

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

سلسلة التقارير التحليلية من واقع بيانات التعداد والمسوح الصحية والديمغرافية رقم (1)

رعاية الأمومة في الأراضي الفلسطينية

كانون أول، ديسمبر 2001

© شوال، 1422هـ - كانون أول، 2001.

جميع الحقوق محفوظة.

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة إلى هذه المطبوعة كالتالي:

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. سلسلة التقارير التحليلية من واقع بيانات التعداد والمسوح الصحية والديمغرافية رقم (1)، رعاية الأمومة في الأراضي الفلسطينية. رام الله - فلسطين.

جميع المراسلات توجه إلى دائرة النشر والتوثيق / قسم خدمات الجمهور على العنوان التالي:

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

ص.ب: 1647، رام الله، فلسطين.

فاكس: 2406343 (970-2)

صفحة إلكترونية: <http://www.pcbs.org>

هاتف: 2406340 (970-2)

بريد إلكتروني: diwan@pcbs.pna.org

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

شكر وتقدير

قام السيد خالد قلالوه (برنامج إحصاءات الصحة) بالعمل على إعداد هذا التقرير، وقد تولى د. التيجاني طاهر (أستاذ مساعد في مركز البحوث الاجتماعية في الجامعة الأمريكية بالقاهرة) الإشراف المباشر على إعداد التقرير. تولى كل من د. حسن أبو لبد (رئيس الجهاز) و د. هدى رشاد (أستاذة بحوث ومدير مركز البحوث الاجتماعية في الجامعة الأمريكية بالقاهرة)، والسيد لؤي شبانه (مساعد الرئيس للشئون الإحصائية) والسيد محمد العمري (المنسق الفني لفريق العمل الخاص بتحليل البيانات واعداد التقارير) مراجعة التقرير وتقديم الملاحظات التي ساهمت في إغناء المادة. يتقدم الجهاز لكل هؤلاء بالشكر والتقدير لإخراج هذا التقرير.

تم إنجاز هذا التقرير بتمويل سخّي من مؤسسة (FORD). يتقدم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشكر والتقدير إلى مؤسسة (FORD) على توفيرها التمويل اللازم لإنجاز هذا التقرير والذي يأتي ضمن مجموعة من التقارير الصحية والديمغرافية والتي يتم العمل على إعدادها بتمويل من هذه المؤسسة.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
9	1. المقدمة
11	2. واقع الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية
13	3. الرعاية الصحية أثناء الحمل
13	1.3 متابعة الحمل
13	2.3 الكادر الصحي الذي قام بمتابعة الحمل
14	3.3 توقيت متابعة الحمل
15	4.3 عدد مرات متابعة الحمل
16	5.3 مكان متابعة الحمل
17	6.3 سبب اختيار مكان متابعة الحمل
18	7.3 تناول أقرص الحديد وحمض الفوليك أثناء الحمل
19	8.3 التطعيم ضد التيتانوس
20	4. الرعاية الصحية أثناء الولادة
	1.4 مكان الولادة
22	2.4 سبب اختيار مكان الولادة
	3.4 الكادر الصحي الذي ساعد في الولادة
23	4.4 طبيعة الولادة
24	5. الرعاية الصحية بعد الولادة
26	1.5 الزيارات البيتية بعد الولادة
27	2.5 التنظيف الصحي بعد الولادة
28	6. التحليل المتعدد لبعض مؤشرات رعاية الأمومة
33	7. مقارنة لبعض مؤشرات رعاية الأمومة
37	8. الخلاصة
39	9. التوصيات
40	المراجع

1. مقدمة

في إطار خطة الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني الرامية إلى توفير وتحديث البيانات حول الوضع الصحي للشعب الفلسطيني، مما يساعد في تحديد احتياجاته الصحية الأساسية، تم تنفيذ المسح الصحي لعام 2000. وذلك بالتعاون مع وزارة الصحة الفلسطينية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA)، ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال (UNICEF). وقد بدأت الفرق الميدانية بجمع البيانات في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة بتاريخ 2000/4/10، وانتهى العمل بتاريخ 2000/5/31. هذا وقد بلغ عدد الأسر المشمولة في العينة 6,349 أسرة، منها 4,295 أسرة في الضفة الغربية، و 2,054 أسرة في قطاع غزة.

تم جمع بيانات المسح من خلال ثلاث استمارات رئيسية:

- **استمارة الأسرة:** وتشتمل على قسمين يحتويان على البيانات التعريفية للأسرة المختارة، والنساء المؤهلات (اللواتي سبق لهن الزواج ونقل أعمارهن عن 55 سنة)، والأطفال المؤهلين (الأطفال دون سن الخامسة والأطفال من 5 - 17 سنة)، وبيانات حول الخصائص الديمغرافية والصحية لأفراد الأسرة، والتغطية بنظام التأمين الصحي، والإصابة بالأمراض المزمنة، وظروف المسكن.

- **استمارة المرأة:** وتشتمل على سبعة أقسام تحوي التاريخ الإنجابي للمرأة، ومعرفة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، والرعاية أثناء الحمل، وتطعيم التيتانوس، وتفضيل الإنجاب، والوعي الصحي والصحة العامة، والمعرفة بمرض الإيدز.

- **استمارة الطفل:** تشتمل على سبعة أقسام، تسجيل الأطفال، وصحة وتطعيم الأطفال، وصحة عيون الأطفال، وقياسات/الوزن والطول للأطفال دون سن الخامسة، وتعليم الأطفال، وعمل الأطفال للأطفال في الفئة العمرية (5-17 سنة). (لمزيد من التفاصيل حول منهجية تنفيذ المسح الصحي، يرجى مراجعة تقرير المسح الصحي 2000: النتائج الأساسية)

تعتمد هذه الدراسة على بيانات المسح الصحي-2000. وتهدف إلى تقديم صورة عن معدلات وأنماط استخدام خدمات رعاية الأمومة في الأراضي الفلسطينية، ومحاولة فهم المحددات المختلفة التي تؤثر في هذه المعدلات، بالإضافة إلى إجراء بعض المقارنات مع النتائج المستقاة من المسح الصحي لعام 1996، وقياس مدى التغير في معدلات وأنماط استخدام خدمات رعاية الأمومة خلال هذه الفترة. وستستخدم النتائج المستقاة من هذه الدراسة في محاولة لتقديم بعض المقترحات، والتي نأمل أن تساهم في تصميم وتقويم السياسات الصحية الراهنة وذلك لرفع مستوى صحة الأمومة في فلسطين.

هيكلية التقرير:

يحتوي التقرير على تسعة أقسام بالإضافة إلى المقدمة، حيث يشتمل القسم الثاني على واقع الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية، موضحاً هيكلية الخدمات والقطاعات التي تساهم في تقديم الخدمة ومن ضمنها رعاية الأمومة. ويستعرض القسم الثالث نتائج المسح الصحي لعام 2000، فيما يتعلق بالمتابعة أثناء الحمل، ويوضح القسم الرابع على الرعاية الصحية أثناء الولادة، أما القسم الخامس فيوضح الرعاية الصحية بعد الولادة. ويستعرض القسم السادس من

التقرير نتائج التحليل متعدد المتغيرات، والذي أجري على بعض مؤشرات رعاية الأمومة. أما القسم السابع فيشتمل على بعض المقارنات لمؤشرات رعاية الأمومة الرئيسة والمشاركة بين نتائج المسحين الصحيين لعام 1996 و عام 2000، لمعرفة أهم التغيرات التي جرت على هذه المؤشرات. ويستعرض القسم الثامن خلاصة أهم النتائج، أما القسم التاسع والأخير، فيقدم بعض التوصيات المتعلقة بالسياسات الصحية.

2. واقع الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية

يتكون قطاع الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية من أربعة قطاعات رئيسية، هي:

1. وزارة الصحة الفلسطينية:

قبل قيام السلطة الوطنية كانت "الإدارة المدنية" التابعة لسلطة الاحتلال الإسرائيلي تدير عدداً من العيادات والمستشفيات التي تقدم الخدمات الصحية للشعب الفلسطيني. وقد تم نقل هذه المسؤولية إلى وزارة الصحة بالسلطة الوطنية الفلسطينية في أيار 1994 في قطاع غزة، وفي تشرين الثاني من نفس العام في الضفة الغربية. حيث تسلمت وزارة الصحة 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 الأم 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، وفي إطار الاهتمام بالوضع الصحي للأُم تم دمج خدمات الصحة الإنجابية مع خدمات الرعاية الصحية الأولية. وتشرف وزارة الصحة حالياً على 26% من المستشفيات العامة، وعلى 51% من مجموع الأسرة، وعلى 46% من أسرة الولادة، وعلى 43% من عيادات تنظيم الأسرة، وعلى 60% من عيادات الرعاية الصحية الأولية ومن الجدير ذكره أن حوالي 45% من عيادات الرعاية الصحية الأولية تقدم خدمات رعاية الأمومة والطفولة.

2. وكالة الغوث الدولية (الاونروا):

بعد النكبة، وفي الأول من أيار عام 1950 تحديداً، نشطت وكالة الغوث الدولية (UNRWA) في الضفة الغربية وقطاع غزة حيث تقدم خدمات الصحة الأولية ومجموعة من الخدمات الوقائية والعلاجية المتكاملة مجاناً للاجئين الفلسطينيين. ويبلغ عدد اللاجئين المستفيدين من خدمات الوكالة ما يقارب المليون لاجئ فلسطيني، أي ما نسبته 32% من سكان الأراضي الفلسطينية وتشرف وكالة الغوث الدولية على مستشفى واحد، وعلى 0.8% من مجموع الأسرة، وعلى 14% من أسرة الولادة، كما تشرف على 29% من عيادات تنظيم الأسرة، وعلى 9% تقريباً من عيادات الرعاية الصحية الأولية، هذا وتقدم 38% من عيادات الرعاية الصحية خدمات رعاية الأمومة وبعض الخدمات مثل الحمل الخطر. وبالرغم من اعتماد قطاع واسع من الشعب الفلسطيني على الخدمات الصحية المقدمة من الوكالة (لا سيما في قطاع غزة) إلا أنه جرى تقليص منذ أواسط التسعينيات على خدمات الوكالة وخاصة تلك المتعلقة بإعطاء التحويلات للمستشفيات، وجاءت عملية تقليص الخدمات بالتدريج بدءاً بنوعية الخدمة المقدمة والتحويل، وتبعه التقليص في عدد الكادر العامل في هذه العيادات؛ وذلك نتيجة لنقص في التمويل إذ أن التبرعات لم ترتفع بما يكفي لمواكبة التضخم والنمو السكاني للاجئين الفلسطينيين، حيث انخفض معدل الإنفاق السنوي على اللاجئ الواحد بمقدار 65% من العام 1975 إلى عام 1997، كما تنفق الوكالة ما نسبته 18% من إجمالي الميزانية على برنامج الصحة. ونتيجة لكل هذا التقليص حرم الآلاف من الفلسطينيين من تلقي الخدمات الصحية (الصفحة الإلكترونية، WWW.UNRWA.ORG).

3. المنظمات غير الحكومية:

لقد كانت السياسات الاحتلالية المفروضة على الشعب الفلسطيني بمثابة حافز لتحريكه وزيادة تصميمه على الصمود. وخاصة عند الأخذ بالاعتبار ما يمتاز به المحتل من خصائص اجتماعية واقتصادية جعلته أكثر صلابة في فرض وجوده. وكان من أوجه هذا الصمود بروز نشاط العديد من المنظمات غير الحكومية المختلفة، والتي أقيمت على تقديم

الخدمات الصحية في فلسطين. وقد باشرت بعض هذه المنظمات نشاطاتها في الخمسينيات، حيث بدأت عملها في مدينة القدس، ثم انتشرت في باقي الأراضي الفلسطينية. وقد لعبت هذه المنظمات دوراً كبيراً في تقديم خدمات الرعاية الصحية أثناء فترة السيادة الإسرائيلية على الخدمات الصحية، خاصة في المناطق الريفية النائية وللنساء المهمشة والفقيرة، حيث تقدم الخدمات الصحية مقابل رسوم رمزية. وقد برز دور هذه المنظمات خلال الانتفاضة الفلسطينية عام 1987، على الرغم من السياسة التي فرضها الاحتلال العسكري، والتي وقفت عائقاً أمام تنمية خدمات الرعاية الصحية للفلسطينيين. وقد تميز هذا القطاع بأعلى عدد من الأطباء العاميين والمختصين نسبة إلى عدد العيادات التي يشرف عليها. يشرف هذا القطاع على 38% من المستشفيات العامة، وعلى 32% من مجموع الأسرة، وعلى 28% من أسرة الولادة، وعلى 27% من عيادات تنظيم الأسرة، وعلى 31% من عيادات الرعاية الأولية، حيث أن حوالي 70% من عيادات الرعاية الصحية تقدم خدمات رعاية الحوامل وخدمات وقائية وإرشادية.

4. القطاع الخاص:

يشرف هذا القطاع على 33% من المستشفيات العامة، وعلى 10% من مجموع الأسرة، وعلى 13% من أسرة الولادة. وقد بدأ القطاع الخاص بالنمو والتوسع خاصة بعد تسلم السلطة الوطنية للنظام الصحي في فلسطين. وقد صاحب هذا التوسع تقلص في نسبة النساء المتوجهات للقطاع الحكومي لتلقي خدمات رعاية الأمومة، حيث بلور هذا القطاع مفاهيم جديدة لدى الأمهات، بأنه القطاع الأقدر على توفير رعاية صحية نوعية أعلى منها في القطاع الحكومي. واقتصرت الخدمات الصحية في القطاع الخاص على فئات معينة من الأمهات ذات الإمكانيات الاقتصادية العالية والقادرة على دفع تكلفة الخدمات المقدمة.

يبين الجدول أدناه توزيع مؤسسات الرعاية الصحية في الأراضي الفلسطينية حسب القطاع الصحي المشرف*.

القطاع المشرف	عدد المستشفيات	عدد الأسرة	عيادات الرعاية الأولية	عيادات تنظيم الأسرة
وزارة الصحة	17	2,622	359	76
وكالة الغوث الدولية	1	38	51	51
المنظمات غير الحكومية	25	1,442	185	48
القطاع الخاص	22	453	-	-
المجموع	65	4,555	595	175

-: غير متوفر

*: وزارة الصحة، 2001. التقرير السنوي 2000.

3. الرعاية الصحية أثناء الحمل

1.3 متابعة الحمل:

تعتبر المتابعة الصحية أثناء الحمل فرصة لكشف ومعالجة المشاكل الصحية التي كانت تعاني منها الحامل أصلاً، أو المشاكل التي قد تحدث نتيجة الحمل. وتعتبر متابعة الحمل ضرورية للنساء الحوامل (الحمل الخطر) اللواتي يحتجن رعاية ومتابعة طبية خاصة أثناء الحمل أو عند الولادة، كما أنها تمثل فرصة مناسبة لتقديم التثقيف والتوعية الصحية حول العديد من الجوانب المتعلقة بالحمل والولادة، وما بعدها، مثل ضرورة الاهتمام بتغذية الحامل والمولود وغيرها من الجوانب الأخرى. ونظراً لأهمية المتابعة الصحية أثناء الحمل أوصت منظمة الصحة العالمية بأن يكون الحد الأدنى لزيارات متابعة الحمل هو أربع زيارات (WHO 1996).

يوضح جدول (1) أن حوالي 95% من آخر ولادتين خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح قد تلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل. وتعتبر هذه النسبة مرتفعة إذا ما قورنت بنسب متابعة الحمل في العديد من الدول العربية (المغرب 52%، ومصر 53%، واليمن 35%). وعلى الرغم من ارتفاع معدلات متابعة الحمل إلا أن هناك بعض التباين حسب بعض الخصائص الخلفية للنساء. حيث يلاحظ التباين الكبير في نسبة المتابعة الصحية للولادات حسب المؤهل العلمي. حيث بلغت نسبة المتابعة الصحية أداها بين الولادات لأمهات غير متعلمات (83%)، وأقصاها بين الولادات لأمهات اكملن التعليم الثانوي على الأقل (97%).

2.3 الكادر الطبي الذي قام بمتابعة الحمل:

تشير البيانات الموضحة في جدول (1) إلى التباين الواضح في نسبة متابعة الحمل حسب الكادر الذي قام بالمتابعة للولادات، 75% من الولادات تابعت أمهاتهم الحمل لدى طبيب، و20% تابعت الرعاية لدى ممرضة/ قابلة. بينما لا يلاحظ فرق كبير في نسب المتابعة الصحية أثناء الحمل لدى طبيب بين الولادات لأمهات أقل من 30 عاماً وبين الولادات لأمهات تزيد أعمارهن عن 30 عاماً (75%) و (74%) على التوالي. إلا أنه يلاحظ أن متابعة الحمل حسب الكادر الذي قام بالمتابعة تتأثر ببعض العوامل الأخرى المرتبطة بخلفية الأم، حيث تشير البيانات إلى أن معظم الولادات في الضفة الغربية توجهت أمهاتهم إلى طبيب لمتابعة الحمل (87%) مقارنة مع (52%) من الولادات في قطاع غزة. هذا وترتفع نسبة الولادات التي تمت لها المتابعة أثناء الحمل لدى طبيب بين الولادات في المناطق الريفية (84%) مقارنة مع الحضر والمخيمات، وبين الولادات لأمهات غير لاجئات (83%) مقارنة مع اللاجئات. في المقابل ترتفع نسبة الولادات التي تمت المتابعة لها لدى ممرضة/ قابلة بين الولادات في المخيمات (41%)، وبين الولادات لأمهات لاجئات (35%). وقد يعود السبب في ارتفاع نسبة متابعة الحمل لدى ممرضة/ قابلة إلى ارتفاع تكلفة العلاج عند الطبيب، وعدم توفر الطبيب بشكل يومي وشامل لجميع عيادات الأمومة التابعة للقطاع الحكومي والعيادات التابعة للوكالة.

جدول 1: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب الكادر الذي قدم المتابعة الصحية أثناء الحمل وبعض الخصائص الخلفية، 2000

عدد الولادات	المجموع	الكادر الذي قدم المتابعة أثناء الحمل					الخصائص الخلفية
		غير ميبين	لا أحد	داية	ممرضة/قابلة	طبيب	
2,376	100	0.8	3.3	0.2	21.1	74.6	العمر بالسنوات
1,457	100	0.7	6.5	0.3	18.0	74.4	أقل من 30
							30 فأكثر
							المنطقة
2,455	100	0.9	6.1	0.2	5.7	87.0	الضفة الغربية
1,378	100	0.5	1.7	0.3	45.3	52.2	قطاع غزة
							نوع التجمع
2,119	100	0.7	3.6	0.2	20.8	74.8	حضر
1,130	100	0.7	7.8	0.2	7.4	83.8	ريف
584	100	1.1	1.6	0.8	41.0	55.5	مخيم
							حالة اللجوء
1,524	100	0.8	2.5	0.4	34.6	61.7	لاجئ
2,309	100	0.7	5.9	0.2	10.2	83.0	غير لاجئ
							المؤهل العلمي
133	100	0.5	15.5	0.5	21.3	62.1	لا شيء
1,284	100	0.5	6.7	0.0	18.7	74.2	ابتدائي
1,371	100	1.0	3.4	0.4	19.1	76.1	إعدادي
1,044	100	0.8	1.9	0.4	22.4	74.5	ثانوي فأكثر
3,833	100	0.8	4.5	0.3	19.9	74.5	الإجمالي

3.3 توقيت متابعة الحمل:

تعتبر طول مدة الحمل عند بدء المتابعة الصحية من العناصر الهامة في رعاية الأمومة؛ لأن بدء المتابعة في فترة مبكرة من الحمل يساعد في الكشف المبكر عن المشاكل الصحية المصاحبة للحمل والمضاعفات التي قد تترتب عليه، مما يساعد في تلافيها والحد من تفاقمها. يبين جدول (2) أن 93% من الولادات التي تابعت أمهاتهم الحمل كان موعد أول زيارة للمتابعة خلال الخمسة أشهر الأولى من الحمل (47% خلال أول شهرين، و46% خلال الفترة ما بين 3 إلى 5 أشهر من الحمل). ويتضح من البيانات الانخفاض النسبي في نسبة الولادات التي تلقت أمهاتهم الرعاية الصحية أثناء أول شهرين من الحمل، في كل من قطاع غزة والمخيمات واللاجئين حيث بلغت (17%، و26%، و33% على التوالي). وقد يعود السبب في الانخفاض بين هذه الفئات إلى بروتوكولات الوكالة (وهي أحد المصادر الرئيسية المقدمة للخدمة الصحية في قطاع غزة واللاجئين عموماً) التي تنص على بدء الرعاية الصحية للحمل من الشهر الرابع.

جدول 2: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح والتي تلقت
أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب مدة الحمل عند تلقي الرعاية لأول مرة والخصائص الخلفية، 2000

عدد الولادات	المجموع	مدة الحمل عند تلقي الرعاية لأول مرة					الخصائص الخلفية
		أقل من 3 شهور	3-5 شهور	6-9 شهور	لا تعرف	غير مبيّن	
2,295	100	49.6	44.0	5.8	0.2	0.4	العمر بالسنوات أقل من 30
1,360	100	42.7	50.3	6.2	0.3	0.6	30 فأكثر
2,303	100	64.6	30.9	3.6	0.3	0.6	المنطقة الضفة الغربية
1,352	100	17.0	72.8	9.9	0.1	0.2	قطاع غزة
2,041	100	46.1	48.1	5.3	0.1	0.4	نوع التجمع حضر
1,040	100	60.6	33.4	5.0	0.5	0.6	ريف
574	100	25.9	63.9	9.6	0.1	0.4	مخيم
1,485	100	32.5	59.3	7.5	0.2	0.4	حالة اللجوء لاجئ
2,170	100	57.0	37.5	4.8	0.2	0.5	غير لاجئ
112	100	41.2	46.7	10.5	0.9	0.6	المؤهل العلمي لا شيء
1,197	100	45.5	47.5	6.3	0.4	0.3	ابتدائي
1,321	100	49.7	44.1	5.6	0.1	0.6	إعدادي
1,024	100	46.1	47.9	5.4	0.2	0.5	ثانوي فأكثر
3,655	100	46.8	46.8	5.8	0.2	0.5	الإجمالي

4.3 عدد مرات متابعة الحمل:

تشير بيانات جدول (3) إلى أن حوالي (80%) من الولادات خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح قد قامت أمهاتهم بخمس زيارات على الأقل لمتابعة الحمل. ويلاحظ ارتفاع نسبة الولادات التي قامت أمهاتهم بخمس زيارات على الأقل لمتابعة الحمل بين الولادات لأمهات تقل أعمارهن عن 30 عاماً (81%)، وبين الأمهات في قطاع غزة (83%)، وبين الولادات لأمهات لاجئات (86%) وبين الأمهات بارتفاع مؤهلهن التعليمي. هذا ويبلغ متوسط عدد الزيارات (7.8) زيارة. وكما يتضح من الجدول فإن متوسط عدد الزيارات تأثر بشكل طفيف بعمر الأم والمنطقة ونوع التجمع وحالة اللجوء. إلا أنه يلاحظ أن متوسط عدد مرات المتابعة يرتفع بحوالي زيارة بين الولادات لأمهات أكملن التعليم الإعدادي على الأقل بالمقارنة مع من لم يحصلن على أي تعليم حيث بلغت (8 زيارات و 7 زيارات على التوالي).

جدول 3: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب عدد مرات المتابعة

الصحية أثناء الحمل والخصائص الخلفية، 2000

عدد الولادات	المتوسط	المجموع	عدد مرات المتابعة						الخصائص الخلفية
			غير مبین	لا تعرف	+5	4	3-1	0	
									العمر بالسنوات
2,376	7.9	100	0.4	0.1	80.7	8.5	7.1	3.2	أقل من 30
1,457	7.6	100	0.5	0.1	77.7	6.7	8.4	6.5	30 فأكثر
									المنطقة
2,455	7.9	100	0.6	0.1	77.6	7.5	8.3	6.0	الضفة الغربية
1,378	7.5	100	0.2	0.0	83.1	8.5	6.5	1.7	قطاع غزة
									نوع التجمع
2,119	7.8	100	0.4	0.0	81.0	7.8	7.3	3.5	حضر
1,130	7.5	100	0.5	0.2	73.5	8.1	6.6	7.8	ريف
584	8.1	100	0.4	0.0	86.1	7.4	4.6	1.5	مخيم
									حالة اللجوء
1,524	8.0	100	0.4	0.0	85.7	6.9	4.6	2.4	لاجئ
2,309	7.6	100	0.5	0.1	75.5	8.4	9.6	5.8	غير لاجئ
									المؤهل العلمي
133	7.0	100	0.5	0.0	75.3	1.7	7.0	15.5	لا شيء
1,284	7.2	100	0.3	0.2	73.3	8.7	10.8	6.6	ابتدائي
1,371	7.9	100	0.5	0.0	81.3	8.2	6.5	3.4	إعدادي
1,044	8.3	100	0.5	0.0	85.4	7.2	5.2	1.7	ثانوي فأكثر
3,833	7.8	100	0.5	0.1	79.6	7.8	7.6	4.4	الإجمالي

5.3 مكان متابعة الحمل:

هنالك العديد من العوامل التي تحدد اختيار مكان المتابعة أثناء الحمل. مثل توفر خدمات الرعاية الصحية، ومدى سهولة الوصول إليها وتكلفة المتابعة (وتشمل سعر الخدمة، وتكلفة الوصول إلى الخدمة، وطول فترة الانتظار وغيرها من العوامل)، ونوعية وجودة الخدمات المقدمة.

تشير بيانات المسح الموضحة في جدول (4) إلى أن أكثر من نصف الولادات (52%) التي قامت أمهاتهم بمتابعة الحمل قد تمت في المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص، (47% عيادة خاصة، و5% مستشفى خاص). وأن أكثر من ربع الولادات (27%) تمت المتابعة في المؤسسات الصحية التابعة للوكالة. وأقل من خمس الولادات (17%) في المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الحكومي (13% من مركز صحي حكومي، و4% من مستشفى حكومي). وأن (4%) من الولادات تمت متابعة الحمل لها في مراكز تابعة للمنظمات غير الحكومية. هذا وبينما يلعب القطاع الخاص الدور الأكبر في تقديم خدمة رعاية الأمومة للولادات في الضفة الغربية (71%)، والولادات لأمهات غير لاجئات (67%)، والولادات للأمهات الريفيات (68%)، نجد أن الوكالة تلعب الدور الأكبر في تقديم خدمة رعاية الأمومة للولادات في المخيمات (74%)، والولادات في قطاع غزة عموماً، والولادات للأمهات لاجئات بشكل خاص حيث بلغت (60% لكل منهما). ويتضح من هذه البيانات ضعف الإقبال على المتابعة الصحية للحمل في المؤسسات التابعة للقطاع

الحكومي، بالرغم من أنها تقدم مجاناً. وقد يعود السبب في ذلك إلى عدم رضى الأمهات عن نوعية وجودة الخدمة المقدمة لهن من المؤسسات الحكومية.

جدول 4: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح والتي تمت متابعة الحمل لها حسب مكان المتابعة والخصائص الخلفية، 2000

عدد الولادات	المجموع	مكان المتابعة							الخصائص الخلفية
		غير مبيّن	عيادة تابعة لمنظمة غير حكومية	عيادة خاصة	مركز صحي حكومي	مركز تابع للوكالة	مستشفى خاص	مستشفى حكومي	
									العمر بالسنوات
2,295	100	0.4	3.9	48.5	12.0	26.3	5.4	3.4	أقل من 30
1,360	100	0.6	4.3	45.2	13.7	27.0	4.8	4.5	30 فأكثر
									المنطقة
2,303	100	0.6	5.4	63.2	11.9	7.1	7.9	4.0	الضفة الغربية
1,352	100	0.2	1.8	20.2	14.1	59.8	0.5	3.5	قطاع غزة
									نوع التجمع
2,041	100	0.4	4.3	49.2	14.9	22.2	4.9	4.0	حضر
1,040	100	0.6	4.2	60.3	14.1	8.9	7.3	4.5	ريف
574	100	0.4	2.7	17.0	2.1	74.1	2.0	1.6	مخيم
									حالة اللجوء
1,485	100	0.4	3.3	28.2	3.4	59.8	3.2	1.8	لاجئ
2,170	100	0.5	4.6	60.4	19.0	3.8	6.5	5.2	غير لاجئ
									المؤهل العلمي
112	100	0.9	3.6	49.1	12.5	28.6	2.7	2.7	لا شيء
1,197	100	0.2	3.5	48.1	14.2	22.8	5.5	5.7	ابتدائي
1,321	100	0.6	4.6	46.6	11.1	28.3	5.5	3.4	إعدادي
1,024	100	0.5	3.6	47.6	10.6	30.0	5.1	2.7	ثانوي فأكثر
3,655	100	0.5	4.0	47.3	12.7	26.6	5.2	3.8	الإجمالي

6.3 سبب اختيار مكان متابعة الحمل:

يتضح من جدول (5) أن نصف الولادات (50%) التي تلقت المتابعة الصحية أثناء الحمل أكدت أمهاتهم أن سبب اختيار مكان المتابعة هو الرضى عن جودة الخدمة، وأن ثلث الولادات (35%) بسبب توفر الخدمة وسهولة الوصول إليها وما يقارب عشر الولادات (9%) التي تابعت أمهاتهم الرعاية الصحية بسبب توفر التأمين الصحي وانخفاض التكلفة وحوالي 5% فقط من الولادات التي تابعت الحمل عزت أمهاتهم سبب اختيار مكان المتابعة إلى أن مقدم الخدمة أنثى. وعند النظر إلى أسباب اختيار كل مكان حسب نوعية المؤسسة الصحية، يتبين أن أهم الأسباب لاختيار المستشفى الحكومي يعزى إلى توفر الخدمة (30%)، والرضى عنها (23%)، وتوفر التأمين الصحي (23%). ويظهر أهم سبب لاختيار المستشفى الخاص والعيادة الخاصة هو الرضى عن نوعية الخدمة المقدمة (47%)، و68% على التوالي).

تشير هذه النتائج إلى أن توفر الخدمة الصحية وسهولة الوصول إليها بالرغم من أنه من الأسباب المهمة في اختيار الأمهات لمكان المتابعة، إلا أن توفر الخدمة وحده لا يكفي حيث تلعب نوعية الخدمة الصحية المقدمة دوراً هاماً في اختيارها.

جدول 5: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح والتي تمت متابعة

الحمل حسب مكان المتابعة وسبب اختياره، 2000

عدد الولادات	المجموع	سبب اختيار مكان المتابعة						مكان المتابعة
		التكلفة قليلة	توفر تأمين صحي	مقدم الخدمة أنثى	الرعاية جيدة	الخدمة قريبة	الخدمة متوفرة	
139	100	5.4	23.4	0.0	23.2	18.3	29.6	مستشفى حكومي
189	100	0.5	12.0	1.6	47.3	13.8	24.8	مستشفى خاص
971	100	2.5	10.1	2.6	36.7	9.6	38.5	وكالة الغوث
379	100	4.1	5.7	5.6	27.5	26.4	30.6	مركز حكومي
84	100	0.0	3.7	7.1	39.4	19.5	30.3	مركز رعاية الأمومة والطفولة
1,729	100	0.7	3.8	7.1	67.7	4.5	16.3	عيادة خاصة
148	100	5.1	10.3	14.1	32.6	14.5	23.3	عيادة تابعة لمنظمة غير حكومية
17	100	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	غير مبين
3,655	100	1.9	7.3	5.4	50.3	9.9	25.1	المجموع

7.3 تناول أقرص الحديد وحامض الفوليك أثناء الحمل:

تشير بيانات المسح المبينة في جدول (6) إلى أن (76%) من آخر ولادتين، خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح قد تناولت أمهاتهم أقرص الحديد، و(44%) قد تناولت حامض الفوليك، و(43%) قد تناولت أقرص الحديد وحامض الفوليك معاً خلال الحمل. وأن ما يقارب الربع (23%) من الولادات لم تتناول أمهاتهم أقرص الحديد وحامض الفوليك خلال الحمل. وترتفع نسبة الولادات التي لم تتناول أمهاتهم أية مقويات بصورة ملحوظة في قطاع غزة مقارنة مع الولادات في الضفة الغربية (33%، و17% على التوالي). هذا ولم يلاحظ أية فروقات تذكر بين الولادات التي لم تتناول أمهاتهم أية مقويات خلال الحمل حسب الفئات العمرية ونوع التجمع وحالة اللجوء. كما نلاحظ الانخفاض الملموس في نسبة الولادات التي لم تتناول أمهاتهم أية مقويات بارتفاع مستوى تحصيلها العلمي، حيث ترتفع إلى أكثر من ثلث الولادات (38%) لأمهات غير متعلقات مقارنة مع الولادات لأمهات حصلن على الثانوية على الأقل (19%).

جدول 6: نسبة الولادات (آخر ولادتين) خلال السنوات الثلاث السابقة التي تناولت أمهاتهم مقويات أثناء الحمل حسب نوع المقوي والخصائص الخلفية، 2000

عدد الولادات	نوع المقوي						الخصائص الخلفية
	غير مبين	لا تعلم	لم تتلق أقراص	أقراص حديد و حامض الفوليك	أقراص حامض الفوليك	أقراص حديد	
							العمر بالسنوات
2,376	0.4	0.0	21.5	43.4	44.6	76.8	أقل من 30
1,457	0.6	0.3	24.1	41.6	43.4	73.3	30 فأكثر
							المنطقة
2,455	0.6	0.0	16.8	46.1	47.6	81.0	الضفة الغربية
1,378	0.3	0.3	32.6	36.8	38.0	65.0	قطاع غزة
							نوع التجمع
2,119	0.4	0.1	23.8	43.6	44.4	74.8	حضر
1,130	0.5	0.1	19.0	42.2	44.4	78.2	ريف
584	0.6	0.3	24.4	40.7	42.5	72.9	مخيم
							حالة اللجوء
1,524	0.5	0.1	22.7	43.0	44.2	75.6	لاجئ
2,309	0.5	0.1	22.4	42.5	42.2	75.4	غير لاجئ
							المؤهل العلمي
133	0.5	0.0	37.8	22.6	25.0	59.3	لا شيء
1,284	0.3	0.1	28.0	41.1	42.2	70.5	ابتدائي
1,371	0.6	0.2	18.9	44.0	45.4	79.0	إعدادي
1,044	0.5	0.1	18.5	45.6	47.4	79.2	ثانوي فأكثر
3,833	0.5	0.1	22.5	42.7	44.1	75.5	الإجمالي

8.3 التطعيم ضد التيتانوس:

يعتبر تسمم التيتانوس من الأسباب الرئيسية المؤدية إلى وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة في حال حدوث الولادة في بيئة غير نظيفة وبأدوات غير معقمة. ويكتسب الطفل في أيامه الأولى مناعة ضد التسمم بالتيتانوس من خلال الأم، لذا يمكن تقليل الإصابة بتسمم التيتانوس إلى حد كبير، من خلال تطعيم الأمهات أثناء الحمل أو خلال فترة مبكرة من حياتهن الإنجابية.

تشير بيانات المسح الموضحة في جدول (7) إلى أن 24% من الأمهات اللواتي انجبن خلال الأثني عشر شهراً السابقة للمسح قد تلقين جرعة واحدة ضد التيتانوس وأن 53% قد تلقين جرعتين على الأقل في حين أن أكثر من خمس هؤلاء الأمهات (21%) لم يتلقين أي جرعة للتطعيم ضد التيتانوس. وترتفع نسبة السيدات اللواتي تلقين جرعتين على الأقل من التطعيم ضد التيتانوس بين الأمهات الأكبر سناً (30 عاماً فأكثر) وفي قطاع غزة (59% لكليهما). ويلاحظ الارتفاع الكبير في نسبة عدم الحصول على أي جرعة ضد التيتانوس بين الأمهات في الضفة الغربية (29%)، والأمهات في الحضر والريف (21%)، و27% على التوالي). كما يلاحظ انخفاض نسبة اللواتي لم يتلقين أي جرعة ضد التيتانوس بين النساء اللواتي حصلن على تعليم إعدادي وتعليم ثانوي فأكثر مقارنة مع مستويات التعليم الأخرى.

جدول 7: التوزيع النسبي للأمهات اللاتي انجبن طفلا خلال الأثني عشر شهرا السابقة للمسح حسب عدد جرعات التيتانوس التي تلقتها الأم والخصائص الخلفية، 2000

عدد الأمهات	المجموع	عدد جرعات التيتانوس					الخصائص الخلفية
		غير مبين	لا تعرف	+2	1	0	
902	100	0.1	1.3	50.3	28.8	19.4	العمر بالسنوات
460	100	0.7	2.0	58.8	15.5	22.9	أقل من 30
							30 فأكثر
869	100	0.5	2.1	49.9	18.2	29.4	المنطقة
493	100	0.2	0.6	59.0	35.2	5.1	الضفة الغربية
							قطاع غزة
757	100	0.3	1.7	53.5	23.7	20.7	نوع التجمع
400	100	0.4	1.9	51.7	19.3	26.7	حضر
205	100	0.4	0.6	55.0	36.2	7.9	ريف
							مخيم
573	100	0.4	1.1	52.6	34.2	11.7	حالة اللجوء
789	100	0.3	1.9	53.6	17.2	27.0	لاجئ
							غير لاجئ
48	100	0.0	4.1	50.2	22.7	23.0	المؤهل العلمي
425	100	0.0	1.3	50.3	22.7	25.7	لا شيء
490	100	0.3	1.6	54.1	25.5	18.6	ابتدائي
399	100	0.9	1.5	55.5	24.8	17.2	إعدادي
							ثانوي فأكثر
1,362	100	0.3	1.6	53.2	24.3	20.6	الإجمالي

4. الرعاية الصحية أثناء الولادة

يرجع الاهتمام بالرعاية الصحية أثناء الولادة إلى ضرورة إتمام عملية الولادة تحت إشراف كادر طبي مؤهل، وفي ظل توفر المعدات الطبية اللازمة والتي تساعد في إتمام عملية الولادة بأمان مما يساعد في التقليل من احتمالات تعرض الأم ووليدها لأي مضاعفات صحية، يمكن أن تحدث خلال الولادة وما بعدها. وقد وفر المسح الصحي 2000 للأراضي الفلسطينية بيانات حول مكان الولادة، والكادر الذي ساعد في الولادة بالإضافة إلى طبيعة الولادة.

1.4 مكان الولادة:

تشير بيانات المسح الموضحة في جدول (8) إلى أن الغالبية العظمى (95%) من الولادات في الأراضي الفلسطينية قد تمت في مؤسسات الرعاية الصحية. وتعتبر هذه النسبة مرتفعة إذا ما قورنت بالنسب السائدة في معظم الدول العربية الأخرى (مثلاً سلطنة عمان 88%، ومصر 48%، والمغرب 46%، وسوريا 35%، واليمن 16%).

جدول 8: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب مكان الولادة وبعض

الخصائص الخلفية، 2000

عدد الولادات	المجموع	مكان الولادة							الخصائص الخلفية
		غير مبين	في المنزل	عيادة خاصة	مركز صحي/ مستشفى تابع لمنظمة غير حكومية	مركز/ مستشفى تابع للكوالة	مستشفى خاص	مستشفى حكومي	
2,376	100	0.4	4.7	11.2	6.2	7.9	28.2	41.5	العمر بالسنوات أقل من 30
1,457	100	0.5	5.9	10.2	4.8	61	26.8	45.7	30 فأكثر
2,455	100	0.6	7.6	2.6	4.5	2.5	40.0	41.2	المنطقة الضفة الغربية
1,378	100	0.2	0.8	25.4	6.0	15.5	5.7	46.5	قطاع غزة
2,119	100	0.4	3.6	13.4	6.6	6.6	30.6	38.6	نوع التجمع حضر
1,130	100	0.5	9.3	3.7	3.8	1.7	29.0	52.0	ريف
584	100	0.4	2.8	15.0	5.7	19.9	14.1	42.1	مخيم
1,524	100	0.4	2.8	14.2	7.6	16.0	19.1	39.9	حالة اللجوء لاجئ
2,309	100	0.5	6.7	8.6	4.3	1.3	33.3	45.2	غير لاجئ
133	100	0.5	9.7	6.1	8.1	8.1	18.1	49.3	المؤهل العلمي لا شيء
1,284	100	0.3	6.7	11.8	4.9	6.0	23.4	47.0	ابتدائي
1,371	100	0.5	5.2	10.5	4.9	7.4	28.8	47.2	إعدادي
1,044	100	0.5	2.7	10.7	7.2	8.3	32.6	38.0	ثانوي فأكثر
3,833	100	0.5	5.2	10.8	5.6	7.2	27.6	43.1	الإجمالي

شكّلت المستشفيات الحكومية المصدر الرئيس الأول في تقديم خدمات التوليد (43% من الولادات)، يليها المستشفيات التابعة للقطاع الخاص (28%)، ثم العيادات الخاصة (11%). هذا وعلى الرغم من أن غالبية الولادات تحدث في مؤسسات الرعاية الصحية بغض النظر عن الخصائص الخلفية للأم، إلا أن اختيار مكان الولادة تأثر بالخصائص الخلفية للأم. حيث تشير البيانات إلى أن نسبة الولادات التي حدثت في المستشفيات الخاصة ترتفع بصورة نسبية بين الولادات في الضفة الغربية (40%)، وفي الحضر (31%)، وبين الولادات لأمهات غير لاجئات (33%)، وبين الولادات لأمهات أكملن التعليم الثانوي على الأقل (33%). وترتفع نسبة الولادات التي تمت في مؤسسات الرعاية الصحية التابعة للكوالة بين الولادات في قطاع غزة (16%)، وبين الولادات في المخيمات (20%)، وبين الولادات لأمهات لاجئات (16%). بينما تحتل المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص مكان الصدارة بالنسبة للمتابعات أثناء الحمل، وتحتل المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الحكومي مكان الصدارة بالنسبة لمكان الولادة. وقد يعود السبب في ذلك إلى توفر مقومات الولادة الآمنة في مؤسسات الرعاية الصحية التابعة للقطاع الحكومي.

2.4 سبب اختيار مكان الولادة:

تشير بيانات المسح في جدول (9) إلى أن أهم سببين لاختيار مكان الولادة من بين الولادات التي تمت في مؤسسات صحية، هو الرضى عن خدمة التوليد وتوفير التأمين الصحي/انخفاض تكلفة الولادة (44%، 24% على التوالي). يليهما وجود مخاطر طبية قد تحتاج إلى رعاية طبية خاصة (14%).

يلحظ أن السبب في اختيار مكان الولادة يتباين بوضوح باختلاف المكان الذي تمت فيه الولادة. وعلى سبيل المثال كان 39% من الولادات التي تمت في المستشفيات الحكومية بسبب توفر التأمين الصحي وقلّة التكلفة. بينما عزت أمهات 64% من الولادات السبب في اختيار المراكز/المستشفيات الخاصة إلى الرضى عن جودة الخدمة. تؤكد هذه النتيجة على وجوب الاهتمام بجودة ونوعية الخدمات الصحية في المراكز والمستشفيات التابعة للقطاع الحكومي لتمكين هذه المؤسسات من جذب المترددين عليها بسبب جودة خدماتها وليس فقط لقلّة التكلفة فيها.

جدول 9: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح التي حدثت في مؤسسات صحية

حسب مكان الولادة والسبب في تفضيله، 2000

عدد الولادات	المجموع	السبب في تفضيل مكان الولادة							مكان الولادة
		غير مبين	وجود متاعب صحية	وجود طبيب الحامل الخاص	توفر تأمين صحي/ قلّة التكلفة	حدوث الولادة فجأة	عدم توفر مصدر آخر	خدمة جيدة	
1,654	100	5.4	20.5	2.5	38.7	2.8	4.9	25.1	مستشفى حكومي
1,061	100	2.6	6.8	11.2	10.0	2.5	2.8	64.0	مستشفى خاص
276	100	5.2	3.1	0.3	29.9	3.3	3.1	55.1	مستشفى وكالة
217	100	1.8	8.8	14.0	13.1	1.7	3.3	57.4	مستشفى تابعة لمنظمة غير حكومية
415	100	1.3	16.3	18.2	1.4	5.0	1.8	55.8	عيادة خاصة
3,623	100	3.9	14.0	7.4	23.8	2.9	3.7	44.3	المجموع

3.4 الكادر الصحي الذي ساعد في الولادة:

تشير بيانات المسح المبينة في جدول (10) إلى أن (96%) من الولادات قد تمت تحت إشراف كادر طبي مؤهل، و(60%) من الولادات تمت تحت إشراف طبيب، و(36%) تحت إشراف ممرضة/قابلية. ولم تتعد نسبة الولادات التي تمت تحت إشراف داية (3%). ويلاحظ من الجدول ارتفاع نسبة الولادات التي تمت تحت إشراف طبيب، بصورة خاصة بين الولادات في قطاع غزة (76%)، والولادات في الحضر (66%)، والولادات لأمهات لاجئات (62%)، والولادات لأمهات تلقين تعليمًا ثانويًا على الأقل (67%) وذلك مقارنة مع باقي الولادات.

جدول 10: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب الكادر الذي ساعد في الولادة والخصائص الخلفية، 2000

عدد الولادات	المجموع	الكادر الذي ساعد في الولادة						الخصائص الخلفية
		غير مبين	لا أحد	أخرى	داية	ممرضة/قابلة	طبيب	
2,376	100	0.4	0.2	0.3	2.6	36.6	59.9	العمر بالسنوات
1,457	100	0.5	0.3	0.2	2.8	36.1	60.1	أقل من 30
								30 فأكثر
								المنطقة
2,455	100	0.6	0.3	0.2	3.7	44.0	51.1	الضفة الغربية
1,378	100	0.2	0.1	0.3	0.9	22.8	75.8	قطاع غزة
								نوع التجمع
2,119	100	0.4	0.3	0.3	1.8	31.5	65.5	حضر
1,130	100	0.5	0.1	0.4	4.7	45.2	49.1	ريف
584	100	0.4	0.0	0.0	2.0	36.9	60.7	مخيم
								حالة اللجوء
1,524	100	0.4	0.2	0.2	1.6	35.3	62.4	لاجئ
2,309	100	0.5	0.2	0.3	3.5	37.1	58.4	غير لاجئ
								المؤهل العلمي
133	100	0.5	2.1	0.0	6.2	37.5	53.6	لا شيء
1,284	100	0.3	0.1	0.5	4.2	39.6	55.3	ابتدائي
1,371	100	0.5	0.2	0.1	2.4	37.2	59.5	إعدادي
1,044	100	0.5	0.1	0.2	0.8	31.1	67.3	ثانوي فأكثر
3,833	100	0.5	0.2	0.3	2.7	36.4	60.0	الإجمالي

4.4 طبيعة الولادة:

تشير بيانات المسح الموضحة في جدول (11) إلى أن ما يزيد عن ثلثي الولادات (71%) من بين آخر ولادتين خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح والتي تمت في مؤسسات الرعاية الصحية، قد تمت بصورة طبيعية، وحوالي 17% بواسطة الجرح/توسيع، وحوالي 9% بواسطة عمليات قيصرية، وحوالي 3% بواسطة الشفط. هذا وترتفع نسبة الولادات التي تمت بواسطة الجرح/توسيع بين الولادات لأمهات تقل أعمارهن عن 30 عاماً، وبين الولادات لأمهات تلقين تعليماً ثانوياً على الأقل (22% لكلا المجموعتين).

جدول 11: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح والتي تمت في مؤسسات صحية حسب طبيعة الولادة والخصائص الخلفية، 2000

عدد الولادات	المجموع	طبيعة الولادة					الخصائص الخلفية
		قيصرية	شفط	ملقط	جرح/ توسيع	طبيعية	
2,257	100	6.4	2.5	0.4	22.3	68.3	العمر بالسنوات أقل من 30
1,366	100	13.9	2.4	0.1	8.6	74.9	30 فأكثر
2,257	100	10.1	2.2	0.4	16.6	70.7	المنطقة الضفة الغربية
1,366	100	7.8	3.0	0.2	18.1	71.0	قطاع غزة
2,036	100	9.2	2.7	0.2	16.9	70.9	نوع التجمع حضر
1,020	100	10.6	2.1	0.4	17.8	69.0	ريف
566	100	7.0	2.3	0.4	16.9	73.5	مخيم
1,477	100	8.3	2.8	0.1	17.2	71.5	حالة اللجوء لاجئ
2,146	100	9.9	2.2	0.4	17.2	70.3	غير لاجئ
411	100	14.3	2.1	0.0	13.4	70.3	المؤهل العلمي لا شيء
906	100	9.5	2.2	0.2	12.9	75.1	ابتدائي
1,295	100	7.7	2.2	0.4	17.5	72.3	إعدادي
1,012	100	9.0	3.3	0.4	22.1	65.2	ثانوي فأكثر
3,623	100	9.3	2.5	0.3	17.2	70.8	الإجمالي

كما أن نسبة الولادات القيصرية، ترتفع بين الولادات لأمهات تزيد أعمارهن عن 30 عاماً (14%)، وبين الولادات في الضفة الغربية (10%)، والولادات في الريف (11%)، وبين الولادات لأمهات لم ينلن أي نصيب من التعليم (14%).

5. الرعاية الصحية بعد الولادة

تقوم المؤسسات التابعة للمنظمات غير الحكومية بدور رئيس في مجال تقديم الرعاية الصحية بعد الولادة، حيث تبلغ نسب مساهمة المنظمات غير الحكومية 34% من إجمالي الخدمات في هذا المجال (مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي، 2001). تقرير حول وضعية المرأة الفلسطينية بالاستناد إلى اتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة). وتجدر الإشارة إلى أن الاهتمام ببلورة برامج للرعاية الصحية بعد الولادة حديث العهد. لذا يتوقع أن تكون البرامج المتوفرة لا زالت غير شاملة وتحتاج إلى تطوير.

تعتبر الرعاية بعد الولادة من الأركان الأساسية في بناء الصحة الإنجابية بشكل عام وصحة الأمومة بشكل خاص. حيث تتلقى الأمهات خدمات الصحة العامة، ومساندة الرضاعة الطبيعية وتعليم الرعاية والتربية الصحية والرعاية الخاصة بعد الولادة. وذلك من أجل الشفاء السريع للأم، وضمان بداية سليمة في حياة الوليد.

يتضح من بيانات جدول (12) إلى أن ربع الولادات فقط (26%) قد تمت لها متابعة بعد الولادة بالمقارنة مع النسب في بعض الأقطار العربية نجد أن نسبة الرعاية بعد الولادة في الأراضي الفلسطينية منخفضة جداً بالمقارنة مع مثيلاتها في سلطنة عمان 74%. بينما تعتبر هذه النسبة في الأراضي الفلسطينية مرتفعة نسبياً إذا ما قورنت بالنسب في المغرب 12% ومصر 4%. وكما هو واضح من الجدول فإن خمس الولادات (20%) قد تابعها طبيب مختص وتابع الطبيب العام والممرضة /قابلة على (3% من الولادات لكل منهما). ويلاحظ من الجدول أن نسبة المتابعة الصحية بعد الولادة تتخفف نسبياً بين الولادات لأمهات في عمر أقل من 30 عاماً (25%)، وبين الولادات في قطاع غزة (21%)، وبين الولادات لأمهات تلقين تعليماً أقل من المرحلة الإعدادية بشكل عام.

جدول 12: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح حسب نوع الكادر الذي قدم

الرعاية الصحية بعد الولادة والخصائص الخلفية، 2000

عدد الولادات	المجموع	الكادر الذي قدم الرعاية الصحية بعد الولادة						الخصائص الخلفية
		غير مبين	لا أحد	داية	ممرضة/ قابلة	اختصاصي	طبيب عام	
2,376	100	0.5	74.7	0.1	2.7	19.1	2.9	العمر بالسنوات أقل من 30
1,457	100	0.5	71.2	0.2	2.9	21.1	4.0	30 فأكثر
2,455	100	0.7	70.6	0.2	1.5	23.8	3.3	المنطقة الضفة الغربية
1,378	100	0.2	78.4	0.0	5.2	12.8	3.4	قطاع غزة
2,119	100	0.5	74.4	0.1	2.1	19.8	2.9	نوع التجمع حضر
1,130	100	0.5	73.4	0.3	0.8	21.8	3.3	ريف
584	100	0.4	69.2	0.0	9.3	16.3	4.8	مخيم
1,524	100	0.4	72.6	0.0	5.5	17.6	3.9	حالة اللجوء لاجئ
2,309	100	0.6	73.9	0.2	1.1	21.4	2.9	غير لاجئ
133	100	0.5	75.4	1.7	1.0	18.1	3.3	المؤهل العلمي لا شيء
1,284	100	0.5	76.5	2.0	1.9	17.2	3.6	ابتدائي
1,371	100	0.5	71.7	0.0	3.5	21.1	3.2	إعدادي
1,044	100	0.5	71.5	0.0	3.3	21.6	3.0	ثانوي فأكثر
3,833	100	0.5	73.4	0.1	2.8	19.9	3.3	الإجمالي

1.5 الزيارات البيئية بعد الولادة:

هناك ندرة في البرامج الموجهة إلى الزيارات المنزلية للنساء بعد الولادة، وهي متروكة كلياً للمنظمات غير الحكومية، كاتحاد لجان العمل الصحي، واتحاد لجان الإغاثة الطبية الفلسطينية، وقد بدأ القطاع الحكومي حديثاً بإعطاء هذا الموضوع الاهتمام الذي يستحقه، حيث تم إعداد فرق من العاملات الصحيات للقيام بزيارات بيئية للنساء بعد الولادة. ويتضح من بيانات جدول (13) أن نسبة الولادات التي تمت لها زيارات بيئية بعد الولادة من قبل عاملة صحية بلغت (7%) فقط. ويشير الجدول إلى ارتفاع نسبة الولادات التي تمت لها زيارات بيئية في قطاع غزة (10%) مقارنة مع الضفة الغربية (5%)، وكذلك الولادات للأمهات القاطنات في المخيمات (14%) مقارنة مع الأمهات في الحضر (5%) والريف (7%). كما يلاحظ أيضاً الارتفاع أيضاً في نسبة الولادات للأمهات اللاجئات والتي تمت لها زيارات بيئية (9%) مقارنة مع غير اللاجئات (5%). وعند الحديث عن المواضيع الصحية العامة والمتعلقة بالرعاية الصحية للأم والطفل بعد الولادة بعد الولادة بشكل عام. وقد ركزت العاملة الصحية نقاشها مع الأم حول الرضاعة الطبيعية (86%)، والنظافة/ الصحة الشخصية (73%)، والتغذية (71%)، وتنظيم الأسرة (59%)، واستئناف النشاط الجنسي (38%).

جدول 13: نسب الولادات التي تمت في مستشفى (آخر ولادتين) خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح وتلقت أمهاتهم تثقيفاً صحياً لدى كادر طبي حسب الموضوع والخصائص الخلفية، 2000

عدد الولادات	مواضيع التثقيف الصحي						تلقت زيارات منزلية بعد الولادة	الخصائص الخلفية
	أخرى	استئناف النشاط الجنسي	التغذية	النظافة الشخصية	الرضاعة الطبيعية	تنظيم الأسرة		
167	3.1	33.5	68.5	69.6	87.1	55.0	6.7	العمر بالسنوات
101	0.4	44.1	76.2	78.5	82.9	65.2	6.6	أقل من 30
131	4.2	35.5	73.7	70.3	85.6	52.6	5.1	30 فأكثر
137	0.0	39.3	69.2	75.5	85.5	64.8	9.6	المنطقة
102	6.5	29.4	68.5	66.8	84.5	48.6	4.6	الضفة الغربية
78	0.5	41.5	77.5	75.2	87.7	62.5	6.6	قطاع غزة
88	0.5	43.3	69.4	78.2	84.9	67.5	14.4	نوع التجمع
147	0.9	37.8	71.8	75.3	84.8	61.9	9.3	حضر
121	3.5	37.1	70.9	70.1	86.5	55.1	5.0	ريف
11	0.0	43.5	84.3	84.3	77.1	39.3	7.9	مخيم
76	0.6	42.3	87.5	77.0	86.7	63.7	5.0	حالة اللجوء
97	3.5	32.9	69.9	66.5	85.8	54.5	6.8	لاجئ
84	2.0	37.6	67.4	75.3	85.2	62.0	7.7	غير لاجئ
288	2.1	37.5	71.4	73.0	85.5	58.8	6.7	المؤهل العلمي
								لا شيء
								ابتدائي
								إعدادي
								ثانوي فأكثر
								الإجمالي

2.5 التثقيف الصحي بعد الولادة:

يعتبر التثقيف الصحي بعد الولادة من العوامل المؤثرة في تدعيم الوعي والإرشاد الصحي للأمهات. وكون معظم الولادات تتم في المستشفيات فليس للمرأة حديثة الولادة إلا الاعتماد على مكان الولادة لتلقي الرعاية الصحية والإرشاد بعد الولادة. ويلعب القطاع الحكومي دوراً أساسياً في هذا المجال كون 43% من الولادات تتم في مؤسسات هذا القطاع. ولكن ما زالت نسب التغطية بالتثقيف الصحي بعد الولادة غير شاملة للولادات التي تمت في مؤسسات الرعاية الصحية، كون 39% من هذه الولادات تغادر المستشفى قبل استكمال الـ24 ساعة، (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. المسح الصحي 2000. النتائج الأساسية).

تشير بيانات جدول (14) أن نسبة الولادات التي لم تتلق أمهاتهم تثقيفاً صحياً بعد الولادة من بين الولادات التي تمت في مؤسسات الرعاية الصحية قد بلغت (28%) في مؤسسات القطاع الحكومي، و(29%) في مؤسسات القطاع الخاص، و(31%) في مؤسسات الوكالة، و(34%) في المؤسسات التابعة للمنظمات غير الحكومية. وتشير البيانات إلى أن الرضاعة الطبيعية وتغذية الأم وتنظيم الأسرة والتطعيم قد شملت أكبر نسبة تغطية في المؤسسات الصحية الحكومية بالمقارنة مع غيرها من المؤسسات من بين المواضيع التي تم نقاشها مع الأمهات حيث بلغت النسبة (62%)، و(51%)، و(45%)، و(59% على التوالي). يليها المؤسسات التابعة للوكالة حيث تم نقاش الرضاعة الطبيعية وتغذية الأم وتنظيم

جدول 14: نسب الولادات (آخر ولادتين) خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح والتي تمت في مؤسسات

صحية وتلقّت أمهاتهم تثقيفاً صحياً حسب الموضوع ومكان الولادة، 2000

عدد الولادات	لم تتلق أي تثقيف	موضوع التثقيف					مكان الولادة
		أهمية المتابعة الصحية بعد الولادة	التطعيم	تنظيم الأسرة	تغذية الأم	الرضاعة الطبيعية	
1,654	27.6	47.0	59.1	45.3	51.2	61.5	مركز/مستشفى حكومي
1,061	29.3	50.0	64.5	27.9	43.4	51.4	مركز/مستشفى خاص
276	30.9	42.6	57.1	44.9	50.2	53.5	مركز/مستشفى تابع للوكالة
217	33.5	52.3	60.8	32.8	48.1	52.1	مركز/مستشفى تابع لمنظمة غير حكومية

الأسرة والتي بلغت (54%)، و(50%)، و(45% على التوالي). أما التطعيم فكانت المؤسسات التابعة للقطاع الخاص قد غطته بصورة أكثر شمولية (65%). واخيراً بالنسبة لموضوع أهمية المتابعة الصحية بعد الولادة فقد غطته المؤسسات التابعة للمنظمات غير الحكومية بشكل أفضل من غيرها حيث بلغت (52%).

6. التحليل المتعدد لبعض مؤشرات رعاية الأمومة

في ظل كون التغطية بخدمات رعاية الأمومة في مرحلتي المتابعة الصحية أثناء الحمل والولادة في الأراضي الفلسطينية تكاد تكون شبه شاملة لجميع الولادات (حيث بلغت نسبة المتابعة أثناء الحمل 95%، وكذلك نسبة الولادات التي تمت في مؤسسات الرعاية الصحية)، لذا فإن التحليل المتعدد لهذين الجانبين سيكون مرتكزاً على التباين الملاحظ في اختيار نوع مؤسسات الرعاية الصحية، ونوع الكادر الذي قدم الخدمة بين الفئات المختلفة للأمهات الفلسطينيات.

سيستخدم التحليل المتعدد لمعرفة أهم العوامل المؤثرة في اختيار نوع المؤسسة الصحية والكادر المقدم للخدمة، وذلك من بين العوامل التي تطرقنا إليها في التحليل الوصفي السابق، بالإضافة لبعض العوامل التي لم يتم التطرق إليها، والتي يفترض بأنها مؤثرة في هذا المجال. وسيتم إجراء التحليل المتعدد باستخدام أسلوب $\text{Logistic Regression}$. وسيستخدم التحليل المتعدد لمعرفة العوامل المؤثرة في الطلب على استخدام خمسة من مؤشرات رعاية الأمومة وهي: المتابعة الصحية للحمل في المؤسسات التابعة للقطاع الخاص، وتلقي المتابعة للحمل على يد طبيب، والولادات التي تمت في مؤسسات صحية تابعة للقطاع الحكومي، والولادات التي تمت تحت إشراف طبيب، وأخيراً الولادات التي تلقت أمهاتهم رعاية صحية بعد الولادة. كل من المؤشرات الخمسة المذكورة يأخذ القيمة واحد إذا تم اختيار الخدمة، بينما يأخذ كل مؤشر القيمة صفر في حالة عدم اختيار الخدمة. ولذا يكون أسلوب $\text{Logistic Regression}$ هو الأنسب لإجراء مثل هذا التحليل، وتكون المعادلة الحسابية المستخدمة في التحليل هي:

$$\ln(Q_i / 1 - Q_i) = B_0 + B_i \times X_i$$

حيث أن Q_i تمثل كلاً من المؤشرات الخمسة المختارة، و B_0 ثابت، و B_i تمثل معامل التغير في العوامل الخلفية،

والتي تقدر بواسطة المعادلة و X_i هي مجموعة العوامل الخلفية المختارة. وبواسطة هذه المعادلة يمكن حساب Odds Ratios (ORs): وهي عبارة عن حجم اختلاف تأثير العامل المختار عن واحد وهو حجم الاحتمال في المجموعة المرجعية.

1.6 متابعة الحمل في القطاع الخاص وتلقي المتابعة لدى طبيب:

يبين جدول (15) ORs المقدرة لاختيار مكان المتابعة أثناء الحمل التابع للقطاع الخاص وتلقي المتابعة على يد طبيب، بعد الأخذ بعين الاعتبار مجموعة من الخصائص الخلفية. ويتبين من العمود الثاني في الجدول أن عمر الأم لا يؤثر في اختيار مكان المتابعة أثناء الحمل، في حين نجد أن مكان المتابعة قد تأثر سلباً بترتيب المولود، فمثلاً نجد أن احتمال متابعة الحمل في مؤسسة تابعة للقطاع الخاص في حال كون ترتيب المولود هو الأول يرتفع بمقدار 77% مقارنة مع كون ترتيب المولود هو الرابع أو أكثر (الفئة المرجعية).

أما بالنسبة لنوع التجمع، فيشير الجدول إلى أن احتمال اختيار مؤسسة صحية تابعة للقطاع الخاص لمتابعة الحمل يقل بمقدار 15% في الريف مقارنة مع الحضر ويقل بمقدار 61% في المخيمات مقارنة مع الحضر. أي أن نوع التجمع يؤثر سلباً (بالنسبة للولادات لأمهات ريفيات والأمهات القاطنات في المخيمات) في احتمال متابعة الحمل في المؤسسات

التابعة للقطاع الخاص. ويؤكد الجدول أيضا انخفاض احتمال تلقي الولادات المتابعة أثناء الحمل في مؤسسات القطاع الخاص بمقدار 35% و17% بين الولادات للأمهات لم يتلقين أي تعليم، وبين الولادات للأمهات تلقين تعليماً ما بين سنة وست سنوات وذلك مقارنة مع المجموعة المرجعية (الأمهات اللواتي تلقين 10-12 سنة دراسية). وفي نفس الوقت فإن احتمال متابعة الحمل في مؤسسة صحية خاصة يرتفع بمقدار 50% بين الولادات للأمهات أكملن 13 سنة دراسية على الأقل بالمقارنة مع ولادات الأمهات في المجموعة المرجعية.

جدول 15: تقدير باستخدام الانحدار اللوجستي لنسب الولادات التي تابعت أمهاتهم الحمل في مؤسسات

القطاع الخاص مع طبيب

الخصائص الخلفية (1)	تابعت الحمل في مؤسسة رعاية صحية خاصة (مستشفى / عيادة) (2)	تابعت الحمل عند طبيب (3)
عمر الأم		
أقل من 30 عاماً	1.00	1.00
30 عاماً فأكثر	0.97	* 1.22
ترتيب الطفل		
الأول	*** 1.77	*** 1.66
الثاني	1.12	1.11
الثالث	1.05	0.99
الرابع فأكثر	1.00	1.00
نوع التجمع		
حضر	1.00	1.00
ريف	* 0.85	0.92
مخيم	*** 0.39	*** 0.60
المنطقة		
الضفة الغربية	1.00	1.00
قطاع غزة	*** 0.14	*** 0.20
سنوات الدراسة		
0	* 0.65	*** 0.40
1-6	0.83	** 0.73
7-9	0.90	0.92
10-12	1.00	1.00
13+	*** 1.50	*** 1.38

* p < 0.1

** p < 0.05

*** p < 0.01

يتبين من العمود الثالث في جدول (15) أن احتمال متابعة الحمل مع طبيب أعلى بمقدار 22% في حال كون عمر الأم 30 عاماً فأكثر مقارنة مع الأمهات الأصغر سناً، ويزيد هذا الاحتمال أيضاً بمقدار 66% في حال كون ترتيب المولود الأول مقارنة مع ترتيب المولود الرابع على الأقل. هذا ويقل احتمال اختيار الطبيب للمتابعة على الحمل بصورة واضحة بمقدار (40%) للولادات في المخيمات مقارنة مع ولادات الحضر، بينما ينخفض هذا الاحتمال بمقدار 80% بين ولادات قطاع غزة بالمقارنة مع ولادات الضفة الغربية. كما وينخفض احتمال اختيار الطبيب للمتابعة على الحمل

بمقدار 27% بين الولادات لأمهات لم يكملن 7 سنوات من الدراسة مقارنة مع الولادات لأمهات أكملن (10-12) سنة من الدراسة، بينما يرتفع احتمال اختيار الطبيب للمتابعة على الحمل بمقدار 38% بين الولادات لأمهات أكملن 13 سنة دراسية على الأقل.

2.6 الولادة في القطاع الحكومي والمساعدة في الولادة لدى طبيب:

يتبين من العمود الثاني في جدول (16) أن احتمال كون مكان الولادة مؤسسة صحية تابعة للقطاع الحكومي يرتفع بمقدار 15% في حال كون عمر الأم 30 عاماً فأكثر بالمقارنة مع الولادات لأمهات تقل أعمارهن عن 30 عاماً (إلا أن هذا الاختلاف ليس اختلافاً ذو دلالة إحصائية).

جدول 16: تقدير باستخدام الانحدار اللوجستي لنسب الولادات التي تمت في مؤسسات القطاع الخاص وبمساعدة طبيب

الخصائص الخلفية	مكان الولادة مستشفى/ مركز حكومي	ساعد في الولادة طبيب
(1)	(2)	(3)
عمر الأم		
أقل من 30 عاماً	1.00	1.00
30 عاماً فأكثر	1.15	*** 1.36
ترتيب الطفل		
الأول	*** 1.31	*** 3.52
الثاني	1.05	* 1.23
الثالث	1.05	1.10
الرابع فأكثر	1.00	1.00
نوع التجمع		
حضر	1.00	1.00
ريف	*** 1.75	*** 0.71
مخيم	*** 1.01	*** 0.65
المنطقة		
الضفة الغربية	1.00	1.00
قطاع غزة	*** 1.43	*** 5.34
سنوات الدراسة		
0	1.34	0.79
6-1	1.09	1.01
9-7	1.05	0.99
12-10	1.00	1.00
+13	* 0.82	1.14
تابعت الحمل في مؤسسة خاصة		
نعم	*** 1.00	1.00
لا	*** 1.56	*** 0.61
تابعت الحمل مع طبيب		
نعم	1.00	*** 2.10
لا	*** 0.72	---

* p < 0.1

** p < 0.05

*** p < 0.01

---: عدد المشاهدات ليس ذو دلالة إحصائية.

ويرتفع احتمال كون مكان الولادة في مؤسسة صحية تابعة للقطاع الحكومي بمقدار 31% في حال كون ترتيب المولود الأول مقارنة بكون ترتيب المولود الرابع فأكثر، ويرتفع احتمال الولادة في المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الحكومي بصورة كبيرة بين الولادات لأمهات ريفيات مقارنة مع الولادات لأمهات حضريات. كما ويرتفع هذا الاحتمال بمقدار 43% في قطاع غزة مقارنة مع الولادات في الضفة الغربية. وتؤكد النتائج أيضاً أن احتمال كون مكان الولادة في المؤسسات التابعة للقطاع الحكومي لا يتأثر بعدد سنوات الدراسة وخاصة بين الولادات لأمهات أكملن 10 سنوات دراسية، غير أن احتمال كون مكان الولادة مستشفى/مركز حكومي يتأثر سلباً بصورة واضحة بين الولادات لأمهات أكملن 13 سنة دراسية على الأقل، حيث تنخفض الاحتمالية بمقدار 18% مقارنة مع الولادات لأمهات أكملن (10-12) سنة دراسية. وتوضح النتائج أيضاً أن احتمال الولادة في مؤسسات القطاع الحكومي يرتفع بمقدار 56% في حالة كون الأم قد قامت بمتابعة الحمل في مؤسسات القطاع الحكومي وتنخفض بمقدار 28% في حال كون الأم قد تابعت الحمل مع كادر صحي غير الطبيب، مقارنة مع الولادات التي تابعها طبيب.

تشير النتائج الموضحة في العمود الثالث في جدول (16) أن احتمال كون الكادر الذي ساعد في الولادة طبيب يرتفع بمقدار 36% في حال كون عمر الأم 30 عاماً فأكثر مقارنة فيما إذا كان عمر الأم يقل عن 30 عاماً، ويرتفع هذا الاحتمال إلى أكثر من ثلاثة أضعاف في حال كون ترتيب المولود الأول مقارنة مع كون ترتيب المولود الرابع فأكثر. وترتفع أيضاً هذه الاحتمالية بمقدار 23% في حالة كون ترتيب المولود الثاني مقارنة مع ترتيب المولود الرابع فأكثر.

وتؤكد النتائج الانخفاض في احتمالية كون الكادر المساعد في الولادة طبيب بين الولادات في الريف وفي المخيمات مقارنة مع الولادات في الحضر، ويرتفع هذا الاحتمال بحوالي خمسة أضعاف في قطاع غزة مقارنة مع ولادات الضفة الغربية. ويظهر من النتائج أن كون الولادة تمت بمساعدة طبيب لا يتأثر بعدد سنوات التعليم التي أكملتها الأم، كما يظهر بوضوح انخفاض هذا الاحتمال بمقدار 39% في حال كون متابعة الحمل قد تمت في مؤسسة صحية تابعة للقطاع الحكومي، في حين يرتفع احتمال كون الولادة قد تمت بمساعدة طبيب في حال كون متابعة الحمل قد تمت بمساعدة طبيب مقارنة مع كون المتابعة للحمل قد تمت بمساعدة كادر طبي آخر.

3.6 تلقي رعاية صحية بعد الولادة:

يشير جدول (17) إلى أن احتمالية تلقي الرعاية الصحية بعد الولادة يرتفع بمقدار 40% بين الولادات لأمهات في العمر 30 عاماً فأكثر مقارنة مع الولادات لأمهات تقل أعمارهن عن 30 عاماً، وفي حال كون ترتيب المولود الأول ترتفع هذه الاحتمالية بمقدار 61% بالمقارنة مع كون ترتيب المولود الرابع فأكثر.

وترتفع احتمالية تلقي الرعاية بعد الولادة بمقدار 53% بين الولادات لأمهات يقطن المخيمات مقارنة مع الولادات لأمهات حضريات، في حين ينخفض احتمال تلقي الرعاية بعد الولادة بمقدار 43% في حال كون الأم تسكن في قطاع غزة بالمقارنة مع ولادات الضفة الغربية. ويمكن ملاحظة الأثر السلبي على احتمال المتابعة بعد الولادة كون متابعة الحمل قد تمت في مستشفى/مركز حكومي.

نخلص بالقول من هذه النتائج إلى أن التوزيع الجغرافي (المنطقة ونوع التجمع) للولادات، وترتيب المولود يؤثر في اختيار مكان الولادة والكادر الطبي الذي قام بمتابعة الحمل. أما بالنسبة لمكان الولادة والكادر الذي ساعد فيها، فيعتبر

التوزيع الجغرافي بالإضافة إلى ترتيب المولود، ومكان متابعة الحمل والكادر الطبي الذي قام بالمتابعة من العوامل المؤثرة في تحديد مكان الولادة ونوعية الكادر الذي ساعد في الولادة. وبالنسبة للرعاية الصحية بعد الولادة، فإن أهم العوامل المؤثرة فيها هي: عمر الأم وترتيب المولود والتوزيع الجغرافي، بالإضافة إلى مكان متابعة الحمل. تشير هذه المحددات إلى أهمية العامل الجغرافي، بالإضافة إلى بعض الخصائص الديمغرافية، خاصة ترتيب المولود في تحديد مكان الرعاية الصحية، ونوعية الكادر الطبي مقدم هذه الرعاية للولادات.

جدول 17: تقدير باستخدام الانحدار اللوجستي لنسب الولادات التي تلقت أمهاتهم رعاية صحية بعد الولادة

تلقت رعاية صحية بعد الولادة	الخصائص الخلفية
1.00	عمر الأم
*** 1.40	أقل من 30 عاماً
	30 عاماً فأكثر
*** 1.61	ترتيب الطفل
1.06	الأول
1.11	الثاني
1.00	الثالث
	الرابع فأكثر
1.00	نوع التجمع
0.88	حضر
***1.53	ريف
	مخيم
1.00	المنطقة
*** 0.57	الضفة الغربية
	قطاع غزة
0.80	سنوات الدراسة
** 0.80	0
0.88	6-1
1.00	9-7
0.99	12-10
	+13
1.00	مكان متابعة الحمل
0.86	خاص
	حكومي
1.00	مكان الولادة
1.05	حكومي
	خاص

* p < 0.1

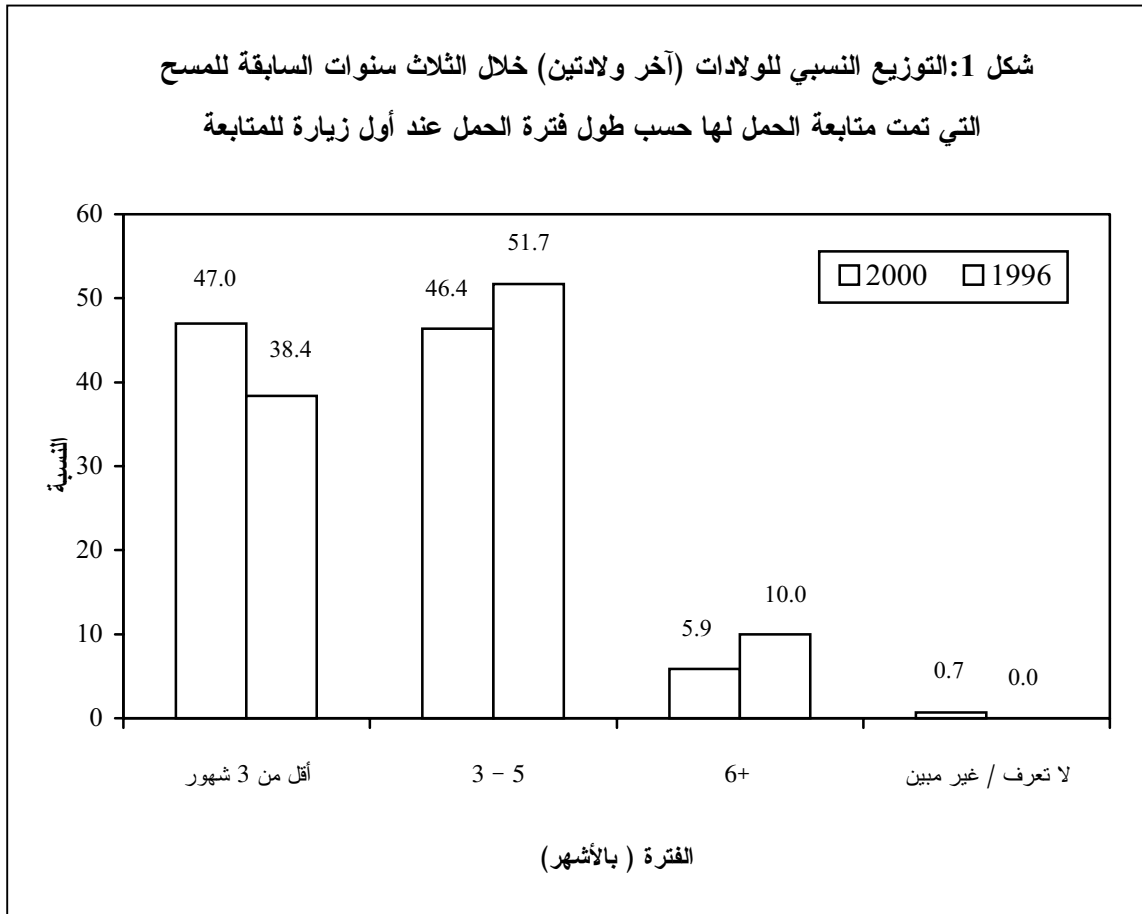
** p < 0.05

*** p < 0.01

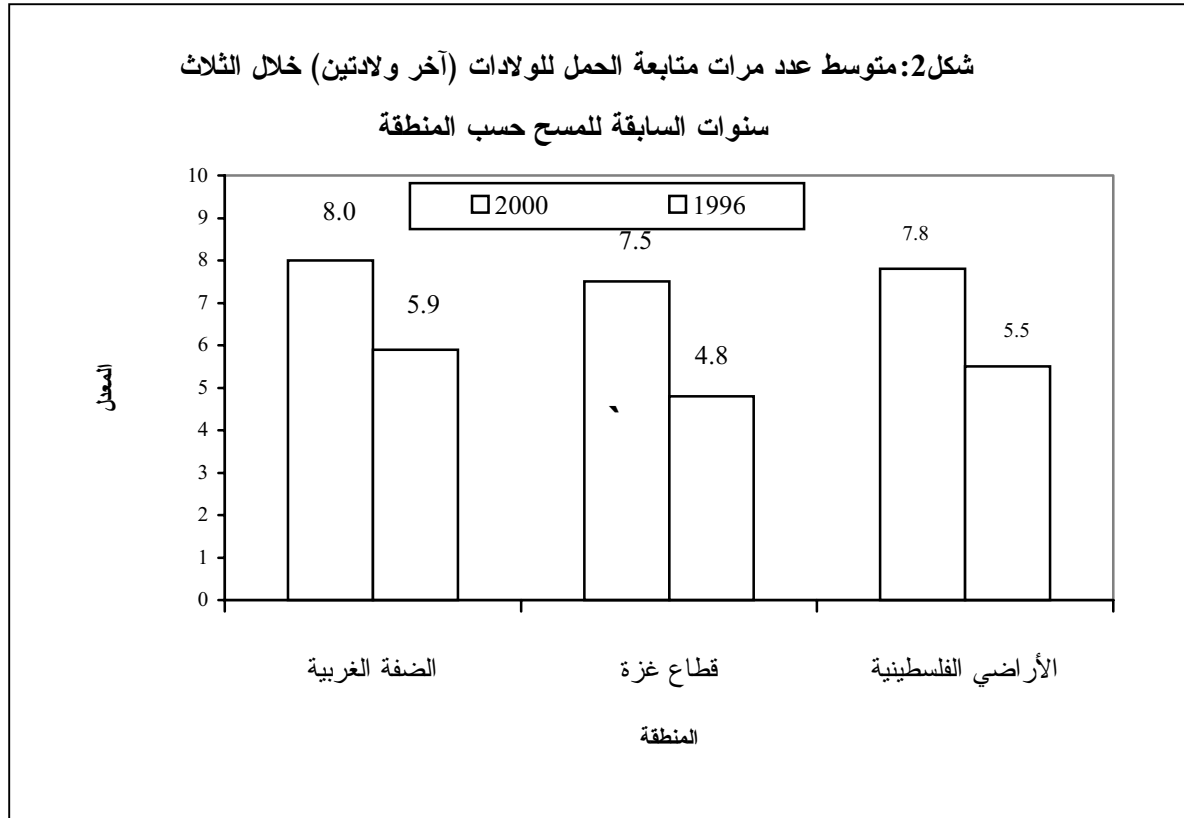
7. مقارنة بعض مؤشرات رعاية الأمومة

يتطرق هذا الفصل من الدراسة إلى مقارنة بعض مؤشرات رعاية الأمومة المستندة لبيانات المسح الصحي 2000، مع بيانات المسح الصحي 1996. حيث تشمل بعض المؤشرات الخاصة بالمتابعة الصحية أثناء الحمل والولادة والرعاية الصحية بعد الولادة.

اتضح من البيانات أنه لم يطرأ تغيير جوهري في معدلات متابعة الحمل بين عامي 1996 و 2000، حيث أن نسبة تلك الولادات ظلت ثابتة عند حوالي 95%. وبالرغم من ثبات نسبة الولادات التي تمت لها متابعة أثناء الحمل، إلا أنه وكما يتضح من شكل (1) الارتفاع في نسبة الولادات التي بدأت الزيارة لمتابعة الحمل قبل الشهر الثالث من الحمل حيث



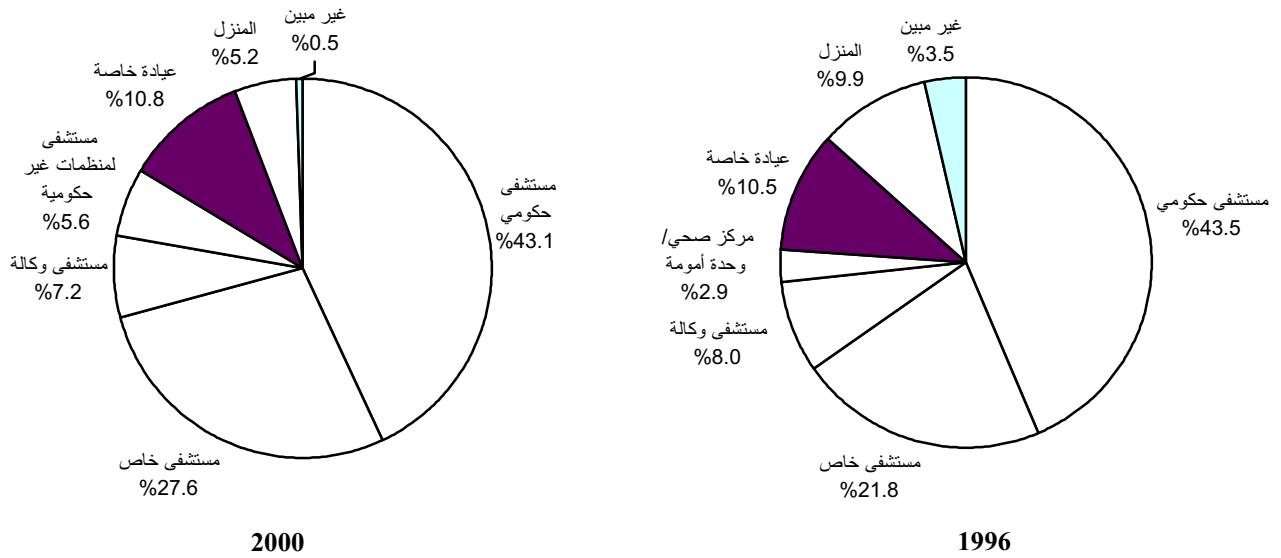
بلغت (47% للعام 2000 مقارنة مع 38% للعام 1996). ويلاحظ أيضا الانخفاض في نسبة الولادات التي بدأت المتابعة على الحمل بعد الشهر السادس من الحمل بين عامي 1996 (10%) و 2000 (6%). هذا وقد صاحب الارتفاع في نسبة الولادات التي تم لها المتابعة في فترة مبكرة من الحمل ارتفاع في متوسط عدد مرات المتابعة.



وكما يتضح من شكل (2) فإن متوسط عدد مرات المتابعة قد ارتفع من 5.5 زيارة إلى 7.8 زيارة. وعلى الرغم من الارتفاع في متوسط عدد مرات المتابعة والذي شمل كل الولادات في الأراضي الفلسطينية، إلا أنه كان بصورة أوضح بين الولادات في قطاع غزة. حيث ارتفع المتوسط من 4.8 زيارة في عام 1996 إلى 7.5 زيارة في عام 2000. وذلك مقارنة مع الضفة الغربية حيث ارتفع المتوسط من 5.9 زيارة إلى 8 زيارات.

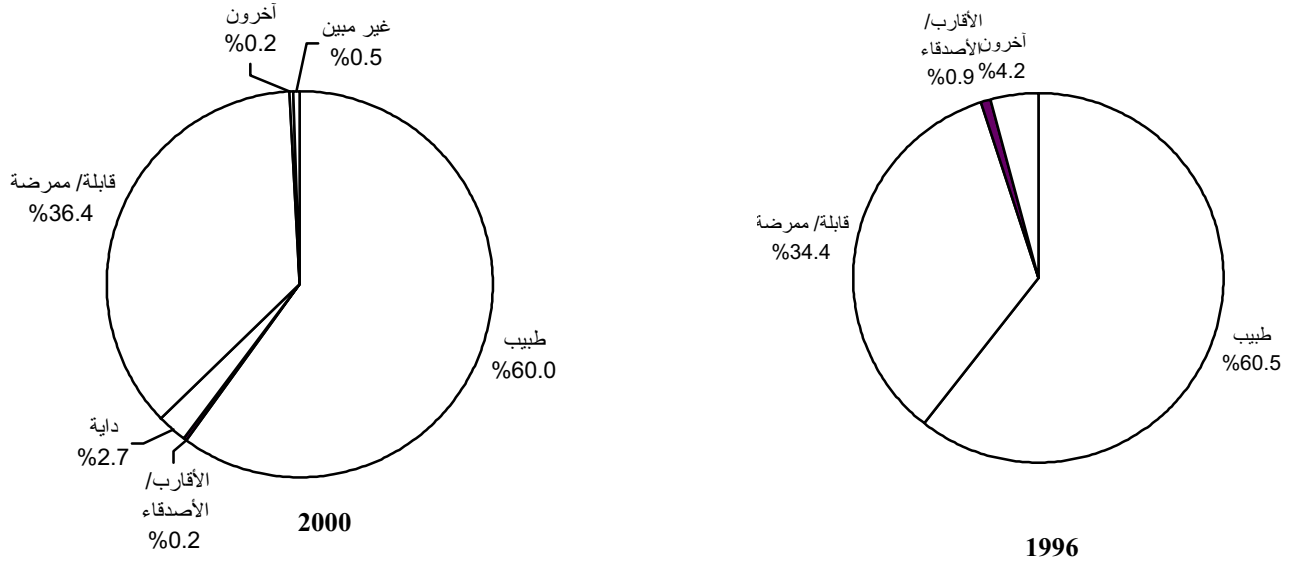
وعند مقارنة المؤشرات الخاصة بمكان الولادة، تشير البيانات المستندة إلى مسحي 1996 و2000، المبينة في شكل (3) انخفاض في نسبة الولادات التي تمت في المنزل إلى النصف تقريباً. حيث بلغت (5% للعام 2000، مقارنة مع 10% للعام 1996). كما يلاحظ الانخفاض في نسبة الولادات التي تمت في مستشفيات الوكالة من (8% للعام 1996 إلى 7% للعام 2000). ويتضح من الشكل أيضاً الارتفاع في نسبة الولادات التي تمت في المستشفيات الخاصة من (22% للعام 1996 إلى 28% للعام 2000). هذا وقد ظلت نسبة الولادات التي تمت في المستشفى الحكومي، والعيادات الخاصة ثابتة تقريباً.

شكل 3: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح حسب مكان الولادة



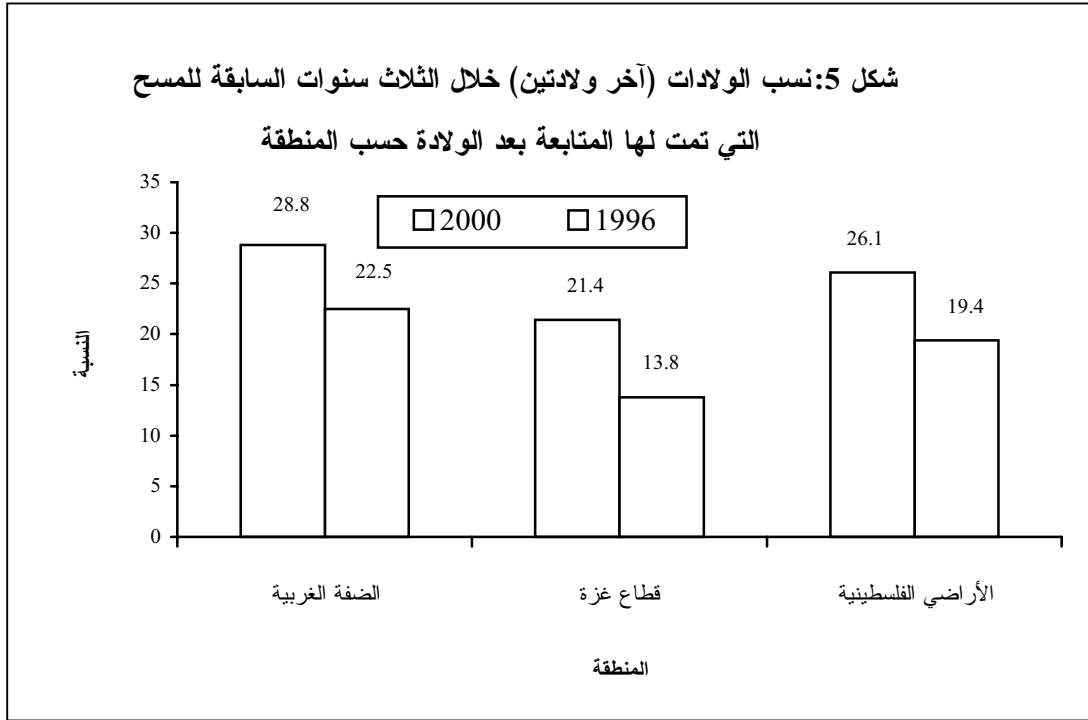
بالنسبة للكادر الذي ساعد في عملية الولادة، تشير البيانات إلى ارتفاع طفيف في نسبة الولادات التي ساعد في إجرائها كادر مؤهل. حيث ارتفعت من (95% في عام 1996 إلى 96% في عام 2000). وكما هو واضح في شكل (4) فإن هذا الارتفاع في النسبة حدث نتيجة لارتفاع نسبة الولادات التي ساعد في إجرائها ممرضة/قابلة (من 34% في عام 1996 إلى 36% في عام 2000)، بينما نسبة الولادات التي ساعد في إجرائها طبيب فقد ظلت ثابتة عند 60% خلال الفترتين.

شكل 4: التوزيع النسبي للولادات (آخر ولادتين) خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح حسب الكادر الذي ساعد في عملية الولادة



وفيما يخص الرعاية الصحية بعد الولادة، تشير بيانات شكل (5) إلى أن نسبة الولادات التي تلقت رعاية صحية بعد الولادة قد ارتفعت بحوالي 37% (من 19% عام 1996 إلى 26% عام 2000). وكما هو واضح من الشكل فإن مستوى الارتفاع في هذه النسبة كان أعلى بكثير في قطاع غزة مقارنة مع الضفة الغربية.

نخلص من هذه المقارنات أنه قد حدث تحسن على مؤشرات رعاية الأمومة في الأراضي الفلسطينية، خلال الفترة ما بين عامي 1996 و 2000. بينما لم يحدث تغيير يذكر في نسبة متابعة الحمل، إلا أن المتابعة بدأت تحدث في وقت مبكر، كما أنه قد حدث ارتفاع في متوسط عدد مرات المتابعة. وقد أشارت البيانات أيضا إلى ارتفاع في نسبة الولادات التي تمت في مؤسسات الرعاية الصحية، خاصة تلك المؤسسات التابعة للقطاع الخاص. كما أشارت البيانات أيضا إلى ارتفاع معدلات الرعاية الصحية بعد الولادة رغم أن النسبة في عام 2000 لا تزال دون المعدلات المطلوبة إلى حد كبير.



8. الخلاصة

تشير نتائج المسح الصحي 2000 للأراضي الفلسطينية أن 95% من آخر ولادتين خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح قد تمت متابعتها أثناء الحمل. وتعتبر هذه النسبة مرتفعة بالمقارنة مع العديد من الدول العربية. وعلى الرغم من ارتفاع معدلات المتابعة أثناء الحمل، إلا أنها تتباين بين الفئات المختلفة من النساء، خاصة حسب المؤهل العلمي للأم. وقد توبعت 95% من الولادات لدى كادر طبي مؤهل (ممرضة/قابلة أو طبيب). ويلاحظ أيضاً وجود تباين في نوعية الكادر الذي قام بمتابعة الحمل حسب المنطقة ونوع التجمع وحالة اللجوء. وقد كان 95% من الولادات التي تمت متابعتها أثناء الحمل قد بدأت الزيارة الأولى لتلقي الرعاية الصحية خلال الخمسة شهور الأولى. وأن حوالي 80% من الولادات قد تمت متابعتها بخمس زيارات على الأقل، وقد تم تقدير متوسط عدد الزيارات بحوالي 7.8 زيارة.

وقد تبين من النتائج انخفاض نسبة الولادات التي بدأت متابعة حملها في الشهور الأولى بصورة ملحوظة في قطاع غزة والمخيمات وبين اللاجئين. وقد يرجع السبب في ذلك إلى البروتوكولات المعمول بها في وكالة الغوث، والتي تنص على بدء متابعة الحمل بعد الشهر الرابع. وبالنسبة لمكان المتابعة، تبين نتائج المسح أن 52% من الولادات قد تابعت الحمل في المؤسسات الصحية التابعة للقطاع الخاص و27% في المؤسسات التابعة لوكالة الغوث، و17% في المؤسسات التابعة للقطاع الحكومي، و4% في المؤسسات التابعة للمنظمات غير الحكومية. وعند النظر إلى أسباب اختيار مكان متابعة الحمل حسب نوع المؤسسة المقدمة للخدمة نجد أن توفر الخدمة هو السبب الرئيس في اختيار المستشفى الحكومي 29%، بينما الرضى عن جودة الخدمة هو السبب الرئيس في اختيار المستشفى الخاص. وأوضحت النتائج أن 76% من آخر ولادتين خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح قد تناولت أمهاتهم أقراص الحديد أثناء الحمل، و44% قد تناولت أمهاتهم حامض الفوليك، و43% من الولادات قد تناولت أمهاتهم حامض الفوليك وأقراص الحديد

معاً. كما أن 24% من الأمهات اللواتي أنجن خلال الأثني عشر شهراً السابقة للمسح قد تلقين جرعة واحدة ضد التيتانوس، وأن 53% قد تلقين جرعتين على الأقل.

بالنسبة لمكان الولادة، بينت نتائج المسح أن الغالبية العظمى 95% من الولادات (آخر ولادتين) قد تمت في مؤسسات الرعاية الصحية. وقد شكلت المستشفيات الحكومية المكان الأول للولادة (43%)، يليها المستشفيات الخاصة (28%) ثم العيادات الخاصة (11%). ويلاحظ من النتائج حول مكان الولادة ومكان متابعة الحمل أن مؤسسات القطاع الخاص تحتل مكان الصدارة بخصوص مكان متابعة الحمل، بينما يكون مكان الصدارة للمؤسسات الحكومية بخصوص مكان الولادة. وقد تم اختيار المؤسسات الحكومية كمكان للولادة بسبب توفر التأمين الصحي وقلة تكلفة الخدمة، بينما كان السبب وراء اختيار مؤسسات القطاع الخاص لمتابعة الحمل بسبب جودة ونوعية الخدمة المقدمة من هذا القطاع.

بالنسبة للكادر الذي ساعد في عملية الولادة، أشارت نتائج المسح أن 96% من الولادات قد تمت تحت إشراف كادر طبي مؤهل. أما طبيعة الولادة فبينت النتائج أن 71% من الولادات قد تمت بصورة طبيعية، و17% تمت بواسطة الجرح/التوسيع، و9% تمت بواسطة عملية قيصرية.

وقد أشارت البيانات إلى أن 26% فقط من الولادات آخر ولادتين خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح تمت متابعتها صحياً بعد الولادة، و7% من الولادات تمت لها زيارات بيتيه بعد الولادة من قبل عاملة صحية. في حين أن ثلث الولادات التي تمت في المؤسسات الصحية لم تتلق أمهاتهم أي تنقيف صحي بعد الولادة.

في ظل كون التغطية بخدمات رعاية الأمومة تكاد تكون شاملة لجميع الولادات في الأراضي الفلسطينية بشكل عام، تم استخدام التحليل متعدد المؤشرات لمعرفة أهم العوامل المؤثرة في اختيار نوع المؤسسة الصحية ونوع الكادر المقدم لهذه الخدمات، حيث تم إجراء هذا التحليل باستخدام أسلوب أُل Logistic Regression. ويمكن الاستدلال من نتائج هذا التحليل إلى أن عامل التوزيع الجغرافي للولادات (المنطقة ونوع التجمع) بالإضافة إلى بعض الخصائص الديمغرافية خاصة (ترتيب المولود) تلعب الدور الأكبر في تحديد مكان الرعاية الصحية ونوع الكادر الطبي مقدم الرعاية.

وعند مقارنة بعض مؤشرات رعاية الأمومة المستقاة من بيانات المسح الصحي 2000 مع بيانات المسح الصحي 1996 لوحظ التحسن على مؤشرات رعاية الأمومة في الأراضي الفلسطينية بشكل عام حيث بدأت متابعة الحمل تحدث في وقت مبكر كما ارتفع متوسط عدد مرات المتابعة، وارتفعت أيضاً نسبة الولادات التي تمت في مؤسسات الرعاية الصحية، وأوضحت المقارنات ارتفاع معدلات الرعاية بعد الولادة رغم أن هذه النسبة ما تزال دون المعدلات المطلوبة إلى حد كبير.

9. التوصيات

1. العمل على توفير وتوزيع خدمات رعاية الأمومة بشكل متوازن ومتساو بين المناطق الحضرية والريفية، وبين الضفة الغربية وقطاع غزة لتحقيق التكافؤ في عرض الخدمات الصحية بين كافة القطاعات المقدمة لهذه الخدمة والمساواة بين جميع الفئات المستفيدة من هذه الخدمات.
2. دمج خدمات التنقيف الصحي لأهمية المتابعة الصحية بعد الولادة ضمن خدمات متابعة الحمل.
3. تحسين جودة ونوعية خدمات رعاية الأمومة وتوفيرها بشكل شامل ومتساوٍ في المناطق الجغرافية المختلفة، خاصة تلك الخدمات المقدمة من القطاع الحكومي.
4. ضرورة العمل على رفع مستوى خدمات متابعة الحمل والاهتمام بمركباتها وتحسين جودتها، خاصة في المراكز الصحية الحكومية.
5. اعتماد برامج الرعاية الصحية بعد الولادة بمفهومها الشامل في القطاع الصحي الحكومي ودمجها مع برامج الرعاية أثناء الحمل.
6. تعزيز خدمات التوعية والتنقيف الصحي المتعلقة بعناصر رعاية الأمومة، خاصة أهمية المتابعة بعد الولادة، وتعزيز دور الإعلام في هذا المجال باعتباره أحد الوسائل المهمة في البرامج الموجهة لتغيير السلوك الصحي.
7. التنسيق بين كافة مقدمي خدمات رعاية الأمومة من أجل تطوير الخدمات مع الأخذ بعين الاعتبار ما يطرأ من متغيرات على القطاع الصحي بعد قيام السلطة الوطنية.
8. ضرورة تغيير بروتوكولات وكالة الغوث الخاصة ببدء متابعة الحمل من الشهر الرابع إلى الشهر الأول لإعطاء الفرصة للنساء اللاجئات في المتابعة على الحمل أسوة بباقي السيدات الفلسطينيات.
9. التركيز على الدراسات والأبحاث حول العديد من المؤشرات التي تشمل صحة الأم الإنجابية بصورة شاملة، وليست تلك المرتبطة بأحمال معينة مثل العقم والصحة النفسية وانتشار أمراض الرحم، والجهاز البولي وغيرها.

المراجع

1. Azlemat, Mostaffa and Abd-El-Moneim, Ahmed. 2000. *Morocco Maternal and Child Health Survey 1996-1997*. Ministry of Health and the Pan Arab Program for Child Development
2. Central Statistical Organization (CSO) [Yemen] and Macro International Inc. (MI). 1998. *Yemen Demographic and Maternal and Child Health Survey 1997*. Calverton, Maryland USA.
3. El-Zanaty, Fatma and Ann A. Way. 2001. *Egypt Demographic and Health Survey 2000*. Calverton, Maryland [USA]: Ministry of Health and Population [Egypt], National Population Council and ORC Macro.
4. Sulaiman, Ali j.M., Asya Al-Riyami and Samir M. Farid (2000). *Oman Family Health Survey 1995: Principal Report*. Muscat: Ministry of Health.
5. World Health Organization. 1996. *Mother – Baby Package : Implementing Safe Motherhood in countries . Maternal Health and Safe Motherhood Programme*. Division of Family Health. Geneva
6. Ministry of Health-HMIS. Health Status in Palestine 2000. *Annual Report 2000*. July 2001.
7. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي 2000، النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.
8. مركز المرأة للإرشاد القانوني والاجتماعي، 2001. تقرير حول وضعية المرأة الفلسطينية بالاستناد إلى اتفاقية القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة. القدس - فلسطين.
9. وزارة الصحة الفلسطينية، 2001. التقرير السنوي 2000. نابلس - فلسطين.
10. وزارة الصحة الفلسطينية، 1998. صحة المرأة في الإعلام الفلسطيني. نابلس - فلسطين.
11. وزارة الصحة الفلسطينية، 1998. المفاهيم والمشاكل والاحتياجات الصحية للمرأة في فلسطين. نابلس - فلسطين.



Palestinian Central Bureau of Statistics

**Analytical Reports Series of Census, Health and Demographic
Surveys Data No. (1)**

Maternal Health Care in the Palestinian Territory

December, 2001

© December, 2001

All Rights Reserved.

Suggested Citation:

Palestinian Central Bureau of Statistics, 2001. *Analytical Reports Series of Census, Health and Demographic Surveys Data No. (1), Maternal Health Care in the Palestinian Territory. Ramallah - Palestine.*

All correspondence should be directed to:

**Dissemination and Documentation Department / Division of user services
Palestinian Central Bureau of Statistics
P.O.Box 1647 Ramallah, Palestine.**

Tel: 970-2-2406340

E-Mail: diwan@pcbs.pna.org

Fax: 970-2-2406343

web-site: <http://www.pcbs.org>

The FORD Foundation has provided the necessary financial support for preparing this report. The technical assistance was brought about by cooperation with the Social Research Center at the American University – Cairo.

Acknowledgment

Mr. Khalid Qalweh (Health Statistics Department) prepared this report. Dr. Al-Tijni Al-Taher (Associate Professor in the Social Research Center) undertook the analysis of the health survey data, supervised and followed up the preparation of this report. Prof. Hasan Abu- Libdeh (President, PCBS), Prof. Huda Rshad (Director of the Social Research Center – the American University – Cairo), Mr. Luay Shbaneh (Assistant of President for Statistical Affairs) and Mr. Mohamed Omari (Project Technical Coordinator) reviewed the report material and provided valuable comments.

The Ford Foundation has provided the financial support necessary for preparing this report and printing it; PCBS express its gratitude for FORD Foundation for such funding.

Table of Contents

Subject	Page
1. Introduction	9
2. State of Health Services in the Palestinian Territory	10
3. Antenatal Health Care	12
3. Pregnancy Follow-Up	12
3. Cadre Providing Antenatal Health Care	12
3.3 Pregnancy Follow-Up Timing	13
3.4 Frequencies of Pregnancy Follow-Up	14
3.5 Place of Pregnancy Followed-Up	15
3.6 Reasons For choosing a Place of Pregnancy Follow-Up	16
3.7 Having Iron and Folic Acid Tablets During Pregnancy	17
3.8 Vaccination Against Tetanus	18
4. Health Care at Delivery	19
4.1 Place of Delivery	19
4.2 Reasons For Choosing Place for Delivery	20
4.3 Medical Cadre Supervising Delivery	21
4.4 Type of Delivery	23
5. Postnatal Health Care	23
5.1 Postnatal Health Care Home Visits	24
5.2 Postnatal Health Education	25
6. Multi-Variant Analysis of Maternal Care	26
7. Comparison of the Maternal Care Indicators	32
8. Conclusions	37
9. Recommendations	38
References	39

1. Introduction

The Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS) carried out the Health Survey 2000 to provide an up-to-date health statistics on the Palestinian citizens, which would assist stakeholders and planners in designing, adjusting projects to developing the basic health needs. The survey was implemented in cooperation with the Ministry of Health (MoH), UNFPA, and UNICEF. Data collection started on April 10th 2000 and completed on May 31st 2000. The survey was based on a sample of 6,349 households; of which 4,295 in the West Bank and 2,054 in Gaza Strip.

The survey tool comprised three questionnaires:

- **The Household's Questionnaire:** It encompassed two parts and was designed to collect data about background characteristics of the selected household as well as the ever-married women under the age of 55 years. Also, these parts targeted children under five years of age who were eligible to be part of the sample, and children aged 5-17 years as well as the demographic and health characteristics of the selected household, the extent of their health insurance coverage, chronic diseases, and living conditions.
- **The Women's Questionnaire:** It included seven parts about the women's reproductive history, knowledge and use of family planning methods, antenatal health care, vaccination against tetanus, child preference, health awareness and public health, and knowledge about AIDS.
- **The Child's Questionnaire:** This questionnaire included seven parts dealing with child's registration, health and vaccination, children ophthalmic health, and measurements of weight and height of children under the age of five years, child education and child labor for children aged (5-17) years.

This report is based on the Health Survey 2000 and aims at providing information on rates, patterns, and utilization of maternal care in the Palestinian Territory. It also aims at interpreting the limitations of such rates and compares the results with those of the 1996 Health Survey to monitor the changes in the main maternal care indicators. The results of the study will henceforth be used in providing recommendations on health policies and the promotion of maternal care in the Palestinian Territory.

Report Structure:

The report deals with various topics, including state of health services in the Palestinian Territory, the antenatal, childbirth, and postnatal healthcare results of the Health Survey 2000, the results of the multi- variat analysis, comparison of maternal care indicators of the Health Surveys 1996 and 2000, Conclusions, and the Recommendations.

1. State of Health Services in the Palestinian Territory

Health services are provided under the supervision of the following providers:

1. The Ministry of Health (MoH):

Health services that was provided to Palestinian people before the Palestinian National Authority (PNA) took control in 1994 were under the control of Israeli authorities. MoH took over the health services in Gaza Strip in May 1994 and in the West Bank in November of the same year. The state of health services was in shambles and its infrastructure was completely destroyed when MoH assumed its responsibilities; these were the results of thirty years negligence of health sector on behalf of the Israeli authorities.

PNA's development plan has regarded the health sector as the second most important sector after education, henceforth; it gave it special consideration and specifically paid special attention to mother care. The emphasis on developing the health sector joined efforts with international health organizations such as World Health Organization (WHO). Furthermore, the reproductive health services were incorporated with the basic health services. Nowadays, MoH runs 31% of public hospitals, 46% of maternity beds, and 70% of health centers (45% of which provide maternal and child health services as well as family planning services).

2. United Nations Relief and Works Agency (UNRWA):

UNRWA started to provide free primary health services to the Palestinians in the West Bank and Gaza Strip in the aftermath of the Palestinian Catastrophe of 1948. Presently, there are approximately one million Palestinians (about 32% of the residents in the Palestinian Territory) who benefit from these services. Moreover, UNRWA manages 3% of public hospitals through contracts with such hospitals to cover the treatment of refugee residents in these public hospitals, 14% of maternity sections, and 8% of the clinics (38% of which provide maternal care services). However, UNRWA started to reduce its services in mid 1990s. The reduction included paying for healthcare provided to Palestinian refugees by hospitals other than those it runs. It came gradually and began with the quality, redundancy, and payment for services other hospitals provided, this due to reduction in annual expenditure per refugee by 65% during the period from 1975 to 1997 and UNRWA expenditure on health programs only 18% of its total budget, henceforth, thousands of Palestinians were deprived of much needed healthcare services.

3. Non-Governmental Organizations (NGOs):

Palestinian people have been adamant and steadfast in the face of the oppressive policy of the Israeli occupation. Therefore, many NGOs were created and some of them were specialized in providing healthcare services. These NGOs were firstly established in Jerusalem in the 1950s and then spread throughout the Palestinian Territory. For instance, Al Makasid Charitable Society in Jerusalem runs the only Palestinian hospital that provides tertiary healthcare services. NGOs provided health services during the years of Israeli occupation, especially for rural and impoverished marginalized areas at minimal fees. The Palestinian NGOs were most prominent during the first Palestinian Intifada (Uprising) in 1987. They enjoy the highest number of physicians and specialists compared to the number of clinics and hospitals they run. Nowadays, Palestinian NGOs run 37% of public hospitals, 28% of

maternity beds, 22% of clinics (of which, 70% provide antenatal healthcare, preventive care, and medical advice.).

4. The Private Sector:

The Palestinian private health sector supervises 31% of hospitals and 13% of maternity sections. The growth of the private health sector in Palestine was initiated when the PNA took control. Accordingly, the percentages of mothers seeking health care at the public health sector decreased since they found that the provided health services by the private health sector was of a better quality compared to the public sector. However, the private sector of the Palestinian Territory targets people who can afford the high cost of provided services.

Health Care Providers in the Palestinian Territory, 2000*

Supervising Authority	No. of Hospitals**	No. of Beds	Primary health Care Clinics	Family planning Clinics
Ministry of Health	17	2,622	359	76
UNRWA	1	38	51	51
Non-Governmental Organization	25	1,442	185	48
Private Sector	22	453	-	-
Total	65	4,555	595	175

-: Not Available

*: Ministry of Health, 2001. Annual Report 2000. Nablus – Palestine.

**: Psychiatric hospitals were excluded.

2. Antenatal Health Care

3.1 Pregnancy Follow-Up:

Pregnancy follow up is important since it provides opportunities to diagnose and treat health problems of any pregnant mainly high risk pregnancies. It is crucial especially when pregnancy threatens mother's life. The health follow-up of pregnant also provides a good chance for health education, therefore, WHO recommends a minimum of four checkups during pregnancy (WHO 1996).

Table (1) shows that 95% of pregnant women that gave birth twice during the three years preceding the survey received antenatal healthcare. This is a rather high percentage when compared to Arab states such as Morocco 52%, Egypt 53%, and Yemen 35%. However, variations remain governing background characteristics such as education where 83% of uneducated and 97% of educated women obtained such follow-up.

3.2 Cadre Providing Antenatal Health Care:

Data indicate some variations related to the pregnancy follow-up medical teams; physician s supervised 75% of pregnant mothers whereas, 20% of mothers in the same category sought antenatal care provided by nurses/midwives. Furthermore, the rates of pregnancy follow-up vary by mothers' age. For instance, 75% of mothers below the age of 30 years had antenatal healthcare follow-up and 74% of those above 30 years obtained such service. Moreover, there are variations in the data emerging from mothers' backgrounds. Consequently, data show that 87% of the West Bank's mothers sought care provided by physician whereas only 52% of the mothers in Gaza Strip sought similar care provided. Rural areas registered a high percentage (84%) of antenatal healthcare follow-up provided by a physician, which is higher than the percentages of the urban areas and refugee camps. Also, non-refugee mothers registered a high percentage 83% of antenatal follow-up compared to refugee mothers. On the other hand, 41% of antenatal healthcare services were provided by nurses/midwives at refugee camps. Nurses/midwives also provided same services to 35% of refugee mothers. Mothers' inclination to nurses/midwives for antenatal healthcare services is due to the high fees physician charge and due to their infrequent attendance at public and UNRWA clinics.

Table 1: Percentage Distribution of Births (Last Two) Born in the Last Three Years Preceding the Survey by Cadre Providing Antenatal care and Background Characteristics, 2000

Background Characteristics	Cadre Providing Antenatal care					Total	No. of Births
	Physician	Nurse/Mid wife	Daya	No Body	Not Stated		
Age (Years)							
Less than 30	74.6	21.1	0.2	3.3	0.8	100	2,376
30 and more	74.4	18.0	0.3	6.5	0.7	100	1,457
Region							
West Bank	87.0	5.7	0.2	6.1	0.9	100	2,455
Gaza Strip	52.2	45.3	0.3	1.7	0.5	100	1,378
Type of Locality							
Urban	74.8	20.8	0.2	3.6	0.7	100	2,119
Rural	83.8	7.4	0.2	7.8	0.7	100	1,130
Camp	55.5	41.0	0.8	1.6	1.1	100	584
Refugee Status							
Refugee	61.7	34.6	0.4	2.5	0.8	100	1,524
Non-Refugee	83.0	10.2	0.2	5.9	0.7	100	2,309
Educational Attainment							
Non	62.1	21.3	0.5	15.5	0.5	100	133
Elementary	74.2	18.7	0.0	6.7	0.5	100	1,284
Preparatory	76.1	19.1	0.4	3.4	1.0	100	1,371
Secondary and Above	74.5	22.4	0.4	1.9	0.8	100	1,044
Total	74.5	19.9	0.3	4.5	0.8	100	3,833

3.3 Pregnancy Follow-Up Timing:

Timing of the first antenatal follow-up is crucial to mother care since it helps uncover potential pregnancy complications. Table (2) shows that 93% of pregnancies sought checkups during the first five months of which 47% who sought care during the first two months and 46% sought same care between the third and the fifth month of pregnancy. Data reveal a relative drop in the rates of checkup during the first two months of pregnancy among pregnant women in Gaza Strip, refugee camps, and refugee women at 17%, 26%, and 33% respectively. The drop could have been resulted from the procedures of the UNRWA (UNRWA is a major healthcare provider for Palestinian refugees and for Gaza Strip), which allow antenatal healthcare services only beyond the fourth month of pregnancy.

Table 2: Percentage Distribution of Births (Last Two) Born in the Last Three Years Preceding the Survey Whose Mother Received Antenatal Care by Duration of Pregnancy At First Visit and Background Characteristics, 2000

Background Characteristics	Duration of Pregnancy At First Visit					Total	No. of Births
	Less Than 3 Months	3-5 Months	6-9 Months	Don't Know	Not Stated		
Age (Years)							
Less than 30	49.6	44.0	5.8	0.2	0.4	100	2,295
30 and more	42.7	50.3	6.2	0.3	0.6	100	1,360
Region							
West Bank	64.6	30.9	3.6	0.3	0.6	100	2,303
Gaza Strip	17.0	72.8	9.9	0.1	0.2	100	1,352
Type of Locality							
Urban	46.1	48.1	5.3	0.1	0.4	100	2,041
Rural	60.6	33.4	5.0	0.5	0.6	100	1,040
Camp	25.9	63.9	9.6	0.1	0.4	100	574
Refugee Status							
Refugee	32.5	59.3	7.5	0.2	0.4	100	1,485
Non-Refugee	57.0	37.5	4.8	0.2	0.5	100	2,170
Educational Attainment							
Non	41.2	46.7	10.5	0.9	0.6	100	112
Elementary	45.5	47.5	6.3	0.4	0.3	100	1,197
Preparatory	49.7	44.1	5.6	0.1	0.6	100	1,321
Secondary and Above	46.1	47.9	5.4	0.2	0.5	100	1,024
Total	46.8	46.8	5.8	0.2	0.5	100	3,655

3.4 Frequencies of Pregnancy Follow-Up:

Table (3) shows that 80% of pregnant women underwent at least five medical checkups during the three years preceding the survey. There is a noticeable rise in the percentage of pregnant women who saw physician for at least five times. There is also a rise in the percentage of pregnant women who are under 30 years of age who underwent medical checkup for at least five times to reach 81%. A similar rise was among Gazan pregnant women to a high 83% and refugee women of the same category to reach 86%. The rise was also noticeable among women of the same category in line with educational attainment. The registered average number of medical checkups during pregnancy was 7.8. Table (3) shows also that the average number of visits paid to a physician was subject to a slight influence of mother's age, region, type of locality, and refugee status. Still, the average number of the aforementioned visits rises among women who have at least completed preparatory level as compared to those who did not obtain any education at all (an average of 8 and 7 visits respectively).

Table 3: Percentage Distribution of Births (Last Two) Born in the Last Three Years Preceding the Survey by Number of Visits For Antenatal Care and Background Characteristics, 2000

Background Characteristics	Number of Visits For Antenatal						Total	Average	No. Of Births
	0	1-3	4	5+	Don't Know	Not Stated			
Age (Years)									
Less than 30	3.2	7.1	8.5	80.7	0.1	0.4	100	7.9	2,376
30 and more	6.5	8.4	6.7	77.7	0.1	0.5	100	7.6	1,457
Region									
West Bank	6.0	8.3	7.5	77.6	0.1	0.6	100	7.9	2,455
Gaza Strip	1.7	6.5	8.5	83.1	0.0	0.2	100	7.5	1,378
Type of Locality									
Urban	3.5	7.3	7.8	81.0	0.0	0.4	100	7.8	2,119
Rural	7.8	6.6	8.1	73.5	0.2	0.5	100	7.5	1,130
Camp	1.5	4.6	7.4	86.1	0.0	0.4	100	8.1	584
Refugee Status									
Refugee	2.4	4.6	6.9	85.7	0.0	0.4	100	8.0	1,524
Non-Refugee	5.8	9.6	8.4	75.5	0.1	0.5	100	7.6	2,309
Educational Attainment									
Non	15.5	7.0	1.7	75.3	0.0	0.5	100	7.0	133
Elementary	6.6	10.8	8.7	73.3	0.2	0.3	100	7.2	1,284
Preparatory	3.4	6.5	8.2	81.3	0.0	0.5	100	7.9	1,371
Secondary and Above	1.7	5.2	7.2	85.4	0.0	0.5	100	8.3	1,044
Total	4.4	7.6	7.8	79.6	0.1	0.5	100	7.8	3,833

3.5 Place of Pregnancy Followed-Up:

The factors that determine choosing a place for antenatal healthcare follow-up include; availability of such healthcare, easy access, financial cost (doctor's fees, transportation cost, time spent in waiting, etc), and the quality of the provided antenatal healthcare.

Table (4) shows that 52% of pregnant women underwent to private medical institutions for antenatal healthcare services (47% of them followed up pregnancy at private clinics and 5% at private hospitals.) Furthermore, 27% of pregnant women in the same category underwent antenatal medical follow-up at medical institutions run by UNRWA, whereas, 17% obtained similar follow-up services at public health institutions (including 13% public health centers and 4% public hospitals). The remaining 4% sought the healthcare follow-up provided by NGOs. Obviously, the private sector is the main healthcare follow-up provider for the pregnant women of the West Bank, which stands at 71%, and for non-refugee and rural women at 67% and 68% respectively. On the other hand, UNRWA plays a major role in providing antenatal healthcare follow-up for refugee camps' pregnancies; it stands at 74%, as well as the pregnant women of Gaza Strip in general and refugee women in particular (60% for each). The low antenatal care at public institutions, which is free of charge, could be due to the low quality of such services.

Table 4: Percentage Distribution of Births (Last Two) Born in the Last Three Years Preceding the Survey Whose Mother Received Antenatal Care by Place of Check-Up and Background Characteristics, 2000

Background Characteristics	Place of Antenatal Care							Total	No. Of Births
	Governmental Hospital	Private Hospital	UNRWA Center	Governmental Center	Private Clinic	NGOs Clinic	Not Stated		
Age (Years)									
Less than 30	3.4	5.4	26.3	12.0	48.5	3.9	0.4	100	2,295
30 and more	4.5	4.8	27.0	13.7	45.2	4.3	0.6	100	1,360
Region									
West Bank	4.0	7.9	7.1	11.9	63.2	5.4	0.6	100	2,303
Gaza Strip	3.5	0.5	59.8	14.1	20.2	1.8	0.2	100	1,352
Type of Locality									
Urban	4.0	4.9	22.2	14.9	49.2	4.3	0.4	100	2,041
Rural	4.5	7.3	8.9	14.1	60.3	4.2	0.6	100	1,040
Camp	1.6	2.0	74.1	2.1	17.0	2.7	0.4	100	574
Refugee Status									
Refugee	1.8	3.2	59.8	3.4	28.2	3.3	0.4	100	1,485
Non-Refugee	5.2	6.5	3.8	19.0	60.4	4.6	0.5	100	2,170
Educational Attainment									
Non	2.7	2.7	28.6	12.5	49.1	3.6	0.9	100	112
Elementary	5.7	5.5	22.8	14.2	48.1	3.5	0.2	100	1,197
Preparatory	3.4	5.5	28.3	11.1	46.6	4.6	0.6	100	1,321
Secondary and Above	2.7	5.1	30.0	10.6	47.6	3.6	0.5	100	1,024
Total	3.8	5.2	26.6	12.7	47.3	4.0	0.5	100	3,655

3.6 Reasons For Choosing a Place of Pregnancy Follow-Up:

Table (5) reveals that 50% of pregnant women reported that quality of services is the reason for choosing a certain medical institution for antenatal healthcare. Alternatively, 35% chose certain institutions for availability and accessibility of services and 9% chose a provider of service because it was included in their health insurance and its low cost. The gender factor (having a female specialist at the medical institution) determined the choice of 5% of the cases.

Results show that the main reason for choosing public hospitals is availability of the service (30%), satisfaction with the services (23%), and covered by insurance (23%). On the other hand, 47% of respondents chose private hospitals and 68% of them chose private clinics for the quality of the provided services. Apparently, having the needed services available and easy access to them, though as important as they seem, the quality of the provided medical services remains the dominant factor in identifying the place for pregnancy follow-up.

Table 5: Percentage Distribution of Births (Last Two) Born in the Last Three Years Preceding the Survey Whose Mother Received Antenatal Care by Place of Check-Up and Reason For Choosing the Place, 2000

Place of Check-Up	Reason For Choosing Place of Check-Up						Total	No. of Births
	Service is available	Access-ibility	Quality of Service	Female Care Provider	Availability of Health Insurance	Low Cost		
Governmental Hospital	29.6	18.3	23.2	0.0	23.4	5.4	100	139
Private Hospital	24.8	13.8	47.3	1.6	12.0	0.5	100	189
UNRWA Center	38.5	9.6	36.7	2.6	10.1	2.5	100	971
Governmental Health Center	30.6	26.4	27.5	5.6	5.7	4.1	100	379
MCH	30.3	19.5	39.4	7.1	3.7	0.0	100	84
Private Clinic	16.3	4.5	67.7	7.1	3.8	0.7	100	1,729
NGOs Clinic	23.3	14.5	32.6	14.1	10.3	5.1	100	148
Not Stated	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100	17
Total	25.1	9.9	50.3	5.4	7.3	1.9	100	3,655

3.7 Having Iron and Folic Acid Tablets During Pregnancy:

Table (6) shows that 76% of pregnant women who delivered twice during the three years preceding the survey have iron tablets and 44% of them have folic acid tablets. Also, 43% of pregnant women have both iron and folic acid tablets. On the other hand, 23% of those who gave birth twice in the three years preceding the survey did not have any iron or folic acid tablets. Women in the later category mostly came from Gaza Strip as compared to the West Bank (33% and 17% respectively).

Variations by age group, type of locality, and refugee status with respect to having iron and folic acid tablets were absent. However, education played a role in variations among educated and uneducated women who did not have such tablets and registered 19% and 38% respectively.

Table 6: Percentage of Births (Last Two) Born in the Last Three Years Preceding the Survey Whose Mother Have Iron Tablets and Folic Acid by Background Characteristics, 2000

Background Characteristics	Iron Tablets	Folic Acid Tablets	Iron and Folic Acid Tablets	Didn't Receive Any Tablets	Don't Know	Not Stated	No. of Births
Age (Years)							
Less than 30	76.8	44.6	43.4	21.5	0.0	0.4	2,376
30 and more	73.3	43.4	41.6	24.1	0.3	0.6	1,457
Region							
West Bank	81.0	47.6	46.1	16.8	0.0	0.6	2,455
Gaza Strip	65.0	38.0	36.8	32.6	0.3	0.3	1,378
Type of Locality							
Urban	74.8	44.4	43.6	23.8	0.1	0.4	2,119
Rural	78.2	44.4	42.2	19.0	0.1	0.5	1,130
Camp	72.9	42.5	40.7	24.4	0.3	0.6	584
Refugee Status							
Refugee	75.6	44.2	43.0	22.7	0.1	0.5	1,524
Non-Refugee	75.4	42.2	42.5	22.4	0.1	0.5	2,309
Educational Attainment							
Non	59.3	25.0	22.6	37.8	0.0	0.5	133
Elementary	70.5	42.2	41.1	28.0	0.1	0.3	1,284
Preparatory	79.0	45.4	44.0	18.9	0.2	0.6	1,371
Secondary and Above	79.2	47.4	45.6	18.5	0.1	0.5	1,044
Total	75.5	44.1	42.7	22.5	0.1	0.5	3,833

3.8 Vaccination Against Tetanus:

Tetanus is one of the main causes of maternal and infants' mortality. Infants acquire immunity against tetanus from their mothers during the early days of conception. Therefore, the chances of catching the disease can be largely reduced when pregnant women receive tetanus shots against it.

Table (7) shows that 24% of pregnant women who delivered during the 12 months preceding the survey received one dose of tetanus vaccine. 53% of them received at least two doses and 21% did not receive any dose at all. The highest percentage of those who received two doses was among Gazan mothers and those above the age of 30 years at 59% for each. In contrast, West Bank women registered a high percentage of 29% for not receiving any dose at all as well as urban and rural mothers (21% and 27% respectively). Educated mothers (preparatory, secondary and above) registered a low percentage in this respect (not taking any dose against tetanus) as compared to other levels of education.

Table 7: Percentage Distribution of Mothers With a Birth in the Last Year Preceding the Survey by Number of Tetanus Toxoid Doses Which Mother Received and Background Characteristics, 2000

Background Characteristics	Number of Tetanus Toxoid Doses					Total	No. of Births
	0	1	2+	Don't Know	Not Stated		
Age (Years)							
Less than 30	19.4	28.8	50.3	1.3	0.1	100	902
30 and more	22.9	15.5	58.8	2.0	0.7	100	460
Region							
West Bank	29.4	18.2	49.9	2.1	0.5	100	869
Gaza Strip	5.1	35.2	59.0	0.6	0.2	100	493
Type of Locality							
Urban	20.7	23.7	53.5	1.7	0.3	100	757
Rural	26.7	19.3	51.7	1.9	0.4	100	400
Camp	7.9	36.2	55.0	0.6	0.4	100	205
Refugee Status							
Refugee	11.7	34.2	52.6	1.1	0.4	100	573
Non-Refugee	27.0	17.2	53.6	1.9	0.3	100	789
Educational Attainment							
Non	23.0	22.7	50.2	4.1	0.0	100	48
Elementary	25.7	22.7	50.3	1.3	0.0	100	425
Preparatory	18.6	25.5	54.1	1.6	0.3	100	490
Secondary and Above	17.2	24.8	55.5	1.5	0.9	100	399
Total	20.6	24.3	53.2	1.6	0.3	100	1,362

4. Health Care at Delivery

Delivery under the supervision of well-qualified medical supervisor reduces the chances of health complications. The Health Survey 2000 provided data on place of delivery, the medical cadre supervising delivery, and the type of delivery.

4.1 Place of Delivery:

Table (8) indicates that 95% of deliveries in the Palestinian Territory took place at medical institutions. Such percentage is high especially when compared to other Arab countries such as Oman (88%), Egypt (48%), Morocco (46%), Syria (35%), and Yemen (16%).

Table 8: Percentage Distribution of Births (Last Two) Born in the Last Three Years Preceding the Survey by Place of Delivery and Background Characteristics, 2000

Background Characteristics	Place of Delivery							Total	No. of Births
	Governmental Hospital	Private Hospital	UNRWA Center	NGOs Center\ Hospital	Private Clinic	At Home	Not Stated		
Age (Years)									
Less than 30	41.5	28.2	7.9	6.2	11.2	4.7	0.4	100	2,376
30 and more	45.7	26.8	6.1	4.8	10.2	5.9	0.5	100	1,457
Region									
West Bank	41.2	40.0	2.5	4.5	2.6	7.6	0.6	100	2,455
Gaza Strip	46.5	5.7	15.5	6.0	25.4	0.8	0.2	100	1,378
Type of Locality									
Urban	38.6	30.6	6.6	6.6	13.4	3.6	0.4	100	2,119
Rural	52.0	29.0	1.7	3.8	3.7	9.3	0.5	100	1,130
Camp	42.1	14.1	19.9	5.7	15.0	2.8	0.4	100	584
Refugee Status									
Refugee	39.9	19.1	16.0	7.6	14.2	2.8	0.4	100	1,524
Non-Refugee	45.2	33.3	1.3	4.3	8.6	6.7	0.5	100	2,309
Educational Attainment									
Non	49.3	18.1	8.1	8.1	6.1	9.7	0.5	100	133
Elementary	47.0	23.4	6.0	4.9	11.8	6.7	0.3	100	1,284
Preparatory	47.2	28.8	7.4	4.9	10.5	5.2	0.5	100	1,371
Secondary and Above	38.0	32.6	8.3	7.2	10.7	2.7	0.5	100	1,044
Total	43.1	27.6	7.2	5.6	10.8	5.2	0.5	100	3,833

Public hospitals registered the first rank among health institutions in providing childbirth services to pregnant women (43%). Private hospitals came second and registered 28%, followed by private clinics that recorded 11%. Choosing a place for childbirth was, according to data, governed by mothers' background characteristics. For instance, 40% of West Bank's deliveries, 31% of urban pregnant women' deliveries, 33% of deliveries of non-refugee women, and 33% of deliveries of women who have at least a high school education took place at private hospitals. Childbirth at UNRWA health institutions registered 16% in Gaza Strip, 20% among camps pregnant women, and 16% among refugee mothers. Private health sector registered the first rank in providing antenatal care, while the public sector registered the first rank in providing delivery health care; this may be due to the availability of instruments of safe delivery at the public health institutions.

4.2 Reasons For Choosing Place of Delivery:

Table (9) shows that satisfaction with the services provided and being covered by the health insurance/ low cost were the main dominant causes for choosing a certain health institution for

Table 9: Percentage Distribution of Births (Last Two) Born in the Last Three Years receding the Survey Occurred at Health institutions by Place of Delivery and Reason For Choosing the Place, 2000

Place of Delivery	Reason For Choosing Place of Delivery							Total	No. of Births
	Service is available	No Other Place	Premature Delivery	Low Cost\ Health Insurance	My Private Physician is Working Their	Complications	Not Stated		
Governmental Hospital	25.1	4.9	2.8	38.7	2.5	20.5	5.4	100	1,654
Private Hospital	64.0	2.8	2.5	10.0	11.2	6.8	2.6	100	1,061
UNRWA Center	55.1	3.1	3.3	29.9	0.3	3.1	5.2	100	276
Governmental Health Center	57.4	3.3	1.7	13.1	14.0	8.8	1.8	100	217
Private Clinic	55.8	1.8	5.0	1.4	18.2	16.3	1.3	100	415
Total	44.3	3.7	2.9	23.8	7.4	14.0	3.9	100	3,623

Delivery at 44% and 24% respectively. 14% of pregnant women decided on choosing place of delivery due to being equipped with special health care required for high-risk pregnancies.

Variations in this regard stemmed from health insurance coverage and low cost for public hospitals at 39%. Whereas, 64% showed satisfaction with the quality of the private healthcare services that determined choosing them. Henceforth, public hospitals and health centers should pay more attention to the quality of the provided services, in addition to low cost, in order to attract more delivery admissions.

4.3 Medical Cadre Supervising Delivery:

Table (10) shows that qualified medical cadre supervised 96% of deliveries, physician supervised 60% of them, 36% of deliveries took place under nurse/ midwife supervision, whereas only 3% were carried out under Daya (traditional birth attendance) supervision. Deliveries supervised by physician registered a high 76% in Gaza Strip and a high 66% among urban pregnant women. Moreover, deliveries of the same category recorded 62% among refugee pregnant women and 67% among pregnant women with at least a high school education.

Table 10: Percentage Distribution of Births (Last Two) Born in the Last Three Years Preceding the Survey by Cadre Providing Assistance At Delivery and Background Characteristics, 2000

Background Characteristics	Cadre Providing Assistance At Delivery						Total	No. of Births
	Physician	Nurse\ Midwife	Daya	Others	No Body	Not Stated		
Age (Years)								
Less than 30	59.9	36.6	2.6	0.3	0.2	0.4	100	2,376
30 and more	60.1	36.1	2.8	0.2	0.3	0.5	100	1,457
Region								
West Bank	51.1	44.0	3.7	0.2	0.3	0.6	100	2,455
Gaza Strip	75.8	22.8	0.9	0.3	0.1	0.2	100	1,378
Type of Locality								
Urban	65.5	31.5	1.8	0.3	0.3	0.4	100	2,119
Rural	49.1	45.2	4.7	0.4	0.1	0.5	100	1,130
Camp	60.7	36.9	2.0	0.0	0.0	0.4	100	584
Refugee Status								
Refugee	62.4	35.3	1.6	0.2	0.2	0.4	100	1,524
Non-Refugee	58.4	37.1	3.5	0.3	0.2	0.5	100	2,309
Educational Attainment								
Non	53.6	37.5	6.2	0.0	2.1	0.5	100	133
Elementary	55.3	39.6	4.2	0.5	0.1	0.3	100	1,284
Preparatory	59.5	37.2	2.4	0.1	0.2	0.5	100	1,371
Secondary and Above	67.3	31.1	0.8	0.2	0.1	0.5	100	1,044
Total	60.0	36.4	2.7	0.3	0.2	0.5	100	3,833

4.4 Type of Delivery:

Table (11) shows that 71% of women who gave birth twice during the three years preceding the survey at health institutions had natural deliveries. On the other hand, 17% of such deliveries required episiotomies, 9% required cesarean sections, and 3% were suction deliveries. Episiotomies were high among those aged under 30 years and those who completed their high school education at 22% in both cases. Cesarean sections, however, rise among women who are over 30 years of age to 14%, and among the West Bank's deliveries to 10%. They also rise among women who come from rural areas to 11%, and among illiterate women to 14%. Type of delivery was not affected by place of delivery.

Table 11: Percentage Distribution of Births (Last Two) Born in the Last Three Years Preceding the Survey Occurred At Health Institution by Type of Delivery and Background Characteristics, 2000

Background Characteristics	Type of Delivery					Total	No. of Births
	Normal	Episeotomy	Forceps	Suction	cesarean		
Age (Years)							
Less than 30	68.3	22.3	0.4	2.5	6.4	100	2,257
30 and more	74.9	8.6	0.1	2.4	13.9	100	1,366
Region							
West Bank	70.7	16.6	0.4	2.2	10.1	100	2,257
Gaza Strip	71.0	18.1	0.2	3.0	7.8	100	1,366
Type of Locality							
Urban	70.9	16.9	0.2	2.7	9.2	100	2,036
Rural	69.0	17.8	0.4	2.1	10.6	100	1,020
Camp	73.5	16.9	0.4	2.3	7.0	100	566
Refugee Status							
Refugee	71.5	17.2	0.1	2.8	8.3	100	1,477
Non-Refugee	70.3	17.2	0.4	2.2	9.9	100	2,146
Educational Attainment							
Non	70.3	13.4	0.0	2.1	14.3	100	411
Elementary	75.1	12.9	0.2	2.2	9.5	100	906
Preparatory	72.3	17.5	0.4	2.2	7.7	100	1,295
Secondary and Above	65.2	22.1	0.4	3.3	9.0	100	1,012
Total	70.8	17.2	0.3	2.5	9.3	100	3,623

5. Postnatal Health Care

health institutions run by NGOs play a significant role in providing postnatal healthcare to mothers. Their contribution amounts to 34% of the total services provided in this regard. However, postnatal healthcare is rather new, therefore, its incomprehensive programs may require further development.

Postnatal healthcare is the cornerstone of reproductive health in general and mothers' well being in particular. It provides public health services, supports breastfeeding, and provides health education on different health issues. These efforts would efficiently guarantee fast recovery for the mothers and healthy start for the newly born.

Table (12) shows that only 26% of deliveries received postnatal healthcare, which is rather low when compared to Arab states such as Oman where it registered 74%. However, it remains higher than the scores of Morocco of 12% and of Egypt at 4%. Data also shows that 20% of the postnatal healthcare support in the Palestinian Territory was followed-up by a specialist whereas 3% were followed-up by a general practitioner and nurse/midwife. It seems that postnatal healthcare drops among women under the age of 30 years to 25% and among Gazan deliveries to 21% and among those who didn't complete preparatory grade.

Table 12: Percentage Distribution of Births (Last Two) Born in the Last Three Years Preceding the Survey by Cadre Providing Postnatal Care and Background Characteristics, 2000

Background Characteristics	Cadre Providing Postnatal Care						Total	No. of Births
	Physician	Specialist	Nurse\ Midwife	Daya	No Body	Not Stated		
Age (Years)								
Less than 30	2.9	19.1	2.7	0.1	74.7	0.5	100	2,376
30 and more	4.0	21.1	2.9	0.2	71.2	0.5	100	1,457
Region								
West Bank	3.3	23.8	1.5	0.2	70.6	0.7	100	2,455
Gaza Strip	3.4	12.8	5.2	0.0	78.4	0.2	100	1,378
Type of Locality								
Urban	2.9	19.8	2.1	0.1	74.4	0.5	100	2,119
Rural	3.3	21.8	0.8	0.3	73.4	0.5	100	1,130
Camp	4.8	16.3	9.3	0.0	69.2	0.4	100	584
Refugee Status								
Refugee	3.9	17.6	5.5	0.0	72.6	0.4	100	1,524
Non-Refugee	2.9	21.4	1.1	0.2	73.9	0.6	100	2,309
Educational Attainment								
Non	3.3	18.1	1.0	1.7	75.4	0.5	100	133
Elementary	3.6	17.2	1.9	2.0	76.5	0.5	100	1,284
Preparatory	3.2	21.1	3.5	0.0	71.7	0.5	100	1,371
Secondary and Above	3.0	21.6	3.3	0.0	71.5	0.5	100	1,044
Total	3.3	19.9	2.8	0.1	73.4	0.5	100	3,833

5.1 Postnatal Health Care Home Visits:

Programs of postnatal healthcare home visits are rather scarce and only carried out by NGOs such as the Union of Palestinian Medical Relief Committees (UPMRC) and the Union of Health Work Committees (HWC).

Table (13) shows that only 7% of deliveries had postnatal professional health follow up at home. Gaza Strip scored 10% and the West Bank scored only 5% in this regard. Furthermore, refugee camps registered 14% whereas urban and rural areas scored 5% and 7% respectively. 9% of refugee mothers enjoyed such postnatal home visits whereas only 5% of non-refugee mothers had similar services. During postnatal healthcare home visits specialists discussed with mothers topics like health in general and mother and childcare. In 86% of the cases, specialists paying visits to mothers discussed breastfeeding. Cleanliness and personal hygiene were discussed in 73% of the visits. Also, nutrition, family planning, and resumption of sexual intercourse after delivery were discussed in 71%, 59%, and 38% of the visits respectively.

Table 13: Percentage of Births (Last Two) Born in the Last Three Years Preceding the Survey Occurred At Hospital and Whose Mothers Received Health Education by Subject and Background Characteristics, 2000

Background Characteristics	Received Home Visit After Delivery	Subject of Health Education					Total	No. of Births
		Family Planning	Breast Feeding	Personal Hygiene	Nutrition	Resume Sexual Intercourse		
Age (Years)								
Less than 30	6.7	55.0	87.1	69.6	68.5	33.5	3.1	167
30 and more	6.6	65.2	82.9	78.5	76.2	44.1	0.4	101
Region								
West Bank	5.1	52.6	85.6	70.3	73.7	35.5	4.2	131
Gaza Strip	9.6	64.8	85.5	75.5	69.2	39.3	0.0	137
Type of Locality								
Urban	4.6	48.6	84.5	66.8	68.5	29.4	6.5	102
Rural	6.6	62.5	87.7	75.2	77.5	41.5	0.5	78
Camp	14.4	67.5	84.9	78.2	69.4	43.3	0.5	88
Refugee Status								
Refugee	9.3	61.9	84.8	75.3	71.8	37.8	0.9	147
Non-Refugee	5.0	55.1	86.5	70.1	70.9	37.1	3.5	121
Educational Attainment								
Non	7.9	39.3	77.1	84.3	84.3	43.5	0.0	11
Elementary	5.0	63.7	86.7	77.0	87.5	42.3	0.6	76
Preparatory	6.8	54.5	85.8	66.5	69.9	32.9	3.5	97
Secondary and Above	7.7	62.0	85.2	75.3	67.4	37.6	2.0	84
Total	6.7	58.8	85.5	73.0	71.4	37.5	2.1	288

5.2 Postnatal Health Education:

Educating mothers after delivery is an influential factor in supporting awareness and health guidance. Nowadays, most deliveries take place at health institutions, henceforth; such institutions remain the main source of education and health guidance after delivery. The public health sector enjoys a major role in this regard since 43% of baby deliveries take place at public health institutions. However, postnatal health education is still incomprehensive because 39% of women who deliver at such institutions leave them before completing the 24-hour-period (PCBS 2001, Health Survey 2000: Main Findings).

Table (14) shows that 28% of mothers who gave birth at public health institutions did not receive any postnatal health education whereas 29% of those who delivered at private health institutions and 31% of those delivering at UNRWA run institutions and 34% of women delivering at NGOs run health institutions did not receive any postnatal health education. The topics discussed with mothers, mainly at public health institutions, included breastfeeding, nutrition, family planning, and vaccination at 62%, 51%, 45%, and 59% of deliveries respectively. UNRWA health cadre discussed with women breastfeeding, nutrition, and family planning in 54%, 50%, and 45% of

deliveries respectively. Vaccination was discussed with 65% of the cases after delivery, was most comprehensively discussed at private health institutions. Deliveries taking place at NGOs health centers scored 52% in discussing postnatal care

Table 14: Percentage of Births (Last Two) Born in the Last Three Years Preceding the Survey Occurred At Health Institution and Whose Mothers Received Health Education by Subject and Place of Delivery, 2000

Place of Delivery	Subject of Health Education					Didn't Receive any Health Education	No. of Births
	Breast Feeding	Nutrition	Family Planning	Immunization	Importance of Postnatal Care		
Governmental Hospital\Center	61.5	51.2	45.3	59.1	47.0	27.6	1,654
Private Hospital\Center	51.4	43.4	27.9	64.5	50.0	29.3	1,061
UNRWA Hospital\Center	53.5	50.2	44.9	57.1	42.6	30.9	276
Governmental Health Hospital \Center	52.1	48.1	32.8	60.8	52.3	33.5	217

6. Multi-variatic Analysis of Maternal Care

Since mother care during pregnancy and delivery includes almost all pregnancies in the Palestinian Territory (antenatal care registered 95% of the pregnancies and deliveries at health institutions also registered a high percentage), multi- variatic analysis will be based on variations arising from the choice of a certain healthcare institution and the health team that provides healthcare services. Analysis will be used to identify the factors governing such choice, which were previously discussed in this report in addition to other factors. Multi- variatic analysis is to be carried out using the Logistic Regression method. The most appropriate formula in this analysis is:

$$\frac{\ln(Q_i)}{1-Q_i} = B_0 + B_i \times X_i$$

(Q_i stands for the five selected variables, B_0 is constant, B_i represents the variation coefficient according to background characteristics estimated by the formula, and X_i represents the group of the background variables. The formula calculates the Odds Ratios, which is the size of variation emerging from the effect of the selected variables, which is the probability size in the reference group).

6.1 Pregnancy Follow-Up at the Private Health Sector and from Physician:

Table (15) shows the estimated Odds Ratios for choosing a place for antenatal healthcare follow-up at the private sector and obtaining such follow-up from a physician taking into consideration some background characteristics. The second column of the table indicates that mother's age does not affect her choice of a antenatal healthcare institution. However, such choice was affected by the birth order, which means that the first-born got a chance of 77% of private antenatal healthcare services. The figure drops as of the birth order increases to reach the lowest for the 4th child or more (the reference group).

Table 15: Estimated Odds Ratios for Logistic Regression of the Proportions of Receiving Antenatal Care at Private Sector Institution and of Receiving Antenatal Care from a Physician

Background Characteristics (1)	Receiving Antenatal Care From Private Sector Institution (Hospital\Clinic) (2)	Receiving Antenatal Care from a Physician (3)
Age (Years)		
Less than 30	1.00	1.00
30 and more	0.97	1.22*
Birth Order		
First	1.77***	1.66***
Second	1.12	1.11
Third	1.05	0.99
Fourth and More	1.00	1.00
Type of Locality		
Urban	1.00	1.00
Rural	0.85*	0.92
Camp	0.39***	0.60***
Region		
West Bank	1.00	1.00
Gaza Strip	0.14***	0.20***
Years of Schooling		
0	0.65*	0.40***
1-6	0.83	0.73**
7-9	0.90	0.92
10-12	1.00	1.00
13+	1.50***	1.38**

* p < 0.1

** p < 0.05

*** p < 0.01

The Table also tells us that type of locality affected mothers' choice of antenatal healthcare at private institutions since the figure dropped by 15% for rural areas and by 61% for camp mothers

when compared to urban areas. Therefore, type of locality (camps and rural) influences mothers' choice of private health institutions negatively. Education is also a determining factor in such choice as non educated women scored 35% and those who received 1-6 years of education scored 17% received antenatal healthcare as compared to the reference group (mothers who were educated for 10-12 years). Nonetheless, the probability of obtaining antenatal healthcare at private institutions rises by 50% among mothers who received at least 13 years of education as compared to the mothers of the reference group.

Moreover, the third column of (table 15) shows that the potential of receiving antenatal healthcare at a private physician's clinic rises by 22% for pregnant women aged 30 years or more, when compared to younger pregnant women. The potential also rises with the birth order where the mothers get a 66% chance of private antenatal healthcare during first pregnancy; the figure drops as the birth order rises. There is a 40% drop in the chances of antenatal follow-up by a private physician at camps as compared to urban areas. The same potential (antenatal follow-up by a private physician) drops by 80% among Gazan pregnancies and by 27% among pregnant women who completed less than 7 years of education (as compared to the mothers who were educated for 10-12 years). On the other hand, it rises by 40% for pregnancy cases of mothers who completed at least 13 years of education.

6.2 Delivery at Public Health Institution and Physician Supervised Delivery:

The second column of table (16) shows that the potential of choosing a public health institution for delivery rises by 15% among mothers aged 30 years and over as compared to those less than 30 years of age (such variation is not statistically significant). The same potential also rises by 31% for the first birth delivery and drops when it comes to the 4th or more deliveries. Additionally, it rises among pregnant mothers coming from rural areas as compared to mothers of urban areas. In Gaza Strip the potential rises by 43% when compared to the West Bank. Years of schooling do not seem to affect the potential of delivery at a public health institution especially among those who completed more than ten years of schooling. However, it is negatively influenced by education among those who completed at least 13 years of schooling and drops by 18% as compared to mothers with 10-12 years of schooling. The same potential increases by 56% among mothers who received antenatal healthcare follow-up at public health institutions and drops by 28% among those who obtained similar services from a health team other than a physician as compared to those supervised by a specialized physician.

Table 16: Estimated Odds Ratios for Logistic Regression of the Proportions of Delivering at Public Hospital\ Center and of Being Assisted at Delivery by Physician

Background Characteristics (1)	Place of Delivery at Public (Hospital\Center) (2)	Assistance of Delivery by a Physician (3)
Age (Years)		
Less than 30	1.00	1.00
30 and more	1.15	1.36***
Birth Order		
First	1.31***	3.52***
Second	1.05	1.23*
Third	1.05	1.10
Fourth and More	1.00	1.00
Type of Locality		
Urban	1.00	1.00
Rural	1.75***	0.71***
Camp	1.01***	0.65***
Region		
West Bank	1.00	1.00
Gaza Strip	1.43***	5.34***
Years of Schooling		
0	1.34	0.79
1-6	1.09	1.01
7-9	1.05	0.99
10-12	1.00	1.00
13+	0.82*	1.14
Receiving Antenatal Care From Private Sector		
Yes	1.00***	1.00
No	1.56***	0.61***
Receiving Antenatal Care from a Physician		
Yes	1.00	2.10***
No	0.72***	---

* p < 0.1

** p < 0.05

*** p < 0.01

---: No. of observations are insignificant.

The third column of table (16) shows that the chance of receiving antenatal healthcare follow-up at a physician's clinic rises by 36% among pregnant mothers aged 30 years and over (compared to those less than 30 years). Also, the potential of having a specialized physician assisting in

delivery rises three folds with the first delivery (compared to fourth delivery and more). The same potential increases by 23% with the second delivery as compared to the fourth delivery and more.

According to results, the chance of having a physician assisting mothers at delivery decreases among rural areas and camps as compared to urban areas. The same chance rises five folds in Gaza Strip as compared to the West Bank. Years of schooling do not seem to affect the potential of having a specialized physician assisting at delivery. On the other hand, the potential sharply drops by 39% among pregnancies that were followed-up at public health centers and increases when pregnancies receive a physician's follow-up when compared to pregnancies supervised by another health team.

6.3 Receiving Postnatal Health Care:

Table (17) shows that the chances of getting postnatal healthcare services increase by 40% among mothers aged 30 years and over. They also rise by 61% at first delivery, and by 53% among camp women. Alternatively, the chances drop by 43% among Gaza Strip women. It is noticed that postnatal healthcare is affected inversely with antenatal care follow up at public health institutions. To sum up, region, type of locality, and the birth order do affect mothers' choice of place of delivery and assisting medical providing antenatal care. Also, region, birth order, and place and team of antenatal healthcare follow-up are influential factors in deciding on a place of delivery and the supervising medical cadre.

Postnatal care is largely influenced by the following factors: Mother's age, birth order, region, and place of antenatal care. Henceforth, region (the geographic factor) as well as some demographic characteristics (birth order) are determining factors governing mothers' choice of health institutions and medical cadres.

**Table 17: Estimated Odds Ratios for Logistic Regression
Of the Proportions of Receiving Postnatal Care**

Background Characteristics	Receiving Postnatal Care
Age (Years)	
Less than 30	1.00
30 and more	1.40***
Birth Order	
First	1.61***
Second	1.06
Third	1.11
Fourth and More	1.00
Type of Locality	
Urban	1.00
Rural	0.88
Camp	1.53***
Region	
West Bank	1.00
Gaza Strip	0.57***
Years of Schooling	
0	0.80
1-6	0.80**
7-9	0.88
10-12	1.00
13+	0.99
Receiving Antenatal Care From Private Sector	
Yes	1.00
No	0.86*
Receiving Antenatal Care from a Physician	
Yes	1.00
No	1.05

* p < 0.1

** p < 0.05

*** p < 0.01

7. Comparison of the Maternal Care Indicators

This section compares the maternal care indicators of the Health Surveys of 2000 and 1996. The comparison encompasses antenatal healthcare follow-up, delivery, and postnatal healthcare.

Data indicate that no major changes occurred on the rates of antenatal healthcare follow-up between 1996 and 2000 and stayed at approximately 95% of pregnancies.

However, as shown in Figure (1), there was an increase in the percentage of antenatal healthcare follow-up during the first trimester to reach a high of 47% in 2000 whereas the same score for 1996 was 38%. Furthermore, the percentage of pregnant mothers who started seeking antenatal medical care during the third trimester dropped to 6% in 2000 whereas it stood at 10% in 1996. It has been noticed that the increase in the percentage of early pregnancy antenatal healthcare follow-up was accompanied by a rise in the average number of visits of such follow-up.

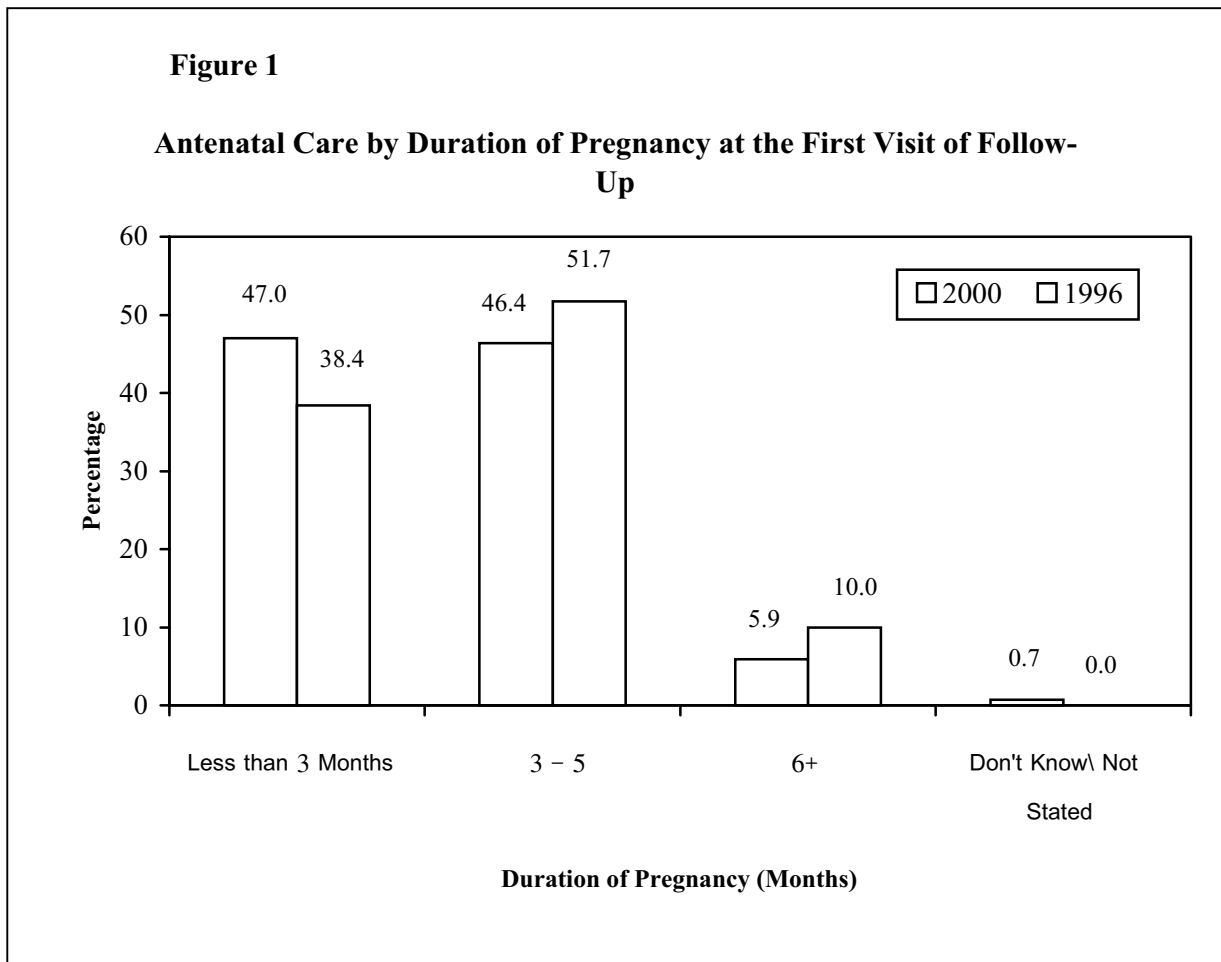


Figure 2: Average Number of Visits For Antenatal Care of Births (Last Two) in the Three Year Perceding the Survey by Region

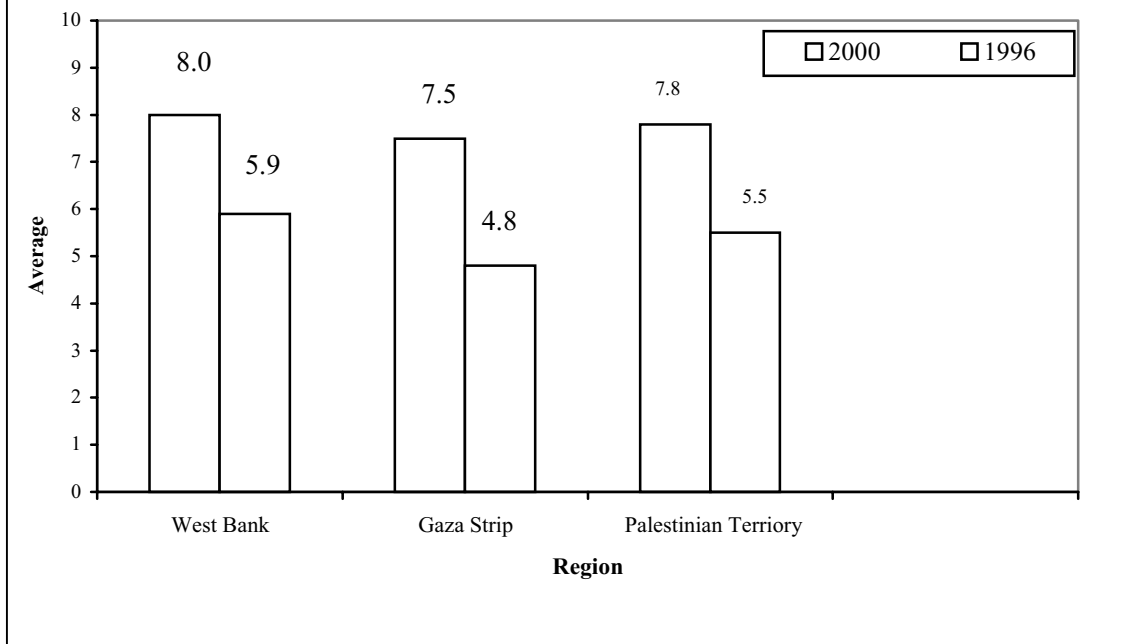


Figure (2) shows that the times of antenatal healthcare follow-up rose from 5.5 to 7.8 times such rise was most prominent in Gaza Strip where it registered 7.5 visits (compared to 4.8 visits in 1996). The West Bank's figure rose from 5.9 in 1996 to 8 visits in 2000.

Figure 3: Percentage Distribution of Births (Last Two) Born in the Last Three Years

Preceding the Survey by Place of Delivery

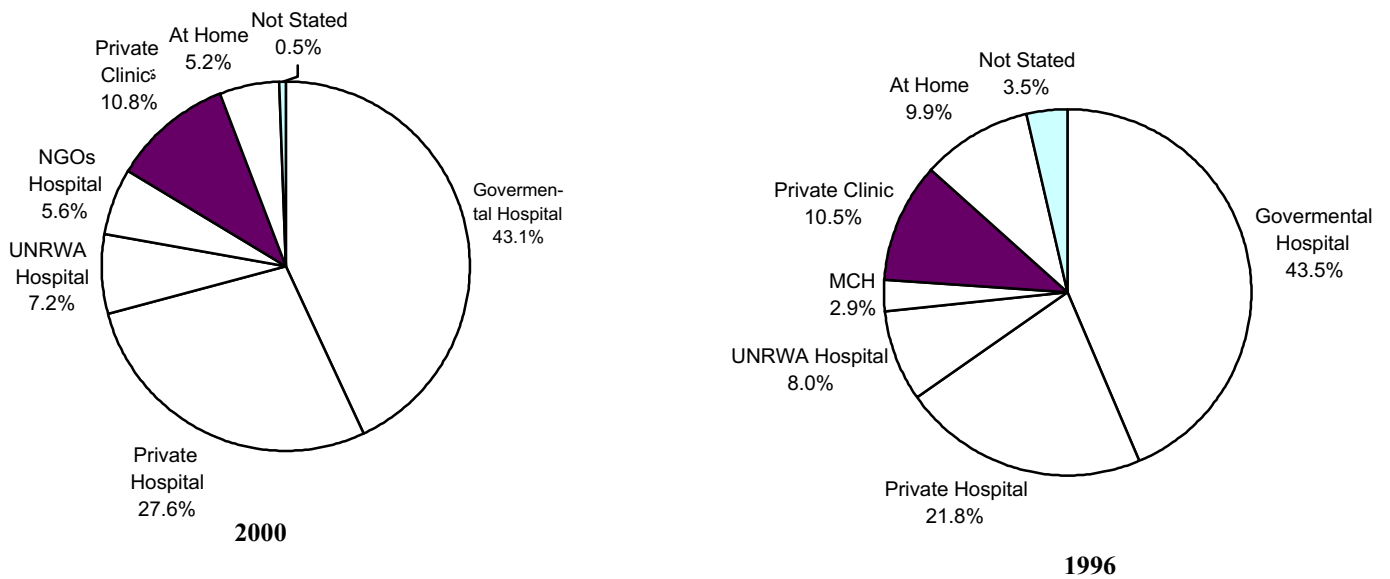
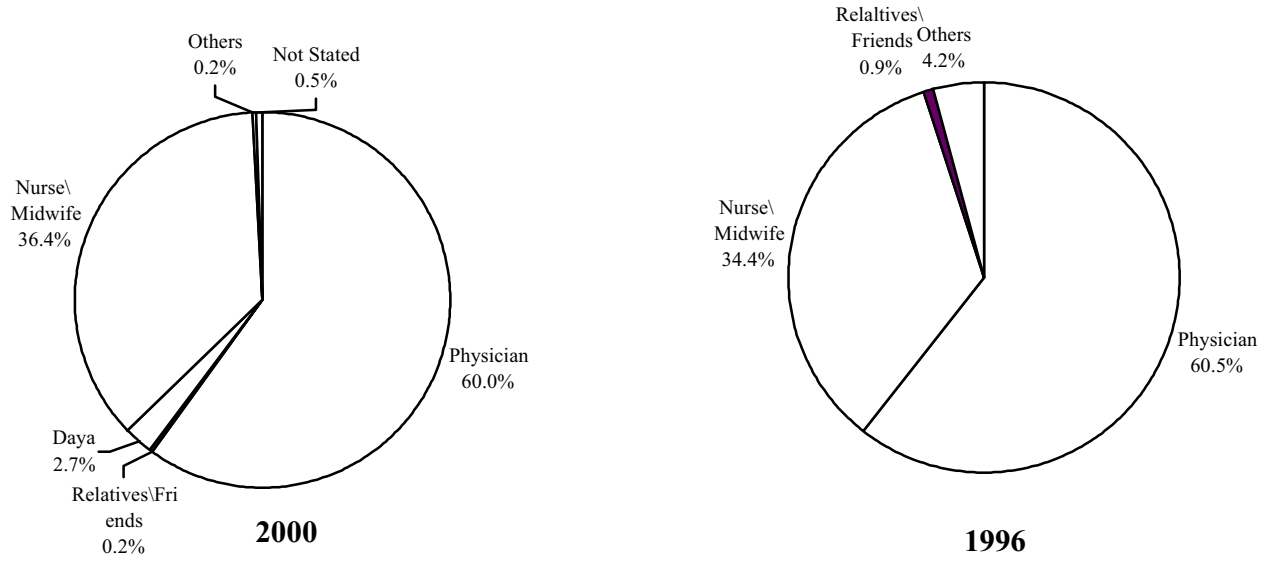


Figure (3) reflects a sharp drop in the percentage of deliveries at home to only 5% in 2000 compared to a high 10% in 1996. A similar drop was registered among deliveries taking place at UNRWA run health institutions from 8% in 1996 to 7% in 2000. On the other hand, Figure (3) shows that there was an increase in the percentage of deliveries at private hospitals from 22% in 1996 to 28% in 2000. Percentages of deliveries at public hospitals and private clinics remained almost the same.

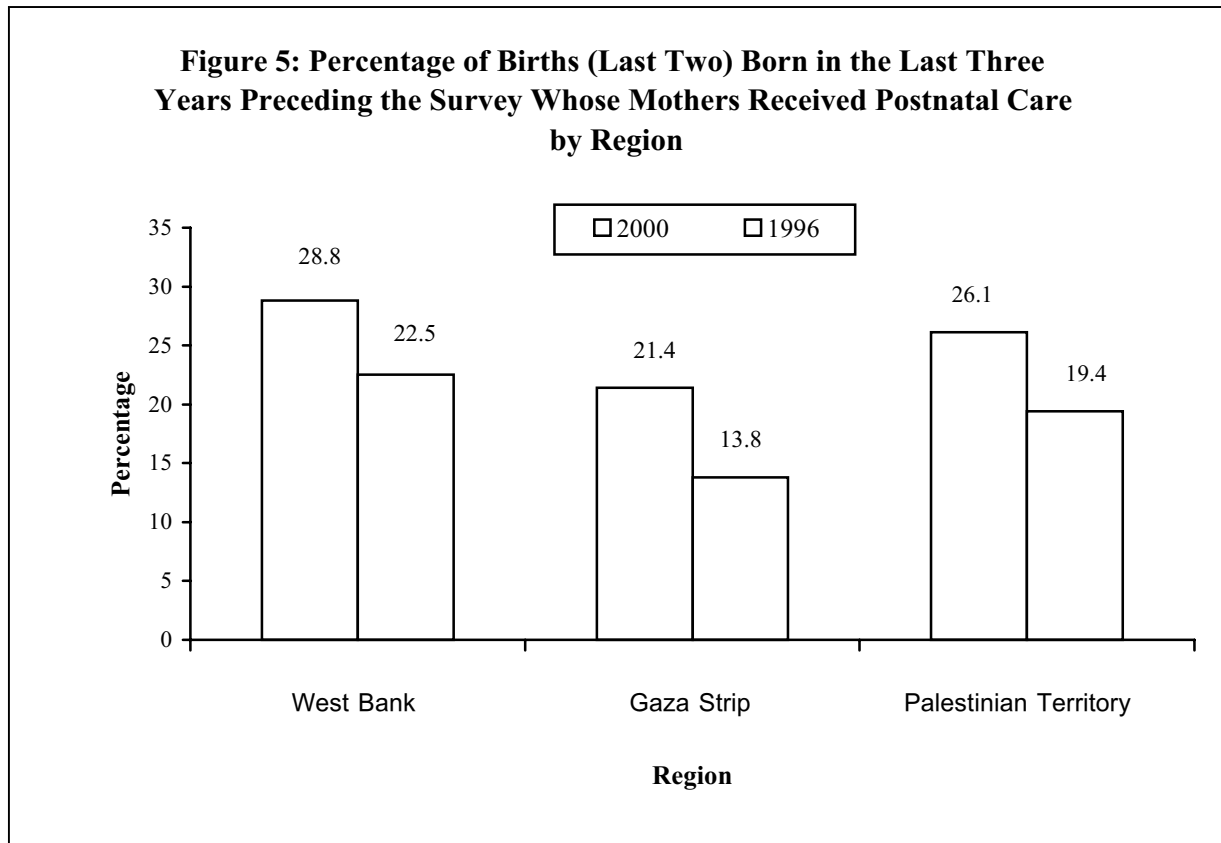
Figure 4: Percentage Distribution of Births (Last Two) Born in the Last Three Year Preceding The Survey by Cadre Providing Assistance At Delivery



Data indicate a slight rise in the percentage of deliveries supervised by qualified medical cadre, which rose from 95% in 1996 to 96% in 2000. Figure (4) shows that the rise was the result of the increase in the percentage of deliveries supervised by nurses/midwives from 34% in 1996 to 36% in 2000 and because the percentage of physician s' supervised deliveries remained fixed at 60% for both surveys.

Figure (5) shows that the percentage of mothers receiving postnatal healthcare rose by approximately 37% (from 19% in 1996 to 26% in 2000,) postnatal care follow up was higher among Gaza Strip mothers compared to the West Bank mothers.

According to the comparison of mother care indicators, a development in the domain of maternal care took place in the Palestinian Territory between 1996 and 2000. Pregnancy follow-up did not register any changes, however, mothers started to realize the significance of such follow-up at earlier stages of pregnancy. The average number of visits paid to a physician during pregnancy and the number of deliveries at healthcare institutions rose especially at the private ones. Data also registered an increase in postnatal healthcare percentages though they remain significantly below the required levels.



8. Conclusions

The Health Survey of 2000 indicates that 95% of mothers who gave birth twice during the three years preceding the survey received antenatal care. The figure is rather high when compared to the figures of the Arab countries. However, it was subject to variations governed by mothers' education especially. 95% of pregnant mothers obtained professional medical follow-up (nurse/midwife or physician.) Nonetheless, the medical cadre following up pregnant mothers varied in accordance with region, type of locality, and the refugee status.

According to data, 95% of pregnant mothers sought healthcare for the first time during the first five months of pregnancy. 80% of mothers of the same category paid at least five visits to specialists. The number of visits in this regard recorded an average of 7.8 times.

There has been a drop in the percentage of pregnancies receiving healthcare services during the first months especially in Gaza Strip, refugee camps, and among refugees. This could be the result of the procedures of UNRWA, which allow such services after the 4th month of pregnancy. Data also reveal that 52% of pregnant mothers sought antenatal healthcare at private health institutions, 27% of them went to UNRWA health centers, 17% went to public health institutions, and 4% sought the same services at health centers run by NGOs. The reasons governing the mothers' choice of a place for antenatal healthcare follow-up, according to their type, were mainly availability of the services registering 29% among mothers who chose public hospitals. Satisfaction with the quality of services was the main reason for choosing a private health institution.

Mothers who delivered twice during the three years preceding the survey have iron tablets in 76% of the cases, 44% of them have folic acid tablets, and 43% have both iron and folic acid tablets. 24% of mothers who delivered during the 12 months preceding the survey received one dose of tetanus vaccine and 53% received at least two doses.

95% of childbirths (last two) occurred at health institutions mainly public hospitals at 43%, private hospitals at 38%, and private clinics at 11%. Private healthcare institutions remain first rank in mothers' choice of antenatal healthcare follow-up while public hospitals occupy the first rank for delivery. Mothers' choice of public hospitals for delivery is based on being covered by health insurance and for their low cost, whereas, the choice of private hospitals was based on the quality of provided health services.

According to the Survey, qualified medical cadre supervised 96% of baby deliveries. And 71% childbirths were natural, 17% of them required episiotomies, and 9% required cesarean section.

According to data, 26% of deliveries (last two during the 3 years preceding the survey) received postnatal healthcare and 7% of them were professionally followed-up at home through visits of a healthcare provider. One-third of mothers who gave birth at health institutions did not receive any health education after childbirth.

As maternal care coverage during pregnancy and delivery includes almost all pregnancies in the Palestinian Territory, multi-variat analysis was used to identify the main variables affecting the

mothers' choice of certain healthcare institutions and the medical cadre that provides healthcare services. The analysis was based on the Logistic Regression method. The results of the analysis reveal that region and type of locality as well as the birth order play a major role in choosing a place for healthcare follow-up and the medical cadre.

The comparison of maternal care indicators of the Health Surveys of 1996 and 2000 shows a development in maternal care in the Palestinian Territory, such development appears in early pregnancy follow-up and in a rise in the average number of visits paid to a physician during pregnancy and the number of deliveries at healthcare institutions. However, such rise remains below the required levels.

9. Recommendations

1. There is a need to improve postnatal healthcare services especially at the public health sector.
2. Maternal care services need to be made equally available at rural and urban areas and in both regions (the West Bank and Gaza Strip) in order to achieve a balanced healthcare services provided by all sectors and to benefit all.
3. Health education on postnatal healthcare importance should be included in antenatal follow-up.
4. The quality of maternal care services, especially the services that public health sector provides, require development and need to be comprehensive and available in all areas;
5. The public health sector needs to endorse postnatal healthcare programs in their comprehensive sense. Then, such programs should be made part of antenatal healthcare services.
6. Health awareness and education on maternal care, especially postnatal healthcare, must be empowered. The role of the media in this regard should be given more attention since it can play a major role in changing patterns of health behavior.
7. There is a need for coordination among the various health sectors providing health services in order to develop their services. The changes influenced the health sector after the institution of the Palestinian Authority must be taken into consideration.
8. The UNRWA procedures of depriving pregnant mothers (refugee mothers registered with the UNRWA) from healthcare services during the first four months must be changed. The new procedures should allow mothers antenatal healthcare services from the first month of pregnancy.
9. Several indicators on maternal care require further concentration and comprehensive research on reproductive health. Emphasis should not be mainly on infertility, psyche health, and the diseases of the womb and the urinary system.

References

1. Azlema, Mostaffa and Abd-El-Moneim, Ahmed. 2000. *Morocco Maternal and Child Health Survey 1996-1997*. Ministry of Health and the Pan Arab Program for Child Development .
2. Central Statistical Organization (CSO) [Yemen] and Macro International Inc. (MI). 1998. *Yemen Demographic and Maternal and Child Health Survey 1997*. Calverton, Maryland USA.
3. El-Zanaty, Fatma and Ann A. Way. 2001. *Egypt Demographic and Health Survey 2000*. Calverton, Maryland [USA]: Ministry of Health and Population [Egypt], National Population Council and ORC Macro.
4. Palestinian Central Bureau of Statistics, 2000. *Health Survey 2000: Main findings*. Ramallah, Palestine.
5. Sulaiman, Ali J.M., Asya Al-Riyami and Samir M. Farid (2000). *Oman Family Health Survey 1995: Principal Report*. Muscat: Ministry of Health.
6. World Health Organization. 1996. Mother – Baby Package : *Implementing Safe Motherhood in countries . Maternal Health and Safe Motherhood Programme*. Division of Family Health. Geneva
7. Ministry of Health-HMIS, 2001. *Annual Report 2000*. Nablus – Palestine.