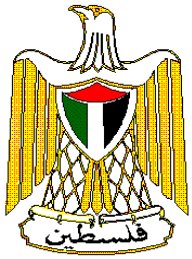

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

سلسلة التقارير التحليلية من بيانات التعداد والمسوح الصحية والديمغرافية رقم (3)

صحة الأطفال في الأراضي الفلسطينية

أيار، مايو 2002

© صفر، 1423هـ - أيار، 2002.
جميع الحقوق محفوظة.

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة إلى هذه المطبوعة كالتالي:

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. *سلسلة التقارير التحليلية من بيانات التعداد والمسوح الصحية والديمغرافية، رقم (3): صحة الأطفال 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.

هاتف: 2406340 (2-970) فاكس: 2406343 (2-970)
بريد إلكتروني: diwan@pcbs.pna.org صفحة إلكترونية: http://www.pcbs.org

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

شكر وتقدير

قام السيد رامي الدبس (برنامج إحصاءات الصحة) بالعمل على إعداد هذا التقرير، وقد تولى كل من د. حسن زكي، و د. التيجاني الطاهر (الأستاذان المساعدان في مركز البحوث الاجتماعية) الإشراف المباشر على إعداد التقرير. تولى كل من د. حسن أبو لبده (رئيس الجهاز) و د. هدى رشاد (مدير مركز البحوث الاجتماعية في الجامعة الأمريكية بالقاهرة)، والسيد لؤي شبانه (مساعد رئيس الجهاز 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 من مؤسسة (FORD). يتقدم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشكر والتقدير إلى مؤسسة (FORD) على توفيرها التمويل اللازم لإنجاز مجموعة من التقارير الصحية والديمغرافية.

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
1. مقدمة	9
2. واقع الخدمات الصحية	10
3. صحة الطفل	12
1.3 مستويات وفيات الرضع والأطفال	12
2.3 اتجاهات ومعدلات الوفيات	12
3.3 العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال والرضع	13
4. الوضع التغذوي	16
5. أمراض الطفولة	19
1.5 الإصابة بالإسهال	19
2.5 التهابات الجهاز التنفسي	28
6. تطعيم الأطفال	32
1.6 التطعيم ضد السل	33
2.6 مطاعيم الثلاثي ، شلل الأطفال ، الحصبة والقكا والحصبة الألمانية	33
3.6 التطعيم ضد الحصبة	34
4.6 التهابات الكبد (ب)	36
الخلاصة	38
التوصيات	40
قائمة 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، نفذ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني المسح الصحي الأول عام 1996، حيث شمل المسح جميع المؤشرات الرئيسية المتعلقة بصحة الأم والطفل والأسرة، بينما تم تنفيذ المسح الصحي الثاني عام 2000. وقد بلغ عدد الأسر المشمولة في العينة 6,349 أسرة، منها 4,295 أسرة في الضفة الغربية، و 2,054 أسرة في قطاع غزة. وقد غطى المسح بالإضافة إلى المؤشرات الرئيسية في المسح الأول مؤشرات الإنجاب ووفيات الرضع والأطفال وظروف المسكن.

تظهر دراسة مؤشرات صحة الأم والطفل بشكل عام وبشكل خاص مؤشرات بقاء الطفل (child survival) indicatorsمدى التطور والتقدم في واقع المجتمعات والدول، فقد تم إنجاز عدة دراسات حول صحة المرأة في الأراضي الفلسطينية وقد شملت الدراسات مؤشرات الصحة الإنجابية المتعلقة بالحمل والولادة، واستكمالا لدراسة المؤشرات الصحية المتعلقة بالطفل تأتي هذه الدراسة لأهميتها في المساهمة في تحسين الخدمات المقدمة للأطفال، وبالتالي ضمان استمرار حياة الأطفال بصحة جسدية ونفسية سليمة، وتجنيبه التعرض للإصابة بالإعاقات الناتجة عن القصور بنظام الخدمات الصحية البشرية والمادية، أو تدني المعرفة للقائمين على رعاية الأطفال.

تهدف هذه الدراسة إلى تقديم صورة عن مؤشرات بقاء الطفل في الأراضي الفلسطينية والتي تتلخص بوفيات الرضع والأطفال، الوضع التغذوي (مؤشرات سوء التغذية)، التطعيم، الإصابة بالإسهال والتهابات الجهاز التنفسي وتلقي العلاج للأطفال المصابين، ومحاولة فهم المحددات المختلفة التي تؤثر في هذه المؤشرات، بالإضافة إلى إجراء بعض المقارنات مع النتائج المستقاة من المسح الصحي لعام 1996، ولقياس مدى التغير في مؤشرات بقاء الطفل خلال هذه الفترة. وستستخدم النتائج المستقاة من هذه الدراسة في محاولة لتقديم بعض المقترحات، والتي نأمل أن تساهم في تقييم السياسات الصحية الراهنة، وذلك لرفع مستوى صحة الأم والطفل في فلسطين. تعتمد الدراسة بشكل رئيسي على بيانات المسح الصحي 2000 والمسح الصحي 1996 بالإضافة إلى دراسات صحية وديمغرافية أخرى، حيث توفر الدراسة أحدث البيانات وتقارنها مع نتائج سابقة لتقييم مدى التطور على مؤشرات بقاء الأطفال.

هيكلية التقرير:

يتكون التقريرمن ثمانية أقسام، حيث يحتوي القسم الأول على المقدمة، أما القسم الثاني فيشمل واقع الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية، موضحاً هيكلية الخدمات والقطاعات التي تساهم في تقديمها. ويستعرض القسم الثالث نتائج المسح الصحي لعام 2000 فيما يتعلق بصحة الطفل، ويوضح القسم الرابع الوضع التغذوي للاطفال، أما القسم الخامس فيوضح مدى انتشار امراض الطفولة بما يتعلق بالاسهال والتهابات الجهاز التنفسي. ويستعرض القسم السادس التطعيم والتحصين ضد الأمراض السارية، فيما يتناول القسم السابع الخلاصة وأهم النتائج، أما القسم الثامن فيقدم بعض التوصيات المتعلقة بالسياسات الصحية.

2. واقع الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية

يتولى الإشراف على تقديم الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية أربع جهات، 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 الفلسطينية في أيار 1994 في قطاع غزة، وفي تشرين الثاني من نفس العام في الضفة الغربية. حيث تسلمت الوزارة قطاعاً صحيا مترهلاً، وبنى تحتية مدمرة ومهملة لما يقارب ثلاثة عقود. وقد أولت السلطة الوطنية اهتماماً خاصاً للقطاع الصحي بشكل عام، والرعاية الصحية الأولية وصحة الطفل بشكل خاص. حيث اعتبرته ثاني أهم قطاع بعد التعليم في خطتها التنموية، وذلك من خلال التنسيق والتعاون مع المنظمات الدولية المعنية بالصحة، وعلى رأسها منظمة الصحة العالمية.

وتشرف وزارة الصحة حالياً على 26% من المستشفيات العامة، وعلى 51% من مجموع الأسرّة، 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 نكبة الشعب الفلسطيني عام 1948، 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 مجانا 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 الأسرّة، وعلى 9% تقريباً من عيادات الرعاية الصحية الأولية. وبالرغم من اعتماد قطاع واسع من الشعب الفلسطيني على الخدمات الصحية المقدمة من الوكالة (لا سيما في قطاع غزة) إلا أنه جرى تقليص على خدمات الوكالة منذ أواسط التسعينيات 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 في الطلب على الخدمات الصحية والنمو السكاني للاجئين الفلسطينيين، حيث انخفض معدل الإنفاق السنوي على اللاجئ الواحد بمقدار 65% خلال الفترة من عام 1975 إلى 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 لوكالة الغوث، WWW.UNRWA.ORG)

3. المنظمات غير الحكومية:

شكلت سياسات الاحتلال المفروضة على الشعب الفلسطيني ومؤسساته الوطنية بمثابة حافز لتفعيل نشاطاته وزيادة تصميمه على الصمود. لا سيما 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 نشطت في مجال 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 الاحتلال الإسرائيلي، خاصة في المناطق الريفية النائية، استهدفت الفئات المهمشة والفقيرة، حيث تقدم الخدمات الصحية مقابل رسوم رمزية. وقد برز دور هذه المنظمات خلال الانتفاضة الفلسطينية 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 العامين والمختصين نسبة إلى عدد العيادات التي يشرف عليها، حيث يشرف هذا القطاع على 38% من المستشفيات العامة، وعلى 32% من مجموع الأسرّة، وعلى 31% من عيادات الرعاية الأولية، حيث أن حوالي 70% من عيادات الرعاية الصحية تقدم خدمات وقائية وإرشادية. بالإضافة إلى الدور البارز الذي تؤديه وما زالت في تقديم الخدمات الصحية وتخفيض الضغط الهائل على المؤسسات الحكومية في معالجة الجرحى خلال انتفاضة الأقصى المباركة المستمرة منذ أكثر من 18 شهرا.

4. القطاع الخاص:

يشرف هذا القطاع على 33% من المستشفيات العامة، وعلى 10% من مجموع الأسرّة. وقد بدأ القطاع الخاص بالنمو والتوسع خاصة بعد تسلم السلطة الوطنية للنظام الصحي في فلسطين. وقد صاحب هذا التوسع تقلص في نسبة المستفيدين من خدمات القطاع الحكومي، حيث بلور هذا القطاع مفاهيم جديدة لدى المواطنين، بأنه القطاع الأقدر على توفير رعاية صحية ذات جودة أعلى منها في القطاع الحكومي. واقتصرت الخدمات الصحية في القطاع الخاص على فئات معينة من السكان ذات الإمكانيات الاقتصادية العالية والقادرة على دفع تكلفة الخدمات المقدمة.

توزيع مؤسسات الرعاية الصحية في الأراضي الفلسطينية حسب جهة الإشراف*.

جهة الاشراف	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.

**: تم استثناء المستشفيات النفسية.

3. صحة الطفل

تعد دراسة المؤشرات المتعلقة بصحة الطفل من أهم المؤشرات ان لم تكن الرئيسية لرصد التغيرات المتعلقة بالصحة العامة والتكيف الاجتماعى والاقتصادي، حيث يمكن قياس المستوى الصحى والمعيشى لأي مجتمع عن طريق دراسة بعض المؤشرات المتعلقة بالوضع الصحي عند الأطفال. وذلك لأن الاطفال هم الجزء الأكثر ضعفا والأقل مناعة فى الأسرة المعيشية، لذا يعد الطفل الأكثر تعرضا للتغيرات التى تطرأ على الأسرة والتى تكون بدورها انعكاسا مباشرا للوضع السائد فى المجتمع. وهناك العديد من المؤشرات التي تستخدم لقياس الوضع الصحي للأطفال، والتي تشمل معدلات وفيات الرضع والاطفال، وقياس الوضع التغذوي للاطفال، ومدى انتشار بعض الامراض المعدية بينهم.

1.3 مستويات وفيات الرضع والأطفال

خلال الأعوام السابقة شهدت الأراضي الفلسطينية تغيرات سياسية واجتماعية جمة كان لها الأثر الكبير على الطفل وصحته. وقد لوحظ هذا التغير من خلال التحسن الذى طرأ على معدلات وفيات الرضع والأطفال، ففى الوقت الذى كان فيه معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة فى الأعوام (1985–1989) يصل إلى 43.5 لكل ألف مولود حي، انخفض هذا المعدل ليصل إلى 28.7 لكل ألف مولود حي خلال الأعوام الخمسة السابقة للمسح الصحى 2000.

من الجدير بالذكر أن معدلات وفيات الرضع والأطفال في الأراضي الفلسطينية تعتبر من المعدلات المنخفضة في العالم العربي إذا ما قورنت معدلات وفيات الأطفال، دون سن الخامسة والبالغة 28.7 لكل ألف مولود حي، في الأراضي الفلسطينية مع نفس الفئة العمرية لكل من لبنان (32.2 لكل ألف)، وسوريا (29.0 لكل ألف)، والأردن (33.0 لكل ألف)، ومصر (37.5 لكل ألف)، واليمن (105.0 لكل ألف).

2.3 اتجاهات ومعدلات الوفيات

تشير البيانات الواردة في جدول (1) إلى الانخفاض التدريجي في معدلات وفيات الرضع والأطفال خلال العشرين عاما الماضية. حيث انخفض معدل وفيات الرضع إلى ما يقارب النصف بمعدل 25.5 لكل ألف مولود حي في الفترة 1995–1999، وذلك بالمقارنة مع 48.4% في الفترة 1980–1984.

عند مقارنة معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة، والتي عادة ما تكون مرتبطة باسباب وراثية أو بيولوجية مثل التشوهات الخلقية وغير ذلك، او عائدة لاسباب مرتبطة بظروف الولادة، يتبين انخفاض هذه النسبة تدريجيا من 24.6 لكل ألف مولود حي في الأعوام 1980–1984 لتبلغ 15.3 لكل ألف مولود حي في الاعوام 1995–1999. ويلاحظ أيضا أنه صاحب الانخفاض المتواصل في مستوى وفيات الرضع ارتفاع في نسبة وفيات حديثي الولادة وذلك من جملة وفيات الرضع.

اما بالنسبة لمعدلات وفيات الولادات المتأخرة، حيث ترتبط هذه المعدلات باسباب اقتصادية واجتماعية للأسرة، فنجد الانخفاض الواضح في المعدل خلال العشرين عاما الماضية. وقد انخفض هذا المعدل في الاعوام الخمسة الاخيرة ليصل الى 10.2 لكل ألف مولود حي مقارنة مع 23.8 لكل ألف مولود حي للأعوام 1980–1984.

وقد يعود هذا الانخفاض الواضح في معدلات وفيات الرضع والاطفال إلى الوعي المتزايد لدى الأمهات بسبب ازدياد توجه الأهل لتعليم البنات ونتيجة للتطور الأفقي والعمودي في الخدمات الصحية المقدمة لكل من الأم والطفل، إضافة

إلى تحسن برامج التثقيف الصحي التي تقوم بها كل من وزارة الصحة الفلسطينية، وخصوصا في السنوات العشرة الأخيرة، والمنظمات غير الحكومية.

جدول 1 : معدلات وفيات الأطفال والرضع لكل ألف مولود حى لسنوات مختارة سابقة للمسح

السنوات	وفيات حديثى الولادة	وفيات الولادات المتأخرة	وفيات الرضع	وفيات الأطفال 1–4 سنوات	وفيات الأطفال دون سن الخامسة
1999 – 1995	15.3	10.2	25.5	2.9	28.7
1994 – 1990	18.0	13.2	31.3	3.9	35.7
1989 – 1985	23.6	13.2	36.8	6.4	43.5
1984 – 1980	24.6	23.8	48.4	4.7	53.0

3.3 العوامل المؤثرة فى وفيات الأطفال والرضع

تستعرض الدراسة بعض العوامل التي قد تؤثر فى معدلات وفيات الرضع والأطفال، حيث تم دراسة العوامل الديمغرافية وتشمل الجنس وترتيب المولود وعمر الام والمباعدة بين الولادات. بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية والتي تشمل المنطقة ونوع التجمع وحالة اللجوء والمستوى التعليمي للأم.

تشير البيانات الواردة في جدول (2) أن وفيات الرضع الذكور 30.5 لكل ألف مولود حي أعلى من معدلات وفيات الإناث 25.9 لكل ألف مولود حي. ويرجع أساس هذا التباين لارتفاع وفيات حديثي الولادة من الذكور (19.2 لكل ألف) مقارنة بالإناث (14.0 لكل ألف مولود حي). وكما يتبين ايضا ان مستويات وفيات الاطفال الذكور من غير الرضع (1–4) سنوات يرتفع نسبيا (3.8 لكل ألف مولود حي) مقارنة مع (2.9 لكل ألف مولود حي) للإناث.

بالنسبة لتأثير ترتيب المولود على معدل الوفيات، يتضح من الجدول أن معدل وفيات الرضع يرتفع بارتفاع ترتيب المولود (من 25.3 لكل ألف مولود حي للمولود الأول إلى 32.6 لكل ألف مولود حي للمولود السادس فأكثر). ويلاحظ هذا الارتفاع بصورة واضحة عند النظر لمستويات وفيات الرضع المتأخرة، حيث ترتفع معدلات الوفيات من 7.7 لكل ألف مولود حي للمولود الأول لتصل إلى 12.9 لكل ألف للمولود السادس فأكثر. كما أن معدل وفيات حديثي الولادة في الولادة الاولى يعتبر مرتفعا ولا يضاهيه في الارتفاع الا المواليد في الترتيب السادس فاكثر. بالنسبة للأطفال في عمر 1–4 سنوات فان أعلى مستوى للوفيات يلاحظ بالنسبة للولادات في ترتيب المولود الرابع والخامس (4.6 لكل ألف مولود حي).

يتبين من الجدول ان خطر الوفاة للأطفال الرضع يزداد بين أطفال الأمهات 40 عاما فأكثر (64.8 لكل ألف مولود حي)، وبين أطفال الأمهات أقل من عمر عشرين عاما (34.9 لكل ألف مولود حي) وذلك مقارنة مع معدلات وفيات المواليد لباقي الفئات العمرية. ويظهر تأثير عمر الام على معدل الوفاة، لا سيما بين الوفيات المبكرة، فقد بلغ معدل الوفيات المبكرة 38.3 لكل ألف مولود حي لأطفال الأمهات 40 عاما فأكثر، و24.6 لكل ألف مولود حي بالنسبة للوفيات المبكرة لأطفال الأمهات أقل من عمر 20 عاما. اما بالنسبة لمعدلات وفيات الأطفال 1–4 سنوات فقد سجلت أعلى مستوى لها لدى الأمهات فى الفئة العمرية (20–29) سنة حيث بلغت (4.4) لكل ألف مولود حي ثم تلاها أطفال الأمهات في الفئة العمرية (40–49) عاما.

تشير النتائج الواردة فى الجدول إلى أن خطر الوفاة يزداد كلما كانت فترة المباعدة بين المواليد قصيرة، حيث سجل أعلى معدل لوفيات الرضع 30.6 لكل ألف مولود حي بين الولادات التي تم انجابها في فترة اقل من عامين من إنجاب المولود السابق. ويلاحظ أيضا أن وفيات غير الرضع ترتفع بين الولادات التي تحدث في فترة قصيرة من حدوث ولادة سابقة، مما يشير إلى أهمية تشجيع الأمهات على المباعدة بين الولادات لفترات كافية تمكن الأم من توفير الاهتمام والرعاية للأطفال.

جدول 2: معدلات وفيات الرضع والاطفال المقدرة بالطرق المباشرة للسنوات العشر السابقة للمسح (1990-1999) حسب بعض الخصائص الخلفية

الخصائص الخلفية	وفيات حديثي الولادة	وفيات المواليد المتأخرة	وفيات الرضع	وفيات الأطفال 1-4 سنوات	وفاة الأطفال دون 5 سنوات
الجنس					
ذكور	19.2	11.3	30.5	3.8	34.6
اناث	14.0	11.9	25.9	2.9	29.5
ترتيب الطفل					
الأول	17.6	7.7	25.3	3.9	29.1
الثاني والثالث	14.8	12.2	27.0	2.3	29.9
الرابع والخامس	15.1	12.5	27.6	4.6	32.7
السادس فأكثر	19.7	12.9	32.6	3.3	36.4
عمر الام عند الانجاب					
20>	24.6	10.3	34.9	1.7	37.6
29-20	16.4	11.5	24.9	4.4	29.5
39-30	17.2	11.2	28.4	2.2	31.0
49-40	38.3	26.5	64.8	2.7	67.3
فترة التباعد بين المواليد (بالسنوات)					
2 >	16.6	14.0	30.6	4.6	35.9
3-2	10.4	9.8	20.2	1.7	22.4
4+	14.5	10.9	25.4	1.4	26.8

يستدل من البيانات الواردة في جدول (3) أن معدلات وفيات الرضع كانت في الضفة الغربية (26.0) لكل ألف مولود حي وهي أقل من قطاع غزة حيث بلغت (31.9) لكل ألف، كما أن معدل وفيات الأطفال غير الرضع يرتفع في قطاع غزة (5.0) لكل ألف مقارنة مع الضفة الغربية (2.3 لكل ألف). ومن الجدير ذكره أن هذه المعدلات أخذت بالتحسن خلال الأعوام 1990-1999 في الضفة الغربية، حيث أن معدلات وفيات الأطفال والرضع قبل عشرين عاما (1980-1989) سجلت المعدل الأعلى في الضفة الغربية مقارنة مع قطاع غزة حيث بلغ معدل وفيات الرضع 51.4 لكل ألف مولود حي في الضفة الغربية خلال الأعوام (1980 – 1984) مقارنة مع 43.1 لكل ألف مولود حي في قطاع غزة.

كما أن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة سجل فى الضفة الغربية وخلال نفس الأعوام 55.1 لكل ألف مولود حي مقارنة مع 49.3 لكل ألف مولود حي في قطاع غزة (دائرة الاحصاء المركزية الفلسطينية، المسح الديمغرافي، 1995). وقد يعود سبب هذا التغير فى معدلات وفيات الرضع إلى سببين، أحدهما اتساع شبكة الخدمات الصحية المقدمة مثل مراكز الأمومة والطفولة وبالذات فى الضفة الغربية، كما وتم تحسين أدائها وتطويرها لتتناسب وخطة وزارة الصحة الاستراتيجية لتخفيض معدلات وفيات الأطفال والرضع. أما السبب الثاني فقد يعود إلى دقة جمع البيانات الصحية وما تؤثر به في دقة النتائج.

من الملاحظ ومن خلال النتائج الواردة فى جدول (3) أن المخيمات قد سجلت أعلى معدلات لوفيات الرضع والاطفال غير الرضع (33.6 و4.0 لكل ألف مولود حي) على التوالي، وذلك بالمقارنة مع الحضر والريف. لوحظ ارتفاع معدلات وفيات الرضع من غير اللاجئين حيث بلغت 29.3 لكل ألف مولود حي مقارنة مع 26.8 لكل ألف للاجئين، ويتبين ان هذا الارتفاع مصحوبًا بالارتفاع في وفيات حديثي الولادة لغير اللاجئين (17.6) لكل ألف مولود حي ، مقارنة مع معدلات الوفاة للرضع للاجئين (15.3) لكل ألف مولود حي. تم ملاحظة وجود اختلاف بسيط فى معدل وفيات الأطفال غير الرضع (1– 4) سنوات بين اللاجئين وغير اللاجئين، حيث ارتفع المعدل للاجئين 3.9 لكل ألف مولود حي مقارنة مع غير اللاجئين 3.0 لكل ألف مولود حي.

يستدل من البيانات الواردة في الجدول إلى وجود علاقة عكسية بين معدل وفيات الرضع والمستوى التعليمي، فقد صاحب حصول الأم على تعليم ثانوي فأعلى انخفاض في نسبة وفيات الرضع (21.6 لكل ألف مولود حي)، مقارنة مع الأمهات اللواتي تلقين تعليما اقل من الابتدائي (43.4 لكل ألف مولود حي). وقد لوحظ أيضا أن السبب يعود إلى الانخفاض الواضح في وفيات حديثي الولادة والولادات المتأخرة. بالإضافة لذلك انعكس تأثير تعليم الأم على وفيات الأطفال غير الرضع.

جدول 3: معدلات وفيات الرضع والأطفال المقدرة بالطرق المباشرة للسنوات العشر السابقة للمسح حسب بعض الخصائص الخلفية 1990- 1999

الخصائص الخلفية	وفيات حديثي الولادة	وفيات المواليد المتأخرة	وفيات الرضع	وفيات الأطفال 1-4 سنوات	وفيات الأطفال دون الخامسة
المنطقة					
الضفة الغربية	15.9	10.1	26.0	2.3	28.8
قطاع غزة	17.9	14.0	31.9	5.0	37.3
نوع التجمع					
حضر	15.0	11.1	26.0	3.3	29.5
ريف	19.0	10.3	29.3	3.1	33.6
مخيم	18.0	15.7	33.6	4.0	37.5
حالة اللجوء					
لاجئ	15.3	11.6	26.8	3.9	30.8
غير لاجئ	17.6	11.7	29.3	3.0	33.0
المؤهل العلمي					
لا شيء	27.2	16.2	43.4	4.5	48.5
ابتدائي	15.5	11.5	27.0	2.9	30.3
إعدادي	15.0	11.5	26.5	3.7	30.1
ثانوي فأكثر	12.9	8.7	21.6	2.6	25.5

4. الوضع التغذوي للأطفال:

تعتبر القياسات الانثروبومترية احدى اهم الطرق لمعرفة الوضع التغذوي للاطفال حيث يمكن تحديد صحة الطفل ونموه الجسماني السليم. وعادة ما يكون الوضع التغذوي للطفل مرتبطا ومؤشرا لكمية الغذاء ونوعيته التي يتناولها الطفل، بالاضافة لمدى تعرض الطفل للأمراض.

من أجل تقييم الوضع التغذوي، هناك ثلاثة مقاييس مستخدمة، كل منها يستخدم لقياس جوانب مختلفة من الوضع الغذائي للأطفال. فمقياس الطول مقابل العمر يستخدم لتحديد طول الطفل المناسب، وغير ذلك يعتبر الطفل قصير القامة، والذي ينتج بسبب عدم تناول الغذاء المناسب لفترة طويلة أو بسبب تعرض الطفل لأمراض متكررة أو مزمنة.

أما مؤشر الوزن مقابل الطول فيقيس كتلة الجسم مع الطول، ويعتبر الاطفال الذين يقعون دون الوسيط (-2 من الانحراف المعياري) نحيلي الجسم أو مصابين بالهزال، وعادة ما ينتج بسبب عدم تناول الغذاء المناسب للفترة التي تسبق قياس هذا المؤشر، كما يمكن ان ينتج الهزال من المرض الشديد او النقص الحاد في الطعام. وبالنسبة لمقياس الوزن مقابل العمر، فان الأطفال الذين يقعون دون الوسيط (-2 من الانحراف المعياري) فانهم يعانون من نقص الوزن والذي ينتج بسبب معاناة الطفل من قصر القامة أو الهزال أو كليهما معا.

تشير النتائج الموضحة في جدول (4) إلى أن أعلى نسبة انتشار لمؤشرات سوء التغذية كان لقصر القامة (الطول مقابل العمر)، حيث عانى 7.5% من الأطفال دون سن الخامسة من قصر القامة دون –2 من الانحراف المعياري (الوسيط)، مقابل 2.5% من الأطفال من الانحراف المعياري الوسيط عانوا من نقص الوزن (الوزن مقابل العمر). كانت أدنى نسبة لمقاييس سوء التغذية للاطفال الفلسطينيين للهزال (الوزن مقابل الطول)، حيث بلغت 1.5% دون –2 من الانحراف المعياري.

من ناحية عمر الاطفال فقد لوحظ من بيانات الجدول ان اعلى نسبة لقصر القامة كانت للاطفال في عمر 12–23 شهرا حيث بلغت 10.5%. كما ونجد ان قصر القامة يبدأ بالانخفاض التدريجي مع زيادة عمر الطفل. وكانت أدنى نسبة لنفس المؤشر التغذوي للاطفال الاقل من ستة اشهر حيث كانت 3.4% دون –2 انحراف معياري.

من الملاحظ ان الاطفال في عمر 6–11 شهرا اظهروا أعلى نتائج لكل من الهزال ونقص الوزن، حيث كانت النتائج 4.1% و3.0% على التوالي دون –2 من الانحراف المعياري. وقد يعود ذلك لبداية فطامهم في هذا العمر وبدء مشاركتهم للاسرة في تناول الطعام مما قد يؤدي لاصابتهم بالإسهال. تظهر البيانات أن الإناث قد عانين من قصر القامة (8.1%) ونقص الوزن (2.8%) مقارنة مع (7.0% و2.2%) للذكور على التوالي. أما انتشار الهزال فقد سجل الذكور نسبة أعلى من الإناث. تبين من خلال بيانات الجدول ان قصر القامة يزداد تدريجيا مع زيادة ترتيب الطفل داخل الاسرة، حيث كان المؤشر يشير الى 6.4% من الانحراف المعياري الوسيط للطفل الاول مقابل 8.9% للطفل الذي ترتيبه في الاسرة السادس فأكثر. وقد لوحظ ايضا الارتفاع التدريجي في مؤشر نقص الوزن.

جدول 4: نسبة الاطفال دون سن الخامسة والذين يعانون بصورة متوسطة او حادة من سوء التغذية حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000

الخصائص الخلفية	الطول مقابل العمر		الوزن مقابل الطول		الوزن مقابل العمر		حجم العينة
	اقل من انحرافين معياريين	اقل من ثلاثة انحرافات معيارية	اقل من انحرافين معياريين	اقل من ثلاثة انحرافات معيارية	اقل من انحرافين معياريين	اقل من ثلاثة انحرافات معيارية	
عمر الطفل (بالأشهر)							
اقل من 6	3.4	1.3	1.9	0.6	1.9	0.1	611
11-6	3.5	0.8	4.1	0.3	3.0	0.0	580
23-12	10.5	1.8	2.0	0.3	2.9	0.2	1,120
35-24	7.4	1.6	0.7	0.4	2.6	0.4	1,173
47-36	8.3	2.0	0.3	0.1	2.0	0.3	1,180
59-48	8.1	1.5	1.0	0.2	2.4	0.2	1,160
الجنس							
ذكور	7.0	1.3	1.6	0.3	2.2	0.1	2,988
إناث	8.1	1.9	1.3	0.3	2.8	0.3	2,836
ترتيب الطفل							
الأول	6.4	1.4	1.7	0.3	1.8	0.1	1,043
الثاني والثالث	7.4	1.6	1.4	0.3	2.3	0.4	1,825
الرابع والخامس	8.3	1.6	1.4	0.2	3.0	0.1	1,479
السادس فأكثر	8.9	1.8	1.5	0.4	2.9	0.3	1,464
المجموع	**7.5**	**1.6**	**1.4**	**0.3**	**2.5**	**0.2**	**5,824**

تشير بيانات جدول (5) إلى أن أطفال قطاع غزة (8.3%) قد عانوا من قصر القامة اكثر من نظرائهم في الضفة الغربية (7.0%)، غير أن أطفال الضفة الغربية وبفارق بسيط عانوا من الهزال (1.5%) ونقص الوزن (2.6%) اكثر من اطفال قطاع غزة (1.4% و2.4%) على التوالي.

يتبين من خلال بيانات نوع التجمع ان اطفال المخيمات سواء في الضفة الغربية او قطاع غزة يتمتعون باقل نسبة من قصر القامة والهزال ونقص الوزن من بين الاطفال في التجمعات الاخرى. غير ان الاطفال في الارياف يعانون من اعلى نسبة من الاطفال الذين يعانون من قصر القامة. كما يمكن القول ان اطفال الحضر في الضفة الغربية وقطاع غزة عانوا من الهزال اكثر من نظرائهم في التجمعات الأخرى.

هذا ولم تشكل حالة اللجوء مؤشرا هاما بالنسبة لمعاناة الأطفال من الهزال، إلا انه تبين أن الأطفال غير اللاجئين قد عانوا من قصر القامة اكثر من الأطفال اللاجئين، حيث كانت النسب للانحراف المعياري الوسيط (8.2% و7.3%) على التوالي. كما ويتبين أيضا أن للتحصيل العلمي للام اثرا إيجابيا على تمتع الأطفال بطول مناسب ووزن طبيعي، حيث انخفضت نسبة معاناة الأطفال من قصر القامة ونقص الوزن مع ازدياد تعليم الأم.

جدول 5: نسبة الاطفال دون سن الخامسة والذين يعانون بصورة متوسطة او حادة من سوء التغذية حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000

الخصائص الخلفية	الطول مقابل العمر		الوزن مقابل الطول		الوزن مقابل العمر		حجم العينة
	اقل من انحرافين معياريين	اقل من ثلاثة انحرافات معيارية	اقل من انحرافين معياريين	اقل من ثلاثة انحرافات معيارية	اقل من انحرافين معياريين	اقل من ثلاثة انحرافات معيارية	
المنطقة							
الضفة الغربية	7.0	1.4	1.5	0.3	2.6	0.2	3,541
قطاع غزة	8.3	1.9	1.4	0.2	2.4	0.2	2,283
نوع التجمع							
حضر	7.6	1.8	1.6	0.2	2.4	0.1	2,761
ريف	8.1	1.6	1.4	0.5	3.3	0.4	1,945
مخيم	6.2	1.1	1.1	0.2	1.3	0.1	1,118
حالة اللجوء							
لاجئ	7.3	1.5	1.5	0.3	2.4	0.1	2,567
غير لاجئ	8.2	1.7	1.5	0.3	2.7	0.3	3,257
المؤهل العلمي							
لا شيء	11.5	3.0	1.5	0.6	4.9	1.0	218
ابتدائي	8.8	1.7	1.7	0.4	2.9	0.2	2,096
إعدادي	6.3	1.2	0.1	1.2	0.0	0.0	1,985
ثانوي فأكثر	5.7	1.1	0.3	1.5	0.4	0.1	1,512
المجموع	**7.5**	**1.6**	**1.4**	**0.3**	**2.5**	**0.2**	**5,824**

5. أمراض الطفولة:

معدلات الإصابة بالأمراض بين الأطفال عادة ما تعتبر مؤشراً لقياس مدى صحة وملائمة البيئة التي يعيش فيها الاطفال، كما أنها تعد مقياساً للوضع الاجتماعي للأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه.

1.5 الإصابة بالإسهال:

يعتبر الإسهال من الأمراض الخطيرة التي تؤدي أحياناً إلى الوفاة بين الأطفال نتيجة لإصابتهم بالجفاف الناتج عن الإسهال الشديد، كما يعتبر الإسهال من الأمراض التي تؤدي إلى سوء التغذية.

من خلال البيانات الواردة في جدول (2.6) نجد أن معدل الإصابة بالإسهال للأطفال دون سن الخامسة في الأراضي الفلسطينية بلغ 6.7% خلال الأسبوعيين السابقين للمسح الصحي 2000. وهذا يعتبر أقل مما كان عليه في النتائج المستوفاة من المسح الصحي 1996، حيث بلغت نسبة المصابين بالإسهال بين الأطفال دون سن الخامسة خلال

الأسبوعين السابقين للمسح 14.0%. ومن الجدير ذكره أن المسح الصحي 1996 تم جمع بياناته في فصل الصيف، حيث يكون الاطفال فيه اكثر عرضة للاصابة بالإسهال. أما المسح الصحي 2000 فقد تم جمع بياناته في فصل الربيع (شهر نيسان) حيث يكون الأطفال فيه اقل عرضة للإصابة بالميكروبات المسببة للإسهال.

تبين من البيانات الواردة في جدول (2.6) أن الأطفال في عمر (6- 11) شهراً هم الأكثر تعرضاً للإصابة بالإسهال، حيث بلغت نسبة إصابتهم بالاسهال 15.6%، ثم تنخفض هذه النسبة تدريجيا مع تقدم عمر الطفل. وقد يكون ذلك بسبب أن الأطفال في عمر 6 شهور واكثر يبدءون بمشاركة الاسرة طعامها، والذي قد يكون غير معد بشكل يتناسب مع القدرة المناعية لدى الأطفال في هذه الفئات العمرية، مما يجعلهم هدفاً سهلاً للميكروبات المسببة للإسهال. نلاحظ في الجدول أن الاختلاف بين الذكور والإناث (7.0% 6.3%) على التوالي، ومدى اصابتهم بالإسهال كان بسيطاً حيث زادت نسبة إصابة الذكور عنها لدى الإناث بمقدار 1.0% تقريبا.

يستدل أن هناك علاقة عكسية بين ترتيب المولود والإصابة بالاسهال، حيث تنخفض نسبة الاصابة مع ارتفاع ترتيب المولود. ففي الوقت الذي كانت فيه نسبة الإصابة بالإسهال8.1 % للطفل الاول، انخفضت النسبة إلى ما يقارب النصف للطفل السادس فاكثر. وقد يعود ذلك لسلوكيات الأم مع طفلها نتيجة خبرات سابقة لديها. او بسبب ارتفاع معدلات التبليغ عن الاصابة بين المواليد الاوائل مقارنة مع غيرهم من المواليد.

تبين أن أطفال الضفة الغربية الأكثر تعرضاً للإصابة بالإسهال مقارنة مع أطفال قطاع غزة، فقد بلغت نسبة الإصابة بالإسهال بين الاطفال دون سن الخامسة 7.0% و 6.2% على التوالي. وقد يلاحظ هذا التباين اذا تم ملاحظة بيانات نوع التجمع، فقد تبين أن أطفال الريف هم الأكثر تعرضاً للإصابة بالإسهال بالمقارنة مع أطفال الحضر والمخيم. و قد يعود سبب الاختلاف في نسب الإصابة بالإسهال حسب التجمع السكاني إلى توفر المياه عن طريق شبكات الأنابيب الموصولة بالمنزل في كل من المخيم والحضر، غير ان الريف يتمتع بأقل نسبة من توفر أنابيب المياه الموصولة بالمنازل، كما انه الأقل حظا في توفر شبكات الصرف الصحي و يوضح الجدول (1.6) هذا الاختلاف.

جدول 1.6: نسبة السكان بحسب توفر شبكات المياه و شبكات الصرف الصحي و نوع التجمع

نوع التجمع	شبكة مياه عامة موصولة بالمنزل	شبكة صرف صحي موصولة بالمنزل
حضر	91.9	56.4
ريف	63.3	6.8
مخيم	89.4	71.2

تشير البيانات الواردة في الجدول إلى أن حالة اللجوء لم تشكل اتجاهاً محدداً للإصابة بالإسهال، غير انه من الجدير ذكره أن نسبة الإصابة بين غير اللاجئين أعلى منها بين اللاجئين. وكذلك الأمر بالنسبة لتعليم الام، حيث تبين البيانات الواردة في الجدول أن تعليم الأم لم يشكل سببا محدداً لاختلاف نسبة الإصابة بالإسهال، حيث أن الاختلاف في النسب لم يكن منتظما أو منطقياً مما يجعل من تعليم الأم مؤشراً غير محدد للإصابة بالإسهال.

جدول 2.6: نسبة الأطفال دون سن الخامسة والذين اصيبوا بالاسهال خلال الاسبوعين السابقين للمسح حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000

الخصائص الخلفية	الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين الماضيين	حجم العينة
عمر الطفل (بالاشهر)		
اقل من 6	7.3	682
11-6	15.6	604
23-12	11.9	1,174
35-24	4.8	1,241
47-36	3.1	1,225
59-48	1.4	1,243
الجنس		
ذكور	7.0	3,178
اناث	6.3	2,991
ترتيب الطفل		
الأول	8.1	1,124
الثاني والثالث	7.6	1,927
الرابع والخامس	5.6	1,564
السادس فأكثر	4.2	1,540
المنطقة		
الضفة الغربية	7.0	3,811
قطاع غزة	6.2	2,358
نوع التجمع		
حضر	6.3	2,916
ريف	7.6	2,078
مخيم	6.3	1,175
حالة اللجوء		
لاجئ	6.2	2,700
غير لاجئ	6.4	3,469
المؤهل العلمي		
لا شيء	3.8	235
ابتدائي	5.8	2,205
إعدادي	6.9	2,107
ثانوي فأكثر	6.7	1,609
الأراضي الفلسطينية	**6.7**	**6,169**

1.1.5 الحصول على استشارة طبية حسب المصدر

من خلال البيانات الواردة في الجدول (7) يتبين أن حوالي نصف الامهات اللواتي اصيب اطفالهن بالاسهال قد استشرن مصدرا طبيا. وكان اعلى مصدر للاستشارة هو الطبيب الخاص حيث بلغت النسبة 16.7% بما يعادل ثلث من استشرن مصدرا طبيا. ثم تلاه الاستشارة الطبية في المؤسسات الحكومية بمعدل 12.3% (3.8% من مستشفى حكومي، و8.5% من مركز صحي حكومي)، كما أن 7.7% توجهت امهاتهم للمراكز الصحية التابعة لوكالة الغوث. ونلاحظ أيضا أن 4.4% استشرن مستشفى خاصا و2.1% استشرن مركزا صحيا تابعا للمنظمات غير الحكومية.

بالنسبة لعمر الطفل، كانت أعلى نسبة استشارة للعلاج بين الأطفال في الفئة العمرية (6 –11) شهرا حيث بلغت 31.5 % وقد تمت الاستشارة لدى طبيب خاص، وهذا منسجم مع كونهم الأكثر تعرضا للإصابة بالاسهال. ثم تلاه الاستشارة في المراكز الحكومية (11.2%).

من الملاحظ أن نسبة حصول الذكور على استشارة للعلاج أعلى منها لدى الإناث ممن حصلن على استشارة طبية حيث بلغت النسبة للذكور 52.5% مقابل 49.8% للإناث. ولم يلاحظ أى اختلاف يذكر في مصدر الحصول على الاستشارة بين النوعين.

تشير النتائج الواردة في الجدول إلى أن نسبة من استشرن في قطاع غزة كانت أعلى من نظيرتها في الضفة الغربية حيث بلغت النسب (59.2% و47.5%) على التوالي. كانت معظم الاستشارات الطبية في قطاع غزة موجهة إلى المراكز الصحية الحكومية بنسبة 18.1% تلتها المراكز الصحية التابعة لوكالة الغوث بنسبة 15.7%. في المقابل كان أعلى توجه في الضفة الغربية من نصيب عيادة الطبيب بنسبة 21.3% تلاها مراكز الأمومة والطفولة بنسبة 8.0%.

لوحظ أن الأمهات في الحضر تتوجه معظمهن لاستشارة الطبيب بخصوص اطفالهن، وكذلك كان الأمر بالنسبة للأمهات في الريف. أما في المخيمات فقد كانت معظم زياراتهن للمراكز الصحية التابعة لوكالة الغوث الدولية. وهذا مؤشر طبيعي كون المراكز الصحية لوكالة الغوث موجودة في نفس المخيمات مما يسهل عملية الوصول للمركز الصحي.

أما بالنسبة لحالة اللجوء فقد توجه 17.3% ممن سعوا للحصول على استشارة طبية من اللاجئين إلى المراكز الصحية التابعة لوكالة الغوث مقابل 0.5% لغير اللاجئين، بينما توجه غير اللاجئين إلى عيادات الأطباء بنسبة 20.3% مقابل 11.9% للاجئين بنفس المصدر.

تظهر البيانات أن غالبية الأمهات سواء ذوات التعليم المنخفض أو التعليم العالي قد توجهن للحصول على الاستشارة من عيادة الطبيب، وقد شكلت العيادة المصدر الرئيس مقارنة مع المصادر الأخرى العيادة.

جدول 7: نسبة الاطفال دون سن الخامسة والذين اصيبوا بالاسهال خلال الاسبوعين السابقين للمسح وحصلوا على استشارة طبية حسب مصدر الاستشارة وبعض الخصائص الخلفية، 2000

الخصائص الخلفية	مصدر الاستشارة										عدد المشاهدات
	مستشفى حكومي	مركز أمومة وطفولة	مركز صحي حكومي	مركز وكالة الغوث	مستشفى/ عيادة خاصة	مركز صحي تابع لمنظمات غير حكومية	صيدلية	عيادة طبيب	علاجات تقليدية	اخرى	
عمـــــر الطفـــــل (بالأشهر)											
اقل من 6	6.0	6.0	12.0	10.0	8.0	2.0	2.0	8.0	0.0	0.0	50
11-6	4.5	5.6	11.2	10.1	3.4	1.1	1.1	31.5	0.0	1.1	89
23-12	3.0	6.8	8.3	6.0	3.8	1.5	0.0	15.0	0.8	0.0	133
35-24	3.1	6.3	6.3	9.4	1.6	1.6	1.6	14.1	0.0	3.1	64
36+	3.0	5.8	5.7	5.7	3.1	5.8	2.9	3.1	0.0	0.0	54
الجنس											
ذكور	2.3	7.4	9.2	9.2	4.1	1.4	17.1	17.1	0.0	0.9	217
إناث	5.8	4.6	7.5	5.8	4.6	2.9	16.2	16.2	0.6	0.6	173
ترتيب الطفل											
الأول	3.3	6.6	9.9	3.3	6.6	1.1	2.2	19.8	0.0	1.1	91
الثاني والثالث	4.8	2.0	6.1	9.5	2.7	1.4	0.7	15.0	0.0	1.4	147
الرابع والخامس	4.5	8.0	8.0	10.2	4.5	4.5	1.1	15.9	0.0	0.0	88
السادس فأكثر	1.6	12.5	12.5	6.3	4.7	1.6	0.0	17.2	1.6	0.0	64
المنطقة											
الضفة الغربية	1.9	8.0	3.8	3.8	5.3	1.9	0.4	21.3	0.0	1.1	263
قطاع غزة	7.9	2.4	18.1	15.7	2.4	2.4	2.4	7.1	0.8	0.0	127
نوع التجمع											
حضر	9.2	5.4	21.1	8.0	4.1	3.1	2.6	13.8	1.1	1.6	167
ريف	2.2	10.0	5.8	9.1	2.9	0.0	0.0	9.1	0.0	0.0	149
مخيم	6.7	2.3	16.8	28.3	2.7	4.3	0.0	10.1	0.0	0.0	74
حالة اللجوء											
لاجئ	4.2	3.0	8.3	17.3	3.0	3.6	1.8	11.9	0.6	0.0	168
غير لاجئ	3.6	8.6	8.6	0.5	5.4	0.9	0.5	20.3	0.0	1.4	222
المؤهل العلمي											
أقل من ابتدائي	3.9	6.3	8.7	7.1	3.1	3.1	0.8	15.0	0.0	0.0	136
إعدادي	5.5	4.8	6.8	7.5	6.2	1.4	1.4	13.0	0.7	1.4	146
ثانوي فأكثر	1.9	6.5	10.2	9.3	3.7	1.9	0.9	23.1	0.0	0.9	108
الأراضي الفلسطينية	**3.8**	**6.2**	**8.5**	**7.7**	**4.4**	**2.1**	**1.0**	**16.7**	**0.3**	**0.8**	**390**

2.1.5 علاج الإسهال

يعتبر العلاج الطبي للإسهال أحد أهم العوامل التي يمكن أن تمنع وصول الطفل إلى حالة الجفاف، وقد تم دراسة هذا الموضوع لأهميته ومحاولة لرصد مدى سعي الام للاستشارة الطبية بشان طفلها المريض.

من خلال بيانات جدول (8)، يتضح أن 51.7% من الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح الصحي 2000، قد تلقوا علاجا طبيا. حيث كان غالبيتهم قد تلقوا حبوبا او شرابا بما نسبته 37.9% .

تظهر البيانات أن الأطفال في الفئة العمرية 6–11 شهرا هم اكثر من حصلوا على علاج طبي، وهذا عائد إلى كونهم الأكثر تعرضا للإصابة بالإسهال من بين جميع الفئات العمرية. وتلاهم الأطفال في الفئة العمرية 24–35 شهرا. أما الأطفال في الفئة العمرية 12–23 شهرا فقد حصلوا على نسبة علاج طبي اقل نسبيا، وقد يعود ذلك إلى أنهم قد حصلوا على العلاج في البيت بما نسبته 100.0% (المسح الصحي 2000، النتائج الأساسية).

لوحظ أن الذكور قد حصلوا على علاج طبي أعلى من الإناث، غير أن الفارق كان قليلا. بينما نلاحظ الفرق في نوع العلاج حيث تلقى 41.0% من الذكور العلاج عن طريق تناول الحبوب والأمصال، مقابل 34.1% من الإناث، بينما كانت نسبة العلاج بالأنواع الأخرى أعلى لدى الإناث منه لدى الذكور. وبالنسبة لترتيب المولود يلاحظ أن نسبة تلقي العلاج ارتفعت بشكل واضح لجميع أنواع العلاج بعد الطفل الرابع فأكثر مقارنة مع تريب الأطفال الآخرين، وقد يكون ذلك لوعي الأم المتزايد بضرورة العلاج الطبي ضد الإسهال.

يستدل من الجدول ان اطفال قطاع غزة قد تلقوا علاجا طبيا اكثر من نظرائهم في الضفة الغربية، كما ويلاحظ حصول هؤلاء ايضا على نسب اعلى في جميع العلاجات الطبية من اطفال الضفة الغربية.

بينت النتائج أن أبناء المخيمات حصلوا على أعلى نسبة علاج من بين الأطفال الذين تلقوا علاجا طبيا، تلاهم أطفال الحضر. وقد كان للريف أدنى نسبة. وقد يعود سبب ارتفاع نسبة تلقي العلاج بين أطفال المخيمات كون العيادات التابعة لوكالة الغوث قريبة من مكان سكن هؤلاء مما يسهل على الأم استشارة الطبيب وعلاج الطفل المصاب. وقد لوحظ أيضا ارتفاع نسبة من تلقوا العلاج الطبي بين أطفال اللاجئين اكثر من غير اللاجئين.

لم يلاحظ أي فرق في علاج الطفل طبيا وتعليم الام، غير ان الامهات الحاصلات على شهادة الابتدائي قد سعين لعلاج اطفالهن اكثر من غيرهن، وقد كانت اعلى نسبة لنوع العلاج هي للعلاج بالحبوب والشراب بما نسبته 40.9%.

جدول 8: نسبة الأطفال دون سن الخامسة والذين اصيبوا بالاسهال خلال الاسبوعين السابقين للمسح وتلقوا علاجا طبيا محددا حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000

الخصائص الخلفية	العلاج الطبي				الأطفال المصابون بالاسهال
	حبوب/أمصال	حقن في الوريد	حقن في العضل	اخرى	
عمر الطفل (بالاشهر)					
اقل من 6	26.0	8.0	8.0	2.0	50
11-6	46.1	6.7	9.0	1.1	89
23-12	37.6	4.5	3.8	1.5	133
35-24	42.2	9.4	9.4	1.6	64
+36	32.7	2.9	4.1	2.9	54
الجنس					
ذكور	41.0	4.6	5.5	0.9	217
اناث	34.1	7.5	7.5	2.3	173
ترتيب الطفل					
الأول	36.3	3.3	6.6	2.2	91
الثاني والثالث	31.3	4.8	4.8	0.7	147
الرابع والخامس	43.2	5.7	10.2	2.3	88
السادس فأكثر	48.4	12.5	4.7	1.6	64
المنطقة					
الضفة الغربية	34.2	5.7	5.7	1.5	263
قطاع غزة	45.7	6.3	7.9	1.6	127
نوع التجمع					
حضر	41.3	6.6	7.3	1.7	167
ريف	25.4	2.1	2.2	0.7	149
مخيم	43.9	12.7	9.7	1.3	74
حالة اللجوء					
لاجئ	37.5	5.7	5.7	1.5	263
غير لاجئ	38.3	6.3	7.9	1.6	127
المؤهل العلمي					
أقل من ابتدائي	40.7	8.1	4.7	1.6	136
إعدادي	37.0	6.2	10.3	1.4	146
ثانوي فأكثر	36.1	2.8	3.7	1.9	108
الاراضي الفلسطينية	**37.9**	**5.9**	**6.4**	**1.5**	**390**

3.1.5 عدم السعي للحصول على علاج

يعتبر عدم السعي للحصول على استشارة طبية من الامور التي يجب الانتباه اليها ومراعاتها وسيتم في هذا القسم نقاش اسباب عدم السعي لاستشارة طبية.

تظهر بيانات جدول (9) أن 38.9% من الأطفال دون سن الخامسة لم يحصلوا على استشارة طبية حيث لم تكن إصابتهم حادة، في حين أن 55.7% من الأطفال حصلوا على العلاج في البيت، وحسب رأي الام فقد شفي الطفل لعلاجه في البيت. ويستدل من الجدول أن أعلى نسبة من الأطفال الذين لم يسعوا للحصول على استشارة طبية كانت بين الأطفال في الفئة العمرية 24–35 شهرا حيث بلغت النسبة 64.9%. وتلاها الأطفال في الفئة العمرية 6–11 شهرا بما نسبته 60.6%.

من خلال بيانات النوع وجد أن الذكور لم تكن إصابتهم حادة بالمقارنة مع الإناث، إلا انهم حصلوا على علاج بيتي ناجع اكثر من الإناث بما نسبته 56.9% للذكور و54.3% للإناث. ومن خلال بيانات ترتيب المولود لم يتم ملاحظة أي فروق في النسب، غير أن أعلى نسبة للعلاج في المنزل وعدم السعي للحصول على استشارة طبية كانت للطفل الأول، حيث بلغت النسبة 67.4%.

كان السبب الاول لعدم السعي للحصول على استشارة طبية في الضفة الغربية وقطاع غزة للعلاج الناجع في البيت، حيث كانت في قطاع غزة اعلى منها في الضفة الغربية بما نسبته (57.4% و54.9%) على التوالي.

تشير البيانات إلى أن الأمهات في مخيمات الضفة الغربية كانت الأقل في السعي للحصول على الاستشارة الطبية بسبب كون إصابة الطفل غير حادة بنسبة 57.1%، وكانت اقل نسبة لهذا السبب للأطفال في حضر قطاع غزة بنسبة 33.3 %، حيث كان السبب الرئيسي لعدم السعي للحصول على الاستشارة كون الطفل عولج في البيت وتماثل للشفاء.

تظهر بيانات جدول (9) أن معظم الأمهات اللاجئات وغير اللاجئات لم يسعين للحصول على الاستشارة بسبب العلاج في البيت وشفاء الطفل من الإسهال. أما بالنسبة لتعليم الأم، فقد وجد ارتفاع نسبة سبب العلاج في البيت لدى الأمهات اللواتي يقل تعليمهن عن الابتدائي وتبدأ بالانخفاض كلما زاد المستوى التعليمي للأم.

جدول 9: التوزيع النسبي للاطفال دون سن الخامسة والذين اصيبوا بالاسهال خلال الاسبوعين السابقين للمسح ولم يسعوا للحصول على استشارة طبية حسب السبب وبعض الخصائص الخلفية، 2000

الخصائص الخلفية	سبب عدم السعي للحصول على استشارة طبية				عدد المشاهدات
	لم تكن الاصابة حادة	عولج في البيت وشفي	اخرى	المجموع	
عمر الطفل (بالاشهر)					
اقل من 6	42.3	46.2	11.5	100	26
11-6	39.4	60.6	0.0	100	33
23-12	39.2	52.7	8.1	100	74
35-24	29.7	64.9	5.4	100	37
+36	45.5	54.5	0.0	100	33
الجنس					
ذكور	37.6	56.9	5.5	100	109
اناث	40.2	54.3	5.3	100	94
ترتيب الطفل					
الأول	30.4	67.4	2.2	100	46
الثاني والثالث	42.4	50.6	7.1	100	85
الرابع والخامس	38.1	57.1	4.8	100	42
السادس فأكثر	43.3	50.0	6.7	100	30
المنطقة					
الضفة الغربية	42.3	54.9	2.8	100	142
قطاع غزة	31.1	57.4	11.5	100	61
نوع التجمع					
حضر	36.2	55.9	7.9	100	79
ريف	42.9	56.4	0.8	100	91
مخيم	39.1	50.4	10.5	100	33
حالة اللجوء					
لاجئ	35.6	56.3	8.0	100	87
غير لاجئ	41.4	55.2	3.4	100	116
المؤهل العلمي					
أقل من ابتدائي	44.3	51.3	4.4	100	72
إعدادي	29.6	64.2	6.2	100	81
ثانوي فأكثر	46.0	48.0	6.0	100	50
الأراضي الفلسطينية	**38.9**	**55.7**	**5.4**	**100**	**203**

2.5 التهابات الجهاز التنفسي

تعتبر أمراض الجهاز التنفسي من الامراض الخطيرة التي يتعرض لها الأطفال حيث تعد احدى اهم اسباب وفيات الرضع والاطفال في الاشهر الاولى بعد الولادة، ويمكن تفادي الوفاة بسبب هذا المرض اذا تم اكتشاف ومعالجة المرض في مراحله الاولى كما يمكن تفادي الاصابة بالمرض اذا تم توفير البيئة الصحية للرضع.

بالمقارنة مع المسح الصحي 1996، يمكن القول إن نسبة الاصابة بين الاطفال دون سن الخامسة قد انخفضت من 24.7% عام 1996 لتصل الى 8.5% في العام 2000. وقد لوحظ من جدول (10) أن أعلى نسبة إصابة بالتهابات الجهاز التنفسي سواء صاحب ذلك سعال أو سعال وسرعة تنفس كانت بين الأطفال دون سن الخامسة في الفئة العمرية 6–11 شهرا، حيث بلغت النسبة 16.9%، وأدناها بين الأطفال في الفئة العمرية 48–59 شهرا حيث بلغت نسبة الاصابة 5.7%.

من ناحية اخرى كان للذكور النسبة الاعلى بالاصابة، حيث بلغت نسبة اصابتهم بالمرض 18.4% للسعال، و 10.4% للسعال المصحوب بسرعة في التنفس (التهاب الجهاز التنفسي الحاد) خلال الاسبوعين السابقين للمسح، مقارنة مع 13.9% للسعال و 6.6% لالتهابات الجهاز التنفسي الحادة للإناث.

بالنسبة للمنطقة فقد تبين ومن خلال البيانات في جدول (10)، ان نسبة الاصابة بين الاطفال في قطاع غزة كانت اعلى مما هي عليه في الضفة الغربية حيث بلغت (9.2% و8.1%) على التوالي. ففي الضفة الغربية كانت أعلى نسبة للإصابة في المرض بين اطفال المخيمات حيث بلغت النسبة 10.5% مقابل 8.4% في الحضر و7.3% في الريف. وكذلك الأمر كان بالنسبة لقطاع غزة حيث ارتفعت نسبة الاصابة بين الاطفال القاطنين في المخيمات وبلغت 11.4% وانخفضت عند الاطفال القاطنين في الحضر حيث بلغت 8.7%. وقد يعود ذلك لارتفاع الكثافة السكانية في المخيمات مقارنة مع الحضر والريف، حيث تعتبر الكثافة السكانية والازدحام والتدخين عوامل مرتبطة بالاصابة بالتهابات الجهاز التنفسي.

من ناحية أخرى لم يكن لمستوى تعليم الأم أو حالة اللجوء أي تأثير على الإصابة مما يجعل من هذه المؤشرات عوامل غير مؤثرة. غير انه تم ملاحظة ارتفاع طفيف للإصابة لدى الأطفال اللاجئين مقارنة مع غير اللاجئين.

جدول 10: نسبة الاطفال دون سن الخامسة والذين اصيبوا بالتهابات في الجهاز التنفسي خلال الاسبوعين السابقين للمسح حسب بعض الخصائص الخلفية، 2000

الخصائص الخلفية	سعال	سعال مع سرعة في التنفس	عدد المشاهدات
عمر الطفل (بالاشهر)			
اقل من 6	16.4	9.2	682
11-6	23.5	16.9	604
23-12	20.6	10.6	1,174
35-24	15.6	7.7	1,241
47-36	13.4	5.8	1,225
59-48	11.9	5.7	1,243
الجنس			
ذكور	18.4	10.4	3,178
اناث	13.9	6.6	2,991
ترتيب الطفل			
الأول	17.4	9.6	1,124
الثاني والثالث	16.2	8.1	1,927
الرابع والخامس	16.9	9.6	1,564
السادس فأكثر	14.8	7.3	1,540
المنطقة			
الضفة الغربية	15.0	8.1	3,811
قطاع غزة	18.2	9.2	2,358
نوع التجمع			
حضر	16.9	8.5	2,916
ريف	12.0	6.3	2,078
مخيم	19.4	10.9	1,175
حالة اللجوء			
لاجئ	17.5	8.9	2,700
غير لاجئ	15.2	8.3	3,469
المؤهل العلمي			
لا شيء	11.9	6.0	235
ابتدائي	14.7	7.9	22.5
إعدادي	17.4	9.3	21.7
ثانوي فأكثر	17.5	8.8	16.9
الاراضي الفلسطينية	**16.2**	**8.5**	**6,169**

1.2.5 السعي للحصول على استشارة طبية

تعتبر الاستشارة الطبية للحصول على علاج للاصابة من التهابات الجهاز التنفسي من الامور التي يجب الاهتمام والتركيز عليها من قبل القائمين على رعاية الطفل المصاب. وقد لوحظ من خلال البيانات في جدول (11) ان معظم الاطفال الذين اصيبوا بالتهابات الجهاز التنفسي قد استشاروا أي مصدر للعلاج حيث بلغت النسبة 99.7% مما يعكس مدى الوعي لخطورة المرض والحرص على العلاج منه. ويمكن القول ان نسبة الاستشارات قد ارتفع الى الضعف عما كان عليه في بيانات المسح الصحي 1996، حيث سعى ما نسبته 55.4% من امهات الاطفال المصابين بالتهابات الجهاز التنفسي للعلاج في العام 1996.

وجد أن أعلى نسبة استشارة للحصول على العلاج كانت لدى الطبيب الخاص حيث بلغت 25.2%، ثم تلتها زيارة المراكز الحكومية حيث كانت نسبة الاطفال الزائرين للعيادات الحكومية 18.8% ممن حصلوا على استشارة طبية بينما كانت النسبة 13.6% لدى العيادات التابعة لوكالة الغوث الدولية.

كان اعلى توجه لأهالي الأطفال المصابين في قطاع غزة للعيادات التابعة لوكالة الغوث بنسبة 20.3%، غير ان اعلى نسبة استشارة في الضفة الغربية كانت في العيادات الخاصة بنسبة 35.1% مقابل 12.1% في قطاع غزة. كما يتبين ان نسبة الاطفال الذين زاروا المراكز الحكومية في قطاع غزة اعلى من نظرائهم في الضفة الغربية. ويمكن القول هنا ان السبب يعود لتمتع اهالي الضفة الغربية بوضع اقتصادي افضل من نظرائهم في قطاع غزة، بالاضافة لذلك فان نسبة الاطفال الذين يتمتعون بتامين صحي خاص في الضفة الغربية بلغ 17.1% مقابل 0.3% في قطاع غزة (المسح الصحي–2000، النتائج الاساسية).

يستدل من جدول (11) أن السكان في مناطق الحضر والريف قد توجهوا الى عيادة الطبيب للحصول على الاستشارة، في حين ان اطفال المخيمات قد زاروا عيادات وكالة الغوث اكثر من زياراتهم لاي مصدر اخر للعلاج. حيث يتضح ذلك من بيانات حالة اللجوء فقد سعى 27.5% من اهالي الاطفال المصابين من اللاجئين لزيارة عيادات الوكالة، مقابل 1.1% من أهالي الأطفال غير اللاجئين، حيث توجه معظم غير اللاجئين للعيادات الخاصة.

وبالنظر إلى تعليم الأم وربطه مع أماكن الحصول على الاستشارة الطبية تبين أن تعليم الأم لعب دورا هاما بالنسبة لتوجه الأمهات للعيادات الخاصة، فقد ارتفعت نسبة زيارات الأمهات المتعلمات لعيادة الطبيب حيث بلغت 31.3% من مجموع الاستشارات مقابل 10.7% للأمهات غير المتعلمات.

جدول 11: نسبة الأطفال دون سن الخامسة والذين أصيبوا بالتهابات في الجهاز التنفسي خلال الأسبوعين السابقين للمسح وحصلوا على استشارة طبية حسب مصدر الاستشارة وبعض الخصائص الخلفية، 2000

الخصائص الخلفية	مصدر الاستشارة											عدد المشاهدات
	مستشفى حكومي	مركز أمومة وطفولة	مركز صحي حكومي	مركز وكالة الغوث	مستشفى/ عيادة خاصة	مركز صحي تابع لمنظمات غير حكومية	صيدلية	عيادة طبيب	علاج تقليدي	أصدقاء/ أقارب/ جيران	اخرى	
عمر الطفل (بالأشهر)												
اقل من 6	8.9	6.3	19.6	13.4	6.3	4.5	1.8	27.7	9.8	3.6	3.6	112
11-6	12.0	4.2	19.0	14.1	11.3	7.7	2.8	32.4	1.4	0.7	4.2	142
23-12	5.8	4.1	17.4	15.3	7.4	4.1	5.4	29.8	5.4	2.9	8.3	242
35-24	6.7	3.1	21.2	13.5	9.3	6.7	4.7	19.7	6.7	3.6	8.3	193
47-36	5.5	2.4	19.5	11.6	5.5	6.1	9.1	21.3	4.9	3.7	12.8	164
59-48	5.4	2.7	16.2	12.8	10.1	4.7	8.1	20.3	12.8	4.7	6.1	148
الجنس												
ذكور	7.2	3.9	20.2	15.2	7.9	5.1	5.7	25.5	5.0	3.3	7.0	584
إناث	7.0	3.4	16.8	11.3	8.9	6.2	5.3	24.7	8.9	3.1	8.4	417
ترتيب الطفل												
الأول	6.6	5.1	14.8	13.3	10.2	5.6	5.6	32.1	4.1	1.0	5.6	196
الثاني والثالث	8.9	2.9	16.6	11.5	8.6	6.4	5.4	26.8	7.3	4.8	6.7	313
الرابع والخامس	6.8	3.4	17.4	15.5	7.6	4.2	8.3	26.5	6.1	2.7	8.3	264
السادس فأكثر	5.3	3.9	26.8	14.5	7.0	6.1	2.2	15.4	8.3	3.5	9.6	228
المنطقة												
الضفة الغربية	4.4	5.1	9.1	8.6	11.4	6.6	4.5	35.0	4.4	3.7	8.6	572
قطاع غزة	10.7	1.9	31.7	20.3	4.2	4.2	6.8	12.1	9.6	2.6	6.3	429
نوع التجمع												
حضر	8.6	4.0	21.0	5.4	10.8	7.2	6.4	27.1	6.9	0.2	3.6	490
ريف	4.0	5.8	25.7	18.6	9.9	3.6	5.2	19.5	8.7	0.0	2.9	279
مخيم	6.7	1.0	16.3	40.0	8.7	5.3	2.2	13.3	5.5	0.0	2.6	232
حالة اللجوء												
لاجئ	8.7	1.5	16.5	27.5	6.4	7.0	7.2	17.2	7.8	2.8	5.5	472
غير لاجئ	5.7	5.7	20.8	1.1	10.0	4.3	4.0	32.3	5.5	3.6	9.5	529
المؤهل العلمي												
لا شيء	0.0	3.6	21.4	32.1	17.9	0.0	0.0	10.7	0.0	0.0	14.3	28
ابتدائي	4.0	3.7	19.8	14.8	7.1	5.6	4.6	21.3	8.3	0.3	9.3	324
إعدادي	9.3	3.8	20.2	12.3	9.0	5.7	6.5	24.8	0.0	0.0	5.7	367
ثانوي فأكثر	8.5	3.6	15.7	12.1	7.8	6.0	5.7	31.3	0.0	0.0	7.5	281
الأراضي الفلسطينية	**7.1**	**3.7**	**18.8**	**13.6**	**8.3**	**5.6**	**5.5**	**25.2**	**6.6**	**3.2**	**7.6**	**1,001**

2.2.5 أسباب اختيار مكان الاستشارة

يوضح جدول (12) أن أسباب اختيار مكان الاستشارة تتنوع حسب مصدر الاستشارة. فمثلا اكثر من نصف الذين توجهوا للمستشفيات الحكومية للاستشارة (53.3%) فعلوا ذلك بسبب توفر الخدمة، وان 21.1% بسبب سهولة الوصول إليها، كما ويتبين أن 10% ممن توجهوا للمستشفيات الحكومية للاستشارة فعلوا ذلك لتوفر تامين صحي لديهم.

بالنسبة للعيادات والمستشفيات الخاصة فان السبب الرئيسي لاختيارها للحصول على استشارة كان بسبب توفر الخدمة بنسبة 39.2%، يتبعه الثقة في الفريق الطبي العامل في هذه المؤسسات بنسبة 32.4%.

وبشكل عام يشير الجدول إلى أن أهم أسباب اختيار مكان الاستشارة في المراكز الصحية الحكومية كانت لأسباب توفر الخدمة وسهولة الوصول إليها هذا بالإضافة لتوفر التامين الصحي. في حين أن الثقة بالكادر الطبي يعتبر من الأسباب المهمة لاختيار الخدمات الصحية التابعة للقطاع الخاص.

جدول 12: التوزيع النسبي للأطفال دون سن الخامسة والذين أصيبوا بالتهابات في الجهاز التنفسي خلال الأسبوعين السابقين للمسح وحصلوا على استشارة طبية حسب مصدر الاستشارة وسبب اختياره، 2000

مكان المتابعة	سبب اختيار مكان المتابعة						المجموع	عدد الولادات
	الخدمة متوفرة	الخدمة قريبة	الرعاية جيدة	مقدم الخدمة أنثى	توفر تأمين صحي	التكلفة قليلة		
مستشفى حكومي	53.3	21.1	10.0	10.0	3.3	2.2	100	90
مركز رعاية الأمومة	35.3	26.5	5.9	25.0	7.4	7.4	100	68
عيادة تابعة لمنظمة غير	31.3	12.5	15.6	34.4	6.3	6.3	100	32
مركز وكالة الغوث	31.4	20.0	1.4	20.0	25.7	25.7	100	70
مستشفى/عيادة خاص	40.0	18.9	32.4	8.1	1.4	1.4	100	74
صيدلية	39.2	20.0	20.0	0.0	13.3	13.3	100	15
عيادة طبيب	41.4	22.4	31.9	2.6	0.0	0.0	100	116
المجموع	**40.0**	**21.1**	**17.8**	**12.9**	**6.7**	**6.7**	**100**	**465**

6. تطعيم الأطفال

يعتبر تطعيم الطفل من الإجراءات الوقائية الهامة لحمايته من بعض الأمراض والتي قد تؤدي الإصابة بها إلى ازدياد مخاطر الوفاة أو الإعاقة الجسدية. وهناك ثلاث هيئات تقوم بتقديم خدمات التطعيم للأطفال في الأراضي الفلسطينية، هي المراكز الصحية التابعة لوكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين، والمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية. هذا بالإضافة للمراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة الإسرائيلية. حيث تقدم الأخيرة خدمات التطعيم للأطفال الذين تحمل أمهاتهم الهوية الإسرائيلية أو بطاقة الهوية الخاصة بسكان القدس. تقوم كل من وزارة الصحة الفلسطينية ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى بتقديم جميع المطاعيم التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال (اليونيسيف). وقد قامت وزارة الصحة

الفلسطينية بإدخال مطعوم الحصبة للرضع في برامج التطعيم الخاصة بها في عمر 9 شهور في كانون الثاني من عام 1996، و مطعوم السل خلال الشهر الأول بعد الولادة في كانون الثاني 1999.

يشمل برنامج التطعيم لكل من وزارة الصحة الفلسطينية ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى، كلا من السل، والثلاثي، وشلل الأطفال، بالإضافة لذلك شمل البرنامج الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية، والتهاب الكبد (ب). غير أن وزارة الصحة الإسرائيلية لا تقوم بتقديم مطاعيم السل، والحصبة للاطفال المقدسيين حيث تقدم بدلاً منها تطعيما ضد الأنفلونزا من نوع (ب).

1.6 التطعيم ضد السل

تشير بيانات جدول (13)، إلى انخفاض نسبة تلقي مطعوم السل بالمقارنة مع نسب تلقي المطاعيم الاخرى للاطفال في الفئة العمرية (12–23) شهراً حيث بلغت 69 %. ومن الجدير بالذكر ان هذا الانخفاض عائد الى تدني نسبة تلقي المطعوم في الضفة الغربية حيث تدنت نسبة تلقى مطعوم السل الى 51.2 %. وهذا التدني في تغطية مطعوم السل وانخفاضها في الضفة الغربية يعود جزء منه إلى عدم تغطية المطعوم للأطفال في مدينة القدس الشرقية حيث يتلقى الأطفال المطاعيم في المراكز التابعة لوزارة الصحة الإسرائيلية، والتي بدورها لم تدرج مطعوم السل ضمن برامجها الوقائية لمحاربة الأمراض المعدية. من ناحية أخرى فان وزارة الصحة الفلسطينية قامت بإدخال هذا المطعوم في عام 1999 مما أثر في النسبة وخصوصاً في الضفة الغربية.

وجد أن المخيمات في كل من الضفة الغربية و قطاع غزة قد حصلت على أعلى نتائج في تغطية هذا المطعوم حيث بلغت 87.1 % في الضفة الغربية و99.2 % في قطاع غزة إذا ما قورنت مع الحضر والريف. وقد يعود السبب في ارتفاع نسبة التغطية للمطعوم في المخيمات كون وكالة الغوث تغطى هذا المطعوم منذ فترة طويلة.

من الملاحظ أيضا أن الريف في الضفة الغربية له أدنى تغطية للمطعوم حيث بلغت نسبة التغطية 44.8 % . وهذا التدني قد يعود إلى وجود أعلى نسبة لحالات الولادة المنزلية في الريف حيث بلغت 9.4 %، ومن المحتمل أن الأمهات غير مدركات لوجود مطعوم السل لحداثته. بالإضافة الى ذلك هناك سبب آخر كشفت عنه ممرضات المراكز الصحية الحكومية، حيث ان قارورة مطعوم السل لا تفتح إلا إذا اجتمع عدد كاف من الأطفال لتلقي محتوياتها لعدم هدر المطعوم وإذا لم يكتمل عدد الأطفال يتم إرسالهم إلى المراكز الصحية في المدن، مما يتسبب في عدم تلقي المطعوم أحياناً أو تأخير إعطائه للأطفال.

من خلال بيانات تعليم الأم الموضحة في الجدول تبين ارتفاع تدريجي لنسبة تلقي المطعوم لدى الأمهات ذوات التعليم العالي وانخفاضها لدى غير المتعلمات حيث بلغت نسبة تلقى المطعوم (71.7% و67.4%) على التوالي.

2.6 مطاعيم الثلاثي وشلل الأطفال، والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية

تشير بيانات جدول (13)، إلى أن مطاعيم الثلاثي وشلل الأطفال قد شهدت تغطية جيدة حيث أن هذه التطعيمات بالإضافة إلى الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية يتم تغطيتها في جميع المراكز الصحية، سواء كانت التابعة لوكالة الغوث أو الحكومية أو حتى التابعة لوزارة الصحة الإسرائيلية.

شهدت الأراضي الفلسطينية ارتفاعاً ملحوظاً في تغطية مطعوم الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية، ففي الوقت الذي كانت فيه تغطية المطعوم قد بلغت 64.1% للعام 1996 ارتفعت لتصل إلى 71.7% للعام 2000. غير ان نسبة تغطية المطعوم بقيت منخفضة وقد ألقت بظلالها على شمولية تغطية المطاعيم. وقد لوحظ الانخفاض في قطاع غزة 69.6% عما هو عليه في الضفة الغربية 73.0%. وعند النظر لحالة اللجوء لوحظ انخفاض نسبة التطعيم للأطفال اللاجئين حيث كانت 68.1% مقارنة مع الأطفال غير اللاجئين حيث بلغت 74.3%. وبالنسبة لتعليم الام فقد تبين وجود ارتفاع تدريجي في تغطية المطعوم مع تعليم الام، ففي الوقت الذي كانت فيه اقل نسبة للامهات ذوات التعليم المنخفض 69.8 %، ارتفعت نسبة تغطية المطعوم لاطفال الامهات المتعلمات لتصل الى 77.7% للامهات الاكثر تعليما. بالمقارنة مع بيانات المسح الصحي 1996، ارتفعت نسبة تغطية المطعوم في الضفة الغربية من 65.5% لتصل الى 73.0% في العام 2000. كما ارتفعت في قطاع غزة من 61.2% للعام 1996، لتصل الى 69.6 % في العام 2000.

3.6 التطعيم ضد الحصبة

تظهر بيانات جدول (13) وجود ارتفاع تدريجي في نسبة تغطية مطعوم الحصبة حسب ترتيب المولود في الأسرة، ففي الوقت الذي حصل فيه المولود الاول على نسبة تغطية للمطعوم 89.3%، ارتفعت نسبة التغطية تدريجيا لتصل الى 94.2% للمولود السادس فأكثر.

و بمقارنة النتائج على مستوى المنطقة، لوحظ ارتفاع تغطية المطعوم للأطفال في قطاع غزة 94.0 % مقارنة مع أطفال الضفة الغربية 88.4% . وهذا قد يكون بسبب عدم تغطية مطعوم الحصبة في مدينة القدس والتي تشرف على برنامج التطعيم فيها وزارة الصحة الإسرائيلية، حيث أنها لا تشمل مطعوم الحصبة ضمن برنامج التحصين للوقاية من الأمراض السارية.

بلغت أعلى نسبة تغطية لمطعوم الحصبة في حضر قطاع غزة حيث بلغت 97.4%، مقارنة مع حضر الضفة الغربية 86.5%، وذلك بسبب عدم تغطية المطعوم للأطفال في مدينة القدس.

من المثير للاهتمام ان المخيمات سواء في قطاع غزة او الضفة الغربية حصلت على اقل نسب لتغطية المطعوم بالمقارنة مع الارياف والحضر، حيث كان من المتوقع ان تحصل المخيمات على اعلى نسب للتغطية وخصوصا ان الجهة المشرفة هناك هي وكالة الغوث والتي تشمل في برنامجها للمطاعيم مطعوم الحصبة منذ فترة طويلة، غير ان سبب الانخفاض يبقى غير معروف وبحاجة الى دراسة معمقة للوقوف على أسباب ذلك، مما يجعله خارج نطاق هذه الدراسة.

من خلال الجدول نلاحظ عدم وجود تباين يذكر بين الذكور والإناث حيث بقيت النسب متقاربة. وكذلك الأمر بالنسبة لحالة اللجوء حيث لم تكن حالة اللجوء عاملاً مؤثراً. أما بالنسبة لتعليم الأم فقد وجد أن الأمهات غير المتعلمات حصلن على أعلى نسبة تغطية لهذا المطعوم لأطفالهن حيث بلغت نسبة تغطية المطعوم 95.3% بالمقارنة مع الامهات ذات التعليم العالي حيث أنخفض معدل التغطية بين أطفال الأمهات ليصل إلى 88.9%.

4.6 التهاب الكبد (ب)

شهد مطعوم التهاب الكبد (ب) تغطية افضل بين اطفال الضفة الغربية عنه في قطاع غزة حيث كانت النسبة 79% و69.8 % على التوالي. وقد اتضح هذا الفرق و البالغ 9.2 % من خلال بيانات نوع التجمع حيث كانت اعلى نسبة تلقي للجرعة الثالثة من التهاب الكبد (ب) في ريف الضفة الغربية حيث بلغت 85.2 %. في المقابل كانت ادنى تغطية للمطعوم في مخيمات قطاع غزة بنسبة 62.0%.

لوحظ أن نسبة تلقي المطعوم في المناطق التي تقوم المراكز الصحية التابعة لوزارة الصحة بتغطية المطاعيم فيها اعلى من مثيلاتها في المناطق التي تقوم وكالة الغوث بتغطية المطاعيم فيها. وقد يعود ذلك إلى اختلاف السياسات المتبعة في تغطية المطعوم، حيث تبين ذلك من خلال بيانات حالة اللجوء حيث ارتفعت نسبة تغطية المطعوم عند غير اللاجئين لتبلغ 81.8 % مقارنة مع اللاجئين 66.7 %.

بالنسبة لكل من بيانات النوع وترتيب الطفل في الاسرة وتعليم الأم فلم تكن هذه العوامل مهمة ومؤثرة في نسبة تغطية المطعوم، غير أنه لوحظ ارتفاع نسبة التغطية لدى الأمهات ذوات التعليم العالي مقارنة مع غير المتعلمات، و قد يعود ذلك لوعيهن لضرورة التطعيم.

جدول 13: نسبة الأطفال 12–23 شهرا الذين تم الاطلاع على بطاقاتهم وتلقوا مطاعيم محددة حسب بطاقة التطعيم أو إفادة الأم وبعض الخصائص الخلفية، 2000

الخصائص الخلفية	الاطفال الذين تم الاطلاع على بطاقاتهم												نسبة الذين تم الاطلاع على بطاقاتهم	عدد الاطفال
	السل	الثلاثي			الشلل			الحصبة	التهاب الكبد الفيروسي (ب)			النكاف والحصبة والحصبة الالمانية		
		1	2	3	1	2	3		1	2	3			
الجنس														
ذكور	68.7	96.1	95.6	93.0	98.3	97.8	94.4	90.6	95.9	79.6	74.4	72.2	96.8	587
اناث	69.3	96.6	96.4	94.5	98.3	98.1	94.9	90.5	96.8	82.3	76.5	71.2	98.3	587
ترتيب الطفل														
الأول	65.7	96.1	96.6	93.6	99.1	99.1	94.0	89.3	95.7	84.1	81.5	76.4	99.6	233
الثاني والثالث	72.5	96.3	96.0	93.7	98.6	98.3	94.8	87.7	96.3	81.1	74.2	71.1	97.4	349
الرابع والخامس	66.8	96.9	96.3	94.9	98.0	97.6	95.3	91.9	95.9	80.7	74.9	74.6	97.6	295
السادس فأكثر	70.2	96.6	95.9	93.6	98.3	97.6	94.9	94.2	98.0	79.0	73.2	66.4	96.6	295
المنطقة														
الضفة الغربية	51.2	95.5	95.0	93.7	98.2	97.9	94.1	88.4	96.6	82.0	79.0	73.0	97.2	727
قطاع غزة	95.5	97.8	97.5	94.0	98.4	98.0	95.5	94.0	96.0	79.2	69.8	69.6	98.0	447
نوع التجمع														
حضر	72.2	95.9	95.9	93.5	98.2	98.1	94.4	94.1	97.3	80.2	73.7	73.1	96.5	567
ريف	55.6	96.0	94.7	94.0	97.9	96.9	95.1	96.3	95.9	81.3	83.1	73.0	98.7	385
مخيم	93.2	98.1	97.8	94.4	99.1	98.3	95.7	91.3	91.5	76.6	70.2	66.8	98.7	222
حالة اللجوء														
لاجئ	88.8	95.5	95.1	91.9	98.4	97.8	94.5	90.2	94.3	76.4	66.7	68.1	98.4	492
غير لاجئ	54.7	96.9	96.6	95.2	98.2	98.1	94.7	90.8	97.8	84.2	81.8	74.3	96.9	682
المؤهل العلمي														
لا شيء	67.4	90.7	93.0	83.7	95.3	97.7	88.4	95.3	97.7	67.4	67.4	69.8	95.3	43
ابتدائي	66.5	95.4	95.2	93.4	98.0	97.5	94.7	90.9	95.2	78.7	78.7	67.8	97.0	394
إعدادي	69.3	97.8	96.8	95.3	98.3	97.8	95.3	91.1	95.5	82.2	82.2	70.8	97.3	404
ثانوي فأكثر	71.7	96.4	96.4	93.7	99.1	98.8	94.6	88.9	98.5	84.0	84.0	77.7	98.8	332
	69.0	96.3	96.0	93.8	98.3	98.0	94.6	90.5	96.3	80.9	80.9	71.7	97.5	1174

7. الخلاصة

تشير بيانات المسح الصحي 2000 إلى الانخفاض في نسبة وفيات الرضع والأطفال، وخصوصا فيما يتعلق بمعدلات وفيات حديثي الولادة والولادات المتأخرة. ومع أن هذا الانخفاض يعتبر جيدا بالمقارنة مع الدول النامية، إلا انه ما زال مرتفعا بالنسبة لمعدلات وفيات الرضع والأطفال في الدول المتقدمة. تشير نتائج المسح إلى ارتفاع بسيط في معدلات وفيات الرضع الذكور مقارنة مع الإناث، حيث كان هذا الارتفاع مرتبطا بارتفاع معدل وفيات حديثي الولادة بين الذكور. كما لوحظ ارتفاع معدلات وفيات الرضع مع ارتفاع ترتيب المولود، غير انه لم يكن هناك علاقة ظاهرة بين ترتيب المولود ومعدل وفيات الأطفال غير الرضع. يتبين أن خطر الوفاة للرضع يزداد للأمهات اللواتي تزيد أعمارهن عن 40 عاما، كذلك الأمر بالنسبة للأمهات الأقل من 20 عاما، حيث بينت النتائج أن تأثير عمر الام يظهر في معدلات وفيات حديثي الولادة. يتضح أن الفترة بين الولادات ذات تأثير مباشر على معدلات الوفاة للرضع بشقيها وفيات حديثي الولادة والولادات المتأخرة، حيث يزداد خطر الوفاة مع قصر الفترة بين الولادات. تشير البيانات الواردة من المسح الصحي 2000 إلى ارتفاع في معدل وفيات الرضع في قطاع غزة بالمقارنة مع الضفة الغربية، وقد صاحب الارتفاع في وفيات الرضع في قطاع غزة الارتفاع في وفيات حديثي الولادة، ووفيات الولادة المتأخرة، إذا ما قورنت بالضفة الغربية. كما لوحظ أن معدلات الوفاة للرضع في مخيمات اللاجئين أعلى من باقي التجمعات الأخرى حيث شهد الحضر اقل معدلات وفيات للرضع. وقد لعب تعليم الام دورا أساسيا في التأثير على معدلات وفيات الرضع، حيث انخفض المعدل مع ارتفاع التحصيل العلمي للام.

من خلال نتائج المسح الصحي 2000، يتبين ان الاطفال الفلسطينيين في وضع غذائي جيد بالمقارنة مع دول العالم النامي. وقد لوحظ ان قصر القامة المتوسط منتشرا بين الاطفال دون سن الخامسة اكثر من انتشار الهزال ونقص الوزن. كذلك تم ملاحظة وجود فروق قليلة نسبيا بين الذكور والاناث، حيث ارتفعت نسبة قصر القامة ونقص الوزن بين الاناث اكثر منها بين الذكور. ومن الملاحظ ايضا ان قصر القامة يزداد للاطفال مع زيادة ترتيب الطفل، فقد اصيب الاطفال في الترتيب الاول بقصر القامة بنسبة اقل من اصابة الاطفال في الترتيب السادس فأكثر. كما ويتبين عدم وجود فرق كبير بين قطاع غزة والضفة الغربية، غير انه من بالذكر ان اطفال قطاع غزة عانوا من قصر القامة أكثر من نظرائهم في الضفة الغربية، وفي المقابل كانت نسبة الهزال ونقص الوزن اعلى في الضفة الغربية عما هي عليه في قطاع غزة. ويتضح من نتائج المسح الصحي التأثير الواضح لتعليم الأم على الإصابة بنقص الوزن وقصر القامة، فقد تدنت نسبتهما بازدياد التحصيل العلمي للام.

فيما يتعلق بانتشار وعلاج الاسهال، يتبين ان الاطفال في عمر 6-11 شهرا هم الاكثر تعرضا للاصابة بالاسهال، بالمقارنة مع الفئات العمرية الاخرى، وذلك لبدء الاطفال في هذا العمر بمشاركة الاسرة طعامها. وقد تقاربت نسبة الاصابة بالاسهال بين الذكور والاناث، غير انها ارتفعت عند الذكور اكثر منها عند الاناث. تم ملاحظة ارتفاع نسبة الاصابة بالاسهال للطفل ذي الترتيب الاول وانخفاضها تدريجيا مع زيادة ترتيب المولود حتى تصل ادنى معدل لها للطفل السادس فاكثر. كان للضفة الغربية النصيب الاكبر في انتشار الاسهال بين الاطفال دون سن الخامسة، وقد تدنت الاصابة في قطاع غزة. تشير النتائج الى أن أطفال الريف هم الأكثر تعرضا لانتشار الاسهال بالمقارنة مع الحضر والمخيم، وقد يعود ذلك بسبب كون الريف الاقل تمتعا بوجود شبكات المياه العامة الموصولة بالمنزل وكذلك شبكات الصرف الصحي. لم يتبين وجود علاقة مباشرة محددة لانتشار الإسهال حسب المستوى التعليمي للام، وكذلك بالنسبة لحالة اللجوء.

تشير نتائج المسح الصحي الى تدني نسبة الاستشارة الطبية حول الاصابة بالاسهال، فقد سعت نصف الامهات ممن اصيب اطفالهن بالإسهال للحصول على استشارت من أي مصدر صحي. وقد لوحظ أن حصول الذكور على الاستشارة كانت أعلى مقارنة مع الإناث، كما ويتبين ان نسبة الاستشارة في قطاع غزة كانت اعلى منها في الضفة الغربية. حيث كان اعلى توجه للامهات في قطاع غزة للمراكز الحكومية، في حين كان التوجه الاعلى بين الامهات في الضفة الغربية لعيادة الطبيب الخاص. سعت معظم الامهات في مخيمات اللاجئين للحصول على الاستشارة الطبية للمراكز الصحية التابعة لوكالة الغوث، في حين كان سعي الأمهات في الحضر والريف للطبيب الخاص. ومن الجدير بالذكر ان التوجه للطبيب الخاص سعيا للحصول على الاستشارة الطبية كان الأعلى من بين جميع المصادر الطبية، وهذا ما وجد من خلال دراسة الخصائص الخلفية مع مصدر الاستشارة الطبية. يتضح أن اكثر من نصف الامهات ممن لم يسعين للحصول على الاستشارة الطبية كان بسبب علاج الطفل المصاب في البيت، حيث كان رأي الأمهات أن الطفل قد شفي بعد علاجه البيتي، وقد كان السبب الاخر لعدم الحصول على الاستشارة الطبية لكون اصابة الطفل بالاسهال غير حادة حسب وجهة نظر الام.

بالنسبة لإصابة الأطفال دون سن الخامسة بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة، يتبين ان الذكور قد اصيبوا بالتهابات الجهاز التنفسي اكثر من الاناث. وقد تبين أيضا أن الأطفال في قطاع غزة كانوا اكثر تعرضا للاصابة من اقرانهم في الضفة الغربية، ومما تم ملاحظته فان الاطفال في المخيمات هم الاكثر عرضة للاصابة بالتهابات الجهاز التنفسي الحادة بالمقارنة مع الحضر والريف، وقد يعود ذلك بسبب ارتفاع الكثافة السكانية في المخيم مقارنة مع الحضر والريف.

يتضح أن نسبة من استشاروا أي مصدر صحي كانت عالية، مما يعكس الوعي لخطورة هذا المرض وضرورة علاجه. كان الطبيب الخاص هو المصدر الاول للاستشارة الطبية، وتلاه العيادات الحكومية، والعيادات الصحية التابعة لوكالة الغوث. وقد بينت أن النتائج التوجه الاعلى للمراكز التابعة لوكالة الغوث كانت في قطاع غزة والقاطنين في المخيمات، بينما كان الطبيب الخاص هو المصدر الاول للاستشارة في الضفة الغربية والقاطنين في مناطق الحضر والريف. تنوعت أسباب اختيار مكان الاستشارة الطبية، فقد كان اهم اسباب اختيار مكان الاستشارة في المراكز الصحية الحكومية لاسباب توفر الخدمة وسهولة الوصول اليها، هذا بالاضافة لتوفر التامين الصحي، في حين ان الثقة بالكادر الطبي يعتبر من الاسباب المهمة لاختيار الخدمات الصحية التابعة للقطاع الخاص.

يستدل من بيانات المسح الصحي 2000 والخاصة بالتطعيم، أن تدني نسبة تلقي مطعوم السل بين الاطفال في الفئة العمرية 12–23 شهرا مقارنة مع المطاعيم الاخرى، حيث ظهر هذا الانخفاض واضحا في الضفة الغربية، ويعود ذلك بسبب ادخال المطعوم لبرامج التطعيم الخاصة بوزارة الصحة في العام 1999 مما اثر في النتائج، هذا بالإضافة إلى كون الأطفال في مدينة القدس لا يتلقون هذا المطعوم من وزارة الصحة الإسرائيلية. كما ويلاحظ ارتفاع تلقي المطعوم في المخيمات وانخفاضه الى ادنى نسبة له في الأرياف. بالنسبة لمطعوم الحصبة والنكاف والحصبة الالمانية فقد لوحظ انخفاض نسبة تغطية المطعوم وخصوصا في قطاع غزة. وقد تبين ان مطاعيم الثلاثي وشلل الاطفال قد شهدت تغطية عالية لتصل إلى أكثر من 98%. ويلاحظ أن نسبة تغطية مطعوم الحصبة تعتبر جيدة مقارنة مع ما كانت عليه في المسح الصحي 1996، إلا أن تغطية المطعوم انخفضت في المخيمات عما هي عليه في الحضر والريف. وتشير بيانات المسح الصحي إلى تغطية افضل لمطعوم التهاب الكبد (ب) بين أطفال الضفة الغربية عما هي عليه في قطاع غزة، وقد تم ملاحظة انخفاض نسبة تغطية المطعوم في المخيمات.

التوصيات

1- العمل على استمرارية تنفيذ المسوح الصحية التي تحدد مستويات واتجاهات وعوامل الخطر المحددة لوفيات الرضع والأطفال.

2- تدعيم وتطوير نوعية الخدمات الصحية المقدمة للأمهات والأطفال من خلال

- تحسين الخدمات الصحية المقدمة للام أثناء الحمل وعند الولادة.
- الاهتمام اكثر بالخدمات الصحية المقدمة للمواليد حديثي الولادة.

3- التنسيق بين المؤسسات الصحية الوطنية والخدمات الصحية في وكالة غوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين للعمل سويا لخفض معدلات وفاة الرضع والأطفال في مخيمات اللاجئين.

4- الاهتمام في نوعية الغذاء وجودته المقدمة للأطفال وخصوصا في الفترة التي تلي الفطام للتقليل من حالات القصور البدني والإصابة بالأمراض.

5- التنسيق والتعاون بين المؤسسات الصحية ومؤسسات الخدمات العامة لتطوير ومراقبة البنية التحتية المقدمة للمواطنين مثل شبكات المياه والصرف الصحي، للحيلولة دون انتشار الأمراض، وخصوصا بين الأطفال.

6- تشجيع الأمهات على الاستشارة الطبية في حالة إصابة أطفالهن بالأمراض، وذلك من خلال البرامج الموجهة والهادفة من المؤسسات الصحية والإعلامية.

7- استمرار التنسيق والتعاون بين وزارة الصحة ووكالة الغوث لاستمرارية توحيد برامج التحصين ضد الأمراض المقدمة للأطفال.

المراجع

1. Maternal Health and Safe Motherhood Programme. Division of Family Health. Geneva

2. Ministry of Health-HMIS. Health Status in Palestine 2000. Annual Report 2000. July 2001.

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

4. وزارة الصحة الفلسطينية، 2001. التقرير السنوي 2000. نابلس– فلسطين.

5. دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الديمغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة: النتائج النهائية.

6. دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة 1996: النتائج الأولية.

Palestinian Central Bureau of Statistics

Analytical Reports Series of Census, Health and Demographic Surveys Data No. (3)

Child Health in the Palestinian Territory

May, 2002

© May, 2002
All Rights Reserved.

Suggested Citation:

Palestinian Central Bureau of Statistics, 2002. Analytical Reports Series of Census, Health and Demographic Surveys data, No. (3): *Child Health 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 Fax: 970-2-2406343
E-Mail: diwan@pcbs.pna.org 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. Rami Al-Dibes (Health Statistics Department) prepared this report. Dr. Hasan Zaki and Dr. Eltigant Eltahir (Associate Professors at the Social Research Center) supervised and followed up the preparation of this report. Prof. Hasan Abu- Libdeh (President, PCBS), Prof. Huda Rashad (Director of the Social Research Center), Mr. Luay Shabaneh (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 necessary financial support for preparing this report and printing it; PCBS expresses its gratitude for FORD Foundation for this funding.

Table of Contents

Subject	Page
1. Introduction	9
2. Health Services	9
3. Child Health	11
3.1 Infant and Child Mortality Rates	11
3.2 Mortality Rate Trends	11
3.3 Determinant Factors of Infant and Child Mortality Rates	12
4. Nutritional Status	14
5. Child Diseases	17
5.1 Diarrhea	17
5.2 Respiratory Infections	26
6. Immunization	30
6.1 Tuberculosis Vaccine	31
6.2 DPT, Polio, and MMR Vaccines	31
6.3 Measles Vaccine	31
6.4 Hepatitis Vaccine	32
7. Conclusions	34
Recommendations	36
References	

1. Introduction

The Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS) conducted the first Health Survey in 1996. It was part of PCBS' plan to provide an up- to -date statistics on the health condition of the Palestinian people so as to determine their basic needs in this field. The survey covered the main indicators associated with mother, child, and household's healthcare. The second Health Survey have been conducted in the year 2000, the surveyed sample totaled 6,349 households; 4,295 in the West Bank and 2,054 in Gaza Strip. The survey also included indicators on reproduction, infants and children's mortality, and housing conditions.

The study of maternal and child's health indicators shows, on the whole as well as specifically, the child survival indicators the degree of development states and communities have achieved in this regard. Several studies on mother's health in the Palestinian Territory have been accomplished. They included reproductive health indicators with respect to pregnancy and childbirth. Also, the studies were continuation of the child health indicators, which largely contribute to boosting childcare, and child protection from disabilities resulting from shortcomings in health services or ignorance.

This study aims at presenting child survival indicators in the Palestinian Territory, including infant and child mortality, nutrition status (malnutrition indicators), immunization, diarrhea, respiratory system inflammation, and medical treatment. The study also touches on understanding the various determinants that affect the aforesaid indicators and compares the findings of the Health Survey 2000 with the findings of the Health Survey 1996 in order to measure the changes in the child survival indicators between 1996 and 2000. The findings of this study will be used to provide recommendations, which we hope will contribute to evaluating current health services' policies and to improving maternal and child healthcare in Palestine. This study is based mainly on the data of the Heallth Survey 1996 and 2000 as well as other demographic studies.

Report Structure

This report constitutes of eight sections: An introduction, the health services status, the findings concerning child healthcare of the Health Survey 2000, the nutrition status, childhood diseases (diarrhea, respiratory infections), immunization, main findings, conclusion and recommendations associated with health policies.

2. The Health Services

There are four health services providers in the Palestinian Territory:

1. The Ministry of Health (MoH)

The "Civil Administration" of the Israeli occupation authorities administered a number of public clinics and hospitals before the Palestinian National Authority (PNA) took over. The MoH took the responsibility of providing health services in Gaza Strip in May 1994 and in November of the same year in the West Bank. Health services conditions were in shambles when MoH took control due to three decades of negligence. The PNA, on the other hand, considered the health sector a priority and placed it in the second place after education in its development plan, and cooperated with international health organizations such as the World Health Organization (WHO)

for this purpose. MoH currently runs 26% of hospitals, 51% of hospital beds, and 60% of primary health care clinics (45% of which provide maternal and child healthcare services).

2. United Nations Relief and Works Agency (UNRWA)

In the aftermath of the Palestinian Nakba (Catastrophe) in 1948, UNRWA began active healthcare services involvement in the West Bank and Gaza Strip- actually, such services started on May 1st, 1950. UNRWA provides free of charge primary health services as well as preventive and curative programs to approximately one million Palestinian refugees or 32% of the residents of the Palestinian Territory. The UN agency also runs a hospital and 0.8% of hospital beds and 9% of primary health care clinics. However, the UNRWA services, which many Palestinians benefit from especially in Gaza Strip were cut down in mid 1990s. This reduction, mainly in providing hospitalization, was gradual and affected services quality and staff redundancy. It was due to lack of funding to meet the high demands and population growth. The expenditure on a Palestinian refugee dropped by 65% between 1975 and 1997, henceforth; thousands of Palestinians were deprived of the UNRWA's health services, which use up 18% of its budget (www.unrwa.org).

3. Non Governmental Organizations (NGOs)

Palestinian NGOs came as response to the policies of the Israeli occupation authorities and became active in many fields including health services. Some Palestinian NGOs were established in the 1950s in Jerusalem and spread throughout the Palestinian Territory afterward. They played a major role in providing health services during the Israeli occupation mainly in rural and remote areas. NGOs health services, which charge minimal fees, became prominent during the 1987 Intifada (uprising) despite the policy of the Israeli military occupation of placing obstacles before any growth in the health services Palestinians received. Moreover, health NGOs have been well known for having the largest number of specialized physicians compared with the number of clinics they run (38% of hospitals, 32% of hospital beds, and 31% of primary health care clinics, of which 70% provide preventive and counseling health services).

4. The Private Sector

The Private Sector runs 33% of hospitals and 10% of hospital beds in the Palestinian Territory. It has developed and expanded services mainly when the PNA took over. Consequently, the number of people benefiting from the public health sector diminished as people began to realize the new concepts of private healthcare to be of better quality than the services of the public sector. However, the services of the private health sector remain restricted to certain people who can afford the cost of services.

Distribution of Healthcare Institutions in the Palestinian Territory by Supervising Authority*

Supervising Authority	No. of hospitals**	No. of beds	Clinics	Family planning clinics
MoH	17	2,622	359	76
UNRWA	1	38	51	51
NGOs	25	1,442	185	48
Private Sector	22	453	-	-
Total	**65**	**4,555**	**595**	**175**

- Data not available

* The Ministry of Health, 2001. ***The Annual Report 2000***.

** Psychiatric hospital have been excluded

3. Child Health

Child health indicators are key elements for monitoring changes in respect with public health and socioeconomic adaptation. Also, they provide assessment of the living conditions of any society since children are the vulnerable members of households and the most susceptible to any changes taking place within, which can be viewed as a mirror reflection of the dominant state of affairs. Indicators used to measure child health condition include infant and child mortality rates, child nutrition, and the extent of spread of contagious diseases among children.

3.1 Infant and Child Mortality Rates

In the past few years, the Palestinian Territory underwent huge social and political transformations that had positive impact on child healthcare. For instance, the under five mortality rates dropped from 43.5 per 1000 livebirths between 1985 and 1989 to 28.7 per 1000 livebirths during the five years preceding the Health Survey 2000. Additionally, infant and child mortality rates of the Palestinian Territory are among the lowest in the Arab countries where under five mortality rates in (Lebanon 32.2, Syria 29.0, Jordan 33.0, Egypt 37.5, and Yemen 105.0 per 1000 livebirths).

3.2 Mortality Rate Trends

Table (1) shows a gradual drop in the infant and child mortality rates in the past twenty years as they dropped from 48.4 between 1980 and 1984 to 25.5 per 1000 livebirths between 1995 and 1999.

Neonatal mortality rates, which occur due to birth defects or hereditary or biological reasons such as congenetal anomalies or birth complications, dropped between 1980-1984 from 24.6 per 1000 livebirths to 15.3 between 1995-1999. Despite, the continuous drop in infant mortality rate the neonatal mortality rate continues rising.

Post neonatal mortality rate which is associated with socioeconomic factors have also dropped in the past twenty years; for instance, they dropped from 23.8 per 1000 livebirths between 1980-1984 to 10.2 in the past five years. This reduction could be the result of mothers' awareness and education as well as development in the health services and health programs MoH and NGOs provided especially in the last ten years.

Table 1: Infant and Child Mortality Rates per 1000 live births in Selected Years

Years	Neonatal mortality rate	Post neonatal mortality rate	Infant mortality rate	Child mortality rate	Under 5 Mortality rate
1995-1999	15.3	10.2	25.5	2.9	28.7
1990-1994	18.0	13.2	31.3	3.9	35.7
1985-1989	23.6	13.2	36.8	6.4	43.5
1980-1984	24.6	23.8	48.4	4.7	53.0

3.3 Determinant Factors of Infant and Child Mortality Rates

The demographic factors such as gender, birth order, mother's age, and birth intervals in addition to social factors such as region, type of locality, refugee status, and mother's education.

Table (2) shows that male infant mortality rate is 30.5 per 1000 livebirths, compared with 25.9 per 1000 livebirths for females. This is due to high rates of neonatal males mortality rate of 19.2 per 1000 livebirths compared with 14.0 among female infants. Furthermore, the mortality rate of male children aged 1-4 are higher than those of females in the same age group at 3.8 and 2.9 per 1000 livebirths respectively.

Table (2) shows also that infant mortality rate rises with child's birth order where it was 25.3 children of 1000 livebirths for first child and 32.6 per 1000 livebirths for the sixth child or more. This can be clearly noticed in post neonatal mortality rate which rises from 7.7 per 1000 livebirths for the first child to 12.9 per 1000 livebirths for sixth child or more. Also, neonatal mortality rate of the first child is high like those of the sixth child or more. However, the highest mortality rates of children aged 1-4 years are the associated with the fifth child at 4.6/1000 livebirths.

Furthermore, infant mortality rate increases among those born to mothers aged 40 years and over at 64.8 per 1000 livebirths and among infants born to mothers below the age of 20 years at 34.9 per 1000 livebirths as compared with other age groups. Neonatal mortality rate is the highest for infants born to mothers aged 40 years and above at 38.3 per 1000 livebirths followed by 24.6 per 1000 livebirths born for mothers aged less than 20 years. The highest child mortality rate (1-4) years belong to children born to mothers aged 20-29 at 4.4 per 1000 livebirths followed by those born to mothers aged 40-49 years.

Table (2) also shows that mortality rates increase as birth intervals are short. According to results, the highest infant mortality rate was for infants born to mothers tahe their birth intervals is less than two years at 30.6 per 1000 livebirths. Also, child mortality rate is high among infants of short birth intervals, which indicates that mothers need to be encouraged to increase child spacing intervals.

Table 2: Estimated Infant and Child Mortality Rates by Direct Methods in the 10 Years Preceding the Survey (1990-1999) According to Background Characteristics

Background characteristics	Neonatal mortality rate	Post neonatal mortality rate	Infant mortality rate	Child Mortality rate	Under 5 Mortality rate
Sex					
Males	19.2	11.3	30.5	3.8	34.6
Females	14.0	11.9	25.9	2.9	29.5
Birth order					
1st	17.6	7.7	25.3	3.9	29.1
2nd or 3rd	14.8	12.2	27.0	2.3	29.9
4th or 5th	15.1	12.5	27.6	4.6	32.7
6th or more	19.7	12.9	32.6	3.3	36.4
Mother's age at childbirth					
Less than 20 years	24.6	10.3	34.9	1.7	37.6
20-29	16.4	11.5	24.9	4.4	29.5
30-39	17.2	11.2	28.4	2.2	31.0
40-49	38.3	26.5	64.8	2.7	67.3
Birth intervals					
Less than 2	16.6	14.0	30.6	4.6	35.9
2-3	10.4	9.8	20.2	1.7	22.4
4+	14.5	10.9	25.4	1.4	26.8

Table (3) shows that infant mortality rate of the West Bank is 26.0/1000 livebirths, which is lower than that of Gaza Strip at 31.9/1000 livebirths. Also, child mortality rate in Gaza Strip, which stand at 5.0/1000 livebirths, is higher than that of the West Bank at 2.3/1000 livebirths. However, these rates are better improved between 1990 and 1999 in the West Bank than in Gaza Strip, while it was between 1980-1984 higher than in Gaza strip; where infant and under five mortality rates was 51.4 and 55.1 per 1000 livebirts in the West Bank respectively compared with 43.1 and 49.3/1000 livebirths respectively in Gaza Strip (PCBS, Demographic Survey 1995). The variation in infant mortality rate in both regions can be referred to two reasons: More improved and widespread public health services including more maternal and childcare centers especially in the West Bank-in conformity with the strategic plan of MoH to cut down infant mortality rate and the accuracy of health data collection thus producing more accurate data.

Table (3) also shows that the highest infant and child mortality rates were in refugee camps at 33.6 and 4.0/1000 livebirths respectively as compared with urban and rural areas. Non-refugee

infants also registered high mortality rates at 29.3/1000 livebirths compared with 26.8/1000 livebirths among refugees. This rise is accompanied by a rise in non-refugee neonatal mortality rate, which stands at 17.6/1000 livebirths compared with 15.3/1000 livebirths for refugee. On the other hand, there is a slight variation in the mortality rate of children aged 1-4 years among refugees and non-refugees at 3.9 and 3.0/1000 livebirths respectively.

Table (3) also shows that there is a negative correlation between infant mortality rate and mother's education, where it was 21.6 per 1000 livebirths born to mothers of secondary school education and above and was 43.4 per 1000 born to mothers of less than elementary education. This drop in infant mortality rate is also due to the impact of educational attainment of mothers as it is noted in both neonatal and postneonatal mortality rate for those of secondary school education and above. Mothers' education has also an impact on child mortality rate.

Table 3: Estimated Infant and Child Mortality Rates (Direct Method) for the ten Years Preceding the Survey According to Background Characteristics 1990-1999

Background characteristics	Nenatal mortality rate	Post neonatal Mortality rate	Infant mortality rate	Child Mortality rate	Under 5 mortality rate
Region					
West Bank	15.9	10.1	26.0	2.3	28.8
Gaza Strip	17.9	14.0	31.9	5.0	37.3
Type of locality					
Urban	15.0	11.1	26.0	3.3	29.5
Rural	19.0	10.3	29.3	3.1	33.6
Refugee camp	18.0	15.7	33.6	4.0	37.5
Refugee status					
Refugee	15.3	11.6	26.8	3.9	30.8
Non-refugee	17.6	11.7	29.3	3.0	33.0
Educational attainment					
None	27.2	16.2	43.4	4.5	48.5
Elementary	15.5	11.5	27.0	2.9	30.3
Preparatory	15.0	11.5	26.5	3.7	30.1
Secondary and above	12.9	8.7	21.6	2.6	25.5

4. Nutritional Status

Anthropometric measurements are used to study the nutritional conditions of children. They can determine the child's health and physical growth. The nutritional status of children is usually indicative of the quantity and quality of food a child consumes as well as the extent of being susceptible to childhood diseases.

Height-for-age is a measurement used to determine the normal height of children. This measurement can reveal if a child is stunted, which could be the result of malnutrition or chronic diseases. Weight-for-height measures body mass versus body height; children below the mean (–2 standard deviations) are wasted resulting from malnutrition or diseases. Weight-for-age measurement shows that children below the mean (–2 standard deviations) are underweight as a result of stunting or wasting or both.

Table (4) shows that the highest prevalence of malnutrition indicators was stunting at 7.5% for children under the age of five, and 2.5% of them are underweight and 1.5% are wasted (weight-for-height).

The highest percentage of stunted children under the age of five was (10.5%) for those aged 12-23 months. However, it starts to gradually drop as the children's age increases, and infants less than six months of age registered the lowest percentage at 3.4%.

Children aged 6-11 months registered the highest percentage of wasting and underweight at 4.1% and 3.0% respectively were below the mean (-2 standard deviations). This could be the result of weaning at this age and coming down with diarrhea as a result of consuming homemade foods. According to data, 8.1% of females are stunted and 2.8% of them are underweight compared with 7.0% and 2.2% for males respectively. However, males registered a higher percentage of wasting than females. Data also shows that stunting gradually increases with birth order; for example, 6.4% of first children were below the mean of -2 standard deviations compared with 8.9% for the sixth child and more. A gradual rise in the underweight indicator was also noticed.

Table 4: Percentage of Children Under Five Who Suffer Moderate or Sever Malnutrition by Background Characteristics

Background characteristics	Height-for-age		Weight-for-height		Weight-for-age		No. of children
	Less than -2 standard deviations	Less than -3 standard deviations	Less than -2 standard deviations	Less than -3 standard deviations	Less than -2 standard deviations	Less than -3 standard deviations	
Child age (in months)							
Less than 6	3.4	1.3	1.9	0.6	1.9	0.1	611
6-11	3.5	0.8	4.1	0.3	3.0	0.0	580
12-23	10.5	1.8	2.0	0.3	2.9	0.2	1,120
24-35	7.4	1.6	0.7	0.4	2.6	0.4	1,173
36-47	8.3	2.0	0.3	0.1	2.0	0.3	1,180
48-59	8.1	1.5	1.0	0.2	2.4	0.2	1,160
Sex							
Males	7.0	1.3	1.6	0.3	2.2	0.1	2,988
Females	8.1	1.9	1.3	0.3	2.8	0.3	2,836
Birth order							
1st	6.4	1.4	1.7	0.3	1.8	0.1	1,043
2nd or 3rd	7.4	1.6	1.4	0.3	2.3	0.4	1,825
4th or 5th	8.3	1.6	1.4	0.2	3.0	0.1	1,479
6th or more	8.9	1.8	1.5	0.4	2.9	0.3	1,464
Total	**7.5**	**1.6**	**1.4**	**0.3**	**2.5**	**0.2**	**5,824**

Table (5) shows that 8.3% of Gaza Strip's children suffer from stunting compared with 7.0% of the West Bank's children. On the other hand, 1.5% of the West Bank's children suffer from wasting and 2.6% of them are underweight, whereas in Gaza Strip the figures are 1.4% and 2.4% respectively.

According to data based on type of locality, refugee children in both regions of the Palestinian Territory registered lower percentages of stunting and wasting compared with urban and rural areas' children. However, rural children registered the highest percentage of stunting whereas urban children have the highest percentage of wasting.

Also, according to data based on refugee status, non-refugee children suffered from stunting more than refugee children registering 8.2% and 7.3% below the mean of -2 standard deviations respectively. Mother's education has positive impact on normal height and weight of children.

Table 5: Percentage of Children Under Five Who Suffer Moderate or Sever Malnutrition by Background Characteristics 2000

Background characteristics	Height-for-age		Weight-for-height		Weight-for-age		No. of children
	Less than -2 standard deviations	Less than -3 standard deviations	Less than -2 standard deviations	Less than -3 standard deviations	Less than -2 standard deviations	Less than -3 standard deviations	
Region							
West Bank	7.0	1.4	1.5	0.3	2.6	0.2	3,541
Gaza Strip	8.3	1.9	1.4	0.2	2.4	0.2	2,283
Type of locality							
Urban	7.6	1.8	1.6	0.2	2.4	0.1	2,761
Rural	8.1	1.6	1.4	0.5	3.3	0.4	1,945
Refugee camp	6.2	1.1	1.1	0.2	1.3	0.1	1,118
Refugee status							
Refugee	7.3	1.5	1.5	0.3	2.4	0.1	2,567
Non-refugee	8.2	1.7	1.5	0.3	2.7	0.3	3,257
Educational attainment							
None	11.5	3.0	1.5	0.6	4.9	1.0	218
Elementary	8.8	1.7	1.7	0.4	2.9	0.2	2,096
Preparatory	6.3	1.2	0.1	1.2	0.0	0.0	1,985
Secondary and above	5.7	1.1	0.3	1.5	0.4	0.1	1,512
Total	**7.5**	**1.6**	**1.4**	**0.3**	**2.5**	**0.2**	**5,824**

5. Child Diseases

Prevalence of childhood diseases can be as an indicator of assessing how healthy the childhood environment is as well as the social environment of society and households where children grow.

5.1 Diarrhea

Diarrhea is one of the serious childhood diseases with fatal consequences in some cases due to exposure of the child to dehydration and malnutrition. Table (6.2) shows the prevalence rate of diarrhea among under five years children in the Palestinian Territory was 6.7% during the two weeks preceding the Health Survey 2000, which is lower than the figure recorded by the Health Survey 1996 of 14.0%. However, the Health Survey 1996 collected data were during summer where children are more susceptible to diarrhea, whereas the data of Health Survey 2000 were collected in April where children are less susceptible to the disease.

Table (6.2) shows that children aged 6-11 months are the most vulnerable to diarrhea with 15.6%, then the rate drops as age increases. This could be due to the fact that children aged 6 months and over start consuming homemade foods, which could contain diarrhea-causing agents that could

overcome the child's immune system. Also, data show that prevalence of diarrhea varies between male and female children at 7.0% and 6.3% respectively.

There is a negative correlation with respect to birth order and prevalence of diarrhea where the disease decreases as birth order increases; for instance, it was 8.1% of first child while the rate drops by half with the sixth child and more. This could be the result of experience mothers gain from raising children or because more cases of diarrhea are recorded among first children than other children.

The West Bank's children under the age of five years registered a higher percentage of catching diarrheas than Gaza Strip's children of the same age at 7.0% and 6.2% respectively. Rural children are the most vulnerable to diarrhea compared with urban and refugee children, which could be due to contaminated water sources since urban areas and refugee camps receive water via water pipes from the water network whereas rural areas have a lower rate of connection to the water network. Also, sewage networks are less available in rural areas (see Table 6.1).

Table 6.1: Percentage of Population by Availability of Water and Sewage Networks and Type of Locality

Type of locality	Households connected to public water network	Households connected to public sewage network
Urban	91.9	56.4
Rural	63.3	6.8
Refugee camp	89.4	71.2

According to data, refugee status and mothers' education are not determining factors concerning catching the disease, however, non-refugees registered a higher percentage of catching diarrhea than refugees and variations based on mothers' education were not systematic or logical rendering mother education a non-determining factor in catching diarrhea.

Table 6.2: Percentage of Children under Five Who Had Diarrhea in the Two Weeks Preceding the Survey by Background Characteristics 2000

Background characteristics	Children who had diarrhea	Number of children
Child age (in months)		
Less than 6	7.3	682
6-11	15.6	604
12-23	11.9	1,174
24-35	4.8	1,241
36-47	3.1	1,225
48-59	1.4	1,243
Sex		
Males	7.0	3,178
Females	6.3	2,991
Birth order		
1st	8.1	1,124
2nd or 3rd	7.6	1,927
4th or 5th	5.6	1,564
6th or more	4.2	1,540
Region		
West Bank	7.0	3,811
Gaza Strip	6.2	2,358
Type of locality		
Urban	6.3	2,916
Rural	7.6	2,078
Refugee camp	6.3	1,175
Refugee status		
Refugee	6.2	2,700
Non-refugee	6.4	3,469
Educational attainment		
None	3.8	235
Elementary	5.8	2,205
Preparatory	6.9	2,107
Secondary and above	6.7	1,609
Palestinian Territory	**6.7**	**6,169**

5.1.1 Seeking Medical Consultation by Source

Table (7) shows that approximately half of mothers whose children had diarrhea sought medical consultation; 16.7% who sought medical consultation from private physicians, 12.3% at public

health institutions (3.8% at public hospitals and 8.5% at public medical center), 7.7% at UNRWA medical institutions, 4.4% at private hospitals, and 2.1% at NGOs medical centers. The highest percentage of seeking medical consultation was among mothers whose children were in the age group of 6-11 months at 31.5% (they sought a private physician's consultation) followed by consultation from public health centers at 11.2%.

Mothers of male children sought medical consultation concerning diarrhea more than the mothers of female children at 52.5% and 49.8% respectively. There are no variations concerning source of medical consultation based on child's sex.

Table (7) indicate that the rate of those seeking medical consultation on diarrhea in Gaza Strip was higher than that of the West Bank at 59.2% and 47.5% respectively. Most of medical consultation in Gaza Strip were directed to public health centers at 18.1% followed by UNRWA health centers at 15.7%. Whereas in the West Bank most medical consultations were directed to private clinics at 21.3% followed by maternal and childcare centers at 8.0%.

Most of mothers living in rural and urban areas seek physicians for medical consultation on their children's condition whereas refugee mothers seek UNRWA health centers, which is anticipated since medical services at refugee camps are run by UNRWA.

17.3% of refugee mothers sought medical consultation at UNRWA health centers compared with 0.5% for non-refugees. 20.3% of non-refugee mothers sought medical consultation at private clinics compared with 11.9% for refugee mothers.

According to data, most mothers regardless of their education sought medical consultation at private clinics as the main source for consultation compared to other sources.

Table 7: Percentage of Children Under Five Who Had Diarrhea in the Two Weeks Preceding the Survey and Obtained Medical Consultation by Source and Background Characteristics 2000

Background characteristics	Source of advice										Number of children with diarrhea
	Public hospital	Mother and childcare canter	Public health center	UNRWA center	Private hospital or clinic	NGOs' health center	Pharmacy	Private clinic	Conventional medicine	Others	
Child age (in months)											
Less than 6	6.0	6.0	12.0	10.0	8.0	2.0	2.0	8.0	0.0	0.0	50
6-11	4.5	5.6	11.2	10.1	3.4	1.1	1.1	31.5	0.0	1.1	89
12-23	3.0	6.8	8.3	6.0	3.8	1.5	0.0	15.0	0.8	0.0	133
24-35	3.1	6.3	6.3	9.4	1.6	1.6	1.6	14.1	0.0	3.1	64
36+	3.0	5.8	5.7	5.7	3.1	5.8	2.9	3.1	0.0	0.0	54
Sex											
Males	2.3	7.4	9.2	9.2	4.1	1.4	17.1	17.1	0.0	0.9	217
Females	5.8	4.6	7.5	5.8	4.6	2.9	16.2	16.2	0.6	0.6	173
Birth order											
1st	3.3	6.6	9.9	3.3	6.6	1.1	2.2	19.8	0.0	1.1	91
2nd or 3rd	4.8	2.0	6.1	9.5	2.7	1.4	0.7	15.0	0.0	1.4	147
4th or 5th	4.5	8.0	8.0	10.2	4.5	4.5	1.1	15.9	0.0	0.0	88
6th or more	1.6	12.5	12.5	6.3	4.7	1.6	0.0	17.2	1.6	0.0	64
Region											
West Bank	1.9	8.0	3.8	3.8	5.3	1.9	0.4	21.3	0.0	1.1	263
Gaza Strip	7.9	2.4	18.1	15.7	2.4	2.4	2.4	7.1	0.8	0.0	127
Type of locality											
Urban	9.2	5.4	21.1	8.0	4.1	3.1	2.6	13.8	1.1	1.6	167
Rural	2.2	10.0	5.8	9.1	2.9	0.0	0.0	9.1	0.0	0.0	149
Refugee camp	6.7	2.3	16.8	28.3	2.7	4.3	0.0	10.1	0.0	0.0	74
Refugee status											
Refugee	4.2	3.0	8.3	17.3	3.0	3.6	1.8	11.9	0.6	0.0	168
Non-refugee	3.6	8.6	8.6	0.5	5.4	0.9	0.5	20.3	0.0	1.4	222
Educational attainment											
Less than Elementary	3.9	6.3	8.7	7.1	3.1	3.1	0.8	15.0	0.0	0.0	136
Preparatory	5.5	4.8	6.8	7.5	6.2	1.4	1.4	13.0	0.7	1.4	146
Secondary and above	1.9	6.5	10.2	9.3	3.7	1.9	0.9	23.1	0.0	0.9	108
Palestinian Territory	**3.8**	**6.2**	**8.5**	**7.7**	**4.4**	**2.1**	**1.0**	**16.7**	**0.3**	**0.8**	**390**

5.1.2 Diarrhea Treatment

Table (8) shows that 1.7% of diarrhea cases in the two weeks preceding the Health Survey 2000 received medical treatment, which is vital in dehydration prevention. The treatment was mainly taking pills or syrup at 37.9%. Data also show that children aged 6-11 months were the main recipients of diarrhea medical treatment since they were the most susceptible to the disease, followed by children aged 24-35 months. Children in the age group of 12-23 months received relatively less of such treatment as they registered 100% of receiving home remedies (PCBS,2000. Health Survey 2000: Main Findings).

Male children received more medical treatment for diarrhea than female children, however the variation was minimal. Nonetheless, the type of treatment varies since 41.0% of male children took pills and vaccines whereas 34.1% of female children had similar treatment. Female children registered higher percentage than their male counterparts in respect of receiving other types of diarrhea Treatment.

Table (8) shows that Gazan children received more medical treatment than their West Bank counterparts. Regional variations confirm that children living in refugee camps registered the highest percentage of obtaining medical treatment for diarrhea followed by urban children. This could be due to the fact that UNRWA health centers are easyly accessible to mothers living in camps to consult physicians and treat their sick children.

Variations based on education shows that women with elementary education sought medical treatment for their children more than other women. And the most used medication was pills and syrup at 40.9%.

Table 8: Percentage of Children Under Five Who Had Diarrhea in the Two Weeks Preceding the Survey and Received Certain Medical Treatment by Background Characteristics 2000

Background characteristics	Medical treatment				Children with diarrhea
	Pills/vaccines	Vein injection	Muscular injection	Others	
Child age (in months)					
Less than 6	26.0	8.0	8.0	2.0	50
6-11	46.1	6.7	9.0	1.1	89
12-23	37.6	4.5	3.8	1.5	133
24-35	42.2	9.4	9.4	1.6	64
36+	32.7	2.9	4.1	2.9	54
Sex					
Males	41.0	4.6	5.5	0.9	217
Females	34.1	7.5	7.5	2.3	173
Birth order					
1st	36.3	3.3	6.6	2.2	91
2nd or 3rd	31.3	4.8	4.8	0.7	147
4th or 5th	43.2	5.7	10.2	2.3	88
6th or more	48.4	12.5	4.7	1.6	64
Region					
West Bank	34.2	5.7	5.7	1.5	263
Gaza Strip	45.7	6.3	7.9	1.6	127
Type of locality					
Urban	41.3	6.6	7.3	1.7	167
Rural	25.4	2.1	2.2	0.7	149
Refugee camp	43.9	12.7	9.7	1.3	74
Refugee status					
Refugee	37.5	5.7	5.7	1.5	263
Non-refugee	38.3	6.3	7.9	1.6	127
Educational attainment					
Less than Elementary	40.7	8.1	4.7	1.6	136
Preparatory	37.0	6.2	10.3	1.4	146
Secondary and above	36.1	2.8	3.7	1.9	108
Palestinian Territory	**37.9**	**5.9**	**6.4**	**1.5**	**390**

5.1.3 Not Seeking Diarrhea Medical Treatment

Table (9) shows that 38.9% of children under five who had diarrhea did not receive medical consultation since their cases were not serious. On the other hand, 55.7% of children with

diarrhea received home remedies, where mother asserted that they worked. Additionally, the highest percentage of diarrhea cases, which ended up without medical consultation, was among those aged 24-35 months at 64.9% followed by those aged 6-11 months at 60.6%.

Gender based variations show that male children had less serious cases of diarrhea than female children. However, both received home remedies at 56.9% for males and 54.3% for females. Variations with respect to birth order did not register major differences but the highest percentage of receiving home remedies was for the first child at 67.4%.

The main reason for not seeking medical consultation for diarrhea in the West Bank and Gaza Strip was due to having effective home remedies; both regions recorded the following percentages in this regard: 57.4% for the West Bank and 54.9% for Gaza Strip.

Mothers living in the refugee camps of the West Bank sought less medical consultation because the cases of diarrhea their children had were not serious. The figures based on this reality were as follows: 57.1% for refugee camps and 33.3% for the urban areas of Gaza Strip. Even so, the main reason for not seeking medical advice for diarrhea remains successful home remedies.

Table (9) shows that most refugee and non-refugee mothers did not seek medical advice because they treated their children at home. Variations based on mothers' education show that most cases of home remedies were among children whose mothers' education was less than elementary; these rates start to go down as the level of education increases.

Table 9: Percentage Distribution of Children Under Five Who Had Diarrhea in the Two Weeks Preceding the Survey and did not Receive Medical Consultation by Reason and Background Characteristics 2000

Background characteristics	Reasons for not seeking medical consultation				Children with diarrhea
	Diarrhea not serious	Home remedy	Others	Total	
Child age (in months)					
Less than 6	42.3	46.2	11.5	100	26
6-11	39.4	60.6	0.0	100	33
12-23	39.2	52.7	8.1	100	74
24-35	29.7	64.9	5.4	100	37
36+	45.5	54.5	0.0	100	33
Sex					
Males	37.6	56.9	5.5	100	109
Females	40.2	54.3	5.3	100	94
Birth order					
1st	30.4	67.4	2.2	100	46
2nd or 3rd	42.4	50.6	7.1	100	85
4th or 5th	38.1	57.1	4.8	100	42
6th or more	43.3	50.0	6.7	100	30
Region					
West Bank	42.3	54.9	2.8	100	142
Gaza Strip	31.1	57.4	11.5	100	61
Type of locality					
Urban	36.2	55.9	7.9	100	79
Rural	42.9	56.4	0.8	100	91
Refugee camp	39.1	50.4	10.5	100	33
Refugee status					
Refugee	35.6	56.3	8.0	100	87
Non-refugee	41.4	55.2	3.4	100	116
Educational attainment					
Less than Elementary	44.3	51.3	4.4	100	72
Preparatory	29.6	64.2	6.2	100	81
Secondary and above	46.0	48.0	6.0	100	50
Palestinian Territory	**38.9**	**55.7**	**5.4**	**100**	**203**

5.2 Respiratory Infections

Respiratory system diseases are among the dangerous disease children are vulnerable to; they are also among the most prominent causes of death among infants, deaths can be prevented if children enjoy healthy environment, and it can be avoided if disease is diagnosed and treated at its early stages.

According to Health Survey 1996, 24.7% of children under five had respiratory infections whereas the Health Survey 2000 registered a lower percentage of 8.5%. As Table (10) shows that the highest percentage of having respiratory infections whether accompanied by cough or cough and rapid breathing was among children aged 6-11 months, which registered 16.9%, and the lowest was among children aged 48-59 months at 5.7%.

On the other hand, male children had a higher percentage of respiratory infections than female children at 18.4% for cough and 10.4% for cough and rapid breathing (serious respiratory infection) compared to 13.9% and 6.6% for female children respectively (data cover cases occurred during the two preceding the Survey).

According to data based on regional variations, table (10) shows that Gazan children had more cases of respiratory infections than the West Bank children at 9.2% and 8.1% respectively. In the West Bank, the highest percentage of the disease was among children living in refugee camps at 10.5% compared with 8.4% and 7.3% for urban and rural areas respectively. The same applies for Gaza Strip where 11.4% of the cases were in refugee camps and 8.7% were in urban areas. These variations could be due to the high population density at refugee camps compared with urban and rural areas. Also, crowdness and smoking contribute largely to respiratory infections.

Variations based on mothers' education of and refugee status were insignificant; however, refugee children cases of respiratory infections were higher than those of non-refugee children.

Table 10: Percentage of Children Under Five Who Had Respiratory Infections in the Two Weeks Preceding the Survey by Background Characteristics 2000

Background characteristics	Cough	Cough and rapid breathing	Number of children
Child age (in months)			
Less than 6	16.4	9.2	682
6-11	23.5	16.9	604
12-23	20.6	10.6	1,174
24-35	15.6	7.7	1,241
36-47	13.4	5.8	1,225
48-59	11.9	5.7	1,243
Sex			
Males	18.4	10.4	3,178
Females	13.9	6.6	2,991
Birth order			
1st	17.4	9.6	1,124
2nd or 3rd	16.2	8.1	1,927
4th or 5th	16.9	9.6	1,564
6th or more	14.8	7.3	1,540
Region			
West Bank	15.0	8.1	3,811
Gaza Strip	18.2	9.2	2,358
Type of locality			
Urban	16.9	8.5	2,916
Rural	12.0	6.3	2,078
Refugee camp	19.4	10.9	1,175
Refugee status			
Refugee	17.5	8.9	2,700
Non-refugee	15.2	8.3	3,469
Educational attainment			
None	11.9	6.0	235
Elementary	14.7	7.9	22.5
Preparatory	17.4	9.3	21.7
Secondary and above	17.5	8.8	16.9
Palestinian Territory	**16.2**	**8.5**	**6,169**

5.2.1 Seeking Medical Consultation

It is essential to seek medical consultation when children have respiratory infections. Table (11) shows that medical consultation was sought in most cases of the disease (99.7%), which is nearly twice the figure of 1996 of 55.4%.

However, the highest percentage of medical consultation was obtained from private physicians at 25.2% followed by 18.8% for public health centers and 13.6% for UNRWA-run clinics. In Gaza Strip, most cases of the disease sought medical consultation at UNRWA clinics at 20.3% whereas in the West Bank, people mostly sought medical consultation for respiratory infections at private clinics at 35.1% compared with 12.1% in Gaza Strip. The percentage of people receiving consultation from public health centers in Gaza Strip is higher than that of the West Bank. This could be due to the fact that West Bank population enjoy better economic situation than of Gazans. Also because the number of West Bank's families who have private medical insurance is higher than that of Gaza Strip at 17.1% and 0.3% respectively (Health Survey 2000, Main Findings).

Moreover, Table (11) shows that rural and urban areas dwellers sought medical consultation at private clinics whereas refugee camps dwellers went mostly to UNRWA clinics. Variations based on refugee status, 27.5% of refugees received consultation from UNRWA clinics compared with 1.1% for non-refugees (who mostly sought consultation at private clinics).

Mothers' education is a determining factor in choosing the source of medical consultation as 31.3% of educated women compared with 10.7% of uneducated mothers sought consultation at private clinics.

Table 11: Percentage of Children Under Five Who Had Respiratory Infections and obtained Medical Consultation in the Two Weeks Preceding the Survey by Source and Background Characteristics 2000

Background characteristics	Source of consultation											Children with diarrhea
	Public hospital	Maternal and childcare center	Public health center	UNRWA center	Private hospital/clinic	NGOs' center	Pharmacy	Private clinic	Traditional remidies	Friends, family, neighbors	Others	
Child age (in months)												
Less than 6	8.9	6.3	19.6	13.4	6.3	4.5	1.8	27.7	9.8	3.6	3.6	112
6-11	12.0	4.2	19.0	14.1	11.3	7.7	2.8	32.4	1.4	0.7	4.2	142
12-23	5.8	4.1	17.4	15.3	7.4	4.1	5.4	29.8	5.4	2.9	8.3	242
24-35	6.7	3.1	21.2	13.5	9.3	6.7	4.7	19.7	6.7	3.6	8.3	193
36-47	5.5	2.4	19.5	11.6	5.5	6.1	9.1	21.3	4.9	3.7	12.8	164
48-59	5.4	2.7	16.2	12.8	10.1	4.7	8.1	20.3	12.8	4.7	6.1	148
Sex												
Males	7.2	3.9	20.2	15.2	7.9	5.1	5.7	25.5	5.0	3.3	7.0	584
Females	7.0	3.4	16.8	11.3	8.9	6.2	5.3	24.7	8.9	3.1	8.4	417
Birth order												
1st	6.6	5.1	14.8	13.3	10.2	5.6	5.6	32.1	4.1	1.0	5.6	196
2nd or 3rd	8.9	2.9	16.6	11.5	8.6	6.4	5.4	26.8	7.3	4.8	6.7	313
4th or 5th	6.8	3.4	17.4	15.5	7.6	4.2	8.3	26.5	6.1	2.7	8.3	264
6th or more	5.3	3.9	26.8	14.5	7.0	6.1	2.2	15.4	8.3	3.5	9.6	228
Region												
West Bank	4.4	5.1	9.1	8.6	11.4	6.6	4.5	35.0	4.4	3.7	8.6	572
Gaza Strip	10.7	1.9	31.7	20.3	4.2	4.2	6.8	12.1	9.6	2.6	6.3	429
Type of locality												
Urban	8.6	4.0	21.0	5.4	10.8	7.2	6.4	27.1	6.9	0.2	3.6	490
Rural	4.0	5.8	25.7	18.6	9.9	3.6	5.2	19.5	8.7	0.0	2.9	279
Refugee camp	6.7	1.0	16.3	40.0	8.7	5.3	2.2	13.3	5.5	0.0	2.6	232
Refugee status												
Refugee	8.7	1.5	16.5	27.5	6.4	7.0	7.2	17.2	7.8	2.8	5.5	472
Non-refugee	5.7	5.7	20.8	1.1	10.0	4.3	4.0	32.3	5.5	3.6	9.5	529
Educational attainment												
None	0.0	3.6	21.4	32.1	17.9	0.0	0.0	10.7	0.0	0.0	14.3	28
Elementary	4.0	3.7	19.8	14.8	7.1	5.6	4.6	21.3	8.3	0.3	9.3	324
Preparatory	9.3	3.8	20.2	12.3	9.0	5.7	6.5	24.8	0.0	0.0	5.7	367
Secondary and above	8.5	3.6	15.7	12.1	7.8	6.0	5.7	31.3	0.0	0.0	7.5	281
Palestinian Territory	**7.1**	**3.7**	**18.8**	**13.6**	**8.3**	**5.6**	**5.5**	**25.2**	**6.6**	**3.2**	**7.6**	**1,001**

5.2.2 Reasons for Choosing Source of Medical Consultation

Table (12) shows that reasons for choosing certain medical centers for consultation vary according to the source of medical consultation. For instance, 53.3% sought such consultation at public hospitals because the service was available. 21.1% chose the same source because it was accessible and 10% had health insurance to cover such service. On the other hand, at 39.2%, the main reason for choosing private medical centers was due to service availability, followed by confidence in the medical teams which registered 32.4%

The main reasons for choosing public medical centers for medical consultation remain service availability, easy access, and having health insurance. Alternatively, confidence in the medical staff is one of the main reasons for seeking medical consultation at private medical centers.

Table 12: Percentage Distribution of Children under Five Who Had Respiratory Infections and obtained Medical Consultation in the Two Weeks Preceding the Survey by Source and Reason 2000

Source of consultation	Reasons for choosing medical centers						Total	No. of children
	Services available	Services accessibility	Quality of healthcare	Female service provider	Health insurance available	Low cost		
Public hospital	53.3	21.1	10.0	10.0	3.3	2.2	100	90
Maternal and childcare center	35.3	26.5	5.9	25.0	7.4	7.4	100	68
NGO's clinic	31.3	12.5	15.6	34.4	6.3	6.3	100	32
UNRWA health center	31.4	20.0	1.4	20.0	25.7	25.7	100	70
Private hospital/clinic	40.0	18.9	32.4	8.1	1.4	1.4	100	74
Pharmacy	39.2	20.0	20.0	0.0	13.3	13.3	100	15
Private clinic	41.4	22.4	31.9	2.6	0.0	0.0	100	116
Total	**40.0**	**21.1**	**17.8**	**12.9**	**6.7**	**6.7**	**100**	**465**

6. Immunization

Immunization is one of the most important preventive measures to protect children from life threatening childhood diseases. Three sources are providing immunization to the Palestinian children: UNRWA medical centers, MoH medical centers, and Israeli medical centers (provide immunization only to children whose mothers carry Israeli or Jerusalem identity cards). MoH and UNRWA provide all immunizations recommended by WHO and UNICEF. MoH also introduced measles vaccine in its programs for children aged 9 months in January 1996 and tuberculosis vaccine during the first month of childbirth in 1999.

The immunization program of MoH and UNRWA include tuberculosis, DTP, polio, MMR, and hepatitis B. However, Israeli Ministry of Health does not provide tuberculosis and measles immunization for Palestinian children living in east Jerusalem, instead, it provides immunization for influenza type B.

6.1 Tuberculosis Vaccine

Table (13) show that there is a decline in taking tuberculosis vaccine compared with taking other vaccines among children aged 12-23 months, which registered 69%, due to low percentage in the West Bank taking such vaccine at 51.2%. This decline is partly due to the fact that Palestinian children living in east Jerusalem do not get immunized against tuberculosis, as it is not part of Israeli Ministry of Health's program of immunization. However, the percentage has been affected by the introduction of tuberculosis immunization by MoH in 1999 especially in the West Bank.

Refugee camps in the Palestinian Territory scored high results in respect of tuberculosis immunization; 87.1% for the West Bank and 99.2% for Gaza Strip (compared to urban and rural areas), which could be the result of the fact that UNRWA has been covering this medical service for a long time.

Rural areas of the West Bank have the lowest percentage of tuberculosis immunization coverage (44.8%); which is due to the fact that the highest percentage of home deliveries taking place were found in rural areas at (9.4%). Lack of knowledge about the Vaccination could be another reason for such low score of rural areas. Another reason for that was revealed by nurses working at public medical centers: They said that a bottle containing the vaccine would only be opened if a sufficient number of children to take the whole contents were available in order to avoid wasting the vaccine. Children are sent to medical centers in cities when insufficient number is available causing delays in taking the vaccine or not taking it at all.

Variations based on mother's education (Table 13) show gradual rise in the percentage of immunization among mothers with higher education to total 71.7%. This is inconsistent with mothers with lower levels of education, who scored 67.4%.

6.2 DTP, Polio, and MMR Vaccines

Table (13) shows that immunization against DTP, Polio, and MMR, which is available at centers run by the three medical services providers (the government, and UNRWA) and even the Israeli Ministry of Health, registered good coverage.

Palestinian Territory has witnessed a noticeable rise in the coverage of immunization against MMR, which rose from 64.1% in 1996 to 71.7% in 2000. However, the coverage remains low especially in Gaza Strip at 69.6% compared to the West Bank's figure of 73.0%. The percentage is also low among refugee children (68.1%) compared to 74.3% for the non-refugees. Moreover, mother's education plays a positive role in this regard where 77.7% of children whose mothers completed higher stages of education were immunized against MMR whereas children belonging to mothers of less education scored only 69.8%. In comparison with the data of the Health Survey 1996, the percentage of immunization coverage rose from 65.5% in 1996 to 73.0% in 2000 in the West Bank and it rose from 61.2% in 1996 to 69.6% in 2000 in Gaza Strip.

6.3 Measles Vaccine

Immunization against measles registered a gradual rise, which is consistent with respect to birth order; for instance, the first child had 89.3% coverage of measles immunization whereas the sixth child and more registered 94.2% coverage. Regional-based-results show more coverage of

measles vaccine in Gaza Strip than the West Bank at 94.0% and 88.4% respectively, which is the result of the Israeli Ministry of Health's immunization program concerning Palestinian children living in east Jerusalem that does not cover measles.

The highest percentage coverage of this vaccine was found in the urban areas of Gaza Strip at 97.4% compared to 86.5% of the urban West Bank areas. This is again due to Israel's immunization program.

Refugee camps in both regions registered the lowest percentage of measles vaccine coverage in comparison with urban and rural areas despite the UNRWA coverage. The reason forthis low percentage remains a mystery that requires deep invistigation, which is beyond the scope of this study.

There are no major variations in measles vaccine coverage based on gender or refugee status, according to Table (13). However, less educated women scored higher than more educated women in this regard; 95.3% and 88.9% respectively.

6.4 Hepatitis B Vaccine

Hepatitis B vaccine covered more children in the West Bank than Gaza Strip at 79% and 69.8% respectively. The variation (of 9.2%) was obvious in the data based on type of locality where the rural West Bank registered the highest percentage (85.2%) in taking the third dose of the vaccine whereas the lowest percentage in this coverage belonged to the refugee camps of Gaza Strip (62.0%).

According to data, the vaccine percentage of coverage in areas where MoH provides medical services is higher than areas covered by the UNRWA, which could be due to the different policies of both sources concerning hepatitis B vaccination. The varying policy is clearly seen in variations based on refugee status where data shows that 81.8% of non-refugees were covered by the vaccine compared with 66.7% for the refugees.

Variations concerning gender, birth order, and mother's education were insignificant factors with regard to vaccine coverage, however, educated mothers scored higher than uneducated ones since the first are more aware of the importance of immunization.

Table 13: Percentage of Children Aged 12-23 Months Who Received Certain Vaccinations and Whose Immunization Cards Were Checked according to Immunization Record or Mother's Statement and Background Characteristics 2000

Background characteristics	Children whose immunization cards were checked												% of children whose immunization records were checked	No. of children
	Tuberculosis	DTP			Polio			Measles	Hepatitis B			MMR		
		1	2	3	1	2	3		1	2	3			
Sex														
Males	68.7	96.1	95.6	93.0	98.3	97.8	94.4	90.6	95.9	79.6	74.4	72.2	96.8	587
Females	69.3	96.6	96.4	94.5	98.3	98.1	94.9	90.5	96.8	82.3	76.5	71.2	98.3	587
Birth order														
1st	65.7	96.1	96.6	93.6	99.1	99.1	94.0	89.3	95.7	84.1	81.5	76.4	99.6	233
2nd or 3rd	72.5	96.3	96.0	93.7	98.6	98.3	94.8	87.7	96.3	81.1	74.2	71.1	97.4	349
4th or 5th	66.8	96.9	96.3	94.9	98.0	97.6	95.3	91.9	95.9	80.7	74.9	74.6	97.6	295
6th or more	70.2	96.6	95.9	93.6	98.3	97.6	94.9	94.2	98.0	79.0	73.2	66.4	96.6	295
Region														
West Bank	51.2	95.5	95.0	93.7	98.2	97.9	94.1	88.4	96.6	82.0	79.0	73.0	97.2	727
Gaza Strip	95.5	97.8	97.5	94.0	98.4	98.0	95.5	94.0	96.0	79.2	69.8	69.6	98.0	447
Type of locality														
Urban	72.2	95.9	95.9	93.5	98.2	98.1	94.4	94.1	97.3	80.2	73.7	73.1	96.5	567
Rural	55.6	96.0	94.7	94.0	97.9	96.9	95.1	96.3	95.9	81.3	83.1	73.0	98.7	385
Refugee camp	93.2	98.1	97.8	94.4	99.1	98.3	95.7	91.3	91.5	76.6	70.2	66.8	98.7	222
Refugee status														
Refugee	88.8	95.5	95.1	91.9	98.4	97.8	94.5	90.2	94.3	76.4	66.7	68.1	98.4	492
Non-refugee	54.7	96.9	96.6	95.2	98.2	98.1	94.7	90.8	97.8	84.2	81.8	74.3	96.9	682
Educational attainment														
None	67.4	90.7	93.0	83.7	95.3	97.7	88.4	95.3	97.7	67.4	67.4	69.8	95.3	43
Elementary	66.5	95.4	95.2	93.4	98.0	97.5	94.7	90.9	95.2	78.7	78.7	67.8	97.0	394
Preparatory	69.3	97.8	96.8	95.3	98.3	97.8	95.3	91.1	95.5	82.2	82.2	70.8	97.3	404
Secondary and above	71.7	96.4	96.4	93.7	99.1	98.8	94.6	88.9	98.5	84.0	84.0	77.7	98.8	332
Total	**69.0**	**96.3**	**96.0**	**93.8**	**98.3**	**98.0**	**94.6**	**90.5**	**96.3**	**80.9**	**80.9**	**71.7**	**97.5**	**1174**

7. Conclusions

The data of the Health Survey 2000 reflect a drop in the infant and child mortality rates especially among the neonatals and post neonatals. Though this drop is good in comparison with developing countries, it is still high when compared to developed countries.

The results of the survey indicate that there is a slight rise in the mortality rates of male infants as compared with female infants. This slight rise is related to the high neonatal mortality rate, it is noticed that infant mortality rate rise as birth order increases. However, there is no apparent relationship between birth order and child mortality rates.

Mother's age has an impact on the neonatal mortality rate. Also, infant mortality rate increases among those born to women aged 40 years and above as well as women under the age of 20.

Birth interval has a direct impact on infant mortality rate, whether among the neonatals or post neonatals, which increases as birth interval decreases.

Infant mortality rates in Gaza Strip showed an increase compared with West Bank. Also this increase was accompanied by a rise in the neonatal and post neonal mortality rates. Variations according to type of locality show that infant mortality rate in refugee camps are higher than the other localities. Urban areas registered the lowest rates in this regard. Mother's education played a major role in infant mortality rate, which dropped as mother's educational level rose.

Palestinian children's nutritional status is good in relation to other developing countries, according to Health Survey 2000. Stunting is more prevalent among under five children than wasting or underweight. Slight variations have been noticed in respect of gender, as more female children were stunted and underweight than male children. Stunting also increases with the birth order; for instance, the first child registered lower percentages of stunting than sixth children or more. There are no major regional variations in this regard, however, Gazan children were more stunted than West Bank's children, who registered higher percentages in respect of wasting and underweight than Gaza Strip.

Mother's education has a clear-cut impact on being stunted or underweight, which shows that the increase in mother's education leads to a decrease in a child being stunted or underweight.

According to results, infants aged 6-11 months are the most susceptible to diarrhea in comparison with children in other age groups, as children at this age start consuming homemade foods. Rates of coming down with diarrhea among male and female children were close, however, they were higher among male children than female children. Also, first children were more vulnerable to diarrhea than sixth or more children. The West Bank registered higher rates of children under five who had diarrhea than Gaza Strip. According to results, rural children were the most susceptible to diarrhea, which could be due to the fact that rural areas have less numbers of households connected to water and sewage networks. Mother's education and refugee status were non-determining factors in relation with the prevalence of diarrhea among children.

Results show a drop in the percentage of people seeking medical consultation for their children who have diarrhea; nonetheless, approximately half of mothers whose children had diarrhea sought medical consultation. Mothers of male children sought medical consultation concerning

diarrhea more than mothers of female children, and Gaza Strip mothers scored higher percentages of seeking medical consultation for diarrhea than the West Bank. Gazan mothers sought medical consultation mostly at public health centers whereas West Bank's mothers sought consultation at private clinics. At refugee camps, medical consultation was sought at UNRWA medical centers and in rural and urban areas was sought at private clinics, which were the first choice of medical consultation.

More than 50% of mothers who did not seek medical consultation justified that by providing homemade remedies for diarrhea, and other mothers justified that by saying that in their views the diarrhea was not serious.

Results concerning suffering from severe respiratory infections among under five children reveal that male children had more cases of the disease than female children.

Also, Gazan children had the disease more than their West Bank's counterparts. Children living in refugee camps registered more cases of the disease than urban and rural areas, which could be due to the high population density of refugee camps.

The percentage of people seeking medical consultation is high, which shows that more people are aware of the seriousness of the disease and the need for treatment. Private clinic is the first choice of people seeking medical consultation for the disease, public medical centers came second and UNRWA centers came third. In Gaza Strip and refugee camps, most people seek consultation at UNRWA medical centers. In the West Bank and rural and urban areas private clinic was the first choice for medical consultation.

The main reasons for choosing public medical centers for medical consultation were the availability of the required service, accessibility, and having a health insurance covering the cost of the service. Trusting the medical team was the main reason for choosing private medical centers.

The data concerning immunization of the Health Survey 2000 indicate that there is a drop in immunization against tuberculosis among children aged 12-23 months in comparison with immunization against other diseases. The drop was apparent in the West Bank, which is due to the fact that MoH introduced the vaccine to its immunization program in 1999 and because the Israeli ministry of health does not include this vaccine in its program henceforth Palestinian children living in East Jerusalem do not receive it. Immunization against tuberculosis is high in refugee camps and low in rural areas. Immunization against MMR registered low percentage of coverage especially in Gaza Strip. DTP and polio vaccines cover more than 98% of children and measles vaccination was also good in comparison with 1996. However, the coverage of the vaccine dropped in refugee camps in comparison with rural and urban areas.

Results of the Health Survey 2000 show that West Bank's children enjoyed better coverage of immunization against Hepatitis B than Gaza Strip children. Also, the coverage was low at refugee camps.

Recommendations

1. There is a need to continue carrying out surveys that determine the levels, trends and risk factors of infant and child mortality rates.
2. There is a need to keep the process of monitoring other child health indicators.
3. Improving and supporting the quality of maternal and child healthcare services through:
   - Improving prenatal healthcare services and care at childbirth,
   - Paying more attention to the health services of the newborns,

4. Coordination and cooperation among concerned institutions to increase health education for mothers in order to increase the length of birth interval separating childbirths, reduceing early marriage and encourage mothers to get more education.
5. Public and UNRWA health institutions need to cooperate and work together to reduce mortality rates of infants and children in refugee camps.
6. Paying more attention to the type and quality of food given to children especially after weaning in order to reduce stunting and catching diseases.
7. Coordination and cooperation between health institutions and public institutions in order to monitor and develop the infrastructure such as water and sewage networks in order to curb prevalence of diseases especially among children.
8. Encouraging mothers to seek medical consultation in case of child illness. This could happen through special programs of health and media institutions.
9. Improve and develop the performance of medical teams at health institutions.
10. Continuty of coordination between MoH and UNRWA regarding immunization programs that need to be united in confronting childhood diseases.

References

1. *Maternal Health and Safe Motherhood Program*, Division of Family Health, Geneva.
2. Ministry of Health-HMIS, *Health Status in Palestine 2000*, Annual Report 2000, July 2001.
3. Palestinian Central Bureau of Statistics, 2000. *Health Survey 2000*, Main Findings. Ramallah-Palestine.
4. Ministry of Health, 2001. *Annual Report 2000*. Nablus-Palestine.
5. Palestinian Central Bureau of Statistics, 1997. *Demographic Survey in the West Bank and Gaza Strip 1995*: Main Findings. Ramallah-Palestine.
6. Palestinian Central Bureau of Statistics, 1997. *Health Survey 1996*: Main Findings. Ramallah-Palestine.