

جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا

أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في
وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من
واقع بيانات "مسح الأسرة الفلسطيني 2010".

إعداد

أفنان محمد محمود زيد

إشراف

الدكتور حسين أحمد

قدمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الجغرافيا
بكلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية في نابلس، فلسطين.

2014م

أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في
وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من
واقع بيانات "مسح الأسرة الفلسطيني 2010".

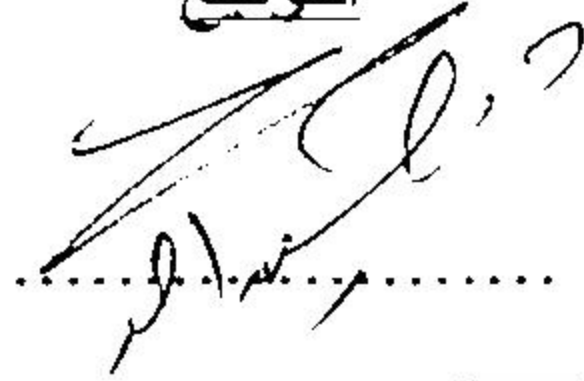
إعداد

أفنان محمد محمود زيد

نوقشت هذه الأطروحة بتاريخ 2014/3/17م، وأجيزت.

أعضاء لجنة المناقشة

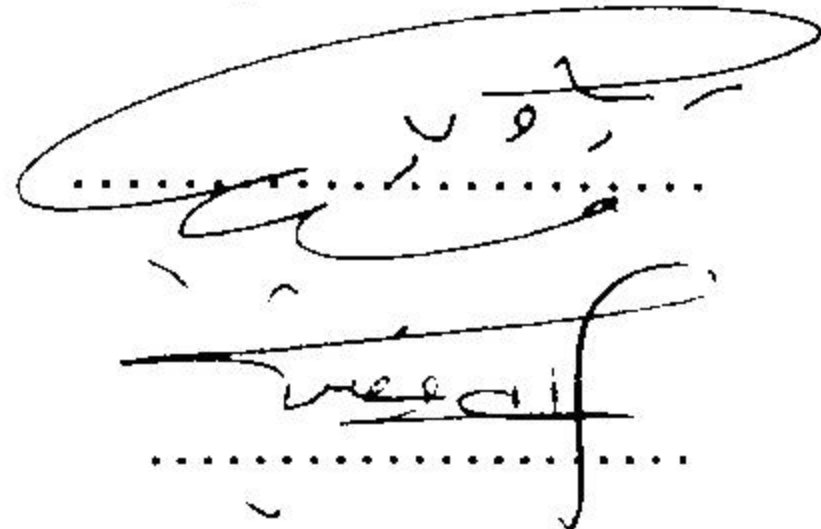
التوقيع



1. د. حسين أحمد / مشرفاً ورئيساً

2. د. حسين الريماوي / ممتحناً خارجياً

3. د. أحمد رافت / ممتحناً داخلياً



الإهداء

وحدها يكون لها الإهداء.. إليها يكون العز والكبرياء

إلى "فلسطين" أم التضحية والفداء

إلى "روح الشهداء" الأكرم منا جميعا

إلى الذين يقبعون في السجون..

"أسرانا البواسل"

إلى التي وهبتني كل العطف والحنان

"أمي الحنون"

إلى الذي أحانني على إكمال المشوار

"أبي الغالي"

إلى مائة طفولتي وذكراي

"أخواني وأختي"

إلى الذين عشت وأعيش معهم أجمل أيامي

"أصدقائي الأعزاء"

إلى الذين ساندوني ووقفوا بجانبني "أقاربي الأعزاء"

إلى أساتذتي الكبار الذين أضاءوا لي شمعة المعرفة

فمضيت على هديهم وما زلت.. مع تقديري لهم واحترافي بفضلهم

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين، والشكر دائماً وأبداً لله عز وجل. الذي أنار طريقي ومنحني
القدرة على مواصلة تعليمي.

الشكر الكبير لأمي وأبي... فالشكر لا يكون وافياً لهما؛ لأن أفضالهما كثيرة والشكر
الكبير والتقدير العظيم للأستاذ الرائع " الدكتور حسيه أحمد " المشرف على هذه الدراسة
ما قدمه لي من نصائح وإرشاد.

كما أشكر كل من ساعدني، وقدّم لي ما عنده من نصائح وتوجيهات أعانتني
على تقديم الدراسة على أفضل صورة، فالشكر لهم جميعاً.
والشكر دائماً لله...

الإقرار

أنا الموقعة أدناه مقدمة الرسالة التي تحمل العنوان:

أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من واقع بيانات "مسح الأسرة الفلسطيني 2010".

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة ككل، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أية درجة علمية أو بحث علمي أو بحثي لدى أية مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

Declaration

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:

اسم الطالبة:

Signature:

التوقيع:

Date:

التاريخ:

فهرس المحتويات

الرقم	الموضوع	الصفحة
	الإهداء	ج
	الشكر والتقدير	د
	الإقرار	هـ
	فهرس المحتويات	و
	فهرس الجداول	ط
	فهرس الأشكال	م
	فهرس الخرائط	ن
	الملخص	س
	الفصل الأول: مقدمة الدراسة	1
1.1	المقدمة	2
2.1	مشكلة الدراسة	3
3.1	أهداف الدراسة	4
4.1	أهمية الدراسة ومبرراتها	4
5.1	أسئلة الدراسة	5
6.1	متغيرات الدراسة	6
7.1	فرضيات الدراسة	7
8.1	منهجية الدراسة	7
1.8.1	مجتمع الدراسة	7
2.8.1	إطار المعاينة	8
3.8.1	عينة الدراسة	9
4.8.1	حجم العينة	9
9.1	الدراسات السابقة	10
1.9.1	الدراسات العربية	10
2.9.1	الدراسات الأجنبية	22
10.1	أهم النتائج التي اتفقت أو اختلفت فيها الدراسات السابقة	25
	الفصل الثاني: الرعاية الصحية للطفل والأم في الأراضي الفلسطينية	28

الصفحة	الموضوع	الرقم
29	المقدمة	1.2
29	الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية في ظل الاحتلال الإسرائيلي (1967-1994)	2.2
32	الوضع الصحي في فلسطين في ظل السلطة الفلسطينية (1994-2012)	3.2
35	الرعاية الصحية للأم والطفل	4.2
38	رعاية صحة الأم	1.4.2
38	رعاية الحامل أثناء الحمل	1.1.4.2
42	فترة الحمل عند البدء بمتابعة الحمل أي عند الزيارة الأولى للمركز الصحي	2.1.4.2
43	مكان تلقي الرعاية أثناء الحمل	3.1.4.2
45	مضاعفات ومشكلات الحمل	4.1.4.2
46	الرعاية الصحية أثناء الولادة	5.1.4.2
49	رعاية الأم بعد الولادة	6.1.4.2
51	رعاية صحة الطفل	2.4.2
53	وزن الطفل عند الولادة	1.2.4.2
54	الحالة التغذوية للأطفال	2.2.4.2
57	الرضاعة الطبيعية	3.2.4.2
61	التطعيم	4.2.4.2
66	أمراض الطفولة	5.2.4.2
70	الفصل الثالث: مستوى معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية مقارنة مع الوطن العربي والعالم	
71	مقدمة	1.3
71	تباينات معدلات وفيات الأطفال في العالم	1.1.3
77	مستوى التقدم في وفيات الأطفال دون الخامسة	2.1.3
80	معدل وفيات الأطفال الرضع حسب الدول	3.1.3
81	تقدير معدلات وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي	2.3

الصفحة	الموضوع	الرقم
86	مستوى معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية	3.3
98	الفصل الرابع: العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية	
99	مقدمة	1.4
99	العوامل الديموغرافية المؤثرة في وفيات الأطفال الرضع	2.4
99	عمر المرأة عند الزواج الأول	1.2.4
102	عمر المرأة عند الإنجاب الأول	2.2.4
105	جنس المولود	3.2.4
106	العوامل البيولوجية المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع	3.4
106	الرضاعة الطبيعية	1.3.4
110	الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل	2.3.4
113	وزن الطفل عند الولادة	3.3.4
117	مكان إنجاب الطفل	4.3.4
119	طبيعة الولادة	5.3.4
121	العوامل الاجتماعية الاقتصادية المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع	4.4
121	المستوى التعليمي للأم	1.4.4
123	مكان الإقامة الحالي	2.4.4
126	صلة القرابة بين الزوجين	3.4.4
128	الحالة العملية للأم	4.4.4
130	علاقة المرأة العاملة بصاحب العمل	5.4.4
131	المحافظة	6.4.4
136	الفصل الخامس: النتائج والتوصيات	
137	النتائج	1.5
140	التوصيات	2.5
142	قائمة المصادر والمراجع	
b	Abstract	

فهرس الجداول

الصفحة	الجدول	الرقم
34	عدد المراجعين لعيادات الطب العام والخاص والخدمات التمريضية التابعة لوزارة الصحة في الضفة الغربية للأعوام (2010-2011)	جدول (1)
40	نسبة النساء (15-49) سنة اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء حملهن بآخر ولادة تمت خلال السنتين السابقتين للحمل	جدول (2)
41	عدد الزيارات للنساء الحوامل أثناء الحمل للأعوام 2010-2012	جدول (3)
44	التوزيع النسبي لآخر مولودين ولدوا خلال الخمس سنوات السابقة لمسح 1996 وال 3 سنوات السابقة لمسح 2000 وخلال السنتين السابقتين 2010 وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب مكان إجراء الفحص والمنطقة	جدول (4)
46	نسبة المواليد (المولود الأخير) الذين ولدوا في السنوات الخمس السابقة للمسح وتعرضت أمهاتهم لمشاكل صحية أثناء الحمل حسب نوع المشكلة والمنطقة للأعوام 1996 و 2006	جدول (5)
47	التوزيع النسبي للنساء اللواتي 15-40 سنة حسب مكان الولادة والمنطقة	جدول (6)
54	التوزيع النسبي للمواليد حسب الوزن عند الولادة في الأراضي الفلسطينية	جدول (7)
57	نسبة انتشار قصر القامة بين الأطفال حسب المنطقة، 2000، 2006، 2010	جدول (8)
62	المطاعيم التي يتلقاها الأطفال حسب ما تحدده وزارة الصحة الفلسطينية	جدول (9)
64	نسبة تغطية المطاعيم للأطفال في الفئة العمرية 12-23 شهرا الذين تم الإطلاع على بطاقتهم الصحية (من واقع البطاقة الصحية) حسب المنطقة للأعوام 1998، 2000، 2006، 2010	جدول (10)
72	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ومعدل وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة)، ومعدل وفيات حديثي الولادة وفقا لمؤشرات المناطق الإقليمية	جدول (11)
75	مؤشرات إقليمية أساسية حول متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي والمواليد ناقصي الوزن والرضاعة الطبيعية	جدول (12)

الصفحة	الجدول	الرقم
77	نسبة الأطفال في عمر سنة المحصنين ضد الأمراض لعام 2010 %	جدول (13)
79	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (لكل 1000 ولادة حيّة) في الفترة 2010-1970	جدول (14)
81	معدل وفيات الأطفال الرضع لأعلى معدل وأقل معدل لكل منطقة إقليمية لعام 2010	جدول (15)
83	ترتيب الدول حسب معدل وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي على مستوى العالم لعام 2010	جدول (16)
85	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ومعدل وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة)، ومعدل وفيات حديثي الولادة في الوطن العربي	جدول (17)
88	معدل وفيات الأطفال الرضع حسب المنطقة 1996، 2000، 2004، 2006، 2010	جدول (18)
96	وفيات الأطفال الرضع في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب السبب لسنوات مختارة	جدول (19)
100	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب العمر عند الزواج الأول 2010	جدول (20)
101	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين مدى عمر المرأة عند الزواج الأول ووفيات الأطفال الرضع 2010	جدول (21)
103	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب عمر المرأة عند الإنجاب الأول 2010	جدول (22)
104	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين مدى عمر المرأة عند الإنجاب الأول ووفيات الأطفال الرضع	جدول (23)
105	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب جنس المولود 2010	جدول (24)
106	نتائج اختبار (one sample t test) لدلالة الفروق بين متوسط وفيات الأطفال الرضع وجنس المولود	جدول (25)
107	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب أثر الرضاعة الطبيعية على الطفل 2010	جدول (26)
108	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب متى مضى من الوقت حول تلقي الرضاعة الطبيعية للطفل بعد الولادة 2010	جدول (27)

الصفحة	الجدول	الرقم
109	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين وقت تلقي الطفل للرضاعة الطبيعية ووفيات الأطفال الرضع	جدول (28)
112	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب النساء اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل 2010	جدول (29)
112	نتائج اختبار مربع كاي بين متوسط وفيات الأطفال الرضع ومد أثر الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل	جدول (30)
116	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب وزن الطفل عند الولادة 2010	جدول (31)
116	نتائج اختبار (one sample t test) لدلالة الفروق بين الوزن عند الولادة ومتوسط وفيات الأطفال الرضع 2010	جدول (32)
118	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب مكان إنجاب الطفل لعام 2010	جدول (33)
119	نتائج اختبار (one sample t test) لدلالة الفروق بين متوسط وفيات الأطفال الرضع ومكان إنجاب الطفل	جدول (34)
120	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب طبيعة الولادة 2010	جدول (35)
121	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين صلة القرابة بين الزوجين ومتوسط وفيات الأطفال الرضع 2010	جدول (36)
122	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأم لعام 2010	جدول (37)
123	نتائج اختبار مربع كاي بين مدى متوسط وفيات الأطفال الرضع وكل من متغير المستوى التعليمي للأم، مكان الإقامة الحالي 2010	جدول (38)
125	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب مكان الإقامة الحالي 2010	جدول (39)
126	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب صلة القرابة بين الزوجين 2010	جدول (40)
127	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين صلة القرابة بين الزوجين ووفيات الأطفال الرضع 2010	جدول (41)
128	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب الحالة العملية للأم 2010	جدول (42)
129	نتائج اختبار (one sample t test) لدلالة الفروق بين متوسط وفيات الأطفال الرضع والحالة العملية للأم	جدول (43)
130	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب العلاقة بصاحب العمل 2010	جدول (44)

الصفحة	الجدول	الرقم
131	نتائج اختبار مربع كاي بين مدى متوسط عدد الأطفال الرضع حسب علاقة الأم بصاحب العمل 2010	جدول (45)
133	متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب المحافظة للأعوام 2006-2010	جدول (46)
134	نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المحافظة ووفيات الأطفال الرضع 2006-2010	جدول (47)

فهرس الأشكال

الصفحة	الشكل	الرقم
59	نسبة الأطفال دون سن الخامسة اللذين رضعوا رضاعة طبيعية حسب المنطقة والأعوام	شكل (1)
60	نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية المطلقة بين الأطفال 0-5 شهور حسب المنطقة، 2006، 2010	شكل (2)
65	نسبة الأطفال دون سن الخامسة اللذين تم الاطلاع على بطاقات التطعيم الخاص بهم	شكل (3)
67	نسبة الأطفال دون سن الخامسة اللذين أصيبوا بالإسهال حسب المنطقة والأعوام 2006. 2010	شكل (4)
69	نسبة الأطفال دون سن الخامسة المصابون بالتهابات الجهاز التنفسي حسب المنطقة والأعوام 2006، 2010	شكل (5)
111	نسبة النساء اللواتي قد تلقين فوليك أسيد خلال الثلث الأول من الحمل	شكل (6)

فهرس الخرائط

الصفحة	الخارطة	الرقم
135	معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية للأعوام 2010-2006	خارطة (1)

أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من واقع بيانات "مسح الأسرة الفلسطيني 2010".

إعداد

أفنان محمد محمود زيد

إشراف

الدكتور حسين أحمد

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى تقدير معدل وفيات الأطفال الرضع، وتحليل أهم العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية.

ولتحقيق ذلك تم الاعتماد على بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010، الذي نفذه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالتنسيق والتعاون مع وزارة الصحة وبشراكة فنية ومالية مع كل من اليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان، حيث قام من خلال هذا المسح بقياس مجموعة كبيرة من المؤشرات الخاصة بوفيات الأطفال الرضع والصحة الإنجابية للمرأة. ولقد تركزت هذه الدراسة على استمارتين، الأولى: استمارة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في العمر (15-54) سنة، والثانية: استمارة الطفل، حيث اشتملت الدراسة على 1651 حالة وفاة بين الأطفال قبل إتمام السنة الأولى من العمر.

استخدمت الباحثة أسلوب التحليل الوصفي لإعطاء صورة عن عينة الدراسة وتوزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المتغيرات التي شملها البحث ومعرفة علاقة كل منها بمستوى وفيات الأطفال الرضع، حيث تم استخدام الجداول المتقاطعة والفرضيات.

ومن أجل هذا الغرض تم تقسيم الدراسة لعدد من الفصول لتفي بالغرض، فاشتمل الفصل الأول على مشكلة الدراسة وأهدافها وأهميتها وأسئلة الدراسة ومتغيرات وفرضيات الدراسة، أما الفصل الثاني فلقد تناول الرعاية الصحية لكل من الطفل والأم من خلال دراسة الوضع الصحي

في الأراضي الفلسطينية في ظل الاحتلال الإسرائيلي وفي ظل السلطة الوطنية الفلسطينية، في حين أن **الفصل الثالث** تناول تقدير معدلات وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية مقارنة مع الوطن العربي والعالم وتقدير معدلات تباينات وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية، وتناول **الفصل الرابع** أهم العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية.

وختمت الرسالة من خلال **الفصل الخامس** بالنتائج والتوصيات، حيث تلخصت ببعض النتائج منها: هناك انخفاض في معدل الوفيات الرضع للعام بناء على نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010 مقارنة بالمسوح السابقة، هناك علاقة عكسية تربط بين كل من عمر الأم عند الزواج الأول وعمرها عند الإنجاب الأول وصلة القرابة بين الزوجين والمستوى التعليمي ومتوسط وفيات الأطفال الرضع، هناك أثر للرضاعة الطبيعية ووقت تلقئها على متوسط وفيات الأطفال الرضع، كذلك يرتفع هذا المتوسط لدى الأطفال اللذين أوزانهم أقل من الطبيعي وأكثر من الطبيعي.

ولقد أوصت الباحثة بالعم على زيادة حملات التوعية والتنقيف لكل من الأم والفتيات في مختلف النواحي التي تتعلق بالصحة الإنجابية والزواج المبكر وغيرها، والعمل على تحسين نوعية الخدمات الصحية في المناطق الريفية والمخيمات، وتوعية المواطنين بضرورة التبليغ عن حالات الوفاة للأطفال الرضع من أجل التعرف على مستوياتها واتجاهاتها.

الفصل الأول

مقدمة الدراسة

1.1 المقدمة

2.1 مشكلة الدراسة

3.1 أهداف الدراسة

4.1 أهمية الدراسة ومبرراتها

5.1 أسئلة الدراسة

6.1 متغيرات الدراسة

7.1 فرضيات الدراسة

8.1 منهجية الدراسة

9.1 الدراسات السابقة

10.1 أهم الموضوعات والنتائج التي اتفقت عليها الدراسات السابقة

الفصل الأول

مقدمة الدراسة

1.1 مقدمة

تعتبر الوفاة نهاية حتمية لكل كائن حي. ولكن تختلف في فترة حدوثها من زمن لآخر حسب الجنس والعمر والخصائص الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية والصحية والبيئية التي يمتاز بها مجتمع ما.

إن دراسة معدلات وفيات الرضع تمثل انعكاساً للحالة الصحية العامة، وبخاصة صحة الطفل والأم، ويتجلى ذلك بمقدار العناية بالحامل أو بالمولود قبل ولادته وخلال السنة الأولى من عمره.

إن لبيانات وفيات الرضع أهمية كبيرة حيث إنها تعكس المستوى الصحي في بلد ما، ولا تقتصر على هذا فقط بل تعتبر مؤشراً رئيسياً وهاماً لمستويات الوفيات ولمدى التطور الاجتماعي والاقتصادي والثقافي في المجتمع. ومعدل وفيات الرضع يعكس الصورة الحقيقية للمستوى الصحي والتنموي، ويعكس مدى تطور الجهود من أجل التقليل من نسبة الوفيات في هذه الفئة من العمر والتي تعتبر من أعلى الفئات في الوفاة، ونلاحظها بشكل واضح في الدول النامية مع اختلاف في النسب من دولة لأخرى تبعاً للظروف المؤثرة فيها.

تحتل دراسة الوفيات مكانة خاصة في مجال الأبحاث السكانية حيث إنها تمثل العنصر السلبي للنمو السكاني، فلها تأثير كبير على قلة عدد السكان، إلا أنها تختلف من مجتمع لآخر ومن زمن لآخر أيضاً.

ومن ناحية أخرى، فإنه عندما يرتفع معدل الوفيات فإننا نجد أن كل المجموعات العمرية تتأثر بارتفاع معدلات الوفيات على الرغم من أن بعض هذه المجموعات تتأثر أكثر من الأخرى. كذلك فإن تحسن معدلات الوفيات سوف يؤدي إلى انخفاض معدلات الوفيات بين كل الفئات العمرية. وبصفة عامة ترتفع نسبة الوفيات بين صغار السن وكبار السن.

لقد وضعت الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية توصياتها بشأن وضع تعاريف إحصائية للوفيات. والتعريف الدولي للوفاة الذي تتبناه الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية هو:¹

- "الوفاة (Death) هي الاختفاء الدائم لكل دلائل الحياة في أي وقت بعد الولادة"، أي يعني بالضرورة أن تحدث الوفاة بعد الولادة الحيّة، أي لا تحتوي على وفيات الأجنة والتي عرّفت تعريفاً مستقلاً وهو:

- وفيات الأجنة (Fetal Death) هي الوفاة السابقة لإتمام استخلاص ناتج الحمل من أمّه أو استخراجها بغض النظر عن مدة الحمل، أي إذا لم يظهر أي دليل للحياة مثل ضربات القلب وغيرها بعد فصل الجنين عن أمّه.

ويقسم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني معدلات وفيات الأطفال الرضع إلى ثلاثة أقسام:

1- معدل وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات: نسبة المتوفين من الأطفال المولودين قبل بلوغهم عمر خمس سنوات.

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

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

2.1 مشكلة الدراسة

تقوم هذه الدراسة على دراسة مدى تأثير العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في وفيات الأطفال الرضع، فحدوث حالة وفاة لطفل رضيع لدى أسرة ما قد يكون بالنسبة لهم

¹ خواجه، خالد زهدي: إحصاءات ومقاييس الوفيات. المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية. بغداد.

http://www.aitrs.org/Portals/_PCBS/Documents/st-001.pdf 2012-7-3

قضاء وقدرًا لا أكثر دون محاولتهم تفادي حدوث مثل هذه الوفاة التي كان من الممكن معالجة سببها قبل وقوعها، ك وفاة طفل رضيع ناجم عن مشكلة وراثية كزواج الأقارب مثلاً، وانطلاقاً من هنا لا بد من تعريف المجتمع بمدى أهمية دراسة هذا الجزء من الدراسات السكانية ذات الأثر الكبير في النمو السكاني.

كذلك فإن جهل المرأة ببعض الأمور المتعلقة بصحتها الإنجابية، وصحة طفلها الرضيع قد تؤدي للتعرض لمشكلة وفاته، فهناك أمور تتعلق بالرضاعة الطبيعية والمباعدة بين فترات الحمل والرعاية الصحية لديها ومدة الرضاعة، وغيرها من العوامل التي قد تتسبب في عدم الوعي بها في هذه المشكلة.

بناءً على عدم الاهتمام الكافي بموضوع وفيات الأطفال الرضع، لدى المجتمع أو المؤسسات الصحية والاجتماعية بشكل أساسي، تأتي هذه الدراسة لتوضيح مستوى وفيات الأطفال الرضع وبيان أهم العوامل الديموغرافية والبيولوجية والاجتماعية والاقتصادية المؤثرة فيها.

3.1 أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى معالجة القضايا التالية:

- 1- تقدير معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية استناداً لبيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010 ومقارنته بسنوات سابقة.
- 2- تحليل تأثير مجموعة من العوامل الديموغرافية والبيولوجية والاقتصادية والاجتماعية في معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية.

4.1 أهمية الدراسة ومبرراتها

إن البيانات التي يوفرها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني حول الأطفال الرضع والخصائص الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية والصحية المتوفرة للطفل والأم، مهم جداً، لذلك لا بد من الاستفادة منها للتعرف على أهم الأسباب المؤثرة في الوفيات والتي تتنوع وتتعدد.

إن الدول النامية والدول المتقدمة تعاني كلها من ظاهرة وفيات الأطفال الرضع، ولكن بنسب متفاوتة، ويعود الفرق في هذه النسب إلى مدى تراجع الدول النامية وتقدم الدول المتقدمة في عدة نواحٍ منها: التقدم التقني والتكنولوجي، والتقدم من الناحية الصحية والبيئية، إضافة إلى التقدم في المستوى التعليمي للذكور والإناث بين الدول النامية والمتقدمة، ومستوى دخل الفرد، وغيرها من النواحي الأخرى، التي تفتقر لها الدول النامية مقارنة بالمتقدمة.

ولأن الأطفال يشكلون قاعدة الهرم، ولكونهم يشكلون النسبة الكبرى من السكان، خاصة في الدول النامية، يجب التركيز على تحقيق حياة أفضل لهم تبدأ من الناحية الصحية، فزيادة وفيات الأطفال الرضع خاصة الذين تقل أعمارهم عن 12 شهراً، يشكل مخاطر كبيرة خاصة في ظل الظروف الراهنة في المنطقة العربية بشكل عام، والأراضي الفلسطينية بشكل خاص، ففي حالة زيادة معدل وفيات الأطفال الرضع سوف يؤدي ذلك إلى التأخير في نهوض المجتمع واستقراره، وهذا يدل على وجود ضعف في التقدم الصحي والبيئي بالدرجة الأولى، والافتقار للتقدم والتطور الكافي للحد من هذه الظاهرة.

فالقيام بهذه الدراسة يقدم فائدة لعدد من المستفيدين منها في مختلف المجالات والحقول، سواء الصحية أو التنموية التي تساعد في اتخاذ الإجراءات اللازمة للحد من مشكلة ارتفاع معدلات وفيات الأطفال.

5.1 أسئلة الدراسة

تحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة التالية:

- 1- ما هو مستوى وتباينات معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية؟
- 2- ما هي أهم العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع؟

6.1 متغيرات الدراسة

سوف تعتمد الدراسة على عدد من المتغيرات وقد تم تقسيمها على النحو التالي:

* المتغيرات التابعة

وفيات الأطفال الرضع: ويعرّف هذا المتغير بأنه " عدد وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة لكل ألف من المواليد الأحياء في تلك السنة".

* المتغيرات المستقلة

أ - مجموعة العوامل الديموغرافية:

- 1- عمر الأم عند الزواج الأول.
- 2- عمر الأم عند الإنجاب الأول.
- 3- جنس المولود.

ب- مجموعة العوامل البيولوجية:

- 1- الرضاعة الطبيعية.
- 2- الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل.
- 3- وزن الطفل عند الولادة.
- 4- مكان انجاب الطفل.
- 5- طبيعة الولادة.

ج- مجموعة العوامل الاقتصادية والاجتماعية:

- 1- المستوى التعليمي للأم.

2- مكان الإقامة الحالي.

3- صلة القرابة بين الزوجين.

4- الحالة العملية للأم.

5- علاقة الأم بصاحب العمل.

6- المحافظة.

7.1 فرضيات الدراسة

تقوم هذه الدراسة على اختبار مجموعة من الفرضيات، والتي يمكن اختصارها في الفرضيتين التاليتين:

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha = 0,05$) بين وفيات الأطفال الرضع ومجموعة المتغيرات الديموغرافية والبيولوجية (عمر الأم عند الزواج الأول، عمر الأم عند الإنجاب، جنس المولود، الرضاعة الطبيعية، الوزن عند الولادة، الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل، مكان الولادة، طبيعة الولادة).

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha = 0,05$) بين وفيات الأطفال الرضع ومجموعة المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية (مكان الإقامة الحالي، المستوى التعليمي للأم، صلة القرابة بين الزوجين، الحالة العملية للأم، علاقة الأم بصاحب العمل، المحافظة).

8.1 منهجية الدراسة

1.8.1 مجتمع الدراسة

شمل مجتمع الدراسة في مسح الأسرة الفلسطيني 2010 الفئات الآتية:¹

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.

1- جميع الأسر الفلسطينية المقيمة بشكل اعتيادي في الأراضي الفلسطينية.

2- النساء في الفئة العمرية من 15-54 سنة.

3- الأطفال: تم تغطية الأطفال من الفئة العمرية 0-14 سنة مقسمين على النحو الآتي (0-5 سنوات، 2-14 سنة، 5-14 سنة) حيث تم تخصيص جزء من الاستمارة لكل فئة من الفئات المذكورة.

4- الأفراد في الفئة العمرية من 5-24 سنة.

5- الأفراد في الفئة العمرية من 15-29 سنة بغض النظر عن حالتهم الزوجية.

6- كبار السن من الفئة العمرية 60 فأكثر.

ولغرض هذه الدراسة ستقتصر على وفيات الأطفال الرضع(التي تقل أعمارهم عن

سنة).

2.8.1 إطار المعاينة

اعتمد في مسح الأسرة الفلسطيني 2010 على إطار المعاينة الموجود في الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني من واقع التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007، والخاص بالمسوح الأسرية، والذي يتكون في الأساس من قائمة من مناطق العد (ومنطقة العد هي منطقة محددة جغرافيا يوجد بها عدد من المباني والوحدات السكنية بمعدل 120مسكن) ويتشكل هذا الإطار من 3 أقسام:

1- إطار المعاينة للضفة الغربية: ويتكون من مناطق عد تم تقسيمها في التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007، وكل منطقة عد تحتوي على قائمة بالأسر التي تسكن في منطقة العد مع البيانات التعريفية الضرورية للوصول إلى كل أسرة.

2- إطار المعاينة لقطاع غزة: ويتكون من مناطق عد، تم تقسيمها في التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007 كما هو الحال في الضفة الغربية، إلا أن منطقة العد تحتوي على قوائم بالوحدات السكنية وعناوينها، والتي يمكن الإفادة منها في الوصول إلى الأسر، وتوجد أيضا بيانات تعريفية للوحدات السكنية للوصول لكل وحدة سكنية.

3- إطار المعاينة للقدس: يتكون من مناطق عد فقط مقسمة جغرافياً، مع معرفة عدد الوحدات السكنية داخل كل منطقة عد دون وجود بيانات عن الأسر داخل مناطق العد، ويمكن الإفادة فقط من وجود حدود لمناطق العد دون القدرة على التعرف على عناوين الأسر أو الوحدات السكنية.

3.8.1 عينة الدراسة

تم تصميم عينة مسح الأسرة الفلسطيني 2010 على أنها عينة طبقة عشوائية عشوائية ذات مرحلتين:

1- اختيار 646 منطقة عد بصورة عشوائية تغطي كافة طبقات تصميم العينة، حيث تم إعطاء احتمال أكبر لمناطق العد ذات الحجم الأكبر؛ بمعنى أن مناطق العد التي تحتوي على عدد أكبر من الأسر كان احتمال ظهورها في العينة أكبر من مناطق العد التي تحتوي على عدد قليل.

2- اختيار 24 أسرة بطريقة منتظمة من كل منطقة عد تم اختيارها في المرحلة الأولى.

وتم حصر جميع الفئات المذكورة في مجتمع الدراسة، باستثناء فئة الأطفال 2-14 سنة، حيث تم إضافة مرحلة ثالثة لتصميم العينة من خلال اختيار فرد من هذه الفئة بطريقة عشوائية باستخدام جداول كيش.

4.8.1 حجم العينة

بلغ حجم عينة المسح 15238 أسرة، منها 9994 في الضفة الغربية و 5244 في قطاع غزة.

9.1 الدراسات السابقة

تناول موضوع الدراسة العديد من الدراسات العربية والأجنبية منها:

1.9.1 الدراسات العربية

1- دراسة رياض إبراهيم السعدي وصبري مصطفى البياتي 1992، بعنوان: "وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية"¹.

هدفت إلى تحليل واختبار تأثير مجموعة من العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في معدلات وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي، بسبب زيادة الاهتمام بدراسة وفيات الأطفال الرضع منهم بشكل كبير وملحوظ على وجه الخصوص سواء من حيث الاتجاهات والمستويات أم من حيث الأسباب والمحددات. أما مصادر المعلومات في هذه الدراسة فقد توزعت بين البيانات والمنشورات التي تصدرها منظمات الأمم المتحدة بشكل أساسي، والأبحاث الديموغرافية التي قامت في بلدان الوطن العربي، وذلك باستخدام بعض الأساليب الإحصائية.

وتوصلت الدراسة أن معدلات وفيات الرضع في الوطن العربي كان مرتفعاً ثم مال إلى الهبوط في السنوات الأخيرة، لكنه لم يتم بالمستوى نفسه في جميع أقطار الوطن العربي، ولقد أظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن خمسة متغيرات أساسية من بين تلك المتغيرات تؤثر بشكل معنوي وأساسي على وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي، تأتي في مقدمتها نسبة الذين تتوفر لهم الخدمات الصحية بقيمة تأثير 75.57% يليها معدل خصوبة المرأة الواحدة بقيمة 4.62% ثم الناتج القومي الإجمالي بقيمة 3.39% ونسبة الولادات تحت إشراف عامل صحي 1.8% ونسبة النساء الحوامل المحصنات ضد الكزاز 1.35%، وهذه المتغيرات تشكل نحو 90% من الأسباب، في حين تشكل المتغيرات المتبقية 10% فقط من التأثير.

¹ السعدي، رياض و البياتي، صبري: وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية. مجلة دراسات للعلوم الانسانية، مج21، ع3. 1994.

ومن توصيات هذه الدراسة رفع نسبة الحاصلين على الخدمات الصحية بزيادة نسبة أولئك الذين يستطيعون الوصول إلى المرافق الصحية المحلية باستخدام وسائل النقل العادية المحلية، وضع خطط وبرامج لازمة لتنظيم الإنجاب، القيام بحملات واسعة لتلقيح النساء الحوامل بلقاح الكزاز.

2- دراسة فائدة كامل يوسف بوقري 1992، بعنوان: "وفيات الأطفال الرضع في مدينة جدة دراسة تحليلية في جغرافية السكان".¹

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة وفيات الأطفال الرضع في مدينة جدة من حيث الاتجاه العام للظاهرة والأنماط التوزيعية لها، واختلافاتها المكانية، والعلاقة بين متغيرات الدراسة الاقتصادية والاجتماعية والصحية، والعوامل التي تؤثر على وفيات الأطفال الرضع. واعتمدت على المسح الميداني للنساء اللواتي يترددن على المستشفيات الحكومية والخاصة والعسكرية، والمراكز الصحية الخاصة برعاية الأمومة والطفولة، في الشهر السادس من العام الميلادي 1989.

وقد خلصت الدراسة إلى عدة نتائج تضمنت الكشف عن الأنماط التوزيعية لوفيات الأطفال الرضع في مدينة جدة، كما أظهرت أن النسب العالية لوفيات الأطفال الرضع ترتبط بانخفاض المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والصحية، وأن النسب المنخفضة ترتبط بارتفاع متغيرات الدراسة المفترضة، وأن أقل نسبة من وفيات الأطفال الرضع تظهر في الأحياء ذات المستوى المعيشي المرتفع، وقد اتضح أن العوامل البيئية لها تأثيرها الواضح على وفيات الأطفال الرضع في الأسابيع الأربعة الأولى من العمر.

وأوصت الباحثة بالتركيز على الحالة الغذائية الجيدة للطفل والأم في فترة الحمل وبعد الولادة، وضرورة استخدام تقنيات حديثة لكي تحصل المرأة الحامل على رعاية أفضل بتكلفة أقل.

¹ بوقري، فائدة كمال يوسف: وفيات الأطفال الرضع في مدينة جدة دراسة تحليلية في جغرافية السكان. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الملك عبد العزيز. جدة. السعودية. 1992.

3- دراسة حرب الحنيطي 1993، بعنوان: "المحددات الاقتصادية والاجتماعية لمعدلات وفيات الرضع ووفيات الأطفال في سلطنة عمان".¹

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى أهم محددات معدلات وفيات الرضع ومعدلات وفيات الأطفال في المنطقة الوسطى من سلطنة عمان، وذلك باستخدام نموذج التحليل الخطي اللوغرتمي. واعتمد في دراسته على مسح اجتماعي واقتصادي لمنطقة الدراسة في الشهر الأول من عام 1992 وبلغ عدد الأسر 2200 أسرة موزعة على 56 تجمعاً سكنياً.

وأظهرت النتائج وجود دلالة إحصائية لأثر المتغيرات الديموغرافية والبيئية، وذلك لكل من متغير عمر الأم وترتيب المواليد ومستوى الأم التعليمي، في حين لم يظهر للمتغيرات الخدمية أي أثر يذكر. أما بالنسبة لمعدلات وفيات الرضع ما بعد حديثي الولادة، فقد أظهر كل من متغير ترتيب المواليد وتباعد المواليد أثراً ذا دلالة إحصائية على تلك المعدلات، وفي الوقت ذاته لم يظهر للمتغيرات أي أثر ذي دلالة إحصائية في هذا المجال باستثناء متغير المسافة من المركز الصحي.

ومن المتغيرات التي أظهرت أثراً ذات دلالة إحصائية على معدلات وفيات الرضع هي: ترتيب المواليد وتباعد المواليد ومكان الإقامة وفق الولايات وتعليم الأم. وبالنسبة لمعدلات وفيات الأطفال فقد أظهرت تأثيراً ذات دلالة إحصائية من قبل كل من متغير ترتيب المواليد، وتعليم الأم والمسكن، والمسافة من المركز الصحي، والمسافة من المستشفى.

وأوصت بتوجيه الجهود بمساعدة الولادات إلى قرابة 3 سنوات، ونشر التعليم بين الإناث، وتوفير المواصلات بين التجمعات السكنية نظراً لصغر هذه التجمعات وصعوبة توفير الخدمات الصحية في جزء كبير منها.

¹ الحنيطي، حرب: المحددات الاقتصادية والاجتماعية لمعدلات وفيات الرضع ووفيات الأطفال في سلطنة عمان: حالة دراسية. مجلة دراسات للعلوم الانسانية، مج22. ع3. 1995.

4- دراسة أحمد عبد المجيد صالح العربيات، بعنوان: "الرعاية بين الرعاية الصحية للطفل والأم ووفيات الأطفال الرضع في الأردن 1995".¹

لقد هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين الرعاية الصحية للأم والطفل وبين وفيات الأطفال الرضع في الأردن، وكذلك الكشف عن مدى ملائمة الرعاية الصحية المتوفرة للطفل والأم، وذلك لمعرفة الأثر الذي تلعبه هذه الرعاية في تباين وفيات الأطفال الرضع، وفحص العلاقة التي تربط بين وفيات الأطفال الرضع ومكان إقامة الأم، بالإضافة إلى تحديد الأهمية النسبية لكل متغير مستقل في الدراسة على حده ومدى تأثيره على وفيات الأطفال الرضع. واعتمد في دراسته على مسح السكان والصحة الأسرية في الأردن لعام 1990.

لقد بينت نتائج التحليل وجود علاقة عكسية بين الرعاية الصحية للأم والطفل أثناء الحمل والولادة، وبين وفيات الأطفال الرضع، وكذلك وجود علاقة عكسية بين وفيات الأطفال الرضع في الأردن، وكل من مستوى تعليم الزوجين والعمر عند الزواج الأول للزوجة، ومدة الحمل للمولود، ومكان الولادة، ووزن الطفل عند الولادة، ومكان الرعاية الصحية للطفل والأم أثناء الحمل والولادة. وبينت أيضا وجود علاقة طردية بين وفيات الأطفال الرضع، وكل من مكان النشأة للزوجة، ومكان الإقامة الحالي للزوجة، والعمر الحالي للزوجة، والخصوبة الفعلية، واستخدام وسائل الحمل، والرغبة في الإنجاب، والحمل والحالة العملية للزوجة، والرضاعة الطبيعية.

وأوصت الدراسة، بوضع إطار منظم للتسجيل الحيوي للوفيات، متضمناً بيانات تفصيلية ودقيقة لكافة الأمور المتعلقة بالوفيات، وخاصة وفيات الأطفال الرضع، والعمل على تطبيق قانون التأمين الصحي الشامل لكافة المواطنين، والتركيز على برامج التنقيف الصحي بين الأمهات وخاصة في موضوع الرضاعة الطبيعية.

¹ العربيات، أحمد عبد المجيد صالح: العلاقة بين الرعاية الصحية للطفل والأم ووفيات الأطفال الرضع في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية. الأردن. أيار 1995.

5- دراسة فاطمة عبد العاطي و نرمين محمد فهمي 1996، بعنوان: "دراسة إحصائية عن الأمراض التي تصيب السيدة الحامل وأثرها على الطفل الوليد".¹

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة أثر الأمراض التي تصيب السيدة الحامل، والعوامل الديموغرافية والاجتماعية الخاصة بها في كل من ضياع الحمل ووفيات الأطفال حديثي الولادة، وقد اعتمدت هذه الدراسة على تحليل بيانات بحث فقد الأجنة ووفيات الأطفال حديثي الولادة، الذي أجراه مركز الأبحاث والدراسات السكانية بالجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء عام 1983، ودراسة ميدانية قامت بها الباحثتان عام 1996.

لقد أثبتت نتائج التحليل الإحصائي أن أمراض القلب، وتسمم الحمل، والنزيف الرحمي، وتشوهات الحوض، والأورام، والفشل الكلوي، والسكر وضغط الدم هي الأمراض المؤثرة على ضياع الحمل، بينما أثبتت أنه لا توجد أي علاقة بين الأمراض ووفيات الأطفال حديثي الولادة. أيضاً أثبت التحليل أن عمر السيدة الحامل وعدد مرات الحمل والفترة بين الحملين وتعليم السيدة الحامل هي العوامل الديموغرافية والاجتماعية المؤثرة في ضياع الحمل وأخيراً، وجد أن عمر الأم والفترة بين الحملين وعمل الأم وتعليمها وعدد مرات الحمل هي العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال حديثي الولادة.

وقد أوصت الباحثتان، بتقديم النصيحة للأمهات عن طريق وسائل الإعلام المختلفة بضرورة إطالة الفترة بين الحملين المتتاليين، بحيث لا يقل عن عامين، تقديم النصيحة للسيدات بعدم الإنجاب وهي أقل من 20 عاماً وأيضاً وهي أكبر من 40 عاماً، والعمل على محو أمية الأمهات وتقديم النصيحة اللازمة لهن.

6- دراسة عباس فاضل السعدي 1996، بعنوان: "وفيات الرضع والحصار الاقتصادي في العراق".

تناولت الدراسة مرحلتين المرحلة، الأولى سابقة للحصار الاقتصادي (قبل الثاني من آب/أغسطس 1990) والمرحلة الثانية لاحقة له. واتضح خلال المرحلة الأولى حدوث انخفاض

¹ عبد العاطي، فاطمة وفهمي، نرمين محمد: دراسة إحصائية عن الأمراض التي تصيب السيدة الحامل وأصـرها على الطفل الوليد. بحث منشور، كلية التجارة، جامعة المنصورة. 1997.

تدريجي لمعدل وفيات الرضع يعكس تحسن الحالة الصحية والغذائية وارتفاع المستوى المعيشي والتعليمي. وهو يتناسب مع منحنى الاتجاه العالمي الذي يسير نحو الانحدار. في حين أظهر المرحلة الثانية ارتفاعاً كبيراً لمعدل وفيات الرضع يعكس الظروف التي تعيشها العراق، وهي الظروف الناتجة عن الحرب التي شنتها دول التحالف عليه والحصار الذي عقبتها. واعتمدت بشكل رئيسي على مسح السكان عام 1987.

وقد أوصت الدراسة بأن التباين في توزيع معدل وفيات الرضع يتطلب إعادة توزيعه وذلك بتعديل مستوياته في المحافظات التي يرتفع فيها هذا المعدل. وذلك بتنفيذ المتغيرات التي تعمل على خفضه مثل إدخال المتغيرات الاقتصادية والتعليمية في البرامج الصحية. وإدخال هذه الأخيرة في البرامج الإنمائية الشاملة ولا سيما في المناطق الريفية. ولا بد من الاهتمام بصحة الأطفال ورعايتهم وغيرهم من الفئات الأكثر تعرضاً للمرض في المناطق المتخلفة. مما يقتضي تحسين مستويات التغذية وتوفير أسباب الحياة الاجتماعية التي غالباً ما تكون متممة للوسائل الصحية والغذائية. ولا بد من توعية الأمهات لخفض معدلات الخصوبة والمباعدة بين الولادات، بالإضافة إلى رفع مستوى المعيشة في الريف إلى مستويات قريبة من المدينة. ولذا يجب أن تدرج في خطط التنمية مهمة تنفيذ هذه المتطلبات.

7- دراسة صالح "محمد أمين" عامر العمري، بعنوان: "محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن 1997".¹

هدفت الدراسة بشكل أساسي إلى دراسة محدثات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن والتعرف على مستواها، وكذلك تقدير عدد من المتغيرات في مستوى وفيات الأطفال دون سن الخامسة، بالإضافة إلى دراسة التباين في مستوى وفيات الأطفال دون سن الخامسة حسب مدة الرضاعة والجنس، وتحديد الفئات الأكثر عرضة للوفاة لكي تكون هذه الفئات هي المستهدفة للسياسات والبرامج المتعلقة بضبط معدلات الوفاة. واعتمد في دراسته بيانات مسح السكان والصحة الأسرية الأردني 1997.

¹ العمري، صالح "محمد أمين" عامر: محدثات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن، 1997. رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية. الأردن. أيار 2000.

ولقد خلصت هذه الدراسة إلى وجود العديد من العلاقات منها وجود علاقة عكسية بين عمر الأم عند الزواج الأول ووفيات الأطفال الرضع دون سن الخامسة، ووجود علاقة عكسية بين معدلات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة وبين الفترة الفاصلة بين المواليد، وخلصت أيضاً إلى أن معدلات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة حسب استخدام الأم لوسائل منع الحمل، إذ ترتفع المعدلات بين الأمهات اللواتي لا يستخدمن وسائل منع الحمل، وهناك علاقة عكسية تربط معدلات وفيات الرضع والأطفال مع ممارسة الرضاعة الطبيعية.

وأوصت الدراسة، بإطالة فترة المباشرة بين كل مولودين متتاليين لمدة سنتين كحد أدنى، الابتعاد عن ظاهرة الزواج المبكر وزواج الأقارب، وزيادة حملات التوعية والتثقيف الصحي، تضمين مسوحات السكان والصحة الأسرية القادمة سؤالاً مباشراً عن دخل الأسرة.

8- دراسة عدنان أحمد محمود مالول، بعنوان " مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997".¹

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستويات الخصوبة السكانية ومستويات وفيات الرضع، ودراسته العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في تلك المستويات. وقد اعتمدت هذه الدراسة على بيانات التسجيل الحيوي من دائرة الأحوال المدنية في وزارة الداخلية (محافظة جنين).

لقد لخصت دراسة مستويات وفيات الرضع، والعوامل المؤثرة فيها، أنه بلغ معدل وفيات الرضع 15.1 في محافظة جنين، وظهر هناك تفاوت في معدل وفيات الرضع حسب مكان الإقامة، إذ بلغ هذا المعدل 12.3 بالألف في المناطق الحضرية و 19.5 بالألف في المناطق الريفية، و 20.2 بالألف في المخيمات. كذلك ظهر أن للعوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية أثراً في معدل وفيات الرضع، وأظهرت الدراسة أن 64.2% من مجموع وفيات

¹ مالول، عدنان أحمد محمود: مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2000.

الرضع تتم من خلال عمر يوم حتى أسبوع، وكان 42.2% من الأسباب المباشرة لوفيات الرضع هو عدم اكتمال نمو الجنين.

وأوصت هذه الدراسة، أنه يجب على المسؤولين تشجيع الدراسات السكانية وتسهيل مهام القائمين عليها، واهتمام السلطة الوطنية الفلسطينية بتطوير نظام التسجيل الحيوي في دائرة الأحوال المدنية لكونه من أهم المصادر للبيانات الديموغرافية، وتوعية المواطنين بأهمية التبليغ عن الوفاة وخاصة وفيات الرضع.

9- دراسة ميسون عبد المؤمن عبد القادر سماره 1995، وهي بعنوان: "أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية على وفيات الأطفال الرضع في الأردن من واقع بيانات مسح السكان والصحة الأسرية لعام 1990".¹

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مستويات وفيات الأطفال الرضع وتحديد أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية عليها في الأردن، وهدفت أيضا إلى تقدير معدلات وفيات الأطفال الرضع في الأردن اعتمادا على بيانات مسح السكان والصحة الأسرية لعام 1990. وتفسير أثر بعض المحددات التي تؤثر في مستويات وفيات الأطفال دون سن السنة الأولى من العمر ومعرفة الأهمية النسبية لكل منها بالنسبة لتأثيرها على وفيات الرضع.

وقد خلصت الدراسة إلى ارتفاع وفيات الأطفال لدى الأمهات صغيرات السن وكبيرات السن، وارتفاع معدل وفيات الرضع لدى الآباء المتزوجين من أقاربهم ويعزى هذا لأسباب وراثية، كذلك خلصت إلى انخفاض الوفيات الرضع لدى الأمهات والآباء الذين يتمتعون بمستويات تعليمية عالية، وانخفاض معدلات وفيات الرضع لدى سكان المناطق الحضرية بسبب خدمات البنية التحتية المتوفرة في المدينة. كذلك وجدت أن هناك علاقة عكسية تربط وفيات

¹ سماره، ميسون عبد المؤمن عبد القادر: أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية على وفيات الأطفال الرضع في الأردن من واقع بيانات مسح السكان والصحة الأسرية لعام 1990. رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية. الأردن. آب 1995.

الرضع والخصائص الصحية للمسكن حيث يؤدي توفرها إلى انخفاض معدلات وفيات الرضع نظراً لتوفر بيئة صحية آمنة من مسببات الأمراض.

وأوصت الباحثة بعدد من التوصيات منها، تكثيف حملات التثقيف الصحي، والعمل على نشر الوعي الصحي بين الأمهات خاصة اللواتي يقمن في المناطق الفقيرة والبعيدة، ورفع مستوى الخدمات العامة وخاصة الصحية مع التركيز على المناطق البعيدة والفقيرة.

10- دراسة أحمد طه محمد صغير 2000، بعنوان: " معدلات وفيات الرضع والأطفال بالأنوع وارتباطاتها الوظيفية بالتفكك الأسري والفقير (دراسة حالة، مدينة الكرك)".¹

هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء محددات وفيات الرضع والأطفال مع اختبار قضية التفكك الأسري والفقير، أهم عاملين أساسيين في ارتفاع معدلات وفيات الرضع والأطفال في المدن العربية، وكذلك هدفت إلى اختبار ظاهرة وجود ارتفاع معدلات وفيات الرضع والأطفال الإناث مقارنة بالذكور، واستخلاص موجهات تعين المدن العربية لمعالجة الأسباب الهيكلية والأساسية لارتفاع معدلات وفيات الرضع والأطفال.

لقد خلصت الدراسة إلى أن أهم عامل متغير في التأثير في احتمالات مسببات وفيات الرضع والأطفال هو التفكك الأسري تلاه في الأهمية الفقر وما يتصل به، وكلاهما ذو صلة بالتوزيع المكاني بخارطة المدينة ثم استقصت الدراسة المسببات الأساسية للمتغيرين لاستنباط سياسات محلية واقعية لتخفيض احتمالات حدوثهما بالمجتمع الكركي. إلا أن التحليل اللوجستي المتعدد المتغيرات لم يعط تفسيراً كافياً للفوارق الكبيرة بين وفيات الرضع والأطفال الإناث مقارنة بالذكور، مما يستوجب دراسة متعمقة لمتابعة الولادات الحية. واعتمدت على المسح الميداني للأسر الذي أشرف عليه الكاتب ميدانياً.

ومن التوصيات التي أوصى بها الباحث أهمية استمرارية برامج محو الأمية، إذ إنها سبباً أساسياً يرتبط بالمتغيرات الثلاث (التفكك الأسري، والفقر، ووفيات الرضع والأطفال)،

¹ صغير، أحمد طه محمد: معدلات وفيات الرضع والأطفال بالأنوع وارتباطاتها الوظيفية بالتفكك الأسري والفقير دراسة حالة مدينة الكرك في الأردن. الرياض، 2002.

بالنسبة لوفيات الرضع فقد أوصى الباحث بأنه لا بد من توجيه دراسة متخصصة أكثر ومتداخلة الاختصاصات لسبر غور الفارق الكبير بين وفيات الرضع والأطفال الإناث مقارنة بالذكور.

11- دراسة فنار سالم عطوان الطرفي 2001، بعنوان: "تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في وفيات الأطفال الرضع خلال ظروف الحصار الاقتصادي".¹

هدفت هذه الدراسة إلى بيان ماهية العوامل الاجتماعية والثقافية، ومدى تأثيرها في وفيات الأطفال الرضع وكيفية الحد منها، والوقوف على مستوى ونوعية الأسر والتي تعاني من موت أطفالها، ودراسة أثر الحصار الاقتصادي في الجوانب الاجتماعية والثقافية، وانعكاس ذلك على زيادة وفيات الأطفال الرضع. واعتمدت في دراستها على المسح الميداني لـ 120 أسرة ممن حدثت لديهم وفيات أطفال رضع.

وقد خلصت إلى أن الطبقة الاجتماعية تؤثر في معدلات وفيات الأطفال، وهي ترتفع كلما انخفضت الطبقة الاجتماعية، وأنه ترتفع في الريف معدلات وفيات الأطفال، فقد كانت وفيات أطفال الريف 70% من العينة، وما خلصت لديه أيضا أن الوعي الصحي والوعي الاجتماعي يؤديان إلى انخفاض نسبة الوفيات، كما كانت نسبة وفيات الأطفال الرضع، الذين كانت رضاعتهم صناعية 57% من عينة الدراسة، مقابل 27% من الأطفال المتوفين كانت رضاعتهم طبيعية، و 16% منهم كانت رضاعتهم طبيعية وصناعية، وأن الحصار الاقتصادي كان السبب الرئيسي في ارتفاع نسبة الوفيات، وانخفاض المستوى الاقتصادي يؤدي إلى ارتفاع نسبة وفيات الأطفال.

وأوصت بتحسين الأوضاع الاجتماعية والصحية والثقافية للطبقة العمالية، والتشجيع على تقليص حجم الأسرة، وتعميق الوعي الاجتماعي عند الأسرة؛ لأن ذلك يقلل من مسببات الوفاة.

¹ الطرفي، فنار سالم عطوان: تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في وفيات الأطفال الرضع خلال ظروف الحصار الاقتصادي. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة بغداد. العراق. 2001.

12- دراسة عبد الغفار فرج عبد الغفار حمد، بعنوان: "تطبيق طرائق التحليل الإحصائي المتعدد المتغيرات في دراسة أهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على وفيات الأطفال في ليبيا 2006".¹

لقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على علاقة الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للأسر في داخل المجتمع الليبي بوفيات الأطفال لديهم، وذلك من خلال التعرف على مدى انتشار ظاهرة وفيات الأطفال دون سن الخامسة في ليبيا ومدنها، فضلاً عن تحديد الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية للأسر التي سجلت لديها وفيات الأطفال والتعدد في وفياتهم، مستعيناً بالأساليب الإحصائية، هدفت كذلك إلى تحديد أثر التغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية في ظاهرة وفيات الأطفال عندما تتجمع في مجموعة عوامل حسب درجة الارتباط بينها، وتحديد أهم المتغيرات التي تؤثر في كل من الخصوبة ووفيات الأطفال معاً. ولقد اعتمد في دراسته على المسح وتوزيع استبانته شملت النساء من سن 15-49 سنة.

لقد وصلت الدراسة للعديد من النتائج منها: التأكيد على أهمية دور التعليم وبخاصة تعليم الأمهات في تخفيض مستوى وفيات الأطفال، كذلك أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة طردية قوية بين تعليم الإناث وانخراطهن في مجالات العمل المختلفة. كذلك وجود علاقة عكسية بين عمل المرأة ومستوى انجابيتها، وبينت النتائج ارتفاع مستوى وفيات الأطفال لدى النساء اللاتي أرضعن أطفالهن مدة زمنية لا تتعدى الستة أشهر، قياساً باللاتي أرضعن لأكثر من عام، وظهر كذلك وجود دور سلبي لزواج الفتيات من عمر صغير أقل من 20 سنة على مستوى وفيات الأطفال لديهن، وأثبتت الدراسة انخفاضاً في مستوى وفيات الأطفال بين النساء المنتميات للأسر ذات المستوى الاقتصادي العالي قياساً بمن ينتمين لأسر يكون وضعها الاقتصادي متدنياً.

وأوصت هذه الدراسة، بتسيير اللجان الصحية والاجتماعية في زيارات ميدانية للأسر الليبية مرتين على الأقل في العام، وضرورة التركيز على برامج التقفيم الصحي والديموغرافي

¹ حمد، عبد الغفار فرج عبد الغفار: تطبيق طرائق التحليل الإحصائي المتعدد المتغيرات في دراسة أهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على وفيات الأطفال في ليبيا. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة دمشق. سوريا. 2005-2006.

في وسائل الإعلام، وضرورة توفير فرص الاستقلال السكني للأسر الناشئة؛ كي تحل المشكلات الاجتماعية والديموغرافية بالغة الأهمية في موضوع الدراسة.

13- تقرير الأمم المتحدة عن "الأهداف الإنمائية للألفية 2008".¹

لقد بيّن التقرير أنه في عام 2006 ولأول مرة انخفضت الوفيات السنوية في صفوف الأطفال دون الخامسة لأقل من 10 ملايين طفل. وبلغت نسبة وفيات الأطفال دون السن الخامسة الذين يموتون في السنة الأولى من عمرهم 37%. ومن المؤكد أن تحسين رعاية الطفل الوليد وتحسين رعاية الأم من شأنه أن ينفذ أعداداً لا حصر لها من حديثي الولادة. كذلك تعتبر قلة التغذية من أسباب أكثر من ثلث وفيات الأطفال دون الخامسة.

14- دراسة شادي إسماعيل التلبناني 2010، بعنوان: "استخدام نموذج كوكس لدراسة أهم العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع في فلسطين".²

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى أهم المحددات ذات التأثير المعنوي على وفيات الأطفال الرضع في فلسطين. بالاعتماد على بيانات المسح الصحي الديموغرافي الفلسطيني 2000.

لقد توصلت الدراسة إلى أن النسبة الأكبر من وفيات الرضع تحدث خلال الشهر الأول من العمر، بالإضافة إلى العوامل الديموغرافية التي لها تأثير معنوي على وفيات الرضع هي صلة القرابة بين الزوجين، وطبيعة المولود من حيث إنه مفرد أو توأم. أما بالنسبة للعوامل البيئية المتعلقة بالمسكن فلم تجد الدراسة لأي من هذه العوامل تأثيراً معنوياً في وفيات الرضع، بينما أشارت النتائج أن حصول الأم على أقراص الحديد أثناء الحمل، وحصول الطفل على الرضاعة الطبيعية من أهم المتغيرات المتعلقة بالحالة التغذوية للأم والطفل والتي لها تأثير في وفيات الرضع، وأخيراً فإن المتغيرات الصحية التي تؤثر في وفيات الرضع هي حصول الأم

¹ هيئة الأمم المتحدة: تقرير عن الأهداف الإنمائية للألفية. نيويورك. 2008.

² التلبناني، شادي إسماعيل: استخدام نموذج كوكس لدراسة أهم العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع في فلسطين. مجلة ادارة الأعمال. ع 129. 2010.

على الرعاية الصحية أثناء الحمل، وانخفاض وزن المولود، بالإضافة إلى تعرض الأم لمشكلة أعراض الولادة المبكرة أثناء الحمل.

ونتائج الدراسة تشير أيضاً إلى عدم وجود تباينات معنوية تبعاً لنوع المولود على عكس الحال بالنسبة لمتغير ترتيب المولود وفترة المباشرة بين الولادات والذي يشير بصورة جلية إلى الأثر السلبي لفترة المباشرة القصيرة على حياة المولود سواء أكان ترتيب المولود (الثاني-الثالث) أم الرابع فأكثر، من ناحية أخرى نجد أن الترتيب المتأخر للمولود (الرابع فأكثر) حتى مع وجود فترة مباحرة متوسطة أو طويلة له أيضاً أثر سلبي على حياة المولود وإن كان بدرجة أقل من فترة المباشرة القصيرة.

وأوصت الدراسة بضرورة متابعة الأم في المراكز الصحية للحصول على الرعاية الصحية، ويجب النظر إلى التاريخ الإيجابي للأم الحامل لمعرفة إذا حدث وفيات قبل هذا الحمل أم لا، بالإضافة لضرورة الرعاية الطبيعية.

2.9.1 الدراسات الأجنبية

1- دراسة Hisham Elmahdi Mustafa 2003، بعنوان: "Socioeconomic Determinants of Infant Mortality in Kenya: Analysis of Kenya DHS 2003"¹

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المحددات الاجتماعية والاقتصادية لوفيات الأطفال الرضع، فضلاً عن معرفة مدى تأثير كل متغير وأهميته. لقد قامت هذه الدراسة على المسح الديموغرافي والصحة لعام 2003.

لقد خلصت هذه الدراسة إلى وجود تباين واسع جداً في مستوى معدل وفيات الرضع بين محافظات كينيا المختلفة. فعلى سبيل المثال معدل الوفيات في مقاطعة نيانزا 3 أضعاف

¹ Hisham Elmahdi Mustafa: Socioeconomic Determinants of Infant Mortality in Kenya: Analysis of Kenya DHS 2003. journal of Humanities & Social Sciences. vol.2. issue 2. 2008. <http://www.scientificjournals.org/journals2008/articles/1409.pdf> .2012-7-8

المحافظات الوسطى وذلك بسبب انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، حيث أشارت المسوحات الديموغرافية والصحية لعام 2003 أن معدل انتشار هذا الفيروس بنسبة 15.1 في نيانزا. بالإضافة إلى أنه لم يكن هناك اختلاف كبير في مستويات معدل وفيات الرضع بين النساء العاملات وغير العاملات، وكذلك هناك علاقة متجانسة بين الحالة الاجتماعية والاقتصادية ووفيات الأطفال الرضع، ووجد أن معدل الوفيات ينخفض لدى النساء ذات التعليم الثانوي بنسبة 51% في المناطق الحضرية و 41% في المناطق الريفية.

2- دراسة كل من Adansi A.Amankwan – Al Bavon – paul T.Nkansah بعنوان: " Rural-Urban Migration and Its Effects on Infant and Child Mortality in Ghana"¹

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة تأثير الهجرة على المخاطر النسبية بين الرضع وبقاء الطفل عن طريق التحكم في الانتقائية وخصائص التكيف. والهدف الرئيسي هو أن الاستعداد للرحيل لا تعكس فقط الخصائص الديموغرافية ولكن أيضا وفيات الرضع والأطفال قد تختلف بين مجموعات المهاجرين.

ونستخلص من هذه الدراسة أن جزءاً من الزيادة في معدل وفيات الأطفال بين عامي 1975-1990 يعزى إلى تدهور الاقتصاد فيها وقد بينت الدراسة أن احتمال بقاء الطفل مرتبط بتراجع معدلات التبادل التجاري وسعر الكاكاو في غانا وهو يعتبر من المحاصيل التصديرية الرئيسية. وبالتالي التراجع في الاقتصاد أدى إلى عدم كفاية الخدمات الصحية والنقل. وللفقراء والمستوى المعيشي المتدني أثر كبير في وفيات الأطفال. وبدأت معدلات الوفيات في الانخفاض في 1960 خلال فترة التنمية الاقتصادية، ومع ذلك بين عامي 1975-1990 شهدت معدلات وفيات الرضع والأطفال زيادة مضطربة ثم بدأت في الانخفاض خلال 1988-1990. مقارنة بمعدل وفيات الرضع والأطفال بين 1988-1998، حيث تشير إلى أن معدل وفيات الرضع انخفض من 100 لكل 1.000 ولادة حيّة إلى 57 لكل 1.000 وهذا يدل على انخفاض بنسبة 43%.

¹ <http://www.bioline.org.br/pdf?ep030082012-7-12>

3-دراسة T.S. Syamalah 2004، بعنوان: "Relationship Between Socio Demographic Factors and child Survival: Evidences from Goa, India"¹

في هذه الدراسة تم إجراء محاولة للتدليل على العلاقة بين العوامل الديموغرافية والاجتماعية والطفل في البقاء على قيد الحياة. وقد تمت دراسة تأثير العوامل الديموغرافية في بقاء الطفل مع مجموعة من المتغيرات مثل: عمر الأم ونظام الولادة والمباعدة بين الولادات، والمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والتي يعتبر منها: تعليم الأم، والدين، والمستوى المعيشي للأسر. لقد قامت هذه الدراسة من خلال "مسح مستويات الخصوبة والوفيات في "غوا" التي أجراها المعهد الدولي للسكان والعلوم 1985.

لقد بينت النتائج أن العوامل الديموغرافية مثل عمر الأم وترتيب الولادات وفترة الولادة والعوامل الاجتماعية والاقتصادية مثل تعليم الأم والمستوى المعيشي، تؤثر تأثيراً كبيراً على احتمال بقاء الطفل على قيد الحياة؛ لذلك تأجيل الزواج لعمر 20 سنة، بغية تأخير الإنجاب، والمباعدة بين الولادات، لها تأثير ملحوظ في خفض مستوى وفيات الرضع وبالتالي تحسين صحة المرأة.

4-دراسة Mazen abuqamar, Danny Coomans and Fred Louckx 2010، بعنوان: "The impact of parental education on infant mortality in Gaza strip, Palestine"²

لقد نفذت هذه الدراسة في عام 2008 بهدف تحديد العلاقة بين المستوى التعليمي للآباء والأمهات ومعدل وفيات الرضع في قطاع غزة.

¹ <http://www.krepublishers.com/02-Journals/JHE/JHE-16-0-000-000-2004-Web/JHE-16-2-075-150-2004-Abst-PDF/JHE-16-2-141-145-2004-Syamala-T-S/JHE-16-2-141-145-2004-Syamala-T-S.pdf>.2012-7-12

² Mazen abuqamar, Danny Coomans and Fred Louckx: The Impact of parental education on infant mortality in Gaza strip, Palestine. Journal of Public Health and Epidemiology. Vol.3. January 2011. <http://www.academicjournals.org/jphe/PDF/pdf2011/January/Abuqamar%20et%20al.pdf>.2012-7-12

من نتائج هذه الدراسة أنها أظهرت أن الأسر التي لديها مستويات تعليمية دنيا لديها مخاطر أعلى بكثير في وفيات الرضع. وهناك علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين تربية الوالدين وبقاء الرضع. كذلك تؤكد النتائج على أهمية الاهتمام بالتنظيف الصحي. وبينت الدراسة وجود علاقة عكسية بين تعليم الوالدين ومخاطر وفيات الرضع في قطاع غزة. كذلك وجد علاقة عكسية بين تعليم الوالدين ومخاطر وفيات الرضع.

10.1 أهم النتائج التي اتفقت أو اختلفت فيها الدراسات السابقة

أشارت الدراسات السابقة لمجموعة من النتائج فيما يخص العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال الرضع، من خلال معرفة العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الديموغرافية و البيولوجية، والتعرف على أكثر المتغيرات تأثيراً في وفيات الأطفال الرضع، كعمر الأم عند الزواج الأول، والعمر عند الإنجاب، والمباعدة بين الولادات، والرضاعة الطبيعية ومدتها، ورعاية الطفل والأم، والمستوى التعليمي للأم، والحالة العملية، وغيرها العديد من المتغيرات، وسوف ننوه إلى بعض النتائج التي توصل إليها الباحثون لبعض المتغيرات ودرجة الاتفاق والاختلاف فيما بينها.

فقد توصلت ميسون سماره 1995 فيما يتعلق بعمر الأم عند الزواج الأول، أنه يوجد علاقة عكسية تربط بين العمر عند الزواج الأول ووفيات الأطفال الرضع، إذ كلما انخفض العمر عند الزواج الأول ارتفع عدد الوفيات من الرضع، وتشير الآثار الصافية لأثر الفئات العمرية في وفيات الرضع، بوجود علاقة عكسية بينهما، باستثناء الفئة العمرية 35 والتي تشير إلى الزيادة في وفيات الرضع مع ارتفاع عمر المرأة عند زواجها الأول عن 35 سنة، وهذا يختلف مع نتيجة دراسة عبد الغفار حمد 2006 فقد أشار إلى ارتفاع وفيات الرضع عند اللواتي في عمر متأخر أكثر من 29 سنة، كذلك بينت نتائج التحليل اللوجستي وجود علاقة عكسية بين وفيات الرضع وعمر الأم عند الزواج الأول في الفئة 30-34 حيث تتخفف وفيات الرضع للأمهات في هذه الفئة. بينما في دراسة ميسون سماره 1995 تعتبر الفئة 20-29 أقل الفئات تعرضاً للوفاة. كذلك اتفق أحمد عبد المجيد 1995 مع ما سبق بوجود علاقة عكسية بين وفيات الرضع والعمر عند الزواج الأول.

أما فيما يتعلق بعمر الأم عد الإنجاب، فتتفق ميسون سماره 1995، وصالح العمري 2000 على وجود علاقة عكسية بين عمر الأم عند الإنجاب ووفيات الأطفال الرضع حيث إنه كلما قل عمر الأم عند الإنجاب ترتفع نسبة وفيات الرضع وهي ذات دلالة إحصائية قوية لدى ميسون سماره حيث وصلت 0.0173، ولكن لم يظهر لهذا المتغير أي دلالة إحصائية لدى دراسة صالح العمري.

أما فيما يخص تأثير الرضاعة الطبيعية، لقد تبين لدى أحمد عبد المجيد 1995 وجود علاقة طردية بين الرضاعة الطبيعية للمولود، ووفيات الأطفال الرضع، لما للرضاعة الطبيعية أثر كبير في خفض وفيات الأطفال والرضع وتحسين الطفل للوقاية من الأمراض. أما بالنسبة لدراسة لشادي إسماعيل 2010 فللرضاعة الطبيعية أثر مهم على صحة الطفل، والبداية المبكرة في الرضاعة الطبيعية تعتبر هامة للحصول على اللبا الذي يعتبر غنيا بالأجسام المضادة التي تحمي المولود من الإصابة بالأمراض. وفي دراسة الأمم المتحدة حول الرضاعة الطبيعية خلال ساعة واحدة من الولادة 2007، أنها تحد من وفيات الرضع، فتشير دراسة أجريت في (غانا) إلى أنه يمكن منع 16% من وفيات الأطفال حديثي الولادة عن طريق الإرضاع في غضون ساعة واحدة من الولادة. وتشير تقديرات اليونيسيف إلى أن الاقتصار على الرضاعة الطبيعية حتى 6 أشهر قد يمنع وفاة 13 مليون طفل دون سن الخامسة.

أما تأثير المستوى التعليمي للأم والأب فقد أشارت ميسون سماره 1995 إلى وجود علاقة عكسية بين تعليم كل من الأم والأب ووفيات الرضع، أي إنه كلما قل المستوى التعليمي للأم والأب ارتفع احتمال تعرض الرضع للوفاة. وهذا يتفق ونتيجة أحمد عبد المجيد 1995، ونتيجة صالح العمري 2000 حيث يزداد معدل وفيات الرضع لدى النساء ذات المستوى التعليمي المنخفض ويرتفع لدى حاملات شهادة الثانوية، أما فيما يتعلق بالمستوى التعليمي للأب فلا توجد دلالة إحصائية له في التأثير في وفيات الأطفال الرضع، وهذا ما يختلف به مع نتيجة كل من ميسون سماره وأحمد عبد المجيد.

أما تأثير الرعاية الصحية للأم والطفل، ففي دراسة **رياض السعدي وصبري البياتي 1992**، يحتل عامل الحصول على الخدمات والرعاية الصحية المرتبة الأولى من بين العوامل الأخرى بنسبة 75.57% في وفيات الأطفال الرضع وهو ذات تأثير عكسي، أي إن رفع نسبة الحاصلين على الخدمات الصحية بمقدار 2% يقلل من معدل الوفيات في البلد بمقدار طفل واحد. وهذا يتفق في الرأي مع دراسة **عباس السعدي 1996**، حيث وجد أن الأطفال المحصنين (في السنة الأولى من أعمارهم) ضد الكزاز والسل والشلل تبلغ 86% ونسبة النساء المحصنات ضد الكزاز 56% هذا يعكس تحسن الوضع الصحي في العراق وبالتالي انخفاض سبة الوفيات.

وبينت دراسة **عبد الغفار حمد 2006**، أن توفر الرعاية الطبية للأم وطفلها أثناء وقبل الولادة تسهم في تخفيض مستوى وفيات الأطفال لديها بشكل كبير، وفي دراسة **شادي التلباني 2012** أنه يجب الاهتمام بالمراكز الصحية للحصول على الرعاية الصحية أثناء الحمل والتركيز على التاريخ الإنجابي لمعرفة إذا ما حدث لها حالات وفيات أطفال قبل هذا الحمل لأخذ الاحتياطات اللازمة. كما أن **أحمد عبد المجيد 1995** يتفق مع كل من عبد الغفار حمد وشادي التلباني على وجود علاقة عكسية بين الرعاية الصحية للأم ووفيات الأطفال الرضع، وهذا ما يؤكد أن انخفاض معدل وفيات الأطفال والرضع هو المؤشر لتحسن الوضع الصحي في أي بلد.

ولقد اتفق كل من **ميسون سماره 1995** و**أحمد عبد المجيد 1995** على وجود علاقة طردية بين مكان الإقامة الحالي ووفيات الأطفال الرضع وهذا يعزى إلى الخدمات الصحية بين كل من المناطق الريفية والمناطق الحضرية. إلا أن صالح العمري لم توجد لديه دلالة إحصائية لأثر مكان الإقامة في معدلات وفيات الأطفال الرضع؛ وقد يعزى ذلك إلى التوسع في خدمات البنية التحتية في المناطق الريفية ووصول الخدمات الصحية لها.

بالإضافة إلى العديد من المتغيرات التي قد يختلف أو يتفق الباحثون في مدى تأثيرها في وفيات الأطفال الرضع.

ولقد جاءت هذه الدراسة لتكون الأولى فيما يختص بوفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية ودراسة العوامل المؤثرة فيها، والتي سيتم فيها الاعتماد على بيانات رسمية صادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وهي بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010.

الفصل الثاني

الرعاية الصحية للطفل والأم في الأراضي الفلسطينية

1.2 المقدمة

2.2 الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية في ظل الاحتلال الإسرائيلي
(1967-1994)

3.2 الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية في ظل السلطة الفلسطينية
(1994-2012)

4.2 الرعاية الصحية للأم والطفل

الفصل الثاني

الرعاية الصحية للطفل والأم في الأراضي الفلسطينية

1.2 المقدمة

الرعاية الصحية للأم والطفل ترتبطان ارتباطاً وثيقاً ببعضهما البعض، حيث إن صحة الأم تؤثر في مستويات وفيات الأطفال الرضع، إذ إن الاهتمام بالناحية الصحية للأم والطفل من شأنه أن يؤثر تأثيراً كبيراً في خفض وفيات الرضع؛ لذلك فإن اتباع السياسات والبرامج الصحية الصحيحة يلعب دوراً بارزاً في الحفاظ على صحة كل منهما، وهذا يؤدي بالتالي إلى خفض مستويات وفيات الرضع.

بالإضافة لأسباب أخرى قد تلعب دوراً مهماً في ارتفاع أو انخفاض معدلات وفيات الأطفال الرضع، أهمها الحرب والحصار الاقتصادي، كما هو ملاحظ في أراضينا الفلسطينية المحتلة. كما أن نشر الوعي الصحي لدى النساء للعناية بصحتهن وصحة أطفالهن في أثناء الحمل وبعد الولادة، من خلال توفر مراكز للأمومة والطفولة قد يلعب دوراً مهماً في خفض وفيات الأطفال الرضع.

وتتبع أهمية صحة الأم في كونها معرضة للإصابة بأمراض عديدة أثناء الحمل والولادة، والتي يمكن التقليل منها بواسطة توفير العناية الكافية لها ومتابعتها صحياً خلال فترة الحمل. فالعناية بصحة الأم ينعكس على نمو الجنين وتطوره بشكل طبيعي، والولادة الصحية السليمة، حيث تنعكس آثارها على صحة الطفل وتربيته وحماية الأسرة بأكملها.

2.2 الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية في ظل الاحتلال الإسرائيلي (1967-1994)

لقد كان للاحتلال الإسرائيلي للأراضي الفلسطينية بعد عام 1967 آثاراً تدميرية على جميع أوجه الحياة الفلسطينية، وشهدت الأوضاع الصحية مثل كافة الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية... الخ تدهوراً مستمراً، هذا بالإضافة إلى انعكاس التدهور في النواحي الاجتماعية والاقتصادية على الأوضاع الصحية.

إن سياسة سلطات الاحتلال الإسرائيلي في المجال الصحي كانت تقوم على عدة نقاط رئيسية أهمها ما يلي:

1- إبقاء المؤسسات والخدمات الصحية على ما كانت عليه قبل الاحتلال عام 1967 وعدم وضع أي خطط برامج جديدة لتطوير هذه الخدمات.

2- منع تطوير أو إنشاء مؤسسات صحية أهلية أو خيرية التي كان من شأنها تعويض العجز في مجال الرعاية الصحية للمواطنين من قبل المؤسسات الصحية الحكومية.

3- عملت سلطات الاحتلال بشكل مبرمج على ربط المؤسسات الصحية الفلسطينية بالمؤسسات الإسرائيلية مستهدفة بذلك إذابة الكيان الفلسطيني وإحاقه بنظام الاحتلال، فتنظيم الخدمات الصحية وإدارتها وماليتها في الأراضي المحتلة كانت تقع تحت السيطرة المباشرة للسلطات المحتلة.¹

في ظل سياسات الاحتلال هذه كان من الصعب السماح للفلسطينيين والمؤسسات الفلسطينية بحق إبداء الرأي، أو حتى المشاركة في مجال تطوير الأوضاع الصحية وكذلك لم توفر الإمكانيات اللازمة لذلك، ووضعت قيود على ذلك.

لقد قامت سلطات الاحتلال كذلك بفصل القدس عن باقي الضفة الغربية، وأعلنت ضمها لإسرائيل وعملت على تقويض المؤسسات الصحية فيها، فمنعت المواطنين الفلسطينيين من سكان القدس من الانضمام لمشروع التأمين الصحي في الضفة الغربية، كما قامت بإغلاق مستشفى الأطفال، ومديرية الصحة والمختبر المركزي، وبنك الدم، كما قامت بإغلاق مستشفى الهوسبيس الذي كان يقدم خدمات صحية لنحو 150 ألف مواطن، كما حولت المستشفى الحكومي في الشيخ جراح لمقر للشرطة.²

¹ http://www.malaf.info/?page=show_details&Id=138&CatId=32&table=pa_documents-11-22.2012

² المرجع السابق http://www.malaf.info/?page=show_details&Id=138&CatId=32&table=pa_documents.2012-11-22

أما في قطاع غزة فقد أغلقت سلطات الاحتلال مستشفياتين هما الزهور والحميات، وخفضت عدد الأسرة في مستشفى الأمراض الصدرية وهو الوحيد في المنطقة إلى 70 سريراً في العام 1980، وكانت سلطات الاحتلال العسكرية تدير أربع مستشفيات في قطاع غزة، والتي كان أكبرها مستشفى الشفاء في مدينة غزة، حيث كان يحتوي على 336 سريراً، وكانت حالته سيئة بسبب نقص التجديد والمعدات التي لا يمكن مقارنتها بالمعدات الموجودة في المستشفيات الإسرائيلية، وقامت بإغلاق قسم جراحة العظام في مستشفى ناصر في خان يونس الذي كان يحتوي على 20 سريراً عام 1984.¹

وفيما يتعلق بمراكز الأمومة والطفولة فكانت تفتقر لها من حيث عددها، وتجهيزها بالمعدات الطبية والكوادر البشرية اللازمة حتى تستطيع القيام بالحد الأدنى من الاحتياجات الطبية. هذا بالإضافة إلى أنها كانت تفتقر إلى برامج المتابعة والمراقبة فيما يخص الأم أثناء فترة الحمل وأثناء الولادة ورعاية الأطفال أثناء وبعد الولادة، ومتابعة نظام تحصينهم ومراقبة نموهم وتوفير سبل ومتطلبات تغذيتهم السليمة وإلى جانب التشخيص المبكر للأمراض الوراثية والعيوب الخلقية، مما ضاعف خطورة هذا الافتقار لرعاية الأمومة والطفولة إذا علمنا أن الأطفال كانوا يشكلون ما نسبته 48.7% من مجموع السكان في الأراضي المحتلة في تلك الفترة.²

إن سياسة الاحتلال هذه عرقلت الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية بشكل كبير، حيث إنها لم تعرقل كل ما سبق فقط بل إنها أيضاً لم تقدم الأفضل للرعاية الصحية للأم والطفل حتى وباقي أفراد المجتمع مقارنة بالوضع الصحي الإسرائيلي المتقدم جداً، فما كانت تقدمه سلطات الاحتلال لشعبها، لا يقارن بشيء مما يقدم للسكان في الأراضي الفلسطينية، وكان على العاملين في القطاع الصحي في الأراضي الفلسطينية القيام بمسؤولياتهم وواجبهم اتجاه المرضى الفلسطينيين بالإضافة للجرحى المصابين ضحايا القمع الإسرائيلي في ظل غياب الاحتياجات والمعدات الطبية الأساسية التي تفتقر إليها.

¹ <http://www.wafainfo.ps/atemplate.aspx?id=3028.2012-11-22>

² المرجع السابق <http://www.wafainfo.ps/atemplate.aspx?id=3028> 2012-11-22.

وفيما يخص وفيات الأطفال التي تعتبر أحد أهم المؤشرات التي تعكس الوضع الصحي لأي مجموعة من السكان، واستناداً لإحصائيات سلطات الاحتلال والمكتب المركزي الإسرائيلي للإحصاء أشارت إلى أن نسبة وفيات الأطفال في قطاع غزة وصلت 70 وفاة لكل ألف ولادة (تقرير 1986).¹

3.2 الوضع الصحي في فلسطين في ظل السلطة الفلسطينية (1994-2012)

منذ قدوم السلطة الوطنية وتسلم وزارة الصحة مسؤولياتها الصحية، أولت الوزارة اهتماماً كبيراً لتطبيق مبادئ الرعاية الصحية الأولية، فعملت على توفير الخدمات الصحية و تطويرها وتسهيل وصول مختلف القطاعات إليها بالإضافة إلى عدالة توزيع الخدمات بين مختلف فئات المجتمع و في مختلف أماكن تواجده.²

تطورت الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية تطوراً كبيراً لكون قطاع الصحة الفلسطيني قد تحرر من الكيان الإسرائيلي، فقامت وزارة الصحة بمتابعة الوضع الصحي ودراسته، وعمل مركز الإحصاء الفلسطيني على توفير البيانات اللازمة لها، وقيام وزارة التخطيط بعدة مشاريع تدعم قيام كيان صحي فلسطيني من جديد. فعملت على التوسع في المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية والأسرة فيها، والحصول على المعدات والأجهزة اللازمة بالإضافة إلى الأدوية الكافية والمتنوعة التي تحتاجها بشكل و فير بعدما كانت تعاني من افتقارها.

كذلك باشرت وزارة الصحة الفلسطينية منذ تسلمها مهامها الصحية، كإدارة تعنى بإعداد المعلومات الصحية وتوفير المؤشرات الصحية للوضع الصحي في فلسطين.

¹ http://www.malaf.info/?page=show_details&Id=138&CatId=32&table=pa_documents-11-22

2012. مرجع سابق.

² وزارة الصحة- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، التقرير الصحي السنوي- فلسطين 2010.

مراكز الرعاية الصحية الأولية في الأراضي الفلسطينية

تقدم الرعاية الصحية الأولية اللازمة بواسطة مختلف الكوادر المختصة التي تقدم الخدمات الصحية من وزارة الصحة، ومنظمات غير حكومية، ووكالة غوث اللاجئين الفلسطينيين، والخدمات الطبية العسكرية، والهلال الأحمر الفلسطيني، وتلعب الإدارة العامة للرعاية الأولية في وزارة الصحة دوراً مميزاً في هذا المجال.

اتسعت شبكة مراكز الرعاية المنتشرة في مختلف محافظات الوطن من 454 مركزاً عام 1994 إلى 748 مركزاً في العام 2011 وبمعدل زيادة تبلغ 64.8% مقارنة مع العام 1994. وتشكل المراكز التابعة لوزارة الصحة الفلسطينية ما نسبته 61.2% من إجمالي المراكز العاملة في مجال الرعاية الصحية الأولية.¹

وتعود الزيادة في عدد المراكز إلى زيادة عدد السكان فقد بلغ عدد السكان في الأراضي الفلسطينية حسب أول تعداد سكاني عام 1997 نحو 2895683 مليون نسمة بواقع 1873476 مليون في الضفة الغربية ونحو 1022207 في قطاع غزة.² وقدّر الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عدد السكان في الأراضي الفلسطينية عام 2011 بحوالي 4231084 مليون نسمة بواقع 2614594 مليون نسمة في الضفة الغربية و 1616490 مليون نسمة في قطاع غزة³، وعلية فإن معدل النمو السنوي للسكان في الأراضي الفلسطينية قد بلغ فيما بين 1997-2011 بنحو 3.47%، وتراوح هذا المعدل ما بين 3.52% في الضفة الغربية، و 3.4% في قطاع غزة، وبالمقابل نجد أن زيادة عدد المراكز الصحية حيث بلغت نسبة الزيادة بين 1994-2011 بلغت 64.8%؛ وذلك لتغطية احتياجات السكان وتقديم الرعاية الصحية الكافية لهم، كذلك زيادة المتطلبات العلاجية، والحاجة لتوزيع تلك المراكز وفقاً لمعايير كعدد المراجعين لكل مركز مثلاً

¹ وزارة الصحة - مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، التقرير الصحي السنوي - فلسطين 2011.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت: النتائج النهائية تقرير السكان والمساكن، الأراضي الفلسطينية، الجزء الأول، سلسلة التقارير الإحصائية (002) أيار مايو 1999.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. الفلسطينيون في نهاية عام 2011. رام الله - فلسطين.

وذلك لسهولة الوصول إليها، بالإضافة إلى زيادة الوعي لدى السكان بضرورة مراجعة مراكز الرعاية بشكل دوري دون إهمال ذلك.

وتعرف الرعاية الصحية الأولية حسب الجهاز المركزي للإحصاء: أنها هي الفحص الأولي والرعاية الصحية الشاملة المتواصلة، بما فيها التشخيص والعلاج الأولي والإشراف الصحي وإدارة الخدمات الصحية الوقائية والحالات المزمنة، ولا يتطلب توفير الرعاية الصحية الأولية معدات وأجهزة متطورة أو مصادر متخصصة.¹

بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية عام 2010 في فلسطين 706 مركزاً، منها 572 في الضفة الغربية و 134 في قطاع غزة.²

أمّا عن عدد المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية والتابعة لوزارة الصحة خلال العامين 2010 و 2011 فيوضحها جدول رقم (1).

جدول (1): عدد المراجعين لعيادات الطب العام والخاص والخدمات التمريضية التابعة لوزارة الصحة في الضفة الغربية للأعوام (2010-2011).

عدد المراجعين	*2010	**2011	نسبة التغير%
عيادات الطب العام	2299052	1988194	-13.5
عيادات الاختصاص	362972	429279	18.3
الخدمات التمريضية في مراكز الطب العام	1178894	1586822	34.6

المصدر: *مرجع سابق، التقرير الصحي السنوي 2010.

** مرجع سابق، التقرير الصحي السنوي 2011.

يتبين من الجدول رقم (1) هناك تفاوتاً بين الإقبال على العيادات في 2010 و 2011، حيث إنه يوجد هناك انخفاض في الإقبال على عيادات الطب العام وزيادة في إقبال المراجعين على عيادات الاختصاص والخدمات التمريضية؛ يمكن إرجاع ذلك إلى أن معظم السكان في

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2012. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهل - 2012. رام الله - فلسطين.

² التقرير الصحي السنوي - 2010، مرجع سابق.

الضفة الغربية يعيشون في القرى، وبالتالي فالقرى يكون فيها خدمات ترميزية متوفرة بشكل أكبر من عيادة الطب العام، بالإضافة إلى رغبة الناس في الإقبال على عيادات الاختصاص؛ للكفاءة المتوفرة لدى الطبيب.

بلغت نسبة السكان لكل مركز رعاية صحية أولية في فلسطين في العام 2011 نحو 5340، وقد بلغ هذا المعدل في الضفة الغربية 3636 نسمة لكل مركز رعاية صحية، وفي قطاع غزة يخدم كل (10625) مواطن من قبل مركز للرعاية الصحية الأولية.¹

من خلال هذه اللوحة البسيطة عن الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية نجد أن هناك تقدماً وتطوراً في القطاع الصحي، وهذا ينعكس عن مدى التطور والتقدم الاجتماعي، ولكن يبقى هناك فقر في القطاع الاقتصادي ما دام هناك احتلال للأراضي الفلسطينية، فمع كل هذا ما زال هناك ضعف في بعض النواحي الصحية، وبعض الأجهزة التي تحتاجها المستشفيات والمراكز الصحية، ويترتب على ذلك تحويلات طبية لبعض الدول العربية وحتى بعض المستشفيات الإسرائيلية لتلقي العلاج فيها بسبب النقص فيها، هذا ما يزيد من أعباء مادية للدولة، تتحملها نتيجة ذلك، وأيضاً نجد أن العجز المالي ما زال موجوداً فالوضع الطبي في الأراضي الفلسطينية يتماشى فقط مع الوضع الاقتصادي وليس مع حاجة السكان الفلسطينيين.

4.2 الرعاية الصحية للأم والطفل

إن الرعاية الصحية للأم والطفل ضرورية جداً، وإحدى القضايا المهمة التي تقوم المؤسسات الدولية للعناية بها، فالأطفال والأمهات يشكلون نسبة كبيرة من السكان خاصة في الدول النامية، ويعد الأطفال هم جيل المستقبل، وللتطلع لمستقبل جيد لا بد من تقديم رعاية خاصة لهذه الفئة من المجتمع، والعناية الجيدة بصحة الأم تنعكس على صحة الطفل بشكل خاص، والمجتمع بشكل عام.

¹ التقرير الصحي السنوي - 2011. مرجع سابق.

توجه برامج الصحة العامة عناية خاصة للأمهات والأطفال وخاصة في المجتمعات النامية ويرجع هذا لأسباب عدة منها:

- 1- إنّ الأمهات والأطفال يشكلون أكثر من ثلثي عدد سكان المجتمع.
 - 2- إنّ الأمهات والأطفال يعتبرون من الفئات الحساسة التي تتأثر صحتها بعوامل البيئة أكثر من غيرها.
 - 3- إنّ الأمهات والأطفال يمرون بمراحل تغيير وظيفية، التي قد تتحول إلى ظواهر مرضية في أي وقت، مما يستلزم إشرافاً مستمراً لتدارك الأمر في الوقت المناسب.
- وتهدف برامج رعاية الأمومة والطفولة بصفة عامة إلى رفع مستوى السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية للأم والطفل، وبصفة عامة تهدف إلى:¹

أ. بالنسبة للأم

- 1- أن تتمتع كل أم أو حامل أو مرضعة بصحة جيدة.
- 2- أن تتعلم رعاية الطفل.
- 3- أن تلد ولادة طبيعية.
- 4- أن تلد طفلاً سليماً.

ب. بالنسبة للطفل

- 1- أن يعيش وينمو كل طفل وسط أسرة ويتمتع بالحب والطمأنينة.
- 2- أن يعيش في وسط صحي سليم.

¹ جاد الله، فوزي علي: الصحة العامة والرعاية الصحية. دار المعارف بمصر، 1982، ط3.ص356.

3- أن يحصل على تغذية كافية.

4- أن يحصل على رعاية طبية كافية.

5- أن يتعلم مبادئ الحياة الصحية.

وتعد الرعاية الصحية للأم والطفل من البرامج الصحية المهمة في برامج الصحة العامة في المجتمع، كما ترتبط صحة الأمهات والأطفال ارتباطاً وثيقاً في المستوى الاقتصادي والاجتماعي، فبرامج الصحة العامة الأخرى قد تلعب دوراً مباشراً أو غير مباشر في التأثير على صحة كل من الطفل والأم فبرامج مكافحة الأمراض المعدية والصحة الغذائية تعمل على الارتقاء بالمستوى الصحي للأم والطفل مثل باقي أفراد الأسرة.

ويقدم برنامج رعاية الأمومة والطفولة الخدمات للأم الحامل وأطفالها من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية غالباً وتهدف الرعاية الصحية للأم الحامل إلى:¹

1- رعاية الحامل بدنياً ونفسياً واجتماعياً خلال فترة الحمل للوصول إلى ولادة طبيعية.

2- اكتشاف الحالات الأكثر عرضة للخطر بين الحوامل، لإعطائها مزيداً من الرعاية وتحويل الحالات عالية الخطر منها إلى المستوى المناسب من الرعاية.

3- خفض معدل الإصابة بالكزاز عند الولادة.

4- خفض معدلات المراضة والوفيات ما حول وما بعد الولادة وخفض معدلات وفيات الأمهات.

ويتحقق ذلك من خلال متابعة كاملة ومستمرة للأم الحامل، وذلك للمحافظة على صحتها بحالة جيدة.

¹ http://www.unfpa.org.sy/pubfiles/Sf5__Eo9W6_qiP.pdf.2012-12-2

1.4.2 رعاية صحة الأم

يشير مصطلح رعاية صحة الأم إلى ذلك المفهوم الذي يشمل كلاً من رعاية تنظيم الأسرة، والتفكير المسبق بالحمل، ومرحلة الحمل، ومرحلة ما بعد الولادة. كما تتضمن الرعاية المسبقة توفير فرص التعليم، والارتقاء بالصحة، وعمليات الفحص بالأشعة والتدخلات بالنسبة للنساء في مرحلة الأعمار الإنجابية؛ للتقليل من عوامل الخطورة والتي قد تؤثر في عمليات الحمل المستقبلية. بينما تعد عملية الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة الرعاية الشاملة التي تتلقاها النساء أو توفرها لأنفسهن في أثناء مرحلة الحمل. ويتضح هذا من خلال أن النساء اللاتي يتلقين رعايةً صحيةً لمرحلة ما قبل الولادة في فترةٍ مبكرةٍ يتمتن بعمليات ولادةٍ أفضل من هؤلاء النساء اللاتي يتلقين رعايةً أثناء فترة الحمل بصورةٍ أقل أو لا يتلقين رعايةً على الإطلاق خلال فترة حملهن. وتتضمن قضايا الرعاية لمرحلة ما بعد الولادة التعافي بعد الولادة والمخاوف المرتبطة برعاية المولود الجديد والتغذية والرضاعة الطبيعية بالإضافة إلى قضية تنظيم الأسرة.¹

ورعاية الأمومة كما سبق ذكره لا تبدأ مع بداية الحمل بل تكون قبل ذلك، فصحة الأم هي أساس صحة الطفل. فالاهتمام بصحتها تكون منذ طفولة الأم، فيجب تقوية بنيتها وإعدادها منذ الصغر لتصبح أمًا ناجحة في المستقبل واعية لمبادئ الحياة السليمة ولأهميتها كأم وأهمية الأسرة والحياة الأسرية ورسالتها في المجتمع. والاهتمام بصحة الأم لا ينعكس على الطفل فقط بل على الأسرة بأكملها، فالأم هي من تدبر شؤون بيتها وترعى الكبار والصغار فيه، كذلك إن صحة الأم لا تتأثر فقط بمشاكل الحمل والولادة والرضاعة بل تتأثر بالأمراض الأخرى التي تنتشر في المجتمع. ورعاية صحة الأم قبل الحمل والتي تؤدي إلى كشف حالات مرضية للأم والتي قد تنتقل بالوراثة.

1.1.4.2 رعاية الحامل أثناء الحمل

تعتبر الرعاية الصحية للمرأة الحامل من أهم الأولويات التي توليها المجتمعات أهمية كبرى، كما لها آثار إيجابية على تقدم الرعاية الصحية بشكل عام. إن الرعاية الصحية الأولية

¹ http://en.wikipedia.org/wiki/Maternal_health.2012-12-10

يجب أن تشمل فترة ما قبل الحمل، ثم فترة الحمل، ثم ما بعد الولادة. كما أنها تشمل أيضا جميع أفراد الأسرة، متضمنة المشاكل الطبية والنفسية والاجتماعية والبيئية التي تحيط بالمرأة الحامل وتؤثر في صحتها وبالتالي في صحة جنينها.

وتعتبر المتابعة الصحية أثناء الحمل أيضا فرصة لكشف المشاكل الصحية التي كانت تعاني منها الحامل أصلاً ومعالجتها. أو المشاكل التي قد تحدث أثناء الحمل. وتعتبر متابعة الحمل ضرورية للنساء الحوامل اللواتي يتصف حملهن بالخطر، واللواتي يحتجن رعاية صحية ومتابعة طبية أثناء الحمل أو عند الولادة، وزيادة التنقيب بالجوانب الصحية المتعلقة بالحمل والولادة وما بعدها، كذلك زيادة توعية بالاهتمام بتغذيتهم وتغذية المولود، إضافة للعديد من الجوانب الأخرى. ولا بد للمرأة الحامل أن تقوم بالمتابعة الصحية منذ فترة مبكرة من الحمل ليساعد في الكشف المبكر عن المشاكل الصحية المصاحبة للحمل والمضاعفات التي قد تترتب عليها؛ مما يساعد في الحد منها ومن تفاقمها.

فمن أهداف الرعاية الصحية للأم خلال فترة الحمل:

1- التعرف على صحة الحامل وجنينها.

2- تعيين عمر الجنين.

3- إعداد خطة منظمة للمتابعة خلال فترة الحمل وتشجيع المرأة الحامل على إتباعها حيث تكون الزيارات الشهرية حتى الأسبوع 28 من الحمل ثم كل أسبوعين حتى الأسبوع 36 من الحمل ثم أسبوعيا حتى الولادة. فمن خلال برنامج الزيارات الدورية المنتظمة تتم التوعية الطبية اللازمة، كما تؤدي هذه الزيارات إلى توثيق العلاقة وتطوير الثقة بين الحامل وفريقها الطبي المعالج مما يؤدي إلى نتائج إيجابية من أجل مرور فترة الحمل بسلام ودون أية مضاعفات.¹

¹ <http://www.pal Nurse.com/vb/showthread.php?t=16897.2012-11-22>

وعادةً ما تتلقى النساء المسجلات الكشف الطبي المنتظم وفحوصات التقصي والمكملات الغذائية؛ للوقاية من التشوهات الخلقية، والحماية من نقص المغذيات الدقيقة.¹

يوضح لنا الجدول رقم (2) أنه في كل سنة منذ 1996 وحتى عام 2010 كانت تزداد نسبة النساء اللواتي يتلقين رعاية صحية أثناء الحمل في الأراضي الفلسطينية الضفة الغربية وقطاع غزة، ويمكن إرجاع ذلك إلى زيادة الوعي الثقافي لدى النساء بضرورة تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل، سواء في مستشفى أم في عيادات خاصة، مما يعود بالفائدة على الأم والجنين بالتقليل من التعرض للحمل الخطر وآثاره السلبية على الأم والطفل، كذلك زيادة مراكز الرعاية الصحية التي يمكن الوصول لها بسهولة، واتباع وزارة الصحة بعض البرامج التثقيفية من خلال نشرات صحية تعطى للمرأة والحامل منذ بداية فترة الحمل.

جدول (2): نسبة النساء (15-49) سنة اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء حملهن بأخر ولادة تمت خلال السنتين السابقتين للحمل

المنطقة	*1996	**2000	***2006	****2010
الأراضي الفلسطينية	94.6	95.6	98.8	99.2
الضفة الغربية	93.5	94.0	98.7	99.3
قطاع غزة	96.7	98.3	99.1	99.2

المصدر: * دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1999. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة - 1996: سلسلة التقارير التحليلية رقم (3)، رعاية الأمومة في الضفة الغربية وقطاع غزة.

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

*** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. رام الله - فلسطين.

**** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. تقرير النتائج الأولية، مسح الأسرة الفلسطيني 2010. رام الله - فلسطين.

ومن الملاحظ من الجدول رقم (2) أيضاً، انخفاض نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل في الضفة الغربية عنها في قطاع غزة خلال الفترة 1996-2006، وفي

¹ لمحة عامة عن كتيّب صحة الأم والطفل في فلسطين. فلسطين. تشرين أول/2012. 16.

2010 أصبحت النسبة متقاربة جدا ولكن لصالح الضفة الغربية، ويمكن إرجاعها إلى انتشار خدمات وكالة الغوث ومؤسساتها الصحية وتقديمها الرعاية الصحية للحامل والطفل مجاناً؛ مما يشجع الحوامل على الإقدام على مراكز الرعاية الصحية، خاصة وأن معظم السكان في قطاع غزة مستفيدين من هذه الخدمات، ولكون نسبة كبيرة من سكانها لاجئين، كذلك معظم سكان الضفة الغربية يعيشون في القرى لذلك ليس من السهل الوصول إلى المراكز الصحية.

ويتبين من الجدول رقم (3) أن معدل عدد مرات الزيارة ما بين سنة 2010 إلى 2012 متقاربة ومقبولة إلى حد ما فما زال هناك وعي لدى المرأة الحامل بضرورة القيام بزيارة العيادات الصحية اللازمة لها، والحصول على أقرص الحديد وحامض الفوليك أثناء الحمل وتعتبر من المقويات. وكذلك حصولها على التطعيم ضد الكزاز، والتطعيم ضد التيتانوس، ضروريان، حيث يعتبر تسمم التيتانوس من الأسباب الرئيسة المؤدية إلى وفيات الأمهات والأطفال وحديثي الولادة في حال حدوث الولادة في بيئة غير نظيفة وبأدوات غير معقمة، ويكتسب الطفل في أيامه الأولى مناعة ضد التسمم بالتيتانوس من خلال الأم، لذا يمكن تقليل الإصابة بتسمم التيتانوس إلى حد كبير، من خلال تطعيم الأمهات أثناء الحمل أو خلال فترة مبكرة من حياتهم الإنجابية.¹

جدول (3): عدد الزيارات للنساء الحوامل أثناء الحمل للأعوام 2010-2012.

مراكز المراجعة	*2010	**2011	***2012
الرعاية الصحية الأولية	126,335	129,36	139,000
وزارة الصحة	25,033	26,194	26,510
نسبة التغطية للنساء الحوامل (%)	%38.3	%40.5	%42.8
معدل زيارة الحوامل (مرة)	5,0	4,9	5,2

المصدر: * التقرير الصحي السنوي - 2010.

** التقرير الصحي السنوي - 2011.

*** وزارة الصحة- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، التقرير الصحي السنوي - فلسطين 2012، تموز 2013.

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

ونسبة التغطية للنساء الحوامل (نسبة النساء الحوامل المراجعات لمراكز الرعاية الصحية الأولية إلى جملة النساء الحوامل) قد زادت في عام 2012 عنها في عام 2010 حيث بلغ 42.8% هذا يعود لزيادة الاهتمام بالمرأة الحامل وتقديم الخدمات اللازمة لها، حيث أصبحت التغطية تشمل عدداً أكبر من النساء وهذا يعكسه أيضاً عدد زيارة النساء الحوامل الذي ارتفع حتى عام 2012 إلى 5,2 مرة.

ويظهر من نتائج المسح الصحي عام 2000 أن غالبية النساء 92.0% اللواتي أنجبن خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح، وأجبن بأنهن تلقين رعاية خلال الحمل، كن قد ترددن على المركز الصحي على الأقل 4 مرات، وأكثر من نصف النساء ترددن 7 مرات.¹ بينما تظهر نتائج المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006 أن الغالبية من النساء 90.2% واللواتي أنجبن مولودهن خلال الخمس سنوات السابقة للمسح وأجبن بأنهن تلقين رعاية خلال الحمل كن قد ترددن على المركز الصحي على الأقل 4 مرات و 75.9% ترددن 7 مرات أو أكثر.² وهذا يدل على وعي النساء بأهمية الرعاية والمتابعة المنتظمة خلال الحمل.

2.1.4.2 فترة الحمل عند البدء بمتابعة الحمل أي عند الزيارة الأولى للمركز الصحي

تشير نتائج المسح الصحي عام 2000 أن نسبة عالية من الحوامل في الضفة الغربية 40.4% قد بدأت بالتردد على مراكز رعاية الحوامل منذ بداية الشهر الأول للحمل، في حين بلغت هذه النسبة في قطاع غزة 9.8%.³ وتشير نتائج المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006 أن نسبة الحوامل في الضفة الغربية 45.2% قد بدأت بالتردد على مراكز رعاية الحوامل منذ بداية الشهر الأول للحمل، في حين بلغت هذه النسبة في قطاع غزة 23.2%.⁴ ويعود هذا الانخفاض في قطاع غزة إلى بروتوكولات وكالة الغوث التي تدعو إلى متابعة الحمل منذ الشهر

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. المسح الصحي - 2000، التقرير النهائي. رام الله - فلسطين.
² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. رام الله - فلسطين.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. المسح الصحي - 2000، التقرير النهائي. مرجع سابق.
⁴ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق

الرابع من الحمل بالإضافة إلى عيادات رعاية الحوامل التي تقدم الخدمات والفحوصات المجانية للمرأة الحامل بالإضافة إلى حاجتها للفحوصات اللازمة المجانية، وتقدم هذه الخدمات بعد الشهر الرابع عند بداية تسجيل المرأة الحامل. هذا يؤكد نتائج المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006 حيث بلغت نسبة النساء اللواتي يترددن على مراكز رعاية الحوامل منذ بداية الشهر الرابع في الضفة الغربيةية 8.5% وفي قطاع غزة 25.3%¹.

3.1.4.2 مكان تلقي الرعاية أثناء الحمل

هناك العديد من العوامل التي تحدد اختيار مكان المتابعة أثناء الحمل. مثل توفر خدمات الرعاية الصحية، ومدى سهولة الوصول إليها، وتكلفة المتابعة، ونوعية الخدمات وجودتها المقدمة.

اتضح من بيانات المسح الصحي 1996 وبيانات وزارة الصحة لعام 2000 ومسح الأسرة الفلسطيني 2010 أن أكبر نسبة إقبال للنساء الحوامل في الضفة الغربيةية في مسح عام 1996 هي مراجعة الطبيب الخاص، ولم تتغير صدارة الطبيب الخاص كذلك في مسح عام 2000، ومسح عام 2010، بينما بلغت أعلى نسبة لإقبال النساء الحوامل في قطاع غزة كما هو واضح من خلال المسح الصحي عام 1996 لمراكز الأمومة والطفولة، وفي مسح عام 2000 كانت نسبة الإقبال المتصدرة لصالح وكالة الغوث. ويمكن إرجاع السبب في ارتفاع نسبة إقبال النساء الحوامل على الطبيب الخاص في الضفة الغربيةية عنها في قطاع غزة هو توفر العيادات الصحية المتخصصة للنساء الحوامل في الضفة الغربيةية عنها في قطاع غزة.

كما إن رغبة المرأة في الإقبال على العيادات الخاصة أكبر من المركز الصحي في الضفة الغربيةية يمكن إرجاعه إلى أنه لا يوجد لديها بروتوكولات خاصة في موعد تسجيل زيارة المرأة الحامل، وقد يكون من أجل الكفاءة لدى الطبيب، والإجادة بعمله الجيد وهذا ما موضح بشكل كبير لدينا في الواقع الفلسطيني. أما بالنسبة لقطاع غزة فيمكن أن يعود الانخفاض ذلك إلى

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق.

ارتفاع تكلفة العيادات الخاصة للأطباء مقارنة بالوضع المعيشي لسكان قطاع غزة لذلك انخفضت نسبة المراجعات للعيادات الخاصة، ولكون وكالة الغوث تقدم رعاية مجانية وهذا انعكس على زيادة إقبال النساء في القطاع على وكالة الغوث بشكل أكبر، وهذا ما يوضحه جدول رقم (4).

جدول (4): التوزيع النسبي لآخر مولودين ولدوا خلال الخمس سنوات السابقة لمسح 1996 وال 3 سنوات السابقة لمسح 2000 وخلال السنتين السابقتين لمسح 2010 وتلقت أمهاتهم رعاية أثناء الحمل حسب مكان إجراء الفحص والمنطقة.

مراكز غير حكومية	عيادة طبيب	مركز أمومة وطفولة	وكالة الغوث	مستشفى خاص	مستشفى حكومي		
1.1	71.4	31.5	4.7	6.9	8.5	*1996	الضفة الغربية
5.4	63.6	11.9	7.1	8.0	**2000		
3.4	53.2	-	5.5	7.5	***2010		
0.2	36.9	73.7	4.8	3.1	4.3	*1996	قطاع غزة
1.8	20.3	14.1	59.9	0.5	3.4	**2000	
1.3	32.5	-	42.8	3	5.3	***2010	

المصدر: * دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1999. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة - 1996: سلسلة التقارير التحليلية رقم (3)، رعاية الأمومة في الضفة الغربية وقطاع غزة.

** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. المسح الصحي - 2000، التقرير النهائي. مرجع سابق

*** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. مرجع سابق.

ومن الجدول رقم (4) نجد أنه يعود ارتفاع نسبة الإقبال على المستشفى والطبيب الخاص في الضفة الغربية عنها في قطاع غزة، إلى وجود تغطية تأمينات صحية من شركات خاصة للموظفين تساعدهم على الإقبال على المراكز الخاصة أكثر من الحكومية، كذلك عدم حصول بعض الأشخاص على التأمين الصحي التابع لوكالة الغوث مما يدفعهم إلى اللجوء للعيادات والمستشفيات الخاصة، بالإضافة إلى لجوء بعض الحوامل إلى الكفاءة الطبية والعناية الخاصة والفاخرة في هذه المراكز الخاصة بالمقارنة بالمراكز والعيادات الحكومية.

4.1.4.2 مضاعفات ومشكلات الحمل

تتعرض المرأة الحامل أثناء فترة الحمل للكثير من التغيرات التي تطرأ على جسمها، بعض هذه التغيرات قد تكون طبيعية وبعضها تحتاج لمتابعة خاصة من قبل الطبيب، فبعض الحالات قد تحول إلى عيادات الحمل الخطر، وهي العيادات التي تلجأ لها الحامل عند تعرضها والجنين للخطر، تشير السجلات الرسمية في مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة أنه خلال العام 2011 تم تحويل 3.121 حامل بنسبة 11.9% من الحوامل المسجلات في مراكز الرعاية الصحية الأولية إلى عيادات الحمل الخطر في مختلف المحافظات بينما بلغ إجمالي الزيارات إلى مراكز الحمل الخطر 14.599 زيارة خلال الفترة نفسها،¹ وهذه من فوائد متابعة المرأة خلال الحمل عند الطبيب.

ومن المشكلات التي قد تعاني منها النساء أثناء الحمل، وفقر الدم، وتورم في الوجه، وصداع حاد، وتشنجات، وصعوبة تنفس، وغيرها. وفي المسوح الصحية التي أجريت في العامين 1996-2006، تم طرح سؤال: ما إذا ما كن قد تعرضن خلا الحمل لبعض المشاكل. ولقد أظهرت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (5)، أن معظم النساء في الضفة الغربية وقطاع غزة قد عانين حسب مسح 1996 ومسح 2006 من مشاكل الصداع الحاد، ويشير الجدول رقم (5) أيضاً إلى حدوث انخفاض واضح فيهما بحوالي النصف، سواء في الضفة الغربية أم في قطاع غزة، حسب بيانات مسح 1996 و 2006، وقد يعود السبب في ذلك إلى توفر الأدوية اللازمة للحامل التي تخفف من الأم الصداع الحاد، خاصة أنه يعتبر من الأدوية القليلة التي يسمح للحامل تناولها في فترة الحمل أكثر من غيرها لكونها لا تعود بأضرار كبيرة على الجنين.

إن المشاكل الأخرى من الصعب تحديد سببها في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة حيث إن أعراضها هي أعراض شخصية حسب المرأة، وطبيعة جسدها، وطبيعة تناولها للأطعمة التي قد تنعكس عليها خلال فترة الحمل.

¹ التقرير الصحي السنوي - 2011، مرجع سابق.

جدول (5): نسبة المواليد (المولود الأخير) الذين ولدوا في السنوات الخمس السابقة للمسح وتعرضت أمهاتهم لمشاكل صحية أثناء الحمل حسب نوع المشكلة والمنطقة للأعوام 1996 و 2006.

المنطقة				نوع المشكلة
قطاع غزة		الضفة الغربية		
**2006	1996*	**2006	*1996	
5.3	5.8	6.3	4.9	نزيف
12.2	18.0	8.2	21.1	ارتفاع ضغط الدم
14.5	21.7	17.0	25.0	تورم الوجه والكاحل
19.0	39.3	19.1	38.5	صداع حاد
0.9	5.5	5.3	6.7	تشنجات
14.0	31.4	18.1	35.1	التهابات

المصدر: * دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1999. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة - 1996: سلسلة التقارير التحليلية رقم (3)، رعاية الأمومة في الضفة الغربية وقطاع غزة. مرجع سابق.

** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق.

من ناحية أخرى تبين من نتائج المسح الصحي 2006 أن 85.3% من النساء اللواتي عانين من مشاكل خلال حملهن الأخير، قد تلقين نصيحة أو علاجاً لهذه الأعراض، وأن غالبية الحالات التي لم تسع إلى تلقي استشارة طبية لعلاج هذه الأعراض قد أرجعت السبب إلى الاقتناع بأن هذه الأعراض لا تشكل مشكلة 78.1%، أما السبب الثاني فقد أرجع إلى ارتفاع التكلفة.¹

5.1.4.2 الرعاية الصحية أثناء الولادة

يرجع الاهتمام بالرعاية الصحية أثناء الولادة إلى ضرورة إتمام عملية الولادة تحت إشراف طبي، وتوفير المعدات الطبية اللازمة والتي تساعد في إتمام عملية الولادة بأمان، مما يساعد في التقليل من احتمال تعرض الأم والطفل لأي مضاعفات صحية يمكن أن تحدث أثناء الولادة أو بعدها.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق.

أ- مكان الولادة

يعد مكان الولادة مهماً جداً لكل من الطفل والأم حيث يتلقى كل منهم الرعاية المناسبة أثناء وبعد الولادة مباشرة، فيتم تحديد طبيعة الولادة والوضع الصحي للأم والمولود، وإجراء الفحوصات اللازمة قبل الولادة من أجل تفادي أي خطر قد يتشكل على كل منهما، بإعطاؤه الرعاية المناسبة بعد الولادة مباشرة.

يتبين من بيانات المسوح الصحية للأعوام 1996، 2000، 2006، 2010 أن معظم الولادات تمت في مراكز صحية، حيث بلغت النسبة (77.0%، 94.8%، 96.6%، 98.4%) على التوالي، وهذه النسب تشير إلى توجه الحوامل إلى الإنجاب في المراكز الصحية وتحت الإشراف الطبي. إن هذه الزيادة في الإقبال على المراكز الصحية للولادة ما هي إلا دليل على زيادة الوعي لدى المجتمع الفلسطيني بأهمية ذلك وانعكاسه على المجتمع ككل، فتوفر المراكز الصحية والوعي الكامل والمعدات الطبية والخدمات التي تقدم من قبل تلك المراكز لكل من الأم والطفل زادت من هذه النسبة.

وتعتبر هذه النسب مرتفعة إذا ما قورنت بالنسب السائدة في معظم الدول العربية عام

2000 (سلطنة عُمان 88%، ومصر 48%، المغرب 46%، سوريا 35%، واليمن 16%).¹

جدول (6) التوزيع النسبي للنساء اللواتي 15-40 سنة حسب مكان الولادة والمنطقة.

قطاع غزة			الضفة الغربية			المنطقة
***2010	**2000	*1996	***2010	**2000	*1996	
69.7	46.6	36.1	52.7	41.0	47.4	مستشفى حكومي
34.9	5.7	8.8	21.6	40.2	28.3	مستشفى خاص

المصدر: * دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1999. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة - 1996: سلسلة التقارير التحليلية رقم (3)، رعاية الأمومة في الضفة الغربية وقطاع غزة. مرجع سابق.

** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. المسح الصحي - 2000، التقرير النهائي. مرجع سابق.

*** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله فلسطين.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. سلسلة التقارير التحليلية من واقع بيانات التعداد والمسوح الصحية والديموغرافية رقم (1)، رعاية الأمومة في الأراضي الفلسطينية. مرجع سابق.

تشير بيانات الجدول رقم (6) أن نسبة الإقبال على المستشفى الحكومي في الضفة الغربية في الفترة بين 1996-2000 انخفضت، في حين ارتفعت في قطاع غزة؛ يعود السبب في ذلك إلى زيادة الإقبال على المستشفيات الخاصة ولكن بالرغم من ذلك بقي الإقبال على المستشفى الحكومي في الصدارة، إن ارتفاع نسبة الإقبال على المستشفى الحكومي كونه متوفراً بشكل أكبر، وتكاليفه منخفضة مقارنة بالمستشفيات الخاصة، ومن المعلوم أن الموظفين الحكوميين مؤمنون صحياً لدى هذه المستشفيات؛ لذلك يكون الإقبال عليها كبيراً خصوصاً إذا ما علمنا أن نسبة كبيرة من القوى العاملة الفلسطينية تعمل في القطاع الحكومي، بالإضافة إلى بعض التأمينات الأخرى التي يكون العلاج والإقامة والولادات من خلالها مجاناً في المستشفيات الحكومية مثل تأمين الأقصى، وتشير بيانات المسح الصحي عام 2010 أن النسبة ارتفعت لكل من المستشفيات الحكومية والخاصة، ويمكن إرجاع ذلك لعدة أسباب منها: زيادة المستشفيات الحكومية والخاصة في فترة الـ 10 سنوات هذه.

أما المستشفيات الخاصة فترتفع نسبة الإقبال عليها في الضفة الغربية أكثر من قطاع غزة؛ بسبب انتشارها في الضفة الغربية أكثر من قطاع غزة، كذلك يزداد الإقبال عليها من قبل أولئك الذين يحملون تأمينات من شركات خاصة والأشخاص ذوي الدخل المرتفع؛ وذلك لكون العناية والرعاية الصحية فيها كبيرة جداً، وتوفر الراحة اللازمة لكل من الطفل والأم من خلال توفير غرفة خاصة لهما وكادر طبي خاص، بينما في قطاع غزة تنخفض نسبة الإقبال على المستشفيات الخاصة عن الضفة الغربية، فيمكن إرجاع ذلك بشكل أساسي إلى الوضع الاقتصادي السيئ، وعدم قدرة عدد كبير من النساء على استخدام المستشفيات الخاصة من أجل الولادة فيها.

ب- طبيعة الولادة

تشير نتائج المسح الصحي عام 2000 أنّ غالبية الولادات التي حصلت في السنوات الثلاث السابقة للمسح في الأراضي الفلسطينية، 72% كانت طبيعية و 8.8% ولادات قيصرية،

و19,1% بطرق أخرى، منها التوسيع والجرح.¹ بينما تشير نتائج مسح عام 2006 أن غالبية الولادات (المولود الأخير) التي حصلت في السنوات الخمس السابقة في الأراضي الفلسطينية، 75.9% تمت بصورة طبيعية، و 15.0% تمت بواسطة عملية قيصرية و 9.1% بالطرق أخرى.² وبيانات مسح الأسرة عام 2010 تشير أن 83.3% تمت بصورة طبيعية، و 16.7% بواسطة عملية قيصرية.³ هذه البيانات تشير إلى ارتفاع نسب الولادة الطبيعية فيما بين 2000-2010، وهذا يعكس مدى متابعة المرأة الحامل لحالتها الصحية لدى المختصين لتسهيل عملية الولادة لديها، في حين ازدادت الولادات القيصرية؛ وقد لا يعود هذا فقط لطبيعة المرأة وحاجتها لولادة قيصرية، بل أصبح الطبيب يقوم بتخير المرأة إذا كانت تحب عملية قيصرية أم ولادة طبيعية تجنباً لآلام الولادة لدى بعضهن، فيخترن القيصرية، وارتفاع العمليات القيصرية هو على حساب الطرق الأخرى في الولادة نتيجة للتقدم الطبي، حيث أصبح لديها حرية الاختيار مقارنة بالسابق، خاصة كانت المرأة لا يتم تحويلها للعملية القيصرية إلا إذا كانت حالتها تستدعي ذلك.

6.1.4.2 رعاية الأم بعد الولادة

تعتبر الرعاية بعد الولادة من أساسيات الصحة الإنجابية بشكل عام وصحة الأمومة بشكل خاص. حيث إنّ الأم يجب أن تتلقى الخدمات الطبية اللازمة لها في فترة النفاس، وهي فترة ما بعد الولادة، خاصة أنها قد تتعرض لمضاعفات منها: النزيف، أو ارتفاع درجة حرارة وغيرها، وذلك من أجل شفاء الأم بشكل سريع فهي تحتاج لفترة 6 أسابيع لكي يعود جسمها لما كانت عليه قبل الحمل. كذلك تجب رعايتها من جانب الرضاعة الطبيعية، بتقديم الغذاء المناسب لها؛ لكي تستطيع إرضاع طفلها بما يكفي، بحيث تكون بداية حياة سليمة للطفل.

كانت رعاية الأم بعد الولادة وما زالت هي الحلقة الأضعف في خدمات الصحة الإنجابية في الأراضي الفلسطينية على الرغم من أن مرحلة النفاس من أكثر المراحل خطراً على حياة

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. المسح الصحي - 2000، التقرير النهائي. مرجع سابق.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. مرجع سابق.

الأم والطفل، وبالرغم من حدوث ارتفاع في نسبة المستفيدات من خدمات رعاية ما بعد الولادة في مسح عام 2000 عن نتائج المسح السابق 1996، إلا أن هذا الارتفاع كان ضئيلاً قياساً بحجم المشكلة وخطورتها. حسب مسح عام 2000 إن 26.3% فقط من النساء اللواتي أنجبن خلال السنوات الثلاث السابقة للمسح، قد تلقين رعاية بعد الولادة بينما 73.7% لم يتلقين رعاية (مقابل 19.7% تلقين رعاية بعد الولادة و 80.3% لم يتلقين حسب نتائج عام 1996). كما تظهر النتائج مسح 2000 أن نسبة تلقي الرعاية بعد الولادة في الضفة الغربية أعلى منها في قطاع غزة، حيث بلغت في الضفة الغربية 29% بينما في قطاع غزة 21.4%.¹

إن انخفاض نسبة الرعاية الصحية بعد الولادة ما زالت موجودة، والذي يغلب عليها بشكل كبير هو طبيعة الواقع في المجتمع، فكما هو معروف، إن بعد الولادة، خاصة إذا كانت الولادة طبيعية، لا تراجع الأم الطبيب المختص أو حتى ممرضة، حتى وإن عانت بعض الشيء فيتم علاجها منزلياً، إما بتناول بعض الأدوية التي لا تضر بالرضاعة أو تناول بعض الأعشاب اللازمة، بالإضافة إلى عدم الوعي الكافي لدى المرأة بضرورة مراجعة العيادة الصحية بعد الولادة للحفاظ على صحتها وصحة وليدها، خاصة وأنه لم تسجل حالات واقعية خطيرة لمضاعفات ما بعد الولادة لبعض النساء.

لقد بلغ إجمالي زيارات الأمهات لمراكز رعاية الأمومة والطفولة في الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية خلال العام 2011 نحو 11.961 زيارة للطبيب بمعدل 19% من إجمالي المواليد الأحياء المبلغ عنهم و 40.422 زيارة للممرضة بمعدل 63% من المواليد الأحياء المبلغ عنهم.² وكما ذكرنا سابقاً أن معظم سكان الأراضي الفلسطينية من القرى والمراكز الصحية في القرى، تتكون معظمها من الممرضات، لذلك تزداد نسبة الإقبال عليهن أكثر من الطبيب، ولكون المرأة حسب الأعراف الموجودة تحبذ الإقبال على الممرضة أكثر من الأطباء خاصة إذا لم تتوفر طبيبة أنثى.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. المسح الصحي - 2000، التقرير النهائي. مرجع سابق.

² التقرير الصحي السنوي - 2011، مرجع سابق.

2.4.2 رعاية صحة الطفل

إن الاهتمام بصحة الطفل يعكس مدى نجاح البرامج والسياسات الصحية التي تهدف إلى تحسين المستوى الصحي ورفعها للأطفال، ونمو أجيال قادرة على التفاعل مع المجتمع، كما أن الوضع الصحي لدى الأطفال يمكن أن يسهم في قياس المستوى الصحي والمعيشي للمجتمع، فرعاية الطفل لا تقتصر على الأطفال منذ الولادة بل تشمل فترة الحمل -9 شهور- حيث كان الكائن الحي في رحم أمه، بمعنى أن الرعاية الصحية للطفل يوم ولادته تعتمد اعتماداً كبيراً على الرعاية التي قد وجهت إليه في فترة الحمل داخل الرحم.

على الرغم من أن السلطة الوطنية الفلسطينية كانت لا تعتبر دولة ذات سيادة، وهذا يعني أنها لا تستطيع التوقيع على المواثيق الدولية! إلا أنها تبنت ميثاق حقوق الطفل من كافة جوانبه، وتم إعداد إستراتيجية البرنامج الوطني للطفل الفلسطيني معتمدة على ميثاق حقوق الطفل كإطار عام، ويركز البرنامج على مجموعة من الخدمات المقدمة للأطفال، تشمل مجالات الصحة، والتعليم، والشباب، والثقافة، والشؤون الاجتماعية، وعلى صعيد الصحة مثلاً: يطرح البرنامج تطوير النظام الصحي للنهوض بصحة الطفل الفلسطيني وأن يكون متاحاً لجميع الأطفال والأمهات ويركز كذلك على مفهوم التعزيز الصحي من خلال المدارس والعيادات ووسائل الإعلام.¹

تختلف محتويات برامج الإشراف الصحي والرعاية الصحية من مجتمع إلى آخر طبقاً للحاجات المحلية لكل مجتمع، ويشمل برنامج رعاية الطفولة بصفة عامة ما يلي:²

1- التاريخ الصحي للطفل: ويعتبر هذا أهم أوجه الإشراف الصحي على الأطفال ويجب أن يكون هذا التاريخ مفصلاً ومستمرًا وشاملاً للمعلومات العامة عن أسرة الطفل، وعن نمو

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2012. التقرير السنوي. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 15). رام الله - فلسطين.

² الصحة العامة والرعاية الصحية، مرجع سابق، ص 364.

الطفل وتطوره وعن الأمراض التي أصابته، ويجب تشجيع الأمهات على الكلام وسرد كل ما فيهنّ من مشكلات تتعلق بصحة الطفل ونشأته.

2- الكشف الطبي على الطفل: ويكون هذا كشفاً كاملاً في الزيارة الأولى ومحدوداً لبعض الأوجه في الزيارات التالية، ويهتم هذا الكشف بصفة خاصة بتقويم نمو الطفل وصحته العامة ومستوى تغذيته وقلبه و صدره وعظامه ومفاصله....الخ.

3- الإرشاد التوعوي: ويعنى به التوعية للأم بما سيحدث للطفل فيما يتعلق بنموه وتطوره وحاجاته الصحية والغذائية، وإعطائها الإرشاد اللازم لمواجهة الظروف المستقبلية المرتبطة بالتغيرات التي ستطرأ على الطفل، أو بمعنى آخر ماذا تتوقع الأم، وما يجب أن تقوم به لمواجهة الاحتمالات.

4- التحصين ضد الأمراض المعدية الهامة، الجدري والسعال الديكي والتيتانوس وشلل الأطفال، ويكون هذا في الأعمار المناسبة وفقاً للوائح المعمول بها.

5- الفحوص العامة، وتشمل فحص البول وقياس هيموجلوبين الدم.

6- الزيارات المنزلية لمنزل الطفل إذا لزم الأمر؛ للبحث الاجتماعي للأسرة وللاستكمال الرعاية الصحية للطفل ودراسة أسباب المشاكل الصحية وعلاجها في بيئة الطفل.

7- الرعاية الطبية: وتعمل على توفير وسائل العلاج للطفل لاستعادة صحته وشفائه مما يلزم به من أمراض، ويجب أن يهدف برنامج الرعاية إلى اكتشاف مبكر للحالات المرضية وعلاجها الفوري، قبل أن تستفحل وتصيب الطفل بمضاعفات، وتقوم مراكز رعاية الطفل بعلاج الحالات المرضية الهينة، أما الحالات المرضية الشديدة سواء أكانت باطنية أم جراحية، فتحول إلى المستشفيات سواء أكانت مستشفيات مركزية أم خاصة بالأطفال.

لقد عملت العديد من المؤسسات العالمية على تحسين أوضاع الأطفال في العالم، كمنظمة الصحة العالمية واليونيسيف. وفي هذا المجال اتفقت هذه المؤسسات على مجموعة من

المؤشرات، بحيث تقوم كل دولة بتأسيس آلية منتظمة لجمع البيانات وتحليلها ونشرها لمراقبة المؤشرات الاجتماعية التي تتعلق بالطفل، وقد سارت الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني على هذا الطريق، وأصبح لديه مجموعة من مؤشرات صحة الطفل التي تناولها في عدد من الدراسات الصحية المتعلقة بالطفل.¹

1.2.4.2 وزن الطفل عند الولادة

تعتبر دراسة وزن الطفل عند الولادة مهمة جداً، فهو يعكس الحالة الصحية لديه، فهي تساعد على بقاء الطفل على قيد الحياة، وإلا تُعرض صحته للخطر. فوزن الطفل وصحته عند الولادة تعكس صحة الأم والعناية التي كانت تتلقاها في فترة الحمل.

وزن الطفل عند الولادة يقسم حسب منظمة الصحة العالمية إلى أقل من الطبيعي: وهو وزن المولود الذي يقل عن 2,5 كغم عند ولادته، وأكثر من الطبيعي: وهو وزن المولود الذي يزيد عن 4,0 عند ولادته، والوزن الطبيعي للمولود: وهو وزن الطفل مباشرة بعد الولادة ويتراوح بين 2,5-4,0 كغم.² وفي الحالة الأولى والثانية يكون المولود أكثر عرضة للإصابة بالمرض، ولمخاطر الوفاة فيما بعد، فنقص الوزن مثلاً يعرض الطفل لخطر الإصابة ببعض الأمراض كالإسهال، ويخشى من المضاعفات التي قد تطرأ عليه، وبالتالي تعرض حياة الطفل للخطر والتي قد تصل لخطر الوفاة.

تشير بيانات سلسلة تقارير أطفال فلسطين -تقارير وإحصاءات-، الموضحة في جدول رقم (7)، أنه في تقرير عام 1998 كانت نسبة الأطفال الذين ولدوا ووزنهم أكثر من 4 كغم أكبر من نسبة الأطفال ناقصي الوزن. وبمقارنة ذلك بتقرير عام 2010 تنعكس هذه النتيجة لصالح ناقصي الوزن، ويمكن إرجاع ذلك أيضاً للتأثر بالفقر والمستوى المعيشي للأسر

¹ دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1998. التقرير السنوي، 1998. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 1). رام الله - فلسطين.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2012. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز - 2012. مرجع سابق.

الفلسطينية خاصة في فترة انتفاضة الأقصى؛ حيث يؤثر الفقر على طبيعة تغذية كل من الأم والطفل، هذا يوضحه بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2006 حيث ترتفع نسبة نقص الوزن بين الأسر الأكثر فقراً حيث تصل 9.3% وتقل النسبة بين المواليد للأسر الأكثر غنى حيث تقدر 6.2%.

جدول (7): التوزيع النسبي للمواليد حسب الوزن عند الولادة في الأراضي الفلسطينية.

المنطقة	أقل من 2.5 كغم	4 كغم فأعلى
*1998	الأراضي الفلسطينية	8.7
	الضفة الغربية	7.9
	قطاع غزة	9.4
**2006	الأراضي الفلسطينية	–
	الضفة الغربية	8.2
	قطاع غزة	8.3
***2010	الأراضي الفلسطينية	2.8
	الضفة الغربية	2.6
	قطاع غزة	3.1

المصدر: * دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1998. التقرير السنوي، 1998. أطفال فلسطين – قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 1). مرجع سابق.

** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. التقرير السنوي – 2006. أطفال فلسطين – قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل رقم (9). رام الله – فلسطين.

*** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. مرجع سابق.

2.2.4.2 الحالة التغذوية للأطفال

تكمُن أهمية تغذية الطفل المناسبة والمتوازنة كمتطلب أساسي لضمان نمو وتطور سليم عند الطفل في سنوات عمره الأولى، حيث ينمو جسمه وأعضاؤه وتتطور مهاراته وقدراته الحركية والعقلية وغيرها من المهارات، خاصة خلال سنوات عمره الأولى؛ لذلك يجب أن يتوفر غذاء مناسب بكميات مناسبة كعمر الطفل ووزنه محتوية على العناصر الغذائية الأساسية اللازمة لهذا النمو والتطور السريع للطفل.

إن قلة كمية الغذاء سواء كانت من ناحية الكم أم النوع خلال فترة نمو الطفل، قد يؤثر على نموه الجسدي وتطوره العقلي. كما أن الزيادة في كمية الغذاء عن حاجته قد تؤدي إلى السمنة وهذا أيضا يؤثر على صحة الطفل بشكل سلبي.

لقد وضعت كل من منظمة الصحة العالمية واليونيسيف عدداً من التوصيات بخصوص تغذية الرضع وصغار الأطفال بطريقة مثلى وهي¹:

1- التذكير بتوفير الرضاعة الطبيعية أي في غضون الساعة الأولى من الولادة.

2- الاقتصار على الرضاعة الطبيعية طيلة الأشهر الستة الأولى من الولادة.

3- الشروع اعتباراً من الشهر السادس، بإعطاء الطفل أغذية تكميلية مأمونة ومناسبة من الناحية التغذوية، مع الاستمرار في إرضاعه طبيعياً حتى بلوغه عامين من العمر أو أكثر من ذلك

إن اتباع هذه التوصيات تنعكس على صحة الطفل بشكل جيد ونموه وتطوره السليم والطبيعي، لكن عدم الاكتراث بهذه التوصيات، وعدم متابعة صحة الطفل وغذائه وتقديم ما يحتاج له لنمو طبيعي، وعدم اتباع غذاء صحي مناسب، هذا سيؤدي إلى ما يعرف بسوء التغذية.

إن سوء التغذية لا يطلق فقط على مفهوم قلة الغذاء بل هو يشمل الزيادة والنقصان في السرعات الحرارية التي يتلقاها الفرد. فتعرّف منظمة الصحة العالمية مفهوم سوء التغذية بأنه مصطلح يستخدم ليشمل الاضطرابات الناجمة عن أسباب متعددة بدءاً بنقص عناصر غذائية دقيقة ومحددة مثل الفيتامينات والمعادن أو البروتينات ونقص أو زيادة السرعات الحرارية والتي يمكن أن تسبب المجاعة أو السمنة أو أمراضاً أخرى².

¹ منظمة الصحة العالمية. تغذية الرضع وصغار الأطفال. 342. تموز/يوليو 2010. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/ar> /2012-12-19.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2012. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز - 2012. مرجع سابق.

وحسب منظمة الصحة العالمية، يقف سوء التغذية بشكل مباشر أو غير مباشر، وراء ثلث وفيات الأطفال دون سن الخامسة تقريباً، ويحدث أكثر من ثلث تلك الوفيات المرتبطة غالباً بممارسات التغذية غير المناسبة، خلال العام الأول من العمر.¹

يتم دراسة الحالة التغذوية للأطفال في الأراضي الفلسطينية من خلال جمع البيانات تتعلق بقياس طول الأطفال الأقل من خمس سنوات ووزنهم بغرض حساب المؤشرات الإنتروبومترية الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية والمنظمات الأخرى المعنية، (الوزن بالنسبة للعمر، الطول بالنسبة للعمر، الوزن بالنسبة للطول). وتقاس هذه المؤشرات بحساب نسبة الأطفال الواقعين داخل فئات انحراف معياري عن وسيط المجتمع المرجعي بما يتراوح بين ضعفي وثلاثة أمثال الانحراف المعياري عن من يعانون من سوء تغذية متوسط، بينما نسبة الأطفال الأقل من ثلاثة أمثال الانحراف المعياري من وسيط المجتمع المرجعي تعبر عن الذين يعانون من سوء تغذية حاد.²

إن سوء التغذية عند الأطفال يمكن ملاحظته منذ الولادة، فالأطفال الذين يعانون من هذا المرض يكون نموهم بشكل أبطأ، ويدخلون المدارس في مراحل متأخرة، ويحصلون على نتائج أدنى في التحصيل العلمي؛ مما يؤثر بشكل كبير على المجتمع وتطوره. وتشير الدراسات العالمية إلى انتشار سوء التغذية المزمن بين الأطفال دون الخامسة في المجتمعات التي تزيد فيها هذه النسبة عن 5.0% هو عائد إلى سوء الوضع التغذوي عموماً في تلك البلدان التي تعتبر مؤشراً رئيسياً للفقر.³

يتضح من الجدول رقم (8) أن نسبة الأطفال دون سن الخامسة في الأراضي الفلسطينية والذين يعانون من قصر القامة للعام 2010 أعلى من سابقتها وهذا ما نجده أيضاً في الضفة الغربية لنفس العام، أما في قطاع غزة نجدها قد انخفضت أيضاً لنفس العام مقارنة ببيانات عام

¹ <http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/ar/index.html>.2012-12-19

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2012. التقرير السنوي. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 15). مرجع سابق.

2006؛ يعود ذلك بشكل أساسي إلى طبيعة تغذية الطفل في مراحل عمره الأولى ومدى تناوله من الأغذية المتكاملة، فارتفاع هذه النسب ينعكس من طبيعة الغذاء غير المتوازن صحياً، ويساعد انخفاض المستوى المعيشي على ارتفاع هذه النسبة، فقد تتوفر الأغذية الصحية المناسبة للأطفال، ولكن بسبب سوء الأوضاع المادية يلجأون إلى تناول الأطعمة التي تفتقر للعناصر الغذائية اللازمة للنمو، ومنها الكربوهيدرات والبروتين والفيتامينات وغيرها؛ لذلك يجب انتشار الوعي الكافي لدى الأهل لتعريفهم بطبيعة أغذية أطفالهم من أجل نمو جسدي وذهني سليمين. فالأطفال في هذه المرحلة أصبحوا يتوجهون بشكل كبير إلى تناول الأغذية التي لا تقدم لهم الفائدة، والتي تحتوي على أصباغ ومواد كيميائية قد تؤخر من معدل النمو لديهم.

جدول (8): نسبة انتشار قصر القامة بين الأطفال حسب المنطقة، 2000، 2006، 2010.

المنطقة	2000	2006	2010
الأراضي الفلسطينية	7.5	10.2	10.6
الضفة الغربية	7.0	7.9	11.3
قطاع غزة	8.3	13.2	9.9

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. مرجع سابق.

ويمكن إرجاع انخفاض النسبة في عام 2010 في قطاع غزة، إلى انتشار البرامج المختصة بنمو الأطفال، التي تقوم بها وكالة الغوث وبعض المؤسسات الدولية، إضافة إلى المكملات الغذائية المجانية التي تقدمها للأطفال في هذه المرحلة من العمر، كذلك الحالة النفسية التي تنعكس على الطفل، فلا يوجد أكبر من مثال واقع الأطفال السيئ في قطاع غزة في ظل الاحتلال الإسرائيلي، وممارساته الهمجية المستمرة ضد الأطفال الذي تبت فيهم الرعب بشكل مستمر.

3.2.4.2 الرضاعة الطبيعية

تنص المادة (24-2-هـ) من اتفاقية حقوق الطفل: "كفالة تزويد جميع قطاعات المجتمع، ولا سيما الوالدين والطفل، بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل وتغذيته ومزايا

الرضاعة الطبيعية، ومبادئ حفظ الصحة والإصحاح البيئي، والوقاية من الحوادث، وحصول هذه القطاعات على تعليم في هذه المجالات ومساعدتها في الاستفادة من هذه المعلومات".¹

إن الله سبحانه وتعالى أنعم على الإنسان بنعم كثيرة ومن هذه النعم "حليب الأم"، إن الرضاعة الطبيعية تعد الغذاء الأساسي والأول للطفل حديث الولادة، وأكثرها فائدة له، كما أنها تلبي الحاجات العاطفية والنفسية للطفل، ويعد حليب الأم الغذاء المثالي الذي لا يستغني عنه الأطفال حديثو الولادة، ولا يحتاج الطفل إلى أي غذاء آخر حتى عمر ستة شهور، وعلى الرغم من التقدم الهائل في الطب وفي تغذية الأطفال إلا أنه لم يتم التوصل إلى غذاء بديل عن حليب الأم، أو حتى يضاهي الآثار العاطفية والنفسية والفائدة الغذائية المترتبة على الرضاعة الطبيعية.

وللرضاعة الطبيعية فوائد كثيرة تعود على الطفل منها²:

1- رضاعة الطفل بعد الولادة مباشرة من الأم (حليب اللبا) يزود الطفل بالمناعة ويحميه من الأمراض.

2- الرضاعة الطبيعية تقلل من العرصة للإصابة بالإسهال والنزلات المعوية والالتهابات التنفسية، ويمنع سوء التغذية.

3- غذاء نظيف وآمن يدركه الأطفال بلا عناء.

4- يتميز بسهولة الهضم.

5- يلبي جميع المتطلبات الغذائية للطفل في الأشهر الأولى من العمر.

كما تعود الرضاعة الطبيعية بفوائد على الطفل، فإنها تعود أيضا بفوائد على الأم منها³:

1- استمرارية إفراز هرمون الحمل.

¹ اتفاقية حق الطفولة. ل. 25/44. 2 أيلول/سبتمبر 1990. 23.

http://www.unicef.org/arabic/crc/files/crc_arabic.pdf. 2012-11-28.

² <http://forum.sedty.com/t38536.html>. 2012-12-19.

³ http://ar.wikipedia.org/wiki/رضاعة_طبيعية. 2012-12-19.

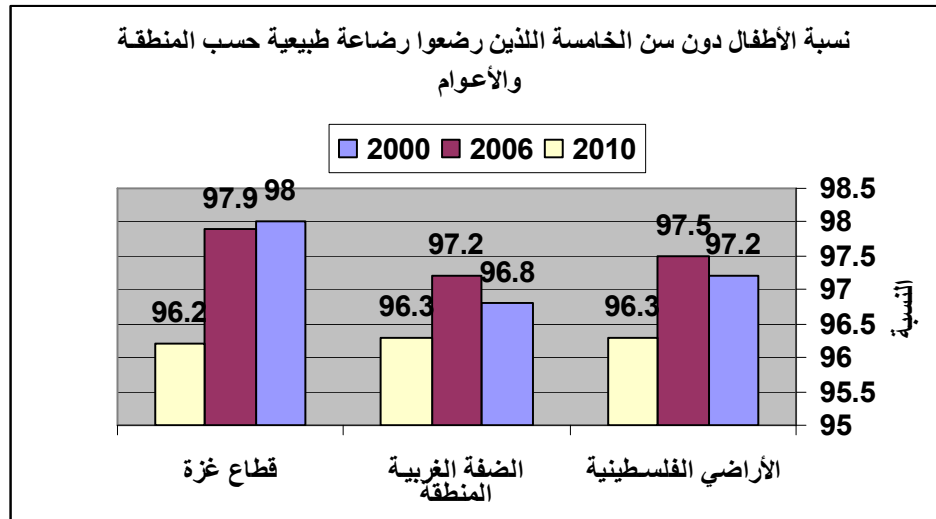
2- رفع نسبة أوكسيتوسين الثدي يؤدي إلى تقليص الرحم بعد الولادة ويخفف من نزف بعد الولادة.

3- البرولاكتين الذي يعمل على إدرار الحليب له تأثير منوم على الأم والرضيع.

4- يساعد الأم على استعادة الوزن ما قبل الحمل؛ وذلك باستهلاك مخزون الغذاء لديها.

5- يؤخر عودة العادة الشهرية التي تعود عادة بعد ثلاثة شهور من الولادة في حالة عدم الإرضاع.

يوضح الشكل رقم (1) نسب تلقي الأطفال دون سن الخامسة للرضاعة الطبيعية، ومن هذه النسب يتضح لنا مدى الوعي بأهمية الرضاعة الطبيعية لدى الأم والطفل، فهذه النسب تعتبر مرتفعة في الأراضي الفلسطينية، وفي نفس الوقت ترتفع في قطاع غزة عنها في الضفة الغربية؛ قد يرجع ذلك إلى طبيعة المرأة وتغذيتها ومدى توفر الحليب لديها وقدرتها على كفاية الطفل من حليب الأم دون مساعدة إضافية له، بالإضافة إلى عمل المرأة الذي قد يحرم الطفل من الاستمرار في الرضاعة الطبيعية.

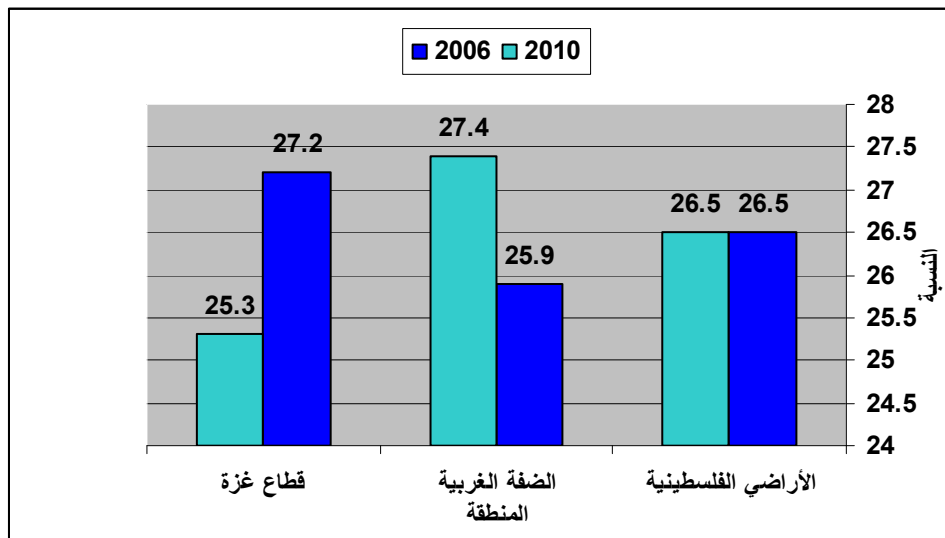


شكل (1): نسبة الأطفال دون سن الخامسة اللذين رضعوا رضاعة طبيعية حسب المنطقة والأعوام.

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي - 2000. النتائج الأساسية. مرجع سابق.
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق.
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. مرجع سابق. بتصرف الباحثة.

أما بالنسبة للرضاعة الطبيعية المطلقة التي تعرّف حسب منظمة الصحة العالمية: الأطفال 0-5 شهور الذين لا زالوا يرضعون من أمهاتهم، والذين لم يتلقوا حليباً صناعياً أو أي نوع من أنواع الطعام أو الشراب، ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يتلقون الفيتامينات أو الأدوية.¹

ومن الشكل رقم (2) يتبين لنا أن نسبة الرضاعة المطلقة في الأراضي الفلسطينية بقيت كما هي للأعوام 2006 و 2010، وهذا يدل على استمرار الوعي لدى المرأة بضرورة الرضاعة الطبيعية، ونجد أنه في الضفة الغربية ارتفعت النسبة في عام 2010 عنها في عام 2006 عكس الحال في قطاع غزة التي انخفضت فيه في عام 2010، يمكن أن يكون السبب في ذلك إعطاء الطفل أغذية تكميلية كالماء أو الفيتامينات؛ وذلك لعدم كفاية حليب الأم في إشباع حاجة طفلها من الحليب.



شكل (2): نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية المطلقة بين الأطفال 0-5 شهور حسب المنطقة، 2006، 2010. المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. مرجع سابق. بتصرف الباحثة.

أما بالنسبة لمتوسط الرضاعة الطبيعية للأعوام 2000، 2006، 2010 فقد بلغت (11.1، 12، 13 شهرا) على التوالي، وهذا يعتبر مؤشراً جيداً لدى الأم والطفل في الاستمرار

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2012. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز - 2012. مرجع سابق.

في الرضاعة الطبيعية حتى بعد عمر 6 أشهر، الذي ينعكس في نفس الوقت على صحة الأم والطفل والمستوى الصحي لكل منهما.

وتشير بيانات المسوح الصحيّة للأعوام 2000، 2006، 2010 أنّ هناك (50.3%، 65.0%، 62.8%) من الأطفال الذين رضعوا خلال الساعة الأولى للولادة. وهذا يعود لطبيعة الولادة التي بدورها يمكن أن تؤخر الرضاعة عن الساعة الأولى منها، خاصة في حال الولادة القيصرية، كذلك طبيعة حليب الأم، فبعض النساء لا يوجد لديهنّ حليب كافٍ خلال الساعة الأولى من الولادة لإرضاع الطفل، بالإضافة لحالة الطفل الصحيّة التي قد تلعب دوراً في ذلك.

4.2.4.2 التطعيم

يعد التطعيم مهماً جداً لحماية الأطفال من بعض الأمراض المعدية التي قد تصيبهم، وتؤدي إلى بعض العواقب، فقد يترتب عليها الإعاقة أو الوفاة؛ لذلك لا بد من تطعيم الأطفال ليقبوا بصحة جيدة. فالتطعيم يساعد الطفل على اكتساب مناعة ثانية حيث إنّ مناعته الأولى يستمدّها من الأم عن طريق الرضاعة الطبيعية.

تعرف منظمة الصحة العالمية المطعم أنه "عبارة عن مادة محضرة تحتوي على ميكروبات مضعفة أو ميتة أو مصنعة، تعطى للأطفال إما عن طريق نقط بالفم، أو حقن؛ وذلك بهدف الوقاية من الإصابة بأمراض معدية وخطيرة، والتي استطاع الإنسان إيجاد مطعم للوقاية منها.¹

وهناك جداول ومواعيد تحددها وزارة الصحة للتطعيم لحديثي الولادة تبين موعد التطعيم ونوعه، فعند إعطاء التطعيم في الوقت المناسب وحسب الجدول، ينجح في إعطاء الجسم المناعة اللازمة ضد الأمراض التي تُعطى المطاعيم لها للوقاية منها.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2012. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز - 2012. مرجع سابق.

جدول (9) المطاعيم التي يتلقاها الأطفال حسب ما تحدده وزارة الصحة الفلسطينية.

اسم الطعم		عمر الطفل
	الكبد البائي Hepatitis B1	عمر يوم
	الكبد البائي Hepatitis B2	عمر شهر
الثلاثي (دفتيريا/سعال ديكى/كزاز)	شلل الأطفال (بالفم) OPV1	عمر شهرين
ثلاثي DPT2 والسحايا Hib2		عمر 4 أشهر
الكبد البائي Hepatitis B3	ثلاثي DPT3 والسحايا Hib3	عمر 6 أشهر
	الحصبة Measles	عمر 9 أشهر
ثلاثي DPT4	شلل الأطفال (جرعة بالفم) OPV4	عمر 12 شهر
	الحصبة / النكاف / الحصبة الألمانية MMR	عمر 15 شهر
	دفتيريا، كزاز DT	الصف الأول
	الحصبة الألمانية Rubella	الصف السادس (بنات)
	دفتيريا، كزاز dt	الصف التاسع

المصدر: www.moh.ps، وزارة الصحة 2011، كتيب صحة الأم والطفل (هذا الكتيب يوزع على النساء أثناء فترة الحمل عند مراجعة مراكز الرعاية الصحية، ويوضح فيه أنواع المطاعيم وتوقيتها بالنسبة للأم وطفلها).

يتم التطعيم في الأراضي الفلسطينية من قبل ثلاث جهات صحية وهي: وزارة الصحة الفلسطينية، ووكالة الغوث الدولية (الأونروا)، ووزارة الصحة الإسرائيلية (لحاملي هوية القدس). وقد تم العمل على توحيد برنامج التطعيم بين كل من وزارة الصحة الفلسطينية ووكالة الغوث الدولية.¹ وتقوم كل من وزارة الصحة الفلسطينية ووكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2010. التقرير السنوي. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 13). رام الله - فلسطين.

اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى، بتقديم جميع المطاعيم التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية، ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال (اليونيسيف) وهي: السل، والثلاثي، وشلل الأطفال، بالإضافة لذلك، الحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية، والتهاب الكبد (ب).¹

بينما يبقى الفرق بين البرنامج الفلسطيني والإسرائيلي في أن وزارة الصحة الإسرائيلية تزود 4 جرعات من مطعوم الأنفلونزا من نوع B على عمر 12 شهراً، وتزود مطعوم ضد التهاب الكبد على عمر 18 شهراً وستين، ومن ناحية أخرى تقدم وزارة الصحة الفلسطينية مطعوم الحصبة على عمر 9 أشهر، ومطعوم السل (BCG) على عمر الشهر الأول، وفيما عدا ذلك يتشابه البرنامج.²

يتبين لنا من دراسة بيانات الجدول رقم (10) أن هناك تبايناً بين نسبة متلقي مطعوم الحصبة بين الضفة الغربية وقطاع غزة، يمكن إرجاع ذلك إلى استثناء أطفال القدس، الذين يخضعون لنظام وزارة الصحة الإسرائيلية، والتي لا تقدم هذين المطعومين. وكذلك الحال مع مطعوم السل الذي يرتفع أيضاً في الضفة الغربية عنه في قطاع غزة، أيضاً يرجع إلى أن وزارة الصحة الإسرائيلية لم تدرج مطعوم السل هذا ضمن برامجها لمحاربة الأمراض المعدية التي تصيب الطفل.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. سلسلة التقارير التحليلية من بيانات التعداد والمسوح الصحية والديموغرافية، رقم (3): صحة الأطفال في الأراضي الفلسطينية.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق.

جدول (10): نسبة تغطية المطاعيم للأطفال في الفئة العمرية 12-23 شهرا الذين تم الإطلاع على بطاقتهم الصحية (من واقع البطاقة الصحية) حسب المنطقة للأعوام 1998، 2000، 2006، 2010.

التهاب الكبد الفيروسي (ب)	الشلل	الثلاثي	الحصبة	السل	المنطقة	
-	81.4	81.9	22.1	-	*1998	الضفة الغربية
79.0	94.1	93.7	88.4	51.2	**2000	
-	98.2	97.8	94.8	98.4	***2006	
79.7	77.4	91.2	92.5	97.7	****2010	
-	92.0	91.6	75.4	-	*1998	قطاع غزة
96.8	95.5	94.0	94.0	95.9	**2000	
-	100	100	99.4	100	***2006	
92.6	88.0	93.0	96.4	99.6	****2010	

-: لم تتوفر بيانات لهذه الفترة.

المصدر: * دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1998. التقرير السنوي، 1998. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 1). مرجع سابق.

** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. سلسلة التقارير التحليلية من بيانات التعداد والمسوح الصحية والديموغرافية، رقم (3): صحة الأطفال في الأراضي الفلسطينية. مرجع سابق.

*** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق.

**** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. مرجع سابق.

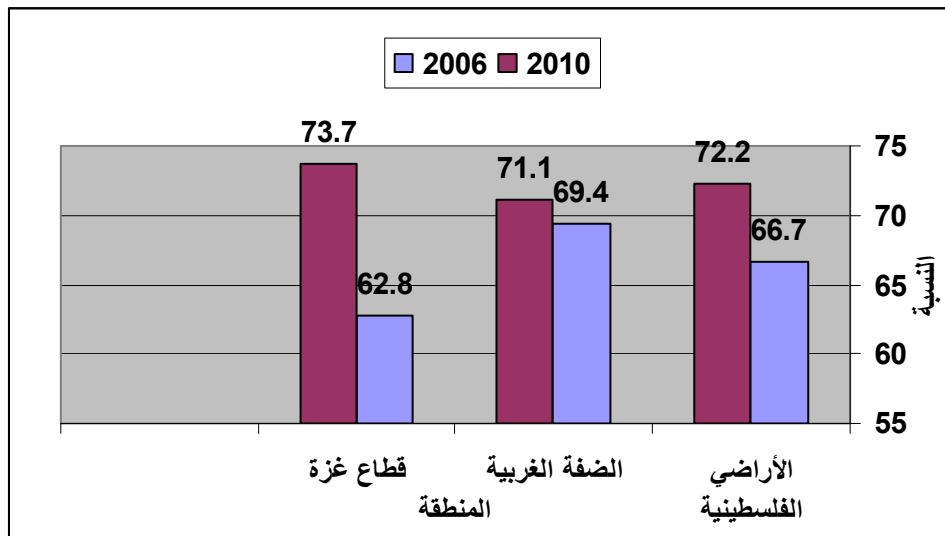
كذلك نجد أن مطعموم السل للعام 2000 يرتفع بشكل كبير في قطاع غزة عنه في الضفة الغربية، يمكن إرجاع هذا إلى أن وزارة الصحة الفلسطينية أدخلت هذا المطعموم (في كانون الثاني عام 1999¹)؛ مما أثر على هذه النسبة بشكل كبير في الضفة الغربية، أما في قطاع غزة فقد استخدم لفترة أطول، ففي الفترة من عام 1988 و 1992 تم إدخال مطعموم الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية والسل والتهاب الكبد (ب) على التوالي في عيادات الحكومة ووكالة الغوث الدولية في الضفة الغربية وقطاع غزة، إلا أن وزارة الصحة اعتمدته بشكل رسمي في عام

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. سلسلة التقارير التحليلية من بيانات التعداد والمسوح الصحية والديموغرافية، رقم (3): صحة الأطفال في الأراضي الفلسطينية. مرجع سابق.

1999. كما أن معظم سكان الضفة الغربية من يعيشون في الأرياف، كما أن فتح عبوة مطعوم السل لا يتم إلا إذا تم تجميع عدد كافٍ من الأطفال وهو 30 طفل، فإذا لم يتم تجميعهم يتم التأخير في تناول المطعوم، وقد لا يتناوله عدد منهم؛ هذا يعمل على خلق فارق بين الضفة الغربية وقطاع غزة.

كذلك الحال بالنسبة لمطعوم الحصبة الذي تم إدخاله من قبل وزارة الصحة الفلسطينية في (كانون الثاني 1996)¹؛ لذلك تنخفض النسبة في الضفة الغربية في عام 1998، ولكنها ترتفع في قطاع غزة؛ كون هذا المطعوم تم اعتماده منذ فترة أطول من قبل الاونروا.

ويبين لنا الشكل رقم (3) نسبة الأطفال الذين تم الاطلاع على بطاقتهم التطعيمية من قبل وزارة الصحة (المقصود هنا استخدام البطاقة التطعيمية ولو لمرة واحدة)، وهي تزداد في عام 2010 عنها في عام 2006، هذا يدل على زيادة الاهتمام بالتطعيم معرفة أهميته للطفل، ومدى تعرض صحة الطفل للخطر في حال تفاديهما.



شكل (3): نسبة الأطفال دون سن الخامسة اللذين تم الاطلاع على بطاقات التطعيم الخاص بهم.

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. مرجع سابق. بتصرف الباحثة.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. سلسلة التقارير التحليلية من بيانات التعداد والمسوح الصحية والديموغرافية، رقم (3): صحة الأطفال في الأراضي الفلسطينية. مرجع سابق.

5.2.4.2 أمراض الطفولة

يتعرض الأطفال عادة لعدد من الأمراض قيد يكون منها ما له تأثير بسيط يمكن تلقي العلاج بسهولة دون أن يتعرض الطفل لمضاعفات نتيجة للإصابة بها، ومنها ما هو معقد يترتب عليه تلقي العلاج وقد تعرض حالة الطفل للخطر. ويعكس إصابة الطفل ببعض الأمراض المعدية الواقع الصحي والبيئي للمجتمع والبيئة التي يعيش فيها، بالإضافة إلى ذلك يعكس الوضع الاجتماعي لذلك المجتمع.

هناك بعض المؤشرات لبعض أمراض الطفولة المنتشرة والتي يتم دراستها من قبل المراكز الصحية والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ومنها:

أ- الإسهال

يعتبر الإسهال إحدى الأمراض التي تصيب الأطفال خاصة دون سن الخامسة. وتعرف منظمة الصحة العالمية الإسهال على أنه: "إخراج براز رخو أو سائل ثلاث مرات أو أكثر في اليوم (أو بوتيرة تفوق البوتيرة المعتادة)"¹. ولا يعتبر إخراج البراز المتشكل إسهالاً، شأنه شأن البراز الرخو أو العجيني الذي يخرج الرضع. ذلك أن الإسهال يمثل عادة أحد أعراض الإصابة بنوع من أنواع العدوى في السبيل المعوي يمكن أن تسببها طائفة من الجراثيم أو الفيروسات أو الطفيليات. وتنتشر العدوى عادة عن طريق الأغذية أو مياه الشرب الملوثة أو من شخص إلى آخر بسبب تدني مستوى النظافة الشخصية. ويمكن علاج الإسهال بمحلول من الماء النقي والسكر والملح وبأقراص الزنك.²

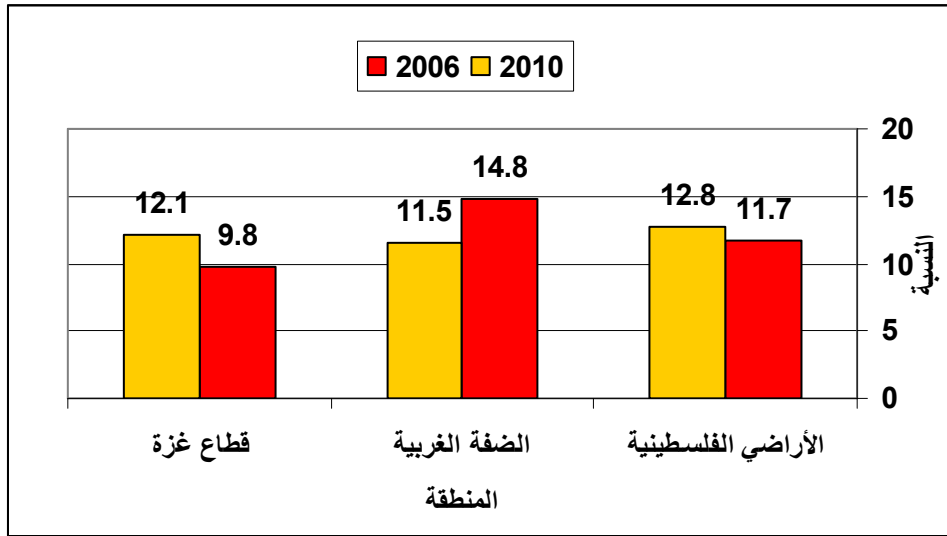
ويمثل مرض الإسهال ثاني أهم أسباب وفاة الأطفال دون سن الخامسة في العالم عام 2009. كما أنه يؤدي بحياة 1.5 مليون طفل في كل عام. ويمكن أن يدوم هذا المرض عدة أيام

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2012. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز - 2012. مرجع سابق.

² منظمة الصحة العالمية. مرض الإسهال. 332. آب/أغسطس 2009.

ويترك الجسم دون كمية الماء والأملاح الضرورية التي تبقى على قيد الحياة. ومعظم الذين يقضون نحبهم بسبب الإسهال يتوفون في واقع الأمر جراء الإصابة بالتجفاف الوخيم، ونتيجة ضياع سوائل أجسامهم. ويواجه الأطفال اللذين يعانون من سوء التغذية أو خلل في المناعة أكبر مخاطر الوفاة بسبب الإسهال.¹

لقد بينت نتائج المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، ونتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010 نسبة الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال دون سن الخامسة، كما هو موضح في الشكل رقم (4)، فهناك ارتفاع واضح في نسبة الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال بين عامي 2006-2010 في الأراضي الفلسطينية، وفي الضفة الغربية عنها في قطاع غزة لعام 2010، ويمكن إرجاع ذلك إلى زيادة الملوثات المرتبطة بشبكات الصرف الصحي. وكما ذكرنا سابقاً ترتفع نسبة الذين يعيشون في الأرياف في الضفة الغربية؛ لذلك تعتبر أقل اتصالاً بشبكات الصرف الصحي مقارنة مع مناطق المدن، الأمر الذي يزيد من احتمال تلوث مياه الشرب وزيادة الملوثات.



شكل (4) نسبة الأطفال دون سن الخامسة اللذين أصيبوا بالإسهال حسب المنطقة والأعوام 2006. 2010.

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. مرجع سابق.

¹ منظمة الصحة العالمية. مرض الإسهال، مرجع سابق.

كذلك نجد أن نسبة الأطفال المصابين بالإسهال ترتفع في الفئة العمرية 0-23 شهراً في كل من مسح 2006 و 2010، فقد بلغت 28.0%¹ و 38.4%² على التوالي. وتقل في الفئة العمرية من 48-59 شهراً حيث بلغت 4.5% و 5.3% على التوالي. قد يعود هذا إلى كون الأطفال في الفئة العمرية 0-23 شهراً هم أكثر حساسية وتعرضاً للميكروبات التي تعمل على الإصابة بالإسهال؛ كون الأطفال في هذه السن يقومون بوضع أي شيء في أفواههم، وقد تنتقل لهم من الطعام الذي يقدم للطفل والذي لا يكون معقماً. أما في السن بعد 23 شهراً تقوى مناعة الطفل وصحته مما يؤدي إلى انخفاض نسبة إصابة الإسهال لديهم.

ب- التهابات الجهاز التنفسي

تعرف منظمة الصحة العالمية التهاب الجهاز التنفسي "الأطفال دون الخامسة اللذين عانوا من سعال، كان مصحوباً بأنفاس سريعة وقصيرة وذلك بسبب مشكلة في الصدر مع احتقان في الأنف".³

تعتبر أمراض الجهاز التنفسي (الالتهاب الرئوي) عند الأطفال واضحة ومنتشرة في الأراضي الفلسطينية، حيث إنها تظهر لدى الأطفال في فترة تقلبات الجو والتغير في درجات الحرارة.

يعد الالتهاب الرئوي الطفولي في طبيعة المسببات التي يمكن أن تؤدي وحدها إلى وفيات الأطفال دون سن الخامسة. وتقدر إحصائيات هذا المرض في هذه الفئة العمرية بـ 0,29 نوبة لكل طفل في السنة في البلدان النامية، و 0,05 نوبة لكل طفل في السنة في البلدان المتقدمة. وهذا يعني وقوع 156 مليون نوبة جديدة كل عام على مستوى العالم. منها 151 مليوناً في العالم النامي. وقد أظهرت بيانات مؤكدة أن عدم الاقتصار على الإرضاع من الثدي، ونقص

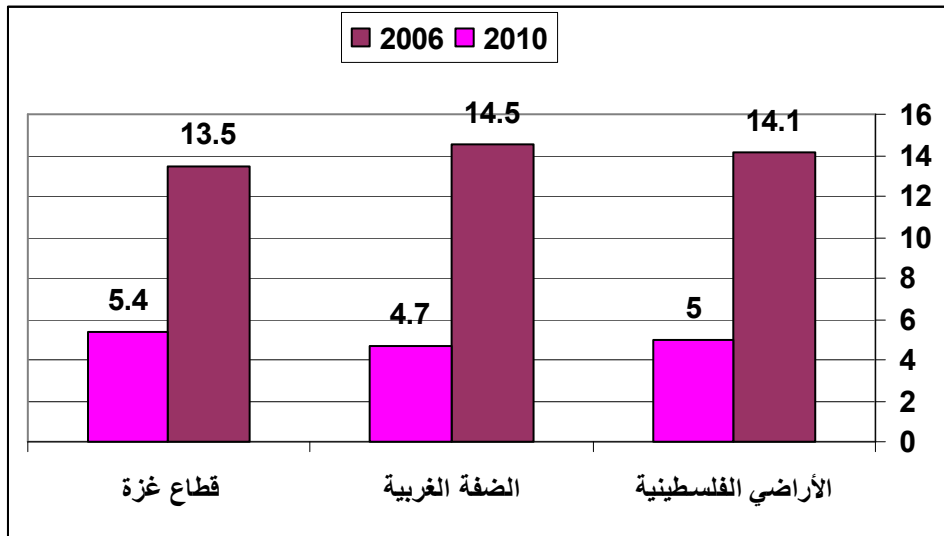
¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. مرجع سابق.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2012. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز - 2012. مرجع سابق.

التغذية، وتلوث الهواء داخل المنزل، وانخفاض الوزن عند الولادة وازدحام المساكن، ونقص التمنيع ضد الحصبة؛ كل هذه تمثل عوامل الخطر الرئيسية التي تسهم في الإصابة بالالتهاب الرئوي. وهذا المرض مسؤول عن نحو 19.0% من جميع الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات.¹

يشير الشكل رقم (5) إلى انخفاض نسبة الإصابة بالتهاب الجهاز التنفسي في عام 2010 عنها في عام 2006؛ هذا يعود إلى تناول الغذاء المناسب والمكملات الغذائية التي تقلل من الإصابة بالتهاب الجهاز التنفسي، بالإضافة إلى ارتفاع نسبة الرضاعة الطبيعية التي تساعد أيضا على إكساب الطفل مناعة ضد المرض وزيادة مقاومته للفيروس، كون معظم الإصابة بالتهاب الجهاز التنفسي في الأراضي الفلسطينية عن طريق الفيروس، كذلك زيادة وعي الأهل لخطورة إصابة الطفل بالالتهاب والمساعدة في الوقاية منه خاصة في فصل الشتاء.



شكل (5): نسبة الأطفال دون سن الخامسة المصابون بالتهابات الجهاز التنفسي حسب المنطقة والأعوام 2006، 2010.

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق. بتصرف الباحثة.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. مرجع سابق.

¹ The World Health Organization. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. May 2008, 86 (5). 11. <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/5/07-048769.pdf>. 2012-12-12

الفصل الثالث

مستوى معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية مقارنة مع الوطن العربي والعالم

1.3 مقدمة

2.3 تقدير معدلات وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي

3.3 مستوى معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية

الفصل الثالث

مستوى معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية مقارنة مع الوطن العربي والعالم

1.3 مقدمة

تقوم اليونيسيف في كل عام، بنشر سلسلة من التقديرات لمعدلات وفيات الأطفال ضمن تقريرها "وضع الأطفال في العالم"، بما فيها المعدل السنوي لوفيات الرضع، والمعدل السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة، لعامين مرجعيين على الأقل. وتمثل هذه الأرقام أفضل التقديرات المتوفرة، وهذه التقديرات تستند إلى العمل الذي يقوم به فريق العمل المشترك بين الوكالات لتقدير وفيات الأطفال (IGME)، والذي يضم اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية وشعبة السكان لدى الأمم المتحدة والبنك الدولي.¹

ويقوم فريق العمل بتحديث هذه التقديرات سنوياً عن طريق إجراء استعراض تفصيلي لجميع نقاط البيانات التي تتوفر حديثاً، والذي غالباً ما ينتج عنه بعض التعديلات على التقديرات التي وردت في تقارير سابقة. ونتيجة لذلك فإن التقديرات المنشورة في الطبقات المتتالية من تقرير وضع الأطفال في العالم يجب أن لا تستعمل في تحليل اتجاهات الوفيات على مر الزمان. وتعرض حالياً تقديرات لوفيات الأطفال دون سن الخامسة قابلة للمقارنة، للمدة من 1970 وحتى 2010، على المستوى العالمي ومستوى المناطق.

1.1.3 تباينات معدلات وفيات الأطفال في العالم

إن معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة والأطفال الرضع في العالم، في انخفاض مستمر منذ عام 1990 - 2010، كما هو ملاحظ في جدول رقم (11)؛ نتيجة لتطور التعليم والصحة، ونوعية الخدمات التي تقدمها الدول لسكانها؛ للحد من زيادة وفيات الأطفال، بالإضافة

¹ [http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_\(1\).pdf](http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_(1).pdf). 2013-1-20

منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) فبراير (شباط) 2012. وضع الأطفال في العالم 2012.

إلى السياسات والاستراتيجيات التي يتم اتباعها للاستمرار في انخفاض وفيات الرضع، منها: معالجة مشكلة الفقر التي لها تأثير كبير على زيادة نسبة وفيات الرضع، ويتضح ذلك من خلال معرفة النسبة المئوية لحصة دخل الأسرة.

جدول (11): معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ومعدل وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة)، ومعدل وفيات حديثي الولادة وفقاً لمؤشرات المناطق الإقليمية:

معدل وفيات حديثي الولادة (بالإلف) 2010	معدل وفيات الرضع (أقل من سنة) (بالإلف)			معدل الوفيات دون الخامسة (بالإلف)			المناطق الإقليمية
	نسبة التغير % -1990 2010	2010	1990	نسبة التغير % -1990 2010	2010	1990	
33	-28.2	71	99	-30.6	111	160	أفريقيا
35	-27.6	76	105	-30.4	121	174	أفريقيا جنوب الصحراء
30	-35.0	63	97	-37.1	98	156	شرق وجنوب أفريقيا
39	-23.5	88	115	-27.0	143	196	غرب ووسط أفريقيا
18	-44.6	31	56	-46.7	41	77	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
24	-40.3	37	62	-44.1	48	86	آسيا
33	-39.5	52	86	-44.1	67	120	جنوب آسيا
13	-53.6	19	41	-56.3	24	55	شرق آسيا والمحيط الهادئ
11	-58.1	18	43	-57.4	23	54	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
11	-53.7	19	41	-54.0	23	50	أوروبا الوسطى والشرقية/رابطة الدول المستقلة
3	-44.4	5	9	-40.0	6	10	البلدان الصناعية
25	-34.3	44	67	-35.0	63	97	البلدان النامية
34	-33.0	71	106	-35.3	110	170	البلدان الأقل نمواً
23	-34.4	40	61	-35.2	57	88	العالم

المصدر: [http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_\(1\).pdf](http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_(1).pdf) -1-20 2013. مرجع سابق.

وبالنظر إلى الجدول رقم (11) يتضح لنا أن هناك انخفاضاً واضحاً في معدل الوفيات دون سن الخامسة ومعدل وفيات الرضع في جميع أنحاء العالم ما بين 1990-2010، وذلك

من خلال ملاحظة نسبة التغير، وقد احتلت أميركا اللاتينية والبحر الكاريبي المرتبة الأولى في هذا الانخفاض، يليها شرق آسيا والمحيط الهادئ وأوروبا الوسطى والشرقية ورابطة الدول المستقلة. ويعزى ذلك الانخفاض حسب نتائج دراسات منظمة اليونيسيف إلى توسيع نطاق اعتماد التدخلات الصحية الأساسية، كالرضاعة الطبيعية المبكرة والشاملة والتحصين ضد الحصبة، وتناول فيتامين "أ" لتحسين مناعة الأطفال، واستخدام ناموسيات معالجة بمبيدات الحشرات للوقاية من الملاريا.¹

وعند ملاحظة معدل وفيات الأطفال دون الخامسة، ووفيات الأطفال الرضع في الفترة بين 1990-2010 على مستوى الأقاليم، نجد أن قارة أفريقيا تحتل المرتبة الأولى في ارتفاع هذا المعدل، وبالأخص منطقة غرب ووسط أفريقيا، وذلك بسبب سوء الأوضاع في تلك المناطق. فعلى سبيل المثال جمهورية إفريقيا الوسطى تعاني من سوء الأوضاع المعيشية والصحية فيها بشكل كبير جداً، وخاصة أن المنطقة كانت قد تعرضت إلى نزاعات دموية خاصة في الفترة ما بين 2002 - 2004 ثم عادت الأوضاع للاستقرار في عام 2005: يعد معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ومعدل وفيات الرضع في جمهورية أفريقيا الوسطى من أعلى المعدلات في العالم، حيث يموت ثلاثة أطفال من بين كل 10 أطفال قبل بلوغهم الخامسة من العمر، ويعاني نحو 13% من الأطفال دون سن الخامسة من سوء تغذية حاد، ويعاني ثلث الأطفال دون سن الخامسة من سوء تغذية مزمن معتدل، وكانت نسبة الأطفال الذين يتناولون الطعومات منخفضة، تتراوح بين 30-40%. وبناء على هذه الأوضاع، قامت اليونيسيف بعدد من الأنشطة لتحسين الأوضاع الصحية فيها، منها تقديم الطعومات اللازمة للأطفال بالإضافة إلى المكملات الغذائية منها فيتامين "أ" حيث تم تقديمها لنحو 80% من الأطفال، بالإضافة إلى الأدوية للوقاية من الملاريا والكوليرا وعلاجات للإسهال.² وتحتل جمهورية أفريقيا الوسطى المرتبة التاسعة على مستوى العالم، حسب مؤشرات معدلات وفيات الرضع، حيث بلغ هذا المعدل 159.

¹ http://www.unicef.org/arabic/childsurvival/childsurvival_40853.html.2013-2-25

² المرجع السابق http://www.unicef.org/arabic/childsurvival/childsurvival_40853.html .2013-2-25

وهناك بعض الدول الإفريقية التي طرأ عليها انخفاض معدل وفيات الأطفال منها: جمهورية تنزانيا، حيث انخفضت معدلات الوفاة بين الأطفال الرضع في تنزانيا بنسبة 40% حيث تراجع من 99 بين كل ألف مولود حي عام 1999 إلى 58 بالألف في الفترة من 2007 إلى 2008. وتقلصت كذلك معدلات الوفاة بين الأطفال دون الخامسة من 146 بين كل ألف مولود حي إلى 91 بين كل ألف مولود حي، إن معدل انخفاض معدلات الوفاة بين الرضع والأطفال في تنزانيا هو من بين أكبر المعدلات في أفريقيا جنوب الصحراء، لكن هذا ليس كل شيء، فقد تحسنت أيضا سبل الوصول إلى الخدمات الصحية، خاصة بين الفئات الأشد فقراً.¹ هذا بالإضافة إلى كينيا وغانا ورواندا والسنغال وغيرها، إن تحسن الأوضاع الصحية في تلك المناطق انعكس على انخفاض وفيات الأطفال في أفريقيا ككل في الفترة ما بين 1999-2010.

وتحتل الدول الصناعية أدنى المعدلات لوفيات الأطفال الرضع على مستوى العالم؛ كونها دولاً متقدمة صحياً ومعيشياً، وإتباعها سياسات صحية مناسبة للحفاظ على صحة الطفل والأم. تقوم الدول في بعض البلدان الأوروبية الصناعية برعاية الصحية كاملة. فطبقاً لنظام الرعاية الصحية المطبق في هذه البلاد، تمتلك الدولة كل التسهيلات الطبية ووسائل العلاج، وتدفع للعاملين في الحقل الطبي أجورهم ورواتبهم من المال العام. كما تقدم الخدمات الطبية مجاناً للجمهور، أو مقابل أجر رمزي زهيد. يعد العلاج في بعض الدول الأوروبية الصناعية الأخرى من شؤون الحكومات، حيث تكون الحكومة مسؤولة مسؤولية تامة عنه. فمثلاً في بريطانيا تمتلك الحكومة المركزية معظم وسائل العلاج، وتدفع للعاملين في الحقل الطبي أجورهم ورواتبهم، كما تقدم الخدمات الطبية والصحية لمواطنيها مقابل أجر زهيد.² فهذه السياسات تساعد أيضاً الفقراء في تلقي العلاجات اللازمة سواء لكبار السن أم للأطفال. بالإضافة لكون الدول الصناعية تشجع على الإنجاب؛ فهذا يدفعها إلى تقديم رعاية خاصة للأم في فترة الحمل وبعدها وللأطفال.

¹ <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTARABICHOME/EXTARABICCOUNTRIES/AFRINARABICEXT/0,,print:Y~isCURL:Y~contentMDK:22661064~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:4261157,00.html.2013-2-25>

² <http://en.wikipedia.org/wiki/Europe.2013-2-25>

ولنصيب الفرد من الدخل القومي أثر على معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة والأطفال الرضع فمن خلال الجدولين رقم (11 و12) يتبين لنا أن معدل وفيات الأطفال دون الخامسة والأطفال الرضع يرتفع مع انخفاض نصيب الفرد من الدخل القومي، ويتضح ذلك في الدول الصناعية حيث يبلغ نصيب الفرد من الدخل القومي لديها 40845 دولار وانعكاس ذلك على معدل وفيات الأطفال دون الخامسة حيث بلغ 6 بالألف ووفيات الأطفال الرضع حيث بلغ 5 بالألف فقط، حيث تعتبر أقل معدل لوفيات الأطفال في العالم، وبين دول غرب ووسط أفريقيا والبلدان الأقل نمواً، فنصيب الفرد لديها أقل من دولار واحد يومياً وهي تحتل أعلى معدلات وفيات أطفال رضع في العالم.

جدول (12) مؤشرات إقليمية أساسية حول متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي والمواليد ناقصي الوزن والرضاعة الطبيعية

المناطق الإقليمية	نصيب الفرد من الدخل القومي (دولار أمريكي) 2010	الرضع ناقصي الوزن عند الولادة (2006-2010) %	البدء المبكر للرضاعة الطبيعية (2006-2010) %
أفريقيا	1483	13	46
أفريقيا جنوب الصحراء	1192	13	45
شرق وجنوب أفريقيا	1486	-	54
غرب ووسط أفريقيا	905	13	39
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	2752	11	45
آسيا	2913	18	42
جنوب آسيا	1241	27	39
شرق آسيا والمحيط الهادئ	4286	6	45
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	7859	8	42
أوروبا الوسطى والشرقية/رابطة الدول المستقلة	7263	7	49
البلدان الصناعية	40845	-	-
البلدان النامية	3304	15	43
البلدان الأقل نمواً	669	16	47
العالم	8796	15	43

- البيانات غير متوفرة.

المصدر: [http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_\(1\).pdf](http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_(1).pdf) : 2014-2-7

مرجع سابق.

وتشير بيانات الجدولين رقم (11 و12) إلى تأثير نسبة ناقصي الوزن عند الولادة والرضاعة الطبيعية في وفيات الأطفال دون خامسة والأطفال الرضع للعام 2010. من جهة أخرى، نجد أن أكبر نسبة لناقصي الوزن عند الولادة بلغت 27% في جنوب آسيا والتي تشمل الهند وأقل نسبة هي لشرق آسيا والمحيط الهادئ 6% ومنها الصين ماليزيا اندونيسيا وكوريا. أمّا بالنسبة للرضاعة المبكرة خلال الساعة الأولى من الولادة، فقد احتلت المرتبة الأولى فيها شرق وجنوب أفريقيا بنسبة 54%، حيث تقوم اليونيسيف في تلك المناطق على تشجيع الرضاعة الطبيعية وتوفير مستلزمات الولادة والدعم بفيتامين أ والتعليم وغير ذلك وخاصة في جنوب السودان ومدغشقر والصومال¹، أمّا المناطق الإقليمية الأخرى فنسبتها متقاربة تتراوح ما بين 39%-54%.

أما فيما يتعلق بموضوع التطعيم للأطفال يشير الجدول رقم (13) إلى معدلات تناول الأطفال للطعومات على مستوى الأقاليم، فنجد أن المعدلات متقاربة جدا بين الطعومات في كافة الأقاليم إلا أن أعلى المعدلات فيها تحتلها الدول الصناعية، باعتبارها دولاً متقدمة صحياً بشكل كبير، وانعكس هذا التقدم على انخفاض معدلات وفيات الأطفال، وأقل هذه المعدلات تحتلها مناطق غرب ووسط أفريقيا ودليل ذلك ارتفاع معدلات وفيات الأطفال في تلك المناطق، فسوء الأوضاع الصحية وقلة تناول الطعومات اللازمة للوقاية من بعض الأمراض بالإضافة إلى انتشار الفقر بشكل كبير هذا كله ينعكس على معدل وفيات الأطفال.

¹ http://www.unicef.org/arabic/hac2012/hac_south_sudan.php.2013-2-10

جدول (13) نسبة الأطفال في عمر سنة المحصنين ضد الأمراض لعام 2010. %

التهاب الكبد الوبائي "ب"	التهاب كبدي ب3	الحصبة	شلل الأطفال		السل	المناطق الإقليمية
			شلل 3	ثلاثي 3		
77	78	81	79	86	85	أفريقيا
74	75	79	77	85	84	أفريقيا جنوب الصحراء
78	79	79	80	89	85	شرق وجنوب أفريقيا
71	71	78	72	80	83	غرب ووسط أفريقيا
89	90	92	91	95	92	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
70	85	84	84	90	92	آسيا
51	77	75	76	85	88	جنوب آسيا
94	95	96	94	96	97	شرق آسيا والمحيط الهادئ
90	93	93	93	96	96	أمريكا اللاتينية والبحر الكاربيبي
94	96	96	95	97	96	أوروبا الوسطى والشرقية/رابطة الدول المستقلة
66	93	95	95	98	-	البلدان الصناعية
75	84	84	84	90	90	البلدان النامية
78	78	80	80	88	84	البلدان الأقل نمواً
75	85	86	85	91	90	العالم

المصدر: [http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_\(1\).pdf](http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_(1).pdf) 2013-1-20

مرجع سابق.

2.1.3 مستوى التقدم في وفيات الأطفال دون الخامسة

كما تبين لنا سابقاً، إنّ هناك انخفاضاً مستمراً في معدلات وفيات الأطفال دون سن

الخامسة، ويبين لنا الجدول رقم (14) مدى هذا الانخفاض، حيث وجد انخفاض كبير لوفيات

الأطفال دون سن الخامسة منذ عام 1990-2010، وهذا يدل على نجاح استراتيجيات التقدم لتفادي وفيات الأطفال، ما هي هذه الاستراتيجيات؟ منها ما تقدمه اليونيسيف من الطعومات اللازمة للأطفال؛ للتحصين ضد الأمراض، بالإضافة إلى ما تقوم بإنشائه من خدمات بنية تحتية في أفريقيا؛ للحد من وباء الملاريا والكوليرا، بالإضافة إلى الخدمات الصحية المتمثلة في إنشاء عيادات صحية للنساء في مرحلة ما قبل الولادة، ومن الاستراتيجيات أيضاً، تحسينات في مستويات التحصين، وزيادة معدلات الرضاعة الطبيعية خلال الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل، وتحسين فرص الوصول إلى المياه النظيفة، وتحسين علاج حالات الإسهال. ومن الإستراتيجيات التي تم اتباعها في النيجر للحد من وفيات الأطفال، تم تطبيق استراتيجية لنشر العاملين المدربين في مجال صحة المجتمع؛ لإجراء تدخلات عالية التأثير في آلاف المراكز الصحية الجديدة في مختلف أنحاء البلاد، حيث كانت تعاني من مشكلة المسافات الكبيرة التي تفصل بين السكان والمراكز الصحية.¹

¹ يونيسيف. انخفاض وفيات الأطفال بنحو 12000 يوماً في عام 2010 مقارنة بعام 1990. نيويورك/ جنيف. 15 سبتمبر/أيلول 2011. http://www.unicef.org/arabic/media/24327_59804.html 2013-2-25.

جدول (14): معدل وفيات الأطفال دون الخامسة (لكل 1000 ولادة حيّة) في الفترة 1970-2010.

نسبة التغير فيما بين 2010-2000 (%)	نسبة التغير فيما بين 2010-1990 (%)	معدل الوفيات دون الخامسة				المناطق الإقليمية
		2010	2000	1990	1970	
-21,8	-30,6	111	142	160	229	أفريقيا
-21,4	-30,4	121	154	174	234	أفريقيا جنوب الصحراء
-28,5	-37,1	98	137	156	215	شرق وجنوب أفريقيا
-18,2	-27,0	143	175	196	256	غرب ووسط أفريقيا
-25,5	-46,7	41	55	77	187	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
-26,2	-44,1	48	65	86	146	آسيا
-24,7	-44,1	67	89	120	194	جنوب آسيا
-36,8	-56,3	24	38	55	115	شرق آسيا والمحيط الهادئ
-34,3	-57,4	23	35	54	118	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
-37,8	-54,0	23	37	50	88	أوروبا الوسطى والشرقية /رابطة الدول المستقلة
-14,3	-40,0	6	7	10	24	البلدان الصناعية
-21,3	-35,0	63	80	97	156	البلدان النامية
-20,3	-35,2	110	138	170	240	البلدان الأقل نمواً
-22,0	-35,2	57	73	88	139	العالم

المصدر: [http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_\(1\).pdf](http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_(1).pdf) :: 2013-1-20
مرجع سابق.

3.1.3 معدل وفيات الأطفال الرضع حسب الدول

تحتل سيراليون المرتبة الأولى في العالم من حيث ارتفاع وفيات الأطفال الرضع، بينما تحتل الصومال المرتبة الثالثة بالنسبة لهذا المعدل؛ فالوضع الأمني المتدهور فيهما من ناحية وانتشار الأمراض، وتدهور الوضع الصحي، والفقر، وانتشار الجهل، والتلوث وغيرها؛ يعمل على زيادة معدل وفيات الأطفال الرضع بالإضافة لوفيات الأمهات. فقد وجد أن الأمراض التي يمكن الوقاية منها تشكل 20% من أسباب وفيات الأطفال الرضع في الصومال، والالتهابات الرئوية تشكل أحد الأسباب الأساسية للوفاة، وأشار مسح أجرته اليونيسيف ووزارة الصحة في أرض الصومال أن 41% من السكان فقط تصل إليهم المياه النظيفة.¹ ويشير الجدول رقم (15) إلى معدل وفيات الرضع لبعض الدول حسب أعلى وأقل معدل لكل منطقة إقليمية.

أما المعدلات الأقل لوفيات الرضع وهي تقع ضمن مجموعة البلدان الصناعية، والتي لم تدرج في التصنيف الإقليمي لليونيسيف.

¹ <http://sabahionline.com/ar/articles/hoa/articles/newsbriefs/2012/02/03/newsbrief-05-2-10>

جدول (15): معدل وفيات الأطفال الرضع لأعلى معدل وأقل معدل لكل منطقة إقليمية لعام 2010:

معدل وفيات الأطفال الرضع (بالآلف)		الدولة	
الرتبة	المعدل		
3	108	الصومال	شرق وجنوب أفريقيا
65	12	سيشل	
1	114	سيراليون	غرب ووسط أفريقيا
48	29	الرأس الأخضر	
26	57	اليمن	الشرق الأوسط وشمال إفريقيا
71	6	الإمارات العربية المتحدة	
32	50	مينا مار	شرق آسيا ودول المحيط الهادئ
75	2	سنغافورة	
18	70	هايتي	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
72	5	كوبا	
40	39	أذربيجان	أوروبا الوسطى والشرقية / رابطة الدول المستقلة
73	4	بيلا روس	

المصدر: :: [http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_\(1\).pdf](http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_(1).pdf) 2013-1-20

مرجع سابق.

2.3 تقدير معدلات وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي

إن الأوضاع الصحية في الوطن العربي تشهد تفاوتاً فيما بينها نتيجة لعوامل متعددة منها: ما تقوم به الحكومات من تنفيذ سياسات وبرامج تهدف إلى توفير الرعاية الصحية لكافة أفراد المجتمع، ومدى توفرها في متناول أيدي الأفراد، إن هذا التفاوت يعتبر متقارباً نوعاً ما باستثناء بعض الدول التي تحتل المراتب الأولى من حيث معدل وفيات الأطفال الرضع على مستوى العالم. الجدول رقم (16) يبين لنا هذا التفاوت، وترتيب الدول على مستوى العالم حسب معدلات وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي، فنجد أن الصومال حصلت على المرتبة

الأولى في الوطن العربي والمرتبة الثانية على مستوى العالم من حيث معدل وفيات الأطفال الرضع؛ وهذا يعكس مدى تدهور الوضع الصحي فيها خاصة فيما يتعلق بصحة الطفل، وهذه بحد ذاتها مسألة تتطلب الوقوف عندها. أما باقي دول الوطن العربي فهي تتقارب في معدل وفيات الأطفال الرضع، خاصة دول بلاد الشام والمغرب العربي وشبه الجزيرة العربية.

إن المشاكل المتعلقة بالصحة في الصومال، وخاصة الصحة الإنجابية، وصحة الطفل، من أهم العقبات والمشاكل التي تواجه المنظمات الصحية العاملة في الصومال، وعلى رأسها اليونيسيف، ويأتي على رأسها ارتفاع نسبة الوفيات بين السيدات في سن الإنجاب، وكذلك ارتفاع نسبة الوفيات بين الأطفال حديثي الولادة لأسباب عدة، يأتي على رأسها الجفاف وعدوى الجهاز التنفسي والملاريا. وتعد الصومال من دول المنطقة الحمراء بالنسبة للأمراض المعدية؛ وذلك لارتفاع نسبة الإصابة فيها، وتعد أكثر الأمراض انتشاراً والناجمة عن الطعام والشراب الملوث هي: الإسهال الناتج عن الإصابات الأولية والبكتيرية، والتهاب الكبد الوبائي أ والتهاب الكبد الوبائي هـ، والتيفوئيد.¹ وتعد هذه الأمراض من أكثر الأمراض التي تعمل على زيادة نسبة وفيات الأطفال الرضع الذين هم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المعدية من الكبار.

وساعد على تردي الوضع الصحي للأطفال في الصومال، اكتظاظ عدد كبير من النازحين بسبب ظروف الجفاف القاسية، في مساحات ضيقة مع قلة المراحيض المخصصة لهم؛ مما يدفع البعض إلى اللجوء للممرات الضيقة بين الأكواخ لقضاء حاجتهم، ويضاف إلى ذلك تكاثر حشرات ضارة بسبب الأمطار التي تهطل؛ مما يساعد على انتقال عدوى الأمراض بسهولة بين الأطفال. والنازحون لا يعلمون أين يذهبون بأطفالهم المرضى بسبب غياب مراكز طبية في أغلب المخيمات لتقديم الخدمات الصحية، والتعامل مع حالات الأطفال الذين يعانون من أمراض مختلفة، أخطرها الإسهال والحصبة، دون الحصول على علاج ينقذهم من هذه الأمراض القاتلة.²

¹ <http://en.wikipedia.org/wiki/Somalia.2013-3-29>

² <http://www.aljazeera.net/news/pages/23806b84-a2da-405c-aff5-ef4c53e37d78.2013-3-29>

جدول (16): ترتيب الدول حسب معدل وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي على مستوى العالم لعام 2010:

الرتبة	المعدل (بالآلف)	الدولة	الرتبة	المعدل (بالآلف)	الدولة
58	19	لبنان	3	108	الصومال
57	20	فلسطين	14	75	موريتانيا
62	15	السعودية	21	66	السودان
64	13	ليبيا	17	73	جيبوتي
63	14	سوريا	23	63	جزر القمر
63	14	تونس	14	75	اليمن
67	10	الكويت	46	31	العراق
68	9	البحرين	69	31	الجزائر
69	8	عمان	47	30	المغرب
70	7	قطر	58	19	مصر
71	6	الإمارات	59	18	الأردن

المصدر: [http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_\(1\).pdf](http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_(1).pdf) 2013-1-20. مرجع سابق.

هذا فيما يتعلق بالصومال أما باقي دول الوطن العربي فالنسب فيها تعتبر مقبولة نوعاً ما مقارنة مع وضع الأطفال الرضع في العالم.

تباينات معدلات وفيات الأطفال في الوطن العربي للأعوام 2010-1990

إن معدل وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي آخذ بالانخفاض، وبات هذا الانخفاض واضحاً من حيث معدلات وفيات الرضع دون سن الخامسة، ووفيات الأطفال أقل من سنة، كما هو مبين في الجدول رقم (17)، فكما هو معروف إن معدل وفيات الأطفال الرضع من المؤشرات المهمة التي من خلالها يمكن تحديد مستويات الوفيات واتجاهاتها وتطورها في بلد ما، ويعكس مدى تقدم الدولة وتطورها من النواحي الصحية، وما يتم تقديمه للمواطنين من رعاية صحية كاملة تنعكس من خلال انخفاض معدلات الوفيات فيها.

إن معدل وفيات الأطفال الرضع كان مرتفعاً بشكل واضح في الوطن العربي، ثم أخذ بالانخفاض حتى عام 2010، ولكنه يبقى مرتفعاً إذا ما قورن بالدول المتقدمة، والانخفاض لم يتم بالمستوى نفسه في جميع الدول العربية، فدول الخليج العربي بات الانخفاض فيها واضحا بشكل كبير.

إن اكتشاف النفط في دول الخليج العربي أدى إلى نهضتها منذ العام 1940، فأخذت هذه الدول بالتطور شيئاً فشيئاً، وكانت بدايته في انتقال السكان من الريف إلى المدن، وتراجع القطاع الزراعي، وزيادة العاملين في القطاع النفطي، الذي بدأ يزدهر وينمو بشكل كبير، وهذا انعكس عليه تحسن في الخدمات الصحية؛ مما أدى إلى بعض الانخفاض في الأمراض المعدية، ولكن وفيات الأطفال بقيت مرتفعة حيث إنه لم يطرأ تغيير كبير على العادات الغذائية التي تنعكس على صحة الطفل، ومنذ عام 1970 حدث تغير سريع في النواحي الصحية والاقتصادية؛ وهذا يعود لارتفاع أسعار النفط وخاصة بعد حرب أكتوبر 1973، وبالإضافة لزيادة إنتاج النفط في المنطقة؛ مما انعكس على ارتفاع مستوى الدخل، وبدء استخدام التيار الكهربائي والمياه الصالحة للشرب، التي باتت تصل إلى المناطق الريفية أيضاً. ومنذ عام 1982 استمر التحسن في المستوى الصحي والانخفاض الكبير في وفيات الأطفال، حتى وصل معدل وفيات الأطفال إلى أقل المعدلات في الدول النامية، كما انخفضت الأمراض المعدية واستطاعت دول الخليج القضاء على بعضها، وتطورت الخدمات الصحية بشكل لافت للنظر وأصبحت تصل إلى جميع المناطق حتى النائية منها.¹

¹[84](http://www.acnut.com/v/images/stories/pdf/publications/nutritional_status_and_food_control_i_mn_viqqr_walmllady, abd alrahmn wsmr: wuvc ttagduy w rraqaby alghazalyy fy mjlss ttaguwn lduw alxlyj alarybyy. mntzma alagduyy w alzrayca-maktab alaqlymy lllshrq aladny-qaahray, markz albrryn lllarasat w albhawth, duwla albrryn ط1 ، 1998.</p></div><div data-bbox=)

جدول رقم (17) معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ومعدل وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة)، ومعدل وفيات حديثي الولادة في الوطن العربي:

الدولة	معدل الوفيات دون الخامسة			معدل وفيات الرضع (أقل من سنة)			معدل وفيات حديثي الولادة 2010
	نسبة التغير %	2010	1990	نسبة التغير %	2010	1990	
فلسطين	-51,1	22	45	-44,4	20	36	-
الأردن	-42,1	22	38	-44,0	18	32	13
سوريا	-58,0	16	38	-55,0	14	31	9
لبنان	-42,1	22	38	-38,7	19	31	12
الإمارات	-68,1	7	22	-66,6	6	18	4
البحرين	-41,2	10	17	-40,0	9	15	4
السعودية	-6,0	18	45	-58,3	15	36	10
العراق	15,2-	39	46	-16,2	31	37	20
عمان	-81,0	9	47	-77,7	8	36	5
قطر	-62,0	8	21	-58,8	7	17	4
الكويت	-26,7	11	15	-23,1	10	13	6
ليبيا	-62,2	17	45	-60,6	13	33	10
اليمن	-39,8	77	128	-36,7	57	90	32
مصر	-76,6	22	94	-72,1	19	68	9
تونس	-67,3	16	49	-64,1	14	39	9
الجزائر	-47,1	36	68	-43,6	31	55	18
المغرب	-58,14	36	86	-55,2	30	67	19
السودان	-17,6	103	125	-15,4	66	78	35
موريتانيا	-10,5	111	124	-6,1	75	80	39
جزر القمر	-31,2	86	125	-28,4	63	88	32
الصومال	0,00	180	180	0,00	108	108	52
جيبوتي	-26,1	91	123	-61,1	37	95	34

المصدر: [http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_\(1\).pdf](http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_(1).pdf) 2013-1-20. مرجع سابق.

وعند النظر لدول شمال إفريقيا نجد أن نسبة التغير فيها جيدة، وبلغت أعلاها في مصر، حيث حققت مصر انخفاصاً ملحوظاً في وفيات الأطفال دون الخامسة والأطفال أقل من سنة،

حيث قامت اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية بدعم وزارة الصحة والسكان والقيام بحملات للتحصين ضد شلل الأطفال، حيث لم تعد مصر بلداً يستوطن فيه شلل الأطفال، وقامت كذلك بتحسين الحالة الغذائية بالنسبة للأطفال بعدة طرق منها: وضع توجيهات إرشادية قومية تتعلق بتغذية الرضع والأطفال الصغار، واستكمالها بتعزيز مهارات العاملين في هذه المجال فيما يتعلق بالممارسات السليمة للرعاية والتغذية، بما في ذلك الرضاعة الطبيعية، كذلك عملت على دعم نطاق تغطية برنامج التطعيمات المنتظم، كما أنها ستساعد في تحسين نوعية خدمات التحصينات واستحداثها، كذلك ساعدت في تحسين سبل الوصول إلى الخدمات الصحية، بما في ذلك خدمات ما قبل الولادة.¹ هذه السياسات والاستراتيجيات التي قامت بها اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية، ظهرت آثارها بشكل واضح في انخفاض معدل وفيات الأطفال في مصر بالإضافة إلى التفاعل الإيجابي من قبل الحكومة في هذا المجال، لا سيما ما يتعلق بصحة الطفل والأم.

أما فيما يتعلق بالأطفال في الدول التي تحتل أعلى معدلات وفيات الأطفال في الوطن العربي، وهي (الصومال، وجيبوتي، وموريتانيا، واليمن والسودان)، فما زالوا يواجهون تحديات كبيرة، تتمثل في سوء التغذية والافتقار الخطير إلى إمكانية الحصول على المياه الصالحة للشرب، ورداءة مرافق الصرف الصحي، وانتشار الأمراض المنقولة عن طريق المياه الملوثة، والكوليرا، والتيفوئيد والإسهال، والرعاية غير الملائمة وغير الكافية للأمومة ولصحة الطفل، كتعقيدات ما قبل الولادة، وارتفاع معدلات وفيات الأطفال، ومعدلات الوفيات في مرحلة ما قبل الولادة وأثناءها وبعدها، وارتفاع نسبة الأمية بين النساء، بالإضافة إلى انتشار فيروس شلل الأطفال، لا سيما في اليمن. لذلك لا بد من سياسات واستراتيجيات وجهود حثيثة من قبل المنظمات والحكومات للنهوض بهذه الدول وخفض معدل الوفيات لديها.

3.3 مستوى معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية

في هذا الجزء من الدراسة سوف يتم التطرق إلى تباين معدلات وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية، بناءً على بيانات المسوح التي أجراها الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في الأعوام 1996، 2000، 2004، 2006، 2010.

¹ http://www.unicef.org/egypt/arabic/child_survival.html.2013-4-5

فقد قام الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بتنفيذ المسح الصحي الأول في عام 1996، والمسح الصحي 2000، والمسح الصحي الديموغرافي 2004، والمسح الفلسطيني لصحة الأسرة في العام 2006 والتي اعتبرت بياناتها قاعدة دقيقة للأبحاث والنشرات الصحية على مدار السنين الماضية، وجاء تنفيذ مسح الأسرة الفلسطيني في العام 2010 رافداً إضافياً لقواعد البيانات هذه، خاصة وأن المسح سيوفر البيانات على مستوى المحافظة، ويتيح المجال للمقارنة مع بعض الدول العربية؛ كون هذا المشروع ينفذ على المستوى القطري أيضاً.¹

تعتبر معدلات وفيات الرضع، كما ذكرنا سابقاً، مؤشراً هاماً لمستويات الصحة والحالة الاقتصادية والاجتماعية السائدة في المجتمع. كما أنها تعتبر مقياساً لمدة نجاح البرامج التي تهدف إلى تخفيف معدلات وفيات الأطفال.

ويتم تقدير معدلات وفيات الرضع باستخدام التاريخ الإنجابي للمرأة، الذي يشمل حصر جميع المواليد لكل سيدة منذ زواجها الأول وحتى تاريخ المقابلة، بدايةً من المولود الأول وتاريخ ميلاده وجنسه وحالة بقائه على قيد الحياة، وعمر الحالي إذا كان حياً، وعمره عند الوفاة إذا كان قد توفي؛ وذلك للحصول على التقديرات المباشرة لمعدلات الوفيات.²

تعاني البيانات المتعلقة بوفيات الأطفال الرضع غالباً من عدم الدقة، ودقتها تعتمد على قدرة الباحثين في الحصول على بيانات وأرقام دقيقة عن مجموع الوفيات خلال الفترة التي يتم فيها جمع البيانات، فلقد لوحظ من خلال المسوح لعدة سنوات وجود اختلاف في النتائج في الأراضي الفلسطينية، ويمكن إرجاع ذلك وتوضيحه من خلال ما يلي:³

1- عدم اكتمال سجل المواليد الأحياء في واحد أو أكثر من التجمعات السكانية.

¹ <http://82.213.38.42/PCBS-Metadata-ar-v4/index.php/catalog/150.2013-4-5>

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. المسح الصحي الديموغرافي - 2004، التقرير النهائي. رم الله - فلسطين.

2- عدم الإبلاغ عن حالات الوفاة لأسباب مختلفة.

3- تنوع أماكن الدراسة حيث إنّ الرقم الناتج عن مسح لمنطقة محددة لا يمكن تعميمه على المجتمع الفلسطيني بأكمله.

4- تنوع تصاميم الدراسات وجمع البيانات سواءً أكان ذلك من خلال أساليب مباشرة أم غير مباشرة.

نلاحظ من خلال الجدول (18) أن معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية لا يأخذ نمطاً موحداً، فمثلاً انخفض ما بين 1996 و 2004؛ وذلك يعود إلى بداية تكوين السلطة، حيث قامت بالتركيز منذ بداية وجودها على الجانب الصحي؛ وذلك من خلال إنشاء المستشفيات والمراكز الصحية الحكومية وانتشارها بشكل واسع في الأراضي الفلسطينية. ولكن نجد أن هذا المعدل يرتفع مرة أخرى في عام 2006.

جدول (18) معدل وفيات الأطفال الرضع حسب المنطقة 1996، 2000، 2004، 2006، 2010.

وفيات الأطفال الرضع					المنطقة
2010	2006	2004	2000	1996	
18.9	25.3	24.2	25.5	27.3	الأراضي الفلسطينية
18.1	23.2	20	24.4	25.5	الضفة الغربية
20.1	29	30.2	27.3	30.2	قطاع غزة

المصدر: * دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1999. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة-1996: سلسلة التقارير التحليلية رقم (3). رعاية الأمومة في الضفة الغربية وقطاع غزة. مرجع سابق.

** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. المسح الصحي-2000، التقرير النهائي. مرجع سابق.

*** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. المسح الصحي الديموغرافي- 2004، التقرير النهائي. مرجع سابق.

**** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006، التقرير النهائي. مرجع سابق.

***** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. مرجع سابق.

ويمكن إرجاع ذلك كما ذكرنا سابقاً إلى أثر الانتفاضة الفلسطينية الثانية في معدلات وفيات الأطفال الرضع، لما كان للحصار الإسرائيلي من أثر على صحة كل من الأم والطفل، من خلال عدم السماح بإدخال الأدوية والأجهزة الطبية اللازمة، خاصة للأطفال حديثي الولادة أو من كانوا يعانون من تشوهات خلقية، حيث كان قبل اندلاع الانتفاضة يسمح للأطفال الذين يعانون من أمراض مزمنة منذ بداية الولادة بتحويلهم لتلقي العلاج في المستشفيات الإسرائيلية، ولكن الأحداث السياسية عرقلت هذه المهمة.

ونجد أن هذا المعدل يعود للانخفاض حسب بيانات المسح الصحي لعام 2010، ويمكن إرجاع ذلك إلى تحسن الأوضاع الصحية بشكل عام، والخدمات والمعدات الطبية اللازمة لرعاية كل من الطفل والأم عند الولادة، وزيادة المراكز الصحية، وكذلك تحسن الأوضاع السياسية نوعاً ما وخاصة من ناحية الحصار الذي كان مفروضاً على المدن الفلسطينية، حيث سهل التنقل فيما بينها بعد الحصار الذي كان مفروضاً قبل عام 2006، حيث كان يمنع أيضاً أو يسمح بصعوبة التنقل من أجل تلقي العلاج في مدن ومستشفيات محافظات الضفة الغربية وقطاع غزة.

نجد أن الانخفاض في وفيات الأطفال الرضع يأخذ نفس الاتجاه في الضفة الغربية وقطاع غزة، إلا أن هذا الاتجاه في المعدلات كان أعلى في الضفة الغربية عنه في قطاع غزة؛ وذلك يعود لعدة أسباب، بداية تتدرج تحت الخدمات الصحية التي تتوفر في الضفة الغربية بشكل أفضل من قطاع غزة سواء من ناحية الكم أم النوع، هذا بالإضافة إلى الحصار المفروض على قطاع غزة وخاصة بعد عام 2006، والاجتياحات والحروب التي شنت عليها، كذلك الكثافة السكانية العالية في قطاع غزة التي تنعكس بشكل سلبي حيث يزيد معدل نمو السكان عن الخدمات الصحية المقدمة لهم، بالإضافة إلى الولادات المتكررة التي تنعكس على زيادة معدلات وفيات الرضع؛ لما لها من أثر على صحة المولود، ويمكن اعتبار ظاهرة زواج الأقارب وما ينتج عنها من ولادات ذات تشوهات خلقية من الأسباب الرئيسية لوفيات الرضع. بالإضافة أن معظم سكان القطاع يعيشون في المخيمات، أي ظروف بيئية وصحية غير جيدة تؤثر على صحة الأم والطفل من ناحية عدم توفر الرعاية الصحية الكافية في تلك المناطق، كما أن

المستوى الاقتصادي المتدني له تأثير، فارتفاع نسبة البطالة وسوء الأحوال الاقتصادية يحول دون الحصول على الرعاية الصحية الكافية، خاصة في حال الحاجة للعلاج.

وبشكل عام يمكن إرجاع انخفاض وفيات الأطفال الرضع إلى زيادة الاهتمام بالخدمات الصحية المقدمة لكل من الأمهات والأطفال، سواء كانت في المناطق الريفية أم المخيمات أم حتى في المدن، عن طريق زيادة مراكز رعاية الأمومة والطفولة، وكذلك زيادة الوعي والتثقيف الصحي لكل من المرأة والمجتمع ككل، والتأكيد على ضرورة مراجعة المراكز الصحية الدورية للحفاظ على صحة الأم، قبل الولادة وخلالها وبعدها، وما له من أثر على صحة الطفل، وما يتم القيام به من برامج تطعيم دورية للحفاظ فيها على صحة الطفل.

ولكن على الرغم من التقدم الذي حصل على خفض وفيات الرضع خلال العقد الماضي، إلا أن هذه المعدلات لم تصل إلى الحد المطلوب، وتباين تبعاً للعديد من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تحيط بنا.¹

تقديرات أسباب وفيات الأطفال الرضع في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة

لا بد من الإشارة إلى أن البيانات الخاصة بأسباب وفيات الرضع تعكس حال البيانات المبلغ عنها في سجلات وزارة الصحة. ونظراً لعدم وجود تصنيف موحد بين الضفة الغربية وقطاع غزة في تسجيل الوفيات حسب السبب، نجد أن هناك تبايناً واضحاً في هذه البيانات، وبالتالي فإن جودة البيانات تعتبر متدنية إذا ما قورنت بالواقع.²

هناك بعض الأسباب التي تم إدراجها تحت مسمى الأسباب التي تؤدي إلى وفيات الأطفال الرضع في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة، وتختلف هذه الأسباب حسب نسب

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2010. التقرير السنوي. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 13). مرجع سابق.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. التقرير السنوي - 2001. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (4). رام الله - فلسطين.

تأثيرها بشكل مباشر أو بشكل غير مباشر على وفيات الأطفال الرضع، وسوف نتطرق إلى بعض هذه الأسباب من خلال نسبة تأثيرها على معدل وفيات الأطفال الرضع وهي كالتالي:

أ- التشوهات الخلقية.

ب- أمراض الجهاز التنفسي بما فيها الالتهابات.

ج- الموت السريري المفاجئ.

د- الولادة المبكرة (غير مكتملي النمو).

إن الأسباب آنفة الذكر يوجد لديها مسببات أيضا تساعد على حدوثها، وسوف نتطرق إليها بالترتيب:

أ- التشوهات الخلقية

هناك عدة أسباب تساعد على حدوثها ليس فقط زواج الأقارب وهي:¹

1- الميكروبات: إن إصابة الأم بميكروبات محددة في الشهور الثلاث الأولى من الحمل، وخاصة فيروس الحصبة الألمانية أو الزهري أو فيروس مضخم الخلايا أو فيروس داء القطط، يعرض الطفل عادة إلى حدوث تشوهات خلقية في القلب وصغر حجم الرأس وعتامة العينين وتضخم الكبد والطحال.

2- مرض الأم المزمّن: إن الأمراض المزمنة للأم وخاصة السكر وعدم تنظيم الحمية الغذائية و جرعات الأنسولين قبل الحمل وأثناءه، تؤدي إلى زيادة احتمالات حدوث التشوهات الخلقية وخاصة تشوهات القلب والشفة الأرنبية وسقف الحلق المفتوح أو عيوب أخرى مثل الأنبوب العصبي المفتوح.

¹ http://www.werathah.com/genetic/cong_anomalies.htm.2014-1-27

3- تناول العقاقير: إن تناول بعض العقاقير وخاصة في الشهور الأولى من الحمل دون استشارة الطبيب المختص؛ يؤدي إلى حدوث التشوهات في الجنين خاصة الأدوية والعقاقير التي ثبت أن لها تأثيراً في حدوث العيوب الخلقية. ولكن هنا يختلف هذا التأثير من امرأة حامل إلى أخرى حسب كمية الدواء أو نوعية الدواء، والاستعداد البيئي والوراثي لكل أم.

4- تعرض الحامل لارتفاع درجة الحرارة: إن تعرض الأم الحامل لارتفاع درجة الحرارة لما فوق 39-40 درجة، وحتى لو كانت لمدة يوم واحد قد تصيب الجنين عادة بعيوب الأنبوب العصبي، أو حتى عند ارتفاع درجة الحرارة بصورة غير مرضية مثل استخدام حمام الساونا لأكثر من ساعة حيث قد تؤدي إلى حدوث التشوهات الخلقية.

5- تعرض الأم للأشعة السينية بجرعة عالية يزيد من احتمال حدوث العيوب الخلقية وخاصة خلال الشهور الثلاث الأولى من الحمل.

ب- أمراض الجهاز التنفسي:

تعتبر من أهم الأجهزة التي تتعرض لاضطرابات ما بعد الولادة، فقد يتعرض الأطفال منذ لحظة ولادتهم إلى مشاكل بما فيها الالتهابات ترجع أيضا لعدة أسباب منها:¹

1- وجود مشاكل في الجمجمة وبالتالي تأثر مركز التنفس.

2- التشوهات الخلقية في القلب.

3- تشوهات في الأنف.

4- إصابة الحنجرة بأمراض أو أورام وهذا يؤدي إلى الضغط عليها وبالتالي حدوث ضيق التنفس.

5- حصول فتق في الحجاب الحاجز الذي هو أساس التنفس.

¹ <http://www.startimes.com/?t=23145089.2014-1-27>

6- اضطرابات عصبية عضلية.

7- تشوه الحنجرة الخلقي.

8- داء الغشبية الهلامية الذي يحدث لدى الأطفال الخدج خاصة.

9- الالتهابات الرئوية.

10- عدم تكوّن الرئة خلقيًا عند الولادة

ج- الموت السريري المفاجئ:

لا تزال أسباب هذه الحالة مجهولة علمياً؛ ولا تزال الأبحاث جارية لمعرفة أسباب هذه الحالة، ولكن الاعتقاد الشائع هو أن الحالة تنجم عن خلل في تنظيم ضغط الدم أو التنفس أو الحرارة، إلا أن هناك عوامل مساعدة تزيد من احتمالية حدوث موت مفاجئ منها:¹

1- ترك الطفل ينام على بطنه أو أحد جانبيه، أو أن ينام على فراش طري أو وسادة طرية، إذ قد يؤدي ذلك إلى عدم وصول أوكسجين كافٍ إلى جسده ودماعه.

2- تغطية الطفل ببطانيات ولحف سميكة وخاصة رأسه، مما قد يسبب اختناقه لحساسية جهازه التنفسي.

3- نقص وزن الطفل عند ولادته (أقل من 2500 جرام).

4- تدخين الأم أثناء الحمل أو التدخين بالقرب من الطفل.

5- تناول الأم للكحول والمخدرات أثناء الحمل.

6- إذا كان عمر الأم أقل من 20 سنة.

¹ http://ar.wikipedia.org/wiki/متلازمة_الموت_المفاجئ_عند_الرضع_والأطفال 2014-1-27

د- أسباب الولادة المبكرة:

ومن الأسباب التي تساعد على حدوثها.¹

1- تدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة، الأمر الذي قد يؤدي إلى نقص التغذية وفقير الدم والمرض عند الأم، كما قد ينتج عنه في كثير من الحالات قلة التوعية للحامل، وسوء رعايتها الصحية.

2- سن الحمل: فالحامل صغيرة السن أي أصغر من 16 عاما أو الكبيرة نسبيا أي أكبر من 16 عاما معرضة أكثر من غيرها للولادة قبل بلوغ شهرها الأخير.

3- إصابة الأم بأمراض مزمنة كالضغط المرتفع، وأمراض الدم والقلب، وغيرها من الأمراض التي تؤدي لاضطرابات كثيرة قد تعجل في الولادة.

4- تعدد مرات الحمل أكثر من خمس مرات، أو ولادة التوائم، وكذلك قصر المدة الفاصلة بين الحمل والآخر.

5- وجود مشاكل في مرات الحمل السابقة، مثل: عقم سلبي، إجهاض، إملصات، ولدان خدج، أو ناقصو وزن الولادة.

6- وجود مشاكل في الرحم، مثل: ضعف عنق الرحم، وتشوهات خلقية في الرحم، والإصابة في الرحم، ووجود الالتهابات الجرثومية عند الأم، والتهابات المسالك البولية أيضا.

7- إدمان الأدوية والمخدرات والكحول، ووجود عادة التدخين عند الأم وعوامل أخرى.

8- انفصال المشيمة باكرا أو تحريض غير محدد لتقلصات رحمية فعالة قبل نهاية الحمل.

تعتبر التشوهات الخلقية السبب الرئيسي لوفيات الرضع في الضفة الغربية وقطاع للأعوام و 1996 و 1999 كما هو مبين في (جدول رقم 18)، ولكن هذا السبب يتراجع بشكل

¹ <http://www.sayidaty.net/node/86281/->.2014-1-27 الشهر_السَّابع

واضح في العام 2000 لتحثل الولادة المبكرة السبب الرئيسي لوفيات الأطفال الرضع في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة؛ يمكن إرجاع ذلك إلى صحة الأم ومعالجاتها في فترة الحمل سواء أسباب صحية أم نفسية وغيرها، والتي تنعكس على وزن الطفل.

وفي الأعوام 2005 و 2007 تحثل أمراض الجهاز التنفسي السبب الرئيسي لوفيات الأطفال الرضع في الضفة الغربية وتراجع الولادات الناجمة عن الولادات المبكرة بشكل واضح، يمكن إرجاع ذلك إلى سوء تناول الغذاء المناسب والمكملات الغذائية التي تقلل من الإصابة بالتهاب الجهاز التنفسي كما ذكرنا سابقاً، إنّ تناول الغذاء المناسب يساعد في تجنب أمراض الجهاز التنفسي، وقد انعكست الأوضاع السياسية على صحة الأم فمثلاً: إنّ إطلاق الغازات المسيلة للدموع يؤثر استنشاقها على وضع الجنين وصحة الأم، بالإضافة إلى إعاقات الاحتلال التي يمارسها عند الحاجة للوصول للمراكز الصحية، وفق الخدمات الصحية بناء على ذلك. بينما تحثل الولادة المبكرة السبب الرئيسي لوفيات الأطفال الرضع في قطاع غزة، والتي يمكن إرجاعها لنفس الأسباب. إن الدراسات حول أسباب وفاة الأطفال الرضع تحتاج لتعمق حيث إنّ الارتفاع في بعض النسب كأعراض الجهاز التنفسي والتشوهات الخلقية بالرغم من تحسن الأوضاع الصحية.

جدول (19): وفيات الأطفال الرضع في الضفة الغربية وقطاع غزة حسب السبب لسنوات مختارة.

قطاع غزة					الضفة الغربية					السبب
2007	2005	2002	1999	1996	2007	2005	2002	1999	1996	
8.1	11.6	13.3	2.0	13.3	34.7	34.3	8.0	19.7	15.5	1- أمراض الجهاز التنفسي بما فيها الالتهابات
23.5	24.9	22.6	17.3	14.3	16.1	16.1	9.1	24.8	18.1	2- التشوهات الخلقية
6.1	6.0	6.0	6.0	X	4.3	6.2	4.9	11.1	X	3- الموت السريري المفاجئ
36.2	31.6	35.0	23.8	X	13.4	16.1	47.4		X	4- الولادة المبكرة

X: لا تتوفر بيانات.

المصدر: * دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1998. التقرير السنوي، 1998. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 1). مرجع سابق

** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. التقرير السنوي - 2001. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (4). مرجع سابق.

*** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004. التقرير السنوي - 2004. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 7). رام الله - فلسطين.

**** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 10). رام الله - فلسطين.

***** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2009. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 12). رام الله - فلسطين.

مهما كان السبب الرئيسي الذي يؤثر على وفيات الأطفال الرضع، فإن سبب الوفاة يرجع بشكل مهم إلى الأم، من ناحية الرعاية الصحية لها قبل الحمل وأثناءه وبعده، حيث إن الرعاية كلما كانت بشكل جيد لها انعكس ذلك على صحتها وصحة طفلها؛ بحيث يمكن أن

تتجنب كافة المخاطر أثناء الحمل التي قد تؤدي إلى الوفاة، فمثلا التدخين كما ذكرنا في الأسباب السابقة يمكن أن يؤدي لمشكلات، وكذلك تناول العقاقير أثناء الحمل مما تؤثر على الجنين، إنَّ زيادة وعي الأم لهذه المخاطر جميعها ومحاولتها لتجنبها يساعد في ولادة طفل بصحة جيدة وكامل النمو. ولكن في نفس الوقت يمكن إرجاع ذلك للأوضاع الاقتصادية والسياسية التي تعاني منها الأراضي الفلسطينية وانعكاسها على زيادة وفيات الرضع.

الفصل الرابع

العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية

1.4 مقدمة

2.4 العوامل الديموغرافية المؤثرة في وفيات الأطفال الرضع.

2-4 العوامل البيولوجية المؤثرة في وفيات الأطفال الرضع.

3-4 العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في وفيات الأطفال الرضع.

الفصل الرابع

العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية

1.4 مقدمة

إن فرصة بقاء الطفل على قيد الحياة كما ذكرنا سابقاً، ترتبط بعدد من العوامل منها: الديموغرافية والبيولوجية والاجتماعية والاقتصادية التي تحيط بالطفل، ومدى تفاعل وارتباط هذه العوامل مع بعضها البعض يعكس طبيعة البيئة التي يعيش فيها الطفل، وهذا يساعد في اتباع السياسات المناسبة والهادفة لخفض معدلات وفيات الأطفال الرضع، وهذا كله يكون نتيجة لمدى التقدم في المجالات المتعددة منها: الصحية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمع.

وفي هذا الفصل سوف نتطرق للعوامل الديموغرافية والبيولوجية والاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في وفيات الأطفال الرضع، بناء على بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010، حيث ستم دراسة متوسط عدد الأطفال المتوفين للمرأة وأعمارهم أقل من سنة (الأطفال الرضع)، وذلك حسب السؤال الذي وجه للمبحوث معهن من قبل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في مسح الأسرة 2010، حيث كان يتم السؤال بالشكل التالي (الآن أود أن أسجل كل واحد من الأطفال الذين رزقت بهم، إن كان مازال على قيد الحياة أم توفي، ومن ثم تم السؤال كم كان عمر الطفل عندما توفي بالأيام والشهور والسنوات)، وفي هذه الدراسة تم اختيار الأطفال الذين توفوا وأعمارهم أقل من سنة، ولكونه لم يسأل في هذا المسح عن عدد الأطفال الذين ولدوا أو توفوا خلال 12 شهراً الأخيرة فإنه سيستعاض عن دراسة معدلات وفيات الرضع إلى استخدام متوسط عدد الأطفال الذين توفوا وأعمارهم أقل من سنة.

2.4 العوامل الديموغرافية المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع

1.2.4 عمر المرأة عند الزواج الأول

المقصود هنا حسب السؤال الذي وجه للمبحوث معهن، هو العمر عند الزفاف الأول أو العمر عند الزواج الفعلي وليس بداية الخطبة والارتباط.

يشكل حمل المرأة في فترة مبكرة من العمر عاملاً خطيراً عليها كأم وعلى الجنين، فقد تكون المرأة في هذه الفترة العمرية، كما ذكرنا سابقاً، لم يكتمل النمو الجسدي لديها كأم؛ الأمر الذي قد يؤدي إلى ولادة طفل غير مكتمل النمو، أو قد يصاب بإحدى التشوهات الخلقية، فضلاً عما قد تتعرض له المرأة من مضاعفات حمل كتمزق في الرحم وغيرها، وقد يكون هناك نقص في خبرة هؤلاء الأمهات في رعاية أطفالهن، وعدم إلمامهن بأساليب الرعاية الصحية للأطفال كما ذكرنا سابقاً أيضاً، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (20)، حيث إن متوسط وفيات الأطفال الرضع يرتفع لدى الأمهات اللواتي تم زواجهن الأول وأعمارهن أقل من 15 عام، ثم تبدأ بالانخفاض حتى العمر 30 سنة حسب بيانات مسح الأسرة 2010.

جدول (20): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب العمر عند الزواج الأول 2010.

متوسط وفيات الرضع		العمر
الانحراف المعياري	المتوسط	
0.1813	0.03403	أقل من 15 سنة
0.1686	0.02928	19-15
0.1680	0.02905	24-20
0.1629	0.02726	29-25
0.2018	0.04242	34-30
0.2827	0.08642	39-35

المصدر اعداد الباحثة

ولتوضيح تأثير العمر عند الزواج الأول للأم في متوسط وفيات الأطفال الرضع، سيتم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين العمر عند الزواج الأول ومتوسط الأطفال المتوفين لها وأعمارهم أقل من سنة.

جدول (21): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين مدى عمر المرأة عند الزواج الأول ووفيات الأطفال الرضع 2010.

الدلالة	F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
*.020	2.513	7.210E-02	6	.433	بين المجموعات
		2.870E-02	55816	1601.738	في المجموعات
			55822	1602.171	المجموع

(* دال احصائياً على مستوى المعنوية 0.05.

المصدر: إعداد الباحثة.

يتبين من الجدول رقم (21) ومن خلال استخدام اختبار One Way Anova، وجود فروق بين عمر الأم عند الزواج الأول ومتوسط وفيات الأطفال الرضع، وهنا ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة التي تقول: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عمر الأم عند الزواج الأول ومتوسط الأطفال المتوفين لها وأعمارهم أقل من سنة؛ وذلك يعود للعوامل التي ذكرت سابقاً.

تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة ميسون سماره عام 1995، في أن خطر تعرض الطفل الرضيع للوفاة يرتفع لدى الأمهات اللواتي تزوجن في سن مبكرة، ثم يبدأ بالانخفاض التدريجي، ثم يعود مرة أخرى ليرتفع في الفئات العمرية الكبيرة حيث بلغ 46 بالألف للفئة العمرية 10-14 سنة و 71 بالألف للفئة العمرية التي تزيد عن 35 سنة، ولقد أرجعت هذه النسبة غير المنطقية لهذا الارتفاع إلى انخفاض نسبة الوفيات في دراستها، إذ بلغت نسبة النساء في الأعمار من 30-34 و 35 فأكثر نحو 6% و 2% على التوالي.¹

وتتفق الدراسة أيضاً مع نتائج دراسة عدنان مالول عام 2000، حيث ترتفع معدلات وفيات الرضع عند الأمهات اللواتي تزوجن عند عمر مبكر، فبلغ معدل وفيات الرضع عند

¹ سماره، ميسون: أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية على وفيات الأطفال الرضع من واقع بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 1990. مرجع سابق. 1995.

الأمهات اللواتي تزوجن خلال الفئة العمرية 15-19 سنة إلى 18.6 بالألف مقابل 15.7 بالألف للنساء في الفئة العمرية ما بين 25-29.¹

وقد توافقت هذه الدراسة كذلك مع دراسة أحمد عبد المجيد العربيات عام 1995، حيث بلغت نسبة الأسر التي شهدت وفيات بين مواليدها كانت عالية في الأسر التي كان عمر الزوجة فيها مبكراً ومتأخراً، حيث كان حوالي 37% في الفئة العمرية أقل من 15 سنة، وحوالي 36% في الفئة العمرية من 35-39 سنة.²

2.2.4 عمر المرأة عند الإنجاب الأول

يعد العمر عند الإنجاب الأول من أهم العوامل الديموغرافية المؤثرة في وفيات الأطفال الرضع، حيث تتباين وفيات الأطفال الرضع حسب عمر المرأة عند الإنجاب الأول فنجدها ترتفع لدى النساء اللواتي أنجبن لأول مرة وأعمارهن أقل من 15 سنة، كذلك النساء اللواتي أنجبن وأعمارهن تزيد عن 40 سنة. فيتبين من الجدول رقم (22) أن متوسط وفيات الأطفال الرضع يرتفع لدى النساء اللواتي أنجبن لأول مرة وأعمارهن أقل من 15 سنة، حيث بلغ متوسط الأطفال الرضع للنساء في هذه الفئة العمرية نحو 0.03987 طفلاً، إن ارتفاع متوسط وفيات الأطفال الرضع لدى الفئات الصغيرة يرجع إلى أن جسم الأنثى قد يكون غير مكتمل النمو، كعدم اكتمال نمو الرحم وعدم وعي الفتاة بضرورة مراجعة الطبيب وأهمية الرعاية الصحية قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة، وجعلها بالتغذية المناسبة لديها وللطفل مما ينعكس هذا الخطر على صحة الطفل.

¹ مالول، عدنان: مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997. مرجع سابق. 2000.
² العربيات، أحمد عبد المجيد: العلاقة بين الرعاية الصحية للأم ووفيات الأطفال الرضع في الأردن. مرجع سابق. 1995.

جدول (22): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب عمر المرأة عند الإنجاب الأول 2010.

وفيات الرضع		عمر المرأة عند أول إنجاب
الانحراف المعياري	المتوسط	
0.1960	0.03987	أقل من 15 سنة
0.1696	0.02963	19-15
0.1683	0.02919	24-20
0.1605	0.02645	29-25
0.1988	0.04116	34-30
0.2112	0.04651	39-35
0.3360	0.1250	40 فأكثر

المصدر: إعداد الباحثة.

و يلاحظ من الجدول رقم (22) أيضاً، ارتفاع متوسط وفيات الأطفال الرضع لدى النساء اللواتي أعمارهن عند الإنجاب الأول 40 سنة فأكثر، حيث بلغ متوسط الأطفال الذين توفوا للمرأة وأعمارهم أقل من سنة نحو 0.1250 طفلاً، وهي تسجل أعلى متوسط. ويمكن إرجاع ارتفاع وفيات الأطفال الرضع في الفئات الكبيرة إلى ضعف جسم المرأة في هذه الأعمار؛ نتيجة لنفاد طاقتها الجسدية وحالات الحمل والولادة المتعددة التي تعرضت لها خلال فترة حياتها الإنجابية، كذلك فقد يتعرض أيضاً الطفل لعيوب خلقية تؤدي إلى الوفاة أحياناً، أو عدم قدرة المرأة على تقديم الرعاية الكافية للطفل في حال قيامها برعاية الأسرة بأكملها، وخاصة في حال وجود أطفال آخرين نقل أعمارهم عن 5 سنوات.

وللتعرف على مدى تأثير عمر المرأة عند الإنجاب الأول في متوسط الأطفال المتوفين لها وأعمارهم أقل من سنة، تم وضع الفرضية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين عمر المرأة عند الإنجاب الأول ومتوسط الأطفال المتوفين لها وأعمارهم أقل من سنة، وقد تم استخدام اختبار One Way Anova لاختبار الفرضية أعلاه جدول رقم (23).

جدول (23): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين مدى عمر المرأة عند الإنجاب الأول ووفيات الأطفال الرضع.

الدلالة	F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
*.004	3.181	0.0910	6	0.546	بين المجموعات
		0.02863	55811	1597.856	في المجموعات
			55817	1598.403	المجموع

(* دال إحصائياً على مستوى المعنوية 0.05.

المصدر: إعداد الباحثة.

من خلال النتائج في جدول رقم (23) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، التي تقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين عمر الأم عند الإنجاب الأول ووفيات الأطفال الرضع لها؛ وذلك يعود للعوامل التي تم توضيحها في الفقرات السابقة.

تتفق نتائج هذه الدراسة مع بعض الدراسات السابقة منها، دراسة **حرب الحنيطي عام 1995**، حيث وجد أن معدلات وفيات الرضع تزداد لدى المواليد للأمهات ذوات الأعمار التي تقل عن 20 سنة حيث بلغت 48.5 بالآلاف، ثم تتناقص تدريجياً بزيادة العمر ثم تعود للارتفاع لدى الأمهات ذوات الأعمار التي تزيد عن 40 سنة حيث بلغت 38.3 بالآلاف.¹

وتتفق أيضاً مع نتيجة دراسة **صالح محمد أمين لعام 2000**، حيث وجد أن هناك ارتفاعاً في معدلات وفيات الرضع للأمهات اللاتي تقل أعمارهن عند الإنجاب الأول عن 20 سنة، حيث بلغت 33.1 بالآلاف، كذلك نجد ارتفاع هذه المعدلات للأمهات اللاتي بلغن 35 سنة من العمر فأكثر، حيث وصلت حدها الأعلى 36.8 بالآلاف، في حين نلاحظ انخفاض معدلات وفيات الرضع لدى الأمهات اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20-34 سنة، حيث بلغت 27.1 لكل ألف من المواليد الأحياء.²

¹ الحنيطي، حرب: المحددات الاقتصادية والاجتماعية لمعدلات وفيات الرضع ووفيات الأطفال في سلطنة عمان. مرجع سابق. 1995.

² أمين، صالح محمد: محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن 1997. مرجع سابق. 2000.

كذلك تتفق مع دراسة **عدنان مالول لعام 1997**، حيث تبين أن عمر المرأة عند أول إنجاب يؤثر في وفيات الأطفال الرضع، إذ يرتفع معدل وفيات الرضع عند الأمهات اللواتي أعمارهن أقل من 20 سنة وعند النساء الأكبر سناً في نهاية دورتهن الإنجابية.¹

3.2.4 جنس المولود

من المعروف أن الذكور أكثر عرضة من الإناث للإصابة بالأمراض، وخطر التعرض للوفاة وهذا يرجع لأسباب فسيولوجية حيث تتمتع الإناث بنظام مناعة أعلى من الذكور.

يشير الجدول رقم (24) إلى أن متوسط وفيات الأطفال الرضع لدى الذكور يرتفع عن الإناث وذلك يرجع للأسباب الآتية الذكر.

جدول (24): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب جنس المولود 2010.

متوسط وفيات الرضع		نوع التجمع
الانحراف المعياري	المتوسط	
0.1722	0.03057	ذكور
0.1665	0.02853	إناث

المصدر: إعداد الباحثة

وللتعرف على مدى تأثير جنس المولود على متوسط وفيات الأطفال الرضع تم وضع الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين جنس المولود ومتوسط وفيات الأطفال الرضع؛ ولهذا الغرض تم استخدام اختبار فرضية one-sample t test، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين جنس المولود ومتوسط وفيات الأطفال الرضع.

¹ مالول، عدنان: مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997. مرجع سابق. 2000.

جدول (25): نتائج اختبار (one sample t test) لدلالة الفروق بين متوسط وفيات الأطفال الرضع وجنس المولود.

المتغير	قيمة T	درجات الحرية	مستوى المعنوية
جنس المولود	703.037	55822	*0.000

(*): دال إحصائياً على مستوى المعنوية 0.05

المصدر: إعداد الباحثة.

لقد تبين من خلال الجدول رقم (25) أنه توجد فروق دلالة إحصائية بين جنس المولود ومتوسط وفيات الأطفال الرضع، وبالتالي ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة؛ ويعود ذلك لبعض الصفات البيولوجية لدى الإناث التي تقلل من خطر الوفاة لديها.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة ميسون سمارة عام 1995، حيث ارتفع لديها معدل وفيات الأطفال الرضع لدى الذكور عنها لدى الإناث، فبلغ 35 بالألف - 32.9 بالألف على التوالي.¹

كذلك تتفق مع دراسة عدنان مالول عام 2000، حيث بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع للذكور 16.4 بالألف مقابل 14.5 بالألف للإناث.²

3.4 العوامل البيولوجية المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع

1.3.4 الرضاعة الطبيعية

يحتوي حليب الأم على كل المواد الغذائية التي يحتاجها الرضيع منذ ولادته، فممارسة الرضاعة الطبيعية تعتبر ذات أهمية كبيرة لصحة كل من الأم والطفل؛ لذلك يجب على الأم ممارسة الرضاعة الطبيعية للطفل قدر المستطاع، ولو حتى كعامل مساعد في حالة هدم قدرتها على إرضاع الطفل رضاعة طبيعية كاملة، كذلك للرضاعة في الساعات الأولى للولادة أثر على وفيات الأطفال الرضع، والجدول رقم (26) يبين لنا متوسط عدد الأطفال المتوفين أقل من سنة.

¹ سمارة، ميسون: أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية على وفيات الأطفال الرضع من واقع بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 1990. مرجع سابق. 1995.

² مالول، عدنان: مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997. مرجع سابق. 2000.

جدول (26): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب أثر الرضاعة الطبيعية على الطفل 2010.

متوسط وفيات الرضع		هل أرضعت الطفل رضاعة طبيعية
الانحراف المعياري	المتوسط	
0.1956	0.02166	نعم
0.2700	0.07902	لا

المصدر: إعداد الباحثة.

والجدول رقم (26) يقدم لنا دليلاً واضحاً على أثر الرضاعة الطبيعية في وفيات الرضع، وارتفاع المتوسط في وفيات الرضع لدى الأطفال الذين لم يتلقوا رضاعة طبيعية، ويعزى انخفاض الوفاة لدى الأطفال الذين رضعوا رضاعة طبيعية؛ إلى ما تحتويه من فائدة غذائية كاملة للطفل أودعها الله تعالى فيه لتقدم له احتياجاته في الأشهر الستة الأولى لحياته، حيث يحمي الطفل من الإصابة بالأمراض المعدية والإسهال وأمراض المعوية خلال الأشهر الأولى من الولادة.

وكذلك إن وقت تلقي الرضاعة الطبيعية له أثر على وفيات الرضع. فقد أعلنت اليونيسيف أن الإرضاع الطبيعي للطفل بعد ولادته مباشرة، يمكن أن يمنع عدداً كبيراً من الوفيات بين صفوف المواليد الجدد في البلدان النامية، وتشير دراسة أجريت في غانا إلى أنه يمكن منع 16% من وفيات الأطفال حديثي الولادة عن طريق الإرضاع الطبيعي للطفل منذ أول يوم في حياته، وترتفع هذه النسبة إلى 22% إذا بدأ الإرضاع في غضون ساعة واحدة من الولادة. وتشير تقديرات اليونيسيف إلى أن الاقتصار على الرضاعة الطبيعية حتى سن ستة شهور؛ قد يمنع وفاة 13 مليون طفل دون سن الخامسة سنوياً.¹

وتبين من نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010 مدى تأثير وقت تلقي الرضاعة الطبيعية في وفيات الرضع إن متوسط وفيات الأطفال ينخفض لدى الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية

¹ يونيسيف. الرضاعة الطبيعية خلال ساعة واحدة من الولادة يمكن أن تحد من وفيات الرضع. نيويورك. 1 آب/أغسطس 2007.

http://www.unicef.org/arabic/media/24327_40464.html 2013-3-5

بعد الولادة مباشرة وخلال الساعات الأولى، ويرتفع هذا المتوسط لدى الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية بعد أيام من الولادة، وهذا ما يؤكد ما سردناه سابقاً من فائدة الرضاعة الطبيعية المباشرة بعد الولادة، وتأثيرها في انخفاض متوسط وفيات الرضع وهذا ما يوضحه الجدول رقم (27).

جدول (27): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب متى مضى من الوقت حول تلقي الرضاعة الطبيعية للطفل بعد الولادة 2010.

متوسط وفيات الرضع		وقت إرضاع الطفل
الانحراف المعياري	المتوسط	
0.1420	0.02060	بعد الولادة مباشرة
0.1368	0.01907	ساعات
0.1996	0.04153	أيام

المصدر: إعداد الباحثة.

وللتعرف على مدى تأثير الرضاعة الطبيعية ووقت تلقي الطفل للرضاعة الطبيعية، في متوسط الأطفال المتوفين لها وأعمارهم أقل من سنة، تم وضع الفرضية الصفرية التالية، التي تنص على: أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0.05 بين الرضاعة الطبيعية ووقت تلقي الطفل للرضاعة الطبيعية ومتوسط الأطفال المتوفين لها وأعمارهم أقل من سنة؛ ولهذا الغرض تم استخدام اختبار فرضية One Way Anova.

جدول (28): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين وقت تلقي الطفل للرضاعة الطبيعية ووفيات الأطفال الرضع.

الدلالة	F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
*0.000	98.974	2.313	1	2.313	بين المجموعات	أثر الرضاعة الطبيعية
		0.02337	17441	407.574	في المجموعات	
			17442	409.887	المجموع	
*0.000	9.015	0.191	3	0.572	بين المجموعات	وقت تلقي الرضاعة الطبيعية
		0.02116	16709	353.587	في المجموعات	
			16712	354.159	المجموع	

(* دال إحصائياً على مستوى المعنوية 0.05)

المصدر: إعداد الباحثة.

من خلال الجدول رقم (28) يتبين وجود فروقات بين أثر الرضاعة الطبيعية ووقت تلقي الطفل للرضاعة الطبيعية ووفيات الأطفال الرضع، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة في كلتا الحالتين، التي تقول: توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين أثر الرضاعة الطبيعية ووقت تلقي الطفل للرضاعة الطبيعية في وفيات الأطفال الرضع. وهذا يعكس ضرورة وأهمية الرضاعة الطبيعية للطفل ودورها في التقليل من وفيات الأطفال الرضع. فحليب الأم خاصة خلال ساعات الولادة الأولى أو ما يعرف باللبا، يعتبر غنياً بالأجسام المضادة التي تقي الطفل من الإصابة بالأمراض وتعمل على زيادة المناعة لديه.

وتتفق هذه الدراسة مع نتائج دراسة شادي إسماعيل التلباني 2010، فقد توصلت دراسته إلى أنه إذا كان عمر الطفل أقل من شهر، وقد حصل على رضاعة طبيعية، فإن خطر وفاة الطفل ينخفض بنسبة 98.6% مقارنة بالأطفال الذين تقل أعمارهم عن شهر ولم يحصلوا على رضاعة طبيعية، وهذه النسبة تعتبر مرتفعة لأن هناك 39 طفل من الأطفال من إجمالي 73 طفل، توفوا قبل بلوغ العام الأول لم يحصلوا على رضاعة طبيعية، وبالنسبة للأطفال الذين تزيد أعمارهم عن الشهر وقد حصلوا على الرضاعة الطبيعية فإن خطر وفاة الطفل في منطقة

دراسته ينخفض بنسبة 92% مقارنة بالأطفال الذين أعمارهم تزيد عن الشهر ولم يحصلوا على رضاعة طبيعية.¹

وتتفق كذلك مع دراسة صالح محمد أمين عام 2000، حيث إن معدل وفيات الرضع لديه بلغت 11.7 بالآلف للذين رضعوا و 341.9 بالآلف للذين لم يرضعوا.²

كما توافقت هذه الدراسة مع دراسة أحمد عبد المجيد العربيات 1995، حيث تبين لديه وجود علاقة طردية بين الرضاعة الطبيعية للمولود وبين وفيات الأطفال الرضع، لما للرضاعة الطبيعية من أثر كبير في خفض وفيات الأطفال الرضع وتحسين الطفل ووقايته من الأمراض.³

2.3.4 الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل

إن الطفل في فترة الحمل يحتاج إلى رعاية صحية متكاملة، وكذلك الأم بحاجة لهذه الرعاية، فتتنوع حاجة الأم للرعاية، بداية من حاجتها لبعض الأدوية التي تساعد في نمو جنينها بشكل سليم، وحفاظاً عليه خاصة في بداية الحمل، وما قد تحتاجه من مكملات غذائية لها، إضافة إلى حمايتها وتحصينها ضد الأمراض التي قد تؤذي الطفل بعد ولادته، فتعرض الأم مثلاً لإحدى الأمراض أو إصابتها بمرض ما، قد ينتقل إلى جنينها ويسبب لديه تشوهات خلقية. وتشمل الرعاية الصحية للأم خلال فترة الحمل بإجرائها الفحوصات الطبية الدورية، حفاظاً على صحتها وصحة جنينها.

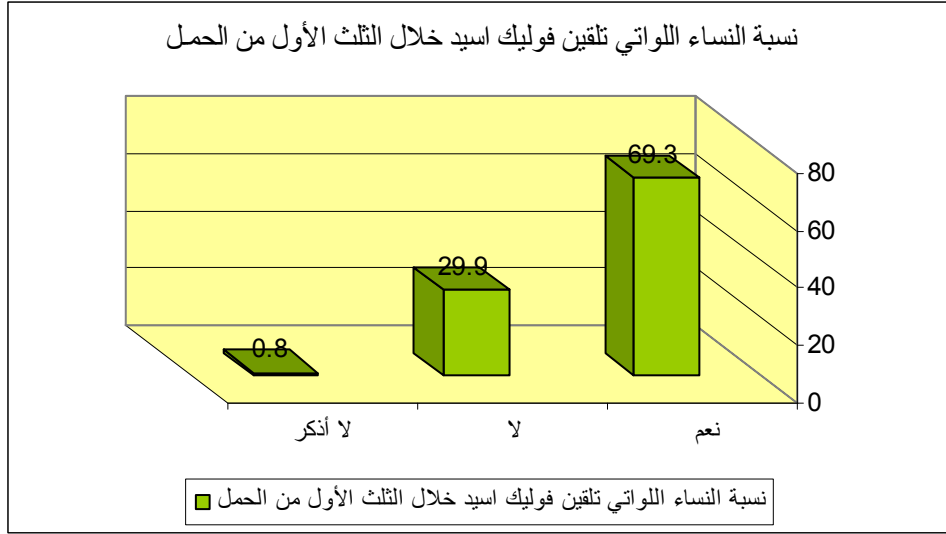
ولا تقتصر الرعاية الصحية أثناء الحمل على إجراء فحوصات بل تشمل التنقيف الصحي للأم، مثلاً من ناحية الأغذية التي يجب أن تتناولها، وكذلك من ناحية الأدوية أيضاً خاصة في بداية حملها، وبعض الفيتامينات وخاصة ما هو متداول لدى النساء في مجتمعنا ويقمن

¹ التلباني، شادي إسماعيل: استخدام نموذج كوكس لدراسة أهم العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع في فلسطين. مرجع سابق. 2010.

² أمين، صالح محمد: محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن 1997. مرجع سابق. 2000.

³ العربيات، أحمد عبد المجيد: العلاقة بين الرعاية الصحية للأم وفيات الأطفال الرضع في الأردن. مرجع سابق. 1995.

باستخدامه وهو الفوليك (Folic acid). ويبين الشكل نسبة النساء اللواتي تناولن الفوليك خلال فترة الحمل.



شكل (6) نسبة النساء اللواتي قد تلقين فوليك أسيد خلال الثلث الأول من الحمل.
المصدر: إعداد الباحثة.

ويتضح من خلال الشكل أن هناك 69.3% من النساء اللواتي شملهن المسح قد تناولن الفوليك، وتعتبر هذه النسبة جيدة في عينة الدراسة، وهذا يدل على اهتمام الأم في فترة حملها بتناولها مكملات غذائية حفاظاً على صحة طفلها.

كذلك يجب على الأم أن تجري العديد من الفحوصات الطبية، سواء فيما يتعلق بضغط الدم أم بطبيعة الرحم لديها ونبض الجنين؛ لتتجنب المشاكل أثناء الولادة، بالإضافة إلى فحوصات الثدي والقدمين.

ولا بد من معرفة مدى أثر الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل في وفيات الأطفال الرضع، وهذا ما يوضحه جدول رقم (29)، فقد تم طرح سؤال على المرأة (هل راجعتي أي شخص/جهة لتلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل؟ نعم/لا) وكانت النتيجة أن 98.3% أجبن بنعم و 1.7% أجبن بلا، وكان أثر هذه النسبة في وفيات الرضع كما يلي:

جدول (29): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب النساء اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل 2010.

متوسط وفيات الرضع		هل راجعتي أي شخص/جهة لتلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل
الانحراف المعياري	المتوسط	
0.1532	0.02404	نعم
0.1706	0.02990	لا

المصدر: إعداد الباحثة.

ومن الجدول رقم (29) يتبين أن متوسط وفيات الرضع ينخفض لدى النساء اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل، وهذا يؤكد ما تم طرحه سابقاً من أهمية الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل.

وللتعرف على مدى تأثير أثر الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل في متوسط الأطفال المتوفين لها وأعمارهم أقل من سنة، تم وضع الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0.05، من أثر الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل ومتوسط الأطفال المتوفين لها وأعمارهم أقل من سنة. وقد تم استخدام اختبار مربع كاي كما هو موضح في الجدول رقم (30).

جدول (30): نتائج اختبار مربع كاي بين متوسط وفيات الأطفال الرضع ومدد أثر الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل.

المتغير	قيمة مربع كاي	درجات الحرية	مستوى المعنوية
أثر الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل	0.431	1	0.511

المصدر: إعداد الباحثة.

ويتبين لنا من الجدول رقم (30) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أثر الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل ومتوسط وفيات الأطفال الرضع، وبذلك نقبل الفرضية الصفرية، فبالرغم من انخفاض متوسط وفيات الأطفال الرضع اللواتي يتلقين رعاية صحية أثناء الحمل، إلا أن الفروق تعتبر بسيطة جداً كما يتضح ذلك من الجدول رقم (29)؛ لأن المرأة تعطى بعض

المطاعيم التي تقلل من حالات الإجهاض ووفيات الأطفال، كما أنها تأخذ بعض الفيتامينات التي تساعد على نمو الجنين وإكسابه نوعاً من المناعة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة صالح محمد أمين عام 2000، حيث إن معدلات وفيات الرضع انخفضت لدى الأمهات اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء حملهن، وبلغت 28.1 بالألف في حين بلغت هذه المعدلات للنساء اللواتي لم يتلقين رعاية صحية أثناء حملهن 51.9 بالألف.¹

وكذلك تتفق ودراسة عبد الغفار فرج عبد الغفار حمد عام 2006، حيث تبين لديه أن ارتفاع المستوى الصحي وتوافر الخدمات الطبيّة للأُم وطفلها أثناء الولادة وقبلها، يسهم في تخفيض مستوى وفيات الأطفال الرضع لديها فتبين من النتائج لديه انخفاض مستوى وفيات الأطفال الرضع لدى اللواتي تلقين وأطفالهن رعاية طبيّة متوسطة على الأقل، وارتفاعه لدى من لم تتوافر لهن ولأطفالهن القدر الكافي منها.²

3.3.4 وزن الطفل عند الولادة

يتأثر وزن الطفل عند الولادة بصحة الأم وتغذيتها بشكل كبير سواءً أكان وزن الطفل قليلاً أم وزناً طبيعياً، ليس فقط في فترة الحمل بل بصحتها وتغذيتها في فترة نموها وما قبل الحمل كذلك.

يصنف وزن الطفل عند الولادة حسب منظمة الصحة العالمية إلى أقل من الطبيعي: وهو وزن المولود الذي يقل عن 2,5 كغم عند ولادته، وأكثر من الطبيعي: وهو وزن المولود الذي يزيد عن 4,0 عند ولادته، والوزن الطبيعي للمولود: وهو وزن الطفل مباشرة بعد الولادة وبتراوح بين 2,5-4,0 كغم.³

¹ أمين، صالح محمد: محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن 1997. مرجع سابق. 2000.

² حمد، عبد الغفار فرج عبد الغفار: تطبيق طرائق التحليل الإحصائي المتعدد المتغيرات في دراسة أهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على وفيات الأطفال في ليبيا. مرجع سابق. 2005-2006.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2012. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز - 2012.

فمن المفترض أن يكون وزن الطفل عند الولادة ما بين 2,5 كيلو غرام إلى 4 كيلو غرامات، فمعظم الأطفال حديثي الولادة وزنهم يكون ما بين هذين الرقمين. وهناك عوامل تساعد على بلوغ الطفل وزن أقل أو أعلى من المعدل الطبيعي الذي سبق ذكره ومن أهم هذه العوامل:¹

1- النظام الغذائي الذي تتبعه الأم ووزنها؛ فإذا كانت من أصحاب الوزن الزائد فمن المحتمل أن يكون وزن الطفل كبيراً وأيضاً الحال نفسه إذا كانت لا تتناول الطعام الصحي والمكملات الغذائية، ولديها ضعف في هيئتها وجسمها فمن المتوقع أن يكون وزن طفلها قليلاً.

2- الصحة العامة: إذا كانت مدخنة أو تتبع إحدى أنظمة الحمية الغذائية.

3- العامل الوراثي: وزن الأم عند الولادة وكذلك وزن زوجها، فالعامل الوراثي له دور كبير في وزن الطفل.

4- جنس المولود: في المجمل قد يختلف وزن الطفل باختلاف جنسه، أثبتت الدراسات أن الذكور حديثي الولادة يكونون أكثر وزناً من الإناث.

5- المولود الأول: يكون المولود الأول عادةً أقل وزناً من بقية الأطفال بعد ذلك.

6- التوائم، من المتوقع أن يكون وزن التوائم أقل من وزن الطفل الوحيد.

7- التغذية الضعيفة أثناء الحمل من العوامل التي تجعل الطفل قليل الوزن.

8- إذا كان وزن الأم قليلاً قبل الحمل.

9- عمر الأم: إذا كان عمر الأم أقل من 20 سنة أو أكثر من 45 سنة، فالطفل معرض للوزن القليل.

10- القلق والتوتر والضغط النفسي من العوامل الهامة للحصول على طفل قليل الوزن .

¹ <http://supermama.me/ar.2013-12-22> /ك/رضاعة-وصحة/رضع

وتشير آخر التقديرات لليونيسيف لعام 2012، إلى أنه يولد في كل عام 18 مليون طفل منخفض الوزن عند الولادة (الأطفال الذين تقل أوزانهم عن 2,5 كيلوغرام) وهو ما يمثل نحو 14% من جميع الولادات الحية. وتولد الغالبية العظمى 11 مليون طفل في جنوب آسيا، و3,6 مليون طفل في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. وقد يعاني هؤلاء الأطفال من الالتهابات، وضعف المناعة، وعجز في التعلم، واضطراب في النمو الجسدي، وفي الحالات الشديدة، يموت الأطفال بعد فترة وجيزة من الولادة.¹

بين الجدول رقم (31) أن متوسط وفيات الأطفال الرضع يرتفع لدى الأطفال الذين يولدوا وأوزانهم تقل عن 2,0 كيلو غرام، وهذا ما تؤكد الأبحاث المختلفة حول تأثير الوزن عند الولادة على وفيات الأطفال الرضع، فانخفاض الوزن عند الولادة ينعكس على ضعف المناعة لديه وبعض المشاكل الصحية التي ضد يتعرض لها منها: مشاكل في الجهاز التنفسي على سبيل المثال، ثم نجد أن متوسط وفيات الأطفال الرضع ينخفض مع زيادة الوزن وخاصة ضمن الوزن الطبيعي بين 2-4 كيلو غرام، ثم يرتفع في الفئة 5,5 كيلو غرام فأكثر وهذا قد يكون مؤشراً على احتمالية زيادة وفيات الرضع مع زيادة وزن الطفل عند الولادة عن الحد الطبيعي.

¹ http://www.unicef.org/arabic/nutrition/nutrition_43605.html.2013-12-22

جدول (31): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب وزن الطفل عند الولادة 2010.

متوسط وفيات الرضع		وزن الطفل عند الولادة
انحراف معياري	المتوسط	
0.5270	0.5556	أقل من 1000
0.2666	0.07576	1499-1000
0.2818	0.08649	1999-1500
0.1805	0.03366	2499-2000
0.1732	0.03096	2999-2500
0.1395	0.01985	3499-3000
0.1496	0.02290	3999-3500
0.1294	0.01703	4499-4000
0.1505	0.02321	4999-4500
0.08362	0.006993	5499-5000
0.1848	0.03509	5500 فأكثر

المصدر: اعداد الباحثة.

وللتعرف على مدى تأثير وزن الطفل عند الولادة في متوسط وفيات الأطفال الرضع تم وضع الفرضية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين وزن الطفل عند الولادة ومتوسط وفيات الأطفال الرضع. ولهذا الغرض تم استخدام اختبار فرضية one-sample t test.

جدول (32) نتائج اختبار (one sample t test) لدلالة الفروق بين الوزن عند الولادة ومتوسط وفيات الأطفال الرضع 2010.

المتغير	قيمة T	درجات الحرية	مستوى المعنوية
الوزن عند الولادة	41.247	55822	*0.000

(*) دال إحصائياً على مستوى المعنوية 0.05

المصدر: إعداد الباحثة.

نجد من خلال الجدول (32) أن هناك فروقات بين وزن الطفل عند الولادة وبين متوسط وفيات الأطفال الرضع، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل البديلة، التي تقول: توجد

فروقات ذات دلالة إحصائية بين وزن الطفل عن الولادة ومتوسط وفيات الأطفال الرضع، وهذا يؤكد ما تم طرحه سابقاً من تأثير.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة **صالح محمد أمين لعام 2000**، حيث تبين لديه أن معدل وفيات الأطفال الرضع بلغ 60.6 بالألف للذين كانت أوزانهم أقل من 2500 غرام، كذلك ارتفاع هذا المعدل للذين زادت أوزانهم عند ولادتهم عن 4000 غرام حيث بلغ 38.6 بالألف، في حين أن أقل المعدلات كانت للذين تراوحت أوزانهم عند الولادة بين 2000-3999 غرام حيث بلغت 14.1 بالألف.¹

كذلك تتفق ودراسة **أحمد عبد المجيد العربيات 1995**، أنه كلما كان وزن الطفل عند الولادة قليلاً نسبياً أو كبيراً نسبياً كان المولود أكثر عرضة لخطر الوفاة، فالمواليد الذين كانت أوزانهم أقل من 2,5 كغم وأكثر من 4,0 كغم، كانت نسبة الأسر التي شهدت وفيات بينهم أعلى من الأسر التي كان وزن الطفل عن الولادة لديها بين 2,5 - 4.0 كغم حيث بلغت (45.5% - 24.6%) على التوالي.²

4.3.4 مكان إنجاب الطفل

مكان ولادة أو إنجاب الطفل يعتبر من المحددات الضرورية التي يجب الأخذ بها بعين الاعتبار عند إنجاب الطفل؛ لما له من أثر على صحة الأم وعلى بقاء الطفل على قيد الحياة خاصة إذا تعرض أو كان يعاني أيٍّ منهم من بعض المشكلات الصحية، ولكن هذا المتغير يتم إهماله في العديد من الدراسات.

يبين لنا الجدول رقم (33) أن متوسط وفيات الأطفال الرضع يرتفع في الولادات التي تمت أثناء التوجه إلى المستشفى، يعود ذلك بداية إلى الحالة النفسية للأم، التي تنعكس على صحتها في أثناء الولادة لا سيما أنها تشعر بوجود خطر يهدد حياتها وطفلها، بالإضافة إلى أن المكان الذي تمت فيه الولادة غير مهياً من ناحية صحية، سواءً من ناحية الاهتمام بالأم أم

¹ أمين، صالح محمد: محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن 1997. مرجع سابق. 2000.

² العربيات، أحمد عبد المجيد: العلاقة بين الرعاية الصحية للأم ووفيات الأطفال الرضع في الأردن. مرجع سابق. 1995.

المولود الجديد، كذلك يمكن إرجاع السبب إلى إعاقة الحواجز الإسرائيلية التي حالت دون وصولها إلى المستشفى، ويمكن إرجاع ارتفاع المتوسط هنا إلى صغر حجم العينة التي بلغت 3 حالات فقط. ثم يليها ارتفاع المتوسط لدى الولادات التي تمت في المنزل وهذا الارتفاع يعد طبيعياً خاصة أن الولادة في المنزل تفتقر لكافة وسائل السلامة والصحة لكل من الأم والطفل، فقد تتعرض الأم خلالها لبعض المضاعفات التي تؤثر على صحتها أو تعرض الطفل لبعض المشكلات الصحية خاصة إذا كان يعاني من ضيق في التنفس.

جدول (33): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب مكان إنجاب الطفل لعام 2010.

وفيات الرضع		مكان إنجاب الطفل
الانحراف المعياري	المتوسط	
0.2353	0.05851	في المنزل
0.1613	0.02671	مستشفى حكومي
0.1674	0.02871	مركز صحي حكومي
0.1340	0.01829	مستشفى خاص
0.1658	0.02823	عيادة طبيب خاصة
0.1037	0.01075	دار ولادة
0.1388	0.01961	مركز/مستشفى وكالة
0.5774	0.3333	على الطريق أثناء التوجه للمستشفى
0.1068	0.01141	مستشفى إسرائيلي
0.08310	0.006944	مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية
0.1931	0.03846	أخرى

المصدر: إعداد الباحثة.

وينخفض هذا المتوسط في الولادات التي تمت في المراكز الصحية الحكومية والمستشفى الحكومي وعيادة الطبيب الخاصة ومستشفيات خاصة وغيرها عنها في المنزل، يمكن إرجاع ذلك إلى توفر عناصر السلامة الأساسية لصحة كل من الأم والطفل، حيث يتم بعد الولادة مباشرة تقديم الرعاية الصحية اللازمة لكل منهما، كذلك إجراء الفحوصات اللازمة للطفل كالوزن مثلا وهو من الفحوصات المهمة بعد الولادة مباشرة بالإضافة إلى فحوصات التنفس

الخاصة بالطفل ونبضات القلب، وهذا كله يساعد في الحفاظ على حياة الطفل بصحة جيدة ابتداء من الساعات الأولى للولادة.

وللتعرف على مدى تأثير مكان إنجاب الطفل في متوسط وفيات الأطفال الرضع تم وضع الفرضية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين مكان إنجاب الطفل ومتوسط عدد الأطفال المتوفين وأعمارهم أقل من سنة.

ولهذا الغرض تم استخدام اختبار فرضية one-sample t test، إنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين، مكان إنجاب الطفل ومتوسط وفيات الأطفال الرضع.

جدول (34): نتائج اختبار (one sample t test) لدلالة الفروق بين متوسط وفيات الأطفال الرضع ومكان إنجاب الطفل.

المتغير	قيمة T	درجات الحرية	مستوى المعنوية
مكان إنجاب الطفل	41.247	55822	*0.000

(* دال إحصائياً على مستوى المعنوية 0.05)

المصدر: إعداد الباحثة.

ومن الجدول رقم (34) أن هناك فروقات بين مكان إنجاب الطفل وبين متوسط وفيات الأطفال الرضع، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل البديلة، التي تقول: توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين مكان إنجاب الطفل ومتوسط وفيات الأطفال الرضع، وهذا يدل على تأثير الولادة الصحية وبإشراف طبي على صحة الطفل.

5.3.4 طبيعة الولادة

إن لطبيعة الولادة سواء طبيعية أم قيصرية أم حتى جرح وشفط، لكل منها مزايا ومخاطر على صحة الأم والطفل، وعندما يتم اختيار طريقة الولادة من قبل الطبيب يكون هذا الخيار الأفضل للحفاظ على صحة الأم والطفل، فقد تتعرض الأم مثلاً خلال عملية الولادة الطبيعية إلى بعض المخاطر فتضطر إلى إجراء عملية قيصرية أو شفت أو جرح لإنقاذ حياة

الطفل، وقد يتم تحديد طبيعة عملية الولادة قبل الموعد الرئيسي وهذا ما تحدده أيضا طبيعة الحالة الصحية لكل من الأم والطفل.

ولكن للولادة مهما كانت طبيعتها مخاطر قد تؤثر على الحالة الصحية للطفل، وفي بعض الأحيان قد يتعرض للوفاة؛ لذلك لا بد من التعرف في تأثير طبيعة الولادة على متوسط وفيات الأطفال الرضع وهذا ما يوضحه الجدول رقم (35):

جدول (35): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب طبيعة الولادة 2010.

وفيات الرضع		طبيعة الولادة
الانحراف المعياري	المتوسط	
0.1871	0.03631	ولادة قيصرية
0.1460	0.02179	ولادة طبيعية
0.1335	0.01811	جرح/توسيع

المصدر: إعداد الباحثة.

يتبين لنا من الجدول رقم (35) أن المتوسط يرتفع لدى الولادات القيصرية عنها في باقي الولادات، وهذا يدل على أن هناك مخاطر ترافق طبيعة الولادة القيصرية أكثر من غيرها. فالولادة القيصرية تؤثر على حياة الطفل وقد تؤدي إلى وفاته، خاصة إذا كانت ولادة قيصرية ثانية أو ثالثة، حيث أكد باحثون أن الولادة القيصرية في الحمل الأول قد تزيد احتمالات ولادة الجنين ميتا في الحمل الثاني. وانتهى أطباء بمستشفى روزي في كامبردج بإنجلترا درسوا بيانات 12000 حالة ولادة في اسكتلندا في الفترة بين 1992 و1998، إلى أن حالات ولادة الأجنة الميتة كانت أكثر بين النساء اللاتي سبق لهن إجراء ولادات قيصرية، كذلك قد يتعرض الطفل لمخاطر في التنفس ليس فقط الأم، حيث قالت دراسة طبية: إن الأطفال المولودين بعمليات قيصرية قبل الأوان يواجهون صعوبة في التنفس أكثر من الأطفال المولودين طبيعياً.¹

كذلك يجب على الأم أن لا تقوم بتحديد طريقة الولادة لديها إلا بإذن من الطبيب؛ وذلك حفاظا على صحتها وعلى صحة الجنين لديها وحياته، وذلك بتحديد طبيعة الولادة المناسبة لها.

¹ <http://bshra.com/news/077.html>.2014-1-20

ويمكن إرجاع ارتفاع متوسط وفيات الأطفال أقل من سنة لدى الولادات القيصرية، إلى أن عدد الحالات فيها أقل من الولادات الطبيعية، فحسب بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010 إنَّ هناك 17% من النساء اللواتي توفي لهن أطفال وأعمارهم أقل من سنة، كانت طبيعة الولادة لديهنَّ قيصرية و 79.7% ولادة طبيعية.

وللتعرف على مدى تأثير طبيعة الولادة على متوسط وفيات الأطفال الرضع، تم استخدام اختبار One Way Anova ووضع الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين طبيعة الولادة ومتوسط وفيات الأطفال الرضع.

جدول (36): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين صلة القرابة بين الزوجين ومتوسط وفيات الأطفال الرضع 2010.

الدلالة	F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
*0.000	4.024	0.09439	11	1.038	بين المجموعات
		0.02346	17431	408.849	في المجموعات
			17442	409.887	المجموع

(* دال إحصائياً على مستوى المعنوية 0.05).

المصدر: إعداد الباحثة.

ومن نتائج الجدول رقم (36) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، التي تقول توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين طبيعة الولادة ووفيات الأطفال الرضع. فكما أشرنا سابقاً مهما كانت طبيعة الولادة، يوجد لديها بعض المخاطر وبعض المزايا، وفي هذه الدراسة تبين أن متوسط وفيات الأطفال الرضع للولادات القيصرية كانت أكثر من غيرها.

4.4 العوامل الاجتماعية الاقتصادية المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع

1.4.4 المستوى التعليمي للأم

إن المستوى التعليمي للأم يؤثر في تطور الصحة العامة لها، وبالتالي في معدلات وفيات الرضع، حيث يعمل المستوى التعليمي المرتفع للأم على زيادة مستواها الثقافي في مختلف

الجوانب وخاصة الجوانب الصحية، من حيث زيادة قدرة استيعابها لأهمية الصحة الإنجابية، وصحة الطفل على حد سواء، فالتعليم يعمل على صقل مواهب الإنسان، وتنمية قدراته الفكرية، وزيادة مهاراته من أجل تحسين الوعي العام بين أفراد المجتمع كلما تقدمت مراحلها.

يتضح من خلال الجدول رقم (37) أن هناك علاقة عكسية بين المستوى التعليمي للأم ومتوسط وفيات الأطفال الرضع لها، أي إنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم انخفض متوسط وفيات الأطفال الرضع. وهذا يعكس حقيقة أن النساء اللواتي مستواهن التعليمي عالٍ، يتمتعن بقدرة عالية في رعاية أنفسهن وفي رعاية الطفل الرضيع، وزيادة معرفتهن بوسائل الصحة الإنجابية؛ للمحافظة على صحتها وصحة الطفل من ناحية تغذيته ونموه.

جدول (37): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأم لعام 2010.

متوسط وفيات الرضع		المستوى التعليمي
متوسط	انحراف معياري	
0.05053	0.2191	أمي
0.04361	0.2042	ملم
0.03364	0.1803	ابتدائي
0.02693	0.1619	إعدادي
0.02272	0.1490	ثانوي
0.01657	0.1277	معهد
0.02360	0.1518	جامعة

المصدر: إعداد الباحثة.

وللتعرف على مدى تأثير المستوى التعليمي للأم على متوسط وفيات الأطفال الرضع تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين المستوى التعليمي للأم ومتوسط وفيات الأطفال الرضع. ومن أجل ذلك تم استخدام اختبار مربع كاي، من خلال الجدول رقم (38)، وجد أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط وفيات الأطفال الرضع والمستوى التعليمي للأم، وهذا يؤكد أثر المستوى التعليمي

المنخفض على متوسط وفيات الأطفال أقل من سنة وما، وبالتالي قلة إمام الأم ووعيتها بالرعاية الصحية للطفل، وكذلك إمامها بكافة الجوانب الصحية لها ولطفلها.

جدول (38): نتائج اختبار مربع كاي بين مدى متوسط وفيات الأطفال الرضع وكل من متغير المستوى التعليمي للام، مكان الإقامة الحالي 2010.

المتغير	قيمة مربع كاي	درجات الحرية	مستوى المعنوية
المستوى التعليمي	128.843	9	*0.000
مكان الإقامة الحالي	12.450	2	*0.002

(*) دال إحصائياً على مستوى المعنوية 0.05

المصدر: إعداد الباحثة.

وهذه النتائج تتفق مع دراسة عدنان مالول 1997، حيث إنَّ العلاقة عكسية ما بين المستوى التعليمي للأم ومعدل وفيات الرضع، حيث بلغ المعدل 29.1 بالألف للنساء ذات المستوى التعليمي الابتدائي فما دون، وانخفض هذا المعدل إلى 11.9 بالألف للنساء ذات المستوى التعليمي الجامعي.¹

كذلك تتفق مع دراسة ميسون سمارة 1995، حيث إنَّ الأمهات ذات المستوى التعليمي الأعلى يتمتعن بأقل معدلات لوفيات الرضع، حيث بلغ هذا المعدل للمرحلة الثانوية فما فوق 23.8 بالألف، في حين كان هذا المعدل للمستوى التعليمي الأدنى (أقل من ثانوي) يساوي 36.8 بالألف.²

2.4.4 مكان الإقامة الحالي

يعرّف مركز الإحصاء الفلسطيني مكان الإقامة الحالي أنه " هو المكان الذي يقيم فيه الفرد معظم أيام السنة (سنة أشهر فأكثر)، وذلك بغض النظر عما إذا كان هو المكان نفسه الذي

¹ مالول، عدنان: مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997. مرجع سابق. 2000.
² سمارة، ميسون: أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية على وفيات الأطفال الرضع من واقع بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 1990. مرجع سابق. 1995.

تواجد فيه الفرد وقت العد أو المكان الذي يمارس فيه عمله أو نشاطه، أو المكان الذي تقيم فيه أسرته الأصلية.

يقصد بمكان الإقامة في هذه الدراسة الأنماط الثلاثة للتجمعات السكانية الموجودة في الأراضي الفلسطينية والتي تقسم هنا إلى: حضر، وريف، ومخيمات. ومن المعروف أن المناطق الحضرية تعد أفضل من المناطق الريفية والمخيمات، من حيث توفر فرص العمل بشكل جيد، بالإضافة إلى الدخل المرتفع، والمراكز العلمية والصحية المتعددة، بالإضافة إلى مراكز رعاية الأمومة والطفولة، والمستوى الاقتصادي المرتفع؛ نظراً لاختلاف الوظائف في المناطق الحضر عنها في المناطق الريفية مثلاً التي تركز على حرف الزراعة، وكذلك البنية التحتية الجيدة في الحضر عنها في الريف والمخيمات؛ والتي تعمل على الحد من انتشار الأوبئة، وطرق المواصلات المتوفرة والميسرة بكافة وسائلها؛ والتي تساعد في الوصول إلى المراكز الصحية بسهولة، هذه العوامل كلها تساعد الفرد على الاهتمام بصحته بشكل جيد والتحصين ضد الأمراض والأوبئة، وهذا كله ينعكس على مستوى صحي جيد لكل من الأم والطفل.

يتضح من خلال الجدول رقم (39) أن متوسط عدد الأطفال الرضع ينخفض في الحضر بشكل أساسي، ثم المخيمات، فإليه الريف، ولكن بنسب متقاربة جداً. فالنمط الذي ذكرناه سابقاً لا ينطبق مع ما هو موجود في الأراضي الفلسطينية، حيث إن معظم السكان هنا والذين يعيشون في المناطق الريفية لا يعملون في الزراعة، كما أن طبيعة حياة الحضر فيها متقاربة بشكل كبير من طبيعة الحياة الريفية. ولكن الاختلاف يزداد من ناحية توفر الخدمات الصحية والمستشفيات في الحضر عنها في الريف. فمن المعروف أن المناطق الريفية وحتى المخيمات لا يزيد توفر الخدمات الطبية فيها عن وجود عيادات قد تكون أيضاً أسبوعية وليست دائمة، وهذا يزيد من مخاطر تقديم العلاجات لكل من الأم سواء في أثناء الحمل أم بعد الولادة وكذلك الطفل، هذا بالإضافة إلى الأوضاع السيئة وخاصة البيئية التي نجدها في المخيمات سواء من ناحية البنية التحتية أم الصحية أم غيرها وانعكاسها على صحة كل من الطفل والأم.

جدول (39): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب مكان الإقامة الحالي 2010.

متوسط وفيات الرضع		نوع التجمع
الانحراف المعياري	المتوسط	
0.1651	0.02803	حضر
0.1822	0.03436	ريف
0.1753	0.03172	مخيمات

المصدر: إعداد الباحثة.

فتوفر الخدمات بكافة أنواعها وتفاعلها مع بعضها البعض يساعد على انخفاض معدلات وفيات الأطفال الرضع في المناطق الحضرية عنها في المناطق الريفية والمخيمات.

وللتعرف على مدى تأثير مكان الإقامة الحالي في متوسط وفيات الأطفال الرضع سيتم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0.05 بين مكان الإقامة الحالي ووفيات الأطفال الرضع.

ومن نتيجة الجدول رقم (38) وجد أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مكان الإقامة الحالي ومتوسط وفيات الأطفال الرضع، وهذا ينطبق مع ما تم ذكره سابقاً، من اختلاف لطبيعة الخدمات المتوفرة في التجمعات السكانية الثلاث والتي تنعكس على وفيات الأطفال الرضع.

اتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة ميسون سمارة 1995، حيث تبين لديها أن مكان الإقامة للأسرة ذو أثر واضح في معدل وفيات الرضع، فينخفض في المناطق الحضرية حيث بلغ 30.7 بالآلاف عن مثيلتها في المناطق الريفية حيث بلغ 41.5 بالآلاف. ولكن هناك اختلاف في الفجوة ما بين متوسط عدد الأطفال المتوفين وأعمارهم أقل من سنة ما بين الحضر والريف في منطقة دراستها، مقارنة مع هذه الدراسة.¹

في حين تختلف هذه الدراسة مع نتائج دراسة عدنان مالول 1997، إذ تبين انخفاض معدل وفيات الرضع في المناطق الحضرية، حيث بلغ 12.3 بالآلاف وارتفع هذا المعدل ليصل

¹ سمارة، ميسون: أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية على وفيات الأطفال الرضع من واقع بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 1990. مرجع سابق. 1995.

إلى 19.5 بالآلاف في المناطق الريفية و 20.2 بالآلاف في المخيمات، وكان الاختلاف في حصول المخيمات على أعلى متوسط لعدد الاطفال المتوفين وأعمارهم أقل من سنة في دراسته، بينما في هذه الدراسة كان أعلى متوسط في المناطق الريفية.¹

3.4.4 صلة القرابة بين الزوجين

تشير البحوث العلمية إلى ضرورة المباشرة في الزواج من الأقارب؛ وذلك للتقليل من احتمالية انتقال الأمراض الوراثية للأطفال والتي قد ينتج عنها حالات وفاة لديهم.

جدول (40): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب صلة القرابة بين الزوجين 2010.

وفيات الرضع		صلة القرابة
الانحراف المعياري	المتوسط	
0.1899	0.03747	ابن عم
0.2028	0.04294	ابن عمّة
0.1985	0.04109	ابن خال
0.2088	0.04568	ابن خالة
0.2058	0.04430	ابن عم وخالة/ابن عمّة وخال
0.1670	0.02870	من نفس الحمولة
0.1513	0.02344	لا يوجد صلة قرابة

المصدر: إعداد الباحثة.

وتشير نتائج الجدول رقم (40) أن ارتفاع متوسطات وفيات الأطفال الرضع الذين تجمع والديهم تجمعهم صلة قرابة بغض النظر عن درجة هذه القرابة، في حين تنخفض بين الأزواج الذين لا توجد بينهم صلة قرابة نهائياً، أو صلة قرابة غير مباشرة أي من نفس الحمولة. فزواج الأقارب سبب رئيسي في انتقال الأمراض الوراثية، مثلاً أمراض الدم، أو إذا كان هناك مرض وراثي آخر في أحد العائلتين كأمراض السكري أو التشوه الخلقي، يمكن أن تؤثر على الأطفال

¹ مالول، عدنان: مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997. مرجع سابق. 2000.

المنجيين، لذلك يفضل تجنب زواج الأقارب وهذا ينعكس بدوره على التقليل من وفيات الأطفال الرضع؛ لذلك ينصح الفحص الطبي قبل الزواج.

وللتعرف على مدى تأثير صلة القرابة بين الزوجين في متوسط وفيات الأطفال الرضع، تم استخدام اختبار فرضية One Way Anova ووضعت الفرضية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0.05 بين صلة القرابة بين الزوجين ووفيات الأطفال الرضع.

جدول (41): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين صلة القرابة بين الزوجين ووفيات الأطفال الرضع 2010.

الدالة	F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
*0.000	19.367	0.555	6	3.329	بين المجموعات
		0,02864	55816	1598.842	في المجموعات
			55822	1602.171	المجموع

المصدر: إعداد الباحثة (*) دالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05

ومن نتائج الجدول رقم (41) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، التي تقول: توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين صلة القرابة بين الزوجين ووفيات الأطفال الرضع. فكما أشرنا سابقاً، صلة القرابة بين الزوجين عامل أساسي لانتقال الأمراض الوراثية التي تنعكس على وفيات الأطفال الرضع.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة صالح محمد أمين لعام 2000، حيث تشير نتائجها إلى ارتفاع معدلات وفيات الرضع للآباء الذين تجمعهم صلة قرابة مهما كانت درجتها وبلغت (35) لكل ألف من المواليد، في حين بلغت هذه المعدلات للآباء الذين لا تجمعهم صلة قرابة (23.3) بالألف.¹

¹ أمين، صالح محمد: محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن 1997. مرجع سابق. 2000.

وتتفق أيضا مع دراسة ميسون سمارة 1995، حيث تبين لديها أن المتزوجين من الأقارب، يرتفع معدل وفيات الرضع لديها ويصل إلى (37) بالآلف، في حين بلغ هذا المعدل لمن هم متزوجون من غير الأقارب (29) بالآلف.¹

4.4.4 الحالة العملية للأم

أن الحالة العملية للأم قد تنعكس على وفيات الأطفال الرضع، فالمرأة العاملة يفرض عليها البقاء بعيدة عن أطفالها، وبالتالي تكون أقل قدرة على تقديم الرعاية الصحية اللازمة لهم ولتنشئتهم، بل يفرض عليها واجبات عملية أخرى تتعلق بالعمل لديها، كما نلاحظ من الجدول رقم (42).

جدول (42): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب الحالة العملية للأم 2010.

وفيات الرضع		الحالة العملية
الانحراف المعياري	المتوسط	
0.50	1.50	تعمل
0.50	1.47	لا تعمل

المصدر: إعداد الباحثة

أما النساء اللواتي لا يعملن، ينخفض لديهن متوسط وفيات الأطفال الرضع، هذا ما يعكسه تفرغ الأم للعناية بأطفالها، سواء من ناحية تربيتهم وتنشئتهم أم من ناحية العناية بحالتهم الصحية كذلك، فهذا كله ينعكس على الطفل بشكل ايجابي.

وللتعرف على مدى تأثير مكان الحالة العملية للأم في متوسط وفيات الأطفال الرضع، تم وضع الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين الحالة العملية للأم ومتوسط عدد الأطفال المتوفين وأعمارهم أقل من سنة.

¹ سمارة، ميسون: أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية على وفيات الأطفال الرضع من واقع بيانات مسح السكان والصحة الأسرية 1990. مرجع سابق. 1995.

ولهذا الغرض تم استخدام اختبار فرضية one-sample t test، إنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين الحالة العملية للمرأة ومتوسط عدد الأطفال المتوفين وأعمارهم أقل من سنة.

جدول (43): نتائج اختبار (one sample t test) لدلالة الفروق بين متوسط وفيات الأطفال الرضع والحالة العملية للأم.

المتغير	قيمة T	درجات الحرية	مستوى المعنوية
الحالة العملية للأم	119.845	1650	*0.000

(* دال إحصائياً على مستوى المعنوية 0.05)

المصدر: إعداد الباحثة.

نجد أن هناك فروقات بين الحالة العملية للمرأة وبين متوسط وفيات الأطفال الرضع، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل البديلة، التي تقول: توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين الحالة العملية للمرأة ومتوسط وفيات الأطفال الرضع؛ وذلك يرجع للأسباب التي ذكرناها سابقاً.

تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة عدنان مالول عام 2000 بعنوان " مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997م"، حيث وجد أن الحالة العملية للأم تؤثر على وفيات الأطفال الرضع، إذ ارتفع هذا المعدل عند النساء العاملات ليصل إلى 20.4 بالألف مقابل 15.3 بالألف عند النساء غير العاملات.¹

في حين لا تتفق مع نتائج دراسة صالح محمد أمين عام 2000 بعنوان " محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن، 1997"، حيث تبين لديه انخفاض مستوى معدلات وفيات الرضع لدى النساء العاملات مقارنة بمستوى وفيات الرضع للنساء غير العاملات، حيث بلغت 17.5% للنساء العاملات و 30.5% للنساء غير العاملات.²

¹ مالول، عدنان: مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997. مرجع سابق. 2000.

² أمين، صالح محمد: محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن 1997. مرجع سابق. 2000.

5.4.4 علاقة المرأة العاملة بصاحب العمل

لعلاقة المرأة بصاحب العمل دور في متوسط وفيات الأطفال الرضع، وهذا ما يبينه الجدول رقم (44).

جدول (44): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب العلاقة بصاحب العمل 2010.

وفيات الرضع		العلاقة بصاحب العمل
الانحراف المعياري	المتوسط	
0.55	1.60	صاحب عمل
0.50	1.56	يعمل لحسابه
0.50	1.50	مستخدم بأجر
0.50	1.44	عضو أسرة غير مدفوع الأجر

المصدر: إعداد الباحثة.

حيث بلغ أعلى متوسط لوفيات الأطفال الرضع لدى الأمهات اللواتي يعتبرن أصحاب عمل، لأن الأم في هذه الحالة تقع عليها أعباء عملية كبيرة، خاصة اللواتي يعملن لفترات طويلة خلال اليوم، فتعطي القسم الأكبر من اهتمامها لعملها أكثر من منزلها وهذا ينعكس على متوسط وفيات الرضع. في حين نجد أن هذه النسبة تتخفف لدى اللواتي يعملن بأجر، قد يكون للوقت أثر على ذلك؛ كون المرأة التي تعمل بأجر تتحدد ساعات العمل لديها مثلاً كالمعلمات، ففي هذه الحالة تغيب ساعات محددة عن طفلها في المقابل يكون هناك جهة أخرى تعتني بالطفل كالحضانة مثلاً، أمّا أقل متوسط من وفيات الأطفال الرضع تدرج تحت مسمى عضو أسرة غير مدفوع الأجر وهنا يكون لديها تفرغ أكبر للعناية بالطفل؛ مما يساعد على خفض متوسط وفيات الرضع لديها.

وللتعرف على أثر علاقة المرأة العاملة بصاحب العمل في وفيات الأطفال الرضع، تم وضع الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0.05 بين علاقة المرأة بصاحب العمل ومتوسط الأطفال المتوفين لها وأعمارهم أقل من سنة. وقد تم استخدام اختبار مربع كاي كما هو موضح في الجدول رقم (45).

جدول (45): نتائج اختبار مربع كاي بين مدى متوسط عدد الأطفال الرضع حسب علاقة الأم بصاحب العمل 2010.

المتغير	قيمة مربع كاي	درجات الحرية	مستوى المعنوية
علاقة الأم بصاحب العمل	0.520	1	0.471

المصدر: إعداد الباحثة.

ويتبين لنا من الجدول رقم (45)، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أثر علاقة الأم بصاحب العمل ومتوسط عدد الأطفال المتوفين وأعمارهم أقل من سنة، وبذلك نقبل الفرضية الصفرية، فبالرغم من عمل الأم فإنها قد تولي عناية لطفلها وذلك من خلال تأمينها لحاجياته ووضعه في أثناء عملها في مكان مؤمن من ناحية صحية، سواء أكانت حضانة تعنتي بالطفل أم جهة عائلية قريبة لها كأبها مثلاً.

6.4.4 المحافظة

هناك تباين في متوسط وفيات الأطفال الرضع للأعوام 2006 و 2010 بين محافظات الضفة الغربية كما هو مبين في الجدول رقم (46)، حيث بلغت أعلى متوسط في عام 2010 لها في محافظة قلقيلية؛ وقد يرجع ذلك إلى طبيعة الحصار الذي يحيط بالمدينة وانعكاسه على محدودية الخدمات الصحية التي تصل للمدينة، بالإضافة إلى قلة المراكز الصحية التي كانت متوفرة في المحافظة في ذلك الوقت، فقد كان يوجد في المحافظة مستشفى واحد تابع لوكالة الغوث، ولا تتوفر فيه جميع الخدمات اللازمة للمواليد، وخاصة مواليد الأطفال الخدج، ولذلك كان يتم تحويلهم إلى مستشفيات أخرى خارج المحافظة، مما يؤثر على صحة المولود بشكل كبير. ففي ظل هذا الحصار والأوضاع السياسية السيئة زادت نسبة البطالة في المحافظة، وبالتالي عدم قدرة الأهل وخصوص في المناطق الريفية على تقديم العلاجات اللازمة سواء للأم أم الطفل، مثل رعاية الأم في فترة الحمل وبعد الولادة، وكذلك حصول الطفل على كافة احتياجاته خاصة في السنة الأولى من العمر.

بينما نجد أن محافظة طوباس احتلت أعلى متوسط للعام 2006، فحتى عام 2004 كان لا يوجد في منطقة طوباس مستشفى أو حتى مركز صحي متطور لتقديم الخدمات الصحية

للسكان، حيث كانت تصل المسافة بين أبعد تجمّع سكاني في المحافظة وبين أقرب مستشفى في مدينة نابلس أو مدينة جنين حوالي 50 كم، بالإضافة إلى سياسة الحصار والإغلاق التي كانت تعيق الوصول للمراكز الصحيّة، فالمراكز الصحيّة التي كانت موجودة في مدينة طوباس كانت تقدّم الخدمات الصحيّة الأساسية فقط من طب عام، ورعاية صحيّة أوليّة، ورعاية أمومة وطفولة، ولا تقدّم الخدمات الصحيّة المتطورة كالولادة، والجراحة، وخدمات الطوارئ. من جهة أخرى فقد تم افتتاح أوّل مستشفى حكومي في محافظة طوباس عام 2012.¹ كل هذه الأوضاع الصحيّة السيئة انعكست على ارتفاع متوسط وفيات الأطفال الرضع في محافظة طوباس.

وبالمقابل، نجد أن أقل المتوسّطات بلغت في كلا العامين في محافظة القدس (جدول رقم 46). هذا ينعكس من خلال تأثير المستوى الصحيّ الجيد في المحافظة، لا سيما توفر الخدمات الصحيّة من كلا الجانبين الإسرائيليّ والفلسطيني، وكذلك لقربهم من العيادات الصحيّة الإسرائيليّة التي تقدم الخدمات بأعلى مستوى لكل من الأم والطفل، وكذلك توفر المراكز الصحيّة في هذه المنطقة.

وبالنظر إلى محافظات الضفة الغربيّة بشكل عام نجد أن متوسط وفيات الأطفال الرضع انخفض في العام 2010 مقارنة بالعام 2006 باستثناء محافظة قلقيلية. يرجع هذا لزيادة الوعي الصحيّ وزيادة المراكز الصحيّة واستقرار الأوضاع السياسيّة التي عملت على رفع الحصار عن معظم محافظات الضفة الغربيّة

¹ <http://www.tubas.ps/home.php?page=city&pid=47&parentId=0> 2014-2-2

جدول (46): متوسط وفيات الأطفال الرضع حسب المحافظة للأعوام 2006-2010.

وفيات الرضع				المحافظة
2010		2006		
الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
0.1917	0.03819	0.1918	0.03823	جنين
0.1932	0.03877	0.2216	0.05172	طوباس
0.1398	0.01992	0.1777	0.03263	طولكرم
0.1797	0.03341	0.1870	0.03629	نابلس
0.2003	0.04184	0.1926	0.03856	قلقيلية
0.1904	0.03363	0.1839	0.03503	سلفيت
0.1673	0.02880	0.1951	0.03962	رام الله والبيرة
0.1742	0.03125	0.1808	0.03381	أريحا
0.1271	0.01643	0.1530	0.02397	القدس
0.1475	0.02226	0.1626	0.02717	بيت لحم
0.1720	0.03053	0.2021	0.04265	الخليل
0.1418	0.02052	0.2213	0.05165	شمال غزة
0.1704	0.02994	0.2025	0.04284	غزة
0.1854	0.03563	0.1956	0.03982	دير البلح
0.1715	0.03033	0.1815	0.03409	خانيونس
0.1810	0.03391	0.1889	0.03704	رفح

المصدر: إعداد الباحثة.

أما في محافظات قطاع غزة نجد أن هذه المتوسطات قد انخفضت في جميع المحافظات، وذلك لتوفر المراكز الصحية الكبرى من مستشفيات حكومية تابعة لوكالة الغوث وعيادات خاصة وغيرها. وكانت أكثر المحافظات التي شهدت هذا الانخفاض هي محافظة شمال ومحافظة غزة.

وللتعرف على مدى تأثير المحافظة على متوسط وفيات الأطفال الرضع للأعوام 2006-2010، تم وضع الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند

مستوى المعنوية 0.05 المحافظة، ومتوسط وفيات الأطفال الرضع. ولهذا الغرض تم استخدام اختبار فرضية One Way Anova.

جدول (47): نتائج تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المحافظة ووفيات الأطفال الرضع 2006-2010.

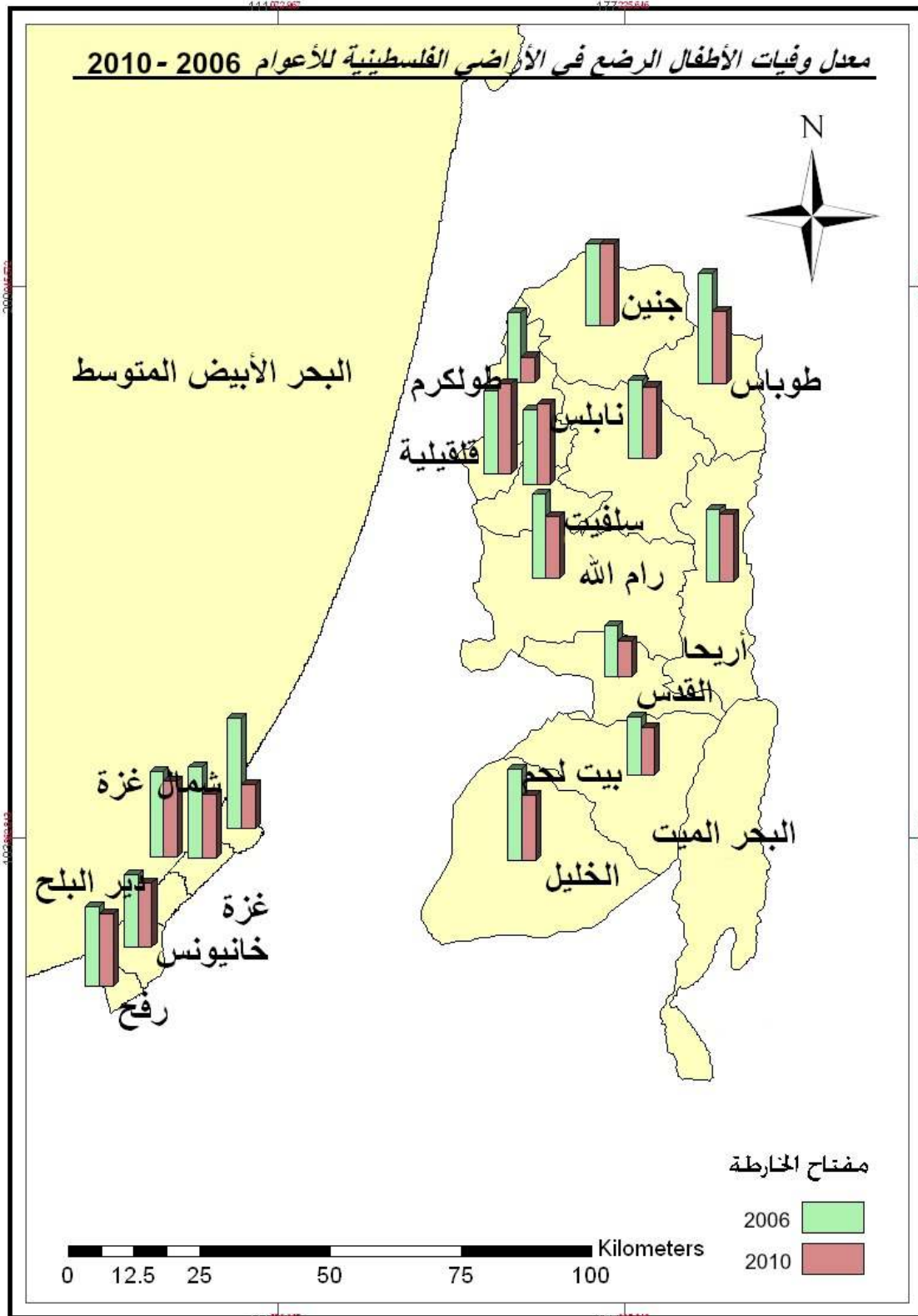
الدالة	F	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
*.000	4.191	0.155	16	2.485	2006	بين المجموعات
*.000	5.278	0.151	15	2.270	2010	
		0.03707	51705	1916.487	2006	في المجموعات
		0.02867	55807	1599.901	2010	
			51721	1918.973	2006	المجموع
			55822	1602.171	2010	

(* دال إحصائياً على مستوى المعنوية 0.05)

المصدر: إعداد الباحثة.

من خلال الجدول رقم (47) يتبين وجود فروقات بين المحافظة ووفيات الأطفال الرضع، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل البديلة، التي تقول: توجد فروقات ذات دلالة إحصائية بين المحافظة ووفيات الأطفال الرضع؛ ويعود ذلك إلى اختلاف المحافظات الفلسطينية، من ناحية توفر الخدمات والمراكز الصحية فيها، واختلافها أيضاً من ناحية المستوى الاقتصادي وانعكاسه على توفير احتياجات الأطفال الرضع، كما ذكر سابقاً.

يمكن ملاحظة التباينات في وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من خلال الخارطة رقم (1).



خارطة (1): معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية للأعوام 2006-2010.

المصدر: إعداد الباحثة

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات

1.5 النتائج

2.5 التوصيات

الفصل الخامس

النتائج والتوصيات:

1.5 النتائج

هدفت هذه الدراسة منذ البداية إلى دراسة معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية، استناداً إلى بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010، وتحليل أثر العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية في هذا المعدل. أمّا أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة كانت كما يلي:

1- إن معدل وفيات الأطفال الرضع في انخفاض، وهذا ما بينته نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010، حيث بلغ 18.9 بالألف في الأراضي الفلسطينية مقارنة بنتائج المسح الصحي 2006، حيث بلغ المعدل 25.7 بالألف، وهذا يدل على أن هناك تقدماً في مجالات توفير الخدمات الصحية والاجتماعية المختلفة مما ساعد على خفض معدل الوفيات الرضع إلى هذه النسبة.

2- هناك علاقة عكسية تربط بين عمر الأم عند الزواج الأول ومتوسط وفيات الأطفال الرضع، إذ ينخفض متوسط وفيات الرضع كلما زاد العمر عند الزواج الأول، ثم يعود ويرتفع لدى الفئات العمرية التي تزيد عن 30 سنة، حيث يبدأ هذا المتوسط بالارتفاع مرة أخرى، يعزى ذلك للأسباب سابقة الذكر.

3- هناك علاقة بين متوسط وفيات الأطفال الرضع، وصلة القرابة بين الزوجين؛ إذ تقل هذه المتوسطات لدى الآباء المتزوجين من غير أقربائهم.

4- ينخفض متوسط وفيات الأطفال الرضع مع ارتفاع المستوى التعليمي للأم، فكلما ازدادت المرحلة للتعليمية ينخفض متوسط وفيات الأطفال الرضع، ويعزى ذلك إلى أن الأمهات المتعلّقات أكثر إماماً بالأمر الصحية المتعلقة في كل من الأم والطفل، ثم يعود للارتفاع في المرحلة الجامعية.

5- إن لمكان الإقامة الحالي أثراً على متوسط وفيات الأطفال الرضع، حيث ينخفض لدى المناطق الحضرية عنها في المخيمات والمناطق الريفية.

6- وجود علاقة عكسية بين عمر المرأة عند الإنجاب الأول ومتوسط وفيات الأطفال الرضع، حيث إن هذا المتوسط ينخفض مع ازدياد العمر عند الإنجاب الأول، حيث تعتبر الفئة أقل من 15 سنة من أكثر الفئات التي يرتفع فيها متوسط وفيات الأطفال الرضع عند الإنجاب الأول.

7- للرضاعة الطبيعية أثر واضح في وفيات الأطفال الرضع، حيث ينخفض متوسط وفيات الأطفال الرضع لدى الأمهات اللواتي أرضعن أطفالهن رضاعة طبيعية عن اللواتي لم يرضعن أطفالهن رضاعة خاصة، أما فيما يتعلق بوقت إرضاع الطفل بعد الولادة، ينخفض متوسط الوفاة لدى الأطفال الذين رضعوا بعد الولادة مباشرة وبعد ساعات ثم يرتفع لدى الذين رضعوا بعد أيام.

8- لقد تبين من خلال الدراسة أن متوسط وفيات الأطفال الرضع يرتفع لدى الأطفال الذين ولدوا وأوزانهم أقل من المعدل الطبيعي 2.5 كيلوغرام، ثم ينخفض لدى الأطفال الذين ولدوا وأوزانهم ضمن المعدل الطبيعي من 2.5-4 كيلوغرام، ثم يعود ويرتفع لدى الأطفال الذين ولدوا وكانت أوزانهم أعلى من المعدل الطبيعي.

9- أما فيما يتعلق بمكان الولادة فهناك تفاوت في متوسطات وفيات الأطفال الرضع، حيث ترتفع لدي الولادات التي تمت في المنزل، وهذا لافتقارها للتجهيزات الصحية اللازمة، ثم تنخفض لدى الولادات التي تمت في مراكز صحية سواء أكانت حكومية أم خاصة.

10- إن لطبيعة الولادة تأثيراً على وفيات الأطفال الرضع فهي تنخفض في الولادات التي تمت بشكل طبيعي.

11- تؤثر الحالة العملية للأم في متوسط وفيات الأطفال الرضع، إذ يرتفع هذا المتوسط لدى النساء العاملات.

12- ولعلاقة الأم بصاحب العمل أثر على متوسط وفيات الأطفال الرضع، فهو يرتفع لدى الأمهات صاحبات الأعمال وينخفض لدى اللواتي يعملن لحسابهن ثم بأجر، أمّا اللواتي يعملن من دون أجر فلهنّ أدنى متوسط لوفيات الأطفال الرضع.

13- يتفاوت متوسط عدد وفيات الأطفال الرضع حسب المحافظة حيث بلغ أعلى متوسط له في محافظة قلقيلية، وأدنى متوسط كان في محافظة القدس.

14- بلغت نسبة النساء في الأراضي الفلسطينية اللواتي تلقين رعاية صحيّة أثناء حملهنّ بآخر ولادة تمت خلال السنتين السابقتين للمسح نحو 99.2%، في حين بلغت 99.3% في الضفة الغربية و 99.2% في قطاع غزة.

15- عند دراسة التوزيع النسبي للمواليد الذين ولدوا خلال السنتين السابقتين للمسح وتلقّت أمهاتهم رعاية صحيّة أثناء الحمل، وجد أن 53.3% منهم تلقوا رعاية صحيّة في عيادة الطبيب في الضفة الغربية و 9.3% في مستشفيات حكومية، في حين 59.9% من المواليد تلقوا رعاية صحيّة في مراكز الرعاية التابعة لوكالة الغوث، و 20.3% في عيادة الطبيب.

16- ولقد تبين من خلال المسح الصحي أن هناك 98.4% من الولادات تمت في مراكز صحيّة.

17- عند دراسة التوزيع النسبي للنساء 15-49 سنة حسب مكان ولادة أطفالهنّ والمنطقة، تبين أن هناك 52.7% من الولادات في الضفة الغربية تمت في مستشفى حكومي، و 21.6% في مستشفى خاص، في حين بلغت هذه النسبة في قطاع غزة 69.7% و 32.9% على التوالي.

18- تشير البيانات أن 83.3% من الولادات في الأراضي الفلسطينية تمت بصورة طبيعية، و 16.7% بواسطة عملية قيصرية.

19- هناك 8.8% من الأطفال ولدوا وكانت أوزانهم أقل المعدل الطبيعي في الأراضي الفلسطينية، و 2.8% أكثر من المعدل الطبيعي.

20- 10.6% من الأطفال في الضفة الغربية يعانون من قصر القامة، وتتفاوت هذه النسبة من 11.3% في الضفة الغربية إلى 9.9% في قطاع غزة.

21- هناك 97.2% من الأطفال دون سن الخامسة في الأراضي الفلسطينية رضعوا رضاعة طبيعية، وتراوح هذه النسبة ما بين 96.8% في الضفة الغربية و 98% في قطاع غزة.

22- نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية المطلقة بين الأطفال 0-5 شهور بلغت 26.5% في الأراضي الفلسطينية، وهناك 62.8% من الأطفال رضعوا رضاعة طبيعية خلال الساعة الأولى من العمر.

23- هناك 97.7% من الأطفال تم تغطية مطاعيمهم في الفئة العمرية 12-23 شهراً وتم الاطلاع على بطاقتهم الصحية.

24- بلغ عدد المراكز الصحية الأولية عام 2010 في الأراضي الفلسطينية 706 مركزاً، منها 572 مركزاً في الضفة الغربية و 134 مركزاً في قطاع غزة.

2.5 التوصيات

بناء على ما تم التوصل إليه من نتائج سيتم طرح مجموعة من التوصيات التي يمكن من خلالها التقليل من وفيات الأطفال الرضع وذلك من خلال:

1- العمل على زيادة حملات التوعية والتثقيف الصحي للأم من خلال وسائل الإعلام المختلفة لا سيما الشبكة العنكبوتية؛ لما أصبح لوسائل التواصل الاجتماعي من أثر في المساعدة على زيادة الوعي لدى الأمهات، بضرورة الرعاية الصحية للأم قبل الولادة وأثنائها وبعدها، وطبيعة الرعاية الصحية الجيدة للطفل.

2- زيادة الوعي الصحي للأمهات، وخاصة في مواضيع الرضاعة الطبيعية وفوائدها والالتزام بجدول المطاعيم للطفل، بالإضافة إلى العناية المنزلية، وكيف تتم المحافظة على بيئة صحية جيدة فيه.

- 3- أن تقوم وزارة التربية والتعليم بندوات للفتيات في المدارس حول مواضيع تتعلق بمخاطر الزواج المبكر عليها من جميع النواحي، الصحيّة والنفسية والاجتماعية وزواج الأقارب، وضرورة إكمال مستواها التعليمي لزيادة ثقافتها في مواضيع الرعاية الصحية لها وللطفل.
- 4- العمل على تحسين الخدمات الصحيّة ورفعها في المناطق الريفية والمخيمات، حيث لا بد من وجود مراكز صحية مؤهلة بشكل كامل لعمليات الولادة.
- 5- توعية المواطنين بضرورة التبليغ عن حالات وفاة للأطفال الرضع ليتم تسجيلها؛ من أجل التعرف على مستوياتها واتجاهاتها والعوامل المؤثرة فيها.
- 6- أن يقوم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عند إجراء مسح الصحة الأسرية بوضع سؤال يتعلق بعدد الأطفال الذين توفوا للمرأة خلال الـ 12 شهراً الأخيرة لها، وهذا يساعد في التعرف على معدل وفيات الأطفال الرضع.
- 7- ضرورة تضمين المسوحات المتعلقة بالصحة الأسرية سؤالاً مباشراً عن دخل الأسرة، حيث أن للمستوى المعيشي للأسرة أثر في مستوى وفيات الأطفال الرضع.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المراجع العربية

اتفاقية حقوق الطفل. ل. 25/44. 2 أيلول/سبتمبر 1990. 23.
2012-11-28 http://www.unicef.org/arabic/crc/files/crc_arabic.pdf

بوقري، فايدة كمال يوسف: وفيات الأطفال الرضع في مدينة جدة دراسة تحليلية في جغرافية السكان. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الملك عبد العزيز. جدة. السعودية. 1992.

التلباني، شادي إسماعيل: استخدام نموذج كوكس لدراسة أهم العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع في فلسطين. مجلة إدارة الأعمال. ع 129. 2010.

جاد الله، فوزي علي: الصحة العامة والرعاية الصحية. دار المعارف بمصر، 1982، ط3. ص356.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت: النتائج النهائية تقرير السكان والمساكن، الأراضي الفلسطينية، الجزء الأول، سلسلة التقارير الإحصائية (002) أيار مايو 1999.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. التقرير السنوي - 2001. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (4). رام الله - فلسطين.

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

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2004. التقرير السنوي - 2004. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 7). رام الله - فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. التقرير السنوي - 2006. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل رقم (9). رام الله - فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2006. المسح الصحي الديموغرافي - 2004، التقرير النهائي. رام الله - فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 10). رام الله - فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 10). رام الله - فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. رام الله - فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. الفلسطينيون في نهاية عام 2011. رام الله - فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2012. التقرير السنوي. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 15). رام الله - فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2012. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز - 2012. رام الله - فلسطين.

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

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2002. سلسلة التقارير التحليلية من بيانات التعداد والمسوح الصحية والديموغرافية، رقم (3): صحة الأطفال في الأراضي الفلسطينية.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2010. التقرير السنوي. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 13). رام الله - فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.

حمد، عبد الغفار فرج عبد الغفار: تطبيق طرائق التحليل الإحصائي المتعدد المتغيرات في دراسة أهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على وفيات الأطفال في ليبيا. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة دمشق. سوريا. 2005-2006.

الحنيطي، حرب: المحددات الاقتصادية والاجتماعية لمعدلات وفيات الرضع ووفيات الأطفال في سلطنة عمان: حالة دراسية. مجلة دراسات للعلوم الإنسانية، مج 22، ع 3. 1995.

خواجه، خالد زهدي: إحصاءات ومقاييس الوفيات. المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية. بغداد. http://www.aitrs.org/Portals/_PCBS/Documents/st-001.pdf 7-3-2012

دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1998. التقرير السنوي، 1998. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 1). رام الله - فلسطين.

دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1999. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة - 1996: سلسلة التقارير التحليلية رقم (3)، رعاية الأمومة في الضفة الغربية وقطاع غزة.

السعدي، رياض و البياتي، صبري: وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية. مجلة دراسات للعلوم الإنسانية، مج 21، ع 3. 1994.

سماره، ميسون عبد المؤمن عبد القادر: أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية على وفيات الأطفال الرضع في الأردن من واقع بيانات مسح السكان والصحة الأسرية لعام 1990. رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية. الأردن. آب 1995.

صغير، أحمد طه محمد: معدلات وفيات الرضع والأطفال بالأنوع وارتباطاتها الوظيفية بالتفكك الأسري والفقر دراسة حالة مدينة الكرك في الأردن.

الطرفي، فنار سالم عطوان: تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في وفيات الأطفال الرضع خلال ظروف الحصار الاقتصادي. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة بغداد. العراق. 2001.

عبد العاطي، فاطمة وفهمي، نرمين محمد: دراسة إحصائية عن الأمراض التي تصيب السيدة الحامل وأصرها على الطفل الوليد. بحث منشور، كلية التجارة، جامعة المنصورة. 1997.

العربيات، أحمد عبد المجيد صالح: العلاقة بين الرعاية الصحية للطفل والأم ووفيات الأطفال الرضع في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية. الأردن. أيار 1995.

العمرى، صالح "محمد أمين" عامر: محددات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الأردن، 1997. رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية. الأردن. أيار 2000.

لمحة عامة عن كتيّب صحة الأم والطفل في فلسطين. فلسطين. تشرين أول/2012. 16. <http://www.unrwa.org/userfiles/2012110732821.pdf> 2012-11-19

مالول، عدنان أحمد محمود: مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2000.

مصيفر عبد الرحمن، الميلادي سمير. الوضع التغذوي والرقابة الغذائية في مجلس التعاون لدول الخليج العربية. منظمة الأغذية والزراعة-المكتب الإقليمي للشرق الأدنى-القاهرة، مركز

- البحرين للدراسات والبحوث، دولة البحرين، ط1، 1998.
http://www.acnut.com/v/images/stories/pdf/publications/nutritional_status_and_food_control_in_the_cooperation_council_for_the_gulf_states.pdf.2013-3-29
- منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) فبراير (شباط) 2012. وضع الأطفال في العالم 2012.
[http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_\(1\).pdf](http://www.unicef.org/arabic/publications/files/SOWC_2012_low_(1).pdf).2013-1-20
- منظمة الصحة العالمية. تغذية الرضع وصغار الأطفال. 342. تموز/يوليو 2010.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/ar>.2012-12-19
- منظمة الصحة العالمية. مرض الإسهال. 332. آب/أغسطس 2009.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/ar>.2012-12-21
- هيئة الأمم المتحدة: تقرير عن الأهداف الإنمائية للألفية. نيويورك. 2008.
- وزارة الصحة - مركز المعلومات الصحية الفلسطيني - التقرير الصحي السنوي - فلسطين 2011.
- وزارة الصحة- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، التقرير الصحي السنوي - فلسطين 2012، تموز 2013.
- وزارة الصحة-مركز المعلومات الصحية الفلسطيني التقرير الصحي السنوي- فلسطين 2010.
- يونيسيف. الرضاعة الطبيعية خلال ساعة واحدة من الولادة يمكن أن تحد من وفيات الرضع. نيويورك. 1 آب/أغسطس 2007.
http://www.unicef.org/arabic/media/24327_40464.html.2013-3-5

يونيسيف. انخفاض وفيات الأطفال بنحو 12000 يومياً في عام 2010 مقارنة بعام 1990.
نيويورك/ جنيف. 15 سبتمبر/أيلول 2011.
.2013-2-25 http://www.unicef.org/arabic/media/24327_59804.html

ثانياً: المراجع الأجنبية

Hisham Elmahdi Mustafa: Socioeconomic Determinants of Infant Mortality in Kenya: Analysis of Kenya DHS 2003. journal of Humanities & Social Sciences. vol.2. issue 2. 2008.
<http://www.scientificjournals.org/journals2008/articles/1409.pdf>-7-8
.2012

Mazen abuqamar, Danny Coomans and Fred Louckx: The Impact of parental education on infant mortality in Gaza strip, Palestine. Journal of Public Health and Epidemiology. Vol.3. January 2011.
<http://www.academicjournals.org/jphe/PDF/pdf2011/January/Abuqamar%20et%20al.pdf>.2012-7-12

The World Health Organization. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. May 2008, 86 (5). 11.
<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/5/07-048769.pdf>-12-12
.2012

ثالثاً: المواقع الإلكترونية

-http://www.unicef.org/arabic/childsurvival/childsurvival_40853.html
.2013-2-25

<http://82.213.38.42/PCBS-Metadata-ar-v4/index.php/catalog/150-4-5>
.2013

http://ar.wikipedia.org/wiki/رضاعة_طبيعية.2012-12-19

http://ar.wikipedia.org/wiki/متلازمة_الموت_المفاجئ_عند_الرضع_والأطفال-1-27
.2014

http://en.wikipedia.org/wiki/Maternal_health2012-12-10

<http://en.wikipedia.org/wiki/Somali>.2013-3-29

<http://forum.sedty.com/t38536.html>.2012-12-19

http://sabahionline.com/ar/articles/hoa/articles/newsbriefs/2012/02/03/news_brief-05.2013-2-10

<http://supermama.me/ar>.2013-12-22 [ك/رضاعة-وصحة/رضع](#)

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTARABICHOME/EXTARABICCOUNTRIES/AFRINARABICEXT/0,,print:Y~isCURL:Y~contentMDK:22661064~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:4261157,00>.2013-2-25

http://www.acnut.com/v/images/stories/pdf/publications/nutritional_status_and_food_control_in_the_cooperation_council_for_the_gulf_states.pdf.2013-3-29

<http://www.aljazeera.net/news/pages/23806b84-a2da-405c-aff5-ef4c53e37d78>.2013-3-29

<http://www.bioline.org.br/pdf?ep03008>, 12-7-2012

<http://www.krepublishers.com/02-Journals/JHE/JHE-16-0-000-000-2004-Web/JHE-16-2-075-150-2004-Abst-PDF/JHE-16-2-141-145-2004-Syamala-T-S/JHE-16-2-141-145-2004-Syamala-T-S.pdf>.2012-7-12

http://www.malaf.info/?page=show_details&Id=138&CatId=32&table=p_documents.2012-11-22

<http://www.palnurse.com/vb/showthread.php?t=16897>.2012-11-22

<http://www.sayidaty.net/node/86281/>-.2014-1-27 الشهر_السَّابِع

<http://www.startimes.com/?t=23145089>.2014-1-27

<http://www.tubas.ps/home.php?page=city&pid=47&parentId=0>.2014-2-2

http://www.unfpa.org.sy/pubfiles/Sf5__Eo9W6_qiP.pdf.2012-12-2

http://www.unicef.org/arabic/hac2012/hac_south_sudan.php.2013-2-10

http://www.unicef.org/arabic/infobycountry/car_26354.html.2013-2-25

http://www.unicef.org/egypt/arabic/child_survival.html.2013-4-5

<http://www.wafainfo.ps/atemplate.aspx?id=3028>.2012-11-22

http://www.werathah.com/genetic/cong_anomalies.htm.2014-1-27

<http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding/ar/index.html>-12-19
.2012

**An- Najah National University
Faculty of Graduates Studies**

**The Impact of Demographic and
Socio-economic Factors on Infant Mortality
on the Palestinian Territories Based on
Palestinian Household Survey Data 2010**

**By
Afnan Mohammad Mahmoud Zaid**

**Supervised By
Dr. Hussien Ahmed**

**This Thesis is Submitted in Partial Fulfillment of the
Requirements for the Degree of Master of Geography in the
Faculty of Graduate Studies, An-Najah National University,
Nablus, Palestine.**

2014

The Impact of Demographic and Socio-economic Factors on Infant Mortality on the Palestinian Territories Based on Palestinian Household Survey Data 2010

By

Afnan Mohammad Mahmoud Zaid

Supervised By

Dr. Hussien Ahmed

Abstract

The study aimed to evaluate the rate of infants' deaths and analyse the most important demographic, economic, and social factors which affect the rate in the Palestinian Territories.

In order to accomplish this study, it depended on the database of the Palestinian Household Survey of 2010, which was performed by the Palestinian Central Bureau of Statistics with the coordination and corporation of the Ministry of Health and with the technical and financial partnership of the United Nation International Children's Emergency Fund (UNFPA). During this survey, a large group of indicators related to the death of infants and women's reproductive health has been measured. This study used two indicators only. The first indicator is women who have previously married at the age between (15-54). The second indicator is children whose age is less than a year. The study contained 1651 death cases among children who hadn't completed their first year.

The researcher used the descriptive analytical approach to give an image about the study sample and the distribution of infants' deaths according to the variables which were included in the research and to know

the relation of each one of them with the death level of infants. The intersection tables and the hypotheses testing were used.

For that purpose, the study has been divided into several chapters. The **first chapter** included the study's problem, goals, importance, questions, variables and hypotheses. The **second chapter** included the health care for the child and the mother through the study of the health situation in the Palestinian Territories under the Israeli Occupation and under the Palestinian National Authority. The **third chapter** included the evaluation of the rate of infants' deaths in the Palestinian territories comparing with the Arab World and the whole world, and the evaluation of the rate of infants' deaths disparities in the Palestinian Territories. The **fourth chapter** included the most important demographic, economic, and social factors which affect the rate of infants' deaths in the Palestinian Territories.

The study was finished by the fifth chapter which contained the results and recommendation. We can summarize the results as the following: there is a decline in the rate of infants' deaths this year based on the results of the Palestinian Household Survey 2010 comparing with previous surveys. There is an inverse relationship between the mother's age during the first marriage and her age during the first birth and the blood relationship between the husband and the wife and the educational level and the infants' deaths. There is an influence related to natural breast-feeding and the time of receiving it and the infants' deaths. Moreover, the death rate

between infants is raised with children whose weight is less or more than the natural weight.

The researcher recommended to increase the teaching campaigns for mothers and girls on every aspect related to reproductive health and early marriage ect. And to improve the quality of the health services in rural areas and camps and to make the citizens aware of the importance of informing any infants' death in order to recognize its levels and direction.