

أثر النزوح وتوافر خدمات الرعاية الصحية على الحالة التغذوية للنساء
الحوامل: دراسة ميدانية في ريف إدلب – سوريا 2024

إعداد الطالب/

باسم زهير شاهر

إشراف/

د. الفیصل عبد الحمید

د. فايز جراد

العام الدراسي:

2025

تبقى حقوق الطباعة والنشر لصالح جامعة ميدأوشن

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبفضله تنيسر الصعوبات وتتحقق الغايات. أحمده سبحانه وتعالى حمداً كثيراً طيباً مباركاً فيه، وأشكره على ما أنعم به عليّ من قوة وصبر وعزيمة، وما منّ به عليّ من العلم والمعرفة.

أتقدم بأسمى آيات الشكر والعرفان إلى وطني الحبيب الجمهورية العربية السورية، الذي ترعرعت في أرضه ونهلت من خيراته، سيبقى وطني مصدر إلهامي والدافع الأكبر لتحقيق النجاح وخدمة المجتمع بكل تفان وإخلاص.

ولا يسعني إلا أن أتوجه بجزيل الشكر والتقدير إلى جامعة ميد أوشن، هذا الصرح العلمي المميز، لما قدمته لي من بيئة أكاديمية محفزة وداعمة، وإلى كل أساتذتي الأجلاء الذين كانوا منارات علم أضاءت لي طريق البحث والمعرفة. كما أخص بالشكر والتقدير الأساتذة المشرفين الكرام د. الفيصّل عبد الحميد ود. فايز جرّاد على دعمه وتوجيهاته القيمة التي كان لها الأثر الأكبر في إتمام هذا البحث العلمي.

وإلى والدي العزيز رحمه الله تعالى، الذي كان سندي الأول ومصدر عزيمتي، ووالدي الغالية، صاحبة القلب النقي والدعوات الصادقة، التي كانت دوماً نبراساً يضيء دربي. وإلى إخوتي وأخواتي الذين كانوا دوماً عوناً وسنداً لي في كل مراحل حياتي.

ولا أنسى شريكة حياتي، زوجتي العزيزة، التي كانت الداعم الأول في هذه الرحلة بعطائها وصبرها ومساندتها المستمرة، وإلى أولادي الأحباء الذين كانوا مصدر فرحي وأملّي الدائم في المستقبل.

وأخيراً، كل الشكر والتقدير للرابطة الطبية للمغتربين السوريين -سيما متمثلة بالرئيس التنفيذي د. حسان مغربية على كل ما قدموه من دعم، كما أشكر مدير قسم المعلومات والمراقبة أ. هشام درويش على تقديم الدعم الفني، والشكر لكل من ساندني ودعمني خلال هذه الرحلة العلمية، فلكم مني كل الامتنان والتقدير، وأسأل الله أن يجزيكم عني خير الجزاء.

فهرس المحتويات

II	شكر وتقدير	11
III	فهرس المحتويات	13
VII	قائمة الجداول	17
VIII	فهرس الأشكال	18
IX	المستخلص: Abstract	19
2	الفصل الأول	2
2	الإطار العام للبحث	2
2	1.1. مقدمة	2
4	1.2. مشكلة الدراسة	4
6	1.3. أهمية الدراسة	6
6	1.4. أهداف الدراسة	6
7	1.5. تساؤلات الدراسة	7
8	1.6. فروض الدراسة	8
8	1.6.1. الفرضية الأولى	8
8	1.6.2. الفرضية الثانية	8
8	1.6.3. الفرضية الثالثة	8
8	1.6.4. الفرضية الرابعة	8
8	1.6.5. الفرضية الخامسة	8
8	1.6.6. الفرضية السادسة	8
9	1.7. النموذج النظري (Theoretical Model) - النظرية العلمية المتبعة	9
11	الفصل الثاني الدراسات السابقة والإطار النظري	11
11	2.1. مقدمة	11
12	2.2. الدراسات السابقة	12
12	2.2.1. سوء التغذية لدى الأمهات على مستوى العالم	12

2.2.2	خطر نقص المغذيات الدقيقة أثناء الحمل:	12
2.2.3	كيف تتأثر النساء الحوامل بخطر فقر الدم:	13
2.2.4	العوامل المؤثرة على النساء الحوامل في شمال غرب سوريا بعد 12 عامًا من الصراع:	13
2.2.5	وفيات الأمهات:	14
2.2.6	فيتامين د:	15
2.2.7	فيتامين أ:	15
2.2.8	حمض الفوليك أثناء الحمل:	15
2.2.9	وفيات الأمهات وكوفيد-19:	16
2.2.10	الوضع الصحي للمرأة في الجزء الريفي من شمال غرب سوريا:	16
2.2.11	خدمات الصحة والتغذية المختلفة بين المناطق الحضرية والريفية:	16
2.3.	الإطار النظري (Theoretical Framework)	17
	الفصل الثالث منهجية الدراسة	20
3.1	مقدمة:	20
3.2	المنهجية وطرق البحث:	20
3.3	أدوات الدراسة:	22
3.4	حدود الدراسة:	23
	الفصل الرابع النتائج والتوصيات	25
4.1	مقدمة:	25
4.2	موثوقية البيانات (Data Reliability)	25
4.3	تحليل البيانات:	26
4.3.1	الإحصاءات الوصفية:	26
4.3.2	الظروف الديموغرافية والمعيشية:	26
4.3.3	حالة النازحين/المقيمين:	27
4.3.4	التوزيع العمري للنساء الحوامل في الدراسة	28
4.3.5	الوضع التغذوي	29
4.3.6	علامات المخاطر الصحية والأمراض	30

31	تناول المكملات الغذائية	4.3.7
31	إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية (الفحوصات الطبية)	4.3.8
32	تحليل ثنائي المتغيرات	4.4
34	النتائج	4.5.
34	الفرضية 1 (H1)	4.5.1
36	الفرضية 2 (H1)	4.5.2
38	الفرضية ٣ (H1)	4.5.3
40	الفرضية ٤ (H1)	4.5.4
42	الفرضية ٥ (H1)	4.5.5
43	الفرضية ٦ (H1)	4.5.6
45	مناقشة النتائج مع الدراسات السابقة	4.6
45	الاتجاهات الديموغرافية والآثار الصحية	4.6.1
45	المخاطر الصحية ونقص التغذية	4.6.2
46	تأثير الرعاية قبل الولادة	4.6.3
47	النزوح والوصول إلى الخدمات الصحية	4.6.4
47	السياق ضمن النظرية والبحوث الحالية	4.6.5
48	آثار النتائج غير المتوقعة	4.6.6
49	أسباب أخرى	4.6.7
49	الخاتمة والتوصيات	4.7
49	الخاتمة	4.7.1
51	التوصيات	4.7.2
54	المراجع	
54	المراجع العربية	
54	المراجع الأجنبية	
60	الملاحق	
60	نموذج الاستبانة – Questionnaire	

70	الملخص باللغة العربية
71	Abstract الملخص باللغة الإنجليزية
72	موافقة المنظمة على استخدام البيانات ونموذج الاستبانة

قائمة الجداول

- جدول 1 : تحليل مكان إقامة النساء الحوامل (ن=15998) 27
- جدول 2 : تحليل حالة النازحين/المقيمات للنساء الحوامل (عدد النساء الحوامل = 15,998) 28
- جدول 3 : تحليل توزيع الأعمار للنساء الحوامل في الدراسة (ن=15998) 29
- جدول 4 : تحليل سوء التغذية بين النساء الحوامل (عدد النساء الحوامل = 1629 امرأة) 30
- جدول 5 : تحليل علامات المخاطر الصحية والأمراض (عدد الحالات = 581) 31
- جدول 6 : تحليل تناول النساء الحوامل للمكملات الغذائية (عددهن = 12,385 امرأة) 31
- جدول 7 : تحليل إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية (الفحوصات الطبية) (عدد الحالات = 4909) 32
- جدول 8 : الحصول على المكملات الغذائية (العدد = ١٢٣٨٥) 34
- جدول 9 : اختبارات كاي تربيع للفرضية الأولى 35
- جدول 10 : معاملات بيرسون وفاي 35
- جدول 11 : علامات الخطر الطبي بين النساء الحوامل (عدد الحالات = 581) 36
- جدول 12 : اختبارات كاي تربيع للفرضية الثانية 37
- جدول 13 : قيمة فاي للكشف عن الارتباط بين المتغيرات 37
- جدول 14 : فحوصات ما قبل الحمل الدورية في المركز الطبي (عدد الحالات = ٤٩٠٩) 38
- جدول 15 : اختبارات كاي تربيع للفرضية الثالثة 39
- جدول 16 : معامل بيرسون وفاي للنظرية الثالثة 39
- جدول 17 : الفحوصات الدورية قبل الولادة (عدد الحالات = ٤٩٠٩) 40
- جدول 18 : اختبارات كاي تربيع للفرضية الرابعة 41
- جدول 19 : معاملات بيرسون وفاي للنظرية الرابعة 41
- جدول 20 : بيانات توزيع الأعمار ومؤشرات المخاطر الصحية (عدد العينة = ٥٨١) 42
- جدول 21 : اختبارات كاي تربيع للفرضية الخامسة 42
- جدول 22 : أعراض الخطر لدى النساء داخل المخيمات وخارجها (عدد = ٥٨١) 43
- جدول 23 : اختبارات كاي تربيع للفرضية السادسة 43
- جدول 24 : معاملات بيرسون وفاي للنظرية السادسة 44

فهرس الأشكال

- شكل 1: خريطة مواقع الدراسة 22
- شكل 2: توزع النساء الحوامل داخل وخارج المخيمات 27
- شكل 3: توزع النساء الحوامل بين مقيمات ونازحات 28
- شكل 4: التوزع العمري للنساء الحوامل في الدراسة 29
- شكل 5: نسبة النساء الحوامل اللاتي يعانين من سوء تغذية في عينة الدراسة 30
- شكل 6: يوضح نسبة وصول النساء الحوامل للفحوصات الطبية ما قبل الحمل 32

المستخلص: Abstract

تواجه النساء الحوامل في شمال غرب سوريا، لا سيما في ريف إدلب، تحديات صحية وتغذوية متفاقمة نتيجة النزوح القسري، سوء الأوضاع المعيشية، وضعف توافر خدمات الرعاية الصحية. تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين النزوح وتوافر خدمات الرعاية الصحية من جهة، والحالة التغذوية للنساء الحوامل من جهة أخرى، مع تحليل العوامل المرتبطة بسوء التغذية وظهور أعراض صحية أثناء الحمل. تم استخدام منهج وصفي تحليلي، وجمعت البيانات من عينة كبيرة مكونة من 15,998 امرأة حامل، من خلال استبيان إلكتروني مُهيكل يغطي الجوانب السكانية، الصحية، والخدمية. وقد تم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS ، عبر الإحصاء الوصفي واختبار كاي تربيع لقياس العلاقة بين المتغيرات، إلى جانب حساب معامل Phi و Cramer's V لتحديد قوة الترابط.

أظهرت النتائج أن 10.2% من النساء يعانين من سوء التغذية الحاد المتوسط (MAM) ، وكانت نسبة النازحات 86.1%، مما يدل على ضعف الاستقرار المجتمعي. كما أظهرت الدراسة أن النساء اللاتي لا يحصلن على مكملات غذائية كن أكثر عرضة لسوء التغذية، بينما كانت الفحوصات الدورية غير مرتبطة ارتباطاً معنوياً بالحالة التغذوية. لوحظ أيضاً أن الإقامة خارج المخيمات ترتبط بزيادة احتمال ظهور أعراض صحية.

توصي الدراسة بتوسيع نطاق الدعم التغذوي وخدمات الرعاية الصحية الأولية، وتحسين التغطية الصحية خارج المخيمات، وتكثيف حملات التوعية التغذوية، لا سيما للفئات الشابة والنازحات. كما تدعو إلى إجراء دراسات مستقبلية طويلة لتقييم أثر التدخلات الميدانية على صحة الأمهات.

الكلمات المفتاحية: النزوح، سوء التغذية، النساء الحوامل، الرعاية الصحية، شمال غرب سوريا.

الفصل الأول
الإطار العام للبحث

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

1.1. مقدمة:

إن سوء التغذية في مرحلة الطفولة والمراهقة (بما في ذلك الهزال، والتقزم، ونقص المغذيات الدقيقة) له تأثيرات دائمة على استعداد الطالب التعليمي، والالتحاق بالمدارس، والأداء التعليمي. وتزيد هذه المتغيرات من خطر الإصابة بالأمراض لدى النساء، والوفاة، وسوء نتائج الحمل. ويمكن أن تتحول هذه النتائج إلى فقر بين البالغين بسبب قلة فرص العمل وانخفاض المكاسب والدخل، مما يخلق حلقة مفرغة من المجاعة يمكن أن تؤثر على السكان في المستقبل (Ashraf et al., 2022).

سوء التغذية هو عدم كفاية الدعم الغذائي أو تجاوزه، أو تناول غير متوازن للمغذيات الأساسية، أو الاستخدام غير الفعال. إن سوء التغذية، وزيادة الوزن، والسمنة، فضلاً عن الأمراض غير المعدية المرتبطة بالنظام الغذائي، كلها تساهم في العبء المشترك لسوء التغذية. يتميز نقص التغذية بالتقزم، والهزال، ونقص الوزن، ونقص التغذية. يمكن إرجاع سوء التغذية الخاص بالمرأة إلى عادات الأكل السيئة فضلاً عن الرعاية الصحية غير الكافية (Health in Camps and Settlements / UNHCR, n.d.). عندما تكون المغذيات الدقيقة ناقصة في النظام الغذائي، يحدث سوء التغذية، وهو اضطراب خطير. تعني "سوء التغذية" ويمكن أن تشير إلى:

o سوء التغذية: عدم كفاية المدخول الغذائي.

o الإفراط في التغذية: تلقي المزيد من العناصر الغذائية أكثر من الضروري.

على مدار الحياة بأكملها، تحتاج النساء إلى توصيات غذائية محددة، وخاصة قبل الولادة وأثناءها وحتى بعدها، وكذلك أثناء الرضاعة الطبيعية، عندما تكون الضعف الغذائي في أعلى مستوياته (Mohseni et al., 2023). لضمان رفاهية كل من الأمهات وأطفالهن، من الأهمية بمكان أن تتمكن النساء من الوصول إلى الأنظمة الغذائية المغذية والرعاية المناسبة. قبل الحمل، يجب على النساء التركيز على تناول نظام غذائي لبناء الاحتياطي. أثناء الحمل، والرضاعة الطبيعية، تزداد احتياجات الطاقة والتغذية، مما يجعلها ضرورية لصحة كل من الأم والطفل. لسوء الحظ، في بعض أجزاء من العالم، تكون الحالة الغذائية للمرأة غير كافية. لا تتلقى العديد من النساء والمراهقات والمعرضات

للخطر من الناحية الغذائية خدمات التغذية لدعم صحتهم وإعطاء أطفالهن أفضل فرصة للبقاء والنمو (Alene & Mohamed Dohe, 2014).

بالإضافة إلى ذلك، في البلدان، تفتقر الأنظمة الغذائية للنساء إلى مجموعات غذائية مثل الفواكه والخضروات، ومنتجات الألبان، والأسماك، واللحوم. إن اتباع نظام غذائي فقير بالعناصر الغذائية مثل اليود والحديد وحمض الفوليك والكالسيوم والزنك أثناء الحمل قد يؤدي إلى مضاعفات مثل فقر الدم وتسمم الحمل والزيغ وحتى وفيات الأمهات. كما أن النتائج السلبية مثل ولادة جنين ميت وانخفاض الوزن عند الولادة والهزال والتأخير في النمو قد تؤثر على الأطفال. ووفقًا لتقديرات اليونيسف، يولد أكثر من عشرين مليون طفل قبل الأوان كل عام (Awuah et al., 2023).

علاوة على ذلك، يفرض سوء التغذية تحديات على الأمهات في تجديد احتياطياتهن وتلبية متطلباتهن المتزايدة أثناء الرضاعة الطبيعية. يعتمد تعزيز التنمية البشرية على معالجة سوء التغذية ونقص العناصر الغذائية. تساهم عوامل مثل الفقر وانعدام الأمن الغذائي ونقص المعرفة وممارسات التغذية غير الكافية للرضع والأطفال الصغار وانتشار الأمراض وسوء النظافة والصرف الصحي بشكل جماعي في مستويات سوء التغذية بين الأمهات والأطفال في البلدان النامية (Kruk et al., 2018). في عام 2017، فقدت أكثر من 295000 امرأة حياتهن أثناء الحمل والولادة أو بعدهما على الرغم من التقدم المحرز في الرعاية الصحية في السنوات العشرين الماضية. هذا الرقم مرتفع بشكل مثير للقلق. تشمل الأسباب المباشرة الأولية للوفاة فقدان الدم والالتهابات وارتفاع ضغط الدم والمضاعفات الناجمة عن عمليات الإجهاض غير الآمنة والولادة المتعسرة. بالإضافة إلى ذلك، تساهم العوامل غير المباشرة مثل فقر الدم والملاريا وأمراض القلب في الوفيات. يمكن للتدخل في الوقت المناسب من قبل مقدمي الرعاية الصحية في بيئة معينة أن يمنع معظم الوفيات بين الأمهات (Serbesa et al., 2019).

تعاونت مجموعة التغذية وفريق العمل الفني للصحة الإنجابية على وضع إرشادات لمساعدة خبراء التغذية والعاملين في مجال الصحة المجتمعية على إجراء تقييمات صحية للنساء أثناء الزيارات المنزلية. والهدف هو تحديد المعايير لتحديد المشكلات الصحية التي تحتاج إلى عناية طبية فورية. تتضمن هذه الإرشادات استبيانات للعاملين في مجال الصحة لتوثيق أي أعراض تبلغ عنها النساء، مع التركيز على المؤشرات الرئيسية للحالات الصحية الخطيرة التي تتطلب رعاية عاجلة.

تتضمن الأعراض الرئيسية التي يجب مراقبتها ما يلي:

- قد يكون الشعور بالصداع أو عدم وضوح الرؤية علامات على اضطرابات مثل تسمم الحمل.
- يجب مراقبة أي حالة من النزيف السائل الأحمر أو الأسود حيث قد يشير ذلك إلى خطر الإجهاض أو مشاكل المشيمة.
- قد يشير الألم الشديد في أسفل البطن إلى مشاكل مثل الحمل أو الولادة المبكرة.
- إذا كان هناك انخفاض أو توقف في الحركة، فقد يشير ذلك إلى ضائقة الجنين.
- الوذمة: تورم في اليدين والساقين والوجه، مما قد يشير إلى احتباس السوائل أو تسمم الحمل.
- القيء المستمر: القيء المفرط الذي قد يؤدي إلى الجفاف أو يكون أحد أعراض فرط القيء الحملي.
- الحمى: قد ترتبط درجة حرارة الجسم المرتفعة بالعديد من الالتهابات التي قد تؤثر على صحة الأم والجنين.
- عسر التبول (حرقة المعدة البولية): إحساس مؤلم أو حارق أثناء التبول قد يشير إلى عدوى في المسالك البولية.
- الشحوب: شحوب غير عادي قد يشير إلى فقر الدم.
- التعب الشديد أو الدوخة: أعراض مرتبطة بفقر الدم أو حالات كامنة أخرى (Kang et al., 2015).

1.2. مشكلة الدراسة:

في عام 2024، تجاوز معدل سوء التغذية الحاد العالمي 4%، بل وتشير بيانات منظمة الصحة العالمية أيضاً إلى أن 10% من النساء في الفئة العمرية 20-49 عامًا في جميع أنحاء العالم يعانين من نقص الوزن، وهو مقياس أوسع يتداخل مع سوء التغذية الحاد المعتدل، ولكنه لا يقتصر عليه. مما يشير إلى قضية مقلقة تتعلق بسوء التغذية تؤثر بشكل خاص على النساء في سوريا. يتعمق هذا البحث في إدلب، حيث تواجه العديد من النساء، سواء من السكان المحليين أو النازحات، صعوبات مرتبطة بسوء التغذية. تواجه هؤلاء النساء، اللاتي يعشن في المخيمات، تحديات في الوصول إلى خيارات الغذاء. حددت الأعمال الميدانية التي أجرتها فرق الاستجابة في المنطقة عوامل الخطر، مسلطة الضوء على ضرورة إجراء تحقيق.

واجهت العديد من المناطق الريفية في إدلب اضطرابات بسبب الصراع والنزوح، مما جعل من الصعب على خدمات الصحة والتغذية العمل بشكل فعال. أدى الصراع المطول إلى تعطيل نظام الرعاية الصحية، مما أعاق الوصول إلى الخدمات والمساعدات الغذائية. تتعرض الأمهات الحوامل في هذه المنطقة للخطر بسبب سوء التغذية وقضايا النزوح وعدم كفاية خدمات الرعاية الصحية، مما يؤدي إلى ارتفاع معدلات مرض الرضع ووفاتهم - وهو مصدر قلق كبير للصحة العامة.

يقوم بحثي بتحليل بيانات فريق الاستجابة السريعة لعام 2024 للكشف عن الأسباب وراء ارتفاع مستويات سوء التغذية والمخاطر الصحية بين النساء في إدلب. ويقارن الوضع الصحي للنساء مع أولئك الذين نزحوا لتحديد أي اختلافات أو أوجه تشابه في أوجه القصور والمخاطر الصحية. تهدف الدراسة إلى الخوض في التعقيدات التي تنطوي عليها تلبية الاحتياجات أثناء الحمل، وكذلك فترة ما بعد الولادة، وكذلك قبل الحمل. تكافح النساء اللواتي يواجهن تحديات أثناء النزوح للوصول إلى الموارد، مثل الغذاء والمياه وخدمات الرعاية الصحية مما يؤدي إلى نتائج سلبية على صحة الأم. يشير سوء التغذية لدى الأمهات، وفقًا لتعريف منظمة الصحة العالمية (مؤشر كتلة الجسم >18.5)، إلى تناول الطعام. لا يؤدي هذا الوضع إلى زيادة مخاطر زيادة الوزن عند الولادة والولادة المبكرة فحسب، بل يؤدي أيضًا إلى ارتفاع معدلات وفيات الأمهات. إن فهم تأثير النزوح على التغذية أمر بالغ الأهمية لتصميم التدخلات. إن عدم الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي وانعدام الأمن في إدلب يزيدان من تفاقم هذه المخاوف الصحية. تعاني العديد من الأمهات الحوامل في هذه المنطقة من انعدام الأمن الغذائي، مما يؤدي إلى أوجه قصور ذات آثار صحية. إن ارتفاع معدل انتشار فقر الدم بين النساء أمر مثير للقلق بشكل خاص بسبب ارتباطه بمضاعفات الحمل مثل ولادة جنين ميت وزيادة خطر النزيف بعد الولادة.

يهدف بحثي إلى تعزيز فهمنا للعوامل التي تؤثر على الصحة في المناطق المتضررة من الصراع. وسوف يقدم رؤى حول المبادرات الرامية إلى تعزيز التغذية والرفاهية العامة بين النساء المقيمات في المجتمعات في جميع أنحاء العالم. ومن المتوقع أن تكون النتائج مفيدة لمهنيي الرعاية الصحية وصناع السياسات والمجموعات الإنسانية من خلال تسليط الضوء على احتياجات الأمهات في إدلب. ومن المتوقع أن تضع هذه المعلومات الأساس لتعزيز أنظمة الرعاية الصحية والتغذية في المناطق قيد الدراسة.

1.3. أهمية الدراسة:

في الدراسة، تعمق الباحث في الوضع الصحي والتغذوي للنساء في إدلب، سوريا في عام 2024 وسط ظروف ناجمة عن الصراع والنزوح الواسع النطاق. وتم تسليط الضوء على أهمية التغذية لرفاهية النساء وتأثيرها الطويل الأمد على صحة أطفالهن الذين لم يولدوا بعد ونموهم. تواجه النساء الحوامل في المناطق المتضررة من الصراع مثل إدلب تحديات متزايدة يمكن أن تؤدي إلى نتائج صحية، مما يؤكد على ضرورة الاستكشاف في هذا المجال.

يسعى هذا البحث إلى معالجة هذه الفجوة من خلال تقديم رؤى حول الصحة والرفاهية الغذائية للنساء في إدلب مع تسليط الضوء على الطرق التي يؤثر بها الصراع والنزوح على صحة الأم. تهدف الدراسة أيضًا إلى مقارنة النتائج الصحية للنساء النازحات مع أولئك المقيمات مع التركيز على فهم كيفية تأثير النزوح على الصحة بشكل مختلف.

غالبًا ما يؤدي النزوح إلى تدهور الظروف الصحية بسبب ظروف المعيشة والوصول المحدود إلى المياه والصرف الصحي والتعرض المتزايد للعنف والتوتر. من خلال استكشاف الاختلافات بين هاتين المجموعتين، ستوفر الدراسة رؤى حول احتياجات المجتمعات النازحة. تقييم فعالية أنظمة الدعم. تهدف الدراسة إلى تعزيز التعاون وتبادل المعلومات لتحسين النتائج الصحية في مختلف البيئات من خلال مشاركة هذه النتائج مع مجتمع الرعاية الصحية.

1.4. أهداف الدراسة:

تهدف دراستي إلى التحقيق في صحة ورفاهية النساء في ريف إدلب، مع التركيز على مقارنة الظروف المعيشية داخل وخارج المخيمات. كما تستكشف الدراسة تأثير الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والتغذية على نتائج صحة المرأة في عام 2024، وتتفرع منه الأهداف الفرعية التالية:

1. تحديد حدوث المخاطر الصحية ونقص التغذية بين النساء في إدلب، ومقارنة أولئك الذين يعيشون في

المخيمات مع أولئك الذين يعيشون خارجها.

2. التحقيق في كيفية ارتباط إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية مثل الفحوصات بانتشار أوجه القصور

والمخاطر الصحية بين النساء الحوامل.

3. دراسة كيف يمكن للمكملات الغذائية أن تساعد في تقليل المخاطر الصحية للنساء الحوامل، وخاصة النازحات أو في ظروف غير مستقرة.
4. استكشاف كيف يؤثر الزواج على وصول النساء الحوامل إلى خدمات الرعاية الصحية وموارد التغذية.
5. سعى بحثي إلى تقييم ومقارنة النتائج الصحية، مثل استخدام الرعاية ومضاعفات الحمل ونتائج الولادة بين النساء الحوامل الأصغر سناً والأكبر سناً في إدلب، سوريا.

1.5. تساؤلات الدراسة:

1. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في معدلات سوء التغذية بين النساء النازحات والنساء غير النازحات في إدلب؟
2. هل يؤثر توفر خدمات الرعاية الصحية على الحد من سوء التغذية والمخاطر الصحية لدى النساء الحوامل في إدلب؟
3. هل تساهم المكملات الغذائية في تقليل معدلات فقر الدم وسوء التغذية بين النساء الحوامل، وخاصة النازحات منهن؟
4. هل يؤثر الزواج سلباً على وصول النساء الحوامل إلى خدمات الرعاية الصحية والتغذية؟
5. هل تختلف نتائج الحمل (مثل الولادة المبكرة، انخفاض وزن المولود، مضاعفات الحمل) بين النساء الحوامل الأصغر سناً والأكبر سناً في إدلب؟

1.6. فروض الدراسة:

1.6.1. الفرضية الأولى:

النساء الحوامل اللاتي يحصلن على المكملات الغذائية أقل عرضة للإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل مقارنة بالنساء الحوامل اللاتي لا يحصلن على هذه المكملات.

1.6.2. الفرضية الثانية:

انتشار مؤشرات المخاطر الطبية أعلى بين النساء النازحات مقارنة بالنساء الحوامل المقيمات بسبب محدودية الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية.

1.6.3. الفرضية الثالثة:

النساء الحوامل اللاتي يشاركن في فحوصات ما قبل الولادة المنتظمة يتمتعن بحالة غذائية أفضل من النساء اللاتي لا يشاركن في مثل هذه الفحوصات.

1.6.4. الفرضية الرابعة:

النساء الحوامل اللاتي يشاركن في فحوصات ما قبل الولادة المنتظمة لديهن معدلات أقل من المضاعفات الصحية من النساء اللاتي لا يشاركن في مثل هذه الفحوصات.

1.6.5. الفرضية الخامسة:

النساء الحوامل الأصغر سنًا (من سن 18 إلى 25 عامًا) لديهن نتائج صحية أفضل مقارنة بالنساء الحوامل الأكبر سنًا (من سن 26 إلى 35 عامًا) في إدلب.

1.6.6. الفرضية السادسة:

النساء في المخيم أقل عرضة للإصابة بعلامات صحية طبية مقارنة بالنساء خارج المخيم.

1.7. النموذج النظري (Theoretical Model) - النظرية العلمية المتبعة

يعتمد النموذج النظري لهذه الدراسة على نموذج "العوامل الاجتماعية المحددة للصحة (Social Determinants of Health Framework)، والذي أطلقته منظمة الصحة العالمية لتفسير كيفية تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والبيئية على صحة الأفراد، لا سيما في المجتمعات الهشة. يفترض هذا النموذج أن الحالة الصحية والتغذية للأفراد لا تتشكل فقط بناءً على العوامل البيولوجية، بل من خلال تفاعل معقد بين مجموعة من المتغيرات البيئية والمباشرة (Bhutta et al., 2013a).

في سياق هذه الدراسة، التي تستهدف النساء الحوامل في ريف إدلب شمال غرب سوريا، فإن النموذج يُظهر كيف تؤثر عوامل مثل الزوج، الفقر، الوصول المحدود إلى الخدمات الصحية، وانعدام الأمن الغذائي على الوضع التغذوي للنساء الحوامل. ويمكن تلخيص أبرز المحددات التي اعتمدها النموذج بما يلي:

1. الوضع السكني: حيث تعكس الإقامة في المخيمات أو خارجها مستوى توافر الخدمات الأساسية من رعاية

صحية وتغذية (World Health Organization (WHO), n.d.).

2. الوضع الاجتماعي والقانوني: مثل كون المرأة نازحة أو غير نازحة، وما يتبع ذلك من معوقات في الوصول إلى المرافق الصحية والمساعدات.

3. الوصول إلى الرعاية الصحية: ويشمل ذلك توافر الفحوصات الطبية أثناء الحمل، واستلام المكملات الغذائية (حديد وفوليك أسيد) (Garg et al., n.d.).

4. العوامل الاقتصادية والبيئية: كالفقر، فقدان سبل العيش، الازدحام، ضعف البنية التحتية الصحية، وسوء النظافة.

انطلاقاً من هذا النموذج، تم بناء فرضيات الدراسة، وتحليل الروابط بين المتغيرات باستخدام أدوات إحصائية لقياس العلاقة بين المحددات الاجتماعية والمخرجات التغذوية والصحية لدى النساء الحوامل في بيئة النزاع (Black et al., 2013a).

الفصل الثاني

الدراسات السابقة والإطار النظري

الفصل الثاني

الدراسات السابقة والإطار النظري

2.1. مقدمة:

تركز العديد من الدراسات البحثية التي تدعم موضوع مضاعفات الحمل على المدخول اليومي للأم. وذلك لأن الوزن الزائد يزيد من مخاطر المضاعفات والعواقب الوخيمة، مثل ضعف تحمل الجلوكوز، أو ولادة أطفال في سن الأم، أو الولادة المبكرة. ونظرًا لهذا، يجب تشجيع النساء اللاتي يعانين من زيادة الوزن والسمنة والاضطراب المعتمد على الأنسولين على تناول المزيد من الأطعمة الغنية بالخضروات والدهون الضرورية وغير المشبعة والكربوهيدرات الغنية بالألياف (Basha et al., 2022).

تم نشر أبحاث بأثر رجعي في جميع أنحاء العالم للكشف عن مستويات عالية بشكل مثير للقلق من نقص فيتامين د في مختلف الفئات العمرية، وخاصة النساء قبل الولادة. فيتامين د له مجموعة واسعة من التأثيرات على الكائنات الحية الأنثوية ويلعب دورًا أكثر بروزًا كمتحكم في العمليات الأيضية التي تنطوي على الفوسفور والكالسيوم. تُظهر الأبحاث المتاحة أن فيتامين د يلعب وظيفة أساسية في العملية التناسلية للنثديات (WOMAN ALONE *The Fight for Survival by Syria's Refugee Women*, n.d.)

من الأهمية بمكان تزويد النساء الحوامل بأنماط حياة صحية لتحسين حالة كل من الأم وطفلها. ومع ذلك، يجب أن تكون أي استراتيجية مصممة لتناسب البيئة والسكان الفريدين (SMART Survey Final Report *Idleb and Aleppo Governorates, Northwest Syria, Syria*) 18 October 2022 - Syrian Arab Republic | ReliefWeb, n.d.; Whole of Syria Nutrition Cluster Sector Brief (January - December 2020) - Syrian Arab Republic | ReliefWeb, n.d.)

إن بناء ميزة تنافسية مستدامة للاستراتيجيات أمر بالغ الأهمية لتحقيق نتائج إيجابية في رعاية الأمومة. وبالمثل، يجب على المسؤولين الانخراط في جهود مستمرة لتعزيز طريقة المراقبة والتنظيم لبرنامج الرعاية الصحية ونهج التوطين، وزيادة الوصول إلى البيانات، وإنشاء أطر الاعتراضات والتقييم الاجتماعية المناسبة (Haddad & Nour, 2009).

قد تؤدي تخفيضات الرعاية الصحية الإنجابية والجنسانية المرتبطة بـ COVID-19 بنسبة 10 في المائة من الإجمالي إلى 15.4 مليون حالة حمل عرضي، وهو ما يتجاوز 3.3 مليون حالة إجهاض مستحث ومعدلات وفيات الأمهات 28000. ينتج العديد من الباحثين الأكاديميين ومصنعي الأدوية حاليًا لقاحات. قد يضعف رفض اللقاح الأداء الجنسي للرجال والنساء. لسوء الحظ، لا يؤثر التحصين على التبويض؛ وبالتالي، يجب تصحيح هذا المفهوم الخاطئ. عادة ما تكون لقاحات الحمل والرضاعة الطبيعية آمنة وفعالة (Maternal Health - PAHO/WHO | Pan American Health Organization, n.d.)

2.2. الدراسات السابقة:

2.2.1. سوء التغذية لدى الأمهات على مستوى العالم:

يعاني حوالي خمسين بالمائة من سكان العالم من نقص المغذيات أو سوء التغذية، وخاصة لدى الأمهات والأطفال الصغار. والولادة المبكرة، ونقص البروتين والطاقة، واختلال التوازن المزمن في الطاقة لدى النساء، وسوء التغذية كلها اضطرابات يمكن أن تنتج عن عدم كفاية تناول النظام الغذائي أثناء الحمل. وعلى الرغم من وجود زيادة في نسبة الأطفال الأفارقة الذين يعانون من التقزم بسبب نقص البروتين المزمن، فإن عدد الأطفال الذين يعانون من قِصر القامة أكثر أهمية بشكل ملحوظ في آسيا. وتشكل المستويات غير الكافية من الحديد واليود وفيتامين أ والزنك أكثر حالات العجز انتشارًا بين المغذيات الدقيقة. وتساهم هذه الأسباب مجتمعة في أكثر من نصف الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة في العالم. وتشير النتائج الأخيرة إلى أن ثلث الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة يمكن أن تُعزى إلى التقزم والهزال الشديد. ويمثل نقص هذه العناصر الغذائية الأساسية الأربعة حوالي 12 في المائة من الوفيات بين الأطفال دون سن الخامسة (Ahmed et al., 2012).

2.2.2. خطر نقص المغذيات الدقيقة أثناء الحمل:

يعد نقص المكملات الغذائية طوال فترة الحمل من أكثر الإشارات خطورة. ويحدث هذا النقص نتيجة لمزيج من انخفاض استهلاك الغذاء وزيادة الطلب على نمو الجنين. وقد ارتبطت الحالة الغذائية غير الكافية قبل الولادة بأمراض الحمل المختلفة التي تشمل خلل في الرحم، مثل انخفاض الوزن عند الولادة، وصغر حجم الجنين بالنسبة

لعمر الحمل، وتسمم الحمل، والولادة المبكرة. ومن المثير للاهتمام أن نلاحظ أدلة متزايدة على أن النقص في جميع العناصر التي تم التحقيق فيها يسبب حالة التهابية في المشيمة. ويرتبط هذا الاكتشاف بالاستجابة الالتهابية التي لوحظت في تسمم الحمل، والولادة المبكرة، والولادة المبكرة (Ahmed et al., 2012).

2.2.3. كيف تتأثر النساء الحوامل بخطر فقر الدم:

فقر الدم هو اضطراب يصيب الأشخاص من جميع الأعمار في جميع أنحاء العالم. وتقدر منظمة الصحة العالمية أن ما يقرب من أربعين في المائة من النساء الحوامل يعانين من فقر الدم. السبب الأكثر شيوعًا هو فقر الدم الناجم عن نقص الحديد في النظام الغذائي، والمعروف غالبًا باسم فقر الدم الناجم عن نقص الحديد. حتى في البلدان الصناعية، يظل فقر الدم الناجم عن نقص الحديد هو السبب الأكثر شيوعًا. يختلف انتشار فقر الدم الناجم عن نقص الحديد عالميًا بناءً على الوضع الاقتصادي للسكان. هناك أيضًا حالة شائعة تُعرف باسم فقر الدم الفسيولوجي للحمل، وتتميز بزيادة أكبر بكثير في حجم السوائل على النقيض من زيادة عدد خلايا الدم الحمراء. يُقترح إجراء فحص لفقر الدم يشمل تعداد الدم بالكامل أثناء الحمل الأول لجميع النساء الحوامل [46]. في الغالب في حالة الافتقار التام لفقر الدم، يظل من المثير للجدل ما إذا كان يجب فحص النساء الحوامل بحثًا عن نقص الحديد أم لا. نظرًا للحاجة العالية للهيموجلوبين أثناء الحمل، يُقترح أن تتناول جميع النساء الحوامل مكملات الفيتامينات والمعادن (Agarwal & Rets, 2021).

2.2.4. العوامل المؤثرة على النساء الحوامل في شمال غرب سوريا بعد 12 عامًا من الصراع:

وفقًا للإحصاءات الأخيرة من شمال غرب سوريا، شكلت أمراض الرئة 27 في المائة من الاضطرابات الإجمالية التي شوهدت في جميع الفئات العمرية. ومع ذلك، بين الإناث في أواخر سن المراهقة، كانت المشكلات النسائية/التوليدية هي الأكثر شيوعًا. شكلت الالتهابات المنخفضة والإسهال البكتيري والتهاب الأذن الوسطى أكثر من نصف (47٪) من جميع الحالات في جميع الفئات العمرية. تم تحديد أن 8 في المائة فقط من إجمالي المرضى لديهم العناصر الغذائية الضرورية، وكانت الغالبية العظمى (92٪) من الأطفال حديثي الولادة والمراهقين. بعد التهابات الجهاز التنفسي العلوي، أثر الإسهال الحاد على 17٪ من الأشخاص في جميع الفئات العمرية. كان هناك

تأثير شديد على الصحة الإنجابية للمرأة طوال الحرب. تشمل المشاكل المستمرة العنف الجنسي والعنف الأنثوي، وقلة الولادات التي منعها تنظيم الأسرة، وعدم انتظام الدورة الشهرية، والحمل غير المتوقع، والولادة المبكرة، وأمراض الرضع. ارتبطت المشاركة النشطة والسلبية في حوادث الصراع المدني بزيادة معدلات اضطراب ما بعد الصدمة والضائقة النفسية لدى الأمهات (North-West Syria / Situation Reports, n.d.).

وبينما يمكن لاضطراب ما بعد الصدمة أن يزيد من خطر سلوك الأبوة السيئ، لم يجد الباحثون أي ارتباط مباشر بين المشاكل العاطفية العامة للأمهات وسوء الأبوة أو سلوكيات الأطفال غير الصحية. وبسبب ارتفاع حالات الحمل بين المراهقات والتوافر المحدود لخدمات الأمومة ورعاية الأمومة، فإن 24 في المائة من النساء الحوامل في سوريا تقل أعمارهن عن 18 عامًا. وتُظهر البيانات أن 85٪ و82٪ و44٪ من النساء الحوامل لم يحصلن على أي رعاية قبل الولادة خلال الأشهر الثلاثة الأولى والمتوسطة والأخيرة على التوالي. وتتميز الحالة الحالية بنسبة أكبر من الموصى بها من العمليات القيصرية مقارنة بالولادات الطبيعية، ومعدل خصوبة كبير بين المراهقات، وانخفاض كبير في مواعيد ما قبل الولادة (Kherallah et al., 2012).

2.2.5. وفيات الأمهات:

تشكل الوفيات المرتبطة بالحمل مشكلة كبيرة في العديد من مناطق العالم. بلغ معدل الوفيات بين الأمهات في العالم في عام 2015 216 حالة وفاة لكل 100000 ولادة، أو 303000 حالة وفاة في المجموع. انخفض معدل الوفيات بين الأمهات في الولايات المتحدة بشكل مطرد من عام 1960 إلى عام 1987، واستقر تدريجيًا من عام 1995 إلى عام 1999، وبدأ في الارتفاع مرة أخرى بعد عام 1999. تعاني نسبة كبيرة من النساء السود مقارنة بالنساء البيض من وفيات الأمهات الناجمة عن التفاوت العنصري في معدلات الوفيات المرتبطة بالحمل في جميع أنحاء البلاد [48].

يعتبر نظام الرعاية الصحية المجال المهيمن في رعاية ما قبل الولادة، لكن مهارات التقييم والاستجابة غير كافية لتنفيذ التدخلات المستهدفة. يجب أيضًا مراعاة العوامل الأساسية، التي غالبًا ما يتم تجاهلها. تتطلب الفعالية تحالفًا واسعًا وعادلًا ومتعدد التخصصات يشمل المهنيين الاجتماعيين والاقتصاديين والأخلاقيين الطبية والسياسية والحكومة والمشاركة المجتمعية (Mansour et al., 2018).

2.2.6. فيتامين د:

لقد تم ربط العديد من العواقب الجسدية للجنين والأم بتناول فيتامين د أثناء الحمل. وقد غطت الدراسات السابقة على نطاق واسع تسمم الحمل، ومرض السكري أثناء الحمل، وطريقة الولادة، وغيرها من النتائج والعواقب التي تصيب الأم. إلى جانب العواقب اللاحقة في مرحلة الطفولة، وخاصة الربو، غالبًا ما يرتبط مستوى فيتامين د بالعديد من النتائج التي تصيب الجنين والطفولة، مثل قياسات نمو الجنين، وكتلة العضلات، وتطور العظام (Curtis et al., 2018).

2.2.7. فيتامين أ:

في جميع أنحاء العالم، يعد نقص فيتامين أ (VAD) مسؤولاً عن حالات فقدان البصر أكثر من أي عامل آخر. في معظم دول العالم الثالث، يعد نقص فيتامين أ بين النساء الحوامل مصدر قلق كبير للصحة العامة. تشمل التأثيرات الرئيسية لفيتامين أ تعديلات على وظائف مختلفة للجنين والعظام. تحتاج النساء الحوامل بشكل متزايد إلى فيتامين أ. ومع ذلك، في بعض الدول الغنية، هناك قلق كبير من أن المستويات العالية من فيتامين أ أثناء الحمل قد تسبب عيوب خلقية إذا تم تناولها لأكثر من ستين يومًا بعد الولادة. ومع ذلك، من بين المناطق التي يشكل فيها نقص فيتامين أ مشكلة صحية، يُنصح بتناول فيتامين أ قبل الولادة لتجنب العمى الليلي. وهذا يتناقض مع التوصية باستخدام تناول فيتامين أ قبل الولادة بانتظام لتقليل معدل الخصوبة لدى الأم والإجمالي (Maia et al., 2019).

2.2.8. حمض الفوليك أثناء الحمل:

تشتمل النساء الحوامل اللاتي يتناولن أقراص حمض الفوليك خلال الربع الأول من الحمل على مزيد من المعلومات حول استهلاكهن، والهضم، والانتشار، وكميات الخلايا، ومضاعفات الحمل. يجب مراعاة العديد من المتغيرات عند محاولة زيادة فعالية مكملات حمض الفوليك عند النساء الحوامل، بما في ذلك الجرعة، وجودة الأقراص، ومصادر الغذاء، ووقت بدء تناول المكملات. بداية من ثلاثة أشهر قبل محاولة الحمل وحتى نهاية الرضاعة، يُنصح النساء المعرضات للخطر بتناول فيتامين متعدد يحتوي على 0.4 مليجرام من حمض الفوليك يوميًا (Wilson & O'Connor, 2021).

2.2.9. وفيات الأمهات وكوفيد-19:

إن خطر الإصابة بمرض شديد من كوفيد-19 أعلى بالنسبة للنساء الحوامل والنساء اللاتي ولدن للتو مقارنة بالأشخاص غير الحوامل. ويعتبر المرض الشديد بما يكفي لاستلزم دخول المستشفى في وحدة العناية المركزة بالمستشفى، والتنفس الميكانيكي، والأكسجة الغشائية خارج الجسم، أو حتى الوفاة، من هذه الفئة. إن الإصابة المشتركة بفيروس نقص المناعة البشرية من نوع كوفيد-19 أثناء الحمل تزيد بشكل كبير من خطر إصابة المرأة بمشاكل قد تلحق الضرر بطفلها الذي لم يولد بعد. على سبيل المثال، في حالة كوفيد-19، من المرجح أن تلد النساء الحوامل طفلاً ميتاً. عندما ظهرت النسخة المعدلة من دلتا لأول مرة في يونيو 2021، كان كل شيء مرتبطاً باحتمالية أعلى بكثير للعواقب الوخيمة للأمهات الحوامل. وشمل ذلك إدخال المزيد من النساء إلى وحدة العناية المركزة واحتياجهن إلى إجراءات طبية أكثر تقدماً مثل التهوية الغازية والأكسجة الغشائية خارج الجسم (COVID-19).
(*during Pregnancy / CDC, n.d.*)

2.2.10. الوضع الصحي للمرأة في الجزء الريفي من شمال غرب سوريا:

تكشف الإحصائيات الأخيرة أن خمس النساء في هذه المنطقة يحصلن على خدمات الصحة الإنجابية مثل الرعاية قبل الولادة وبعدها وتنظيم الأسرة والمساعدة التوليدية. ومن المؤسف أن التوافر المحدود لخدمات الولادة غالباً ما يجبر النساء على الولادة في المنزل دون دعم مما يزيد من مخاطر المضاعفات ووفيات الأمهات. وقد أدى الصراع المستمر إلى تفاقم الوضع في المرافق الصحية. مما دفع العاملين في مجال الرعاية الصحية إلى الفرار من المنطقة. وهذا يترك النساء والفتيات معرضات للعنف القائم على النوع الاجتماعي والزواج المبكر والاستغلال (التقرير السنوي درعا فرع السوري العربي الأحمر الهلال، n.d.). ومن الضروري معالجة هذه التحديات وضمان حصول النساء في شمال غرب سوريا على خدمات رعاية صحية عالية الجودة (Factsheet - X- 2022-09).
(*.Border Operation - Turkey Hub / Shelter Cluster, n.d.*)

2.2.11. خدمات الصحة والتغذية المختلفة بين المناطق الحضرية والريفية:

توجد فجوات بين خدمات الصحة والتغذية المقدمة للنساء المقيمات في المناطق الريفية مقارنة بالمناطق الحضرية بسبب الاختلافات في إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية وتوافر الموارد والمعايير الثقافية. وبشكل عام، تقدم المناطق الحضرية أحكام الرعاية الصحية للنساء التي تشمل الرعاية ومساعدة تنظيم الأسرة وخدمات

الصحة الإنجابية، فضلاً عن مجموعة أوسع من الدعم الغذائي، بما في ذلك التوجيه الغذائي وخيارات الطعام المتنوعة. وعلى النقيض من ذلك، غالباً ما تكافح المناطق الريفية مع البنية التحتية للرعاية الصحية والموارد المتركزة داخل المراكز الحضرية. وفي المناطق، قد تواجه النساء صعوبات في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بسبب المسافة ونقص وسائل النقل ونقص مقدمي الرعاية الصحية. يمكن أن يؤدي هذا الوضع إلى صعوبة الوصول إلى التغذية مما يؤدي إلى مشاكل سوء التغذية لكل من النساء والأطفال مما يؤثر على صحتهم العامة. من الأهمية بمكان معالجة هذه التفاوتات من خلال تحسين البنية التحتية للرعاية الصحية في المناطق وزيادة الوعي بالتغذية والصحة من أجل رفاهية النساء والفتيات (Dalmiya et al., n.d).

2.3. الإطار النظري (Theoretical Framework)

يرتكز الإطار النظري للدراسة على مجموعة من المفاهيم والنظريات العلمية المتداخلة التي توضح العلاقة بين النزوح وسوء التغذية لدى النساء الحوامل، وذلك ضمن سياق الأزمات والنزاعات المسلحة. ويأتي هذا الإطار بمثابة القاعدة الفكرية التي تنطلق منها الدراسة لفهم المشكلات الصحية وتفسير نتائجها.

أولاً، تعتمد الدراسة على نظرية المحددات الاجتماعية للصحة (Social Determinants of Health Theory) التي تفترض أن الحالة الصحية للفرد تتأثر إلى حد كبير بعوامل مثل الفقر، مستوى التعليم، التمييز الاجتماعي، والنزوح، أكثر من تأثرها بالعوامل البيولوجية فقط. فالنزوح، كما في حالة شمال غرب سوريا، يؤدي إلى تدهور في فرص الوصول إلى الغذاء والخدمات الأساسية، ويضع المرأة في موقع هشّ صحياً وتغذوياً (Black et al., 2013a).

ثانياً، تستند الدراسة إلى النموذج السببي لسوء التغذية (UNICEF Causal Framework for Malnutrition)، الذي يميز بين الأسباب المباشرة لسوء التغذية (كعدم كفاية تناول الغذاء والأمراض) والأسباب غير المباشرة (مثل انعدام الأمن الغذائي، ضعف الرعاية الصحية، وسوء الممارسات التغذوية). هذا النموذج يوضح كيف أن النزاع يؤدي إلى تفكك الأنظمة الغذائية والصحية، مما يزيد من تعرض النساء الحوامل لخطر سوء التغذية (Garg et al., n.d).

نالتاً، تم الاستناد إلى أدبيات علمية معاصرة مثل دراسة Bhutta وآخرين (2013) و Black وآخرين (2013) التي أكدت على أن النساء والأطفال هم الأكثر تأثراً في حالات الطوارئ، وأن توفير التغذية الأساسية والمكملات والرعاية المنتظمة يُعد من التدخلات الأكثر فعالية في تحسين النتائج الصحية في الأزمات (Bhutta et al., 2013a).

يوقّر هذا الإطار النظري دعامة فكرية متينة لفهم المحددات المعقدة لسوء التغذية في سياق النزاع السوري، ويبرر أهمية التدخلات الصحية والتغذوية الموجهة للفئات الضعيفة، مثل النساء الحوامل.

الفصل الثالث
منهجية الدراسة

الفصل الثالث

منهجية الدراسة

3.1. مقدمة:

تعتمد هذه الدراسة على منهج البحث الوصفي التحليلي، حيث تم تصميمها لتقييم العوامل المؤثرة على الصحة التغذوية للنساء الحوامل في محافظة إدلب، شمال غرب سوريا. تهدف المنهجية إلى جمع وتحليل البيانات المتعلقة بالحالة الصحية والتغذوية للمشاركات، مع الأخذ بعين الاعتبار تأثير النزوح والظروف المعيشية المختلفة على صحتهن.

تم تنفيذ الدراسة من خلال جمع بيانات شاملة من مناطق متعددة في ريف إدلب، بما في ذلك المسوحات الميدانية وتقارير المنظمات الصحية العاملة في المنطقة. وقد استخدمت الدراسة تقنية Kobo Toolbox كأداة رئيسية لجمع البيانات، حيث تم تصميم استبيانات باللغتين العربية والإنجليزية لتغطية الجوانب المختلفة للصحة والتغذية أثناء الحمل.

شملت عينة الدراسة 15,998 امرأة حامل، تم اختيارهن باستخدام أسلوب المعاينة الشاملة لضمان تمثيل دقيق لجميع الفئات. تم جمع البيانات على مدار عام كامل (2024) لضمان تغطية شاملة للعوامل الموسمية التي قد تؤثر على الحالة التغذوية والصحية للنساء الحوامل. كما خضعت البيانات لعمليات تنظيف وتحليل دقيقة باستخدام برنامج SPSS، حيث تم تطبيق الاختبارات الإحصائية المناسبة لاستخلاص النتائج والتوصل إلى استنتاجات دقيقة حول الحالة الصحية والتغذوية للنساء الحوامل في ريف إدلب.

من خلال هذه المنهجية، تهدف الدراسة إلى تقديم رؤية متكاملة حول التحديات التغذوية التي تواجه النساء الحوامل في المناطق المتأثرة بالنزاعات، وتوفير أدلة علمية لدعم التدخلات الصحية والتغذوية الفعالة.

3.2. المنهجية وطرق البحث:

تعتمد هذه الدراسة على تصميم وصفي تحليلي، حيث تم جمع البيانات في عام 2024 من خلال استبيانات ميدانية ومقابلات مع النساء الحوامل، إضافة إلى مراجعة تقارير المنظمات الصحية المحلية والدولية. شملت عينة

الدراسة 15,998 امرأة حامل، تم اختيارهن باستخدام أسلوب المعاينة الشاملة لضمان التمثيل العادل لجميع الفئات. تم تنفيذ البحث في محافظة إدلب، التي تضم ثلاث مدن رئيسية في ريف إدلب (جسر الشغور ومعرّة مصرين وحارم) وسبعة نواحٍ تتبع لهذه المدن وتحتوي على 660000 نسمة، حيث تم اختيار المواقع بناءً على مدى تأثرها بالنزاع ومستوى الخدمات الصحية والتغذوية المتاحة فيها، ومعدلات سوء التغذية المرتفعة بحسب إحصاءات اليونيسيف ومجموعة التغذية (Humanitarian Situation Report No. 1 UNICEF RESPONSE Nutrition cluster AND FUNDING STATUS*, n.d.)

تم جمع البيانات من قبل فرق استجابة محترفة تتضمن أخصائي تغذية وعمال صحة مجتمعية وقابلة وممرضة ومدخل بيانات مؤهل ومدرب من قبل وحدة المعلومات في المنظمة المانحة للبيانات باستخدام استبيانات إلكترونية عبر Kobo Toolbox، والتي تم تصميمها باللغتين العربية والإنجليزية لتسهيل التواصل مع المشاركين. تناولت الاستبيانات مختلف العوامل المؤثرة على الصحة التغذوية، مثل مدى توفر المكملات الغذائية، والوصول إلى الرعاية الصحية، وتأثير النزوح على النساء الحوامل. بعد جمع البيانات، تم نقلها إلى مكتب منظمة سيما الطبية الإنسانية في مدينة غازي عنتاب في جمهورية تركيا، حيث خضعت لعمليات تنظيف باستخدام برنامج الاكسل وسيتم التحليل باستخدام برنامج IBM SPSS 26 وتطبيق اختبارات إحصائية مثل اختبار كاي تربيع (Chi-Square Test) لتحليل العلاقة بين المتغيرات الفئوية، مع تحديد الدلالة الإحصائية عند $p < 0.05$.

وستشمل الدراسة عدة معايير للاشتراك، حيث سيتم إدراج النساء الحوامل اللواتي يعانين من سوء التغذية الحاد المعتدل (MAM)، إضافة إلى النساء اللاتي لديهن عوامل خطر صحية مثل فقر الدم، ارتفاع ضغط الدم، وسكري الحمل. كما سيتم تضمين النازحات والمقيمات في المجتمعات المضيفة لتحليل تأثير النزوح على التغذية والصحة. أما بالنسبة لمعايير الاستبعاد، فسيتم استبعاد النساء المرضعات، والنساء دون سن 15 عامًا، والنساء غير الحوامل. ومن خلال هذه المنهجية، تهدف الدراسة إلى تقديم بيانات علمية دقيقة تسهم في توجيه السياسات الصحية والتغذوية في المناطق المتأثرة بالنزاعات.

علاوة على ذلك، تم جمع بيانات عن معدلات سوء التغذية، انتشار فقر الدم، وعدد الحالات التي تعاني من مضاعفات صحية أثناء الحمل. سمح هذا التحليل بتوفير بيانات كمية دقيقة تدعم النتائج المستخلصة من الاستبيانات، مما عزز من موثوقية الدراسة وساعد في التحقق من مدى انتشار المشكلات التغذوية بين النساء الحوامل. وأخيراً، سيتم توظيف تقنيات التحليل الإحصائي عبر برنامج IBM SPSS Statistics 26.0، حيث سيتم إدخال البيانات وتحليلها باستخدام التحليل الوصفي والاستدلالي، بما في ذلك اختبار كاي تربيع (Chi-Square Test) لدراسة العلاقة بين توفر الغذاء والمكملات الغذائية ومستوى التغذية لدى النساء الحوامل.

3.4. حدود الدراسة:

- محدودية القدرة على التعميم: إن تركيز الدراسة على عينة ريفية يحد من إمكانية تطبيقها على نطاق أوسع على النساء الحوامل في سياقات إقليمية أو دولية مختلفة.
- تحيز العينة: إن الإفراط في تمثيل النساء الريفيات في الدراسة قد يؤدي إلى تحريف النتائج، مما يؤثر على أهميتها بالنسبة للسكان الحضريين أو السكان الريفيين الأقل عزلة.
- الخصوصية الجغرافية: إن التركيز الحضري على ريف إدلب يحد من أهميتها بالنسبة للنساء الحوامل في مناطق أو بلدان أخرى ذات خلفيات مختلفة.
- محدودية قابلية مقارنة البيانات: إن الافتقار إلى البيانات المقارنة من سنوات أو مناطق حضرية أخرى يعيق تقييم التغيرات الزمنية أو التفاوتات بين السكان الريفيين والحضريين.
- عوامل التداخل المحتملة: قد تؤدي الاختلافات في الوصول إلى الرعاية الصحية والوضع الاجتماعي والاقتصادي والممارسات الثقافية بين المناطق الريفية والحضرية إلى إرباك النتائج.

الفصل الرابع

النتائج والتوصيات

الفصل الرابع

النتائج والتوصيات

4.1. مقدمة:

تُعدّ الدراسة الميدانية من أهم مراحل البحث العلمي، حيث يتم من خلالها اختبار الفرضيات النظرية على أرض الواقع، بالاستناد إلى بيانات فعلية تُعكس السياق الاجتماعي والصحي للمجتمع المستهدف. وفي هذه الدراسة، تم التركيز على فئة النساء الحوامل في ريف إدلب - سوريا، في ظل ظروف النزاع والزواج، لتحليل الحالة التغذوية والصحية لهن، وتحديد العوامل المؤثرة في ذلك. اعتمدت الدراسة على منهج وصفي تحليلي، وتم جمع البيانات من 15,998 مشاركة باستخدام أدوات إلكترونية مصممة بعناية، مع مراعاة الاعتبارات الأخلاقية والمنهجية. يمثل هذا الفصل تطبيقاً عملياً لفروض الدراسة، من خلال تحليل العلاقات بين الزواج، الفقر، توافر المكملات، والفحوصات الصحية، وبين سوء التغذية والمضاعفات الصحية أثناء الحمل. تهدف هذه الدراسة إلى توفير أدلة علمية تساهم في توجيه السياسات الصحية والتغذوية، وتحفيز التدخلات الموجهة للفئات الأكثر هشاشة. كما تسعى إلى تسليط الضوء على واقع صحي متدهور في بيئة تفتقر إلى الاستقرار، في محاولة لتوثيق معاناة النساء الحوامل وإبراز التحديات التي تواجههن في الحصول على الرعاية المناسبة. إن فهم هذه التحديات من منظور ميداني يُعد خطوة محورية نحو تحسين النتائج الصحية والحد من المخاطر المرتبطة بالحمل وسوء التغذية.

4.2. موثوقية البيانات (Data Reliability)

تمت مراعاة موثوقية البيانات في هذه الدراسة من خلال تطبيق إجراءات صارمة لضمان دقة المعلومات المستخلصة من الميدان. تم جمع البيانات باستخدام استمارة إلكترونية موحدة تم تطويرها بالتنسيق مع فرق مختصة في البحث الميداني، وشملت عناصر واضحة ومحددة لتقليل التباين في الفهم أو التفسير بين المشاركين. كما تم إجراء تدريب موحد ومسبق للمستجيبين الميدانيين على آلية استخدام الأداة لضمان الاتساق في جمع البيانات بين مختلف الفرق والمناطق.

بالإضافة إلى ذلك، تم تنفيذ خطوات تحقق داخلية ضمن النظام الإلكتروني لجمع البيانات، من خلال ضبط إدخال القيم خارج النطاق، والكشف عن التكرار أو القيم المتطرفة بشكل فوري، مما ساهم في تقليل نسبة الخطأ العشوائي أو النظامي أثناء الجمع. تم أيضًا استخدام تقنية Data Validation Rules لمنع إدخال بيانات غير منطقية، مثل العمر غير المناسب أو حالات الحمل غير المتوافقة مع الواقع الصحي.

وتمت مراجعة البيانات من قبل فريق إشراف مركزي فوراً، مع التدقيق في العينات التي أظهرت نتائج غير نمطية، وإجراء تصحيحات عبر التواصل مع الفرق الميدانية. إن عدد المشاركات الكبير (15,998 حالة) يعزز من استقرار البيانات ويقلل من أثر القيم الشاذة، مما يمنح نتائج الدراسة مصداقية وموثوقية عالية في التفسير والتحليل.

4.3. تحليل البيانات:

4.3.1. الإحصاءات الوصفية:

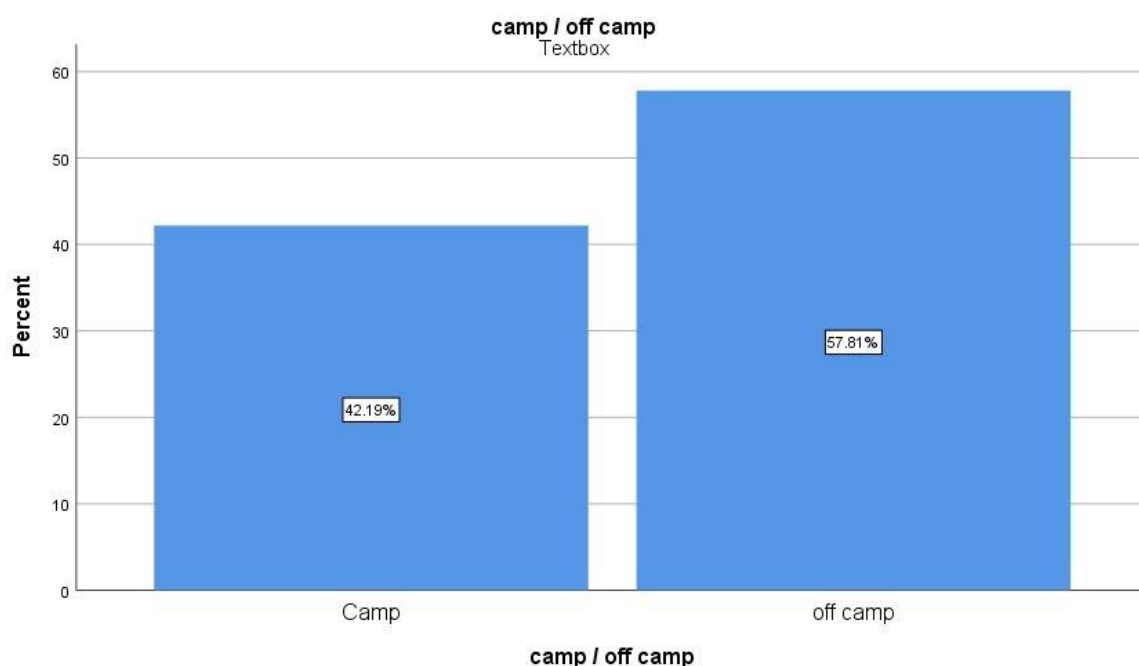
يُقدم التحليل الكمي لمجموعة البيانات المتعلقة بصحة المرأة وحالتها التغذوية في إدلب لعام 2024 رؤى ثاقبة حول خصائصها الديموغرافية، وصحتها التغذوية، والتحديات الصحية التي تواجهها هذه الفئة المستضعفة. تتألف مجموعة البيانات من ردود ١٥,٩٩٨ امرأة، نسبة منهن تقيم في المخيمات (٤٢.٢٪)، بينما تعيش أخريات خارجها (٥٧.٨٪).

4.3.2. الظروف الديموغرافية والمعيشية:

استندت بيانات البحث إلى بيانات ١٥,٩٩٨ أمًا، مُفصّلة في الجدول 1 أدناه، مُقدّمةً لمحةً عن ظروفهن المعيشية. أقامت غالبية هؤلاء النساء خارج المخيمات المُخصصة، بنسبة ٥٧.٨٪ من السكان (٩,٢٤٩ فردًا)، بينما عاشت النسبة المتبقية (٤٢.٢٪) (٦,٧٤٩ فردًا) داخل حدود المخيمات. يُسلّط هذا التفصيل الضوء على نسبة السكان المقيمين خارج المخيمات مُقارنته بمن يعيشون في بيئات مخيمات مُنظمة أو مؤقتة. ويسلط الضوء على الظروف المعيشية التي يمكن أن تؤثر على صحة المرأة ورفاهتها الغذائية في ريف إدلب.

جدول 1 : تحليل مكان إقامة النساء الحوامل (ن=15998)

النسبة (%)	التكرار	حالة المعيشة
42.2	6749	في المخيم
57.8	9249	خارج المخيم
100.0	15998	الإجمالي



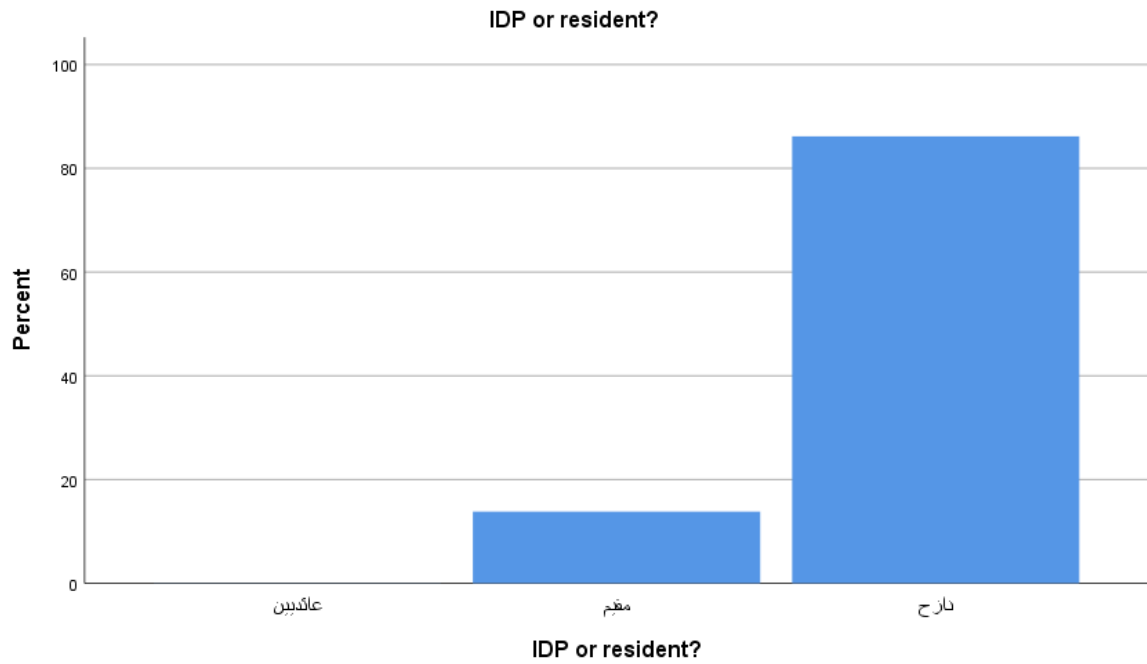
شكل 2: توزيع النساء الحوامل داخل وخارج المخيمات

4.3.3. حالة النازحين/المقيمات:

يُظهر الجدول 2 أن غالبية النساء اللواتي شملهن الاستطلاع، والبالغة 86.1% (13,782 فردًا)، كنّ نازحات داخليًا، مما يُظهر الآثار العميقة للزواج على هذه الفئة السكانية. في المقابل، كانت نسبة السكان المقيمين الذين لم يتعرضوا للزواج 13.8% (2,212 فردًا). تُبرز هذه النسبة الكبيرة من النازحين/المقيمات أزمة الزواج في إدلب وتداعياتها المحتملة على الوصول إلى الرعاية الصحية والتغذية. ويُؤكد ارتفاع عدد النازحين/المقيمات الحاجة الملحة إلى تدخلات مُصممة خصيصًا وآليات دعم تُعالج التحديات التي تواجهها هذه الفئة.

جدول 2: تحليل حالة النازحين/المقيمت للنساء الحوامل (عدد النساء الحوامل = 15,998)

النسبة (%)	التكرار	مقيمة أو نازحة
13.8	2212	مقيمة
86.1	13786	نازحة
100.0	15998	الإجمالي



شكل 3: توزيع النساء الحوامل بين مقيمات ونازحات

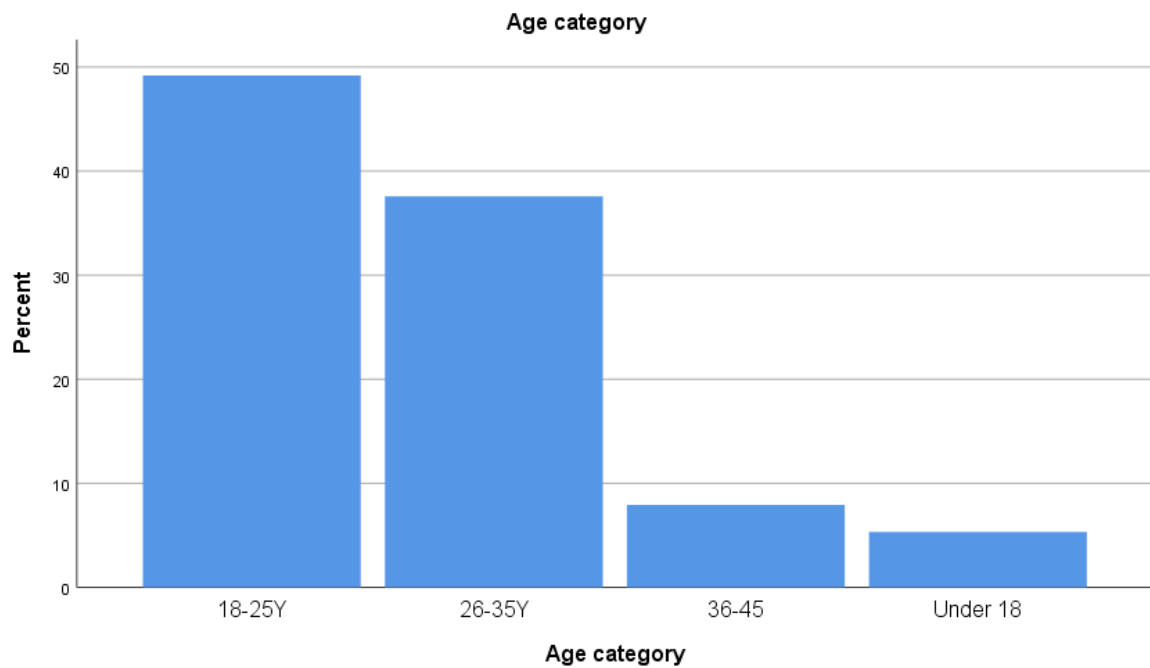
4.3.4. التوزيع العمري للنساء الحوامل في الدراسة

شملت الدراسة نساءً حوامل تتراوح أعمارهن بين 16 و45 عامًا. وشكّلت الفئة العمرية الأكبر بين 18 و25 عامًا نسبة 49.2% من العينة (7870 امرأة). وكان ما يقرب من نصف النساء الحوامل ضمن هذه الفئة العمرية. ويوضح الجدول 3 أدناه التوزيع العمري كما يلي: أقل من 18 عامًا: 5.3% (851 امرأة)، 18-25 عامًا: 49.2% (7870 امرأة)، 26-35 عامًا: 37.6% (6011 امرأة)، 36-45 عامًا: 7.9% (1266 امرأة).

يؤكد العدد الكبير للنساء الحوامل الأصغر سناً، وخاصةً من تتراوح أعمارهن بين 18 و25 عامًا، على الحاجة الملحة لتلبية احتياجاتهن الصحية والغذائية الخاصة. ويُعد تكييف استراتيجيات الرعاية الصحية لهذه الفئة العمرية أمراً بالغ الأهمية لتحسين نتائج صحة الأم والطفل في ريف إدلب.

جدول 3: تحليل توزيع الأعمار للنساء الحوامل في الدراسة (ن=15998)

النسبة (%)	التكرار	الفئة العمرية
5.3	851	<18
49.2	7870	18-25
37.6	6011	26-35
7.9	1266	36-45
100.0	15998	الإجمالي



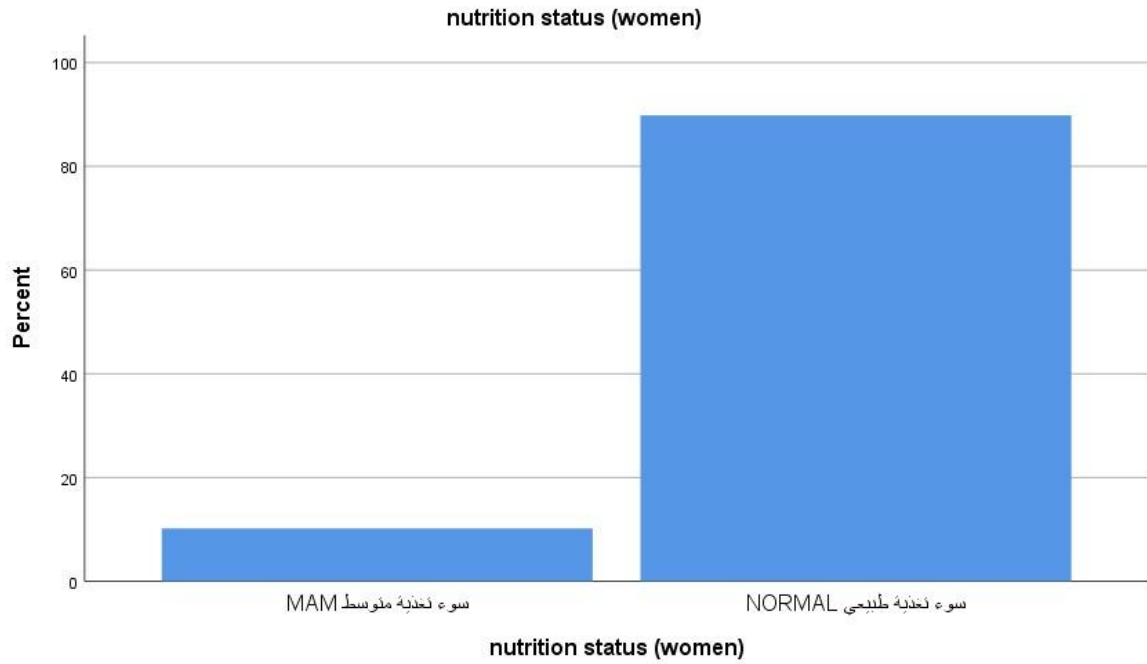
شكل 4: التوزيع العمري للنساء الحوامل في الدراسة

4.3.5. الوضع التغذوي

أظهر التقييم، كما هو موضح في الجدول 4، أن 10.2% من النساء الحوامل (1,629 امرأة) يعانين من سوء تغذية حاد متوسط، بينما تمتعت الغالبية العظمى، 89.8% (14,369 امرأة)، بحالة غذائية طبيعية. تُبرز هذه البيانات الحاجة الملحة للدعم التغذوي والتدخلات لمعالجة مشكلة سوء التغذية بين النساء الحوامل في ريف إدلب.

جدول 4: تحليل سوء التغذية بين النساء الحوامل (عدد النساء الحوامل = 1629 امرأة)

النسبة (%)	التكرار	الوضع التغذوي للنساء
89.8	14369	طبيعي
10.2	1629	سوء تغذية حاد متوسط
100.0	15998	الإجمالي



شكل 5: نسبة النساء الحوامل اللاتي يعانين من سوء تغذية في عينة الدراسة

4.3.6. علامات المخاطر الصحية والأمراض

أفادت حوالي 3.6% من النساء الحوامل بمعانات من علامات خطر صحي جسيمة، بما في ذلك التعب الشديد أو الدوار، ومشاكل التبول، وحرقة المعدة، وألم شديد في أسفل البطن. وتؤكد النتائج الواردة في الجدول 5 أدناه على الحاجة الملحة إلى رعاية ما قبل الولادة المحسنة والمتابعة الدقيقة لإدارة هذه المخاطر الصحية والتخفيف منها بفعالية، مما يضمن تحسين نتائج صحة الأم والجنين.

جدول 5: تحليل علامات المخاطر الصحية والأمراض (عدد الحالات = 581)

النسبة (%)	التكرار	علامات المخاطر للنساء الحوامل
3.6	581	نعم
96.4	15417	لا
100.0	15998	الإجمالي

4.3.7. تناول المكملات الغذائية

أفاد عدد كبير من المشاركات باستخدامهن الفيتامينات المتعددة ومكملات الحديد/حمض الفوليك. ومع ذلك، تفاوت توافر هذه المكملات الغذائية بشكل كبير تبعاً لظروف المعيشة. أظهرت النتائج الواردة في الجدول 6 أن النساء المقيمات في المخيمات يحصلن على هذه المكملات بشكل أقل بكثير من اللواتي يعشن خارجها. وتحديداً، حصلت 77.4% من النساء (12,385 امرأة) على المكملات الغذائية، بينما لم تحصل عليها 22.6% (3,613 امرأة). يُبرز هذا الاختلاف ضرورة بذل جهود مُستهدفة لتوزيع هذه المكملات الأساسية بشكل عادل على جميع النساء الحوامل، وخاصةً المقيمات في المخيمات.

جدول 6: تحليل تناول النساء الحوامل للمكملات الغذائية (عددهن = 12,385 امرأة)

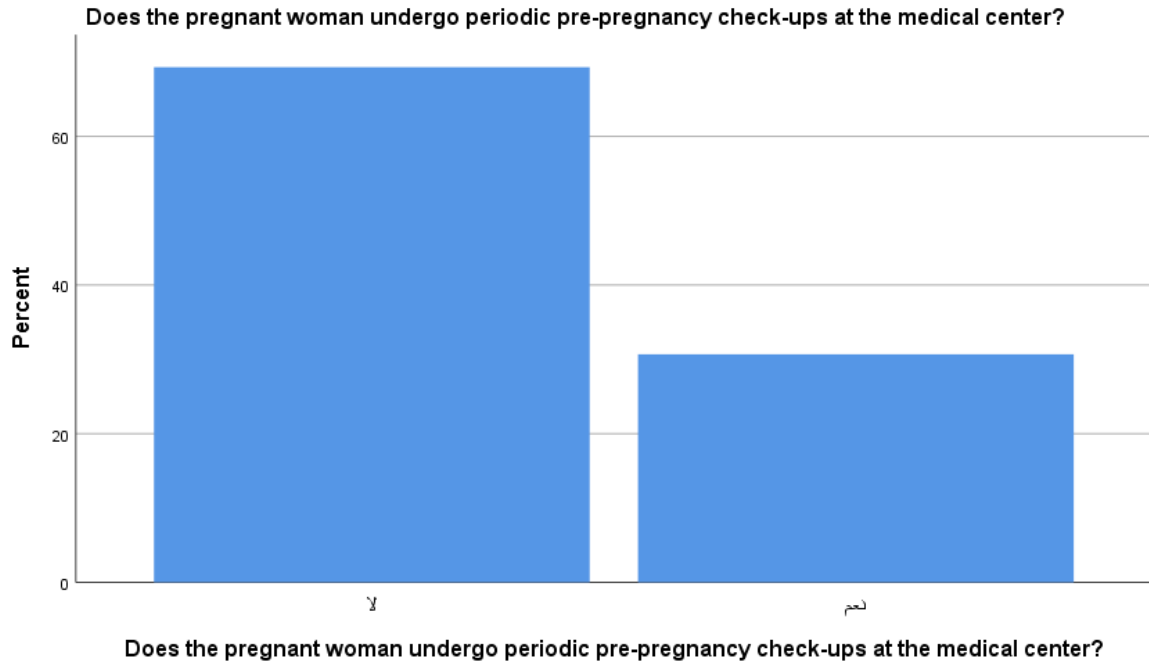
النسبة (%)	التكرار	الوصول للمكملات الغذائية
77.4	12385	نعم
22.6	3613	لا
100.0	15998	الإجمالي

4.3.8. إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية (الفحوصات الطبية)

خضعت 30.7% من النساء لفحوصات ما قبل الحمل في المرافق الطبية. وتأثر الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بشكل ملحوظ بحالة الزوج، حيث واجه النازحون داخلياً عقبات في الحصول على العلاج الطبي الأساسي. وتؤكد نتائج الدراسة، كما هو موضح في الجدول 7، الحاجة الملحة إلى تدخلات صحية وتغذوية مصممة خصيصاً للنساء في إدلب. وتتناول هذه التدخلات تحديداً التحديات التي تواجهها المجتمعات النازحة. ويُعد تطبيق هذه الاقتراحات أمراً بالغ الأهمية لتحسين نتائج صحة الأم في هذه المنطقة المتضررة من النزاع.

جدول 7: تحليل إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية (الفحوصات الطبية) (عدد الحالات = 4909)

النسبة (%)	التكرار	الفحوصات الطبية قبل الحمل
30.7	4909	نعم
69.3	11089	لا
100.0	15998	الإجمالي



شكل 6: يوضح نسبة وصول النساء الحوامل للفحوصات الطبية ما قبل الحمل

4.4. تحليل ثنائي المتغيرات

كشف فحص مجموعة البيانات المتعلقة بالنساء في إدلب خلال عام 2024 عن وجود ارتباطات بين عوامل مختلفة. على سبيل المثال، أشار التحليل إلى أن الفئة العمرية وظروف المعيشة (سواءً في المخيمات أو خارجها) ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالوضع الاجتماعي، حيث أظهرت الفئات العمرية الأصغر سنًا وسكان المخيمات انتشاراً لضعف النتائج الغذائية. وأشارت نتيجة كاي تربيع – Chi square الملحوظة إلى أن الحصول على المكملات الغذائية يحمي بشكل كبير من سوء التغذية الحاد. ومع ذلك، لم تُظهر فحوصات الحمل وحالة النازحين داخلياً ارتباطاً مباشراً جوهرياً بالوضع الغذائي، مما يشير إلى أنها لا تحدد النتائج الغذائية وحدها.

كشف التحليل أن النساء الحوامل النازحات أكثر عرضة للإبلاغ عن علامات المخاطر الصحية مقارنةً بالسكان المحليين، مما يؤكد تأثير النزوح على الصحة.

يُبرز العدد الكبير من الأمهات، وخاصةً من تتراوح أعمارهن بين 18 و25 عامًا، اللواتي يواجهن تحديات غذائية، الحاجة الملحة إلى برامج تغذية مُصممة خصيصًا لمختلف الفئات العمرية. تُقدم هذه النتائج إرشادات لتطوير مبادرات صحية تُلبّي الاحتياجات الفريدة للفئات المعرضة للخطر بين النساء الحوامل في إدلب.

4.5. النتائج

سنقوم الآن بالنظر إلى نتائج كل فرضية ومدى إثباتها أو نفيها باستخدام قيمة P ومعرفة قوة

الارتباط في كل فرضية:

4.5.1. الفرضية 1 (H1)

H1: النساء الحوامل اللواتي يحصلن على المكملات الغذائية أقل عرضة للإصابة بسوء التغذية الحاد المعتدل

(MAM) مقارنةً بمن لا يحصلن عليها. تدرس هذه الفرضية الآثار الوقائية للمكملات الغذائية على تغذية الأم، وهو

عامل حاسم في تحسين نتائج الحمل.

لمعالجة الفرضية ١، تم ربط المتغير المستقل "الحصول على المكملات الغذائية" بالمتغير التابع "التعرض لسوء

التغذية الحاد المعتدل (MAM)". ونظرًا لأن هذه المتغيرات فئوية، واسمية، وثنائية، فإن أفضل تحليل لإيجاد الارتباط

بينها هو الجدولة المتقاطعة، والتي تُستخدم بشكل رئيسي لفحص متغيرين فئويين ثنائيين. النتائج هي:

جدول 8: الحصول على المكملات الغذائية (العدد = ١٢٣٨٥)

nutrition status * Access to nutritional supplements				
Crosstabulation				
Count				
		Access to nutritional supplements		Total
		yes	no	
nutrition status (women)	Normal	10948	3421	14369
	MAM	1437	192	1629
Total		12385	3613	15998

جدول 9 : اختبارات كاي تربيع للفرضية الأولى

Chi-Square Tests					
	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	120.946	1	<0.001		
Continuity Correction	120.259	1	<0.001		
Likelihood Ratio	137.702	1	<0.001		
Fisher's Exact Test				<0.001	<0.001
Linear-by-Linear Association	120.938	1	<0.001		
N of Valid Cases	15998				

تشير قيمة كاي تربيع بيرسون المرتفعة إلى ارتباط شديد الدلالة بين المتغيرين الثنائيين، بقيم احتمالية أقل من 0.001. هذا يعني أن العلاقة المرصودة في البيانات غير محتملة بسبب الصدفة، وأن هناك دلالة ارتباط قوية بين المتغيرات قيد الدراسة. ونظرًا لأن قيمة الاحتمالية أقل من 0.05، يمكننا رفض الفرضية الصفرية وقبول H_a ، التي تنص على أن النساء الحوامل اللاتي يحصلن على المكملات الغذائية أقل عرضة للإصابة بسوء التغذية الحاد المتوسط (MAM) مقارنةً بمن لا يحصلن عليها.

جدول 10 : معاملات بيرسون وفاي للفرضية الأولى

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	-0.087			<0.001
	Cramer's V	0.087			<0.001
Interval by Interval	Pearson's R	-0.087	0.006	-11.039	<0.001
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-0.087	0.006	-11.039	<0.001
N of Valid Cases		15998			

مع ذلك، ورغم ثبوت دلالة العلاقة، يُظهر مُعاملا بيرسون وفاي قيمة -0.087، مما يُشير إلى ضعف العلاقة بين المتغيرين. تُشير علامة السالب إلى أن العلاقة سلبية، مما يعني أنه كلما زادت إمكانية الحصول على المكملات الغذائية، قلّ احتمال الإصابة بسوء التغذية الحاد. تعني قيمة بيرسون/فاي القريبة من الصفر أن العلاقة تُعتبر ضعيفة، لأن الارتباط بين المتغيرين قريب من الصفر، بينما تعني القيمة الأقرب إلى 1/-1 أن العلاقة أقوى. ومع ذلك، حتى الارتباط البسيط يُمكن أن يكون له آثار مهمة على تدخلات الصحة العامة وقرارات السياسات الرامية إلى الحد من انتشار سوء التغذية الحاد بين النساء الحوامل.

4.5.2. الفرضية 2 (H1)

H1: معدل انتشار علامات الخطر الطبي أعلى بين النساء الحوامل النازحات داخليًا منه بين النساء الحوامل المقيمات، وذلك بسبب صعوبة الوصول إلى مرافق الرعاية الصحية. تختبر هذه الفرضية تأثير الزواج على الوصول إلى الرعاية الصحية وما يترتب عليه من مخاطر صحية، متطرفةً إلى جانب بالغ الأهمية من جوانب الصحة العامة في أوقات الأزمات.

تبحث الفرضية الثانية في العلاقة بين المتغير المستقل، وهو كون الشخص مقيمًا أو نازحًا، والمتغير التابع، وهو علامات الخطر الطبي. وقد تم إثبات وجود علاقة بين المتغيرين باستخدام تحليل الجداول المتقاطعة باستخدام برنامج SPSS لمعالجة هذه الفرضية، نظرًا لكون المتغيرين ثنائيين. النتائج هي:

جدول 11 : علامات الخطر الطبي بين النساء الحوامل (عدد الحالات = 581)

Does Benef (pregnant) have any risk signs? * IDP or resident?				
Crosstabulation				
Count				
		IDP or resident?		Total
		resident	displaced	
Does Benef have any risk signs?	Yes	27	554	581
	No	2185	13228	15413
Total		2212	13782	15994

جدول 12 : اختبارات كاي تربيع للفرضية الثانية

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	42.661	1	<0.001		
Continuity Correction	41.865	1	<0.001		
Likelihood Ratio	54.847	1	<0.001		
Fisher's Exact Test				<0.001	<0.001
Linear-by-Linear Association	42.659	1	<0.001		
N of Valid Cases	15994				

جدول 13 : قيمة فاي للكشف عن الارتباط بين متغيرات الفرضية الثانية

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	-0.052			<0.001
	Cramer's V	0.052			<0.001
Interval by Interval	Pearson's R	-0.052	0.005	-6.540	<0.001
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-0.052	0.005	-6.540	<0.001
N of Valid Cases		15994			

كما يتضح من الجداول أعلاه، فإن قيمة كاي تربيع مرتفعة، وقيمة الاحتمالية أقل من 0.001، أي أقل من 0.05، مما يعني وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية بين المتغيرين. لذلك، يمكننا رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة، والتي تشير إلى أن معدل حدوث علامات الخطر الطبي أعلى بين النساء الحوامل النازحات داخلياً منه بين النساء الحوامل المقيمات. تشير قيمة فاي -0.052 إلى وجود ارتباط ضعيف بين المتغيرين. ومع ذلك، فإن هذا الارتباط مهم ويُعتبر مهمًا في الجهود المبذولة للحد من المخاطر الطبية على النساء الحوامل. تشير علامة الطرح إلى أن النساء

النازحات، المرمز لهن بـ 2 في برنامج SPSS، لديهن علامات خطر طبي مقارنة بالنساء المقيمات، المرمز لهن بـ 1، وهما مرتبطتان سلبًا. بمعنى آخر، النساء النازحات أكثر عرضة للإصابة بعلامات الخطر الطبي من النساء المقيمات.

4.5.3. الفرضية ٣ (H1)

H1: تتمتع النساء الحوامل اللواتي يُجرىن فحوصات ما قبل الولادة بانتظام بحالة غذائية أفضل من اللواتي لا يُجرىنهن. تُركز هذه الفرضية على العلاقة بين رعاية ما قبل الولادة وتحسين النتائج الغذائية للأمهات، مؤكدةً على أهمية المشاركة في الرعاية الصحية أثناء الحمل.

لمعالجة الفرضية ٣، تم تحليل العلاقة بين المتغير المستقل "المشاركة في فحوصات ما قبل الولادة المنتظمة" والمتغيرين التابعين "وجود علامات خطر" و"الحالة الغذائية" لدى النساء الحوامل. ونظرًا لأن هذه المتغيرات فئوية، واسمية، وثنائية، فقد فحص تحليل الجدول المتقاطع العلاقة بين متغيرين فئويين ثنائيين. النتائج هي:

جدول 14: فحوصات ما قبل الحمل الدورية في المركز الطبي (عدد الحالات = ٤٩٠٩)

Does the Beneficiary have any risk signs? * Does the pregnant woman undergo periodic pre-pregnancy check-ups at the medical centre? Crosstabulation				
Count				
		Does the pregnant woman undergo periodic pre-pregnancy check-ups at the medical centre?		Total
		yes	no	
Does the Benef have any risk signs?	yes	118	463	581
	no	4791	10626	15417
Total		4909	11089	15998

جدول 15 : اختبارات كاي تربيع للفرضية الثالثة

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	30.513	1	<0.001		
Continuity Correction	30.009	1	<0.001		
Likelihood Ratio	32.879	1	<0.001		
Fisher's Exact Test				<0.001	<0.001
Linear-by-Linear Association	30.511	1	<0.001		
N of Valid Cases	15998				

تشير قيمة كاي تربيع المرتفعة، مقترنة بقيمة احتمالية منخفضة جداً (>0.001)، بقوة إلى أن الارتباط المرصود ليس نتيجةً للصدفة، بل يعكس على الأرجح علاقةً حقيقيةً بين المتغيرين.

بما أن قيمة الاحتمالية أقل من 0.05، يمكننا رفض الفرضية الصفرية وقبولها، التي تنص على أن النساء الحوامل اللواتي يخضعن لفحوصات منتظمة أقل عرضة للإصابة بأي علامات خطر مقارنةً بمن لا يخضعن لها.

جدول 16 : معامل بيرسون وفاي للنظرية الثالثة

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	-0.044			<0.001
	Cramer's V	0.044			<0.001
Interval by Interval	Pearson's R	-0.044	0.007	-5.529	<0.001
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-0.044	0.007	-5.529	<0.001
N of Valid Cases		15998			

مع ذلك، ورغم ثبوت دلالة العلاقة، يُظهر مُعامل بيرسون وفاي قيمة -0.044، مما يُشير إلى ضعف العلاقة بين المتغيرين. تُشير علامة السالب إلى أن العلاقة سلبية، ما يعني أن النساء اللواتي خضعن لفحوصات دورية عانين من علامات خطر أقل. تعني قيمة بيرسون/فاي القريبة من الصفر أن العلاقة تُعتبر ضعيفة، لأن الارتباط بين المتغيرين قريب من الصفر، بينما تعني القيمة الأقرب إلى 1/-1 علاقة أقوى. ومع ذلك، حتى الارتباط الضعيف يُمكن أن يكون له آثار مهمة على تدخلات الصحة العامة وقرارات السياسات الرامية إلى الحد من المخاطر الطبية بين النساء الحوامل.

4.5.4. الفرضية ٤ (H1)

H1: النساء الحوامل اللواتي يُجرين فحوصات ما قبل الولادة بانتظام لديهن معدلات أقل للمضاعفات الصحية

مقارنةً بمن لا يُجريها. تُركز هذه الفرضية على العلاقة بين رعاية ما قبل الولادة وتحسين نتائج صحة الأم.

تتناول النظرية نفسها متغيرًا آخر، وهو الحالة الغذائية للمرأة الحامل. يجب اتباع النهج نفسه لمعالجة

الفرضيات من خلال مقارنة الفحوصات الدورية والحالة الغذائية للمرأة.

جدول 17 : الفحوصات الدورية قبل الولادة (عدد الحالات = ٤٩٠٩)

Nutrition status (women) * Does the pregnant woman undergo periodic pre-pregnancy check-ups at the medical center? Crosstabulation				
Count				
		Does the pregnant woman undergo periodic pre-pregnancy check-ups at the medical center?		Total
		yes	no	
nutrition status (women)	Normal	4418	9951	14369
	MAM	491	1138	1629
Total		4909	11089	15998

جدول 18 : اختبارات كاي تربيع للفرضية الرابعة

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	0.252	1	0.615		
Continuity Correction	0.225	1	0.636		
Likelihood Ratio	0.253	1	0.615		
Fisher's Exact Test				0.629	0.318
Linear-by-Linear Association	0.252	1	0.616		
N of Valid Cases	15998				

جدول 19 : معاملات بيرسون وفاي للنظرية الرابعة

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standard Error	Approximat e T	Approxim ate Significanc e
Nominal by Nominal	Phi	0.004			0.615
	Cramer's V	0.004			0.615
Interval by Interval	Pearson's R	0.004	0.008	0.502	0.616
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	0.004	0.008	0.502	0.616
N of Valid Cases		15998			

كما يتضح من الجدولين أعلاه، فإن قيمة الاحتمالية أكبر بكثير من 0.05، مما يعني عدم وجود علاقة دالة

إحصائيًا بين المتغيرات. هذا يعني أننا نقبل الفرضية الصفريّة ونرفض الفرضية البديلة. بمعنى آخر، لم يجد هذا

التحليل أي علاقة بين النساء اللواتي يخضعن لفحوصات دورية وحالتهم الغذائية.

4.5.5. الفرضية ه (H1)

H1: تتمتع النساء الحوامل الأصغر سنًا (١٨-٢٥ عامًا) بنتائج صحية أفضل مقارنةً بالنساء الحوامل الأكبر سنًا (٢٦-٣٥ عامًا) في إدلب. تشير بيانات توزيع الأعمار ومؤشرات المخاطر الصحية إلى أن النساء الأصغر سنًا قد يعانين من مضاعفات أقل، ربما بسبب تحسن صحتهم العامة أو انخفاض حالات الحمل.

لمعالجة هذه الفرضية، تم إيجاد علاقة بين الفئات العمرية من أقل من ١٨ عامًا إلى أكثر من ٣٥ عامًا. واستُخدم تحليل الجداول المتقاطعة باستخدام برنامج SPSS لإيجاد العلاقة بين المتغير المستقل (العمر) والمتغير التابع (مؤشرات المخاطر الصحية). وكانت النتائج كما يلي:

جدول 20: بيانات توزيع الأعمار ومؤشرات المخاطر الصحية (عدد العينة = ٥٨١)

Age category * Does Benef (pregnant) have any risk signs? Crosstabulation				
Count				
		Does Benef (pregnant) have any risk signs?		Total
		yes	no	
Age category	Under 18	26	825	851
	18-25Y	280	7590	7870
	26-35Y	213	5798	6011
	36-45	62	1204	1266
Total		581	15417	15998

جدول 21: اختبارات كاي تربيع للفرضية الخامسة

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.859	3	0.077
Likelihood Ratio	6.351	3	0.096
Linear-by-Linear Association	3.478	1	0.062
N of Valid Cases	15998		

على غير المتوقع، بلغت قيمة الاحتمالية 0.077، أي أعلى من 0.05، ما يعني قبول الفرضية الصفرية ورفض الفرضية البديلة. هذا يعني عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين عمر المرأة ومخاطر العلامات الطبية.

4.5.6. الفرضية ٦ (H1)

H1: النساء في المخيمات أقل عرضة للإصابة بأعراض صحية مقارنة بالنساء خارجها. الأساس المنطقي: تشير الفرضية إلى أن المخيمات التي تديرها المنظمات الإنسانية قد توفر فرصًا أفضل للحصول على خدمات الرعاية الصحية والدعم للنساء الحوامل مقارنةً بالنساء خارج المخيمات. تهدف الدراسة إلى تحديد ما إذا كانت الجهود المركزة داخل المخيمات تُقلل بفعالية من أعراض الخطر الطبي لدى النساء الحوامل مقارنةً بنظيرتهن خارج المخيمات. تم ربط المتغير المستقل، النساء في المخيمات أو خارجها، بالمتغير التابع، وهو ظهور أعراض الخطر الطبي. ولإيجاد العلاقة بين المتغيرين، تم استخدام تحليل الجدول المتقاطع، حيث أن كلا المتغيرين ثنائي. النتائج هي:

جدول 22: أعراض الخطر لدى النساء داخل المخيمات وخارجها (عدد = ٥٨١)

Camp / off camp * Does Benef (pregnant) have any risk signs? Crosstabulation				
Count				
		Does Benef (pregnant) have any risk signs?		Total
		yes	no	
camp / off camp	Camp	394	6355	6749
	Off Camp	187	9062	9249
Total		581	15417	15998

جدول 23: اختبارات كاي تربيع للفرضية السادسة

Chi-Square Tests					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	162.351	1	<0.001		

Continuity Correction	161.26 2	1	<0.001		
Likelihood Ratio	160.89 9	1	<0.001		
Fisher's Exact Test				<0.001	<0.001
Linear-by-Linear Association	162.34 1	1	<0.001		
N of Valid Cases	15998				

جدول 24 : معاملات بيرسون وفاي للنظرية السادسة

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standard Error	Approximate T	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	0.101			<0.001
	Cramer's V	0.101			<0.001
Interval by Interval	Pearson's R	0.101	0.008	12.806	<0.001
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	0.101	0.008	12.806	<0.001
N of Valid Cases		15998			

تُظهر الجداول أعلاه أن قيمة الاحتمالية (p-value) أقل من 0.001، أي أقل من 0.05. هذا يعني رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة. هذا يعني وجود علاقة دالة إحصائية بين وجود النساء في المخيمات أو خارجها وظهور علامات الخطر الصحي عليهن. تبلغ قيم فاي/سبيرمان 0.101، مما يشير إلى ضعف العلاقة بين المتغيرين. ومع ذلك، يبقى هذا الاكتشاف قادرًا على تقديم فهم أعمق لعلامات الخطر الصحي على النساء. تعاني النساء اللواتي يعشن خارج المخيمات من مخاطر صحية أكثر من النساء اللواتي يعشن في المخيمات، وفقًا للمؤشر الإيجابي البالغ 0.101.

4.6. مناقشة النتائج مع الدراسات السابقة

دراسة الحالة الصحية والتغذوية للنساء المقيمات في إدلب خلال عام ٢٠٢٤، مع تسليط الضوء على الاختلافات المتأثرة بعوامل مثل إمكانية الحصول على المكملات الغذائية، والرعاية السابقة للولادة، وحالة الزواج. تؤكد هذه النتائج على الحاجة إلى تدخلات موجهة لمعالجة هذه مواطن الضعف وتحسين نتائج صحة الطفل. تفسير النتائج:

4.6.1. الاتجاهات الديموغرافية والآثار الصحية

يكشف التحليل الديموغرافي أن غالبية النساء شابات، حيث تتراوح أعمار نصفهن (٤٩.٢٪) بين ١٨ و ٢٥ عامًا. يعكس هذا الاتجاه أنماطًا ملحوظة في المناطق المتضررة من النزاع حيث ترتفع معدلات المواليد بين النساء. تؤكد حالات الحمل التي تمثل ٥.٣٪ من عينة الدراسة على أهمية التثقيف في مجال الصحة الإنجابية والخدمات المتخصصة المصممة خصيصًا للسكان. تواجه الأمهات الشابات مخاطر متزايدة، مثل معدلات مضاعفات الولادة والنتائج السلبية على الرضّع. تتوافق هذه النتائج مع الأبحاث التي تشير إلى أن الأمهات الشابات في مناطق النزاع غالبًا ما يواجهن تحديات صحية بسبب صعوبة الوصول إلى الرعاية الصحية والموارد التعليمية (UNICEF Annual Report 2024 / UNICEF, n.d.). ويتناول قسم مراجعة الأدبيات في الدراسة المشكلات الصحية التي تعاني منها الأمهات في شمال غرب سوريا، بما في ذلك المضاعفات وصعوبة الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية للأمهات.

4.6.2. المخاطر الصحية ونقص التغذية

تُظهر نتائج البحث أن عددًا من النساء يعانين من سوء التغذية الحاد المتوسط (MAM)، مما يؤثر على 10.2٪ من المشاركات. وتتوافق هذه النتيجة، مع أنماط سوء التغذية، حيث يشيع نقص العناصر الغذائية بين كل من الأمهات والأطفال الصغار، وفقًا لبوتا وآخرون (Bhutta et al., 2013b). وتشير إحدى الدراسات إلى وجود صلة بين توافر المكملات الغذائية وسوء التغذية الحاد المتوسط، مما يؤكد الحاجة إلى اتباع نهج شمولي يتجاوز مجرد المكملات الغذائية لتحسين جودة النظام الغذائي بشكل عام وإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية. ويدعم هذا الاستنتاج الدراسات التي تشير إلى أن الاعتماد على المكملات الغذائية غير كافٍ، وأنه يجب وضع استراتيجيات لضمان الحصول على الأطعمة المغذية أيضًا. يؤكد انتشار فقر الدم الناجم عن نقص الحديد على أهمية تناول الأطعمة والمكملات الغذائية الغنية بالحديد، كما أوضح بلاك وآخرون (Black et al., 2013b).

عند مقارنة هذه النتائج بما كُتب، يتضح أن سوء التغذية لدى الأمهات مشكلة تتأثر بعوامل مختلفة مثل الوضع الاجتماعي والاقتصادي والبيئة وأنظمة الرعاية الصحية. على سبيل المثال، يُسلط بلاك وزملاؤه (Black et al., 2013b) الضوء على كيفية مساهمة قضايا مثل انعدام الأمن الغذائي وخيارات النظام الغذائي المحدودة وعدم القدرة على الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بشكل كبير في معدلات سوء التغذية بين النساء في بعض البلدان. في أماكن مثل إدلب، تتفاقم هذه التحديات بسبب النزاعات التي تعطل سلاسل الإمداد الغذائي والمرافق الطبية. كما يشير البحث إلى أن سوء التغذية لدى الأمهات في المناطق المتضررة من النزاع يتأثر بعوامل متعددة. وهذا يؤكد على أهمية الاستراتيجيات التي تجمع بين الدعم وتدخلات الرعاية الصحية.

4.6.3. تأثير الرعاية قبل الولادة

أُقر بأن الزيارات المنتظمة للفحوصات الطبية مهمة لتحسين النتائج الصحية. غالبًا ما تُبلغ النساء اللواتي يحضرن هذه المواعيد بانتظام عن علامات مشاكل صحية تُظهر ارتباطاً سلبياً ($p < 0.001$, $\Phi = 0.044$). وهذا يؤكد على أهمية البقاء على اتصال بخدمات الرعاية الصحية أثناء الحمل لمراقبة أي مشاكل صحية ومعالجتها. ومع ذلك، لم يجد التحليل صلة بين الفحوصات والحالة الغذائية، مما يشير إلى أنه على الرغم من أن هذه الزيارات ضرورية لتحديد المخاطر الصحية، إلا أنها قد لا تؤثر بشكل مباشر على النتائج. وهذا يؤكد على الحاجة إلى نماذج رعاية تدمج خدمات الدعم مع الاهتمام (UNFPA Syria Situation Report #1, 15 January 2025 - Syrian Arab Republic / ReliefWeb, n.d.).

يعزز البحث على نطاق واسع طبيعة تلقي الرعاية. على سبيل المثال، تدعم دراسة أجراها فيلار وآخرون (Villar et al., 2001a). هذه الفكرة. ومع ذلك، لم يكشف الفحص عن وجود علاقة بين الفحوصات والحالة الغذائية، مما يشير إلى أنه على الرغم من أن هذه المواعيد ضرورية لتحديد المخاطر الصحية، إلا أنها قد لا يكون لها تأثير مباشر على النتائج الغذائية. وهذا يسلط الضوء على أهمية نماذج الرعاية التي تجمع بين المساعدة والرعاية الطبية المتسقة.

وتدعم هذه النتائج دراسات عالمية تؤكد على أهمية الرعاية الشاملة قبل الولادة. على سبيل المثال، دراسة أجراها فيلار وآخرون (Villar et al., 2001a) كشفت أن الفحوصات الدورية قبل الولادة يمكن أن تقلل من فرص الولادة المبكرة وانخفاض الوزن عند الولادة. ومع ذلك، وكما هو الحال مع نتائجنا، فقد سلطوا الضوء على أن رعاية ما قبل الولادة، في حد ذاتها، قد لا تكون كافية لمعالجة نقص التغذية. وهذا يؤكد على أهمية نماذج الرعاية الصحية

المتكاملة التي تتضمن الدعم. كما تؤكد مراجعة الأدبيات الحالية على الدور الذي تلعبه الرعاية في الحد من المخاطر الصحية أثناء الحمل، مؤكدةً على ضرورة توفير خدمات رعاية صحية متسقة ومتكاملة للأمهات الحوامل في مناطق النزاع.

4.6.4. النزوح والوصول إلى الخدمات الصحية

يؤثر وضع النزوح بشكل كبير على الوصول إلى الرعاية الصحية ونتائجها. تميل النساء الحوامل النازحات داخلياً إلى إظهار مؤشرات مخاطر صحية مقارنةً بغير النازحات ($p < 0.001$, $\Phi = 0.052$). وهذا يتماشى مع فهم أن السكان النازحين يواجهون عقبات في الوصول إلى الرعاية الصحية مما يؤدي إلى زيادة الضعف، وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (WHO EMRO / Health Emergencies / 2018 / Annual Report, n.d.). تتعرض النساء المقيمات في المخيمات لخطر إظهار علامات تحذيرية مقارنةً باللواتي يعشن خارج المخيمات، مما يشير إلى أنه على الرغم من الجهود التي تبذلها المنظمات الإنسانية، فإن خدمات الرعاية الصحية داخل المخيمات قد لا تزال غير كافية لتلبية احتياجات النساء الحوامل بشكل كافٍ. ويمكن أن يُعزى ذلك إلى عوامل مثل الاكتظاظ ومحدودية الموارد والقيود اللوجستية. تتوافق هذه الملاحظة مع الأبحاث المتعلقة بالسكان النازحين كما أبرزها تقرير منظمة الصحة العالمية لعام 2018.

غالبًا ما يواجه النازحون تحديات صحية بسبب الظروف المعيشية ونقص الصرف الصحي وتقييد الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية (الصحة في الحق هدر السوري النزاع خلال السياسات لبحوث السوري المركز, n.d.). أظهرت الدراسات أيضًا أن ظروف المخيمات المكتظة تُسهم في انتشار الأمراض وزيادة معدلات إصابة الأمهات والأطفال بين النازحين داخلياً. بالإضافة إلى ذلك، يكشف البحث في آثارها في شمال غرب سوريا أن النساء النازحات يواجهن مضاعفات توليدية ويكافحن من أجل الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الأساسية. (WHO EMRO / Children of Yemen Caught up in Agony of Displacement and Malnutrition / News / Yemen Site, n.d.)

4.6.5. السياق ضمن النظرية والبحوث الحالية

تُلقي نتائج الدراسة الضوء على الصعوبات التي تواجهها النساء في ريف إدلب، مما يُسهم في تقديم رؤى قيّمة لفهمنا لقضايا صحة الأم في مناطق النزاع. يتوافق انتشار سوء التغذية وفقر الدم لدى الأمهات مع مشاكل صحة الأم

المعروفة في المناطق ذات الدخل المحدود والمتأثرة بالنزاع (Bhutta et al., 2013c) تؤكد هذه النتائج على أهمية دمج تدخلات الرعاية الصحية لتلبية الاحتياجات الصحية للنساء الحوامل في مثل هذه البيئات (Black et al., 2013c)

تؤكد العلاقة القوية بين الرعاية وانخفاض مؤشرات المخاطر الصحية على الدور الحاسم للرعاية الصحية المستمرة أثناء الحمل. يتماشى هذا الاكتشاف مع الدراسات التي تؤكد على أهمية رعاية ما قبل الولادة في تحسين النتائج لكل من الأمهات والمواليد الجدد (Villar et al., 2001b). ومع ذلك، فإن غياب الصلة بين الرعاية والحالة الغذائية يعني أن هناك حاجة إلى مناهج إضافية لمعالجة أوجه القصور الغذائي لدى النساء الحوامل، مما يسلب الضوء على الطبيعة المعقدة لصعوبات صحة الأم في مناطق النزاع.

يؤكد ارتفاع معدل ظهور العلامات التي تشير إلى المخاطر الصحية بين النساء النازحات على نقاط الضعف المركبة التي تعاني منها المجتمعات النازحة. تتوافق هذه النتيجة مع الأبحاث التي تشير إلى أن الأفراد النازحين يواجهون عقبات في الوصول إلى الرعاية الصحية ويواجهون مخاطر متزايدة من العواقب الصحية السلبية (منظمة الصحة العالمية، 2018). تسلط مراجعة الأدبيات الموجودة الضوء على تأثير النزوح على صحة النساء في شمال غرب سوريا. وتشير إلى أن النساء النازحات غالبًا ما يواجهن تحديات تتعلق بقضايا الحمل والحصول على خدمات الرعاية الصحية.

4.6.6. آثار النتائج غير المتوقعة

فيما يتعلق بالنتائج، تُظهر الدراسة أن النساء المقيمات في المخيمات لديهن عوامل خطر مقارنةً باللواتي يعشن خارجها، مما يستدعي إجراء المزيد من البحث. وبينما يُعتقد عمومًا أن المخيمات توفر الرعاية الصحية، يُشير هذا البحث إلى أن جودة الخدمات ونطاقها في المخيمات قد لا يُلبيان احتياجات الرعاية الصحية للنساء الحوامل بشكل كامل (التقرير السنوي درعا فرع السوري العربي الأحمر الهلال، n.d.). وهذا يؤكد على أهمية تحسين خدمات الرعاية الصحية في المخيمات، بما في ذلك تخصيص الموارد بشكل أفضل ومعالجة قضايا مثل الاكتظاظ والعوائق اللوجستية (Spiegel et al., 2010).

علاوة على ذلك، يُشير الارتباط المحدود بين الرعاية والحالة الغذائية إلى أن الفحوصات الطبية الدورية وحدها قد لا تكفي لمعالجة أوجه القصور. وهذا يُبرز أهمية دمج الدعم مع الرعاية لضمان الخدمات الصحية (Villar et al., 2001b) وتؤكد مراجعة الأدبيات هذا المنظور من خلال تسليط الضوء على الدور الحاسم لنهج الرعاية الصحية المتكاملة في تلبية الاحتياجات الصحية للنساء في مناطق النزاع.

4.6.7. أسباب أخرى

قد تنبع أسباب أخرى لزيادة ظهور علامات التحذير الصحي لدى النساء في المخيمات من مشاكل مثل الاكتظاظ، وانعدام الخصوصية، وعدم كفاية مرافق الصرف الصحي، وكلها عوامل قد تزيد من تفاقم المخاطر الصحية. علاوة على ذلك، قد يؤدي الاعتماد على المعلومات المبلّغ عنها ذاتيًا إلى تحيزات، إذ قد يُقلّل المشاركون من شأن السلوكيات والمواقف أو يُبالغون فيها. ومن ثم، سيكون من المفيد أن تُدمج الأبحاث التقييمات الصحية وأن تتبنى مناهج طويلة لفهم العوامل التي تُساهم في المخاطر الصحية بين النساء الحوامل في المخيمات (Spiegel et al., 2010).

4.7. الخاتمة والتوصيات

4.7.1. الخاتمة

في عام ٢٠٢٤، أُجريت دراسة شاملة، مستندة إلى بيانات دقيقة، حول الوضع الصحي والتغذوي للنساء في إدلب، سوريا. ركزت الدراسة على الرعاية الصحية للنساء في هذه المنطقة المتضررة من النزاع خلال سنوات الإنجاب. ووفقًا للنتائج، تُساهم عوامل مثل الدخل، وندرة الغذاء، وعدم كفاية الرعاية الصحية في سوء التغذية بين النساء. كما تُسلط الدراسة الضوء على الظروف في المخيمات التي تُديم دورات الفقر وسوء التغذية.

سلطت الدراسة الضوء على العديد من المشاركات، وخاصةً من تتراوح أعمارهن بين ١٨ و ٢٥ عامًا، اللواتي أكدن على أهمية تدخلات الرعاية الصحية المُوجهة لهذه الفئة السكانية. وشكلت هؤلاء الشابات غالبية المشاركات الحوامل، والبالغ عددهن ٥.٣٪. وأكدت النتائج على ضرورة توفير تثقيف مُصمم خصيصًا في مجال الصحة الإنجابية لهذه الفئة العمرية. وكان معدل انتشار سوء التغذية الحاد (MAM) بين المشاركات مُثيرًا للقلق، حيث بلغ ١٠.٢٪ أعلى من المعدل المُبلغ عنه في البيانات، والبالغ ٨.٢٪. مع ما يشكله سوء التغذية الحاد المعتدل وفقر الدم من مخاطر على إتمام الحمل وتفاقم المضاعفات الصحية، يلزم اتخاذ إجراءات عاجلة لمعالجة المسارات المؤدية إلى سوء التغذية بناءً على هذه النتائج المقنعة. كشف فحص تركيبة النساء أن الأغلبية، 57.8٪، يقيمون خارج المخيمات بينما يعيش نصفهم، 42.2٪، داخلها. يحمل هذا التوزيع آثارًا على الصحة والتغذية.

بالمقارنة مع النساء اللواتي يعشن في المخيمات، تواجه النساء الحوامل في المخيمات مخاطر بسبب ظروف المعيشة الصعبة مثل الاكتظاظ وانعدام الخصوصية وعدم كفاية مرافق الصرف الصحي، مما قد يؤدي إلى مشاكل

صحية أكثر خطورة. وهذا يؤكد أهمية تنفيذ التدخلات المستهدفة للنساء في كل من المخيمات وخارجها. ومن الاكتشافات الجديدة بالملاحظة من المسوحات أن نسبة كبيرة من النساء اللائي تمت مقابلتهن كن نازحات.

وكانت نسبة 86.1% من النساء اللائي شملهن الاستطلاع نازحات داخليًا، و13.8% منهن من السكان المحليين. يُسلط ارتفاع معدل انتشار النازحين داخليًا بين من شملهم الاستطلاع الضوء على تأثير النزوح القسري على وصول النساء إلى الرعاية الصحية الأساسية وموارد التغذية. هناك حاجة ماسة إلى اهتمام عاجل بهذه الفئة، التي تواجه تحديات كنزحات داخليًا. كشفت دراسة حول وضع النساء في محافظة إدلب أن 10.2% من اللواتي شملهن الاستطلاع يعانين من سوء التغذية الحاد. الغالبية، أي ما مجموعه 89.8%، لديهن حالة. على الرغم من أن عدد النساء قد يكون صغيرًا، إلا أن تأثيره على القضايا التي نتناولها هنا كبير. إن حقيقة أن 10% من النساء يعانين من سوء التغذية الحاد تؤكد أهمية معالجة سوء التغذية لدى النساء.

وبالمثل، مع مواجهة 4% من النساء لتحديات مماثلة، من الضروري اتخاذ إجراءات لتحسين حالتهن الغذائية. أفادت حوالي 3.6% من النساء بمعانات من مشاكل صحية أثناء الحمل، مثل التعب وصعوبة التبول وحرقة المعدة الشديدة وآلام البطن الشديدة. يؤكد التقرير على ضرورة الاهتمام بهذه المخاوف الصحية لأنها تشكل مخاطر على كل من الأمهات وأطفالهن. إن توفير الرعاية الصحية للنساء الحوامل المعرضات للخطر ومراقبتهن عن كثب يمكن أن يكون له تأثير إيجابي على صحتهم. كشف تحليل متعمق لاستهلاك المكملات الغذائية أن الغالبية العظمى - أربعة أخماس - من النساء يحصلن على المكملات الغذائية. ومع ذلك، كان من المثير للقلق أن واحدة من كل خمس نساء في مجموعة الدراسة لا تحصل على أي مكملات غذائية. لو كان سكان المخيمات، وهي حالة لا تنطبق على هذه المنطقة وحدها، يحصلون على الفيتامينات الأساسية والمكملات الغذائية الأساسية بالتساوي مثلنا، لما بدت المشكلة بهذه الخطورة. ومع ذلك، فإن عدم حصول النساء في التقييم على هذه المكملات الغذائية يمثل مصدر قلق كبير على الصحة العامة. كان تأثير النزوح على الرعاية الصحية واضحًا، حيث تلقت 30.7% من النساء في مجموعة الدراسة هذه الفحص الموصى به قبل الحمل.

يواجه النازحون داخليًا تحديات في الحصول على الخدمات الطبية وتوفير الموارد اللازمة للإقامات الضرورية في أجنحة التوليد. تشكل التفاوتات في إمكانية الحصول على الرعاية الصحية وجودتها خطرًا على المجتمعات المتضررة بسبب الظروف. كشف البحث عن ارتباطات بين العمر وظروف المعيشة والحالة الغذائية. كان الأفراد الأصغر سنًا

والمقيمين في المخيمات أكثر عرضة للتأثر. ويبدو أن توافر المكملات الغذائية مفيد في خفض معدلات سوء التغذية الحاد. ومع ذلك، فإن الفحوصات قبل الحمل وتصنيف النازحين داخليًا لم يُفضيا إلى نتائج ملموسة. وهذا يُشير إلى أهمية تنفيذ تدخلات الرعاية الصحية والتغذية للحد من حالات سوء التغذية.

تشير الأبحاث إلى أن المهاجرات الحوامل المجبرات على الانتقال يواجهن مخاطر صحية مقارنةً بغيرهن فيما يتعلق بسلامتهن. وتُعدّ دراسة أجراها توراي وآخرون (2018) على مهاجرين من سيراليون مثالاً على ذلك.

كشفت الدراسة عن أن المشاكل المرتبطة مباشرةً بنزوحهن تؤثر على صحة اللاجئات القسريات وأطفالهن. ومن بين هذه الصعوبات تدني جودة الغذاء المتاح، نتيجةً لنزوحهن وصدمات الماضي التي فاقمت مشاكل الصحة النفسية لديهن.

4.7.2. التوصيات

بناءً على نتائج بحثنا، يمكننا تلخيص التوصيات في بضع نقاط:

- تعزيز مرافق الرعاية الصحية: تحسين الوصول إلى الرعاية الصحية من خلال إنشاء المزيد من المرافق الصحية، الدائمة والمتنقلة، لتغطية منطقة جغرافية أوسع. تلعب العيادات المتنقلة دورًا في توفير التطعيمات والرعاية السابقة للولادة وعلاج سوء التغذية في المناطق.
- إنشاء مراكز لخدمات التغذية: إنشاء مراكز لمعالجة مشاكل سوء التغذية الناجمة عن النزاعات ونقص الغذاء. التركيز على التدخلات المستهدفة التي تزيد من الوصول إلى الأطعمة الغنية بالحديد والعناصر الغذائية الأساسية.
- التمويل: السعي للحصول على دعم مالي إضافي من المنظمات الدولية والحكومات والمنظمات غير الحكومية. إنشاء صناديق لضمان سير العمل والتكيف مع احتياجات الرعاية الصحية المتطورة.
- دعم البرامج الصحية. • تعزيز النظم الصحية طويلة الأمد: تخصيص الموارد لتطوير البنية التحتية للرعاية الصحية لتحسينها بما يتجاوز جهود الإغاثة الفورية.

- تمكين المجتمعات المحلية: إشراك أفراد المجتمع، وخاصة النساء، في تصميم وتنفيذ برامج صحية تراعي الحساسيات الثقافية وفعاليتها. تدريب السكان كعاملين صحيين مجتمعيين لتحسين تقديم الخدمات.
- تعزيز مسؤولية المجتمع: تشجيع مشاركة المجتمع في المبادرات الصحية المصممة خصيصًا لاحتياجاتهم، لتحقيق الاستفادة والجدوى على المدى الطويل.
- تنظيم حملات توعية لتعريف الناس بخدمات الصحة والتغذية المتاحة، والتغلب على العوائق والمعلومات المغلوطة. تنفيذ برامج تعليمية تركز على التغذية وصحة الأم والوقاية من الأمراض لتمكين الأفراد والنساء من اتخاذ القرارات المتعلقة بصحتهن. من الضروري توفير تثقيف صحي إنجابي مُصمم خصيصًا للنساء لمعالجة معدلات حمل المراهقات والمخاطر المرتبطة به.
- تعزيز الشراكات بين السلطات الصحية المحلية والمنظمات الدولية والمنظمات غير الحكومية والجماعات المجتمعية لدمج الموارد وتبادل المعرفة والجهود المبذولة من أجل تدخلات صحية أكثر فعالية. مراقبة فعالية التدخلات من خلال البحوث الجارية لتقييم أثرها وتحديد أي ثغرات أو احتياجات ناشئة. • إجراء بحوث مُستهدفة لفهم التحديات الصحية المُحددة التي تواجهها مختلف الفئات الديموغرافية في المجتمع بشكل أفضل، وذلك لتوجيه تدخلات صحية أكثر تخصيصًا. يُعدّ جمع البيانات المُستمر أمرًا بالغ الأهمية لرصد النتائج الصحية وتعديل التدخلات حسب الحاجة.
- الدعوة إلى تغييرات في السياسات بناءً على نتائج البحوث والتجارب الميدانية التي تُركز على أسباب خدمات الرعاية الصحية. ويشمل ذلك تعزيز حل النزاعات، وتطوير البنية التحتية، والمساواة بين الجنسين، والعدالة الاجتماعية.
- توفير مجموعة من الخدمات الصحية التي تُلبّي الاحتياجات الاجتماعية، مع مراعاة تأثير العوامل المجتمعية والبيئية على الصحة. يضمن هذا النهج الشامل أن تكون تدخلات الرعاية الصحية ذات صلة بالجوانب الاجتماعية والثقافية، وليست فعالة طبيًا.
- تحسين خدمات الرعاية قبل الولادة من خلال توفير الفحوصات والمراقبة الدقيقة للحد من المخاطر الصحية أثناء الحمل. وهذا يستلزم تعزيز مرافق الرعاية الصحية وضمان توافر الموظفين والموارد.
- تعزيز التعاون بين المجتمعات المحلية ومُقدمي الرعاية الصحية والمنظمات الدولية لإيجاد حلول رعاية صحية مُراعية للثقافات ومُيسرة، تُساعد على التغلب على التحديات اللوجستية والاجتماعية والاقتصادية.

المراجع

المراجع

المراجع العربية

1. التقرير السنوي درعا فرع السوري العربي الأحمر الهلال. (n.d).
2. الصحة في الحق هدر السوري النزاع خالل السياسات لبحوث السوري المركز. (n.d.). Retrieved June 22, 2025, from <http://www.annd.org>

المراجع الأجنبية

- 2022-09 Factsheet - X-Border Operation - Turkey Hub | Shelter Cluster. (n.d.). Retrieved March 5, 2023, from <https://sheltercluster.org/nw-syria-xb-hub/factsheets/2022-09>
- Agarwal, A. M., & Rets, A. (2021). Laboratory approach to investigation of anemia in pregnancy. *International Journal of Laboratory Hematology*, 43 Suppl 1(S1), 65–70.
<https://doi.org/10.1111/IJLH.13551>
- Ahmed, T., Hossain, M., & Sanin, K. I. (2012). Global burden of maternal and child undernutrition and micronutrient deficiencies. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 61 Suppl 1, 8–17.
<https://doi.org/10.1159/000345165>
- Alene, K. A., & Mohamed Dohe, A. (2014). Prevalence of Anemia and Associated Factors among Pregnant Women in an Urban Area of Eastern Ethiopia. *Anemia*, 2014.
<https://doi.org/10.1155/2014/561567>
- Ashraf, S., Kuang, J., Das, U., Shpennev, A., Thulin, E., & Bicchieri, C. (2022). Social beliefs and women's role in sanitation decision making in Bihar, India: An exploratory mixed method study. *PLoS ONE*, 17(1). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0262643>
- Awuah, W. A., Adebusoye, F. T., Ferreira, T., Azeem, S., Bharadwaj, H. R., Akpan, A. A., Wellington, J., Zia, M. R., Kumar, H., Khalid, A., Abdul-Rahman, T., & Isik, A. (2023). The unmet surgical needs of global refugee populations: A perspective review. *SAGE Open Medicine*, 11.
<https://doi.org/10.1177/20503121231204492>

- Basha, S., Socarras, A., Akhter, M. W., Hamze, M., Albaik, A., Hussein, I., Tarakji, A., Hamadeh, M., Loutfi, R., Kewara, M., Alahdab, F., & Abbara, A. (2022). Protracted armed conflict and maternal health: a scoping review of literature and a retrospective analysis of primary data from northwest Syria. *BMJ Global Health*, 7(8), 8001. <https://doi.org/10.1136/BMJGH-2021-008001>
- Bhutta, Z. A., Das, J. K., Rizvi, A., Gaffey, M. F., Walker, N., Horton, S., Webb, P., Lartey, A., & Black, R. E. (2013a). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*, 382(9890), 452–477. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4)
- Bhutta, Z. A., Das, J. K., Rizvi, A., Gaffey, M. F., Walker, N., Horton, S., Webb, P., Lartey, A., & Black, R. E. (2013b). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*, 382(9890), 452–477. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4)
- Bhutta, Z. A., Das, J. K., Rizvi, A., Gaffey, M. F., Walker, N., Horton, S., Webb, P., Lartey, A., & Black, R. E. (2013c). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *The Lancet*, 382(9890), 452–477. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4)
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., De Onis, M., Ezzati, M., Grantham-Mcgregor, S., Katz, J., Martorell, R., & Uauy, R. (2013a). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427–451. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., De Onis, M., Ezzati, M., Grantham-Mcgregor, S., Katz, J., Martorell, R., & Uauy, R. (2013b). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427–451. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
- Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., De Onis, M., Ezzati, M., Grantham-Mcgregor, S., Katz, J., Martorell, R., & Uauy, R. (2013c). Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 382(9890), 427–451. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)

- COVID-19 during Pregnancy | CDC. (n.d.). Retrieved December 25, 2022, from <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/special-populations/pregnancy-data-on-covid-19/what-cdc-is-doing.html>
- Curtis, E. M., Moon, R. J., Harvey, N. C., & Cooper, C. (2018). Maternal vitamin D supplementation during pregnancy. *British Medical Bulletin*, 126(1), 57–77. <https://doi.org/10.1093/BMB/LDY010>
- Dalmiya, N., Kupka, R., Tyler, V., Aguayo, V., Arts, M., Blankenship, J., Fox, E., Degefie Hailegebriel, T., Jha, S., Kavle, J., McLean, E., Murira, Z., Nanema, S., Ntambi, J., Olson, R., Rudert, C., Sandalinas, F., Singh, S., Torlesse, H., ... Zvandaziva, C. (n.d.). NUTRITION GUIDANCE SERIES UNICEF PROGRAMMING GUIDANCE Maternal Nutrition Acknowledgements.
- Garg, A., Bégin, F., Aguayo, V., Almasri, Y., Balarajan, Y., Blankenship, J., Chimanya, K., Clark, D., Emerson Gnilo, M., Hayashi, C., Holland, D., Nieto, A., Le Dain, A.-S., Jewell, J., Khurshid, A., Krasevec, J., Lutter, C., Madzorera, I., Matji, J., ... Marie Zagre, N. (n.d.). NUTRITION GUIDANCE SERIES UNICEF PROGRAMMING GUIDANCE Improving Young Children's Diets During the Complementary Feeding Period.
- Haddad, L. B., & Nour, N. M. (2009). Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 2(2), 122. [/pmc/articles/PMC2709326/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2709326/)
- Health in camps and settlements | UNHCR. (n.d.). Retrieved August 14, 2024, from <https://emergency.unhcr.org/emergency-assistance/health-and-nutrition/health-care-contexts/health-camps-and-settlements>
- Humanitarian Situation Report No. 1 UNICEF RESPONSE AND FUNDING STATUS*. (n.d.). Retrieved June 22, 2025, from www.unicef.org/appeals/syria/situation-reports
- Kang, G., Lim, J. Y., Kale, A. S., & Lee, L. Y. (2015). Adverse effects of young maternal age on neonatal outcomes. *Singapore Medical Journal*, 56(3), 157. <https://doi.org/10.11622/SMEDJ.2014194>
- Kherallah, M., Alahfez, T., Sahloul, Z., Eddin, K. D., & Jamil, G. (2012). Health care in Syria before and during the crisis. *Avicenna Journal of Medicine*, 2(3), 51. <https://doi.org/10.4103/2231-0770.102275>
- Kruk, M. E., Gage, A. D., Arsenault, C., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., Adeyi, O., Barker, P., Daelmans, B., Doubova, S. V., English, M., Elorrio, E. G., Guanais, F., Gureje, O., Hirschhorn, L. R.,

- Jiang, L., Kelley, E., Lemango, E. T., Liljestrand, J., ... Pate, M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *The Lancet. Global Health*, 6(11), e1196. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
- Maia, S. B., Souza, A. S. R., Caminha, M. D. F. C., da Silva, S. L., Cruz, R. de S. B. L. C., Dos Santos, C. C., & Filho, M. B. (2019). Vitamin A and Pregnancy: A Narrative Review. *Nutrients*, 11(3). <https://doi.org/10.3390/NU11030681>
- Mansour, N., Mohamed, M., Mohamed-Lamine, A., & Radhouane, B. (2018). Maternal mortality in Maghreb: problems and challenges of public health. *La Tunisie Medicale*, 96(10–11), 620–627. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30746654/>
- Maternal Health - PAHO/WHO | Pan American Health Organization. (n.d.). Retrieved August 13, 2024, from <https://www.paho.org/en/topics/maternal-health>
- Mohseni, M., Mousavi Isfahani, H., Moosavi, A., Dehghanpour Mohammadian, E., Mirmohammadi, F., Ghazanfari, F., & Ahmadi, S. (2023). Health system-related barriers to prenatal care management in low- and middle-income countries: a systematic review of the qualitative literature. *Primary Health Care Research & Development*, 24(e15), 1–14. <https://doi.org/10.1017/S1463423622000706>
- North-west Syria | Situation Reports. (n.d.). Retrieved February 22, 2023, from <https://reports.unocha.org/en/country/syria/>
- Serbesa, M. L., Iffa, M. T., & Geleto, M. (2019). Factors associated with malnutrition among pregnant women and lactating mothers in Miesso Health Center, Ethiopia. *European Journal of Midwifery*, 3(July). <https://doi.org/10.18332/EJM/110131>
- SMART Survey Final Report (Idleb and Aleppo Governorates, Northwest Syria, Syria) 18 October 2022 - Syrian Arab Republic | ReliefWeb. (n.d.). Retrieved August 13, 2024, from <https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/smart-survey-final-report-idleb-and-aleppo-governorates-northwest-syria-syria-18-october-2022>
- Spiegel, P. B., Checchi, F., Colombo, S., & Paik, E. (2010). Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. *The Lancet*, 375(9711), 341–345. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61873-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61873-0)

UNFPA Syria Situation Report #1, 15 January 2025 - Syrian Arab Republic | ReliefWeb. (n.d.). Retrieved June 22, 2025, from <https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/unfpa-syria-situation-report-1-15-january-2025>

UNICEF Annual Report 2024 | UNICEF. (n.d.). Retrieved June 22, 2025, from <https://www.unicef.org/reports/unicef-annual-report/2024>

Villar, J., Ba'aqeel, H., Piaggio, G., Lumbiganon, P., Miguel Belizán, J., Farnot, U., Al-Mazrou, Y., Carroli, G., Pinol, A., Donner, A., Langer, A., Nigenda, G., Mugford, M., Fox-Rushby, J., Hutton, G., Bergsjø, P., Bakketeig, L., & Berendes, H. (2001a). WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*, 357(9268), 1551–1564.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04722-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04722-X)

Villar, J., Ba'aqeel, H., Piaggio, G., Lumbiganon, P., Miguel Belizán, J., Farnot, U., Al-Mazrou, Y., Carroli, G., Pinol, A., Donner, A., Langer, A., Nigenda, G., Mugford, M., Fox-Rushby, J., Hutton, G., Bergsjø, P., Bakketeig, L., & Berendes, H. (2001b). WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*, 357(9268), 1551–1564.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)04722-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)04722-X)

WHO EMRO | Children of Yemen caught up in agony of displacement and malnutrition | News | Yemen site. (n.d.). Retrieved June 22, 2025, from <https://www.emro.who.int/yemen/news/children-of-yemen-caught-up-in-agony-of-displacement-and-malnutrition.html>

WHO EMRO | Health emergencies | 2018 | Annual report. (n.d.). Retrieved June 22, 2025, from <https://www.emro.who.int/annual-report/2018/health-emergencies.html>

Whole of Syria Nutrition Cluster Sector Brief (January - December 2020) - Syrian Arab Republic | ReliefWeb. (n.d.). Retrieved August 13, 2024, from <https://reliefweb.int/report/syrian-arab-republic/whole-syria-nutrition-cluster-sector-brief-january-december-2020>

Wilson, R. D., & O'Connor, D. L. (2021). Maternal folic acid and multivitamin supplementation: International clinical evidence with considerations for the prevention of folate-sensitive birth defects. *Preventive Medicine Reports*, 24. <https://doi.org/10.1016/J.PMEDR.2021.101617>

WOMAN ALONE The fight for survival by Syria's refugee women. (n.d.).

World Health Organization (WHO). (n.d.). Retrieved June 22, 2025, from <https://www.who.int/home>

الملاحق

الملاحق

Questionnaire – نموذج الاستبانة

SV Project - Community Health Workers 2024

<https://ee-eu.kobotoolbox.org/x/DbgGly9W>

SV Project - Community Health Workers 2024

General Info

TEAM CODE 	*	FACILITY 	*	LOCATION (IF CAMP, PLEASE WRITE ITS NAME) 	*
VISIT DATE 	*	AWARENESS SESSION PLACE ☐ HouseHold Visit ☐ Facility / Hospital ☐ School ☐ IDP center / camp ☐ Community Cluster ☐ Other (Specify) 	*	IF OTHER, PLEASE EXPLAIN 	*
SESSION TYPE ☒ Family Visit ☐ Individual Visit ☐ Group Session					*

HouseHold Visit info

HOUSEHOLD CODE 	IS THE HOUSEHOLD IDP OR HOST? ☐ IDP ☐ Host	*	IS THE HOUSEHOLD FIRST VISIT/FOLLOW UP VISIT? ☐ 1st visit ☐ follow up visit	*	FAMILY NAME
MOTHER NAME 	*	ADDRESS 	*	HH VISIT NUMBER 	*

Family/group session info

NO OF FAMILY/GROUP MALES ABOVE 18 *	NO OF FAMILY/GROUP FEMALES ABOVE 18 *
NO OF FAMILY/GROUP MALES UNDER 18 *	NO OF FAMILY/GROUP FEMALES UNDER 18 *
NO OF FAMILY/GROUP ABOVE 50 MALES	NO OF FAMILY/GROUP ABOVE 50 FEMALE
NO OF DISABILITY FAMILY/GROUP MALES ABOVE 18	NO OF DISABILITY FAMILY/GROUP FEMALES ABOVE 18
NO OF DISABILITY FAMILY/GROUP MALES UNDER 18	NO OF DISABILITY FAMILY/GROUP FEMALES UNDER 18
NO OF FAMILY/GROUP PREG/LACT WOMEN (ABOVE 18)	NO OF FAMILY/GROUP PREG/LACT WOMEN (UNDER 18)

Group session info

THE COMMENTS PROVIDED BY THE PARTICIPANTS OF THE GROUP SESSION	THE OUTPUTS PROVIDED AND RECOMMENDATIONS IN THE GROUP SESSION
DELIVERED SERVICE TOPIC: *	
☐ Reproductive Health	
☐ CD	
☐ NCD	
☒ Nutrition	
☐ Psychosocial support	

RH RELATED TOPICS:

☐

Care of pregnant and fetus

☐

Care for nursing mothers and newborns

☐

Symptoms of risk in pregnant women

☐

Symptoms of risk in infants and newborns

☐

Early marriage

☐

Family Planning

☐

Other (please specify)

*

CD RELATED TOPICS:

*

- ☐ Hygienes (included COVID-19)
- ☐ Vaccinations
- ☐ Food poisoning
- ☐ Viral hepatitis
- ☐ Cholera
- ☐ Diarrheal diseases
- ☐ The Swedish
- ☐ Parasites and intestinal worms
- ☐ Rabies
- ☐ Lishmaya
- ☐ flu
- ☐ Measles
- ☐ rubella
- ☐ Mumps
- ☐ Chickenpox
- ☐ Tuberculosis
- ☐ Hepatitis B
- ☐ Viral hepatitis C.
- ☐ Scabies
- ☐ Lice
- ☐ Animal tuberculosis
- ☐ Brucella
- ☐ Toxoplasma (germ of pregnancy)
- ☐ Other (please specify)

NCD RELATED TOPICS:	*
☐ Obesity	
☐ High blood pressure	
☐ Heart failure and heart attack	
☐ Chronic pulmonary diseases	
☐ Diabetes disease	
☐ cancer	
☐ Other (please specify)	
PSS RELATED TOPICS:	*
☐ Psychosocial Support PSS	
☐ Primary Psychiatry PFA	
☐ Other (please specify)	
OTHER CD TOPIC, PLEASE EXPLAIN	*
OTHER NCD TOPIC, PLEASE EXPLAIN	*
OTHER PSS TOPIC, PLEASE EXPLAIN	*
OTHER RH TOPIC, PLEASE EXPLAIN	*
NUMBER OF BENEFICIARIES (FAMILY, SESSION)	*
1	

Family member or group session information

1

INDIVIDUAL NAME	INDIVIDUAL GENDER	INDIVIDUAL AGE (YEARS) - NUMBER
	☐ Male	
	☐ Female	
INDIVIDUAL AGE (MONTHS) - NUMBER - FOR DAYS USE COMMA	IS THE INDIVIDUAL HAS ANY KIND OF DISABILITIES?	INDIVIDUAL LIVING STATUS
	☐ Yes	☐ IDP
	☐ No	☐ Host

DOES THE MEMBER IS THE MOTHER OR SERVICE PROVIDE IN THE FAMILY? *	IS THE INDIVIDUAL CASE REFERRED? *	INDIVIDUAL REFERRAL REASON *
☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	
INDIVIDUAL REFERRAL PLACE *	INDIVIDUAL VISIT TYPE *	
☐ Pregnant women referred to ANC ☐ Pregnant women referred to PNC ☐ Women referred to FP ☐ Children under 5 referred to EPI ☐ Women referred to tetanus vaccination ☐ General Clinic ☐ Children referred for malnutrition Treatment ☐ Referred to MHPSS ☐ - ☐ -	☐ 1st visit ☐ follow up visit	

» Children under 6 months

INDIVIDUAL MOTHER NAME *	CHILD FEEDING TYPE *	OTHER FEEDINGS , PLEASE EXPLAIN *
	☐ Breast feeding ☐ Industrial milk ☐ Water ☐ Other foods, explain	
IN CASE OF BREASTFEEDING , IS IT? *		
☐ Exclusive ☐ Non-exclusive		

» Children from 6 months to 5 years

INDIVIDUAL MOTHER NAME *	MUAC (CM) *	MUAC CATEGORY
AWARENESS TYPE *	MUAC SCREENING, IS THE INDIVIDUAL CASE REFERRED? *	MUAC SCREENING,INDIVIDUAL REFERRAL REASON *
	☐ Yes ☐ No	
MUAC SCREENING,INDIVIDUAL REFERRAL PLACE *		
IS THERE ANY MATERIALS DISTRIBUTED? *		
☐ Yes ☐ No		

» Distributed Materials

CHILD DISTRIBUTED MATERIALS TYPE *	IF OTHER MATERIALS , PLEASE EXPLAIN *	AMOUNT OF PLUMBY NUT (WRAPPER) *
☐ plumby nut (wrapper)		
☐ plumby sup (packet)		
☐ plumpy doz (wrapper)		
☐ plumpy mum (wrapper)		
☐ plumpy nutri (wrapper)		
☐ High-energy biscuits (tablet)		
☐ Vitamin_child (wrapper)		
☐ Vitamin_preg (wrapper)		
☐ minerals-folic acid (tablet)		
☐ Other		
AMOUNT OF PLUMBY SUP (PACKET) *	AMOUNT OF PLUMPY DOZ (WRAPPER) *	AMOUNT OF PLUMPY MUM (WRAPPER) *
AMOUNT OF PLUMPY NUTRI (WRAPPER) *	AMOUNT OF HIGH-ENERGY BISCUITS (TABLET) *	AMOUNT OF VITAMIN_CHILD (WRAPPER) *
AMOUNT OF VITAMIN_PREG (WRAPPER) *	AMOUNT OF MINERALS-FOLIC ACID (TABLET) *	

ARE THERE ANY OTHER MATERIALS DISTRIBUTED? Yes No	IF YES, WHAT THESE MATERIALS Personal hygiene kit Cleaned birth kit Brochures hospitality breast cover Other, explain it
--	---

CONSULTATION DELIVERED * ☐ Breastfeeding Consultation ☐ Consultation about hygiene ☐ Consultation about the use of artificial milk preparation tools ☐ Consultation about safe preparation rules for industrial milk ☐ Supplementary feeding counseling 12-24 months ☐ Supplementary feeding counseling 6-12 months ☐ Other, related to the pregnant or lactating woman ☐ Other, explain it		* OTHER CONSULTATION, PLEASE EXPLAIN	
IS THE PATIENT PREGNANT OR LACTATING? * ☐ pregnant ☐ lactating ☐ none_	IF PREGNANT, PREGNANTING AGE (WEEKS)	IF LACTATING, INFANT AGE (MONTHS) *	
MUAC MOTHER (CM) *	MUAC WOMEN CATEGORY	MOTHER REFERRED? * ☐ Yes ☐ No	
IF PREGNANT, HAVE THE WOMEN VISITED THE RH FACILITY? ☐ Yes ☐ No		IF PREGNANT, HAVE THE WOMEN TAKING FLUORIC ACID ? ☐ Yes ☐ No	
ARE YOU ABLE TO REACH THE HEALTH FACILITY EASILY? * ☐ Yes ☐ No			
DO YOU WANT OTHER VISIT * ☐ Yes ☐ No			
COMMENTS			

تواجه النساء الحوامل في شمال غرب سوريا، لا سيما في ريف إدلب، تحديات صحية وتغذوية متفاقمة نتيجة النزوح القسري، سوء الأوضاع المعيشية، وضعف توافر خدمات الرعاية الصحية. تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين النزوح وتوافر خدمات الرعاية الصحية من جهة، والحالة التغذوية للنساء الحوامل من جهة أخرى، مع تحليل العوامل المرتبطة بسوء التغذية وظهور أعراض صحية أثناء الحمل. تم استخدام منهج وصفي تحليلي، وجمعت البيانات من عينة كبيرة مكونة من 15,998 امرأة حامل، من خلال استبيان إلكتروني مُهيكل يغطي الجوانب السكانية، الصحية، والخدمية. وقد تم تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS ، عبر الإحصاء الوصفي واختبار كاي تربيع لقياس العلاقة بين المتغيرات، إلى جانب حساب معامل Phi و Cramer's V لتحديد قوة الترابط.

أظهرت النتائج أن 10.2% من النساء يعانين من سوء التغذية الحاد المتوسط (MAM) ، وكانت نسبة النازحات 86.1%، مما يدل على ضعف الاستقرار المجتمعي. كما أظهرت الدراسة أن النساء اللاتي لا يحصلن على مكملات غذائية كنّ أكثر عرضة لسوء التغذية، بينما كانت الفحوصات الدورية غير مرتبطة ارتباطاً معنوياً بالحالة التغذوية. لوحظ أيضاً أن الإقامة خارج المخيمات ترتبط بزيادة احتمال ظهور أعراض صحية.

توصي الدراسة بتوسيع نطاق الدعم التغذوي وخدمات الرعاية الصحية الأولية، وتحسين التغطية الصحية خارج المخيمات، وتكثيف حملات التوعية التغذوية، لا سيما للفئات الشابة والنازحات. كما تدعو إلى إجراء دراسات مستقبلية طويلة لتقييم أثر التدخلات الميدانية على صحة الأمهات.

الكلمات المفتاحية: النزوح، سوء التغذية، النساء الحوامل، الرعاية الصحية، شمال غرب سوريا.

الملخص باللغة الإنجليزية Abstract

Pregnant women in Northwest Syria—particularly in rural Idlib—face serious health and nutritional challenges due to displacement, food insecurity, and limited access to healthcare. This study aims to explore the relationship between displacement, healthcare availability, and the nutritional status of pregnant women, while analyzing the factors associated with malnutrition and pregnancy-related health complications. A descriptive-analytical cross-sectional design was adopted. Data were collected from 15,998 pregnant women using a structured electronic questionnaire covering demographic, health, and service-related variables. Statistical analysis was performed using SPSS software, applying descriptive statistics, chi-square tests, and Phi/Cramer's V coefficients to evaluate relationships and measure correlation strength.

Findings revealed that 10.2% of respondents experienced Moderate Acute Malnutrition (MAM), and 86.1% were internally displaced. The lack of access to nutritional supplements, such as iron and folic acid, was significantly associated with increased rates of MAM, although the statistical correlation was weak. Routine medical checkups were not significantly correlated with better nutritional status. Additionally, women living outside camps reported higher rates of health-related symptoms, which may indicate barriers to healthcare access and poor environmental conditions.

The study concludes that displacement and limited access to essential maternal services play a key role in shaping health outcomes during pregnancy. It recommends scaling up nutritional support, strengthening antenatal healthcare services in underserved areas, and promoting community-level awareness campaigns, particularly among displaced and younger women. Future longitudinal studies are crucial for evaluating the long-term effectiveness of humanitarian health and nutrition interventions in conflict settings.

Keywords: Displacement, Malnutrition, Pregnant Women, Healthcare Access, Northwest Syria.

موافقة المنظمة على استخدام البيانات ونموذج الاستبانة



Basem Shafer <b.shafer@sema-sy.org>

Request for a questionnaire and statistics for the nutrition teams in SEMA for 2024 for scientific research purposes

3 messages

Basem Shafer <b.shafer@sema-sy.org>
To: "CEO. INTERNATIONAL" <ceo.international@sema-sy.org>
Cc: Hisham Darwish <MEAL.MANAGER@sema-sy.org>

Tue, Jun 10, 2025 at 10:00 AM

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته.
تحياتي لكم د. حسان العزيز، وبعد:

أرجو الموافقة على استخدام إحصائيات وإستبيان برنامج التغذية كأعداد وأنشطة "دون أسماء" لكامل عام 2024 بغرض إعداد بحث علمي عن هذا العمل ومحاولة نشره مع تقديم مساهمة سيما في هذا البحث.

العنوان المقترح هو: "أثر الزواج وتوافر خدمات الرعاية الصحية على الحالة التغذوية للنساء الحوامل: دراسة ميدانية في ريف إدلب - سوريا 2024"

كل الشكر لدعمكم.

أطيب التحيات،
باسم



Ph. Basem Shafer | Health Programs Manager
Global Health & Health Policies MSc - Pharmacist

A: SEMA | Gaziantep, Turkey
W: <https://sema-sy.org/ar/>
M : 00905349310035



CEO. INTERNATIONAL <ceo.international@sema-sy.org>
To: Basem Shafer <b.shafer@sema-sy.org>
Cc: Hisham Darwish <MEAL.MANAGER@sema-sy.org>

Tue, Jun 10, 2025 at 4:05 PM

موافق

[Quoted text hidden]



Dr.MHD Hassan Mughrabieh

Chief Executive Officer

Phone: +90 5370655920

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=44150414f2&view=pt&search=all&permthid=thread-a:r9079818578757115750&siml=msg-a:r-663371705196604...> 1/2

SEMA Mail - Request for a questionnaire and statistics for th...
2:55 2025/6/20

E-mail: ceo.international@sema-sy.org

Basem Shafer <b.shafer@sema-sy.org>
To: "CEO. INTERNATIONAL" <ceo.international@sema-sy.org>
Cc: Hisham Darwish <MEAL.MANAGER@sema-sy.org>

Tue, Jun 10, 2025 at 4:34 PM

كل الشكر لكم د. حسان.

أطيب التحيات،
باسم

Midocean University

College of Management

Department of Health Administration



**The Impact of Displacement and Availability of Healthcare Services on the
Nutritional Status of Pregnant Women: A Field Study in Rural Idlib – Syria, 2024**

Prepared by:

Basem Zouhair Shaher

Supervised by:

Dr. Al-Faisal Abdul Hamid

Dr. Fayez Jrad

Academic Year:2025

All rights reserved to MidOcean University