

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني

مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد
سلسلة الدراسات التحليلية المعمقة

واقع الصحة الانجابية للمراهقين والشباب في الأراضي الفلسطينية

إعداد

رياض العفيفي

د. محمد العفيفي

مراجعته: د. عايشه الرفاعي

نيسان/ابريل، 2005

© ربيع أول 1426هـ - نيسان، 2005.
جميع الحقوق محفوظة.

في حالة الاقتباس، يرجى الإشارة إلى هذه المطبوعة كالتالي:

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005. مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد، سلسلة الدراسات التحليلية المعمقة (05)، (واقع الصحة الانجابية للمراهقين والشباب في الأراضي الفلسطينية) رام الله - فلسطين.

جميع المراسلات توجه إلى دائرة النشر والتوثيق/قسم خدمات الجمهور على العنوان التالي:
الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
ص.ب. 1647، رام الله - فلسطين

فاكس: 2 240 6343 (970/972)

صفحة إلكترونية: <http://www.pcbs.gov.ps>

هاتف: 2 240 6340 (970/972)

بريد إلكتروني: diwan@pcbs.gov.ps

شكر وتقدير

يتم تمويل الدراسات التحليلية المعمقة ضمن مشروع النشر والتحليل والتدريب لإستخدام بيانات التعداد من قبل صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA).

يتقدم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بالشكر الجزيل لصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) على مساهمته في تنفيذ المشروع.

تنويه للمستخدمين

- إن الآراء والأفكار الواردة في هذه الدراسة تعبر عن آراء كاتبها، ولا تعبر بالضرورة عن رأي الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني أو موقفة الرسمي.
- اعتمد الباحثين في الدراسة على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني والمصادر الأخرى، ولا يتحمل الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني مسؤولية أي خطأ في البيانات.
- إن الاختلاف أو الفرق بين المعدلات أو النسب والمجاميع في بعض الجداول يعود إلى حذف القيم غير المبينة أو اللاتي لا تنطبق عليها الحالة أو عملية التقريب لعلامة عشرية واحدة.
- السنة 03/02 تعني 2003/2002 وهكذا لباقي السنوات.
- الجداول الواردة في هذه الدراسة قد تم اشتقاقها من قاعدة بيانات المسح الصحي لعام 2000 للجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، ما لم يرد خلاف ذلك.

تقديم

تعتبر التعدادات من أهم مصادر البيانات، حيث قام الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بتنفيذ التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-1997 وقد تم الحصول من خلاله على مجموعة متكاملة من البيانات المتعلقة بالخصائص السكانية والاجتماعية والاقتصادية للمجتمع. كما قام الجهاز بتنفيذ المسح الصحي لعام 2000، ومسح الشباب لعام 2003. وقد اعتمدت هذه الدراسة على تلك المصادر جميعها.

وحرصاً منه على الاستفادة القصوى من هذه البيانات قام الجهاز بإصدار سلسلة من التقارير الإحصائية من بيانات التعداد والمسوحات المختلفة ومنها ملخصات النتائج النهائية، وتقارير تفصيلية للنتائج النهائية لكل من السكان والمساكن والمباني والمنشآت.

واستكمالاً لعمليات نشر وتعميم بيانات التعداد ولتحقيق الاستخدام الأمثل لهذه البيانات يقوم الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني بتنفيذ مشروع النشر والتحليل والتدريب لاستخدام بيانات التعداد، بالتعاون مع مؤسسات القطاعين العام والخاص، ومن ضمن فعاليات هذا المشروع إعداد سلسلة من التقارير التنفيذية والدراسات الوصفية والدراسات التحليلية المعمقة، لإتاحة المجال لأفراد المجتمع لفهم وإدراك أفضل لبيانات التعداد والمسوحات.

يسرنا أن نقدم هذه الدراسة التحليلية كأحد مخرجات المشروع كي تكون مرجعاً للمخططين ومتخذي القرارات في القطاعين العام والخاص وجميع فئات المستخدمين ومن أجل بناء الدولة الفلسطينية على أسس علمية سليمة.

ونسأل الله أن ينكل عملنا بالنجاح،،،

لؤي شبانه

رئيس الجهاز

نيسان، 2005

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
	قائمة الجداول ملخص تنفيذي
23	المقدمة: الفصل الأول:
27	المراهقون والشباب في المجتمع الفلسطيني: الفصل الثاني:
27	1.2 المراهقون والشباب والهرم السكاني
28	2.2 المراهقون والشباب وتطور إعدادهم مع الزمن
29	3.2 التعليم وممارسة النشاط الاقتصادي
29	4.2 التعليم وممارسة النشاط الاقتصادي لفئة المراهقين
29	1.4.2 المستوى التعليمي لفئة المراهقين 2000
31	2.4.2 المستوى التعليمي لفئة المراهقين (مقارنة بين الوضع في العام 1997 والعام 2000)
31	3.4.2 المستوى التعليمي لفئة المراهقين حسب نوع التجمع السكاني، 2000
32	4.4.2 العلاقة بقوة العمل لفئة المراهقين، 2000
33	5.4.2 العلاقة بين نوع التجمع السكاني وقوة العمل لفئة المراهقين، 2000
34	5.2 التعليم وممارسة النشاط الاقتصادي لفئة الشباب
34	1.5.2 المستوى التعليمي لفئة الشباب 2000
35	2.5.2 المستوى التعليمي لفئة الشباب (مقارنة بين الوضع في العام 1997 والعام 2000)
35	3.5.2 المستوى التعليمي لفئة الشباب حسب نوع التجمع السكاني، 2000
36	4.5.2 العلاقة بقوة العمل لفئة الشباب، 2000
37	5.5.2 العلاقة بين نوع التجمع السكاني وقوة العمل لفئة الشباب، 2000
39	مفهوم الصحة الإيجابية ومكوناتها: الفصل الثالث:
39	1.3 مفهوم ومكونات الصحة الإيجابية
40	2.3 بعض مكونات وعناصر الصحة الإيجابية
40	3.3 الوعي الصحي بمفهوم الصحة الإيجابية لدى الزوجات 2000
41	1.3.3 الوعي بمفهوم الصحة الإيجابية للزوجات في سن المراهقة
43	2.3.3 الوعي بمفهوم الصحة الإيجابية للزوجات في سن الشباب
46	3.3.3 الوعي بمفهوم الصحة الإيجابية للزوجات في مرحلة الخصوبة (مقارنة بين المجموعات)
47	4.3 الصحة الإيجابية والخصوبة الكلية

- 47 1.4.3 علاقة الاقتران والتقاطع بين مفهوم الصحة الإنجابية ومعدل الخصوبة الكلية
- 49 2.4.3 هل معدلات الخصوبة الكلية دليل على نجاح برامج الصحة الإنجابية
- 51 الفصل الرابع:** الحالة الزوجية للمراهقين والشباب
- 51 1.4 الحالة الزوجية للمراهقين بشكل عام، 2000
- 52 1.1.4 المستوى التعليمي للمتزوجين من المراهقين، 2000
- 52 2.1.4 المراهقون المتزوجون والالتحاق الحالي بالتعليم، 2000
- 53 3.1.4 النشاط الاقتصادي للمتزوجين من المراهقين، 2000
- 53 4.1.4 التوزيع حسب نوع التجمع السكاني للمراهقين المتزوجين، 2000
- 54 2.4 الحالة الزوجية للشباب بشكل عام، 2000
- 54 1.2.4 المستوى التعليمي للمتزوجين من الشباب، 2000
- 55 2.2.4 الشباب المتزوجون والالتحاق الحالي بالتعليم، 2000
- 55 3.2.4 النشاط الاقتصادي للمتزوجين من الشباب، 2000
- 55 4.2.4 التوزيع حسب نوع التجمع السكاني للمتزوجين من الشباب، 2000
- 56 3.4 الحالة الزوجية للنساء وتطورها مع الزمن (1997-2000)
- 56 1.3.4 تطور المستوى التعليمي للزوجات في المرحلة الإنجابية، 1997 و2000
- 57 4.4 مبحث خاص عن السن عند الزواج الأول وصلة القرابة بين الأزواج
- 57 1.4.4 السن عند الزواج الأول
- 62 2.4.4 صله القرابة مع الزوج
- 66 3.4.4 ظاهرتي زواج الأقارب والزواج المبكر، 2000
- 69 الفصل الخامس:** تنظيم الأسرة في مجتمع المراهقين والشباب
- 71 1.5 الزوجات في سن المراهقة (15-19 سنة) وتنظيم الأسرة
- 71 1.1.5 توصيف عينة الزوجات في سن المراهقة
- 72 2.1.5 المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة بين الزوجات في سن المراهقة
- 72 3.1.5 استعمال وسائل تنظيم الأسرة بين الزوجات في سن المراهقة
- 75 4.1.5 متابعة الزوجات في سن المراهقة لوسائل الاعلام ومصادر المعلومات بخصوص تنظيم الأسرة
- 76 5.1.5 قرار تنظيم الأسرة
- 77 2.5 الزوجات في سن الشباب (20-24 سنة) وتنظيم الأسرة
- 77 1.2.5 توصيف عينة الزوجات في سن الشباب
- 77 2.2.5 المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة بين الزوجات في سن الشباب
- 77 3.2.5 استعمال وسائل تنظيم الأسرة بين الزوجات في سن الشباب

80	4.2.5 متابعة الزوجات في سن الشباب لوسائل الاعلام ومصادر المعلومات
	بخصوص تنظيم الأسرة
81	5.2.5 قرار تنظيم الأسرة
81	3.5 مقارنة بين الزوجات في مرحلة الإنجاب تجاه اساليب تنظيم الأسرة
82	1.3.5 أول وسيلة تنظيم الأسرة قد تم استعمالها
83	2.3.5 عدد الأطفال عند الاستعمال الأول لوسائل تنظيم الأسرة
84	3.3.5 السبب الرئيسي لاستعمال وسائل تنظيم الأسرة حاليا
84	4.3.5 السبب الرئيسي لعدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة حاليا
85	5.3.5 قرار استعمال وسائل تنظيم الأسرة
87	الفصل السادس: تفضيلات الإنجاب والرعاية أثناء الحمل والولادة
87	1.6 الزوجات في سن المراهقة
87	1.1.6 تفضيل الإنجاب للزوجات في سن المراهقة
90	2.1.6 الرعاية أثناء الحمل الأخير للزوجات في سن المراهقة
91	3.1.6 الرعاية أثناء الولادة الأخيرة للزوجات في سن المراهقة
93	4.1.6 الرضاعة الطبيعية والزوجات في سن المراهقة
93	2.6 الزوجات في سن الشباب
93	1.2.6 تفضيل الإنجاب للزوجات في سن الشباب
95	2.2.6 الرعاية أثناء الحمل الأخير للزوجات في سن الشباب
97	3.2.6 الرعاية أثناء الولادة الأخيرة للزوجات في سن الشباب
98	4.2.6 الرضاعة الطبيعية والزوجات في سن الشباب
99	3.6 مقارنة بين الزوجات في مرحلة الخصوبة
99	1.3.6 تفضيل الإنجاب للزوجات في مرحلة الخصوبة (المجموعات الثلاث)
101	2.3.6 الرعاية أثناء الحمل الأخير للزوجات في مرحلة الخصوبة
102	3.3.6 الرعاية أثناء الولادة الأخيرة للزوجات في مرحلة الخصوبة
103	4.3.6 الرضاعة الطبيعية والزوجات في مرحلة الخصوبة
105	الفصل السابع: الأمراض المنقولة جنسيا (الإيدز)
105	1.7 تعريف مرض الإيدز (AIDS)
106	2.7 الزوجات في سن المراهقة والمعرفة بمرض الإيدز
106	1.2.7 المعرفة والسماع عن المرض
107	2.2.7 بعض المفاهيم والاعتقادات الشائعة والمتعلقة بمرض الإيدز وموقف الزوجات في سن المراهقة تجاهها
108	3.2.7 الزوجات في سن المراهقة والمواقف المتحيزة ضد مرضى الإيدز
109	4.2.7 الزوجات في سن المراهقة وفرص الإصابة بالمرض (من وجه نظرهن)

الصفحة	الموضوع
109	3.7 الزوجات في سن الشباب والمعرفة بمرض الإيدز
109	1.3.7 المعرفة والسماع عن المرض
110	2.3.7 بعض المفاهيم والاعتقادات الشائعة والمتعلقة بمرض الإيدز وموقف الزوجات في سن الشباب تجاهها
111	3.3.7 الزوجات في سن الشباب والمواقف المتحيزة ضد مرضى الإيدز
111	4.3.7 الزوجات في سن الشباب وفرص الإصابة بالمرض (من وجه نظرهن)
113	النتائج والتوصيات الفصل الثامن:
113	1.8 النتائج
121	2.8 التوصيات
125	قائمة المراجع

قائمة الجداول

الصفحة	الجدول
27	جدول 1 : التوزيع النسبي للسكان حسب العمر والجنس والمنطقة، 2000
29	جدول 2 : التوزيع النسبي للسكان حسب العمر والجنس لسنوات مختارة
30	جدول 3 : التوزيع النسبي للمراهقين حسب المستوى التعليمي، والمنطقة والجنس، 2000
31	جدول 4 : التوزيع النسبي للمراهقين حسب المستوى التعليمي، والجنس، 1997، 2000
32	جدول 5 : التوزيع النسبي للمراهقين حسب النشاط الاقتصادي والمنطقة والجنس، 2000
33	جدول 6 : التوزيع النسبي للطالبات وربات بيوت غير النشيطات اقتصاديا في سن المراهقة حسب المستوى التعليمي والمنطقة، 2000
33	جدول 7 : التوزيع النسبي للمراهقين حسب نوع التجمع والعلاقة بقوة العمل والجنس، 2000
34	جدول 8 : التوزيع النسبي للشباب حسب المستوى التعليمي والمنطقة والجنس، 2000
35	جدول 9 : التوزيع النسبي للشباب حسب المستوى التعليمي والجنس، 1997، 2000
36	جدول 10 : التوزيع النسبي للشباب حسب النشاط الاقتصادي والمنطقة والجنس، 2000
37	جدول 11 : التوزيع النسبي للطالبات وربات البيوت غير النشيطات إقتصاديا في سن الشباب حسب المستوى التعليمي والمنطقة، 2000
37	جدول 12 : نسبة الشباب حسب نوع التجمع والعلاقة بقوة العمل والجنس، 2000
41	جدول 13 : نسبة الإستماع والمعرفة للزوجات في سن المراهقة حسب مجموعة من المواضيع التفصيلية المكونة لمفهوم الصحة الإنجابية والمنطقة، 2000
42	جدول 14 : نسبة الزوجات في سن المراهقة حسب المصدر الذي زودهن بالمعلومات والمنطقة، 2000
42	جدول 15 : نسبة الزوجات في سن المراهقة اللاتي أفدن بالإيجاب حسب تلقى معلومات وإرشادات عن مواضيع تتعلق بالحمل والمنطقة، 2000
43	جدول 16 : التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة والمنطقة، 2000
44	جدول 17 : نسبة الاستماع للزوجات في سن الشباب حسب مجموعة من المواضيع التفصيلية المكونة لمفهوم "الصحة الإنجابية" والمنطقة، 2000
44	جدول 18 : نسبة الزوجات في سن الشباب حسب المصدر الذي زودهن بالمعلومات و المنطقة، 2000
45	جدول 19 : نسبة الزوجات اللاتي أفدن بالإيجاب حسب تلقى معلومات وإرشادات عن مواضيع تتعلق بالحمل والمنطقة، 2000

الجدول	الصفحة
جدول 20:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة والمنطقة، 2000
جدول 21:	نسبة الزوجات في الخصوبة حسب الاستماع عن مجموعة من المواضيع التفصيلية المكونة لمفهوم "الصحة الإنجابية" والعمر، 2000
جدول 22:	نسبة الزوجات في مرحلة الخصوبة اللاتي أفدن بالإيجاب بخصوص تلقي معلومات وإرشادات تتعلق بالحمل حسب العمر، 2000
جدول 23:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة (بحسب رأيهن) والعمر، 2000
جدول 24:	التوزيع النسبي للمراهقين المتزوجين حسب المستوى التعليمي والمنطقة والجنس، 2000
جدول 25:	التوزيع النسبي للمراهقين المتزوجين حسب الالتحاق بالتعليم والمنطقة والجنس، 2000
جدول 26:	نسبة المراهقين المتزوجين حسب نوع التجمع والمنطقة والجنس، 2000
جدول 27:	التوزيع النسبي للشباب المتزوجين حسب المستوى التعليمي والمنطقة والجنس، 2000
جدول 28:	التوزيع النسبي للشباب المتزوجين حسب الالتحاق بالتعليم والمنطقة والجنس، 2000
جدول 29:	نسبة الشباب المتزوجين حسب نوع التجمع والمنطقة والجنس، 2000
جدول 30:	نسبة النساء المتزوجات في المرحلة الإنجابية حسب العمر، 1997، 2000
جدول 31:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب المستوى التعليمي، 1997، 2000
جدول 32:	التوزيع النسبي للنساء في مرحلة الخصوبة حسب العمر عند الزواج الأول والعمر الحالي، 2000
جدول 33:	نسبة المتزوجين زواجا مبكرا حسب الجنس و الفترة الزمنية لميلاد الأزواج، 1997
جدول 34:	نسبة المتزوجين من الذكور زواجا مبكرا حسب نوع التجمع والفترة الزمنية لميلاد الأزواج، 1997
جدول 35:	نسبة المتزوجات زواجا مبكرا حسب نوع التجمع والفترة الزمنية لميلاد الزوجات، 1997
جدول 36:	التوزيع العددي للنساء في مرحلة الخصوبة اللاتي سبق لهن الزواج حسب نوع الزواج وعمر الزوجة الحالي، 2000
جدول 37:	التوزيع النسبي للنساء حسب نوع الزواج وعدد النساء في الفئة العمرية المحددة، 2000
جدول 38:	نسبة المتزوجات من أقارب لهن مع إجمالي النساء حسب المنطقة والعمر، 2000
جدول 39:	نسبة الزواج بين الأقارب حسب السنة الميلادية التي تم فيها الزواج والمنطقة، 2000
جدول 40:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب حالة الزواج والمنطقة، 2000

الجدول	الصفحة
جدول 41:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب حالة الزواج والمنطقة، 2000
66	
جدول 42:	التوزيع النسبي للزوجات في سن (25-49 سنة) حسب حالة الزواج والمنطقة، 2000
67	
جدول 43:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب الوسيلة المستخدمة لأول مرة والمنطقة، 2000
73	
جدول 44:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب عدد الأطفال عند الاستخدام الأول لوسائل تنظيم الأسرة والمنطقة، 2000
73	
جدول 45:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب نوع الوسيلة المستخدمة حالياً لتنظيم الأسرة والمنطقة، 2000
74	
جدول 46:	نسبة الزوجات في سن المراهقة حسب سبب عدم الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة والمنطقة، 2000
75	
جدول 47:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب مصدر المعلومات الإضافية والمنطقة، 2000
76	
جدول 48:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب عدد الأطفال عند الاستخدام الأول لوسائل تنظيم الأسرة والمنطقة، 2000
78	
جدول 49:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب اللاتي يستعملن وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة والمنطقة، 2000
79	
جدول 50:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب أسباب عدم الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة والمنطقة، 2000
80	
جدول 51:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب مصدر المعلومات الإضافية والمنطقة، 2000
81	
جدول 52:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة المستخدمة والعمر، 2000
82	
جدول 53:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة عند الإستخدام الأول لوسائل تنظيم الأسرة حسب عدد الأطفال، 2000
83	
جدول 54:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب سبب عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة، 2000
84	
جدول 55:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب صاحب القرار الخاص باستعمال وسائل تنظيم الأسرة، 2000
85	
جدول 56:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال والمنطقة، 2000
88	

الجدول	الصفحة
جدول 57:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب المدة المرغوبة للتباعد بين الولادات والمنطقة، 2000
88	
جدول 58:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب العدد المثالي للأطفال (ذكور واث) تبعا لرأي الزوجة والمنطقة، 2000
89	
جدول 59:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب صاحب القرار في تحديد عدد الأبناء والمنطقة، 2000
89	
جدول 60:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب عدد مرات الزيارة لعيادات رعاية الحوامل خلال حملهن الاخير والمنطقة، 2000
90	
جدول 61:	نسبة الزوجات في سن المراهقة (في الضفة الغربية وقطاع غزة) حسب زيارة عيادة رعاية الحمل والتعرض للمضاعفات أثناء الحمل الاخير، 2000
91	
جدول 62:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب نوع الولادة الاخيرة والمنطقة، 2000
92	
جدول 63:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب العمر عند الولادة الأولى والمنطقة، 2000
92	
جدول 64:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب نوع الولادة الأولى والمنطقة، 2000
93	
جدول 65:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال والمنطقة، 2000
94	
جدول 66:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب المدة المرغوبة للتباعد بين الولادات والمنطقة، 2000
94	
جدول 67:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب العدد المثالي للأطفال (ذكور واث) اعتمادا على رأي الزوجة والمنطقة، 2000
95	
جدول 68:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب صاحب القرار في تحديد عدد الأبناء والمنطقة 2000
95	
جدول 69:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب عدد مرات الزيارة لعيادات رعاية الحوامل خلال حملهن الاخير والمنطقة، 2000
96	
جدول 70:	نسبة الزوجات (في الضفة الغربية وقطاع غزة) حسب زيارة عيادة رعاية الحمل والتعرض للمضاعفات أثناء الحمل الأخير، 2000
96	
جدول 71:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب نوع الولادة الأخيرة والمنطقة، 2000
97	
جدول 72:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب العمر عند الولادة الأولى والمنطقة، 2000
98	
جدول 73:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب نوع الولادة الأولى والمنطقة، 2000
98	
جدول 74:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال وسن الزوجة، 2000
99	

الجدول	الصفحة
جدول 75:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب المدة المرغوبة للتباعد بين الولادات و سن الزوجة، 2000
جدول 76:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب العدد المثالي للاطفال (ذكور واناث) تبعاً لرأي الزوجة و سن الزوجة، 2000
جدول 77:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب صاحب القرار بتحديد عدد الأبناء في الأسرة و سن الزوجة، 2000
جدول 78:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب عدد الزيارات المنفذة خلال حملهن الأخير و سن الزوجة، 2000
جدول 79:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة اللاتي قد تعرضن للمضاعفات خلال حملهن الاخير حسب نوع المضاعفات و سن الزوجة، 2000
جدول 80:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب نوع الولادة الأخيرة و سن الزوجة، 2000
جدول 81:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب مكان الولادة و سن الزوجة، 2000
جدول 82:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب العمر عند الولادة الأولى و سن الزوجة، 2000
جدول 83:	التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب نوع الولادة الأولى و سن الزوجة، 2000
جدول 84:	نسبة الزوجات في مرحلة الخصوبة اللاتي لم يرضعن الطفل الأخير حسب أهم أسباب عدم الرضاعة و سن الزوجة، 2000
جدول 85:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب إمكانية تجنب مرض الإيدز والمنطقة، 2000
جدول 86:	نسبة المؤيدات من الزوجات في سن المراهقة لبعض المفاهيم والإعتقادات الشائعة والمتعلقة بمرض الإيدز حسب المنطقة، 2000
جدول 87:	التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب تقييمهن لفرص إصابتهم بمرض الايدز والمنطقة، 2000
جدول 88:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب وجود فرص لتجنب مرض الإيدز والمنطقة، 2000
جدول 89:	نسبة المؤيدات من الزوجات في سن الشباب لبعض المفاهيم والإعتقادات الشائعة والمتعلقة بمرض الإيدز حسب المنطقة، 2000
جدول 90:	التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب تقييمهن لفرص إصابتهم بمرض الإيدز والمنطقة، 2000

ملخص تنفيذي

الهدف من هذه الدراسة هو القاء الضوء على واقع الصحة الإنجابية في فلسطين لفئتي المراهقين والشباب وذلك من خلال تحليل قواعد بيانات المسح الصحي للعام 2000 والذي نفذته الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، مضافا الى ذلك ما توفر من بيانات مبنية وتقارير منشورة ودراسات نفذتها المؤسسات الأهلية والأفراد الباحثين.

وتتدرج هذه الدراسة في اطار الدراسات التحليلية، فقد تم الإعتماد على بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 1997 وكذلك المسوح الصحية للعام 1996 والعام 2000 وقد قام الباحثان بتحليلها باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية واجراء الإختبارات اللازمة لفحص العلاقات الناشئة وذلك عند مستوى معنوية 0.05 وباستخدام برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS. الفئات المستهدفة في هذه الدراسة هي فئات المراهقين والشباب وقد التزم الباحثان بتعريف هاتان الفئتان كما يلي: فئة المراهقين وهي مجموعة السكان في الفئة العمرية 15-19 سنة، وفئة الشباب وهي مجموعة السكان في الفئة العمرية 20-24 سنة. كما التزم الباحثان في التوصيف الجغرافي بما ورد في منشورات الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني وهو تقسيم الاراضي الفلسطينية الى منطقتين جغرافيتين رئيسيتين: الضفة الغربية وقطاع غزة.

كما اعتمد الباحثان التعريفات التالية:

تعريف الصحة الإنجابية والجنسية كما ورد في مؤتمر السكان للعام 1994 بأنها"حالة من الرفاه الكامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليس مجرد السلامة من المرض".¹

كما تم التعامل مع بعض عناصر ومكونات مفهوم الصحة الإنجابية ومنها: الحالة الزوجية، تنظيم الأسرة، تفضيلات الإنجاب، الرعاية اثناء الحمل والولادة، الأمراض المنقولة جنسيا، الرضاعة الطبيعية.

نتائج الدراسة:

بينت الدراسة انه وبحسب تقدير السكان لعام 2000 فقد كان 1 من 5 من افراد المجتمع الفلسطيني هم من فئة المراهقين والشباب (10.4% مراهقين، و8.8% شباب). وان هناك واحدة من كل عشرة من الزوجات في سن المراهقة او الشباب لديها معرفة بمفهوم الصحة الإنجابية، بينما تبين ان معرفة هؤلاء الزوجات بمكونات هذا المفهوم كانت اكثر حضا حيث تبين ان معرفتهن ب 9 من المواضيع والمكونات الأساسية لهذا المفهوم قد ارتفع ليصبح ثلاثة من كل اربع زوجات يعرفن عن هذه المكونات والمواضيع، وتبين ان اهم مصادر المعرفة كان الزوج، الأصدقاء، الأقارب، ووسائل الإعلام. كما تبين ان الغالبية من الزوجات قد تلقين معلومات وارشادات اثناء حملهن الاخير، وقد تباينت هذه المعلومات من موضوع لآخر، وكانت هناك ملاحظة بخصوص الرضاعة الطبيعية فمع ان معظم الزوجات يعرفن اهمية الرضاعة الطبيعية ويمارسنها، الا ان نسبة من يعرفن عن "الرضاعة الطبيعية التامة" قد بلغت فقط 49.4% من الزوجات في سن المراهقة و 54.4% من الزوجات في سن الشباب.

وبالنسبة لوسائل تنظيم الأسرة فقد تبين ان الغالبية العظمى من الزوجات في سن المراهقة والشباب يعرفن عن الوسائل المؤقتة والطبيعية لتنظيم الأسرة، الا ان الاستعمال لم يكن بنفس القدر، حيث تبين ان 27.4% من الزوجات في سن

¹ المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة 1994 (5-13 سبتمبر 1994).

المراهقة و 56.4% في سن الشباب يستخدمون حاليا وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة. وكانت وسيلة اللولب هي الأكثر استخداما (23.2% للزوجات في سن المراهقة مقابل 40.8% في سن الشباب). ويمكن تفسير تدني نسبة المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة بما افادت به كثير من الزوجات عن رغبتهم في انجاب المزيد من الأطفال (87.2% من الزوجات في سن المراهقة و 74.1% في سن الشباب)، كما تجدر الملاحظة ان نصف الزوجات تقريبا يعتقدن ان العدد المثالي للأطفال هو 4 اطفال وان زوجة من كل 4 زوجات يرغبن في انجاب 5 اطفال او اكثر، بينما 1% من الزوجات تقريبا يرغبن في انجاب طفل واحد فقط.

وبالنسبة للرعاية اثناء الحمل والولادة، فقد اظهرت الدراسة ان معظم الزوجات قمن بزيارة عيادات رعاية الحوامل اثناء حملهن الأخير وبمتوسط 7.6 زيارة طوال فترة الحمل للزوجات في سن المراهقة و 7.2 زيارة للزوجات في سن الشباب، ومع ذلك فقد كان هناك 14.4% من الزوجات في سن المراهقة و 16.7% من الزوجات في سن الشباب قد تعرضن لمضاعفات اثناء حملهن الأخير، كما تعرض 14.5% من الزوجات في سن المراهقة و 11.9% من الزوجات في سن الشباب لمضاعفات اثناء الولادة. وبالنسبة للولادة فقد تبين ان 1.6% من الزوجات في سن المراهقة و 3.0% من الزوجات في سن الشباب قد كانت ولادتهن في المنزل والباقي في مستشفى او عيادة متخصصة، وكانت هناك ولادة قيصرية ل 6.9% من الزوجات في سن المراهقة و 6.2% من الزوجات في سن الشباب.

من النقاط التي بينهاها الدراسة، ارتفاع المستوى التعليمي للاناث في سن المراهقة في العام 2000 مقارنة مع العام 1997، فقد كان متوسط عدد سنوات الدراسة لهن 9.2 سنة دراسية في العام 1997 ليصبح 9.4 سنة دراسية في العام 2000. كذلك الحال بالنسبة للاناث في سن الشباب من 10.0 سنة دراسية في العام 1997 ليصبح 10.3 سنة دراسية في العام 2000. وبالنسبة للذكور في سن المراهقة فقد كان هناك انخفاض طفيف في المستوى التعليمي في العام 2000 مقارنة مع العام 1997 (9.0 سنة دراسية مقارنة مع 9.1 سنة دراسية على التوالي). اما عن الذكور في سن الشباب فقد كان هناك ارتفاع طفيف ايضا من 10.3 سنة دراسية في العام 1997 الى 10.4 سنة دراسية في العام 2000.

بالنسبة لمعدلات الأمية، كان هناك انخفاض في هذا المعدل في فئتي المراهقين والشباب (نقطة ايجابية) عند المقارنة بين العامين (1997-2000)، وان كان الانخفاض اكبر لدى الاناث، فقد كانت نسبة الأمية للذكور في سن المراهقة 3.0% في العام 1997 لتتخفض الى 2.1% في العام 2000، ولاناث في سن المراهقة من 2.4% لتتخفض الى 1.1%، وللذكور في سن الشباب من 2.9% لتتخفض الى 2.3%، ولاناث في سن الشباب من 3.4% لتتخفض الى 1.4%.

اما عن الحالة الزوجية والعلاقة بالمستوى التعليمي:

اولا: بالنسبة للذكور والاناث في سن المراهقة، تبين ان 1.9% من الذكور وواحدة من كل اربعة من الاناث كانوا متزوجين، وقد بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة للذكور (متزوج وغير متزوج) 9.0 سنة دراسية ولاناث 9.4 سنة دراسية وهو تقريبا نفس المتوسط للمتزوجين ولكن مع الفارق ان متوسط عدد سنوات الدراسة لغير المتزوجين مرشح للزيادة وللمتزوجين مرشح للتبات على ذلك بسبب الاثر السلبي لعامل الزواج حيث ان هناك 80.2% من الاناث غير المتزوجات و 62.4% من الذكور غير المتزوجين مازالوا طلابا (مقارنة مع 14.7% للاناث المتزوجات و 17.0% للذكور المتزوجين).

ثانيا : بالنسبة للذكور والاناث فى سن الشباب، تبين ان 27.0% من الذكور و63.6% من الاناث كانوا متزوجين، وتبين ان لعامل الزواج اثرسلبى واضح على المستوى التعليمى لفئة الشباب، حيث بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة للذكورالمتزوجين 9.1 سنة دراسية مقارنة مع 10.4 سنة دراسية للذكور بشكل عام، و9.8 سنة دراسية للاناث المتزوجات مقارنة مع 10.3 سنة دراسية للاناث بشكل عام.

بالنسبة للسن عند الزواج الاول، تبين ان 14.6% من الاناث فى سن المراهقة او ما يعادل (79.3% من اجمالى المتزوجات فى الفئة)، و18.0% من الاناث فى سن الشباب (او ما يعادل 30.0% من اجمالى المتزوجات فى الفئة) كن متزوجات فى سن تقل عن 18 سنة(زواج مبكر)، واطهرت البيانات ان هناك تناقضا فى الاتجاه العام لظاهرة الزواج المبكر. اما عن صلة القرابة بالزوج، فقد تبين ان 48.1% من اجمالى الزوجات فى سن المراهقة (ما يعادل 8.7% من اجمالى الاناث فى الفئة) و48.2% من اجمالى الزوجات فى سن الشباب (ما يعادل 28.8% من اجمالى الاناث فى الفئة) كن متزوجات من اقارب لهن، واطهرت البيانات ان هناك ايضا تناقضا فى الاتجاه العام لظاهرة الزواج بين الاقارب، ومن المتوقع ان يكون معدل الزواج بين الاقارب خلال الفترة 2001-2004 هو 40.6% (40.4% فى الضفة الغربية، 41.0% فى قطاع غزة)، وعند دراسة العلاقة بين الظاهرتين تبين ان هناك زوجة واحدة فقط من كل 10 زوجات فى سن المراهقة، وزوجة واحدة من كل اربع زوجات فى سن الشباب كان زواجهن مطابقا للوضع الافتراضى (اى فى سن 18 سنة فأكثر والازواج اغراب).

معظم الزوجات لديهن معرفة بالأمراض المنقولة جنسيا وخصوصا مرض الايدز (90.0%)، ولكن عند فحص دقة هذه المعرفة تبين ان هناك قصورا فى هذه المعرفة، وتبين ان هناك نسبة كبيرة من الاعتقادات الخاطئة فى هذه المعرفة مما انعكس على شكل تحيز كبير ضد حاملي المرض والمرضى المصابين بالايديز، ولقد تمت مناقشة واستعراض 19 من المفاهيم والاعتقادات الخاصة بالمرض والوقاية منه، وتراوحت المعرفة الصحيحة بهذه المعلومات من 96.5% الى 54.8%. وقد تبين ان هناك خوف حقيقي من المرض لدى الزوجات انعكس سلبا على موقفهن المتحيز تجاه المرضى. تبين ان 81.0% من الزوجات فى سن المراهقة، 78.8% من الزوجات فى سن الشباب لا يعرفن مكانا يمكن ان يتم فيه اجراءات فحص واكتشاف مرض الايدز. اما عن ثقتهم بعدم التعرض للإصابة بالمرض هناك 83.5% من الزوجات فى سن المراهقة، و85.6% من الزوجات فى سن الشباب، يعتقدن بعدم وجود مخاطر للإصابة بمرض الايدز على المستوى الشخصى، ولكن عند تحليل المفاهيم والاعتقادات الخاطئة تبين ان الزوجة فى الضفة الغربية ربما كانت الأكثر ادراكا لخطورة هذا المرض وبالتالي كن اقل ثقة وأطمئنانا تجاه المرض.

خلصت الدراسة لمجموعة من التوصيات المتعلقة ببعض مكونات مفهوم الصحة الانجابية ونجمل اهمها فيما يلي:

- ان تشمل المسوح المستقبلية لفئتي المراهقين والشباب كلا الجنسين وليس التركيز على فئة الزوجات فقط، وان يتم التركيز على تقييم المعرفة لمعرفة مدى صحتها وعدم الإكتفاء بوجود هذه المعرفة من عدمها.
- ان يتم التركيز فى برامج التوعية والارشاد على الحالة الشمولية لمفهوم الصحة الانجابية خاصة لدى الاجيال الصغيرة من الذكور والاناث فى سن المراهقة وقبل الزواج، وان تربط هذه البرامج بالمفهوم بالعنصر الاقتصادي والظروف والمتغيرات الاجتماعية والسياسية التى تواجه المجتمع الفلسطينى وان يكون لهذه البرامج هدف اساسى يتمثل فى ترسيخ مفهوم الصحة الانجابية ليصبح جزءا من الثقافة العامة لدى الشباب.

- في موضوع تنظيم الأسرة توصي الدراسة بأن يتوجه الجهد للتوعية وتعديل المواقف للرجال والحموات حيث انهم اصحاب القرار في شأن استخدام وسائل تنظيم الأسرة. وكذلك تبني سلسلة دراسات حول مدى نجاعة وجودة خدمات تنظيم الأسرة.
- توصي الدراسة بتوحيد المفاهيم والتعريفات المستخدمة لكل وسيلة من وسائل تنظيم الاسرة عند اعداد التقارير للجهات مقدمة الخدمة، والعمل على تطبيق اساليب قياس اكثر دقة وتحديدًا مع التركيز على نجاعة الوسيلة والتوصيف الكامل لمستخدمي هذه الوسيلة.
- مطلوب على المستوى القومي تقييم مدى نجاعة استخدام وسائل تنظيم الاسرة خاصة للوسائل المؤقتة، وذلك بتبني سلسلة من الدراسات تستهدف هذه الوسائل واماكن تزويدها واحتمالات الفشل واسبابه.
- وفي موضوع الزواج بين الأقارب والزواج المبكر فقد خلصت الدراسة لضرورة توجيه الجهد لفئة الآباء والأمهات بجميع الوسائل لأنهم اصحاب القرار في هذا الشأن، وعلى ضرورة الإسراع والتركيز في هذه الحملات حيث ان 81.8% من المراهقات (الإناث) لم يتزوجن بعد، وان البعد الجغرافي لأي عمل يجب ان يشمل كل التجمعات السكانية. كما خلصت الدراسة الى ضرورة رصد ودراسة اخطار الزواج بين الأقارب على المستوى القومي مثل احتساب نسبة العيوب الخلقية في المواليد وعلاقة الزواج المبكر والزواج بين الاقارب بالمتغيرات الإجتماعية والإقتصادية والسياسية والدينية.
- الاسراع بالعمل على تعديل قانون الاحوال الشخصية المتعلق بتحديد السن عند الزواج ليكون 18 سنة ميلادية للذكور والاناث كحد ادنى.
- دراسة موضوع الولادات القيصرية، اسبابها، مدى انتشارها، والتكلفة الاقتصادية والاجتماعية التي يتحملها المجتمع جراء ذلك.
- اجراء مزيد من الدراسات المتعلقة بمدى معرفة الجمهور عامة وفئتي المراهقين والشباب خاصة بالأمراض المنقولة جنسيا ومدى خطورتها وطرق العدوى بها والوقاية منها وليس الإكتفاء بدراسة الزوجات.

الفصل الأول

المقدمة

يعتبر المجتمع الفلسطيني من المجتمعات الشابة حيث يشكل المراهقون والشباب من فئة (15-24 سنة) ما نسبته 19.2% من مجموع السكان، وهذه الفئة لها خصوصيتها كونها تعيش الفترة الانتقالية بين الطفولة والنضج حيث أنها تكون معالم الشخصية، كما أنها المدخل إلى الحياة الجنسية والإنجابية والتي تشكل ركنا أساسيا في التكوين وحياة الأسرة والبقاء ونمو المجتمع. ولما كانت الصحة الإنجابية والجنسية هي أحد العوامل الرئيسية في السعادة الزوجية وفي نمو الأسر والمجتمع فقد أصبح الاهتمام بها واجبا ضروريا.

والصحة الإنجابية كما عرفها المؤتمر الدولي للسكان الذي عقد بالقاهرة عام 1994 هي حالة من الرفاه الكامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليس مجرد السلامة من المرض، ويشير هذا التعريف إلى وجود عدد من الموضوعات والمؤشرات المرتبطة بقضايا الصحة الإنجابية والتي يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند دراسة واقع الصحة الإنجابية، كما يجب أن يؤخذ في الاعتبار أن كل موضوع أو مؤشر يتفاعل مع الشباب والمراهقين من كلا الجنسين من خلال ثلاث مراحل مرتبطة ببعضها وتؤثر على بعضها البعض سلبا وإيجابا، هذه المراحل هي درجة المعرفة في كل موضوع، ثم موقف الشاب أو الشابة من هذا الموضوع، وهو يتأثر بدرجة كبيرة بهذه المعرفة، وأخيرا مدى الممارسة لهذا الموضوع. ومن المهم أن نوضح انه ليس بالضرورة أن يكون هناك توافق بين المراحل الثلاث، حيث يمكن وجود المعرفة والموقف الإيجابي لدى الشخص ولكن بالرغم من ذلك لا يلتزم أو ربما لا يملك أن ينفذ ما اقتنع به، وخير مثال على ذلك ما يلاحظ من مواقف وسلوك الشباب في مواضيع التدخين، العادة السرية.

ومن هذا المنطلق كان اهتمام الجهات والمؤسسات المعنية بتقديم الدعم الضروري لتحسين الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في فلسطين وكان هناك تركيز على الإفادة من الدراسات التي تمت لتحديد احتياجات الشباب في هذا المجال لمساعدتهم في حل مشاكلهم، ولتقليص الفجوة بين المعرفة والافتتاح والتطبيق، والعمل على وضع السياسات والخطط التي تحسن من واقع الصحة الإنجابية لدى جميع فئات المجتمع وخاصة فئتي المراهقين والشباب.

الهدف من الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الى لقاء الضوء على واقع الصحة الإنجابية للمراهقين والشباب في فلسطين بمكوناتها العديدة، وتوفير الرؤية الواضحة، والتسهيل على صانعي القرار في مؤسسات الدولة والمؤسسات المعنية، من اجل تحسين خدمات الصحة الإنجابية وتوفير السعادة الزوجية للشباب المقبل على الزواج والحياة.

الفئة المستهدفة:

تستهدف هذه الدراسة فئتي المراهقين والشباب، وقد تم اعتماد على قواعد البيانات والمسوحات التي أجراها الجهاز، حيث تم تقسيم الفئة العمرية (15-24 سنة) إلى فئتين هما: فئة المراهقين (15-19 سنة) وفئة الشباب (20-24 سنة).

مجتمع الدراسة جغرافيا

لقد تم استخدام التقسيم الشائع والدارج في الغالبية العظمى من الدراسات وأيضاً المستخدم من قبل الجهاز، وهو تقسيم الأراضي الفلسطينية إلى منطقتين جغرافيتين هما: الضفة الغربية، قطاع غزة.

الفترة الزمنية التي تغطيها الدراسة:

هذه الدراسة حاولت رصد واقع الصحة الإنجابية لفئتي المراهقين والشباب كما هي في العام 2000 (تاريخ آخر مسح صحي تم تنفيذه في الأراضي الفلسطينية).

وصف الدراسة:

لقد تم تقسيم هذه الدراسة إلى سبعة فصول بالإضافة إلى المقدمة، حيث حاول الباحثان تضمينها معظم المواضيع المكونة لمفهوم الصحة الإنجابية. ففي الفصل الثاني تحدثنا عن فئتي المراهقين والشباب وما تمثلانه في الهرم السكاني، واهم الصفات الديموجرافية التي تميزهما وتوزعهما الجغرافي في الأراضي الفلسطينية، وفي الفصل الثالث ناقشنا مفهوم الصحة الإنجابية وبعض العناصر المكونة له ومدى المعرفة بهذا المفهوم خاصة عند الزوجات ومعرفة وتحديد أهم الفروق بين هذه المكونات والعناصر المؤثرة في معدل الخصوبة الكلية وأماكن التقاطع بينهما، وفي الفصل الرابع استعرضنا الحالة الزوجية لهاتين الفئتين مع تركيز خاص على فئة النساء المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج وذلك من خلال مبحثين خاصين الأول يتعلق بالزواج المبكر (السن عند الزواج الأول)، والثاني يتعلق بالزواج بين الأقارب، ومحاولة دراسة العلاقة بينهما، في الفصل الخامس استعرضنا بعض مواضيع تنظيم الأسرة ومدى معرفة الشباب والمراهقين بقضاياها، ومدى تطبيق هذه المعرفة خاصة بين الزوجات، وفي الفصل السادس استعرضنا موضوع الرعاية أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة ونوعية الولادة الأخيرة والولادة الأولى، وفي الفصل السابع حاولنا استعراض مواضيع تتعلق بالأمراض المنقولة جنسيا ومدى المعرفة بها مع التركيز على مرض الإيدز، وقد تضمن الفصل الثامن النتائج والتوصيات.

منهجية الدراسة:

تندرج هذه الدراسة في إطار الدراسات التحليلية، وتستند إلى بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 1997، والمسوح الصحية للعام 1996 والعام 2000، وكذلك على قواعد البيانات الخام المتوفرة خاصة المتعلقة بالمسح الصحي للعام 2000، وجميعها تم تنفيذها بواسطة الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وكذلك تستند على العديد من المصادر الأخرى مثل تقارير وزارة الصحة والمؤسسات المجتمعية، وبحوث فردية وأكاديمية.

وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على تحليل المؤشرات والمتغيرات لكل فئة من فئات الدراسة (فئة المراهقين وفئة الشباب) بشكل مستقل، وتمت المقارنات بين الذكور والإناث في الفئة الواحدة، وبين شقي الوطن (الضفة الغربية وقطاع غزة)، وحيثما توفرت لنا المعلومات كانت تتم المقارنة بين فئتي الدراسة وفئة الزوجات الواقعة في المرحلة الإنجابية (25- 49 سنة)، وقد تمت دراسة وتحليل هذه المتغيرات من خلال علاقتها بالمتغيرات الأساسية المستقلة وهي: الجنس، والتوزيع الجغرافي، والفئة العمرية.

أساليب التحليل الإحصائي المستخدمة في الدراسة:

نظرا لتنوع مصادر البيانات المتعلقة بهذه الدراسة، وتنوع طبيعة هذه البيانات (بيانات تعداد شامل ومسوح ذات مصداقية، وقواعد بيانات المسح الصحي 2000، وبيانات من واقع دراسات وأبحاث وتقارير باستخدام عينات إحصائية، وكذلك تقارير عن أنشطة وبرامج ذات علاقة). وأيضا لطبيعة هذه الشريحة من السكان والتي تتوسط فئتين رئيسيتين هما فئة البالغين وفئة الأطفال، ونظرا للمكونات العديدة لمفهوم الصحة الإنجابية، فقد تم استخدام مجموعة من أساليب التحليل الإحصائي لتحليل البيانات الكمية منها: مقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت، وكذلك تحليل الانحدار والاتجاه العام لبعض السلاسل الزمنية المتعلقة بظواهر ذات صلة بالصحة الإنجابية. إما بخصوص البيانات النوعية فقد تم استخدام منهج التحليل البعدي لمعالجة الإشكال الناتج عن اختلاف النتائج المحصلة عند تكرار البحوث الاجتماعية والإنسانية، والتي تدخل من ضمنها معظم الدراسات والأبحاث المتعلقة بقضايا الصحة الإنجابية. كذلك تم تحليل نتائج الدراسة باستخدام مجموعة من اختبارات الفروض المعلمية وغير المعلمية ومنها اختبار T، وChisquare، وANOVA. وقد تم تحليل البيانات الكمية والمقارنات عند مستوى معنوية 0.05، وكذلك تم احتساب فترات الثقة للمتوسطات باستخدام مستوى ثقة 95%، وتم استخدام البرنامج الإحصائي SPSS.

الفصل الثاني

المراهقون والشباب في المجتمع الفلسطيني

في هذه الدراسة تم اعتماد تعريف الشباب والمراهقين بأنهم مجموعة السكان في الفئة العمرية 15-24 سنة، وقد تم تقسيم هذه الفئة الممتدة والحساسة في حياة الأفراد والمجتمع إلى فئتين، الأولى فئة المراهقين وهم السكان في الفئة العمرية 15-19 سنة، والثانية فئة الشباب وهم السكان في الفئة العمرية 20-24 سنة. وقد اعتمد تقسيم هذه الفئات بهذا الحجم والشكل في منشورات السكان في كثير من المناطق في العالم.

1.2 المراهقون والشباب والهرم السكاني:

- بلغ تقدير عدد السكان في الأراضي الفلسطينية عام 2000 (3,117,290) نسمة¹، منهم (1,992,105) نسمة أو ما يعادل 63.9% في محافظات الضفة الغربية، و (1,125,185) نسمة أو ما يعادل 36.1% في محافظات قطاع غزة يوزعون تقريباً بالتساوي بين الذكور والإناث (50.5% للذكور، 49.5% للإناث).
- مثلت مجموعة الشباب والمراهقين 19.2% من إجمالي السكان (تقريباً 1 من كل 5 من السكان هو من فئة الشباب أو المراهقين). فئة المراهقين مثلت 10.4% من إجمالي السكان في حين مثلت فئة الشباب 8.8% من إجمالي السكان. بلغت نسبة الجنس في فئة المراهقين 105.6 ذكر لكل 100 أنثى، وفي فئة الشباب 104.2 ذكر لكل 100 أنثى.

جدول 1: التوزيع النسبي للسكان حسب العمر والجنس والمنطقة، 2000

محافظة قطاع غزة		محافظات الضفة الغربية		المنطقة والجنس	الفئات العمرية
إناث	ذكور	إناث	ذكور		
49.9	50.6	44.5	45.2		أقل من 15 سنة
10.4	10.7	10.1	10.5		19 - 15
8.5	8.5	8.8	9.1		24 - 20
22.8	23.6	26.3	27.0		49 - 25
8.4	6.6	10.3	8.2		50 سنة فأكثر
100.0	100.0	100.0	100.0		المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

- ومع التسليم بأن هناك فروقات بين التوزيع العمري للسكان في محافظات الضفة الغربية عن نظيره في محافظات قطاع غزة إلا أن هذه التركيبة نتج عنها توزيع عمري للسكان في إجمالي الأراضي الفلسطينية ذو مواصفات خاصة نلخصها بالآتي:
- التوزيع العمري للسكان في الأراضي الفلسطينية يشير إلى أن الشعب الفلسطيني هو شعب فتى، وان الهرم السكاني هرم ذو قاعدة عريضة ورأس مدبب (66.1% من إجمالي السكان أعمارهم دون 24 سنة، 46.9% أعمارهم دون 15 سنة).

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

- هرم سكاني بهذه المواصفات يملك مميزات هامة منها توافر الأيدي العاملة التي تثرى سوق العمل وتدفع بالتنمية الاقتصادية خطوات إلى الأمام في المستقبل إذا ما توافرت الاستثمارات اللازمة وحسن وضع وتنفيذ الخطط المستقبلية، أيضا هرم بهذه المواصفات يشكل تحديا كبيرا لضرورة توفير خدمات التعليم والرعاية الصحية والتنمية البشرية وتوفير فرص العمل لهذا الزخم من العناصر البشرية المنتجة.

- إن آلية عمل الهرم السكاني تتمثل في وجود ثلاث حلقات مترابطة ومتداخلة، تؤثر كل منها في الحلقات الأخرى، وهذه الحلقات هي:

1. الحلقة الأولى فئة السكان (0-14 سنة) وهي فئة سكانية خارج نطاق قوة العمل بالكامل وخارج المرحلة الإنجابية أيضا (نظريا على الأقل)، وهي ناتجة في معظمها في المجتمع الفلسطيني عن التوالد الطبيعي للحلقة الثانية ورافد اساسي لها.

2. الحلقة الثانية فئة السكان (15-49 سنة) وهي فئة يقوم فيها المجتمع بتجديد نفسه وبناء اقتصاده ورفاهيته وفيها تتم عملية الإنجاب وبانتهائها تتوقف أيضا. هذه الفئة تتشكل وتتنوع بحسب طبيعة المجتمع فجزء منها في بداية الحلقة يكون في مرحلة الإعداد والتجهيز وجزء آخر يكون في مرحلة الإنجاب والإنتاج.

3. الحلقة الثالثة وتبدأ من سن 50 سنة فأكثر، وهي نظريا تكون قد خرجت من مرحلة الإنجاب (خاصة للنساء) وبالتالي أصبحت مساهمتها في اتساع قاعدة الهرم السكاني اقل، ولذا انتاجيتها في بناء ورفاهية المجتمع تنخفض تدريجيا. ولكن تكمن أهميتها بأثرها الكبير والمباشر في الحلقتين الأولى والثانية خاصة في مجتمعنا الفلسطيني.

إن الهرم السكاني ذو القاعدة العريضة في المجتمع الفلسطيني يعنى أننا ولسنوات طويلة قادمة سوف نكون تحت تأثير الزيادة الطبيعية المرتفعة نسبيا، على الرغم أن هناك انخفاضا في معدلات الزيادة الطبيعية، وانخفاض في معدلات الخصوبة، ولكن اعداد الزيادة المطلقة في السكان ستزيد زيادة ملموسة من عام الى آخر مما يعني زيادة التحديات في تقديم الخدمات وتوفير فرص العمل.

2.2 المراهقون والشباب وتطور أعدادهم مع الزمن:

من دراسة بيانات المسح الصحي الديموغرافي في الضفة الغربية وقطاع غزة 1995، والتعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 1997، ونتائج المسح الصحي 2000، تظهر البيانات أن هناك انخفاضا في نسبة ما تمثله قاعدة الهرم السكاني بشكل طفيف، ولكنه مؤشر على ان هناك تغيرا في المجتمع وفي هرمه السكاني. إن عدم اتساع قاعدة الهرم السكاني تؤكد أن بداية العلاج نجحت في ترشيد معدلات الزيادة السكانية إلى حد ما، أما عن تصحيح الوضع فكما ذكرنا فان هذا يتطلب سنوات وربما جيل كامل من العمل الجاد وإعداد وتنفيذ خطط سكانية شاملة.

جدول 2 يبين التوزيع النسبي للسكان في الأراضي الفلسطينية بحسب الجنس والفئات العمرية للأعوام، 1995، 1997، 2000.

جدول 2: التوزيع النسبي للسكان حسب العمر والجنس لسنوات مختارة.

الجنس والسنوات						الفئات العمرية
الإناث			الذكور			
2000	1997	1995	2000	1997	1995	
46.5	46.7	46.3	47.2	47.5	47.5	14-0
10.2	10.4	10.9	10.5	10.7	12.0	19-15
8.7	8.9	8.8	8.9	9.2	9.1	24-20
34.6	34.0	34.0	33.4	32.6	31.4	+25
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع

الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، عدة نشرات - تجميع الباحث .

من الجدول السابق نلاحظ ان قاعدة الهرم (0-14 سنة) ظلت متأثرة بتركيبية الهرم السكاني، والحقيقة ان ثباتها يعنى ان هناك تقدم في الخطط السكانية اما عن فئتي الشباب والمراهقين فقد فقدتا جزءا من اهميتهما النسبية لصالح فئة البالغين والأكبر سنا وهو مؤشر جيد.

3.2 التعليم وممارسة النشاط الاقتصادي:

لا شك أن التعليم من أهم المؤثرات في فترة المراهقة¹ والشباب، حيث انه من المفترض ان فئة المراهقين (15-19 سنة) هي فئة افرادها جالسون على مقاعد الدراسة ولا يمارسون أي نشاط اقتصادي، وبالنسبة لفئة الشباب (20-24 سنة) فاننا نتوقع ان يكون 50% من فئة الشباب مازالوا على مقاعد الدراسة، و50% يكونوا قد انضموا إلى قوة العمل والنشاط الاقتصادي. وبالنسبة لعدد سنوات الدراسة الافتراضي* للمراهقين يجب أن يتراوح ما بين 9 الى 13 سنة دراسية وبمتوسط 11 سنة دراسية لفئة الشباب فان عدد سنوات الدراسة الافتراضي يجب أن يتراوح ما بين 14 سنة و16 سنة دراسية وبمتوسط 15 سنة دراسية. وهذا ما سنحاول بحثه لكل من فئة المراهقين وفئة الشباب كل على حده.

4.2 التعليم وممارسة النشاط الاقتصادي لفئة المراهقين:

1.4.2 المستوى التعليمي لفئة المراهقين 2000

بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة لفئة المراهقين بشكل عام 9.2 سنة دراسية (انحراف معياري 3.07 سنة)، وبالمقارنة مع المتوسط الافتراضي 11 سنة فان المستوى التعليمي لفئة المراهقين يكون قد حقق 83.6% من المستوى الافتراضي في العام 2000، وقد بلغ هذا المتوسط لفئة المراهقين بشكل عام في الضفة الغربية 9.2 سنة، وفي قطاع غزة 9.3 سنة.

¹ تم احتساب سنوات الدراسة الافتراضية على اساس ان سن التعليم الإلزامي هو 6 سنوات، وبالتالي فمن المفترض ان من يكون عمره 15 سنة يكون قد انهي 9 سنوات دراسية وان يكون من عمره 19 سنة قد انهي 13 سنة دراسية. وبنفس الطريقة تم احتساب سنوات التعليم الافتراضية للشباب.

جدول 3: التوزيع النسبي للمراهقين حسب المستوى التعليمي، والمنطقة والجنس، 2000

الإجمالي للمراهقين		الإناث		الذكور		المستوى التعليمي
الإناث	الذكور	قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
1.1	2.1	1.4	0.9	2.9	1.6	أمي
27.7	31.1	25.4	29.0	29.1	32.2	ابتدائي
58.3	57.9	56.9	59.1	57.4	58.2	إعدادي
12.8	8.9	16.1	10.9	10.6	8.0	ثانوي
-	-	0.1	-	0.1	-	فوق الثانوي
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع
المتوسط والانحراف						
9.4	9.0	9.6	9.3	9.1	9.0	متوسط سنوات الدراسة
3.75	2.22	5.07	2.70	2.38	2.12	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 قاعدة بيانات المسح الصحي 2000 " ، بيانات غير منشورة.

ويمكن تلخيص نتائج الجدول السابق في النقاط التالية:

1. إن المستوى التعليمي للمراهقين قد حقق 83.6% من المستوى الافتراضي، وكان المستوى في قطاع غزة هو الأعلى مقارنة بالضفة الغربية، وعند اختبار الفرق بين المتوسطات تبين أن جميع الفروق كانت ذات دلالة إحصائية مما يتيح لنا الاستنتاج السابق.
2. إن المستوى التعليمي للإناث في سن المراهقة أعلى من المستوى التعليمي للذكور (9.4 سنة للإناث مقابل 9.0 سنة للذكور) والفرق ذو دلالة إحصائية، والإناث في سن المراهقة في قطاع غزة كن الأعلى مستوى مقارنة بالإناث في الضفة الغربية (9.6 سنة في قطاع غزة مقابل 9.3 سنة في الضفة الغربية).
3. المستوى التعليمي للذكور في سن المراهقة في قطاع غزة كان الأعلى مقارنة بالذكور في الضفة الغربية (9.1 سنة للذكور في قطاع غزة مقابل 9.0 سنة في الضفة الغربية).

2.4.2 المستوى التعليمي لفئة المراهقين (مقارنة بين الوضع في العام 1997 والعام 2000).

جدول 4: التوزيع النسبي للمراهقين حسب المستوى التعليمي، والجنس، 1997، 2000

الإناث		الذكور		المستوى التعليمي
**2000	*1997	**2000	*1997	
1.1	2.4	2.1	3.0	امي
27.7	29.3	31.1	30.3	ابتدائي
58.3	55.3	57.9	54.7	إعدادي
12.8	12.9	8.9	11.9	ثانوي
-	0.2	-	0.2	فوق الثانوي
100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع
المتوسط والانحراف والنسبة المئوية من المستوى الافتراضي				
9.4	9.2	9.0	9.1	متوسط سنوات الدراسة
3.75	2.2	2.22	2.3	الانحراف المعياري
85.5	83.6	81.8	82.7	النسبة % من المستوى الافتراضي

* المصدر/الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني - 1997 "قاعدة بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت-1997"
** المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول يتبين أن المستوى التعليمي للمراهقين الذكور في العام 2000 قد حقق 81.8% من المستوى الافتراضي مقارنة ب 82.7% في العام 1997، في حين أن المستوى التعليمي للإناث في سن المراهقة قد حقق 85.5% من المستوى الافتراضي في العام 2000 مقارنة مع 83.6% في العام 1997. وهو ما يؤكد بان المستوى التعليمي للإناث في سن المراهقة قد شهد تحسناً مقارنة بالذكور، وهو أيضاً ما أكدته اختبارات الفرق بين المتوسطات.

من دراسة الجدول السابق نجد أن هناك انخفاضاً في معدلات الأمية بالنسبة للمراهقين الذكور من 3.0% في نتائج التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت 1997 ليصبح 2.1% في العام 2000، كما يلاحظ أن هناك فجوة كبيرة في مستوى الثانوي وما فوق فقد انخفضت النسبة من 12.1% في العام 1997 لتصل إلى 8.9% في العام 2000. بالنسبة للإناث في سن المراهقة أيضاً كان هناك انخفاض في نسبة الأمية في العام 2000 مقارنة مع العام 1997 (1.1% و 2.4% على التوالي)، وبيانات الجدول توضح أن هناك تقدماً في الحد من ظاهرة الأمية بين المراهقين بشكل عام، والإناث قد حققن إنجازاً أكبر في هذه القضية. وربما يفسر ذلك بكثافة برامج التوعية والإرشاد التي تشجع على تعليم الإناث وفي نفس الوقت عدم إعطاء الذكور التركيز الكافي والتشجيع على التعليم اعتقاداً بأن الأمية أكثر انتشاراً بين الإناث عنها في الذكور، وهو اعتقاد غير صحيح.

3.4.2 المستوى التعليمي لفئة المراهقين حسب نوع التجمع السكاني، 2000:

- في محافظات الضفة الغربية، بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة للمراهقين الذكور 9.0 سنة وانحراف معياري 2.12 سنة وكان في المناطق الحضرية 9.1 سنة، وفي المناطق الريفية 9.0 سنة، وفي المخيمات 9.0 سنة. وعند اختبار الفرق بين هذه المتوسطات تبين أنها ذات دلالة إحصائية مما يتيح الاستنتاج بان المناطق الحضرية في الضفة الغربية كانت الأعلى في المستوى التعليمي للذكور في سن المراهقة، يليها مناطق المخيمات، ثم المناطق الريفية.

- أما عن الإناث في سن المراهقة في الضفة الغربية، فقد بلغ متوسط عدد السنوات 9.3 سنة وبانحراف معياري 2.70 سنة وكان في المناطق الحضرية 9.4 سنة، وفي المناطق الريفية 9.2 سنة، وفي المخيمات 9.2 سنة. وهي ايضا علاقة ذات دلالة إحصائية تتيح الاستنتاج بأن المناطق الحضرية كانت الاعلى في المستوى التعليمي للإناث في الضفة الغربية.
- في محافظات قطاع غزة، بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة للمراهقين الذكور 9.1 سنة وبانحراف معياري 2.38 سنة وكان في المناطق الحضرية 9.1 سنة، وفي المناطق الريفية 8.1 سنة، وفي المخيمات 9.2 سنة. وعند اختبار الفرق بين هذه المتوسطات تبين انها ذات دلالة إحصائية مما يتيح الاستنتاج بان مناطق المخيمات كانت الاعلى في المستوى التعليمي للذكور في سن المراهقة في قطاع غزة، يليها المناطق الحضرية ثم المناطق الريفية.
- أما عن الإناث في سن المراهقة في قطاع غزة، فقد بلغ متوسط عدد السنوات 9.6 سنة وبانحراف معياري 5.07 سنة، وكان في المناطق الحضرية 9.7 سنة، وفي المناطق الريفية 9.2 سنة، وفي المخيمات 9.5 سنة. وهي ايضا علاقة ذات دلالة إحصائية تتيح الاستنتاج بان المناطق الحضرية كانت الاعلى في المستوى التعليمي للإناث في قطاع غزة.

نلاحظ مما سبق أن المستوى التعليمي للذكور في الضفة الغربية كان في المناطق الحضرية هو الأعلى، أما في قطاع غزة فكان في مناطق المخيمات. أما بالنسبة الى الإناث، فقد كانت الإناث في المناطق الحضرية في الضفة الغربية هن الأعلى في المستوى التعليمي، وكذلك الحال في قطاع غزة. وعلى المستوى الوطني فقد تأكد أن الإناث في سن المراهقة كن الأعلى في المستوى التعليمي من الذكور.

4.4.2 العلاقة بقوة العمل لفئة المراهقين، 2000:

لقد تم تصنيف العلاقة بقوة العمل الى مجموعتين: الاولى مجموعة النشيطين اقتصاديا وتتكون من المشتغلين والمتعطلين وسبق لهم العمل والمتعطلين ولم يسبق لهم العمل، وهي كما يلاحظ حالات ترتبط بالبيئة المحيطة والمجتمع ومعدلات البطالة والاقتصاد بشكل عام، والثانية مجموعة غير النشيطين اقتصاديا وتتكون من الطلاب والطالبات المتفرغون للدراسة، والنساء المتفرغات لأعمال المنزل سواء زوجات أو غير ذلك، والعاجزين عن العمل والذين لا يعملون ولا يبحثون عن عمل وغيرهم، وكما يلاحظ هي حالات في معظمها نتيجة قرارات تخص الفرد ومحيطه الأسرى.

جدول 5: التوزيع النسبي للمراهقين حسب النشاط الاقتصادي والمنطقة والجنس، 2000

النشاط الاقتصادي	الذكور		الإناث		الإجمالي
	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	
نشط اقتصاديا	41.1	31.6	3.0	3.3	37.6
غير نشط اقتصاديا	58.9	68.4	97.0	96.7	62.4
المجموع	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

- في الواقع ان فئة المراهقين من الفئات السكانية التي مازالت في طور الاعداد والدراسة، بمعنى انه من المنطق ان يكون معظم افراد هذه الفئة من غير النشيطين اقتصاديا- من الناحية النظرية، ولكن ما نلاحظه من بيانات الجدول السابق انه في العام 2000 كان هناك 37.6% من الذكور في سن المراهقة هم في مجموعة النشيطين

اقتصاديا وان هناك 3.1% من الإناث هن ايضا كذلك. وتبين أن هناك 62.4% من الذكور في سن المراهقة هم من غير النشطين كانوا فعلا طلابا مازالوا على مقاعد الدراسة.

- بخصوص الإناث، كان هناك 96.9% منهن من غير النشاطات اقتصاديا، وعند الفحص تبين أن هناك 66.9% منهن طالبات، وان هناك 33.1% ربات بيوت. ولما كانت مجموعة غير النشاطات اقتصاديا لفئة الإناث المرهقات تمثل الاغلبية من هذه الفئة، وتنقسم الى قسمين (طالبات وربات بيوت)، حاولنا معرفة المستوى التعليمي لهن.

جدول 6: التوزيع النسبي للطالبات وربات بيوت غير النشاطات اقتصاديا في سن المراهقة حسب المستوى التعليمي والمنطقة، 2000

ربات البيوت		الطالبات		المستوى التعليمي
قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
2.3	1.5	-	-	امى
38.5	41.2	18.2	22.7	ابتدائي
41.9	49.6	67.4	65.3	اعدادي
16.9	7.7	14.4	12.0	ثانوي
0.3	-	-	-	فوق الثانوي
100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع
المتوسط والإحراف				
8.7	8.6	9.9	9.7	متوسط سنوات الدراسة
2.67	2.31	1.53	2.70	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني ، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000" ، بيانات غير منشورة.

من الجدول يظهر الأثر الواضح لانخفاض المستوى التعليمي لربات البيوت بأهمية سن المراهقة واللاتي كن زوجات في الغالب. متوسط عدد سنوات الدراسة لربات البيوت في سن المراهقة بشكل عام (في الضفة الغربية وقطاع غزة) بلغ 8.6 سنة مقارنة مع 9.8 سنة للطالبات، والفرق ذو دلالة إحصائية، مع الأخذ بعين الاعتبار أن المتوسط للطالبات مرشح للزيادة مع مرور الزمن حيث انهن ما زلن طالبات على مقاعد الدراسة، في حين انه لربات البيوت غالبا ما يتوقف عند هذا الحد بسبب الزواج وما يتبعه من مسئولية في هذه السن المبكرة من حياتها.

5.4.2 العلاقة بين نوع التجمع السكاني وقوة العمل لفئة المراهقين، 2000:

جدول 7: التوزيع النسبي للمراهقين حسب نوع التجمع والعلاقة بقوة العمل والجنس، 2000

الإناث		الذكور		نوع التجمع
غير نشاطات اقتصاديا	نشاطات اقتصاديا	غير نشيطين اقتصاديا	نشيطون اقتصاديا	
97.0	3.0	63.0	37.0	حضر
97.0	3.0	61.0	39.0	ريف
96.3	3.7	68.1	31.9	مخيم

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشور.

وفي التعليق على الجدول السابق نذكر بان مزاوله النشاط الاقتصادي للمراهقين والمراهقات ليست ميزة، بل ان هذه الممارسة تعني ان هذه المجموعة من المراهقين والمراهقات (النشيطون اقتصاديا) قد خرجت الى سوق العمل قبل استكمال التأهيل والتعليم، وقبل النضج الذي تدعو اليه حالة الرفاه الكامل.

من الجدول نلاحظ أن المراهقين من الذكور في المناطق الريفية هم الأكثر اتجاها لمزاولة النشاط الاقتصادي في هذه السن المبكرة (39.0%)، يليهم المراهقون في المناطق الحضرية ثم المخيمات.

5.2 التعليم وممارسة النشاط الاقتصادي لفئة الشباب

1.5.2 المستوى التعليمي لفئة الشباب 2000:

- بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة لفئة الشباب (ذكور وإناث) 10.3 سنة دراسية وانحراف معياري 3.29 سنة، وبالمقارنة مع المتوسط الافتراضي 15 سنة فان المستوى التعليمي لفئة الشباب يكون قد حقق 68.6% من المستوى الافتراضي في العام 2000. بلغ هذا المتوسط لفئة الشباب (ذكور وإناث) في الضفة الغربية 10.3 سنة، وفي قطاع غزة 10.5 سنة.
- بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة للشباب الذكور 10.4 سنة وبانحراف معياري 3.27 سنة، في حين أن متوسط عدد سنوات الدراسة للشابات بلغ 10.3 سنة وبانحراف معياري 3.30 سنة.

جدول 8: التوزيع النسبي للشباب حسب المستوى التعليمي والمنطقة والجنس، 2000

الإجمالي للشباب		الإناث		الذكور		المستوى التعليمي
الإناث	الذكور	قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
1.4	2.3	2.0	1.1	3.8	1.5	امى
25.8	23.2	22.8	27.4	20.1	24.8	ابتدائي
33.9	36.6	28.7	36.7	32.6	38.7	إعدادي
29.1	29.4	38.6	23.9	34.4	26.7	ثانوي
9.8	8.5	7.9	10.9	9.2	8.2	فوق الثانوي
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع
المتوسط والانحراف						
10.3	10.4	10.5	10.2	10.6	10.3	متوسط سنوات الدراسة
3.30	3.27	3.37	3.25	3.61	3.10	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

ويمكن تلخيص النتائج السابقة في النقاط التالية:

1. إن المستوى التعليمي للشباب (ذكورا وإناث) قد حقق 68.6% من المستوى الافتراضي، وكان المستوى في قطاع غزة هو الأعلى مقارنة بالضفة الغربية، وعند اختبار الفرق بين المتوسطات تبين ان جميع الفروق كانت ذات دلالة إحصائية مما يتيح لنا الاستنتاج السابق.
2. إن المستوى التعليمي للشباب الذكور بشكل عام أعلى من المستوى التعليمي للإناث (10.4 سنة للذكور مقابل 10.3 سنة للإناث)، والفرق ذو دلالة إحصائية، والذكور في سن الشباب في قطاع غزة هم الأعلى في المستوى التعليمي مقارنة بالذكور في الضفة الغربية (10.6 سنة في قطاع غزة مقابل 10.3 سنة في الضفة الغربية).

2.5.2 المستوى التعليمي لفئة الشباب (مقارنة بين الوضع في العام 1997 والعام 2000):

جدول 9: التوزيع النسبي للشباب حسب المستوى التعليمي والجنس، 1997، 2000

الإناث		الذكور		المستوى التعليمي
**2000	*1997	**2000	*1997	
1.4	3.4	2.3	2.9	الامي
25.8	28.1	23.2	25.3	ابتدائي
33.9	33.9	36.6	34.6	إعدادي
29.1	25.6	29.4	30.4	ثانوي
9.8	9.0	8.5	6.9	فوق الثانوي
100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع
المتوسط والانحراف والنسبة المئوية من المستوى الافتراضي				
10.3	10.0	10.4	10.3	متوسط سنوات الدراسة
3.30	3.2	3.27	3.2	الانحراف المعياري
68.7	66.7	69.3	68.6	النسبة % من المستوى الافتراضي

* المصدر/الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني - 1997 "قاعدة بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت - 1997"
** المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول يتبين أن المستوى التعليمي للشباب الذكور في العام 2000 قد حقق 69.3% من المستوى الافتراضي مقارنة ب 68.6% في العام 1997، في حين أن المستوى التعليمي للإناث في سن الشباب قد حقق 68.7% من المستوى الافتراضي في العام 2000 مقارنة مع 66.7% في العام 1997 وهو ما يؤكد بان تطور المستوى التعليمي للذكور والإناث في سن الشباب قد شهد تحسناً مقارنة بالعام 1997.

كما تبين أيضاً أن هناك انخفاضاً في معدلات الأمية بالنسبة للشباب الذكور من 2.9% في العام 1997 إلى 2.3% في العام 2000، وأيضاً كان هناك انخفاضاً في نسبة الأمية بين الإناث في سن الشباب من 3.4% في العام 1997 إلى 1.4% في العام 2000.

3.5.2 المستوى التعليمي لفئة الشباب حسب نوع التجمع السكاني، 2000:

- في محافظات الضفة الغربية، بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة للشباب الذكور 10.3 سنة وانحراف معياري 3.10 سنة، وكان في المناطق الحضرية 10.3 سنة، وفي المناطق الريفية 10.4 سنة، وفي المخيمات 9.6 سنة. وعند اختبار الفرق بين هذه المتوسطات تبين انها ذات دلالة إحصائية مما يتيح الاستنتاج بان المناطق الريفية في الضفة الغربية كانت الأعلى في المستوى التعليمي للذكور في سن الشباب، يليها المناطق الحضرية ثم المخيمات.
- أما عن الإناث في سن الشباب في محافظات الضفة الغربية، فقد بلغ متوسط عدد السنوات 10.2 سنة وانحراف معياري 3.25 سنة، وكان في المناطق الحضرية 10.5 سنة، وفي المناطق الريفية 9.8 سنة، وفي المخيمات 10.5 سنة، وهي أيضاً علاقة ذات دلالة إحصائية تتيح الاستنتاج بان المناطق الحضرية والمخيمات كانتا الأعلى في المستوى التعليمي للإناث في الضفة الغربية.
- في محافظات قطاع غزة، بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة للشباب الذكور 10.6 سنة وانحراف معياري 3.61 سنة، وكان في المناطق الحضرية 10.3 سنة، وفي المناطق الريفية 10.8 سنة، وفي المخيمات 10.9 سنة. وعند

- اختبار الفرق بين هذه المتوسطات تبين انها ذات دلالة إحصائية مما يتيح الاستنتاج بان مناطق المخيمات كانت الاعلى في المستوى التعليمي للذكور في سن الشباب في قطاع غزة، يليها المناطق الحضرية ثم المناطق الريفية.
- أما عن الإناث في سن الشباب في قطاع غزة، فقد بلغ متوسط عدد السنوات 10.5 سنة، وكان في المناطق الحضرية 10.3 سنة، وفي المناطق الريفية 9.7 سنة، وفي المخيمات 10.9 سنة. وهي ايضا علاقة ذات دلالة إحصائية تتيح الاستنتاج بان مناطق المخيمات كانت الاعلى في المستوى التعليمي للإناث في قطاع غزة.
- إن ارتفاع المستوى التعليمي للشباب الذكور في المناطق الريفية في الضفة الغربية وقطاع غزة، وفي نفس الوقت انخفاض المستوى التعليمي للإناث في سن الشباب في نفس المناطق الريفية ربما يعكس بعض الاعتقادات الخاصة بالثقافة الاجتماعية والتي تتبنى سياسة تفضيلية للاستثمار في تعليم الذكور (التعليم العالي) دون الإناث، هذه الثقافة وما تشمله من العديد من العناصر المترابطة والمتداخلة تجاه المرأة بشكل عام بحاجة الى دراسة تؤكد أو تنفي هذه الاعتقادات.

4.5.2 العلاقة بقوة العمل لفئة الشباب، 2000:

جدول 10: التوزيع النسبي للشباب حسب النشاط الاقتصادي والمنطقة والجنس، 2000

النشاط الاقتصادي	الذكور		الإناث		الإجمالي
	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	
نشط اقتصاديا	80.5	75.8	14.8	16.0	78.9
غير نشط اقتصاديا	19.5	24.2	85.2	84.0	21.1
المجموع	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

- إن فئة الشباب من الفئات السكانية التي مازال جزء منها في طور الإعداد والدراسة، بمعنى انه من المنطق أن يكون نصف أفراد هذه الفئة من غير النشيطين اقتصاديا- من الناحية النظرية، ولكن ما نلاحظه من بيانات الجدول السابق انه في العام 2000 كان هناك 78.9% من الذكور في سن الشباب في مجموعة النشيطين اقتصاديا وكان هناك 15.2% من الإناث ايضا. وتبين أن جميع الذكور غير النشيطين اقتصاديا كانوا طلابا على مقاعد الدراسة.
- بخصوص الإناث 84.8% منهن كن من غير النشاطات اقتصاديا، وعند الفحص تبين أن هناك 20.6% من هذه المجموعة من الإناث كن طالبات، وان 79.4% كن ربات بيوت. ولما كانت مجموعة غير النشاطات اقتصاديا لفئة الاناث الشابات تمثل الاغلبية من هذه الفئة، حاولنا معرفة المستوى التعليمي لهن.

جدول 11: التوزيع النسبي للطالبات وربات البيوت غير النشيطات إقتصاديا في سن الشباب حسب المستوى التعليمي والمنطقة، 2000

ربات البيوت		الطالبات		المستوى التعليمي
قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
-	1.1	-	-	امى
-	34.5	-	-	ابتدائي
40.4	44.8	7.0	6.7	اعدادي
59.6	14.8	90.5	88.1	ثانوي
-	4.9	2.5	5.2	فوق الثانوي
100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع
المتوسط والانحراف				
9.5	9.3	13.7	13.7	متوسط سنوات الدراسة
2.86	2.76	1.59	1.33	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول يظهر الأثر الواضح لانخفاض المستوى التعليمي لربات بيوت من المتزوجات في سن الشباب، حيث بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة لهن (في الضفة الغربية وقطاع غزة) 9.3 سنة مقارنة مع 13.7 سنة للطالبات، والفرق ذو دلالة إحصائية، مع الأخذ بعين الاعتبار أن المتوسط للطالبات مرشح للزيادة مع مرور الزمن حيث أنهن ما زلن طالبات على مقاعد الدراسة، في حين انه لربات البيوت غالبا ما يتوقف عند هذا الحد. وهنا يظهر الأثر السلبي الواضح للزواج على المستوى التعليمي مما يتيح لنا الافتراض بان الزواج وما يتبعه من مسؤوليات ربما كان من الأسباب المباشرة في انخفاض هذا المستوى، وكما أشرنا الى أن العلاقة كانت دالة إحصائيا.

5.5.2 العلاقة بين نوع التجمع السكاني وقوة العمل لفئة الشباب، 2000:

جدول 12: نسبة الشباب حسب نوع التجمع والعلاقة بقوة العمل والجنس، 2000

الإناث		الذكور		نوع التجمع
غير نشطات اقتصاديا	نشاطات اقتصاديا	غير نشيطين اقتصاديا	نشيطون اقتصاديا	
83.8	16.2	20.8	79.2	حضر
89.4	10.6	20.7	79.3	ريف
80.0	20.0	23.1	76.9	مخيم

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول نلاحظ أن الشباب الذكور في المناطق الريفية كانوا الأكثر اتجاها لمزاولة النشاط الاقتصادي في هذه السن (79.3%)، يليهم الشباب في المناطق الحضرية ثم المخيمات. وبالنسبة للإناث تبين أن سكان المخيمات هن الأعلى نسبة في مزاولة النشاط الاقتصادي 20.0%، يليهم المناطق الحضرية ثم المناطق الريفية، وجميع هذه العلاقات ذات دلالة إحصائية. وربما هذا يؤكد الاعتقاد الشائع بان الفتاة في سن الشباب في المناطق الريفية هي الأكثر تعرضا للقيود الاجتماعية الأكثر شدة من نظيراتها في المناطق الحضرية والمخيمات.

مفهوم الصحة الإيجابية ومكوناتها

1.3 مفهوم ومكونات الصحة الإيجابية

تعرف الصحة الإيجابية على أنها "حالة من الرفاه الكامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته للذكر والانثى، وليس مجرد السلامة من المرض"¹.

في المسح الصحي 2000، وعند الحديث عن مفهوم الصحة الإيجابية تم سؤال النساء حول ما إذا كان قد سبق لهن أن سمعن (بمفهوم الصحة الإيجابية)، 11.6% منهن فقط سمعن عن مفهوم الصحة الإيجابية، وقد اظهرت نتائج المسح بشكل واضح بأن المبحوثة كانت على علم بعناصر الصحة الإيجابية عندما تطرح بشكل منفرد ولكنها لا تعلم أنها مجتمعة تشكل مفهوما شاملا هو مفهوم الصحة الإيجابية وبالطبع فإن إيصال معلومة كهذه هو من واجب العاملين في برامج التنقيف الصحي والعاملين في القطاع الصحي.

بالعودة الى التعريف السابق، فإن حالة الرفاه الكامل هي مطلب الإنسان منذ ولادته وتستمر معه حتى النهاية، وتتطور وظائف وعمليات الجهاز التناسلي للإنسان مع تطور عمره، وتعتبر فترة الخصوبة للإنسان من اهم فترات عمل الجهاز التناسلي، ففيها يجدد الانسان نوعه لتستمر الحياة.

وفترة الخصوبة تختلف في طولها بين الذكر والانثى، فاذا كانت فترة الخصوبة للإناث هي السن من 15-49 سنة في الغالب فانها للذكور تستمر الى ابعد من ذلك وفقا لظروف الفرد وصحته العامة، لذا فان حالة الرفاه هذه تتبدل وتتغير حسب عمر الفرد وحسب جنسه (ذكر، أنثى). فمنذ ولادة الطفل تهتم حالة الرفاه بطريقة تغذية الطفل فتعمل على تشجيع ممارسة الرضاعة الطبيعية لما لها من فوائد في حماية الطفل من كثير من الأمراض ولما لها من فوائد للأم المرضع ايضا، وحالة الرفاه تهتم ايضا بالفترة الزمنية للرضاع (سن الفطام)، وكذلك جودة الرضاعة، ثم إن حالة الرفاه هذه تحث على التشجيع بالا يتم الحمل التالي إلا بعد فترة زمنية مناسبة (المباعدة بين الولادات وتنظيم الأسرة)، وذلك حتى يأخذ الطفل نصيبه كاملا من الاهتمام والحنان والرعاية، وكذلك خدمة للأم لأكسابها راحة وصحة حتى تتعافي من تعب الحمل السابق والولادة، وأيضا حالة الرفاه تعمل على الإرشاد والتوعية ومن ثم توفير افضل الوسائل والطرق لتنفيذ تلك المباعدة بين الولادات (توفير ما يعرف بوسائل تنظيم الأسرة)، ثم إن حالة الرفاه هذه تستمر مع الأم في حالة ما إذا قررت الحمل مرة أخرى عن طريق متابعة ورعاية الحمل منذ بدايته وحتى الوصول الى الولادة الآمنة ومتابعتها بعد الولادة، وحاله الرفاه تستمر مع المرأة في مرحلة الأمان وحتى مرحلة الشيخوخة.

وحالة الرفاه تعمل على التوعية والإرشاد للذكور والإناث في مرحلة المراهقة والشباب بأهمية الزواج في سن النضج البدني والعقلي والنفسي الكامل موضحة لهم أخطار الزواج المبكر وأخطار الزواج بين الأقارب، وفي هذا السياق فان حالة الرفاه تعمل على توعية وارشاد الشباب لأخطار الأمراض المنقولة جنسيا مثل مرض الإيدز والزهري وغيرهما

¹المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، القاهرة 1994 (5-13 سبتمبر 1994).

من الأمراض، أيضا حالة الرفاه تهتم بتوفير الحياة الزوجية السعيدة وذلك بمعالجة حالات العقم وعدم القدرة على الإنجاب لكلا الجنسين.

لقد اختزل مفهوم الصحة الإنجابية في عقول كثير من الناس على أنه (تنظيم الأسرة)، واختزل مفهوم (تنظيم الأسرة) والذي هو بالأساس المباشرة بين الولادات، على أنه (منعاً للحمل) وهو من المصطلحات سيئة السمع في مجتمعاتنا العربية المسلمة وخاصة في المجتمع الفلسطيني، وقد واجهت العديد من برامج التوعية والإرشاد الخاصة بالرجال والبالغين والقيادات المجتمعية (مخاتير ووجهاء) العديد من هذه النماذج ذات المواقف السلبية والتي كان سببها عدم القدرة على توضيح المفاهيم بشكل سليم من قبل بعض القائمين على برامج التوعية والإرشاد.

إن مرحلتى المراهقة والشباب قد اشتملت على العديد من المراحل التي يعالجها مفهوم الصحة الإنجابية، ففيها نجد الأم المنجبة والتي تتطلب مكونات خاصة بالإنجاب، وفيها نجد الفتاة والشباب قبل الزواج ولهم مطالب ومكونات خاصة بالتوعية والإرشاد استعداداً لدخولهم الشيك في مرحلة الإنجاب وهكذا.

2.3 بعض مكونات وعناصر الصحة الإنجابية:

- الحالة الزوجية للمراهقين والشباب وعلاقتها بالمستوى التعليمي والنشاط الاقتصادي، وفيها نجد أيضا العمر عند الزواج الأول، الزواج بين الأقارب، فترة التباعد بين المواليد، عدد المواليد وعمر الزواج (مدة الحياة الزوجية).
- تنظيم الأسرة، وفيها نجد المعرفة بتنظيم الأسرة، استخدام وسائل تنظيم الأسرة، العدد المثالي للأطفال المرغوب في إنجابهم.
- رعاية الحمل والولادة وما بعد الولادة، وفيها نجد المضاعفات أثناء الحمل والولادة، ونوع الولادات، ومكان الولادة.
- أمراض لها علاقة بالصحة الإنجابية، الأمراض المنقولة جنسيا (الإيدز على وجه الخصوص).

في هذه الدراسة سنتناول معظم هذه العناصر والمكونات من منظور الصحة الإنجابية، وسنتناول كل عنصر من العناصر على حده وفق ما توفر لدينا من بيانات ناتجة من مسح إحصائية وتعدادات خاصة بالجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، أو وفق نشرات رسمية أو دراسات وأبحاث ذات مصداقية.

3.3 الوعي الصحي بمفهوم الصحة الإنجابية لدى الزوجات 2000.

إن التركيز على الوعي الصحي والمعرفة بمفهوم الصحة الإنجابية للزوجات فقط قد تم لتوفر هذه البيانات من مصدر ذو مصداقية وهو المسح الصحي للعام 2000، الذي تناول هذه الشريحة من المجتمع بمزيد من التفصيل دون الشرائح الأخرى من المجتمع (الذكور المتزوجون، والعزاب من الجنسين).

من واقع البيانات التي ادلت بها الزوجات بخصوص مدى الوعي بمفهوم الصحة الإنجابية، يمكن تلخيص التوصيف الديمغرافي لعينة الزوجات المبحوثات كالتالي:

- بلغ عدد الزوجات في سن الإنجاب (15-49 سنة) 439,916 زوجة أو قد سبق لها الزواج، منهن 6.5% في سن المراهقة (15-19 سنة)، 18.3% في سن الشباب (20-24 سنة)، والباقي زوجات في الفئة العمرية 25 - 49 سنة.

- لقد توزعت الزوجات في الأراضي الفلسطينية، 64.8% في محافظات الضفة الغربية، 35.2% في محافظات قطاع غزة.
- معظم الزوجات كن من غير النشيطات اقتصاديا (91.3%).
- 95.8% منهن متزوجات (عند اخذ البيان 2000)، 4.2% كن من المطلقات والأرامل.
- 55.8% من الزوجات من سكان المناطق الحضرية، 28.4% من سكان المناطق الريفية، 15.8% من سكان المخيمات.

1.3.3 الوعي بمفهوم الصحة الإيجابية للزوجات في سن المراهقة:

السمع بمفهوم الصحة الإيجابية.

10.3% فقط من الزوجات في سن المراهقة قد سمعن ب"مفهوم الصحة الإيجابية" (7.1% في الضفة الغربية مقابل 15.0% في قطاع غزة). وعند اختبار هذه العلاقة تبين أن هذا الاختلاف بين محافظات الضفة الغربية وقطاع غزة هو اختلاف ذو دلالة إحصائية مما يتيح لنا الإستنتاج بأن الزوجات في سن المراهقة في قطاع غزة كن الأكثر سماعا عن هذا المصطلح، وقد كان لزاما أن نتعمق أكثر في مفهوم ومكونات "الصحة الإيجابية"، لذا فقد تم سؤال الزوجات عن كل موضوع من هذه المواضيع بشكل مستقل فتبين أن مكونات الصحة الإيجابية كانت أكثر حضا من السماع ومعرفة الزوجات بهذه المكونات.

جدول 13: نسبة الإستماع والمعرفة للزوجات في سن المراهقة حسب مجموعة من المواضيع التفصيلية المكونة لمفهوم الصحة الإيجابية والمنطقة، 2000

المنطقة			مواضيع الصحة الإيجابية التي سمعت عنها الزوجات
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
87.0	88.6	85.9	رعاية أمم أثناء الحمل
86.0	84.8	86.7	العقم
81.7	85.8	79.0	خدمات تنظيم الأسرة
81.4	88.3	76.8	رعاية أمم بعد الولادة
75.1	75.4	74.9	تشخيص وعلاج أمراض السرطان عند النساء
69.4	69.4	69.3	الوقاية والعلاج من الأمراض المنقولة جنسيا
69.2	74.7	65.5	الولادة الآمنة
54.1	59.8	50.3	الرعاية الصحية في سن المراهقة
41.3	46.9	37.6	رعاية المرأة في سن الأمان
72.0	75.0	70.0	متوسط النسبة

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول السابق نتبين ان هناك سبعة من أصل تسعة من المواضيع التي تساهم في تكوين مفهوم "الصحة الإيجابية" قد حققت الاستنتاج السابق بخصوص مدى سماع الزوجات في محافظات قطاع غزة وتفوقهن على نظرائهن في الضفة الغربية، وقد تراوحت نسبة المعرفة إجمالاً بين الزوجات في سن المراهقة من 87.0% لموضوع رعاية الأم أثناء الحمل إلى 41.3% لموضوع رعاية المرأة في سن الأمان. وهو تدرج منطقي في الاهتمام حيث أن الزوجة في سن المراهقة مازالت في بداية حياتها الإيجابية.

أما عن مصدر المعلومات الذي استمدت منه الزوجات في سن المراهقة معرفتهن وسماعهن عن هذه المواضيع فقد ذكرت الزوجات أكثر من مصدر.

جدول 14: نسبة الزوجات في سن المراهقة حسب المصدر الذي زودهن بالمعلومات والمنطقة، 2000

المنطقة			المصدر
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
61.4	66.9	57.7	الزوج/الأصدقاء/الأقارب
59.1	69.3	52.3	وسائل الاعلام
11.2	13.8	9.6	المحاضرات والندوات
11.0	22.1	3.7	مراكز تابعة لوكالة الغوث
10.0	13.7	7.6	مراكز أهم مستشفيات حكومية
9.9	3.4	14.2	طبيب خاص
6.3	8.5	4.9	العاملون في الصحة
4.5	6.2	3.3	ممرضة/ قابلة/ داية
0.7	1.3	0.2	مركز غير حكومي
0.7	-	1.2	مكان العمل

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

الممارسة والواقع للزوجات في سن المراهقة:

عند سؤال الزوجات في سن المراهقة عن تلقيهن أية معلومات أو إرشادات أثناء حملهن عن مواضيع محددة تتعلق بالحمل، حصلنا على الجدول التالي:

جدول 15: نسبة الزوجات في سن المراهقة اللاتي أفدن بالإيجاب حسب تلقي معلومات وإرشادات عن مواضيع تتعلق بالحمل والمنطقة، 2000

المنطقة			تلقي معلومات وإرشادات عن مواضيع تتعلق بالحمل
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
87.9	85.2	89.2	التغذية
85.6	86.7	85.0	الرضاعة الطبيعية
84.1	81.4	85.3	الصحة العامة
77.5	75.4	78.5	أهمية حبوب الحديد للحامل
73.7	78.0	71.7	تنظيم الأسرة
61.5	69.1	57.9	مطعم التيتانوس
47.6	57.1	43.1	أعراض الحمل الخطر
47.3	50.3	46.0	صعوبات الحمل
71.0	73.0	70.0	متوسط النسبة

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وعند سؤال الزوجات في سن المراهقة عن معرفتهن بعدد الزيارات الواجبة لعيادة رعاية الحوامل في الوضع الطبيعي (أي عدد الزيارات الدورية)، فقد تبين أن 90.1% منهن يعرفن ذلك (91.7% في الضفة الغربية، 86.7% في قطاع غزة)، وعن موعد بدء هذه الزيارات الدورية (في أي شهر من شهور الحمل تبدأ الزيارات) أيضا كان هناك 90.5% منهن يعرفن ذلك (91.8% في الضفة الغربية مقابل 87.6% في قطاع غزة)، وبنفس المعدل تقريبا 94.8% من الزوجات يعرفن أين يمكن تلقي هذه الرعاية (في الضفة الغربية 93.0% مقابل 98.5% في قطاع غزة).

وإذا كانت نسبة الزوجات في سن المراهقة اللاتي تلقين معلومات وارشادات تتعلق بالرضاعة الطبيعية قد بلغت 85.6%، فإن من سمعن منهن عن مفهوم الرضاعة الطبيعية (التامة) بلغت نسبتهن 57.8% فقط (وهو ما يعنى أن 49.4% فقط من إجمالي الزوجات في سن المراهقة قد سمعن عما يعرف بمفهوم الرضاعة التامة).

وعن السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب رأي الزوجات في سن المراهقة كان الجدول التالي.

جدول 16: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة والمنطقة، 2000

المنطقة			السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
34.4	45.2	27.3	ضرورة صحية فقط
29.3	16.6	37.8	الرغبة في المباشرة بين المواليد
25.4	26.6	24.7	الرغبة في انجاب عدد اقل من الأطفال
10.9	11.6	10.2	أسباب أخرى متنوعة
100	100	100	الإجمالي

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

2.3.3 الوعي بمفهوم الصحة الإيجابية للزوجات في سن الشباب:

السمع بمفهوم الصحة الإيجابية:

12.5% فقط من الزوجات في سن الشباب قد سمعن بمفهوم "الصحة الإيجابية" (12.3% في الضفة الغربية مقابل 12.6% في قطاع غزة). وعند اختبار هذه العلاقة تبين أن هذا الاختلاف بين محافظات الضفة الغربية وقطاع غزة هو أيضا (كما في حالة الزوجات في سن المراهقة) اختلاف ذو دلالة إحصائية مما يتيح لنا الاستنتاج بأن الزوجات في سن الشباب في قطاع غزة كن الأكثر سمعا عن هذا المفهوم، وقد كان لزاما أن نتعمق أكثر في مفهوم ومكونات "الصحة الإيجابية"، لذا فقد تم سؤال الزوجات في سن الشباب عن كل موضوع من هذه المواضيع بشكل مستقل، فتبين أن مكونات الصحة الإيجابية كانت أكثر حظا من السماع ومعرفة الزوجات بهذه المكونات. الجدول التالي يفصل ذلك.

جدول 17: نسبة الاستماع للزوجات في سن الشباب حسب مجموعة من المواضيع التفصيلية المكونة لمفهوم "الصحة الإيجابية" والمنطقة، 2000

المنطقة			مواضيع الصحة الإيجابية التي سمعت عنها الزوجات
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
92.4	93.3	91.9	رعاية أم أثناء الحمل
91.4	92.5	90.8	العقم
89.7	96.1	86.1	خدمات تنظيم الأسرة
83.9	78.9	86.7	تشخيص وعلاج أمراض السرطان عند النساء
83.0	88.3	80.0	رعاية أم بعد الولادة
80.1	78.8	80.8	الوقاية والعلاج من الأمراض المنقولة جنسيا
71.4	79.5	66.9	الولادة الآمنة
49.3	50.1	48.8	رعاية المرأة في سن الأمان
47.5	46.1	48.2	الرعاية الصحية في سن المراهقة
76.5	78.2	75.6	متوسط النسبة

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

يتبين من الجدول السابق أن هناك ستة من أصل تسعة من المواضيع التي تساهم في تكوين مفهوم "الصحة الإيجابية" قد حققت الاستنتاج السابق بخصوص مدى سماع الزوجات في محافظات قطاع غزة وتفوقهن على نظرائهن في الضفة الغربية، وقد تراوحت نسبة المعرفة إجمالاً بين الزوجات في سن الشباب من 92.4% لموضوع رعاية الأم أثناء الحمل إلى 47.5% لموضوع الرعاية الصحية في سن المراهقة.

أما عن مصدر المعلومات الذي استمدت منه الزوجات في سن الشباب معرفتهن وسماعهن عن هذه المواضيع فقد ذكرن أكثر من مصدر. الجدول التالي يفصل ذلك.

جدول 18: نسبة الزوجات في سن الشباب حسب المصدر الذي زودهن بالمعلومات والمنطقة، 2000

المنطقة			المصدر
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
65.7	73.7	61.2	وسائل الإعلام
47.0	58.1	40.7	الزوج/الأصدقاء/الأقارب
17.9	38.5	6.4	مراكز تابعة لوكالة الغوث
13.6	5.1	18.3	طبيب خاص
9.3	8.1	10.0	مراكز أو مستشفيات حكومية
8.2	7.2	8.7	العاملون في الصحة
6.6	5.9	7.0	المحاضرات والندوات
4.0	7.3	2.2	مرمضة/ قابلة/داية
2.8	2.8	2.8	مركز غير حكومي
0.3	0.7	-	مكان العمل

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

الممارسة والواقع للزوجات في سن الشباب:

عند سؤال الزوجات في سن الشباب عن تلقيهن أية معلومات أو إرشادات اثناء حملهن عن مواضيع محددة تتعلق بالحمل، حصلنا على الجدول التالي:

جدول 19: نسبة الزوجات اللاتي أفدن بالإيجاب حسب تلقي معلومات وإرشادات عن مواضيع تتعلق بالحمل والمنطقة، 2000

المنطقة			تلقي معلومات وإرشادات تتعلق بالحمل
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
85.5	90.0	82.9	التغذية
85.0	89.6	82.4	الرضاعة الطبيعية
79.5	84.5	76.7	الصحة العامة
72.2	69.0	74.0	أهمية حبوب الحديد للحامل
71.8	80.3	67.0	تنظيم الأسرة
62.2	75.3	54.8	مطعم التيتانوس
49.5	48.5	50.1	صعوبات الحمل
44.5	52.8	39.9	أعراض الحمل الخطر
68.8	73.8	66.0	متوسط النسبة

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 قاعدة بيانات المسح الصحي 2000، بيانات غير منشورة.

وعند سؤال الزوجات في سن الشباب عن معرفتهن بعدد الزيارات الواجبة لعيادة رعاية الحوامل (في الوضع الطبيعي أي عدد الزيارات الدورية)، فقد تبين أن 89.2% منهن يعرفن ذلك (86.6% في الضفة الغربية، 93.8% في قطاع غزة)، وعن موعد بدء هذه الزيارات الدورية (في أي شهر من شهور الحمل تبدأ الزيارات) أيضاً كان هناك 92.1% منهن يعرفن ذلك (90.7% في الضفة الغربية مقابل 94.7% في قطاع غزة)، وبنفس المعدل تقريباً 94.4% من الزوجات يعرفن أين يمكن تلقي هذه الرعاية (في الضفة الغربية 92.7% مقابل 97.5% في قطاع غزة).

وإذا كانت نسبة الزوجات في سن الشباب اللاتي تلقين معلومات وإرشادات تتعلق بالرضاعة الطبيعية قد بلغت 85.0%، فإن من سمعن منهن عن مفهوم الرضاعة الطبيعية (التامة) بلغت نسبتهن 64.0% فقط، وهذا يعني أن 54.4% فقط من الزوجات في سن الشباب قد سمعن بما يعرف بالرضاعة الطبيعية التامة.

وعن السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بحسب رأي الزوجات في سن الشباب كان الجدول التالي:

جدول 20: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة والمنطقة، 2000

المنطقة			السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
34.6	45.0	28.7	ضرورة صحية فقط
32.9	27.5	36.0	الرغبة في المباشرة بين المواليد
23.7	21.8	24.9	الرغبة في انجاب عدد أقل من الأطفال
8.8	5.7	10.4	أسباب أخرى متنوعة
100	100	100	الإجمالي

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 قاعدة بيانات المسح الصحي 2000، بيانات غير منشورة.

3.3.3 الوعي بمفهوم الصحة الإيجابية للزوجات في مرحلة الخصوبة (مقارنة بين المجموعات):

السمع بمفهوم الصحة الإيجابية:

11.9% فقط من الزوجات في المرحلة الإيجابية (15-49 سنة) قد سمعن بمفهوم "الصحة الانجابية"، 10.3% الزوجات في سن المراهقة، 12.5% الزوجات في سن الشباب، 11.9% الزوجات في سن 25-49 سنة. وعند التعمق أكثر في مفهوم ومكونات الصحة الانجابية تبين أن مكوناتها كانت أكثر حظاً من السماع والمعرفة من المفهوم نفسه. الجدول التالي يفصل ذلك:

جدول 21: الزوجات في مرحلة الخصوبة حسب الاستماع عن مجموعة من المواضيع التفصيلية المكونة لمفهوم "الصحة الإيجابية" والعمر، 2000

الفئات العمرية للزوجات			بعض مواضيع الصحة الإيجابية التي سمعت عنها الزوجات
49 -25	24 -20	19 -15	
90.8	91.4	86.0	العقم
90.4	92.4	87.0	رعاية أم أثناء الحمل
89.2	89.7	81.7	خدمات تنظيم الأسرة
89.1	83.9	75.1	تشخيص وعلاج أمراض السرطان عند النساء
84.2	83.0	81.4	رعاية أم بعد الولادة
81.9	80.1	69.4	الوقاية والعلاج من الأمراض المنقولة جنسيا
74.3	71.4	69.2	الولادة الآمنة
55.2	49.3	41.3	رعاية المرأة في سن أمان
46.1	47.5	54.1	الرعاية الصحية في سن المراهقة

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 قاعدة بيانات المسح الصحي 2000، بيانات غير منشورة.

الممارسة والواقع للزوجات في المرحلة الإيجابية:

عند سؤال الزوجات عن تلقيهن أية معلومات أو إرشادات أثناء حملهن عن مواضيع محددة تتعلق بالحمل، حصلنا على الجدول التالي:

جدول 22: نسبة الزوجات في مرحلة الخصوبة اللاتي أفدن بالإيجاب بخصوص تلقي معلومات وإرشادات تتعلق بالحمل حسب العمر، 2000

الفئات العمرية للزوجات			تلقي معلومات وإرشادات تتعلق بالحمل
49 -25	24 -20	19 -15	
86.1	85.0	85.6	الرضاعة الطبيعية
84.8	85.5	87.9	التغذية
80.6	79.5	84.1	الصحة العامة
76.4	72.2	77.5	أهمية حبوب الحديد للحامل
74.4	71.8	73.7	تنظيم الأسرة
72.2	62.2	61.5	مطعم التيتانوس
52.8	44.5	47.6	أعراض الحمل الخطر
51.1	49.5	47.3	صعوبات الحمل

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 قاعدة بيانات المسح الصحي 2000، بيانات غير منشورة.

في اعتقادنا أن هذه الأرقام ذات دلالات قوية خاصة فيما يتعلق بتلقى معلومات عن مطعوم التيتانوس وأعراض الحمل الخطر وصعوبات الحمل، فهي تشير إلى قصور واضح في معرفة الزوجات بهذه المواضيع الهامة خاصة بالنسبة للزوجات في سن المراهقة والزوجات في سن الشباب، وهذا يحتاج الى تفسير من قبل الجهات المسؤولة عن برامج التوعية والإرشاد سواء في القطاع الحكومي أو غير الحكومي. أن تعرف فقط 47.6% من المراهقات المتزوجات عن أعراض الحمل الخطر نتيجة لا بد لها وأن تدق ناقوس الخطر نظرا لان هذه الفئة من الزوجات هن الأكثر تعرضا للحمل الخطر ومضاعفاته، وان كنا ايضا بحاجة إلى نفي أو تأكيد هذه الفرضية على واقع مجتمعنا الفلسطيني بواسطة دراسات متخصصة.

وعند سؤال الزوجات عن معرفتهن بعدد الزيارات الواجبة لعيادة رعاية الحوامل في الوضع الطبيعي (أي عدد الزيارات الدورية)، فقد تبين أن 91.0% منهن يعرفن ذلك (90.1% الزوجات في سن المراهقة، 89.2% الزوجات في سن الشباب، 91.5% الزوجات في سن 25-49 سنة)، وعن موعد بدء هذه الزيارات الدورية ايضا كان هناك 92.5% منهن يعرفن ذلك (90.5% الزوجات في سن المراهقة، 92.1% الزوجات في سن الشباب، 92.7% الزوجات في سن 25-49 سنة).

وإذا كانت نسب الزوجات اللاتي قد تلقين معلومات وارشادات تتعلق بالرضاعة الطبيعية قد بلغت 86.1%، فان من سمعن منهن عن مفهوم الرضاعة الطبيعية (التامة) بلغت نسبتهم 64.6% فقط (وهذا يعنى أن 55.6% من إجمالي الزوجات في الفئة العمرية 15-49 سنة قد سمعن بما يعرف بالرضاعة الطبيعية التامة).

وعن السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب رأي الزوجات كان الجدول التالي:

جدول 23: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة (بحسب رأيهن) والعمر، 2000

إجمالي	الفئات العمرية للزوجات			السبب الرئيسي لاستخدام وسائل تنظيم الأسرة
	49-25	24-20	19-15	
37.2	38.1	34.6	34.4	ضرورة صحية فقط
28.5	27.4	32.9	29.3	الرغبة في المبادعة بين المواليد
23.6	23.4	23.8	25.4	الرغبة في انجاب عدد اقل من الأطفال
10.7	11.1	8.7	10.9	أسباب أخرى متنوعة
100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

4.3 الصحة الإيجابية والخصوبة الكلية:

1.4.3 علاقة الاقتران والتقاطع بين مفهوم الصحة الإيجابية ومعدل الخصوبة الكلية:

كثيرا ما نلاحظ أن هناك خلطا في استخدام كلا التعبيرين مفهوم الصحة الإيجابية ومعدل الخصوبة الكلية، مما يجعل القارئ يعتقد في كثير من الأحيان أنهما شيء واحد، فنلاحظ في كثير من التقارير الربط بين بعض العوامل المكونة لمفهوم الصحة الإيجابية وهي ذاتها المؤثرة في معدل الخصوبة الكلية للمرأة فنجد من هذه العوامل المشتركة على سبيل المثال الحالة الزوجية، العمر عند الزواج الأول للمرأة، العمر عند الإنجاب الأول، التباعد بين المواليد، الرضاعة

الطبيعية، استخدام وسائل تنظيم الأسرة، عدد الأطفال الذين تم انجابهم، عمل وتعليم المرأة. والحقيقة أن هذه العوامل وغيرها هي من العوامل التي لها تأثير مباشر وأحيانا غير مباشر في كلا التعبيرين كما سنبين، ولكن نظرة كل منهما لهذه العناصر هي مجال الاختلاف والابتعاد ايضا.

تعرف الخصوبة الكلية بأنها "متوسط عدد المواليد لكل امرأة (أو مجموعة نساء) خلال فترة حياتها (حياتهن) الإنجابية حسب معدلات الخصوبة العمرية لسنة ما، وهو ناتج عن مجموع معدلات الخصوبة التفصيلية العمرية مضروبا في خمسة"¹ ونلاحظ هنا أن معدل الخصوبة الكلية ينظر في حجم السكان بشكل عام وما يؤثر في هذا الحجم من زيادة طبيعية تنتج عن عملية الإنجاب والتوالد الطبيعي في المجتمع، ومن هنا فإن النظر الى هذا المعدل بإيجابية أو سلبية ينبع من مفاهيم أخرى تتعلق برفاه المجتمع واقتصاده.

بعض الحقائق الخاصة بمعدل الخصوبة الكلية

- ان عمر المرأة عند الزواج، له تأثير عكسي بمعنى أنه كلما زاد عمر المرأة عند الزواج أدى ذلك الى تقصير الفترة الإنجابية وبالتالي فإن عدد فرص الإنجاب تقل، وكلما كان عمر المرأة صغيرا عند الزواج كلما كانت فترة الحياة الإنجابية أطول مما يعنى فرصا أكبر للإنجاب.
- الرضاعة الطبيعية، عادة ما يكون للرضاعة الطبيعية أثر سلبي في خصوبة المرأة، بمعنى أن المرأة بعد الولادة ومباشرة عملية الرضاعة تكون في أدنى الاحتمالات لحصول حمل جديد (هذا الأثر يبدأ في التلاشي مع مرور الوقت ليصبح صفرا بعد 36 شهرا من الرضاعة الطبيعية).
- وسائل تنظيم الأسرة المختلفة، سواء الهرمونية أو الكيماوية (الحبوب، الحقن، التحاميل،...الخ) أو العوازل المختلفة مثل اللولب أو الواقي أو وسائل العزل والتعقيم والعد وما الى ذلك، كلها تهدف الى التحكم في خصوبة المرأة. وفرص الحمل تختلف باختلاف الوسيلة المستخدمة وكيفية الاستخدام (دقة الاستخدام)، وقد نشرت بعض الإحصاءات الأمريكية نتيجة لدراسات تمت هناك أن نجاعة هذه الموانع في منع حدوث الحمل قد تصل الى النسب التالية: التعقيم 100%، الحبوب 99%، اللولب 97%، الواقي الذكري 94%، الحاجز المهبلي 92%، التحاميل والكريمات 91%، العد من 50-85%².
- الاجهاض وهو عملية إنهاء الحمل قبل اكتماله سواء برغبة أو بدون رغبة وبغض النظر عن النظرة الخلافية بخصوصه في المجتمعات المختلفة.

من تحليل العناصر الأربعة السابقة نلاحظ أن ما ذكرناه من العناصر المشتركة بين مفهوم الصحة الإنجابية ومعدل الخصوبة الكلية، جميعها تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في العناصر الأربعة المؤثرة في معدل الخصوبة، فعلى سبيل المثال الحالة الزوجية والعمر عند الزواج هما من العناصر التي تؤدي بشكل مباشر إلى زيادة أو خفض احتمال الإنجاب لدى المرأة، أما عن متغيرات مثل التعليم وعمل المرأة فهي تؤثر بشكل غير مباشر في خصوبة المرأة، حيث أن المرأة المشغولة بالتعليم عادة ما تؤخر زواجها حتى تنهي تعليمها، وكذلك المرأة العاملة تجد نفسها مشغولة أكثر من نظيرتها ربة البيت مما يجعلها تفكر كثيرا قبل الإقدام على الإنجاب وهكذا.

¹ دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1996. المسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة: النتائج الأساسية. رام الله - فلسطين.

² PC-POPTRAN, Mr. Steve Kinzett, Sir David Owen Population Center, University of Wales College of Cardiff UK.

وقد تم بناء نماذج رياضية (معادلات) للعناصر الأربعة المؤثرة في خصوبة المرأة¹، واصبح بالإمكان عند توفر البيانات الدقيقة عن هذه العناصر الأربعة، ومدى التزام مجتمع ما بها أن يحسب معدل الخصوبة الكلية لهذا المجتمع، وقد أثبتت هذه المعادلات أن معدل الخصوبة الكلية للمرأة يصل الى 15.1 طفلا شرط ألا تمارس الزوجة الرضاعة الطبيعية، وألا تستخدم أي وسيلة أو طريقة لمنع الحمل، وألا تتعرض للإجهاض، وأخير أن تتزوج في سن 15 سنة. من الواضح أن المعدل المذكور هو معدل نظري يفيد بأن المرأة من المحتمل أن تتجب في المتوسط 15 طفلا خلال حياتها الإنجابية (المعدل في الأراضي الفلسطينية خلال العام 1999 بلغ 5.93 طفلا). أيضا من الجدير بالذكر أن معدل الإحلال والذي يثبت عنده حجم المجتمع دون زيادة أو نقصان وفق شروط معينة في مواصفات الهرم السكاني للمجتمع هو 2.1 طفلا تقريبا.

2.4.3 هل معدلات الخصوبة الكلية دليل على نجاح برامج الصحة الإنجابية:

إن معدلات الخصوبة الكلية هي إحدى المؤشرات الكمية الهامة على تقدم ونجاح برامج الصحة الإنجابية، ولكنها ليست الوحيدة، وليست بالضرورة أن تكون معيارا دقيقا لنجاح أو فشل برامج الصحة الإنجابية، فهي من الممكن أن تظهر التقدم والنجاح ولكنها ليست مؤشرا عادلا للفشل.

إن انخفاض معدل الخصوبة أو ارتفاعه لا يعني بالضرورة نجاحا أو فشلا في برامج الصحة الإنجابية حيث أن معايير النجاح ترتبط بمدى انتشار ثقافة وخدمات الصحة الإنجابية بين افراد المجتمع لجميع المراحل، ومدى النجاح بتحقيق حالة الرفاه المذكورة، وعلى هامش هذا النجاح نتوقع تأثيرا في معدلات الخصوبة سلبا أو إيجابا كونها مقياسا رقميا واضحا وذو حساسية عالية للعناصر المكونة له والتي تتشابه وتتقاطع مع عناصر ومكونات الصحة الإنجابية، ونضرب مثلا لذلك: لنتصور أن زوجة قد تزوجت في سن العشرين من غير قريب لها، والتزمت بالتباعد بين الولادات بمعدل مولود كل أربعة سنوات، والتزمت بالرضاعة الطبيعية، والتزمت بمتابعة الرعاية خلال حملها وحققت شروط الولادة الآمنة والتزمت بجميع المعايير التي تتطلبها الصحة الإنجابية المثالية، بعد كل هذا من المتوقع لهذه الزوجة أن تتجب من 5-6 أطفال خلال فترة الخصوبة لديها، وهي بمعايير الخصوبة مرتفعة، والنجاح هنا نسبي، فإذا كان المجتمع يسعى للحد من الزيادة السكانية سيعتبر أن هذا فشلا، والعكس صحيح، هذا إذا اعتبرنا أن مقياس النجاح والفشل هو معدلات الخصوبة، أما إذا اعتبرنا أن معيار حالة الرفاه هو المعتمد فنحن أمام حالة نجاح واضحة، حيث أننا قد حققنا معظم الشروط التي أمكن قياسها، ولكن هذا القياس وكما نلاحظ في معظم الدراسات قد تجاهل قياس العبء النفسي والجسدي والاقتصادي الذي ينتج عن حاجة هذه الأسرة لتلبية متطلبات هذا العدد من الأطفال وأيضا تجاهل حاجة الأم للراحة والاهتمام بنفسها كحد أدنى لتحقيق حالة الرفاه. ومن هنا يظهر جليا مدى الحاجة للتركيز على أهمية التوعية والإرشاد بمفهوم الصحة الإنجابية كمفهوم متكامل وشمولي يوصل الى حالة الرفاه والتي تشمل كل ذلك. وخلاصة الإجابة على سؤالنا هو ما ذكرناه في بداية هذه الفقرة.

¹ PC-POPTRAN , Mr. Steve Kinzett, Sir David Owen Population Center, University of Wales College of Cardiff UK

الفصل الرابع

الحالة الزوجية للمراهقين والشباب

يعتبر الزواج من أعظم القرارات التي يتخذها الفرد تأثيراً في مجريات حياته سواء في مرحلتي المراهقة والشباب أو ما بعدهما، لذا فقد كان هناك تركيزاً كبيراً لهذا القرار في برامج الصحة الإنجابية، فهو قرار فاصل في هذه البرامج، ينتقل بالفرد من طور إلى طور جديد، وكذلك برامج الصحة الإنجابية تنتقل من مرحلة الإرشاد والتثقيف والتوعية إلى مرحلة الممارسة الفعلية لما تم الإرشاد إليه والتوعية به، إن برامج الصحة الإنجابية في جزء كبير منها تعمل على إعداد الفرد سواء ذكراً أو أنثى لهذا القرار وهذه المرحلة، وذلك عن طريق تزويده بالمعرفة وتحسينه بالعلم.

والحالة الزوجية تعني حالة الفرد الشخصية التي يكون عليها والمتعلقة بقوانين وعادات الزواج المعمول بها، وهذه الحالة تكون إما أعزب وهو الذي لم يتزوج زواجا فعلياً وفق العرف السائد ولم يعقد قرانه ولم يكن قد سبق له الزواج من قبل ذلك، أو متزوج وهو المتزوج فعلاً أو تم عقد قرانه، أو مطلق وهو الفرد الذي سبق له الزواج فعلاً وانفصم آخر زواج بالطلاق ولم يتزوج مرة أخرى، أو أرمل وهو الفرد الذي سبق له الزواج وانفصم آخر زواج بوفاة الطرف الآخر ولم يتزوج مرة أخرى. في هذه الدراسة سوف يتم تقسيم الحالة الزوجية إلى قسمين، الأول (أعزب) أي الذي لم يسبق له الزواج أبداً، والثاني (متزوج أو سبق له الزواج) وسوف نطلق عليهم اختصاراً (متزوج) وتشمل المتزوج والمطلق والأرمل.

ومن المتوقع أن المراهقين في هذه السن مازالوا في مرحلة الالتحاق بالتعليم والدراسة، ومن الناحية الجسدية مازال قسم منهم في مرحلة النمو خاصة في المسائل المتعلقة بالجهاز التناسلي لكلا الجنسين، لذا كان للزواج تأثيراً سلبياً على أفراد هذه الفئة على المستوى التعليمي والمستوى الصحي، وهذه الافتراضات هي ما سنحاول بحثها في هذا الفصل.

ومن واقع بيانات المسح الصحي 2000، وبيانات التعداد العام للسكان 1997، سوف نستعرض الحالة الزوجية لكل من المراهقين والشباب، بشكل مستقل، ثم في نهاية الفصل نعقد مقارنة لأهم المؤشرات بين الفئتين.

1.4 الحالة الزوجية للمراهقين بشكل عام، 2000:

- 1.9% من إجمالي المراهقين الذكور كانوا متزوجين (1.7% في الضفة الغربية مقابل 2.1% في قطاع غزة). وعند اختبار هذه العلاقة تبين أن هذا الاختلاف ذو دلالة إحصائية مما يتيح لنا الاستنتاج بأن المراهقين من الذكور في قطاع غزة هم الأكثر إقبالاً على الزواج في هذه السن المبكرة من نظرائهم في الضفة الغربية.
- 25.5% من إجمالي المراهقات (الإناث) متزوجات (24.1% في الضفة الغربية مقابل 27.9% في قطاع غزة). وعند اختبار هذه العلاقة أيضاً تبين أنها ذات دلالة إحصائية مما يتيح لنا الاستنتاج بأن النساء في قطاع غزة واللاتي في مرحلة المراهقة كن الأكثر إقبالاً على الزواج (أو ربما التزويج) من نظرائهن في الضفة الغربية.

1.1.4 المستوى التعليمي للمتزوجين من المراهقين، 2000:

جدول 24: التوزيع النسبي للمراهقين المتزوجين حسب المستوى التعليمي والمنطقة والجنس، 2000

المراهقات الإناث(المتزوجات)		المراهقون الذكور(المتزوجون)		المستوى التعليمي
قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
-	0.5	-	-	امى
27.9	31.7	63.3	54.2	ابتدائي
56.3	56.4	36.7	37.6	اعدادي
15.4	11.4	-	8.2	ثانوي
0.4	-	-	-	فوق الثانوي
100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع
المتوسط والانحراف				
9.6	9.3	9.1	9.0	متوسط عدد سنوات الدراسة
5.07	2.70	2.38	2.12	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول السابق نلاحظ الآتي:

1. أن الأمية قد تلاشت تقريباً بين المتزوجين من المراهقين، وكذلك المستوى التعليمي فوق الثانوي.
2. من دراسة الفرق بين المتوسطات، تبين أن المتزوجات من المراهقات في قطاع غزة هن الأعلى في المستوى التعليمي من باقى فئات المراهقين من الذكور والإناث في الضفة الغربية، يليها أيضاً فئة المتزوجات في الضفة الغربية.
3. الإناث هن الأعلى في المستوى التعليمي من الذكور في فئة المراهقين، وجميع هذه العلاقات كانت ذات دلالة إحصائية مما أتاح لنا الاستنتاج السابق.

2.1.4 المراهقون المتزوجون والالتحاق الحالي بالتعليم، 2000:

وحيث أن فئة المراهقين هي من الفئات التي مازالت في مرحلة الاعداد والتعليم، فقد فحصنا ان كان هناك من هو ملتحق بالتعليم (وهو في نفس الوقت متزوج)، وقد حصلنا على الجدول التالي:

جدول 25: التوزيع النسبي للمراهقين المتزوجين حسب الالتحاق بالتعليم والمنطقة والجنس، 2000

المراهقات الإناث(المتزوجات)		المراهقون الذكور(المتزوجون)		الالتحاق بالتعليم
قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
15.7	17.9	5.0	21.4	ملتحق حالياً بالتعليم
51.7	63.5	45.5	60.5	التحق بالتعليم وترك قبل انتهاء المرحلة
32.6	17.6	49.5	18.1	التحق وتخرج
-	1.0	-	-	لم يلتحق ابداً
100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

في التعليق على هذا الجدول نذكر بان فئة المراهقين من الناحية النظرية يجب أن يكونوا جميعا أو الغالبية العظمى منهم مازالوا ملتحقين بالتعليم، وما نلاحظه أن فقط 21.4% من الذكور المتزوجين في الضفة الغربية و5.0% من الذكور المتزوجين في قطاع غزة كانوا كذلك، وان 17.9% من الزوجات في الضفة الغربية و15.7% من الزوجات في قطاع غزة كن ايضا كذلك. هذه الفجوة الكبيرة بين الواقع وبين الوضع الافتراضي اظهرت الاختبارات بانها ذات دلالة إحصائية، مما يتيح لنا الاستنتاج بان الزواج في هذه السن كان له اثر سلبي على مستوى الالتحاق بالتعليم بشكل خاص.

3.1.4 النشاط الاقتصادي للمتزوجين من المراهقين، 2000:

- 85.3% من المتزوجين الذكور في سن المراهقة كانوا من النشيطين اقتصاديا (78.6% في الضفة الغربية مقابل 95.0% في قطاع غزة). أما عن الإناث المتزوجات فقد بلغت نسبة النشيطات اقتصاديا منهن 1.7% (1.6% في الضفة الغربية مقابل 1.9% في قطاع غزة).
- بخصوص غير النشيطين اقتصاديا من الذكور المتزوجين فقد بلغت نسبتهم 14.7% (21.4% في الضفة الغربية مقابل 5.0% في قطاع غزة)، وقد تبين انهم جميعا ما زالوا طلابا على مقاعد الدراسة.
- أما بخصوص غير النشيطات اقتصاديا فقد توزعت النساء المتزوجات في الضفة الغربية كالتالي: 1.7% من النشيطات اقتصاديا، 16.9% طالبات، 81.5% ربات بيوت. أما في قطاع غزة فقد توزعت الزوجات كالتالي: 1.9% منهن نشيطات اقتصاديا، 15.7% طالبات، 82.5% ربات بيوت.

وهو ما يؤكد مرة اخرى الاثر السلبي لزواج الاناث في سن المراهقة، فقد تبين ان الزواج ايضا قد دفع باكثر من 80% من الاناث المتزوجات الى التحول الى ربات بيوت بعد ان حد من المستوى التعليمي لهن وبعد ان قلص من عدد الملتحقات في مراحل التعليم المختلفة، وربما كانت العلاقة اكثر تعقيدا واكثر ترابطا ولكن اثر الزواج السلبي للإناث في سن المراهقة كان ملموسا على المستوى التعليمي والنشاط الاقتصادي.

4.1.4 التوزيع حسب نوع التجمع السكاني للمراهقين المتزوجين، 2000:

جدول 26: نسبة المراهقين المتزوجين حسب نوع التجمع والمنطقة والجنس، 2000

المراهقات الإناث (المتزوجات)		المراهقون الذكور (المتزوجون)		التجمع السكاني
قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
30.0	23.3	3.0	1.9	حضر
13.0	23.5	1.7	1.6	ريف
25.6	34.9	0.3	1.5	مخيم

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول السابق يتبين وبعبكس الاعتقاد السائد أن الذكور في المناطق الحضرية في الضفة الغربية وايضا في قطاع غزة كانوا الأكثر ميلا للزواج في سن المراهقة، أما بالنسبة للإناث في سن المراهقة فقد تبين أن المناطق الحضرية في قطاع غزة كن الأكثر ميلا للزواج في سن المراهقة، وفي الضفة الغربية تبين أن مناطق المخيمات كن الأكثر ميلا للزواج في هذه السن المبكرة. وقد تم اختبار هذه العلاقات، وتبين أنها جميعا ذات دلالة إحصائية تتيح لنا الاستنتاج

السابق، وتفسير ذلك يعود في جزء منه ربما على التركيز الذي تحظى به مناطق دون اخرى من قبل العديد من البرامج والأنشطة، لذا اصبح لزاما مراجعة هذه السياسات والأنشطة.

لاحظ أن المقارنة هنا تتم بين الذكور في الضفة الغربية والذكور في قطاع غزة، وبالنسبة للإناث تتم بين الإناث في الضفة الغربية والإناث في قطاع غزة اذ انه ليس من العدل والانصاف أن تتم المقارنة بين الذكور والإناث للفرق بين الفئتين (1.9% من إجمالي الذكور في سن المراهقة مقارنة مع 25.5% من إجمالي الإناث كانوا متزوجين).

2.4 الحالة الزوجية للشباب بشكل عام، 2000:

- 27.0% من إجمالي الشباب الذكور كانوا من المتزوجين (24.6% في الضفة الغربية مقابل 31.7% في قطاع غزة).
- وعند اختبار هذه العلاقة تبين أن هذا الاختلاف ذو دلالة إحصائية مما يتيح لنا الاستنتاج بأن الشباب من الذكور في قطاع غزة كانوا الأكثر إقبالا على الزواج من نظرائهم في الضفة الغربية.
- 63.6% من إجمالي الشابات كن من المتزوجات (63.0% في الضفة الغربية مقابل 64.7% في قطاع غزة).
- وعند اختبار هذه العلاقة ايضا تبين أنها ذات دلالة إحصائية مما يتيح لنا الاستنتاج بان الشابات في قطاع غزة الأكثر إقبالا على الزواج من نظرائهن في الضفة الغربية.

1.2.4 المستوى التعليمي للمتزوجين من الشباب، 2000:

جدول 27: التوزيع النسبي للشباب المتزوجين حسب المستوى التعليمي والمنطقة والجنس، 2000

الشباب الإناث(المتزوجات)		الشباب الذكور(المتزوجون)		المستوى التعليمي
قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
0.3	1.1	4.5	1.1	امى
26.3	30.6	34.7	38.1	ابتدائي
38.7	42.5	39.6	43.7	اعدادي
28.3	18.7	18.4	11.8	ثانوي
6.4	7.1	2.7	5.3	فوق الثانوي
100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع
المتوسط والانحراف				
10.1	9.7	9.0	9.2	متوسط عدد سنوات الدراسة
2.85	2.89	3.28	2.78	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من بيانات الجدول يتبين ان الزوجات في فئة الشباب كانوا في المستوى التعليمي الأعلى (في قطاع غزة بمتوسط 10.1 سنة دراسية، في الضفة الغربية 9.7 سنة دراسية)، من الملاحظ ايضا ارتفاع نسبة الأمية بين الأزواج الذكور في قطاع غزة (45 زوجا/1000)، والاقتراب من تلاشيها لدى الزوجات ايضا في قطاع غزة (3 زوجات/1000)، وثبات المعدل في الضفة الغربية للزوجات والازواج بمعدل (1000/11). وربما هذه النتيجة تؤكد أن الفتاة عادة ما تدفع للزواج لأسباب اجتماعية أو اقتصادية حتى وان كانت متفوقة في دراستها أما الشاب فغالبا ما يكون فشله في الدراسة أحد الأسباب لزوجاه في هذه السن، وتبقى هذه مجرد ملاحظة تحتاج الى البحث والتقصي للنفي أو الإثبات.

2.2.4 الشباب المتزوجون والالتحاق الحالي بالتعليم، 2000:

وحيث أن نصف الشباب نظريا يجب أن يكونوا في مرحلة الإعداد والتعليم، فقد فحصنا إن كان هناك من هو ملتحق بالتعليم (وهو في نفس الوقت متزوج)، وقد حصلنا على الجدول التالي:

جدول 28: التوزيع النسبي للشباب المتزوجين حسب الالتحاق بالتعليم والمنطقة والجنس، 2000

الشباب الإناث (المتزوجات)		الشباب الذكور (المتزوجون)		الالتحاق بالتعليم
قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
3.6	4.7	8.6	3.5	ملتحق حاليا بالتعليم
54.8	57.5	57.1	65.6	التحق بالتعليم وترك قبل انتهاء المرحلة
41.2	37.1	34.3	30.9	التحق وتخرج
0.3	0.7	-	-	لم يلتحق ابدا
100	100	100	100	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وكما بينا سابقا، فإن الوضع الافتراضي لفئة الشباب ان يكون نصفهم او نسبة قريبة من ذلك ملتحقين بالتعليم وعلى مقاعد الدراسة. فإذا قارنا ذلك بنسب من هم ملتحقون حاليا نلاحظ مدى الفجوة بين الواقع الحالي والوضع الافتراضي الذي نسعى إليه في الطريق الى حالة الرفاه الكامل.

3.2.4 النشاط الاقتصادي للمتزوجين من الشباب، 2000:

- 97.8% من المتزوجين الذكور في سن الشباب كانوا من النشيطين اقتصاديا (98.3% في الضفة الغربية مقابل 96.9% في قطاع غزة). أما عن الإناث المتزوجات فقد بلغت نسبة النشيطات اقتصاديا منهن 6.9% (6.1% في الضفة الغربية مقابل 8.3% في قطاع غزة).
- بخصوص غير النشيطين اقتصاديا من الذكور المتزوجين فقد بلغت نسبتهم 2.2%، تبين انهم جميعا ما زالوا طلابا على مقاعد الدراسة.
- توزعت النساء الشاببات المتزوجات حسب النشاط الاقتصادي كالتالي: في الضفة الغربية 6.1% من النشيطات اقتصاديا، 3.6% طالبات، 90.3% ربات بيوت، أما في قطاع غزة 8.3% من النشيطات اقتصاديا، 2.1% طالبات، 88.8% ربات بيوت.

4.2.4 التوزيع حسب نوع التجمع السكاني للمتزوجين من الشباب، 2000:

جدول 29: نسبة الشباب المتزوجين حسب نوع التجمع والمنطقة والجنس، 2000

الشباب الإناث (المتزوجات)		الشباب الذكور (المتزوجون)		نوع التجمع
قطاع غزة	الضفة الغربية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
69.6	62.5	33.6	24.5	حضر
58.5	62.8	31.4	24.7	ريف
57.3	67.9	27.9	25.0	مخيم

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

عند اختبار العلاقات في الجدول السابق تبين ان الاختلاف الظاهر بين الحضر والريف والمخيم للذكور في الضفة الغربية هو اختلاف غير دال احصائيا ($P=0.53$)، ولكن بالنسبة للزوجات في الضفة الغربية كان الاختلاف الظاهر له دلالة إحصائية.

بالنسبة الى الأزواج في قطاع غزة (الذكور والإناث) وعلاقتهم بالتجمع السكاني كان هناك فرق له دلالة إحصائية يؤكد الاستنتاج السابق مع مجموعة المراهقين بأن المناطق الحضرية اكثر إقبالا على الزواج من المناطق الريفية والمخيمات في قطاع غزة.

3.4 الحالة الزوجية للنساء وتطورها مع الزمن (1997-2000):

جدول 30: نسبة النساء المتزوجات في المرحلة الإيجابية حسب العمر، 1997، 2000

نسبة المتزوجات		الفئات العمرية
**2000	*1997	
25.5	27.1	19-15
63.6	68.6	24-20
86.1	87.3	49-25

* المصدر/الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني - 1997 "قاعدة بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت- 1997"
** المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول نلاحظ أن نسبة المتزوجات من النساء في سن المراهقة قد انخفضت من 27.1% في العام 1997 الى 25.5% في العام 2000، وكذلك الحال للنساء في فئة الشباب وان كان الانخفاض في نسبة المتزوجات من الأمور الإيجابية لفئة المراهقات، فانه لفئة النساء الشباب وفي الفئة (25-49 سنة) ربما هو مؤشر على ارتفاع معدل العنوسة في المجتمع، وهذه ملاحظة تحتاج الى دراسة متخصصة.

1.3.4 تطور المستوى التعليمي للزوجات في المرحلة الإيجابية، 1997 و 2000:

جدول 31: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب المستوى التعليمي، 1997، 2000

النساء 25- 49 سنة		شابات 20- 24 سنة		مراهقات 15- 19 سنة		المستوى التعليمي
**2000	*1997	**2000	*1997	**2000	*1997	
6.8	11.3	0.8	2.8	0.3	2.0	امي
36.9	35.7	29.0	31.1	30.1	37.8	ابتدائي
28.3	23.4	41.1	39.6	56.2	49.2	اعدادي
17.0	17.0	22.2	20.8	12.9	10.7	ثانوي
11.1	12.2	6.9	5.6	0.2	0.2	فوق الثانوي
100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع
المتوسط والانحراف						
8.9	7.8	10.3	8.6	9.4	7.9	متوسط عدد السنوات الدراسية
4.07	4.51	3.29	3.25	3.75	2.51	الانحراف المعياري

* المصدر/الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني - 1997 "قاعدة بيانات التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت- 1997"
** المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة

من الجدول نلاحظ أن هناك تطورا إيجابيا في تقليص معدلات الأمية في العام 2000 بين النساء المتزوجات في جميع الفئات العمرية في مرحلة الخصوبة مقارنة مع العام 1997، وكذلك الحال بالنسبة للمستوى (الاعدادي). أيضا هناك تطورا إيجابيا في مستوى الثانوي للمراهقات والشباب في العام 2000 مقارنة مع العام 1997. يؤيد الاستنتاج السابق دراسة الفرق بين المتوسطات لعدد السنوات الدراسية والذي تبين أن لهذا الفرق دلالة إحصائية تؤكد لنا هاتين النقطتين:

1. أن الزوجات في مرحلة الخصوبة قد حققن تطورا إيجابيا في المستوى التعليمي في العام 2000 مقارنة مع العام 1997.

2. أن الاجيال الجديدة من الزوجات في العام 2000، وهن الزوجات في سن المراهقة والزوجات في سن الشباب قد حققن تطورا إيجابيا في المستوى التعليمي عن الاجيال الأكبر سنا وهن الزوجات في الفئة العمرية (25-49 سنة) ولنفس العام 2000، وهو ما يؤكد بشكل واضح على أن الأجيال الشابة من الزوجات في سن المراهقة والشباب اصبحن أكثر إقبالا على التعليم.

4.4 مبحث خاص عن السن عند الزواج الأول وصلة القرابة بين الأزواج:

بعد ذلك الاستعراض بقى لنا أن نسأل ثلاث أسئلة هامة بخصوص النساء المتزوجات

السؤال الأول: كم كان العمر عند الزواج الأول؟

السؤال الثاني: ما هي صلة القرابة مع الزوج؟

السؤال الثالث: ما هي العلاقة بين الزواج المبكر وصلة القرابة مع الزوج؟

وسوف نتناول هذه المواضيع بشيء من التفصيل:

1.4.4 السن عند الزواج الأول:

يعتبر السن عند الزواج الأول من العوامل الهامة والمؤثرة في حياة الفرد، فكما يعتبر قرار الزواج من اعظم القرارات التي يتخذها الفرد تأثيرا في حياته فإن السن عند هذا الزواج ينتقل بالفرد الى مرحلة جديدة من حياته. ولهذا السن تأثير واضح في معدلات الإنجاب وبالتالي معدلات الخصوبة، وقد ركزت برامج الصحة الإنجابية كثيرا على أهمية اختيار السن المناسب للزواج الأول خاصة في برامج التوعية والإرشاد ولجميع فئات المجتمع، وقد كان هدف هذه البرامج العمل على الارتفاع بالسن عند الزواج الأول الى حد معين تكون فيه الفتاة والشباب مهيبين للزواج من الناحية الجسدية والنفسية والاجتماعية، وكذلك العمل على الحد من ظاهرة الزواج المبكر خاصة للإناث وما يصاحبه من خطورة على صحة الفتيات سواء الجسدية أو النفسية.

أ- العمر عند الزواج الأول لفئة الزوجات في مرحلة الخصوبة، 2000:

جدول 32 : التوزيع النسبي للنساء في مرحلة الخصوبة حسب العمر عند الزواج الأول والعمر الحالي، 2000

العمر عند الزواج الأول	مراهقات 15-19 سنة	شابات 20-24 سنة	النساء 25-49 سنة	إجمالي النساء 15-49 سنة
متزوجة اقل من 18 سنة	14.6	18.0	30.7	26.6
متزوجة 18 سنة أو أكبر	3.8	42.1	54.5	38.0
لم يسبق لها الزواج	81.6	39.9	14.7	35.4
المجموع	100.0	100.0	100.0	100.0

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

نلاحظ أن هناك تطورا هاما في النظر الى السن عند الزواج الأول خاصة للمتزوجات في سن مبكر (اقل من 18 سنة)، فقد بلغت نسبة المتزوجات في هذه السن المبكرة ما يعادل 14.6% من إجمالي عدد المراهقات، وهي نسبة مرتفعة إذا كان هدف برامج الصحة الإنجابية الوصول الى نسبة الصفر، ولكن مقارنة مع الأجيال الأكبر فان هذه النسبة تعتبر إنجازا.

ب- ظاهرة الزواج المبكر وتطورها مع الزمن:

يعرف الزواج المبكر بأنه (الزواج الذي يقوم على اساس عدم التكافؤ والتجانس والمتمثل في زواج الشاب والفتاة في مرحلة ما قبل النضج الجنسي والنفسي والعقلي، وهو الزواج الذي يتم قبل سن 18 سنة)¹.

وهذا التعريف يختلف عن تعريف قانون الأحوال الشخصية المعمول به في الأراضي الفلسطينية (قانون الأحوال الشخصية رقم (61) لسنة 1976 المعمول به في فلسطين في مادته رقم (5) حدد على انه ومن ضمن أهلية الزواج يشترط أن يكون عمر الخاطب 16 سنة وعمر المخطوبة 15 سنة بالسنوات الهجرية).

بينت العديد من الدراسات بأن الزواج المبكر خاصة للفتيات (اقل من 18 سنة) له تأثيرات سلبية متعددة، وان هذا الزواج يعتبر قضية اجتماعية ذات ابعاد صحية واجتماعية خطيرة في المجتمع لما لها من انعكاسات على صحة المرأة والطفل والمجتمع، حيث تدل معظم الأبحاث والدراسات الطبية والبيئية على أن مضاعفات الحمل والولادة تزداد في حالات الزواج المبكر عنها في حالات الزواج بعد سن 18 سنة ومن أهم هذه المضاعفات تسمم الحمل وضعف الجنين مما يؤدي الى ارتفاع في نسبة الوفيات في الأطفال حديثي الولادة لهذه الفئة من الأمهات².

والفتاة التي تتزوج قبل أن تنضج وتصبح مؤهلة لتكوين اسرة تكون ايضا معرضة لاحتمال انجاب عدد اكبر من الأطفال مما يؤدي الى زيادة الاعباء والمجهودات التي ستؤثر على صحتها وعلى مستوى معيشتها، ايضا من الملاحظ أن الفتاة التي تتزوج في سن مبكرة تكون في الغالب اقل تعليما وبالتالي ستكون اقل حظا في الحصول على فرص عمل جيدة.

أما عن التأثيرات السلبية على المجتمع فإن المرأة التي تتزوج في سن مبكر والتي غالبا لم تحصل على تأهيل مناسب تكون قد افقدت المجتمع فرصة عمل كان من الممكن استغلالها بطريقة مناسبة، وفي نفس الوقت ستكون معرضة لاحتمال انجاب عدد اكبر من الأطفال وبالتالي يؤثر ذلك على معدلات الخصوبة الكلية للمجتمع مما يؤدي الى زيادة المعدل السنوي للنمو السكاني والذي يعتبر من أهم معوقات التنمية الاقتصادية في مجتمعنا، ويؤثر بدوره على الاستراتيجيات اللازمة لمكافحة الفقر وتردي الصحة العامة وتحقيق العدالة³. وقد بلغ معدل النمو السكاني في الأراضي الفلسطينية 3.7% في العام 2002⁴، وهذا المعدل يعتبر من أعلى المعدلات على المستوى العالمي، ولتوضيح معنى هذا المعدل ندع الأرقام تتحدث، فإذا كان معدل النمو السكاني السنوي لمجتمع ما قدره 1% فان هذا المجتمع وخلال مائة سنة سوف يتضاعف 2.7 مرة تقريبا، أما إذا كان المعدل 2% فانه وفي نفس المدة سوف يتضاعف 7.4 مرة تقريبا، أما في حالة 3% فان المجتمع سيتضاعف 20 مرة خلال المائة عام، ومن هنا كانت السيطرة على المعدل السنوي للنمو السكاني من أهم

¹ جمعية أبحاث صحة الطفل والمجتمع - مطبوعة ظاهرة الزواج المبكر افاق وابعاد - بتمويل من المشروع الاوروبي لصحة المرأة وتنظيم الأسرة - وزارة الصحة .

² www.khosoba.com/archive/021015x04_sr_early_marriage.htm

³ تقرير التنمية البشرية 1998-1999 - برنامج دراسات التنمية، جامعة بيرزيت، أيلول 1999 - رام الله - فلسطين .

⁴ The Status of Health in Palestine , Annual Report Palestine 2002 , HMIS , Ministry of Health , Palestine

استراتيجيات الدول النامية لانجاح برامج التنمية الاقتصادية والبشرية والاجتماعية والصحية، والارتقاء بمستوى المعيشة بشكل عام.

أن معدلات النمو السكاني المرتفعة في الأراضي الفلسطينية ليست ناجمة فقط عن ارتفاع معدلات الخصوبة (والتي هي الآن ومنذ حوالي عقد من الزمن في تناقص)، وإنما ايضا ناجمة عن قوة الدفع التي خلقتها الخصوبة العالية في الماضي، وهبوط معدل الوفيات. إن الخصوبة العالية الماضية وهبوط معدل الوفيات (خاصة وفيات الرضع والأطفال) تعني أن النساء اللاتي هن في سن الخصوبة يشكلن الآن نسبة كبيرة من السكان (43.9% من إجمالي النساء) وذلك بحسب تقديرات السكان 2000، وسوف تزداد هذه النسبة سنويا من الآن فصاعدا حتى وان تم خفض معدل الخصوبة وذلك لمدة قد تصل الى 15 سنة قادمة أو اكثر.

في هذا التحليل سوف نعتبر الحالة الزوجية وعلاقتها بالسن عند الزواج الأول أحد خيارين الأول: أن الشخص قد تزوج أو سبق له الزواج في سن تقل عن 18 سنة وفي هذه الحالة فإننا سنعتبر أن الشخص قد وقع في مصيدة الزواج المبكر سواء كان ذكرا أو أنثى، الثاني: أن الشخص قد تزوج أو سبق له الزواج في سن 18 سنة أو اكبر أو انه لم يسبق له الزواج وفي هذه الحالة فإن الشخص يكون قد تخطى الوقوع في مصيدة الزواج المبكر (بالنسبة الى الأفراد في الفئة العمرية 15-19 سنة يكون هذا التخطي معلقا ومرحليا، ولكن في هذا التحليل سوف نعتبره قد تخطى الوقوع).

ولما كانت العلاقة بين السن عند الزواج الأول والسن الحالي هي بالأساس علاقة مع الزمن، حيث انه وببساطة يمكن ترجمة السن الحالي (فئات السن) الى فترات زمنية حسب السنوات الميلادية إذا ما عرفنا السنة الميلادية التي اخذ فيها البيان عن السن، فإذا كانت الفئة العمرية للفرد هي (15-19 سنة) حسب تعداد السكان والمساكن والمنشات 1997، فان هذا يعنى أن هؤلاء الأفراد هم من مواليد الفترة الزمنية 1978-1982 وهكذا. وحيث أن المتوفر تفصيلا هو بيانات التعداد العام للسكان 1997، ولما كنا نتحدث عن الفئة العمرية (15-49 سنة) وهي أساسا مرحلة الخصوبة للنساء، فإننا قد حولنا هذه الفئات العمرية الى مراحل زمنية كالتالي:

- الفئة العمرية 45-49 سنة تعادل مواليد الفترة الزمنية 1948-1952.

- الفئة العمرية 40-44 سنة تعادل مواليد الفترة الزمنية 1953-1957.

وهكذا لباقي الفئات العمرية حتى نصل الى الفئة العمرية (15-19 سنة) التي تعادل 1978-1982. ولما كانت هذه الفئة تعادل فئة الشباب في العام 2000 (الإسناد التاريخي للدراسة)، فإننا قد استخدمنا فئة المراهقين في المسح الصحي 2000 لتغطية الفترة الزمنية 1981-1985.

الهدف من هذا التحويل دراسة تأثير الظاهرة بالزمن، بمعنى هل هناك اختلاف بين انتشار الظاهرة بين الأجيال السابقة والأجيال اللاحقة، مثلا هل الأفراد من مواليد الفترة 1968-1972 مقارنة مع مواليد الفترة 1978-1982 كانوا اكثر إقبالا على الزواج المبكر أو العكس؟ وهكذا.

جدول 33: نسبة المتزوجين زواجا مبكرا حسب الجنس و الفترة الزمنية لميلاد الأزواج، 1997

الجنس	الفترة الزمنية لميلاد الأزواج							
	1985-81*	1982-78	1977-73	1972-68	1967-63	1962-58	1957-53	1952-48
الذكور	غير متوفر	0.7	2.0	2.4	2.8	4.1	5.1	3.3
الإناث	14.6	18.0	30.2	25.5	24.1	28.6	29.9	22.6

*المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

ويقرأ الجدول السابق كالتالي: مواليد الفترة الزمنية من 1952-1948 من الذكور على سبيل المثال، بلغت نسبة الزواج المبكر لهذه المجموعة 3.3% من إجمالي الذكور المولودين في هذه الفترة (وما زالوا أحياء حتى لحظة التعداد 1997)، وبلغت 22.6% للإناث المولودات في نفس الفترة الزمنية وبنفس الشروط، وهكذا.

من بيانات الجدول السابق يتبين لنا أن ظاهرة الزواج المبكر أخذت بالتقلص تدريجيا مع مرور الزمن، ونلاحظ إمكانية معدل الزواج المبكر في الأجيال اللاحقة من النساء من مواليد الفترة الزمنية 1985-1981 واللاتي يبلغ عمرهن الحالي (2000) هو 15-19 سنة وهن فئة المراهقات في هذه الدراسة قد انخفض إلى 14.6% مقارنة مع 18.0% لفئة الشابات (مواليد الفترة الزمنية 1978-1982 واللاتي يبلغ عمرهن في العام 2000 (20-24 سنة)).

ج- الاتجاه العام لظاهرة الزواج المبكر:

بالنسبة إلى الذكور:

من دراسة الاتجاه العام لظاهرة الزواج المبكر بين الذكور، تبين أن هناك اتجاها عاما متناقصا كما يدل على ذلك معامل الانحدار السلبي، هذا الاتجاه العام المتناقص يدل بشكل واضح على نجاح الجهود التي تعمل على التوعية والإرشاد بمخاطر الزواج المبكر، ومن معادلة الانحدار نتوقع أن تكون نسبة الزواج المبكر بين الشباب الذكور من مواليد الفترة (1985-1981) هي 0.67% من إجمالي عدد الشباب المولودين في هذه الفترة (وهم فئة المراهقون في هذه الدراسة). عموما هناك اتجاها عاما متناقصا يظهر في الأجيال الجديدة خاصة مواليد الفترة 1973-1985 وهم في حقيقة الأمر فئة المراهقين والشباب الذين بدأوا هذه الفترة من حياتهم مع بداية عمل السلطة الفلسطينية في العام 1994 وحتى العام 2000، وهي فترة شهدت كثافة في برامج التوعية والإرشاد في جميع محافظات الأراضي الفلسطينية.

ومن دراسة الاتجاه العام لظاهرة الزواج المبكر بين الذكور والعلاقة بنوع التجمع السكاني، تبين أيضا أن هناك اتجاها عاما متناقصا، والجدول التالي يبين ذلك بوضوح:

جدول 34: نسبة المتزوجين من الذكور زواجا مبكرا حسب نوع التجمع و الفترة الزمنية لميلاد الأزواج، 1997

نوع التجمع	الفترة الزمنية لميلاد الأزواج							
	1987-83*	1982-78	1977-73	1972-68	1967-63	1962-58	1957-53	1952-48
حضر	1.8	0.8	2.3	2.6	2.9	4.0	4.8	0.3
ريف	0.6	0.5	1.5	2.4	3.1	4.5	6.0	4.0
مخيم	0.6	0.6	1.9	1.9	2.2	4.2	4.5	2.6

• تم تقدير معدلات الفترة 1987-1983 باستخدام معادلات الانحدار.

إن مواليد الفترة الزمنية 1983-1987 هم من يمثلون فئة المراهقين في هذه الدراسة تقريبا، ومن الجدول نتبين إمكانية 1.8% مواليد هذه الفترة من سكان المناطق الحضرية، و0.6% من مواليد المناطق الريفية ومناطق المخيمات من المتوقع أن يتزوجوا في سن تقل عن 18 سنة. والحقيقة أن هذا التوقع وكذلك المعدلات الحقيقية للفتيات السابقة تبين خطأ الاعتقاد الشائع بأن المناطق الريفية والمخيمات هي الأعلى معدلا في ظاهرة الزواج المبكر للشباب (هذا الاعتقاد كان صحيحا للمواليد الذكور في العام 1967 وما قبلها).

بالنسبة الى الإناث:

من دراسة الاتجاه العام لظاهرة الزواج المبكر بين الإناث، تبين أن هناك اتجاها عاما متناقصا كما يدل على ذلك (معامل الانحدار السلبي)، هذا الاتجاه العام المتناقص يدل أيضا بشكل واضح على نجاح الجهود التي تعمل على التوعية والإرشاد بمخاطر الزواج المبكر، ومن معادلة الانحدار نتوقع أن تكون نسبة الزواج المبكر بين الإناث من مواليد الفترة (1986-1990) هي 18.3% من إجمالي عدد الإناث المولودات في هذه الفترة.

ومن دراسة الاتجاه العام لظاهرة الزواج المبكر بين الإناث والعلاقة بنوع التجمع السكاني، تبين أيضا أن هناك اتجاها عاما متناقصا، والجدول التالي يبين ذلك بوضوح:

جدول 35: نسبة المتزوجات زواجا مبكرا حسب نوع التجمع والفترة الزمنية لميلاد الزوجات، 1997

الفترة الزمنية لميلاد الزوجات								نوع التجمع
1987-83*	1982-78	1977-73	1972-68	1967-63	1962-58	1957-53	1952-48	
24.8	19.1	31.5	27.4	25.8	29.1	30.6	23.6	حضر
20.3	16.3	28.5	23.5	24.0	29.6	32.0	23.9	ريف
23.8	17.6	29.3	23.2	19.1	24.7	23.9	16.6	مخيم

• تم تقدير معدلات الفترة 1983-1987 باستخدام معدلات الانحدار.

إن مواليد الفترة الزمنية 1983-1987 هن من يمثلن تقريبا فئة المراهقات في هذه الدراسة، ومن الجدول نتبين أن 24.8% مواليد هذه الفترة من سكان المناطق الحضرية، و20.3% من مواليد المناطق الريفية، و23.8% من مناطق المخيمات من المتوقع أن يتزوجن في سن تقل عن 18 سنة. والحقيقة أن هذا التوقع وكذلك المعدلات الحقيقية للفتيات السابقة أيضا كما ظهر بين الذكور تبين خطأ الاعتقاد الشائع بأن المناطق الريفية والمخيمات هي الأعلى معدلا في ظاهرة الزواج المبكر للإناث (هذا الاعتقاد كان صحيحا للأجيال المولودة في العام 1962 وما قبلها).

إن الاعتقاد السائد بأن المناطق الريفية والمخيمات هي الأعلى في معدلات وانتشار ظاهرة الزواج المبكر ربما كان صحيحا في الأجيال المولودة في العام 1967 وما قبلها كما ظهر من بيانات الجداول السابقة، ونتيجة ذلك الاعتقاد كان هناك تركيزا كبيرا على هذه المناطق عند تطبيق برامج التوعية والإرشاد، وفي نفس الوقت عدم إعطاء الاهتمام الكافي للمناطق الحضرية اعتقادا بأنها الأقل إقبالا على الزواج المبكر.

2.4.4 صلة القرابة مع الزوج:

أ- صلة القرابة مع الزوج، 2000:

يعرف الزواج بين الأقارب بأنة " علاقة الزواج بين رجل وامرأة تربط بينهما روابط الدم"، وطبقا لمبادئ علم الجينات فان احتمال حمل زوجين قريبين جينا من نوع واحد تكون مرتفعة مما يزيد من احتمال اكتساب الوليد لمرض وراثي، ولا يعني بالضرورة حدوث هذا لكل زوجين قريبين وكل مولود.¹ ولقد بينت نتائج المسح الصحي 2000 أن لهذه الظاهرة أثارا سلبية على صحة الأطفال حيث يكون احتمال الإصابة بالأمراض الوراثية أعلى بين الأطفال لازواج أقارب مقارنة مع الأطفال لأزواج أغراب.

الحقيقة أن كل المواليد معرضون لخطر اصابتهم بعيوب أو مشاكل خلقية (العيوب والتشوهات التي حدثت خلال خلقة الطفل وولد بها ويشترط أن تكون موجودة قبل الولادة وليس من الضروري أن يكتشفها الأطباء مباشرة بعد الولادة)، وان نسبة احتمال ولادة طفل لديه عيب خلقي هو تقريبا 3% لكل المواليد، ولقد بين موقع "الوراثة والقرابة" على شبكة الإنترنت إن نسبة حدوث العيوب الخلقية للأطفال الذين يولدون لأبوين تربطهم قرابة تصل الى 4% وفي أقصى الإحصاءات تصل الى 6%. هذه الزيادة 6% تبدو لأول وهله قليلة عند المقارنة ب 3%، ولكن في الحقيقة هذه النسبة تعنى مضاعفة أعداد المولودين بعيوب خلقية، أي أن احتمال حدوث العيوب الخلقية تزيد الى الضعف عند المواليد الذين يولدون لأبوين تربطهم قرابة بالدم. واكثر الأمراض الوراثية شيوعا هي الأمراض التي يطلق عليها الأمراض المنقولة عن طريق "الوراثة المتحفية".²

ومن أسباب انتشار ظاهرة الزواج بين الأقارب المحافظة على العلاقات الاجتماعية والعائلية بين الأسر والأفراد، والعوامل الاقتصادية، وقد تكون هذه الظاهرة احد الأسباب التي تؤدي الى زواج مبكر ومن ثم ارتفاع معدلات الخصوبة.

في هذا التحليل سوف نعتبر حالات الزواج إحدى حالتين، الأولى زواج بين أقارب ونعنى به الزواج بين الأقارب من الدرجة الأولى (ابن العم أو العممة، ابن الخال أو الخالة) بالإضافة الى الزواج بين أفراد نفس العائلة أو الحمولة، الثانية زواج اغيار ونعنى به عدم وجود صلة قرابة بين الزوجين. ولقد تناولت العديد من الدراسات والأبحاث موضوع الزواج بين الأقارب كظاهرة تنتشر في المجتمع الفلسطيني، ففي المسح الصحي 2000، تبين أن 48.3% من النساء المتزوجات قد تزوجن من قريب لهن، هذه النسبة كانت في محافظات قطاع غزة 52.5% وفي محافظات الضفة الغربية 46.1%، وبحسب التقرير المذكور فإن هذه النسب لم تختلف كثيرا عما كانت عليه عام 1995 حيث بلغت النسب 52.0%، و 47.0% في محافظات القطاع ومحافظات الضفة على التوالي.

¹زواج الأقارب / من مطبوعات إدارة التثقيف الصحي - وزارة الصحة .

²المصدر: الوراثة والقرابة www.werathah.com/learning/consan.htm

جدول 36: التوزيع العددي للنساء في مرحلة الخصوبة اللاتي سبق لهن الزواج حسب نوع الزواج وعمر الزوجة الحالي، 2000

نوع الزواج	المراهقات 15-19 سنة	الشابات 20-24 سنة	النساء 25-49 سنة	إجمالي النساء 15-49
زواج بين اقارب	13,785	38,656	158,935	211,376
زواج اغير	14,874	41,544	170,122	226,540
عدد النساء وإجمالي عدد النساء في الفئة العمرية				
عدد النساء المتزوجات	28,659	80,200	329,057	437,916
إجمال عدد النساء في الفئة العمرية	157,679	134,292	385,934	677,905

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من النظرة الأولى على بيانات الجدول السابق يتبين أن 48.1% من إجمالي المتزوجات في فئة المراهقات قد تزوجن بأقرباء لهن مقارنة مع 48.2% في فئة الشباب و 48.3% في الفئة العمرية 25-49 سنة، وعند اختبار هذا الفرق بين نسبة الزواج بين الأقارب لفئات الزوجات الثلاثة تبين إمكانية هذا الفرق ليس له دلالة إحصائية. ويعنى هذا ببساطة انه لا اختلاف- على الأقل من الناحية الإحصائية - بين معدل الزواج بين الأقارب للزوجات في الأجيال الجديدة في سن المراهقة والشباب، ومعدل الزواج بين الأقارب للأجيال الأكبر (25-49 سنة)، وهذا يعنى ان جميع برامج التوعية والارشاد بمخاطر الزواج بين الأقارب والتي نفذت خلال العقد الأخير لم يكن لها اثر يذكر في المجتمع الفلسطيني!، فهل الوضع الحقيقي هكذا؟

إذا نظرنا الى بيانات الجدول السابق من زاوية أخرى، واخذنا نسبة المتزوجات في الفئة العمرية مقارنة مع عدد النساء في هذه الفئة، فنجد أن 18.2% من المراهقات فقط كن متزوجات مقارنة مع 59.7% من الشباب و 85.3% في الفئة العمرية 25-49 سنة، فهل لهذا المتغير الجديد اثر في الاستنتاج السابق؟

جدول 37: التوزيع النسبي للنساء حسب نوع الزواج وعدد النساء في الفئة العمرية المحددة، 2000

نوع الزواج	المراهقات 15-19 سنة	الشابات 20-24 سنة	النساء 25-49 سنة	إجمالي النساء 15-49
زواج بين اقارب	8.7	28.8	41.2	31.2
زواج اغير	9.4	30.9	44.1	33.4
لم يسبق لهن الزواج	81.9	40.3	14.7	35.4
المجموع	100.0	100.0	100.0	100.0

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول السابق نلاحظ أن مجموعة النساء امكن تقسيمهن الى ثلاث مجموعات، الاولى المتزوجات منهن زواج اقارب، الثانية المتزوجات منهن زواج اغير، الثالثة اللاتي لم يسبق لهن الزواج حتى العام 2000. ومنه نلاحظ أن هناك 8.7% من الزوجات في سن المراهقة قد تزوجن من أقارب لهن وبالتالي أصبحت هذه القضية بالنسبة لهن منتهية، 9.4% منهن قد تزوجن من اغير وأيضاً انتهت هذه القضية بالنسبة لهن، وان هناك 81.9% من النساء في سن المراهقة لم يتزوجن بعد، مقارنة مع 40.3% من الشباب أيضاً لم يتزوجن بعد، ولهذا فانه للحد من ظاهرة الزواج بين الأقارب يجب أن تتضافر جميع الجهود لتوعية وارشاد هؤلاء النسوة وكذلك الاهد والمجتمع باخطار الزواج بين الأقارب، ويتطلب ذلك زيادة جرعات الوعي والإرشاد لدى هذه الفئة من النساء والى أصحاب القرار من الآباء والأمهات، ومن جميع عناصر

المجتمع المدني لإنقاذ أكبر عدد منهن من الوقوع في مصيدة الزواج بين الأقارب، وهذا يجب أن ينفذ بأسرع وقت ممكن لأن عملية الزواج هي عملية ديناميكية ومستمرة لا تتوقف في جميع الظروف والأحوال.

ب- ظاهرة زواج الأقارب وانتشارها في محافظات الضفة الغربية وقطاع غزة:

انتشار ظاهرة الزواج بين الأقارب يختلف باختلاف المنطقة الجغرافية، الجدول التالي يفصل:

جدول 38: نسبة المتزوجات من أقارب لهن مع إجمالي النساء حسب المنطقة والعمر، 2000

إجمالي النساء 15-49	النساء 25-49 سنة	الشابات 20-24 سنة	المراهقات 15-19 سنة	المنطقة
29.4	37.7	29.0	8.3	الضفة الغربية
34.8	48.7	28.5	9.6	قطاع غزة
31.2	41.2	28.8	8.7	إجمالي الأراضي الفلسطينية

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

ج- تطور ظاهرة الزواج بين الأقارب مع الزمن:

ويبقى السؤال الهام التالي: كيف كان تطور ظاهرة الزواج بين الأقارب مع الزمن؟ وما هو الاتجاه العام لهذه الظاهرة؟ علماً بأن الحديث عن نسبة مئوية لعدد المتزوجات من أقارب لهن إلى إجمالي عدد المتزوجات في الفئة أو حتى إلى عدد النساء الإجمالي في الفئة هو اثر تراكمي يخفي أي تقدم حقيقي في معالجة الظاهرة، حيث أن المعدل المرتفع سابقاً ما زال يؤثر في المعدلات والنسب بشكل إجمالي.

هذا السؤال هو ما سنحاول الإجابة عليه مما توفر من بيانات تتعلق بهذا الموضوع، حيث تم الاعتماد على بيانات برنامج الزيارات المنزلية المنفذ في العام 2000 لصالح وزارة الصحة وبتنظيم من المشروع الأوروبي لصحة المرأة وتنظيم الأسرة، ويمكن تلخيص مواصفات البرنامج المنفذ كالتالي:

- بلغ عدد الزيارات المنزلية المنفذة (10,000 زيارة)، نفذت في محافظات الضفة الغربية ومحافظات قطاع غزة
- فئة النساء المستهدفة هي فئة الزوجات حديثات الولادة (فترة النفاس).
- الهدف من البرنامج هو تحسين الوعي لدى الزوجات من الفئة المستهدفة حول مفهوم الصحة الإنجابية وصحة المرأة خلال فترة النفاس، ورعاية المواليد، والرضاعة الطبيعية السليمة، وأهمية التباعد بين الولادات، ومفهوم تنظيم الأسرة.
- وللأمانة العلمية فإن التقرير يبين أن جمع البيانات لم يكن القصد منه إجراء بحث أو دراسة، وإنما جمعت هذه البيانات على هامش الهدف الأساسي للبرنامج وهو الزيارة والتوعية والإرشاد.

تعليق الباحث: إن هذه العينة ممثلة بشكل مقبول من الناحية الإحصائية لمجتمع الزوجات في الفئة العمرية (15-49) سنة (فترة الخصوبة لدى المرأة)، وذلك بعد إجراء بعض الاختبارات لفحص بيانات العينة من حيث التوزيع العمري وكذلك التوزيع الجغرافي، إضافة لكبر حجم العينة (10,000) زوجة، وتمثيلها جغرافياً لجميع محافظات الأراضي الفلسطينية.

عند ترجمة بيانات السن الحالي للزوجات والسن عند الزواج لأول مرة الى فترات زمنية بحسب التقويم الميلادي حصلنا على الجدول التالي:

جدول 39: نسبة الزواج بين الأقارب حسب السنة الميلادية التي تم فيها الزواج والمنطقة، 2000

المنطقة			السنة الميلادية التي تم فيها الزواج (الفترة الزمنية)
الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
61.8	64.8	57.0	1980 وما قبلها
58.2	61.6	54.1	1985-1981
49.0	51.6	46.3	1990-1986
48.7	50.7	46.4	1995-1991
46.0	46.7	45.4	2000-1996
49.0	51.2	46.8	الإجمالي النسبي

المصدر: وزارة الصحة، المشروع الاوروي لصحة المرأة وتنظيم الاسرة، 2000 "قاعدة بيانات الزيارات المنزلية 2000".

من دراسة بيانات الجدول السابق يتبين أن هناك اتجاها عاما متناقصا للظاهرة مع الزمن، ففي حين أن معدل الزواج بين الأقارب للزيجات التي وقعت في الفترة الزمنية (1980 وما قبلها) بلغت 61.8% فإنها قد تقلصت الى 46.0% خلال الفترة (1996-2000)، لاحظ أن المعدل العام للظاهرة كان 49.0% وهو ما يؤكد ما أشرنا إليه سابقا من أن المعدلات المرتفعة سابقا ما زالت تؤثر في المعدلات والنسب بشكل إجمالي.

ايضا هناك اتجاها عاما متناقصا إذا ما درسنا محافظات الضفة الغربية أو محافظات قطاع غزة بشكل منفصل، حيث تبين أن معامل الانحدار للظاهرة مع الزمن كان سلبيا في كل من محافظات الضفة الغربية وقطاع غزة وبالتالي الإجمالي في الأراضي الفلسطينية، وباستخدام معادلات الانحدار فإننا نتنبأ بان الزيجات التي سوف تتم في الفترة الزمنية 2001-2005 في الأراضي الفلسطينية وعند ثبات الظروف كالتالي:

- في محافظات غزة 41.0% تقريبا من الزيجات ستكون بين أقرباء.
- في محافظات الضفة الغربية 40.4% تقريبا من الزيجات ستكون بين اقرباء.
- في إجمالي الأراضي الفلسطينية 40.6% تقريبا من الزيجات ستكون بين أقرباء.

من بيانات الجدول السابق نلاحظ ايضا بان هناك تقدم ونجاح في برامج التوعية والإرشاد باخطار الزواج بين الأقارب، وان الزيجات الحديثة تميل اكثر للابتعاد عن الزواج بين الاقرباء.

3.4.4 ظاهرتي زواج الأقارب والزواج المبكر، 2000:

أ- ظاهرتي زواج الأقارب والزواج المبكر بين الزوجات في سن المراهقة، 2000:
المراهقات (15-19 سنة)، هن مواليد الفترة الزمنية (1981-1985) بحسب العام 2000، بلغت نسبة المتزوجات منهن 18.2%، وهؤلاء النساء المتزوجات قد توزعن بحسب حالة الزواج كالتالي:

جدول 40: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب حالة الزواج والمنطقة، 2000

المنطقة			حالة الزواج
الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
42.1	43.4	40.7	زواج اقارب/ ومبكر
11.0	11.4	10.5	زواج اقارب/ وغير مبكر
36.7	35.4	38.1	زواج اغيار/ مبكر
10.2	9.8	10.7	زواج اغيار/ وغير مبكر
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: وزارة الصحة، المشروع الاوروبي لصحة المرأة وتنظيم الاسرة، 2000 " قاعدة بيانات الزيارات المنزلية 2000 " .

من الجدول يتبين أن 42.1% من المتزوجات في سن المراهقة قد كان زواجهن من اقرباء لهن وكان عمرهن عند هذا الزواج اقل من 18 سنة. بالإضافة الى ذلك فأنا هناك 47.7% من المتزوجات في سن المراهقة كانت إحدى الظاهرتين محققة، وإجمالاً فإن 89.8% من الزوجات في سن المراهقة (15-19 سنة) لم يكن زواجهن بحسب الوضع الافتراضي الذي تسعى اليه حالة الرفاه الكامل التي يهدف إليها مفهوم الصحة الإنجابية، و فقط كان هناك 10.2% من المتزوجات من حققن تلك الافتراضية وهي الزواج في سن 18 سنة فاكثر والزواج مع الاغيار.

أما عن المقارنة بين محافظات الضفة الغربية ومحافظات قطاع غزة فمن الواضح أن هناك 91.2% من الزوجات في سن المراهقة في قطاع غزة مقارنة مع 89.3% في محافظات الضفة الغربية لم يكن زواجهن بحسب الوضع الافتراضي، وهي علاقة ذات دلالة إحصائية.

ب- ظاهرتي زواج الأقارب والزواج المبكر بين الشباب 2000:

الشباب (20-24 سنة)، هن مواليد الفترة الزمنية (1976-1980) بحسب العام 2000، وقد بلغت نسبة المتزوجات منهن 59.7%، وهؤلاء النساء المتزوجات قد توزعن بحسب حالة الزواج كالتالي:

جدول 41: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب حالة الزواج والمنطقة، 2000

المنطقة			حالة الزواج
الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
19.2	23.3	15.3	زواج اقارب/مبكر
28.4	24.5	32.0	زواج اقارب/غير مبكر
19.2	22.5	16.1	زواج اغيار/ مبكر
33.3	29.8	36.6	زواج اغيار/غير مبكر
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: وزارة الصحة، المشروع الاوروبي لصحة المرأة وتنظيم الاسرة، 2000 " قاعدة بيانات الزيارات المنزلية 2000 " .

من الجدول يتبين أن 19.2% من المتزوجات في سن الشباب قد كان زواجهن من اقرباء لهن وكان عمرهن عند هذا الزواج اقل من 18 سنة. بالإضافة الى ذلك فإن هناك 47.6% من المتزوجات في سن الشباب كانت إحدى الظاهرتين محققة، وإجمالاً فإن 66.7% من الزوجات في سن الشباب (20-24 سنة) لم يكن زواجهن بحسب الوضع الافتراضي الذي تسعى اليه حالة الرفاه الكامل التي يهدف إليها مفهوم الصحة الانجابية، و فقط كان هناك 33.3% من المتزوجات من حققن تلك الافتراضية وهي الزواج في سن 18 سنة فاكثراً والزواج مع اغير.

أما عن المقارنة بين محافظات الضفة الغربية ومحافظات قطاع غزة فمن الواضح أن هناك 70.2% من الزوجات في سن الشباب في قطاع غزة مقارنة مع 63.4% في محافظات الضفة الغربية لم يكن زواجهن بحسب الوضع الافتراضي، وهي علاقة ذات دلالة إحصائية أيضاً.

ج- ظاهرة الزواج بين الأقارب وظاهرة الزواج المبكر بين النساء المتزوجات (25-49 سنة)، 2000:

استكمالاً للمقارنة الزمنية فقد تم دراسة حالة الزواج للنساء في الفئة العمرية (25-49 سنة) وهن من مواليد العام 1975 وما قبلها وكانت هذه النتائج:

النساء (25-49 سنة)، هن مواليد الفترة الزمنية (1975 وما قبلها) بحسب العام 2000، وقد بلغت نسبة المتزوجات منهن 85.3%، وهؤلاء النساء المتزوجات قد توزعن بحسب حالة الزواج كالتالي:

جدول 42: التوزيع النسبي للزوجات في سن (25-49 سنة) حسب حالة الزواج والمنطقة، 2000

المنطقة			حالة الزواج
الأراضي الفلسطينية	قطاع غزة	الضفة الغربية	
17.8	21.2	14.2	زواج اقارب/ مبكر
31.4	31.3	31.5	زواج اقارب/ غير مبكر
12.8	14.2	11.3	زواج اغير/ مبكر
38.1	33.3	43.0	زواج اغير/ غير مبكر
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: وزارة الصحة، المشروع الاوروبي لصحة المرأة وتنظيم الأسرة، 2000 " قاعدة بيانات الزيارات المنزلية 2000 ".

يتبين من الجدول أن 17.8% من المتزوجات في سن (25-49 سنة) كان زواجهن من اقرباء لهن وكان عمرهن عند هذا الزواج اقل من 18 سنة. بالإضافة الى ذلك فإن هناك 44.2% من المتزوجات كانت إحدى الظاهرتين محققة، وإجمالاً فإن 61.9% من الزوجات لم يكن زواجهن بحسب الوضع الافتراضي الذي تسعى اليه حالة الرفاه الكامل التي يهدف إليها مفهوم الصحة الانجابية، و فقط كان هناك 38.1% من المتزوجات من حققن تلك الافتراضية وهي الزواج في سن 18 سنة فاكثراً والزواج مع اغير.

أما عن المقارنة بين محافظات الضفة الغربية ومحافظات قطاع غزة فمن الواضح أن هناك 66.7% من الزوجات في سن (25-49 سنة) مقارنة مع 57.0% في محافظات الضفة الغربية لم يكن زواجهن بحسب الوضع الافتراضي، أيضاً كان لهذه العلاقة دلالة احصائية.

تنظيم الأسرة في مجتمع المراهقين والشباب

يعرف تنظيم الأسرة بأنه أسلوب أو نظام للمباعدة بين حمل وآخر عن طريق استخدام وسيلة أو أكثر من وسائل تنظيم الأسرة، الهدف منه انجاب العدد المرغوب فيه من الأطفال في الوقت المناسب، وهو اختياري، من أجل الحفاظ على صحة الأم والطفل وعدم تعرضهما لأي مخاطر، حيث تعتبر المضاعفات المتعلقة بالحمل والولادة سببا شائعا لوفيات الأمومة في الدول النامية.¹

يمكن لتنظيم الأسرة بأن تمنح الأمهات فترات راحة بين كل حمل وآخر كما انه وباستخدام أساليب تنظيم الأسرة يمكن تجنب الحمل في سن مبكرة (كعلاج جزئي لظاهرة الزواج المبكر) وكذلك تجنب الحمل والولادة في السنوات المتأخرة في مرحلة الخصوبة. في الواقع ان معظم الدراسات والأبحاث تناولت موضوع تنظيم الأسرة ومدى انتشاره وتطبيقه بين النساء المتزوجات في مرحلة الخصوبة من حيث المعرفة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة وموقف المرأة المتزوجة من هذه الوسائل، هذا التركيز في دراسة موضوع تنظيم الأسرة على هذه الفئة من المجتمع ربما نبعت من أن معظم وسائل تنظيم الأسرة قد صممت لاستخدام النساء المتزوجات ومن ثم كانت معظم البرامج تهدف الى تقديم المعلومات والاستشارات ومن ثم أيضا تقيم خدمات برامج تنظيم الأسرة للسيدات في سن الإنجاب.

ولم يتوفر إلا القليل جدا من البيانات الخاصة بمعرفة الشباب والمراهقين - من كلا الجنسين - قبل الزواج بوسائل تنظيم الأسرة، وكان تركيز التقارير كبيرا وبشكل مباشر على تقديم خدمة تنظيم الأسرة، وكذلك حجم الأنشطة المنفذة ومثال على ذلك ما يلاحظ من دراسة التقرير النهائي لبرنامج صحة المرأة وتنظيم الأسرة الممول من قبل الاتحاد الأوروبي (1997-2002) يتبين أن ما تم إنفاقه على برامج التوعية والإرشاد وبرامج 4.2% من إجمالي موازنة البرنامج البالغة 4.26 مليون يورو² مع تفاصيل تتعلق بعدد المستفيدين من هذه الخدمات، وكما يلاحظ فان موازنة برامج التوعية لم تكن بالقدر الكافي، مما يؤكد صحة الاستنتاج الوارد في تقرير المسح الصحي 2000 حول القصور في التنقيف الصحي، والذي ربما يعزى لقلة الموازنات الخاصة بذلك.

أما عن الرسائل الصحية التي كان يتم توجيهها في العديد من برامج التوعية للشباب فلم تكن تتناول موضوع تنظيم الأسرة بعمق وتركيز كافيين، كان الاهتمام بترسيخ أهمية الموضوع، ونظرة الإسلام إليه، وكان التركيز على توضيح مفهوم الصحة الإنجابية خاصة أخطار الزواج المبكر وأخطار الزواج بين الأقارب بالإضافة الى الأمراض المنقولة جنسيا، والذي غالبا ما يتم تناول هذه المكونات على شكل مواضيع منفصلة يغيب عنها مفهوم الشمولية والتكاملية فيما بينها وبين المكونات الأخرى لمفهوم الصحة الإنجابية.

ومن هنا يمكن أن يفهم ترتيب الأولويات لدى الشباب في الحاجة الى المعرفة بخصوص مكونات مفهوم الصحة الإنجابية والجنسية فقد كان موضوع وسائل تنظيم الأسرة يحتل المركز الثاني في سلم الأولويات بعد موضوع المشورة قبل الزواج وقبل موضوع الصحة الإنجابية والمقصود منها في المرتبة الثالثة.³

¹ Arabic Network : contraception Influences Quality of Life. www.fhi.org/ar/networka/avg19-1/na1915g.html

² Ministry of Health , The European Project For Women's Health and Family Planning Programme, Final Report, August 2002.

³ دراسة احتياجات الشباب المعرفية والإرشادية بقضايا الصحة الجنسية والإنجابية - جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية 1999، وكذلك تحديد الاحتياجات الأكثر أولوية لدى الشباب في مجال الإرشاد في الصحة الجنسية والانجابية - جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية، 2001 .

إن موضوع تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل هي من المواضيع التي تتعلق بالثقافة الجنسية وفيها نلاحظ ان هناك قصورا في التوجه لهذه الفئة حيث انه مازالت هناك عقبات نفسية واجتماعية لدى القائمين على البرامج انفسهم وليس الشباب، فقد بينت العديد من الدراسات أن المراهقين متعطشين لمثل هذه المعلومات (انظر دراسة إدارة صحة المرأة- الضفة الغربية ودراسات جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية، حول هذا الموضوع بالذات! وعن رغبات واحتياجات الشباب للمعرفة والتوعية بالمواضيع الجنسية سواء في المدارس أو أماكن تجمع الشباب).

من واقع الخبرة العملية في برامج تنظيم الأسرة، اتضح انه كان هناك العديد من برامج التوعية والإرشاد بخصوص تنظيم الأسرة لفئة الشباب والمراهقين، ولكن هذه البرامج والانشطة كان يشوبها بعض القصور والإلمام تمثل في الاتي:

- لم يتوفر لدى الغالبية من هذه البرامج بيانات تفصيلية تساعد الباحثين، فقد كان التركيز في هذه التقارير على إظهار حجم النشاط ومقدار الإنجاز الذي تم والجهد المبذول في هذه البرامج دون التعرض لمجتمع المبحوثين بشكل تفصيلي.

- عند الحديث عن وسائل تنظيم الأسرة واستخداماتها غالبا كان يتم تناولها بشكل إجمالي دون تفاصيل خاصة لفئة غير المتزوجين والمتزوجات، فمثلا نادرا ما يحدث أن يقوم مدرب أو مدربة للشرح لمجموعة من الذكور أو الإناث بخصوص الواقي الذكري وكيفية استخدامه بطريقة سليمة، كما يحدث عند الشرح للمتزوجين، وربما هذا يفسر الإجماع بين الشباب على انتقاد اسلوب المحاضرات والندوات التي تتعامل مع الشباب كمتلقي وملقى، حيث أن كثيرا من التقارير الميدانية أظهرت أن الشباب قد ملوا هذا الأسلوب وطالبوا باستخدام وسائل تدريب جديدة فيها ابتكار والعمل على إشراكهم في معالجة قضاياهم.

- إن موضوع الخجل في مثل هذه الموضوعات مازال مؤثرا، ومثال على ذلك، في احدى جلسات الحوار البؤرية وكان الموضوع مناقشة احتياجات الشباب في المعرفة بمواضيع الصحة الجنسية والانجابية تم سؤال افراد المجموعة وكلهم من الشباب غير المتزوج عن إمكانية ان لا يجد حرجا عندما يطلب من البائع في الصيدلية علبة من الواقي الذكري، الجميع أفاد بأنه لن يشتري من صيدلية الحي الذي يسكن فيه، أو من صيدلية تربطه بالبائع معرفة سابقة، وانهم لن يناقشوا البائع بخصوص الجودة وما يتوفر من أصناف أخرى من الواقي الذكري، في مجموعة الفتيات لم يتم طرح السؤال.

- الواقع أن الثقافة الجنسية تغيب عن معظم برامج التوعية والإرشاد لفئة الشباب والمراهقين (قبل الزواج)، مما يعنى ان الشباب قد يلجئون الى مصادر اخرى لاستقاء هذه المعلومات مما يعرضهم للحصول على معلومات ربما تكون غير صحيحة أو حتى ضارة بهم.

في هذا الفصل سوف يتم تناول موضوع تنظيم الأسرة من منظور معرفة ومواقف وتطبيق الزوجات في سن المراهقة وسن الشباب لأسلوب تنظيم الأسرة. وقبل استعراض هذا المنظور فإننا نشير الى أن المسح الصحي للعام 2000 والمنفذ بواسطة الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني قد حدد 10 من وسائل تنظيم الأسرة الأكثر شيوعا ومعرفة في المجتمع الفلسطيني، وقد قسمنا هذه الوسائل العشرة الى ثلاث مجموعات كالتالي:

المجموعة الأولى: مجموعة الوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة وتتضمن خمسة وسائل هي:

1. حبوب منع الحمل (تأخذ المرأة حبة يوميا دون انقطاع).
2. اللولب: أداة طبية تتركب داخل الرحم من قبل الطبيب أو الممرضة.
3. الحقن بالإبر: إبرة تعطى في العضل تمنع الحمل لعدة اشهر.
4. التحميلة، الرغوة، الهلام، الإسفنجية، الغشاء: وسائل توضع داخل المهبل قبل كل جماع بفترة قصيرة.
5. الواقي الذكري/الكندوم: غلاف مطاطي يستخدمه الرجل أثناء الجماع لمرة واحدة.

المجموعة الثانية: مجموعة الوسائل الطبيعية لتنظيم الأسرة وتتضمن ثلاث وسائل في:

1. فترة الأمان، تعتمد هذه الطريقة على حساب أيام الخصوبة للمرأة والامتناع عن الجماع في هذه الفترة.
2. العزل/القذف الخارجي: يتم القذف خارج المهبل عند نهاية الجماع.
3. الرضاعة الطبيعية: إرضاع الطفل ليلا ونهارا لتجنب الحمل خلال فترة الرضاعة.

المجموعة الثالثة: مجموعة الوسائل الدائمة لمنع الحمل وتتضمن وسيلتان هما:

1. التعقيم الأنثوي: وسيلة دائمة تتم بربط ما يعرف بالمواشير عند المرأة.
2. التعقيم الذكري: وسيلة دائمة تتم بربط الحبل المنوي عند الرجل.

ونظرا لأن استخدام هذه الوسائل في الواقع العملي يتم التبديل بينها فنجد من تستعمل وسيلة الحبوب قد تستبدلها باللولب وربما تواجه صعوبات مع اللولب فتعود فتنزعه ومن ثم يمكن أن يطلب منها عدم استخدام وسائل لمدة محددة فيقوم الزوج باستخدام وسيلة الواقي الذكري، وأيضاً هناك العديد من الحالات التي تستخدم فيها أكثر من وسيلة في نفس الوقت، وعلى سبيل المثال ينصح عادة استخدام الواقي الذكري مع استخدام التحاميل والكريمات أو الرضاعة الطبيعية، وهكذا فإن الحصول على بيان دقيق خصوصا في هذه المرحلة من بداية الزواج والإنجاب بالنسبة للزوجات في سن المراهقة والشباب يكون صعبا ولكن، ربما في فئات السن الأكبر يبدأ الوضع في الاستقرار ويكون الزوجين قد جربا العديد من الوسائل ووصلا الى قناعة معينة بوسيلة من الوسائل وهذا ما نلاحظه في عيادات تنظيم الأسرة في حالات نزع اللولب بسبب انتهاء الصلاحية أي بعد مدة من الاستقرار في الوسيلة.

لذا فإننا في هذه الدراسة سوف نركز على التوجه العام لهذه الفئة من الزوجات تجاه أساليب تنظيم الأسرة، خاصة لمجموعة الوسائل المؤقتة ومجموعة الوسائل الطبيعية، اما عن المجموعة الثالثة الخاصة بالمنع الدائم للحمل فقد اظهرت بيانات المسح الصحي 2000 إن هذه الوسائل لم تستخدم أبدا بين الزوجات في سن المراهقة أو سن الشباب وهو أمر واقعي حيث أن هذه المجموعة ما زالت في بداية حياتها الإنجابية.

1.5 الزوجات في سن المراهقة (15-19 سنة) وتنظيم الأسرة:

1.1.5 توصيف عينة الزوجات في سن المراهقة:

- 60.0% من حجم العينة كن من سكان محافظات الضفة الغربية، 40.0% من سكان محافظات قطاع غزة، أما عن التوزيع حسب التجمع السكاني: 60.1% من سكان المناطق الحضرية، 24.2% من سكان المناطق الريفية، 15.7% من سكان المخيمات.

- جميع الزوجات في محافظات الضفة الغربية كن من غير النشيطات اقتصاديا مقارنة مع 98.7% من الزوجات في محافظات قطاع غزة، والغالبية العظمى من الزوجات هن ربات بيوت.
- متوسط عدد سنوات الدراسة للزوجات في محافظات الضفة الغربية بلغ 8.9 سنة مقارنة مع 9.3 سنة للزوجات في محافظات قطاع غزة وعند اختبار هذا الفرق تبين انه ذو دلالة إحصائية بمعنى ان الزوجات في سن المراهقة في محافظات قطاع غزة كن اكثر تعليما من نظرائهن في محافظات الضفة الغربية.

2.1.5 المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة بين الزوجات في سن المراهقة:

- تبين أن 97.6% من إجمالي الزوجات في سن المراهقة سمعن على الأقل عن وسيلة واحدة من الوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة (الحيوب، اللولب، الحقن، التحاميل، الواقي الذكري)، وهناك العديد ممنهن سمعن عن اكثر من وسيلة، فقط 2.4% ممنهن لم يسمعن عن الوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة، أما عن الوسائل الطبيعية (الرضاعة الطبيعية، العزل القذف الخارجي، فترة الأمان) فقد كانت نسبة اللاتي سمعن عن هذه الوسائل 94.7% من إجمالي الزوجات مقابل 5.3% لم يسمعن عن ذلك، أما عن وسائل منع الحمل الدائمة (التعقيم الأنثوي والتعقيم الذكري) فقط 57.7% ممنهن سمعن عن ذلك.
- كان الأصدقاء والأقارب هم المصدر الاول لسماع الزوجات عن وسائل تنظيم الأسرة بشكل عام (46.1%) يليهم وسائل الإعلام (27.2%) ثم الكوادر الطبية والصحية من أطباء ومرشدين صحيين (23.7%).
- تبين ان 3 زوجات من كل 10 من الزوجات في سن المراهقة لا تعرف مكانا يمكن الحصول منه على وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة (الوسائل الطبية).
- عند سؤال الزوجات اللاتي يعرفن أماكن الحصول على الوسائل عن هذه الأماكن تبين أن 47.2% ممنهن يعرفن مراكز وعيادات خاصة أو صيدليات (67.2% في محافظات الضفة الغربية مقارنة مع 24.7% في محافظات قطاع غزة)، يلي ذلك مراكز وعيادات وكالة غوث وتشغيل اللاجئين (UNRWA) بنسبة 25.1% (في الضفة الغربية 11.1% مقارنة مع 40.7% في قطاع غزة)، ثم مراكز وعيادات وزارة الصحة 22.1% (في الضفة الغربية 14.7% مقارنة مع 30.5% في قطاع غزة). ويتبين هنا أن وزارة الصحة ووكالة الغوث قد ركزت نشاطها في مجال تنظيم الأسرة في قطاع غزة بشكل خاص، في حين ان القطاع الخاص قد ركز نشاطه في محافظات الضفة الغربية.

3.1.5 استعمال وسائل تنظيم الأسرة بين الزوجات في سن المراهقة:

- 31.7% من الزوجات في سن المراهقة واللاتي سمعن عن الوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة افدن باستعمال وسيلة واحدة على الاقل من هذه الوسائل قبل ذلك، في حين 27.8% من الزوجات اللاتي سمعن عن الوسائل الطبيعية لتنظيم الأسرة أفدن باستعمال وسيلة واحدة على الأقل قبل ذلك.
- أما عن أول وسيلة تم استخدامها فقد كانت وسيلة الرضاعة الطبيعية هي الأكثر استخداما 24.5% (في الضفة الغربية 27.1% مقارنة مع 17.9% في قطاع غزة)، يليها وسيلة العزل والقذف الخارجي بنسبة 22.2% (في الضفة الغربية 20.1% مقارنة مع 27.4% في قطاع غزة)، ثم وسيلة الحيوب بنسبة 20.5% (في الضفة الغربية 22.6% مقارنة مع 15.0% في قطاع غزة)، ثم وسيلة اللولب بنسبة 14.9% (في الضفة الغربية 14.4% مقارنة مع 16.2% في قطاع غزة). هذا الاستخدام يعكس الواقع بخصوص فئة الزوجات صغيرات السن في بداية حياتهن الإنجابية، ويعكس تخوفهن خاصة عند الاستخدام لأول مرة للوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة ويستبدلن ذلك

بوسائل طبيعية لا تأثيرات جانبية لها (من وجهة نظرهن) والذي يعكس التخوف السائد بين الزوجات الصغيرات والذي يفيد بأن من تستخدم الوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة في بداية حياتها الإنجابية ربما يؤدي ذلك الى العقم أو تأخر الحمل مرة أخرى عند الرغبة بذلك، ومع أن الوسائل الطبيعية من الناحية الاقتصادية لا تكلف الزوجة شيئاً، إلا أن العامل الاقتصادي هنا لم يكن له اثر إطلاقا كما أفادت الزوجات. أما عن المقارنة بين محافظات الضفة الغربية ومحافظات قطاع غزة للاستخدام الأول لوسائل تنظيم الأسرة بين الزوجات في سن المراهقة، الجدول التالي يوضح:

جدول 43: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب الوسيلة المستخدمة لأول مرة والمنطقة، 2000

المنطقة			الوسيلة المستعملة لأول مرة
الإجمالي للزوجات في سن المراهقة	قطاع غزة	الضفة الغربية	
24.5	22.9	27.1	الرضاعة الطبيعية
23.5	27.4	20.1	العزل والقذف الخارجي
20.5	15.0	22.6	الحبوب
14.9	16.2	14.4	اللولب
9.2	16.8	6.2	فترة أمان
7.4	1.7	9.6	الواقي الذكري
100.0	100	100	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من دراسة عدد الأطفال عند الاستخدام الأول لوسائل تنظيم الأسرة للزوجات في سن المراهقة، تبين ان 12.1% من الزوجات قد بدأت في استعمال الوسائل قبل الإنجاب، وان 68.0% منهن بدأت بعد الطفل الأول، 19.9% بدأت بعد الطفل الثاني.

جدول 44: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب عدد الأطفال عند الاستخدام الأول لوسائل تنظيم الأسرة والمنطقة، 2000

المنطقة			عدد الأطفال عند الاستخدام الأول للوسائل
إجمالي للزوجات في سن المراهقة	قطاع غزة	الضفة الغربية	
12.1	15.2	10.8	بدون اطفال
68.0	56.8	72.4	طفل واحد
19.9	28.0	16.8	طفلان فأكثر
100.0	100.0	100.0	المجموع
المتوسط والانحراف			
1.1	1.2	1.1	متوسط عدد الأطفال
0.60	0.68	0.52	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وعند اختبار الفرق بين المتوسطات تبين ان له دلالة إحصائية، مما يفسر بان الزوجات في سن المراهقة في محافظات قطاع غزة يبدأن في استخدام وسائل تنظيم الأسرة على اختلاف انواعها بعد انجاب عدد اكبر من الاطفال مقارنة مع نظرائهن في محافظات الضفة الغربية.

الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة (في سنة 2000)، اظهرت نتائج المسح الصحي ان 27.4% من الزوجات في سن المراهقة يستعملن وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة (في الضفة الغربية 30.7% مقارنة مع 22.7% في قطاع غزة)، وعند السؤال عن ما هي هذه الوسيلة الرئيسية التي يستعملنها حاليا تبين ان نصف الزوجات يستعملن وسيلة مؤقتة والنصف الاخر يستعملن وسيلة طبيعية.

جدول 45: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب نوع الوسيلة المستخدمة حاليا لتنظيم الأسرة والمنطقة، 2000

المنطقة			نوع الوسيلة الحالية
الإجمالي للزوجات في سن المراهقة	قطاع غزة	الضفة الغربية	
23.2	18.6	25.6	اللؤلؤ
22.1	36.2	14.9	العزل والقذف الخارجى
21.3	11.1	26.6	الرضاعة الطبيعية
14.7	10.2	17.0	الحبوب
10.7	8.8	11.6	الواقى الذكري
6.6	11.0	4.3	فترة أمان
1.4	4.1	-	الحقن
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزى للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

ومن الجدول السابق يتبين ان الزوجات في سن المراهقة في محافظات الضفة الغربية كن الأكثر اقبالا على استخدام الوسائل المؤقتة لتنظيم الاسرة (54.2%) مقارنة مع 41.7% في محافظات قطاع غزة.

أما عن مكان الحصول على وسائل تنظيم الأسرة (الوسائل المؤقتة)، افادت 59.5% من الزوجات في سن المراهقة أنهن حصلنا على الوسيلة من عيادة خاصة أو صيدلية، وان 8.5% منهن قد حصلن على الوسيلة من مركز أو عيادة حكومية، وان 26.9% منهن حصلن على الوسيلة من مركز أو عيادة تابعة لوكالة الغوث، مع الاخذ بعين الاعتبار إمكانية هناك تنوع واختلاف في الوسائل، فاذا كان من السهولة بمكان الحصول على الحبوب او الواقى الذكري من الصيدلية مباشرة فان وسيلة مثل اللؤلؤ أو الحقن تحتاج الى جهة طبية متخصصة لتزويد الزوجة بهذه الوسيلة وهذه الوسائل عادة ما يسبقها فحوصات طبيه قبل تقديم الوسيلة، لذا كان لزاما تحديد العلاقة بين نوع الوسيلة المقدمة ومكان تزويد هذه الوسيلة، ففي محافظات الضفة الغربية 83.0% من وسيلة الحبوب تم تقديمها في العيادات الخاصة والصيدليات، 17.0% من وسيلة الحبوب تم تقديمها في مراكز غوث وتشغيل اللاجئين، أما عن وسيلة اللؤلؤ 66.8% من الوسيلة تم تقديمها في المراكز والعيادات الخاصة، 18.3% في مراكز حكومية، 14.9% في مراكز تابعة لمنظمات غير حكومية، أما عن الواقى الذكري فقد تم تقديمها بالكامل في الصيدليات. أما عن محافظات قطاع غزة 30.4% من الحبوب تم تقديمها في مراكز حكومية مقارنة مع 66.0% في مراكز وكالة الغوث، أما عن اللؤلؤ

والواقعي الذكري فقد تم تقديمها من خلال مراكز وعيادات وكالة الغوث، ولم تبلغ أي من الزوجات في سن المراهقة عن حصولها على وسيلة اللولب أو وسيلة الواقعي الذكري من أي من المراكز الحكومية في قطاع غزة.

إن هذا التوزيع يعكس نفسية الأزواج الشابّة والصغيرة من الإحساس بالحرّج عند طلب الوسيلة لذا فإنهم يتوجهون إلى مصادر تضمن الخصوصية الكاملة لا تثير فضول الآخرين إذا ما تم رؤية الزوجة في مركز من مراكز تنظيم الأسرة، خاصة لسكان المناطق الحضرية والريفية في قطاع غزة.

أما عن السبب الرئيسي للاستخدام الحالي لوسيلة تنظيم الأسرة فقد اجمعت الزوجات في سن المراهقة (81.8%) على أن الارتياح للوسيلة هو السبب الرئيسي للاستخدام الحالي (في الضفة الغربية 84.5% مقارنة مع 76.3% في قطاع غزة)، وأن 9.0% منهن أفادت اتباعاً لنصيحة الطبيب (في الضفة الغربية 12.1% مقارنة مع 2.8% في قطاع غزة وهذا الاختلاف ما يفسر أيضاً زيادة الإقبال على الوسائل المؤقتة للزوجات في سن المراهقة في الضفة الغربية عنها في قطاع غزة)، 6.9% لعدم معارضة الزوج، ثم أخيراً نصيحة الصديقات وكانت في محافظات قطاع غزة 6.9% مقابل لا شيء في الضفة الغربية وهو ما يفسر زيادة استخدام الوسائل الطبيعية في قطاع غزة عنه في الضفة الغربية.

وبعودة إلى مجموعة الزوجات في سن المراهقة اللاتي لا يستعملن حالياً أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، أفادت 82.0% منهن أن السبب في ذلك هو الرغبة في الإنجاب.

جدول 46: نسبة الزوجات في سن المراهقة حسب سبب عدم الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة والمنطقة، 2000

المنطقة			سبب عدم الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة
الإجمالي للزوجات في سن المراهقة	قطاع غزة	الضفة الغربية	
82.0	88.7	76.9	الرغبة في الإنجاب
4.9	2.6	6.6	الآثار الجانبية
2.9	4.8	1.4	الزوج غير موافق
1.3	2.9	-	معارضة الأقارب
0.8	-	1.4	معارضة الزوجة
0.5	-	0.9	عدم الارتياح للوسيلة
2.2	-	3.9	الزوج غير موجود
0.5	1.1	-	يتعارض مع المعتقدات الدينية
4.9	0	8.9	غير مبين
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

4.1.5 متابعة الزوجات في سن المراهقة لوسائل الاعلام ومصادر المعلومات بخصوص تنظيم الأسرة:

عند سؤال الزوجات إن كن قد سمعن عن موضوع تنظيم الأسرة خلال الشهور الستة الماضية والسابقة للمسح الصحي 2000 في أي من وسائل الاعلام المختلفة، أفادت 67.0% منهن بالإيجاب (في الضفة الغربية 62.8% مقارنة مع 73.2% في قطاع غزة)، أما عن مصادر ذلك أفادت 33.5% من اللاتي سمعن أن المصدر كان التلفزيون (39.2%) في الضفة الغربية مقارنة مع 28.2% في قطاع غزة، وربما يعود ذلك الارتفاع في محافظات الضفة الغربية لانتشار

العديد من القنوات التلفزيونية المحلية والتي تزيد عن 20 قناة واقتصارها على قناة واحدة في قطاع غزة)، ولقد جاء بعد التلفزيون الزوج والأقارب بمعدل 31.7% (في الضفة 33.1% مقارنة مع 30.4% في قطاع غزة، وفي المركز الثالث جاءت المراكز الصحية الخاصة والحكومية والوكالة والمنظمات غير الحكومية وجميعهم بمعدل 17.9% (في الضفة الغربية 10.7% مقارنة مع 24.8% في قطاع غزة)، ولا يعني هذا أن هذه الجهات لم يكن لها دخل في الحملات التلفزيونية أو حتى برامج توعية الرجل (الزوج والأقارب)، بل في الحقيقة ان التلفزيون اداة لتوصيل الافكار والمعلومات التي تعد من قبل هذه المؤسسات. أما عن الصحف والمجلات والملصقات والمطبوعات بشكل عام فقد مثلت 11.0%، والمحاضرات 2.7%، والراديو 3.0%. وربما هذا التوزيع يساعد القائمين على برامج التوعية والإرشاد في مواضيع تنظيم الأسرة خاصة لفئة الزوجات في سن المراهقة على اعداد خطط العمل المناسبة وتوزيع الموازنات الخاصة بالتوعية والارشاد على اكثر الوسائل تأثيراً في الزوجات.

أما عن مصدر المعلومات المفضل والذي تلجأ إليه الزوجة للحصول على معلومات إضافية متعلقة بتنظيم الأسرة فقد أفادت واحدة من أربعة من الزوجات أن المصدر هو المستشفى أو العيادة الخاصة.

جدول 47: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب مصدر المعلومات الاضافية والمنطقة، 2000

المنطقة			المصدر/الجهة
الإجمالي للزوجات في سن المراهقة	قطاع غزة	الضفة الغربية	
25.2	16.1	34.0	مستشفى/عيادة خاصة
21.5	22.1	20.9	الأقارب والاصدقاء
16.8	29.4	4.8	UNRWA
14.8	15.9	13.7	مراكز/مستشفى حكومي
9.4	7.8	10.9	وسائل الاعلام
9.3	6.2	12.2	النشرات والكتب
3.0	2.5	3.5	مراكز منظمات غير حكومية
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

5.1.5 قرار تنظيم الأسرة:

عند سؤال الزوجات في سن المراهقة عن متخذ القرار في الأسرة بخصوص استخدام وسائل تنظيم الأسرة أفادت 80.0% بأن القرار مشترك بين الزوج والزوجة وبرى الطرفين، فقط 4.4% منهن أفادت بأن القرار بيد الزوجة، 13.9% منهن أفدن بأن القرار بيد الزوج، 1.7% منهن أفدن بأن القرار بيد الحماة، ولم تكن هناك فروق جوهرية بين الضفة الغربية وقطاع غزة إلا في حرية الزوجة باتخاذ القرار (5.0% في الضفة مقارنة مع 2.2% في القطاع).

2.5 الزوجات في سن الشباب (20-24 سنة) وتنظيم الأسرة:

1.2.5 توصيف عينة الزوجات في سن الشباب:

- 64.0% كن من سكان محافظات الضفة الغربية و36.0% من سكان محافظات قطاع غزة، أما عن التوزيع بحسب التجمع السكاني: 56.5% من سكان المناطق الحضرية، 27.7% من سكان المناطق الريفية، 15.8% من سكان المخيمات.
- أما عن النشاط الاقتصادي فغالبية الزوجات كن من غير النشيطات اقتصاديا (94.7%)، والغالبية العظمى من الزوجات كن ربوات بيوت.
- متوسط عدد سنوات الدراسة للزوجات في محافظات الضفة الغربية بلغ 9.54 سنة مقارنة مع 9.96 سنة للزوجات في محافظات قطاع غزة. وعند اختبار هذا الفرق تبين أن له دلالة إحصائية بمعنى ان الزوجات في سن الشباب في محافظات قطاع غزة كن أكثر تعليما من نظرائهن في محافظات الضفة الغربية.

2.2.5 المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة بين الزوجات في سن الشباب:

- تبين أن 99.8% من إجمالي الزوجات في سن الشباب سمعن على الأقل عن وسيلة واحدة من الوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة، وهناك العديد منهن سمعن عن أكثر من وسيلة، فقط 0.2% منهن لم يسمعن عن الوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة، أما عن الوسائل الطبيعية فقد كانت نسبة اللاتي سمعن عن هذه الوسائل 96.0% من إجمالي الزوجات مقابل 4.0% لم يسمعن عن ذلك، أما عن وسائل منع الحمل الدائمة فقط 67.8% منهن سمعن عن ذلك.
- كان الأصدقاء والأقارب هم المصدر الأول لسمع الزوجات عن وسائل تنظيم الأسرة بشكل عام (39.7%) يليهم الكوادر الطبية والصحية من أطباء وممرضين ومرشدين صحيين (35.0%)، ثم وسائل الإعلام (23.8%).
- هناك 17.2% من الزوجات في سن الشباب لا يعرفن مكانا يمكن الحصول منه على وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة (في الضفة الغربية 23.0% مقارنة مع 6.7% في قطاع غزة).
- عند سؤال الزوجات اللاتي يعرفن أماكن للحصول على الوسائل تبين إمكانية 45.6% منهن يعرفن مراكز وعيادات خاصة أو صيدليات (59.6% في محافظات الضفة الغربية مقارنة مع 29.4% في محافظات قطاع غزة)، يلي ذلك مراكز وعيادات وكالة غوث وتشغيل اللاجئين (UNRWA) بنسبة 28.2% (في الضفة الغربية 13.3% مقارنة مع 45.6% في قطاع غزة)، ثم مراكز وعيادات وزارة الصحة 18.7% (في الضفة الغربية 17.1% مقارنة مع 20.5% في قطاع غزة). ويتبين هنا إن وكالة الغوث قد ركزت نشاطها في مجال تنظيم الأسرة في قطاع غزة بشكل خاص، في حين ان القطاع الخاص قد ركز نشاطه في محافظات الضفة الغربية.

3.2.5 استعمال وسائل تنظيم الأسرة بين الزوجات في سن الشباب:

- 60.5% من الزوجات في سن الشباب واللاتي سمعن عن الوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة أفدن بأنهن قد استعملن وسيلة واحدة على الأقل من هذه الوسائل قبل ذلك، في حين ان 50.5% من الزوجات اللاتي سمعن عن الوسائل الطبيعية لتنظيم الأسرة أفدن بأنهن قد استعملن على الأقل وسيلة تقليدية قبل ذلك.
- أما عن أول وسيلة تم استخدامها فقد كانت وسيلة اللولب هي الأكثر استخداما 26.2% (في الضفة الغربية 26.9% مقارنة مع 24.5% في قطاع غزة)، يليها وسيلة الحبوب بنسبة 25.4% (في الضفة الغربية 22.9% مقارنة مع 30.9% في قطاع غزة)، ثم وسيلة الرضاعة الطبيعية بنسبة 15.5% (في الضفة الغربية 16.0% مقارنة مع 14.3% في قطاع غزة)، ثم وسيلة العزل والقذف الخارجي بنسبة 13.2% (في الضفة الغربية

15.2% مقارنة مع 8.9% في قطاع غزة)، ثم وسيلة فترة ألامان بنسبة 11.6% (في الضفة الغربية 12.6% مقارنة مع 9.2% في قطاع غزة)، ثم وسيلة الواقي الذكري بنسبة 7.2% (في الضفة الغربية 5.2% مقارنة مع 11.6% في قطاع غزة). ومع أن الوسائل الطبيعية من الناحية الاقتصادية لا تكلف الزوجة شيئاً، إلا أن العامل الاقتصادي هنا لم يكن له أثر كما أفادت الزوجات.

- من دراسة عدد الأطفال عند الاستخدام الأول لوسائل تنظيم الأسرة للزوجات في سن الشباب، تبين أن 6.2% من الزوجات قد بدأت في استعمال الوسائل قبل الإنجاب، وأن 46.4% منهن بدأت بعد الطفل الأول، 30.0% بدأت بعد الطفل الثاني.

جدول 48: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب عدد الأطفال عند الاستخدام الأول لوسائل تنظيم الأسرة والمنطقة، 2000

المنطقة			عدد الأطفال عند الاستخدام الأول لوسائل تنظيم الأسرة
إجمالي للزوجات في سن الشباب	قطاع غزة	الضفة الغربية	
6.2	1.2	8.4	بدون اطفال
46.4	45.0	47.1	طفل واحد
30.0	34.1	28.1	طفلان
17.4	19.8	16.3	ثلاثة اطفال فأكثر
100.0	100.0	100.0	المجموع
			المتوسط والانحراف
1.63	1.78	1.55	متوسط عدد الاطفال
0.939	0.917	0.940	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وعند اختبار الفرق بين المتوسطات تبين أن له دلالة إحصائية، مما يفسر بأن الزوجات في سن الشباب في محافظات قطاع غزة يبدأن في استخدام وسائل تنظيم الأسرة على اختلاف أنواعها بعد انجاب عدد أكبر من الأطفال مقارنة مع نظرائهن في محافظات الضفة الغربية.

الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة (في سنة 2000)، أظهرت نتائج المسح الصحي أن 56.4% من الزوجات يستعملن وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة (في الضفة الغربية 61.3% مقارنة مع 48.2% في قطاع غزة)، وعند السؤال عن الوسيلة الرئيسية التي يستعملنها حالياً تبين أن 61.7% من الزوجات يستعملن وسيلة مؤقتة في حين أن 36.4% يستعملن وسيلة طبيعية.

جدول 49: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب اللاتي يستعملن وسيلة من وسائل تنظيم الاسرة حسب نوع الوسيلة والمنطقة، 2000

نوع الوسيلة الحالية	المنطقة	
	قطاع غزة	الضفة الغربية
اللؤلؤ	31.1	45.5
الرضاعة الطبيعية	19.5	16.6
الحبوب	22.3	11.8
العزل والقذف الخارجي	7.8	15.1
فترة ألامان	10.6	6.9
الواقي الذكري	7.9	3.6
التحاميل	0.8	0.4
الحقن	-	0.2
المجموع	100.0	100.0

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

ومن الجدول يتبين ان الزوجات في سن الشباب قد اظهرن ميلا لاستخدام الوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة (61.5% في الضفة الغربية مقابل 62.1% في قطاع غزة).

أما عن مكان الحصول على وسائل تنظيم الأسرة (الوسائل المؤقتة)، أفادت 50.7% من الزوجات أنهم حصلنا على الوسيلة من عيادة خاصة أو صيدلية، وأن 13.2% منهم قد حصلن على الوسيلة من مركز أو عيادة حكومية، وان 25.2% منهم حصلن على الوسيلة من مركز أو عيادة تابعة لوكالة الغوث، وان 10.8% منهم على الوسيلة من إحدى مراكز أو عيادات تابعة لمنظمات غير حكومية.

أما عن العلاقة بين نوع الوسيلة المقدمة ومكان تزويد هذه الوسيلة، ففي محافظات الضفة الغربية 54.2% من وسيلة الحبوب تم تقديمها في العيادات الخاصة والصيديات، 24.5% من وسيلة الحبوب تم تقديمها في المراكز والعيادات الخاصة، أما عن وسيلة اللؤلؤ 64.7% من الوسيلة تم تقديمها في المراكز والعيادات الخاصة، 15.9% في مراكز وعيادات منظمات غير حكومية، أما عن الواقي الذكري، 51.6% تم بواسطة الصيديات و23.7% بواسطة عيادات وكالة الغوث، أما عن الحقن فقد قدمت في المراكز والعيادات الخاصة، ووسيلة التحاميل فقد تم تقديمها بالكامل في الصيديات. أما عن محافظات قطاع غزة 64.0% من الحبوب تم تقديمها في مراكز وعيادات تابعة لوكالة الغوث، وان 17.3% من الحبوب تم تقديمها مباشرة من الصيديات، وان 15.9% من العيادات والمراكز الحكومية، أما عن اللؤلؤ 56.2% تم الحصول عليها من عيادات وكالة الغوث، وان 20.7% تم الحصول عليها من العيادات والمراكز الحكومية، 13.5% تم الحصول عليها من المراكز والعيادات الخاصة، وعن وسيلة الواقي الذكري فقد تم تقديم 60.2% من خلال مراكز وعيادات وكالة الغوث، 33.3% من مراكز وعيادات حكومية، 6.4% من الصيديات.

أما عن السبب الرئيسي للاستخدام الحالي لوسيلة تنظيم الأسرة فقد اجمعت الزوجات في سن الشباب (76.5%) على أن الارتياح للوسيلة هو السبب الرئيسي للاستخدام الحالي (في الضفة الغربية 74.8% مقارنة مع 80.0% في قطاع غزة)، وان 10.0% منهم أفادت اتباعا لنصيحة الطبيب (في الضفة الغربية 11.9% مقارنة مع 5.9% في قطاع غزة، 9.4% لعدم معارضة الزوج، ثم اخيرا نصيحة الصديقات 3.1% (في محافظات الضفة الغربية 2.7% مقابل 3.8% في محافظات قطاع غزة).

وبعودة الى مجموعة الزوجات في سن الشباب اللاتي لا يستعملن حالياً اي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، أفادت 68.3% منهن أن السبب في ذلك هو الرغبة في الإنجاب.

جدول 50: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب أسباب عدم الاستخدام الحالي لوسائل تنظيم الأسرة والمنطقة، 2000

المنطقة			سبب عدم الاستخدام الحالي للوسائل
الإجمالي للزوجات في سن المراهقة	قطاع غزة	الضفة الغربية	
68.3	72.1	65.3	الرغبة في الإنجاب
7.5	3.9	10.4	الأثار الجانبية
7.5	7.4	7.6	الزوج غير موافق
2.6	0.2	4.4	عدم الارتياح للوسيلة
8.8	8.2	9.2	الزوج غير موجود
0.2	0.5	-	يتعارض مع المعتقدات الدينية
5.1	7.7	3.1	غير مبين
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

4.2.5 متابعة الزوجات في سن الشباب لوسائل الاعلام ومصادر المعلومات بخصوص تنظيم الأسرة:

عند سؤال الزوجات إن كن قد سمعن عن موضوع تنظيم الأسرة خلال الشهور الستة الماضية والسابقة للمسح الصحي 2000 في أي من وسائل الاعلام المختلفة، أفادت 68.7% منهن بالإيجاب (في الضفة الغربية 66.2% مقارنة مع 73.2% في قطاع غزة)، أما عن مصادر ذلك أفادت 35.5% من اللاتي قد سمعن أن المصدر كان التلفزيون 40.3% في الضفة الغربية مقارنة مع 29.3% في قطاع غزة، وربما يعود ذلك الارتفاع في محافظات الضفة الغربية لانتشار العديد من القنوات التلفزيونية المحلية والتي تزيد عن 20 قناة واقتصارها على قناة واحدة في قطاع غزة)، ولقد جاء بعد التلفزيون الزوج والأقارب بمعدل 27.4% (في الضفة 28.0% مقارنة مع 26.6% في قطاع غزة، وفي المركز الثالث جاءت المراكز الصحية على اختلاف انتماءاتها الخاصة والحكومية والوكالة والمنظمات غير الحكومية وجميعهم بمعدل 24.1% (في الضفة الغربية 18.4% مقارنة مع 31.2% في قطاع غزة)، وكما أشرنا سابقاً لا يعني هذا أن هذه الجهات لم يكن لها دور في الحملات التلفزيونية وبرامج توعية الرجل، بل في الحقيقة أن التلفزيون أداة لتوصيل الأفكار والمعلومات التي تعد من قبل هذه المؤسسات. أما عن الصحف والمجلات والملصقات والمطبوعات بشكل عام فقد مثلت 7.3%، والمحاضرات 2.0%، والراديو 3.3%. وربما هذا التوزيع يساعد القائمين على برامج التوعية والإرشاد في مواضيع تنظيم الأسرة خاصة لفئة الزوجات في سن الشباب عند اعداد خطط العمل المناسبة وتوزيع الموازنات الخاصة بالتوعية والإرشاد على أكثر الوسائل تأثيراً في الزوجات.

أما عن مصدر المعلومات المفضل والذي تلجأ إليه الزوجة للحصول على معلومات إضافية متعلقة بتنظيم الأسرة فقد أفادت 30.3% من الزوجات أن المصدر هو المستشفى أو العيادة الخاصة.

جدول 51: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب مصدر المعلومات الاضافية والمنطقة، 2000

المنطقة			المصدر/الجهة
الإجمالي للزوجات في سن المراهقة	قطاع غزة	الضفة الغربية	
30.3	15.5	41.4	مستشفى/عيادة خاصة
20.3	37.1	7.6	UNRWA
15.3	17.3	13.9	الأقارب والاصدقاء
13.2	11.6	14.5	مراكز/مستشفى حكومي
8.6	7.9	9.1	النشرات والكتب
8.3	7.1	9.2	وسائل الاعلام
3.9	3.5	4.3	مراكز منظمات غير حكومية
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

5.2.5 قرار تنظيم الأسرة:

عند سؤال الزوجات في سن الشباب عن اتخاذ القرار في الأسرة بخصوص استخدام وسائل تنظيم الأسرة أفادت 76.9% بأن القرار مشترك بين الزوج والزوجة وبرىى الطرفين (80.6% في الضفة الغربية مقابل 74.8% في قطاع غزة)، وان 12.4% منهن أفادت بأن القرار بيد الزوج (11.3% في الضفة الغربية مقابل 13.1% في قطاع غزة)، وان 9.8% منهن أفدن بأن القرار بيد الزوجة نفسها (6.8% في محافظات الضفة الغربية مقارنة مع 11.5% في قطاع غزة)، 0.8% منهن أفدن بأن القرار بيد الحماة (0.9% في الضفة الغربية و0.7% في قطاع غزة).

3.5 مقارنة بين الزوجات في مرحلة الإنجاب تجاه اساليب تنظيم الأسرة:

استكمالاً للزوجات في سن المراهقة والشباب كان من المفيد إكمال الصورة لتغطية المرحلة الإنجابية في حياة المرأة، وبالتالي المقارنة بين المجموعات الثلاث من الزوجات، ومن الطبيعي والمنطقي ان الأزواج كلما تقدموا في السن كلما ازدادوا معرفة وخبرة وتجربة وتزداد الأمور وضوحاً لهما وهو ما نلاحظه من التطور الإيجابي لكثير من الأمور المتعلقة بتنظيم الأسرة، فنجد أن المرأة في سن (25-49) سنة قد زاد معدل استماعها وبالتالي استخدامها للوسائل الطبية لتنظيم الأسرة، وزادت معرفتها ايضاً وبدا الشك لديها في الانخفاض، وقد بدأ هذا واضحاً عند سؤال الزوجات عن الوسيلة المستخدمة حالياً (عند إجراء المسح الصحي 2000)، فنجد ان 67.1% من الزوجات في السن (25-49) سنة اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة كان استخدامهن لوسائل مؤقتة (الحبوب واللولب والحقن التحاميل والواقي الذكري) مقارنة مع 61.7% للزوجات في سن الشباب و50% للزوجات في سن المراهقة، وبالتالي ايضاً قل استخدامهن للوسائل الطبيعية.

جدول 52: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة اللاتي يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة المستخدمة والعمر، 2000

الفئات العمرية			نوع الوسيلة
الزوجات 25-49 سنة	الزوجات 20-24 سنة	الزوجات 15-19 سنة	
10.5	15.2	14.7	الحبوب
49.7	40.8	23.2	اللولب
0.9	0.1	1.4	الحقن
0.5	0.5	-	التحاميل
5.5	5.0	10.7	الواقى الذكري
6.3	-	-	التعقيم الانثوي
0.2	-	-	التعقيم الذكري
7.6	8.1	6.5	فترة أمان
10.0	12.8	22.1	العزل والقذف الخارجي
8.8	17.5	21.3	الرضاعة الطبيعية
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وحيث أن مجموعة الزوجات في سن 25-49 سنة قد عشن مراحل مراهقة وشباب في ازمان مختلفة عما تعيشه فئة الزوجات في سن المراهقة ومعظم فئة الزوجات في سن الشباب، فإن السؤال الذي يطرح نفسه: هل كانت نظرة الزوجات وهن في مرحلة المراهقة وبداية حياتهن الإنجابية في السابق كما هي حالياً (سنة 2000)؟ للإجابة على هذا السؤال حاولنا دراسة المتغيرات الرئيسية والتي لم تتأثر بمرور الزمن وتراكم الخبرة الزمنية لدى الزوجات الأكبر سناً وهذه المتغيرات التي سنلقى الضوء عليها هي:

- أول وسيلة تنظيم أسرة قد تم استعمالها.
- عدد الأطفال عند الاستعمال الأول لوسائل تنظيم الأسرة.
- السبب الرئيسي لاستعمال وسائل تنظيم الأسرة حالياً.
- السبب الرئيسي لعدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة حالياً.
- قرار استعمال وسائل تنظيم الأسرة.

1.3.5 أول وسيلة تنظيم الأسرة قد تم استعمالها:

لقد تبين أن 73.2% من الزوجات في سن (25-49) سنة كان استعمالهن لأول مرة لوسائل مؤقتة لتنظيم الأسرة مقارنة مع 59.7% لفئة الزوجات الشابات و44.2% لفئة الزوجات في سن المراهقة، في حين أن استعمالهن لوسيلة طبيعية لأول مرة كان 25.9% للزوجات في سن (25-49) سنة، مقارنة مع 40.3% للزوجات في سن الشباب و55.9% للزوجات في سن المراهقة. هذه البيانات تعني أن الزوجات الأكبر سناً كن أكثر انفتاحاً وقبولاً على استعمال الوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة، فهل هذا حقيقي؟ الواقع يؤكد بأن الزوجات في سن المراهقة والشباب حالياً كن الأكثر تعليماً وثقافة مقارنة مع الزوجات الأكبر سناً، وهذا يتناقض مع ما أظهرته البيانات السابقة فما تفسير ذلك؟

هذا التناقض ناتج عن طبيعة السؤال الذي وجه إليهن ونظرة كل زوجة إليه، فإذا سألنا زوجة في سن المراهقة عن أول وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة قد تم استعمالها وكانت قبل ذلك قد عرفت ان الرضاعة الطبيعية وكذلك العزل والقذف

الخارجي وفترة الأمان هي أيضا من وسائل تنظيم الأسرة فإنها ستجيب بنعم قد تم استخدام وسيلة لتنظيم الأسرة وهو ما يفسر ارتفاع نسبة الوسائل الطبيعية للزوجات في سن المراهقة، أما نفس السؤال للزوجة الأكبر سناً (25- 49 سنة) فانه عند سماعها للسؤال سوف يتبادر الى ذهنها مباشرة إن وسائل تنظيم الأسرة هي الوسائل المؤقتة المتعارف عليها بين الناس والتي ربما تكون قيد الاستعمال لديها، لذا فان تفكيرها سوف يقودها في الغالب الى أول وسيلة مؤقتة قد تم استخدامها، ولا ننسى البعد الزمني بين الاستخدام الأول والوقت الحالي للزوجة، بالطبع هناك زوجات سوف يتذكرن ذلك وان بعدت بهن السنون. والخلاصة فإننا نعتقد بأن ما أدلت به الزوجات في سن المراهقة بخصوص أول وسيلة هو الأقرب الى الواقع وإلا كيف يمكن أن نفسر أن الأم كانت اكثر إقبالا وما زالت على الوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة من ابنتها التي كان اعتمادها الأول في السمع عن وسائل تنظيم الأسرة من الأقارب والأصدقاء (46.1%)!

2.3.5 عدد الأطفال عند الاستعمال الأول لوسائل تنظيم الأسرة:

12.1% من الزوجات في سن المراهقة قد بدأت استعمال وسائل تنظيم الأسرة قبل الإنجاب مقارنة ب6.2% للزوجات في سن الشباب و1.8% للزوجات في سن 25- 49 سنة. وهذا أيضا دليل آخر على أن الأجيال الحديثة من الزوجات كن بالفعل اكثر إقبالا على استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

جدول 53: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة عند الإستخدام الأول لوسائل تنظيم الأسرة حسب عدد الأطفال، 2000

عدد الأطفال	الزوجات في سن المراهقة	الزوجات الشابات	الزوجات 25- 49 سنة
بدون اطفال	12.1	6.2	1.8
طفل واحد	68.0	46.4	22.2
طفلان	18.3	30.0	20.9
ثلاثة اطفال فاكثر	1.6	17.4	55.1
المجموع	100.0	100.0	100.0
المتوسط والانحراف			
متوسط عدد الأطفال	1.1	1.6	3.3
الانحراف المعياري	0.60	0.939	2.453

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول السابق يتبين ان هناك توجهها لدى الزوجات في سن المراهقة وسن الشباب لاستعمال وسائل تنظيم الأسرة في وقت مبكر من حياتهن الإنجابية، فقد بلغ متوسط عدد الأطفال لدى الزوجات في سن المراهقة عند استعمال وسائل تنظيم الأسرة لأول مرة 1.1 طفل مقارنة مع 1.6 طفل للزوجات الشابات و3.3 طفل للزوجات في سن (25-49) سنة، وعند اختبار الفروق بين هذه المتوسطات تبين أنها فروق ذات دلالة إحصائية، مما يتيح لنا الاستنتاج السابق.

وعند دراسة عدد الذكور وعدد الإناث كل على حده، لدى الزوجات عند استعمال وسائل تنظيم الأسرة لأول مرة تبين أن 52.0% من الزوجات في سن المراهقة مقارنة مع 34.0% للزوجات في سن الشباب و17.7% للزوجات في سن 25- 49 سنة قد بدأت في استخدام الوسائل قبل انجاب ذكور، وقد بلغ متوسط عدد الأطفال الذكور للزوجات في سن المراهقة 0.53 ذكر مقارنة مع 0.88 ذكر للزوجات في سن الشباب و1.7 ذكر للزوجات في سن (25-49) سنة.

أما عن الأطفال الإناث فقد بلغ المتوسط للزوجات في سن المراهقة 0.57 أنثى مقارنة مع 0.74 أنثى للزوجات الشاباات 1.74 أنثى للزوجات في سن (25-49) سنة. وعند اختبار الفروقات بين هذه المتوسطات تبين انها ايضا ذات دلالة إحصائية هذا التفصيل يؤكد ما خلصنا اليه من ان هناك توجهها ايجابيا متناميا لدى الزوجات خاصة الاجيال الحديثة منهن في الاستخدام المبكر لوسائل تنظيم الأسرة وقبل التورط في انجاب عدد اكبر من الأطفال حيث يظهر ذلك لدى الزوجات في فئات العمر 25- 49 سنة فان الاتجاه الى استعمال الوسائل ناتج عن رغبة في التوقف عن الإنجاب بعد إنجاب عدد كبير من الأطفال (نسبة الزوجات في الفئة العمرية 25- 49 سنة اللاتي قد بدأن في استعمال وسائل تنظيم الأسرة بعد إنجاب الطفل الرابع بلغت 36.2% منهن).

3.3.5 السبب الرئيسي لاستعمال وسائل تنظيم الأسرة حاليا:

أجمعت الزوجات في مختلف الفئات العمرية على أن قناعتهم وارتياحهم من الوسيلة المستعملة كان السبب الرئيسي للاستعمال (81.8% للزوجات في سن المراهقة، 76.5% للزوجات في سن الشباب، 77.8% للزوجات في سن (25- 49 سنة)، ولم يكن للعامل الاقتصادي والمتمثل برخص أو ارتفاع ثمن الوسيلة اي تأثير يذكر كسبب من اسباب الاستعمال.

4.3.5 السبب الرئيسي لعدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة حاليا:

بخصوص الزوجات اللاتي لا يستخدمن وسائل لتنظيم الأسرة حاليا، اجمعت الزوجات في سن المراهقة وسن الشباب على ان السبب الرئيسي لعدم الاستعمال الحالي هو الرغبة في الإنجاب (88.4% للزوجات في سن المراهقة، 79.3% للزوجات في سن الشباب)، في حين تشتت أسباب عدم الاستعمال للزوجات في سن (25- 49) سنة بين العديد من الأسباب.

جدول 54: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب سبب عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة، 2000

السبب لعدم الاستعمال الحالي للوسائل	الزوجات في سن المراهقة	الزوجات في سن الشباب	الزوجات في سن 25-49 سنة
الرغبة في الإنجاب	88.4	79.3	55.7
الآثار الجانبية	5.2	8.7	23.1
الزوج غير موافق	3.1	8.8	8.1
عدم الارتياح للوسيلة	0.5	3.0	7.0
يتعارض مع المعتقدات الدينية	0.5	0.2	3.1
معارضة الزوجة لتنظيم الأسرة	0.9	-	1.4
التكلفة المرتفعة	-	-	0.5
معارضة الأقارب	1.4	-	0.2
صعوبة الحصول على الوسيلة	-	-	0.2
غير مبين	0	0	0.7
المجموع	100.0	100.0	100.0

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من دراسة الجدول السابق نلاحظ ان تأثير معارضة الأقارب وارتفاع التكلفة وصعوبة الحصول على الوسائل ومعارضة الزوجة نفسها، جميع هذه الأسباب أصبحت ذات تأثير محدود جدا (2.6%) على الزوجات في الفئة العمرية (25-49) سنة، والزوجات في سن المراهقة 2.3%، ولا تأثير لها إطلاقا على الزوجات في سن الشباب.

ايضا نلاحظ أن سبب (عدم الارتياح للوسيلة) قد بدأ في التراجع (7.0% للزوجات في سن 25-49 سنة لينخفض الى 3.0% للزوجات في سن الشباب، لينخفض الى 0.5% للزوجات في سن المراهقة).

5.3.5 قرار استعمال وسائل تنظيم الأسرة:

جدول 55: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب صاحب القرار الخاص باستعمال وسائل تنظيم الأسرة، 2000

من بيده القرار	الزوجات في سن المراهقة %	الزوجات في سن الشباب %	الزوجات 25-49 سنة %
الزوجان معا	80.0	76.9	72.7
الزوج	13.9	12.4	11.4
الزوجة	4.4	9.8	15.4
الحماة	1.7	0.8	0.2
غير مبين	0	0.1	0.3
المجموع	100.0	100.0	100.0

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

والجدول السابق يعكس الواقع في مجتمعنا، ففي بداية الحياة الزوجية يكون قرار تنظيم الأسرة من القرارات الصعبة خاصة اذا لم يكن هناك انجاب، وبالتالي فان قوة الزوجة في التأثير في هذا القرار تكون ضعيفة ومحدودة نوعا ما ويكون للزوج قوة اكبر وكذلك للحماة التي ترغب في أن ترى أحفادها، وترغب في اختبار الخصوبة والإنجاب لزوجة ابنها، وفي مرحلة الشباب تكون الزوجة قد بدأت في الإنجاب وعندها تبدأ قوة تأثيرها في القرار تزداد وهذا يأتي على حساب قوة الزوج والحماة، وفي مرحلة 25-49 سنة تكون الزوجة قد أنجبت عددا اكبر من الأطفال وتكون قد بدأت تشعر بتقل المسؤولية في تربيتهم وتعليمهم، وبدأت تعاني اكثر من الرجل (في مجتمعنا فان مشاركة الرجل للمرأة في تحمل أعباء إدارة المنزل وتربية الأطفال ما زال محدودا) وهنا نجد أنها تسعى الى تنظيم الأسرة، ويصبح القرار غالبا بيدها بدرجة اكبر من الرجل ويبدأ نفوذ الحماة في التلاشي. أما عن القرار بيد الزوجين معا فهي في جزء كبير منها إجابة مهذبة عن أن القرار بيد الرجل أو بيد غيرهما. من ملاحظتنا الميدانية إن للعنصر الاقتصادي دور في هذه القرارات وان لم يكن له ظهور ملموس يمكننا من قياس اثره، وهو من العناصر الواجب التركيز عليها في الدراسات المستقبلية لموضوع تنظيم الأسرة خاصة مع فئة الذكور.

تفضيلات الإنجاب والرعاية أثناء الحمل والولادة

في هذا الفصل سوف نتناول موضوع الإنجاب ورعاية الأم من منظورين، الأول تفضيل الإنجاب وفترات التباعد المرغوبة بين الولادات وكذلك العدد المثالي لعدد الأطفال المرغوب فيهم، وكل ذلك من وجهة نظر الزوجات، والثاني الممارسة الفعلية للرعاية أثناء الحمل والولادة والرضاعة الطبيعية من خلال ما تم تطبيقه في آخر ولادة تمت للزوجات المبحوثات ومن واقع ما أفادت به الزوجات أيضا.

ولقد تم تناول تفضيلات الإنجاب وفترات التباعد المرغوبة من واقع دراسة بيانات المسح الصحي 2000 للنساء المتزوجات في المرحلة الانجابية، اما بيانات الممارسة الفعلية للرعاية أثناء الحمل والرضاعة الطبيعية فقد تم الاعتماد على بيانات برنامج الزيارات المنزلية المنفذ في العام 2000 لصالح وزارة الصحة والمشار إليه في الفصل الرابع من هذه الدراسة.

وحيث أننا قد قسمنا الزوجات في مرحلة الخصوبة (15-49 سنة) الى ثلاث مجموعات هي مجموعة الزوجات في سن المراهقة (15-19 سنة)، ومجموعة الزوجات في سن الشباب (20-24 سنة)، ومجموعة الزوجات في سن (25-49) سنة، فاننا في هذا الفصل سوف نستعرض المواضيع الاربعة التالية مع فئة الزوجات في سن المراهقة وفئة الزوجات في سن الشباب بشيء من التفصيل، ثم نستعرض موجزا مقارنا بين الفئات الثلاث، وهذه المواضيع هي:

1. تفضيلات الإنجاب.
2. الرعاية أثناء الحمل الاخير.
3. الرعاية أثناء الولادة الأخيرة.
4. ممارسة الرضاعة الطبيعية.

1.6 الزوجات في سن المراهقة:

1.1.6 تفضيل الإنجاب للزوجات في سن المراهقة:

- تبين ان 37.8% من الزوجات في سن المراهقة كن حوامل عند اخذ البيان في العام 2000، توزعن كالتالي: 38.0% في محافظات الضفة الغربية مقابل 37.7% في محافظات قطاع غزة. وعند اختبار هذه العلاقة تبين انها غير داله احصائيا.

- 50.1% من الزوجات كان لهن أولاد على قيد الحياة عند اخذ البيان (57.8% في الضفة الغربية مقابل 38.5% في قطاع غزة)، وقد تبين أن هذا الاختلاف ذو دلالة احصائية، ويعنى ان الزوجات في سن المراهقة في الضفة الغربية كن الاسرع في الإنجاب من نظرائهن في قطاع غزة وهو ما اكدته بيانات الجدول 46 والذي يبين زيادة الرغبة لدى الزوجات في قطاع غزة في الإنجاب والذي كان سببا لعدم استخدام الوسائل حاليا.

- وعند سؤال الزوجات إن كان لهن الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال كان الجدول التالي:

جدول 56: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال والمنطقة، 2000

المنطقة			الرغبة في انجاب المزيد
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
87.2	92.4	83.8	لديهين الرغبة في انجاب المزيد
10.2	5.7	13.6	عدم الرغبة
2.0	1.9	2.1	القرار ليس بيدها
0.6	-	0.5	لم تقرر بعد/لا تعرف
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

والجدول السابق يفسر العلاقة التي ظهرت في البند السابق، حيث ان الزوجات في محافظات قطاع غزة كن الاقل انجابا، فقد ظهر في الجدول السابق مدى اصرارهن ورغبتهن في انجاب المزيد (92.4% في قطاع غزة مقابل 83.8% في الضفة الغربية)، وهي علاقة ذات دلالة إحصائية كما اثبت الاختبار، وهو فرق يبين مدى الرغبة للمزيد من الإنجاب لدى الزوجات في سن المراهقة وخاصة الزوجات في قطاع غزة.

وعند سؤال الزوجات عن المدة التي يرغبن في انتظارها من الآن وحتى الإنجاب التالي، أو من بعد الولادة من الحمل الحالي (للزوجات الحوامل)، حصلنا على الجدول التالي:

جدول 57: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب المدة المرغوبة للتباعد بين الولادات والمنطقة، 2000

المنطقة			المدة المرغوبة
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
73.5	75.1	72.3	أقل من سنتين
20.4	17.6	22.3	سنتان فأكثر
6.1	7.3	5.4	لا اعرف
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وعن اختبار العلاقة تبين ايضا ان الاختلاف ذو دلالة احصائية، ويعنى ان معظم الزوجات في سن المراهقة كن اقل انتظارا للحصول على الحمل التالي (73.5%)، بالخصوص في محافظات قطاع غزة، وهو ايضا ما يمكن تفسيره بانخفاض نسبة الزوجات اللاتي لديهن أطفال في محافظات غزة، وكما سبق وبيننا بارتفاع نسبة الراغبات منهن في الانجاب.

أما عن العدد المثالي للأطفال الذي تفضل أن تنجبه المرأة طوال حياتها الإيجابية، فقد أفادت 51.5% من الزوجات بأن العدد المثالي للأطفال هو 4 أطفال (54.6% في محافظات الضفة الغربية مقابل 46.4% في قطاع غزة).

جدول 58: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب العدد المثالي للأطفال (ذكور واثاث) تبعا لرأي الزوجة والمنطقة، 2000

المنطقة			العدد المثالي للأطفال
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
1.4	0.4	2.0	طفل واحد
15.1	13.9	15.9	طفلان
7.3	9.7	5.8	ثلاثة اطفال
51.5	46.4	54.6	أربعة اطفال
24.7	29.6	21.6	خمسة اطفال واكثر
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول يتبين أن واحدة من كل اربع زوجات في سن المراهقة تعتقد ان العدد المثالي للأطفال هو 5 اطفال او اكثر علما بأن المتوسط الحسابي للعدد المثالي للأطفال بلغ 3.8 طفلا وبانحراف معياري 1.01 طفل.

هذه المعدلات تظهر الى أي مدى الصعوبة التي تواجهها خطط تنظيم الأسرة وبالتالي السياسات السكانية للحد من الخصوبة الكلية للمجتمع، وخطورة هذا التوجه انه يصدر عن زوجات في سن المراهقة أي في بداية حياتهن الانجابية، فاذا كان هذا الرأي يدل على اعتقاد حقيقي لديهن فنحن أمام قضية جديرة بالمناقشة وإيجاد الحلول لها. وعند سؤال الزوجات عن الذي يتخذ القرار بتحديد عدد الأبناء في الأسرة (من بيده القرار) حصلنا على الجدول التالي:

جدول 59: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب صاحب القرار في تحديد عدد الأبناء والمنطقة، 2000

المنطقة			صاحب القرار
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
5.7	6.9	4.8	الزوجة
15.4	19.6	12.6	الزوج
78.9	73.5	82.6	الزوج والزوجة
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

ومع قناعة الباحثان ان هذا السؤال التقليدي في برامج تنظيم الأسرة لا يعكس الواقع الفلسطيني، وان اختيار الزوج والزوجة معا ما هو الا قناع يخفي الواقع، حيث ان قرار بهذا الخصوص هو اكثر تعقيدا من هذه الاجابات المبسطة، يؤثر فيه الوضع الاقتصادي للأسرة، وكذلك الوضع الاجتماعي والسياسي، وهي عناصر هامة تغيب كثيرا في الأبحاث والدراسات ذات العلاقة، إلا أن الجدول السابق يظهر لنا أهمية مشاركة الزوج وإشراكه في هذه القضية إذا ما أريد إيجاد حلول منطقية وعملية لها.

2.1.6 الرعاية أثناء الحمل الأخير للزوجات في سن المراهقة:

- عند سؤال الزوجات عن زيارتهن لعيادات رعاية الحمل خلال حملهن الأخير، تبين ان 92.2% من الزوجات قمن بزيارة العيادات المذكورة (92.6% في محافظات الضفة الغربية، 91.8% في محافظات قطاع غزة). وعند اختبار العلاقة السابقة تبين ان الاختلاف الظاهر لم يكن له دلالة احصائية.
- وعند سؤال مجموعة الزوجات في سن المراهقة اللاتي قمن بالزيارة عن عدد الزيارات الفعلي التي تمت خلال فترة الحمل السابقة، تبين ان متوسط عدد الزيارات 7.6 زيارة وبانحراف معياري 3.76 زيارة، الجدول التالي يفصل:

جدول 60: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب عدد مرات الزيارة لعيادات رعاية الحوامل خلال حملهن الأخير والمنطقة، 2000

المنطقة			عدد مرات الزيارة
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
9.2	11.7	6.5	1-3 مرات
36.8	53.4	19.3	4-6 مرات
31.9	28.4	35.8	7-9 مرات
22.1	6.5	38.4	10 مرات فأكثر
100.0	100.0	100.0	المجموع
المتوسط والانحراف			
7.6	5.9	9.3	المتوسط
3.76	2.23	4.27	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول السابق يتبين ان الزوجات في سن المراهقة في محافظات الضفة الغربية كن الاكثر ترددا وزيارة لعيادات رعاية الحمل من نظرائهن في قطاع غزة (متوسط عدد الزيارات في الضفة الغربية بلغ 9.3 مرة مقارنة مع 5.9 مرة في قطاع غزة)، وعند اختبار هذه العلاقة وكذلك الفرق بين المتوسطات تبين أن هذا الفرق ذو دلالة إحصائية مما يتيح لنا الاستنتاج السابق.

وعند سؤال الزوجات في سن المراهقة إن كن قد تعرضن لأية مضاعفات حمل خلال حملهن الأخير، أفادت 14.4% منهن بنعم (لا فرق في النسبة بين الضفة الغربية وقطاع غزة)، وكانت أهم المضاعفات اللاتي تعرضن لها فقر الدم (Anemia) وذلك بنسبة 49.7%، ثم تسم الحمل (Eclampsia) بنسبة 21.6%، ثم النزيف المفاجئ (Sudden Bleeding) بنسبة 12.4%، ثم استسقاء امينو (Amniotic Edema) بنسبة 11.1%.

هل كانت هناك علاقة بين زيارة عيادات رعاية الحوامل والتعرض للمضاعفات اثناء الحمل (الحمل الأخير للزوجات في سن المراهقة)؟

جدول 61: نسبة الزوجات في سن المراهقة (في الضفة الغربية وقطاع غزة) حسب زيارة عيادة رعاية الحمل والتعرض للمضاعفات أثناء الحمل الاخير، 2000

مضاعفات الحمل			زيارات العيادات
الإجمالي	لا	نعم	
91.7	78.2	13.5	نعم
8.3	7.5	0.8	لا
100.0	85.7	14.2	الإجمالي

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وعند اختبار العلاقة السابقة، تبين عدم وجود علاقة اقتران بين زيارة عيادة رعاية الحوامل والمضاعفات أثناء الحمل ($P=0.22$)، وهو ما يعني أن الزوجات سواء زرن عيادات رعاية الحمل أو لم يزرن كن معرضات بنفس القدر للمضاعفات أثناء الحمل، وهذا الاستنتاج والذي يتعارض مع منطق الوقاية من المرض قبل التعرض له قادنا الى دراسة نوعية هذه المضاعفات التي تعرضت لها كلتا الزوجتين، وتبين أن الزوجات اللاتي لم تزر العيادات قد تعرضت لتسمم الحمل بنسبة 44.4% منهن مقارنة مع 20.4% من الزوجات اللاتي قد زارت العيادات، وان 22.2% من الزوجات اللاتي لم تزر العيادات تعرضت للنزيف المفاجئ مقارنة مع 12.0% للزوجات اللاتي قد زرن العيادات، وان 11.1% من الزوجات اللاتي لم تزر العيادات تعرضن لما يعرف بالإجهاض المنذر مقابل 4.2% للزوجات اللاتي قد زرن العيادات، وان 22.2% من الزوجات اللاتي لم يزرن العيادات تعرضن لفقر الدم مقابل 50.7% للزوجات اللاتي قد زرن. وهذا يفسر كثيرا من العلاقة السابقة، فمن الملاحظ انه في عيادات رعاية الحمل يكون هناك تركيز كبير على إعطاء الحامل (الحديد) في مرحلة متوسطة من مراحل الحمل وحتى نهايته كوسيلة من وسائل الوقاية من فقر الدم. وأخيرا هناك نوع من المضاعفات، ما يعرف باستسقاء امينوس وهنا نجد أن الزوجات اللاتي لم تزر العيادات لم تتعرض إطلاقا لهذه المضاعفات في حين أن هناك 12.0% من الزوجات اللاتي قد زرن العيادات تعرضن له، وتفسير ذلك ربما يعود الى أن الزوجات اللاتي لم تزرن العيادات كن أصلا لا يعرفن هذه النوع من المضاعفات وربما لم يسمعن به اطلاقا، ولذلك لم يستطعن تشخيصه حتى وان تعرضن له وهو المتوقع، أما الزوجات اللاتي زرن العيادات فهن غالبا قد سمعن هذا التشخيص من الأطباء أو من الكوادر الصحية الأخرى كالمقابلات مثلا وبالتالي عند السؤال عنه كانت إجابتهن اكثر واقعية.

3.1.6 الرعاية أثناء الولادة الأخيرة للزوجات في سن المراهقة:

عند سؤال الزوجات إذا ما تعرضن لمضاعفات أثناء الولادة الأخيرة، 14.5% منهن تعرضن بالفعل لمضاعفات أثناء الولادة الأخيرة (18.9% في الضفة الغربية مقابل 10.4% في قطاع غزة)، والاختلاف الظاهر هنا له دلالة احصائية، ويعنى ان الزوجات في الضفة الغربية كن الاكثر تعرضا للمضاعفات اثناء الولادة الاخيرة. وعند سؤال الزوجات اللاتي تعرضن لهذه المضاعفات عن هذه المضاعفات أفادت 40.3% منهن بتعرضهن لمضاعفات طول مدة الحمل (Duration of labor)، (في الضفة الغربية 26.8% مقابل 63.2% في قطاع غزة)، ثم أوضاع غير طبيعية للجنين 16.9% (20.6% في الضفة الغربية مقابل 10.6% في قطاع غزة)، ثم ما يعرف بتمزق العجان (Perinial Tear) بنسبة 16.9% (في الضفة الغربية 20.6% مقابل 10.5% في قطاع غزة). أما عن نوع الولادة الاخيرة، الجدول التالي يفصل:

جدول 62: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب نوع الولادة الاخيرة والمنطقة، 2000

المنطقة			نوع الولادة الاخيرة
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
93.1	94.3	91.8	طبيعية *
6.9	5.7	8.2	قيصرية
100.0	100.0	100.0	المجموع

*الولادة الطبيعية تشمل ايضا الولادة باستخدام الشفط والملقط والتوسيع.

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من دراسة العلاقة السابقة تبين أن الاختلاف الظاهر بين نوعية الولادات في الضفة الغربية وقطاع غزة هو اختلاف ذو دلالة احصائية، مما يتيح لنا الاستنتاج بان الزوجات في سن المراهقة في الضفة الغربية كن الاكثر ولادة باستخدام الجراحة القيصرية من نظرائهن في قطاع غزة.

أما عن المكان الذي تمت فيه الولادة الأخيرة، 48.7% من الزوجات أفدن بأن الولادة تمت في إحدى المستشفيات أو احد المراكز الحكومية (39.1% في الضفة الغربية مقابل 57.8% في قطاع غزة)، وان 48.6% من الزوجات أفدن بأن الولادة تمت في إحدى المستشفيات أو العيادات الخاصة (58.0% في الضفة الغربية مقابل 39.9% في قطاع غزة)، فقط 1.6% من الزوجات في سن المراهقة أفدن بأن الولادة قد تمت في المنزل (2.9% في الضفة الغربية مقابل 0.4% في قطاع غزة).

نظرا لأهمية الولادة الاولى وتأثيرها في الولادات التالية لها كان من المفيد ان نلقى الضوء على نوعية الولادة الاولى للزوجات وعمر الزوجة عند تلك الولادة.

جدول 63: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب العمر عند الولادة الأولى والمنطقة، 2000

المنطقة			العمر عند الولادة الاولى
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
3.4	5.3	1.4	15 سنة او اقل
14.9	14.9	15.0	16 سنة
24.6	24.1	25.1	17 سنة
31.4	29.3	33.5	18 سنة
25.7	26.4	25.0	19 سنة
100.0	100.0	100.0	المجموع
المتوسط والانحراف			
17.6	17.5	17.7	متوسط السن
1.26	1.31	1.2	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وعند اختبار هذا الفرق الظاهر بين المتوسطات، وكذلك العلاقة بين السن عند الولادة الاولى والمنطقة الجغرافية تبين ان هذه العلاقة ذات دلالة احصائية، وهو ما يتيح لنا الاستنتاج بان الزوجات في سن المراهقة في الضفة الغربية يبدأن في الانجاب في سن اكبر من نظرائهن في قطاع غزة (متوسط السن للزوجات في الضفة الغربية بلغ 17.7 سنة مقارنة

مع 17.5 سنة في قطاع غزة). لاحظ انه في نفس الوقت كان هنا 57.8% من الزوجات في سن المراهقة في الضفة الغربية مقابل 38.5% في قطاع غزة لهن أولاد على قيد الحياة عند اخذ البيان، وهذا يعني انه في الوقت الذي تتزوج فيه الاناث في سن المراهقة في قطاع غزة في سن اقل من نظرائهن في الضفة الغربية إلا أنه وقبل خروجهن من هذه الفئة العمرية تكون نسبة الزوجات في الضفة الغربية اللاتي ينجبن اكبر، وربما يفسر هذا تأخر الإنجاب لدى بعض الإناث اللاتي يتزوجن في سن مبكرة جدا ولفحص هذه الظاهرة بشكل أدق يتطلب الأمر دراسة معدل وفيات الأطفال بحسب سن الام وكذلك معدل الاجهاض للأمهات في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة لتأكد من حقيقة "الأطفال على قيد الحياة" وهو ما لم يتوفر لدينا. أما عن نوع الولادة الأولى للزوجات في سن المراهقة، الجدول التالي يفصل.

جدول 64: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب نوع الولادة الأولى والمنطقة، 2000

نوع الولادة الاولى	المنطقة	
	قطاع غزة	الضفة الغربية
طبيعية	95.6	92.4
قيصرية	4.4	7.6
المجموع	100.0	100.0

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وهنا ايضا العلاقة ذات دلالة احصائية، مما يتيح لنا الاستنتاج بأن الزوجات في سن المراهقة في الضفة الغربية كن الاكثر ولادة باستخدام الجرحه القيصرية في ولادتهن الاولى من نظرائهن في قطاع غزة.

4.1.6 الرضاعة الطبيعية والزوجات في سن المراهقة:

عند سؤال الزوجات إن كن يرضعن الطفل الحالي، 97.9% منهن اجبن بنعم (97.7% في الضفة الغربية مقابل 98.2% في قطاع غزة)، والعلاقة غير دالة احصائية أي لا اختلاف حقيقي بين الممارسة الحالية للرضاعة الطبيعية للزوجات في سن المراهقة في الضفة الغربية وقطاع غزة. أما عن الزوجات اللاتي قد أفدن بعدم ممارسة الرضاعة الطبيعية للطفل الحالي، 37.5% منهن ارجعن السبب الى مشاكل صحية يواجهنها، وأيضا 37.5% منهن ارجعن السبب لمشاكل تواجه الأطفال أنفسهم، فقط 4.2% منهن ارجعن السبب للرجبة في الإنجاب.

2.6 الزوجات في سن الشباب:

1.2.6 تفضيل الإنجاب للزوجات في سن الشباب:

- تبين أن 25.3% من الزوجات في سن الشباب كن حوامل عند اخذ البيان في العام 2000، توزعن كالتالي: (26.6% في محافظات الضفة الغربية مقابل 23.2% في محافظات قطاع غزة). وعند اختبار هذه العلاقة تبين انها دالة احصائيا.

- 86.0% من الزوجات كان لهن أولاد على قيد الحياة عند اخذ البيان (86.2% في الضفة الغربية مقابل 85.7% في قطاع غزة)، وقد تبين أن هذا الاختلاف ذو دلالة احصائية، مما يعني ان الزوجات في سن الشباب في محافظات الضفة الغربية، ومع طول مدة الحياة الزوجية ما زلن يتقدمن على نظرائهن في محافظات قطاع غزة ويبدو ان طول مدة الحياة الزوجية قد قلص الفارق في المعدل الى اقل من نصف درجة مئوية بعد أن كان 19.3 درجة في فئة الزوجات في سن المراهقة لصالح الزوجات في الضفة الغربية. وعند سؤال الزوجات أن كان لهن الرجبة في إنجاب المزيد من الأطفال كان الجدول التالي:

جدول 65: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال والمنطقة، 2000

المنطقة			الرغبة في انجاب المزيد
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
74.1	84.1	68.5	الرغبة في انجاب المزيد
24.3	14.1	30.1	عدم الرغبة
0.9	0.9	1.0	القرار ليس بيدها
0.7	0.9	0.4	لم تقرر بعد/لا تعرف
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وعند اختبار العلاقة السابقة تبين انها ذات دلالة احصائية، وهو فرق حقيقي يبين مدى الرغبة للمزيد من الانجاب لدى الزوجات في سن الشباب وخاصة الزوجات في قطاع غزة.

وعند سؤال الزوجات عن المدة التي يرغبن في انتظارها من الآن وحتى الإنجاب التالي، أو من بعد الولادة من الحمل الحالي (للزوجات الحوامل)، حصلنا على الجدول التالي:

جدول 66: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب المدة المرغوبة للتباعد بين الولادات والمنطقة، 2000

المنطقة			المدة المرغوبة
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
62.0	66.3	59.0	اقل من سنتين
34.8	29.8	38.2	سنتان فاكتر
3.2	3.9	2.8	لا اعرف
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وعن اختبار العلاقة تبين ان الاختلاف ذو دلالة احصائية، مما يعني ان معظم الزوجات في سن الشباب كن اقل انتظارا للحصول على الحمل التالي (62.0%).

أما عن العدد المثالي للأطفال الذي تفضل ان تنجبه المرأة طوال حياتها الانجابية، فقد أفادت 49.4% من الزوجات بأن العدد المثالي للأطفال هو 4 أطفال (53.6% في محافظات الضفة الغربية مقابل 41.9% في قطاع غزة).

جدول 67: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب العدد المثالي للاطفال (ذكور واثاث) اعتمادا على رأي الزوجة والمنطقة، 2000

المنطقة			العدد المثالي للاطفال
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
1.0	1.2	0.8	طفل واحد
14.4	12.1	15.7	طفلان
8.8	8.0	9.3	ثلاثة اطفال
49.4	41.9	53.6	أربعة اطفال
26.4	36.8	20.6	خمسة اطفال فأكثر
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول يتبين أن 26.4% من الزوجات في سن الشباب يعتقدن ان العدد المثالي للاطفال هو 5 اطفال او اكثر علما بأن المتوسط الحسابي للعدد المثالي للاطفال المرغوب في انجابهم بلغ 3.9 طفلا وبانحراف معياري 0.993 طفل.

وكما أسلفنا في فئة الزوجات في سن المراهقة فان هذه المعدلات ايضا تظهر الى أي مدى الصعوبة التي تواجهها خطط تنظيم الأسرة وبالتالي السياسات السكانية للحد من الخصوبة الكلية للمجتمع، وخطورة هذا التوجه انه يصدر عن زوجات في سن الشباب، فاذا كان هذا الرأي يدل على اعتقاد حقيقي لديهن فنحن أمام قضية جديرة بالمناقشة وإيجاد الحلول لها. وعند سؤال الزوجات من بيده القرار بتحديد عدد الأبناء في الأسرة، حصلنا على الجدول التالي:

جدول 68: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب صاحب القرار في تحديد عدد الأبناء والمنطقة 2000

المنطقة			صاحب القرار في تحديد عدد الأبناء
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
13.8	15.9	12.6	الزوج
4.5	2.1	5.8	الزوجة
78.1	77.8	78.2	الزوج والزوجة
3.6	4.2	3.4	آخريين
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

2.2.6 الرعاية اثناء الحمل للأخير للزوجات في سن الشباب:

عند سؤال الزوجات في سن الشباب عن زيارتهن لعيادات رعاية الحمل خلال حملهن الاخير، تبين ان 88.7% من الزوجات زرن العيادات المذكورة (89.9% في محافظات الضفة الغربية، 87.4% في محافظات قطاع غزة). وعند اختبار العلاقة السابقة تبين ان لها دلالة احصائية مما يتيح لنا الاستنتاج بأن الزوجات في سن الشباب في الضفة الغربية كن الاكثر زيارة لعيادات رعاية الحوامل خلال حملهن الاخير.

وعند سؤال مجموعة الزوجات في سن الشباب عن عدد الزيارات التي تمت خلال فترة الحمل السابقة، تبين أن متوسط عدد الزيارات 7.2 زيارة وبانحراف معياري 3.88 زيارة، الجدول التالي يبين التفاصيل.

جدول 69: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب عدد مرات الزيارة لعيادات رعاية الحوامل خلال حملهن الاخير والمنطقة، 2000

المنطقة			عدد مرات الزيارة لعيادات رعاية الحوامل
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
12.5	16.3	9.1	1-3 مرات
37.1	52.8	23.0	4-6 مرات
28.8	25.5	31.8	7-9 مرات
21.6	5.4	36.1	10 مرات فأكثر
100.0	100.0	100.0	المجموع
			المتوسط والانحراف
7.2	5.6	8.7	المتوسط
3.88	2.40	4.36	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وكما لاحظنا مع الزوجات في سن المراهقة نجد ان التوجة ما زال كما هو وان الزوجات في محافظات الضفة الغربية كن الاكثر ترددا لعيادات رعاية الحمل من نظرائهن في قطاع غزة (متوسط عدد الزيارات في الضفة الغربية بلغ 8.7 مرة مقارنة مع 5.6 مرة في قطاع غزة)، وعند اختبار هذه العلاقة وكذلك الفرق بين المتوسطات تبين أن هذا الفرق ذو دلالة إحصائية مما يتيح لنا الاستنتاج السابق.

وعند سؤال الزوجات في سن الشباب إن كن قد تعرضن لأية مضاعفات حمل خلال حملهن الأخير، أفادت 16.7% منهن بنعم (15.5% في الضفة الغربية مقارنة مع 17.9% في قطاع غزة)، وعند اختبار هذه العلاقة تبين ان الفرق الظاهر كان ذو دلالة احصائية. وكانت أهم المضاعفات اللاتي تعرضن لها فقر الدم (Anemia) وذلك بنسبة 52.1%، ثم النزيف المفاجئ (Sudden Bleeding) بنسبة 14.7%، ثم تسمم الحمل (Eclampsia) بنسبة 12.2%، ثم استسقاء امينوس (Amniotic Edema) بنسبة 11.1%.

هل كانت هناك علاقة بين زيارة عيادات رعاية الحوامل والتعرض للمضاعفات أثناء الحمل (الحمل الاخير للزوجات في سن الشباب)؟

جدول 70: نسبة الزوجات (في الضفة الغربية وقطاع غزة) حسب زيارة عيادة رعاية الحمل والتعرض للمضاعفات أثناء الحمل الأخير، 2000

المنطقة			زيارة العيادات
الإجمالي	لا	نعم	
88.7	73.4	15.3	نعم
11.3	9.9	1.4	لا
100.0	83.4	16.6	الإجمالي

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وعند اختبار العلاقة السابقة، أظهر الاختبار بوجود علاقة اقتران بين زيارة عيادة رعاية الحوامل والمضاعفات أثناء الحمل ($P=0.006$)، وهو ما يعني أن الزوجات كلما زرن عيادات رعاية الحمل كلما كان هناك تشخيص أكثر لمضاعفات الحمل والذي يقوم به متخصصون، أما في الحالة التي لم تزر فيها الزوجة عيادة رعاية الحوامل فقد تم اعتماد ما أدلت به الزوجة بخصوص مضاعفات الحمل والتي في معظمها غير معرفة لديها.

3.2.6 الرعاية أثناء الولادة الأخيرة للزوجات في سن الشباب:

عند سؤال الزوجات في سن الشباب إذا ما تعرضن لمضاعفات أثناء الولادة الأخيرة، تبين أن 11.9% منهن تعرضن بالفعل لمضاعفات أثناء الولادة الأخيرة (15.5% في الضفة الغربية مقابل 8.1% في قطاع غزة)، والفرق الظاهر هنا له دلالة إحصائية ويعني أن الزوجات في الضفة الغربية كن الأكثر تعرضا للمضاعفات أثناء الولادة الأخيرة. وعند سؤال الزوجات اللاتي تعرضن لهذه المضاعفات عن هذه المضاعفات أفادت 32.2% منهن بتعرضهن لمضاعفات طول مدة الحمل (Duration of labor) (في الضفة الغربية 29.5% مقابل 37.7% في قطاع غزة)، يليه النزيف بنسبة 21.4% (19.8% في الضفة الغربية مقابل 24.6% في قطاع غزة)، ثم أوضاع غير طبيعية للجنين 18.3% (16.8% في الضفة الغربية مقابل 21.5% في قطاع غزة)، ثم ما يعرف بتمزق العجان (Perinial Tear) بنسبة 17.3% (في الضفة الغربية 19.4% مقابل 13.4% في قطاع غزة). أما عن نوع الولادة الأخيرة، الجدول التالي يفصل.

جدول 71: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب نوع الولادة الأخيرة والمنطقة، 2000

المنطقة		نوع الولادة الأخيرة
الإجمالي	قطاع غزة	
93.8	95.6	طبيعية *
6.2	4.4	قيصرية
100.0	100.0	المجموع

*الولادة الطبيعية تشمل أيضا الولادة باستخدام الشفط الملقط والتوسيع.

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من دراسة العلاقة السابقة تبين أن الاختلاف الظاهر بين نوعية الولادات في الضفة الغربية وقطاع غزة هو اختلاف ذو دلالة إحصائية، مما يتيح لنا الاستنتاج بأن الزوجات في سن الشباب أيضا كما في سن المراهقة في الضفة الغربية كن الأكثر ولادة باستخدام الجراحة القيصرية من نظرائهن في قطاع غزة.

أما عن المكان الذي تمت فيه الولادة الأخيرة، 46.7% من الزوجات أفدن بأن الولادة تمت في إحدى المستشفيات أو أحد المراكز الحكومية (41.7% في الضفة الغربية مقابل 52.1% في قطاع غزة)، وأن 48.8% من الزوجات أفدن بأن الولادة تمت في إحدى المستشفيات أو العيادات الخاصة (53.4% في الضفة الغربية مقابل 43.8% في قطاع غزة)، 3.0% من الزوجات في سن الشباب أفدن بأن الولادة قد تمت في المنزل (4.7% في الضفة الغربية مقابل 1.0% في قطاع غزة).

نظرا لأهمية الولادة الأولى وتأثيرها على الولادات التالية لها كان لزاما أن نلقى الضوء على نوعية الولادة الأولى للزوجات وعمر الزوجة عند تلك الولادة.

جدول 72: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب العمر عند الولادة الأولى والمنطقة، 2000

المنطقة			العمر عند الولادة الأولى
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
1.8	3.2	0.5	15 سنة أو أقل
5.6	6.5	4.7	16 سنة
11.3	14.5	8.3	17 سنة
13.3	15.5	11.2	18 سنة
68.0	60.3	75.3	19 سنة فأكثر
100.0	100.0	100.0	المجموع
المتوسط والانحراف			
19.6	19.1	20.0	متوسط السن
2.16	2.14	2.10	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وعند اختبار هذا الفرق الظاهر بين المتوسطات، وكذلك العلاقة بين السن عند الولادة الأولى والمنطقة الجغرافية تبين ان هذه العلاقة ذات دلالة احصائية، مما يتيح لنا الاستنتاج بان الزوجات في سن الشباب في الضفة الغربية يبدأن في الانجاب في سن اكبر من نظرائهن في قطاع غزة (متوسط السن للزوجات في الضفة الغربية بلغ 20.0 سنة مقارنة مع 19.1 سنة في قطاع غزة). أما عن نوع الولادة الأولى للزوجات في سن الشباب، الجدول التالي يفصل ذلك.

جدول 73: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب نوع الولادة الأولى والمنطقة، 2000

المنطقة			نوع الولادة الأولى
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
93.8	95.5	92.2	طبيعية
6.2	4.5	7.8	قيصرية
100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وهنا ايضا العلاقة ذات دلالة احصائية، مما يتيح لنا الاستنتاج بأن الزوجات في سن الشباب في الضفة الغربية كن الاكثر ولادة باستخدام الجراحة القيصرية في ولادتهن الأولى من نظرائهن في قطاع غزة.

4.2.6 الرضاعة الطبيعية والزوجات في سن الشباب:

عند سؤال الزوجات إن كن يرضعن الطفل الحالي، 97.7% منهن اجبن بنعم (97.6% في الضفة الغربية مقابل 97.7% في قطاع غزة)، والعلاقة غير دالة احصائية. أما عن الزوجات اللاتي قد أفدن بعدم ممارسة الرضاعة الطبيعية للطفل الحالي، 15.7% منهن ارجعن السبب الى مشاكل صحية يواجهنها، 55.4% منهن ارجعن السبب لمشاكل لدى الأطفال أنفسهم، 18.1% منهن ارجعن السبب لعدم كفاية الحليب، فقط 1.2% منهن ارجعن السبب للرغبة في الإنجاب.

3.6 مقارنة بين الزوجات في مرحلة الخصوبة:

1.3.6 تفضيل الإنجاب للزوجات في مرحلة الخصوبة (المجموعات الثلاث):

عند سؤال الزوجات إن كان لهن الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال كان الجدول التالي:

جدول 74: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب الرغبة في إنجاب المزيد من الأطفال وسن الزوجة، 2000

الرغبة في إنجاب المزيد	سن الزوجة			
	الإجمالي	25-49 سنة	20-24 سنة	15-19 سنة
الرغبة في انجاب المزيد	45.6	33.9	74.1	87.2
عدم الرغبة	53.0	64.8	24.3	10.4
القرار ليس بيدها	0.8	0.7	0.9	2.0
لم تقرر بعد/لا تعرف	0.6	0.6	0.7	0.4
المجموع	100.0	100.0	100.0	100.0

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وعند اختبار العلاقة السابقة تبين أنها علاقة ذات دلالة احصائية، وهو فرق حقيقي يبين مدى الرغبة للمزيد من الانجاب لدى الزوجات في فئات السن الثلاث. ويظهر اثر طول مدة الحياة الزوجية وتأثيره العكسي مع الرغبة في إنجاب المزيد، حيث انه كلما تقدمت السن بالزوجة تكون قد أنجبت اكثر وبالتالي تكون الرغبة في انجاب المزيد اقل.

وعند سؤال الزوجات عن المدة التي يرغبن في انتظارها من الآن وحتى الإنجاب التالي، أو من بعد الولادة من الحمل الحالي (للزوجات الحوامل)، حصلنا على الجدول التالي:

جدول 75: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب المدة المرغوبة للتباعد بين الولادات وسن الزوجة، 2000

المدة المرغوبة	سن الزوجة			
	الإجمالي	25-49 سنة	20-24 سنة	15-19 سنة
أقل من سنتين	64.0	62.8	62.0	73.5
سنتان فأكثر	30.3	30.2	34.8	20.4
لا اعرف	5.7	7.0	3.2	6.1
المجموع	100	100	100	100

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

أما عن العدد المثالي للأطفال الذي تفضل ان تتجبه المرأة طوال حياتها الانجابية، فقد افادت 46.8% من الزوجات بأن العدد المثالي للأطفال هو 4 أطفال. الجدول التالي يفصل ذلك.

جدول 76: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب العدد المثالي للاطفال (ذكور واثاث) تبعاً لرأي الزوجة وسن الزوجة، 2000

سن الزوجة				العدد المثالي للاطفال
الإجمالي	سنة 49-25	سنة 24-20	سنة 19-15	
0.6	0.4	1.0	1.4	طفل واحد
11.5	10.5	14.4	15.1	طفلان
8.0	7.9	8.8	7.3	ثلاثة اطفال
46.8	45.7	49.4	51.5	أربعة اطفال
33.1	35.5	26.4	24.7	خمسة اطفال واكثر
100	100	100	100	المجموع
المتوسط والانحراف				
4.0	4.0	3.9	3.8	متوسط العدد المثالي
0.96	0.94	0.99	1.01	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول يتبين أن زوجة من كل ثلاث زوجات في فترة الخصوبة يعتقدن ان العدد المثالي للاطفال هو 5 اطفال او اكثر، وعند اختبار هذه العلاقة تبين انها ذات دلالة احصائية. وكما أسلفنا في فئة الزوجات في سن المراهقة والشباب فإن هذه المعدلات ايضا تظهر الى أي مدى الصعوبة التي تواجهها خطط تنظيم الأسرة وبالتالي السياسات السكانية للتحكم في الخصوبة الكلية للمجتمع، وخطورة هذا التوجه انه يصدر عن زوجات في المرحلة الانجابية الفعلية، فإذا كان هذا الرأي يدل على اعتقاد حقيقي لديهن فنحن أمام قضية جديرة بالمناقشة وإيجاد الحلول لها. وعند سؤال الزوجات عن الذي يتخذ القرار بتحديد عدد الابناء في الأسرة (من بيده القرار)، حصلنا على الجدول التالي:

جدول 77: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب صاحب القرار بتحديد عدد الأبناء في الأسرة وسن الزوجة، 2000

سن الزوجة				صاحب القرار
الإجمالي	سنة 49-25	سنة 24-20	سنة 19-15	
12.6	12.1	13.7	15.4	الزوج
6.3	6.8	4.5	5.7	الزوجة
70.9	68.4	78.1	78.6	الزوج والزوجة
10.2	12.7	3.7	0.3	آخريين
100	100	100	100	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

نلاحظ هنا ان الأزواج في الاجيال الحديثة (في سن المراهقة والشباب) اصبحوا اكثر حرية وتصرف في اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتهم الانجابية وذلك بانخفاض الاهمية النسبية لتدخل الآخريين في اتخاذ القرار بتحديد عدد الأبناء في الأسرة، والآخريين هنا كانوا الاهل والاقارب والحماة وغير ذلك.

2.3.6 الرعاية اثناء الحمل الاخير للزوجات في مرحلة الخصوبة:

عند سؤال الزوجات عن زيارتهن لعيادات رعاية الحمل خلال حملهن الأخير، تبين ان 87.9% من الزوجات قمن بزيارة عيادات رعاية الحمل (92.2% للزوجات في سن المراهقة، 88.7% للزوجات في سن الشباب، 86.5% للزوجات في السن 25-49 سنة). وعند اختبار هذه العلاقة تبين أنها ذات دلالة إحصائية، وهو يبين زيادة الوعي لدى الزوجات في سن المراهقة مقارنة مع الزوجات الأكبر سناً. وعند سؤالهن عن عدد الزيارات التي تمت بالفعل، تبين أن متوسط عدد الزيارات بلغ 7.2 زيارة خلال مدة الحمل الأخير.

جدول 78: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب عدد الزيارات المنفذة خلال حملهن الأخير وسن الزوجة، 2000

سن الزوجة				عدد مرات الزيارة
الإجمالي	سنة 49-25	سنة 24-20	سنة 19-15	
13.5	15.0	12.5	9.3	3-1 مرات
37.7	38.3	37.1	36.7	6-4 مرات
28.3	27.2	28.8	31.9	9-7 مرات
20.5	19.5	21.6	22.1	10 مرات فأكثر
100	100	100	100	المجموع
المتوسط والانحراف				
7.2	7.0	7.2	7.6	المتوسط
3.94	4.00	3.88	3.76	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

وعند اختبار العلاقة السابقة وكذلك اختبار الفرق بين المتوسطات تبين انها ذات دلالة احصائية، مما يتيح لنا الاستنتاج بان الزوجات في سن المراهقة كن الاكثر زيارة لعيادات رعاية الحمل بشكل عام. وعند سؤالهن إن كن تعرضن لمضاعفات خلال الحمل الأخير، 18.4% منهن اجبن بنعم (14.4% للزوجات في المراهقة، 16.7% للزوجات في سن الشباب، 20.2% للزوجات في سن 25-49 سنة). وبعد اختبار العلاقة السابقة تبين انها ذات دلالة احصائية.

أما عن اكثر أنواع المضاعفات شيوعاً خلال فترة الحمل، الجدول التالي يفصل ذلك:

جدول 79: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة اللاتي قد تعرضن للمضاعفات خلال حملهن الاخير حسب نوع

المضاعفات وسن الزوجة، 2000

سن الزوجة				نوع المضاعفات اثناء الحمل
الإجمالي	سنة 49-25	سنة 24-20	سنة 19-15	
47.5	45.0	52.1	49.7	فقر الدم
17.8	20.1	12.2	21.6	تسمم الحمل
14.4	14.5	14.7	12.4	نزيف مفاجئ
12.2	12.9	11.1	11.1	استسقاء امينوس
5.8	4.5	8.9	4.6	إجهاض منذر
2.3	3.1	1.1	0.7	سكر الحمل
100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

3.3.6 الرعاية اثناء الولادة الأخير للزوجات في مرحلة الخصوبة:

أما عن نوع الولادة الأخيرة، الجدول التالي يفصل:

جدول 80: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب نوع الولادة الأخيرة وسن الزوجة، 2000

نوع الولادة الأخيرة	سن الزوجة		
	19-15 سنة	20-24 سنة	25-49 سنة
طبيعية	93.1	93.8	88.4
قيصرية	6.9	6.2	11.6
المجموع	100	100	100
الإجمالي	90.7	93.8	88.4

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من دراسة العلاقة السابقة تبين ان الاختلاف الظاهر بين نوعية الولادات والفئة العمرية للزوجة هو اختلاف ذو دلالة احصائية، وهو ما يؤيد الاعتقاد بأن الزوجات في السن المبكرة من حياتها الانجابية يكن معرضات اكثر للولادة القيصرية وكذلك الزوجات في السن المتأخرة من حياتها الإنجابية. أما عن المكان الذي تمت فيه الولادة الاخيرة، الجدول التالي يفصل ذلك:

جدول 81: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب مكان الولادة وسن الزوجة، 2000

مكان الولادة	سن الزوجة		
	19-15 سنة	20-24 سنة	25-49 سنة
مركز/ مستشفى حكومي	48.7	46.7	49.9
مركز وكالة الغوث	1.0	1.6	3.2
مركز/ مستشفى خاص	48.7	48.7	42.5
البيت	1.6	3.0	4.4
المجموع	100	100	100
الإجمالي	48.7	46.7	49.9

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

بيانات الجدول تؤيد الاتجاه العام بان الزوجات في الاجيال الحديثة كن اكثر ادراكا ووعيا باهمية الولادة في مراكز توليد متخصصة ومجهزة، وهذا نابج ايضا من زيادة الوعي باهمية الزيارة لعيادات رعاية الحمل والتي بدورها تنمي هذا التوجه لدى الزوجات من خلال التثقيف الصحي وشروط الولادة الأمنة.

نظرا لأهمية الولادة الأولى وتأثيرها على الولادات التالية لها كان لزاما ان نلقى الضوء على نوعية الولادة الاولى للزوجات وعمر الزوجة عند تلك الولادة.

جدول 82: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب العمر عند الولادة الأولى وسن الزوجة، 2000

سن الزوجة				العمر عند الولادة الأولى
الإجمالي	25-49 سنة	20-24 سنة	15-19 سنة	
1.7	1.2	1.8	3.4	15 سنة أو أقل
6.0	4.5	5.6	14.9	16 سنة
11.1	8.5	11.3	24.6	17 سنة
14.0	11.1	13.3	31.4	18 سنة
67.3	74.7	68.1	25.7	19 سنة فأكثر
				المجموع
				المتوسط والانحراف
20.4	21.5	19.6	17.6	متوسط السن
3.64	4.20	2.16	1.26	الانحراف المعياري

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

ملاحظة هامة: إن المقارنة بين المتوسطات وكذلك النسب المئوية في هذا المقام يوقعنا في مصيدة الأرقام الخادعة، لاحظ أن السن عند الولادة لفئة 19 سنة كان للزوجات في سن المراهقة 25.7%، وللشابات كان 68.1%، وللزوجات في سن 25-49 سنة كان 74.7%، وكذلك عند مقارنة السن عند الولادة لفئة 15 سنة فاقل نجد أن الزوجات في سن 15-19 سنة والذي تبين أنهن تزوجن بسن أكبر من الأجيال السابقة لهن ينجبن الآن في سن أقل مقارنة مع الأجيال السابقة وهكذا، وهو ما يؤثر على استخدام الوسط الحسابي وكذلك انحرافه المعياري ويجعل المقارنة غير حقيقية. أما عن نوع الولادة الأولى للزوجات في مرحلة الخصوبة، الجدول التالي يفصل:

جدول 83: التوزيع النسبي للزوجات في مرحلة الخصوبة حسب نوع الولادة الأولى وسن الزوجة، 2000

سن الزوجة				نوع الولادة الأولى
الإجمالي	25-49 سنة	20-24 سنة	15-19 سنة	
93.4	93.1	93.8	94.1	طبيعية
6.6	6.9	6.2	5.9	قيصرية
100.0	100.0	100.0	100.0	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

عند اختبار العلاقة تبين أنها غير دالة احصائياً ($P=0.296$)، وأن الفرق الظاهر غير حقيقي عند مستوى المعنوية 0.05.

4.3.6 الرضاعة الطبيعية والزوجات في مرحلة الخصوبة:

عند سؤال الزوجات إن كن يرضعن الطفل الحالي، 97.0% منهن اجبن بنعم (97.9% للزوجات في سن المراهقة، 97.7% للزوجات في سن الشباب، 96.5% للزوجات في سن 25-49 سنة). وعند اختبار هذه العلاقة تبين أنها دالة احصائياً. أما عن الزوجات اللاتي قد أفدن بعدم ممارسة الرضاعة الطبيعية للطفل الحالي، الجدول التالي يبين الأسباب:

جدول 84: نسبة الزوجات في مرحلة الخصوبة اللاتي لم يرضعن الطفل الأخير حسب أهم أسباب عدم الرضاعة وسن الزوجة،
2000

أسباب عدم الرضاعة	سن الزوجة			
	الإجمالي	سنة 49-25	سنة 24-20	سنة 19-15
مشاكل صحية تتعلق بالطفل نفسه	39.8	34.2	55.4	37.5
مشاكل صحية تتعلق بالأم	24.1	25.8	15.7	37.5
الحليب غير كاف	19.6	21.3	18.1	8.3
الرغبة في الحمل	3.0	3.1	3.6	-
عمل الزوجة	2.1	3.1	-	-

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

الأمراض المنقولة جنسيا (الإيدز)

إن الأمراض المنقولة جنسيا مثل الزهري والسيلان والإيدز تسبب رعبا حقيقيا لمن يشك باصابته بأي من هذه الأمراض، ولا شك أن مرض الإيدز (AIDS) وانتشاره في العديد من الدول والمناطق قد اجبر الاوساط الصحية العالمية على لفت الانتباه لاهمية وخطورة الأمراض المنقولة جنسيا بشكل عام، بحيث أصبحت المعرفة والإلمام بهذه الأمراض من أهم وسائل الوقاية منها، وأصبحت دراسة مسببات هذه الأمراض وطرق انتقال العدوى بها من أولويات برامج الصحة العامة خاصة لفئة المراهقين والشباب.

في هذا الفصل سوف يتم التركيز على مرض الإيدز مع اعترافنا بأهمية وخطورة الأمراض الأخرى، إلا أننا قد ركزنا على مرض الإيدز وخاصة لفئة الزوجات في سن المراهقة وسن الشباب بسبب توفر بيانات موثوقة وذات مصداقية عن مدى المعرفة بخصوص هذا المرض (قاعدة بيانات المسح الصحي، 2000) والذي تناول هذا الموضوع على فئة الزوجات فقط.

من المفيد قبل أن نبدأ بدراسة هذا المرض ومدى معرفة الزوجات في سن المراهقة والشباب به، أن نشير الى أهم الأسباب التي ادت الى زيادة انتشار الأمراض المنقولة جنسيا، وكذلك كثرة عددها، وتفاقم اثارها الجسدية والنفسية على الفرد والمجتمع¹.

- سهولة المواصلات والاتصالات والتنقلات مما يجعل الشخص يسافر بسهولة فيأخذ المرض من المناطق المنتشر بها عن طريق العدوى.
- الحرية الجنسية والإباحية التي سمحت بالكثير من المحرمات دينيا وأخلاقيا.
- العلاقات الجنسية المحرمة والشاذة.
- سهولة وانتشار موانع الحمل التي أزالته عقبة كانت تقف في وجه الفتيات أمام الإتصالات الجنسية في حال غياب الروادع الأخرى.
- السماح بالإجهاض في كثير من البلدان.
- نقص الوعي والثقافة العامة لدى معظم الناس ممن يعتقدون أن مثل هذه الأمراض أصبحت من مخلفات الماضي (باستثناء مرض الإيدز).

1.7 تعريف مرض الإيدز (AIDS):

يعرف مرض الإيدز بمتلازمة نقص المناعة المكتسبة، وهو ينتج عن الإصابة بفيروس HIV الذي يهاجم خلايا الجهاز المناعي ويدمرها متسببا بإنهيار مناعة الجسم، وتعرضه للكثير من انواع العدوى والامراض التي تؤدي في نهاية المطاف الى الوفاة. وهو مرض لا يوجد له علاج أو تطعيم واقى حتى يومنا هذا. وقد تم اكتشافه في عام 1981 في الولايات المتحدة وفرنسا. وتشير الإحصاءات العالمية الى إصابة الملايين به وأيضا وفاة الملايين بسببه، وانه يزداد انتشارا بسبب أنماط السلوك الخطرة في مجال الجنس والادمان بالحقن.²

¹ Questions & Answers on AIDS, By Lyn Robert Frumkin, John Leonard, 1997

² Questions & Answers on AIDS, by Lyn Robert Frumkin, John Leonard. 1997

ما هي طرق انتقال المرض؟

1. الاتصال الجنسي وهو السبب الرئيسي لانتقال المرض.
2. تعاطي المخدرات بالحقن وسلوك المشاركة فيها.
3. التعرض للدم الملوث أو مشتقاته.
4. انتقال الفيروس من الأم الحامل الى الجنين.
5. استخدام ابر أو أدوات حادة أو ثاقبة للجلد ملوثة مثل امواس الحلاقة أهم ادوات الوشم.

وسوف يتم تناول موضوع مرض الإيدز من حيث مدى انتشار المعرفة بهذا المرض وبطرق انتقاله والافكار والمفاهيم الخاطئة بين الزوجات ثم المواقف المتحيزة تجاه مرضى الإيدز، واخيرا مدى توفر المرافق التي تقدم خدمات الفحص، وكل ذلك من وجهة نظر الزوجات محل الدراسة.

2.7 الزوجات في سن المراهقة والمعرفة بمرض الإيدز:

1.2.7 المعرفة والسماع عن المرض:

90% من الزوجات في سن المراهقة سمعن عن المرض (91.8% في الضفة الغربية مقابل 89.7% في قطاع غزة). أما عن مصادر الاستماع عن هذا المرض فقد كان التلفزيون هو المصدر الرئيس لسماع الزوجات 77.1% (في الضفة الغربية 69.5% مقابل 88.6% في قطاع غزة)، يليه الأصدقاء والأقارب بنسبة 39.5% (32.1% في الضفة الغربية مقابل 50.7% في قطاع غزة)، وفي المركز الثالث كانت المدرسة والمدرسين بنسبة 32.8% (32.2% في الضفة الغربية مقابل 33.6% في قطاع غزة)، علما بأن معظم الزوجات قد افدن بأكثر من مصدر واحد للمعرفة بهذا المرض الخطير. وهنا يجب أن ننوه بالمجهود الكبير المبذول في برامج الصحة المدرسية وبالتعاون البناء بين جهاز التعليم والجهاز الصحي على اختلاف قطاعاتهم الحكومية وغير الحكومية. عند سؤال الزوجات في سن المراهقة عن إمكانية تجنب هذا المرض الفتاك حصلنا على الجدول التالي:

جدول 85: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب إمكانية تجنب مرض الإيدز والمنطقة، 2000

المنطقة			هل يوجد أي شيء يمكن عمله لتجنب المرض
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
70.7	75.1	67.9	نعم
20.3	16.3	22.9	لا
9.0	8.6	9.2	لا اعرف
100	100	100	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول يتبين ان هناك 32.1% من الزوجات في سن المراهقة في الضفة الغربية مقابل 24.9% في قطاع غزة يعتقدن بأنه لا يوجد شيء يمكن عمله لتجنب الإصابة بمرض الإيدز او لا يعرفن ان كان هناك إمكانية لذلك ام لا. والاختلاف الظاهر بين مستوى المعرفة للزوجات في الضفة الغربية والزوجات في قطاع غزة هو اختلاف ذو دلالة إحصائية، وهو يعني أن الزوجات في سن المراهقة في قطاع غزة كن الأكثر معرفة بوجود ما يمكن عمله لتجنب هذا المرض. وهذا الاستنتاج هو ما سنحاول التأكد منه بدراسة موقف الزوجات تجاه بعض المفاهيم والاعتقادات الشائعة والمتعلقة بمرض الإيدز.

2.2.7 بعض المفاهيم والاعتقادات الشائعة والمتعلقة بمرض الإيدز وموقف الزوجات في سن المراهقة تجاهها:

جدول 86: نسبة المؤيدات من الزوجات في سن المراهقة لبعض المفاهيم والإعتقادات الشائعة والمتعلقة بمرض الإيدز حسب المنطقة، 2000

نسبة المؤيدات من الزوجات في سن المراهقة لذلك			بعض المفاهيم والاعتقادات الشائعة والمتعلقة بمرض الإيدز
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
68.5	75.9	63.2	استخدام الواقي الذكري يجنب المرء الإصابة بمرض الإيدز
77.7	81.1	75.4	ممارسة الجنس مع الزوج فقط يمكن أن تجنب المرء الإصابة بالمرض
82.7	88.6	78.4	تجنب نقل الدم ومشتقاته يمكن أن تجنب المرء الإصابة بالمرض
79.8	80.8	79.1	تجنب الحقن والابر يمكن أن تجنب المرء الإصابة بالمرض
56.9	53.9	59.2	القبلة لا تنقل العدوى بالمرض
57.8	49.9	63.4	ممارسة الجنس وفق ضوابط وشروط تجنب المرء الإصابة بالمرض
74.2	66.3	79.9	مجرد المصافحة لا تنقل المرض من الشخص المريض الى السليم
68.1	63.2	71.7	اللجوء الى الطب الشعبي لا يحمي من المرض
71.0	61.4	78.0	الحديث مع المصاب بالمرض لا ينقل العدوى بمرض الإيدز
59.4	62.6	57.1	الوشم يمكن أن ينقل العدوى بمرض الإيدز
57.3	54.4	59.4	تقب الاذن أم الانف لا ينقل العدوى بمرض الإيدز
63.7	63.5	63.4	التردد على طبيب الاسنان لا ينقل العدوى بمرض الإيدز
69.8	63.4	74.5	الختان لا ينقل العدوى بمرض الإيدز
56.7	53.5	58.5	الشخص الذي يظهر بصحة جيدة من المحتمل أن يكون مصابا بالمرض
89.3	90.8	88.3	يمكن أن ينتقل المرض من الام الى الطفل
96.5	95.2	97.5	المرض يمكن أن ينتقل الى الجنين اثناء الحمل
81.7	83.1	80.8	امكانية انتقال المرض اثناء الولادة
83.7	87.4	81.1	امكانية انتقال المرض اثناء الرضاعة
54.8	52.2	56.4	لسعة البعوضة لا تنقل المرض

الوضع المثالي أن تكون هذه النسب 100% .

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

مما سبق نجد أن عدد المفاهيم والإعتقادات التي عرضت على الزوجات بلغت (19) بنءا، تحقق منها لصالح الاستنتاج القائل بأن الزوجات في سن المراهقة في قطاع غزة كن الأكثر معرفة بوجود ما يمكن عمله لتجنب هذا المرض 9 بنود او 47.4% فقط، وبالتالي فإن الاستنتاج السابق وعند التطبيق لم يتحقق، وان مستوى المعرفة بطرق تجنب المرض للزوجات في سن المراهقة في الضفة الغربية كانت أعلى منها مقارنة مع نظرائهن في قطاع غزة. وهنا لا يغيب عنا الفجوة الواسعة في العديد من المفاهيم والاعتقادات التي ظهرت في هذا التحليل، وربما لو زاد عدد البنود لتغيرت النسب.

3.2.7 الزوجات في سن المراهقة والمواقف المتحيزة ضد مرضى الإيدز:

نظرا للرعب الحقيقي الذي تبثه كلمة (مرض الإيدز) بين الناس، وحقيقة خطوره هذا المرض وما صاحبه من هالة اعلامية كبيرة على المستوى العالمي سلطت الضوء على الكثير من مأسيه وهي حقيقية، وان كان مرض الإيدز ليس الوحيد من الأمراض الذي له هذه المواصفات الخطيرة فهناك شبيه له (الالتهاب الكبدي الوبائي من نوع B ونوع C)، ولكنه هو المرض الوحيد الذي حظي بأكبر قدر من الانتشار في وسائل الإعلام، وحظي اكثر من غيره بدراسة مدى الانتشار في المجتمعات وعلى المستوى العالمي (هناك 5 اشخاص جدد يلتقطون عدوى الإيدز كل دقيقة على المستوى العالمي، وانه قد مات بسبب هذا المرض اكثر من 4 مليون شخص حتى الآن)¹، وأمام هذه الإحصاءات المرعبة كان تخوف الناس كبير من مرض الإيدز، وبالتالي من مرضى الإيدز ايضا، وهذا ما يفسر كثيرا وجهات النظر المتحيزة للزوجات في سن المراهقة ضد مرضى الإيدز كما سنبين الآن:

- 71.6% من الزوجات في سن المراهقة لا يوافقن على السماح للمدرس او المدرسة المصاب بفيروس الإيدز بالاستمرار في التدريس في المدرسة التي يدرس بها الابناء حتى وان لم يظهر عليه او عليها اعراض المرض، فقط لمجرد المعرفة بأنه حامل للمرض يأخذن منه هذا الموقف (في الضفة الغربية 70.8% مقابل 72.8% في قطاع غزة). ونفس الموقف ايضا تجاه صاحب الدكان او بائع الطعام فان 84.7% من الزوجات سوف يمتنعن عن التعامل مع صاحب الدكان المريض بالإيدز او حامل المرض (85.5% في الضفة الغربية مقابل 83.5% في قطاع غزة)، ونلاحظ هنا ارتفاع النسبة لان موضوع الطعام له حساسية خاصة لدى الناس في نقل الأمراض بشكل عام.
- كما بينا في بعض الاعتقادات والمفاهيم الشائعة، فإن 56.9% من الزوجات فقط من توافق على تقبيل مريضا بالإيدز، بل إن هناك 25.8% منهن لن يصافحن مجرد المصافحة مريضا بالإيدز أم حاملا للمرض (إذا ما عرفن ذلك)، وقد وصل الخوف ببعضهن الى الامتناع عن مجرد الحديث مع المصاب بمرض الإيدز (29.0% من الزوجات). هذه المواقف تعكس مدى الخوف من المرض وليس بالضرورة تجاه الأفراد المصابون بالمرض، في الواقع ان هناك نظرة اجتماعية سلبية ضد المصابين بمرض الإيدز نتيجة ارتباط هذا المرض بالعلاقات الجنسية المحرمة والشواذ والمخدرات والوشم ومجموعة من الصفات المذمومة اجتماعيا، ولكن مع تقدم المعرفة وانتشارها بدأ الكثير من الأفراد ينظر لهذا المريض بشكل اكثر ايجابية ويتعاطف معه حيث إمكانية هناك أطفال وأمهات ورجال كثيرون لم يكن لهم ذنب في إصابتهم بالمرض الذي جاءهم عن طريق عمليات نقل دم ملوث أم من زوج قد اصيب ونقل العدوى لزوجته أم العكس.

¹ www.egypt.com/llekebar/issue10/article2.htm

4.2.7 الزوجات في سن المراهقة وفرص الإصابة بالمرض (من وجه نظرهن):

عند سؤال الزوجات في سن المراهقة عن تقييمهن لفرص إصابتهن بمرض الإيدز حصلنا على الجدول التالي:

جدول 87: التوزيع النسبي للزوجات في سن المراهقة حسب تقييمهن لفرص إصابتهن بمرض الإيدز والمنطقة، 2000

المنطقة			فرص الإصابة
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
8.5	3.8	11.6	قليلة
1.1	-	1.8	متوسطة
1.8	1.5	2.0	كبيرة
83.5	91.1	78.6	لا توجد مخاطر
5.1	3.6	6.0	لا اعرف
100	100	100	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من دراسة الجدول السابق يتبين ان 91.1% من الزوجات في سن المراهقة في قطاع غزة يعتقدن بعدم وجود مخاطر للإصابة بمرض الإيدز (على المستوى الشخصي) مقارنة مع 78.6% للزوجات في الضفة الغربية، وعند اختبار هذه العلاقة تبين أنها ذات دلالة إحصائية وربما يدل ذلك على زيادة في الثقة بالنفس للزوجات في سن المراهقة في قطاع غزة وان كانت في غير محلها اذا ما رجعنا لموقف الزوجات تجاة بعض المفاهيم والاعتقادات الشائعة، وربما كانت الزوجة الشاببة في الضفة الغربية اكثر إدراكا لخطورة هذا المرض، وبالتالي فهي اقل ثقة وطمأنينة تجاه هذا المرض.

ويؤكد الاستنتاج السابق عدم معرفة الغالبية العظمى من الزوجات عن أية أماكن يتم فيها إجراء فحص واكتشاف مرض الإيدز حيث تبين ان 81.0% من الزوجات لا يعرفن مكانا كهذا (80.5% في الضفة الغربية مقابل 81.6% في قطاع غزة).

3.7 الزوجات في سن الشباب والمعرفة بمرض الإيدز:

1.3.7 المعرفة والسماع عن المرض:

92.7% من الزوجات في سن الشباب سمعن عن المرض (92.1% في الضفة الغربية مقابل 93.8% في قطاع غزة). أما عن مصادر الاستماع عن هذا المرض فقد كان التلفزيون هو المصدر الرئيس لسماع الزوجات 82.9% (في الضفة الغربية 79.6% مقابل 88.8% في قطاع غزة)، يليه الأصدقاء والأقارب بنسبة 31.4% (27.1% في الضفة الغربية مقابل 39.2% في قطاع غزة)، وفي المركز الثالث الصحف والمجلات بنسبة 21.9% (20.7% في الضفة الغربية مقابل 24.1% في قطاع غزة)، ثم الراديو بنسبة 17.0% (19.0% في الضفة الغربية مقابل 13.5% في قطاع غزة)، ثم النشرات والملصقات بنسبة 15.0% (10.6% في الضفة الغربية مقابل 22.7% في قطاع غزة)، علما بأن معظم الزوجات قد افدن بأكثر من مصدر واحد للمعرفة بهذا المرض الخطير. وعند سؤال الزوجات في سن الشباب عن امكانية تجنب هذا المرض الفتاك حصلنا على الجدول التالي:

جدول 88: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب وجود فرص لتجنب مرض الإيدز والمنطقة، 2000

المنطقة			هل يوجد أي شيء يمكن عمله لتجنب المرض
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
76.2	85.6	70.6	نعم
14.4	8.9	17.6	لا
9.4	5.5	11.8	لا اعرف
100	100	100	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من الجدول يتبين ان 28.6% من الزوجات في سن الشباب في الضفة الغربية مقابل 14.4% في قطاع غزة يعتقدن بأنه لا يوجد شيء يمكن عمله لتجنب الإصابة بمرض الإيدز او لا يعرفن إن كان هناك امكانية لذلك، والاختلاف الظاهر في مستوى المعرفة للزوجات في الضفة الغربية والزوجات في قطاع غزة هو اختلاف ذو دلالة إحصائية، وهو يعني ان الزوجات في سن الشباب في قطاع غزة كن الأكثر معرفة بوجود ما يمكن عمله لتجنب هذا المرض. وهذا الاستنتاج هو ما سنحاول التأكد منه بدراسة موقف الزوجات تجاه بعض المفاهيم والاعتقادات الشائعة والمتعلقة بمرض الإيدز.

2.3.7 بعض المفاهيم والاعتقادات الشائعة والمتعلقة بمرض الإيدز وموقف الزوجات في سن الشباب تجاهها:

جدول 89: نسبة المؤيدات من الزوجات في سن الشباب لبعض المفاهيم والاعتقادات الشائعة والمتعلقة بمرض الإيدز حسب المنطقة، 2000

نسبة المؤيدات من الزوجات في سن الشباب لذلك			بعض المفاهيم والاعتقادات الشائعة والمتعلقة بمرض الإيدز
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
69.6	66.4	71.8	استخدام الواقي الذكري يجنب المرء الإصابة بمرض الإيدز
80.5	81.4	80.0	ممارسة الجنس مع الزوج فقط يمكن ان تجنب المرء الإصابة بالمرض
88.0	92.6	84.8	تجنب نقل الدم ومشتقاته يمكن ان تجنب المرء الإصابة بالمرض
81.1	85.4	78.1	تجنب الحقن والابر يمكن ان تجنب المرء الإصابة بالمرض
56.5	52.8	59.0	القبله لا تنقل العدوى بالمرض
56.2	52.9	58.5	ممارسة الجنس وفق ضوابط وشروط تجنب المرء الإصابة بالمرض
79.3	74.7	82.5	مجرد المصافحة لا تنقل المرض من الشخص المريض الى السليم
78.5	81.2	76.6	اللجوء الى الطب الشعبي لا يحمي من المرض
77.2	72.8	80.3	الحديث مع المصاب بالمرض لا ينقل العدوى بمرض الإيدز
65.7	66.0	65.4	الوشم يمكن ان ينقل العدوى بمرض الإيدز
61.0	59.5	62.1	تقب الاذن أم الانف لا ينقل العدوى بمرض الإيدز
65.6	67.0	64.6	التردد على طبيب الاسنان لا ينقل العدوى بمرض الإيدز
66.3	70.0	63.8	الختان لا ينقل العدوى بمرض الإيدز
61.4	54.5	65.4	الشخص الذي يظهر بصحة جيدة من المحتمل إمكانية يكون مصابا بالمرض
89.4	93.3	87.2	يمكن أن ينتقل المرض من الام الى الطفل
97.8	98.7	97.1	المرض يمكن أن ينتقل الى الجنين اثناء الحمل
86.1	85.2	86.7	امكانية انتقال المرض اثناء الولادة
79.4	74.9	82.4	امكانية انتقال المرض اثناء الرضاعة
54.3	51.8	56.0	لسعة البعوضة لا تنقل المرض

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

مما سبق نجد ان عدد المفاهيم والاعتقادات التي عرضت على الزوجات بلغت (19) بند ، تحقق منها لصالح الاستنتاج القائل بأن الزوجات في سن الشباب في قطاع غزة كن الأكثر معرفة بوجود ما يمكن عمله لتجنب هذا المرض عدد 9 بنود او 47.4% فقط، وبالتالي فأن الاستنتاج السابق وعند التطبيق لم يتحقق، وان مستوى المعرفة بطرق تجنب المرض للزوجات في سن الشباب في الضفة الغربية كانت الأعلى مقارنة مع نظرائهن بأهمية قطاع غزة. وهنا لا يغيب عنا الفجوة الواسعة في العديد من المفاهيم والاعتقادات التي ظهرت في هذا التحليل، وربما لو زاد عدد البنود لتغيرت النسب.

3.3.7 الزوجات في سن الشباب والمواقف المتحيزة ضد مرضى الإيدز:

71.6% من الزوجات في سن الشباب لا يوافقن على السماح للمدرس او المدرسة المصاب بفيروس الإيدز بالاستمرار في التدريس في المدرسة حتى وان لم يظهر عليه او عليها اعراض المرض، فقط لمجرد المعرفة بأنه حامل للمرض يأخذن منه هذا الموقف (في الضفة الغربية 71.8% مقابل 71.1% في قطاع غزة). ونفس الموقف ايضا اتجاة صاحب الدكان او بائع الطعام فان 82.5% من الزوجات سوف يمتنعن عن التعامل مع صاحب الدكان المريض بالإيدز او حامل المرض (80.6% في الضفة الغربية مقابل 85.6% في قطاع غزة)، ونلاحظ هنا ارتفاع النسبة لان موضوع الطعام له حساسية خاصة لدى الناس في نقل الأمراض بشكل عام.

كما بينا في الاعتقادات والمفاهيم الشائعة فإن 56.5% من الزوجات فقط من توافق على تقبيل مريضا بالإيدز، بل إن هناك 20.7% منهن لن يصادحن مجرد المصافحة مريضا بالإيدز او حاملا للمرض (إذا ما عرفن ذلك)، وقد وصل الخوف ببعضهن الى الامتناع عن مجرد الحديث مع المصاب بمرض الإيدز (22.8% من الزوجات). هذه المواقف تعكس مدى الخوف والرعب تجاه المرض وليس بالضرورة تجاه الأفراد المصابون بالمرض.

4.3.7 الزوجات في سن الشباب وفرص الإصابة بالمرض (من وجه نظرهن):

عند سؤال الزوجات في سن الشباب عن تقييمهن لفرص إصابتها بمرض الإيدز حصلنا على الجدول التالي:

جدول 90: التوزيع النسبي للزوجات في سن الشباب حسب تقييمهن لفرص إصابتهم بمرض الإيدز والمنطقة، 2000

المنطقة			فرص الإصابة
الإجمالي	قطاع غزة	الضفة الغربية	
8.3	2.6	11.5	قليلة
1.4	0.9	1.6	متوسطة
2.1	08	2.8	كبيرة
85.6	94.2	80.7	لا توجد مخاطر
2.6	1.5	3.4	لا اعرف
100	100	100	المجموع

المصدر: الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2005 "قاعدة بيانات المسح الصحي 2000"، بيانات غير منشورة.

من دراسة الجدول السابق يتبين ان هناك 94.1% من الزوجات في سن الشباب في قطاع غزة يعتقدن بعدم وجود مخاطر للإصابة بمرض الإيدز (على المستوى الشخصي) مقارنة مع 80.7% للزوجات في الضفة الغربية، وعند اختبار هذه العلاقة تبين أنها ذات دلالة إحصائية، مما يدل ربما على زيادة في الثقة بالنفس للزوجات في سن الشباب في قطاع غزة وان كانت في غير محلها اذا ما رجعنا لموقف الزوجات تجاه بعض المفاهيم والاعتقادات الشائعة، وربما كانت الزوجة الشابة في الضفة الغربية اكثر إدراكا لخطورة هذا المرض، وبالتالي فهي اقل ثقة وطمأنينة اتجاه هذا المرض.

ويؤكد الاستنتاج السابق عدم معرفة الغالبية العظمى من الزوجات عن أية أماكن يتم فيها إجراء لفحص واكتشاف مرض الإيدز حيث تبين ان هناك 78.8% من الزوجات لا يعرفن مكانا كهذا (78.0% في الضفة الغربية مقابل 80.2% في قطاع غزة).

النتائج والتوصيات

1.8 النتائج:

الصحة الانجابية – المفهوم والمكونات:

تعرف الصحة الانجابية بانها حالة من الرفاه الكامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الامور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليس مجرد السلامة من المرض، ولقد تم التركيز على الزوجات فقط دون الاخرين (غير المتزوجات، والذكور) وذلك لعدم توفر بيانات موثقة عن اراء ومعتقدات هؤلاء الاخرين.

- 10.5% من الزوجات في سن المراهقة، و12.5% من الزوجات في سن الشباب قد سمعن عن "مفهوم الصحة الانجابية"، والزوجات في قطاع غزة كن الاكثر سماعا بهذا المفهوم.
- عند الفحص تبين ان الزوجات يعرفن بشكل جيد عن مكونات الصحة الانجابية دون ان يعرفن ان هذه المكونات هي ما يطلق عليه "الصحة الانجابية"، فقد تم الاستفسار منهن عن 9 من المواضيع الاساسية المكونة للمصطلح، وتبين ان متوسط النسبة المئوية للمعرفة بهذه المواضيع قد بلغت 72.0% للزوجات في سن المراهقة، و76.5% للزوجات في سن الشباب (تقريبا 3 زوجات من كل 4 يعرفن عن هذه المكونات)، والمعرفة هنا بحسب اراء الزوجات انفسهن، ولم يتم التطرق لتقييم هذه المعرفة بالحقائق، اما عن مصدر المعرفة فقد كانت وسائل الاعلام والزوج والاصدقاء والاقارب هم المصادر الرئيسية لهذه المعرفة.
- الغالبية من الزوجات قد تلقين معلومات وارشادات اثناء حملهن عن مواضيع محددة تتعلق بالحمل (متوسط النسبة للزوجات في سن المراهقة 71.0% وللزوجات في سن الشباب 68.8%)، وان تباين مقدار هذا التلقي من موضوع لآخر، بمعنى ان هناك مواضيع قد حظيت باهتمام اكبر لايصاله الى الزوجات اثناء حملهن عندما كن يزرن عيادات رعاية الحمل مثل التغذية والرضاعة الطبيعية، وبعض هذه المواضيع قد جاء في اسفل القائمة مثل صعوبات الحمل واعراض الحمل الخطر.
- معظم الزوجات يرضعن اطفالهن، ولا فرق في ذلك بين الامهات في الضفة الغربية والامهات في قطاع غزة (97.9% للزوجات في سن المراهقة، 97.7% للزوجات في سن الشباب).
- بالنسبة للزوجات اللاتي لا يرضعن اطفالهن حاليا (2.1% للزوجات في سن المراهقة، 2.3% للزوجات في سن الشباب)، ارجعن السبب في ذلك الى اسباب خارجة عن ارادتهن مثل مشاكل صحية تواجه الام او مشاكل صحية تواجه الطفل، بعضهن اعتبرت ان الحليب غير كاف.
- مع ان جميع الزوجات تقريبا يعرفن الكثير عن الرضاعة الطبيعية ويمارسنها في حياتهن العملية، الا ان من يعرفن منهن عما يعرف بالرضاعة الطبيعية التامة فقط 49.4% من الزوجات في سن المراهقة، و54.4% من الزوجات في سن الشباب.

هل معدلات الخصوبة دليل على نجاح او فشل برامج الصحة الانجابية؟

معدلات الخصوبة ليست بالضرورة مقياسا واقعيا لنجاح او فشل برامج الصحة الانجابية، ففي حالة الوضع في الاراضي الفلسطينية فان انخفاض معدلات الخصوبة يمكن ان يقود الى الاستنتاج بنجاح برامج الصحة الانجابية ولكن العكس ليس دائما صحيحا، بمعنى ان زيادة معدلات الخصوبة لا يعني بالضرورة فشل برامج الصحة الانجابية والتي معيار النجاح فيها اساسا هو بمقدار ما يتحقق من حالة الرفاه الكامل وليس بمقدار ما يتحقق من خفض لمعدلات الخصوبة.

الحالة الزوجية:

- 1.9% من الذكور في سن المراهقة و25.5% من الاناث كانوا متزوجين. 27.0% من الذكور في سن الشباب و63.6% من الاناث في سن الشباب كانوا متزوجين.
- الذكور في سن المراهقة في قطاع غزة كانوا الاكثر اقبالا على الزواج من نظرائهم في الضفة الغربية (2.1% مقابل 1.7%).
- الاناث في سن الشباب في قطاع غزة كن الاكثر اقبالا على الزواج من نظرائهن في الضفة الغربية (64.7% مقابل 63.0%).

الحالة الزوجية والمستوى التعليمي:

الوضع الافتراضي لفئة المراهقين ان يكونوا جميعا في هذه السن المبكرة ملتحقين بالتعليم، حيث انه من المفترض انه في سن (15-19) سنة يكون الفرد قد انهى (9-13 سنة) دراسية، وبمتوسط 11 سنة دراسية، اما بالنسبة للشباب من المتوقع ان يكون نصفهم قد انهى دراسته (المستوى الجامعي الاول او مايعادله، والنصف الاخر مازال على مقاعد الدراسة، وعليه فإن متوسط عدد سنوات الدراسة الافتراضي لهذه الفئة هو 15 سنة دراسية، وبخصوص النصف الذي انهى دراسته من المتوقع ان يكونوا من النشيطين والنشيطات اقتصاديا او ربات بيوت.

اولا: بالنسبة للمراهقين

- بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة للذكور في سن المراهقة بشكل عام (متزوجين وغير متزوجين) 9 سنوات دراسية، وهو تقريبا نفس المتوسط للذكور المتزوجين في سن المراهقة في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة (9.0 سنة، 9.1 سنة على التوالي). ولكن يجب ان نتذكر هنا ان 1.9% من اجمالي الذكور في سن المراهقة كانوا متزوجين مما يعني ان متوسط عدد سنوات الدراسة لغير المتزوجين من المتوقع له ان يرتفع حيث ان هناك 62.4% من الذكور غير المتزوجين مازالو على مقاعد الدراسة مقارنة مع 14.7% للذكور المتزوجين.
- بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة للاناث في سن المراهقة (متزوجات وغير متزوجات) 9.4 سنة دراسية، وهو قريب ايضا من متوسط عدد سنوات الدراسة للمتزوجات من الاناث في سن المراهقة في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة (9.3 سنة، 9.6 سنة على التوالي). ويجب ان نتذكر هنا ان ربع الاناث في سن المراهقة كن متزوجات وان 80.2% من الاناث في سن المراهقة من غير المتزوجات كن طالبات على مقاعد الدراسة مما يعني ان متوسط عدد سنوات الدراسة لغير المتزوجات من المتوقع له ان يرتفع اما بالنسبة للمتزوجات متوقع ان يثبت على ذلك (فقط 17.0% من المتزوجات كن طالبات).

- وتعليقا على هذه النتائج فاننا نلاحظ ان تأثير الزواج على الحالة التعليمية والمستوى التعليمي للاناث والذكور في سن المراهقة سوف يظهر اثره الواضح في مرحلة عمرية تالية، وربما كان لارتفاع معدل السن عند الزواج اثر على تقارب هذه المعدلات مما يعنى ان الزيجات اصبحت تتم غالبا في النصف الثاني من الفئة العمرية للمراهقين 15-19 سنة.

ثانيا: بالنسبة للشباب

- بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة للذكور في سن الشباب بشكل عام (متزوجين وغير متزوجين) 10.4 سنة دراسية، وقد بدأ اثر عامل الزواج السلبي على المستوى التعليمي بالظهور بشكل واضح حيث ان متوسط عدد سنوات الدراسة للذكور في سن الشباب المتزوجين في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة قد بلغ 9.2 سنة و 9.0 سنة على التوالي، هذا مع العلم بان المتوسط لغير المتزوجين مرشح للزيادة حيث ان هناك 8.1% منهم مازالوا على مقاعد الدراسة مقارنة ب1.9% للذكور المتزوجين.
- بلغ متوسط عدد سنوات الدراسة للاناث في سن الشباب (متزوجات وغير متزوجات) 10.3 سنة دراسية، وهنا ايضا يظهر اثر الزواج كأحد العوامل المؤثرة سلبا في المستوى التعليمي للاناث حيث بلغ المتوسط للاناث المتزوجات في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة (9.7 سنة، 10.1 سنة على التوالي)، وايضا نذكر بان المتوسط للاناث في سن الشباب غير المتزوجات مرشح للزيادة حيث ان هناك 29.4% منهن مازلن على مقاعد الدراسة في حين ان هناك 4.3% فقط من الاناث في سن الشباب المتزوجات على مقاعد الدراسة.
- من هذه البيانات نلاحظ مدى حرص فتياتنا على التعليم، حيث كن الاعلى مستوى في التعليم في مرحلة المراهقة من الذكور (9.4 سنة مقابل 9.0 سنة)، واصبحن تقريبا بنفس المعدل في مرحلة الشباب (10.3 سنة مقابل 10.4 سنة) ولكن نضيف هنا عنصر الاصرار على التمسك بالتعليم، فنجد ان 17.0% من المتزوجات في مرحلة المراهقة مازلن ملتحقات بالتعليم مقابل 14.7% للذكور في سن المراهقة المتزوجين، وبالنسبة لمرحلة الشباب ايضا نجد الاصرار على التعليم مازال متقدما لدى الاناث المتزوجات (4.3% من المتزوجات مقارنة مع 1.9% من المتزوجين في سن الشباب مازالوا ملتحقين بالتعليم).
- اظهرت البيانات ان هناك انخفاضاً في نسبة الأمية بين الذكور في سن المراهقة في العام 2000 مقارنة بالعام 1997 (2.1% مقارنة مع 3.0% على التوالي)، في نفس الوقت حققت الاناث في سن المراهقة انجازا بتقليص نسبة الأمية بينهن في العام 2000 مقارنة مع العام 1997 (1.1% مقارنة مع 2.4% على التوالي).
- بالنسبة للشباب الذكور ايضا كان هناك انخفاضاً في نسبة الأمية بينهم في العام 2000 مقارنة مع العام 1997 (2.3% مقارنة مع 2.9% على التوالي)، وفي نفس الوقت ايضا حققت الاناث انجازا بتقليص نسبة الأمية بينهن في العام 2000 مقارنة مع العام 1997 (1.4% مقارنة مع 3.4% على التوالي).
- وتاكيدا لما سبق من اصرار الاناث بشكل عام على التعليم هو انخفاض نسبة الأمية بين الاناث في سن المراهقة (1.1% للاناث مقارنة مع 2.1% للذكور)، ونفس الشيء في مرحلة الشباب (1.4% للاناث مقارنة مع 2.3% للذكور). هذه الانجازات الظاهرة حقيقة تتعارض مع الاعتقاد السائد بان هناك تمييز وتفرقة بين الذكور والاناث على الاقل بخصوص الحالة التعليمية.

الزواج المبكر:

تعريف: الزواج المبكر هو الزواج الذي يقوم على اساس عدم التكافؤ والتجانس، والمتمثل في الزواج قبل النضج الجنسي والنفسي والعقلي، وهو الذي يتم عادة قبل سن 18 سنة.

- في العام 2000: 14.6% من الاناث في سن المراهقة (ما يعادل 79.3% من اجمالي المتزوجات في هذه الفئة)، و 18.0% من الاناث في سن الشباب (ما يعادل 30.0% من اجمالي المتزوجات في هذه الفئة)، كن متزوجات في سن تقل عن 18 سنة (اي وقعن في مصيدة الزواج المبكر).
- هناك اتجاها عاما متناقصا لظاهرة الزواج المبكر للذكور والاناث في سن المراهقة، ولكن وعلى غير المتوقع اظهرت البيانات ان المناطق الحضرية كانت الاعلى نسبة في الاقبال على الزواج المبكر مقارنة بالمناطق الريفية ومناطق المخيمات.
- من المتوقع ان تكون نسبة الزواج المبكر للذكور من مواليد الفترة 1983-1987 في المناطق الحضرية 1.8%، وفي المناطق الريفية 0.6%، وفي مناطق المخيمات 0.6%. اما بالنسبة للاناث مواليد نفس الفترة فالنسب هي: 24.8% في المناطق الحضرية، 20.3% في المناطق الريفية، 23.8% في مناطق المخيمات.

الزواج بين الاقارب:

تعريف: الزواج بين الاقارب هو علاقة زواج بين رجل وامرأة تربط بينهما روابط الدم.

- في العام 2000: 48.2% من اجمالي الزوجات في سن المراهقة (ما يعادل 8.7% من اجمالي الاناث في هذه الفئة)، 48.2% من اجمالي الزوجات في سن الشباب (ما يعادل 28.8% من اجمالي الاناث في هذه الفئة)، كن متزوجات من اقارب لهن (اي وقعن في مصيدة الزواج بين الاقارب). ومعدل الزواج بين الاقارب في منطقة قطاع غزة كان الاعلى بين الزوجات في سن المراهقة، وبالنسبة للزوجات في سن الشباب كان المعدل الاعلى في الضفة الغربية.
- هناك اتجاها عاما متناقصا لظاهرة الزواج بين الاقارب وعلاقتها بالزمن، وعليه فمن المتوقع ان يكون معدل الزواج بين الاقارب خلال الفترة 2001-2005 هو 40.6% (في الضفة الغربية 40.4%)، وفي قطاع غزة 41.0%).

العلاقة بين الزواج بين الاقارب والزواج المبكر:

اذا اعتبرنا ان حالة الزواج الافتراضية هي التي تتم بين اغراب وعند سن 18 سنة فاكبر، فاننا نلاحظ ان الوضع في العام 2000 كان كالتالي:

- 18.2% من الاناث في سن المراهقة كن متزوجات، ومن هذه المجموعة كانت زوجة واحدة من كل 10 زوجات كان زوجها وفق المعيار الافتراضي، وباقي الزوجات اما وقعن في مصيدة الزواج بين الاقارب، او مصيدة الزواج المبكر او في كلا المصيدتين.
- 59.7% من الاناث في سن الشباب كن متزوجات، ومن هذه المجموعة زوجة واحدة من كل اربع زوجات كان زوجها وفق المعيار الافتراضي.

تنظيم الاسرة:

يعرف تنظيم الاسرة بأنه اسلوب او نظام للمباعدة بين حمل واخر عن طريق استخدام وسيلة او اكثر بهدف انجاب العدد المرغوب فيه من الاطفال في الوقت المناسب، وقد تم تقسيم وسائل تنظيم الاسرة الى قسمين، الاول الوسائل المؤقتة لتنظيم الاسرة وهي: اللولب، الحبوب، الحقن، الواقي الذكري، التحاميل، والثاني الوسائل الطبيعية وهي: الرضاعة الطبيعية، العزل والقذف الخارجي، فترة الامان.

- الغالبية العظمى من الزوجات في سن المراهقة وسن الشباب يعرفن عن الوسائل المؤقتة والطبيعية لتنظيم الاسرة (97.6%، و99.8% على التوالي)، ومصدر هذه المعرفة كان الاصدقاء والزوج والمعارف يليهم وسائل الاعلام المختلفة.
- 42.2% من الزوجات في سن المراهقة، و83.0% في سن الشباب، يعرفن اماكن يمكن من خلالها التزود بهذه الوسائل.
- 31.7% من الزوجات في سن المراهقة، و60.5% في سن الشباب قد استعملن على الاقل وسيلة من الوسائل المؤقتة لتنظيم الاسرة، في نفس الوقت هناك 27.8% من الزوجات في سن المراهقة، و50.5% في سن الشباب قد استعملن وسيلة على الاقل من الوسائل الطبيعية لتنظيم الاسرة.

اول وسيلة تم استخدامها:

- اول وسيلة تم استخدامها من قبل الزوجات في سن المراهقة هي الرضاعة الطبيعية (24.5%)، يليها وسيلة العزل والقذف الخارجي، ثم وسيلة الحبوب. اما بخصوص الزوجات في سن الشباب فكانت اول وسيلة تم استخدامها اللولب 26.2%، ثم الحبوب 25.4%، ثم الرضاعة الطبيعية 15.5%.
- اول وسيلة قد تم استخدامها من قبل الزوجات في سن المراهقة يعكس الواقع بخصوص فئة الزوجات صغيرات السن في بداية حياتهن الانجابية، ويعكس تخوفهن خاصة عند الاستخدام لاول مرة للوسائل المؤقتة لتنظيم الاسرة وغالبا يفضلن استخدام وسائل طبيعية لا تأثيرات جانبية لها (من وجهة نظرهن) وايضا يعكس التخوف السائد بين الزوجات الصغيرات والذي يفيد بأن من تستخدم الوسائل المؤقتة لتنظيم الاسرة في بدايه حياتها الانجابية ربما يؤدي ذلك الى العقم او تأخر الحمل مرة اخرى عند الرغبة بذلك.

عدد الاطفال لدى الزوجة عند الاستخدام الاول لوسائل تنظيم الاسرة:

تبين ان هناك زيادة في الوعي باهمية تنظيم الاسرة لدى الزوجات في سن المراهقة مقارنة بالزوجات في سن الشباب، حيث ان 12.1% من الزوجات في سن المراهقة بدأن باستخدام وسائل تنظيم الاسرة قبل انجاب الطفل الاول مقارنة ب 6.2% للزوجات في سن الشباب، وان 68.0% من الزوجات في سن المراهقة قد بدأن باستخدام الوسائل بعد انجاب الطفل الاول مقارنة ب 46.4% للزوجات في سن الشباب. وهذا مؤشر قوي يدل على زيادة الوعي لدى الزوجات، وربما كان لارتفاع المستوى التعليمي لهن اثر في ذلك، ويؤيد الاستنتاج السابق حرص العديد منهن على الالتحاق بالتعليم حتى بعد الزواج وربما لذلك كان قرار استخدام وسائل تنظيم الاسرة في مرحلة مبكرة من حياتهن الانجابية. وعند دراسة متوسط عدد الاطفال لدى الزوجات عند الاستخدام الاول لوسائل تنظيم الاسرة يتأكد الاستنتاج السابق (المتوسط لدى الزوجات في سن المراهقة 1.1 طفل مقارنة ب 1.6 طفل للزوجات في سن الشباب).

الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة، 2000:

- 27.4% من الزوجات في سن المراهقة، و56.4% في سن الشباب، يستخدمن على الأقل وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة حالياً.
- بالنسبة للزوجات في سن المراهقة واللاتي يستخدمن حالياً وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، تبين ان نصفهن يستخدمن احدى الوسائل المؤقتة والنصف الاخر يستخدمن احدى الوسائل الطبيعية، وكانت نسبة الاستخدام لكل وسيلة كالتالي: 23.2% اللولب، 14.7% الحبوب، 10.7% الواقي الذكري، 1.4% الحقن، 21.3% الرضاعة الطبيعية، 22.1% العزل والقذف الخارجي، 6.6% فترة الامان. هذا الاستخدام لدى الزوجات في سن المراهقة يعكس الى حد ما نظرتهم الى الوسائل المؤقتة والاتجاه الى الوسائل الطبيعية.
- بالنسبة للزوجات في سن الشباب اللاتي يستخدمن حالياً وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، تبين ان 61.7% منهن يستخدمن احدى الوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة وان 38.4% منهن يستخدمن احدى الوسائل الطبيعية، وكانت نسبة الاستخدام لكل وسيلة كالتالي: 40.8% اللولب، 15.2% الحبوب، 5.0% الواقي الذكري، 0.1% الحقن، 0.5% التحاميل، 17.5% الرضاعة الطبيعية، 12.8% العزل والقذف الخارجي، 8.1% فترة الامان. هذا الاستخدام يبين زيادة الاقبال لدى الزوجات الاكبر سننا على استخدام الوسائل المؤقتة لتنظيم الأسرة.
- ما يخص الذكور في هذا الاستخدام بشكل مباشر (مع عدم اهمال دور الزوج في المشاركة في اختيار نوع الوسيلة) هو استخدام الواقي الذكري، فنلاحظ ان مساهمة الذكور مازالت متواضعة ومحدودة وان العبء الاكبر في هذا المضمار يقع على الزوجات، ولكن النقطة الايجابية هنا ان الأزواج للزوجات في سن المراهقة كانوا الاكثر ايجابية باستخدام الواقي الذكري مقارنة بازواج الزوجات في سن الشباب حيث بلغت نسبة الاستخدام 10.7% و5.0% على التوالي، اي اكثر من الضعف.
- اما عن اسباب استخدام الوسيلة الحالية بالذات، فقد اجمعت الزوجات على ان السبب هو الارتياح للوسيلة (81.8% للزوجات في سن المراهقة، 76.5% للزوجات في سن الشباب).

قرار استعمال وسائل تنظيم الأسرة:

- اجمعت الزوجات في سن المراهقة وسن الشباب (80.0% و76.9% على التوالي) على ان قرار استعمال وسائل تنظيم الأسرة يتم بالتشاور بين الزوجين، فقط 1.7% من الزوجات في سن المراهقة و0.8% من الزوجات في سن الشباب يعترفن بان القرار بيد الحماة. وهذا يؤكد ان الزوجات في سن المراهقة كن الاكثر تفاهما مع الأزواج بهذا الخصوص من الزوجات الاكبر سننا وانهن ايضا اكثر تأثراً بسيطرة الحماة، وان كانت هذه السيطرة يبدأ اثرها بالتراجع مع زيادة السن للزوجة (1.7% للزوجات في سن المراهقة، 0.8% للزوجات في سن الشباب، 0.2% للزوجات في الفئة العمرية 25-49 سنة).
- ان قرار تنظيم الأسرة من القرارات الصعبة في بداية الحياة الانجابية خاصة اذا لم يكن هناك انجاب، وبالتالي فان قوة الزوجة في التأثير في هذا القرار تكون ضعيفة ومحدودة نوعاً ما ويكون للزوج قوة اكبر وكذلك للحماة التي ترغب في ان ترى احفادها، وترغب في اختبار الخصوبة والانجاب لكتتها، وفي مرحلة الشباب تكون الزوجة قد بدأت في الانجاب وعندها تبدأ قوة تأثيرها في القرار تزداد وهذا يأتي على حساب قوة الزوج والحماة، وفي مرحلة 25-49 سنة تكون الزوجة قد انجبت عددا اكبر من الاطفال وتكون قد بدأت تشعر بتقل المسؤولية في تربيتهم وتعليمهم، وبدأت تعاني اكثر من الرجل (في مجتمعنا الاعتقاد السائد أن مساهمة الرجل في ادارة المنزل وتربية الاطفال ما زالت محدودة) وهنا نجد انها تسعى الى تنظيم الأسرة، ويصبح القرار بيدها اكبر من الرجل

ويبدأ نفوذ الحماية في الثلاثي، وهذا ما اكدته البيانات. ومع قناعة الباحثان ان هذا السؤال التقليدي في برامج تنظيم الاسرة لا يعكس الواقع الفلسطيني، وان اختيار الزوج والزوجة معا ما هو الا قناع يخفي الواقع، حيث ان قرار بهذا الخصوص هو اكثر تعقيدا من هذه الاجابات المبسطة، يؤثر فيه الوضع الاقتصادي للأسرة، وكذلك الوضع الاجتماعي والسياسي، وهي عناصر هامة تغيب كثيرا في الابحاث والدراسات ذات العلاقة، الا ان البيانات تظهر لنا اهمية مشاركة الزوج واشراكه في هذه القضية اذا ما اريد ايجاد حلول منطقية وعملية لها.

تفضيلات الانجاب:

- 87.2% من الزوجات في سن المراهقة، و74.1% في سن الشباب يرغبن في انجاب المزيد من الاطفال (كانت الرغبة لدى الزوجات في قطاع غزة هي الاكبر مقارنة بالضفة الغربية).
- 73.5% من الزوجات في سن المراهقة، و62.0% في سن الشباب يفضلن فترة تباعد بين الولادات نقل عن سنتين، فقط 20.4% من الزوجات في سن المراهقة، و34.8% في سن الشباب يفضلن فترات تباعد تزيد عن السنتين.
- الغالبية من الزوجات في سن المراهقة وسن الشباب (76.2% و75.8% على التوالي) يعتقدن ان العدد المثالي للاطفال المرغوب في انجابهم هو اربعة او اكثر، في حين ان 16.5% من الزوجات في سن المراهقة و15.4% من الزوجات في سن الشباب يعتقدن ان العدد المثالي هو طفلان او طفل واحد.
- واحدة من كل اربع زوجات تقريبا في سن المراهقة والشباب تعتقد ان العدد المثالي للاطفال المرغوب في انجابهم هو 5 اطفال او اكثر.
- قرار تحديد عدد الاطفال في الاسرة هو قرار مشترك بين الزوج والزوجة (78.6% للزوجات في سن المراهقة، وكذلك للزوجات في سن الشباب تقريبا).
- ان هذه الرغبة في انجاب هذا العدد يبين الى اي مدى الصعوبة التي تواجهها برامج تنظيم الاسرة ويبين حجم العبء الملقى على عاتق برامج التوعية بمفهوم الصحة الانجابية، وتبين ايضا اهمية التوجه الى الرجل الشريك في القرار وان كان في اعتقادنا انه الشريك الرئيسي صاحب القرار النهائي.

الرعاية اثناء الحمل:

- ان الرعاية الصحية اثناء الحمل تشكل الركيزة الاساسية في الوقاية من المضاعفات التي يمكن ان تتعرض لها الزوجة الحامل، لذا كان من المهم ان نستكشف مدى التزام الزوجات بزيارة عيادات رعاية الحامل اثناء حملهن الاخير، وقد تبين ان 92.2% من الزوجات في سن المراهقة و88.7% من الزوجات في سن الشباب قد زرن عيادات رعاية الحمل، وبلغ متوسط عدد الزيارات لهن 7.6 زيارة و7.2 زيارة على التوالي.
- بالنسبة للتعرض للمضاعفات اثناء الحمل الاخير، تبين ان 14.4% من الزوجات في سن المراهقة و16.7% من الزوجات في سن الشباب قد تعرضن لمضاعفات. وتبين ان الزوجات في سن المراهقة اللاتي قد زرن عيادات رعاية الحامل قد تعرضن بنسبة اقل لتسمم الحمل من نظرائهن اللاتي لم يزرن عيادات رعاية الحامل (20.4% مقارنة مع 44.4% اي اقل من النصف)، وكذلك تعرضن للزيف المفاجئ بنسبة اقل من نظرائهن اللاتي لم يزرن عيادات الرعاية (12.0% مقارنة مع 22.2%)، وكذلك بالنسبة للاجهاض المنذر (4.2% مقارنة مع 11.1%)، فقط فقر الدم كان الاستثناء (50.2% مقارنة مع 22.2%).

- بالنسبة للزوجات في سن الشباب، تبين ان اللاتي قد زرن عيادات الرعاية تعرضن بنسبة اقل لتسمم الحمل من نظرائهن اللاتي لم يزرن عيادات رعاية الحمل (11.6% مقارنة مع 20.0%)، وبالنسبة للنزيف المفاجئ كان الوضع مختلفا (15.3% للزوجات اللاتي زرن العيادات مقارنة مع 4.4% للزوجات اللاتي لم يزرن العيادات)، ونفس الوضع تكرر مع الاجهاض المنذر (11.6% مقارنة مع 8.9%)، وعن فقر الدم (50.8% مقارنة مع 62.2%).
- ان التعليق على النتائج اعلاه بحاجة الى اطباء متخصصون في قضايا الحمل وبرامج الرعاية المقدمة ومن ثم ايضا تحتاج الى مزيد من الدراسات المتخصصة لتأكيدھا او نفيھا خاصة اذا ما تذكرنا ان البيان المعتمد هنا هو ما ادلت به الزوجات انفسهن، حيث ان هناك شك في ان بعض الزوجات ربما لم تكن لهن دراية كافية عن هذه المضاعفات ومجرد ان ذكرت لهن اخترن ما اعتقدن انهن قد واجهنه خاصة فيما يتعلق بفقر الدم الذي عادة ما يتم اعطاء الحديد للحامل في مرحلة متوسطة من مراحل الحمل كاجراء وقائي في الغالب.

الرعاية اثناء الولادة:

- 14.5% من الزوجات في سن المراهقة، و 11.9% في سن الشباب، قد تعرضن لمضاعفات اثناء الولادة الاخيرة. اما عن اهم هذه المضاعفات فكانت طول مدة الحمل (40.3% للزوجات في سن المراهقة، 32.2% في سن الشباب).
- 6.9% من الزوجات في سن المراهقة، 6.2% في سن الشباب، كانت ولادتهن الاخيرة ولادة قيصرية (مع ملاحظة ان نسبة الولادات القيصرية في الضفة الغربية كانت الاعلى). وهذا الاختلاف بين الزوجات في سن المراهقة والزوجات في سن الشباب يؤيد الاعتقاد السائد بان الزوجات في السن المبكر من حياتهن الانجابية يكن معرضات بنسبة اكبر لاحتمال الولادة بالجراحة القيصرية وكذلك الزوجات في السن المتأخرة (نسبة الولادة القيصرية للزوجات في الفئة العمرية 25-49 سنة بلغت 11.6%).
- 1.6% من الزوجات في سن المراهقة، 3.0% في سن الشباب، كانت ولادتهن الاخيرة في المنزل (مع ملاحظة ان نسبة الولادات في المنازل في الضفة الغربية كانت الاعلى). وهو ما يؤكد الاتجاه العام بأن الزوجات في الاجيال الحديثة اصبحن اكثر ادراكا ووعيا باهمية الولادة في مراكز توليد متخصصة ومجهزة ونابع ايضا من زيادة الوعي باهمية زيارة عيادات الرعاية اثناء الحمل التي بدورها تنمي هذا التوجه لدى الزوجات لتحقيق الولادة الامنه.

المراهقون والشباب والتوزيع السكاني، 2000:

فئة المراهقين تمثل 10.4% من اجمالي السكان 2000، وفئة الشباب تمثل 8.8%، وبالتالي فان اجمالي السكان في الفئة العمرية 15-24 سنة (المراهقين والشباب) بلغت 19.2% من اجمالي السكان، 2000.

التوزيع العمري للسكان في الاراضي الفلسطينية، 2000:

66.1% من السكان اعمارهم دون 24 سنة، 46.9% من السكان اعمارهم دون 15 سنة. مجتمع بهذه المواصفات هو مجتمع فتى، ومن مميزاته توفير القوى العاملة اللازمة لعملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، وفي نفس الوقت يزيد الاعباء اللازمه عند توفير خدمات التعليم والصحة والتنمية البشرية.

الأمراض المنقولة جنسيا (مع التركيز على مرض الايدز):

تعتبر التوعية والارشاد بخطورة الامراض المنقولة جنسيا احدى ركائز برامج الصحة الانجابية الموجهة الى فئات الشباب والمراهقين، وتعتبر التوعية ايضا بطرق الوقاية والحماية من هذه الامراض الفتاكة من مكملات حالة الرفاه الكامل التي تهدف اليها الصحة الانجابية، وقد تم التركيز على مرض الايدز لتوفر بيانات موثقة ذات مصداقية، حيث تم تناول هذه الجزئية في المسح الصحي عام 2000 ومع الزوجات في سن الخصوبة، وقد اظهرت البيانات ان هناك فجوة عميقة بين الالمام بالمرض ومعرفة المرض على حقيقته، حيث تبين ان هناك اكثر من 90% ممن سمعن عن المرض ولكن وبعد البحث والتقصي تبين ان هذه المعرفة لم تكن كافية لمعرفة كيفية انتقال المرض وكيفية الوقاية منه، حيث اظهرت البيانات انه عند الاستفسار من الزوجات عن بعض المفاهيم والاعتقادات الشائعة والمتعلقة بمرض الايدز والوضع الافتراضي ان تكون نسبة المؤيدات لهذه المفاهيم والاعتقادات 100%، الا ان هذه النسبة تفاوتت من موضوع لآخر، واجمال:

- بالنسبة للزوجات في سن المراهقة كان من الواضح ان الزوجات في هذه السن على معرفة بان المرض يمكن ان ينتقل من الام المصابة الى الجنين اثناء الحمل (96.5%) وان هناك امكانية لانتقال المرض اثناء الرضاعة (83.7%)، وكذلك امكانية انتقال المرض من الام الى الطفل (89.3%).
- بالنسبة للزوجات في سن الشباب فكانت النسب كالتالي: المرض يمكن ان ينتقل من الام المصابة الى الجنين اثناء الحمل 97.8%، امكانية انتقال المرض اثناء الرضاعة 79.4%، امكانية انتقال المرض من الام الى الطفل 89.4%.
- ايضا كان هناك موقف واضح ومتحيز ضد مرضى الايدز او حاملي المرض ناتج عن الاعتقادات الخاطئة، فقد اظهرت البيانات ان هناك رعب حقيقي من المرض، فقد تبين ان 51.2% من الزوجات لن يقبلن (من القبلة) مريضا بالايديز، بل هناك 20.7% منهن لن يصادفن مجرد المصافحة مريضا بالايديز، او حاملا للمرض، وقد وصل الخوف ببعضهن الى الامتناع عن مجرد الحديث مع المصاب بمرض الايدز 22.8% منهن، وهذه المواقف تعكس مدى خوف تجاة المرض وليس بالضرورة تجاة المصابون بالمرض.

2.8 التوصيات

- ان يتم التركيز عند تنفيذ المسوح الصحية والدراسات ذات العلاقة على فئة المراهقين والشباب من كلا الجنسين، مع الاخذ في الاعتبار حاله الزوجية عند فحص آراء واعتقادات الشباب والمراهقين في المواضيع الصحية او ذات العلاقة، بمعنى انه لا يكفي التركيز على فئة الزوجات وانما يجب ان تشمل هذه الدراسات جميع افراد فئة المراهقين والشباب.
- ان يتم التركيز في الابحاث والدراسات القادمة على تقييم المعرفة والالمام للفئات المستهدفة بمواضيع الصحة الانجابية لتحديد صحتها او خطئها وذلك لمساعدة القائمين على برامج التوعية والارشاد لاعداد برامج تعمل على معالجة هذه الاعتقادات الخاطئة ان وجدت، لا يكفي ان يتم الاعتماد على ما تدلي به المجموعة المستهدفة وانما يجب ان تقييم هذه المعرفة.
- لما كانت المعرفة ببعض عناصر ومكونات مفهوم الصحة الانجابية بشكل موضوعات منفصلة، كان لزاما التركيز على التوعية والارشاد بشمولية هذا المفهوم، لا يكفي المعرفة بأخطار الزواج المبكر او اخطار الزواج بين الاقارب مثلا او اخطار الامراض المنقولة جنسيا، انما المراد ان يتم ذلك بشمولية كاملة وفي اطار مفهوم الصحة الانجابية الذي يسعى لتحقيق حالة الرفاه، ومن المفيد ايضا ان يتم التركيز هنا على الاجيال الصغيرة من الذكور

والاناث خاصة فى سن المراهقة وقبل الزواج وايضا يجب ان تربط برامج التوعية والارشاد بهذا المفهوم العنصر الاقتصادي والظروف والمتغيرات الاجتماعية والسياسية التي تواجه المجتمع الفلسطيني، وربما زيادة المستوى التعليمي وزيادة الملحقين بالتعليم تساعد على الافادة من البرامج التعليمية فى المدارس الثانوية والجامعات لتعزيز وترسيخ هذا المفهوم ليصبح جزءا من الثقافة العامة لدى الشباب.

تنظيم الأسرة:

- ان التركيز على مواضيع تنظيم الاسرة والاسلام اصبحت من المواضيع المفهومة للغالبية العظمى من مجتمع الزوجات فى سن المراهقة، وصار من الواجب توجيه الجهود الى مواضيع اخرى تحتاج الى التركيز عليها، وتقليص التركيز على مواضيع تنظيم الاسرة والاسلام الى درجة تحافظ على التذكير بين حين واخر. وكذلك التركيز على توعية الرجل والحومات وهما العنصران المؤثران.
- ان التضارب فى التقارير المتعلقة باستخدام وسائل تنظيم الاسرة فى التقارير الصادرة عن وزارة الصحة او وكالة الغوث او بعض الجمعيات غير الحكومية العاملة فى المجال ناتج عن اختلاف فى صياغة النتائج واختلاف فى تقييم الخدمة المقدمة، وهذا الاختلاف ناتج ايضا عن الاختلاف بين الوسائل وطبيعة كل وسيلة، لذا فالتوصية هنا ان يتم توحيد المفاهيم والتعريفات المستخدمة لكل وسيلة على حده، لا يكفي ان نشير الى اعداد المستخدمة الجدد لوسيلة معينة أو المتكررات انما نحتاج ايضا الى اساليب قياس اخرى اكثر دقة وتحديدنا منها على سبيل المثال متوسط المدة لاستخدام الوسيلة، واسباب التخلي عنها ومعدلات فشل الوسيلة وما الى ذلك من امور بالاضافة الى توصيف كامل لمستخدمي هذه الوسيلة من حيث السن وعدد الاولاد والحالة الاقتصادية والتجمع السكاني والحالة العملية للزوجة والمستوى التعليمي والحالة النفسية...الخ.
- مطلوب وعلى المستوى القومي، تقييم مدى نجاعة استخدام وسائل تنظيم الاسرة خاصة الوسائل المؤقتة(اللولب، الحبوب، الحقن، الواقي الذكري، التحاميل) وذلك بتبني سلسلة من الدراسات تستهدف هذه الوسائل وامكن تزويدها واحتمالات الفشل فى استخدامها واسبابه، هذا التقييم غير متوفر حاليا وهو من الادوات الهامة لتقييم جودة الخدمات المقدمة.
- كل ذلك يساعد كثيرا فى وضع الخطط والسياسات لخدمات افضل وانجح وايضا يوحد الادوات لتقييم هذه الخدمات ويبين الوضع الحقيقي لانجازات برامج تنظيم الاسرة.

الرضاعة الطبيعية:

- ان التوعية والارشاد باهمية الرضاعة الطبيعية يجب ان يركز على ما يعرف بالرضاعة الطبيعية التامة وكيفية تطبيقها، والتدريب عليها، ومعايير الجودة فيها، مع التوعية بكيفية معالجة الشكوى الخاصة بما تعتقد بعض الزوجات بعدم كفاية الحليب.
- العمل على التوسع فى تشجيع الامهات العاملات على الرضاعة الطبيعية بتوفير ظروف عمل تساعد على ذلك فى القطاع العام والخاص بزيادة الحملات التثقيفية لهذه القطاعات، وتشجيع انشاء الحضانات قرب الاماكن ذات الكثافة فى القوى العاملة النسائية للتيسير على الزوجات من ممارسة الرضاعة الطبيعية لاطفالهن اثناء العمل.

الولادات القيصرية:

- دراسة موضوع الولادات القيصرية، اسبابها ، مدى انتشارها، اثارها الاقتصادية، علاقتها بصحة الزوجة في سن المراهقة، والزوجة البكرية. وكذلك العلاقة بين نوع الولادة الاخيرة ووسائل تنظيم الاسرة المستخدمة سابقا، والعلاقة بعامل السن عند الولادة، والعلاقة بين نوع الولادة الاولى وتأثيرها في الولادات التالية، والتكلفة الاقتصادية التي يتحملها المجتمع جراء الولادة القيصرية. (دور الأطباء وأخصائي الجراحة النسائية فيها مقارنة مع دور القابالت المؤهلات)

الزواج بين الاقارب والزواج المبكر:

ان قرار الزواج بين الاقارب والزواج المبكر غالبا ما يكون بيد ولي الامر (الاب، الام، او كلاهما)، لذا فان خير وسيلة للحد من هاتين الظاهرتين ان يتم التركيز في برامج التوعية والارشاد على من بيده القرار، وفيما يلي نذكر بعض الافكار التي تبلورت من خلال دراسة هاتين الظاهرتين من منظور الصحة الانجابية:

- ان يتم التركيز على فئة الاباء والامهات في برامج التوعية والارشاد بجميع الوسائل، وكذلك التركيز على القيادات المجتمعية ورجال الدين، ويجب ان تتضافر الجهود في حملة وطنية يشارك فيها العاملون في السلك التربوي والصحي بكافة فئاتهم، ورجال الدين ومؤسسات المجتمع المدني للتعريف باخطار الزواج بين الاقارب والزواج المبكر لكلا الجنسين.

- بالاضافة الى حملة التوعية يجب ان تتضافر الجهود مع اعضاء المجلس التشريعي للعمل على تعديل قانون الاحوال الشخصية المتعلق بتحديد سن الخاطب والمخطوبة ليتلائم مع اهداف الصحة الانجابية لتحقيق حالة الرفاه المنشودة.

- مازالت الفرصة سانحة للحد من ظاهرة الزواج بين الاقارب والزواج المبكر بالنسبة لفئة المراهقين حيث ان هناك 81.8% من الاناث في سن المراهقة لم يتزوجن بعد أي انهن لم يقعن في مصيدة الزواج بين الاقارب والزواج المبكر، وهذا يتطلب سرعة العمل، ايضا هناك 40.3% من الاناث في سن الشباب لم يتزوجن بعد.

- مطلوب زيادة التركيز ايضا على جميع المناطق في برامج التوعية والارشاد بخصوص اخطار الزواج المبكر حيث ان الفوارق الاجتماعية بين هذه المناطق قد قاربت على الاختفاء وهناك تداخل كبير بين هذه المناطق في المجتمع الفلسطيني المحدود خاصة في منطقة قطاع غزة الذي اصبح حاليا كأنه مدينة واحدة مترامية الاطراف يصعب فيه تمييز المناطق بعضها عن بعض، فقد ذابت الفوارق بين التجمعات السكانية.

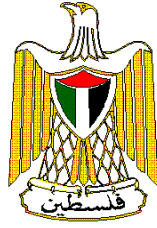
- من المتوقع انه في حال نجاح برامج التوعية ان ترتفع نسبة العزوبة المتأخرة (على المدى القصير) خاصة بين الاناث في سن الشباب وسن 25-49 سنة حيث ان نسبة المتزوجات في الفئة 20-24 سنة في العام 1997 كانت 68.6%، وقد انخفضت في العام 2000 الى 63.6%، وكذلك الحال في الفئة العمرية 25-49 سنة كانت 87.3% في العام 1997 وانخفضت الى 86.1% في العام 2000، وحيث ان حالة الرفاه التي تتحدث عنها الصحة الانجابية تغطي هذه الظاهرة لذا فنحن بحاجة الى علاج اجتماعي لظاهرة العنوسة، وهي تؤثر بشكل مباشر على برامج الصحة الانجابية، فاذا كانت الصحة الانجابية لا تشجع الزواج في سن مبكرة للفتاة، واذا كانت هذه الفتاة التي نفذت ذلك ستفقد جزءا من فرصتها في الزواج بعد ذلك فان هذا سيكون له اثر سلبي لما تدعوا اليه برامج الصحة الانجابية. لذا كان من الضروري ان تركز برامج التوعية والارشاد على تشجيع الزواج بين الشباب (ذكورا واناثا) بعد الانتهاء من الدراسة العليا وتنمية روح التعاون بين الأزواج وذلك باتاحة الفرصة لعمل المرأة واعطائها حصة كحد ادنى من الوظائف العامة في جميع المجالات، وايضا تشجيع الشباب على الاقتران بزوجة

عاملة تساعده في الامور الحياتية، والتركيز على العامل الاقتصادي بشكل اكبر مما هو عليه الان، والسعي لاستصدار تشريعات تعفي العاملين المتزوجين (الزوج والزوجة) من جزء من الضرائب المفروضة. ان هذه العناصر مغيبة في معظم الابحاث والدراسات التي تعالج هذه القضايا.

- كثيرا ما نتحدث عن اخطار الزواج بين الاقارب وما يمكن ان ينتج عنه من عيوب خلقية في المواليد، مطلوب العمل على احتساب نسبة العيوب الخلقية في المواليد على المستوى الوطني وخاصة بين حالات الزواج بين الاقارب، وكذلك اعداد دراسات تحليلية عن العلاقة بين الزواج المبكر والزواج بين الاقارب في اطار المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية المختلفة
- تشجيع اجراء دراسات ومسوحات ميدانية تتعلق بمعرفة والمام الجمهور عامة والشباب والمراهقين بشكل خاص عن خطورة الامراض المنقولة جنسيا وطرق الوقاية منها، مع تقييم هذه المعرفة.

قائمة المراجع

1. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001: المسح الصحي - 2000 التقرير النهائي - رام الله - فلسطين.
2. دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1997: المسح الصحي في الضفة الغربية وقطاع غزة - النتائج الأساسية - رام الله - فلسطين.
3. دائرة الإحصاء المركزية الفلسطينية، 1996: المسح الديمغرافي للضفة الغربية وقطاع غزة - النتائج الأساسية - رام الله - فلسطين.
4. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2001. شباب فلسطين: واقع وأرقام. رام الله - فلسطين.
5. الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 1999: التعداد العام للسكان والمساكن والمنشآت - 1997 - النتائج النهائية. تقرير السكان - الأراضي الفلسطينية (الجزء الأول) رام الله - فلسطين.
6. برنامج الأمم المتحدة (UNDP) ملف الشباب في فلسطين - آفاق وسياسات مقترحة. تموز 2002.
7. جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية، (1999): دراسة واحتياجات الشباب المعرفية والإرشادية بقضايا الصحة الجنسية والانجابية في محافظات قطاع غزة، غزة - فلسطين.
8. وزارة الصحة - دائرة التثقيف وتعزيز الصحة: دراسة تحليلية لبعض الدراسات المتعلقة لمشاكل الشباب في الفئة العمرية 15-24 سنة واحتياجاتهم في المعرفة والإرشاد في قضايا الصحة الانجابية والجنسية في فلسطين، مارس 2003.
9. وزارة الصحة - المشروع الأوروبي لصحة المرأة وتنظيم الأسرة: برنامج الزيارات المنزلية 2000، دراسة تحليلية للزيارات المنزلية المنفذة في كل من الضفة الغربية وقطاع غزة.
10. Ministry of Health , The Status of Health in Palestine, Annual Report, Palestine, 2002.
11. Ministry of Health , The European Project for Women's Health And Family Planning Programme, Final Report (May 1997-30June2002).
12. Lyn Robert Frumkin, John Leonard "Questions & Answers on AIDS", 1997



Palestinian Central Bureau of Statistics

**Dissemination and Analysis of Census Findings
In-depth Analysis Study Series**

The Status of Reproductive Health of Adolescents and Youth in the Palestinian Territory

Prepared by

Dr. Mohammed AlAfifi

Riad AlAfifi

Reviewed by Dr. Aisha Al-Rifai

April, 2005

“Cover Price4 US\$”

© April, 2005
All rights reserved.

Suggested Citation:

Palestinian Central Bureau of Statistics, 2005. *Dissemination and Analysis of Census Findings. In-depth Analysis Study Series. The Status of Reproductive Health of Adolescents and Youth in the Palestinian Territory (05). Ramallah-Palestine*

All correspondence should be directed to:
Dissemination and Documentation Department\ Users Services Division
Palestinian Central Bureau of Statistics
P.O. Box 1647, Ramallah-Palestine

Tel: (972/970) 2 240 6340

Fax: (972/970) 2 240 6343

E-mail: diwan@pcbs.gov.ps

Web-site: <http://www.pcbs.gov.ps>

Acknowledgement

Financial support for the Dissemination, Analysis and Training for Effective Utilization of Census Findings project have been provided by the United Nations Population Fund (UNFPA).

PCBS extends special thanks to the UNFPA for its support.

Important Notes

- The ideas presented in this document do not necessarily express PCBS' official position.
- The Researchers worked this study depending on data derived from the PCBS databases and other resources. PCBS will not be responsible for any mistakes of these data.
- Calculation of rates and percentages from different sources is the responsibility of the researcher. The differences seen in some of the tables are the result of omitting some values for different reasons.
- The tables of this study; if no reference source mentioned; are generally derived from the PCBS data.
- Where-ever mentioned a year in format 02/03; it means 2002/2003. This applies for other years.

Preface

The Population, Housing and Establishments Census-1997 is the cornerstone of the efforts of developing reliable up-to-date and comprehensive socioeconomic database. The health survey- 2000 , and the youth survey -2003 are also important data sources.

PCBS is conducting Dissemination, Analysis, and Training for Effective Utilization of Census Findings to enhance awareness among PNA, NGOs, and the private sector of available statistical data in general, and Census findings in particular, as well as their potential utilization and inter linkages with various socioeconomic conditions.

The outputs of the project cover the areas of dissemination, training and analysis of the Census findings. This includes producing a series of user-oriented reports at different levels of concern, including analytical, in-depth analysis, and summary reports, of which this report comes as one of the products in this regard.

We hope that this project will contribute to improving the living standards of the Palestinian society through strengthening the development planning process at various levels.

April, 2005

**Luay Shabaneh
President of PCBS**

Executive Summary

The aim of this study is to shed some light on reproductive and sexual health of the Palestinian adolescents and youth in the West Bank and Gaza Strip through analyzing the available databases of the Palestinian Central Bureau of Statistics (PCBS), and the information published by other organizations and researchers.

The analytical process of the study utilized the databases of the Population, Housing, and Establishment Census 1997, the Health Surveys for 1996 and 2000, and the Youth Survey for 2003. The researchers used series of statistical procedures and tests to examine the possible relations using significance level of 0.05, and the SPSS statistical package. The study population groups were the adolescents and youth as defined by the PCBS: population group aged 15-19 years for adolescents and population group aged 20-24 years for youth. The researchers used the geographical divisions according PCBS which divides the Palestinian Territory 2 main areas (the West Bank and Gaza Strip), and into governorates (11 Governorates for the West Bank and 5 governorates for the Gaza Strip). The researchers also used the following definitions:

- Reproductive health (RH) is defined as the “State of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters related to the reproductive health system and to its functions and processes. People are able to have a satisfying and safe sex life and they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when, and how-often to do so”. Para. 7.2, The International Conference on Population Development, 1994
- Reproductive health components include: marital status, family planning, breast feeding, fertility preferences, maternity health care (in pregnancy and labor), sexual transmitted infections (STI).

Study results:

The study revealed that according to the published PCBS data in year 2000, one fifth of population were either adolescents (%10.4) or youth (%8.8). One tenth of married female adolescent and youth had knowledge or heard about the reproductive health expression, but at the same time familiarity with reproductive health components was far better, as 75% of those wives had heard of some components of the reproductive health. The sources of information for those wives were: the husband, the friends, the relatives, and the media. The majority of the wives in both categories had received information on one or more subjects of RH during their pregnancy.

Regarding the family planning component: most of the adolescent and youth wives knew about medical and natural family planning methods, but their practice was less (only 27.4% of adolescent wives and 56.4% of youth wives used a method for family planning). The explanation for this low practice of family planning could be as mentioned by 87.2% of adolescent wives and 74.1% of youth wives that they wanted additional children. It was noticed that half of the wives considered the suitable number of children to be 4, while nearly 25% of them preferred to have 5 children or more, and only 1% preferred only one child.

For maternity care (pregnancy and labor); the study revealed that most of the wives had visited the maternity clinics during their last pregnancy with an average number of visits 7.6 times for adolescent wives and 7.2 visits for youth wives. In spite of these visits; it was revealed that 14.4% of the adolescent wives and 11.9% of youth wives had suffered from pregnancy complications, and that 6.9% of the adolescent wives' deliveries and 6.2% of the

youth wives' deliveries were Cesarean. The majority of the deliveries were in hospitals or clinics while 1.6% of adolescent wives and 3.0% of youth wives had delivered at home.

The analysis of the educational status of the adolescents and youth showed improvement of the educational level in year 2000 compared to year 1997. The average number of study years of the adolescent females had risen from 9.2 year in 1997 to 9.4 years in 2000, and as well, the number of study years for youth femals had risen from 10.0 years in 1997 to 10.3 years in 2000. Generally the adolescent females had higher educational level in year 2000 compared with males (9.4 study years for females and 9.0 years for males), while the gap between males and females in the youth category had been reduced (10.3 study years for females and 10.4 study years for males). In spite of these results; the illiterates among both adolescents and youth males had decreased in year 2000 compared to year 1997. The illiterates among adolescent males had decreased from 3.0 % in 1997 to 2.1% in year 2000, and for youth males from 2.9% in 1997 to 2.3% in year 2000. Also the illiterate females were decreased in both categories and were found for adolescent females 2.4% in 1997 and 1.1 in year2000, and for youth females was 3.4% in 1997 and 1.4% in year 2000.

Studying the marital status revealed that 1.9% of the adolescent males and about 25% of adolescent females were married, compared to; 27% of males and 63.6% of females for youth. The study showed that the educational level of the married adolescents was stationery while the un-married adolescents showed increasing educational level (80.2% of adolescent un-married females and 62.4% of un-married males were students compared to 14.7% of married adolescent females and 14.7% of married males). A similar effect of the marital status was observed for the youth.

Studying age at first marriage revealed that 14.6% of adolescent females (equal to 79.3% of the married adolescents females) and 18% of youth females (equal to 30% of the married youth females) were married at age less than 18 years. And as well, studying consanguinity; revealed that 48.1% of total marriages among adolescent females and 48.2% of total youth females were married to their relatives. On the other hand those phenomena showed a decreasing trend, and had been reduced to around 40% through years 2001-2004.

The study of the sexual transmitted infections revealed that most wives had some knowledge about some of the STIs specially the AIDS disease. The important observation was the big gap between their knowledge and their attitudes and practices. It was also revealed that these wives had a lot of wrong information which led partially to exaggeration of the stigma against these diseases and patients. The study analyzed 19 pieces of information related to the AIDS disease, and the correct knowledge were found between 54.8% and 96.5%. There was exaggerated fear from the AIDS disease, and that fear was reflected on their negative attitude towards the patients. It was also shown that 81% of adolescent wives, and 78.8% of youth wives didn't know where to get examined for AIDS. The wives in the West Bank had more awareness of the possibility to get infection with AIDS than the wives in Gaza, and so they were less trustful (91.1% of adolescent wives and 94.1% of youth wives in Gaza Strip were confident that they wouldn't personally get AIDS compared to 78.6% of adolescent wives and 80.7% of youth wives in the West Bank).

Summary of recommendations:

The study concluded the following main recommendations:

The future surveys for adolescents and youth should include both categories and sexes without limitation to the married group. It should stress on examining the level and quality of the knowledge.

In the family planning field; it is recommended to concentrate the awareness activity on the men and mothers in-law being the decision makers. It is also recommended to include a series of studies to evaluate the quality and efficacy of the current family planning programs.

Regarding the issues of consanguinity and early marriage, the study concluded the necessity to direct the efforts to the fathers and mothers being the decision makers. It is important to start immediately because the study showed that 81.8% of adolescents are not married yet. It is also recommended to establish a monitoring system and carry the necessary national studies to examine the types and incidence of congenital and hereditary diseases, and the relation of the consanguinity with the social, economical, and other factors.

The last recommendation was to evaluate the level of knowledge of public including the adolescents and youth (not only the wives) about the STIs and their dangers, transmission, and self protection.