبات في إنجاب المزيد من الأطفال حسب العمر ونوع التجمع، الشكل (2.5) يوضح ذلك.

شكل 2.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) ممن يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب العمر ونوع التجمع، 2004



يلاحظ من الشكل (2.5) أنه في الفئتين العمريتين الأولى والثانية، أن نسبة النساء اللاتي يرغبن بالتوقف عن الإنجاب في المخيمات هي أعلى منها في الحضر والريف، في حين أعلى نسبة للفئتين الرابعة والخامسة هي للريف وللحضر.

ولإلقاء الضوء حول العلاقة بين فئات العمر الحالي للنساء المتزوجات (15-49 سنة) بتفضيلات الإنجاب، يشير الجدول (4.5) إلى أن نسبة النساء اللواتي يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال تقل كلما زاد العمر، حيث انخفضت من 91.0% إلى 6.1% بين الفئتين العمريتين (15-19) و(45-49). إضافة إلى أن نسبة النساء اللواتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال ترتبط إيجابياً بالعمر الحالي للمرأة، والتي تتراوح بين 8.4% عام 2004 للنساء في الفئة العمرية 15 - 19 سنة و78.8% للنساء في الفئة العمرية 40 - 44 سنة.

جدول 4.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) حسب تفضيلات الإنجاب وعمر المرأة، 2004

تفضيلات الإنجاب	عمر المرأة						
	19-15	24-20	29-25	34-30	39-35	44-40	49-45
تفضل إنجاب المزيد	91.0	77.5	58.5	38.3	20.1	12.5	6.1
تفضل عدم الإنجاب	8.4	19.1	36.9	56.1	72.7	78.8	72.0
لا تستطيع الإنجاب	0.0	0.1	1.0	1.7	3.8	7.8	20.7
القرار ليس بيدها	0.0	1.1	1.4	1.4	1.6	0.8	1.1
لم تقرر أو لا تعرف	0.6	2.2	2.2	2.5	1.8	0.1	0.1
عدد النساء	156	596	697	685	592	568	352
							المجموع
							3,646

تجدر الإشارة إلى أن السبب الرئيسي لانخفاض نسبة النساء اللواتي يفضلن عدم إنجاب المزيد من الأطفال بين الفئتين العمريتين الأخيرتين (40-44) و(45-49) هو زيادة نسبة النساء غير القادرات على الإنجاب في الفئة الأخيرة بشكل ملحوظ عن مثيلتها.

يوضح الجدول (5.5) مقارنة التوزيع العمري للراغبات بوقف الإنجاب بين نتائج المسح الديموغرافي 1995، والمسح الصحي 2000، والمسح الصحي الديموغرافي 2004.

جدول 5.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) ممن يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال حسب عمر المرأة، 1995، 2000، 2004

الفئة العمرية	*1995	**2000	2004
19-15	1.1	1.4	0.7
24-20	7.2	9.0	6.0
29-25	13.8	17.6	13.9
34-30	19.9	22.6	21.1
39-35	22.4	21.2	23.2
44-40	19.4	16.8	21.7
49-45	16.2	11.4	13.4
المجموع	100	100	100

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

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

نلاحظ انه خلال الفترة 1995-2000، فان نسبة النساء في الفئات العمرية الأربعة الأولى (15-34) قد ازدادت، بينما على العكس من ذلك، فقد انخفضت في الفئات العمرية الثلاثة الأخيرة (35-49). وعلى النقيض من ذلك فان

التوزيع العمري عام 2004 عاد ليشبه التوزيع العمري عام 1995، بحيث انخفضت نسبة النساء في الفئات العمرية الأربعة الأولى، وازدادت في الفئات العمرية الثلاث الأخيرة .

وإذا قرأنا الجدول بشكل قطري بمعنى أن معظم النساء اللواتي أعمارهن في الفئة العمرية (25 - 29) عام 2004، هن جزء من الفئة العمرية (20 - 24) عام 2000، وهن جزء من النساء في الفئة العمرية (15 - 19) عام 1995، بهذا الشكل نستطيع أن نلاحظ أن الرغبة في التوقف عن الإنجاب للمرأة تزداد كلما زاد العمر .

4.5 تفضيلات الإنجاب وعدد الباقيين على قيد الحياة:

من ناحية أخرى، يتناول الجدول (6.5) توزيع النساء حسب تفضيلات الإنجاب وعدد الأطفال الباقيين على قيد الحياة، حيث يتم التركيز في هذا الجزء على عامل الأطفال الباقيين على قيد الحياة وليس الذين سبق إنجابهم أحياء، لأن الرغبة في الإنجاب تتأثر أكثر بالأطفال الباقيين على قيد الحياة أكثر من الأطفال الذين سبق إنجابهم طيلة الحياة الزوجية.

جدول 6.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) حسب تفضيلات الإنجاب وعدد الأطفال الباقيين على قيد الحياة، 2000، 2004

المجموع		عدد الأطفال الباقيين على قيد الحياة 2004							تفضيلات الإنجاب
2000	2004	+6	5	4	3	2	1	0	
44.4	41.1	10.7	24.5	38.4	52.9	73.6	88.9	80.5	تفضل إنجاب المزيد
51.7	51.8	81.2	69.0	55.9	41.9	21.4	7.8	0.5	تفضل عدم الإنجاب
2.4	4.3	4.7	3.7	2.3	2.1	1.7	2.4	17.4	لا تستطيع الإنجاب
0.7	1.2	1.9	1.4	1.1	0.7	1.3	0.3	1.1	القرار ليس بيدها
0.8	1.6	1.5	1.4	2.3	2.4	1.9	0.6	0.5	لم تقرر أو لا تعرف
100	100	100	100	100	100	100	100	100	المجموع

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

يلاحظ من الجدول (6.5) أنه كلما زاد عدد الأطفال الباقيين على قيد الحياة كلما زادت نسبة الراغبات في التوقف عن الإنجاب وقلت نسبة النساء اللواتي يفضلن إنجاب المزيد من الأطفال. حيث ترتبط نسبة النساء اللواتي يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال إيجابياً بعدد الأطفال الباقيين على قيد الحياة من الذين أنجبتهن المرأة، والتي تتراوح بين 0.5% للنساء اللواتي لا يوجد لديهن مواليد باقين على قيد الحياة و81.2% للنساء اللواتي لديهن ستة مواليد فأكثر باقين على قيد الحياة، في نفس الوقت فان نسبة اللواتي يفضلن إنجاب المزيد هي 80.5% للنساء اللاتي ليس لديهن أي مولود، و10.7% للنساء اللاتي لديهن 6 مواليد فأكثر باقين على قيد الحياة.

كما يلاحظ أنه وعلى الرغم أن فئة النساء الأخيرة لديها 6 أطفال فأكثر باقين على قيد الحياة، إلا أن أكثر من 10.0% منهن ما زلن يفضلن إنجاب المزيد، هذا الأمر يدل على بقاء الرغبة بوجود أسر كبيرة.

وعند مقارنة تفضيلات الإنجاب بين العامين 2000، 2004 يلاحظ أنه على الرغم من أن نسبة غير الراغبات في الإنجاب (يفضلن عدم الإنجاب) متقاربة في السنتين، إلا أن نسبة الراغبات في إنجاب المزيد من الأطفال قد قلت من 44.4% إلى 41.1%، وهذه مؤشرات تدل على انخفاض معدلات الخصوبة بصورة طفيفة خلال هذه الفترة.

5.5 تفضيلات الإنجاب والمؤهل العلمي:

أما من ناحية العلاقة بين تفضيلات الإنجاب والمؤهل العلمي، فالجدول (7.5) يبين التوزيع النسبي للنساء حسب تفضيلات الإنجاب والمؤهل العلمي.

جدول 7.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) حسب تفضيلات الإنجاب والمؤهل العلمي للمرأة، 2004

المجموع	المؤهل العلمي						تفضيلات الإنجاب
	بكالوريوس فأعلى	دبلوم متوسط	ثانوي	إعدادي	ابتدائي	أمي/ملم	
41.1	55.2	40.5	46.5	44.4	33.6	27.0	تفضل إنجاب المزيد
51.8	41.9	53.6	47.6	49.1	58.8	59.1	تفضل عدم الإنجاب
4.3	1.3	2.6	3.6	3.3	4.5	10.9	لا تستطيع الإنجاب
1.2	0.6	2.3	0.9	1.2	1.1	1.8	القرار ليس بيدها
1.6	1.0	1.0	1.4	2.0	2.0	1.2	لم تقرر أو لا تعرف
3,646	204	240	763	1,259	777	403	عدد النساء

يلاحظ من الجدول (7.5) وجود ظاهرة متناقضة قد تفسر بصورة غير سليمة، تدل على زيادة نسبة الراغبات في الإنجاب كلما ارتفع مستوى التحصيل العلمي بشكل عام، إلا أن ذلك يعود بشكل أساسي إلى كون أن معظم النساء اللواتي أنجبن العدد المرغوب به من الأطفال وقررن عدم الإنجاب هن من المستويات المنخفضة في التحصيل العلمي.

كما يلاحظ أن النساء المتعلقات لديهن متوسط أطفال أقل باقنين على قيد الحياة، إضافة إلى أن معظم النساء المتعلقات يتزوجن في فترة متأخرة من العمر مقارنة بغير المتعلقات، الأمر الذي يقلل عدد سنوات التعرض للحمل والإنجاب، المتمثلة بمدة الحياة الزوجية (أنظر الجدول 8.5).

يلاحظ من الجدول (8.5) أيضاً، أنه عند مقارنة الفئة الأولى من المستوى التعليمي من الأميات أو اللواتي لم يحصلن على أي مستوى تعليمي مع آخر فئة من النساء اللواتي حصلن على بكالوريوس فأعلى، لوجدنا عدة أمور تفسر هذا التناقض، منها أن متوسط العمر عند الزواج الأول للفئة الأولى أقل بحوالي خمس سنوات، وأن متوسط العمر ومتوسط مدة الحياة الزوجية للفئة الأولى أعلى، وأن متوسط عدد الباقيين يقترب من 6 أطفال بالمتوسط لهذه الفئة، بينما للفئة الأخيرة أقل من 2.5 بالمتوسط للمرأة الواحدة، بالتالي لم يتحقق العدد المرغوب به من الأطفال المنجبين نسبياً عند كل فئة عمرية للنساء في الفئة الأخيرة من المتعلقات.

جدول 8.5: متوسطات حسابية لمؤشرات مختارة حسب المؤهل العلمي، 2004

المجموع	المؤهل العلمي						متوسطات مؤشرات مختارة
	بكالوريوس فأعلى	دبلوم متوسط	ثانوي	إعدادي	ابتدائي	أمي/ملم	
31.8	31.0	33.9	30.3	30.0	33.0	37.1	متوسط العمر
4.30	3.93	4.21	4.24	4.3	4.43	4.53	متوسط العدد المثالي للأطفال
4.20	2.38	3.78	3.51	3.91	4.98	5.92	متوسط عدد الأطفال الباقيين على قيد الحياة
18.80	22.88	22.43	19.57	17.95	17.60	18.04	متوسط العمر عند الزواج الأول
12.79	7.86	11.32	10.68	11.82	15.23	18.85	متوسط مدة الحياة الزوجية
3,646	204	240	763	1,259	777	403	عدد النساء

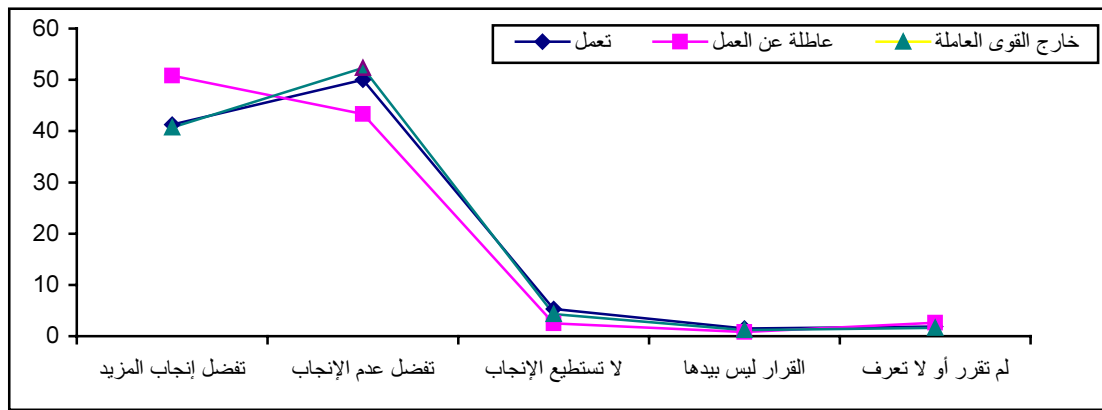
كما أنه يلاحظ أن متوسط عدد الباقيين على قيد الحياة للنساء ابتدائي فأقل هو أعلى من متوسط عدد الأطفال المتألي، والفرق بينهما يقارب من حوالي مولود ونصف بالمتوسط للأميات مثلا، بمعنى أن هناك أطفال غير مرغوب بإنجابهن، وغالبا ما يكونوا من الإناث.

هذا الأمر المتعلق بالعلاقة بين المؤهل العلمي وتفضيلات الإنجاب بحاجة إلى مزيد من البحث والدراسة، من خلال استخدام طرق المعايرة المباشرة وغير المباشرة لعزل أثر العوامل الأخرى مثل العمر وعدد الباقيين على قيد الحياة ومدة الحياة الزوجية وغيرها عن أثر المؤهل العلمي وعلاقته بتفضيلات الإنجاب.

6.5 تفضيلات الإنجاب والعلاقة بقوة العمل:

أما ارتباط تفضيلات الإنجاب بالعلاقة بقوة العمل فيبين الشكل (3.5) التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حاليا (15- 49 سنة) حسب تفضيلات الإنجاب والعلاقة بقوة العمل.

شكل 3.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حاليا (15-49 سنة) حسب تفضيلات الإنجاب والعلاقة بقوة العمل، 2004



يلاحظ من الشكل (3.5) أن نسبة النساء العاملات اللاتي لديهن رغبة في التوقف عن إنجاب المزيد من الأطفال هي 50.0%، وهي أعلى مقارنة بالنساء الباحثات عن عمل 43.3%، في نفس الوقت فإن نسبة الراغبات في التوقف عن إنجاب المزيد من الأطفال لفئة النساء خارج القوى العاملة 52.0% أعلى من النساء داخل القوى العاملة، يمكن تفسير ذلك من خلال الجدول (9.5)، حيث يلاحظ أن متوسط العمر عند الزواج الأول للنساء العاملات أعلى بأكثر من 4 سنوات مقارنة مع النساء خارج القوى العاملة، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة مدة الحياة الزوجية عند كل عمر معين، بالتالي زيادة متوسط الباقيين على قيد الحياة لهذه الفئة، الأمر الذي يقلل من نسبة الراغبات في إنجاب المزيد من الأطفال، وذلك على الرغم من كونهن غير عاملات وغير باحثات عن عمل، ويشكل معظمهن ربوات البيوت أو متفرغات لأعمال المنزل، لذلك فإن نسبة عالية منهن يرغبن بالتوقف عن الإنجاب، بالتالي يمكن القول أن معظمهن قد اكتفين من إنجاب المزيد.

جدول 9.5: متوسطات حسابية لمؤشرات مختارة حسب العلاقة بقوة العمل، 2004

العلاقة بقوة العمل			متوسطات لمؤشرات مختارة
المجموع	خارج القوى العاملة	عاطلة عن العمل	
31.80	31.50	32.40	متوسط العمر
4.31	4.33	4.27	متوسط العدد المثالي للأطفال
4.20	4.30	3.50	متوسط عدد الاطفال الباقين على قيد الحياة
18.80	18.43	20.98	متوسط العمر عند الزواج الأول
12.79	12.93	11.06	متوسط مدة الحياة الزوجية
3,646	3,259	118	عدد النساء

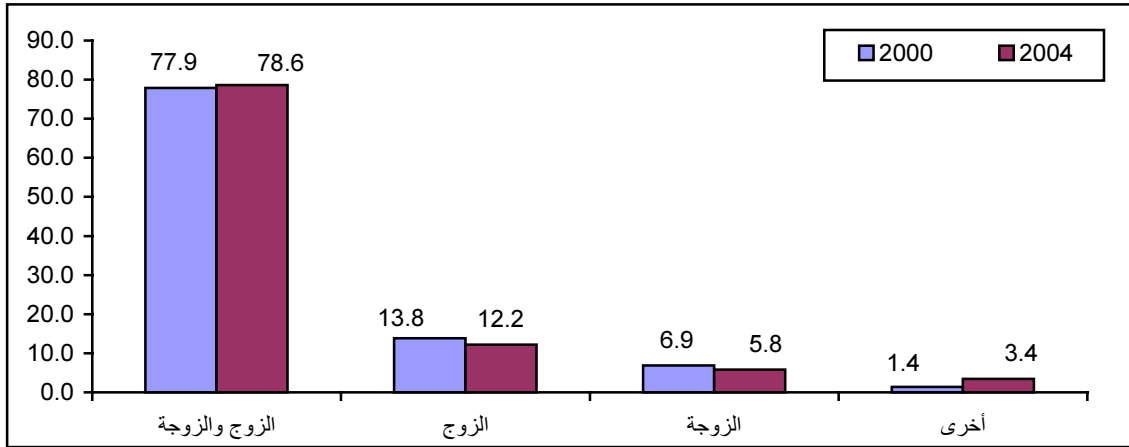
وعند ربط المؤهل العلمي مع العلاقة بقوة العمل تبين أن نسبة الحاصلات على دبلوم فأعلى هي 68.9% من مجموع العاملات، بمعنى أن معظم العاملات من المتعلمات، بينما هناك حوالي 95.0% من النساء اللاتي مستواهن التعليمي أقل من ثانوي هن خارج القوى العاملة، بالتالي فان هناك علاقة ملحوظة بين التعليم والعمل.

من هنا نستطيع أن نستنتج أن تعليم المرأة يساهم فعلا في زيادة العمر عند الزواج الأول، الذي يقلل سنوات التعرض للحمل، الأمر الذي يقلل عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة، مما يؤدي إلى بقاء نسبة عالية من النساء داخل القوى العاملة يرغبن بإنجاب المزيد، لكنها لا تصل إلى عدد الأطفال للنساء خارج القوى العاملة، في نفس الوقت زيادة المستوى التعليمي يزيد من فرص عمل المرأة، ويقلل من عدد الأطفال المثالي مقارنة بالمستويات التعليمية الأقل.

7.5 اتخاذ قرارات الإنجاب:

أما بالنسبة لمتخذ القرارات المتعلقة بالإنجاب أو عدمه، فيتضح من الشكل (4.5) أن كلا من الزوج والزوجة يتخذ القرار بشأن عدد الأطفال في الأسرة بنسبة 78.6%، وبنسبة أعلى مما كانت عليه عام 2000 (77.9%) من الحالات، بينما تقرر الزوجة وحدها بشأن ذلك في 5.8% من الحالات، ولكن يقرر الزوج بمفرده في 12.2% من الحالات، وفي كلتا الحالتين انخفضت نسبتهما عام 2004 مقارنة مع 2000 بشكل طفيف، مع ازدياد نسبة الآخرون بهذا الشأن خلال نفس الفترة. بالتالي فان هناك ما نسبته 18.0% من الحالات لا يشارك الزوجين معاً فيها باتخاذ القرار بشأن عدد الأطفال، بينما يتخذ القرار من قبل الآخرون بنسبة 3.4%، الأمر الذي يستدعي إشراك الرجال والنساء في برامج تنظيم الأسرة والتثقيف الصحي.

شكل 4.5: التوزيع النسبي للأشخاص الذين يتخذون قراراً بشأن عدد الأطفال في العائلة، 2000، 2004



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

8.5 العدد الإضافي المفضل للذكور/الإناث:

ترتبط نسبة النساء اللواتي يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال أو غير قادرات على إنجاب المزيد من الأطفال إيجابياً بعدد الأطفال الباقين على قيد الحياة الذين أنجبتهن المرأة، حيث يلاحظ مثلاً أنه بالنسبة للنساء اللاتي لديهن صفر مولود باقي على قيد الحياة (لا يوجد مواليد لديهن)، فإن نسبة الراغبات بإنجاب المزيد من الأطفال تصل إلى أكثر من 80.0%، بينما نسبة عدم الراغبات بالإنجاب هي 0.5% فقط.

كما يلاحظ أنه وعلى الرغم أن فئة النساء الأخيرة لديها 6 أطفال وأكثر باقين على قيد الحياة، إلا أن أكثر من 10% منهن ما زلن يفضلن إنجاب المزيد، هذا الأمر يدل على بقاء الرغبة بوجود أسر كبيرة، أو إشارة إلى تفضيل الذكور، حيث أن معظم النساء اللاتي لديها مواليد إناث فقط عادة ما تستمر في الإنجاب أو الرغبة به حتى إنجاب مولود ذكر أو أكثر.

تم طرح مجموعة من الأسئلة على النساء بشأن عدد الذكور والإناث الذين يرغبن بإنجابهم في المستقبل إضافة إلى الذين سبق إنجابهم والباقين منهم على قيد الحياة.

وحول العدد الإضافي من الإناث والذكور الذين يفضلن إنجابهم، الجدول (10.5) يعرض تفاصيل حول هذا الموضوع، حيث يتضح من هذا الجدول أن نسبة عالية من إجابات المبحوثات غير محددة برقم، وبنسب متقاربة لكل من الذكور والإناث (حوالي 18%). كما يلاحظ أنه كلما زاد عدد كل من الذكور والإناث الباقين على قيد الحياة قل عدد كل من الذكور والإناث الإضافيين المرغوبين، فعند المستوى 2 من الذكور الإضافيين المفضلين فإن النسبة تنخفض من 44.4% عند مستوى صفر من الأطفال الذكور الباقين على قيد الحياة لتصبح مساوية للصفر عند مستوى 6 مواليد باقين على قيد الحياة، ونفس الاتجاهات بالنسبة للإناث.

جدول 10.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) القادرات على الإنجاب ولا تفضل التوقف عنه حسب عدد الذكور/الإناث الباقيين على قيد الحياة والعدد الإضافي المفضل من الذكور/الإناث، 2004

عدد النساء	عدد الذكور الإضافي المفضل								عدد الذكور الباقيين على قيد الحياة
	غير محدد برقم	+6	5	4	3	2	1	0	
637	18.6	1.5	1.8	5.0	16.2	44.4	12.3	0.2	0
618	14.9	2.3	1.5	3.8	12.3	26.1	38.1	1.0	1
420	19.3	0.9	2.5	4.9	9.3	16.1	33.0	14.0	2
170	23.5	4.2	2.1	4.2	5.9	13.7	27.2	19.2	3
64	25.5	3.0	1.3	6.1	0.0	14.1	18.7	31.3	4
15	30.1	0.0	0.0	5.7	7.2	7.6	36.7	12.7	5
9	23.8	0.0	11.7	0.0	0.0	0.0	29.7	34.8	+6
1,933	18.4	1.9	1.9	4.5	11.8	28.1	27.0	6.4	المجموع
عدد الإناث الإضافي المفضل									عدد الإناث الباقيات على قيد الحياة
عدد النساء	غير محدد برقم	+6	5	4	3	2	1	0	
625	18.2	0.5	0.6	1.7	7.1	47.2	22.7	2.0	0
611	18.1	0.2	0.8	2.0	2.9	25.1	44.1	6.8	1
349	18.0	0.2	0.3	1.8	3.9	13.6	20.7	41.5	2
190	19.7	0.6	0.5	0.5	11.0	2.6	8.4	56.7	3
84	8.8	1.2	0.0	9.9	0.0	2.2	9.4	68.5	4
47	27.8	0.0	0.0	1.9	1.8	0.0	0.0	68.5	5
27	11.3	11.5	4.1	0.0	0.0	0.0	3.4	69.7	+6
1,933	18.1	0.5	0.6	2.0	5.1	25.8	26.2	21.7	المجموع

يلاحظ أيضاً أن الفروق بين الذكور والإناث تتضح من عدة جوانب أهمها:

- ❖ عند معظم النسب في الطرف الأيسر من الجدول (العدد الإضافي 3 فأكثر) تكون نسب الذكور أعلى منها للإناث، هذا يدل على أن من يرغب بإنجاب عدد إضافي من الذكور أكثر من الإناث.
- ❖ عند جميع النسب في العامود الأول (عدد الذكور الإضافي صفر وعدد الإناث الإضافي صفر)، وعند جميع مستويات عدد الباقيين على قيد الحياة، فإن النسب لعدد الإناث أعلى، فمثلاً عندما يكون لدى المرأة 6 مواليد باقين على قيد الحياة من الذكور، فإن ما نسبته 34.8% فقط من النساء يفضلن عدم إنجاب أي طفل ذكر إضافي، بينما يقابلها 69.7% من النساء يفضلن عدم إنجاب أية أنثى إضافية، بل تصل لنسبة مقاربة لهذه النسبة عند مستوى 4 إناث باقيات على قيد الحياة. هذا يدل بوضوح إلى تفضيل إنجاب الذكور على إنجاب الإناث، لكنها ليست بدرجة كبيرة جداً.

ولمعرفة حجم الفجوة بين تفضيلات كل من إنجاب الذكور والإناث تم احتساب الفرق بين العدد المثالي لكل من الذكور والإناث، وتبين أنه يساوي حوالي ربع مولود بالمتوسط لكل امرأة أجابت بإجابة رقمية، وهذا الفرق متقارب نوعاً ما حسب المنطقة ونوع التجمع، إلا أنه مرتفع قليلاً في المخيمات وخاصة في مخيمات قطاع غزة.

ومن ناحية واقعية فإن تفضيل إنجاب ربع مولود ذكر إضافي بالمتوسط يؤدي إلى إنجاب ربع مولود أنثى إضافية عادة ما تكون غير مرغوب بها، بمعنى أن هناك حوالي نصف مولود يأتي نتيجة تفضيل الذكور عن الإناث، الأمر الذي يستدعي أخذ ذلك بعين الاعتبار عند رسم أية سياسة سكانية مستقبلية. وخاصة وأن الدين الإسلامي الحنيف نبذ هذه العادة الجاهلية.

9.5 تفضيلات الإنجاب وخدمات تنظيم الأسرة:

إن الحاجة لخدمات تنظيم الأسرة والتي يتم إغفالها عادة هي الخدمات المتعلقة بالنساء غير الحوامل، اللواتي يرغبن بتأخير حملهن للمولود التالي، أو اللواتي لا يستخدمن أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، لكنهن لا يرغبن بالمزيد من الأطفال، بالتالي يتعرضن للحمل غير المرغوب به، إضافة للنساء الحوامل ممن كان حملهن الأخير في وقت غير مناسب أو غير مرغوب به، حيث يبين الجدول (11.5) علاقة تفضيلات الإنجاب باستخدام وسائل تنظيم الأسرة.

جدول 11.5: نسبة النساء اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة والمتزوجات حالياً وغير الحوامل في الفئة العمرية (15-49) سنة حسب المنطقة وتفضيلات الإنجاب، 2000، 2004

المجموع	تفضيلات الإنجاب					استخدام وسائل تنظيم الأسرة والمنطقة
	لم تقرر/ لا تعرف	القرار ليس بيدها	لا تستطيع الإنجاب	تفضل عدم الإنجاب	تفضل إنجاب المزيد	
الأراضي الفلسطينية						
60.0	63.3	39.2	4.2	73.7	47.4	تستخدم وسائل تنظيم الأسرة 2000
59.9	73.2	56.5	7.9	74.2	46.7	تستخدم وسائل تنظيم الأسرة 2004
3,562	59	45	159	1,848	1,451	عدد النساء 2004
الضفة الغربية						
63.1	51.1	29.9	2.5	75.5	52.0	تستخدم وسائل تنظيم الأسرة 2000
64.0	73.8	70.3	6.4	76.8	52.2	تستخدم وسائل تنظيم الأسرة 2004
2,239	45	25	106	1,207	856	عدد النساء 2004
قطاع غزة						
54.3	77.8	53.3	9.3	69.9	40.1	تستخدم وسائل تنظيم الأسرة 2000
52.6	71.4	39.4	10.6	69.1	38.4	تستخدم وسائل تنظيم الأسرة 2004
1,323	14	70	53	641	595	عدد النساء 2004

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

يلاحظ من الجدول (11.5) أن 59.9% من النساء غير الحوامل حالياً في الأراضي الفلسطينية يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة عام 2004، مقابل 60.0% عام 2000، بمعنى عدم وجود أي تغيير يذكر في هذه النسبة على مستوى الأراضي الفلسطينية خلال الفترة 2000-2004.

أما على مستوى المنطقة فيلاحظ أن هناك ارتفاع طفيف في الضفة الغربية وانخفاض طفيف في قطاع غزة لنسبة المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة خلال الفترة 2000-2004.

وتتراوح نسبة الاستخدام بين النساء اللواتي يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال (46.7%) والنساء اللواتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال (74.2%) عام 2004. ويلاحظ ارتفاع نسبة المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة في الضفة الغربية لكل من الراغبات وغير الراغبات بالإنجاب مقارنة بمثيلاتها في قطاع غزة.

تجدر الإشارة إلى أن النساء اللواتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال ولا يستخدمن حالياً وسائل تنظيم الأسرة معرضات لأن يصبحن حوامل، ولذلك فإنهن يعتبرن في حاجة إلى خدمات تنظيم الأسرة، يشكلن 25.8% من النساء اللواتي لا يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال في الأراضي الفلسطينية، ويشكلن 23.2% الضفة الغربية و30.9% في قطاع غزة، هذا الأمر يستدعي تركيز الخدمات الصحية في قطاع غزة أكثر نسبياً منها في الضفة الغربية في مجالات تنظيم الأسرة.

تم سؤال النساء اللواتي يفضلن إنجاب المزيد، واللواتي أجبن بأن القرار ليس بأيديهن أو لم يقررن أو لا يعرفن عن المدة التي ترغب المرأة المتزوجة بانتظارها من الآن وحتى إنجاب الطفل التالي، وسؤال النساء الحوامل ولا يفضلن وقف الإنجاب عند المدة التي ترغب في انتظارها بعد الولادة من الحمل الحالي وحتى إنجاب الطفل التالي، حيث يمكن تلخيص النتائج كما في الجدول (12.5).

جدول 12.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً في الفئة العمرية (15-49) سنة من الحوامل وغير الحوامل اللواتي يرغبن بعدد أكبر من الأطفال حسب فترة المباشرة المرغوبة والمنطقة، 2000، 2004

فترة المباشرة بين المواليد	السنة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الأراضي الفلسطينية
أقل من سنتين	2000	25.4	15.2	21.4
	2004	11.1	13.9	12.2
سنتان فأكثر	2000	50.8	54.3	52.2
	2004	55.9	52.8	54.7
غير محدد برقم	2000	23.8	30.5	26.4
	2004	33.0	33.3	33.1
عدد النساء	2004	945	641	1,586

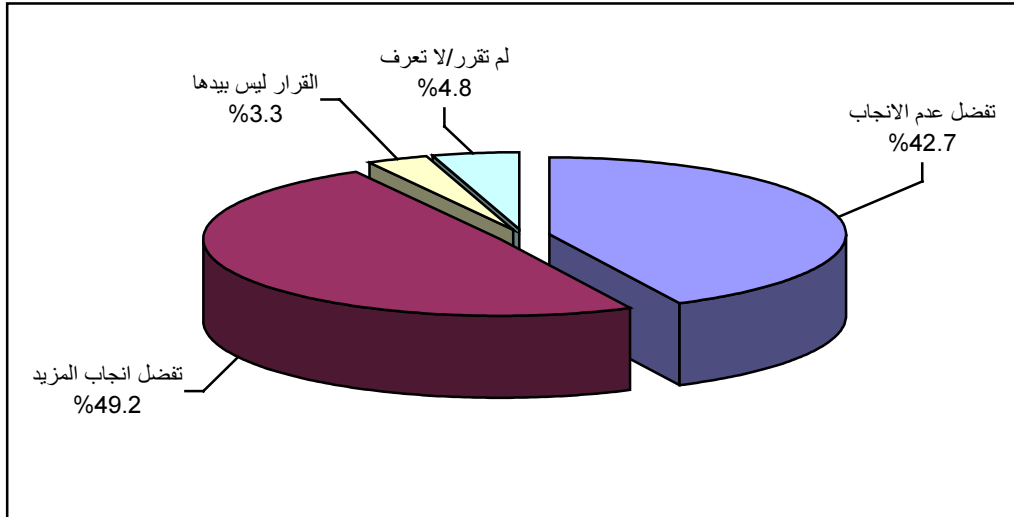
يلاحظ أن من بين النساء اللواتي يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال، تبين أن 12.2% في عام 2004 يرغبن بالانتظار لفترة تقل عن سنتين حتى الحمل التالي مقابل 21.4% عام 2000. وأن 54.7% عام 2004 أشرن إلى أنهن يرغبن بالانتظار مدة سنتين أو أكثر قبل أن يحملن مرة أخرى مقابل 52.2% عام 2000. بينما لم تحدد ما نسبته 33.2% و26.4% فترة زمنية قبل أن يحملن مرة أخرى في العامين 2004، 2000.

ومن الملاحظ أيضاً أن عدداً أكبر من النساء في الضفة الغربية يرغبن بالانتظار لفترة تقل عن سنتين قبل الحمل مرة أخرى في عام 2000، إلا أن الأمر أصبح معكوساً عام 2004. ومن هنا يمكن أن نستنتج أن هناك توجهات لدى النساء بزيادة فترة المباشرة بين المواليد خلال الفترة 2000-2004.

كما تم طرح أسئلة على المبحوثات الحوامل حالياً بهدف تحديد ما إذا كانت تفضل إنجاب المزيد من الأطفال بعد الولادة أم تفضل عدم إنجاب أطفال آخرين، حيث يبين الشكل (5.5) رغبة النساء الحوامل حالياً في إنجاب المزيد. وقد أشارت

ما نسبته 49.2% من النساء الحوامل حالياً إلى أنهن يرغبن بإنجاب المزيد بعد الولادة، وأن 42.7% يرغبن بعدم الإنجاب، والباقي 8.1% أجبن بأن القرار ليس بأيديهن أو لم يقررن أو لا يعرفن.

شكل 5.5: التوزيع النسبي للنساء الحوامل حالياً (15-49 سنة) حسب الرغبة في الإنجاب بعد الولادة، 2004

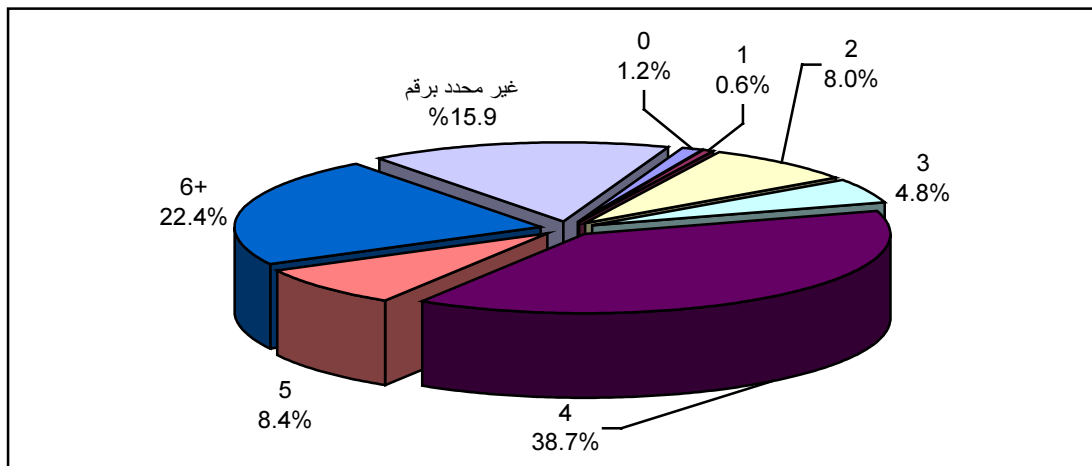


10.5 العدد المثالي للأطفال:

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

يبين الشكل (6.5) العدد المثالي للأطفال للنساء المتزوجات حالياً ممن هن في سن الإنجاب (15-49 سنة)، حيث أشارت ما نسبته 1.8% من المبحوثات إلى أنهن يعتقدن بأن الحجم المثالي للأسرة يقل عن طفلين (مستوى الإحلال)، 8.0% أشرن إلى أن حجم الأسرة المثالي هو طفلان، فيما أشارت 4.8% منهن إلى أن حجم الأسرة المثالي هو ثلاثة أطفال، وأن 38.7% أشرن إلى أن حجم الأسرة المثالي هو أربعة أطفال، بينما أشارت 30.8% منهن إلى أن الحجم المثالي للأسرة هو خمسة أطفال فأكثر، والباقي غير محدد برقم. بالتالي نستطيع أن نستنتج أن العدد المرغوب إنجابهم من الأطفال لدى المرأة الفلسطينية هو 4 أطفال.

شكل 6.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49 سنة) حسب وجهة نظر المرأة بالعدد المثالي للأطفال، 2004



كما تم سؤال المبحوثات عن عدد الأطفال الذين ترغب المرأة بإنجابهم طيلة حياتها فيما لو كان بإمكانها أن تعود إلى الوقت الذي لم يكن لديها فيه أي طفل، حيث يمكن تلخيص أهم النتائج بالجدول 13.5 و 14.5 و 15.5.

جدول 13.5: متوسط عدد الأطفال المثالي من وجهة نظر المرأة حسب عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة، والعمر الحالي للمرأة، 2000 ، ° 2004

متوسط عدد الأطفال المثالي		عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة والعمر الحالي للأم
2004	2000	
عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة		
4.27	4.00	0
4.37	3.97	1
4.42	4.14	2
4.25	4.20	3
4.39	4.37	4
4.51	4.83	5
5.25	5.32	+6
عمر الأم الحالي		
4.62	4.06	19-15
4.54	4.17	24-20
4.40	4.28	29-25
4.44	4.60	34-30
4.55	4.76	39-35
5.09	4.85	44-40
5.10	5.26	49-45
4.61	4.58	المجموع

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

يلاحظ من الجدول (13.5) أن متوسط عدد الأطفال المثالي قد ازداد بين العامين 2000، 2004 لكن بصورة غير ملحوظة، وأن هذا المتوسط يزداد بشكل عام كلما زاد عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة، وكلما زاد عمر المرأة. كما يتراوح متوسط عدد الأطفال المثالي عام 2004، حسب عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة الذين أنجبتهن المرأة بين 4.27 طفل للنساء اللواتي لا يوجد لديهن أطفال باقين على قيد الحياة و5.25 طفل للنساء اللواتي لديهن ستة أطفال أحياء فأكثر وحسب العمر الحالي للمرأة بين 4.62 لدى النساء في الفئة العمرية 15 - 19 سنة و5.1 للنساء في الفئة العمرية (45 - 49 سنة).

أما الجدول (14.5) فيبين 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 عام 2004 (5.02 مقابل 4.35 على التوالي). كما أن النساء المقيمات في مخيمات اللاجئين يتميزن بارتفاع متوسط عدد الأطفال المثالي مقارنةً بالنساء المقيمات في المناطق الحضرية والريفية (5.01 مقابل 4.49 و4.61 على التوالي) لنفس العام.

من جهة أخرى يرتبط متوسط عدد الأطفال المثالي عكسياً مع مستوى التحصيل العلمي للمرأة، حيث يتراوح بين 5.19 للنساء اللواتي لا يتمتعن بأي مستوى تحصيل علمي وبين 4.23 للنساء اللواتي أنهين مرحلة تعليمية أعلى من ثانوي.

جدول 14.5: متوسط عدد الأطفال المثالي والباقيين على قيد الحياة من وجهة نظر المرأة حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000*، 2004

الخصائص الخلفية	متوسط عدد الأطفال المثالي		متوسط عدد الأطفال الباقيين على قيد الحياة
	2004	2000	2004
المنطقة			
الضفة الغربية	4.35	4.46	3.38
قطاع غزة	5.02	4.80	4.42
نوع التجمع			
حضر	4.49	4.55	4.04
ريف	4.61	4.50	3.95
مخيم	5.01	4.81	4.29
المؤهل العلمي			
لا شيء	5.19	5.16	5.75
ابتدائي	4.82	4.76	4.92
إعدادي	4.55	4.44	3.83
ثانوي	4.48	*4.22	3.52
أعلى من ثانوي	4.23	-	3.02
المجموع	4.61	4.58	4.06

* تشمل أيضاً أعلى من ثانوي

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

كما يلاحظ أيضاً أن متوسط عدد الباقيين على قيد الحياة هو أقل من متوسط عدد الأطفال المثالي لجميع التصنيفات باستثناء حالة كون المستوى التعليمي ابتدائي فأقل، وهذا يفسر المعضلة التي تم الإشارة لها سابقاً حول العلاقة بين الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال والمستوى التعليمي، حيث أن سبب وجود نسبة عالية من غير المتعلمات يرغبن بالتوقف عن الإنجاب يعود لوجود عدد كاف من الأطفال الباقيين على قيد الحياة بالمتوسط حيث يبلغ 5.75 مولود للواتي لم يحصلن على أي مستوى تعليمي، حتى أن هذا المتوسط أعلى من العدد الأمثل لنفس الفئة 5.19 مولود.

أما الجدول (15.5) فيتناول التوزيع النسبي للنساء حسب عدد الأطفال الباقيين على قيد الحياة والعدد المثالي للأطفال. وبالنظر للجدول، يمكن لنا أن نتعرف على نسب النساء اللواتي يتمتعن بعدد أطفال باقين على قيد الحياة أكبر من العدد المثالي للأطفال.

جدول 15.5: التوزيع النسبي للنساء المتزوجات حالياً (15-49) حسب عدد الأطفال المثالي وعدد الأطفال الباقين على قيد الحياة، 2004

عدد الأطفال المثالي	عدد الأطفال الباقين على قيد الحياة						
	0	1	2	3	4	5	+6
0	1.0	0.3	1.8	0.6	0.7	1.6	2.4
1	0.9	2.0	0.6	0.9	0.9	0.2	0.3
2	12.6	9.5	10.1	10.1	11.0	10.8	6.7
3	7.4	8.5	6.2	11.0	2.8	4.9	3.2
4	52.0	48.9	49.4	51.7	54.0	38.0	37.8
5	7.6	10.9	11.6	10.4	6.5	17.9	7.7
+6	18.5	19.9	20.3	15.3	24.1	26.6	41.9
المجموع	100	100	100	100	100	100	100
عدد النساء	305	305	511	543	547	461	1,031

إذا قسمنا الجدول السابق إلى قسمين بواسطة القطر النازل من الزاوية العلوية للجدول من جهة اليمين إلى الزاوية السفلية من جهة اليسار لنتج لدينا ثلاث مجموعات، ثم جمعنا النسب لكل مجموعة وقسمناها على مجموع كل النسب (700) لنتج ما يلي:

1. المجموعة الأولى يتساوى عندها العدد المثالي مع عدد الباقين على قيد الحياة بنسبة 19.7%
2. المجموعة الثانية يكون عندها العدد المثالي أقل من عدد الباقين على قيد الحياة بنسبة 20.5%
3. المجموعة الثالثة يكون عندها العدد المثالي أكبر عدد الباقين على قيد الحياة بنسبة 59.8%

نستطيع أن نستنتج أن العدد المثالي أكبر من عدد الباقين على قيد الحياة، وأن حوالي 60% من النساء اللواتي أُجبن بإجابات رقمية يكون العدد المثالي أكبر من عدد الباقين على قيد الحياة، بالتالي عادة ما يسعين لتحقيق العدد المثالي من خلال المزيد من الإنجاب.

الملخص التنفيذي:

- أكثر من نصف النساء (51.8%) المتزوجات حالياً في سن الإنجاب يرغبن بالتوقف عن إنجاب المزيد من الأطفال مقابل 41.1% يرغبن بإنجاب المزيد من الأطفال و7.1% لم يقررن بعد/لا يعرفن بشأن ذلك، ولا يستطعن اتخاذ قرار.
- خلال الفترة 2004-2000، فإن نسبة النساء اللواتي يرغبن بمزيد من الأطفال قد انخفضت، مقابل ثبات نسبة اللواتي يفضلن عدم الإنجاب تقريبا، في حين أن نسبة غير القادرات على الإنجاب قد ارتفعت.
- نسبة الراغبات في إنجاب المزيد من الأطفال في قطاع غزة (44.8%) هي أعلى من نظيرتها في الضفة الغربية (38.9%)؛ في نفس الوقت فإن أكثر من نصف النساء في الضفة الغربية (53.7%) يرغبن في التوقف عن الإنجاب مقابل (48.6%) في قطاع غزة.
- ترتبط نسبة النساء اللواتي يرغبن بالتوقف عن إنجاب الأطفال إيجابياً بعدد الأطفال الباقين على قيد الحياة من الذين أنجبتهن المرأة.

- عند مقارنة تفضيلات الإنجاب بين العامين 2000، 2004 يلاحظ أنه على الرغم من أن نسبة غير الراغبات في الإنجاب (يفضّلن عدم الإنجاب) متقاربة في السنتين، إلا أن نسبة الراغبات في إنجاب المزيد من الأطفال قد قلت من 44.4% إلى 41.1%، وهذه مؤشرات تدل على انخفاض معدلات الخصوبة بصورة طفيفة خلال هذه الفترة.
- استكمال المرأة لتعليمها الجامعي يرفع متوسط العمر عند الزواج الأول بما لا يقل عن أربع سنوات بالمتوسط، ويزيد من فرص التحاقها بالقوى العاملة، ويقلل من عدد الأطفال المرغوب إنجابهم كحجم أمثل.
- المحددات الرئيسية للقرارات المتعلقة بالرغبة في الإنجاب لدى المرأة هي عدد الباقيين على قيد الحياة، وعدد الأطفال المرغوب إنجابهم، وخاصة من الذكور، والتي تتأثر بالمستوى التعليمي والعلاقة بقوة العمل، والعمر عند الزواج الأول، ومدة الحياة الزوجية للمرأة.
- كلا من الزوج والزوجة يتخذا القرار بشأن عدد الأطفال في الأسرة بنسبة 78.6%، وبنسبة أعلى مما كانت عليه عام 2000 (77.9%) من الحالات، بينما تقرر الزوجة وحدها بشأن ذلك في 5.8% من الحالات، ولكن يقرر الزوج بمفرده في 12.2% من الحالات، بالتالي فإن هناك ما نسبته 18.0% من الحالات لا يشارك الزوجين معاً فيها باتخاذ القرار بشأن عدد الأطفال، بينما يتخذ القرار من قبل الآخرون بنسبة 3.4%، الأمر الذي يستدعي إشراك الرجال والنساء في برامج تنظيم الأسرة والتثقيف الصحي.
- هناك حوالي نصف مولود يتم إنجابهم نتيجة تفضيل الذكور عن الإناث، الأمر الذي يستدعي أخذ ذلك بعين الاعتبار عند رسم أية سياسة سكانية مستقبلية.
- ما نسبته 1.8% من المبحوثات أشرن إلى أنهن يعتقدن بأن الحجم المثالي للأسرة يقل عن طفلين (مستوى الإحلال)، 8.0% أشرن إلى أن حجم الأسرة المثالي هو طفلان، فيما أشارت 4.8% منهن إلى أن حجم الأسرة المثالي هو ثلاثة أطفال، وأن 38.7% أشرن إلى أن حجم الأسرة المثالي هو أربعة أطفال، بينما أشارت 30.8% منهن إلى أن الحجم المثالي للأسرة هو خمسة أطفال فأكثر.
- النساء المقيمات في قطاع غزة يتميزن بارتفاع متوسط عدد الأطفال المثالي مقارنةً بالنساء المقيمات في الضفة الغربية عام 2004 (5.02 مقابل 4.35 على التوالي). كما أن النساء المقيمات في مخيمات اللاجئين يتميزن بارتفاع متوسط عدد الأطفال المثالي مقارنةً بالنساء المقيمات في المناطق الحضرية والريفية (5.01 مقابل 4.49 و 4.61 على التوالي) لنفس العام.

التوصيات:

- إجراء المزيد من الدراسات والبحوث حول تفضيلات الإنجاب وعلاقتها مع التحصيل العلمي والعلاقة بالقوى العاملة، واستخدام طرق المعايرة المباشر وغير المباشرة لعزل الآثار الأخرى.
- التركيز في برامج صحة الأم على خدمات تنظيم الأسرة غير الملباة وخاصة في قطاع غزة، وإشراك الأزواج في مواضيع تنظيم الأسرة.
- التركيز على تقليل أثر تفضيل إنجاب الذكور عن الإناث في برامج التوعية والتثقيف الصحي.

وفيات الأطفال والرضع

1.6 مقدمة:

تعتبر دراسة المؤشرات الصحية للرضع ولالأطفال ومستوياتها واتجاهاتها دراسات هامة من حيث بيان التغييرات التي تطرأ على الوضع الصحي للسكان على مر الزمن. وتعتبر تقديرات معدلات وفيات الأطفال والرضع من أهم المؤشرات الصحية لأنها تعكس الوضع الصحي والمستوى الاجتماعي للمجتمع، وهي تساعد في عملية رصد الواقع الصحي وتقييم البرامج الصحية السكانية. بالتالي فإننا نجد أن العديد من البلدان تبني سياساتها الصحية على أساس التغييرات في هذه المؤشرات. أما البلدان النامية فهي تنفق مبالغ طائلة على تطوير المستشفيات والخدمات التشخيصية من أجل تفادي الأسباب التي تؤدي إلى الوفاة، بينما تقوم بلدان العالم الأخرى بتبني سياسات تساند خدمات الرعاية الصحية الأولية والتي تشتمل على الخدمات الصحية التي ترعى الأم والطفل وذلك من أجل تقليص عدد الوفيات الناجمة عن الأمراض التي يمكن الوقاية منها إلى أدنى حد ممكن، والجدير بالذكر أن هذه الأمراض تعتبر مسؤولة عن عدد كبير من الوفيات في البلدان النامية. وتعمل هذه النشاطات على تقليص حجم وفيات الأطفال الناجمة عن الأمراض الشائعة التي يمكن الوقاية منها خاصة تلك التي يمكن الوقاية منها عن طريق التطعيم. لقد نتج عن هذه السياسة انخفاض ملحوظ في معدلات وفيات الأطفال في الكثير من دول العالم سواء كانت دول نامية أم متقدمة.

من الملاحظ أن الدول التي تتمتع بمعدلات خصوبة عالية وبمعدلات مواليد عالية، تعاني من معدلات أعلى من وفيات الأطفال والرضع. حيث أن هناك ترابط بين المسألتين وتؤثران في بعضهما البعض. إلا أن هناك اختلاف بين الدول من حيث معدلات وفيات الأطفال المبلّغ عنها. ففي سنة 2004 كانت وفيات الذين أعمارهم تقل عن خمس سنوات أقل من خمسة بالمائة لكل 1000 مولود حي في اليابان وفنلندا والسويد. وكانت أكثر من 200 لكل مولود حي في مالي والصومال. أما في أفغانستان وأنجولا فقد بلغ معدل وفيات الذين أعمارهم تقل عن خمس سنوات 257 و 262 على التوالي لكل 1000 مولود حي. هذا يعني أن أكثر من ربع الأطفال يموتون قبل بلوغ سن الخامسة.¹

في سنة 1994 تم تطبيق الخطة الصحية الوطنية في الأراضي الفلسطينية، حيث تعتبر هذه الخطة الخدمات الصحية الأولية بمثابة العمود الفقري لنظام الرعاية الصحية الفلسطينية. ويمنح هذا النظام المرأة والطفل الأولوية القصوى، ويعتبر تقليص النسبة المرضية ومعدل الوفيات بين النساء والأطفال من أهم أهدافه. ومن الأهداف الإستراتيجية للخطة الصحية الوطنية "أنه سوف يتم تقليص معدل وفيات الرضع بنسبة 30 بالمائة عن المستوى الحالي مع قدوم سنة 2000".² وبعد مضي عدد من السنوات على وضع الخطة تم إنشاء شبكة من مراكز رعاية صحة الأم والطفل، وانتشرت هذه المراكز وحصلت على دعم البرامج الصحية في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة. وتطالب الخطة الصحية الإستراتيجية لسنوات 1999-2003 بإنشاء مراكز رعاية صحية أولية تقدم الخدمات الصحية للأم والطفل في المناطق المهمشة في الأراضي الفلسطينية.³

¹ World Health Organization (2004), the World Health Report 2004, Changing History, Geneva

² The National Health Plan for the Palestinian People, Objectives and Strategies, April 1994

³ Palestinian National Authority – Ministry of Health, *National strategic Health Plan*

سوف يتناول هذا الفصل أربع مؤشرات لقياس مستويات واتجاهات معدلات وفيات الأطفال والرضع، بحيث يعكس كل مؤشر من هذه المؤشرات فترة معينة من فترات حياة الطفل. أما هذه المؤشرات فهي:

1. معدل وفيات حديثي الولادة: احتمال الوفاة خلال الثمانية والعشرين يوماً الأولى من حياة الطفل.
2. معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة: احتمال الوفاة بعد الثمانية والعشرين يوماً الأولى من حياة الطفل ولكن قبل (اكتمال) السنة الأولى من حياة الطفل.
3. معدل وفيات الرضع: احتمال الوفاة خلال السنة الأولى من حياة الطفل، ويشتمل هذا المعدل على مجموع المؤشران الأول والثاني.
4. وفيات الذين أعمارهم تقل عن خمس سنوات: احتمال وفاة الأطفال قبل بلوغهم عيد ميلادهم الخامس.

ويتم احتساب النسب عن طريق قسمة عدد الوفيات خلال فترة محددة على عدد المواليد الأحياء في نفس العام وضربها في 1000، وتوصف هذه النسب بما يلي: معدل الوفيات لكل ألف مولود حي.

إن كل مؤشر من هذه المؤشرات يعكس المخاطر الصحية المحددة المرافقة ويعكس وضع الخدمات الصحية للطفل ولأمه. على سبيل المثال: تعود أسباب وفاة الأطفال حديثي الولادة إلى (الابتسار) (التشوه أو العيب) الخلقي (المضاعفات) أثناء الولادة. بالتالي فإن تقليص معدل وفيات حديثي الولادة تتطلب تحسين رعاية الجنين وتحسين غرف الولادة وخدمات حديثي الولادة في المستشفيات. أما أسباب الوفيات فيما بعد مرحلة حادثة الولادة فهي تعود إلى أمراض الجهاز التنفسي والأمراض المعوية. من هنا نجد أن تقليص معدل الوفيات فيما بعد مرحلة حادثة الولادة يتطلب تحسين الظروف البيئية ودعم خدمات الرعاية الصحية الأولية.

2.6 جودة البيانات:

تعتمد دقة معدلات وفيات الأطفال والرضع على قدرة الباحثين على الحصول على أرقام دقيقة حول مجموع الوفيات خلال الفترة التي يتم جمع البيانات فيها، بالإضافة إلى دقة المعلومات حول عدد المواليد الأحياء الذين يبلغ عنهم في ذلك الوقت. لقد لاحظنا وجود اختلاف في النتائج في الأراضي الفلسطينية، ويمكننا توضيح هذا الاختلاف فيما يلي:

1. عدم اكتمال سجل المواليد الأحياء في واحد أو أكثر من التجمعات السكانية.
2. عدم الإبلاغ عن حالات الوفاة خاصة بين الأطفال حديثي الولادة لأسباب مختلفة.
3. تنوع أماكن الدراسة حيث أن الرقم الناتج عن مسح لمنطقة محددة لا يمكن تعميمه على المجتمع الفلسطيني.
4. تنوع تصاميم الدراسات وجمع البيانات سواء كان ذلك من خلال أساليب مباشرة أو غير مباشرة.

لقد كان هناك محاولة جادة وحقيقية خلال المسح الصحي الديمغرافي 2004⁴ لتجنب المشاكل في التسجيلات السابقة وفي المسوح الديمغرافية والصحية الأخرى.

1. لم تكن العينة محدودة في تجمعات سكانية معينة بل إنها مثلت جميع المحافظات في الضفة الغربية وقطاع غزة وغطت الحضر والريف والمخيمات. وكانت العينة عشوائية على مرحلتين. وكانت العينة ملائمة لحجم السكان في المنطقة المشمولة في المسح⁵.

⁴الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005. المسح الصحي الديمغرافي، 2004. النتائج الأساسية.

⁵الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. المسح الصحي، 2000. النتائج الأساسية.

2. تم احتساب معدلات وفيات الأطفال والرضع بناءً على البيانات التي تم جمعها في الجزء الثالث من الاستمارة المتعلقة بتاريخ الإنجاب. حيث تم سؤال النساء عن عدد الأطفال المولودين من الذكور والإناث وعن تفاصيل تتعلق بالاسم والجنس وتاريخ الميلاد. كما تم جمع بيانات عن نفس المتغيرات عن الأطفال المتوفين بالإضافة إلى تاريخ الوفاة. الجدير بالذكر أنه تم سؤال العائلات أثناء المسح عن حدثين كبيرين خلال الحياة وهما الولادة والوفاة، حيث أن لا أحد ينسى هذان الحدثان، مما يقلل فرص الانحياز في التذكر في تقدير الولادات والوفيات.
3. الخطوات الفعالة المتبعة أثناء تدريب العاملين الميدانيين وعقد الدراسة القبليّة لغاية اختبار وتطوير صحة وموثوقية البيانات حسنت من صحة وموثوقية البيانات التي تم جمعها. أما فيما يتعلق بمعدلات الاستجابة فقد كانت مرتفعة وزادت عن 90 بالمائة.

تعرض البيانات التي تم جمعها إلى بعض الانحياز مثل:

1. التسجيل غير الدقيق لتواريخ الولادة والوفاة يؤدي إلى تداخل البيانات، وانحياز في تقدير معدل وفيات الرضع. إلا أن هذا التأثير يبقى معتدل حيث أن المجموعة التي قد تتأثر به تشتمل على الأطفال الذين توفوا في الشهر الثاني عشر من عمرهم، وهي نسبة منخفضة جداً. وتم احتساب البيانات خلال هذا المسح حسب اليوم لهؤلاء الذي توفوا في الشهر الأول وحسب شهر الوفيات خلال أول سنتين من العمر، وحسب سنة الوفاة بعد السنة الثانية. إن هذه العملية تقلل من الانحياز وتعمل على تحسين وتطوير صحة البيانات.
2. اعتمد المسح عند تحديد عوامل المخاطر في وفيات الأطفال والرضع على سؤال النساء عن المتغيرات غير الموثوقة مثل سنوات التعليم. حيث أن هذا الخطأ أكثر [حدثاً] بين النساء ذوات الطبقة الوسطى من التعليم. على أية حال، كان لاستعمال النهج العلمي في اختيار العينة وتدريب الموظفين أثره على تطوير صحة الحصول على بيانات واقعية.

3.6 مستويات واتجاهات معدل الوفيات:

تم تقدير معدل وفيات الأطفال والرضع في المسح الصحي الديمغرافي 2004 وذلك خلال السنوات الخمسة عشر الماضية ووقت المسح من خلال القسمة على ثلاث فترات هي 1990-1994، 1995-1999، 2000-2004.

يعرض كل من جدول (1.6) وشكل (1.6) تقلص تدريجي منتظم في معدل الوفيات مع مرور الوقت. حيث أن معدل وفيات حديثي الولادة انخفض من 21.2 في الفترة الأولى (1990-1994) ليصل إلى 16.4 لكل ألف مولود حي خلال السنوات الخمس الأخيرة. أما معدل الوفيات بين ما بعد حديثي الولادة فقد انخفض من 11.6 خلال الفترة الأولى إلى 7.8 لكل ألف مولود حي في السنوات الخمس الأخيرة، مما انعكس على معدل وفيات الرضع حيث أن احتمال وفيات الأطفال تساوي مجموع احتمالات وفيات حديثي الولادة وفترة ما بعد حديثي الولادة. ففي الفترة الأولى (1990-1994) كان معدل وفيات الرضع يساوي 32.8 وانخفض إلى 24.2 لكل ألف مولود حي خلال السنوات الخمس الأخيرة بعد انخفاض تدريجي خلال السنوات الخمسة عشر الماضية. انخفضت وفيات الذين نقل أعمارهم عن خمس سنوات بنفس الشكل من 37.7 في الفترة الأولى إلى 28.3 لكل ألف مولود حي خلال السنوات الخمس الأخيرة.

جدول 1.6: التقديرات المباشرة لمعدل وفيات الأطفال والرضع خلال السنوات الخمس التي سبقت المسح حسب المنطقة،

2004-2000

الأراضي الفلسطينية				
السنوات التي سبقت المسح (2004)	معدل وفيات حديثي الولادة	معدل وفيات ما بعد مرحلة حديثي الولادة	معدل وفيات الذين أعمارهم تقل عن خمس سنوات	معدل وفيات الرضع
1994-1990	21.2	11.6	37.7	32.8
1999-1995	19.0	9.0	31.0	28.0
2004-2000	16.4	7.8	28.3	24.2
الضفة الغربية				
1994-1990	20.7	8.2	32.9	28.9
1999-1995	14.9	8.3	27.6	23.2
2004-2000	13.5	6.5	23.7	20.0
قطاع غزة				
1994-1990	21.9	16.4	44.4	38.3
1999-1995	25.2	9.9	40.0	35.1
2004-2000	20.6	9.6	34.8	30.2

ينخفض خطر الوفاة مع ازدياد عمر الطفل. إن فرصة حدوث وفاة خلال فترة الولادة الحديثة (أقل من 29 يوماً) تفوق فرصة حدوث وفاة خلال فترة ما بعد حداثة الولادة (من 29 إلى 365 يوماً). إن معدل وفيات حديثي الولادة في السنوات الخمس الأخيرة لهو 2.1 مرة أعلى من معدل الوفيات في فترة ما بعد حداثة الولادة. هذا يشير إلى المخاطر العالية خلال الأسابيع الأربعة الأولى من الحياة بالمقارنة مع الأحد عشر شهراً التالية من السنة الأولى من الحياة.

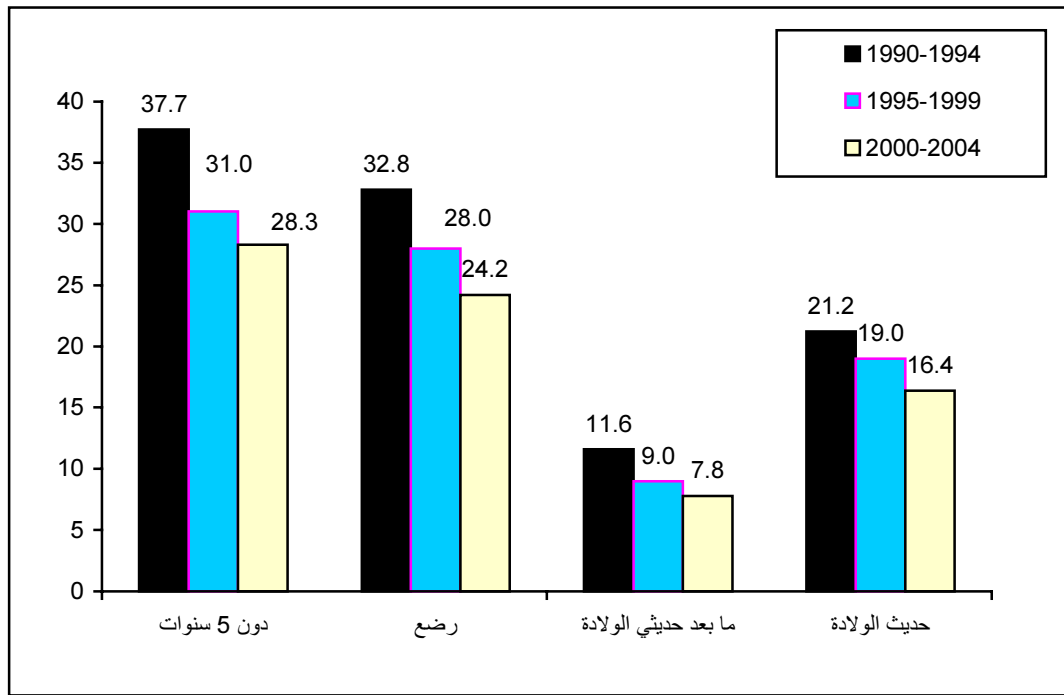
يعرض كل من جدول رقم (1.6) وشكل (1.6) نفس الاتجاه في انخفاض معدل وفيات الأطفال والرضع في الضفة الغربية وقطاع غزة. إلا أن هناك اختلافات بين معدلات الوفيات المبلغ عنها في المنطقتين، حيث أن معدلات قطاع غزة أعلى من معدلات الضفة الغربية خلال السنوات الخمس الأولى (1994-1990)، ووصل معدل وفيات الرضع في قطاع غزة إلى 38.3 لكل ألف مولود حي، بينما وصل معدل وفيات الرضع في الضفة الغربية إلى 28.9 ووفيات الذين أعمارهم تقل عن خمس سنوات لكل ألف مولود حي وصلت إلى 44.4 في قطاع غزة و32.9 في الضفة الغربية. وانخفض معدل وفيات الرضع في الضفة الغربية وقطاع غزة إلى 20.0 و30.2 لكل ألف مولود حي على التوالي. ووصلت وفيات الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات في الضفة الغربية وقطاع غزة إلى 23.7 و34.8 لكل ألف مولود حي على التوالي خلال الفترة الواقعة ما بين 2000 و2004. كما يعرض كل من جدول رقم (1.6) وشكل (1.6) الاختلافات الثابتة بين كل من الضفة الغربية وقطاع غزة خلال الفترات الثلاث الموصوفة في المسح الصحي الديمغرافي 2004.

إن التغييرات في اتجاهات معدل الوفيات بين المنطقتين تعود لسببين رئيسيين هما: أولاً: ازدياد وتوسع مراكز خدمات صحة الأم والطفل خاصة في الضفة الغربية، حيث أن هذه المراكز تقوم بتزويد السكان بخدمات صحية أفضل مما يقلل عدد الوفيات. وثانياً: التحسن الذي طرأ على جمع البيانات مما أدى إلى ظهور نتائج أكثر دقة.

هناك فروق بشكل عام بين الضفة الغربية وقطاع غزة حيث أن معدلات وفيات الأطفال والرضع هي الأعلى في قطاع غزة. هناك اختلاف مميز بين المنطقتين في تخفيض معدلات الوفيات، حيث انخفض معدل وفيات الرضع بما يساوي 30 بالمائة في الضفة الغربية خلال السنوات الخمسة عشر الأخيرة، بينما وصلت نسبة الانخفاض في غزة إلى 20 بالمائة.

إن انخفاض معدل وفيات الأطفال والرضع في التقدير الحالي للمسح الصحي الديمغرافي 2004 أقل قليلاً من التقديرات الواردة في المسح الصحي الديمغرافي 2000 لكل من الضفة الغربية وقطاع غزة. حيث أن معدل وفيات الرضع المقدرة في الأراضي الفلسطينية لسنة 2000 وصلت إلى 25.5 مقارنة بما نسبته 24.2 في هذا المسح. ووصل تقدير وفيات الرضع في الضفة الغربية وقطاع غزة إلى 24.4 و 27.3 على التوالي، بينما يصل التقدير المباشر الحالي لوفيات الرضع في الضفة الغربية وقطاع غزة إلى 20.0 و 30.2 لكل ألف مولود حي على التوالي.

شكل 1.6: التقديرات المباشرة لمعدل وفيات الأطفال والرضع لكل ألف مولود حي خلال السنوات الخمس التي سبقت المسح، 2000-2004

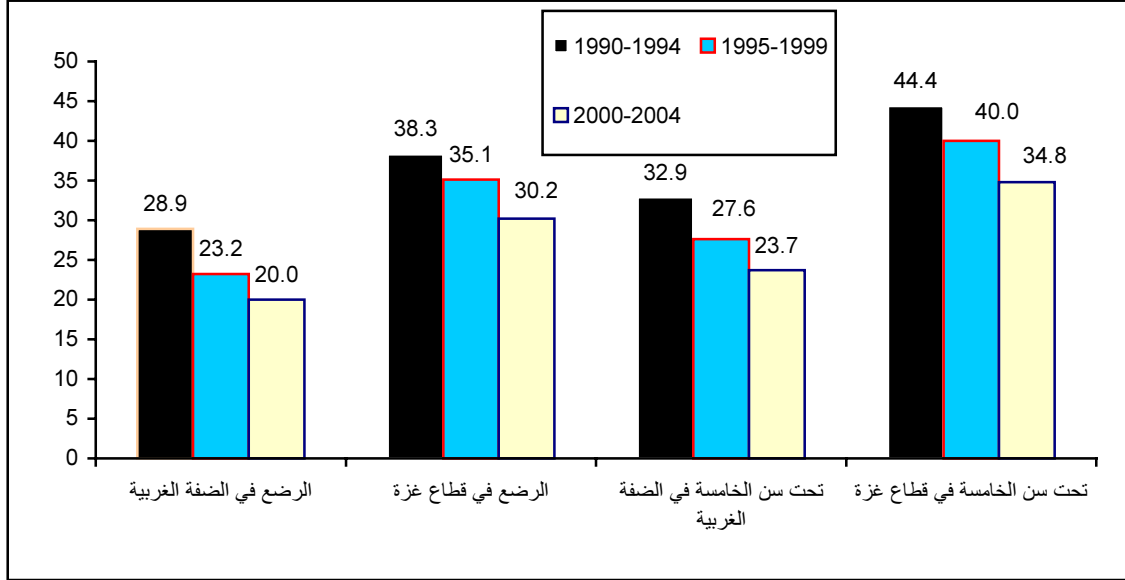


الجدير بالذكر أن معدل وفيات الأطفال والرضع لدى وزارة الصحة تقل عن المعدل الذي تم التوصل إليه في المسح الصحي الديمغرافي 2004. ففي سنة 2003، جاء في مصادر وزارة الصحة أن معدل وفيات الرضع يصل إلى 16.5 لكل ألف مولود حي، مع نسبة أعلى تصل إلى 24 لكل ألف مولود حي في قطاع غزة. وتصل وفيات الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات في الأراضي الفلسطينية إلى 28.5. يشير تقرير وزارة الصحة إلى احتمال وجود نقص حيث أن الوفيات في ذلك التقرير اشتملت على حالات الوفاة المسجلة رسمياً في مكاتب وزارة الصحة⁶. وبالرغم من النسب المنخفضة في تقرير وزارة الصحة إلا أن المسح الصحي الديمغرافي 2004 وتقرير وزارة الصحة يتفقان تماماً على عدد من القضايا مثل:

⁶ Palestinian National Authority, Ministry of Health, *the Status of Health in Palestine, Annual Report 2003*, Palestine

1. التدرج في انخفاض معدل وفيات الأطفال والرضع على مر السنين
2. أن نسب الوفيات في قطاع غزة أعلى منها في الضفة الغربية
3. أعلى احتمالات حدوث الوفاة تقع خلال فترة حداثة الولادة

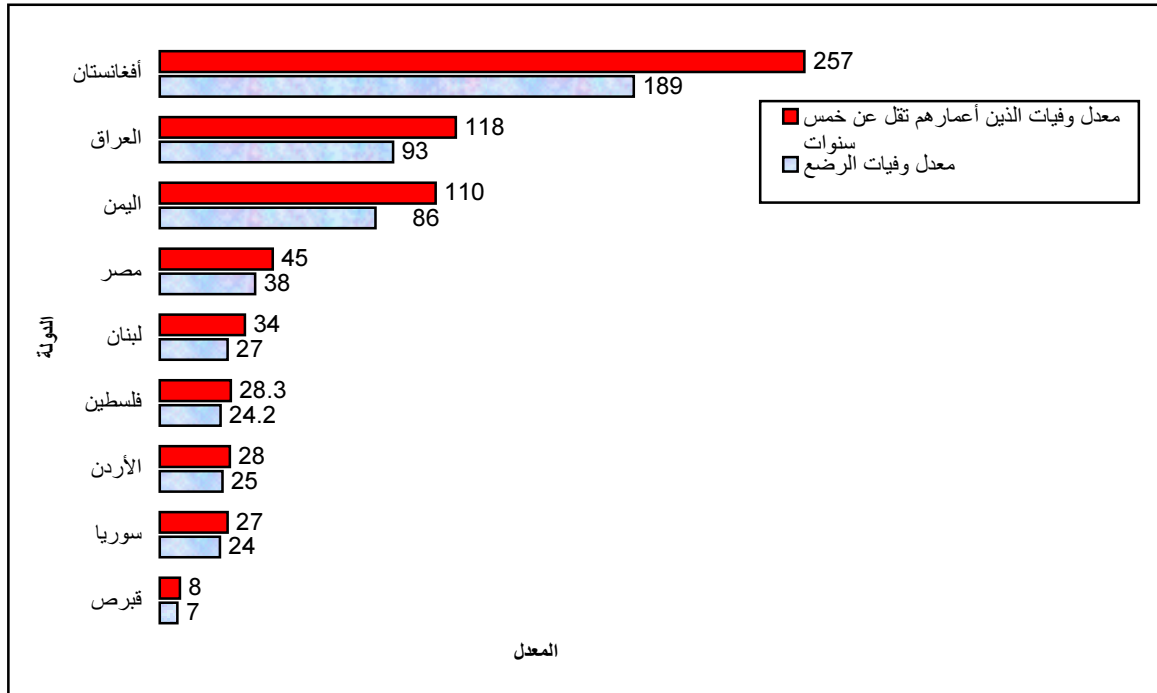
شكل 2.6: التقديرات المباشرة لمعدل وفيات الأطفال والرضع لكل ألف مولود حي خلال السنوات الخمس التي سبقت المسح حسب المنطقة، 2004-2000



يقارن شكل (3.6) معدل وفيات الأطفال والرضع كما جاء في المسح الصحي الديمغرافي 2004 في الأراضي الفلسطينية مع معدل الوفيات في بلدان أخرى خاصة منطقة شرق البحر الأبيض المتوسط كما جاء في تقرير منظمة الصحة الدولية لسنة 2004. من الملاحظ تشابه معدلات وفيات الأطفال والرضع في الأراضي الفلسطينية مع البلدان المحيطة مثل سوريا ولبنان والأردن، ونقل عن المعدلات في البلدان المحيطة الأخرى، إلا أنها تبعد كثيراً عن المعدلات في بعض البلدان القريبة مثل قبرص⁷.

⁷ World Health Organization (2004), *the World Health Report 2004, Changing History*, Geneva

شكل 3.6: مقارنة معدلات وفيات الأطفال والرضع في الأراضي الفلسطينية مع معدلات وفيات الأطفال والرضع في بعض دول العالم



Source: World Health Organization (2004). *The World Health Report 2004, Changing History*, Geneva

4.6 عوامل الخطر في معدل وفيات الأطفال والرضع:

يتناول هذا الفصل أيضاً بعض عوامل الخطر الممكنة في معدل وفيات الأطفال والرضع الموجودة في المسح الصحي الديمغرافي 2004 في الأراضي الفلسطينية. ولقد تمت مقارنة عوامل المخاطر مع عوامل مخاطر مشابهة تم دراستها خلال إجراء المسوح الصحية الديمغرافية في بلدان عربية مثل مصر والأردن واليمن وليبيا. ولم نستطع استكشاف عوامل مخاطر أخرى من البيانات المتوفرة.

1. الجنس: يعرض جدول رقم (2.6) نتائج المسح الصحي الديمغرافي 2004 حيث يوجد نسب وفيات عالية للأطفال والرضع الذكور. إن احتمال الوفاة بين الذكور أعلى من الإناث خلال فترة حديثي الولادة بينما يتساوى الاحتمال بين الذكور والإناث في فترة ما بعد حديثي الولادة. والجدير بالذكر أن نفس النتائج وردت في المسوح الصحية الديمغرافية في كل من مصر والأردن واليمن وليبيا. ولقد أظهر المسح الصحي الديمغرافي 2000 اختلافات بسيطة في معدل الوفيات بالمقارنة مع المسح الصحي الديمغرافي 2004، حيث كان معدل وفيات الرضع يساوي 25.3 وفاة لكل ألف مولود حي بين الذكور و 25.6 لكل ألف بين الإناث. وكانت وفيات الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات تساوي 29.1 لكل ألف مولود حي بين الذكور و 28.3 لكل ألف بين الإناث. لا يشتمل المسح الصحي الديمغرافي 2000 على وجود اختلافات بين الذكور والإناث على المستوى الاجتماعي ومستوى تقديم الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية. إن نتائج آخر مسح تتشابه مع المسح الديمغرافي لسنة 1995 حيث أن النتائج في ذلك الوقت أظهرت نسب وفيات أعلى بين الرضع والأطفال من الذكور⁸.

⁸ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. المسح الديمغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1995. النتائج النهائية.

2. تعليم الأم: يظهر جدول رقم (2.6) أن احتمال وفيات الرضع والأطفال لا تتأثر بعدد السنوات التي أمضتها الأم خلف مقاعد الدراسة. كما أن النتائج بعيدة كل البعد عن النتائج السابقة حيث انخفض معدل وفيات الأطفال مع ارتفاع مستوى التعليم. ويشير المسح الصحي الديمغرافي 2000 إلى أن معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة للذين تنخفض مستويات تعلم أمهاتهم هي ثلاث أضعاف النسبة بين الأطفال حديثي الولادة الذين تتمتع أمهاتهم بمستويات تعليم أعلى. وتشير المسوح الديمغرافية السابقة إلى أن العلاقة بين تعليم الأم ومعدل وفيات الأطفال والرضع هي علاقة سلبية. وقد يكون هذا الاختلاف بسبب غياب حالات تعليم الأم أو لأسباب تتعلق بجودة البيانات لهذا المتغير.

جدول 2.6: التقديرات المباشرة لمعدل وفيات الأطفال والرضع خلال السنوات الخمس التي سبقت المسح حسب خصائص خلفية مختارة، 2000-2004

الخصائص الخلفية	معدل وفيات حديثي الولادة	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات الذين أعمارهم تقل عن خمس سنوات
الجنس				
ذكر	18.9	7.8	26.6	31.8
أنثى	13.8	7.8	21.6	24.6
التعليم				
أقل من التعليم الثانوي	15.6	7.8	23.4	27.3
ثانوي	19.8	7.0	26.9	29.6
أعلى من التعليم الثانوي	14.7	9.4	24.1	31.2
نوع التجمع السكاني				
حضر	17.2	6.4	23.6	27.7
ريف	13.7	6.6	20.3	24.5
مخيم	18.2	14.2	32.5	36.2
المنطقة				
الضفة الغربية	13.5	6.5	20.0	23.7
قطاع غزة	20.6	9.6	30.2	34.8
الأراضي الفلسطينية	16.4	7.8	24.2	28.3

3. نوع التجمع السكاني: تشير النتائج الواردة في جدول رقم (2.6) إلى أن أعلى معدل لوفيات الأطفال والرضع هو في المخيمات. وتتمتع المناطق الريفية بأدنى احتمالات الوفاة في نفس المجموعة العمرية. وتشير المسوح الديمغرافية والصحية التي أجريت في البلدان المجاورة إلى أن معدل الوفيات بين الأطفال والرضع في الريف أعلى منها في الحضر. وقد تم الإبلاغ عن نتائج مشابهة خلال إجراء المسح الصحي الديمغرافي 2000. وقد أظهر المسح الديمغرافي لسنة 1995 إلى وجود مخاطر أعلى فيما يتعلق بمعدل وفيات الأطفال والرضع في الريف⁹. وقد تعود الاختلافات في النتائج إلى تغير في خصائص التجمعات السكانية. وجاء في تعريف الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني للمناطق الريفية على أنها "أي تجمع سكاني يقل عدد سكانه عن 4000 نسمة أو الذي يتراوح عدد سكانه بين 4000 و 9999 دون أن تتوفر فيه أربعة عناصر من الخدمات التالية: شبكة كهرباء

⁹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. المسح الديمغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة، 1995. النتائج النهائية

عامّة، شبكة مياه عامة، مكتب بريد، مركز صحي بدوام كامل لطبيب طيلة أيام الأسبوع، ومدرسة ثانوية تمنح شهادة الثانوية العامة." ولقد تم استخدام هذا التعريف في المسوح التي أجريت عام 2000 وعام 2004.

4. المنطقة: كما يوضح نفس الجدول رقم (2.6) أن معدلات وفيات الأطفال والرضع هي أعلى في غزة منها في الضفة الغربية، حيث تم تناول هذه الاختلافات في القسم المتعلق بالمستويات والاتجاهات.

5. عمر الأم: يشير جدول رقم (3.6) إلى أن أدنى معدل لوفيات الأطفال هي بين الأطفال المولودين لأمهات تتراوح أعمارهن بين 25 و 34 سنة. إلا أن احتمال وفاة الطفل تزداد عندما يكون عمر الأم أقل من 25 سنة. والجدير ذكره أن هذه المجموعة العمرية تشتمل على نساء تبلغ من العمر 15 عاماً عاكسة مشاكل الزواج المبكر التي لا تزال منتشرة في الأراضي الفلسطينية.

جدول 3.6: معدل وفيات الرضع والأطفال حسب عمر الأم، 2004-2000

عمر الأم	معدل وفيات حديثي الولادة	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات الذين أعمارهم تقل عن خمس سنوات
24-15	22.7	8.6	31.2	35.7
34-25	15.0	6.8	21.8	25.2
54-35	11.9	9.1	21.0	25.9

6. عدد الأطفال: يشير جدول رقم (4.6) إلى أن معدلات وفيات الرضع والأطفال تزداد مع زيادة عدد الأطفال المنجبين، حيث نجد أعلى النسب في العائلات التي لديها أربع أطفال فما فوق. وهذا ينطبق على كل من نسب وفيات الأطفال والرضع مع وجود اختلافات في زمن الوفاة خلال فترة الطفولة حيث أن الفئة الأولى (العائلات التي لديها طفل أو طفلين) تكون المعدلات لديها أعلى في مرحلة ما بعد حديثي الولادة من الفئة الثانية من العائلات التي لديها ثلاثة أطفال. ويعود هذا إلى عوامل اجتماعية حيث أن الطفل الأول يتمتع برعاية أكبر من تلك الرعاية التي ينالها الطفل الثاني. وهذا يعكس لدى العائلات الكبيرة التي لديها أربع أطفال فأكثر حيث أن معدل الوفيات في مرحلة ما بعد حديثي الولادة أعلى حيث تقل الرعاية. وهذه النتائج تتشابه مع نتائج المسح الصحي الديمغرافي 2000 في الأراضي الفلسطينية. ونجد أن النتائج بشكل عام تتشابه مع نتائج المسوح الصحية الديمغرافية في مصر والأردن واليمن.

جدول 4.6: العلاقة بين عدد الأطفال المولودين ومعدلات الوفيات بين الرضع والأطفال، 2004-2000

الأطفال المنجبين	معدل وفيات حديثي الولادة	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات
2-1	13.4	4.9	18.3	23.2
3	17.8	3.8	21.6	27.1
+ 4	17.1	10.0	27.2	31.2

هناك ترابط بين أحداث الولادة والوفاة، فعندما نقارن معدلات الولادة الخام ومعدلات وفيات الرضع في بلدان مختارة من العالم نجد أن البلدان ذات معدلات الخصوبة العليا حسب معدل الخصوبة الكلي لديها معدلات وفيات رضع عالية. وعندما ينقص معدل الخصوبة الكلي ينقص معدل وفيات الرضع جدول (5.6). إن هذه النتائج لتؤكد على صحة

النتائج التي توصلنا إليها في المسح الصحي الديمغرافي 2004 في الأراضي الفلسطينية فيما يتعلق بالعلاقة بين معدل وفيات الرضع وارتفاع الخصوبة.

يعتبر عامل الخطر تحت السيطرة في الأراضي الفلسطينية، حيث تشير تقارير الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ووزارة الصحة إلى انحدار في معدل الخصوبة الكلي الخاصة بين النساء في فئة الخطر المرتفع¹⁰. لم نتمكن من فحص العلاقة بين تقديم خدمات الرعاية أثناء الحمل ومعدل وفيات الأطفال والرضع أثناء المسح الصحي الديمغرافي الحالي، حيث أن 95 بالمائة من النساء اللواتي اشتمل عليهن المسح حصلن على رعاية أثناء الحمل. إن ارتفاع نسبة الحصول على الرعاية يجعل من المقارنة مع المجموعة الصغيرة التي لم تستفد من الرعاية مهمة صعبة. من المؤكد أن كمية الخدمات مرضية ولكن يبقى السؤال الذي يحتاج إلى تحقيق حول جودة الرعاية أثناء الحمل قائماً.

جدول 5.6: معدل الخصوبة الكلي ومعدل وفيات الرضع في عدد من الدول المختارة، 2002

الدولة	معدل وفيات الرضع	معدل الخصوبة الكلي
أفغانستان	189	6.8
الصومال	130	4.2
مصر	38	3.3
تركيا	36	2.5
المملكة المتحدة	7	1.6
سويسرا	5	1.4

5.6 أسباب وفاة الرضع والأطفال:

تعتبر أمراض الجهاز التنفسي (ذات الرئة) العيوب الخلقية والابتسار وتعفن الدم من أسباب وفاة الرضع حسب ما جاء في التقرير الصحي لوزارة الصحة. ويعتبر مرض ذات الرئة والمشاكل التي تصيب الجهاز التنفسي والحوادث والعيوب الخلقية من الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال دون الخامسة. والجدير بالذكر أنه يمكن الوقاية من نسبة كبيرة من هذه الوفيات¹¹. على أية حال، لم يتم المسح الصحي الديمغرافي 2004 باستكشاف أسباب وفيات الأطفال والرضع.

الملخص التنفيذي:

تشير نتائج المسح الصحي الديمغرافي 2004 في الأراضي الفلسطينية إلى أن معدلات وفيات الأطفال والرضع تعتبر مقبولة مقارنة بدول المنطقة. فهي تتشابه مع النتائج في سوريا ولبنان والأردن. ولقد انخفضت معدلات وفيات حديثي الولادة والرضع ووفيات الذين أعمارهم تقل عن خمس سنوات خلال السنوات الخمسة عشر الماضية في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة. هناك فروق شاسعة في معدلات الوفيات بين المنطقتين حيث المعدلات الأعلى هي من نصيب قطاع غزة. وتعتبر معدلات الوفيات بين الذكور أعلى منها بين الإناث. وتشير النتائج إلى عامل خطر الوفيات الخاص بالتجمع السكاني حيث أن السكن في قطاع غزة يضاعف معدل وفيات الأطفال والرضع. ويبقى احتمال الوفاة أعلى في مخيمات اللاجئين بينما تقل فرص الوفاة في المناطق الريفية. ويعتبر عدد الأطفال عامل الخطر الثاني حيث يزداد احتمال الوفاة مع زيادة عدد الأطفال. ويرتفع معدل وفيات الأطفال بين النساء اللواتي يتزوجن في سن مبكرة. على أية

¹⁰ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005. المسح الصحي الديمغرافي، 2004. النتائج الأساسية
Palestinian National Authority, Ministry of Health, *The Status of Health in Palestine*, Annual Report 2003, Palestine

¹¹ Palestinian National Authority, Ministry of Health, *The Status of Health in Palestine*, Annual Report 2003, Palestine

حال، لا يعمل هذا المسح على استكشاف أسباب الوفاة خلال الفترة التي يغطيها. بالإمكان استخدام بيانات وزارة الصحة في تحديد أسباب الوفاة الرئيسية من أجل التخطيط لوضع البرامج الصحية المناسبة لتقليل نسب وفيات الأطفال والرضع. هذا يتطلب الاستمرار في دعم برامج الرعاية الأولية خاصة رعاية الأطفال والنساء الحوامل. وبما أن معدل وفيات الرضع هو الأعلى فإن هذا يتطلب تحسين مرافق الولادة والخدمات الصحية لحديثي الولادة حتى تتمكن من تقليل معدل وفيات الأطفال والرضع.

التوصيات:

- استمرار تنفيذ المسح الصحي الديمغرافي بشكل دوري والسؤال عن تحديد الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال والرضع وعوامل الخطر ذات العلاقة.
- دعم وتعزيز صحة المرأة من خلال تشجيع التعليم وتقديم الرعاية أثناء الحمل وبعد الولادة وعدم تشجيع الزواج المبكر.
- التنسيق بين الخدمات الصحية الوطنية والخدمات الصحية التي تقدمها وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين (الأنروا) للعمل معاً لتقليل معدل وفيات الأطفال والرضع في مخيمات اللاجئين.
- قيام جميع الجهات التي تقدم الخدمات الصحية بالعمل على تقليل معدلات وفيات حديثي الولادة من خلال دعم الرعاية أثناء الحمل وبرامج تنظيم الأسرة.
- تحسين أقسام الولادة في المستشفيات لضمان سلامة الأم والمولود الجديد.
- تحسين المرافق التشخيصية والإدارة المناسبة للولادة المبكرة.

الفصل السابع

صحة ورعاية الأم

1.7 مقدمة:

دعت مبادرة سلامة الأمومة العالمية التي انطلقت عام 1987 الحكومات والمؤسسات الدولية المنتشرة في جميع أنحاء العالم إلى بذل المزيد من الجهد من أجل مراعاة الاحتياجات الصحية للمرأة متخذةً من نهج دورة الحياة أساساً لهذه الدعوة. وفي الوقت الذي نعمل فيه على مراعاة تلك الاحتياجات نجد أن الطب البيولوجي الذي يتناول قضية الوفيات بين الأمهات يقدم آراءً محدودة جداً حول النواحي المتعلقة بهذه المشكلة. فوجهة النظر الطبية تقدم إجابة جزئية على أسباب هذه المأساة، وتركز على معنى الولادة الصحية وخبرات النساء اللواتي ولدن في المستشفيات والاختيار الناجم عن الخبرة للمكان الذي يلدن فيه (Sholkamy 1996).

غالباً ما يكون هناك إهمال لاحتياجات المرأة الصحية وقلما ركزت الأبحاث على صحة المرأة الإنجابية، بالتالي فإن المعلومات المتوفرة في هذا المجال محدودة. والجدير بالذكر أن غالبية الدراسات حول الصحة الإنجابية وأثناء الحمل لا تنتشر. أما في فلسطين فلا توجد بيانات حول الأمراض الإنجابية.

العديد من النساء في منطقة الشرق الأوسط يواجهن مخاطر صحية ناجمة عن الحمل المبكر والنزيف الذي يلي الولادة وضغط الدم المرتفع وفقر الدم والأمراض الناجمة عن سوء التغذية ونسب الخصوبة المرتفعة¹.

جدول 1.7: خطر تعرض الأم للوفاة في مناطق مختارة، 2000²

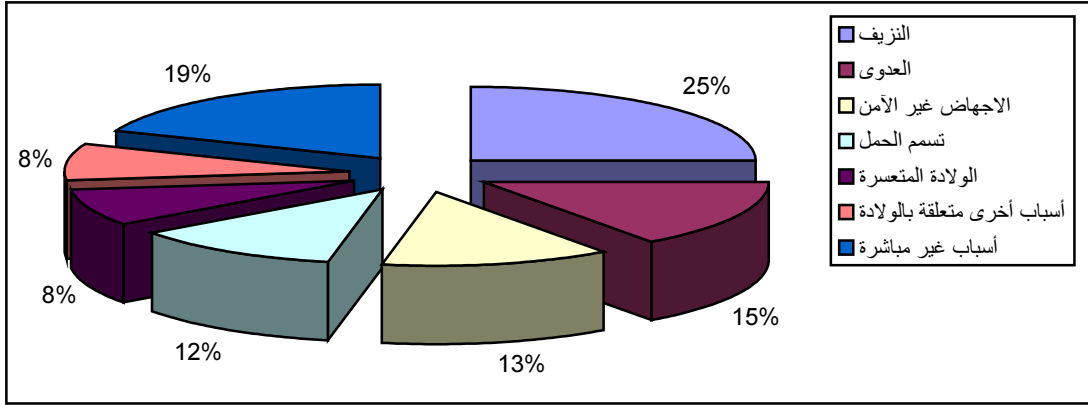
النسبة	المنطقة
1 بين كل 20	أفريقيا
1 بين كل 94	آسيا
1 بين كل 160	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
1 بين كل 2400	أوروبا
1 بين كل 3750	أمريكا الشمالية

يعتبر النزيف وتعفن الدم وضغط الدم المرتفع وعرقلة الطلق من الأسباب الشائعة لأمراض ووفيات الأمهات في الدول النامية. ففي كل حالة وفاة لأم نجد أن ما بين 16 و25 من النساء قد عانين من مرض على فترات طويلة أو قصيرة مثل فقر الدم أو العدوى أو ناسور الولادة أو هبوط الرحم.

¹ Eastern Mediterranean Health Journal, Vol. 16, No. 4

² Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, and UNFPA (www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000.html)

شكل 1.7: أسباب الوفيات بين الأمهات في العالم، 2002³



يركز إطار العمل على تقليص حالات الوفاة بين الأمهات وحديثي الولادة والحالات المرضية على تناول أربع حالات من التأخير في:

- اكتشاف المضاعفات
- اتخاذ قرارات بشأن الحصول على رعاية
- الوصول إلى مرفق صحي مؤهل
- الحصول على علاج مناسب (الرعاية الجيدة)

تشتمل الإستراتيجيات الرئيسية في منع الوفيات بين الأمهات وبين حديثي الولادة على ما يلي:

1. الاكتشاف المبكر لوجود أي مضاعفات
2. إمكانية الحصول على رعاية مؤهلة عند الولادة وعلى خدمات طوارئ
3. الوقاية من حالات الحمل الخطرة من خلال وسائل تنظيم الأسرة
4. معالجة مضاعفات الولادة والإجهاض
5. تعزيز الرضاعة الطبيعية
6. الرعاية الضرورية لحديثي الولادة

يناقش هذا الفصل صحة الأم والطفل مرتكزا بذلك إلى أهداف الولادة المعيارية⁴. حيث أن الدليل الذي يربط برامج صحة الأم بصحة الأمهات يظل دليلاً تبادلياً وعلى المستوى الإجمالي للسكان، وقد لا يثبت حدوث إصابة حيث أن الحالة التي تتم ملاحظتها قد تنجم عن عوامل داخضة معروفة أو غير معروفة أو نتيجة لوجود تحيز.

2.7 صحة الأم:

1.2.7 الرعاية أثناء الحمل:

تتكون الرعاية أثناء الحمل من عدة مكونات فهي ليست مجرد تدخل منفرد ومحدد. ولقد تم برهنة التأثير البيولوجي للقليل من هذه المكونات ولا يوجد دراسات رسمية تربط بشكل منتظم بين مساهمة كل مكونة من هذه المكونات.

³ Raising Awareness for Reproductive Health in Complex Emergencies, 2002, p.45

⁴ CARE, 2002

الرعاية أثناء الحمل:

- التقييم الصحي
- تحديد ومعالجة المضاعفات
- المحافظة على تغذية الأم
- التغيير في السلوك والتواصل
- أدوار التعزيز الصحي:
- تطعيم الكزاز (التيتانوس)
- تناول حامض الفوليك وأقرص الحديد

لا يوجد تعريف جيد لمقياس ملائم للنتائج، فمجموع الوفيات بين الأمهات كبير ويعتمد على العديد من المتغيرات التي لا يمكن التحكم بها ومنها إمكانية الحصول على خدمات صحية أخرى.

فالإجابة على السؤال "هل الرعاية أثناء الحمل فعالة؟" يتطلب إجراء دراسات جيدة تستعرض المساهمات المنفصلة لكل مكونة من المكونات.

2.2.7 التقييم الصحي:

يعتبر تقييم تأثير برامج الرعاية أثناء الحمل على مستوى السكان تقييم أولي لا يمكنه الإجابة على السؤال الذي يطرح قضية فيما إذا كان هناك تأثير إيجابي للإجراءات المتخذة أثناء الحمل على صحة الأم. هناك عدد من الأسباب التي تثير الشك في هذا المجال حيث أنه يصعب أو حتى يستحيل فحص تأثير الرعاية أثناء الحمل على نتائج الحمل. يجب أن تكون الرعاية أثناء الحمل جزءاً مكملاً لرعاية مستمرة تبدأ بالرعاية أثناء الحمل وتستمر أثناء الولادة وأثناء فترة ما بعد الولادة. أضف إلى ذلك أن جودة الرعاية وتعزيز الصحة هي من أهم العوامل التي تؤثر على نتائج الحمل.

جدول 2.7: نسبة المواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والتي حصلت فيها الأمهات على فحوص روتينية أثناء الحمل حسب الخصائص الخلفية ونوع الرعاية التي تم الحصول عليها، 2004

مجموع حالات الولادة	فحوص روتينية								الخصائص الخلفية
	الوزن	الطول	ضغط الدم	فحص الدم	فحص البول	استخدام الأمواج فوق الصوتية	فحص البطن/ الرحم	نبض الجنين	
المنطقة									
3,196	96.8	71.9	97.2	96.4	95.1	90.2	78.3	97.0	الأراضي الفلسطينية
1,855	96.3	67.4	96.5	94.9	93.4	93.1	70.6	96.2	الضفة الغربية
1,341	97.5	77.9	98.2	98.5	97.4	86.2	88.9	98.2	قطاع غزة
نوع التجمع السكاني									
1,741	96.4	73.4	97.3	96.4	95.3	91.6	79.0	96.7	حضر
905	96.7	68.9	96.5	95.3	93.1	93.5	73.2	96.3	ريف
550	98.3	71.8	98.1	98.5	97.6	80.5	84.8	98.9	مخيم
ترتيب الولادة									
565	98.0	75.8	98.2	96.1	95.0	89.3	79.6	97.1	الأول
1,034	96.9	70.8	97.3	96.4	94.7	90.4	76.7	96.8	الثاني والثالث
826	97.1	68.2	95.9	96.4	94.8	89.6	75.8	96.1	الرابع والخامس
771	95.6	74.5	97.6	97.0	96.3	91.3	82.4	98.1	السادس وما فوق
تعليم الأم									
247	95.2	69.5	93.0	94.7	94.7	87.7	74.3	98.4	بدون تعليم
630	93.6	66.1	95.3	95.1	94.6	91.4	79.4	96.8	ابتدائي
1,178	97.3	74.2	97.5	96.5	94.9	89.4	77.2	96.2	إعدادي
1,141	98.5	73.2	98.8	97.5	95.7	90.5	79.7	98.0	ثانوي فما فوق

تعتبر الفحوص الروتينية التي يشير إليها جدول رقم (2.7) جزءاً من السجلات الطبية التي تعنى بالأم أثناء الحمل، بالإضافة إلى إرشادات وبروتوكولات الصحة الإنجابية الوطنية الموحدة لعام 2000 التي تبنتها وزارة الصحة، وعادة ما تتم هذه الفحوص بواسطة أطباء وممرضات وقابلات.

الوزن والطول:

نرى من خلال جدول رقم (2.7) أن 96.8% من النساء اللواتي تمت مقابلتهن في هذا المسح قد تم وزنهن. إلا أن 71.9% فقط تم قياس طولهن. حيث كانت هذه النسبة في الضفة الغربية 67.4% أدنى من النسبة التي سجلها قطاع غزة والتي وصلت إلى 77.9%. إلا أن هذا الجدول لا يعكس جودة الرعاية التي حصلت عليها النساء، لأنه يشير فقط إلى عدد الإجراءات التي قدمت وفق ما جاء في البروتوكول. على أية حال، نستطيع استخدام المؤشر الذي يدلنا على أن ثلث النساء لم يتم قياس طولهن كمؤشر على جودة الرعاية الصحية.

ضغط الدم وفحص البول:

يعتبر قياس ضغط الدم وفحص البول من المؤشرات الهامة جداً على التنبؤ بالإصابة بتسمم الحمل وهي حالة تصيب الأم أثناء الحمل وتتمثل في ارتفاع ضغط الدم والتورم و/أو وجود بروتين في البول (منظمة الصحة العالمية 2000).

والجدير بالذكر أن 97.2% من النساء في الأراضي الفلسطينية قد تم قياس ضغط دمهن أثناء تلقينهن للرعاية الصحية أثناء الحمل. أما بالنسبة لفحص البول وكما يوضح الجدول رقم (2.7) فإن نسبة النساء اللواتي تلقين فحص للبول أثناء الحمل من النساء اللواتي تمت مقابلاتهم تصل إلى 95.1%، حيث بلغت هذه النسبة في الضفة الغربية 93.4% مقابل 97.4% في قطاع غزة. ولكن هذا لا يدلنا فيما إذا كان الهدف من وراء الفحص هو التعرف على وجود عدوى أو زلال وسكر في البول.

الفحص باستخدام الأمواج فوق الصوتية (التراساوند):

ينتشر الفحص باستخدام الأمواج فوق الصوتية بصورة واسعة في الأراضي الفلسطينية حيث تصل نسبة استخدامه إلى 90.2% وفقاً لجدول (2.7)، حتى أنه يبالغ في استخدامه من قبل الأخصائيين الصحيين لأن من المفروض استخدامه مرة واحدة فقط في كل ثلاثة أشهر كما ورد في بروتوكولات وإرشادات وزارة الصحة. ويستخدم الفحص باستخدام الأمواج فوق الصوتية من أجل الكشف عن وجود حالات تشوهات خلقية أو تأخر في نمو عنق الرحم. إلا أن الأخصائيين الصحيين يستخدمونه في كل زيارة للمرأة الحامل من أجل تحديد نبضات قلب الجنين. ثمة حاجة هنا إلى أن نذكر أن هناك فرق بين نسبة الفحص باستخدام الأمواج فوق الصوتية بين الضفة الغربية وبين قطاع غزة حيث تصل إلى 93.1% في الضفة الغربية مقابل 86.2% في قطاع غزة. ويعود السبب في ذلك إلى أن الرعاية أثناء الحمل في قطاع غزة تقدمها في الأساس قابلات يعملن في عيادات وكالة الغوث، فالقابلات لا يقمن بهذا الفحص الذي لا ينفذه إلا الأطباء. من هنا نجد أن البيانات الواردة من المخيمات، حيث أن وكالة الغوث هي مقدم الرعاية الصحية الأساسي، تشير إلى تدني نسبة النساء اللواتي يتلقين الفحص باستخدام الأمواج فوق الصوتية مقارنة ببيانات الحضر والريف حيث تصل النسب إلى 80.5% و 91.6% و 93.5% على التوالي⁵.

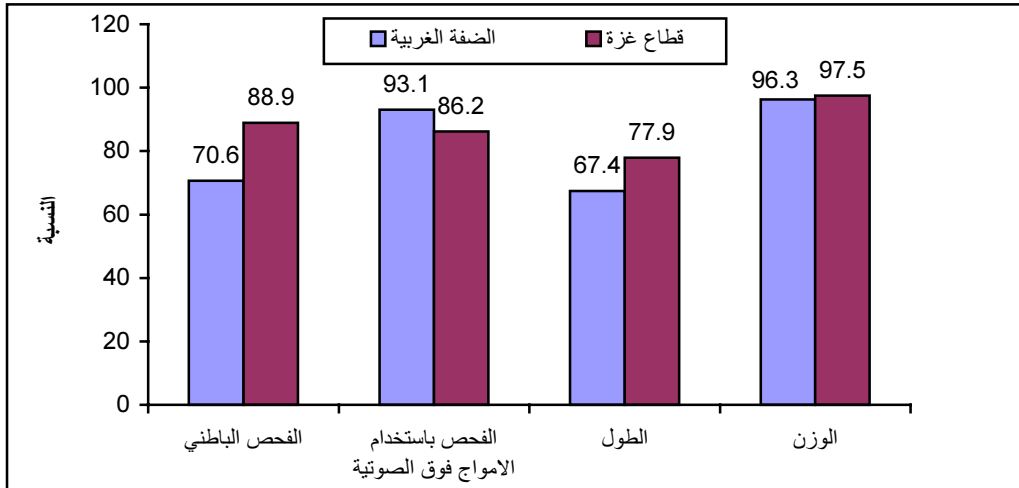
ارتفاع عنق الرحم:

يجرى فحص الرحم الباطني في أول زيارة للمرأة الحامل وفي كل الزيارات التالية وذلك من أجل معرفة ارتفاع عنق الرحم الذي يساعد في معرفة عدد أسابيع الحمل المستكملة (عمر الحمل). الجدير ذكره أن نسبة النساء في الأراضي الفلسطينية اللواتي تلقين فحص ارتفاع عنق الرحم هي نسبة متدنية حيث تصل إلى 78.3% وذلك بالمقارنة مع نسبة النساء اللواتي تلقين الفحص باستخدام الأمواج فوق الصوتية وفحص نبض الجنين. وكما يشير شكل (2.7) فإن نسبة استخدام هذا الفحص في الضفة الغربية هي أدنى من نسبة استخدامه في قطاع غزة حيث تصل النسبتين إلى 70.6% و 88.9% على التوالي.

لا يبدو أن هناك تأثير لترتيب المواليد في الحصول على الفحوص الروتينية التي تم اختيارها وتناولها في هذه الدراسة. وتشير نتائج المسح إلى وجود نسب كبيرة من النساء اللواتي تلقين هذه الفحوص الروتينية، إلا أن البيانات لا تقيس وعي وإدراك النساء للأسباب التي تدعوا إلى إجراء هذه الفحوص ألا وهي الاكتشاف المبكر لوجود تسمم الحمل.

⁵ UNFPA, MoH, 2000

شكل 2.7: نسبة النساء اللواتي تلقين فحوصات روتينية مختارة أثناء الحمل حسب نوع الفحص والمنطقة، 2004



3.2.7 نسبة تغطية الرعاية أثناء الحمل ومصادر الرعاية:

وفقاً للبيانات التي تم جمعها عام 2004 فإن نسبة الأمهات اللواتي حصلن على رعاية أثناء الحمل وصلت إلى 96.5%، ولكن هذه النسبة لا تعكس عدد الزيارات أو جودة الرعاية أو رضا الأمهات عن هذه الرعاية. على أية حال نجد أن تغطية الرعاية أثناء الحمل عام 2004 هي أعلى من تغطية الرعاية أثناء الحمل عام 2000 وعام 1996 حيث وصلت إلى 95.6% و 94.6% في كلا العامين على التوالي.

هناك علاقة تناسبية بين مستوى التعليم والحصول على الرعاية أثناء الحمل. حيث أن النساء اللواتي لم يحصلن على رعاية أثناء الحمل كن أقل تعليماً من النساء اللواتي حصلن على هذه الرعاية. وأشار ما نسبته 48.4% من النساء غير المتعلمات إلى أنهن لم يحصلن على الرعاية أثناء الحمل لأنه لم يكن لديهن أي مشاكل أنظر جدول (3.7)، أي أن هؤلاء النساء لا يدركن أهمية الأهداف الوقائية للرعاية أثناء الحمل. أضف إلى ذلك أن هناك اختلافاً كبيراً بين نسبة النساء اللواتي لم يعملن على الحصول على رعاية أثناء الحمل بسبب عدم تعرضهن لأي مشاكل أثناء الحمل بين الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث وصلت إلى 16.7% و 64.1% على التوالي، بالرغم من أن نسبة الحصول على الرعاية أثناء الحمل بشكل عام في قطاع غزة هي أعلى من الضفة الغربية.

الجدير بالذكر أن نسبة الحصول على رعاية أثناء الحمل تتخفض مع ترتيب المواليد حيث نجد أن عدداً أقل من النساء يعملن على الحصول على رعاية أثناء الحمل عند إنجاب الطفل الرابع أو أكثر.

جدول 3.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والتي لم تحصل فيها أمهاتهم على رعاية أثناء الحمل حسب السبب وبعض الخصائص الخلفية، 2004

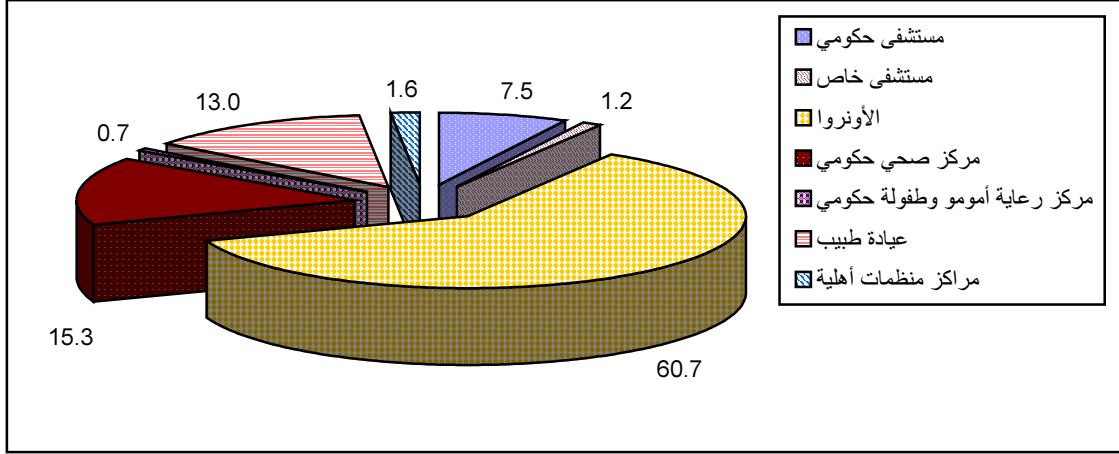
العدد الكلي للمواليد	عدد المواليد الذين لم تحصل امهاتهم على رعاية أثناء الحمل	عدم الحصول على رعاية أثناء الحمل			الخصائص الخلفية
		أخرى	خبرة سابقة	عدم وجود مضاعفات	
المنطقة					
3,196	111	10.4	66.6	23.0	الأراضي الفلسطينية
1,855	73	10.5	72.8	16.7	الضفة الغربية
1,341	38	10.3	25.6	64.1	قطاع غزة
نوع التجمع					
1,741	65	9.9	64.8	25.3	حضر
905	37	9.9	68.5	21.6	ريف
550	9	14.3	71.4	14.3	مخيم
ترتيب المولود					
565	5	5.2	81.6	13.2	الأول
1,034	33	11.5	68.3	20.2	الثاني والثالث
826	25	4.7	74.4	20.9	الرابع والخامس
771	48	17.9	44.8	37.3	السادس وما فوق
تعليم الأم					
247	26	19.3	32.3	48.4	لا شيء
630	34	16.6	57.6	25.8	ابتدائي
1,178	30	4.1	75.5	20.4	إعدادي
1,141	12	6.6	81.3	12.1	ثانوي فأعلى

هناك أربع جهات تقدم الرعاية للأمومة أنظر شكل (3.7) وشكل (4.7) وهي وزارة الصحة ووكالة الغوث والمنظمات غير الحكومية والقطاع الخاص، أي أن الأم تستطيع أن تحصل على الرعاية من أكثر من جهة من الجهات التي تقدم لها الرعاية. أما بالنسبة إلى أكثر الأماكن التي تذهب إليها الأم للحصول على الرعاية أثناء الحمل فهي تتباين بين الضفة الغربية وقطاع غزة. ففي قطاع غزة، وحسب ما يشير إليه شكل (3.7)، نجد أن غالبية السكان هم من اللاجئين مما يفسر ارتفاع نسبة النساء اللواتي يحصلن على رعاية من خلال استخدامهن لعيادات وكالة الغوث حيث تصل نسبتهن إلى 60.7%. وتأتي في الدرجة الثانية الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة حيث تصل نسبة الأمهات اللواتي ذهبن إلى مرافق وزارة الصحة الصحية إلى 23.5%، تليها نسبة الأمهات اللواتي ذهبن إلى عيادات الأطباء الخاصة لتلقي الرعاية أثناء الحمل حيث وصلت نسبتهن إلى 13.0%. قد يعود سبب التباين للنسب في قطاع غزة إلى العوامل الاقتصادية-الاجتماعية التي يختص بها هذا القطاع. على أية حال، ثمة حاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات النوعية لتفسير هذه النتائج.

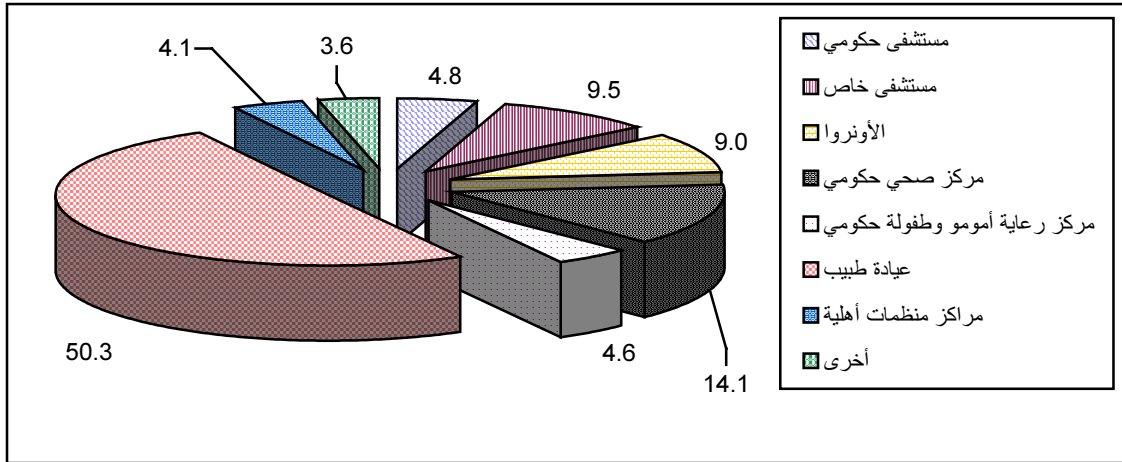
يشير شكل (4.7) إلى أن أكثر الأماكن المكرر ذكرها في مجال الحصول على الرعاية أثناء الحمل في الضفة الغربية هي عيادات الأطباء حيث تصل نسبتها إلى 50.3%، وذلك وفقاً لما أفادت به الأمهات اللواتي تم مقابلتهن. يلي هذه الأماكن مرافق الرعاية الأولية الحكومية حيث تصل النسبة هنا إلى 23.5% (إذا اعتبرنا المراكز الصحية الحكومية

ومراكز رعاية الأمومة والطفولة الحكومية فئة واحدة لأغراض هذا المسح)، ثم المراكز التابعة للمنظمات غير الحكومية التي شكلت أقل نسبة من الزيارات التي تقوم بها الأمهات للحصول على رعاية صحية أثناء الحمل وهي 4.1%.

شكل 3.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح في قطاع غزة والذين تلقت امهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب مكان تلقي الرعاية، 2004



شكل 4.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح في الضفة الغربية والذين تلقت امهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب مكان تلقي الرعاية، 2004



عادة ما يتوجه المواطنون في فلسطين إلى المستشفيات للحصول على الرعاية الروتينية بدلاً من مراكز الرعاية الأولية، على أية حال، تشير بيانات هذا المسح كما نرى من خلال شكل (3.7) وشكل (4.7) إلى أن المراكز الصحية بشكل عام في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة تستخدم للحصول على الرعاية أثناء الحمل أكثر من المستشفيات. إلا أنه يجب إجراء المزيد من البحث لمعرفة السبب وراء تفضيل النساء تلقي الرعاية أثناء الحمل في المراكز الصحية بدلاً من المستشفيات لتحديد العوامل التي يمكن استخدامها في تشجيع نهج ملائم للسعي من أجل الحصول على الرعاية الروتينية أو العلاجية.

4.2.7 تحديد ومعالجة المضاعفات أثناء الحمل:

يعتبر النزيف المهبلي وتعفن الدم وارتفاع ضغط الدم وتسمم الحمل والأعراض التي تؤدي إلى تسمم الحمل مثل ضغط الدم المرتفع والزلال البولي والتورم الناتج عن الاحتفاظ بالسوائل من العوامل الرئيسية المسببة للإصابة بالأمراض وحالات الوفيات بين الأمهات في جميع أنحاء العالم. أما في الأراضي الفلسطينية فإن ما مجموعه 60.8% من النساء اللواتي تمت مقابلتهم أفدن بأنهن تعرضن لمشاكل صحية أثناء الحمل (خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح). كانت النسبة أعلى في الضفة الغربية حيث وصلت إلى 65.1% بالمقارنة مع قطاع غزة حيث سجلت النسبة هناك 54.8%. وتزداد نسبة حدوث مضاعفات أثناء الولادة مع تعدد حالات الولادة، أي أن المزيد من الأولاد يعني المزيد من احتمال حدوث مضاعفات. ويعتبر التهاب مجرى البول والجهاز التناسلي أكثر المضاعفات انتشاراً أثناء الحمل حيث أنه بلغت نسبة النساء اللواتي تعرضن إلى مثل هذه المضاعفات من اللواتي تم مقابلتهم إلى 39.3%.

جدول 4.7: نسبة المواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والذين تعرضت فيها أمهاتهم إلى مشاكل صحية حسب المشكلة الصحية وبعض الخصائص الخلفية، 2004

المشاكل الصحية						الخصائص الخلفية
تسمم الحمل	سكري الحمل	علامات الولادة المبكرة	ارتفاع ضغط الدم	النزيف المهبلي	التهاب المسالك البولية	
المنطقة						
3.7	2.3	7.9	9.4	9.7	25.2	الأراضي الفلسطينية
4.9	2.5	9.0	9.0	12.7	30.2	الضفة الغربية
2.0	1.9	6.5	10.0	5.5	18.3	قطاع غزة
نوع التجمع						
3.4	2.2	7.7	8.2	9.3	25.1	حضر
4.2	2.7	8.6	9.5	11.2	28.8	ريف
3.6	1.8	7.7	13.3	8.6	19.7	مخيم
ترتيب المولود						
4.1	1.9	7.8	6.5	8.1	26.2	الأول
3.5	2.1	7.6	8.2	10.0	25.2	الثاني والثالث
3.8	2.1	9.1	9.3	10.5	24.9	الرابع والخامس
3.5	3.0	7.3	13.2	9.5	24.8	السادس وما فوق
تعليم الأم						
2.8	2.8	4.7	8.9	11.3	32.9	لا شيء
3.8	2.5	7.6	11.4	8.7	24.8	ابتدائي
3.9	1.3	7.5	8.0	9.3	24.4	إعدادي
3.4	2.9	9.2	9.5	10.5	24.4	ثانوي فأعلى

جدول (4.7) تابع: نسبة المواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والذين تعرضت فيها أمهاتهم إلى مشاكل صحية حسب المشكلة الصحية وبعض الخصائص الخلفية، 2004

نسبة اللواتي عانين من مشكلة صحية %	عدد المواليد	المشاكل الصحية						الخصائص الخلفية
		التهابات في الجهاز التناسلي	فقر دم	تشنجات	تورم	حمى	صداع حاد	
المنطقة								
60.8	3,196	14.1	21.1	5.2	18.3	9.1	20.3	الأراضي الفلسطينية
65.1	1,855	16.3	19.8	8.5	21.1	9.7	19.5	الضفة الغربية
54.8	1,341	11.4	22.7	1.2	14.5	8.3	21.3	قطاع غزة
نوع التجمع								
60.0	1,741	14.4	21.0	5.9	18.1	9.8	19.2	حضر
63.8	905	14.5	19.8	5.5	20.8	7.5	19.7	ريف
58.3	550	12.6	23.5	3.0	14.9	9.5	24.8	مخيم
ترتيب المولود								
57.6	565	14.0	14.8	4.5	19.7	9.0	16.4	الأول
59.6	1,034	14.2	19.4	5.6	14.4	8.0	18.8	الثاني والثالث
62.8	826	13.9	24.4	5.4	19.3	9.4	22.4	الرابع والخامس
61.6	771	14.2	24.5	5.2	21.3	10.1	23.0	السادس وما فوق
تعليم الأم								
61.0	247	11.6	26.6	1.9	20.3	12.9	28.4	لا شيء
63.2	630	12.9	22.3	5.5	18.4	12.1	24.2	ابتدائي
60.3	1,178	15.5	21.4	4.5	18.4	8.7	19.5	إعدادي
59.6	1,141	13.3	18.6	6.7	17.3	7.1	16.9	ثانوي فأعلى

التهابات المسالك البولية والتهاب الجهاز التناسلي:

كانت التهابات المسالك البولية والتهاب الجهاز التناسلي أكثر الحالات تكراراً بين النساء في الضفة الغربية حيث سجلت 30.2% و 16.3% على التوالي بالمقارنة مع قطاع غزة حيث سجلت النسب هناك 18.3% و 11.4% على التوالي. وبلغت نسبة النساء اللواتي بلغن عن الإصابة بالتهاب المسالك البولية في المناطق الريفية 28.8%، وهذه النسبة أعلى منها في الحضر حيث بلغت النسبة هناك 25.1% والمخيمات التي سجلت 19.7%. والجدير بالذكر أن عدد أقل من النساء في المخيمات بالذات أفدن أنهن تعرضن للإصابة بالتهاب المسالك البولية، وقد يكون السبب في ذلك تأثير القابلات اللواتي يقدمن النصح بخصوص هذه الالتهابات عندما يقدمن الرعاية أثناء الحمل في عيادات وكالة الغوث. وقد سجلت النساء اللواتي يلدن لأول مرة نسبة أعلى للتعرض للإصابة بالالتهابات أكثر من اللواتي ولدن لأكثر من مرة، وهذا هو الاتجاه الشائع في العالم. أضف إلى ذلك أن النساء اللواتي لم يحصلن على أي تعليم كن أكثر عرضة للإصابة بالالتهابات، وقد يعود السبب في ذلك إلى مستوى فهمهن ومستوى النظافة لديهن. أما فيما يتعلق بالنساء اللواتي حصلن على تعليم فلم يكن الفرق الناتج عن مستويات التعليم المختلفة فرقاً هاماً أنظر جدول (4.7).

فقر الدم والنزيف المهبلي:

تحتل المضاعفات مثل فقر الدم والنزيف المهبلي المركز الثاني بين أكثر المضاعفات شيوعاً بين النساء في فلسطين، أي في المركز الذي يلي الالتهابات. من المعروف أن النزيف هو السبب الرئيسي للوفيات بين الأمهات في البلدان النامية. لقد بلغت نسبة النساء اللواتي أفدن بأنهن تعرضن للنزيف المهبلي في الضفة الغربية خلال السنوات الثلاثة الأخيرة التي سبقت المسح ضعف النسبة المسجلة في قطاع غزة، 12.7% و 5.5% على التوالي. بالمقابل، بلغت نسبة النساء اللواتي أصبن بفقر الدم في قطاع غزة 22.7% وهي الأعلى مقارنة بالنسبة في الضفة الغربية والتي بلغت 19.8%. وبلغت نسبة انتشار فقر الدم في الضفة الغربية وقطاع غزة مجتمعة 21.1%. ولقد ارتفعت نسبة النساء اللواتي أصبن بهذا المرض في المخيمات مقارنة بالمناطق الريفية. وتشير النتائج إلى أن النساء اللواتي ولدن لأول مرة كانت نسبة تعرضهن لفقر الدم أقل من اللواتي ولدن لأكثر من مرة: 14.8% و 19.4% على التوالي. ومن الواضح أن فقر الدم منتشر أكثر بين النساء غير المتعلقات مما ينسجم مع بيانات الدول النامية. أنظر جدول (4.7).

ارتفاع ضغط الدم:

يحتل ارتفاع ضغط الدم المرتبة الثالثة في المضاعفات التي تم الإبلاغ عنها بين النساء اللواتي تم مقابلتهن. ويعتبر الفرق بين الضفة الغربية وقطاع غزة فرقاً مذهباً حيث أن 8.5% من نساء الضفة الغربية أفدن بأنهن تعرضن لتشنجات بينما 1.2% فقط من نساء قطاع غزة بلغن عن تعرضهن لتشنجات حسب ما يشير إليه جدول (4.7). ولقد وصلت نسبة حالات التعرض لتسمم الحمل إلى 4.9% في الضفة الغربية بينما وصلت النسبة في قطاع غزة إلى 2.0%. كما وسجلت نسبة الإصابة بتورم الوجه في الضفة الغربية نسبة أعلى من قطاع غزة 21.1% و 14.5% على التوالي. يبدو أن معالجة المضاعفات الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم في قطاع غزة أكثر نجاعة، بالتالي فإن نسبة التشنجات منخفضة وهذا أحد أهداف الرعاية أثناء الحمل. نوصي بإجراء المزيد من التحقيقات في هذا المجال.

5.2.7 تغيير في السلوك والتواصل:

يفيد جدول رقم (5.7) بأن نسبة عالية (55.1%) من النساء اللواتي تم مقابلتهن لم يحصلن على تثقيف صحي. كما ويشير الجدول إلى أن نسبة النساء اللواتي لم يحصلن على تثقيف صحي في قطاع غزة تصل إلى 68.6%، وإلى أن نسبة النساء اللواتي لم يحصلن على تثقيف صحي في مخيمات اللاجئين وصلت إلى 61.7%.

جدول 5.7: نسبة المواليد (آخر مولودين) التي تمت في المستشفيات خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح والذين تلقت أمهاتهم تثقيف صحي حسب موضوع التثقيف وبعض الخصائص الخلفية، 2004

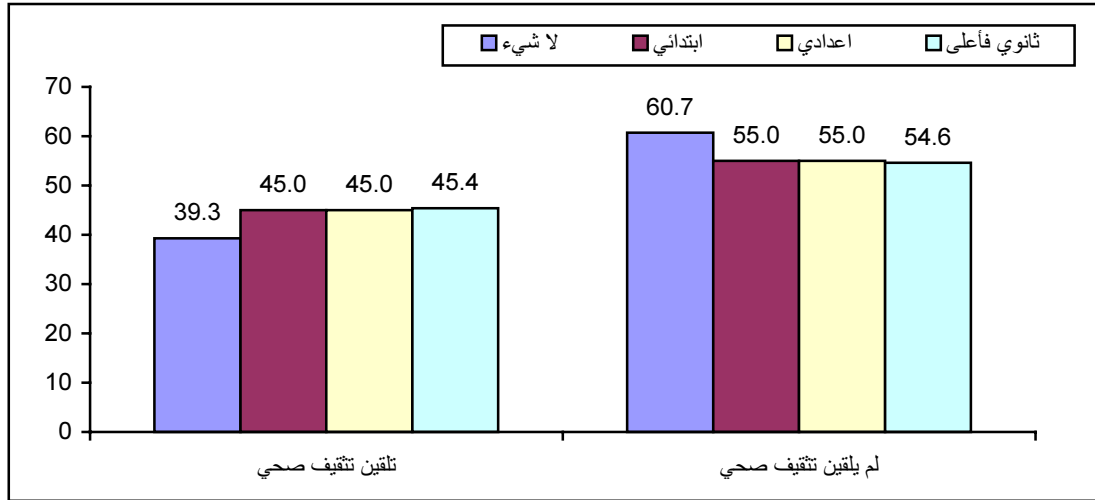
نسبة اللواتي لم يحصلن على تثقيف صحي	نسبة اللواتي حصلن على تثقيف صحي	موضوع التثقيف الصحي					أهمية المتابعة	الخصائص الخلفية
		الرضاعة الطبيعية	تغذية الأم	تنظيم الأسرة	التطعيم	أهمية المتابعة		
المنطقة								
55.1	44.9	42.3	33.0	27.7	44.4	32.9	الأراضي الفلسطينية	
45.3	54.7	47.6	36.9	31.2	59.8	39.2	الضفة الغربية	
68.6	31.4	34.5	27.2	22.4	24.0	24.2	قطاع غزة	
نوع التجمع								
55.3	44.7	42.3	31.5	25.5	42.6	31.7	حضر	
50.4	49.6	41.7	34.0	29.8	53.1	33.7	ريف	
61.7	38.3	43.0	36.1	30.6	35.6	35.6	مخيم	
ترتيب المولود								
54.9	45.1	41.6	31.6	23.2	42.4	31.6	الأول	
54.7	45.3	44.2	34.1	28.2	45.2	35.6	الثاني والثالث	
55.8	44.2	41.0	31.6	26.9	46.0	30.3	الرابع والخامس	
55.0	45.0	41.5	34.0	31.4	43.3	33.3	السادس وما فوق	
تعليم الأم								
60.7	39.3	37.0	25.8	25.5	42.9	29.6	لا شيء	
55.0	45.0	41.1	30.0	26.3	42.2	30.0	ابتدائي	
55.0	45.0	41.1	33.3	27.8	46.3	33.5	إعدادي	
54.6	45.4	44.6	35.0	28.5	43.5	34.6	ثانوي فأعلى	

يشير شكل (5.7) إلى أن نسبة الحصول على تثقيف صحي ترتفع مع ارتفاع مستويات التعليم بين النساء اللواتي تمت مقابلتهن 60.7% من النساء غير المتعلقات أفدن بأنهن لم يحصلن أبداً على أي تثقيف صحي، بينما 54.6% من النساء الأكثر تعليماً أفدن بأنهن لم يحصلن على تثقيف صحي. إن زيادة اتجاه التثقيف الصحي التي تتوافق مع زيادة مستوى التعليم العام تأتي انسجماً مع كل موضوع من مواضيع التثقيف الصحي التي اشتمل عليها المسح.

قد يساهم العديد من العوامل في هذا الاتجاه ومنها عدم توفر إمكانية الوصول إلى معلومات أو مواد مكتوبة أمام النساء غير المتعلقات، وعدم التمكن من الحصول على تثقيف صحي مدرسي في هذا المجال. وبشكل عام، تعتبر زيادة التثقيف الصحي أثناء الحمل نقطة تسجل لصالح جميع النساء وتؤدي إلى تقليص الفجوة بين غير المتعلقات والمتعلقات من النساء.

وتشير الاستجابات إلى أن التثقيف الصحي هو في الحقيقة هام جداً بالنسبة للنساء وإن عدم الحصول عليه يقلق النساء. فالنساء اللواتي حصلن على تثقيف صحي (أو اللواتي توفرت لديهن احتمالات تذكر أكبر) تمكن من سرد قضايا تتعلق بصحة أطفالهن مثل الرضاعة والتطعيم، مقارنة بسرد أحداث تتعلق بقضايا صحتهم مثل تنظيم الأسرة ومتابعة الرعاية والتغذية.

شكل 5.7: نسبة المواليد (آخر مولودين) التي تمت في المستشفيات خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب تلقي أمهاتهم تثقيف صحي والمؤهل العلمي للأم، 2004



6.2.7 تطعيم الكزاز (التيتانوس):

تبدأ الحماية من الكزاز قبل الولادة وتستمر أثناء فترة حداثة الولادة ومن ثم من خلال جرعات تعطى في مراحل تالية. وتوصي منظمة الصحة العالمية بإعطاء المطعوم الثلاثي عند بلوغ ستة أسابيع وعشر أسابيع و14 أسبوع. وهناك جرعة رابعة تعطى في بعض البلدان عند بلوغ سن ما بين 18-24 شهراً. وبسبب ارتفاع معدل الوفيات وبالرغم من أن العديد من البلدان قد حققت إنجازات في تغطية النساء في سن الحمل بجرعتين على الأقل من مطعوم الكزاز إلا أن الكزاز بين حديثي الولادة لا يزال يعتبر مشكلة صحية عالمية حيث يقدر عدد حالات الإصابة به بحوالي نصف مليون حالة سنوياً.

كما أن هناك قصور كبير في التبليغ عن حالات الإصابة بالكزاز حيث أن فئة السكان الأكثر عرضة للإصابة بهذا المرض في مرحلة حداثة الولادة تقطن في المناطق الريفية حيث تفتقر إلى إمكانية الحصول على رعاية صحية وتسجيل المواليد. وبسبب العبء الكبير الذي يسببه مرض الكزاز تم الاتفاق بين الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان على القضاء على الإصابة بالكزاز بين حديثي الولادة كمشكلة صحية عامة عام 2005 (وتعرف على أنها معدل الإصابة بالكزاز التي تصل إلى إصابة واحدة بين كل ألف حالة ولادة على مستوى المحافظات).

جدول 6.7: برنامج تطعيم الكزاز للنساء في سن الحمل والنساء الحوامل اللواتي لم يأخذن من قبل مطعوم الكزاز أو Td أو المطعوم الثلاثي

الجرعة	متى تعطى	فترة الحماية المتوقعة
1 Td تطعيم الكزاز	أول اتصال أو في أقرب وقت ممكن أثناء الحمل	لا يوجد
2 Td تطعيم الكزاز	بعد أربع أسابيع على الأقل من تطعيم الكزاز 1	من سنة إلى ثلاث سنوات
3 Td تطعيم الكزاز	بعد ستة أشهر على الأقل من تطعيم الكزاز 2 أو خلال الحمل التالي	خمس سنوات على الأقل
4 Td تطعيم الكزاز	بعد ستة أشهر على الأقل من تطعيم الكزاز 3 أو خلال الحمل التالي	عشر سنوات على الأقل
5 Td تطعيم الكزاز	بعد ستة أشهر على الأقل من تطعيم الكزاز 4 أو خلال الحمل التالي	جميع السنوات التي يمكن أن تحمل فيها المرأة وأبعد من ذلك

يعتبر جدول تطعيم الكزاز لدى وزارة الصحة جدولاً شاملاً حيث أنه يوفر الوقاية الكاملة من خلال أربع جرعات تعطى في البيت (أو في مرافق الرعاية الصحية التي توفر الرعاية للأطفال ومرحلة ما بعد الولادة) خلال السنة الأولى، وجرعتين إضافيتين تعطيا لفتيات المدارس. معظم النساء في فلسطين مطعومات نتيجة للمطاعيم التي تعطى خلال مرحلة الطفولة، إلا أن دائرة الرعاية الصحية الأولية في وزارة الصحة تدرك أن النساء غير المتعلمات واللواتي يتركن المدرسة والنساء البدويات هن عرضة للخطر الناجم عن احتمال عدم تناول الجرعات الأخيرة التي تعطى في المدرسة، مما يترك هؤلاء النساء (وأطفالهن حديثي الولادة) دون الحماية الكاملة من الكزاز. بالتالي، أضافت وزارة الصحة جرعات إضافية تعطى للنساء خلال الحمل وبعده إلى بروتوكولها كي تقلل مخاطر الإصابة بمرض الكزاز لدى هذه المجموعات غير المحصنة إلى أدنى حد. يعطى تطعيم النساء البالغات على ثلاث جرعات انسجماً مع بروتوكول وزارة الصحة كما يلي: خلال الزيارة الأولى أثناء الحمل، وبعد شهر من تناول الجرعة الأولى، وبعد عام من تناول الجرعة الأولى. إن هذه الجرعات الثلاث من مطعوم الكزاز كفيلة بحماية الأم والطفل حديث الولادة من الكزاز لمدة خمس سنوات على الأقل.

جدول 7.7: نسبة النساء اللواتي انجبن في السنة السابقة للمسح اللواتي تلقين مطعوم ضد الكزاز حسب بعض الخصائص

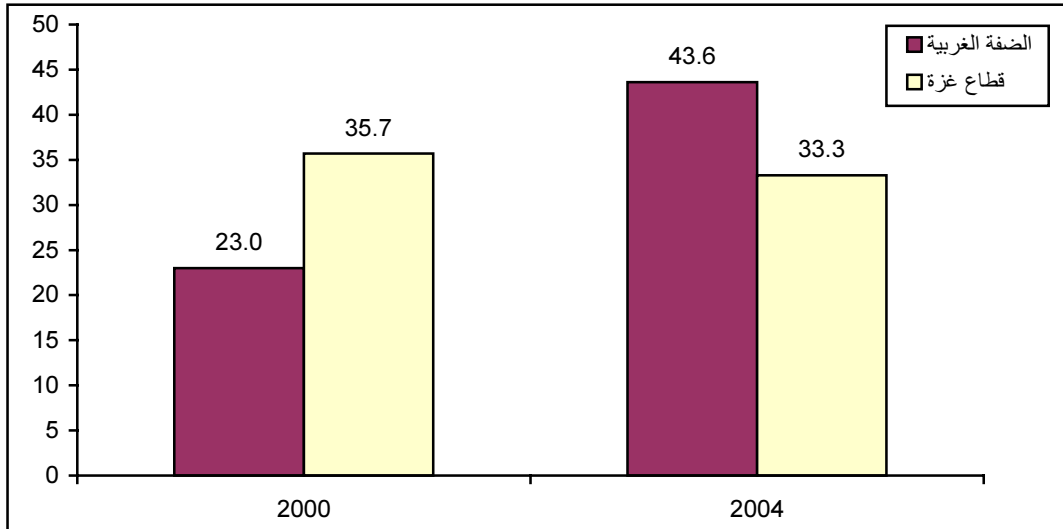
الخلفية، 2004

الخصائص الخلفية	اللواتي تطعمن ضد الكزاز خلال الحمل الأخير	اللواتي حصلن على خمس جرعات على الأقل خلال حياتهن	اللواتي حصلن على ثلاث جرعات كان آخرها خلال العشر سنوات الماضية	اللواتي حصلن على جرعتين على الأقل كان آخرها خلال السنوات الثلاث الماضية	عدد النساء اللواتي ولدن السنة الماضية
المنطقة					
الأراضي الفلسطينية	37.4	1.9	9.0	25.7	1,251
الضفة الغربية	43.6	3.8	13.5	30.2	705
قطاع غزة	33.3	0.7	6.0	22.8	546
نوع التجمع					
حضر	39.0	1.2	10.6	29.3	683
ريف	39.6	3.6	8.3	22.5	344
مخيم	31.6	1.9	6.3	20.9	224
عمر الأم					
15-29	35.2	1.5	7.1	24.9	830
30-49	42.2	2.9	13.0	27.7	421
تعليم الأم					
لا شيء	27.8	2.8	13.9	25.0	64
ابتدائي	40.7	2.1	12.2	28.1	250
إعدادي	41.1	2.2	10.3	28.9	449
ثانوي فأعلى	33.3	1.6	5.1	22.0	467

يشير جدول (7.7) إلى أن نسبة الأمهات اللواتي ولدن خلال السنة التي سبقت المسح وحصلن على مطعوم الكزاز خلال حملهن الأخير في الأراضي الفلسطينية كانت 37.4% عام 2004 مقارنة بما نسبته 27.5% عام 2000.

في عام 2004 أفادت 43.6% من الأمهات اللواتي تمت مقابلتهم في الضفة الغربية و33.3% من الأمهات اللواتي تمت مقابلتهم في قطاع غزة بأنهن حصلن على تطعيم الكزاز خلال حملهن الأخير، مقارنة بما نسبته 23.0% من الأمهات اللواتي تمت مقابلتهم في الضفة الغربية و35.7% من الأمهات اللواتي تمت مقابلتهم في قطاع غزة خلال عام 2000. لقد تضاعفت تغطية التطعيم في الضفة الغربية. والجدير بالذكر أن هذه المعلومات مبنية على ذاكرة النساء حيث لا يوجد في البيت سجلات توثق تغطية تطعيم النساء. أضف إلى ذلك أنه لا يوجد معلومات واضحة تبين سبب الازدياد الكبير في تغطية تطعيم الكزاز في الضفة الغربية منذ آخر مسح.

شكل 6.7: نسبة تغطية تطعيم الكزاز في الضفة الغربية وقطاع غزة للعامين، 2000، 2004



تشير البيانات إلى وجود علاقة بين زيادة التعليم وزيادة التطعيم ضد الكزاز، وقد يعود السبب في ذلك إلى زيادة الوعي وزيادة الحصول على الرعاية أثناء الحمل بين المتعلمات من النساء. أما غير المتعلمات فنجد أن 27.8% منهن قد حصلن على تطعيم الكزاز مقارنة بما نسبته 33.3% من الحاصلات على المستوى الثانوي من التعليم فما فوق.

في الأراضي الفلسطينية نجد أن نسبة الأمهات اللواتي حصلن على جرعتين على الأقل كان آخرها خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح قد وصلت إلى 25.7%. ونجد أن من بين الأمهات اللواتي تمت مقابلتهم 9.0% فقط قد حصلن على ثلاث جرعات كان آخرها خلال السنوات العشر الأخيرة، وأن 1.9% فقط من مجموع عينة المسح قد حصلن على خمس جرعات على الأقل خلال حياتهن. فمن أجل حماية حديثي الولادة على النساء اللواتي لم يحصلن على تطعيم الكزاز في الماضي أن يتلقين جرعتين على الأقل من هذا المطعوم بحيث تفصل أربع أسابيع على الأقل بين كل جرعة، وتكون آخر جرعة قبل أسبوعين على الأقل من الولادة.

يصعب التأكد أو التأكيد على تغطية تطعيم الكزاز في الأراضي الفلسطينية بين النساء بسبب احتمال عدم قدرة النساء على تذكر عدد الجرعات التي حصلن عليها منذ الولادة بالضبط، وحتى الآن لا يوجد سجل تطعيم بيتي للنساء والتي يمكن استخدامها في التأكيد على مستويات التغطية الحقيقية والتغطية على مستوى السكان.

يجب أن يشتمل جدول تطعيم الكزاز على جرعة أولية تعطى عند أول اتصال مع خدمات التطعيم، وجرعة ثانية تعطى بعد مرور أربع أسابيع على الأقل من إعطاء الجرعة الأولى، وجرعة ثالثة تعطى خلال 6-12 شهراً من تناول

الجرعة الثانية. الجدير بالذكر أن مستويات الأجسام المضادة الواقية تتحقق في 80-90% من النساء بعد الجرعة الثانية وفي 95-98% من النساء بعد الجرعة الثالثة. هذه الجرعات توفر الحماية لمدة خمس سنوات على الأقل، والجرعتين الرابعة والخامسة تزيد من عمر فترة المناعة من عشرة إلى عشرين سنة على التوالي.

تناول حامض الفوليك وأقراص الحديد:

تفيد النتائج بأن نسبة النساء اللواتي تناولن أقراص الحديد وصلت إلى 75.7% من بين النساء اللواتي تمت مقابلتهم، وتعتبر هذه النسبة أعلى بكثير من النسبة التي سجلها تناول حامض الفوليك والتي وصلت إلى 43.5%. وبالمقارنة مع نتائج عام 2000 حيث وصلت نسبة النساء اللواتي تناولن أقراص الحديد إلى 75.8% ونسبة النساء اللواتي تناولن حامض الفوليك إلى 44.3%. وقد يعود السبب في هذا إلى ما يلي:

1. أن تكون النساء أكثر إدراكاً لأهمية تناول أقراص الحديد مقارنة بتناول حامض الفوليك أو تناول كلاهما، مما يؤدي إلى انخفاض تناول حامض الفوليك أو وجود نقص في الإبلاغ عن تناول هذا الحامض بين النساء اللواتي لا يعرفن أنهن في الواقع يتناولن حامض الفوليك لوحده أو جنباً إلى جنب مع الحديد.
2. نقص في الوعي فيما يتعلق بأهمية تناول حامض الفوليك بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية.

وتشير النتائج إلى أن النساء في قطاع غزة كن أكثر احتمالاً في الإبلاغ عن عدم تناول حامض الفوليك (55.0%) مقارنة بنساء الضفة الغربية (29.0%). على أية حال، يبقى الأمر مبهماً فيما يتعلق بمسألة معرفة النساء بحامض الفوليك وتمكنهن من التمييز بينه وبين أقراص الحديد. غالباً ما لا تدرك النساء محتوى الفيتامين أو الأقراص الإضافية التي تلقينها، من هنا فإن المستجوبات قد لا يكن قد استطعن الاستفادة بدقة فيما إذا كن قد تناولن أقراص الحديد أو حامض الفوليك أو كلاهما معاً. وبما أن منظمة الصحة العالمية توصي بتناول المرأة لحامض الفوليك قبل الحمل وتناول أقراص الحديد أثناء الحمل فإننا نوصي بأن تتسجم السياسة الصحية في فلسطين مع هذه التوصية، وأن يأخذ المسح القادم هذه المقاييس بعين الاعتبار في التحقيق في تناول أقراص الحديد وحامض الفوليك. (أنظر ملحق رقم 1 حول الرعاية المركزة أثناء الحمل لمنظمة الصحة العالمية).

3.7 الرعاية أثناء الولادة:

الحمل والولادة هما من العمليات البيولوجية الطبيعية التي تحدث لما نسبته 85% من النساء. وأن ما نسبته 15% فقط من النساء يتعرضن لمضاعفات ومن بينهن 12% يتم تحويلهن إلى مستويات رعاية أعلى. إن غالبية النساء اللواتي يتم تحويلهن إلى مستويات رعاية أعلى لا يكن في حالات طارئة. من بين كل حالة وفاة أم 16 إلى 25 امرأة تعاني من مرض طويل الأمد مثل فقر الدم أو الالتهاب أو ناسور الولادة أو هبوط الرحم.

1.3.7 رعاية توليد شاملة في حالة الطوارئ:

مضاعفات أثناء الولادة:

من الملاحظ أن غالبية حالات الولادة الأولى بين النساء في الأراضي الفلسطينية تكون غير طبيعية مقارنة بالمعدلات الوطنية والدولية، حيث تكثر حالات التوسيع والشفط والعمليات القيصرية بين اللواتي يلدن لأول مرة مقارنة باللواتي يلدن أكثر من مرة.

المعدل الدولي لحالات الولادة الطبيعية تصل إلى 85% بينما يصل هذا المعدل في الأراضي الفلسطينية إلى 72.2%. بالتالي يجب دراسة هذا المعدل المتدني من الولادات الطبيعية، فقد يكون انعكاساً لسوء استخدام إجراءات معينة مثل الاستخدام الشائع للتوسيع (10.4% في الضفة الغربية و14.9% في قطاع غزة)، بالإضافة إلى الارتفاع غير العادي لمعدل العمليات القيصرية، حيث تشير بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني أن معدلات العمليات القيصرية وصلت إلى 6.0% في 1996 و8.8% في 2000 و12.8% في 2004. تتكرر العمليات القيصرية بين النساء المتعلّقات بشكل أكثر 15.1% بين النساء ذوات التعليم الثانوي فما فوق، وبين النساء اللواتي يلدن أكثر من مرة ليصل عدد ولاداتهن إلى 6 فأكثر حيث تصل النسبة إلى 15.7%. الشفط وآلة شفط الجنين والتي تتطلب توفر مهارة عالية لدى مقدمها لا زالت تستخدم بشكل شائع (لا تتوفر معلومات حول مستوى المهارة الحقيقي بين مقدمي الرعاية في استخدام هذه الأدوات والتقنيات، أو الدليل الذي يشير إلى أنه كان هناك ضرورة لاستخدامها).

جدول 8.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح حسب طبيعة الولادة وبعض الخصائص الخلفية، 2004

عدد المواليد	طبيعة الولادة					الخصائص الخلفية
	ولادة طبيعية	توسيع	ملاقط	شفط	عملية قيصرية	
المنطقة						
3,196	72.2	12.3	0.6	2.1	12.8	الأراضي الفلسطينية
1,855	73.4	10.4	1.1	2.0	13.1	الضفة الغربية
1,341	70.6	14.9	0.1	2.2	12.2	قطاع غزة
نوع التجمع						
1,741	71.7	12.7	0.6	1.8	13.2	حضر
905	76.3	8.6	0.8	2.4	11.9	ريف
550	67.1	17.2	0.4	2.6	12.7	مخيم لاجئين
ترتيب المولود						
565	57.3	25.9	0.4	3.4	13.0	الأول
1,034	71.8	13.3	0.9	2.0	12.0	الثاني والثالث
826	79.2	7.6	0.6	2.0	10.6	الرابع والخامس
771	76.2	6.0	0.7	1.4	15.7	السادس وما فوق
تعليم الأم						
247	74.8	10.5	-	1.9	12.8	لا شيء
630	72.9	12.0	0.5	2.4	12.2	ابتدائي
1,178	73.5	12.3	0.9	2.2	11.1	إعدادي
1,141	69.3	13.2	0.6	1.8	15.1	ثانوي فأعلى

أفاد أكثر من نصف النساء 53.3% اللواتي تمت مقابلاتهن بأن ولادة آخر مولود لهن كانت في مستشفى أو مركز صحي حكومي، وأن تقريباً الربع 22.8% ولدن في مستشفيات أو مراكز صحية خاصة، وأن العدد المتبقي من النساء قد ولدن في مستشفيات أخرى متنوعة وفي العيادات ودور التوليد. إن لجوء الأمهات إلى المستشفيات للولادة لا يعكس إدراك لأي اختلاف هام بين المستشفيات الحكومية والخاصة. وتعتبر دور التوليد مصدراً جديداً للرعاية أثناء الولادة والتي أضيفت منذ عام 2000.

وتشير البيانات إلى أن عدد لا يستهان به من النساء يخترن الولادة في العيادات ولكننا لا نملك المعلومات الضرورية المتعلقة بالمهارات والمعدات المتوفرة للولادات الطبيعية أو المعقدة أو حالات الولادات الطارئة في هذه العيادات.

ففي الضفة الغربية هناك توجه أكبر لدى النساء للجوء إلى المستشفيات الخاصة للولادة 34.9% مقارنة بقطاع غزة حيث وصلت نسبة النساء اللواتي يلجأن إلى المستشفيات الخاصة للولادة إلى 6.8%. فغالبيتها النساء في قطاع غزة يلدن في مستشفيات حكومية 64.1% بينما تلجأ ما نسبته 44.8% من نساء الضفة الغربية إلى هذه المستشفيات للولادة. أضف إلى ذلك أنه في قطاع غزة تكثر حالات الولادة في عيادات الأطباء 10.6% مقارنة بالضفة الغربية حيث تصل النسبة إلى 2.6%. أما الولادة في البيوت فهي شائعة أكثر في الضفة الغربية 4.7% بالمقارنة مع قطاع غزة 0.7%. أما فيما يتعلق بالنساء اللواتي يسكن في مخيمات اللاجئين فهن أقل احتمالاً أن يلجأن إلى المستشفيات الخاصة 13.7% مقارنة بالمناطق الحضرية 24.8% والمناطق الريفية 24.7%. وبين هؤلاء النساء نجد أن أولئك اللواتي يسكن في المناطق الريفية هن أكثر احتمالاً للولادة في البيت 4.9% وأقل احتمالاً للولادة في عيادات الأطباء 3.2%، أما النساء اللواتي يسكن في المناطق الحضرية فهن أكثر احتمالاً للذهاب إلى مراكز تابعة لمنظمات الأهلية وعيادات الأطباء للولادة.

النساء اللواتي يلدن لأول مرة هن أكثر احتمالاً لأن يلجأن إلى مستشفيات خاصة للولادة 25.4% مقارنة بالنساء اللواتي ولدن أكثر من مرة حيث بلغت نسبتهن 18.4%. وفي نفس الوقت نجد أن النساء اللواتي ولدن أكثر من مرة هن أكثر احتمالاً للجوء إلى عيادات الأطباء 7.6% أو الولادة في البيت 4.9% مقارنة بالنساء اللواتي يلدن لأول مرة 4.2% و1.6% على التوالي. أما النساء اللواتي يقمن في المخيمات فهن يستخدمن مراكز وكالة الغوث أكثر 17.2% مقارنة بال حضر 6.9% والريف 2.7%. وفي قطاع غزة يكثر استخدام مرافق وكالة الغوث التي تحتوي على دور ولادة حيث وصلت النسبة إلى 12.6% مقارنة بالضفة الغربية حيث تصل نسبة استخدام مرافق لوكالة الغوث هناك إلى 3.7% (ملاحظة: لا يوجد في الضفة الغربية سوى مستشفى واحدة لوكالة الغوث في مدينة قلقيلية).

النساء الأقل تعليماً يتوجهن في الغالب إلى المستشفيات الحكومية 63.0% أو يملن إلى الولادة في البيت 5.2% بينما تقل نسب الأمهات اللواتي حصلن على أي تعليم في هذا المجال لتصل إلى 51.2% و1.9% على التوالي. النساء الحاصلات على تعليم أعلى يملن إلى اللجوء إلى المستشفيات الخاصة 25.3% مقارنة بالنساء غير المتعلّقات 13.8%.

يبدو أن المرافق التابعة للمنظمات الأهلية تلعب دوراً أقل من حيث تقديم الخدمات مقارنة بمرافق القطاعات الأخرى. لقد ازداد الضغط من حيث حالات الولادة على المستشفيات الحكومية من 43.3% عام 2000 إلى 53.3% عام 2004، وقد يعود السبب في ذلك إلى توفر التأمين، أما بالنسبة لمصادر هذه المستشفيات فهي لم تزد مما نتج عنه عبء عالي على الموارد البشرية والمصادر الأخرى. أضف إلى ذلك أن عدد أقل من النساء يلجأن إلى المستشفيات الخاصة الآن 22.8% مقارنة بما نسبته 27.8% عام 2000، وقد يكون السبب في ذلك هو تدهور الوضع الاقتصادي مما حدد الإنفاق الخاص، وتوفر التأمين. ففي الضفة الغربية في عام 2000 نجد أن 40.2% من النساء قد ولدن في مستشفيات خاصة بينما في عام 2004 نجد أن هذه النسبة انخفضت إلى 34.9%. وعلى المستوى الوطني في عام 1996 نجد أن 28.3% من النساء قد لجأن إلى المستشفيات الخاصة وفي عام 2000 وصلت النسبة إلى 27.8%.

جدول 9.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) التي تمت خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح حسب مكان الولادة وبعض الخصائص الخلفية، 2004

عدد المواليد	مكان الولادة									الخصائص الخلفية
	أخرى	في البيت	عيادة طبيب	دار ولادة	مستشفى إسرائيلي	مركز أو مستشفى منظمات غير حكومية	مركز أو مستشفى تابع للوكالة	مركز أو مستشفى خاص	مركز أو مستشفى حكومي	
المنطقة										
3,196	0.6	3.0	6.0	1.3	1.4	4.1	7.5	22.8	53.3	الأراضي الفلسطينية
1,855	1.0	4.7	2.6	1.1	2.5	4.7	3.7	34.9	44.8	الضفة الغربية
1,341	0.2	0.7	10.6	1.6	-	3.4	12.6	6.8	64.1	قطاع غزة
نوع النجم										
1,741	0.4	2.5	7.6	1.2	2.1	4.7	6.9	24.8	49.8	حضر
905	1.3	4.9	3.2	2.0	1.0	3.1	2.7	24.7	57.1	ريف
550	0.3	1.6	5.7	0.5	0.2	3.8	17.2	13.7	57.0	مخيم
ترتيب المولود										
565	0.1	1.6	4.2	1.1	1.8	4.9	3.8	25.4	57.1	الأول
1,034	0.7	2.5	5.4	1.4	2.0	4.5	7.0	25.1	51.4	الثاني والثالث
826	1.0	3.0	6.5	1.1	1.1	4.1	9.0	22.5	51.7	الرابع والخامس
771	0.5	4.9	7.6	1.7	0.8	3.0	9.2	18.4	53.9	السادس وما فوق
تعليم الأم										
247	1.5	5.2	5.2	1.4	-	1.8	8.1	13.8	63.0	لا شيء
630	1.0	3.9	6.8	1.8	0.5	2.6	6.5	21.2	55.7	ابتدائي
1,178	0.8	2.9	5.6	1.0	1.6	5.1	7.7	22.4	52.9	إعدادي
1,141	0.1	1.9	6.1	1.4	2.1	4.3	7.6	25.3	51.2	ثانوي فأعلى

جدول 10.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) التي تمت خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح وتمت في مؤسسة صحية حسب مكان الولادة والسبب الرئيسي وراء اختيار مكان الولادة، 2004

مكان الولادة							السبب الرئيسي وراء اختيار مكان الولادة
مركز أو مستشفى حكومي	مركز أو مستشفى خاص	مركز أو مستشفى تابع للوكالة	مركز أو مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية	مستشفى إسرائيلي	دار ولادة	عيادة طبيب	
36.8	71.1	65.0	69.3	58.1	53.6	60.1	خدمة أفضل
5.1	5.1	4.1	6.5	7.0	22.0	12.4	صعوبة الوصول إلى مكان آخر
6.8	2.8	5.0	2.4	-	9.8	4.3	ولادة مبكرة
39.2	4.9	15.4	8.1	25.6	-	-	توفر تأمين صحي/ تكلفة أقل
4.8	11.6	1.4	8.9	-	9.8	20.0	طبيب خاص
2.8	0.9	2.7	1.6	-	2.4	-	مضاعفات حمل
4.5	3.6	6.4	3.2	9.3	2.4	3.2	لا يوجد بديل
1,635	667	217	125	40	42	193	مجموع عدد المواليد

أما فيما يتعلق بأسباب اختيار النساء لمرفق أو قطاع صحي معين لآخر ولادة أنظر جدول (10.7) فإننا نجد أن 71.1% من النساء اللواتي ولدن في المستشفيات الخاصة قد اخترن هذه المستشفيات بسبب الرغبة في الحصول على خدمات أفضل بينما نجد أن نسبة قليلة من النساء 36.8% من النساء اللواتي ولدن في المستشفيات الحكومية شعرن بأن هذه المستشفيات تقدم خدمات أفضل. بينما نجد أن 53.6% من النساء اللواتي ولدن في دار ولادة اعتبرن أن دار الولادة توفر خدمات أفضل. أما فيما يتعلق بمسألة الوصول وصعوبة الوصول إلى المرافق الصحية فنجد أن 22.0% من النساء اللواتي ولدن في دار ولادة اخترن بيوت الأمومة لأنهن لم يستطعن الوصول إلى مرافق أخرى. كما أن النساء لجأن إلى بيوت الأمومة في حالات الولادة المبكرة مما يدل على أن دار الولادة كانت ناجحة في حل مشاكل صعوبة الوصول إلى المرافق الصحية. ومن بين النساء اللواتي تمت مقابلتهن وولدن في مستشفى حكومي، هناك 39.2% اخترن المستشفيات الحكومية بسبب توفر تأمين يغطي هذه المستشفيات وبسبب انخفاض التكلفة. ويشير اختيار النساء للمستشفيات الإسرائيلية إلى أنهن لجنن إليها لأسباب تتعلق بأن الخدمة أفضل أو لأسباب تتعلق بالتأمين أو بسبب عدم توفر خيارات أخرى. النساء اللواتي اخترن عيادات الأطباء 20.0% أو المستشفيات الخاصة 11.6% فعن ذلك بسبب العلاقة مع طبيبهن الخاص. ومن بين النساء اللواتي تعرضن إلى مضاعفات نجد أن 20.6% منهن اخترن مستشفيات حكومية عام 2000 مقارنة مع 2.8% فقط عام 2004. مضاعفات الحمل لم تؤثر على خيار المرأة المتعلق في اختيار مرافق خاصة.

الولادات التي تمت على يد كادر مؤهل:

يعتبر حضور أشخاص يتمتعون بالمهارة في التوليد أمراً حيوياً عند الولادة، إلا أن تقديرات منظمة الصحة العالمية تقول بأن 55% فقط من مجموع الولادات التي تحدث على مستوى العالم تحصل بحضور أشخاص يتمتعون بالمهارة في مجال الولادة⁶. أما بالنسبة للكادر الذي قدم الرعاية أثناء الحمل فقد أشارت الغالبية العظمى من النساء في الضفة الغربية إلى أنهن حصلن على هذه الخدمة من قبل أطباء، أما في قطاع غزة فإن غالبية مقدمي الرعاية أثناء الحمل من الأطباء والممرضات. والجدير بالذكر أن هذه البيانات قد تعكس عدم فهم النساء للدور الحقيقية والمسميات الوظيفية لمقدمي خدمات الرعاية الصحية الإنجابية. على سبيل المثال، بالرغم من أن 7% من النساء في قطاع غزة حصلن على الرعاية أثناء الحمل من عيادات وكالة الغوث حيث أن غالبية هذه الرعاية تأتي على يد قابلات، نجد أن 1% فقط من النساء في قطاع غزة قد أشرن إلى أنهن حصلن على رعاية أثناء الحمل من قبل قابلات.

ويعتبر الأطباء والممرضات والقابلات من مقدمي خدمات التوليد الرئيسيين، حيث تشير النتائج إلى أن الأطباء قدموا الرعاية أثناء الحمل لما نسبته 72.3% من الولادات التي تلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل. كما ويقدم الأطباء في الضفة الغربية نسبة هامة من الرعاية أثناء الحمل تصل إلى 86.7% مقارنة مع 52.3% في قطاع غزة، أما بالنسبة للرعاية بعد الولادة فإن الخدمة التي يقدمونها محدودة وتصل إلى 7.3% بالرغم من أن الأطباء المتخصصين يقدمون خدمات رعاية بعد الولادة لما نسبته 19.5% من النساء اللواتي تمت مقابلتهن. وتشير البيانات إلى أن 81.1% من خدمات التوليد في قطاع غزة كانت على أيدي أطباء مقارنة بما نسبته 54.6% في الضفة الغربية. لا يوجد فروق هامة بين الضفة الغربية وقطاع غزة فيما يتعلق بمساهمات مقدمي خدمات الرعاية بعد الولادة. انظر جدول (11.7) و(12.7).

⁶ Fathalla, WHO

لقد تم السؤال عن الممرضات والقابلات اللواتي يقدمن المساعدة أثناء التوليد معاً لأغراض هذا التقرير لأن الممرضات المتدربات والقابلات يقدمن المساعدة في التوليد بالتالي فإن الاحتمال الأكبر أن الأمهات لم يستطعن التمييز بينهما. ويبلغ مجموع عدد القابلات في فلسطين 436 قابلة بما معدله قابلة لكل مائة ألف من السكان. ومن بين القابلات هناك 260 يعملن في الضفة الغربية من بينهم 156 يعملن في القطاع الحكومي (Wick and Mikki). وفي فترة أثناء الحمل تقدم الممرضات والقابلات 36.6% من الرعاية في الأراضي الفلسطينية و65.7% من الرعاية في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية 15.6%. وتلعب الممرضات والقابلات دوراً صغيراً جداً في الرعاية بعد الولادة في قطاع غزة حيث يقدمن هذه الخدمة إلى 7.6% فقط من النساء اللواتي تمت مقابلاتهم مقارنة مع الأخصائيين الذين يقدمون رعاية بعد الولادة والتي تصل إلى 13.9%، مما يشير إلى أن التوجه لدى النساء للحصول على رعاية بعد الولادة يكون بسبب الحاجة إلى الحصول على خدمات علاجية لمشكلة صحية من وجهة نظرهن. فالفحوص الروتينية لما بعد الولادة أمر غير شائع. وغالباً ما يتم الحصول على رعاية بعد الولادة على أيدي أخصائيين في الضفة الغربية حيث سجلت النسبة في هذا المجال 23.7% مقارنة بقطاع غزة حيث سجل 13.9% فقط.

جدول 11.7: نسبة المواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والتي تلقت فيها الأمهات رعاية أثناء الحمل حسب الشخص الذي قدم هذه الرعاية وبعض الخصائص الخلفية، 2004

عدد المواليد التي حصلت فيها الأم على رعاية أثناء الحمل	حصلت على رعاية أثناء الحمل	الشخص الذي قدم الرعاية أثناء الحمل					الخصائص الخلفية
		أخرى	داية	قابلة	ممرضة	طبيب	
المنطقة							
3,083	96.5	0.3	0.1	2.0	34.6	72.3	الأراضي الفلسطينية
1,781	96.1	0.4	0.1	2.8	12.8	86.7	الضفة الغربية
1,302	97.2	0.2	-	1.0	64.7	52.3	قطاع غزة
نوع التجمع							
1,676	96.3	0.4	0.1	1.6	33.9	72.9	حضر
867	95.9	0.3	-	1.8	19.6	82.0	ريف
540	98.4	0.2	-	4.2	61.3	54.2	مخيم
ترتيب المولود							
559	99.1	0.5	0.4	0.5	35.0	73.5	الأول
1,000	96.8	0.5	-	1.8	30.3	74.5	الثاني والثالث
801	97.0	0.2	-	3.0	35.2	72.2	الرابع والخامس
723	93.8	0.1	-	2.5	39.2	68.6	السادس وما فوق
تعليم الأم							
187	87.8	-	0.5	0.5	30.5	62.4	بدون تعليم
596	94.6	0.8	0.2	1.4	34.6	69.5	ابتدائي
1,147	97.5	0.3	-	2.4	34.9	71.6	إعدادي
1,124	98.9	0.3	-	2.4	35.4	76.4	ثانوي فأعلى

جدول 12.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح حسب الشخص الذي قدم الرعاية أثناء الولادة وبعض الخصائص الخلفية، 2004

عدد المواليد	الشخص الذي قدم المساعدة أثناء الولادة						الخصائص الخلفية
	أخرى	أقارب/ أصدقاء	داية	قابلة	ممرضة	طبيب	
المنطقة							
3,196	0.2	0.3	1.2	6.9	25.0	66.4	الأراضي الفلسطينية
1,855	0.3	0.4	1.7	11.7	31.3	54.6	الضفة الغربية
1,341	0.2	0.1	0.4	1.0	17.2	81.1	قطاع غزة
نوع التجمع							
1,741	0.1	0.2	1.2	5.7	23.0	69.8	حضر
905	0.4	0.5	1.7	11.1	30.5	55.8	ريف
550	0.1	-	0.6	4.5	22.7	72.1	مخيم
ترتيب المولود							
565	-	-	0.8	5.4	18.8	75.0	الأول
1,034	0.2	0.4	0.7	7.3	26.0	65.4	الثاني والثالث
826	-	0.3	1.6	9.0	29.1	60.0	الرابع والخامس
771	0.7	0.3	1.9	5.5	23.6	68.0	السادس وما فوق
تعليم الأم							
247	1.0	-	1.9	4.8	33.8	58.5	لا شيء
630	0.4	0.2	1.8	5.5	26.1	66.0	ابتدائي
1,178	0.1	0.4	1.1	7.7	26.0	64.7	إعدادي
1,141	0.1	0.3	0.6	7.3	21.4	70.3	ثانوي فأعلى

4.7 الرعاية بعد الولادة:

تعرف فترة النفاس على أنها الأسابيع الأربع أو الأسابيع الثمانية الأولى بعد الولادة، حيث تكون فترة ضعف بالنسبة للمرأة وللمولود الجديد. وهي الفترة الهامة للبدء بالعادات الإيجابية للمستقبل. وفي فترة النفاس تشيع حالات وفيات الأمهات وتعرضهن للأمراض مقارنة بحالات أخرى كما يلي:

- 16% تحدث أثناء الطلق
- 60% تحدث أثناء فترة النفاس
- 72% تحدث في الأسبوع الأول بعد الولادة
- 40% تحدث بسبب النزيف الذي يحدث خلال فترة النفاس

الرعاية أثناء فترة النفاس:

- علامات الخطر والتحويل
- زيارات منزلية أثناء فترة النفاس
- تعزيز صحة حديثي الولادة
- رعاية حديثي الولادة

- تعزيز ودعم الرضاعة الطبيعية
- تنظيم الأسرة أثناء فترة النفاس

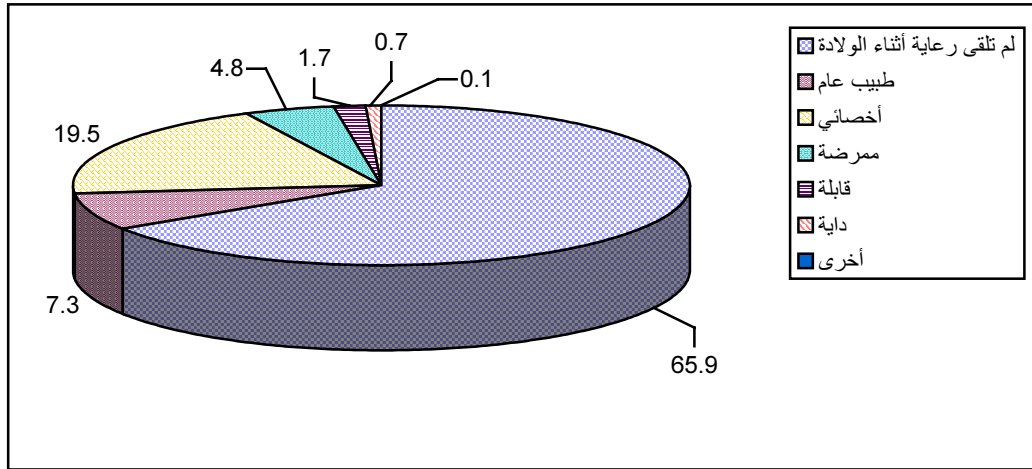
نجد أن 96.5% من النساء في الأراضي الفلسطينية قد حصلن على رعاية أثناء الحمل في السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح، مع عدم وجود فروق كبيرة بين الضفة الغربية وقطاع غزة. بالمقابل، نجد أن 65.9% من النساء اللواتي تمت مقابلتهن لم يحصلن على رعاية أثناء فترة النفاس، وهذا يشمل 70.4% في قطاع غزة و62.4% في الضفة الغربية. وهذا ينسجم مع بيانات وزارة الصحة والتي تشير إلى أن 34% من النساء النفاس قد حصلن على رعاية أثناء فترة ما بعد الولادة في الضفة الغربية وقطاع غزة. أما في عام 2000 فنجد أن 26.3% من النساء قد أشرن إلى أنهن حصلن على رعاية أثناء فترة النفاس كما نرى في الجدول أدناه، من هنا فإننا نلاحظ أن هناك تحسن في الحصول على رعاية بعد الولادة منذ عام 1996.

جدول 13.7: تغطية الرعاية بعد الولادة في الأراضي الفلسطينية، 1996-2004

السنة	تلقين رعاية بعد الولادة	لم يتلقين رعاية بعد الولادة
1996	19.7	80.3
2000	26.3	73.7
2004	34.1	65.9

أفاد ما نسبته 39.0% من النساء أنهن غادرن المستشفى بعد انقضاء 24 ساعة بعد الولادة بالمقارنة مع 34.0% وهي النسبة المسجلة عن عام 2000. ولقد أفادت غالبية النساء 77.9% اللواتي تمت مقابلتهن بأنهن غادرن المستشفى لأنه لم يكن هنالك سبب لبقائهن مما يشير إلى عدم وعيهن بالمخاطر التي قد تنجم عن مضاعفات ما بعد الولادة لهن ولأطفالهن حديثي الولادة. وتشير نتائج عام 2000 إلى أن 87% من النساء غادرن المستشفى بعد الولادة لنفس السبب. وأن 12.2% من النساء أشرن إلى أنهن غادرن المستشفى قبل انقضاء 24 ساعة على الولادة بناءً على طلب المستشفى. تجدر الإشارة إلى أن مثل هذا الأمر يقل احتمال حدوثه في مرافق وكالة الغوث 6.6% التي تنتشر بشكل كبير في قطاع غزة مقارنة بمستشفيات الحكومة 12.0% والمستشفيات الخاصة 14.7% والمرافق التي تديرها المنظمات غير الحكومية 13.0%. أما النساء الأقل احتمالاً أن يغادرن المستشفى قبل انقضاء مدة 24 ساعة فهن اللواتي ولدن في مستشفيات خاصة بالرغم من التكلفة. وقد يكون السبب في ذلك هو شعورهن بالراحة أو الالتزام ببروتوكول البقاء في المستشفى لمدة 24 ساعة بعد الولادة في المستشفيات الخاصة أكثر من غيرها من المرافق الحكومية.

شكل 7.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب الشخص الذي قدم الرعاية بعد الولادة، 2004



جدول 14.7: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والتي تمت في مؤسسات صحية حسب مكان الولادة والسبب الرئيسي لمغادرة المكان قبل 24 ساعة، 2004

عدد المواليد الذين غادرت أمهاتهم المستشفى	نسبة من لم يغادرن المستشفى	نسبة اللواتي غادرن المستشفى	السبب الرئيسي لمغادرة مكان الولادة						مكان الولادة
			أخرى	طلب المستشفى	عدم وجود ضرورة للبقاء	خدمات غير مقبولة	تكلفة عالية	ظروف عائلية	
724	56.4	43.6	1.4	12.0	78.7	3.8	0.3	3.8	مستشفى حكومي
215	69.8	30.2	2.1	14.7	75.9	-	2.1	5.2	مركز / مستشفى خاص
89	62.1	37.9	3.9	6.6	75.0	-	1.3	13.2	مركز / مستشفى تابع للوكالة
53	58.6	41.4	4.3	13.0	80.5	-	-	2.2	مركز / مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية
1,035	61.0	39.0	1.9	12.2	77.9	2.6	0.7	4.7	المجموع

الملخص التنفيذي:

- يجب أن تكون الرعاية أثناء الحمل جزءاً لا يتجزأ من الرعاية المستمرة التي تبدأ بها وتستمر طيلة فترة الحمل والوضع وفترة النفاس.
- تعتبر جودة الرعاية وتعزيز الصحة من أهم العوامل التي تؤثر في نتائج الحمل.

الرعاية أثناء الحمل:

- وفقاً للبيانات التي تم جمعها عام 2004 فإن نسبة الأمهات اللواتي حصلن على رعاية أثناء الحمل في الأراضي الفلسطينية وصلت إلى 96.5%، وأن 96.8% من النساء الحوامل قد تم وزنهن، وأنه فقط 71.9% من هؤلاء النساء قد تم قياس طولهن.
- 97.2% من النساء اللواتي تمت مقابلتهن أفدن بأنه تم قياس ضغط دمهن أثناء تلقيهن للرعاية أثناء الحمل. وأن نسبة النساء اللواتي تلقين فحص للبول أثناء الحمل هي 95.1%.

- ينتشر الفحص باستخدام الأمواج فوق الصوتية بصورة واسعة في الأراضي الفلسطينية حيث تصل نسبة استخدامه إلى 90.2%، حتى أنه يبالغ في استخدامه من قبل الأخصائيين الصحيين لأن من المفروض استخدامه مرة واحدة فقط في كل ثلاثة أشهر كما ورد في بروتوكولات وإرشادات وزارة الصحة.
- هناك فرق بين نسبة الفحص باستخدام الأمواج فوق الصوتية بين الضفة الغربية وبين قطاع غزة حيث تصل إلى 93.1% في الضفة الغربية و86.2% في قطاع غزة كما أفدنا النساء اللواتي تمت مقابلتهم.
- يجري فحص الرحم الباطني في أول زيارة للمرأة الحامل وفي كل الزيارات التالية وذلك من أجل معرفة طول الرحم الذي يساعد في معرفة عدد أسابيع الحمل المستكملة (عمر الحمل). الجدير ذكره أن نسبة النساء في الأراضي الفلسطينية اللواتي تلقين فحص ارتفاع عنق الرحم هي نسبة متدنية حيث تصل إلى 78.3% وذلك بالمقارنة مع نسبة النساء اللواتي تلقين الفحص باستخدام الأمواج فوق الصوتية وفحص نبض الجنين. إن نسبة استخدام هذا الفحص في الضفة الغربية هي أدنى من نسبة استخدامه في قطاع غزة حيث تصل النسبتين إلى 70.6% و88.9% على التوالي.
- كان هناك علاقة نسبية بين زيادة مستوى التعليم والحصول على رعاية أثناء الحمل حيث أن النساء اللواتي لم يحصلن على رعاية أثناء الحمل كن أكثرهن من الأقل تعليماً بالمقارنة مع النساء اللواتي حصلن على مثل هذه الرعاية.
- هناك انخفاض في نسبة الحصول على رعاية أثناء الحمل مع ازدياد عدد المواليد خاصة عند المولود الرابع أو أكثر.
- أن أكثر الأماكن المكرر ذكرها في مجال الحصول على الرعاية أثناء الحمل في الضفة الغربية هي عيادات الأطباء حيث تصل نسبتها إلى 50.3%، وذلك وفقاً لم أفدنا به الأمهات اللواتي تمت مقابلتهم. يلي هذه الأماكن مرافق الرعاية الأولية الحكومية حيث تصل النسبة إلى 28.4% (إذا اعتبرنا المراكز الصحية الحكومية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة الحكومية فئة واحدة لأغراض هذا المسح)، ثم مراكز المنظمات غير الحكومية التي حصدت أقل نسبة من الزيارات التي تقوم بها الأمهات للحصول على رعاية صحية أثناء الحمل وهي 4.1%.
- بما أن غالبية سكان قطاع غزة هم من اللاجئين فإن هذا يفسر ارتفاع نسبة النساء اللواتي حصلن على رعاية من خلال استخدامهن لعيادات وكالة الغوث حيث تصل نسبتهن إلى 60.7%. وتأتي في الدرجة الثانية الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة حيث تصل نسبة الأمهات اللواتي ذهبن إلى مرافق وزارة الصحة الصحية إلى 16.0%، تليها نسبة الأمهات اللواتي ذهبن إلى عيادات الأطباء الخاصة لتلقي الرعاية أثناء الحمل حيث وصلت نسبتهن إلى 13.0%. قد يعود السبب في هذا التباين للنسب في قطاع غزة إلى العوامل الاقتصادية-الاجتماعية التي يختص بها هذا القطاع. على أية حال، ثمة حاجة إلى إجراء المزيد من الدراسات النوعية لتفسير هذه النتائج.
- إن ما مجموعه 60.8% من النساء اللواتي تمت مقابلتهم أفدن بأنهن تعرضن لمشاكل صحية أثناء الحمل في الأراضي الفلسطينية (خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح). كانت النسبة مرتفعة في الضفة الغربية حيث وصلت إلى 65.1% بالمقارنة مع قطاع غزة حيث سجلت النسبة هناك 54.8%. وتزداد نسبة حدوث مضاعفات أثناء الولادة مع تعدد حالات الولادة.
- يعتبر التهابات المسالك البولية مجرى البول والجهاز التناسلي أكثر المضاعفات انتشاراً أثناء الحمل حيث أنه بلغت نسبة النساء اللواتي تعرضن إلى مثل هذه المضاعفات إلى 39.3%.

- بلغت نسبة النساء اللواتي عانين من مشكلة فقر الدم في السنوات الثلاث السابقة للمسح 21.1%. ولقد ارتفعت نسبة النساء اللواتي أصبن بهذا المرض في قطاع غزة لتصل إلى 22.7% مقارنة مع الضفة الغربية التي سجلت 19.8%. ولقد ارتفعت نسبة النساء اللواتي أصبن بهذا المرض في المخيمات مقارنة بالمناطق الريفية.
- تشير النتائج إلى أن النساء اللواتي ولدن لأول مرة كانت نسبة تعرضهن لفقر الدم أقل من اللواتي ولدن لأكثر من مرة: 14.8% و 19.4% على التوالي. وفقر الدم منتشر أكثر بين غير المتعلمات مما ينسجم مع بيانات الدول النامية.
- التنقيف الصحي هو في الحقيقة هام جداً بالنسبة للنساء وإن عدم الحصول على تنقيف صحي يقلق النساء. فالنساء اللواتي حصلن على تنقيف صحي (أو اللواتي توفرت لديهن احتمالات تذكر أكبر) تمكن من سرد قضايا تتعلق بصحة أطفالهن مثل الرضاعة والتطعيم، مقارنة بسرد أحداث تتعلق بقضايا صحتهن مثل تنظيم الأسرة ومتابعة الرعاية والتغذية.
- تفيد النتائج بأن نسبة النساء اللواتي تتناولن أقراص الحديد وصلت إلى 75.7% من بين النساء اللواتي تمت مقابلاتهم، وتعتبر هذه النسبة أعلى بكثير من النسبة التي سجلها تناول حامض الفوليك والتي وصلت إلى 43.5%. قد تكون النساء أكثر إدراكاً لأهمية تناول أقراص الحديد مقارنة بتناول حامض الفوليك أو تناول كلاهما، مما يتسبب في انخفاض تناول حامض الفوليك أو وجود نقص في الإبلاغ عن تناول هذا الحامض بين النساء اللواتي لا يعرفن أنهن في الواقع يتناولن حامض الفوليك لوحده أو جنباً إلى جنب مع أقراص الحديد.

الرعاية أثناء الولادة:

- المعدل الدولي لحالات الولادة العادية تصل إلى 85.0% بينما يصل هذا المعدل في الأراضي الفلسطينية إلى 72.2%. بالتالي يجب دراسة هذا المعدل المتدني من الولادات العادية، فقد يكون انعكاساً لسوء استخدام إجراءات معينة مثل الاستخدام الشائع للتوسيع 10.4% في الضفة الغربية و 14.9% في قطاع غزة، بالإضافة إلى الارتفاع غير العادي لمعدل الولادات بمساعدة الأدوات (الشفط وآلة شفط الجنين) والعمليات القيصرية.
- أفاد أكثر من نصف النساء 53.3% بأن ولادة آخر مولود لهن كانت في مستشفى أو مركز صحي حكومي، وأن تقريباً الربع 22.8% ولدن في مستشفيات أو مراكز صحية خاصة، وأن العدد المتبقي من النساء قد ولدن في مستشفيات أخرى متنوعة وفي العيادات وبيوت الأمومة.
- هناك توجه أكبر لدى النساء في الضفة الغربية للجوء إلى المستشفيات الخاصة للولادة 34.9% مقارنة بقطاع غزة حيث وصلت نسبة النساء اللواتي يلجأن إلى المستشفيات الخاصة للولادة إلى 6.8%. فغالبية النساء في قطاع غزة يلدن في مستشفيات حكومية 64.1% بينما تلجأ ما نسبته 44.8% من نساء الضفة الغربية إلى هذه المستشفيات للولادة.
- تشير البيانات إلى أن عدد لا يستهان به من النساء يخترن الولادة في العيادات ولكننا لا نملك المعلومات الضرورية المتعلقة بالمهارات والمعدات المتوفرة للولادات العادية أو المعقدة أو حالات الولادات الطارئة في هذه العيادات.
- تكثر حالات الولادة في عيادات الأطباء 10.6% في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية حيث تصل النسبة إلى 2.6%. أما الولادة في البيوت فهي شائعة أكثر في الضفة الغربية 4.7% بالمقارنة مع قطاع غزة 0.7%.
- لقد ازداد الضغط من حيث حالات الولادة على المستشفيات الحكومية من 43.3% عام 2000 إلى 53.3% عام 2004، وقد يعود السبب في ذلك إلى توفر التأمين، أما بالنسبة لمصادر هذه المستشفيات فهي لم تزد مما نتج عنه

عبء عالي على الموارد البشرية والمصادر الأخرى. أضيف إلى ذلك أن عدد أقل من النساء يلجأن إلى المستشفيات الخاصة الآن 22.8% مقارنة بما نسبته 27.8% عام 2000، وقد يكون السبب في ذلك هو تدهور الوضع الاقتصادي مما حدد الإنفاق الخاص، وتوفر التأمين.

- تشير النتائج إلى أن الأطباء ساعدوا في 66.4% من النساء اللواتي تمت مقابلتهم في آخر ولادة لهن. كما ويقدم الأطباء نسبة هامة من الرعاية أثناء الحمل تصل إلى 72.3%، أما بالنسبة للرعاية بعد الولادة فإن الخدمة التي يقدمونها محدودة وتصل إلى 7.3% بالرغم من أن الأطباء المتخصصين يقدمون خدمات رعاية بعد الولادة لما نسبته 19.5% من النساء اللواتي تمت مقابلتهم. ويقدم الأطباء رعاية أثناء الحمل أكبر في الضفة الغربية مقارنة مع قطاع غزة 86.7% و 52.3% على التوالي. وتشير البيانات إلى أن 81.1% من خدمات التوليد في قطاع غزة كانت على أيدي أطباء مقارنة بما نسبته 54.6% في الضفة الغربية. لا يوجد فروق هامة بين الضفة الغربية وقطاع غزة فيما يتعلق بمساهمات مقدمي خدمات الرعاية بعد الولادة.

الرعاية بعد الولادة:

- نجد أن 65.9% من النساء اللواتي تمت مقابلتهم لم يحصلن على رعاية أثناء فترة النفاس، وهذا يشمل 70.4% في قطاع غزة و 62.4% في الضفة الغربية.
- أفاد ما نسبته 39.0% من النساء أنهن غادرن المستشفى قبل انقضاء 24 ساعة بعد الولادة.
- النساء الأقل احتمالاً أن يغادرن المستشفى قبل انقضاء مدة 24 ساعة هن اللواتي ولدن في مستشفيات خاصة بالرغم من التكلفة. وقد يكون السبب في ذلك هو شعورهن بالراحة أو الالتزام ببروتوكول البقاء في المستشفى لمدة 24 ساعة بعد الولادة في المستشفيات الخاصة أكثر من غيرها من المرافق الحكومية.

التوصيات:

- يجب تطوير خدمات التطعيم خاصة بين النساء الحوامل من أجل منع انتقال الكزاز أثناء الولادة. بالإضافة إلى المحافظة على النظافة أثناء الولادة والعناية بالحبل السري والتبليغ عن الأمراض وتعزيز أنظمة التحقيق جميعها تساهم في الوقاية من هذا المرض.
 - يجب أن نعمل على إيجاد سجل منزلي يحتوي على تغطية تطعيم المرأة وذلك من أجل تحسين توثيق تغطية التطعيم والذي يشمل وضع المرأة من حيث تطعيم الكزاز، ويجب تحديث بروتوكول تطعيم الكزاز ليشتمل على المطاعيم المعطاة أثناء الطفولة. يجب العمل بهذه التغييرات ضمن جهود لتعزيز وتطوير أنظمة معلومات الإدارة الصحية ونشرها بين جهات القطاع الخاص التي تقدم الرعاية أثناء الحمل في العيادات.
 - يجب العمل على تعزيز بروتوكولات قائمة على أساس الأدلة المتعلقة بالولادة الطبيعية خاصة بين النساء اللواتي يلدن لأول مرة من خلال:
 - استثمار المزيد من المصادر وتدريب القابلات والممرضات وتعزيز دورهن في الرعاية في فترة النفاس حيث أنه يسهل عليهن القيام بزيارات منزلية.
 - تعزيز أنظمة المواصلات والتحويلات.
 - تعزيز السياسات الصحية المتعلقة بالرعاية أثناء فترة النفاس والزيارات المنزلية لتحسين تغطية الرعاية بعد الولادة وتقليل إصابة الأمهات بالأمراض والوفيات التي تحدث في هذه الفترة. ويجب أيضاً تطوير الروابط بين خدمات التطعيم وخدمات الرعاية بعد الولادة من منطلق عملي من أجل تعزيز حصول المرأة على رعاية في فترة ما بعد الولادة.
 - ومن أجل الوصول إلى النساء أثناء فترة النفاس فإن الرعاية يجب أن تقوم على أساس الزيارات المنزلية حيث البيئة المنزلية هي أفضل بيئة لدعم وتشجيع وتقوية الأمهات وأطفالهن حديثي الولادة.
 - تبقى معرفة النساء وفهمهن وقدرتهن على التعرف على المشاكل الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس غير واضحة، بالتالي فإن هناك حاجة إلى إجراء المزيد من التحقيق واستخدام النتائج للإجابة على الأسئلة المناسبة في المسوح المستقبلية المتعلقة بصحة الأم في الضفة الغربية وقطاع غزة.
 - لا يوجد معلومات متوفرة حول خدمات التحويل في الضفة الغربية وقطاع غزة. إن هذا العنصر من تقديم خدمات الصحة يجب أن يتوفر في الأبحاث المستقبلية.
 - البيانات المتعلقة بالإجهاد والفترة التي تليه غير متوفرة في الوقت الحالي في الأراضي الفلسطينية، بالتالي فإنه لا يمكن وضع توصيات محددة. وبشكل عام، إن على الخدمات التي تقدم بعد إجراء إجهاد في الضفة الغربية وقطاع غزة أن تتناول المكونات التالية:
 - التقييم السريري
 - علامات الخطر والتحويل
 - المضاعفات
 - تنظيم الأسرة
- على المسوح المستقبلية أن تشتمل على أسئلة لتقييم مدى توفر وجود واستخدام خدمات ما بعد إجراء إجهاد.

الفصل الثامن

صحة الطفل

1.8 مقدمة:

يناقش هذا الفصل عدد من مؤشرات صحة الطفل التي نشرتها منظمة الأمم المتحدة للأطفال (اليونسف) ومنظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة (اليونسكو) التي تتناول تقييم صحة الطفل كل بضع سنوات، من حيث الاتجاهات ومقارنة النتائج مع البلدان الأخرى، وتقييم مدى نجاح البرامج التي تهدف إلى الوقاية من الأمراض المعدية وتحسين صحة الطفل في الدول النامية. وتقوم هذه المؤشرات ببحث التطعيم وما يغطيه، وأنماط التغذية والفيتامينات الإضافية، ووضع الطفل الغذائي ونقشي التهابات الجهاز التنفسي الحاد والإسهال وهما المرضان الرئيسيان اللذان تتناولهما هذه المؤشرات ومدى السيطرة عليهما. والجدير بالذكر أن هذه المؤشرات تؤثر على صحة ونمو الطفل في جميع أنحاء العالم من خلال الوقاية من الأمراض المعدية والجفاف وذات الرئة وفقدان الوزن وفقدان البصر وتضخم الغدة الدرقية والوفاة.

سوف يتناول هذا الفصل بالتحليل بيانات المسح الصحي 2004، ومن ثم مقارنتها ببيانات المسح الصحي 2000 وذلك لتحديد الاتجاهات ولمعرفة مدى تحقيق الأهداف الصحية.

2.8 الوزن عند الولادة:

يحتوي جدول (1.8) على الأطفال الذين يولدون مبكراً والأطفال الذين يولدون بعد حمل مكتمل ويبرز الجدول النسبة المئوية لحديثي الولادة ذوي الأوزان الناقصة والأوزان الزائدة عند الولادة الذين هم عرضة لخطر متزايد من حيث الإصابة بالمرض أو الوفاة بعد الولادة. ويظهر الجدول أن غالبية الأطفال 98.5% يوزنون عند الولادة. ومن الملاحظ أن 8.2% هم دون 2.5 كيلوغرام وأن 10.5% هم 4 كيلوغرام فأكثر.

من الملاحظ أيضاً أن للإناث نسبة مئوية أعلى بقليل من حيث الوزن المنخفض عند الولادة مقارنةً بالذكور، ولا يوجد اختلافات بين المناطق فيما يتعلق بالوزن عند الولادة. إلا أننا نجد أن مخيمات اللاجئين تحصد أعلى النسب المئوية التي تقيس انخفاض أو ارتفاع الوزن عند الولادة. ونجد أن النسبة المئوية لانخفاض الوزن عند الولادة تقل عند تعدد الأطفال، وأن النسبة المئوية لزيادة الوزن عند الولادة تزيد عند تعدد الأطفال. كما نجد أن النسبة المئوية للأطفال ذوي الأوزان المنخفضة عند الولادة تقل بين الأمهات الأميات مقارنةً بالأمهات اللواتي يتمتعن بأي مستوى من التعليم.

جدول 1.8: التوزيع النسبي للمواليد (آخر مولودين) في السنوات الثلاث التي سبقت المسح حسب الوزن عند الولادة وخصائص خلفية مختارة، 2004

عدد المواليد	نسبة من تم وزنهم عند الولادة	الوزن بالغمات عند الولادة			الخصائص الخلفية
		أكثر 4,000	3,999-2,500	أقل من 2,500	
المنطقة					
3,196	98.5	10.5	81.3	8.2	الأراضي الفلسطينية
1,855	97.7	10.2	81.6	8.2	الضفة الغربية
1,341	99.4	10.8	80.9	8.3	قطاع غزة
نوع التجمع السكاني					
1,741	98.5	9.0	82.3	8.7	حضر
905	97.8	10.5	82.4	7.1	ريف
550	99.3	14.5	76.7	8.8	مخيم
الجنس					
1,626	98.7	12.6	79.5	7.9	ذكور
1,570	98.3	8.5	83.2	8.3	إناث
ترتيب الولادة					
565	99.3	6.2	82.9	10.9	الأول
1,034	98.2	7.7	83.9	8.5	الثاني والثالث
826	98.7	11.5	81.9	6.6	الرابع والخامس
771	98.0	16.1	76.3	7.6	السادس وما فوق
عمر الأم					
2,008	98.7	10.1	81.5	8.4	29-15
1,188	98.1	8.3	83.7	8.0	49-30
تعليم الأم					
247	96.5	12.1	81.1	6.8	بدون تعليم
630	97.7	14.8	76.1	9.1	ابتدائي
1,178	98.8	10.1	81.5	8.4	إعدادي
1,141	99.3	10.5	81.2	8.3	ثانوي فما فوق

3.8 الرضاعة الطبيعية:

تعتبر الرضاعة الطبيعية عنصراً هاماً في صحة الطفل حيث أنها تعمل على تعزيز الارتباط بين الأم والطفل، وتقلل من حالات الإصابة بالإسهال وتزود حديثي الولادة بالمناعة الطبيعية. وتعتبر النسبة المئوية للأطفال الذين يحصلون على الرضاعة الطبيعية عالية وتصل إلى 95.6% في الأراضي الفلسطينية، دون وجود اختلافات قائمة على أساس المنطقة أو الجنس.

على أية حال، نجد أن معظم الأطفال الذين يطمون خلال الأشهر الثلاثة الأولى هم في الضفة الغربية وتبلغ نسبتهم 21.9%، خاصة في المناطق الريفية 21.2% يليها الحضر 15.6%. أما النسبة المئوية للذكور الذين يطمون خلال الأشهر الثلاثة الأولى فهي عالية مقارنة بالإناث وتصل إلى 17.1% مقارنة بالنسبة المئوية للإناث اللواتي يطمن خلال

الأشهر الثلاثة الأولى والتي تصل إلى 14.7%. إلا أنه لا يوجد علاقة واضحة بين الفطام خلال الأشهر الثلاثة الأولى وعمر الأم أو التعليم.

جدول 2.8: الفروقات في انتشار الرضاعة الطبيعية وفترة الرضاعة الطبيعية بين الأطفال الذي ولدوا خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح حسب بعض الخصائص الخلفية، 2004

الخصائص الخلفية	نسبة الأطفال الذين رضعوا رضاعة طبيعية	نسبة الأطفال الذين فطموا خلال الأشهر الثلاثة الأولى	معدل الاستمرار في الرضاعة الطبيعية	متوسط فترة معدل الرضاعة الطبيعية
المنطقة				
الأراضي الفلسطينية	95.6	16.1	72.6	10.9
الضفة الغربية	95.5	21.9	69.6	9.8
قطاع غزة	95.7	7.2	76.3	12.5
نوع التجمع السكاني				
حضر	94.8	15.6	73.2	10.8
ريف	96.6	21.2	72.0	10.4
مخيم	96.4	9.5	71.1	11.8
الجنس				
ذكور	95.3	17.1	74.8	10.8
إناث	96.2	14.7	69.6	11.0
ترتيب الولادة				
الأول	93.5	13.8	31.4	9.4
الثاني والثالث	95.4	17.3	74.6	10.1
الرابع والخامس	97.5	17.9	86.8	11.7
السادس وما فوق	95.5	14.1	82.7	12.4
عمر الأم				
29-15	95.9	15.6	65.1	10.3
49-30	95.1	16.9	84.6	11.9
تعليم الأم				
بدون تعليم	97.0	15.0	90.0	11.6
ابتدائي	94.9	11.8	72.5	11.1
إعدادي	96.4	18.7	76.7	11.3
ثانوي فما فوق	95.0	14.8	66.7	10.2
علاقة الأم بقوة العمل				
تعمل	94.3	16.7	68.2	10.0
عاطلة عن العمل	96.9	13.1	58.5	11.0

نلاحظ أن معدل استمرار الرضاعة الطبيعية (من 9 إلى 12 شهر) هو الأعلى في قطاع غزة ويصل إلى 76.3%، كما أن هذا المعدل مرتفع بين الأمهات الأميات ويصل إلى 90%، وأنه أعلى بقليل بين الذكور 74.8% مقارنة بالإناث 69.6%. بالمقابل نجد أن معدل استمرار الرضاعة الطبيعية يصل إلى أدنى حد عند المولود الأول 31.4%، يليه عندما يكون تعليم الأم ثانوي فما فوق 66.7%، ومن ثم بين الأمهات الأصغر سناً (15-29 سنة) ليصل هذا المعدل إلى

65.1% مقارنة باللواتي تتراوح أعمارهن بين 30 و49 عاماً. والجدير ذكره أنه لا يوجد اختلاف على أساس نوع التجمع السكاني.

يعتبر متوسط فترة الرضاعة الطبيعية عالياً في الأراضي الفلسطينية حيث أنه يصل إلى 10.9 أشهر، وأنه أعلى في قطاع غزة ويصل إلى 12.5 شهراً، يليها مخيمات اللاجئين حيث يصل إلى 11.8 شهراً، ثم الأطفال الأعلى في ترتيب الولادة حيث يصل إلى 12.4 شهراً، يليها الأمهات الأكبر سناً 11.9 شهراً، ويبلغ هذا المتوسط أدناه بين المولود الأول 9.4 شهراً.

ويمكننا أن نلخص النتائج بنتائج في القول أن الرضاعة الطبيعية تتأثر بالخبرة (حيث أنها تتخفف بين أول مولود والأمهات الأصغر سناً)، وتتأثر أيضاً بتقافة تفضيل الذكور (فطم الذكور وإعطائهم حليب غير حليب الأم خلال الأشهر الثلاثة الأولى من عمرهم والاستمرار في إرضاعهم لفترة أطول من إرضاع الإناث). ثم أن الرضاعة الطبيعية تتأثر بتعليم الأم حيث أن الأمهات ذوات التعليم الأعلى هن الأكثر احتمالاً في فطم الأطفال مبكراً بسبب العمل وإجازة الأمومة التي تكون في أفضل الأحوال ثلاث أشهر.

عند مقارنة هذه النتائج بنتائج المسح الصحي 2000 نجد أن نسبة الأطفال الذين حصلوا على الرضاعة الطبيعية قد انخفضت بشكل قليل من 97.2% إلى 95.6%. وأن نسبة الأطفال الذين فطموا خلال الأشهر الثلاثة الأولى من عمرهم قد ارتفعت من 14.0% حسب المسح الصحي 2000 إلى 16.1% في المسح الصحي 2004. أضف إلى ذلك أن متوسط فترة معدل الرضاعة الطبيعية قد انخفضت من 11.1 شهراً في عام 2000 إلى 10.9 شهراً عام 2004، وأن معدلات استمرار الرضاعة الطبيعية (من 9 إلى 12 شهر) قد ارتفعت من 68.8% عام 2000 إلى 72.6% عام 2004.

بالتالي فإن النتائج تشير إلى أنه ثمة حاجة إلى المزيد من العمل كي تبقى نسبة الرضاعة الطبيعية عالية لضمان التغذية الكافية والملائمة للرضع. ونستطيع أن نعزز هذا التوجه من خلال قيام القابلات والممرضات بتشجيع الأمهات على الإرضاع مباشرة بعد الولادة. وهذا واضح من جدول رقم (3.8) حيث أن 55.2% من الأمهات يقمن بالإرضاع مباشرة عند الولادة (خلال الساعة الأولى)، وهذه النسبة تشمل الضفة الغربية 57.4% وقطاع غزة 52.2%، وترتفع عندما تكون المولودة أنثى لتصل إلى 57.3% مقارنة بالذكور حيث تصل النسبة بينهم إلى 53.2%، وعند الأمهات الأصغر سناً حيث تصل النسبة بينهن إلى 56.7% مقارنة بالأمهات الأكبر سناً 52.7%. إلا أن الرضاعة الطبيعية مباشرة بعد الولادة تقل في المناطق الحضرية لتصل إلى 53.9% وعند أول مولود حيث تصل النسبة هنا إلى 46.9%، وهي تقل تدريجياً مع ارتفاع مستوى تعليم الأم من 61.7% إلى 53.7%.

وعند مقارنة نتائج المسح الصحي 2004 بنتائج المسح الصحي 2000 نجد أن النسبة المئوية للأطفال الذين أرضعوا خلال الساعة الأولى من ولادتهم قد ارتفعت من 50.3% إلى 55.2%، خاصة في المناطق الريفية حيث ارتفعت النسبة من 49.5% إلى 56.6%، وفي المخيمات حيث ارتفعت النسبة من 50.2% إلى 57.4%.

وفي النتيجة نجد أن البدء بالإرضاع قد ارتفع عام 2004 مقارنة بعام 2000، إلا أنه انخفض قليلاً بعد ذلك كما نرى في الجدول السابق، مما يقترح وجود عوامل أخرى تؤثر في الفطام خلال الأشهر الثلاثة الأولى ومتوسط فترة الرضاعة الطبيعية.

جدول 3.8: التوزيع النسبي للأطفال (آخر طفلين) الذين ولدوا خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والذين رضعوا رضاعة طبيعية حسب الفترات وعدد الساعات بين ولادة الطفل والوقت الذي حصلوا فيه على أول رضاعة طبيعية وخصائص خلفية مختارة، 2004

عدد المواليد	عدد الساعات بين الولادة وأول رضاعة طبيعية				الخصائص الخلفية
	+6	5-3	2-1	0	
المنطقة					
3,196	17.5	7.6	19.7	55.2	الأراضي الفلسطينية
1,855	20.5	6.5	15.6	57.4	الضفة الغربية
1,341	13.4	9.1	25.3	52.2	قطاع غزة
نوع التجمع					
1,741	18.1	7.8	20.2	53.9	حضر
905	18.4	6.5	18.5	65.6	ريف
550	14.4	8.6	19.6	57.4	مخيم
الجنس					
1,626	19.0	7.9	19.9	53.2	ذكور
1,570	16.2	7.0	19.5	57.3	إناث
ترتيب الولادة					
565	24.5	10.6	18.0	46.9	الأول
1,034	17.6	6.0	18.4	58.0	الثاني والثالث
826	15.0	8.1	20.4	56.5	الرابع والخامس
771	15.1	7.0	21.9	56.0	السادس وما فوق
عمر الأم					
2,008	17.0	7.2	19.1	56.7	15-29
1,188	18.5	8.2	20.6	52.7	30-49
تعليم الأم					
247	11.6	6.8	19.9	61.7	بدون تعليم
630	16.9	7.0	19.7	56.4	ابتدائي
1,178	17.5	7.3	20.5	54.7	إعدادي
1,141	19.5	8.5	18.3	53.7	ثانوي فما فوق

جدول 4.8: التوزيع النسبي للأطفال الذين ولدوا خلال السنوات الثلاث الأخيرة التي سبقت المسح والذين فطموا حسب أسباب الفطام والعمر عند الفطام بالأشهر، 2004

المجموع	العمر عند الفطام (بالأشهر)				أسباب الفطام
	أقل من 6	6-11	12-23	24 فأكثر	
9.5	9.9	7.3	8.4	0.0	الأم مريضة
3.9	6.2	2.8	3.3	1.1	الطفل مريض
0.9	0.6	0.0	0.1	0.0	موت الطفل
1.8	3.4	0.8	1.2	0.0	مشاكل في حلمة الثدي
16.1	31.6	20.0	11.6	2.2	عدم كفاية الحليب
3.7	9.0	2.3	1.5	0.0	الرغبة في العمل
7.4	20.9	10.0	2.8	0.0	رفض الطفل
31.7	1.7	12.8	48.1	91.1	الطفل كبير بما فيه الكفاية
24.1	14.7	44.0	23.0	5.6	أصبحت الأم حاملاً
0.9	2.0	0.0	0.0	0.0	استخدام وسائل تنظيم الأسرة
100	19.9	22.5	52.5	5.1	نسبة الذين فطموا
1,769	346	391	938	94	عدد الأطفال الذين تم فطامهم

يعتبر جدول (4.8) من الجداول الهامة لأنه يلقي الضوء على أسباب الفطام الرئيسية خلال الأعمار المختلفة للأطفال حسب ما صرحت به الأمهات. ويعلمنا الجدول أن 42.4% من الأطفال يتعرضون للفطام قبل بلوغهم السنة، بينما 52.5% من الأطفال يفطمون بين السنة وثلاثة وعشرون شهراً.

ويعرض الجدول أيضاً أن أكثر الأسباب شيوعاً لفطام الأطفال الذين هم دون ستة أشهر هو عدم وجود ما يكفي من حليب الأم حيث تبلغ النسبة هنا 31.6%. أما السبب الثاني الأكثر شيوعاً والذي تصل نسبته إلى 20.9% فهو رفض الطفل الرضاعة الطبيعية. أما الأسباب الأخرى فهي أن تصبح الأم حاملاً وتبلغ النسبة 14.7% والرغبة في العمل حيث تصل النسبة هنا إلى 9.0%. نستطيع التأثير على هذه الأسباب والتي يصل مجموعها إلى 72.2% من خلال توجيه الإرشاد المناسب للأم حول استخدام وسائل تنظيم الأسرة بعد الولادة، وتوعيتها حول أهمية وقيمة التباعد بين المواليد، وإرشادها في فترة الحمل حول كيفية متابعة الإرضاع الطبيعي خلال ممارسة العمل خارج المنزل.

تختلف أسباب الفطام بشكل قليل مع نمو الرضيع (6-11 شهر)، ويبقى السبب الأكثر شيوعاً للفطام في هذه المرحلة هو أن تصبح الأم حاملاً حيث تصل نسبته إلى 44.0%، يليه عدم كفاية حليب الأم حيث يحتل هذا السبب ما نسبته 20.0%، ثم يأتي سبب آخر وهو أن الطفل أصبح كبيراً بما فيه الكفاية وتصل النسبة هنا إلى 12.8%. والجدير بالذكر أنه بالإمكان منع هذه الأسباب (التي يصل مجموعها إلى 86.8%) من خلال الإرشاد كما ذكر سابقاً.

نجد من خلال مقارنة هذه النتائج بنتائج المسح الصحي 2000 أن هناك زيادة ملحوظة في عدد الأمهات اللواتي يفطمن أطفالهن قبل بلوغهم ستة أشهر من العمر بسبب رغبتهم بالتوجه إلى العمل، حيث بلغت نسبة هؤلاء الأمهات 9.0% في المسح الصحي 2004 مقارنة بما نسبته 2.3% في المسح الصحي 2000. أضف إلى ذلك أن نسبة الأمهات اللواتي يفطمن أطفالهن بسبب الحمل قد ارتفعت من 4.0% في المسح الصحي 2000 إلى 14.7% في المسح الصحي 2004.

ونجد أن نسبة الأمهات اللواتي أصبحن حوامل عندما كانت أعمار أطفالهم تقع في فئة 6-11 شهراً قد ارتفعت من 24.0% عام 2000 إلى 44.0% عام 2004.

وفي النتيجة نجد أنه بالإمكان منع الفطام المبكر في الأراضي الفلسطينية من خلال تقديم الإرشاد للأمهات حول استخدام أساليب تنظيم الأسرة وأهمية التباعد بين المواليد قبل مغادرتهن للمستشفيات. وهناك حاجة إلى إجراء بحث علمي للنظر في زيادة عدد حالات الحمل التي تمنع الأمهات من الاستمرار في الإرضاع 24.0% إلى 44.0% هل هي بسبب نقص في الخدمات المتعلقة بأساليب تنظيم الأسرة أو بسبب رغبة الأم في أن تصبح حاملاً من جديد؟

4.8 الإسهال:

يعتبر مرض الإسهال من أكثر الأسباب شيوعاً المؤدية إلى مرض ووفاة الأطفال الذين هم دون سن الخامسة. وتصل نسبة الأطفال الذي أصيبوا بمرض الإسهال خلال الأسبوعين الأخيرين قبل المسح الصحي الديمغرافي 2004 إلى 15.3%. وترتفع نسبة الإصابة بالإسهال بين الذكور لتصل إلى 16.5%، وفي المناطق الريفية حيث تصل إلى 17.1%. أما في الفئة العمرية 6-11 شهراً فتصل النسبة إلى 34.6% وإلى 23.3% في الفئة العمرية 12-23 شهراً.

بالنسبة إلى الأطفال الذي أعطوا سوائل غير مناسبة فتصل نسبتهم إلى 32.6% وهي أعلى في قطاع غزة حيث ترتفع النسبة إلى 35.8%، والمناطق الريفية حيث تصل النسبة هناك إلى 34.9%، والأمهات اللواتي لم يحصلن على تعليم حيث تصل النسبة بينهن إلى 34.0%، أو اللواتي حصلن على تعليم ابتدائي حيث تصل نسبتهم إلى 35.5%. أما فيما يتعلق بجنس المولود فإن النسب تختلف بين الذكور والإناث لتصل إلى 34.2% و30.7% على التوالي. ثم ترتفع النسبة مع زيادة عمر الطفل لتصل إلى 46.9% عندما يكون العمر 36 شهراً فأكثر وتنخفض إلى 6.7% للأطفال الذين هم دون ستة أشهر من العمر.

لا يمكن مقارنة نتائج المسح الصحي 2004 بنتائج المسح الصحي 2000 فيما يتعلق بالإصابة بالإسهال حيث اختلف تعريف هذا المرض بينهما. فتعريف الإسهال في المسح الصحي 2004 قائم على مفهوم الأم للإسهال وثمانية البراز، بينما اعتمد تعريف الإسهال في المسح الصحي 2000 على تكرار وثمانية البراز.

وبشكل عام نجد أن هناك انخفاض في الرضاعة الطبيعية وفي استخدام الثدي خلال عام 2004، 36.9% و52.0% على التوالي، وأنه كان هناك استخدام أكثر لمحاليل معالجة الجفاف التي تعطى عن طريق الفم خلال عام 2004 حيث تصل النسبة إلى 31.0% مقارنة بالنسبة التي سجلها المسح الصحي 2000 والتي تصل إلى 20.6%.

جدول 5.8: نسبة الأطفال دون الخامسة الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح والذين حصلوا على علاج حسب نوع العلاج وخصائص خلفية مختارة، 2004

مجموع عدد الأطفال دون الخامسة	عدد الأطفال المصابين بالإسهال	نوع العلاج								نسبة من أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين الأخيرين	الخصائص الخلفية
		حليب الأم	تريد	سوائل مقبولة محلياً	محاليل معالجة الجفاف التي تعطي عن طريق الفم	حليب آخر أو حليب أطفال	ماء مع طعام	ماء	سوائل غير مناسبة		
المنطقة											
4,835	736	36.9	52.0	65.4	31.0	37.0	63.5	72.8	32.6	15.3	الأراضي الفلسطينية
2,871	444	32.7	57.2	65.8	35.1	35.4	60.4	70.0	30.4	15.6	الضفة الغربية
1,964	292	43.2	44.2	64.7	24.7	39.2	68.2	77.1	35.8	15.0	قطاع غزة
نوع التجمع											
2,668	380	37.6	49.2	64.4	29.7	35.8	65.8	72.3	31.9	14.4	حضر
1,364	232	34.9	57.8	67.7	32.8	40.1	62.1	76.3	34.9	17.1	ريف
803	124	37.9	49.6	64.5	32.0	34.7	58.9	68.5	29.8	15.6	مخيم
الجنس											
2,459	404	35.9	54.7	66.1	31.4	39.6	66.1	75.2	34.2	16.5	ذكور
2,376	332	38.0	48.8	64.5	30.4	33.7	60.2	69.9	30.7	14.1	إناث
عمر الطفل (بالأشهر)											
559	90	88.9	14.4	25.6	25.6	30.8	32.2	47.8	6.7	16.3	أقل من 6
525	155	69.0	52.9	65.2	36.8	39.4	70.3	79.4	19.4	34.6	6-11
917	198	30.8	56.1	75.3	36.2	39.9	73.2	75.8	37.4	23.3	12-23
924	114	6.1	64.3	74.6	37.4	33.9	60.9	72.8	41.7	13.4	24-35
1,897	145	2.8	56.6	69.0	18.6	39.3	62.8	77.9	46.9	8.0	+36
تعليم الأم											
420	47	46.8	57.4	59.6	21.3	28.3	51.1	70.2	34.0	14.1	بدون تعليم
990	141	34.0	58.2	68.8	31.2	29.8	70.2	75.2	35.5	14.4	ابتدائي
1,769	268	35.2	51.1	64.6	34.7	36.2	62.2	72.0	32.2	15.2	إعدادي
1,651	268	37.7	50.0	65.7	30.2	42.2	63.1	72.3	32.8	16.4	ثانوي فما فوق

5.8 التهابات الجهاز التنفسي:

تم النظر إلى الالتهابات التي تصيب الجهاز التنفسي العلوي من خلال ثلاث متغيرات: السعال واحتقان الأنف وآلام الصدر. وكانت أعلى نسبة لأعراض المرض المبلغ عنها هي آلام الصدر حيث وصلت نسبتها إلى 42.4%، يليها احتقان الأنف 33.4% والسعال 21.0%. وتختلف اتجاهات كل من هذه الأعراض عن بعضها البعض. حيث أن حالات آلام الصدر المبلغ عنها في قطاع غزة وصلت إلى 48.5% وإلى 44.5% في المناطق الريفية، وإلى 43.2% بين الذكور، وإلى 62.8% بين الأمهات الأميات. أما احتقان الأنف فقد ارتفعت نسبة الحالات المبلغ عنها في الضفة الغربية إلى 35.5% وإلى 34.1% في المناطق الحضرية، وبين الأمهات اللواتي حصلن على تعليم ابتدائي أو ثانوي

فأعلى إلى 34.1% و 35.0% على التوالي. وارتفعت نسبة أعراض السعال في المخيمات لتصل إلى 22.8% وإلى 22.1% بين الذكور، وإلى 21.4% بين الأمهات الحاصلات على تعليم إعدادي أو أعلى.

ويعتبر وصف آلام الصدر من قبل أشخاص غير مهنيين تشخيصاً غير دقيق لأمراض الجهاز التنفسي (تم التبليغ عن 62.8% بواسطة أمهات أميات)، بالتالي فإن تفسيره يتطلب الحذر. وعند مقارنة هذه النتائج بنتائج المسح الصحي 2000 نجد أن السعال كان المؤشر المشترك الوحيد. حيث أنه تم التبليغ عنه بشكل أقل في سنة 2000 وصل إلى 17.0% وأن له اتجاه مشابه لعام 2004، ما عدى في المناطق حيث تشير النتائج إلى ارتفاع النسبة في قطاع غزة حيث وصلت إلى 19.9% مقارنة بالضفة الغربية حيث وصلت النسبة إلى 15.2% عام 2000 مقارنة بعدم وجود فروقات بين المناطق لعام 2004.

جدول 6.8: نسبة الأطفال دون الخامسة الذين أصيبوا بالسعال خلال الأسبوعين السابقين للمسح حسب الأعراض وخصائص خلفية مختارة، 2004

عدد الأطفال دون الخامسة	عدد الأطفال المصابين بالإسهال	الأعراض					نسبة من أصيبوا بالسعال خلال الأسبوعين الأخيرين	الخصائص الخلفية
		لا اعرف	أخرى	كلاهما	آلام صدر	احتقان أنف		
المنطقة								
4,835	1,007	1.8	3.5	18.9	42.4	33.4	21.0	الأراضي الفلسطينية
2,871	617	2.4	4.5	18.9	38.7	35.5	21.6	الضفة الغربية
1,964	390	1.0	1.7	18.8	48.5	30.0	20.0	قطاع غزة
نوع التجمع								
2,668	550	1.5	3.5	18.7	42.1	34.1	20.7	حضر
1,364	276	3.4	3.0	16.5	44.5	32.6	20.4	ريف
803	181	0.0	4.1	24.0	39.5	32.4	22.8	مخيم
الجنس								
2,459	539	1.8	1.8	19.6	43.2	33.6	22.1	ذكور
2,376	468	1.9	5.7	17.9	41.3	33.2	19.8	إناث
عمر الطفل (بالأشهر)								
559	122	1.2	2.6	20.2	31.9	44.1	22.1	أقل من 6
525	156	0.0	1.1	15.7	55.7	27.5	30.1	6-11
917	220	1.5	3.1	28.3	34.2	33.0	24.4	12-23
924	205	3.2	3.2	16.9	42.9	33.7	22.9	24-35
1,897	300	2.6	5.9	14.0	45.1	32.4	15.6	+36
تعليم الأم								
420	62	0.0	0.0	13.6	62.8	23.6	19.0	لا شيء
990	195	0.0	3.3	40.8	21.8	34.1	19.9	ابتدائي
1,769	381	1.3	4.1	18.0	41.7	34.8	21.5	إعدادي
1,651	352	4.1	3.8	17.8	39.3	35.0	21.4	ثانوي فما فوق

6.8 التطعيم:

بلغت نسبة الأطفال دون الخامسة الذين شملهم المسح والذين قرأت معلومات التطعيم الخاصة بهم من بطاقة التطعيم مباشرة 72.9%. وتشير النتائج إلى نسبة سجلات التطعيم المتوفرة للذكور تساوي 74.4%، وهي أعلى من نسبة الإناث التي تصل إلى 71.3%. أما فيما يتعلق بتعليم الأم فقد تراوحت نسبة توفر سجلات تطعيم الأطفال بين الأمهات الحاصلات على أي مستوى من التعليم بين 71.3 و 75.3%، مقارنة بالأمهات اللواتي لم يحصلن على تعليم حيث بلغت النسبة لديهن 70.7%. الجدير بالذكر أن توفر بطاقات التطعيم يقل مع زيادة عمر الطفل.

هناك عاملان يؤثران مباشرة في اختلاف نسبة تطعيم الأطفال بأي مطعموم كان، وهما: أولاً نسبة السجلات التي تم رؤيتها مقابل ذاكرة الأم حيث أن ذاكرة الأم تظل أقل دقة. وثانياً أن الأطفال الذين يسكنون في مدينة القدس يتبعون برنامج التطعيم الإسرائيلي والذي لا يشتمل على تطعيم الحصبة والسل. ومن خلال تحليل البيانات وفق هذا المحتوى نجد أن الجدول يشير بوضوح إلى وجود نسب تطعيم عالية في كل المناطق إذا أخذ موعد التطعيم بعين الاعتبار. إن أعلى نسبة للمطعموم الثلاثي ومطعموم التهاب الكبد الوبائي سجلت لصالح الفئة العمرية التي تتراوح بين 12 و 23 شهراً حيث أن الجرعة الثالثة تعطى عند سن 6 أشهر. وبلغت أعلى نسبة مطعموم الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية في الفئة العمرية التي تتراوح بين 24 و 35 شهراً حيث أن هذا المطعموم يعطى عندما يبلغ الطفل 15 شهراً. وسوف يتم تناول مطعموم الحصبة ومطعموم السل في جدول آخر ليتم استثناء الأطفال الذين يسكنون في مدينة القدس.

جدول 7.8: نسبة الأطفال دون الخامسة في الأراضي الفلسطينية الذين تمت مشاهدة بطاقات تطعيمهم والذين حصلوا على تطعيم

محدد حسب نوع المطعموم وخصائص خلفية مختارة، 2004

مطعموم الحصبة	مطعموم الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية	الأطفال الذين حصلوا على تطعيم محدد						الخصائص الخلفية
		المطعموم الثلاثي			مطعموم التهاب الكبد الوبائي			
		3	2	1	3	2	1	
الجنس								
75.3	66.6	94.6	94.5	94.5	80.8	95.9	99.2	ذكور
73.3	65.9	93.5	93.5	93.5	79.9	95.4	98.7	إناث
عمر الطفل (بالأشهر)								
-	-	68.2	68.2	69.1	10.4	83.4	99.4	أقل من 6
43.0	-	98.0	98.0	98.1	85.2	98.1	99.5	6-11
95.1	80.4	97.9	97.9	97.8	95.0	98.9	99.5	12-23
95.7	97.7	100.0	100.0	100.0	93.6	98.5	99.5	24-35
93.1	95.5	98.9	98.9	98.9	93.3	96.9	97.9	+36
تعليم الأم								
80.5	72.9	92.5	92.5	92.4	77.9	94.1	99.6	لا شيء
74.0	65.5	92.6	92.6	92.6	80.1	96.1	99.0	ابتدائي
75.0	68.8	95.0	95.0	95.0	82.3	96.2	98.8	إعدادي
73.1	63.3	94.3	94.3	94.1	78.8	95.1	99.1	ثانوي فما فوق
73.4	66.4	94.0	94.0	94.0	80.4	95.7	99.0	المجموع

جدول 7.8 تابع: نسبة الأطفال دون الخامسة في الأراضي الفلسطينية الذين تمت مشاهدة بطاقات تطعيمهم والذين حصلوا على تطعيم محدد حسب نوع المطعم وخصائص خلفية مختارة 2004

عدد الأطفال دون الخامسة	نسبة من تم الاطلاع على بطاقاتهم	الأطفال الذين حصلوا على تطعيم محدد				مطعم السل	الخصائص الخلفية
		شلال الأطفال			مطعم السل		
		3	2	1			
الجنس							
2,459	74.4	95.1	95.1	95.0	94.0	ذكور	
2,376	71.3	95.0	95.0	95.0	93.6	إناث	
عمر الطفل (بالأشهر)							
559	93.7	70.2	70.2	70.3	88.1	أقل من 6	
525	92.4	100.0	100.0	100.0	95.4	6-11	
917	86.8	99.5	99.5	99.6	95.0	12-23	
924	71.5	99.8	99.8	99.8	95.7	24-35	
1,897	56.0	99.3	99.3	99.3	93.9	+36	
تعليم الأم							
420	70.7	92.9	92.9	92.8	96.2	لا شيء	
990	71.3	95.1	95.1	95.1	94.3	ابتدائي	
1,769	75.3	95.3	95.3	95.3	94.3	إعدادي	
1,651	72.5	95.3	95.3	95.2	92.3	ثانوي فما فوق	
4,835	72.9	95.1	95.1	95.0	93.8	المجموع	

جدول 8.8: نسبة الأطفال دون الخامسة في الضفة الغربية الذين تمت مشاهدة بطاقات تطعيمهم والذين حصلوا على تطعيم محدد حسب نوع المطعم وخصائص خلفية مختارة، 2004

مطعم الحصبة	مطعم الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية	الأطفال الذين حصلوا على تطعيم محدد						الخصائص الخلفية
		المطعم الثلاثي			مطعم التهاب الكبد الوبائي			
		3	2	1	3	2	1	
الجنس								
73.1	66.4	94.1	94.1	94.0	82.9	95.9	98.8	ذكور
72.5	67.6	93.2	93.2	93.2	82.8	95.9	98.4	إناث
عمر الطفل (بالأشهر)								
-	-	65.9	65.9	65.8	10.0	83.6	99.4	أقل من 6
38.5	-	98.1	98.1	97.9	90.8	99.2	100.0	6-11
92.8	80.0	96.7	96.7	96.6	97.5	99.1	99.3	12-23
93.2	96.9	100.0	100.0	100.0	95.5	98.6	99.1	24-35
90.7	94.6	98.9	98.9	98.9	94.7	96.9	97.0	+36
تعليم الأم								
74.5	67.6	90.7	90.7	90.5	77.2	94.9	99.3	لا شيء
72.4	65.5	92.0	92.0	92.2	80.9	96.2	98.7	ابتدائي
74.4	70.3	94.8	94.8	94.8	86.0	96.3	98.4	إعدادي
70.9	64.3	94.0	94.0	93.6	81.0	95.4	98.7	ثانوي فما فوق
72.8	67.0	93.6	93.6	93.6	82.8	95.9	98.6	المجموع

جدول 8.8 تابع: نسبة الأطفال دون الخامسة في الضفة الغربية الذين تمت مشاهدة بطاقات تطعيمهم والذين حصلوا على تطعيم محدد حسب نوع المطعم وخصائص خلفية مختارة، 2004

عدد الأطفال دون الخامسة	نسبة من تم الاطلاع على بطاقتهم	الأطفال الذين حصلوا على تطعيم محدد				مطعم السل	الخصائص الخلفية
		شلال الأطفال			مطعم السل		
		3	2	1			
الجنس							
1,454	78.2	94.7	94.7	94.4	90.6	ذكور	
1,417	75.1	94.6	94.6	94.6	90.4	إناث	
عمر الطفل (بالأشهر)							
338	93.1	66.9	66.9	66.9	81.0	أقل من 6	
299	95.6	100.0	100.0	100.0	92.9	6-11	
540	89.5	99.2	99.2	99.3	91.9	12-23	
528	73.1	99.7	99.7	99.7	93.2	24-35	
1,157	63.2	99.5	99.5	99.4	91.5	+36	
تعليم الأم							
243	74.7	91.4	91.4	91.2	94.1	لا شيء	
604	74.5	94.3	94.3	94.4	91.7	ابتدائي	
1,096	79.9	95.1	95.1	95.2	91.5	إعدادي	
926	75.4	94.8	94.8	94.5	87.5	ثانوي فما فوق	
2,871	76.9	94.6	94.6	94.6	90.4	المجموع	

نجد حسب جدول (8.8) أن نسبة الأطفال الذين لهم بطاقات تطعيم في الضفة الغربية أكبر وتصل إلى 76.9% مقارنة بالأراضي الفلسطينية حيث تصل النسبة إلى 72.9%. ونجد أيضاً أن التطعيم ضد الحصبة ونسبته 72.8% وضد السل ونسبته 90.4% أقل مقارنة بالنسب الوطنية الحصبة: 73.4%، مطعم السل 93.8% بسبب الأطفال الذين يتبعون جدول التطعيم الإسرائيلي الذي يستثني مطعم السل ومطعم الحصبة.

جدول 9.8: نسبة الأطفال دون الخامسة في قطاع غزة الذين تمت مشاهدة بطاقات تطعيمهم والذين حصلوا على تطعيم محدد

حسب نوع المطعم وخصائص خلفية مختارة، 2004

مطعم الحصة	مطعم الحصة والنكاف والحصبة الألمانية	الأطفال الذين حصلوا على تطعيم محدد						الخصائص الخلفية
		المطعم الثلاثي			مطعم التهاب الكبد الوبائي			
		3	2	1	3	2	1	
الجنس								
78.8	66.8	95.5	95.5	95.5	77.4	95.8	99.9	ذكور
74.7	63.0	93.9	93.9	93.9	74.8	94.6	99.2	إناث
عمر الطفل (بالأشهر)								
-	-	71.6	71.6	71.6	11.5	82.7	99.0	أقل من 6
49.1	-	97.8	97.8	97.7	77.7	96.6	98.9	6-11
98.7	80.8	99.7	99.7	99.7	91.2	98.7	99.7	12-23
99.2	98.8	100.0	100.0	100.0	90.6	98.0	100.0	24-35
98.4	97.5	98.8	98.8	98.7	90.2	96.8	100.0	+36
تعليم الأم								
88.9	80.0	95.0	95.0	95.0	78.8	93.0	100.0	لا شيء
76.8	65.5	93.5	93.5	93.7	78.8	96.1	99.6	ابتدائي
76.2	65.7	95.4	95.4	95.4	75.6	95.8	99.6	إعدادي
76.1	62.1	94.7	94.7	94.7	75.5	94.7	99.6	ثانوي فما فوق
77.2	65.4	94.8	94.8	94.8	76.4	95.2	99.6	المجموع

جدول 9.8 تابع: نسبة الأطفال دون الخامسة في قطاع غزة الذين تمت مشاهدة بطاقات تطعيمهم والذين حصلوا على تطعيم

محدد حسب نوع المطعم وخصائص خلفية مختارة، 2004

عدد الأطفال دون الخامسة	نسبة من تم الاطلاع على بطاقاتهم	الأطفال الذين حصلوا على تطعيم محدد				مطعم السل	الخصائص الخلفية
		شلال الأطفال					
		3	2	1			
الجنس							
1,005	69.1	95.8	95.8	95.8	99.6	ذكور	
959	65.8	95.6	95.6	95.5	99.0	إناث	
عمر الطفل (بالأشهر)							
221	94.1	75.1	75.1	75.0	98.6	أقل من 6	
226	88.4	100.0	100.0	100.0	98.9	6-11	
377	83.2	100.0	100.0	100.0	99.7	12-23	
396	69.3	100.0	100.0	100.0	99.2	24-35	
740	44.6	99.0	99.0	99.1	99.4	+36	
تعليم الأم							
177	65.8	94.9	94.9	94.9	99.0	لا شيء	
386	66.6	96.4	96.4	96.5	99.2	ابتدائي	
673	67.8	95.6	95.6	95.6	99.8	إعدادي	
725	68.8	96.0	96.0	95.4	99.0	ثانوي فما فوق	
1,964	67.7	95.8	95.8	95.8	99.3	المجموع	

يرينا جدول رقم (9.8) لأطفال غزة، أن نسبة الأطفال الذين لديهم بطاقات تطعيم في قطاع غزة تصل إلى 67.7%، وهي أقل من نسبة الأطفال الذين يمتلكون بطاقات تطعيم في الضفة الغربية حيث تصل النسبة إلى 76.9%. وتبلغ نسبة الأطفال الذين تلقوا مطعوم السل 99.3%، أما فيما يتعلق بتلقي مطعوم الحصبة فقد وصلت نسبة الأطفال الذين حصلوا على هذا المطعوم إلى 77.2%، وهي أعلى في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية (90.4% للسل و 72.8% للحصبة). هناك انخفاض نسبي في تلقي الجرعة الثالثة من مطعوم التهاب الكبد الوبائي حيث تصل في أقصى درجاتها إلى 76.4% مقارنة بالضفة الغربية والتي تصل إلى 82.8%.

جدول 10.8: نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 23 شهراً والذين حصلوا على تطعيم محدد حسب نوع المطعوم وخصائص خلفية مختارة، 2004

عدد الأطفال 23-12 شهوراً	نسبة الذين لديهم بطاقات تطعيم	جميع المطاعيم	الحصبة	الأطفال الذين حصلوا على تطعيم محدد						السل	الخصائص الخلفية
				شلل الاطفال			الثلاثي				
				3	2	1	3	2	1		
المنطقة											
917	86.2	92.3	95.2	99.5	99.5	99.5	97.8	97.8	97.8	95.2	الأراضي الفلسطينية
540	88.5	88.5	93.1	99.4	99.4	99.4	96.9	96.9	96.9	92.2	الضفة الغربية
377	83.0	98.1	98.4	99.7	99.7	99.7	99.4	99.4	99.4	99.7	قطاع غزة
نوع التجمع											
513	85.9	90.0	93.2	99.3	99.3	99.3	98.2	98.2	98.2	91.8	حضر
252	89.2	96.4	97.8	100.0	100.0	100.0	98.2	98.2	98.2	100.0	ريف
152	82.8	93.3	97.6	99.2	99.2	99.2	96.8	96.8	96.8	98.4	مخيم
الجنس											
483	86.5	92.6	95.4	99.8	99.8	99.8	98.1	98.1	98.1	95.7	ذكور
434	86.1	92.2	95.1	99.2	99.2	99.2	97.8	97.8	97.8	94.6	إناث
تعليم الأم											
81	89.7	93.4	100.0	100.0	100.0	100.0	98.4	98.4	98.4	93.4	لا شيء
171	87.1	91.9	94.6	100.0	100.0	100.0	96.6	96.6	96.6	96.6	ابتدائي
359	87.7	93.3	95.2	99.4	99.4	99.4	98.1	98.1	98.1	95.5	إعدادي
304	83.4	90.9	94.4	99.2	99.2	99.2	98.8	98.8	98.8	93.7	ثانوي فما فوق

جميع المطاعيم: الأطفال الذين تلقوا الجرعات الثلاث من مطعوم شلل الأطفال والمطعوم الثلاثي وتلقوا أيضاً جرعات مطعوم الحصبة ومطعوم السل.

تعتبر نسبة تلقي المطاعيم عالية جداً في الأراضي الفلسطينية حيث تصل في أدنى مستوياتها إلى 95.2% لأي من المطاعيم. والجدير ذكره أن قطاع غزة والمناطق الريفية ومخيمات اللاجئين سجلت نسباً عالية في تلقي مطعوم السل ومطعوم الحصبة فقط، مما يعكس تأثير الذين يسكنون في المناطق الحضرية خاصة في مدينة القدس والذين يتبعون جدول التطعيم الإسرائيلي الذي يستثني مطعوم السل ومطعوم الحصبة. ولا يوجد اختلافات بناءً على الجنس أو تعليم الأم في الحصول على التطعيم.

جدول 11.8: نسبة الأطفال دون الخامسة والذين حصلوا على تطعيم محدد (جرعة واحدة على الأقل) حسب النوع وخصائص خلفية مختارة، 2004

عدد الأطفال دون الخامسة	نوع التطعيم				الخصائص الخلفية
	السحايا	الجدري	التهاب الكبد أ	أنفلونزا الشتاء	
الجنس					
2,459	14.5	9.6	10.2	9.2	ذكور
2,376	14.6	10.4	10.6	8.5	إناث
تعليم الأم					
420	10.9	8.3	6.1	7.8	لا شيء
990	12.6	9.3	9.7	6.9	ابتدائي
1,769	14.4	9.2	9.6	8.9	إعدادي
1,651	17.1	11.8	12.9	10.6	ثانوي فما فوق
4,835	14.6	10.0	10.4	8.9	المجموع

يشتمل جدول رقم (11.8) على المطاعيم التي أعطيت للأطفال في الضفة الغربية وقطاع غزة من قبل القطاع الخاص. حيث أن بعضها يعطى بشكل روتيني لأطفال مدينة القدس كونها جزءاً من برنامج التطعيم الإسرائيلي. وبما أن نسب مجموع التطعيم منخفضة، فمن الأهمية بمكان مسح هذه الأمراض لمراقبة مستويات المناعة في المجتمع والتنبؤ بحدوث تفشٍ لهذه الأمراض أو حدوث أوبئة.

يعطى مطعوم الأنفلونزا في الشتاء للأطفال ولل كبار في أي سن (6 أشهر فما فوق). يعتمد مؤشر التطعيم ضد الأنفلونزا على التاريخ الطبي والاجتماعي والعائلي للطفل، ويعطى بناءً على توصية من طبيب، ولا يعطى بشكل روتيني لجميع الأطفال.

أما بالنسبة للمطاعيم الأخرى (الجدري، والتهاب الكبد أ، السحايا) فهي تعطى لفئتين من الأطفال: الفئة الأولى هم الأطفال الذين يتبعون جدول التطعيم الإسرائيلي والذين يتلقون مطعوم السحايا ومطعوم التهاب الكبد أ ضمن التطعيم الروتيني، ويعرض عليهم مطعوم الجدري بتكلفة قليلة. أما الفئة الثانية فتضم الأطفال الذين يتبعون جدول التطعيم الفلسطيني والذين يعرض عليهم مطعوم التهاب الكبد أ والجدري والسحايا مقابل دفع التكلفة كاملة.

يلاحظ أن أعلى تلقي مطعوم هو مطعوم السحايا 14.6% يليه تلقي مطعوم التهاب الكبد أ 10.4% ثم مطعوم الجدري 10.0%.

هناك اتجاه واضح في تلقي هذه المطاعيم الأربعة حيث تشير النتائج إلى ارتفاع نسب تلقي هذه المطاعيم مع ارتفاع مستوى تعليم الأم خاصة الحاصلات على تعليم ثانوي وأعلى. قد يعكس هذا مستويات الدخل ومستويات المعرفة خاصة لأولئك الذين لا يتبعون جدول التطعيم الإسرائيلي، حيث أنها من محددات تلقي هذه المطاعيم غالية الثمن. الجدير بالذكر أنه لا يوجد اختلافات قائمة على أساس جنس الطفل في نسبة تلقي المطاعيم.

جدول 12.8: نسبة الأطفال دون الخامسة والذين حصلوا على تطعيم محدد (جرعة واحدة على الأقل) حسب النوع وخصائص خلفية مختارة ويسكنون في مدينة القدس، 2004

الخصائص الخلفية	نوع التطعيم			
	التهاب الكبد أ	الجدري	السحايا	الأنفلونزا
الجنس				
ذكور	68.2	41.4	63.1	47.1
إناث	68.2	51.1	68.8	38.7
تعليم الأم				
لا شيء	30.8	0.0	30.8	8.6
ابتدائي	59.6	39.8	62.6	27.9
إعدادي	65.5	49.1	68.1	51.8
ثانوي فما فوق	80.1	50.6	69.1	46.1
المجموع	68.2	46.1	65.8	43.0

نرى من خلال جدول (12.8) ارتفاعاً في تناول مطعوم السحايا 65.8% ومطعوم التهاب الكبد أ 68.2% التي تعطى بشكل روتيني للأطفال الذين يتبعون جدول التطعيم الإسرائيلي. أما مطعوم الجدري فتناوله منخفض حيث تصل نسبته إلى 46.1% يليه مطعوم أنفلونزا الشتاء الذي تبلغ نسبته 43.0%.

تتبع بعض مناطق القدس جدول التطعيم الفلسطيني خاصة J2 (ذلك الجزء من محافظة القدس الذي يقع ضمن التجمعات التي لم تضمها إسرائيل لأراضيها بعد احتلال عام 1967)، بالتالي نجد أنه ليس جميع الأطفال الذين يسكنون في القدس يتبعون جدول التطعيم الإسرائيلي. من هنا نجد أن نسبة تلقي مطعوم السحايا ومطعوم التهاب الكبد أ تنخفض إلى 70.0%.

7.8 سوء التغذية:

يعتبر نمو الطفل من أهم مؤشرات رفاهية الأطفال، وهو يعكس الأمن الغذائي في تلك الفترة بالتحديد. ويعتبر نقص الوزن مؤشراً على سوء التغذية. وتصل نسبة نقص الوزن إلى 4.9%، حيث ترتفع هذه النسبة في مخيمات اللاجئين لتصل إلى 6.0% وبين الإناث حيث تصل إلى 5.1%، وبين الأطفال في الفئة العمرية التي تتراوح بين 6-11 شهراً لتصل إلى 7.9% وبين الأطفال الذين لم تحصل أمهاتهم على أي تعليم حيث تصل النسبة هنا إلى 7.3%.

ويعتبر قصر القامة مؤشراً على سوء التغذية المزمنة حيث تصل نسبته إلى 9.9%، وهي أعلى في قطاع غزة 11.4% والمناطق الحضرية 10.7% وبين الإناث 10.5% وفي الفئة العمرية 12-23 شهراً 15.6%، وتتنخفض مع ارتفاع مستوى تعليم الأم (12.2% بين الأطفال الذين تعليم أمهاتهم ابتدائي، و9.3% بين الأطفال الذين حصلت أمهاتهم على تعليم ثانوي فما فوق).

الهزال هو النسبة بين الوزن وطول القامة. حيث أنه يزداد سوءاً عندما ينقص الوزن ويتحسن عندما ينقص الطول، مما يعطي صورة متناقضة عن تغذية الطفل. بالتالي فإنه يجب تفسيره ضمن محتوى المقاييس الأخرى وليس بمفرده. وتصل نسبة الهزال إلى 2.8% حيث ترتفع في الضفة الغربية 3.4% مقارنة بقطاع غزة 1.8%. وهذا ناجم عن زيادة في قصر القامة في قطاع غزة عنه في الضفة الغربية، مما يحسن من ناتج مقاييس الهزال. وهو أكثر شدة بين الذكور

3.0% مقارنة بالإناث 2.6% لنفس السبب المذكور أعلاه. وهي مرتفعة جداً في الفئة العمرية 6-11 شهراً 6.0% وبين الأطفال الذين لم تحصل أمهاتهم على تعليم 4.0%. ومن الملاحظ أن نسب الهزال الشديد وقصر القامة ونقص الوزن (أقل من 3SD-) ليست مرتفعة في الأراضي الفلسطينية.

جدول 13.8: نسبة الأطفال دون الخامسة والذين يعانون من نقص في التغذية حاد أو متوسط حسب خصائص خلفية مختارة، 2004

عدد الأطفال دون الخامسة	الوزن بالنسبة للطول		الطول مقابل للعمر		الوزن مقابل العمر		الخصائص الخلفية
	أقل من - 2SD	دون - 3SD	أقل من - 2SD	دون - 3SD	أقل من - 2SD	دون - 3SD	
المنطقة							
4,835	0.7	2.8	2.9	9.9	0.7	4.9	الأراضي الفلسطينية
2,871	0.8	3.4	2.9	8.8	0.7	4.8	الضفة الغربية
1,964	0.7	1.8	2.9	11.4	0.7	4.9	قطاع غزة
نوع التجمع							
2,668	0.8	2.7	3.1	10.7	0.7	4.9	حضر
1,364	0.7	2.8	2.3	8.4	0.2	4.2	ريف
803	0.7	3.0	3.2	9.9	1.2	6.0	مخيم
الجنس							
2,459	0.7	3.0	2.9	9.3	0.8	4.7	ذكور
2,376	0.7	2.6	2.9	10.5	0.5	5.1	إناث
العمر بالاشهر							
559	1.5	5.3	1.3	5.3	0.6	3.2	أقل من 6
525	2.0	6.0	2.2	5.7	1.2	7.9	6-11
917	0.4	3.2	3.9	15.6	0.5	5.4	12-23
924	0.8	1.4	2.7	9.1	1.2	4.6	24-35
1,001	0.5	1.7	3.4	11.1	0.6	4.9	+36
تعليم الام							
896	0.7	4.0	2.6	12.5	1.0	7.3	لا شيء
420	0.6	2.4	2.9	12.2	0.6	4.9	ابتدائي
990	0.8	2.5	3.2	9.3	0.8	4.9	إعدادي
1,769	0.8	3.1	2.6	8.6	0.5	4.2	ثانوي فما فوق

جدول 14.8: نسبة انتشار سوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة في الأراضي الفلسطينية، 1996-2004

السنة	قصر القامة	الهزال	نقص الوزن
1996			
الأراضي الفلسطينية	7.2	2.8	4.0
الضفة الغربية	6.7	2.2	3.9
قطاع غزة	8.2	3.7	5.2
2000			
الأراضي الفلسطينية	7.5	1.4	2.5
الضفة الغربية	7.0	1.5	2.6
قطاع غزة	8.3	1.4	2.4
2004			
الأراضي الفلسطينية	9.9	2.8	4.9
الضفة الغربية	8.8	3.4	4.8
قطاع غزة	11.4	1.8	4.9

بالنظر إلى مؤشرات التغذية في الفترة الزمنية الواقعة بين عام 1996 و عام 2004 نجد أن قصر القامة كمؤشر لسوء التغذية المزمن في ارتفاع مستمر .

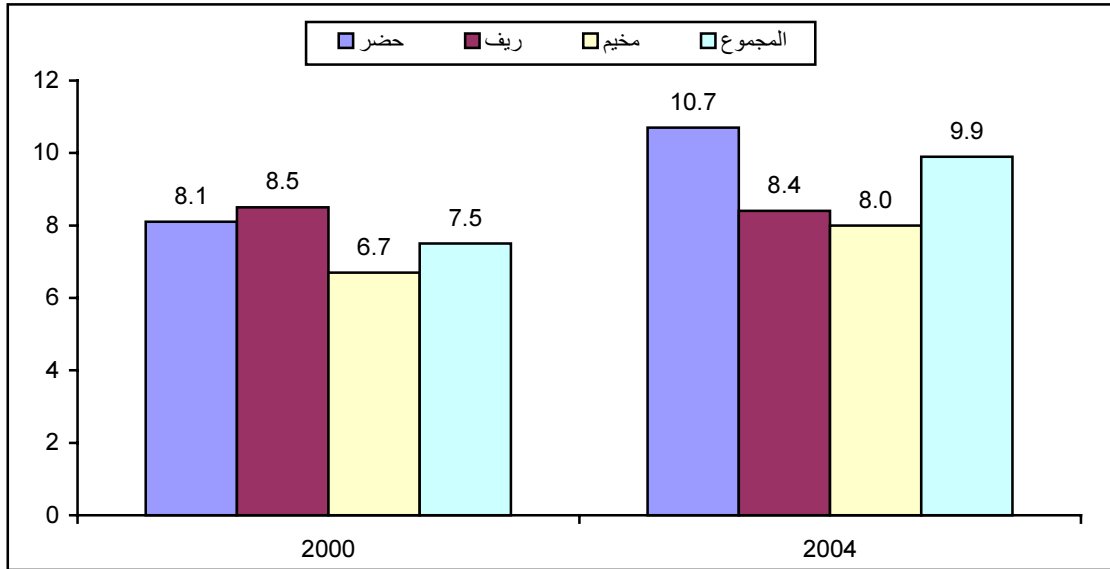
الزيادة الأولى والتي جاءت بين عامي 1996 و 2000 كانت صغيرة خاصة في الضفة الغربية. ثم ارتفعت بشكل ملحوظ في الفترة التالية أي الفترة الواقعة ما بين عام 2000 و عام 2004 في المناطق الفلسطينية ولكن بصورة أعلى في قطاع غزة.

أما نقص الوزن فقد انخفض في الفترة الواقعة بين 1996 و 2000 خلال اتفاقية أوسلو حيث تحسنت ظروف المعيشة بشكل نسبي، ثم ازداد خلال الفترة الواقعة بين 2000 و 2004 خلال الانتفاضة الثانية.

يعكس الهزال الوزن بالنسبة للطول، وهو يتأثر بشكل كبير بالتغير الشديد في الوزن، لذلك نجد أن هناك تحسن نسبي فيما بين الأعوام 1996 و 2000 تلاه ارتفاع ملحوظ في الفترة ما بين 2000 و 2004 حيث ارتفع نقص الوزن مرة أخرى.

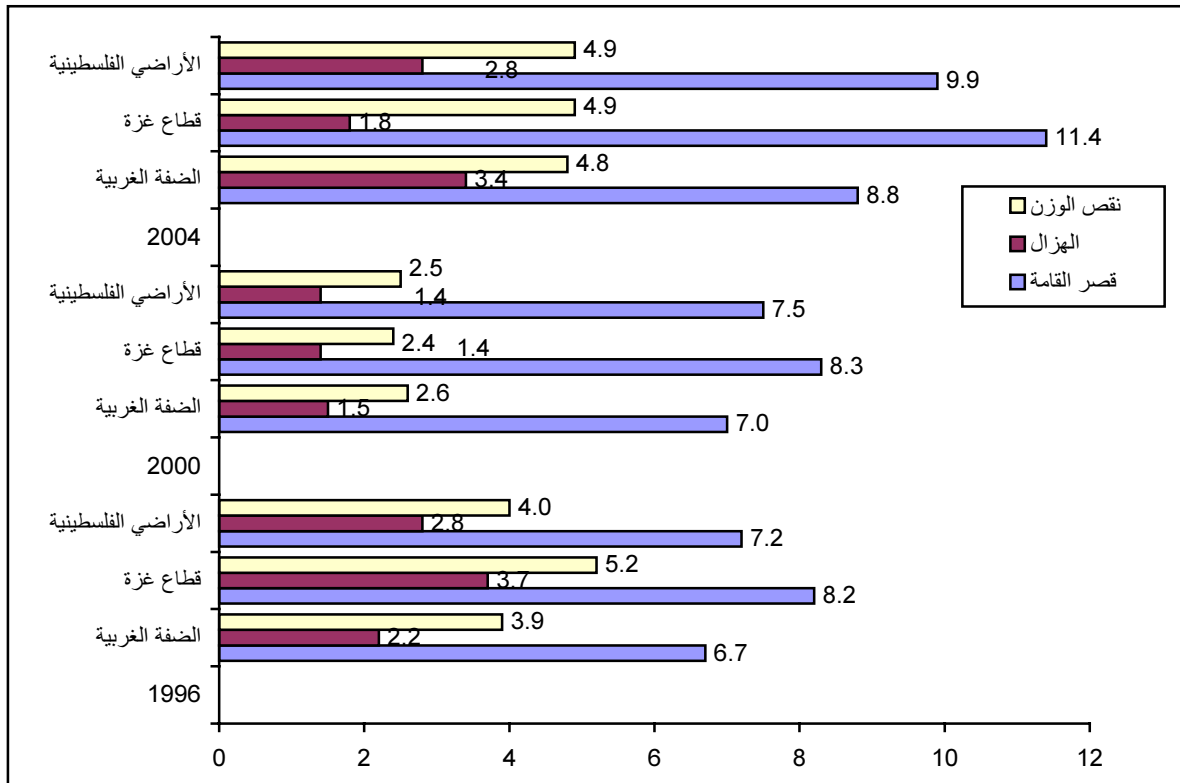
بالنتيجة نجد أن الارتفاع في نقص الوزن يليه ارتفاع في مستويات قصر القامة، ومن المؤكد أن الفترة الواقعة ما بين 1996 و 2000، أي فترة أوسلو، كان هناك اضمحلال في نقص الوزن وانخفاض في سرعة زيادة مستويات قصر القامة. وكان من المفروض أن يستمر هذا الوضع في التحسن مع تحسن ظروف المعيشة لولا انطلاقة الانتفاضة الثانية التي رافقتها إجراءات إسرائيلية صارمة ضد الحركة وضد إمكانية الحصول على الرعاية الصحية والتغذية. بالإضافة إلى زيادة الفقر الذي أدى إلى زيادة نقص الوزن وقصر القامة بين الأطفال بشكل ملحوظ .

شكل 1.8: نسبة انتشار قصر القامة بين الأطفال دون الخامسة حسب نوع التجمع، 2000، 2004



يرينا شكل (1.8) أن قصر القامة قد ارتفع من 7.5% عام 2000 إلى 9.9% عام 2004. حيث أن النسبة ازدادت بشكل خاص في المناطق الحضرية حيث ارتفعت من 8.1% إلى 10.7%، وفي المخيمات من 6.7% إلى 8.0%. أما بالنسبة للمناطق الريفية فهي لم تتأثر. وقد يكون للإجراءات الإسرائيلية مثل منع التجول والإغلاق خلال الانتفاضة الثانية علاقة بهذه النتائج. حيث أثرت هذه الإجراءات بشكل خاص على مخيمات ومدن الضفة الغربية وقطاع غزة، وكان تأثيرها أقل على المناطق الريفية.

شكل 2.8: سوء التغذية بين الأطفال دون الخامسة حسب المنطقة، 1996، 2000، 2004



يشير شكل (2.8) إلى أنه في عام 1996 كان قصر القامة أسوأ مؤشر في سوء تغذية الطفل. كما أن نقص الوزن والهزال كانا مرتفعان خاصة في قطاع غزة. أما في عام 2000 بعد مرور 4-5 سنوات على اتفاقية أوسلو، نجد أن مؤشرات سوء التغذية الحادة قد تحسنت من خلال جسر الهوة بين الضفة الغربية وقطاع غزة. بالإضافة إلى أن قصر القامة (سوء التغذية المزمن) بقي ثابتاً تقريباً. ولو استمرت نفس الظروف لكان من المتوقع أن تبدأ نسبة قصر القامة بالانخفاض ولكن مع انطلاق الانتفاضة الثانية والإجراءات الإسرائيلية المتمثلة في سياسات الإغلاق ومنع التجول، الأمر الذي زاد من حجم الفقر وقلل من إمكانية الحصول على الرعاية الصحية مما أدى إلى زيادة تدهور مؤشرات تغذية الطفل، حيث سجل قطاع غزة أعلى نسبة لقصر القامة 11.4% بالمقارنة مع الضفة الغربية حيث وصلت النسبة إلى 8.8%. هذا الأمر يعكس وجود فجوة في مستويات قصر القامة كانت أصلاً موجودة بين الضفة الغربية وقطاع غزة قبل الانتفاضة. أما بالنسبة إلى مستويات نقص الوزن فقد عادت إلى نفس المستويات السابقة كما نرى من خلال الشكل. من الملاحظ أن الفروقات في نقص الوزن بين الضفة الغربية وقطاع غزة لسنة 2000 و 2004 قد اختلفت مما يدل على أن ظروف جميع المناطق تحسنت خلال فترة أوسلو وساءت خلال الانتفاضة بنفس النسبة.

ونجد أن هناك دلائل تشير إلى تحسن الظروف في بعض المناطق إلا أن بعض المناطق تعاني من ظروف سيئة بسبب الجدار والانفصال أحادي الجانب ومصادرة الأراضي. مما سيؤدي إلى المزيد من التدهور في صحة الطفل إلا إذا تم اتخاذ إجراءات جديدة.

8.8 فيتامين أ/د وتناول الحديد:

يعطى فيتامين أ/د إلى جميع الأطفال الرضع عند الولادة حتى يبلغوا السنة من العمر، لأنه يمنع كساح الأطفال والعشا الليلي اللذان يسببهما نقص هذه الفيتامينات. ويستعرض الجدول الاختلافات الملحوظة في تناول فيتامين أ و د ما بين الضفة وقطاع غزة، وهذا يعكس سياسة الأونروا في عدم إعطاء فيتامين أ و د إلى جميع الأطفال الرضع تحت عمر سنة بعكس سياسة وزارة الصحة.

حيث أن ثلثي الرضع 68.3% تحت عمر ستة أشهر في الضفة الغربية يأخذون نقاط فيتامين، بينما نجد أن 20.6% من الرضع فقط الذين هم دون عمر ستة أشهر يأخذون هذا الفيتامين في قطاع غزة.

وبما أن تغذية الطفل بشكل عام في حالة من التدهور، هناك حاجة ماسة لأن تقوم الأونروا بإعطاء فيتامين أ و د إلى الأطفال وذلك من أجل ضمان الحصول على مستويات عالية من التغطية لتقليص الحالات الممكن حدوثها من كساح الأطفال والعشى الليلي.

جدول 15.8: نسبة الأطفال دون الخامسة الذين حصلوا على فيتامين أ-د حسب المنطقة والعمر، 2004

المنطقة	أقل من 6 أشهر	11-6	23-12	+24	المجموع
الأراضي الفلسطينية	47.2	59.3	68.1	65.2	62.4
الضفة الغربية	68.3	75.3	74.9	74.6	73.8
قطاع غزة	20.6	41.5	59.7	53.6	48.6

جدول 16.8: نسبة الأطفال دون الخامسة الذين حصلوا على محلول الحديد حسب المنطقة والعمر، 2004

المنطقة	أقل من 6 أشهر	11-6	23-12	+24	المجموع
الأراضي الفلسطينية	11.3	30.6	49.4	46.1	39.5
الضفة الغربية	12.5	31.6	38.1	37.1	32.8
قطاع غزة	9.9	29.5	63.3	57.3	47.5

تعتمد سياسات الأونروا ووزارة الصحة فيما يتعلق في إعطاء الحديد بشكل رئيسي على فحص الدم من أجل معرفة إذا كان الطفل يعاني من فقر الدم عند بلوغ ستة أشهر وإعطاء الحديد في حالة وجود المرض. وقد اختلف هذا الأمر بشكل بسيط مع مرور السنين. وبالرغم من هذه الإجراءات الوقائية يبقى مرض فقر الدم الناتج عن النقص في الحديد موجوداً في مستويات مرتفعة بين الأطفال دون سن الخامسة.

ويرينا جدول (16.8) أن هناك نسبة صغيرة من الأطفال الرضع الذين يحصلون على الحديد 11.3% للذين هم دون ستة أشهر و30.6% للذين تتراوح أعمارهم بين 6-11 شهراً.

هناك ازدياد ملحوظ في تناول الحديد بين الأطفال بعد بلوغ السنة من العمر في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية وعلى أية حال لا يزيد تناول الحديد عن 40% بين الأطفال الذين هم دون الخامسة بشكل عام الأمر الذي لا يعتبر كاف لمعالجة المستويات العالية من حالات فقر الدم المنتشرة في المجتمع الفلسطيني.

الملخص التنفيذي:

يتأثر الوزن عند الولادة بعوامل تتعلق بالأم بالأساس ولكنه لا يؤثر على صحة الطفل إلا في حالة ارتفاعه إلى أعلى من 4 كيلوغرام أو انخفاضه إلى أقل من 2.5 كيلوغرام بشكل عام. وينخفض وزن الطفل عند الولادة، الذي يعتبر مؤشراً على صحة الطفل، بعوامل تتعلق بالأم ويعتمد بشكل مباشر على مدة الحمل. وبالتالي فإنه يصعب تفسير نسبة نقص الوزن عند الولادة في هذا البحث وأثرها على الأطفال، إذا لم يتم استثناء الأطفال الذين كانت فترة الحمل بهم أقل من 37 أسبوعاً حيث أن هذه المعلومة غير موجودة.

ترتفع نسبة الرضاعة الطبيعية في قطاع غزة وفي مخيمات اللاجئين. الأمهات صغيرات السن اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-29 سنة هن الأقل احتمالاً في الاستمرار في الرضاعة الطبيعية (9-12) شهراً حيث أن متوسط فترة الرضاعة الطبيعية بالأشهر هو أدنى من أي من الفئات الأخرى. الأمهات اللواتي يلدن للمرة الأولى يأخذن وقتاً أطول في البدء في الرضاعة الطبيعية وقد لا يرضعن بتاتاً، وتصل نسبة اللواتي يستمررن في الإرضاع (9-12 شهراً) ومتوسط فترة الإرضاع أقل من غيرها من الفئات الأخرى. يمكن الوقاية من أكثر الأسباب شيوعاً للتوقف عن الإرضاع، خاصة في الفئات العمرية الصغيره، ممكن تفاديها. مثل كون الحليب غير كاف أو رفض الطفل لحليب الأم، أو كون الأم أصبحت حاملاً.

يتضح من النتائج أنه بالإمكان تحسين الرضاعة الطبيعية وزيادة نسبة الاستمرار بها عبر الإرشاد المناسب ودعم الأم في القضايا المتعلقة في الرضاعة الطبيعية والإجراءات المتخذة قبل الولادة وقبل مغادرة المستشفى.

بلغت نسبة الإصابة بالإسهال خلال الأسبوعين اللذين سبقا إجراء المسح 15.3%. وعادة ما يعود سبب الإسهال في الأراضي الفلسطينية إلى الإصابة بالفيروسات، ونجد أن هذه النسبة في الفئة العمرية من 6-11 شهراً تصل إلى 34.6%، حيث أن الإصابة بالفيروسات هي الأكثر شيوعاً. وتنخفض هذه النسبة في الفئة العمرية التي تبلغ 36+ حيث تصل إلى 8.0%. إن حوالي ثلث الأمهات يعطين أطفالهن سوائل غير مناسبة خلال فترة الإصابة بالإسهال. وبالرغم من أنه لا يمكن مقارنة الأرقام بمسح 2004 بسبب اختلاف التعريفات إلا أن الاتجاه يبقى نفسه حيث أن الأطفال الذكور هم أكثر عرضة للإصابة بمرض الإسهال، تليهم المناطق الريفية والفئة العمرية من 6-11 شهراً، يليها الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12-23 شهراً.

هناك أكثر من مؤشر لالتهابات الجهاز التنفسي الحادة منها السعال واحتقان الأنف وآلام الصدر. ويبقى مؤشر آلام الصدر الأقل دقة حيث يتطلب فحصاً طبياً لتحديد السبب. الاتجاه يتشابه مع عام 2000 حيث ترتفع نسبة السعال في مخيمات اللاجئين وبين الذكور وبين الأطفال الذين حصلت أمهاتهم على تعليم أعلى، مما قد يشير إلى وجود علاقة بين السعال والازدحام في مخيمات اللاجئين، وإرسال الأطفال إلى حضانات من قبل الأمهات ذوات التعليم الأعلى.

يعتبر أفضل تقييم للتطعيم من خلال النظر إلى مطعموم محدد ومقارنته بالعمر عند التطعيم، وإلا فإن نسبة التطعيم ستكون منخفضة. ويبقى التطعيم في الأراضي الفلسطينية عالياً بالرغم من سياسات الإغلاق ومنع التجول التي فرضها الجيش الإسرائيلي خلال فترة الانتفاضة. الاختلاف في تلقي مطعموم الحصبة ومطعموم السل بين قطاع غزة والضفة الغربية يعود إلى أن بعض الأطفال الذين يعيشون في الضفة الغربية ومدينة القدس يتبعون برنامج التطعيم الإسرائيلي الذي يستثني هذين المطعمومين. نسبة الأطفال الذين تلقوا الجرعة الثالثة من مطعموم التهاب الكبد أ في قطاع غزة أقل من الضفة الغربية مما يتطلب المزيد من البحث.

هناك بعض المطاعيم التي تتوفر لدى الأطفال الذين يتبعون جدول التطعيم الإسرائيلي ولا تتوفر للأطفال الذين يتبعون جدول التطعيم الفلسطيني، مما يؤدي إلى وجود نسب تطعيم متفاوتة بين أطفال الأراضي الفلسطينية. ومما يعكس الاختلاف في درجة المناعة عند الأطفال. هذا قد يؤدي إلى ظهور أوبئة تؤثر على المجموعات العمرية الأكبر، مما يعني تحويل أمراض الطفولة إلى أمراض تصيب الأكبر عمراً. هذا التحول يعني أن أمراض مثل الجدري والتهاب الكبد أ قد يؤديان إلى نقشي المرض عند الكبار، هذا يتطلب وجود نظام مراقبة شديد للتنبؤ بإمكانية حدوث أي وباء في جميع الفئات العمرية وقياس المناعة فيما بينهم.

تأثرت مقاييس نمو الأطفال في الأراضي الفلسطينية بالوضع السياسي. وكانت النتيجة وجود نسبة متزايدة من سوء التغذية الحاد والمزمن. ففي عام 2004 تأثرت قطاع غزة بهذه النسب العالية أكثر من الضفة الغربية وتأثرت بها المناطق الحضرية ومخيمات اللاجئين أكثر من المناطق الريفية، كما تأثرت بها الإناث أكثر من الذكور. أما الفئة الأكثر عرضة للإصابة بنقص الوزن فهي فئة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6-11 شهراً. والفئة التي تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهراً هي أكثر عرضة للإصابة بقصر القامة. والجدير بالذكر أن هذين المتغيران يتأثران إيجابياً بتعليم الأم حيث تنخفض النسب بين أطفال الأمهات اللواتي حصلن على تعليم ثانوي أو أعلى. لقد كان هناك تطور ملحوظ في انخفاض نسبة الإصابة بمرض قصر القامة ونقص الوزن في عام 2000 مقارنة بعام 1996. وقد أثرت سلباً الممارسات الإسرائيلية خلال الانتفاضة الثانية بشكل خاص على المناطق الحضرية ومخيمات اللاجئين بسبب الإفراط في فرض منع التجول وسياسة الإغلاق.

التوصيات:

1. نستطيع تقييم سبب انخفاض الوزن عند الولادة بدقة أكثر إذا استثنينا الأطفال 37 أسبوع أو أقل.
2. تحسين الرضاعة الطبيعية وزيادة نسبة الاستمرار بها عبر الإرشاد المناسب ودعم الأم في القضايا المتعلقة بها والإجراءات المتخذة قبل الولادة وقبل مغادرة الأم المستشفى.
3. يجب توحيد تعريف مرضي التهاب الجهاز التنفسي الحاد والإسهال. ويجب تقييم مؤشرات هذه الأمراض.
4. يجب عمل مسح ومراقبة للمطاعيم التي تعطى للأطفال خارج جدول التطعيم الفلسطيني للتنبؤ بزمن حدوث وباء ناتج عن وجود نسبة تطعيم منخفضة. ويمكن أن يحدث هذا في منطقة J2 (ذلك الجزء من محافظة القدس الذي يقع ضمن التجمعات التي لم تضمها إسرائيل لأراضيها بعد احتلال عام 1967)، حيث يتبع بعض الأطفال جدول التطعيم الإسرائيلي ولا يتبعه أطفال آخرون من نفس المنطقة.
5. لا تزال مقاييس نمو الأطفال دون الخامسة تزداد سوءاً منذ العام 2000.
6. هناك تحول واضح لسوء التغذية من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية ومخيمات اللاجئين منذ العام 2000 إلى 2004 نتيجة للتغيرات السياسية. هذا يتطلب تركيز أكبر للعمل من أجل إيجاد أمن غذائي من خلال تطوير سياسات غذائية تحافظ على توافر وجبات مناسبة وكافية للأطفال. واحدة من هذه السياسات تتمثل في تشجيع الرضاعة الطبيعية من خلال استهداف القضايا التي تناولها هذا التقرير في بدايته لتقليص نسب الفطام خلال السنة الأولى من حياة الطفل. ومن ثم معالجة النسب العالية للإصابة بمرض فقر الدم خلال أول سنتين من حياة الطفل حيث تم توثيق وجود مستويات عالية في هذه الفئة العمرية عبر مسح التغذية للعام 2002. هذا سيؤثر على قصر القامة ونقص الوزن اللذان سجلا أعلى نسبة في الفئة العمرية التي تتراوح بين 12-23 شهرا و6-11 شهراً على التوالي.

الفصل التاسع

الصحة العامة

1.9 مقدمة:

في ظل التحول الحاصل في نمط الأمراض من الأمراض المعدية إلى غير المعدية والانتشار المتزايد والمتسارع للأمراض المزمنة في العالم عموماً والدول النامية على وجه التحديد، وارتفاع معدلات الوفيات الناجمة عن مثل هذه الأمراض، وتزايد حالات الإعاقة، وفي ظل غياب فرص المساواة الاجتماعية والاقتصادية وتزايد الصراعات في هذه الدول، فإن مواضيع الصحة العامة تفرض نفسها على الأجندة الصحية لهذه الدول.

لقد مر الوضع الصحي في فلسطين على غرار الدول المماثلة بالعديد من المراحل، ففي الوقت الذي تم السيطرة على العديد من الأمراض المعدية، وتطوير نظام التطعيمات للأطفال وتحسين منظومة التأمين الصحي، إلا أنه في المقابل لا زال هناك العديد من المسائل الشائكة التي تعترض الوضع الصحي في فلسطين عموماً والمرتبطة بقضايا الصحة العامة، لعل أبرزها تزايد انتشار الأمراض غير المعدية (المزمنة) بشكل واضح، والتزايد المتوقع على عدد المعاقين في ظل القمع الإسرائيلي. من هنا لا بد من تسليط الضوء على هذه القضايا وغيرها من واقع البيانات المتوفرة في سبيل رصد التغيرات الحاصلة على هذه المؤشرات ومراقبة التقدم المحرز.

وفر المسح الصحي الديمغرافي الذي نفذه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في العام 2004 مجموعة من المؤشرات المرتبطة بالصحة العامة للأفراد الذين شملتهم عينة المسح، وقد غطت استمارة المسح مواضيع مثل تغطية التأمين الصحي والتدخين والأمراض المزمنة والإعاقات. سيتم خلال هذا الفصل إلقاء الضوء على البيانات التي خرج بها المسح الصحي الديمغرافي 2004 والمتعلقة بمواضيع الصحة العامة سابقة الذكر.

2.9 التأمين الصحي:

على الرغم من التحسينات التي أدخلتها وزارة الصحة على منظومة التأمين الصحي في فلسطين خلال السنوات القليلة الماضية، إلا أن مسألة الوصول إلى نظام تأمين صحي وطني شامل لا زالت تواجه مجموعة من التحديات والمعوقات لعل أبرزها عدم الاستقرار الأمني والسياسي، ومعدلات البطالة العالية وعدم التنسيق الكافي بين مقدمي الخدمات الصحية في فلسطين¹.

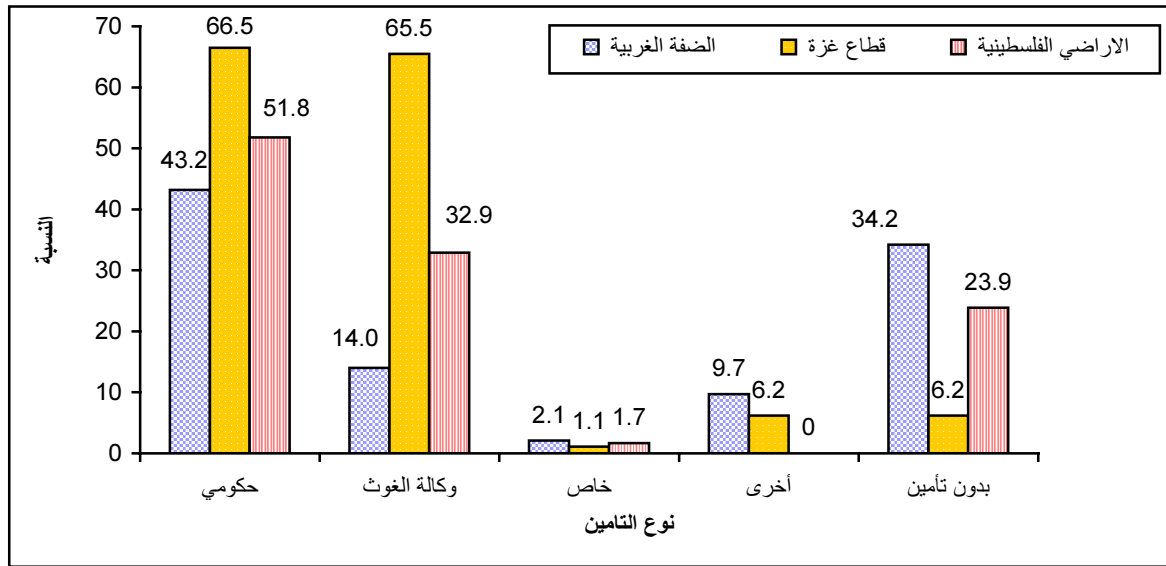
تم خلال المسح الصحي الديمغرافي 2004 سؤال الأفراد عن نوع/أنواع التأمينات التي يمتلكونها، وقد اشتملت القائمة على مجموعة من التأمينات، لعل أبرزها: الحكومي (وزارة الصحة)، والعسكري وتأمين وكالة الغوث، والتأمين الخاص، والتأمين الإسرائيلي. وقد أشارت نتائج المسح إلى أن هناك 76.0% من الأفراد يمتلكون على الأقل نوع واحد من التأمينات، أي بزيادة قدرها 26.0% عن العام 2000. بفارق كبير بين الضفة الغربية وقطاع غزة لصالح قطاع غزة 65.8% مقابل 93.8% على التوالي. ولعل ارتفاع تغطية التأمين الحكومي الذي تشرف عليه وزارة الصحة في

¹ Ministry of Health. National Strategic Health Plan (1999-2003). Palestine

قطاع غزة وارتفاع نسبة الذين يتلقون خدمات وكالة الغوث وفقا لبرنامج الوكالة هناك السبب وراء ارتفاع نسبة المؤمنين في القطاع مقارنة بالضفة الغربية.

وكما هو موضح في الشكل (1.9)، فإن نسبة تغطية التأمين الذي تشرف عليه وزارة الصحة (الحكومي) تعتبر الأعلى بين الأنواع التي شملتها الدراسة (51.8%) بارتفاع قدره 52.0% عن العام 2000. وقد يرجع هذا الارتفاع إلى استحداث تأمين انتفاضة الأقصى الذي ينضوي تحت مظلة التأمينات التي تشرف عليها وزارة الصحة، الأمر الذي أدى إلى زيادة نسبة هذا النوع من التأمين نظرا للعدد الكبير من الأفراد الذين يستفيدون من هذا التأمين.

شكل 1.9: نسبة الأفراد حسب نوع التأمين الصحي والمنطقة، 2004



لكن وعلى الرغم من ارتفاع نسبة الأفراد المنضويين تحت مظلة التأمين الحكومي، يبقى السؤال مفتوحا أمام نوعية الخدمات التي يتلقاها هؤلاء الأفراد من خلال هذا النوع من التأمين، خاصة بعد المرسوم الرئاسي الذي قضى باستحداث تأمين انتفاضة الأقصى، والذي شكل عبئا إضافيا على كاهل وزارة الصحة في ظل ثبات الموارد البشرية والمادية في الوزارة.

وفيما يتعلق بالتأمينات الأخرى، من الواضح أن نسبة تغطية التأمين العسكري ارتفعت بمقدار يزيد عن الضعف مقارنة بالعام 2000، ولعل هذه الزيادة ناجمة عن ارتفاع عدد المؤمنين في هذا النوع في قطاع غزة (بلغت نسبة تغطية التأمين العسكري في القطاع 6.9% مقابل 8.7% على التوالي في العامين 2000 و2004). أما في الضفة الغربية فقد راوحت نسبة تغطية التأمين العسكري مكانها، حيث بلغت 1.4% لكلا العامين.

وحول التأمين الخاص، فتشير البيانات إلى أن نسبة تغطية هذا التأمين في الضفة الغربية تفوق مثلتها في قطاع غزة بمقدار الضعف 2.1% مقابل 1.1% على التوالي، وهذا يؤكد الفوارق الاقتصادية التي تميز الضفة الغربية عن قطاع غزة، حيث بمقدور الأسر التي تعيش في الضفة الغربية الاشتراك بمثل هذا النوع من التأمينات في الوقت الذي يتعذر على الغالبية العظمى من أسر قطاع غزة عمل ذلك. ومن الجدير ذكره أن تعريف التأمين الخاص الذي استخدم في العام 2000، مختلف عن التعريف الذي استخدم في المسح الذي نفذ في العام 2004، حيث اعتبر التأمين الإسرائيلي

ضمن التأمين الخاص في العام 2000، وهو ما لم يكن كذلك في العام 2004، لذا تعذر مقارنة نسبة التغير على التأمين الخاص خلال الفترة السابقة.

بالنسبة لتأمين وكالة الغوث، فإنه من الواضح أن هناك ارتفاعاً في نسبة الذين يستفيدون من هذا النوع من التأمينات مقارنة بالعام 2000 (14.8% مقابل 32.9% على التوالي في العامين 2000 و2004)، ولعل اختلاف التعريف الذي استخدم في كلا المسحين كان سبباً وراء هذا الفارق.

3.9 التدخين:

يعتبر التدخين أحد التحديات التي تواجه الوضع الصحي في العالم عموماً، فقد أشارت بيانات صادرة عن منظمة الصحة العالمية أن حوالي ثلث الأفراد الذكور البالغين في العالم يدخنون، وأشارت هذه البيانات إلى أن التدخين سبباً رئيسياً وراء وفاة 4 ملايين شخص سنوياً في العالم.²

على صعيد آخر تؤكد الدراسات أن انتشار التدخين أخذ في الانخفاض في الدول المتقدمة على عكس الدول النامية. فعلى سبيل المثال تشير الدراسات أن نسبة التدخين انخفضت في الولايات المتحدة بمعدل النصف تقريباً خلال العقود الثلاثة الأخيرة، فيما ترتفع في الدول النامية بنسبة 3.4% في كل سنة³

تم خلال المسح الصحي الديمغرافي-2004 سؤال الأفراد 10 سنوات فأكثر حول ممارسة عادة التدخين، وقد تضمن سؤال الاستمارة مجموعة من البدائل (سجائر، غليون، أرجيلة، مدخن سابق وترك، ولا يدخن ولم يسبق له التدخين). سيتم خلال السرد التالي عن التدخين عرض البيانات عن الأفراد 12 سنة فأكثر وذلك لسهولة المقارنة مع بيانات المسح الصحي الذي نفذ في العام 2000، حيث تم في حينه توجيه أسئلة التدخين للأفراد 12 سنة فأكثر.

تشير النتائج إلى أن 463,064 فرداً في العمر 12 سنة فأكثر هم مدخنون، أي بنسبة 19.6% بانخفاض قدره حوالي 11.0% عن العام 2000. وتشير البيانات إلى أن 36.6% من هؤلاء هم من الذكور مقابل 2.1% من الإناث شكل (2.9)، وكما هو مبين في الشكل فإن نسبة الأفراد الذكور المدخنين انخفضت بمقدار 10.0% في العام 2004 مقارنة بالعام 2000، وانخفضت نسبة المدخنات من الإناث بمقدار 34.0%، وقد يرجع ذلك زيادة الوعي حول مخاطر التدخين وإلى تردي الأوضاع الاقتصادية عموماً، الأمر الذي أدى إلى الاستغناء عن التدخين كونه لا يعتبر من الأساسيات في حياة المواطن. ومن الواضح أن نسبة المدخنين من الذكور في الضفة الغربية تفوق مثلتها في قطاع غزة، وهو الوضع الذي كان سائداً في العام 2000، فيما تعتبر نسبة المدخنات من الإناث في قطاع غزة هي الأقل وقد انخفضت بشكل واضح في العام 2004 مقارنة بالعام 2000.

² World Health Organization, 2002. Tobacco Free Initiative, Health effects of smoking among young people.

Available from: www.wpro.who.int/media_center/fact_sheet/fs_200205208.htm

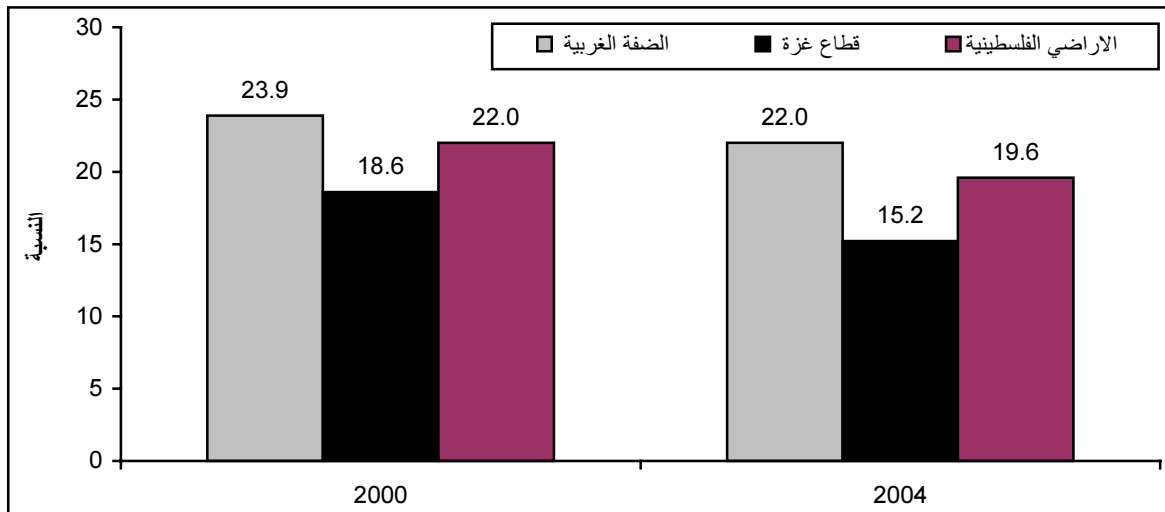
³ World Health Organization, 2002. Fact Sheets, Smoking statistics. Available from: www.wpro.who.int/media_center/fact_sheet/fs_200205208.htm

شكل 2.9: نسبة الأفراد 12 سنة فأكثر المدخنين حسب الجنس والمنطقة، 2000، 2004



وعلى صعيد المنطقة يلاحظ أن هناك فجوة واضحة في نسب التدخين بين كل من الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث بلغت نسبة الأفراد 12 سنة فأكثر المدخنين في الضفة الغربية 22.0% مقابل 15.2% في قطاع غزة، ومن خلال البيانات التي يعرضها شكل (3.9) فإن الفجوة على صعيد المنطقة كانت قائمة في العام 2000، ولعل نمط وظروف الحياة الاجتماعية والاقتصادية التي يعيشها المواطنون في قطاع غزة سببا وراء انخفاض نسب التدخين مقارنة بالضفة الغربية.

شكل 3.9: نسبة الأفراد 12 سنة فأكثر المدخنين حسب المنطقة، 2000، 2004

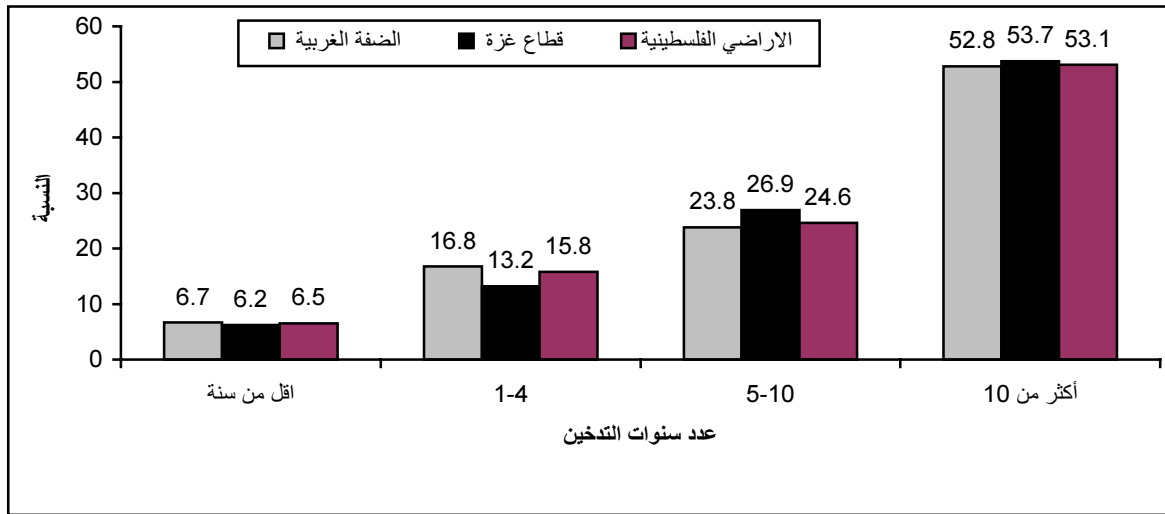


وحول انتشار التدخين بين الأفراد حسب الفئات العمرية، تشير البيانات إلى أن نسبة التدخين وكما هو متوقع ترتفع بارتفاع العمر، حيث بلغ عدد الأفراد المدخنين في الفئة العمرية 12-19 سنة 28,857 فردا، بنسبة 4.1% وأن عدد الأفراد المدخنين في الفئة العمرية 20-29 سنة بلغ 152,942 فردا أي بنسبة 24.5%. فيما تشير البيانات إلى أن هناك 281,265 فردا الذين تبلغ أعمارهم 30 سنة فأكثر هم من المدخنين، بنسبة 27.0%.

على صعيد متوسط عدد السجائر الذي يدخنه الأفراد يوميا، تشير البيانات إلى أن نصف هؤلاء الأفراد 51.0% يدخنون من 11-20 سيجارة يوميا، فيما يدخن ما نسبته 23.0% من 21-40 سيجارة يوميا، وتقل نسبة الأفراد الذين يدخنون أكثر من 40 سيجارة يوميا (4.2%)، فيما يدخن ما نسبته 21.8%، 10 سجائر فأقل يوميا.

أما فيما يتعلق بعدد سنوات التدخين، تشير البيانات الواردة في شكل (4.9)، إلى أن أكثر من نصف الأفراد 12 سنة فأكثر المدخنون يمارسون هذه العادة منذ مدة تزيد عن العشر سنوات، فيما بلغت نسبة الأفراد الذين يدخنون منذ أقل من سنة 6.5%.

شكل 4.9: التوزيع النسبي للأفراد 12 سنة فأكثر حسب عدد سنوات التدخين والمنطقة، 2004



4.9 الأمراض المزمنة:

تعتبر الأمراض المزمنة السبب الرئيسي وراء الوفيات والإعاقات على المستوى العالمي في هذه الأوقات، حيث تشكل أمراض القلب والسكري والسمنة والسرطانات والأمراض التنفسية ما نسبته 59.0% من 57 مليون حالة وفاة في العالم سنويا و46.0% من نسبة انتشار الأمراض⁴

ولعل التحول الوبائي الذي حصل والناجم عن التغيير في النمط الغذائي والتحضر والتطور الاقتصادي وعوامل أخرى أدى إلى تحول أنماط انتشار الأمراض من الأمراض المعدية والسارية إلى المزمنة (غير المعدية)، وتؤكد الدراسات إلى أن التحول في الأنماط الغذائية يسير بشكل متسارع في الدول النامية أكثر من الدول المتقدمة، وذلك يؤدي إلى زيادة انتشار الأمراض المزمنة في تلك الدول⁴.

محليا، يشير تقرير وزارة الصحة الصادر في العام 2004، أن أمراض القلب تحتل المرتبة الأولى من بين الأمراض المسببة للوفاة في الضفة الغربية وقطاع غزة بنسبة 20.1%، فيما احتلت أمراض السرطان المرتبة الرابعة بنسبة 9.0%، وامراض الضغط المرتبة السابعة بنسبة 4.9% واحتل السكري المرتبة التاسعة بنسبة 4.1%⁵

⁴ World Health Organization, 2002. Facts related to chronic diseases. Available from: www.wpro.who.int/media_center/fact_sheet/fs_200205208.htm

⁵ Ministry of Health; HMIS. Health status in Palestine. Annual Report 2003. Palestine: MOH; 2004

تم خلال المسح الصحي الديمغرافي-2004 سؤال جميع أفراد الأسر الذين تمت مقابلتهم فيما إذا يعانون من واحد على الأقل من الأمراض المزمنة التي شملتها استمارة المسح وهي السكري، وضغط الدم، والسرطان، وامراض القلب، والربو، والصرع، والقرحة، والأمراض الوراثية، وامراض المفاصل وفقر الدم. وقد أشارت البيانات إلى أن 92.3% من هؤلاء الأفراد لا يعانون من أي مرض من الأمراض المزمنة المذكورة، وبلغت نسبة الأفراد الذي أفادوا بأنهم مصابون بمرض واحد على الأقل من الأمراض سابقة الذكر ويتلقون علاجاً لها 7.7%، أي بزيادة قدرها 35.0% عن العام 2000.

ومن الملاحظ ان ضغط الدم والسكري تحتل المراتب الأولى والثانية بين الأمراض المزمنة التي سئل عنها المبحوثون (3.0% و2.2% على التوالي)، وهي الأمراض نفسها التي احتلت المرتبتين الأولى والثانية وفقاً لبيانات المسح الصحي 2000 (2.4% و2.0% على التوالي).

أما على صعيد المنطقة، فتشير البيانات في جدول 1.9 أن نسبة الأفراد المصابين بأمراض مزمنة هي الأعلى في الضفة الغربية مقارنة بقطاع غزة (8.7% مقابل 6.0% على التوالي)، في حين لم يلاحظ أي فروق على مستوى نوع التجمع. وكما هو موضح في الجدول فإن أمراض السكري وضغط الدم والقرحة والربو وامراض المفاصل وفقر الدم هي الأعلى في الضفة الغربية عنها في قطاع غزة.

بالنظر إلى انتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس، وكما هو مبين في جدول (1.9)، نجد أن الأفراد الإناث يعانون من أمراض مزمنة بنسبة أكبر مقارنة بالذكور (8.9% مقابل 6.6% على التوالي)، وهو ما كان الحال عليه في العام 2000 حيث بلغت النسب في حينه على التوالي 6.4% مقابل 5.1%. ومن الواضح أن الإناث يعانون من أمراض ضغط الدم والمفاصل وفقر الدم بمعدل الضعف لكل مرض مقارنة بالذكور. وقد يكون لسنوات معدل البقاء على قيد الحياة الأعلى لدى الإناث سبباً وراء ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة، إضافة إلى الأسباب الاجتماعية التي تسيطر في مجتمعنا والتي تسلب الإناث بعض الحقوق الاجتماعية والصحية.

وحول انتشار الأمراض المزمنة بين الأفراد حسب العمر، تشير البيانات إلى أن هناك 239,130 فرداً في العمر 35 سنة فأكثر يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل من بين الأمراض التي شملها المسح، بنسبة 30.0%. وتشير البيانات إلى أن ضغط الدم هو المرض الذي يعاني منه هؤلاء الأفراد بشكل أكبر بنسبة 13.8%، يليه السكري 10.2% ثم أمراض المفاصل وفقر الدم بنسبة 8.6% لكل منهما.

جدول 1.9: نسبة الأفراد الذين أفادوا بأنهم مصابون بأمراض معينة ويتلقون علاجاً لها حسب المرض وبعض الخصائص الخلفية، 2004

غير مصابين	المرض										الخصائص الخلفية
	فقر الدم	امراض المفاصل	امراض وراثية	صرع	ربو	قرحة	سرطان	امراض القلب	ضغط دم	سكري	
المنطقة											
92.3	2.0	2.0	0.4	0.2	0.8	0.7	0.1	1.2	3.0	2.2	الأراضي الفلسطينية
91.3	2.6	2.6	0.4	0.2	0.9	0.9	0.1	1.4	3.4	2.4	الضفة الغربية
94.0	1.1	1.1	0.3	0.3	0.7	0.3	0.1	0.8	2.3	1.9	قطاع غزة
نوع التجمع											
92.1	2.0	2.0	0.3	0.2	0.7	0.6	0.1	1.2	3.3	2.3	حضر
92.1	2.5	2.5	0.5	0.2	0.9	0.9	-	1.3	2.7	2.0	ريف
92.9	1.5	1.5	0.3	0.3	1.0	0.6	0.2	1.1	2.7	2.3	مخيم
الجنس											
93.4	1.3	1.3	0.2	0.3	0.8	0.8	0.1	1.1	2.0	2.0	ذكور
91.1	2.8	2.8	0.6	0.2	0.9	0.6	0.1	1.3	4.0	2.4	إناث
العمر بالسنوات											
98.1	0.3	0.3	0.3	0.2	0.5	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1	34-0
70.2	8.6	8.6	0.8	0.3	2.0	2.7	0.4	5.2	13.8	10.2	+35

5.9 الإعاقة:

عند الحديث عن الإعاقات في الأراضي الفلسطينية فإننا نستذكر ظروف القمع التعسفي الذي يمارسه الاحتلال الإسرائيلي بحق أبناء المجتمع الفلسطيني والذي زاد من مخاطر التعرض للإصابة بالإعاقة، حيث أفادت دراسة أجراها معهد الصحة العامة في جامعة بيرزيت أن 13.0% من الإصابات بين أفراد المجتمع الفلسطيني خلال الانتفاضة أدت إلى إعاقات دائمة⁶. ويشير تقرير وزارة الصحة السنوي للعام 2003 أن هناك 1,183 حالة إعاقة في الضفة الغربية وحدها منذ اندلاع انتفاضة الأقصى ولغاية نهاية العام 2003⁵ وعلى الرغم من أن نتائج المسح الصحي الديمغرافي 2004، والتي سيتم سردها لاحقاً تشير إلى عدم ارتفاع نسبة الإعاقة عموماً عما كان الحال عليه في العام 1997، حيث تم جمع بيانات حول انتشار الإعاقة في المجتمع الفلسطيني في حينه من خلال استمارة التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت. إلا أنه يجب أن لا ننكر أن 4 سنوات إضافية من القمع الإسرائيلي كانت كفيلاً برفع نسبة المعاقين بين أفراد المجتمع الفلسطيني. ولعل التعريف الذي تم استخدامه في المسح الصحي الديمغرافي 2004 لقياس انتشار الإعاقة لم ينجح في رصد نسبة انتشار الإعاقة بشكل دقيق.

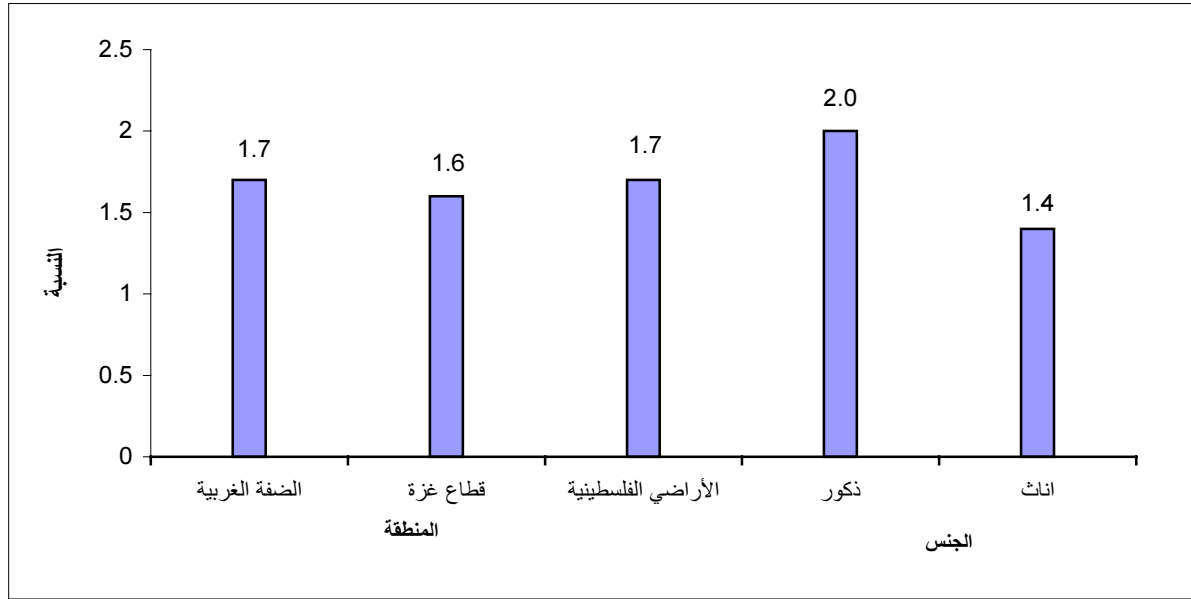
تشير نتائج المسح الصحي الديمغرافي إلى أن نسبة الإعاقة بلغت 1.7%، ولم يلاحظ تفاوت بين الضفة الغربية وقطاع غزة، حيث بلغت هذه النسبة (1.7% مقابل 1.6%) على التوالي.

⁶ Ferriman A. Palestinian Territories face huge of disability. BMJ Journal 2002. 9 Feb. 320-324

5 مرجع سابق

ويلاحظ أن هناك تفاوتاً في نسب الإعاقة على مستوى الجنس في الأراضي الفلسطينية. يبين الشكل (5.9) أن نسبة الإعاقة بين الذكور تزيد بمقدار الضعف تقريباً عنها بين الإناث، ولعل الأسباب التي لها علاقة بطبيعة دور الذكور في الحياة العامة كالمشاركة في سوق العمل والمشاركة في فعاليات الانتفاضة وراء ارتفاع نسبة الإعاقة بين الذكور مقارنة مع الإناث. من الجدير ذكره أن هذه النتائج تتفق مع نتائج التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت الذي نفذته الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في العام 1997.

شكل 5.9: نسبة الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة في الأراضي الفلسطينية حسب الجنس والمنطقة، 2004



على صعيد نوع التجمع، تشير البيانات إلى أن نسبة الإعاقة بين سكان الريف والمخيمات هي الأعلى مقارنة بتلك النسبة بين سكان الحضر، حيث بلغت 1.9% لكل من الريف والمخيمات و1.5% للحضر.

وحول انتشار الإعاقة حسب العمر، فتشير البيانات إلى أن هناك علاقة طردية بين العمر وانتشار الإعاقة، حيث تزيد نسبة انتشار الإعاقة بارتفاع العمر، وهذا متوقع، حيث تزيد عوامل الخطر المرتبطة بحدوث الإعاقة بارتفاع العمر، خاصة مع انتشار الأمراض المزمنة بشكل أكثر بين فئات العمر المتقدمة.

1.5.9 نوع الإعاقة:

شكلت الإعاقة الحركية النسبة الأعلى بين الإعاقات، حيث أن حوالي ثلث المعاقين هم معاقون حركياً (29.8%). وترتفع هذه النسبة في قطاع غزة وفي الحضر وبين الذكور (33.0% و31.0% و31.0%) على التوالي. ولعل التفاوت بين الذكور والإناث مرده إلى أن الإعاقات الحركية الناتجة عن الحرب وإصابات العمل وحوادث السير بين الذكور تفوق مثيلاتها بين الإناث. وهذا منطقي، إذ أن مشاركة الذكور في الحروب والانتفاضة على الأخص أكثر من مشاركة الإناث، إضافة إلى حجم مشاركة الذكور في سوق العمل الذي يزيد كثيراً عن الإناث.

أما في المرتبة الثانية فتأتي الإعاقة البصرية، حيث تشكل ما نسبته 18.7% من مجموع الإعاقات. وترتفع هذه الإعاقة في الضفة الغربية عنها في قطاع غزة (21.0% مقابل 14.4% على التوالي)، فيما ترتفع بين الإناث عنها بين الذكور

(21.3% مقابل 17.0%) على التوالي، وهذا يعطي مدلولاً على ضرورة إيلاء اهتمام أكبر لفئة الإناث من النواحي الصحية والاجتماعية.

وتحتل الإعاقة العقلية المرتبة الثالثة حيث بلغت 13.6% من مجموع الإعاقات وترتفع هذه الإعاقة في الضفة الغربية عنها في قطاع غزة، وهي على عكس النتائج التي وردت خلص إليها التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت في العام 1997، ولعل انخفاض نسبة الإعاقة العقلية والحركية بين سكان المخيمات إلى الضعف حسب نتائج المسح الصحي الديمغرافي 2004 سببا وراء انخفاض النسبة ككل في قطاع غزة. أنظر جدول (2.9).

جدول 2.9: التوزيع النسبي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب نوع الإعاقة وبعض الخصائص الخلفية، 2004

المجموع	نوع الإعاقة										الخصائص الخلفية
	أخرى	استخدام الأصابع	متعددة	عقلية وحركية	سمعية ونطقية	حركية	عقلية	نطقية	سمعية	بصرية	
المنطقة											
100	0.3	3.9	11.8	2.6	5.0	29.8	13.6	8.3	6.0	18.7	الأراضي الفلسطينية
100	0.6	4.3	9.3	2.4	3.3	28.1	14.8	10.0	6.3	20.9	الضفة الغربية
100	-	3.1	16.4	3.0	8.3	33.0	11.4	5.1	5.3	14.4	قطاع غزة
الجنس											
100	-	5.0	10.9	2.9	6.2	30.9	12.5	9.0	5.7	16.9	ذكور
100	0.9	2.3	13.2	2.1	3.2	28.1	15.3	7.2	6.4	21.3	إناث
نوع التجمع											
100	0.8	1.5	14.0	2.8	3.9	30.9	15.8	5.8	6.6	17.9	حضر
100	-	6.1	9.2	1.1	4.9	27.6	13.6	11.5	6.1	19.9	ريف
100	-	6.5	10.4	4.7	8.0	30.5	8.0	9.4	4.0	18.5	مخيم

2.5.9 سبب الإعاقة:

يبين جدول (3.9) أن الإعاقات الناجمة عن الأسباب المرضية تعتبر السبب الأعلى بين الأسباب المؤدية للإعاقة 34.6%، تليها الأسباب الناجمة عن الأمراض الخلقية 32.5%، فيما شكلت حوادث السير اقل نسبة بين الأسباب المؤدية للإعاقات 3.0%. وكما هو واضح في الجدول، فإن الإعاقات الناجمة عن الأسباب المرضية ترتفع في قطاع غزة وبين الأفراد الإناث وفي المخيمات 37.9% و41.5% و38.0% على التوالي، فيما ترتفع نسبة الإعاقات الناجمة عن الأمراض الخلقية في قطاع غزة وبين الذكور وفي الريف 37.0% و33.6% و34.6% على التوالي. ولعل السبب في ارتفاع نسبة الإعاقات الناجمة عن الأمراض الخلقية في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية يعود إلى ارتفاع نسبة زواج الأقارب في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية، الأمر الذي يزيد من مخاطر حدوث مثل هذه الإعاقات.

وقد يكون التباين بين الذكور والإناث في الإعاقات الناجمة عن الأسباب المرضية ناجم عن حقيقة أن الإناث عرضة للإصابة بالأمراض المزمنة أكثر من الذكور لأسباب تتعلق بالظروف الاجتماعية وطول فترة البقاء على قيد الحياة لدى الإناث دون الذكور كما تم الإشارة مسبقاً.

جدول 3.9: التوزيع النسبي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب سبب الإعاقة وبعض الخصائص الخلفية، 2004

المجموع	سبب الإعاقة								الخصائص الخلفية
	أخرى	حوادث أخرى	حادث سير	إصابة عمل	حرب	أثناء الولادة	خلقي	مرضي	
	المنطقة								
100	4.6	9.1	3.0	3.3	6.0	6.9	32.5	34.6	الأراضي الفلسطينية
100	5.8	11.2	3.9	3.8	5.7	6.7	30.1	32.8	الضفة الغربية
100	2.4	5.0	1.5	2.3	6.6	7.4	36.9	37.9	قطاع غزة
	الجنس								
100	4.6	8.1	4.8	4.6	9.0	5.5	33.6	29.8	ذكور
100	4.6	10.5	0.5	1.4	1.6	9.0	30.9	41.5	إناث
	نوع التجمع								
100	6.3	7.8	4.6	3.0	3.5	8.5	32.4	33.9	حضر
100	4.1	12.0	1.8	3.3	6.8	3.8	34.6	33.6	ريف
100	1.0	7.4	1.0	4.1	11.4	8.2	28.9	38.0	مخيم

من ناحية أخرى، وكما هو موضح في الجدول (3.9)، فإن هناك تبايناً بين الذكور والإناث في نسب الإعاقات الناجمة عن الحرب وإصابات العمل وحوادث السير، إذ ترتفع هذه النسب بين الذكور بشكل واضح، فنجد أن نسب الإعاقات الناجمة عن الحروب تزيد بمقدار 6 أضعاف تقريباً بين الذكور عن مثيلاتها بين الإناث، وتزيد نسب الإعاقات الناجمة عن إصابات العمل بين الذكور بمقدار يزيد عن 3 أضعاف عنها بين الإناث. ولعل الأسباب وراء هذا التباين راجع إلى حجم مشاركة الذكور في الحروب وبالتحديد في الانتفاضة والمشاركة الأكبر للذكور في سوق العمل عنها بين الإناث.

3.5.9 نوع الإعاقة وسببها:

يتضح من الجدول (4.9) أن الأسباب المرضية شكلت السبب الرئيس في كل من الإعاقات البصرية والسمعية والحركية، (44.7%، و53.8%، و39.3% على التوالي)، فيما شكلت الأسباب الخلقية السبب الرئيس لكل من الإعاقات السمعية والنطقية والإعاقات النطقية والإعاقات المتعددة (69.6%، و62.4%، و46.4% على التوالي). يذكر أن هذه النتائج جاءت متوافقة مع نتائج التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-1997.

جدول 4.9: التوزيع النسبي للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة حسب نوع الإعاقة وسببها، 2004

المجموع	سبب الإعاقة								نوع الإعاقة
	أخرى	حوادث أخرى	حادث سير	إصابة عمل	حرب	أثناء الولادة	خلقي	مرضي	
100	6.7	14.3	2.9	3.7	4.5	3.1	20.1	44.7	بصرية
100	9.6	5.9	2.9	2.5	11.0	-	14.3	53.8	سمعية
100	-	3.3	-	3.8	-	3.7	62.4	26.8	نطقية
100	3.3	3.4	3.5	-	-	7.0	69.6	13.2	سمعية ونطقية
100	2.7	9.0	5.8	5.1	9.6	9.5	19.0	39.3	حركية
100	-	15.7	-	11.8	30.4	-	22.5	19.6	استخدام الأصابع
100	10.9	8.3	1.8	-	1.2	7.4	45.3	25.1	عقلية
100	13.5	21.1	-	-	-	18.6	34.3	12.5	عقلية وحركية
100	-	5.2	1.3	1.5	2.7	11.5	46.4	31.4	متعددة
100	-	-	-	-	-	-	45.0	55.0	أخرى
100	4.6	9.1	3.0	3.3	6.0	6.9	32.5	34.6	المجموع

الملخص التنفيذي:

- هناك ارتفاع في نسبة تغطية التأمين بمقدار 26.0% مقارنة بالعام 2000. وترتفع نسبة الأفراد المؤمنين لدى وزارة الصحة في قطاع غزة مقارنة بالضفة الغربية.
- يزيد عدد المستفيدين من التأمين الخاص في الضفة الغربية بمقدار الضعف مقارنة بقطاع غزة.
- 19.6% من الأفراد 12 سنة فأكثر في الأراضي الفلسطينية هم من المدخنين، بانخفاض قدره 11.0% عن العام 2000.
- ترتفع نسبة المدخنين في الضفة الغربية وبين الذكور (22.0% و 36.6% على التوالي).
- 4.1% من الأفراد 12-19 سنة من المدخنين، فيما يدخن ما نسبته 27.0% من الأفراد 30 سنة فأكثر.
- نصف المدخنون يدخنون بمعدل 11-20 سيجارة يوميا، فيما يدخن حوالي الربع بمعدل 21-40 سيجارة يوميا.
- 7.7% من الأفراد أفادوا أنهم يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل بزيادة قدرها 35.0% عن العام 2000، وتزيد هذه النسبة في الضفة الغربية وبين الإناث.
- لا زالت أمراض ضغط الدم والسكري تشكل النسب الأعلى بين مجموع الأمراض التي يعاني منها الأفراد المشمولين بالمسح.
- 1.7% من الأفراد في الأراضي الفلسطينية من المعاقين، ويلاحظ تفاوت كبير بين الذكور والإناث يصل إلى الضعف لصالح الذكور.
- تعتبر الإعاقات الحركية الأعلى من مجموع الإعاقات، حيث تشكل ثلث الإعاقات وترتفع في قطاع غزة وبين الذكور.

- تعتبر الأسباب المرضية الأعلى بين الأسباب المؤدية للإعاقة، تلتها الأمراض الخلقية (34.6% و32.5% على التوالي).

التوصيات:

1. نظراً للانتشار المتسارع للأمراض المزمنة بمختلف أنواعها في الأراضي الفلسطينية، ونظراً لمحدودية البيانات المتوفرة حول هذا المؤشر، نوصي بأن يتم إضافة فئة أخرى من الأمراض المزمنة ضمن استمارة المسح عند تنفيذ دورات أخرى.
2. حيث أن التعريف المستخدم لقياس مدى انتشار الإعاقة في الأراضي الفلسطينية لا يسمح بقياس حجم الظاهرة بشكل أكبر، فإنه من المفيد استخدام تعريف أوسع لرصد مدى انتشار الإعاقة بين أفراد المجتمع الفلسطيني، ومحاولة تطبيق التصنيفات الجديدة للإعاقة الصادرة عن منظمة الصحة العالمية.
3. هناك انخفاض على نسب المدخنين بشكل عام، لذا نرى أنه من الضروري أن يتم استثمار هذا الجانب من خلال التركيز في حملات التوعية ضد التدخين، خاصة بين طلبة المدارس والجامعات.

المراجع

1. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005. المسح الصحي الديمغرافي، 2004- النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.
2. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي- 2000، النتائج الأساسية. رام الله- فلسطين.
3. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. المسح الصحي- 2000، التقرير النهائي. رام الله- فلسطين.
4. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. سلسلة التقارير التحليلية من بيانات التعداد والمسوح الصحية والديمغرافية، رقم (3): صحة الأطفال في الأراضي الفلسطينية. رام الله - فلسطين.
5. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004. مسح الوصول إلى الخدمات الصحية - 2003، النتائج الأساسية. رام الله- فلسطين.
6. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. قاعدة بيانات المسح الصحي الديمغرافي-2004. رام الله فلسطين.
7. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. قاعدة بيانات المسح الصحي -2000. رام الله فلسطين.
8. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. قاعدة بيانات المسح الديمغرافي-1995. رام الله فلسطين.
9. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1997. المسح الديمغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة- 1997، التقرير النهائي. رام الله- فلسطين.
10. World Health Organization (2004), the World Health Report 2004, Changing History, Geneva
10. The National Health Plan for the Palestinian People, Objectives and Strategies, April, 1994
11. Palestinian National Authority – Ministry of Health, National strategic Health Plan
12. Palestinian Central Bureau of Statistics. 2005. Demographic and Health Survey-2004, Main findings: Ramallah-Palestine.
13. Palestinian Central Bureau of Statistics, 2000, Health Survey-2000, Main Findings. Ramallah-Palestine.
14. Palestinian National Authority, Ministry of Health, the Status of Health in Palestine, Annual Report 2003, Palestine
15. World Health Organization (2004), the World Health Report 2004, Changing History, Geneva
16. Palestinian National Authority, Ministry of Health, The Status of Health in Palestine, Annual Report 2003, Palestine.

17. Palestinian National Authority, Ministry of Health, The Status of Health in Palestine, Annual Report 2003, Palestine
18. Ministry of Health. National Strategic Health Plan (1999-2003). Palestine
19. World Health Organization, 2002. Tobacco Free Initiative, Health effects of smoking among young people. Available from:
www.wpro.who.int/media_center/fact_sheet/fs_200205208.htm
20. World Health Organization, 2002. Fact Sheets, Smoking statistics. Available from:
www.wpro.who.int/media_center/fact_sheet/fs_200205208.htm
21. World Health Organization, 2002. Facts related to chronic diseases. Available from:
www.wpro.who.int/media_center/fact_sheet/fs_200205208.htm
22. Ministry of Health; HMIS. Health status in Palestine. Annual Report 2003. Palestine: MOH; 2004
23. Ferriman A. Palestinian Territories face huge of disability. BMJ Journal 2002. 9 Feb. 320-324

الملاحق

ملحق رقم 1

الرعاية المركزة أثناء الحمل

نهج أفضل وأقل تكلفة وأسرع وقائم على أساس الأدلة

- يعكس برنامج الرعاية أثناء الحمل تلك البرامج في البلدان النامية، حيث أنها عادة ما تفتقر إلى التنفيذ الجيد ولا تبذل جهداً كافياً للعمل على تعزيز صحة الأمهات وحديثي الولادة.
- لم يتم عمل تقييم شامل لمكونات الرعاية أثناء الحمل إلا حديثاً. ولقد قامت منظمة الصحة العالمية بتطوير رزمة من الرعاية المركزة أثناء الحمل تشتمل على الإرشاد والفحص والاختبار تتناول أهداف مباشرة وأثبتت مزاياها الصحية.

غايات الرعاية المركزة أثناء الحمل:

يعمل النهج الجديد في التعامل مع الرعاية أثناء الحمل من خلال التركيز على الكيفية لا الكمية. حيث توصي منظمة الصحة العالمية بالقيام بأربع زيارات فقط أثناء الحمل في حالات الحمل الطبيعي. فالهدف الرئيسي للرعاية المركزة أثناء الحمل هو مساعدة النساء على الحصول على حمل طبيعي من خلال:

- معرفة الظروف الصحية المسبقة
- التعرف المبكر على وجود أي مضاعفات تنشأ أثناء الحمل
- تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض
- التحضير للولادة والتخطيط لمواجهة أي مضاعفات

معرفة الظروف الصحية المسبقة:

تعتبر معرفة الظروف الصحية المسبقة جزءاً من التقييم الأولي حيث يعمل مقدم الخدمات الصحية من خلاله على التحدث مع المرأة وفحصها بحثاً عن وجود أي علامات لوجود حالات مرض مزمن أو أمراض معدية. الظروف الصحية المسبقة مثل نقص المناعة المكتسبة والملاريا والسفلس والأمراض المنقولة بالجنس، بالإضافة إلى فقر الدم وأمراض القلب والسكري وسوء التغذية والسل تؤثر على نتائج الحمل، بالتالي فهي تتطلب علاجاً فورياً، وعادة ما تحتاج إلى مستوى مكثف أكثر من المراقبة والمتابعة الصحية أثناء فترة الحمل.

ملاحظة: يحل نموذج الرعاية المركزة أثناء الحمل الجديد محل نهج الفحص الذي يعمل على البحث عن عوامل الخطر، حيث أن الأبحاث أثبتت فشل النهج الأخير بالرغم من أنه لا يزال يستخدم بشكل واسع حتى الآن. أضف إلى ذلك أن نهج الفحص فشل في التنبؤ بحدوث مضاعفات أثناء الحمل والولادة. في المقابل نجد أن رزمة منظمة الصحة العالمية تحتوي على نموذج تصنيف يساعد مقدمي الرعاية على تحديد النساء اللواتي يعانين من حالات مسبقة تحتاج إلى علاج ومراقبة أكبر.

التعرف المبكر على وجود أي مضاعفات تنشأ أثناء الحمل:

يعمل مقدم الرعاية من خلاله على التحدث مع المرأة وفحصها لتحديد وجود أي مشاكل في الحمل والتي قد تتطلب علاجاً ومراقبة ومتابعة. فالحالات مثل فقر الدم والعدوى والنزيف المهبلي وضغط الدم المرتفع للحمل والنمو غير الطبيعي للجنين أو وضع الجنين غير الطبيعي بعد 36 أسبوعاً قد يكون أو قد يصبح تهديداً إذا لم يتم علاجه.

تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض: يعتبر تقديم الإرشاد حول قضايا هامة تؤثر على صحة المرأة وصحة المولود الجديد بمثابة عنصراً حيوياً في الرعاية المركزة أثناء الحمل. ويجب أن يشتمل الإرشاد على ما يلي:

- كيفية تحديد علامات الخطر وكيفية التعامل معها ومكان الحصول على مساعدة
- التغذية الجيدة وأهمية الراحة
- النظافة وممارسات الوقاية من العدوى
- خطر التدخين والمشروبات الكحولية والمخدرات والعلاج التقليدي
- الرضاعة الطبيعية
- تنظيم الأسرة أثناء النفاس والمباعدة بين الأحمال

يجب أن تحصل جميع النساء على الخدمات الوقائية التالية:

- تطعيم الكزاز
- تناول أقراص الحديد وفيتامين ب (folate)

يجب أن تحصل المرأة على الخدمات التالية في المناطق الأكثر تهديداً:

- علاج افتراضي ضد المرض الذي تسببه دودة الانسيلوستوما
- إرشاد وفحص تطوعي ضد مرض نقص المناعة المكتسبة
- الحماية ضد الملاريا من خلال علاج وقائي على فترات واستخدام شبكات لتغطية الفراش معالجة ضد الحشرات
- الحماية من الأمراض الناجمة عن نقص فيتامين أ واليود

التحضير للولادة والتخطيط لمواجهة أي مضاعفات: حوالي 15% من النساء يصبن بمضاعفات تهدد حياتهن، بالتالي فإن على المرأة وعائلتها أن يخططوا للحصول على ما يلي:

- وجود شخص يتمتع بالمهارات اللازمة عند الولادة
- إيجاد مكان للولادة ومعرفة كيفية الوصول إليه وكيفية الحصول على مواصلات في حال حدوث طوارئ
- العناصر اللازمة للولادة
- توفير الأموال اللازمة للدفع للشخص صاحب المهارات اللازمة والدفع مقابل أي أدوية أو مواد لازمة
- الدعم خلال وبعد الولادة (مثلاً دعم العائلة والأصدقاء)
- وجود متبرعين للدم في حال حدوث طوارئ

تطبيق الرعاية المركزة أثناء الحمل: تعتبر الرزمة التي تقدمها منظمة الصحة العالمية والمتعلقة بالرعاية أثناء الحمل بمثابة المساعد لمقدمي الرعاية. فهي تحتوي على نماذج وقوائم الفحص اللازمة لتطبيق استخدامها، بالإضافة إلى تعليمات الاستخدام. قد يحتاج استخدام الرزمة إلى تحديث المعايير الوطنية الطبية المتعلقة بالرعاية أثناء الحمل، إلا أن هذا الأمر يعتمد على الدولة المستخدمة لهذه الرزمة. وقد يحتاج تطبيقها إلى تغيير مناهج التدريب المتعلقة بالرعاية أثناء الحمل والتدريب أثناء الخدمة لمقدمي خدمات الرعاية أثناء الحمل وللمشرفين عليهم. بالإضافة إلى خطة وتقييم شامل لتطوير الأدوية والمعدات والتوريدات اللازمة لتطبيق الرزمة. قامت البرامج الممولة من قبل الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية بتطوير معايير نموذجية وإرشادات يمكن تكييفها مع الظروف المحلية. بالإضافة إلى وجود نماذج ومناهج لمساعدة مقدمي الخدمات في تحديث خبراتهم ومهاراتهم.

ملحق رقم 2
توصيات منظمة الصحة العلمية بخصوص
برنامج تطعيم الكزاز

سياسة منظمة الصحة العالمية

1. الوقاية من الكزاز لجميع الأعمار

تستوفر الحماية من الكزاز في جميع البلدان من خلال الالتزام ببرامج التطعيم التي تبدأ في فترة حداثة الولادة، والحصول على جرعات إضافية في مراحل لاحقة من العمر. وتتص توصيات EPI بخصوص تناول المطعوم الثلاثي في البلدان النامية على أن يعطى عندما يبلغ الطفل 6 أسابيع من العمر وعند بلوغ 10 أسابيع وعند بلوغ 14 أسبوعاً، أما بعض الدول فإنها تعطي هذا المطعوم أيضاً عند بلوغ الخامسة. وتعطى جرعة إضافية من تطعيم الكزاز في الفترة الواقعة بين السنة الأولى والسنة من عمر الطفل بعد إعطاء الجرعة الثالثة في عدد متزايد من البلدان.

2. الوقاية من الكزاز بين حديثي الولادة

بسبب ارتفاع معدل الوفيات وبالرغم من أن العديد من البلدان قد حققت إنجازات في تغطية النساء في سن الحمل بجرعتين على الأقل من مطعوم الكزاز إلا أن الكزاز بين حديثي الولادة لا يزال يعتبر مشكلة صحية عالمية حيث يقدر عدد حالات الإصابة به بحوالي نصف مليون حالة سنوياً. كما أن هناك قصور كبير في التبليغ عن حالات الإصابة بالكزاز حيث أن فئة السكان الأكثر عرضة للإصابة بهذا المرض في مرحلة حداثة الولادة تقطن في المناطق الريفية حيث تفتقر إلى إمكانية الحصول على رعاية صحية وتسجيل المواليد. وبسبب العبء الكبير الذي يسببه مرض الكزاز تم الاتفاق بين الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان على القضاء على الإصابة بالكزاز بين حديثي الولادة كمسكلة صحية عامة عام 2005 (وتعرف على أنها معدل الإصابة بالكزاز التي تصل إلى إصابة واحدة بين كل ألف حالة ولادة على مستوى المحافظات).

3. الوقاية من الكزاز لجميع الأعمار

تبدأ الحماية من الكزاز قبل الولادة وتستمر أثناء فترة حداثة الولادة ومن ثم من خلال جرعات تعطى في مراحل تالية. وتوصي منظمة الصحة العالمية بإعطاء المطعوم الثلاثي عند بلوغ ستة أسابيع وعشر أسابيع و 14 أسبوع. وهناك جرعة رابعة تعطى في بعض البلدان عند بلوغ سن ما بين 18-24 شهراً.

جدول تطعيم الكزاز للنساء في سن الحمل والنساء الحوامل اللواتي لم يأخذن من قبل مطعوم الكزاز أو **Td** أو المطعوم الثلاثي

الجرعة	متى تعطى	فترة الحماية المتوقعة
1 Td	أول اتصال أو في أقرب وقت ممكن أثناء الحمل	لا يوجد
2 Td	بعد أربع أسابيع على الأقل من تطعيم الكزاز 1	من سنة إلى ثلاث سنوات
3 Td	بعد ستة أشهر على الأقل من تطعيم الكزاز 2 أو خلال الحمل التالي	خمس سنوات على الأقل
4 Td	بعد ستة أشهر على الأقل من تطعيم الكزاز 3 أو خلال الحمل التالي	عشر سنوات على الأقل
5 Td	بعد ستة أشهر على الأقل من تطعيم الكزاز 4 أو خلال الحمل التالي	جميع السنوات التي يمكن أن تحمل فيها المرأة وأبعد من ذلك

ملحق 3:
الاستمارة



السلطة الوطنية الفلسطينية
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
المسح الصحي الديمغرافي 2004
استمارة الأسرة

جميع المعلومات في هذه الاستمارة هي لأغراض إحصائية محضة وليست لأي غرض آخر. وتعتبر سرية بموجب قانون الإحصاءات العامة لعام 2000			
IDH00 - رقم الاستمارة المتسلسل في العينة: <input type="text"/>		IDH04 - رقم الاستمارة في منطقة العد <input type="text"/>	
IDH01 - المحافظة: <input type="text"/>		IDH05 - عنوان المبنى: <input type="text"/>	
IDH02 - التجمع: <input type="text"/>		IDH06 - اسم رب الأسرة: <input type="text"/>	
IDH03 - رقم منطقة العد في التجمع <input type="text"/>			
سجل المقابلة			
IR01 - جدول الزيارات			
	اليوم	الشهر	
الزيارة الأولى	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
الزيارة الثانية	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
الزيارة الثالثة	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
IR02 - العدد الكلي للزيارات <input type="text"/>			
IR03 - نتيجة المقابلة: <input type="text"/>			
1	اكتملت		
2	اكتملت جزئياً		
3	الأسرة مسافرة		
4	لا أحد بالبيت		
5	رفض التعاون		
6	لم يتوفر معلومات		
7	أخرى (حددي)		
IR04 - رقم سطر الفرد الذي أجاب على الأسئلة الخاصة بالأسرة <input type="text"/>		IR05 - مجموع أفراد الأسرة (ذكور، إناث) <input type="text"/>	
IR06 - مجموع النساء المؤهلات (سبق لهن الزواج) <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"/>	
IR09A - عدد الأطفال 5-17 سنة <input type="text"/>		IR09B - عدد النساء 15-54 سنة <input type="text"/>	
IR10 - برنامج المقابلة			
	اليوم	الشهر	الساعة
البدء - الزيارة الأولى			
الانتهاء - الزيارة الأولى			
البدء - الزيارة الثانية			
الانتهاء - الزيارة الثانية			
البدء - الزيارة الثالثة			
الانتهاء - الزيارة الثالثة			
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"/>		IR17 - اسم المدخل: <input type="text"/>	
IR16 - رقم المدققة: <input type="text"/>		IR18 - رقم المدخل: <input type="text"/>	
IR19 - اسم المرمز: <input type="text"/>		IR20 - رقم المرمز: <input type="text"/>	

للباحثة: ضعي إشارة X داخل المربع إذا استخدمت استمارة إضافية.

القسم الأول: بيانات أفراد الأسرة

HR08	HR07	HR06	HR05	HR04	HR03	HR02	HR01
هل (الاسم) عائد أو ليس عائدا؟	هل (الاسم) لاجئ مسجل أو لاجئ غير مسجل أو ليس لاجئاً؟	للباحثة: احسبي العمر من تاريخ الميلاد في HR05 وسجلي الإجابة بالسنوات الكاملة. وفي حال عدم معرفة تاريخ الميلاد اسألي عن العمر وسجليه سجلي (00) إذا كان العمر أقل من سنة 98 لا أعرف	ما هو تاريخ ميلاد (الاسم) باليوم والشهر والسنة؟ للباحثة: سجلي ذلك من خلال وثائق رسمية إن أمكن. سنة شهر يوم	هل (الاسم) ذكر أم أنثى؟ 1. ذكر 2. 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. عائد 2. ليس عائداً	1. لاجئ مسجل 2. لاجئ غير مسجل 3. ليس لاجئاً						01
							02
							03
							04
							05
							06
							07
							08
							09
							10
							11
							12
							13
							14
							15
							16
							17

HR12	HR11	HR10	HR09	HR02	HR01
<p>مكان الإقامة المعتادة السابقة (للاسم) إن وجدت.</p> <p>ضعي (-) إن لم يكن هناك مكان إقامة سابق وانتقلي إلى HR14</p> <p>اسم التجمع/المحافظة/الدولة الرمز</p>	<p>مدة الإقامة في مكان الإقامة المعتادة الحالية (بالسنوات الكاملة)</p> <p>اسم التجمع/المحافظة/الدولة الرمز</p>	<p>مكان الإقامة المعتادة الحالية (للاسم)</p> <p>اسم التجمع/المحافظة/الدولة الرمز</p>	<p>مكان إقامة الأم وقت ولادة الفرد (الاسم)</p> <p>اسم التجمع/المحافظة/الدولة الرمز</p>	<p>أسماء أفراد الأسرة المعتادين (الاسم الثلاثي)</p> <p>من فضلك سمي لي أسماء جميع الأشخاص الذين يقيمون عادة في أسرتك بما في ذلك الأطفال الصغار والرضع، ولنبداً برب الأسرة أولاً</p>	<p>رقم الفرد المتسلسل</p>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		01
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		02
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		03
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		04
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		05
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		06
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		07
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		08
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		09
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		10
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		11
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		12
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		13
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		14
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		15
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		16
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		17

HR17	HR16	HR15	HR14	HR13	HR02	HR01
هل أم (الاسم) على قيد الحياة؟ 1. نعم 2. لا ←HR19	هل يطابق مكان الإقامة الحالية مع مكان الإقامة المسجل في بطاقة الهوية الشخصية (الاسم)؟ 1. نعم 2. لا 3. لا يملك هوية (صغير السن) 4. لا يملك هوية (ليس لدية لم شمل)	أين كان (الاسم) يقيم في أيلول 2000 ؟ اسم التجمع، المحافظة/الدولة الرمز	هل (الاسم) كان يقيم / تقيم في هذا التجمع السكاني في أيلول 2000 ؟ 1. نعم ← HR16 2. لا 3. ولد بعد أيلول/2000 ← HR16	سبب تغيير مكان الإقامة السابق 1. العمل 2. الدراسة 3. الزواج 4. المرافقة 5. تهجير (بسبب الجدار) 6. تهجير (الإجراءات الإسرائيلية والاحتلال) 7. سوء الوضع المادي للأسرة 8. العودة إلى ارض الوطن 9. الحفاظ على الهوية المقدسية 10. أخرى	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
						01
						02
						03
						04
						05
						06
						07
						08
						09
						10
						11
						12
						13
						14
						15
						16
						17

HR22	HR21	HR20A	HR20	HR19	HR18	HR02	HR01
نوع الإعاقة HR24 ← لا يوجد 1. بصيرية 2. سمعية 3. نطقية 4. سمعية ونطقية 5. حركية 6. استخدام الأصابع 7. عقلية 8. عقلية وحركية 9. متعددة 10. أخرى	هل (الاسم) لديه تأمين صحي؟ 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. نعم، تأمين إسرائيلي 7. نعم، تأمين خارج البلاد 8. لا، بدون تأمين	هل (الاسم) مصاب بأحد الأمراض التالية بحسب تشخيص طبي؟ 1.سكري 2. ضغط دم 3. أمراض قلب 4. سرطان 5. قرحة 6. ربو (أزمة) 7. صرع 8. أمراض وراثية (الثلاسيميا، أمراض الدم) 9. أمراض المفاصل (الروماتزم) 10. فقر الدم 11. غير مصاب	للباحثة: إذا كان الأب يعيش مع الأسرة سجلي رقم سطره كما في سؤال HR01 سجلي (00) إذا كان الأب لا يعيش مع الأسرة	هل أب (الاسم) على قيد الحياة؟ 1. نعم 2. لا ← HR20A	الباحثة: إذا كانت الأم تعيش مع الأسرة سجلي رقم سطرها كما في سؤال HR01 سجلي (00) إذا كانت الأم لا تعيش مع الأسرة	أسماء أفراد الأسرة المعتادين (الاسم الثلاثي) من فضلك سمي لي أسماء جميع الأشخاص الذين يقيمون عادة في أسرتك بما في ذلك الأطفال الصغار والرضع، ولتبدأ برب الأسرة أولاً	رقم الفرد المتسلسل
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					01
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					02
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					03
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					04
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					05
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					06
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					07
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					08
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					09
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					10
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					11
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					12
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					13
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					14
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					15
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					16
	8 7 6 5 4 3 2 1	11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1					17

للأفراد 10 سنوات فأكثر				للأفراد 5 سنوات فأكثر				
HR28	HR27	HR26	HR25	HR24	HR23A	HR23	HR02	HR01
المهنة الرئيسية ما هو نوع /طبيعة العمل الذي يقوم/قام به (الاسم) بالتفصيل الرمز المهنة	العلاقة بقوة العمل خلال الأسبوع الماضي؟ 1. مشغول من 1 - 14 ساعة 2. مشغول 15 ساعة فأكثر 3. غائب عن العمل وسيعود له 4. متعطل سبق له العمل 5. متعطل لم يسبق له العمل 6. طالب متفرغ للدراسة 7. متفرغ لأعمال المنزل 8. عاجز عن العمل 9. لا يعمل ولا يبحث عن عمل 10. لا يعمل ولا يبحث عن عمل بسبب اليأس من البحث عن عمل 11. أخرى (إذا كانت الإجابة من 5-11 انتقلي إلى HR29)	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 دكتوراه 98 لا أعرف	ما هي عدد السنوات الدراسية التي أتمها (الاسم) بنجاح؟ سجلي (00) إذا كان عدد سنوات الدراسة أقل من سنة 98 لا أعرف	هل (الاسم)... 1. ملتحق حالياً بالتعليم 2. التحق بالتعليم وترك 3. التحق وتخرج 4. لم يلتحق أبداً بالتعليم ← HR27	كم كان عمر (اسم الفرد) عندما بدأت الإعاقة بالظهور؟ سجلي العمر بالسنوات الكاملة سجلي (00) إذا كان العمر أقل من سنة	سبب الإعاقة 1. مرضي 2. خلقي 3. أثناء الولادة 4. حرب 5. إصابة عمل 6. حادث سير 7. حادث من نوع آخر 8. أخرى/حدد	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
								01
								02
								03
								04
								05
								06
								07
								08
								09
								10
								11
								12
								13
								14
								15
								16
								17

				للأفراد 10 سنوات فأكثر						
				للأفراد 12 سنة فأكثر						
HR34	HR33	HR32	HR31	HR30	HR29C	HR29B	HR29A	HR29	HR02	HR01
للباحثة: دائرة حول رقم سطر الإناث في الفئة العمرية (15-54) سنة	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)	ما هي حالة (الاسم) الزوجية الحالية؟ هل هو/هي... 1. أعزب/عزباء 2. عقد لأول مرة ولم يتم الدخول 3. متزوج/متزوجة 4. مطلق/مطلقة 5. أرمل/أرملة 6. منفصل/منفصلة	للأفراد المدخنين: كم مضى على (اسم الفرد) وهو يدخن؟ سجلي عدد السنوات بالكامل سجلي 00 إذا كان أقل من سنة	للأفراد الذين يدخنون سجائر: كم عدد السجائر التي تدخن يومياً. 1. 10 فأقل 2. 11-20 3. 21-40 4. أكثر من 40	منذ متى تركت التدخين؟ سجلي الفترة بالأشهر الكاملة ثم انتقلي الى HR30	هل (الاسم) يدخن؟ 1. نعم: سجائر، غالباً ← HR29B 2. نعم: غليون، غالباً ← HR29C 3. نعم: أرجيلة، غالباً ← HR29C 4. مدخن سابق وترك 5. لا يدخن ولم يدخن سابقاً ← HR30	أسماء أفراد الأسرة المعتادين (الاسم الثلاثي) من فضلك سمي لي أسماء جميع الأشخاص الذين يقيمون عادة في أسرتك بما في ذلك الأطفال الصغار والرضع، ولتبدأ برب الأسرة أولاً	رقم الفرد المتسلسل
01	01		01							01
02	02		02							02
03	03		03							03
04	04		04							04
05	05		05							05
06	06		06							06
07	07		07							07
08	08		08							08
09	09		09							09
10	10		10							10
11	11		11							11
12	12		12							12
13	13		13							13
14	14		14							14
15	15		15							15
16	16		16							16
17	17		17							17

القسم الثاني: بيانات المسكن والأسرة

<input type="checkbox"/>	اسم الفرد:.....	رقم الفرد المجيب على هذا الجزء	HD00
<input type="checkbox"/>	1. فيلا 2. دار 3. شقة 4. غرفة مستقلة 5. خيمة 6. براكية 7. غير ذلك/ حدد	نوع المسكن الذي تقيم به الأسرة	HD01
<input type="checkbox"/>	1. مستأجر غير مفروش..... 2. مستأجر مفروش..... 3. ملك..... 4. دون مقابل..... 5. مقابل عمل..... 6. غير ذلك/ حددي.....	حيازة المسكن	HD02
<input type="checkbox"/>	1. شبكة مياه عامة..... 2. شراء تنكات مياه..... 3. بئر منزلي..... 4. عين أو نبع..... 5. أخرى(حددي).....	والآن أود أن أسألك بعض الأسئلة عن المسكن الذي تقطنين فيه عادة: ما هي أهم وسيلة رئيسية للحصول على المياه لدى الأسرة؟	HD03
<input type="checkbox"/>	1. شبكة عامة للصرف الصحي..... 2. حفرة امتصاصية..... 3. أخرى/حددي.....	كيف تقوم الأسرة بالتخلص من المياه العادمة في المنزل؟	HD04
<input type="checkbox"/>	1. مرحاض إفرنجي..... 2. مرحاض عربي..... 3. مرحاض عربي وإفرنجي..... 4. أخرى (حددي)..... 5. لا يوجد..... (انتقلي إلى HD08)	ما هو نوع المراض في المسكن؟	HD05
<input type="checkbox"/>	1. داخل المسكن..... 2. في ساحة المسكن.....	هل المراض موجود داخل المسكن/ساحة المسكن؟	HD06
<input type="checkbox"/>	1. خاص بالأسرة..... 2. مشترك مع أسرة أخرى.....	هل المراض خاص بالأسرة أم مشترك مع أسرة أخرى؟	HD07
<input type="checkbox"/>	1. وعاء بغطاء/أو في خزانة..... 2. وعاء بدون غطاء..... 3. أكياس بلاستيك..... 4. أخرى/حددي.....	في أي شيء تضعون الفضلات أو القمامة داخل المنزل قبل التخلص منها؟	HD08
<input type="checkbox"/>	1. داخل المطبخ..... 2. خارج المطبخ ولكن داخل الوحدة السكنية..... 3. خارج الوحدة السكنية.....	في أي مكان تضعون القمامة التي يتم التخلص منها؟	HD09
<input type="checkbox"/>	1. عن طريق جامع القمامة..... 2. يتم إلقتها في مكان مخصص..... 3. يتم حرقها..... 4. يتم إلقتها في الشارع..... 5. أخرى/حددي.....	كيف تتخلص العائلة من القمامة؟	HD10
<input type="checkbox"/>	1. يوميا..... 2. على الأقل مرتين في الأسبوع..... 3. مرة في الأسبوع..... 4. أخرى/حددي.....	كم مرة تتخلص العائلة من القمامة؟	HD11

<input type="checkbox"/>	1. بلاط 2. رخام/سراميك..... 3. صبة إسمنتية..... 4. أخرى (حديدي) _____	ما هي نوع أرضية المسكن	HD12
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	عدد الغرف	ما هو عدد الغرف في المسكن؟	HD13
<input type="checkbox"/> 16. ستلايت <input type="checkbox"/> 17. خدمة إنترنت <input type="checkbox"/> 18. راديو/مسجل	<input type="checkbox"/> 11. فيديو <input type="checkbox"/> 12. خط هاتف <input type="checkbox"/> 13. جوال (فلسطيني) <input type="checkbox"/> 14. خلوي إسرائيلي <input type="checkbox"/> 15. كمبيوتر	<input type="checkbox"/> 1. سيارة خاصة <input type="checkbox"/> 2. تلاجة كهربائية <input type="checkbox"/> 3. سخان شمسي <input type="checkbox"/> 4. غسالة ملابس <input type="checkbox"/> 5. طباخ غاز <input type="checkbox"/> 6. جلاية صحون <input type="checkbox"/> 7. تدفئة مركزية <input type="checkbox"/> 8. مكنسة كهربائية <input type="checkbox"/> 9. مكتبة منزلية <input type="checkbox"/> 10. تلفزيون	HD14 هل تتوفر السلع والخدمات التالية لدى الأسرة؟ 1. نعم 2. لا
<input type="checkbox"/>	1. غير مضاف إليه اليود (لا تغيير في اللون) 2. مضاف إليه اقل من 15 ppm (لون فاتح) 3. مضاف إليه أكثر من 15 ppm (لون غامق) 4. لا يوجد ملح في البيت 5. الملح لم يتم فحصه	HD15 للباحثة: خذي عينة من ملح الطعام وقومي بفحصه كما هو موضح في دليل التدريب. ما هي نتيجة الفحص؟	



السلطة الوطنية الفلسطينية
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
المسح الصحي الديمغرافي 2004
استمارة النساء (15-54) سنة

جميع المعلومات في هذه الاستمارة هي لأغراض إحصائية محضة وليست لأي غرض آخر. وتعتبر سرية بموجب قانون الإحصاءات العامة لعام 2000			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH04 - رقم الاستمارة في منطقة العد	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH00 - رقم الاستمارة المتسلسل في العينة:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH05 - عنوان المبنى:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH01 - المحافظة:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH06 - اسم رب الأسرة:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH02 - التجمع:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH03 - رقم منطقة العد في التجمع
سجل المقابلة			
			WIR01 - جدول الزيارات
	اليوم	الشهر	
الزيارة الأولى	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
الزيارة الثانية	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
الزيارة الثالثة	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			WIR02 - العدد الكلي للزيارات
اكتملت	1	<input type="checkbox"/>	WIR03 - نتيجة المقابلة:
اكتملت جزئياً	2		
مسافرة	3		
لم نتمكن من مقابلة المرأة	4		
رفضت التعاون	5		
لا يوجد امرأة مؤهلة	6		
لم يتوفر معلومات	7		
أخرى (حددي)	8		
<input type="checkbox"/>	WIR05 - مجموع النساء المؤهلات اللواتي قوبلن	<input type="checkbox"/>	WIR04 - مجموع النساء المؤهلات

للباحثة: ضعي إشارة X داخل المربع إذا استخدمت استمارة إضافية.

القسم الثالث: صحة النساء

الباحثة: يتم توجيه هذه الأسئلة لجميع النساء في العمر من (15 - 54) سنة بغض النظر عن الحالة الزوجية.

المرأة الثالثة	المرأة الثانية	المرأة الأولى		WH01
				WH02 اسم السيدة المؤهلة (15-54) سنة) من HR02
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		WH03 رقم سطر السيدة من HR34
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ممتازة 4. مقبولة 2. جيدة جدا 5. سيئة 3. متوسطة 6. سيئة جدا	WH04 كيف تقيمين حالتك الصحية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. يتناسب مع طولك 2. أقل من مما يجب مقارنة مع طولك 3. أقل بكثير مما يجب مقارنة مع طولك 4. أكثر مما يجب مقارنة مع طولك 5. أكثر بكثير مما يجب	WH05 هل تعتقدين أن وزنك:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. أكثر من 3 مرات أسبوعيا 2. 3 مرات أسبوعيا 3. اقل من 3 مرات أسبوعيا 4. أحيانا 5. لا تمارس مطلقا	WH06 هل تقومين بممارسة التمارين البدنية؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا (انتقلي إلى WH11)	WH07 هل عانيت من مشكلة صحية خلال الأسبوعين الأخيرين؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. مرض حاد..... 2. حالة نفسية.....	WH08 ما هي هذه المشكلة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. عيادة طبيب..... 2. مستشفى..... 3. صيدلية..... 4. معالج بالطب الشعبي..... 5. عالجت نفسي بنفسي.....	WH09 عندما عانيت من هذه المشكلة هل قمت بمراجعة أي من التالية؟ (الباحثة: للنساء اللواتي أجبن (1-4) انتقلي إلى WH11)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. الحالة المرضية لم تستوجب ذلك..... 2. أسباب مادية..... 3. صعوبة في الوصول لمكان تلقي الخدمة..... 4. أسباب اجتماعية تمنع من الوصول	WH10 للنساء اللواتي لم يقمن بمراجعة أي جهة أثناء الإصابة بالمرض، لماذا لم يتم مراجعة أحد؟

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. هل تعانيين من فقر الدم؟</p> <p>2. لا (انتقلي إلى WH14)</p> <p>3. لا أعرف (انتقلي إلى WH14)</p>	WH11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. تشخيص من قبل طبيب/عيادة/مستشفى</p> <p>2. من خلال الأعراض</p> <p>3. أخرى/حددي _____</p>	WH12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. توجهت إلى طبيب ووصف لي علاج</p> <p>2. أخذت دواء من الصيدلية</p> <p>3. الاعتناء بالتغذية</p> <p>4. لم افعل شيء</p> <p>5. أخرى/حددي _____</p>	WH13
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. عيادة/مركز حكومي</p> <p>2. عيادة/مركز وكالة الغوث</p> <p>3. عيادة/مركز منظمات غير حكومية</p> <p>4. عيادة طبيب خاص</p> <p>5. مستشفى</p> <p>6. التمس الرعاية من الطب الشعبي</p> <p>7. أخرى/حددي _____</p> <p>8. لا أحد</p>	WH14
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>للباحثة: انظري HR06، 1. عمر المبحوثة (20-54) سنة، استمري بطرح الأسئلة</p> <p>2. لا (انتقلي إلى القسم التالي)</p>	WH14A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. نعم</p> <p>2. لا</p>	WH15
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>هل سبق وأن قمت بفحص لعنق الرحم على الأقل مرة كل 3 سنوات؟</p>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>1. مرة شهرياً</p> <p>2. كل بضعة شهور</p> <p>3. غير ذلك</p> <p>4. لا</p>	WH16
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>هل تقومين بفحص الصدر اليديوي؟</p>	



السلطة الوطنية الفلسطينية
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
المسح الصحي الديمغرافي 2004
استمارة النساء اللواتي سبق لهن الزواج

جميع المعلومات في هذه الاستمارة هي لأغراض إحصائية محضة وليست لأي غرض آخر. وتعتبر سرية بموجب قانون الإحصاءات العامة لعام 2000			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH04 - رقم الاستمارة في منطقة العد	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH00 - رقم الاستمارة المتسلسل في العينة:
	IDH05 - عنوان المبنى:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH01 - المحافظة:
	IDH06 - اسم رب الأسرة:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH02 - التجمع:
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH03 - رقم منطقة العد في التجمع
سجل المقابلة			
			IDR01 - جدول الزيارات
	اليوم	الشهر	
الزيارة الأولى	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
الزيارة الثانية	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
الزيارة الثالثة	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>		IDR02 - العدد الكلي للزيارات
	1 اكتملت		IDR03 - نتيجة المقابلة:
	2 اكتملت جزئياً		
	3 مسافرة		
	4 لم نتمكن من مقابلة المرأة		
	5 رفضت التعاون		
	6 لا يوجد امرأة مؤهلة		
	7 لم يتوفر معلومات		
	8 أخرى (حددي)		
<input type="checkbox"/>	IDR06 - مجموع النساء المؤهلات اللواتي قوبلن	<input type="checkbox"/>	IDR04 - مجموع النساء المؤهلات
		<input type="checkbox"/>	IDR05 - رقم سطر السيدة المؤهلة من قائمة أفراد الأسرة

للباحثة: ضعي إشارة X داخل المربع إذا استخدمت استمارة إضافية.

القسم الرابع: الإجاب

RE01a	للباحثة: سجلي	اسم المبحوثة..... رقم سطر المبحوثة في قائمة أفراد الأسرة
RE01b	إذا كان الزوج غير مقيم مع الأسرة سجلي (00)	رقم سطر الزوج في قائمة أفراد الأسرة
RE02	ما هي حالتك الزوجية؟	1 متزوجة..... 2 مطلقة..... 3 أرملة..... 4 منفصلة.....
RE03	هل توجد في عصمة زوجك أي زوجة أخرى؟	1 نعم..... 2 لا.....
RE03A	كم كان عمرك عند الزواج (الأول)؟	العمر
RE03B	كم سنة تبلغ مدة الحياة الزوجية لك بالسنوات الكاملة؟	عدد السنوات
RE03C	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.....
RE03D	هل تزوجت مرة واحدة أو أكثر من مرة؟	1 مرة واحدة..... 2 أكثر من مرة.....
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 بابناء 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 بابناء 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 (RE13، RE11، RE09) وسجلي المجموع لا مواليد (00)	المجموع.....
RE15	للباحثة: 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	للباحثة: انظري RE14 1. مولودا واحدا أو أكثر 2. لا مواليد	
والآن أود أن أتحدث معك بخصوص جميع الأطفال الذين أنجبته من جميع زيجاتك بغض النظر إذا كانوا على قيد الحياة أم لا سواء الذين يعيشون معك أو في أي مكان آخر، ابتداء من أول طفل أنجبته : الباحثة: سجلي أسماء جميع المواليد في السؤال RE18 وسجلي التوائم كل على سطر منفصل		

RE27	RE26	RE25	RE24	RE23	RE22	RE21	RE20	RE19	RE18	RE17
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	للمواليد 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.	للمواليد الباقين علم قيد الحياة هل يعيش/ تعيش (الاسم) معك في الأسرة؟ 1. نعم 2. لا ↓ RE26 ما عدا المولود الأول ↓ المولود التالي	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 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
										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

RE27	RE26	RE25	RE24	RE23	RE22	RE21	RE20	RE19	RE18	RE17
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	للمواليد 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 المتوفي وقت الوفاة أقل من شهر واحد، وسجليه بالأشهر إذا كان عمره أقل من سنتين وبالسنتين إذا كان سنتين فأكثر.	للمواليد الباقين علم قيد الحياة هل يعيش/ تعيش (الاسم) معك في الأسرة؟ 1. نعم 2. لا ↓ RE26 ماعداد المولود الأول ↓ المولود التالي	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؟	هل (الاسم) مفرد أم ذكر 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
		سنوات شهور أيام	2 1	2 1	2 1	سنة شهر	2 1	2 1		17
2 1	2 1	2 1	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	2 1	2 1	2 1		19
2 1	2 1	2 1	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	2 1	2 1	2 1		21
2 1	2 1	2 1	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	2 1	2 1	2 1		23
2 1	2 1	2 1	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	2 1	2 1	2 1		25
2 1	2 1	2 1	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	2 1	2 1	2 1		27
2 1	2 1	2 1	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	2 1	2 1	2 1		29
2 1	2 1	2 1	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	2 1	2 1	2 1		31
2 1	2 1	2 1	2 1	2 1	2 1	2 1	2 1	2 1		32

		ما هو تاريخ ميلاد آخر مولود أنجبته؟ يوم/شهر/سنة	RE28
RE31	1 ← 2	نعم..... لا.....	RE29
	1 2	نعم..... لا.....	RE30
		للباحثة: قارني الرقم في RE14 مع مجموع المواليد من تاريخ الإنجاب للسيدة. 1. الرقمان متساويان 2. الرقمان غير متساويين ← إجراء التصحيح المناسب ↓ تأكدي من أنه A. تم تسجيل سنة الولادة لكل مولود..... B. تم تسجيل العمر لكل مولود على قيد الحياة..... C. تم تسجيل العمر وقت الوفاة لكل مولود متوفي..... D. تم تسجيل العمر لكل طفل توفي وعمره أقل من 12 شهراً.....	RE31
		للباحثة: من سؤال RE21 تأكدي من عدد المواليد الذين ولدوا منذ نيسان/إبريل 1999 وسجله في المربع ثم استمري.	RE32
		للباحثة: 1. السيدة عمرها أقل من 50 سنة و متزوجة حالياً أو مطلقة/أرملة/منفصلة منذ 100 يوم أو أقل ↓ 2. السيدة عمرها 50 سنة فأكثر و متزوجة حالياً أو مطلقة/أرملة/منفصلة منذ أكثر من 100 يوم ← RE37	RE32A
RE37 RE37	1 ← 2 ← 3	نعم..... لا..... غير متأكدة.....	RE33
		هل أنت حامل الآن؟	RE33
		عدد الأشهر..... لا أعرف.....	RE34
		كم شهرا مضى عليك وأنت حامل؟ للباحثة: سجلي عدد الأشهر التامة	RE34
		متى بدأت آخر دورة شهرية لديك؟ (التاريخ إذا أعطي) ____/____/____	RE35
		منذ..... منذ..... لم تأتها إطلاقاً.....	RE35
		1 2 3 8 لا أعرف/ لم أقرر.....	RE36
		1 2 لا.....	RE37
		1 2 لا.....	RE37
		A. عدد مرات الإجهاض..... B. عدد مرات نزول المولود ميت.....	RE38
		A. عدد مرات الإجهاض..... B. عدد مرات نزول المولود ميت.....	RE38A
		المجموع.....	RE39
		للباحثة: انظري RE39 واسألي: فقط لكي أتأكد أنني على صواب، مجموع الأحمال طوال حياتك، بما فيها الحمل الحالي في حال كانت السيدة حامل حالياً هو(المجموع من RE39)، هل هذا صحيح؟ 1. نعم 2. لا استقصي وصحي الأسئلة (RE39, RE38, RE33, RE14)	RE40

القسم الخامس: وسائل تنظيم الأسرة

اسم المبحوثة.....		للباحثة: سجلي		FP01
رقم سطر المبحوثة في قائمة أفراد الأسرة		رقم سطر الزوج في قائمة أفراد الأسرة		FP02
أريد الآن التحدث عن تنظيم الأسرة والطرق والوسائل المختلفة التي يمكن أن يستعملها الأزواج لتأخير أو تجنب الحمل.				
FP04	هل سبق أن استعملت (اسم الوسيلة) في أي وقت؟	لا	نعم بعد التقصي	FP03
	1. نعم 2. لا	لا	نعم بشكل تلقائي	
	1 2	3 ↓	1 2	1 (حبوب منع الحمل) تأخذ المرأة حبة يومياً دون انقطاع.
	1 2	3 ↓	1 2	2 (اللولب) أداة طبية تتركب داخل الرحم من قبل الطبيب أو الممرضة.
	1 2	3 ↓	1 2	3 (الحقن بالإبر) إبرة تعطى في العضل تمنع الحمل لعدة أشهر
	1 2	3 ↓	1 2	4 (التحميلة، الرغوة، الهلام، الإسفنجية، الغشاء) وسائل توضع داخل المهبل قبل كل جماع بفترة قصيرة
	1 2	3 ↓	1 2	5 (الواقى الذكري)/الكندوم غلاف مطاطي يستخدمه الرجل أثناء الجماع ولمرة واحدة.
	1 2	3 ↓	1 2	6 (التعقيم الأنثوي) وسيلة دائمة تتم بربط المواصلير عند المرأة.
	1 2	3 ↓	1 2	7 (التعقيم الذكري) وسيلة دائمة تتم بربط الحبل المنوي عند الرجل.
	1 2	3 ↓	1 2	8 (فترة الأمان) تعتمد هذه الطريقة على حساب أيام الخصوبة للمرأة والامتناع عن الجماع في هذه الفترة.
	1 2	3 ↓	1 2	9 العزل/القذف الخارجي يتم القذف خارج المهبل عند نهاية الجماع.
	1 2	3 ↓	1 2	10 الرضاعة الطبيعية إرضاع الطفل ليلاً ونهاراً لتجنب الحمل خلال فترة الرضاعة.
	1 2	3 ↓	1 حددي	11 هل سمعت بأية طرق أخرى أو وسيلة يمكن للمرأة أو الرجل استخدامها لتجنب الحمل؟

FP11	←	1 نعم 2 نعم، سبق وأن استخدمت وتوقفت حالياً..... 3 لا، لم استخدم	هل سبق أن استعملت أية وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة؟	FP05
		_____	ما هي الوسائل التي استعملتها؟	FP06
		_____	للباحثة: (صحي FP03، FP04، إن كان ضروريا)	
		01 حيوب منع الحمل..... 02 اللولب..... 03 الحقن بالإبر..... 04 تحاميل / الرغوة/الهلام/عشاء أو الحاجز/الاسفنجية.. 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؟	FP07
		_____	كم كان عمرك عند الاستخدام الأول؟	FP08
		_____	كم كان عدد أطفالك الأحياء عند استعمالك لوسائل تنظيم الأسرة لأول مرة؟	FP09
		A. عدد الأطفال الذكور B. عدد الأطفال الإناث C. المجموع	سجلي (00) إذا كان لا يوجد أطفال عند أول استعمال	
	لا 2	نعم 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	تعليمات للباحثة: يسأل هذا السؤال للسيدات اللواتي استخدمن اللولب فقط. عندما استخدمت اللولب، هل عانيت من التالية:	FP09A
		1. إفرازات..... 2. حكة..... 3. حرقة في البول..... 4. ألم في البطن..... 5. آلام في الجهاز التناسلي.... 6. إفرازات دموية منقطعة..... 7. ازدياد في عدد أيام الدورة الشهرية.....		
FP18	←	_____	للباحثة: انظري RE02 1. متروجة حالياً	FP10
FP18	←	_____	للباحثة: انظري RE33 1. غير حامل أو غير متأكدة	FP11
FP14A	←	_____	للباحثة: انظري FP04 (البند 6) 1. لم تجر لها عملية تعقيم	FP12
FP17	←	1 نعم..... 2 لا.....	هل تستعملين أي وسيلة الآن لتأخير أو تجنب الحمل؟	FP13
FP16	←	01 حيوب منع الحمل..... 02 اللولب..... 03 الحقن بالإبر..... 04 تحاميل / الرغوة/الهلام/عشاء أو الحاجز/الاسفنجية.. 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 حالياً؟	FP14
			للباحثة: (ضعي دائرة حول الرمز 6 إذا أجريت لها عملية تعقيم)	FP14A
		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 أي مصدر حصلت على هذه (الوسيلة)؟	FP15

FP18	<p>1 الطبيب نصحني بها.</p> <p>2 الزوج لم يعترض عليها.</p> <p>3 الصديقات نصحن بها.</p> <p>4 الارتياح للوسيلة.</p> <p>5 رخيصة التكاليف.</p> <p>6 أخرى (حددي)</p>	<p>ما هو السبب الرئيسي الذي جعلك تستخدمين هذه الوسيلة؟</p>	FP16
	<p>01 الرغبة في الإنجاب</p> <p>02 أعارض تنظيم الأسرة.</p> <p>03 الزوج غير موافق.</p> <p>04 معارضة الأقارب.</p> <p>05 الآثار الجانبية.</p> <p>06 عدم المعرفة بوجود وسائل تنظيم الأسرة.</p> <p>07 صعوبة الحصول على الوسيلة.</p> <p>08 التكلفة مرتفعة.</p> <p>09 عدم الارتياح للوسيلة.</p> <p>10 سن الأمان.</p> <p>11 الزوج غير موجود حالياً مع الأسرة.</p> <p>12 العقم.</p> <p>13 يتعارض مع المعتقدات الدينية.</p> <p>14 أخرى (حددي)</p> <p>98 لا أعرف.</p>	<p>ما هو السبب الرئيسي الذي يجعلك لا تستعملين حالياً أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة؟</p>	FP17
	<p>1 مركز/مستشفى حكومي.</p> <p>2 مركز/مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية.</p> <p>3 مركز/ مستشفى وكالة الغوث.</p> <p>4 مستشفى/ مركز/ عيادة طبيب خاص.</p> <p>5 وسائل إعلام.</p> <p>6 الأقارب والأصدقاء.</p> <p>7 النشرات والكتب.</p> <p>8 أخرى (حددي)</p>	<p>لو أردت الحصول على معلومات عن تنظيم الأسرة من أين تحصلين على هذه المعلومات؟</p> <p><i>للباحثة : يمكن تسجيل أكثر من إجابة</i></p>	FP18

القسم السادس: الحمل والرضاعة

اسم المبحوثة.....		للباحثة: سجلي	AN01
رقم سطر المبحوثة في قائمة أفراد الأسرة		إذا كان الزوج غير مقیم مع الأسرة سجلي (00)	
رقم سطر الزوج في قائمة أفراد الأسرة		للباحثة: انظري RE22	AN02
← القسم التالي		هل سبق للسيدة إنجاب مولود حي واحد على الأقل خلال السنوات الثلاث السابقة (منذ نيسان/إبريل 2001)؟ 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 2001 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 قبل الأخير	الحمل الأخير	رقم سطر المولود من RE17	AN03
		تاريخ ميلاد المولود باليوم والشهر والسنة	AN04
_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____	اسم المولود من RE18	
الاسم: _____	الاسم: _____		
AN06A ← 1	AN06A ← 1	راغبة في الحمل.....	AN05
2	2	راغبة في الانتظار.....	
AN06A ← 3	AN06A ← 3	لم ترغب في الحمل أبداً.....	
1	1	عدد الأشهر.....	AN06
98	98	لا أعرف.....	
1	1	نعم.....	AN06A
AN12 ← 2	AN12 ← 2	لا.....	
1	1	طبيب.....	AN07
2	2	ممرضة.....	
3	3	قابلة.....	
4	4	داية.....	
5	5	لا أحد.....	
6	6	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) _____	
نعم لا أعرف	نعم لا أعرف		AN08A
لا أعرف	لا أعرف		
8 2 1	8 2 1	A. قياس الوزن.....	
8 2 1	8 2 1	B. قياس الطول.....	
8 2 1	8 2 1	C. قياس ضغط الدم.....	
8 2 1	8 2 1	D. تحليل الدم.....	
8 2 1	8 2 1	E. تحليل البول.....	
8 2 1	8 2 1	F. الموجات فوق الصوتية (Ultra Sound)	
8 2 1	8 2 1	G. فحص باطني/علو الرحم.....	
8 2 1	8 2 1	H. قياس نبض الجنين.....	

الحمل قبل الأخير	الحمل الأخير		
الاسم _____	الاسم _____	اسم المولود من RE18	
<p>نعم، محاضرة</p> <p>نعم، مادة مكتوبة</p> <p>لا</p>	<p>نعم، محاضرة</p> <p>نعم، مادة مكتوبة</p> <p>لا</p>	<p>خلال تلقيك الرعاية عن هذا الحمل هل تلقيت أي معلومات عن التالية؟</p> <p>A. نظام الأكل.....</p> <p>B. أعراض الحمل الخطرة.....</p> <p>C. الرضاعة الطبيعية.....</p> <p>D. تنظيم الأسرة.....</p> <p>E. الرعاية بعد الولادة.....</p>	AN08B
<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p>سهولة الوصول إلى الخدمة.....</p> <p>نوعية الخدمة أفضل.....</p> <p>مقدم الخدمة أنثى.....</p> <p>توفر التأمين الصحي.....</p> <p>التكلفة بسيطة.....</p> <p>عدم المقدرة على الوصول لمكان آخر بسبب الإجراءات الإسرائيلية.....</p> <p>أخرى (حددي) _____</p>	AN09
<p>_____</p> <p>98</p>	<p>_____</p> <p>98</p>	<p>شهر</p> <p>لا أعرف.....</p>	AN10
<p>_____</p> <p>98</p> <p>سجلي الإجابة ثم انتقلي إلى AN13</p>	<p>_____</p> <p>98</p> <p>سجلي الإجابة ثم انتقلي إلى AN13</p>	<p>عدد الزيارات</p> <p>لا أعرف.....</p>	AN11
<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p>	<p>عدم حدوث مشاكل حمل.....</p> <p>لدي خبرة سابقة.....</p> <p>الخدمة غير متوفرة.....</p> <p>التكاليف مرتفعة.....</p> <p>الخدمة غير مرضية.....</p> <p>الإجراءات الإسرائيلية حالت دون حصولي على الخدمة</p> <p>أخرى (حددي) _____</p>	AN12
<p>نعم</p> <p>لا</p> <p>رمز الإجابة</p>	<p>نعم</p> <p>لا</p> <p>رمز الإجابة</p>	<p>A. تسمح حمل.....</p> <p>B. سكري حمل.....</p> <p>C. أعراض ولادة مبكرة.....</p> <p>D. ارتفاع ضغط الدم.....</p> <p>E. نزيف مهبلي.....</p> <p>F. التهاب في المسالك البولية.....</p> <p>G. صداع حاد.....</p> <p>H. ارتفاع شديد في درجة الحرارة.....</p> <p>I. تورم في الوجه أو الجسم.....</p> <p>J. تشنجات.....</p> <p>K. ضعف دم.....</p> <p>L. التهابات في الجهاز التناسلي.....</p>	AN13
<p>نعم</p> <p>لا</p> <p>لا أعرف</p>	<p>نعم</p> <p>لا</p> <p>لا أعرف</p>	<p>خلال فترة حملك بـ (اسم المولود) هل تعرضت لأي من المشاكل التالية؟</p> <p>للباحثة: للواتي عانين من مشاكل، أسألي فيما إذا استشارت المبحوثة أهداً بشكل رئيسي حول المشكلة وسجلي رمز الاجابة التي تنطبق</p> <p>1. ذهبت إلى المستشفى</p> <p>2. استشرت طبيب خاص</p> <p>3. استشرت ممرضة</p> <p>4. استشرت قابلة</p> <p>5. استشرت داية</p> <p>6. أخرى، _____</p> <p>7. لم افعل شيء</p>	AN14
<p>نعم</p> <p>لا</p> <p>لا أعرف</p>	<p>نعم</p> <p>لا</p> <p>لا أعرف</p>	<p>A. أقرص حديد.....</p> <p>B. أقرص حمض الفوليك.....</p> <p>C. حديد مع فوليك.....</p>	AN15

الحمل قبل الأخير	الحمل الأخير	اسم المولود من RE18	
الاسم _____	الاسم _____		
1	1	مستشفى أو مركز صحي حكومي.....	AN16 للباحثة: لمن أُجبن بنعم على واحدة على الأقل في سؤال AN15. من أين حصلت على أقراص الحديد أو أقراص حمض الفوليك؟ (للباحثة: يمكن اختيار أكثر من إجابة)
2	2	مستشفى أو مركز صحي خاص.....	
3	3	مستشفى أو مركز صحي للوكالة.....	
4	4	مستشفى/مركز صحي تابع لمنظمات غير حكومية.....	
5	5	عيادة طبيب خاص.....	
6	6	صيدلية.....	
7	7	أخرى (حددي) _____	
1	1	مستشفى أو مركز صحي حكومي.....	AN17 أين تمت ولادة (اسم المولود)؟
2	2	مستشفى أو مركز صحي خاص.....	
3	3	مستشفى أو مركز صحي للوكالة.....	
4	4	مستشفى أو مركز صحي تابع لمنظمات غير حكومية.....	
5	5	مستشفى إسرائيلي.....	
6	6	دار ولادة.....	
7	7	عيادة طبيب خاص.....	
8	8	في المنزل.....	
9	9	أخرى (حددي) _____	
(انتقلي AN19)	(انتقلي AN19)	نعم..... لا.....	AN17A هل كان المكان الذي تمت فيه الولادة خيارك المفضل؟
1	1	صعوبة الوصول لمكان آخر بسبب الإجراءات الإسرائيلية.	AN17B إذا كانت الإجابة لا، ما هو سبب إجراء الولادة في هذا المكان؟ للباحثة: يمكن اختيار أكثر من إجابة
2	2	ولادة مفاجئة.....	
3	3	وجود تأمين/ تكاليف أقل.....	
4	4	وجود طبيبي الخاص.....	
5	5	لا يتوفر مكان آخر.....	
6	6	أخرى (حددي).....	
1	1	مستشفى أو مركز صحي حكومي.....	AN18 ما هو المكان المفضل لديك للولادة؟
2	2	مستشفى أو مركز صحي خاص.....	
3	3	مستشفى أو مركز صحي للوكالة.....	
4	4	مستشفى أو مركز صحي تابع لمنظمات غير حكومية.....	
5	5	مستشفى إسرائيلي.....	
6	6	دار ولادة.....	
7	7	عيادة طبيب خاص.....	
8	8	في المنزل.....	
9	9	أخرى (حددي) _____	
1	1	طبيب.....	AN19 من الذي ساعدك في ولادة (اسم المولود)؟
2	2	ممرضه.....	
3	3	قابلة.....	
4	4	داية.....	
5	5	قريبة/صديقة.....	
6	6	أخرى(حددي) _____	
7	7	لا أحد.....	
1	1	الخدمة أفضل.....	AN20 ما هو السبب الرئيسي لاختيارك هذا المكان للولادة؟
2	2	صعوبة الوصول لمكان آخر بسبب الإجراءات الإسرائيلية..	
3	3	ولادة مفاجئة.....	
4	4	وجود تأمين/ تكاليف أقل.....	
5	5	وجود طبيبي الخاص.....	
6	6	لا يتوفر مكان آخر.....	
7	7	أخرى (حددي).....	

الحمل قبل الأخير	الحمل الأخير		
الاسم _____	الاسم _____	اسم المولود من RE18	
		للبياحثة: الأسئلة من AN21-AN23 تسأل للنساء اللواتي اجبن على سؤال AN17 من 1-5 فقط.	
_____	_____	A. عدد الساعات..... B. عدد الأيام.....	AN21 كم من الوقت مكثت في المستشفى؟
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	ظروف عائلية..... التكلفة عالية..... الخدمة غير ملائمة..... لا ضرورة للبقاء فترة أطول..... المستشفى طلب مني المغادرة..... أخرى حدد _____	AN22 لمن مكثن اقل من 24 ساعة وتركين المستشفى: ما هو السبب الرئيسي الذي جعلك تتركين المستشفى قبل استكمال 24 ساعة في المستشفى؟
لا نعم، محاضرة نعم، مادة مكتوبة	لا نعم، محاضرة نعم، مادة مكتوبة	A. الرضاعة الطبيعية..... B. التغذية للأم..... C. تنظيم الأسرة..... D. التطعيم..... E. أهمية المتابعة الطبية.....	AN23 هل تلقيت تثقيفا صحيا في أحد المواضيع التالية قبل خروجك من المستشفى؟
3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1	3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1 3 2 1		
AN25 لا نعم	AN24 لا نعم	AN25 لا نعم	AN24 لا نعم
2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1	2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1	2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1	2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1
			A. إفرازات ذات رائحة كريهة..... B. نزيف حاد..... C. حرارة مرتفعه..... D. تشنجات..... E. التهاب الثدي..... F. حالة اكتئاب.....
			AN24 بعد ولادة (اسم المولود) وخلال الـ 8 أسابيع من ولادته (خلال فترة النفاس) هل عانيت من أي من المشاكل التالية؟ AN25 للواتي اجبن بنعم على أحد البنود: هل تلقيت علاجاً؟
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
			AN26 هل كانت ولادة (اسم المولود) طبيعية أم توسيع أو جرح أم ملقط أم شفط أم قيصرية؟
1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
			AN27 خلال فترة النفاس (8 أسابيع بعد الولادة) من راجعت للكشف عليك؟
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7
			AN28 خلال فترة النفاس (8 أسابيع بعد ولادة (اسم المولود) هل زارتك مرشدة صحية/ ممرضة/ داية؟
1 AN30 ← 2	1 AN30 ← 2	1 AN30 ← 2	1 AN30 ← 2
لا نعم	لا نعم	لا نعم	لا نعم
2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1	2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1	2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1	2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1 2 1
			AN29 هل كلمتك في أي من الموضوعات التي سوف أذكرها لك؟

الحمل قبل الأخير	الحمل الأخير			
الاسم _____	الاسم _____			اسم المولود من RE18
1 AN32 ← 2	1 AN32 ← 2	نعم..... لا.....		AN30 هل تم وزن (اسم المولود) عند ولادته؟
1 1 2 2 99998	1 1 2 2 99998	من البطاقة..... بدون بطاقة..... لا أعرف.....		AN31 كم كان وزن (اسم المولود) وقت ولادته؟ سجلي الوزن (بالغرام) من بطاقة الصحة إذا توفرت
1 AN37 ← 2	1 AN37 ← 2	نعم..... لا.....		AN32 هل أرضعت (اسم المولود) من الثدي؟
1 1 2 2 3 3	1 1 2 2 3 3	مباشرة بعد الولادة..... ساعات..... أيام.....		AN33 بعد كم من الوقت بعد ولادة (اسم المولود) بدأت بإرضاعه طبيعياً؟ للباحثة: سجلي (00) في الخيار الأول إذا كانت الإجابة مباشرة بعد الولادة أو الفترة تقل عن ساعة.
AN38 ← 1 2 3	AN38 ← 1 2 3	نعم..... لا..... الطفل توفي.....		AN34 هل ما زلت ترضعين (اسم المولود) رضاعة طبيعية؟
1 1 98	1 1 98	عدد الأشهر..... لا زال الطفل يرضع.....		AN35 كم شهراً أرضعت (اسم المولود) رضاعة طبيعية؟
1 1 98	1 1 98	شهر..... لا أعرف.....		AN36 إلى أي عمر أرضعت (اسم المولود) رضاعة طبيعية مطلقاً؟
01 02 ← القسم التالي 03 04 05 06 07 08 09 10 _____ 11	01 02 ← المولود التالي 03 04 05 06 07 08 09 10 _____ 11	مرض الأم/ضعف الأم..... مرض الطفل/ضعف الطفل..... توفي الطفل..... مشكلة في الحلمة /الثدي..... الحليب غير كاف..... الأم تعمل..... رفض الطفل الرضاعة..... بلغ الفطام..... أصبحت حاملاً..... بدأت باستعمال وسائل منع الحمل... أخرى (حددي) _____		AN37 لماذا توقفت عن إرضاع (اسم المولود) رضاعة طبيعية؟ (السبب الرئيسي)
1 AN41 ← 2 AN41 ← 8	1 AN41 ← 2 AN41 ← 8	نعم..... لا..... لا أعرف.....		AN38 هل استخدمت أي نوع من الحليب غير صدرك لارضاع (اسم المولود)؟
1 1 98	1 1 98	شهر..... لا أعرف.....		AN39 كم كان عمر (اسم المولود) عندما بدأت بإعطائه أي نوع من الحليب غير صدرك؟
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 _____ 12	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 _____ 12	مرض الأم/ضعف الأم..... مرض الطفل/ضعف الطفل... الطبيب نصح بذلك..... المرمضة نصحت بذلك..... مشكلة في الحلمة /الثدي..... الحليب غير كاف..... الأم تعمل..... رفض الطفل حليب الأم..... بلغ الفطام..... أصبحت حاملاً..... بدأت باستعمال وسائل منع الحمل... أخرى (حددي) _____		AN40 لماذا بدأت بإعطاء (اسم المولود) أي نوع من الحليب غير صدرك؟ للباحثة: يمكن اختيار أكثر من سبب؟

المولود قبل الأخير	المولود الأخير		اسم المولود من RE18	
الاسم _____ _ _ 95 98	الاسم _____ _ _ 95 98	شهر لم يتم إعطاؤه أية سائل بعد لا أعرف	كم كان عمر (اسم المولود) عندما بدأت بإعطائه سائل إضافية كالعصائر؟	AN41
الاسم _____ _ _ 95 98	الاسم _____ _ _ 95 98	شهر لم يتم إعطاؤه أية أطعمة بعد لا أعرف	كم كان عمر (اسم المولود) عندما بدأت بإعطائه الطعام غير السائل والحليب؟	AN42
1 AN47 ← 2 AN47 ← 8	1 AN47 ← 2 AN47 ← 8	نعم لا لا أعرف	هل أعطي (اسم المولود) نقط من فيتامين أ+د ولو لمرة واحدة في حياته؟	AN43
الاسم _____ _ _ 98	الاسم _____ _ _ 98	عدد الأشهر لا أعرف	كم كان عمر (اسم المولود) عندما تلقى نقط فيتامين أ+د آخر مرة؟	AN44
الاسم _____ _ _ 95 98	الاسم _____ _ _ 95 98	عدد الأشهر ما زال الطفل مستمراً بأخذ فيتامين أ+د لا أعرف	ما هي طول الفترة الزمنية التي أعطي فيها (اسم المولود) نقط فيتامين أ+د ؟	AN45
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	خلال زيارة عادية للمركز الصحي خلال زيارة مرضية للمركز الصحي شراء من الصيدلية من الصيدلية/تأمين أخرى (حددي) لا أعرف لا يأخذ الآن.....	من أين تم الحصول على النقط/ الشراب في آخر مرة؟	AN46
1 ← القسم التالي ← القسم التالي 8	1 ← الطفل التالي ← الطفل التالي 8	نعم لا لا أعرف	هل أعطي (اسم المولود) شراب الحديد ؟ <i>للباحثة: إذا كانت الإجابة 2 أو 3، انتقلي إلى الطفل التالي</i>	AN47
الاسم _____ _ _	الاسم _____ _ _	عدد الأشهر .. 95. ما زال الطفل يأخذ الحديد.... 98. لا أعرف...	ما هي المدة التي تلقى فيها الطفل شراب الحديد ؟ سجلي 00 إذا كانت المدة أقل من شهر	AN48
بعد الانتهاء من استيفاء بيانات المواليد، انتقلي للقسم التالي	ارجعي إلى AN03 في العمود التالي أو إذا كان لا يوجد مواليد انتقلي للقسم التالي			

القسم السابع: تطعيم الكزاز (التيتانوس)

		اسم المبحوثة..... رقم سطر المبحوثة في قائمة أفراد الأسرة رقم سطر الزوج في قائمة أفراد الأسرة	TT01A	للباحثة: سجلي
			TT01B	إذا كان الزوج غير مقیم مع الأسرة سجلي (00)
		RE21 انتظري	TT02A	الباحثة: يسأل هذا القسم للنساء اللواتي انجبن مولوداً حياً (منذ نيسان/أبريل 2003). انتظري RE21 هل أنجبت السيدة مولوداً حياً خلال السنة السابقة (منذ نيسان/أبريل 2003):
		1. نعم 2. لا ← القسم التالي		
		1 نعم تم الإطلاع على البطاقة..... 2 نعم لم يتم الإطلاع على البطاقة..... 3 لا..... 8 لا أعرف.....	TT02	هل لديك بطاقة أو أي وثيقة تتضمن المطاعيم التي أخذتها؟
TT06 TT06		1 نعم..... ← 2 لا..... ← 8 لا أعرف.....	TT03	عندما كنت حاملاً في طفلك الأخير هل تلقيت أي تحصينات لمنع تشنج الطفل بعد الولادة (جرعة من لقاح الكزاز (التيتانوس) أخذتها خلال حملك الأخير)؟
		عدد الجرعات..... 98 لا أعرف.....	TT04	كم جرعة تلقيت خلال حملك الأخير؟
		2. جرعتين فأكثر / ← القسم التالي	TT05	الباحثة: انتظري TT04 عدد الجرعات: 1. جرعة واحدة فما دون / ↓
TT09 TT09		1 نعم..... ← 2 لا..... ← 8 لا أعرف.....	TT06	هل تلقيت أية جرعات/أبر/حقن إضافية ضد (الكزاز) التيتانوس في أي وقت قبل حملك الأخير بما في ذلك أثناء حمل سابق أو بين الأحمال؟
		عدد الجرعات..... 98 لا أعرف.....	TT07	كم جرعة (حقنة) تلقيت ضد مرض الكزاز (التيتانوس) في أي وقت قبل حملك الأخير؟
		A. الشهر/ السنة / B. عدد السنوات.....	TT08	متى تلقيت آخر جرعة قبل حملك الأخير؟ أو منذ كم سنة مضت تلقيت آخر جرعة؟ للباحثة: إذا كانت المبحوثة لا تعرف التاريخ بالشهر أو السنة سجلي 99 في خانة الشهر و9999 في خانة السنة
		عدد الجرعات..... 00 إذا لم تتلقى أية جرعة 98 لا أعرف	TT09	للباحثة: اجمعي إجابات الأسئلة TT07, TT04 للحصول على مجموع الجرعات التي تلقتها السيدة طيلة حياتها.

القسم الثامن: تفضيل الإنجاب

	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)	PR01
PR11	2. الزوجة أو الزوج معقم أو المرأة عمرها 50 سنة فأكثر أو مطلقة أو أرملة ←	الباحثة: انظري (FP04) 1. لا أحد من الزوجين معقم ↓	PR02
PR06	2. السيدة حامل ←	الباحثة: انظري (RE33) 1. السيدة غير حامل أو غير متأكدة ↓	PR03
PR10 PR11	1 تفضل إنجاب المزيد 2 تفضل عدم الإنجاب..... ← 3 لا تستطيع الإنجاب ← 4 القرار ليس بيدها..... 8 لم تقرر/ لا تعرف	هل ترغبين في إنجاب المزيد من الأطفال أم تفضلين عدم إنجاب أطفال آخرين؟	PR04
PR08	المدة : شهر 1 سنة 2 بسرعة (حالياً) 993 غير قادرة على الحمل 994 هذا بيد الله..... 995 لا أعرف 998 أخرى (حددي) 996	ما هي المدة التي ترغبين في انتظارها من الآن وحتى إنجاب الطفل التالي؟	PR05
PR10	1 تفضل إنجاب المزيد 2 تفضل عدم الإنجاب..... ← 3 القرار ليس بيدها..... 8 لم تقرر/ لا تعرف	بعد الولادة هل تفضلين إنجاب المزيد من الأطفال؟ أم تفضلين عدم إنجاب أطفال آخرين؟	PR06
	المدة : شهر 1 سنة 2 بسرعة (حالياً) 993 غير قادرة على الحمل 994 هذا بيد الله..... 995 لا أعرف 998 أخرى (حددي) 996	ما هي المدة التي ترغبين في انتظارها بعد الولادة من الحمل الحالي وحتى إنجاب الطفل التالي؟	PR07

	<p>عدد الذكور <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>اكبر عدد ممكن 94</p> <p>هذا بيد الله 95</p> <p>لا أعرف 98</p> <p>أخرى (حددي) 96</p>	<p>ما هو عدد الذكور (الأولاد) الذي تودين إنجابه في المستقبل بالإضافة إلى عدد الذكور الحالي؟</p>	PR08
	<p>عدد الإناث <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>اكبر عدد ممكن 94</p> <p>هذا بيد الله 95</p> <p>لا أعرف 98</p> <p>أخرى (حددي) 96</p>	<p>ما هو عدد الإناث (البنات) الذي تودين إنجابه في المستقبل بالإضافة إلى عدد الإناث الحالي؟</p>	PR09
	<p>1 الزوج 1</p> <p>2 الزوجة 2</p> <p>3 الزوج والزوجة معاً 3</p> <p>4 الحماة 4</p> <p>5 آخرون 5</p> <p>6 غير ذلك (حددي) 6</p> <p>8 لا أعرف 8</p>	<p>من الذي يحدد عدد الأبناء في الأسرة؟</p>	PR10
PR13	<p>← 2. ليس لدى السيدة أبناء على قيد الحياة /</p>	<p>الباحثة: انظري (RE22)</p> <p>1. لدى السيدة أبناء على قيد الحياة /</p> <p>↓</p>	PR11
	<p>عدد الذكور <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>عدد الإناث <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>المجموع <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>اكبر عدد ممكن 94</p> <p>هذا بيد الله 95</p> <p>لا أعرف 98</p> <p>أخرى (حددي) 96</p>	<p>لو أن بإمكانك أن تعودى إلى الوقت الذي لم يكن لديك فيه أي أطفال، وكان من الممكن أن تختاري العدد الذي ترغبينه، فما هو عدد الأطفال الذي ترغبين في إنجابه طيلة حياتك؟</p> <p>للباحثة: تقصي لمعرفة العدد، وسجلي الإجابة وانتقلي إلى القسم التالي.</p>	PR12
	<p>عدد الذكور <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>عدد الإناث <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>المجموع <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>اكبر عدد ممكن 94</p> <p>هذا بيد الله 95</p> <p>لا أعرف 98</p> <p>أخرى (حددي) 96</p>	<p>لو كان لديك إمكانية لاختيار عدد معين من الأطفال، فما هو العدد الذي ترغبين في إنجابه طيلة حياتك؟</p> <p>للباحثة: تقصي لمعرفة العدد</p>	PR13

القسم التاسع: المعرفة بمرض الإيدز

		اسم المبحوثة		A00 للباحثة: سجلي	
		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		A01 هل سبق أن سمعت عن مرض يسمى الإيدز (نقص المناعة المكتسبة)؟	
القسم التالي		2 لا			
		1 الراديو		A02 ما هي المصادر التي سمعت منها على معلومات حول الإيدز؟	
		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		A03 هل يوجد أي شيء يستطيع الفرد عمله لتجنب العدوى بفيروس نقص المناعة	
A05		2 لا		المكتسبة أو الإصابة بالإيدز؟	
A05		8 لا أعرف			
لا اعرف		نعم		A04 أي من الأمور التي سوف أتذكرها لك يمكن للفرد من خلالها تجنب مرض	
8		1		الإيدز؟	
8		1		A. استخدام الواقي الذكري	
8		1		B. ممارسة الجنس مع الزوج فقط	
8		1		C. تجنب نقل الدم	
8		1		D. تجنب الحقن بالإبر	
8		1		E. تجنب القبل	
8		1		F. الامتناع عن ممارسة الجنس كلياً	
8		1		G. تجنب المصافحة	
8		1		H. تجنب لسعات البعوض	
8		1		I. البحث عن الحماية من المرض عند الطب الشعبي	
8		1		J. الامتناع عن الحديث مع المصابين	
8		1		K. تجنب الوشم	
8		1		L. تجنب تقب الأذن/ والأنف	
8		1		M. تجنب التردد على طبيب الأسنان	
		1 نعم		A05 هل من المحتمل أن يكون الشخص الذي تظهر صحته جيدة حاملاً لفيروس	
		2 لا		الإيدز؟	
		8 لا أعرف			
		1 لا يموتون بسبب هذا المرض		A06 هل تعتقد أن الأشخاص المصابين بالإيدز لا يموتون بسبب هذا المرض،	
		2 يموتون أحياناً		يموتون أحياناً أو يموتون دائماً من هذا المرض؟	
		3 يموتون دائماً			
		8 لا أعرف			

			1 2 3 4 8	قليلة متوسطة..... كبيرة لا توجد مخاطر..... لا أعرف.....	A07 هل تعتقد بان فرص أصابتك بالإيدز قليلة، متوسطة ، كبيرة، أو لا توجد أية مخاطر إطلاقاً؟
			1 A10 ← 2 A10 ← 3	نعم لا لا أعرف.....	A08 هل من الممكن انتقال مرض الإيدز من الأم إلى الطفل :
			نعم لا لا أعرف	A. أثناء الحمل..... B. أثناء الولادة..... C. أثناء الرضاعة..... D. أخرى (حددي).....	A09 كيف يمكن ان ينتقل المرض؟
			1 2 8	نعم..... لا..... لا أعرف.....	A10 إذا كان المعلم / المعلمة مصاب بفيروس الإيدز ولكنه لا تظهر عليه /عليها أية أعراض مرضية، فهل يسمح له/ لها بالاستمرار في التدريس في المدرسة؟
			1 2 8	نعم..... لا..... لا أعرف.....	A11 إذا عرفت أن صاحب الدكان أو بائع الطعام مصاب بالإيدز أو بفيروس المرض، فهل تشتريين منه/ منها الطعام؟
			1 2 8	نعم..... لا..... لا أعرف.....	A12 في الوقت الحالي هل تعرفين مكانا يتم فيه إجراء فحص الإيدز؟



السلطة الوطنية الفلسطينية
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
المسح الصحي الديمغرافي 2004
استمارة الطفل

جميع المعلومات في هذه الاستمارة هي لأغراض إحصائية محضه وليست لأي غرض آخر. وتعتبر سرية بموجب قانون الإحصاءات العامة لعام 2000			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH04 - رقم الاستمارة في منطقة العد	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH00 - رقم الاستمارة المتسلسل في العينة:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH05 - عنوان المبنى:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH01 - المحافظة:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH06 - اسم رب الأسرة:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH02 - التجمع:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDH03 - رقم منطقة العد في التجمع	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
سجل المقابلة			
			CIR01 - جدول الزيارات
	اليوم	الشهر	
الزيارة الأولى	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
الزيارة الثانية	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
الزيارة الثالثة	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>			CIR02 - العدد الكلي للزيارات
اكتملت	1	<input type="checkbox"/>	CIR03 - نتيجة المقابلة:
اكتملت جزئياً	2		
مسافر	3		
لم تتمكن من مقابلة الطفل	4		
رفض التعاون	5		
لا يوجد طفل مؤهل	6		
لم يتوفر معلومات	7		
أخرى (حددي)	8		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			CIR04 - مجموع الأطفال الذين أعمارهم أقل من 5 سنوات
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			CIR05 - مجموع الأطفال الذين أعمارهم أقل من 5 سنوات وتم استيفاء البيانات عنهم
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			CIR06 - رقم سطر الأم أو الشخص الذي يرعى الطفل من قائمة أفراد الأسرة
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			CIR07 - مجموع الأطفال الذين أعمارهم (5-17) سنة
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			CIR08 - مجموع الأطفال الذين أعمارهم (5-17) سنة وتم استيفاء بيانات عنهم

للباحثة: ضعي إشارة X داخل المربع إذا استخدمت استمارة إضافية.

القسم العاشر: تعليم الأطفال

هذا القسم خاص بالأطفال من سن 5 سنوات وحتى 17 سنة

E08	E07	E06	E05	E04	E03	E02	E01	E00
<p>ما هو المستوى (المرحلة) التعليمية والصف المدرسي الذي كان (الاسم) ملتحقا به في العام الماضي؟</p> <p>1. رياض أطفال 2. أساسي 3. ثانوي 4. دبلوم متوسط/ بكالوريوس 8. لا اعرف</p> <p>رقم الصف (98 لا أعرف) المرحلة</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 (98 لا أعرف) المرحلة</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>رقم سطر أم الطفل أو من يقوم على رعايته</p>	<p>رقم سطر أم الطفل أو من يقوم على رعايته</p>
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		
<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>8 2 1</p>	<p>□□□</p>	<p>□</p>	<p>2 1</p>	<p>2 1</p>		

القسم الحادي عشر: صحة وتطعيم الأطفال

أدخل في رقم السطر والاسم وحالة البقاء على قيد الحياة لكل مولود ولد منذ إبريل/نيسان 1999 من جدول تاريخ الإنجاب: وأسأل الأسئلة عن كل هؤلاء المواليد ابتداءً بآخر مولود. (إذا كان عدد المواليد أكثر من ثلاثة استخدم استمارة إضافية)			
المولود الثاني قبل الأخير	المولود قبل الأخير	المولود الأخير	
_____	_____	_____	رقم سطر المولود من HR01 للإباحتة: سجلي (00) إذا كان المولود متوفى
_____	_____	_____	رقم سطر المولود من RE17
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	(اسم المولود) من RE18 وبقاءه على قيد الحياة من RE22 على قيد الحياة . متوفى
IM06 ← 1 IM07 ← 2 3 8	IM06 ← 1 IM07 ← 2 3 8	IM06 ← 1 IM07 ← 2 3 8	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
IM07 ← 1 IM07 ← 2	IM07 ← 1 IM07 ← 2	IM07 ← 1 IM07 ← 2	هل سبق وان كان لديك بطاقة تطعيم ل (اسم المولود)؟ نعم..... لا.....
يوم شهر سنة	يوم شهر سنة	يوم شهر سنة	الباحثة: سجلي تاريخ كل تطعيم حصل عليه الطفل من البطاقة (سجلي الرقم 99 في خانة الأيام إذا تم تطعيم الطفل و كان التاريخ غير مبين)
_____	_____	_____	التهاب الكبد الوبائي (HB) جرعة أولى جرعة ثانية جرعة ثالثة
_____	_____	_____	تطعيم السبل (BCG) شلل الأطفال (حقنة بالعضل IPV) جرعة أولى جرعة ثانية
_____	_____	_____	شلل الأطفال (نقط بالفم OPV) جرعة أولى جرعة ثانية جرعة ثالثة جرعة رابعة
_____	_____	_____	ثلاثي (DPT): جرعة أولى جرعة ثانية جرعة ثالثة جرعة رابعة
_____	_____	_____	الحصبة (Measles) النكاف والحصبة والحصبة الألمانية MMR

المولود الثاني قبل الأخير	المولود قبل الأخير	المولود الأخير	اسم المولود من RE18	
الاسم	الاسم	الاسم		
			للباحثة: الأسئلة من IM16-IM07 تسأل لمن ليس عندهم بطاقة أو لمن لديه بطاقة ولم تشاهد.	
			هل تلقى (اسم المولود) أيًا من المطاعيم التالية؟	
1	1	1	نعم.....	
2	2	2	لا.....	IM07
8	8	8	لا أعرف.....	مطعوم (BCG) ضد السل ويعطى في النزاع اليسرى للطفل أو كتفه وينتج عنه ندبة؟
				IM08
1	1	1	نعم.....	شلل الأطفال (نقط تعطي في الفم (OPV)
IM10 ← 2	IM10 ← 2	IM10 ← 2	لا.....	
IM10 ← 8	IM10 ← 8	IM10 ← 8	لا أعرف.....	
				IM09
			عدد المرات.....	كم عدد المرات؟
			لا أعرف 98	
				IM10
1	1	1	نعم.....	شلل الأطفال (حقنة بالعضل (IPV)؟
IM12 ← 2	IM12 ← 2	IM12 ← 2	لا.....	
IM12 ← 8	IM12 ← 8	IM12 ← 8	لا أعرف.....	
				IM11
			عدد المرات.....	كم عدد المرات؟
			لا أعرف 98	
				IM12
1	1	1	بعد الولادة مباشرة.....	أول جرعة ضد التهاب الكبد (اليرقان HB)
2	2	2	فيما بعد.....	مباشرة بعد الولادة أو فيما بعد؟
				IM13
1	1	1	نعم.....	الثلاثي (DPT) (الدفتيريا، السعال، الكزاز)
IM15 ← 2	IM15 ← 2	IM15 ← 2	لا.....	(حقنة في العضل) ويعطى في نفس الوقت مع
IM15 ← 8	IM15 ← 8	IM15 ← 8	لا أعرف.....	مطعوم شلل الأطفال؟
				IM14
			عدد المرات.....	ما هو عدد المرات؟
			لا أعرف 98	
				IM15
1	1	1	نعم.....	حقنة للوقاية من الحصبة (Measles)؟
2	2	2	لا.....	
8	8	8	لا أعرف.....	
				IM16
1	1	1	نعم.....	حقنة للوقاية من النكاف والحصبة والحصبة الألمانية (MMR)؟
2	2	2	لا.....	
8	8	8	لا أعرف.....	
				IM17
			هل حصل (اسم المولود) على أي من التطعيمات التالية؟	
لا أعرف	لا أعرف	لا أعرف	انفلونزا	
لا	لا	لا	التهاب السحايا	
نعم	نعم	نعم	الجدري	
3	3	3	التهاب الكبد من نوع (أ)	
2	2	2		
1	1	1		
3	3	3		
2	2	2		
1	1	1		
3	3	3		
2	2	2		
1	1	1		

المولود الثاني قبل الأخير	المولود قبل الأخير	المولود الأخير		اسم المولود من RE18	
الاسم _____	الاسم _____	الاسم _____			
1 IM21 ← 2 IM21 ← 8	1 IM21 ← 2 IM21 ← 8	1 IM21 ← 2 IM21 ← 8	نعم لا لا أعرف	هل أصيب (اسم المولود) بمرض مصحوب بالسعال خلال الأسبوعين السابقين؟	IM18
1 IM21 ← 2 IM21 ← 8	1 IM21 ← 2 IM21 ← 8	1 IM21 ← 2 IM21 ← 8	نعم لا لا أعرف	عندما أصيب (اسم المولود) بمرض مصحوب بالسعال هل كان التنفس أسرع من المعتاد أو/ولديه صعوبة بالتنفس؟	IM19
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	هل كانت هذه الأعراض نتيجة مشكلة صحية في الصدر أم انغلاق في الأنف، أم كلاهما؟	IM20
1 2 8	1 2 8	1 2 8	نعم لا لا أعرف	هل أصيب (اسم المولود) بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين؟	IM21
لا 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	نعم 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	خلال نوبة الإسهال الأخيرة، 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) _____	IM22

القسم الثاني عشر: القياسات / الطول والوزن

<p>الباحثة: انظري HR05</p> <p>1. مولودا أو أكثر منذ نيسان/ إبريل 1999 /_/_</p> <p>↓</p>	<p>2. لا موليد منذ نيسان/ إبريل 1999 /_/_ ← انتهت المقابلة</p>	<p>M01</p>
---	--	------------

الباحثة: يتم اخذ القياس والوزن لجميع الأطفال دون سن الخامسة، استخدمى 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	
_____	_____	_____	اسم الطفل من HR02	
_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _	تاريخ ميلاد الطفل من HR05	اليوم الشهر السنة
1.....نعم، وشوهدت. 2.....نعم، ولم تشاهد. 3.....لا. M05 (2،1) انتقلي الى	1.....نعم، وشوهدت. 2.....نعم، ولم تشاهد. 3.....لا. M05 (2،1) انتقلي الى	1.....نعم، وشوهدت. 2.....نعم، ولم تشاهد. 3.....لا. M05 (2،1) انتقلي الى	هل يمتلك (الاسم) شهادة ميلاد؟ هل يمكنني رؤيتها؟	
1.....نعم. 2.....لا.	1.....نعم. 2.....لا.	1.....نعم. 2.....لا.	هل تم تسجيل (الاسم) في الدوائر الرسمية؟	
_ _ _ . _	_ _ _ . _	_ _ _ . _	الطول بالسنتيمترات	
1.....مستلقيا 2.....واقفا	1.....مستلقيا 2.....واقفا	1.....مستلقيا 2.....واقفا	هل تم قياس طول الطفل وهو مستلقيا أم واقفا؟	
_ _ _ . _	_ _ _ . _	_ _ _ . _	الوزن بالكيلو غرام	
1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7	النتيجة تم قياس الوزن والطول تم قياس الوزن فقط.... تم قياس الطول فقط... الطفل غير موجود.... الطفل رفض القياس... الأم/ المربية رفضت.. أخرى (حددي) _____	
اسم ورقم المساعد:			اسم ورقم الشخص الذي قام بالقياسات	
_ _ _ _ _			_ _ _ _ _	

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: _____