

جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا

مستويات الوفيات والعوامل المؤثرة فيها في محافظة
جنين خلال الفترة 2004-2013 من واقع بيانات
السجل الحيوي التابع لوزارة الصحة الفلسطينية

إعداد

نهال حمزة عبد الرحمن أبو الرب

إشراف

الدكتور حسين احمد

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

2015م

مستويات الوفيات والعوامل المؤثرة فيها في محافظة
جنين خلال الفترة 2004-2013 من واقع بيانات
السجل الحيوي التابع لوزارة الصحة الفلسطينية

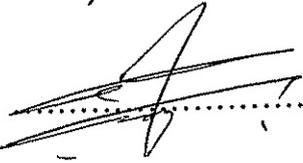
إعداد

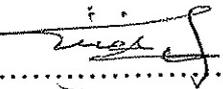
نهال حمزة عبد الرحمن أبو الرب

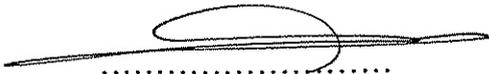
نوقشت هذه الأطروحة بتاريخ 2015/12/22م وأجبرت.

التوقيع


.....


.....


.....


.....

أعضاء لجنة المناقشة

1. د. حسين أحمد / مشرفاً ورئيساً

2. د. سامر رداد / ممتحناً خارجياً

3. د. أحمد رأفت / ممتحناً داخلياً

4. د. ماهر أبو صالح / ممتحناً داخلياً

الإهداء

إلى من تنحني القامات احتراما لهما وترتفع الهامات افتخارا بهما

إلى من حصروا الأشواق عن دربي ليمعدوا لي طريق العلم

"والدائمي العزيزان"

إلى القلوب الطاهرة الرقيقة والنفوس البريئة إلى رياحيه حياتي

(أخواتي شفا وسام ومها)

إلى من بوجودهم أتسبب قوة ومحبة لا حدود لها

إلى من بهم أكبر وعليهم أعتد

(إخواني محمد، وعبد الرحمن)

إلى الذين ساندوني ووقفوا بجانبي

(الخال احمد والخال محمد وزوجته)

إلى الذين عشت معهم وأعيش معهم أجمل أيامي

(صديقاتي العزيزات)

إلى من آتسني في دراستي وشاركني همومي..تذكارا وتقديراً

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين، والشكر دائما لله عز وجل، الذي أعانني واستجاب لدعائي
في تحقيق هدي، ومنحني القوة والتوفيق.

وأقدم بجزيل الشكر والعرفان والتقدير إلى مشرف هذه الدراسة (دكتور حسيه
احمد) على دعمه المتواصل، والإرشاد الواعي الذي أولاني إياه.

ولا يفوتني أن أسجل امتناني وتقديري إلى (خالي أحمد) لما بذله من جهد في
متابعة الدراسة في مراحلها المختلفة.

ويسعدني أن أقدم بجزيل شكري إلى مدير قسم الإحصاء في مديرية الصحة في
محافظة جنين (الأستاذ عاهد طحاينة) في تسهيل مهمة الحصول على البيانات التي
تطلبها الدراسة

وأخيرا أشكر كل من ساعدني، وقدم لي ما عنده من نصائح وتوجيهات أعانني
في الدراسة.

والشكر دائما لله..

الإقرار

أنا الموقعة أدناه، مقدمة الرسالة التي تحمل العنوان:

مستويات الوفيات والعوامل المؤثرة فيها في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013 من واقع بيانات السجل الحيوي التابع لوزارة الصحة الفلسطينية

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وأن هذه الرسالة كاملة، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أي درجة أو لقب علمي أو بحثي لدى أي 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: نزال حمزة عبد الرحمن أبو الرب

Signature: التوقيع: نزال

Date: التاريخ: ٢٠١٥/١٤/٢٢

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع	الرقم
ج	الإهداء	
د	الشكر والتقدير	
هـ	الإقرار	
و	فهرس المحتويات	
ك	فهرس الجداول	
ن	فهرس الأشكال	
س	فهرس الخرائط	
ع	الملخص	
1	الفصل الأول: مقدمة الدراسة	
2	المقدمة	1.1
3	مشكلة الدراسة	2.1
4	أهداف الدراسة	3.1
4	أهمية الدراسة	4.1
5	متغيرات الدراسة	5.1
5	أسئلة الدراسة	6.1
6	فرضيات الدراسة	7.1
6	حدود الدراسة	8.1
6	مجتمع الدراسة	9.1
7	خطة الدراسة والمنهجية	10.1
7	خطة الدراسة	1.10.1
8	مصادر البيانات	2.10.1
8	منهجية الدراسة	3.10.1
11	الدراسات السابقة	11.1
11	الدراسات المحلية	1.11.1
15	الدراسات العربية	2.11.1
26	الدراسات الاجنبية	3.11.1

الصفحة	الموضوع	الرقم
27	أهم النتائج التي اتفقت أو اختلفت فيها الدراسات السابقة	4.11.1
29	لمحة جغرافية	12.1
32	الفصل الثاني: الخصائص الديموغرافية للسكان في محافظة جنين	
33	المقدمة	1.2
33	التركيب السكاني	2.2
33	التركيب العمري	1.2.2
38	التركيب النوعي	2.2.2
38	الحالة الزوجية	3.2.2
40	العمر عند الزواج الأول	4.2.2
42	التركيب التعليمي	5.2.2
43	التركيب الاقتصادي	6.2.2
44	الحالة العملية	1.6.2.2
47	التركيب المهني للسكان	2.6.2.2
50	النمو السكاني في محافظة جنين	3.2
52	الفصل الثالث: الخدمات الصحية في الضفة الغربية ومحافظة جنين	
53	المقدمة	1.3
54	مراكز الرعاية الصحية الأولية	2.3
55	تصنيف مراكز الرعاية الأولية	1.2.3
56	توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية	2.2.3
59	المستشفيات	3.3
61	الخدمات الصحية في محافظة جنين	4.3
63	رعاية صحة الأم	5.3
64	الرعاية قبل الحمل (تنظيم الأسرة)	1.5.3
65	الرعاية أثناء الحمل	2.5.3
66	التطعيم ضد التيتانوس	1.2.5.3
67	الرعاية أثناء الولادة	2.2.5.3

الصفحة	الموضوع	الرقم
69	الفصل الرابع: مستويات الوفيات	
70	المقدمة	1.4
71	تباينات معدل الوفيات الخام في دول العالم والوطن العربي	2.4
72	مستوى معدل الوفيات الخام في الأراضي الفلسطينية	3.4
76	مستويات الوفيات في محافظة جنين خلال فترة الدراسة 2004-2013.	4.4
76	معدل الوفاة الخام	1.4.4
79	معدلات الوفاة التفصيلية	2.4.4
83	معدل وفيات الأطفال	1.2.4.4
84	معدل وفيات الأطفال الرضع	1.1.2.4.4
89	معدل وفيات الأطفال من 1-4 سنوات.	2.1.2.4.4
90	معدلات الوفاة في سن (5-14)	3.1.2.4.4
90	معدلات الوفاة في فئات سن العمل (15-64)	4.1.2.4.4
91	معدلات الوفاة في سن الشيخوخة (65 سنة فأكثر)	5.1.2.4.4
91	وفيات الأمهات	2.2.4.4
93	جداول الحياة.	5.4
93	العمر المتوقع عند الميلاد في فلسطين.	1.5.4
93	جدول الحياة في محافظة جنين.	2.5.3
97	الزيادة الطبيعية	6.4
100	الفصل الخامس: أسباب الوفيات	
101	المقدمة	1.5
102	أسباب الوفيات في العالم والوطن العربي	2.5
106	أسباب الوفيات في إسرائيل حسب القومية	3.5
108	أسباب الوفيات في الضفة الغربية	4.5
109	أسباب الوفيات في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013	5.5
114	أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية	1.5.5
115	الأورام الخبيثة	2.5.5
116	السكري	3.5.5

الصفحة	الموضوع	الرقم
117	أمراض الجهاز التنفسي	4.5.5
118	أمراض الكلى	5.5.5
119	الأمراض المعدية والطفيلية	6.5.5
119	الحوادث	7.5.5
120	تباينات أسباب الوفيات	6.5
120	أسباب الوفيات حسب العمر	1.6.5
122	الفئة العمرية (أقل من سنة) الأطفال الرضع	1.1.6.5
123	أمراض الجهاز التنفسي	1.1.1.6.5
124	التشوهات الخلقية	2.1.1.6.5
124	الفئة العمرية (1-4)	2.1.6.5
125	الفئة العمرية (5-14)	3.1.6.5
125	الفئة العمرية (15-29)	4.1.6.5
126	الفئة العمرية (30-74)	5.1.6.5
126	الفئة العمرية (75 فما فوق)	6.1.6.5
127	متغير الجنس	2.6.5
132	الفصل السادس: العوامل المؤثرة في الوفيات في محافظة جنين	
133	المقدمة	1.6
134	العوامل الديموغرافية المؤثرة في الوفيات	2.6
134	متغير الجنس	1.2.6
136	متغير العمر	2.2.6
138	العوامل الاجتماعية المؤثرة في الوفيات	3.6
138	متغير الحالة الزوجية	1.3.6
139	متغير مكان الإقامة الحالي	2.3.6
141	متغير الديانة	3.3.6
142	العوامل الخدمائية المؤثرة في الوفيات.	4.6
142	متغير مكان الوفاة	1.4.6
143	متغير مكان المعالجة	2.4.6

الصفحة	الموضوع	الرقم
146	الفصل السابع: النتائج والتوصيات	
147	النتائج	1.7
149	التوصيات	2.7
152	قائمة المصادر والمراجع	
158	الملاحق	
b	Abstract	

فهرس الجداول

الصفحة	الجدول	الرقم
34	توزيع السكان في محافظة جنين حسب فئات العمر ونوع التجمع للأعوام (1997-2007).	جدول (1)
40	توزيع السكان في محافظة جنين حسب الحالة الزوجية ونوع التجمع لعام 2007م.	جدول (2)
41	العمر الوسيط عند الزواج الأول في الأراضي الفلسطينية حسب الجنس، للأعوام (1997-2007).	جدول (3)
43	المستوى التعليمي للأفراد 10 سنوات فأكثر في محافظة جنين عام 2007.	جدول (4)
45	النسبة المئوية للأشخاص 10 سنوات فأكثر وعلاقتهم بالعمل في محافظة جنين، 2007م.	جدول (5)
46	الحالة العملية في محافظة جنين حسب نوع التجمع، 2007م:	جدول (6)
48	نسبة السكان في محافظة جنين من 10 سنوات فأكثر وتوزيعهم حسب النشاط الاقتصادي لعام 2007م.	جدول (7)
51	تطور أعداد السكان ونسبة النمو في محافظة جنين للفترة (1997-2011).	جدول (8)
57	كثافة الخدمة لمراكز الرعاية الصحية الأولية قي محافظات الضفة الغربية، 2011م	جدول (9)
71	معدل الوفاة الخام لعدد من الدول المختارة في العالم لسنة 2015 (بالألف)	جدول (10)
74	معدل الوفاة الخام في محافظات الضفة الغربية للعام 2013. (بالألف).	جدول (11)
77	معدل الوفيات الخام في محافظة جنين حسب نوع التجمع خلال الفترة (2004-2013). (بالألف).	جدول (12)
81	معدلات الوفاة التفصيلية حسب فئات السن والنوع في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013). (بالألف)	جدول (13)
82	متوسط معدل الوفاة في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013 (بالألف).	جدول (14)

الصفحة	الجدول	الرقم
85	معدل وفيات الأطفال الرضع لعدد من الدول المختارة في العالم لسنة 2015 (بالألف)	جدول (15)
88	معدل وفيات الأطفال الرضع لكل ألف ولادة حية في محافظات الضفة الغربية، 2013م.	جدول (16)
92	عدد حالات وفيات الأمومة المبلغ عنها حسب المحافظات في الضفة الغربية، 2013.	جدول (17)
95	الحياة للذكور في محافظة جنين، 2013م.	جدول (18)
96	الحياة للإناث في محافظة جنين، 2013م.	جدول (19)
98	معدلات الزيادة الطبيعية في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013)	جدول (20)
104	معدل الوفاة حسب السبب لمجموعة من دول العالم في سنوات مختارة لكل 100000 من السكان، للأعوام (2004، 2008).	جدول (21)
105	معدل الوفيات الناجمة عن أسباب محددة (لكل 100000 من السكان) في أقاليم منظمة الصحة العالمية، للأعوام (2004، 2008).	جدول (22)
107	معدل الوفيات بسبب أمراض مختلفة في إسرائيل حسب القومية (لكل 100000 نسمة)، 2012م.	جدول (23)
109	معدل الوفيات حسب السبب في الضفة الغربية (لكل 100000 من السكان)، 2013م.	جدول (24)
112	معدل الوفيات حسب السبب في محافظة جنين (لكل 100000 من السكان)، خلال الفترة (2004-2013).	جدول (25)
113	أسباب الوفيات الرئيسية في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013) %.	جدول (26)
121	أسباب الوفيات حسب العمر في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013 %.	جدول (27)
128	أسباب الوفيات في محافظة جنين حسب الجنس (لكل 100000 من السكان)، للأعوام (2004، 2010، 2013)	جدول (28)

الصفحة	الجدول	الرقم
134	نتائج اختبار One Sample T test حول اختلاف الوفيات حسب الخصائص المبلغ عنها عند الوفاة.	جدول (29)
135	جملة المتوفين حسب الجنس خلال الفترة (2013-2004)	جدول (30)
137	جملة المتوفين حسب العمر في محافظة جنين خلال الفترة (2013-2004).	جدول (31)
140	جملة المتوفين حسب مكان الإقامة الحالي خلال الفترة (2004-2013).	جدول (32)
141	جملة المتوفين حسب الديانة خلال الفترة (2013-2004).	جدول (33)
142	جملة المتوفين حسب مكان الوفاة خلال الفترة (2013-2004).	جدول (34)
144	جملة المتوفين حسب مكان العلاج خلال الفترة (2013-2004).	جدول (35)

فهرس الأشكال

الصفحة	الشكل	الرقم
37	الهرم السكاني لمحافظة جنين، 2007م	شكل (1)
54	نسبة مساهمة القطاعات المختلفة في الإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية.	شكل (2)
64	النسبة المئوية للسيدات اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة في محافظات الضفة الغربية، 2013م.	شكل (3)
66	النسبة المئوية للسيدات التي يتلقين أي نوع من أنواع الفيتامينات أو الحديد خلال حملهن، 2013م.	شكل (4)
67	النسبة المئوية للنساء اللواتي سبق لهن الإنجاب وتلقين جرعة واحدة على الأقل من مطعوم التيتانوس أثناء حملهن الأخير لسنة في الضفة الغربية، 2013م.	شكل (5)
68	النسبة المئوية للولادات التي تمت في المنازل في الضفة الغربية، 2013م.	شكل (6)
83	متوسط معدل الوفيات التفصيلية حسب النوع والعمر في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013.	شكل (7)
89	النسبة المئوية للأطفال (0-12) شهر المولودين وتلقوا فيتامينات ا/د في الضفة الغربية حسب المنطقة، 2013م.	شكل (8)
99	معدل المواليد والوفيات والزيادة الطبيعية في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013.	شكل (9)
123	أسباب الوفيات خلال نسب تأثيرها على وفيات الأطفال الرضع في محافظة جنين.	شكل (10)
130	نسب الوفيات بالأورام السرطانية في محافظة جنين حسب الجنس خلال الفترة 2004-2013.	شكل (11)

فهرس الخرائط

الصفحة	الخارطة	الرقم
31	التجمعات السكانية في محافظة جنين	خريطة (1)
63	توزيع المراكز الصحية والمستشفيات في محافظة جنين	خريطة (2)
75	معدل الوفيات الخام في محافظات الضفة الغربية عام 2013	خريطة (3)
78	معدل الوفيات الخام في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013 حسب نوع التجمع	خريطة (4)

مستويات الوفيات والعوامل المؤثرة فيها في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013 من

واقع بيانات السجل الحيوي التابع لوزارة الصحة الفلسطينية

إعداد

نهال حمزة عبد الرحمن أبو الرب

إشراف

الدكتور حسين احمد

الملخص

يعتبر مستوى الوفيات من المؤشرات الهامة لمدى تقدم الخدمات الصحية والوعي الصحي في أي مجتمع، وما دعا إلى تناول هذه الدراسة هو قلة الدراسات التي تطرقت لهذا الموضوع في الضفة الغربية بشكل عام، ومحافظة جنين بالتحديد، وكان الهدف من الدراسة التعرف على مستويات وأسباب الوفيات الخام، وتحديد أهم العوامل الديموغرافية والاجتماعية المؤثرة في مستويات الوفيات في محافظة جنين.

لتحقيق ذلك اعتمدت الباحثة على البيانات التي تم الحصول عليها من وزارة الصحة، حيث اشتملت الدراسة على جميع الوفيات المسجلة لدى مديرية الصحة في محافظة جنين التي بلغت 8660 حالة وفاة، وغطت الدراسة الفترة الواقعة ما بين 2004 - 2013.

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي لإعطاء صورة عن مجتمع الدراسة، كذلك تم استخدام طرق التحليل الديموغرافية المناسبة لأهداف البحث لقياس مستويات الوفيات، وتوزعهم حسب المتغيرات التي شملتها الدراسة ومعرفة مدى تأثيرها على الوفيات.

أهم النتائج التي توصلت إليها الباحثة: انخفاض معدل الوفيات الخام خلال الفترة (2004-2013)، وأبرز أسباب الوفاة في محافظة جنين كان الإصابة بأمراض القلب والجهاز الدوري، ويأتي في المرتبة الثانية أمراض الأورام الخبيثة، كذلك أظهرت الدراسة أن فئة الأطفال الرضع تتأثر بالأسباب الداخلية والبيئية، بينما تتعرض الفئات العمرية المتقدمة للإصابة بالأمراض الكامنة كالقلب والأورام الخبيثة، كما أثبتت الدراسة بأن المتغيرات الاجتماعية

والديموغرافية الواردة في شهادة تبليغ الوفاة المتمثلة في متغير الجنس، ومتغير العمر، ومتغير الحالة الزوجية، ومتغير مكان الوفاة، ومتغير مكان العلاج، ومتغير الديانة، لها دلالة إحصائية واضحة حول علاقتها بمستوى الوفيات، بالإضافة إلى ذلك بلغ توقع الحياة عند الولادة في محافظة جنين لسنة 2013 لدى الذكور نحو 68.3 سنة، وعند الإناث نحو 70.6 سنة.

في ضوء ذلك أوصت الباحثة بالعمل على تحسين نوعية الخدمات الصحية في محافظة جنين خاصة في المناطق الريفية، وتقديم موازنة كافية لوزارة الصحة، والعمل على قيام نظام التأمين الصحي الشامل بما يضمن توفير الخدمات الصحية لجميع المواطنين على السواء، بالإضافة إلى توحيد عملية إصدار البيانات حول القضايا الديموغرافية وخاصة الوفيات.

الفصل الأول

مقدمة الدراسة

- 1.1 المقدمة
- 2.1 مشكلة الدراسة
- 3.1 أهداف الدراسة
- 4.1 أهمية الدراسة
- 5.1 متغيرات الدراسة
- 6.1 أسئلة الدراسة
- 7.1 فرضيات الدراسة
- 8.1 حدود الدراسة
- 9.1 مجتمع الدراسة
- 10.1 خطة الدراسة ومنهجيتها
- 11.1 الدراسات السابقة
- 12.1 لمحة جغرافية

الفصل الأول

مقدمة الدراسة

1.1 المقدمة

قال تعالى: {كُلُّ نَفْسٍ ذَائِقَةُ الْمَوْتِ} صدق الله العظيم

تخبرنا هذه الآية أن موت الفرد أو وفاته هو ظاهرة بيولوجية بحتة، ومصير كل فرد لا مفر منه رغم كل الأساليب المستخدمة لإطالة الحياة، فتشير ظاهرة الوفيات إلى حالات الوفاة كعنصر من عناصر التغير السكاني، كما يعتبر موضوع الوفيات من الموضوعات التي تثير اهتمام الباحثين والمهتمين بمناهج البحث العلمي، ومن ضمنها علم الجغرافيا فيهتم الجغرافي بالوفيات ضمن جغرافية السكان، باعتبارها أحد طرفي الحركة الطبيعية للسكان، فهي السبب الطبيعي في تناقص أعداد السكان، ولا يقتصر أثر الوفيات على حجم السكان بل يتجاوزه إلى التركيب النوعي والعمرى وجملة الخصائص الأخرى، وإذا ما تعدى الاهتمام إلى الأسباب التي تقود إلى الوفيات، من أمراض وحوادث وبشكل تفصيلي، فإنها تكون ضمن منهج الجغرافية الطبية، لذلك تحتاج كافة الدول إلى بيانات عن الوفاة من أجل إعداد الخطط الصحية والتعرف على الواقع الصحي.

تناولت هذه الدراسة الاتجاه الزمني لمستوى الوفيات في محافظة جنين على مدى سنوات الدراسة خلال الفترة "2004-2013" لمعرفة حجم الوفيات ومعدلاتها السنوية وتحديد مستوياتها نحو التزايد أم التناقص، والأسباب المؤثرة على زيادة أو نقص معدلات الوفاة.

في حين كان سبب اختيار هذه الفترة "2004-2013" اعتمادا على بيانات وزارة الصحة في محافظة جنين، حيث تعتبر سنة 2004 سنة انفصال بيانات السجل الحيوي لمحافظة طوباس عن السجل الحيوي لمحافظة جنين، نتيجة قرار إعلان طوباس كمحافظة يتبعها العديد من التجمعات السكانية في عام 1996، وتم اعتمادها كدائرة انتخابية مستقلة و ثم أصبحت محافظة، لديها العديد من المديريات التي تتبع وزارات السلطة الفلسطينية.

مفاهيم الوفيات

• تعريف ومفهوم الوفاة

الوفاة حادث حتمي، ومصير لا مفر منه رغم كل الأساليب المستخدمة لإطالة الحياة. التعريف الدولي الذي تتبناه به هيئة الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية هو: الاختفاء الدائم لكل مظهر من مظاهر الحياة للفرد مثل (التنفس أو النبض أو الحركات اللاإرادية) في أي وقت بعد مولده (أي يجب أن يكون مولوداً حياً)، دون الأخذ بالاعتبار الفترة السابقة للولادة الحية.¹

• الوفاة إكلينيكية

هي الحالات التي تكون بعض أجهزة الجسم تعمل من خلال أجهزة صناعية وهي حالات قليلة مثل وفاة جذع المخ.²

• المفهوم الديموغرافي للوفاة

هي انسحاب عضوية المتوفى من المجتمع، وهي ثاني العمليات الحيوية (الولادات-الوفيات) وتعتبر ظاهرة بيولوجية حضارية بفعل الأسباب التي تقودها إليها من أمراض وحوادث.³

2.1 مشكلة الدراسة

تعد الوفيات أحد عناصر النمو السكاني التي تؤثر سلباً في معدل النمو، كما أنها تؤثر وتتأثر بالتراكيب السكانية المختلفة، إلى جانب صورة التوزيع السكاني في المجتمع، وتعتبر الأمراض ومعدلات الوفيات أحد أهم التحديات التي تواجه جهود التنمية، وتبلور إحساس الباحثة بمشكلة الدراسة الحالية في ضوء الملاحظات الآتية: الشعور بأهمية المؤشرات الصحية من أجل

¹ خواجه، خالد الزهدي: "إحصاءات ومقاييس الوفيات". المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية. 1/2012
² المطيري، الدعيح: "الموت الدماغى وتكيفه الشرعى". <http://elibrary.medi.u.edu.my/books/MAL06244.pdf>.
³ عبد الحكيم، صبحي، غلاب، محمد و السيد: "السكان ديموغرافيا وجغرافيا". مكتبة الأنجلو المصرية للطباعة والنشر، القاهرة. ط2. 1967م/58

تحقيق تنمية صحية شاملة في منطقة الدراسة، وقلة الدراسات التي تناولت هذه المؤشرات بالبحث والدراسة، والفجوة التنموية التي تعاني منها الضفة الغربية بشكل عام ومحافظة جنين بشكل خاص بسبب خضوعها لظروف الاحتلال من جهة وطبيعة محافظة جنين التي تقتصر للخدمات الصحية من جهة أخرى.

تأتي هذه الدراسة لتحديد المستويات والعوامل المؤثرة في الوفيات في محافظة جنين، من خلال بيانات وزارة الصحة خلال الفترة 2004-2013.

3.1 أهداف الدراسة

تعتبر هذه الدراسة مساهمة جديدة في موضوع الوفيات في الضفة الغربية بشكل عام ومحافظة جنين بشكل خاص وتهدف هذه الدراسة إلى ما يلي:

1. معرفة مستويات الوفاة في محافظة جنين في الفترة ما بين 2004-2013 من خلال مقاييس الوفاة المختلفة، وتحديد تباينات الوفاة ومقارنتها مع مثيلاتها في محافظات الضفة الغربية، وإنشاء جداول الحياة الخاصة لسكان محافظة جنين لسنة 2013.
2. دراسة الأسباب الرئيسية المؤثرة على الوفيات ثم ترتيب هذه الأسباب وفق العمر والنوع.
3. تحليل تأثير مجموعة من العوامل الديموغرافية والاجتماعية والخدماتية على الوفيات في محافظة جنين.

4.1 أهمية الدراسة

لدراسة الوفيات أهمية كبيرة، لأنها حدث يؤثر فينا جميعا ومصير كل فرد، إذ تعد عنصرا رئيسيا من عناصر التغيير السكاني، فتوفر المعلومات فيما يتعلق بالتوزيع غير المتكافئ بين السكان من خدمات صحية واجتماعية وغيرها، وبالتالي تقييم الأحوال الصحية في المجتمع، وأيضا تحدد الفئات المعرضة لمستويات وفيات أعلى، لكي تكون هذه الفئات هي المستهدفة لدى الجهات المختصة فيما بعد لوضع السياسات والبرامج لتحسين الظروف والأحوال الصحية،

وتحديد الاحتياجات الصحية مستقبلاً كإنشاء المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية ومراكز الأمومة والطفولة وتزويدها بالاختصاصيين حسب الظروف المرضية، فهي تعكس أيضاً درجة الارتقاء بالنواحي الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والصحية.

وتأتي أهمية هذه الدراسة كونها الأولى التي تناولت هذا الموضوع في محافظة جنين، وبالتالي ستضيف بيانات ومعلومات جديدة تتعلق بمعدلات الوفيات، ومستوياتها.

5.1 متغيرات الدراسة

اعتمدت الدراسة على عدد من المتغيرات تم تقسيمها على النحو التالي:

المتغير التابع

تمثل في هذه الدراسة عدد الوفيات في محافظة جنين.

المتغيرات المستقلة

وتشمل ثلاث مجموعات من المتغيرات:

1. مجموعة المتغيرات الديموغرافية: تشمل متغير العمر، ومتغير الجنس.
2. مجموعة المتغيرات الاجتماعية: تشمل متغير الحالة الزوجية، ومتغير الديانة، ومكان الإقامة.
3. مجموعة المتغيرات الخدمائية: تتمثل في مكان المعالجة، ومكان الوفاة.

6.1 أسئلة الدراسة

1. ما مستويات الوفيات في محافظة جنين؟
2. ما أهم الأسباب الرئيسية لوفيات منطقة الدراسة؟

3. ما أهم العوامل المؤثرة على الوفيات؟

7.1 فرضيات الدراسة

من خلال هذه الدراسة سيتم اختبار العلاقة بين الوفيات من جهة وبين مجموعة من المتغيرات المستقلة المختلفة التي تتوقع الباحثة بوجود علاقات بينها وبين الوفيات سواء كانت متغيرات اجتماعية، ديموغرافية أو خدماتية بناء على البيانات الواردة في شهادة تبليغ الوفاة.

في ضوء ذلك يمكن صياغة الفرضيات على النحو التالي:

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية ($\alpha = 0.05$) بين عدد الوفيات المسجلة ومجموعة المتغيرات الديموغرافية (العمر، الجنس).
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوي ($\alpha = 0.05$) بين عدد الوفيات المسجلة ومجموعة المتغيرات الاجتماعية (الحالة الزوجية، ومكان الإقامة، والديانة).
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية ($\alpha = 0.05$) بين عدد الوفيات المسجلة ومجموعة المتغيرات الخدماتية (مكان الوفاة، ومكان المعالجة).

8.1 حدود الدراسة

تشتمل هذه الدراسة على المناطق الحضرية، والمناطق الريفية، والمخيم التابعة لمحافظة جنين والبالغ عددها (80) تجمعاً سكانياً (مدينة، بلدة، قرية، مخيم). خريطة رقم (1).

الإطار الزمني: سنتناول الدراسة الفترة الزمنية من عام 2004 - 2013.

9.1 مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الوفيات المسجلة لدى وزارة الصحة في محافظة جنين منذ عام 2004 إلى 2013، وبلغ مجموع الوفيات المسجلة خلال الفترة 8660 حالة وفاة موزعة على سنوات الدراسة باستثناء التبليغ المتأخرة.

10.1 خطة الدراسة ومنهجيتها

1.10.1 خطة الدراسة

الفصل الأول: احتوى على مقدمة الدراسة، وعرض مشكلة الدراسة وأهميتها، وأهدافها، واشتمل أيضا على منهجية الدراسة من حيث مصدر بيانات الدراسة وكيفية الحصول عليها وتقسيم متغيرات الدراسة، كما ضم أسئلة و فرضيات الدراسة والدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع.

الفصل الثاني: تم تخصيصه لعرض بعض الخصائص الديموغرافية للسكان في محافظة جنين من حيث التركيب العمري والنوعي للسكان والحالة الزوجية والتركيب التعليمي والحالة العملية، والنمو السكاني في محافظة جنين.

الفصل الثالث: تم تخصيصه لعرض الخدمات الصحية في محافظة جنين، من حيث توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات، ومقارنة محافظة جنين مع محافظات الضفة الغربية.

الفصل الرابع: تضمن دراسة مستويات الوفاة باستخدام الأساليب الديموغرافية لحساب معدلات الوفاة التفصيلية، كما اشتمل على بناء جداول الحياة لمحافظة جنين حسب العمر والجنس لسنة 2013.

الفصل الخامس: اشتمل على دراسة أسباب الوفاة الرئيسية و تحديد الأمراض والأسباب المنتشرة في محافظة جنين التي تؤدي إلى الوفاة، إضافة إلى دراسة أسباب الوفاة تبعا لمتغير العمر، ومتغير الجنس.

الفصل السادس: تم تخصيصه لدراسة بعض العوامل التي لها أثر على الوفيات، بناء على البيانات الواردة في شهادة تبليغ الوفاة، وهو: متغير الجنس، ومتغير العمر، ومتغير الحالة الزوجية، ومتغير مكان الوفاة، ومتغير مكان العلاج، ومتغير الديانة.

الفصل السابع: اشتمل على النتائج والتوصيات.

2.10.1 مصادر البيانات

اعتمدت الباحثة على البيانات التي صدرت عن الجهات الرسمية ومن أهمها:

1. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

اعتمد على البيانات الصادرة عن الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني حول الخصائص الديموغرافية لمحافظة جنين.

2. وزارة الصحة الفلسطينية (خلال الفترة 2004-2013)

المصدر الرئيسي الذي اعتمدته الدراسة في بياناتها هو سجلات دائرة الإحصاءات الحيوية التابعة للوزارة للصحة الفلسطينية في محافظة جنين، ويتناول تحليل البيانات التي تم الحصول عليها من وزارة الصحة النموذج الرسمي المعتمد (التبليغ عن الوفاة)، حيث يعبأ نموذج تبليغ الوفاة أربع نسخ تتضمن المعلومات الأساسية حول اسم المتوفى، اسم العائلة، رقم الهوية، الجنس، الحالة المدنية، محل الإقامة الدائم، تاريخ الوفاة، مكان الوفاة، مكان الولادة، السبب المباشر للوفاة، أما إذا كانت المتوفية امرأة يحتوي نموذج التبليغ أسئلة حول كونها حامل أو طرحت أو وضعت قبل وفاتها. (تم إرفاق نموذج التبليغ عن الوفاة ضن الملحق (1) يمكن الرجوع إليه).

3.10.1 منهجية الدراسة

تم استخدام المنهج الوصفي والتحليلي في معالجة البيانات الخاصة بالوفيات، من حيث معرفة أعدادها والعوامل المؤثرة فيها، كما تم استخدام بعض طرق التحليل الديموغرافية التي تلائم البيانات المتوفرة وأغراض البحث، تم إتباع في تحليل اثر بعض المتغيرات الاجتماعية و الديموغرافية على مستوى الوفيات أسلوب One sample t test.

المقاييس الديموغرافية التي اعتمدها الباحثة في هذه الدراسة فشملت:

1. معدل الوفيات الخام.
2. معدل وفيات الأطفال الرضع.
3. جدول الحياة.
4. معدلات الوفاة التفصيلية حسب العمر والنوع.
5. معدلات الوفاة التفصيلية حسب سبب الوفاة.

نظام التسجيل المدني في الأراضي الفلسطينية

نظام التسجيل المدني المستخدم في الأراضي الفلسطينية يخدم أغراضا عديدة. ويقصد به تسجيل وتخزين البيانات المتعلقة بحدوث الوقائع الحيوية وخصائصها، واسترجاع تلك المعلومات عند الاحتياج إليها في الأغراض القانونية والإدارية والإحصائية وغيرها.

يعود تاريخ التسجيل المدني في فلسطين إلى العهد العثماني، كان اختصاص دائرة النفوس العثمانية وذلك استنادا إلى قانون النفوس العثماني لعام 1910 حيث تم إنشاء سجل ملف خاص للتسجيل المدني والتسجيل المتأخر.¹ واستمر هذا الوضع لغاية 1948 ثم تم نقل جميع الملفات للحكومة الأردنية والتي بدورها أناطت الموضوع إلى وزارة الصحة التي أصبحت مسؤولة عن تسجيل المواليد والوفيات، وكانت المحاكم الشرعية والكنيسة مسؤولة عن الزواج والطلاق، فكانت عملية التبليغ عن الوفاة تتم عن طريق المستشفيات ومراكز الصحة و المخاتير والوجهاء في تلك الفترة، في حين دوائر الصحة كانت تقوم بعملية إصدار شهادات الوفاة، وتم إصدار قانون الأحوال المدنية الأول رقم 32 لسنة 1966 وتم تطبيقه على المناطق الفلسطينية " الضفة الغربية" التي كانت في توأمه مع الضفة الشرقية في الأردن. تم الاستيلاء على جميع

¹ جوابرة، امجد وعماد، الشنان: "التقرير القطري لدولة فلسطين حول الإحصاءات الحيوية ونظام التسجيل المدني في فلسطين". رام الله-فلسطين. 2007 / 2-4

الملفات من قبل السلطات الإسرائيلية في 1967/6/5، وبشهر أيلول لعام 1967 قام الإسرائيليون بإجراء تعداد سكاني لأغراض أمنية وإصدار هويات "عسكرية" لكل شخص يزيد عمره عن 16 سنة¹، بعد ذلك قامت سلطات الاحتلال الإسرائيلية بتكوين وإنشاء سجل السكان في الأراضي الفلسطينية المحتلة على أساس ذلك التعداد "العسكري".

ثم انتقلت صلاحيات التسجيل المدني للسكان من الجانب الإسرائيلي إلى الجانب الفلسطيني بتاريخ 1995/11/20، وقامت السلطة الوطنية الفلسطينية بتقديم التسهيلات على المواطنين وتشجيعهم من أجل المبادرة في التسجيل نظراً لأهمية هذا الموضوع، إضافة إلى العمل على إعادة بناء سجل سكاني سليم ودقيق، وأجري أول تعداد عام للسكان في فلسطين في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية عام 1997م ثم تبعه تعداد آخر اجري في عام 2007م، وشكل قانون الأحوال المدنية رقم (2) لسنة 1999م، وقانون رقم (6) لسنة 2001 الخاص بتعديل بعض أحكام قانون الأحوال المدنية رقم (2) الإطار القانوني الذي يعمل بموجبه في فلسطين، حسب مادة "29" التبليغ عن الوفيات يجرى في الدائرة المختصة في الجهة التي حدثت فيها الوفاة خلال أسبوع من تاريخ حدوث الوفاة أو ثبوتها على أن يكون مصحوباً ببطاقة المتوفى إن وجدت وتبليغ الوفاة الصادرة عن وزارة الصحة.²

آلية التبليغ عن الوفاة وتسجيل الوفيات

يجب أن يتم التبليغ عن الوفاة خلال (7) أيام وعلى المجالس البلدية والقروية والمخاتير والشيوخ والمراكز الأمنية تزويد مكتب الدائرة في المنطقة بنسخة من تبليغ الوفاة الواجب الحصول عليه قبل الدفن. ويتم إحضار بطاقة المتوفى ليتم إلغاؤها، تتم بداية التبليغ في وزارة الصحة ثم الذهاب إلى وزارة الداخلية ليتم سحب هوية المتوفى والحصول على شهادة وفاة محلية، ويتم رفع دعوى بقاء الوفاة أمام محكمة الصلح المختصة، وذلك إذا مضى عام كامل على حدوث الواقعة ولم يتم تسجيلها في أي من الجهات المختصة تستوفى غرامة مالية قدرها

¹ جوايرة، امجد و عماد، الشنان. مرجع سابق.

² الوقائع الفلسطينية (السلطة الوطنية الفلسطينية)، قانون رقم (2) لسنة 1999م بشأن الأحوال المدنية.

(10) دنانير. وتكون عملية حفظ البيانات في وزارة الصحة في ملفات ورقية وملفات الكترونية على برنامج الإكسل حسب ترتيب معين.¹

11.1 الدراسات السابقة

هناك العديد من الدراسات التي تناولت الوفيات بشكل شامل أو غير شامل وتفاوت تركيزها ما بين مستويات الوفيات واتجاهاتها إلى دراسة أثر المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية في تحديد مستويات الوفيات.

لذا سيتم استعراض أهم هذه الدراسات بهدف الوقوف على ما وصلت إليه من نتائج.

1.11.1 الدراسات المحلية

1. دراسة فضل صدقي السرطاوي (1995)، بعنوان: "الوفيات في مخيم بلاطة مستوياتها، محدداتها، أسبابها (1990-1994)"

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستويات وأسباب الوفيات العامة ووفيات الأطفال الرضع، كذلك تحديد أهم العوامل الديموغرافية والاجتماعية والبيئية المؤثرة في مستوى الوفاة في منطقة الدراسة، واعتمد الباحث في هذه الدراسة على بيانات المسح الذي قام بتنفيذه، حيث غطى الفترة الواقعة ما بين سنتي 1990 و 1994، واشتملت عينة الدراسة على 213 حالة وفاة، منها 64 حالة وفاة بين الأطفال الرضع (اقل من سنة)، والحالات المتبقية وعددها 149 حالة وفاة كان بين الأشخاص البالغة أعمارهم سنة فما فوق. واستخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي لتحليل جزء من بيانات هذه الدراسة.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها ارتفاع مستوى الوفيات العامة، و ارتفاع مستوى وفيات الأطفال الرضع، وجود علاقة عكسية بين الحالة التعليمية للأم وبين

¹ مقابلة شخصية مع (عاهد طحينة). مدير قسم الإحصاء في مديرية الصحة الفلسطينية لمحافظة جنين، جنين. بتاريخ 2014/7/22.

وفيات الأطفال الرضع، حيث انخفضت نسبة وفيات الأطفال الرضع للأمهات المتعلقات، و ابرز أسباب الوفاة في مخيم بلاطة وتعد المرتبة الأولى هو الإصابة بأمراض الجهاز التنفسي، ثم يأتي في المرتبة الثانية أمراض الجهاز الدوري، كذلك أظهرت الدراسة أن فئة الأطفال الرضع تتأثر بالأسباب الداخلية والبيئية، بينما تتعرض الفئات العمرية المتقدمة للإصابة بالأمراض الكامنة كالقلب والأورام والدورة الدموية، أظهرت الدراسة أيضا أن توقع الحياة عند الولادة لكلا الجنسين بلغ 58.4 سنة في مخيم بلاطة.

في ضوء نتائج الدراسة أوصى الباحث بوضع إطار منظم للتسجيل الحيوي للوفيات متضمنا بيانات تفصيلية لكافة المتغيرات المتعلقة بالوفيات، وتشجيع الباحثين بعمل دراسات وبحوث حول الموضوع، وتعميم وتحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة، ورفع مستوى خدمات الأمومة والطفولة، وتوجيه الجهود نحو الأخذ بتباعد الولادات مع احترام حق الأزواج في اختيار عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم بما ينسجم والفكر الإسلامي¹

2. دراسة نعيم سليمان بارود (2006)، بعنوان: "مؤشرات التنمية الصحية والبيئية في الأراضي الفلسطينية"

تناولت الدراسة أهم المؤشرات التنموية (الصحية والبيئية) في الأراضي الفلسطينية (وتشمل فقط الضفة الغربية وقطاع غزة) مثل: مؤشرات العمر المتوقع عند الولادة، ومؤشر معدل وفيات الرضع، ومؤشر وفيات الأطفال دون سن الخامسة، والأطفال الذين يولدون ناقصي وزن، وحالات الولادة التي تتم تحت إشراف موظفين مدربين، وكذلك مؤشرات السكان الذين يحصلون على مياه مأمونة، وعلى خدمات الصرف الصحي.

وقد كشفت الدراسة عن وجود مؤشرات صحية وبيئية جيدة في الأراضي الفلسطينية تفوق مثيلاتها في الدول المتقدمة مثل تلقي مطعوم الحصبة والسل في قطاع غزة، حيث بلغت 98% و100% على التوالي، كما أن هناك بعض المؤشرات ضعيف جداً مثل السكان الذين

¹ السرتاوي، فضل: "الوفيات في مخيم بلاطه مستوياتها، محدداتها، أسبابها (1990_1994)". (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الأردنية، عمان، الأردن. 1995/90-92

يحصلون على مياه مأمونة إذ بلغت نسبة متدنية، وكذلك نسبة مؤشر السكان الذين يحصلون على خدمة الصرف الصحي بلغت في الأراضي الفلسطينية 32% فقط، وبلغ العمر المتوقع عند الولادة في الأراضي الفلسطينية (أمد الحياة) 70.8 سنة للذكور 74 سنة للإناث في عام 2006، وهذا مؤشر جيد يفوق معظم الدول العربية، ويقترّب من مستوى الدول المتقدمة، والتي يبلغ أمد الحياة فيها 72.1 سنة للذكور 79.4 سنة للإناث، وهنا تحتل فلسطين المرتبة الرابعة على مستوى الدول العربية، وبلغ معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية في العام 2001 (21) بالألف كما أن مؤشر وفيات الأطفال دون سن الخامسة بلغ 27 حالة وفاة لكل 1000 حالة ولادة حية للذكور، في حين بلغ عند الإناث 21 حالة وفاة، وهي أقل بكثير من المعدل العالمي البالغ 81 حالة وفاة لكل 1000 حالة ولادة.

في ضوء هذه النتائج توصلت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات أهمها تنفيذ مشروعات تنمية تخدم الريف والمخيم الفلسطيني وتطوير كوادر بالأمراض التي تسبب وفيات الأطفال مثل أمراض الجهاز التنفسي والالتهابات الرئوية وغيرها.¹

3. تقرير وفيات الأمهات في فلسطين (2009)

هو عبارة عن تقرير قدم لوزارة الصحة الفلسطينية بعد أن أصبحت الوزارة تتعاطى مع موضوع وفيات الأمهات بجدية أكبر، وأصبح هناك تطور ملحوظ على توثيق وفيات الأمهات والتبليغ عنها بعد إدخال نظام رصد وفيات النساء في سن الإنجاب والتقصي عن وفيات الأمومة من بينها، وتوصل التقرير إلى مجموعة من النتائج أهمها حصول أكبر عدد من وفيات الأمهات في منطقة الخليل، ولكن أعلى نسب لوفيات الأمهات سجلت في طولكرم، كما بين أن أعلى نسبة من وفيات الأمهات بين الفئة العمرية الأكبر (40 سنة أو أكبر) حيث بلغت 143 لكل 100000 ولادة حية، وهي نسبة عالية جداً تؤكد أن الحمل في سن الأربعين فما فوق من عوامل المخاطرة لوفيات الأمهات.

¹ بارود، نعيم سليمان: "مؤشرات التنمية الصحية والبيئة في الأراضي الفلسطينية". الجامعة الإسلامية، غزة. 2006

في ضوء هذه النتائج أوصى التقرير التأكيد على مدراء المستشفيات (رؤساء قسم الولادة) الاهتمام بمناقشة حالة وفيات الأمهات واتخاذ إجراءات تهدف إلى تطوير قدرات الأطباء في التعامل مع حالات طوارئ الولادة و إجراء تحليل معمق لحالات وفيات الأمهات التي تم توثيقها للخروج بالأسباب الحقيقية الصحية المباشرة وغير المباشرة، بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية المهيئة.¹

4. دراسة أفنان محمد محمود زيد (2014)، بعنوان: "أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من واقع بيانات مسح الأسرة الفلسطينية 2010"

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

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها انخفاض في معدل وفيات الأطفال الرضع العام بناء على نتائج مسح الأسرة 2010 مقارنة بالمسوح السابقة، و أن 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 تلقيها على متوسط وفيات الأطفال الرضع، كذلك يرتفع هذا المتوسط لدى الأطفال اللذين أوزانهم أقل من الطبيعي وأكثر من الطبيعي.

في ضوء هذه النتائج أوصت الباحثة بالعمل 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

¹ وزارة الصحة. تقرير وفيات الأمهات في فلسطين (2009). <http://www.unfpa.ps>

بضرورة التبليغ عن حالات الوفاة للأطفال الرضع من أجل التعرف على مستوياتها واتجاهاتها.¹

2.11.1 الدراسات العربية

1. دراسة عبد الحليم محمد موسى، وثريا احمد سالم، وسامية محمد سليمان (1972)، بعنوان: "دراسة تحليلية لاختلاف معدلات الوفاة بجمهورية مصر العربية حسب فئات السن والمحافظات في السنوات 1960-1969"

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على اختلاف معدلات الوفاة بمحافظات جمهورية مصر العربية خلال الفترة من 1960 إلى 1969، حيث توصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج أهمها، انخفضت معدلات الوفيات العامة بالجمهورية بنسبة 14% فيما بين عامي 1960-1969، كما لوحظ أيضا انخفاض معدلات الوفاة النوعية حسب فئات السن خلال الفترة المشار إليها في جميع الأعمار وذلك باستثناء فئات السن (15-19، 20-24، 45-49، 55-59، 65-69) والتي ارتفعت معدلاتها خلال فترة الدراسة بنسب مختلفة، و توضح الدراسة معدلات الوفاة المعاييرة بمحافظات الجمهورية أن المعدل يقترب من معدلات الدول المتقدمة بمحافظتي بورسعيد والإسماعيلية حيث يقل عن 12% ويزيد عن ذلك قليلا بمحافظات القاهرة - الإسكندرية -دمياط -الشرقية -كفر الشيخ -البحيرة-سوهاج -قنا، حيث يقل عن 15% بينما يرتفع المعدل عن ذلك في باقي المحافظات.

بالرغم مما كشفت عنه الدراسة من تحسن كبير في خفض معدلات الوفاة إلا أن معدلات الجمهورية لا زالت مرتفعة بالمقارنة بالدول ذات المستوى الصحي المتقدم كالولايات المتحدة الأمريكية والمملكة المتحدة. وبصفة خاصة فئتي السن (0-4)، و(5-9) حيث بلغ معدل الوفاة للفئة الأولى بالجمهورية أحد عشر مثل معدل المملكة المتحدة كما يبلغ معدل الوفاة للفئة

¹ زيد، أفنان محمد: "اثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من واقع بيانات مسح الأسرة الفلسطينية 2010".(رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2014.

الثانية خمسة أمثاله في المملكة المتحدة أيضا- كما أن معدل الوفيات الخام بالجمهورية بلغ في عام 1969 حوالي 14.5% مقابل 9.5% للولايات المتحدة، 11.3% في فرنسا، 11.9% في المملكة المتحدة.

في ضوء هذه النتائج أوصت هذه الدراسة بالاهتمام بالتسجيل الحيوي وذلك في جميع محافظات الجمهورية مع تعميم الوحدات الصحية لتغطي كافة قرى الجمهورية، توجيه جهد أكبر إلى أمراض الطفولة المبكرة (فئة السن 0-4) وزيادة الخدمات المتاحة لعلاج أفراد هذه الفئة حتى يمكن خفض معدلات الوفاة العامة إذ تمثل وفيات هذه الفئة ما يزيد عن نصف الوفيات من جميع الأعمار، وأيضاً أهمية الاستمرار في زيادة الوحدات العلاجية مع زيادة كفايتها بما تقدمه من خدمات علاجية حتى يمكن الوصول بمعدلات الوفاة بالجمهورية إلى مثيلها في الدول المتقدمة، وأهمية دراسة أسباب تزايد معدلات الوفاة بفئات السن (45-49، 55-59، 65-69) وبحث الوسائل اللازمة لخفض معدلاتها.¹

2. دراسة عبد الحليم موسى، وسامية محمد سليمان (1972)، بعنوان: "دراسة تحليلية اختلاف معدلات الوفاة حسب النوع وفئات السن بحضر وريف جمهورية مصر العربية في السنوات 1963-1970"

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة معدلات الوفاة واتجاهاتها لكلا النوعين بحضر وريف جمهورية مصر العربية، ودراسة اختلاف معدلات الوفاة حسب فئات السن لكلا النوعين بالحضر والريف في السنوات 1963-1970 لكل فئة عمرية، ومن خلال دراسة اختلاف معدلات الوفاة حسب فئات السن والنوع بكل من الحضر والريف في منطقة الدراسة.

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها انخفاض معدلات الوفاة الخام لكلا النوعين بالحضر بنسبتي 13% و 16% للذكور والإناث على التوالي، بينما على العكس من ذلك ارتفعت معدلات الوفاة بالريف ولكلا النوعين بنسبتي 2% و 10%، وتميز نمط الوفاة

¹ موسى، سليمان، سليمان، سالم و عبد الحليم و سامية: 'دراسة تحليلية لاختلاف معدلات الوفاة بجمهورية مصر العربية حسب فئات السن والمحافظات في السنوات 1960_1969'. بحوث ودراسات- مصر، ع2. 24-5/1972

بالجمهورية بتركز جزء كبير منها في مرحلة الطفولة فئة السن (0-4) وبصفة خاصة في الريف، حيث تمثل وفيات هذه الفئة 52% من جملة وفيات الريف مقابل 51% في الحضر وذلك عام 1970. كشفت الدراسة عن نقص معدلات وفيات الإناث عن معدلات الذكور لجميع فئات السن فيها عدا فئتي السن (0-4) و(75 فأكثر) وذلك بكل من الحضر والريف وبنسب مختلفة.

في ضوء هذه النتائج أوصت الدراسة بضرورة توجيه الجهود نحو زيادة الاهتمام بالريف من النواحي الاقتصادية والثقافية والصحية وغيرها، حتى يمكن خفض معدل الوفاة لفئة سن الطفولة (0-4) إلى مثيله بالحضر، حيث تبين الدراسة زيادة معدلات هذه الفئة بالريف عنها بالحضر بالنسبة الكبيرة (28% للذكور و36% للإناث)، وأيضاً ضرورة الاهتمام بالأفراد في بداية سن التعليم (فئتا السن 5-9، 10-14) وبصفة خاصة بالريف حيث تزيد معدلات الوفاة به عن الحضر بنسب تتراوح بين 27% و 80% في الفترة 1969-1970 مما يتطلب زيادة خدمات الصحة المدرسية لتشمل تلاميذ المدارس وكذا الخدمات الأخرى لمن يكونوا في سوق العمل.¹

3. دراسة فوزي سهاونة (1984)، بعنوان: "مستويات واتجاهات الخصوبة والوفيات في الاردن (1961-1976)"

هدفت هذه الدراسة إلى تقدير مستويات واتجاهات الخصوبة والوفيات في الأردن، للفترة بين عامي 1961 و1976. و اعتمدت الدراسة في هذه التقديرات على إحصاءات تعداد عام 1961، ومسحي الخصوبة لعامي 1972 و 1976، وعلى السجلات الحيوية، ولتحقيق هذا الهدف استخدم الباحث أساليب ديموغرافية، مباشرة وغير مباشرة، لإجراء التقديرات، ولتصحيح النقص في أرقام السجلات الحيوية، ومن هذه التقديرات تبين أن وفيات الأطفال التي استخرجت باستخدام معدلات الانحدار، كانت تتغير ببطء شديد قبل 1961 في ضفتي الأردن، وتبين كذلك أن وفيات البالغين كانت حوالي 19 بالألف، وبعد ذلك طرأ تحسن ملموس على معدلات الوفيات

¹ موسى، عبد الحليم، سليمان و سامية: "دراسة تحليلية لاختلاف معدلات الوفاة حسب النوع وفئات السن بحضر وريف جمهورية مصر العربية في السنوات 1963_ 1970". بحوث ودراسات- مصر. 14-12/1972

الخام، ووصلت إلى حوالي 9 بالآلاف في عام 1976، ونتيجة لهذا التحسن فقد طرأ ارتفاع ملموس على الأجل المتوقع للسكان.¹

4. دراسة عبد العزيز عبد النبي (1984)، بعنوان: "أسباب الوفيات في الأردن خلال الفترة 1977-1982"

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الأسباب الرئيسية للوفيات في الأردن، وتوصل الباحث إلى مجموعة من النتائج أهمها: القصور في تسجيل الوفيات في سجلات الأحوال المدنية، وبرزت أسباب الوفيات هو الإصابة بأمراض القلب و الإسهال ثم تأتي الحوادث وتمثل المرتبة الثانية في قائمة أسباب الوفيات، إضافة إلى وجود تباين في أسباب الوفيات المتمثلة بالعمر ومكان الإقامة والمهنة حيث أظهرت الدراسة أن الفئات المرضية الخارجية تتركز في الفئات العمرية أقل من خمس سنوات، بينما الفئات العمرية المتقدمة تميزت بتعرضها للإصابة بالأمراض الكامنة كالقلب والأورام والدورة الدموية.

وفي ضوء هذه النتائج أوصت الدراسة بضرورة زيادة الاهتمام بتسجيل الوفيات والتركيز على كل ما من شأنه أن يخفف من حدة النقص والعيوب التي تتسم بها تلك التسجيلات، وأكد الباحث أيضا على بذل المزيد من الجهود والإجراءات التي تشترك فيها كافة المؤسسات والهيئات الرسمية ذات العلاقة بالحد من خطورة الوفيات الناتجة عن حوادث السير والحوادث الأخرى، كما أوصت بضرورة القيام ببعض الدراسات والمسوح التي تثرى هذا الجانب وتعالجه بشكل موسع.²

¹ سهاونه، فوزي (1984). "مستويات واتجاهات الخصوبة والوفيات في الأردن (1961-1976)". الدراسات-العلوم الإنسانية - الأردن، ع1. 1984 / 139-159

² عبد النبي، عبد العزيز: "أسباب الوفيات في الأردن 1977-1982". رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الاردنية. عمان. الأردن. 1984 / 48.

5. دراسة هشام حسن مخلوف، و محمد توفيق المنصوري (1987)، بعنوان: "التحليل الإحصائي لأنماط واتجاهات وأسباب الوفاة بدولة الكويت (1965-1985)"

هدفت هذه الدراسة إلي التعرف على ظاهرة الوفاة بدولة الكويت وذلك لتحديد اتجاهها ونمطها، وأيضاً دراسة أسباب الوفاة وتطويرها وتوصلت الدراسة إلي مجموعة من النتائج أهمها: وجود اتجاه نزولي في مستوى الوفاة في الكويت سواء بالنسبة للذكور أو الإناث، ومستوى الوفاة عند الذكور أعلى من مثيله للإناث، وأثبتت الدراسة أن النمط العام للوفاة بدولة الكويت متفق تماماً مع النمط العام للوفاة، يمكن إرجاع انخفاض مستوى الوفاة في الكويت بالدرجة الأولى إلى الارتفاع في المستوى المعيشة التي شهدته دولة الكويت في السنوات الماضية.

وفي ضوء هذه النتائج توصلت الدراسة أن أمراض الجهاز الدوري الدموي تمثل المركز الأول في أسباب لوفاه في الفترة الأخيرة بينما تمثل الأورام المركز الثاني بعد أن كانت تحتل هذا المركز الأمراض المعدية والطفيلية حتى عام 1980.¹

6. دراسة محمد حمد حسن العضيلة (1992)، بعنوان: "أسباب الوفيات في منطقة أمانة عمان الكبرى 1983-1990"

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أسباب الوفيات في منطقة أمانة عمان الكبرى (1983-1990)، من اجل التعرف على أسباب الوفيات تبعاً للفتنيتين الرئيسيتين الخارجية والكامنة، ومن ثم تحديد الأسباب من الناحية التفصيلية وتبيان أكثر الأسباب انتشاراً وذلك حسب المتغيرات (العمر، الجنس، المهنة، الحالة الزوجية).

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التفسيري، و تم اختيار عينة عشوائية طبقية تمثل 10% من مجموع الوفيات المسجلة في مكاتب دائرة الأحوال المدنية التابعة لأمانة عمان الكبرى.

¹ مخلوف، المنصوري، هشام و محمد: "التحليل الإحصائي لأنماط واتجاهات وأسباب لوفاه بدولة الكويت (1965-1985)". المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة- مصر. 1987 / 2 - 19

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: احتلال أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية المراكز الأولى في جميع سنوات الدراسة من حيث مساهمتها في الوفيات ثم تلتها الأورام الخبيثة، وشكلت فئة الأمراض الخارجية (أمراض الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي) نسبة مرتفعة من حيث مسؤوليتها عن الوفيات وانخفضت نسبة مساهمة فئة الأمراض المعدية والطفيلية بسبب جهود القطاع الصحي في الحد منها. وظهور الأمراض الكامنة (أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية والخبيثة والتشوهات الخلقية) بشكل بارز.

في ضوء هذه النتائج أوصت الدراسة بالاهتمام بعملية تشخيص أسباب الوفاة بدقة أكبر من قبل طبيب مختص معتمداً على السيرة المرضية للشخص المتوقع عن طريق الاحتفاظ بملفات لكل شخص يبين سيرته المرضية، وتطوير نموذج تبليغ الوفاة من حيث إضافة بعض البيانات الضرورية مثل مستوى التعليم ومستوى الدخل وعدد أفراد الأسرة، وتكثيف الجهود سواء من قبل القطاع العام أو القطاع الخاص من أجل القضاء على فئة الأمراض الخارجية والحد منها وخاصة أمراض الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي عن طريق توفير الخدمات الصحية كما ونوعاً¹.

7. حسن غازي محمد خرفان (1995)، بعنوان: " الوفيات في الأردن واختلاف أسبابها"

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى معدلات الوفيات في الأردن خلال الفترة 1921-1994 وتبيان أسباب الوفاة واختلاف أنماطها من فترة لأخرى وأسباب وفيات الأطفال وأثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية والبيئية في ذلك، والتوصل إلى نتائج حول موضوع الوفيات من أجل زيادة الاهتمام بخفض معدلاته ومعالجة أسبابه ووضع مقترحات وتوصيات تسهم في الوصول إلى معدلات منخفضة.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: انخفاض معدل الوفيات من (21.7) بالألف من السكان عام 1930 إلى (6) بالألف من السكان عام 1994، وانخفاض معدل وفيات

¹ العضائيلة، محمد: أسباب الوفيات في منطقة أماته عمان الكبرى 1983-1990. رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية. عمان، الأردن. 1992/41-43.

الأطفال الرضع من (222.3) بالآلف من المواليد الأحياء عام 1930 إلى 34 بالآلف من المواليد الأحياء عام 1994.

في ضوء هذه النتائج أوصت الدراسة بتسجيل الوفيات حسب أسبابها بكفاءة وشمولية للوصول إلى صورة واضحة لمدى التحسن الذي طرأ على صحة السكان خلال فترة زمنية وضرورة الدقة في التسجيل، والعمل على خفض معدلات وفيات الأطفال الرضع من خلال زيادة الاهتمام برعاية الأمومة والطفولة والحد من الأمراض الرئيسية المؤدية لوفاة الأطفال.¹

8. دراسة مديحة عبد الحليم (1999)، بعنوان: "دراسة مستويات واتجاهات واختلافات الوفيات في مصر (1980-1995)"

تناولت هذه الدراسة مستويات واتجاهات واختلافات الوفيات في مصر في الفترة (1980_1995) فاهتمت بدراسة معدلات الوفيات الخام والعمرية خلال تلك الفترة كما تم دراسة أسباب الوفاة، بالإضافة إلى دراسة وفيات الرضع والأمهات، وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها وجود علاقة واتساق بين معدلات الوفيات الخام ونسبة الأسر المزودة بالمياه النقية والصرف الصحي وتوافر الرعاية الصحية، حيث أغلب محافظات الوجه القبلي سجلت أعلى معدلات للوفاة، كما اثبتت الدراسة ارتفاع معدل وفيات الرضع بين الذكور عن الإناث عامي 1986، 1996 حيث بلغت النسبة بين الذكور 58.61%، 41.25% عامي 1986، 1996 على التوالي مقابل 58.56%، 40.58% بين الإناث، ويرجع ذلك لأسباب بيولوجية توفر الحماية أكثر للإناث في تلك المرحلة العمرية. وتتخفض معدلات الوفيات العمرية إلى أدنى مستوى لها في الأعمار 5-19 ثم ترتفع تدريجيا حتى فئة 45-49 وبعد ذلك ترتفع ارتفاعا سريعا حتى تصل إلى اعلي مستوياتها في الأعمار الكبيرة. واتضح من دراسة الوفيات حسب فئات السن والنوع وأسباب الوفيات ارتفاع معدل وفيات الرضع بسبب أمراض الجهاز التنفسي والأمراض المعدية والطفيلية، أما في الأعمار الكبيرة (75 سنة فأكثر) فيرتفع معدلات الوفيات

¹ خرفان، حسن غازي: " الوفيات في الأردن واختلاف أسبابها". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك، اربد- عمان. 86-83/1995

بسبب أمراض الجهاز الدوري، وبلغ معدل وفيات الأمومة على مستوى الجمهورية 174 حالة لكل 100000 مولود حي عام 1992. أما محافظات الوجه البحري سجلت أقل معدلات لوفيات الأمومة وقد يعزى هذا الاختلاف في وفيات الأمومة بين محافظات الجمهورية إلى قصور في تسجيل أسباب وفيات الإناث في سن الإنجاب.

في ضوء هذه النتائج أوصت الدراسة بضرورة توجيه الجهود نحو زيادة الاهتمام بالريف في النواحي الاقتصادية والثقافية والصحية وغيرها حتى يمكن خفض معدلات الوفاة، وتوجيه الاهتمام لدراسة أسباب الوفاة والوقوف عليها وبحث جميع الوسائل لخفض معدلاتها وخاصة أمراض الجهاز التنفسي المنتشرة بين الرضع والأطفال وزيادة الاهتمام بتقديم الرعاية الصحية للأمهات أثناء فترة الحمل والولادة بزيادة دور رعاية الأمومة والطفولة، وأخيراً الاهتمام بتعميم المياه النقية والصرف الصحي والكهرباء داخل كل مسكن.¹

9. دراسة محمد علي الرمضان (2009)، بعنوان: "تحليل اختلاف معدل الحياة بين الذكور والإناث الكويتيين وفق معدلات الوفاة العمرية ومعدلات أسباب الوفاة"

هدفت هذه الدراسة إلى رصد تطور وتفسير اختلاف معدل الحياة المؤقت بين الذكور والإناث الكويتيين خلال السنتين 1995 و 2005، واستخدمت هذه الدراسة منهجية "الطريقة التحليلية" التي تكشف عن اختلاف معدلات الوفاة العمرية بين الجنسين ومقدار إسهاماتها في الفرق في معدل الحياة من جهة، ومقدار إسهام اختلاف معدلات أسباب الوفاة بين الجنسين في إجمالي الفرق في معدل الحياة للجنسين من جهة أخرى، وتعتمد الدراسة على بيانات الوفيات من واقع الإحصاءات الحيوية الصادرة عن الإدارة المركزية للإحصاء، وبيانات السجل المدني للسكان لسنتين 1995 و 2005 في حساب معدلات الوفاة العمرية ومعدلات أسباب الوفاة، وبناء جداول الحياة لكل من الذكور والإناث. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: معدل الحياة المؤقت بين الكويتيين في تحسن مستمر، وان الإناث يتمتعن بمعدل حياة مؤقت يفوق

¹ عبد الحليم، مديحه: "دراسة ومستويات واتجاهات واختلافات الوفيات في مصر (1980-1995)". السكان، بحوث

معدل الذكور، بل إن الفرق في معدل الحياة المؤقت بين الجنسين في تزايد؛ ويفسر ارتفاع معدل الوفاة العمرية بين 15 و 44 سنة، والفئة العمرية بين 45 و 64 سنة عند الذكور عنه عند الإناث الجزء الأكبر من اختلاف معدل توقع الحياة المؤقت بين الجنسين، كما يمكن إرجاع الجزء الأكبر من تفوق معدل توقع الحياة المؤقت للإناث عنه عن الذكور إلى ارتفاع معدلات الوفيات بسبب أمراض الجهاز الدوري ووفيات الحوادث.

في ضوء هذه النتائج أوصت الدراسة بتحسين وتشخيص وتوفير الأجهزة والمعدات المساعدة على العلاج وتحسين الكوادر الفنية، وتوفير تلك الخدمات بالتساوي لجميع السكان بغض النظر عن جنسياتهم وأعرافهم، وتحدثت الدراسة عن أهمية العمل بشكل جماعي على المستوى الرسمي والشعبي، للحد من الآثار السلبية للتدخين وتجنيد الشباب ممارسة تلك العادات السيئة، والحد من الحصول على التبغ بأنواعه بواسطة رفع نسب الضرائب عليه وتحريم الدعاية والإعلان، وانتشار ثقافة استخدام المركبة وكبح الآثار السلبية لحوادث المركبات، والعمل على وضع خطط مرورية توعوية عامة تساعد على تقليص عواقبها الكارثية على المجتمع وما لها من آثار اجتماعية واقتصادية جمة وذلك لتجنب الحوادث القاتلة التي تؤدي بحياة الشباب.¹

10. دراسة أزهار جابر مراد الحسناوي (2010)، بعنوان: " الواقع الديموغرافي لظاهرة الوفيات في محافظة بابل 1996-2005"

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الواقع الديموغرافي في المحافظة من حيث حجم السكان والتغير الذي حصل عليه في سنوات الدراسة، ومن حيث التركيب النوعي والعمرى للسكان وأخيراً توزيعهم المكاني على جهات المحافظة، وتناولت الاتجاه الزمني لحركة الوفيات لمعرفة حجم الوفيات ومعدلاتها السنوية وتحديد اتجاهها نحو التزايد أم التناقص، وأخيراً طبيعة حركتها الفصلية، وبذلك هدفت الدراسة أن تؤكد من مدى دقة الفرضية التي تشير إلى توقع اتجاه حركة الوفيات نحو التناقص وإلى زيادتها في فصلي الصيف والشتاء.

¹ الرمضان، محمد: تحليل اختلاف معدل الحياة بين الذكور والإناث الكويتيين وفق معدلات الوفاة العمرية ومعدلات أسباب الوفاة. "مجلة العلوم الاجتماعية"، ج37، ع2. 1/2009.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: أن المعدلات الخام السنوية بعيدة عن الواقع كثيرا مما يوشر إلى قضيتين: الأولى هي أن الكثير من الوفيات لا يتم تسجيلها والإبلاغ عنها من ذوي العلاقة ولاسيما في الريف، والقضية الثانية هي عدم حفظ شهادات الوفيات الصادرة بشكل جاد وحريص لعدم معرفة قيمتها. لا يقتصر هذا الحال على محافظة بابل، بل في كل محافظات العراق، وأثبتت الدراسة أنه لا يوجد اتجاه زمني واضح لحركة الوفيات مما يعني صعوبة تحديد أثر أدوات السيطرة على الأمراض وأثر اتساع التخطيط الصحي فيها. وكان هناك زيادة في عدد الوفيات بفعل الحرق في الأنهار في فصل الصيف كما يزيد عدد الوفيات بفعل الحرق في فصل الشتاء لاسيما في الريف بفعل استعمال وسائل التدفئة النفطية، و شهور الصيف سجلت في هذه الدراسة أعلى معدل في إعداد الوفيات، وانخفضت معدلات الوفيات في فصلي الاعتدال.¹

11. دراسة غازي عطشان، و احمد خليوي، و جواد الحسناوي (2012)، بعنوان: "التحليل المكاني لأحداث الوفيات المسجلة في محافظة المثنى للأعمار (5-15) سنة لمدة (2005-2009)"

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة حجم الوفيات الأحداث المسجلة في محافظة المثنى للأعمار التي تتراوح بين (5-15) سنة ولمدة (2005-2009) وبحكم كونها دراسة جغرافية فقد اهتمت بالتباين المكاني و الزماني والكشف عن العلاقات المكانية لظاهرة المدروسين من خلال جمع البيانات ذات العلاقة عن وفيات الأحداث للمدة المحددة وتحليل تلك البيانات باستخدام مقاييس إحصائية جغرافية تحليليا كميًا، وتناولت الدراسة مفاهيم الوفيات والتوزيع الجغرافي للوفيات الأحداث في منطقة الدراسة للمدة المحددة، وأخيرا تناول وفيات الأحداث بحسب السبب.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: ارتفاع مستويات وفيات الأحداث في عمر خمس سنوات وبنسبة 20% من حجم وفيات الأحداث لباقي الأعمار، يليها 13 % بالنسبة

¹ الحسناوي، أزهار: "الواقع الديموغرافي لظاهرة الوفيات في محافظة بابل 1996-2005". مجلة جامعة بابل، ج18،

لعمر (15 سنة)، سجلت أعلى نسبة من الوفيات عام 2008 (2363) و انخفضت في عام 2009 إلى (2175)، وجود تباين كبير في حجم الوفيات المسجلة، إذا سجل (24.2%) في مركز القضاء السماوه وأقل نسبة في ناحية الدراجي، حيث بلغت 4%.

في ضوء هذه النتائج أوصت الدراسة على مساعدة الأحداث الذين يعانون من أمراض الأورام السرطانية والتشوهات الخلقية من قبل الحكومة المحلية وإرسالهم لغرض العلاج، وبناء مستشفيات وزيادة عددها وتطوير الكادر الطبي التخصصي في المحافظة و حفظ كافة البيانات على أقرص مدمجه، وأخيرا تطوير سجل الوفيات بإضافة معلومات عن الواقع الاقتصادي والتعليمي إليها فضلا عن الدقة في عنوان المتوفى أي ذكر المنطقة أو الحي الذي يسكنه مع ذكر البيئة حضر أو ريف¹

12. دراسة السيد خاطر 2013، بعنوان: "الوفيات وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في مصر"

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية المرتبطة بالوفيات في مصر. واستخدمت هذه الدراسة أسلوب التحليل العاملي وأسلوب تحليل الانحدار المتعددة.

لقد أثبتت نتائج التحليل الإحصائي أن هناك ثلاثة عوامل افرزها التحليل العاملي وأهمها العامل الديموغرافي والذي يفسر 84.7% تقريبا من الاختلاف الكلي، بالإضافة إلي العامل الاقتصادي والذي يفسر 59% تقريبا من الاختلاف الكلي، أما العامل الاجتماعي فهو يفسر 59% أيضا من الاختلاف الكلي.

وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: تحليل الانحدار أن % 60.5 من التغيرات في معدل الوفيات الخام يمكن تفسيرها عن طريق العوامل الديموغرافية والاقتصادية

¹ عطشان، خليوي، الحسنواوي، غازي واحمد وجواد: التحليل المكاني لوفيات الأحداث المسجلة في محافظة المثنى للأعمار (5-15) سنة للمدة (2005-2009). مجلة البحوث الجغرافية (كلية التربية للبنات- جامعة الكوفة)، العراق،

والاجتماعية التي تم الحصول عليها باستخدام أسلوب التحليل العاملي، وجميعها معنوية ودالة إحصائياً.

وفي ضوء هذه النتائج أوصت الدراسة إلى تحسين الخصائص الديموغرافية للسكان ورفع مستويات المعيشة، وخفض نسبة الفقراء ورفع مستوى التعليم وخفض معدلات الأمية، بالإضافة إلى توفير الخدمات الصحية من أجل خفض معدل الوفيات بين السكان.¹

3.11.1 الدراسات الأجنبية

1.The Study submitted by Nityananda Barman, Dipul Talukdar (2014). titled: "SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS AFFECTING INFANT MORTALITY RATE IN ASSAM"

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على معدلات وفيات الأطفال الرضع في آسام في الهند، وكذلك تحديد أهم العوامل الاجتماعية و الديموغرافية المؤثرة على معدلات وفيات الأطفال الرضع. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها: أن معدل وفيات الأطفال الرضع في منطقة الدراسة أخذه بالتناقص، حيث انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع من 8.0 لكل ألف مولود عام 2011 إلى 7.9 لكل ألف مولود في 2012، كما توصلت الدراسة إلى أحد أهم المسببات الرئيسية لوفيات الأطفال الرضع هي تعليم الإناث، حيث وجدت الدراسة أن نسبة وفيات الأطفال الرضع ترتفع عند الأمهات الأميات مقارنة بالأمهات المتعلمات، إلى جانب غياب الأطباء والمرضين، وكذلك المسافة بين كل ولادتين حيث تبين أنه كلما ازدادت المسافة بين حالات الولادة قلت نسبة الوفاة عند الأطفال الرضع والعكس صحيح، إضافة إلى ذلك وجد الباحثون أن كل من العمر عند الزواج، والمستوى التعليمي، والتطعيمات، والأوضاع الصحية جميعها تلعب دوراً مهماً في معدلات وفيات الأطفال الرضع.

¹ خاطر، السيد: الوفيات وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في مصر". جامعة الزاوية، مجلة الجامعة. العدد الخامس عشر، المجلد الثالث. 11-3 /2013

وفي ضوء نتائج الدراسة قدم الباحثون مجموعة من التوصيات واتخاذ الخطوات الوقائية للأطفال الرضيع أهمها نشر التعليم وخاصة بين النساء، وزيادة معدل دخل الأسرة، رفع مكانة المرأة في المجتمع، وتحسين التغذية للأم والطفل، وكذلك توفير ظروف صحية ملائمة مثل مياه شرب نظيفة ومرافق منزلية صحية ومرافق طبية وتعليمية وغيرها، مما يسهم في تقليل نسبة وفيات الأمهات والأطفال الرضع، والحرص على إعطاء الأطفال التطعيم اللازم ومتابعتهم باستمرار.¹

4.11.1 أهم النتائج التي اتفقت أو اختلفت فيها الدراسات السابقة

أشارت الدراسات السابقة لمجموعة من النتائج فيما يخص مستويات واتجاهات معدلات الوفيات، حيث تم الاعتماد على بعض مقاييس الوفاة للحكم على مدى ارتفاع أو انخفاض مستويات الوفيات في المجتمعات المختلفة، ودراسة تباينات الوفاة حسب العمر والنوع، وتتبع الوفيات بحسب أسباب الوفيات الرئيسية. وسوف ننوه إلى بعض النتائج التي توصل إليها الباحثون في دراساتهم ودرجة الاتفاق والاختلاف فيما بينهما.

اتفقت جميع الدراسات السابقة بأن هناك اتجاه نزولي في مستوى الوفيات سواء بالنسبة للذكور أو الإناث، كما توصلت أيضا الدراسات أن مستوى الوفاة للذكور أعلى من مثيلته للإناث، وكان ذلك بسبب تحسن مستوى الخدمات الطبية ووصولها إلى مستويات جيدة، ولكن هذه النتائج اختلفت مع نتائج فضل السرطاوي (1995)، فأشارت الدراسة إلى ارتفاع مستوى الوفيات الخام، وارتفاع مستوى وفيات الأطفال الرضع؛ وذلك بسبب انخفاض مستوى الخدمات الطبية ووصولها إلى مستويات متدنية جدا في مخيم بلاطه، وذلك لاعتمادها على المؤسسات الصحية الإسرائيلية.

أما فيما يتعلق بأسباب الوفيات، فتتفق دراسة حسن خرفان (1995)، وهشام مخلوف ومحمد المنصوري (1987)، على أن أمراض جهاز الدورة الدموية تحتل المركز الأول بين

¹ Barman, Talukdar, Nityananda and Dipul: "SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS AFFECTING INFANT MORTALITY RATE IN ASSAM. International Journal of Science, Environment and Technology, Vol.3, No5, 2014/1893 – p1900

أسباب الوفاة الخام، بينما تحتل الأورام الخبيثة المركز الثاني بعد أن كانت الأمراض المعدية تمثل المراكز الأولى، ولمن هم أقل من سنه (وفيات الأطفال الرضع) كانت أمراض ما حول الولادة هي الأسباب الرئيسية لوفيات تلك الفئة، وهذه تختلف مع نتيجة دراسة فضل السرطاوي (1995)، الذي احتلت فيه أمراض الجهاز التنفسي المرتبة الأولى بين أسباب الوفيات العامة ثم تلاها أمراض الجهاز الدوري، كما أظهرت الدراسة أثر الأسباب الداخلية والبيئية في وفيات الأطفال الرضع.

فيما يتعلق بتأثير المستوى التعليمي للام على مستوى وفيات الأطفال الرضع أشار فضل السرطاوي (1995)، إلى وجود علاقة عكسية بين الحالة التعليمية للام وبين وفيات الأطفال الرضع؛ لأن الفئات المتعلمة تدرك أهمية مراجعة الطبيب ولديها اهتمام وإلمام بالأمور الصحية المتعلقة بالأطفال أكثر من الفئات غير المتعلمة، وهذا يتفق مع نتيجة أفنان زيد (2014)، حيث أظهرت نتائج الدراسة انخفاض متوسط وفيات الأطفال الرضع مع ارتفاع المستوى التعليمي للام.

وتوصلت دراسة عبد الحليم موسى وسامية سليمان (1972)، ومديحه عبد الحليم (1999)، إلى انخفاض معدل الوفيات الخام بجمهورية مصر العربية، فانخفض معدل الوفيات الخام بالحضر عن الريف؛ وأثبتت الدراسات كان ذلك بسبب تسجيل الوفيات أكثر دقة بالحضر عن الريف (قصور التسجيل بالريف).

أما فيما يخص متوسط العمر المتوقع عند الميلاد، تبين لدى فضل السرطاوي (1995)، متوسط عمر الفرد في مخيم بلاطه كان من ضمن متوسطات المجتمع الأقل نموا حيث بلغ 58.4 سنة. أما بالنسبة لدراسة مديحه عبد الحليم (1999) أظهرت إسقاطات السكان ارتفاع توقع الحياة في مصر الذي بلغ (65.1-69.0) عاما لكل من الذكور والإناث على التوالي عام 1996.

في حين جاءت هذه الدراسة لتكون الأولى فيما يختص بمستويات الوفيات ودراسة العوامل المؤثرة في محافظة جنين، والتي تم فيها الاعتماد على البيانات الرسمية المسجلة لدى وزارة الصحة خلال الفترة 2004-2013 حيث تناولت فترة لم تتناولها أي دراسة من قبل، كما

تعتبر هذه الدراسة مساهمة جديدة في موضوع الوفيات في الضفة الغربية بشكل عام ومحافظة جنين بشكل خاص، ودراسة الأسباب الرئيسية المؤثرة على الوفيات في محافظة جنين وتحليل تأثير مجموعة العوامل الديموغرافية والاجتماعية والخدماتية على الوفيات.

12.1 لمحة جغرافية

تقع محافظة جنين شمال الضفة الغربية خارطة رقم(1)، إذ تشرف على مرج ابن عامر في الشمال، وعلى سهل بيسان في الشرق، وجبال أم الفحم في الغرب، ويتمتع موقع المحافظة بأهمية إستراتيجية بالغة؛ بسبب محاذاتها لخط الهدنة لعام 1949، خاصة الجهة الشمالية والغربية.¹

تعتبر محافظة جنين حديثة النشأة، وذلك ضمن التقسيم الإداري الحديث الذي عملت به السلطة الوطنية الفلسطينية، إذا كانت في عهد الدولة العثمانية مركز قضاء، تتبع ولاية بيروت، وعند احتلال بريطانيا فلسطين عام 1921 قسمتها إلى وحدات إدارية، فكانت جنين قضاء من أفضية المنطقة، وكانت نابلس قضاء آخر، وفيما بعد ضمت جنين إلى لواء السامرة، ثم أصبحت لواء ضمن محافظة نابلس خلال الفترة الأردنية، وبقيت هكذا حتى عام 1964، إذ أصبحت جنين مركزا للواء ضمن محافظة نابلس، وأخيرا أطلق اسم محافظة عليها في بداية 1996.²

تقع محافظة جنين ضمن مناخ البحر الأبيض المتوسط، تهب على المحافظة رياح ذات اتجاهات مختلفة، فهناك الرياح الغربية والجنوبية الغربية والرياح الشرقية والرياح الشمالية الغربية، أما من حيث الرياح السائدة فهي الرياح الغربية والجنوبية الغربية، ويبلغ المعدل

¹ حنيطي، حرب: " قصة مدينة جنين". سلسلة المدن الفلسطينية، المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، دائرة الثقافة بمنظمة التحرير الفلسطينية. 13

² مالول، عدنان احمد محمود: "مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997م". رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس-فلسطين. 14/2000

السنوي لدرجات الحرارة قرابة 21م. والمعدل السنوي للأمطار في المحافظة يبلغ حوالي 468.2 ملم/سنة.¹

حسب التصنيف المستخدم من قبل وزارة الحكم المحلي الفلسطيني منذ عام 2010، تصنف التجمعات السكانية في محافظة جنين على النحو التالي:

1. المدن: تشمل مدينة جنين فقط.
2. البلديات: تشمل بلدية مرج ابن عامر (فقوعة، بيت قاد، جلبون، دير أبو ضعيف، دير غزاله، عرانه، الجلمة) والبلدية المشتركة (ميثلون، جديدة، صير، سيريس، جربا)، وقباطية، ويعبد، عرابة، برقين، صانور، سيلة الحارثية، سيلة الظهر، الزبادة، اليامون، كفرراعي، كفر دان، جبج، عجة.
3. القرى: تشمل بقية التجمعات السكانية من قرى وخراب (زبوبة، رمانه، تعناك، الطيبة، عربونة، السعايدة، عانين، خربة سروج، ام الريحان، خربة عبد الله اليونس، ظهر المالح، برطعة الشرقية، العرقة، الجميلات، طورة الغربية، طورة الشرقية، الهاشمية، نزلة الشيخ زايد، الطرم، خربة المنطار الغربية، عابا، خربة مسعود، خربة المنطار الشرقية، كفر قود، إم دار، الخلجان، وادي الضبع، ظهر العبد، زبدة، كفيرت، إمريحة، إم التوت، الشهداء، جلقموس، المغير، المطلة، بئر الباشا، الحفيرة، تلفيت، مركة، وادي دعوق، فحمة الجديدة، رابا، المنصورة، مسلية، الجربا، فحمة، الزاوية، الكفير، عنزة، الرامة، العصاعصة، العطاره، الفندقومية).
4. المخيمات تشمل مخيم جنين²

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. كتاب محافظة جنين الإحصائي السنوي (3). رام الله-فلسطين. 31/2011

² وزارة الحكم المحلي



خريطة (1): التجمعات السكانية في محافظة جنين.

المصدر: إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات جمعية الدراسات العربية. 2015.

الفصل الثاني

الخصائص الديموغرافية للسكان في محافظة جنين

1.2 المقدمة

2.2 التركيب السكاني

3.2 النمو السكاني في محافظة جنين

الفصل الثاني

الخصائص الديموغرافية للسكان في محافظة جنين

1.2 المقدمة

المدخل الطبيعي لدراسة أي مجتمع من المجتمعات هو دراسة الخصائص الديموغرافية للسكان، الذي يهتم بدراسة الجانب الكمي للسكان، ويمكن التعرف عليها من بيانات التعداد السكاني، إضافة إلى ذلك فإن دراسة الخصائص الديموغرافية تفيد في معرفة ما يملكه المجتمع من موارد بشريه وتصنيفها حسب قطاعات مختلفة، التي تعد أساساً لتحليل العمليات الديموغرافية الكبرى مثل: الخصوبة والوفيات والهجرة، كما أنه في حالة عدم توافر بيانات دقيقة عن العمليات الحيوية، فإن بيانات التركيب السكاني تعتبر وسيلة غير مباشرة لتقدير مستويات الخصوبة والوفاة ومدى تأثيرها على حركة السكان في المستقبل.

واهم الخصائص التي سيتناولها الفصل: التركيب العمري، والتركيب النوعي، والتركيب الاقتصادي، والحالة الزوجية، والمستوى التعليمي، ونمو السكان وتطوره.

2.2 التركيب السكاني

1.2.2 التركيب العمري

يقصد بالتركيب العمري للسكان بأنه توزيع السكان حسب فئات السن المختلفة، ومعرفة التركيب العمري في أي مجتمع له أهمية كبيرة في توضيح تأثير بعض العمليات الديموغرافية الحيوية والهجرة في فئات السن المختلفة، وتساعد أيضاً دراسة التركيب العمري للسكان على فهم الصورة الحقيقية للنشاط الاقتصادي، وذلك من خلال معرفة حجم الطبقة النشيطة اقتصادياً والفئات العمرية المعالة، ويقسم السكان حسب فئات أعمارهم (فئة صغار السن، فئة الشباب، وفئة كبار السن)¹. كما أن التركيب العمري للسكان يختلف من مجتمع لآخر.

¹ علي، يونس حمادي: مبادئ علم الديموغرافية. عمان، دار وائل للنشر والتوزيع. 2010م/275

فئة صغار السن (0-14)

يتصف المجتمع الفلسطيني بمحافظة جنين كباقي مجتمعات الضفة الغربية بأنه مجتمع فتى، كما تبين في الجدول رقم (1)؛ ويعزى هذا الارتفاع في تلك الفئة في محافظة جنين إلى الانخفاض النسبي في معدلات وفيات الأطفال الرضع نتيجة للتحسن الذي تشهده الأوضاع الصحية خصوصاً بعد قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية، ومن الطبيعي أن تكون نسبة هذه الفئة مرتفعة؛ لأنها تسود هذه الصفة بشكل عام في المجتمعات النامية التي تمتاز بارتفاع معدلات الخصوبة، غير أن نسبة هذه الفئة انخفضت في محافظة جنين في عام 2007 عنها في عام 1997، حيث نسبة الانخفاض بلغت 3.7% خلال الفترة 1997-2007.

جدول (1): توزيع السكان في محافظة جنين حسب فئات العمر ونوع التجمع للأعوام (1997-2007)

الفئة العمرية	2007 ** %				1997 * %			
	المجموع	مخيم	ريف	حضر	المجموع	مخيم	ريف	حضر
0-14	40.5	41.1	40.7	39.7	44.2	42.3	44.5	43.9
15-64	55.8	52.8	55.5	56.7	51.7	53.2	51.2	52.1
+ 65	3.7	3.8	3.8	3.6	4.1	4.3	4.2	3.9

المصدر: * الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 1997، النتائج النهائية، تقرير السكان، محافظة جنين، (الجزء الأول)، سلسلة التقارير الإحصائية. رام الله- فلسطين. 1999

** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. النتائج النهائية للتعداد- تقرير السكان - محافظة جنين 2007. رام الله- فلسطين. 2009/ 29

ويمكن أن يعزى تراجع فئة صغار السن للسكان في محافظة جنين خلال التعدادين إلى انخفاض معدلات الخصوبة، حيث بلغ معدل الخصوبة الكلي عام 2007 في محافظة جنين 3.72 مولوداً، في حين كانت قد بلغت 5.1 مولوداً عام 1997¹ وهذا يمكن تفسيره جزئياً بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على مستوى واتجاهات التغيير لعناصر النمو السكاني، المتمثل

¹ قاعدة بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007. مصدر سابق

بزيادة تعليم المرأة، بالإضافة إلى ارتفاع السن عند الزواج الذي سيتم توضيحه في الفقرات القادمة.

يتبين أيضا من الجدول رقم (1) أن نسبة صغار السن في عام 2007م متقاربة في جميع مناطق المحافظة، وان كانت في المخيم أعلى من بقية المناطق، مما يدل على ارتفاع معدلات الخصوبة، والرغبة في الإنجاب في تلك المنطقة أكثر من المدينة، بالإضافة إلى تفاوت المستويات التعليمية والاجتماعية والاقتصادية.

متوسطي السن من (15-64)

فئة متوسطي السن (البالغين والشباب) تكمن فيها خصوبة المجتمع، لما تحتويه من العناصر الشابة للذكور والإناث وفي سن الزواج، وبذلك يمكن أن تعوض ما يفقده المجتمع من وفيات، وتوصف هذه الفئة أيضا بأنها الفئة المنتجة التي تقع عليها مسئولية إعالة الفئتين الأولى والثالثة "صغار السن، وكبار السن".¹

بلغت نسبة السكان في فئة العمر (15-64) حسب التعداد العام للسكان عام 2007 في الضفة الغربية 55.3%، أما في محافظة جنين فبلغت حسب تعداد عام 2007م نحو 55.8%، بينما بلغت هذه النسبة حسب تعداد عام 1997 نحو 51.7%؛ ويرجع ارتفاع نسبة متوسطي السن في محافظة جنين إلى زيادة صغار السن في المجتمع في الأعوام الماضية مما أدى إلى زيادة فئة الشباب في المجتمع، وهذا دليل على ارتفاع الخصوبة في المجتمع منذ فترة طويلة.

في حين كانت أعلى نسبة لمتوسطي السن في محافظات الضفة الغربية حسب تعداد عام 2007م في محافظة رام الله والبيرة حيث بلغت نحو 56.9%²؛ ويعود إلى الوضع السياسي والاقتصادي التي تشهدها محافظة رام الله، وكذلك لوجود الصروح العلمية كجامعة بيرزيت، وغيرها من المعاهد التي يقصدها الطلاب من جميع أنحاء الضفة الغربية، وتتوفر في محافظة رام

¹ السعد، هدى داود نجم. مرجع سابق. 2012م/ 269

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. مصدر سابق. 2008م/ 62-65

الله الكثير من فرص العمل نظرا لمركزيتها بالنسبة لباقي المحافظات، بالإضافة إلى الوضع السياسي الذي أدى إلى تمركز عدد كبير من الموظفين نتيجة لوجود جميع الوزارات، وقوات الأمن الفلسطينية.

فئة كبار السن (65 سنة فأكثر)

تمثل هذه الفئة السكان المسنون "الذكور والإناث" الذين أدوا دورهم في الإنتاج وعملية بناء المجتمع وهي الآن غير منتجة بصورة عامة باستثناء البعض التي لا تزال ضمن سوق القطاع الخاص.¹

أظهرت النتائج النهائية للتعداد العام للسكان والمساكن في الضفة الغربية عام 2007م أن نسبة كبار السن 65 سنة فأكثر كانت 3.4% من مجموع السكان في الضفة الغربية². في حين بلغت نسبة كبار السن في محافظة جنين في الجدول رقم (1) حوالي 3.7% من مجموع السكان، في حين كانت هذه النسبة حسب تعداد 1997 نحو 4.1%؛ ويعزى قلة نسبة هذه الفئة إلى كبر نسبة صغار السن (أقل من 15 سنة)، بالإضافة إلى من هم في الفئة العمرية (15-64).

الهرم السكاني

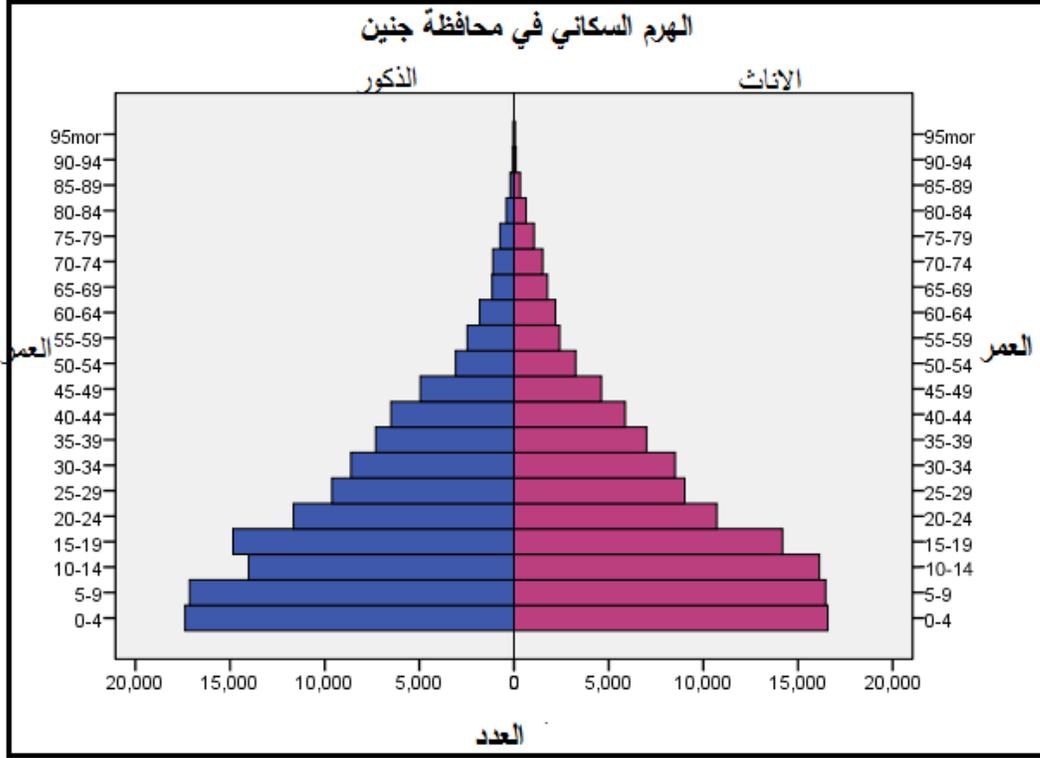
يوضح شكل رقم(1) الهرم السكاني في محافظة جنين حسب النتائج النهائية للتعداد السكان والمساكن للعام 2007م، حيث يلاحظ نوع الهرم السكاني في محافظة جنين هو الهرم المخروطي المقعر، تتسع قاعدة الهرم المتمثلة بالأفراد صغار السن دون الخامسة عشر من العمر والذين يشكلون نسبة مرتفعة مقارنة بالفئات العمرية الأخرى، وذلك بسبب انخفاض معدلات وفيات الأطفال الرضع مع بقاء معدلات الولادات مرتفعة.

في حين تضيق قمته المتمثلة بكبار السن، وهي نسبة ضئيلة في محافظة جنين نظرا لارتفاع معدلات الوفاة في تلك الفئة، إذ أن الوفاة حتمية لكبار السن، وقله الرعاية الصحية

¹ علي، يونس حمادي. مرجع سابق. 2010م/275-279

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. مصدر سابق. 2008 م / 62-65

والخدمات التي يتلقاها أفراد تلك الفئة سواء كان ذلك من قبل الأسرة أو من خلال المؤسسات الحكومية.



شكل (1) الهرم السكاني لمحافظة جنين، 2007.

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

بلغت نسبة الإعاقة الخام في محافظة جنين حسب نتائج تعداد عام 2007 نحو 79.3% بعد أن كانت 93.4% في تعداد 1997م؛ ويعود ذلك إلى انخفاض معدلات الخصوبة، لذلك انخفضت نسبة إعالة صغار السن في المحافظة في عام 2007 إلى 72.6% بعد أن كانت 85.5% في تعداد عام 1997؛ بسبب انخفاض نسبة صغار السن، بالإضافة إلى ارتفاع نسبة فئة السن المتوسطة (15-64 سنة) ما بين التعدادين (1997-2007) كما تم توضيحه سابقاً. وكان هناك إنخفاض في نسبة إعالة كبار السن في محافظة جنين في تعداد عام 2007 إلى 6.7% بعد أن كانت 7.9% في تعداد عام 1997م؛ ويعود هذا إلى الانخفاض في نسبة كبار السن من 4.1% في عام 1997 إلى نحو 3.7% في تعداد عام 2007 كما ذكر سابقاً (جدول رقم 1).

بلغ العمر الوسيط حسب نتائج التعداد العام 1997م نحو 17 سنة،¹ وارتفع إلى 18 سنة في عام 2007،² ويشير هذا إلى أن المجتمع في محافظة جنين يقع ضمن مرحلة الشباب من مراحل الانتقال الديموغرافي.

2.2.2 التركيب النوعي

يعد التركيب النوعي من الأمور المهمة التي يجب دراستها في الدراسات السكانية، حيث بلغت نسبة النوع في الضفة الغربية حسب تعداد عام 2007م نحو 103.1 ذكر مقابل كل 100 أنثى،³ في حين بلغت نسبة النوع في محافظة جنين حسب تعداد عام 2007م نحو 103.1،⁴ في حين بلغت في عام 1997م نسبة النوع في محافظة جنين نحو 103.8،⁵ وبالتالي هذا يعد مؤشرا قويا على أن نسبة النوع في محافظة جنين تدور حول المستوى الطبيعي، وعدم تأثر المحافظة بهجرة الشباب، سواء للعمل أو الدراسة؛ بسبب وجود الجامعات داخل المحافظة (جامعة القدس المفتوحة، والجامعة العربية الأمريكية)، وقرب مدينة نابلس منها، حيث توجد جامعة النجاح الوطنية وكلية الروضة وكلية هشام حجاوي، مما يمكنهم من البقاء داخل حدود المحافظة، وعدم حاجتهم إلى الخروج إلى مناطق ومحافظات أخرى بعيدة مما يوفر عليهم الجهد والمال، بالإضافة إلى تضاؤل فرص العمل في الخارج بعد عام 1990 (حرب الخليج).

3.2.2 الحالة الزوجية

يقصد بالحالة الزوجية التوزيع النسبي للسكان الذين لم يسبق لهم الزواج والسكان المتزوجون والسكان المترملون ثم السكان المطلوقون، ويؤثر التركيب العمري ونسبة النوع تأثيرا مباشرا على نسب السكان الذين تضمهم هذه الفئات الأربع كما تسهم الأحوال الإجتماعية والإقتصادية في تحديدها واتجاهها.

¹ النتائج النهائية للتعداد - تقرير السكان - محافظة جنين 1997. مصدر سابق. 1999م/33.

² النتائج النهائية للتعداد - تقرير السكان - محافظة جنين 2007. مصدر سابق. 2009م/38.

³ المصدر نفسه. 2009م/61-64.

⁴ المصدر نفسه. 2009م/44.

⁵ النتائج النهائية - تقرير السكان محافظة جنين 1997. مصدر سابق. 1999م.

أظهرت النتائج النهائية للتعداد عام 2007م في الضفة الغربية أن نسبة المتزوجين من الذكور بلغت 50.3% وحوالي 50.7% من الإناث، في حين بلغت نسبة المطلقين 0.6% من مجمل السكان.¹

تبين من الجدول رقم (2) اختلاف الحالة الزوجية في محافظة جنين حسب نوع التجمع، وارتفاع نسبة الذكور والإناث العزاب في المدينة عنها في بقية التجمعات السكانية؛ ويرجع ذلك إلى عدة أسباب منها ارتفاع أجور السكن في المدينة وغلاء المعيشة، بالإضافة إلى قلة الروابط الاجتماعية في المدينة التي تدفع الناس لاستئجار الشقق السكنية، بينما ذلك لا يتماشى مع الوضع الاجتماعي في القرى والمخيمات، بالمقابل، يلاحظ ارتفاع نسبة المتزوجين من الذكور والإناث في القرى عنها في بقية المناطق، ويعود ذلك إلى قوة الروابط الاجتماعية التي تدفع الأزواج للعيش عند ذويهم، بالإضافة إلى انخفاض نسبة المهور في القرى مقارنة بالمدينة.

في حين لو انتقلنا إلى حالات الطلاق في مختلف التجمعات السكانية في المحافظة، وخاصة عند الإناث، فيلاحظ بأنها متقاربة، باستثناء المخيم الذي يرتفع فيه نسبة الطلاق بشكل واضح عند الإناث، والتي بلغت 0.3% للذكور و1.6% للإناث حسب جدول رقم (2) وهذا يرجع بالدرجة الأولى إلى وضع المخيم، من ضيق المساكن وتلاصقها وفقدان الاستقلالية في المعيشة ينعكس بشكل سلبي على الحياة الزوجية التي تزيد من حالات الطلاق.

وكانت نسبة الإناث الأرمال أكبر منها عند الذكور الأرمال في محافظة جنين حسب بيانات جدول رقم (2)، وهذا يرتبط بقدرة المترملين بالزواج مرة أخرى بنسبة أعلى من المترملات، وطبيعة العادات والتقاليد السائدة في المجتمع، وتفضيلهن البقاء لتربية أطفالهن على الزواج، بالإضافة إلى أن توقع الحياة للإناث أعلى من مثيله للذكور.

¹ النتائج النهائية للتعداد 2007. مصدر سابق. 2008/م/64

جدول (2): توزيع السكان في محافظة جنين حسب الحالة الزوجية ونوع التجمع لعام 2007م.

التجمع	أعزب		متزوجين		مطلقين		أرامل	
	الذكور	الأنثى	الذكور	الأنثى	الذكور	الأنثى	الذكور	الأنثى
المدينة	47.9	39.5	50.8	52.8	0.3	1.0	0.5	6.3
القرى	47.6	39.2	50.8	53.3	0.2	0.9	0.5	6.1
المخيمات	46	39.8	52.8	50.5	0.3	1.2	0.6	7.8
المحافظة	47.8	39.4	50.9	52.9	0.3	1.0	0.5	6.3

المصدر: النتائج النهائية للتعداد 2007م - تقرير السكان - محافظة جنين. مصدر سابق. 2009م/8.

4.2.2 العمر عند الزواج الأول

يتبين من الجدول رقم (3) أن العمر الوسيط للزواج عند الذكور والإناث حسب نتائج تعداد عام 1997 متساوي بين الضفة الغربية وقطاع غزة، وهذا يفسر بأن نسبة كبيرة من الإناث لا يكملن دراستهن، وكذلك رغبة الشباب في الزواج من الإناث صغيرات السن بشكل عام، كما يتبين من الجدول رقم (3) زيادة العمر عند الزواج الأول للذكور مقارنة مع الإناث، ويرجع ذلك إلى أن الذكور يستغرقون وقتاً في جمع نفقات الزواج وترتيب الوضع الاقتصادي المناسب الذي يمكنه من الإنفاق على أسرته، في حين حدث اختلاف حسب نتائج تعداد 2007، ليدل على ارتفاع في العمر عند الزواج الأول في الضفة الغربية وقطاع غزة خلال العشرة الأعوام (1997-2007) سواء للإناث أو الذكور، ويرجع هذا لارتفاع المستوى الثقافي والتعليمي للسكان في الأراضي الفلسطينية، والعوامل الاقتصادية والنفسية والسياسية التي أثرت في تأخير العمر عند الزواج الأول.

جدول (3) العمر الوسيط عند الزواج الأول في الأراضي الفلسطينية حسب الجنس، للأعوام (2007-1997)

الإناث		الذكور		المنطقة
2007	1997	2007	1997	
19.4	18	24.6	23	الأراضي الفلسطينية
19.6	18	25.2	23	الضفة الغربية
19.2	18	24	23	قطاع غزة
19	19	24	24	محافظة جنين

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: مشروع النشر والتحليل لبيانات التعداد، الخصائص الاجتماعية والأسرية والزواجية والتعليمية والاقتصادية للأسرة في الأراضي الفلسطينية (1997-2007). رام الله-فلسطين. 64/م/2009

يلاحظ من الجدول رقم (3) أن متوسط العمر عند الزواج الأول في الضفة الغربية يرتفع عن متوسط العمر عند الزواج الأول في قطاع غزة؛ ويعود ذلك إلى اختلاف الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية ومدى تأثيرها بالعادات والتقاليد.

في حين أظهرت النتائج النهائية للتعداد عام 1997م في محافظة جنين متوسط العمر عند الزواج الأول بلغت للإناث 19 سنة وللذكور 24 سنة،¹ في حين أظهرت النتائج النهائية للتعداد عام 2007م في محافظة جنين أن متوسط العمر عند الزواج الأول للإناث 19 سنة وللذكور 24 سنة،² بينما عام 2010م بلغ متوسط العمر عند الزواج الأول للإناث في محافظة جنين نحو 20.1 سنة و للذكور 25.9 سنة،³ في ضوء ذلك يلاحظ ارتفاع العمر عند الزواج الأول في محافظة جنين خلال الفترة (1997-2010)، بسبب تحسن المستويات التعليمية الذي ظهرت آثارها الإيجابية على المجتمع بشكل عام على الإناث بشكل خاص، والتحاق الإناث في سوق العمل.

¹ تقرير السكان، النتائج النهائية لتعداد 1997، محافظة جنين. مصدر سابق. 1999م.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: محافظة شمال الضفة الغربية الإحصائي السنوي 2011. رام الله- فلسطين. 54/م/2011.

³ محافظة شمال الضفة الغربية الإحصائي السنوي. المصدر نفسه.

5.2.2 التركيب التعليمي

يعكس المستوى التعليمي لأي مجتمع مدى ثقافة هذا المجتمع الذي يؤثر في سلوكه وعاداته وتقاليده، وبناء على ذلك فإن معرفة المستوى التعليمي تفيد في معرفة مدى وعي المجتمع بالنسبة للإنجاب.¹

يتضح من خلال الجدول رقم(4) وجود اختلاف واضح في المستوى التعليمي لسكان محافظة جنين، وتبين أن أعلى نسبة في المستوى التعليمي كان في المرحلة الإعدادية، حيث بلغت نسبتها 30.7%، تليها المرحلة الابتدائية، وذلك لأن المرحلة الابتدائية والإعدادية تمثل القاعدة والمدخل الرئيسي للعملية التعليمية، ويلتحق بها كلا الجنسين، وهو مستوى أساسي وجوهري في التعليم، فعلى ضوء مدخلاته يتم تحديد مستوى الطالب في المستويات التعليمية اللاحقة، في حين كانت نسبة الحاصلين على درجة البكالوريوس فأعلى تصل إلى 9.8%؛ ويعود هذا التحسن في نسب هذه المرحلة إلى فتح وإنشاء العديد من الجامعات والكليات الجامعية المتوسطة، إضافة إلى شمول الجامعات على جميع التخصصات المطلوبة، وكذلك فتح برامج الدراسات العليا في أغلب الجامعات، مما ساهم إلى حد ما في زيادة الإقبال على التعليم الجامعي، وبالتالي زيادة نسبة الملتحقين بالتعليم خلال هذه المرحلة وخاصة الإناث، إذ كان من الصعب على الأهالي قبول تعليم بناتهم خارج الوطن.

¹ أبو عيانه، فتحي محمد: " جغرافية السكان". دار النهضة العربية. بيروت. 1980م

جدول (4): المستوى التعليمي للأفراد 10 سنوات فأكثر في محافظة جنين عام 2007

المستوى التعليمي	الذكور %	الإناث %	كلا الجنسين %
أمي	3.6	15.4	9.4
ملم	8	10.9	9.4
ابتدائي	21.5	22.9	22.2
إعدادي	34.3	27	30.7
ثانوي	14.8	11.5	13.2
دبلوم متوسط	6.4	4.2	5.3
بكالوريوس فأعلى	11.4	8.1	9.8
المجموع	100	100	100

المصدر: النتائج النهائية للتعداد- تقرير السكان- محافظة جنين 2007. مصدر سابق. 2008م/70.

يلاحظ أيضا من الجدول رقم (4) اختلاف المستوى التعليمي ما بين الذكور والإناث في معظم المراحل التعليمية، ويعود ذلك للأسباب الاجتماعية منها؛ إنخفاض متوسط العمر عند الزواج الأول لدى الإناث الذي يؤدي إلى تسرب كثير من الفتيات من المدارس، بالإضافة إلى التقاليد والأعراف التي تجبر الفتيات على تحمل الواجبات المنزلية، والنظرة التقليدية لدور المرأة في المجتمع.

وبالنظر إلى المراحل التعليمية المتقدمة نلاحظ أيضا زيادة نسبة تعليم الذكور عن الإناث، علاوة على الأسباب السابقة أيضا إمكانية توفر فرص عمل للذكور أثناء فترة الدراسة، وبالتالي إمكانية دفع الأقساط الجامعية، والتعلم الذاتي للذكور دون الحاجة إلى مساعدة الأهل، في حين تعليم الإناث مرتبط بإمكانيات المادية للأهل.

6.2.2 التركيب الاقتصادي

تعتبر دراسة التركيب الاقتصادي من الأسس الهامة في دراسة تركيب السكان، إذ يمكن من خلاله تحديد ملامح النشاط الاقتصادي وأهمية عناصره، والوقوف على نسبة العمالة وحجمها وأهميتها وخصائصها المتعددة ومعرفة معدلات غير الناشطين وتوزيعهم حسب العمر

والنوع والمهنة، كما يمكن لهذا النوع من الدراسة أن يسهم في تحديد حجم القوى العاملة في المستقبل اعتماداً على اتجاه معدلات التغيير في النمو السكاني وخصائصهم الاجتماعية.

1.6.2.2 الحالة العملية

يعرف النشيطون اقتصادياً بأنهم هم جميع الأفراد الذين ينتمون لسن العمل وينطبق عليهم مفهوم العمالة أو البطالة وتشمل هذه الفئة المشتغل والمتعطّل سبق له العمل والمتعطّل لم يسبق له العمل.¹

بلغ إجمالي القوة البشرية، وهم السكان الذين أعمارهم 15 سنة فأكثر في محافظة جنين 59.5% من مجموع سكان المحافظة في عام 2007، وكانت هذه النسبة مرتفعة مقارنة بتعداد 1997، حيث بلغ إجمالي القوة البشرية الذين أعمارهم 15 سنة فأكثر في تلك السنة حوالي 55.8% من مجموع سكان المحافظة؛² ويعزى ذلك الارتفاع خلال التعدادين (1997-2007) إلى ارتفاع نسبة الأشخاص الذين أعمارهم في سن العمل (15-64) مقارنة ببقية الفئات العمرية الأخرى، بالإضافة إلى تحسن سوق العمل وقدم السلطة الوطنية الفلسطينية والسماح بالعمل داخل أراضي 1948.

يتضح من الجدول رقم (5) أن الأشخاص غير النشيطين اقتصادياً أكثر من النشيطين اقتصادياً، فبلغت نسبة غير النشيطين في محافظة جنين خلال تعداد 2007 نحو 67.1%، يرجع ذلك لمجموعة من الأسباب منها ما له علاقة بالخصوبة وبالتالي ارتفاع نسبة صغار السن من مجموع السكان في محافظة جنين.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: النتائج النهائية للتعداد - تقرير السكان - الأراضي الفلسطينية. رام الله-فلسطين.

32/م/2012

² أبو عيانه، فتحي. مرجع سابق. 2000م/315

جدول (5): النسبة المئوية للأشخاص 10 سنوات فأكثر وعلاقتهم بالعمل في محافظة جنين، 2007م.

العمل	الذكور %	الإناث %	المجموع الكلي	%
يعمل	46.7	6.8	48888	27
متعطل سبق له العمل	4.4	0.35	4348	2.4
متعطل ولم يسبق له العمل	4.9	1.2	5537	3.1
نشيط اقتصاديا	56.1	8.4	58773	32.5
غير نشيط اقتصاديا	43.5	91.4	121486	67.1
غير ذلك	0.42	0.29	640	0.35
المجموع	100	100	361798	100

المصدر: النتائج النهائية للتعداد (2007) - تقرير السكان - محافظة جنين. مصدر سابق. 2009م/ 165-167.

وتعتبر هذه الفئات خارج سن العمل وهي تمثل الجزء الأكبر من الفئات المعالة على الفئة النشطة اقتصاديا، كما أن هناك أعدادا كبيرة من الأشخاص على مقاعد الدراسة سواء في المدارس أو الجامعات، بالإضافة إلى العادات والتقاليد التي لها اثر في زيادة نسبة الغير نشطين اقتصاديا، وربات البيوت التي تقع تحت تصنيف التفرغ للأعمال المنزلية، أما فئة الأشخاص النشيطين اقتصاديا فهي تشكل ما نسبته حوالي 32.5% من مجموع أعداد السكان غالبيتهم العظمى من الذكور.

يتضح أيضا من الجدول رقم (6) وجود تفاوت كبير في الحالة العملية بشكل كبير بين الذكور والإناث، وبلغت نسبة مساهمة الذكور في سوق العمل 87.5% في محافظة جنين حسب نتائج تعداد عام 2007م، بينما انخفضت نسبة مساهمة الإناث في سوق العمل عن الذكور، حيث بلغت نسبة مساهمة الإناث 12.5% من جملة السكان الذين يعملون.

جدول (6): الحالة العملية في محافظة جنين حسب نوع التجمع، 2007م:

الحالة العملية	حضر %	ريف %	مخيم %
إجمالي القوة البشرية 10 سنوات فأكثر من مجموع السكان.	73.4	73	72.1
السكان النشيطون اقتصاديا (المشتغلون والعاطلون عن العمل) إلى إجمالي القوة البشرية.	32.5	32.4	34
نسبة النساء المشتغلات إلى إجمالي المشتغلين.	12.5	11.8	17.1
نسبة الذكور المشتغلين إلى إجمالي المشتغلين.	87.5	88.3	82.9

المصدر: النتائج النهائية للتعداد 2007- تقرير السكان - محافظة جنين. مصدر سابق. 2009م/ 201

وهذا التفاوت يعود إلى اعتبارات اجتماعية مختلفة، كتفضيل وجود المرأة في البيت لتربية الأطفال، والعادات والتقاليد التي لا تسمح للمرأة بالاختلاط أو الخروج خارج المنزل بمفردها، مما يعيق من دخول النساء إلى سوق العمل بشكل أوسع، وكذلك قلة الشواغر الوظيفية التي تتيح للإناث بالالتحاق بسوق العمل، ويرجع ذلك أيضاً إلى الظروف الطبيعية الخاصة بالمرأة، وتأثير الظروف الاجتماعية والتعليمية والمعتقدات الدينية، والشروط التي تضعها المرأة للعمل مثل عدم الرغبة للعمل بنظام الفترتين وهو النظام الذي المعمول به في القطاع الخاص، مما يقلل مساهمتها في هذا القطاع، وأن يكون العمل مناسباً لطبيعة المرأة وتكوينها النفسي والبدني والأخلاقي.

ويلاحظ أيضاً من خلال جدول رقم (6) اختلاف الحالة العملية للإناث حسب نوع التجمع، فهناك ارتفاعاً في نسبة الإناث العاملات في مخيم جنين والمدينة مقارنة بالقرى؛ ويعود ذلك إلى توفر العديد من المؤسسات والدوائر الحكومية في المدينة يجعل دخول المرأة إلى سوق العمل أسهل بكثير؛ ويعود سبب ارتفاع نسبة العاملات في المخيم لظروف الاقتصادية والاجتماعية، والصحية للسكان داخل المخيم، بالإضافة إلى العوز المادي لبعض الأسر لعدم وجود من يعول الأسرة من الرجال نتيجة لمرض عائلها أو استشهاده أو إصابته أو لسجنه.

أما في القرى فتنخفض نسبة الإناث المشتغلات إلى 11.8%، ويعود ذلك بالإضافة إلى الأسباب سابقة الذكر إلى انخفاض فرص عمل النساء في القرى، والقيام بالأعمال الزراعية الخاصة التي تكون من غير اجر ولا يذكرونها للعاملين في الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عند تعبئة الاستبانة، والعادات والتقاليد السائدة التي لا تحبذ عمل المرأة.

2.6.2.2 التركيب المهني للسكان

يقصد به: نوع العمل الذي يزاوله الفرد، ويعتبر التوزيع المهني لقوة العمل جانبا هيكليا مهما حيث يحتل مكانا بارزا في عملية تخطيط الموارد البشرية لمواجهة متطلبات التنمية الاقتصادية والاجتماعية فضلا عن أهمية في العديد من الدراسات الاجتماعية والسكانية.¹

يلاحظ من بيانات الجدول رقم (7) وجود تفاوت في نسب العاملين في قطاعات الأنشطة الاقتصادية في محافظة جنين، وكان لقدوم السلطة الوطنية اثر واضح في هذا التفاوت والتحول، حيث يميل الفرد إلى العمل الوظيفي كنوع من الاستقرار الاقتصادي عن طريق الراتب وهذا عكس ما هو في العمل الزراعي أو الصناعي الذي يعتبر عرضة للتأثر بالظروف السياسية والأمنية، بالإضافة إلى العوامل الطبيعية خصوصا النشاط الزراعي.

¹ أبو عيانه، فتحي. مرجع سابق. 2000م/317

جدول (7): نسبة السكان في محافظة جنين من 10 سنوات فأكثر وتوزيعهم حسب النشاط الاقتصادي لعام 2007م.

العمل	الإناث%	الذكور%	المجموع الكلي	%
الزراعة	9.6	12.5	6444	12.11
التعدين واستغلال المحاجر	0.02	0.25	118	0.22
الصناعات التحويلية	13.4	8.9	5027	9.45
إمدادات الكهرباء والغاز	0.02	0.16	76	0.14
الإنشاءات	0.19	24.3	11378	21.39
تجارة الجملة والتجزئة	7.5	18.2	9023	16.96
فنادق ومطاعم	0.23	2.2	1030	1.93
النقل والتخزين	0.5	5.4	2575	4.48
الوساطة المالية	1.0	0.71	398	0.74
الأنشطة العقارية	2.2	1.8	980	1.84
الإدارة العامة والدفاع الضمان الاجتماعي.	5.4	13.5	6649	12.50
التعليم	44	6	5611	10.55
الصحة والعمل الاجتماعي	7.3	1.5	1177	2.21
أنشطة الخدمات	5.1	1.9	1204	2.26
الأسر الخاصة التي تعيل الأفراد	0.11	0.02	18	0.03
المنظمات والهيئات	0.88	0.38	235	0.44
غير مبين	2.7	2.4	1239	2.32
المجموع	100	100	53182	100

المصدر: النتائج النهائية للتعداد - تقرير السكان - محافظة جنين (2007). مصدر سابق. 214/م/2009

يلاحظ من بيانات الجدول رقم (7) أن مهنة الإنشاءات (البناء) هي المهنة الرئيسية للذكور في المحافظة، إذ تحتل المرتبة الأولى بين المهن التي يعمل فيها السكان؛ ويعود ذلك إلى قرب المحافظة من أراضي 1948 من الجهة الشمالية والشمالية الغربية، الذي سهل العمل بها،

كما إنها تستوعب عددا كبيرا من العمال المهرة، وغير المهرة، إضافة إلى ارتفاع أجورها، ولا تحتاج إلى تعليم، وتضائل مشاركة النساء في العمل في هذا المجال، لأنها تحتاج إلى مجهود عضلي.

والمهنة الثانية التي يمارسها السكان في محافظة جنين (جدول رقم 7) هي الخدمات، وذلك يعود إلى استحداث وظائف ومهن جديدة بعد قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية، كما أنها تعتبر المهنة الرئيسية للإناث؛ وخاصة مهنة التعليم، التي بلغت نسبتها نحو 44% من مجموع العاملات في تلك المهنة لكونها مقبولة اجتماعيا لدى السكان، بحكم طبيعة ارتباطها بتربية البنات وبعدها عن التعامل مع جميع أفراد المجتمع، هذا المجال يكفل لهن إجازات سنوية، وإجازات أمومة، بالإضافة إلى ساعات العمل المحدودة بحيث لا تعرض الأنثى إلى أي مجهود عضلي أو جسدي.

جاءت مهنة التجارة في المرتبة الثالثة (جدول رقم 7)، وذلك لزيادة أعداد العاملين في مهنة التجارة وقربها من خط الهدنة 1948 ودخول أعداد كبيرة من فلسطيني الداخل إلى المحافظة، مما نشط الحركة التجارية فيها.

على الرغم من أن محافظة جنين تعتبر من المحافظات الزراعية وفيها جميع مقومات الزراعة إلا أن هناك انخفاض في أعداد العاملين في قطاع الزراعة (جدول رقم 7)، متمثل بعدم سماح السلطات الإسرائيلية من استخدام المياه الجوفية لإقامة المشاريع الزراعية الحديثة، بالإضافة إلى مصادرة مساحات كبيرة من الأراضي لإقامة جدار الفصل العنصري، فأصبحت مهنة الزراعة كمعيل ثانوي للأسرة إلى جانب المهنة الرئيسية، بالإضافة إلى تراجع رغبة الناس في الزراعة بعد أن توجهوا إلى العمل في الوظائف الحكومية خاصة بعد قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية.

يلاحظ أيضا من الجدول رقم (7) أن هناك ارتفاع في نسبة الإناث العاملات في مهنة الصناعة مقارنة مع الذكور؛ وذلك لأن هناك نسبة كبيرة من الإناث يعملن بالصناعات الخفيفة

التي تتناسب مع الأنثى، كالعامل في مشاغل الخياطة الذي لا تحتاج إلى اختلاط واسع مع مختلف شرائح المجتمع، وهذا يلائم طبيعة المرأة، بالإضافة إلى عدم وجود المشاريع الصناعية في المحافظة.

3.2 النمو السكاني في محافظة جنين

يعتبر السكان العنصر الأساسي الذي تدور حوله الدراسات الجغرافية، وخاصة أن هناك علاقة قوية بين السكان والخدمات بهدف الإرتقاء في مستويات المعيشة وتحسين الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية. لذلك يرتبط تطور الخدمات ونموها في أي منطقة بمقدار النمو السكاني وخصائص السكان.¹

يمكن التحدث عن النمو السكاني في محافظة جنين خلال مرحلة السلطة الوطنية الفلسطينية (1994-2011م) الذي تتباين معدلاتها على النحو التالي من خلال الجدول رقم (8)، حيث انعكست الأحوال السياسية خلال هذه الفترة بعد قيام السلطة الوطنية الفلسطينية بشكل إيجابي على زيادة أعداد السكان، وبناء على نتائج التعداد السكاني عام 1997م بلغ عدد سكان محافظة جنين 195299 نسمة من الجدول رقم (8)، وهذا الرقم يعد أول رقم إحصائي رسمي أعتمد في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية، بينما بلغ عدد سكان المحافظة 256619 نسمة في عام 2007م، وبذلك بلغت الزيادة الكلية المطلقة نحو 61320 نسمة، في حين بلغ معدل الزيادة السكانية في محافظة جنين خلال التعدادين (1997-2007) نحو 2.7%؛ ويعزى ذلك إلى عودة أعداد كبيرة من الفلسطينيين بعد توقيع اتفاقية أوسلو بين الجانبين الإسرائيلي والفلسطيني سنة 1993م وغالبيتهم من الشباب، بالإضافة إلى استقرار الوضع في الأراضي الفلسطينية بسبب ارتفاع المستوى الصحي بعد قدوم السلطة عما كان عليه قبل قدوم السلطة حيث تم القضاء على كثير من الأمراض المتفشية والأمراض المعدية الذي كان لها الدور في ارتفاع نسبة النمو السكاني.

¹ الكيخيا، منصور محمد: "جغرافية السكان أسسها وساتلها". دار الكتب الوطنية، بنغازي - ليبيا. ط1. 2003م/300

جدول (8): تطور أعداد السكان ونسبة النمو في محافظة جنين للفترة (1997-2011):

السنة	عدد السكان	الفترة الزمنية	معدل النمو السكاني
*1997	195299	1997-2007	2.7
**2007	256619	2011-2007	2.3
***2011	281156		

المصدر: * النتائج النهائية للتعداد في محافظة جنين 1997، مصدر سابق. 35/م/1999

** النتائج النهائية للتعداد في محافظة جنين 2007، مصدر سابق. 35/م/2009

*** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. كتاب محافظة جنين للإحصاء الفلسطيني(3). رام الله. فلسطين. 2011م/ 57

تأثر تطور أعداد سكان في محافظة جنين بعدد من العوامل منها طبيعي كالزيادة الطبيعية ومستويات الخصوبة، والأخر سياسي كالأوضاع السياسية والأمنية، وتوفر فرص العمل في مختلف الأنشطة الاقتصادية بعد قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية بالتحديد قوى الأمن، مما يؤثر ذلك على الهجرة سواء هجرة داخلية أو خارجية.

الفصل الثالث

الخدمات الصحية في الضفة الغربية ومحافظة جنين

1.3 المقدمة

2.3 مراكز الرعاية الصحية الأولية

3.3 المستشفيات.

4.3 الخدمات الصحية في محافظة جنين

5.3 رعاية صحة الأم

الفصل الثالث

الخدمات الصحية في الضفة الغربية ومحافظة جنين

1.3 المقدمة

توفير الخدمات الصحية حق أساسي لكل مواطن، وواجب على الدولة الحفاظ على الإنسان في جميع مراحل العمر، حيث تعتبر من أهم الخدمات التي تقدمها الدولة، وتوصيلها إلى كل مستحق لها ومنتفع بها، وفيما يتعلق بالسلطة الفلسطينية أدرجت ضمن خططها العديد من مشاريع البنية التحتية الخاصة بالشؤون الصحية والمستشفيات في الضفة والقطاع، ولكن تنفيذ هذه المشاريع تعرض للعديد من المعوقات والعراقيل التي حالت دون تحقيقها، وخاصة في المناطق الريفية في الضفة الغربية كما في محافظة طولكرم وجنين.¹

تقسم الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في الأراضي الفلسطينية إلى نوعين هما: النوع الأول خدمات الرعاية الصحية الأولية وهي الخدمات الصحية الشاملة المتواصلة التي تتضمن التشخيص والعلاج الأولي والإشراف الصحي وإدارة الخدمات الصحية الوقائية والحالات المزمنة. والنوع الثاني خدمات الرعاية الصحية الثانوية التي تمثل المستشفيات، توفر خدمات تشخيصية وعلاجية للظروف الطبية سواء كانت جراحية أو غير جراحية، وتقدم أغلب المستشفيات أيضا خدمات لمرضى العيادات الخارجية وخاصة خدمات الطوارئ.²

تتولى الإشراف على تقديم الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية أربع جهات كما يتبين من الشكل رقم (2) وهذه الجهات هي القطاع الحكومي، والخدمات الطبية العسكرية، والقطاع الخاص الفلسطيني، والمؤسسات غير الحكومية والجمعيات الخيرية، والأنزوا (وكالة الغوث وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين المسؤولة عن المخيمات الفلسطينية).

¹الصـوراني، غـازي: الأوضـاع الصـحية في الضـفة الغربـية وقطـاع غزة". 2011م/3،.،.3/ www.ahewar.org/debat/files/242293.pdf،.11:45 / 15-6-2015

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية: "الحسابات الصحية الوطنية نتائج أساسية 2000-2008". 29-23/2011.

مساهمة القطاعات المختلفة في الإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية



شكل (2): نسبة مساهمة القطاعات المختلفة في الإنفاق على الصحة في الأراضي الفلسطينية:

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. مسح مقدمي الخدمات الصحية والمستفيدين منها- المؤتمر الصحي حول نتائج المسح الأولية. رام الله- فلسطين.

2.3 مراكز الرعاية الصحية الأولية

توزيع المراكز الصحية والقوى البشرية العاملة بها يعكس مستوى الخدمات الصحية في المناطق الجغرافية ومدى كفاءتها للسكان، وعلى الرغم من أن الحجم السكاني لكل مستشفى ولكل طبيب وممرض تعد من المؤشرات العامة إلا أنها تبين مدى الضغط الواقع على تلك المراكز، تقوم هذه المراكز بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية التي لا تتطلب مراجعة المستشفيات المركزية، بالإضافة إلى توفير خدمات الأمومة والطفولة، وتوافر عيادات الأسنان، كما تشتمل على عيادات متخصصة في الأمراض الجلدية والصدفية، وأمراض السكري وعيادات الحمل والخطر ومراكز الأشعة، ولها دوراً رئيسياً في تنفيذ وتدعيم برامج التطعيم، وخدمات الصحة المدرسية للطلبة صفوف (الأول والسابع والعاشر) في المدارس الحكومية.

صنفت منظمة الصحة العالمية مرافق الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة إلى أربعة مستويات بحسب الخدمات التي تقدمها مرافق الرعاية الصحية الأولية والصحة العامة، وتحديد

مستوياتها تعتمد على عوامل عدة أهمها، عدد السكان المستفيدين من المرفق، وبعدها التجمع السكاني عن أقرب مرفق صحي، ونوع وكفاية الخدمات الصحية المتوفرة في أقرب مرفق صحي.

1.2.3 تصنيف مراكز الرعاية الأولية¹

المستوى الأول

هو عبارة عن مرفق صحي يزود بمرشدة صحية، وتكون وظيفة هذا الموقع تقديم خدمات التنقيف الصحي المعززة للصحة ورعاية الأمومة والطفولة والإسعاف الأولي طوال أيام العمل الأسبوعية ويزار مثل هذا المرفق من قبل طبيب عام مرة أو مرتين أسبوعياً.

المستوى الثاني

هو عبارة عن "عيادة صحية" تزود بطبيب عام وبممرضة وقابلة وتقدم بالإضافة إلى خدمات المستوى الأول جميع الخدمات الوقائية والعلاجية العامة وبعض الفحوصات المخبرية طوال أيام العمل الأسبوعية.

المستوى الثالث

هو عبارة عن "مركز صحي" يقدم بالإضافة إلى خدمات المستوى الثاني إستشارات تخصصية لرعاية الأمومة والطفولة وخدمات مخبرية أساسية.

المستوى الرابع

هو عبارة عن "مركز صحي شامل" يقدم بالإضافة إلى خدمات المستوى الثالث استشارات تخصصية متنوعة وخدمة الإرشاد النفسي، وتقدم الخدمات السنوية وخدمات الفحص بالأشعة السينية وغيرها إذا توفرت في منطقة الخدمة.

¹ مديرية صحة جنين - وزارة الصحة الفلسطينية

2.2.3 توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية

بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية في محافظة جنين 49 مركزاً لعام 2011 تابع لوزارة الصحة، أي ما نسبته 11.5% من مجمل عدد المراكز الصحية الموجودة في الضفة الغربية، ويعتبر مؤشر جيد إذا ما تمت مقارنته بعدد المراكز الصحية الموجودة في محافظات شمال الضفة الغربية، ويتضح ذلك من خلال بيانات جدول رقم (9)، ويوجد نقص في مراكز الخدمات الصحية في بعض محافظات شمال الضفة الغربية كما هو الحال في محافظات (قلقيلية، وسلفيت، وطوباس)، ويعزى تناقص مراكز الخدمات الصحية في تلك المحافظات إلى قلة المراكز الصحية قبل قدوم السلطة الوطنية الفلسطينية وكانت مخدومة من المحافظات المجاورة مثل محافظات (طولكرم ونابلس).

جدول (9): توزيع مراكز الرعاية الصحية الأولية في محافظات الضفة الغربية، 2011م

الإقليم	المحافظة	المراكز الصحية* %	المساحة ** %	عدد السكان** %	نسمة/ مركز صحي*	سرير/ 10000 نسمة*
الشمال	جنين	11.5	10.3	10.8	6118	1.0
	طوباس	3.1	7.1	2.2	4739	0.0
	نابلس	10.6	10.7	13.4	8188	1.9
	قلقيلية	4.9	2.9	3.9	5080	1.9
	طولكرم	7.1	4.4	6.5	5904	1.7
	سلفيت	4	3.6	2.5	4024	1.5
جملة الإقليم		41.2	39	39.3	34053	
الأوسط	أريحا والأغوار	2.4	10.5	1.8	5008	2
	القدس	6.1	6.1	15	5889	2.2
	رام الله	12.7	15.1	12.1	6178	2.4
جملة الإقليم		21.2	31.7	28.9	17075	
الجنوبي	بيت لحم	5.9	11.7	7.5	8308	3.9
	الخليل	31.8	17.3	24.2	14638	1.2
جملة الإقليم		37.7	29	31.7	22946	
المجموع الكلي		100	100	100	74074	1.8

المصدر: * وزارة الصحة. مركز المعلومات الصحية الفلسطينية: "التقرير الصحي السنوي 2011". فلسطين.

2012م/162-263

** كتاب محافظات شمال وسط وجنوب الضفة الغربية الإحصائي السنوي. مصدر سابق. 2011م/51

يظهر أيضا من خلال بيانات جدول رقم (9) أن هناك تفاوت في المراكز الصحية بين محافظات شمال الضفة ووسطها وجنوبها، إذ نجد محافظة الخليل مثلاً استحوذت على ما نسبته 31.8% من جملة المراكز الصحية، وهي بذلك احتلت المركز الأول على صعيد محافظات الضفة الغربية، في حين احتلت محافظة أريحا والأغوار المركز الأخير (2.4%)، ويفسر ذلك التفاوت في إطار مجموعة من العوامل المتشابهة، من أبرزها العوامل السياسية والديموغرافية

والاقتصادية والحضرية والريفية، بالإضافة إلى أن محافظة الخليل احتلت المرتبة الأولى من حيث عدد السكان بين محافظات الضفة الغربية (جدول رقم 9)، كما تضم محافظة الخليل 92 تجمع سكاني،¹ في حين محافظة أريحا لا تضم سوى 14 تجمع سكاني.² بالمقارنة ما بين المحافظتين من حيث عدد مراكز الرعاية الصحية نجد انه من الطبيعي أن تفوق محافظة الخليل محافظة أريحا.

ويوجد تناقصا في مراكز الرعاية الصحية الأولية في محافظة رام الله من 83 عام 1993³ إلى 54 مركزا عام 2011، ويمكن تفسير هذا التناقص إلى تراجع بعض المنظمات الأهلية غير الحكومية، والمنظمات الدولية في تقديم الدعم المالي لبعض المراكز الصحية، وخاصة بعد قدوم السلطة الفلسطينية، وتولي وزارة الصحة الفلسطينية الإشراف عليها، وتحويل الدعم المالي الخارجي إلى الحكومة الفلسطينية، مما جعلها غير قادرة على الاستمرار في تقديم خدمات الرعاية الأولية للسكان، بالإضافة إلى تراجع الوضع الصحي والعمراي بعد الانتفاضة الثانية عام 2000م؛ بسبب تدمير البنية التحتية للمجتمع الفلسطيني وخاصة القطاع الصحي.

على الرغم من ذلك إلا أن الجهود المبذولة من قبل السلطة الفلسطينية، تتجه لتحسين نمط الخدمات الصحية، ورفع مستوى كفاية هذه الخدمات، من خلال محاولة توزيعها على كافة المحافظات لتصل إلى كافة مراكز التجمع السكاني، وتعميم الخدمات الصحية، يتضح ذلك من خلال تزايد أعدادها من 495 مركزا عام 2000، إلى 622 عام 2013م، وهذا يعني ارتفاع نسبة المراكز إلى 1.3% من عام 2000م، وبالتالي ارتفع عدد المراكز التي يتم الإشراف عليها من قبل وزارة الصحة من 64.7% عام 2000م إلى 68.3% من مجمل عدد المراكز عام 2013م، في حين تراجع إشراف الأنروا من 32% عام 1992م إلى 6.6% عام

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: "كتاب محافظة الخليل الإحصائي السنوي (2)". رام الله-فلسطيني. 2010م/ 32
² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: النتائج النهائية للتعداد - تقرير السكان - محافظة أريحا والأغوار. رام الله - فلسطين. 2009م/ 41

³ أبو طويلة، جهاد: "الانتشار المكاني للمراكز الصحية والاحتياجات المستقبلية في الضفة الغربية". سلسلة العلوم الإنسانية. كلية الآداب. جامعة الأزهر، غزة، ج8. 2006م/43-45

2013م، وكذلك المنظمات غير الحكومية تراجعَت من 28.6% عام 2000 إلى 22.5% عام 2013م.¹

3.3 المستشفيات

ارتفع أعداد المستشفيات العاملة في محافظات الضفة الغربية من 48 مستشفى عام 2000، إلى 50 مستشفى عام 2013، في حين تناقصت أعداد المشافي في محافظة جنين من 4 إلى 3 مستشفيات أحدهما حكومي (عام)، ومستشفيان غير حكوميان، المتمثل في:

1. مستشفى الشهيد خليل سليمان: وهو مستشفى حكومي موجود في المدينة يحتوي على: 123 سريراً موزعة على عدة أقسام كما يلي: ((12 سرير - في قسم ال neonatal حديثي الولادة)، و 29 سرير - في قسم الأطفال، و 23 سرير - في قسم الولادة والأمراض النسائية، و 25 سرير - في قسم العلاج الداخلي (الأمراض الباطنية)، و 20 سرير - في قسم الجراحة العامة، و 10 أسرة - في قسم جراحة العظام، ومنها أيضاً 4 أسرة - في قسم العناية المركزة " ICU"))

2. مستشفى الأمل: مستشفى مختص في الولادة، يحتوي على 10 أسرة، موجود في مدينة جنين

3. مستشفى الرازي: مستشفى خاص موجود في مدينة جنين تجري فيه العمليات الجراحية، يحتوي على 38 سرير.

ويستعمل عدة أسرة المستشفيات للدلالة على مدى توافر خدمات العيادات الداخلية، يدل هذا المؤشر على مدى زيادة أو نقص عدد الأسرة وبالتالي مقدار الرعاية التي من المتوقع أن يتلقاها الشخص على اعتبار أنه كلما زاد عدد السكان لكل سرير كلما كان هناك نقص في الرعاية التي من المتوقع أن يتلقاها الشخص، بلغ معدل الأسرة في جميع مستشفيات القطاع الخاص والقطاع

¹ وزارة الصحة. مركز المعلومات الصحية الفلسطيني، التقرير الصحي السنوي 2013 - فلسطين. حزيران. 2014م/

الحكومي في الأراضي الفلسطينية 1.8 سرير لكل 10000 نسمة في جدول رقم (9)، وهذه نسبة قليلة جداً قياساً إلى باقي الدول الأخرى بسبب أن الفلسطينيين يتعرضون يومياً إلى الاجتياحات وإطلاق النار وعلى ذلك فهم بحاجة إلى عدد أكبر من الأسرة، وعند مقارنة معدل عدد السكان لكل سرير مع الدول العربية نجد أن هناك دولاً تقدمت كثيراً في هذا الجانب فمثلاً الأردن 18 سرير لكل 10000 نسمة، الإمارات 19 سرير لكل 10000 نسمة، فإذا كانت هذه الدول التي يوجد لديها استقرار أمني تتمتع بهذه المميزات فالأراضي الفلسطينية بحاجة ماسة إلى زيادة عدد الأسرة لديها نظراً للاحتياجات اليومية جراء سقوط الجرحى والشهداء والحوادث المتكررة، ففي الإقليم الأوروبي يتوافر 60 سريراً لكل 10000 نسمة، مقابل 10 أسرة لكل 10000 نسمة في الإقليم الأفريقي لسنة 2012.¹

بلغ معدل الأسرة في جميع مستشفيات القطاع الخاص والقطاع الحكومي في محافظة جنين كما ورد في بيانات جدول رقم (9) نحو 1.0 سرير لكل 10000 نسمة، ويعتبر مؤشر ليس جيد إذا قورن بمعدل الأسرة في محافظات شمال الضفة الغربية التي بلغت نحو 1.4 سرير لكل 10000 نسمة، وبلغ عدد سيارات الإسعاف التي تخدم سكان محافظة جنين 7 سيارات، منها 3 سيارات ملك لجمعية الهلال الأحمر، وسيارة واحدة للأثروا وواحدة لجمعية أصدقاء المريض الخيرية، واثنان يملكهما المستشفى الحكومي في مدينة جنين.

تتوزع المستشفيات الحكومية بين محافظات الضفة الغربية بشكل غير عادل، يتركز في محافظات وسط الضفة الغربية 17 مستشفى تمثل 34% من جملة المستشفيات في الضفة الغربية، منها 10 مستشفيات في محافظة القدس، التي تحصل على الخدمات الصحية من الجانب الإسرائيلي والفلسطيني، وتتواجد بها مستشفيات تخصصية تقدم خدمات صحية غير متوفرة في الضفة الغربية وقطاع غزة مثل علاج الأورام بالأشعة، ويوجد في محافظات شمال الضفة الغربية 16 مستشفى تمثل 32% من جملة المستشفيات في الضفة الغربية، في حين يتركز 17 مستشفى في محافظات جنوب الضفة الغربية، وتشكل 34% من جملتها في الضفة الغربية،

¹ منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية. 131/118. 2013م

بالإضافة إلى أن هناك تفاوت في التوزيع المكاني لمستشفيات محافظات الضفة الغربية، بعض المحافظات لا تضم سوى مستشفى واحد كما هو الحال في محافظة أريحا وسلفيت وطوباس، مع الإشارة إلى أن تلك المحافظات لم يكن بها أي نوع من أنواع الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات مثل طوباس وسلفيت، لذا فكانت تحصل على خدماتها الصحية من المحافظات المجاورة لها.

4.3 الخدمات الصحية في محافظة جنين

محافظة جنين بشكل عام تعاني سوء توزيع في الخدمات الصحية، وخاصة المؤسسات الصحية الحكومية، التي تتمركز في المدينة، وخاصة في منطقة الوسط، وذلك لأن المدينة تعتبر مرتكز الحياة بالنسبة للتجمعات السكانية الأخرى، بالإضافة إلى سهولة المواصلات التي تربط المناطق الريفية في المدينة، لذلك يجب أن يكون هناك اهتمام بدراسة هذه التباينات عند الحديث عن أي تخطيط مستقبلي للخدمات الصحية في محافظة جنين.

يعاني أهل المناطق الريفية في محافظة جنين مشاكل صحية تختلف عن المشاكل التي يواجهها أهل المدينة، فالوصول على الرعاية الصحية أمراً صعباً عندما يعيش الإنسان في منطقة بعيدة، فلا يستطيع الوصول إلى المستشفى سريعاً في حالات الطوارئ، ولا يستطيع أن يقطع مسافة طويلة لإجراء فحوص واختبارات دورية.

كما أن عدد الأطباء وأطباء الأسنان في المناطق الريفية يكون أقل، وتتباين هذه المراكز في إمكانياتها، فبينما تشتمل مراكز الرعاية الأولية في المدن على أجهزة ومعدات ودوام يومي للطبيب فإن العيادات في القرى ينقصها الكثير من المعدات والأجهزة، وتخصيص يومين أو ثلاث فقط لتواجد الطبيب العام في العيادة.

بلغ عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية في محافظة جنين عام 2013 نحو 64 مركزاً، منها 50 مركزاً تابعا لوزارة الصحة، وأربع مراكز تابعة لوكالة غوث اللاجئين، ومركزين

تابعات لجمعية الأصدقاء المريض، ومركزين تابعات للهلال الأحمر، ومركزين تابعات أيضا للإغاثة طبية، ومركز تابع للخدمات الطبية العسكرية.¹

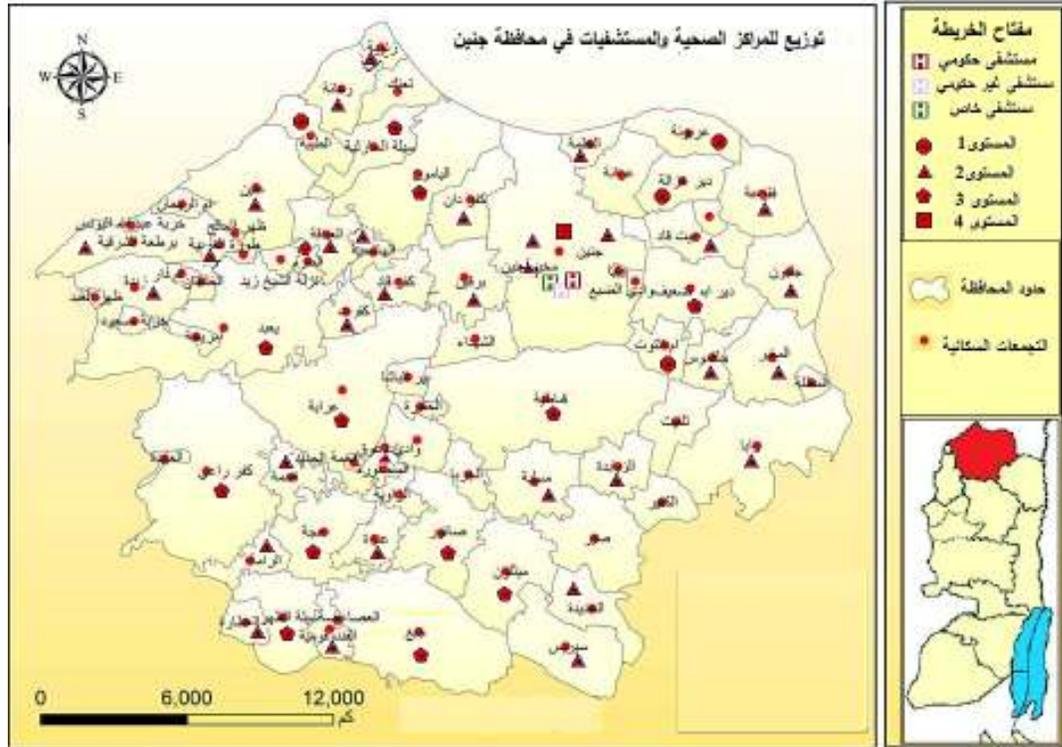
يتبين من خلال الخريطة (2) مراكز الرعاية الصحية الأولية التابعة لوزارة الصحة في محافظة جنين التي تبدأ من المستوى الأول وبلغ عددها 5 مراكز، أما مراكز الرعاية من المستوى الثاني فيبلغ عددها 25 مركزاً، في حين بلغت مراكز الرعاية من المستوى الثالث 18 مركز صحي وهناك مركز واحد للرعاية الصحية الأولية من المستوى الرابع موجود في مدينة جنين، ومركز واحد تابع للأندروا في مخيم جنين.

يتضح أيضا من الخريطة (2) تواجد مراكز للرعاية الصحية الأولية في تجمعات محافظة جنين باستثناء تعنك، خربة سروج، أم الريحان، خربة عبد الله اليونس، ظهر المالح، طورة الشرقية، نزلة الشيخ زايد، خربة المنطار الغربية، عابا، خربة مسعود، خربة المنطار الشرقية، أم الدار، الخلجان، وادي الضبع، ظهر العبد، المطلة، بير الباشا، الحفيرة، تلفيت.²

تقدم هذه المراكز الرعاية الصحية الأولية في المحافظة خدمات صحية متنوعة من خلال العيادات العامة، ومراكز رعاية الأمومة والطفولة، ويوجد هناك 45 مركزاً للرعاية الأولية تقدم خدمات تنظيم الأسرة، و6 مراكز تشتمل عيادة لطب الفم والأسنان، و20 مركزاً تشتمل مختبرات، و10 مراكز تشتمل عيادات متخصصة.

¹ مديرية الصحة محافظة جنين - وزارة الصحة الفلسطينية.

² المصدر السابق.



خريطة (2): توزيع المراكز الصحية والمستشفيات في محافظة جنين

المصدر: وزارة الصحة، قسم المعلومات الجغرافية.

5.3 رعاية صحة الأم

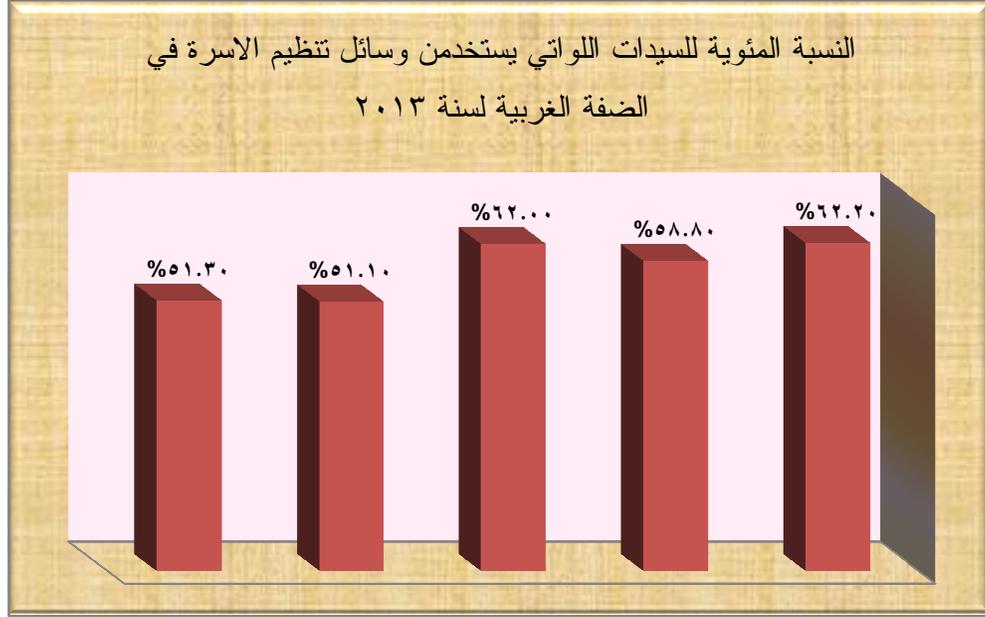
يشير مصطلح رعاية صحة الأم إلى ذلك المفهوم الذي يشمل رعاية تنظيم الأسرة، والتفكير المسبق بالحمل، ومرحلة الحمل، ومرحلة ما بعد الولادة، وتتضمن الرعاية المسبقة، والارتقاء بالصحة، وعمليات الفحص بالأشعة والتدخلات بالنسبة للنساء في مرحلة الأعمار الإنجابية؛ للتقليل من عوامل الخطورة والتي قد تؤثر في عمليات الحمل 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 النساء اللاتي يتلقين رعاية صحية لمرحلة ما قبل الولادة في فترة مبكرة يتمتعن بعمليات ولادة أفضل من هؤلاء النساء اللاتي يتلقين رعاية أثناء فترة الحمل بصورة أقل أو لا يتلقين رعاية على الإطلاق خلال فترة حملهن.¹

¹ زيد، أفنان محمد. مرجع سابق. 2014م/ 54

1.5.3 الرعاية قبل الحمل (تنظيم الأسرة)

تتضمن تطوير الرعاية الصحية الوقائية والإرشاد المقدم للوالدين، والتعليم والخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة،¹ واستخدام وسائل تنظيم الأسرة فوائدها الصحية تعود على صحة المرأة والطفل، يمكن تحقيقها عن طريق إعطاء المسافات الكافية من الوقت بين كل حمل وآخر، ومنع الحمل في الفترات المبكرة (أقل من 18 سنة) أو المتأخرة جداً (أكثر من 49 سنة) من الحياة الإنجابية للسيدات حيث تكون الأخطار أكبر.²

يتضح من الشكل رقم (3) أن ما يقارب ثلثي السيدات في سن الإنجاب (15-49 سنة) في محافظة جنين يستخدمن وسيلة تنظيم الأسرة.



شكل (3): النسبة المئوية للسيدات اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة في محافظات الضفة الغربية، 2013م.

المصدر: التقرير الصحي السنوي فلسطين (2013). 2014م/164.

¹ اتفاقية حقوق الطفل لـ 23/2. 42/2 أول / سبتمبر 1990،

2015/6/15 - (http://www.unicef.org/arabic/crc/files/crc_arabic.pdf)

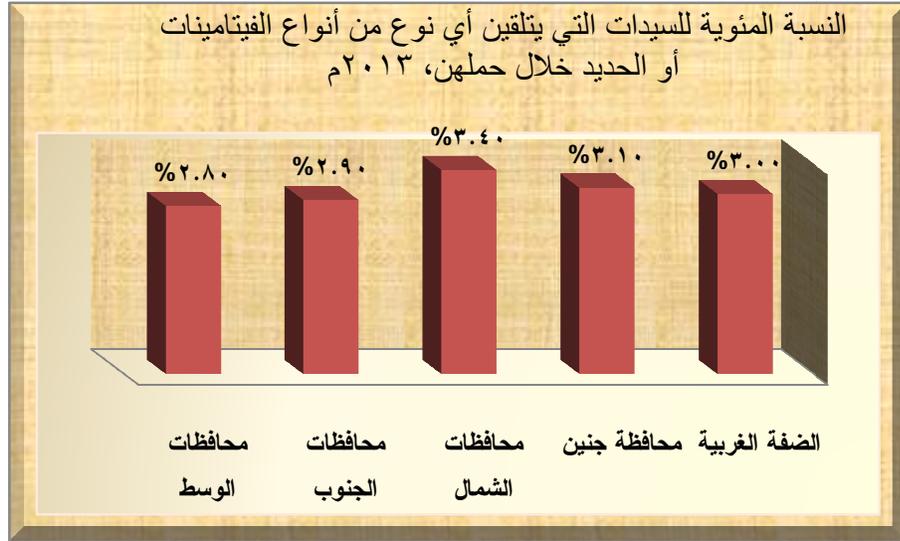
² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2008. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة. 2006 - محافظة جنين رام الله - فلسطين. ص 25.

2.5.3 الرعاية أثناء الحمل

تحتاج الأم في فترة الحمل إلى رعاية صحية متكاملة، فتنوع حاجة الأم للرعاية، بداية من حاجتها لبعض الأدوية التي تساعد في نمو جنينها بشكل سليم، وحفاظا عليه خاصة في بداية الحمل، وما قد تحتاجه من مكملات غذائية لها، إضافة إلى حمايتها وتحصينها ضد الأمراض التي قد تؤذي الطفل بعد ولادته، ولا تقتصر الرعاية الصحية أثناء الحمل على إجراء فحوصات بل تشمل التنقيف الصحي للام، مثلا من ناحية الأغذية التي يجب تناولها، وكذلك من ناحية الأدوية وخاصة في بداية حملها، وبعض الفيتامينات.

يتضح من الشكل رقم (4) أن هناك 3.1% من السيدات في محافظة جنين تلقين أي نوع من أنواع الفيتامينات أو الحديد خلال حملهن، وهي أعلى مما هي عليه على المستوى الضفة الغربية ومن النسبة في كل من منطقة الجنوب ووسط الضفة الغربية، بشكل عام تعتبر هذه النسب منخفضة سواء في محافظة جنين أو الضفة الغربية، ومن المهم تناول مقدار مناسب من الحديد والفيتامينات أثناء الحمل بالنسبة لكل من المرأة وجنينها، وذلك لأن نقصان الحديد والفيتامينات تعتبر من أهم أسباب فقر الدم أثناء الحمل، حيث تتعرض المرأة الحامل المصابة بفقر الدم إلى مخاطر متزايدة من الإصابة بالأمراض المعدية والنزف والوفاة، ولا يكون لديها قدرة على التحمل سواء بدنيا أو ذهنيا، كما يتعرض جنين المرأة التي تعاني من فقر الدم إلى خطورة كبيرة من تأخر النمو (بدنيا أو ذهنيا) والوفاة أثناء الفترة المحيطة بالولادة وعيوب الولادة.¹

¹ إدارة الصحة الإنجابية والبحوث- صحة الأسر والمجتمعات، منظمة الصحة العالمية - جنيف. 2003



شكل (4): النسبة المئوية للسيدات اللواتي يتلقين أي نوع من أنواع الفيتامينات أو الحديد خلال حملهن، 2013م.

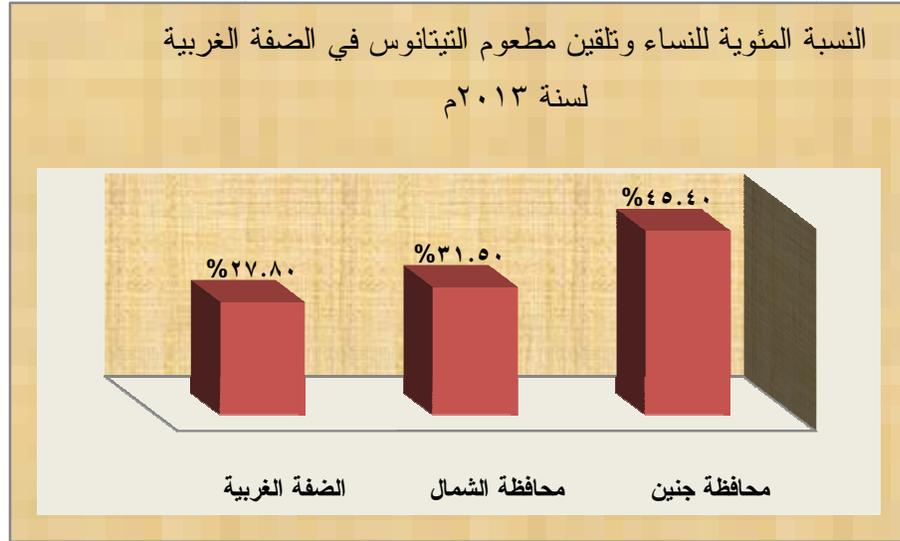
المصدر: وزارة الصحة. التقرير الصحي السنوي فلسطين 2013. 2014م / 172

1.2.5.3 التطعيم ضد التيتانوس

وفقا للبروتوكولات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية يتم تطعيم النساء في سن الحمل بجرعتين على الأقل من طعم الكزاز، تعطى الجرعة الأولى في اقرب وقت ممكن أثناء الحمل، والثانية بعد أربعة أسابيع على الأقل من الجرعة الأولى وتعطى حصانة ضد الكزاز مدة سنة إلى ثلاث سنوات، أما الجرعة الثالثة فتعطى بعد ستة أشهر على الأقل من تطعيم الجرعة الثانية أو خلال الحمل التالي، وتعطى حماية لفترة لا تقل عن خمس سنوات.¹

على الرغم من أن البرنامج المعد من قبل وزارة الصحة لتطعيم السيدات الحوامل بمطعم ضد الكزاز هو برنامج شامل، إلا أن نسبة التغطية لهذا المطعم لا زالت متدنية بشكل عام، فبلغت نسبة النساء في محافظة جنين اللواتي تلقين جرعه واحدة على الأقل من مطعم التيتانوس حوالي 45.4% خلال حملهن الأخير، مقارنة بالوضع في الأراضي الفلسطينية عموماً، وفي الضفة الغربية بشكل خاص سجلت محافظة جنين تغطية أعلى لهذا المطعم، كما يتبين في الشكل رقم (5).

¹ المسح الفلسطيني لصحة الأسرة. مصدر سابق. 2006م/28.



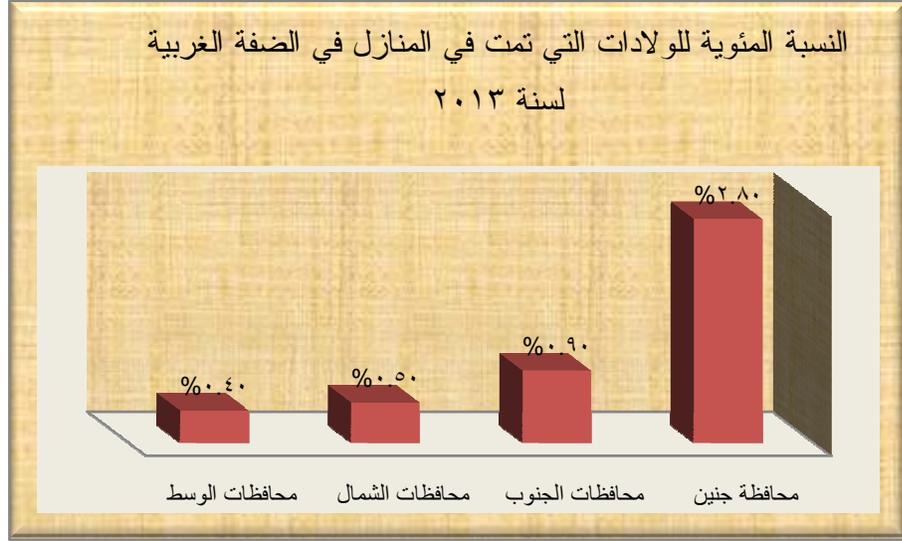
شكل (5): النسبة المئوية للنساء اللواتي سبق لهن الإيجاب وتلقين جرعة واحدة على الأقل من مطعوم التيتانوس أثناء حملهن الأخير في الضفة الغربية، 2013م

المصدر: وزارة الصحة. التقرير الصحي السنوي فلسطين (2013). 172/م/2014.

2.2.5.3 الرعاية أثناء الولادة

تشمل الرعاية الطبية عند الولادة نوعية ومستوى الخدمات المتوفرة، ومدى تدريب وخبرة القائمين بعملية الوضع، وتوفير خدمات الطوارئ التي قد تستدعي الحاجة استخدامها خاصة في حالات الولادة المتعسرة.

يتبين من خلال الشكل رقم (6) أن (2.8%) من السيدات في محافظة جنين وضعن مواليدهن على أيدي غير مؤهلة ولا تعتبر من الكوادر الطبية المؤهلة للمساعدة في الولادة، و3 ولادات من بين كل 100 ولادة تمت في المنازل، وهي أكبر بثلاثة أضعاف الولادات التي تتم في المنازل مقارنة النسبة الإجمالية للضفة الغربية وشمالها.



شكل (6): النسبة المئوية للولادات التي تمت في المنازل في الضفة الغربية، 2013م

المصدر: التقرير الصحي السنوي فلسطين (2013). 2014م/ 139

طبيعة الولادة حسب مكان الولادة

بلغت نسبة الولادات التي تمت في مؤسسات الرعاية الصحية في محافظة جنين 20.4%، وكانت عن طريق عملية قيصرية، وهذه النسبة متقاربة مع محافظات شمال الضفة الغربية (22.4%)، ومقارنة مع الوضع في المحافظات الأخرى والضفة الغربية نجد أن هذه النسب كانت أعلى قليلاً¹ وتشير البيانات إلى أن 76.4% من العمليات القيصرية التي تمت لسيدات محافظة جنين تمت في مستشفيات حكومية، وكانت نسبة توجه سيدات محافظة جنين للمستشفيات الحكومية لإجراء مثل هذه العمليات أعلى من نظيراتها في الضفة الغربية وشمالها وفي الأراضي الفلسطينية عموماً؛ وسبب في ذلك توفر قسم خاص للحضانة الطفل الخدج غير موجود في المستشفيات الأخرى في المحافظة.

¹ التقرير الصحي السنوي 2013. مصدر سابق. 2014م/ 268

الفصل الرابع

مستويات معدل الوفيات

1.4 المقدمة

2.4 معدل الوفيات الخام في دول العالم والوطن العربي

3.4 مستوى معدل الوفيات الخام في الأراضي الفلسطينية

4.4 مستوى الوفيات في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013

الفصل الرابع

مستويات معدل الوفيات

1.4 المقدمة

تعكس مستويات الوفاة مستوى التقدم في المجتمع من النواحي الاقتصادية والاجتماعية بشكل عام والنواحي الصحية بشكل خاص، ويعتبر معدل الوفيات الخام وتوقع الحياة عند الميلاد هو أحد المقاييس التي يمكن أن تعكس مستوى الوفيات بمجتمع ما، فمستوى الوفاة يعكس إلى حد بعيد مدى اهتمام الحكومات بصحة وحياة مواطنيها، وبالتالي تلزم دراسة هذه الظاهرة من حيث اتجاهاتها وأنماطها واختلافاتها وأسبابها من أجل وضع الخطط والبرامج الصحية على أسس علمية سليمة لتحقيق العائد من الإنفاق عليها.¹

وتشكل إحصاءات التسجيل الحيوي المصدر الرئيسي والأساسي لبيانات الوفيات، حيث يستخدم هذا المصدر بالإضافة إلى بيانات السكان من التعدادات أو التقديرات السكانية الأخرى للحصول على عدد من المقاييس الخاصة بالوفيات وأهمها معدل الوفيات الخام.

2.4 تباينات معدل الوفيات الخام في دول العالم والوطن العربي

شهدت معظم دول العالم سواء كانت دولاً متقدمة أو نامية خلال السنوات الأخيرة انخفاضاً في مستوى الوفيات بين سكانها، والسبب في هذا الهبوط يعود بالدرجة الأولى إلى التقدم الطبي والرعاية الصحية التي انتشرت، بالإضافة إلى مظاهر التقدم الحضاري والاجتماعي والاقتصادي وخاصة في الدول المتقدمة.² كذلك الأمر في البلدان النامية ساعدت العوامل السابقة، بالإضافة إلى التقدم العملي والتقنيات الجديدة التي تم استيرادها من الدول المتقدمة، ولكن عجزت عن اللحاق بمستويات الوفيات في الدول المتقدمة.³

¹ سهاونة، فوزي: "جغرافية السكان". دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع. 2003م

² الكيخيا، منصور. مرجع سابق. 2003م/ 294

³ خرفان، حسن غازي. مرجع سابق. 2007م/ 13- 20

يوضح من الجدول رقم (10) تباين معدلات الوفيات ما بين الدول النامية والدول المتقدمة، من خلال معدل الوفاة الخام يظهر أن هذا المعدل أعلى في الدول المتقدمة عنه في الدول النامية، وهذا الأمر لا يعكس مقدار التطور الصحي والاقتصادي والاجتماعي ما بين هذه الدول، إنما السبب الرئيسي في هذا التباين هو اختلاف التركيب العمري، فالدول النامية تمتاز بتركيب عمري شبابي وهذا ما يكون فيه احتمال الوفاة قليل، أما الدول المتقدمة تتميز بالتركيب العمري الناضج أو الهرم وهذا النوع يمتاز بارتفاع نسبة كبار السن في المجتمع، وهؤلاء الأشخاص من المعروف أن احتمالات الوفاة لديهم تكون مرتفعة.

جدول (10): معدل الوفيات الخام لعدد من الدول المختارة في العالم لسنة 2015 (بالألف).

الدول العربية		الدول النامية		الدول المتقدمة	
4	العراق	7	الهند	8	الولايات المتحدة الأمريكية
6	الأردن	9	زمبابوي	11	ألمانيا
2	الكويت	15	مالي	8	فرنسا
7	سوريا			10	إيطاليا
7	اليمن			10	اليابان
6	مصر			9	السويد
9	السودان				
12	الصومال				
4	ليبيا				
6	تونس				
5	لبنان				
4	السعودية				
1	الإمارات				
3	فلسطين				

المصدر: world population data sheet. (www.prb.org). 2015/12/16

تباينات معدل الوفيات الخام في الوطن العربي

يتضح من خلال الجدول رقم (10) انخفاض معدل الوفيات الخام في الدول العربية، إلا أنه لا يزال عالياً خصوصاً في البلاد العربية الفقيرة، لأن الخدمات الصحية في الدول العربية ما زالت أقل من المستوى العالمي، ومن خلال مقارنة معدل الوفيات الخام في الدول العربية، مع غيره من الدول غير العربية النامية والمتقدمة، يلاحظ أن معدل الوفيات الخام يزيد عن المعدلات في بعض الدول المتقدمة ويقل عن المعدلات في الدول النامية.

ويتضح أيضاً من خلال الجدول (10) تباين معدلات الوفيات الخام في الدول العربية، فحققت معدلات الوفيات الخام في الدول العربية انخفاضا باستثناء بعض المناطق، ومن أمثلة ذلك دول الخليج التي هبطت فيها معدلات الوفيات الخام حيث يعتبر هذا المعدل من أدنى معدلات الوفيات في الوطن العربي، ويعود ذلك إلى العوامل الاقتصادية والاجتماعية، والسياسية التي طرأت على البلاد، وخاصة بعد اكتشاف النفط، فالتحولات العديدة التي شاهدها دول الخليج العربي بعد اكتشاف النفط في مختلف المجالات الاقتصادية والاجتماعية والصحية، قد أدت إلى هذا التقدم في المجال الصحي لتغطي جميع أنحاء دول الخليج العربي، وإيصال الخدمات الصحية لجميع المواطنين، وتزويد المؤسسات والمراكز الصحية بالأطباء المختصين وبالمعدات الطبية الحديثة اللازمة.¹

وعلى العكس من ذلك كانت معدلات الوفاة في دول عربية أخرى مرتفعة، مثل (الصومال، والسودان)؛ ويعود ذلك إلى التخلف الاقتصادي ونقص الإمكانيات المالية لدى هذه الدول لإقامة مستشفيات ومراكز صحية، وتزويدها بالكوادر الطبية اللازمة، بالإضافة إلى الجهل المنتشر في هذه الدول، وتفشي الأمراض السارية.

3.4 مستوى معدل الوفيات الخام في الأراضي الفلسطينية

تشير البيانات المتوفرة أن مستويات الوفيات في الأراضي الفلسطينية منخفضة نسبياً إذا ما قورنت بالمعدلات السائدة في الدول العربية، حيث انخفضت معدلات الوفيات الخام في

¹ زيد، افنان. مرجع سابق. 2014م/81-86.

الأراضي الفلسطينية من 4.9 بالألف عام 1997، إلى 2.6 بالألف في العام 2013،¹ أما على مستوى المنطقة كان هناك تبايناً في معدل الوفيات الخام لكل من الضفة الغربية وقطاع غزة، ويرجع هذا التباين إلى انتشار وكالة الغوث ومؤسساتها الصحية وتقديمها الرعاية الصحية مجاناً في قطاع غزة أكثر من الضفة الغربية، وخاصة أن معظم السكان في قطاع غزة مستفيدين من هذه الخدمات، لكون نسبة كبيرة من سكانها لاجئين، إذ قدر معدل الوفيات الخام في قطاع غزة 4.7 بالألف عام 1997 وانخفض إلى 2.5 بالألف عام 2013، في حين قدر معدل الوفيات الخام في الضفة الغربية 5.1 بالألف عام 1997 وانخفض إلى 2.8 بالألف عام 2013،² ويعكس هذا الانخفاض في معدل الوفيات الخام، تحسن المستوى الصحي للأفراد، وتوافر الأدوية والخدمات الصحية التي أمكن توفرها بقدوم السلطة الوطنية الفلسطينية، بالإضافة إلى توفير الكثير من الخدمات الوقائية والعلاجية، وإتاحة فرص العلاج المجاني للمواطنين، وما يلزم من عمليات جراحية بالمستشفيات الخاصة والحكومية والوحدات الصحية التابعة لوزارة الصحة والمنظمات غير الحكومية، والتحويلات الطبية سواء داخل أراضي 1948 أو في الدول العربية المجاورة.

معدل الوفاة الخام في محافظات الضفة الغربية

أخذ الانخفاض في معدل الوفيات الخام في محافظات الضفة الغربية نفس اتجاه هذا المعدل في الضفة الغربية كما يلاحظ في بيانات جدول رقم (11) انخفاض معدل وفيات الخام سنة 2013م؛ ويرجع ذلك الانخفاض إلى زيادة الوعي الصحي وزيادة المراكز الصحية واستقرار الأوضاع السياسية نوعاً ما التي عملت على رفع الحصار عن معظم محافظات الضفة الغربية.

¹ التقرير الصحي السنوي 2013. مصدر سابق. 2014م/27.

² المصدر السابق. 27.

جدول (11): معدل الوفاة الخام في محافظات الضفة الغربية للعام 2013. (بالألف).

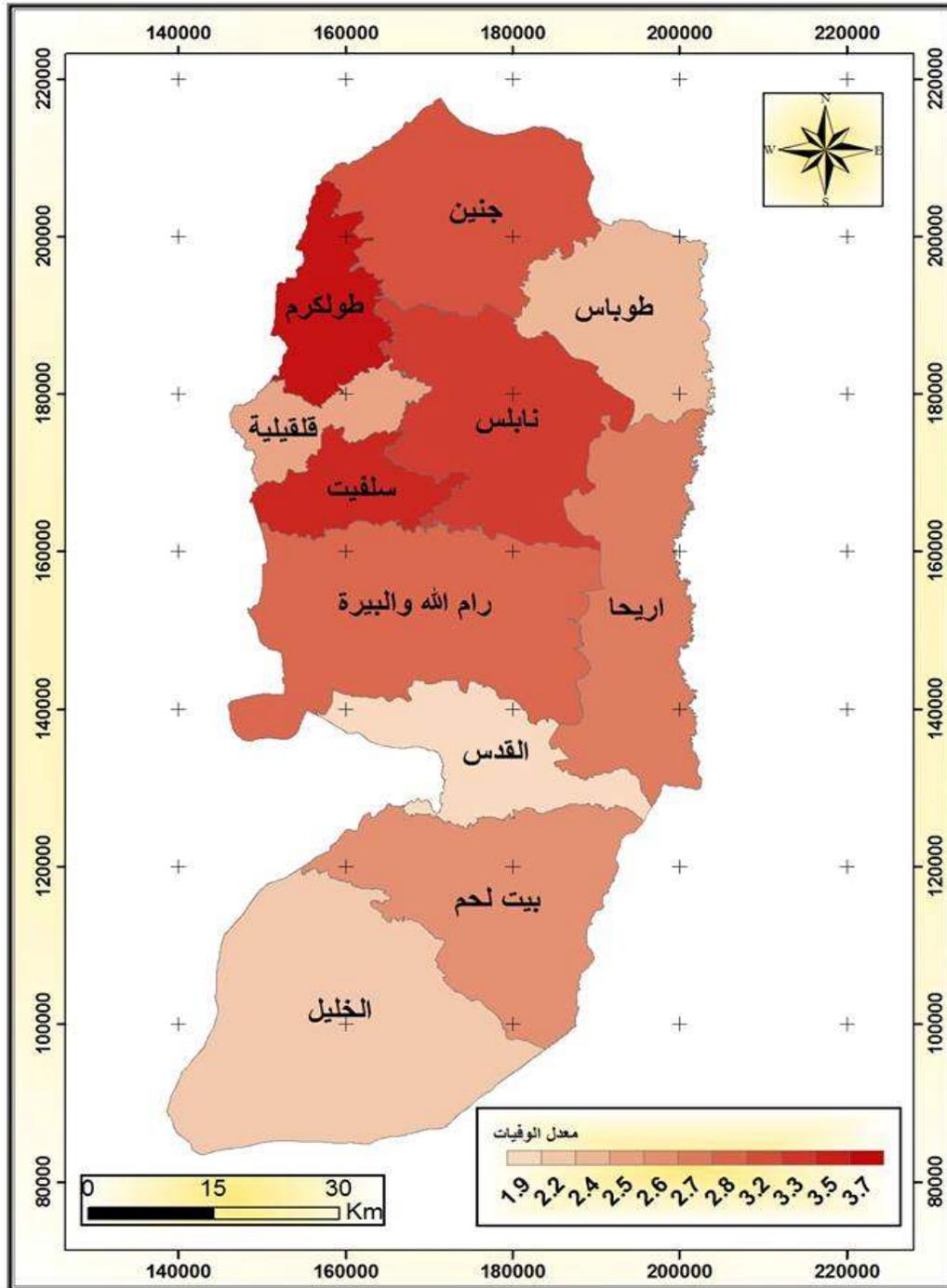
المحافظة	معدل الوفاة
جنين	3.2
طوباس	2.4
طولكرم	3.7
نابلس	3.3
قلقيلية	2.5
سلفيت	3.5
رام الله والبيرة	2.8
أريحا والأغوار	2.7
القدس	1.9
بيت لحم	2.6
الخليل	2.2

المصدر: التقرير الصحي السنوي فلسطين 2013. مصدر سابق. 2014م/ 151.

يتضح أيضا من خلال الخريطة رقم (3) أن محافظة جنين ومحافظات شمال الضفة الغربية وجدت ضمن أعلى معدلات الوفاة الخام إذا ما قورنت مع بقية مناطق الضفة الغربية؛ ويعزى ذلك إلى تدني الخدمات الطبية الخاصة بالمرضى في منطقة شمال الضفة الغربية بشكل عام، ومحافظة جنين بشكل خاص كما اتضح سابقاً، والجانب الآخر جزء كبير من الخدمات الصحية المقدمة في محافظة جنين، يتم تقديمها عبر الأجهزة والمعدات الطبية التي تعاني من عدة مشاكل أهمها قدم هذه الأجهزة وكثرة تعطلها، والضغط الشديد على الخدمات التي تقدمها، أما الحال بالنسبة لمعظم مراكز الرعاية الأولية فليس بحال أفضل من المستشفيات، وأغلب العمليات الجراحية لا تتم في مستشفيات المدينة بل يتم تحويلها إلى مستشفيات المحافظات الأخرى.

بالمقابل نجد أن أقل المعدلات بلغت في محافظة القدس كما يشير جدول رقم (11)، وينعكس هذا من خلال تأثير المستوى الصحي الجيد في المحافظة، لاسيما توفر الخدمات

الصحية من كلا الجانبين الإسرائيلي والفلسطيني، وكذلك لشمولهم في التأمين الصحي الإسرائيلي.



خريطة (3): معدل الوفاة الخام في محافظات الضفة الغربية، 2013م.

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات مركز المعلومات الصحية الفلسطينية سنة 2013.

4.4 مستويات الوفيات في محافظة جنين خلال فترة الدراسة 2004-2013

يعرض في هذه الجزء من الدراسة مستوى الوفيات العام واتجاهاتها بمحافظة جنين، خلال الفترة 2004-2013، بناء على بيانات قسم الإحصاء في مديرية الصحة في محافظة جنين.

يعبر عن مستويات الوفيات واتجاهاتها باستخدام بعض المؤشرات، وتضم المقاييس

الآتية:

- معدل الوفاة الخام.
- معدل وفيات الأطفال الرضع.
- معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة.
- معدل وفيات النفاسية (الأمهات).
- توقع أمد الحياة عند الولادة.

1.4.4 معدل الوفاة الخام

يتبين من خلال الجدول رقم (12) أن المستوى العام لمعدل الوفيات الخام في محافظة جنين يميل للانخفاض، فانخفض من 4.6 في الألف عام 2004 إلى 3.2 في الألف عام 2013، ولكن نلاحظ تذبذب في معدل الوفاة الخام ما بين 2004-2013 كما يتبين من الجدول رقم(12)؛ وهذا التذبذب يعود لمرور الضفة الغربية بمجموعة من الظروف الاقتصادية والسياسية التي انعكست على الأوضاع الصحية بشكل عام ومعدل الوفيات الخام بشكل خاص، وقدوم السلطة الفلسطينية التي عملت من خلال وزارة الصحة على فتح مراكز رعاية صحية أولية جديدة، وتطوير المراكز الموجودة سابقاً عن طريق زيادة سلة الخدمات الصحية المقدمة، انعكس إيجاباً على الأوضاع الصحية فكان له دور في انخفاض معدل الوفيات

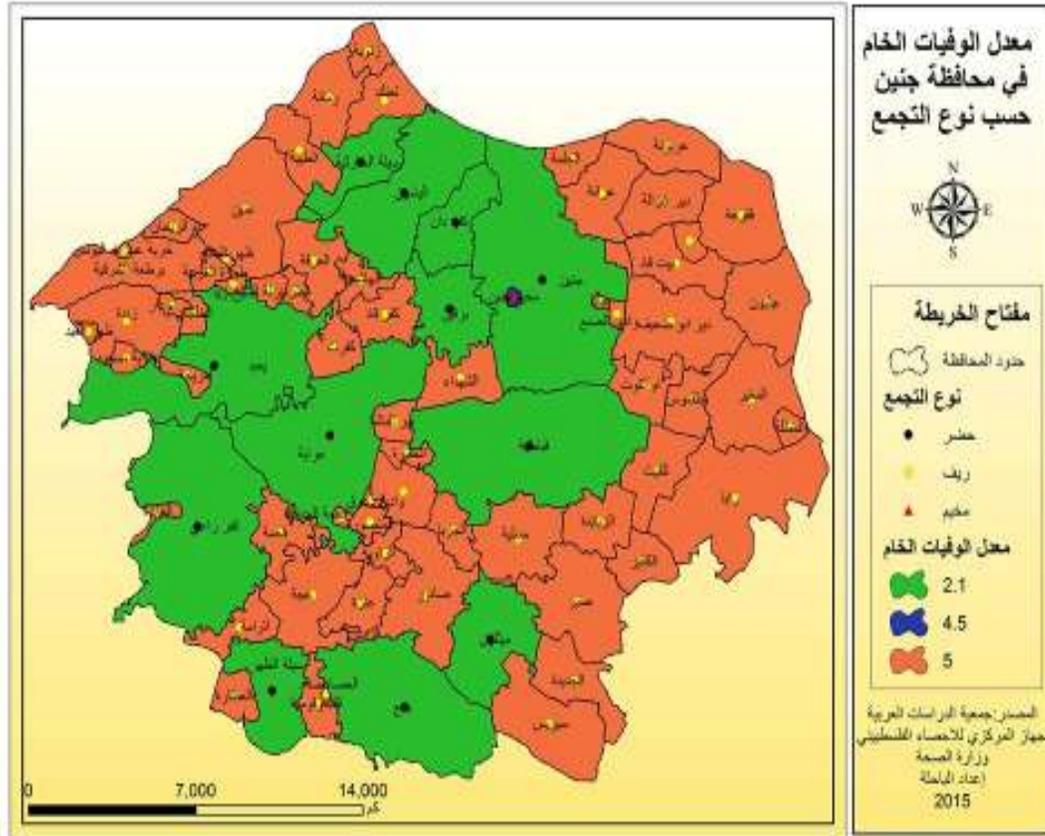
الخام، ولكن الانتفاضة الفلسطينية الثانية والحصار الإسرائيلي كان له تأثير سلبي على الأوضاع الصحية للسكان.

جدول (12): معدل الوفيات الخام في محافظة جنين حسب نوع التجمع خلال الفترة (2004-2013). (بالألف)

السنة	الحضر	الريف	المخيم	المعدل
2004	2.4	5.4	6.1	4.6
2005	2.1	4.8	4.0	3.6
2006	2.3	5.3	4.6	4.1
2007	2.0	5.3	5.5	4.3
2008	2.3	4.9	4.0	3.7
2009	2.2	5.0	4.4	3.9
2010	2.1	4.9	3.7	3.6
2011	2.1	5.2	4.8	4.0
2012	2.0	4.9	3.8	3.5
2013	1.9	4.3	3.5	3.4
المعدل	2.1	5	4.5	3.9

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات من وزارة الصحة، بيانات المركز الإحصاء الفلسطيني.

بينت نتائج الدراسة أيضاً من خلال جدول رقم (12) اختلاف معدلات الوفاة الخام حسب نوع التجمع حيث تفاوت ما تحقق لكل منطقة في المحافظة من خفض معدلات الوفاة الخام خلال فترة الدراسة، وعند مقارنة معدل الوفيات الخام بالحضر والمخيم والريف في محافظة جنين نلاحظ ارتفاع معدلات الوفيات الخام في الريف عن الحضر خلال فترة 2004-2013، ويرجع ذلك إلى عدم وجود أي مستشفى داخل القرى في محافظة جنين، على الرغم من الحاجة الماسة لتلك المستشفيات داخل تلك التجمعات السكانية، وهذا يعني أن أغلب سكان القرى لا يحصلون على خدمات صحية كاملة كتلك التي يحصل عليها سكان المدينة، كما يوجد خلل في البنية الصحية في الريف يتمثل بعدم جاهزية تلك المناطق لأي طارئ في حال حدوثه، والعيادات الحكومية لا تعمل سوى فترات محدودة خلال فترات النهار، بالإضافة إلى عدم وجود وحدات ولادة داخل المناطق الريفية كما يتضح من خلال الخريطة رقم (4).



خريطة (4): معدل الوفيات الخام في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013 حسب نوع التجمع.

المصدر: إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، ووزارة الصحة، وجمعية الدراسات العربية.

ويمكن الإشارة إلى ما يقوم به الاحتلال من عزل بعض المناطق عن بعضها البعض وصعوبة الحركة والوصول إلى الخدمات الصحية وخاصة الفئات التي تعيش في مناطق بعيدة عن الخدمات ومحاطة بجدار الفصل العنصري، بالإضافة إلى وجود الحاجز وإحاطتها بعدد من المستوطنات الصهيونية، هذه التجمعات المعزولة خلف الجدار في محافظة جنين تضم 6 تجمعات وهي: (برطعة الشرقية، خربة عبدالله اليونس، أم الريحان، ظهر المالح، خربة المنطار الغربية، خربة المنطار الشرقية)، تتمثل معاناتهم في منع الأهالي من دخول القرى أو الخروج منها إلا عبر بوابة رئيسية، وضمن أوقات محددة، وبالتالي صعوبة الوصول إلى المرافق الصحية في المدينة أو في القرى التي تحيط بها، وعمل هذا الجدار أيضا على زيادة تردي مستوى الخدمات الصحية المتردية أصلا، بالإضافة إلى ذلك هذه المناطق تعتمد على العاملين

في مجال العناية الصحية المؤقتين القادمين من المناطق المجاورة للحصول على الخدمات الطبية.

ويلاحظ أيضا خلال بيانات الجدول رقم (12) ارتفاع معدلات الوفيات الخام في مخيم جنين خلال فترة الدراسة 2004-2013 مقارنة مع معدل الوفيات الخام في المناطق الحضرية، وخاصة سنة 2004م وذلك على اثر اجتياح المخيم في 2002م؛ ويمكن أن يعزى ذلك إلى تدنى المستوى الاقتصادي والأوضاع المعيشية الصعبة لسكان المخيم وبالتالي التوجه للأعمال الخطيرة على حياتهم، ويعاني المخيم في محافظة جنين من وضع صحي متدني، على الرغم من وجود مؤسسات صحية تابعة للأنروا، إلا أن مستوى هذه الخدمات ليس بالمستوى المطلوب، فقامت وكالة الغوث بتقليص مساعداتها لسكان المخيمات بشكل تدريجي من جهة، إضافة إلى عدم وجود الأطباء الأخصائيين، والتزام تلك العيادات بدوام محدد من جهة أخرى، ولكن كانت معدل الوفيات الخام في المخيم منخفضة عند مقارنتها بالمناطق الريفية حسب بيانات الجدول رقم(12)؛ ويرجع ذلك إلى قرب المخيم من خدمات المدينة وخاصة الخدمات الصحية كما هو واضح في الخريطة رقم (3).

2.4.4 معدلات الوفاة التفصيلية

يعطي معدل الوفاة الخام فكرة إجمالية عن مستوى الوفيات، لكن هناك حاجة إلى مقاييس أكثر تفصيلاً لدراسة وتحليل بيانات الوفيات؛ لأن معدل الوفاة مرتبط بمجموعة من العوامل والخصائص، وتستخدم معدلات الوفاة التفصيلية في دراسة اختلافات مستويات الوفاة لكل من الذكور والإناث على حدة وحسب العمر، وترجع أهمية دراسته لتوضيح الاختلافات في معدلات الوفاة لكل من الذكور والإناث وتأثيرها على نسبة النوع للسكان في الفئات العمرية المختلفة، والفترة المتوقع خلالها حدوث ترميل، بالإضافة إلى توضيح الفئات العمرية التي تكون بحاجة إلى قدر أكبر من الرعاية الصحية.¹

¹ عبد الباقي، صابر احمد: علم اجتماع السكان. جامعة الملك فيصل 13/7/2015.12:50 AM
(www.ckfu.org/vb/attachment)

يوضح جدول رقم (13) معدلات الوفاة التفصيلية حسب فئات العمرية والنوع في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013)، حيث يوجد اختلافات جوهرية في نسب الوفيات بين فئات السن المختلفة، وبين وفيات الذكور ووفيات الإناث، فهناك حوادث تتعرض لها فئات عمرية معينة دون غيرهم وخاصة فئة الشباب أو الفئة العاملة المنتجة نتيجة ممارستهم أعمال تؤدي إلى الوفاة، ولا تقتصر على فئات عمرية بل يكون نصيب الذكور منها أكثر من نصيب الإناث، وكذلك تختلف الأمراض التي تصيب الأطفال عن أمراض الشيخوخة، وهناك أمراض تصيب النساء دون الرجال وبالعكس، كما سيتم توضيحه في الفصل الخامس.

جدول (13): معدلات الوفاة التفصيلية حسب فئات السن والنوع في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013). (بالألف)

السنة	2013		2012		2011		2010		2009		2008		2007		2006		2005		2004		
	أ	ذ	أ	ذ	أ	ذ	أ	ذ	أ	ذ	أ	ذ	أ	ذ	أ	ذ	أ	ذ	أ	ذ	
العمر																					
أقل من سنة	6.8	5.8	11.7	9	8.1	11.4	10.4	8.9	13.9	18.5	11	18.4	15.1	12.4	25.9	26.2	31.9	32.4	30.7	32.1	
1-4	1.6	1.4	2.6	2.2	1.8	2.5	2.8	3.9	3	4.3	2.4	4.1	3.5	3.3	6.8	6.9	7.9	7.5	7.1	7.6	
5-9	0.3	0.23	0.24	0.29	0.06	0.06	0.24	0.52	0.18	0.23	0.12	0.23	0.18	0.06	0.43	0.27	0.29	1.4	0.45	0.57	
10-14	0.12	0.18	0.24	0.18	0.12	0.18	0.06	0.06	0.18	0.58	0.12	0.18	0.25	0.24		0.76	0.5	0.62	0.50	0.64	
15-19	0.06	0.29	0.12	0.47	0.19	0.36	0.39	0.43	0.33	0.63	0.14	0.58	0.28	0.47	0.57	2.7	0.2	1.5	0.62	2.7	
20-24	0.27	0.78	0.35	0.14	0.15	0.42	0.07	0.15	0.08	0.23	0.18	0.41	4.5	1.5	2.8	3.7	0.25	3.9	1.01	3.3	
25-29	4.8	5.3	4.2	7.5	11.6	7.5	5.35	7.5	7.5	0.68	5.4	7.3	0.35	7.6	23	21.9	7.4	17.7	13.5	19.7	
30-34	0.44	0.1	0.56	0.63	0.23	0.54	0.23	0.11	0.57	0.45	0.2	0.91	0.42	0.7	0.3		0.31	3.2	1.3	4.8	
35-39	0.58	0.19	0.59	0.93	0.61	1.1	0.38	0.25	0.39	0.64	0.66	0.6	1.7	1.2	1.4	1.7	2.6	3.4	0.4	1.4	
40-44	0.55	0.13	0.72	1.8	0.75	0.99	1.4	1.15	0.64	0.73	0.82	1.9	0.87	1.4	1.7	2.6	2.2	1.6	3.7	3.7	
45-49	1.2	2.1	1.7	2.2	0.54	1.6	1.9	1.52	1.57	1.6	1.2	5.1	2.5	1.6	1.1	4.6	3.0	44.0	6.6	6.8	
50-54	2.9	3.4	2.9	4.2	2.6	3.1	3.8	2.46	1.88	6.2	5.9	9.1	5.0	4.2	5.9	7.6	6.2	12.4	10.1	12.8	
55-59	5.9	9.0	4.1	9.8	5.4	7.2	2.9	6.7	4.57	9.3	9.5	15.1	12.3	8.5	12	26.1	13.1	17.0	8.1	23.0	
60-64	10.9	7.6	4.4	12.7	12.5	16.7	8.1	11.3	8.58	13.8	15.6	20.6	15.3	17	25.7	27.3	17.4	29.4	29.1	36.6	
65-69	14.8	26.9	13.4	19.8	17.2	25.8	14.6	17.1	19.95	15.4	26.9	20.6	26.3	25	40.3	73.9	46.2	48.8	33.1	60.2	
70-74	26.4	38	19.1	36.7	22	38	57.2	52.3	21.77	27.3		41.8		27	42.5	86.4	55.7	88.6	71.6	92.5	
75-79	42.6	49	34.3	66.3	49.3	55.4	3.3	6.9	3.24	5.1	37.9	54	44.2	50	85.9	130.3	94.9	169.3	98.7	152	
80 فأكثر	119.8	117.9	114.6	150.6	99.8	158.6	103.1	146.4	112.11	138.5	114.4	131	94.9	120.4	302.6	490.2	245.4	420.8	301.6	447.8	
المعدل	3.0	2.8	2.9	3.5	3.5	3.4	3.0	3.5	3.3	3.5	3.1	3.7	3.3	3.5	7.9	9.3	6.8	9.6	8.1	9.8	

المصدر : اعداد الباحثه اعتمدا على بيانات وزارة الصحة

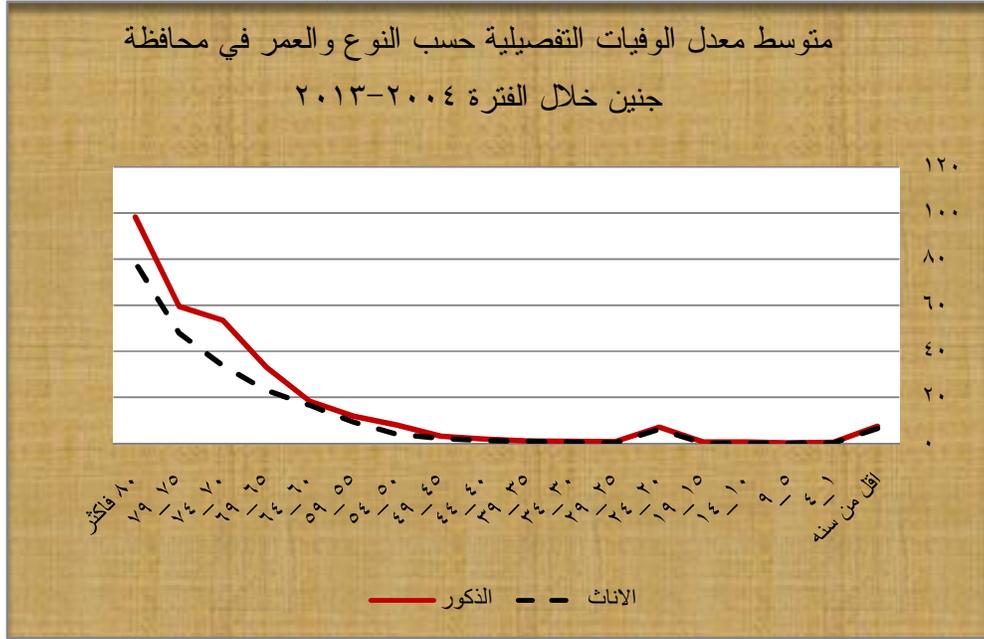
جدول (14): متوسط معدل الوفاة في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013 (بالألف).

الفئة العمرية	الذكور	الإناث
أقل من سنة	7.4	6.5
1 - 4	0.75	0.34
5 - 9	0.28	0.18
10 - 14	0.64	0.23
15 - 19	0.72	0.20
20 - 24	7.0	6.1
25 - 29	0.79	0.3
30 - 34	0.88	0.53
35 - 39	1.0	0.92
40 - 44	1.9	1.2
45 - 49	3.2	2.3
50 - 54	8.0	3.9
55 - 59	11.8	9.3
60 - 64	18.2	16.5
65 - 69	33.1	23.0
70 - 74	53.5	33.8
75 - 79	59.5	48.0
80 فأكثر	98.4	78.5

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات وزارة الصحة والجهاز الإحصائي.

يتخذ المنحنى البياني الممثل لمتوسط معدل الوفيات في محافظة جنين حسب العمر شكل **U** مع التواءه بشكل خفيف جهة اليمين كما في الشكل رقم (7)، هذا الالتواء يشكل طرفاً المنحنى، وتمثل قمنا المنحنى الفئة العمرية (0-4) والفئة 70 سنة فأكثر، أما قاعدة المنحنى فهي الفئة العمرية (10-49 سنة). وبالتالي هناك نمط معين لمعدلات الوفيات حسب العمر سواء للذكور أو للإناث لأي مجتمع بشري، فيبدأ مرتفعاً عند الرضع والأطفال ثم يأخذ بالانخفاض السريع ويصل إلى أقل مستوى له عند الأعمار (5-14) تقريباً ويصل إلى مستوى المنخفض،

ثم يرتفع معدل الوفيات مرة أخرى؛ وذلك بسبب اختلاف فئات السن فيما بينها من حيث مدى تعرضها لخطر الوفاة، فالذكور في جميع الفئات العمرية تقريباً يتعرضون عادة لمخاطر الوفاة أكثر من الإناث، وكذلك الحال بالنسبة لصغار السن وكبار السن، حيث أن مخاطر الوفاة بين هاتين الفئتين تعتبر أعلى مما هي عليه بين فئة السكان في الأعمار المتوسطة.



شكل (7): متوسط معدل الوفيات التفصيلية حسب النوع والعمر في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات وزارة الصحة والجهاز الإحصائي.

1.2.4.4 معدل وفيات الأطفال

تقسم معدل وفيات الأطفال إلى قسمين، معدل وفيات الأطفال الرضع، ومعدل وفيات الأطفال (1-4 سنوات). اتفقت البلدان على خفض نسب الفقر والجوع خلال الفترة بين عامي 1990 و2015 إلى النصف، وتطبيق التعليم الابتدائي على مستوى شامل، وتعزيز المساواة بين الجنسين وخفض معدل الوفيات بين الأطفال دون الخمس سنوات إلى الثلثين، ومن أجل تحقيق هذا الهدف تم مراقبة مؤشرات وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأطفال دون الخامسة¹ هذه

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: "التقرير السنوي. أطفال فلسطين- قضايا وإحصاءات". سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 14). رام الله-فلسطين. 2011م/ 35

المؤشرات تعتبر ذات دلالات المهمة، فهي تستخدم للدلالة على المستوى الصحي أو المعيشي في المجتمع، حيث أن الأطفال الرضع هم أكثر الفئات استجابة لتحسن في الخدمات الصحية والمستويات المعيشية مهما كان طفيفاً وبالتالي تساعد هذه المؤشرات في مراقبة وتقييم البرامج والسياسات الصحية.¹

1.1.2.4.4 معدل وفيات الأطفال الرضع

تكتسب وفيات الأطفال الرضع (دون السنة الأولى) أهمية خاصة؛ لأن نسبة الوفيات الرضع تكون دائماً أكبر من نسبة وفيات أي عمر آخر، وبالتالي وفيات الأطفال الرضع لها تأثير كبير على معدل الوفيات الخام، بالإضافة إلى أن وفيات الأطفال الرضع تعتمد على صحة الأم أثناء الحمل، وعلى طول الفترة الفاصلة بين المواليد، وعلى تلقي الخدمات الصحية كالرعاية أثناء الحمل وبعد الولادة، هذه العوامل كلها عرضة لتدخلات البرامج الصحية.²

بالنظر إلى الجدول رقم (15) شهدت الدول المتقدمة أدنى معدلات وفيات الأطفال الرضع، بينما تزيد هذه المعدلات في عدد من الدول النامية، وهذا يدل دلالة واضحة على أن الوضع الصحي في الدول المتقدمة قد وصل إلى مستوى متقدم؛ ومما ساعد على انخفاض معدلات وفيات الأطفال الرضع في تلك الدول العامل الاقتصادي، حيث أنها تمتلك هذه الدول مستويات معيشية جيدة انعكست على الأحوال الصحية، فتوفر الإمكانيات المالية في تلك الدول يعتبر النقطة الرئيسية لتنفيذ البرامج الأمومة والطفولة وتطوير الخدمات الصحية المختلفة، كما أنه يعتبر الأساس المطلوب لتوفير التغذية المناسبة وتوفير كل ما هو ضروري لصحة الطفل والأم، كما تمتلك هذه الدول معظم صناعات الأدوية وتسيطر على هذه المجال سيطرة تامة، وانتشار التلقيح، ووجود المختبرات العلمية الحديثة التي تقوم بتشخيص الأمراض المستعصية والنادرة وعلاجها.

¹ عطشان، خليوي، الحسنوي، غازي واحمد جواد. مرجع سابق. 23/م/2011

² pm - 11:53 .21/7/2015 .http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/ar

جدول (15): معدل وفيات الأطفال الرضع لعدد من الدول المختارة في العالم لسنة 2015 (بالآلف).

الدول العربية		الدول النامية		الدول المتقدمة	
37	العراق	42	الهند	6	الولايات المتحدة الأمريكية
17	الأردن	55	زمبابوي	3.3	ألمانيا
8	الكويت	56	مالي	3.5	فرنسا
16	سوريا			2.9	إيطاليا
43	اليمن			2.1	اليابان
22	مصر			2.2	السويد
52	السودان				
79	الصومال				
14	ليبيا				
16	تونس				
8	لبنان				
16	السعودية				
6	الإمارات				
18	فلسطين				

المصدر: world population data sheet. (www.prb.org). 2015/12/16

تبين أيضا من الجدول رقم (15) ارتفاع معدلات وفيات الأطفال الرضع في الدول النامية؛ ويعود ذلك إلى المستويات المعيشية المنخفضة والعناية الصحية المتدهورة، والمجاعات و الأوبئة، وأيضا الحروب في بعض المناطق، ونلاحظ أن معدلات الوفيات تزيد في كثير من الدول النامية عن ثلاثة أمثالها في الدول المتقدمة.

معدل وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي

تعتبر معدلات وفيات الأطفال الرضع في البلدان العربية من المعدلات المرتفعة في العالم، وتشهد بعض البلدان أرقاما شديدة الارتفاع مما يزيد الفجوة بين البلدان العربية، على الرغم ما تقوم به الحكومات من تنفيذ سياسات وبرامج تهدف إلى توفير الرعاية الصحية لكافة

أفراد المجتمع، فحول الخليج العربي بات الانخفاض فيها واضحا بشكل كبير؛ وذلك يعود لنفس الأسباب التي ذكرت سابقا في معدل الوفيات الخام، في حين كانت الصومال أعلى المراتب بمعدل وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي حسب بيانات جدول رقم(15)، يعزى ارتفاع معدل الوفيات بين الأطفال حديثي الولادة في الصومال لأسباب عدة، يأتي على رأسها الجفاف وعدوى الجهاز التنفسي والملاريا، وتعد الصومال من دول المنطقة الحمراء بالنسبة للأمراض المعدية؛ وذلك لارتفاع نسبة الإصابة فيها.

معدل وفيات الأطفال الرضع في محافظة جنين

يوضح الجدول رقم (13) التباين الكبير في معدلات وفيات الأطفال الرضع في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013)، فقد شهدت محافظة جنين انخفاضا كبيرا في معدلات وفيات الأطفال الرضع، فبلغت نسبة التغير -79.9%، ويعود ذلك إلى تحسن الأوضاع السياسية والاقتصادية نوعا ما، وسهولة التنقل بعد الحصار الذي كان مفروضا على الضفة الغربية، وكان هناك اهتماماً خاصاً بالبرامج الصحية وبرامج رعاية الأمومة والطفولة عن طريق زيادة مراكز رعاية الأمومة والطفولة، وزيادة الوعي والتثقيف الصحي لكل من المرأة والمجتمع، والتأكيد على ضرورة مراجعة المراكز الصحية للحفاظ على صحة الأم، قبل الولادة وخلالها وبعدها، وبرامج التطعيم الدورية لكل من الأم والطفل، وما لها من أثر على صحة الطفل، وعند مقارنة عدد حالات الولادة بعدد حالات الوفاة للأشخاص الذين أعمارهم أقل من سنة نجد أن الولادات في محافظة جنين لعام 2004م بلغت (2865) مولوداً¹ بينما توفي 90 طفلاً أعمارهم أقل من سنة (31.4 بالألف) خلال هذا العام، في حين بلغت الولادات في محافظة جنين لعام 2013م (8075) مولوداً،² بينما توفي (51) طفلاً أعمارهم أقل من سنة (6.3 بالألف) خلال هذا العام، أي إن مستوى الولادات في منطقة الدراسة ارتفع إلى الضعف تقريبا بمقابل انخفاض مستوى

¹ مديرية الصحة في محافظة جنين. مصدر سابق.

² المصدر السابق.

الوفيات إلى أقل من النصف تقريباً مما نتج عن ذلك انخفاضاً جيداً في معدل وفيات الأطفال الرضع لعام 2013م.

نلاحظ أيضاً من خلال الجدول رقم (13) أن معدل وفيات الأطفال الرضع في محافظة جنين لا يأخذ نمطاً موحداً، فينخفض تارة ويرتفع تارة أخرى، ويمكن إرجاع ذلك إلى أثر الظروف السياسية واقتصادية والصحية، 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.

نجد أيضاً من الجدول رقم (13) أن الاتجاه الزمني لمعدل وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس يعكس تفوق وفيات الذكور على وفيات الإناث خلال سنوات الدراسة، على الرغم من أن عدد المواليد الذكور هو أكثر من عدد المواليد الإناث في محافظة جنين حسب بيانات وزارة الصحة، وهذا الحال يتفق مع الاتجاه العالمي، فهو نمط مشترك بين معظم البلدان ويعكس تعرض الذكور لقدر أكبر من مخاطر العيوب الوراثية يتعلق بطبيعة تكوين الذكور، فضلاً عن عوامل أخرى تدفع العائلة إلى الموازنة أو عدم الموازنة بين رعاية كلا الجنسين وعدم التفريق بينهما، أما معدل وفيات الأطفال الرضع الذكور من عام 2011-2013 فكانت النتائج عكسية، حيث يشير الجدول رقم (13) إلى معدلات منخفضة لمعدل وفيات الأطفال الرضع الذكور بالنسبة لوفيات الأطفال الإناث، حيث بلغت نسبة الانخفاض في معدل وفيات الأطفال الرضع الذكور ما بين 2004-2013 نحو 81.9%، بينما هذا الانخفاض لدى الإناث بلغ 77.9%.

على الرغم من التقدم الذي حصل على خفض وفيات الأطفال الرضع في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013)، إلا أن هذا المعدل لا يزال مرتفعاً، إذا قورن بمعدل الوفيات الرضع مع محافظات الضفة الغربية خلال الجدول رقم (16).

جدول (16): معدل وفيات الأطفال الرضع لكل ألف ولادة حية في محافظات الضفة الغربية، 2013م.

المحافظة سنة	جنين	طولكرم	نابلس	قلقيلية	سلفيت	رام الله والبيرة	أريحا والأغوار	بيت لحم	الخليل
2013	5.6	4.7	4.7	4.8	2.9	5.6	8.7	3.4	1.8

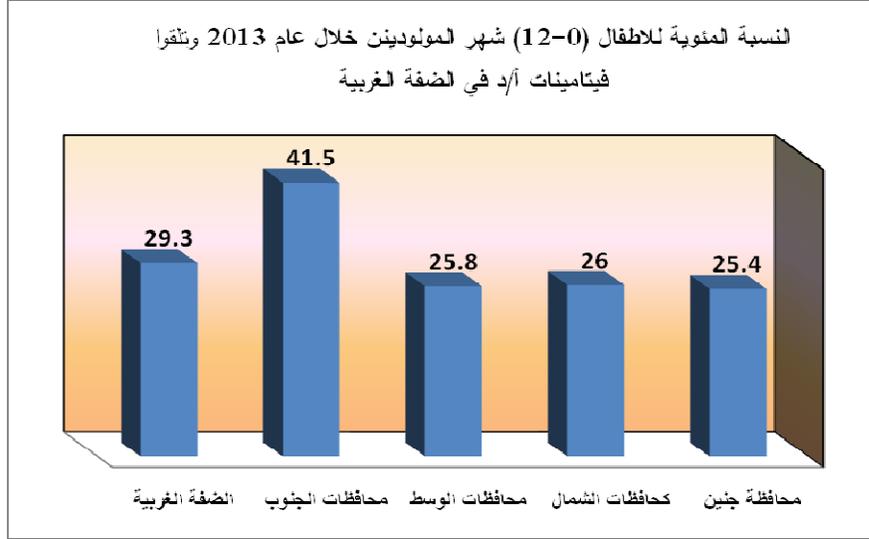
المصدر: التقرير الصحي السنوي فلسطيني 2013. مصدر سابق. 2014م/ 143.

يعود السبب في ارتفاع معدل وفيات الأطفال الرضع في محافظة جنين عن باقي المحافظات لعدة أسباب منها مكان الولادة، حيث بلغت نسبة الولادات التي تتم داخل المستشفيات في محافظة جنين 97% من مجموع الولادات في المحافظة عام 2013م، مقارنة مع الضفة الغربية بلغت نسبة الولادات داخل المؤسسات الصحية 99.2%، في حين بلغت نسبة الولادات في محافظات الشمال 99.4%¹، فكانت محافظة جنين أقل النسب مقارنة مع محافظات الضفة الغربية كاملة. وبالنسبة لعيادات الرعاية الصحية المختصة بالأطفال في محافظة جنين بلغت حسب بيانات وزارة الصحة عيادة واحدة في حين بلغت في المحافظات الأخرى ك نابلس 8 عيادات وسلفيت 8 عيادات.²

يتضح من الشكل رقم (8) أن نسبة الأطفال في محافظة جنين اللذين استخدموا فيتامين أ/ د والذي يعطى للأطفال حديثي الولادة (يحمي هذا الفيتامين الرضيع من الإصابة بالعمى الليلي وداء الكساح) كان منخفض في محافظة جنين بالمقارنة مع الضفة الغربية ومحافظاتها، كما يتبين في الشكل رقم (8) أن ما يقارب 3 أطفال من بين كل 10 أطفال في العمر 0-12 شهرا قد تلقوا هذا الفيتامين، بالمقابل هذه النسبة بلغت الضعف في محافظات الجنوب، وبالتالي هذه العوامل جميعا لها دور في ارتفاع معدل وفيات الأطفال الرضع في محافظة جنين مقارنة مع محافظات الضفة الغربية.

¹ التقرير الصحي السنوي فلسطيني 2013. مصدر سابق. 2014م/ 183.

² المصدر السابق. 36.



شكل (8): النسبة المئوية للأطفال الذين أعمارهم (0-12) شهراً وتلقوا فيتامينات أ/د في الضفة الغربية حسب المنطقة، 2013م.

المصدر: التقرير الصحي السنوي فلسطين 2013. مرجع سابق. 183 /م/2014

2.1.2.4.4 معدل وفيات الأطفال من 1-4 سنوات

تتميز المرحلة الأولى من العمر (1-4 سنة) بأنها مرحلة تربية وإعداد أجيال المستقبل التي تتطلب الكثير من الخدمات الصحية، وعناية خاصة لتهيئة الظروف البيئية الملائمة للحفاظ على صحة وحياة الأفراد، حيث يلاحظ من خلال بيانات جدول رقم (14) أن هناك تغيراً واضحاً وملموساً خلال فترة الدراسة على معدل وفيات الأطفال (1-4 سنوات)، ويشير ذلك أن هذا المعدل انخفض للذكور بنسبة -81.6%، وللإناث بنسبة -77.5% خلال الفترة 2004-2013، على أن هذا الانخفاض لم يكن متدرجاً في السنوات الوسطى بل على العكس ارتفع المعدل في بعض السنوات خصوصاً عامي (2009-2010).

تعتبر وفيات الأطفال في تلك الفئة هي أكثر اعتماداً على العوامل البيئية والاقتصادية والاجتماعية، وبالمثل انخفضت وفيات الأطفال في الأعمار من سنه إلى أربع سنوات بين الذكور والإناث، مما يعكس ذلك زيادة الرعاية الصحية للأطفال، وما يتم القيام به من برامج تطعيم دورية تقدمها وزارة الصحة كخدمات صحية مجانية لغاية عمر 3 سنوات للحفاظ عليها على

صحة الطفل، وبلغ معدل التغطية للتطعيم في محافظة جنين (89.2%) من إجمالي المواليد المبلغ عنهم عام 2013م.¹

3.1.2.4.4 معدلات الوفاة في سن (5-14)

بينت بيانات جدول رقم (13) أن معدل الوفاة يصل إلى أدنى مستوى له في فترة العمر الواقعة بين العام الخامس (5) والعام الرابع عشر (14)، ومن يستعرض دراسات الوفيات في هذه الفئة يدرك أن هذه المرحلة من مراحل العمر أقل فترات العمر في معدلات الوفاة، ويرجع ذلك إن هذه الفئة تتمتع بمناعة ومقاومة جيدة للأمراض، بالإضافة إلى أن أغلبها على مقاعد الدراسة، وبالتالي تستفيد من برامج الصحة المدرسية التي تقدم خدماتها الصحية والطعم لجميع الطلاب على أساس المساواة بين الجنسين.

4.1.2.4.4 معدلات الوفاة في فئات سن العمل (15-64)

تمثل الثروة البشرية عنصراً هاماً من عناصر الإنتاج، ومن ثم فإن الحفاظ على حياة الأفراد في سن العمل ورفع مستواهم الصحي من عوامل زيادة الثروة القومية.

تختلف معدلات الوفاة في فئات سن العمل من فئة لأخرى، وإن كان هناك تغيرات طفيفة منتظمة خلال سنوات الدراسة، إلا إن المعدل ظل ثابتاً دون تغير يذكر في كثير من السنوات المتتالية كما تبين في بيانات الجدول رقم (13)، لكن كان هناك ارتفاعاً في معدلات الوفيات وبنسب كبيرة ابتداءً من سن الأربعين ثم يبدأ بارتفاع مستمر مع زيادة العمر، وذلك بسبب تزايد معدلات الإصابة بأمراض القلب والشرايين الناجمة عن انخفاض القدرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية، وضغوط العمل، ويعتبر التدخين أحد الأسباب التي تؤدي إلى زيادة معدل الوفاة ضمن هذه الفئة.

تبين أيضاً من خلال بيانات جدول رقم (13) أن معدلات الوفيات للذكور أعلى منها في الإناث في الفئة العمرية (15-64 سنة)؛ ويعزى ذلك إلى طبيعة العمل الذي يمارسه الذكور

¹ التقرير الصحي السنوي فلسطين (2013). مصدر سابق. 2014م/ 171.

بمزاولة الأعمال الخطرة التي تتطلب جهداً، وانتقالاً إلى مسافات طويلة أكثر من النساء سعياً وراء العمل، فيكونون أكثر عرضة لحوادث النقل المختلفة، كما أنهم أكثر عرضة للوفاة بسبب تحملهم ويلات الحروب.

5.1.2.4.4 معدلات الوفاة في سن الشيخوخة (65 سنة فأكثر)

ترتبط مرحلة الشيخوخة بالضعف الصحي العام والضعف الجسمي وضعف الحواس كالسمع والبصر، وضعف القوة العضلية وانحناء الظهر وجفاف الجلد وترهله وتصلب الشرايين والتعرض بالدرجة الأكبر للإصابة بالمرض وعدم مقاومة الجسم، وتكون الوفاة حتمية في هذه الأعمار لانتشار أمراض الشيخوخة إضافة إلى قلة الرعاية الصحية لكبار السن نتيجة لعدم توفير المراكز الصحية والخدمات لهم.

تشير بيانات وزارة الصحة كما هو موضح في جدول رقم (13) أن الوفيات تحدث بأعداد أكبر في الأعمار الكبيرة تتراوح نسبة وفيات الفئة العمرية (65 سنة فأكثر) خلال الفترة (2004-2013) حوالي 59% من إجمالي الوفيات المسجلة، ويلاحظ أيضاً من بيانات جدول رقم (13) أن معدل وفيات ذكور كبار السن ترتفع عن معدل وفيات إناث كبار السن؛ ويعزى ذلك لنفس الأسباب التي تم ذكرها في الفئة العمرية (15-64).

2.2.4.4 وفيات الأمهات

يعرف التقيح العاشر للتصنيف الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة وفيات الأمهات بأنها "وفاة امرأة أثناء الحمل أو خلال 42 يوماً من انتهاء الحمل، بصرف النظر عن مدة الحمل ومكانه، من جراء أي سبب متصل بالحمل، أو متعلق بمعالجته ولكن دون أن يحدث ذلك نتيجة حوادث أو عوامل خارجية".¹

¹ فياض، هاشم نعمة: "العلاقة بين الخصوبة السكانية والمتغيرات الاجتماعية-الاقتصادية دراسة حالة العراق". المركز العربي للأبحاث والدراسات السياسية. 2012م / 72.

بلغ عدد وفيات الأمومة المسجلة في محافظة جنين 6 حالات فقط خلال الفترة (2004-2013)، وكان منها 4 حالات في عام 2013، وإذا ما قورن عدد وفيات الأمهات في محافظة جنين مع محافظات الضفة الغربية، كان العدد في جنين أعلى منه في جميع محافظات الضفة الغربية، باستثناء محافظة الخليل، كما يتضح في الجدول رقم (17)؛ ويعود السبب في انخفاض وفيات الأمهات في منطقة الدراسة إلى رعاية الأمهات أثناء الحمل ومتابعته بشكل منتظم من خلال مراكز الرعاية وبالتالي التشخيص المبكر لمشاكل صحية التي تنشأ خلال فترة الحمل وعلاجها، وبهذا تزيد من احتمال الحمل السليم وتقليل من وفيات الأمهات، بالإضافة إلى ارتفاع نسبة استخدام السيدات لوسائل تنظيم الأسرة من أجل المباشرة بين فترات الحمل، كما تم ذكره سابقاً.

جدول (17): عدد حالات وفيات الأمومة المبلغ عنها حسب المحافظات في الضفة الغربية، 2013.

الضفة الغربية	عدد حالات وفيات الأمومة
جنين	4
طوباس	0
طولكرم	0
نابلس	1
قلقيلية	1
سلفيت	1
رام الله والبييرة	0
أريحا والأغوار	0
القدس	0
بيت لحم	1
الخليل	8
المجموع	16

المصدر: التقرير الصحي السنوي فلسطين 2013. مصدر سابق. 2014م/ 158.

5.4 جداول الحياة

تتبع أهمية توفير جداول الحياة لاستخداماتها المتعددة في كافة المجالات وخاصة المجالات الصحية والاقتصادية، حيث يمكن باستخدامها التعرف على أنماط الوفاة السائدة في المجتمع والتباينات بين الجنسين في احتمالات البقاء على قيد الحياة واحتمالات الوفاة حسب الأعمار المختلفة، يمثل أيضاً تاريخاً لحياة فوج من السكان منذ الولادة إلى النقطة التي لا يظل فيها أي فرد من ذلك الفوج على قيد الحياة.¹

1.5.4 العمر المتوقع عند الميلاد في فلسطين

تحسنت الأحوال الصحية والمعاشية على نحو متزايد في فلسطين فتمكنت في تحقيق تقدم في تخفيض معدلات الوفاة الخام ومعدل وفيات الأطفال الرضع ونتيجة لذلك، زادت الحياة المتوقعة ولكن لم يصل إلى مستوى الدول المتقدمة، حيث بلغ توقع البقاء على قيد الحياة عام 2013 في الأراضي الفلسطينية 72.9 سنة بواقع 71.5 سنة للذكور و 74.4 سنة للإناث، مع وجود اختلاف بين الضفة الغربية وقطاع غزة، وبلغ توقع البقاء على قيد الحياة في عام 2013 في الضفة الغربية 73.3 سنة بواقع 71.9 سنة للذكور و 74.8 سنة للإناث، في حين بلغ العمر المتوقع في قطاع غزة 72.3 سنة بواقع 71.0 سنة للذكور و 73.8 سنة للإناث،² ومن أسباب ارتفاع معدلات البقاء على قيد الحياة في فلسطين القضاء على كثير من الأمراض المعدية والطفيلية، من خلال تحصين السكان ضد الجدري وشلل الأطفال، كما أن معدلات الوفيات لدى فئات صغار السن منخفضة جداً، نتيجة لكثير من العوامل التي تم ذكرها سابقاً.

2.5.3 جدول الحياة في محافظة جنين

بناء على معدلات الوفيات حسب العمر والجنس لعام 2013م، والتي تم حسابها من خلال بيانات وزارة الصحة والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، تم عمل جدول للحياة لمحافظة جنين للذكور والإناث.

¹ دائرة الإحصاء العامة-المجلس الأعلى للسكان: جداول الحياة المملكة الأردنية الهاشمية، 2014م/4.

² التقرير الصحي السنوي فلسطين. مصدر سابق. 2014م/33

يبين الجدول رقم (18) والجدول رقم (19) تباينات توقعات الحياة المحسوبة حسب العمر والجنس، حيث كانت توقعات الحياة للإناث أعلى من الذكور، وبلغ توقع الحياة للإناث عند الميلاد في محافظة جنين عام 2013 نحو 70.6 سنة مقابل 68.3 للذكور أي بزيادة مقدارها 2.3 سنة لصالح الإناث؛ ويعزى ذلك التباين إلى العديد من الأسباب التي ذكرت سابقاً منها: التباين في معدلات الوفاة التفصيلية حسب العمر، واختلاف أسباب الوفاة بين الجنسين، وتدني معدلات وفيات الأطفال الرضع بين الإناث.

جدول (18): الحياة للذكور في محافظة جنين، 2013م.

ex	T'x	Lx	lx	ndx	nqx	$1/n+(2)(3)$	$1/2+n/12(2)-(0.09)$	N'mx	Age
68.3	6826914	99594	100000	580	0.0058		X	0.0058	1 >
67.7	6727320	396345	99420	556	0.00559	0.25066	0.47046	0.0014	1-4
64.0	6330975	494035	98864	114	0.00115	0.20011	0.46260	0.00023	5-9
59.1	5836940	493527	98750	89	0.00090	0.20008	0.46258	0.00018	10-14
54.2	5343413	492947	98661	143	0.00145	0.20013	0.46262	0.00029	15-19
49.2	4850466	491632	98518	383	0.00389	0.20036	0.46283	0.00078	20-24
44.4	4358834	484252	98135	2569	0.02618	0.20246	0.46471	0.0053	25-29
40.5	3874582	477710	95566	48	0.00050	0.20005	0.46254	0.0001	30-34
35.6	3396872	477362	95518	91	0.00095	0.20009	0.46258	0.00019	35-39
30.6	2919510	476980	95427	62	0.00065	0.20006	0.46255	0.00013	40-44
25.6	2442530	474332	95365	997	0.01045	0.20097	0.46338	0.0021	45-49
20.9	1968198	467860	94368	1592	0.01687	0.20158	0.46392	0.0034	50-54
16.2	1500338	453657	92776	4089	0.04407	0.20420	0.46625	0.009	55-59
11.8	1046681	427017	88687	3312	0.03734	0.20354	0.46567	0.0076	60-64
7.6	619664	224640	82120	10384	0.12645	0.21274	0.47371	0.0269	65-69
5.5	395024	395024	71736	1.00			(x)	0.0683	+70

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات وزارة الصحة، والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

جدول (19): الحياة للإناث في محافظة جنين، 2013م.

ex	Tx	Lx	lx	ndx	nqx	$1/n+(2)(3)$	$1/2+n/12((2)-(0.09))$	Nmx	Age
70.6	7063543	99524	100000	680	0.0068		(x)	0.0068	1 >
70.1	6964019	395758	99320	634	0.00638	0.25075	0.47053	0.0016	1-4
66.6	6568261	493060	98686	148	0.00150	0.20014	0.46263	0.0003	5-9
61.7	6075201	492542	98538	59	0.00060	0.20006	0.46255	0.00012	10-14
56.7	5582659	492320	98479	30	0.00030	0.20003	0.46253	0.00006	15-19
51.7	5090339	491912	98449	133	0.00135	0.20013	0.46261	0.00027	20-24
46.8	4598427	485745	98316	2334	0.02374	0.20223	0.4645	0.0048	25-29
42.8	4112682	479382	95982	211	0.00220	0.20020	0.46268	0.00044	30-34
37.9	3633300	478160	95771	278	0.00290	0.20027	0.46274	0.00058	35-39
33	3155140	476807	95493	263	0.00275	0.20026	0.46273	0.00055	40-44
28.1	2678333	474725	95230	570	0.00598	0.20056	0.463	0.0012	45-49
23.3	2203608	469892	94660	1363	0.01440	0.20135	0.46371	0.0029	50-54
18.6	1733716	459697	93297	2715	0.02910	0.20274	0.46496	0.0059	55-59
14.1	1274019	440875	90582	4814	0.05315	0.20509	0.46704	0.0109	60-64
9.7	833144	413505	85768	6134	0.07152	0.20694	0.46867	0.0148	65-69
5.3	419639	419639	79634	79634	1.00	(x)	(x)	0.0629	+70

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات وزارة الصحة، والجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

يصاحب ارتفاع توقع الحياة في أي مجتمع من المجتمعات تغير في التركيب العمري للسكان على المدى البعيد، ويتيح لنسبة كبيرة من السكان الوصول إلى أعمار متقدمة. وفي ظل هذه الظروف سيواجه المجتمع تزايداً في حجم السكان في الفئات العمرية المعالمة (65 سنة فأكثر) مما سيؤدي إلى بروز احتياجات متعددة لهذه الفئة من السكان تختلف في طبيعتها عن احتياجات الفئات الأخرى من السكان.

6.4 الزيادة الطبيعية

يخضع النمو السكاني لعاملين رئيسيين وهما الزيادة الطبيعية، والهجرة، وتعتبر الزيادة الطبيعية وحدها المسؤولة عن نمو سكان العالم وزيادتهم.

بلغ معدل الزيادة الطبيعية على مستوى الأراضي الفلسطينية في منتصف عام 2013 حوالي 2.9%، حيث بلغ هذا المعدل في الضفة الغربية نحو 2.6% وبلغ في قطاع غزة نحو 3.4%¹.

يتضح من خلال الجدول رقم (20) إنخفاض معدلات الزيادة الطبيعية، يعود هذا الانخفاض بسبب الانخفاض التدريجي في معدلات المواليد الخام، وإنخفاض في معدلات الوفيات الخام في محافظة جنين كما تم توضيحه سابقاً، وبذلك يتضاعف عدد سكان محافظة جنين خلال (31.6) سنة، بناءً على معدلات الزيادة الطبيعية الذي كان موجوداً خلال العام 2013، بغض النظر عن مساهمة الهجرة في النمو السكاني، وهذا يتطلب سياسة اقتصادية واجتماعية ملائمة لمواجهة زيادة احتياجات السكان من احتياجات أولية، والمساكن، والمرافق والخدمات المتعددة.

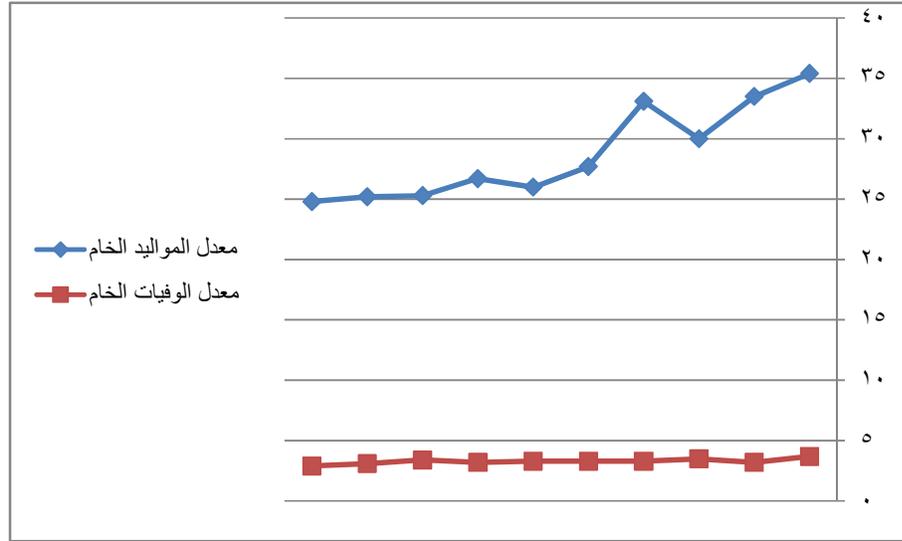
¹ التقرير الصحي السنوي 2013. مصدر سابق. 2014م/ 32

جدول (20): معدلات الزيادة الطبيعية في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013)

السنوات	عدد السكان *	عدد المواليد **	معدل المواليد الخام (بالألف)	عدد الوفيات **	معدل الوفيات الخام (بالألف)	معدل الزيادة الطبيعية (بالألف)
2004	233530	8263	35.4	853	3.7	31.7
2006	246696	7302	30.0	863	3.5	26.5
2007	253558	8388	33.1	849	3.3	29.8
2008	260216	7209	27.7	868	3.3	24.4
2009	267027	6949	26.0	881	3.3	22.7
2010	274001	7034	25.7	882	3.2	22.5
2011	281156	7121	25.3	951	3.4	21.9
2012	288511	7268	25.2	904	3.1	22.1
2013	295985	7350	24.8	848	2.9	21.9

المصدر: اعداد الباحثة اعتمادا على بيانات وزارة الصحة، والجهاز الاحصاء الفلسطيني

يتضح أيضا من خلال الشكل رقم (9) أن الاتجاه العام واضح نحو الانخفاض التدريجي في معدلات الزيادة الطبيعية لسكان محافظة جنين، ويعود ذلك بسبب انخفاض في معدلات المواليد ومعدلات الوفيات، حيث بلغت نسبة الانخفاض في معدلات المواليد ما بين 2004-2013 نحو 29.9%، ويعود ذلك الانخفاض بسبب إنخفاض معدل الخصوبة كما ذكر ذلك سابقا، بينما كان نسبة الانخفاض في معدل الوفيات نحو 21.6%.



شكل (9): معدل المواليد والوفيات والزيادة الطبيعية في محافظة جنين خلال الفترة (2004_2013).

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات وزارة الصحة الفلسطينية.

الفصل الخامس

أسباب الوفيات

1.5 المقدمة

2.5 أسباب الوفيات في العالم والوطن العربي

3.5 أسباب الوفيات في إسرائيل حسب القومية

4.5 أسباب الوفيات في الضفة الغربية

5.5 أسباب الوفيات في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013

6.5 تباينات أسباب الوفيات

الفصل الخامس

أسباب الوفيات

1.5 المقدمة

استفادت فلسطين، كغيرها من الدول النامية من التقدم العملي، والتطور التقني، وبخاصة في مجالات الطب المختلفة، فاستخدام العقاقير الطبية والمضادات الحيوية والمبيدات أدت إلى القضاء على كثير من الأمراض والأوبئة كالجذري والملاريا والتيفوس وغيرها، والاهتمام بالصحة العامة لم يقف عند هذا الحد بل قامت المنظمات الصحية بتوزيع منشورات لتوعية وتنقيف المواطنين، وعملت على توفير اللقاحات والأمصال الواقية من الأمراض المختلفة وبخاصة بين الأطفال الرضع والأطفال في سن الدراسة من خلال المدارس،¹ لكن مع ذلك كان التقدم التكنولوجي في جميع المجالات له الدور الأكبر بارتفاع مستويات التلوث البيئي المحيط بالإنسان سواء كانت ملوثات التربة، والمياه وحتى الهواء، وشمل تلوث معظم ما يتناوله الإنسان سواء من أطعمة أو مشروبات أو عقاقير، أدي لانتشار العديد من الأمراض القاتلة كالأنواع المختلفة للسرطان الفشل الكلوي أو الكبدية أمراض القلب بأنواعها السكتة الدماغية والزهايمر وغيرها من الأمراض.²

عانت مناطق السلطة الفلسطينية المحتلة من ازدواجية المشكلات الصحية فجمعت بين المشاكل التي تصيب الدول النامية كالنقص في المراكز الصحية وسوء التغذية وبين الأمراض الحديثة التي تصيب الدول المتقدمة مثل: أمراض القلب والضغط والسرطان؛ فأسبابها متعددة من بينها طبيعة التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي عاشتها الضفة الغربية، ومواكبة الاقتصاد الإسرائيلي واستخدام أساليب الزراعة الحديثة في كثير من المجالات وخاصة الاستخدام الواسع للمبيدات والكيماويات والهرمونات دون رقابة أو إشراف، بالإضافة إلى وجود الاحتلال وما

¹ التقرير الصحي السنوي - فلسطين 2013. مصدر سابق. 2014م/ 55- 58.

² العضائيلة، محمد. مرجع سابق. 2992م/ 9.

رافقه من الإرهاق النفسي وانعدام الأمن والسكينة والتعرض إلى الاضطهاد والاعتقال أدى إلى ظهور بعض الأمراض النفسية والعصبية وغيرها.¹

تقسم أسباب الوفيات إلى مجموعتين رئيسيتين:

المجموعة الأولى مجموعة الأسباب الطبيعية (الكامنة): وهي في معظمها أسباب بيولوجية ترجع إلى أسباب خلقية، أو تغير سريع في التركيب الوظيفي للجسم وتشمل وفيات الأطفال الرضع في الأيام الأولى من حياتهم وكذلك الأورام الخبيثة وأمراض القلب والجهاز الدموي والتشوهات الخلقية، وسميت بالأسباب الطبيعية؛ لان الإنسان لا دخل فيها، ولا يمتلك القدرة على إيقاف مفعولها أو القضاء عليها.

والمجموعة الثانية مجموعة الأسباب الاجتماعية (الخارجية): وهي الناتجة عن البيئة الجغرافية والظروف المناخية ومواد الغذاء وأحوال المعيشة، وتشمل أمراض الجهاز الهضمي والأمراض المعدية والطفيلية وأمراض الجهاز التنفسي والجهاز البولي والحوادث، وهذه الأسباب كان يمكن تلافيها لولا تقصير المجتمع أو عجزه أو إهماله لذلك سميت أسبابا اجتماعية.²

2.5 أسباب الوفيات في العالم والوطن العربي

عملية مواجهة الدول لمجموعة الأمراض الخارجية، ومحاولة علاجها والقضاء عليها كانت سبباً أساسياً في هبوط معدلات الوفيات، وكانت تلك الأمراض هي المسؤولة عن حدوث وفيات بأعداد كبيرة؛ بسبب سهولة انتشارها وانتقالها، وتعتبر الاكتشافات العلمية المتقدمة وتحسن مستويات المعيشة، والتقدم في المجالات الطبية المختلفة كالجراحة والتطعيم والتقدم الاقتصادي والاجتماعي أسباباً آخر في انخفاض معدلات الوفيات، بينما الوفيات الناتجة عن الأسباب الكامنة لم تحقق انخفاض بنفس السرعة والفعالية، بل زادت نسبة مساهمتها بشكل

¹ السرطاوي، فضل. مرجع سابق. 1995م/ 76.

² الكيخيا، منصور. مرجع سابق. 2003م/ 92.

ملحوظ في معدلات الوفيات مثل: أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية والأورام الخبيثة كما يتضح ذلك من الجدول رقم (21).

يتضح أيضا في الجدول رقم (21) مدى انحسار معدلات الوفاة التي نتجت عن الأمراض المزمنة وأمراض القلب وجهاز الدورة الدموية سواء في الدول النامية أو الدول المتقدمة مقارنة بمعدل وفيات الأورام الخبيثة، التي تزايدت بشكل واضح خلال الفترة (2008-2004)؛ ويعزى تزايد معدل الوفيات في مثل هذه الأمراض في الدول المتقدمة إلى طبيعة هذه الفئات المرضية تتلائم بصورة ايجابية مع طبيعة الملامح الديموغرافية السائدة في هذه الدول وبالذات مع التعمر، إذ أن هذه الأمراض تتزايد مع الأعمار المتقدمة في معظم الأحوال، وأصبحت تمارس خطرا واضحا على حياة سكان الدول النامية والدول المتقدمة، بالإضافة إلى أن عملية الاستفادة من المستوى الصحي والتطور العلمي والتقدم التكنولوجي في تلك الدول توقفت، بحيث أن أي تقدم إضافي في مجال الطب أصبح محدود التأثير، ولم يعد له فعالية كبيرة في هذا المجال، لدرجة انه يمكن أن يؤثر على توقع الحياة، إلا إذا حدثت ثورة طبية واكتشافات جديدة ذات شان كبير.

جدول (21): معدل الوفاة حسب السبب لمجموعة من دول العالم في سنوات مختارة لكل 100000 من السكان، للأعوام (2004، 2008).

الأمراض المزمنة		القلب والأوعية الدموية		السرطان		كل الأسباب		السبب السنة
**2008	*2004	**2008	*2004	**2008	*2004	**2008	*2004	الدولة
20	36	303	515	130	81	805	891	مصر
35		359	586	134	152	1162	1018	العراق
24	59	418	433	153	126	783	711	الأردن
10	32	272	275	81	69	466	454	الكويت
27	46	327	382	75	57	611	679	سوريا
46	110	420	544	112	108	999	941	اليمن
24	26	137	175	143	147	460	441	أمريكا
11	28	102	199	150	135	362	429	ألمانيا
8	45	65	123	169	154	360	387	فرنسا
6	29	66	155	132	132	273	372	إيطاليا
6	39	68	103	119	120	281	284	اليابان
71	112	292	451	171	166	1262	967	مالي
65	235	203	125	100	543	1282	986	السودان

المصدر: * منظمة الصحة العالمية. الإحصاءات الصحية العالمية. مصدر سابق. 2009م/ 47-59.

** منظمة الصحة العالمية. الإحصاءات الصحية العالمية.. مصدر سابق. 2013م/ 47-59 .

يتبين من خلال الجدول رقم (21)، أن أمراض القلب والشرابيين هي المسببة في عدد وفيات أكبر من أي سبب آخر في الدول العربية، في الوقت الذي كانت تشكل فيه الأمراض المعدية سبب الوفاة الرئيسي في الدول العربية ما قبل سنة 1990، وبالتالي أصبحت أسباب الوفيات المبكرة في أغلبها ما بين سنة 1990 و 2010 مرتبطة بأنماط عيش معينة، بحيث أصبح نمط العيش الغربي في الدول العربية يؤثر بشكل كبير، كتفضيل الأكل السريع والغني بالدهون والسكريات، بالإضافة إلى قلة النشاط البدني وكثرة استهلاك الكحول مما تسبب في تدهور أسلوب الحياة وبالتالي زيادة أمراض القلب والشرابيين.¹ على الرغم من ذلك تتميز هذه

¹ أبهى، محمد: أسباب الوفيات في الوطن العربي. (http://science. Ma). 2015.11:28pm 5/18

الظاهرة بقلتها في بعض الدول الفقيرة كالصومال واليمن وموريتانيا، التي تشكل في تلك الدول الأمراض المعدية سبب الوفاة الرئيسي.

يلاحظ من جدول رقم (22) هبوطاً بمستوى الوفيات في العالم بمختلف أقاليمه، وارتبط ذلك بمظاهر التقدم الحضري والاقتصادي والاجتماعي، بناء على ذلك قسمت مستوى الوفيات في العالم إلى نمطين رئيسيين هما: نمط الهبوط في العالم المتقدم، ونمط الهبوط في العالم النامي، كما تم ذكره سابقاً في الفصل الرابع، ولا شك في أن ذلك الهبوط يعود بالدرجة الأولى إلى ضبط كثير من الأمراض المسببة للوفيات، ولكن بدرجات متفاوتة بين النمطين، ويتبين أيضاً من جدول رقم (22) أن الأورام الخبيثة في جميع الأقاليم بقيت دون هبوط، بل زادت نسبته بشكل ملحوظ وأصبح يشكل عامل مؤثر في معدلات الوفيات في تلك الأقاليم، هذا يدل على خطورة وتأثير أمراض السرطان على الرغم من التقدم الطبي الذي تشهده بعض الأقاليم.

جدول (22): معدل الوفيات الناجمة عن أسباب محددة (لكل 100000 من السكان) في أقاليم منظمة الصحة العالمية، للأعوام (2004، 2008).

الأمراض المزمنة	القلب		السرطان		جميع الأسباب		السبب أقاليم المنطقة		
	*2004	**2008	*2004	**2008	*2004	**2008			
	92	126	382	390	147	147	1716	841	الإفريقي
	24	66	169	202	136	130	532	499	الأمريكتان
	109	131	322	365	125	107	987	701	جنوب شرق آسيا
	17	79	238	332	166	142	626	590	الأوروبي
	46	109	344	458	127	101	881	790	الشرق المتوسط
	41	86	184	243	168	139	545	557	غرب المحيط الهادي

المصدر: * منظمة الصحة العالمية_الإحصاءات الصحية العالمية.2009. مصدر سابق

** منظمة الصحة العالمية_الإحصاءات الصحية العالمية.2013. مصدر سابق

نشرت منظمة الصحة العالمية تقييماً لعبء المرض العالمي، وهذا التقييم عبارة عن دراسة ترسم صورة شاملة عن الأحوال الصحية على الصعيدين العالمي والإقليمي، استناداً إلى بيانات وافية مستقاة من جميع مستويات المنظمة، ومقارنات بين الوفيات والأمراض والإصابات المسجلة في عام 2004 حسب المنطقة، واحتوت الدراسة على تفاصيل عن أسباب الوفاة الرئيسية العشرة وتقديرات بشأن 130 من الأسباب الكامنة وراء الأمراض والإصابات، وكانت بعض النتائج اللافتة التي وصلت إليها، أن أسباب الوفاة الرئيسية الخمسة في البلدان منخفضة الدخل كانت: الالتهاب الرئوي، وأمراض القلب، والإسهال، والأيدز، والعدوى بفيروسه، والسكتة الدماغية، أما في البلدان مرتفعة الدخل فإن أمراض القلب تحتل صدارة القائمة متبوعة بالسكتة الدماغية وسرطان الرئة والالتهاب الرئوي والربو/التهاب القصبات.¹

3.5 أسباب الوفيات في إسرائيل حسب القومية

يتضح من الجدول رقم (23) أن السرطان في إسرائيل يتربع على سلم الأسباب المؤدية إلى الوفاة؛ وذلك بسبب ارتفاع معدل الإصابة به، وارتباطه بالتلوث البيئي، ووجود المفاعل النووي الإسرائيلي الذي يعتبر عاملاً من العوامل الرئيسية المسببة للإصابة بمرض السرطان، ولا يقتصر أضراره فقط على إسرائيل بل يمتد بآثاره إلى المناطق المجاورة، بالإضافة إلى نمط الحياة الغربي وتزايد استخدام أساليب الحياة الحضرية كحجم السيارات والمصانع، ولا ننسى أيضاً عوامل الخطر المعروفة المسببة للسرطان مثل التدخين، وتقدم العمر، والخلفية العرقية، والوضع الاجتماعي والاقتصادي.

يتضح أيضاً من الجدول رقم (23) تباين معدلات الوفاة في إسرائيل بسبب السرطان بين اليهود والعرب، فكان معدل الوفاة بسبب السرطان عند اليهود أعلى من معدلها عند العرب، نظراً لتوزيع السكاني لليهود والمترکز في مناطق حيفا وتل أبيب، التي تتميز تلك المناطق بانتشار مصانع البتروكيماويات بحيث تطلق غازاتها السامة في الهواء، وفضلاتها على مصادر المياه، في ظل تغاضي الحكومة الإسرائيلية عن هذه المخاطر لأسباب مادية ومصالح فئوية.

¹ منظمة الصحة العالمية- الإحصاءات الصحية العالمية(2013). مصدر سابق.

جدول (23): معدل الوفيات بسبب أمراض مختلفة في إسرائيل حسب القومية (لكل 100000 نسمة)، 2012م.

العرب	اليهود	سبب الوفاة
84.2	89.1	الأورام الخبيثة
60.8	36.9	أمراض القلب
24.8	14.6	الأمراض القلبية الوعائية
32.6	19.5	أمراض الجهاز التنفسي
18.2	14.2	الأمراض المعدية
34.1	14	داء السكري
17.8	10.1	أمراض الكلى
6.6	4.9	مرض ارتفاع ضغط الدم
104.2	70.4	كل الأمراض الأخرى
406.6	289.1	المعدل

المصدر: أسباب الوفيات في إسرائيل 2012، القدس. نوفمبر 2014. (<http://www.cbs.gov.il>)

كما يلاحظ من الجدول رقم (23) معدل الوفيات السببية عند العرب أعلى منها عند اليهود في كافة الفئات المرضية باستثناء الأورام الخبيثة، فكان معدل الوفاة بسبب نقشي أمراض السكري والقلب والأوعية الدموية في الوسط العربي أكثر منها في الوسط اليهودي، ويمكن تفسير ذلك بأن هناك عدد من الاختلافات بين الوسط العربي والوسط اليهودي المتمثلة بالفروقات الاجتماعية، والديموغرافية، ونمط الحياة، والاختلافات الجينية، بالإضافة إلى عدم المساواة بين اليهود والعرب في الصحة، والدخل، والعمل، والمسكن، على الرغم من أن قانون الصحة الرسمي له تأثير ايجابي على سكان العرب في إسرائيل والذي تجلّى أثره في ارتفاع جميع المواطنين من التامين الصحي.

يمكن تفسير هذه الفروقات أيضا في معدلات الوفاة في إسرائيل؛ بسبب وجود فجوتين بين اليهود والعرب (رجالاً ونساءً)، أحدهما يتعلق بممارسة النشاط الجسماني، والآخر بالتدخين، حيث تبين أن 23.7% من النساء اليهوديات يمارسن النشاط الجسماني، مقابل 8% فقط من

النساء العربيات، أما في صفوف الرجال تبين أن نسبة اليهود الذين مارسوا هذا النشاط قد بلغت ضعفي نسبة العرب (22.7% مقابل 11.2)، كما تبين أن التدخين كان له دور في تلك الفروقات، فكانت نسبة المدخنين في صفوف الرجال العرب مرتفعه- مقارنة بالرجال اليهود، وتبلغ 43.1% مقابل 30.3% في صفوف اليهود، أما بالنسبة للنساء فتعتبر معكوسة، إذ أن نسبة النساء اليهوديات المدخنات (20.8%) تفوق نسبة النساء العربيات المدخنات (9.6%) بثلاثة أضعاف.¹

4.5 أسباب الوفيات في الضفة الغربية

كانت النتائج متشابهة بين أسباب الوفيات في الدول النامية ومع بيانات وزارة الصحة في الضفة الغربية، فأمرض القلب والأوعية الدموية هي المسبب الأول لوفيات فلسطيني المبلغ عنها في العام 2013، تليها أمراض السرطان، وكان المسبب الثالث هي الجلطات الدماغية، وجاء السكري مسببا رابعا للوفيات في فلسطين. وهذه الأسباب الأربعة (وكلها أمراض مزمنة) شكلت ما نسبته (63.5%) من مجموع وفيات 2013، كما بينه الجدول رقم (24)، بينما تم السيطرة على الأمراض المعدية والحد من انتشارها، وارتبطت تلك الزيادة في الأمراض المزمنة بالتغيرات الطارئة على أسلوب الحياة والسلوك وقلة النشاط البدني والعادات الغذائية السيئة.

¹ علي، حيدر (2008): "مؤشر المساواة بين المواطنين اليهود والعرب في إسرائيل". تقرير سيكوي. القدس، حيفا.

جدول (24): معدل الوفيات حسب السبب في الضفة الغربية (لكل 100000 من السكان)،
2013م.

السبب	معدل الوفيات
أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية	38
أمراض الجهاز التنفسي	6
أمراض المعدية	4
أمراض الجهاز البولي والتناسلي	5
الأورام الخبيثة	16
السكري	7
أمراض الجهاز الهضمي	2
أمراض الدماغ	14
أمراض الشيخوخة	3
الحوادث	5

المصدر: التقرير الصحي السنوي فلسطين 2013. مصدر سابق. ص 129.

يتضح أيضاً من الجدول رقم (24) أن أمراض القلب والدماغ والأورام الخبيثة سبباً رئيسياً في ارتفاع معدلات الوفيات في الضفة الغربية، نتيجة لمجموعة من العوامل والظروف التي تسببت في تزايد هذه الفئات المرضية، ولعل أهمها التدخلات الطبية الخاصة بعلاج تلك الأمراض في الضفة الغربية لا تملك فعالية كبيرة للحد من خطورتها وتفايدي وفياتها، وذلك واضح من خلال واقع الدول المتقدمة الذي تم الإشارة إليه سابقاً حينما ظهر أن تلك الدول تعاني من ارتفاع معدلات وفيات تلك الأمراض على الرغم من أنها تعيش مستويات طبية متقدمة إذا ما قورنت مع فلسطين، وهي لن تكون حالها أفضل من تلك الدول على صعيد التقدم الصحي وخاصة أنها تعاني من ظروف سياسية صعبة.

5.5 أسباب الوفيات في محافظة جنين خلال فترة الدراسة (2004-2013)

السبب الرئيس للوفاة لا يعني طريقة الوفاة بل يعني الأمراض أو الإصابات أو المضاعفات التي سببت الوفاة، فتعتبر دراسة أسباب الوفيات من الدراسات التحليلية

المطلوبة، وذلك لأهميتها في تحديد الأمراض والأسباب المنتشرة في المجتمع التي تؤدي إلى الوفاة.

يتناول هذا الجزء من الدراسة تحليل أسباب الوفيات حسب فئات السن والنوع في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013م)، وسيتم استعراض العوامل التي حددت اتجاه هذه الأمراض سواء عند زيادة حالات المرض أو انخفاضها.

نجد أن الإحصاءات المتاحة توفر لنا بيانات كافية عن أسباب الوفاة مصنفة بحسب التقسيمات الدولية القياسية (الدليل الدولي المختصر)، والمجموعات الرئيسية للأمراض، وأسباب الوفاة طبقاً لهذا الدليل تشمل 50 سبباً أو مجموعة، إلا أن الدراسة تقتصر على أهم المجموعات الرئيسية من مجموعات أسباب الوفاة من حيث قوة تأثيرها في منطقة الدراسة، فكانت الأمراض المسببة للوفيات في محافظة جنين والتي بينها الجدول رقم (25) متمثلة في: أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية، أمراض الجهاز التنفسي، وأمراض الجهاز الهضمي، وأمراض الكلى، والأورام الخبيثة، السكري، والأمراض الخاصة بمرحلة الطفولة، والتشوهات الخلقية، أمراض الشيخوخة، وأخيراً الحوادث، وبلغت نسبة هذه الأمراض التي ذكرت حوالي 84.4% خلال الفترة (2004-2013)، في حين الجزء الباقي من الوفيات ترجع إلى أسباب مرضية أخرى لم يتم ذكرها في بيانات جدول رقم (25) وبلغت نسبتها 12.6% منها: أمراض الدم وأعضاء تكوين الدم، أمراض الغدد الصماء والتغذية، وأمراض الجهاز العصبي وأمراض الاضطرابات العقلية، وأمراض الجلد، بالإضافة إلى أمراض الجهاز الهيكلي العضلي ومضاعفات الحمل والولادة والنفاس وغيرها.

يشير الجدول رقم (25) إلى أن أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية شكلت خلال الفترة 2004-2013 ما نسبته 43% من مجموع الوفيات في محافظة جنين، ويعزى ذلك إلى الضغوط النفسية التي يعاني منها السكان، كما بلغت نسبة الوفيات بسبب الأورام الخبيثة ما نسبته 10.7%، وبالتالي هذا يدل على بروز مشاركة النمط الكامن في أسباب الوفيات في محافظة جنين بنسب ليست قليلة، واحتلاله المواقع الأولى في قائمة الأمراض المسببة للوفيات، الأمر

الذي يحفز الجهات المسؤولة نحو مواصلة الاهتمام بهذه الفئات المرضية، لأن استمرارية مشاركة هذا النمط المرضي في الوفيات تعني بعض القصور في الجوانب الصحية الماثلة في محافظة جنين، هذا فضلا عن الظروف البيئية المحيطة قد تتسم هي الأخرى بمزايا سلبية تهيئ المناخ لمثل هذه الأمراض، في حين أمراض الجهاز الهضمي فقد حققت أقل النسب.

جدول (25): معدل الوفيات حسب السبب في محافظة جنين (كل 100000 من السكان)، خلال الفترة (2004-2013).

المعدل	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	السنة	السبب
3720	122.3	126.9	167.5	147.1	132.2	151.4	149.3	168.4	142.5	100.6		أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية
471	17.2	21.5	18.9	19.7	20.2	13.8	16.7	15.8	16.2	17.5		أمراض الجهاز التنفسي
65	4.7	2.1	2.1	2.9	1.9	2.7	2.4	1.6	1.7	2.1		أمراض المعدية
361	18.9	17.3	24.9	19.3	9.7	9.6	8.3	8.5	9.6	6.8		أمراض الكلى
928	37.2	37	35.6	29.9	37.1	32.7	33.4	35.6	30.3	42.6		الأورام الخبيثة
650	29.7	31.9	22.8	17.9	36.3	30.7	25	16.6	18.3	13.6		السكري
462	9.1	11.4	15.3	26.3	27	18.1	17.9	15.8	17	18.3		أمراض خاصة بمرحلة الطفولة
275	8.1	12.1	8.5	9.1	10.5	10	10.7	9.3	15.4	11.1		التشووهات الخلقية
321	7.1	8.3	11.7	12.4	12.7	15.4	14.7	17	12.1	11.5		أمراض الشيخوخة
312	16.2	13.9	8.2	11	17.6	13.1	10.7	8.5	8.3	9.4		الحوادث
52.6	16.2	31.1	23.6	26.8	24.9	36.9	48.3	128.5	154.6	220.1		غير ذلك

المصدر: إعداد الباحثة اعتماد على بيانات وزارة الصحة.

جدول (26): أسباب الوفيات الرئيسية في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013). (%).

السبب	السنة	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	المجموع
أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية		27.7	45.1	48.2	44.3	45.4	40.1	45.7	49.5	40.5	42.7	43
أمراض الجهاز التنفسي		4.8	5.1	4.5	5	4.2	6.1	6.1	5.6	6.9	6	5.4
أمراض المعدية		0.6	0.5	0.5	0.7	0.8	0.6	0.9	0.6	0.7	1.7	0.8
أمراض الكلى		1.9	3	2.4	2.5	2.9	3	6	7.4	5.5	6.6	4.2
الأورام الخبيثة		11.7	9.6	10.2	9.9	9.8	11.2	9.3	10.5	11.8	13	10.7
السكري		3.8	5.8	4.8	7.4	9.2	11	5.5	6.7	10.2	10.3	7.5
أمراض خاصة بمرحلة الطفولة		5	5.4	4.5	5.3	5.4	8.2	8.2	4.5	3.7	3.2	5.3
التشوهات الخلقية		3.1	4.9	2.7	3.2	3	3.2	2.8	2.5	3.9	2.8	3.2
أمراض الشيخوخة		3.2	3.8	4.9	4.4	4.6	3.9	3.9	3.5	2.7	2.5	3.7
الحوادث		2.6	2.6	2.4	3.2	3.9	5.3	3.4	2.4	4.4	5.7	3.6
غير ذلك		35.6	20	14.9	14.1	10.8	7.4	8.2	6.8	9.7	5.5	12.6
المجموع		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

المصدر: إعداد الباحثة اعتماد على بيانات وزارة الصحة.

عند دراسة الوضع بصورة محددة أكثر وذلك بتناول كل سنة من سنوات الدراسة لمعرفة الأمراض المسيطرة، وكانت الفئات المرضية السالفة الذكر هي نفسها التي تهيمن في كل سنة من سنوات الدراسة، ولكن مع مفارقات في نسب الوفيات من سنة لأخرى.

1.5.5 أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية

تبين من الجدول رقم (26) أن أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية في زيادة مستمرة خلال الفترة (2004-2013)، حيث بلغت نسبة هذا الارتفاع 21.6% خلال هذه الفترة، ويحتل كل من روماتيزم القلب وضغط الدم والتهاب عضلة القلب وتليفها المراتب الثلاث الأولى في أسباب الوفاة من بين جملة أمراض القلب كما بينتها الدراسة، ويعود ذلك إلى وجود كبار السن في المجتمع، وإلى الازدياد الكبير في عدد الأشخاص الذين يعانون من زيادة الوزن والتدخين، والانشغال بهوم الحياة اليومية التي تعتبر من أهم عوامل المخاطرة التي تؤدي إلى ظهور أمراض القلب والشرابيين.

بالإضافة إلى ذلك لا يوجد مؤشر خطورة يدل عليها، ومعظم هذه المؤشرات تكون مؤشرات صامتة، وعند ظهور أعراض هذه الأمراض، يعني ظهور مضاعفاتها العديدة وأهمها أمراض شرابيين القلب التاجية والداغية، لذلك تبقى الفحوصات والتي في العادة هي مخبرية مثل فحص مستوى السكر والكوليسترول والدهنيات في الدم وقياس ضغط الدم بجهاز خاص هي الأساس في الاكتشاف المبكر للأمراض.¹

على الرغم من الإنجازات والتطورات المتقدمة التي تمت في السنوات الأخيرة وساهمت في علاج مرض الشريان التاجي من خلال التدخل الجراحي في العلاج عن طريق استكشاف الشبكات الداعمة، إلا أن حجر الأساس في علاج أمراض القلب المزمنة هو التغيير في نمط وعادات الفرد فهي الأكثر فعالية للوقاية ولإيقاف تطور المرض.

¹ رزق، حسين حسن. "القلب وظائفه وأمراضه". كلية الطب، جامعة القاهرة. 2002م/3-4.

2.5.5 الأورام الخبيثة

تعتبر الأمراض السرطانية السبب الثاني من أسباب الوفيات في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013) حسب الجدول رقم (26)، وكانت اتجاهاته متذبذبة بين الارتفاع تارة والانخفاض تارة أخرى، ويعتبر من أخطر الأمراض التي يعاني منها المجتمع، وهاجسا مقلقا لدى السكان في محافظة جنين بعد أن تضاعفت معدلات الإصابة به وازدادت بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة، وبلغت نسبة وفيات الأمراض السرطانية خلال الفترة 2004-2013 نحو 10.7%، وغالبية المصابين من الشبان والأطفال؛ ويعزى ذلك بسبب انتشار مكبات النفايات بالقرب من الأراضي الزراعية والآبار الارتوازية، والضغط النفسي الذي تسبب فيه التضيق السياسي والاقتصادي الذي يمارسه الاحتلال ضد المواطنين الفلسطينيين، بالإضافة إلى تعرض بعض القرى الفلسطينية إلى ملوثات إسرائيلية كأبراج الاتصالات في المستوطنات التي تحيط ببعض القرى.

كما أن إمكانيات العلاج المتوفرة في الضفة ليست جيدة، وغير كافية ولا تغطي جميع الحالات، فهناك نقص بعض أنواع التصوير الخاصة بالعظام "مسح العظام" التي يتزايد الطلب عليها، والعلاج الإشعاعي للسرطان متوفر في مستشفى المطمع بالقدس فقط، مما يتطلب أولاً الحصول على تحويله طبية من السلطة، ثم الحصول على تصريح إسرائيلي للسماح بدخول القدس، وأحياناً يتم رفض طلبات المرضى، وحول إمكانيات التشخيص المبكر للمرض وقدرات الأطباء في هذا المجال، لا يتوفر بعض الفحوصات "مما يؤدي إلى تأخير في التشخيص"، على الرغم من ارتفاع معدل الإصابات بأمراض السرطان في إسرائيل إلا أنها تقدم تعويضات مالية عالية وتأمينات من الحكومة، كما توفر العلاج لمرضاها بشكل كامل، حيث تم تخصيص مستشفى كامل لهذا الغرض، وتجري فحوصات بشكل شبه دوري.

يأتي سرطان الجهاز الهضمي في مقدمة السرطانات المؤدية للوفاة في محافظة جنين كما بينت الدراسة خلال الفترة 2004-2013 حيث بلغت نسبته حوالي 37% من مجموع الوفيات المسجلة بسبب السرطان، تلاه سرطان الرئة بنسبة 27%، ثم سرطان الدم بنسبة 10%،

سرطان الثدي بنسبة 9.8%، سرطان الدماغ بنسب 8%، السرطانات الخمسة التي تم ذكرها سابقا تشكل حوالي 91.8% من حالات السرطان التي تؤدي للوفاة في محافظة جنين.¹

3.5.5 السكري

يعدّ السكر من المواد الرئيسية التي تحتاجها خلايا الجسم لتغذيتها وإنتاج الطاقة اللازمة لكي يستطيع الجسم القيام بوظائفه الحيوية المختلفة، (وهو هرمون تنتجه غدة البنكرياس التي تقع في تجويف البطن خلف المعدة ويعتبر المنظم الرئيسي لمستوى الجلوكوز في الدم)، ويصاب الإنسان بالسكري نتيجة عجز البنكرياس عن إفراز هرمون الأنسولين أو إفرازه بكميات غير كافية أو غير فعالة، ما يؤدي إلى عدم دخول الجلوكوز إلى خلايا الجسم وبقائه في الدم بكميات أعلى من المستوى الطبيعي، وبذلك تحدث حالة ارتفاع السكر في الدم.²

تبين من الجدول رقم (25) أن اتجاه معدل الوفيات الناجمة عن السكري خلال فترة الدراسة أخذت بالارتفاع، حيث بلغ معدل الوفيات بسبب أمراض السكري في محافظة جنين 14 حالة لكل 100 ألف نسمة عام 2004 وارتفعت إلى 30 حالة لكل 100 ألف نسمة عام 2013، وذلك بسبب طبيعة الحياة والعمل وانتشار الوجبات السريعة الغنية بالسعرات الحرارية ذات النسب العالية من الدهون، وقلة النشاط البدني، وزيادة التوتر النفسي، والعامل الوراثي بالإضافة إلى أن هناك فئة من المصابين لا يعلمون أنهم مصابون بهذا المرض مما يؤخر من إمكانية علاجهم متسبباً في حدوث مضاعفات خطيرة لهم.

ويعاني مرضى السكري من مجموعة من المضاعفات الناتجة عن عدم السيطرة على المرض لديهم، ولعل أبرز هذه المضاعفات هي: أمراض القلب وارتفاع ضغط الدم، واعتلال الأعصاب الطرفية، واعتلال شبكية العين، واعتلال الكلى، والجلطات الدماغية، والقدم السكري.³

¹ مديرية الصحة في محافظة جنين - وزارة الصحة الفلسطينية.

² صبرة، رنا: الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس دراسة في الجغرافيا الطبية. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2003م/ 82

³ وليد رواجية، طبيب عام.

4.5.5 أمراض الجهاز التنفسي

يبين الجدول رقم (25) أن اتجاه فئة أمراض الجهاز التنفسي تختلف عما هو سائد لدى فئة الأمراض السالفة الذكر، إذ تبدو هذه الفئة المرضية تسير سيراً متقارباً خلال فترة الدراسة كنسب ثابتة نوعاً ما، بلغ معدلها خلال الفترة 2004-2013 ما يقارب 18 حالة وفاة لكل 100 ألف نسمة، ويعتبر الالتهاب الرئوي من الأمراض الرئيسية المسببة لوفيات أمراض الجهاز التنفسي، ويعد التلوث البيئي بجميع أشكاله أحد المشكلات الرئيسية المسببة لأمراض الجهاز التنفسي، لتعرض مختلف المناطق الفلسطينية لكثير من المؤثرات البيئية العنيفة، مثل التزايد الكبير في عدد المركبات، وزيادة الهائلة في حجم النفايات الصلبة والسائلة، والاستخدام المفرط للمركبات الكيماوية في الزراعة، بالإضافة إلى المستوطنات الإسرائيلية في محافظة جنين وقذف مخلفاتها للمناطق المجاورة بدون أي اكتراث لتأثيراتها على السكان والبيئة ضاعف من حجم المشاكل البيئية.

محافظة جنين تعاني من ازدواجية هذه المشاكل؛ بسبب كون هذه المنطقة مركزاً للزراعة، وتصنيع الدخان في الضفة الغربية بالإضافة إلى اتساع صناعة الفحم في منطقة يعبد بشكل خاص، حيث زاد عددها في البلدة من بضع "مشاحر" إلى أكثر من 20 مشحرة¹ في الوقت الحاضر، ومع أن هذه "الصناعة" أصبحت تشكل بالفعل مصدر دخل رئيسي وتعتبر المستوعب الأهم للقوى العاملة فيها، إلا أن التوسع الحاد والعشوائي لهذه الصناعة قد أدى إلى مضاعفات بعيدة الأثر من النواحي البيئية والصحية، وقد وصل حجم الأضرار الناجمة عنها لمستويات مقلقة جداً بالنسبة للمجتمع المحلي، بسبب استنشاق للغازات المنبعثة منها، أدى إلى ظهور أمراض عديدة مثل أمراض الجهاز التنفسي، وسرطان الرئة، وقد وصلت معدلات التلوث في مناطق كثيرة درجة الخطورة، فمن المعروف بأن أكاسيد الكبريت تؤدي إلى تفاعلات التهابية في القصبات الهوائية، ويمتلك غاز أول أكسيد الكربون قدرة على الاتحاد مع الهيموجلوبين 200 مرة أكثر من الأكسجين، وبالتالي فإنه يؤدي إلى التسمم الحاد والصداع والدوخة والغثيان والفضل

¹ وزارة الحكم المحلي. مصدر سابق.

التنفسي،¹ كما كان لانتشار مقالع الحجارة في بعض مناطق محافظة جنين دور في نسبة الإصابة بالأمراض التنفسي.

5.5.5 أمراض الكلى

تقسم أمراض الكلى إلى قسمين هما: التهاب النسيج الكلوي الذي يسبب رشحا في الأنسجة وبشكل خاص الأطراف السفلى بسبب ما يتخلف في الدم من مواد كيميائية، ومع مرور الوقت يصاب المريض بارتفاع في ضغط الدم وضعف في القلب، كما يتكون الزلال في بول المريض. والقسم الثاني الإصابات الجراحية للكلى بسبب إصابتها بالحصى، وبالتالي بالأورام، ويسبب ذلك انحسار البول مع ألآم شديدة، غير إن الإصابة بالأمراض الجراحية للكلى يبقى أقل خطرا من التهاب النسيج الكلوي.

يتبين من خلال الجدول رقم (25) أن أمراض الكلى متذبذبة بين الانخفاض تارة والارتفاع تارة أخرى، ولكنها كانت تأخذ بالارتفاع خلال السنوات الأخيرة من الدراسة، فبلغ معدلها ما يقارب 6 حالات لكل 100 ألف نسمة عام 2004 في حين بلغت 19 حالة لكل 100 ألف نسمة عام 2013، والإصابة بهذا المرض تنتج عن استخدام المياه الملوثة، والظروف البيئية والاقتصادية والوراثية، بالإضافة إلى استخدام المبيدات والمواد الحافظة في الأغذية، والأعداد تتزايد بسبب معاناة مرضى الفشل الكلوي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية بشكل عام، وفي محافظة جنين بشكل خاص، ففي مستشفى جنين الحكومي هناك وحدة واحدة لغسيل للكلى تم افتتاحها بتاريخ 2002/1/19، وكان مرضى الكلى في المحافظة قبل ذلك يتوجهون إلى المستشفى الوطني بنابلس، وتعاني هذه الوحدة من عدم وجود طبيب أخصائي كلى، ليس في الوحدة فحسب وإنما في مستشفى جنين ككل، وعوضا عن ذلك يتم الاستفادة من خدمات أطباء الكلى في المستشفى الوطني في نابلس عند الحاجة، ولا يتم تزويد الوحدة بالمواد الكافية لفترات طويلة مما يسبب نقصا في أوقات الحاجة، ولا تزال عمليات الشنط التي يتطلب إجرائها

¹ التفكجي، محمد: " الجوانب الصحية والبيئية لصناعة الفحم في عجلون"

للمرضى لتأهيلهم لغسيل كلابهم بأنفسهم، تجري في مدينة رام الله، مما يزيد من معاناة المرضى على الطرق.¹

6.5.5 الأمراض المعدية والطفيلية

فئة الأمراض المعدية والطفيلية انخفضت نسبتها خلال فترة الدراسة حسب الجدول رقم (26)، حيث بلغت نسبتها في العام 2004 حوالي 0.08% من مجموع الوفيات في حين بلغت نسبتها في العام 2013 حوالي 0.04%، ولم تسجل في محافظة جنين خلال فترة الدراسة (2004-2013) أية حالة جذام أو دفتيريا أو طاعون، كما لم تسجل أية حالة لمرض شلل الأطفال أو مرض الكلب أو الكوليرا، أو الحمى الصفراء، أو حمى النيل الغربي، وسجلت حالة سل واحد عام 2007.²

وزارة الصحة والجهات الأخرى المعنية لها الدور الكبير في مكافحة هذه الأمراض وبالتالي تخفيض معدلات وفياتها، ويتضح من خلال الاهتمام بالبرنامج الخاص بقسم التطعيم الإجباري للأطفال في فترة زمنية محددة، والاستمرار في تغطية ذلك على المدى البعيد، ولا شك في أن التطعيم، والتلقيح ضد هذه الأمراض يلعبان دورا كبيرا في المقاومة عن طريق إعطاء المناعة الضرورية للمواطن، ولم تقف جهود وزارة الصحة عند هذا الحد، بل تعدتها لتشمل الاهتمام بتحسين صحة البيئة، والتنظيف والإرشاد الصحي ومحاولة إيصاله لكل مواطن.

7.5.5 الحوادث

الوفيات الناتجة عن الحوادث عرفت وزارة الصحة الفلسطينية بأنها: الأمراض الطارئة على الأفراد والناتجة عن حوادث الطرق، والتسمم، والسقوط، والنار والدخان، والغرق، والقذائف الصاروخية والرصاص بأنواعه، الحوادث المنزلية، وحوادث السيارات.

¹ معاناة مرضى الفشل الكلوي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية. تقرير 27. كانون الأول. 2003م/7.

² مديرية الصحة في محافظة جنين - وزارة الصحة.

نجد من خلال بيانات الجدول رقم (26) أن الحوادث ساهمت في 2004 بنسبة 2.6% من الوفيات، في حين ارتفعت إلى 5.7% عام 2013، والوفيات الناتجة عن حوادث السير كانت مرتفعة بلغت نحو 55% من المجموع الكلي لوفيات الحوادث؛¹ يعود ذلك إلى عدة أسباب من بينها الزيادة السنوية التي يشهدها البلد في عدد المركبات وكثافة حركة السير على الطرق، وسوء تصميم وتعبيد الطرقات التي تمت بطريقة غير ملائمة لحركة السير الآمنة عليها، بالإضافة إلى تدني مستوى الوعي المروري لدى الأفراد، ولا ننسى في هذا المجال عوامل السرعة والإهمال والطيش في القيادة واستهتار السائقين بشروط القيادة الآمنة على الطرقات، وخطو طرق محافظة جنين من الإشارات المرورية والتحذيرية.

6.5 تباينات أسباب الوفيات

من المفيد جدا تسليط الضوء على اختلاف أسباب الوفيات في المجتمع تبعا لمجموعة من المتغيرات كالعمر والجنس، ولهذه المتغيرات تأثير على ظاهرة الوفاة وخاصة الفئات المرضية المسببة لها، وتم اختيار متغير العمر والجنس بسبب توفر معلومات عنها في نموذج تبليغ الوفاة.

1.6.5 أسباب الوفيات حسب العمر

أهم محددات مستوى الوفيات والفئات المرضية في المجتمع هو التركيب العمري، فالوفيات تتأثر بشكل كبير بعامل العمر كما اثبتت الدراسة ذلك سابقا في الفصل الرابع، ويلاحظ من خلال دراسة بيانات جدول رقم (27) أن في كل فئة عمرية سبب وفاة مميز يحتل المرتبة الأولى في قائمة أسباب الوفيات لتلك الفئة، فعلى سبيل المثال: أمراض خاصة بمرحلة طفولة تحتل المرتبة الأولى في الفئة العمرية أقل من سنة، حققت 42.9% من مجموع وفيات تلك الفئة، تتأثر وفيات هذه الفئة العمرية بشكل كبير بأسباب الوفيات الخارجية التي غالبا ما ترتبط بظروف البيئية والغذاء والمعيشة المحيطة بأفراد هذه الفئة، واحتلت أمراض خاصة بمرحلة طفولة نفس المرتبة في الفئة العمرية (1-4)، وكان هناك تطابق كبير بين هذه الفئة والفئة التي

¹ مديرية الصحة في محافظة جنين - المصدر نفسه.

سبقتها، حيث إذا وجد تقصير في الظروف المحيطة بأفراد الفئة الأولى فسيتمد إلى الفئة (1-4)، أما في الفئة العمرية (5-14) والفئة (15-29) كانت الحوادث المسبب الرئيسي في وفياتها، ويرجع ذلك إلى أن الأفراد هنا يتسمون بكثرة التنقل وقمة الحركة والنشاط، في حين كانت الأورام الخبيثة تحتل المرتبة الأولى في الفئة العمرية (30-44)، وأمراض القلب وجهاز الدورة الدموية تحتل نفس المرتبة في الفئة العمرية (45-74)؛ ويرجع بروز هذه الأسباب في هذه الفئة العمرية أنها تستجيب لهذه الأمراض، إذ تبدأ الأعمار هنا بدخول مرحلة كبر السن، بينما احتلال أمراض الشيخوخة المراتب الأولى في الفئة العمرية 75 فما فوق، ينتج ذلك لعدة أسباب، سيتم توضيح ذلك لكل فئة عمرية على حدة.

جدول (27): أسباب الوفيات حسب العمر في محافظة جنين خلال الفترة 2004-2013. (%)

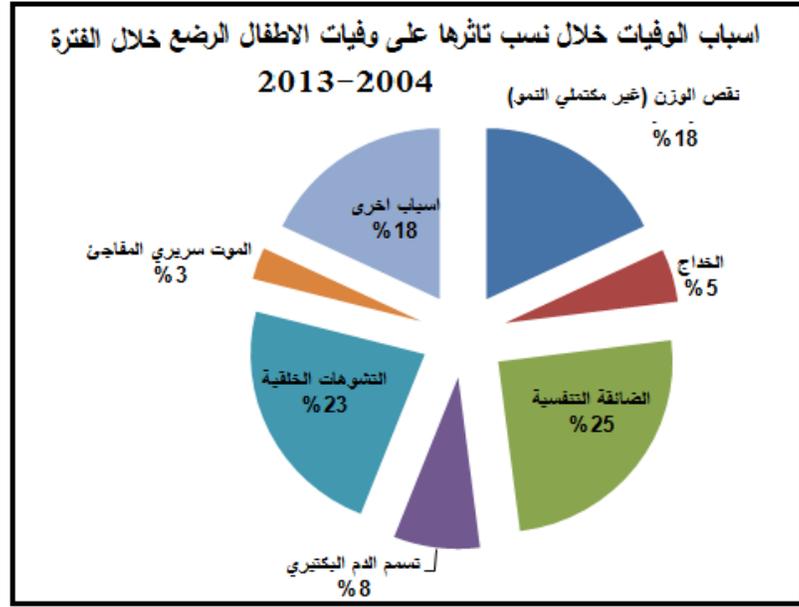
فئات العمر	أقل من سنة	4-1	14-5	15-	30-44	45-59	60-74	75 فما فوق	السبب
أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية	1	5.8	4.7	7.8	24.6	43.2	54.7	7.6	
أمراض الجهاز التنفسي	26	11.5	10.7	5.4	4.5	4	4.8	4.6	
أمراض المعدية	0.1	-	-	0.3		0.3	0.2	0.4	
أمراض الجهاز البولي والتناسلي	1.2	0.6	3.4	3.9	2.9	5.2	5.2	3.8	
الأورام الخبيثة	0.3	6.4	10.7	8.8	25.9	20.2	16.1	9.2	
السكري			0.7	0.5	2.9	10.3	12.4	7.6	
أمراض خاصة بمرحلة الطفولة	42.9	19.9	5.4	1.8	0.5	0.1	0.04		
التشووهات الخلقية	16.4	8.3			1.6	0.1	0.04	0.02	
أمراض الشيخوخة							1	8.9	
الحوادث	2.8	26.9	38.2	59.3	23.8	7.5	1.9		
غير ذلك	9.3	20.6	26.2	12.2	13.3	9.1	3.6	57.9	
المجموع	100	100	100	100	100	100	100	100	

المصدر: إعداد الباحثة اعتماد على بيانات وزارة الصحة.

1.1.6.5 الفئة العمرية (اقل من سنة) الأطفال الرضع

هناك أسباب يتم إدراجها في شهادة تبليغ الوفاة تحت مسمى الأسباب التي تؤدي إلى وفيات الأطفال الرضع، وتختلف هذه الأسباب حسب نسب تأثيرها بشكل مباشر أو غير مباشر على وفيات الأطفال الرضع، تفيد البيانات في الشكل رقم (10) أن أهم الأسباب المؤدية لوفيات الأطفال الرضع في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013) تمثلت في أمراض الجهاز التنفسي بما فيها الضائقة التنفسية (25%)، والتشوهات الخلقية (23%)، ونقص الوزن غير مكتملي النمو (18%)، والتسمم البكتيري وأعراض الموت السريري المفاجئ (11%)، ولعل أهم ما يمكن ملاحظته أنه تم التقليل من الوفيات الناتجة عن أمراض الجهاز الهضمي والجفاف للأطفال الرضع.

بالرغم من ذلك فمهما كان السبب الرئيسي الذي يؤثر على وفيات الأطفال الرضع، فإن جزء من هذه الأسباب ترجع بشكل رئيسي إلى الأم، من ناحية الرعاية الصحية لها قبل الحمل وأثناءه وبعده، حيث أن الرعاية كلما كانت جيدة لها انعكس ذلك على صحتها وصحة طفلها، ولكن في نفس الوقت يمكن إرجاع ذلك أيضا للأوضاع الاقتصادية والسياسية التي تعاني منها الأراضي الفلسطينية وانعكاسها على مسببات وفيات الأطفال الرضع.



شكل (10): أسباب الوفيات خلال نسب تأثيرها على وفيات الأطفال الرضع في محافظة جنين

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات وزارة الصحة.

ومن أهم أسباب وفيات الأطفال الرضع:

1.1.1.6.5 أمراض الجهاز التنفسي

تعتبر أمراض الجهاز التنفسي السبب الأول لوفيات الأطفال الرضع في محافظة جنين خلال فترة الدراسة حسب شكل رقم (10)، فهو من أهم الأجهزة التي تتعرض لاضطرابات ما بعد الولادة، ويتعرض الأطفال منذ لحظة ولادتهم إلى مشاكل بما فيها الالتهابات، ويمكن إرجاع ذلك إلى سوء تناول الغذاء المناسب والمكملات الغذائية التي تقلل من الإصابة بالتهاب الجهاز التنفسي، فالغذاء المناسب يساعد في تجنب أمراض الجهاز التنفسي، كما انعكست الأوضاع السياسية على صحة الأم فمثلاً: إطلاق الغازات المسيلة للدموع يؤثر استنشاقها على وضع الجنين وصحة الأم، بالإضافة إلى وجود مشاكل في الجمجمة وبالتالي تأثر مركز التنفس، و إصابة الحنجرة بأمراض أو أورام مما يؤدي إلى ضغط عليها، وبالتالي حدوث ضيق التنفس، وحصول فتق في الحجاب الحاجز الذي هو أساس التنفس.¹

¹ الشام، صباح حسن: "التحليل المكاني لوفيات الأطفال الرضع المسجلة في محافظة المثنى للمدة (1996-2010)".

جامعة الكوفة، العراق. 2013/ 61-63.

2.1.1.6.5 التشوهات الخلقية

احتلت التشوهات الخلقية السبب الثاني لوفيات الأطفال الرضع في محافظة جنين كما هو مبين في الشكل رقم (10)، حيث يتعرض الطفل عادة إلى حدوث تشوهات خلقية في القلب، وصغر حجم الرأس، وعتامة العينين، وتضخم الكبد والطحال، بسبب الأمراض المزمنة التي تصيب الأم وخاصة مرض السكري وعدم تنظيم الحمية الغذائية وجرعات الأنسولين قبل الحمل وأثناءه، مما تؤدي إلى زيادة احتمالات حدوث تشوهات خلقية وخاصة تشوهات القلب والشفة الارنبية وسقف الحلق المفتوح أو عيوب أخرى مثل الأنبوب العصبي المفتوح، بالإضافة إلى تناول بعض الأدوية وخاصة في الشهور الأولى من الحمل دون استشارة الطبيب المختص، وتعرض الحامل لارتفاع درجة الحرارة لما فوق 39-40 درجة، حتى لو كانت لمدة يوم واحد فقد تصيب الجنين عادة بعيوب الأنبوب العصبي، أو حتى عند ارتفاع درجة الحرارة بصورة غير مرضية مثل استخدام حمام الساونا لأكثر من ساعة.

2.1.6.5 الفئة العمرية (1-4)

يلاحظ من خلال بيانات جدول رقم (27) أن هناك تشابه كبير بينها وبين الفئة السابقة، فإذا كان هناك تقصير في الظروف المحيطة بأفراد الفئة الأولى سيتمد إلى الفئة العمرية (1-4). وإن كانت الأمهات والأهل تتسبب بإصابة الأبناء بتلك الأمراض في هذه الفئة، إلا أن الظروف الاقتصادية والاجتماعية والبيئية المحيطة لها أيضا دور في أسباب وفيات تلك الفئة، وخصوصا أفراد هذه الفئة غالبا ما يتميزون بعدم خضوعهم لإرشادات الأهل وعدم وعيهم وإدراكهم، مما يجعلهم عرضة للإصابة بالأمراض التي تتولد مما حولهم، ولعلنا نؤكد ذلك من خلال دخول الحوادث كسبب وفاة في هذه الفئة، وهذا ناتج عن خروج الطفل وابتعاده عن المراقبة ونظرا لتميزه في هذه الفترة بالحركة والنشاط الزائد مما يعرضه للحوادث أولا، وللأمراض التي تنتقل عن طريق الطعام والمياه ثانيا.

3.1.6.5 الفئة العمرية (5-14)

تبين من خلال بيانات الجدول رقم (27) أن أسباب وفيات تلك الفئة كانت مختلفة عن أسباب وفيات الفئات السالفة الذكر، فيلاحظ أن الحوادث بشكل عام قد ترأست في هذه الفئة قائمة أسباب الوفيات بنسبة 38%؛ ويرجع ذلك إلى أن الأفراد هنا يتسمون بكثرة الحركة والتنقل بين حين وآخر، خصوصاً تعتبر هذه الفترة مرحلة الالتحاق بالدراسة، مما يعرضهم لمخاطر الحوادث في ظل افتقارهم الوعي المروري، وبهذا فلا غرابة أن تمارس الحوادث فعالية كبيرة تجعلها تأتي في مقدمة أسباب وفيات هذه الفئة وتسبق الفئات المرضية؛ لأن أولئك الأفراد يتمتعون بمناعة ومقاومة جيدة للأمراض بعد إعطائهم المطاعيم اللازمة والخاصة ببعض الأمراض، بالإضافة إلى ذلك أمراض الجهاز التنفسي والأورام الخبيثة احتلت المرتبة الثانية من مجموع وفيات تلك الفئة.

4.1.6.5 الفئة العمرية (15-29)

يلاحظ ترأس الحوادث العامة لأسباب الوفيات في الفئة العمرية المتمثلة بمرحلة الشباب حسب جدول رقم (27)، وهذا يعني أن نسبة الحوادث قد تضاعفت نحو 4 مرات مقارنة بالفئة العمرية (1-4)، بحيث يتميز أفراد هذه الفئة بقيمة النشاط والحركة والالتحاق بالعمل بكل ما يسوده من إصابات، الأمر الذي يعرضهم لكثرة الحوادث وما ينتج عنها من وفيات.

تعتبر أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية سبباً ثانياً لوفيات الفئة (15-29) كما تبين في جدول رقم (27)؛ ويرجع ذلك إلى التغير في الملامح الديموغرافية لدى أفراد هذه الفئة، إذ تبدأ الأعمار هنا بدخول مرحلة الشباب، كما أن الأخطاء السلوكية المتمثلة في التدخين والإفراط في السهر وتعرضهم للإرهاق بكافة أشكاله، يعجل من الإصابة بمثل هذه الأمراض، بالإضافة إلى أنها عرضة أكثر من غيرها للمعاناة والتوترات النفسية؛ وذلك نتيجة لهجوم الحياة اليومية سواء كان ذلك في العمل أو في البيت أو في البيئة الاجتماعية المحيطة.

5.1.6.5 الفئة العمرية (30-74)

تبين من خلال بيانات الجدول رقم (27)، بأن الأمراض الكامنة كأمراض القلب والأوعية الدموية وغيرها كانت السبب الرئيسي لوفيات تلك الفئة تلتها بعد ذلك أمراض الأورام الخبيثة، ويرجع بروز هذه الأسباب في الفئة العمرية (30-59)، بسبب ضغوطات الحياة، والإرهاق التي يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بالأمراض وخاصة الأمراض المزمنة.

ويعتبر أيضا أمراض القلب والأوعية الدموية السبب الرئيسي لوفيات الفئة العمرية (60-74)؛ ويعزى ذلك إلى ظهور عامل كبر السن، الذي يؤدي إلى استهلاك واستنفاد الأعضاء الحيوية في الجسم بسبب طول الاستعمال، مما يجعلها تصيب الأشخاص في الأعمار متقدمة، ويلاحظ أيضا وجود بعض الأمراض المتمثلة بأمراض الجهاز التنفسي والأمراض البولي والتناسلي، وتكون مثل هذه الأمراض نتيجة مضاعفات أمراض أخرى تصيب هذه الفئات العمرية.

6.1.6.5 الفئة العمرية (75 فما فوق)

تبين من خلال الجدول رقم (27) ظهور أمراض الشيخوخة في الفئة العمرية 75 فأكثر، فبلغت الوفيات بسببها ما نسبته 9% من مجمل وفيات تلك الفئة، ويعتبر ذلك أمر طبيعياً بسبب احتواء هذه الفئة على الأعمار المتقدمة في السن، كما بدأت نسب مساهمات أسباب الوفيات الأخرى تتخفف بشكل واضح، وعلى وجه الخصوص أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية والأورام الخبيثة، ومن المعروف أن هذه الأمراض تصل إلى أشدها وتساهم بشكل ملحوظ في مجمل الوفيات بصورة تفوق الفئات العمرية السابق ذكرها.

وثمة أمر آخر لا بد لنا من التطرق له وهو أن عملية التبليغ عن وفيات تلك الفئة تتسم بأخطاء وعيوب كثيرة، لعل أبرزها الابتعاد عن ذكر سبب الوفاة الحقيقي لحادثة الوفاة لدى أفراد فئة كبار السن، حيث يتم نسبها إلى أمراض الشيخوخة، بالإضافة إلى أن معظم الوفيات في هذه

الفئة تعزى في غالب الأحيان إلى تأثيرات متداخلة لمجموعة من الفئات المرضية المسببة للوفاة الأمر الذي يتعذر تحديد سبب الوفاة بشكل دقيق.

2.6.5 متغير الجنس

يعتبر الجنس مقياساً بسيطاً ومحدد المعالم يمكن استخدامه في استكشاف الفروق بين أسباب وفيات الذكور والإناث؛ لأنه يعمل كمحدد لمثل تلك الاختلافات، ولتوضيح ذلك نستند إلى بيانات الجدول رقم (28) الذي يبين أن هناك تباين ما بين نسب الأمراض التي تسبب في وفيات الإناث وتلك التي تسبب في وفيات الذكور، لارتباطه بعوامل بيولوجية مما يخلق فروقاً ما بين مقاومة الذكور ومقاومة الإناث لتلك الأمراض، بالإضافة إلى اختلاف الظروف المعيشية والحياتية بين كلا الجنسين ومدى تعرضهم للخطر.

جدول (28): أسباب الوفيات في محافظة جنين حسب الجنس (كل 100000 من السكان)، للأعوام (2013،2010،2004)

أسباب الوفاة	الجنس																	
	الأنثى						الذكور											
	2013		2010		2004		2013		2010		2004							
المجموع	%	المعدل	%	المعدل	%	المعدل	%	المعدل	%	المعدل	%							
أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية	49.1	1966	44.9	3.5	10	129	48.7	144.6	51.8	170.6	41.7	1942	39.4	109.1	44.4	153.8	41.2	163.7
أمراض الجهاز التنفسي	4.7	187	3.5	0.5	1.3	1	6.3	18.5	4	13	5.9	274	6.3	17.2	6	20.8	5.5	21.8
أمراض المعدية	1.0	39	0.5	0.5	1.3	1	3	0.5	1.7	0.9	41	0.7	2	0.6	2.2	0.6	2.5	2.5
أمراض الجهاز البولي والتناسلي	4.1	154	4.9	4.9	14	5.8	17.1	2.6	8.7	3.9	189	8.2	22.6	4	20.8	1.5	5.9	5.9
الأورام الخبيثة	12.1	485	14.4	14.4	41.2	12	35.6	12.4	40.7	13.1	610	13.9	38.6	10.4	35.9	15.9	63	63
السكري	8.5	342	13	13	37.3	4.8	14.1	4.2	13.9	6.6	308	7.7	21.3	6.2	21.6	3.4	13.4	13.4
أمراض خاصة بمرحلة الطفولة	6.4	258	4.2	4.2	12	8	23.7	6.6	21.7	4	185	3.4	9.3	5.6	36.7	6.8	26.9	26.9
التشوّهات الخلقية	2.1	85	1.6	1.6	4.7	1.5	4.4	2.4	7.8	1.4	89	2.4	6.7	1.7	5.8	2.1	8.4	8.4
امراض الشيخوخة	4.2	169	3.5	3.5	10	5.3	15.6	4.7	15.6	3.3	152	1.4	4	1.9	22.3	1.9	7.6	7.6
الحوادث	3.4	135	3.7	3.7	10.6	3.3	9.6	4.7	15.6	10.4	486	10.7	27.9	18.1	20.1	18.4	73	73
غير ذلك	5.4	223	5.8	5.8	16.1	3.3	10.6	6.1	49.6	9.7	421	5.9	18.3	1.9	6.6	2.7	27	27
المجموع	100	4004	100	100	286.2	100	296.8	100	358.9	100	4656	100	277	100	346.6	100	413.2	413.2

المصدر: إعداد الباحث اعتمدا على بيانات وزار الصحة.

يتبين من خلال جدول رقم (28) ارتفاع نسب وفيات الإناث في أمراض القلب والدورة الدموية مقارنة بالذكور؛ وذلك بسبب العوامل التقليدية التي تزيد من احتمالية الإصابة بمرض الشريان التاجي، كارتفاع الكوليسترول وارتفاع ضغط الدم والبدانة، إلا أن هناك عوامل أخرى تلعب دوراً أكبر في الإصابة بأمراض القلب لدى النساء، فمرض السكري مثلاً يزيد من احتمالية إصابة النساء بأمراض القلب بشكل أكبر مما هو الحال عليه لدى الرجال، ومتلازمة التمثيل الغذائي (متلازمة الأيض) التي تعرف بأنها متلازمة تسبب زيادة الدهون حول البطن وارتفاع ضغط الدم وارتفاع نسبة السكر في الدم وارتفاع الدهون الثلاثية، بالإضافة إلى انخفاض مستويات هرمون الإستروجين بعد انقطاع الحيض والذي يعتبر عاملاً مؤثراً على النساء مما يشكل زيادة في احتمالية الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية الصغيرة، ويعتبر مضاعفات الحمل مسبباً آخراً من مسببات أمراض القلب لدى النساء، كارتفاع ضغط الدم والسكري أثناء الحمل، مما يزيد من احتمالية إصابة المرأة على المدى الطويل بارتفاع ضغط الدم وتطور أمراض القلب عند كل من الأم والجنين.¹

يتضح أيضاً من خلال جدول رقم (28) تفاوت معدل الإصابة لمرض السرطان بين الذكور والإناث، حيث ترتفع نسبة الإصابة بين الذكور عنها عند الإناث ولكن بنسب قليلة؛ يعزى ذلك بسبب إصابة الذكور بأنواع معينة من الأمراض السرطانية ولا تصاب بها الإناث، مثل: سرطان البروستاتا، وسرطان الرئة الذي يعتبر المرض الأكثر شيوعاً عند الذكور؛ ولكن يعتبر سرطان الثدي هو الأكثر شيوعاً عند الإناث.

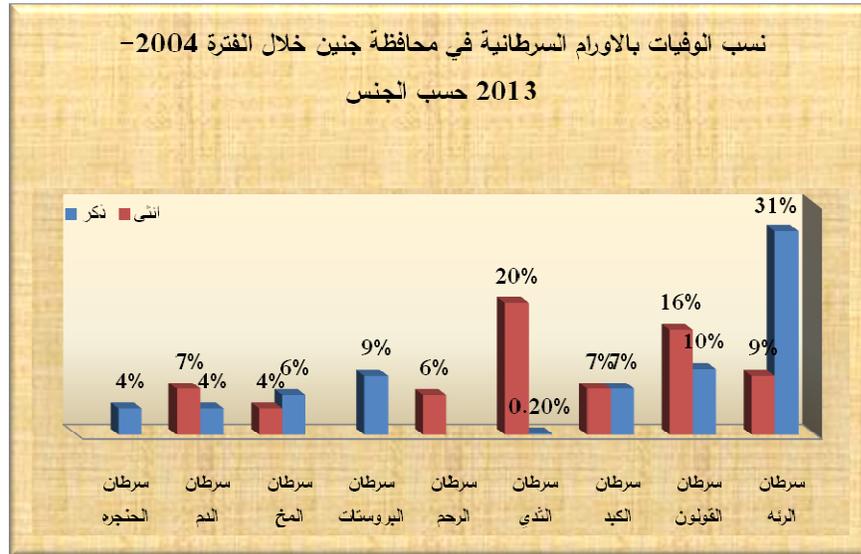
يشير الشكل رقم (11) بأن هناك فرق في نسبة الإصابة بسرطان الرئة بين الذكور والإناث؛ ويعود ذلك إلى الضوابط الاجتماعية التي ساهمت في الحد من التدخين لدى النساء مما قلل من نصيب النساء من الإصابة بذلك النوع من الأمراض، ويعتبر سرطان الرئة في محافظة جنين أول وأهم الأنواع السرطانية شيوعاً بين الذكور خلال فترة الدراسة، وذلك بسبب ارتفاع نسبة التدخين، فبلغت نسبة المدخنين في محافظة جنين كما جاء في التقرير السنوي لوزارة

¹ مقابلة شخصية مع: (وليد رواجبة). طبيب عام. 2015/10/15.

الصحة لعام (2013) نحو 32.2%، بالإضافة إلى ارتفاع عدد العاملين في مجال الزراعة وبالتالي استخدام المبيدات الزراعية ومعداتها من قبل المزارعين.

لو انتقلنا إلى نوع آخر من أنواع أمراض السرطان كسرطان القولون والذي يتميز بارتفاعه لدى كلا الجنسين، نظراً لارتفاع استهلاك اللحوم كثيرة الدهون مع قلة النشاط البدني وتناول المشروبات الساخنة، بالإضافة إلى نمط الحياة الحديثة لا سيما النظام الغذائي واستخدام الزيوت بكثرة على المواد الغذائية وعدم مراعاة تجديد زيوت القلي، يتسبب بحدوث مشاكل لدى الأمعاء ليتطور فيما بعد متسبباً بحدوث سرطان القولون.

في حين يعتبر سرطان الثدي والرحم أحد أنواع الأمراض التي تصيب النساء على وجه الخصوص بلغت نسبتها حوالي 26% وفقاً لما جاء في الشكل رقم (11)، وذلك للأسباب منها: ظاهرة الطمث لدى النساء اللواتي تبدأ لديهن الدورة الشهرية قبل الثانية عشرة أو من تستمر معهن إلى سن الخامسة والخمسين، والتأخر في الإنجاب، واستخدام المرأة في إرضاعها لثدي واحد نتيجة وجود ضعف في الآخر، بالإضافة إلى قلة الوعي بالمرض وتأخير التشخيص عند ظهور أعراضه كلها من الأسباب التي تؤدي إلى زيادة الوفيات الإناث بسبب سرطان الثدي.



شكل (11): نسب الوفيات بالاورام السرطانية في محافظة جنين حسب الجنس خلال الفترة 2004-2013.

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات وزارة الصحة

عند الانتقال إلى أمراض الجهاز البولي والتناسلي نجد ارتفاع نسبة الإصابة بها لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور حسب ما جاء في الجدول رقم (28)؛ يعود ذلك إلى الظروف الفسيولوجية والتشريحية للجهاز التناسلي، حيث أن الأنثى تتعرض إلى الالتهابات أكثر من الرجال نتيجة الولادة والدورة الشهرية.

تبين أيضاً من الجدول رقم (28) أن نسب الإصابة بالتشوهات الخلقية لدى الإناث أكثر ارتفاعاً منها لدى الذكور؛ ويعود ذلك إلى طبيعة تكوين الجينات والكروموسومات مما يؤدي إلى حدوث تشوهات خلقية، فالذكر يتحكم بنقل صفات وراثية لأنه يحمل كروموسوم مختلف، بينما المرأة تنقل الصفات الوراثية ولا تفرضها، بالإضافة إلى ذلك يتعرض الذكور من الأطفال إلى الإصابة بأمراض كثيرة تؤدي إلى الوفاة نظراً لقلّة مناعتهم في مرحلة الطفولة المبكرة مقارنة مع الإناث التي لهن مناعة أكبر.¹

¹ الشام، صباح حسن. مرجع سابق. 2013م / 72-75.

الفصل السادس

العوامل المؤثرة في الوفيات في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013)

1.6 المقدمة

2.6 العوامل الديموغرافية المؤثرة في الوفيات

3.6 العوامل الاجتماعية المؤثرة في الوفيات

4.6 العوامل الخدمائية المؤثرة في الوفيات

الفصل السادس

العوامل المؤثرة في الوفيات في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013)

1.6 المقدمة

اعتقد الباحثون قديماً أن الفروق في معدلات الوفاة مسألة بيولوجية في طبيعتها، ومن ثم يصعب تغييرها أو التحكم فيها، إلا أننا نعلم أن محددات الوفيات كثيرة، ولا بد من التعرف على شكل العلاقة بين الوفيات وبعض هذه المتغيرات وقوة تأثير كل منها عليها، وتعتبر المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية هي مجموعة من الخصائص التي يتعرض لها السكان، وكل هذه المتغيرات أو بعضها تؤثر بشكل أو بآخر على الوفيات.¹

سوف نتطرق في هذا الفصل لبعض العوامل التي يكون لها اثر على رفع أو خفض مستويات الوفيات الخام في محافظة جنين، منها ما يتعلق بالفرد المتوفى نفسه، ومنها متعلقة بالعوامل المحيطة بالفرد، بناء على البيانات الواردة في شهادة تبليغ الوفاة، وهي: متغير الجنس، ومتغير العمر، ومتغير الحالة الزوجية، ومتغير مكان الوفاة، ومتغير مكان العلاج، ومتغير الديانة.

تم إتباع في تحليل اثر بعض المتغيرات الاجتماعية و الديموغرافية على مستوى الوفيات أسلوب One sample t test حيث أظهرت النتائج أن جميع المتغيرات كان لها دلالة إحصائية واضحة حول علاقتها بمستوى الوفيات كما تبين ذلك في بيانات جدول رقم (29).

¹ خاطر، السيد. مرجع سابق. 2013م/2

جدول (29): نتائج اختبار One Sample T test حول اختلاف الوفيات حسب الخصائص المبلغ عنها عند الوفاة.

المتغير	قيمة T	درجات الحرية	مستوى المعنوية*
الجنس	272.930	8659	.000
العمر	251.461	8269	.000
الحالة الزوجية	274.687	8659	.000
مكان الوفاة	272.067	8654	.000
مكان السكن الحالي	424.127	8659	.000
مكان العلاج	174.745	3944	.000
الديانة	797.575	8659	.000

(*): دال إحصائية على مستوى المعنوية 0.05

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات وزارة الصحة

2.6 العوامل الديموغرافية المؤثرة في الوفيات

سيتم دراسة هذا الجزء بناءً على مجموع المتوفيين خلال فترة الدراسة 2004-2013،

والعوامل التي أثرت عليها

1.2.6 متغير الجنس

من المعروف أن الذكور أكثر عرضه من الإناث للإصابة بالأمراض، وخطر التعرض للوفاة، وهذا يرجع لأسباب فسيولوجية حيث تتمتع الإناث بنظام مناعة أعلى من الذكور،¹ وخلال فترة الطفولة والمرحلة فإن الذكور يكونوا أكثر عنفاً من الإناث وأكثر عرضه للحوادث والأمراض، بالإضافة إلى طبيعة الأدوار التي يقوم بها الذكور والتي تكون أكثر اشتراكاً في نشاطات محفوفة بمخاطر أكبر، ويكون التدهور الصحي وأعراض الشيخوخة في الأعمار المتقدمة بشكل أسرع و أوضح لدى الذكور عن الإناث، كما أن الرجال يعتنون بصحتهم بشكل أقل مما يفعله النساء من جانب، وعدد الرجال المدخنين أكثر بكثير من عدد النساء المدخنات من

¹ خرفان، حسن. مرجع سابق. 2007م/ 86.

جانب آخر، ويعتبر التدخين من أهم الأسباب الرئيسية لعدد من الأمراض، كما تم توضيحه سابقا في الفصل الخامس، وهذا ما يوضحه الجدول رقم(30)، حيث أن نسبة المتوفين لدى الذكور ترتفع عن الإناث خلال فترة الدراسة؛ وذلك يرجع للأسباب الأنفة الذكر.

جدول (30): جملة المتوفين حسب الجنس خلال الفترة (2004-2013)

الجنس	العدد	%
ذكور	4646	53.8
إناث	4004	46.2

المصدر: إعداد الباحثة. اعتمادا على بيانات وزارة الصحة.

وللتعرف على مدى تأثير الجنس على مستوى الوفيات الخام سيتم اختبار الفرضية الصفرية التالية التي تنص: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 حسب متغير الجنس.

يتبين من الجدول رقم (29) ومن خلال استخدام اختبار One Sample T Test، انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 حسب متغير الجنس، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، ويعود ذلك لبعض الصفات البيولوجية لدى الإناث التي تقلل خطر الوفاة لديها والدور الاجتماعي للذكور التي تزيد من خطر الوفاة لديهم، كما ذكر سابقا.

اتفقت هذه الدراسة مع دراسة عبد الحليم موسى و سامية محمد سليمان، 1972، خلال الفترة (1963-1970) في مصر، كانت معدل الوفيات الخام للذكور أعلى من الإناث في الحضر والريف، فبلغ معدل الوفيات الخام في المناطق الحضرية عام 1969-1970 حوالي 12.8 بالآلاف للإناث، مقابل 13.84 بالآلاف للذكور، في حين بلغ معدل الوفيات الخام في المناطق الريفية للإناث 15.69 بالآلاف، مقابل 15.97 بالآلاف للذكور في نفس الفترة.¹

¹ موسى، سليمان، عبد الحليم، سامية. مرجع سابق. 1972م/7.

تتفق أيضا هذه الدراسة مع دراسة محمد المنصوري وهشام مخلوف، 1987، خلال الفترة (1965-1985) في الكويت، فكانت معدل الوفيات الخام للذكور أعلى من الإناث، بلغ معدل الوفيات الخام عام 1985 نحو 4.8 بالآلف، مقابل 3.2 بالآلف على التوالي.¹

وكذلك تتفق هذه الدراسة مع دراسة رنا صبرة عام 2003، حيث تبين أن الأمراض المزمنة ترتبط بالجنس، حيث أن فئة الرجال هم أكثر إصابة بالأمراض المزمنة.²

ولكنها اختلفت هذه الدراسة مع دراسة احمد شهوان، 2013، حيث تبين لديه عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متغير الجنس وبين متغير الإصابة بالأمراض؛ وفسر ذلك إلى أن كلا الجنسين يتعرضون للإصابة بالمرض بنفس الدرجة وليس هناك أمراض حكرًا على الذكور دون الإناث.³

2.2.6 متغير العمر

يعد العمر من أهم العوامل الديموغرافية المؤثرة في مستوى الوفيات، حيث تتباين نسبة الوفيات حسب العمر، فنجد أن نسبة المتوفين مرتفعه عند الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة؛ لأن الأطفال أكثر عرضة للأمراض بصفة عامة، و قدرة التحمل لديهم أقل من قدرة تحمل الكبار وجهاز المناعة لدى الصغار أقل نضجا من نظيره لدى الكبار، ومرتبطة معدل الوفيات لدى الأطفال الرضع بالرعاية الصحية المقدمة للأم قبل الحمل وأثناءه وبعده، ثم تأخذ النسبة بالانخفاض وهذا ما يوضحه الجدول رقم (31).

¹ مخلوف، المنصوري، هشام و محمد توفيق. مرجع سابق. 728.

² صبرة، رنا. مرجع سابق. 2003م/110.

³ شهوان، احمد: " الأمراض والخدمات الصحية في محافظة قلقيلية (دراسة في الجغرافيا الطبية) ". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2013م/37.

جدول (31): جملة المتوفين حسب العمر في محافظة جنين خلال الفترة (2004-2013).

فئات العمر	العدد	%
اقل من سنة	872	10.1
1-4	156	1.8
5-14	149	1.7
15-24	265	3.1
25-34	216	2.5
35-44	255	2.9
45-54	476	5.5
55-64	907	10.5
65-74	1483	17.1
+75	3353	38.7

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات وزارة الصحة

يلاحظ من الجدول رقم (31) أن نسبة المتوفين يبدأ بالارتفاع المستمر من سن الأربعين حتى يصل أعلى النسب عند الأعمار الكبيرة 75 سنة فأكثر، نظراً للضغوط الناتجة عن ظروف العمل وتحمل مسؤولية الأسرة، وفي المراحل المتقدمة من العمر تزيد معدلات الوفاة نتيجة للشيخوخة، واستهلاك واستنزاف الأعضاء الحيوية في الجسم بسبب طول الاستعمال كما تم توضيحه في الفصول السابقة.

للتعرف على مدى تأثير العمر على مستوى الوفيات، سيتم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 حسب متغير العمر.

يتبين من الجدول رقم (29) ومن خلال استخدام اختبار One Sample T Test انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 حسب متغير العمر، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، وذلك يعود للعوامل التي تم توضيحها في الفقرات السابقة.

تتفق نتائج هذه الدراسة مع بعض الدراسات السابقة منها، دراسة عبد الحليم موسى و سامية محمد سليمان عام 1972، حيث وجد أن معدل الوفيات الخام تزداد لدى الأطفال الرضع، حيث بلغت 44.73 بالآلف، ثم تتناقص تدريجياً بزيادة العمر ثم تعود للارتفاع من سن الخمسين، حتى تصل أعلى المعدلات عند عمر 75 سنة فأكثر حيث بلغت 169.52 بالآلف.¹

وتتفق أيضاً مع نتيجة دراسة حسن خرفان 1995، حيث وجد أن نسبة الوفيات تزداد لدى الأطفال الرضع، بلغ 13% عام 1988، ثم تتناقص تدريجياً بزيادة العمر، ثم تعود للارتفاع من سن الخمسين، فكانت أعلى النسب عند عمر 50 سنة فأكثر حيث بلغت 57% للعام نفسه.²

اختلفت هذه الدراسة مع نتائج دراسة فضل السرطاوي 1995، حيث وجد أن معدل وفيات الأطفال دون السنة الأولى من العمر هي أعلى المعدلات حيث بلغت 108.20 بالآلف، تلتها معدلات وفيات كبار السن (56 سنة فأكثر) بلغت نحو 71 بالآلف.³

3.6 العوامل الاجتماعية المؤثرة في الوفيات

1.3.6 متغير الحالة الزوجية

تؤثر الحالة الزوجية على فرص البقاء على قيد الحياة، فمن المعروف أن المتزوجين يتميزون بمستوى مرتفع من الوفيات مقارنة بالعراب؛ ويعزى ذلك عادة أن الزواج له تأثير سلبي مباشر على الصحة وخاصة الصحة النفسية، فالمتزوج والأرمل، مقارنة بغير المتزوجين في نفس المرحلة العمرية، يعانون من مشاكل نفسية وصحية كثيرة؛ بسبب الإرهاق والتعب الناتج عن ظروف العمل والمعيشة، كما أن الحالة الزوجية لها تأثير علي معدلات الوفاة للجنسين، فالمرأة المتزوجة لديها بعض المؤثرات علي حياتها، فهي سعيدة من ناحية، وتنعم بحياة طيبة وحماية أكثر من غير المتزوجة وبالتالي معدل الوفاة يكون أقل للمتزوجات، لكن من

¹ موسى، عبد الحليم و سليمان، سامية. مرجع سابق. 1972م/ 15

² خرفان، حسن. مرجع سابق. 2007م/ 30.

³ السرطاوي، فضل. مرجع سابق. 1995م/ 69.

ناحية أخرى تكون أكثر عرضة للمرض والوفاة أثناء الحمل والولادة من غير المتزوجة وبالتالي يكون معدل الوفاة أكثر للمتزوجات في هذه الفترات.¹

وللتعرف على مدى تأثير الحالة الزوجية على مستوى الوفيات، سيتم اختبار الفرضية الصفرية التالية التي تنص: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 حسب متغير الحالة الزوجية.

يتبين من الجدول رقم (29) ومن خلال استخدام اختبار One Sample T Test انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 حسب متغير الحالة الزوجية، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة؛ وذلك يعود للعوامل التي تم توضيحها سابقاً. اتفقت هذه الدراسة مع دراسة فضل السرطاوي (1990-1994)، عام 1995، ترتفع نسبة الوفيات بين المتزوجين في مخيم بلاطة مقارنة بنسبة الوفيات بين العزاب، فبلغت النسبة 54.3% _ 18.6% على التوالي.²

واتفقت أيضاً هذه الدراسة مع دراسة نديم العديلي، ومحمد شاهين، وستقانبير جستروم، انيكا جوهانسن عام (2000-2001)، عام 2000 بلغت معدل الوفيات للنساء غير المتزوجات 39 لكل 100000 امرأة غير متزوجة، و 45 لكل 100000 أمراه متزوجة في سن 15_49؛ وذلك لأن المرأة المتزوجة تكون أكثر عرضة للمرض والوفاة أثناء الحمل والولادة من غير المتزوجة وبالتالي يكون معدل الوفاة أكثر للمتزوجات في هذه الفترة.

2.3.6 متغير مكان الإقامة الحالي

يقصد بمكان الإقامة في هذه الدراسة الأنماط الثلاثة للتجمعات السكانية الموجودة في الأراضي الفلسطينية والتي تقسم هنا إلى: حضر، وريف، ومخيمات، أثبتت الدراسة سابقاً أن المناطق الحضرية تعد أفضل من المناطق الريفية والمخيمات، وذلك بسبب توفر الخدمات بكافة

¹faculty.ksu.edu.sa/MamdouhHamza/Lectures/Actuarial%20Statistics.doc

²السرطاوي، فضل. مرجع سابق. 1995م/79.

أنواعها في المناطق الحضرية والمستشفيات وتفاعلها مع بعضها البعض ساعد ذلك على انخفاض معدلات الوفيات الخام في تلك المناطق أكثر من المناطق الريفية، فالمناطق الريفية لا يزيد توفر الخدمات الطبية فيها عن وجود عيادات قد تكون أسبوعية وليست دائمة، وهذا يزيد من مخاطر تقديم العلاجات للمواطنين، يتضح ذلك من خلال الجدول رقم (32) أن نسبة المتوفين ينخفض في الحضر والمخيم، فكانت أعلى النسب في المناطق الريفية وذلك يمكن أن يرجع ذلك إلى الأوضاع السيئة وخاصة البيئية التي نجدها في الريف سواء من ناحية البنية التحتية أم الصحية أم غيرها وانعكاسها على صحة المواطن كما تم توضيحه سابقا في الفصل الرابع.

جدول (32): جملة المتوفين حسب مكان الإقامة الحالي خلال الفترة (2004-2013).

المكان الحالي	العدد	%
حضر	1128	13.0
ريف	7067	81.6
المخيم	465	5.4

المصدر: إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات وزارة الصحة

وللتعرف على مدى تأثير مكان الإقامة الحالي في مستوى الوفيات سيتم اختبار الفرضية التالية التي تنص: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0.05 حسب متغير مكان الإقامة الحالي.

يتبين من الجدول رقم (29) خلال استخدام اختبار One Sample T Test انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 حسب متغير الإقامة الحالي، وبالتالي ترفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، وهذا ينطبق مع ما تم ذكره سابقا من اختلاف طبيعة الخدمات المتوفرة في التجمعات السكانية الثلاث والتي تنعكس على مستوى الوفيات.

اتفقت هذه الدراسة مع دراسة أفنان زيد 2010، حيث تبين لديها أن مكان الإقامة للأسرة ذو اثر واضح على متوسط عدد وفيات الأطفال الرضع للام، فينخفض في المناطق الحضرية

بلغ 0.02803 عن مثيلتها في المناطق الريفية حيث بلغ 0.03172، وفي المخيمات بلغ متوسط عدد وفيات الأطفال الرضع للأم 1.03172¹.

اختلفت هذه الدراسة مع دراسة رنا صبرة 2003، تبين لديها أنه لا توجد علاقة بين مكان الإقامة و الأمراض المزمنة، وفسرت ذلك أن بيئة محافظة نابلس بمناطقها في المدينة والريف متشابهة، وبالتالي فهي تتعرض لنفس الظروف البيئية والمناخية.²

3.2.6 متغير الديانة

تبين من الجدول رقم (33) هناك تباين في نسب الوفيات بين المناطق التابعة لمحافظة جنين حسب الديانة، حيث بلغت أعلى نسب بين المسلمين بالمقابل نجد أن أقل النسب كانت بين المسيحيين، هذا لا يعكس المستوى الصحي الجيد المقدم لتلك الفئة، ولكن يمكن أن يعزى ذلك لقلة أعداد المسيحيين وبالتالي قلة أعداد الوفيات، فغالبية السكان في محافظة جنين هم من المسلمين، فحوالي 97.83% من سكان محافظة جنين هم من المسلمين حسب تعداد عام 2007.³

جدول (33): جملة المتوفين حسب الديانة خلال الفترة (2004-2013).

الديانة	العدد	%
مسلم	8537	98.6
مسيحي	123	1.4

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات وزارة الصحة.

للتعرف على مدى تأثير الديانة على مستوى الوفيات، سيتم اختبار الفرضية الصفرية التالية التي تنص: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0.05 حسب متغير الديانة.

¹ أفنان، زيد. مرجع سابق. 2014م/123.

² صبرة، رنا. مرجع سابق. 2003م/159.

³ النتائج النهائية للتعداد 2007 محافظة جنين. مصدر سابق. 2008م/93

يتبين لنا من الجدول رقم (29)، خلال استخدام اختبار One Sample T Test انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 حسب لمتغير الديانة، وبذلك نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، وهذا ينطبق مع ما تم ذكره سابقاً.

4.6 العوامل الخدمائية المؤثرة في الوفيات

1.4.6 متغير مكان الوفاة

مكان الوفاة يعتبر من المحددات التي يجب الأخذ بعين الاعتبار، لما لها من اثر على بقاء الشخص على قيد الحياة خاصة إذا كان الشخص يعاني من بعض المشكلات الصحية، ولكن هذا المتغير يتم إهماله في العديد من الدراسات.

يبين الجدول رقم (34) أن نسبة الوفيات ترتفع في البيت، لعدم توفر الخبرة والإمكانات الطبية المناسبة التي تساعد على إنقاذ الشخص مقارنة مع الإمكانات والمختصين المتوفرة في المستشفيات، بالإضافة إلى ذلك غالباً ما يفضل المسنون والأشخاص المصابون بأمراض مزمنة أن يبقوا في بيوتهم بدلاً من البقاء في المستشفى، وهناك بعض الحالات يكون الموت فجأة ويكون موجود في البيت.

جدول (34): جملة المتوفين حسب مكان الوفاة خلال الفترة (2004-2013).

مكان الوفاة	العدد	%
البيت	4701	54.3
المستشفى	3954	45.7

المصدر: إعداد الباحثة اعتماداً على بيانات وزارة الصحة

للتعرف على مدى تأثير مكان الوفاة على مستوى الوفيات، سيتم اختبار الفرضية الصفرية التالية التي تنص: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 حسب متغير مكان الوفاة.

يتبين من الجدول رقم(29) ومن خلال استخدام اختبار One Sample T Test انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 حسب متغير مكان الوفاة، وبالتالي نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، وهذا يدل على تأثير مكان الوفاة على مستوى الوفاة.

واتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة فضل السرطاوي 1995، حيث تبين لديه أن أعلى نسبة الوفيات كانت في البيت حيث بلغت للذكور (30.7%) وللإناث (58%)؛ وذلك لعدم توفر الإمكانيات المالية لدفع تكاليف المستشفيات.¹

2.4.6 متغير مكان المعالجة

تعرف المستشفى حسب منظمة الصحة العالمية بأنه: جزء أساسي من تنظيم طبي واجتماعي، وظيفته تقديم الرعاية صحية كاملة للسكان علاجا ووقاية، وتمتد خدمات عياداته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، وتتعدد أساليب تصنيف المستشفيات وفقا لمعايير التصنيف المستخدمة واهم هذه المعايير الملكية، الحجم، التخصصية، نوع خدمة المستشفى، مدة الإقامة، السعة السريرية وغيرها من المعايير، ولكن في هذه الدراسة حسب بيانات شهادة تبليغ الوفاة كان تصنيف تبعا للملكية وتشمل المستشفى الحكومي، والمستشفى الخاص.²

يتضح من خلال الجدول رقم (35) أن هناك تباين في نسب الوفيات حسب مكان العلاج، فالأفراد التي تتردد للمعالجة في مستشفيات القطاع الخاص تتميز بنسبة وفيات منخفضة إذا ما قورنت الأخرى التي تعتمد في المعالجة على خدمات المستشفيات الحكومية؛ وذلك للجوء أغلب الأشخاص للمستشفيات الحكومية بسبب ارتفاع الأسعار في المؤسسات الصحية الخاصة من ناحية، بالإضافة إلى تمتع مستشفيات القطاع الخاص بمميزات مقارنة بالمستشفيات الحكومية في علاج الأمراض، وسرعة تقديم الخدمة بدون الحاجة للانتظار لفترة أطول كما يحدث في

¹ السرطاوي، فضل. مرجع سابق. 1995م/79.

² حمدان، أفنان: "واقع المستشفيات في مدينة نابلس ما بين التطوير والتخطيط". رسالة ماجستير غير منشورة جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2008م/18-22

المستشفيات الحكومي والعناية والاهتمام الذي يحصل عليه المرضى من المعاملة الخاصة والبيئة الصحية المريحة، والتشخيص الدقيق والعلاج المناسب من جانب آخر، في محافظة جنين في الحالات المستعصية التي تستدعي التدخل سريعا في حالة كون المرض خطيرا وبحاجة إلى تدخل جراحي عاجل فيتم تحويله إلى المستشفيات الحكومية (مستشفى خليل سليمان أو مستشفى رفيديا) لوجود كادر من المختصين، وغرف عمليات مجهزة نوعا ما، وبالتالي ترتفع عدد الوفيات في المؤسسات الصحية الحكومية.

مكان العلاج مهما كان نوعه قد تؤثر على الحالة الصحية للفرد، وفي بعض الأحيان قد يتعرض للوفاة؛ لذلك لا بد من التعرف في تأثير مكان العلاج على الوفيات وهذا ما يوضحه الجدول رقم (35)

جدول (35): جملة المتوفين حسب مكان العلاج خلال الفترة (2004-2013).

مكان العلاج	العدد	%
مستشفى حكومي	3334	84.5
مستشفى خاص	609	15.4
الأخرى	1	.0

المصدر: إعداد الباحثة اعتمادا على بيانات وزارة الصحة

للتعرف على مدى تأثير مكان العلاج في مستوى الوفيات سيتم اختبار الفرضية التالية التي تنص: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى المعنوية 0.05 حسب متغير العلاج.

يتبين لنا من الجدول رقم (29)، خلال استخدام اختبار One Sample T Test أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 حسب متغير مكان العلاج، وبذلك نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، وهذا ينطبق مع ما تم ذكره سابقا، لأن سواء كان العلاج بالقطاع الحكومي أو الخاص لكل جانب إيجابيات وسلبيات، فاعلم المستشفيات الحكومية سواء في محافظة جنين أو في الضفة الغربية تعاني نقصا في الكوادر الطبية في كثير من التخصصات والجراحات الدقيقة، وتعاني أيضا من نقص التأهيل في المباني والبنية التحتية

من حيث المواصفات التي تعتمدها اللجنة الدولية لاعتماد المستشفيات، على الرغم من أن وزارة الصحة قامت بعمل صيانة وتأهيل للمستشفى جنين الحكومي إلا أن هذا الترميم أو الإضافات لم تسد النقص من ناحية التأهيل العمراني، ونقص في المعدات الطبية، فما زالت المستشفيات في شمال الضفة الغربية حتى الآن تعاني من عدم وجود وحده للقسطرة فيها، وبالتالي عند وجود مريض بحاجة إلى إجراء قسطرة يتم تحويله إلى مستشفى رام الله الحكومي.¹

اتفقت هذه الدراسة مع دراسة فضل سرطاوي 1995، تبين لديه أن هناك علاقة بين معدل الوفيات ومكان المعالجة، فكانت الأسر التي تتردد لمعالجة أفرادها في مستشفيات وعيادات القطاع الخاص تتميز بنسبة وفيات منخفضة إذا ما قورنت الأخرى التي تعتمد بشكل رئيسي في المعالجة على خدمات وكالة الغوث والمستشفيات الحكومية.²

¹ علاونة، ياسر: واقع المستشفيات الحكومية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية. دائرة مراقبة التشريعات والسياسات الوطنية، تقرير (71). 2009م.

² السرطاوي، فضل. مرجع سابق 1995م / 79.

الفصل السابع

النتائج والتوصيات

1.7 النتائج

2.7 التوصيات

الفصل السابع

النتائج والتوصيات

1.7 النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستويات معدلات الوفيات في محافظة جنين، وتحليل أثر العوامل الديموغرافية والاجتماعية في هذا المعدل، وأسباب الوفيات من واقع بيانات السجل الحيوي التابع لوزارة الصحة الفلسطينية خلال الفترة 2004-2013.

في ضوء ذلك كانت أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة كما يلي:

1. بلغ عدد المراكز الصحية الأولية في محافظة جنين 49 مركزاً لعام 2011 أي ما نسبته 11.5% من جملة المراكز الصحية في الضفة الغربية، وهو مؤشر جيد إذا ما قورن بعدد المراكز الصحية في محافظات الضفة الغربية، حيث بلغ معدل السكان لكل مركز صحي في محافظة جنين 4107 نسمة/مركز.
2. المستوى العام لمعدل الوفاة الخام في انخفاض خلال الفترة 2004-2013، بلغ مقدار الانخفاض نحو 30.4%، فانخفض هذا المعدل من 4.6 بالآلاف عام 2004، إلى 3.2 بالآلاف عام 2013، وهذا يدل أن هناك تقدماً في مجالات توفير الخدمات الصحية والاجتماعية المختلفة؛ مما ساعد على خفض معدلات الوفيات الخام إلى هذه النسبة خلال عشر سنوات.
3. انخفض معدل وفيات الأطفال الرضع المسجلة بنسبة 79.9% خلال الفترة 2004-2013، حيث انخفض هذا المعدل من 31.4 بالآلاف عام 2004 إلى 6.3 بالآلاف عام 2013، ويعود ذلك إلى عدة عوامل، منها: الاهتمام بصحة الأطفال والأمهات وزيادة أعداد مراكز الأمومة والطفولة وبرامج التطعيم.

4. أدى انخفاض معدلات وفيات الأطفال الرضع والبالغين إلى زيادة توقع الحياة عند الميلاد لدى الذكور 68.3 سنة، والإناث 70.6 سنة، وهذا يدل على تحسن المستوى الصحي في محافظة جنين والضفة الغربية بشكل عام.
5. أظهرت النتيجة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية حسب متغير الجنس؛ فكانت نسب الوفيات لدى الذكور ترتفع عن الإناث خلال الفترة 2004-2013؛ ويعود ذلك لبعض الصفات البيولوجية لدى الإناث التي تقلل خطر الوفاة لديها والدور الاجتماعي للذكور الذي تزيد من خطر الوفاة لديهم.
6. أظهرت النتيجة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية حسب متغير مكان الإقامة الحالية، فكانت أعلى المعدلات سنة 2013 في المناطق الريفية بلغت 5.2 بالألف، تليها المخيم بلغ معدل الوفيات 4.8 بالألف، وأقل المعدلات كانت في المناطق الحضرية التي بلغت 2.1 بالألف.
7. تتباين معدل الوفيات حسب العمر خلال الفترة 2004-2013، تبين أن ربع الوفيات تقع بين من هم أقل من سنة، ثم يأخذ معدل الوفيات بالانخفاض ليصل إلى أدنى مستوى له في فترة العمر الواقعة بين 5-14 سنة، ويبدأ بالارتفاع المستمر من سن الأربعين حتى يصل أعلى المعدلات عند الأعمار الكبيرة 75 سنة فأكثر.
8. أظهرت النتيجة وجود علاقة إحصائية حسب متغير مكان الوفاة، فارتفعت نسبة الأشخاص الذين توفوا في البيت مقارنة مع نسبة الأشخاص الذين توفوا في المؤسسات الصحية.
9. أظهرت الدراسة بوجود علاقة إحصائية حسب متغير الحالة الزوجية.
10. تتفاوت نسب الوفيات حسب مكان المعالجة، فارتفعت لدى الأشخاص الذين يتعالجون في مستشفيات القطاع الحكومي، أما الأفراد التي تتعالج في مستشفيات القطاع الخاص تتميز بنسب وفيات أقل.

11. إحتلت وفيات الأمراض الداخلية كأمرض القلب والأورام الخبيثة المراتب الأولى لكلا الجنسين، فقد سجلت وفيات هذه الفئة من الأمراض ارتفاعا ملحوظا خلال فترة الدراسة؛ نتيجة التحولات التي شهدتها المجتمعات والتغيرات التي طرأت على العادات الغذائية، بالإضافة إلى ما يواجهه المواطن الفلسطيني من الظروف الصعبة وهموم وضغوط الاحتلال، ولا يقتصر تأثيرها فقط على زيادة حجم الوفيات بل يتعداه إلى زيادة تكاليف الخدمات الصحية والعلاج الطبي، أما الأمراض المعدية والطفيلية حققت أقل النسب، نتيجة للبرامج التي نفذتها وزارة الصحة لمكافحة هذه الأمراض.

12. تبين أن لكل فئة عمرية سبب وفاة مميز يحتل المرتبة الأولى في قائمة أسباب الوفيات لتلك الفئة، كانت أمراض الجهاز التنفسي (الضائقة التنفسية) المرتبة الأولى في الفئة العمرية أقل من سنة، حيث حققت 26% من مجموع وفيات الفئة، واحتلت أمراض التشوهات الخلقية نفس المرتبة في الفئة العمرية (1-4) بالنسبة 20%، أما في الفئة العمرية (5-14) والفئة (15-29) شكلت الحوادث المرتبة الأولى من مجموع الوفيات في تلك الفئة، في حين كانت الأورام الخبيثة المرتبة الأولى في الفئة العمرية (30-44) بالنسبة 26%، أما الفئة (45-74) كانت أمراض القلب وجهاز الدورة الدموية المرتبة الأولى، وأخيرا احتلال أمراض الشيخوخة المراتب الأولى في الفئة العمرية 75 فما فوق.

2.7 التوصيات

في ضوء نتائج الدراسة يجب الأخذ بالتوصيات التالية أهمها:

1. ضرورة القيام بتسجيل الوفيات بكفاءة وشمولية للوصول إلى معلومات كافية حول الوفيات من خلال توفير بيانات حول أهم العوامل المؤثرة في معدلات الوفيات وخاصة معدل وفيات الأطفال الرضع، لأن هذه العوامل ضرورية للوقوف على الوضع المعيشي والصحي للبلد وتوفيرها يعطي صورة واضحة لمدى التحسن الذي طرأ على صحة السكان خلال فترة زمنية.

2. توحيد عملية إصدار البيانات حول القضايا الديموغرافية والوفيات بشكل خاص؛ لأن هناك بيانات تصدر عن الجهاز المركزي من الإحصاء الفلسطيني، وبيانات أخرى تصدر عن وزارة الصحة، وفي بعض الأحيان تكون هذه البيانات غير متطابقة.
3. تعميم وتحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة، ورفع مستوى خدمات الأمومة والطفولة، والعمل على توزيع الخدمات الصحية بين المناطق بشكل متساو، بحيث يكون هناك عدالة بين كافة المناطق.
4. العمل على زيادة حملات التوعية والتنظيف الصحي للمواطنين من خلال وسائل الإعلام المختلفة والندوات لجميع فئات المجتمع من أجل تغيير مفاهيم الأفراد فيما يتعلق بالصحة والأمراض والالتزام بقواعد المرور.
5. العمل على قيام نظام التأمين الصحي الشامل بما يضمن توفير الخدمات الصحية لجميع المواطنين على السواء.
6. تقديم موازنة كافية لوزارة الصحة، ووضع هذا القطاع على سلم الأولويات.
7. تزويد المناطق المعزولة والبعيدة بمراكز صحية مجهزة لتقديم الخدمات الصحية الأساسية (تكون هذه المراكز متنقلة)، نظراً لسياسة الإغلاق والحوجز الإسرائيلية، بحيث تكون هذه المراكز ذات كفاءة وتعمل بنجاح في حالات الطوارئ والأزمات وتدريب كوادر بشرية من خارج القطاع الصحي لتقديم خدمات الإسعافات الأولية عند اللزوم.
8. الاهتمام بالمستوى الغذائي للسكان بما يحقق الاستهلاك المناسب من السعرات الحرارية، والمراقبة الدائمة لتلوث الخضراوات والفواكه بمختلف المواد الكيماوية الناتجة عن استخدام المبيدات الحشرية والأسمدة الكيماوية والهرمونات التي يمكن أن تؤدي إلى زيادة أمراض القلب والسرطان.

9. وجوب تنسيق أعمال تطوير الطرق وبناء البنية التحتية بين الجهات المختصة بتأهيل وصيانة شبكة الطرق، مع زيادة الاهتمام بمناطق الريف الذي يعاني أكثر من غيره من تردي أوضاع الطرق.
10. أخذ جميع الأطفال من عمر الستة أشهر إلى خمس سنوات مكملات غذائية على شكل قطرات فيتامين، تحتوي على فيتامينات أ و ج و د.
11. العمل على زيادة حملات التوعية والتثقيف الصحي للأم، وخاصة في مواضيع الإنجاب، والرعاية الصحية للأم قبل الولادة وأثناءها وبعدها، وطبيعة الرعاية الصحية الجيدة للطفل.
12. العمل على تطوير الرعاية الصحية الثانوية في المناطق الريفية من خلال بناء مستشفيات ومؤسسات صحية أخرى حسب الاحتياج.

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: المصادر

اتفاقية حقوق الطفل.42/2. أيلول / سبتمبر 1990.23.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. كتاب محافظة جنين الإحصائي السنوي(3). رام الله- فلسطين. 2011م.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: "النتائج النهائية للتعداد - تقرير السكان - محافظة أريحا والأغوار". رام الله - فلسطين. 2009م.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: "النتائج النهائية للتعداد- تقرير السكان-محافظة جنين 2007". رام الله -فلسطين. 2009م.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: محافظة شمال الضفة الغربية الإحصائي السنوي 2011. رام الله-فلسطين. 2012.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: "التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 1997، النتائج النهائية، تقرير السكان، محافظة جنين". (الجزء الأول)، سلسلة التقارير الإحصائية. رام الله-فلسطين. 1999م.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: "التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 2007 النتائج شبه النهائية للتعداد في الضفة الغربية السكان والمساكن رام الله -فلسطين.2008م.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: "كتاب محافظة الخليل الإحصائي السنوي (2). رام الله فلسطين. 2010م.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: "المسح الفلسطيني لصحة الأسرة.2006- محافظة جنين". رام الله- فلسطين. 2008م.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني: "مشروع النشر والتحليل لبيانات التعداد، الخصائص الاجتماعية والأسرية والزواجية والتعليمية والاقتصادية للأسرة في الأراضي الفلسطينية (1997-2007)". رام الله-فلسطين. 2009م.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، التقرير السنوي. أطفال فلسطين - قضايا وإحصاءات. سلسلة إحصاءات الطفل (رقم 14). رام الله-فلسطين. 2011م.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، النتائج النهائية للتعداد - تقرير السكان - الأراضي الفلسطينية. رام الله-فلسطين. 2012م.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وزارة الصحة الفلسطينية: "الحسابات الصحية الوطنية نتائج أساسية 2000-2008". 2011م.

مديرية الصحة في محافظة جنين.

منظمة الصحة العالمية. الإحصاءات الصحية العالمية. 2009م.

منظمة الصحة العالمية. الإحصاءات الصحية العالمية. 2013م.

وزارة الحكم المحلي.

وزارة الصحة - مركز المعلومات الصحية الفلسطيني: "التقرير الصحي السنوي 2013-فلسطين". حزيران. 2014م.

وزارة الصحة. تقرير وفيات الأمهات في فلسطين. 2009م.

ثانياً: المراجع العربية

أبو طويلة، جهاد: "الانتشار المكاني للمراكز الصحية والاحتياجات المستقبلية في الضفة الغربية". سلسلة العلوم الإنسانية. كلية الآداب. جامعة الأزهر. غزة. ج8. 2006.

أبو عيانه، فتحي محمد: "جغرافية السكان". دار النهضة العربية. بيروت. 1980م.

بارود، نعيم سليمان: "مؤشرات التنمية الصحية والبيئة في الاراضي الفلسطينية".الجامعة الإسلامية، غزة. 2006م.

جوابرة، امجد وعماد، الشنان: "التقرير القطري لدولة فلسطين حول الإحصاءات الحيوية ونظام التسجيل المدني في فلسطين". رام الله-فلسطين. 2007م.

الحسناوي، أزهار: "الواقع الديموغرافي لظاهرة الوفيات في محافظة بابل 1996-2005" مجلة جامعة بابل. ج 18. ع3. 2010م.

الحسناوي، خليوي، جواد كاظم و احمد حامد: "التحليل المكاني للوفيات للأحداث المسجلة في محافظة المثنى للأعمار 5_15 سنة 2005-2009". مجلة البحوث الجغرافية (كلية التربية للبنات). جامعة الكوفة- العراق. 2012م.

حمدان، أفنان: "واقع المستشفيات في مدينة نابلس ما بين التطوير والتخطيط". رسالة ماجستير غير منشورة جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2008م.

حنيطي، حرب: "قصة مدينة جنين". سلسلة المدن الفلسطينية. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم. دائرة الثقافة بمنظمة التحرير الفلسطينية.

خاطر، السيد: "الوفيات وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في مصر". جامعة الزاوية. مجلة الجامعة. العدد الخامس عشر. المجلد الثالث. 2013م.

خرفان، حسن غازي: "الوفيات في الأردن واختلاف أسبابها". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة اليرموك. اربد-عمان. 1995م.

خواجه، خالد الزهدي: "إحصاءات ومقاييس الوفيات". المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية. 2012م.

دائرة الإحصاء العامة-المجلس الأعلى للسكان: "جداول الحياة المملكة الأردنية الهاشمية". 2014م.

- رزق، حسين حسن: "القلب وظائفه وأمراضه". كلية الطب. جامعة القاهرة. 2002م.
- الرمضان، محمد: *تحليل اختلاف معدل الحياة بين الذكور والإناث الكويتيين وفق معدلات الوفاة العمرية ومعدلات أسباب الوفاة*. مجلة العلوم الاجتماعية. 2009م.
- زيد، أفنان محمد: *اثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من واقع بيانات مسح الأسرة الفلسطينية 2010*. (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2014م.
- السرطاوي، فضل: *"الوفيات في مخيم بلاطه مستوياتها، محدداتها، أسبابها (1990-1994)"*. (رسالة ماجستير غير منشورة). الجامعة الأردنية. عمان. الأردن. 1995م.
- سهاونة، فوزي: *"جغرافية السكان"*. دار وائل للطباعة والنشر والتوزيع. 2003م.
- سهاونة، فوزي: *"مستويات واتجاهات الخصوبة والوفيات في الأردن (1961-1976)"*. الدراسات-العلوم الإنسانية - الأردن. 1984م.
- الشام، صباح حسن: *"التحليل المكاني لوفيات الأطفال الرضع المسجلة في محافظة المثنى للمدة (1996-2010)"*. جامعة الكوفة، العراق. 2013م.
- شهبان، احمد: *"الأمراض والخدمات الصحية في محافظة قلقيلية (دراسة في الجغرافيا الطبية)"*. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2013م.
- صبرة، رنا: *"الأمراض والخدمات الصحية في محافظة نابلس دراسة في الجغرافيا الطبية"*. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة النجاح الوطنية. نابلس. فلسطين. 2003م.
- عبد الحليم، مديحه: *"دراسة ومستويات واتجاهات واختلافات الوفيات في مصر (1980-1995)"*. السكان، بحوث ودراسات. مصر. ع 85. 1999م.
- عبد النبي، عبد العزيز: *"أسباب الوفيات في الأردن 1977-1982"*. رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية. عمان. الأردن. 1984م.

- العضايلة، محمد: "أسباب الوفيات في منطقة أمانه عمان الكبرى 1983-1990". رسالة ماجستير غير منشورة الجامعة الأردنية. عمان، الأردن. 1992م.
- علاونة، ياسر: "واقع المستشفيات الحكومية في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية". دائرة مراقبة التشريعات والسياسات الوطنية، تقرير (71). 2009م.
- علي، حيدر: "مؤشر المساواة بين المواطنين اليهود والعرب في إسرائيل". تقرير سيكوي. القدس، حيفا. 2008م.
- علي، يونس حمادي: "مبادئ علم الديموغرافية". عمان، دار وائل للنشر والتوزيع. 2010م.
- فياض، هاشم نعمة: "العلاقة بين الخصوبة السكانية والمتغيرات الاجتماعية_ الاقتصادية دراسة حالة العراق". المركز العربي للأبحاث والدراسات السياسية. 2012م.
- الكيخيا، منصور محمد: "جغرافية السكان أسسها وسائلها". دار الكتب الوطنية، بنغازي. ليبيا. ط1. 2003م.
- مالول، عدنان احمد محمود: "مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997م". رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس. فلسطين.
- مخولف، المنصوري، هشام و محمد: "التحليل الإحصائي لأنماط واتجاهات وأسباب لوفاه بدولة الكويت (1965-1985)". المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة. مصر. 1987م
- معاناة مرضى الفشل الكلوي في مناطق السلطة الوطنية الفلسطينية. تقرير 27/كانون الأول/2003.
- موسى، سليمان، سليمان، سالم و عبد الحليم و سامية: "دراسة تحليلية لاختلاف معدلات الوفاة بجمهورية مصر العربية حسب فئات السن والمحافظات في السنوات 1960-1969". بحوث ودراسات. مصر. ع2. 1972.

موسى، عبد الحليم، سليمان و سامية:"دراسة تحليلية لاختلاف معدلات الوفاة حسب النوع وفئات السن بحضر وريف جمهورية مصر العربية في السنوات 1963- 1970".

بحوث ودراسات. مصر. 1972م

الوقائع الفلسطينية (السلطة الوطنية الفلسطينية)، قانون رقم (2) لسنة 1999م بشأن الأحوال المدنية.

ثالثا: المراجع الأجنبية.

Barman, Talukdar, Nityananda and Dipul:" **SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS AFFECTING INFANT MORTALITY RATE IN ASSAM**. **International Journal of Science, Environment and Technology**, Vol. 3, No 5. 2014.

رابعا: المواقع الالكترونية

<http://science.> (أسباب الوفيات في الوطن العربي). 18/5/2015

<http://www.cbs.gov.il> (ابهي، محمد: نوفمبر 2014)

<http://www.palestineremembered.com/>

http://www.unicef.org/arabic/crc/files/crc_arabic.pdf 1.5 /6/2015

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/ar>

www.ckfu.org/vb/attachment.php?attachmentid=102108&d=1357893353.

13/7/2015.

www.prb.org.

الملاحق

نموذج تبليغ عن الوفاة

السلطة الفلسطينية
وزارة الداخلية

تبليغ عن وفاته
يعبأ هذا النموذج بأربع نسخ



حاضرة دائرة الصحة في قضا
أمر رقم ٤٢٩ بشأن بطاقة هوية وتسجيل السكان ٥٧٣٢ - ١٩٧٢ أبلغكم التفاصيل الآتية عن المرحوم المذكور أدناه، وأني أشهد أن جميع هذه التفاصيل مضبوطة وصحيحة.

رقم هوية المرحوم
١. الاسم الأول
٢. اسم العائلة أو الحاصوله
٣. اسم الوالد
٤. اسم المجد
٥. اسم الزوج /
٦. الجنس
٧. الحالة المدنية
٨. الدين والقومية
٩. محل الاقامه الدائم / المدينة / القرية
١٠. الشارع / الحارة
١١. رقم الدار

١٠. تاريخ الوفاة اليوم شهر سنة
١١. مكان الوفاة المدينة / القرية إذا حصلت الوفاة في المستشفى أذكر اسمه

تاريخ الولادة اليوم شهر سنة
مكان الولادة المدينة / القرية
المجنس في يوم الوفاة
اسم مقدم التبليغ
عنوان مقدم التبليغ المدينة / القرية
التاريخ توقيع مقدم التبليغ
رقم الدار
فراسته للمرحوم

فترة المرض	
١ - السب المباشر للوفاة (١)	
٢ - نتيجة من	
٣ - نتيجة من (المرض الأصلي) (٢)	
أمراض أخرى	

إذا كان المتوفي امرأة الرجا - اليهان إذا كانت حاملا أو طرحت أو وصحت قبل وفاتها

(P.M)
وقت / لم تفحص الجثة قبل الوفاة

تصديق : أشهد بهذا أنني قد عالجت المتوفي المذكور أعلاه منذ

أني قد رأيت المتوفي على قيد الحياة لآخر مرة بتاريخ أن الوفاة وقعت بتاريخ أنني رأيت الجثة بتاريخ

أشهد حسب معرفتي الشخصية بأن كافة التفاصيل المبينة أعلاه مضبوطة وصحيحة
اسم صاحب القوالب (ختم أو باسم واضحه)
عنوانه

لاستعمال الدائره
استلم يوم أعطى تصريح دفن
حول مكتب التسجيل
ختم وتوقيع مكتب الصحة
مكان الدفن

مرفق بطاقة هوية رقم

**An- Najah National University
Faculty of Graduates Studies**

**Levels and Factors Affecting Mortality Rates
in Jenin Governorate During The Period 2004-
2013 from the Vital Registration of the
Palestinian Ministry of Health**

**By
Nihal Hamza Abed Alrahman Abo Alrub**

**Supervised By
Dr. Hussien Ahmed**

**This thesis is submitted in partial fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Geography, Faculty of Graduate
Studies, An-Najah National University, Nablus, Palestine.**

2015

**Levels and Factors Affecting Mortality Rates in Jenin Governorate
During The Period 2004-2013 from the Vital Registration of the
Palestinian Ministry of Health**

By

Nihal Hamza Abed Alrahman Abo Alrub

Supervised By

Dr. Hussien Ahmed

Abstract

Death ratio is considered one of the most important indicators of the extent of the provided health services and health awareness in any community, and the matter that has urged the conducting of this study was the rareness of the studies that has tackled the subject in West Bank in general, and Jenin Governorate in particular, and the aim of the study was to identify the rates and causes of mortality, and determining the most important demographic and social factors affecting mortality rates in Jenin Governorate.

To achieve the study goal, the researcher has depended on the data bases retrieved from the Ministry of Health, where the study included all the registered deaths in the Palestinian Ministry of Health in Jenin Governorate that were 8660 death. The study covered the duration between 2013-2004.

The researcher used the descriptive analytical approach to provide a picture of the study population, in addition to using the demographic analytical methods proper for the study purposes to measure the death rates and their distribution according to the study variables and identifying their impact on the deaths.

The most important results the researcher came up with are: death rates decreased during (2004-2013). The most prominent death cause is heart diseases and the circulatory system, then in the second place comes the malignant diseases. The study has also showed that infants are affected by the internal and environmental reasons, while the older ages are affected by the underlying diseases such as cardiac and malignant diseases. Moreover, the study has proven that the social and demographic variables mentioned in the death reporting certificate including: sex, age, marital status, place of death, place of treatment, and religion, have obvious statistically significant relation to death rates. Finally, life expectancy in Jenin Governorate for the year 2013 was 68 years old for males, and 70 years old for females.

Upon the results of the study, the researcher recommends working more on improving the type of health services provided in Jenin, particularly, in the rural areas, and providing a balanced sufficient budget for the Ministry of Health, working on providing a comprehensive health insurance that includes providing health services to all citizens equally, in addition to unifying the process of issuing data about the demographic issues and death, in particular.