

جامعة النجاح الوطنية
كلية الدراسات العليا

مدى ممارسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الضفة
الغربية لبعض قضايا الصحة الإيجابية، من واقع بيانات
المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014

إعداد

مها أسامة محمد الحاج يحيى

إشراف

د. حسين أحمد

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

2016م

مدى ممارسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الضفة
الغربية لبعض قضايا الصحة الإيجابية، من واقع بيانات
المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014

إعداد

مها أسامة محمد الحاج يحيى

نوقشت هذه الأطروحة بتاريخ 2016/10/30م، وأجيزت.

التوقيع

.....
.....

.....
.....

.....
.....

أعضاء لجنة المناقشة

1. د. حسين أحمد / مشرفاً ورئيساً

2. د. علي الشعار / ممتحناً خارجياً

3. د. ماهر أبو صالح / ممتحناً داخلياً

الاهداء

إلى قوتي الأولى ونبراسي الذي ينير دربي

إلى من أعطاني ولم يزل يعطيني بلا حدود

إلى من رفعت راسي عالياً افتخاراً به "والدي الحبيب"

إلى الشمس التي أثارني دربي ودفأني بحنانها

إلى من أرى من خلال ثغرها الباسم جمال اللون ولدته

إلى أغلى وأعز مخلوقه عندي "أمي الحنونة"

إلى شمعة حياتي وسندي الثاني في الحياة وصاحب القلب الحنون

أخي وزوجته وابنته جوري

إلى فأكهة الحياة، والحب المملوء بالشغب الجميل.

"أخواتي الحبيبات منى وزوجها معاً وأولادها وميرفت وزوجها أحمد وأولادها ومي

وخطيبها ومنال وإقبال"

إلى من صارت بجانبني في هذا الدرب صديقتي واختي حنان نايه

إلى جميع صديقاتي

إلى كل من ساندني ودعمني في أتمام هذا العمل العلمي

الشكر والتقدير

الشكر دائما لله عزوجل.. الذي من علي في انجاز هذا العمل....

الشكر العظيم لامي وابي.. بمساندتهم لي في كل خطوة....

الشكر الكبير للاستاذ الفاضل الدكتور حسيه احمد المشرف علي هذه الرسالة لما قدم من
نصح واشراد.

كما اشكر كل من ساندني ووقف بجاني لانمام هذا العمل.... فالشكر لهم جميعا..

الإقرار

أنا الموقعة أدناه، مقدمة الرسالة التي تحمل العنوان:

مدى ممارسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الضفة الغربية لبعض قضايا الصحة الإيجابية، من واقع بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هو نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيث ما أن هذه الرسالة كاملة، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل أي درجة أو لقب علمي أو بحث 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: سارة محمد الحاج يحيى

Signature:

التوقيع: 

Date:

التاريخ: 2016-10-30

فهرس المحتويات

| الصفحة | الموضوع | الرقم |
|-----------|---|-------|
| ج | الإهداء | |
| د | الشكر والتقدير | |
| هـ | الإقرار | |
| و | فهرس المحتويات | |
| ك | فهرس الجداول | |
| س | فهرس الأشكال | |
| ع | فهرس الخرائط | |
| ف | الملخص | |
| 1 | الفصل الأول: خطة الدراسة | |
| 2 | مقدمة الدراسة | 1.1 |
| 3 | مشكلة الدراسة | 2.1 |
| 4 | أهداف الدراسة | 3.1 |
| 4 | أسئلة الدراسة | 4.1 |
| 5 | فرضيات الدراسة | 5.1 |
| 6 | أهمية الدراسة | 6.1 |
| 7 | حدود الدراسة | 7.1 |
| 7 | متغيرات الدراسة | 8.1 |
| 10 | منهجية الدراسة | 9.1 |
| 12 | الدراسات السابقة | 10.1 |
| 23 | أهم القضايا التي اتفقت واختلفت عليها الدراسات السابقة | 11.1 |
| 24 | أهم ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة | 12.1 |
| 25 | الفصل الثاني: الإطار النظري | |
| 26 | المقدمة | 1.2 |
| 26 | الصحة الإنجابية | 2.2 |
| 26 | خلفية تاريخية | 1.2.2 |
| 27 | مفهوم الصحة الإنجابية | 2.2.2 |

| الرقم | الموضوع | الصفحة |
|-----------|---|--------|
| 3.2.2 | الفئات المستهدفة بالصحة الإنجابية | 28 |
| 4.2.2 | العوامل المؤثرة بالصحة الإنجابية | 28 |
| 5.2.2 | مكونات الصحة الإنجابية | 29 |
| 3.2 | الأمومة الآمنة | 31 |
| 1.3.2 | مفهوم الأمومة الآمنة | 31 |
| 2.3.2 | الخدمات الصحية والأمومة الآمنة | 31 |
| 3.3.2 | مميزات خدمات الأمومة الآمنة ذات الجودة العالية | 32 |
| 4.3.2 | الأسباب التي تمنع النساء من الحصول على الخدمات الصحية المهمة | 32 |
| 5.3.2 | مفهوم وفيات الأمومة | 33 |
| 6.3.2 | أسباب وفيات الأمومة | 33 |
| 4.2 | الفرق بين الإجهاض والإسقاط | 34 |
| 1.4.2 | مفهوم الإجهاض | 34 |
| 2.4.2 | أعراض الإجهاض | 34 |
| 3.4.2 | أنواع الإجهاض | 35 |
| 4.4.2 | مضاعفات الإجهاض | 37 |
| 5.4.2 | مفهوم الإسقاط | 40 |
| 6.4.2 | أسباب الإسقاط | 40 |
| 7.4.2 | أنواع الإسقاط | 40 |
| 5.2 | تنظيم الأسرة | 43 |
| 1.5.2 | مفهوم تنظيم الأسرة | 43 |
| 2.5.2 | فوائد تنظيم الأسرة | 43 |
| 3.5.2 | مساوئ تنظيم الأسرة | 44 |
| 4.5.2 | وسائل تنظيم الأسرة | 44 |
| 49 | الفصل الثالث: خدمات الصحة الإنجابية في الضفة الغربية | |
| 1.3 | المقدمة | 50 |
| 2.3 | الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية في ظل الاحتلال الإسرائيلي (1967-1994) | 50 |
| 3.3 | الوضع الصحي في فلسطين في ظل السلطة الفلسطينية (1994-2014) | 52 |

| الرقم | الموضوع | الصفحة |
|---------|---|-----------|
| 1.3.3 | مراكز الرعاية الصحية الأولية | 53 |
| 4.3 | رعاية صحة الأم والطفل | 54 |
| 1.4.3 | رعاية صحة الأم | 55 |
| 1.1.4.3 | رعاية الحامل أثناء الحمل | 56 |
| 2.1.4.3 | فترة الحمل عند البدء بمتابعة الحمل أي عند الزيارة الأولى للمركز الصحي | 58 |
| 3.1.4.3 | مكان تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل | 59 |
| 2.4.3 | الرعاية الصحية أثناء الولادة | 60 |
| 1.2.4.3 | مكان الولادة | 60 |
| 2.2.4.3 | طبيعة الولادة | 61 |
| 3.2.4.3 | رعاية الأم بعد الولادة | 62 |
| 3.4.3 | رعاية الطفل | 63 |
| 1.3.4.3 | وزن الطفل عند الولادة | 63 |
| 2.3.4.3 | الرضاعة الطبيعية | 64 |
| 3.3.4.3 | فوائد الرضاعة الطبيعية على الطفل | 65 |
| 4.3.4.3 | فوائد الرضاعة الطبيعية للأم | 66 |
| 5.3.4.3 | واقع الرضاعة الطبيعية في الأراضي الفلسطينية | 68 |
| 5.3 | مراكز الأمومة والطفولة | 69 |
| 6.3 | مراكز تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية | 71 |
| | الفصل الرابع: رعاية الأم أثناء الحمل | 72 |
| 1.4 | مقدمة | 73 |
| 2.4 | تلقي الأم أية رعاية أثناء الحمل | 73 |
| 2.4 | فترة تلقي الرعاية أثناء الحمل للمرة الأولى | 76 |
| 3.4 | عدد مرات تلقي الرعاية خلال فترة الحمل | 79 |
| 4.4 | مكان تلقي الرعاية أثناء حملها في المولود الأخير على الأغلب | 83 |
| 5.4 | الفحوصات قبل الولادة | 88 |
| 6.4 | المضاعفات التي عانت منها خلال هذا الحمل | 91 |
| | الفصل الخامس: رعاية الأم أثناء الولادة وبعدها | 98 |

| الرقم | الموضوع | الصفحة |
|------------|--|--------|
| 1.5 | المقدمة | 99 |
| 2.5 | مكان ولادة المولود | 99 |
| 3.5 | طبيعة الولادة | 105 |
| 4.5 | الأعراض التي عانت منها الأم خلال فترة المخاض أو مباشرة بعد عملية الوضع | 108 |
| 5.5 | الأعراض التي عانت منها خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة | 113 |
| 6.5 | مكوث الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة | 118 |
| 7.5 | تفقد الحالة الصحية للمولود قبل مغادرة المؤسسة الصحية | 121 |
| 8.5 | فحص الحالة الصحية للأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية | 124 |
| 9.5 | فحص الأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية | 129 |
| 137 | الفصل السادس: رعاية المولود بعد الولادة | |
| 1.6 | المقدمة | 138 |
| 2.6 | حجم الطفل | 138 |
| 3.6 | القيام بوزن الطفل | 141 |
| 4.6 | وزن الطفل عند الولادة | 144 |
| 5.6 | قيام النساء بالرضاعة الطبيعية للمولود الأخير | 147 |
| 153 | الفصل السابع: العوامل المؤثرة في عدد الأطفال المنجبين للمرأة في الضفة الغربية | |
| 1.7 | المقدمة | 154 |
| 2.7 | العوامل الديموغرافية المؤثرة في متوسط عدد المنجبين للمرأة | 154 |
| 1.2.7 | عمر المرأة عند الزفاف الأول | 154 |
| 2.2.7 | عمر المرأة عند أول حمل | 157 |
| 3.2.7 | عمر الأم الحالي | 159 |
| 4.2.7 | مدة الحياة الزوجية | 161 |
| 5.2.7 | عدد الزوجات الأخريات في عصمة الزوج | 163 |
| 3.7 | العوامل الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة على عدد الأطفال المنجبين للمرأة | 166 |
| 1.3.7 | مكان السكن | 166 |

| الصفحة | الموضوع | الرقم |
|------------|---|---------|
| 170 | المستوى التعليمي للمرأة | 2.3.7 |
| 172 | عامل الرغبة في الانجاب | 3.3.7 |
| 174 | المدة التي كانت ترغب في انتظارها للإنجاب | 1.3.3.7 |
| 175 | أثر الاجهاض والاسقاط على عدد الأطفال المنجبين للمرأة | 2.3.3.7 |
| 181 | الفصل الثامن: وسائل تنظيم الأسرة | |
| 182 | المقدمة | 1.8 |
| 182 | النساء اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل حاليا | 2.8 |
| 188 | العوامل المؤثرة في نسبة استخدام الأم لوسائل منع الحمل | 1.2.8 |
| 190 | الوسيلة التي تستخدمها الأم لتجنب الحمل أو تأجيله | 3.8 |
| 195 | الفصل التاسع: النتائج والتوصيات | |
| 196 | النتائج | 1.9 |
| 198 | التوصيات | 2.9 |
| 200 | قائمة المصادر والمراجع | |
| b | Abstract | |

فهرس الجداول

| الصفحة | الجدول | الرقم |
|--------|---|-----------|
| 54 | عدد المراجعين لعيادات الطب العام وعيادات الاختصاص والخدمات التمريضية التابعة لوزارة الصحة في الضفة الغربية للأعوام (2010-2014) | جدول (1) |
| 58 | نسبة النساء (15-49) سنة اللواتي تلقين الرعاية الصحية أثناء حملهن بأخر ولادة تمت خلال السنتين السابقتين للحمل. % | جدول (2) |
| 61 | التوزيع النسبي للنساء اللواتي أعمارهن 15-45 حسب مكان الولادة (لآخر مولودين في الأعوام {1996، 2000، 2010} وللمولود الأخير في العام 2014) والمنطقة. % | جدول (3) |
| 62 | التوزيع النسبي للنساء اللواتي أعمارهن 15-49 حسب طبيعة الولادة. % | جدول (4) |
| 69 | عدد زيارات الحوامل لمراكز الرعاية ما قبل الولادة. | جدول (5) |
| 71 | عدد مراكز تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية للأعوام 2010.2011.2014 | جدول (6) |
| 76 | نسبة النساء التي قامت بالمراجعة خلال فترة الحمل حسب المحافظة 2010—2014. % | جدول (7) |
| 79 | نسبة تلقي الأمهات الرعاية لأول مرة بالأسابيع أو الأشهر على مستوى المحافظة 2014. | جدول (8) |
| 81 | عدد مرات تلقي النساء الرعاية ما قبل الولادة خلال فترة الحمل 2014، % | جدول (9) |
| 82 | عدد مرات تلقي الأم الرعاية ما قبل الولادة خلال فترة الحمل 2014. | جدول (10) |
| 85 | توزيع النساء حسب مكان تلقي الرعاية أثناء حملها في المولود الأخير 2014، % | جدول (11) |
| 87 | توزيع النساء حسب مكان تلقي الرعاية أثناء حملها في المولود الأخير | جدول (12) |
| 89 | نسبة النساء اللاتي قمن بإجراء الفحوص المختلفة خلال فترة الحمل 2010.2014، % | جدول (13) |

| الصفحة | الجدول | الرقم |
|--------|--|-----------|
| 90 | نسبة إجراء النساء الفحوصات المختلفة خلال فترة الحمل 2014. % | جدول (14) |
| 92 | نسبة النساء حسب تعرضها لمضاعفات خلال فترة الحمل في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014. | جدول (15) |
| 95 | نسبة النساء حسب المضاعفات التي تعرضت لها خلال الحمل في المحافظات 2014. % | جدول (16) |
| 97 | نتائج تحليل مربع كاي مابين تاثير نوع التجمع والمحافظة على المتغيرات التالية 2014. | جدول (17) |
| 101 | نسبة النساء حسب مكان الولادة في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014 | جدول (18) |
| 104 | نسبة النساء حسب مكان الولادة والمحافظة 2014. % | جدول (19) |
| 108 | نسبة النساء التي قامت بالولادة القيصرية على مستوى المحافظة 2014، % | جدول (20) |
| 111 | نسبة تعرض النساء إلى الأعراض التي عانت منها خلال فترة المخاض أو مباشرة بعد عملية الوضع في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014.2010، % | جدول (21) |
| 112 | نسبة تعرض النساء إلى الأعراض التي عانت منها خلال فترة المخاض أو مباشرة بعد عملية الوضع حسب المحافظة 2014. % | جدول (22) |
| 115 | نسبة النساء حسب الأعراض التي عانت خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014. % | جدول (23) |
| 117 | نسبة النساء التي تعرضت للأعراض التي عانت منها خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة حسب المحافظة 2014. % | جدول (24) |
| 119 | تأثير المستوى التعليمي على وقت مكوث الأم في المؤسسة الصحية 2014 % | جدول (25) |
| 121 | نسبة النساء حسب الوقت الذي مكثته في المؤسسة الصحية بعد الولادة وحسب المحافظة 2014. % | جدول (26) |
| 124 | نسبة القيام بتفقد الحالة الصحية للمولود قبل مغادرة المؤسسة الصحية حسب المحافظة 2014، % | جدول (27) |
| 126 | تأثير المستوى التعليمي على القيام بفحص الأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية 2014. | جدول (28) |

| الصفحة | الجدول | الرقم |
|--------|--|-----------|
| 129 | نسبة النساء التي تم إجراء الفحص الصحي لها قبل مغادرة المؤسسة الصحية 2014. % | جدول (29) |
| 131 | تأثير المستوى التعليمي على القيام بإجراء الفحص للأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية 2014 | جدول (30) |
| 134 | نسبة القيام بفحص الأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية حسب المحافظة 2014 % | جدول (31) |
| 135 | نتائج تحليل مربع كاي بين تأثير نوع التجمع والمحافظة على المتغيرات التالية 2014 | جدول (32) |
| 136 | يبين العلاقة ما بين المستوى التعليمي للأم والمتغيرات التالية 2014. | جدول (33) |
| 139 | نسبة أحجام المواليد الأخيرة للنساء في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014. % | جدول (34) |
| 141 | نسبة أحجام المواليد حسب المحافظة 2014. % | جدول (35) |
| 144 | نسبة المواليد التي تم وزنهم حسب المحافظة 2014. % | جدول (36) |
| 145 | نسبة المواليد الأخيرة للنساء حسب أوزانهم (كغم) في العامين 2010, 2014، % | جدول (37) |
| 146 | وزن المواليد الأخيرة للأمهات حسب المحافظة 2014. % | جدول (38) |
| 150 | نسبة قيام الأم بالرضاعة الطبيعية للمولود الأخير حسب المحافظة 2014. % | جدول (39) |
| 152 | نتائج تحليل مربع كاي بين تأثير نوع التجمع والمحافظة على المتغيرات التالية 2014. | جدول (40) |
| 156 | متوسط عدد المواليد حسب العمر عند الزفاف الأول | جدول (41) |
| 158 | متوسط عدد المواليد للمرأة حسب العمر عند أول حمل 2014. | جدول (42) |
| 160 | متوسط عدد المواليد حسب العمر الحالي للأم 2014. | جدول (43) |
| 162 | متوسط عدد الأطفال المنجبين حسب مدة الحياة الزوجية 2014. | جدول (44) |
| 164 | متوسط عدد المواليد حسب عدد الزوجات للزوج 2014 | جدول (45) |
| 165 | نتائج تحليل التباين الأحادي بين متوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة ومجموعة المتغيرات المستقلة 2014. | جدول (46) |

| الصفحة | الجدول | الرقم |
|--------|--|-----------|
| 167 | متوسط عدد المواليد في الضفة الغربية حسب نوع التجمع 2014. | جدول (47) |
| 168 | تأثير المحافظة على متوسط عدد المواليد 2014. | جدول (48) |
| 171 | متوسط عدد المواليد للمرأة حسب المستوى التعليمي لها 2014. | جدول (49) |
| 173 | متوسط عدد المواليد حسب رغبة الأم في الإنجاب 2014. | جدول (50) |
| 175 | متوسط عدد المواليد حسب المدة التي ترغب المرأة في انتظارها 2014. | جدول (51) |
| 176 | نسبة قيام النساء باستخدام الوسائل المختلفة لإجهاض الجنين 2014. | جدول (52) |
| 176 | نسبة قيام النساء بالإجهاض حسب سبب قيامها بذلك 2014. | جدول (53) |
| 177 | نسبة النساء حسب مكان قيامها بالإجهاض 2014. | جدول (54) |
| 178 | نسبة الرغبة في الإنجاب حسب عدد حالات الإجهاض للمرأة 2014. | جدول (55) |
| 179 | نسبة الرغبة في الإنجاب حسب عدد حالات الإسقاط للمرأة 2014. | جدول (56) |
| 180 | نتائج تحليل مربع كاي بين متوسط عدد الأطفال المنجيين ومجموعة من المتغيرات المستقلة 2014 | جدول (57) |
| 185 | نسبة قيام النساء باستخدام وسيلة لتأخير الحمل حاليا لعام 2014 | جدول (58) |
| 186 | نتائج تحليل مربع كاي ما بين تأثير نوع التجمع والمحافظة على المتغير التالي 2014. | جدول (59) |
| 188 | نسبة استخدام النساء لوسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال المنجيين لها 2014. | جدول (60) |
| 188 | نتائج تحليل مربع كاي ما بين عدد الأطفال المنجيين والمتغير التالي 2014. | جدول (61) |
| 189 | نسبة استخدام النساء لوسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي لها 2014. | جدول (62) |
| 189 | نتائج تحليل مربع كاي ما بين المستوى التعليمي والمتغير التالي 2014. | جدول (63) |
| 191 | نسبة النساء حسب الوسيلة التي تستخدمها لتجنب الحمل 2014. | جدول (64) |
| 193 | نسبة استخدام النساء لوسائل تجنب الحمل أو تأخيرها حسب المحافظة 2014. | جدول (65) |

فهرس الأشكال

| الصفحة | الشكل | الرقم |
|--------|---|----------|
| 68 | نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين رضعوا رضاعة طبيعية حسب المنطقة (2000-2010) | شكل (1) |
| 74 | نسبة قيام النساء بمراجعة أي أحد لتلقي الرعاية ما قبل الولادة 2010.2014. | شكل (2) |
| 78 | نسبة بداية تلقي النساء الرعاية للمرة الأولى أثناء الحمل حسب الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014. | شكل (3) |
| 106 | نسبة قيام النساء بالولادة القيصرية للعامين 2010.2014 في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع. | شكل (4) |
| 120 | نسبة النساء حسب الوقت التي مكثته في المؤسسة الصحية بعد الولادة في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014. | شكل (5) |
| 123 | نسبة القيام بتفقد الوضع الصحي للطفل قبل مغادرة المؤسسة الصحية في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014. | شكل (6) |
| 127 | نسبة النساء التي تم فحصها قبل مغادرة المؤسسة الصحية في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014. | شكل (7) |
| 132 | نسبة القيام بفحص الأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014. | شكل (8) |
| 143 | نسبة الأطفال التي تم أوزانهم في العامين 2010,2014 | شكل (9) |
| 149 | نسبة قيام النساء بالرضاعة الطبيعية لأطفالهم في العامين 2010,2014 | شكل (10) |
| 184 | نسبة النساء اللواتي استخدمن وسائل منع الحمل حاليا 2010.2014 | شكل (11) |

فهرس الخرائط

| الصفحة | الخارطة | الرقم |
|--------|---|-----------|
| 151 | النسبة المئوية للأمهات اللواتي قمن بالرضاعة الطبيعية في الضفة الغربية لعام 2014 | خارطة (1) |
| 169 | متوسط عدد الأطفال المنجبين في محافظات الضفة الغربية لعام 2014. | خارطة (2) |
| 187 | النسبة المئوية للأمهات اللواتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة في الضفة الغربية لعام 2014. | خارطة (3) |

مدى ممارسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الضفة الغربية لبعض قضايا الصحة
الإيجابية، من واقع بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014

إعداد

مها أسامة محمد الحاج يحيى

إشراف

د. حسين أحمد

الملخص

تعتبر ممارسة الأمهات لقضايا الصحة الإيجابية في المجتمع من المؤشرات الهامة لمدى تقدم وتطور الواقع الصحي في المجتمع من خدمات صحية وبرامج توعية للأمهات، وتأتي هذه الدراسة لبيان مدى ممارسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الضفة الغربية لبعض قضايا الصحة الإيجابية.

إن الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على مدى ممارسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج لبعض قضايا الصحة الإيجابية (عدد الأطفال المنجبين، رعاية الأم أثناء الحمل، رعاية الأم أثناء الولادة، رعاية المولود بعد الولادة، رعاية الأم بعد الولادة، وسائل تنظيم الأسرة) وتحديد أثر بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية على مدى ممارستها لتلك القضايا.

ولتحقيق ذلك تم الاعتماد على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014، الذي نفذه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في العام 2014، بالتعاون مع وزارة الصحة وبدعم فني من اليونيسيف، وتم تمويل المسح من الحكومة الفلسطينية ومن صندوق الأمم المتحدة للسكان، وقد تركزت هذه الدراسة على استمارة المرأة في الفئة العمرية 15-49 سنة.

استخدمت الباحثة المنهج الوصفي لإعطاء صورة عن مدى ممارسة النساء لقضايا الصحة الإيجابية، والمنهج التحليلي لدراسة أثر المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية على مدى ممارستها لتلك القضايا.

تم تقسيم الدراسة لتسعة فصول: اشتمل **الفصل الأول** على خطة الدراسة والتي شملت مشكلة الدراسة، وأهدافها، وأهميتها وأسئلة الدراسة، ومتغيرات وفرضيات الدراسة، والدراسات السابقة. أما **الفصل الثاني** فتناول الإطار النظري الذي يشتمل على مفاهيم ومصطلحات الدراسة. أما **الفصل الثالث** فقد تناول خدمات الصحة الإنجابية في الضفة الغربية من خلال دراسة الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية، والخدمات المقدمة لرعاية صحة الأم والطفل، ومدى توافر مراكز الأمومة ومراكز تنظيم الأسرة، ومن أهم نتائج هذا الفصل اتساع شبكة مراكز الرعاية المنتشرة في مختلف محافظات الوطن من 454 مركزا عام 1994 إلى 767 مركزا في العام 2014.

أما **الفصل الرابع** فقد تناول رعاية الأم أثناء الحمل من خلال دراسة بعض المتغيرات كفترة تلقيها الرعاية أثناء الحمل للمرة الأولى ومكان تلقي الرعاية وعدد مرات تلقي الرعاية، ومن أهم نتائج هذا الفصل ارتفاع نسبة قيام النساء بالمراجعة لتلقي الرعاية خلال فترة الحمل في العام 2014 عن العام 2010. في حين أن **الفصل الخامس** تناول رعاية الأم أثناء الولادة وبعدها من خلال دراسة بعض المتغيرات كمكان الولادة وطبيعة الولادة والأعراض التي عانت منها الأم خلال فترة المخاض، ومكوث الأم بعد الولادة في المؤسسة الصحية، ومن أهم نتائج هذا الفصل أن ولادة النساء في مستشفى حكومي أكثر من الأماكن الأخرى، وأن مكوث الأمهات في المؤسسة الصحية بعد الولادة لفترة أيام أكثر من ساعات وأسابيع.

وتناول **الفصل السادس** رعاية المولود بعد الولادة من خلال دراسة بعض المتغيرات كحجم الطفل والقيام بوزن الطفل والقيام بالرضاعة الطبيعية، ومن أهم نتائج هذا الفصل ارتفاع نسبة قيام النساء بالرضاعة الطبيعية في العام 2014 مقارنة في العام 2010.

وتناول **الفصل السابع** أهم العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على متوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة، ومن أهم نتائج هذا الفصل أن هناك علاقة عكسية ما بين عمر المرأة عند الزفاف الأول وعمر المرأة عند أول حمل ومتوسط عدد الأطفال المنجبين

للمرأة، وأن هناك علاقة طردية ما بين عمر الأم الحالي ومدة الحياة الزوجية ومتوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة.

وتتاول **الفصل الثامن** وسائل تنظيم الأسرة من خلال دراسة النساء اللواتي استخدمن وسائل منع الحمل والوسائل التي تم استخدامها لتجنب الحمل، ومن أهم نتائج هذا الفصل أن استخدام وسيلة اللولب لتجنب الحمل هي الأكثر عند النساء.

وختمت الرسالة من خلال **الفصل التاسع** بالنتائج والتوصيات.

الفصل الأول

خطة الدراسة

1.1 مقدمة الدراسة

2.1 مشكلة الدراسة

3.1 أهداف الدراسة

4.1 أسئلة الدراسة

5.1 فرضيات الدراسة

6.1 أهمية الدراسة

7.1 حدود الدراسة

8.1 متغيرات الدراسة

9.1 منهجية الدراسة

10.1 الدراسات السابقة

11.1 أهم القضايا التي اتفقت واختلفت عليها الدراسات السابقة

12.1 أهم ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة

الفصل الأول

مقدمة الدراسة ومنهجها

1.1 مقدمة الدراسة

الإنجاب من نعم الله التي أنعم بها على الإنسان، فيه يتم إعمار الأرض وتكون السعادة للإنسان في الدنيا والآخرة.

فمرحلة الإنجاب للمرأة من أهم مراحل حياتها التي تتعرض خلالها للعديد من التغيرات الفسيولوجية والنفسية بجميع مراحل الإنجاب (متابعة الحمل، الولادة، النفاس)، ونتيجة لهذه التغيرات فهي بحاجة للرعاية في قضايا الصحة الإنجابية؛ لأن الأم والزوجة هي الركن الأساسي الذي يركز عليه في بناء المجتمع الناضج والصحي.

وفي هذه الدراسة سيتم دراسة مدى تفاوت ممارسة النساء لبعض قضايا الصحة الإنجابية خلال فترة الإنجاب، ودراسة جوانب الخدمات المقدمة للأمهات خلال مراحل الإنجاب المختلفة بدأ من الرعاية في أثناء الحمل والولادة وما بعدها، وانتهاء باستخدام الأم لوسائل تنظيم الأسرة؛ وذلك بهدف تمكين الباحثين وواضعي ومنفذي البرامج الصحية من التخطيط والتطبيق والمراقبة والتقويم لهذه البرامج الصحية لتطوير النظام الصحي الإنجابي على المستوى المحلي والوطني.

سنتقصر هذه الدراسة على تحليل مدى ممارسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-49)، لبعض قضايا الصحة الإنجابية وهي (عدد الأطفال المنجبين، رعاية الأم أثناء الحمل، رعاية الأم أثناء الولادة، رعاية المولود بعد الولادة، رعاية الأم بعد الولادة، وسائل تنظيم الأسرة)، فالنساء اللواتي سبق لهن الزواج 15-49 من أهم الفئات التي تحتاج إلى دراسة التفاوت في ممارسة قضايا الصحة الإنجابية، ومما يزيد من أهمية دراسة تلك الفئة كونهن منشآت الأجيال القادمة التي ستقوم على النهوض بالمجتمع؛ لأن بنية وصحة المجتمع تعتمد على صحة الأم، فإذا تحلت بصحة جيدة فإن هذا يعني إنتاج أفراد ثم أسر ثم مجتمع قوي وصحي خال من الأمراض.

وسيتم دراسة ذلك من خلال الاستعانة ببيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 والذي قام بإجرائه الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، حيث يوفر هذا المسح معلومات حديثة عن الوضع الصحي للأطفال والنساء، فبيانات الصحة الإيجابية تعكس الصورة الحقيقية للمستوى الصحي والتنموي، وتعكس مدى تطور الجهود من أجل الحفاظ على صحة المرأة.

2.1 مشكلة الدراسة

في كل دقيقة وفي كل يوم تتعرض كثير من النساء لمخاطر صحية قد تهدد حياتها أثناء الحمل والولادة، وتتعرض لمضاعفات تحتاج إلى عناية طبية فورية ناتجة عن الأخطاء التي تمارسها في بعض قضايا الصحة الإيجابية، وحتى نقلل من هذه المخاطر يجب توفر الخدمات الصحية في متناول أيدي النساء، وضرورة توعية النساء بأهمية ممارسة قضايا الصحة الإيجابية، فالصحة الإيجابية حق كل أم في الحصول عليها.

كان البحث في تلك المشكلة غير مشجع ؛ لأن البيانات المتوفرة عن قضايا الصحة الإيجابية كانت تعاني من الشح والقلّة، أما الآن فالبيانات المتوفرة من خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات الذي قام به الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في سنة 2014 وهي كافية لخدمة الدراسة.

سنتناول هذه الدراسة مدى تفاوت ممارسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-49) لبعض قضايا الصحة الإيجابية (عدد الأطفال المنجبين، رعاية الأم أثناء الحمل رعاية الأم أثناء الولادة، رعاية المولود بعد الولادة، رعاية الأم بعد الولادة، وسائل تنظيم الأسرة)، ودراسة مدى تفاوت ممارسة هذه القضايا لديهن تبعاً لتفاوت الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية لهؤلاء النساء، فكثير من النساء يتعرضن لمخاطر صحية قد تهدد حياتهن بسبب اتباع العادات والتقاليد الخاطئة التي قد تترك تأثيراً كبيراً على حياتهن، فوفاة الأمهات خسارة كبيرة ليس على المستوى الشخصي فقط، وإنما على المستوى المجتمعي والوطني والاقتصادي أيضاً.

فتحديد مدى تفاوت ممارسة النساء قضايا الصحة الإنجابية للنساء المتزوجات، أمر هام يفيد في اتخاذ الإجراءات اللازمة لإنقاذ حياة الأمهات اللواتي يعانين من المشكلات في صحتهم الإنجابية، وتوفير الرعاية والتوعية الصحية اللازمة في الوقت المناسب.

3.1 أهداف الدراسة

ستقوم هذه الدراسة من أجل تحقيق الأهداف التالية:-

- 1- التعرف على واقع الصحة الإنجابية للمرأة الفلسطينية بالضفة الغربية، ومدى ممارسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج لبعض قضايا الصحة الإنجابية.
- 2- تحديد أثر بعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية على بعض قضايا الصحة الإنجابية(عدد الأطفال المنجبين، رعاية الأم أثناء الحمل، رعاية الأم أثناء الولادة، رعاية المولود بعد الولادة، رعاية الأم بعد الولادة، وسائل تنظيم الأسرة).
- 3- استخدام نتائج الدراسة لوضع مقترحات تساعد على تحقيق صحة إنجابية جيدة.

4.1 أسئلة الدراسة

ستحاول هذه الدراسة الإجابة على التساؤلات التالية:

- 1- ما هو مدى ممارسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-49) سنة في الضفة الغربية لبعض قضايا الصحة الإنجابية (عدد الأطفال المنجبين، رعاية الأم أثناء الحمل، رعاية الأم أثناء الولادة، رعاية المولود بعد الولادة، رعاية الأم بعد الولادة، وسائل تنظيم الأسرة)؟ وماهي العوامل المؤثرة في مدى هذه الممارسة؟
- 2- ما هو أثر بعض المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية على متوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة؟

5.1 فرضيات الدراسة

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين متوسط عدد الأطفال المنجيين للأم ومجموعة المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية (عمر المرأة عند الزفاف الأول، عمر المرأة عند أول حمل، عمر الأم الحالي، مدة الحياة الزوجية، عدد الزوجات الأخريات في عصمة الزوج، مكان السكن، المستوى التعليمي للأم، الرغبة في الإنجاب) ونوع التجمع والمحافظة التي تعيش بها الأم.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين رعاية المرأة أثناء الحمل التي تشمل على متغيرات (تلقي الأم أية مراجعة أثناء الحمل، فترة تلقي الرعاية أثناء الحمل للمرأة الأولى، عدد مرات تلقي الرعاية خلال فترة الحمل، مكان الرعاية، الفحوصات قبل الولادة، مضاعفات عانت منها الأم خلال الحمل) ونوع التجمع والمحافظة التي تعيش الأم بها.

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين رعاية الأم أثناء الولادة التي تشمل على متغيرات (مكان الولادة، طبيعة الولادة، الأعراض خلال فترة المخاض أو مباشرة بعد عملية الوضع، الأعراض خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة) ونوع التجمع والمحافظة التي تعيش الأم بها.

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين رعاية المولود الأخير بعد الولادة التي تشمل على متغيرات (حجم الطفل، القيام بوزن الطفل، مقدار وزن الطفل، الرضاعة الطبيعية) ونوع التجمع والمحافظة التي تعيش الأم بها.

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين الرعاية الصحية للأم بعد الولادة التي تشمل على متغيرات (مكوث الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة، تفقد الحالة الصحية للمولود قبل مغادرة المؤسسة الصحية، فحص الحالة الصحية للأم قبل مغادرة

المؤسسة الصحية، فحص الأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية) والمستوى التعليمي ونوع التجمع والمحافظة التي تعيش الأم بها.

6- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين مدى معرفة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة التي تشمل على المتغيرات (الوسيلة التي تستخدمها النساء لتنظيم النسل، النساء اللواتي قمن بتأخير الحمل) ونوع التجمع والمحافظة التي تعيش الأم بها.

6.1 أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة في أنها ستتناول بالدراسة والتحليل البيانات التي وفرها المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 عن الصحة الإنجابية.

وستتناول النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-49)، لدراسة مدى التفاوت في ممارسة هؤلاء النساء لبعض قضايا الصحة الإنجابية والمخاطر الصحية التي قد يتعرضن لها بسبب عدم تقديم الرعاية الخاصة لهن في الوقت المناسب.

وتفاوت ممارسة النساء لقضايا الصحة الإنجابية لا تعتبر مشكلة محلية بل هي مشكلة عالمية تعاني منها الدول في العالم بنسب متفاوتة تبعاً لعدة عوامل منها: - مواكبة التطور العلمي والتكنولوجي، والمستوى التعليمي للإناث، والتقدم من الناحية الصحية والاقتصادية، وغيرها من العوامل التي تساهم في حدوث تفاوت في ممارسة النساء لبعض قضايا الصحة الإنجابية.

فأهمية هذه الدراسة تتبع من كون النساء منشآت الأجيال القادمة التي ستقوم على النهوض بالمجتمع، فيجب العمل بكافة الوسائل للحفاظ على حياتهن والعيش بحياة صحية جيدة.

وستوفر هذه الدراسة المعلومات الكافية لصناع القرار للعمل على اتخاذ التدابير اللازمة

في المؤسسات الصحية لإنشاء مجتمع صحي وقوي البنية.

7.1 حدود الدراسة

الحدود المكانية: تشمل الضفة الغربية.

الحدود الزمنية: وهي الفترة التي تم فيها جمع بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات، وكان ذلك خلال شهري آذار ونيسان لعام 2014.

8.1 متغيرات الدراسة

سوف تعتمد الدراسة على عدد من المتغيرات التي ستأخذ تعريفها حسب تعريف الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني وقد تم تقسيمها على النحو التالي:-

المتغيرات التابعة

- * عدد الأطفال المنجبين: يقصد به الأطفال الذين يعيشون مع الأم، والأطفال الذين هم على قيد الحياة، ولكنهم لا يعيشون مع الأم، والأطفال المتوفين.
- * رعاية الأم أثناء الحمل: هي مدى ممارسة الأم للرعاية أثناء الحمل.
- * رعاية الأم أثناء الولادة: هي مدى ممارسة الأم الرعاية أثناء الولادة.
- * رعاية المولود بعد الولادة: هي الخدمات الصحية التي يتم تقديمها للمولود من بعد الولادة.
- * رعاية الأم بعد الولادة: هي الخدمات الصحية التي تقدم للأم بعد الولادة.
- * وسائل تنظيم الأسرة: هي الوسائل التي يمكن أن يستخدمها الزوجان أحدهما أو كلاهما دون إكراه أي منهما وبواسطتها يمكن تجنب أو تأخير الحمل¹.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز -2015. رام الله. فلسطين.

المتغيرات المستقلة

- * عمر المرأة عند الزفاف الأول: هو عمرها عند زواجها الفعلي وليس بداية الخطبة والارتباط.
- * عمر الأم عند أول حمل: هو عمر الأم عند الحمل للمرة الأولى.
- * عمر الأم الحالي: هو عدد سنوات حياة الأم الحالي.
- * مدة الحياة الزوجية: وهي المدة التي تقضيها المرأة مع زوجها دون انفصال¹.
- * عدد الزوجات في عصمة الزوج: هو عدد الزوجات الأخريات اللاتي في عصمة الزوج.
- * مكان السكن: وهو نوع التجمع السكاني الذي تعيش به الأم.
- * المستوى التعليمي: أعلى مرحلة دراسية وصلت لها الأم.
- * الرغبة في الإنجاب: أي رغبتها في الإنجاب (فيما بعد، ولم ترغب).
- * مراجعة الأم أثناء الحمل: أي تلقي الأم أي رعاية أثناء الحمل.
- * فترة تلقي الرعاية أثناء الحمل للمرة الأولى: الفترة التي بدأت تتلقى الأم الرعاية فيها كانت في فترة الأسابيع أم في الأشهر.
- * عدد مرات تلقي الرعاية خلال فترة الحمل.
- * مكان الرعاية: هو المكان الذي تذهب له الأم خلال عملية الحمل، لتلقي الرعاية والمتابعة الدورية لها ولجنينها.
- * الفحوصات قبل الولادة: وهي التي تشمل على إجراء الفحوص التالية: قياس ضغط الدم، فحص عينة الدم، فحص عينة البول.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز - 2015. رام الله. فلسطين.

* مضاعفات عانت منها الأم خلال الحمل: وهي التي تشمل على عديد من المضاعفات قد تتعرض لها الأم الحامل كنزيف مهبلي حاد وغيرها.

* مكان الولادة: هو المكان الذي تقوم الأم بالولادة فيه.

* طبيعة الولادة: ويقصد بها الولادة الطبيعية أم الولادة القيصرية.

* الأعراض خلال فترة المخاض أو مباشرة بعد عملية الوضع: وهي الأعراض التي قد تتعرض لها الأم أثناء الولادة كمخاض عسير، وحمى شديدة، وتشنجات، ونزيف مهبلي حاد.

* الأعراض خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة: وهي الأعراض التي قد تتعرض لها الأم من بعد الولادة كارتفاع ضغط الدم، وصداع حاد..الخ.

* حجم الطفل: يقصد به (كبير جدا، أكبر من المتوسط، متوسط، أصغر من المتوسط، صغير جدا).

* القيام بوزن الطفل: قياس الكتلة الكلية لجسم الطفل دون ملابسه¹.

* وزن الطفل: (أقل من 2.5 كغم، 2.5-4.0 كغم، أكثر من 4.0 كغم).

* الرضاعة الطبيعية: هو الغذاء الصحي الأكثر ملاءمة للمولود بعد الولادة.

* مكوث الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة: أي مكوثها (ساعات، لأيام، لأسابيع).

* تفقد الحالة الصحية للمولود قبل مغادرة المؤسسة الصحية: أي تقديم الخدمات الصحية للمولود بعد الولادة.

* فحص الحالة الصحية للأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية: أي تقديم الخدمات الصحية للأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز -2015. رام الله. فلسطين.

* فحص الأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية: أي ما تقوم به الأم من رعاية بعد مغادرة المؤسسة الصحية.

* الوسيلة التي تستخدمها الأم لتجنب الحمل أو تأجيله: أي قامت باستخدام الوسائل الصناعية،الوسائل الطبيعية.

9.1 منهجية الدراسة

سيتم اتباع كلا من المنهج الوصفي والتحليلي في هذه الدراسة.

حيث يشمل المنهج الوصفي: وصف واقع الصحة الإنجابية للمرأة الفلسطينية في الضفة والقطاع من خلال استخدام مقاييس النزعة المركزية.

والمنهج التحليلي: من خلال استخدام اختبارات الفروض على المتغيرات التي تم الحصول على بياناتها من خلال الجهاز الإحصائي المركزي الفلسطيني.

مصدر البيانات

تعتمد هذه الدراسة على المسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2014 حيث نفذ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني هذا المسح بالتعاون مع وزارة الصحة وبدعم فني من يونيسيف، وتم تمويل المسح من الحكومة الفلسطينية وكل من صندوق الأمم المتحدة للطفولة وصندوق الأمم المتحدة للسكان.

حيث تم جمع بيانات هذا المسح خلال الفترة في شهري آذار ونيسان لعام 2014.

عينة الدراسة والمنهج البحثي للدراسة¹

تصميم العينة

تم تصميم العينة لدراسة العائلة الفلسطينية في دولة فلسطين لتبيان التقديرات للأعداد الكبيرة من المؤشرات على وضع الأطفال والنساء والشباب والكبار بالسن في المجتمع

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. المسح الفلسطيني العنقودي متعدد المؤشرات، 2014. رام الله. فلسطين.

الفلسطيني بشكل عام، مع التركيز في العينة على صحة الأطفال الذين هم تحت سن الخامسة والنساء القادرات على الإنجاب وخاصة من عمر 15-49 سنة.

تم استنتاج احتمالية العينة باستخدام منهج العينة العنقودية الطبقيّة المتعددة المراحل لاختيار العناقيد بشكل منتظم مع احتمالية نسبية لعامل الحجم، فبعد اختيار المناطق، تم استنتاج العينة العنقودية.

كان الحجم الكلي لعينة الاستبيان 15355 عائلة، فقد تم توزيع العينة إلى طبقات اجتماعية بناء على المناطق الجغرافية وحسب المنطقة التي تتضمن المناطق الريفية والمخيمات والمدينة عن طريق اختيار 644 عنقوداً من العينة الكلية مع وجود 24 عائلة في كل عنقود. فلا يوجد وزن لكل عينة، فلعرض النتائج على المستوى الوطني، تم استخدام معيار وزن العينة.

الاستبيانات

تم الجمع بين تصميم الدراسة مع استبيانات معايير الصحة التي طبقت سابقاً من قبل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، بالإضافة إلى الاستبيان العنقودي الرابع للمؤشر المتعدد ليغطي حاجات كل الشركاء الذي ساهموا في دعم وإجراء المسح العنقودي متعدد المؤشرات.

تم استخدام خمسة استبيانات في الدراسة، فاعتبرت ثلاثة منها كاستبيانات رئيسية بناء على معايير الاستبيانات العنقودية للمؤشر المتعدد ومنها:

1- استبيانات بخصوص العائلات، حيث تم استخدامه لجمع معلومات عن كل أعضاء العائلة (المقيمين الدائمين في البيت) وأعضاء العائلة بشكل عام والقسم الخاص بالصحة والمعرفة بالإيدز، وفيروس hiv الذي طبق على نساء تم اختيارهن عشوائياً من سن 15-54 في كل عائلة بغض عن الحالة الزوجية.

2- استبيانات النساء التي تم تطبيقها في كل عائلة لكل النساء المتزوجات من سن 15 إلى 54 لمقارنة النتائج مع الاستبيانات السابقة، بينما كانت كل الجداول والتحليلات تطبق على النساء من سن 15-49 فقط.

3- استبيان الأطفال تحت سن الخامسة الذي تم عمله على الأمهات وجليسات الأطفال تحت سن الخامسة الذين يعيشون في بيت العائلة.

4- استبيان الشباب من سن 15-29.

5- استبيان الكبار بالسن الذين بعمر 60 فأكثر.

10.1 الدراسات السابقة

تعتبر دراسة الصحة الإيجابية للنساء اللواتي سبق لهن الزواج من الموضوعات التي لم يتم طرحها بشكل كبير في منطقة الدراسة، ومن أهم الدراسات التي لها علاقة بالموضوع.

دراسة قام بها الباحثان فوزي سهاونة ومحمد الجربيع لعام 1997، بعنوان "الصحة الإيجابية للأمهات في برامج الإذاعة الأردنية: محتواها وأثرها، دراسة على عينة من الأمهات في مدينة سحاب".

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مفهوم الصحة الإيجابية وأهمية العناصر المكونة لهذه المفهوم من خلال الجانب النظري للبحث. والتعرف على دور وسائل الاتصال عامة والإذاعة خاصة في القضايا التنموية والسكانية والصحية. والتعرف على محتوى الصحة الإيجابية للأمهات كما هو في برامج الإذاعة الأردنية وأثره في إكساب الأمهات مزيداً من الوعي الصحي، والتعرف على أنماط تعرض الأمهات لبرامج الإذاعة الأردنية في مدينة سحاب.

توصلت الدراسة إلى أنه لا يوجد في الوقت الحاضر مفهوم واضح محدد للصحة الإيجابية للأمهات في برامج الإذاعة الأردنية، وأن ما يتم الحديث عنه في البرامج من مواضيع لها علاقة بالصحة الإيجابية للأمهات يتم الحديث عنه دون الإشارة إلى الارتباط بالموضع السكاني وأثره في النمو السكاني ومعدلاته.¹

¹ سهاونة فوزي ومحمد الجربيع، الصحة الإيجابية للأمهات في برامج الإذاعة الأردنية : محتواها وأثرها "دراسة على عينة من الأمهات في مدينة سحاب"، مجلة دراسات العلوم الانسانية والاجتماعية. مج 24، 1997م\ 616-652.

دراسة قام بها خضر عودة لعام 1998، بعنوان "مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية"¹

هدفت هذه الدراسة إلى قياس مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية بالإضافة إلى دراسة العوامل الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية المؤثرة على هذه المستويات والاتجاهات.

وأهم ما توصلت إليه هذه الدراسة أن مدة الحياة الزوجية كانت أكثر المتغيرات تأثيراً على عدد الأطفال المنجبين، وجاء عمر الأم في المرتبة الثانية في التأثير على عدد الأطفال المنجبين، والمستوى التعليمي في المرتبة الثالثة.

وأوصى الباحث بنشر الوعي السكاني لدى المواطنين عن طريق وسائل الإعلام والنشرات الخاصة من أجل التوعية حول صحة الأم والطفل، ونشر التوعية حول فوائد الرضاعة الطبيعية والمباعدة بين المواليد.

دراسة قام بها عدنان مالول لعام 2000، وهي بعنوان "مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997"²

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستويات الخصوبة السكانية، ومستويات وفيات الرضع، ودراسة العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في تلك المستويات.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن هناك علاقة طردية ما بين عمر الأم الحالي ومدة الحياة الزوجية وعدد الأطفال المنجبين، وأن هناك علاقة عكسية ما بين المستوى التعليمي للأم والعمر عند الزواج الأول وعدد الأطفال المنجبين.

¹ عودة، خضر. مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 1998م.

² مالول، عدنان. مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2000م.

وأهم ما أوصى به العمل على رفع مستوى الخدمات الطبية والصحية وخاصة في المناطق الريفية والمخيمات للتقليل من وفيات الرضع في المحافظة.

دراسة فخري شريف حسين العلي وهي بعنوان "مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين" 2001.¹

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين. وتكونت عينة الدراسة من (470) طالبا وطالبة أي ما نسبته 31% تقريبا من مجتمع الدراسة.

وأظهرت نتائج هذه الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 05 في مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة تعزى لمستوى تعليم الأب والأم.

وفي ضوء نتائج هذه الدراسة، أوصى الباحث بضرورة العمل على إيجاد منهاج دراسي يعنى بالمواضيع الصحية لجميع المراحل الدراسية، وأن تركز بشكل خاص على القضايا المتعلقة بالتغذية والصحة الإنجابية.

دراسة قام بها محمد يعقوب لعام 2004، وهي بعنوان "العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله".²

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الخصائص الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية لمنطقة الدراسة وتحديد المتغيرات الأكثر أهمية في التأثير على الخصوبة في منطقة الدراسة، وتوضيح العلاقة بين مجموعة الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للزواج والزوجات وبين

¹ العلي، فخري. مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في المدارس الحكومية في جنين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2001م.

² يعقوب، محمد. العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2004م.

خصوبة الزوجات في منطقة الدراسة من ناحية إحداث فروقات وتباينات مهمة في خصوبتهن حسب هذه الخصائص.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة كان معدل المواليد الخام 32.4 بالألف في مدينة رام الله، وهذا يعود إلى نوع الأنشطة والأعمال والمهن ومستوى الدخل والزواج المبكر، والاهتمام بالتعليم، وأن هناك علاقة وثيقة بين عمر الأم الحالي وعدد الأطفال المنجبين لها، ويتناقص متوسط عدد الأطفال المنجبين مع زيادة العمر عند الزواج الأول كما تؤثر المدة التي تقضيها المرأة المتزوجة على عدد الأطفال المنجبين والعلاقة الارتباطية بين الخصوبة وتعليم الإناث علاقة عكسية قوية.

دراسة قامت بها كفى عبد الرحيم محمد يامين لعام 2005، وهي بعنوان "مدى تأثير برنامج التثقيف والتعزيز الصحي على المعرفة والاتجاهات والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى النساء في سن الإنجاب في الريف الفلسطيني".¹

هدفت الدراسة إلى قياس مدى تأثير التدخل بواسطة برامج التثقيف والتعزيز الصحي على مستوى المعرفة والاتجاهات والممارسات عند النساء المتزوجات في سن الإنجاب حول مواضيع الصحة الإنجابية في قرى شمال وجنوب الضفة الغربية وقطاع غزة. ولتحقيق هذا الهدف تم إعداد استبانة صممت لهذا الغرض، وشملت الدراسة 1347 امرأة.

ومن أبرز نتائج الدراسة ارتفاع نسبة الزواج المبكر في المناطق الريفية الفلسطينية، وتدني مستوى التعليم عند النساء في المناطق الريفية الفلسطينية، وأيضاً تدني مستوى المعرفة عند النساء بالنسبة للرعاية الصحية بعد الولادة، ومحدودية استخدام وسائل تنظيم الأسرة، وارتفاع معدل الخصوبة للمرأة.

¹ يامين ، كفى. مدى تأثير برنامج التثقيف والتعزيز الصحي على المعرفة والاتجاهات والممارسات المتعلقة بالصحة الإنجابية لدى النساء في سن الإنجاب في الريف الفلسطيني. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2005م.

دراسة قام بها محمد محمود عيسى أبو زنيد لعام 2006 بعنوان (مفاهيم ومواقف طلاب جامعة النجاح الوطنية في مواضيع الصحة الإيجابية).¹

هدفت هذه الرسالة إلى التعرف على مدى معرفة طلاب وطالبات جامعة النجاح الوطنية في مواضيع الصحة الإيجابية كون هذه المواضيع لا يتم التطرق إليها سواء في المناهج الدراسية أو من الأهالي وغالبا ما يتم الحصول عليها من قبل الطلاب أنفسهم من خلال البحث عنها من غير سليمة وصحيحة.

وقام الباحث من أجل تحقيق هدفه بتصميم الاستمارة والاستفسار عن كافة مجالات الصحة الإيجابية والدين وتنظيم الأسرة والثقافة الإيجابية والصحة الجنسية، وتعليم المرأة والزواج المبكر والأمراض الوراثية وزواج الأقارب والإجهاض، ودور الإعلام والعادات والتقاليد ومشاركة الرجل ودعمه للمرأة.

ومن أهم نتائج هذه الدراسة إن 64.4% من الطلاب يفضلون إنجاب أقل من أربع أطفال، وأن العمر المثالي للزواج 20 عام من وجهة نظر الذكور والإناث، وفيما يتعلق بتعريف الصحة الإيجابية لم يكن هناك مشكلة، وكان واضحا لدى الغالبية بأنها لا تقتصر على المرأة دون الرجل وإنما تشمل كلا الجنسين.

دراسة قامت بها الباحثتان عائشة الرفاعي وسمية صايح لعام 2006، وهي بعنوان "تقدير الاحتياجات المعرفية في مجال الصحة الإيجابية والجنسية لشباب المثقفين من مراكز الرعاية الاجتماعية والتأهيل التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية".²

هدفت هذه الدراسة إلى حصر ومراجعة الدراسات والإصدارات المتعلقة بالصحة الإيجابية والجنسية التي تعنى بفئة الشباب، مع تركيز خاص على الفئة الأقل حظا والأكثر

¹ أبو زنيد، محمد . مفاهيم ومواقف طلاب جامعة النجاح الوطنية في مواضيع الصحة الإيجابية. رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة النجاح الوطنية ، نابلس، فلسطين ، 2006م.

² الرفاعي عائشة وسمية صايح . تقدير الاحتياجات المعرفية في مجال الصحة الإيجابية والجنسية لشباب المثقفين من مراكز الرعاية الاجتماعية والتأهيل التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية. معهد القدس للانداء الصحي والبحثي .وزارة الشؤون الاجتماعية، فلسطين ، 2006م.

تتميشا، وبالتالي الحاجات المعرفية للشباب المستهدفين في مراكز الرعاية الاجتماعية والتأهيل التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية في مجال الصحة الإنجابية والجنسية، وتقدير الاحتياجات التدريبية للكوادر المهنية (مرشد اجتماعي، استاذ، مدير) العاملة مع الشباب في المراكز المعنية.

وأبرز ما توصلت إليه هذه الدراسة أن مراكز التأهيل ودور الرعاية بمظهرها ووضعها المتواضع جدا تحمل صبغة العمل الخيري، وتعاني من حالة انكشاف ووصم بحكم فئاتها المستهدفة تحديدا الأمر الذي له أن يضعف معنويات وشخصيات الشباب بدلا من تقويتهم وتعزيز ثقتهم بأنفسهم ويبقيهم في نفس دائرة الاضعاف والاستغلال والتهميش. لذا فان هناك حاجة ماسة لبرامج توعية جماهيرية تتضمن أوسع دائرة مجتمعية ومؤسسة ممكنة للعمل على تغيير المفاهيم والنظرة المجتمعية لدور الرعاية ومراكز الأحداث، والقضاء على النظرة التي تتعاطى مع المراكز وكأنها معتقلات، مما ينزع الوصمة عن الشباب المنتفع منها ويوسع من فرصه بالعمل والحياة الكريمة، ويحسن توجهاته نحو المجتمع الذي يعيش فيه.

دراسة 2007 Sahar Hassan، بعنوان: "Needs assessment OF Maternity

Services in Ramallah governmenta hospital west bank"¹

هدفت هذه الدراسة إلى فحص الاحتياجات الضرورية لخدمات الأمومة في المستشفيات، وإعلام واضعي السياسات الصحية والمسؤولين والمنظمات الدولية الممولة، ومقدمي الخدمات، والجمعيات المهنية، إضافة إلى مجموعات الدفاع عن حقوق المرأة عن تلك الحاجات المسلمة لتحسين جودة خدمات الأمومة في المستشفيات الحكومية.

ومن أهم ما توصلت له أن لمستشفى رام الله دورا أساسيا في تقديم خدمات الأمومة بسبب موقعه المركزي، وهناك حاجة ماسة لإدخال نظام إشراف اكلينيكي تعني لخدمات الأمومة في المستشفيات، وتبين أنه بالإمكان إحداث بعض التغييرات غير المكلفة أو بكلفة قليلة والتي

¹Hassan,sahar: **Needs assessment OF Maternity Services in Ramallah governmental hospital west bank.**(unpublished Masters Thesis).An-Najah National University. Nablus. palestine. 2007

ستساهم في تحسين جودة العناية المقدمة للأمهات والمواليد مثل التقليل من الإبر الوريدية أثناء السماح للأمهات بالحركة والمشي.

دراسة قام بها حسين أحمد لعام 2009، بعنوان " العوامل المؤثرة في العمر المثالي للزواج وعدد الأطفال المرغوب في إنجابهم من وجهة نظر طالبات جامعة النجاح الوطنية".¹

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العمر المثالي للزواج من وجهة نظر الطالبات الجامعيات، والتعرف إلى اتجاهات السلوك الإنجابي للطالبات الجامعيات باعتبارهن أحد مصادر الإنجاب في المستقبل، وهن أكثر فئة من الإناث تعليماً.

ومن أبرز النتائج بلغ متوسط العمر المثالي للزواج من طرف الطالبات في جامعة النجاح الوطنية نحو 22.1 سنة، وهو تقريبا مساو للعمر الذي تتخرج فيه الفتاة من الجامعة. وبلغ متوسط عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم من قبل الطالبات نحو أربعة أطفال وثلاثة من عشرة (4.3)، وهو أعلى من متوسط إنجاب النساء الجامعيات في المجتمع الفلسطيني.

دراسة قامت بها ميساء نصر لعام 2010، بعنوان " الخصوبة في محافظة طولكرم" مستوياتها واتجاهاتها في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية.²

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستويات الخصوبة واتجاهاتها، ودراسة العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في محافظة طولكرم.

وأبرز النتائج التي توصلت إليها الباحثة متوسط عدد الأطفال المنجبين يتناقص مع زيادة العمر عند الزواج الأول، وارتفاع المستوى التعليمي للزوج والزوجة، ويعتبر عدد الأطفال

¹ احمد، حسين :العوامل المؤثرة في العمر المثالي للزواج وعدد الأطفال المرغوب في انجابهم من وجهة نظر طالبات جامعة النجاح الوطنية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للابحاث والدراسات .15. 2009م 95\ -127.

² نصر، ميساء. الخصوبة في محافظة طولكرم. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2010م.

المنجيين وعمر الأم ومدة الحياة الزوجية والمستوى التعليمي من العوامل المؤثرة على عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم.

دراسة 2010 shaden Qanadelo، بعنوان: "The Impact of exclusive Breast Feeding on Infant Morbidity in the First six Months OF infants life in Nablus Refugee camps"¹

هدفت هذه الدراسة بالدرجة الأولى إلى معرفة أثر الأنماط المختلفة المتبعة في إطعام الأطفال على مر الأشهر الستة الأولى في حياته في مخيمات نابلس.

ومن أهم ما توصلت له الباحثة أن نسبة الرضاعة الطبيعية الخالصة في الأشهر الستة الأولى 70%، أما نسبة أولئك الذين اعتمدت أمهاتهم طريقة المزج بين الحليب الطبيعي والصناعي في إطعامهم فبلغت 16%، وقد بلغت نسبة الرضاعة الصناعية الخالصة 14%، وأن الرضاعة الطبيعية الخالصة في الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل، تعتبر عاملاً هاماً في صنع وتقليل نسبة الإصابة بالكثير من الأمراض خلال نفس الفترة من حياة الطفل.

وأوصت الباحثة بأن تولي المؤسسات الصحية اهتماماً أكبر بالرضاعة الطبيعية بصورة عامة والرضاعة الطبيعية الخالصة في الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل خاصة، خصوصاً خلال وضعها للخطط التي تهدف إلى محاربة الأمراض المعدية.

دراسة قام بها حسين أحمد لعام 2010، بعنوان "العوامل المؤثرة في عدد الأطفال المنجيين للنساء اللواتي سبق لهن الزواج في مخيمات محافظة نابلس."

هدفت هذه الدراسة إلى بيان أهم العوامل المؤثرة في عدد الأطفال المنجيين للمرأة في مخيمات محافظة نابلس، حيث تم إجراء مسح ميداني من خلال عينة طبقية عشوائية في الأسبوع الثاني من شهر شباط 2008. وقد خلصت الدراسة إلى أن عمر الزوجة الحالي، وعمر الزوجة

¹ qanadelo,shaden: **The Impact of exclusive Breast Feeding on Infant Morbidity in the First six Months OF infants life in Nablus Refugee camps.**(unpublished Masters Thesis).An-Najah National University.Nablus.palestine.2010

عند الزواج الأول، وعدد الأطفال المتوفين، وعدد الأطفال المرغوب في إنجابهم، وعمر الزوج عند الزواج الأول، كانت هي أهم العوامل المؤثرة في عدد الأطفال المنجبين للمرأة في منطقة الدراسة.¹

دراسة مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار في مصر لعام، 2010 بعنوان "تقييم أثر الوسائل الإعلامية على الوعي والاتجاهات الإيجابية".²

هدفت هذه الدراسة إلى تفعيل دور الإعلام في رفع مستوى الوعي بالمشكلة السكانية وقضايا الصحة الإيجابية، وتحسين اتجاهات وسلوكيات الأفراد تجاه هذه القضايا.

ومن أبرز نتائج الدراسة أنه قد بلغت نسبة الأفراد الذين سمعوا عن المشكلة السكانية ومفاهيم الصحة الإيجابية عن طريق التلفزيون حوالي 75.7% خلال مايو 2009، ومن الصحف بنسبة 20.9% والراديو 7.3% خلال مايو 2009 وأن هناك نسبة صغيرة جدا من المبحوثين لا تتجاوز 5.0% قد سمعوا عن المشكلة السكانية ومفاهيم الصحة الإيجابية من خلال: مراكز تنظيم الأسرة، والوحدات الصحية، والعيادات والمناهج الدراسية، ومن خلال دور العبادة والجمعيات الأهلية، مما يشير إلى تضال دور الذي تلعبه هذه المؤسسات في نشر الوعي بقضايا السكان والصحة الإيجابية لمختلف أفراد مجتمع العينة بغض النظر عن خصائصهم الخلفية، ويعد الانترنت بالنسبة لفئة كبيرة من الشباب في الفئة العمرية (18-29) سنة تصل إلى الخمس تقريبا في مايو 2009 هو أكثر وسيلة إعلامية تعمل على توصيل المعلومات عن الصحة الإيجابية بسرعة وبطريقة سهلة، ومن الاتجاهات الجديدة للمجتمع المصري نحو الزواج المبكر أن 80% من الأفراد يرفضون الزواج المبكر، وحوالي نصف المجتمع غير مؤيد للأسرة الصغيرة المكونة من طفلين.

¹ أحمد، حسين. "العوامل المؤثرة في عدد الأطفال المنجبين للنساء اللواتي سبق لهن الزواج في مخيمات محافظة نابلس، مجلة دراسات/العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجامعة الأردنية. المجلد (37)، العدد (1)، 2010، عمان، الأردن.

² مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار. تقييم أثر الوسائل الإعلامية على الوعي والاتجاهات الإيجابية. مصر. 2010.

دراسة قامت بها الباحثة ربا السيد محمد أبو كميل لعام 2011، بعنوان (مستوى الوعي بمفاهيم الصحة الإيجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة)¹.

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد مفاهيم الصحة الإيجابية التي يجب أن يلم بها طلبة المرحلة الأساسية العليا.

ومعرفة مستوى الوعي بالجوانب المعرفية لمفاهيم الصحة الإيجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة عند الحد الافتراضي %75. ومعرفة مستوى الوعي بالجوانب الوجدانية للصحة الإيجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة عند الحد الافتراضي %75، وأيضا إيجاد الفروق في مستوى الوعي بالجوانب المعرفية لمفاهيم الصحة الإيجابية بين طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة باختلاف الجنس.

ومن أبرز النتائج التي توصلت لها الباحثة هي إن مستوى الوعي بالجوانب المعرفية لمفاهيم الصحة الإيجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا يقل عن الحد الافتراضي (75%)، وأن مستوى الوعي بالجوانب الوجدانية لمفاهيم الصحة الإيجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا يقل عن الحد الافتراضي 75%، وأيضا لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي بالجوانب المعرفية لمفاهيم الصحة الإيجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا لمتغير الجنس ذكور، إناث.

دراسة قامت بها غادة عبد الرحيم مصطفى دار صالح لعام 2012، بعنوان (مدى معرفة طالبات المرحلة الثانوية ببعض قضايا الصحة الإيجابية في محافظة سلفيت)².

اعتمدت هذه الدراسة من أجل تحقيق هدفها على تصميم أداة الدراسة المتمثلة بالاستبانة بما يتناسب مع أغراض الدراسة وأهدافها.

¹ أبو كميل، ربا. مستوى الوعي بمفاهيم الصحة الإيجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، 2011م.

² صالح، غادة. مدى معرفة طالبات المرحلة الثانوية ببعض قضايا الصحة الإيجابية في محافظة سلفيت. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2012م.

هدفت هذه الدراسة من أجل التعرف على مدى معرفة الفتيات في المرحلة الثانوية بقضايا الصحة الإيجابية من جهة ومدى معرفتهن بالتغيرات الفسيولوجية التي يتعرضن لها من جهة أخرى، وأيضاً معرفة المصادر الأساسية لمعرفة الفتيات بقضايا الصحة الإيجابية، وأيضاً معرفة مدى مساهمة كل من الأسرة والمناهج المدرسية والمراكز الصحية في توعية الفتيات بقضايا الصحة الإيجابية.

وأبرز النتائج التي توصلت لها الباحثة هي أن حوالي 63.3% من الطالبات يعرفن الموضوعات التي تشتمل على الصحة الإيجابية، وأن الأم هي أفضل مصدر يمكن للفتيات أن يحصلن من خلاله على معلومات حول الصحة الإيجابية. وكان متوسط العمر المثالي للزواج الأول للفتاة من وجهة نظر الطالبات كان 22 سنة، وكان المتوسط الذي اعتبرته الطالبات عمراً مبكراً للزواج هو 17 سنة.

دراسة قامت بها فادية محمد توفيق أبو عيشة لعام 2012، بعنوان " موقف الشريعة الإسلامية من تحديد جنس الجنين ادراسة في مقاصد الشريعة الإسلامية في الحفاظ على الأسرة والصحة الإيجابية"¹

هدفت هذه الدراسة إلى التعريف بمصطلح الصحة الإيجابية وكيف تعامل الإسلام مع هذا المفهوم وعمل على تحقيقه بالمجتمع المسلم بالطريقة الصحيحة، وبيان أهمية الفحص الطبي قبل الزواج في حماية الأبوين ونسلهما، وذكر أهم مشاكل الإنجاب، وكيف عمل الإسلام على علاجها وبيان كيفية حماية الإسلام للنسل من حيث الكم والنوع.

ومن أهم ما توصلت إليه هذه الدراسة أن الإسلام عمل على حماية النسل من حيث الكم والنوع، لذا فإنه شجع على الزواج، ووضع له مقاييس تجعله متميزاً عن أي ارتباط خارج دائرة الزواج الشرعي وفي هذا البحث محاولة لتغيير بعض الأفكار التي ترسخت في مجتمعاتنا، كالتحذير من الزواج المبكر، إذ إن المرأة ما دامت مؤهلة جسدياً وفكرياً لتحمل مسؤولية الزواج

¹ أبو عيشة ، فادية. موقف الشريعة الإسلامية من تحديد جنس الجنين ادراسة في مقاصد الشريعة الإسلامية في الحفاظ على الأسرة والصحة الإيجابية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين ، 2012 م.

فلا يعتمد على مثل هذه الأفكار في وضع سن محددة للزواج. وتوصلت أيضا في موضوع تحديد جنس الجنين لا يمكن القول بأن هذه العملية تتعارض مع مشيئة الله تعالى، بل هي من باب الأخذ بالأسباب ولا حرج فيها بشرط أن تكون الوسيلة المستخدمة مشروعة.

11.1 أهم القضايا التي اتفقت واختلفت عليها الدراسات السابقة

قدمت كل من الدراسات السابقة مجموعة من النتائج فيما يتعلق بمدى وعي وممارسة النساء بقضايا الصحة الإنجابية من حيث مفهومها، كما أظهرت نتائج بعض الدراسات مصادر المعرفة بموضوعات الصحة الإنجابية وظهرت النتائج المتعلقة بقضايا الصحة الإنجابية.

أشارت دراسة **غادة صالح (2012)** بأن الأم هي أفضل مصدر يمكن للفتيات أن يحصلن من خلاله على معلومات حول الصحة الإنجابية، وأشار **محمد أبو زنيد (2006)** بأن غالبا ما يتعلق الحصول على المعرفة بموضوعات الصحة الإنجابية من قبل الطلاب أنفسهم من خلال البحث عنها بطرق غير سليمة وصحيحة. وأشارت دراسة **مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار في مصر (2010)** أن التلفزيون هو المصدر الرئيسي للمعرفة بالمشكلة السكانية وقضايا الصحة الإنجابية لمختلف أفراد مجتمع العينة.

أما فيما يتعلق بنتائج العوامل المؤثرة في عدد الأطفال المنجبين فقد أشارت **ميساء نصر (2010)** أن المستوى التعليمي ومدة الحياة الزوجية وعمر الأم الحالي وعمر الأم عند الزواج الأول تؤثر في عدد الأطفال المنجبين للمرأة. واتفق مع نتائج **ميساء نصر** كل من الباحثين **خضر عودة (1998)** و**عدنان مائل (1997)** و**محمد يعقوب (2004)**.

أما فيما يتعلق بوسائل تنظيم الأسرة فقد أشارت **ميساء نصر (2010)** أن 48.4% من مجموع النساء في محافظة طولكرم قد عرفن وسائل منع الحمل ولكنهن لم يستخدمن أية وسيلة و51.6% من مجموع النساء عرفن واستخدمن وسائل منع الحمل و29.9% استخدمن وسيلة اللولب. واتفقت نتائج **ميساء نصر** مع نتائج **خضر عودة (1998)** أن 48.7% قد عرفن وسائل

منع الحمل ولكنهن لم يستخدمن أية وسيلة منها و51.4% من مجموع النساء عرفن وسائل منع الحمل واستخدمن وسائل مختلفة و29.6% استخدمن وسيلة اللولب.

أما فيما يتعلق بنتائج الرضاعة الطبيعية فقد أشارت دراسة شادن قناديلو(2010) أن 70% من النساء في مخيمات نابلس قمن بالرضاعة الطبيعية الخالصة، وأن 16% من النساء اعتمدت على طريقة المزج بين الحليب الطبيعي والصناعي في إطعام أطفالها، وأن 14% من النساء قامت بالرضاعة الصناعية الخالصة.

أما فيما يتعلق بنتائج خدمات الأمومة فقد أشارت دراسة سحر حسن (2007) أن مستشفى رام الله له دور أساسي في تقديم خدمات الأمومة بسبب موقعه المركزي، وهناك حاجة ماسة لإدخال نظام إشراف اكلينيكي تعني لخدمات الأمومة في المستشفيات.

12.1 أهم ما يميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة

تكمن مميزات هذه الدراسة فيما يلي:

- 1- سنتناول هذه الدراسة البيانات الرسمية المتوفرة من خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات الذي قام به الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عام 2014.
- 2- سنتناول النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية (15-49).
- 3- سنتناول مدى ممارسة نساء الضفة الغربية لقضايا الصحة الإنجابية.
- 4- سيتم مقارنة واقع نساء الضفة الغربية في ممارسة قضايا الصحة الإنجابية مع بعض من دول العالم.
- 5- ستساعد نتائج الدراسة الجهات المختصة كوزارة الصحة والتخطيط في أخذ التدابير اللازمة حتى تتمكن جميع النساء من ممارسة حقها في الحياة بصحة إنجابية جيدة.

الفصل الثاني

الإطار النظري

1.2 المقدمة

2.2 الصحة الإيجابية

3.2 الأمومة الآمنة

4.2 الفرق بين الإجهاد و الإسقاط

5.2 تنظيم الأسرة

الفصل الثاني

الإطار النظري

1.2 المقدمة

الأسرة هي النواة والركيزة الأساسية لبناء المجتمع، فإذا كانت ركيزة هذا المجتمع سليمة كان المجتمع سليماً، وإذا كانت الركيزة غير سليمة أوجدت مجتمعا غير سليم.

وتلعب الأم الدور الأكبر في بناء تلك الركيزة، لأنها ستقوم بإنجاب جيل المستقبل الذي يجب أن يتمتع بالصحة العقلية والبدنية والاجتماعية، ولتحقيق ذلك يجب معرفة مدى ممارسة النساء لبعض قضايا الصحة الإنجابية، وإتباع سياسية التوعية والرعاية الصحية لهن حفاظا على سلامتهن وعلى سلامة المجتمع.

2.2 الصحة الإنجابية

1.2.2 خلفية تاريخية¹

برز مفهوم صحة الأمومة بعد مؤتمر الماتا العالمي الذي عقد في الاتحاد السوفيتي في سنة 1978م ليشمل على متابعة الحمل والولادة والعناية في فترة النفاس فقط، ثم تطور وتوسع نطاق مفهوم الصحة الإنجابية في مؤتمر القاهرة للسكان عام 1994، ليشمل على حق الزوجين بالتمتع بصحة انجابية مرضية وحققهم في اتخاذ القرارات حول عملية الإنجاب، وحق المرأة في الحصول على الخدمات الصحية التي تضمن لها العيش بحياة آمنة خالية من الأمراض.

فالصحة الإنجابية سلسلة ترتبط حلقاتها ببعض ، وأي خلل أو ضعف في إحداها سيؤثر سلبا على الصحة.

يظن البعض أن الصحة الإنجابية تهتم بالأمهات فقط، وهذا فهم محدود لها بالرغم من أنها تولي جانبا أساسيا للاهتمام بالنساء في سن الإنجاب؛ لما يتحملن من تعرض للخطر بنسب

¹ مسمار، سمر. الاتصال السكاني. جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2007م.

أكثر بسبب الحمل والولادة. ولكنها وحسب منظمة الصحة العالمية فالصحة الإنجابية لم تعد تخص فقط الأمهات، وإنما تستهدف جميع فئات المجتمع وبكافة مراحلها العمرية.

2.2.2 مفهوم الصحة الإنجابية

كان المفهوم الأول للصحة الإنجابية متمثلاً ببرامج تنظيم الأسرة، إلا أن المفهوم الحالي أصبح يهتم بمشاكل الصحة الإنجابية بطريقة متكاملة وشاملة للرجل والمرأة، وشمل هذا المفهوم العناية الفردية المتأنية بصحة المرأة، ويشمل المفهوم مشاكل المرأة الصحية خلال فترة حياتها كاملة، واهتم في خدمات الصحة الإنجابية، والاهتمام بتحسين نوعية الخدمات في كل مجالات الصحة الإنجابية.

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الإنجابية " حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب، وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره. ويشتمل هذا الشرط الأخير، ضمنا، على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد ممتنع بالصحة. وتمشيا مع تعريف الصحة الإنجابية سالف الذكر "(المصدر: مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية، 1994)

وبناء على ذلك يعد الحق في الصحة الإنجابية أحد حقوق الإنسان العالمية، ويشمل ذلك حق الإنسان في التمتع بأعلى درجة ممكنة من الصحة الجسمية والعقلية، والمساواة في هذا الحق بين النساء والرجال، وكذلك حق الأطفال في الحصول على أفضل الخدمات الصحية التي تضمن تمتعهم بمستوى صحي عال، وأما بالنسبة لحقوق المرأة في الصحة الإنجابية فيشمل ذلك حرية

القرار لكل من الزوجين في ممارسة الحياة الجنسية والإنجاب وكذلك استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

3.2.2 الفئات المستهدفة بالصحة الإيجابية¹

- 1- الرجل والمرأة في سن الإنجاب لرفع المستوى الصحي لهما.
- 2- المراهقون والشباب لتجنيبهم السلوكيات الضارة التي قد تؤدي إلى انتشار الأمراض المنقولة بالجنس ليجهزوا أنفسهم للمستقبل، ويتحملوا مسؤولياتهم تجاه صحتهم والأسر التي سيشكلونها.
- 3- النساء ما بعد سن الإنجاب للوقاية من الأمراض التي تتعلق بالجهاز التناسلي وتدبيرها.
- 4- الطفل ما بعد الولادة للحفاظ على صحته وبقائه وحمايته ونمائه.

4.2.2 العوامل المؤثرة في الصحة الإيجابية²

- 1- الصحة الإيجابية تؤثر وتتأثر بحالة المجتمع الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، فهي تتأثر سلباً بانتشار الأمية والبطالة وبتقاليد المجتمع وعاداته ومعتقداته وقيمه، كما تتأثر بالبيئة الأسرية والعلاقات المتشابكة بين أفرادها وعلاقة الأم بالأب، وعلاقة كليهما بالأبناء والبنات، وعلاقة الأخوة ذكوراً وإناثاً.
- 2- تتأثر الصحة الإيجابية بمكانة المرأة في المجتمع ففي كثير من أنحاء العالم تتعرض الإناث للتمييز فيما يتعلق بتوزيع الموارد العائلية والحصول على الرعاية الصحية.
- 3- يتأثر مستوى الصحة الإيجابية بتوافر خدمات صحية ذات جودة عالية لتلبي الاحتياجات الصحية لفئات مختلفة ويسهل الوصول إليها.

¹ <http://yomgedid.kenanaonline.com/posts/413227>, 22-4-2016

² المرجع السابق.

5.2.2 مكونات الصحة الإنجابية¹

تشتمل الصحة الإنجابية على العديد من القضايا التي تهتم بها ومن أهم هذه القضايا

مايلي:

1- الأمومة الآمنة: تعني التأكد من أن جميع النساء يتلقين الرعاية الصحية اللازمة لتوفير الأمان والصحة أثناء الحمل والولادة والنفاس.

2- العقم: هو عدم القدرة على الإنجاب بعد سنة من العلاقة الزوجية الكاملة (دون سفر الزوج) ودون استعمال موانع للحمل.

3- منع الإجهاض غير الآمن، وتم تعريف الإجهاض غير الآمن هو إجراء عملية الإجهاض في ظروف غير ملائمة أو أماكن غير مجهزة، قد يؤدي إلى الوفاة، أو إلى مضاعفات طبية مختلفة مثل الالتهاب، أو النزيف، أو إيذاء الأعضاء الداخلية والعقم الدائم.

4- الأمراض المنقولة جنسيا / الإيدز²: هي عبارة عن التهابات تنتقل أثناء الاتصال الجنسي من شخص لآخر. ويمكن لأي نوع من المجامعة أن ينقل مرضا من هذه الأمراض. ومن أشهر هذه الأمراض الجنسية مرض الإيدز؛ وهو من الأمراض المنقولة الخطيرة، وكلمة إيدز هي مختصر لكلمة إنجليزية معناها نقص العوز المناعي المكتسب عند الإنسان ويسببه فيروس HIV ويؤدي إلى نقص المناعة المكتسبة مما يؤدي إلى الوفاة، وينتقل عن طريق نقل الدم والاتصال الجنسي والمعدات الطبية الملوثة خاصة الإبر.

5- تنظيم الأسرة³: هي المباشرة بين حمل وآخر عن طريق استخدام وسيلة أو أكثر من وسائل تنظيم الأسرة، والهدف منها هو إنجاب العدد المرغوب فيه من الأطفال في الوقت المناسب،

¹ <http://yomgedid.kenanaonline.com/posts/413227>, 22-4-2016

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ، 2015. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز -2015. رام الله. فلسطين.

³ المرجع السابق

وهو اختياري من أجل الحفاظ على صحة الأم والطفل وعدم تعريضهما لأي مخاطر يمكن تجنبها.

6- صحة المراهقين:- و يعرف المراهق بأنه الشاب اليافع الذي يقع في العمر 10-19 عاما ويمر بتغيرات كثيرة جسمية، ونفسية واجتماعية، حيث ينتقل خلالها من فترة الطفولة إلى البلوغ وتصبح له شخصيته المستقلة.

7- الجندر¹: يشير النوع الاجتماعي إلى الأدوار والمسؤوليات التي يتولاها الرجال والنساء التي نشأت في عائلتنا ومجتمعاتنا وثقافتنا. يتم اكتساب هذه الأدوار والتطلعات بواسطة التعليم، وهي عرضة للتغير مع الوقت، كما أنها تختلف من ثقافة إلى أخرى وداخل الثقافة الواحدة. وتعدل أنظمة التمايز الاجتماعي كالمركز السياسي والانتماء الطبقي والعرقى والإعاقات الجسدية والعقلية والسن وغيرها من العوامل من أدوار كل جنس. لكن مفهوم النوع الاجتماعي يبقى حيويا لأنه، في حال تطبيقه على التحليل الاجتماعي، فإنه يكشف الأسلوب الذي يتم بموجبه تأسيس تبعية النساء (أو سيطرة الرجال) في المجتمع وبالتالي تكون هذه التبعية بحد ذاتها عرضة للتغيير أو الإلغاء. فهي ليست محتمة قضاء وقدر ولا مثبتة إلى الأبد.

8- منع ممارسة بعض الطقوس والعادات الضارة:- كالعبث وإجراء الجراحة على الجهاز التناسلي الخارجي للإناث والذي يمارس في إفريقيا، ومثال على ذلك ختان الإناث، وظاهرة الزواج المبكر والابتعاد عن الرضاعة الطبيعية وظاهرة الغسول المهبل.

9- الصحة الإنجابية المتعلقة باحتياجات الرجال والنساء عند سن الأمان:- لقد أصبحت شريحة المسنين تشكل جزءا مهما من السكان، وهذه الزيادة في المسنين تتطلب الاهتمام بصحتهم سواء كانوا رجالا أو نساء ولاسيما مجالات الصحة الإنجابية، ويؤثر تقدم السن على صحة النساء بدرجة أكبر من الرجال لأن متوسط عمر النساء أعلى من الرجال، وبسبب مشاكل

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ، 2015. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز -2015. مرجع سابق.

الصحة الإنجابية، ومن أهم الاحتياجات الخاصة بالنساء فيما يتعلق بالصحة الإنجابية:- سن الأمان، هشاشة العظام، وسرطانات الجهاز التناسلي، والمشاكل الصحية والعصبية والنفسية عند الرجال والنساء.

وفي هذه الدراسة تم تناول مجموعة من أهم قضايا الصحة الإنجابية:

3.2 الأمومة الآمنة

1.3.2 مفهوم الأمومة الآمنة¹

الأمومة الآمنة تعني التأكد من أن جميع النساء يتلقين الرعاية الصحية اللازمة لتوفير الأمان والصحة أثناء الحمل والولادة والنفاس.

2.3.2 الخدمات الصحية والأمومة الآمنة²

تشمل الخدمات الصحية التي تؤدي إلى الأمومة الآمنة ما يلي:

1. متابعة الحمل (Antenatal care)

يقوم العاملون الصحيون والعاملات الصحيات بمتابعة السيدات أثناء الحمل، مع التركيز على النصائح والإرشادات للمحافظة على صحتها وصحة جنينها، والتحضير لعملية الولادة، والتوعية لاحتمالات المضاعفات وأعراضها، وكيفية تفاديها وعلاجها. كما أن هؤلاء العاملين الصحيين يقومون بتشخيص هذه المضاعفات وعلاجها مبكراً. ويشمل ذلك أيضاً، الإجراءات الوقائية، مثل إعطاء أقرص الحديد، وتطعيم التيتانوس بالإضافة إلى تقديم الدعم النفسي والاجتماعي.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ، 2015. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز -2015. مرجع سابق.

² المرجع السابق.

2. الولادة (Delivery)

يجب أن تتم الولادة تحت إشراف عامل صحي، أو عاملة صحية، يتمتع كل منهما بالتدريب اللازم مهنيًا لإجراء الولادة الطبيعية، والتشخيص والتصريف حين ظهور أي مضاعفات مثل النزيف والتهابات، والصدمة. كما يجب أن تتم هذه الولادات في أماكن مجهزة للقيام بذلك، مع وجود نظام نقل وتحويل للحالات الطارئة التي تحتاج إلى مستوى أعلى من العناية الصحية، مثل العمليات القيصرية ونقل الدم.

3. النفاس (post partum)

يجب متابعة السيدة خلال فترة النفاس من قبل عامل صحي أو عاملة صحية يتمتع كلاهما بالتدريب اللازم مهنيًا في بداية النفاس، وكذلك بعد 6 أسابيع من الولادة لمنع المشاكل التي يمكن أن تحدث، ولإعطاء نصائح حول الرضاعة الطبيعية، ووسائل تنظيم الأسرة.

3.2.2 مميزات خدمات الأمومة الآمنة ذات الجودة العالية¹

1. سهولة الحصول عليها.
2. تمتع العاملين بمهارات اكلينيكية عالية.
3. استجابة العاملين وحساسيتهم لاحتياجات النساء.
4. توافر الأجهزة والأدوات اللازمة.
5. توافر جهاز لتحويل الحالات الطارئة وإيصالها إلى المراكز الصحية عند حدوث مضاعفات.

4.3.2 الأسباب التي تمنع النساء من الحصول على هذه الخدمات الصحية المهمة²

1. عدم توافر هذه الخدمات أصلاً.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ، 2015. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز -2015. مرجع سابق.

² المرجع السابق.

2. عدم معرفة المرأة بتوفر هذه الخدمات.

3. بعد أماكن تقديم هذه الخدمات.

4. التكلفة.

5. عدم قدرة المرأة على اتخاذ القرار في العائلة.

6. سوء جودة الخدمات المقدمة في بعض هذه الأماكن.

5.3.2 مفهوم وفيات الأمومة¹

هو عدد الوفيات بين النساء نتيجة لمضاعفات الحمل والولادة، ويعتبر معدل وفيات الأمومة عدد هذه الوفيات لكل 100.000 مولود حي.

صيغة المعادلة التي من خلالها يتم حساب معدل وفيات الامومة وهي :-

عدد وفيات النساء نتيجة مضاعفات الحمل والولادة في سنة معينة عدد المواليد الاحياء في نفس السنة * 100000

6.3.2 أسباب وفيات الأمومة²

هناك أسباب مختلفة لوفيات الأمهات المتعلقة بالحمل والولادة، حسب تقرير لمنظمة الصحة العالمية عام 2013 في جميع أنحاء العالم، كما يلي:

1. النزيف الشديد 27%

2. سكري، ملاريا، فيروس الإيدز والسمنة 28%.

3. مضاعفات الاجهاض 25%.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ، 2015. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز، مرجع سابق.

² http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/ar20-6-2016

4. الولادة المتعسرة 9%

5. الاصابة بالعدوى 11%.

7. ارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل 14%.

8. انسداد الأوعية الدموية أثناء الولادة 3%.

كان نزيف ما بعد الولادة والانصمام الرئوي هما المسببان الأولان لوفيات الأمومة المبلغ عنها في فلسطين في العام 2013؛ بواقع (4) حالات لكل منهما.

4.2 الفرق بين الإجهاض والإسقاط

1.4.2 مفهوم الإجهاض¹

الإجهاض لغّة: هو سقوط الجنين من بطن أمه بلا حياة، أو بحياة متصلة بالموت.

الإجهاض شرعا: هو المولود الذي تضعه المرأة قبل تمامه، سواء خرج حيا ثم استهل أو وضعته ميتا.

الإجهاض طبييا: هو إفراغ محتويات الرحم قبل إكمال نموه الوظيفي، وحددت هذه المدة 24 أسبوعا ونقصت حتى وصلت اليوم إلى مدة 20 أسبوعا في البلدان المتقدمة أي أقل من 500غم وزن المولود.

2.4.2 أعراض الإجهاض²

إن أهم أعراض الإجهاض هي النزيف والألم أو نزول كمية من الماء "السائل الأمنيوني الذي يحيط بالجنين".

¹ خطاب ابو جريبان و محمد مهنا. الإجهاض مضاعفاته الطبية وإحكامه الشرعية. دار الشروق، الاردن، 2007م.

² فرح، نادية رمسيس. حياة المرأة وصحتها. دار الجيل، بيروت، 1992م.

ويتفاوت الإحساس بالألم من سيدة إلى أخرى. وقد يكون الألم بسيطاً ويشبه الألم الدورة الشهرية، ويحدث على فترات منتظمة أسفل البطن. وعند الإحساس بالألم في أسفل الظهر تكون حالة الإجهاض قد تطورت إلى الأسوأ. وقد يشتد الألم ويكون مثل ألم الولادة في الأدوار الأولى، وقد يصاحب هذا الإحساس بالرغبة في القيء أو القيء فعلاً. ومن الممكن حدوث إسهال أيضاً.

ويلي حدوث الألم ظهور إفرازات مخاطية مدمية، وفي بعض الأحيان يصاحب الألم، أو يليه نزول كمية من الدم، ومهما كانت قليلة فهي تعتبر إنذاراً بالإجهاض. وقد يحدث النزيف بصورة قوية قد تؤدي إلى قذف محتويات الرحم للخارج. أما إذا حدث الإجهاض بعد الشهر الثالث للحمل " 12 أسبوعاً " فمن الممكن أن تكون أول الأعراض نزول كمية من الماء وليس النزيف، حيث تكون المشيمة قد تكونت. وعموماً فإنه من الأفضل للسيدة الحامل استشارة طبيبها عند حدوث أي نزيف ولو كان بسيطاً.

3.4.2 أنواع الإجهاض¹

1- الإجهاض المفتعل أو الطبي. Therapeutic Abortion

هذا النوع من الإجهاض مسموح به في حدود ضيقة جداً، وهو إجهاض يلجأ إليه الطبيب للحفاظ على حياة الأم، أو إنهاء الحمل قبل أن يصبح الجنين قابلاً للحياة لإنقاذ حياة الأم من خطر يتهدد حياتها فيزول هذا الخطر بزوال حالة الحمل. وهو ليس بالأمر السهل لأنه يتطلب لإتمامه قتل مضغة حية، ولذا لا يجوز أن يجري وأن يبحث أمره إلا إذا كان وجود الحمل واستمراره يتهدد حياة الأم فعلاً أو يتهدد وضعها العقلي بضرر شديد.

طرق الإجهاض الطبي

1- الأجهزة الشافطة للجنين Suction aspiration

¹ فرح، نادية رمسيس. حياة المرأة وصحتها، مرجع سابق.

2- التوسيع والتفريغ و الكحت Dilatation and evocation

3-البطني (قيصري مبكر) Hysterectomy

ومع تقدم الطب المتسارع وتطور الأدوية المتاحة فقد تلاشت الطريقة الثالثة إلا في حالات نادرة جدا ومع وجود أدوية متعددة تستخدم في إنهاء الحمل دون أي عوائق جدية تذكر.

ومن هذه الأدوية: Misoprostol ويعطى 200غم حبوب توضع في المهبل كل أربع ساعات حبة والنتائج مرضية حيث إن 80% من المريضات التي استخدمن هذا الدواء قد حصل لديهن إجهاض كامل، و 28% فقط قد احتجن إلى عملية توسيع عنق الرحم وتفريغ الرحم وكحته.

2- الإجهاض الجنائي Criminal Abortion

هو إنهاء الحمل بشكل آلي دون أن يكون هناك مبرر طبي أو قانوني. وهو الإجهاض المتعمد ويتمثل في حالتين:

1- الاعتداء على الأم بالضرب والإيذاء المادي أو المعنوي فتسقط جنينها.

2- إجراء عملية للحامل بناء على طلبها أو مكرهة عليه،للتخلص من الجنين أو الحمل غير المرغوب فيه، ويكون ذلك غالبا لطمس آثار جرائم العلاقات غير المشروعة.

طرائق الإجهاض الجنائي

تعددت هذه الطرائق منذ قديم الزمان وبحسب البلاد والعادات، ويهدف معظمها إلى إحداث رض مباشرة على البيضة مثل إدخال قسطرة مطاطية إلى جوف الرحم وإبقائها يوما أو أكثر، أو محاولات ثقب جوف البيضة بأعواد بعض النباتات المحلية (كأعواد الملوخية) أو بسنارة الصوف، أو بإجراء الحقن الدوائية المهبلية أو الرحمية (محلول الصابون أو بعض المحاليل الكاوية).

آثار هذا النوع من الإجهاض:

- 1- غالبا ما يتأخر انقذاف البيضة أو يكون انقذافها ناقصا وهو ما يعرض المريضة لإنتان(تسمم الدم) و النزف.
- 2- خطر رضوض و انتقاب الرحم والمثانة والمستقيم والأمعاء بحسب الآلات المستعملة في الإسقاط وبحسب ظروف استعمالها.
- 3- خطر الإنتان حينما تكون الآلات المستعملة ملوثة
- 4- خطر التسمم بالأدوية التي اشتهرت خطأ بأنها مجهضة ولا سيما حينما تأخذ بكميات كبيرة.
- 5- خطر الصمامات التي تشاهد حين حقن المحاليل الكيميائية أو الهواء داخل الرحم.

4.4.2 مضاعفات الإجهاض¹

المخاطر أو المضاعفات سريعة

تتمثل هذه المخاطر التي تكون سريعة الحدوث في المظاهر التالية:-

1- تمزق عنق الرحم

إن عملية إزالة محصول الحمل التي يبسطها الكثير غالبا جدا ما تحتاج إلى عملية توسيع عنق الرحم، ويتم إجراء التوسيع عن طريق إدخال أدوات خاصة صلبة للتمكن من الدخول إلى جوف الرحم لإزالة محصول الحمل، فإدخال هذه الأدوات بطريقة هشة أو بقوة غير محسوبة ستؤدي إلى تمزق عنق الرحم أو حتى ثقب جدار الرحم بهذه الأدوات.

2- ثقب جدار الرحم

إن حدوث هذه المضاعفة سواء عن طريق إدخال مقياس جوف الرحم بالمسطرة الحديدية وهذا يحدث نتيجة لعدم الدقة أو القوة الزائدة في إدخال المقياس أو لعدم المعرفة sawnd المسماة المسبقة لأوضاع الرحم المختلفة.

¹ فرح، نادية رمسيس .حياة المرأة وصحتها، مرجع سابق.

وقد يكون ثقب جدار الرحم ناتجا عن إدخال الأدوات الخاصة بتوسعة عنق الرحم أو بأداة القحط التجريف، إن علاج ثقب الرحم يعتمد على الأداة التي تم بها هذا الثقب وغالبا ما يحتاج الطبيب إلى عملية جراحية لفتح البطن إذا ما تمت هذه المضاعفة عن طريق ثقب جدار الرحم بأداة التجريف.

3- النزيف المهبل

إن المرأة التي تتعرض إلى الإجهاض بطريقة أو بأخرى يحدث نزف مهبل، وقد يتراوح هذا النزيف من قليل الحدة أو متوسط أو حاد، نزيف مهبل غزير، وهذا نتيجة التغيرات التي تطرأ على المدد الدموي للأعضاء التناسلية حيث إن الأوعية الناقلة للدم في فترة الحمل تكثر وتتضخم وتقوى. فالمعدل الوسطي المسموح به للنزف يتراوح ما بين 100-150 ملليمتر.

المضاعفات بطيئة الحدوث¹

1- التهاب عنق الرحم

يمكن أن يسبب التهاب الأغشية المخاطية لعنق الرحم جراثيم مختلفة منها: المكورات العنقودية، والمكورات العنقودية، والمكورات البنية، والعصيات الكولونية. ويساعد على تطور الالتهاب:

1- الأمراض العامة.

2- عدم تندب تمزقات عنق الرحم.

3- الخرشات الكيميائية والحرارية.

وعند مرور الحالة إلى المرحلة تحت الحادة أو المزمنة فنشاهد:

1- تناقص الودمة (تراكم السوائل في الجسم) والاحتقان.

¹ فرح، نادية رمسيس. حياة المرأة وصحتها، مرجع سابق.

2- ألم أسفل البطن والحوض.

3- نزف ويحدث نتيجة التماس.

2- تقرحات عنق الرحم

هو عبارة عن سحجة سطحية على الغشاء المطاطي الابتليالي لعنق الرحم. ويمكن أن يظهر التقرح على عنق الرحم لأسباب مختلفة منها:

1- الأسباب الالتهابية (التهاب عنق الرحم).

2- القصور الهرموني.

3- نتيجة التغيرات في الغشاء الابتليالي.

4- التقرحات الخلقية.

وتتصف تقرحات عنق الرحم بأنها عبارة عن انسلاخ و توسف الغطاء الابتليالي من على القسم المهبلي من عنق الرحم.

3- التهاب باطن العنق

هو الآفة التي يتوضع فيه الالتهاب في الغشاء المخاطي لقناة العنق، وتقتصر الأعراض على ضائعات مخاطية قيحية، وعلى الأم قطنية.

إن بقاء التقرح والالتهاب على عنق الرحم ولمدة طويلة يتعلق بصفات المرض الأساسي الذي سبب التقرح، وبالحالة العامة للمريضة، وفي عدم المعالجة، أو المعالجة الناقصة ولذلك يمكن أن يبقى التقرح لسنوات أو يتعرض للنكس والتكرار. ويمكن لهذا النوع من الالتهاب أن يسبب العقم وذلك بسبب تجمع المفرزات المخاطية القيحية في قناة العنق وقد يحول ذلك دون مرور الحيوانات المنوية إلى الرحم.

5.4.2 مفهوم الإسقاط¹

مفهوم الإسقاط: هو حالة الحمل التي تنتهي بشكل طوعي وغير مبكر خلال أول 5 أشهر من الحمل.

6.4.2 أسباب الإسقاط²

- 1- عدم التكوين الكامل للجنين؛ أي وجود عيوب خلقية لدى الجنين قد تؤدي إلى وفاته.
- 2- الخوف من حدوث خطر مؤكد منه على حياة الأم إذا استمر الحمل.
- 3- قد يسقط الجنين نتيجة قيام الأم الحامل بأعمال شاقة أو السقوط على البطن، وأيضاً نزول وصعود الدرج بشكل مستمر قد يؤدي إلى سقوط الجنين.
- 4- وجود بعض الأمراض لدى الأم الحامل مثل مرض السكري قد يسبب إسقاط الجنين.
- 5- حمل الأم بسن متأخر.

7.4.2 أنواع الإسقاط³

الإسقاط التلقائي أو العفوي Spontaneous Abortion

هو إجهاض طبيعي حدث تلقائياً دون أي تدخل خارجي بأي صورة ومسبباته داخلية محضة تتعلق بأمراض تصيب الأم الحامل أو الجنين. ومن أهم أسباب الإجهاض التلقائي هي التالية:

- 1- فما فوق من جميع حالات الإجهاض التلقائي. 60% تشوه في الكروموسومات وتعدى نسبته.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. المسح الفلسطيني العنقودي متعدد المؤشرات 2014. رام الله. فلسطين.
² <http://mawdoo3.com>, 23-4-2016

³ المرجع السابق.

- 2- وجود بعض التشوهات الخلقية في الجهاز التناسلي للمرأة.
 - 3- الأمراض السارية مثل التيفوئيد، والأنفلونزا، والملاريا وكثير من الأمراض المصحوبة بحرارة عالية.
 - 4- أمراض القلب، وأمراض الغدد الصماء، والسكري وغيرها.
 - 5- الكدمات " الرض، والكسور " وخاصة عند وجود عامل مساعد.
 - 6- الصدمات النفسية القوية وخاصة عند اللواتي لديهن جهاز عصبي غير متزن.
 - 7- تسمم المرأة الحامل ببعض المواد مثل الزئبق، والرصاص، وأكسيد الكربون، والكحول.
 - 8- أخذ بعض العقاقير التي تحتوي على مادة البروستاغلاندين، والكلوكوين.
 - 9- نقص في الهرمونات وخاصة هرمون الروجسترون.
- وتشكل نسبة الإجهاض التلقائي ما بين 25-30 %، وهناك مصادر مختلفة فمنها من يقول 30-40% وتختلف هذه النسبة من بلد إلى آخر.

ويتفرع الإسقاط التلقائي إلى:¹

- 1- إسقاط منذر Threatened Abortion: وهو إنذار للسيدة بأن حملها في خطر، و أعراضه هي حدوث نزيف مرة أو عدة مرات. وغالبا تكون كمية الدم قليلة وغير مصحوبة بالألم. ولا يتمدد عنق الرحم. ومن الممكن استمرار الحمل مع الراحة التامة والعلاج، كذلك الامتناع عن العلاقات الزوجية، وقد يتحول الإجهاض المنذر إلى إجهاض محتم.
- 2- إسقاط محتم أو في طور الحصول Inevitable Abortion: في هذه الحالة سينتهي الحمل حتما بالإجهاض، ونجد هنا أن الألم يكون شديدا واضحا ومنتظما، ويكون النزيف أكثر من النوع السابق، ويتسع عنق الرحم في هذه الحالة ليقتذف بالحمل للخارج. ومن الضروري

¹ <http://mawdoo3.com>, 23-4-2016

فحص السيدة، للتأكد من نزول الجنين بأكمله مع دم الإجهاض، وإذا لم ينزل الجنين تحتاج السيدة إلى عملية كحت لتنظيف الرحم من محتوياته.

3- إسقاط غير كامل Incomplete Abortion: في هذه الحالة ينزل جزء من محتويات الحمل الموجودة بالرحم ويبقى جزء، ولن يتوقف الألم ولا النزيف إلا بالتدخل من الطبيب المعالج للتخلص من بقايا الجنين، أو بنزول كل محتويات الرحم تلقائياً من نفسها، ولذلك ننصح السيدة الحامل باستشارة الطبيب.

4- إسقاط كامل Complete Abortion: في هذه الحالة يتخلص الرحم من كل محتوياته ويتوقف النزيف.

5- إسقاط متروك Missed Abortion: في هذه الحالة يموت فيه الجنين مع عجز الرحم عن التخلص منه، ولفظه خارج جسم الأم. وعلى ذلك يستمر غياب الدورة الشهرية، مع توقف الأعراض الأخرى للحمل مثل رجوع حجم الثدي إلى طبيعته واختفاء اللبن من الثدي وعدم حركة الجنين. ويجب الإسراع باستشارة الطبيب.

6- إسقاط متكرر Recurrent Abortion: هو حدوث الإجهاض تلقائياً ثلاث مرات متتالية أو أكثر، وغالبا ما تكون أسبابه دائمة مثل نقص الهرمونات، أو وجود عيوب خلقية في الرحم؛ مثل وجود حاجز داخل الرحم، أو وجود الأورام الليفية في الرحم، أو وجود تمزقات في العضلة الداخلية أو إصابة السيدة بالسكر، وكذلك الصدمات النفسية. ومعظم أسباب الإجهاض المتكرر من الممكن علاجها بعد إجراء عدة فحوص وأخذ التاريخ المرضي كاملاً، والتاريخ المفصل بكل حالة إجهاض سابقة.

والعلاج هنا يكون وقائياً في الفترة قبل حدوث آخر حمل عن طريق الاهتمام بالصحة العامة للسيدة، والاهتمام بتناولها وجبات غذائية مناسبة، ولعلاج ما يوجد عندها من أمراض أخرى، مثل السكر، وضغط الدم، والتهابات البول، و أي اضطرابات في الغدد فضلاً عن استشارة الطبيب المعالج عند حدوث الحمل

5.2 تنظيم الأسرة

1.5.2 مفهوم تنظيم الأسرة¹

نادت منظمات الصحة الدولية بضرورة تنظيم الأسرة، في إطار تخفيف الزحام والكثافة السكانية والعمل الجاد على إيجاد الطرق الأنسب للحصول على فرص حقيقية للحياة الكريمة بين البشر، فلا بأس بأن يكون الفرق بين الطفل وأخيه سنتين أو ثلاثة، ولا بأس إن أعادت الأم الكرة، وحملت مرة أخرى، ولكن ذلك يكون بعد أن تكون الأم قد حصلت على كفايتها من الراحة، وحصل الطفل على حقه في الاهتمام وغيرها.

وتم تعريف عملية تنظيم الأسرة بأنها المباشرة بين حمل وآخر عن طريق استخدام وسيلة أو أكثر من وسائل تنظيم الأسرة، والهدف منها هو إنجاب العدد المرغوب فيه من الأطفال في الوقت المناسب، وهو اختياري من أجل الحفاظ على صحة الأم والطفل وعدم تعريضهما لأي مخاطر يمكن تجنبها.

2.5.2 فوائد تنظيم الأسرة²

فوائد تعود على الأم

- تخفيض مخاطر وفاة الأمهات.
- الحفاظ على صحة الأم؛ فمن خلال المباشرة بين الأحمال تحافظ الأم على صحتها الجسدية والعقلية.
- تخفيض نسبة الأحمال ذات المستوى المرتفع من الخطورة.

فوائد تعود على الطفل

- تخفيض معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة، ووفيات الأطفال قبل الولادة.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ، 2015. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز -2015. رام الله. فلسطين

² 22-5-2016 <http://www.alghad.com/articles/597225>

- تحسين نمو وتطور الأطفال من النواحي الجسمية والعقلية والفكرية والصحية من خلال توفير فرصة أكبر لعناية الأم بطفلها وتغذيته وإرضاعه رضاعة طبيعية طويلة وكافية.
- توفير الجو النفسي الملائم لنمو الطفل في بيئة اجتماعية وصحية ونفسية متوازنة.

3.5.2 مساوئ تنظيم الأسرة¹

تعزى هذه المساوئ إلى الآثار الجانبية المحتملة لبعض وسائل منع الحمل مثل الوسائل الهرمونية التي تترافق مع آثار جانبية شائعة كزيادة الوزن، والصداع، والغثيان والدوخة، وآثار أخرى أقل شيوعاً بكثير مثل السكتة الدماغية، الجلطات والحمل الهاجر.

4.5.2 وسائل تنظيم الأسرة

الإنسان، منذ الأزل، وهو يمارس العملية الجنسية ويبحث عن وسيلة تمنع من حدوث الحمل، فابتكر وسائل تتناسب مع مستوى معرفته العلمية في كل زمان ومكان.

فإن اتخاذ قرار إنجاب طفل أو أكثر هو من حق كل زوجين، وأن قرار الحمل من عدمه هو ملك لكل زوجين، وعليهما وحدهما يقع عبء الاختيار، واستخدام الوسيلة المناسبة لمنع حدوث حمل غير مرغوب فيه، ويمكن تقسيم وسائل تنظيم الأسرة إلى قسمين: - وسائل طبيعية وأخرى غير طبيعية ومن وسائل تنظيم الأسرة ما يلي:

الوسائل الطبيعية²

1- القذف الخارجي

هي وسيلة يستعملها الرجل وتتخلص هذه الطريقة في انسحاب الرجل قبل نهاية العملية الجنسية مباشرة بحيث يحدث القذف المنوي خارج المهبل، وقد تصل فاعليتها إلى 50% إذا

¹ <http://www.syr-res.com/article/6542.html> 17-5-2016

² <http://www.syr-res.com/article/6542.html>, 17-5-2016

استعملت بالطريقة السليمة، وهي سهلة الاستخدام، ومن أهم عيوبها قد تسبب متاعب عضوية ونفسية لدى الرجل وأحياناً للمرأة.

2- فترة الأمان

هي وسيلة تستعملها الزوجة وتعتمد هذه الطريقة على فترة التبويض بالنسبة للدورة الشهرية. والبويضة تنزل عادة في منتصف المدة بين الدورة والأخرى، وتبقى لبضعة أيام قابلة للإخصاب، وتكون السيدة معرضة للحمل خلال تلك الفترة فقط، فتعتمد هذه الطريقة على عدم الاتصال الجنسي في هذه الفترة، ومن أهم ما يميزها أنها لا تعتمد على أي كيميائيات، ولكنها غير مضمونة؛ لأن موعد نزول البويضة يختلف من سيدة إلى أخرى.

3- الرضاعة الطبيعية

تعمل الرضاعة الطبيعية على منع الحمل عن طريق زيادة إفراز البرولاكتين ويكون مصحوباً بقصور في الإفراز لهرمونات الغدة النخامية المنشطة للمبيض، وبالتالي عدم حدوث التبويض من جهة وضعف إفراز هرمونات المبيض من جهة أخرى، ويترتب على عدم التبويض عدم حدوث الحمل كما يترتب على ضعف إفراز هرمونات المبيض انقطاع الحيض.

الوسائل غير طبيعية¹

1- الحبوب

هي وسيلة تستعملها الزوجة، وهي أقراص مكونة من مواد كيميائية خاصة تقوم بمنع التبويض عند المرأة تتناولها كل يوم بانتظام على مدى ثلاثة أسابيع في المتوسط، ثم تمتنع عن تناولها لمدة أسبوع، وفي هذا الأسبوع يحدث الحيض الشهري. وفعاليتها في منع الحمل 100% إذا ما استعملت بالطريقة السليمة، إما إذا لم تستعمل بانتظام فالسيدة تكون معرضة للحمل. ومن

¹ المرجع نفسه.

أهم مميزات هذا الوسيلة سهولة استخدامها، ومن أهم عيوبها أنها تحتاج إلى الدقة والانتظام في استخدامها.

2- الواقي الرحمي (اللؤلؤ)

هي وسيلة تستعملها الزوجة، يوجد من اللؤلؤ عدة أشكال وأحجام، ويصنع من مواد مختلفة كالبلستيك الذي قد يضاف إليه النحاس، ولا يركب إلا بواسطة الطبيب، فهو يدخله باستعمال محقن خاص في داخل التجويف الرحمي، ويمنع اللؤلؤ الحمل من خلال تفاعله مع بطانة الرحم فيمنع إخصاب البويضة أو التصاقها به ومفعول هذه الوسيلة يصل إلى 98 %، ومن أهم مميزات هذه الوسيلة أنها لا تتطلب شيئاً أو جهداً بعد إدخال اللؤلؤ سوى الاطمئنان إلى وجوده بين الفترة والأخرى. ويمكن حدوث الجماع في أي وقت بعد تركيب اللؤلؤ، ومن عيوب هذه الوسيلة لدى بعض السيدات أن يقوم الرحم بلفظ اللؤلؤ أو قد يحدث نزيفاً رحمياً شديداً.

3- الحاجز المهبل (العجلة)

هو عبارة عن غطاء خاص من المطاط، يصنع في أحجام مختلفة، ويوضع عند فوهة الرحم عن طريق إدخاله داخل المهبل، فيمنع وصول الحيوانات المنوية إلى البويضة، والعجلة ذات عدة مقاسات، وكل سيدة لها مقاسها الخاص بها، وبذلك لا يمكن استعمال العجلة لأكثر من سيدة لاختلاف المقاسات، واحتمال نقل أي عدوى، والطبيب هو الذي يحدد في البداية المقاس الذي يناسب السيدة وكيفية التركيب، وبعد ذلك لا تحتاج إلى أي استشارة من الطبيب وتصل فاعليتها إلى 80%.

4- الكريما المهبليّة (المانعة للحمل)

هي وسيلة تستعملها الزوجة وتتكون هذه الوسيلة من مادة كيميائية تبطل فاعلية الحيوان المنوي ومعبأة في أنابيب طويلة لها محقن خاص وقد تصل نسبة فاعليتها إلى 90%، وهي سهلة الاستعمال ولا تعوق الجماع.

5- الأقراص المهبلية (ذات الرغبة)

هي عبارة عن مواد كيميائية في صورة أقراص توضع داخل المهبل قبل الاختلاط الجنسي بحوالي 10-15 دقيقة حتى تنتشر بحيث تقوم بشل حركة الحيوانات المنوية عقب القذف المنوي، وهي وسيلة سهلة ورخيصة الاستعمال ونسبة فاعليتها إذا استخدمت بمفردها حوالي 80%، ومن أهم عيوبها قد تحدث في بعض الحالات أعراض الحساسية نتيجة استخدام هذه الأقراص.

6- الواقي الذكري

هي وسيلة يستعملها الزوج، وهي من أكثر الوسائل استخداما في العالم، حيث تتميز بسهولة وفعاليتها، وتتلخص هذه الطريقة في استخدام غلاف مطاطي لتغطية العضو الذكري قبيل دخول المهبل مباشرة بحيث يحدث القذف المنوي داخل الغلاف وليس داخل المهبل، وبهذا يكون الغلاف حاجزا بين الحيوانات المنوية وبين وصولها إلى حيث توجد البويضة، ومن الممكن أن تصل فاعليتها إلى 95% وتعتبر هذه الوسيلة مضمونة إذا ما استعملت بطريقة صحيحة وسهلة الاستخدام ومن عيوبه إعاقة الإشباع التام عند الرجل إلى حد ما.

7- الحقن

هي وسيلة تستعملها الزوجة ومن المرجح أن الحقن تمنع الحمل عن طريق التأثير في الغدد النخامية في قاع الرأس ومنعها من إفراز بعض الهرمونات التي تحت المبيض على إفراز البويضة. كما يؤثر العقار على مخاط عنق الرحم ويؤثر على الغشاء الداخلي للرحم، وقد تصل فاعليتها 99%، ولا تؤثر على كمية اللبن أثناء فترة الرضاعة.

8- نورب لانث (الغرسات)

"نور بلانث" أو زراعة كبسولات (من مادة السليكون) تحت الجلد تعد وسيلة طويلة المدى وهي تحتوي على مادة البروجستين فقط، ويعطى العقار المسمى "ليفونور جسترل" عن طريق ستة كبسولات تزرع تحت الجلد، وهي وسيلة عالية المفعول وطويلة المدى.

9- التعقيم الأنثوي

هي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة وتتم بطريقة جراحية وتهدف إلى وقف الحمل كلياً وذلك عن طريق ربط الأنابيب أو تسكير المواسير.

10- التعقيم الذكري

هي عملية سهلة وبسيطة ولكنها فعالة تماماً وقد تتم تحت البنج الموضعي حيث يتم قطع الأنبوب الذي تمر خلاله الحيوانات المنوية وهي وسيلة قطعية ودائمة لمنع الحمل وليس لها أية أعراض أو تأثيرات جانبية على النواحي الأخرى للعلاقة الزوجية.

الفصل الثالث

خدمات الصحة الإيجابية في الضفة الغربية

1.3 المقدمة

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

3.3 الوضع الصحي في فلسطين في ظل السلطة الفلسطينية (1994-2014)

4.3 رعاية صحة الأم والطفل

5.3 مراكز الأمومة والطفولة

6.3 مراكز تنظيم الأسرة

الفصل الثالث

خدمات الصحة الإيجابية في الضفة الغربية

1.3 المقدمة

إن رعاية الأم والطفل تعتبر رعاية واحدة مرتبطة ببعضها البعض ارتباطاً عميقاً، فرعاية الأمومة تمثل أهمية قصوى في المجتمع لأنها الإعداد البدني والنفسي للأمهات المستقبل منذ بلوغها سن الثامنة عشر، إذ إن الاهتمام بصحة الأم والطفل يترك تأثيراً كبيراً من شأنه أن يؤثر في خفض نسبة الوفيات من الأمهات سواء كان أثناء الحمل أو الولادة أو بعدها، وخفض نسبة الإعاقة في المواليد الجدد، وخفض مستوى الوفيات الرضع، ويعمل على تجنب أي مضاعفات مستقبلية للأم والطفل.

فحرصاً على حياة الأم والطفل يجب توفير المؤسسات الصحية التي تقوم بفحصها بشكل دوري، والقيام بالتحاليل المخبرية والمتابعة المتواصلة لمراقبة أي تغيرات تطرأ على صحة المرأة الحامل، والتعامل معها، ولتأهيل الأسرة صحياً ونفسياً واجتماعياً لاستقبال مولود بحالة صحية جيدة.

2.3 الوضع الصحي في الأراضي الفلسطينية في ظل الاحتلال الإسرائيلي (1967-1994)¹

لقد ترك الاحتلال الإسرائيلي بعد عام 1967م تأثيرات تدميرية على جميع النواحي الفلسطينية، حيث عانت الأوضاع الصحية في الأراضي الفلسطينية كغيرها من مظاهر الحياة الأخرى تدهوراً مستمراً، هذا بالإضافة إلى انعكاس التدهور في النواحي الاجتماعية والاقتصادية على النواحي الصحية.

وتمثلت سياسة الاحتلال نحو المجال الصحي بعدة سياسات:

1- عدم وضع أية خطط أو برامج جديدة لتطوير الخدمات الصحية.

¹ <http://www.malaf.info/?page=show-details&id=138&catId=32&table=pa-documents-2-24-2016>.

2- منع إنشاء مؤسسات صحية أهلية أو خيرية لتعويض العجز التي تعاني منه المؤسسات الصحية الحكومية آنذاك.

3- عملت على ربط المؤسسات الصحية الفلسطينية بالمؤسسات الإسرائيلية مستهدفة بذلك إذابة الكيان الفلسطيني وإحاقه بالسيطرة المباشرة بسلطات الاحتلال من شؤون إدارية أو مالية أو خدمات أو تخطيط أو تطوير.

وفي ظل استمرار سياسات الاحتلال ضد الفلسطينيين، كان من الصعب عليهم المشاركة أو إبداء الرأي في الأوضاع الصحية، أو العمل على تطويرها.

لقد قامت سلطات الاحتلال بوضع القيود في مجال الصناعات الدوائية الفلسطينية، واستيراد المواد الخام، وفرض الكثير من الضرائب عليها، وبالتالي عدم القدرة على منافسة الصناعات الدوائية الإسرائيلية.

وقامت بفصل القدس صحيا عن باقي المدن الفلسطينية، وأعلنت عن ضمها لإسرائيل، وقوضت المؤسسات الصحية فيها، فمنعت سكانها من الانضمام للتأمين الصحي في الضفة الغربية، وأغلقت مستشفى الأطفال، ومديرية الصحة والمختبر المركزي، وبنك الدم، ومركز مكافحة التدنر، وأغلقت مستشفى الهوسبيس، وحولت المستشفى الحكومي في الشيخ جراح إلى مقر للشرطة، كما أغلقت المستشفى الميداني وحولته إلى إدارة للحاكم العسكري في مدينة القدس.

وفي منطقة رام الله، كذلك أغلقت مستشفى الأمراض السارية، ثم قامت بدمج المستشفيات الحكوميةين القديم والجديد، مما أدى إلى انخفاض عدد الأسرّة، وعدم القدرة على تلبية احتياجات السكان آنذاك. وقد قلصت سلطات الاحتلال عدد الأسرّة في كل من مستشفيات الوطني الحكومي ومستشفى رفيديا والخليل وطولكرم وجنين وبيت لحم وبيت جالا وأريحا، فكانت هذه الممارسات تتطبق على كل مناطق الضفة الغربية.

أما بالنسبة لمراكز الأمومة والطفولة فقد عانت خلال تلك الفترة من النقص الكبير في التجهيزات والمعدات الطبية الحديثة، والنقص في القوى العاملة الصحية البشرية المختلفة، وإن وجدت فإنها تفتقر لفرص التدريب والاختصاص، هذا بالإضافة إلى أن برامج حماية الأسرة والطفولة والأمومة كانت تفتقر إلى المراقبة والمتابعة للأم الحامل ولجنينها وتغذيتها السليمة، والافتقار للأنشطة الوقائية والفحوص الطبية لتلاميذ المدارس والعمال إن وجدت، ولا يختلف وضع التأمين الصحي الحكومي آنذاك عن غيره من الخدمات الصحية، فقد كانت الخدمات الصحية التي تقدم في العيادات والمستشفيات لا تتناسب مع المبالغ التي كان يدفعها المواطنون لسلطات الاحتلال.

ففي تلك الفترة لعب الاحتلال دورا كبيرا تدميريا على الأوضاع الصحية في الأراضي الفلسطينية، ومنع الطواقم الطبية من إبداء الرأي أو المشاركة الطبية في تطويرها حيث تعرضت الكثير من الطواقم الطبية للمضايقات الإسرائيلية.

3.3 الوضع الصحي في فلسطين في ظل السلطة الفلسطينية (1994-2014)

منذ قدوم السلطة الوطنية وتسلم وزارة الصحة لمسؤولياتها الصحية أولت الوزارة اهتماما كبيرا لتطبيق مبادئ الرعاية الصحية الأولية، فعملت على توفير الخدمات الصحية وتطويرها، وتسهيل وصول مختلف القطاعات الشعبية إليها، بالإضافة إلى عدالة توزيع الخدمات بين مختلف فئات المجتمع وفي مختلف أماكن تواجده.¹

انتقلت الخدمات الصحية في الأراضي الفلسطينية انتقالا كبيرا للأفضل، حيث بدأت وزارة الصحة الفلسطينية بدارسة الواقع الصحي في البلاد وبمساعدة الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني الذي قام بتزويدها بالبيانات اللازمة للدراسة، كما تأسست الكثير من الجمعيات والمؤسسات الطبية المجهزة بالمعدات الطبية اللازمة، وتم السماح بتأسيس مصانع للأدوية الطبية الفلسطينية.

¹ <http://moh.ps/Content/Books/3-6-2016>

1.3.3 مراكز الرعاية الصحية الأولية

تقدم الرعاية الصحية الأولية بواسطة مختلف مقدمي الخدمات الصحية من وزارة الصحة، ومنظمات غير حكومية ووكالة غوث اللاجئين الفلسطينيين، والخدمات الطبية العسكرية، والهلال الأحمر الفلسطيني، وتلعب الإدارة العامة للرعاية الأولية في وزارة الصحة دورا مميزا في هذا المجال.

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

اتسعت شبكة مراكز الرعاية المنتشرة في مختلف محافظات الوطن من 454 مركزا عام 1994 إلى 767 مركزا في العام 2014، وبمعدل زيادة 68.9 % مقارنة مع العام 1994.²

وتعود تلك الزيادة في مراكز الرعاية بشكل رئيسي إلى واجهة الأعداد المتزايدة من السكان، فقد بلغ عدد السكان في الأراضي الفلسطينية حسب تعداد 2007 نحو 3669244 نسمة بواقع 2281174 في الضفة الغربية ونحو 1387530 في قطاع غزة، وقدر الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عدد السكان في الأراضي الفلسطينية عام 2014 بحوالي 4550368 نسمة بواقع 2790331 نسمة في الضفة الغربية و1760037 نسمة في قطاع غزة، وبناء على ذلك فقد بلغ معدل النمو السنوي للسكان في الأراضي الفلسطينية خلال الفترة 2007-2014 نحو 3.4%، وبالتالي فإن زيادة أعداد السكان تؤدي إلى زيادة المتطلبات العلاجية لهم وزيادة التغطية لاحتياجاتهم وتقديم الرعاية الكافية لهم.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز-2015 . رام الله. فلسطين.

² وزارة الصحة- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني-التقرير الصحي السنوي- فلسطين 2014.

وتشكل المراكز التابعة لوزارة الصحة ما نسبته 61.5% من إجمالي المراكز العاملة في مجال الرعاية الصحية الأولية، "بينما بلغ عدد المراكز التابعة لوكالة الغوث الدولية التي تقدم خدماتها للاجئين الفلسطينيين 62 مركزاً، وبلغ عدد المراكز الصحية التي تديرها المنظمات غير الحكومية 210 مراكز، وبلغ عدد المراكز التابعة للخدمات العسكرية 23 مركزاً¹.

أما عن عدد المراجعين لمراكز الرعاية الصحية الأولية في الضفة الغربية والتابعة لوزارة الصحة في الضفة الغربية خلال الأعوام 2010 و2014، تبين من الجدول رقم (1) وجود تفاوتات ما بين السكان في نسبة إقبالهم على العيادات الطبية، حيث يوجد انخفاض في الإقبال على عيادات الطب العام، وزيادة الإقبال على عيادات الاختصاص؛ وذلك يعود تبعاً لكفاءة الطبيب المعالج وجنسه والتزامه بأوقات الدوام المحددة، وزيادة الإقبال على الخدمات التمريضية؛ وذلك يعود لانتشارها الأكبر في الأرياف والمخيمات.

جدول (1) عدد المراجعين لعيادات الطب العام وعيادات الاختصاص والخدمات التمريضية التابعة لوزارة الصحة في الضفة الغربية للأعوام (2010-2014)

| عدد المراجعين | | | انواع العيادات |
|------------------|---------|---------|---------------------------------------|
| نسبة التغير %*** | 2014** | 2010* | |
| 1.7- | 2259638 | 2299052 | عيادات الطب العام |
| 27.3 | 462126 | 362972 | عيادات الاختصاص |
| 88.0 | 2217043 | 1178894 | الخدمات التمريضية في مراكز الطب العام |

المصدر: *التقرير الصحي السنوي -2010.

**التقرير الصحي السنوي -2014.

*** من عمل الباحثة.

4.3 رعاية صحة الأم والطفل

إن رعاية صحة الأم والطفل قضية مهمة تسعى دائماً المؤسسات الدولية للعناية بها، لأن الأم منتجة جيل المستقبل وعماد الأمة التي يجب أن تتمتع بصحة جيدة وسليمة حتى

¹ وزارة الصحة- مركز المعلومات الصحية الفلسطيني-التقرير الصحي السنوي، مرجع سابق

تنتج مجتمعا سليما، فلا بد من تقديم العناية اللازمة لها لأن ذلك ينعكس على صحتها وصحة طفلها.

ويتحقق ذلك من خلال متابعة مستمرة من قبل الأم الحامل حفاظا على صحتها وصحة طفلها والمجتمع ككل.

1.4.3 رعاية صحة الأم

محور رعاية صحة الأم يجب أن يبدأ منذ نعومة أظفارها مروراً بمرحلة المراهقة حتى تصل إلى مرحلة النضوج الكافي لأن كل مرحلة من مراحل حياتها بناءً للمرحلة القادمة لأنها منتجة الأجيال القادمة الذي يجب أن تتحلى بصحة سليمة وقوية.

يشير مصطلح رعاية صحة الأم (Maternal health) إلى ذلك المفهوم الذي يشمل كلاً من رعاية تنظيم الأسرة، والتفكير المسبق، ومرحلة الحمل، ومرحلة ما بعد الولادة. كما تتضمن الرعاية المسبقة توفير فرص التعليم، الارتقاء بالصحة، وعمليات الفحص بالأشعة والتدخلات بالنسبة للنساء في مرحلة الأعمار الإنجابية للتقليل من عوامل الخطورة التي قد تؤثر على 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 تتلقين رعايةً صحيةً لمرحلة ما قبل الولادة في فترة مبكرة يتمتن بعمليات ولادة أفضل من هؤلاء النساء اللاتي تتلقين رعايةً أثناء فترة الحمل بصورة أقل أو لا تتلقين رعايةً على الإطلاق خلال فترة حملهن. وتتضمن قضايا الرعاية لمرحلة ما بعد الولادة التعافي بعد الولادة والمخاوف المرتبطة برعاية المولود الجديد والتغذية والرضاعة الطبيعية بالإضافة إلى قضية تنظيم الأسرة.¹

وتهدف برامج رعاية الأمومة والطفولة بصفة عامة إلى رفع مستوى السلامة والكفاية البدنية والاجتماعية والنفسية للأم وبصفة عامة تهدف إلى:²

¹ <https://ar.wikipedia.org/wiki/114-5-2016>

² جاد الله وعلي فوزي. الصحة العامة والرعاية الصحية. دار المعارف، مصر، 1982م.

1- أن تتمتع كل أم أو حامل أو مرضعة بصحة جيدة.

2- أن تتعلم رعاية الطفل.

3- أن تلد ولادة طبيعية.

4- أن تلد طفلاً سليماً.

ومن أهم مؤشرات دراسة صحة الأم

1.1.4.3 رعاية الحامل أثناء الحمل

رعاية الحامل تعني الرعاية الصحية المقدمة للمرأة أثناء الحمل للمحافظة على صحتها

وصحة المولود بعون الله.

الهدف من رعاية الحوامل هو إيجاد الأم السليمة جسدياً وعقلياً واجتماعياً مما يؤدي إلى

التالي:¹

1- خفض وفيات الأمهات أثناء الحمل والولادة والنفاس.

2- خفض وفيات الأطفال حديثي الولادة والرضع وفي فترة الطفولة المبكرة.

3- خفض حجم المرض لكل من الأمهات والأطفال.

4- حماية صحة الأم وتعزيزها بدنياً وعقلياً واجتماعياً وحمايتها من المضاعفات في جميع

مراحل الحمل والولادة والنفاس.

5- حماية الأطفال من الأمراض الخمجية القاتلة وخاصة تلك التي يمكن الوقاية منها بواسطة

التطعيم.

6- حماية الأطفال من الأمراض العضوية وخاصة الوراثة والخلقية.

¹ <http://www.alriyadh.com/561543> 15-5-2016

7- الاكتشاف المبكر للمرض وتوفير الإمكانيات التشخيصية والعلاجية من أجل تقليل المضاعفات والمعاناة والعجز .

8- التأكد من سلامة الحمل والاكتشاف المبكر لأي انحراف عن الوضع الطبيعي، والعمل على تصحيح ذلك حفاظاً على سلامة الأم والجنين معاً.

9- تشجيع وحث الأمهات على متابعة الحمل من خلال المركز الصحي بصورة منتظمة وحسب المواعيد المجدولة من قبل المركز الصحي وذلك بمعدل مرة واحدة شهرياً خلال الستة أشهر الأولى من الحمل، ومرتين كل شهر خلال الشهرين السابع والثامن من الحمل، ثم مرة أسبوعياً في الشهر التاسع إذا كان الحمل يسير بصورة طبيعية.

ويوضح لنا الجدول رقم (2) أنه في كل سنة منذ عام 1996 وحتى عام 2014 تزداد نسبة النساء اللواتي يتلقين رعاية صحية أثناء فترة الحمل في الأراضي الفلسطينية في الضفة الغربية وقطاع غزة، ويمكن إرجاع ذلك التفاوت البسيط ما بين نسبة قيام نساء الضفة وغزة في تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل إلى توفر الخدمات الصحية التي تقدم الرعاية لأم أثناء الحمل.

وزيادة توفر المراكز الصحية وتطورها في الضفة الغربية وقطاع غزة تؤثر على قيام الأم بالرعاية الصحية اللازمة خلال فترة الحمل من خلال سهولة الوصول إليها، ومن خلال عقد الندوات الإرشادية والتنقيحية للأمهات بضرورة زيارة المراكز الصحية بشكل دوري خلال فترة الحمل حتى تتلقى العلاج بشكل مبكر في حال تعرضها لمضاعفة، ومن خلال ما تنشر من كتيبات توعية للأم بالرعاية الصحية.

جدول (2) نسبة النساء (15-49 سنة) اللواتي تلقين الرعاية الصحية أثناء حملهن بأخر ولادة تمت خلال السنتين السابقتين للحمل. %

| المنطقة | *1996 | **2000 | ***2006 | ****2010 | *****2014 |
|---------------|-------|--------|---------|----------|-----------|
| الضفة الغربية | 93.5 | 94.0 | 98.7 | 99.3 | 99.3 |
| قطاع غزة | 96.7 | 98.3 | 99.1 | 99.2 | 99.5 |

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

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

*** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، المسح الفلسطيني لصحة الأسرة الفلسطيني-2010. رام الله-فلسطين.

**** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. المسح الفلسطيني العنقودي متعدد المؤشرات، 2014. رام الله-فلسطين.

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

تشير نتائج المسح الفلسطيني لصحة الأسرة عام 2000 أن نسبة النساء اللاتي بدأن بالتردد على مراكز رعاية الحوامل منذ الشهر الأول للحمل في الضفة الغربية 40.4%، في حين بلغت هذه النسبة في قطاع غزة 9.8%¹، وتشير نتائج المسح لعام 2006 أن 45.42% نسبة النساء الحوامل في الضفة الغربية قد بدأن بالتردد على مراكز الرعاية منذ بداية الشهر الأول، في حين انخفضت نسبة الحوامل اللاتي بدأن بالتردد على مراكز الحوامل منذ بداية الشهر الرابع إلى 8.5%، أما بالنسبة لقطاع غزة فكان العكس حيث كانت نسبة الحوامل اللاتي بدأن بالتردد على مراكز الرعاية في بداية الشهر منخفضة حيث بلغت 23.2%، أما نسبة الحوامل اللاتي بدأن بالتردد منذ الشهر الرابع في الحمل بلغن 25.3%².

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2001. المسح الصحي-2000، التقرير النهائي. رام الله. فلسطين.

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

وتشير نتائج المسح لعام 2010 أن نسبة الحوامل اللواتي قمن بزيارة مراكز الرعاية 4 مرات على أقل في الضفة الغربية 92.7% و 95.7% في قطاع غزة¹.

وتشير نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014، أن نسبة الحوامل اللواتي قمن بزيارة مراكز الرعاية الصحية من 1-6مرات حوالي 57.1%.

وبذلك نلاحظ زيادة اهتمام المرأة في تلقي الرعاية الصحية أثناء حملها حفاظاً على صحتها وصحة جنينها مما يدل على زيادة الوعي الصحي.

3.1.4.3 مكان تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل

هناك العديد من العوامل التي تحدد اختيار مكان المتابعة أثناء الحمل. مثل توفر الخدمات الصحية وجودتها وسهولة الوصول إليها وتكلفة الخدمات.

تشير بيانات المسح لصحة الأسرة للأعوام 1996 و 2000 و 2010 في الضفة الغربية أن الإقبال الأكبر للنساء يراجعن الطبيب الخاص، حيث بلغت نسبتها على التوالي (53.2%)، 63.6%، 71.41%²، أما في قطاع غزة كان الإقبال الأكبر على مراكز الأمومة والطفولة عام 1996 حيث بلغت نسبتها 73.7، وفي عامي 2000 و 2010 لصالح وكالة الغوث حيث بلغت نسبتها على التوالي (59.9%، 42.8%)³.

ويمكن إرجاع إقبال المرأة في الضفة على العيادات الخاصة أكثر لكفاءتها الصحية وجودة خدماتها، أما بالنسبة للقطاع يرجع الإقبال على وكالة الغوث الدولية لأنها تقدم خدمات

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2013. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة - 2010، التقرير النهائي. رام الله. فلسطين.

² دائرة الإحصاء المركزي الفلسطينية، 1996. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة - 1996: سلسلة التقارير التحليلية رقم (3)، رعاية الأمومة في الضفة الغربية وقطاع غزة.

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

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

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. المسح الصحي - 2000، التقرير النهائي. رام الله - فلسطين.

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

صحية مجانية، إضافة إلى انتشار عيادات وكالة الغوث في قطاع غزة أكثر منها في الضفة الغربية.

2.4.3 الرعاية الصحية أثناء الولادة

يجب إعطاء الاهتمام الكامل للأم أثناء الولادة حرصاً على حياتها وحياة الجنين من خلال إشراف الكادر الطبي الجاد عليها مع توفر جميع التجهيزات والاحتياطات خوفاً من حدوث مضاعفات لم تكن بالحسبان.

1.2.4.3 مكان الولادة

هو المكان الذي يجب إعطاء الاهتمام الكامل له قبل وأثناء وبعد الولادة وتجهيزه بأفضل المعدات الطبية حرصاً على حياة الأم والطفل.

يتبين من المسوح الصحية للأعوام (1996، 2000، 2006، 2010، 2014) أن معظم الولادات تمت في مراكز صحية وتحت إشراف طبي، حيث بلغت النسبة على التوالي (77.0%، 94.8%، 96.6%، 98.4%، 99.6%)¹.

تظهر البيانات الواردة في الجدول (3) الأقبال الكبير على المراكز الصحية سواء العامه او الخاصه.

ويتضح من زيادة اقبال المجتمع الفلسطيني على المراكز الصحية، زيادة الوعي والمعرفة لديهم بأهمية المركز لصحة الأم والطفل.

¹ دائرة الاحصاء المركزية الفلسطينية، 1999. المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة-1996: سلسلة التقارير التحليلية رقم (3). رعاية الأمومة في الضفة الغربية وقطاع غزة. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة- 2006، التقرير النهائي. رام الله- فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2013. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة- 2010، التقرير النهائي. رام الله- فلسطين

جدول (3) التوزيع النسبي للنساء اللواتي أعمارهن 15-45 سنة حسب مكان الولادة (لآخر مولودين في الأعوام {1996، 2000، 2010} وللمولود الأخير في العام 2014) والمنطقة. %

| قطاع غزة | | | | الضفة الغربية | | | | مكان الولادة |
|----------|------|------|------|---------------|------|------|------|--------------|
| 2014 | 2010 | 2000 | 1996 | 2014 | 2010 | 2000 | 1996 | |
| **** | *** | ** | * | **** | *** | ** | * | |
| 69.6 | 69.7 | 46.6 | 36.1 | 34.1 | 52.7 | 41.0 | 47.4 | مستشفى حكومي |
| 18.8 | 34.9 | 5.7 | 8.8 | 33.8 | 21.6 | 40.2 | 28.3 | مستشفى خاص |
| 11.6 | | 47.7 | 55.1 | 32.1 | 25.7 | 18.8 | 24.3 | أماكن أخرى |

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

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

*** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني. 2013. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة-2010، التقرير النهائي. رام الله. فلسطين.

**** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. المسح الفلسطيني العنقودي متعدد المؤشرات، 2014. رام الله. فلسطين.

نلاحظ من بيانات الجدول (3) أن الإقبال على المستشفى الحكومي أكثر من المستشفى الخاص بالضفة الغربية وقطاع غزة؛ ويعود ذلك إلى أن العديد من الموظفين في القطاع الحكومي الذي تقدم لهم الخدمات الصحية بشكل مجاني وتبعاً للمكان مراجعة الام اثناء الحمل .

ونلاحظ أيضاً أن نسبة الإقبال على المستشفى الخاص في قطاع غزة كانت أدنى من الضفة الغربية في كل السنوات المبينة في الجدول ماعدا سنة 2010 وذلك يعود إلى الوضع الاقتصادي في القطاع.

2.2.4.3 طبيعة الولادة

تقسم الولادة إلى نوعين:¹

ولادة طبيعية: هي سلسلة من تقلصات الرحم الشديدة التي تؤدي إلى توسع عنق الرحم، مما يؤدي إلى خروج محتوى الحمل (أي الجنين والمشيمة) عبر المهبل.

¹ http://www.123esaa.com/Pregnancy/Book/n_022.html, 30-5-2016

ولادة قيصرية: هي توليد الجنين والمشيمة عن طريق فتح جراحي في البطن والرحم.

ومن خلال الاطلاع على الجدول رقم (4) نلاحظ ان نسبة النساء التي قامت بالولادة الطبيعية كانت اكبر من النساء التي قامت بالولادة القيصرية.

جدول (4) التوزيع النسبي للنساء اللواتي أعمارهن 15-49 حسب طبيعة الولادة. %

| طبيعة الولادة | *2000 | **2006 | ***2010 | ****2014 |
|------------------|-------|--------|---------|----------|
| الولادة الطبيعية | 72 | 75.9 | 83.3 | 79.7 |
| الولادة القيصرية | 8.8 | 15.1 | 16.7 | 20.3 |
| طرق أخرى | 19.1 | 9.1 | - | - |

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

*** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2013. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة-2010، التقرير النهائي. رام الله. فلسطين.

**** الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. المسح الفلسطيني العنقودي متعدد المؤشرات، 2014. رام الله. فلسطين.

3.2.4.3 رعاية الأم بعد الولادة

فترة ما بعد الولادة من الفترات الهامة التي يجب العناية فيها بالأم، حيث تواجهها بعض المشاكل التي لا تستطيع التعامل الجيد معها. لذلك يجب عليها أن تكون على دراية تامة بما يمكن أن تواجهه من مشكلات و كيف تتعامل معها.

كانت الأم في السابق لا تعطي اهتماما كافيا لمرحلة النفاس، فحسب بيانات المسح الصحي لعام 1996 بلغت نسبة النساء التي تتلقى الرعاية بعد الولادة 19.7%¹ ثم ارتفعت قليلا في عام 2000 حتى وصلت الى 26.3%²، وواصل الارتفاع في عام 2010 إلى 38.5%³،

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

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2013. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة-2010، التقرير النهائي. رام الله. فلسطين.

وحسب النتائج الأولية للمسح العنقودي عام 2014 ارتفعت نسبة النساء اللواتي يتلقين الرعاية إلى 90.7%¹.

3.4.3 رعاية الطفل

إن تقديم الرعاية الكافية والاهتمام بصحة الطفل يعكس مدى نجاح المؤسسات الصحية الدولية والمحلية في القيام بتنفيذ ما هدفت له من تحسين صحة الطفل، فصحة الطفل تعكس صحة المجتمع بأكمله، فيجب إعطاء الاهتمام الكامل له منذ تخلقه في أحشاء أمه وحتى خروجه على الحياة.

وتهدف برامج رعاية الأمومة والطفولة بصفة عامة إلى رفع مستوى السلامة والكفاية البدنية والاجتماعية والنفسية للطفل وبصفة عامة تهدف إلى:-²

1- أن يعيش وينمو كل طفل وسط أسرة ويتمتع بالحب والطمأنينة.

2- أن يعيش في وسط صحي سليم.

3- أن يحصل على تغذية كافية.

4- أن يحصل على رعاية طبية كافية.

5- أن يتعلم مبادئ الحياة الصحية.

ومن أهم المؤشرات التي تدرس صحة الطفل

1.3.4.3 وزن الطفل عند الولادة

يعتبر وزن الطفل عند الولادة مؤشرا كافيا على الحالة الصحية للطفل و الأم، فهو يعكس مدى قدرة الطفل على البقاء على قيد الحياة وعدم وجود خطورة على حالته، ويعكس مدى اعتناء الأم بصحتها وغدائها أثناء فترة الحمل.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2013. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة- 2010، التقرير النهائي. رام الله- فلسطين.

² المرجع السابق.

الوزن هو قياس الكتلة الكلية لجسم الطفل دون ملابسه.

والوزن الطبيعي للمولود: هو وزن الطفل مباشرة بعد الولادة ويتراوح بين 2.5-4.0

كغم.

والوزن أكثر من طبيعي للمولود:- هو وزن المولود الذي يزيد عن 4.0 كغم عند

ولادته.

والوزن أقل من الطبيعي للمولود: هو وزن المولود الذي يقل عن 2.5كغم عند ولادته.¹

تشير بيانات سلسلة تقارير أطفال فلسطين - تقارير وإحصاءات-أنه في تقرير عام 1998 كانت نسبة الأطفال الذين ولدوا بوزن أكثر من 4 كغم أكبر من نسبة الأطفال الذين يقل وزنهم عن 2.5 كغم، حيث بلغت نسبة الأطفال أكثر من 4 كغم 8.7% والأقل من الطبيعي 5.7%²، وبمقارنة ذلك بتقرير عام 2010 تعكس هذه النتيجة لصالح ناقصي الوزن حيث بلغت 8.8%، والأطفال أكثر من 4 كغم بلغت نسبتهم 2.8%³، ويعود ذلك إلى الفقر و سوء الأحوال المعيشية للأسرة خاصة في ظل انتفاضة الأقصى، وعدم اهتمام الأم بغذائها، وبمقارنة ذلك مع تقرير 2014 انخفضت نسبة الأطفال أقل من الوزن الطبيعي إلى 8.3%⁴، ويعود الى نمط التغذية لدى الامهات في تراجع بدليل ارتفاع فقر الدم.

2.3.4.3 الرضاعة الطبيعية

الرضاعة هي إحدى أروع لحظات التواصل بين الأم والرضيع، تكمن فائدة الرضاعة الطبيعية في كونها تولد علاقة حميمة بين الأم وطفلها، هذه العلاقة تدل على مدى الحب والتفاني

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. المسح الفلسطيني العنقودي متعدد المؤشرات، 2014. رام الله- فلسطين.

² دائرة الاحصاء المركزية الفلسطينية، 1998. التقرير السنوي، 1998. اطفال فلسطين - قضايا واحصاءات. سلسلة احصاءات الطفل رقم (1). رام الله- فلسطين.

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني . 2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين.

⁴ المرجع السابق.

للذان يستمران مدى الحياة بين الأم وطفلها، فالرضاعة تمنح الطفل الحنان والدفء والشعور بالحماية التي يحتاجها من الأم.

وتعرف الرضاعة الطبيعية بأنها تلقي الطفل لحليب الثدي بشكل مباشر أو الشفط.

وتعرف الرضاعة الطبيعية الخالصة: الأطفال من سن 0-5 أشهر الذين لا زالوا يرضعون من أمهاتهم والذين لم يتلقوا حليباً صناعياً أو أي نوع من أنواع الطعام أو الشراب، ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يتلقون الفتيامينات أو الأدوية.¹

3.3.4.3 فوائد الرضاعة الطبيعية على الطفل²

1. حماية ضد الأمراض العدوائية: يستمر هذا التأثير الإيجابي حتى بعد فطام الطفل عن الرضاعة (المزيد حول كيفية فطام الرضيع!). الأطفال الذين أرضعتهم أمهاتهم لستة أشهر على الأقل كانوا أقل عرضة للإصابة بالأمراض العدوائية، حتى بعد أن أخذوا تناول الطعام العادي. كما أن احتمالات إصابتهم بالتهابات الأذن المتكررة في السنة الأولى أقل بمرتين، فضلاً عن أن مدة المرض لديهم تكون أقصر بمرتين حتى عمر السننتين، وتكون احتمالات بقائهم في المستشفى للعلاج في مرحلة الطفولة أقل.

2. الأمراض المزمنة: تحمي الرضاعة من خطر الإصابة بالأمراض المزمنة عند الكبر بعد عشرات السنين. إن خطر إصابة الأطفال الذين تغذوا بالرضاعة من حليب الأم بالسمنة هو أقل بمرتين. كما أن الرضاعة تقلل من خطر الإصابة بالأمراض السرطانية في مرحلة الطفولة، إضافة إلى تقليل خطر الإصابة بأنواع معينة من الأمراض السرطانية (بالأساس، اللوكيميا - سرطان الدم) مدى الحياة. كما تسهم الرضاعة، بعدة طرق، في تقليل الإصابة بعوامل الخطر التي تزيد من احتمالات الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، وأمراض الشرايين التاجية في القلب، مستقبلاً. يكون الأطفال الذين تم إرضاعهم أقل عرضة

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

² <https://baby.webteb.com/articles 20-5-2016>

للإصابة بداء السكري، وخصوصا من النوع الأول (سكري الأطفال)، وقد يعود سبب ذلك إلى التعرض لفترة أقل لحليب الأبقار (الذي ثبت أنه يشكل أحد عوامل الخطر للإصابة بسكري الأطفال). في النهاية، هنالك العديد من الأدلة على أن الرضاعة تساهم في تقليل خطر الإصابة بأمراض مناعية، من بينها أمراض الحساسية المختلفة، الربو وغيرها.

3. التطور الدماغي (القدرات الذهنية) - أظهرت معظم الدراسات وجود علاقة بين الرضاعة، لمدة 6 أشهر على الأقل، وبين ارتفاع علامات اختبارات الذكاء (IQ) المختلفة في فترة الطفولة والمراهقة. إضافة إلى ذلك، أكدت العديد من الدراسات أن الرضاعة تعود بالفائدة على الأنظمة الحسية: فقد كان تطور الأجهزة البصرية والسمعية لدى الأطفال الذين تم إرضاعهم أفضل.

4. تخفيف التوتر - قد تفسر الرابطة العاطفية التي تنشأ بين الأم والطفل خلال الرضاعة، وبعض المواد التي تتوفر في حليب الأم، فقد أثبتت العديد من الدراسات التي لا شك فيها اليوم أن الرضاعة تساهم في تخفيف التوتر لدى الرضيع. على الرغم من أننا لا نعتبر الأطفال الرضع فئة معرضة للتوتر على وجه الخصوص، إلا أن التأثير المضاد للألم والمهدئ الذي يتمتع به حليب الأم يساهم في تطور الطفل الاجتماعي والعقلي، ويحسن العلاقات بين أفراد العائلة (خصوصا الأم) وبين الطفل الرضيع.

4.3.4.3 فوائد الرضاعة الطبيعية للأم¹

1. يساهم هرمون الاوكسيتوسين، الذي يتم إفرازه بكميات كبيرة خلال الرضاعة، في تقلص الرحم وفي تسريع عملية التماثل للشفاء بعد الولادة، إذ أن الأمهات المرضعات يعانين من معدل مضاعفات أقل خلال الفترة التي تلي الولادة.

2. تعاني الأمهات المرضعات من نسبة أقل من التوتر، وقد يعود الفضل في ذلك إلى التأثير المباشر للهرمونات، مثل البرولاكتين والاوكسيتوسين، المعروفان بتأثيرهما المباشر على

¹ <https://baby.webteb.com/articles 6-6-2016>

الجهاز العصبي. وقد يفسر ذلك حقيقة أخرى، هي أن نسبة الاضطرابات النفسية لدى الأمهات المرضعات، ابتداءً بالاكْتئاب الخفيف وانتهاءً بالاعتداء على الطفل أو إهماله، أقل بكثير بالمقارنة مع الأمهات اللواتي لا يرضعن.

3. خبر سار للنساء اللواتي يرغبن في خفض وزنهن: تعتبر الرضاعة عاملاً محفزاً لفقدان الوزن، وقد يكون ذلك نتيجة لحرق كمية كبيرة من السعرات الحرارية (حوالي 500 سعرة حرارية في اليوم) أثناء الرضاعة.

4. على الرغم من أنه لا يمكن، بأي حال من الأحوال، الاعتماد على الرضاعة فقط كوسيلة لمنع الحمل، إلا أن الرضاعة تؤدي إلى تأخير بداية الإباضة (والحيض) بعد الولادة.

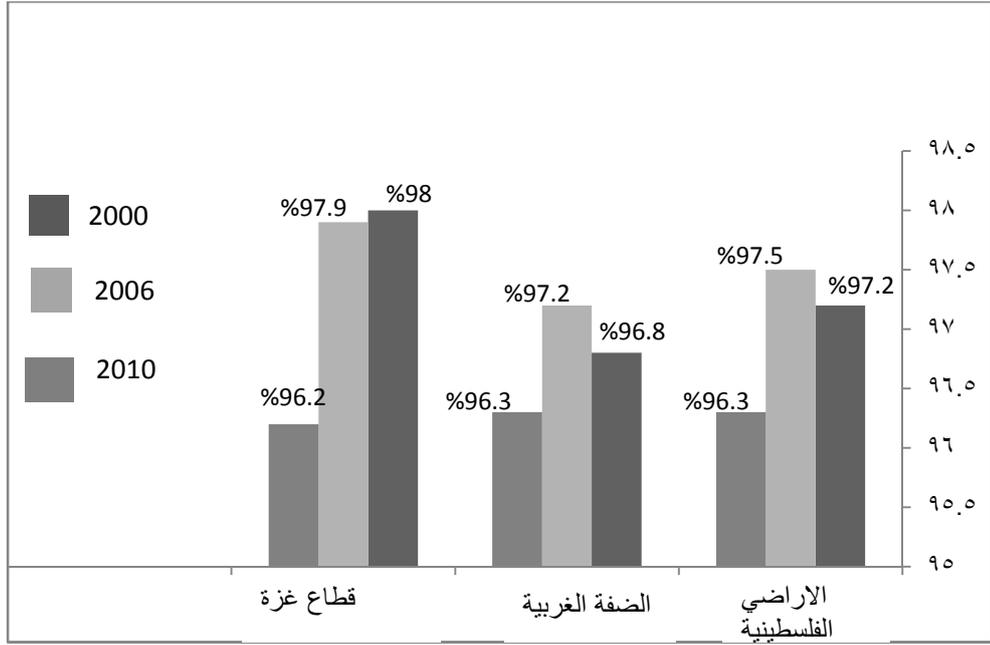
5. تقلل الرضاعة بشكل ملحوظ من خطر الإصابة بسرطان المبيض والثدي. إضافة إلى ذلك، هنالك العديد من الأدلة التي تشير إلى أن الرضاعة تسهم في منع وتأخير الإصابة بتخلخل العظام.

6. تقليل خطر الإصابة بالعديد من الأمراض المزمنة مدى الحياة وليس فقط خلال فترة الرضاعة، بما في ذلك، السمنة المفرطة، وأمراض القلب والأوعية الدموية، وفرط شحميات الدم (خلل في مستوى الدهون في الدم) وغيرها. فعلى سبيل المثال، الأمهات اللواتي أرضعن لمدة تزيد عن 6 أشهر، هن أقل عرضة للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية بنسبة 30%.

7. التوفير الاقتصادي - يعتبر الحليب الصناعي مكلفاً، إذ إن الآباء والأمهات يضطرون إلى إنفاق الكثير من الأموال من أجل توفيره للطفل، الأمر الذي يمكن تفاديه عن طريق اللجوء إلى الرضاعة الطبيعية. إضافة إلى التأثير الصحي الإيجابي لحليب الأم الذي يمنح الطفل فرصاً أكبر للتطور والنمو بشكل أفضل، وتكون احتمالات إصابته بأمراض مزمنة أقل، وبالتالي فإن معدل الوفاة يكون أكثر انخفاضاً.

5.3.4.3 واقع الرضاعة الطبيعية في الأراضي الفلسطينية

يوضح الشكل رقم (1) أن نسبة تلقي الأطفال الرضاعة الطبيعية دون سن الخامسة عالية في الأراضي الفلسطينية؛ وذلك يعود إلى زيادة وعي الأمهات بأهمية ممارسة الرضاعة الطبيعية للطفل كغذاء شامل لجميع العناصر الغذائية، وكحماية لها من التعرض في المستقبل إلى الأمراض المختلفة كسرطان الثدي، وترتفع تلك النسبة في قطاع غزة عن الضفة الغربية.



شكل (1) نسبة الأطفال دون سن الخامسة الذين رضعوا رضاعة طبيعية حسب المنطقة (2000-2010)

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000. المسح الصحي-2000. النتائج الأساسية. رام الله-فلسطين. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2007. المسح الفلسطيني لصحة الأسرة 2006، التقرير النهائي. رام الله-فلسطين. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2011. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله-فلسطين.

أما بالنسبة للرضاعة الخالصة التي تعرف حسب منظمة الصحة العالمية:

هي الأطفال 0-5 شهور الذين لا زالوا يرضعون من أمهاتهم، والذين لم يتلقوا حليباً صناعياً أو أي نوع من أنواع الطعام أو الشراب، ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يتلقون الفتيامينات والأدوية.

وكانت نسبة قيام الأمهات بالرضاعة المطلقة في الأعوام 2006 و 2010 متساوية حيث بلغت نسبتها 26.5%¹، وهذه النسبة تعتبر منخفضة مقارنة بالعام 2014 حيث بلغت نسبتها 38.6%².

ويعود ذلك إلى الارتفاع المستمر في زيادة وعي الأم حول قيامها بالرضاعة الطبيعية، والتزامها بالنظام الغذائي المتوازن، وبالتالي إمكانية حليب الأم أن يقضي حاجة الطفل الغذائية دون الحاجة إلى مساعدة من الحليب الصناعي أو تناول المقويات والفيتامينات.

5.3 مراكز الأمومة والطفولة

تعتبر مراكز الأمومة والطفولة جزءاً من الخدمات الصحية التي تعطي اهتماماً للأم خلال فترة الحمل وما بعدها، حيث تبين من الجدول رقم (5) زيادة عدد زيارات الحوامل في الضفة الغربية لمراكز الأمومة ما قبل الولادة، وزيادة عدد الحوامل المتابعة لوضعها الصحي في وزارة الصحة؛ وذلك يعود إلى زيادة وعي الأم بالاهتمام بصحتها الإنجابية، حيث قدرت وزارة الصحة معدل تغطية الخدمات الصحية للحوامل في العام 2010 38.3%، بينما بلغ معدل تغطية الخدمات الصحية للحوامل في العام 2011 40.5%، وهذا يعطي مؤشراً على تطور الخدمات الصحية للأم وتقديم الرعاية الكافية لها.

جدول (5) عدد زيارات الحوامل لمراكز الرعاية ما قبل الولادة في الضفة الغربية.

| نسبة التغير *** 2014-2010 | ***2014 | **2011 | *2010 | |
|------------------------------|---------|---------|---------|--|
| 19.5% | 150,961 | 129,036 | 126,355 | عدد زيارات الحوامل لمراكز الرعاية ما قبل الولادة |
| 24.0% | 31,047 | 26,194 | 25,033 | عدد الحوامل المسجلة في عيادات وزارة الصحة |

* التقرير الصحي السنوي - 2010.

** التقرير الصحي السنوي - 2011.

*** التقرير الصحي السنوي - 2014.

**** من عمل الباحثة.

¹ <https://baby.webteb.com/articles 6-6-2016>

² المرجع السابق.

وأما بالنسبة لزيارة الأمهات لمراكز الأمومة والطفولة ما بعد الولادة في الضفة الغربية، فقد بلغ إجمالي زيارات النساء إلى الطبيب لعام 2010 (12866) بمعدل 20% من إجمالي المواليد الأحياء المبلغ عنهم زيارة للممرضة 39.903 بمعدل 61% من المواليد الأحياء منهم بينما بلغ إجمالي زيارات النساء للطبيب لعام 2011 نحو 11911 بمعدل 19% من إجمالي المواليد الأحياء المبلغ عنهم زيارة للممرضة 40.422 بمعدل 63% من المواليد الأحياء منهم، وبلغ إجمالي زيارات النساء للطبيب لعام 2014 نحو 13.361 بمعدل 20.3% من إجمالي المواليد الأحياء المبلغ عنهم زيارة للممرضة 49.519 بمعدل 75%، وبذلك نلاحظ إقبال النساء على المراجعة عند الممرضة أكثر من الطبيب العام لتواجد الممرضة بشكل دائم في المركز، والكثير من الأمهات تفضل التعامل مع الممرضة كونها من نفس جنسها فلا تخجل من شرح حالتها الصحية وما تعانيه من مضاعفات، وتكون المرأة معتادة على تلقي الرعاية الصحية خلال فترة الحمل على يد الممرضة، وبالتالي تكون على معرفة بوضعها الصحي أكثر من الطبيب.

6.3 مراكز تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية

تحتل برامج تنظيم الأسرة جزءاً من اهتمامات مقدمي الخدمات الصحية في فلسطين بشكل عام ووزارة الصحة بشكل خاص.

تبين من الجدول رقم (6) استمرار زيادة مراكز تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية؛ وذلك يعود إلى زيادة وعي الأم وممارستها حق تنظيم الأسرة حفاظاً على صحتها وصحة عائلتها، وتلك الزيادة في عدد مراكز تنظيم الأسرة يسهل على الأمهات الوصول إليها وتزيد الحماسة لديهن لزيارة وزيادة المعرفة لديهن، وتبين استمرار زيادة مراكز تنظيم الأسرة في الضفة الغربية على العكس من قطاع غزة فهي ثابتة بالعدد 20 بسبب عدم وجود رغبة لدى نساء غزة بالانجاب خوف على حياة أطفالهم من الاحتلال، ويؤكد ذلك التفاوت في عدد الزيارات

للمركز تنظيم الأسرة لعام 2010، حيث بلغت في قطاع غزة 14873¹ بينما بلغت في الضفة الغربية 69436² زيارة.

جدول (6) عدد مراكز تنظيم الأسرة في الأراضي الفلسطينية للاعوام 2010.2011.2014

| قطاع غزة | الضفة الغربية | الأراضي الفلسطينية | عدد مراكز تنظيم الأسرة في وزارة الصحة |
|----------|---------------|--------------------|---------------------------------------|
| 20 | 147 | 167 | 2010* |
| 20 | 167 | 187 | 2011** |
| 20 | 303 | 323 | 2014*** |

*التقرير الصحي السنوي - 2010.

**التقرير الصحي السنوي - 2011.

***التقرير الصحي السنوي - 2014.

¹ <https://baby.webteb.com/articles-6-6-2016>

² المرجع السابق.

الفصل الرابع

رعاية الأم أثناء الحمل

1.4 مقدمة

2.4 تلقي الأم أية رعاية أثناء الحمل

3.4 فترة تلقي الرعاية أثناء الحمل للمرة الأولى

4.4 عدد مرات تلقي الرعاية خلال فترة الحمل

5.4 مكان تلقي الرعاية أثناء حملها في المولود الأخير

6.4 الفحوصات قبل الولادة

7.4 المضاعفات التي عانت منها الأم خلال الحمل

الفصل الرابع

رعاية الأم أثناء الحمل

1.4 مقدمة

إن مرحلة الحمل والولادة مرحلة مثيرة في حياة الأم، قد ينتج عنها الإرباك والتوتر في حياة الأم خوفاً على جنينها وعلى نفسها، فقيام الأم بالرعاية الكافية المتزامنة لنفسها خلال فترة حملها من أجل إنجاب طفل سليم معافى أمر يحقق الراحة لها، وقيامها بالرعاية ما بعد الولادة يعطيها الشعور بالاطمئنان والراحة لنفسها ولطفلها، وعندما تتأكد الأم من حملها، سوف تحتاج إلى رعاية ومتابعة الحمل، وذلك من خلال برنامج للرعاية يستمر على طول فترة الحمل كلها، ويشمل زيارات مجدولة بشكل منتظم إلى طبيب النساء والتوليد الخاص بها. بالإضافة إلى أن متابعة صحة الجنين وتطوره، يمكن أن يعمل على مساعدتها في تجاهل الآلام الخفيفة وتجاوزها، كما أن مواكبة نمو الجنين في بطنها وسماع ضربات قلبه يمكن أن تجعل الآثار الجانبية للحمل أقل إزعاجاً وذلك بسبب ما يوازيه ذلك من فرحة ما هو آت.

2.4 تلقي الأم أية رعاية أثناء الحمل

الزيارة الأولى للطبيب بعد الحمل لها فوائد عديدة، حيث يقوم طبيب النساء والتوليد الخاص بها بجمع بيانات تخص التاريخ الطبي الشخصي والتاريخ العائلي الخاص بها وتقييم الحالات الخاصة أو مخاطر المشكلات المرتبطة بالحمل.

يتبين من الشكل رقم (2) ارتفاع نسبة تلقي نساء الضفة الغربية للرعاية أثناء الحمل في العام 2014 عن العام 2010، وهذا يشير إلى حدوث تحسن مستمر في اتجاه الأمهات إلى تلقي خدمات الرعاية الكافية أثناء الحمل حتى تقلل من نسبة تعرضها إلى الوفاة، وتكون لها القدرة على إنجاب طفل جيد الصحة.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في دولة العراق لعام 2006، تبين أن نسبة تلقي نساء الضفة للرعاية أثناء الحمل أعلى من النساء في العراق، حيث بلغت نسبة النساء الحوامل في العراق والتي تلقت

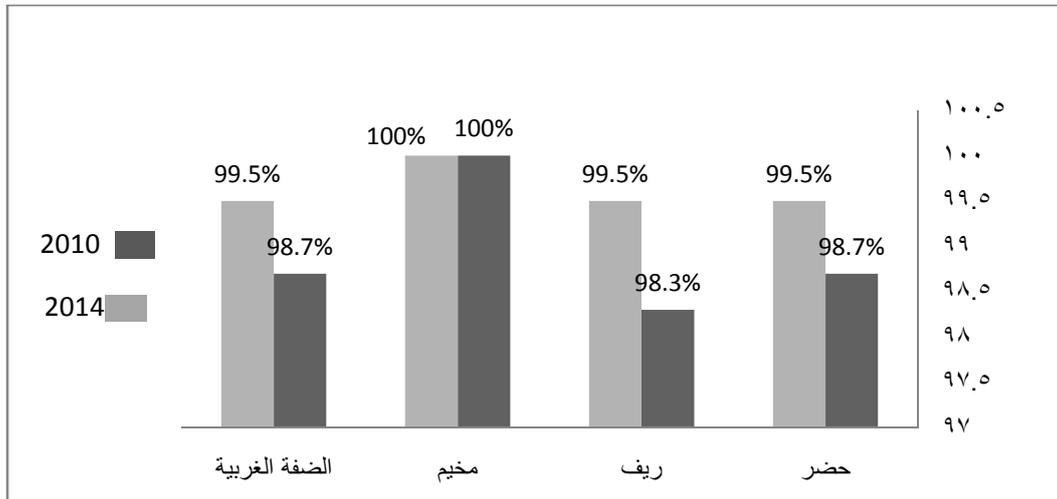
رعاية صحية خلال الحمل من قبل أشخاص مؤهلين 84%، وقد يعود ذلك لما تعرض له العراق من انتهاكات خلال الحرب الأخيرة.¹

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح السكاني والصحي مصر لعام 2000، حيث بلغت نسبتهن 53%.²

وان مقارنة نتائج المسح العنقودي في الضفة الغربية سنة 2014 لا تعبر بالدقه عن صحة المقارنة مع نتائج العراق سنة 2006 ومع نتائج مصر سنة 2000 .

أما على مستوى التجمع السكاني فينتبين من الشكل رقم (2) ارتفاع نسبة تلقي النساء في التجمعات الحضرية والريفية واما في المخيمات استمرت النسبة بنسبة 100% للرعاية أثناء الحمل في العام 2014 عن العام 2010.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء في نسبة تلقيها الرعاية أثناء الحمل عام 2014 على مستوى التجمع تم اختبار الفرضية الصفرية التالية:- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء في نسبة تلقيها الرعاية أثناء الحمل على مستوى التجمع، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في جدول رقم (17) نقبل الفرضية الصفرية، وذلك يعود لعدم وجود تفاوتات بين مستويات في نسبة النساء اللواتي يتلقين هذه الرعاية.



شكل (2) نسبة قيام النساء بمراجعة أي أحد لتلقي الرعاية ما قبل الولادة 2010.2014.

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا الى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 ومسح الأسرة الفلسطيني 2010

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf> 30-5-2016.

² http://www.prb.org/pdf07/YouthinMENA_Arabic.pdf 30-5-2016.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في دولة العراق لعام 2006-2007، تبين أن نسبة تلقي نساء الرعاية ما قبل الولادة على مستوى التجمع في الضفة الغربية أعلى من نساء العراق، حيث بلغت نسبتهن في العراق على المستوى الحضري 92% وعلى المستوى الريفي 82.9%¹.

وأما بالنسبة لتلقي النساء الرعاية أثناء الحمل على مستوى المحافظة، قد نجد تفاوتاً فيما بينها حول ذلك، حيث تبين من الجدول رقم (7) ارتفاع نسبة تلقي النساء الرعاية خلال فترة الحمل في العام 2014 عن العام 2010 في جميع محافظات الضفة ماعدا محافظة جنين، فقد حدث انخفاض في نسبة تلقي النساء الرعاية في العام 2014 بمقدار 3.0%

ولتوضيح الفروق ما بين النساء في نسبة تلقيها الرعاية أثناء الحمل على مستوى المحافظة تم اختبار الفرضية الصفرية التالية:- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية ما بين النساء في نسبة تلقيها الرعاية أثناء الحمل على مستوى المحافظة ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (17) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء في نسبة تلقيها الرعاية أثناء الحمل على مستوى المحافظة.

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf> 30-5-2016.

جدول (7) نسبة النساء التي قامت بالمراجعة خلال فترة الحمل حسب المحافظة 2010—
2014. %

| المحافظات | 2010 | 2014 |
|-----------|------|-------|
| جنين | 100 | 97.0 |
| طوباس | 100 | 100.0 |
| طولكرم | 100 | 100.0 |
| نابلس | 99.4 | 100.0 |
| قلقية | 96.9 | 100.0 |
| سلفيت | 98.6 | 100.0 |
| رام الله | 99.2 | 99.6 |
| أريحا | 97.9 | 100.0 |
| القدس | 98 | 98.7 |
| بيت لحم | 98.9 | 99.5 |
| الخليل | 97.9 | 99.8 |

المصدر: من عمل الباحثة استنادا للبيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 ومسح الأسرة الفلسطيني 2010.

وبشكل عام بالنظر إلى الجدول السابق فإن التفاوت في نسبة النساء اللواتي قمن بالمراجعة خلال فترة الحمل ما بين المحافظات يعود إلى تفاوت توافر المؤسسات الصحية ودور الأمومة ومراكز الرعاية الصحية ما بينها.

2.4 فترة تلقي الرعاية أثناء الحمل للمرة الأولى

يفضل زيارة الأم للطبيب بمجرد الظن أنها حامل، ولا داعي لانتظار تغيب الحيض لعدة مرات، أو بعد إجراء اختبار الحمل المنزلي، وبغض النظر عن نتيجة الاختبار طالما تغيب الحيض عن مواعده وبدأت بالظن أنها حامل.

فأول زيارة لطبيب النساء والولادة أطول وأشمل مما يعقبها من الزيارات الأخرى ولكنها زيارة أساسية لرعايتها الصحية لها ولجنينها.

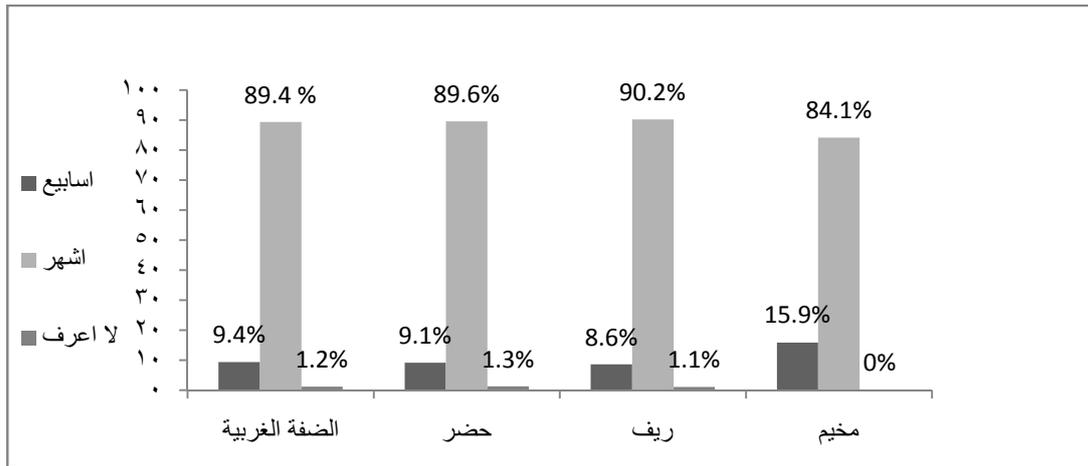
يوضح الرسم البياني في الشكل (3) أن أكثر من نصف نساء الضفة الغربية بدأت بتلقي الرعاية للمرة الأولى فترة الأشهر أكثر من فترة الأسابيع، وقد يعود ذلك إلى عدم وجود وعي لدى بعض النساء بأعراض الحمل، والكثير من النساء يحدث عندها حمل وهي غير مدركة لحدوثه لعدم ظهور أي علامة من علامات الحمل عليها، ولكن يفضل ذهابها بفترة الأسابيع حتى تبدأ بتناول جميع المقويات التي يحتاجها جسمها وجنينها؛ كتناول حبوب الفوليك والحديد، وبعض النساء قد تكون بحاجة إلى أخذ إبر لتثبيت حملها فحرصا عليها وعلى طفلها يفضل ذهابها إلى الطبيب مجرد معرفتها انها حامل.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007، نسبة 69% حيث بلغت النساء التي بدأت بتلقي الرعاية خلال الثلاث شهور الأولى من الحمل....¹

وتبين أن بداية تلقي الرعاية للمرة الأولى في الحمل خلال فترة الأشهر أعلى عند النساء على مستوى التجمع، حيث كان أعلاها في الريف؛ وذلك لبعدها المؤسسات الصحية عن النساء، وعدم توفر العيادات الخاصة ودور الأمومة فيها كما في الحضر، وأدناها في المخيم؛ وذلك يعود إلى أنه يتم تقديم الخدمات والرعاية بشكل مجاني للأهل الحامل.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى التجمع في بداية تلقيها الرعاية للمرة الأولى في الحمل، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى التجمع في بداية تلقيها الرعاية للمرة الأولى في الحمل ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول (17) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى التجمع في بداية تلقيها الرعاية للمرة الأولى في الحمل.

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5Ciwish-Rep2.pdf> 1-6-2016.



شكل (3) نسبة بداية تلقي النساء الرعاية للمرة الأولى أثناء الحمل في الضفة الغربية حسب نوع التجمع .2014

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014

وتبين من الجدول رقم (8) إلى وجود تفاوت نسبة النساء اللواتي تلقين الرعاية الأولى أثناء الحمل في جميع المحافظات، وكانت نسبة قيام نساء محافظتي جنين والخليل للرعاية الأولى خلال فترة الأشهر هي الأعلى مقارنة مع باقي محافظات الضفة الغربية، وذلك يعود لتوفر المؤسسات الصحية ودور الأمومة فيها والعيادات الخاصة حيث يتوفر في جنين ثلاث مشاف، وفي الخليل تسع مشاف، وتقدم مركز الرعاية الصحية الأولية خدمات صحية من خلال العيادات المتنقلة، وكان نسبة قيام نساء محافظة طوباس للرعاية الأولى خلال فترة الأشهر هي الأدنى مقارنة مع باقي محافظات الضفة الغربية؛ وذلك يعود إلى توفر 6 مستويات بها وتعاني من نقص في العيادات الطبية، فالواقع الصحي صعب فيها خاصة في منطقة الأغوار، وامتدنية في محافظة سلفيت بالمقارنة مع المحافظات الأخرى وذلك على الرغم من توفر 17 مركزاً صحياً حكومياً و10 مراكز غير حكومية ومركز تابع لوكالة الغوث، إلا أنها تعاني من نقص العيادات الخاصة.¹

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى المحافظة في بداية تلقيها الرعاية للمرة الأولى في الحمل، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى المحافظة في بداية تلقيها الرعاية للمرة الأولى

¹ <http://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2122.pdf>

في الحمل ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (17) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى المحافظة في بداية تلقيها الرعاية للمرة الأولى في الحمل.

جدول (8) نسبة تلقي الأمهات الرعاية لأول مرة بالأسابيع أو الأشهر على مستوى المحافظة 2014.

| المحافظة | أسابيع% | أشهر% | لا اعرف % | المجموع |
|-------------------|---------|-------|-----------|---------|
| جنين | 4.5 | 95.5 | 0.0 | 100 |
| طوباس | 9.7 | 77.8 | 12.5 | 100 |
| طولكرم | 10.1 | 89.9 | 0.0 | 100 |
| نابلس | 15.5 | 81.6 | 2.9 | 100 |
| قلقية | 5.7 | 94.3 | 0.0 | 100 |
| سلفيت | 12.3 | 76.5 | 11.1 | 100 |
| رام الله والبييرة | 12.1 | 87.9 | 0.0 | 100 |
| أريحا | 15.9 | 84.1 | 0.0 | 100 |
| القدس | 16.7 | 83.3 | 0.0 | 100 |
| بيت لحم | 6.0 | 90.8 | 3.2 | 100 |
| الخليل | 5.3 | 94.7 | 0.0 | 100 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

3.4 عدد مرات تلقي الرعاية خلال فترة الحمل

إن تلقي الرعاية في وقتٍ مبكرٍ وعلى نحوٍ منتظمٍ أمرٌ مهمٌ من أجل صحة الأم و صحة الجنين أيضاً، فالذهاب إلى الطبيب بشكلٍ متزامنٍ ومنتظمٍ يساعد الأم على تجنب التعرض لكثير من المضاعفات التي قد تحدث لها ولجنينها وتعرف منظمة الصحة العالمية الرعاية الكافية خلال الحمل بأنها الرعاية التي تحقق أربع زيارات للرعاية الصحية في الأقل طوال وقت الحمل، وتبدأ خلال الثلث الأول من الحمل¹.

¹ http://www.123esaaf.com/Pregnancy/Book/n_006.html 30-6-2016

وقد تبين من الجدول (9) أن أكثر من نصف نساء الضفة الغربية قد تلقت الرعاية ما قبل الولادة خلال فترة الحمل من 6-10 مرات، وهذا يعني أن أكثر من نصف نساء الضفة الغربية حققت الرعاية الكافية خلال فترة الحمل تبعاً لتعريف منظمة الصحة العالمية، وهذا يعود إلى أن الرعاية تقدم للام اثناء الحمل حرصاً على الجنين اكثر من الحرص على حياتها.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010 فنسبة عالية من النساء قد تلقت الرعاية ما قبل الولادة خلال فترة الحمل من 6-10 مرات وبلغت نسبتهم 44.0%¹ حسب مسح لعام 2010.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006 نجد أن حوالي 74.9% من النساء قامت بزيارة الطبيب 4 مرات فأكثر في المولود الأول، وأن حوالي 57.4% من النساء قامت بزيارة الطبيب 4 فأكثر في المولود الرابع لها.²

ويتضح من الجدول رقم (9) أن النمط الشائع في عدد مرات المراجعة لدى النساء فيما قبل الولادة هو من 6-10 مرات وهذا النمط شائع في كل من الحضر والريف والمخيم، ولكن أعلى في الريف 63.4%، وهذا يعود إلى تباين في توفير وتوزيع الخدمات الصحية ما بين المناطق الريفية والحضرية والمخيم، وتوفر إمكانية الوصول إلى هذه الخدمات.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى التجمع في عدد مرات المراجعة خلال فترة الحمل تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى التجمع في عدد مرات المراجعة خلال فترة الحمل، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (17) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى التجمع في عدد مرات المراجعة خلال فترة الحمل.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين.

² <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf> 1-6-2016.

جدول (9) عدد مرات تلقي النساء الرعاية ما قبل الولادة خلال فترة الحمل 2014، %

| مخيم | ريف | حضر | الضفة الغربية | عدد مرات تلقي الرعاية ما قبل الولادة |
|------|------|------|---------------|--------------------------------------|
| 8.0 | 7.5 | 7.6 | 7.8 | 1-5 |
| 58.7 | 63.4 | 58.3 | 57.1 | 6-10 |
| 19.7 | 17.9 | 20.5 | 21.8 | 11-15 |
| 13.5 | 10.5 | 11.9 | 9.3 | 16-20 |
| .00 | 0.6 | 1.7 | 4.0 | 21-24 |
| 100 | 100 | 100 | 100 | المجموع |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010، حيث إن النسبة عالية من النساء قد تلقت الرعاية ما قبل الولادة خلال فترة الحمل من 6-10 مرات في كل من الحضر (45.5%) والريف (45.0%) والمخيم (29.1%).¹

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007، تبين أن 56.5% من نساء الريف قد حقن 4 زيارات فأكثر لتلقي الرعاية أثناء الحمل، وأن 67.0% من نساء الحضر قد حقن 4 زيارات فأكثر لتلقي الرعاية أثناء الحمل.²

تبين من الجدول (10) أن النمط الشائع لدى النساء في عدد مرات المراجعة على مستوى المحافظة هو من 6-10 مرات، حيث كانت نسبة نساء محافظة أريحا الأكثر قيام بالمراجعة من 6-10 مرات خلال فترة الحمل؛ وذلك يعود إلى توفر الخدمات الصحية فيها كالتالي (10 عيادات ومراكز الرعاية الصحية الأولية حكومية و4 عيادات غير حكومية و6 وكالة الغوث)، ونسبة قيام نساء محافظة طولكرم المراجعة أثناء الحمل من 6-10 مرات هي الأدنى على الرغم من توفر الخدمات الصحية فيها كالتالي (30 عيادة ومراكز الرعاية الصحية الأولية حكومية و7 عيادات غير حكومية و2 وكالة الغوث) إلا أنه قد تكون غير موزعة بطريقة صحيحة تمكن المرأة من الوصول إليها بسهولة ويعود لطبيعة حاجة الأم إلى زيارة.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين.

² http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf 3-6-2016.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى المحافظة في عدد مرات المراجعة خلال فترة الحمل تم اختبار الفرضية الصفرية التالية:- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى المحافظة في عدد مرات المراجعة خلال فترة الحمل، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (17) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى المحافظة في عدد مرات المراجعة خلال فترة الحمل.

جدول (10) عدد مرات تلقي الأم الرعاية ما قبل الولادة خلال فترة الحمل 2014.

| المحافظة | 1-5 | 6-10 | 11-15 | 16-20 | 21-24 | المجموع |
|------------------|------|------|-------|-------|-------|---------|
| جنين | 9.5 | 55.3 | 19.2 | 12.8 | 3.3 | 100 |
| طوباس | 3.8 | 57.8 | 24.5 | 6.5 | 7.4 | 100 |
| طولكرم | 1.4 | 34.7 | 30.2 | 27.7 | 6.1 | 100 |
| نابلس | 4.5 | 38.7 | 23.0 | 33.8 | 0.0 | 100 |
| قلقيلية | 5.7 | 47.9 | 13.8 | 32.5 | 0.0 | 100 |
| سلفيت | 11.1 | 80.8 | 8.0 | 0.0 | 0.0 | 100 |
| رام الله والبيرة | 4.2 | 80.3 | 11.9 | 3.6 | 0.0 | 100 |
| أريحا | 12.1 | 87.9 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 100 |
| القدس | 1.2 | 50.5 | 37.3 | 11.0 | 0.0 | 100 |
| بيت لحم | 8.8 | 61.3 | 27.1 | 2.9 | 0.0 | 100 |
| الخليل | 15.1 | 70.1 | 7.8 | 6.2 | 0.8 | 100 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010 في أن النمط الشائع في عدد مرات المراجعة لدى النساء هو 6-10 مرات، حيث كان أعلاها شيوعا في محافظة الخليل وأدناها في أريحا.¹

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين.

4.4 مكان تلقي الرعاية أثناء حملها في المولود الأخير على الأغلب

يقصد به المكان التي تذهب له الأم خلال عملية الحمل لتلقي الرعاية والمتابعة الدورية لها ولجنينها واختيار المكان الذي تذهب له الأم يكون بناء على عدة دوافع منها؛ التكلفة المادية حيث يمتلك الكثيرون التأمين الصحي كموظفي الحكومة والكثير من المراكز تقدم خدمات مجانية، وأيضا الكفاءة حيث تذهب الكثير من النساء إلى الطبيب الجيد أكثر في أمور الرعاية، وإمكانية الوصول إلى هذه المكان تبعا لقربها وبعدها عنه، وكذلك تبعا لراحته النفسية، فالمكان المعتادة صديقتها مثلا الذهاب إليه للرعاية وذو سمعة جيدة يكون لديها راحة نفسية للذهاب إليه كونه مجربا من قبل.

تبين من الجدول (11) أن المكان الأغلب الذي تذهب له النساء الحوامل في الضفة الغربية لتلقي الرعاية هو العيادة الخاصة وذلك تبعا لكفاءة طبيب مختص أكثر دراية ومعرفة بعملية الحمل والولادة وقادر على إعطاء تشخيص مناسب للوضع الصحي للأم والطفل، وتواجهه الدائم في عيادته الخاصة، وجنسه فكثير من الأمهات تفضل الذهاب إلى طبيبة وبعض الأماكن لا تتوفر فيها الخدمات إلا في ساعات محددة وتوفر أطباء معينين.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007، تبين أن النساء في دولة العراق خلال حملها بالمولود الأول والرابع تقوم باختيار القطاع الخاص، حيث بلغت نسبتهن في المولود الأول (59.2%) ونسبتهن في المولود الرابع (57.29%)، وأن النساء تقوم باختيار القطاع الحكومي في المولود الثاني والثالث حيث بلغت نسبتهن (47.3%)¹.

ويتضح من الجدول رقم (11) أن أكثر من نصف نساء الحضر تتلقى الرعاية خلال فترة الحمل في عيادة خاصة يعود ذلك إلى توافر العيادات الخاصة وتوافر معظم الخدمات الصحية فيها، ونسبة (19.8%) من النساء تتلقى الرعاية في مركز صحي حكومي وذلك يعود إلى

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5Ciwish-Rep2.pdf> 3-6-2016.

امتلاك الكثير من الموظفين الحكوميين التأمين الصحي الذي يمنحهم تلقي الخدمات الطبية بشكل مجاني.

وتبين من الجدول رقم (11) أن أكثر من نصف نساء الريف تتلقى الرعاية في عيادة خاصة، ويعود ذلك تبعاً لتوفر الخدمة الطبية بشكل دائم في العيادة الخاصة وليس لفترة معينة كفترة الصباح في مركز الرعاية الصحية والخدمة الطبية، كما أن الكادر الصحي في العيادة الخاصة أكثر كفاءة (23.5%) من النساء تتلقى الرعاية في مركز صحي حكومي وذلك لأنه يوجد العديد من المواطنين يمتلكون تأميناً صحياً حكومياً تقدم لهم الخدمات بشكل مجاني، ونسبة 0.5% من النساء قد تلقت الرعاية من جهة أخرى قد تكون من فريق طبي خارج المنطقة، حيث يوجد حالات حمل تحتاج إلى عناية خاصة ومستلزمات طبية غير متوفرة في المراكز الصحية في المناطق الريفية مما يضطر الذهاب إليها لتلبية حاجتها وحاجة جنينها.

أما بالنسبة لنساء المخيم فقد كانت نسبة عالية منهن تتلقى الرعاية في مستشفى تابع للوكالة وذلك لامتلاك نساء المخيم كرت الوكالة (اللاجئين) الذي يمنحهن تلقي الرعاية بشكل مجاني هناك، و29.0% من نساء المخيم تتلقى الرعاية في عيادة خاصة، وهذا يعود إلى الوضع الاقتصادي للام و نسبة (0.8%) من النساء تلقت الرعاية في مركز صحي تابع لمنظمات غير حكومية، وقد يكون ذلك لأن حالة حمل المرأة يحتاج إلى عناية خاصة ومستلزمات طبية غير متوفرة في مستشفى الوكالة أو القطاع الحكومي.

جدول (11) توزيع النساء حسب مكان تلقي الرعاية أثناء حملها في المولود الأخير 2014، %

| مكان تلقي الرعاية | الضفة الغربية | حضر | ريف | مخيم |
|----------------------------------|---------------|------|------|------|
| مستشفى حكومي | 1.5 | 2.5 | 2.1 | 2.4 |
| مركز صحي حكومي | 12.6 | 19.8 | 23.5 | 2.4 |
| مستشفى خاص | 4.8 | 4.6 | 6.8 | 5.6 |
| عيادة خاصة | 50.8 | 54.4 | 59.5 | 29.0 |
| دار أمومة | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.0 |
| مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية | 2.6 | 2.1 | 0.7 | 7.3 |
| مركز صحي تابع لمنظمات غير حكومية | 2.2 | 1.7 | 2.1 | 0.8 |
| مستشفى تابع للوكالة | 10.0 | 3.5 | 4.0 | 43.5 |
| مستشفى إسرائيلي | 14.7 | 11.5 | 0.5 | 8.9 |
| جهة أخرى | .7 | 0.2 | 0.5 | 0.0 |
| المجموع | 100 | 100 | 100 | 100 |

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى التجمع في مكان تلقي الرعاية أثناء الحمل، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى التجمع في مكان تلقي الرعاية أثناء الحمل، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (17) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى التجمع في مكان تلقي الرعاية أثناء الحمل.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007، تبين أن 36.8% من نساء الريف

تتلقى الرعاية في القطاع الحكومي و63.2% تتلقى الرعاية في قطاع خاص، و أن47.8% من نساء الحضر تتلقى الرعاية في قطاع حكومي و52.4% تتلقى الرعاية في قطاع خاص.¹

وأما بالنسبة للنساء على مستوى المحافظة قد نجد تفاوتاً فيما بينها حسب مكان تلقي الرعاية أثناء الحمل على الأغلب حيث تبين من الجدول (12) وجود تفاوت بين النساء في مكان تلقي الرعاية خلال فترة الحمل في كل محافظة حسب توافر الخدمات الصحية فيها فنساء محافظة القدس تتلقى الرعاية أكثر في مستشفى إسرائيلي لأنها تعطي الرعاية الكافية على أكمل وجه للطفل والأم لتوفر التقنيات والكوادر الصحية المؤهلة فيها، ونساء أريحا تتلقى الرعاية في مستشفى وكالة الغوث أكثر لوجود حوالي 6 مراكز وكالة غوث فيها تقدم الرعاية بشكل مجاني، وباقي المحافظات تتلقى الرعاية أكثر في عيادة خاصة لسهولة وصول النساء إلى هذه الخدمة في المحافظة و في الوقت التي تريده وأكثر كفاءة من المؤسسات الأخرى، وتأخذ المرأة حقها في العناية أكثر فزيارة المرأة لطبيب المختص يرفع من معنوياتها ويعطيها راحة نفسية وتوفر التقنيات والآليات العصرية التي تعطي الأم صورة كاملة عن وضع الجنين.

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf> 3-6-2016.

جدول (12) توزيع النساء حسب مكان تلقي الرعاية أثناء حملها في المولود الأخير

| المجموع | جهة أخرى | مستشفى مركز صحي إسرائيلي | مستشفى مركز صحي تابع للوكالة | مركز صحي تابع لمنظمات غير حكومية | مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية | دار أمومة | عيادة خاصة | مستشفى خاص | مركز صحي حكومي | مستشفى حكومي | المحافظات |
|---------|----------|--------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------|---------------|---------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| 100 | 3.3 | 0.0 | 16.8 | 1.5 | 0.0 | 0.0 | 48.8 | 3.8 | 4.8 | 1.1 | جنين |
| 100 | 0.0 | 0.0 | 25.9 | 10.7 | 6.9 | 0.0 | 29.8 | 2.6 | 24.2 | 0.0 | طوباس |
| 100 | 0.0 | 0.0 | 16.4 | 1.7 | 0.0 | 0.0 | 69.6 | 2.5 | 8.9 | 0.8 | طولكرم |
| 100 | 0.0 | 1.1 | 11.9 | 2.3 | 0.0 | 0.6 | 68.6 | 1.7 | 13.1 | 0.8 | نابلس |
| 100 | 0.0 | 3.4 | 14.1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 68.8 | 1.7 | 10.9 | 1.2 | قلقيلية |
| 100 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 62.5 | 7.9 | 22.4 | 7.1 | سلفيت |
| 100 | 0.0 | 0.0 | 11.9 | 1.4 | 4.8 | 1.1 | 59.4 | 11.4 | 8.5 | 1.4 | رام الله والبيرة |
| 100 | 0.0 | 0.0 | 40.8 | 0.0 | 9.6 | 0.0 | 21.1 | 5.8 | 19.7 | 3.0 | اريجا |
| 100 | 0.0 | 69.1 | 3.6 | 1.1 | 4.7 | 0.0 | 21.7 | 4.6 | 3.1 | 1.1 | القدس |
| 100 | 4.3 | 1.3 | 8.6 | 5.3 | 0.9 | 0.0 | 53.7 | 13.0 | 12.0 | 1.3 | بيت لحم |
| 100 | 0.0 | 1.3 | 4.4 | 2.7 | 2.1 | 0.0 | 70.7 | 1.6 | 15.8 | 2.0 | الخليل |

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً لبيانات المسح العشوائي متعدد المؤشرات 2014.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى المحافظة في مكان تلقي الرعاية أثناء الحمل، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى المحافظة في مكان تلقي الرعاية أثناء الحمل، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (17) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى المحافظة في مكان تلقي الرعاية أثناء الحمل.

5.4 الفحوصات قبل الولادة

إجراء بعض الفحوصات الطبية للأم متطلب مهم خلال عملية الحمل، يعطي صورة عن حالتها الصحية ومدى قدرتها على تحمل الحمل ونتائج تلك الفحوص توجّه الطبيب عن كيفية التعامل مع وضعها الصحي فإذا كان غير طبيعي يمنحها متابعة طبية خاصة بوضعها، ويعمل بالتدابير اللازمة لذلك.

تبين من الجدول (13) ارتفاع نسبة نساء الضفة الغربية اللواتي قمن بإجراء الفحوصات المختلفة في العام 2014 عن العام 2010، وهذا يعكس حقيقة وعي النساء بأهمية إجراء تلك الفحوصات خلال فترة الحمل الناتج عن ارتفاع المستوى التعليمي لديها، وانتشار الخدمات الصحية بشكل أكبر، و معرفة الأمهات بانتشار تلك الخدمات حتى تأخذ صورة عن وضعها الصحي.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007، تبين أن 79.2% من نساء العراق قامت بفحص ضغط الدم، و78.2% قمن بفحص عينة الدم، وهذا يدل على وجود وعي بدأ بنساء الضفة الغربية أكثر من نساء العراق، ويدل على حدوث تطور على المستوى الخدمات الصحية بشكل أكبر.¹

¹ http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5Ciwish-Rep2.pdf 5-6-2016.

ويتضح من الجدول رقم (13) ارتفاع نسبة النساء في جميع التجمعات اللواتي قمن بإجراء الفحوصات المختلفة في العام 2014 عن العام 2010 وهذا يعود إلى مدى توافر المختبرات بشكل أكبر في المناطق الحضرية، واستخدام الأجهزة المتطورة التي تقوم بإخراج نتائج الفحص بأقصى سرعة وأكثر دقة، وتوفر بعض المراكز التي تقوم بإجراء الفحص بشكل مجاني للأم الحامل أو بتكلفة قليلة.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى التجمع في إجراء الفحوص (قياس ضغط الدم، فحص عينة الدم، قياس عينة البول) تم اختبار الفرضية الصفرية، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (17) نقبل الفرضية الصفرية في إجراء الفحوصات التالية قياس ضغط الدم وعينة البول وفحص عينة الدم.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007، تبين أن 71.0% من نساء الريف في العراق قامت بفحص ضغط الدم و70.6% قامت بفحص عينة الدم وأن 82.7% من نساء الحضر في العراق قمن بإجراء ضغط الدم و81.4% قمن بإجراء فحص عينة الدم وبهذا تكون واقع نساء المناطق الريفية والحضرية في الضفة الغربية أفضل قد يعود السبب لمواكبة التطور العلمي والتكنولوجي بشكل أكثر¹.

جدول (13) نسبة النساء اللاتي قمن بإجراء الفحوص المختلفة خلال فترة الحمل 2010.2014 %

| مخيم | | ريف | | حضر | | الضفة الغربية | | الفحوصات |
|------|------|------|------|------|------|---------------|------|----------------|
| 2014 | 2010 | 2014 | 2010 | 2014 | 2010 | 2014 | 2010 | |
| 98.4 | 73.4 | 97.6 | 73.4 | 97.4 | 69.0 | 96.8 | 70.2 | قياس ضغط الدم |
| 97.3 | 72.3 | 98.4 | 65.7 | 97.6 | 64.9 | 94.7 | 65.8 | فحص عينة الدم |
| 97.6 | 73.7 | 96.7 | 65.1 | 96.7 | 63.7 | 94.5 | 65.0 | فحص عينة البول |

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 ومسح الأسرة الفلسطيني 2010.

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf> 5-6-2016.

يتضح من الجدول (14) إن نسبة قيام النساء على مستوى المحافظة بإجراء الفحوصات المختلفة عالية مع وجود تفاوتات بسيطة فيما بينها؛ وذلك يعود إلى توفر المختبرات والمعدات الطبية اللازمة للقيام بتلك الفحوصات في جميع المحافظات، وتوفر المؤسسات الصحية المجهزة بالأدوية والمستلزمات الضرورية، وتوفر دور الأمومة التي تعقد الندوات للأمهات بأهمية القيام بإجراء الفحوصات المختلفة خلال فترة الحمل.

جدول (14) نسبة إجراء النساء الفحوصات المختلفة خلال فترة الحمل 2014. %

| الفحوصات | القياس |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| قياس ضغط الدم | 97.9 | 100.0 | 91.2 | 96.2 | 94.8 | 95.5 | 94.2 | 100.0 | 99.6 | 95.4 | 97.3 |
| فحص عينة البول | 93.7 | 97.2 | 90.0 | 93.4 | 89.7 | 90.9 | 96.3 | 100.0 | 99.6 | 94.1 | 93.0 |
| فحص عينة الدم | 96.8 | 100.0 | 90.0 | 92.3 | 93.1 | 90.9 | 94.7 | 96.8 | 100.0 | 93.4 | 93.2 |

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى المحافظة في إجراء الفحوصات خلال فترة الحمل تم اختبار الفرضية الصفرية، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (17) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى المحافظة في إجراء الفحوصات (قياس ضغط الدم فحص عينة البول، فحص عينة الدم) خلال فترة الحمل.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010 بوجود تفاوتات ما بين المحافظات في إجراء الفحوصات المختلفة خلال فترة الحمل، ولكن نسبة التفاوت في عام 2010 كانت أكبر لزيادة الوعي ما بين الأمهات في العام 2014

ولعدم توفر المختبرات والمعدات اللازمة للقيام بإجراء الفحوصات المختلفة في جميع المحافظات في العام 2010.¹

6.4 المضاعفات التي عانت منها خلال هذا الحمل

قد تتعرض الأم الحامل لكثير من المضاعفات أثناء الحمل، وتختلف درجة المضاعفات من أم إلى أخرى تبعاً لطبيعة وقدرة جسمها البنيوية على تحمل الحمل وتبعاً لاهتمامها بغذائها، كما قد تتعرض لبعض المضاعفات الوراثية التي قد تصيبها أثناء الحمل والبيئة التي تعيش بها لها تأثير كالهذوء وعدم وجود توتر أو إرهاق نفسي.

تبين من الجدول (15) أن نسبة تعرض نساء الضفة الغربية لمضاعفات خلال فترة الحمل كانت قليلة، وهذا يعود إلى ارتفاع المستوى التعليمي للنساء الذي انعكس إيجابياً على الرعاية المنتظمة خلال الحمل، وبالتالي يتم الكشف المبكر عن المضاعفات المصاحبة للحمل وتزود النساء بالخدمات الصحية والوقائية اللازمة لتقليل من التعرض لتلك المضاعفات، وأن أكثر ما تتعرض له نساء الضفة الغربية هو مضاعفة التهاب المسالك البولية، وهو يعتبر من المشكلات الصحية التي تؤثر على وزن المولود، وتؤدي إلى الولادة المبكرة إذا تطور الأمر، ويعود ذلك إلى عدة عوامل منها؛ عمر الأم الحامل، وترتيب المولود لها، وقد يكون لعدم معرفة الأم بتعرضها لتلك المضاعفة وعدم تقديم الفحوصات الطبية اللازمة أثناء قيامها بالرعاية.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010، تبين أن نسبة تعرض نساء الضفة الغربية إلى مضاعفة التهاب المسالك البولية هو الأكثر مقارنة مع باقي المضاعفات، حيث بلغت نسبتها حوالي 34.2%² وقد يعود ارتفاع تلك النسبة في العام 2014 عن العام 2010 ربما إلى عدم التزام الأمهات بالنصائح والإرشادات التي قدمها لها الطبيب.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.

² المرجع السابق.

جدول (15) نسبة النساء حسب تعرضها لمضاعفات خلال فترة الحمل في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014.

| نوع التجمع % | | | % | |
|--------------|------|------|---------------|--------------------------|
| مخيم | ريف | حضر | الضفة الغربية | المضاعفات |
| 4.1 | 6.6 | 5.5 | 5.6 | نزيف مهبلي حاد |
| 47.5 | 39.8 | 39.4 | 40.1 | التهابات المسالك البولية |
| 10.0 | 8.1 | 7.7 | 8.0 | تشنجات غير حرارية |
| 12.7 | 7.1 | 7.1 | 7.5 | ارتفاع في درجة الحرارة |
| 4.5 | 7.4 | 8.4 | 7.9 | الأنيميا |
| 23.1 | 21.9 | 21.8 | 21.9 | صعوبة في التنفس |
| 23.1 | 23.7 | 21.7 | 22.3 | ألم عند التبول |
| 41.6 | 36.4 | 29.0 | 31.8 | ألم في أعلى البطن |
| 37.6 | 28.1 | 23.3 | 25.6 | صداع حاد |
| 21.7 | 23.6 | 21.2 | 21.9 | تورم في الوجه |
| 14.9 | 13.6 | 10.3 | 11.5 | ارتفاع في ضغط الدم |
| 12.2 | 8.1 | 7.9 | 8.2 | أمراض المفاصل |

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007، حيث تبين أن أكثر ما تعانيه نساء العراق خلال الحمل هو من مضاعفة التهاب المسالك البولية التي بلغت نسبتها 21.1 %، وبذلك نلاحظ أن تعرض نساء العراق إلى مضاعفة التهاب المسالك البولية أقل ما تتعرض له نساء الضفة الغربية، وذلك يعود إلى مدى توفر الخدمات الصحية التي تقدم للأم خلال الحمل.¹

تبين من الجدول رقم (15) أن تعرض النساء على مستوى التجمع إلى مضاعفة التهاب المسالك البولية خلال الحمل هو الأكثر مقارنة مع باقي المضاعفات، وكانت نساء المخيم الأكثر تعرضاً لذلك من نساء الريف والحضر؛ ويعود ذلك إلى عدم التزام نساء المخيم بالرعاية المبكرة

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf> 10-6-2016.

خلال فترة الحمل، وعدم جودة الخدمات التي تقدمها برامج الرعاية الصحية المتوفرة في المخيم من فحوصات طبية وتوعية حول كيفية وقاية الأم نفسها من أي مضاعفة من المحتمل أن تتعرض لها.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى التجمع في نسبة تعرضها للمضاعفات (نزيف مهلي حاد، التهابات المسالك البولية، تشنجات غير حرارية، ارتفاع في درجة الحرارة، الانيميا، صعوبة في التنفس، ألم عند التبول، ألم في أعلى البطن، صداع حاد، تورم في الوجه، ارتفاع ضغط الدم) خلال الحمل تم اختبار الفرضية الصفرية، ومن خلال نتائج اختبار مربع كاي في الجدول (17) نرفض الفرضية الصفرية في حالة المضاعفات التالية: التهابات المسالك البولية، ارتفاع في درجة الحرارة، ألم في أعلى البطن، صداع حاد، ارتفاع ضغط الدم. ونقبل الفرضية الصفرية في حالة المضاعفات التالية: نزيف مهلي حاد، تشنجات غير حرارية، الأنيميا، صعوبة في التنفس، ألم عند التبول، تورم في الوجه.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010 حيث تبين أن التعرض إلى مضاعفة التهاب المسالك البولية هو الأكثر عند النساء على مستوى التجمع حيث بلغت نسبتها في الحضر 34.2% وفي الريف 32.9% وفي المخيم 38.1%¹ ويعود ذلك إلى عدم اعطاء الاهتمام الكافي للام اثناء الحمل حيث يعطى الاهتمام الأكبر للطفل أكثر.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007، حيث تبين أن 33.6% من نساء الحضر في العراق تتعرض إلى مضاعفات خلال فترة الحمل و 35.5% من نساء الريف تتعرض إلى مضاعفات خلال فترة الحمل.²

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين.

² http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf 10-6-2016.

تبين من الجدول (16) وجود تفاوت بين النساء على مستوى المحافظة في نسبة تعرضها للمضاعفات خلال فترة الحمل، حيث تبين أن نسبة التعرض لمضاعفة المسالك البولية هو الأكثر في كل من (جنين، طوباس، طولكرم، نابلس، قلقيلة، رام الله، القدس، الخليل) وأن نسبة التعرض إلى مضاعفة ألم في أعلى البطن هو الأكثر في كل من (سلفيت، أريحا، بيت لحم) ويعود ذلك التفاوت ما بين النساء على مستوى المحافظة ألى تفاوت في خدمات رعاية الحوامل المتوفرة في كل محافظة وما تقوم به من إجراء الفحوصات الطبية للأم بشكل جيد، وتقديم الوسائل الوقائية الداعمة لصحة الأم والتي تجنبها التعرض إلى أي مضاعفة وتعدد الحلققات الإرشادية للأم ونصحها بأهمية إجراء الفحوصات الطبية بشكل دوري خلال فترة الحمل.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010، حيث تبين أن نسبة تعرض النساء إلى مضاعفة التهاب المسالك البولية هو الأكثر على مستوى المحافظة، وكانت نساء سلفيت هي الأكثر تعرض حيث بلغت نسبة تعرضها 50.7% وذلك يعود إلى معاناة محافظة سلفيت من ضعف الخدمات الصحية التي تقدمها برامج الرعاية المتوفرة.¹

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.

جدول (16) نسبة النساء حسب المضاعفات التي تعرضت لها خلال الحمل في المحافظات 2014. %

| الخليل | بيت لحم | القدس | أريحا | رام الله | سلفيت | قلقية | نابلس | طولكرم | طوباس | جنين | المضاعفات |
|--------|---------|-------|-------|----------|-------|-------|-------|--------|-------|------|---------------------------------------|
| 18.8 | 23.7 | 12.9 | 15.3 | 20.3 | 14.0 | 28.4 | 32.6 | 32.8 | 23.8 | 29.6 | تورم في الوجه والجسم |
| 11.2 | 7.7 | 9.5 | 13.5 | 9.2 | 11.6 | 10.8 | 18.2 | 8.6 | 4.8 | 15.8 | ارتفاع في ضغط الدم |
| 5.4 | 3.6 | 4.3 | 2.7 | 5.8 | 0.0 | 5.9 | 5.6 | 9.4 | 6.3 | 10.4 | نزيف مهلي حاد |
| 20.7 | 30.7 | 19.4 | 35.1 | 20.9 | 25.6 | 31.4 | 32.9 | 31.2 | 14.3 | 34.9 | صداع حاد |
| 21.3 | 40.9 | 25.4 | 41.4 | 26.5 | 34.9 | 40.2 | 42.0 | 35.2 | 36.5 | 46.9 | آلم في أعلى البطن |
| 5.5 | 11.3 | 5.0 | 17.1 | 3.3 | 0.0 | 6.9 | 7.5 | 7.8 | 23.8 | 12.8 | ارتفاع في درجة الحرارة |
| 2.0 | 8.8 | 8.2 | 4.5 | 13.1 | 2.3 | 4.9 | 12.2 | 14.8 | 3.2 | 14.0 | تشنجات غير حرارية |
| 19.5 | 25.2 | 16.8 | 20.7 | 25.3 | 15.1 | 25.5 | 29.5 | 30.5 | 20.6 | 23.0 | آلم عند البول |
| 15.7 | 27.0 | 16.8 | 12.6 | 19.2 | 16.3 | 24.5 | 25.4 | 36.7 | 36.5 | 35.2 | صعوبة شديدة في التنفس |
| 8.7 | 4.7 | 9.9 | 0.9 | 3.6 | 2.3 | 11.8 | 9.7 | 13.3 | 4.8 | 9.6 | الأنيميا |
| 39.0 | 34.3 | 29.5 | 26.1 | 39.3 | 26.7 | 52.0 | 49.2 | 51.6 | 47.6 | 52.8 | التهابات المسالك البولية أو التناسلية |
| 9.2 | 7.3 | 3.7 | 11.7 | 3.1 | 5.8 | 9.8 | 9.7 | 18.8 | 14.3 | 11.0 | أمراض المفاصل |

المصدر: - من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى المحافظة في نسبة تعرضها للمضاعفات (نزيف مهبلي حاد، التهابات المسالك البولية، تشنجات غير حرارية، ارتفاع في درجة الحرارة، الأنيميا، صعوبة في التنفس، ألم عند التبول، ألم في أعلى البطن، صداع حاد، تورم في الوجه، ارتفاع ضغط الدم) خلال الحمل تم اختبار الفرضية الصفرية، ومن خلال نتائج اختبار مربع كاي في الجدول (17) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة على مستوى الثقة 95. في جميع المضاعفات ما عدا مضاعفة نزيف مهبلي حاد.

جدول (17) نتائج تحليل مربع كاي ما بين تأثير نوع التجمع والمحافظة على المتغيرات التالية
2014.

| المحافظة | | | نوع التجمع | | | المتغير |
|----------------|-----|---------------|----------------|----|---------------|---|
| مستوى المعنوية | F | قيمة مربع كاي | مستوى المعنوية | F | قيمة مربع كاي | |
| *.000 | 20 | 84.606 | .954 | 4 | .676 | مراجعة النساء أي شخص لتلقي الرعاية ما قبل الولادة خلال فترة الولادة |
| *.000 | 20 | 275.929 | *.000 | 4 | 95.465 | بداية تلقي النساء الرعاية للمرة الأولى |
| *.000 | 20 | 11083.594 | *.000 | 58 | 953.872 | عدد مرات تلقي الرعاية ما قبل الولادة |
| *.000 | 100 | 1506.237 | *.000 | 20 | 745.433 | مكان تلقي الأم الرعاية أثناء حملها |
| *.004 | 10 | 25.648 | .664 | 2 | .881 | قياس ضغط الدم |
| *.000 | 10 | 37.484 | .057 | 2 | 5.717 | فحص عينة الدم |
| *.011 | 10 | 23.013 | .317 | 2 | 2.297 | قياس عينة البول |
| .813 | 20 | 14.331 | .580 | 4 | 2.870 | التعرض إلى نزيف مهبلي حاد |
| *.000 | 20 | 56.696 | *.004 | 4 | 15.502 | التعرض إلى التهابات المسالك البولية |
| *.000 | 20 | 54.680 | .215 | 4 | 5.792 | التعرض إلى تشنجات غير حرارية |
| *.000 | 20 | 54.680 | *.004 | 4 | 15.138 | التعرض إلى ارتفاع في درجة الحرارة |
| *.000 | 20 | 119.456 | .210 | 4 | 11.539 | التعرض إلى الأنيميا |
| *.000 | 20 | 84.599 | .331 | 4 | 4.599 | التعرض إلى صعوبة في التنفس |
| *.000 | 20 | 150.082 | .154 | 4 | 6.684 | التعرض إلى ألم عند التبول |
| *.000 | 20 | 156.669 | *.000 | 4 | 30.613 | التعرض إلى ألم في أعلى البطن |
| *.000 | 20 | 126.009 | *.000 | 4 | 29.873 | التعرض إلى صداع حاد |
| *.000 | 20 | 126.864 | .191 | 4 | 6.116 | التعرض إلى تورم في الوجه |
| *.000 | 20 | 82.883 | *.010 | 4 | 13.385 | التعرض إلى ارتفاع ضغط الدم |

*دالة على مستوى المعنوية 0.05.

المصدر:- من عمل الباحثة استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014

الفصل الخامس

رعاية الأم أثناء الولادة وبعدها

1.5 المقدمة

2.5 مكان الولادة

3.5 طبيعة الولادة.

4.5 الأعراض التي عانت منها الأم خلال فترة المخاض أو مباشرة بعد عملية الوضع.

5.5 الأعراض التي عانت منها الأم خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة.

6.5 مكوث الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة.

7.5 تفقد الحالة الصحية للمولود قبل مغادرة المؤسسة الصحية.

8.5 فحص الحالة الصحية للأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية.

9.5 فحص الأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية.

الفصل الخامس

رعاية الأم أثناء الولادة وبعدها

1.5 المقدمة

مرحلة ما بعد الولادة هي من أهم المراحل التي تمر بها الأم في مرحلة الإنجاب، لما يواجهها الكثير من المشاكل التي قد لا تستطيع التعامل معها بشكل صحيح، فلا بد أن تكون على دراية تامة بما يمكن أن يواجهها من مشكلات وكيف يمكن أن تسيطر عليها.

2.5 مكان ولادة المولود

هو المكان الذي تقوم الأم بالولادة فيه والذي يفترض أن يكون مجهزا بأفضل الأدوات المعقمة طبييا، ويتم اختيار هذا المكان تبعا لعدة عوامل وهي؛ طبيعية الولادة، فالولادة الطبيعية لها مجريات مختلفة عن الولادة القيصرية، و المضاعفات المتوقع أن تتعرض لها الأم خلال ولادتها. كما يلعب العامل الاقتصادي دورا في تحديد مكان الولادة، ومكان الإقامة أيضا هو عامل تلقي الأم الرعاية الصحية أثناء الحمل يكون لها تأثير إيجابي في اختيار الأم لمكان الولادة، وعامل ترتيب المولود للمرأة.

تبين من جدول (18) أن اتجاه نساء الضفة الغربية للولادة في المستشفى الحكومي (34.1%) والخاص (33.8%) كان عاليا جدا في كلا النوعين مقارنة مع باقي المؤسسات الصحية، و يعود الاتجاه إلى مستشفى حكومي إلى أن الكثير من الموظفين الحكوميين يمتلكون تأميننا حكوميا، ويتم تقديم الخدمات بشكل مجاني للأم والطفل، أما بالنسبة لاتجاه النساء للولادة في المستشفى الخاص يعود إلى وجود تأمين لكثير من الموظفين في القطاع الخاص، وكفاءة بعض الأطباء في المستشفى الخاص، وبعض النساء بحاجة إلى غرفة خاصة مجهزة بأفضل الأدوات، وبعض الحالات تكون بحاجة إلى حضانات للأطفال حديثي الولادة قد لا تكون متوفرة في المستشفى الحكومي، و أما أدنى نسبة ولادة فقد كانت في المنزل، وهذا يدل على الوعي الصحي العام لدى الأمهات بأهمية الولادة في مكان مجهز ومعقم بشكل يضمن الصحة التامة لها ولطفها وايضا يعود ذلك تبعا الى المكان الذي كان تتم به مراجعة الام اثناء الحمل.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2014 مع نتائج المسح الأسرة الفلسطيني 2010، حيث تبين أن نسبة اتجاه النساء للولادة في كلا النوعين من المستشفيات هي الأعلى مقارنة مع باقي المؤسسات الصحية، حيث بلغت نسبة الولادة في المستشفى الحكومي لعام 2010 (42.6%) والولادة في المستشفى الخاص (39.4%)¹.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007، تبين أن 11.4% من النساء في العراق قامت بالولادة في مركز صحي أهلي و69.2% قامت بالولادة في مركز صحي حكومي و19.4% من النساء قامت بالولادة في المنزل، وهذا يدل على تمتع نساء الضفة الغربية بوعي صحي أكبر في اختيار مكان الولادة.²

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2014 مع نتائج المسح السكاني والصحي لمصر عام 2000، تبين أن 22% من نساء مصر قامت بالولادة في مرفق صحي عام و26% منهن قامت بالولادة في مرفق خاص و52% منهن قامت بالولادة في المنزل وهذا يدل على معاناة نساء مصر لعام 2000 من قلة وعي صحي كبير، حيث يوجد أكثر من نصف النساء تتم ولادتها في المنزل، وبالتالي تكون معرضة للوفاة بشكل أكبر.³

يتضح من الجدول رقم (18) وجود تفاوتات بين النساء حسب نوع التجمع في اختيارها لمكان الولادة.

فنساء الحضر كانت نسبة قيامها بالولادة في المستشفى الخاص أعلى من الولادة في المستشفى الحكومي، أما نساء الريف فكانت نسبة قيامها بالولادة في المستشفى الحكومي أكثر؛ وذلك يعود الى عدة عوامل كالعامل الاقتصادي وحالة الام الصحية وتبعاً لمكان تواجد الطبيب الذي قام بمعابنتها خلال فترة الحمل.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين.

² <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf> 15-6-2016.

³ http://www.prb.org/pdf07/YouthinMENA_Arabic.pdf 15-6-2016.

وأما بالنسبة لنساء المخيم فكانت نسبة قيامها بالولادة في المستشفى الخاص أعلى نسبة، وتليها الولادة في مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية، ثم المستشفى الحكومي، وهذا يعود إلى امتلاك نساء المخيم كرت الوكالة الذي يمنحها الولادة في المستشفى الخاص حيث استأجرت وكالة الغوث عددا من الغرف حتى تتم عملية الولادة للأمهات بأفضل الظروف.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني لعام 2010، بوجود تفاوتات ما بين النساء حسب نوع التجمع في اختيار مكان الولادة، فنساء الحضر كانت أكثر ولادة في مستشفى خاص (41.4%) ونساء الريف أكثر ولادة في مستشفى حكومي (40.8%)، وهذا يعود لتوفر مستشفيات خاصة في الحضر أكثر، وأكثر قربا لنساء الحضر، ونساء المخيم أكثر ولادة في المستشفى الخاص (45.5%) لامتلاكها كرت الوكالة الذي يمنحها الحق في ذلك.¹

جدول (18) نسبة النساء حسب مكان الولادة في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014

| نوع التجمع % | | | % | مكان الولادة |
|--------------|------|------|---------------|--------------------------------|
| مخيم | ريف | حضر | الضفة الغربية | |
| 0.0 | 0.0 | 0.1 | .1 | المنزل |
| 0.0 | 0.1 | 0.1 | .1 | منزل آخر |
| 22.4 | 51.2 | 29.9 | 34.1 | مستشفى حكومي |
| 0.0 | 2.0 | 0.5 | .8 | مركز حكومي صحي |
| 36.2 | 32.3 | 33.9 | 33.8 | مستشفى خاص |
| 0.0 | 0.0 | 0.7 | .5 | عيادة خاصة |
| 0.0 | 0.0 | 0.1 | .1 | دار أمومة |
| 27.1 | 9.4 | 18.4 | 17.1 | مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية |
| 6.5 | 2.3 | 2.6 | 2.8 | مركز امستشفى صحي تابع للوكالة |
| 7.8 | 1.7 | 13.0 | 10.0 | مستشفى امركز صحي إسرائيلي |
| 100 | 100 | 100 | 100 | المجموع |

المصدر: من عمل الباحثة، ايتنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى التجمع في مكان الولادة، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: - لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين ما بين النساء على مستوى التجمع في مكان الولادة ومن نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (32) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين ما بين النساء على مستوى التجمع في مكان الولادة.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007، تبين أن 51.2% من نساء الضفة الغربية قامت بالولادة في مستشفى حكومي مقابل 66.4% من نساء الريف في العراق و32.3% من نساء الضفة الغربية قامت بالولادة في المستشفى أهلي مقابل 8.1% من نساء الريف في العراق وصفر% من نساء الضفة الغربية قامت بالولادة في المنزل مقابل 25.5% من نساء الريف في العراق، فنساء الريف بالعراق تتفق مع نساء الضفة في اختيار الولادة في المستشفى الحكومي بشكل أكثر، ولكن يوجد نسبة لا يستهان بها تقوم بالولادة في المنزل قد يكون ناتج عن قلة الوعي الصحي لدى الأمهات وانخفاض المستوى التعليمي لديها وأما نساء الحضر في العراق فإن 70.5% منهن قامت بالولادة في مستشفى حكومي و13.0% في مستشفى أهلي و16.5% في المنزل، فنساء الحضر في العراق لا تتفق مع نساء الضفة الغربية، فالنسبة العالية من نساء الحضر في العراق تقوم بالولادة في مستشفى حكومي، أما نساء الحضر في الضفة تقوم بالولادة في مستشفى خاص بشكل أكبر.¹

تبين من الجدول (19) وجود تفاوتات بين النساء على مستوى المحافظة في اختيار المكان الذي تمت ولادتها فيه، ويعود ذلك التفاوت حسب تواجد المؤسسات الصحية في كل منها وتباين توزيعها في كل محافظة، فنساء كل من طوباس و سلفيت و أريحا كانت نسبة قيامهن بالولادة في مستشفى حكومي أكثر من المستشفى خاص لتواجد المستشفيات الحكومية فيها فقط،

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf> 16-6-2016.

وعدم وجود المستشفيات الخاصة، وبذلك خيار المرأة محدود في مكان الولادة خاصة إذا جاء موعد الولادة بشكل مفاجئ، ونساء جنين أيضا لتوفر مستشفيات الحكومية فيها أكثر من الخاص.

ونساء كل من طولكرم وبيت لحم ونابلس والخليل كانت نسبة قيامهن بالولادة في مستشفى خاص أكثر من المستشفى الحكومي، لتواجد المستشفيات الخاصة فيها أكثر من المستشفيات الحكومية وكفاءة المستشفيات الخاصة في كل منها أكثر من حيث توفر الأجهزة والمعدات والطاقم الطبي.

أما بالنسبة لنساء قلقيلة فكانت نسبة قيامهن بالولادة في مستشفى الوكالة أكثر بسبب وجود مستشفى تابع لوكالة الغوث فيها.

ونساء القدس كانت نسبة قيامهن بالولادة في المستشفى الإسرائيلي أكثر، فهن حاصلات على الهوية الإسرائيلية، وهذه المستشفيات قريبة من مكان سكنهن، وكذلك لتوفر الكوادر الطبية المؤهلة والتقنيات الطبية ذات الجودة العالية.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى المحافظة، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية:- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى المحافظة في مكان الولادة ومن نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (32) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى المحافظة في مكان الولادة.

جدول (19) نسبة النساء حسب مكان الولادة والمحافظه 2014. %

| المجموع | مستشفى إسرائيلي | مركز صحي تابع للوكالة صحي | مستشفى تابع لمنظمات غير حكومية | دار أمومة | عيادة خاصة | مستشفى خاص | مركز صحي حكومي | مستشفى حكومي | منزل آخر | المنزل | المحافظات |
|---------|--------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------|---------------|---------------|----------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|
| 100 | 1.3 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.7 | 38.2 | 2.9 | 56.4 | 0.3 | 0.2 | جنين |
| 100 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 36.2 | 0.0 | 63.8 | 0.0 | 0.0 | طوباس |
| 100 | 0.0 | 2.6 | 10.3 | 0.0 | 0.0 | 45.0 | 0.0 | 41.0 | 1.2 | 0.0 | طولكرم |
| 100 | 2.7 | 2.2 | 0.9 | 0.0 | 0.0 | 48.4 | 0.5 | 45.3 | 0.0 | 0.0 | نابلس |
| 100 | 3.4 | 48.2 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 15.5 | 0.0 | 31.6 | 0.7 | 0.6 | قلقية |
| 100 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 31.6 | 0.0 | 68.4 | 0.0 | 0.0 | سلفيت |
| 100 | 0.0 | 2.8 | 27.5 | 0.0 | 0.0 | 33.5 | 0.0 | 34.4 | 0.0 | 0.0 | رام الله |
| 100 | 0.0 | 9.4 | 15.1 | 0.0 | 0.0 | 21.0 | 5.4 | 49.1 | 0.0 | 0.0 | أريحا |
| 100 | 42.7 | 0.5 | 32.4 | 0.0 | 0.0 | 14.4 | 0.2 | 7.9 | 0.0 | 0.0 | القدس |
| 100 | 1.4 | 0.0 | 15.1 | 0.8 | 4.4 | 50.8 | 0.0 | 25.2 | 0.0 | 0.0 | بيت لحم |
| 100 | 1.9 | 0.0 | 19.3 | 0.0 | 0.0 | 39.2 | 0.9 | 38.6 | 0.0 | 0.1 | الخليل |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العشوائي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010 حيث كانت نسبة قيام نساء جنين و طوباس وسلفيت و أريحا للولادة في مستشفى حكومي أكثر بينما كان كل من نساء طولكرم ونابلس ورام الله وبيت لحم والخليل أكثر ولادة في مستشفى خاص، وبالنسبة لنساء قلقيلة كانت أكثر ولادة مركز صحي تابع للوكالة بينما القدس في مستشفى إسرائيلي.¹

3.5 طبيعة الولادة

الولادة هي آخر مرحلة من مراحل الحمل و تؤدي إلى خروج الجنين من الرحم إلى العالم الخارجي.

أما طبيياً فالولادة هي سلسلة من تقلصات الرحم الشديدة التي تؤدي إلى توسع عنق الرحم، مما يؤدي إلى خروج محتوى الحمل (أي الجنين والمشيمة) عبر المهبل.

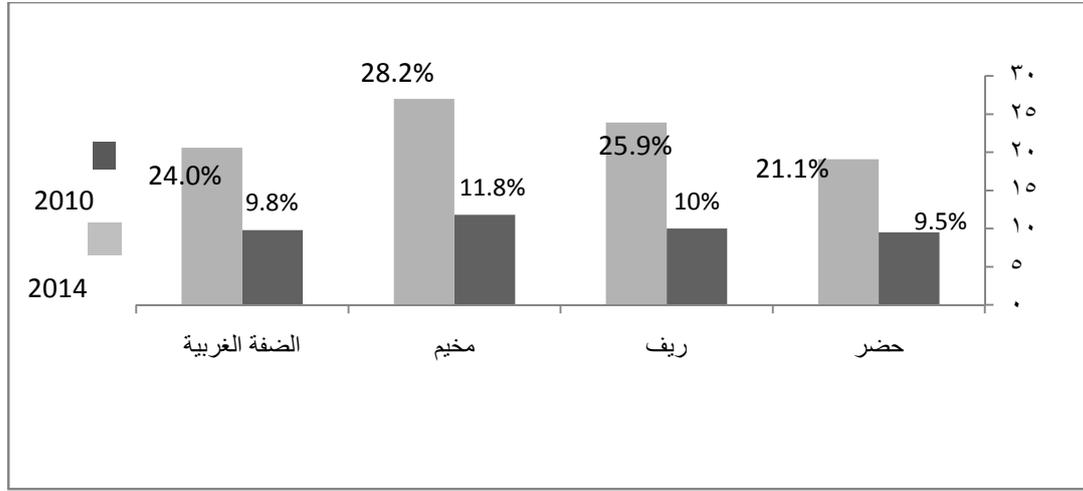
وعملية الولادة تتم بإحدى الطرق وهي الولادة الطبيعية أو الولادة باستخدام العملية القيصرية، و الحد المسموح به عالمياً لقيام النساء بعملية الولادة القيصرية من 5-15%².

يبين الشكل (4) ارتفاع نسبة قيام الأمهات بالولادة القيصرية في العام 2014 مقارنة بالعام 2010، ويعود ذلك إلى عدة عوامل كالوقت حيث يفضل الطبيب الولادة القيصرية على الولادة الطبيعية لأنها تأخذ أقل وقت وايضا التقدم في المجال الطبي والإمكانيات الطبية اللازمة لإجراء العمليات ويعود إلى قرار المؤسسة الصحية بإجراء العملية للأُم مدفوعاً بالعوامل الربحية، والحوافز المادية.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى التجمع في طبيعة الولادة، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى التجمع في طبيعة الولادة ومن خلال النتائج تحليل مربع كاي في الجدول

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.

(32) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى التجمع في طبيعة الولادة



شكل (4) نسبة قيام النساء بالولادة القيصرية للعامين 2014.2010 في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع. المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 ومسح الأسرة الفلسطيني 2010. وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007، تبين أن 21.9% من النساء قامت بالولادة القيصرية، وهي نسبة قريبة من نسبة قيام نساء الضفة الغربية بالولادة القيصرية، وهذا يدل على ازدياد اتجاه النساء نحو القيام بالولادة القيصرية.¹

وتبين من الشكل (4) ارتفاع نسبة قيام النساء بالولادة القيصرية على مستوى التجمع في العام 2014 عن العام 2010.

ويرجع هذا الارتفاع إلى أن المرأة لا تشعر بآلام الولادة في العملية القيصرية، وبالتالي تكون أكثر ارتياحا، وأن القيام بتلك العملية يساعد المرأة على تنظيم أسرتها والمباعدة ما بين أطفالها المنجبين بشكل أكبر كون الجسم بحاجة إلى أخذ قسط من الراحة الكافية بعد الولادة من خلال العملية القيصرية وقيام الأم بالولادة القيصرية بوقت محدد مسبقا من قبل طبيبها المختص يشعرها بالراحة أكثر على جنينها.

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf> 16-6-2016.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007، تبين أن 18.8% من نساء الريف في العراق قاموا بالولادة القيصرية و 23.2% من نساء الحضر في العراق وهي نسب متقاربة مع نسبه 24.5% قيام نساء الضفة الغربية بالولادة القيصرية(شكل رقم 4) ، وهذا يعطي مؤشرا بازدياد اتجاه النساء إلى القيام بالولادة القيصرية بالرغم من احتمالية تعرض الأم إلى مخاطر ومضاعفات صحية تهدد حياتها.¹

تبين من الجدول (20) ارتفاع نسبة قيام النساء بعملية الولادة القيصرية على مستوى المحافظة حيث كانت المحافظات الأكثر استخداما للعمليات القيصرية سلفيت ونابلس وقليلية، ومحافظة الخليل وطولكرم أقل استخداما للعمليات القيصرية، وهذا يعود إلى عدم وجود شروط وضوابط لإجراء العمليات القيصرية في المستشفيات على مستوى المحافظة وعدم إلزام الأطباء لتقديم دواعي إجراء العمليات اعتماد على البروتوكولات المعتمدة عالميا.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى المحافظة في طبيعة الولادة، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى المحافظة في طبيعة الولادة ومن خلال النتائج تحليل مربع كاي في الجدول (32) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى 0.95 الثقة ما بين النساء على مستوى المحافظة في طبيعة الولادة

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf> 16-6-2016.

جدول (20) نسبة النساء التي قامت بالولادة القيصرية على مستوى المحافظة 2014، %

| المحافظة | نعم | لا | المجموع |
|----------|------|------|---------|
| جنين | 27.4 | 72.6 | 100 |
| طوباس | 22.2 | 77.8 | 100 |
| طولكرم | 16.2 | 83.8 | 100 |
| نابلس | 32.6 | 67.4 | 100 |
| قلقيلية | 31.5 | 68.5 | 100 |
| سلفيت | 33.3 | 66.7 | 100 |
| رام الله | 25.3 | 73.4 | 100 |
| أريحا | 25.8 | 74.2 | 100 |
| القدس | 25.8 | 73.3 | 100 |
| بيت لحم | 18.2 | 81.1 | 100 |
| الخليل | 15.1 | 84.9 | 100 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010، تبين أن نسبة قيام نساء محافظة الخليل للولادة القيصرية هي الأدنى مقارنة مع باقي محافظات الضفة الغربية وهذا يعود لرغبة نساء الخليل في إنجاب المزيد أكثر من نساء المحافظات الأخرى¹.

4.5 الأعراض التي عانت منها الأم خلال فترة المخاض أو مباشرة بعد عملية الوضع.

يمكن أن تتعرض الأم لمضاعفات كثيرة في أثناء فترة المخاض والولادة، فيجب أن تأخذ الاحتياطات اللازمة حتى لا تتعرض لتلك المضاعفات حتى لو كانت متابعة لصحتها بطريقة صحيحة، ويجب أن تعطي صورة لطبيب الذي يقوم بولادتها بوضع صحتها الحالي حتى يأخذ الإجراءات اللازمة حرصا على حياتها وحيات جنينها.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين..

تبين من الجدول (21) ارتفاع نسبة تعرض نساء الضفة الغربية للأعراض (مخاض عسير استغرق أكثر من 12 ساعة، حمى شديدة، تشنجات، نزيف مهبلي حاد) خلال فترة المخاض في العام 2014 عن العام 2010، والتعرض لمخاض عسير استغرق أكثر من 12 ساعة هو الأكثر عند النساء ويعود ذلك لعدة عوامل منها ترتيب المولود فغالبا ترتفع نسبة التعرض إلى مضاعفات في المولود الأول ومكان الولادة، فالولادة في المؤسسة الصحية تختلف عن الولادة في المنزل من حيث أدوات التعقيم والنظافة والرعاية أثناء الحمل تجنب المرأة من التعرض إلى مضاعفات خلال فترة المخاض، وكذلك النظام الغذائي الذي تتبعه الأم خلال فترة الحمل له دور كبير في تعرض الأم للمضاعفة خلال الإنجاب، فكلما كان غذاؤها صحيا وكافيا لنمو الجنين وغير مؤثر على إنقاص العناصر الغذائية للأم تكون نسبة تعرضها للمضاعفات خلال فترة الإنجاب أقل، وتباعد ما بين الأطفال المنجبين له دور في تعرض الأم لمضاعفات خلال الإنجاب بشكل أقل.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007¹، تبين أن 19.2% من النساء في العراق تتعرض إلى مضاعفة مخاض عسير و 9.1% منهن تعرضت إلى حمى شديدة و 5.2% تعرضت إلى نزيف مهبلي حاد و 15.2% منهن تعرضت إلى مضاعفة التشنجات، وبذلك نلاحظ أن نسب تعرض نساء العراق إلى مضاعفات خلال فترة المخاض كانت أعلى من نسب تعرض نساء الضفة الغربية، وهذا يعود إلى محيط المرأة الحامل من ظروف وعوامل تؤثر عليها خلال فترة المخاض.

ومن نتائج المسح الصحي السكاني لمصر لعام 2000²، تبين أن 30% من النساء في مصر كان سبب وفاتها هو تعرضها إلى النزيف.

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf> 15-6-2016.

² http://www.prb.org/pdf07/YouthinMENA_Arabic.pdf 15-6-2016.

تبين من الجدول (21) ارتفاع نسبة تعرض النساء حسب نوع التجمع للأعراض (مخاض عسير استغرق أكثر من 12 ساعة، حمى شديدة، تشنجات، نزيف مهبلي حاد) خلال فترة المخاض في الولادة الأخيرة في العام 2014 عن العام 2010، فنساء المخيم كانت الأكثر تعرضاً للأعراض خلال فترة المخاض أو بعد عملية الوضع مباشرة، وذلك يعود إلى نساء المخيم تتلقى الرعاية على الأغلب من المراكز التابعة للوكالة التي تقدم لها خدمات مجانية قد تكون غير كافية لتشخيص الوضع الصحي له، تليها نساء الريف وذلك يعود إلى أن بعض النساء في الريف مازالت تقوم بالولادة في المنزل خاصة إذا لم يكن ترتيب المولود الأول، ثم نساء الحضر الأقل تعرضاً لتلك المضاعفات لتوفر المؤسسات الصحية المجهزة بالمعدات والتقنيات القادرة على إنقاذ الأمهات خلال فترة المخاض.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى التجمع في نسبة تعرضها إلى الأعراض (مخاض عسير استغرق أكثر من 12 ساعة، حمى شديدة، تشنجات، نزيف مهبلي حاد) خلال فترة المخاض، تم اختبار الفرضية الصفرية ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (32) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة في التعرض إلى الأعراض التالية (مخاض عسير، حمى شديدة، نزيف مهبلي حاد) ونقبل الفرضية الصفرية في التعرض إلى تشنجات.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007¹، تبين أن 31.6% من نساء الريف في العراق تتعرض إلى مضاعفات المذكورة خلال فترة المخاض و30.0% من نساء الحضر في العراق تتعرض إلى المضاعفات المذكورة.

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5Ciwish-Rep2.pdf> 17-6-2016.

جدول (21) نسبة تعرض النساء إلى الأعراض التي عانت منها خلال فترة المخاض أو مباشرة بعد عملية الوضع في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2010.2014، %

| مخيم | | ريف | | حضر | | الضفة الغربية | | الأعراض |
|------|------|------|------|------|------|---------------|------|--|
| 2014 | 2010 | 2014 | 2010 | 2014 | 2010 | 2014 | 2010 | |
| 26.3 | 13.6 | 20.6 | 15.8 | 17.0 | 16.8 | 18.4 | 13.4 | مخاض عسير استغرق أكثر من 12 ساعة |
| 11.3 | 3.2 | 4.7 | 4 | 4.8 | 4.6 | 5.2 | 3.4 | حمى شديدة |
| 6.5 | 4.1 | 5 | 11 | 5 | 4.1 | 4.4 | 4.3 | تشنجات |
| 10.6 | 4.9 | 7.5 | 4.7 | 4.0 | 5.1 | 5.1 | 2.5 | نزيف مهلي حاد |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 ومسح الأسرة الفلسطيني 2010.

يتضح من الجدول (22) وجود تفاوتات بين النساء على مستوى المحافظة في نسبة تعرضها إلى الأعراض (مخاض عسير استغرق أكثر من 12 ساعة، حمى شديدة، تشنجات، نزيف مهلي حاد) خلال فترة المخاض أو مباشرة بعد عملية الوضع، ولكن تعرض النساء إلى مخاض عسير استغرق 12 ساعة هو الأكثر لدى النساء على مستوى المحافظة لأن تعرض المرأة إلى مخاض عسير خلال فترة المخاض هو المسبب الرئيسي لتعرض إلى باقي المضاعفات، ونساء سلفيت هن الأكثر تعرضا لمخاض عسير لعدم توفر المؤسسات الصحية المزودة بالمعدات لإنقاذ حالة الأم خلال فترة المخاض.

ويعود التفاوت ما بين نساء المحافظة في نسبة تعرضها إلى الأعراض (مخاض عسير استغرق أكثر من 12 ساعة، حمى شديدة، تشنجات، نزيف مهلي حاد) إلى ما يحيط بالمرأة من عوامل وظروف تؤثر عليها خلال فترة المخاض، وتبعا لتباين توفر المعدات والطاقت الطبي في المؤسسات الصحية فيما بين المحافظات وتباين آلية تعامل كل مؤسسة مع الأم الحامل، وتباين في توفر دور الأمومة والرعاية التي ترشد الأم إلى القيام في المتابعة للرعاية أثناء الحمل.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى المحافظة في نسبة تعرضها للأعراض (مخاض عسير استغرق أكثر من 12 ساعة، حمى شديدة، تشنجات، نزيف مهبلي حاد) خلال فترة المخاض، تم اختبار الفرضية الصفرية ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (32) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة على مستوى الثقة 0.95 في تعرض النساء على مستوى المحافظة إلى مخاض عسير، حمى شديدة، تشنجات، نزيف مهبلي حاد، أعراض أخرى.

جدول (22) نسبة تعرض النساء إلى الأعراض التي عانت منها خلال فترة المخاض أو مباشرة بعد عملية الوضع حسب المحافظة 2014. %

| المحافظات | مخاض عسير استغرق أكثر من 12 ساعة | حمى شديدة | تشنجات | نزيف مهبلي حاد | أخرى |
|-----------|----------------------------------|-----------|--------|----------------|------|
| جنين | 22.3 | 7.4 | 4.3 | 7.4 | 3.7 |
| طوباس | 13.9 | 13.9 | 2.8 | 19.4 | 5.6 |
| طولكرم | 19.7 | 2.6 | 21.1 | 3.1 | 1.3 |
| نابلس | 18.3 | 4.6 | 7.4 | 9.1 | 10.9 |
| قلقيلية | 12.5 | 8.9 | 5.4 | 5.4 | 5.4 |
| سلفيت | 31.0 | 7.1 | 9.5 | 0.0 | 2.4 |
| رام الله | 16.7 | 4.3 | 7.0 | 5.4 | 1.6 |
| أريحا | 30.6 | 4.8 | 3.2 | 8.1 | 1.6 |
| القدس | 18.8 | 2.1 | 5.8 | 2.1 | 4.2 |
| بيت لحم | 23.6 | 6.1 | 6.1 | 4.7 | 4.1 |
| الخليل | 15.7 | 6.3 | 1.7 | 5.9 | 2.2 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010¹ بوجود تفاوت ما بين المحافظات في نسبة تعرض المرأة خلال فترة المخاض، وأن تعرض النساء إلى مخاض عسير

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.

هو الأكثر، فنساء سلفيت هن الأكثر تعرضاً إلى مخاض عسير استغرق أكثر من 12 ساعة 33.6%.

5.5 الأعراض التي عانت منها خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة

تعد فترة الستة أسابيع التالية للولادة من الفترات المهمة ما بعد الولادة لما تواجه الأمهات كثيراً من المشاكل الصحية ذات العلاقة بالولادة، ولا تقتصر هذه المشاكل على الأعراض الصحية في تلك الفترة وذات التأثير قصير المدى في صحة الأم، ولكن تشمل المشاكل الصحية ومضاعفاتها المسببة للأمراض المزمنة المتعلقة بالإنتاج، و كثير من المضاعفات التي تهدد حياة المرأة، ولذلك أوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة حصول كل أم على خدمات الرعاية الصحية لما بعد الولادة إذ تعد الرعاية ما بعد الولادة من المكونات الأساسية للأمن الأمومي لدورها الحاسم في التقليل من وفيات الأمهات.

تبين من الجدول (23) أن نسبة تعرض نساء الضفة الغربية إلى أعراض مختلفة خلال فترة الستة الأسابيع التالية للولادة كانت منخفضة، حيث كانت المرأة أكثر تعرضاً إلى مضاعفة ألم حاد في أسفل الظهر وأقل تعرضاً إلى أعراض أخرى، وهذا يعود إلى مستوى الوعي الصحي الذي تتمتع به المرأة ومدى اعتنائها بصحتها وغذائها خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة الناتج عن ارتفاع المستوى التعليمي للأم ومدى تلقي الأم لخدمات الرعاية أثناء الحمل يجنبها التعرض لتلك الأعراض.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010¹، إن نسبة تعرض نساء الضفة الغربية إلى أعراض المختلفة خلال فترة الستة أسابيع متفاوتة ومنخفضة، فكانت النساء أكثر تعرضاً إلى ألم حاد في أسفل الظهر حيث بلغت النسبة تعرض (20.0%) وأقل تعرضاً إلى نزيف مهبلي حاد حيث بلغت نسبة التعرض لها (2.6%).

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007¹، تبين أن نسبة تعرض نساء العراق إلى الأعراض خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة منخفضة، و كان التعرض إلى ألم في أسفل البطن مع حمى من أكثر المضاعفات التي عانت منها النساء في العراق حيث بلغت نسبتها (11.1%) والتعرض إلى ألم أسفل الظهر مع حمى (9.1%).

يتضح من الجدول (23) أن نسبة تعرض النساء على مستوى التجمع إلى الأعراض المختلفة خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة منخفض جدا مع وجود تفاوت فيما بينها، وهذا يعود إلى مدى توفر الخدمات التي تقدمها المراكز الصحية وتوزيع المرافق بشكل أكبر عما مضى.

إلا أن نساء المخيم هو الأكثر تعرضا للأعراض من نساء الحضر والريف؛ وهذا يعود إلى أن نسبة قيام نساء المخيم في الولادة عن طريق العملية القيصرية أكثر من نساء الحضر والريف وبالتالي تكون أكثر تعرضا للأعراض المختلفة خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة.

وأوضح الجدول (23) أن نسبة تعرض النساء على مستوى التجمع إلى ألم حاد في أسفل الظهر هو أكثر ما تتعرض له النساء في كل التجمعات، والتعرض إلى نزيف مهبلي حاد هو أقل ما تتعرض له النساء في كل التجمعات وهذا يعود إلى نوع الرعاية الصحية المقدمة لنساء خلال فترة الحمل للتقليل من تلك المضاعفات، ويرتبط ذلك بمكان ولادة الأم وطبيعة الولادة التي قامت لها.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى التجمع في نسبة تعرضها للأعراض (ارتفاع ضغط الدم، صداع حاد، إفراز مهبلي كريه الرائحة مع حمى، ألم أسفل البطن مع حمى، ألم حاد أسفل الظهر، حرقة عند التبول، انتفاخ والم في الثديين مع حمى، نزيف مهبلي حاد، انتفاخ وألم في الساقين، أعراض أخرى) خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة تم اختبار

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5Ciwish-Rep2.pdf> 17-6-2016.

الفرضية الصفيرية، ومن خلال النتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (32) نقبل الفرضية الصفيرية في الأعراض التالية: - نزيف مهبلي حاد، حرقه عند التبول، انتفاخ والم في الثديين مع حمى، التعرض إلى ألم حاد أسفل الظهر، انتفاخ وألم في الساقين، ارتفاع ضغط الدم، ونرفض الفرضية الصفيرية في الأعراض التالية: صداع حاد، إفراز مهبلي كريه الرائحة مع حمى، التعرض إلى ألم أسفل البطن مع حمى، أعراض أخرى

جدول (23) نسبة النساء حسب الأعراض التي عانت خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014. %

| الأعراض | الضفة الغربية | حضر | ريف | مخيم |
|---------------------------------|---------------|------|------|------|
| نزيف مهبلي حاد | 3.3 | 3.2 | 4.7 | 1.6 |
| انتفاخ وألم في الساقين | 6.1 | 6.3 | 6.3 | 8.9 |
| إفراز مهبلي كريه الرائحة مع حمى | 9.5 | 7.9 | 11.5 | 14.5 |
| ألم في أسفل البطن مع حمى | 20.9 | 19.2 | 24.4 | 26.6 |
| ألم حاد في أسفل الظهر | 27.8 | 28.4 | 27.2 | 33.1 |
| حرقه عند التبول | 18.3 | 18.0 | 18.3 | 20.2 |
| انتفاخ وألم في الثديين مع حمى | 16.9 | 16.7 | 17.3 | 21.0 |
| ارتفاع ضغط الدم | 3.6 | 4.1 | 4.2 | 2.4 |
| صداع حاد | 15.6 | 15.1 | 15.9 | 25.8 |
| أخرى | 2.1 | 4.9 | 3.0 | 4.8 |

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات مسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010¹ في أن نسبة تعرض النساء على المستوى التجمع للأعراض خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة منخفضة ومتفاوتة فيما بينها، وأن نساء المخيم الأكثر تعرضاً للأعراض المختلفة خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة، واجمعت التجمعات الثلاثة على أن النسبة التعرض إلى ألم حاد في أسفل الظهر هو أكثر ما تتعرض له النساء في التجمعات الثلاثة، والتعرض إلى

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين..

نزيف مهبلي حاد هو أقل ما تتعرض له النساء في كل التجمعات؛ وهذا يعود إلى الأسباب التي تم ذكرها سابقاً.

يبين الجدول (24) وجود تفاوتات بين نساء المحافظات في نسبة تعرضها إلى الأعراض المختلفة خلال فترة الستة الأسابيع التالية للولادة، ويعود هذا التفاوت بين نساء المحافظات إلى التفاوت في نسبة تغطية الخدمات الصحية للأم فيما بعد الولادة، والتفاوت في آلية تعامل المؤسسات الصحية مع الأم في حال تعرضها لتلك المضاعفات ولما تقوم به المؤسسات الصحية في تقديم الرعاية الكافية أثناء الحمل.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى المحافظة في نسبة تعرضها للأعراض (ارتفاع ضغط الدم، صداع حاد، إفراز مهبلي كريه الرائحة مع حمى، ألم أسفل البطن مع حمى، ألم حاد أسفل الظهر، حرقنة عند التبول، انتفاخ وألم في الثديين مع حمى، نزيف مهبلي حاد، انتفاخ وألم في الساقين، أعراض أخرى) خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة تم اختبار الفرضية الصفرية، ومن خلال النتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (32) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة في جميع الأعراض.

جدول (24) نسبة النساء التي تعرضت للأعراض التي عانت منها خلال فترة الستة أسابيع التالية للولادة حسب المحافظة 2014. %

| أخرى | صداع حاد | ارتفاع ضغط الدم | انتفاخ وألم في الثديين مع حمى | حرقة عند التبول | الحمى في الظهر | الحمى في أسفل | الحمى في البطن مع حمى | إفراز مهبي كريهة الرائحة مع حمى | انتفاخ وألم في الساقين | نزيف مهبي حاد | المحافظات |
|------|----------|-----------------|-------------------------------|-----------------|----------------|---------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------|---------------|-----------|
| 6.2 | 19.2 | 6.2 | 23.9 | 21.4 | 38.8 | 30.4 | 13.4 | 13.4 | 8.0 | 7.6 | جين |
| 5.0 | 18.3 | 0.0 | 15.0 | 18.3 | 40.0 | 26.7 | 11.7 | 11.7 | 8.3 | 5.0 | طوباس |
| 0.0 | 18.37 | 1.9 | 32.7 | 31.7 | 44.2 | 33.7 | 18.3 | 18.3 | 12.5 | 3.8 | طوكرم |
| 10.5 | 21.4 | 4.7 | 20.7 | 23.2 | 24.7 | 25.4 | 13.4 | 13.4 | 7.2 | 5.1 | نايلس |
| 0.0 | 18.2 | 2.6 | 18.2 | 20.8 | 24.7 | 19.5 | 19.5 | 19.5 | 3.9 | 1.3 | ققلية |
| 0.0 | 3.0 | 1.5 | 6.0 | 14.9 | 9.0 | 13.4 | 4.5 | 4.5 | 6.0 | 0.0 | سلفيت |
| 1.3 | 9.3 | 1.7 | 12.6 | 13.2 | 17.9 | 17.2 | 6.0 | 6.0 | 5.6 | 2.0 | رام الله |
| 4.1 | 27.9 | 11.5 | 20.5 | 17.2 | 31.1 | 41.8 | 23.0 | 23.0 | 8.2 | 2.5 | أريحا |
| 5.2 | 16.0 | 4.3 | 12.6 | 14.7 | 27.0 | 13.8 | 6.7 | 6.7 | 5.8 | 1.5 | القدس |
| 3.6 | 23.5 | 2.6 | 24.0 | 17.9 | 33.7 | 26.5 | 8.7 | 8.7 | 10.7 | 2.6 | بيت لحم |
| 3.2 | 15.5 | 3.4 | 14.3 | 17.7 | 26.4 | 17.3 | 6.9 | 6.9 | 4.3 | 3.7 | الخليل |

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

6.5 مكوث الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة

بعد قيام الأم بانجاب طفلها، لا بد أن تمضي وقتا كافيا من الراحة والمتابعة في المؤسسة الصحية التي غالبا ما يتحدد هذا الوقت من الطبيب الذي قام بالإشراف على ولادتها تبعا للوضع الصحي للأم وللطفل وحسب طبيعة الولادة، خاصة إذا كانت ولادة قيصرية تحتاج بالتأكيد إلى وقت أطول من المرأة التي قامت بولادة طبيعية.

تبين من الشكل (5) أن مكوث نساء الضفة الغربية لفترة بضعة أيام في المؤسسة الصحية أكثر من مكوثها ساعات أو أسابيع بعد الولادة؛ وهذا يعود بشكل رئيسي إلى الوضع الصحي للأم ومدى تعرضها لمضاعفات قد تشكل خطرا على حياتها بعد الولادة، و إلى طبيعة ولادة الأم، فغالبا الأم التي تتم ولادتها بعملية قيصرية تحتاج للمكوث فترة أطول من الأم التي قامت بالولادة بشكل طبيعي، وفي بعض الأحيان يضطر وضع الطفل في حاضنة الخدج فترة طويلة خاصة إذا كانت الولادة مبكرة، فتبقى الأم في المستشفى لإرضاع الطفل والاطمئنان عليه، ويوجد معايير عديدة يتم بناء عليها إخراج الأم من المستشفى؛ منها قدرتها على إرضاع طفلها وقضاء حاجتها.

وقد يلعب المستوى التعليمي دورا في الوقت الذي مكثته الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة، حيث تبين من الجدول رقم (25) أنه يوجد تفاوت بسيط ما بين النساء على المستوى التعليمي في نسبة المكوث لأيام في المؤسسة الصحية من بعد الولادة، حيث كان مكوث نساء المرحلة الابتدائية هو الأعلى .

ولتوضيح تأثير المستوى التعليمي على الوقت التي مكثته الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة تم اختبار الفرضية الصفرية التالية:- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين المستوى التعليمي و الوقت التي مكثته الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (33) نرفض الفرضية الصفرية

ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 95%. ما بين المستوى التعليمي و الوقت التي مكثته الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة.

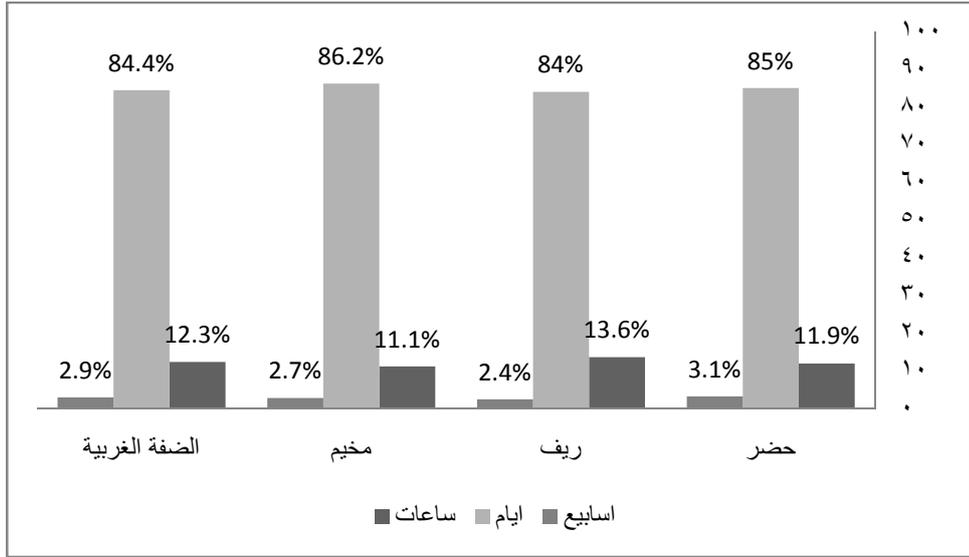
جدول (25) تأثير المستوى التعليمي على وقت مكوث الأم في المؤسسة الصحية 2014 %

| أسابيع | ايام | ساعات | |
|--------|------|-------|---------|
| 2.7 | 87.5 | 9.8 | ابتدائي |
| 6.6 | 81.2 | 12.1 | اعدادي |
| 2.3 | 85.3 | 12.5 | ثانوي |
| 2.2 | 85.4 | 12.4 | عالي |

المصدر: من عمل الباحثة استنادا الى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

تبين من الشكل (5) أن مكوث الأمهات بعد الولادة لفترة أيام في المؤسسة الصحية على مستوى التجمع أكثر مع وجود تفاوت بسيط جدا فيما بينها، حيث كان أعلاها في المخيم وذلك يعود إلى أن نساء المخيم تقوم بولادة في المستشفى الخاص، فلا يتم خروجها من المستشفى إلا بعد التأكد التام على وضعها الصحي، ثم نساء الحضر ثم نساء الريف وهذا يعود الى مدى توفر الخدمات الصحية التي تقدم للام من بعد الولادة في المؤسسة الصحية.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى التجمع في الوقت التي مكثته الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية:- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى التجمع في الوقت التي مكثته الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة، ومن خلال نتائج الجدول (32) نقبل الفرضية الصفرية.



شكل (5) نسبة النساء حسب الوقت التي مكثته في المؤسسة الصحية بعد الولادة في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014.

المصدر: من عمل الباحثة استنادا على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

تبين من الجدول (26) أن مكوث الأمهات في المؤسسة الصحية لمدة أيام أكثر مع وجود تفاوتات فيما بينها على مستوى المحافظة حيث كان أعلاها في رام الله وأدناها في طولكرم؛ وهذا يعود إلى مدى تغطية الخدمات الصحية المتوفرة في المؤسسة الصحية والرعاية للأم والطفل بعد الولادة، وجودة العناية المقدمة؛ كإجراء بعض الفحوصات اللازمة للأم مثل فحص انقباض الرحم، وفحص كمية النزيف، ومراقبة حالات الحمل الخطرة، والولادة عن طريق العملية القيصرية، والعناية بالطفل بعد الولادة كالتنشيف وإعطاء إبرة فيتامين k، وإعطاء إبرة التعقيم لمرض التهاب الكبد وتوزين الطفل، فبالنسبة لمحافظة رام الله يتم ولادة النساء في المستشفى الحكومي بشكل كبير، فكما أشارت الباحثة سحر حسن في دراستها عن المستشفى الحكومي في رام الله، يلعب مستشفى رام الله الحكومي دورا أساسيا في خدمات الأمومة بسبب موقعه المركزي، ويشكل دورا مرجعيا في منطقة رام الله والمناطق المجاورة، ويتم فيه عدد كبير من الولادات سنويا، وبالتالي المكوث فيه مجانا، وأما بالنسبة لمحافظة طولكرم تتم الولادة في المستشفى الخاص أكثر، وبالتالي التكلفة أكبر، فإذا لم توجد حاجة للأم للمكوث يتم إخراجها.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى المحافظة في الوقت التي مكثته الأم في

المؤسسة الصحية بعد الولادة، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية:- لا يوجد فروق ذات دلالة

إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى المحافظة في الوقت التي مكنته الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة، ومن خلال نتائج الجدول (32) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى المحافظة في الوقت التي مكنته الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة.

جدول (26) نسبة النساء حسب الوقت الذي مكنته في المؤسسة الصحية بعد الولادة وحسب المحافظة 2014. %

| المحافظات | ساعات | ايام | أسابيع |
|-----------|-------|------|--------|
| جنين | 25.5 | 72.5 | 2.0 |
| طوباس | 21.7 | 73.3 | 5.0 |
| طولكرم | 28.7 | 71.3 | 0.0 |
| نابلس | 18.0 | 78.0 | 4.0 |
| قلقيلة | 15.8 | 77.9 | 6.3 |
| سلفيت | 9.0 | 87.2 | 3.8 |
| رام الله | 6.9 | 91.4 | 1.7 |
| أريحا | 11.6 | 85.7 | 2.7 |
| القدس | 2.3 | 90.1 | 0.0 |
| بيت لحم | 9.3 | 90.7 | 0.0 |
| الخليل | 11.4 | 87.2 | 1.5 |

المصدر: من عمل الباحثة استنادا على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات عام 2014

7.5 تفقد الحالة الصحية للمولود قبل مغادرة المؤسسة الصحية

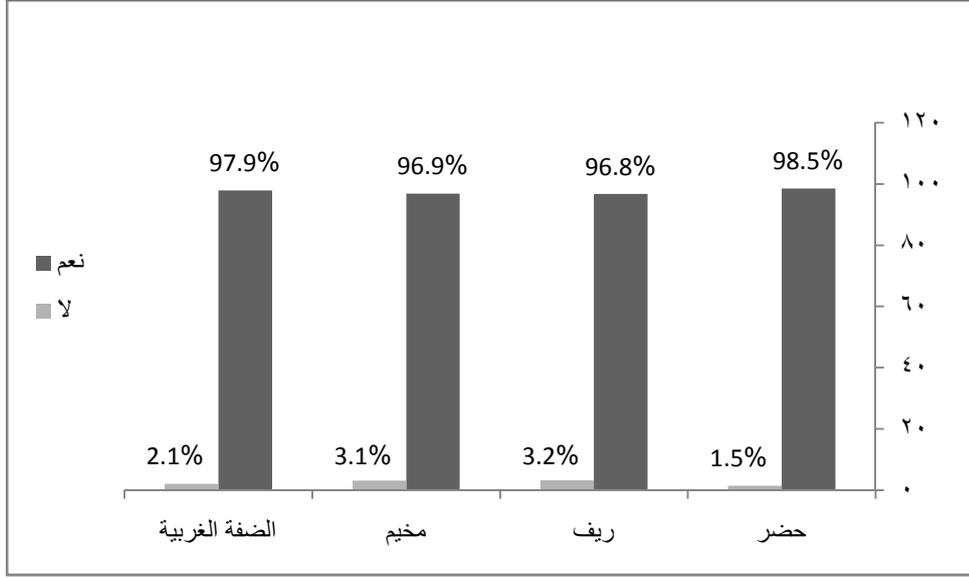
إن تفقد الحالة الصحية للطفل من جميع جوانبها، قبل مغادرة المؤسسة الصحية من الأمور الهامة التي يجب إتباعها، من أجل الكشف عن أي خطر أو مضاعفة قد تهدد حياة الطفل ويتم العمل على معالجتها والقضاء عليها مبكرا قبل فوات الأوان.

تبين من الشكل (6) أن نسبة القيام بتفقد الحالة الصحية للطفل قبل مغادرة المؤسسة الصحية في الضفة الغربية عالية لأن ذلك يعتبر حقا من حقوق الطفل، ويعود ذلك إلى مدى

أهمية القيام بفحص الطفل قبل مغادرة المؤسسة الصحية لأن معرفة الوضع الصحي للطفل خاصة إذا كان يوجد لديه مشاكل صحية يترك تأثيراً إيجابياً على حياته، ويعطي الشعور بالراحة لدى ذويه، وحتى تخلو المؤسسة الصحية من مسؤولية أي مضاعفة قد يتعرض لها الطفل قبل مغادرة المؤسسة الصحية، ويعود وجود نسبة قليلة لم يتم تفقد وضعهم الصحي قبل مغادرة المؤسسة الصحية إلى قلة الوعي من قبل الأهل، ومن الممكن أن ولادة الطفل تمت في المنزل.

تبين من الشكل رقم (6) أن نسبة القيام بتفقد الوضع الصحي للطفل قبل مغادرة المؤسسة الصحية على مستوى التجمع عالية مع وجود تفاوت فيما بين التجمعات، ويعود ذلك إلى عدة عوامل تتعلق بالوضع الصحي للطفل، كوزن الطفل عند الولادة وقدرته على الرضاعة الطبيعية ومعاناته من أي مضاعفات كالاصفرار والاطمئنان على سره الطفل، فكثير من الأطفال يتعرضون إلى التهاب أو نزول دم منها، والشهر الذي تمت ولادته فيه، فغالبا المواليد في شهر الثامن يعانون من مشكلة في التنفس، ويتم وضعهم في حاضنة، والقيام بذلك في الحضر أعلى من الريف والمخيم لقرب المؤسسات الصحية وخاصة المستشفيات الحكومية تكون قريبة من الناس في مركز المنطقة الحضرية، وبالتالي قد تبقى الأم في المؤسسة الصحية للاطمئنان أكثر على طفلها، وأما بالنسبة لنساء الريف والمخيم تفضل من بعد ولادة طفلها بشكل طبيعي الخروج بشكل مبكر إلى بيتها لتأخذ قسطاً من الراحة النفسية والجسدية.

ولتوضيح الفروق ما بين المواليد في القيام بالفحص قبل مغادرة المؤسسة الصحية على مستوى التجمع، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: - لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين المواليد في القيام بالفحص قبل مغادرة المؤسسة الصحية على مستوى التجمع، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول (32) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين المواليد في القيام بالفحص قبل مغادرة المؤسسة الصحية على مستوى التجمع.



شكل (6) نسبة القيام بتفقد الوضع الصحي للطفل قبل مغادرة المؤسسة الصحية في الضفة الغربية و حسب نوع التجمع 2014.

المصدر: من عمل الباحثة استنادا على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

تبين من الجدول (27) أن نسبة القيام بتفقد الحالة الصحية للمولود قبل مغادرة المؤسسة الصحية كانت عالية على مستوى المحافظة، مع وجود تفاوتات بسيطة فيما بينها، ويعود ذلك إلى جودة العناية المقدمة للأطفال بعد الولادة في المؤسسة الصحية، حتى يتم التأكد من الطفل بوضع صحي خال من أي مضاعفات، وقادر على ممارسة احتياجاته من ناحية غذائية وقضاء حاجة، حيث كان أعلاها في القدس لأنه يتم إعطاء المولود عناية و رعاية خاصة جدا في المؤسسات الصحية هناك، وأدناها كانت في سلفيت لأنه لا يوجد فيها إلا مستشفى حكومي واحد قد تكون غير قادرة على استيعاب جميع حالات الولادة، وعدم وجود الطاقم الكافي من الممرضات لمتابعة جميع حالات الولادة وأطفالهم، فمثلا وجود حالات ولادة عسيرة وإجراء عمليات نسائية خطيرة يقيد اهتمام الممرضات في تلك الحالات وعدم وجود وقت لإلقاء النظرة على الأطفال الذين تمت ولادتهم بوضع طبيعي.

ولتوضيح الفروق ما بين المواليد في القيام بالفحص قبل مغادرة المؤسسة الصحية على مستوى المحافظة، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية:- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين المواليد في القيام بالفحص قبل مغادرة المؤسسة الصحية على

مستوى المحافظة، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول (32) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين الموالييد في القيام بالفحص قبل مغادرة المؤسسة الصحية على مستوى المحافظة.

جدول (27) نسبة القيام بتفقد الحالة الصحية للمولود قبل مغادرة المؤسسة الصحية حسب المحافظة 2014، %

| المحافظات | نعم | لا |
|-----------|------|-----|
| جنين | 94.3 | 5.7 |
| طوباس | 98.3 | 1.7 |
| طولكرم | 94.8 | 5.2 |
| نابلس | 94.7 | 5.3 |
| قلقيلية | 97.9 | 2.1 |
| سلفيت | 93.6 | 6.4 |
| رام الله | 99.4 | 0.6 |
| أريحا | 99.1 | 0.9 |
| القدس | 99.6 | 0.4 |
| بيت لحم | 99.3 | 0.7 |
| الخليل | 99.0 | 1.0 |

المصدر: من عمل الباحثة استنادا على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

8.5 فحص الحالة الصحية للأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية

إن قيام الطبيب المختص الذي أشرف على ولادة الأم بفحص الوضع الصحي لها قبل مغادرتها المؤسسة الصحية أمر هام جدا حتى يتم التأكد إذا كانت تعاني الأم من مشكلة صحية أم لا، والعمل على تقديم العلاج اللازم لها، وإذا لم تعان من أي شيء يتم إخراجها مع إعطائها التقرير اللازم عن وضعها الصحي حتى تخلي المؤسسة الصحية مسؤليتها إذا تعرضت الأم لأي مشكلة صحية بعد المغادرة.

تبين من الشكل (7) أن نسبة قيام الكادر الطبي بفحص الحالة الصحية لنساء الضفة الغربية قبل مغادرة المؤسسة الصحية العالية (91.1%) حتى يتم الاطمئنان على الوضع الصحي للأم، وعدم معاناتها من أي مشكلة صحية، خاصة إذا كانت طبيعة الولادة قيصرية، فهي بحاجة إلى وقت أطول حتى تعود إلى طبيعتها الصحية، وإذا كانت الأم كبيرة في السن فهي بحاجة إلى الاطمئنان عليها بشكل أكبر، وحتى تخلي المؤسسة الصحية مسؤوليتها في حال تعرضت الأم لأي مضاعفة بعد المغادرة، وهذا يدل على ارتفاع مستوى الوعي الصحي في المؤسسات الصحية لتقديم التقرير عن الوضع الصحي للأم.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2006-2007¹، تبين أن 41.1% من نساء العراق تم القيام بفحصها قبل مغادرة المؤسسة الصحية بينما 91.1% من نساء الضفة الغربية تم القيام بفحصها قبل مغادرة المؤسسة الصحية، وبذلك نلاحظ أن نسبة القيام بفحص الأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية في الضفة الغربية أعلى من العراق، وبالتالي تتلقى نساء الضفة الغربية الرعاية والعناية قبل المغادرة بشكل أفضل من العراق.

وقد يلعب المستوى التعليمي دوراً في القيام بفحص الأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية، حيث تبين من الجدول رقم (28) أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم ارتفعت نسبة القيام بفحص الأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية، فالنساء ذات المستوى التعليمي العالي تم القيام بفحصهن قبل مغادرة المؤسسة الصحية أكثر من النساء ذات المستويات المختلفة، وهذا يعود إلى أن النساء ذات المستوى التعليمي عالي غالباً ما يكون عمر الزواج لها أكبر، وهذا ينعكس إيجابياً على مستوى الوعي لديها في قضايا الصحة الإنجابية، وبالتالي تكون أكثر اهتماماً بإجراء الفحص الكافي لها قبل مغادرة المؤسسة الصحية؛ للتقليل من فرصة تعرضها إلى أي مضاعفة من بعد خروجها من المؤسسة الصحية.

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf> 19-6-2016.

ولتوضيح تأثير المستوى التعليمي للأُم على القيام بفحصها قبل مغادرة المؤسسة الصحية تم اختبار الفرضية الصفرية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين القيام بفحص الأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية والمستوى التعليمي لديها، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (33) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 بين القيام بفحص الأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية والمستوى التعليمي لديها.

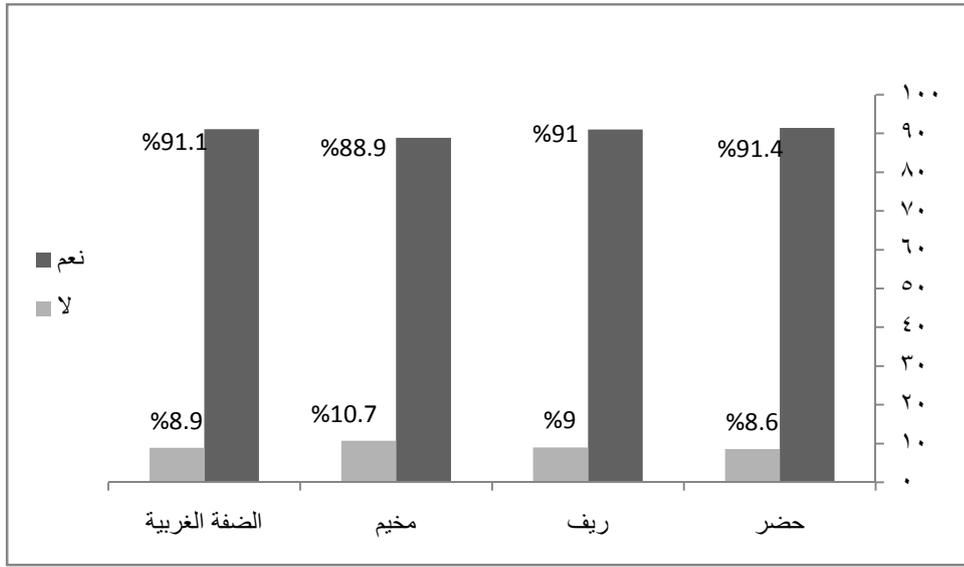
جدول (28) تأثير المستوى التعليمي على القيام بفحص الأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية 2014.

| المستوى التعليمي | نعم % | لا % |
|------------------|-------|------|
| ابتدائي | 88.5 | 11.5 |
| إعدادي | 88.8 | 11.2 |
| ثانوي | 88.7 | 11.2 |
| عالي | 91.2 | 8.8 |

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014

تبين من الشكل رقم (7) أن نسبة القيام بتفقد الحالة الصحية للأُم قبل مغادرة المؤسسة الصحية على مستوى التجمع عالية مع وجود تفاوتات بسيطة فيما بينها، ويؤثر على القيام بذلك عدة عوامل منها مكان الولادة:- فولادة الأم في المشفى الخاصة يجعلها تتلقى الرعاية من بعد الولادة بشكل أكبر من الولادة في المشفى الحكومي، نوعية الولادة: فولادة الأم بطريقة طبيعية ليست بحاجة إلى الرعاية ما بعد الولاد، كالأُم التي تمت ولادتها بعملية قيصرية فهي أكثر عرضة للمخاطر وبالتالي بحاجة للتأكد من عودة وضعها الصحي إلى طبيعته، المضاعفات التي تعرضت لها الأم خلال الولادة:- فالأُم التي تتعرض إلى مضاعفات خلال مرحلة الولادة كالنزيف مثلا تحتاج إلى تفقد وضعها الصحي قبل المغادرة أكثر، وكذلك كفاءة الطبيب الذي قام بتوليد الأم، تكون لديه فكرة عن وضعها وما تعرضت له خلال فترة الحمل والولادة، فيقوم بالكشف عن وضعها وتقديم النصح والإرشاد إذا لزم الأمر ذلك.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى التجمع في القيام بالفحص قبل مغادرة المؤسسة الصحية، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى التجمع في القيام بالفحص قبل مغادرة المؤسسة الصحية، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (32) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى التجمع في القيام بالفحص قبل مغادرة المؤسسة الصحية.



شكل (7) نسبة النساء التي تم فحصها قبل مغادرة المؤسسة الصحية في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014.

المصدر: من عمل الباحثة استنادا على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

تبين من الجدول (29) أن هناك تفاوتات بين نسبة النساء اللواتي تم إجراء الفحص الصحي لهن قبل مغادرة المؤسسة الصحية على مستوى المحافظة وذلك يعود إلى عدة عوامل منها مدى جودة تغطية الخدمات الصحية المتوفرة للرعاية الصحية للأم قبل خروجها من المؤسسة الصحية، ومدى وجود مراقبة من قبل إدارة المشفى للممرضة المناوبة بقيامها بتفقد حالة الأم قبل خروجها والوقت التي تمت مغادرة الأم به المشفى، فإذا كان مبكرا بالصباح أو متاخرا بالليل فإن من الممكن أن الطبيب المسؤول لم يتمكن من وضعها الصحي والكشف عنها قد يكون غير موجود في المؤسسة الصحية حينها، وقد تكون رغبة من الأم الخروج من

المؤسسة الصحية على مسؤوليتها، فهي من وجهة نظرها ليس بحاجة إلى التفقد قبل المغادرة اختصاراً للوقت، وقد يكون الطبيب المناوب وقت مغادرتها منشغل في حالة ولادة جديد لم يكن لديه المجال للكشف عنها.

حيث كان القيام بتفقد الأم قبل خروجها من المؤسسة الصحية في محافظة رام الله هو الأعلى، وهذا يعود إلى جودة الخدمات والكادر الطبي الموجود في محافظة رام الله، ووجود أعداد كبير من المشافي قادر على استيعاب حالات الولادة في المحافظة.

وكان القيام بتفقد الأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية في محافظة طولكرم هو الأدنى وذلك لولادة نسبة عالية من النساء في المشفى الحكومي الذي ربما لا يوجد به الخدمات الصحية ذات الكفاءة للأم قبل المغادرة مقابل تكلفة مادية قليلة أو تأمين حكومي كالخدمات التي تقدمها المستشفيات الخاصة بالمقابل حيث يتوفر بها مستشفيتان خاصان فقط.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى المحافظة في القيام بالفحص قبل مغادرة المؤسسة الصحية، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: - لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى المحافظة في القيام بالفحص قبل مغادرة المؤسسة الصحية، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (32) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى المحافظة في القيام بالفحص قبل مغادرة المؤسسة الصحية.

جدول (29) نسبة النساء اللواتي تم إجراء الفحص الصحي لهن قبل مغادرة المؤسسة الصحية 2014 . %

| المحافظات | نعم | لا |
|-----------|------|------|
| جنين | 85.6 | 14.4 |
| طوباس | 83.3 | 16.7 |
| طولكرم | 80.9 | 19.1 |
| نابلس | 84.7 | 15.3 |
| قلقلية | 82.1 | 17.9 |
| سلفيت | 91.0 | 9.0 |
| رام الله | 96.8 | 3.2 |
| أريحا | 92.0 | 8.0 |
| القدس | 95.0 | 4.8 |
| بيت لحم | 95.2 | 4.8 |
| الخليل | 92.4 | 7.6 |

المصدر: من عمل الباحثة استنادا على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

9.5 فحص الأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية

إن متابعة صحة الأم بعد مغادرتها المؤسسة الصحية أمر هام خاصة إذا خرجت من المؤسسة الصحية وهي ليست على ما يرام، وقد تكون ازدادت سوءا بعد خروجها، فهي بحاجة للذهاب إلى الطبيب المختص ومتابعة صحتها وتقديم العناية إذا لزم الأمر.

تبين من الشكل (8) أن نسبة نساء الضفة الغربية اللواتي قمن بفحص وضعهن الصحي بعد مغادرة المؤسسة الصحية منخفضة جدا، وهذا يعود إلى عدم اعطاء الاهتمام بالتوعية الكافية للام باهمية قيامها بمتابعة وضعها الصحي مابعد الولادة.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007¹، تبين ان 38% من نساء العراق تقوم

¹ http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf 19-6-2016

بالفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية بينما 15.4% من نساء الضفة الغربية قامت بالمراجعة بعد مغادرة المؤسسة الصحية وبذلك نستنتج ان نسبة قيام نساء العراق بالفحص بعد المغادرة اعلى من نساء الضفة الغربية وهذا يعود لان قيام نساء العراق بالفحص قبل المغادرة اقل نسبة من نساء الضفة الغربية.

وقد يلعب المستوى التعليمي دورا في القيام بفحص الأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية، حيث تبين من الجدول رقم (30) أن النساء ذات المستوى التعليمي العالي هن الأكثر قياما بالفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية، وهذا يعود إلى وجود الثقافة والوعي الكافي لدى الأم ذات المستوى العالي بضرورة القيام بإجراء الفحص الشامل من بعد مغادرة المؤسسة الصحية؛ لأن الأم ذات المستوى التعليمي العالي تكون أكثر اهتماما بالندوات الإرشادية التي تعقد خلال فترة الحمل لكسب مزيد من الثقافة بقضايا الصحة الإنجابية.

ولتوضيح تأثير المستوى التعليمي على قيام الأم بإجراء الفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: - لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين المستوى التعليمي للأم وقيامها بإجراء الفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (33) ما بين المستوى التعليمي للأم وقيامها بإجراء الفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين المستوى التعليمي للأم وقيامها بإجراء الفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية.

جدول (30) تأثير المستوى التعليمي على القيام بإجراء الفحص للأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية 2014

| قيام الأم بإجراء الفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية % | | المستوى التعليمي |
|--|------|------------------|
| لا | نعم | |
| 87.0 | 13.0 | ابتدائي |
| 83.4 | 16.6 | إعدادي |
| 86.2 | 13.8 | ثانوي |
| 82.4 | 17.6 | عالي |

المصدر: من عمل الباحثة استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014

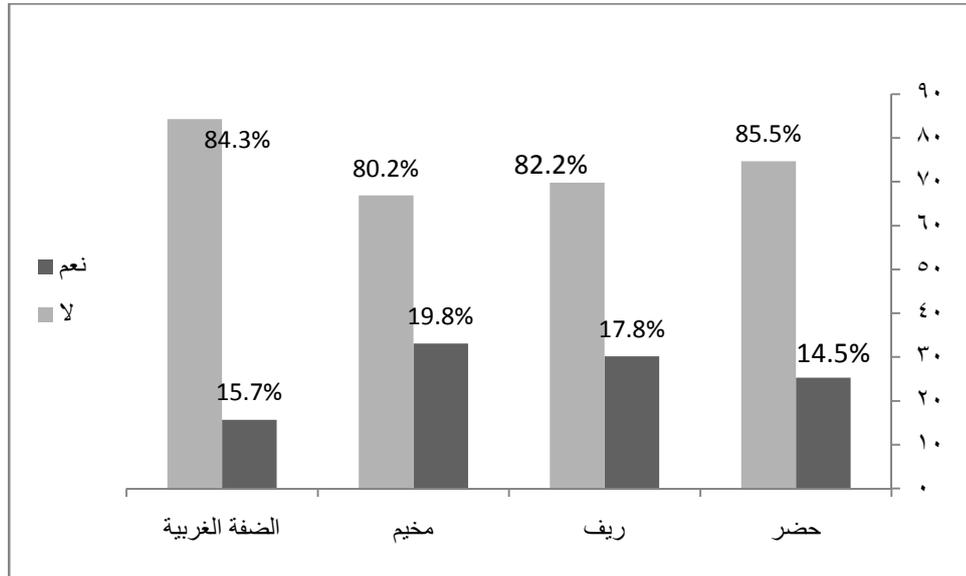
ولا تتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته في العراق لعام 2006-2007، حيث تبين أن نسبة النساء غير المتعلمات (39.2%) أكثر طلبا للرعاية من النساء المتعلمات تعليما عاليا (19.6%)¹.

تبين من الشكل رقم (8) انخفاض نسبة قيام النساء على مستوى التجمع بالفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية مع وجود تفاوتات فيما بينها، حيث كانت نسبة القيام بذلك عند نساء المخيم أعلى لأن نسبة تفقد نساء المخيم قبل مغادرة المؤسسة الصحية أقل من نسبة نساء الريف والحضر وبالتالي تكون حاجة العودة للمراجعة أكثر، ويتم مراجعة نساء المخيم بشكل مجاني فلا يوجد تكلفة مادية، ولأن نساء المخيم تقوم بالولادة في المستشفى الخاص فالخدمات الصحية متوفرة بشكل دائم هناك، أما بالنسبة لانخفاض نسبة نساء الريف عن المخيم لبعدها عن المؤسسات الصحية عنها فإذا كانت ليس بحاجة إلى المراجعة ما بعد مغادرة المؤسسة الصحية لا تقوم بذلك، وأدنى نسبة في قيام النساء بالمراجعة بعد مغادرة المؤسسة الصحية عند نساء الحضر، لأن نسبة القيام بتفقد الوضع الصحي للأمهات قبل مغادرة المؤسسة الصحية عند نساء الحضر أعلى من نساء المخيم والريف.

¹ http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5Ciwish-Rep2.pdf 20-6-2016.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى التجمع في القيام بالفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية:- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى التجمع في القيام بالفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (32) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى التجمع في القيام بالفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات بدورته الثالثة في العراق لعام 2006-2007، تبين أن 40.8% من نساء الحضر قامت بالفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية، وأن 32.2% من نساء الريف قامت بالفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية، وبذلك نلاحظ وجود تفاوت كبير بين نساء الحضر في الضفة الغربية عن نساء العراق¹.



شكل (8) نسبة القيام بفحص الأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية في الضفة الغربية و حسب نوع التجمع 2014.

المصدر: من عمل الباحثة استنادا على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

¹ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf> 20-6-2016

تبين من الجدول رقم (31) أن نسبة قيام النساء بفحص وضعها الصحي بعد مغادرة المؤسسة الصحية على مستوى المحافظة منخفض جدا مع وجود تفاوتات فيما بينها، وهذا يعود إلى مدى توفر دور الأمومة والرعاية التي تقدم خدمات الصحية للأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية في كل محافظة، ومدى قيام وزارة الصحة بعقد ندوات توعوية للأمهات ونشر الكتيبات التي تحت الأم على الفحص من بعد مغادرة المؤسسة الصحية، و مدى كفاية الوقت التي مكثته الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة، حيث كانت نسبة القيام بفحص وضع الأم الصحي في محافظة طوباس هو الأعلى؛ ويعود ذلك لعدم تقديم العناية الكافية والخدمات الصحية للأمهات من بعد الولادة في المؤسسة الصحية وبالتالي تكون حاجة الأمهات للمراجعة من بعد مغادرة المؤسسة الصحية أكثر.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء على مستوى المحافظة في القيام بالفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية، تم اختبار الفرضية الصفرية التالية:- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى المحافظة في القيام بالفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (32) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى المحافظة في القيام بالفحص بعد مغادرة المؤسسة الصحية.

جدول (31) نسبة القيام بفحص الأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية حسب المحافظة 2014%

| المحافظات | نعم | لا | المجموع |
|-----------|------|------|---------|
| جنين | 36.6 | 63.4 | 100 |
| طوباس | 55.0 | 45.0 | 100 |
| طولكرم | 27.5 | 72.5 | 100 |
| نابلس | 33.3 | 66.7 | 100 |
| قلقيلية | 28.4 | 71.6 | 100 |
| سلفيت | 35.8 | 64.2 | 100 |
| رام الله | 28.7 | 71.3 | 100 |
| أريحا | 16.4 | 83.6 | 100 |
| القدس | 37.0 | 63.0 | 100 |
| بيت لحم | 27.2 | 72.8 | 100 |
| الخليل | 15.5 | 84.5 | 100 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014

جدول (32) نتائج تحليل مربع كاي بين تاثير نوع التجمع والمحافظة على المتغيرات التالية
2014

| المحافظة | | | نوع التجمع | | | المتغير |
|----------------|-----|---------------|----------------|----|---------------|---|
| مستوى المعنوية | F | قيمة مربع كاي | مستوى المعنوية | F | قيمة مربع كاي | |
| *.000 | 100 | 41865.171 | *.000 | 20 | 3669.197 | مكان الولادة |
| *.000 | 20 | 1442.263 | *.000 | 4 | 234.628 | القيام بالولادة القيصرية |
| *.000 | 20 | 807.983 | *.005 | 4 | 15.082 | التعرض إلى مخاض عسير |
| *.000 | 20 | 1541.744 | *.000 | 4 | 18.476 | التعرض إلى حمى شديدة |
| *.000 | 20 | 857.256 | .170 | 4 | 6.412 | التعرض إلى تشنجات |
| *.000 | 20 | 869.920 | *.006 | 4 | 43.041 | التعرض إلى نزيف مهبلي حاد |
| *.000 | 20 | 167.688 | .404 | 4 | 4.013 | التعرض إلى ارتفاع ضغط الدم |
| *.000 | 20 | 164.96 | *.000 | 4 | 24.955 | التعرض إلى صداع حاد |
| *.000 | 20 | 173.753 | *.002 | 4 | 16.868 | التعرض إلى إفراز مهبلي كريبه الرائحة مع حمى |
| *.000 | 20 | 219.259 | *.010 | 4 | 13.320 | التعرض إلى ألم أسفل البطن مع حمى |
| *.000 | 20 | 213.741 | .198 | 4 | 6.009 | التعرض إلى لم حاد أسفل الظهر |
| *.000 | 20 | 194.864 | .520 | 4 | 3.231 | التعرض إلى حرقه عند التبول |
| *.000 | 20 | 172.273 | .290 | 4 | 4.973 | التعرض إلى انتفاخ والم في الثديين مع حمى |
| *.000 | 20 | 119.896 | .068 | 4 | 8.725 | التعرض إلى نزيف مهبلي حاد |
| *.000 | 20 | 110.324 | .372 | 4 | 4.263 | التعرض إلى انتفاخ وألم في الساقين |
| *.000 | 20 | 137.143 | .073 | 4 | 8.554 | التعرض إلى أعراض أخرى |

| المحافظة | | | نوع التجمع | | | المتغير |
|----------------|----|---------------|----------------|---|---------------|--|
| مستوى المعنوية | F | قيمة مربع كاي | مستوى المعنوية | F | قيمة مربع كاي | |
| *.000 | 20 | 208.136 | .603 | 4 | 2.734 | الوقت التي مكثته الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة |
| *.000 | 10 | 95.559 | *.003 | 2 | 11.325 | القيام بتفقد الحالة الصحية للمولود قبل مغادرة المؤسسة الصحية |
| *.000 | 20 | 1217.155 | *.010 | 4 | 13.393 | القيام بفحص الحالة الصحية للأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية |
| *.000 | 20 | 976.101 | *.000 | 4 | 89.279 | القيام بفحص الأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية |

*دالة على مستوى المعنوية 0.05

المصدر:- من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

جدول (33) يبين العلاقة ما بين المستوى التعليمي للأم والمتغيرات التالية 2014.

| مستوى المعنوية | F | قيمة مربع كاي | المتغير |
|----------------|---|---------------|---|
| *.000 | 6 | 26.424 | مكوث الأم في المؤسسة الصحية بعد الولادة |
| *.004 | 6 | 17.725 | فحص الأم قبل مغادرة المؤسسة الصحية |
| *.014 | 6 | 10.659 | فحص الأم بعد مغادرة المؤسسة الصحية |

*دالة على مستوى المعنوية 0.05.

المصدر:- من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

الفصل السادس

رعاية المولود بعد الولادة

1.6 المقدمة

2.6 حجم الطفل

3.6 القيام بوزن الطفل

4.6 وزن الطفل

5.6 القيام بالرضاعة الطبيعية للطفل

الفصل السادس

رعاية المولود بعد الولادة

1.6 المقدمة

المولود حديث الولادة بحاجة إلى تقديم الرعاية الكافية له من خلال القيام بعدة أمور؛ وهي معرفة حجم الطفل، والقيام بوزنه، والاهتمام بغذائه من خلال القيام بالرضاعة الطبيعية له مباشرة من بعد الولادة.

2.6 حجم الطفل

هناك الكثير من العوامل التي تلعب دورا كبيرا في حجم الطفل؛ وهي نظام الأم الغذائي الذي قامت باتباعه خلال فترة الحمل، فغالبا النساء ذات الوزن الزائد يكون وزن طفلها كبيرا، وأما التي لم تتناول طعاما صحيا من المحتمل أن يكون وزن طفلها صغيرا، وكذلك العامل الوراثي، وجنس المولود له دور في حجم الطفل، فالذكور غالبا وزنهم أكبر من الإناث، والحالة النفسية للأم تلعب دورا مهما، فكلما كانت الأم غير متوترة كان حجم الطفل أفضل، والمولود الأول غالبا ما يكون قليل حجم.¹

تبين من الجدول رقم (34) أن ولادة المولود بحجم متوسط هو الأكثر عند النساء، وهذا يدل على اتباع الأمهات نظاما غذائيا صحيا نوعا ما، وتمتعها بحالة نفسية جيدة، ومتابعة الطبيب المختص بشكل منتظم ومتزامن لصحتها وصحة جنينها، ومعرفتها مسبقا بجنس المولود له تأثير كبير. وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010²، حيث كانت ولادة الأمهات للمواليد بحجم متوسط هي الأكثر، حيث بلغت نسبة المواليد من الحجم المتوسط 75.9%، وذلك يدل على اتباع الأم نظاما غذائيا متوازنا.

¹ <http://supermama.me/ar16-5-2016>

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.

وأوضحت منظمة الصحة العالمية لعام 2009¹ أن البلدان التي سجلت أعلى معدل لقلّة وزن الولدان تقع كلها في إفريقيا وجنوب شرق آسيا، حيث يولد 22% من المواليد قليلي الوزن. وتبين من الجدول (34) وجود تفاوت بسيط بين التجمعات في أحجام المواليد؛ ويعود ذلك إلى توفر المراكز الصحية، ودور الرعاية في التجمعات السكانية التي تتصح الأم الحامل بأهم الأغذية التي يجب أن تحافظ عليها حتى تكون قادرة على إنجاب طفل بحجم طبيعي.

ولتوضيح الفروق ما بين أحجام المواليد على مستوى التجمع تم اختبار الفرضية الصفرية التالية، لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين أحجام المواليد ونوع التجمع ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (40) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين أحجام المواليد على مستوى التجمع.

جدول (34) نسبة أحجام المواليد الأخيرة للنساء في الضفة الغربية وحسب نوع التجمع 2014.
%

| حجم الطفل | الضفة الغربية | حضر | ريف | مخيم |
|-----------------|---------------|------|------|------|
| كبيراً جداً | 0.8 | 0.6 | 1.2 | 0.5 |
| أكبر من المتوسط | 9.6 | 10.2 | 9.5 | 8.5 |
| متوسط | 69.6 | 70.7 | 66.1 | 71.2 |
| أصغر من المتوسط | 13.3 | 11.7 | 17.3 | 11.9 |
| صغيراً جداً | 5.7 | 6.4 | 3.1 | 8 |
| المجموع | 100 | 100 | 100 | 100 |

المصدر: من عمل الباحثة استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010² حيث يوجد تفاوت بسيط ما بين التجمعات في أحجام المواليد، وتبين أن ولادة المولود

¹ http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/AR_WHS09_Full.pdf 16-5-2016.

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.

بحجم متوسط هو الأكثر عند الأمهات في التجمعات الثلاثة حسب مسح 2010، حيث بلغت نسبتها في الحضر (77.0%) و75.5% في الريف و73.5% في المخيم.

وهناك تفاوت في حجم المولود للأمهات ضمن الحجم الطبيعي حسب المحافظة، وذلك حسبما يتوفر بها من دور أمومة ومؤسسات لصحة الإنجابية تقدم نشرات وتعدّد ندوات للأمهات تساعد على إنجاب الطفل ضمن الحجم الطبيعي، فتبعاً لذلك قد نجد تفاوتاً بين المحافظات.

تبين من الجدول (35) أنه يوجد تفاوت بسيط بين نساء المحافظات في أحجام المواليد وإنجاب المواليد من الحجم المتوسط كانت هي الأكثر عند الأمهات في المحافظات، حيث كان أعلاها في سلفيت.

وبشكل عام بالنظر إلى المحافظات يعود ذلك إلى توفر الخدمات الصحية التي تقدمها المراكز الصحية ودور العناية اللازمة للأم حتى تتجب طفلاً بحجم طبيعي.

ولتوضيح الفروق ما بين أحجام المواليد على مستوى المحافظة تم اختبار الفرضية الصفريّة التالّية، لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين أحجام المواليد والمحافظة من خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (40) نرفض الفرضية الصفريّة ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين أحجام المواليد على مستوى المحافظة.

جدول (35) نسبة أحجام المواليد حسب المحافظة 2014. %

| المحافظة | كبيراً جداً | أكبر من المتوسط | متوسط | أصغر من المتوسط | صغيراً جداً | المجموع |
|----------|-------------|-----------------|-------|-----------------|-------------|---------|
| جنين | 1.0 | 7.0 | 65.7 | 17.5 | 7.0 | 100 |
| طوباس | 0.9 | 5.5 | 77.1 | 7.3 | 9.2 | 100 |
| طولكرم | 1.3 | 8.7 | 63.6 | 15.6 | 10.8 | 100 |
| نابلس | 0.8 | 6.4 | 71.9 | 18.1 | 2.8 | 100 |
| قلقيلية | 0.0 | 6.9 | 73.7 | 2.3 | 17.1 | 100 |
| سلفيت | 0.0 | 11.1 | 78.6 | 3.2 | 0.0 | 100 |
| رام الله | 0.7 | 11.9 | 60.5 | 14.0 | 9.6 | 100 |
| أريحا | 0.5 | 7.5 | 75.4 | 8.6 | 8.0 | 100 |
| القدس | 0.1 | 8.1 | 69.9 | 14.0 | 5.4 | 100 |
| بيت لحم | 0.4 | 9.4 | 72.1 | 12.6 | 3.4 | 100 |
| الخليل | 1.2 | 13.1 | 70.5 | 12.2 | 3.0 | 100 |

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010¹ في أن ولادة المولود بحجم متوسط هو الأكثر عند الأمهات في المحافظات جميعها، حيث كان أعلاها في بيت لحم، ويعود ذلك إلى ما يتوفر بها من دور عناية وإرشاد للأم الحامل باتباعها نظاماً غذائياً يمنحها القدرة على إنجاب طفل بوزن طبيعي.

3.6 القيام بوزن الطفل

المقصود بوزن الطفل قياس الكتلة الكلية لجسم الطفل دون ملابسه، ويعتبر القيام بوزن الطفل حق من حقوق الطفل .

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.

تبين من الشكل رقم (9) ارتفاع نسبة القيام بوزن المواليد الأخيرة للأمهات في الضفة الغربية في العام 2014 عن العام 2010¹ وهذا يدل على مدى الاعتناء بصحة الطفل بعد ولادته مباشرة لأن وزن الطفل يعطي مؤشرا عن صحة الطفل وقدرته الجسدية.

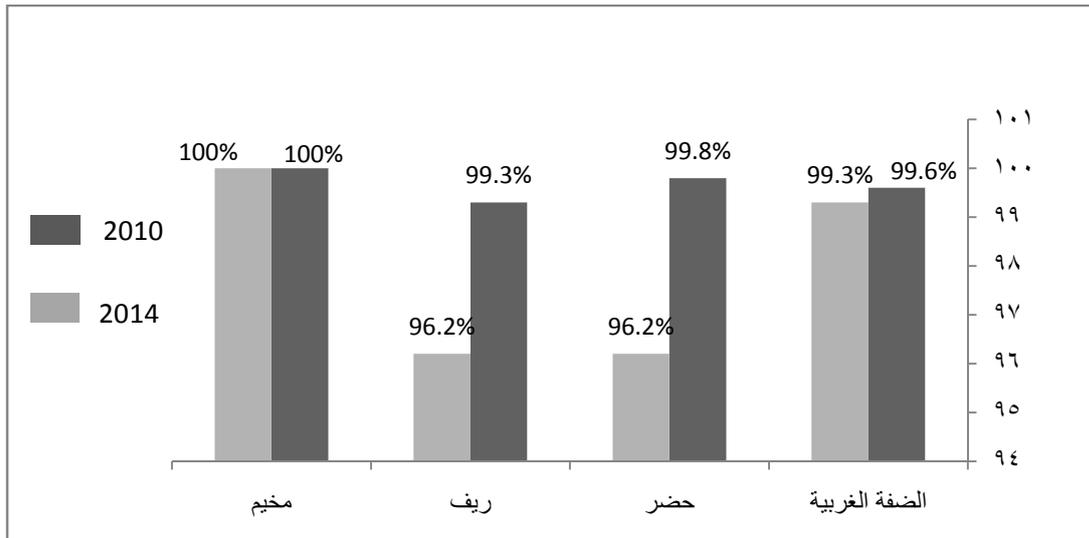
وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع دراسة سهر حسن لعام 2007²، تبين أن 73.5% من المواليد تم وزنهم في المستشفى الحكومي في رام الله، وهذا يدل على وجود تحسن في خدمات الرعاية ما بعد الولادة للمولود.

يتضح من الشكل رقم (9) أن القيام بوزن المواليد الأخيرة للأمهات على مستوع التجمع عالية إلا أنه حدث انخفاض على تلك النسبة عند نساء الحضر والريف في العام 2014 عن العام 2010³ وذلك يعود لعدم القيام بتفقد الحالة الصحية للمواليد جميعها قبل المغادرة، حيث بلغ 1.5% من المواليد في الحضر ولم يتم تفقد وضعهم الصحي و3.2% من المواليد في الريف ولم يتم تفقد وضعهم الصحي قبل المغادرة، أما بالنسبة لنساء المخيم بقيت نسبة القيام بوزن الطفل بعد الولادة محافظة على قيمتها في كلا العامين 2010، 2014، ومرد ذلك أن كرت الوكالة الذي تملكه نساء المخيم يمنحها الولادة في مستشفى خاص، وبالتالي تقدم عناية خاصة بالأم والطفل.

ولتوضيح الفروق ما بين القيام بوزن المواليد على مستوى التجمع تم اختبار الفرضية الصفرية التالية، لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين القيام بوزن المواليد ونوع التجمع ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (40) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين القيام بوزن المواليد على مستوى التجمع.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين.
² Sahar, Hassan: -Needs assessment OF Maternity Services in Rammalah governmental hospital west bank.(unpublished Master Thesis).An-Najah National University.Nablus.palestine.2007

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين.



شكل (9) نسبة الأطفال التي تم أوزانهم في العامين 2010,2014

المصدر: من عمل الباحثة استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 ومسح الأسرة الفلسطيني 2010.

إن القيام بوزن الطفل بعد الولادة يجب أن يكون ضمن نظام أي مؤسسة صحية تقوم الأم بالولادة فيها، وأيضاً ضمن المراقبة من قبل الجهات المختصة في المحافظة، إلا أنه قد نجد تفاوتاً بين الأطفال حسب طبيعة المحافظة التي يعيشون بها.

تبين من الجدول رقم (36) أن القيام بوزن الطفل عالية جداً في جميع المحافظات مع وجود تفاوت بسيط جداً فيما بينها؛ وهذا يعود إلى وجود نظام تسري عليه المؤسسات الصحية بأنه يجب القيام بعدة أمور بعد ولادة الطفل؛ ومنها القيام بوزن الطفل وذلك للاطمئنان على وضعه الصحي، وحتى تخلي المؤسسة الصحية مسؤوليته بعد ذلك تجاه الطفل، وهناك تدريب وإشراف على الممرضات لرفع كفاءتهن لتقديم العناية.

ولتوضيح الفروق ما بين القيام بوزن المواليد على مستوى المحافظة تم اختبار الفرضية الصفرية التالية، لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين القيام بوزن المواليد والمحافظة، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (40) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين القيام بوزن المواليد على مستوى المحافظة.

جدول (36) نسبة المواليد الذين تم وزنهم حسب المحافظة 2014. %

| المحافظة | نعم | لا اعرف |
|----------|-------|---------|
| جنين | 100.0 | 0.0 |
| طوباس | 100.0 | 0.0 |
| طولكرم | 100.0 | 0.0 |
| نابلس | 95.6 | 4.4 |
| قلقيلة | 100.0 | 0.0 |
| سلفيت | 100.0 | 0.0 |
| رام الله | 95.6 | 0.0 |
| أريحا | 100.0 | 0.0 |
| القدس | 95.4 | 0.0 |
| بيت لحم | 94.2 | 0.0 |
| الخليل | 100.0 | 0.0 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

4.6 وزن الطفل عند الولادة

إن وزن الطفل يعطي صورة عن الوضع الصحي للطفل بشكل عام، فكلما كان وزنه قريبا إلى الطبيعي يعطي شعور بالاطمئنان تجاه صحته وخلوه من الأمراض، أما إذا كان وزنه بعيدا عن الطبيعي يؤدي إلى الشعور بالخوف تجاه الطفل، وقد يشير إلى وجود خلل في صحته.

والوزن له أنواع:

أ- الوزن أقل من الطبيعي للمولود: هو وزن المولود الذي يقل عن 2.5 كغم عند ولادته.

ب- الوزن الطبيعي للمولود: هو وزن الطفل مباشرة بعد الولادة ويتراوح بين 2.5-4.0 كغم.

ج- الوزن أكثر من الطبيعي للمولود: هو وزن المولود الذي يزيد عن 4.0 كغم عند ولادته.

تبين من الجدول رقم (38) أن إنجاب المواليد الأخيرة للأمهات في الضفة الغربية ضمن الوزن الطبيعي هو الأكثر لديهن، وارتفاع تلك النسبة حسب مسح عام 2014 عن بيانات مسح

عام 2010¹، و يعود ذلك إلى مدى اتباع الأم نظاما غذائيا جيدا نوعا ما، وتمتعها براحة نفسية يترك تأثيرا على وزن الطفل ومتابعتها بشكل متزامن لطبيبها المختص وتناول المقويات اللازمة لذلك.

تبين من الجدول رقم (37) أن إنجاب الأمهات المواليد بوزن طبيعي هو الأكثر مع وجود تفاوتات بسيطة فيما بينها على مستوى التجمع، وهذا يعود إلى عدة عوامل تؤثر في الوزن الطبيعي للطفل؛ وهي العامل الصحي للأم الذي يشمل السمنة، فكلما كانت الأم تعاني من الوزن الزائد كانت احتمالية إنجاب الطفل بوزن أكثر من الطبيعي ومعدل زيادة وزن الأم خلال فترة الحمل؛ فإذا كان مقدار الزيادة أقل من خمس كيلو فهذا يؤدي إلى ولادة الطفل أقل من الوزن الطبيعي، وشرب الكافيين؛ فالإكثار منه يؤدي إلى انخفاض وزن المولود، وإصابة الأم بمرض مزمن كالسكري يؤدي إلى انخفاض وزن المولود. ويؤثر ترتيب المولود أيضا؛ فالمولود الأول غالبا ما يكون أقل وزنا بسبب صغر حجم الرحم عند الولادة، وجنس المولود له دور؛ فالمواليد الذكور أكثر وزنا من المواليد الإناث، وإذا تمت ولادة الطفل قبل اكتمال نموه يؤثر ذلك على وزنه بالنقصان.

ولتوضيح الفروق ما بين وزن المواليد على مستوى التجمع تم اختبار الفرضية الصفرية التالية، لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين وزن المواليد والتجمع، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (40) نقبل الفرضية الصفرية.

جدول (37) نسبة المواليد الأخيرة للنساء حسب أوزانهم (كغم) في العامين 2010، 2014، %

| مخيم | | ريف | | حضر | | الضفة الغربية | | وزن الطفل |
|------|------|------|------|------|------|---------------|------|-------------|
| 2014 | 2010 | 2014 | 2010 | 2014 | 2010 | 2014 | 2010 | |
| 7.2 | 7.4 | 7.8 | 5.5 | 8.1 | 7.6 | 7.9 | 7 | أقل من 2.5 |
| 87.5 | 62.1 | 85.7 | 73.8 | 86.5 | 66.1 | 86.3 | 67.9 | 4.0-2.5 |
| 5.2 | 20.7 | 6.5 | 20.7 | 5.4 | 26.3 | 5.7 | 25.1 | أكثر من 4.0 |
| 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | المجموع |

المصدر: من عمل الباحثة استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 ومسح الأسرة الفلسطيني 2010.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.

يتبين من الجدول (38) أن إنجاب المواليد الأخيرة للأمهات بوزن طبيعي هو الأكثر مع وجود تفاوتات بسيطة فيما بينها على مستوى المحافظة، وهذا يعود إلى انتشار دور الأمومة والرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية التي تقوم بعقد الندوات ونشر المنشورات الإرشادية التي تقوم بنصح الأم الحامل في النظام الغذائي الذي يجب أن تلتزم به، وتقوم وزارة الصحة بتزويد الأم الحامل بكتيب صحة الأم والطفل من أول زيارة لها في الحمل.

ولتوضيح الفروق ما بين وزن المواليد على مستوى المحافظة تم اختبار الفرضية الصفرية التالية، لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين وزن المواليد والمحافظة، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (40) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين وزن المواليد على مستوى المحافظة.

جدول (38) وزن المواليد الأخيرة للأمهات حسب المحافظة 2014. %

| المجموع | فئات الوزن | | | المحافظات |
|---------|------------|---------|-------------|-----------|
| | أقل من 2.5 | 2.5-4.0 | أكثر من 4.0 | |
| 100 | 7.7 | 87.9 | 4.5 | جنين |
| 100 | 10.4 | 89.6 | 0.0 | طوباس |
| 100 | 5.6 | 83.9 | 10.5 | طولكرم |
| 100 | 7.9 | 87.4 | 4.7 | نابلس |
| 100 | 3.7 | 88.3 | 8.0 | قلقيلية |
| 100 | 8.3 | 91.7 | 0.0 | سلفيت |
| 100 | 8.2 | 85.5 | 6.0 | رام الله |
| 100 | 7.5 | 80.4 | 12.1 | أريحا |
| 100 | 10.6 | 83.5 | 5.8 | القدس |
| 100 | 9.4 | 85.1 | 5.5 | بيت لحم |
| 100 | 6.9 | 87.5 | 5.6 | الخليل |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010¹، حيث أظهرت أن ولادة المولود بوزن طبيعي هو الأكثر عند الأمهات، حيث كان أعلاها في جنين (87.3%) وأدناها في أريحا (50.8%).

5.6 قيام بالرضاعة الطبيعية للمولود الأخير

الرضاعة الطبيعية هي الغذاء الصحي الأكثر ملاءمة للمولود بعد الولادة، والغني بمكونات كثيرة تغنيه عن استخدام أي غذاء آخر وهي تتكون 87.5% من الماء و 7% من السكريات و 4% من الدهون و 1% من البروتين و 0.5% من المغذيات الدقيقة (أملاح، فيتامينات...)². ومن بعد قيام الأم بالولادة لا بد أن تبدأ بمرحلة الغذاء للطفل التي غالبا ما تقدم لها الممرضة المناوبة النصيحة بإرضاع الطفل طبيعا وكيفية إرضاع الطفل.

إن قيام الأم بالرضاعة الطبيعية أمر مهم جدا، فقد أعلنت اليونيسيف أن الإرضاع الطبيعي للطفل بعد ولادته مباشرة، يمكن أن يمنع عددا كبيرا من الوفيات بين صفوف المواليد الجدد في البلدان النامية، وتشير دراسة أجريت في غانا إلى أنه يمكن منع 16% من وفيات الأطفال حديثي الولادة عن طريق الإرضاع الطبيعي للطفل منذ أول يوم في حياته، وترتفع هذه النسبة إلى 22% إذا بدأ الإرضاع في غضون ساعة واحدة من الولادة. وتشير تقديرات اليونيسيف إلى أن الاقتصار على الرضاعة الطبيعية حتى سن ستة شهور قد يمنع وفاة 13 مليون طفل دون سن الخامسة سنويا³.

تبين من الشكل رقم (10) ارتفاع نسبة قيام النساء في الضفة الغربية للرضاعة الطبيعية في العام 2014 عن العام 2010، وهذا يعود إلى مستوى صحي عال تتمتع به معظم الأمهات لقدرتهم على الرضاعة، كما يدل على اعتناء الأمهات بغذاء أطفالهن فالقيام برضاعة الطفل وخاصة بعد الولادة مباشرة يعطي الطفل قيمة غذائية لا يعوض عنها، ومعرفتهم بقيمة

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.

² <https://ar.wikipedia.org/wiki/14-6-2016>

³ <http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf> 22-6-2016.

الرضاعة الطبيعية أن لها فوائد عديدة على صحة الأم على المدى البعيد؛ منها تقليل تعرضها إلى سرطان الثدي في المستقبل وتمنع الرضاعة الطبيعية من حدوث التهابات والتكلسات في ثدي المرأة، فبقاء الحليب فيه دون استخدام يتحول إلى تكلسات قد تسبب لها مضاعفات في المستقبل.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع مجموعة من دول العالم لعام 2008-2000، تبين أن نسبة قيام النساء بالرضاعة الطبيعية في ألبانيا 2.3% والجزائر 6.9% والبرازيل 39.8% والنمسا 10.0% وإثيوبيا 49.0% وفيجي 39.8%¹.

وبذلك نستنتج أن وعي نساء الضفة الغربية في أهمية القيام بالرضاعة الطبيعية أفضل مقارنة مع مجموعة الدول التي تم المقارنة معها.

وتبين من الشكل رقم (10) ارتفاع قيام الأمهات بالرضاعة الطبيعية على مستوى التجمع في العام 2014 عن العام 2010² وذلك يعود إلى ان القيام بالرضاعة الطبيعية تترك اثار ايجابية عديدة على حياة الطفل منها المناعه طبيعيه ضد العديد من الامراض وايضا تترك الرضاعة الطبيعيه اثار ايجابية على حياة الام كحمايتها من سرطان الثدي.

ولتوضيح الفروق ما بين قيام النساء بالرضاعة الطبيعية على مستوى التجمع تم اختبار الفرضية الصفرية التالية، لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين قيام النساء بالرضاعة الطبيعية والتجمع، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (40) نقبل الفرضية الصفرية.

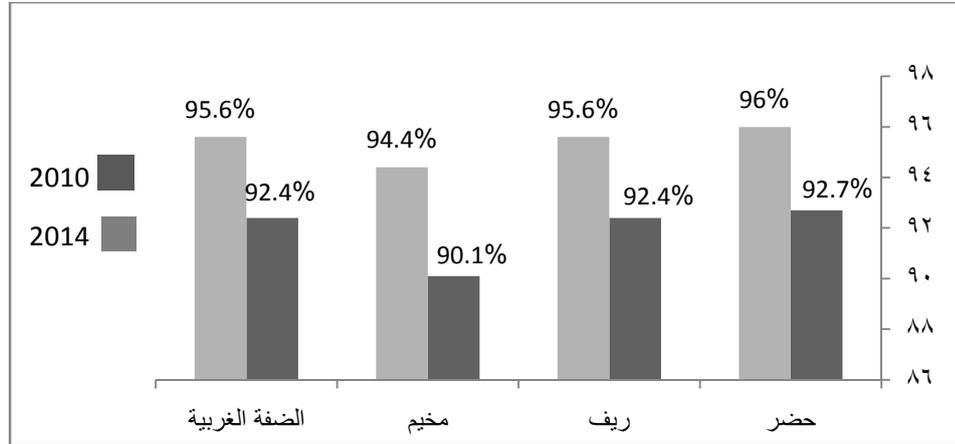
وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع دراسة شادن قناديلو 2010³ إذ بينت هذه الدراسة أن نسبة النساء اللاتي قمن بالرضاعة الطبيعية الخالصة في الأشهر الستة

¹ http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/AR_WHS09_Full.pdf 22-6-2016

² الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.

³ Qanadelo,shaden: **The Impact of exclusive Breast Feeding on Infant Morbidity in the First six Months OF infants life in Nablus Refugee camps.**(unpublished Masters Thesis).An-Najah National University.Nablus.palestine.2010

70%، أما نسبة أولئك الذين اعتمدت أمهاتهم طريقة المزج بين الحليب الطبيعي والصناعي في اطعامهم بلغت 16% والرضاعة الصناعية الخالصة 14%.



شكل (10) نسبة قيام النساء بالرضاعة الطبيعية لأطفالهم في العامين 2010,2014

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 و مسح الأسرة الفلسطيني 2010.

تبين من الجدول (39) أن قيام الأمهات بالرضاعة الطبيعية على مستوى المحافظة عالية مع وجود تفاوتات بسيطة فيما بينها؛ وهذا يعود إلى توفر دور الأمومة والرعاية التي تعمل على تثقيف المرأة بقضايا الصحة الإنجابية كالقيام بالرضاعة الطبيعية وتعمل على عقد الندوات الإرشادية والتوعوية للأمهات، وتقوم على تدريبها على كيفية القيام بالرضاعة السليمة للطفل، وماهو النظام الغذائية التي يجب أن تلتزم به والمأكولات التي يجب أن تبتعد عنها.

ولتوضيح الفروق ما بين قيام النساء بالرضاعة الطبيعية على مستوى المحافظة تم اختبار الفرضية الصفرية التالية، لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين قيام النساء بالرضاعة الطبيعية والمحافظة، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في الجدول رقم (40) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين قيام النساء بالرضاعة الطبيعية على مستوى المحافظة.

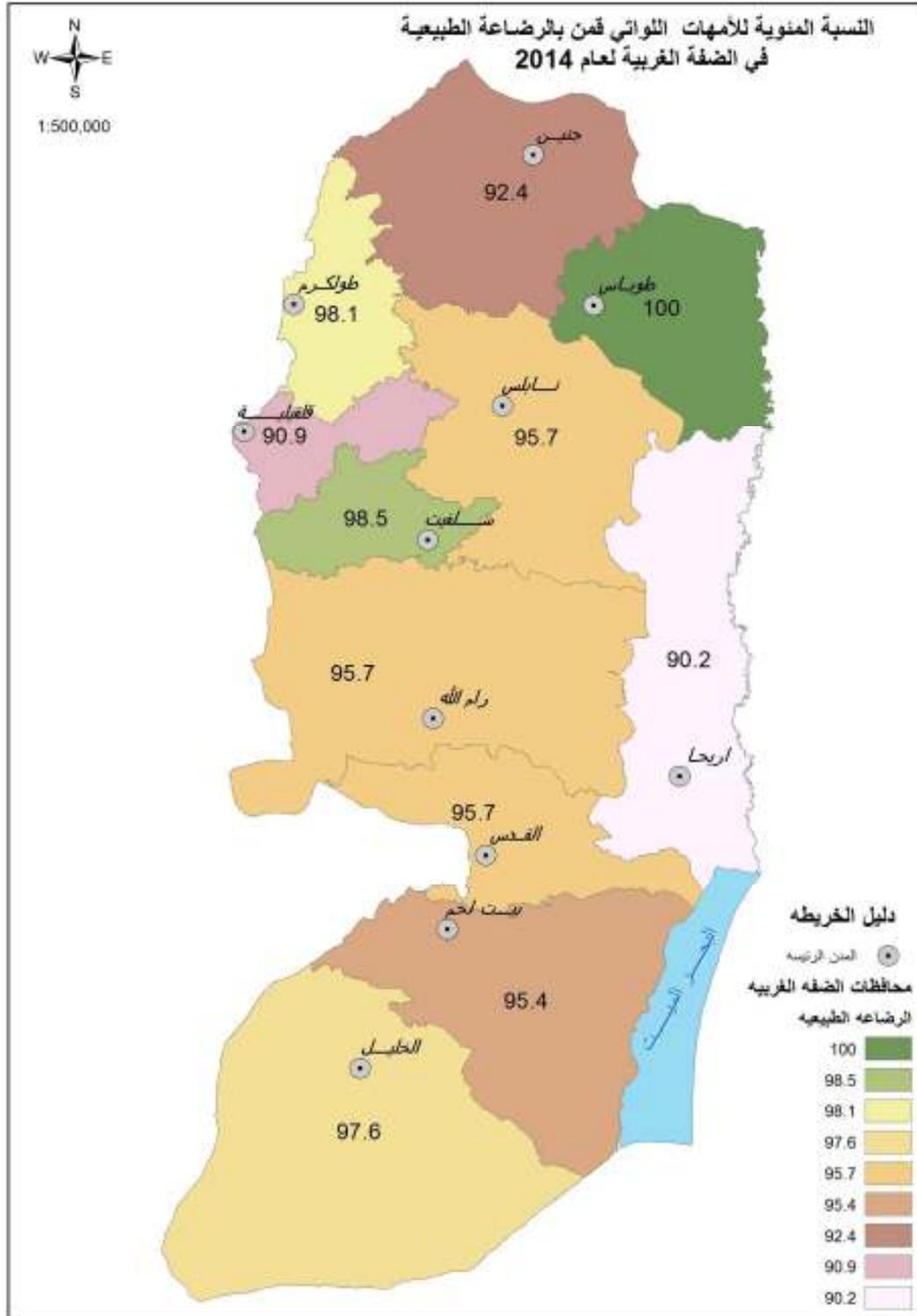
جدول (39) نسبة قيام الأم بالرضاعة الطبيعية للمولود الأخير حسب المحافظة 2014. %

| المحافظة | القيام بالرضاعة الطبيعية |
|----------|--------------------------|
| جنين | 92.4 |
| طوباس | 100.0 |
| طولكرم | 98.1 |
| نابلس | 95.7 |
| قلقيلة | 90.9 |
| سلفيت | 98.5 |
| رام الله | 95.7 |
| أريحا | 90.2 |
| القدس | 95.7 |
| بيت لحم | 95.4 |
| الخليل | 97.6 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010¹ في أن قيام الأمهات بالرضاعة الطبيعية عالية في كل المحافظات مع وجود تفاوت فيما بينها، حيث كانت نساء جنين تشكل أعلى نسبة في القيام بالرضاعة الطبيعية، التي بلغت نسبتها (94.7)% وأما نساء القدس شكلت أدنى نسبة في القيام بالرضاعة الطبيعية حيث بلغت نسبتها (88.5)%.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله - فلسطين.



خارطة (1) النسبة المئوية للمهات اللواتي قمن بالرضاعة الطبيعية في الضفة الغربية لعام 2014

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

جدول (40) نتائج تحليل مربع كاي بين تأثير نوع التجمع والمحافظة على المتغيرات التالية
2014.

| المحافظة | | | نوع التجمع | | | المتغير |
|-------------------|----|------------------|-------------------|----|---------------------|--------------------------------|
| مستوى المعنوية | F | قيمة مربع كاي | مستوى المعنوية | F | قيمة مربع كاي | |
| *.000 | 50 | 335.342 | *.000 | 10 | 68.540 | حجم الطفل |
| *.000 | 20 | 165.813 | *.000 | 4 | 28.160 | الأطفال التي تم وزنهم |
| *.000 | 20 | 62.250 | .307 | 4 | 4.812 | وزن المولود |
| *.004 | 20 | 41.202 | .494 | 4 | 3.394 | قيام الأم بالرضاعة الطبيعية |

*دالة على مستوى المعنوية 0.05.

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

الفصل السابع

العوامل المؤثرة في عدد الأطفال المنجيين للمرأة في الضفة الغربية

1.7 المقدمة

2.7 العوامل الديموغرافية المؤثرة في عدد الأطفال المنجيين للمرأة.

3.7 العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة في متوسط عدد الأطفال المنجيين

الفصل السابع

العوامل المؤثرة في عدد الأطفال المنجبين للمرأة في الضفة الغربية

1.7 المقدمة

يعتبر العنصر البشري من أهم العناصر المساهمة في إعمار الأرض وبناء المجتمعات وتطورها، فكلما زاد تكاثر العنصر البشري كانت القدرة على تحقيق متطلبات الحياة بشكل أكبر، فيجب علينا العمل على استمرار تكاثره و بقائه في المجتمع.

بلغ متوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة في الضفة الغربية خلال فترة حياتها الإنجابية عام 2014 نحو 3.6¹ مولوداً بينما كان هذا المتوسط 3.7 مولوداً خلال الفترة 2011-2013، مقابل 5.6 مولوداً في العام 1997² وهذه البيانات تظهر نسبة التراجع الكبير في عدد الاطفال المنجبين ما بين سنتي 1997 و 2014 مما يوثر سلبا على معدل النمو السكاني في الضفة.

إن متوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة يتفاوت تبعاً لعدد من المتغيرات؛ وفي هذا الفصل سنتناول العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على هذا المتوسط بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

2.7 العوامل الديموغرافية المؤثرة في متوسط عدد المنجبين للمرأة

1.2.7 عمر المرأة عند الزفاف الأول

بلغ متوسط العمر للإناث عند الزواج الأول حسب بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 (21.7)³ سنة، وهو متوسط مرتفع قليلاً مقارنة مع متوسط العمر للإناث حسب نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2010 (20.5)⁴ سنة؛ ويعود ذلك التفاوت إلى

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. المسح الفلسطيني العنقودي متعدد المؤشرات، 2014. رام الله- فلسطين.

² <http://www.pcbs.gov.ps> 2-8-2016

³ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. المسح الفلسطيني العنقودي متعدد المؤشرات، 2014. رام الله- فلسطين.

⁴ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين.

ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة، واهتمامها بإنهاء دراستها وتحقيق طموحها بالحياة بشكل أكبر، والتطور التكنولوجي الحاصل، وخاصة على وسائل التواصل الاجتماعي جعل الأم أكثر إدراكا ووعيا للحياة.

يقصد بعمر المرأة عند زفافها الأول هو عمرها عند زواجها الفعلي وليس بداية الخطبة والارتباط، فارتفاع العمر عند الزفاف الأول يقلل متوسط عدد المواليد للمرأة؛ وذلك لأن قدرة جسم المرأة على الحمل والولادة تنخفض مع تقدم العمر، وتصبح درجة التعرض لمضاعفات خطيرة على صحتها وصحة جنينها أكبر، وأيضا يكون لديها وعي أكثر بوسائل تنظيم الأسرة، وتكون الرغبة في الإنجاب قليلة حتى يكون حق الاهتمام بالأطفال أكثر كفاءة.

تبين من الجدول رقم (41) أن العلاقة عكسية قوية بين العمر عند الزفاف الأول ومتوسط عدد المواليد، حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون -0.437 على مستوى المعنوية 0.05 وأظهرت الدراسة أن النساء اللواتي تزوجن وأعمارهن أقل من 15 سنة قد أنجبن بمتوسط 7.35 طفلا، ثم انخفض هذا المتوسط إلى 4.00 للنساء اللواتي تزوجن وأعمارهن 25 سنة فأكثر. ولتوضيح تأثير العمر عند الزفاف الأول على متوسط عدد المواليد تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين العمر عند الزفاف الأول وعلى متوسط عدد المواليد للمرأة، ومن خلال نتائج تحليل التباين الأحادي في الجدول رقم (46) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 بين العمر عند الزفاف الأول ومتوسط عدد المواليد للمرأة وذلك يعود إلى أن النساء اللواتي يتزوجن في عمر منخفض تكون فرصة الإنجاب أكثر لديهن من النساء اللواتي يتزوجن في عمر مبكر، وأيضا لديها رغبة في الإنجاب أكثر وعدم وجود الوعي الكافي لديها بالأمور المتعلقة بالإنجاب وتنظيم الأسرة؛ لأن الزواج المبكر لها يحرمها من الحصول على التعليم الكافي، وبالتالي عدم ارتباطها بعمل أو وظيفة، وعدم مشاركتها في النشاط الاقتصادي، أما المرأة التي تتأخر بزواجها يكون التحاقها بالتعليم أكثر وبالتالي تكون لديها

المعرفة بقضايا الصحة الإنجابية أكثر، ويكون لها دور في المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة الإنجاب.

جدول (41) متوسط عدد المواليد حسب العمر عند الزفاف الأول

| العمر عند الزفاف الأول | المتوسط | الانحراف المعياري |
|------------------------|---------|-------------------|
| 15 أقل من | 7.35 | 2.243 |
| 19-15 | 6.27 | 1.755 |
| 24-20 | 4.76 | 1.679 |
| فأكثر 25 | 4.00 | 1.142 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014

تتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010، حيث يرتفع متوسط عدد المواليد مع انخفاض العمر عند الزفاف الأول، وقد بلغ متوسط عدد المواليد للنساء اللواتي تزوجن أقل من 15 سنة 7.64 طفلا ثم انخفض متوسط عدد المواليد إلى 4.00 طفلا للنساء اللواتي تزوجن في عمر 25 سنة فأكثر.¹

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة عدنان مالول عن مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997، إذ بينت الدراسة وجود علاقة عكسية ما بين عمر المرأة عند الزفاف الأول وعدد الأطفال المنجبين، حيث بلغ متوسط عدد المواليد للنساء اللواتي تزوجن 15 سنة 5.32 ثم انخفض متوسط عدد المواليد إلى 4.02 طفلا للنساء اللواتي تزوجن في عمر 25 سنة فأكثر.²

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة خضر عودة عن مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية لعام 1998 إذ بينت الدراسة بوجود علاقة عكسية ما بين عمر عند الزفاف الأول

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله-فلسطين.

² مالول، عدنان. مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 1997م.

وعدد الأطفال المنجبين، حيث بلغ متوسط عدد المواليد للنساء اللواتي تزوجن 15 سنة 9.00 ثم انخفض متوسط عدد المواليد إلى 2.0 طفلا للنساء اللواتي تزوجن في عمر 25 سنة فأكثر.¹

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة محمد يعقوب عن العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله لعام 2004 إذ بينت الدراسة وجود علاقة عكسية ما بين عمر عند الزواج الأول وعدد الأطفال المنجبين، حيث بلغ متوسط عدد المواليد للنساء اللواتي تزوجن من 0-14 سنة 8 أطفال ثم انخفض متوسط عدد المواليد إلى طفل 1.5 للنساء اللواتي تزوجن في عمر 30-34.²

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة ميساء نصر عن الخصوبة في محافظة طولكرم لعام 2010 إذ بينت الدراسة وجود علاقة عكسية ما بين العمر عند الزواج الأول وعدد الأطفال المنجبين، حيث بلغ متوسط عدد المواليد للنساء اللواتي تزوجن في عمر 25 فأكثر³ 5.6 طفلا ثم انخفض متوسط عدد المواليد إلى 2.9 طفلا .

2.2.7 عمر المرأة عند أول حمل

عندما تبدأ المرأة بتكوين أسرتها في عمر كبير تتبع نمطا حياتيا يختلف عن المرأة التي تبدأ بتكوين أسرتها في عمر صغير، فهن غالبا أكثر تعليما، ويفهمن احتياجات أجسامهن، ولكن من المعروف ازدياد احتمالات إنجاب طفل مصاب بتشوهات خلقية لديهن مثل متلازمة داون المنغولية، أو متلازمة إدوارد، أو متلازمة باتو.

تبين أن العلاقة عكسية قوية بين العمر عند أول حمل ومتوسط عدد المواليد، حيث كان معدل الارتباط بيرسون 222-. على مستوى المعنوية 0.05.

¹ عودة، خضر. مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية لعام 1998. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 1998 م.

² يعقوب، محمد. العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2004 م.

³ نصر، ميساء. الخصوبة في محافظة طولكرم. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2010 م.

واظهرت الدراسة ان النساء اللواتي أعمارهن عند أول حمل ما بين 10-14سنة قد أنجبين بمتوسط 6.24 طفلا، ثم انخفض هذا المتوسط إلى 0.99 طفلا للنساء اللواتي أعمارهن عند أول حمل 40-44 سنة.

ولتوضيح تأثير العمر عند الحمل الأول على متوسط عدد المواليد للمرأة تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية بين العمر عند الحمل الأول وعلى متوسط عدد المواليد لها، ومن خلال نتائج تحليل التباين الأحادي في الجدول رقم (46) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 بين العمر عند الحمل الأول ومتوسط عدد المواليد للمرأة.

وذلك يعود أن المرأة التي تتزوج في عمر مبكر يكون عندها فرصة أكثر للإنجاب، وخاصة أن معظم النساء اللواتي يتزوجن في أعمار مبكرة يكن غير متعلمات، ومعرفتهن لوسائل منع الحمل تكون محدودة. ومن المعروف أن أفضل فترة للحمل عند المرأة تكون في الفئة العمرية 20-35 سنة، حيث تكون قدرتها الجسمية أقوى على تحمل آلام الحمل والولادة، ولديها القدرة على حماية نفسها من أي مضاعفات قد تحدث لها، كما أنه خلال هذه الفئة العمرية تكون احتمالية إنجاب طفل صحي خال من الإعاقات بأنواعها أكثر.

جدول (42) متوسط عدد المواليد للمرأة حسب العمر عند أول حمل 2014.

| الفئات العمرية عند أول حمل | متوسط | الانحراف المعياري |
|----------------------------|-------|-------------------|
| 10-14 | 6.24 | 2.310 |
| 15-19 | 4.58 | 2.356 |
| 20-24 | 3.63 | 2.167 |
| 25-29 | 3.06 | 1.791 |
| 30-34 | 2.45 | 1.330 |
| 35-39 | 1.66 | .957 |
| 40-44 | .99 | 1.693 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010 حيث يرتفع متوسط عدد المواليد مع انخفاض العمر عند الحمل، إذ بلغ متوسط عدد المواليد للنساء اللواتي أعمارهن ما بين 10-14 سنة عند أول حمل 6.87 طفلاً، ثم انخفض متوسط عدد المواليد إلى 77. عند النساء اللواتي أعمارهن 40-44 سنة.¹

3.2.7 عمر الأم الحالي

يعتبر متغير عمر الأم الحالي من العوامل الديموغرافية المؤثرة على عدد الأطفال المنجبين للمرأة. تبين من جدول رقم (43) أن العلاقة طردية بين متوسط عدد المواليد والعمر الحالي للأم، حيث كان معدل ارتباط بيرسون (+0.592) على مستوى المعنوية 0.05، وأظهرت الدراسة أن النساء اللواتي أعمارهن من 15-19 سنة قد أنجبن بمتوسط 70 طفلاً، ثم ارتفع هذا المتوسط إلى 5.98 طفلاً للنساء اللواتي أعمارهن من 40-44 سنة.

ولتوضيح تأثير العمر الحالي للأم على متوسط عدد المواليد للمرأة سيتم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية بين العمر الحالي للأم وعلى متوسط عدد المواليد لها. و من خلال نتائج تحليل التباين الأحادي في جدول رقم (46) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 بين العمر الحالي للأم ومتوسط عدد المواليد للمرأة.

فالمراة المتقدمة في السن يكون لديها عدد أكبر من الأبناء بعكس النساء صغيرات السن؛ لأنها أمضت مدة طويلة في الزواج، والنساء المتقدمات في السن قد يكون مستواهن التعليمي متدنياً نتيجة لتدني المستوى التعليمي في الوقت الذي كانت هذه النساء في سن التعليم، وكذلك العادات والتقاليد التي كانت تسيطر على سلوك وتفكير الناس بالإضافة إلى الزواج المبكر والرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله-فلسطين.

جدول (43) متوسط عدد المواليد حسب العمر الحالي للأُم 2014.

| الفئات العمرية | المتوسط | الانحراف المعياري |
|----------------|---------|-------------------|
| 15-19 | .70 | .615 |
| 20-24 | 1.56 | .981 |
| 25-29 | 2.66 | 1.290 |
| 30-34 | 3.93 | 1.507 |
| 35-39 | 4.91 | 1.739 |
| 40-44 | 5.64 | 2.133 |
| 45-49 | 5.98 | 2.334 |
| المجموع | 4.59 | 2.297 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010 حيث أظهرت أن النساء اللواتي أعمارهن من 15-19 سنة قد أنجبن بمتوسط 1.81 طفلا، ثم ارتفع هذا المتوسط إلى 7.98 طفلا للنساء اللواتي أعمارهن من 40-44 سنة.¹

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة ميساء نصر عن الخصوبة في محافظة طولكرم لعام 2010 إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية ما بين عمر الأم الحالي وعدد الأطفال المنجبين، حيث بلغ متوسط عدد الأطفال المنجبين في فئة عمر 15-19 سنة 1.15 مولودا، بينما بلغ 6.61 مولودا في فئة عمر 15-49.²

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة محمد يعقوب عن العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية ما بين عمر الأم الحالي وعدد الأطفال المنجبين، حيث بلغ متوسط عدد الأطفال المنجبين في فئة عمر 19-15 سنة 1.2 مولودا، بينما بلغ 6.36 مولودا في فئة عمر 15-49.³

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله-فلسطين.
² نصر، ميساء، الخصوبة في محافظة طولكرم. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 2010 م.
³ يعقوب، محمد. العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 2004م.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة عدنان مالول عن مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997 إذ بينت الدراسة وجود علاقة طردية ما بين عمر الأم الحالي وعدد الأطفال المنجبين، حيث بلغ متوسط عدد الأطفال المنجبين في فئة عمر 15-19 سنة 1.18 مولودا بينما بلغ 8.52 مولودا في فئة عمر 49-15¹.

4.2.7 مدة الحياة الزوجية

هي المدة التي تقضيها المرأة مع زوجها دون انفصال، وهي من أكثر العوامل تأثيرا على متوسط عدد الأطفال المنجبين لها، خاصة إذا كانت الأم ضمن فترة القدرة على الإنجاب (15-49 سنة)، فكلما طالت مدة الحياة الزوجية كان بإمكان المرأة إنجاب أكبر عدد ممكن من الأطفال.

تبين من الجدول رقم (44) أن العلاقة طردية بين متوسط عدد المواليد ومدة الحياة الزوجية، حيث كان معدل ارتباط بيرسون (+0.773) على مستوى المعنوية 0.05، وأظهرت الدراسة أن النساء اللواتي مضى على زواجهن من 4-1 سنة قد أنجبن بمتوسط 1.08 طفلا، ثم ارتفع هذا المتوسط إلى 9.18 طفلا للنساء اللواتي مضى على زواجهن من 39-35 سنة.

ولتوضيح تأثير مدة الحياة الزوجية على متوسط عدد المواليد للمرأة تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية بين مدة الحياة الزوجية وعلى متوسط عدد المواليد لها ومن خلال نتائج تحليل التباين الأحادي في جدول (46) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 بين مدة الحياة الزوجية ومتوسط عدد المواليد للمرأة.

وذلك يعود إلى أن معظم الأمهات ترغب في الحصول على أكبر عدد من الأطفال خلال السنوات الأولى من الزواج تبعا للظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تعيش بها، وباعتقاد المرأة أن إنجاب المزيد بداية حياتها يقوي الترابط الأسري ما بين الزوج والزوجة.

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

و تعتقد المرأة أن إنجاب المزيد من الأطفال، يشكل حماية لها من تكرار الزوج الزواج مرة أخرى.

جدول (44) متوسط عدد الأطفال المنجبين حسب مدة الحياة الزوجية 2014.

| الانحراف المعياري | المتوسط | مدة الحياة الزوجية (سنة) |
|-------------------|---------|--------------------------|
| .704 | 1.08 | 1-4 |
| .933 | 2.53 | 5-9 |
| 1.259 | 3.78 | 10-14 |
| 1.473 | 4.74 | 15-19 |
| 1.792 | 5.63 | 20-24 |
| 2.037 | 6.34 | 25-29 |
| 2.230 | 6.83 | 30-34 |
| 2.480 | 9.18 | 35-39 |
| 2.300 | 3.98 | المجموع |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات لعام 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010 حيث أظهرت أن النساء اللواتي مضى على زواجهن من 4-1 سنة قد أنجبن بمتوسط 2.00 طفلا، ثم ارتفع هذا المتوسط إلى 6.00 طفلا للنساء اللواتي مضى على زواجهن من 65-69 سنة.¹

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة خضر عودة عن مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية، حيث أظهرت أن النساء اللواتي مضى على زواجهن أقل من 5 سنوات قد أنجبن بمتوسط 1.5 طفلا، ثم ارتفع هذا المتوسط إلى 9.4 طفلا للنساء اللواتي مضى على زواجهن أكثر من 40 سنة.²

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة عدنان مالول عن مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997، حيث أظهرت أن النساء اللواتي مضى على زواجهن أقل

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله-فلسطين.
² عودة، خضر. مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية لعام 1998. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 1998م.

من 5 سنوات قد أنجبن بمتوسط 1.37 طفلاً، ثم ارتفع هذا المتوسط إلى 9.8 طفلاً للنساء اللواتي مضى على زواجهن أكثر من 25 سنة.¹

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة ميساء نصر عن الخصوبة في محافظة طولكرم (مستوياتها واتجاهاتها في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية) لعام 2010، حيث أظهرت أن النساء اللواتي مضى على زواجهن أقل من 5 سنوات قد أنجبن بمتوسط 1.4 طفلاً، ثم ارتفع هذا المتوسط إلى 7.4 طفلاً للنساء اللواتي مضى على زواجهن أكثر من 25 سنة.²

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة محمد يعقوب عن العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله لعام 2004، حيث أظهرت أن النساء اللواتي مضى على زواجهن أقل من 5 سنوات قد أنجبن بمتوسط 0.93 طفلاً، ثم ارتفع هذا المتوسط إلى 7.61 طفلاً للنساء اللواتي مضى على زواجهن أكثر من 30 سنة.³

5.2.7 عدد الزوجات الأخريات في عصمة الزوج

متغير عدد الزوجات من العوامل التي تؤثر في متوسط عدد الأطفال للمرأة، فكلما زاد عدد الزوجات للزوج زاد متوسط عدد المواليد للمرأة، تبين من الجدول رقم (45) أن العلاقة طردية قوية بين عدد الزوجات للزوج ومتوسط عدد المواليد، حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون (+0.274) على مستوى المعنوية 0.05، وأظهرت الدراسة أنه كلما زاد عدد الزوجات للزوج زاد متوسط عدد المواليد للمرأة، فالمرأة المتزوج زوجها 3 زوجات غيرها متوسط عدد المواليد لها 6.00 طفلاً ثم انخفض عدد المواليد إلى 4.56 طفلاً للمرأة المتزوج زوجها امرأة واحدة غيرها.

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

² نصر، ميساء. الخصوبة في محافظة طولكرم .رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 2010 م .

³ يعقوب، محمد. العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله . رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 2004م.

ولتوضيح تأثير عدد الزوجات للزوج على متوسط عدد المواليد للمرأة تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية بين عدد الزوجات للزوج وعلى متوسط عدد المواليد لها و من خلال نتائج تحليل التباين الأحادي في جدول رقم (46) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 95. بين عدد الزوجات للزوج ومتوسط عدد المواليد للمرأة.

فكلما زاد عدد الزوجات للزوج زاد متوسط عدد المواليد، ويعود ذلك إلى عامل تملك زوجها أكثر من الزوجات الأخريات، فتعتقد الزوجة كلما زاد إنجابها زاد ربط الزوج بأسرتها أكثر، وخاصة إذا أنجبت له ولي العهد أو الصبيان أكثر من البنات فيزيد حبه لها واهتمامه بها أكثر.

وأيضا عامل الغيرة بين الزوجات، حيث تنظر كل زوجة إلى الأخرى وتقلدها بما تعمل، ويشكل إنجاب مزيد من الأطفال مصدر قوة وحماية لهم، وقد يمنع الزوج من فكرة الزواج بأخرى مرة ثانية.

وغالبا ما يكون الزوج المتزوج أكثر من واحدة تزداد لديه رغبة عن غيره في إنجاب الأطفال كعزوة وجاه وحماية وقوة اجتماعية.

جدول (45) متوسط عدد المواليد حسب عدد الزوجات للزوج 2014

| عدد الزوجات الأخريات | المتوسط | الانحراف المعياري |
|----------------------|---------|-------------------|
| 1 | 4.56 | 2.583 |
| 2 | 5.35 | 2.334 |
| 3 | 6.00 | .000 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010 حيث أظهرت الدراسة أنه كلما زاد عدد الزوجات للزوج زاد متوسط عدد المواليد

للمرأة، فالمرأة المتزوج زوجها 3 زوجات غيرها متوسط عدد المواليد لها 7.90 طفلا، ثم انخفض عدد المواليد إلى 6.29 طفلا للمرأة المتزوج زوجها امرأة واحدة غيرها.¹

جدول (46) نتائج تحليل التباين الأحادي بين متوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة ومجموعة المتغيرات المستقلة 2014.

| المتغير | مصدر التباين | درجات الحرية | متوسط المربعات | F | مستوى المعنوية |
|---------------------------|---------------|--------------|----------------|------------|----------------|
| العمر عند الزفاف الأول | بين المجموعات | 14 | 140.041 | 58.945 | *.000 |
| | في المجموعات | 835 | 2.376 | | |
| | المجموع | 849 | | | |
| العمر المرأة عند أول حمل | بين المجموعات | 6 | 7841.130 | 1673.499 | *.000 |
| | في المجموعات | 99609 | 4.685 | | |
| | المجموع | 99615 | | | |
| عمر الأم الحالي | بين المجموعات | 6 | 59367.523 | 18542.308 | *.000 |
| | في المجموعات | 163985 | 3.202 | | |
| | المجموع | 163991 | | | |
| مدة الحياة الزوجية | بين المجموعات | 39 | 837184.402 | 405624.155 | *.000 |
| | في المجموعات | 10059849 | 2.064 | | |
| | المجموع | 10059888 | | | |
| عدد الزوجات في عصمة الزوج | بين المجموعات | 3 | 48.690 | 14.943 | *.000 |
| | في المجموعات | 459 | 3.258 | | |
| | المجموع | 462 | | | |

*دالة على مستوى المعنوية 0.05.

المصدر: -من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله-فلسطين.

3.7 العوامل الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة على عدد الأطفال المنجيين للمرأة

1.3.7 مكان السكن

يقصد بمكان السكن نوع التجمع السكاني الذي تعيش به الأم، حيث لكل تجمع عادات وتقاليد واحتياجات للعنصر البشري تختلف عن الأخرى، فالحضر يفضلون عددا قليلا من الأطفال حتى تكون لديهم القدرة على تعليمهم وتوفير الحياة المرفهه لهم، أما بالنسبة لسكان الريف فيفضلون عدد أطفال أكثر من الحضر لأنهم بحاجة إلى مزيد من الأيدي العاملة في الزراعة، كما يعتبرون عدد الأطفال الأكبر عزوة وجاها لهم، أما بالنسبة للمخيم فيفضلون عدد أطفال أكثر من الحضر لأن الأبناء يشكلون مصدر قوة اجتماعية واقتصادية لأبائهم، وحماية للأهل في المستقبل. على الرغم من عدم وجود تفاوت بين التجمعات السكانية المختلفة من حيث مستوى التعليم ومشاركة المرأة في سوق العمل، ووجود وسائل التواصل الاجتماعي الذي عمل على زيادة الوعي والثقافة والتعليم بين الناس.

يبين جدول (47) أن هناك فروقا في متوسط عدد الأطفال المنجيين حسب التجمع، فكان المتوسط الأعلى في المخيم؛ وذلك يعود إلى الزواج المبكر و الحاجة إلى الأطفال كمصدر حماية وقوة للعائلة، ثم في الريف وذلك يعود إلى التمسك بالعادات والتقاليد، ثم في الحضر وذلك يعود إلى ارتفاع تكاليف المعيشه فيه بمقارنة مع الريف والمخيم.

ولتوضيح تأثير مكان السكن على متوسط عدد المواليد للمرأة تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين العمر الحالي للأم وعلى متوسط عدد المواليد لها و من خلال نتائج اختبار مربع كاي في الجدول رقم (57) نقبل الفرضية الصفرية.

جدول (47) متوسط عدد المواليد في الضفة الغربية حسب نوع التجمع 2014.

| نوع التجمع | المتوسط | الانحراف المعياري |
|------------|---------|-------------------|
| حضر | 3.98 | 2.290 |
| ريف | 4.04 | 2.347 |
| مخيم | 4.06 | 2.257 |
| المجموع | 4.01 | 2.305 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطينية 2010 في أن متوسط عدد المواليد الأقل في الحضر حيث بلغ 6.08 طفلا ولكن متوسط عدد المواليد الأعلى في الريف حيث بلغ 6.62 طفلا، ثم المخيم حيث بلغ 6.12 مولودا¹.

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة ميساء نصر عن الخصوبة في محافظة طولكرم (مستوياتها واتجاهاتها في ظل السلطة الوطنية الفلسطينية) لعام 2010، حيث أظهرت الدراسة أن متوسط عدد المواليد الأقل كان في الحضر حيث بلغ 6.3 مولودا، ثم في الريف حيث بلغ متوسط المواليد 6.8 مولودا، وبلغ متوسط عدد المواليد الأعلى في المخيم حيث بلغ 7.75 مولودا².

المحافظة:

ولا شك أن للمحافظة دورا في متوسط عدد الأطفال المنجبين وذلك تبعا للأنشطة الاقتصادية التي تمارسها كل محافظة، حيث يتضح من جدول رقم (48) وجود تفاوتات في متوسط عدد الأطفال المنجبين للأمم ما بين المحافظات، وأن متوسط عدد الأطفال المنجبين الأعلى في محافظة الخليل؛ لأن محافظة الخليل هي عاصمة الاقتصاد الفلسطيني في الجنوب، فهي محافظة صناعية، ويوجد بها الكثير من المشاريع التي تحتاج إلى مزيد من الأفراد، ويوجد لديهم رغبة بإنجاب الكثير من الأفراد من باب الجاه، ثم تليها محافظة أريحا لأن محافظة أريحا

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله-فلسطين.

² نصر، ميساء،. الخصوبة في محافظة طولكرم. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 2010 م.

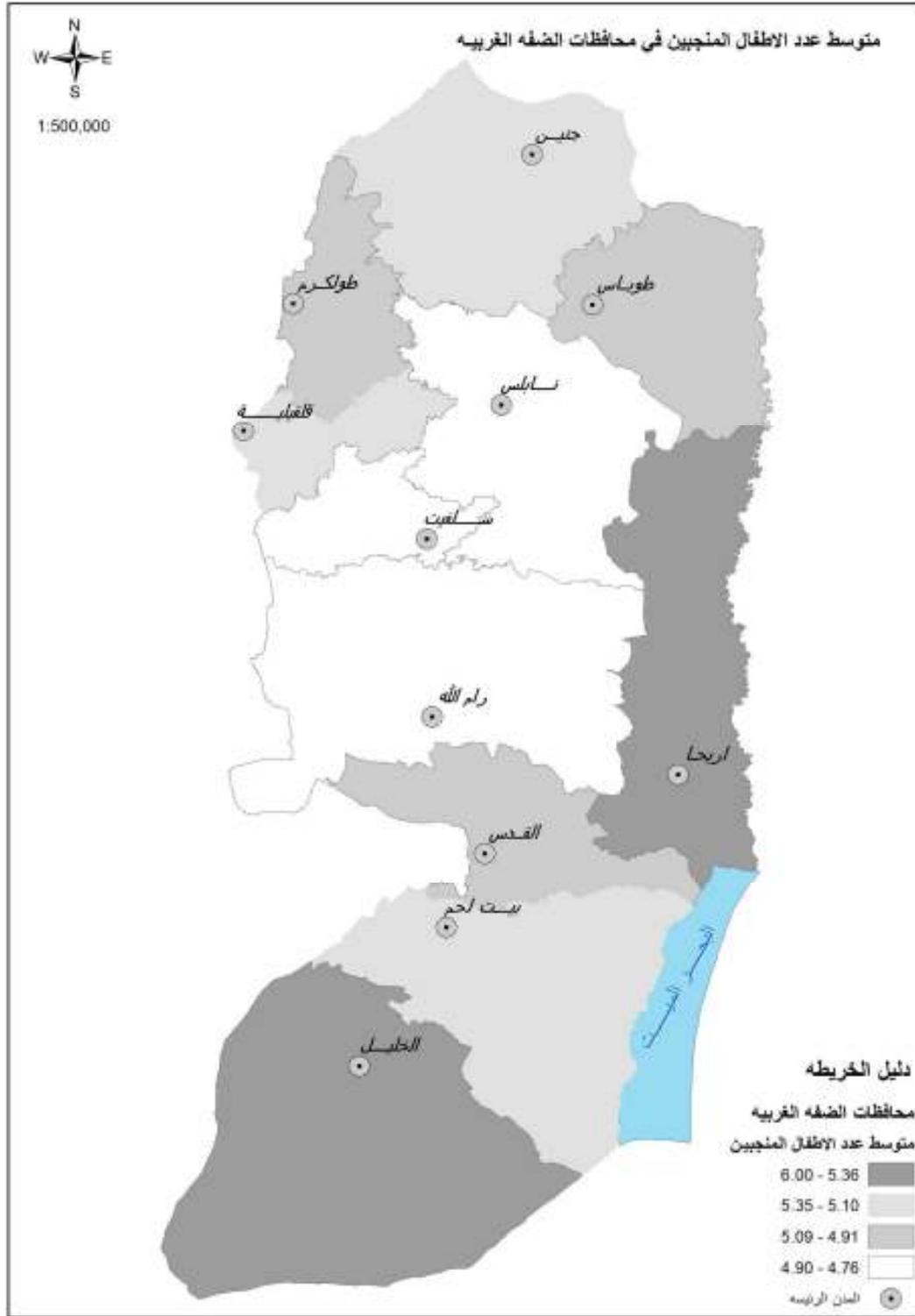
محافظة زراعية، وتوجد بها الأغوار، فهي بحاجة إلى مزيد من الأيدي العاملة، وأن متوسط عدد الأطفال المنجبين الأقل في محافظة سلفيت؛ وذلك لأن محافظة سلفيت صغيرة المساحة، ولا يوجد بها كم من المشاريع والأراضي التي تحتاج إلى الأيدي العاملة.

ولتوضيح تأثير المحافظة التي تعيش بها الأم على متوسط عدد الأطفال المنجبين سيتم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين المحافظة ومتوسط عدد الأطفال المنجبين للأم، ومن خلال نتائج اختبار مربع كاي بين متوسط عدد الأطفال المنجبين والمحافظة في جدول رقم (57)، نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 بين متوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة ومتوسط عدد المواليد للأم؛ وذلك يعود إلى طبيعة الأنشطة الاقتصادية في كل محافظة وما تتطلبه من أيدي عاملة وتبعاً إلى المستويات المعيشية في كل منها.

جدول (48) تأثير المحافظة على متوسط عدد المواليد 2014.

| المحافظة | متوسط عدد المواليد | الانحراف المعياري |
|----------|--------------------|-------------------|
| جنين | 5.35 | 2.397 |
| طوباس | 5.09 | 2.026 |
| طولكرم | 4.97 | 2.089 |
| نابلس | 4.80 | 1.812 |
| قلقية | 5.22 | 2.130 |
| سلفيت | 4.76 | 1.891 |
| رام الله | 4.90 | 2.089 |
| أريحا | 5.81 | 2.574 |
| القدس | 5.05 | 2.009 |
| بيت لحم | 5.29 | 2.193 |
| الخليل | 6.00 | 2.547 |

المصدر: -من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.



خارطة (2) متوسط عدد الاطفال المنجيين في محافظات الضفة الغربية لعام 2014.

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

2.3.7 المستوى التعليمي للأم

إن المستوى التعليمي للأم يلعب دورا كبيرا في التأثير على صحتها، وبالتالي يؤثر على عدد مواليدها، فكلما ارتفع مستواها التعليمي أصبح لديها القدرة على التفكير والمعرفة بقضايا الصحة الإنجابية وكيفية ممارستها في مرحلة الإنجاب، وكلما ارتفع المستوى التعليمي للأم زاد الوعي العام لها.

يتبين من الجدول رقم (49) أن العلاقة عكسية بين المستوى التعليمي ومتوسط عدد الأولاد، حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون -0.359 على مستوى المعنوية 0.05 أي أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم انخفض متوسط عدد المواليد لها.

وهذا يعطي انطباعا أن النساء اللواتي مستواهن التعليمي عال يتمتعن بالقدرة الصحية العالية أكثر وزيادة الثقافة الإنجابية لديهن أكبر حرصا على حياتهن وحياة أطفالهن.

ولتوضيح تأثير المستوى التعليمي على متوسط عدد المواليد للمرأة تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية بين المستوى التعليمي للأم وعلى متوسط عدد المواليد لها، ومن خلال نتائج اختبار مربع كاي في جدول (57) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 بين المستوى التعليمي للأم ومتوسط عدد المواليد للمرأة لها.

ويعود ذلك إلى تفكير الفتاة المتعلمة في ارتفاع الخصائص الاجتماعية والاقتصادية في شريك حياتها، مما يؤدي إلى تأخر سن الزواج لها، وبالتالي تقليل فترة القدرة على الإنجاب من (15-49) سنة وتكون المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة أكثر والمباعدة بين فترات الحمل.

والفتاة المتعلمة أكثر قدرة على التخلص من بعض العادات والأفكار التي تدعو إلى إنجاب المزيد من الأطفال للمباهاة والمفاخرة، دون إعطاء الاهتمام لتربية الأطفال وتنشئتهم تنشئة صحيحة، والسعي إلى إنشاء أسرة متواضعة في حجم أفرادها.

كما أن مساهمة المرأة المتعلمة في سوق العمل عادة تكون أكثر من المرأة غير المتعلمة، ولذلك يكون ارتباطها في العمل أكثر مما يجعلها تنتظر إلى حجم أسرتها نظراً لمختلفة عن الأخرى، وتسعى إلى التقليل من حجم أسرتها.

جدول (49) متوسط عدد المواليد للمرأة حسب المستوى التعليمي لها 2014.

| المستوى التعليمي | متوسط عدد المواليد | الانحراف المعياري |
|------------------|--------------------|-------------------|
| ما قبل المدرسة | 2.00 | .000 |
| ابتدائي | 6.64 | 2.190 |
| إعدادي | 5.94 | 2.125 |
| ثانوي | 5.15 | 2.122 |
| العالي | 3.96 | 1.783 |
| المجموع | 5.27 | 2.232 |

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2010، فكلما زاد المستوى التعليمي انخفض متوسط عدد المواليد لها، حيث بلغ متوسط عدد المواليد 9.29 طفلاً للمرأة مستواها التعليمي (ما قبل المدرسة)، ثم انخفض متوسط عدد المواليد إلى 4.24 للمرأة التي مستواها التعليمي (تعليم عالي).¹

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة خضر عودة عن مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية لعام 1998، حيث بلغ متوسط عدد المواليد 8.1 طفلاً للمرأة التي مستواها التعليمي (أمي)، ثم انخفض متوسط عدد المواليد إلى (2.7) طفلاً للمرأة التي مستواها التعليمي (جامعي).²

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة عدنان مالول عن مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997م، حيث بلغ متوسط عدد المواليد (4.37) طفلاً للمرأة التي

¹ <http://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2113.pdf> 22-3-2016

² عودة، خضر. مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية لعام 1998. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 1998م.

مستواها (ابتدائي فما دون)، ثم انخفض متوسط عدد المواليد إلى (2.1) طفل للمرأة التي
مستواها التعليمي (دراسات عليا).¹

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة ميساء نصر عن الخصوبة في محافظة طولكرم لعام
2010، حيث بلغ متوسط عدد المواليد (5.05) طفل للمرأة التي مستواها (ابتدائي فما دون)، ثم
انخفض متوسط عدد المواليد إلى (2.5) طفلا للمرأة التي مستواها التعليمي (دراسات عليا).²

وتتفق هذه الدراسة مع دراسة محمد يعقوب عن العوامل الاجتماعية والاقتصادية
المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله لعام 2004، حيث بلغ متوسط عدد المواليد
(11.8) طفلا للمرأة التي مستواها التعليمي (أمي)، ثم انخفض متوسط عدد المواليد إلى (1.91)
طفلا للمرأة التي مستواها التعليمي (جامعي).³

3.3.7 عامل الرغبة في الإنجاب

تلعب رغبة الأم في الإنجاب دورا كبيرا في متوسط عدد المواليد لها، ورغبة الأم في
الإنجاب تتبع عدة أبعاد وهي؛ البعد الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والصحي.

تبين من الجدول (50) أنه كلما زاد متوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة قلت الرغبة
عندها بالإنجاب، وذلك يعود لأن المرأة تكون قد اكتفت بالعدد المتوفر عندها من الأطفال
المنجبين.

ولتوضيح تأثير الرغبة في الإنجاب على متوسط عدد المواليد للمرأة سيتم اختبار
الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية بين الرغبة
في الإنجاب وعلى متوسط عدد المواليد لها ومن خلال نتائج اختبار مربع كاي في جدول رقم

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

² نصر، ميساء. الخصوبة في محافظة طولكرم. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 2010م.

³ يعقوب، محمد. العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله. رسالة ماجستير غير
منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 2004م.

(57) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين الرغبة في الإنجاب ومتوسط عدد المواليد للمرأة لها.

كلما زاد متوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة قلت الرغبة في الإنجاب عندها لأنها تكون قد حققت رغبتها في الإنجاب والحصول على العدد المرغوب فيه من الأطفال.

ومع تطور وسائل التواصل الاجتماعي تغيرت الكثير من العادات والأفكار لدى النساء بالرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال للمباهاة فقط، وإنما أصبحت الرغبة في إنجاب أطفال أقل حتى يتم تنشئتهم وتعليمهم و تربيتهم تربية صالحة.

جدول (50) متوسط عدد المواليد حسب رغبة الأم في الإنجاب 2014.

| الانحراف المعياري | المتوسط | الرغبة في الإنجاب |
|-------------------|---------|-------------------------|
| 1.573 | 3.31 | فيما بعد |
| 1.981 | 5.93 | لم أرغب في إنجاب المزيد |
| 2.280 | 4.62 | المجموع |

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010 حيث بلغ متوسط عدد المواليد للمرأة التي لم ترغب في إنجاب المزيد من الأطفال (7.03) طفلاً، ثم انخفض متوسط عدد المواليد للمرأة التي ترغب في الإنجاب فيما بعد (4.61) طفلاً.¹

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع دراسة الباحث خضر عودة 1998 بأنه كلما زاد عدد الأطفال المنجبين للمرأة قلت رغبة الأم في الإنجاب، حيث تبين أن متوسط عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم للمرأة وليس لديها أطفال 3.75، ثم انخفض هذا

¹ <http://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2113.pdf> 22-3-2016

المتوسط لمرأة أنجبت أربعة ذكور دون إناث إلى 1.33، ثم انخفض هذا المتوسط لمرأة أنجبت أربعة أطفال ذكور وأربع إناث إلى 0.40¹.

1.3.3.7 المدة التي كانت ترغب في انتظارها للإنجاب

وهي المدة التي ترغب الأم في انتظارها سواء بالأشهر أو السنوات للمباعدة ما بين الولادة والولادة التي تليها وذلك تبعا لعدة عوامل اجتماعية واقتصادية وثقافية.

تبين من الجدول رقم (51) أن العلاقة طردية قوية بين متوسط عدد الأطفال المنجبين للأم والمدة التي ترغب الأم في انتظارها للإنجاب؛ حيث بلغ معامل ارتباط بيرسون $+0.399^{**}$ على مستوى المعنوية 0.05، فكلما زاد متوسط عدد الأطفال المنجبين زاد المدة التي ترغب الأم في انتظارها في الإنجاب.

ولتوضيح تأثير المدة التي ترغب الأم في انتظارها للإنجاب على متوسط عدد المواليد للمرأة سيتم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين المدة التي ترغب الأم في انتظارها للإنجاب وعلى متوسط عدد المواليد لها، ومن خلال نتائج اختبار مربع كاي في جدول رقم (57) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة، التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 بين المدة التي ترغب الأم في انتظارها للإنجاب ومتوسط عدد المواليد للمرأة لها.

وهذا يعود إلى أن المرأة التي لديها عدد أطفال أكبر تريد أن تباعد بين الأطفال؛ لأنها تكون غالبا قد حصلت على العدد المرغوب به من الأطفال، أما المرأة التي لم تكن قد حصلت على العدد المرغوب به من الأطفال فهي ترغب بالحصول على ذلك في خلال فترة قصيرة، وهذا يشير إلى عدم وجود تباعد ما بين المواليد.

¹ عودة، خضر. مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 1998م.

جدول (51) متوسط عدد المواليد حسب المدة التي ترغب المرأة في انتظارها 2014.

| الانحراف المعياري | المتوسط | المدة التي كانت المرأة ترغب في انتظارها في الأشهر ١ السنوات |
|-------------------|---------|---|
| 1.242 | 2.60 | أشهر |
| 1.735 | 4.09 | سنوات |
| 1.291 | 3.67 | لا أعرف |
| 1.731 | 4.06 | المجموع |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

2.3.3.7 أثر الإجهاض والإسقاط على عدد الأطفال المنجبين للمرأة

بلغت نسبة النساء التي انتهت حالة الحمل لها بمولود ميت 25.6% حسب بيانات المسح

العنقودي متعدد المؤشرات 2014 سواء من خلال الإسقاط والإجهاض.

1- الإجهاض

يعرف الإجهاض حسب الجهاز الإحصائي المركزي الفلسطيني بأنه الإنهاء المبكر للحمل، أي حمل انتهى إراديا خلال الأشهر الخمسة الأولى من الحمل، وعلى الرغم من أن القيام بعملية الإجهاض إراديا إلا أنه يترك آثارا سلبية على الأم صحياً ونفسياً واجتماعياً.

أ- الوسيلة التي قامت بها الأم لإنهاء الحمل

أي الوسيلة التي قامت بواسطتها المرأة بإنهاء حملها إراديا.

تبين من الجدول رقم (52) أنه يوجد تفاوت بين النساء حول الوسيلة التي تقوم باستخدامها لإنهاء الحمل، حيث كان استخدام وسيلة حمل وزن ثقيل لإنهاء الحمل هي أعلى استخدام بين النساء، حيث يعتبر ذلك نوعا من الإجهاض الجنائي، ولكن هذا النوع لا يفقد الجنين إلا إذا كان هناك سبب آخر؛ أي أن الإجهاض بهذه الوسيلة ليس محتوما، ولا يترك تأثيرا على الجنين في حال بقاءه على قيد الحياة، وهذا هو سبب لجوء أغلب النساء لهذه الطريقة، ثم تليها الوسائل الأخرى كتناول بعض الأعشاب والمأكولات المسببة بالإجهاض كالقرفة وبذور السم

والأناناس والبقدونس، ثم تناول الحبوب؛ وهي الوسيلة الأكثر أمانا وفعالية للقيام بإجهاض الطفل، واستخدام وسيلة ضرب البطن هي الأدنى استخداما لإنهاء الحمل؛ لأن استخدام هذه الوسيلة قد يعرض الجنين للإعاقة مع بقاءه على قيد الحياة.

جدول (52) نسبة قيام النساء باستخدام الوسائل المختلفة لإجهاض الجنين 2014.

| لا | نعم % | الأمر الذي قامت به لإنهاء الحمل. |
|------|-------|----------------------------------|
| 75.8 | 24.2 | تناول الأدوية (حبوب) |
| 63.6 | 36.4 | حمل وزن ثقيل |
| 81.8 | 18.2 | ضرب البطن |
| 69.7 | 30.3 | أخرى |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

ب- السبب وراء قيام الأم بالإجهاض

إن قيام الأم بإنهاء حملها إراديا لا بد له من دافع وسبب لقيامها بذلك العمل؛ لأنه ليس من السهل عليها فقدان قطعه من روحها. يتبين من الجدول (53) أن الدافع الأكبر في قيام الأم بالإجهاض كان تحت سبب غير ذلك قد يشمل أسباب صحية كحدوث تجلط دم، أو تكيس المبايض أو حدوث تشوهات في الرحم، وأسباب نفسية قد تكون غير مهيئة لاستقبال مولود جديد، أو أسباب تعليمية، فكلما زاد المستوى التعليمي للأم وأصبحت مشاركة للرجل في سوق العمل تكون رغبتها بالإجهاض أكثر حتى لا تتشغل بالمولود الجديد عن تحقيق طموحها، والدافع الأدنى في قيام الأم بالإجهاض كان بسبب الظروف الاقتصادية، لأنه مهما كان المستوى المعيشي متدنيا إلا أن الأم لا تتخلى عن جنينها مهما كلف الأمر.

جدول (53) نسبة قيام النساء بالإجهاض حسب سبب قيامها بذلك 2014.

| % | سبب قيامها بالإجهاض |
|------|---------------------|
| 8.6 | عدم الرغبة بالحمل |
| 5.7 | الظروف الاقتصادية |
| 85.7 | غير ذلك |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وأشار الباحث خضر عودة 1998 في دراسته إلى أن 1.8% من نساء محافظة قلقيلية قامت بالإجهاض لأسباب صحية أو قد يكون الحمل خطرا على حياة الأم.¹

ج- مكان الإجهاض

هو المكان الذي تقوم به الأم بإجهاض نفسها، حيث تبين من الجدول (54) أنه يوجد هناك تفاوت بين النساء في مكان قيامها بالإجهاض، حيث كان المنزل أكثر مكان تقوم به المرأة بإجهاض نفسها، وكان المركز الصحي هو أدنى مكان تقوم به الأم بإجهاض نفسها؛ وذلك يعود إلى أن قيامها بعملية الإجهاض في المنزل يجنبها المساءلة القانونية عن سبب قيامها بالإجهاض خاصة إذا كان سبب قيامها بالإجهاض غير صحي، ويتم المحاولة بإقناعها بالتراجع عن قرارها، على الرغم من أن الإجهاض في المنزل قد يعرضها لمضاعفات لا تستطيع السيطرة عليها.

جدول (54) نسبة النساء حسب مكان قيامها بالإجهاض 2014.

| مكان الإجهاض | % |
|--------------|------|
| مستشفى | 25.0 |
| مركز صحي | 5.0 |
| المنزل | 70.0 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

د- تأثير الإجهاض على الرغبة في الإنجاب

تبين من الجدول رقم (55) أنه كلما زاد عدد حالات الإجهاض لدى الأم قلت الرغبة لديها في إنجاب المزيد من الأطفال.

ولتوضيح تأثير عدد حالات الإجهاض على الرغبة في الإنجاب تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية بين الرغبة في

¹ عودة ، خضر . مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية .رسالة ماجستير غير منشورة ،جامعة النجاح الوطنية ، نابلس، 1998م.

الإنجاب و عدد حالات الإجهاض، ومن خلال نتائج اختبار مربع كاي في جدول رقم(57) نقبل الفرضية الصفرية.

وذلك يعود إلى أن إجهاض المرأة يترك تأثيرا سلبيا على صحتها خاصة إذا قامت بالإجهاض أكثر من مرة، ويترك تأثيرا على صحتها النفسية لأنها قامت بالإجهاض بيدها وبكامل إرادتها فتحس بتأنيب الضمير، كما يؤثر على صحتها الجسدية، فقد تحرم نفسها من الإنجاب لاحقا وكذلك على الواقع الاجتماعي لها سينظر الناس نظرة سلبية اتجاهها لأنها قامت بالتخلي عن طفلها بكامل إرادتها.

جدول (55) نسبة الرغبة في الإنجاب حسب عدد حالات الإجهاض للمرأة 2014.

| عدد الحالات التي انتهت بالإجهاض % | | | الرغبة في الإنجاب |
|-----------------------------------|------|------|-------------------------|
| 3 | 2 | 1 | |
| 0.0 | 25.0 | 75.0 | فيما بعد |
| 27.3 | 18.2 | 54.5 | لم أرغب في إنجاب المزيد |
| 15.8 | 21.1 | 63.2 | المجموع |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

2- الإسقاط

يعرف الإسقاط حسب الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بأنه "حالات الحمل التي تنتهي بشكل مبكر وغير طوعي خلال أول 5 أشهر من الحمل". وتحدث عملية الإسقاط لعدة أسباب؛ كضعف القدرة الجسدية لدى الأم، وعدم قدرتها على الحمل وخاصة إذا كان الحمل الأول لها وغير مؤهلة نفسيا للحمل.

تبين من الجدول (56) كلما زادت عدد حالات الاجهاض والاسقاط للام قلّة رغبتها بالانجاب، ولتوضيح تأثير عدد حالات الإسقاط على الرغبة في الإنجاب تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 بين الرغبة في

الإنباب و عدد حالات الإسقاط و من خلال نتائج اختبار مربع كاي في جدول رقم(57) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 بين عدد حالات الإسقاط والرغبة في الإنباب.

ويعود ذلك إلى أن زيادة عدد حالات الإسقاط للمرأة يزعزع من ثقتها بنفسها بعدم ثبات حملها وعدم القدرة على الإنباب، وكلما زادت حالات الإسقاط للمرأة قلت نسبة ثبات حملها، و قد يكون سبب الإسقاط لكبر سنها وعدم التكوين الكامل للجنين أي وجود عيوب خلقية فيه، وقد يشكل الحمل خطرا على صحتها، وكثرة الإسقاط يؤدي إلى مضاعفات عديدة تجنبها التفكير في الحمل.

جدول (56) نسبة الرغبة في الإنباب حسب عدد حالات الإسقاط للمرأة 2014.

| عدد حالات التي انتهت بالإسقاط % | | | | الرغبة في الإنباب |
|---------------------------------|------|------|---------|-------------------------|
| 4 | 2 | 1 | لا يوجد | |
| 0.0 | 12.5 | 0.0 | 87.5 | فيما بعد |
| 9.1 | 9.1 | 36.4 | 45.5 | لم أرغب في إنباب المزيد |
| 5.3 | 10.5 | 21.1 | 63.2 | المجموع |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وأشار الباحث خضر عودة أن 18.6% من النساء في محافظة قاقيلة قامت بالإسقاط

لأسباب صحية تعرضت لها أثناء الحمل أو بسبب حوادث مختلفة تعرضن لها.¹

¹ عودة، خضر. مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قاقيلة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 1998م.

جدول (57) نتائج تحليل مربع كاي بين متوسط عدد الأطفال المنجبين ومجموعة من المتغيرات المستقلة 2014

| المتغير | قيمة مربع كاي | درجات الحرية | مستوى المعنوية |
|-----------------------------|---------------|--------------|----------------|
| مكان السكن حسب التجمع | 4.126 | 2 | .460 |
| مكان السكن حسب المحافظة | 10.755 | 10 | *.000 |
| المستوى التعليمي | 2891.793 | 3 | *.000 |
| الرغبة في الإنجاب | 657.879 | 2 | *.000 |
| المدة التي ترغب في انتظارها | 11.198 | 2 | *.010 |
| عدد حالات الإجهاض | 5.646 | 6 | *.464 |
| عدد حالات الإسقاط | 43.901 | 14 | *.000 |

*دالة على مستوى المعنوية 0.05

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014

الفصل الثامن

وسائل تنظيم الأسرة

1.8 المقدمة

2.8 النساء اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل حاليا

3.8 الوسيلة التي تستخدمها الأم لتجنب الحمل أو تأجيله

الفصل الثامن

وسائل تنظيم الأسرة

1.8 المقدمة

يقصد بوسائل تنظيم الأسرة حسب الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني هي الوسائل التي يمكن أن يستخدمها الزوجان أحدهما أو كلاهما دون إكراه أي منهما وبواسطتها يمكن تجنب أو تأخير الحمل.

عندما يقرر الزوجان تنظيم النسل والتباعد بين الأطفال المنجبين لتشكيل أسرة نموذجية يتم اختيار الوسيلة المناسبة للزوجة بحيث لا تترك أي تأثير سلبي على الصحة سواء كانت وسيلة طبيعية أم صناعية، وعادة ما يتم القيام بذلك تحت استشارة الطبيب المختص الذي لديه فكرة بالوضع الصحي للمرأة.

2.8 النساء اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل حالياً

إن قيام الأم باستخدام وسيلة لتأخير الحمل أمر ضروري لصحتها حتى لا تتعرض لمضاعفات صحية لأن إنجاب الطفل يكون على حساب صحة الأم خاصة إذا كان الإنجاب بطريقة متتالية، فالأم معرضة أكثر إلى متاعب كضعف الدم وهشاشة العظام إلا أنه قد نجد تفاوتاً بين النساء حول قيامها باستخدام وسيلة لتنظيم الحمل.

رغبة تجنب الحمل أو تأخيره عند النساء تختلف من امرأة إلى أخرى تبعاً لعدة عوامل كعدد الأطفال الباقيين أحياء لديها والمستوى المعيشي وغيرها من العوامل قد نجد تفاوتاً بين النساء في استخدام وسيلة لتجنب الحمل أو تأخيره.

تبين من الشكل (11) ارتفاع نسبة النساء التي قامت باستخدام وسائل لتأخير الحمل في العام 2014 عن العام 2010 وهذا يعود إلى عدة عوامل وهي؛ المستوى التعليمي للأم، فكلما كان المستوى التعليمي للأم أعلى زادت معرفتها بالثقافة الإنجابية وإيمانها بأن استخدام وسائل منع

الحمل لتنظيم أسرتها حق من حقوقها، إضافة إلى سهولة استخدام وسائل الحمل وتكلفة شرائها فهي تباع بسعر رمزي، وإذا تم استخدام وسيلة طبيعية لا يوجد تكلفة بتاتا، وكذلك ارتفاع مشاركة المرأة للرجل بسوق العمل مما يشجعها على استخدام وسائل منع الحمل حتى تكون قادرة على الموزان ما بين مسؤولية الأطفال، وعملها بالخارج، وارتفاع المستوى المعيشي يجبر الزوجين على استخدام منع الحمل حتى يعطى كل طفل حقه بجميع الاحتياجات، وأصبح اكتفاء الأمهات بعدد قليل من الأطفال نوعا من البرستيج والرقى أكثر خلافا لما كان بالسابق.

ارتفع معدل استخدام وسائل منع الحمل على الصعيد العالمي من 59% في الفترة 1995-1990 إلى 63% في الفترة 2000-2006.¹

وبلغ استخدام وسائل منع الحمل في دول العالم لعام 2000 (61.4% في الجزائر، 60.3% جنوب إفريقيا، 43.7% ناميبيا، 78.2% كولومبيا، 49.8% في العراق، 71.0% في تركيا، 55.8% الأردن، 70.9% المكسيك، 72.8% الولايات المتحدة الأمريكية).²

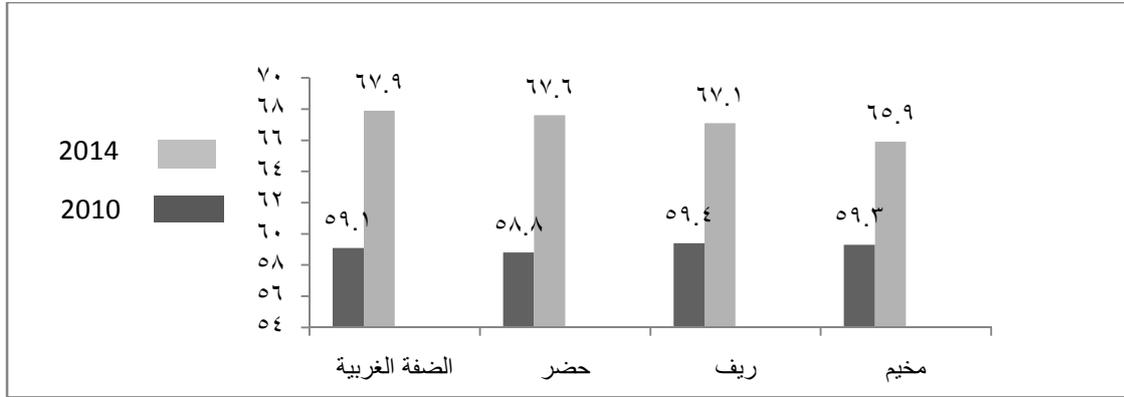
تبين من الشكل (11) ارتفاع نسبة استخدام النساء لوسائل منع الحمل في التجمعات السكانية الثلاثة مع وجود تفاوتات بسيطة فيما بينها، وذلك يعود لعدم وجود تفاوت ما بين النساء من حيث مستويات التعليم وظروف الحياة الاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي يعيشونها بسبب تطور وسائل التواصل الاجتماعي ومواكبة التطور التكنولوجي العالمي والوصول إلى الخدمات.

ولإثبات الفروق ما بين النساء على مستوى التجمع في نسبة استخدامها لوسيلة منع الحمل تم اختبار الفرضية الصفرية التالية: لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى التجمع في نسبة استخدامها لوسيلة منع الحمل ومن خلال النتائج مربع كاي في جدول رقم (65) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة

¹ http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/AR_WHS09_Full.pdf 25-6-2016 .

² http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/AR_WHS09_Full.pdf 25-6-2016.

التي تقول: يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى التجمع في نسبة استخدامها لوسيلة منع الحمل.



شكل (11) نسبة النساء اللواتي استخدمن وسائل منع الحمل حاليا 2014.2010

المصدر: من عمل الباحثة استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2014 ومسح الأسرة الفلسطيني 2010.

تبين من الجدول (58) وجود تفاوت بين نساء المحافظات لاستخدام وسيلة لمنع الحمل حاليا، حيث كان أعلاها في قلقيلية؛ وذلك لعدم وجود فرص عمل لدى سكانها، فأغلب أبنائها يذهبون للعمل في المحافظات المجاورة لها، كما أن صغر مساحتها لا تساعد على عمل المشاريع الاقتصادية، ونسبة استخدام نساء محافظة رام الله لوسائل منع الحمل عالية أيضا؛ وذلك يعود لتوفر الخدمات الصحية ومركز الأمومة والطفولة فيها بشكل واسع مما يشجع النساء على القيام بذلك، وارتفاع المستوى المعيشي فيها عن باقي محافظات الضفة الغربية، وأدناها في محافظتي أريحا وطوباس؛ لأنهما تعتمدان على الزراعة، والعمال بحاجة لمزيد من الإنجاب، وبالتالي استخدامهم لوسائل منع الحمل قليل مقارنة مع باقي المحافظات، إضافة إلى ارتفاع نسبة الأمية حيث بلغت نسبتها لعام 2014 في محافظة طوباس (5.5%)¹ وأريحا (6.0%)² فيما بلغت نسبتها في رام الله (3.4%)³ وقلقيلية (3.3%)⁴.

¹ الجهاز المركزي الفلسطيني، 2015. كتاب محافظات شمال الضفة الغربية الإحصائي السنوي، 2014. رام الله- فلسطين.

² المرجع السابق.

³ المرجع السابق.

⁴ المرجع السابق.

ولإثبات الفروق ما بين النساء على مستوى المحافظة في نسبة استخدامها لوسيلة منع الحمل تم اختبار الفرضية الصفرية التالية:- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء على مستوى المحافظة في نسبة استخدامها لوسيلة منع الحمل ومن خلال نتائج مربع كاي في جدول رقم (59) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء على مستوى المحافظة في نسبة استخدامها لوسيلة منع الحمل.

جدول (58) نسبة قيام النساء باستخدام وسيلة لتأخير الحمل حاليا لعام 2014

| المحافظة | نعم | لا |
|----------|------|------|
| جنين | 68.4 | 31.2 |
| طوباس | 61.6 | 38.4 |
| طولكرم | 70.3 | 29.7 |
| نابلس | 66.6 | 33.4 |
| قلقيلة | 75.4 | 27.6 |
| سلفيت | 69.0 | 31.0 |
| رام الله | 73.2 | 26.8 |
| أريحا | 52.2 | 47.8 |
| القدس | 68.5 | 31.5 |
| بيت لحم | 67.9 | 32.1 |
| الخليل | 65.9 | 34.0 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2014.

جدول (59) نتائج تحليل مربع كاي ما بين تأثير نوع التجمع والمحافظة على المتغير التالي
2014.

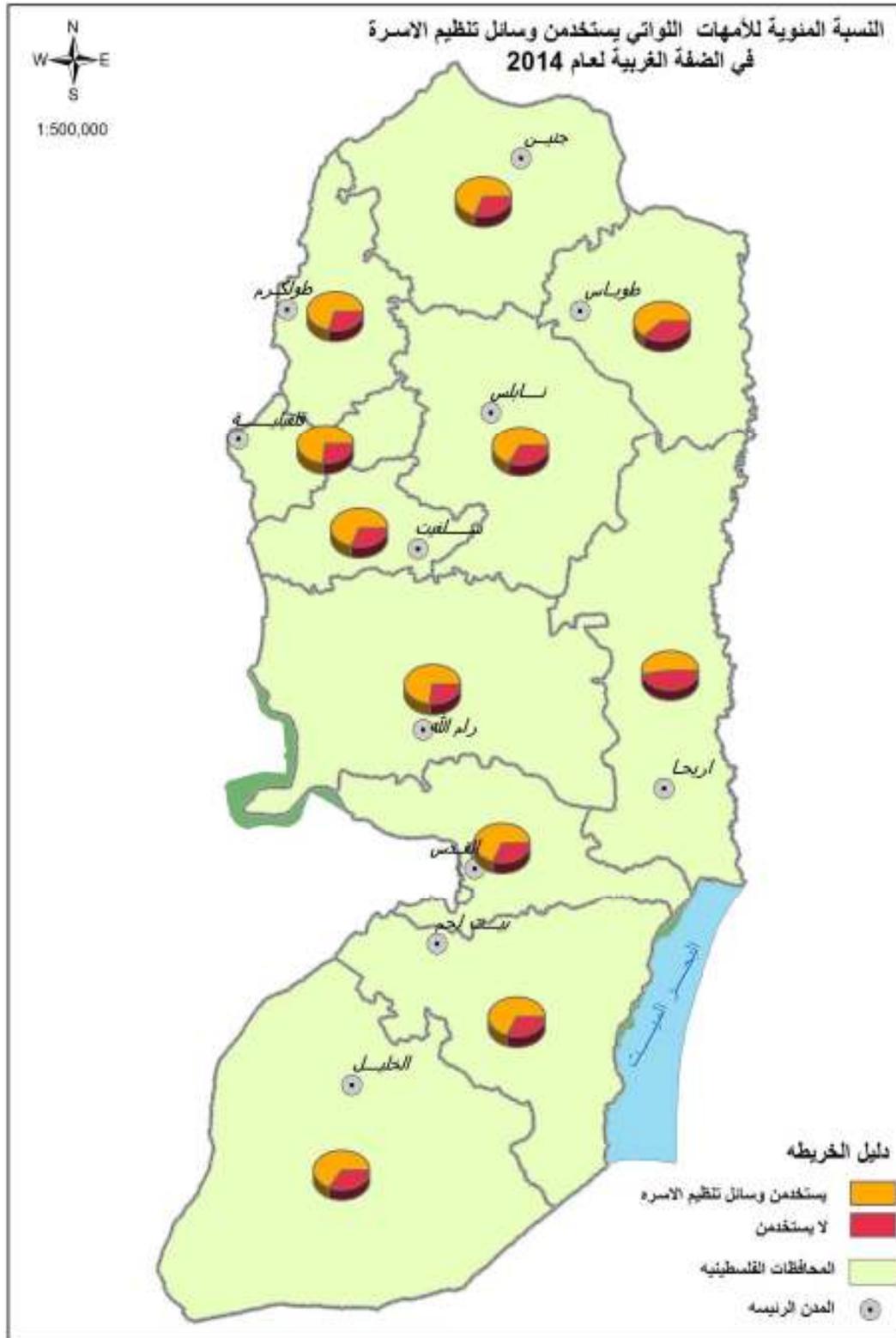
| المحافظة | | | نوع التجمع | | | المتغير |
|-------------------|----|---------------------|-------------------|---|------------------|---|
| مستوى المعنوية | F | قيمة مربع كاي | مستوى المعنوية | F | قيمة مربع كاي | |
| *.000 | 20 | 48.850 | *.000 | 4 | 33.431 | النساء اللواتي استخدمن وسيلة منع الحمل |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع مسح الأسرة الفلسطيني 2010¹ بوجود تفاوت بين نساء المحافظات في نسبة قيامها باستخدام وسيلة لتأخير الحمل، حيث كان أعلاها في بيت لحم (67.7%) وذلك لوجود نسبة عالية من السكان المسيحيين في هذه المحافظة، وأدناها في الخليل (51.7%) وذلك يعود إلى رغبة الكبيرة لدى سكان محافظة الخليل في الإنجاب، وهذا ما اتضح عند دراسة متوسط عدد الأطفال المنجبين.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج دراسة خضر عودة 1998² بعنوان "مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية"، تبين أن 51.4% من مجموع النساء في المحافظة عرفن واستخدمن الوسائل المختلفة، وهذا يعني استمرار استخدام النساء في محافظة قلقيلية لوسائل منع الحمل.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين .
² عودة، خضر. مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 1998م.



خارطة (3) النسبة المئوية للمهات اللواتي يستخدمون وسائل تنظيم الأسرة في الضفة الغربية لعام 2014.

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

1.2.8 العوامل المؤثرة في نسبة استخدام الأم لوسائل منع الحمل

1- عدد الأطفال المنجبين للمرأة

يقصد بعدد الأطفال المنجبين للمرأة هو عدد الأطفال الأحياء للأم، ويلعب ذلك العامل دوراً في التأثير على نسبة استخدام الأم لوسائل منع الحمل، حيث تبين من الجدول رقم (60) أنه كلما زاد عدد الأطفال المنجبين للمرأة زادت نسبة استخدامها لوسائل منع الحمل، وذلك يعود إلى اكتفاء الأم بعدد الأطفال المنجبين لها وعدم قدرتها الجسدية خاصة مع تقدم العمر على إنجاب المزيد من الأطفال، وعدم القدرة على تحمل أعباء وتكاليف الحمل والولادة من جديد.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال المنجبين تم اختبار الفرضية الصفرية التالية:- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال المنجبين، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في جدول رقم (61) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول بوجود فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال المنجبين.

جدول (60) نسبة استخدام النساء لوسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال المنجبين لها 2014.

| عدد الأطفال المنجبين | نسبة استخدام الأم لوسائل تنظيم الأسرة |
|----------------------|---------------------------------------|
| 0-4 | 65.7 |
| 5-9 | 80.6 |
| أكثر من 10 | 78.2 |

المصدر: من عمل الباحثة استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

جدول (61) نتائج تحليل مربع كاي ما بين عدد الأطفال المنجبين والمتغير التالي 2014.

| المتغير | قيمة مربع كاي | F | مستوى المعنوية |
|-------------------------------|---------------|---|----------------|
| استخدام الأم لوسائل منع الحمل | 299.443 | 4 | .000 |

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

2- المستوى التعليمي للأم

يقصد بمستوى التعليم هو أعلى مرحلة دراسة وصلت لها الأم، فكلما كانت الأم ذات مستوى تعليمي عال ينعكس ذلك إيجابيا على ثقافتها ووعيها بقضايا الصحة الإنجابية وزاد تعزيزها لنفسها بأن صحتها كنز لا يجب أن تكون على حساب إنجاب المزيد من الأطفال، وأن من حقها مشاركة الرجل في اتخاذ القرارات، وكلما ارتفع مستوى الأم التعليمي ارتفعت نسبة مشاركتها في سوق العمل، وبالتالي لم يكن لديها الوقت لإنجاب المزيد من الأطفال والاعتناء بهم، فتفضل إنجاب عدد قليل من الأطفال، ويتضح ذلك من الجدول رقم (62) أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم ارتفع نسبة استخدامها لوسائل منع الحمل.

ولتوضيح الفروق ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي للأم تم اختبار الفرضية الصفرية التالية:- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى المعنوية 0.05 ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي للأم، ومن خلال نتائج تحليل مربع كاي في جدول رقم (63) نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرضية البديلة التي تقول يوجد فروق ذات دلالة إحصائية على مستوى الثقة 0.95 ما بين النساء في استخدام وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي.

جدول (62) نسبة استخدام النساء لوسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي لها 2014.

| المستوى التعليمي | نسبة استخدام الأم لوسائل تنظيم الأسرة |
|------------------|---------------------------------------|
| ابتدائي | 3.1 |
| إعدادي | 15.1 |
| ثانوي | 41.7 |
| عالي | 40.5 |

المصدر:- من عمل الباحثة استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

جدول (63) نتائج تحليل مربع كاي ما بين المستوى التعليمي والمتغير التالي 2014.

| المتغير | قيمة مربع كاي | F | مستوى المعنوية |
|----------------------------------|---------------|---|----------------|
| استخدام الأمهات لوسائل منع الحمل | 28947 | 6 | *.000 |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي 2014.

3.8 الوسيلة التي تستخدمها الأم لتجنب الحمل أو تأجيله

يوجد العديد من الوسائل التي تستخدم لمنع الحمل أو تأخيرها؛ كالوسائل الطبيعية وغير الطبيعية والفعالة وغير الفعالة، فاختيار الأم للوسيلة التي تستخدمها لتجنب الحمل يكون تبعاً لعدة عوامل منها العامل الصحي كمدى ملاءمة تلك الوسيلة لصحة المرأة، وعدم ترك أي تأثيرات سلبية عليها، والعامل الاقتصادي أي التكلفة المادية لاستخدامها، وعامل الفعالية أي فعاليتها مضمونة أم لا لتجنب الأم الحمل.

تبين من الجدول (64) أن إقبال نساء الضفة الغربية على استخدام الوسائل الصناعية لتجنب الحمل أكثر من استخدام الوسائل الطبيعية لأن فعاليتها تكون أكبر وأقوى من فعالية الوسائل الطبيعية، ويكون استخدامها محدوداً برغبة الزوجين، وغالباً ما تكون تكلفتها قليلة، وتبين أن أكثر وسيلة صناعية تستخدمها النساء لتجنب الحمل هي اللولب؛ وذلك لأن اللولب له مواصفات إيجابية فهو مانع يدوم لمدة قد تصل إلى 5 سنوات، وليس بحاجة إلى استخدام بشكل يومي كالحبوب، وبالتالي مستوى تكلفته قليلة، ومن تأثيراته السلبية بأن فعاليته مرتبطة بطبيعة جسم المرأة، فإذا لم يتقبل جسم المرأة اللولب قد يسبب لها التهابات وتقرحات في عنق الرحم وبعض الأحيان قد تحمل الأم مع وجود اللولب.

إن أكثر وسيلة طبيعية تستخدمها النساء لمنع الحمل هي وسيلة القذف الخارجي مقارنة مع باقي الوسائل الطبيعية؛ وذلك لأن من أهم ميزات أن فعاليتها تصل إلى 85%، ولا تضر بصحة الرجل والمرأة، وتعتبر آمنة وليست بحاجة إلى استخدام وسيلة منع حمل أخرى خلال استخدامها للتأكد من عدم حدوث حمل.

وتبين من الجدول رقم (64) أن إقبال النساء على استخدام الوسائل الصناعية لتجنب الحمل أكثر من الوسائل الطبيعية على مستوى التجمع، وأن أكثر وسيلة صناعية تستخدمها النساء على مستوى التجمع هي وسيلة اللولب، حيث كان استخدامها في الحضر أكثر لتوفر الخدمات الصحية فيها بشكل أكبر، وحتى يتم وضع لولب يجب الذهاب إلى طبيب مختص

وغالبا ما يتوفر في الحضر أكثر من الريف والمخيم، واستخدام الرضاعة الطبيعية في المخيم والريف أكثر من الحضر؛ وذلك يعود إلى رغبة الأم في الرضاعة وتبعا للعادات والتقاليد في الريف والمخيم أكثر، وكان استخدام فترة الأمان كوسيلة لتجنب الحمل في الريف أكثر رغبة، واستخدام الواقي الذكري كوسيلة في المخيم لأنه يتم تقديمه بشكل مجاني في العيادات، وتبين أن أكثر وسيلة طبيعية تستخدمها النساء على مستوى التجمع هو القذف الخارجي حيث كان استخدامها عند نساء الريف هو الأكثر وذلك لعدم وجود حاجة إلى استشارية طبية أو مساعدة طبية للقيام بذلك ولا يوجد أي تكلفة مالية.

جدول (64) نسبة النساء حسب الوسيلة التي تستخدمها لتجنب الحمل 2014.

| مخيم | ريف | حضر | الضفة الغربية | الوسيلة التي تستخدمها الأم | |
|------|------|------|---------------|----------------------------|--------------|
| 1.8 | 1.5 | 1.3 | 1.4 | التعقيم الأنثوي | وسائل صناعية |
| 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | التعقيم الذكري | |
| 15.8 | 17.4 | 18.3 | 17.8 | اللولب | |
| 0.4 | 0.3 | 0.3 | .3 | الحقن بالإبرة | |
| 4.7 | 4.1 | 3.9 | 4.0 | الحبوب | |
| 4.3 | 2.2 | 2.7 | 2.7 | الواقي الذكري | |
| 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | الواقي الأنثوي | |
| 0.0 | 0.0 | 0.0 | .1 | الغشاء المطاطي | |
| 1.5 | 1.2 | 0.8 | .9 | الرضاعة الطبيعية الحصرية | وسائل طبيعية |
| 1.5 | 3.1 | 2.8 | 2.8 | فترة الأمان | |
| 3.4 | 5.6 | 5.3 | 5.2 | القذف الخارجي | |
| 0.3 | 0.1 | 0.1 | .1 | وسيلة أخرى | |

المصدر: من عمل الباحثة، استنادا إلى بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطيني 2010¹ حيث كان استخدام وسيلة اللولب هي الأكثر في الضفة الغربية (5.6%) وفي التجمعات الثلاثة حيث بلغت نسبة حضر (5.7%) والريف (5.8%) والمخيم (4.2%) وبذلك نلاحظ ارتفاع نسبة استخدام اللولب بين النساء في العام 2014 عن العام 2010 وهذا يعود إلى المميزات التي تم ذكرها بالسابق.

تبين من الجدول رقم (65) وجود تفاوتات بين نساء على مستوى المحافظة في نسبة استخدامها لوسائل تجنب الحمل أو تأخيرها، وأن استخدام وسيلة اللولب هو الأكثر عند جميع المحافظات؛ ويعود ذلك إلى عدة عوامل منها ما له دور فعال في منع الحمل وليس بحاجة إلى تكلفة، واستخدامه أصبح مألوفاً ومعتاداً عليه بين النساء، ومن المشجع لوضعه أنه يتم بمشورة الطبيب، ونساء القدس هن الأكثر استخداماً لوسيلة اللولب؛ ويعود ذلك لتوفر دور رعاية والأمومة فيها بشكل واسع مما يسهل على الأم استخدام الوسيلة الأكثر مناسبة لها، ويعود لرغبة الأم في اختيار الوسيلة ضمن ظروفها المحيطة بها، ونساء طوباس هن أقل استخداماً ويعود ذلك لمدى توفر الخدمة الطبية المساعدة في وضع اللولب للأم، ويعود لرغبة الأم بفترة منع الحمل، فوضع اللولب يمنعها من الحمل حوالي 5 سنوات.

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين.

جدول (65) نسبة استخدام النساء لوسائل تجنب الحمل أو تأخيرها حسب المحافظة 2014.

| المحافظات | | | | | | | | | | |
|---------------------|-------|-------|-------|----------|-------|---------|-------|---------|-------|--------|
| الوسيلة | القدس | الغزة | الرفح | رام الله | سلفيت | قلقيلية | نابلس | الموادم | طوباس | الجنين |
| التعقيم الأنثوي | 2.0 | 1.5 | 3.0 | 2.6 | 1.4 | 0.2 | 0.8 | 1.6 | 1.2 | 0.7 |
| اللولب | 17.7 | 11.4 | 13.2 | 18.4 | 14.7 | 17.1 | 18.4 | 15.9 | 17.6 | 22.0 |
| الحقن بالإبرة | 0.4 | 0.0 | 0.6 | 0.2 | 0.7 | 0.0 | 0.5 | 0.3 | 0.2 | 0.3 |
| الحبوب | 6.1 | 6.0 | 5.4 | 4.1 | 5.6 | 7.3 | 3.7 | 3.1 | 2.3 | 3.3 |
| الواقى الذكوري | 1.9 | 2.2 | 2.6 | 2.7 | 2.8 | 2.2 | 3.4 | 3.7 | 2.6 | 3.7 |
| الواقى الأنثوي | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| الرضاعة الطبيعية | 0.9 | 0.6 | 0.3 | 0.3 | 0.2 | 0.7 | 1.1 | 1.8 | 1.7 | 0.9 |
| فترة الأمان | 3.7 | 2.6 | 1.0 | 2.6 | 5.1 | 2.4 | 2.9 | 3.1 | 2.9 | 1.8 |
| القذف الخارجي | 5.1 | 3.2 | 8.0 | 3.9 | 3.3 | 4.4 | 7.9 | 6.3 | 3.3 | 6.6 |
| وسيلة أخرى | 0.4 | 0.0 | 0.0 | 0.1 | 0.0 | 0.0 | 0.3 | 0.3 | 0.1 | 0.0 |

المصدر: من عمل الباحثة، استناداً إلى بيانات المسح العنقودي 2014.

وتتفق نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج مسح الأسرة الفلسطينية 2010¹ في وجود تفاوت بين النساء في نسبة استخدامها للوسائل تجنب الحمل أو تأخيرها، فوسيلة اللولب هي الأكثر استخداماً عند النساء، حيث كانت نساء قلقيلية هن الأكثر استخداماً، حيث بلغت نسبة استخدامها لوسيلة اللولب (8.9%).

¹ الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2013. مسح الأسرة الفلسطيني 2010، التقرير الرئيسي. رام الله- فلسطين.

وبمقارنة نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2014 مع نتائج دراسة خضر عودة
1998¹ بعنوان "مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية"، تبين أن استخدام وسيلة
اللولب لمنع الحمل هي الأكثر عند نساء المحافظة، وبلغت نسبتهم 29.6%، وهذا يعني انخفاض
استخدام نساء محافظة قلقيلية لوسيلة اللولب في العام 2014 عن العام 1998، وهذا يعود إلى
طبيعة جسم الأم ورغبتها في استخدام الوسيلة الملائمة لها أكثر.

¹ عودة، خضر. مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية
، نابلس، 1998م

الفصل التاسع

النتائج والتوصيات

1.9 النتائج

2.9 التوصيات

الفصل التاسع

النتائج والتوصيات

1.9 النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى تحليل أثر العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية على مدى ممارسة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في الضفة الغربية لبعض قضايا الصحة الإنجابية والتي تضمنت عدد الأطفال المنجبين للمرأة، ورعاية الأم أثناء الحمل، ورعاية الأم أثناء الولادة وما بعدها، ورعاية المولود بعد الولادة، بالإضافة إلى ممارسة الإجهاض والإسقاط وتنظيم الأسرة. أما أهم النتائج التي توصلت إليها فقد كانت كما يلي:-

* هناك علاقة عكسية تربط بين عمر الأم عند الزواج الأول ومتوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة.

* هناك علاقة عكسية تربط بين عمر الأم عند أول حمل ومتوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة.

* هناك علاقة طردية تربط بين عمر الأم الحالي ومتوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة.

* هناك علاقة طردية تربط بين مدة الحياة الزوجية ومتوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة.

* هناك علاقة طردية تربط بين عدد الزوجات للزوج ومتوسط عدد الأطفال المنجبين للمرأة.

* إن لمكان الإقامة الحالي أثرا على متوسط عدد الأطفال المنجبين، حيث يرتفع هذا المتوسط

هذا المتوسط في المخيم والريف عن الحضر.

* هناك علاقة عكسية ما بين المستوى التعليمي للأم ومتوسط عدد الأطفال المنجبين لها.

* إن من أهم العوامل التي تؤثر على رغبة الأم في الإنجاب هو عدد الأطفال المنجبين لها،

وعدد حالات الإسقاط، وعدد حالات الإجهاض التي قامت بها.

* بلغت نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء حملهن بأخر ولادة تمت خلال السنتين السابقتين للمسح نحو 99.5%.

* إن بداية تلقي نساء الضفة الغربية للرعاية لأول مرة في الحمل في فترة الأشهر من الحمل أكثر من فترة الأسابيع.

* إن عدد مرات تلقي نساء الضفة الغربية للرعاية خلال فترة الحمل من 6-10 مرات هو الأكثر.

* تلقت غالبية الأمهات الرعاية الصحية أثناء الحمل في عيادة خاصة وذلك بنسبة 50.8% وبينما بلغت نسبة النساء اللواتي تلقين هذه الرعاية في مركز صحي حكومي نحو 12.6%.

* إن نسبة قيام أمهات المواليد الذين ولدوا خلال السنتين السابقتين للمسح للفحوصات (قياس ضغط الدم، وعينة الدم، وعينة البول) خلال الحمل عالية.

* إن تعرض أمهات المواليد الذين ولدوا خلال السنتين السابقتين للمسح خلال فترة الحمل إلى التهابات المسالك البولية أكثر من باقي المضاعفات الأخرى.

* عند دراسة التوزيع النسبي للنساء 15-49 حسب مكان ولادة طفلهن الأخير وجد أن 33.8% في مستشفى خاص و 34.1% في مستشفى حكومي.

* إن 24.0% من الولادات في الضفة الغربية تمت بواسطة عملية قيصرية.

* إن تعرض أمهات المواليد الذين ولدوا خلال السنتين السابقتين للمسح إلى مخاض عسير استغرق أكثر من ساعة خلال فترة المخاض أكثر من المضاعفات الأخرى.

* إن تعرض أمهات المواليد الذين ولدوا خلال السنتين السابقتين للمسح إلى ألم حاد أسفل الظهر أكثر من الأعراض الأخرى خلال الستة أسابيع التالية للولادة.

* غالبية المواليد ولدوا بحجم متوسط حيث بلغت نسبتهم 69.6%.

- * إن 99.3% من المواليد تم وزنهم من بعد الولادة.
- * هناك 7.9% من المواليد ولدوا خلال السنتين السابقتين للمسح بوزن أقل من طبيعي و 5.7% بوزن غير طبيعي و 86.3% بوزن طبيعي.
- * إن 95.6% من المواليد رضعوا رضاعة طبيعية.
- * إن مكوث أمهات المواليد في المؤسسة الصحية كان لمدة أيام أكثر من ساعات وأسابيع.
- * إن 97.9% من المواليد تم تفقد حالتهم الصحية قبل مغادرة المؤسسة الصحية.
- * إن 91.1% من النساء تم تفقد حالتهم الصحية قبل مغادرة المؤسسة الصحية.
- * إن 15.1% من النساء قامت بتفقد وضعها الصحي من بعد مغادرة المؤسسة الصحية.
- * إن 67.9% من النساء استخدمن وسائل منع الحمل في العام 2014.
- * تشير البيانات أن استخدام وسيلة اللولب هو الأكثر شيوعا حيث بلغت نسبة استخدامها 17.8%.
- * إن العلاقة ما بين رغبة الأم بالإنجاب وعدد حالات الإجهاض والإسقاط علاقة عكسية، فكلما زاد عدد حالات الإجهاض والإسقاط للأم قلت رغبة الأم بالإنجاب.

2.9 التوصيات

- * العمل على زيادة الوعي المجتمعي بمفهوم الأمومة الآمنة من خلال وسائل الإعلام والتواصل الاجتماعي.
- * القيام بتصميم برنامج موحد للصحة الإنجابية يعمم على كافة المراكز المسؤولة على تقديم خدمات الرعاية في أثناء الحمل وبعد الولادة مع وضع آليات مناسبة للمتابعة والتقويم.

* العمل على تدريب الممرضات ووضع شروط للتوظيف حتى يكون بإمكانها تقديم الخدمات الصحية للنساء الحوامل بجودة نوعية عالية.

* قيام وزارة الصحة بالتعاون مع وزارة التخطيط بمراجعة دقيقة لتقييم خدمات رعاية الأمهات في المناطق الريفية وفي المحافظات للوقوف على الأسباب التي أدت إلى الفروقات بين المناطق الريفية والحضرية وكافة المحافظات في تقديم خدمات رعاية الأمهات.

* قيام وزارة الصحة بوضع الشروط والضوابط الخاصة بإجراء العمليات القيصرية في المستشفيات الحكومية والأهلية.

* قيام وزارة الصحة بإعطاء المشورة والمساندة حول الرضاعة من الثدي والمباعدة بين الأحمال واختيار الوسيلة الملائمة لتنظيم الأسرة.

* العمل على تأهيل كوادر صحية تساهم في الحد من المضاعفات التي تصاحب الحمل والولادة وما بعدها.

* قيام وزارة الصحة بتوسيع دائرة تقديم خدمات الرعاية ما بعد الولادة بدأ من الفحص العام إلى التغذية السليمة.

* نشر الوعي بين الأمهات حول أهمية المباعدة ما بين المواليد.

* العمل على تشجيع الإناث على التعليم وتوعيتهن من مخاطر الزواج المبكر.

قائمة المصادر والمراجع

1- النشرات الإحصائية

الجهاز المركزي الفلسطيني، 2015. كتاب محافظات شمال الضفة الغربية الإحصائي السنوي، 2014. رام الله- فلسطين.

الجهاز المركزي الفلسطيني، 2015. كتاب محافظات وسط الضفة الغربية الإحصائي السنوي، 2014. رام الله- فلسطين.

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

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني 2013، المسح الفلسطيني لصحة الأسرة-2010، التقرير النهائي. رام الله- فلسطين.

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

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

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

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. المسح الفلسطيني العنقودي متعدد المؤشرات، 2014. رام الله- فلسطين.

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2015. معجم المصطلحات الإحصائية المستخدمة في الجهاز -2015. رام الله. فلسطين.

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

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

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

2- الأطروحات الجامعية

أبو زنيد، محمد. مفاهيم ومواقف طلاب جامعة النجاح الوطنية في مواضيع الصحة الإيجابية.
رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2006م.

أبو عيشة، فادية. موقف الشريعة الإسلامية من تحديد جنس الجنين ادراسة في مقاصد
الشريعة الإسلامية في الحفاظ على الأسرة والصحة الإيجابية. رسالة ماجستير
غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2012م.

أبو كميل، ربا. مستوى الوعي بمفاهيم الصحة الإيجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا
في غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة، 2011م.

صالح، غادة. مدى معرفة طالبات المرحلة الثانوية ببعض قضايا الصحة الإيجابية في محافظة
سلفيت. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2012م.

العلي، فخري. مستوى الثقافة الصحية لدى الطلبة في نهاية المرحلة الأساسية العليا في
المدارس الحكومية في جنين. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية،
نابلس، فلسطين، 2001م.

عودة،خضر. مستويات واتجاهات الخصوبة في محافظة قلقيلية. رسالة ماجستير غير منشورة،جامعة النجاح الوطنية،نابلس،1998م.

مالول،عدنان.مستويات الخصوبة في محافظة جنين من واقع التسجيل الحيوي لعام 1997. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 1997م.

نصر،ميساء.الخصوبة في محافظة طولكرم.رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 2010م.

يامين،كفى. مدى تأثير برنامج التثقيف والتعزيز الصحي على المعرفة والاتجاهات والممارسات المتعلقة بالصحة الإيجابية لدى النساء في سن الإنجاب في الريف الفلسطيني. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2005م.

يعقوب، محمد. العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في مدينة رام الله. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، 2004م.

Hassan,sahar: Needs assessment OF Maternity Services in Ramallah * governmental hospital west bank.(unpublished Masters Thesis).An-Najah National University.Nablus.palestine.2007.

Qanadelo,shaden:The Impact of exclusive Breast Feeding on* Infant Morbidity in the First six Months OF infants life in Nablus Refugee camps.(unpublished Masters Thesis).An-Najah National University.Nablus.palestine.2010

3- الكتب

جاد الله وعلي فوزي. الصحة العامة والرعاية الصحية. دار المعارف،مصر،1982م.

خطاب أبو جرييان ومحمد مهنا. الإجهاض مضاعفاته الطبية وإحكامه الشرعية. دار الشروق، الأردن، 2007م.

فرح، نادفة رمسفس. حياة المرأة وصحتها. دار الجفل، بفروت، 1992م.

مسمار، سمر. الاتصال السكاني. جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2007م.

4- المجلات العلمية

أحمد، حسين: العوامل المؤثرة في العمر المثالي للزواج وعدد الأطفال المرغوب في انجابهم من وجهة نظر طالبات جامعة النجاح الوطنية، مجلة جامعة القدس المفتوحة للابحاث والدراسات. 15. 2009م \95-127.

ثانيا: المواقع الالكترونية

<http://www.malaf.info/?page=show-details&id=138&catId=32&table=padocuments-2-24-2016>.

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/ar20-6-2016.

<http://yomgedid.kenanaonline.com/posts/41322722-4-2016>

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/AR_WHS09_Full.pdf.

<http://www.cosit.gov.iq/images%5Cpublications%5CIWish-Rep2.pdf>.

<http://moh.ps/Content/Books/3-6-2016>.

<http://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2113.pdf22-3-2016>

<http://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2113.pdf> 22-3-2016

<http://mawdoo3.com> 23-4-2016

<http://supermama.me/ar> 16-5-2016

<http://www.syr-res.com/article/6542.html> 17-5-2016

<https://baby.webteb.com/articles> 20-5-2016.

http://www.123esaaf.com/Pregnancy/Book/n_022.html 30-5-2016

<https://baby.webteb.com/articles6-6-2016>

<https://ar.wikipedia.org/wiki> 14-6-2016

http://www.123esaaf.com/Pregnancy/Book/n_006.html 30-6-2016

**An-Najah National University
Faculty of Graduate studies**

**Extent of Previously Married Women's Practice
of Reproductive Health in the West Bank
According to the Data of Multiple Indicator
Cluster Survey (MICS) of 2014**

**By
Maha Osama Mohammed Al-Haj Yahya**

**Supervision by
Dr. Hussein Ahmed**

**This Thesis is Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement
for the Degree of Master in Geography, Faculty of Graduate
studies, An-Najah National University, Nablus, Palestine.**

2016

Extent of Previously Married Women's Practice of Reproductive Health in the West Bank According to the Data of Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) of 2014

By

Maha Osama Mohammed Al-Haj Yahya

Supervision by

Dr. Hussein Ahmed

Abstract

Mother's reproductive health practices in their communities are one of the most important indicators of the degree of development and progress of the health condition in the society. This includes health services and mothers' education programs. Against this backdrop, this study comes to find out the extent of previously married women's practice of reproductive health issues. These issues include number of births, prenatal care, care during delivery of birth, maternity care and family planning methods. This study also sought to identify impact of some demographic, social and economic variables on extent of practice of reproductive health issues by these women.

To these two ends, the researcher depended on the data of the Multiple Indicator Cluster Survey of 2014 conducted by the Palestinian Central Bureau of Statistics in 2014 in cooperation with the Ministry of Health and with UNICEF technical support. The survey was funded by the Palestinian government and the United Nations Population Fund. The study's questionnaire targeted 15-49 age group. The researcher used the descriptive method to give a picture of the extent of women's practice of reproductive health issues. She also used the analytical method to find out

the impact of demographic social, economic variables on their practices of reproductive health issues.

The study was divided into nine chapters. Chapter one was devoted to the problem of the study, its objectives and importance. It also included questions of the study, its variables, hypotheses and review of literature. Chapter two presented the theoretical framework of the study and the key terms and concepts. Chapter three dwelt on reproductive health services in the West Bank. To this end, the researcher studied the health conditions in the occupied Palestinian territories, and primary health care services provided to mothers and children. This is in addition to the study of the extent of availability of maternity health care and family planning centers. The researcher found a horizontal expansion in health care centers in the West Bank governorates. There were 767 health care centers in 2014 as opposed to 454 in 1994. Chapter four tackled health care for women during pregnancy. The researcher examined some variables affecting pregnant woman and the primary health care they received during their first pregnancy, location of this care and number of times they had received health care. The researcher found a rise in the percentage of woman who referred to health care centers during pregnancy in 2014 in comparison with 2018. In chapter five, the researcher dwelt on health care for women/mothers during and after delivery of their births. In this context, the researcher studied some variables such as place of birth delivery, nature of birth delivery, symptoms mother suffered from during labor, length of mother's stay in hospital and distance of health facility. It was found that

women delivered their births mostly in government hospitals and they stayed in hospital after birth for days rather than for hours and weeks. Chapter six examined healthcare for newborns after birth. The researcher, in this regard, studied some variables such as size, weight and height of child as well as natural breastfeeding. The researcher found a rise in the percentage of mothers who practiced natural breastfeeding in 2014 in comparison with 2010. Chapter seven was devoted to the most important demographic, social and economic factors affecting average of births per woman. It was found that there was also a direct correlation between women's present age and length of marriage life as well as the average number of births per women. Chapter eight presented family planning methods. In this context, the researcher examined the contraception methods which women used, and other means to avoid unwanted pregnancy. The researcher found that the intrauterine device was the most widely used method among women. Chapter nine presented a number of conclusion and recommendations.